

Pengaruh Akses ke Fasilitas Kesehatan terhadap Kelengkapan Imunisasi Baduta (Analisis Riskesdas 2013)

Effect of Access to Health Facilities for Immunization Completeness Children Aged 12-23 Months (Analysis Riskesdas 2013)

Olwin Nainggolan*, Dwi Hapsari dan Lely Indrawati

Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, Jl. Percetakan Negara No. 29, Jakarta 10560, Indonesia

*Korespondensi penulis: olwin.n@gmail.com

Submitted: 24-12-2014, Revised: 02-10-2015, Accepted: 17-02-2016

Abstrak

Akses terhadap fasilitas kesehatan dengan situasi dan kondisi geografis merupakan tantangan yang cukup besar didalam pemberian pelayanan imunisasi secara merata di seluruh Indonesia. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh akses fasilitas kesehatan dengan status imunisasi dasar lengkap pada baduta berusia 12-23 bulan di Indonesia pada tahun 2013. Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional* dan analisis statistik dilakukan dengan menggunakan regresi logistik berganda. Berdasarkan hasil analisis multivariat menunjukkan adanya hubungan yang bermakna (P value=0,001) antara waktu tempuh ke fasilitas kesehatan UKBM (OR=1,23); waktu tempuh (P value=0,000) ke fasilitas kesehatan non UKBM (OR=1,80) dengan kelengkapan imunisasi anak bawah dua tahun (baduta) setelah dikontrol oleh variabel umur ibu pendidikan ibu, pekerjaan ibu, status sosial ekonomi keluarga, dan wilayah tempat tinggal. Diperlukan upaya dan peran serta pemerintah dan masyarakat untuk meningkatkan aksesibilitas penduduk terhadap fasilitas kesehatan terutama fasilitas upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) untuk meningkatkan cakupan kelengkapan imunisasi dasar di seluruh Indonesia.

Kata Kunci: imunisasi dasar lengkap, baduta, UKBM, non UKBM, Indonesia

Abstract

Access to health facilities with geographic circumstances are considerable challenges in the provision of immunization services throughout Indonesia. The purpose of this study is to determine the effect of access to health facilities to complete basic immunization status at children age 12-23 months in Indonesia in 2013. This study used a cross-sectional design and statistical analysis is done by using multiple logistic regression. Based on the results of multivariate analysis showed a significant association (P value=0.001) between the travel time to health facilities UKBM (Community Based Health Efforts) with Odds Ratio/OR = 1.23; and travel time (P value = 0.000) to non UKBM health facilities (OR = 1.80) with the completeness of immunizing children under two years (baduta) after controlled by maternal age, maternal education, maternal occupation, family socio economic status and place of residence. Required effort and the role of the government and the community to improve the accessibility of the population to health facilities, especially facilities-based public health efforts (UKBM) to improve the completeness of basic immunization coverage in Indonesia.

Keywords : complete basic immunization, infant, UKBM, non UKBM, Indonesia

Pendahuluan

Dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, Kementerian Kesehatan terus berupaya untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu. Namun disadari bahwa pembangunan kesehatan masih menghadapi berbagai tantangan, antara lain masih terjadinya kesenjangan status kesehatan masyarakat antar wilayah, antar status sosial dan ekonomi, munculnya berbagai masalah

kesehatan/penyakit baru (*new emerging diseases*) atau penyakit lama yang muncul kembali (*re-emerging diseases*).¹

Menurut estimasi *UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation* (IGME) pada tahun 2012 angka kematian balita di Indonesia adalah sebesar 31 per 1000 kelahiran hidup, angka ini jauh lebih tinggi jika dibandingkan dengan negara tetangga seperti Thailand sebesar 13,2 maupun Malaysia sebesar 8,5 bahkan jika

dibandingkan dengan negara seperti Vietnam lebih baik dibandingkan dengan Indonesia sebesar 23 per 1000 kelahiran hidup. Dalam 10 tahun terakhir angka kematian balita di Indonesia bergerak lambat jika pada tahun 2002 sebesar 47,7 menjadi hanya 31 per 1000 kelahiran hidup. Bila dibandingkan dengan negara seperti Kamboja, justru dalam 10 tahun terakhir dari 89,4 menjadi 39,7 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2012.²

Penurunan yang *significant* angka kematian balita di beberapa negara diantaranya disebabkan tingginya cakupan imunisasi di negara-negara tersebut. Selama satu setengah dekade terakhir, sejak tahun 2000, kemajuan yang signifikan telah dicapai dalam pengurangan kematian akibat penyakit pneumonia dan diare pada anak di seluruh dunia. Antara tahun 2000 sampai dengan tahun 2013, di seluruh dunia berhasil menurunkan jumlah kematian akibat pneumonia dan diare pada anak-anak di bawah usia lima tahun angka kematian anak terbaru tahun 2013, yang disebabkan oleh pneumonia dan diare sekitar 1,5 juta kematian dibandingkan dengan 1,6 juta kematian pada tahun 2012.³ Seperti Thailand telah memperkenalkan imunisasi untuk diare dan pneumonia dalam program imunisasi balita sehingga lebih dapat menurunkan angka kematian balita di negara tersebut.⁴ Cempurion (2012) menyatakan bahwa diantara enam (6) karakteristik meliputi jumlah tenaga kesehatan, jumlah penduduk, lokasi geografis, biaya kesehatan, pendapatan perkapita serta status imunisasi hanya tiga (3) yang terbukti secara signifikan mempengaruhi tingkat kematian anak yaitu: lokasi geografis, status imunisasi serta jumlah tenaga kesehatan di suatu wilayah.⁵

Upaya untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian karena infeksi pada bayi secara drastis dapat dilakukan dengan program imunisasi. Penundaan atau penolakan imunisasi akan membawa risiko terkena infeksi pada anak. Bayi dan anak yang mendapat imunisasi dasar lengkap akan terlindung dari beberapa penyakit berbahaya dan akan mencegah terjadinya penularan penyakit. Imunisasi akan meningkatkan kekebalan tubuh bayi dan anak sehingga mampu melawan penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin tersebut dan melindungi sekelompok orang dari epidemi penyakit infeksi dengan meningkatkan kekebalan komunitas.⁶ Secara spesifik program imunisasi di Indonesia mempunyai target cakupan imunisasi dasar lengkap, yang disebut Lima Imunisasi dasar Lengkap (LIL). Menurut Rencana Pembangunan

Jangka Menengah Nasional⁷ tahun 2010-2014, target cakupan imunisasi dasar lengkap pada bayi 0-11 bulan 90% dan tercapainya UCI (*Universal Child Immunization*) di seluruh desa dan kelurahan.⁷

Masalah pada program pengembangan imunisasi adalah *drop out*. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2011 misalnya angka *drop out* DPT-HB1-Campak pada tahun 2010 sebesar 4,6% relatif tidak bergerak pada tahun 2011 hanya sebesar 4,4%. Demikian juga angka *drop out* DPT-HB1-DPT-HB3 pada tahun 2010 sebesar 3,3% hanya sedikit menurun menjadi 3,1% pada tahun 2011.⁸

Kementerian Kesehatan RI tetap melakukan upaya-upaya akselerasi dengan menyiapkan berbagai perlengkapan imunisasi dan upaya-upaya manajerial. Namun demikian pencapaian target imunisasi belum sesuai dengan yang diharapkan. Berdasarkan laporan data Riskesdas tahun 2007 s/d 2013 di Indonesia anak umur 12-23 bulan yang mendapatkan imunisasi lengkap sedikit mengalami peningkatan dari 46,2% (2007), naik menjadi 53,8% (2010) dan 59,2 (2013). Persentase imunisasi tidak lengkap tahun 2007 sebesar 45,3% turun menjadi 33,5% (2010), namun pada tahun 2013 nyaris tidak mengalami perubahan hanya sebesar 32,1%.⁹⁻¹¹

Indonesia merupakan negara kepulauan dengan jumlah pulau sebanyak 17,504 dan dengan jumlah penduduk sebesar 246,9 juta.¹² Salah satu negara terluas di dunia dengan total luas negara 5.193.250 km² (mencakup daratan dan lautan). Hal ini menempatkan Indonesia sebagai negara terluas ke-7 di dunia setelah Rusia, Kanada, Amerika Serikat, China, Brasil dan Australia. Indonesia yang luas karena terdiri dari pulau-pulau besar dan pulau-pulau kecil dengan jumlah pulau-pulau kecil lebih banyak dibandingkan dengan pulau-pulau besarnya, memiliki permasalahan tersendiri dalam hal pemerataan akses fasilitas kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Akses terhadap fasilitas kesehatan dengan situasi dan kondisi geografis yang sangat beragam merupakan tantangan yang cukup besar di dalam pemberian pelayanan imunisasi secara merata di seluruh Indonesia. Tanpa akses yang mudah dan murah untuk dijangkau tentunya akan menyulitkan masyarakat terutama masyarakat yang berpenghasilan rendah untuk memperoleh layanan imunisasi kepada anak-anak mereka. Tidak tercapainya target cakupan imunisasi lengkap antara lain dipengaruhi oleh bagaimana

masyarakat dapat mencapai akses ke fasilitas kesehatan. Bagi mereka yang tinggal di daerah perkotaan yang memiliki fasilitas kesehatan lengkap baik rumah sakit maupun klinik dapat dengan mudah untuk melakukan imunisasi, akan tetapi bagi yang tinggal di perdesaan dengan fasilitas yang terbatas menyebabkan tidak semua bayi memperoleh layanan imunisasi. Selain itu, faktor biaya yang harus dikeluarkan untuk imunisasi terkadang menjadi alasan mengapa balita tidak diimunisasi.¹³ Di lain pihak berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2010 diketahui bahwa sarana kesehatan di Indonesia berjumlah 329.460 unit yang terdiri dari 1.632 unit rumah sakit, 9.005 unit Puskesmas, dengan rincian jumlah Puskesmas perawatan 2.920 unit dan Puskesmas non perawatan sebanyak 6.085 unit, didukung oleh Puskesmas pembantu (Pustu) sebanyak 23.049 unit serta 318.823 unit sarana kesehatan lainnya yang terdiri dari Posyandu dan Poskesdes.¹⁴ Dengan jumlah sarana kesehatan yang ada tersebut, menjadi pertanyaan apakah mampu memberikan pelayanan kesehatan terbaik kepada seluruh lapisan masyarakat. Pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan serta *stakeholder*-nya dituntut harus menyediakan fasilitas kesehatan secara merata di seluruh Indonesia. Dengan demikian setiap penduduk dapat memperoleh akses pelayanan kesehatan dengan murah dan dekat dengan tempat tinggal penduduk.

Berdasarkan uraian di atas perlu dilakukan analisis bagaimana akses terhadap fasilitas kesehatan terhadap status kelengkapan imunisasi dasar anak baduta umur 12-23 bulan di Indonesia dengan menggunakan data hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013). Akses ke fasilitas kesehatan dinilai dari waktu tempuh, ongkos transportasi yang harus dikeluarkan serta alat transportasi yang digunakan dari rumah ke fasilitas kesehatan terdekat baik fasilitas Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yaitu Posyandu, Poskesdes/Poskestren, Polindes maupun fasilitas kesehatan non UKBM meliputi rumah sakit, Puskesmas, Pustu, praktik dokter, praktik dokter serta praktik bidan.

Metode

Raw data penelitian ini diperoleh dari Laboratorium Manajemen Data, Badan Litbangkes, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Data tentang imunisasi pada Riskesdas 2013 diperoleh dari keterangan tentang imunisasi untuk anak yang lahir dalam kurun waktu 5

tahun sebelum survei. Untuk setiap anak, ibunya diminta untuk memperlihatkan Kartu Menuju Sehat (KMS) atau buku Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) kemudian pewawancara akan menyalin tanggal-tanggal dilakukan vaksinasi sesuai dengan yang tertulis ke kuesioner Riskesdas 2013. Jika tidak dapat memperlihatkan, selanjutnya ibu akan ditanya riwayat imunisasi anak berdasarkan ingatan. Variabel konfounder terdiri dari umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, status sosial ekonomi, tempat tinggal, pemeriksaan kehamilan K4, pelayanan nifas dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner melalui wawancara langsung dengan responden.

Akses Pelayanan Kesehatan dalam Riskesdas 2013 adalah mengetahui keberadaan fasilitas kesehatan yang terdiri dari rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, Puskesmas atau Puskesmas pembantu, praktik dokter atau klinik, praktik bidan atau rumah bersalin, Posyandu, Poskesdes atau Poskestren dan Polindes. Moda transportasi yang dapat digunakan oleh rumah tangga menuju fasilitas kesehatan yang terdiri dari mobil pribadi, kendaraan umum, jalan kaki, sepeda motor, sepeda, perahu, transportasi udara dan lainnya serta penggunaan lebih dari satu moda transportasi atau kombinasi. Waktu tempuh dengan moda transportasi tersebut yang paling sering digunakan oleh rumah tangga dalam bentuk menit. Kemudian yang terakhir memperoleh gambaran tentang biaya atau ongkos transportasi oleh rumah tangga menuju fasilitas kesehatan dalam satu kali pergi.

Status imunisasi dianalisis pada anak umur 12-23 bulan berdasarkan informasi ibu serta melalui sumber informasi catatan pada KMS, KIA dan catatan dalam buku kesehatan anak di luar KMS dan KIA. Imunisasi dasar lengkap merupakan gabungan dari setiap jenis imunisasi (HB 0-3, BCG, Polio 1-4, DPT 1-3, dan Campak) yang diberikan kepada anak. Apabila salah satu dari ketiga sumber tersebut menyatakan bahwa anak sudah diimunisasi, disimpulkan bahwa anak tersebut sudah diimunisasi untuk jenis yang ditanyakan.

Variabel yang dipilih, selanjutnya dianalisis dengan menggunakan perangkat lunak komputer dan dilakukan dalam beberapa tahap yaitu analisis *univariat*, *bivariat* dan analisis *multivariat*. Analisa data dilakukan menggunakan analisis *complex sample* pada program statistik komputer. Data Riskesdas 2013, pengambilan sampelnya dilakukan secara bertahap, sehingga dalam melakukan analisis harus mempertimbangkan

Tabel 1. Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Skala Ukur	Hasil Ukur
Status imunisasi dasar	Kelengkapan lima jenis imunisasi yang diwajibkan yaitu Lima Imunisasi dasar Lengkap (LIL), yaitu: Hepatitis B, BCG, DPT, Polio, dan Campak Kepmenkes RI No.1611 /MENKES/SK/XI/2005	Ordinal	0 = Lengkap 1 = Tidak Lengkap
Waktu tempuh ke UKBM	Waktu tempuh ke faskes Posyandu, Poskesdes, Polindes dalam satu kali perjalanan. Waktu tempuh ke faskes diperoleh dari rata-rata median waktu tempuh dari rumah ke faskes UKBM	Ordinal	0 = Cepat (≤ 8 menit) 1 = Lama (> 8 menit) 2 = Tdk tahu ada UKBM
Ongkos transportasi ke UKBM	Ongkos perjalanan dari rumah ke faskes Posyandu, Poskesdes, Polindes dalam satu kali perjalanan. Ongkos transportasi ke faskes UKBM diperoleh dari rata-rata median ongkos transportasi ke Posyandu, Poskesdes, Polindes.	Ordinal	0 = Murah (\leq Rp 2.000,-) 1 = Mahal ($>$ Rp 2.000,-) 2 =Tdk tahu ada UKBM
Alat transportasi ke UKBM	Alat transportasi yang biasa digunakan rumah ke faskes UKBM. Didasarkan pada asumsi kemudahan responden untuk memperoleh akses pada transportasi.	Ordinal	0 = Mudah (mobil, sepeda motor, kendaraan umum dan lebih dari 1 moda) 1 = Sulit (jalan kaki, sepeda, perahu, transportasi udara, dan lainnya) 2 =Tdk tahu ada UKBM
Waktu tempuh ke non UKBM	Waktu tempuh ke faskes non UKBM terdekat yang biasa digunakan sekali jalan ke faskes (menit). Waktu tempuh ke faskes diperoleh dari rata-rata median waktu tempuh dari rumah ke faskes non UKBM	Ordinal	0 = Cepat (≤ 20 menit) 1 = Lama (> 20 menit) 2 = Tdk tahu non UKBM
Ongkos transportasi ke non UKBM	Ongkos perjalanan dari rumah ke faskes non UKBM dalam satu kali perjalanan (rupiah). Ongkos transprot ke faskes non UKBM diperoleh dari rata-rata median ongkos ke RS Pemerintah, swasta, praktik dokter, praktik bidan.	Ordinal	0 = Murah (\leq Rp 6.500,-) 1 = Mahal ($>$ Rp 6.500,-) 2 = Tidak tahu non UKBM
Alat transportasi ke non UKBM	Alat transportasi yang bisa digunakan dari rumah ke faskes non UKBM. Didasarkan pada asumsi kemudahan responden untuk mendapatkan akses pada transportasi.	Ordinal	0 = Mudah (mobil, sepeda motor, kendaraan umum dan lebih dari 1 moda) 1 = Sulit (jalan kaki, sepeda, perahu, transportasi udara, dan lainnya) 2 = Tdk tahu ada UKBM
Umur ibu	Umur ibu terakhir pada saat wawancara pengumpulan data dan dihitung dalam tahun penuh	Ordinal	0 = < 30 tahun 1 = ≥ 30 tahun
Pendidikan ibu	Jenjang pendidikan formal ibu yang pernah diikuti sampai lulus Tinggi : SMA, PT Rendah : tdk sekolah, SD,SMP	Ordinal	0 = Tinggi 1 = Rendah
Pekerjaan ibu	Pekerjaan yang dilakukan ibu baik di dalam maupun di luar rumah yang menghasilkan uang.	Ordinal	0 = Pegawai, jika PNS/TNI/ Polri, Pegawai swasta 1 = Bukan pegawai, jika wiraswasta, petani, nelayan, buruh 2 = Tidak bekerja, jika sedang mencari kerja, sekolah
Status sosial ekonomi	Indeks status sosial ekonomi berdasarkan indeks kuintil kepemilikan yang dimiliki dalam rumah tangga Tidak miskin: kuintil 3, kuintil 4, kuintil 5 Miskin: kuintil 1, kuintil 2	Ordinal	0 = Tidak miskin 1 = Miskin
Daerah tempat tinggal	Daerah tempat tinggal yang ditempati baduta Pertanyaan Kuesioner: B1R5	Nominal	0 = Perkotaan 1 = Perdesaan

bobot sampel (*weight*), *Primary Sampling Unit (PSU)* dan *strata*. Analisis multivariat dilakukan untuk mendapatkan estimasi hubungan pajanan utama (akses ke fasilitas kesehatan) terhadap variabel *outcome* yaitu kelengkapan imunisasi anak baduta setelah dikontrol dengan variabel-variabel umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, status sosial ekonomi, tempat tinggal. Analisis multivariat yang dianggap sesuai untuk studi ini adalah *regresi logistik berganda*.

Hasil

Analisis Univariat

Hasil analisis univariat pada penelitian ini disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dari setiap variabel dependent, independent (waktu tempuh ke faskes UKBM, ongkos transportasi ke UKBM, alat transportasi ke UKBM, waktu tempuh ke non UKBM, ongkos transportasi ke non UKBM serta alat transportasi ke non UKBM), maupun variabel konfounder antara lain: umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, status sosial ekonomi dan tempat tinggal. Untuk lebih jelasnya distribusi frekuensi variabel dependen dan variabel independen dapat dilihat pada Tabel 2.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa baduta dengan imunisasi lengkap, lebih tinggi proporsinya jika dibandingkan baduta dengan status imunisasi tidak lengkap. Mayoritas yang menjadi responden dalam penelitian ini memiliki waktu tempuh “cepat” (≤ 8 menit) ke faskes UKBM. Dari sisi ongkos transportasi menuju faskes UKBM, proporsi yang paling banyak terdapat pada ongkos kategori “murah” (\leq Rp 2000,-). Proporsi paling tinggi pada alat transportasi yang digunakan ke fasilitas kesehatan UKBM terdapat pada kategori “sulit” (jalan kaki, sepeda, perahu, transportasi udara, lainnya). Sebanyak 20,79% penduduk tidak mengetahui adanya faskes UKBM (Posyandu, Poskesdes dan Polindes) di dekat tempat tinggal mereka. Variabel waktu tempuh ke faskes non UKBM, yang paling besar proporsinya adalah waktu tempuh “cepat” (≤ 20 menit), dan dari sisi ongkos transportasi ke faskes non UKBM, yang mendominasi adalah kategori ongkos “mahal” ($>$ Rp 6500) dan alat transportasi kategori “mudah” (mobil, sepeda motor, kendaraan umum dan lebih dari 1 moda) memiliki proporsi yang tertinggi. Diketahui juga sebanyak 1,77% responden sama sekali tidak mengetahui adanya faskes non UKBM (rumah sakit pemerintah, rumah sakit

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Variabel Dependen, Independen dan Variabel Konfounder

Variabel	Jumlah	Persentase
Status imunisasi		
- Imunisasi lengkap	8436	59,06
- Imunisasi tidak lengkap	6852	40,94
Waktu tempuh UKBM		
- Cepat (≤ 8 menit)	5987	42,50
- Lama (> 8 menit)	5352	36,71
- Tidak tahu faskes UKBM	3949	20,79
Ongkos transportasi UKBM		
- Murah (\leq Rp 2000,-)	7108	53,35
- Mahal ($>$ Rp 2000,-)	4231	25,86
- Tidak tahu faskes UKBM	3949	20,79
Alat transportasi UKBM		
- Mudah	4034	23,61
- Sulit	7305	55,60
- Tidak tahu faskes UKBM	3949	20,79
Waktu tempuh Non UKBM		
- Cepat (≤ 20 menit)	12626	86,03
- Lama (> 20 menit)	2278	12,21
- Tidak tahu faskes Non UKBM	384	1,77
Ongkos Transportasi Non UKBM		
- Murah (\leq Rp 6500,-)	6450	42,51
- Mahal ($>$ Rp 6500,-)	8454	55,73
- Tidak tahu faskes UKBM	384	1,77
Alat Transportasi Non UKBM		
- Mudah	10759	68,34
- Sulit	4145	29,90
- Tidak tahu faskes Non UKBM	384	1,77
Umur ibu		
- < 30 tahun	6748	54,82
- ≥ 30 tahun	8540	45,18
Pendidikan ibu		
- Tinggi	5995	37,39
- Rendah	9293	62,61
Pekerjaan ibu		
- Pegawai	1458	8,59
- Bukan pegawai	4318	23,47
- Tidak bekerja	9512	67,95
Tempat Tinggal		
- Perkotaan	6970	51,04
- Perdesaan	8318	48,96
Status sosial ekonomi		
- Tidak miskin	9387	67,28
- Miskin	5901	32,72

swasta, Puskesmas, praktik dokter, praktik bidan) di tempat tinggal mereka.

Dari hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa proporsi waktu tempuh ke UKBM kategori cepat (≤ 8 menit) lebih tinggi dibandingkan waktu tempuh lama (> 8 menit). Pada responden yang status imunisasinya tidak lengkap, proporsi yang paling tinggi terdapat pada tidak tahu faskes UKBM. Dari hasil uji antara waktu tempuh ke faskes UKBM terhadap kelengkapan imunisasi dasar diperoleh sebagai berikut. Waktu tempuh lama ke faskes UKBM (> 8 menit) mempunyai risiko 1,33 kali untuk imunisasinya tidak lengkap dibandingkan dengan waktu tempuh cepat (≤ 8 menit). Untuk responden yang tidak tahu adanya faskes UKBM mempunyai risiko 1,64 kali untuk

Tabel 3. Hubungan Akses ke Fasilitas Kesehatan, Karakteristik Ibu, Tempat Tinggal, Kunjungan K4 dan Pemeriksaan Nifas dengan Status Imunisasi Dasar Lengkap Baduta Umur 12-23 Bulan

Variabel	Status Imunisasi				P value	OR	95% CI
	Lengkap		Tidak Lengkap				
	N	%	N	%			
Waktu tempuh UKBM							
- Cepat (\leq 8 menit)	3665	65,57	2321	34,43			
- Lama ($>$ 8 menit)	2913	56,27	2439	43,73	0,000	1,33	1,33-1,65
- Tidak tahu faskes UKBM	1858	50,67	2091	49,33	0,000	1,64	1,64-2,09
Ongkos Transportasi UKBM							
- Murah (\leq Rp 2000,-)	4142	61,49	2966	38,51			
- Mahal ($>$ Rp 2000,-)	2436	60,79	1795	39,21	0,607	1,02	0,92-1,15
- Tidak tahu faskes UKBM	1858	50,67	2091	49,33	0,000	1,55	1,38-1,74
Alat Transportasi UKBM							
- Mudah	2369	60,54	1665	39,46			
- Sulit	4209	61,57	3096	38,43	0,458	0,95	0,86-1,07
- Tidak tahu faskes UKBM	1858	50,67	2091	49,33	0,000	1,49	1,31-1,70
Waktu Tempuh Non UKBM							
- Cepat (\leq 20 menit)	7442	62,23	5184	37,77			
- Lama ($>$ 20 menit)	848	39,68	1430	60,32	0,000	2,50	2,19-2,86
- Tidak tahu faskes Non UKBM	146	38,35	238	61,65	0,000	2,65	1,97-3,57
Ongkos Transportasi Non UKBM							
- Murah (\leq Rp 6500,-)	3696	61,65	2754	38,35			
- Mahal ($>$ Rp 6500,-)	4594	57,74	3860	42,26	0,001	1,17	1,07-1,30
- Tidak tahu faskes Non UKBM	146	38,35	238	61,65	0,000	2,58	1,91-3,50
Alat Transportasi Non UKBM							
- Mudah	6166	59,98	4593	40,02			
- Sulit	2124	58,19	2021	41,81	0,181	1,08	0,97-1,20
- Tidak tahu faskes Non UKBM	146	38,35	238	61,65	0,000	2,40	1,79-3,25
Umur Ibu							
- $<$ 30 Tahun	3685	59,07	3063	40,93			
- \geq 30 Tahun	4751	59,05	3789	40,95	0,987	1,00	0,91-1,10
Pendidikan ibu							
- Tinggi	3908	68,33	2087	31,67			
- Rendah	4528	53,52	4765	46,48	0,000	1,87	1,69-2,07
Pekerjaan ibu							
- Pegawai	1003	72,42	455	27,58			
- Bukan pegawai	2137	55,83	2181	44,17	0,000	2,08	1,71-2,51
- Tidak bekerja	5296	58,49	4216	41,51	0,000	1,86	1,56-2,31
Tempat Tinggal							
- Perkotaan	4403	64,69	2567	35,31			
- Perdesaan	4033	53,19	4285	46,81	0,000	1,61	1,47-1,77
Status sosial ekonomi							
- Tidak miskin	5970	64,52	3417	35,48			
- Miskin	2466	47,83	3435	52,17	0,000	1,98	1,80-2,18

memiliki imunisasi tidak lengkap dibandingkan dengan faskes cepat ke UKBM.

Imunisasi lengkap dengan ongkos transportasi ke faskes UKBM dengan kategori “murah” (\leq Rp 2000,-) mempunyai proporsi yang lebih tinggi dibandingkan dengan ongkos ke faskes UKBM kategori “mahal” ($>$ Rp 2000,-). Hasil uji menunjukkan adanya hubungan secara statistik antara ongkos transportasi ke faskes UKBM dengan kelengkapan imunisasi baduta. Terlihat bahwa kategori tidak tahu faskes UKBM mempunyai risiko 1,55 kali untuk mempunyai status imunisasi tidak lengkap dibandingkan dengan responden ongkos murah ke faskes UKBM. Antara ongkos “murah” dan ongkos

“mahal” ke faskes UKBM, tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna terhadap kelengkapan imunisasi baduta (P value 0,607).

Alat transportasi yang digunakan ke faskes UKBM, dengan kategori “sulit” mempunyai proporsi yang lebih tinggi dibandingkan dengan responden dimana alat transportasinya masuk kategori “mudah” maupun yang tidak tahu faskes UKBM. Untuk status imunisasi tidak lengkap dengan proporsi yang paling tinggi terdapat pada responden kategori tidak tahu faskes UKBM. Uji statistik terlihat bahwa alat transportasi kategori tidak tahu faskes UKBM mempunyai risiko 1,49 kali status imunisasinya tidak lengkap dibandingkan responden kategori tidak

tahu faskes UKBM. Alat transportasi kategori “mudah” dan kategori “sulit” memiliki perbedaan yang tidak bermakna terhadap imunisasi lengkap baduta (P value 0,458).

Proporsi imunisasi lengkap baduta paling tinggi terdapat pada responden dengan ongkos kategori “murah” (\leq Rp 6500,-) ke faskes non UKBM. Status imunisasi tidak lengkap tertinggi terdapat kategori tidak tahu ke faskes UKBM. Dari hasil analisis uji statistik, ongkos “murah” (\leq Rp 6500,-) ke faskes non UKBM mempunyai hubungan yang bermakna terhadap kelengkapan imunisasi baduta. Nilai OR=2,58 berarti bahwa responden tidak tahu faskes non UKBM mempunyai risiko 2,58 kali untuk memiliki imunisasi tidak lengkap dibandingkan dengan responden yang tidak tahu faskes non UKBM. Selanjutnya juga ongkos “mahal” ($>$ Rp 6500,-) ke faskes non UKBM mempunyai risiko 1,17 kali untuk mempunyai imunisasi tidak lengkap dibandingkan ongkos “murah” (\leq Rp 6500,-) ke faskes non UKBM.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa alat transportasi yang digunakan berhubungan secara statistik dengan kelengkapan imunisasi baduta, walau secara substansi masih lemah karena OR=1,15; 95% CI (1,09-1,39). Dapat diinterpretasikan bahwa akses transportasi kategori “sulit” berisiko 1,15 kali untuk imunisasi tidak lengkap dibandingkan dengan responden dengan alat transportasi yang “mudah”. Tetapi sebenarnya secara substansi dengan OR hanya 1,15; tidak banyak memberikan pengaruh yang significant dengan kelengkapan imunisasi baduta. Hal ini mungkin disebabkan fasilitas kesehatan khususnya non UKBM yang dimanfaatkan oleh penduduk adalah Puskesmas, yang ada minimal ada di setiap kecamatan yang ada di seluruh Indonesia. Dengan demikian ongkos transportasi bukan menjadi faktor yang menentukan pada program imunisasi dasar. Transportasi sangat penting dalam mendukung akses masyarakat ke pelayanan kesehatan. Idealnya jangkauan masyarakat terhadap sarana pelayanan kesehatan haruslah mudah mungkin sehingga masyarakat bisa memperoleh pelayanan kesehatan yang diinginkannya. Jika biaya transportasi terlalu tinggi bisa mempengaruhi kualitas hidup masyarakat, karena sebagian kebutuhan hidup harus dialokasikan untuk akses transportasi. Pelayanan kesehatan haruslah mudah diakses oleh seluruh lapisan masyarakat. Untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi

sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu berkonsentrasi di daerah perkotaan, dan sementara tidak ditemukan di daerah perdesaan, bukan merupakan pelayanan yang baik.

Dilakukan analisis regresi logistik masing-masing variabel akses ke fasilitas kesehatan meliputi waktu tempuh ke UKBM, ongkos transportasi ke UKBM, alat transportasi ke UKBM, waktu tempuh ke non UKBM, ongkos transportasi ke non UKBM serta alat transportasi ke non UKBM. Pemodelan ini dilakukan secara terpisah, jika semua langsung dimasukkan ke dalam model, akan terdapat *colinearity* sebab ke-6 variabel akses ke fasilitas kesehatan terdapat kategori tidak tahu ke faskes. Masing-masing variabel akses ke faskes UKBM dan non UKBM diuji hubungannya dengan kelengkapan imunisasi baduta menggunakan regresi logistik berganda yang dilakukan secara terpisah. Masing-masing model dikontrol oleh variabel konfounder umur ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, tempat tinggal, status sosial ekonomi keluarga, kunjungan K4 serta pemeriksaan nifas. Sehingga akan didapatkan 6 model yang menggambarkan hubungan antara waktu tempuh, ongkos serta alat transportasi yang digunakan untuk mengakses fasilitas kesehatan baik faskes UKBM maupun faskes non UKBM dan telah dikontrol oleh variabel konfounder.

Model pertama adalah model yang menggambarkan hubungan waktu tempuh dengan kelengkapan imunisasi baduta diantara responden yang tahu adanya faskes UKBM maupun yang tidak tahu adanya faskes di tempat tinggalnya. Hasil analisis regresi logistik menunjukkan waktu tempuh ke UKBM berhubungan bermakna (P value 0,000) dengan kelengkapan imunisasi baduta setelah dikontrol oleh variabel konfounder. Terlihat bahwa waktu tempuh dengan OR=1,28 yang artinya adalah waktu tempuh lama mempunyai risiko 1,28 kali untuk imunisasinya tidak lengkap dibandingkan dengan yang waktu tempuh cepat ke faskes UKBM. Responden yang tidak tahu adanya faskes ke UKBM mempunyai risiko 1,57 kali mempunyai baduta imunisasi tidak lengkap dibandingkan dengan responden yang waktu tempuh cepat ke faskes UKBM di lingkungan tempat tinggalnya.

Model kedua adalah model yang menggambarkan hubungan antara ongkos transportasi dengan kelengkapan imunisasi baduta diantara responden yang tahu adanya faskes UKBM maupun yang tidak tahu adanya faskes di tempat tinggalnya. Terlihat bahwa

ongkos transportasi “murah” maupun “mahal” tidak menunjukkan adanya perbedaan dalam hal imunisasi lengkap (P value=0,692). Jika dibandingkan dengan responden yang tidak tahu adanya faskes, memperlihatkan adanya hubungan yang sangat bermakna (P value=0,000) dengan OR=1,38. Dapat diinterpretasikan bahwa responden tidak tahu ke faskes UKBM memberikan risiko sebesar 1,38 kali untuk status baduta imunisasinya tidak lengkap dibandingkan ongkos transportasi yang “murah” setelah dikontrol variabel konfounder.

Model ketiga adalah model yang menggambarkan hubungan antara alat transportasi yang digunakan dengan kelengkapan imunisasi baduta diantara responden yang tahu adanya faskes UKBM maupun yang tidak tahu adanya faskes di tempat tinggalnya. Tidak terdapat perbedaan dalam kelengkapan imunisasi baduta antara alat transportasi kategori “mudah” dan “sulit” (P value=0,190). Responden tidak tahu ke faskes UKBM mempunyai risiko 1,31 kali untuk status imunisasi baduta tidak lengkap dibandingkan responden dengan kategori alat transportasi “mudah” setelah dikontrol oleh variabel konfounder.

Model keempat adalah model yang menggambarkan hubungan antara waktu tempuh ke faskes non UKBM dengan kelengkapan imunisasi baduta diantara responden yang tahu

adanya faskes non UKBM maupun yang tidak tahu adanya faskes di tempat tinggalnya. Ada hubungan waktu tempuh cepat dengan waktu tempuh yang lama maupun dengan orang yang tidak tahu adanya faskes non UKBM. Waktu tempuh lama mempunyai risiko 1,83 kali mempunyai status imunisasi tidak lengkap dibandingkan dengan yang butuh waktu cepat untuk mencapai faskes non UKBM setelah dikontrol oleh variabel konfounder. Demikian juga responden yang tidak tahu faskes non UKBM mempunyai risiko sebesar 1,89 kali imunisasi tidak lengkap dibandingkan dengan waktu tempuh cepat ke faskes non UKBM setelah dikontrol oleh variabel konfounder.

Model kelima adalah model yang menggambarkan hubungan antara ongkos transportasi dengan kelengkapan imunisasi baduta diantara responden yang tahu adanya faskes non UKBM maupun yang tidak tahu adanya faskes. Tidak ada perbedaan yang nyata antara ongkos “murah” dan ongkos “mahal” ke faskes non UKBM terhadap imunisasi lengkap baduta (P value=0,199). Sebaliknya yang tidak tahu ke faskes non UKBM mempunyai risiko 1,74 kali status imunisasi tidak lengkap dibandingkan dengan ongkos transportasi “murah” setelah dikontrol oleh variabel konfounder.

Model keenam adalah model yang menggambarkan hubungan antara alat

Tabel 4. Hasil Analisis Data Multivariat Masing-masing Fasilitas Kesehatan (UKBM dan Non UKBM) Setelah Dikontrol Variabel Konfounder

Model	Variabel	Odds Ratio	P value	95% CI
1	Waktu tempuh UKBM			
	- Lama (>8 menit) vs Cepat (≤ 8 menit)	1,28	0,000	1,13-1,43
	- Tidak tahu faskes UKBM vs Cepat (≤ 8 menit)	1,57	0,000	1,38-1,77
2	Ongkos transportasi UKBM			
	- Mahal (> Rp 2000,-) vs Murah (≤ Rp 2000,-)	0,98	0,692	0,870-1,10
	- Tidak tahu faskes UKBM vs Murah (≤ Rp 2000,-)	1,38	0,000	1,22-1,56
3	Alat transportasi ke UKBM			
	- Sulit vs Mudah	0,92	0,190	0,81-1,04
	- Tidak tahu faskes UKBM vs Mudah	1,31	0,000	1,15-1,51
4	Waktu tempuh ke non UKBM			
	- Lama (>20 menit) vs Cepat (≤ 20 menit)	1,83	0,000	1,59-2,10
	- Tidak tahu faskes Non UKBM vs Cepat (≤ 20 menit)	1,89	0,000	1,41-2,57
5	Ongkos transportasi non UKBM			
	- Mahal (> Rp 6500,-) vs Murah (≤ Rp 6500,-)	1,07	0,199	0,96-1,19
	- Tidak tahu faskes UKBM vs Murah (≤ Rp 6500,-)	1,74	0,000	1,28-2,38
6	Alat transportasi ke non UKBM			
	- Sulit vs Mudah	1,06	0,290	0,95-1,19
	- Tidak tahu faskes non UKBM vs Mudah	1,70	0,001	1,25-2,31

transportasi yang digunakan dengan kelengkapan imunisasi baduta diantara responden yang tahu adanya faskes non UKBM maupun yang tidak tahu adanya faskes di tempat tinggalnya. Terlihat tidak terdapat perbedaan bermakna alat transportasi “mudah” dengan “sulit” ke faskes non UKBM dengan imunisasi lengkap baduta (P value=0,290). Ada perbedaan yang signifikan jika alat transportasi kategori “mudah” dibandingkan dengan yang tidak tahu adanya faskes non UKBM, terdapat risiko sebesar 1,70 kali baduta akan memiliki imunisasi tidak lengkap bila dibandingkan dengan alat transportasi mudah setelah dikontrol oleh variabel konfounder.

Analisis Multivariat

Analisis data multivariat bertujuan untuk mendapatkan suatu model terbaik dalam melihat determinan terhadap status kelengkapan imunisasi baduta umur 12-23 bulan. Analisis multivariat dilakukan menggunakan regresi logistik ganda dengan model faktor prediksi. Semua variabel independen maupun konfounder dimasukkan sekaligus ke dalam model. Variabel yang memiliki nilai P value yang paling besar akan dikeluarkan satu persatu dari model dengan melihat juga nilai OR. Apabila perubahan nilai OR lebih dari 10% maka variabel tersebut akan dikembalikan ke dalam model, tetapi apabila perubahan nilai OR kurang dari 10% maka variabel tersebut akan dikeluarkan dari model. Variabel umur ibu dikeluarkan pertama sekali dari model karena setelah dimasukkan ke dalam proses pemodelan memberikan nilai $P > 0,05$.

Seleksi multivariat dimulai dengan menghilangkan seluruh responden yang masuk kategori tidak tahu faskes, sehingga responden yang akan dianalisis hanya yang bisa menjawab mengetahui ketersediaan tiap fasilitas kesehatan yang tersedia. Akan didapatkan model yang dapat menggambarkan hubungan akses ke fasilitas kesehatan yang meliputi waktu tempuh, ongkos serta alat transportasi yang digunakan untuk mencapai fasilitas kesehatan baik UKBM maupun non UKBM, diantara responden yang tahu ada faskes di tempat tinggal mereka. Artinya responden yang tidak tahu ada fasilitas kesehatan berada dekat dengan tempat tinggalnya tidak ikut dianalisis.

Tahapan awal adalah dengan memasukkan seluruh variabel ke dalam model dan dikeluarkan secara bertahap masing-masing variabel yang tidak signifikan ($P > 0,05$), pengeluaran dilakukan secara bertahap dari variabel yang P valuenya

terbesar. Dari Tabel 5, variabel umur ibu dengan P value=0,442 harus dikeluarkan dari model pertama sekali karena memiliki P value terbesar, selanjutnya yang dikeluarkan variabel tempat tinggal dengan P value=0,429. Demikian seterusnya berturut-turut, dimulai dari variabel dengan P value yang terbesar dikeluarkan secara bertahap sehingga akan didapatkan model akhir dimana P value seluruhnya dengan P value $< 0,05$.

Berdasarkan model akhir pada Tabel 6, waktu tempuh ke faskes UKBM berkategori lama (> 8 menit) ke faskes UKBM, mempunyai hubungan yang bermakna dengan OR=1,23, artinya ke faskes UKBM memberikan risiko sebesar 1,23 kali seorang baduta untuk mempunyai imunisasi tidak lengkap dibandingkan dengan waktu tempuh cepat (≤ 8 menit) setelah dikontrol variabel pendidikan ibu, pekerjaan ibu, status sosial ekonomi, kunjungan K4 dan pemeriksaan nifas. Waktu tempuh ke faskes non UKBM berhubungan secara statistik dengan status imunisasi lengkap. Terlihat bahwa waktu tempuh yang lama (< 20 menit) ke faskes non UKBM mempunyai risiko 1,80 kali seorang baduta untuk mempunyai imunisasi tidak lengkap dibandingkan dengan responden dengan waktu tempuh cepat (≤ 20 menit) ke faskes non UKBM setelah dikontrol variabel konfounder. Alat transportasi ke faskes non UKBM mempunyai hubungan yang bermakna secara statistik dengan imunisasi lengkap baduta. Alat transportasi ke faskes non UKBM dengan kategori “sulit” (jalan kaki, sepeda, perahu, transportasi udara, dan lainnya) mempunyai risiko untuk memiliki status imunisasi tidak lengkap sebesar 1,15 kali dibandingkan dengan alat transportasi kategori “mudah” (mobil, sepeda motor, kendaraan umum dan lebih dari 1 moda) setelah dikontrol variabel konfounder meliputi variabel pendidikan ibu, pekerjaan ibu, status sosial ekonomi, kunjungan K4 dan pemeriksaan nifas.

Pembahasan

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa proporsi waktu yang cepat ke faskes UKBM, lebih tinggi dibandingkan dengan proporsi waktu tempuh lama. Proporsi yang tidak tahu adanya fasilitas kesehatan UKBM sebanyak 20,79%. Ketidaktahuan adanya faskes UKBM ini dapat diartikan dari dua aspek, yang pertama memang sama sekali tidak ada fasilitas kesehatan baik Posyandu, Poskesdes maupun Polindes di sekitar tempat tinggal mereka. Sehingga *issue* akses disini memegang peranan

Tabel 5. Full Model Regresi Logistik Berganda dalam Hubungan antara Akses dengan Status Kelengkapan Imunisasi Baduta

No	Variabel	Odds Ratio	P value	95% CI
1	Waktu tempuh UKBM			
-	Lama (>8 menit) vs Cepat (≤ 8 menit)	1,25	0,001	1,09-1,41
2	Ongkos transportasi UKBM			
-	Mahal (> Rp 2000,-) vs Murah (≤ Rp 2000,-)	0,84	0,027	0,73-0,98
3	Alat transportasi ke UKBM			
-	Sulit vs Mudah	0,83	0,016	0,71-0,97
4	Waktu tempuh ke non UKBM			
-	Lama (8 menit) vs Cepat (≤ 8 menit)	1,77	0,000	1,48-2,12
5	Ongkos transportasi non UKBM			
-	Mahal (> Rp 6500,-) vs Murah (≤ Rp 6500,-)	1,08	0,215	0,95-1,23
6	Alat transportasi ke non UKBM			
-	Sulit vs Mudah	1,18	0,023	1,02-1,36
7	Umur ibu	1,05	0,442	0,93-1,18
-	> 30 Tahun vs ≤ 30 Tahun			
8	Pendidikan Ibu	1,38	0,000	1,19-1,58
-	Pendidikan rendah vs Pendidikan Tinggi			
9	Pekerjaan ibu			
-	Bukan pegawai vs Pegawai	1,36	0,017	1,06-1,74
-	Tidak bekerja vs pegawai	1,47	0,001	1,17-1,85
10	Tempat tinggal			
-	Perdesaan vs Perkotaan	1,05	0,428	0,95-1,20
11	Status sosial ekonomi tidak miskin			
-	Miskin vs Tidak Miskin	1,18	0,018	1,03-1,35

Tabel 6. Model Akhir Regresi Logistik dalam Hubungan antara Akses dengan Status Kelengkapan Imunisasi Baduta

No	Variabel	Odds Ratio	P value	95% CI
1	Waktu tempuh UKBM			
-	Lama (>8 menit) vs Cepat (≤ 8 menit)	1,23	0,001	1,09-1,39
2	Waktu tempuh ke non UKBM			
-	Lama (>20 menit) vs Cepat (≤ 20 menit)	1,80	0,000	1,51-2,15
3	Alat transportasi ke non UKBM			
-	Sulit vs Mudah	1,15	0,042	1,01-1,31
4	Pendidikan Ibu			
-	Pendidikan rendah vs Pendidikan tinggi	1,38	0,000	1,21-1,58
5	Pekerjaan ibu			
-	Bukan pegawai vs Pegawai	1,38	0,013	1,07-1,76
-	Tidak bekerja vs Pegawai	1,46	0,001	1,16-1,85
6	Status sosial ekonomi tidak miskin			
-	Miskin vs Tidak miskin	1,19	0,009	1,05-1,36

penting. Selanjutnya juga dapat diartikan sebagai pengetahuan responden yang masih kurang sehingga tidak mengetahui adanya fasilitas kesehatan yang berada di sekeliling mereka.

Dalam penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara waktu tempuh

ke faskes UKBM terhadap kelengkapan imunisasi dasar baduta umur 12-23 bulan di Indonesia. Waktu tempuh yang lebih cepat akan semakin memudahkan jangkauan pelayanan kesehatan, karena dilihat dari waktu yang diperlukan akan lebih singkat bahkan bila jarak sangat

dekat tentunya tidak memerlukan transportasi. Masyarakat akan berpikir ulang untuk berpergian jauh ke sarana pengobatan atau pelayanan kesehatan hanya untuk masalah kesehatan yang menurut mereka bukan merupakan penyakit yang berat.¹⁶ Ibu yang memiliki anak bayi akan mencari akses pelayanan kesehatan terdekat dengan rumah atas pertimbangan antara lain kerepotan membawa balita dalam waktu yang lama serta aktivitas lain-lain yang harus diselesaikan.

Wibowo¹⁸ menyatakan bahwa ditemukan hubungan yang positif antara jarak dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dimana makin jauh suatu fasilitas kesehatan, semakin segan penduduk untuk datang. Menurut penelitian Ladifire¹⁹ menunjukkan hasil yang berbeda. Ia menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jarak tempat tinggal dengan status anak seorang ibu apakah imunisasinya lengkap atau tidak ($P \text{ value}=0,415$). Perbedaan ini mungkin disebabkan karena lokasi penelitian dilakukan di kota Tangerang, dimana fasilitas kesehatannya sudah jauh lebih baik dan luas wilayah yang tidak terlalu besar. Sehingga memungkinkan sebagian besar penduduk tidak mengalami kesulitan dalam mengakses fasilitas kesehatan di sekitar rumah mereka. Hasil penelitian Wado, et al²⁰ di Ethiopia menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara jarak dengan pelaksanaan imunisasi. Penelitian ini konsisten dengan hasil penelitian-penelitian sebelumnya di beberapa negara berpenghasilan rendah dan menengah yang menunjukkan bahwa akses ke fasilitas kesehatan merupakan faktor penting pada pelayanan imunisasi.

Hasil akhir analisis multivariat menunjukkan bahwa ongkos transportasi ke faskes UKBM tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap kelengkapan imunisasi baduta. Dapat diartikan sebenarnya berapapun ongkos yang harus dikeluarkan tidak menjadi masalah jika telah ada kesadaran yang tinggi pentingnya imunisasi dan imunisasi sudah menjadi kebutuhan penting bagi masyarakat demi perkembangan dan pertumbuhan bagi anak-anak mereka.

Transportasi dibutuhkan pada saat akan mengakses layanan kesehatan. Biaya transportasi tergantung kepada jarak tempuh atau ada tidaknya *barrier* dalam perjalanan. UKBM adalah wahana pemberdayaan masyarakat, yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola, oleh, dan untuk masyarakat dengan bimbingan dari petugas kesehatan Puskesmas, lintas sektor dan

lembaga terkait lainnya. Dengan tersedianya UKBM di tengah masyarakat maka masyarakat tidak memerlukan ongkos yang mahal untuk mencapai pelayanan kesehatan karena jaraknya sudah singkat dengan lingkungannya. Dengan demikian ongkos transportasi bukan menjadi halangan bagi ibu untuk memberikan imunisasi kepada anak-anak mereka. Sehingga ibu diharapkan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang berbasis UKBM untuk imunisasi dasar demi untuk pertumbuhan dan perkembangan anak-anak.

Menurut Anderson²¹ bahwa faktor alat dan sarana transportasi merupakan faktor yang memungkinkan dan mendukung dalam pelayanan kesehatan. Sarana transportasi akan memudahkan masyarakat untuk mencapai fasilitas kesehatan. Berbeda yang diperoleh dengan penelitian ini yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara alat transportasi yang digunakan dengan imunisasi lengkap baduta. Hal ini mungkin disebabkan bahwa untuk mencapai fasilitas kesehatan yang berbasis UKBM baik itu Posyandu, Poskesdes maupun Polindes biasanya tidak jauh dari tempat tinggal mereka.

Posyandu dan Poskesdes merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) yang dibentuk di desa dalam rangka mendekatkan dan menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa. Sarana ini dibangun dan dikelola oleh masyarakat sendiri sehingga umumnya dekat pemukiman penduduk. Masyarakat cukup mampu untuk mencapai fasilitas ini dengan menggunakan alat transportasi apapun. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Mardiah²² yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan alat transportasi yang digunakan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan analisis multivariat memperlihatkan adanya hubungan yang bermakna antara waktu tempuh ke fasilitas non UKBM dengan kelengkapan imunisasi baduta. Waktu tempuh yang lama (> 20 menit) ke faskes non UKBM mempunyai risiko sebesar 1,8 kali untuk mempunyai baduta imunisasi tidak lengkap dibandingkan dengan waktu tempuh cepat (≤ 20 menit). Hal ini menunjukkan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan non UKBM memegang peranan yang penting untuk menentukan apakah orang tua akan memberi imunisasi pada anak-anak mereka.

Apabila fasilitas kesehatan ini mudah dijangkau dengan alat transportasi yang tersedia,

maka fasilitas kesehatan tersebut akan banyak dimanfaatkan oleh masyarakat.¹⁷ Pengaruh waktu tempuh ke fasilitas kesehatan terdekat diperkirakan dipengaruhi oleh aktivitas sehari-hari orang tua khususnya ibu serta kerepotan tersendiri harus membawa bayi dalam perjalanan dalam waktu yang lama. Juga bagi responden yang bekerja akan mengalami sedikit hambatan untuk pergi ke tempat fasilitas kesehatan jika waktu tempuhnya lama. Semakin lama waktu tempuh dan mahal ongkos transportasi ke fasilitas kesehatan maka ada peluang seseorang anak tidak diimunisasi oleh orangtuanya. Waktu tempuh untuk mencapai fasilitas kesehatan seperti rumah sakit, Puskesmas, praktik dokter, maupun praktik bidan merupakan faktor yang penting. Jika jarak untuk ke faskes non UKBM cukup jauh, dengan waktu tempuh yang lebih lama, akan lebih menyulitkan jangkauan pelayanan kesehatan, terutama pelayanan imunisasi.

Masyarakat akan menggunakan sarana pelayanan kesehatan tersebut jika akses yang tersedia bisa dijangkau. Menurut Notoatmojo²³, bahwa masyarakat tidak akan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan, kecuali bila ia mampu menggunakannya. Lebih lanjut Notoatmojo²³ menyatakan ada beberapa alasan seseorang tidak menggunakan pelayanan kesehatan antara lain fasilitas kesehatan yang diperlukan sangat jauh letaknya, para petugas kesehatan tidak simpatik, judes, tidak responsif dan sebagainya.

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu fasilitas yang seharusnya dapat dinikmati oleh semua kalangan secara adil dan merata. Dengan tidak memandang masyarakat itu mampu atau tidak, semuanya harus dapat menikmati layanan kesehatan dengan baik. Oleh sebab itu perlu diperluas lagi jangkauan layanan kesehatan yang sudah ada sehingga seluruh penduduk baik di daerah perdesaan dan warga miskin lebih dapat terlayani karena dekat dengan tempat tinggalnya. Karena yang menjadi faktor penentu adalah waktu tempuh ke fasilitas kesehatan, maka perlu rumah sakit dan Puskesmas dapat memperluas layanan misalnya dengan menambah jam operasional, sebab layanan selama ini bersamaan dengan aktivitas masyarakat untuk bekerja. Dengan demikian masyarakat dapat meluangkan waktunya untuk memberikan imunisasi anak-anak mereka setelah aktivitas kerja harian.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara ongkos transportasi ke fasilitas kesehatan non UKBM

dengan kelengkapan imunisasi baduta. Sama seperti pengaruh ongkos yang tidak bermakna pada akses fasilitas kesehatan UKBM, pengaruh ongkos pada akses ke fasilitas kesehatan non UKBM juga tidak bermakna. Artinya bahwa baik ongkos transportasi murah atau mahal tidak akan menjadi masalah terhadap status kelengkapan imunisasi baduta. Hal ini berbeda dengan penelitian Hotnida¹⁶ jika masyarakat membutuhkan pelayanan imunisasi, masyarakat akan berusaha untuk mendapatkannya walau dengan ongkos yang mungkin mahal. Jarak tempuh serta ongkos transportasi ke fasilitas kesehatan merupakan salah satu faktor yang penting dalam utilisasi sarana pelayanan kesehatan.¹⁸ Masyarakat akan cenderung memanfaatkan sarana yang ada di sekitar tempat tinggalnya. Lebih lanjut ada berbagai alasan mengapa masyarakat tidak menggunakan fasilitas kesehatan, misalnya jam operasional tidak sama dengan waktu luang masyarakat, antrian panjang yang menghabiskan waktu, jarak tempuh dari rumah atau biaya transportasi mahal, persepsi atas mutu pelayanan, termasuk ketersediaan obat dan lain-lain. Minimnya sarana transportasi atau bahkan tidak ada, menuju sarana pelayanan kesehatan akan berpengaruh terhadap perilaku pencarian pelayanan kesehatan secara umum. Sebab utilisasi sarana kesehatan juga dipengaruhi oleh faktor geografis, masyarakat yang tersebar, keterpencilan, sulit dan mahalnya biaya transportasi.¹⁷ Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa alat transportasi yang digunakan berhubungan secara statistik dengan kelengkapan imunisasi baduta, walau secara substansi masih lemah karena $OR=1,15$; 95% CI (1,09-1,39). Dapat diinterpretasikan bahwa akses transportasi kategori “sulit” berisiko 1,15 kali untuk imunisasi tidak lengkap dibandingkan dengan responden dengan alat transportasi yang “mudah”. Tetapi sebenarnya secara substansi dengan OR hanya 1,15; tidak banyak memberikan pengaruh yang signifikan dengan kelengkapan imunisasi baduta. Hal ini mungkin disebabkan fasilitas kesehatan khususnya non UKBM yang dimanfaatkan oleh penduduk adalah Puskesmas, yang ada minimal ada di setiap kecamatan yang ada di seluruh Indonesia. Dengan demikian ongkos transportasi bukan menjadi faktor yang menentukan pada program imunisasi dasar.

Transportasi sangat penting dalam mendukung akses masyarakat ke pelayanan kesehatan. Idealnya jangkauan masyarakat terhadap sarana pelayanan kesehatan haruslah

mudah mungkin sehingga masyarakat bisa memperoleh pelayanan kesehatan yang diinginkannya. Jika biaya transportasi terlalu tinggi bisa mempengaruhi kualitas hidup masyarakat, karena sebagian kebutuhan hidup harus dialokasikan untuk akses transportasi. Pelayanan kesehatan haruslah mudah diakses oleh seluruh lapisan masyarakat. Untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik, pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Pelayanan kesehatan yang terlalu berkonsentrasi di daerah perkotaan, dan sementara tidak ditemukan di daerah perdesaan, bukan merupakan pelayanan yang baik. Apabila fasilitas kesehatan ini mudah dijangkau dengan alat transportasi yang tersedia, maka fasilitas kesehatan tersebut akan banyak dimanfaatkan oleh masyarakat.¹⁸

Kesimpulan

Dari hasil penelitian tentang pengaruh akses fasilitas kesehatan dengan kelengkapan imunisasi dasar anak baduta umur 12-23 bulan di Indonesia tahun 2013 antara lain adalah waktu tempuh untuk menuju fasilitas UKBM dan non UKBM. Semakin cepat waktu tempuh ke fasilitas kesehatan UKBM dan non UKBM akan meningkatkan peluang kelengkapan imunisasi dasar anak baduta umur 12-23 bulan di Indonesia. Tidak terdapat hubungan yang bermakna antara ongkos transportasi ke fasilitas kesehatan UKBM dan non UKBM dengan kelengkapan imunisasi dasar baduta. Akses penduduk ke fasilitas kesehatan berbasis UKBM masih cukup rendah, masih ada 20,17% yang tidak mengetahui adanya Posyandu, Poskesdes maupun Polindes. Cakupan status imunisasi dasar lengkap di Indonesia sebesar 59,06%. *Drop out* imunisasi dasar anak baduta umur 12-23 bulan adalah 18,99%.

Saran

Promosi tentang pentingnya pemberian imunisasi bagi bayi, khusus menyasar terhadap kelompok-kelompok ibu berpendidikan rendah, tidak bekerja dan status sosial ekonomi miskin, serta bayi yang dilahirkan di rumah dan praktik nakes. Bagi petugas nakes di tempat praktik bidan atau praktik dokter berkewajiban mengingatkan para ibu melalui telepon atau kunjungan ke rumah jika memungkinkan untuk membawa kembali bayinya ke faskes untuk diberikan imunisasi secara lengkap sesuai dengan jadwal-jadwal yang telah ditentukan. Khusus bagi daerah

yang sulit mencapai akses ke fasilitas kesehatan perlu dilakukan kunjungan ke lingkungan atau kunjungan rumah oleh para petugas kesehatan.

Ucapan Terima Kasih

Penulis ucapkan terimakasih kepada Kepala Badan Litbangkes yang telah memberikan izin untuk menggunakan data Riskesdas. Juga ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada staf pengajar FKM UI Bapak R. Sutiawan, S.Kom, M.Si; serta Dr. Besral, SKM, M.Sc, yang banyak memberikan masukan dan kritik untuk perbaikan tulisan ini. Juga kepada Bapak Sandjaja, M.PH, DR.PH dari Badan Litbangkes serta Bapak Hakimi, SKM, MSc dari Subdit Imunisasi Ditjen P2PL Kemenkes yang telah berkenan membaca dan memberikan banyak sekali koreksi atas tulisan ini.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan RI. Petunjuk teknis Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Jakarta: Kemenkes RI; 2013.
2. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), <http://www.childmortality.org/>, diunduh Juli 2014.
3. International Vaccine Acces Center (IVAC). Pneumonia and diarrhea progress report 2014. Balitimore USA: Johns Hopkins Blomberg School of Public Health; 2014.
4. Soepardi J. Bahan presentasi "Usulan penelitian dan kajian kesehatan anak di Badan Litbangkes". Jakarta: Direktorat Bina Kesehatan Anak; 2014.
5. Cempuron JT, Esperidion C, Laurence G, Lapa MMIM. Worldwide patterns of factors affecting child mortality. Cebu Normal University, College of Nursing, http://www.academia.edu/2491098/Worldwide_Patterns_of_Factors_Affecting_Child_Mortality, diunduh tanggal 11 April 2014.
6. Depkes RI. Dasar-dasar epidemiologi: Modul 2. Jakarta: Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL); 2009.
7. Bapenas. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 5 tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2010-2014. Buku I Prioritas Nasional; 2010.
8. Kementerian Kesehatan RI. Profil data kesehatan Indonesia tahun 2011. Jakarta: Kemenkes RI; 2012.
9. Badan Litbangkes. Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2008.
10. Badan Litbangkes. Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2010. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2011.
11. Badan Litbangkes. Laporan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2013. Jakarta: Kementerian

- Kesehatan RI; 2013.
12. Badan Pusat Statistik. Statistik lingkungan hidup di Indonesia. diunduh tanggal 10 Oktober 2013. Diakses di: http://www.bps.go.id/hasil_publicasi/stat_lh_2013/files/search/searchtext.xml,
 13. Suwarnig W. E-health mobile agent untuk monitoring imunisasi,. diunduh Juni 2013. Diakses di: <http://journal.uui.ac.id/index.php/Snati/article/viewFile/1744/1523>.
 14. Kementerian Kesehatan RI. Profil data kesehatan Indonesia tahun 2010; 2011.
 15. Besral. Regresi logistik multivariat. Jakarta: Departemen Biostatitika, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia; 2006.
 16. Hotnida S, Lasbudi A. Gambaran aksesibilitas sarana pelayanan kesehatan di Propinsi Bangka Belitung (Analisis Data Riskesdas 2007). Buletin Penelitian Kesehatan. 2010.
 17. Makmur SP. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan imunisasi dasar di Propinsi Sumatera Selatan (Analisis data Riskesdas 2007 dan Susenas 2007). Jakarta: FKM UI; 2010.
 18. Azwar. Menjaga mutu pelayanan kesehatan. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan; 1996.
 19. Wibowo A. Pemanfaatan pelayanan antenatal: faktor-faktor yang mempengaruhi dan hubungannya dengan bayi berat lahir rendah. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat; Universitas Indonesia. 1992.
 20. Ladifire. Hubungan karakteristik ibu, jarak ke pelayanan kesehatan dan pengeluaran keluarga dengan status imunisasi dasar lengkap pada balita di Kabupaten Tangerang tahun 2006. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia; 2009.
 21. Wado YB, Afework MF, Hindin MJ. Childhood vaccination in rural southwestern Ethiopia: the nexus with demographic factors and women's autonomy. Pan African Medical Journal. 2014;7 (9):50.
 22. Andersen R. A behavior model for families use of health services, research series. Chicago: University Chicago; 1968.
 23. Mardiah. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan imunisasi dasar di Provinsi Kalimantan Barat tahun 2007 (Analisis data Riskesdas dan Susenas tahun 2007). Jakarta: FKM UI; 2010.
 24. Notoadmojo S. Promosi kesehatan, teori dan aplikasi. Jakarta: Penerbit Rieneka Cipta; 2005.