FAKTOR RISIKO YANG MEMENGARUHI STATUS IMUNISASI DASAR LENGKAP PADA BADUTA: SKI 2023

PROPOSAL SKRIPSI

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Siti Shafa Naila Fachrudin

NIM: 030002200147

UNIVERSITAS TRISAKTI

FAKULTAS KEDOKTERAN

JAKARTA, DESEMBER 2025

Bidang Ilmu : Kesehatan Masyarakat

PROPOSAL SKRIPSI

FAKTOR RISIKO YANG MEMENGARUHI STATUS IMUNISASI DASAR LENGKAP PADA BADUTA: SKI 2023

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan

Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

(Siti Shafa Naila Fachrudin, 030002200147)

PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI
JAKARTA, Desember 2025

PROPOSAL SKRIPSI

FAKTOR RISIKO YANG MEMENGARUHI STATUS

PERSETUJUAN

Proposal Skripsi

Judul:

FAKTOR RISIKO YANG MEMENGARUHI STATUS IMUNISASI DASAR LENGKAP PADA BADUTA: SKI 2023

Siti Shafa Naila Fachrudin

NIM: 030002200147

Telah disetujui untuk diuji di hadapan

Tim Penguji Proposal Skripsi

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Senin , Tanggal 15 Desember 2025

Pembimbing

Evi Susanti Sinaga, SKM, MPH.

NIK: 3525/USAKTI

PENGESAHAN SKRIPSI

Judul :

FAKTOR RISIKO YANG MEMENGARUHI STATUS IMUNISASI DASAR LENGKAP PADA BADUTA: SKI 2023

Siti Shafa Naila Fachrudin

NIM: 030002200147

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Skripsi**
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Rabu , Tanggal 8 Januari 2025

Pembimbing		
Nama	: Evi Susanti Sinaga, SKM, MPH.	…….
NIK	: 3525/USAKTI	
Penguji I		
Nama	: dr. Jihan Samira, M.Pd.Ked, SpMK.	…….
NIK	: 2603/USAKTI	
Penguji II		
Nama	: dr. Revalita Wahab, MPd.Ked	…….
NIK	: 2904/USAKTI	

Jakarta, 8 Januari 2026
Dekan
Fakultas Kedokteran UniversitasTrisakti

Dr.dr.Yenny,Sp.FK.

NIK:2613/USAKTI

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Siti Shafa Naila Fachrudin
NIM	: 030002200147
Program Studi	: Sarjana Kedokteran
Alamat Korespondensi	: Jalan Sasak III No.15C, RT/RW. 01/02, Kelapa Dua, Kebon Jeruk, Jakarta Barat, 11550
Telepon / *mobile*	: 082138912004
E-mail	: 030002200147@std.trisakti.ac.id
Judul skripsi	: Faktor Risiko yang Memengaruhi Status Imunisasi Dasar Lengkap pada Baduta: SKI 2023

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya ilmiah saya sendiri. Skripsi ini belum pernah diajukan sebagai suatu karya ilmiah untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan SK Permendiknas No.17 tahun 2010 tentang pencegahan dan penanggulangan plagiat di perguruan tinggi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, agar dapat dimanfaatkan sebagaimana mestinya.

Jakarta,…..... 2025

Siti Shafa Naila Fachrudin

NIM 030002200147

KATA PENGANTAR

Dengan rahmat dan karunia dari Allah SWT, penulis mengungkapkan rasa terima kasih atas penyelesaian proposal skripsi yang berjudul ”Faktor Risiko yang Memengaruhi Status Imunisasi Dasar lengkap pada Baduta: SKI 2023”. Proposal ini disusun sebagai langkah awal untuk meneksplorasi dan menganalisis topik yang telas dipilih, dengan harapan mampu memberikan sumbangsih yang berarti dalam bidang yang relevan.

Proses penyelesaian proposal skripsi ini dapat berjalan dengan lancar berkat dukungan dan kontribusi dari berbagai pihak yang terlibat. Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada semua yang telah memberikan bantuan serta dukungan dalam penyusunan proposal skripsi ini, terutama kepada ibu Evi Susanti Sinaga, SKM, MPH sebagai dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membantu dalam proses pengerjaan proposal skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa proposal skripsi ini masih dapat dikembangkan dan diperbaiki. Oleh karena itu, penulis sangat terbuka untuk menerima masukan serta saran dari semua pihak yang terlibat guna membantu penulis dalam meningkatkan kualitas proposal ini dan memenuhi standar yang diharapkan.

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING ii
HALAMAN PENGESAHAN TIM PENGUJI DAN DEKAN iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN iv
KATA PENGANTAR v
DAFTAR ISI vi
DAFTAR TABEL viii
DAFTAR GAMBAR ix
DAFTAR LAMPIRAN x
DAFTAR ARTI SINGKATAN ..... **Error! Bookmark not defined.**

BAB I PENDAHULUAN 1
1.1 Latar belakang 1
1.2 Perumusan masalah 2
1.3 Tujuan 2
1.3.1 Tujuan umum 2
1.3.2 Tujuan khusus 3
1.4 Hipotesis 3
1.5 Manfaat 4

BAB II TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI 5
2.1 Imunisasi dasar 5
2.1.1 Definisi 5
2.1.2 Jenis vaksin 5
2.1.2.1 Hepatitis B 5
2.1.2.2 BCG (Bacillus Calmette-Guerin) 6
2.1.2.3 DPT-HB-Hib (Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis dan Haemophilus Influenza Tipe B) 6
2.1.2.4 Polio 7
2.1.2.5 Campak-Rubella (MR) 8
2.1.2.6 PCV (Pneumococcal Conjugate Vaccine) 9
2.1.3 Tujuan imunisasi dasar lengkap 9
2.1.4 Program imunisasi dasar di Indonesia 10
2.2 Status imunisasi dasar lengkap 10
2.2.1 Definisi imunisasi dasar lengkap atau tidak lengkap 10
2.2.2 Data cakupan imunisasi dasar lengkap di Indonesia 11
2.3 Teori TPB yang mendasari 12
2.4 Faktor determinan status imunisasi dasar lengkap 13
2.4.1 Sosiodemografi 13
2.4.2 Sikap terhadap perilaku (*Attitude toward behavior*) 15
2.4.3 Norma subjektif (*Subjective norms*) 16
2.4.4 Kontrol perilaku yang dirasakan (*Perceived behavioral control*) 17
2.5 Ringkasan pustaka 21
2.6 Kerangka teori 28

BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 29
3.2 Variabel penelitian 30
3.2.1 Variabel tergantung 30
3.2.2 Variabel bebas 30
3.2. Definisi operasional 31

BAB IV METODE 36
4.1 Desain 36
4.2 Lokasi dan waktu 36
4.3 Populasi dan subjek 36
4.3.1 Populasi 36
4.3.2 Subjek 37
4.3.2.1 Kriteria pemilihan subjek 37
4.3.2.2 Perhitungan jumlah subjek 37
4.4 Bahan dan instrumen 38
4.5 Analisis statistik 39
4.5.1 Analisis univariat 39
4.5.2 Analisis bivariat 39
4.6 Alur pengambilan sampel 39
4.7 Alur kerja penelitian 41
4.8 Etika penelitian 41
4.9 Penjadwalan penelitian 42

REFERENSI 43
LAMPIRAN 48

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ringkasan pustaka.....21
Tabel 2. Definisi operasional 31
Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian 42

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka teori 28
Gambar 2. Kerangka konsep 29
Gambar 3. Alur kerja.....41

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Dummy table 48
Lampiran 2. Hubungan sosiodemografi, attitude toward behavior, subjective norms, dan perceived behavioral control dengan status imunisasi dasar lengkap(n = ..).....50
Lampiran 3. Jadwal Imunisasi Anak Usia 0-18 tahun Rekomendasi Ikatan Dokter Anak ndonesia (IDAI) 2024 52

DAFTAR SINGKATAN

BCG	*Bacillus Calmette-Guerin*
BKPK	Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan
BPS	Badan Pusat Statistik
BPS	Badan Pusat Statistik
CRS	Sindrom rubella kongenital
DPT-HB-Hib	Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis dan Haemophilus Influenza Tipe B
DTP1	Difteri-tetanus-pertusis
DTP3	Difteri-tetanus-pertusis
HBIg	Hepatitis B immunoglobulin
Hib	Haemophilus influenzae tipe b
IPV	*Inactived Poliovirus Vaccine*
KIPI	Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi
KLB	Kejadian Luar Biasa
MCV1	Vaksin campak
MR	Campak-Rubella
OPV	*Oral Polivirus Vaccine*
PCV	*Pneumococcal Conjugate Vaccine*
PD3I	Penyakit-Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi
SKI	Survey Kesehatan Indonesia
SPSS	*Statistical Package for Social Science*
TB	Tuberkulosis
TPB	*Theory of Planned Behavior*
WHO	*World Health Organization*

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Imunisasi merupakan tindakan pencegahan penyakit melalui penyuntikan vaksin untuk membentuk kekebalan tubuh. Dengan terbentuknya kekebalan tersebut, individu akan memiliki perlindungan ketika kemudian hari terpapar agen penyakit, sehingga kemungkinan tidak jatuh sakit atau hanya mengalami gejala ringan saja.(1) Program imunisasi dibedakan menjadi imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan atau booster. Kelompok utama penerima imunisasi meliputi bayi dan balita, khususnya anak dibawah usia dua tahun karena mereka memiliki kerentanan tinggi terhadap infeksi yang dapat dicegah.(2) Hal ini bertujuan untuk mencegah kenaikan kejadian penyakit Penyakit-Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I), mencegah terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB), menurunkan morbiditas dan mortalitas anak, serta mencapai kekebalan kelompok (*herd immunity*) agar penyakit tidak mudah menyebar di masyarakat.(3)

Menurut Perkemenkes Nomor 12 Tahun 2017, imunisasi dasar lengkap dianggap sebagai status imunisasi yang diperoleh ketika bayi sudah menerima semua vaksin dasar sesuai peraturan, yaitu HB-0 satu kali, BCG satu kali, DPT-HB-Hib sebanyak tiga kali, polio minimal empat kali atau IPV tiga kali, dan campak satu kali, dengan dosis serta jadwal yang telah ditetapkan oleh Kementrian Kesehatan. Cakupan imunisasi dasar lengkap khususnya pada bayi di bawah dua tahun (baduta) masih menjadi masalah secara nasional maupun global. Menurut laporan WHO 2023, sekitar 14,5 juta anak di seluruh dunia tidak memperoleh imunisasi atau yang sering disebut sebagai anak tanpa dosis, dan secara global pada tahun 2024 masih terdapat 20 juta anak yang belum diimunisasi atau kurang imunisasi.(4,5) Secara global, Indonesia berada pada urutan ke-6 negara dengan jumlah anak terbanyak yang tidak mendapatkan imunisasi dasar, yakni sekitar 1.356.367 anak selama rentang waktu 2019 hingga 2023.(4) Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat persentase baduta yang mendapat imunisasi dasar lengkap meningkat dari 57,17% pada tahun 2020 menjadi 63.69% pada tahun 2024, dengan

tiga provinsi tertinggi yaitu DI Yogyakarta sebesar 85,58%, Bali 82,09%, serta Jawa Tengah 75,46%.[6]

Terdapat berbagai aspek yang berperan dalam menentukan kelengkapan imunisasi dasar pada anak menurut *Theory of Planned Behavior* (TPB), antara lain faktor *Attitude toward Behavior* (sikap terhadap perilaku), *Subjective Norms* (norma subjektif), dan *Perceived Behavioral Control* (kontrol perilaku yang dirasakan).[7] Seluruh faktor risiko tersebut juga dipengaruhi oleh faktor sosiodemografi. Hal ini sejalan dengan studi di Kabupaten Aceh Selatan mengungkap bahwa kelengkapan imunisasi dasar pada anak dipengaruhi oleh berbagai faktor determinan, meliputi tingkat pengetahuan serta sikap ibu, dukungan dari keluarga, kemudahan akses ke layanan kesehatan, dan keterlibatan tenaga kesehatan. Faktor-faktor tersebut terbukti berhubungan secara signifikan dengan status imunisasi dasar pada baduta di Indonesia, sehingga penting untuk dianalisis lebih lanjut.[8] Namun terdapat penelitian yang mengatakan bahwa faktor determinan tersebut tidak signifikan terhadap kelengkapan imunisasi dasar pada baduta di Indonesia, karena terdapat faktor kepercayaan/agama, politik, dan budaya di Indonesia yang kuat sehingga juga dapat menjadi faktor penyebab.[9] Dikarenakan penelitian sebelumnya bersifat lokal dan regional oleh karena itu, penelitian ini, mengambil data dari SKI 2023 agar dapat memberikan gambaran mengenai faktor-faktor penting yang memengaruhi status imunisasi dasar lengkap pada baduta di Indonesia secara nasional.

1.2 Perumusan masalah

Apakah faktor risiko yang memengaruhi status imunisasi dasar lengkap pada baduta di Indonesia berdasarkan data SKI 2023?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman terhadap faktor-faktor yang berpengaruh pada status imunisasi dasar lengkap pada baduta di

Indonesia dan diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat sebagai upaya peningkatan cakupan imunisasi di Indonesia.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis hubungan anatara faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, Pendidikan kepala rumah tangga (KRT), pekerjaan kepala rumah tangga (KRT), tempat tinggal, status ekonomi) terhadap status imunisasi dasar lengkap pada baduta di Indonesia.
2. Menganalisis hubungan antara faktor *attitude toward behavior* (anak sakit, khawatir efek samping, imunisasi tidak penting) terhadap status imunisasi dasar lengkap pada baduta di Indoensia.
3. Menganalisis hubungan antara faktor *subjective norms* (pihak keluarga tidak memberi izin dan isu agama) terhadap status imunisasi dasar lengkap pada baduta di Indonesia.
4. Menganalisis hubungan faktor *perceived behavioral control* (lupa/tidak tahu jadwal, faskes sulit dijangkau, vaksin tidak tersedia, tidak ada waktu, vaksin mahal, covid, tidak tahu tempat imunisasi) terhadap status imunisasi dasar lengkap pada baduta di Indonesia.

1.4 Hipotesis

1. Terdapat hubungan antara faktor sosiodemografi (usia, jenis kelamin, Pendidikan kepala rumah tangga (KRT), pekerjaan kepala rumah tangga (KRT), tempat tinggal, status ekonomi) dengan status imunisasi dasar lengkap pada baduta di Indonesia.
2. Terdapat hubungan antara faktor *attitude toward behavior* (anak sakit, khawatir efek samping, imunisasi tidak penting) dengan status imunisasi dasar lengkap pada baduta di Indonesia.
3. Terdapat hubungan antara faktor *subjective norms* (pihak keluarga tidak memberi izin dan isu agama) dengan status imunisasi dasar lengkap pada baduta di Indonesia.

4. Terdapat hubungan antara faktor *perceived behavioral control* (lupa/tidak tahu jadwal, faskes sulit dijangkau, vaksin tidak tersedia, tidak ada waktu, vaksin mahal, covid, tidak tahu tempat imunisasi) terhadap status imunisasi dasar lengkap pada baduta di Indonesia.

1.5 Manfaat

- Bagi pengembangan ilmu pengetahuan

  Penelitian ini dapat menambah literatur ilmiah mengenai faktor yang berhubungan terhadap status kelengkapan imunisasi dasar di Indonesia berdasarkan data terbaru yaitu SKI 2023.
- Bagi profesi/institusi

  Hasil penelitian ini dapat membantu institusi kesehatan seperti Kementrian Kesehatan maupun Dinas Kesehatan menyusun kebijakan untuk meningkatkan cakupan imunisasi dasar melalui program edukasi, peningkatan akses layanan kesehatan, maupun intervensi khusus bagi kelompok rentan.
- Bagi masyarakat

  Memberi pemahaman yang lebih luas kepada masyarakat mengenai imunisasi dasar lengkap bagi baduta dan manfaatnya.

BAB II
TINJAUAN, RINGKASAN PUSTAKA, KERANGKA TEORI

2.1 Imunisasi dasar

2.1.1 Definisi

Imunisasi dasar adalah imunisasi yang diberikan pada anak usia 0-12 bulan. Strategi Komunikasi Nasional Imunisasi 2022-2025 menekankan akan pentingnya penguatan layanan imunisasi dasar lengkap pada baduta langkah penting untuk mencapai target cakupan imunisasi nasional. Kementrian Kesehatan menetapkan bahwa rangkaian imunisasi dasar bagi baduta mencakup 1 dosis imunisasi HB-0, 1 dosis imunisasi BCG, 3 kali imunisasi DPT-HB/DPT-HB-Hib, Imunisasi polio lengkap (4 kali OPV dan 1 kali IPV atau 3 kali imunisasi IPV), 1 dosis imunisasi Campak-Rubella (MR), dan 3 dosis *Pneumococcal Conjugate Vaccine* (PCV).[10]

2.1.2 Jenis vaksin

2.1.2.1 Hepatitis B

Hepatitis B merupakan infeksi yang sangat berisiko karena menyerang organ hati, sehingga dapat mengakibatkan kerusakan pada hati hingga kanker hati. Hingga saat ini, terapi yang benar-benar efektif untuk penyakit ini belum tersedia. Penularan dapat terjadi tanpa disadari, misalnya ketika seorang ibu menularkan virus hepatitis B kepada bayinya saat proses persalinan, karena virus tersebut menyebar melalui darah maupun cairan tubuh lainnya.[11]

Oleh karena itu vaksin diberikan segera setelah kelahiran bayi sebelum 24 jam hingga usianya mencapai 7 hari, dan penyuntikan dilakukan pada paha bayi secara intramuskular.[7] vaksin hepatitis B diberikan setelah bayi memperoleh suntikan vitamin K1, dengan jeda waktu minimal sekitar 30 menit. Pemberian vaksin ini bertujuan untuk mendapatkan kekebalan terhadap hepatitis B yang sangat efektif dalam mencegah infeksi pada bayi yang baru lahir. Pada bayi dengan berat lahir kurang dari 2000 gram, pemberian imunisasi dianjurkan untuk ditunda sampai usia mencapai satu bulan atau saat bayi diperbolehkan pulang dari fasilitas kesehatan. Sementara itu, pada bayi dengan ibu yang memiliki status HbsAg positif,

vaksin hepatitis B dan imunoglobulin hepatitis B (HBIg) perlu diberikan sesegera mungkin dalam kurum waktu 24 jam setelah kelahuran, pada dua paha yang berbeda tanpa mempertimbangkan berat badan bayi. Hal ini dikarenakan efektivitas HBIg akan berkurang jika diberikan setelah 48 jam. Bayi harus menjalani pemeriksaan anti-HBs dan HBsAg saat berusia 9 sampai 12 bulan. Jika pemberian dosis terakhir mengalami keterlambatan, maka pemeriksaan akan dilakukan satu hingga dua bulan setelah dosis tersebut diberikan.[12]

2.1.2.2 BCG (*Bacillus Calmette-Guerin*)

Tuberkulosis (TB) masih menjadi masalah kesehatan yang mematikan dan umumnya menyebar melalui droplet di udara, dimana anak-anak menjadi kelompok yang paling berisiko, terutama di wilayah dengan penanganan tuberkulosis yang kurang efektif. Sehingga vaksin BCG menjadi satu-satunya vaksin yang berlisensi untuk digunakan dalam pencegahan TB. Vaksin ini secara rutin diberikan kepada bayi di daerah-daerah di mana TB dikenal sebagai penyakit endemik.[13,14]

BCG diberikan sesegera mungkin setelah bayi lahir atau sebelum berusia satu bulan, dengan cara penyuntikan intrakutan di bagian atas lengan kanan yang umumnya meninggalkan bekas pada kulit.[7] Namun, jika ibu menderita tuberkulosis aktif, pemberian BCG ditunda hingga dapat dipastikan bahwa bayi tidak tertular, dengan bayi tetap diberi terapi pencegahan. Untuk bayi berusia tiga bulan keatas, vaksin BCG hanya diberikan jika hasil tes tuberkulin menunjukkan negatif. Bila pemeriksaan tuberkulin tidak dapat dilakukan, imunisasi tetap diberikan, tetapi apabila timbul reaksi lokal yang cepat dalam minggu pertama perlu dilakukan evaluasi lanjutan untuk memastikan apakah terdapat infeksi TB[12]

2.1.2.3 DPT-HB-Hib (Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis dan Haemophilus Influenza Tipe B)

DPT-HB-Hib merupakan vaksin yang digunakan dalam pencegahan penyakit difteri, pertussis, tetanus, hepatitis dan haemophilus influenza tipe B. Penyakit difteri sendiri masih menjadi tantangan global, terutama di wilayah Asia Tenggara dengan jumlah kasus difteri tertinggi di dunia setiap tahunnya.[15] Pertusis atau

batuk rejan merupakan penyakit akibat infeksi bakteri yang menyebar melalui tetesan air liur yang dikeluarkan saat seseorang batuk, bersin, atau berbicara. Tetanus pada neonatorum timbul akibat bakteri yang menyerang bayi bayi baru lahir, hal ini terjadi karena tali pusat yang kotor sehingga penularannya dapat terjadi selama proses kelahiran, saat pemotongan, serta perawatan tali pusat yang tidak higenis. Sedangkan Haemophilus influenzae tipe b (Hib) adalah penyebab utama meningitis bacterial pada anak-anak dibawah 5 tahun, khususnya pada baduta. Meskipun sudah mendapat perawatan yang sesuai, sekitar 40% anak yang menderita meningitis bacterial mungkin mengalami cacat permanen dan sekitar 5% bisa berakhir dengan kematian.(16)

Pemberian dosis pertama vaksin DPT-HB-Hib biasanya dilakukan melalui suntikan di paha pada usia dua bulan dan diberikan bersamaan dengan OPV kedua. Dosis kedua diberikan ketika anak berusia tiga bulan, bertepatan dengan OPV ketiga, sedangkan dosis ketiga disuntikkan pada usia empat bulan bersama pemberian OPV keempat. Imunisasi lanjutan diberikan saat anak memasuki usia 18 bulan.(7)

2.1.2.4 Polio

Vaksin polio dalam program imunisasi dasar untuk baduta terdiri dari dua tipe, yaitu *Oral Polivirus Vaccine* (OPV) dan *Inactived Poliovirus Vaccine* (IPV). OPV merupakan jenis vaksin tetes berisi virus polio yang telah dilemahkan, sehingga dapat memberikan kekebalan mukosa dan memperluas cakupan imunisasi. IPV adalah yaksin yang diberikan dengan suntikkan dan mengandung virus poliovirus yang sudah tidak aktif, sehingga dapat membentuk kekebalan sistemik tanpa risiko paralisasi akibat vaksinasi yang terkait OPV. Terdapat studi yang membandingkan skema gabungan IPV dan OPV dengan hanya IPV, dan hasil menunjukkan bahwa jadwal sekuensial (IPV diikuti OPV) memiliki titer antibodi rata-rata yang lebih tinggi dibandingkan hanya dengan IPV. Sehingga pemakaian kombinasi untuk meningatkan respons imun dan meninimalkan risiko poliovirus yang berasal dari vaksin dangat didukung.(17)

Umumnya, imunisasi dasar mencakup beberapa dosis OPV sejak lahir, lalu diiringi dengan pemberian IPV pada beberapa tahap mendatang untuk meningkatkan efektivitas pencegahan dan keamanan. Dosis OPV 1 biasanya diberikan segera sesudah bayi lahir atau saat berusia satu bulan dengan cara diteteskan ke dalam mulut, sedangkan IPV diberikan mulai dari usia dua bulan melalui injeksi. OPV 2 diberikan pada usia 2 bulan, kemudian IPV diberikan saat anak berusia tiga bulan. OPV 3 diberikan pada usia tiga bulan, dan pemberian IPV berikutnya dilakukan ketika anak mencapai usia empat bulan. OPV 4 diberikan ketika anak berusia empat bulan. Imunisasi polio tambahan 1 digunakan untuk melengkapi OPV, dan diberikan kepada anak yang telah menerima vaksin OPV, dimulai dari usia 4 bulan. Dan imunisasi polio tambahan 2 yang baru diperkenalkan pada tahun 2023, dimulai pada usia 9 bulan.[7]

2.1.2.5 Campak-Rubella (MR)

Vaksin Campak-Rubella (MR) merupakan bagian dari rangkaian imunisasi dasar pada anak di bawah dua tahun, berbentuk vaksin hidup yang telah dilemahkan dan memuat antigen dari virus campak serta rubella guna memicu respon imun terhadap keduanya secara simultan. Vaksin ini bertujuan untuk menurunkan kejadian sindrom rubella kongenital (CRS) yang berbahaya terutama bagi wanita hamil. Terdapat bukti bahwa vaksin ini terbukti efektif dalam mencegah kompilasi serius akibat campak seperti pneumonia, diare, dan ensefalitis, serta mengurangi risiko rubella yang dapat menyebabkan keguguran dan cacat lahir.[18]

Penyuntikan vaksin MR dilakukan satu kali pada anak berudia sembilan bulan, dengan lokasi injeksi di paha atau lengan kiri bagian atas. Vaksin lanjutannya akan diberikan pada saat bayi mencapai usia 18-24 tahun.[7] Untuk dosis kedua diberikan pada usia 15-18 tahun, dan dosis ketiga diberikan ketika memasuki usia 5-7 tahun. Apabila hingga usia 12 bulan anak belum menerima vaksin, maka imunisasi dapat dilakukan menggunakan MR atau MMR, dengan dosis kedua setelah 6 bulan.[12]

2.1.2.6 PCV (*Pneumococcal Conjugate Vaccine*)

Vaksin Penumokokus Konjugasi (PCV) merupakan vaksin yang sangat dianjurkan untuk imunisasi dasar bagi baduta untuk mencegah pneumonia, yaitu infeksi pada saluran pernapasan yang menjadi salah satu penyebab utama kematian anak. Vaksin ini berfungsi untuk melawan infeksi bakteri streptopcoccus pneumonia yang merupakan penyebab utama pneumonia di kalangan anak-anak. Pemberian vaksin ini mampu meningkatkan kadar antibodi pada bayi dan balita sekitar dua hingga empat kali lipat dengan efek samping yang minimal. Meskipun vaksin ini terbukti efektif, namun PCV memiliki beberapa keterbatasan karena hanya memberikan perlindungan terhadap serotipe bakteri tertentu dan sering terjadi perubahan serotipe dalam populasinya, sehingga vaksin ini masih terus dikembangkan.[19]

PCV 1 biasanya diberikan melalui injeksi pada paha kiri dan dimulai saat anak berusia 2 bulan, bersamaan dengan DPT-HB-Hib 1 dan OPV 2. PCV 2 mulai diberikan ketika anak berusia 3 bulan, juga bersamaan dengan DPT-HB-Hib 2 dan OPV 3. PCV 3 disuntikkan ketika anak berusia 12 bulan.(7) Jika vaksin ini belum diterima antara usia 7-12 bulan, maka harus diberikan dua dosis PCV dengan interval minimal satu bulan, serta satu dosis penguat pada usia 12-15 bulan dengan jeda sekitar dua bulan dari dosis terakhir. Dalam program imunisasi nasional, vaksin PCV13 diberikan pada anak usia 2, 3, dan 12 bulan.[12]

2.1.3 Tujuan imunisasi dasar lengkap

Pemberian vaksin merupakan intervensi kesehatan dengan efisiensi biaya yang sangat tinggi karena mampu mencegah terjadinya penyakit dan menyelamatkan sekitar 3,5-5 juta jiwa setiap tahunnya dari berbagai infeksi yang sebenarnya dapat dicegah melalui imunisasi.[4] Program imunisasi dasar bagi baduta bertujuan untuk melindungi mereka dari penyakit yang dapat dicegah melalui pemberian vaksin sebelum infeksi terjadi. Sehingga hal ini dapat memberantas penyakit menular serta menurunkan angka sakit dan kematian pada anak. Hal ini juga bertujuan untuk mencapai kekebalan kelompok (*herd immunity*) yang dapat mencegah penyakit mudah tersebar di masyarakat yang dapat Kejadian Luar Biasa

(KLB) pada penyakit menular yang berpotensi seperti difteri, pertusis, polio (jika ada transmisi virus liar), Hib (Haemophilus influenzae tipe b), campak, rubella, dan pneumonia yang sebagain besar penularannya melalui droplet. Selain itu imunisasi dasar pada baduta yang merupakan kelompok rentan juga dapat menurunkan morbiditas dan mortalitas anak, serta dapat mencapai kekebalan kelompok (*herd immunity*) yang dapat mencegah penyakit mudah tersebar di masyarakat sehingga terjadi KLB.[3] Dampak dari program ini juga telah terbukti signifikan pada penelitian yang telah dilakukan dalam menurunkan angka kejadian penyakit sasaran dengan penurunan insiden antara 17% sampai 100%.[20]

2.1.4 Program imunisasi dasar di Indonesia

Program imunisasi dasar di Indonesia yang merupakan langkah penting dalam pencegahan penyakit PD3I, melalui pemberian vaksin secara lengkap sesuai jadwal imunisasi nasional yang telah direkomendasikan. Imunisasi diberikan dengan mengikuti dosis dan metode yang sudah ditentukan, menggunakan alat suntik sekali pakai untuk mencegah penularan penyakit, serta mengikuti prosedur yang aman saat penyuntikan. Selain itu, imunisasi juga mencakup pemberian vaksin ganda (lebih dari satu jenis vaksin dalam satu sesi) untuk mempercepat perlindungan sejak dini bagi anak dan meningkatkan efektivitas pelayanan.[2]

Pelaksanaan imunisasi juga didukung oleh upaya imunisasi tambahan dan imunisasi kejar untuk mengatasi kekurangan dosis, terutama untuk anak-anak yang imunisasinya belum lengkap. Seperti imunisasi tambahan massal campak rubella yang dilakukan tanpa mempertimbangkan status imunisasi sebelumnya pada kelompok sasaran tertentu untuk mencapai eleminasi penyakit campak dan rubella. Monitoring dan evaluasi juga dilakukan secara berkala untuk memastikan pencapaian target cakupan imunisasi, serta untuk mendeteksi dan menangani kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI) melalui sistem pengawasan yang terintegrasi.[2]

2.2 Status imunisasi dasar lengkap

2.2.1 Definisi imunisasi dasar lengkap atau tidak lengkap

Berdasarkan Perkemenkes Nomor 12 Tahun 2017, imunisasi dasar lengkap dianggap sebagai status imunisasi yang diperoleh ketika bayi sudah menerima semua vaksin dasar sesuai peraturan, yaitu HB-0 satu kali, BCG satu kali, DPT-HB-Hib sebanyak tiga kali, polio minimal empat kali atau IPV tiga kali, dan campak satu kali, dengan dosis serta jadwal yang telah ditetapkan oleh Kementrian Kesehatan. Seorang anak dianggap tidak lengkap apabila belum mendapatkan salah satu atau lebih dari jenis vaksin dasar tersebut sesuai dengan ketentuan usia dan jadwal. Standar kelengkapan ini selaras dengan pedoman dari WHO, yang menyatakan bahwa imunisasi dasar lengkap hanya diakui jika semua dosis vaksin utama telah diberikan dengan tepat, pada waktu yang tepat, serta sesuai intervalnya. Dan digunakan oleh Kementrian Kesehatan sebagai ukuran capaian program imunisasi nasional dan menjadi dasar dalam pemantauan serta evaluasi cakupan imunisasi di Indonesia. Cakupan imunisasi ini juga menjadi indikator utama dalam memantau efektivitas system imunisasi serta sejauh mana anak terlindungi dari penyakit yang bisa dicegah dengan vaksin.[21]

2.2.2 Data cakupan imunisasi dasar lengkap di Indonesia

Berdasarkan hasil Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, terdapat 56,9% anak usia 12-23 bulan yang memperoleh imunisasi dasar tidak lengkap sesuai panduan teknis. Meski demikian, data Badan Pusat Satistik menunjukkan adanya peningkatan proporsi baduta yang menerima imunisasi dasar lengkap, dari 57,17% pada 2020 menjadi 63,69% pada 2024. Dengan kriteria imunisasi dasar lengkap yang di dapat sesuai dengan Peraturan Mentri Kesehatan No. 12 Tahun 2017. Cakupan imunisasi dasar lengkap tersebut bervariasi antar provinsi, di mana daerah seperti DI Yogyakarta, Bali, dan jawa Tengah, Jawa Timur, Lampung, Bangka Belitung, Sulawesi Tenggara, Nusa Tenggara Timur, Bengkulu, Gorontalo, dan Nusa Tenggara Barat menunjukkan angka tertinggi diatas 70%. Sedangkan beberapa wilayah seperti Papua, Aceh, Sumatra, dan Maluku hanya mencapai cakupan sekitar 20-50%, dengan angka cakupan terendah 18,41% di daerah Papua Pegunungan.[6]

Daerah perkotaan dan pedesaan juga memiliki perbedaan dalam cakupan imunisasi dasar lengkap yang di dapat. Di daerah perkotaan, presentase imunisasi dasar lengkap adalah lebih tinggi (sekitar 61,5%) dibandingkan dengan pedesaan (sekitar 53,8%).[22] Walaupun terjadi kenaikan bertahap sebesar 6,5% dalam cakupan imunisasi dasar lengkap pada baduta selama lima tahun terakhir, angka tersebut masih belum memenuhi target nasional yang menetapkan minimal 95% cakupan imunisasi dasar lengkap.[6]

2.3 Teori TPB yang mendasari

Menurut *Theory of Planned Behavior* (TPB) yang dikemukakan oleh Icek Ajzen pada tahun 1991, perilaku individu dipengaruhi oleh adanya niat atau keinginan untuk bertindak. Teori ini menegaskan bahwa selain niat, perilaku juga ditentukan oleh keyakinan individu mengenai sejauh mana dirinya mampu menjalankan tindakan tersebut. Pada TPB dijelaskan bahwa niat terbentuk dari tiga elemen utama, yaitu:

1. Sikap terhadap perilaku (*attitude toward behavior*) terbentuk dari keyakinan mengenai dampak yang ditimbulkan dari perilaku tersebut. Hal ini menjadi evaluasi positif atau negative seseorang tentang hasil atau konsekuensi terhadap suatu perilaku.
2. Norma subjektif (*subjective norm*) merupakan tekanan sosial yang dirasakan individu terhadap tekanan sosial dari orang atau kelompok penting disekitarnya. Sehingga dapat memengaruhi niat untuk melakukan atau tidak melakukan perilaku tersebut.
3. Kontrol perilaku yang dipresepsikan (*perceived behavioral control*) adalah presepsi individu terhadap kemampuan mengendalikan atau melaksanakan perilaku tersebut. Presepsi ini dipengaruhi oleh keyakinan tentang faktor yang memengaruhi pelaksanaan perilaku seperti ketersediaan sumber daya, waktu, kemampuan, dan dukungan dari orang lain.

Teori ini banyak digunakan dalam berbagai bidang seperti kesehatan, perilaku lingkungan, penggunaan teknologi, transportasi serta perilaku preventif. Teori ini

juga sudah terbukti efektif digunakan dalam intervensi perubahan perilaku, termasuk dalam bidang kesehatan masyarakat dan perilaku preventif.[23]

Dalam teori ini, sosiodemografi juga secara tidak langsung menjadi latar belakang terbentuknya keyakinan yang menjadi dasar dari tiga elemen utama TPB. Hal ini disebakan oleh elemen utama TPB yang dibentuk oleh keyakinan, dimana sosiodemografi merupakan faktor yang memengaruhi keyakinan. Sehingga dapat dikatakan bahwa sosiodemografi secara tidak langsung memengaruhi niat dan perilaku, termasuk perilaku kesehatan seperti imunisasi.[23,24]

2.4 Faktor determinan status imunisasi dasar lengkap

2.4.1 Sosiodemografi

1. Jenis kelamin

Perbedaan jenis kelamin memengaruhi cakupan imunisasi melalui aspek norma sosial dan pandangan orang tua mengenai gender. Terdapat sudut pandang penyediaan layanan program imunisasi yang mungkin terfokus lebih pada anak laki-laki karena orang tua merasa bahwa anak laki-laki memiliki prioritas lebih tinggi dalam perawatan kesehatan, hal ini menyebabkan adanya diskriminasi dalam pemberian vaksin dan menciptkan perbedaan cakupan imunisasi diantara anak laki-laki dan perempuan.[25]

Sebuah penelitian di Sudan Timur mencatat bahwa sekitar 19,3% orang tua berpendapat bahwa vaksin lebih krusial bagi anak laki-laki daripada anak perempuan. Sejalan dengan pandangan tersebut proporsi anak laki-laki yang menerima imunisasi lengkap tercatat sedikit lebih tinggi, dengan selisih kurang lebih 5% dibandingkan anak perempuan.[26] Sedangkan penelitian yang dilakukan Tanjung I *et al* (2017) di medan mengindikasi bahwa jenis kelamin anak laki-laki tidak memiliki dampak yang signifikan terhadap kelengkapan imunisasi dasar karena memiliki rasio yang hampir sama.[27]

2. Pendidikan KRT

Pendidikan yang lebih tinggi berhubungan dengan tingkat pemahaman mengenai manfaat imunisasi, kesadaran akan pentingnya imunisasi tepat waktu,

serta pengetahuan tentang risiko penyakit yang bisa dicegah dengan vaksin. Kepala keluarga yang memiliki Pendidikan lebih baik umumnya lebih mudah mendapatkan, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan yang benar, sehingga mereka dapat lebih aktif dalam mengikutsertakan anak-anak mereka untuk mendapatkan vaksinasi. Sedangkan mereka yang berpendidikan rendah cenderung kurang paham mengenai manfaat, jadwal, dan urgensi vaksinasi, sehingga kurang bisa memberikan dukungan kepada anggota keluarga, terutama ibu, untuk melengkapi imunisasi. Oleh karena itu, Pendidikan kepala keluarga menjadi faktor yang berpengaruh pada pilihan keluarga terhadap layanan imunisasi dasar.[10]

3. Pekerjaan KRT

Alasan pekerjaan kepala rumah tangga menjadi faktor determinan imunisasi antara lain waktu dan flesibilitas, akses dan prioritas, pengetahuan dan kesadaran, serta kondisi ekonomi. Mengingat pentingnya peran kepala keluarga sebagai pengambil keputusan utama dalam keluarga terkait kesehatan terutama pada anaka. Kepala keluarga dengan pekerjaan yang stabil lebih cenderung mampu memenuhi kebutuhan keluarga, baik dalam aspek waktu, transportasi, maupun dukungan keuangan untuk pemanfaatan layanan imunisasi, jika dibandingkan dengan kepala keluarga yang menganggur atau bekerja tanpa kepastian pendapatan.[28]

4. Tempat tinggal

Tempat tinggal mempengaruhi jarak dan kemudahan akses ke fasilitas pelayanan imunisasi, serta ketersediaan dan kualitas layanan kesehatan di tiap daerah yang berbeda. Anak yang tinggal di kota biasanya memiliki kesempatan yang lebih baik untuk menerima imunisasi secara menyeluruh, karena fasilitas kesehatan yang lebih dekat, jumlah tenaga kesehatan yang memadai, serta jadwal pelayanan imunisasi yang lebih terstruktur. Sebaliknya di wilayah pedesaan atau terpencil, jarak ke fasilitas kesehatan biasanya cukup jauh, dengan sarana transportasi yang sering kali terbatas, dan ketersediaan tenaga kesehatan yang tidak memadai. Hambatan geografis ini lah yang memperbesar kemungkinan anak-anak yang tinggal di daerah pedesaan tidak menerima imunisasi dasar secara lengkap,

sehingga tingkat cakupan imunisasi dasar di wilayah tersebut cenderung lebih rendah.[29]

5. Status ekonomi

Status ekonomi menjadi penentu penting dalam kelengkapan imunisasi dssar anak, hal ini berkaitan dengan kemampuan keluarga dalam mengakses layanan kesehatan. Keluarga dengan ekonomi yang rendah sering kali menghadapi berbagai kesulitan seperti biaya transportasi yang tinggi, akses terbatas ke fasilitas kesehatan, dan kebutuhan harian yang lebih mendesak dibandingkan dengan membawa anak untuk imunisasi. Sehingga anak-anak dalam keluarga berstatus ekonomi rendah lebih rentan tidak memperoleh imunisasi dasar yang lengkap, berbeda dengan keluarga yang memiliki status ekonomi lebih baik karena anak-anak mereka lebih mungkin mendapatkan imunisasi sesuai dengan ketentuan. Dengan demikian, perbedaan dalam kondisi ekonomi menciptakan kesenjangan dalam cakupan imunisasi dasar di masyarakat.[28]

2.4.2 Sikap terhadap perilaku (*Attitude toward behavior*)

Pada teori ini, *behavioral beliefs* dapat menentukan sikap terhadap suatu perilaku. Sehingga apa yang orang tua pikir dan rasakan dapat menjadi alasan anak tidak diimunisasi, seperti pandangan orang tua terhadap:[24]

1. Anak sakit

Anak yang sedang sakit dianggap belum siap atau tidak bisa menerima imunisasi, sehingga terjadi penundaan imunisasi saat anak dalam kondisi sakit berat ataupun ringan. Banyak orang tua memilih untuk menunda atau bahkan tidak memberikan vaksin ketika anak mengalami demam, infeksi saluran pernafasan, diare, atau penyakit akut lainnya, khawatir vaksin akan memperburuk kondisi atau tidak yakin apakah dapat diberikan saat anak sedang sakit. Hal ini dapat dipengaruhi faktor kurangnya pengetahuan mengenai kondisi yang benar-benar menjadi kontraindikasi untuk imunisasi.[30]

2. Khawatir efek samping

Orang tua sering khawatir akan reaksi setelah imunisasi, yang dapat berupa efek samping ringan seperti rasa sakit, bengkak, dan demam, atau efek serius yang jarang seperti kejang atau kehilangan kesadaran. Kekhawatiran ini menghambat upaya pemberian imunisasi dasar lengkap pada anak. Situasi tersebut semakin memburuk akibat rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat mengenai manfaat imunisasi, disertai dengan maraknya informasi negatif yang beredar. Penelitian menunjukkan bahwa kekhawatiran terhadap efek samping atau Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi (KIPI) berhubungan secara bermakna dengan tercapainya status imunisasi dasar lengkap.(31)

3. Imunisasi tidak penting

Sebagian orang tua tidak merasakan kekhawatiran atau menganggap imunisasi sebagai hal yang mendesak, karena memiliki anggapan bahwa anak mereka sudah cukup sehat tanpa imunisasi. Pandangan ini yang mencerminkan pemahaman serta prioritas orang tua yang rendah terhadap imunisasi, sehingga berujung pada sikap acuh tak acuh dan penundaan. Hasil wawancara penelitian di Manado ditemukan bahwa hal ini disebabkan oleh kurangnya kesadaran dari beberapa orang tua mengenai pentingnya imunisasi.(32)

2.4.3 Norma subjektif (*Subjective norms*)

Normative beliefs terbentuk karena adanya tekanan sosial dari sekitar yang dapat mempengaruhi niat seseorang dalam melakukan hal tersebut. Sehingga terdapat beberapa alasan tidak diimunisasi yang mencerminkan persepsi terhadap tekanan sosial dari orang atau kelompok penting disekitarnya, seperti:(24)

1. Pihak keluarga tidak memberi izin

Rendahnya Tingkat imunisasi dasar lengkap sangat dipengaruhi oleh kurangnya dukungan keluarga, terutama dari suami dan orang tua, yang tidak hanya tidak memberi izin tetapi juga melarang imunisasi untuk anak. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Desa Cipicung, dalam area UPTD Puskesmas Culamega, Kabupaten Tasikmalaya. Dari seluruh responden, terdapat 9 ibu (45%)

yang tidak memperoleh dukungan dan bahkan dilarang oleh suami serta orang tua mereka untuk memberikan imunisasi pada anak. Meskipun ada keinginan dari ibu untuk melengkapi imunisasi, namun perbedaan panddangan dalam keluarga menghambat proses imunisasi. Tekanan sosial seperti faktor budaya dan tradisi keluarga yang tidak mendukung imunisasi, serta rasa takut dan ketidakpastian yang dirasakan, juga turut menjadi penghalang utama.(33)

2. Isu agama

Berdasarkan hasil penelitian Pronyk *et al.*, (2019), aspek keagamaan diidentifikasi sebagai salah satu determinan yang berperan dalam capaian imunisasi dasar lengkap di Indonesia. Sejumlah anggota masyarakat muslim mengalami keraguan atau bahkan menolak untuk divaksin karena kekhawatiran mengenai status halal vaksin, terutama setelah adanya fatwa pada 2018 yang menyatakan bahwa vaksin campak-rubella mengandung bahan haram menurut pandangan syariah. Hal ini mengakibatkan penurunan signifikan dalam cakupan imunisasi di wilayah seperti Aceh, yang menerapkan hukum syariah yang ketat. Disamping itu, pemahaman keagamaan serta pengaruh dari tokoh agama sangat berperan dalam penilaian serta keputusan masyarakat terhadap vaksinasi. Sehingga faktor keagamaan ini berkaitan erat dengan masalah keamanan dan kepercayaan pada vaksin yang memerlukan pendekatan peka terhadap budaya dan agama dalam program imunisasi.(9)

2.4.4 Kontrol perilaku yang dirasakan (*Perceived behavioral control*)

Control beliefs atau peresepsi individu dalam melakukan perilaku pada teori ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memengaruhi pelaksanaan. Pada alasan tidak diimunisasi hal ini berarti adanya hambatan atau ketidakmampuan dalam melakukan imunisasi, seperti:(24)

1. Lupa / tidak tahu jadwal

Pemahaman ibu tentang jadwal imunisasi, manfaat, dan pentingnya imunisasi sangat berpengaruh terhadap kepatuhan mereka. Penelitian ini menunjukkan bahwa keterbatasan pemahaman mengenai jadwal imunisasi menyebabkan ibu sering lupa

atau tidak mengetahui kapan waktu yang tepat untu memberikan vaksin, sehingga imunisasi anak menjadi tidak lengkap. Ibu dengan tingkat pengetahuan yang rendah memiliki kemungkinan yang lebih besar, yakni sebesar 57 kali lipat, untuk tidak mematuhi jadwal imunisasi lengkap dibandingkan ibu yang memiliki pemahaman yang memadai. Penelitian juga menunjukkan bahwa kurangnya informasi dan pengingat mengenai jadwal vaksin dari tenaga medis berkontribusi pada kemungkinan kelalaian atau ketidakpahaman itu.[34]

2. Faskes sulit dijangkau

Kondisi geografis yang tidak mendukung, seperti jarak tempuh yang jauh, kualitas jalan yang buruk, dan keterbatasan kepemilikan kendaraan pribadi sering kali menimbulkan keraguan pada orang tua atau pengasuh untuk secara rutin membawa anak ke fasilitas pelayanan kesehatan guna memperoleh imunisasi. Selain itu, juga terdapat ibu yang tidak memiliki waktu luang untuk menempuh perjalanan ke fasilitas kesehatan, dimana hal ini berhubungan dengan sikap positif ibu terhadap imuniasi. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian di timor leste yang menemukan bahwa jarak ke fasilitas kesehatan yang lebih dari satu jam berjalan kaki, maka risiko tidak menyelesaikan imunisasi dasar anaknya meningkat 2 kali dibandingkan dengan mereka yang tinggal dekat dengan fasilitas kesehatan. Sehingga diperlukan adanya edukasi kesehatan oleh tenaga professional seta penyediaan layanan kesehatan yang lebih mudah diakses.[29] Namun terdapat penelitian yang mengatakan bahwa jarak ke fasilitas kesehatan tidak berhubungan secara signifikan terhdap kelengkapan imunisasi anak.[31]

3. Vaksin tidak tersedia

Keterbatasan vaksin karena keterlambatan pengiriman vaksin dari dinas kesehatan serta masalah logistik mengakibatkan jumlah vaksin yang tidak sebanding dengan jumlah balita, sehingga terjadi penundaan atau ketidaksesuaian dalam pemberian. Berdasarkan hasil penelitian di puskesmas bahu kota Manado, salah satu masalah utama dalam program imunisasi dasar lengkap adalah kekurangan stok vaksin yang terjadi selama beberapa bulan. Kondisi ini juga

mengurangi semangat masyarakat, karena ibu yang telah hadir di puskesmas ter[aksa pulang tanpa mendapatkan pelayanan, dan sering kali saat kunjungan berikutnya mereka lupa dan tidak memiliki waktu untuk datang kembali.(32)

4. Tidak ada waktu

Berdasarkan hasil penelitian, alasan "tidak ada waktu" menjadi salah satu faktor determinan yang memengaruhi status imunisasi dasar lengkap pada bayi di Desa Cipicung, Wilayang Kerja UPTD Puskesmas Culamega, Kabupaten Tasikmalaya. Sebagian ibu mengungkapkan bahwa mereka tidak memiliki waktu unntuk membawa anak-anak mereka mendapatkan imunisasi karena kesibukan atau repot dengan pekerjaan rumah maupun aktivitas lainnya. Meskipun banyak diantara mereka adalah ibu rumah tangga, mereka tetap merasakan tekanan dan rutinitas harian sehingga tidak dapat memenuhi waktu untuk menghadiri jadwal imunisasi posyandu. Keterbatasan waktu ini semakin diperburuk oleh rendahnya rasa urgensi terhadap imunisasi, sehingga banyak ibu yang lebih memilih untuk mengutamakan aktivitaa lain ketimbang pergi ke posyandu. Sehingga masalah waktu masih sangat berperan dalam menghambat keberhasilan imunisasi pada anak-anak.(33)

5. Vaksin mahal

Meskipun pemerintah menyediakan imunisasi dasar lengkap secara gratis di puskesmas, namun Sebagian masyarakat masih beranggapan bahwa beberapa vaksin harus dibayar atau cukup mahal. Beberapa orang tua, khususnya dari kalangan ekonomi menengah bawah, menunda atau bahkan tidak melanjutkan imunisasi anak-anak mereka karena berpikir bahwa ada biata tambahan yang harus dikeluarkan. Pandangan ini muncul akibat minimnya informasi yang akurat mengenai kebijakan program imunisasi gratis, serta pengalaman individu yang pernah diminta untuk membayar biaya administrasi tambahan atau biaya transportasi, bahkan pembelian vaksin di luar puskesmas. Hal ini juga berkaitan dengan rendahnya tingkat Pendidikan dan pemahaman tentang program imunisasi nasional. Sehingga masyarakat tidak menyadari bahwa imunisasi dasar lengkap merupakan hak kesehatan anak yang dijamin pemerintah tanpa biaya.(32)

6. Covid

Pandemi covid-19 merupakan salah satu faktor kunci yang berkontribusi terhadap menurunnya cakupan imunisasi dasar lengkap di Indonesia. Selama masa pandemi, terdapat gangguan besar terhadap pelaksanaan program imunisasi dasar, baik dari segi pertugas kesehatan, alat yang dibutuhkan, maupun perilaku masyarakat. Situasi pandemi membuat banyak orang tua enggan mengunjungi fasilitas kesehatan karena takut terjangkit virus, sehingga jadwal imunisasi anak ditunda atau bahkan dibatalkan. Selain itu, pengurangan mobilitas masyarakat dan penutupan layanan posyandu diberbagai tempat menghalangi kegiatan imunisasi rutin. Akibatnya, jumlah anak yang tidak mendapat imunisasi lengkap semakin meningkat.[35]

7. Tidak tahu tempat imunisasi

Hal ini dipengaruhi rendahnya pengetahuan ibu mengenai lokasi dan jadwal imunisasi, meskipun jarak fasilitas kesehatan sangat dekat. Terdapat beberapa orang tua yang beranggapan bahwa layanan imunisasi hanya terdapat di puskesmas, padahal posyandu, pustu, serta kegiatan imunisasi keliling juga menyediakan program imunisasi dasar lengkap. Ketidaktahuan ini yang menyebabkan orang tua tidak mengimunisasi anaknya tepat waktu, bahkan tidak mengimunisasi sama sekali karena tidak tahu akan layanan imunisasi di sekitar lingkungan tempat tinggalnya.[34]

2.5 Ringkasan pustaka

Tabel 1. Ringkasan pustaka

Peneliti	Lokasi & waktu	Desain	Subjek	Variabel yang diteliti	Lama	Hasil
Sarker, *et al.*[36]	Bangladesh 2014	*Cross-sectional*	Anak usia 12-59 bulan.	Sosiodemografi (wilayah administrasi, tempat tinggal, usia anak, jenis kelamin, birth order, ukuran keluarga pendidikan ibu dan ayah, akses media massa, kekayaan keluaga, pengambilan keputusan kesehatan ibu dan anak)	6 bulan	Usia anak (24-35 bulan (p=0.033) dan 48-59 (p=0.013)), ukuran keluarga medium (4-6 anggota) (p<0.001), pendidikan ibu (sekunder (p<0.001) dan lebih tinggi (p=0.006)), pendidikan ayah (sekunder (p=0.014) dan lebih tinggi (p=0,026)), status ekonomi (atas (p<0.001), menengah (<0.001), dan bawah (p=0.002)), pengambil keputusan kesehatan anak (p=0.012)
Maki, *et al.*[37]	Jepang 2025	*Retrospective cohort study*	2.492 anak yang bertahan di sistem asuransi kota sampai usia 24 bulan.	Status vaksinasi sesuai jadwal pada bulan 24 bulan terhadap risiko hospitalisasi terutama karena penyakit infeksi respiratori dan trauma, dengan kovariat berupa jenis kelamin, tahun kelahiran, dan adanya komorbiditas sebelum 24 bulan.	2 tahun	Tidak ada perbedaan signifikan kelompok dengan dan tanpa status vaksinasi sesuai jadwal dalam usia, jenis kelamin, atau komorbiditas (p>0,05), risiko hospitalisasi utama setelah 24 bulan antara anak tanpa status vaksinasi sesuai jadwal dibandingkan yang sesuai tidak signifikan secara statistik (p=0,65), tidak ada perbedaan signifikan antara kelompok vaksin dan non-vaksin untuk hospitalisasi karena penyakit infeksi respiratori (p=0.75) dan trauma (p=0,28), kelompok tanpa status vaksinasi sesuai jadwal

						memiliki lama rawat inap lebih panjang (p=0.001)
Abdallah, *et al.*[26]	Kassala state, Sudan timur 2022	*Cross-sectional*	400 orang tua dari anak berusia 6-35 bulan.	Presepsi orang tua terhadap pentingnya vaksin berdasarkan gender, tingkat pendidikan ibu, pendapatan rumah tangga, tempat tinggal, jumlah anak, jenis kelamin	1 bulan	Presepsi gender-biased, orang tua yang menganggap vaksinasi anak laki-laki lebih penting dibanding perempuan yang cenderung memiliki anak dengan imunisasi tidak lengkap (p=0,049)
Citra, *et al.*[27]	Medan 2017	*Cross-sectional*	Orang tua dengan anak berusia 1-5 tahun, dengan jumlah sampel 113 anak.	Pemberian ASI eksklusif, jenis kelamin anak, status nutrisi anak, metode persalinan, berat badan saat lahir, tingkat pendidikan dan pekerjaan ibu, urutan kelahiran anak, jumlah anak, usia ibu, pendapatan keluarga, status ekonomi	7 bulan	Faktor lain yang di periksa termasuk jenis kelamin, status nutrisi, metode persalinan, berat badan saat lahir, tingkat pendidikan dan pekerjaan ibu, urutan kelahiran, jumlah anak, usia ibu tidak menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik dengan pencapaian imunisasi lengkap (p>0,05)
Malinda, *et al.*[38]	Tanjungsiang, kabupaten Subang 2023	*Cross-sectional*	58 ibu yang memiliki balita usia 24-59 bulan.	Pendidikan, paritas, pengetahuan ibu tentang imunisasi booster dan imunisasi dasar.		Pendidikan (p=0,887), Paritas (p=0,050), Pengetahuan (p=0,000)
Herlina, *et al.*[39]	Kota Bandar Lampung 2022	*Cross-sectional*	45 ibu yang memiliki anak usia 18-24 bulan.	Status pekerjaan ibu (bekerja/tidak bekerja)	2 bulan	Ibu bekerja menunjukkan terdapat hubungan signifikan dengan kelengkapan imunisasi (p=0,000)
Dhirah, *et al.*[40]	Aceh 2021	*Cross-sectional*	225 responden, ibu dengan bayi usia 12-23 bulan.	Pendidikan ibu, pekerjaan ibu, sikap ibu, pengetahuan ibu, dukungan keluarga terhadap ketepatan pemberian imunisasi dasar	3 bulan	Pengaruh pendidikan ibu signifikan (p=0,000), pengaruh pekerjaan ibu tidak signifikan (p=0,063), pengaruh sikap ibu signifikan (p=0,000), pengaruh dukungan keluarga tidak signifikan (p=0,777)
Pinto, *et al.*[29]	Timor leste 2024	*Cross-sectional*	210 responden, seluruh orang	Pendidikan, pengetahuan, jarak fasilitas kesehatan, tempat bayi	2 bulan	Pendidikan tidak signifikan (p=0,530), pengetahuan signifikan

			tua/pengasuh anak usia <5 tahun.	dilahirkan, pola pengasuhan, kepemilikan LISIO		(p=0,001), jarak fasilitas kesehatan signifikan (p=0,027), tempat bayi dilahirkan sangat signifikan (p<0,001), pola pengasuhan tidak signifikan (p=0,632), kepemilikan LISIO signifikan (p=0,004)
Nurjannah, *et al.* [41]	Indonesia 2018	*Cross-sectional*	16.494 anak berusia 12-23 bulan.	Hubungan usia ibu saat hamil, jumlah kunjungan antenatal care (ANC) selama kehamilan, tempat persalinan (faskes dan non-faskes), status residensi orang tua (urban dan rural) dengan cakupan imunisasi dasar	Tidak dicantum kan.	Hubungan signifikan tempat persalinan di fasilitas kesehatan dengan cakupan imunisasi dasar lengkap (p=0,004), hubungan signifikan jumlah kunjungan antenatal ≥4 kali selama kehamilan dengan cakupan imunisasi (p=0,003), variabel usia ibu dan status residensi (urban/rural) tidak menunjukkan korelasi signifikan dengan cakupan imunisasi (p>0,05)
Chakraborty, *et al.*[42]	India 2019	*Cross-sectional*	332 anak usia 0-23 bulan (< 2 tahun).	Umur ibu, jenis kelamin anak, agama, tipe keluarga, status sosial ekonomi, pendidikan ibu, urutan kelahiran.	3 bulan	Umur ibu (p=0.938), jenis kelamin anak (p=0,688), agama (p=0,389), tipe keluarga (p=0,315), status sosial ekonomi (p=0,146), pendidikan ibu (p=0,371), urutan kelahiran (p=0,000)
Sumina, *et al.*[43]	Nepal 2016	*Case-control study*	59 anak dengan imunisasi tidak lengkap dan 177 anak dengan imunisasi lengkap, anak usia 12-23 bulan yang tinggal di	Pengaruh tempat persalinan (rumah atau faskes), status tempat tinggal keluarga (tinggal kontrak atau tidak), pengetahuan pengasuh tentang jadwal imunisasi, presepsi negatif terhadap imunisasi ketika anak sakit, prioritas yang bertetntangan, komplikasi pasca	7 minggu	Tempat persalinan di rumah (home delivery), keluarga yang tinggal di rumah kontrak, pengetahuan pengasuh tentang jadwal imunisasi yang rendah, presepsi negative untuk mengimunisasi anak yang sedang sakit, prioritas yang bertentangan, komplikasi pasca imunisasi (abses) menjadi predictor signifikan (p<0,05)

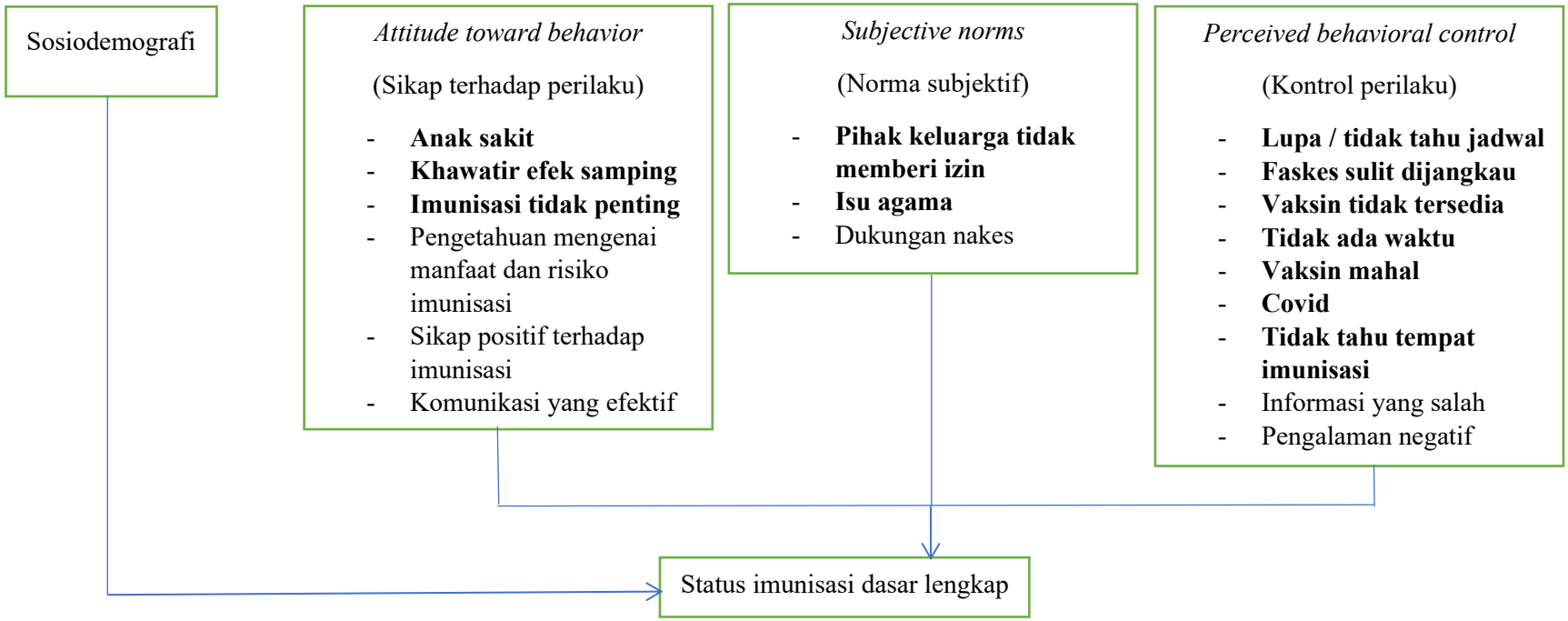
			pemukiman kumuh.	imunisasi (seperti abses) terhadap tidak lengkapnya imunisasi.		
Farida, *et al.*[31]	Aceh besar 2024	*Cross-sectional*	31 ibu yang memiliki bayi usia 19-24 bulan.	Ketersediaan vaksin, jarak menuju fasilitas pelayanan kesehatan, dan takut kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI) terhadap kelengkapan imunisasi dasar.	Tidak dicantumkan.	Ketersediaan vaksin (p=0,453) serta jarak menuju fasilitas pelayanan kesehatan (p=0,254) tidak memiliki keterkaitan yang signifikan dengan status kelengkapan imunisasi dasar. Sebaliknya, rasa takut terhadap kejadian ikutan pasca imunisasi (KIPI) terbukti berhubungan secara bermakna dengan rendahnya pencapaian imunisasi dasar lengkap (p=0,001)
Jayanti, *et al*[44]	Madura 2017	*Case-control*	135 ibu yang memiliki bayi usia 10-12 bulan.	Pendidikan ibu, sikap terhadap imunisasi, presepsi kerentanan, presepsi keparahan, presepsi manfaat, presepsi hambatan, efikasi diri, dukungan keluarga, jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan terhadap kelengkapan imunisasi dasar anak.	2 bulan	Pendidikan ibu (presepsi kerentanan (p=0,005) dan presepsi keparahan (p=0,018)), sikap ibu (p=0,007), presepsi kerentanan (p=0,022), presepsi keparahan (p=0,003), presepsi manfaat (p=0,110), presepsi hambatan (p=0,255), efikasi diri (p=0,193), dukungan keluarga (p=0,078), jarak ke pelayanan kesehatan (p=0,037)
Hasanah, *et al.*[8]	Kabupaten Aceh Selatan 2024	*Cross-sectional*	60 responden, ibu yang memiliki anak baduta (usia 12-24 bulan).	Pengetahuan ibu tentang imunisasi, sikap ibu terhadap imunisasi, dukungan keluarga terhadap imunisasi, peran petugas kesehatan, akses ke fasilitas kesehatan	15 hari	Variabel internal (pengetahuan (p=0,0009) dan sikap (p=0,001)) serta dukungan eksternal (keluarga (p=0,005), peran petugas(p=0,005), akses ke fasilitas kesehatan (p=0,003)) berperan secara signifikan dalam menentukan anak memperoleh

						imunisasi dasar lengkap di wilayah Tapaktuan Aceh Selatan.
Fadil, *et al.*[45]	Karawang 2022	*Cross-sectional*	91 ibu dan keluarga yang memiliki anak usia 12-24 bulan.	Hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang imunisasi dan dukungan keluarga terhadap capaian imunisasi dasar lengkap pada anak usia 12-24.	2 bulan	Terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan ibu dan capaian imunisasi dasar lengkap (p=0,002). Sebaliknya, variabel dukungan keluarga tidak menunjukkan keterkaitan yang bermakna dengan kelengkapan imunisasi dasar (p=0,234)
Hasyifuddin, *et al.*[46]	Banda Aceh 2022	*Cross-sectional*	173 ibu yang memiliki bayi usia 12 bulan	Hubungan pengetahuan ibu, dukungan keluarga, peran petugas kesehatan, peran kader, peran tokoh masyarakat, peran tokoh agama, dan keterjangkauan fasilitas kesehatan dengan kelengkapan imunisasi dasar lengkap bayi.	7 hari	Sejumlah faktor terbukti berhubungan secara signifikan dengan kelengkapan imunisasi dasar pada bayi, meliputi pengetahuan ibu (p=0,001), dukungan keluarga (p=0,006), peran petugas kesehatan (0,012), peran kader (p=0,022), peran tokoh masyarakat (p=0,002), peran tokoh agama (p=0,005), serta keterjangkauan fasilitas kesehatan (p=0,016)
Rusdiana, *et al.*[47]	Garut, Jawa Barat 2023	*Cross-sectional*	66 ibu yang memiliki bayi usia 0-12 bulan	Hubungan pengetahuan ibu, dukungan keluarga, dan dukungan tokoh agama dengan kelengkapan imunisasi dasar pada balita.	Tidak dicantumkan	Pengetahuan ibu (p=0,001) dan dukungan keluarga (p=0,003) terbukti memiliki hubunganbermakna secara statistik, sedangkan dukungan tokoh agama (p=0,083) tidak berhubungan signifikan terhadap kelengkapan imunisasi dasar.
Lee, *et al.*[48]	Negara dengan pendapatan terbawah dan	*Retrospective cohort study*	131 negara berpenghasilan rendah dan menengah.	Pengaruh kejadian stock out vaksin di tingkat nasional terhadap empat cakupan imunisasi (DTP3, MCV1, BCG, OPV)	Tidak dicantumkan.	Negara yang mengalami stock out nasional vaksin memiliki cakupan imunisasi (DTP3, MCV1, BCG,

	menengah (Afrika, Amerika, EMR, Eropa, Asia Tenggara, Pasifik Barat)					OPV) lebih rendah dibandingkan negara tanpa stockout (p<0.01)
Ndwandwe, *et al.*[49]	Afrika selatan 2021	*Cross-sectional*	652 anak berusia 0-23 bulan.	Hubungan karateristik anak (usia, jenis kelamin, urutan lahir, berat lahir), karateristik caregiver/maternal (pendidikan, status pernikahan, usia, pekerjaan, menerima pesan imunisasi), faktor layanan kesehatan (jenis fasilitas, jumlah tenaga kesehatan, stock-out vaksin, tantangan cold chain, metode transportasi)	10 minggu	Usia anak (11-23 bulan) berhubungan signifikan dengan kemungkinan vaksinasi lengkap dibandingkan anak ≤ 10 bulan (p<0,001). Sebagian besar variabel seperti jenis kelamin anak, pendidikan ibu, status pernikahan, metode transportasi, jenis fasilitas kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, stock-out vaksin, dan tantangan cold-chain tidak berhubungan secara signifikan (p≥0,05)
Didier, *et al.*[50]	Togo, afrika barat 2017	*Cross-sectional*	1.261 rumah tangga dengan anak usia 12-23 bulan.	Hubungan pendidikan orang tua, pendapatan rumah tangga, kepemilikan kartu imunisasi, pengetahuan bahwa imunisasi gratis, dan jarak/jangka waktu tempuh ke fasilitas kesehatan terkait dengan status imunisasi tidak lengkap.	9 hari	Status imunisasi yang tidak lengkap memiliki keterkaitan yang bermakna dengan beberapa faktor, antara lain pendidikan orang tua diatas SMA (p,0.05), pendapatan rumah tangga lebih tinggi (p=0.035), tidak memiliki kartu imunisasi (p<0.001), tidak tahu imunisasi gratis (p=0,032), serta jarak tempuh 30-60 menit ke faskes (p<0.01)

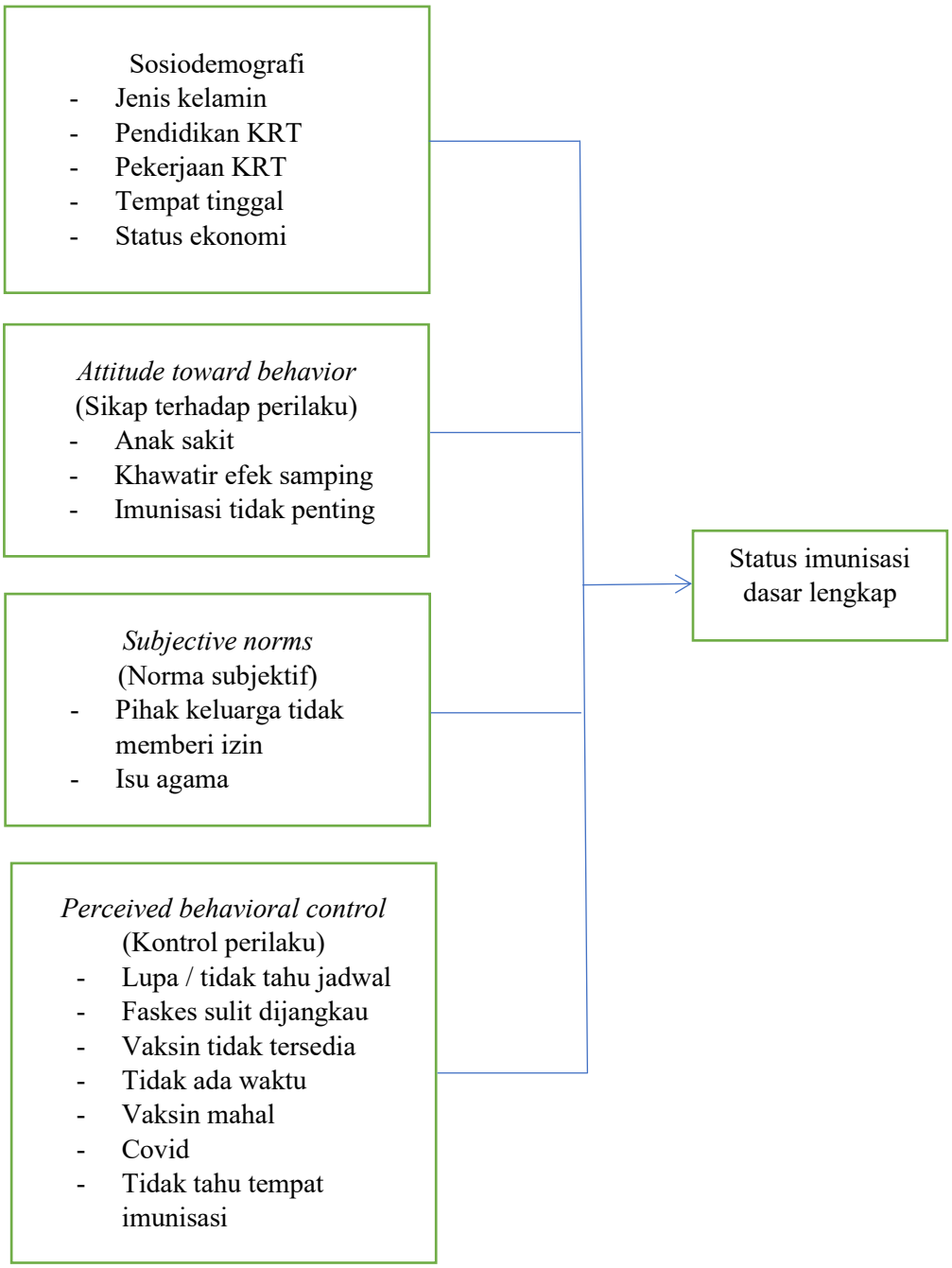
Pambudi, *et al.* [35]	Indonesia 2019	*Cross-sectional*	Capaian imunisasi di 34 provinsi.	Hubungan capaian imunisasi dasar dan capaian imunisasi lanjutan dengan peningkatan kasus COVID-19.	Tidak dicantumkan.	Penurunan capaian imunisasi dasar lengkap memiliki hubungan signifikan dengan peningkatan kasus COVID-19 (p=0.038), sedangkan capaian imunisasi lanjutan dinilai tidak signifikan (p=0.369)
Wulandari, *et al.*[51]	Lampung 2024	Cross-sectional	51 ibu yang memiliki bayi berusia 11 bulan.	Hubungan anatara pengetahuan ibu tentang imunisasi dasar dengan kelengkapan imunisasi dasar bayi.	5 bulan	Hasil analisis menunjukkan bahwa pengetahuan ibu tidak memiliki hubungan yang bermakna secara statistik dengan pencapaian imunisasi dasar lengkap pada bayi (p=0,667)

2.6 Kerangka teori



Gambar 1. Kerangka teori[24]

BAB III
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL



Gambar 2. Kerangka konsep

3.2 Variabel penelitian

3.2.1 Variabel tergantung

Variabel tergantung merupakan variabel dalam sebuah studi yang terpengaruh akibat hadirnya variabel bebas. Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah status imunisasi dasar lengkap pada baduta.

3.2.2 Variabel bebas

Variabel bebas yang diteliti adalah analisis determinan yang meliputi faktor sosiodemografi (jenis kelamin, pendidikan KRT, pekerjaan KRT, tempat tinggal, dan status ekonomi), *attitude toward behavior* (anak sakit, khawatir efek samping), *subjective norms* (pihak keluarga tidak memberi izin, isu agama), *perceived behavioral control* (lupa/tidak tahu jadwal, faskes sulit dijangkau, vaksin tidak tersedia, tidak ada waktu, vaksin mahal, covid, tidak tahu tempat imunisasi).

3.2. Definisi operasional

Tabel 2. Definisi operasional

Variabel	Definisi	Alat ukur	Cara mengukur	Hasil	Skala	Referensi
Status imuniasi dasar lengkap	Status imunisasi yang diperoleh ketika bayi sudah menerima semua vaksin dasar sesuai peraturan, yaitu HB-0 satu kali, BCG satu kali, DPT-HB-Hib sebanyak tiga kali, polio minimal empat kali atau IPV tiga kali, dan campak satu kali, dengan dosis serta jadwal yang telah ditetapkan.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner individu blok I kode I20 dan I21. Dengan kriteria sebagai berikut: 1. Ya diimunisasi, berdasarkan catatan ➔ KOLOM 3 2. Ya diimunisasi, berdasarkan ingatan ➔ KOLOM 4 3. Tidak ➔ Baris Berikutnya 4. Belum waktunya diberikan ➔ Baris Berikutnya 5. Tidak Tahu➔ Baris Berikutnya	0= Ya 1= Tidak	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI
Jenis kelamin	Karateristik perempuan dan laki-laki secara sosial.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner rumah tangga blok IV kode B4K4	0= Laki-laki 1= Perempuan	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI

Pendidikan KRT	Tingkat pendidikan tertinggi yang dicapai oleh individu yang menjadi kepala rumah tangga dalam suatu keluarga.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner rumah tangga blok IV kode B4K8. Dengan kriteria sebagai berikut: 1. Tidak/belum pernah sekolah 2. Tidak tamat SD/MI 3. Tamat SD/MI 4. Tamat SLTP/MTS 5. Tamat SLTA/MA 6. Tamat D1/D2/D3 7. Tamat PT	0= ≥ 12 tahun 1= < 12 tahun	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI
Pekerjaan KRT	Status aktivitas ekonomi yang dilakukan oleh individu yang berperan sebagai kepala rumah tangga dalam suatu keluarga.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner rumah tangga blok IV kode B4K9. Dengan kriteria: 1. Tidak bekerja 2. Sekolah 3. PNS/TNI/Polri/BUMN/BUMD 4. Pegawai swasta 5. Wiraswasta 6. Petani / buruh tani 7. Nelayan 8. Buruh / sopir / pembantu ruta 9. Lainnya	0= Bekerja 1= Tidak bekerja	Nominal	SKI 2023, Kemeskes RI
Tempat tinggal	Tempat yang digunakan oleh individu atau kelompok sebagai tempat untuk menetap.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner rumah tangga blok I kode B1R5	0= Perkotaan 1= Pedesaan	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI

Status ekonomi	Kedudukan atau posisi seseorang dalam masyarakat yang mencerminkan tingkat kesejahteraan ekonomi.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner rumah tangga blok VII	0= Teratas 1= Terbawah	Ordinal	SKI 2023, Kemenkes RI
Anak sakit	Anak dibawah 18 tahun yang mengalami gangguan pada kondisi fisik, mental, atau sosial.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner individu blok I kode I22	0= Tidak 1= Ya	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI
Khawatir efek samping	Perasaan cemas yang dialami individu terhadap potensi hasil yang tidak diinginkan setelah mengonsumsi obat atau menerima tindakan medis.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner individu blok I kode I22	0= Tidak 1= Ya	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI
Imunisasi tidak penting	Keyakinan pribadi yang merasa bahwa imunisasi tidak penting.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner individu blok I kode I22	0= Tidak 1= Ya	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI
Pihak keluarga tidak	Kondisi ketika pihak keluarga	Kuesioner Survei Kesehatan	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner individu blok I kode I22	0= Tidak 1= Ya	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI

memberi izin	tidak menyetujui tindakan medis.	Indonesia 2023				
Isu agama	Norma/ajaran agama.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner individu blok I kode I22	0= Tidak 1= Ya	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI
Lupa / tidak tahu jadwal	Ketidakmampuan untuk mengetahui atau mengingat informasi spesifik mengenai waktu dan urutan suatu kegiatan.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner individu blok I kode I22	0= Tidak 1= Ya	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI
Faskes sulit dijangkau	Fasilitas pelayanan kesehatan berada pada lokasi yang secara fisik sulit dicapai atau didatangi.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner individu blok I kode I22	0= Tidak 1= Ya	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI
Vaksin tidak tersedia	Ketersediaan layanan yang terbatas.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner individu blok I kode I22	0= Tidak 1= Ya	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI
Tidak ada waktu	Hambatan mengenai manajemen waktu.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner individu blok I kode I22	0= Tidak 1= Ya	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI

Vaksin mahal	Faktor biaya yang memengaruhi akses.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner individu blok I kode I22	0= Tidak 1= Ya	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI
Covid	Penyakit coronavirus, yang merujuk pada penyakit yang disebabkan oleh virus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2)	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner individu blok I kode I22	0= Tidak 1= Ya	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI
Tidak tahu tempat imunisasi	Tidak memiliki pengetahuan atau tidak mengetahui lokasi spesifik.	Kuesioner Survei Kesehatan Indonesia 2023	Data sekunder yang diambil dari data SKI 2023, Kuesioner individu blok I kode I22	0= Tidak 1= Ya	Nominal	SKI 2023, Kemenkes RI

BAB IV
METODE

4.1 Desain

Penelitian ini menggunakan desain potong lintang, dimana setiap responden diamati hanya satu kali, baik variabel independen mencakup sosiodemografi dan alasan tidak diimunisasi terhadap variabel dependen berupa status imunisasi dasar lengkap pada baduta serta menilai hubungannya. Data yang digunakan merupakan data sekunder yang bersumber dari SKI 2023.

4.2 Lokasi dan waktu

Penelitian ini akan dilakukan dengan pengambilan data di BKPK (Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan) Kementrian Kesehatan Republik Indonesia DKI Jakarta, pada bulan Februari sampai Juni 2026. Data yang dikumpulkan merupakan data anak usia 12-23 bulan di Indonesia yang mempunyai riwayat kelengkapan vaksin dasar di seluruh Indonesia berdasarkan SKI 2023.

4.3 Populasi dan subjek

4.3.1 Populasi

1. Populasi target

Seluruh anak di Indonesia yang memenuhi kriteria usia 12-23 bulan dan memiliki informasi mengenai status imunisasi dasar lengkap serta faktor-faktor yang memengaruhi kelengkapan imunisasi dasar mereka.

2. Populasi terjangkau

Terdiri dari anak usia 12-23 bulan yang tercatat sebagai responden dengan infromasi terkait status imunisasi dasar lengkap dalam SKI tahun 2023. Populasi ini mencakup responden dari seluruh provinsi di Indonesia, sesuai dengan cakupan nasional SKI 2023.

4.3.2 Subjek

Penelitian ini menggunakan teknik total sampling dengan seluruh populasi dijadikan sampel penelitian. Sampel yang digunakan adalah seluruh anak yang berusia 12-23 bulan yang terdaftar di SKI 2023.

4.3.2.1 Kriteria pemilihan subjek

1. Kriteria inklusi

Bayi dan anak usia 12-23 bulan yang terdaftar di SKI 2023 dan memiliki infromasi riwayat imunisasi dasar lengkap.

2. Kriteria eksklusi

Responden dengan data imunisasi yang tidak lengkap/data *missing*.

4.3.2.2 Perhitungan jumlah subjek

Rumus infinit

$$n_0 = \frac{(Z\alpha)^2 \times p \times q}{d^2}$$

$$n_0 = \frac{(1{,}96)^2 \times 0{,}569 \times 0{,}431}{0{,}01^2}$$

$$n_0 = 9.421{,}1 \approx 9.421$$

Besar sampel yang akan digunakan untuk penelitian pada survei kesehatan Indonesia adalah sebesar 377 rumah tangga.

Keterangan :

n_0 : Besaran sampel optimal yang dibutuhkan

$Z\alpha$: Tingkat kemaknaan dikehendaki adalah 95%, dengan nilai 1,96

p : Proporsi imunisasi dasar tidak lengkap pada anak umur 12-23 di Survei Kesehatan Indonesia = 56,9 = 0,569

q : Proporsi imunisasi dasar lengkap pada anak umur 12-23 di Survei Kesehatan Indonesia = 1 — p = 0,431

d : Kesalahan absolut yang dapat diterima = 1% = 0,01

Rumus finit

$$n = \frac{n_0}{1 + {}^{n_0}/_{N}}$$

$$n = \frac{9.421}{1 + {}^{9.421}/_{16.204}}$$

$$n = 5.957$$

Besar sampel yang diperlukan:

$$n_{total} = n + 15\%n$$

$$n_{total} = 5.957 + 893$$

$$n_{total} = 6.850{,}6 = 6.851$$

Besar sampel yang akan digunakan untuk penelitian pada Survei Kesehatan Indonesia adalah sebesar 6.851 baduta.

Perhitungan sampel diatas hanya dilakukan untuk memperkirakan jumlah sampel minimal yang harus terpenuhi bila terdapat data *missing*, namun penulis akan tetap melakukan *total sampling.*

4.4 Bahan dan instrumen

Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuisioner SKI 2023 yang terdiri dari:

1. Kuesioner individu blok I kode I20 dan I21 untuk mendapatkan status imunisasi dasar lengkap.
2. Kuesioner rumah tangga blok IV kode B4K7 untuk mendapatkan usia.
3. Kuesioner rumah tangga blok IV kode B4K4 untuk mendapatkan jenis kelamin.
4. Kuesioner rumah tangga blok IV kode B4K8 untuk mendapatkan pendidikan KRT.
5. Kuesioner rumah tangga blok IV kode B4K9 untuk mendapatkan pekerjaan KRT.
6. Kuesioner rumah tangga blok I kode B1R5 untuk mendapatkan tempat tinggal.
7. Kuesioner rumah tangga blok VII untuk mendapatkan status ekonomi.

8. Kuesioner individu blok I kode I22 untuk mendapatkan alasan tidak diimunisasi.

4.5 Analisis statistik

Proses pengolahan dan analisis data dilakukan dengan memasukkan data ke program komputer *Statistical Package for Social Science* (SPSS) (tambahkan versinya).

4.5.1 Analisis univariat

Analisis univariat digunakan untuk menjelaskan secara rinci karakteristik masing masing variabel yang diteliti, baik variabel bebas maupun variabel terikat dalam bentuk frekuensi atau persentase.

4.5.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui faktor risiko yang memengaruhi status imunisasi dasar lengkap pada baduta. Uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-Square* dengan signifikansi *p value* <0,05. Apabila nilai p < 0,05 maka disimpulkan terdapat hubungan yang signifikan antara variabel independen terhadap variabel dependen.

4.6 Alur pengambilan sampel

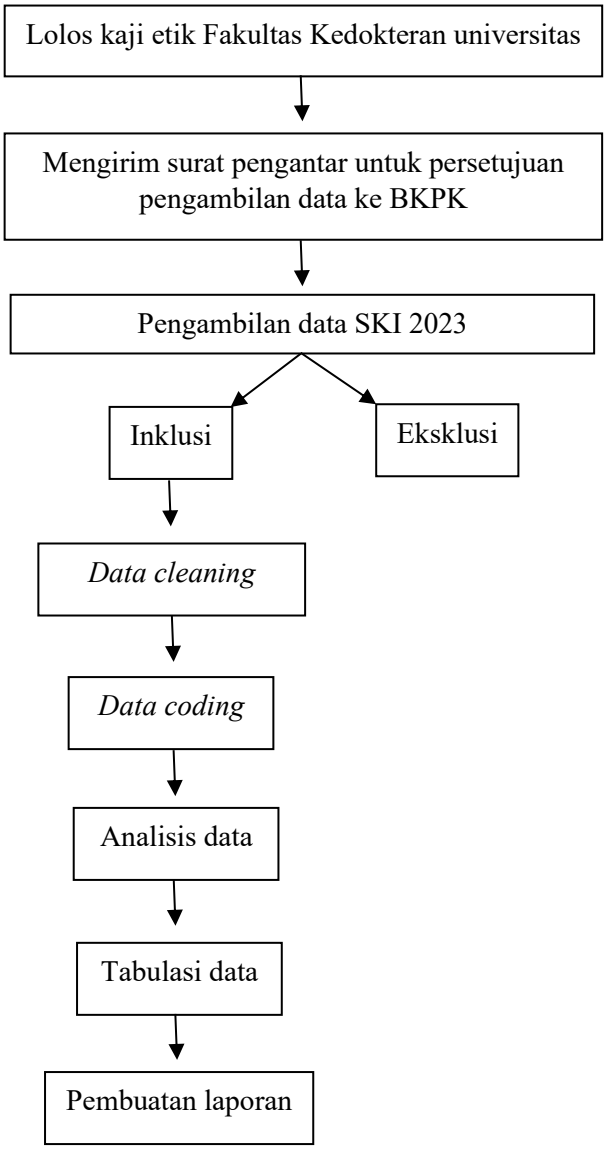
Penelitian ini menggunakan data sekunder yang bersumber dari Survei Kesehatan Indonesia (SKI) tahun 2023 yang diselenggarakan oleh Badan Kebijakan pembangunan Kesehatan (BKPK) di Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Pengambilan sampel dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

Pertama, mengajukan proposal penelitian serta dokumen pendukung lainnya untuk mendapatkan izin etik dari fakultas kedokteran universitas trisakti terlebih dahulu. Setelah mendapatkan kaji etik, maka dapat berlanjut ke prosedur pengajuan surat resmi. Kedua, setelah mendapatkan kaji etik, peneliti dapat mengajukan surat pengantar resmi kepada BKPK untuk mendapatkan persetujuan akses terhadap data sekunder SKI 2023. Ketiga, setelah persetujuan diberikan, peneliti dapat melakukan

pengambilan data sekunder dari SKI 2023 sesuai dengan data variabel yang diperlukan untuk penelitian ini.

Keempat, tahap berikutnya merupakan proses pembersihan data (*data cleaning*) untuk memastikan tidak adanya duplikasi, ketidaksesuaian, atau nilai hilang pada data yan dapat memengaruhi kualitas analisis. Kelima, data yang sudah bersih kemudian dilakukan proses pengodean (*data coding*) agar seluruh variabel yang diteliti terstandarisasi dan siap dianalisis. Keenam, mulai menganalisis data sesuai dengan tujuan penelitian yaitu menidentifikasi faktor risiko yang memengaruhi status imunisasi dasar lengkap pada baduta. Ketujuh, hasil analisis data tersebut kemudian ditabulasi sehingga lebih mudah dibaca, dibandingkan, serta diinterpretasikan. Kedelapan, tahap akhir dari alur kerja penelitian ini adalah penyusunan pelaporan penelitian sebagai bentuk dokumentasi dari hasil temuan yang sistematis dan dapat dipertanggungjawabkan.

4.7 Alur kerja penelitian



Gambar 3. Alur kerja

4.8 Etika penelitian

Proposal yang berjudul "Faktor risiko yang memengaruhi status imunisasi dasar lengkap pada baduta: SKI 2023" Rencana penelitian ini akan diajukan secara resmi untuk mendapatkan persetujuan daripada komite etik penelitian yang berada di lingkungan Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti. Persetujuan dari komite etik merupakan langkah awal yang wajib dilalui sebelum penelitian dapat dijalankan.

4.9 Penjadwalan penelitian

Tabel 3. Penjadwalan pelaksanaan penelitian

Kegiatan	WAKTU																					
	Sep 2025		Okt 2025		Nov 2025		Des 2025		Jan 2026		Feb 2026		Mar 2026		Apr 2026		Mei 2026		Juni 2026		Juli 2026	
Pemilihan Topik dan judul																						
Penyusunan dan penyelesaian BAB I																						
Penyusunan dan penyelesaian BAB II																						
Penyusunan dan penyelesaian BAB III																						
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV																						
Persiapan ujian																						
Ujian proposal																						
Pengerjaan sampel																						
Analisis data																						
Persiapan ujian																						
Penyususnan skripsi																						

REFERENSI

1. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Apa Pengertian dari Vaksin, Vaksinasi, Imunisasi, dan Imunitas. 2020. Available from: https://pusatkrisis.kemkes.go.id/apa-pengertian-dari-vaksin-vaksinasi-imunisasi-dan-imunitas?
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Bulan Imunisasi Anak Nasional. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2022;4(11):1–57.
3. Sáfadi MAP. The importance of immunization as a public health instrument. Jornal de Pediatria (Rio J). 2023;99:S1–3. DOI: 10.1016/j.jped.2022.12.003
4. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Pekan Imunisasi Dunia 2025: Ayo Lengkapi Imunisasi untuk Generasi Sehat Menuju Indonesia Emas. 2025. Available from: https://kemkes.go.id/id/pekan-imunisasi-dunia-2025-ayo-lengkapi-imunisasi-untuk-generasi-sehat-menuju-indonesia-emas
5. UNICEF. Vaccination and Immunization Statistics - UNICEF Data. 2024. Available from: https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/#_ftn2
6. Badan Pusat Statistik. Persentase Anak Umur 12-23 Bulan yang Menerima Imunisasi Dasar Lengkap Menurut Provinsi - Tabel Statistik - Badan Pusat Statistik Indonesia. 2024. Available from: https://www.bps.go.id/id/statistics-table/2/MjI4MCMy/persentase-anak-umur-12-23-bulan-yang-menerima-imunisasi-dasar-lengkap-menurut-provinsi--persen-.html7. Statistika BP. Survei Kesehatan Indonesia 2023 (SKI). 2023. 1–68 p.
8. Hasanah CR, Agustina, Wardianti. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap pada Baduta di Wilayah Kerja Puskesmas Tapaktuan Kabupaten Aceh Selatan. Jurnal Penelitian Inovatif (JUPIN). 2024;4(4):1971-78. DOI: https://doi.org/10.54082/jupin.739
9. Pronyk P, Sugihantono A, Sitohang V, et al. Vaccine hesitancy in Indonesia. Lancet Planet Heal [Internet]. 2019;3(3):114–5. Available from: https://www.researchgate.net/publication/331909257_Vaccine_hesitancy_in_Indonesia
10. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. Strategi Komunikasi Nasional (Imunisasi 2022-2025). Kemenkes. 2023;1–85.
11. American Academy of Pediatrics [Internet]. Fact Checked: Hepatitis B Vaccine Given to Newborns Reduces Risk of Chronic Infection. Available from: https://www.aap.org/en/news-room/fact-checked/fact-checked-hepatitis-b-vaccine-given-to-newborns-reduces-risk-of-chronic-infection/
12. Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). Jadwal Imunisasi Anak Usia 0-18 Tahun, Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia tahun 2024 [Internet]. 2025. Available from: https://www.idai.or.id/professional-resources/rekomendasi/jadwal-imunisasi-anak-usia-0-18-tahun
13. Starshinova A, Kudryavtsev I, Rubinstein A, et al. BCG vaccination: historical role, modern applications, and future perspectives in tuberculosis and beyond. Frontier in Pediatrics. 2025;13:1603732. DOI: https://doi.org/10.3389/fped.2025.1603732

14. Butkeviciute E, Jones CE, Smith SG. Heterologous effects of infant BCG vaccination: potential mechanisms of immunity. Future Microbiology. 2018;13(10):1193–208. DOI: https://doi.org/10.2217/fmb-2018-0026
15. Dhirah UH, Utama I, Aritonang J. Eefektivitas Pendidikan Kesehatan Terhadap Perilaku Ibu Dalam Pemberian Imunisasi Lanjutan Pentabio Pada Balita Usia 17-18 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Lampaseh Kota Banda Aceh Tahun 2017. JRKN. 2017;1.
16. Slack M, Esposito S, Haas H, et al. Haemophilus influenzae type b disease in the era of conjugate vaccines: critical factors for successful eradication. Expert Review of Vaccines. 2020;19(10):903-917. DOI: 10.1080/14760584.2020.1825948
17. Tang G, Yin W, Cao Y, et al. Immunogenicity of sequential inactivated and oral poliovirus vaccines (OPV) versus inactivated poliovirus vaccine (IPV) alone in healthy infants: A systematic review and meta-analysis Immunogenicity of sequential inactivated and oral poliovirus vaccines (OPV) versus inactivated poliovirus vaccine (IPV) alone in healthy infants: A systematic review and meta-analysis. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2018;14(11):2636–43. DOI: 10.1080/21645515.2018.1489188
18. Di Pietrantonj C, Rivetti A, Marchione P, et al. Vaccines for measles, mumps, rubella, and varicella in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021;(11). DOI: 10.1002/14651858.CD004407.pub5
19. Zulfikar E, Arif FN, Hermansyah I. Vaksin Pneumokokus Berbasis Protein (Pneumococcal Protein Vaccine : PPrV) Model Trivalent Terkonjugasi Adjuvan Aluminium dengan d an Administrasi Intranasal sebagai Metode Vaksinasi Terbaru untuk Pencegahan Pneumonia pada ada Balita. Scripta Score Scientific Medical Journal. 2019;1(1):1–13. Available from: https://talenta.usu.ac.id/scripta/article/view/1158
20. Talbird SE, Carrico J, La EM, et al. Impact of Routine Childhood Immunization in Reducing Vaccine-Preventable Diseases in the United States. Pediatrics. 2022;150(3). DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2021-056013
21. WHO and UNICEF. Establishing and strengthening immunization in the second year of life: Practices for vaccination beyond infancy. World Health Organization. 2018. Available from: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).
22. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf. Lembaga Penerbit Balitbangkes. 2020. p. 70–5. Available from: https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id/id/eprint/3514/1/Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf
23. Ajzen I. The theory of planned behavior: Frequently asked questions. Human Behavior and Emerging Technologies. 2020;2(4):314–24. DOI: 10.1002/hbe2.195
24. Ernisa HS, Saputra FF, Duana M. Analisis Theory Planned Behavior (TPB) terhadap Perilaku Ibu dalam Imunisasi Balita di Kecamatan Tenom Kabupaten Aceh Jaya. Sehatmas (Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat).

2025;4(3):887–99. DOI: 10.55123/sehatmas.v4i3.5693
25. Herliana P, Douiri A. Determinants of immunisation coverage of children aged 12-59 months in Indonesia: A cross-sectional study. BMJ Open. 2017;7(12):e015790. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5770960/
26. Abdallah MS, Jumma T, Elhadi YAM, et al. Impact of gender-biased parental perceptions on under-immunization in Eastern Sudan: a cross-sectional study. Frontiers in Global Women's Health. 2024;5:1–7. DOI: 10.3389/fgwh.2024.1337553
27. Citra I, Tanjung D, Rohmawati L, et al. Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap dan Faktor yang Memengaruhi. Sari Pediatri.2017;19(2):86–90. DOI: 10.14238/SP19.2.2017.86-90
28. Wigunarti M, Simanjuntak MK, Erismawati E, et al. Optimalisasi Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap Melalui Pemberdayaan Masyarakat Berbasis Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) dan Training of Trainers (TOT). Jurnal Pengabdian Masyarakat. 2025;4(2):257–70. DOI: 10.53770/amjpm.v4i2.395
29. Pinto JM, Sutiningsih D, Adi MS, et al. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Ketidaklengkapan Imunisasi Dasar Pada Anak Umur < 5 Tahun di Kotamadya Viqueque, Timor Leste. Jurnal Epidemiologi Kesehatan Komunitas. 2025;10(2):106–18. DOI: 10.14710/jekk.v10i2.26748
30. Ullah K, Saleem J, Zakar R, et al. Exploring the reasons for defaulting from childhood immunization: a qualitative study in Pakistan. BMC Public Health. 2024;24(1):1–11. DOI: 10.1186/s12889-024-17926-y
31. Farida D, Kamal S, Susanti D, et al. Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Rendahnya Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap Di Wilayah Kerja Puskesmas Leupung Kabupaten Aceh Besar. Jurnal Kesehatan Tambusai. 2025;6(1):1549–57. DOI: 10.31004/jkt.v6i1.39269
32. Ardhana R, Mandagi CKF, Wowor RE, et al. Evaluasi Cakupan Dan Kendala Program Imunisasi Dasar Lengkap (Idl) Pada Balita Di Puskesmas Bahu Kota Manado. Jurnal Kesehatan Tambusai. 2025;6(2):6638–46.
33. Putri LTD, Faturrahman Y, Maywati S. Analisis Perilaku Ibu Yang Tidak Memberikan Imunisasi Dasar Pada Bayi. Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesa. 2022;18(1):355–67. DOI: 10.37058/jkki.v18i1.4724
34. Handayani L, Afriza N, Djannah SN, et al. Determinan Kepatuhan Ibu dalam Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap: Studi di Desa Kajhu, Aceh Besar. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia (JKKI). 2024;13(03):139–49.
35. Pambudi W, Nataprawira SM. Atzmardina Z, et al. Profil Capaian Imunisasi Dasar Atau Lanjutan Pada Baduta Sebelum Dan Selama Pandemi Covid-19. urnal Muara Medika dan Psikologi Klinis. 2021;1(1):17. DOI: 10.24912/jmmpk.v1i1.12054
36. Sarker AR, Akram R, Ali N, et al. Coverage and factors associated with full immunisation among children aged 12-59 months in Bangladesh: Insights from the nationwide cross-sectional demographic and health survey. BMJ Open. 2019;9(7). DOI: 10.1136/bmjopen-2018-028020
37. Maki W, Aso S, Ono S, et al. Association of age-appropriate vaccination

status at 24 months with all-cause hospitalizations: A retrospective cohort study. Annals of Clinical Epidemiology. 2025;7(4):113-119. DOI: https://dx.doi.org/10.37737/ace.25014
38. Malinda D, Rismayanti T. Relationship between Education, Parity Status and Mother's Knowledge of Booster Immunization with Complete Basic Immunization of Children in the Work Area of the Tanjungsiang Health Center Subang Regency in 2023. International Journal of Health and Pharmaceutical (IJHP). 2024;4(1):19–27. DOI: 10.51601/ijhp.v4i1.269
39. Herlina N, Astri Pinilih T, Nursiha M, et al. Hubungan Status Pekerjaan Ibu Terhadap Kelengkapan Imunisasi Lanjutan Anak usia 18– 24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Rajabasa Indah. Jurnal Ilmu Kedokteran dan Kesehatan. 2023;10(6):2549–4864. Available from: http://ejurnalmalahayati.ac.id/index.php/kesehatan
40. Dhirah UH, Maulida F. Faktor Yang Mempengaruhi Ketepatan Pemberian Imunisasi Dasar Di Wilayah Kerja Puskesmas Samalanga Kecamatan Samalanga Kabupaten. Journal of Healtcare Technology and Medicine. 2021;7(2):1691–704.
41. Nurjannah, Najikhah N. Basic Immunization Coverage Mapping in Indonesia. 2021;654. DOI: 10.26911/ICPHmaternal.FP.08.2021.02
42. Chakraborty N, Joardar GK. Determinants of delayed vaccination among children under 2 years attending an immunisation clinic of a tertiary care hospital, Kolkata. International Journal of Research in Medical Sciences. 2020;8(12):4324–8. DOI: https://dx.doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20205010
43. Shrestha S, Shrestha M, Wagle RR. Predictors of incompletion of immunization among children residing in the slums of Kathmandu valley, Nepal: a case-control study. BMC Public Health. 2016;16(1). DOI: 10.1186/S12889-016-3651-3
44. Jayanti N, Sulaeman ES, Pamungkasari EP. Effects of Predisposing, Enabling, and Reinforcing Factors on Completeness of Child Immunization in Pamekasan, Madura. J Epidemiol Public Heal. 2017;2(2):106–18. Jayanti N, Sulaeman ES, Pamungkasari EP. Effects of Predisposing, Enabling, and Reinforcing Factors on Completeness of Child Immunization in Pamekasan, Madura. Journal Epidemiology Public Health. 2017;2(2):106–18. DOI: 10.26911/theicph.2017.012
45. Fadil, Lukitasari D, Pratama O. Relationship of Mother's Knowledge and Family Support with Basic Immunization Completeness of 12-24 Months Children in the Covid-19 Pandemic Era in UPTD Puskesmas Cibuaya, Karawang. ournal of Applied Food and Nutrition. 2022;3(2):57–64. DOI: 10.17509/jafn.v3i2.52214
46. Hasyifuddin SH, Arbi A, Andria D. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar Lengkap Pada Bayi Di Wilayah Kerja Puskesmas Lampaseh. Jurnal Kesehatan Tambusai. 2023;4(1):168–73.
47. Rusdiana R, Kuswati, Noviyani E. Hubungan Pengetahuan Ibu, Tokoh Agama dan Dukungan Keluarga Terhadap Imunisasi Dasar pada Balita Usia 0-12 Bulan di Puskesmas Cibiuk Kabupaten Garut Tahun 2023. Sentri:

Jurnal Riset Ilmiah. 2024;3(4):1275-1289. Available from: https://www.researchgate.net/publication/381100251
48. Lee D, Lavayen MC, Kim TT, et al. Association of vaccine stockout with immunisation coverage in low-income and middle-income countries: a retrospective cohort study. BMJ Open. 2023;13(7):e072364. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10391784/
49. Ndwandwe D, Ndlovu M, Mayeye A, et al. Trends in Vaccine Completeness in Children Aged 0–23 Months in Cape Town, South Africa. Vaccines. 2023;11(12):1782. DOI: 10.3390/vaccines11121782
50. Ekouevi DK, Gbeasor-Komlanvi FA, Yaya I, et al. Incomplete immunization among children aged 12–23 months in Togo: a multilevel analysis of individual and contextual factors. BMC Public Heal. 2018;18(1):952-. Available from: https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-018-5881-z
51. Wulandari A, Susilo D, Prasetyowati. Jurnal Kebidanan Malahayati (JKM). 2025;365–70 Connection Knowledge Mother With Giving Complete Basic Immunization For Infants. Available from: https://ejurnalmalahayati.ac.id/index.php/kebidanan/article/view/20817/pdf

LAMPIRAN

Lampiran 1. *Dummy table*

Tabel 1. Distribusi karakteristik subjek studi (n= …)

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Status imunisasi dasar lengkap		
Ya		
Tidak		
Umur		
< 9 bulan		
≥9 bulan		
Jenis kelamin		
Laki-laki		
Perempuan		
Pendidikan KRT		
≥12 tahun		
<12 tahun		
Pekerjaan KRT		
Bekerja		
Tidak bekerja		
Tempat tingal		
Perkotaan		
pedesaan		
Sosial ekonomi		
Teratas		
Terbawah		
Anak sakit		
Tidak		
Ya		
Khawatir efek samping		
Tidak		
Ya		
Imunisasi tidak penting		
Tidak		
Ya		
Pihak keluarga tidak memberi izin		
Tidak		
Ya		
Isu agama		
Tidak		
Ya		
Lupa/tidak tahu jadwal		
Tidak		
Ya		

Faskes sulit dijangkau
Tidak
Ya
Vaksin tidak tersedia
Tidak
Ya
Tidak ada waktu
Tidak
Ya
Vaksin mahal
Tidak
Ya
Covid
Tidak
Ya
Tidak tahu tempat imunisasi
Tidak
Ya

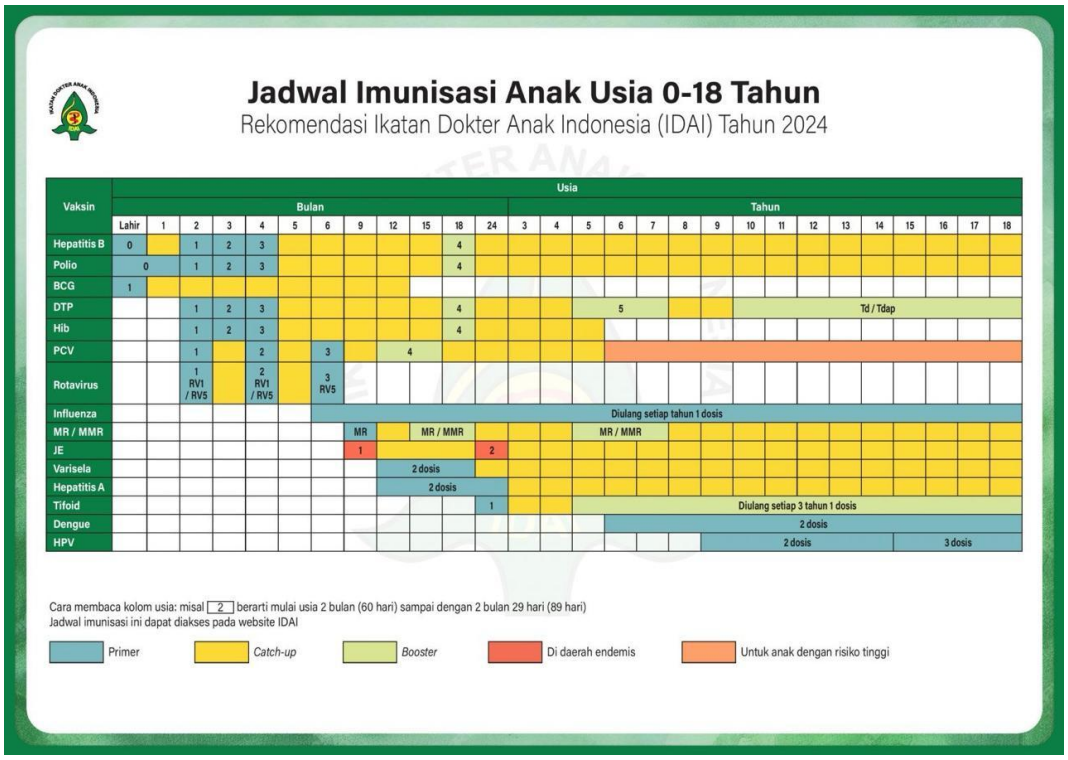
Lampiran 2. Hubungan sosiodemografi, *attitude toward behavior*, *subjective norms*, dan *perceived behavioral control* dengan status imunisasi dasar lengkap(n = ..)

Variabel	Status imunisasi dasar lengkap		Nilai p
	Tidak, n(%)	Ya, n(%)	
Umur			
<9 bulan			
≥9 bulan			
Jenis kelamin			
Laki-laki			
Perempuan			
Pendidikan KRT			
>12 tahun			
<12 tahun			
Pekerjaan KRT			
Bekerja			
Tidak bekerja			
Tempat tinggal			
Perkotaan			
Pedesaan			
Sosial ekonomi			
Teratas			
Terbawah			
Anak sakit			
Tidak			
Ya			
Khawatir efek samping			
Tidak			
Ya			
Imunisasi tidak penting			
Tidak			
Ya			
Pihak keluarga tidak memberi izin			
Tidak			
Ya			
Isu agama			
Tidak			
Ya			
Lupa/tidak tahu jadwal			
Tidak			
Ya			

Faskes sulit dijangkau	
Tidak	
Ya	
Vaksin tidak tersedia	
Tidak	
Ya	
Tidak ada waktu	
Tidak	
Ya	
Vaksin mahal	
Tidak	
Ya	
Covid	
Tidak	
Ya	
Tidak tahu tempat imunisasi	
Tidak	
Ya	

Analisis data menggunakan uji …. Batas kemaknaan statistik yang digunakan p<0,05

Lampiran 3. Jadwal Imunisasi Anak Usia 0-18 tahun Rekomendasi Ikatan Dokter Anak ndonesia (IDAI) 2024



Jadwal Imunisasi Anak Usia 0-18 Tahun

Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Tahun 2024

Vaksin	Usia																											
	Bulan												Tahun															
	Lahir	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Hepatitis B	0		1	2	3						4																	
Polio	0		1	2	3						4																	
BCG	1																											
DTP			1	2	3						4				5					Td / Tdap								
Hib			1	2	3						4																	
PCV			1		2		3		4																			
Rotavirus			1 RV1 / RV5		2 RV1 / RV5		3 RV5																					
Influenza	Diulang setiap tahun 1 dosis																											
MR / MMR								MR		MR / MMR					MR / MMR													
JE								1				2																
Varisela									2 dosis																			
Hepatitis A									2 dosis																			
Tifoid												1			Diulang setiap 3 tahun 1 dosis													
Dengue																2 dosis												
HPV																			2 dosis						3 dosis			

Cara membaca kolom usia: misal [2] berarti mulai usia 2 bulan (60 hari) sampai dengan 2 bulan 29 hari (89 hari)
Jadwal imunisasi ini dapat diakses pada website IDAI

Primer | *Catch-up* | *Booster* | Di daerah endemis | Untuk anak dengan risiko tinggi