

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



ARTIKEL

**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**

Universitas Diponegoro
Program Pascasarjana Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan
Minat Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak
2009

ABSTRAK

”Muazaroh, Kartasurya Irene Martha, Dr,M.Sc, Ph.D, Wulan Kartika Ratna Lucia, SH, M.Kes.”

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.

Kepustakaan : 46, 1993 – 2009.

A. Latar Belakang

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

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/II/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.

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.

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 ≤ 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 Apabila

keadaan ini berlangsung terus tanpa ada penanganan berkelanjutan akan menimbulkan risiko penularan penyakit hepatitis B pada bayi yang semakin tinggi.

Data cakupan Kunjungan Neonatal pertama (KN1) 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. 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 .

D. 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.

E. Subyek dan Cara Penelitian

1. **Subyek Penelitian**

- 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.

2. Cara Penelitian

Pertama, daftar pertanyaan sebagai *interview guide* yang digunakan sebagai instrumen penelitian diuji validitas dan reliabilitasnya terlebih dahulu. Data yang terkumpul kemudian dilakukan pengolahan dengan langkah- langkah sebagai berikut :

- a. Editing data (pemeriksaan data)
- b. Skoring
- c. Koding
- d. Tabulating.

1) **Analisis Data :**

- a) 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.

b) 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*.

c) 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.

F. Hasil dan Pembahasan

1. Karakteristik Responden

Responden penelitian ini adalah bidan desa di wilayah Kabupaten Demak yang diambil secara *proportional random sampling* berjumlah 73 orang. Pemilihan responden dilakukan dengan undian. Data karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 1.1

Tabel 1.1. 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 |

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

a. 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%

Tabel 1.2. 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 1.2 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).

b. 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 1.3. Distribusi Frekuensi Faktor Komunikasi oleh Bidan Desa pada Implementasi Program imunisasi HB-0 Kabupaten Demak 2009

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

Pada Tabel 1.3. menunjukkan bahwa sebagian besar bidan melakukan komunikasi berupa sosialisasi program imunisasi HB-0 (67,1%). Sosialisasi yang baik didukung oleh lama masa kerja.

c. 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.

Tabel 1.4. 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 1.4. 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

d. 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 1.5.

Tabel 1.5. 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 1.5. 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%).

e. 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.

Tabel 1.6. Distribusi Frekuensi Faktor Struktur Birokrasi pada Implementasi Program Imunisasi HB-0 Kabupaten Demak 2009

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

Berdasarkan Tabel 1.6. 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.

3. Analisis Bivariat

a. Hubungan Antara Komunikasi dan Cakupan Imunisasi HB-0

Tabel 1.7. 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 1.7. 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 $\alpha = 0,05$.

b. Hubungan Antara Sumberdaya dan Cakupan Imunisasi HB-0

Tabel 1.8. 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.

c. Hubungan Antara Disposisi dan Cakupan Imunisasi HB-0

Tabel 1.9. 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 1.9. 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. 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

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

Tabel 1.10. 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 0,000 p : | | | | | | |

Tabel 1.10. menunjukkan bahwa pada kelompok responden dengan cakupan imunisasi HB-0 tidak mencapai target pada struktur birokrasi kurang (72,7%) lebih tinggi dibandingkan pada kelompok responden dengan struktur birokrasi baik (25%). Sedangkan untuk cakupan imunisasi HB-0 yang mencapai target pada kelompok dengan struktur birokrasi baik (75%) lebih banyak dibandingkan pada kelompok responden dengan struktur birokrasi kurang (27,3%). 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.

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.

4.Hasil Analisis Multivariat

Analisis multivariat pada penelitian ini dilakukan dengan uji regresi logistik. 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 multivariat dapat dilihat pada tabel 1.11.

Tabel 1.11. Hasil 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 1.11. 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.

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.

G. KESIMPULAN DAN SARAN

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 transpot 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.

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., 93
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. Sehramm, 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.