

**ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM IMUNISASI
HEPATITIS B-0 PADA BAYI UMUR 0 - 7 HARI
OLEH BIDAN DESA DI KABUPATEN DEMAK
TAHUN 2009**



TESIS

**Untuk memenuhi persyaratan
Mencapai derajat Sarjana S2**

**Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Minat
Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak**

**Oleh :
Muazaroh
NIM : E4A007042**

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2009**

Pengesahan Tesis

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul

**ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM IMUNISASI
HEPATITIS B-0 PADA BAYI UMUR 0 - 7 HARI
OLEH BIDAN DESA DI KABUPATEN DEMAK
TAHUN 2009**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Muazaroh
NIM : E4A007042

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 28 Oktober 2009
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

dr. Martha Irene Kartasurya, M.Sc, PhD. Lucia Ratna Kartika Wulan, SH, M.Kes
NIP : 196407261991032003 NIP : 196612191994022001

Penguji

Penguji

dr. Susi Herawati, M.Kes
NIP : 196410061990032006

Dra. Ayun Sriatmi, M.Kes
NIP : 196705021991032002

Semarang, 28 Oktober 2009
Universitas Diponegoro
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua Program

dr. Martha Irene Kartasurya, M.Sc., Ph.D
NIP : 196407261991032003

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muazaroh

NIM : E4A007042

Menyatakan bahwa tesis judul : **ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM IMUNISASI HEPATITIS B-0 PADA BAYI UMUR 0-7 HARI OLEH BIDAN DESA DI KABUPATEN DEMAK TAHUN 2009**, merupakan :

1. Hasil karya yang dipersiapkan dan disusun sendiri.
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program magister ini atau pun pada program lainnya. Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya.

Semarang, 28 Oktober 2009

Penulis

Muazaroh

NIM : E4A007042

RIWAYAT HIDUP

- Nama : Muazaroh
- Tempat & Tgl lahir : Demak, 27 April 1973
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Alamat : Dukuh Mlaten Rt 08/I Karangmlati, Demak
- Pendidikan : 1. Lulus Sekolah Dasar tahun 1985
2. Lulus SMP Negeri 3 Demak Tahun 1988
3. Lulus Sekolah Perawat Kesehatan Muhammadiyah
Kudus Tahun 1991
4. Lulus Program Pendidikan Bidan Kariadi Semarang
Tahun 1992
5. Lulus Diploma III Kebidanan Depkes RI Semarang
Tahun 2001
6. Lulus Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas
Muhammadiyah Semarang Tahun 2005.
- Pekerjaan : 1. Bidan di Desa Jali, Bonang Demak 1992- 1997
2. Bidan Puskesmas Wonosalam II Tahun 2001-2002
3. Staf Bidang Kesga Dinas Kesehatan Kabupaten
Demak Tahun 2002 - 2006.
4. Staf Bidang P3PL Dinas Kesehatan Kabupaten
Demak Tahun 2007 sampai sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas ijin-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul " Analisis Implementasi Program Imunisasi Hepatitis B-0 Pada Bayi Umur 0-7 Hari Oleh Bidan Desa Di Kabupaten Demak Tahun 2009". Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan pendidikan Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Penyusunan tesis ini terselesaikan berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. dr. Martha Irene Kartasurya, M.Sc,Ph.D selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Pembimbing Utama yang telah memberi kemudahan dan arahan penulis sampai terselesaikan tesis ini.
2. Dra. Ayun Sriatmi, M.Kes selaku Ketua Konsentrasi Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak dan Penguji yang telah dengan sabar memberi masukan yang sangat berarti untuk kesempurnaan tesis ini.
3. Lucia Ratna Kartika Wulan, SH, M.Kes selaku Pembimbing Kedua yang telah dengan sabar dan bijaksana memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan tesis ini.
4. dr. Susi Herawati, M.Kes selaku Penguji yang telah memberikan masukan dan saran yang sangat berarti untuk kesempurnaan tesis ini.
5. dr. Singgih Setyono, MMR selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Demak yang telah memberi motivasi untuk melanjutkan studi Program Pascasarjana dan dorongan untuk selalu maju.
6. Para Koordinator Imunisasi Puskesmas di kabupaten Demak yang telah membantu penulis dalam pengambilan data.

7. Seluruh dosen dan staf Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah mentransfer ilmu dan memberi dukungan dalam penyelesaian tesis ini.
8. Suami, Anakku tersayang Adi dan Candra yang selalu memberi semangat, pengertian dan dukungan baik moril maupun spiritual dalam penyusunan tesis ini.
9. Keluarga besar kami yang memberikan perhatian dan motivasi sehingga terselesaikan tesis ini.
10. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu – persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini.

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan dan melimpahkan hidayah dan taufiqnya-Nya kepada semua pihak yang membantu penulisan tesis ini.

Penulis menyadari penulisan tesis ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat kami harapkan.

Akhirnya penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi pembaca.

Semarang, 28 Oktober 2009

Penulis

ABSTRAK

Muazaroh

Analisis Implementasi Program Imunisasi Hepatitis B-0 Pada Bayi Umur 0-7 Hari Oleh Bidan Desa Di Kabupaten Demak 2009.

xiii, 95 halaman + 18 tabel + 4 gambar + 12 lampiran

Data cakupan Kunjungan Neonatal oleh bidan desa di Kabupaten Demak tahun 2008 adalah 102,4%, sedangkan cakupan imunisasi HB-0 73,8%. Hal ini menunjukkan kesenjangan yang dapat dimungkinkan oleh adanya masalah dalam implementasi program imunisasi HB-0. Keberhasilan implementasi dipengaruhi oleh komunikasi, sumberdaya, disposisi, struktur birokrasi. Tujuan penelitian adalah untuk menganalisis pengaruh faktor komunikasi, sumberdaya, disposisi, struktur birokrasi terhadap keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0 di Kabupaten Demak.

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur dan observasi langsung catatan kohort bidan. Jumlah subjek 73 bidan desa yang tersebar di 26 Puskesmas Kabupaten Demak. Kriteria inklusi : bersedia menjadi responden, pendidikan minimal DI Kebidanan, bekerja minimal 6 bulan, domisili di tempat tugas. Kriteria eksklusi : sedang cuti, sudah menjadi responden pada uji validitas dan reliabilitas. Analisis bivariat dilakukan dengan uji *chi square* dan analisis multivariat dengan *regresi logistik*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 67,1% bidan melakukan komunikasi dengan baik, 64,4% mempunyai persepsi ketersediaan sumberdaya yang baik, 60,3% mempunyai persepsi disposisi baik, 54,8% mempunyai persepsi terhadap struktur birokrasi baik. Keberhasilan implementasi diukur dari cakupan imunisasi HB-0 yang mencapai 52,1%. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara faktor komunikasi, sumberdaya, disposisi, struktur birokrasi dengan keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0 di Kabupaten Demak. Hasil analisis multivariat menunjukkan faktor yang paling berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0 adalah struktur birokrasi ($p = 0,0001$).

Disarankan kepada Dinas Kesehatan agar melakukan advokasi, komunikasi kepada pengambil kebijakan di tingkat daerah untuk memperoleh dukungan politis, operasional dan pembiayaan. Selain itu juga meningkatkan manajemen program imunisasi, mengadakan pertemuan evaluasi berkala lintas program dan lintas sektor dengan menggunakan Pemantauan Wilayah Setempat, memperbaiki pola koordinasi lintas program dengan bidang kesehatan keluarga, serta mengadakan pendekatan kepada kepala puskesmas untuk persamaan persepsi standar uang transport bagi bidan.

Kata kunci : Program imunisasi HB-0, Implementasi kebijakan, Bidan desa.

Keputakaan : 46, 1993 – 2009.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Pertanyaan Penelitian.....	7
D. Tujuan Penelitian.....	7
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	8
F. Manfaat Penelitian.....	9
G. Keaslian Penelitian.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13
A. Kebijakan Publik.....	13
B. Implementasi Kebijakan Publik.....	13
C. Kebijakan Program Imunisasi.....	24
D. Strategi Program Imunisasi.....	24
E. Pengelolaan Program Imunisasi Hepatitis B.....	25
F. Penyakit Hepatitis B.....	30
G. Komunikasi.....	35
H. Kerangka Teori.....	37
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	44
A. Variabel Penelitian.....	44
B. Hipotesis Penelitian.....	44
C. Kerangka Konsep Penelitian.....	45
D. Rancangan Penelitian.....	46
E. Instrumen Penelitian.....	55
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	59
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	59
B. Karakteristik Responden.....	60

C. Keberhasilan Implementasi.....	62
D. Variabel Dalam Implementasi Program Imunisasi HB-0.....	64
E. Analisis Bivariat.....	79
F. Rekapitulasi Hasil Analisis Hubungan	84
G. Hasil Analisis Multivariat.....	85
H. Keterbatasan Penelitian.....	88
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	89
A. Kesimpulan.....	89
B. Saran.....	90
DAFTAR PUSTAKA	93
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor tabel	Judul tabel	Halaman
Tabel 1.1.	Beberapa Penelitian tentang Imunisasi.....	10
Tabel 3.1.	Besar Sampel.....	49
Tabel 4.1.	Cakupan Imunisasi Hepatitis B - 0 Umur 0-7 hari di Kabupaten Demak Tahun 2004 – 2008.....	60
Tabel 4.2.	Karakteristik Responden.....	61
Tabel 4.3.	Distribusi Frekuensi Keberhasilan Implementasi.....	62
Tabel 4.4.	Skor Faktor Komunikasi Bidan Desa Pada Implementasi Program imunisasi HB-0.....	64
Tabel 4.5.	Distribusi Frekuensi Komunikasi oleh Bidan Desa pada Implementasi Program imunisasi HB-0.....	67
Tabel 4.6.	Skor Faktor Sumberdaya pada Implementasi Program Imunisasi HB-0.....	68
Tabel 4.7.	Distribusi Frekuensi Sumberdaya pada Implementasi Program Imunisasi HB-0.....	71
Tabel 4.8.	Skor Faktor Disposisi pada Implementasi Program Imunisasi HB-0.....	71
Tabel 4.9.	Distribusi Frekuensi Disposisi pada Implementasi Program Imunisasi HB-0.....	74
Tabel 4.10.	Skor Faktor Struktur Birokrasi pada Implementasi Program Imunisasi HB-0.....	75
Tabel 4.11.	Distribusi Frekuensi Struktur Birokrasi pada Implementasi Program Imunisasi HB-0.....	78
Tabel 4.12	Tabel Silang Komunikasi oleh Bidan Desa Dengan Cakupan Imunisasi HB-0.....	79
Tabel 4.13.	Tabel Silang Sumberdaya pada Bidan Desa Dengan Cakupan Imunisasi HB-0.....	80
Tabel 4.14.	Tabel Silang Disposisi Dengan Cakupan Imunisasi HB-0.....	82
Tabel 4.15.	Tabel Silang Struktur Birokrasi Dengan Cakupan Imunisasi HB-0.....	83
Tabel 4.16	Rekapitulasi Hasil Uji Hubungan	84
Tabel 4.17.	Model Awal Uji Regresi Logistik Multivariat	85
Tabel 4.18.	Model Akhir Uji Regresi Logistik Multivariat	86

DAFTAR GAMBAR

Nomor gambar	Judul gambar	Halaman
Gambar 2.1.	Model Analisis Implementasi Kebijakan (George Edward III).....	21
Gambar 2.2.	Timing Implementasi Kebijakan Lingkup Nasional.....	23
Gambar 2.3.	Kerangka Teori Model Analisis Implementasi Kebijakan George C. Edward III.....	37
Gambar 3.1.	Kerangka Konsep Penelitian.....	45

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Persetujuan Menjadi Responden
2. Kuesioner Penelitian Analisis Implementasi Program Imunisasi Hepatitis B-0 Oleh Bidan Desa Di Kabupaten Demak
3. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Variabel Bebas dan Variabel Terikat
4. Permohonan Ijin Penelitian dan Pengambilan Data
5. Surat Rekomendasi dari KANTOR KESBANGPOL DAN LINMAS tentang Ijin Mengadakan Penelitian di Puskesmas Se-Kabupaten Demak
6. Hasil Uji Normalitas Data Variabel Penelitian
7. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden
8. Deskripsi Variabel – Variabel Penelitian.
9. Hasil Observasi Cakupan Imunisasi HB-0
10. Hasil Wawancara Cakupan Imunisasi HB-0
11. Hasil Crosstab Variabel – Variabel Penelitian.
12. Hasil Analisis Multivariat (Uji Regresi Logistik)

DAFTAR SINGKATAN

PD3I	: Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi
WHO	: World Health Organization
HB	: Hepatitis B
ADS-PID	: Auto Disable Syringe-Prefilled Injection Device
KN	: Kunjungan Neonatal
SOP	: Standard Operating Procedures
ERAPO	: Eradikasi Polio
ETN	: Eliminasi Tetanus Neonatorum
PKD	: Poliklinik Kesehatan Desa
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
RB	: Rumah Bersalin
RS	: Rumah Sakit
Hbs Ag	: Hepatitis B <i>surface</i> Antigen
Hbc Ag	: Hepatitis B <i>core</i> Antigen
Hbe Ag	: Hepatitis B <i>e</i> Antigen
VHB	: Virus Hepatitis B
VVM	: Vaccin Vial Monitor
RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga
TOGA	: Tokoh Agama
TOMA	: Tokoh Masyarakat
PKK	: Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
RPJM	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah
DQS	: Data Quality Self Assessment
JAMKESMAS	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
FORKOMPI	: Forum Koordinasi Mitra Peduli Imunisasi
OR	: Odd Rasio
CI	: Confidence Interval

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu strategi pembangunan kesehatan nasional untuk mewujudkan "Indonesia Sehat 2010" adalah menerapkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan, yang berarti setiap upaya program pembangunan harus mempunyai kontribusi positif terhadap terbentuknya lingkungan yang sehat dan perilaku sehat. Pembangunan kesehatan mengacu kepada konsep "Paradigma Sehat" yaitu pembangunan kesehatan yang memberikan prioritas utama pada upaya pelayanan peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (preventif) dibandingkan upaya pelayanan penyembuhan/pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) secara menyeluruh dan terpadu serta berkesinambungan.¹

Imunisasi merupakan salah satu upaya pelayanan kesehatan dasar dari segi preventif yang memegang peranan dalam menurunkan angka kematian bayi. Upaya pelayanan imunisasi dilakukan melalui kegiatan imunisasi rutin dan tambahan dengan tujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit – penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I). Tujuan tersebut dapat tercapai apabila ditunjang dengan sumberdaya manusia yang berkualitas dan ketersediaan standar, pedoman, sistem pencatatan pelaporan serta logistik yang memadai dan bermutu.²

Pada tahun 1992 *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan pemberian imunisasi hepatitis B (HB-0) bagi semua bayi di negara dengan tingkat endemisitas tinggi $\geq 8\%$. Selanjutnya pada tahun 1997 WHO merekomendasikan agar imunisasi hepatitis B diintegrasikan

kedalam program imunisasi rutin.^{3,4} Dalam *Multi Years Plan 2006-2011* tentang program imunisasi di Indonesia telah digariskan bahwa kegiatan program imunisasi perlu diarahkan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi serta kualitas pelaksanaan. Seperti telah diketahui pencegahan hepatitis B yang efektif di Indonesia adalah dengan memberikan dosis pertama pada usia 0-7 hari karena tingginya transmisi hepatitis B secara vertikal di Indonesia.^{5,6}

Diperkirakan di dunia terdapat 400 juta orang pengidap (*carrier*) dimana hampir 78% diantaranya tinggal di Asia Tenggara. Indonesia termasuk ke dalam daerah endemis sedang sampai tinggi berkisar antara 11 juta (5-15%). Sampai saat ini belum ditemukan obat yang memuaskan terhadap infeksi hepatitis B, maka pencegahan merupakan cara yang terbaik yaitu melalui peningkatan kesehatan lingkungan, kebersihan perorangan, mencegah perilaku seksual yang berisiko tinggi dan yang paling efektif adalah imunisasi atau vaksinasi untuk mencegah penularan bagi orang lain.³

Vaksin hepatitis B rekombinan adalah vaksin virus rekombinan yang telah diinaktivasi dan bersifat *non infectious*, berasal dari HbsAg yang dihasilkan dalam sel ragi (*Hansenula polymorpha*) menggunakan teknologi DNA rekombinan yang digunakan untuk imunisasi aktif terhadap infeksi yang disebabkan oleh virus hepatitis B.^{7,8} Kehadiran vaksin dalam tubuh manusia akan mendorong reaksi perlawanan terhadap virus atau bakteri dari penyakit yang bersangkutan. Perkembangan kegiatan imunisasi makin maju dengan adanya *uniject* (ADS-PID/*Auto Disable syringe-Prefill Injection Device*), yang mendukung pelaksanaan suntikan yang aman (*Safe Injection*) dan mampu menghemat vaksin karena *uniject* merupakan kemasan tunggal.^{3,9}

Hepatitis B adalah penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis B yang merusak hati dengan masa inkubasi 14 - 160 hari. Penyebaran penyakit

melalui darah dan produknya, melalui suntikan yang tidak aman, transfusi darah, proses persalinan atau melalui hubungan seksual. Dengan melihat masa inkubasi diatas maka pemberian imunisasi secara aktif diberikan pada waktu kurang dari 7 hari. Infeksi pada anak seringkali subklinis dan biasanya tidak menimbulkan gejala. Gejala infeksi klinis yang akut adalah merasa lemah, gangguan perut dan gejala lain seperti flu, urine menjadi kuning, kotoran menjadi pucat. Warna kuning bisa terlihat pula pada mata ataupun kulit. Risiko terjadinya penyakit kronis pada penderita Hepatitis B, jauh lebih besar bila infeksi terjadi mulai dari awal kehidupan dibandingkan dengan infeksi terjadi pada usia dewasa. Infeksi pada masa bayi mempunyai risiko untuk menjadi *carrier* kronis sebesar 95% dan menimbulkan *chirrhosis hepatis*, kanker hati dan menimbulkan kematian.^{10,11}

Pemberian imunisasi Hepatitis B di Indonesia mulai tahun 1997 menjadi program imunisasi rutin diberikan sebanyak tiga kali dengan penyuntikan pertama pada bayi umur 3 (tiga) bulan. Mengacu kepada surat No : 168/MENKES/I/2003 tentang Perubahan Kebijakan Teknis Imunisasi Hepatitis B, diberikan pada bayi umur 0 – 7 hari, dengan menggunakan *prefilled syringe (uniject HB)* yaitu alat suntik sekali pakai yang sudah steril dan sudah diisi vaksin hepatitis untuk satu dosis. Hasil cakupan imunisasi hepatitis B-0 (0-7 hari) secara nasional masih belum mencapai hasil yang optimal, untuk itu perlu diupayakan agar kerjasama kegiatan Kunjungan Neonatal 1 (KN-1) sekaligus memberikan imunisasi hepatitis B dengan *uniject HB* dilakukan bersamaan pada saat kunjungan rumah. Mengingat perubahan teknis imunisasi Hepatitis B tersebut merupakan hal yang baru bagi masyarakat (menyuntik bayi usia 0-7 hari), tentunya perlu sosialisasi kepada masyarakat dan perlu dukungan berbagai pihak.

Tujuan program imunisasi HB-0 adalah agar seluruh bayi usia 0-7 hari mendapatkan imunisasi HB secara steril dan aman.^{5,9}

Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Untuk mengimplementasikan kebijakan publik, ada dua pilihan langkah yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program atau melalui formulasi kebijakan turunan dari kebijakan publik tersebut. Program pemberian imunisasi HB-0 pada bayi usia ≤ 7 hari merupakan salah satu bentuk implementasi kebijakan publik di bidang kesehatan dalam rangka melindungi bayi terhadap penularan infeksi hepatitis B. Selanjutnya menurut Van Horn dan Van Meter implementasi adalah sebagai tindakan yang diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan kebijakan.¹²

Pada studi pendahuluan didapatkan informasi dari bidan bahwa banyak hambatan dan kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan imunisasi hepatitis B-0 pada bayi umur ≤ 7 hari. Dilihat pada segi kualitas sumberdaya manusia dengan cara wawancara pada 49 bidan desa yang ada di empat puskesmas, ada 15 bidan (30,6 %) yang belum mengikuti pelatihan imunisasi HB *uniject* dan tidak tersedia dana pengganti transport untuk melakukan kunjungan neonatal . Bidan takut akan akibat yang ditimbulkan setelah imunisasi yaitu Kejadian Ikutan Paska Imunisasi (KIPI). Informasi dari bidan bahwa sebagian masyarakat tidak memperbolehkan bayinya diimunisasi HB-0 karena : berpendapat bahwa bayi akan sehat tanpa imunisasi, masih merasa kasihan kepada bayi untuk diimunisasi dini, dan belum tahu manfaat imunisasi HB-0. Hal ini disebabkan karena kurangnya komunikasi oleh bidan kepada masyarakat dalam bentuk sosialisasi tentang imunisasi HB-0. Segi Disposisi / sikap bidan terhadap tugas pokok dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0 masih kurang komitmen yaitu pada saat melakukan kunjungan

neonatal belum semua bidan memberikan imunisasi HB-0. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Demak bahwa cakupan kunjungan neonatal sampai dengan bulan Mei 2008 sebanyak 45,2% sedangkan cakupan imunisasi HB-0 31,9%.

Indikator seorang bayi telah mendapat imunisasi dasar lengkap adalah salah satunya imunisasi Hepatitis B, dimana target imunisasi Hepatitis B pada usia 0-7 hari sampai dengan tahun 2010 adalah 90%. Tingkat pencapaian cakupan imunisasi hepatitis B-0 provinsi Jawa Tengah tahun 2008 adalah 80,7%.¹³ Cakupan imunisasi Hepatitis B-0 di kabupaten Demak dari tahun 2004 – 2008 belum mencapai target yaitu cakupan berkisar antara 54,0 % - 73,8 %, sedangkan target kabupaten Demak adalah 80 %. Dari hasil cakupan imunisasi HB-0 tahun 2008 dapat dikatakan bahwa belum semua bayi baru lahir diberikan imunisasi Hepatitis B-0 pada umur kurang dari 7 hari. Rekapitulasi cakupan imunisasi HB-0 kabupaten Demak tahun 2008 menunjukkan bahwa puskesmas melaksanakan pemberian imunisasi HB-0 pada umur kurang dari 7 hari dan umur 8-28 hari, hal ini dapat dilihat dari sistem pelaporan rutin imunisasi puskesmas, bahwa puskesmas belum semua memberikan imunisasi HB-0 umur kurang 7 hari. Masih ada 15 Puskesmas (57,6%) dari total 26 puskesmas dengan cakupan imunisasi HB-0 \leq 7 hari tidak mencapai target, dan masih ada 24 puskesmas (92,3 %) masih melaporkan pemberian imunisasi HB-0 pada usia $>$ 7 hari - 28 hari.¹⁴ (lihat lampiran 3). Apabila keadaan ini berlangsung terus tanpa ada penanganan berkelanjutan akan menimbulkan risiko penularan penyakit hepatitis B pada bayi yang semakin tinggi. Dengan memberikan imunisasi hepatitis B sedini mungkin pada bayi, sebelum terjadi infeksi atau segera setelah kontak akan dapat melindungi bayi terkena infeksi. Selain itu karena 3-8% ibu hamil merupakan pengidap/*carrier*, dan 45,9% bayi tertular saat lahir dari ibu

pengidap. Penularan saat lahir hampir seluruhnya berlanjut menjadi hepatitis menahun, sirosis hati dan kanker hati primer.³

Data cakupan Kunjungan Neonatal pertama (KN 1) oleh tenaga kesehatan/bidan desa di kabupaten Demak dari tahun 2004 – 2008 berkisar antara 96,6% - 102,4%, sedangkan target KN adalah 95%. Selisih antar KN-1 dengan HB-0 neonatus adalah 28,6% di mana hal ini menunjukkan bahwa tidak semua bayi pada kunjungan KN-1 mendapat imunisasi HB-0 sedini mungkin.¹⁴ Sehingga hal ini juga merupakan tantangan bagi kabupaten Demak khususnya pada program imunisasi, karena bayi sebenarnya sudah pernah kontak dengan bidan di desa, akan tetapi pemberian imunisasi hepatitis B-0 pada bayi umur kurang dari 7 hari belum maksimal dari segi struktur birokrasi belum terkoordinasi dengan program KIA pada saat kunjungan neonatal.

Sehubungan dengan manfaat pentingnya pemberian imunisasi hepatitis B bagi bayi dengan berbagai pertimbangan serta alasan diatas maka peneliti ingin mengetahui faktor – faktor yang berpengaruh pada implementasi program imunisasi HB-0 di Kabupaten Demak.

B. Rumusan Masalah :

Berdasarkan latar belakang diatas diketahui bahwa meskipun kebijakan tentang pemberian imunisasi HB-0 sudah ada, ketersediaan logistik vaksin dan standar pelayanan sudah ada serta cakupan tiap tahun meningkat, akan tetapi masih terdapat kesenjangan antara keputusan kebijakan dan implementasi program pemberian imunisasi HB-0. Hal ini dapat dilihat dari adanya laporan puskesmas tentang pemberian imunisasi HB-0 pada umur > 7 hari dan bidan desa pada waktu KN 1 belum memberikan imunisasi HB-0. Dari gambaran diatas dapat diasumsikan bahwa implementasi program imunisasi HB-0 belum berjalan sesuai yang

diharapkan. Faktor- faktor yang diduga menjadi penyebab antara lain : aspek komunikasi, sumberdaya, disposisi / sikap implementor, dan struktur birokrasi. Oleh karena itu rumusan masalah yang diambil dalam penelitian ini adalah :
” Analisis Implementasi program imunisasi HB-0 oleh bidan desa di Kabupaten Demak.”

C. Pertanyaan Penelitian :

Berdasarkan uraian diatas dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut :

” Faktor- faktor apakah yang berpengaruh terhadap implementasi program Imunisasi HB-0 oleh bidan desa di Kabupaten Demak ?”

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum :

Mengetahui faktor – faktor implementasi yang berpengaruh terhadap keberhasilan program imunisasi HB-0 oleh bidan desa di Kabupaten Demak.

2. Tujuan Khusus :

- a. Mendiskripsikan faktor komunikasi, sumberdaya, disposisi, struktur birokrasi dalam implementasi program imunisasi HB-0 oleh bidan desa di Kabupaten Demak.
- b. Mengetahui hubungan faktor komunikasi terhadap keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0 oleh bidan desa di Kabupaten Demak.
- c. Mengetahui hubungan faktor sumberdaya terhadap keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0 oleh bidan desa di Kabupaten Demak .

- d. Mengetahui hubungan faktor disposisi terhadap keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0 oleh bidan desa di Kabupaten Demak.
- e. Mengetahui hubungan faktor struktur birokrasi terhadap keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0 oleh bidan desa di Kabupaten Demak.
- f. Mengetahui faktor – faktor (komunikasi, sumberdaya, disposisi, struktur birokrasi) yang berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0 oleh bidan desa di Kabupaten Demak .

E. Ruang Lingkup Penelitian.

1. Lingkup Keilmuan.

Penelitian ini termasuk dalam lingkup ilmu kesehatan masyarakat dengan kajian bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan terutama Implementasi program imunisasi yang meliputi faktor komunikasi, sumberdaya, disposisi / sikap implementor dan struktur birokrasi.

2. Lingkup Metodologi.

Jenis penelitian ini penelitian Kuantitatif yaitu penelitian yang bertujuan mengetahui faktor – faktor yang berpengaruh terhadap implementasi program imunisasi HB-0. Rancangan penelitian yang digunakan adalah rancangan penelitian *cross sectional*, yaitu dalam melakukan pengukuran baik variabel independen maupun variabel dependen dilakukan serentak.

3. Lingkup Waktu.

Penelitian ini dilakukan sejak bulan Desember 2008 yaitu dengan kegiatan penyusunan proposal. Selanjutnya pelaksanaan penelitian hingga ujian hasil penelitian dilakukan sampai dengan bulan Oktober 2009.

F. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi Dinas kesehatan Kabupaten Demak, Magister ilmu kesehatan masyarakat Undip dan peneliti. Adapun manfaatnya adalah sebagai berikut :

1. Bagi Dinas Kesehatan dan Puskesmas Kabupaten Demak.

Memberikan informasi tambahan untuk meningkatkan pengelolaan program imunisasi HB-0 dan pencegahan penyakit hepatitis B.

2. Bagi MIKM Undip

Penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan dan menjadi referensi bagi penelitian berikutnya.

3. Bagi Peneliti.

Menambah wawasan, pengetahuan, dan pengalaman yang berharga dalam mengaplikasikan teori manajemen kebijakan publik khususnya implementasi yang telah diperoleh dalam perkuliahan.

G. Keaslian Penelitian.

Penelitian mengenai faktor – faktor yang berpengaruh terhadap implementasi program imunisasi Hepatitis B-0 belum pernah dilakukan. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian – penelitian sejenis yang pernah dilakukan antara lain :

Tabel 1.1 Beberapa Penelitian Tentang Imunisasi.

NAMA	JUDUL	VARIABEL YANG DITELITI	DESAIN PENELITIAN	HASIL PENELITIAN
Ariebowo H.A	Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan cakupan imunisasi puskesmas di kabupaten Batang	*Kepemimpinan *Supervisi *Kompensasi *Ketersediaan sarana prasarana	Kuantitatif (cross sectional)	Faktor yang berhubungan dengan cakupan imunisasi adalah Supervisi, kompensasi, ketersediaan sarana dan prasarana
Sri Utami	Pengembangan sistem informasi Pekan Imunisasi Nasional (PIN) berbasis Sistem Informasi Geografis (GIS) guna mendukung evaluasi program PIN di kota Semarang	*Sistem informasi PIN * Identifikasi Permasalahan * Kebutuhan informasi tiap tingkatan manajemen * Rancangan Manajemen Basis data *Sistem Informasi PIN ber-Basis SIG	Kualitatif (Eksperimen kuasi)	*Sistem informasi PIN yang berjalan belum komputerisasi, penyajian pemetaan belum ada dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan. *Sistem informasi PIN dikembangkan *Kebutuhan informasi untuk pengambil keputusan berdasarkan tingkat manajemen.

Lanjutan Tabel 1.1

NAMA	JUDUL	VARIABEL YANG DITELITI	DESAIN PENELITIAN	HASIL PENELITIAN
Sri Pinti R	Analisis faktor Sumberdaya Manusia yang berhubungan dengan hasil kegiatan Imunisasi dasar bayi oleh petugas imunisasi puskesmas Di Kabupaten	*Supervisi pimpinan puskesmas *Ketersediaan sarana prasarana penunjang kegiatan imunisasi *Motivasi kerja *Persepsi petugas	*Kuantitatif (cross sectional) *kualitatif	Faktor yang berpengaruh terhadap cakupan imunisasi adalah supervisi pimpinan puskesmas, ketersediaan sarana prasarana, persepsi terhadap kompensasi, motivasi petugas
Rita Novianingrum	Analisis hubungan fungsi manajemen kepala puskesmas dengan cakupan imunisasi polio di kota Semarang tahun 2007	* Fungsi perencanaan *Fungsi Pengorganisasian *Fungsi Penggerakan * Fungsi Pengawasan	*Kuantitatif (cross sectional) *kualitatif	Fungsi manajemen kepala puskesmas yang berhubungan dengan cakupan imunisasi polio adalah perencanaan,pengorganisasian, penggerakan dan pelaksanaan. * Hasil wawancara dari informan diketahui bahwa fungsi manajemen belum dilaksanakan secara maksimal

Lanjutan Tabel 1.1.

NAMA	JUDUL	VARIABEL YANG DITELITI	DESAIN PENELITIAN	HASIL PENELITIAN
Muazaroh	Analisis implementasi program imunisasi Hepatitis B-0 pada bayi umur 0-7 hari oleh bidan desa di Kabupaten Demak tahun 2009	* Komunikasi * Sumberdaya * Disposisi * Struktur Birokrasi	*Kuantitatif (cross sectional)	*Ada hubungan antara komunikasi, sumberdaya, disposisi, struktur birokrasi dengan (cakupan imunisasi) *Ada pengaruh struktur birokrasi dengan cakupan imunisasi HB-0

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Kebijakan Publik .

Kebijakan publik dapat dipandang sebagai kebijakan yang dipilih oleh pemerintah untuk melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan dalam suatu rangkaian kebijakan yang saling berkaitan dan masing - masing kebijakan memiliki tujuan – tujuan tertentu yang hendak dicapai.¹² Proses formulasi kebijakan publik berada dalam sistem politik dengan mengandalkan pada masukan (input) yang terdiri atas dua hal yaitu tuntutan dan dukungan. Model yang dikembangkan oleh beberapa ilmuwan kebijakan publik mempunyai satu kesamaan yaitu bahwa proses kebijakan berjalan dari formulasi menuju implementasi, untuk mencapai kinerja kebijakan. Adapun model formal proses kebijakan adalah dari gagasan kebijakan, formalisasi dan legalisasi kebijakan, implementasi, baru menuju pada kinerja atau mencapai prestasi yang diharapkan yang didapatkan setelah dilakukan evaluasi kebijakan.¹²

Kebijakan publik mengandung tiga komponen dasar yaitu : (1) Tujuan yang hendak dicapai, (2) sasaran yang spesifik, (3) cara mencapai sasaran (implementasi). Tujuan kebijakan pada hakekatnya adalah melakukan intervensi/ implementasi.^{12,14,15}

B. Implementasi Kebijakan Publik.

Implementasi kebijakan adalah tahap pengambilan kebijakan antara pembentukan kebijakan dan konsekuensi kebijakan bagi orang-orang yang dipengaruhi kebijakan tersebut. Jika kebijakan tidak tepat, tidak dapat mengurangi masalah, maka kebijakan tersebut akan gagal meski telah

diimplementasikan dengan baik. Jika kebijakan yang baik diimplementasikan dengan buruk, maka kebijakan tersebut akan gagal untuk mencapai tujuan.¹⁸

Agar suatu kebijakan dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang diinginkan. Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah pelaksanaan Undang - undang dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur dan tehnik bekerjasama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya untuk mencapai tujuan. Pelaksanaan kebijakan juga terkait dengan identifikasi masalah dan tujuan serta formulasi kebijakan sebagai langkah awal dan monitoring serta evaluasi sebagai langkah akhir dalam suatu rangkaian kebijakan publik. Kesenjangan antara teori kebijakan dengan implementasinya memberikan sebuah tafsiran baru, bahwa ketidakmampuan *aligning* antara rumusan kebijakan dan implementasi kebijakan.¹² Sebuah kebijakan yang baik akan berperan menentukan hasil yang baik. Bahkan kontribusi konsep mencapai 60% dari keberhasilan. Jika kita sudah mempunyai konsep yang baik , 60% keberhasilan sudah ditangan, namun hal itu akan hangus jika 40% implementasinya tidak konsisten dengan konsep.

Implementasi kebijakan publik meliputi beragam tindakan : mengeluarkan dan memberlakukan arahan – arahan, mengeluarkan dana, membuat pinjaman, memberikan hibah, menandatangani kontrak, mengumpulkan data, menyebarkan informasi, menganalisa masalah, menunjuk dan mempekerjakan pegawai, menciptakan unit - unit organisasi, mengusulkan alternatif, merencanakan masa depan, dan berunding dengan warga masyarakat, bisnis, kelompok kepentingan, komite legislatif, unit birokratik, dan bagaimana keberhasilan atau kinerja program diukur.^{15,16,18}

Menurut Ripley dan Franklin bahwa implementasi mencakup tindakan-tindakan (tanpa tindakan – tindakan) oleh berbagai aktor, khususnya para

birokrat untuk membuat program berjalan. Adapun kegiatan dalam implementasi adalah :¹⁵

1. Badan pelaksana dalam menjalankan program harus mendapatkan sumber-sumber yang dibutuhkan meliputi personil, peralatan, lahan tanah, bahan mentah dan uang.
2. Badan pelaksana mengembangkan bahasa anggaran dasar menjadi arahan-arahan konkret, regulasi, rencana- rencana serta desain program.
3. Badan pelaksana harus mengorganisasikan kegiatan dengan menciptakan unit birokrasi dan rutinitas untuk mengatasi kerja.
4. Badan pelaksana memberikan keuntungan atau pembatasan kepada para pelanggan atau kelompok- kelompok target.

Hoogwood dan Gunn mengemukakan beberapa syarat untuk melakukan implementasi kebijakan :¹⁵

1. Adanya jaminan bahwa kondisi eksternal yang dihadapi oleh lembaga / badan pelaksana tidak menimbulkan masalah besar
2. Tersedia sumberdaya yang memadai
3. Adanya perpaduan sumber – sumber yang diperlukan
4. Adanya hubungan kausal yang handal sebagai dasar kebijakan
5. Rendahnya kompleksitas hubungan kausalitas yang terjadi
6. Hubungan saling ketergantungan kecil
7. Adanya pemahaman yang mendalam dan kesepakatan terhadap tujuan
8. Tugas – tugas telah dirinci dan ditempatkan dalam urutan yang benar
9. Komunikasi dan koordinasi yang sempurna
10. Pihak – pihak yang memiliki wewenang kekuasaan dapat menuntut dan mendapatkan kepatuhan yang sempurna.

Menurut Van Meter dan Van Horn menjelaskan bahwa implementasi kebijakan sebagai tindakan – tindakan yang dilakukan oleh individu atau kelompok, pemerintah maupun swasta yang diarahkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam kebijakan. Perlu dijelaskan bahwa tahap implementasi kebijakan dapat dimulai apabila tujuan dan sasaran diperinci, program –program aksi telah dirancang dan dana/biaya telah dialokasikan untuk mewujudkan tujuan dan sasaran tersebut.¹² Model implementasi kebijakan yang diperkenalkan oleh Donald Van Meter dan Carl Van Horn menjelaskan bagaimana keputusan kebijakan dilaksanakan dan variabel-variabel dalam model ini adalah :

1. Aktifitas implementasi dan komunikasi antar organisasi
2. Karakteristik pelaksana
3. Kondisi ekonomi, sosial dan politik
4. Kecenderungan pelaksana/ implementator.

Model yang dikembangkan Daniel Mazmanian dan Paul A.Sabatier (1983), merupakan pendekatan model kedua yang mengemukakan bahwa implementasi adalah upaya melaksanakan keputusan kebijakan. Model ini disebut model kerangka Analisis implementasi (*A Framework for Implementation Analysis*). Duet Mazmanian Sabatier mengklasifikasikan proses implementasi kebijakan kepada tiga variabel yaitu :

- 1) Variabel independen yaitu mudah tidaknya masalah dikendalikan yang berkenaan dengan indikator masalah teori dan teknis pelaksanaan, keragaman objek, dan perubahan seperti apa yang dikehendaki.
- 2) Variabel *intervening*, yaitu variabel kemampuan kebijakan untuk menstrukturkan proses implementasi dengan indikator kejelasan dan konsistensi tujuan, dipergunakannya teori

kausal, ketepatan alokasi sumber dana, keterpaduan hierarkis diantara lembaga pelaksana, dan keterbukaan kepada pihak luar; dan variabel diluar kebijakan yang mempengaruhi proses implementasi yang berkenaan dengan indikator kondisi sosio-ekonomi dan teknologi, dukungan publik, sikap dan risorsis konstituen, dukungan pejabat yang lebih tinggi serta komitmen dan kualitas kepemimpinan dari pejabat pelaksana.

- 3) Variabel dependen, yaitu tahapan dalam proses implementasi dengan lima tahapan : Pemahaman dari lembaga/badan pelaksana dalam bentuk disusunnya kebijakan pelaksana, kepatuhan objek, hasil nyata, penerimaan atas hasil nyata tersebut, dan akhirnya mengarah pada revisi atas kebijakan yang dibuat dan dilaksanakan tersebut ataupun keseluruhan kebijakan yang bersifat mendasar.¹²

Selanjutnya George C. Edward III mengemukakan bahwa Implementasi kebijakan merupakan suatu proses yang dinamis yang mencakup interaksi dari variabel- variabel agar implementasi kebijakan efektif. Keberhasilan implementasi kebijakan ditentukan oleh empat faktor yaitu :

1. Komunikasi .

Agar implementasi berjalan efektif, maka pihak – pihak yang memiliki tanggung jawab untuk mengimplementasikan keputusan harus mengetahui apa yang harus dilakukakan. Perintah – perintah untuk mengimplementasikan kebijakan harus disampaikan kepada orang – orang yang tepat secara jelas, akurat dan konsisten. Komunikasi berkenaan dengan bagaimana keputusan kebijakan atau perintah dikomunikasikan dengan tepat dan konsisten kepada organisasi dan / publik, harus jelas dan dapat diikuti. Kebijakan yang akan

diimplementasikan harus disertai petunjuk – petunjuk pelaksanaan yang jelas sebagai acuan bagi para pelaksana (*implementor*), sehingga para pelaksana dapat mengetahui apa yang diharapkan dari tujuan. Bentuk komunikasi dalam implementasi kebijakan berupa nasehat atau bimbingan teknis.

2. Sumberdaya.

Dalam implementasi kebijakan ketersediaan sumberdaya merupakan faktor yang penting khususnya sumber daya manusia meliputi jumlah staf yang memadai dan memiliki keahlian yang diperlukan dalam melaksanakan tugas, informasi yang relevan dan kepatuhan pihak lain yang terlibat, wewenang untuk melaksanakan tugas yang menjamin bahwa kebijakan dijalankan sesuai tujuan, dan fasilitas / sarana prasarana yang mendukung pelaksanaan program (gedung , peralatan).

- 1) Staf. Sumberdaya yang paling penting dalam mengimplementasikan kebijakan adalah staf, tidak hanya dilihat dari segi jumlahnya tetapi juga kemampuannya untuk melaksanakan tugas.
- 2) Informasi. Informasi memiliki dua bentuk yaitu : mengenai bagaimana menjalankan kebijakan, data tentang kepatuhan pihak lain terhadap aturan-aturan dan regulasi pemerintah.
- 3) Wewenang. Wewenang bervariasi dan memiliki berbagai bentuk seperti : mengeluarkan perintah kepada pejabat lain, menarik dana dari program, menyediakan dana, membeli barang dan jasa, mengenakan pajak. Kebijakan yang mengharuskan pemerintah mengawasi atau mengatur pihak lain dalam sektor publik dan swasta memiliki wewenang yang kurang memadai. Beberapa badan kekurangan wewenang

untuk mengimplementasikan kebijakan dengan tepat. Karena kurangnya wewenang maka pejabat membutuhkan koordinasi dengan pelaksana lain agar implementasi program berjalan sukses.

- 4) Fasilitas. Fasilitas fisik meliputi gedung, peralatan, suplai yang diperlukan dalam implementasi.

3. Disposisi / sikap *implementor*.

Disposisi adalah sikap atau watak yang dimiliki oleh implementor, seperti komitmen, kejujuran dan sifat demokratis. Apabila pelaksana memiliki disposisi yang baik maka dia akan menjalankan kebijakan dengan baik sesuai dengan yang diharapkan oleh pembuat kebijakan. Akan tetapi jika sikap atau perspektif pelaksana berbeda dengan kebijakan, proses implementasi kebijakan menjadi lebih rumit. Adanya keleluasaan dalam melaksanakan kebijakan seringkali menimbulkan tafsiran yang berbeda dalam pelaksanaan suatu program. Adanya perbedaan pandangan dari para pelaksana atau kepentingan – kepentingan pribadi / organisasi hal ini yang akan menimbulkan hambatan-hambatan dalam implementasi. Para pelaksana tidak hanya mengetahui apa yang akan dilakukan dan memiliki kemampuan untuk melakukan, tetapi harus memiliki keinginan untuk menjalankan kebijakan tersebut.

4. Struktur Birokrasi

Implementasi dapat terganggu akibat kekurangan dalam struktur birokrasi. Perpecahan organisasi dapat menghambat koordinasi yang diperlukan untuk keberhasilan implementasi. Mengetahui struktur birokrasi merupakan faktor yang fundamental untuk mengkaji implementasi kebijakan. Struktur birokrasi berkenaan dengan kesesuaian organisasi birokrasi yang menjadi penyelenggara implementasi kebijaksanaan publik.

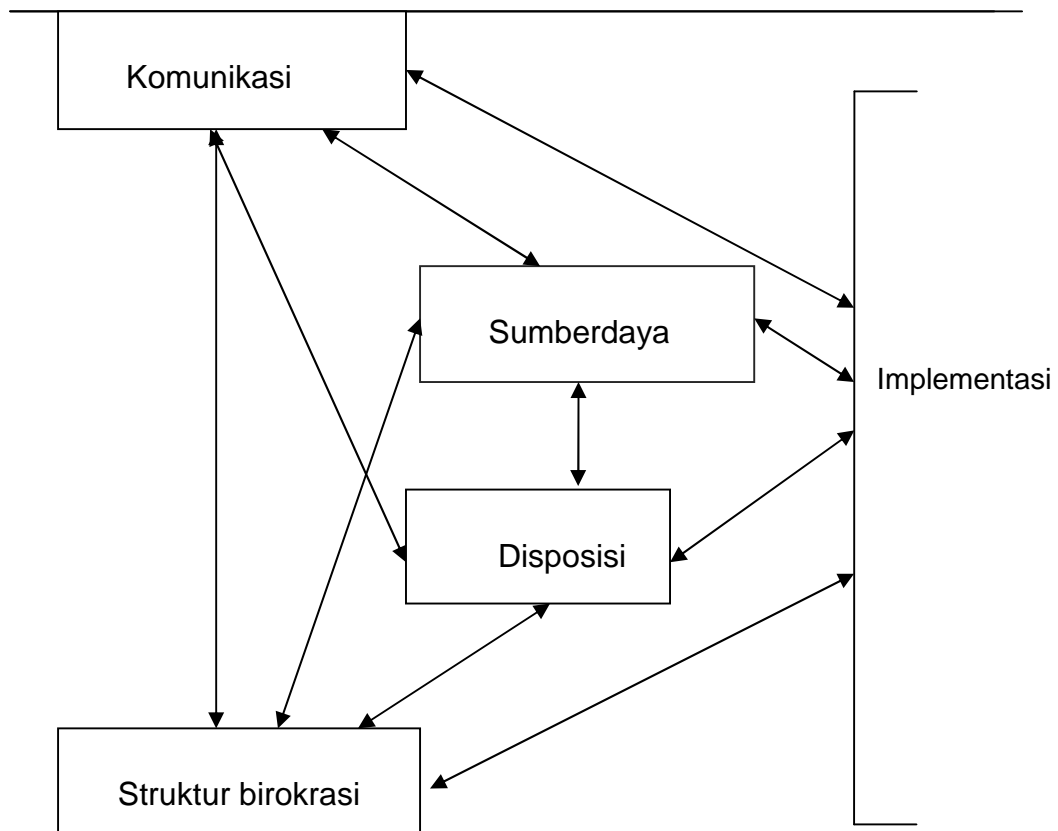
Struktur birokrasi ini menjadikan proses implementasi menjadi efektif dan juga merupakan salah satu badan yang paling sering bahkan secara keseluruhan menjadi pelaksana kebijakan.

Salah satu aspek struktur organisasi adalah adanya *Standard Operating Procedures* (SOP) dan adanya koordinasi antara badan pelaksana. Kurangnya koordinasi dan kerjasama diantara lembaga – lembaga akan mengakibatkan implementasi kebijakan yang kurang efektif. Dua karakteristik utama birokrasi adalah *Standard operating Procedures* (SOP) dan perpecahan (fragmentasi).

SOP berkembang sebagai respon internal terhadap keterbatasan waktu dan sumberdaya dan keinginan terhadap keseragaman dalam operasi yang rumit dan organisasi yang terpisah. Perpecahan adalah pemisahan tanggung jawab wilayah kebijakan diantara beberapa unit organisasi. Perpecahan menunjukkan persebaran tanggung jawab yang membuat koordinasi kebijakan menjadi sulit. Perpecahan dapat menghasilkan dua badan atau lebih yang bekerja pada tujuan yang bersilangan. Konflik ini tidak hanya mengalahkan tujuan-tujuan program yang terlibat, tetapi konflik juga memaksa pejabat publik untuk menghabiskan waktu dan tenaga yang bernegosiasi satu sama lain. Perpecahan tanggung jawab program sangat besar yang mengacaukan program yang seharusnya dikerjakan.¹⁸

SOP dan perpecahan birokratik menghambat perubahan dalam kebijakan, menghabiskan sumberdaya, mendorong tindakan – tindakan yang tidak diinginkan, menghambat koordinasi, mengacaukan pejabat ditingkat rendah, menghasilkan kebijakan dengan tujuan silang dan menyebabkan beberapa kebijakan jatuh diantara batas- batas organisasi.¹⁶

Gambar 2.1 Model Analisis Implementasi Kebijakan
(George C. Edward III)



Beberapa model implementasi kebijakan tersebut diatas menunjukkan bahwa tidak ada variabel tunggal dalam suatu kegiatan implementasi kebijakan. Keberhasilan implementasi kebijakan sangat ditentukan oleh banyak faktor, baik menyangkut kebijakan yang diimplementasikan, pelaksana kebijakan maupun lingkungan dimana kebijakan tersebut diimplementasikan (kelompok sasaran). Melihat berbagai model diatas nampak faktor lingkungan dimana kebijakan diimplementasikan, komunikasi antar organisasi dan birokrasi pelaksana menjadi faktor dominan bagi penentu keberhasilan implementasi kebijakan.

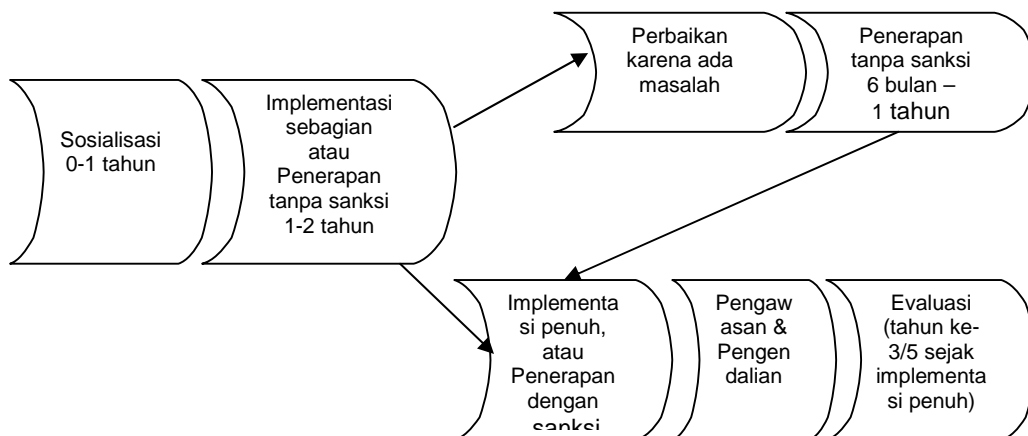
Menurut Riant Nugroho , bahwa pada prinsipnya sebuah kebijakan dapat berjalan efektif ada “empat tepat” yang perlu dipenuhi yaitu :

1. Pertama, apakah kebijakannya sendiri sudah tepat.
Ketepatan kebijakan ini dinilai dari sejauh mana kebijakan yang ada telah bermuatan hal-hal yang memecahkan masalah yang hendak dipecahkan, apakah kebijakan sudah dirumuskan sesuai karakter masalah, apakah kebijakan dibuat oleh lembaga yang berwenang.
2. Tepat pelaksanaan. Aktor implementasi kebijakan tidaklah hanya pemerintah. Ada tiga lembaga yang dapat menjadi pelaksana yaitu pemerintah, kerja sama pemerintah dan masyarakat/swasta, diswastakan (*privatization*)
3. Tepat target. Ketepatan berkenaan dengan tiga hal, apakah target yang diintervensi sesuai yang direncanakan, apakah tidak ada tumpang tindih dengan intervensi lain atau tidak bertentangan dengan intervensi kebijakan lain; apakah target siap untuk di intervensi; apakah intervensi implementasi kebijakan bersifat baru atau memperbaharui. Implementasi kebijakan terdahulu
4. Tepat lingkungan. Ada dua lingkungan yang menentukan yaitu lingkungan kebijakan/variabel endogen yang berkenaan dengan kekuatan sumber otoritas, komposisi jejaring dari berbagai organisasi yang terlibat dengan kebijakan, posisi tawar menawar antara otoritas yang mengeluarkan kebijakan dan jejaring yang berkenaan dengan implementasi kebijakan. Lingkungan eksternal/ variabel eksogen yang terdiri atas persepsi publik, interpretasi lembaga-lembaga strategis dalam masyarakat seperti media massa dan individu-individu tertentu yang mampu memainkan peran penting dalam interpretasi dan implementasi kebijakan.²⁷

Keempat tepat tersebut masih memerlukan dukungan politik, dukungan strategik dan dukungan teknis. Sebuah implementasi

kebijakan harus memperhatikan *timing*. Jika bukan merupakan kebijakan yang darurat, maka proses alamiah dari kebijakan harus diikuti. Proses kebijakan untuk tingkat nasional, pola yang sesuai sebagai berikut :¹²

Gambar 2.2. Timing Implementasi Kebijakan Lingkup Nasional



Menurut Dunn, analisis kebijakan adalah aktivitas intelektual dan praktisi yang ditujukan untuk menciptakan, secara kritis menilai dan mengkomunikasikan pengetahuan tentang dan dalam proses kebijakan. Peran analisis kebijakan adalah menyelidiki penyebab, konsekuensi dan performan kebijakan publik dan program-programnya dan membantu proses pembuatan kebijakan publik dengan menyediakan input dalam menyusun struktur masalah, meramalkan, memberi rekomendasi, monitoring dan evaluasi.¹⁷

Penelitian tentang implementasi kebijakan adalah tentang bagaimana kebijakan diterapkan. Penelitian tentang kinerja kebijakan berkenaan dengan pencapaian suatu kebijakan dibandingkan dengan target atau rencana pencapaian yang diharapkan dengan menggunakan analisis kesenjangan.

C. Kebijakan Program Imunisasi.

Kebijakan program imunisasi secara umum dijabarkan sebagai berikut
Mengupayakan pemerataan jangkauan pelayanan imunisasi baik terhadap sasaran masyarakat maupun sasaran wilayah.

1. Menghindarkan *missed opportunity*.
2. Meningkatkan kinerja dan efisiensi.
3. Meningkatkan sosialisasi mobilisasi.
4. Memantau dampak program.
5. Penyelenggaraan imunisasi dilaksanakan oleh pemerintah, swasta dan masyarakat, dengan mempertahankan prinsip keterpaduan antara pihak terkait.
6. Mengupayakan kualitas pelayanan yang bermutu
7. Mengupayakan kesinambungan penyelenggaraan melalui perencanaan program dana anggaran terpadu.
8. Melaksanakan kesepakatan global (ERAPO, ETN, reduksi campak, reduksi Hepatitis B dan mutu pelayanan sesuai standar termasuk *safe injection*).¹⁸

D. Strategi Program Imunisasi.^{1,21,15,28}

Agar dapat mencapai tujuan dan target program imunisasi, maka diidentifikasi strategi pelayanan sebagai berikut :

1. Memberikan akses (pelayanan) kepada masyarakat dan swasta.
2. Membangun kemitraan dan jejaring kerja.
3. Menjamin ketersediaan dan cakupan vaksin, peralatan rantai vaksin dan alat suntik.
4. Menerapkan sistem Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) untuk menentukan prioritas kegiatan serta tindakan perbaikan.
5. Pelayanan imunisasi dilaksanakan oleh tenaga profesional/terlatih.

6. Pelaksanaan sesuai standar.
7. Memanfaatkan perkembangan metode dan teknologi yang lebih efektif, berkualitas dan efisien.
8. Meningkatkan advokasi, fasilitasi dan pembinaan.

E. Pengelolaan Program Imunisasi Hepatitis B-0³

Untuk mencapai sasaran bayi 0-7 hari perlu integrasi program KIA dengan program imunisasi pada setiap tingkatan pelayanan. Informasi pelayanan imunisasi HB *uniject* pada bayi usia 0-7 hari harus segera diberikan kepada ibu hamil, sejak pertama diperiksa oleh tenaga kesehatan sampai dengan pemeriksaan K4.

1. Tujuan program Imunisasi HB-0

- 1) Agar seluruh bayi usia 0-7 hari mendapatkan imunisasi HB secara steril dan aman.
- 2) Tidak terjadi kekurangan atau kelebihan vaksin HB pada setiap bulan
- 3) Seluruh bayi yang diimunisasi tercatat dan dilaporkan dengan benar dan tepat waktu.
- 4) Informasi tentang imunisasi HB kepada bayi 0-7 hari dapat diketahui oleh masyarakat dan memperoleh dukungan operasional dari tokoh masyarakat, tokoh agama, kader serta masyarakat potensial lainnya sesuai dengan potensi yang ada di desa.

2. Tahap – tahap pengelolaan program imunisasi HB-0 dengan uniject HB

Adanya kebijakan pemerintah tentang pemberian imunisasi HB-0 pada bayi usia < 7 hari dalam pengelolaan terdiri dari tahap – tahap sebagai berikut :

a. Persiapan

1) Petugas kesehatan.

Persiapan petugas dalam rangka pelaksanaan program imunisasi HB adalah :

- a. Pelatihan semua vaksinator di puskesmas dan semua bidan didesa
- b. Pelatihan semua Balai Pengobatan, Rumah Sakit pemerintah dan swasta serta Puskesmas.
- c. Sosialisasi kepada seluruh petugas puskesmas.

2) Lintas sektoral dan masyarakat

Persiapan lintas sektor dan masyarakat adalah sebagai berikut :

- a. Sosialisasi pentingnya HB-0 pada usia 0-7 hari kepada camat, PKK, tokoh masyarakat, tokoh agama, kader, aparat desa, RT, RW dan tokoh potensial lainnya pada momen dan setiap kesempatan.
- b. Penyuluhan langsung tentang HB-0 kepada semua ibu hamil pada waktu memeriksakan kehamilan (K1 s/d K4)
- c. Penyuluhan lewat media yang ada (pengumuman di mesjid, arisan, pengajian dll), pemasangan spanduk dan poster di puskesmas, posyandu

b. Perencanaan

Perencanaan merupakan salah satu unsur yang penting dalam pengelolaan program imunisasi. Pada dasarnya perencanaan program imunisasi meliputi¹⁶ :

1) Menentukan target cakupan.

Menentukan target cakupan adalah menetapkan berapa besar cakupan imunisasi yang akan dicapai pada tahun yang direncanakan untuk mengetahui kebutuhan vaksin yang sebenarnya. Contoh target cakupan yang akan dicapai : HB 0 ≤ 7 hari = 80 %.

2) Menghitung Jumlah sasaran .

Pada program imunisasi menentukan jumlah sasaran merupakan suatu unsur yang paling penting. Menghitung jumlah sasaran bayi berdasarkan besarnya angka persentasi kelahiran bayi dari jumlah penduduk masing-masing wilayah atau dapat berdasarkan besarnya jumlah sasaran bayi tahun lalu yang diproyeksikan untuk tahun ini. Untuk tingkat desa dapat berdasarkan pendataan sasaran per desa atau dengan rumus :

$$\text{Desa} = \frac{\text{Jml bayi desa tahun lalu}}{\text{Jml bayi kecamatan tahun lalu}} \times \text{jml bayi kec. tahun ini}$$

3) Lokasi Pelayanan.

Lokasi pelayanan imunisasi HB-0 dilakukan disemua komponen pelayanan kesehatan baik swasta maupun pemerintah. Pelayanan bisa melalui kunjungan rumah/ KN 1 oleh bidan di desa.

4) Menghitung kebutuhan logistik.

Setelah menghitung jumlah sasaran imunisasi, menentukan target cakupan maka data-data tersebut digunakan untuk menghitung kebutuhan vaksin. Puskesmas mengirimkan rencana kebutuhan vaksin ke kabupaten, kompilasi dilakukan kabupaten/kota, selanjutnya kebutuhan vaksin tersebut dikirim ke propinsi kemudian dilanjutkan ke pusat untuk proses pengadaannya. Menghitung kebutuhan vaksin Hepatitis B (PID) :

Buah = (Sasaran x target HB-0 80%)
 Bidan merencanakan kebutuhan vaksin HB PID berdasarkan data perkiraan persalinan 1 bulan, petugas imunisasi puskesmas menyediakan vaksin.

Cara penyimpanan vaksin Hepatitis B PID untuk di tingkat desa adalah di rumah bidan/pustu boleh disimpan dalam suhu udara biasa atau pada suhu kamar, PID perlu dilindungi dari sinar matahari langsung. VVM akan mudah berubah warna bila terkena sinar oleh karena itu sebaiknya PID yang ditemplei VVM diusahakan ditempatkan dalam wadah kedap sinar.

Cara pembuangan dan pemusnahan *uniject* bekas pakai menggunakan wadah pembuangan limbah medis bekas (*safety box*). *Safety box* 1,25 liter dapat menampung 100 *uniject*. Jenis ini digunakan oleh bidan di desa atau Pustu untuk pelayanan pemberian imunisasi dosis pertama antara 0-7 hari di rumah/PKD.

5) Kebutuhan Format Pencatatan dan Pelaporan.

Pencatatan tentang adanya kelahiran bayi yang dilakukan oleh bidan desa sebagai dasar menjadi sasaran yang akan diberi imunisasi. Pencatatan dan pelaporan mempergunakan alur dan format laporan yang dipakai pada program KIA rutin. Pencatatan menggunakan kohort bayi, buku KIA, buku harian imunisasi di desa.

Pelaporan hasil imunisasi harus lengkap dan tepat waktu. Pelaporan menggunakan formulir desa, formulir rekapitulasi puskesmas untuk program imunisasi. Laporan dilaksanakan setiap bulan kepada koordinator imunisasi Puskesmas.

c. Pelaksanaan

1. Koordinasi

Program imunisasi dituntut untuk melaksanakan ketentuan program secara efektif dan efisien. Untuk itu pengelola program imunisasi harus dapat menjalankan fungsi koordinasi dengan baik

meliputi koordinasi horizontal terdiri dari kerjasama lintas program dan kerjasama lintas sektoral. Untuk koordinasi pelaksanaan imunisasi HB-0 melalui kerjasama dengan bidan di desa pada pertolongan persalinan, kunjungan neonatal. Kerjasama pemberian imunisasi HB-0 juga dilakukan dengan penolong persalinan di rumah bersalin / rumah sakit.

d. Monitoring dan Evaluasi.

Fungsi monitoring/pemantauan adalah untuk meningkatkan kinerja program, sehingga sejalan dengan ketentuan program.

Ada 2 alat pemantau yang dimiliki program imunisasi yaitu :

1) Pemantauan Wilayah Setempat (PWS)

Alat pemantau ini berfungsi untuk meningkatkan cakupan. Jadi sifatnya lebih memantau kuantitas program.

2) Pembinaan.

Tingginya cakupan saja tidak cukup untuk mencapai tujuan akhir program imunisasi. Cakupan yang tinggi harus diikuti dengan mutu program yang tinggi pula. Untuk meningkatkan mutu program pembinaan dari atas (supervisi) sangat diperlukan. Pimpinan puskesmas juga dapat mengadakan supervisi intern/pembinaan internal kepada bidan di desa dengan menggunakan hasil analisa supervisi. Supervisi merupakan salah satu bagian dari fungsi pergerakan pelaksanaan dari suatu manajemen. Dengan supervisi yang baik diharapkan dapat dilakukan pembinaan dan pemantauan terhadap pelaksanaan program secara teratur. Dengan supervisi diharapkan dapat mempercepat pencapaian tujuan program sesuai target dan sasaran yang telah ditetapkan.¹² Supervisi diharapkan akan

menimbulkan motivasi untuk meningkatkan kinerja petugas lapangan. Hal tersebut dapat dicapai dengan membina hubungan kerja yang baik, melalui prinsip "kemitraan dan cara fasilitasi" bukan prinsip atasan bawahan, serta memberikan penghargaan kepada prestasi kerja mereka.¹⁸

Evaluasi bertujuan untuk mengetahui hasil ataupun proses kegiatan bila dibandingkan dengan target atau yang diharapkan. Berdasarkan sumber data, ada dua macam evaluasi : evaluasi dengan data primer melalui survey cakupan, survey dampak. Evaluasi dengan data sekunder meliputi stok vaksin, cakupan pertahun.¹¹

e. Indikator Penilaian dan evaluasi³

Indikator Penilaian program imunisasi HB-0 adalah sebagai berikut :

- 1) % Cakupan HB-0 = Jumlah yang HB-0 : Total bayi lahir x 100%
- 2) Jumlah *uniject* yang dipakai
- 3) Semua sasaran yang diimunisasi tercatat dalam kohort bayi
- 4) Semua sasaran yang diimunisasi dilaporkan sesuai catatan.

F. Penyakit Hepatitis B

1. Pengertian

Penyakit hepatitis B adalah penyakit hati yang disebabkan oleh virus hepatitis B yang merusak hati. Dapat berkembang menjadi penyakit kronis sehingga terjadi pengerasan hati yang disebut dengan *liver cirrhosis* dan dapat pula berkembang menjadi kanker hati yang di sebut *carcinoma hepatocellular*.⁹

Virus hepatitis B adalah suatu virus DNA sirkuler berantai ganda termasuk famili *hepadnaviradae*, yang mempunyai 3 jenis antigen yaitu antigen surface hepatitis B (HbsAg) yang terdapat pada mantel (*envelope*

virus), antigen “core” hepatitis B (HbcAg) yang terdapat pada cor dan antigen “e” hepatitis B (HbeAg) yang terdapat pada nukleokapsid virus. Ketiga jenis antigen ini dapat merangsang timbulnya antibodi spesifik terhadap antigen – antigen tersebut yang masing – masing disebut anti HBs, anti Hbc dan anti Hbe.¹⁰ Salah satu jenis antigen yang ada pada VHB adalah hepatitis B surface antigen (HbsAg). Adanya HbsAg didalam darah menunjukkan bahwa infeksi VHB sedang berlangsung. HbsAg sudah di temukan dalam darah pada masa inkubasi 60 – 90 hari, titer antigen tertinggi dicapai pada saat timbulnya gejala klinis. HbsAg umumnya menetap selama 6 bulan atau lebih menunjukkan adanya infeksi hepatitis B yang kronik atau penderita menjadi infeksi hepatitis B persisten.¹¹

Untuk pencegahan terhadap infeksi VHB yaitu dengan imunisasi hepatitis B. Dengan kemajuan ilmu pengetahuan saat ini telah banyak ditemukan obat – obatan anti virus hepatitis B (seperti *interferon*, *Lammidin*) yang bertujuan mengurangi tingkat infeksi virus dan hal ini tentunya membuka harapan bagi para penderita infeksi hepatitis B.^{9,10}

2. Epidemiologi Hepatitis B.

a. Prevalensi Hepatitis B

Saat ini diperkirakan terdapat 400 juta orang pengidap VHB carrier di dunia, dan tiga perempatnya dari mereka (78%) berada di Asia Tenggara termasuk Indonesia. Diperkirakan 1-2 juta meninggal setiap tahun karena kanker hati. Dari data yang dikutip dari Seamic workshop in heaptitis 1994 FY, Indonesia melaporkan data yang lebih tinggi dari tahun – tahun sebelumnya, yaitu 2,5% - 36,17%. Sedangkan prevalensi VHB di negara tetangga , Malaysia (5,3%), Brunei (6,1%), Thailand (8%-10%), Filipina (3,4%-5,7%).

Di Indonesia menurut PPHI pada pekan peduli hepatitis B tahun 2001 terdapat lebih dari 11 juta pengidap hepatitis B.¹³ Menurut Szumess (1984) terdapat suatu fenomena di mana makin tinggi prevalensi infeksi hepatitis B di suatu tempat, maka infeksi pada bayi dan anak – anak makin banyak di jumpai. Prevalensi hepatitis B pada wanita hamil di Indonesia HbsAG 3,6% (2,1-5,2%) dan HbeAg sebesar 47,5% (18,2%-66%), angka penularan dari ibu hamil pengidap hepatitis B kepada bayinya sebesar 45,9%.¹¹

Berdasarkan tingginya prevalensi virus hepatitis B, WHO membagi menjadi 3 daerah yaitu :

1). Daerah Endemisitas tinggi.

Daerah endemisitas tinggi penularan utama terjadi pada masa perinatal dan anak – anak. Batas terendah frekuensi HbsAg dalam populasi berkisar antar 10 -15 %.

2). Daerah Endemisitas sedang.

Di daerah endemisitas sedang, penularan pada masa perinatal dan anak – anak jarang terjadi, frekuensi HbsAg berkisar antar 2–10%.

3). Daerah endemisitas rendah.

Di daerah endemisitas rendah, penularan utama terjadi pada masa dewasa, penularan pada masa perinatal dan anak – anak sangat jarang terjadi. Frekuensi HbsAg pada populasi berkisar kurang dari 2%.

b. Sumber Penularan Infeksi Hepatitis B

Dari berbagai penelitian menunjukkan sebagian besar infeksi virus hepatitis B yang menetap timbul sebagai akibat infeksi pada waktu bayi dan anak – anak. Makin muda usia seseorang terkena infeksi virus hepatitis B

makin lebih besar kemungkinan menderita infeksi virus hepatitis B yang menetap, lebih besar risiko untuk menjadi sirosis hati dan kanker hati primer dikemudian hari.^{11,20}

Infeksi pada bayi terjadi pada saat persalinan dari ibu yang mengidap HbsAg dan penularan ini sebagai penularan vertikal, sedangkan penularan secara horisontal berupa kontak erat dengan pengidap hepatitis B.^{11,20} Sumber penularan infeksi hepatitis B, yaitu : darah, urine, faeces, air liur, sekresi nasofaring, semen, sekresi vagina, darah menstruasi, air susu, keringat dan berbagai cairan tubuh lainnya.^{11,12}

c. Cara Penularan Virus Hepatitis B

Secara epidemiologi penularan virus hepatitis B dibagi menjadi dua cara yaitu penularan secara vertikal dan horisontal.³¹

1). Penularan Vertikal (transmisi vertikal).

Penularan secara vertikal ialah penularan dari ibu mengidap infeksi VHB kepada bayi yang dilahirkan. Penularan infeksi vertikal dapat terjadi pada masa sebelum kelahiran atau prenatal (*in utero*), selama persalinan atau postnatal.

2). Penularan horisontal

Yang dimaksud dengan cara penularan horisontal adalah penularan infeksi virus hepatitis B dari seseorang pengidap virus hepatitis B kepada orang lain disekitarnya atau terjadi bila bahan yang mengandung partikel virus HbsAg, hepatitis masuk kedalam tubuh menembus kulit dan selaput lendir.

3. Pencegahan infeksi virus hepatitis B

Imunisasi adalah suatu cara pencegahan yang paling efektif terhadap infeksi virus hepatitis B. Untuk meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu antigen diperlukan pemberian imunisasi, sehingga bila kelak ia terpajan pada antigen yang serupa, tidak terjadi penyakit.²⁵ Dilihat dari cara timbulnya maka terdapat dua jenis kekebalan yaitu kekebalan pasif dan kekebalan aktif. Kekebalan aktif adalah kekebalan yang diperoleh dari luar tubuh, bukan dibuat oleh individu sendiri seperti kekebalan janin yang diperoleh dari ibu. Kekebalan aktif adalah kekebalan yang dibuat oleh individu sendiri akibat terpajan pada antigen seperti imunisasi atau terpajan secara alamiah. Pada proses imunologik yang terjadi pada vaksinasi adanya respon imun. Pada imunisasi, respon imun sekunder inilah yang kelak diharapkan akan memberi respon adekuat bila terpajan pada antigen yang serupa, untuk mendapatkan titer antibodi yang cukup tinggi dan mencapai nilai protektif sifat respon imun sekunder ini diterapkan dengan memberikan vaksinasi berulang kali. Pemberian imunisasi hepatitis B ditujukan untuk merangsang tubuh membentuk kekebalan (antibody) yang spesifik yang di sebut Anti- HBs (serokonversi). Faktor penting yang berpengaruh dalam proses imun terhadap vaksinasi, antara lain antibodi maternal, sifat dan dosis antigen, cara pemberian dan *adjuvant*. Kondisi bayi yang akan diberi vaksin juga berpengaruh misalnya, umur, status nutrisi, genetik dan penyakit yang sedang diderita.

G. KOMUNIKASI

1. Pengertian

Dalam *ensiklopedia* komunikasi adalah penyelenggaraan tata hubungan kegiatan menyampaikan warta, dari satu pihak ke pihak lain dalam suatu organisasi/instansi.

2. Paradigma komunikasi

Paradigma Lasswell menunjukkan bahwa ada lima unsur dalam komunikasi yaitu :

- a) Komunikator
- b) Pesan
- c) Media
- d) Komunikan
- e) Efek.

Jadi berdasarkan paradigma Lasswell diatas, secara sederhana proses komunikasi adalah pihak komunikator membentuk (*encode*) pesan dan menyampaikannya melalui suatu saluran tertentu kepada pihak penerima yang menimbulkan efek tertentu/ komunikan menterjemahkan (*decode*) pesan dari komunikator.

Scramm menyatakan bahwa komunikasi akan berhasil apabila pesan yang disampaikan oleh komunikator cocok dengan kerangka acuan (*frame of reference*), yakni paduan pengalaman dan pengertian (*collection of experiance and meanings*) yang diperoleh komunikan.⁴³

3. Fungsi komunikasi

Gorden mengkategorikan fungsi komunikasi menjadi empat yaitu ⁴⁵ :

- a) Sebagai komunikasi sosial.

Komunikasi sosial penting untuk membangun konsep diri, aktualisasi diri, kelangsungan hidup, memperoleh kebahagiaan, terhindar dari ketegangan dan tekanan lewat komunikasi yang menghibur dan memupuk hubungan dengan orang lain untuk mencapai tujuan bersama.

- b) Sebagai komunikasi ekspresif
- c) Sebagai komunikasi ritual
- d) Sebagai komunikasi instrumental

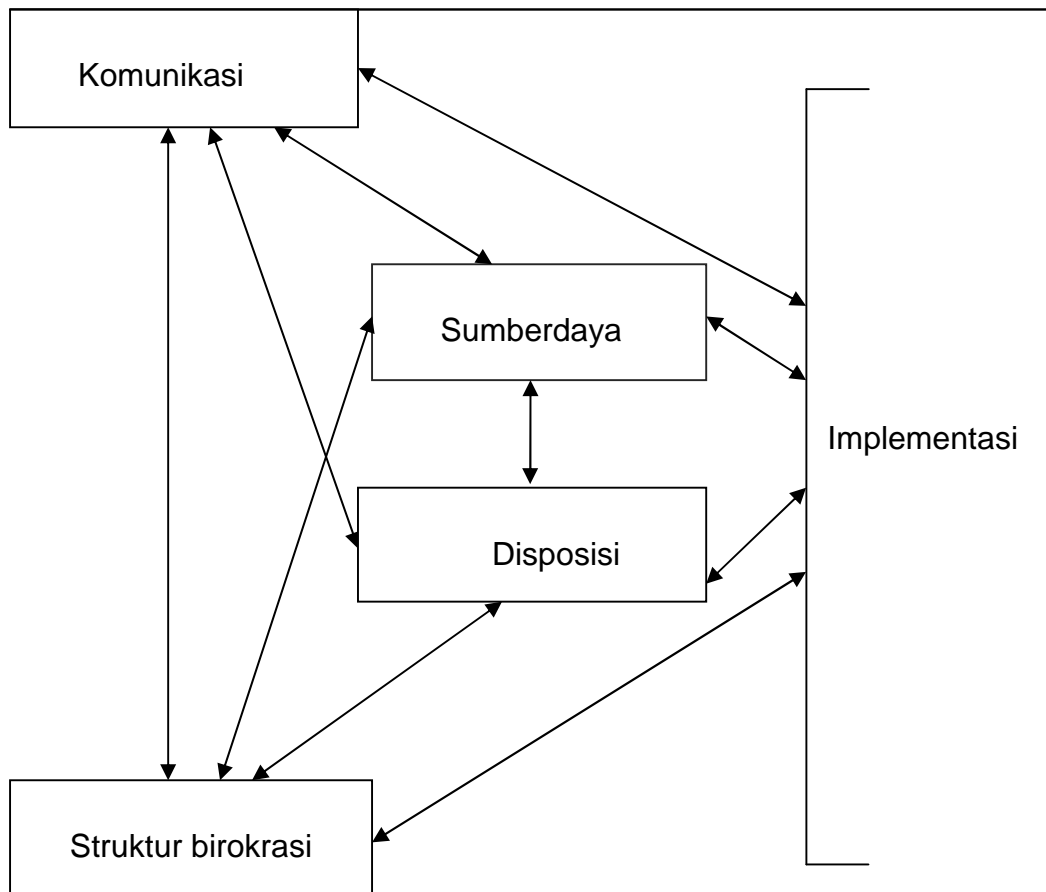
4. Konteks – konteks komunikasi.

Secara umum tingkatan/ konteks komunikasi adalah sebagai berikut

- a) Komunikasi intrapribadi (*intrapersonal communication*) yaitu komunikasi yang terjadi dalam diri seseorang yang berupa proses pengolahan informasi melalui panca indera dan sistem syaraf manusia.
- b) Komunikasi antar pribadi (*interpersonal communication*) yaitu kegiatan komunikasi yang berlangsung diantara anggota suatu kelompok.
- c) Komunikasi organisasi (*Organization communication*) yaitu pengiriman dan penerimaan berbagai pesan organisasi didalam kelompok formal maupun informal dari suatu organisasi.
- d) Komunikasi massa (*Mass communication*) yaitu suatu jenis komunikasi yang ditujukan kepada sejumlah audien yang tersebar, heterogen, dan anonim melalui media massa

cetak atau elektronik sehingga pesan yang sama dapat diterima secara serentak dan sesaat.

H. Kerangka Teori



Gambar 2.3. Kerangka Teori Model Analisis Implementasi Kebijakan
(George C. Edward III)

Menurut George C. Edward III menyatakan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan sangat ditentukan oleh faktor (a) komunikasi; (b) Sumberdaya; (3) Disposisi/ sikap implementor; (4) Struktur Birokrasi. Faktor – faktor tersebut dapat secara langsung mempengaruhi implementasi kebijakan. Disamping itu secara tidak langsung faktor tersebut mempengaruhi implementasi melalui dampak dari masing- masing faktor. Faktor komunikasi dan struktur birokrasi menjadi faktor dominan bagi penentu keberhasilan implementasi kebijakan.

Didalam Implementasi program imunisasi HB-0 variabel yang berpengaruh ada empat yaitu : komunikasi, sumberdaya, disposisi / sikap implementor dan struktur birokrasi pelaksana. Manajemen program yang meliputi komitmen global program imunisasi, kebijakan pemerintah pusat dan daerah, adanya kelompok masyarakat yang peduli terhadap program imunisasi, penyebaran informasi dan tersedianya sarana dan prasarana (vaksin *uniject* HB, alat suntik, *cold chain*, media informasi, format pencatatan dan pelaporan, buku petunjuk teknis) khususnya dalam pencapaian tujuan kebijakan program imunisasi HB-0 .

Pengaruh sarana dan prasarana termasuk tersedianya vaksin *uniject* HB dengan cukup sesuai kebutuhan dan tenaga pelaksana yang kompeten dalam jumlah yang memadai diperkirakan dapat memberikan kontribusi yang kuat terhadap implementasi yang efektif berupa cakupan HB-0 umur ≤ 7 hari.

Adapun variabel – variabel yang berpengaruh pada implementasi program imunisasi HB-0 adalah :

1. **Komunikasi**

Keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan, tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran dengan jelas dan konsisten sehingga akan mengurangi distorsi implementasi. Dalam program imunisasi HB-0 bidan harus secara intensif memberikan sosialisasi kepada lintas sektor dan masyarakat mengenai tujuan serta manfaat imunisasi hepatitis melalui berbagai media agar implementasi berjalan efektif. Yang termasuk komunikasi dalam program imunisasi HB-0 meliputi :

a. Sosialisasi pada ibu hamil

Dalam rangka meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat agar masyarakat (ibu hamil) maupun bayinya diberikan imunisasi. Memberikan penyuluhan kepada ibu hamil /suami setiap periksa kehamilan dan memberi motivasi agar bayinya diimunisasi sejak dini.

b. Sosialisasi pada PKK, Toga, Toma, kader

Dalam rangka meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat (PKK, Toga, Toma, kader) agar mengerti dan langsung berperilaku sesuai harapan. Dalam melakukan sosialisasi/ pemberian informasi harus dapat dimengerti, dilakukan secara terus menerus, disampaikan oleh orang yang dipercaya, ada contoh positif. Sehingga PKK, Toga, Toma dan kader mau membantu dan berperan serta dalam menyampaikan pesan tentang imunisasi HB-0.

2. **Sumberdaya**

Sumberdaya merupakan faktor penting dalam implementasi kebijakan. Sumberdaya dapat berwujud sumberdaya manusia dan sumberdaya finansial. Pada imunisasi hepatitis B-0 pada bayi umur ≤ 7 hari sumberdaya meliputi :

a. Keikutsertaan bidan dalam pelatihan .

Agar implementor memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang memadai perlu diadakan suatu pelatihan yang ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan (*skill*). Dimana ketiga hal tersebut merupakan kualifikasi dari tenaga kesehatan , bahwa dengan pelatihan menunjukkan adanya penambahan pengetahuan dan ketrampilan petugas untuk dapat

melaksanakan pekerjaan dengan baik dan efektif, serta menyiapkan untuk pengembangan selanjutnya

b. Tugas pokok bidan dalam pelayanan imunisasi

Dalam melaksanakan tugasnya bidan harus berpedoman pada standar profesi bidan yang didalamnya mencakup pengetahuan dasar, ketrampilan dasar, dan ketrampilan tambahan tentang asuhan pada bayi baru lahir berupa pemberian imunisasi HB-0.²⁹

c. Ketersediaan vaksin *uniject* HB.

faktor pendukung yang didalamnya termasuk tersedianya sarana pelayanan kesehatan yang berupa vaksin hepatitis B.³⁶

Tahun 2008 ketersediaan vaksin dipenuhi oleh pemerintah pusat dengan *uniject* HB untuk seluruh Indonesia.

d. Ketersediaan *safety box*

Untuk keamanan pembuangan limbah *uniject* bekas pakai menggunakan *safety box*. *Safety box* 1,25 liter dapat menampung 100 *uniject* digunakan oleh bidan di desa untuk pelayanan pemberian imunisasi dosis pertama antara 0-7 hari di rumah / PKD. Ketersediaan *safety box* yang cukup dapat melindungi penularan hepatitis B lewat alat suntik bekas.

e. Ketersediaan format pencatatan dan pelaporan

ketersediaan form pencatatan dan pelaporan mempergunakan format laporan yang dipakai oleh program imunisasi di desa, yang diberikan oleh Dinas Kesehatan lewat Puskesmas.¹⁹

f. Ketersediaan sumber informasi / media massa.

Kurangnya informasi tentang imunisasi akan mempengaruhi cakupan imunisasi. Sumber informasi yang paling banyak digunakan dan disukai ibu-ibu untuk memperoleh informasi

imunisasi adalah TV dan radio. Surat kabar tidak besar artinya dalam penyebaran informasi, karena sebagian besar dari ibu yang tidak tahu adalah tingkat pendidikannya rendah.⁴²

Research report series menginformasikan alasan mengapa mereka tidak melakukan imunisasi karena tidak cukupnya informasi tentang bagaimana mendapatkan imunisasi, manfaat imunisasi, waktu dan efek samping setelah dilakukan imunisasi.

3. Disposisi / sikap implementor.

Disposisi adalah sikap atau watak yang dimiliki oleh implementor, seperti komitmen, kejujuran dan sifat demokratis. Dalam implementasi program imunisasi HB-0 yang termasuk disposisi adalah :

a. Adanya supervisi oleh Dinas Kesehatan / Kepala Puskesmas.

Untuk meningkatkan mutu program pembinaan dari atas (supervisi) sangat diperlukan. Pimpinan puskesmas dapat mengadakan supervisi intern/pembinaan internal kepada bidan di desa dengan menggunakan hasil analisa supervisi.²⁹ Dengan supervisi yang baik diharapkan dapat dilakukan pembinaan dan pemantauan terhadap pelaksanaan program secara teratur. Dengan supervisi diharapkan dapat mempercepat pencapaian tujuan program sesuai target dan sasaran yang telah ditetapkan.¹⁸ Supervisi diharapkan akan menimbulkan motivasi untuk meningkatkan kinerja petugas lapangan.

b. Penyuntikan yang aman

Suntikan yang aman adalah suatu kondisi dimana bidan dalam memberikan suntikan kepada sasaran diperoleh kekebalan yang diharapkan, tidak ada dampak negatif / efek samping berupa penularan baik pada sasaran, petugas, masyarakat dan lingkungan.

c. Adanya *informed consent* .

Sebelum memberikan suntikan bidan harus melakukan persetujuan tindakan (*informed consent*) kepada orang tua bayi, agar tindakan yang dilakukan berupa penyuntikan kepada sasaran mendapatkan persetujuan.

4. **Struktur birokrasi**

Aspek struktur birokrasi adalah adanya *Standart Operating Procedures* (SOP) dan adanya koordinasi antara badan pelaksana.

a. *Standart Operating Procedures* (SOP)

tersedianya petunjuk pelaksanaan program yang lengkap dan jelas akan menjadi pedoman bagi setiap pelaksana dalam bertindak dan menghindari ketidakseragaman dalam mengimplementasikan suatu kebijakan.

b. Tempat Melahirkan

Bayi yang dilahirkan ibu di sarana kesehatan ternyata mempunyai peluang lebih besar untuk mendapat kontak pertama imunisasi hepatitis B pada usia dini. Ibu yang melahirkan ditempat bukan sarana kesehatan mempunyai risiko bayinya diimunisasi hepatitis B tidak sedini mungkin

c. Penolong persalinan

Beberapa jenis tenaga yang memberikan pertolongan persalinan kepada masyarakat adalah tenaga profesional (dokter spesialis, dokter umum, bidan, perawat bidan) dan dukun bayi (dukun bayi terlatih). Ibu yang persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan mempunyai peluang lebih besar untuk memperoleh kontak pertama imunisasi hepatitis B pada usia dini.

d. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah kontak neonatal dengan tenaga kesehatan minimal 2 kali untuk mendapatkan pelayanan dan pemeriksaan kesehatan neonatal, dengan ketentuan sebagai berikut :

- 1). Kunjungan pertama kali pada hari pertama sampai dengan kunjungan ketujuh (sejak 6 jam setelah lahir)
- 2). Kunjungan kedua kali pada hari ke delapan sampai dengan hari kedua puluh delapan.
- 3). Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan bukan merupakan kunjungan neonatal.

5. Implementasi

Implementasi kebijakan adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuan. Aktivitas implementasi terkandung didalamnya : Siapa pelaksananya, besar dana dan sumbernya, siapa kelompok sasaran, bagaimana manajemen program, bagaimana keberhasilan atau kinerja program diukur. Dalam implementasi program imunisasi HB-0 keberhasilan atau kinerja program dapat diukur melalui indikator penilaian persentase cakupan HB-0.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Variabel Penelitian

1. Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah :

- a. Komunikasi program imunisasi HB-0
- b. Sumberdaya finansial dan non finansial dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0
- c. Disposisi pelaksanaan program imunisasi HB-0
- d. Struktur birokrasi pelaksanaan program imunisasi HB-0.

2. Variabel Terikat

Keberhasilan Implementasi (cakupan imunisasi HB-0)

B. Hipotesis Penelitian.

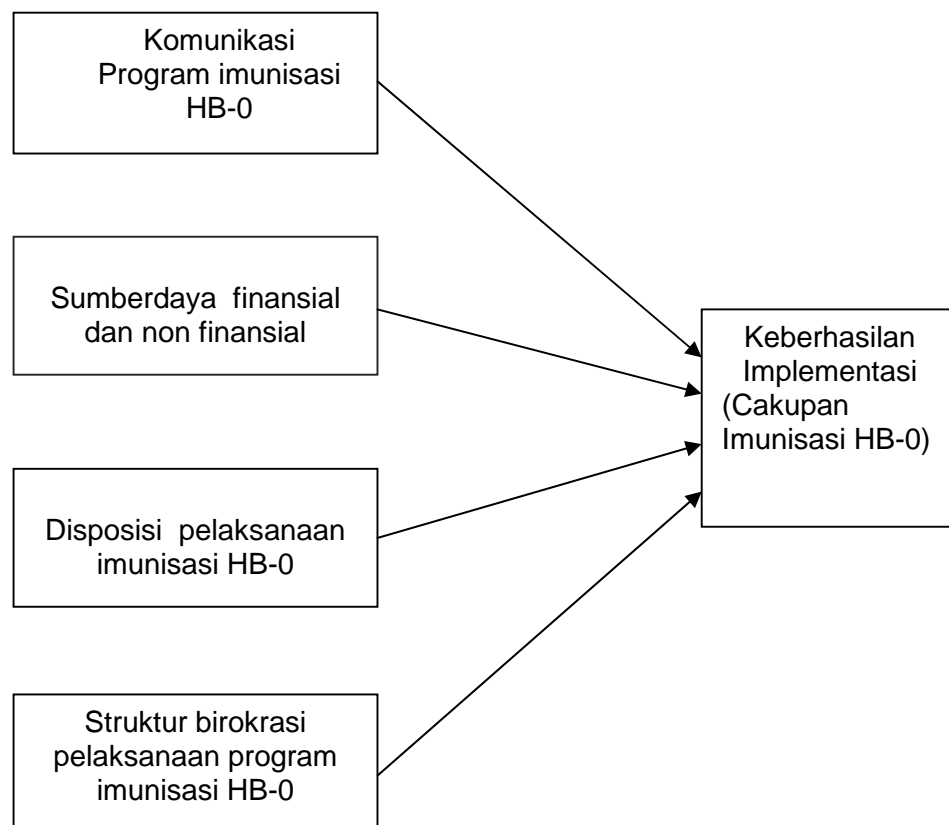
Berdasarkan latar belakang dan tinjauan pustaka, disusun hipotesis sebagai berikut :

1. Ada hubungan komunikasi pelaksanaan imunisasi HB-0 oleh bidan dengan cakupan imunisasi HB-0
2. Ada hubungan sumberdaya dalam pelaksanaan imunisasi HB-0 dengan cakupan imunisasi HB-0
3. Ada hubungan disposisi pelaksanaan imunisasi HB-0 oleh bidan dengan cakupan imunisasi HB-0
4. Ada hubungan struktur birokrasi pelaksanaan imunisasi HB-0 oleh bidan dengan cakupan imunisasi HB-0

5. Ada pengaruh variabel bebas (komunikasi, sumberdaya, disposisi dan struktur birokrasi) secara keseluruhan terhadap cakupan imunisasi HB-0 di Kabupaten Demak.

C. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan kerangka teori tersebut diatas, dikaitkan dengan permasalahan penelitian, maka penelitian ini dirumuskan pada kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

D. Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian

Menurut jenisnya penelitian yang akan dilaksanakan termasuk studi observasional yaitu studi yang bertujuan meneliti hubungan/pengaruh variabel. Selanjutnya data yang diperoleh dianalisis secara diskriptif maupun analitik dalam bentuk tabel, diagram dan narasi.

2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data

Pendekatan waktu untuk pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*, yaitu desain penelitian yang membuktikan hubungan variabel bebas dan terikat, dan dalam pengukuran variabel dilakukan pada waktu yang bersamaan.

3. Metode Pengumpulan Data.

a. Data Primer.

Data primer untuk pengumpulan data kuantitatif diperoleh melalui wawancara dan observasi kepada bidan desa dengan menggunakan bantuan kuesioner yang telah dirancang dan disiapkan sebelumnya. Adapun variabel yang diteliti adalah faktor komunikasi, sumberdaya, disposisi, struktur birokrasi dan keberhasilan implementasi yang diukur melalui cakupan imunisasi HB-0.

b. Data sekunder.

Data sekunder berupa data cakupan tingkat desa yang diperoleh dari laporan bulanan imunisasi HB-0 tingkat desa. Data cakupan imunisasi HB-0 tingkat Puskesmas, tingkat Kabupaten dan cakupan tingkat propinsi. Data jumlah bidan desa dari profil kesehatan kabupaten Demak.

4. Populasi Dan Sampel

a. Populasi.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bidan desa di Kabupaten Demak yang ada di 26 puskesmas sejumlah 298 orang .

b. Besar Sampel dan Pemilihan Sampel.

Pemilihan sampel penelitian bidan di desa dilakukan secara *probability* dengan sampling tipe *Simple Random Sampling* yaitu teknik yang digunakan untuk pengambilan sampel secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi dan secara proporsional. Selain itu berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi.

1) Kriteria inklusi :

- a) Bersedia menjadi responden
- b) Masa kerja minimal 6 bulan.
- c) Minimal pendidikan D I Kebidanan
- d) Domisili di desa tempat tugas

2) Kriteria eksklusi :

- a) Bidan yang sedang cuti
- b) Bidan yang sudah menjadi responden pada waktu uji validitas dan reliabilitas.

Perhitungan sampel penelitian menggunakan rumus perhitungan minimal sample size (Lemeshow S)³⁶ :

$$N = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan :

n = Besar sample minimal

- N = Jumlah populasi
 Z = Standar deviasi normal untuk 1,96 dengan CI 95%
 D = Derajat ketepatan yang digunakan 90% atau 0,1
 p = Proporsi target populasi adalah 50% atau 0,5
 q = Proporsi tanpa atribut 1-p = 0,5

Bila diketahui populasi (N) = 298 maka jumlah sampel :

$$= \frac{1,96^2 \cdot 298 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,1^2 \cdot (297) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$= \frac{3,8416 \times 298 \times 0,25}{0,01 \times 297 + 1,96^2 \times 0,25}$$

$$= \frac{286,1992}{2,97 + 0,9604} = \frac{286,1992}{3,9304} = 72,7 = 73 \text{ bidan desa}$$

Dari 73 responden tersebut akan diambil secara proporsional bidan desa tiap puskesmas dari 26 puskesmas dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$n_i = \frac{N_i}{N} \cdot n$$

Keterangan :

n_i = Jumlah sampel tiap puskesmas

n = Jumlah sampel seluruhnya

N_i = Jumlah populasi tiap puskesmas

N = Jumlah populasi seluruhnya

Sehingga besar sampel bidan desa tiap puskesmas dapat dilihat dalam tabel 3.1.

Tabel 3.1. Besar Sampel 26 Puskesmas di Kabupaten Demak

NO	PUSKESMAS	JML BIDAN (Ni)	JML SAMPEL (ni)
1	Mranggen I	10	2
2	Mranggen II	11	3
3	Mranggen III	6	1
4	Karangawen I	10	2
5	Karangawen II	9	2
6	Guntur I	12	3
7	Guntur II	11	3
8	Sayung I	11	3
9	Sayung II	12	3
10	Karantengah	19	5
11	Wonosalam I	12	3
12	Wonosalam II	11	3
13	Dempet	17	4
14	Kebonagung	15	4
15	Gajah	20	5
16	Karanganyar I	12	3
17	Karanganyar II	10	2
18	Mijen I	9	2
19	Mijen II	8	2
20	Demak I	9	2
21	Demak II	9	2
22	Demak III	8	2
23	Bonang I	14	4
24	Bonang II	11	3
25	Wedung I	12	3
26	Wedung II	10	2
	Jumlah	298	73

Responden dipilih secara acak dari jumlah populasi pada tiap puskesmas dengan menggunakan *Simple Random Sampling*, mulai dari wilayah Puskesmas Mranggen I yang memiliki bidan desa 10 orang maka diambil secara acak 2 bidan desa yang akan mewakili puskesmas tersebut, dan seterusnya sampai dengan Puskesmas Wedung II.

5. Definisi Operasional

a. Komunikasi

Komunikasi adalah penyampaian pesan atau informasi dalam bentuk sosialisasi kepada seseorang atau kelompok sasaran agar mengetahui tentang program imunisasi HB pada usia 0-7 hari. Cara mengukur dengan mengembangkan pertanyaan tentang : sosialisasi HB-0 kepada lintas sektor dan masyarakat dilihat dari segi transmisi, konsistensi, dan kejelasan. Metode melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Pengukuran sosialisasi oleh bidan dengan menanyakan sebanyak 18 item pertanyaan. Skor untuk pernyataan positif yaitu tidak pernah dengan skor 0, jarang dengan skor 1, kadang – kadang dengan skor 2, sering dengan skor 3, selalu dengan skor 4. sedangkan untuk pernyataan negatif yaitu tidak pernah dengan skor 4, jarang dengan skor 3, kadang – kadang dengan skor 2, sering dengan skor 1, selalu dengan skor 0. Sehingga total skor berkisar antara 0 - 72. Hasil uji normalitas data dengan *Kolmogorov Smirnov* diperoleh distribusi data skor komunikasi tidak normal $p=0,000$. Adapun kategorinya menggunakan nilai median dengan penentuan *cutt of-point* sebagai berikut :

1. Kurang : total skor < median (< 60)

2. Baik : total skor \geq median (\geq 60)

Skala pengukuran : Ordinal.

b. Sumberdaya :

Sumberdaya adalah segala sesuatu yang digunakan untuk memperlancar implementasi kebijakan program imunisasi HB-0 agar berjalan efektif, meliputi : sumberdaya finansial yaitu dana ;

sumberdaya non finansial yaitu : tenaga, sarana prasarana (bahan dan peralatan) .

- 1) Tenaga adalah kualitas, keterampilan, dan kedisiplinan petugas pelaksana dalam menjalankan program imunisasi HB-0.
- 2) Sumber dana adalah jumlah yang digunakan untuk membiayai semua kebutuhan-kebutuhan dalam program imunisasi HB-0 dan lembaga / instansi yang mengeluarkannya yang memperlancar implementasi program imunisasi HB-0 (ketersediaan dan kecukupan dana dari berbagai sumber yang ada untuk kelancaran pelaksanaan program).
- 3) Sarana prasarana adalah alat / bahan yang digunakan untuk pelaksanaan program imunisasi HB-0 meliputi ketersediaan, kecukupan, kesesuaian fasilitas untuk mendukung operasional pelaksanaan program meliputi *vaccine carrier*, *cool pack*, pemantau suhu, vaksin, *safety box*, media informasi, format pencatatan dan pelaporan.

Cara mengukur dengan mengembangkan pertanyaan tentang tenaga meliputi : keikutsertaan bidan dalam pelatihan imunisasi HB *uniject*, sikap bidan terhadap tugas pokok dalam pelayanan imunisasi, kedisiplinan dalam jadwal penyuntikan, kesesuaian dalam pelaksanaan imunisasi HB-0 ; ketersediaan, kecukupan dan sumber dana ; sarana prasarana meliputi : ketersediaan dan kecukupan *vaccine carrier*, *cool pack*, pemantau suhu, vaksin, KIPi kit, *safety box*, media informasi, format pencatatan dan pelaporan.

Metode melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Pengukuran ketersediaan dan kecukupan sumberdaya dengan menanyakan sebanyak 33 item pertanyaan. Skor untuk pernyataan positif yaitu sangat tidak setuju dengan skor 0, tidak setuju dengan skor 1, ragu-ragu dengan skor 2, setuju dengan skor 3 dan sangat setuju dengan skor 4. Sedangkan untuk pernyataan negatif yaitu sangat setuju dengan skor 0, setuju dengan skor 1, ragu-ragu dengan skor 2, tidak setuju dengan skor 3 dan sangat tidak setuju dengan skor 4. Sehingga total skor berkisar antara 0-132. Hasil uji normalitas data dengan *Kolmogorov Smirnov* diperoleh distribusi data skor sumberdaya tidak normal $p=0,000$. Adapun batas kategori menggunakan nilai median dengan penentuan *cutt of-point* sebagai berikut :

1. Kurang : total skor < median (<115)
2. Baik : total skor \geq median (≥ 115)

Skala pengukuran : Ordinal.

c. Disposisi / sikap implementor .

Disposisi adalah sikap dan kesediaan yang dimiliki oleh bidan desa seperti komitmen, kejujuran dan sifat demokratis untuk melaksanakan program imunisasi HB-0. Cara mengukur dengan mengembangkan pertanyaan tentang : supervisi oleh Dinas Kesehatan dan kepala puskesmas, penentuan target sasaran, penyuntikan sesuai jadwal, adanya *informed consent*. Metode melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur. pengukuran disposisi dilakukan dengan menanyakan sebanyak 22 item pertanyaan. Skor untuk pernyataan positif yaitu tidak pernah dengan skor 0, jarang dengan skor 1, kadang – kadang dengan skor 2, sering

dengan skor 3, selalu dengan skor 4. Sedangkan untuk pernyataan negatif yaitu tidak pernah dengan skor 4, jarang dengan skor 3, kadang – kadang dengan skor 2, sering dengan skor 1, selalu dengan skor 0. Sehingga total skor berkisar antara 0 – 88. Hasil uji normalitas data dengan *Kolmogorov Smirnov* diperoleh distribusi data skor disposisi tidak normal $p=0,000$. Adapun batas kategori menggunakan nilai median dengan penentuan *cutt of-point* sebagai berikut :

1. Kurang : total skor < median (< 82)
2. Baik : total skor \geq median (\geq 82)

Skala pengukuran : Ordinal.

d. Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi adalah adalah kesesuaian melaksanakan program imunisasi HB-0 oleh bidan desa meliputi adanya *standard operating procedures* (SOP) yaitu tentang kejelasan, struktur, materi / isi dan relevansi petunjuk pelaksanaan terhadap pekerjaan yang dilakukan oleh bidan desa dalam rangka program imunisasi HB-0. Sedangkan untuk koordinasi dalam melaksanakan program imunisasi HB-0 adalah upaya-upaya yang dilakukan dalam hal kerja sama mensinkronisasikan dan menyelaraskan kegiatan yang dilakukan oleh bidan desa antara program Imunisasi dan KIA.

Cara mengukur dengan mengembangkan pertanyaan tentang : adanya petunjuk pelaksanaan program / SOP, adanya koordinasi dengan lintas program dan lintas sektor seperti kunjungan neonatal, penolong persalinan, tempat persalinan. Metode melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur. Pengukuran adanya SOP dan koordinasi dilakukan dengan menjawab 15 item pertanyaan,

Skor untuk pernyataan positif yaitu sangat tidak setuju dengan skor 0, tidak setuju dengan skor 1, ragu-ragu dengan skor 2, setuju dengan skor 3 dan sangat setuju dengan skor 4. Sedangkan untuk pernyataan negatif yaitu sangat setuju dengan skor 0, setuju dengan skor 1, ragu-ragu dengan skor 2, tidak setuju dengan skor 1 dan sangat tidak setuju dengan skor 0. Sehingga total skor berkisar antara 0 – 60. Hasil uji normalitas data dengan *Kolmogorov Smirnov* diperoleh distribusi data skor struktur birokrasi tidak normal $p=0,000$. Adapun batas kategori menggunakan nilai median dengan penentuan *cutt of-point* sebagai berikut :

1. Kurang : total skor < median (< 60)
2. Baik : total skor \geq median (\geq 60)

Skala pengukuran : Ordinal.

e. Keberhasilan Implementasi (Cakupan Imunisasi Hepatitis B-0)

Persentase cakupan imunisasi HB 0 adalah jumlah bayi yang diberi imunisasi dibandingkan dengan jumlah sasaran bayi (kohort) kali seratus persen, dihitung sejak Januari sampai dengan Desember tahun 2008.

Metode : Observasi dari catatan kohort bidan desa.

Hasil uji normalitas data dengan *Kolmogorov Smirnov* diperoleh distribusi data skor cakupan imunisasi HB-0 tidak normal $p=0,003$. Adapun batas kategori sebagai berikut :

1. Tidak mencapai target : cakupan < 80 %
2. Mencapai target : cakupan \geq 80%

Skala : Ordinal

E. Instrumen Penelitian Dan Cara Penelitian

1. Instrumen Penelitian

Instrumen untuk mengukur variabel bebas maupun variabel terikat adalah kuesioner terstruktur dan observasi langsung. Sebagai instrumen pengumpulan data primer digunakan kuesioner yang berisi daftar pertanyaan terbuka. Kuesioner ditujukan kepada semua responden tentang faktor komunikasi meliputi sosialisasi HB-0 kepada lintas sektor dan masyarakat dilihat dari segi transmisi, konsistensi, dan kejelasan; faktor sumberdaya meliputi : keikutsertaan bidan dalam pelatihan imunisasi HB *uniject*, sikap bidan terhadap tugas pokok dalam program imunisasi ; ketersediaan, kecukupan dan sumber dana ; sarana prasarana meliputi : *vaccine carrier* , *cool pack*, pemantau suhu, vaksin, KIPi kit, *safety box*, media informasi, format pencatatan dan pelaporan; faktor disposisi meliputi : supervisi oleh Dinas Kesehatan , Kepala puskesmas, penentuan target sasaran, Penyuntikan sesuai jadwal, adanya *informed consent*. faktor struktur birokrasi meliputi : adanya *standard operating procedures* (SOP) dan koordinasi antar badan pelaksana agar implementasi.

Sebelumnya dilakukan uji coba terhadap kuesioner yang telah dibuat. Uji coba instrumen dilakukan secara serentak kepada 30 bidan desa di Kabupaten Demak, untuk mendapatkan masukan, perbaikan dan persamaan persepsi terhadap materi pertanyaan dalam kuesioner. Untuk uji kuesioner dilakukan uji validitas dan reliabilitas karena berkaitan dengan pelaksanaan praktik pelayanan imunisasi yang dilakukan oleh bidan sehingga kuesioner itu ditanyakan kapanpun akan menjawab sama.

2. Cara Penelitian

Pertama, daftar pertanyaan sebagai *interview guide* yang digunakan sebagai instrumen penelitian diuji validitas dan reliabilitasnya terlebih dahulu. Uji validitas dimaksudkan untuk mengukur sejauh mana ketepatan alat ukur penelitian sesuai dengan pengukuran yang dikehendaki dalam definisi operasional.

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan untuk memastikan instrumen penelitian sebagai alat ukur yang akurat dan dapat dipercaya. Validitas menunjukkan sejauh mana alat ukur, mengukur apa yang akan diukur. Sedangkan reliabilitas menunjukkan sejauh mana status hasil pengukuran relatif konsisten apabila pengukuran terhadap aspek yang sama atau disebut juga *internal consistency reliability*.³⁷

Uji validitas dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan analisis item, yakni mengkorelasikan skor tiap butir pertanyaan dengan skor total yang merupakan jumlah tiap skor butir pertanyaan. Teknis korelasi digunakan karena menurut Masrun sampai saat ini merupakan teknik yang paling banyak digunakan. Masrun selanjutnya menjelaskan bahwa item mempunyai validitas tinggi jika koefisien korelasinya minimal sebesar 0,2 korelasi yang digunakan adalah *Person product Moment corected*.³⁸

Uji reliabilitas dimaksudkan untuk mengukur sampai sejauh mana derajat ketepatan, ketelitian, keakuratan yang ditunjukkan oleh instrumen pengukuran. Uji reliabilitas dilakukan dengan metode *Internal Consistency*. *Internal Consistency* diukur dengan menggunakan koefisien *Cornbach alpha*. Jika koefisien *Cornbach alpha* lebih besar daripada 0,6 maka dinyatakan bahwa instrumen pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini handal.^{37,40}

Uji validitas atau reliabilitas atau uji coba (*try out*) kuesioner dilakukan pada 30 bidan di desa di kabupaten Demak yang diluar dari responden, dengan pertimbangan jumlah 30 bidan dimaksudkan agar distribusi skornya mendekati kurva normal . Pertimbangan dilakukan uji coba di kabupaten Demak dengan bidan yang diluar obyek penelitian adalah sama karakteristiknya dan mendapatkan persepsi yang tidak terlalu menyimpang. Tujuan uji coba ini adalah untuk menghindari pertanyaan – pertanyaan yang sulit dimengerti ataupun kekurangan/kelebihan dari kuesioner itu sendiri. Rencana uji coba akan dilaksanakan pada bulan Juni minggu kedua.

1. **Tehnik Pengolahan Dan Analisa Data :**

a. **Teknik Pengolahan Data.**

Data yang terkumpul kemudian dilakukan pengolahan dengan langkah- langkah sebagai berikut :

(1) Editing data (pemeriksaan data)

Setelah data dikumpulkan kemudian dilakukan proses editing untuk pengecekan kelengkapan, keajegan, kesesuaian, dan keseragaman data sehingga validitas data terjamin.

(2) Skoring : Pemberian nilai pada setiap pertanyaan dan selanjutnya dilakukan penjumlahan skor dari jawaban untuk setiap variabel.

(3) Koding : Pemberian kode dalam bentuk angka melalui pengkategorian total skor yang sudah diperoleh sebelumnya. Bila memerlukan pengkategorian ulang dari kategori sebelumnya dilakukan recoding .

- (4) Tabulating : Pembuatan tabel dari variabel dalam bentuk kategori yang dilengkapi dengan frekuensinya, baik absolut maupun relatif (prosentase).

b. Analisis Data.

Tahap analisis data dilakukan sebagai berikut :

(1). Analisis Univariat.

Dilakukan untuk melihat distribusi variabel yang diteliti yaitu keberhasilan implementasi, komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi. Hasil akan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

(2). Analisis Bivariat

Dilakukan untuk melihat hubungan antar variabel bebas (komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi) dengan variabel terikat (keberhasilan implementasi yang diukur dari cakupan imunisasi HB-0). Metode statistik yang digunakan *chi square*.

(3). Analisis Multivariat

Dilakukan untuk mengetahui besarnya pengaruh variabel bebas (komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi) terhadap variabel terikat (cakupan imunisasi) dalam rangka mencari variabel bebas yang berpotensi atau yang paling berpengaruh terhadap variabel terikat (dikotomi) dengan menggunakan Uji Regresi Logistik. Variabel bebas yang diikutsertakan dalam analisis multivariat adalah variabel yang terbukti pada olahan bivariat bermakna.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kabupaten Demak merupakan salah satu Kabupaten di Provinsi Jawa Tengah yang mempunyai luas 89.743 Ha yang terdiri dari 14 Kecamatan, 243 Desa dan 6 Kelurahan. Perbatasan wilayah ini meliputi : sebelah Utara dengan Kabupaten Jepara, sebelah Timur Kabupaten Kudus, sebelah Selatan Kabupaten Grobogan dan sebelah Barat Kota Semarang. Jumlah penduduk 1. 073.187 Jiwa yang terdiri dari 531.606 orang laki-laki dan 541.581 orang perempuan.

Dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010, Pemerintah Kabupaten Demak telah menetapkan beberapa program pokok pembangunan kesehatan yang dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) yaitu : meningkatkan dan memberdayakan sumberdaya kesehatan secara konsisten dan berkesinambungan, mengupayakan pembangunan di Demak yang berwawasan kesehatan, mendorong kemandirian masyarakat dan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang hidup bersih dan sehat. menjamin pelaksanaan kesehatan secara prima, komprehensif, profesional dan menjangkau seluruh lapisan masyarakat, serta menjalin kerjasama dengan mitra/ partner.

Pembangunan di bidang kesehatan diarahkan pada terwujudnya masyarakat Demak yang sehat dan mandiri, melalui pemberian pelayanan kesehatan secara merata kepada seluruh lapisan masyarakat, salah satu upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan

untuk kelompok rentan yaitu neonatus adalah upaya pencegahan penyakit melalui pemberian imunisasi hepatitis B. Jumlah bayi di Kabupaten Demak pada tahun 2008 sebanyak 23.015 dengan 80% (18.412) harus terlindungi dari penyakit hepatitis B. Adapun Jumlah sasaran bayi dan cakupan imunisasi HB-0 dapat dilihat pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1. Cakupan Imunisasi Hepatitis B-0 Umur 0-7 hari di Kabupaten Demak Tahun 2004 – 2008.

Tahun	Jml Sasaran	Cakupan HB 0≤ 7 hari (%)	Target (%)
2004	23.954	54,0	80
2005	24.010	59,3	80
2006	24.330	57,6	80
2007	23.113	64,2	80
2008	23.059	73,8	80

Jumlah tenaga kesehatan di Kabupaten Demak yang tersebar di seluruh puskesmas yaitu : Dokter umum 50 orang, perawat 174 orang, bidan pegawai negeri sipil 218 orang dan bidan pegawai tidak tetap 80 orang.

B. Karakteristik Responden

Responden penelitian ini adalah bidan desa di wilayah Kabupaten Demak yang diambil secara *proportional random sampling* yang berjumlah 73 orang. Pemilihan responden dilakukan dengan undian. Data karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2. Data Karakteristik Responden.

No	Karakteristik	f	%
1.	Umur : 21 – 30 tahun 31 - 40 tahun 41 – 50 tahun Rerata = 31,7 tahun Simpang Baku = 5,7 tahun	38 30 5	52,1 41,1 6,8
2.	Pendidikan : Program Pendidikan Bidan (D I) Akademi Kebidanan (D III) Diploma IV Kebidanan (D IV)	24 48 1	32,9 65,8 1,4
3.	Lama Kerja : < 5 tahun 5 – 10 tahun 11 - 15 tahun 16 – 20 tahun	25 14 25 9	34,2 19,2 34,2 12,3

Pada Tabel 4.2 dapat dilihat bahwa kelompok umur responden terbanyak adalah 21-30 tahun (52,1%). Pendidikan responden sebagian besar adalah Diploma III Kebidanan 48 (65,8%). Pendidikan profesi bidan menurut KEPMENKES NOMOR 369/MENKES/SK/III /2008 tentang Standar Profesi Bidan yaitu lulusan pendidikan Diploma III kebidanan, merupakan bidan pelaksana yang memiliki kompetensi untuk melaksanakan praktiknya baik di institusi pelayanan maupun praktik perorangan.²⁹

Hasil penelitian menunjukkan masa kerja responden sebagian besar lebih dari 5 tahun yaitu 48 responden (65,7%). Hal ini menunjukkan bahwa pengalaman yang dimiliki oleh responden dalam melaksanakan tugas sebagai bidan desa pemberi pelayanan imunisasi cukup banyak. Pegawai yang berpengalaman dipandang lebih mampu dalam melaksanakan tugas. Makin lama masa kerja seseorang

kecakapan mereka akan lebih baik karena sudah dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan pekerjaan.²⁹

C. Keberhasilan Implementasi (Cakupan Imunisasi HB-0)

Keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0 digambarkan melalui persentase cakupan Imunisasi Hepatitis B-0, yaitu jumlah bayi yang diberi imunisasi dibandingkan dengan jumlah sasaran bayi dalam kohort yang dihitung sejak Januari sampai dengan Desember 2008. Data keberhasilan implementasi diperoleh dengan observasi melalui catatan bidan yaitu kohort bayi. Rerata cakupan imunisasi HB-0 adalah 79,1% dengan standar deviasi 13,1%. Selanjutnya cakupan imunisasi HB-0 dibandingkan terhadap target (80%) , dan dikategorikan menjadi :

1. Tidak mencapai target = cakupan HB-0 < 80 %
2. Mencapai target = cakupan HB-0 ≥ 80%

Distribusi cakupan hasil imunisasi HB-0 dapat dilihat pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Cakupan Imunisasi HB-0

NO	Cakupan Imunisasi HB-0	f	%
1	Tidak mencapai target	34	46,6
2	Mencapai target	39	53,4
	Jumlah	73	100

Dari Tabel 4.3 terlihat bahwa cakupan imunisasi HB-0 yang telah mencapai target hanya 53,4%. Selain itu juga ditemukan kesenjangan antara data yang dilaporkan ke Puskesmas dengan catatan kohort bayi yang diimunisasi, yaitu adanya *over reporting* data sebanyak 47,9%, *under reporting* sebanyak 20,6% dan akurasi data hanya 31,5% (lihat lampiran 9 dan 10). Akurat adalah hasil imunisasi yang dihitung ulang (diverifikasi)

sama dengan hasil imunisasi yang dilaporkan. *Under reporting* adalah hasil imunisasi yang dihitung ulang (diverifikasi) lebih besar dibandingkan dengan hasil imunisasi yang dilaporkan. *Over reporting* adalah hasil imunisasi yang dihitung ulang (diverifikasi) lebih kecil dibandingkan dengan hasil imunisasi yang dilaporkan.⁴³

Keberhasilan program imunisasi tidak hanya dilihat dari kuantitasnya saja akan tetapi kualitas data sangat diperlukan. Untuk mengetahui data yang akurat diperlukan sistem pencatatan dan pelaporan serta pemantauan data hasil imunisasi. Dari temuan diatas terbukti bahwa kualitas data cakupan imunisasi dari desa ke puskesmas sebagai tingkat pertama pelaporan masih kurang. Agar memperoleh gambaran kualitas pencatatan dan pelaporan program imunisasi di tingkat puskesmas perlu dilakukan penilaian dengan instrumen *Data Quality Self Assessment* (DQS). Diharapkan dengan melakukan DQS di tingkat Puskesmas pada tiap Kabupaten kualitas pencatatan dan pelaporan data imunisasi puskesmas dan tingkat selanjutnya akan meningkat. Kualitas data di puskesmas sangat penting, karena data hasil imunisasi mulai dikumpulkan pada tingkat ini. Bila data di tingkat puskesmas tidak dapat diyakini kualitasnya, maka data di tingkat nasional juga tidak akan berkualitas. Pada tingkat puskesmas mungkin terjadi kesalahan – kesalahan dalam pencatatan dan pelaporan karena data hasil imunisasi dihimpun dari berbagai sumber unit pelayanan baik pemerintah maupun swasta kemudian direkapitulasi dan dilaporkan.

Proses pencatatan dan pelaporan mempunyai risiko terjadinya ketidakakuratan data hasil imunisasi yang dilaporkan, sehingga untuk menjaga tetap berkualitas dan akurat kegiatan pencatatan dan pelaporan perlu dipantau secara rutin dan teratur. Instrumen observasi dimaksudkan

untuk verifikasi atau penghitungan ulang. Cara untuk mengetahui keakuratan data cakupan imunisasi dengan mencocokkan data hasil pelayanan imunisasi pada pencatatan di tingkat yang lebih rendah, dengan data yang dilaporkan ke tingkat yang lebih tinggi.

Penghitungan rasio akurasi data adalah dengan membandingkan jumlah imunisasi yang berhasil diverifikasi atau dihitung ulang dari sumber tertentu pada satu tingkatan (pembilang) dengan jumlah imunisasi yang dilaporkan oleh tingkatan tersebut ke tingkat yang lebih tinggi (penyebut). Khusus untuk verifikasi cakupan HB-0 dilihat melalui tanggal kelahiran bayi dan tanggal pemberian imunisasi. Apakah tepat dari nol sampai 7 hari, jika lebih dari 7 hari maka tidak dihitung sebagai HB-0.

D. Variabel – Variabel Dalam Implementasi Program Imunisasi HB-0

1. Komunikasi

Skor penilaian tentang komunikasi yang dilakukan oleh bidan dalam bentuk sosialisasi pada pelaksanaan program imunisasi HB-0 adalah sebagai berikut : median 60 dengan standar deviasi 10,6%. Skor terendah dan tertinggi yang mungkin dicapai yaitu : 0 dan 72.

Tabel 4.4. Skor Faktor Komunikasi Bidan Desa Pada Implementasi Program imunisasi HB-0 di Kabupaten Demak Tahun 2009

NO	KOMUNIKASI	TP (0)	JR (1)	KK (2)	SR (3)	SL (4)
1	Bidan memberikan sosialisasi tentang imunisasi HB-0 kepada ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya	0 (0,0%)	1 (1,4%)	8 (11%)	28 (38,4%)	36 (49,3%)
2	Bidan memberikan sosialisasi tentang imunisasi HB-0 kepada suami / keluarga pada waktu mendampingi ibu hamil periksa	0 (0%)	4 (5,5%)	12 (16,4%)	17 (23,3%)	40 (54,8%)

Lanjutan Tabel 4.4

NO	KOMUNIKASI	TP (0)	JR (1)	KK (2)	SR (3)	SL (4)
3	Bidan memberikan sosialisasi tentang pentingnya imunisasi HB-0 kepada kelompok PKK desa saat pertemuan PKK desa	3 (4,1%)	1 (1,4%)	25 (34,2%)	9 (12,3%)	35 (47,9%)
4	Bidan memberikan sosialisasi tentang pentingnya imunisasi HB-0 pada kader setelah selesai kegiatan Posyandu	0 (0%)	2 (2,7%)	0 (0%)	14 (19,2%)	57 (78,1%)
5	Bidan memberikan sosialisasi tentang pentingnya imunisasi HB-0 pada perangkat desa/TOMA saat pertemuan bulanan di balai desa	5 (6,8%)	5 (6,8%)	18 (24,7%)	9 (12,3%)	36 (48,3%)
6	Bidan memberikan sosialisasi tentang pentingnya imunisasi HB-0 pada dukun bayi saat pembinaan dukun di Puskesmas selapan sekali	2 (2,7%)	4 (5,5%)	0 (0%)	8 (11%)	59 (80,8%)
7	Bidan memberikan sosialisasi tentang pentingnya imunisasi HB-0 pada tokoh agama setelah selesai pengajian	12 (16,4%)	12 (16,4%)	9 (12,3%)	21 (28,8%)	19 (26%)
8	Bidan menggunakan alat bantu leaflet pada waktu memberikan sosialisasi tentang imunisasi HB-0	12 (16,4%)	18 (24,7%)	30 (41,1%)	10 (13,7%)	3 (4,1%)
9	Bidan memberikan sosialisasi tentang imunisasi HB-0 kepada masyarakat pada waktu pertemuan desa	6 (8,2%)	18 (24,7%)	22 (30,1%)	24 (32,9%)	3 (24,9%)
10	Penyampaian materi sosialisasi oleh bidan secara singkat dan mudah dipahami audien	0 (0%)	1 (1,4%)	7 (9,6%)	25 (34,2%)	40 (54,8%)
11	Bidan sebelum menyampaikan materi inti tentang imunisasi HB-0 diawali dengan refresing materi di luar pokok bahasan	7 (9,6%)	18 (24,7%)	20 (27,4%)	6 (8,20%)	22 (30,1%)
12	Sosialisasi diberikan secara terus menerus dengan memberikan contoh akibat bayi yang tidak diimunisasi	0 0,0%	1 1,4%	7 (9,6%)	11 (15,1%)	54 (74%)
13	Bidan dalam memberikan sosialisasi menggunakan bahasa sederhana yang mudah dipahami oleh sasaran	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,7%)	5 (6,8%)	66 (90,4%)
14	Bidan dalam memberikan sosialisasi menggunakan bahasa Jawa	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,7%)	12 (16,4%)	59 (80,8%)
15	Bidan dalam memberikan sosialisasi HB-0 di desa menggunakan metode ceramah	0 (0%)	5 (6,8%)	3 (4,1%)	10 (13,7%)	55 (75,3%)
16	Bidan dalam memberikan sosialisasi HB-0 menggunakan metode tanya jawab	1 (1,4%)	2 (2,7%)	10 (13,1%)	9 (12,3%)	51 (69,9%)

Lanjutan Tabel 4.4

NO	KOMUNIKASI	TP (0)	JR (1)	KK (2)	SR (3)	SL (4)
17	Bidan dalam memberikan sosialisasi HB-0 menggunakan metode simulasi	8 (11%)	6 (8,2%)	20 (27,4%)	24 (32,9%)	15 (20,5%)
18	Bidan dalam memberikan sosialisasi mencakup pengertian, tujuan, manfaat, efek samping dan akibat yang ditimbulkan oleh imunisasi HB-0	1 (1,4%)	0 (0%)	2 (2,7%)	4 (5,5%)	66 (90,4%)

Ket : TP = Tidak Pernah, JR = Jarang, KK = Kadang-Kadang, SR = Sering, SL = Selalu

Pada Tabel 4.4. terlihat distribusi jawaban responden tentang komunikasi pada pelaksanaan program imunisasi HB-0 di Kabupaten Demak tahun 2009 menunjukkan bahwa bidan desa telah melaksanakan komunikasi dengan baik yaitu memberikan sosialisasi pada suami/keluarga (54, 8%) , memberikan sosialisasi pada kader sebanyak (78,1%), dan memberikan sosialisasi pada dukun bayi (80,8%). Penyampaian sosialisasi terus menerus (74%), menggunakan bahasa Jawa yang mudah dipahami oleh sasaran (80,8%) serta metode yang digunakan tanya jawab (69,9%). Pemberian sosialisasi yang masih kurang mendukung/menghambat yaitu dilakukan pada sasaran antara yang meliputi PKK (34,2%), tokoh masyarakat (24,7%) serta pada tokoh agama (16,4%). Pemberian sosialisasi tentang imunisasi HB-0 oleh bidan desa selama ini hanya pada kelompok sasaran langsung yaitu ibu hamil dan keluarga pada waktu periksa.

Dalam rangka mempercepat penyebaran informasi program imunisasi HB-0 kepada masyarakat, perlu adanya kerjasama dengan sasaran antara yang terdiri dari : Kepala Desa, Tokoh masyarakat, Tokoh agama, PKK, Kader, dan Dukun bayi. Sosialisasi program yang sudah dilakukan masih memerlukan upaya pematapan agar tercapai

tujuan program imunisasi HB-0. Forum – forum yang sudah ada seperti pengajian setiap minggu, pertemuan PKK desa setiap bulan seharusnya dapat dimanfaatkan lebih optimal oleh bidan desa untuk menjelaskan tujuan program imunisasi.

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Faktor Komunikasi oleh Bidan Desa pada Implementasi Program imunisasi HB-0 Kabupaten Demak Tahun 2009.

NO	Komunikasi	Frekuensi	Persentase (%)
1	Kurang	24	32,9
2	Baik	49	67,1
	Jumlah	73	100

Pada Tabel 4.5. menunjukkan bahwa sebagian besar bidan melakukan komunikasi berupa sosialisasi program imunisasi HB-0 (67,1%). Sosialisasi yang baik didukung oleh lama masa kerja. Menurut Jacobalis (2000) masa kerja dapat mempengaruhi ketrampilan berkomunikasi. Semakin lama masa kerja maka semakin tinggi kemampuan berkomunikasi.

Berdasarkan paradigma Lasswell bahwa secara sederhana proses komunikasi adalah pihak komunikator membentuk (*encode*) pesan dan menyampaikannya melalui suatu saluran tertentu kepada pihak penerima yang menimbulkan efek tertentu.⁴⁴

2. Sumber Daya

Skor ketersediaan sumberdaya yang dimiliki/diterima oleh bidan desa dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0 di Wilayah Puskesmas Kabupaten Demak, adalah sebagai berikut : median 115 dengan standar deviasi 23,1%. Skor terendah dan tertinggi yang

mungkin dicapai adalah 0 dan 132. Distribusi jawaban responden tentang sumberdaya dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6. Skor Faktor Sumberdaya pada Implementasi Program Imunisasi HB-0 Kabupaten Demak Tahun 2009.

NO	SUMBERDAYA	STS (0)	TS (1)	R (2)	S (3)	SS (4)
	A. Finansial					
1	Bidan mendapatkan uang transport rutin dari puskesmas pada waktu memberikan suntikan HB-0	11 (15,1%)	1 (1,4%)	22 (30,1%)	8 (11%)	31 (42,5%)
2	Uang transport yang diberikan jumlahnya memadai	11 (15,1%)	1 (1,4%)	21 (28,8%)	10 (13,1%)	30 (41,1%)
3	Uang transport diberikan kepada bidan tiap bulan sekali	11 (15,1%)	1 (1,4%)	6 (8,2%)	9 (12,3%)	46 (63%)
4	Bidan mendapatkan tunjangan bulanan rutin untuk pekerjaan yang dilakukan dengan baik	11 (15,1%)	1 (1,4%)	4 (5,5%)	21 (28,8%)	36 (49,3%)
5	Bidan mendapatkan insentif apabila cakupan imunisasi HB-0 mencapai target	10 (13,1%)	2 (2,7%)	3 (4,1%)	21 (28,8%)	37 (50,7%)
6	Bidan menerima insentif dalam jumlah yang memadai	12 (16,4%)	1 (1,4%)	4 (5,5%)	35 (47,9%)	21 (28,8%)
7	Insentif yang diterima bidan berasal dari sumber dana yang legal	13 (17,8%)	1 (1,4%)	3 (4,1%)	23 (31,5%)	33 (45,2%)
8	Dalam memberikan suntikan HB-0 bidan menarik biaya pelayanan dari pasien (-)	28 (38,4%)	18 (24,7%)	4 (5,5%)	13 (17,8%)	10 (13,7%)
9	Tersedia alokasi dana kunjungan neonatal dari puskesmas untuk bidan secara rutin	10 (13,7%)	4 (5,5%)	1 (1,4%)	25 (34,2%)	33 (45,2%)
10	Tersedia alokasi dana transport kunjungan bayi dari anggaran desa untuk bidan secara rutin	11 (15,1%)	15 (20,5%)	7 (9,6%)	23 (31,5%)	17 (23,3%)
11	Bidan mendapatkan kemudahan dalam sistem pencairan / SPJ dana transport yang disediakan	11 (15,1%)	2 (2,7%)	3 (4,1%)	12 (16,4%)	45 (61,6%)
12	Dalam pertanggungjawaban dana transport yang disediakan untuk bidan tidak rumit / tidak sulit	10 (13,7%)	2 (2,7%)	5 (6,8%)	14 (19,2%)	42 (57,5%)
13	Prosedur untuk mencairkan dana transport tidak berbelit-belit	10 (13,7%)	0 (0%)	5 (6,8%)	8 (11%)	50 (68,5%)
	B. Non Finansial					
1	Dalam 5 tahun terakhir bidan mengikuti pelatihan HB <i>uniject</i> .	3 (4,1%)	4 (5,5%)	1 (1,4%)	24 (32,9%)	41 (56,2%)

Lanjutan Tabel 4.6.

NO	SUMBERDAYA	STS (0)	TS (1)	R (2)	S (3)	SS (4)
2	Bidan mendapatkan refresing tentang penyuntikan HB <i>uniject</i> setahun sekali	2 (2,7%)	1 (1,4%)	0 (0%)	42 (57,5%)	28 (38,4%)
3	Memberikan pelayanan imunisasi HB-0 sesuai dengan tugas pokok bagi bidan	1 (1,4%)	0 (0%)	0 (0%)	28 (38,4%)	44 (60,3%)
4	<i>Vaccine carrier</i> yang dibawa saat pelayanan imunisasi memenuhi standart	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (15,1%)	62 (84,9%)
5	Jenis <i>Coolpack</i> yang dibawa dalam bentuk beku (-)	23 (31,5%)	8 (11%)	2 (2,7%)	10 (13,7%)	30 (41,1%)
6	Jumlah <i>Coolpack</i> yang dibawa setiap pelayanan sesuai dengan yang direkomendasikan	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)	19 (26%)	53 (72,6%)
7	Alat pemantau suhu tersedia pada setiap <i>vaccine carrier</i>	6 (8,2%)	1 (1,4%)	4 (5,5%)	16 (21,9%)	46 (63%)
8	Tersedia perlengkapan KIPi kit sesuai standar dari puskesmas	0 (0%)	2 (2,7%)	7 (9,6%)	14 (19,2%)	50 (68,5%)
9	Setiap pelayanan imunisasi HB-0 selalu membawa perlengkapan KIPi kit	0 (0%)	1 (1,4%)	12 (16,4%)	18 (24,7%)	42 (57,5%)
10	Bidan dalam memberikan suntikan HB-0 kemungkinan bisa terjadi KIPi	10 (13,7%)	5 (6,8%)	6 (8,2%)	20 (27,4%)	32 (43,8%)
11	Pada saat pelayanan imunisasi HB-0 selalu membawa <i>safety box</i> khusus limbah <i>uniject</i>	1 (1,4%)	0 (0%)	1 (1,4%)	33 (45,2%)	38 (52,1%)
12	Limbah setelah penyuntikan HB-0 selalu dibuang pada <i>safety box uniject</i>	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	19 (26%)	54 (74%)
13	Ketersediaan <i>safety box uniject</i> dalam jumlah yang cukup	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	20 (27,4%)	53 (72,6%)
14	Pemusnahan limbah dalam <i>safety box</i> dibakar dalam incenerator	1 (1,4%)	2 (2,7%)	0 (0%)	19 (26%)	51 (69,9%)
15	Tersedia poster, leaflet tentang imunisasi Hepatitis B	6 (8,2%)	2 (2,7%)	2 (2,7%)	15 (20,5%)	48 (65,8%)
16	Poster, leaflet tentang imunisasi Hepatitis B dalam jumlah yang cukup	6 (8,2%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)	19 (26%)	45 (61,6%)
17	Jumlah format pelaporan imunisasi mencukupi selama tahun 2008 tanpa menggandakan sendiri	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)	33 (45,2%)	39 (53,4%)
18	Laporan hasil imunisasi sesuai dengan tanggal kesepakatan setempat	0 (0%)	0 (1,4%)	2 (2,7%)	31 (42,5%)	40 (54,8%)
19	Pengumpulan laporan ke Puskesmas sebelum tgl 5	0 (0%)	1 (4,1%)	1 (1,4%)	20 (27,4%)	51 (69,9%)
20	Laporan bulanan hasil imunisasi mencakup semua bayi yang ada di wilayah saudara	1 (1,4%)	0 (0%)	1 (1,4%)	17 (23,3%)	54 (74%)

Ket : STS = Sangat Tidak Setuju, TS = Tidak Setuju, R = Ragu – Ragu, S = Setuju
SS = Sangat Setuju

Tabel 4.6. menunjukkan bahwa ketersediaan sumberdaya bagi bidan desa yang mendukung pada pelaksanaan program imunisasi HB-0 adalah sumberdaya finansial yaitu uang transport diberikan tiap bulan (63%), prosedur untuk mencairkan dana tidak berbelit-belit (68,5%), sedangkan untuk ketersediaan sumberdaya yang kurang mendukung yaitu uang transport yang diberikan jumlahnya kurang memadai (28,8%). Hal ini disebabkan karena jumlah uang transport yang diberikan tidak sama dengan jumlah yang tertulis dalam anggaran perjalanan dinas ke desa. Dalam memberikan suntikan imunisasi HB-0 bidan menarik biaya dari pasien (31,5%), seharusnya pelayanan imunisasi gratis baik pada sasaran yang memiliki kartu JAMKESMAS maupun yang tidak masuk anggota JAMKESMAS. Dari penjelasan bidan bahwa bayi yang tidak termasuk dalam anggota JAMKESMAS, pada waktu kunjungan neonatal juga diberikan imunisasi HB-0 bidan menarik biaya pelayanan.

Sumberdaya non finansial yang mendukung pelaksanaan program imunisasi HB-0 adalah tenaga bidan yang sudah mengikuti pelatihan HB *uniject* (89%), *Vaccine carrier* yang dibawa sesuai standart (84,9%), pembuangan limbah pada safety box sebanyak (74%), sedangkan sumberdaya non finansial yang kurang mendukung adanya *coolpack* yang dibawa ke tempat pelayanan dalam bentuk beku sebanyak (41,1%), pelayanan imunisasi tidak dilengkapi dengan KIPi kit (16,4%). Ketersediaan poster, leaflet tentang imunisasi HB-0 kurang sebesar 8,2%.

Pencapaian tujuan kebijakan harus didukung oleh ketersediaan alat dan sarana. Ketersediaan sarana prasarana merupakan faktor penentu kinerja kebijakan. Implementor harus mendapatkan sumber-sumber yang dibutuhkan agar program berjalan lancar. Jika tanpa sumberdaya yang memadai, maka kebijakan tidak akan berhasil maksimal.

Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Faktor Sumberdaya pada Implementasi Program Imunisasi HB-0 Kabupaten Demak tahun 2009.

NO	Sumberdaya	Frekuensi	Persentase (%)
1	Kurang	26	35,6
2	Baik	47	64,4
	Jumlah	73	100

Berdasarkan tabel 4.7 dapat diketahui bahwa ketersediaan sumberdaya baik finansial maupun non finansial pada pelaksanaan program imunisasi HB-0 kategori baik lebih banyak (64,4%) daripada yang kurang (35,6%). Ketersediaan sumberdaya yang memadai akan mendukung keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0. Hasil penelitian ini mendukung pendapat George Edward III (1980) bahwa ketersediaan sumberdaya akan berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi.⁴⁶

3. Disposisi.

Skor faktor disposisi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0 adalah sebagai berikut : median 82 dengan standar deviasi 10,3%. skor terendah dan tertinggi yang mungkin dicapai yaitu : 0 dan 88. Distribusi jawaban responden tentang disposisi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan kepala puskesmas dapat dilihat pada tabel 4.8.

Tabel 4.8. Skor Faktor Disposisi pada Implementasi Program Imunisasi HB-0 Kabupaten Demak Tahun 2009.

NO	DISPOSISI	TP (0)	JR (1)	KK (2)	SR (3)	SL (4)
1	Supervisi dari Dinas Kesehatan dilakukan dengan pemberitahuan dahulu.	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,7%)	15 (20,5%)	56 (76,7%)
2	Supervisi oleh Dinas Kesehatan dilakukan sesuai jadwal	0 (0%)	1 (1,4%)	12 (16,4%)	19 (26%)	41 (56,2%)

Lanjutan Tabel 4.8

NO	DISPOSISI	TP (0)	JR (1)	KK (2)	SR (3)	SL (4)
3	Supervisi oleh Dinas Kesehatan dilakukan secara rutin tiap 3 bulan	1 (1,4%)	6 (8,2%)	23 (34,2%)	40 (54,8%)	3 (4,1%)
4	Supervisor menggunakan checklist penyaliaan imunisasi	1 (1,4%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	15 (20,5%)	55 (75,3%)
5	Supervisor memiliki keahlian/kompetensi dalam program imunisasi	0 (0%)	2 (2,7%)	2 (2,7%)	12 (16,4%)	57 (78,1%)
6	Supervisor meminta bidan untuk menunjukkan data-data pendukung program imunisasi	0 (0%)	0 (0%)	3 (4,1%)	10 (13,7%)	60 (82,2%)
7	Supervisor menyampaikan hasil penyaliaan kepada bidan	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,7%)	6 (8,2%)	65 (89%)
8	Supervisor memberikan kesempatan kepada bidan untuk mengemukakan permasalahan yang dihadapi	0 (0%)	0 (0%)	3 (4,1%)	9 (12,3%)	61 (83,6%)
9	Supervisor melakukan analisis permasalahan bersama bidan	0 (0%)	0 (0%)	3 (4,1%)	19 (26%)	51 (69,9%)
10	Supervisor bersama bidan membuat alternative pemecahan masalah	1 (1,4%)	0 (0%)	3 (4,1%)	16 (21,9%)	53 (72,6%)
11	Supervisor memberikan solusi / masukan hasil temuan supervisi	0 (0%)	1 (1,4%)	5 (6,8%)	17 (23,3%)	50 (68,5%)
12	Kepala puskesmas melakukan fasilitasi teknis kepada bidan desa setiap bulan sekali	3 (4,1%)	12 (16,4%)	9 (12,3%)	24 (32,9%)	25 (34,2%)
13	Kepala puskesmas memberikan dukungan kepada bidan desa untuk peningkatan program imunisasi	1 (1,4%)	1 (1,4%)	5 (6,8%)	13 (17,8%)	53 (72,6%)
14	Kepala puskesmas melakukan pemantauan cakupan HB-0 pada bidan desa	0 (0%)	7 (9,6%)	5 (6,8%)	15 (20,5%)	46 (63%)
15	Kepala puskesmas menyampaikan umpan balik hasil cakupan HB-0 pada bidan desa	0 (0%)	6 (8,2%)	4 (5,5%)	11 (15,1%)	52 (71,2%)
16	Kepala puskesmas mempunyai strategi dukungan dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0	0 (0%)	1 (1,4%)	14 (19,2%)	17 (23,3%)	41 (56,2%)
17	Penentuan sasaran dilakukan oleh bidan desa sendiri	1 (1,4%)	2 (2,7%)	1 (1,4%)	11 (15,1%)	58 (79,5%)
18	Penentuan sasaran dilakukan satu tahun sekali	1 (1,4%)	0 (0%)	5 (6,8%)	8 (11%)	59 (80,8%)
19	Penentuan sasaran dapat dilakukan perubahan setiap saat (-)	47 (64,4%)	3 (4,1%)	11 (15,1%)	4 (5,5%)	8 (11%)

Lanjutan Tabel 4.8

NO	DISPOSISI	TP (0)	JR (1)	KK (2)	SR (3)	SL (4)
20	Pemberian suntikan HB-0 diberikan pada umur lebih dari 7 hari (-)	29 (39,7%)	33 (45,2%)	4 (5,5%)	6 (8,2%)	1 (1,4%)
21	Jadwal pemberian imunisasi HB-0 ditepati sesuai dengan kebijakan program	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,4%)	14 (19,2%)	58 (79,5%)
22	Sebelum memberikan suntikan bidan melakukan <i>informed consent</i> secara tertulis	4 (5,5%)	3 (4,1%)	4 (5,5%)	9 (12,3%)	53 (72,6%)

Ket : TP = Tidak Pernah, JR = Jarang, KK = Kadang-Kadang, SR = Sering, SL = Selalu

Pada Tabel diatas dapat diketahui bahwa adanya disposisi yang mendukung implementasi program imunisasi HB-0 meliputi : supervisi dari Dinas Kesehatan dengan pemberitahuan terlebih dahulu (76,7%), supervisor menyampaikan hasil penyeliaan kepada bidan sebesar (89%), supervisor bersama bidan membuat alternative pemecahan masalah (72,6%) dan kepala puskesmas memberikan dukungan kepada bidan desa untuk peningkatan program imunisasi sebanyak (72,6%). Sedangkan untuk disposisi yang kurang mendukung adalah supervisi yang diadakan oleh DKK tidak sesuai jadwal (16,4%), supervisi tidak dilakukan secara rutin 3 bulan sekali (34,2%), kepala puskesmas tidak memberikan fasilitasi teknis secara rutin ke bidan desa (16,4%). Penentuan sasaran dilakukan perubahan setiap saat sebanyak 11%, pemberian suntikan HB-0 pada umur > 7 hari (8,2%), serta bidan tidak melakukan *informed consent* sebelum memberikan suntikan sebanyak (5,5%). Dengan adanya gambaran diatas bahwa disposisi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan Puskesmas belum sesuai harapan.

Hal ini sesuai teori Swanberg supervisi adalah suatu kemudahan sumber-sumber yang diperlukan oleh staf untuk menyelesaikan tugas-tugasnya.² Departemen Kesehatan RI (1995) mendefinisikan bahwa pelaksanaan supervisi sebagai kegiatan pembinaan, bimbingan dan

pengawasan oleh pengelola program serta pihak yang ditingkat administrasi yang lebih tinggi ke pelaksana program yang lebih rendah dalam rangka menetapkan kegiatan sesuai dengan sasaran yang telah ditetapkan.²⁸ Menurut Annas (1996) supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan. Supervisi juga bertujuan untuk menemukan kemudahan apabila ditemukan masalah untuk segera diberi petunjuk. Dalam penelitian ini yang melakukan supervisi adalah kepala Puskesmas kepada bidan di desa dalam rangka meningkatkan cakupan imunisasi HB-0 masih belum mencapai target cakupan . Supervisi yang efektif diperlukan adanya perencanaan, koordinasi, pembinaan secara terarah dan sistematis. Supervisi yang diadakan oleh pihak Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten harus menggunakan standar panduan supervisi / ceklist penyeliaan agar dapat membantu bidan di desa dalam memecahkan masalah kesehatan di desa. Supervisi perlu direncanakan dengan baik dengan jadwal yang rutin, adanya umpan balik hasil supervise kepada bidan agar dapat membantu bila ada kekurangan/permasalahan kesehatan di desa. Hal ini sesuai dengan penelitian Pinti (2006) bahwa variabel yang berhubungan dengan cakupan imunisasi dalam penelitian faktor sumberdaya manusia adalah supervisi oleh kepala puskesmas.³²

Tabel 4.9. Distribusi Frekuensi Faktor Disposisi pada Implementasi Program Imunisasi HB-0 Kabupaten Demak tahun 2009.

NO	Disposisi	Frekuensi	Persentase (%)
1	Kurang	29	39,7
2	Baik	44	60,3
	Jumlah	73	100

Berdasarkan Tabel 4.9. dapat diketahui bahwa disposisi yang dilakukan oleh DKK dan kepala Puskesmas dalam implementasi program imunisasi HB-0 lebih banyak kategori baik (60,3%) daripada yang kurang (39,7%). Disposisi/komitmen yang dilakukan oleh DKK selaku pembina program di tingkat Kabupaten dan Kepala Puskesmas selaku pembina di tingkat Kecamatan mempunyai kontribusi yang sangat penting dalam pencapaian keberhasilan program imunisasi HB-0. Dalam rangka meningkatkan mutu program perlu adanya pembinaan dari Dinas Kesehatan dan kepala Puskesmas kepada bidan desa selaku implementor kebijakan program imunisasi HB-0 di lini terdepan.

4. Struktur Birokrasi

Skor faktor struktur Birokrasi pada pelaksanaan imunisasi HB-0 adalah sebagai berikut : median 60 dengan standar deviasi 9,1%. Skor terendah dan tertinggi yang mungkin dicapai adalah 0 dan 60. Distribusi jawaban responden terlihat pada Tabel 4.10.

Tabel 4.10. Skor Faktor Struktur Birokrasi pada Implementasi Program Imunisasi HB-0 Kabupaten Demak Tahun 2009.

NO	STRUKTUR BIROKRASI	STS (0)	TS (1)	R (2)	S (3)	SS (4)
1	Bidan dalam memberikan suntikan imunisasi HB-0 berpedoman pada SOP/ petunjuk pelaksanaan program imunisasi HB-0	3 (4,1%)	4 (5,5%)	0 (0%)	3 (4,1%)	63 (86,3%)
2	petunjuk pelaksanaan program imunisasi HB-0 membuat bidan jelas dalam pelayanan imunisasi HB-0	3 (4,1%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (16,4%)	58 (79,5%)
3	Petunjuk pelaksanaan penyuntikan HB-0 dijelaskan kapan mulai dioperasionalkan	7 (9,6%)	0 (0%)	1 (1,4%)	16 (21,9%)	49 (67,1%)
4	SOP akan memperlambat pelayanan imunisasi HB-0 (-)	35 (47,9%)	27 (37%)	1 (1,4%)	8 (11%)	2 (2,7%)
5	SOP dikomunikasikan kepada bidan sebelum pelaksanaan imunisasi HB-0	3 (4,1%)	4 (5,5%)	3 (4,1%)	22 (30,1%)	41 (56,2%)

Lanjutan Tabel 4.10

NO	STRUKTUR BIROKRASI	STS (0)	TS (1)	R (2)	S (3)	SS (4)
6	SOP mencerminkan keseragaman dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0	0 (0%)	7 (9,6%)	7 (9,6%)	12 (16,4%)	47 (64,4%)
7	Adanya SOP akan membuat bidan patuh melaksanakan penyuntikan	0 (0%)	4 (5,5%)	2 (2,7%)	18 (24,7%)	49 (67,1%)
8	Dalam memberikan suntikan HB-0 dilakukan koordinasi dengan program KIA	4 (5,5%)	4 (5,5%)	0 (0%)	19 (26%)	46 (63%)
9	Pemberian suntikan HB-0 bersama dengan kegiatan kunjungan neonatal	3 (4,1%)	0 (0%)	0 (0%)	13 (17,8%)	57 (78,1%)
10	Bidan menjalin kerjasama dengan tokoh agama dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0	2 (2,7%)	6 (8,2%)	8 (11%)	22 (30,1%)	35 (47,9%)
11	Kader membantu dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0	4 (5,5%)	4 (5,5%)	4 (5,5%)	16 (21,9%)	45 (61,6%)
12	Aparat desa membantu dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0	6 (8,2%)	6 (8,2%)	9 (12,3%)	15 (20,5%)	37 (50,7%)
13	Pemberian suntikan HB-0 dilakukan kerjasama dengan penolong persalinan yang ada di wilayah saudara	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)	15 (20,5%)	57 (78,1%)
14	Dalam memberikan suntikan HB-0 dilakukan kerjasama dengan tempat persalinan yang ada	0 (0%)	1 (1,4%)	0 (0%)	14 (19,2%)	58 (79,5%)
15	Dalam memberikan suntikan HB-0 kerjasama dengan dukun bayi untuk mendapatkan informasi kelahiran bayi baru yang ada di desa	1 (1,4%)	0 (0%)	1 (1,4%)	25 (34,2%)	46 (63%)
16	Dalam memberikan suntikan HB-0 kerjasama dengan kader untuk mendapatkan informasi kelahiran bayi baru yang ada di desa	0 (0%)	0 (0%)	3 (4,1%)	23 (31,5%)	47 (64,4%)

Ket : STS = Sangat Tidak Setuju
S = Setuju

TS = Tidak Setuju
SS = Sangat Setuju

R = Ragu - Ragu

Dari Tabel 4.10. dapat ditunjukkan bahwa struktur birokrasi yang kurang mendukung pada implementasi program imunisasi HB-0 adalah adanya SOP akan memperlambat pelayanan imunisasi (11%), SOP kurang mencerminkan keseragaman dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0

(19,2%), Pemberian suntikan HB-0 tidak dilakukan koordinasi dengan program KIA (11%), kurang menjalin kerjasama dengan tokoh agama dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0 (11%), kurang menjalin kerjasama dengan aparat desa pada pelaksanaan program imunisasi HB-0 (12,3%). Sedangkan struktur birokrasi yang mendukung dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0 adalah bidan dalam memberikan suntikan imunisasi HB-0 berpedoman pada Standar Operasional Prosedur (SOP) sebanyak 86,3%, Pemberian suntikan HB-0 bersama Kunjungan Neonatal 78,1% dan adanya kerjasama dengan tempat persalinan 79,5%.

Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah pedoman atau acuan untuk melaksanakan tugas pekerjaan sesuai dengan fungsi. Merupakan alat penilaian kinerja instansi Pemerintah berdasarkan indikator-indikator teknis, administratif dan prosedural sesuai dengan tata kerja, prosedur kerja, sistem kerja pada unit kerja yang bersangkutan. Adanya SOP ini dimaksudkan untuk memberikan suatu konsep yang jelas, dipahami oleh semua orang dan dituangkan pada suatu dokumen prosedural dalam setiap kegiatan. SOP merupakan salah satu struktur yang penting dan menjadi pedoman bagi implementor dalam melaksanakan kebijakan. Pelayanan imunisasi HB-0 secara dini seharusnya memakai pedoman yang baku dan tersendiri. Tersedianya petunjuk pelaksanaan program yang lengkap dan jelas akan menjadi pedoman bagi pelaksana dalam bertindak dan menghindari ketidakseragaman dalam mengimplementasikan suatu kebijakan. Adanya SOP yang tidak dikomunikasikan kepada implementer di tingkat bawah akan mengakibatkan implementasi program yang tidak sesuai dengan harapan pembuat kebijakan.²⁴

Implementasi dapat terganggu akibat adanya ego sektoral dalam struktur birokratik. Perpecahan struktur birokrasi dapat menghambat

koordinasi yang diperlukan untuk keberhasilan implementasi kebijakan. Kebijakan yang rumit membutuhkan kerjasama banyak orang, dapat menghabiskan sumber daya yang terbatas, menghambat perubahan, menciptakan kekacauan, mengarah pada kebijakan yang bekerja pada tujuan yang bersilangan, dan mengabaikan fungsi-fungsi yang penting. Para pelaksana kebijakan dapat mengetahui apa yang dilakukan dan memiliki sumber daya yang cukup untuk melakukannya, tetapi mereka masih memiliki hambatan implementasi oleh karena adanya struktur birokrasi yang rumit di tempat mereka bekerja.¹⁵

Tabel 4.11. Distribusi Frekuensi Faktor Struktur Birokrasi pada Implementasi Program Imunisasi HB-0 Kabupaten Demak Tahun 2009.

NO	Struktur Birokrasi	Frekuensi	Persentase (%)
1	Kurang	33	45,2
2	Baik	40	54,8
	Jumlah	73	100

Berdasarkan Tabel 4.11. dapat diketahui bahwa struktur birokrasi yang ada dalam implementasi program imunisasi HB-0 lebih banyak pada kategori baik (54,8%) daripada yang kurang (45,2%). Struktur birokrasi yang ada meliputi adanya SOP dan koordinasi lintas program di tingkat Kabupaten dan lintas sector di tingkat desa akan membawa dampak yang sangat besar terhadap keberhasilan program. imunisasi HB-0.

E. Analisis Bivariat

1. Hubungan Antara Komunikasi dan Cakupan Imunisasi HB-0

Tabel 4.12. Tabel Silang Komunikasi oleh Bidan Desa Dengan Cakupan Imunisasi HB-0 di Kabupaten Demak 2009

KOMUNIKASI	CAKUPAN IMUNISASI HB-0				TOTAL	
	Tidak mencapai target		Mencapai target			
	(f)	%	(f)	%	(f)	%
Kurang	16	66,7	8	33,3	24	100,0
Baik	18	36,7	31	63,3	49	100,0
Jumlah	34	46,6	39	53,4	73	100,0
X^2 : 4,660 nilai p: 0,031						

Tabel 4.12. menunjukkan bahwa cakupan imunisasi HB-0 yang tidak mencapai target sebagian besar akibat komunikasi yang kurang (66,7%) dibandingkan kelompok komunikasi yang baik (36,7%), sedangkan cakupan imunisasi HB-0 yang mencapai target lebih banyak pada kelompok komunikasi baik yaitu (63,3%) dibanding pada kelompok komunikasi kurang (33,3%). Hal tersebut diperkuat dengan hasil uji statistik *chi square* terdapat hubungan yang bermakna antara komunikasi dan cakupan imunisasi HB-0 yaitu $p = 0,031$ pada $\alpha = 0,05$.

Menurut Miller bahwa komunikasi terjadi ketika komunikator menyampaikan suatu pesan kepada penerima (komunikan) dengan niat yang disadari untuk mempengaruhi perilaku penerima. Dalam implementasi program imunisasi HB-0 oleh bidan desa di Kabupaten Demak, hasil penelitian menunjukkan bahwa bidan dalam

menyampaikan pesan tentang pentingnya imunisasi HB-0 baru terbatas pada sasaran langsung saja, sehingga cakupan imunisasi HB-0 masih banyak yang belum mencapai target.

Pendapat Effendy 2004 bahwa fungsi komunikasi adalah menyampaikan informasi, mendidik, dan mempengaruhi perilaku seseorang untuk mencapai tujuan jangka panjang berupa keberhasilan dalam suatu program.⁴⁷

Menurut Sendjaja 1999 agar dapat berkomunikasi baik dengan seseorang, maka harus menyampaikan pesan dalam bahasa dan cara-cara yang sesuai dengan tingkat pengetahuan, pengalaman, orientasi dan latar belakang budayanya. Dengan kata lain komunikator perlu mengenali karakteristik individual, sosial dan budaya dari komunikan.

2. Hubungan Antara Sumberdaya dan Cakupan Imunisasi HB-0

Tabel 4.13 Tabel Silang Sumberdaya pada Bidan Desa Dengan Cakupan Imunisasi HB-0 di Kabupaten Demak 2009.

SUMBERDAYA	CAKUPAN IMUNISASI HB-0				TOTAL	
	Tidak mencapai target		Mencapai target			
	(f)	%	(f)	%	(f)	%
Kurang	17	65,4	9	34,6	26	100,0
Baik	17	36,2	30	63,8	47	100,0
Jumlah	34	46,6	39	53,4	73	100,0
X^2 : 4,628 nilai p : 0,031						

Tabel 4.13. menunjukkan bahwa pada cakupan imunisasi HB-0 yang tidak mencapai target lebih dominan pada kelompok yang memiliki

sumberdaya kurang (65,4%) dibandingkan pada kelompok responden dengan sumberdaya baik (36,2%), sedangkan cakupan imunisasi HB-0 mencapai target lebih banyak pada kelompok yang memiliki sumberdaya baik (63,8%) dibandingkan kelompok yang memiliki sumberdaya kurang(34,6%).

Hasil uji korelasi didapatkan $p = 0,031$ sehingga H_0 ditolak. Hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan secara bermakna antara sumberdaya dengan cakupan imunisasi HB-0 di Wilayah Puskesmas Kabupaten Demak.

Sumber daya merupakan faktor penting dalam mengimplementasikan kebijakan publik, jika pelaksana kekurangan sumber daya yang diperlukan untuk menjalankan kebijakan, implementasi tidak akan efektif. Pelaksana dapat memiliki staf yang memadai, dapat memahami apa yang harus ia lakukan, mempunyai wewenang untuk menjalankan tugasnya, tetapi tanpa peralatan atau suplai yang diperlukan kurang memadai, maka implementasi tidak akan berhasil.¹⁵ Agar dapat melaksanakan kebijakan, para implementor harus mendapat sumber yang dibutuhkan agar program berjalan lancar, salah satunya dalam bentuk uang. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sumberdaya yang dimiliki dapat mempengaruhi keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0.

3. Hubungan Antara Disposisi dan Cakupan Imunisasi HB-0

Tabel 4.14. Tabel Silang Disposisi Dengan Cakupan Imunisasi HB-0 di Kabupaten Demak 2009

DISPOSISI	CAKUPAN IMUNISASI HB-0				TOTAL	
	Tidak mencapai target		Mencapai target			
	(f)	%	(f)	%	(f)	%
Kurang	19	65,5	10	34,5	29	100,0
Baik	15	34,1	29	65,9	44	100,0
Jumlah	34	46,6	39	53,4	73	100,0
X^2 : 5,732 nilai p : 0,017						

Tabel 4.14. menunjukkan bahwa cakupan imunisasi HB-0 yang tidak mencapai target lebih banyak pada kelompok responden dengan disposisi kurang (65,5%), dibandingkan pada kelompok responden yang disposisi baik (34,1%). Sedangkan cakupan imunisasi HB-0 mencapai target lebih banyak pada kelompok dengan disposisi baik yaitu (65,9%) dibandingkan pada kelompok responden dengan disposisi kurang (34,5%).

Disposisi dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0 berupa supervisi yang dilakukan oleh DKK dan Kepala puskesmas secara berkala dan berkesinambungan meliputi pemantauan, pembinaan dan pemecahan masalah serta tindak lanjut. Kegiatan ini sangat berguna untuk melihat bagaimana program dilaksanakan sesuai standar dalam rangka menjamin tercapainya tujuan program. Supervisi juga sekaligus untuk melaksanakan "On the Job Training" terhadap petugas dilapangan serta diharapkan menimbulkan motivasi untuk

meningkatkan kinerja petugas lapangan sehingga akan menjadi lebih terampil baik segi teknis maupun manajerial.⁴⁴

4. Hubungan Antara Struktur Birokrasi dan Cakupan Imunisasi HB-0

Tabel 4.15. menunjukkan bahwa pada kelompok responden dengan cakupan imunisasi HB-0 yang tidak mencapai target sebagian besar mempunyai struktur birokrasi kurang (72,7%), sedangkan pada yang mencapai target struktur birokrasinya sebagian besar baik (75%). Salah satu hambatan dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0 di Kabupaten Demak adalah adanya struktur birokrasi yang terpecah-pecah di tempat kerja. Perpecahan birokrasi dapat menghambat implementasi kebijakan, menghambat koordinasi, dan mengacaukan pelaksana di tingkat yang lebih rendah. Kurangnya wewenang akan mengakibatkan pelaksana membutuhkan koordinasi dengan pelaksana lain agar implementasi program berjalan dengan sukses.

Tabel 4.15. Tabel Silang Struktur Birokrasi Dengan Cakupan Imunisasi HB-0 di Kabupaten Demak Tahun 2009

STRUKTUR BIROKRASI	CAKUPAN IMUNISASI HB-0				TOTAL	
	Tidak mencapai target		Mencapai target			
	(f)	%	(f)	%	(f)	%
Kurang	24	72,7	9	27,3	33	100,0
Baik	10	25,0	30	75,0	40	100,0
Jumlah	34	46,6	39	53,4	73	100,0
X^2 : 14,691 nilai p : 0,000						

Strategi untuk menjamin keberhasilan akselerasi peningkatan cakupan dan mutu imunisasi yaitu advokasi /mobilisasi sosial. Tujuan advokasi dalam program imunisasi adalah meningkatkan pemahaman dan

komitmen bagi para pembuat kebijakan di semua tingkat daerah. Salah satu kegiatan advokasi adalah mengembangkan kemitraan dengan menggandeng mitra antara lain organisasi kemasyarakatan, organisasi berbasis agama dan lain-lain dengan membentuk Forum Koordinasi Mitra Peduli Imunisasi (FORKOMPI). Peran dari mitra yang berbasis masyarakat (aparat desa, PKK, tokoh agama) perlu dikembangkan untuk mendukung sosialisasi program imunisasi dan sebagai motivator/penggerak sasaran agar mendapat imunisasi HB secara dini. Adanya komitmen semua pihak untuk meningkatkan cakupan imunisasi yang tinggi dan merata serta berkualitas setiap tahunnya yang akhirnya penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) akan menurun.⁴⁴

F. Rekapitulasi Hasil Analisis Hubungan

Tabel 4.16. Hasil Uji Hubungan Variabel Bebas Dengan Variabel Terikat

No.	Variabel bebas	p-value	Keterangan
1	Komunikasi	0,031	Berhubungan
2	Sumberdaya	0,031	Berhubungan
3	Disposisi	0,017	Berhubungan
4	Struktur Birokrasi	0,000	Berhubungan

Pola sebaran pada Tabel 4.16 menunjukkan hasil uji hubungan Variabel Bebas dengan Variabel Terikat. Semua variabel bebas yang ada berhubungan dengan cakupan imunisasi HB-0. Faktor komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi memiliki pengaruh langsung pada implementasi program imunisasi HB-0. Faktor-faktor tersebut secara tidak langsung juga mempengaruhi implementasi melalui dampak satu sama lain. Dengan kata lain, komunikasi mempengaruhi sumber daya, disposisi/karakter implementor, dan struktur birokrasi, yang pada akhirnya mempengaruhi implementasi.

Dari hasil analisa hubungan variabel bebas dan variabel terikat dapat disimpulkan bahwa untuk meningkatkan cakupan imunisasi HB-0 di tingkat desa tidak terlepas dari sistem manajemen. Keberhasilan implementasi dalam bentuk peningkatan cakupan imunisasi tingkat desa didukung oleh sosialisasi yang terus menerus kepada masyarakat baik oleh bidan desa sendiri dan lintas sektor di tingkat desa, ketersediaan sumberdaya yang memadai baik berupa financial maupun non financial, adanya supervisi rutin dan terjadwal baik dari kepala puskesmas maupun dari Dinas Kesehatan yang terarah dan bersifat pembinaan, serta adanya prosedur operasional yang standar dalam pelaksanaan program imunisasi HB-0.

G. Hasil Analisis Multivariat

Analisis multivariat pada penelitian ini dilakukan dengan uji regresi logistic metode *Backward conditional*. Sebelum dilakukan uji regresi logistik multivariat terlebih dahulu dilakukan uji regresi bivariat antara variabel bebas dan terikat yang bermakna. Adapun hasil uji regresi logistik multivariat dapat dilihat pada Tabel 4.17.

Tabel 4.17. Model Awal Uji Regresi Logistik Multivariat Metode *Backward Conditional*.

VARIABEL	B	Sig	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Komunikasi	,5648	,3596	1,7590	.525	5.889
Sumberdaya	,5058	,4165	1,6583	.489	5.618
Disposisi	,3189	,6331	1,3756	.371	5.096
Struktur Birokrasi	1,5776	,0206	4,8435	1.273	18.422
Constant	-4,5791	,0017			

Berdasarkan pada hasil olahan data menggunakan uji regresi logistik multivariat metode *Backward conditional* dengan mengikutsertakan variabel komunikasi, sumberdaya, disposisi, dan struktur birokrasi hanya variabel struktur birokrasi yang berpengaruh terhadap cakupan imunisasi HB-0. Model akhir uji regresi logistik multivariat dapat dilihat pada Tabel 4.18.

Tabel 4.18. Model Akhir Uji Regresi Logistik Multivariat Metode *Backward Conditional*.

VARIABEL	B	Sig	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
				Lower	Upper
Struktur Birokrasi	2,0794	,0001	8,0000	2.804	22.824
Constant	-3,0603	,0017	.047		

Tabel 4.18. menunjukkan bahwa pengaruh struktur birokrasi cukup tinggi dengan OR 8, berarti risiko terjadinya cakupan yang tidak mencapai target disebabkan oleh struktur birokrasi yang kurang 8 kali dibandingkan bila struktur birokrasi baik. Berdasarkan hasil analisis multivariat diperoleh model regresi yang sesuai yaitu jika struktur birokrasi pada pelaksanaan program imunisasi HB-0 kurang baik, maka akan menurunkan keberhasilan implementasi program imunisasi (cakupan imunisasi HB-0) sebesar 8 kali lebih besar daripada bila struktur birokrasi baik.

Bila dilihat dari nilai CI 95% maka nilai OR untuk birokrasi tersebut di dalam populasi akan berkisar antara 2,8 – 22,8. Hal ini menunjukkan bahwa kedudukan struktur birokrasi sebagai faktor yang sangat kuat pengaruhnya, mengingat OR terendah 2,8. Struktur birokrasi merupakan salah satu badan yang secara keseluruhan menjadi pelaksana kebijakan

dalam rangka memecahkan masalah-masalah social dalam kehidupan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa struktur birokrasi dalam implementasi program imunisasi HB-0 di Kabupaten Demak belum berfungsi secara maksimal sehingga perlu adanya komitmen dan dukungan politis dan operasional dari pemerintah daerah dalam pelaksanaan program imunisasi khususnya hepatitis B-0 sejak dini. Adapun upaya yang harus ditempuh adalah mengadakan advokasi dan komunikasi secara berkesinambungan kepada para pengambil keputusan.

Dalam perhitungan statistik jelas bahwa struktur birokrasi sangat penting peranannya dalam keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0, hal ini sesuai dengan teori Ripley dan Franklin yaitu : *pertama*, struktur birokrasi dimanapun berada dipilih sebagai instrumen yang ditujukan untuk menangani masalah- masalah urusan publik. *Kedua*, birokrasi merupakan institusi yang dominan dalam pelaksanaan program kebijakan. *Ketiga*, fungsi struktur birokrasi berada dalam lingkungan yang luas dan kompleks. *Keempat*, mengetahui struktur birokrasi merupakan faktor yang fundamental untuk mengkaji implementasi kebijakan. Pada dasarnya para pelaksana kebijakan mungkin mengetahui apa yang dilakukan dan mempunyai cukup keinginan serta sumber- sumber untuk melakukannya, tetapi dalam pelaksanaannya mungkin mereka masih dihambat oleh struktur organisasi dimana mereka menjalankan kegiatan tersebut.¹⁵

Adanya struktur birokrasi yang terpecah-pecah akan meningkatkan probabilitas kegagalan komunikasi dan kurangnya kerjasama, hal ini dapat dilihat dari kecenderungan jawaban responden diatas bahwa bidan secara sadar program imunisasi merupakan tugas pokok bagi bidan, akan tetapi dalam pelaksanaannya pencapaian cakupan

imunisasi HB-0 masih banyak yang dibawah target, salah satu kondisi struktur birokrasi yang tidak mendukung bahwa dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya bidan bertanggung jawab pada bidang Kesehatan keluarga (KESGA), sedangkan program imunisasi berada pada bidang pencegahan dan pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan (P3PL) yang mana bidan tidak secara langsung mempertanggung jawabkan hasil kinerja pada bidang tersebut tetapi melalui koordinator imunisasi puskesmas baru diteruskan ke DKK.

Dapat disimpulkan bahwa faktor yang sangat berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0 adalah struktur birokrasi .

H. Keterbatasan penelitian

1. Instrumen yang dibuat peneliti belum sempurna hanya berdasarkan tinjauan pustaka saja, sehingga untuk menghindari bias hasil penelitian dilakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian, namun hanya dilakukan 1 kali mengingat adanya keterbatasan waktu.
2. Pada variabel sumberdaya sebutan dalam pemberian skor belum sempurna (sangat tidak setuju, tidak setuju, ragu-ragu, setuju, sangat setuju) karena untuk menggambarkan persepsi tentang ketersediaan sumberdaya yang ada, bukan melihat kondisi riil yang sebenarnya.
3. Peneliti tidak melakukan penelitian terhadap variabel pengganggu sehingga penelitian ini kurang sempurna.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan diatas, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Kelompok umur responden terbanyak adalah 21-30 tahun (52,1%), dengan rerata umur 31,7 tahun. Sebagian besar pendidikan responden adalah Diploma III Kebidanan (65,8%), dengan lama kerja paling banyak lebih dari 5 tahun mengabdikan menjadi bidan di desa (65,7 %).
2. Sebagian besar responden (67,1%) memiliki komunikasi baik, (64,4 %) memiliki sumberdaya yang mencukupi, sebagian besar responden (60,3 %) memiliki disposisi/ sikap dan komitmen yang baik, sebagian besar responden (54,8%) memiliki persepsi tentang struktur birokrasi yang baik.
3. Ada hubungan antara komunikasi dan keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0 ($p = 0,031$). Komunikasi oleh bidan desa yang masih kurang adalah pada sasaran antara (PKK, TOMA, TOGA)
4. Ada hubungan antara sumberdaya dan keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0 ($p=0,031$). Ketersediaan sumberdaya finansial yang masih kurang yaitu jumlah transport yang diberikan kurang memadai, bidan masih menarik biaya pelayanan imunisasi, sedangkan untuk sumberdaya non finansial yang kurang mendukung program yaitu *coolpack* yang dibawa dalam bentuk beku, tidak membawa KIPI

kit pada waktu pelayanan dan ketersediaan poster, leaflet tentang Hepatitis B kurang.

5. Ada hubungan antara disposisi dan keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0 ($p = 0,017$). Disposisi yang dilakukan oleh DKK dan kepala puskesmas dalam bentuk supervisi dan fasilitasi teknis tidak dilakukan rutin.
6. Ada hubungan antara struktur birokrasi dan keberhasilan implementasi program imunisasi HB-0 ($p = 0,0001$). Struktur birokrasi yang kurang mendukung adalah kurangnya koordinasi dengan program KIA, dan bidan kurang kerjasama dengan tokoh agama.
7. Faktor yang paling berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi adalah struktur birokrasi.

B. Saran

1. Bagi Puskesmas :
 - a. Meningkatkan kerjasama dengan lintas sektor yang ada ditingkat kecamatan dalam rangka memperoleh dukungan dalam pelaksanaan program imunisasi Hepatitis B-0.
 - b. Peningkatan manajemen program imunisasi, dapat dilakukan dengan : pertemuan evaluasi berkala lintas program dan lintas sektor dengan menggunakan Pemantauan Wilayah Setempat sebagai alat monitoring program.
 - c. Adanya komunikasi yang intensif dengan bidan dalam memberikan sumberdaya finansial mendekati standar yaitu jumlah transport dari puskesmas ke desa sesuai ketersediaan yang ada di Puskesmas.
 - d. Membantu bidan meningkatkan ketrampilan berkomunikasi dalam bentuk sosialisasi kepada masyarakat bagi bidan desa yang masa kerjanya kurang dari 5 tahun, terutama sosialisasi kepada sasaran

antara yang mempunyai akses dekat dengan ibu hamil, ibu bayi dan keluarga.

- e. Salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh puskesmas antara lain : bidan desa diberi tugas untuk mengisi materi pada waktu ada pembinaan dukun bayi di Puskesmas secara rutin.
 - f. Meningkatkan kualitas data imunisasi di tingkat desa dengan cara membuat pencatatan dan pelaporan yang akurat tentang bayi yang mendapatkan imunisasi HB-0 agar data cakupan sesuai dengan bayi yang mendapatkan imunisasi HB-0
 - g. Guna meningkatkan cakupan imunisasi HB-0 oleh bidan desa perlu upaya :
 - 1). Meningkatkan kerjasama antara Bidan Desa dengan RS/ tempat pelayanan swasta untuk pengumpulan data bayi yang diimunisasi HB-0.
 - 2). Ikut aktif dalam pertemuan – pertemuan yang ada di desa seperti : Pengajian, PKK untuk menjalin komunikasi yang lebih intensif dengan tokoh agama dan tokoh masyarakat.
2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Demak
- a. Melakukan advokasi kepada pembuat kebijakan dan pengambil kebijakan di tingkat daerah agar program imunisasi memperoleh dukungan politis, operasional dan pembiayaan dari para pengambil keputusan.
 - b. Melakukan komunikasi rutin dengan pembuat kebijakan sebagai tindak lanjut advokasi.
 - c. Memperbaiki pola koordinasi lintas program khususnya dengan bidang kesehatan keluarga dalam rangka persamaan persepsi

tentang tugas pokok dan kewenangan bidan dalam pelayanan bayi sehat.

- d. Melakukan pendekatan dengan kepala puskesmas untuk menyatukan persepsi tentang standar pemberian transport pada kunjungan neonatal dan pelayanan imunisasi HB-0.
- e. Merencanakan supervisi gabungan lintas program bagi bidan desa secara rutin minimal 3 bulan sekali. Supervisi perlu direncanakan dengan baik dengan jadwal yang rutin, selalu membantu bila ada permasalahan kesehatan di desa, serta memberikan umpan balik supervisi kepada bidan di desa.
- f. Melakukan verifikasi laporan secara rutin 3 bulan sekali supaya tidak terjadi *over reporting* dan *under reporting* data imunisasi agar cakupan yang didapatkan akurat.
- g. Memberikan penghargaan bagi bidan desa yang berprestasi/ kinerja tinggi baik berupa finansial maupun non finansial (rekomendasi untuk mendapatkan alat transportasi sepeda motor melalui dana alokasi khusus).
- h. Monitoring dan evaluasi ditujukan kepada penyelenggaraan pelayanan, ketersediaan dana dan logistik, advokasi kepada pengambil kebijakan di setiap tingkatan, mobilisasi sosial dan penggunaan data imunisasi sebagai salah satu acuan perencanaan program di tahun yang akan datang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Menteri Kesehatan. *Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi*. Depkes RI. 2005.
2. Dirjen PPM-PL. *Petunjuk Teknis Pencatatan dan Pelaporan Program Imunisasi*. Direktorat SEPIM-KESMA. 2007.
3. Dinkes Propinsi Jateng. *Modul Latihan Penyuntikan yang Aman dan Imunisasi Hepatitis B*. Semarang, 2003.
4. Dirjen PPM&PL. Depkes RI. UNICEF. *Pelatihan Safe Injection*. Jakarta, 2005.
5. Andre FE, Zuckerman AJ. *Protective Efficacy of Hepatitis B Vaccine (review)*. Med virol, 1994.
6. Dirjen PPM-PL. *Surat Edaran Petunjuk Teknis Pemberian Imunisasi Hepatitis B*. Direktorat SEPIM-KESMA. 2008.
7. Biofarma, *Vademecum*, Bandung. Biofarama . 2007:27-28.
8. Ditjen PPM&PL. *Petunjuk Teknis Pelaksanaan Imunisasi Hepatitis B*. Departemen Kesehatan RI. 1997.
9. Sulaiman, Ali dan Julitasari. *Panduan Praktis Penatalaksanaan dan Pencegahan Hepatitis B*. Ikatan Dokter Indonesia. 1998.
10. Sulaiman Ali. *Integrasi Imunisasi Hepatitis B kedalam Program Imunisasi*. Simposium Program pengembangan imunisasi Hepatitis B di Indonesia. 1993.
11. Riant Nugroho, DR. *Public Policy*. PT Elex Media Komputindo. 2008
12. Dinkes Prop. Jateng. *Laporan Tahunan Program Imunisasi tahun 2008*. Semarang. 2008.
13. Dinkes Kabupaten Demak. *Laporan Tahunan Program Imunisasi tahun 2008*. 2008: 98
14. Winarto Budi. *Kebijakan Publik Teori dan Proses*. Edisi revisi. Media Pressindo. Yogyakarta, 2008
15. Subarno AG. *Analisis Kebijakan Publik*. Edisi ketiga. Pustaka Pelajar. Yogyakarta, 2008.
16. Solikhin Abdul Wahab, Prof. Drs. *Analisis Kebijakan Publi.*, UMM Press. Yogyakarta, 2008.

17. George C. Edward III. *Implementing Public Policy*. United States of America: Congressional Quarterly Inc., 1980.
18. Dirjen PPM&PL. Depkes RI. *Pedoman Operasional Program Imunisasi*. Jakarta, 2001
19. Ditjen PPM&PL. *Pedoman Penggunaan Uniject Hepatitis B*, Departemen Kesehatan RI. Jakarta, 2002.
20. Depkes RI. *Modul Kegiatan Lima Imunisasi Dasar Lengkap*. Jakarta, 2009.
21. Depkes RI. *Imunisasi Dasar bagi Pelaksana Imunisasi / Bidan*. Jakarta, 2009.
22. Depkes RI. *Profil Kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta, 2008.
23. WHO. *Integration of Hepatitis B into the Expanded Programme on immunization (EPI)*, 13th Meeting. Global Advisory Group, 14-18 October 1990: Egypt, 1990.
24. Departemen Kesehatan. *Petunjuk Pelaksanaan Program Imunisasi di Indonesia*. Jakarta, 2000
25. Dirjen PP&PL. *Pedoman Teknis Imunisasi Tingkat Puskesmas*. Depkes RI, 2005.
26. Depkes RI. *Peningkatan Cakupan dan Mutu Pelayanan Imunisasi di Puskesmas*. Jakarta, 2009.
27. Direktorat SEPIM-KESMA. *Pedoman Supervisi Suportif Program Imunisasi*. Depkes. 2006.
28. Menteri kesehatan RI. *Standar Profesi Bidan*. Pengurus pusat IBI. Jakarta, 2007.
29. Ariebowo HA. *Analisis Faktor-Faktor Organisasi Yang Berhubungan Dengan Cakupan Imunisasi Puskesmas Di Kabupaten Batang, Jawa Tengah (Tesis)*. 2005
30. Utami S. *Pengembangan Sistem Informasi Pekan Imunisasi Nasional (PIN) Berbasis Sistem Informasi Geografis (SIG) Guna Mendukung Evaluasi Program PIN di Kota Semarang*. Jawa Tengah (Tesis). 2007
31. Pinti S R. *Analisis Faktor Sumber Daya Manusia Yang Berhubungan Dengan Hasil Imunisasi Dasar Bayi Oleh Petugas Imunisasi Puskesmas Di Kabupaten Blora, Jawa Tengah. (Tesis)*. 2007

32. Rita Novianingrum. *Analisis Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Puskesmas Dengan Cakupan Imunisasi Polio Puskesmas di kota Semarang, Jawa Tengah* (Tesis). 2007.
33. Nasution. *Metode Research (Penelitian Ilmiah)*. PT. Bumi Aksara. Jakarta, 2000.
34. Budioro B. *Pengantar Administrasi Kesehatan Masyarakat*. Badan Penerbit UNDIP. Semarang, 1997.
35. Burhan Bungin. *Metodologi Penelitian Kuantitatif Kebijakan Publik*. Kencana. Jakarta, 2001.
36. Budiarto Eko. *Biostatistika Untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta, 2001
37. Azwar Saifuddin. *Reliabilitas dan Validitas*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta, 2000
38. Singarimbun M. Effendi, S. *Metode Penelitian Survey*. Jakarta, 1989
39. Sugiyono. *Statistika untuk Penelitian*. cetakan keempat. CV Alfabeta. Bandung, 2002.
40. Notoatmodjo S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta.1994.
41. Depkes RI. *Petunjuk Pelaksanaan Data Quality Self-Assessment (DQS) di Puskesmas*. Jakarta, 2009.
42. Dinkes Provinsi Jateng. *Panduan Manajemen Akselerasi Peningkatan Cakupan dan Mutu Pelayanan Imunisasi Dasar di Puskesmas*. Semarang, 2009.
43. Sehamm, D. Lawrence Kincaid dan Wilbul. *Asas-Asas Komunikasi Antar Manusia*, Penerjemah Agus Setiadi, Jakarta. LP3ES, Available from: <http://libmed.ugm.ac.id/?pg=Collection&co=kti> Lanjut ke <http://libmed.ugm.ac.id>, download 17 Mei 2009.
44. Sugiyono. *Statistika Non Parametris*. cetakan keempat. CV Alfabeta. Bandung, 2004.
45. Wiryanto. *Pengantar Ilmu Komunikasi*. Gramedia Widiasarana Indonesia. 2005.
46. Luknis Sabri, dr, SKM. *Biostatistik dan Statistik Kesehatan*. FKM UI. Jakarta, 1999.