

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Penelitian Terdahulu**

Penelitian tentang Pelayanan Program Masyarakat Pada Program Imunisasi Dalam Pencegahan Difteri. Penelitian tersebut memiliki fokus kajian yang berbeda dari peneliti terdahulu, antara lain : Judul skripsi “Pelayanan Program Masyarakat Pada Program Imunisasi Dalam Pencegahan Difteri”. Skripsi tersebut meneliti tentang strategi Pelayanan Pencegahan Difteri dalam memaksimalkan media yang ada di Kota Surabaya. pelayanan Pencegahan Difteri sendiri merupakan program untuk mengatasi bakteri difteri Maka dari itu, harus mengetahui dan berhati-hati jika sedang berdekatan dengan penderita difteri. Berikut penjelasan lebih detail penyakit difteri yang telah dirangkum dari situs Kementerian Kesehatan RI dan beberapa sumber Menurut organisasi kesehatan dunia World Health Organization (WHO), Indonesia merupakan negara kedua yang masyarakatnya paling banyak terkena difteri setelah India. Penyakit ini bisa saja membunuh seseorang jika tidak ditangani dengan serius.

Difteri banyak ditemui di negara-negara berkembang yang tingkat vaksinasinya masih rendah untuk vaksin difteri. Proses penularannya yang begitu cepat juga membuat kamu harus berhati-hati jika berada di dekat penderita. Untuk penderita AIDS/HIV juga sangat mudah tertular difteri karena sistem imun yang lemah. salah satunya dengan cara KB. KB (Keluarga Berencana) adalah salah satu program yang digalakan oleh pemerintah untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk Indonesia. Masalah yang dihadapi dalam pengendalian jumlah penduduk di Surabaya adalah masih rendahnya pemakaian kontrasepsi, masih rendahnya pengetahuan dan kesadaran remaja dan pasangan usia subur tentang keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. Maka penelitian ini merumuskan bagaimana Pelayanan Program Masyarakat pada Program Imunisasi Dalam Pencegahan Difteri.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah Metode Penelitian Kualitatif deskriptif dengan pendekatan studi kasus Deskriptif. Objek penelitian ini adalah strategi komunikasi yang dilakukan oleh Puskesmas

## Surabaya

Kesimpulan dari Pelayanan Program Masyarakat Pada Program Imunisasi Dalam Pencegahan Difteri ialah kurangnya komunikasi antara pemerintah dan masyarakat. Metode yang digunakan dalam jurnal ini adalah metode penelitian deskriptif analisis dengan pendekatan kualitatif, yakni menganalisis kehumasan dan capaian dari program pemeliharaan kesehatan masyarakat Kota Surabaya. Kesimpulan dari jurnal ini yaitu pada struktur kepegawaian di puskesmas kecamatan bulak Kota Surabaya yang tidak memiliki bagian humas yang khusus mengurus seluruh kegiatan yang berhubungan dengan kehumasan namun mereka melakukan kegiatan kehumasan yang cukup komprehensif dalam melakukan sosialisasi guna menginformasikan program Pencegahan Difteri dengan menggunakan media elektronik, media cetak dan sosialisasi secara penyuluhan. Beberapa faktor penghambat dari pihak dalam atau pelaksana dan pihak eksternal antara lain : pihak puskesmas tidak memiliki bagian khusus humas yang mengurus bagian informasi, semua dipegang oleh bagian promosi kesehatan sedangkan bagian tersebut tidak hanya mengurus satu program saja sehingga kurangnya maksimal dalam mengikuti perkembangan program tersebut.

Penelitian yang dilakukan saya sendiri memiliki persamaan dengan penelitian ini yaitu sama-sama membahas Pelayanan Program Masyarakat Pada Program Imunisasi Dalam Pencegahan Difteri Terdapat perbedaan antara yang saya teliti sekarang dengan penelitian sebelumnya, antara lain adalah perbedaan tujuan penelitian komunikasi dan informasi secara luas. Sedangkan penelitian sebelumnya bertujuan untuk melihat strategi program imunisasi difteri pada anak.

Tabel 2.1  
Ringkasan Hasil Penelitian Terdahulu

NAMA PENELITI	JUDUL	HASIL PENELITIAN
Tiyas Widian Asritama (2019)	Partisipasi Masyarakat pada Program Imunisasi dalam Upaya Pencegahan KLB Difteri di Kecamatan	rendahnya partisipasi masyarakat pada program imunisasi, kurangnya pengetahuan masyarakat tentang imunisasi khususnya ketakutan akan efek samping, serta kurangnya sosialisasi dan penyuluhan tentang imunisasi khususnya efek samping imunisasi dari Puskesmas
Wahyudi,Uud Sugiana,dang (2018)	Penggunaan media digital untuk KLB difteri	memotivasi dan mempersuasi masyarakat. Oleh karena itu, pemanfaatan dan penggunaan media digital sangat relevan untuk diaplikasikan. Merujuk kepada permasalahan KLB difteri, salah satu solusi serta pencegahan yang dapat dilakukan terkait permasalahan KLB difteri

<p>Lely Firrahmawati, Endang Sri Wahyuni (2019)</p>	<p>Pemberdayaan dalam program gerakan sadar imunisasi Difteri</p>	<p>Kegiatan ini dilakukan dengan cara penyuluhan kesehatan tentang difteri dan tindakan pencegahannya dengan gerakan sadar imunisasi “GESAMUN”. Hasil dari kegiatan ini peserta aktif dalam mengikuti kegiatan dan mampu berperan serta dalam meningkatkan gerakan sadar imunisasi bagi masyarakat</p>
<p>Biro Komunikasi dan Pelayanan masyarakat kementrian kesehatan (2016)</p>	<p>Imunisasi efektif cegah difteri</p>	<p>Bahwa seluruh penderita difteri tidak diimunisasi karena adanya penolakan dari orangtua. Kasus yang ditemukan di Jawa Barat ini terjadi pada anak usia 3-14 tahun.</p>

H Imam Balawista (2018)	Puskesmas - Puskesmas Serempak Gelar ORI Difteri III	Pentahapannya diharapkan telah mendapatkan kekebalan untuk pencegahan terhadap penyakit difteri, TBC, tetanus, partisi, dan sejumlah penyakit lainnya
Aditya Widya Putri (2017)	Indonesia Berperang Melawan Difteri dan Anti- Imunisasi	Difteri sesungguhnya telah berhasil diperangi Indonesia pada 1990 saat program imunisasi digalangkan.

*Data diolah penulis tahun 2021*

## 2.2 Landasan Teori

Pelayanan Program Masyarakat Pada Program Imunisasi Dalam Pencegahan Difteri dianggap sebagai salah satu upaya pencegahan kesehatan masyarakat yang sangat penting. Penyakit difteri dapat dicegah dengan pemberian imunisasi. Imunisasi merupakan upaya untuk meningkatkan kekebalan tubuh seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit. Imunisasi pada usia bayi dan pemberian vaksin pada anak usia sekolah merupakan salah satu cara yang dapat dilakukan untuk mencegah penyakit difteri (Dinkesprov Jatim, 2016). Hasil penelitian menunjukkan bahwa imunisasi dasar lengkap berpengaruh secara signifikan terhadap penyakit difteri. Hal ini sejalan dengan penelitian yang berhubungan dengan kejadian difteri. Kelengkapan imunisasi sebanyak 3 kali sebelum usia 4 tahun seperti yang dianjurkan WHO dapat menstimulasi level antibodi melebihi level minimum protektif. Kekebalan terhadap difteri dipengaruhi oleh adanya antitoksin di dalam darah dan kemampuan seseorang untuk membentuk antitoksin dengan cepat. Kemampuan ini merupakan akibat dari imunisasi aktif, pernah menderita atau vaksinasi. Selain itu dalam menjaga kualitas dan pelayanan imunisasi turut

mempengaruhi, Teori administrasi negara menurut Henry Fayol bentuk pelayanan publik yang paling sering dibicarakan ialah administrasi publik, administrasi publik bertujuan untuk membantu masyarakat dalam mengatasi masalah-masalah yang ada pada masyarakat itu sendiri. Tingkat kekebalan tubuh anak terhadap penyakit infeksi didapatkan dari pemberian imunisasi, sehingga anak yang tidak mendapatkan imunisasi akan jatuh sakit dan bisa berpengaruh kepada proses perkembangan anak.

a. Penanggulangan Difteri

Penanggulangan Kejadian terhadap penyakit difteri dilakukan secara bertahap yaitu penanggulangan tahap awal dan penanggulangan dengan pelaksanaan Difteri secara serentak

- 1) Sosialisasi ke semua unit pelayanan kesehatan
- 2) Penemuan kasus difteri secara dini
- 3) Perawatan penderita yang standar
- 4) Pemberian profilaksis terhadap kontak erat penderita
- 5) Serta pemberian imunisasi massal di setiap daerah. Khusus untuk imunisasi massal yang diberikan secara

1. Pelayanan Kesehatan

a. Pengertian Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan RI adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat. Pelayanan kesehatan adalah memberikan pengertian tentang mutu pelayanan kesehatan yang meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan. Pelayanan kesehatan menurut Pusdokes Polri (2006) pelayanan kesehatan adalah upaya, pekerjaan atau kegiatan kesehatan yang ditunjukkan untuk mencapai derajat kesehatan perorangan/masyarakat yang optimal/setinggi-tingginya.

Menurut Azwar (1996) Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan perorangan, keluarga kelompok, dan

ataupun masyarakat. Jenis Pelayanan Kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu:

1) Pelayanan Kedokteran Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (medical services) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (solo practice) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

2) Pelayanan Kesehatan Masyarakat Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (public health service) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, sasarannya untuk kelompok dan masyarakat

Pelayanan kesehatan merupakan kegiatan dinamis berupa membantu menyiapkan, menyediakan dan memproses serta membantu keperluan orang lain. Menurut Lovely dan Lomba pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan secara sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara, meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun, masyarakat. Selaian itu dapat juga diartikan sebagai pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan masyarakat berupa tindakan penyembuhan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan fungsi organ tubuh seperti sedai kala.

Kesehatan menurut WHO (1997) adalah suatu keadaan sejahtera sempurna yang lengkap meliputi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial, bukan semata-mata bebas dari penyakit atau kelamahan. Sedangkan untuk sistem kesehatan adalah kumpulan dari berbagai faktor yang kompleks dan saling berhubungan, yang terdapat dalam suatu Negara yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat pada setiap saat yang dibutuhkan Di Negara Indonesia, pengertian Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yaitu merupakan suatu tatanan yang mencerminkan upaya bangsanya untuk meningkatkan kemampuan mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan umum. Pelayanan

merupakan kegiatan dinamis berupa membantu, menyiapkan, menyediakan, dan memproses serta membantu keperluan orang lain.

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar masyarakat, kesehatan merupakan hak bagi warga masyarakat yang dilindungi oleh Undang- Undang Dasar. Setiap negara mengakui bahwa kesehatan menjadi modal terbesar untuk mencapai kesejahteraan masyarakat. Oleh karena itu, perbaikan pelayanan kesehatan pada dasarnya merupakan suatu investasi sumber daya manusia untuk mencapai masyarakat yang sejahtera bagi setiap negara

#### b. Karakteristik Pelayanan Kesehatan

Menurut Retnaningsih (2013) pelayanan kesehatan mempunyai karakteristik yang unik sehingga memerlukan perhatian yang khusus, berikut ini sifat layanan kesehatan adalah:

- 1) Hak Asasi Manusia. Layanan kesehatan dilaksanakan atas dasar kebutuhan individu bukan atas dasar kemampuan membayar.
- 2) Uncertainty. Kejadian sakit tidak dapat diprediksi, oleh karena itu setiap orang tidak dapat memastikan kapan dia memerlukan layanan kesehatan tertentu.
- 3) Customer Ignorance. Konsumen layanan kesehatan sangat bergantung pada penyedia layanan kesehatan (provider) tentang jenis dan jumlah layanan kesehatan yang harus dibeli serta tempat memperoleh layanan kesehatan tersebut.
- 4) Eksternalitas. Konsumsi layanan kesehatan tidak saja bermanfaat bagi pembeli itu sendiri, tapi juga dapat bermanfaat untuk orang lain yang tidak membeli.
- 5) Padat Kaya dan Padat Modal. Layanan kesehatan tidak dapat bebas dari input manusia, sehingga dalam penyelenggaraannya bersifat padat karya. Semakin berkembangnya layanan kesehatan spesialis dan subspecialis menyebabkan layanan kesehatan tersebut bukan hanya padat karya namun juga padat modal.
- 6) Mix Output. Satu program kesehatan dapat menghasilkan berbagai macam layanan kesehatan, begitu juga dengan satu jenis penyakit dapat



saja memerlukan berbagai macam layanan kesehatan yang terdiri dari jumlah pemeriksaan diagnosis, perawatan, maupun pengobatan sampai konseling.

7) Sebagai Barang Konsumsi dan Investasi. Slogan tentang kesehatan adalah investasi yang telah sering kita dengar dari prang lain bahkan pejabat, kenyataannya masih ada layanan kesehatan yang hanya sebagai barang konsumsi.

8) Restriksi Kompetisi. Layanan kesehatan mempunyai kode etik yang harus dipenuhi dan mempunyai keterbatasan untuk berkompetisi. Keterbatasan- keterbatasan itu menyebabkan mekanisme pasar layanan kesehatan tidak dapat diserahkan mengikuti mekanisme pasar secara umum. Maka dari itu diperlukan regulasi yang kuat, agar semua lapisan masyarakat yang membutuhkan dapat memanfaatkan layanan kesehatan tersebut.

### c. Syarat Pelayanan Kesehatan

Azrul Azwar (1996:38-39) untuk dapat disebut sebagai suatu pelayanan kesehatan yang baik, pelayanan kesehatan harus memiliki berbagai persyaratan pokok, syarat pokok yang dimaksud adalah:

#### 1) Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan kesehatan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia dimasyarakat (available) serta bersifat berkesinambungan (continuous). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat yang dibutuhkan.

#### 2) Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan kesehatan yang baik adalah yang dapat diterima (acceptable) oleh masyarakat serta bersifat wajar (appropriate) artinya, pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan adat istiadat, kebudayaan, keyakinan dan kepercayaan masyarakat, serta bersifat tidak wajar, bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baik.

### 3) Mudah dicapai

Syarat pokok ketiga pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksudkan disini terutama dari sudut lokasi, dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu terkonsentrasi di daerah perkotaan saja, dan sementara itu tidak ditemukan didaerah pedesaan, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

### 4) Mudah dijangkau

Syarat pokok keempat pelayanan kesehatan yang baik adalah yang mudah dijangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksudkan disini terutama dari sudut biaya. Untuk dapat mewujudkan keadaan yang seperti ini harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan masyarakat yang mahal mungkin dinikmati oleh sebagian kecil masyarakat saja, bukanlah pelayanan kesehatan yang baik.

### 5) Bermutu

Syarat pokok kelima pelayanan kesehatan yang baik adalah yang bermutu (*quality*). Pengertian mutu yang dimaksudkan disini adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan, dan dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

#### d. Faktor Pelayanan Kesehatan

Menurut WHO (1984) ada beberapa faktor yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan, yaitu:

1) Pemikiran dan Perasaan (*Thoughts and feeling*). Berupa pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, dan penilaian penilaian seseorang terhadap obyek, dalam hal ini kesehatan.

2) Orang penting sebagai referensi (personal referensi). Seseorang lebih banyak dipengaruhi oleh seseorang yang dianggap penting atau berpengaruh terhadap dorongan penggunaan pelayanan kesehatan.

3) sumber-sumber daya (resources). Mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya. sumber-sumber daya juga berpengaruh terhadap perilaku seseorang atau kelompok masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan. Pengaruh tersebut dapat bersifat positif dan negative.

4) Kebudayaan (culture). Berupa norma-norma yang ada di masyarakat dalam kaitannya dengan konsep sehat sakit.

### 2.1.2 Program Imunisasi

Upaya imunisasi diselenggarakan di Indonesia sejak tahun 1956. Upaya ini merupakan upaya kesehatan masyarakat yang terbukti paling effective cost. Dengan upaya imunisasi terbukti bahwa penyakit cacar telah terbasmi dan Indonesia dinyatakan bebas dari penyakit cacar sejak tahun 1974. Sejak tahun 1977, upaya imunisasi diperluas menjadi Program Pengembangan Imunisasi dalam rangka pencegahan penularan terhadap Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi adalah Difteri, Pertusis, Tetanus, Tuberculosis, Campak, Poliomyelitis dan Hepatitis B (Depkes RI, 2005).

Jenis-jenis imunisasi dalam program imunisasi adalah imunisasi BCG (Bacillus Calmette Guerin), imunisasi DPT (Difteri, Pertusis dan Tetanus), imunisasi campak, imunisasi polio, dan imunisasi hepatitis B. Menurut Kepmenkes (2005) kegiatan dalam program imunisasi terdiri dari :

#### a. Kegiatan Imunisasi Rutin

Kegiatan imunisasi rutin adalah kegiatan imunisasi yang secara rutin dan terus- menerus harus dilakukan pada periode waktu yang telah ditentukan. Kegiatan ini telah terbukti efektif dan efisien. Kegiatan ini terdiri atas:

##### 1) Imunisasi dasar pada bayi

2) Imunisasi pada Wanita Usia Subur (WUS)

3) Imunisasi pada anak usia sekolah

b. Imunisasi Tambahan

Merupakan kegiatan imunisasi yang dilakukan atas dasar ditemukannya masalah dari hasil pemantauan atau evaluasi. Kegiatan ini tidak rutin dilakukan, karena hanya ditujukan untuk menanggulangi penyakit tertentu. Berikut beberapa kegiatan imunisasi tambahan:

1) Backlog fighting

Merupakan upaya aktif dalam melengkapi imunisasi dasar pada anak yang berumur 1-3 tahun. Sasaran utama dari backlog fighting adalah desa atau kelurahan yang belum mencapai desa UCI selama dua tahun berturut-turut. Universal Child Immunization (UCI) adalah tercapainya imunisasi dasar secara lengkap pada bayi (0-11 bulan), ibu hamil, wanita usia subur dan anak usia sekolah tingkat dasar. Imunisasi dasar lengkap pada bayi meliputi 1 dosis BCG, 3 dosis DPT, 4 dosis polio, 4 dosis hepatitis B dan 1 dosis campak. Pada ibu hamil dan wanita usia subur meliputi 2 dosis TT. Untuk anak usia sekolah tingkat dasar meliputi 1 dosis DT, 1 dosis campak dan 2 dosis TT.

2) Crash program

Kegiatan ini ditujukan untuk wilayah yang memerlukan intervensi secara cepat karena masalah khusus seperti:

- a. Angka kematian bayi tinggi, angka PD3I tinggi.
- b. Infrastruktur (tenaga, sarana, dana) kurang.
- c. Untuk memberikan kekebalan pada kelompok sasaran yang belum mendapatkan pada saat imunisasi rutin.

Karena biasanya kegiatan ini menggunakan biaya dan tenaga yang banyak serta waktu yang relatif panjang, maka perlu diikuti pemantauan, supervisi dan evaluasi. Indikatornya perlu

ditetapkan misalnya cakupan DPT-1 dan DPT-3/campak untuk indikator pemantauan cakupan dan angka morbiditas dan atau angka mortalitas untuk indikator penilaian dampak (evaluasi). Hasil sebelum dan sesudah crash program menunjukkan keberhasilan program tersebut.

3) Imunisasi Dalam Penanganan KLB (Outbreak Respons)

Pedoman pelayanan imunisasi adalah penanganan KLB disesuaikan situasi epidemiologi penyakit

### **2.2.3. Faktor Yang Mempengaruhi Kekebalan**

a. Macam Kekebalan

Kekebalan terhadap suatu penyakit menular dapat digolongkan menjadi dua, yakni:

(1) Kekebalan Tidak Spesifik (Non Specific Resistance) Yang dimaksud dengan faktor-faktor non khusus adalah pertahanan tubuh manusia yang secara alamiah dapat melindungi badan dari suatu penyakit, misal kulit, air mata, cairan-cairan khusus yang keluar dari perut (usus), adanya reflek-reflek tertentu misalnya batuk, bersin dan sebagainya.

(2) Kekebalan Spesifik (Specific Resistance) Kekebalan spesifik dapat diperoleh dari dua sumber yakni:

(3) Genetik

Kekebalan yang berasal dari sumber genetik ini biasanya berhubungan dengan ras (warna kulit dan kelompok-kelompok etnis). Misalnya orang kulit hitam (negro) cenderung lebih resisten terhadap penyakit malaria jenis vivax. Contoh lain, orang yang mempunyai hemoglobin S lebih resisten terhadap penyakit Plasmodium Falciparum daripada orang yang mempunyai hemoglobin AA.

b. Kekebalan yang diperoleh (acquired immunity)

Kekebalan ini diperoleh dari luar tubuh anak atau orang yang bersangkutan. Kekebalan dapat bersifat aktif dan dapat bersifat pasif. Kekebalan aktif dapat diperoleh setelah orang sembuh dari penyakit tertentu. Misalnya anak yang telah sembuh dari penyakit campak maka ia akan kebal terhadap penyakit campak. Kekebalan aktif juga dapat

diperoleh melalui imunisasi, yang berarti ke dalam tubuh dimasukkan organisme patogen (bibit) penyakit. faktor yang mempengaruhi kekebalan, antara lain:

(1) Umur

Untuk beberapa penyakit tertentu pada bayi (anak balita), dan orang tua lebih mudah terserang. Dengan kata lain, orang pada usia sangat muda atau usia lebih rentan, kurang kebal terhadap penyakit-penyakit menular tertentu. Hal ini mungkin disebabkan karena kedua kelompok umur tersebut daya tahan tubuhnya rendah.

(2) Sex

Untuk penyakit-penyakit menular tertentu seperti polio dan diptheria lebih parah terjadi pada wanita daripada pria.

(3) Kehamilan

Wanita yang sedang hamil pada umumnya lebih rentan terhadap penyakit-penyakit menular tertentu misalnya penyakit polio, pneumonia, malaria serta amubiasis. Sebaiknya untuk penyakit tyrhoid dan meningitis jarang terjadi pada wanita pada umumnya

#### **2.2.4. Monitoring dan Evaluasi Program Imunisasi**

Kegiatan monitoring dan evaluasi ditujukan pada suatu program yang sedang atau sudah berlangsung. Monitoring sendiri merupakan aktivitas yang dilakukan pimpinan untuk melihat, memantau jalannya organisasi selama kegiatan berlangsung dan menilai ketercapaian tujuan, melihat faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan program. Dalam monitoring (pemantauan) dikumpulkan data dan dianalisa, hasil analisis diinterpretasikan dan dimaknakan sebagai masukan bagi pimpinan untuk mengadakan perbaikan. Sedangkan evaluasi adalah proses untuk mengidentifikasi masalah, mengumpulkan data dan menganalisis data, menyimpulkan hasil yang dicapai, menginterpretasikan hasil menjadi rumusan kebijakan, dan menyajikan informasi (rekomendasi) untuk pembuatan keputusan berdasarkan pada aspek kebenaran hasil evaluasi (Moerdiyanto, 2009). Adapun perbedaan antara monitoring dan evaluasi adalah monitoring dilakukan pada saat program masih berjalan sedangkan evaluasi dapat dilakukan baik sewaktu program itu masih

berjalan ataupun program itu sudah selesai. Adapun kegiatan monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh bidan desa meliputi (Kepmenkes,2005):

a. Pemantauan/Monitoring

Salah satu fungsi penting dalam manajemen program adalah pemantauan. Dengan pemantauan kita dapat menjaga agar masing-masing kegiatan sejalan dengan ketentuan program. Alat pemantauan yang dimiliki program imunisasi adalah Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Alat pemantauan ini berfungsi untuk meningkatkan cakupan, jadi sifatnya lebih memantau kuantitas program. Dipakai pertama kalinya di Indonesia pada tahun 1985 dan dikenal dengan nama Local Area Monitoring (LAM). LAM terbukti efektif kemudian diakui oleh WHO untuk diperkenalkan di negara lain. Grafik LAM kemudian disempurnakan menjadi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Adapun prinsip PWS antara lain:

1) Memanfaatkan data yang ada yaitu data dari cakupan atau laporan cakupan imunisasi.

2) Menggunakan indikator sederhana yaitu tidak terlalu banyak.

Indikator PWS untuk masing-masing antigen:

a) DPT-1: jangkauan atau aksesibilitas pelayanan

b) Hepatitis B 1 < 7 hari: jangkauan aksesibilitas pelayanan

c) Campak: tingkat perlindungan (efektifitas program)

d) Polio-4: tingkat perlindungan (efektifitas program) Drop out DPT-1 –Campak: efisiensi atau manajemen program

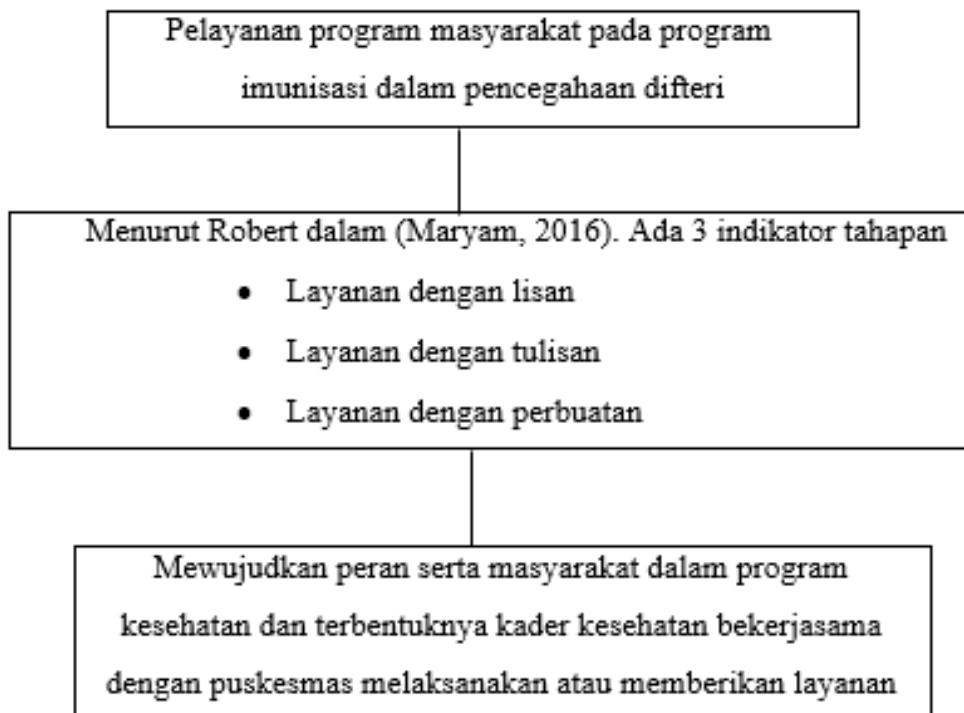
3) Dimanfaatkan untuk pengambilan keputusan setempat.

4) Teratur dan tepat waktu yaitu setiap bulan. Teratur untuk menghindari hilangnya informasi penting. Tepat waktu agar tidak terlambat dalam mengambil keputusan.

5) Lebih dimanfaatkan sendiri atau sebagai umpan balik untuk dapat mengambil tindakan daripada hanya dikirimkan sebagai laporan

## 2.3 Kerangka Berfikir

Gambar 2.1 kerangka berfikir



Sumber: diolah penulis pada tahun 2021