

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Imunisasi adalah cara untuk mencegah agar anak terhindar dari cacat atau penyakit yang mematikan dengan biaya efektif. Cara ini dapat pula merangsang perkembangan sistem-sistem kesehatan dan menggambarkan investasi ekonomi yang bagus. Apalagi hal ini memberi kontribusi kesehatan yang lebih baik dan juga mengurangi kemiskinan (UNICEF, 2015).

Pada tahun 2015, *World Health Organization* (WHO) melaporkan hampir 6 juta anak balita meninggal dunia, 16% dari jumlah tersebut disebabkan oleh pneumonia sebagai pembunuh balita nomor 1 di dunia. Berdasarkan data Badan PBB untuk Anak-Anak (UNICEF) Rata-rata angka Imunisasi di Indonesia hanya 72%. Artinya, angka di beberapa daerah sangat rendah. Pada sekitar 2400 anak di Indonesia meninggal setiap hari termasuk yang meninggal karena sebab-sebab yang seharusnya dapat di cegah, misalnya campak, difteri dan tetanus. Ini merupakan tragedy yang mengejutkan dan tidak seharusnya terjadi (UNICEF, 2015).

Imunisasi lanjutan yang diberikan pada balita yaitu imunisasi pentavalen yang terdiri dari Diphtheria Pertusis Tetanus-Hepatitis B Hemophilus Influenza type B (DPT-HB-Hib), guna memberikan kekebalan 3 terhadap difteri, pertusis, tetanus, hepatitis B, pneumonia, dan meningitis pada usia 18 bulan, dan imunisasi campak guna memberikan kekebalan terhadap penyakit campak pada usia 24 bulan. Imunisasi lanjutan merupakan

kegiatan yang bertujuan untuk melengkapi imunisasi dasar pada bayi yang diberikan kepada anak batita setelah mendapatkan imunisasi dasar lengkap. Apabila kadar antibodi didalam tubuhnya sudah menurun, imunisasi perlu diberikan kembali kepada anak/bayi. Itulah sebabnya, beberapa jenis imunisasi perlu diperkuat (booster) untuk memperoleh kekebalan tubuh yang maksimal (satgas imunisasi PP IDAI, 2014).

Jumlah kasus pneumonia di Indonesia tahun 2016 sebanyak 568.146 kasus dimana sebanyak 598 meninggal, tertinggi di Provinsi Jawa Barat sebanyak 174.612 kasus dimana sebanyak 30 anak meninggal dan terendah di Kalimantan Tengah sebanyak 466 kasus dimana sebanyak 1 anak meninggal sedangkan di Provinsi Lampung sebanyak 7.684 kasus dengan jumlah kematian sebanyak 48 orang. (Kemenkes, 2017).

Kasus Pneumonia yang ditemukan dan ditangani di Provinsi Lampung sebanyak 1.100 kasus, dengan kejadian tertinggi di Tanggamus sebanyak 488 kasus dan terendah di Kabupaten Lampung Utara sebanyak 1 kasus sedangkan di Kabupaten Tulang Bawang Barat sebanyak 5 kasus. Indikator RPJM untuk program imunisasi yaitu kabupaten/kota yang mencapai 80%. Pada tahun 2015 sebanyak 292 kabupaten/kota 58,6% mencapai 80% cakupan imunisasi. Pada Tahun 2017 cakupan imunisasi di Indonesia saat ini adalah 91%. Sebanyak 19 provinsi di Indonesia telah mencapai target 80% Cakupan imunisasi pentavalen provinsi Lampung 93%, merupakan tingkat ke 6 di Indonesia dimana cakupan tertinggi berada pada provinsi jawa tengah 100%.

Cakupan imunisasi rutin provinsi Lampung telah mencapai target nasional >80% dengan indikator cakupan imunisasi campak dan angka drop out (DO) dibawah nasional <5%. cakupan imunisasi pentavalen provinsi Lampung sebesar 99,68% dan telah mencapai target yang diharapkan, demikian pula semua Kabupaten/Kota telah mencapai target yang diharapkan, akan tetapi cakupan imunisasi bayi dan drop out rate imunisasi dari tahun 2003- 2014 berfluktuatif naik turun, cakupan yang melebihi 100%, ini terjadi karena jumlah yang diberi pelayanan melebihi data sasaran bayi, semua bayi yang datang dilayani termasuk dari luar wilayah, seharusnya bayi dari luar wilayah dipisah dalam pencatatan tersendiri.

Cakupan imunisasi kabupaten/ kota di Provinsi Lampung terdapat 3 provinsi yang mencapai 100% cakupan imunisasi yakni Kabupaten Tanggamus dan Kabupaten Pringsewu serta Kota Metro, di ikuti oleh Lampung timur 98% dan way Kanan 98 %, kemudian Mesuji 97 %. Terdapat 4 kabupaten kota yang memiliki cakupan rendah di provinsi Lampung yaitu Lampung barat 96%, Bandar Lampung 92% , Tulang bawang 90% dan Tulang Bawang barat 86%.

Target cakupan imunisasi di Tulang bawang sebesar 93% pada tahun 2013. Cakupan imunisasi di tulang bawang pada tahun 2013 78 % dan pada tahun 2015 cakupan imunisasi pentavalen 82%. Pada tahun 2016 cakupan imunisasi 86%. Cakupan imunisasi di Tulang Bawang pada tiga tahun terjadi peningkatan tetapi belum mencapai target kabupaten/kota. Cakupan imunisasi puskesmas wilayah Tulang Bawang Barat terdapat 3 terendah

yakni Puskesmas Daya murni cakupan imunisasi 88%, Puskesmas Mulyo asri 86%, dan puskesmas Mercu Buana 78% (DinkesTulangbawang,2017).

Berdasarkan hasil prasurey pada Oktober 2018 yang dilakukan di Posyandu Sakura wilayah kerja puskesmas Mercu buana kelurahan Agung Jaya Kecamatan Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat, jadwal yang digunakan dalam pemberian imunisasi adalah jadwal menurut Depkes RI. Dimana pemberian imunisasi pentavalen saat bayi berusia 2, 3 4 bulan serta 18 bulan, namun pada kenyataannya terdapat beberapa bayi yang tidak dilakukan imunisasi sesuai dengan jadwal yang dikeluarkan oleh Depkes.

Data dari 16 posyandu di wilayah kerja puskesmas Mercu Buana dengan target puskesmas 95% cakupan imunisasi pentavalen, di dapatkan data posyandu sakura dengan cakupan 67,8% angka tersebut merupakan angka terendah dari seluruh posyandu yang berada di wilayah kerja puskesmas Mercu Buana, hal ini diketahui dari hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan 10 ibu yang memiliki batita usia 1,5 – 3 tahun dengan hasil sebanyak 60% mengatakan tidak mengetahui manfaat dari pemberian Imunisasi pentavalen, sebanyak 40% mengatakan bahwa kasihan dan tidak ada manfaatnya. Berdasarkan hal tersebut dalam upaya peningkatan cakupan pada imunisasi pentavalen untuk meningkatkan derajat kesehatan balita.

Menurut Ranuh, dkk (2011) rendahnya cakupan imunisasi disebabkan beberapa hal seperti pengetahuan ibu yang kurang tentang imunisasi, manfaat imunisasi dan rendahnya kesadaran ibu membawa anaknya ke

posyandu atau puskesmas untuk mendapatkan imunisasi yang lengkap karena berbagai alasan diantaranya takut anaknya sakit, dan ada pula yang merasa bahwa imunisasi tidak diperlukan untuk bayinya, kurang informasi/ penjelasan dari petugas kesehatan tentang manfaat imunisasi, serta hambatan lainnya.

Penelitian yang dilakukan Munawaroh (2016) yang berjudul beberapa faktor yang berhubungan dengan praktik imunisasi pentavalen booster di Wilayah Kerja Puskesmas Mangunsari Salatiga. Hasil uji Chi square menunjukkan faktor faktor tersebut terkait dengan praktek imunisasi booster pentavalent adalah pengetahuan (p-value = 0,039), sikap (p-value = 0,006), dukungan keluarga (p-value = 0,0001), dukungan profesional kesehatan (p-value = 0,023). Variabel yang tidak terkait untuk praktek imunisasi pentavalen booster adalah usia (p-value = 1.000), pekerjaan (p-value = 0,996), tingkat pendidikan (p-value = 0,424), keterjangkauan fasilitas perawatan (pvalue = 0,375) dan pekerja kesehatan / dukungan tokoh publik (p-value = 0,104).

Maka penulis tertarik untuk mengadakan studi penelitian dengan pokok permasalahan tentang imunisasi pentavalen yang berjudul hubungan pengetahuan dan sikap ibu terhadap pelaksanaan imunisasi pentavalen di Posyandu Sakura Wilayah Kerja Puskesmas Mercu Buana Kelurahan Agung Jaya Kecamatan Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang dan masalah diatas maka peneliti merumuskan masalah penelitian yaitu “apakah ada hubungan pengetahuan dan sikap ibu terhadap pelaksanaan imunisasi pentavalen di Posyandu Sakura Wilayah Kerja Puskesmas Mercu Buana Kelurahan Agung Jaya Kecamatan Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat”?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui hubungan pengetahuan dan sikap ibu terhadap pelaksanaan imunisasi pentavalen di Posyandu Sakura Wilayah Kerja Puskesmas Mercu Buana Kelurahan Agung Jaya Kecamatan Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui Distribusi Frekuensi pelaksanaan imunisasi pentavalen di Posyandu Sakura Wilayah Kerja Puskesmas Mercu Buana Kelurahan Agung Jaya Kecamatan Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2019.
- b. Diketahui Distribusi Frekuensi tingkat pengetahuan ibu terhadap pelaksanaan imunisasi pentavalen di Posyandu Sakura Wilayah Kerja Puskesmas Mercu Buana Kelurahan Agung Jaya Kecamatan Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2019.

- c. Diketahui Distribusi Frekuensi sikap ibu terhadap pelaksanaan imunisasi pentavalen di Posyandu Sakura Wilayah Kerja Puskesmas Mercu Buana Kelurahan Agung Jaya Kecamatan Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2019.
- d. Diketahui hubungan pengetahuan ibu terhadap pelaksanaan imunisasi pentavalen di Posyandu Sakura Wilayah Kerja Puskesmas Mercu Buana Kelurahan Agung Jaya Kecamatan Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2019.
- e. Diketahui hubungan sikap ibu terhadap pelaksanaan imunisasi pentavalen di Posyandu Sakura Wilayah Kerja Puskesmas Mercu Buana Kelurahan Agung Jaya Kecamatan Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2019.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi responden

Penelitian ini dapat dijadikan informasi terkait pentingnya melakukan imunisasi pentavalen sebagai cara mencegah penyakit difteri, pneumonia, campak dll.

2. Manfaat bagi tempat penelitian

Tenaga kesehatan di wilayah kerja mercu buana dapat lebih memperhatikan kembali masyarakat yang tidak melakukan imunisasi pentavalen.

3. Manfaat bagi program

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi Pemerintah Daerah dalam hal ini Dinas Kesehatan sebagai bahan pertimbangan dalam merumuskan kebijakan untuk meningkatkan derajat kesehatan bayi dan balita terutama pelaksanaan imunisasi pentavalen.

4. Manfaat bagi masyarakat

Bagi masyarakat dapat melaksanakan imunisasi pentavalen yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan pada bayi, balita maupun keluarga.

5. Manfaat bagi institusi

Hasil penelitian ini sebagai masukan pengembangan ilmu pengetahuan tentang pentingnya pelaksanaan imunisasi pentavalen dalam meningkatkan kesehatan bayi, balita anak maupun keluarga.

6. Manfaat bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian dapat di jadikan suatu acuan dan informasi dalam meneliti tentang imunisasi pentavalen, sehingga peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian lebih lanjut dengan variable-variabel baru.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif rancangan *cros sectional*. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan Kuesioner. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh balita yang ada di Posyandu Sakura Wilayah Kerja Puskesmas Mercuru Buana Kelurahan Agung Jaya Kecamatan

Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2019. Variabel independent penelitian yaitu pengetahuan dan Sikap, variable dependen adalah pelaksanaan imunisasi ventapalen. Penelitian telah dilaksanakan pada bulan maret tahun 2019 di Posyandu Sakura Wilayah Kerja Puskesmas Mercu Buana Kelurahan Agung Jaya Kecamatan Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2019.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Teori

1. Imunisasi

a. Pengertian

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan (Permenkes No 42, 2013).

Imunisasi adalah suatu upaya untuk mendapatkan kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit, dengan memasukkan kuman atau produk kuman yang sudah dilemahkan atau dimatikan. Dengan memasukkan kuman atau bibit penyakit tersebut diharapkan tubuh dapat menghasilkan Eat Anti yang pada akhirnya nanti digunakan tubuh untuk melawan kuman atau bibit penyakit yang menyerang tubuh (BKKBNdalam Marimbi, 2010).

Imunisasi dasar adalah pemberian imunisasi awal untuk mencapai kadar kekebalan diatas ambang perlindungan. Imunisasi diberikan kepada bayi antara umur 0-12 bulan, yang terdiri dari imunisasi BCG, DPT (1,2,3), Polio (1,2,3,4), Hepatitis B (1,2,3), dan Campak, (Marimbi, 2010).

b. Macam-macam Imunisasi

Berdasarkan sifat penyelenggaraannya, imunisasi dikelompokkan menjadi imunisasi wajib dan imunisasi pilihan (Permenkes No.42, 2013).

1) Imunisasi wajib merupakan imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah untuk seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit menular tertentu. Imunisasi wajib diberikan sesuai jadwal sebagaimana ditetapkan dalam pedoman penyelenggaraan imunisasi, terdiri dari : Imunisasi rutin; Imunisasi tambahan; dan Imunisasi khusus. Imunisasi dasar diberikan pada bayi sebelum berusia 1 (satu) tahun. Jenis imunisasi dasar terdiri atas:

- a) *Bacillus Calmette Guerin (BCG)*;
- b) *Diphtheria Pertusis Tetanus-Hepatitis B (DPT-HB)* atau
Diphtheria Pertusis Tetanus-Hepatitis B-Hemophilus Influenza type B (DPT-HB-Hib);
- c) Hepatitis B pada bayi baru lahir;
- d) Polio; dan
- e) Campak.

2) Imunisasi pilihan merupakan imunisasi yang dapat diberikan kepada seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dari penyakit menular tertentu.

c. Tujuan Imunisasi

Mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang. Menghilangkan penyakit tertentu pada populasi. Untuk memberikan kekebalan kepada bayi agar dapat mencegah penyakit dan kematian bayi serta anak yang disebabkan oleh penyakit yang sering berjangkit. Program imunisasi

bertujuan untuk memberi kekebalan bayi terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Tingginya angka kematian bayi di Indonesia yang disebabkan karena *Tetanus Neonatorum* (TN) yaitu sebanyak 67% mendorong pemerintah untuk lebih mengarahkan program imunisasi kepada pemberian perlindungan bayi yang baru lahir dalam minggu-minggu pertama melalui ibu (Hanum, 2010).

d. Manfaat Imunisasi

- 1) Untuk anak: mencegah penderitaan yang disebabkan oleh penyakit, dan kemungkinan cacat atau kematian.
- 2) Untuk suami : menghilangkan kecemasan dan psikologi pengobatan bila anak sakit. Mendorong pembentukan suami apabila orang tua yakin bahwa anaknya akan menjalani masa kanak-kanak yang nyaman,
- 3) Untuk negara: memperbaiki tingkat kesehatan, menciptakan bangsa yang kuat dan berakal untuk melanjutkan pembangunan negara.

e. Kontraindikasi

Penting sekali untuk memberi imunisasi semua anak, termasuk anak yang sakit dan kurang gizi, kecuali bila terdapat kontraindikasi (IDAI, 2014).

- 1) Jangan beri BCG pada anak dengan infeksi HIV/AIDS simtomatis, tetapi beri imunisasi lainnya
- 2) Beri semua imunisasi, termasuk BCG, pada anak dengan infeksi HIV asimtomatis
- 3) Jangan beri imunisasi DPT-2 atau -3 pada anak yang kejang atau syok dalam jangka waktu 3 hari setelah imunisasi DPT sebelumnya

- 4) Jangan beri DPT pada anak dengan kejang rekuren atau pada anak dengan penyakit syaraf aktif pada SSP.
- 5) Anak dengan diare yang seharusnya sudah waktunya menerima vaksin oral polio harus tetap diberi vaksin polio. Namun demikian, dosis ini tidak dicatat sebagai pemberian terjadwal. Buat catatan bahwa pemberian polio saat itu bersamaan dengan diare, sehingga petugas nanti akan memberikan dosis polio tambahan.

2. Pentavalen (DPT-HB-HiB)

a. Imunisasi pentavalen

Imunisasi kombinasi Pentavalen terdiri dari 5 jenis vaksin sekaligus diantaranya DPT-HB,Hib pada anak bayi dan imunisasi lanjutan pada anak batita sesuai standar. Imunisasi DPT-HB-Hib merupakan imunisasi rutin yang diberikan kepada sasaran pada usia 0-11 bulan. Imunisasi lanjutan DPT-HB,Hib dan Campak, diberikan kepada batita (Bawah Tiga Tahun) (Kemenkes, 2013).

Vaksin pentavalen tergolong program imunisasi dasar pemerintah dimana wajib diberikan kepada semua bayi di Indonesia sesuai usia. Vaksin disediakan oleh pemerintah dan diberikan melalui puskesmas, posyandu, dokter praktek, bidan, dan sarana kesehatan lainnya. Selain pentavalen, imunisasi dasar yang lain meliputi BCG, polio, dan campak (Kemenkes, 2013).

Sejarah imunisasi di Indonesia diawali pada tahun 1956 dengan dimulainya imunisasi cacar (beda dengan cacar air red) dimana berhasil mengeradikasi penyakit tersebut. Dilanjutkan dengan imunisasi BCG mulai tahun 1973 dan DPT mulai tahun 1976. Imunisasi Polio mulai tahun 1981 dan campak 1982. Vaksin kombo (DPT-HB) mulai digunakan tahun 2006 dan dilanjutkan dengan pentavalen tahun 2014. Jadi vaksin pentavalen kedudukannya menggantikan vaksin kombo yang sekarang tidak ada lagi (Kemenkes, 2013).

b. Cara pemberian imunisasi

Pemberian vaksin pentavalen sama dengan vaksin kombo yaitu pada umur bayi 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan untuk imunisasi dasar. Untuk imunisasi lanjutan vaksin pentavalen diberikan pada umur anak paling cepat 18 bulan sampai 3 tahun. Jadi total vaksin pentavalen diberikan sebanyak 4 kali dimana pemberian 1-3 di vastus lateralis (sisi luar paha) kiri-kanan-kiri secara IM. Pemberian ke-4 diberikan di deltoid (lengan kanan atas) secara IM (Kemenkes, 2013).

c. Penyakit yang dicegah

Berdasarkan Kemenkes (2013) penyakit yang bisa dicegah dari imunisasi pentavalen adalah:

- 1) Difteri. Kuman yang menyebabkan penyakit difteri, menyerang saluran pernapasan, menimbulkan lapisan putih di tenggorokan dengan efek dapat menyumbat saluran nafas, dan toksinnya dapat mengganggu kerja jantung.

- 2) Pertusis. Kuman penyebab penyakit batuk rejan atau batuk 100 hari dengan ciri khas batuk beruntun
- 3) Tetanus. Kuman penyebab penyakit tetanus, yaitu kekakuan seluruh tubuh termasuk otot pernapasan sehingga menyebabkan kematian akibat gagal nafas
- 4) Hepatitis B. Virus penyebab peradangan pada hati dimana keadaan kronis dapat menyebabkan kerusakan hati (sirosis hepatis) dan kanker hati (hepatoma)
- 5) Haemophilus influenza tipe B. Kuman penyebab radang paru-paru (pneumonia) dan radang otak (meningitis) terbanyak pada anak-anak
- 6) Pneumonia menyebabkan kematian terbesar pada anak. Kurang lebih 23% pneumonia yang serius pada anak disebabkan oleh Haemophilus Influenzae tipe b (Hib). Hib dan Streptococcus pneumonia juga menyebabkan meningitis yang dapat menimbulkan kematian dan kecacatan pada anak. Berdasarkan laporan CDC tahun 2000 Hib dapat menyebabkan antara lain meningitis (50%), Epiglottis (17%), pneumonia (15%). Berdasarkan kajian dari Regional Review Meeting on Immunization WHO/SEARO di New Delhi dan Komite Ahli Penasihat Imunisasi Nasional / Indonesian Technical Advisory Group Group on Immunization (ITAGI) pada tahun 2010, merekomendasikan agar vaksin Hib diintegrasikan ke dalam program imunisasi nasional untuk menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan bayi dan balita akibat pneumonia dan meningitis. Hal ini selaras dengan rencana

introduksi vaksin baru yang terdapat dalam Comprehensive Multi Years Plan (CMYP) 2010 – 2014 dalam rangka mempercepat pencapaian Millenium Development Goals (MDGs)4.

- 7) Haemophilus Influenzae tipe b (Hib) merupakan suatu bakteri gram negative dan terbagi atas jenis yang berkapsul dan tidak berkapsul. Tipe yang tidak berkapsul umumnya tidak ganas dan hanya menyebabkan infeksi ringan seperti faringitis atau otitis media. Sedang yang berkapsul yang paling ganas dan salah satu penyebab yang paling sering mengakibatkan kematian pada bayi dan anak kurang dari 5 tahun.

d. Manfaat Pemberian Pentavalen

Beberapa manfaat penggunaan vaksin Pentavalen tersebut diantaranya:

1. Mengurangi “kesakitan” pada anak: Sebagaimana kita ketahui, vaksin DPT, HB, dan Hib jika diberikan secara sendiri-sendiri, berarti masing-masing diberikan 3 kali tiap anak (keseluruhan tiap anak akan menerima 9 kali imunisasi). Sedangkan jika diberikan imunisasi pentavalen, hanya akan membutuhkan 3 kali imunisasi (suntikan)
2. Mengurangi kunjungan: Keuntungan pemberian vaksin kombinasi, selain memberikan kekebalan beberapa penyakit sekaligus, juga mempersingkat jadwal imunisasi, yang semula 6 kali (3 kali DPT dan 3 kali Hepatitis B), menjadi hanya butuh 3 kali kunjungan
3. Mengurangi risiko 6 penyakit sekaligus: Imunisasi pentavalen (DPT-HB-Hib) merupakan kombinasi dari vaksin DPT, HB, dan Hib. Vaksin DPT untuk mengurangi risiko penyakit difteri, pertusis (batuk 100 hari), dan

tetanus, vaksin HB untuk mengurangi risiko penyakit hepatitis B dan vaksin Hib mengurangi risiko penyakit seperti meningitis dan arthritis

e. Indikasi

Vaksin digunakan untuk pencegahan terhadap difteri, tetanus, pertusis (batuk rejan), hepatitis B dan infeksi *Haemophilus Influenzae* tipe b dengan cara simultan (Kemenkes, 2013).

f. Kontra Indikasi

Menurut Kemenkes (2013) imunisasi pentavalen memiliki kontra indikasi sebagai berikut:

- 1) Hipersensitif terhadap komponen vaksin, atau reaksi berat terhadap dosis vaksin kombinasi sebelumnya atau bentuk bentuk reaksi sejenis lainnya, merupakan kontra indikasi absolute terhadap dosis berikutnya.
- 2) Kejang atau gejala kelainan otak pada bayi baru lahir atau kelainan saraf serius lainnya merupakan kontraindikasi terhadap komponen pertusis. Dalam hal ini tidak boleh diberikan bersama vaksin kombinasi, tetapi vaksin DT harus diberikan sebagai pengganti DPT, vaksin Hepatitis B dan Hib diberikan secara terpisah.

g. Jadwal Pemberian Imunisasi

Berdasarkan Kemenkes (2013) jadwal pemberian imunisasi pentavalen sebagai berikut:

- 1) Pemberian Imunisasi DPT-HB,Hib merupakan bagian dari pemberian imunisasi dasar pada bayi sebanyak tiga dosis. Vaksin DPT-HB,Hib

merupakan pengganti vaksin DPT-HB sehingga memiliki jadwal yang sama dengan DPT-HB.

- 2) Pada tahap awal DPT-HB,Hib hanya diberikan pada bayi yang belum pernah mendapatkan imunisasi DPT-HB. Apabila sudah pernah mendapatkan imunisasi DPT-HB dosis pertama atau kedua, tetap dilanjutkan dengan pemberian imunisasi DPT-HB sampai dengan dosis ketiga.
- 3) Pemberian imunisasi lanjutan DPT-HB,Hib diberikan pada anak usia 1,5 tahun (18 bulan) yang sudah melakukan imunisasi DPT-HB maupun DPT-HB,Hib tiga dosis.
- 4) Bagi anak batita yang belum mendapat DPT-HB tiga dosis dapat diberikan DPT-HB,Hib pada usia 18 bulan dan imunisasi lanjutan DPT-HB,Hib diberikan minimal 12 bulan dari DPT-HB,Hib dosis ketiga.
- 5) Imunisasi lanjutan Campak diberikan pada anak usia 2 tahun (24 bulan). Apabila anak belum pernah mendapatkan imunisasi Campak sebelumnya (saat bayi), maka pemberian imunisasi lanjutan Campak dianggap sebagai dosis pertama. Selanjutnya harus dilakukan pemberian Imunisasi Campak dosis kedua minimal 6 bulan setelah dosis pertama.

h. Penyimpanan

Vaksin pentavalen disimpan di lemari es bersuhu 2-8 derajat C dan proses transportasi menggunakan cooling pack (ingat cooling pack berisi air dingin, bukan berisi es). Vaksin tahan disimpan sampai tanggal

kadaluarsanya atau sepanjang indikator suhu pada vial (tanda kotak dikelilingi bulatan) warnanya masih aman (warna kotak tidak sama atau lebih tua dari warna bulatan). Jika sudah dibuka sebaiknya digunakan dalam waktu 2 minggu (Kemenkes, 2013).

2. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Pelaksanaan Imunisasi Pentavalen

Dari aspek biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (makhluk hidup) yang mempunyai cakupan luas antara lain: berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca dan sebagainya. Perilaku manusia pada hakikatnya adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung oleh pihak luar. Teori yang dikembangkan oleh Lawrence Green yang dirintis sejak tahun 1980, I.Green mencoba menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Dimana dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor diluar perilaku (*non-behavior causes*) (Notoatmodjo, 2012). Lebih lanjut perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yakni :

a. Faktor predisposisi (*Predisposing Faktor*)

Faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan masyarakat terhadap hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan, sistem nilai yang dianut masyarakat, tingkat pendidikan, tingkat sosial, ekonomi, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012).

b. Faktor pemungkin (*Enabling Factors*)

Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan bagi masyarakat, misalnya air bersih, tempat pembuangan sampah, tempat pembuangan tinja, ketersediaan makanan yang bergizi, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012).

c. Faktor penguat (*Reinforcing Factors*)

Faktor ini meliputi faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat (toma), tokoh agama (toga), sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

Menurut Ranuh, dkk (2011) rendahnya cakupan imunisasi disebabkan beberapa hal seperti pengetahuan ibu yang kurang tentang imunisasi, manfaat imunisasi dan rendahnya kesadaran ibu membawa anaknya ke posyandu atau puskesmas untuk mendapatkan imunisasi yang lengkap karena berbagai alasan diantaranya takut anaknya sakit, dan ada pula yang merasa bahwa imunisasi tidak diperlukan untuk bayinya, kurang informasi/ penjelasan dari petugas kesehatan tentang manfaat imunisasi, serta hambatan lainnya.

B. Perilaku Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2012), perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Secara lebih terinci, perilaku kesehatan itu mencakup:

1. Perilaku orang yang sehat agar tetap sehat dan meningkat.

2. Perilaku orang yang sakit atau telah terkena masalah kesehatan, untuk memperoleh penyembuhan atau pemecahan masalah kesehatannya (Notoatmodjo, 2012).

1. **Ranah (*Domain*) perilaku**

Determinan perilaku ini dapat di bedakan menjadi dua, yakni :

- a. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan, yang bersifat given atau bawaan, misalnya : tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya.
- b. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012).

2. **Perubahan Perilaku dan Pendidikan Kesehatan**

Intervensi terhadap faktor perilaku secara garis besar dapat dilakukan melalui dua upaya yang saling bertentangan. Masing-masing upaya tersebut mempunyai kelebihan dan kekurangan. Kedua upaya tersebut dilakukan melalui (Notoatmodjo, 2012) :

- a. Paksaan (*Coertion*)

Pendekatan atau cara ini biasanya menimbulkan dampak yang lebih cepat terhadap perubahan perilaku. Tetapi pada umumnya perubahan atau perilaku baru ini tidak langgeng (*sustainable*), karena perubahan atau perilaku yang dihasilkan dengan cara ini tidak didasari oleh pengertian dan kesadaran yang tinggi terhadap tujuan perilaku tersebut dilaksanakan (Notoatmodjo, 2012).

b. Pendidikan (*education*)

Upaya agar masyarakat berperilaku atau mengadopsi perilaku kesehatan dengan cara persuasi, bujukan, imbauan, ajakan, memberikan informasi, memberikan kesadaran, dan sebagainya, melalui kegiatan yang disebut pendidikan atau promosi kesehatan.

3. Peran Promosi Kesehatan dalam Perubahan Perilaku

Promosi kesehatan dalam arti pendidikan, secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan atau promosi kesehatan. Dan batasan ini tersirat unsur-unsur (Notoatmodjo, 2012) :

- a. Input adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, masyarakat), dan pendidikan pelaku pendidikan)
- b. Proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain)
- c. Output (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku)

Hasil (output) yang diharapkan dari suatu promosi atau pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif. Perubahan perilaku yang belum atau tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung berbagai dimensi sebagai berikut (Notoatmodjo, 2012).

4. Perubahan Perilaku

Perubahan perilaku masyarakat yang tidak sesuai dengan nilai-nilai kesehatan menjadi perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan, atau dari perilaku negatif ke perilaku yang positif (Notoatmodjo, 2012).

5. Pembinaan Perilaku

Pembinaan terutama di tunjukkan kepada perilaku masyarakat yang sudah sehat agar tetap dipertahankan kesehatannya, artinya masyarakat yang sudah mempunyai perilaku hidup sehat (healthy life style) tetap dilanjutkan atau dipertahankan (Notoatmodjo, 2012).

6. Pengembangan Perilaku

Pengembangan perilaku sehat ini terutama ditunjukkan untuk membiasakan hidup sehat bagi anak-anak. Sesuai dengan tiga faktor penyebab terbentuknya (faktor yang mempengaruhi) perilaku tersebut (Green 1980), maka seyogianya kegiatan pendidikan kesehatan juga ditunjukkan kepada tiga faktor berikut (Notoatmodjo, 2012) :

7. Promosi kesehatan dalam faktor-faktor *predisposisi*

Dalam hal ini pendidikan atau promosi kesehatan di tunjukkan untuk mengunggah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan baik bagi dirinya sendiri, keluarganya, maupun masyarakatnya (Notoatmodjo, 2012).

8. Promosi kesehatan dalam faktor-faktor *enabling*

Karena faktor pemungkin (*enabling*) ini berupa fasilitas atau sarana atau prasarana kesehatan, maka bentuk pendidikan kesehatan adalah memberdayakan masyarakat agar mereka mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan bagi mereka (Notoatmodjo, 2012).

9. Promosi kesehatan dalam faktor *Reinforcing*

Karena faktor ini menyangkut sikap dan perilaku tokoh masyarakat (*toma*) dan tokoh agama (*toga*), serta petugas, termasuk petugas kesehatan, maka promosi kesehatan yang paling tepat adalah dalam bentuk pelatihan bagi *toga*, *toma*, dan petugas kesehatan sendiri (Notoatmodjo, 2012).

10. Orang penting sebagai referensi (*personal reference*)

Menurut Notoatmodjo (2010) yang mengutip teori Kurt Lewin, bahwa perilaku manusia bukan sekadar respons dan stimulus, tetapi produk dari berbagai gaya psikologis yang disebut ruang hayat (*life space*). Perilaku merupakan hasil interaksi antara “*persons*” (*diri orang*) dengan *environment* (*lingkungan*). *Persons* (*diri orang*) adalah sesuatu yang kompleks, karena pada saat merespon stimulus atau lingkungan banyak aspek fisiologis dan psikologis pada orang tersebut. Aspek fisik adalah kualitas indra manusia adalah bagian dari orang yang paling pertama kontak dengan stimulus. Kemudian, stimulus yang ditangkap oleh indra tersebut diteruskan ke otak, kemudian otak mengolahnya, setelah itu hasil olahan tersebut diteruskan atau diperintahkan ke anggota tubuh (*motorik*),

dan akhirnya terjadilah tindakan atau perilaku sebagai bentuk respon dari orang yang bersangkutan.

Apabila seseorang itu dipercaya, maka apa yang ia katakan atau perbuatan cenderung untuk di contoh. Untuk anak-anak sekolah misalnya. Maka gurulah yang menjadi panutan perilaku mereka. Orang-orang yang dianggap penting ini sering disebut kelompok referensi (*reference group*), antara lain guru, alim ulama, kepala adat (suku), kepala desa, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012)

11. Sumber-sumber daya (*resources*)

Sumber daya disini mencakup:

- a. Fasilitas
- b. Dana/uang
- c. Waktu
- d. Tenaga seperti : Petugas Kesehatan dan sebagainya.

12. Kebudayaan (*Culture*)

Kebiasaan, nilai-nilai, tradisi-tradisi, sumber-sumber di dalam suatu masyarakat akan menghasilkan suatu pola hidup (*way of life*) yang pada umumnya disebut kebudayaan. Kebudayaan ini berbentuk dalam waktu yang lama sebagai akibat dari kehidupan suatu masyarakat bersama. Kebudayaan selalu berubah, baik secara lambat ataupun cepat, sesuai dengan peradaban manusia. Kebudayaan atau pola hidup masyarakat di sini merupakan kombinasi dari semua yang telah disebutkan sebelumnya. Perilaku yang normal adalah salah satu aspek dari kebudayaan,

dan selanjutnya kebudayaan mempunyai pengaruh yang dalam terhadap perilaku ini (Notoatmodjo, 2012).

C. Sikap

1. Pengertian

Menurut Azwar (2016) sikap merupakan evaluasi umum yang dibuat manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, obyek atau isue. Menurut Azwar contoh sikap peserta didik terhadap objek misalnya sikap terhadap sekolah atau terhadap mata pelajaran. Sikap peserta didik terhadap mata pelajaran harus lebih positif setelah peserta didik mengikuti pembelajaran dibanding sebelum mengikuti pembelajaran. Perubahan ini merupakan salah satu indikator keberhasilan pendidik dalam melaksanakan proses pembelajaran. Untuk itu pendidik harus membuat rencana pembelajaran termasuk pengalaman belajar peserta didik yang membuat sikap peserta didik terhadap mata pelajaran menjadi lebih positif. Menurut Allport (1954) seperti yang dikutip oleh Notoatmodjo (2012), sikap mempunyai tiga komponen pokok, yakni:

- a. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- b. Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu konsep
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)
- d. kepercayaan – kepercayaan dan penilaian – penilaian seseorang terhadap objek (dalam hal ini adalah objek kesehatan).

2. Tingkatan Sikap

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan, antara lain :

- a. Menerima (*receiving*), mau dan memperhatikan stimulus atau objek yang diberikan.
- b. Merespon (*responding*), memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.
- c. Menghargai (*valuing*), mengajak orang lain mengerjakan atau mendiskusikan masalah.
- d. Bertanggung jawab (*responsible*), mempunyai tanggung jawab terhadap segala sesuatu yang dipilihnya dengan segala resiko (Notoatmodjo, 2014).

3. Komponen Sikap

Menurut Azwar (2016) struktur sikap terdiri dari tiga komponen yang saling menunjang yaitu:

- a. Komponen Kognitif
Komponen kognitif berisi pengetahuan dan kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap.
- b. Komponen Afektif
Komponen afektif menyangkut masalah emosional subjektif seseorang terhadap suatu objek sikap.
- c. Komponen Prilaku/Konatif

Komponen perilaku atau konatif dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya.

Sikap yang dimiliki seseorang adalah suatu jalinan atau suatu kesatuan dari berbagai komponen yang bersifat evaluasi. Langkah pertama adalah keyakinan, pengetahuan, dan pengamatan. Kedua, perasaan atau feeling. Ketiga, kecenderungan individu untuk melakukan atau bertindak. Ketiga komponen tersebut saling berkaitan yang sangat erat dan tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Ketiganya merupakan suatu sistem yang menetap pada diri individu yang dapat menjelmakan suatu penilaian positif atau negatif. Penilaian tersebut disertai dengan perasaan tertentu yang mengarah pada kecenderungan yang setuju (pro) dan tidak setuju (kontra).

Ketiga komponen sikap ini saling terkait erat. Dengan mengetahui kognisi atau perasaan seseorang terhadap suatu objek sikap tertentu, maka akan dapat diketahui pula kecenderungan perilakunya. Namun, dalam kenyataannya tidak selalu suatu sikap tertentu berakhir dengan perilaku yang sesuai dengan sikap. Dan ketiga komponen dari sikap menyangkut kecenderungan berperilaku. Pada mulanya secara sederhana diasumsikan bahwa sikap seseorang menentukan perilakunya. Tetapi, lambat laun disadari banyak kejadian dimana perilaku tidak didasarkan pada sikap.

4. Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap

Proses belajar sosial terbentuk dari interaksi sosial, dalam interaksi sosial, individu membentuk pola sikap tertentu terhadap berbagai objek psikologis yang dihadapinya. Menurut Azwar (2016) di antara berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah:

a. Pengalaman pribadi.

Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi harus meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut melibatkan faktor emosional. Dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan akan pengalaman akan lebih mendalam dan lebih lama berbekas.

b. Pengaruh orang lain yang dianggap penting.

Pada umumnya, individu bersikap konformis atau searah dengan sikap orang-orang yang dianggapnya penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

c. Pengaruh Kebudayaan.

Pengaruh lingkungan (termasuk kebudayaan) dalam membentuk kepribadian seseorang. Kepribadian tidak lain daripada pola perilaku yang konsisten yang menggambarkan sejarah *reinforcement* (penguatan, ganjaran) yang dimiliki. Pola *reinforcement* dari masyarakat untuk sikap dan perilaku tersebut, bukan untuk sikap dan perilaku yang lain.

d. Media massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai media massa seperti televisi, radio, mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif yang dibawa informasi tersebut, apabila cukup kuat, akan memberi dasar afektif dalam mempresepsikan dan menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

e. Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan yang tidak boleh dilakukan, diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya. Keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Sehingga sangat menentukan sistem kepercayaan yang akan berperan dalam menentukan sikap individu terhadap suatu hal. Penyuluhan merupakan upaya perubahan perilaku manusia yang dilakukan melalui pendekatan edukatif. Pendekatan edukatif (pendidikan) diartikan sebagai rangkaian kegiatan yang dilakukan secara sistematis, terencana, dan terarah dengan peran serta aktif individu, kelompok, atau masyarakat untuk memecahkan masalah dengan memperhitungkan faktor sosial, ekonomi, dan budaya setempat salah satunya dengan adanya penyuluhan.

f. Pengaruh faktor emosional

Kadang kala, suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari emosi yang berfungsi sebagai sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

5. Pengukuran Sikap

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan dapat juga tidak. Secara langsung dapat dinyatakan bagaimana pendapat atau pertanyaan respon terhadap suatu objek. Orang lain berperilaku bertentangan dengan sikapnya, dan bisa juga merubah sikapnya sesudah yang bersangkutan merubah tindakannya. Namun secara tidak mutlak dapat dikatakan bahwa perubahan sikap merupakan loncatan untuk terjadinya perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2010).

Pengukuran sikap menggunakan skala likert, Likert mengajukan metodenya sebagai alternatif yang lebih sederhana dibandingkan dengan skala Thurstone. Skala Thurstone yang terdiri dari 11 point disederhanakan menjadi dua kelompok, yaitu yang *favorable* dan yang *unfavorabel*. Sedangkan item yang netral tidak disertakan. Untuk mengatasi hilangnya netral tersebut, Likert menggunakan teknik konstruksi test yang lain. Masing-masing responden diminta melakukan *egreement* atau *disagreemenn-nya* untuk masing-masing item dalam skala yang terdiri dari 5 point (Sangat setuju, Setuju, Ragu-ragu, Tidak setuju, Sangat Tidak Setuju). Semua item yang favorabel kemudian diubah nilainya dalam angka, yaitu untuk sangat setuju nilainya 5 sedangkan

untuk yang Sangat Tidak setuju nilainya 1. Sebaliknya, untuk item yang unfavorabel nilai skala Sangat Setuju adalah 1 sedangkan untuk yang sangat tidak setuju nilainya 5. Seperti halnya skala Thurstone, skala Likert disusun dan diberi skor sesuai dengan skala interval sama (*equal-interval scale*) (Notoatmodjo, 2010).

Kemudian akan dilakukan pembagian skor sikap menurut cara penilaian model skala Likert yaitu dengan menggunakan skor T dengan Rumus :

$$T = 50 + 10 \left[\frac{x - \bar{x}}{s} \right]$$

Keterangan :
 x = jumlah skor individu
 \bar{x} = rata-rata skor kelompok
 s = standar deviasi

Setelah nilai rata-rata diketahui, maka dilakuakn pencarian z score untuk mengetahui T score, dengan rumus sebagai berikut :

$$T \text{ score} = 50 + 10 (z \text{ score})$$

Hasil dari pengukuran sikap dibedakan menjadi 2 (dua) yaitu sikap positif (*favorable*) jika skor ≥ 50 dan sikap negatif (*unfavorable*) jika skor < 50 . Sikap terhadap suatu perilaku bersama norma norma subjektif membentuk suatu intensi atau niat untuk berperilaku tertentu. Secara sederhana, teori ini mengatakan bahwa seseorang akan melakukan suatu perbuatan apabila ia memandang perbuatan itu positif dan bila ia percaya bahwa orang lain ingin agar ia melakukannya. Dalam teori perilaku terencana keyakinan berpengaruh pada sikap terhadap perilaku tertentu, pada norma norma subjektif dan pada kontrol perilaku yang dia hayati. Ketiga komponen ini berinteraksi dan menjadi determinan bagi intensi

yang pada gilirannya akan menentukan apakah perilaku yang bersangkutan akan dilakukan atau tidak (Azwar, 2016).

D. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagaimana besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga, misalnya seorang ibu mengimunitasikan anaknya setelah melihat anak tetangganya kena penyakit polio sehingga cacat, karena anak tetangganya tersebut belum pernah memperoleh imunisasi polio (Notoadmodjo, 2012).

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu dan ini setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagaimana besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Budiman, 2013).

Dapat disimpulkan bahwa pengetahuan merupakan segala sesuatu yang diketahui yang diperoleh dari persentuhan panca indera terhadap objek tertentu. Pengetahuan pada dasarnya merupakan hasil dari proses melihat, mendengar, merasakan, dan berfikir yang menjadi dasar manusia dan bersikap dan bertindak. Dalam pengamatan sehari-hari diperoleh kejelasan, jika suatu

perbuatan yang di dasarkan oleh pengetahuan akan langgeng dari pada perbuatan yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu :

1. *Awareness* atau kesadaran dimana orang tersebut menyadari, mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek)
2. *Interest* atau merasa tertarik terhadap stimulus atau objek tertentu bagi dirinya, berarti sikap responden lebih baik.
3. *Evaluation*, menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
4. *Trial*, orang telah mulai mencoba perilaku baru.
5. *Adoption* dimana subjek telah perilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan yang akan dijelaskan dibawah ini (Budiman, 2013) :

1. Mengingat (*Remember*): Mengingat merupakan usaha mendapatkan kembali pengetahuan dari memori atau ingatan yang telah lampau, baik yang baru saja didapatkan maupun yang sudah lama didapatkan. Mengingat merupakan dimensi yang berperan penting dalam proses pembelajaran yang bermakna (*meaningful learning*) dan pemecahan masalah (*problem solving*). Kemampuan ini dimanfaatkan untuk menyelesaikan berbagai permasalahan yang jauh lebih kompleks.

2. Memahami/mengerti (*Understand*): Memahami/mengerti berkaitan dengan membangun sebuah pengertian dari berbagai sumber seperti pesan, bacaan dan komunikasi. Memahami/mengerti berkaitan dengan aktivitas mengklasifikasikan (*classification*) dan membandingkan (*comparing*). Mengklasifikasikan akan muncul ketika seorang siswa berusaha mengenali pengetahuan yang merupakan anggota dari kategori pengetahuan tertentu.
3. Menerapkan (*Apply*): Menerapkan menunjuk pada proses kognitif memanfaatkan atau mempergunakan suatu prosedur untuk melaksanakan percobaan atau menyelesaikan permasalahan. Menerapkan berkaitan dengan dimensi pengetahuan prosedural (*procedural knowledge*). Menerapkan meliputi kegiatan menjalankan prosedur (*executing*) dan mengimplementasikan (*implementing*)
4. Menganalisis (*Analyze*): Menganalisis merupakan memecahkan suatu permasalahan dengan memisahkan tiap-tiap bagian dari permasalahan dan mencari keterkaitan dari tiap-tiap bagian tersebut dan mencari tahu bagaimana keterkaitan tersebut dapat menimbulkan permasalahan. Menganalisis berkaitan dengan proses kognitif memberi atribut (*attributeing*) dan mengorganisasikan (*organizing*). Memberi atribut akan muncul apabila siswa menemukan permasalahan dan kemudian memerlukan kegiatan membangun ulang hal yang menjadi permasalahan.
5. Mengevaluasi (*Evaluate*): Evaluasi berkaitan dengan proses kognitif memberikan penilaian berdasarkan kriteria dan standar yang sudah ada. Kriteria yang biasanya digunakan adalah kualitas, efektivitas, efisiensi, dan

konsistensi. Standar ini dapat berupa kuantitatif maupun kualitatif serta dapat ditentukan sendiri. Perlu diketahui bahwa tidak semua kegiatan penilaian merupakan dimensi mengevaluasi, namun hampir semua dimensi proses kognitif memerlukan penilaian.

6. Evaluasi meliputi mengecek (*checking*) dan mengkritisi (*critiquing*). Mengecek mengarah pada kegiatan pengujian hal-hal yang tidak konsisten atau kegagalan dari suatu operasi atau produk. Jika dikaitkan dengan proses berpikir merencanakan dan mengimplementasikan maka mengecek akan mengarah pada penetapan sejauh mana suatu rencana berjalan dengan baik.
7. Menciptakan (*Create*): Menciptakan mengarah pada proses kognitif meletakkan unsur-unsur secara bersama-sama untuk membentuk kesatuan yang koheren dan mengarahkan untuk menghasilkan suatu produk baru dengan mengorganisasikan beberapa unsur menjadi bentuk atau pola yang berbeda dari sebelumnya. Menciptakan sangat berkaitan erat dengan pengalaman belajar siswa pada pertemuan sebelumnya. Meskipun menciptakan mengarah pada proses berpikir kreatif, namun tidak secara total berpengaruh pada kemampuan untuk menciptakan.

Sumber-sumber pengetahuan dapat berasal dari:

1. Tradisi, dengan adat istiadat kita dan profesi keperawatan beberapa pendapat diterima sebagai sesuatu yang benar. Banyak pertanyaan terjawab dan banyak permasalahan dapat dipecahkan berdasarkan suatu tradisi. Tradisi adalah suatu dasar pengetahuan di mana setiap orang tidak dianjurkan untuk memulai mencoba memecahkan masalah. Akan tetapi

tradisi mungkin terdapat kendala untuk kebutuhan manusia karena beberapa tradisi begitu melekat sehingga validitas, manfaat, dan kebenarannya tidak pernah dicoba/diteliti.

2. *Autoritas*, dalam masyarakat yang semakin majemuk adanya suatu otoritas seseorang dengan keahlian tertentu, pasien memerlukan perawat atau dokter dalam lingkup medik. Akan tetapi seperti halnya tradisi jika keahliannya tergantung dari pengalaman pribadi sering pengetahuannya tidak teruji secara ilmiah.
3. *Pengalaman seseorang*, kita semua memecahkan suatu permasalahan berdasarkan obsesi dan pengalaman sebelumnya, dan ini merupakan pendekatan yang penting dan bermanfaat. Kemampuan untuk menyimpulkan, mengetahui aturan dan membuat prediksi berdasarkan observasi adalah penting bagi pola penalaran manusia. Akan tetapi pengalaman individu tetap mempunyai keterbatasan pemahaman : setiap pengalaman seseorang mungkin terbatas untuk membuat kesimpulan yang valid tentang situasi, dan pengalaman seseorang diwarnai dengan penilaian yang bersifat subyektif.
4. *Trial dan Error*, kadang-kadang kita menyelesaikan suatu permasalahan keberhasilan kita dalam menggunakan alternatif pemecahan melalui coba dan salah. Meskipun pendekatan ini untuk beberapa masalah lebih praktis sering tidak efisien. Metode ini cenderung mengandung resiko yang tinggi, penyelesaiannya untuk beberapa hal mungkin “*idiosyentric*”.

5. Alasan yang logis, kita sering memecahkan suatu masalah berdasarkan proses pemikiran yang logis (Nursalam, 2014).

Pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala, yaitu (Budiman, 2013):

1. Baik : jika nilai $> 50\%$
2. Kurang baik : jika nilai $\leq 50\%$.

E. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan Puspitaningrum (2015) yang berjudul hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang posyandu dengan kepatuhan ibu datang ke posyandu di desa Mayungsari, Kecamatan Bener, Kabupaten Purworejo. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu memiliki pengetahuan tentang imunisasi pentavalen pada kategori cukup yaitu sebanyak 47 orang (54,7%). Sebagian besar ibu patuh dalam memberikan imunisasi pentavalen yaitu sebanyak 50 orang (58,1%). Ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan ibu dengan kepatuhan ibu memberikan imunisasi pentavalen dengan *p value* ($0,020 < 0,05$). Kesimpulan dari penelitian ini bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pengetahuan ibu dengan kepatuhan ibu memberikan imunisasi pentavalen.
2. Penelitian yang dilakukan Munawaroh (2016) yang berjudul beberapa faktor yang berhubungan dengan praktik imunisasi pentavalen booster di Wilayah Kerja Puskesmas Mangunsari Salatiga. Hasil penelitian

menunjukkan bahwa wanita melaksanakan siapa praktek imunisasi pentavalen booster adalah 73%. Analisis univariat menunjukkan bahwa responden usia? 35 tahun (74,6%), pendidikan dasar (51%), lakukan tidak bekerja (59%), pengetahuan baik (61%), bersikap mendukung booster praktek imunisasi pentavalen (81%), perawatan fasilitas terjangkau (88%), lakukan tidak mendapatkan dukungan keluarga (59,3%), dapatkan dukungan tenaga kesehatan (72,9%), hati-hati kemampuan fasilitas (86,4%) Hasil uji Chi square menunjukkan faktor faktor tersebut terkait dengan praktek imunisasi booster pentavalent adalah pengetahuan (p-value = 0,039), sikap (p-value = 0,006), dukungan keluarga (p-value = 0,0001), dukungan profesional kesehatan (p-value = 0,023). Variabel yang tidak terkait untuk praktek imunisasi pentavalen booster adalah usia (p-value = 1.000), pekerjaan (p-value = 0,996), tingkat pendidikan (p-value = 0,424), keterjangkauan fasilitas perawatan (pvalue = 0,375) dan pekerja kesehatan / dukungan tokoh publik (p-value = 0,104).

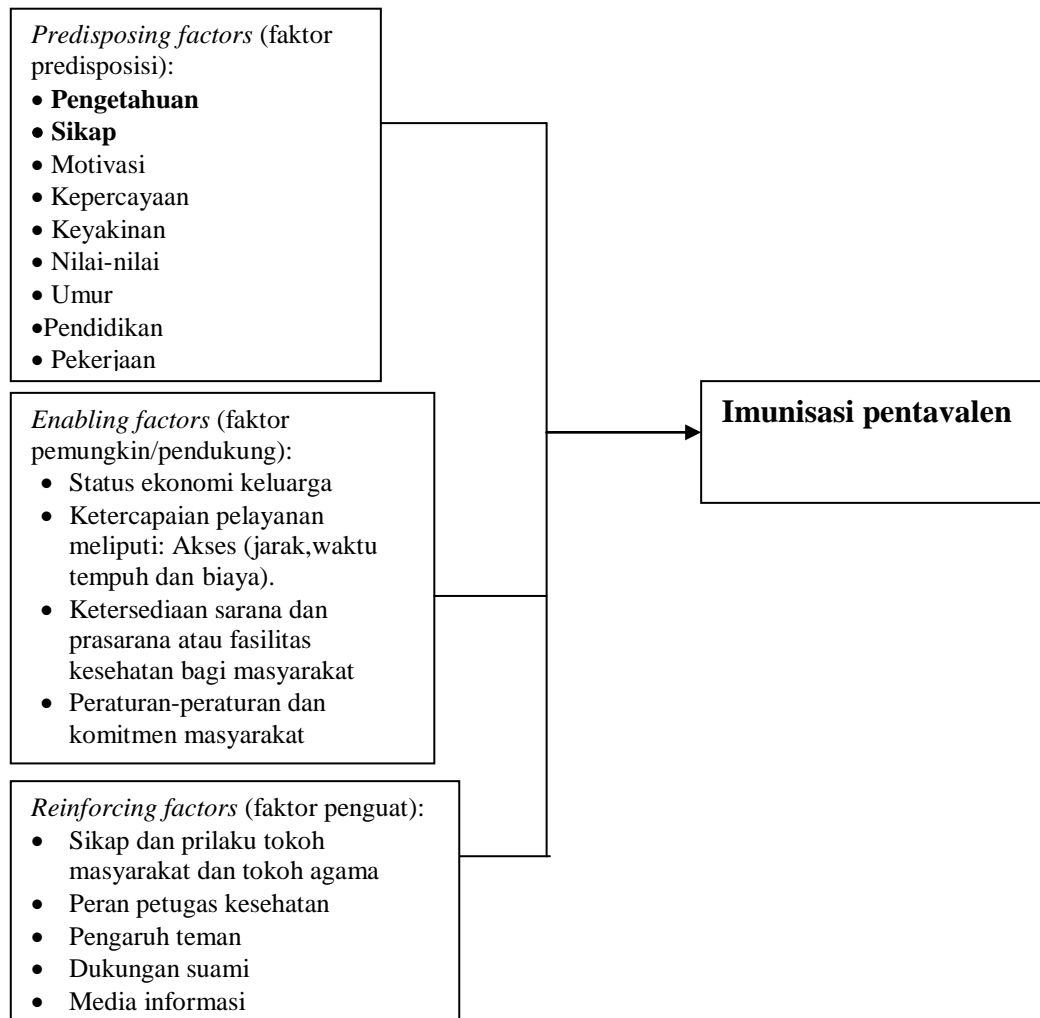
3. Penelitian Ibrahim (2016) dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan pencapaian cakupan imunisasi pentavalen di Wilayah Kejra Puskesmas Danowudu Kecamatan Ranowulu Kota Bitung. Dari hasil uji korelasi Spearman Rho didapatkan nilai signifikasi (ρ) sebesar 0.000 dengan nilai koefisien korelasi (r) untuk pengetahuan ibu sebesar 0.634, Motivasi ibu sebesar 0.410 dan Sikap ibu sebesar 0.405. Karena nilai signifikasi yang didapatkan (ρ) < α , maka hipotesis penelitian H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti terdapat hubungan yang bermakna antara

pengetahuan, motivasi dan sikap ibu dengan pencapaian cakupan imunisasi Pentavalen di wilayah kerja Puskesmas Danowudu. Disarankan kepada petugas atau tenaga kesehatan untuk selalu memberikan informasi lebih kepada masyarakat agar masyarakat mengetahui lebih banyak tentang imunisasi Pentavalen.

F. Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian pada dasarnya merupakan penjelasan mengenai pemikiran dan temuan-temuan yang mendasari penelitian (Notoadmojo, 2012). Kerangka penelitian ini seperti di gambarkan pada diagram berikut ini:

Gambar 2.1
Kerangka Teori

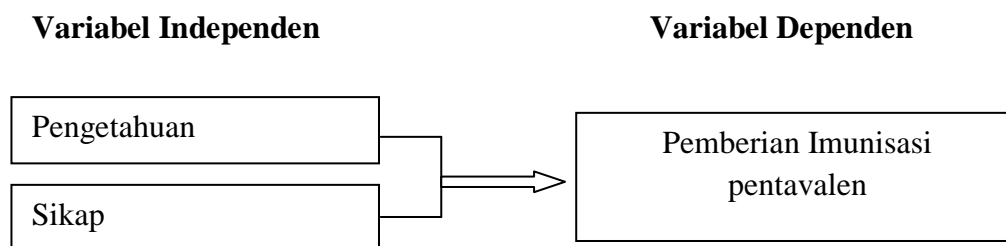


Sumber : modifikasi antara L green dalam Notoatmodjo (2014) & Ranuh (2011)

G. Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati untuk diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2012). Kerangka konsep penelitian ini yaitu :

Gambar 2.2
Kerangka Konsep Penelitian



H. Hipotesis penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara penelitian, patokan dugaan, atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian (Notoatmojo, 2012). Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ha :

1. Ada hubungan pengetahuan ibu terhadap pelaksanaan imunisasi pentavalen di Posyandu Sakura Wilayah Kerja Puskesmas Mercu Buana Kelurahan Agung Jaya Kecamatan Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2018.
2. Ada hubungan sikap ibu terhadap pelaksanaan imunisasi pentavalen di Posyandu Sakura Wilayah Kerja Puskesmas Mercu Buana Kelurahan Agung Jaya Kecamatan Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2018.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan *kuantitatif* dengan metode *survei analitik*. Penelitian *survei analitik* merupakan suatu penelitian yang mencoba mengetahui mengapa masalah kesehatan tersebut bisa terjadi, kemudian melakukan analisa hubungan antara faktor risiko (faktor yang mempengaruhi efek) dengan faktor efek (faktor yang dipengaruhi oleh risiko). Dengan analisa hubungan (korelasi) dapat diketahui seberapa jauh kontribusi faktor risiko tersebut terhadap efek atau suatu kejadian masalah kesehatan, sehingga pada penelitian analisis diperlukan suatu hipotesis penelitian dan uji statistik (Arikunto, 2013).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan di Posyandu Sakura Wilayah Kerja Puskesmas Mercu Buana Kelurahan Agung Jaya Kecamatan Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2019.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada bulan Maret 2019.

C. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan kerangka acuan bagi peneliti untuk mengkaji hubungan antar variabel dalam suatu penelitian. Rancangan penelitian dapat menjadi petunjuk bagi peneliti untuk mencapai tujuan penelitian dan juga sebagai penuntun bagi peneliti dalam suatu proses penelitian. Pada penelitian ini menggunakan rancangan survey analitik dengan metode *cross sectional*. Penelitian *Cross sectional* adalah suatu penelitian yang mempelajari hubungan antara faktor resiko (*independen*) dengan faktor efek (*dependen*), dimana melakukan observasi atau pengukuran variabel sekali dan sekaligus pada waktu yang sama, artinya setiap responden hanya diobservasi satu kali saja dan pengukuran variabel pada saat pemeriksaan tersebut, kemudian peneliti tidak melakukan tindak lanjut (Notoatmodjo, 2012).

D. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang memiliki balita usia 3-5 tahun di Posyandu Sakura Wilayah Kerja Puskesmas Mercu Buana Kelurahan Agung Jaya Kecamatan Way Kenanga Kabupaten Tulang Bawang Barat Tahun 2019 berjumlah 84 ibu balita.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau seluruh dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang ada. Untuk menetapkan besar kecilnya

sampel dalam penelitian ini digunakan pendapat yang menyatakan. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah jumlah seluruh populasi atau yang disebut total sampling . Jadi sampel yang digunakan adalah 84 orang sesuai dengan populasi yang digunakan (Notoadmodjo, 2012).

3. Teknik Pengambilan Sampel

Sampel yang akan diambil dengan cara *total Sampling* yaitu seluruh populasi dijadikan sampel (Sugiyono, 2016).

E. Variabel Penelitian

Variabel adalah apa yang menjadi titik perhatian suatu penelitian (Arikunto.2013).

1. **Variabel terikat:** Imunisasi pentavalen

2. **Variabel bebas** : pengetahuan dan sikap ibu

F. Definisi Operasional Variabel dan Pengukuran Variabel

Definisi operasional yang terkait dalam penelitian ini adalah :

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Pengukuran Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Dependen imunisasi pentavalen	Melihat hasil catatan rekam medis Imunisasi tentang Pemberian vaksin pentavalen pada umur bayi 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan untuk imunisasi dasar. Untuk imunisasi lanjutan vaksin pentavalen diberikan	Rekam medis KMS	Lembar observasi dengan melihat KMS	0: tidak lengkap (jika pentavalen diberikan sebanyak <4x) 1: lengkap (jika pentavalen diberikan $\geq 4x$) (Infodatin, 2016)	Ordinal

		pada umur anak paling cepat 18 bulan sampai 3 tahun. Jadi total vaksin pentavalen diberikan sebanyak 4 kali				
2.	Independen Pengetahuan ibu	Pengetahuan ibu, tentang imunisasi pentavalen, mengenai: pengertian, manfaat, Dampak, jadwal pemberian	Kuesioner	Mengisi lembar kuesioner	0: tidak baik (jika nilai $\leq 50\%$) 1: baik (jika nilai $> 50\%$) (Budiman, 2013)	Ordinal
3	Sikap	Sikap ibu mengenai pemberian imunisasi pentavalen	Kuesioner & study dokumentasi (KMS)	Mengisi lembar kuesioner dan ceklis	0= Negatif jika skor $T < \text{mean } 50$ 1 = Positif jika skor $T \geq \text{mean } 50$ (Azwar, 2016)	Ordinal

G. Pengumpulan Data

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan secara langsung, dilakukan dengan cara melakukan wawancara berdasarkan kuesioner dan study dokumentasi penelitian kepada responden secara langsung dan dikumpulkan pada saat itu juga.

2. Instrumen Penelitian

Alat ukur/Instrumen merupakan alat yang digunakan untuk mengumpulkan data. Karena berupa alat, maka pada penelitian ini instrumen yang digunakan berupa kuesioner yang memiliki kisi-kisi soal

No	Jenis pertanyaan	No soal	Jumlah
Pengetahuan			
1	Pengertian	1,2,3,17,18,19	6
2	Manfaat	4,5,13,14,	4
3	Cara Pemberian	6,7,8,9,11,12,15,20	8
4	Indikasi	10	1
5	Efek samping	16	1
Sikap			
1	Pengertian	22,26	2
2	Manfaat	24,25	2
3	Cara Pemberian	23,28,30	3
4	Tempat penelitian	27	1
5	Efek samping	29	1

H. Pengolahan Data

Dalam suatu penelitian, pengolahan data merupakan salah satu langkah yang penting hal ini disebabkan karena data yang diperoleh langsung dari penelitian masih merupakan data mentah belum memberikan informasi apapun dan belum siap untuk disajikan. Untuk memperoleh penyajian data sebagai hasil yang berarti dan kesimpulan yang baik, diperlukan pengolahan data (Hastono, 2016). Beberapa teknik pengolahan data yaitu :

1. *Editing*

Tahapan ini dilakukan untuk meneliti kelengkapan hasil kuesioner yang telah dilakukan (Notoatmodjo, 2012).

2. *Coding*

Bentuk kegiatan dari coding adalah merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka. Pada kuesioner imunisasi pentavalen dengan coding 0: tidak lengkap dan 1 : lengkap. Pada kuesioner

Pengetahuan 0 : tidak baik dan 1 : baik serta sikap 0: Negatif dan 1: Positif.

3. *Processing*

Data yang telah dimasukkan diperiksa kembali untuk memastikan bahwa data telah bersih dari kesalahan, baik pada waktu pengkodean maupun dalam waktu membaca kode, sehingga siap untuk dianalisa. Data – data yang telah berbentuk angka kemudian di tabulasi dengan bantuan program komputer.

4. *Tabulating*

Pengelompokan data sesuai dengan tujuan penelitian kemudian dimasukan kedalam tabel-tabel yang telah ditentukan berdasarkan kuisisioner yang telah ditentukan skornya.

5. *Cleaning*

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak (Arikunto, 2013).

I. Analisa Data

Analisa data pada penelitian ini dengan memanfaatkan perangkat lunak komputer. Adapun analisis yang dilakukan terbagi dua, yaitu:

1. Analisis Univariat

Analisa data univariat menggunakan teknik statistik deskriptif dalam bentuk presentase untuk masing-masing sub variabel dengan

terlebih dahulu menggunakan jenjang kategori (Notoatmodjo, 2012:182).

Rumus:

$$P = \frac{Fi}{n} \times 100 \%$$

Keterangan:

P : Presentase

Fi : Frekuensi teramati

n : Jumlah responden menjadi sampel

100% : Bilangan tetap

2. Analisis Bivariat

Analisa bivariat adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel dapat disajikan dalam bentuk tabel silang atau kurva untuk melihat hubungan kedua variabel tersebut. Uji statistik yang dipilih tergantung dari skala variabel independen dan dependen yang digunakan (Supardi, 2013). Dalam penelitian ini, setelah data dari post perlakuan, maka : Langkah awal adalah data hasil skala ditabulasikan pada tabel. Langkah selanjutnya adalah membandingkan antara pre dan post perlakuan. Persyaratan dalam menggunakan uji beda (t-test) (Hastono, 2007), yaitu:

- a. Setelah itu peneliti mengolah data menggunakan *uji t (t-test)*. Teknik statistik parametris yang digunakan untuk menguji komparatif sampel yang kedua datanya berbentuk ratio atau interval adalah *t-test*.

b. Mensyaratkan data berdistribusi normal

Untuk mengetahui suatu data berdistribusi normal, ada 3 cara untuk mengetahuinya yaitu :

- 1) Dilihat dari grafik histogram dan kurve normal, bila bentuknya menyerupai bel shape, berarti distribusi normal.
- 2) Menggunakan nilai *sweeknes* dan *standar errornya*, bila nilai *sweeknes* dibagi *standar error* menghasilkan angka ≤ 2 , maka distribusinya normal.
- 3) *Uji kolmogorov smirnov*, bila hasil uji signifikan (*p value* > 0,05) maka distribusi normal. Namun uji *kolmogorov* sangat sensitif dengan jumlah sampel, maksudnya : untuk jumlah sampel yang besar uji *kolmogorov* cenderung menghasilkan uji yang signifikan (yang artinya bentuk distribusinya tidak normal) (Hastono, 2007)

c. Menganalisis data variabel bersifat numerik

Berdasarkan hasil perhitungan statistic Penggunaan *t-test* dan didapat hasil, bila *t-test* hitung lebih kecil (<) dari *t* tabel maka *H₀* diterima dan *H_a* ditolak, yang artinya tidak terdapat pengaruh antara variabel. bila *t-test* hitung lebih besar (>) dari *t* tabel maka *H₀* ditolak dan *H_a* diterima, yang artinya terdapat pengaruh antara variable. Dalam penelitian ini digunakan *uji t dependent* dengan tingkat kemaknaan 0,05 dengan pengertian apabila :

- 1) $P \text{ value} \leq 0,05$ maka terdapat pengaruh yang bermakna atau H_a diterima.
- 2) $P \text{ value} > 0,05$ maka pengaruh tidak bermakna atau H_a ditolak.
- 3) Berdasarkan hasil perhitungan statistic Penggunaan t -test dan didapat hasil, bila t -test hitung lebih kecil ($<$) dari t tabel maka H_0 diterima dan H_a ditolak, yang artinya tidak terdapat pengaruh antara variabel. bila t -test hitung lebih besar ($>$) dari t tabel maka H_0 ditolak dan H_a diterima, yang artinya terdapat pengaruh antara variabel.
- 4) Uji t Pengujian hipotesis dengan bantuan SPSS adalah Independent Sample T Test. Independent Sample T Test digunakan untuk menguji signifikansi beda rata-rata dua kelompok. Tes ini juga digunakan untuk menguji pengaruh variabel independent terhadap variabel dependent. Uji ini digunakan
- 5) untuk mengetahui pengaruh metode inquiry dan metode drill terhadap prestasi belajar matematika siswa. Adapun untuk rumus Independent t -test sebagai berikut:

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} - 2r\left(\frac{S_1}{n_1}\right)\left(\frac{S_2}{n_2}\right)}}$$