

Determinan Sosial Kesehatan Pemberian Imunisasi pada Anak Usia 12 – 23 Bulan : Literature Review

Ika Fitri Alfiani^{1*}, Dien Anshari²

¹Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jalan Prof. Dr. Bahder Djohan, Kampus UI Depok, Indonesia. ²Center for Health Research Universitas Indonesia, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Gedung G / Ruang 211 Kampus UI Depok 16424.

Informasi Artikel

Diterima 21-11-2024
Disetujui 20-12-2024
Diterbitkan 31-12-2024

Kata Kunci

Imunisasi Anak,
Determinan Sosial
Kesehatan, Pemberian
Imunisasi, Status Sosio
ekonomi, Akses
Kesehatan

e-ISSN

2613-9219

Akreditasi Nasional

SINTA 4

Keyword

*Child Immunization,
Social Determinants of
Health, Immunization
Uptake, Socioeconomic
Status, Healthcare
Access*

Corresponding author

afealfiani@gmail.com

Abstrak

Latar belakang: Imunisasi merupakan intervensi kesehatan masyarakat yang efektif melindungi anak-anak dari penyakit infeksi. Imunisasi dasar diberikan kepada anak usia 12–23 bulan, seperti campak, rubela, polio, dan hepatitis B, untuk menciptakan kekebalan dan melindungi kelompok rentan. Determinan sosial kesehatan (DSK) berperan penting dalam cakupan imunisasi, namun kesenjangan masih ditemukan. Tinjauan ini mengeksplorasi pengaruh DSK terhadap cakupan imunisasi anak usia 12–23 bulan dan memberikan rekomendasi untuk mengatasi kesenjangan tersebut. **Metode:** Tinjauan literatur sistematis berdasarkan pedoman PRISMA dilakukan menggunakan *Scopus*, *ScienceDirect*, *ProQuest*, *Sage Journals*, dan *Google Scholar*. Studi kuantitatif dari Asia dan Afrika yang diterbitkan antara 2019–2024 dipilih berdasarkan kriteria inklusi, dengan fokus pada variabel seperti pendidikan ibu, status sosial ekonomi, akses layanan kesehatan, dan kepercayaan agama. **Hasil:** Dari 602 artikel yang diidentifikasi, sepuluh memenuhi kriteria inklusi. Temuan menunjukkan bahwa pendidikan ibu, status ekonomi, lokasi geografis, akses layanan kesehatan, dan kepercayaan agama sangat memengaruhi cakupan imunisasi. Anak-anak dari ibu berpendidikan dan tinggal di perkotaan memiliki peluang lebih besar mendapatkan imunisasi lengkap, sementara hambatan utama ditemukan di komunitas terpencil dan berpenghasilan rendah. **Kesimpulan:** Pendidikan ibu, status ekonomi, dan lokasi geografis berkontribusi signifikan terhadap cakupan imunisasi. Penelitian lebih lanjut dengan pendekatan longitudinal diperlukan untuk memahami pengaruh DSK secara mendalam. Rekomendasi mencakup peningkatan pendidikan ibu, akses layanan kesehatan, dan kolaborasi lintas sektor untuk memperluas cakupan imunisasi di Indonesia.

Abstract

Background: Immunization is an effective public health intervention to protect children from infectious diseases. Basic immunizations are given to children aged 12–23 months, such as measles, rubella, polio, and hepatitis B, to create immunity and protect vulnerable groups. Social determinants of health (DSK) play an important role in immunization coverage, but gaps are still found. This review explores the influence of DSK on immunization coverage of children aged 12–23 months and provides recommendations to address these gaps. **Methods:** A systematic literature review based on PRISMA guidelines was conducted using *Scopus*, *ScienceDirect*, *ProQuest*, *Sage Journals*, and *Google Scholar*. Quantitative studies from Asia and Africa published between 2019 and 2024 were selected based on inclusion criteria, focusing on variables such as maternal education, socioeconomic status, access to health services, and religious beliefs. **Results:** Of the 602 articles identified, ten met the inclusion criteria. Findings indicate that maternal education, socioeconomic status, geographic location, access to health services, and religious beliefs significantly influence immunization coverage. Children of educated mothers living in urban areas are more likely to receive complete immunization, while major barriers are found in remote and low-income communities. **Conclusion:** Maternal education, economic status, and geographic location significantly contribute to immunization coverage. Further research with a longitudinal approach is needed to understand the influence of DSK in depth. Recommendations include improving maternal education, access to health services, and cross-sector collaboration to expand immunization coverage in Indonesia.

PENDAHULUAN

Imunisasi merupakan salah satu intervensi kesehatan masyarakat yang paling efektif untuk melindungi anak-anak dari berbagai penyakit menular. Anak-anak berusia 12 hingga 23 bulan berada pada periode krusial dalam jadwal imunisasi, di mana mereka dijadwalkan menerima vaksinasi penting seperti vaksin campak, gondongan, rubella, polio, dan hepatitis B¹. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan berbagai otoritas kesehatan global menekankan pentingnya cakupan imunisasi yang tinggi untuk mencegah penyebaran penyakit yang dapat dicegah dengan vaksinasi, sekaligus melindungi kelompok rentan dalam masyarakat.

Determinan sosial kesehatan (DSK) adalah kondisi di mana orang dilahirkan, tumbuh, hidup, bekerja, dan bertambah tua. Faktor-faktor ini secara signifikan memengaruhi hasil kesehatan, termasuk tingkat imunisasi². DSK adalah kondisi di mana orang dilahirkan, tumbuh, hidup, bekerja, dan bertambah tua. Faktor-faktor ini secara signifikan memengaruhi hasil kesehatan, termasuk tingkat imunisasi. DSK utama yang memengaruhi imunisasi meliputi status sosial ekonomi, pendidikan, akses ke layanan kesehatan, dan kepercayaan terhadap budaya. Misalnya, anak-anak dari keluarga berpenghasilan rendah mungkin memiliki tingkat imunisasi yang lebih rendah karena terdapat hambatan seperti kurangnya transportasi ke fasilitas layanan kesehatan atau terbatasnya akses ke informasi kesehatan¹. Selain itu, tingkat pendidikan orang tua dapat memengaruhi pemahaman dan penerimaan vaksin, sementara keyakinan dan praktik budaya dapat mendukung atau menghambat upaya imunisasi^{3,4}.

Usia 12 hingga 23 bulan merupakan masa krusial dalam tumbuh kembang anak. Pada masa ini, anak-anak mengalami pertumbuhan pesat dan tonggak perkembangan yang signifikan, termasuk perubahan fisik, kognitif, dan emosional. Pada masa ini pula anak-anak sangat rentan terhadap penyakit menular, sehingga imunisasi tepat waktu sangat penting untuk kesehatan dan kesejahteraan mereka⁵. Jadwal imunisasi untuk anak usia 12 hingga 23 bulan mencakup beberapa vaksin penting. Vaksin ini melindungi terhadap penyakit seperti campak, gondongan, rubella, varicella (cacar air), hepatitis A, dan influenza⁶. Memastikan bahwa anak-anak menerima vaksin ini sesuai jadwal sangat penting untuk mencegah terjangkitnya Penyakit PD3I dan untuk menjaga kesehatan masyarakat⁷. Imunisasi pada anak-anak dalam rentang usia ini memiliki manfaat kesehatan jangka panjang. Vaksin tidak hanya melindungi anak-anak dari ancaman kesehatan langsung, tetapi juga berkontribusi terhadap kesehatan mereka secara keseluruhan dengan mencegah komplikasi dan kondisi kronis yang terkait dengan PD3I⁶. Misalnya, campak dapat menyebabkan komplikasi parah seperti pneumonia dan ensefalitis, yang dapat berdampak jangka panjang pada kesehatan anak.

Penelitian imunisasi pada kelompok usia ini memiliki implikasi kesehatan masyarakat yang penting. Tingkat imunisasi yang tinggi pada anak usia 12 hingga 23 bulan berkontribusi terhadap kekebalan kelompok, melindungi masyarakat luas, termasuk mereka yang tidak dapat menerima imunisasi karena alasan medis. Selain itu, mengidentifikasi dan mengatasi hambatan terhadap imunisasi dapat membantu pejabat kesehatan masyarakat

merancang strategi yang efektif untuk meningkatkan penerimaan vaksin dan mencegah wabah penyakit.

Namun demikian, penelitian yang secara khusus berfokus pada kelompok usia 12–23 bulan dengan pendekatan Determinan Sosial Kesehatan masih terbatas. Sebagian besar penelitian terdahulu hanya membahas determinan sosial kesehatan secara umum tanpa fokus pada kelompok usia ini yang sangat rentan terhadap penyakit menular. Selain itu, gap analisis dalam literatur terkini menunjukkan kurangnya data yang terintegrasi untuk menunjukkan pengaruh multifaktorial dari DSK terhadap cakupan imunisasi pada anak-anak dalam rentang usia tersebut, terutama di wilayah Asia dan Afrika yang memiliki beban penyakit tinggi.

Tinjauan literatur ini bertujuan untuk mengeksplorasi hubungan Determinan Sosial Kesehatan terhadap cakupan imunisasi untuk anak-anak berusia 12–23 bulan. Dengan mengeksplorasi DSK, tinjauan ini akan mengidentifikasi kesenjangan dalam penelitian terkini dan menyarankan untuk penelitian selanjutnya untuk meningkatkan cakupan imunisasi pada populasi yang kurang terlayani.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan sistematis dalam tinjauan literatur untuk memastikan cakupan menyeluruh terhadap studi yang relevan dengan topik yang dibahas. Proses tinjauan ini mengikuti pedoman *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). PRISMA merupakan panduan berbasis bukti yang dirancang untuk meningkatkan transparansi dan keterulangan dalam pelaporan tinjauan sistematis. Dengan menerapkan PRISMA, setiap langkah dalam tinjauan ini dilaksanakan secara terstruktur, sehingga hasil yang diperoleh dapat dipertanggungjawabkan dan memungkinkan replikasi oleh peneliti lainnya⁸.

Kerangka kerja PICO (*Population, Intervention, Comparison, and Outcome*) digunakan untuk merumuskan pertanyaan penelitian serta memandu proses pencarian literatur. Dalam penelitian ini, elemen PICO terdiri dari populasi (anak-anak usia 12–23 bulan), intervensi (imunisasi), perbandingan (berbagai jenis determinan sosial kesehatan seperti pendidikan ibu, lokasi geografis, gender, status sosial ekonomi, akses ke layanan kesehatan, dan kepercayaan agama), serta *outcome* (cakupan pemberian imunisasi). Pendekatan ini membantu memfokuskan pencarian literatur sehingga artikel yang terpilih relevan dengan tujuan penelitian, yakni untuk mengeksplorasi pengaruh determinan sosial kesehatan terhadap cakupan imunisasi pada anak-anak usia tersebut.

Proses tinjauan literatur ini terdiri dari empat tahapan utama, yaitu identifikasi, penyaringan, penentuan kelayakan, dan analisis isi artikel. Pada tahap identifikasi, artikel dikumpulkan dari basis data utama seperti *Scopus*, *ScienceDirect*, *ProQuest*, *Sage Journals*, dan *Google Scholar*. Basis data ini dipilih karena cakupannya yang luas dalam bidang kesehatan masyarakat dan sosial. Pencarian dilakukan dengan menggunakan kombinasi kata kunci yang relevan, yaitu "determinant," "social," "demography," "gender," "education," "vaccination," "immunization," dan "child." Operator boolean "AND" diterapkan di antara kata

kunci ini untuk meningkatkan spesifisitas pencarian, sehingga artikel yang terpilih lebih relevan dengan tujuan penelitian.

Tahap penyaringan dilakukan untuk mengevaluasi artikel yang telah diidentifikasi sebelumnya. Langkah ini bertujuan untuk menghilangkan duplikasi serta artikel yang tidak memenuhi kriteria inklusi. Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi artikel kuantitatif yang berfokus pada anak-anak berusia 12–23 bulan dan mengeksplorasi pengaruh determinan sosial kesehatan terhadap cakupan imunisasi. Artikel yang disertakan harus berupa *full-text*, berbahasa Inggris, *open access*, dan diterbitkan dalam rentang waktu tahun 2019–2024. Selain itu, wilayah penelitian dibatasi pada benua Asia dan Afrika, karena kedua wilayah ini menghadapi tantangan signifikan terkait cakupan imunisasi, termasuk keterbatasan akses layanan kesehatan, kesenjangan pendidikan, serta variasi kondisi sosial-ekonomi. Fokus ini memungkinkan pemahaman yang lebih mendalam terhadap tantangan spesifik yang memengaruhi cakupan imunisasi di wilayah dengan konteks sosial-ekonomi yang kompleks. Artikel yang tidak memenuhi kriteria inklusi atau termasuk dalam kategori kriteria eksklusi dihilangkan pada tahap ini.

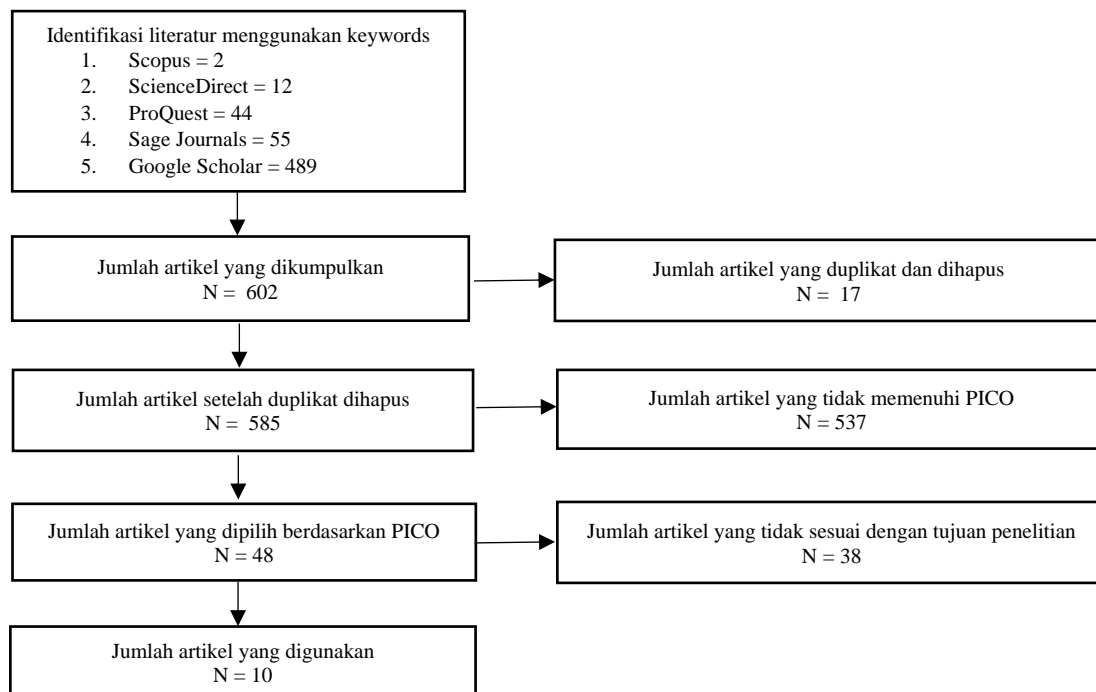
Pada tahap penentuan kelayakan, artikel yang telah lolos dari tahap penyaringan dievaluasi kembali untuk memastikan kesesuaiannya dengan tujuan penelitian. Artikel yang lolos tahap ini kemudian diorganisasikan dalam tabel yang berisi informasi penting, seperti judul, penulis, tahun publikasi, metode penelitian, variabel determinan sosial kesehatan yang dianalisis, serta temuan

utama. Pengorganisasian ini mempermudah analisis dan perbandingan antar artikel.

Tahap terakhir adalah analisis isi dari artikel yang terpilih. Analisis dimulai dengan mengklasifikasikan temuan berdasarkan variabel determinan sosial kesehatan, seperti status sosial ekonomi, tingkat pendidikan ibu, gender, dan akses ke layanan kesehatan. Klasifikasi ini memungkinkan identifikasi pola atau tren dalam pengaruh berbagai faktor sosial terhadap cakupan imunisasi. Penilaian kualitas artikel juga dilakukan pada tahap ini dengan mempertimbangkan desain penelitian, ukuran sampel, metode pengumpulan data, dan validitas hasil. Artikel dengan metodologi yang lebih kuat diberi bobot lebih besar dalam sintesis temuan.

Selanjutnya, dilakukan perbandingan temuan antar studi untuk mengidentifikasi kesamaan dan perbedaan, khususnya dalam variabel determinan sosial kesehatan yang signifikan terhadap cakupan imunisasi. Proses ini diakhiri dengan sintesis hasil yang menggabungkan temuan serupa untuk memberikan kesimpulan holistik tentang peran determinan sosial kesehatan dalam pemberian imunisasi pada anak-anak usia 12–23 bulan. Sintesis ini juga digunakan untuk mengidentifikasi kesenjangan penelitian yang dapat menjadi rekomendasi untuk penelitian di masa depan.

Dengan tahapan-tahapan ini, penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan mendalam mengenai pengaruh determinan sosial kesehatan terhadap cakupan imunisasi pada anak-anak, sekaligus menjadi referensi yang berharga bagi peneliti lain dalam topik yang serupa.



Gambar 1. Diagram Alur PRISMA

HASIL

Pada penelitian ini, identifikasi literatur dilakukan melalui pencarian artikel dari empat sumber database utama, yaitu *Scopus*, *ScienceDirect*, *ProQuest*, *Sage*

Journals, dan *Google Scholar*. Dari hasil pencarian menggunakan kata kunci yang relevan, terkumpul 602 artikel, dengan distribusi masing-masing: 2 artikel dari *Scopus*, 12 artikel dari *ScienceDirect*, 44 artikel dari *ProQuest*, 55 artikel dari *Sage Journals*, dan 489 dari

Google Scholar. Selanjutnya, dilakukan penghapusan artikel duplikat, yang menghasilkan pengurangan 17 artikel. Dengan demikian, tersisa 585 artikel yang kemudian dievaluasi lebih lanjut. Tahap berikutnya adalah seleksi artikel berdasarkan kriteria PICO (*Population, Intervention, Comparison, Outcome*). Dalam tahap ini, 537 artikel diidentifikasi tidak memenuhi kriteria PICO yang ditetapkan dan dikeluarkan dari daftar artikel yang dipertimbangkan. Setelah seleksi ini, tersisa 48 artikel yang relevan. Dari 48 artikel yang memenuhi kriteria PICO, dilakukan evaluasi akhir untuk menentukan kesesuaian dengan tujuan penelitian. Sebanyak 38 artikel dihapus

karena dinilai kurang relevan dengan tujuan penelitian. Dengan demikian, hanya 10 artikel yang terpilih dan digunakan sebagai dasar dalam analisis lebih lanjut.

Selanjutnya, Tabel 1 menyajikan ringkasan hasil penelusuran artikel yang telah terpilih. Tabel ini mencakup judul, penulis, tahun publikasi, metode penelitian, responden, lokasi penelitian, determinan sosial kesehatan yang dianalisis, serta hasil penelitian dari masing-masing artikel. Tabel ini memberikan gambaran yang komprehensif mengenai kontribusi setiap artikel terhadap pemahaman tentang ketidaksetaraan dalam cakupan imunisasi anak di berbagai konteks sosial dan geografis.

Tabel 1. Hasil Penelusuran Artikel

No	Judul, Peneliti, Tahun Publikasi, dan Sumber Jurnal	Metode, Responden & Lokasi Penelitian	Determinan Sosial Kesehatan	Hasil Penelitian
1.	<ul style="list-style-type: none"> Immunization Gender Inequity in Pakistan: An Analysis of 6.2 Million Children Born from 2019 to 2022 and Enrolled in the Sindh Electronic Immunization Registry Siddiqi, D. A.; Iftikhar, S.; Siddique, M.; Mehmood, M.; Dharma, V. K.; Shah, M. T.; Setayesh, H.; Chandir, S. 2023 ProQuest 	<ul style="list-style-type: none"> Metode Penelitian: Studi kohort retrospektif menggunakan data dari Sindh Electronic Immunization Registry (SEIR), menganalisis anak lahir 2019-2022 untuk menilai ketidaksetaraan gender dalam imunisasi, dengan menghitung rasio laki-laki terhadap perempuan (M : F). Tujuan Penelitian: Menyelidiki ketidakadilan berbasis gender dalam cakupan imunisasi anak di Pakistan. 	<ul style="list-style-type: none"> Tingkat Literasi/Pendidikan Ibu Lokasi Geografis Jenis Tempat Imunisasi Jenis kelamin penyedia layanan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> Pendidikan Ibu: Ibu dengan pendidikan tinggi (11+ tahun) memiliki rasio M 1,00 untuk Penta-1, menunjukkan kesetaraan akses vaksin untuk anak laki-laki dan perempuan. Ibu berpendidikan rendah (1-5 tahun) menunjukkan ketidaksetaraan lebih tinggi, dengan rasio M 1,09 untuk Penta-1 dan 1,33 untuk Penta-3 dan Measles-1, mengindikasikan anak laki-laki lebih mungkin diimunisasi. Lokasi Geografis: UCs pedesaan memiliki rasio M 1,11 untuk Penta-1 dan Penta-3, lebih tinggi dari rasio 1,06 di UCs perkotaan. UCs kawasan kumuh menunjukkan rasio M 1,07 untuk Penta-1, dibandingkan 1,05 di area non-kumuh, mencerminkan tantangan dalam kesetaraan gender dalam imunisasi. Tempat Imunisasi: Pusat imunisasi tetap menunjukkan ketidaksetaraan lebih tinggi; layanan imunisasi outreach rutin memiliki rasio M lebih rendah (1,07), mendukung kesetaraan gender. Kehadiran Petugas Imunisasi Perempuan: Tanpa petugas kesehatan perempuan, rasio M mencapai 3,00 untuk Penta-1, menunjukkan bias terhadap anak laki-laki. Dengan petugas perempuan, rasio M berkisar antara 1,00 hingga 1,20, menunjukkan akses yang lebih baik untuk anak perempuan.
2.	<ul style="list-style-type: none"> Inequalities in Childhood Immunisation in South Asia Atteraya, M.S.; Song, I.H.; Ebrahim, N.B.; Gnawali, S.; Kim, E.; Dhakal, T. 2023. ProQuest 	<ul style="list-style-type: none"> Desain Penelitian: Penelitian menggunakan desain potong lintang untuk menganalisis faktor-faktor yang memengaruhi imunisasi lengkap pada anak. Sumber Data: Survei DHS dari tahun 2015 (Afghanistan), 2017-18 (Bangladesh), 2019-21 (India), 2016 (Nepal), dan 2017-18 (Pakistan). Tujuan Penelitian: Mengkaji ketidaksetaraan dalam cakupan imunisasi anak berdasarkan determinan sosial kesehatan, serta menganalisis kontribusi faktor seperti status sosial ekonomi, lokasi geografis, karakteristik maternal, dan akses layanan kesehatan terhadap ketidaksetaraan imunisasi. 	<ul style="list-style-type: none"> Tingkat pendidikan ibu Tingkat pendapatan rumah tangga Tempat tinggal Gender anak Jumlah anak Usia ibu saat melahirkan anak pertama 	<ul style="list-style-type: none"> Pendidikan Ibu: Anak-anak dari ibu yang berpendidikan lebih tinggi memiliki peluang imunisasi lengkap yang jauh lebih tinggi. Contohnya, di Pakistan, anak dari ibu berpendidikan menengah memiliki Odds Ratio (OR) 3,31 (CI: 2,54-4,32) dibandingkan dengan anak dari ibu yang tidak berpendidikan. Pendapatan Rumah Tangga: Anak-anak dari keluarga pendapatan tinggi cenderung memiliki peluang imunisasi lengkap yang lebih tinggi. Di India, kelompok terkaya memiliki OR 1,59 (CI: 1,44-1,75) dibandingkan dengan kelompok termiskin. Tempat Tinggal: Tinggal di daerah perkotaan meningkatkan kemungkinan imunisasi lengkap di beberapa negara. Di India, anak-anak di daerah pedesaan memiliki OR 1,30 (CI: 1,22-1,39), menunjukkan peluang imunisasi lengkap yang lebih tinggi di daerah pedesaan. Gender Anak: Jenis kelamin anak tidak menunjukkan efek signifikan yang konsisten di semua negara. Di India, anak perempuan memiliki peluang imunisasi lengkap yang lebih rendah dibandingkan anak laki-laki (OR: 0,95, CI: 0,90-0,99). Jumlah Anak: Di Afghanistan, memiliki lebih banyak anak sedikit meningkatkan peluang imunisasi lengkap (OR: 1,02, CI: 1,00-1,04), meskipun efeknya kecil. Usia Ibu Saat Melahirkan Pertama: Di India, ibu yang melahirkan pada usia di atas 20 tahun memiliki peluang yang lebih tinggi untuk memiliki anak yang diimunisasi lengkap (OR: 1,11, CI: 1,05-1,16).
3.	<ul style="list-style-type: none"> The Role of Place of Residency in Childhood Immunisation Coverage in Nigeria: Analysis of Data from Three DHS Rounds 2003-2013 Obanewa, O. A.; & Newell, M. L. 2022. ProQuest 	<ul style="list-style-type: none"> Desain Penelitian: Menggunakan desain observasional potong lintang dengan analisis data sekunder dari Survei Demografi dan Kesehatan (DHS) yang representatif secara nasional di Nigeria pada tahun 2003, 2008, dan 2013. Tujuan Penelitian: Memahami ketidaksetaraan dalam cakupan imunisasi berdasarkan tempat tinggal. 	<ul style="list-style-type: none"> Tempat Tinggal (Perkotaan formal, Kawasan kumuh perkotaan, Daerah pedesaan) Status Sosial Ekonomi (Kekayaan rumah tangga, Tingkat pendidikan orang tua) Karakteristik Ibu (Usia ibu, Status pekerjaan ibu) Akses terhadap Pelayanan Kesehatan (Jarak ke fasilitas kesehatan, Ketersediaan layanan kesehatan, Faktor komunitas) 	<ul style="list-style-type: none"> Tempat Tinggal: Anak-anak di daerah perkotaan memiliki peluang lebih tinggi untuk mendapatkan imunisasi lengkap dibandingkan anak-anak di daerah pedesaan (aOR = 1,60, 95% CI = 0,60-4,24). Perawatan Antenatal Ibu (ANC): Kehadiran ANC ibu memiliki asosiasi terkuat dengan FIC, meningkatkan peluang lebih dari delapan kali lipat (aOR = 8,45, 95% CI = 5,21-13,69) dan signifikan di semua setting (pedesaan, kumuh, dan perkotaan). Pendidikan Ibu: Pendidikan ibu yang lebih tinggi terkait dengan peningkatan signifikan dalam FIC: <ul style="list-style-type: none"> Pendidikan dasar meningkatkan peluang FIC sebesar 77% (aOR = 1,77, 95% CI = 1,29-2,44). Pendidikan menengah meningkatkan peluang sebesar 167% (aOR = 2,67, 95% CI = 1,64-4,36). Pendidikan tinggi meningkatkan peluang sebesar 292% (aOR = 3,92, 95% CI = 1,79-8,59). Agama: Anak-anak dari keluarga Kristen memiliki peluang lebih tinggi untuk mendapatkan imunisasi lengkap dibandingkan anak-anak dari keluarga Muslim (aOR = 2,36, 95% CI = 1,81-3,08), terutama di daerah pedesaan dan kumuh. Usia Ibu: Ibu berusia 20 tahun ke atas terkait dengan peningkatan peluang FIC sebesar 135% dibandingkan ibu yang lebih muda (usia 14-19 tahun). Paparan Media: Anak-anak dari rumah tangga yang terpapar media memiliki peluang 91% lebih tinggi untuk mendapatkan imunisasi lengkap (aOR = 1,91, 95% CI = 1,50-2,41), dengan dampak terbesar di daerah pedesaan, menyumbang peningkatan 6 poin pada FIC.

No	Judul, Peneliti, Tahun Publikasi, dan Sumber Jurnal	Metode, Responden & Lokasi Penelitian	Determinan Sosial Kesehatan	Hasil Penelitian
				<ul style="list-style-type: none"> Wilayah Geografis: Anak-anak di wilayah Timur Laut (aOR = 0,56) dan Barat Laut (aOR = 0,30) memiliki peluang yang jauh lebih rendah untuk mendapatkan imunisasi lengkap dibandingkan dengan wilayah lain. Jarak ke Fasilitas Kesehatan: Di daerah pedesaan, jarak ke fasilitas kesehatan terdekat berasosiasi signifikan dengan peluang FIC yang lebih rendah.
4.	<ul style="list-style-type: none"> Household Vulnerability and Childhood Immunization Status in Nigeria Ojewumi, T. K.; Akinyemi, A.; & Solanke, B. L. 2023 Sage Journal 	<ul style="list-style-type: none"> Desain Penelitian: Menggunakan desain potong lintang dengan analisis data sekunder dari Survei Demografi dan Kesehatan (DHS) 2013. Tujuan Penelitian: Untuk menyelidiki hubungan antara dimensi kerentanan rumah tangga, praktik kesehatan ibu dan status imunisasi anak di Nigeria. 	<ul style="list-style-type: none"> Kerentanan Rumah Tangga Praktik Kesehatan Ibu (Jumlah kunjungan ANC, Kualitas perawatan ANC, Tempat persalinan) Variasi regional 	<ul style="list-style-type: none"> Kerentanan Rumah Tangga: Menjadi prediktor signifikan terhadap status imunisasi di Nigeria, bahkan setelah disesuaikan dengan variabel lain. <i>Adjusted Odds Ratio</i> (AOR) menunjukkan bahwa anak-anak di rumah tangga yang lebih rentan (AOR = 0,70, 95% CI = 0,55-0,90) dan rumah tangga yang paling rentan (AOR = 0,50, 95% CI = 0,35-0,75) masih cenderung tidak mendapatkan imunisasi lengkap dibandingkan di rumah tangga non rentan. Jumlah kunjungan ANC: Ibu dengan kunjungan ANC ≥ 4 kali memiliki kemungkinan 60% lebih besar untuk mendapatkan imunisasi lengkap dibandingkan dengan mereka yang kunjungannya lebih sedikit (AOR = 1,60, 95% CI = 1,25-2,10). Kualitas perawatan ANC: Anak-anak yang ibunya menerima perawatan ANC berkualitas tinggi memiliki kemungkinan 50% lebih besar untuk mendapatkan imunisasi lengkap (AOR = 1,50, 95% CI = 1,15-1,95). Tempat persalinan: Anak-anak yang lahir di fasilitas kesehatan memiliki kemungkinan 90% lebih besar untuk mendapatkan imunisasi lengkap dibandingkan dengan mereka yang lahir di rumah (AOR = 1,90, 95% CI = 1,45-2,50). Penolong persalinan: Anak-anak yang ibunya melahirkan oleh tenaga profesional/kesehatan selama persalinan memiliki kemungkinan 75% lebih besar untuk mendapatkan imunisasi lengkap (AOR = 1,75, 95% CI = 1,35-2,30). <i>Postnatal Care</i>: Anak-anak yang menjalani pemeriksaan pascanatal dini memiliki kemungkinan 45% lebih besar untuk mendapatkan imunisasi lengkap (AOR = 1,45, 95% CI = 1,10-1,95). Variasi regional: anak-anak yang tinggal di wilayah Barat Daya memiliki kemungkinan 2,3 kali lebih besar untuk mendapatkan imunisasi lengkap dibandingkan dengan mereka yang berada di Timur Laut (AOR = 2,30, 95% CI = 1,70-3,20).
5	<ul style="list-style-type: none"> Socio-Economic Factors Of Childhood Immunization In Pakistan Farooq, U.; Akhtar, M. H.; Sheikh, M. R.; & Tufail A. 2021 Google Scholar 	<ul style="list-style-type: none"> Desain Penelitian: Menggunakan desain potong lintang dengan analisis data sekunder dari Pakistan Social and Living Standards Measurement Survey (PSLM) 2014-15. Tujuan Penelitian: Untuk mengeksplorasi hubungan antara faktor sosial ekonomi dan imunisasi anak di Pakistan 	<ul style="list-style-type: none"> Gender Anak Pendidikan Ibu Status Pekerjaan Ibu Pendapatan Rumah Tangga Pendidikan Ayah Jarak ke Fasilitas Layanan Kesehatan Provinsi Kepemilikan Tanah 	<ul style="list-style-type: none"> Gender: Anak laki-laki lebih mungkin menerima imunisasi dibandingkan anak perempuan ($p < 0,05$). Pendidikan Ibu: Pendidikan ibu yang lebih tinggi meningkatkan kemungkinan imunisasi anak ($p < 0,05$). Pekerjaan Ibu: Ibu yang bekerja lebih cenderung mengimunisasi anak mereka karena tanggung jawab yang meningkat ($p < 0,05$). Pendidikan Ayah: Pendidikan ayah yang lebih tinggi berdampak positif pada imunisasi anak ($p < 0,05$). Jarak ke Fasilitas Layanan Kesehatan: Jarak yang lebih jauh ke fasilitas kesehatan mengurangi kemungkinan imunisasi ($p < 0,05$). Pendapatan Rumah Tangga: Pendapatan yang lebih tinggi dan kepemilikan tanah meningkatkan kemungkinan imunisasi anak ($p < 0,05$). Provinsi: Provinsi Punjab memiliki tingkat imunisasi tertinggi, sedangkan Sindh dan Baluchistan tertinggal ($p < 0,05$).
6	<ul style="list-style-type: none"> Understanding inequalities in child immunization in India: a decomposition approach Joseph, V. J. K. 2022 Google Scholar 	<ul style="list-style-type: none"> Desain Penelitian: Menggunakan desain potong lintang dengan analisis data sekunder dari National Family Health Survey-4 tahun 2015-16. Tujuan Penelitian: Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi hubungan antara cakupan imunisasi anak dan berbagai faktor sosial ekonomi serta mengukur kontribusinya terhadap munculnya ketimpangan dalam cakupan imunisasi di India. 	<ul style="list-style-type: none"> Gender Anak Pendidikan Ibu Kekayaan Rumah Tangga Wilayah Tempat Tinggal Wilayah Geografis Agama Kelompok Sosial 	<ul style="list-style-type: none"> Pendidikan Ibu: Tingkat pendidikan ibu yang lebih tinggi meningkatkan kemungkinan imunisasi anak ($p < 0,05$). Kekayaan Rumah Tangga: Anak dari keluarga terkaya 2.12 kali lebih mungkin diimunisasi dibandingkan anak dari keluarga termiskin ($p < 0,05$). Wilayah Tempat Tinggal: Daerah urban memiliki cakupan imunisasi lebih tinggi dibandingkan daerah rural ($p < 0,05$). Wilayah Geografis: Wilayah Timur dan Selatan memiliki cakupan lebih tinggi dibandingkan wilayah Tengah dan Timur Laut ($p < 0,05$). Agama: Anak Muslim 25% lebih kecil kemungkinannya untuk diimunisasi dibandingkan anak Hindu ($p < 0,05$). Kelompok Sosial: Anak dari Scheduled Tribes 8% dan OBC 6% lebih kecil kemungkinannya untuk diimunisasi dibandingkan anak dari Scheduled Castes ($p < 0,05$).
7	<ul style="list-style-type: none"> Factors Associated with the Change in Vaccination Uptake in Nigeria: A Decomposition Analysis Chizomam, N. L. F.; & Matthew, A. S. 2023. Google Scholar 	<ul style="list-style-type: none"> Desain Penelitian: Menggunakan desain potong lintang dengan analisis data sekunder dari Nigeria Demographic and Health Surveys (NDHS) 2008 dan 2018. Tujuan Penelitian: Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap peningkatan yang diamati untuk menginformasikan kebijakan dan program menuju pencapaian imunisasi anak yang lengkap di Nigeria 	<ul style="list-style-type: none"> Tingkat Pendidikan Ibu Indeks Kekayaan Status Perkawinan Usia saat melahirkan pertama Tempat tinggal Paparan media massa Agama Izin untuk mengunjungi fasilitas kesehatan Status pekerjaan 	<ul style="list-style-type: none"> Tingkat Pendidikan Ibu: pendidikan menengah (+13,92%), tidak tamat sekolah (+6,44%). Indeks Kekayaan: rumah tangga termiskin (-13,5%), rumah tangga kaya berhubungan positif. Tempat tinggal berdasarkan wilayah: Variasi signifikan antar wilayah: SE (6,55%), SW dan NC negatif (-4,2%, -6,4%).
8	<ul style="list-style-type: none"> Determinants of incomplete vaccination among children 12-23 months in Nigeria: An analysis of a national sample Ogundele, O. A.; Ogundele, T.; Fehintolac, F. O.; Fagbemia, A. T.; Belovedd, O. O.; & Osumakinwaa, O. O. 2022 Google Scholar 	<ul style="list-style-type: none"> Menggunakan desain potong lintang dengan analisis data sekunder dari Nigeria Demographic and Health Surveys (NDHS) 2018. Tujuan Penelitian: Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi untuk menilai prevalensi dan faktor penentu ketidakefektifan imunisasi anak di Nigeria. 	<ul style="list-style-type: none"> Usia Ibu Tingkat Pendidikan Ibu Status Pekerjaan Ibu Akses Layanan Antenatal Lokasi Tempat Tinggal Paparan Media Massa Wilayah Geografis Efek Perpindahan Wilayah 	<ul style="list-style-type: none"> Usia Ibu: Usia ≥ 35 tahun AOR = 0,75; 95% CI: 0,63-0,90 (menurunkan risiko vaksinasi tidak lengkap). Tingkat Pendidikan Ibu: Tidak memiliki pendidikan AOR = 1,68; 95% CI: 1,56-2,56 (meningkatkan risiko vaksinasi tidak lengkap sebesar 68% dibandingkan ibu dengan pendidikan menengah ke atas). Status Pekerjaan Ibu: Ibu bekerja AOR = 0,79; 95% CI: 0,69-0,91 (menurunkan risiko vaksinasi tidak lengkap). Akses Layanan Antenatal: Ibu menghadiri kunjungan antenatal AOR = 0,46; 95% CI: 0,32-0,66 (menurunkan risiko vaksinasi tidak lengkap). Lokasi Persalinan: Melahirkan di fasilitas kesehatan AOR = 0,64; 95% CI: 0,56-0,75 (menurunkan risiko vaksinasi tidak lengkap).

No	Judul, Peneliti, Tahun Publikasi, dan Sumber Jurnal	Metode, Responden & Lokasi Penelitian	Determinan Sosial Kesehatan	Hasil Penelitian
				<ul style="list-style-type: none"> Hambatan Akses Fasilitas Kesehatan: Ibu memiliki kesulitan akses (jarak/biaya) AOR = 1.26; 95% CI: 1.11–1.50 (meningkatkan risiko vaksinasi tidak lengkap sebesar 26%). Kekayaan Rumah Tangga: Indeks kekayaan tinggi AOR = 0.58; 95% CI: 0.47–0.71 (menurunkan risiko vaksinasi tidak lengkap). Lokasi Tempat Tinggal: Komunitas perkotaan AOR = 0.47; 95% CI: 0.40–0.59 (menurunkan risiko vaksinasi tidak lengkap). Paparan Media Massa: Tidak terpapar media massa 73.8% anak dari ibu yang tidak terpapar media massa tidak menerima vaksinasi lengkap. Wilayah Geografis: <ul style="list-style-type: none"> Timur Laut (Northeast): AOR = 3.50; 95% CI: 1.12–9.08 (risiko vaksinasi tidak lengkap lebih tinggi dibandingkan wilayah Tenggara/Southeast). Barat Laut (Northwest): AOR = 4.29; 95% CI: 2.05–12.05 (risiko vaksinasi tidak lengkap lebih tinggi dibandingkan wilayah Tenggara/Southeast).
9	<ul style="list-style-type: none"> Understanding the full-immunization gap in districts of India: A geospatial Approach Panda, B. K.; & G Mishra, G. K. S. 2020 Google Scholar 	<ul style="list-style-type: none"> Menggunakan desain potong lintang dengan analisis data sekunder dari National Family Health Survey (NFHS-4) tahun 2015–16. Tujuan Penelitian: Penelitian ini bertujuan untuk menemukan pola spasial dan korelasi kesenjangan cakupan imunisasi penuh di distrik-distrik di India. 	<ul style="list-style-type: none"> Urbanisasi Status Ekonomi Literasi Perempuan Rumah Tangga dikepalai perempuan Antenatal care (ANC) Postnatal care (PNC) Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Program JSY 	<ul style="list-style-type: none"> Urbanisasi: Positif signifikan terhadap peningkatan cakupan imunisasi. Status Ekonomi: Daerah dengan ekonomi lebih baik menunjukkan cakupan imunisasi yang lebih tinggi. Literasi Perempuan: Peningkatan 30%-40% cakupan imunisasi penuh dengan peningkatan literasi perempuan (OLS dan spatial error model). Rumah Tangga dikepalai perempuan: Meningkatkan cakupan imunisasi penuh sebesar 24%. Antenatal care (ANC): Meningkatkan cakupan imunisasi penuh sebesar 23%. Postnatal care (PNC): Meningkatkan cakupan imunisasi penuh sebesar 29%. Persalinan oleh Tenaga Kesehatan: Positif signifikan terhadap peningkatan cakupan imunisasi. Program JSY: Program Biaya persalinan ditanggung pemerintah. Positif signifikan terhadap peningkatan cakupan imunisasi.
10	<ul style="list-style-type: none"> Are children in female-headed households at a disadvantage? An analysis of immunization coverage and stunting prevalence: in 95 low- and middle-income countries Wendt, A.; Franciele Hellwig, F.; Ghada E. Saad, G. E.; Faye, C.; Mokomane, Z.; Boerma, T.; Barros, A. J. D.; & Victora, C. 2021 Google Scholars 	<ul style="list-style-type: none"> Menggunakan desain potong lintang dengan analisis data sekunder dari The International Center for Equity in Health database yang sebagian besar merupakan <i>Demographic and Health Survey (DHS)</i> dan <i>Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)</i>. Tujuan Penelitian: Penelitian ini bertujuan untuk memberikan pandangan global tentang pengaruh jenis kelamin kepala rumah tangga terhadap kesehatan anak dalam survei lintas sektoral dari hingga 95 negara berpendapatan rendah dan menengah (LMIC). Hasil yang diteliti adalah cakupan imunisasi lengkap pada anak usia 12–23 bulan dan prevalensi stunting pada anak balita. 	<ul style="list-style-type: none"> Tipe Rumah Tangga Indeks Kekayaan Pendidikan Ibu Wilayah Tempat Tinggal Konteks Regional Poligini 	<ul style="list-style-type: none"> Indeks Kekayaan: Kuantil Termiskin Hubungan negatif kuat dengan cakupan imunisasi. Pendidikan Ibu: Pendidikan ibu yang lebih tinggi meningkatkan cakupan imunisasi. Wilayah Tempat Tinggal: Cakupan imunisasi lebih rendah di pedesaan dibanding perkotaan.

PEMBAHASAN

Pada studi ini, peneliti memberikan gambaran mengenai DSK dalam pemberian imunisasi anak usia 12–23 bulan, determinan sosial kesehatan memainkan peran yang sangat penting. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa determinan sosial kesehatan memiliki hubungan signifikan terhadap cakupan imunisasi. Populasi pada penelitian ini adalah artikel penelitian yang dilakukan di benua Asia^{9–13} dan Afrika^{14–18}. Teori Dahlgren dan Whitehead, yang mengidentifikasi berbagai tingkat pengaruh terhadap kesehatan individu, menjadi kerangka analisis yang relevan dalam memahami kompleksitas determinan ini¹⁹.

Determinan Sosial Kesehatan dalam Pemberian Imunisasi pada Anak

1. Pendidikan Ibu

Pendidikan ibu muncul sebagai determinan kunci dalam pemberian imunisasi. Penelitian oleh Siddiqi et al. menunjukkan bahwa ibu dengan pendidikan tinggi memiliki rasio imunisasi yang lebih baik untuk anak laki-laki dan perempuan⁹. Sebaliknya, ibu dengan pendidikan rendah menunjukkan ketidaksetaraan yang signifikan dalam hal imunisasi. Temuan ini diperkuat oleh studi Atteraya et al., yang mencatat bahwa anak-anak dari ibu yang berpendidikan lebih tinggi memiliki peluang imunisasi

lengkap yang jauh lebih tinggi, dengan Odds Ratio (OR) sebesar 3,31 di Pakistan¹⁰. Selain itu, studi Joseph (2022) di India menyatakan bahwa tingkat pendidikan ibu yang lebih tinggi meningkatkan kemungkinan imunisasi anak secara signifikan ($p < 0,05$)¹². Studi lain oleh Farooq et al. (2021) di Pakistan juga mendukung bahwa pendidikan ibu yang lebih tinggi meningkatkan kemungkinan imunisasi anak secara signifikan ($p < 0,05$)¹¹. Studi terbaru oleh Chizomam dan Matthew (2023) di Nigeria menemukan bahwa pendidikan menengah ibu menyumbang peningkatan cakupan imunisasi sebesar +13,92%, sementara ibu yang tidak tamat sekolah menyumbang peningkatan sebesar +6,44%¹⁶. Studi oleh Ogundele et al. (2022) di Nigeria menemukan bahwa ibu tanpa pendidikan memiliki risiko lebih tinggi (AOR = 1,68; 95% CI: 1,56–2,56) untuk memiliki anak dengan imunisasi tidak lengkap dibandingkan ibu dengan pendidikan menengah ke atas¹⁷. Studi Panda dan Mishra (2020) di India menunjukkan bahwa peningkatan literasi perempuan dapat meningkatkan cakupan imunisasi penuh sebesar 30%–40% berdasarkan analisis *Ordinary Least Squares* (OLS) dan spatial error model¹³. Penelitian lain dari Bobo et al. juga mengemukakan bahwa pendidikan ibu merupakan penentu utama cakupan imunisasi lengkap di Ethiopia²⁰. Hal ini menegaskan bahwa pendidikan berperan penting dalam

membentuk sikap dan pengetahuan ibu tentang pentingnya imunisasi, yang pada gilirannya berkontribusi pada peningkatan cakupan imunisasi.

2. Lokasi Geografis

Selain pendidikan, lokasi geografis juga terbukti berpengaruh signifikan terhadap pemberian imunisasi. Penelitian oleh Siddiqi et al. menunjukkan bahwa unit kesehatan masyarakat (UC) di daerah pedesaan memiliki rasio imunisasi yang lebih rendah dibandingkan dengan daerah perkotaan⁹. Hal ini mencerminkan kesulitan akses layanan kesehatan yang dihadapi masyarakat di wilayah tersebut. Penelitian oleh Obanewa dan Newell mendukung temuan ini dengan menunjukkan bahwa anak-anak di daerah perkotaan memiliki peluang 1,60 kali lebih tinggi untuk mendapatkan imunisasi lengkap dibandingkan dengan anak-anak di daerah pedesaan¹⁴. Penelitian oleh Atteraya et al. (2023) juga menunjukkan bahwa tempat tinggal memiliki dampak signifikan terhadap cakupan imunisasi di Asia Selatan. Di India, anak-anak di daerah pedesaan memiliki OR 1,30 (CI: 1,22–1,39), menunjukkan peluang imunisasi lengkap yang lebih tinggi dibandingkan anak-anak di daerah perkotaan¹⁰. Studi oleh Ojewumi et al. (2023) di Nigeria menemukan bahwa anak-anak yang tinggal di wilayah Barat Daya memiliki kemungkinan 2,3 kali lebih besar untuk mendapatkan imunisasi lengkap dibandingkan dengan mereka yang berada di Timur Laut (AOR = 2,30, 95% CI = 1,70–3,20)¹⁵.

Hal ini menunjukkan bahwa infrastruktur kesehatan yang lebih baik dan akses yang lebih mudah ke fasilitas kesehatan di daerah perkotaan memainkan peran penting dalam meningkatkan cakupan imunisasi. Penelitian lain menemukan bahwa kedekatan dengan pusat kota dikaitkan dengan kinerja program imunisasi yang lebih baik di distrik Hoima, Uganda bagian barat. Studi ini menyoroti tantangan yang dihadapi oleh fasilitas kesehatan pedesaan dalam mempertahankan cakupan imunisasi yang tinggi²¹. Temuan-temuan ini secara kolektif menekankan dampak signifikan dari lokasi geografis terhadap cakupan imunisasi. Mengatasi disparitas ini memerlukan intervensi yang ditargetkan dapat meningkatkan akses ke layanan kesehatan di daerah pedesaan, seperti meningkatkan jumlah fasilitas kesehatan, memperbaiki infrastruktur transportasi, dan menerapkan klinik imunisasi keliling. Sehingga dapat meningkatkan cakupan imunisasi dan mengurangi ketidaksetaraan kesehatan.

3. Gender

Variabel gender anak menunjukkan hasil yang menarik. Meskipun beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa anak laki-laki seringkali memiliki akses yang lebih baik ke imunisasi⁹⁻¹¹, penelitian dari Siddiqi et al. mencatat bahwa keberadaan petugas imunisasi perempuan dapat memperbaiki kesetaraan imunisasi anak perempuan. Dengan petugas perempuan, rasio M berkisar antara 1,00 hingga 1,20, menunjukkan akses yang lebih baik untuk anak perempuan⁹.

Namun, menurut penelitian Atteraya et al. menunjukkan bahwa meskipun ada ketidaksetaraan gender dalam imunisasi, hal ini tidak selalu konsisten di semua negara atau wilayah. Misalnya di India, bahwa anak perempuan memiliki peluang imunisasi yang sedikit lebih rendah dibandingkan anak laki-laki (OR: 0,95)¹⁰. Penelitian

lain juga menyoroti peluang imunisasi yang lebih rendah pada anak perempuan dibandingkan anak laki-laki di India¹², namun faktor-faktor lain seperti pendidikan ibu dan akses layanan kesehatan juga berperan penting²². Hal ini menunjukkan bahwa meskipun ketidaksetaraan gender dalam imunisasi masih ada, pendekatan berbasis gender dalam pelayanan kesehatan dapat membantu mengatasi kesenjangan ini.

Kesetaraan gender berkontribusi pada cakupan imunisasi, dan sebaliknya. Penelitian dari berbagai disiplin ilmu kesehatan masyarakat telah menunjukkan bahwa pemberdayaan perempuan dapat meningkatkan kemungkinan ibu untuk mengimunisasi anak-anak mereka. Pada gilirannya, imunisasi anak dapat mengurangi kesenjangan gender dengan mencegah penyakit, sehingga mendorong pencapaian pendidikan yang lebih tinggi dan partisipasi tenaga kerja bagi perempuan²³.

4. Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi adalah determinan utama lainnya yang memengaruhi pemberian imunisasi pada anak usia 12-23 bulan. Pendapatan rumah tangga memiliki dampak signifikan terhadap status imunisasi anak. Studi Farooq et al. (2021) di Pakistan menunjukkan bahwa pendapatan yang lebih tinggi dan kepemilikan tanah meningkatkan kemungkinan imunisasi anak ($p < 0,05$)¹¹. Penelitian oleh Joseph (2022) di India juga mendukung temuan ini, di mana anak dari keluarga terkaya 2,12 kali lebih mungkin diimunisasi dibandingkan anak dari keluarga termiskin ($p < 0,05$)¹². Studi Chizomam dan Matthew (2023) di Nigeria menemukan bahwa rumah tangga termiskin memiliki kontribusi negatif (-13,5%), sementara rumah tangga kaya berhubungan positif dengan cakupan imunisasi¹⁶.

Status pekerjaan ibu juga memengaruhi cakupan imunisasi. Penelitian Ogundele et al. (2022) mencatat bahwa ibu yang bekerja memiliki risiko lebih rendah terhadap vaksinasi tidak lengkap (AOR = 0,79; 95% CI: 0,69–0,91). Selain itu, indeks kekayaan tinggi menurunkan risiko vaksinasi tidak lengkap (AOR = 0,58; 95% CI: 0,47–0,71)¹⁷. Studi Panda dan Mishra (2020) mencatat bahwa daerah dengan status ekonomi lebih baik menunjukkan cakupan imunisasi yang lebih tinggi¹³. Penelitian Wendt et al. (2021) juga menemukan hubungan negatif yang kuat antara kuantil termiskin dengan cakupan imunisasi¹⁸.

Temuan ini selaras dengan penelitian Ojewumi et al., yang menunjukkan bahwa kerentanan rumah tangga berhubungan langsung dengan status imunisasi anak, di mana anak-anak dari rumah tangga lebih rentan cenderung tidak mendapatkan imunisasi lengkap (AOR = 0,70)¹⁵. Tingkat imunisasi yang rendah juga tampaknya bertepatan dengan tingginya tingkat ketimpangan sosial ekonomi dalam status imunisasi anak-anak. Di sebagian besar negara berpendapatan menengah hingga rendah, ditemukan bahwa anak-anak dari rumah tangga miskin cenderung tidak mendapatkan imunisasi lengkap²⁴.

Diperlukan intervensi sosial yang ditargetkan untuk keluarga dengan pendapatan rendah guna meningkatkan cakupan imunisasi. Strategi ini harus melibatkan dukungan keuangan dan aksesibilitas layanan kesehatan yang lebih baik untuk kelompok rentan, sehingga menciptakan lingkungan yang lebih inklusif bagi semua anak. Penelitian

dari Siddiqi et al. menyoroti bahwa insentif finansial dan intervensi bertingkat secara signifikan dapat meningkatkan cakupan imunisasi di kalangan anak-anak dan remaja. Oleh karena itu, penting untuk menerapkan intervensi yang terarah, termasuk dukungan finansial, guna meningkatkan tingkat imunisasi pada populasi rentan². Selain itu, penelitian lain menggarisbawahi efektivitas keterlibatan masyarakat dalam meningkatkan cakupan imunisasi²⁵. Penelitian ini menunjukkan bahwa dengan mengatasi hambatan kontekstual yang umum serta memanfaatkan fasilitator, seperti dukungan finansial dan aksesibilitas layanan kesehatan yang lebih baik, sangat penting untuk meningkatkan tingkat imunisasi di kalangan keluarga berpenghasilan rendah²⁵. Dengan pendekatan yang komprehensif ini, diharapkan cakupan imunisasi dapat meningkat dan memastikan kesehatan anak-anak di seluruh komunitas.

5. Akses ke Layanan Kesehatan

Akses ke layanan kesehatan adalah salah satu determinan utama yang memengaruhi cakupan imunisasi anak. Di Nigeria, anak-anak yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan di daerah pedesaan memiliki peluang yang jauh lebih rendah untuk menerima imunisasi lengkap¹⁴. Temuan ini menyoroti pentingnya kedekatan geografis dengan layanan kesehatan dalam menentukan keberhasilan program imunisasi. Selain itu, ibu yang aktif menghadiri janji temu perawatan antenatal (ANC) memiliki kontribusi signifikan terhadap peningkatan cakupan imunisasi. Sebuah penelitian menemukan bahwa ibu dengan empat atau lebih kunjungan ANC memiliki kemungkinan 60% lebih besar untuk menyelesaikan imunisasi anak-anak mereka dibandingkan dengan ibu yang kurang sering mengakses layanan ANC^{15,17}.

Ketersediaan fasilitas kesehatan di wilayah terpencil juga menjadi tantangan. Penelitian Panda & Mishra (2020) di India mengungkapkan adanya kesenjangan spasial dalam cakupan imunisasi penuh di wilayah-wilayah terpencil akibat terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan¹³. Hal ini juga sejalan dengan temuan Farooq et al. (2021), yang mencatat bahwa keluarga di Pakistan dari latar belakang sosial ekonomi rendah sering kali menghadapi kendala logistik dan biaya untuk mengakses layanan kesehatan¹¹.

Ketidaksetaraan sosial ekonomi semakin memperumit masalah ini. Studi Atteraya et al. (2023) menunjukkan bahwa keluarga miskin di Asia Selatan memiliki akses terbatas ke layanan imunisasi karena rendahnya distribusi fasilitas bersubsidi di daerah miskin. Selain itu, inisiatif seperti register imunisasi elektronik, seperti yang ditemukan oleh Siddiqi et al. (2023) di Pakistan, dapat membantu meningkatkan cakupan imunisasi, tetapi implementasi yang tidak merata masih menjadi kendala di daerah dengan keterbatasan teknologi⁹.

Karakteristik maternal juga menjadi faktor penting dalam akses layanan kesehatan. Studi Joseph (2022) menunjukkan bahwa ibu dengan tingkat pendidikan lebih tinggi lebih cenderung memahami pentingnya imunisasi dan mampu mengakses layanan kesehatan dengan lebih baik¹². Pengetahuan ini memainkan peran penting dalam memastikan anak-anak menerima imunisasi secara lengkap.

Dengan demikian, solusi untuk meningkatkan akses ke layanan kesehatan harus mencakup penguatan

infrastruktur di daerah terpencil, penyediaan layanan kesehatan bersubsidi, edukasi ibu tentang pentingnya imunisasi, dan pemanfaatan teknologi seperti register elektronik untuk mengurangi kesenjangan. Langkah-langkah ini diperlukan untuk memastikan bahwa semua anak memiliki peluang yang sama untuk mendapatkan imunisasi lengkap, terlepas dari lokasi geografis atau status sosial ekonomi mereka.

6. Kepercayaan Agama

Agama muncul sebagai DSK yang memengaruhi imunisasi anak dalam konteks tertentu. Di Nigeria, sebuah penelitian menemukan bahwa anak-anak dari keluarga Kristen memiliki peluang lebih tinggi untuk menerima imunisasi lengkap dibandingkan dengan mereka yang berasal dari keluarga Muslim. Secara khusus, anak-anak dari keluarga Kristen memiliki kemungkinan lebih dari dua kali lipat untuk mendapatkan imunisasi lengkap (aOR = 2,36, 95% CI = 1,81–3,08) dibandingkan dengan mereka yang berasal dari keluarga Muslim¹⁴.

Ketimpangan ini dapat dikaitkan dengan berbagai faktor, seperti perbedaan keyakinan agama mengenai perawatan kesehatan, praktik budaya, dan kepercayaan terhadap layanan kesehatan. Di beberapa wilayah, norma agama dapat memengaruhi perilaku mencari layanan kesehatan, dengan komunitas tertentu berpotensi lebih atau kurang cenderung terlibat dengan layanan kesehatan formal seperti program imunisasi²⁶. Lebih jauh lagi, lembaga keagamaan dapat berperan dalam mempromosikan atau mencegah penggunaan layanan kesehatan berdasarkan pandangan budaya atau doktrinal yang berlaku²⁷.

Misalnya, komunitas Kristen di beberapa daerah mungkin memiliki akses yang lebih baik ke layanan kesehatan, atau para pemimpin agama mungkin lebih aktif terlibat dalam mengadvokasi intervensi kesehatan anak seperti imunisasi²⁸. Sebaliknya, di beberapa daerah dengan mayoritas Muslim, mungkin ada hambatan seperti jangkauan layanan kesehatan yang lebih rendah atau ketidakpercayaan pada program pemerintah yang memengaruhi keputusan imunisasi²⁹.

Oleh karena itu, perlunya strategi promosi kesehatan yang menyoroti peran agama yang peka terhadap budaya dan inklusif. Melibatkan para pemimpin agama dan menyesuaikan komunikasi kesehatan agar selaras dengan nilai-nilai dan keyakinan berbagai komunitas agama dapat membantu menjembatani kesenjangan imunisasi di antara berbagai kelompok agama.

Penggunaan Teori Dahlgren dan Whitehead

Teori Dahlgren dan Whitehead menawarkan pendekatan yang komprehensif dalam memahami DSK dalam konteks imunisasi. Pendekatan ini memungkinkan analisis faktor-faktor yang memengaruhi imunisasi secara multidimensional, mencakup karakteristik individu, perilaku, pengaruh komunitas, dan kebijakan kesehatan¹⁹.

Teori ini menunjukkan bahwa keputusan imunisasi tidak hanya dipengaruhi oleh faktor individu, tetapi juga oleh lingkungan sosial dan kebijakan publik. Dengan menekankan pentingnya memahami gradien sosial dalam kesehatan, di mana kelompok yang lebih miskin cenderung memiliki akses yang lebih buruk ke layanan kesehatan³⁰, termasuk dalam konteks imunisasi. Dengan menggunakan

model ini, peneliti dapat menggali lebih dalam tentang hubungan kompleks antara DSK dan akses terhadap imunisasi.

Salah satu kelebihan dari kerangka Dahlgren dan Whitehead adalah potensinya untuk menghasilkan rekomendasi kebijakan berbasis bukti³¹. Penelitian yang menggunakan model ini seringkali memberikan wawasan yang kuat untuk intervensi kebijakan yang lebih terfokus pada keadilan sosial dalam kesehatan. Dalam konteks imunisasi, hal ini dapat berupa dengan cara memperkuat kebijakan pemerintah untuk mendukung imunisasi di kelompok marginal serta mengidentifikasi hambatan sosial-ekonomi yang menghalangi akses ke imunisasi.

Diharapkan, rekomendasi kebijakan harus mempertimbangkan peningkatan pendidikan dan kesadaran ibu tentang imunisasi serta memperkuat akses ke layanan kesehatan di daerah pedesaan. Mengintegrasikan strategi lintas sektor yang melibatkan pendidikan, kesehatan, dan ekonomi juga sangat penting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung imunisasi anak di dunia.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Pertama, seluruh studi yang dianalisis berasal dari konteks geografis dan budaya di negara Pakistan, Afghanistan, Bangladesh, India, dan Nigeria yang menghadapi tantangan signifikan terkait cakupan imunisasi, termasuk keterbatasan akses layanan kesehatan, kesenjangan pendidikan, serta variasi kondisi sosial-ekonomi, sehingga variabel sosial dan ekonomi yang dibahas mungkin tidak sepenuhnya relevan dengan kondisi di Indonesia. Kedua, variasi dalam kriteria inklusi yang hanya mencakup metodologi penelitian kuantitatif menyebabkan jumlah artikel yang tersaring menjadi terbatas, sehingga dapat memengaruhi hasil dan interpretasi.

Selain itu, ketergantungan pada data sekunder dalam seluruh studi membatasi pemahaman yang lebih mendalam mengenai hubungan antara determinan sosial kesehatan dan imunisasi. Penelitian ini juga tidak mengeksplorasi secara menyeluruh pengaruh faktor eksternal, seperti kebijakan pemerintah, yang dapat memengaruhi akses dan perilaku orang tua dalam hal imunisasi. Terakhir, data yang dikumpulkan dalam periode tertentu mungkin tidak mencerminkan tren jangka panjang, sehingga dapat membatasi pemahaman tentang perubahan faktor-faktor yang memengaruhi imunisasi dari waktu ke waktu. Kesadaran akan keterbatasan ini penting untuk merancang penelitian lanjutan yang dapat meningkatkan cakupan imunisasi anak, terutama di wilayah yang kurang terlayani.

KESIMPULAN

Determinan sosial kesehatan, seperti pendidikan ibu, status sosial ekonomi, lokasi geografis, dan akses layanan kesehatan, berpengaruh terhadap cakupan imunisasi anak usia 12–23 bulan. Penanganan kesenjangan ini memerlukan penelitian longitudinal untuk memahami hubungan tersebut secara mendalam, terutama di wilayah terpencil. Rekomendasi kebijakan mencakup peningkatan pendidikan ibu, peningkatan akses layanan kesehatan, dan pendekatan lintas sektor untuk mendukung cakupan imunisasi yang lebih merata.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan ini disampaikan kepada FKM Universitas Indonesia yang memberikan dukungan utama penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. 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>
2. Siddiqui FA, Padhani ZA, Salam RA, et al. Interventions to Improve Immunization Coverage among Children and Adolescents: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2022;149. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2021-053852D>
3. Dyda A, King C, Dey A, Leask J, Dunn AG. A systematic review of studies that measure parental vaccine attitudes and beliefs in childhood vaccination. *BMC Public Health*. 2020;20(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09327-8>
4. Kaufman J, Tuckerman J, Bonner C, et al. Parent-level barriers to uptake of childhood vaccination: A global overview of systematic reviews. *BMJ Glob Health*. 2021;6(9). doi: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006860>
5. Mekonnen AG, Bayleyegn AD, Ayele ET. Immunization coverage of 12–23 months old children and its associated factors in Minjar-Shenkora district, Ethiopia: A community-based study. *BMC Pediatr*. 2019;19(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1575-7>
6. Chanie MG, Ewunetie GE, Molla A, Muche A. Determinants of vaccination dropout among children 12–23 months age in north Gondar zone, northwest Ethiopia, 2019. *PLoS One*. 2021;16(2 February). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246018>
7. Negash BT, Tediso Y, Yoseph A. Predictors of timeliness of vaccination among children of age 12–23 months in Boricha district, Sidama region Ethiopia, in 2019. *BMC Pediatr*. 2023;23(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04234-4>
8. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*. 2021;372. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
9. Siddiqui DA, Iftikhar S, Siddique M, et al. Immunization Gender Inequity in Pakistan: An Analysis of 6.2 Million Children Born from 2019 to 2022 and Enrolled in the Sindh Electronic Immunization Registry. *Vaccines (Basel)*. 2023;11(3):685. doi: <https://doi.org/10.3390/vaccines11030685>
10. Atteraya MS, Song IH, Ebrahim NB, Gnawali S, Kim E, Dhakal T. Inequalities in Childhood Immunisation in South Asia. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3):1755. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph20031755>
11. Farooq U, Akhtar MH, Sheikh MR, Tufail A. SOCIO-ECONOMIC FACTORS OF CHILDHOOD IMMUNIZATION IN PAKISTAN.

- Harf-o-Sukhan. 2021;5(2):8-26. Available from: <https://www.harf-o-sukhan.com/index.php/Harf-o-sukhan/article/view/72>
12. Joseph VJK. Understanding inequalities in child immunization in India: a decomposition approach. *J Biosoc Sci.* 2022;54(3):371-383. doi: <https://doi.org/10.1017/S0021932021000110>
 13. Panda BK, Kumar G, Mishra S. Understanding the full-immunization gap in districts of India: a geospatial approach. *Clin Epidemiol Glob Health.* 2020;8(2):536-543. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.11.010>
 14. Obanewa OA, Newell ML. The role of place of residency in childhood immunisation coverage in Nigeria: Analysis of data from three DHS rounds 2003-2013. *BMC Public Health.* 2020;20(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8170-6>
 15. Kolawole OT, Akinyemi A, Solanke BL. Household Vulnerability and Childhood Immunization Status in Nigeria. *Sage Open.* 2023;13(3). doi: <https://doi.org/10.1177/21582440231179943>
 16. Chizomam, N. L. F., & Matthew, A. S. Factors Associated with the Change in Childhood Immunization Uptake in Nigeria: A Decomposition Analysis. *Ife Social Sciences Review.* 2023;31(2):1-16. Available from: <https://ipc2021.popconf.org/uploads/211042>
 17. Ogundele OA, Ogundele T, Fehintola FO, Fagbemi AT, Beloved OO, Osunmakinwa OO. Determinants of incomplete vaccination among children 12-23 months in Nigeria: an analysis of a national sample. *Tzu Chi Med J.* 2022;34(4):448-455. doi: <https://doi.org/10.4103/tcmj.tcmj.220.21>
 18. Wendt A, Hellwig F, Saad GE, et al. Are children in female-headed households at a disadvantage? An analysis of immunization coverage and stunting prevalence: in 95 low-and middle-income countries. *SSM-population health.* 2021;15:100888. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100888>
 19. Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health.* 2021;199. doi: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
 20. Bobo FT, Asante A, Woldie M, Dawson A, Hayen A. Child vaccination in sub-Saharan Africa: Increasing coverage addresses inequalities. *Vaccine.* 2022;40(1):141-150. doi: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.11.005>
 21. Magambo NK, Bajunirwe F, Bagenda F. Geographic location of health facility and immunization program performance in Hoima district, western Uganda: a health facility level assessment. *BMC Public Health.* 2020;20(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09859-z>
 22. Song IH, Palley E, Atteraya MS. Inequalities in complete childhood immunisation in Nepal: results from a population-based cross-sectional study. *BMJ Open.* 2020;10(9). doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037646>
 23. John Hopkins Bloomberg School of Public Health. Breaking the Barriers: How Gender Equity Advances Immunization. March 27, 2023. Accessed October 3, 2024. <https://publichealth.jhu.edu/ivac/2023/breaking-the-barriers-how-gender-equity-advances-immunization>
 24. Dimitrova A, Carrasco-Escobar G, Richardson R, Benmarhnia T. Essential childhood immunization in 43 low- and middle-income countries: Analysis of spatial trends and socioeconomic inequalities in vaccine coverage. *PLoS Med.* 2023;20(1). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004166>
 25. Jain M, Shisler S, Lane C, Bagai A, Brown E, Engelbert M. Use of community engagement interventions to improve child immunisation in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2022;12(11). doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061568>
 26. Shepherd SM, Willis-Esqueda C, Paradies Y, Sivasubramaniam D, Sherwood J, Brockie T. Racial and cultural minority experiences and perceptions of health care provision in a mid-western region. *Int J Equity Health.* 2018;17(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0744-x>
 27. Abu-Ras W, Aboul-Enein BH, Almoayad F, Benajiba N, Dodge E. Mosques and Public Health Promotion: A Scoping Review of Faith-Driven Health Interventions. *Health Education & Behavior.* 2024;51(5):677-690. doi: <https://doi.org/10.1177/10901981241252800>
 28. Jonas WB, Maeba Jonas R. *Faith-Health Collaboration to Improve Community and Population Health.*; 2019. Available from: <https://nam.edu/faith-health-collaboration-to-improve-community-and-population-health/>
 29. Alsuwaidi AR, Hammad HAAK, Elbarazi I, Sheek-Hussein M. Vaccine hesitancy within the Muslim community: Islamic faith and public health perspectives. *Hum Vaccin Immunother.* 2023;19(1). doi: <https://doi.org/10.1080/21645515.2023.2190716>
 30. Fleary SA, Gonçalves C, Joseph PL, Baker DM. Correction to: Census Tract Demographics Associated with Libraries' Social, Economic, and Health-Related Programming (International Journal of Environmental Research and Public Health, (2022), 19, 11, (6598), 10.3390/ijerph19116598). *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(15). doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph20156471>
 31. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? *The Lancet.* 1991;338(8774). doi: [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)91911-D](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)91911-D)