



PROSIDING
Konferensi Nasional
Universitas Nahdlatul Ulama Indonesia

Perbedaan Pola Religiositas Orang Tua dalam Keputusan Melakukan Imunisasi Dasar pada Anak

Asep Kusnali

Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan

asepkusnali@yahoo.com

Rozana Ika Agustiya

Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan

rozanaika@gmail.com

Teguh Dartanto

Magister Perencanaan Ekonomi dan Kebijakan Pembangunan, FEB UI

teguh@lpem-feui.org

Abstrak

Sampai saat ini, informasi penolakan imunisasi karena alasan agama masih terbatas dan gambaran cakupan imunisasi di antara pemeluk agama di Indonesia secara aktual belum dapat diketahui. Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menyebutkan penyebab anak tidak diimunisasi diantaranya tidak ada izin dari keluarga sebagai alasan kedua tertinggi setelah adanya kekhawatiran anaknya menjadi panas. Survei ini memberikan dimensi lain bahwa variabel keluarga yang menolak vaksinasi dapat menggambarkan agama dapat menjadi faktor penentu dalam keluarga untuk menolak imunisasi. Tujuan dari kajian ini adalah membuktikan adanya hubungan antara religiositas orang tua dengan keputusan melakukan imunisasi dasar pada anaknya. Metode penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain *cross sectional* yang menggunakan data *Indonesia Family Life Survey* (IFLS) Tahun 2007 dan 2014. Unit analisis adalah keluarga yang memiliki anak usia 1-5 tahun kemudian dianalisis menggunakan regresi *ordered logistic*. Hasil penelitian ini yaitu model tahun 2007 menjelaskan Muslim yang taat akan tetap melakukan imunisasi dasar pada anaknya dan cenderung meningkat menjadi 2 kali serta meningkatkan probabilitas untuk melakukan imunisasi dasar secara lengkap sebesar 16%. Model tahun 2014 menjelaskan Muslim yang taat akan melakukan imunisasi dasar pada anaknya yang cenderung menurun menjadi 0,357 kali dan menurunkan probabilitas untuk melakukan imunisasi dasar secara lengkap sebesar 22,10%. Kesimpulannya adalah adanya hubungan antara religiositas orang tua dengan keputusannya melakukan imunisasi dasar pada anak. Hubungan yang positif terjadi tahun 2007 dan hubungan yang negatif terjadi pada tahun 2014. Perbedaan hubungan tersebut diprediksi

adanya perubahan religioitas individu terhadap program imunisasi dasar, yaitu berdasarkan *religious activities* dan *subjective religious*.

Kata Kunci: imunisasi dasar, religioitas

Pendahuluan

Latar Belakang

Setiap anak di Indonesia berhak mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu. Namun, sampai tahun 2018 cakupan dasar imunisasi lengkap belum mencapai target Rencana Strategis Kementerian Kesehatan yang ditentukan. Penurunan cakupan imunisasi dapat terlihat dalam hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, dimana proporsi imunisasi dasar lengkap pada anak usia 12-23 bulan menjadi 57,9% di tahun 2018 yang sebelumnya mencapai 59,2% di tahun 2013 (Kementerian Kesehatan RI, 2019a). Hal ini tentu dapat berpengaruh terhadap kualitas hidup anak dan masih tingginya angka kematian neonatal, bayi dan balita. Salah satu jumlah kasus penyakit yang meningkat adalah difteri yang pada tahun 2018 mencapai 1.665 kasus dengan jumlah meninggal mencapai 29 orang, kasus campak sebanyak 8.429 kasus dan tetanus neonatorum sebanyak 10 kasus (Kementerian Kesehatan RI, 2019b).

Survei hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 memberikan gambaran terkait dengan penyebab anak tidak diimunisasi diantaranya tidak ada izin keluarga sebagai alasan kedua tertinggi (26,3%) setelah alasan adanya kekhawatiran anaknya menjadi panas (28,8%) (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Survei ini memberikan dimensi lain bahwa variabel keluarga merupakan salah satu faktor sosial yang dominan dalam menentukan cakupan angka vaksinasi. Variabel keluarga yang menolak vaksinasi dapat menggambarkan bahwa agama dapat menjadi salah satu faktor penentu dalam keluarga untuk menolak imunisasi karena mengikuti komunitas terdekat atau pemimpin agama dalam keluarganya terutama mengenai faktor kehalalan vaksin (Hidayatullah, 2016).

Pola pengambilan keputusan orang tua terhadap vaksinasi program imunisasi memiliki gambaran yang mirip, terutama penolakan berdasarkan alasan teologi (Hall et al., 2016; Harvey, 2018; Muallifah, 2018). Hasilnya, gerakan anti-vaksin yang dilakukan masyarakat dalam beberapa tahun terakhir masih terus terjadi di masyarakat (Harvey, 2018; Majalah Tempo, 2017), tenaga medis (Sundoro, Sulaiman, Purwadianto, & Wasisto, 2018) hingga artis (Kumampung, 2017; Prawira, 2017).

Perilaku anti vaksinasi terutama terkait dengan klaim agama Islam tentang status halal/haram dari vaksin (Suwarni, 2010). Namun apakah keputusan penolakan vaksinasi dalam program imunisasi dasar dikarenakan mengacu pada doktrin agama, pilihan yang disengaja melalui pengalaman religius atau adanya dukungan sosial keagamaan yang secara aktual belum dapat diketahui. Dengan demikian, penelitian ini mencoba untuk menemukan bukti apakah faktor religioitas orang tua memiliki hubungan dengan kelengkapan imunisasi dasar pada anak.

Kajian Literatur

Religiositas, Dukungan Sosial Keagamaan dan Perilaku Kesehatan

Religiositas dapat menjadi penentu utama dan sering dirujuk sebagai prediktor dalam kesehatan masyarakat yang dapat berdampak langsung terhadap *outcome* kesehatan (Chatters, 2000; World Health Organization, 1998; Zimmer et al., 2019). Dalam ilmu kesehatan dan kedokteran, ada pengakuan yang berkembang bahwa masalah religiositas atau spiritualitas penting untuk memahami perilaku, sikap, dan keyakinan terkait dengan kesehatan (Matthews et al., 1998).

Model generik *Individual Effects from Religion/Spirituality* (Oman, 2018b) menggambarkan bagaimana keterlibatan agama dan religiositas/spiritualitas dalam perilaku kesehatan, dukungan sosial dan kesehatan mental. Model serupa telah diperkenalkan selama bertahun-tahun oleh Koenig & Cohen (2002); Koenig, King, & Carson (2012); dan Oman & Thoresen (2002). Dalam model tersebut dijelaskan bahwa perilaku kesehatan, dukungan sosial, dan kesehatan mental merupakan jalur mediasi antara agama atau religiositas/spiritualitas dengan kesehatan fisik. Ketiga mediator tersebut mewakili fakta bahwa tingkat perilaku kesehatan, hubungan sosial dan kesehatan mental individu, sangat dimungkinkan berpengaruh secara timbal balik yang saling mendorong atau melemahkan satu sama lain. Secara teori, ketiga mediator tersebut dapat memengaruhi kesehatan fisik baik secara langsung maupun tidak langsung.

Dukungan sosial sebagai afiliasi keagamaan berpeluang besar memengaruhi perilaku kesehatan, kesehatan mental individu dan fungsi imun untuk mencapai kesehatan fisik (Chatters, 2000; Ellison & Levin, 1998; Holt, Roth, Huang, & Clark, 2018; Idler et al., 2003; Oman & Thoresen, 2002). Dukungan sosial keagamaan dapat diartikan sebagai dukungan yang diberikan oleh orang-orang di jaringan sosial berbasis agama (Brewer, Robinson, Sumra, Tatsi, & Gire, 2015; Holt, Clark, Debnam, & Roth, 2014). Model teoritis dukungan sosial keagamaan yang mencakup aspek positif (dukungan emosional yang diberikan/diterima; dukungan berwujud yang diantisipasi) dan negatif (interaksi negatif) (Krause, Ellison, Shaw, Marcum, & Boardman, 2001).

Identitas Agama dan Perilaku Konsumsi

Menurut M. Umer Chapra sebagaimana dikutip Abbas (2012) dan Asytuti (2011) menjelaskan peran agama di dalam memberikan cara pandang dunia yang cenderung mempengaruhi keperibadian seperti perilaku, gaya hidup, selera dan preferensi manusia dan sikap-sikap terhadap manusia, sumber daya, dan lingkungan. Menurutnya, hal tersebut sangat mempengaruhi sifat, kuantitas dan kualitas kebutuhan materi maupun kebutuhan psikologis dan juga metode pemuasannya sehingga mendorong terciptanya keseimbangan antara dorongan material dan spiritual, meningkatkan solidaritas sosial, dan mencegah suatu kondisi ketiadaan standar moral. Dalam hal ini agama menjadi filter moral yang memberikan arti dan tujuan pada penggunaan sumber daya, serta memotivasi mekanisme yang diperlukan secara efektif (Asytuti, 2011).

Menurut Geert Hofstede sebagaimana dikutip Islam & Chandrasekaran (2020) menyebutkan bahwa filter moral agama merupakan anteseden terhadap budaya dan setiap agama menunjukkan sikapnya yang berbeda sehubungan dengan dimensi budaya tersebut seperti maskulinitas, individualisme, kekuasaan dan penghindaran ketidakpastian. Hal ini senada dengan yang dijelaskan M. Umer Chapra bahwa agama menempatkan hubungan manusia dalam suatu sikap yang seimbang dan saling memperhatikan untuk membantu mencapai kesejahteraan seluruh manusia dan berfungsi sebagai filter moral yang dapat mengalokasikan dan mendistribusikan

sementara daya sesuai dengan aturan-aturan persaudaraan dan keadilan sosial-ekonomi (Chapra, 2004). Hubungan manusia tersebut menunjukkan kekuatan sosial dari agama dan secara psikologis juga dapat mempengaruhi berbagai *outcome* individu seperti kesejahteraan, kesehatan, perkembangan sosial dan prestasi (McCullough & Willoughby, 2009).

M. Umer Chapra menyebutkan bahwa dalam ekonomi Islam perilaku manusia tidak terlepas dari komitmen pada persaudaraan dan keadilan menuntut semua sumber daya yang tersedia bagi umat manusia dalam mencari harta (produksi), menyimpan harta (mengelola kekayaan) dan membelanjakan harta (konsumsi). Amanat suci tersebut harus diarahkan untuk mewujudkan *maqashid syariah*, yakni: (1) pemenuhan kebutuhan, (2) penghasilan yang diperoleh dari sumber yang baik; (3) distribusi pendapatan dan kekayaan yang adil, dan (4) pertumbuhan dan stabilitas (Asytuti, 2011). Menurut Al-Ghazali, *maqashid syari'ah* adalah untuk mewujudkan dan meningkatkan kesejahteraan seluruh manusia, yang terletak pada perlindungan agama (*al-dien*), jiwa, (*nafs*), akal (*aql*), keturunan (*nasb*) dan harta benda (*maal*). Segala upaya yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan harus berpijak kepada lima prinsip tersebut. Pemenuhan kebutuhan manusia tersebut disebut dengan kebutuhan yang bersifat *dharuriyyat*, mendesak dan wajib dipenuhi karena mengandung *falah* dan *hayat thayyibah* (Asytuti, 2011; Suratmaputra, 2002).

Metodologi

Penelitian ini menggunakan dua gelombang terakhir (2007 dan 2014) dari *Indonesia Family Life Survey* (IFLS) untuk mengukur pengaruh keberagamaan (religiositas) terhadap keputusan orang tua melakukan imunisasi dasar pada anak yang dianalisis secara *cross-sectional*. Sampel selanjutnya dibatasi pada rumah tangga yang memiliki anak usia 1-5 tahun dan merupakan anak pada urutan terakhir.

Kami menggunakan model *ordered logit* untuk memanfaatkan sifat ordinal data imunisasi untuk meningkatkan kesederhanaan dan kekuatan model (Agresti, 2002, 2019). Model *ordered logit* mengikuti model Budyanra & Azzahra (2017) dan Pande (2003) yang menempatkan religiositas sebagai variabel utama seperti dalam model Gaduh (2012), yaitu

$$Y_{ijk} = \alpha + \beta_1 rlg s_i + X_i \beta_i + X_j \beta_j + X_k \beta_k + \varepsilon$$

Y adalah variabel *outcome* yang diukur berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 1611/Menkes/SK/XI/2005 tentang Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi. Imunisasi lengkap apabila memenuhi seluruh rangkaian pemberian vaksin BCG, DPT, Polio, Hepatitis B dan Campak; imunisasi tidak lengkap apabila minimal tidak memenuhi salah satu dari rangkaian pemberian vaksin; dan tidak imunisasi apabila anak tidak diberikan vaksin sama sekali. Selanjutnya, *rlgs* adalah religiositas yang mencakup identitas agama (*religion*), religiositas dan interaksi antara identitas agama dengan religiositas. Dalam penelitian ini hanya menggunakan 2 (dua) dimensi religiositas yaitu religiositas keyakinan (*subjective religious*) berdasarkan penilaian ketaatannya sendiri dari responden dan religiositas beribadah (*religious activities*) berdasarkan frekuensi beribadah responden. Interaksi antara identitas agama dengan religiositas menghasilkan variabel religiositas muslim. X adalah vektor kontrol, ε adalah residual dan i , j , dan k adalah masing-masing indeks individu, rumah tangga dan komunitas yang dalam penelitian ini kemudian dikelompokkan dalam tiga karakteristik yaitu karakteristik demografi terdiri dari jenis kelamin

anak, usia ibu, dan daerah tempat tinggal, karakteristik sosial ekonomi terdiri dari pendidikan terakhir ayah dan ibu, status pekerjaan ayah dan ibu, dan garis kemiskinan, serta karakteristik pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk imunisasi tetanus toxoid dan pemeriksaan kehamilan.

Hasil dan Diskusi

a. Karakteristik sampel penelitian

Tabel 1 menunjukkan jumlah anak yang diimunisasi dasar lengkap tahun 2007 lebih tinggi (1463; 40,59%) dibanding tahun 2014 (1335; 32,19%). Anak dengan status imunisasi tidak lengkap masih lebih tinggi jumlahnya dan meningkat pada tahun 2014 menjadi sebesar 62,45% (2590) yang sebelumnya tahun 2007 sebesar 54,19% (1953). Dan jumlah anak yang tidak diimunisasi masih relatif sama jumlahnya di tahun 2007 (188; 5,22%) dan 2014 (222; 5,35%). Pada tahun 2007 jumlah sampel Muslim Taat berdasarkan keyakinannya lebih tinggi (70,03%) dibandingkan tahun 2014 (65,88%). Pola yang sama pada sampel Muslim Taat berdasarkan frekuensi beribadah pada tahun 2007 memiliki persentase yang lebih tinggi (64,76%) dibandingkan tahun 2014 (63,13%).

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Sampel Penelitian Tahun 2007 dan 2014

Variabel	2007 (N=3604)		2014 (N=4147)	
	Freq.	%	Freq.	%
Variabel Dependen				
Status imunisasi anak				
Tidak imunisasi	188	5,22	222	5,35
Imunisasi tidak lengkap	1.953	54,19	2.590	62,45
Imunisasi lengkap	1.463	40,59	1.335	32,19
Variabel Independen				
Identitas agama				
Non Muslim	343	9,52	413	9,96
Muslim	3.261	90,48	3.734	90,04
Religiositas keyakinan				
Lainnya	771	21,39	1.059	25,54
Taat	2.833	78,61	3.088	74,46
Religiositas beribadah				
Lainnya	1.057	29,33	1.306	31,49
Taat	2.547	70,67	2.841	68,51
Identitas agama x religiositas keyakinan				
Lainnya	1.080	29,97	1.415	34,12
Muslim taat	2.524	70,03	2.732	65,88
Identitas agama x religiositas beribadah				
Lainnya	1.270	35,24	1.529	36,87
Muslim taat	2.334	64,76	2.618	63,13
Jenis kelamin anak				
Perempuan	1.730	48,00	2.010	48,47
Laki-laki	1.874	52,00	2.137	51,53

Variabel	2007 (N=3604)		2014 (N=4147)	
	Freq.	%	Freq.	%
Usia Ibu				
< 30 tahun	2.067	57,35	2.139	51,58
≥ 30 tahun	1.537	42,65	2.008	48,42
Daerah tempat tinggal				
Desa	1.707	47,36	1.778	42,87
Kota	1.897	52,64	2.369	57,13
Status pekerjaan ayah				
Tidak bekerja	222	6,16	561	13,53
Bekerja	3.382	93,84	3.586	86,47
Status pekerjaan ibu				
Tidak bekerja	2.423	67,23	2.634	63,52
Bekerja	1.181	32,77	1.513	36,48
Pendidikan terakhir ayah				
Tamat SMP ke bawah	2.025	56,19	2.144	51,70
Tamat SMA ke atas	1.579	43,81	2.003	48,30
Pendidikan terakhir ibu				
Tamat SMP ke bawah	2.248	62,38	2.310	55,70
Tamat SMA ke atas	1.356	37,62	1.837	44,30
Garis Kemiskinan				
Tidak miskin	1.462	40,57	2.261	54,52
Miskin	2.142	59,43	1.886	45,48
Imunisasi tetanus ibu				
Tidak	1.352	37,51	2.079	50,13
Ya	2.252	62,49	2.068	49,87
Pemeriksaan kehamilan				
Tidak lengkap	1.334	37,01	1.791	43,19
Lengkap (K4)	2.270	62,99	2.356	56,81

Sumber: IFLS 2007 dan 2014, diolah 2020

Tabel 2. Distribusi Sampel Berdasarkan Kelengkapan Imunisasi Dasar Tahun 2007 dan 2014

Variabel	2007						2014					
	Tidak imunisasi		Imunisasi tidak lengkap		Imunisasi lengkap		Tidak imunisasi		Imunisasi tidak lengkap		Imunisasi lengkap	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Identitas agama												
Non Muslim	24	12,77	178	9,11	141	9,64	21	9,46	251	9,69	141	10,56
Muslim	164	87,23	1775	90,89	1322	90,36	201	90,54	2339	90,31	1194	89,44
Religiositas keyakinan												
Tidak taat	54	28,72	421	21,56	296	20,23	63	28,38	665	25,68	331	24,79
Taata	134	71,28	1532	78,44	1167	79,77	159	71,62	1925	74,32	1004	75,21
Religiositas beribadah												
Tidak taat	74	39,36	590	30,21	393	26,86	95	42,79	809	31,24	402	30,11
Taata	114	60,64	1363	69,79	1070	73,14	127	57,21	1781	68,76	933	69,89
Identitas agama x Religiositas keyakinan												
Lainnya	75	39,89	578	29,60	427	29,19	74	33,33	882	34,05	459	34,38
Muslim taat	113	60,11	1375	70,40	1036	70,81	148	66,67	1708	65,95	876	65,62
Identitas agama x Religiositas beribadah												
Lainnya	90	47,87	706	36,15	474	35,24	104	46,85	943	36,41	482	36,10
Muslim taat	98	52,13	1247	63,85	989	67,60	118	53,15	1647	63,59	853	63,90
Jenis kelamin anak												
Perempuan	92	48,94	928	47,52	710	48,53	97	43,69	1271	49,07	642	48,09
Laki-laki	96	51,06	1025	52,48	753	51,47	125	56,31	1319	50,93	693	51,53
Usia ibu												
< 30 tahun	106	56,38	1159	59,34	802	54,82	99	44,59	1373	53,01	667	49,96
≥ 30 tahun	82	43,62	794	40,66	661	45,18	123	55,41	1217	46,99	668	50,04
Daerah tempat tinggal												

Variabel	2007						2014					
	Tidak imunisasi		Imunisasi tidak lengkap		Imunisasi lengkap		Tidak imunisasi		Imunisasi tidak lengkap		Imunisasi lengkap	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Desa	121	64,36	975	49,92	611	41,76	125	56,31	1109	42,82	544	40,75
Kota	67	35,64	978	50,08	852	58,24	97	43,69	1481	57,18	791	59,25
Status pekerjaan ayah												
Tidak bekerja	18	9,57	112	5,73	92	6,29	44	19,82	332	12,82	185	13,86
Bekerja	170	90,43	1841	94,27	1371	93,71	178	80,18	2258	87,18	1150	86,14
Status pekerjaan ibu												
Tidak bekerja	135	71,81	1347	68,97	941	64,32	156	70,27	1623	62,66	855	64,04
Bekerja	53	28,19	606	31,03	522	35,68	66	29,73	967	37,34	480	35,96
Pendidikan terakhir ayah												
Tamat SMP ke bawah	164	87,23	1134	58,06	727	49,69	153	68,92	1336	51,58	655	49,06
Tamat SMA ke atas	24	12,77	819	41,94	736	50,31	69	31,08	1254	48,42	680	50,94
Pendidikan terakhir ibu												
Tamat SMP ke bawah	162	86,17	1258	64,41	828	56,60	160	72,07	1442	55,68	708	53,03
Tamat SMA ke atas	26	13,83	695	35,59	635	43,40	62	27,93	1148	44,32	627	46,97
Garis kemiskinan												
Tidak miskin	54	28,72	766	39,22	642	43,88	93	41,89	1403	54,17	765	57,30
Miskin	134	71,28	1187	60,78	821	56,12	129	58,11	1187	45,83	570	42,70
Imunisasi tetanus ibu												
Tidak	129	68,62	738	37,79	485	33,15	164	73,87	1282	49,50	633	47,42
Ya	59	31,38	1215	62,21	978	66,85	58	26,13	1308	50,50	702	52,58
Pemeriksaan kehamilan												
Tidak lengkap	122	64,89	748	38,30	464	31,72	139	62,61	1112	42,93	540	40,45
Lengkap (K4)	66	35,11	1205	61,70	999	68,28	83	37,39	1478	57,07	795	59,55

Tabel 2 di atas menjelaskan bahwa responden taat berdasarkan keyakinannya pada tahun 2007 cenderung lebih banyak melakukan imunisasi lengkap pada anaknya (1167; 79,77%) dibandingkan tahun 2014 (1004; 75,21%). Demikian pula dengan responden yang taat berdasarkan frekuensi ibadahnya pada tahun 2007 lebih tinggi (1070; 73,14) dibandingkan tahun 2014 (933; 69,89). Hal ini mengindikasikan masih banyaknya responden berdasarkan religisitas keyakinan dan religisitas beribadah dalam memberikan imunisasi dasar lengkap bagi anaknya yang masih rendah.

b. Hubungan religisitas dengan kelengkapan imunisasi dasar

Tabel 3 dan 4 merupakan hasil estimasi dari seluruh model sehingga diperoleh model religisitas beribadah tahun 2007 dan religisitas keyakinan pada tahun 2014 yang signifikan secara statistik terhadap kelengkapan imunisasi dasar. Berdasarkan hasil *robustness test* keempat pada model tersebut menggambarkan interaksi variabel identitas agama dan religisitas yang cukup kuat dalam memprediksi hubungannya dengan kelengkapan imunisasi dasar (Tabel 5 dan Tabel 6). Pada tahun 2007, individu Muslim cenderung akan melakukan imunisasi dasar pada anaknya sebesar 0,688 kali lebih rendah dibandingkan individu Non-Muslim dengan peluang untuk melakukan imunisasi lengkap akan menurun sebesar 8,6%. Sedangkan tahun 2014 individu Muslim memiliki kecenderungan untuk melakukan imunisasi dasar anaknya sebesar 2,259 kali lebih tinggi dibandingkan individu Non-Muslim dengan peluang untuk melakukan imunisasi lengkap sebesar 17,6%.

Pada tahun 2007 menunjukkan individu Muslim yang taat cenderung akan melakukan imunisasi dasar pada anaknya menjadi 2 kali lebih tinggi dan meningkatkan peluang untuk melakukan imunisasi dasar lengkap sebesar 16%, namun tahun 2014 menjadi 0,357 kali lebih rendah dan menurunkan peluang untuk melakukan imunisasi dasar lengkap sebesar 22,1%. Hasil tahun 2007 menggambarkan dimensi religisitas beribadah berkaitan erat dengan ritual keagamaan yang memiliki peran positif pada kesehatan.

Di beberapa negara, individu Muslim berpeluang tidak melengkapi imunisasi anaknya terjadi di wilayah Asia Selatan yaitu India (Shrivastwa, Wagner, & Boulton, 2019), Bangladesh (Rahman et al., 2018), dan Pakistan (Noh et al., 2018). Di wilayah Afrika seperti di Nigeria (Adebiyi, 2013), Burkina Faso (Sanou et al., 2009), Etiopia (Tefera, Wagner, Mekonen, Carlson, & Boulton, 2018) dan Ghana (Hagan & Phethlu, 2016). Sedangkan peluang di kalangan non Muslim antara lain pada kelompok Protestan Ortodoks di Belanda (Ruijs et al., 2012), Jemaat Kristen lainnya terjadi di Zimbabwe (Mukungwa, 2015), kelompok Ultra-Ortodox di Israel (Muhsen et al., 2012) dan kelompok Amish di Amerika Serikat (Imdad et al., 2013) dan Libanon (Sutter et al., 1991).

Tabel 3. Model *Ordered Logistic* Religisitas Beribadah terhadap Kelengkapan Imunisasi Dasar Tahun 2007 dan 2014

Variabel	Kategori	2007		2014	
		β	<i>Robust S.E</i>	β	<i>Robust S.E</i>
Variabel Utama					

Variabel	Kategori	2007		2014	
		β	Robust S.E	β	Robust S.E
Identitas agama	Non muslim (ref.)				
	Muslim	-0.375	0.195*	-0.106	0.165
Religiositas beribadah	Tidak taat (ref.)				
	Taat	-0.455	0.231**	0.130	0.200
Identitas agama x Religiositas beribadah	Lainnya (ref.)				
	Muslim taat	0.695	0.244***	-0.0133	0.214
Variabel Kontrol					
Jenis kelamin anak	Perempuan (ref.)				
	Laki-laki	-0.0206	0.0676	-	0.0638
Usia ibu	< 30 tahun (ref.)			0.000172	
	$\geq$ 30 tahun	0.150	0.0748**	0.0483	0.0697
Daerah tempat tinggal	Desa (ref.)				
	Kota	0.208	0.0730***	0.112	0.0684
Status pekerjaan ayah	Tidak bekerja (ref.)				
	Bekerja	0.132	0.153	-0.00156	0.102
Status pekerjaan ibu	Tidak bekerja (ref.)				
	Bekerja	0.107	0.0731	-0.0612	0.0671
Pendidikan terakhir ayah	SMP ke bawah (ref.)				
	SMA ke atas	0.340	0.0798***	0.106	0.0750
Pendidikan terakhir ibu	SMP ke bawah (ref.)				
	SMA ke atas	0.181	0.0812**	0.131	0.0747*
Garis kemiskinan	Tidak miskin (ref.)				
	Miskin	-0.117	0.0751	-0.196	0.0692***
Imunisasi tetanus ibu	Tidak (ref.)				
	Ya	0.264	0.0893***	0.227	0.0826***
Pemeriksaan kehamilan	Tidak lengkap (ref.)				
	Lengkap (K4)	0.276	0.0891***	0.135	0.0854
Constant cut 1		-2.379	0.266***	-2.635	0.208***
Constant cut 2		1.006	0.256***	1.021	0.198***
Wald chi2 (13)		153.41		54.36	
Log Pseudolikelihood		-2987.4267		-3352.5253	
Pseudo R2		0.0271		0.0088	
Prob > chi2		0.0000		0.0000	
Number of Observation		3604		4147	

*** signifikan pada 1%

** signifikan pada 5%

* signifikan pada 10%

Sumber: IFLS 2007 dan 2014 (diolah)

Tabel 4. Model *Ordered Logistic* Religiositas Keyakinan terhadap Kelengkapan Imunisasi Dasar Tahun 2007 dan 2014

Variabel	Kategori	2007		2014	
		β	Robust S.E	β	Robust S.E
Variabel Utama					
Identitas agama	Non muslim (ref.)				
	Muslim	0.459	0.348	0.815	0.363**
Religiositas keyakinan	Tidak taat (ref.)				
	Taat	0.507	0.360	1.029	0.370***
Identitas agama x Religiositas keyakinan	Lainnya (ref.)				
	Muslim taat	-0.405	0.370	-1.031	0.378***
Variabel Kontrol					
Jenis kelamin anak	Perempuan (ref.)				
	Laki-laki	-0.0247	0.0676	-0.00329	0.0639
Usia ibu	< 30 tahun (ref.)				
	≥ 30 tahun	0.158	0.0744**	0.0637	0.0694
Daerah tempat tinggal	Desa (ref.)				
	Kota	0.203	0.0729***	0.111	0.0684
Status pekerjaan ayah	Tidak bekerja (ref.)				
	Bekerja	0.126	0.153	-0.00320	0.101
Status pekerjaan ibu	Tidak bekerja (ref.)				
	Bekerja	0.103	0.0732	-0.0603	0.0670
Pendidikan terakhir ayah	SMP ke bawah (ref.)				
	SMA ke atas	0.339	0.0799***	0.110	0.0747
Pendidikan terakhir ibu	SMP ke bawah (ref.)				
	SMA ke atas	0.185	0.0812**	0.140	0.0746*
Garis kemiskinan	Tidak miskin (ref.)				
	Miskin	-0.123	0.0749	-0.203	0.0687***
Imunisasi tetanus ibu	Tidak (ref.)				
	Ya	0.270	0.0893***	0.227	0.0687***
Pemeriksaan kehamilan	Tidak lengkap (ref.)				
	Lengkap (K4)	0.278	0.0891***	0.139	0.0853
Constant cut 1		-1.638	0.396***	-1.795	0.380***
Constant cut 2		1.741	0.391***	1.867	0.378***
Wald chi2 (13)		145.21		60.34	
Log Pseudolikelihood		-2992.4686		-3348.4669	

Variabel	Kategori	2007		2014	
		β	<i>Robust S.E</i>	β	<i>Robust S.E</i>
<i>Pseudo R2</i>		0.0255		0.0100	
<i>Prob > chi2</i>		0.0000		0.0000	
<i>Number of Observation</i>		3604		4147	
*** signifikan pada 1%		** signifikan pada 5%		* signifikan pada 10%	
<i>Sumber: IFLS 2007 dan 2014 (diolah)</i>					

Gambaran di atas memberikan petunjuk bahwa faktor agama dan religiositas dalam mempengaruhi keputusan orang tua untuk melakukan imunisasi dasar berlaku juga bagi penganut agama selain Islam, misalnya Katolik Ortodoks (Clarke, Giubilini, & Walker, 2016), Jemaat Kristen lainnya, Yahudi ultra-Ortodox (Grabenstein, 2013; Muhsen et al., 2012) dan Amish (Sutter et al., 1991). Kebanyakan penolakan terhadap vaksin karena bertentangan dengan ajaran agama (Rahman et al., 2018).

Tabel 5. Hasil Estimasi *Ordered Logistic* dan *Odds Ratio* Pengaruh Religiositas terhadap Kelengkapan Imunisasi Dasar

Variables	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	OR
Tahun 2007					
Identitas agama, (1 = muslim; 0 = non-muslim)	0.0821 (0.118)		0.0646 (0.119)	-0.375* (0.195)	0.688 (0.134)
Religiositas beribadah, (1 = taat; 0 = lainnya)		0.167** (0.0753)	0.164** (0.0755)	-0.455** (0.231)	0.634 (0.146)
Identitas agama x Religiositas beribadah, (1 = muslim taat; 0 = lainnya)				0.695*** (0.244)	2.003 (0.489)
/ cut 1	-2.086*** (0.226)	-2.045*** (0.206)	-1.993*** (0.231)	- 2.379*** (0.266)	-2.379 (0.266)
/ cut 1	1.290*** (0.214)	1.334*** (0.194)	1.387*** (0.220)	1.006*** (0.256)	1.006 (0.256)
Observation	3604	3604	3604	3604	3604
Tahun 2014					
Identitas agama, (1 = muslim; 0 = non-muslim)	-0.0929 (0.106)		-0.0853 (0.107)	0.815** (0.363)	2.259 (0.819)
		0.0622	0.0567	1.029***	2.796

Variables	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	OR
Religiositas keyakinan, (1 = taat; 0 = lainnya)		(0.0749)	(0.0755)	(0.370)	(1.036)
Identitas agama x Religiositas keyakinan, (1 = muslim taat; 0 = lainnya)				- 1.031*** (0.378)	0.357 (0.135)
/ cut 1	-2.692*** (0.174)	-2.567*** (0.157)	-2.646*** (0.187)	- 1.795*** (0.380)	-1.795 (0.380)
/ cut 1	0.9612** *	1.087*** (0.144)	1.008*** (0.176)	1.867*** (0.378)	1.867 (0.378)
Observation	4147	4147	4147	4147	4147

Keterangan: hasil estimasi terkontrol dengan variabel jenis kelamin anak, usia ibu, daerah tempat tinggal, status pekerjaan ayah, status pekerjaan ibu, pendidikan terakhir ayah, pendidikan terakhir ibu, garis kemiskinan, imunisasi tetanus ibu dan pemeriksaan kehamilan. Di dalam kurung adalah *robust standard error*

*** signifikan pada 1%

** signifikan pada 5%

* signifikan pada 10%

Sumber: IFLS 2007 dan 2014 (diolah)

Tabel 6. *Marginal Effect* Pengaruh Religiositas terhadap Kelengkapan Imunisasi Dasar

Variables	Tidak Imunisasi	Imunisasi Tidak Lengkap	Imunisasi Lengkap
Tahun 2007 (N = 3604)			
Identitas agama, (1 = muslim; 0 = non-muslim)	0.018* (0.0097)	0.068* (0.035)	-0.086* (0.045)
Religiositas beribadah, (1 = taat; 0 = lainnya)	0.022* (0.0114)	0.082** (0.042)	-0.105** (0.053)
Identitas agama x Religiositas beribadah, (1 = muslim taat; 0 = lainnya)	-0.034*** (0.0122)	-0.126*** (0.044)	0.160*** (0.056)
Tahun 2014 (N = 4147)			
Identitas agama, (1 = muslim; 0 = non-muslim)	-0.041** (0.0187)	-0.134** (0.059)	0.175** (0.078)

Variables	Tidak Imunisasi	Imunisasi Tidak Lengkap	Imunisasi Lengkap
Religiositas keyakinan, (1 = taat; 0 = lainnya)	-0.052*** (0.019)	-0.169*** (0.060)	0.221*** (0.079)
Identitas agama x Religiositas keyakinan, (1 = muslim taat; 0 = lainnya)	0.052*** (0.020)	0.169*** (0.062)	-0.221*** (0.081)

Keterangan: hasil estimasi terkontrol dengan variabel jenis kelamin anak, usia ibu, daerah tempat tinggal, status pekerjaan ayah, status pekerjaan ibu, pendidikan terakhir ayah, pendidikan terakhir ibu, garis kemiskinan, imunisasi tetanus ibu dan pemeriksaan kehamilan. Di dalam kurung adalah *robust standard error*

*** signifikan pada 1%

** signifikan pada 5%

* signifikan pada 10%

Sumber: IFLS 2007 dan 2014 (diolah)

c. Perbedaan pola religiositas dalam pengambilan keputusan imunisasi dasar

Agama dan religiositas menjadi sesuatu yang dominan mempengaruhi sikap dan perilaku individu dalam kehidupannya termasuk dalam pemenuhan kesehatan anak dan keluarga. Salah satunya disebabkan adanya afiliasi keagamaan atau religiositas yang mempengaruhi sikap dan perilaku individu (Abolghasem-Gorji, Bathaei, Shakeri, Heidari, & Asayesh, 2017) yang didukung oleh penelitian-penelitian sebelumnya yang membuktikan adanya keterlibatan religiositas dan berbagai hasil terkait kesehatan (Koenig, 2000; Koenig & Al Shohaib, 2014). Karena keterlibatan religiositas berkaitan dengan konstruksi dan pengalaman multidimensi (Hill & Hood, 1999), maka dalam penelitian ini hanya menggunakan model dua dimensi untuk mengkarakterisasi religiositas, yang terdiri dari keyakinan agama yaitu tentang seberapa taat individu dalam beragama (berdasarkan penilaian pribadi) dan perilaku religius berdasarkan frekuensi beribadah menurut ajaran agama yang dianut (Holt et al., 2018).

Hubungan religiositas dan kesehatan memiliki pola yang cukup konsisten dalam berbagai literatur dan berkembang secara alami dalam mengidentifikasi dan menjelaskan hubungan tersebut (Ellison & Levin, 1998; Oman & Thoresen, 2002); keyakinan bahwa seseorang harus hidup sehat atau menghindari perilaku berisiko kesehatan sesuai dengan doktrin agama, dan adanya dukungan sosial yang lebih besar (Holt et al., 2018; Idler et al., 2003; Oman & Thoresen, 2002).

Dukungan sosial keagamaan kadang-kadang disebut sebagai dukungan sosial berbasis tempat ibadah di mana partisipasi dalam kegiatan keagamaan memberi orang akses ke jaringan sosial yang mencakup dukungan dari tokoh agama dan dari anggota lain dari organisasi keagamaan tersebut (Holt et al., 2018; Le, Holt, Hosack, Huang, & Clark, 2016) dan memiliki keunikan tersendiri dari dukungan yang diterima diluar keagamaan (Holt et al., 2018; Idler et al., 2003). Teori menunjukkan bahwa dukungan sosial merupakan konstruksi multidimensi yang berkaitan dengan fungsi dari dukungan yang diberikan (Koenig & Cohen, 2002). Teori tersebut sejalan dengan model *Individual Effects from Religion/Spirituality*, dimana dukungan sosial menjadi mediator dalam hubungan agama dengan kesehatan (Oman, 2018b).

Teori dukungan sosial keagamaan mencakup aspek positif dan negatif (Krause et al., 2001), namun dalam penelitian ini belum sampai pada taraf mengantisipasi bahwa aspek positif dari dukungan sosial keagamaan dikaitkan dengan peningkatan perilaku kesehatan dan pengurangan perilaku risiko kesehatan dari waktu ke waktu, begitu pula sebaliknya. Dukungan sosial keagamaan dalam penelitian ini dalam konteks dukungan yang diberikan oleh orang-orang di jaringan sosial berbasis agama (Brewer et al., 2015; Holt et al., 2014) yang dapat mengidentifikasi perbedaan religiositas hanya pada satu titik waktu.

Dukungan sosial keagamaan menyebabkan terjadinya gejala sosial untuk menjadi religius yang terjadi secara alami di Indonesia. Sebagai contoh gerakan hijrah yang menjadi fenomena baru dikampanyekan ke berbagai kanal media sosial secara massif (Fitri & Jayanti, 2020; Musahadah & Triyono, 2019; Syahrin & Mustika, 2020). Gerakan tersebut mengalami pergeseran makna dari sebuah ritus yang sifatnya personal menjadi gerakan yang sifatnya komunal (Addini, 2019). Tren keagamaan tersebut sebenarnya sudah lama terjadi, bahkan di negara Barat sejak tahun 1990-an menjadi populer sebagai sebuah tren publik (Einstein, 2008). Tidak hanya pada komunitas Muslim, pada komunitas Kristen Protestan pun mengalami tren yang bermakna sama dengan hijrah, yang mengusung istilah *born-again Christian* (Fitri & Jayanti, 2020; Kailani & Sunarwoto, 2019). Gerakan tersebut semakin menguat dengan munculnya tokoh-tokoh dari kelompok *public figure* yang turut menunjukkan keberpindahannya, diikuti dengan terbentuknya komunitas elit dalam mempelajari nilai-nilai keagamaan (Fitri & Jayanti, 2020).

Makna hijrah bukan hanya sekedar perpindahan dari kondisi yang tidak baik menjadi baik dalam hal ibadah kepada Tuhan Yang Maha Esa. Terjadi reformulasi epistemologi hijrah yang dapat bermuatan sosial, ekonomi, politik (Addini, 2019; Sukidi, 2001). Gerakan hijrah sebagai bentuk dukungan sosial keagamaan tersebut dimungkinkan mempengaruhi perilaku kesehatan masyarakat, salah satunya dalam peningkatan imunitas seperti pilihan melakukan vaksinasi pada anak (Oman, 2018a; Oman & Thoresen, 2002).

Dalam ekonomi perilaku, kondisi tersebut menyebabkan bias masa kini (*present bias*) yang menyebabkan terhambatnya investasi dimasa yang akan datang karena perlindungan penyakit ada di masa depan dan tidak berwujud (Buttenheim & Asch, 2013; Linnemayr & Stecher, 2015). Namun intervensi kesehatan terhadap penolakan vaksinasi dalam program imunisasi dasar dengan alasan agama akan berbeda karena tidak lagi membicarakan masalah tingginya status pendidikan orang tua, tidak adanya investasi waktu, kehilangan gaji, biaya transportasi untuk mendapatkan vaksinasi anak (meskipun vaksinasi itu sendiri gratis), maupun masalah dimana masyarakat tinggal (Buttenheim & Asch, 2013) namun lebih kepada keyakinan individu yang kemudian menjadi suatu gerakan sosial.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian ini dapat disimpulkan bahwa, hasil estimasi menggunakan model *ordered logistics* menunjukkan hubungan yang positif dari religiositas terhadap kelengkapan imunisasi dasar pada anak berdasarkan dimensi beribadah pada tahun 2007 dan memiliki hubungan yang negatif dari religiositas terhadap kelengkapan imunisasi dasar pada anak berdasarkan dimensi keyakinan pribadi pada tahun 2014. Perbedaan pola religiositas tahun

2007 dan 2014 menggambarkan adanya perubahan perilaku (*changing behavior*) keagamaan yang mempengaruhi kelengkapan imunisasi dasar pada anak. Perubahan tersebut dapat terjadi melalui dukungan sosial (*social supporting*) keagamaan yang bersifat komunal yang diaktualisasikan melalui gerakan sosial keagamaan.

Referensi

- Abbas, A. (2012). Sistem Ekonomi Islam: Suatu Pendekatan Filsafat, Nilai-Nilai Dasar dan Instrumental. *Al-Iqtishad: Journal of Islamic Economics*, IV(1), 111–124.
- Abolghasem-Gorji, H., Bathaei, S. A., Shakeri, K., Heidari, M., & Asayesh, H. (2017). The Effect of Religiosity on Quality of Life in Muslim Patients with Heart Failure: A Study in Qom, the Religious Capital of Iran. *Mental Health, Religion and Culture*, 20(3), 217–228. <https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1329287>
- Addini, A. (2019). Fenomena Gerakan Hijrah di Kalangan Pemuda Muslim Sebagai Mode Sosial. *Journal of Islamic Civilization*, 1(2), 109–118. <https://doi.org/10.33086/jic.v1i2.1313>
- Adebiyi, F. (2013). *Determinants of Full Child Immunization Among 12-23 Months Old in Nigeria*. University of The Witwatersrand.
- Agresti, A. (2002). *Categorical Data Analysis* (Second). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Agresti, A. (2019). *An Introduction to Categorical Data Analysis* (Third). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Asyuti, R. (2011). Rekonsepsi Ekonomi Islam dalam Perilaku dan Motivasi Ekonomi. *Religia*, 14(1), 75–91.
- Brewer, G., Robinson, S., Sumra, A., Tatsi, E., & Gire, N. (2015). The Influence of Religious Coping and Religious Social Support on Health Behaviour, Health Status and Health Attitudes in a British Christian Sample. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 2225–2234. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9966-4>
- Budyana, B., & Azzahra, G. N. (2017). Penerapan Regresi Logistik Ordinal Proportional Odds Model pada Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kelengkapan Imunisasi Dasar Anak Balita di Provinsi Aceh Tahun 2015. *Media Statistika*, 10(1), 37–47. <https://doi.org/10.14710/medstat.10.1.37-47>
- Buttenheim, A. M., & Asch, D. A. (2013). Behavioral economics: The key to closing the gap on maternal, newborn and child survival for millennium development goals 4 and 5? *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 581–585. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1042-7>
- Chapra, U. (2004). *The Future of Economic: An Islamic Perspective*. Jakarta: SEBI.
- Chatters, L. M. (2000). Religion and Health: Public Health Research and Practice. *Annual Review of Public Health*, 21(May), 335–367. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.21.1.335>
- Clarke, S., Giubilini, A., & Walker, M. J. (2016). Conscientious Objection to Vaccination. *Bioethics*, 00(00), 1–7. <https://doi.org/10.1111/bioe.12326>
- Einstein, M. (2008). *Brands of Faith: Marketing Religion in a Commercial Age*. New York:

Routledge.

- Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998). The Religion-Health Connection: Evidence, Theory, and Future Directions. *Health Education & Behavior*, 25(6), 700–720.
- Fitri, R. N., & Jayanti, I. R. (2020). Fenomena Seleb Hijrah: Tendensi Eksklusivisme dan Kemunculan Kelompok Sosial Baru. *MUHARRIK: Jurnal Dakwah Dan Sosial*, 3(01), 1–17. <https://doi.org/10.37680/muharrik.v3i01.222>
- Gaduh, A. (2012). *Uniter or Divider? Religion and Social Cooperation: Evidence from Indonesia*. University of Southern California. University of Southern California. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1991484>
- Grabenstein, J. D. (2013). What the World's religions teach, applied to vaccines and immune globulins. *Vaccine*, 31(16), 2011–2023. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2013.02.026>
- Hagan, D., & Phethlu, D. R. (2016). Determinants of Parents' Decisions on Childhood Immunisations at Kumasi Metropolis in Ghana. *Curationis*, 39(1), 1–7. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1554>
- Hall, K., Pinnick, D., Fix, N., Jansen, R., Gold, A., & Carson, P. (2016). *Immunization and Exemption Policies and Practices in North Dakota: A Comprehensive Review and Recommendations for Improvement*. North Dakota.
- Harvey, A. (2018, January 15). Islamic anti-vaxxers undermine efforts to prevent diphtheria outbreak in Indonesia - ABC News. Retrieved August 29, 2020, from <https://www.abc.net.au/news/2018-01-15/islamic-anti-vaxxers-undermining-diphtheria-vaccination-campaign/9325852>
- Hidayatullah, T. A. (2016). *An Explanatory Study of Health Policy Agenda Setting in Indonesian Immunisation Policy for Religious Anti-Vaccination*. Flinders University.
- Hill, P. C., & Hood, R. W. (1999). *Measures of Religiosity*. (P. C. Hill & R. W. Hood, Eds.). Birmingham: Religious Education Press Birmingham.
- Holt, C. L., Clark, E. M., Debnam, K. J., & Roth, D. L. (2014). Religion and health in African Americans: The role of religious coping. *American Journal of Health Behavior*, 38(2), 190–199. <https://doi.org/10.5993/AJHB.38.2.4>
- Holt, C. L., Roth, D. L., Huang, J., & Clark, E. M. (2018). Role of religious social support in longitudinal relationships between religiosity and health-related outcomes in African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(1), 62–73. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9877-4>
- Idler, E. L., Musick, M. A., Ellison, C. G., George, L. K., Krause, N., Ory, M. G., ... Williams, D. R. (2003). Measuring Multiple Dimensions of Religion and Spirituality for Health Research. *Research on Aging*, 25(4), 327–365. <https://doi.org/10.1177/0164027503252749>
- Imdad, A., Tserenpuntsag, B., Blog, D. S., Halsey, N. A., Easton, D. E., & Shaw, J. (2013). Religious Exemptions for Immunization and Risk of Pertussis in New York State, 2000–2011. *Pediatrics*, 132(1), 37–43. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3449>
- Islam, T., & Chandrasekaran, U. (2020). Religiosity and Consumer Decision Making Styles of Young Indian Muslim Consumers. *Journal of Global Scholars of Marketing Science*, 30(2),

147–169. <https://doi.org/10.1080/21639159.2019.1679031>

- Kailani, N., & Sunarwoto. (2019). Televangelisme Islam Dalam Lanskap Otoritas Keagamaan Baru. In *Ulama dan Negara Bangsa: Membaca Masa Depan Islam Politik di Indonesia*. Yogyakarta: PusPIDeP.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Laporan Penelitian: Riskesdas Tahun 2013*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019a). *Laporan Penelitian Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018*. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Litbangkes.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019b). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Koenig, H. G. (2000). *The Healing Connection: The Story a Physician's Search for Link between Faith and Health*. Philadelphia & London: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. G., & Al Shohaib, S. (2014). *Health and Well-Being in Islamic Societies: Background, Research, and Applications*. Switzerland: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-05873-3>
- Koenig, H. G., & Cohen, H. J. (2002). *The link Between Religion and Health: Psychoneuroimmunology and the Faith Factor*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health (2nd ed.)*. Oxford/New York: Oxford University Press. [https://doi.org/Oxford University Press](https://doi.org/Oxford%20University%20Press)
- Krause, N., Ellison, C. G., Shaw, B. A., Marcum, J. P., & Boardman, J. D. (2001). Church-Based Social Support and Religious Coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(4), 637–656.
- Kumampung, D. R. (2017, June 15). Ini Jawaban Oki Setiana Dewi tentang Kabar Anti-Vaksin. Retrieved September 3, 2020, from <https://entertainment.kompas.com/read/2017/06/15/204204410/ini.jawaban.oki.setiana.dewi.tentang.kabar.anti-vaksin>
- Le, D., Holt, C. L., Hosack, D. P., Huang, J., & Clark, E. M. (2016). Religious Participation is Associated with Increases in Religious Social Support in a National Longitudinal Study of African Americans. *Journal of Religion and Health*, 55(4), 1449–1460. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0143-1>
- Linnemayr, S., & Stecher, C. (2015). Behavioral Economics Matters for HIV Research: The Impact of Behavioral Biases on Adherence to Antiretrovirals (ARVs). *AIDS and Behavior*, 19(11), 2069–2075. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1076-0>
- Majalah Tempo. (2017, August 21). Bahaya di Balik Penolakan Vaksin - Kesehatan - majalah.tempo.co. Retrieved September 3, 2020, from <https://majalah.tempo.co/read/kesehatan/153838/bahaya-di-balik-penolakan-vaksin?hidden=login>
- Matthews, D. A., McCullough, M. E., Larson, D. B., Koenig, H. G., Swyers, J. P., & Milano, M. G. (1998). Religious Commitment and Health Status: A Review of the Research and Implications for Family Medicine. *Archives of Family Medicine*, 7(2), 118–124. <https://doi.org/10.1001/archfami.7.2.118>

- McCullough, M. E., & Willoughby, B. L. B. (2009). Religion, Self-Regulation, and Self-Control: Associations, Explanations, and Implications. *Psychological Bulletin*, (February), 1–25. <https://doi.org/10.1037/a0014213>
- Muallifah, A. Y. (2018). Mengurai Hadis Tahnik dan Gerakan Anti Vaksin. *Jurnal Living Hadis*, 2(2), 253. <https://doi.org/10.14421/livinghadis.2017.1334>
- Muhsen, K., El-hai, R. A., Amit-aharon, A., Nehama, H., Gondia, M., Davidovitch, N., ... Cohen, D. (2012). Risk factors of underutilization of childhood immunizations in ultraorthodox Jewish communities in Israel despite high access to health care services. *Vaccine*, 30(12), 2109–2115. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.01.044>
- Mukungwa, T. (2015). Factors Associated with full Immunization Coverage amongst children aged 12 – 23 months in Zimbabwe. *African Population Studies*, 29(2), 1761–1774.
- Musahadah, Z. S., & Triyono, S. (2019). Fenomena Hijrah Di Indonesia: Konten Persuasif Dalam Instagram. *RETORIKA: Jurnal Bahasa, Sastra, Dan Pengajarannya*, 12(2), 117. <https://doi.org/10.26858/retorika.v12i2.7874>
- Noh, J., Kim, Y., Akram, N., Yoo, K., Park, J., Cheon, J., ... Stekelenburg, J. (2018). Factors affecting complete and timely childhood immunization coverage in Sindh, Pakistan; A secondary analysis of cross- sectional survey data. *PLoS ONE*, 13(10), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206766>
- Oman, D. (2018a). Maternal/Child Health, Religion, and Spirituality. In D. Oman (Ed.), *Why Religion and Spirituality Matter for Public Health: Evidence, Implications and Resources* (pp. 175–189). Switzerland: Springer International Publishing.
- Oman, D. (2018b). *Why Religion and Spirituality Matter for Public Health: Evidence, Implications and Resources*. Switzerland: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-73966-3>
- Oman, D., & Thoresen, C. E. (2002). “Does religion cause health?”: Differing interpretations and diverse meanings. *Journal of Health Psychology*, 7(4), 365–380. <https://doi.org/10.1177/1359105302007004326>
- Pande, R. P. (2003). Selective Gender Differences in Childhood Nutrition and Immunization Rural India: The Role of Siblings. *Demography*, 40(3), 395–418.
- Prawira, A. E. (2017, June 14). Bahaya untuk Indonesia Bila Banyak Artis yang Antivaksin - Health Liputan6.com. Retrieved September 1, 2020, from <https://www.liputan6.com/health/read/2990358/bahaya-untuk-indonesia-bila-banyak-artis-yang-antivaksin>
- Rahman, A., Reza, A. A. S., Bhuiyan, B. A., Alam, N., Dasgupta, S. K., Mostari, S., & Anwar, I. (2018). Equity and Determinants of Routine Child Immunisation Programme Among Tribal and non-Tribal Populations in Rural Tangail Subdistrict, Bangladesh: A Cohort Study. *BMJ Open*, 8(10), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022634>
- Ruijs, W. L. M., Hautvast, J. L. A., Ansem, W. J. C. van, IJzendoorn, G. van, Velden, K. van der, & Hulscher, M. E. J. L. (2012). How orthodox Protestant parents decide on the vaccination of their children: a qualitative study. In *Acceptance of Vaccination among Orthodox Protestants in The Netherlands*. Radboud University Nijmegen Medical Centre.

- Sanou, A., Simboro, S., Kouyaté, B., Dugas, M., Graham, J., & Bibeau, G. (2009). Assessment of factors associated with complete immunization coverage in children aged 12-23 months : a cross-sectional study in Nouna district , Burkina Faso. *BMC International Health and Human Rights*, 9(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1472-698X-9-S1-S10>
- Shrivastwa, N., Wagner, A. L., & Boulton, M. L. (2019). Analysis of State-Specific Differences in Childhood Vaccination Coverage in Rural India. *Vaccines*, 7(24), 1–11. <https://doi.org/10.3390/vaccines7010024>
- Sukidi. (2001). *Teologi Inklusif Cak Nur*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.
- Sundoro, J., Sulaiman, A., Purwadianto, A., & Wasisto, B. (2018). Kampanye Anti-Vaksin oleh Seorang Dokter, Apakah Melanggar Etik? *Jurnal Etika Kedokteran Indonesia*, 2(1), 1. <https://doi.org/10.26880/jeki.v2i1.8>
- Suratmaputra, M. (2002). *Filsafat Hukum Islam Al-Ghazali: Masalah Mursalah dan Relevansinya dengan Pembaharuan Hukum Islam*,. Jakarta: Pustaka Firdaus.
- Sutter, R. W., Markowitz, L. E., Bennetch, J. M., Morris, W., Zell, E. R., Preblud, S. R., ... Zell, E. R. (1991). Measles among the Amish: A Comparative Study of Measles Severity in Primary and Secondary Cases in Households. *The Journal of Infectious Disease*, 163(1), 12–16.
- Suwarni, Y. T. (2010). No Halal Vaccine Yet , Top Pharmacist Says. *The Jakarta Post*.
- Syahrin, A. A., & Mustika, B. (2020). Makna Hijrah Bagi Kalangan Remaja Non Santri: Dampak Penggunaan Media Sosial. *Jurnal Studi Agama Dan Masyarakat*, 16(1), 61–72. <https://doi.org/10.23971/jsam.v16i1.1901>
- Tefera, Y., Wagner, A., Mekonen, E., Carlson, B., & Boulton, M. (2018). Predictors and Barriers to Full Vaccination among Children in Ethiopia. *Vaccines*, 6(2), 22. <https://doi.org/10.3390/vaccines6020022>
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)*. World Health Organization.
- Zimmer, Z., Rojo, F., Ofstedal, M. B., Chiu, C. T., Saito, Y., & Jagger, C. (2019). Religiosity and Health: A Global Comparative Study. *SSM - Population Health*, 7. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.11.006>