

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR KEJADIAN LUAR BIASA DIFTERI
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WRINGIN
KECAMATAN WRINGIN
KABUPATEN BONDOWOSO**

PENELITIAN CROSS-SECTIONAL



**Oleh:
MAYA SINDHI PUTRI
NIM. 131011175**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR KEJADIAN LUAR BIASA DIFTERI
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WRINGIN
KECAMATAN WRINGIN
KABUPATEN BONDOWOSO**

PENELITIAN CROSS-SECTIONAL

Untuk Memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep)
Dalam Program studi Ilmu Keperawatan
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR



**Oleh:
MAYA SINDHI PUTRI
NIM. 131011175**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, Februari 2012

Yang menyatakan

Maya Sindhi Putri

NIM 131011175

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR KEJADIAN LUAR BIASA DIFTERI
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WRINGIN
KECAMATAN WRINGIN
KABUPATEN BONDOWOSO**

Oleh

Nama: Maya Sindhi Putri

NIM : 131011175

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL, 13 FEBRUARI 2012

Oleh :

Pembimbing 1

Ferry Efendi, S.Kep.Ns., M. Sc

NIP. 198202182008121005

Pembimbing 2

Eka Mishbahatul Mar'ah Has, S.Kep.Ns

NIK. 139080825

Mengetahui,

Plh. Wakil Dekan I

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Wakil Dekan II

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes

NIP.19780606200112200

SKRIPSI

**ANALISIS FAKTOR KEJADIAN LUAR BIASA DIFTERI
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WRINGIN
KECAMATAN WRINGIN
KABUPATEN BONDOWOSO**

Oleh:

Maya Sindhi Putri

NIM 131011175

Telah diuji

Pada tanggal, 15 Februari 2012

PANITIA PENGUJI

Ketua : Joni Haryanto, S.Kp., M.Si (.....)

Anggota :1. Ferry Efendi, S.Kep.Ns., M.Sc (.....)

2. Ilya Krisnana, S.Kep.Ns (.....)

Mengetahui,

Plh. Wakil Dekan I

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Wakil Dekan II

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes

NIP.19780606200112200

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayahNYA kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“ANALISIS FAKTOR KEJADIAN LUAR BIASA DIFTERI DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS WRINGIN KECAMATAN WRINGIN KABUPATEN BONDOWOSO”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Purwaningsih, S.Kp, M. Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Dinas Kesehatan Bondowoso dan Puskesmas Wringin yang memberikan ijin untuk melakukan penelitian Difteri.
3. Mira Trihartini, S. Kp., M. Kep selaku Wakil Dekan 1 Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
4. Ferry Efendi, S. Kep. Ns, M.Sc selaku pembimbing 1, yang telah memberikan bimbingan, masukan, dan waktu yang telah diluangkan kepada penulis serta semua perhatian dan semangat atas kemajuan penyelesaian skripsi ini.
5. Eka Mishbahatul Mar'ah Has, S. Kep. Ns selaku pembimbing 2, yang telah memberikan bimbingann, masukan, informasi, dan waktu yang telah diluangkan kepada penulis serta telah memotivasi penulis untuk teguh, disiplin, dan pantang menyerah.
6. Pak Hendi, Pak Udin, Bu Nur, Bu Anik dan Seluruh dosen, staf, Karyawan di lingkungan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, terima kasih atas segala bantuan yang diberikan dari awal pembuatan proposal hingga skripsi ini selesai.

7. Papa, Mama, Sandhi, dan Fandhi terima kasih tak terhingga atas doa yang selalu engkau panjatkan, cinta, kasih sayang, motivasi, dan nasihat.
8. Mas Septian Yunidar terima kasih atas doa, kasih sayang dan motivasi selama penyusunan skripsi ini.
9. Pak Baktiawan terima kasih untuk bantuannya selama penelitian berjalan.
10. Mbak Innez, Metia, Nining, Mas Wujang, Mas Marek, dan semua Keluarga Besar B13 terima kasih atas support dan dukungannya selama ini.
11. Terima kasih kepada responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
12. Semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Kami sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 10 Februari 2012

Penulis

ABSTRACT**FACTOR ANALYSIS IN OUTBREAK OCCURRENCE OF DIPHTHERIA**

Retrospective Study in Working Area of Puskesmas Wringin, Bondowoso

By: Maya Sindhi Putri

Diphtheria is an acute infection that is contagious, and is often attacked mainly the upper respiratory tract, with the typical signs of the onset of pseudo membranous. The distribution of this disease is spread throughout the world, especially in poor countries, whose inhabitants live in settlements that is densely populated, poor hygiene and sanitation, and health facilities are lacking. In Indonesia, particularly Bondowoso, this disease caused outbreak.

This study was aimed to analyze factors related to outbreak occurrence of diphtheria in Wringin sub-district.

Design used in this study was analytic with retrospective method. The population was all communities in Wringin sub-district. Total sample was 20 respondents, taken according inclusion and exclusion criteria using purposive sampling. Independent variables were age, sex, immunization, contact history, knowledge, attitude, action, sunlight spread, ventilation, population density, temperature in the house, type of the wall, and type of the floor factor. The dependent variable was outbreak occurrence of diphtheria. Data were collected using structured questionnaire and environment observation. Data were then analyzed using Spearman's Rho test with level of significance of $\rho < 0.05$.

Results showed that there was significant correlation between sex and outbreak occurrence of diphtheria ($\rho=0.028$), contact history ($\rho=0.049$), and ventilation ($\rho=0.019$). Otherwise, there was no significant correlation between age and outbreak occurrence of diphtheria ($\rho=0.314$), immunization ($\rho=0.365$), knowledge ($\rho=0.163$), attitude ($\rho=0.080$), action ($\rho=0.110$), sunlight spread ($\rho=0.200$), population density ($\rho=0.432$), temperature in the house ($\rho=0,200$), type of the wall ($\rho=0.190$), and type of the floor factors ($\rho=0.146$).

It can be concluded that sex, contact history, and ventilation factors can prevent the outbreak occurrence of diphtheria. Further studies should involve larger respondents and better measurement tools to obtain more accurate results.

Keywords: Diphtheria, outbreak occurrence

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat gelar	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Ucapan Terima Kasih.....	v
<i>Abstract</i>	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Teoritis	4
1.4.2 Praktis.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Difteri	6
2.1.1 Pengertian.....	6
2.1.2 Etiologi.....	6
2.1.3 Klasifikasi difteri.....	9
2.1.4 Manifestasi klinis	11
2.1.5 Diagnosis.....	11
2.1.6 Epidemiologi.....	13
2.1.7 Cara penularan	13
2.1.8 Pencegahan.....	14
2.1.9 Penatalaksanaan	15
2.1.10 Vaksin difteri.....	17
2.1.11 Komplikasi	18
2.1.11 Asuhan keperawatan anak dengan masalah difteri	19
2.2 Konsep Keperawatan Komunitas.....	23
2.2.1 Pengertian.....	23
2.2.2 Tujuan keperawatan kesehatan komunitas.....	24
2.2.3 Area praktik keperawatan kesehatan komunitas	24
2.2.4 Sasaran keperawatan kesehatan komunitas.....	27
2.2.5 Peran keperawatan kesehatan komunitas	29
2.2.6 Ruang lingkup keperawatan kesehatan komunitas	33
2.2.7 Prinsip pemberian pelayanan keperawatan kesehatan komunitas.....	34

2.2.8 Tanggung jawab keperawatan kesehatan komunitas	36
2.2.9 Keperawatan kesehatan komunitas dimasa mendatang	37
2.3 Konsep Epidemiologi.....	37
2.3.1 Pengertian.....	37
2.3.2 Elemen epidemiologi	38
2.3.3 Tujuan epidemiologi	39
2.3.4 Model epidemiologi	39
2.3.5 Jangkauan dan kegiatan epidemiologi	40
2.3.6 Konsep penularan penyakit.....	41
2.3.7 Faktror-faktor dalam kausalitas penyakit.....	43
2.3.8 Mekanisme penularan penyakit.....	45
2.3.9 Konsep kejadian luar bias (KLB).....	49
2.3.10 Kegiatan surveilens	51
2.4 Faktor-faktor Penyebab Difteri.....	55
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	63
3.1 Kerangka Konseptual	63
3.2 Hipotesis	64
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	65
4.1 Desain Penelitian	65
4.2 Populasi,Sampel dan Sampling	66
4.2.1 Populasi.....	66
4.2.2 Sampel.....	66
4.2.3 Sampling	67
4.3 Variabel Penelitian	68
4.3.1 Variabel independen.....	68
4.3.2 Variabel dependen.....	68
4.4 Instrumen Penelitian	68
4.5 Lokasi dan Waktu penelitian	69
4.6 Definisi Operasional	69
4.7 Prosedur penelitian	74
4.8 Kerangka Kerja.....	75
4.9 Analisis data	76
4.10 Etika Penelitian.....	76
4.10.1 <i>Informed consent</i>	76
4.10.2 <i>Anonymity</i>	77
4.10.3 <i>Confidentiality</i>	77
4.11 Keterbatasan Penelitian	77
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	78
5.1 Hasil Penelitian.....	78
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	78
5.1.2 Karakteristik demografi responden	83
5.1.3 Variabel yang diukur.....	85
5.1.4 Hubungan antara variabel penelitian.....	92
5.1.5 Nilai korelasi dan tingkat signifikan antara variabel dependen dan independen	101

5.2 Pembahasan	102
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	116
6.1 Kesimpulan.....	116
6.2 Saran	117
DAFTAR PUSTAKA	118
LAMPIRAN	120

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Vaksin Difteri.....	18
Tabel 4.5 Definisi Operasional Analisis Faktor Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012.....	70
Tabel 5.1 Distribusi Data Usia Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012	86
Tabel 5.2 Distribusi Data Jenis Kelamin Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012	86
Tabel 5.3 Distribusi Data Imunisasi Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012	87
Tabel 5.4 Distribusi Data Riwayat Kontak Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012.....	87
Tabel 5.5 Distribusi Data Pengetahuan Ibu dengan Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012.....	88
Tabel 5.6 Distribusi Data Sikap Ibu dengan Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012.....	88
Tabel 5.7 Distribusi Data Tindakan Ibu dengan Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012.....	89
Tabel 5.8 Distribusi Data Sinar Matahari yang masuk ke rumah pada rumah Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012	89
Tabel 5.9 Distribusi Data Luas Ventilasi Rumah pada rumah Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012...	90

Tabel 5.10 Distribusi Data Kepadatan Hunian Rumah pada rumah Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012...	90
Tabel 5.11 Distribusi Data Suhu Dalam Rumah pada rumah Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012...	91
Tabel 5.12 Distribusi Data Jenis Dinding Rumah pada rumah Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012...	91
Tabel 5.13 Distribusi Data Jenis Lantai Rumah pada rumah Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012...	92
Tabel 5.14 Analisis Usia dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012.....	92
Tabel 5.15 Analisis Jenis Kelamin dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012	93
Tabel 5.16 Analisis Imunisasi dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012	94
Tabel 5.17 Analisis Riwayat Kontak dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012.....	94
Tabel 5.18 Analisis Pengetahuan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012	95
Tabel 5.19 Analisis Sikap dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012.....	96
Tabel 5.20 Analisis Tindakan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012	96
Tabel 5.21 Analisis Sinar Matahari masuk Rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012...	97

Tabel 5.22 Analisis Luas Ventilasi Rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012.....	98
Tabel 5.23 Analisis Kepadatan Hunian Rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012...	98
Tabel 5.24 Analisis Suhu Dalam Rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012.....	99
Tabel 5.25 Analisis Jenis Dinding Rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012.....	100
Tabel 5.26 Analisis Jenis Lantai Rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012.....	100
Tabel 5.27 Analisis Nilai Korelasi dan Tingkat Signifikan antara Variabel Dependen dengan Independen pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 januari - 21 Januari 2012	101

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Mikroskopis <i>Corynebacterium diphtheriae</i>	8
Gambar 2.2 <i>Corynebacterium diphtheriae</i>	8
Gambar 2.3 Difteri laring.....	10
Gambar 2.4 Alur data dari Rumah Sakit.....	53
Gambar 2.5 Alur data dalam Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas	54
Gambar 2.6 Segitiga epidemiologi hubungan Agent-Pejamu-Lingkungan.....	55
Gambar 3.1 Kerangka konseptual Analisis Faktor Kejadian Luar Biasa Difteri	63
Gambar 4.7 Kerangka Operasional Penelitian Analisis Faktor Kejadian Luar Biasa Difteri	75
Gambar 5.1 Peta Wilayah Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.....	82
Gambar 5.2 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Usia pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.....	83
Gambar 5.3 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.....	83
Gambar 5.4 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.....	84
Gambar 5.5 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Sumber informasi pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.....	85

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Pengambilan Data Awal.....	120
Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian	121
Lampiran 3 Surat Ijin Bakesbang.....	122
Lampiran 4 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian	123
Lampiran 5 Lembar Permintaan Menjadi Responden	124
Lampiran 6 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	125
Lampiran 7 Lembar Observasi.....	126
Lampiran 8 Kuesioner.....	127
Lampiran 9 Tabulasi Responden.....	134
Lampiran 10 Tabulasi Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.....	135
Lampiran 11 Tabulasi Pengetahuan Responden	138
Lampiran 12 Tabulasi Sikap Responden	140
Lampiran 13 Tabulasi Tindakan Responden.....	142
Lampiran 14 Hasil Uji Statistik.....	144
Lampiran 15 Foto-foto	150

DAFTAR SINGKATAN

DPT	: Difteri Pertusis Tetanus
DT	: Difteri Tetanus
Td	: Toksoid Difteri
IDAI	: Ikatan Dokter Anak Indonesia
KLB	: Kejadian Luar Biasa
CFR	: <i>Case Fatality Rate</i>
PR	: <i>Propotional Rate</i>
IR	: <i>Incidence Rate</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Difteri merupakan penyakit endemi di banyak negara berkembang (Nelson, 2000). Distribusi penyakit ini tersebar diseluruh dunia, terutama di negara-negara miskin, yang penduduknya tinggal pada tempat-tempat pemukiman yang rapat, *higiene* dan sanitasi yang buruk, dan fasilitas kesehatan yang kurang. Orang-orang yang beresiko tinggi terkena penyakit difteri adalah orang-orang dengan sosial ekonomi yang rendah, orang-orang yang tinggal pada tempat-tempat yang padat, dan pecandu alkohol. Jenis kelamin yang banyak terkena adalah wanita. Beberapa studi telah membuktikan bahwa wanita berisiko lebih tinggi dari laki-laki terkena infeksi difteri karena daya imunitas yang lebih rendah. Terjadinya epidemi pada suatu daerah yang sudah lama bebas dari penyakit ini, dapat ditimbulkan karena adanya pasien difteri atau kariernya yang datang dari luar, atau terjadinya mutasi dari jenis non virulen menjadi virulen. Karier merupakan sumber penularan yang berbahaya karena tidak dikenal dan bersifat silent (Sudoyo *et al*, 2007). Penyakit difteri di Kabupaten Bondowoso merupakan penyakit yang menjadi permasalahan kesehatan masyarakat. Hal ini terbukti tingginya angka kesakitan di daerah tersebut. Serta ditetapkannya daerah wringin sebagai daerah KLB difteri oleh Dinas Kesehatan Bondowoso. Faktor yang melatar belakangi kejadian luar biasa difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso masih belum diketahui.

Pada tahun 1920, lebih dari 125.000 kasus dari 10.000 kematian karena difteri dilaporkan setiap tahun di Amerika Serikat. Dari tahun 1921-1924, difteri merupakan penyebab utama kematian pada anak-anak Kanada umur 2-14 tahun. Insidennya mulai turun, dan dengan penggunaan toksoid difteri yang luas di Amerika Serikat sesudah Perang dunia II. Sejak saat tersebut hanya ada nol sampai 5 pertahun. Penurunan yang serupa ditemukan di Eropa (Nelson, 2000). Di Indonesia jumlah kasus difteri per 100.000 ribu anak usia <15 tahun tahun 1980 sebanyak 3674 (IR = 6.05), gambaran kasus tahun 1990 sebanyak 2200 kasus (IR = 3.35), keadaan tahun 1995 sebanyak 597 kasus (IR = 0.91), dan tahun 2000 terlaporkan 273 kasus (IR = 0.41).^{1,3} *Incidence rate* difteri tahun 2000 telah terjadi penurunan dibanding tahun 1990, tetapi hal ini belum dapat dipastikan apakah kasusnya benar-benar turun (Kunarti, 2004). Dari data Dinas Kesehatan (Kadinkes) Jawa Timur, serangan penyakit difteri di Jawa Timur, pada tahun 2010 telah terjadi 304 kasus yang meninggal 21 orang, dan sampai Oktober 2011 telah terjadi 328 kasus yang meninggal 11 orang. Korban meninggal berasal dari Sumenep 2 orang, Bondowoso 3 orang, Surabaya 1 orang, Madiun 1 orang, Probolinggo 1 orang, Jember 1 orang, Lamongan 1 orang dan Bangkalan 1 orang (Jatimprov, 2011). Berdasarkan hasil wawancara dengan petugas kesehatan Puskesmas Wringin laporan status kesehatan difteri di Puskesmas Wringin mulai bulan Mei 2011 sampai bulan Oktober 2011 pasien yang dinyatakan pemeriksaan positif difteri sebanyak 10 orang dengan kasus meninggal 2 orang, sedangkan mulai bulan Oktober 2011 sampai bulan Januari 2012 pasien yang dinyatakan positif pemeriksaan difteri sebanyak 12 orang dengan kasus meninggal 1 orang. Sehingga total pasien yang dinyatakan positif difteri mulai awal kejadian yaitu

bulan Mei 2011 sampai dengan bulan Januari 2012 yaitu sebanyak 22 orang dengan 3 orang kasus meninggal karena difteri di Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso. Pentingnya penelitian analisis faktor kejadian luar biasa difteri untuk mencegah penularan lebih lanjut serta kematian yang disebabkan oleh penyakit difteri.

Penyakit Difteri adalah suatu infeksi akut yang mudah menular, dan yang sering diserang terutama saluran pernapasan bagian atas, dengan tanda khas timbulnya pseudomembran. Kuman juga melepaskan eksotoksin yang dapat menimbulkan gejala umum dan lokal. Penyebab difteri adalah kuman *corynebacterium diphtheriae*, bersifat gram positif dan polimorf, tidak bergerak dan tidak membentuk spora. Bakteri dapat ditemukan dalam sediaan langsung yang diambil dari hapusan tenggorokan atau hidung (Ngastiyah, 2005). Suatu penyakit dapat timbul akibat beroperasinya berbagai faktor, antara lain lingkungan fisik, lingkungan sosial, dan lingkungan biologis. Serta hubungan manusia dengan lingkungan hidupnya sangat penting dalam penularan penyakit (Sutrisna, 2010).

Cara untuk mencegah difteri adalah dengan upaya promotif dan preventif. Dalam tindakan promotif dilakukan penyuluhan-penyuluhan yang berhubungan dengan penyakit difteri dan upaya preventif yaitu dengan imunisasi. Menurut jadwal imunisasi Satgas Imunisasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) tahun 2008, imunisasi DPT dapat diberikan pada usia minimal 6 minggu sampai 2 bulan. Lalu dilanjutkan pada usia 4 bulan dan 6 bulan. Setelah itu diulang kembali pada usia 18 bulan dan usia 5 tahun dan 12 tahun. Bila ternyata usia bayi sudah melewati 2 bulan dan belum mendapatkan imunisasi DPT dapat diberikan imunisasi DPT segera dengan mengikuti jadwal usianya (Cahyono, 2010).

Dengan adanya penelitian ini dapat diketahui apa saja faktor-faktor yang menyebabkan kejadian luar biasa difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin, dan mempermudah dalam hal promotif dan preventif difteri.

1.2 Rumusan Masalah

Faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian luar biasa difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengetahui faktor dominan yang berhubungan dengan penyebab kejadian luar biasa difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Menganalisis faktor host/penjamu (usia, jenis kelamin, imunisasi, riwayat kontak, pengetahuan, sikap, dan tindakan).
2. Menganalisis faktor lingkungan (sinar matahari yang masuk ke rumah, luas ventilasi rumah, kepadatan hunian ruang tidur, suhu dalam rumah, jenis dinding rumah dan jenis lantai rumah).

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan pengembangan kajian ilmu keperawatan komunitas tentang faktor penyebab Kejadian Luar Biasa Difteri.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Memberikan masukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso dan Puskesmas Wringin terhadap faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam pencegahan dan penatalaksanaan Penyakit Difteri di Kabupaten Bondowoso.
2. Memberikan masukan bagi tenaga kesehatan dalam merencanakan program kesehatan yang berkelanjutan guna meningkatkan pencegahan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.
3. Manfaat bagi masyarakat atau responden sebagai informasi bahwa upaya pencegahan Difteri sangat diperlukan untuk menanggulangi Kejadian Luar Biasa Difteri yang ada di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Difteri

2.1.1 Pengertian

Difteri adalah suatu penyakit infeksi mendadak yang disebabkan oleh kuman *Corynebacterium diphtheriae*, mudah menular dan yang diserang terutama tkaktus respiratorius bagian atas dengan tanda khas terbentuknya pseudomembran dan dilepaskannya eksotoksin yang dapat menimbulkan gejala umum dan lokal (Abdoerrachman *et al*, 2005).

Difteri adalah suatu penyakit infeksi akut yang terjadi secara lokal pada mukosa atau kulit, yang disebabkan oleh gram positif *Corynebacterium diphtheriae* dan *Corynebacterium ulcerans*, ditandai oleh terbentuknya eksudat yang berbentuk membran pada tempat infeksi, dan diikuti oleg gejala-gejala umum yang ditimbulkan oleh eksotoksin yang diproduksi oleh basil ini (Sudoyo *et al*, 2007).

2.1.2 Etiologi

Difteri disebabkan oleh *Corynebacterium diphtheriae* yang merupakan kuman batang Gram-positif, tidak bergerak, pleomorfik, tidak berkapsul, tidak membentuk spora, mati pada pemanasan 60°C, tahan dalam keadaan beku dan kering serta kuman tumbuh secara aerob. Pada membran mukosa manusia *Corynebacterium diphtheriae* dapat hidup bersama-sama dengan kuman diphtheroid saprofit yang mempunyai morfologi serupa, sehingga untuk

membedakan kadang-kadang diperlukan pemeriksaan khusus dengan cara fermentasi glikogen, kenji, glukosa, maltosa dan sukrosa (Soedarmo *et al*, 2008).

Difteri tidak bersifat selektif dalam pertumbuhannya, isolasinya dipermudah dengan media tertentu (yaitu sistim telurit agar darah) yang menghambat pertumbuhan organisme yang menyaingi, dan bila direduksi oleh *C. diphtheriae*, membuat koloni menjadi abu-abu hitam. Tiga biotip (yaitu mitis, gravis, dan intermedius), masing-masing mampu menyebabkan difteri, disebabkan oleh morfologi koloni, hemolisis dan reaksi fermentasinya. Bakteriofag lisogenik membawa gennya yang mengkode untuk produksi endotoksin yang memberikan kemungkinan penghasil difteria terhadap strain *C. diphtheriae*, tetapi bakteriofag ini memberi protein esensial pada bakteri. Pengamatan wabah difteri di Inggris dan Amerika Serikat dengan menggunakan teknik molekuler memberi kesan bahwa *C. diphtheriae* nontoksin asli yang diberi bertoksin, menimbulkan penyakit setelah pemasukan *C. diphtheriae* bertoksin tersebut. Toksin difteri dapat diperagakan *in vitro* dengan teknik imunopresipitin agar (uji Elek), suatu uji reaksi rantai polimerase pengamatan, atau dengan uji netralisasi *in vivo* pada marmut (uji kematian). Strain toksik tidak dapat dibedakan dengan uji tipe koloni, mikroskopi atau biokimia (Nelson, 2000).

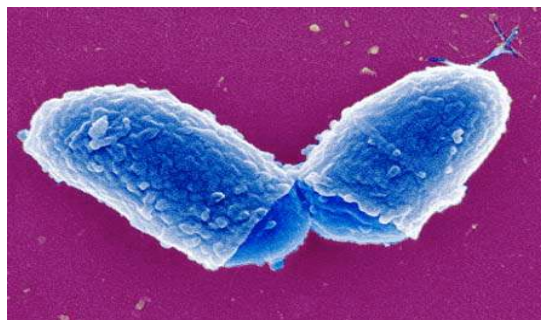
Corynebacterium diphtheriae (Klebsloeffler) bentuknya seperti palu (pembesaran pada salah satu ujung), diameternya 0,1-1 mm dan panjangnya beberapa mm. Basil ini hanya tumbuh pada medium tertentu, seperti: medium Loeffler, medium tellurite, medium ferment glukosa, dan Tindale agar. Pada medium Loeffler, basil ini tumbuh dengan cepat membentuk koloni-koloni yang

kecil, granular, berwarna hitam dan dilingkari warna abu-abu coklat (Sudoyo *et al*, 2007).

Basil difteria akan mati pada pemanasan suhu 60°C selama 10 menit, tetapi tahan hidup sampai beberapa minggu dalam es, air, susu, dan lendir yang telah mengering (Ngastiyah, 2005).



Gambar 2.1 Mikroskopis *Corynebacterium diphtheriae*



Gambar 2.2 *Corynebacterium diphtheriae*

2.1.3 Klasifikasi difteri

Menurut pembagian berdasarkan berat ringannya penyakit, Beach dkk (1950) membaginya sebagai berikut:

1. Infeksi ringan

Pseudomembran terbatas pada mukosa hidung atau fausial dengan gejala hanya nyeri menelan.

2. Infeksi sedang

Pseudomembran menyebar lebih luas sampai kedinding posterior faring dengan edema ringan laring yang dapat diatasi dengan pengobatan konservatif.

3. Infeksi berat

Disertai gejala sumbatan jalan nafas yang berat, yang hanya dapat diatasi dengan trakeostomi. Juga gejala komplikasi miokarditis, paralisis, atau pun nefritis dapat menyertainya (Abdoerrachman *et al*, 2005).

Sedangkan berdasarkan tempat atau lokalisasi jaringan yang terkena infeksi, difteri dibagi menjadi:

1. Difteri hidung

Gejalanya paling ringan dan jarang terdapat (hanya 2%). Mula-mula hanya tampak pilek, tetapi kemudian sekret yang keluar tercampur darah sedikit yang berasal dari pseudomembran. Penyebaran pseudomembran dapat pula mencapai faring dan laring. Penderita diobati seperti penderita difteri lainnya.

2. Difteri faring dan tonsil (difteria fausial)

Paling sering dijumpai (kurang lebih 75%). Gejala mungkin ringan hanya berupa radang pada selaput lendir dan tidak membentuk pseudomembran, sedangkan diagnosa dapat dibuat atas dasar hasil biakan yang positif. Sedangkan pada penyakit yang lebih berat, mulainya seperti radang akut tenggorokan dengan

suhu yang tidak terlalu tinggi, dan dapat ditemukan pseudomembran yang mula-mula hanya berupa bercak putih keabu-abuan yang cepat meluas ke nasofaring atau ke laring. Nafas berbau dan timbul pembengkakan kelenjar regional sehingga leher tampak seperti leher sapi (*bull neck*).

3. Difteri laring dan trakea

Lebih sering sebagai penjalaran difteri faring dan tonsil (3 kali lebih banyak) dari pada primer mengenai laring. Gejala gangguan jalan nafas berupa suara serak dan stridor inspirasi jelas, dan bila lebih berat dapat timbul sesak nafas hebat, sinosis, dan tampak retraksi suprasternal serta epigastrium. Pembesaran kelenjar regional akan menyebabkan *bull neck*. Pada pemeriksaan laring tampak kemerahan, sembab, banyak sekret dan permukaan ditutupi oleh pseudomembran. Bila anak terlihat sesak dan payah sekali, maka harus segera ditolong dengan tindakan trakeostomi sebagai pertolongan pertama.



Gambar 2.3 Difteri Laring

4. Difteri kutaneus

Merupakan keadaan yang sangat jarang sekali terdapat, Tan Eng Tie (1965) mengatakan 30% infeksi kulit yang diperiksanya mengandung kuman difteri. Dapat timbul didaerah konjungtiva, vagina dan umbilikus (Abdoerrachman *et al*, 2005).

2.1.4 Manifestasi klinis

1. Demam dan kadang-kadang menggigil
2. Kerongkongan sakit dan suara parau
3. Perasaan tidak enak, mual dan muntah
4. Sakit kepala
5. Rinorea, berlendir kadang-kadang bercampur darah
6. Teraba benjolan dan sembab pada daerah leher (Sudoyo *et al*, 2007).

2.1.5 Diagnosis

Diagnosis difteri sebaiknya dibuat berdasarkan manifestasi klinisnya yang khas, karena keterlambatan diagnosis dapat menyebabkan penyakit bertambah lanjut dan berat.

1. Diagnosis awal cepat (*Presumptive diagnosis*)

Dapat dilakukan dengan menggunakan pewarnaan methylene blue, pewarnaan Gram, dan imunoflouresens:

- 1) *Corynebacterium diphtheriae* terlihat sebagai basil gram positif, berkelompok, tidak bergerak, dan tidak berkapsul.
- 2) Pewarnaan Gram jarang ditemukan klaster basil.
- 3) Pemeriksaan mikroskopis secara langsung kadang-kadang tidak memberikan hasil yang pasti, karena hasil yang negatif belum bisa menyingkirkan diagnosis.

2. Diagnosis definitif dan identifikasi basil

Diagnosis pasti didasarkan atas ditemukannya *Corynebacterium diphtheriae* dengan melakukan pemeriksaan kultur dari lesi yang dicurigai.

Pemeriksaan ini membutuhkan waktu dan media yang selektif, yaitu:

- 1) Media selektif Löffler, media Tellurite, dan Agar Tindale: tumbuh koloni *Corynebacterium diphtheriae* yang berwarna hitam yang dikelilingi oleh warna abu-abu kecoklatan.
- 2) Kultur ini dapat membedakan 3 tipe koloni yang menunjukkan isolat tiap tipe dari strain toksigenik.
- 3) Dilakukan kultur dan tes sensitifitas pada saat sebelum dan sesudah pengobatan untuk meyakinkan tidak terjadinya resistensi antibiotik.

3. Pemeriksaan produksi toksin

Dikerjakan secara *in vitro*, dengan melakukan tes Elek *plate test*, dan polimerase pig inoculation.

4. Pemeriksaan serum terhadap antibodi untuk toksin difteri, dengan *shick test*.

Shick test bertujuan untuk menentukan ada atau tidaknya antibodi terhadap toksin difteri (antitoksin). Uji ini berguna untuk mendiagnosis kasus-kasus difteri ringan dan kasus-kasus yang mengalami kontak dengan difteri, sehingga bisa diobati dengan sempurna. Untuk mendiagnosis difteri secara dini, tes ini tidak dianjurkan, karena membutuhkan waktu untuk membaca hasilnya (Sudoyo *et al*, 2007).

2.1.6 Epidemiologi

Distribusi penyakit ini tersebar di seluruh dunia, terutama di negara-negara miskin, yang penduduknya tinggal pada tempat-tempat pemukiman yang rapat,

higiene dan sanitasi buruk, dan fasilitas kesehatan yang kurang. Orang-orang yang beresiko tinggi terkena penyakit difteri adalah orang-orang dengan sosial ekonomi yang rendah, orang-orang yang tinggal pada tempat-tempat yang padat, dan pecandu alkohol. Jenis kelamin yang banyak terkena adalah wanita. Beberapa studi telah membuktikan bahwa wanita berisiko lebih tinggi dari laki-laki terkena infeksi difteri karena daya imunitas yang lebih rendah. Epidemio pada suatu daerah yang sudah lama bebas dari penyakit ini, dapat ditimbulkan karena adanya pasien difteri atau kariernya yang datang dari luar, atau terjadinya mutasi dari jenis non virulen menjadi virulen. Karier merupakan sumber penularan yang berbahaya karena tidak dikenal dan bersifat silent (Sudoyo *et al*, 2007).

2.1.7 Cara penularan

Difteri ditularkan dengan cara kontak dengan pasien atau karier melalui droplet (infeksi tetesan) ketika batuk, bersin atau berbicara. Muntahan atau debu bisa merupakan wahana penularan (*vehicles of transmission*) (Soedarmo *et al*, 2008).

Difteri juga dapat ditularkan melalui benda atau makanan yang terkontaminasi (kontak langsung dengan penderita). Masa inkubasi penyakit difteri adalah 1-6 hari. Sedangkan masa infeksius penyakit ini adalah 2-4 minggu (jika tidak diobati), 1-2 hari (setelah pengobatan dimulai) (Nugroho, 2011).

2.1.8 Pencegahan

Cara yang paling baik untuk pencegahan adalah pemberian imunisasi aktif pada masa anak-anak. Biasanya pemberian vaksin difteri bersamaan dengan

vaksin pertusis dan tetanus (DPT). Anak-anak berumur 7 tahun atau lebih diberikan *booster* setiap 10 tahun (Sudoyo *et al*, 2007).

Pencegahan secara umum dengan menjaga kebersihan dan memberikan pengetahuan tentang bahaya difteri pada anak. Pada umumnya setelah seorang anak menderita difteri, kekebalan terhadap penyakit ini sangat rendah sehingga perlu imunisasi. Pencegahan secara khusus terdiri dari imunisasi DPT dan pengobatan karier. Seorang anak yang telah mendapat imunisasi difteri lengkap, mempunyai antibodi terhadap toksin difteri tetapi tidak mempunyai antibodi terhadap organismenya. Keadaan demikian memungkinkan seseorang menjadi pengidap difteri dalam nasofaring (karier) atau menderita difteri ringan (Soedarmo *et al*, 2008)

Imunisasi umum dengan toksoid difteri selama hidup untuk memberikan kadar antitoksin protektif konstan dan untuk mengurangi menginfeksi *Corynebacterium diphtheriae* merupakan satu-satunya cara pengendalian yang efektif. Walaupun imunisasi tidak menghalangi pengidap *Corynebacterium diphtheriae* toksigenik saluran pernafasan atau kulit, imunisasi mengurangi penyebaran jaringan lokal, mencegah komplikasi toksik, menghilangkan penularan organisme, dan memberikan imunitas kelompok bila sekurang-kurangnya 70-80% dari populasi diimunisasi. Kadar antitoksin serum 0,01 IU/mL biasanya diterima sebagai kadar protektif minimum dan 0,1 IU/mL memberi kadar perlindungan tertentu (Nelson, 2000).

Pencegahan difteri antara lain dengan:

1. Isolasi penderita

Penderita difteri harus diisolasi dan baru dapat dipulangkan setelah pemeriksaan sediaan langsung menunjukkan tidak terdapat lagi *corynebacterium diphtheriae* dua kali berturut-turut.

2. Imunisasi

Imunisasi DPT dapat diberikan pada usia minimal 6 minggu sampai 2 bulan. Lalu dilanjutkan pada usia 4 bulan dan 6 bulan. Setelah itu diulang kembali pada usia 18 bulan dan usia 5 tahun dan 12 tahun. Bila ternyata usia bayi sudah melewati 2 bulan dan belum mendapatkan imunisasi DPT dapat diberikan imunisasi DPT segera dengan mengikuti jadwal usianya.

3. Pencarian dan kemudian mengobati karier difteria.

Dilakukan dengan uji Schick, yaitu bila hasil uji negatif (mungkin penderita karier atau pernah mendapat imunisasi), maka harus dilakukan hapusan tenggorok. Jika ternyata ditemukan *Corynebacterium diphtheriae*, penderita harus diobati dan bila perlu dilakukan tonsilektomi (Abdoerrachman *et al*, 2005).

2.1.9 Penatalaksanaan

1. Perawatan Umum

- 1) Isolasi
- 2) Istirahat di tempat tidur, minimal 2-3 minggu
- 3) Makanan lunak atau cair, bergantung pada keadaan penderita
- 4) Kebersihan jalan napas dan pengisapan lender
- 5) Kontrol EKG secara serial 2-3 kali seminggu selama 4-6 minggu untuk mendeteksi miokarditis secara dini.

Bila terjadi miokarditis harus istirahat total di tempat tidur selama 1 minggu. Mobilisasi secara gradual baru boleh dilakukan bila tanda-tanda miokardis secara klinis dan EKG menghilang.

Bila terjadi paralisis dilakukan fisioterapi pasif dan diikuti fisioterapi aktif bila keadaan membaik. Paralisis palatum dan faring dapat menimbulkan aspirasi, maka dianjurkan pemberian makanan cair melalui selang kambung. Bila terjadi obstruksi laring, secepatnya mungkin dilakukan trakeostomi.

2. Perawatan Khusus

Tujuan: menetralisasi toksin yang dihasilkan basil difteri, dan membunuh basil difteri yang memproduksi toksin.

Pemberian antibiotik diberikan sedini mungkin begitu diagnosis ditegakkan, tidak perlu menunggu hasil pemeriksaan bakteriologis. Dosis tergantung kepada jenis difterinya, dan tidak dipengaruhi oleh umur pasien, yaitu sebagai berikut:

- 1) Difteri nasal atau fausial yang ringan diberikan 20.000-40.000 U, secara i.v dalam waktu 60 menit.
- 2) Difteri fausial sedang diberikan 40.000-60.000 U, secara i.v
- 3) Difteri berat (bullneck diphtheria) diberikan 80.000-120.000 U, secara i.v.

Pemberian anti toksin harus didahului dengan uji sensitivitas, karena antitoksin dibuat dari serum kuda. Apabila uji sensitivitas positif, maka diberikan secara desensitisasi dengan interval 20 menit, dosisnya sebagai berikut:

- 1) 0,1 ml larutan 1 : 20, subkutan (dalam cairan NaCl 0,9%)
- 2) 0,1 ml larutan 1 : 10, subkutan

- 3) 0,1 ml tanpa dilarutkan, subkutan
- 4) 0,3 ml tanpa dilarutkan, intramuscular
- 5) 0,5 ml tanpa dilarutkan, intramuscular
- 6) 0,1 ml tanpa dilarutkan, intravena

Bila tidak ada reaksi, maka sisanya diberikan intravena secara perlahan-lahan.

Penberian Antibiotik:

- 1) Penisilin prokain: 1.200.000 unit/hari, secara i.m sebanyak 2 kali sehari selama 14 hari
- 2) Eritromisin: 2 gram/hari, secara peroral sebanyak 4 kali sehari
- 3) Preparat lain yang bisa diberikan adalah amoksisilin, rifampisin, dan klindamisin (Sudoyo et al, 2007).

2.1.10 Vaksin difteri

Jenis vaksin difteri yang diberikan harus disesuaikan dengan usia saat pemberian. Sebagai imunisasi dasar, vaksin difteri diberikan bersamaan dengan imunisasi tetanus dan pertusis dalam bentuk vaksin DPT. Pada beberapa dekade terakhir, pemberian vaksin DPT telah menjadi imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah. Berikut merupakan tabel vaksinasi difteri (Cahyono, 2010).

Tabel 2.1 Vaksin Difteri (Cahyono, 2010).

Nama Vaksinasi	Difteri
Sasaran Imunisasi	Anak < 1 tahun dan semua orang dewasa
Macam Vaksin	Toxoid
Dosis	Anak-anak usia < 7 tahun, 3 dosis dengan booster 2 kali. Usia 7-18 tahun, 3 dosis dengan booster 1 kali. Dewasa yang sudah imunisasi lengkap, diberikan booster.
Jadwal pemberian	Anak-anak usia < 7 tahun, dalam bentuk vaksin DPT - usia 2-4-6 bulan - booster usia 15-18 bulan - booster usia 4-6 tahun Usia 7-18 tahun, tiga dosis dalam bentuk vaksin Td - dosis 1 dan 2 interval 4 minggu - dosis 2 dan 3 interval 6 bulan - booster 6 bulan setelah dosis ketiga Dewasa - sebagai imunisasi primer, 1 dosis dalam bentuk Tdap - sebagai booster tiap 10 tahun, dalam bentuk vaksin Td
Cara Pemberian	Suntikan ke dalam otot
Efektivitas	90%
Kontra Indikasi	Alergi terhadap vaksin
Efek Samping	Demam, nyeri, dan bengkak pada tempat suntikan Reaksi alergi

2.1.11 Komplikasi

Komplikasi dari penyakit difteri antara lain:

1. Obstruksi pernapasan akibat pseudomembra
2. Miokarditis
4. Neuritis
5. Pneumonia
6. Glomerulonefritis

Dua pertiga pasien difteri mengalami miokarditis, tetapi hanya pada 10%-25% nya penting secara klinis. Komplikasi terjadi antara 10 sampai 20 hari. EKG

dapat menunjukkan perubahan ST-T dan blok jantung. Neuritis mempengaruhi 75% pasien dengan penyakit berat yang disebabkan oleh demielinisasi. Neuritis menyerang saraf kranial dan perifer dalam urutan berikut: palatum (3 minggu), okulomotor (4 minggu), pernapasan (7 minggu), dan perifer (10 minggu). Semua paralisis akan pulih sejalan dengan waktu (Mandal et al, 2006).

2.1.12 Asuhan keperawatan anak dengan masalah difteri

1. Pengkajian keperawatan

Pada pengkajian anak dengan difteri dapat ditemukan adanya demam yang tidak terlalu tinggi, lesu, pucat, nyeri kepala, lemah, nafsu makan menurun, adanya nyeri telan, sesak napas, serak hingga adanya stridor, pada pemeriksaan laboratorium, ditemukan adanya penurunan kadar hemoglobin, lekosit, penurunan jumlah eritrosit dan kadar albumin, dan adanya albuminuria (Hidayat, A 2008).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa atau masalah keperawatan yang terjadi pada anak dengan difteri adalah sebagai berikut:

- 1) Jalan napas tidak efektif
- 2) Kurang nutrisi
- 3) Nyeri
- 4) Risiko terjadi komplikasi (Hidayat, A 2008).

3. Rencana tindakan keperawatan

- 1) Jalan napas tidak efektif

Masalah jalan napas tidak efektif pada anak dengan difteri ini disebabkan oleh adanya edema pada laring dan trakhea serta adanya pseduomembran karena komplikasi lanjut yang mengenai sistem pernapasan. Tujuan rencana keperawatan adalah mencegah terjadi sumbatan jalan napas dengan mempertahankan jalan napas secara efektif.

Tindakan:

- (1) Memonitor perubahan frekuensi napas, kedalaman, dan tipe pernapasan.
- (2) Berikan oksigen sesuai dengan ketentuan.
- (3) Atur posisi dengan membaringkan setengah duduk (*semi fowler*).
- (4) Libatkan orang tua dalam penanganan lanjut.
- (5) Apabila terjadi sumbatan total, kolaborasi dalam tindakan pembedahan trakheostomi (Hidayat, A 2008).

2) Kurang nutrisi

Kekurangan nutrisi pada anak dengan difteri ini dapat terjadi karena adanya gangguan menelan serta adanya penurunan nafsu makan karena proses patologis. Tujuan rencana keperawatannya adalah dengan mempertahankan kebutuhan nutrisi yang adekuat.

Tindakan:

- (1) Berikan makan porsi sedikit tapi sering hingga jumlah asupan tercukupi.
- (2) Berikan diet dalam bentuk hangat dan sediaan lunak/bubur.
- (3) Berikan ekstra susu.

- (4) Apabila anak tidak mau makan berikan nutrisi melalui infus dan setelah 2-3 hari sesak berkurang sebelum infus dihentikan coba beri makanan peroral.
- (5) Jaga kebersihan mulut untuk menambah nafsu makan (Hidayat, A 2008).

3) Nyeri

Nyeri yang dialami anak dengan difteri ini adalah nyeri pada seluruh bagian tubuh seperti kepala, nyeri telan, dan badan terasa tidak nyaman, oleh karena proses patologis. Tujuan rencana keperawatan yang dapat dilakukan adalah memberikan kenyamanan pada anak hingga anak mampu menoleransi nyeri hingga batas toleransi nyeri.

Tindakan:

- (1) Berikan mainan yang dapat mengalihkan perasaan nyeri yang dialami.
- (2) Libatkan orang tua dalam perawatan anak.
- (3) Apabila nyeri ada pada daerah menelan, berikan kompres hangat pada daerah tersebut/leher.
- (4) Latihan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri apabila anak mampu melakukannya.
- (5) Kolaborasi dalam pemberian obat analgetik dan antibiotik.
- (6) Monitor perubahan nyeri dan tanda vital (Hidayat, A 2008).

4) Risiko terjadi komplikasi

Risiko terjadinya komplikasi pada anak dengan difteri yaitu dapat terkena miokarditis, komplikasi pada sistem saraf, pada ginjal yang disebabkan oleh kuman difteri yang masuk kedalam tubuh. Tujuan dari rencana keperawatan adalah mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut dengan cara memperbaiki dan meningkatkan kekebalan tubuh anak.

Tindakan:

- (1) Monitor adanya tanda komplikasi dan tanda vital.
- (2) Berikan perawatan isolasi.
- (3) Kolaborasikan dalam pemberian ADS 20.000/unit selama 2 hari.
- (4) Berikan istirahat total selama kurang lebih 3 minggu atau hingga hasil EKG 2 kali normal dengan pengaturan posisi tidur.
- (5) Kolaborasikan dalam tindakan pengobatan khususnya pada miokarditis, kelainan saraf dan ginjal seperti antibiotik seperti penisilin procain 50.000 u/kg bb/hari hingga 3 hari bebas panas, jenis antibiotik lainnya, kemudian kortikosteroid seperti prednison 2 mg/kg bb/hari selama 3-4 minggu, apabila adanya kelumpuhan saraf berikan striktrin $\frac{1}{4}$ mg dan vitamin B1 100 mg selama 10 hari (Hidayat, A 2008).

2.2 Konsep Keperawatan Komunitas

2.2.1 Pengertian

American Nurses Association (ANA) mendefinisikan Keperawatan kesehatan komunitas sebagai tindakan untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan dari populasi dengan mengintegrasikan keterampilan dan pengetahuan yang sesuai dengan keperawatan dan kesehatan masyarakat (Efendi,F & Makhfudli, 2009).

Menurut WHO (1959), keperawatan komunitas adalah bidang perawatan khusus yang merupakan gabungan keterampilan ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan bantuan sosial, sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat secara keseluruhan guna meningkatkan kesehatan, penyempurnaan kondisi sosial, perbaikan lingkungan fisik, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan bahaya yang lebih besar, ditujukan kepada individu, keluarga, yang mempunyai masalah dimana hal itu mempengaruhi masyarakat secara keseluruhan (Fallen,R & Dwi,R, 2010).

Dapat disimpulkan bahwa perawatan kesehatan komunitas adalah suatu bidang dalam ilmu keperawatan yang merupakan keterpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan dengan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif, secara menyeluruh dan terpadu ditujukan kesatuan yang utuh melalui proses keperawatan untuk ikut meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal (Fallen,R & Dwi,R, 2010).

2.2.2 Tujuan keperawatan kesehatan komunitas

Tujuan keperawatan komunitas adalah untuk pencegahan dan peningkatan kesehatan masyarakat melalui upaya-upaya sebagai berikut : (Mubarak,W,I & Chayatin, N 2009).

1. Pelayanan keperawatan secara langsung (direct care) terhadap individu, keluarga dan kelompok dalam konteks komunitas.
2. Perhatian langsung terhadap kesehatan seluruh masyarakat (health general community) dengan mempertimbangkan permasalahan atau isu kesehatan masyarakat yang dapat mempengaruhi keluarga, individu dan kelompok.
3. Tujuan pelayanan perkesmas adalah meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah perkesmas secara optimal. Pelayanan keperawatan diberikan secara langsung kepada seluruh masyarakat dalam rentang sehat-sakit dengan mempertimbangkan seberapa jauh masalah kesehatan masyarakat dapat mempengaruhi individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat (Efendi,F & Makhfudli, 2009).

2.2.3 Area praktik keperawatan kesehatan komunitas

Praktik yang dilakukan berfokus pada populasi dengan tujuan utama promosi kesehatan dan mencegah penyakit serta kecacatan untuk semua orang melalui kondisi yang diciptakan di mana orang bisa menjadi sehat. Meskipun praktik yang dilakukan berada pada berbagai jenis organisasi dan masyarakat, tetapi semua perawat kesehatan komunitas tetap befokus pada populasi.

Perawat kesehatan komunitas bisa bekerja sama dengan komunitas dan populasi untuk mengurangi risiko angka kesakitan serta meningkatkan,

mempertahankan, dan memperbaiki kembali kesehatan. Perawat komunitas melakukan advokasi pada tingkat sistem untuk mengubah kesehatan serta harus memahami dan menerapkan konsep pengorganisasian dan pengembangan komunitas, koordinasi perawat, pendidikan kesehatan, kesehatan lingkungan, dan ilmu kesehatan masyarakat. Perawat kesehatan komunitas bekerja sama dengan populasi dan berbagai kelompok meliputi (Efendi,F & Makhfudli, 2009) :

1. Anggota dari tim kesehatan masyarakat seperti epidemiolog, pekerja sosial, nutrisisionis, dan pendidik kesehatan
2. Organisasi kesehatan pemerintah
3. Penyediaan layanan kesehatan
4. Organisasi dan koalisi masyarakat
5. Unit pelayanan komunitas seperti sekolah, lembaga bantuan hukum, dan unit gawat darurat
6. Industri dan bisnis
7. Institusi penelitian dan pendidikan

Menurut Arche (1976) perawat kesehatan komunitas melakukan pekerjaan pada berbagai posisi dengan fokus utama klien individu, keluarga, dan komunitas. Tatanan praktik dalam keperawatan kesehatan komunitas sangat luas, karena pada semua tatanan perawat komunitas dapat memberikan pelayanan dengan penekanan tingkat pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Perawat yang bekerja di komunitas dapat bekerja sebagai (Fallen,R & Dwi,R, 2010):

1. Perawat kesehatan keluarga

Menurut Bailon dan Maglaya (1978), keperawatan kesehatan keluarga adalah tingkat keperawatan kesehatan masyarakat yang dipusatkan pada keluarga sebagai satu kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan pelayanan dan perawatan sebagai upaya kesehatan (Fallen,R & Dwi,R, 2010).

2. Perawat kesehatan sekolah

Menurut Logan, BB (1986), keperawatan sekolah adalah keperawatan yang difokuskan pada anak ditatanan pendidikan guna memenuhi kebutuhan anak dengan mengikut sertakan keluarga maupun masyarakat sekolah dalam perencanaan pelayanan kesehatan (Fallen,R & Dwi,R, 2010).

3. Perawat kesehatan kerja

Perawatan kesehatan kerja adalah penerapan prinsip-prinsip keperawatan dalam memelihara kelestarian kesehatan tenaga kerja dalam segala bidang pekerjaan (Fallen,R & Dwi,R, 2010).

4. Perawat gerontologi

Perawatan gerontologi atau gerontik adalah ilmu yang mempelajari dan memberikan pelayanan kepada orang lanjut usia yang dapat terjadi diberbagai tatanan dan membantu orang lanjut usia tersebut untuk mencapai dan mempertahankan fungsi yang optimal (Fallen,R & Dwi,R, 2010).

2.2.4 Sasaran keperawatan kesehatan komunitas

1. Individu

Sasaran prioritas individu adalah balita gizi buruk, ibu hamil risiko tinggi, usia lanjut, penderita penyakit menular (tuberkolosis paru, kusta, malaria, demam berdarah, diare, dan ISPA atau pneumonia), dan penderita penyakit degeneratif.

2. Keluarga

Sasaran keluarga adalah keluarga yang termasuk rentan terhadap masalah kesehatan (*vulnerable group*) atau risiko tinggi (*high risk group*) dengan prioritas sebagai berikut :

- 1) Keluarga miskin yang belum kontak dengan sarana pelayanan kesehatan (puskesmas dan jaringannya) dan belum mempunyai kartu sehat.
- 2) Keluarga miskin yang sudah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan serta mempunyai masalah kesehatan terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan balita, kesehatan reproduksi, dan penyakit menular.
- 3) Keluarga yang tidak termasuk miskin dan mempunyai masalah kesehatan prioritas serta belum memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan.

3. Kelompok

Sasaran kelompok adalah kelompok masyarakat khusus yang rentan terhadap timbulnya masalah kesehatan baik yang terkait maupun tidak terkait dalam suatu institusi.

- 1) Kelompok masyarakat khusus yang tidak terkait dalam suatu institusi seperti posyandu, kelompok balita, ibu hamil, usia lanjut, penderita penyakit tertentu, dan pekerja informal.

- 2) Kelompok masyarakat khusus yang terkait dalam suatu institusi seperti sekolah, pesantren, panti asuhan, panti werda, rutan, dan lapas.

4. Masyarakat

Sasaran masyarakat adalah masyarakat yang rentan atau mempunyai risiko tinggi terhadap timbulnya masalah kesehatan seperti berikut :

- 1) Masyarakat di suatu wilayah (RT, RW, kelurahan, desa) yang mempunyai jumlah bayi meninggal lebih tinggi dibanding daerah lain, jumlah penderita penyakit tertentu lebih tinggi dibandingkan daerah lain, cakupan pelayanan kesehatan lebih rendah dari daerah lain.
- 2) Masyarakat di daerah endemis penyakit menular (malaria, diare, demam berdarah, dan lainnnya).
- 3) Masyarakat di lokasi atau barak pengungsian akibat bencana atau akibat lainnya.
- 4) Masyarakat di daerah dengan kondisi geografi sulit antara lain daerah terpencil dan perbatasan.
- 5) Masyarakat di daerah pemukiman baru dengan transportasi sulit seperti daerah transmigrasi.

2.2.5 Peran keperawatan kesehatan komunitas

1. Peran perawat menurut Konsorsium ilmu kesehatan 1989 (Mubarak,W,I & Chayatin, N 2009).

Berdasarkan Konsorsium ilmu kesehatan tahun 1989, peran perawat terdiri atas :

1) Pemberi asuhan keperawatan

Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilakukan perawat dengan mempertahankan keadaan kebutuhan dasar manusia melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan. Sehingga masalah yang muncul dapat ditentukan diagnosis keperawatan, perencanaan, tindakan yang tepat, sesuai dengan tingkat kebutuhan yang dialaminya, dan dapat dievaluasi tingkat perkembangannya.

2) Advokat

Peran ini dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien yang meliputi ; hak atas pelayanan yang sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri, dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian tindakan.

3) Edukator

Peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatannya, gejala penyakit, dan tindakan yang

diberikan. Sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pemberian pendidikan kesehatan.

4) Koordinator

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan, serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberi pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien.

5) Kolaborator

Peran ini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri atas dokter, fisioterapi, ahli gizi, laboratorium, dan petugas lain. Perawat dapat berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan, termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.

6) Konsultan

Peran ini berfungsi perawat sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi pelayanan keperawatan yang diberikan.

7) Pembaharu

Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerja sama, serta perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

2. Peran perawat kesehatan masyarakat (Mubarak,W,I & Chayatin, N 2009).

Peran perawat yang dapat dilaksanakan diantaranya adalah:

1) Peran sebagai pelaksana kesehatan

Seluruh kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat dan puskesmas dalam mencapai tujuan kesehatan melalui kerjasama dengan tim kesehatan lainnya sehingga tercipta keterpaduan dalam sistem pelayanan kesehatan. Peran sebagai pelaksana dapat berupa clinical nurse specialist (CNS) atau perawat spesialis klinis yaitu perawat yang memberikan pelayanan pada tingkat individu, keluarga, dan kelompok. family nurse practitioner (FNP) adalah memberikan perawatan ambulasi untuk keluarga, biasanya berkolaborasi dengan dokter keluarga.

2) Peran sebagai pendidik

Perawat memberikan pendidikan dan pemahaman kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Hal ini dilakukan baik di rumah, puskesmas, dan di masyarakat. Pelaksanaan peran ini dilakukan secara terorganisir untuk menanamkan perilaku sehat, sehingga terjadi perubahan perilaku sehingga mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

3) Peran sebagai administrasi

Peran kesehatan masyarakat diharapkan dapat mengelola berbagai kegiatan pelayanan kesehatan puskesmas dan masyarakat sesuai dengan beban, tugas dan tanggung jawab yang diembannya. Tanggung jawab pada peran ini adalah melakukan pengelolaan terhadap suatu permasalahan, mengambil keputusan dalam pemecahan masalah, pengelolaan tenaga, membuat kualitas mekanisme kontrol, kerja sama lintas sektoral dan lintas program, bersosialisasi dengan masyarakat, serta mempromosikan.

4) Peran sebagai konseling

Perawat kesehatan masyarakat dapat dijadikan sebagai tempat bertanya oleh individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk memecahkan berbagai permasalahan dalam bidang kesehatan dan keperawatan yang dihadapi oleh masyarakat. Peran ini dapat dilaksanakan dengan cara berkonsultasi dengan petugas kesehatan, berkonsultasi dengan organisasi sosial, dan rapat pendidikan.

5) Peran sebagai peneliti

Sebagai peneliti perawat melakukan indentifikasi terhadap fenomena yang terjadi dimasyarakat yang dapat berpengaruh pada penurunan kesehatan atau yang mengancam kesehatan. Selanjutnya dilaksanakan penelitian untuk menemukan faktor yang menjadi pencetus atau penyebab terjadinya permasalahan tersebut dan hasil dari penelitian diaplikasikan dalam praktik keperawatan.

2.2.6 Ruang lingkup keperawatan kesehatan komunitas

Keperawatan komunitas mencakup berbagai bentuk upaya pelayanan kesehatan baik upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, maupun resosialitatif (Fallen,R & Dwi,R, 2010).

1. Upaya promotif

Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olah raga teratur, rekreasi dan pendidikan seks.

2. Upaya preventif

Upaya preventif untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat melalui kegiatan imunisasi, pemeriksaan kesehatan berkala melalui posyandu, puskesmas dan kunjungan rumah, pemberian vitamin A, iodium, ataupun pemeriksaan dan pemeliharaan kehamilan, nifas, dan menyusui.

3. Upaya kuratif

Upaya kuratif bertujuan untuk mengobati anggota keluarga yang sakit atau masalah kesehatan melalui kegiatan perawatan orang sakit di rumah, perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut dari puskesmas atau rumah sakit, perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis, perawatan buah dada, ataupun perawatan tali pusat bayi baru lahir.

4. Upaya rehabilitatif

Upaya rehabilitatif atau pemulihan terhadap pasien yang dirawat di rumah atau kelompok-kelompok yang menderita penyakit tertentu seperti TBC, kusta, dan cacat fisik lainnya melalui kegiatan latihan fisik pada penderita kusta, patah tulang dan lain sebagainya, kegiatan fisioterapi pada penderita stroke, batuk efektif pada penderita TBC, dll.

5. Upaya resosialitatif

Upaya resosialitatif adalah upaya untuk mengembalikan penderita ke masyarakat yang karena penyakitnya dikucilkan oleh masyarakat, misalnya seperti: penderita AIDS, kusta, dan wanita tuna susila (Fallen,R & Dwi,R, 2010).

2.2.7 Prinsip pemberian pelayanan keperawatan kesehatan komunitas

Pada saat memberikan pelayanan kesehatan, perawat komunitas harus mempertimbangkan beberapa prinsip, yaitu kemanfaatan dimana semua tindakan dalam asuhan keperawatan harus memberi manfaat yang besar bagi komunitas. Prinsip dasar dalam keperawatan kesehatan komunitas antara lain (Fallen,R & Dwi,R, 2010):

1. Keluarga adalah unit utama dalam pelayanan kesehatan masyarakat
2. Sasaran terdiri dari individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
3. Perawat kesehatan bekerja dengan masyarakat bukan bekerja untuk masyarakat

4. Pelayanan keperawatan yang diberikan lebih menekankan pada upaya promotif dan preventif dengan tidak melupakan upaya kuratif dan rehabilitatif
5. Dasar utama dalam pelayanan perawatan kesehatan masyarakat adalah menggunakan pendekatan pemecahan masalah yang dituangkan dalam proses keperawatan
6. Kegiatan utama perawatan kesehatan komunitas adalah dimasyarakat bukan di rumah sakit
7. Klien adalah masyarakat secara keseluruhan baik yang sakit maupun yang sehat
8. Perawatan kesehatan masyarakat ditekankan kepada pembinaan perilaku hidup sehat masyarakat
9. Tujuan perawatan kesehatan komunitas adalah meningkatkan fungsi kehidupan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan seoptimal mungkin
10. Perawat kesehatan komunitas tidak bekerja secara sendiri tetapi bekerja secara tim
11. Sebagian besar waktu dari seorang perawat kesehatan komunitas digunakan untuk kegiatan meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit, melayani masyarakat yang sehat atau yang sakit, penduduk sakit yang tidak berobat ke puskesmas, atau pasien yang baru pulang dari rumah sakit
12. Kunjungan rumah sangat penting

13. Pendidikan kesehatan merupakan kegiatan utama
14. Pelayanan perawatan kesehatan komunitas harus mengacu pada sistem pelayanan kesehatan yang ada
15. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan diinstitusi pelayanan kesehatan yaitu puskesmas, sekolah, panti dan lainnya, dimana keluarga sebagai unit pelayanan (Fallen,R & Dwi,R, 2010).

2.2.8 Tanggung jawab keperawatan kesehatan komunitas

Claudia M.Smith & Frances A Mauren (1995) menjelaskan bahwa tanggung jawab perawat komunitas adalah menyediakan pelayanan bagi orang sakit atau orang cacat di rumah mencakup pengajar terhadap pengasuhnya, mempertahankan lingkungan yang sehat, mengajarkan upaya-upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan injuri, identifikasi standar kehidupan yang tidak adekuat atau mengancam penyakit/injuri serta melakukan rujukan, mencegah dan melaporkan adanya kelalaian atau penyalahgunaan, memberikan pembelaan untuk mendapatkan kehidupan dan pelayanan kesehatan yang sesuai standar, kolaborasi dalam mengembangkan pelayanan kesehatan yang dapat diterima, sesuai dan adekuat, melaksanakan pelayanan mandiri serta berpartisipasi dalam mengembangkan pelayanan profesional, serta menjamin pelayanan keperawatan yang berkualitas dan melaksanakan riset keperawatan (Fallen,R & Dwi,R, 2010).

2.2.9 Keperawatan kesehatan komunitas dimasa mendatang

Permasalahan kesehatan yang dihadapi komunitas cukup kompleks. Upaya kesehatan belum dapat menjangkau seluruh masyarakat meskipun dapat dilihat beberapa trombosan dalam upaya pembangunan dalam bidang kesehatan.

Kemampuan perawat kesehatan komunitas untuk menangkap peluang dan berespons terhadap perubahan dan tantangan di masa mendatang merupakan dasar yang kuat bagi perkembangan keperawatan kesehatan komunitas. Kompetensi perawat kesehatan komunitas, perawatan kesehatan di rumah, peran perawat puskesmas di komunitas, kepemimpinan, serta pemakaian teknologi informasi diprediksikan menjadi fokus dari sistem kesehatan komunitas (Efendi,F & Makhfudli, 2009).

2.3 Konsep Epidemiologi

2.3.1 Pengertian

Menurut asal kata (dari bahasa Yunani), epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari hal-hal yang terjadi pada populasi/penduduk (rakyat), (*Epi* = pada; *Demos* = penduduk/rakyat; *Logos* = ilmu). Epidemiologi sebagai ilmu yang mempelajari penyebaran atau perluasan suatu penularan penyakit didalam suatu kelompok penduduk atau masyarakat (Sutrisna, 2010).

Epidemiologi juga telah didefinisikan dengan berbagai cara, salah satu definisinya adalah ilmu yang mempelajari tentang sifat, penyebab, pengendalian, dan faktor-faktor yang mempengaruhi frekuensi dan distribusi penyakit, kecacatan, atau kematian dalam populasi manusia (Efendi & Makhfudli, 2009).

Definisi Epidemiologi menurut Mac Mahon dan Pugh 1970 dalam (Lapau, 2011) yaitu mempelajari kejadian dan distribusi penyakit beserta "*determinant*" nya atau faktor-faktor yang berhubungan atau mempengaruhi distribusi itu. Yang dimaksud kejadian penyakit adalah riwayat alamiahnya, sedangkan distribusi penyakit dimaksudkan kelompok faktor tempat, orang dan waktu.

Mengacu berbagai masalah pada penduduk, Omran 1974 dalam (Sutrisna, 2010) membuat definisi epidemiologi sebagai studi mengenai kejadian dan distribusi keadaan kesehatan, penyakit dan perubahan penduduk, dan "*determinan*" nya serta akibat yang terjadi.

2.3.2 Elemen epidemiologi

Di dalam batasan epidemiologi ini sekurang-kurangnya mencakup tiga elemen sebagai berikut:

1. Mencakup semua penyakit

Epidemiologi mempelajari semua penyakit, baik penyakit infeksi maupun penyakit non infeksi seperti kanker, penyakit kekurangan gizi (malnutrisi), kecelakaan lalu lintas maupun kecelakaan kerja, sakit jiwa, dan sebagainya. Bahkan di negara-negara maju, epidemiologi ini mencakup juga kegiatan pelayanan kesehatan

2. Populasi

Apabila kedokteran klinik berorientasi pada gambaran-gambaran dari penyakit-penyakit individu, maka epidemiologi ini memusatkan perhatiannya pada distribusi penyakit dalam populasi (masyarakat) atau kelompok.

3. Pendekatan ekologis

Frekuensi dan distribusi penyakit dikaji dari latar belakang pada keseluruhan lingkungan manusia baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Hal ini yang dimaksud pendekatan ekologis. Terjadinya penyakit pada seseorang dikaji dari manusia dan total lingkungannya (Efendi & Makhfudli, 2009).

2.3.3 Tujuan epidemiologi

Epidemiologi yang semula mempelajari epidemi, lalu meluas, sehingga, mempunyai tiga tujuan sebagai berikut:

1. Mendiagnosis masalah kesehatan komunitas
2. Menentukan riwayat alamiah dan etiologi penyakit dan
3. Menilai dan merencanakan pelayanan kesehatan, Abramson 1979 dalam (Lapau, 2011).

2.3.4 Model epidemiologi

Menurut Mac Mahon dan Pugh 1970 dalam (Sutrisna, 2010). Mendefinisikan epidemiologi dalam dua model :

1. Epidemiologi deskriptif

Epidemiologi sebagai cabang ilmu yang mempelajari penyebaran penyakit dan faktor yang menentukan terjadinya / penyebaran penyakit pada manusia. Istilahj penyebaran penyakit yang dimaksud adalah penyebaran penyakit menurut sifat orang, otempat dan waktu. Jadi mempelajari penyakit berarti mencari jawaban atas pertanyaan, siapakah yang terserang, dimana dan bilamanakah serangan itu terjadi (Sutrisna, 2010).

2. Epidemiologi analitik.

Fakta yang dihasilkan dari penyelidikan deskriptif adalah perbedaan banyaknya kesakitan akibat suatu penyakit pada berbagai kelompok penduduk yang sedang dipelajari (Sutrisna, 2010).

Tujuan Epidemiologi analitik adalah menjelaskan sebab terjadinya penyakit atau kejadian penyakit. Urutan langkah yang perlu dilakukan untuk mencapai tujuan ini adalah :

- 1) Mempelajari hubungan (korelasi) antara timbulnya kejadian / penyakit pada setiap kelompok penduduk dengan derajat pajanan (*exposure*) terhadap faktor resiko.
- 2) Apabila ada hubungan, langkah berikutnya adalah menyusun hipotesis dan kemudian mengujinya untuk membuktikan asosiasi antara faktor resiko tersenut dan penyakit yang tengah diselidiki dikalangan individu yang berasal dari kelompok penduduk dengan angka kesakitan tertinggi. (Sutrisna, 2010).

2.3.5 Jangkauan dan kegiatan epidemiologi

Kegunaan yang didapat dalam mempelajari epidemiologi (deskriptif dan analitik) :

1. Memperoleh pengertian mengenai cara timbulnya penyakit atau trauma.
2. Memperoleh pengertian mengenai riwayat alamiah penyakit.
3. Memperoleh pengertian mengenai penyebaran penyakit pada berbagai kelompok masyarakat.
4. Menyusun klasifikasi penyakit.
5. Menyusun program dan pemeliharaan kesehatan.

6. Menyusun cara penilaian usaha pemeliharaan kesehatan (Sutrisna, 2010).

2.3.6 Konsep penularan penyakit

Beberapa konsep epidemiologi tentang penyakit yang berhubungan atau mempengaruhi segitiga epidemiologi antara lain benda tak hidup (*fomite*), *vektor*, *reservoir*, dan pembawa (*carrier*) (Efendi & Makhfudli, 2009).

1. *Fomite*

Fomite atau benda mati adalah benda yang mempunyai peran dalam penularan penyakit. *Fomite* dapat berupa pensil, pulpen, gelas, gagang pintu, mata pena, pakaian atau benda mati lainnya yang menghantarkan infeksi akibat terkontaminasi organisme penyebab penyakit yang kemudian disentuh oleh orang lain.

2. *Vektor*

Vektor adalah serangga, misalnya lalat, kutu, nyamuk, serta hewan kecil seperti mencit, tikus atau hewan pengerat lain. *Vektor* adalah setiap makhluk hidup selain manusia yang membawa penyakit (*carrier*) yang menyebarkan dan menjalani proses penularan penyakit. *Vektor* menyebarkan agen infeksi dari manusia atau hewan yang terinfeksi ke manusia atau hewan lain yang rentan melalui kotoran, gigitan, dan cairan tubuhnya atau secara tidak langsung melalui kontaminasi pada makanan.

3. *Reservoir*

Reservoir adalah manusia, hewan, tanah, zat organik (seperti feses dan makanan) yang menjadi tempat tumbuh dan berkembang biak organisme infeksius. Manusia sering berperan sebagai *reservoir* sekaligus sebagai penjamu (*host*).

4. *Carrier*

Sedangkan *carrier* adalah mengandung, menyebarkan, dan merupakan tempat persinggahan organisme penyebab infeksi. Kondisi *carrier* dapat berlangsung dalam keseluruhan perjalanan penyakit atau selama perjalanan hidup manusia, jika tidak diobati dan bahkan tidak terlihat karena *carrier* mungkin tidak sakit (*carrier* yang sehat). Beberapa *carrier* dari penyakit tertentu bisa terinfeksi dan menjaadi *carrier* seumur hidup seperti Typhoid Mary. Enam tipe *carrier* yang diidentifikasi oleh bidang ilmu kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut:

1) *Active carrier*

Seseorang yang terpajan dan menjadi tempat bersarangnya organisme penyebab penyakit. Kondisi ini sudah berlangsung selama beberapa waktu walaupun sudah sembuh dari penyakitnya.

2) *Convalescent carrier*

Seseorang yang terpajan dan menjadi tempat bersarangnya organisme penyebab penyakit dan berada dalam masa pemulihan, tetapi masih dapat menularkan penyakit ke orang lain.

3) *Healthy carrier*

Seseorang yang terpajan dan menjadi tempat bersarangnya organisme penyebab penyakit (patogen) dan berada dalam masa pemulihan, tetapi tidak menunjukkan gejala sakit.

4) *Incubator carrier*

Seseorang yang terpajan dan menjadi tempat bersarangnya organisme penyebab penyakit (patogen), masih berada pada tahap awal penyakit, serta menunjukkan gejala dan kemampuan untuk menularkan penyakit.

5) *Intermittent carrier*

Seseorang yang terpajan dan menjadi tempat bersarangnya organisme penyebab penyakit (patogen) dan secara berulang dapat menyebarkan penyakit.

6) *Passive carrier*

Seseorang yang terpajan dan menjadi tempat bersarangnya organisme penyebab penyakit (patogen), tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda dan gejala penyakit.

2.3.7 Faktor-faktor dalam kausalitas penyakit

Banyak faktor yang terbukti berguna untuk menentukan penyebab penyakit di masyarakat. Penentuan penyebab penyakit di populasi merupakan salah satu pendekatan yang akhir-akhir ini terbukti efektif untuk dua area kunci kegiatan kesehatan masyarakat, yaitu pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan. Faktor-faktor penyebab penyakit yang biasa digunakan dalam investigasi epidemiologi muncul secara bertahap. Faktor tersebut antara lain:

1. Faktor *predisposing*

Merupakan faktor atau kondisi yang memang sudah ada yang menyebabkan host merespons patogen atau agen dengan cara tertentu. Jika host telah diimunisasi atau jika host memiliki imunitas alami terhadap penyakit, respons umum yang terjadi adalah tidak terjangkit penyakit. Jika tidak terlindungi, respons umum yang terjadi adalah host akan terkena penyakit karena host

dipengaruhi keadaan saat terjadinya pajanan terhadap patogen atau agen. Jika peka terhadap suatu kondisi, host akan memberikan respons sebagai mana mestinya. Contohnya: jika host memiliki alergi terhadap suatu zat dan kemudian terpajan zat tersebut, reaksi alergi akan muncul.

2. Faktor *enabling*

Merupakan faktor atau kondisi yang memungkinkan atau mendorong terjadinya penyakit, kondisi, cedera, ketidakmampuan, atau kematian. Beberapa faktor yang dapat mendorong penyebaran penyakit bisa berupa kurangnya pelayanan kesehatan masyarakat dan perawatan medis. Sebaliknya, ketersediaan dan akses ke pelayanan kesehatan masyarakat dan perawatan medis dapat mencegah, mengendalikan, mengatasi, mengobati, dan memfasilitasi pemulihan akibat sakit sekaligus meningkatkan status kesehatan populasi.

3. Faktor *precipitating*

Merupakan faktor yang esensial dalam perkembangan penyakit, kondisi, cedera, ketidakmampuan, dan kematian. Di dalam kausalitas penyakit, penyebab suatu penyakit, kondisi atau luka mungkin tampak jelas, sementara dalam kasus lain mungkin saja penyebabnya tidak begitu jelas. Sering kali satu kasus berkaitan dengan beberapa faktor risiko, terutama pada penyakit kronis atau penyakit akibat gaya hidup dan perilaku. Faktor *precipitating* yang mungkin ada pada penyakit menular antara lain sanitasi yang buruk, tidak adanya imunisasi, dan banyak pendukung yang rentan terhadap satu jenis patogen saja. Pada penyakit atau kondisi kronis yang berkaitan dengan perilaku, banyak faktor yang berperan terhadap suatu kondisi.

4. Faktor *reinforcing*

Seperti faktor *enabling*, faktor *reinforcing* juga memiliki kemampuan untuk mendukung keberadaan dan penularan penyakit atau kondisi untuk mendukung dan meningkatkan status kesehatan masyarakat sekaligus membantu mengendalikan penyakit dan kondisi. Faktor yang dapat memperburuk dan mempertahankan penyakit, kondisi, ketidakmampuan, atau kematian merupakan faktor *reinforcing* yang negatif. Faktor *reinforcing* negatif adalah faktor yang polanya berulang dan mendukung penyebaran dan perjalanan penyakit dalam populasi. Faktor *reinforcing* positif adalah faktor yang mendukung, meningkatkan, dan memperbaiki langkah-langkah pengendalian dan pencegahan penyebab penyakit (Efendi & Makhfudli, 2009).

2.3.8 Mekanisme penularan penyakit

Aspek sentral penyebaran penyakit menular dalam masyarakat adalah mekanisme penularan (*mode or transmissions*) yakni berbagai mekanisme dimana unsur penyebab penyakit dapat mencapai manusia sebagai penjamu yang potensial. Mekanisme tersebut meliputi cara unsur penyebab (*agent*) meninggalkan *reservoir*, cara penularan untuk mencapai pejamu potensial, serta cara masuknya ke pejamu potensial tersebut.

1. Cara unsur penyebab keluar dari penjamu (*reservoir*)

Pada umumnya selama unsur penyebab atau mikroorganisme penyebab masih mempunyai kesempatan untuk hidup dan berkembang baik dalam tubuh pejamu, maka ia akan tetap tinggal di tempat yang potensial tersebut. Namun di lain pihak, tiap individu tiap individu pejamu memiliki usaha perlawanan terhadap setiap unsur penyebab patogen yang mengganggu dan mencoba merusak keadaan keseimbangan dalam tubuh pejamu. Cara keluar unsur penyebab dari tubuh

pejamu dapat dibagi dalam beberapa bentuk, walaupun ada diantara unsur penyebab yang dapat menggunakan lebih dari satu cara, antara lain (Noor, 2000):

- 1) Melalui *conjunctive*, yang biasanya hanya dijumpai pada beberapa penyakit mata tertentu seperti trakom dan lainnya.
- 2) Melalui saluran napas (hidung dan tenggorokan), dalam bentuk droplet sewaktu *reservoir*/penderita bicara, bersin atau batuk, atau melalui udara pernapasan. Cara ini sering dijumpai pada penyakit-penyakit TBC, difteria, influenza, campak, dan lain sebagainya.
- 3) Melalui pencernaan, baik bersama ludah, muntah maupun bersama dengan tinja, umpamanya pada penyakit kolera, tifus abdominai, pada beberapa jenis cacing dan lain-lain.
- 4) Melalui saluran urogenital, yang biasanya bersama-sama dengan urine, atau zat lain yang keluar melalui saluran tersebut umpamanya pada penyakit hepatitis.
- 5) Melalui luka, pada kulit ataupun mukosa seperti pada penyakit sifilis, frambusia, dan lainnya.
- 6) Secara mekanik, seperti suntikan atau gigitan pada beberapa penyakit tertentu antara lain malaria, filariasis, hepatitis serum, dan lain sebagainya.

2. Cara penularan (*Mode of Transmission*)

Tiap kelompok penyakit memiliki jalur penularan tersendiri dan pada garis besarnya dapat dibagi dalam dua bagian utama yakni (Noor, 2000):

- 1) Penularan langsung (*Direct Transmission*)

Penularan langsung adalah perpindahan sejumlah unsur penyebab dari reservoir langsung ke pejamu potensial melalui pintu masuk (*portal of entry*) yang sesuai. Dalam pengertian penularan langsung ini tidak berarti bahwa harus terjadi persentuhan antara sumber dengan pejamu, potensial tetapi dapat saja dalam bentuk berada pada jarak yang dekat, umpamanya pada penularan dengan *droplet nuklei*, atau juga pada persentuhan dengan sumber penularan seperti tanah pada cacing tambang, atau pada berbagai spora dan jamur pada benda maupun pada tumbuhan.

Penyakit-penyakit yang dikategorikan dalam penularan langsung dapat terjadi karena bersentuhan langsung dengan penderita sebagai *reservoir* (manusia maupun hewan), dengan tumbuhan atau benda lain yang mengalami kontaminasi, serta melalui droplet nuklei. Adapun penularan langsung tersebut dapat dikelompokkan dalam beberapa kelompok tertentu.

(1) Penularan langsung dari orang ke orang

Dalam kelompok ini termasuk semua penyakit yang hanya dapat menyerang manusia di mana *reservoir* satu-satunya adalah manusia semata. Kelompok terbesar dalam penularan langsung dari orang ke orang, adalah berbagai penyakit kelamin yang ditularkan secara seksual. Dalam kelompok ini, selain penyakit kelamin tradisional seperti sifilis, gonorrhoe, lymphogranuloma venerum, chancroid, dan herpes simplex tipe I dan II.

(2) Penularan langsung dari binatang ke orang

Penyakit yang dapat menular langsung dari binatang ke orang dalam kelompok ini dimaksudkan penyakit yang pada umumnya hanya dijumpai pada binatang tetapi dapat menular dan menjangkit orang lain secara langsung. Penyakit kelompok ini terutama yang termasuk kelompok penyakit *zoonosis*, contoh: rabies, brucellosis, dan antrax.

(3) Penularan dari tumbuhan ke orang

Dalam kelompok ini termasuk penyakit yang disebabkan oleh jamur, yang selain penularannya dapat melalui kontak langsung dengan tumbuhan maupun dengan tanah yang mengandung jamur, juga ada yang menular melalui udara.

(4) Penularan dari orang ke orang melalui kontak benda lain

Penularan ini lebih bersifat kontak dengan benda yang terkontaminasi seperti tanah maupun benda lainnya seperti penyakit cacing tambang (*ancylostomiasis*). Jenis penyakit lain yang penularannya melalui kontak dengan air dan masuk melalui kulit adalah penyakit schistosomiasis.

2) Penularan melalui udara (*Air Borne*)

Penularan melalui udara dimaksudkan adalah cara penularan yang terjadi tanpa kontak dengan penderita maupun dengan benda yang terkontaminasi. Sebagian besar penularan melalui udara dapat pula menular melalui kontak langsung, namun tidak jarang penyakit yang sebagian besar penularannya adalah karena mengisap udara yang mengandung unsur penyebab/mikroorganisme penyebab. Penularan penyakit melalui udara dapat terjadi dalam bentuk droplet nuklei maupun

dalam bentuk *dust*. *Dust* adalah partikel dengan berbagai ukuran sebagai hasil dari resuspensi partikel yang terletak dilantai serta yang tertiuap angin bersama debu lantai.

3) Penularan melalui makanan/minuman dan benda lain

Penularan penyakit melalui makanan, minuman dan benda lainnya (*vehicle borne*) adalah penularan kontak tidak langsung melalui benda mati (*fomites*) seperti makanan, minuma, susu, perlengkapan dapur, perlengkapan bedah, mainan anak-anak dan sebagainya. Pada umumnya termasuk dalam golongan penyakit menular yang masuk ke dalam tubuh melalui mulut. Dilain pihak, semua benda-benda seperti air, makanan, minuman dan susu merupakan media yang cukup berperan di dalam penularan penyakit kerana berbagai mikroorganisme dapat bertahan lama dalam media ini.

4) Penularan melalui vektor (*Vektor Borne Disease*)

Pada penularan penyakit melauai vektor mekanik, maka unsur penyebab penyakit yang mungkin berasal dari tinja, urine maupun sputum penderita, hanya melekat pada bagian tubuh vektor dan kemudian dapat dipindahkan pada makanan maupun minuman pada waktu hinggap/menyerap pada makanan tersebut. Yang cukup menarik adalah penularan penyakit melalui vektor secara biologis karena unsur penyebab harus masuk ke dalam tubuh vektor melalui gigitan ataupun melalui keturunaannya. Misalnya: vektor nyamuk, vektor kutu, dan sebagainya.

2.3.9 Konsep kejadian luar biasa (KLB)

Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah peristiwa bertambahnya penderita atau kematian yang disebabkan oleh suatu penyakit di wilayah tertentu yang mengejutkan dan membuat panik masyarakat di wilayah itu (Efendi & Makhfudli, 2009).

Menurut Depkes RI 2000, Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis dalam kurun waktu dan daerah tertentu (Efendi & Makhfudli, 2009).

Menurut undang-undang wabah 1969, Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah timbulnya dan atau meningkatnya suatu kejadian kesakitan dan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu kelompok penduduk dalam kurun waktu tertentu (Lapau, 2011).

Sedangkan menurut MacMahon and Pugh 1970, Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah kejadian yang melebihi keadaan biasa, pada suatu kelompok masyarakat tertentu (Lapau, 2011).

Kriteria Kejadian Lura Biasa (KLB) antara lain:

1. Timbulnya suatu penyakit atau penyakit menular yang sebelumnya tidak ada atau tidak dikenal.
2. Peningkatan kejadian penyakit atau kematian terus-menerus selama 3 kurun waktu berturut-turut menurut jenis penyakitnya (jam, hari, minggu, bulan, tahun).
3. Peningkatan kejadian penyakit atau kematian, dua kali atau lebih dibandingkan dengan periode sebelumnya (jam, hari, minggu, bulan, tahun).

4. Jumlah penderita baru dalam satu bulan menunjukkan kenaikan dua kali lipat atau lebih bila dibandingkan dengan angka rata-rata per bulan dalam tahun sebelumnya.
5. Angka rata-rata per bulan selama satu tahun menunjukkan kenaikan dua kali lipat atau lebih dibandingkan dengan angka rata-rata per bulan dari tahun sebelumnya.
6. Case Fatality Rate (CFR) dari suatu penyakit dalam suatu kurun waktu tertentu menunjukkan kenaikan 50% atau lebih dibandingkan dengan CFR dari periode sebelumnya.
7. Propotional Rate (PR) penderita baru dari suatu periode tertentu menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibandingkan periode yang sama dan kurun waktu atau tahun sebelumnya.
8. Beberapa penyakit khusus: kolera, DHF/DSS

Setiap peningkatan kasus dari periode sebelumnya (pada daerah endemis), serta terdapat satu atau lebih penderita baru dimana pada periode 4 minggu sebelumnya daerah tersebut dinyatakan bebas dari penyakit yang bersangkutan.

9. Beberapa penyakit yang dialami oleh satu atau lebih penderita, misalnya: keracunan makanan dan keracunan pestisida (Efendi & Makhfudli, 2009).

2.3.10 Kegiatan surveilens

Kegiatan surveilens dilaporkan dari tingkat bawah ke tingkat atas. Objektif dari laporan kegiatan surveilens adalah untuk memperoleh data dan informasi yang menyangkut pengolahan seragam dan hasil kegiatan surveilens dari tingkat-tingkat kabupaten dan propinsi (Lapau, 2011).

Menurut Dit. Jen PPM & PL, 1997 dalam Lapau 2011, kegiatan program surveilens adalah sebagai berikut:

1. Pengumpulan, pengolahan, analisa, presentasi, dan interpretasi data untuk menghasilkan dan menyebarluaskan informasi.
2. Melaksanakan sistem kewaspadaan dini dan menyelidiki kejadian luar biasa.
3. Surveilens khusus untuk eradikasi polio dan surveilens AFP (*acute flaccid paralysis*).
4. Penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi surveilens.
5. Pengembangan sumber daya manusia.
6. Manajemen program surveilens.

Sumber data surveilens adalah sistem pencatatan dan pelaporan rutin melalui rumah sakit dan puskesmas, tetapi sebagai tambahan, laporan surveilens tidak terbatas pada laporan rutin. Diharapkan supaya staf unit surveilens dapat menggunakan data dari formulir LB1: dari formulir ini, data dikumpulkan untuk laporan mingguan penyakit yang potensial dapat menyebabkan epidemi. Untuk melaporkan kasus tbc dan malaria dapat menggunakan formulir khusus untuk tbc dan malaria (Lapau, 2011).

Melaporkan penyakit-penyakit lain, yang tidak dilaporkan melalui W2, mungkin menggunakan laporan kunjungan ke puskesmas. Kecenderungan kunjungan kasus ke puskesmas mungkin menghasilkan informasi yang menyangkut masalah penyakit (Lapau, 2011).

Untuk menyempurnakan hasil analisis data rutin, dapat digunakan beberapa formulir seperti formulir LB3, LB1S, laporan epidemi, laporan khusus (AFP, tetanus neonatorum, campak, dll), penelitian, Biro Pusat Statistik

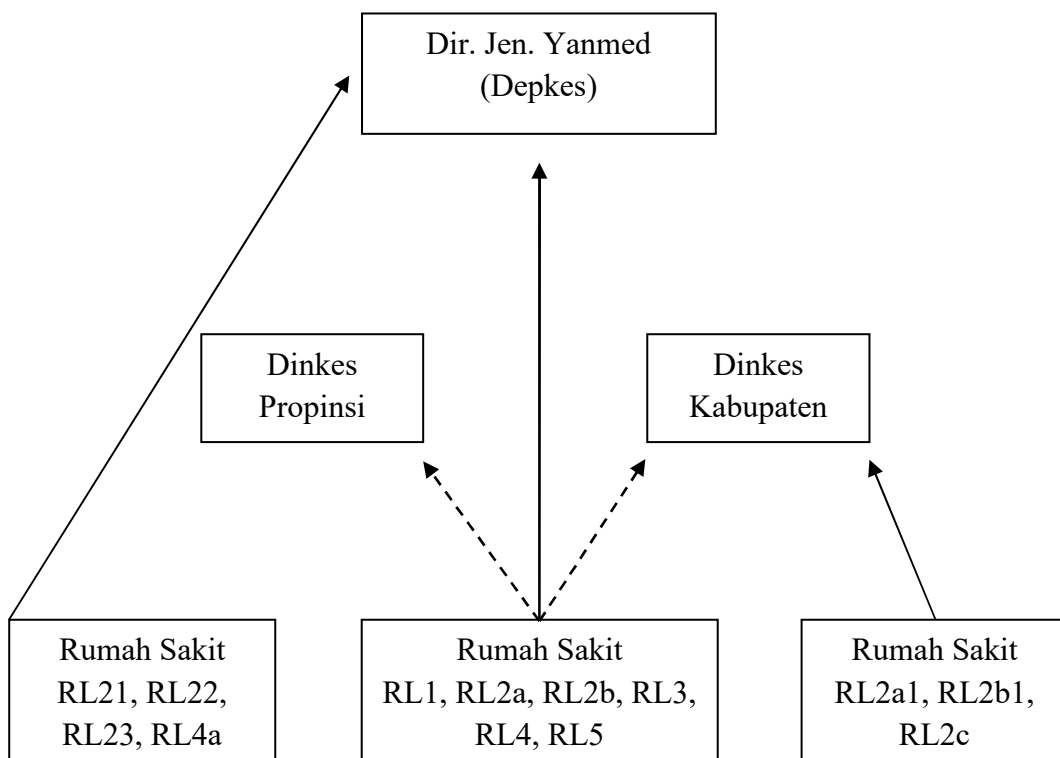
(mempunyai data yang menyangkut sosio-demografis, ekonomi, demografi, dll) (Lapau, 2011).

ALUR DATA

1. Rumah sakit

Formulir-formulir RL1, RL2a, RL2b, RL3, RL4, dan RL5 dikirim ke Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. Salinan dari masing-masing formulir dikirim ke Dinas Kesehatan Propinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten (Lapau, 2011).

Formulir individual penderita rawat inap dan personil yaitu formulir-formulir RL21, RL22, dan RL 23 dikirim ke Departemen Kesehatan. Formulir RL2a1, RL2b1 dan RL2c dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten (Lapau, 2011).

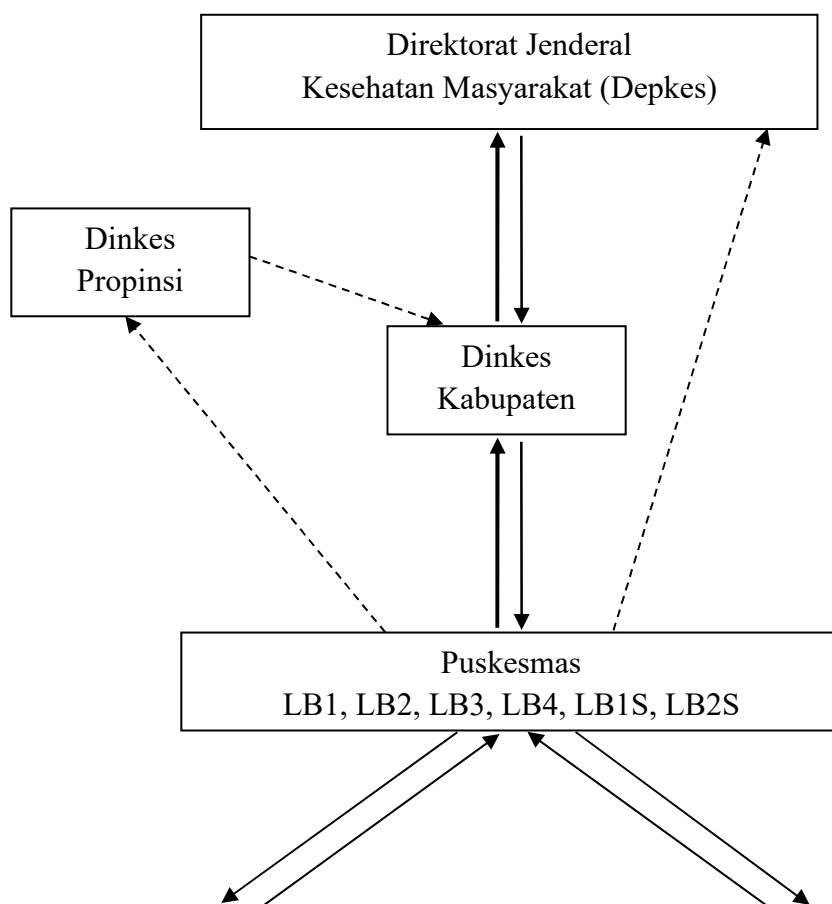


Gambar 2.4 Alur data dari Rumah Sakit

Sumber: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Pencatatan dan Pelaporan Rumah Sakit, Jakarta: Depkes, 1977 (Lapau, 2011).

2. Puskesmas

Laporan bulanan melalui formulir-formulir LB1, LB2, LB3, LB4, LB1S, dan LB2S dikirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten. Khususnya formulir LB2 dikirim pula ke Sub Dinas Farmasi Kabupaten. Laporan dari puskesmas termasuk semua kegiatan yang dilakukan melalui pustu dan bidan desa. Alur data dari pustu dan bidan desa ke puskesmas tergantung pada kabupaten yang bersangkutan. Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten dikirim ke Dinas Kesehatan Propinsi, dan dari sini dikirim ke Direktorat Jenderal Binkesmas, Departemen Kesehatan (Lapau, 2011).





Gambar 2.5 Alur data dalam Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas.

Sumber: Direktorat Jenderal Binkesmas, Batasan Operasional Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP), Jakarta: Depkes, 1977 (Lapau, 2011).

3. Kegiatan surveilens

Subseksi Surveilens dari Dinas Kesehatan Kabupaten bergantung jawab untuk mengelola surveilens dengan mengumpulkan data dari rumah sakit dan puskesmas dan sumber-sumber lain, dan menganalisis data itu untuk tujuan kegiatan tertentu. Hasil analisis data dari tingkat kabupaten dikirim ke Seksi Surveilens, Dinas Kesehatan Propinsi, yang juga menganalisis data dari seluruh kabupaten di propinsi yang bersangkutan. Hasil analisis data dari propinsi dikirim ke Subdit, Dit. Jen. PPM & PL (Lapau, 2011).

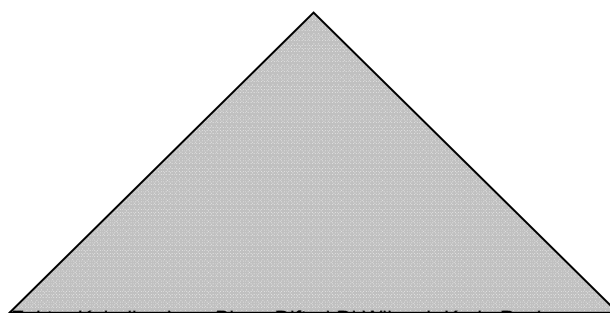
2.4 Faktor-faktor Penyebab Difteri

Suatu penyakit timbul akibat beroperasinya berbagai faktor baik dari agen, induk semang atau lingkungan. Pendapat ini tergambar dalam istilah yang dikenal luas sebagai penyebab majemuk (*multiple causation of disease*) sebagai resiko lain lawan dari penyebab tunggal (*single causation*) (Sutrisna, 2010).

Berikut bagan Teori Bloom model timbulnya penyakit:

SEGITIGA EPIDEMIOLOGI

Pejamu/Host



Agen

Lingkungan

Gambar 2.6 Teori Bloom Segitiga Epidemiologi Hubungan Agen-Penjamu-Lingkungan (Sutrisna, 2010).

1. Agen

Berbagai faktor internal dan eksternal yang dengan atau tanpanya dapat menyebabkan terjadinya penyakit atau sakit. Agen ini bisa bersifat biologis, kimia, fisik, mekanis, atau psikososial. Jadi, agen ini bisa berupa sesuatu yang merugikan kesehatan (bakteri dan stres) atau meningkatkan kesehatan (nutrisi dan lainnya) (Efendi & Makhfudli, 2009).

Agen dalam penyakit difteri adalah *Corynebacterium diphtheriae*. *Corynebacterium diphtheriae* dapat menular melalui udara, berupa infeksi droplet, selain itu dapat pula melalui benda atau makanan yang terkontaminasi. Basil ini hidup dan berkembang biak pada traktus respiratori bagian atas terlebih-lebih bila terdapat peradangan kronis, sinus dan lain-lain. *Corynebacterium diphtheriae* juga dapat hidup pada daerah vulva, telinga dan kulit (Ngastiyah, 2005).

2. *Host*/Penjamu

Seseorang atau sekelompok orang yang rentan terhadap penyakit atau sakit tertentu. Faktor *host* antara lain situasi atau kondisi fisik dan psikososial yang menyebabkan seseorang beresiko menjadi sakit. Misalnya riwayat keluarga, usia, gaya hidup, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, imunitas, ras suku bangsa, status nutrisi, pengetahuan, sikap dan tindakan (Efendi & Makhfudli, 2009).

Host dalam penyakit difteri adalah Manusia. Yang termasuk dalam faktor host adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, sikap, tindakan, imunisasi, status gizi, dan riwayat kontak.

1) Usia/Umur

Usia/umur merupakan variabel yang selalu diperhatikan di dalam penyelidikan epidemiologi. Usia/umur adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Angka kesakitan maupun kematian semua keadaan hampir selalu menunjukkan hubungan dengan umur (Sutrisna, 2010). Pada kejadian penyakit difteri usia yang banyak terserang adalah usia anak-anak yaitu usia 2-14 tahun (Nelson, 2000).

WHO menganjurkan pembagian-pembagian umur sebagai berikut:

(1) Menurut tingkat kedewasaan

Bayi dan anak-anak: 0-14 tahun

Orang muda dan dewasa: 15-49 tahun

Orang tua: 50 tahun keatas

(2) Interval 5 tahun

< 1 tahun

1-4 tahun

5-9 tahun/

10-14 tahun

(3) Untuk mempelajari penyakit anak

0-4 bulan

5-10 bulan

11-23 bulan

2-4 tahun

5-9 tahun

10-14 tahun (Sutrisna, 2010).

Pembagian usia berdasarkan tumbuh kembang anak adalah sebagai berikut :

Usia bayi (0-1 tahun)

Usia toddler (1-2,5 tahun)

Usia prasekolah (2,5-5 tahun)

Usia sekolah (5-11 tahun)

Usia remaja (11-18 tahun) (Hidayat, A 2008).

2) Jenis Kelamin

Angka kesakitan lebih tinggi di kalangan wanita sedangkan angka kematian lebih tinggi di kalangan pria, juga pada semua golongan umur pada kajian epidemiologi. Perbedaan angka kematian ini dapat disebabkan oleh faktor intrinsik dan ekstrinsik. Yang pertama, diduga meliputi faktor keturunan terkait dengan jenis kelamin atau perbedaan hormonal, sedangkan yang kedua diduga karena peran faktor lingkungan, misalnya lebih banyak pria pengisap rokok, minum minuman keras, candu, bekerja berat, berhadapan dengan pekerjaan berbahaya, dan seterusnya (Sutrisna, 2010). Sedangkan pada penyakit difteri jenis kelamin yang banyak terkena adalah wanita. Beberapa studi telah membuktikan bahwa wanita berisiko lebih tinggi dari laki-laki terkena infeksi difteri karena daya imunitas yang lebih rendah (Sudoyo *et al*, 2007).

3) Imunisasi

Proses imunisasi sebenarnya adalah pengenalan suatu substansi yang dapat menimbulkan sistem imunitas melalui pembentukan antibodi penolak penyakit (Efendi & Makhfudli, 2009). Pada penyakit difteri imunisasi vaksin difteri diberikan bersamaan dengan imunisasi tetanus dan pertusis dalam bentuk vaksin DPT (Cahyono, 2010).

4) Riwayat kontak

Ada atau tidaknya riwayat kontak sebelumnya dengan penderita difteri sangat berpengaruh terhadap penularan penyakit difteri karena penyakit difteri menular melalui *droplet infection*.

5) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil “tahu” dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007). Semakin tinggi pengetahuan seseorang tentang penyakit maka semakin mudah orang tersebut untuk terhindar dari suatu penyakit tertentu, begitu juga halnya dengan menghindari penyakit difteri dengan bertambahnya pengetahuan tentang penyakit difteri melalui sumber-sumber informasi yang telah ada.

6) Sikap

Sikap dan tindakan dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi, sikap dan tindakan

manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri atau apa yang dikerjakan oleh organisme baik yang dapat diamati secara langsung atau secara tidak langsung (Notoatmodjo, 2007).

Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2003).

7) Tindakan

Sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana (Efendi, F & Makhfudli, 2009).

3. Lingkungan

Seluruh faktor yang ada diluar host baik lingkungan fisik maupun sosial, antara lain sebagai berikut:

- 1) Lingkungan Fisik: tingkat ekonomi, iklim, kondisi tempat tinggal, penerangan dan kebisingan.
- 2) Lingkungan Sosial: hal-hal yang berkaitan dengan interaksi sosial, misalnya: stres, konflik, kesulitan ekonomi dan krisis hidup (Efendi & Makhfudli, 2009).

Lingkungan merupakan salah satu faktor penyebab penyakit. Yang termasuk dalam lingkungan antara lain lingkungan fisik dan lingkungan sosial. Yang termasuk dalam lingkungan Fisik meliputi: sinar matahari yang masuk ke

rumah, luas ventilasi rumah, kepadatan hunian rumah, suhu dalam rumah, jenis dinding rumah dan jenis lantai rumah (Kartono B, 2008).

1) Sinar matahari yang masuk rumah

Pencahayaan alami dalam rumah adalah penerangan dalam ruangan pada pagi, siang atau sore hari yang berasal dari sinar matahari langsung yang masuk melalui jendela, ventilasi atau genteng kaca minimal 10 menit per hari. Adanya sinar matahari yang masuk kedalam rumah mampu mengurangi kelembaban ruangan dan memiliki kemampuan untuk membunuh kuman (Kartono B, 2008).

2) Luas ventilasi rumah

Ventilasi rumah berguna untuk sirkulasi udara serta masuknya sinar matahari kedalam rumah. Luas ventilasi rumah yang memenuhi syarat adalah $\geq 10\%$ dari luas lantai rumah (Kartono B, 2008).

3) Kepadatan hunian rumah

Sebagian besar pada kasus penyakit menular, menempati rumah dengan kepadatan hunian rumah yang tidak memenuhi syarat atau kurang akan berpengaruh terhadap penyebaran penyakit. Tinggal di rumah dengan kepadatan hunian rumah yang tidak memenuhi syarat akan beresiko difteri lebih besar dibandingkan dengan kepadatan hunian rumah yang memenuhi syarat. Dikatakan kepadatan hunian rumah memenuhi syarat adalah $\geq 8\text{m}^2/\text{orang}$ (Kartono B, 2008).

4) Suhu dalam rumah

Suhu dalam rumah sangat berhubungan dengan kelembaban rumah. Semakin rendah suhu dalam rumah maka kelembaban dalam rumah

semakin tinggi. Sedangkan tinggal di dalam rumah yang lembab beresiko tinggi terkena difteri. Suhu rumah yang nyaman adalah $\geq 18^{\circ}\text{C}$ - 30°C (Kartono B, 2008).

5) Jenis dinding rumah

Jenis dinding rumah juga berpengaruh terhadap kejadian difteri. Dinding rumah yang memenuhi syarat adalah yang terbuat dari batu bata atau batako. Sedangkan yang tidak memenuhi syarat adalah yang terbuat dari bilik/papan/anyaman bambu. Rumah yang memiliki jenis dinding terbuat dari bilik/papan/anyaman bambu maka akan mempermudah udara masuk sehingga akan mempengaruhi suhu serta kelembaban dalam rumah (Kartono B, 2008).

6) Jenis lantai rumah

Jenis lantai rumah yang terbuat dari papan/panggung/tanah memberikan peluang besar terjadinya difteri dibandingkan dengan tinggal di rumah dengan lantai berupa plester atau keramik. Jenis lantai rumah dari papan atau tanah dapat menyebabkan kenaikan kelembaban rumah karena papan atau tanah bersifat lembab dan tidak kedap air. Kelembaban rumah yang tinggi dapat mempengaruhi penurunan daya tahan tubuh seseorang yang selanjutnya akan meningkatkan kerentanan tubuh terhadap penyakit terutama penyakit infeksi (Kartono B, 2008).

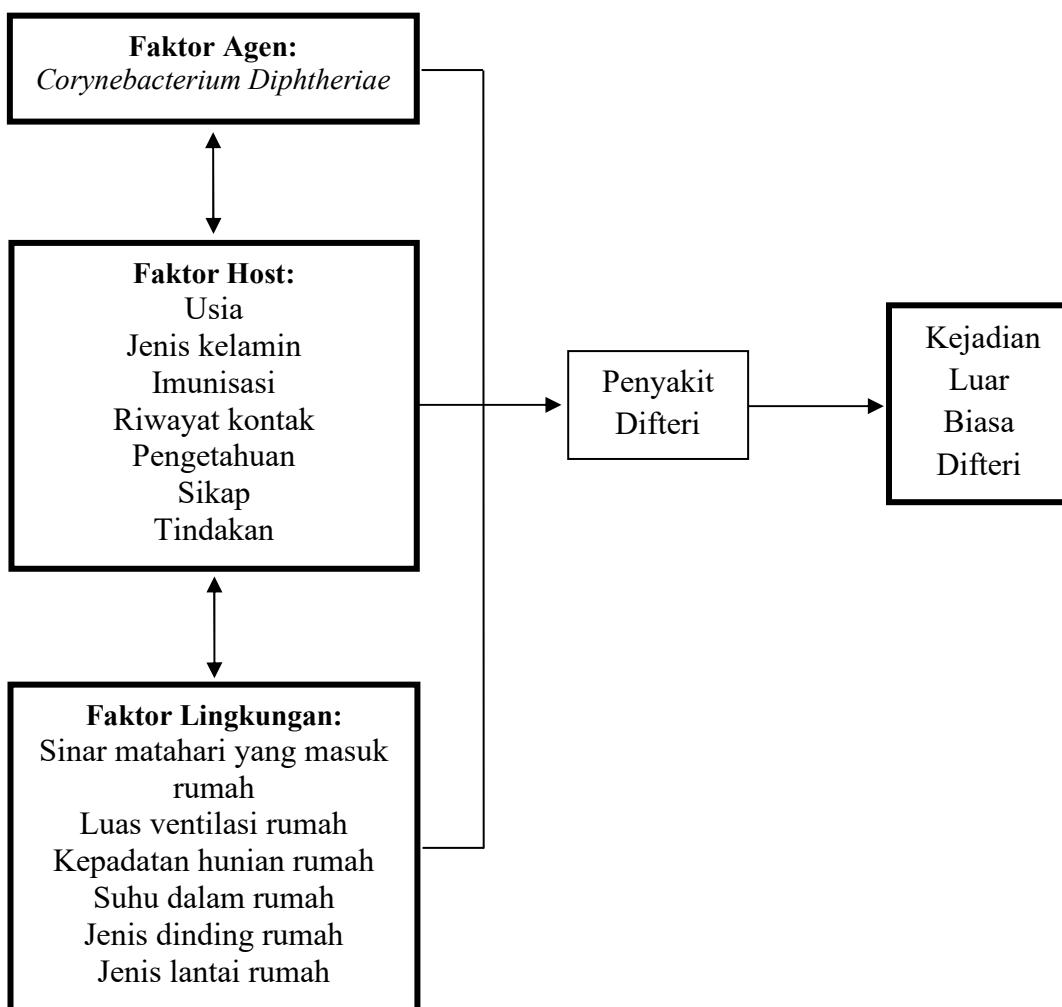
Model ini menyatakan bahwa sehat dan sakit ditentukan oleh interaksi yang dinamis antara ketiga variabel tersebut. Selain itu dalam keperawatan komunitas, model ini juga dikembangkan dalam teori umum tentang berbagai penyebab penyakit (Efendi & Makhfudli, 2009).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual

Faktor-faktor penyebab Difteri:



Diteliti:

Tidak Diteliti:

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Analisa Faktor Kejadian Luar Biasa Difteri

Dari gambar 3.1 dapat dijelaskan analisa faktor kejadian luar biasa difteri diatas.

Faktor yang mempengaruhi timbulnya suatu penyakit adalah interaksi antara host, agent, dan environment/lingkungan. 1) Agent yaitu suatu substansi atau elemen makhluk hidup/bukan makhluk hidup yang kehadirannya dapat menimbulkan /mempengaruhi perjalanan suatu penyakit. Agent dapat dikategorikan menjadi agent nutrien, agent biologik, agent fisik dan agent mekanik. 2) Host/penjamu adalah semua faktor yang terdapat dalam diri manusia yang dapat mempengaruhi timbulnya serta perjalanan suatu penyakit seperti usia, jenis kelamin, imunisasi, riwayat kontak, pengetahuan, sikap, dan tindakan. 3) Environment/Lingkungan meliputi sinar matahari yang masuk ke rumah, luas ventilasi rumah, kepadatan hunian rumah, suhu dalam rumah, jenis dinding rumah dan jenis lantai rumah.

Penelitian ini mengarah pada faktor host yaitu usia, jenis kelamin, imunisasi, riwayat kontak, pengetahuan, sikap, dan tindakan. Serta faktor lingkungan yaitu sinar matahari yang masuk ke rumah, luas ventilasi rumah, kepadatan hunian rumah, suhu dalam rumah, jenis dinding rumah dan jenis lantai rumah yang menjadi faktor Kejadian Luar Biasa Difteri.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1: Ada pengaruh antara faktor host dan faktor lingkungan dengan angka Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah suatu metode pemilihan dan perumusan masalah serta hipotesis untuk memberikan gambaran mengenai metode dan teknik yang hendak digunakan dalam melakukan suatu penelitian (Nursalam, 2008). Dalam bab ini akan diuraikan tentang: (1) desain penelitian, (2) kerangka kerja, (3) desain sampling meliputi populasi, sampel, dan sampling (4) identifikasi variabel, (5) definisi operasional, (6) pengumpulan data, (7) analisis data dan (8) etik penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, yang memungkinkan kemaksimalan kontrol beberapa faktor yang bisa mempengaruhi akurasi suatu hasil. Desain penelitian merupakan hasil akhir dari suatu tahapan keputusan yang dibuat peneliti berhubungan dengan bagaimana suatu penelitian bisa di terapkan (Nursalam, 2008).

Peneliti ini menggunakan desain *cross-sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Pada jenis ini, variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut. (Nursalam, 2008). Dengan studi ini akan diperoleh efek fenomena (variabel dependen) dihubungkan dengan penyebab (variabel independen). Sehingga dalam penelitian ini, peneliti akan menganalisis faktor kejadian luar biasa difteri.

4.2 Populasi, Sampel dan Teknik Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek (misalnya manusia, klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008). Populasi adalah seluruh subyek (manusia, binatang percobaan, data laboratorium, dan lain-lain) yang akan diteliti dan memenuhi karakteristik yang ditentukan (Riyanto, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah semua warga waringin yang berkunjung di Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin yang diketahui positif difteri berjumlah 22 orang.

4.2.2 Sampel

Pengertian sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008). Sampel adalah sebagian dari populasi yang diharapkan dapat mewakili atau representatif populasi (Riyanto, 2011). Dari data tentang populasi di atas akan diseleksi kriteria sampel yang terdiri dari kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Untuk menentukan jumlah sampel digunakan perhitungan sebagai berikut:

Kriteria untuk mendapatkan sampel tersebut terdiri dari 2 macam, yaitu kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2008). Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian pada populasi target dan sumber (Riyanto, 2011).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Orang tua dengan anak positif Difteri.
- 2) Bertempat tinggal dan warga tetap di Desa Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2008). Kriteria eksklusi adalah kriteria dari subjek penelitian yang tidak boleh ada, dan jika subjek mempunyai kriteria eksklusi maka subjek harus dikeluarkan dari penelitian (Riyanto, 2011).

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Petugas kesehatan baik dokter, perawat, bidan maupun lulusan pendidikan sekolah kesehatan lainnya.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2008). Teknik sampling adalah teknik pengambilan sampel dari populasi dalam penelitian (Riyanto, 2011).

Pada penelitian ini teknik sampling yang digunakan *purposive sampling* yaitu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian),

sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008).

4.3 Variabel Penelitian

Menurut Soeparto dkk, 2000 dalam Nursalam, 2008 Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain).

4.3.1 Variabel independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2008). Variabel independen dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, imunisasi, riwayat kontak, pengetahuan, sikap, tindakan, sinar matahari yang masuk ke rumah, luas ventilasi rumah, kepadatan hunian rumah, suhu dalam rumah, jenis dinding rumah dan jenis lantai rumah.

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel respon akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel-variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah Kejadian Luar Biasa Difteri.

4.4 Instrumen penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner berupa pertanyaan tertutup untuk mengetahui data demografi, pengetahuan, sikap,

tindakan, usia, jenis kelamin, imunisasi, riwayat kontak dan lembaran observasi atau pengamatan langsung pada lingkungan rumah.

4.5 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

4.6 Definisi operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional (Nursalam, 2008). Definisi operasional masing-masing variabel dalam penelitian ini dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 4.5 Definisi Operasional Analisis Faktor Kejadian Luar Biasa Difteri di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012

No	Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala Data	Skor
1.	Variabel Independen Host, meliputi :	Pemahaman responden tentang Difteri dan upaya pencegahan Difteri.	Pengetahuan:	kuesioner	ordinal	Jawaban benar = 1 Jawaban salah = 0 Kategori: Baik = 76–100% Cukup = 56 – 75 % Kurang = ≤ 55%
	1. Pengetahuan		1. Pengertian 2. Penyebab 3. Tanda gejala 4. Cara penularan 5. Pencegahan			
	2. Sikap		Tanggapan responden tentang pencegahan, pemberantasan serta penanganan penyakit Difteri.	Sikap terhadap Difteri dan pencegahannya meliputi: 1. Menerima 2. Menanggapi 3. Menghargai 4. Bertanggung jawab			kuesioner	nominal	Pertanyaan positif SS = 4 S = 3 TS = 2 STS = 1 Pertanyaan negatif SS = 1 S = 2 TS = 3 STS = 4 Kategori: Sikap positif = $T \geq \text{mean data}$ Sikap negatif = $T \leq \text{mean data}$
3. Tindakan	Kegiatan pencegahan yang dilakukan untuk mencegah penularan Difteri	Kebiasaan yang dilakukan :	kuesioner dan lembar observasi	ordinal	Jawaban benar = 1 Jawaban salah = 0 Kategori: Baik = 76–100% Cukup = 56 – 75 %	

4. Riwayat Kontak	Riwayat kontak dengan penderita penyakit Difteri sebelumnya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada riwayat kontak dengan penderita difteri 2. Tidak ada riwayat kontak dengan penderita difteri 	Wawancara dengan menggunakan kuesioner dan pengamatan	nominal	<p>Kurang = $\leq 55\%$</p> <p>Ya = 1 Tidak = 0</p>
5. Imunisasi	Sistem kekebalan tubuh yang dimiliki penderita berhubungan dengan imunisasi DPT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sudah di imunisasi DPT 2. Belum/tidak lengkap di imunisasi DPT 	Wawancara dengan menggunakan kuesioner dan pengamatan	nominal	<p>Lengkap = 1 Tidak lengkap = 0</p>
6. Usia	Usia yang dapat terkena penyakit Difteri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usia 1-2,5 tahun 2. Usia 2,5-5 tahun 3. Usia 5-11 tahun 4. Usia 11-18 tahun 	Wawancara dengan menggunakan lembar observasi	ordinal	<p>1-2,5 = 1 2,5-5 = 2 5-11 = 3 11-18 = 4</p> <p>Kategori: Todler = 1-2,5 tahun Pra sekolah = 2,5-5 tahun Sekolah = 5-11 tahun Remaja = 11-18 tahun</p>
7. Jenis Kelamin	Jenis kelamin penderita penyakit Difteri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis kelamin laki-laki 2. Jenis kelamin perempuan 	Wawancara dengan menggunakan lembar observasi	nominal	<p>Laki-laki = 1 Perempuan = 2</p>

<p>Lingkungan, meliputi:</p> <p>1. Sinar matahari yang masuk ke rumah</p>	<p>Seberapa banyak cahaya matahari yang masuk ke dalam rumah</p>	<p>1. Ada cahaya matahari yang masuk ke dalam rumah</p> <p>2. Tidak ada cahaya yang masuk ke dalam rumah</p>	<p>Lembar observasi</p>	<p>Nominal</p>	<p>Ada = 1 Tidak ada = 0</p>
<p>2. Luas ventilasi rumah</p>	<p>Sirkulasi udara yang masuk dalam rumah</p>	<p>1. Luas ventilasi rumah memenuhi syarat $\geq 10\%$ luas lantai rumah</p> <p>2. Luas ventilasi rumah tidak memenuhi syarat $< 10\%$ luas lantai rumah</p>	<p>Wawancara dan Lembar observasi</p>	<p>ordinal</p>	<p>MS ($\geq 10\%$ luas lantai) = 1 TMS ($< 10\%$ luas lantai) = 0</p>
<p>3. Kepadatan hunian rumah</p>	<p>Jumlah orang yang tinggal dalam satu rumah dengan luas rumah.</p>	<p>1. Kepadatan hunian rumah memenuhi syarat ≥ 8 m²/orang</p> <p>2. Kepadatan hunian rumah tidak memenuhi syarat < 8 m²/orang</p>	<p>Wawancara dan lembar observasi</p>	<p>ordinal</p>	<p>MS (≥ 8 m²/orang) = 1 TMS (< 8 m²/orang) = 0</p>
<p>4. Suhu dalam rumah</p>	<p>Suhu ruangan yang dipergunakan untuk tinggal</p>	<p>1. Suhu rumah nyaman $\geq 18^{\circ}\text{C} - 30^{\circ}\text{C}$</p> <p>2. Suhu rumah tidak</p>	<p>Termometer ruangan dan Lembar</p>	<p>ordinal</p>	<p>Nyaman ($\geq 18^{\circ}\text{C} - 30^{\circ}\text{C}$) = 1</p>

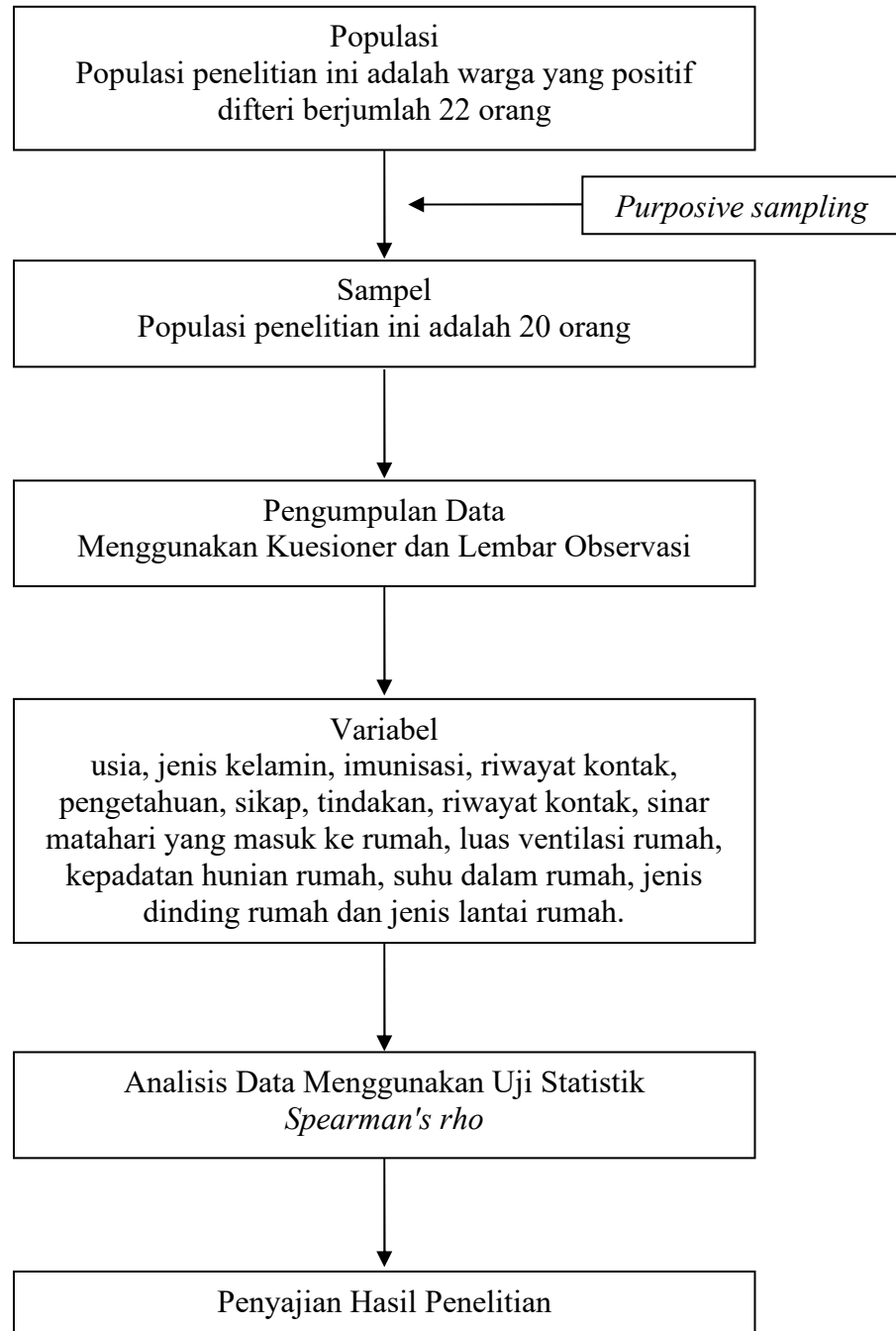
	5. Jenis dinding rumah	Penyekat antar ruangan	nyaman <18°C / >30°C 1. Jenis dinding rumah batu bata/batako 2. Jenis dinding rumah bilik/papan	Observasi Lembar Observasi	nominal	Tidak nyaman (<18°C / >30°C = 0 Pasangan batu bata/batako = 1 Bilik/papan = 0
	6. Jenis lantai rumah	Alas rumah	1. Jenis lantai rumah plester/keramik 2. Jenis lantai rumah tanah/papan	Lembar Observasi	nominal	Plesteran/keramik = 1 Tanah/papan = 0
2.	Variabel Dependen, Kejadian Luar Biasa Difteri	Kejadian Difteri	Jumlah penderita positif Difteri	Wawancara dengan menggunakan kuesioner	ordinal	Positif berat = 3 Positif sedang = 2 Positif ringan = 1 Kategori: Berat = sumbatan jalan nafas dan komplikasi miokarditis Sedang = pseudomembran menyebar Ringan = pseudomembran terbatas

4.7 Prosedur penelitian

Sebelum turun ke lapangan, peneliti mengurus surat rekomendasi ijin penelitian dari fakultas keperawatan Universitas Airlangga. Surat rekomendasi yang diperoleh digunakan untuk mengurus ijin penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso, dengan tembusan Kepala Puskesmas Wringin.

Setelah ijin penelitian diperoleh, peneliti mulai melakukan penelitian. Untuk tahap awal, penelitian menentukan populasi penelitian, yaitu seluruh penderita difteri yang memenuhi kriteria inklusi di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso. Populasi yang didapat adalah 22 orang yang positif terkena difteri. Kemudian peneliti membuat daftar nama responden dan alamatnya, setelah itu dilakukan penelitian kunjungan rumah untuk mendapatkan *informed consent*, dan data-data penelitian melalui kuesioner dan lembaran observasi.

4.8 Kerangka Kerja



Gambar 4.7 Kerangka Operasional Penelitian Analisis Faktor Kejadian Luar Biasa Difteri.

4.9 Analisis data

Proses analisis data menggunakan uji statistik *Spearman's rho* untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dengan derajat kemaknaan atau tingkat signifikan $< 0,05$. Sedangkan menentukan kekuatan hubungan kedua variabel dapat dilihat dari koefisien korelasi (r).

Dari hasil perbandingan tersebut akan dapat ditemukan apakah hipotesis diterima atau ditolak. Apabila hasil uji statistik dengan *Spearman's rho* menunjukkan $\alpha < 0,05$ maka hipotesis nol ditolak dan hipotesis alternatif diterima artinya ada hubungan. Analisis data ini menggunakan bantuan komputer dengan menggunakan SPSS (Sugiyono, 2011).

4.10 Etika Penelitian

Persetujuan dan kerahasiaan responden merupakan hal utama yang perlu diperhatikan. Oleh karena itu peneliti sebelum melakukan penelitian terlebih dahulu mengajukan ethical clearance kepada pihak yang terlibat langsung maupun yang tidak langsung dalam penelitian agar tidak terjadi pelanggaran hak-hak otonomi manusia yang menjadi subyek penelitian. Penelitian ini dengan melakukan berbagai prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

4.10.1. Lembar Persetujuan Menjadi Responden (Informed Consent)

Ibu dengan anak positif Difteri, harus menandatangani lembar persetujuan menjadi responden, dengan terlebih dahulu diberi penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian. Calon responden yang tidak setuju tidak akan dipaksa dan tetap dihormati haknya.

4.10.2. Anonymity (Tanpa Nama)

Responden sebagai subyek peneliti, kerahasiaannya menjadi prioritas bagi peneliti dengan cara tidak akan disebutkan namanya dalam lembar observasi hanya menggunakan kode.

4.10.3. Confidentiality (Kerahasiaan)

Peneliti akan menjaga kerahasiaan yang didapat dari responden.

4.11 Keterbatasan Penelitian

1. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner memiliki jawaban yang dipengaruhi oleh subyektifitas responden.
2. Instrumen penelitian tidak melalui uji validitas dan reliabilitas terlebih dahulu.
3. Pengambilan jumlah sampel yang tidak terlalu banyak.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas hasil penelitian yang didapatkan selama proses penelitian sesuai dengan tujuan penelitian. Pengumpulan data diperoleh sejak tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012 dengan menyebarkan kuesioner hasil penelitian meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data umum yang terdiri dari usia, pendidikan, pekerjaan dan sumber informasi yang didapat. Data khusus meliputi pengetahuan, sikap, tindakan, lingkungan rumah, jenis kelamin penderita, usia penderita, imunisasi, dan riwayat kontak.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Gambaran Umum Wilayah Kecamatan Wringin

1. Geografis Kecamatan Wringin

Secara geografis Kecamatan Wringin terletak pada wilayah sebelah utara kabupaten Bondowoso. Jarak dengan ibukota kabupaten adalah ± 25 km. Adapun ketinggian antara 450 - 500 m dari permukaan laut.

Kecamatan Wringin adalah salah satu wilayah di Kabupaten Bondowoso memiliki luas terbesar ($\pm 5.776,00$ Ha²) yang terdiri dari 13 desa, yaitu : Desa Wringin, Sumbercanting, Banyuwulu, Jatitamban, Ampelan, Gubrih, Jambewungu, Glingseran, Banyuputih, Jatisari, Ambulu, Bukor, Sumbermalang.

2. Kondisi Fisik Wilayah dan Iklim Kecamatan Wringin

Kecamatan Wringin merupakan daerah yang mempunyai variasi kemiringan dari datar (kurang dari 8 %) sampai dengan curam (lebih dari 60 %). Wilayah ini mempunyai jaringan irigasi yang kurang baik dengan drainase yang relatif baik. Selain itu keefektifan tanahnya berkisar antara 30 – 90 cm dengan PH tanah antara 5.5 – 7.5 sehingga dapat berperan terhadap pertumbuhan tanaman.

Rata-rata curah hujan di Kecamatan Wringin mencapai 3.001 mm/tahun dengan curah hujan tertinggi di bulan Oktober sebanyak 704 mm dan rata-rata hari hujan mencapai 151 hari/tahun dengan hari hujan terbanyak pada bulan Nopember yaitu sebanyak 21 hari.

3. Kepadatan Penduduk Kecamatan Wringin

Jumlah penduduk Kecamatan Wringin sebanyak 39.605 jiwa. Dari sejumlah penduduk tersebut terdiri dari 19.262 jiwa penduduk laki-laki dan 20.343 jiwa.

Kondisi ini menggambarkan bahwa beban pembangunan wilayah cukup berat terutama di daerah pedesaan atau khususnya sektor pertanian. Akan tetapi di pihak lain potensi Sumberdaya manusia tersebut dapat diarahkan kepada penguatan kapasitasnya sehingga selain dapat ditampung pada sektor sesuai dengan kebutuhan pasar kerja, juga diharapkan mampu mendorong terciptanya peluang kerja dan berusaha secara mandiri.

Terhadap harapan di atas adalah bukan pekerjaan mudah guna mewujudkannya. Karena ternyata jumlah penduduk yang bekerja sebagai buruh tani cukup banyak. Hal ini merupakan beban bagi sektor pertanian yang sampai

saat ini masih menjadi leading sector di daerah pedesaan. Namun demikian di sisi lain bahwa kondisi ini juga menjadi sebuah peluang dan kekuatan bagi wilayah ini untuk memacu pertumbuhan ekonominya melalui berbagai program yang bersifat partisipatif dan didukung oleh upaya penguatan pada sektor pendidikan dan kesehatan.

4. Kesehatan Kecamatan Wringin

Kesehatan merupakan faktor penting dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu sarana kesehatan perlu terus ditingkatkan. Untuk fasilitas kesehatan di Kecamatan Wringin terdapat Jumlah kunjungan ke Posyandu dalam satu tahun mencapai 27.122 kunjungan dalam setiap tahunnya, dan adanya 1 Puskesmas.

Jumlah tenaga kesehatan yaitu 17 orang Bidan, 9 orang perawat, dua orang Dokter, 26 orang Dukun Bayi yang sudah bermitra dengan Puskesmas. Di wilayah kecamatan Wringin untuk sector Keluarga Berencana sudah tergolong baik yang ditunjukkan dengan besarnya peserta akseptor KB yaitu 1346 akseptor. Jumlah keluarga sejahtera di Kecamatan Wringin yaitu 14.996 keluarga. Hal ini menunjukkan angka yang cukup signifikan bahwa jumlah keluarga sejahtera telah mengalami peningkatan. Pada saat ini penyakit yang menjadi masalah pada masyarakat Wringin adalah penyakit Difteri dengan jumlah kasus 22 orang positif terjangkit Difteri dan 3 orang dinyatakan telah meninggal dunia karena Difteri.

5. Prasarana Transportasi Kecamatan Wringin

Salah satu urat nadi aktivitas sektor ekonomi dan dan sektor lainnya antar daerah adalah kondisi fasilitas transportasi. Hal ini disebabkan karena dapat

menunjang mobilitas penduduk, barang dan jasa. Keberadaan jalan di Kecamatan Wringin pada umumnya sudah cukup memadai yaitu 3.781 jenis sepeda motor, kendaraan roda empat 319 unit.

6. Kondisi Infrastruktur Kecamatan Wringin

Berikut kondisi infrastruktur jalan di Kecamatan Wringin Jalan beraspal 85 jalur, jalan Sirtu 44 jalur, jalan tanah 60 jalur.

Kondisi demikian menunjukkan di kecamatan Wringin kondisi infrastruktur jalan masih kurang memadai. Sehingga akses masyarakat khususnya pada sector kesehatan sangat berdampak luas, dalam hal ini aksesnya masih sangat minim.

7. Ekonomi Kecamatan Wringin

Di kecamatan Wringin jumlah fasilitas usaha BRI 1 Unit, KUD 1 Unit, Kios 18 Unit, Pasar 3 Unit, RPH 1 Unit, usaha Toko 499 Unit, Warung Makan 190 Unit. Dilihat dari sector ini kondisi kecamatan Wringin tergolong masih rendah taraf ekonominya jika dibanding dengan jumlah keseluruhan penduduk.



Gambar 5.1 Peta Wilayah Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso

Batas-batas wilayah sekitar yang berpengaruh terhadap perkembangan Kecamatan Wringin meliputi :

Sebelah Utara : Kecamatan Suboh Kabupaten Situbondo.

Sebelah Selatan : Kecamatan Pakem Kabupaten Bondowoso.

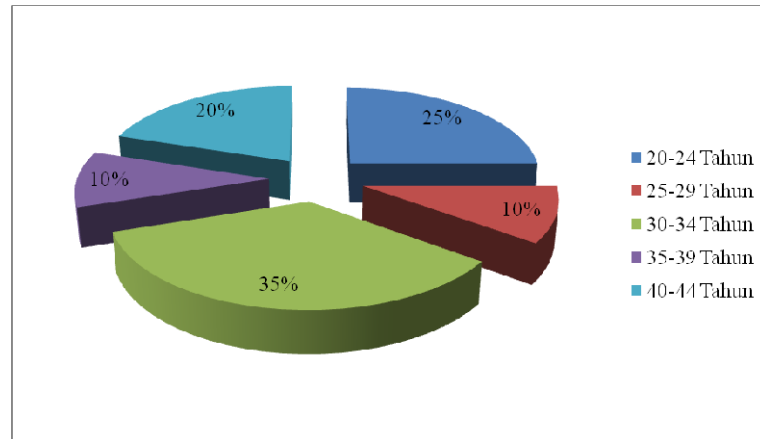
Sebelah Barat : Kecamatan Sumbermalang Kabupaten Situbondo.

Sebelah Timur : Kecamatan Pakem, Kecamatan Binakal, Kecamatan Curahdami Kabupaten Bondowoso.

Dari peta diatas dapat dilihat untuk wilayah-wilayah yang terkena penyakit difteri antara lain desa wringin, desa sumbercanting, desa banyuputih, desa ambulu, desa jambewungu dan desa gubrih. Sehingga dari 13 desa yang ada di kecamatan Wringin, ada 6 desa yang terkena penyakit difteri.

5.1.2 Karakteristik demografi responden

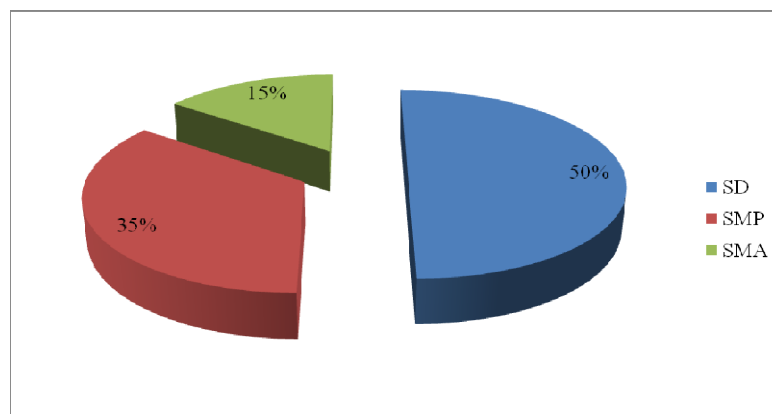
1. Usia



Gambar 5.2 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Usia pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012 .

Dari gambar 5.2 diatas dapat diketahui dari 20 responden, sebagian besar usia ibu dengan anak positif difteri adalah berusia 30-34 tahun sebanyak 7 responden (35%).

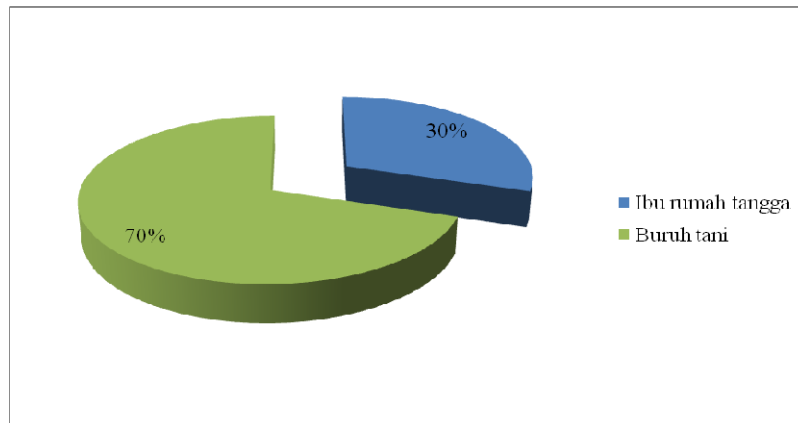
2. Pendidikan



Gambar 5.3 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012 .

Dari gambar 5.3 diatas dapat diketahui dari 20 responden, tingkat pendidikan terakhir yang pernah dicapai ibu dengan positif anak difteri persentase terbanyak pada tingkat SD sebanyak 10 responden (50%).

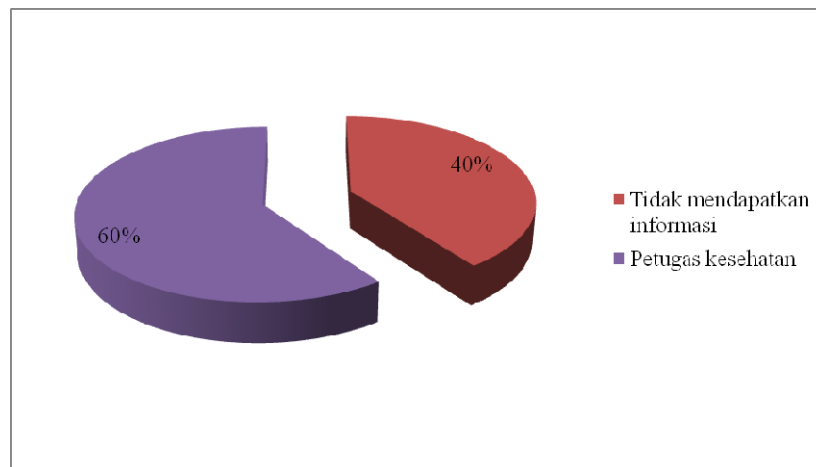
3. Pekerjaan



Gambar 5.4 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012 .

Dari gambar 5.4 diatas dapat diketahui dari 20 responden, persentase terbanyak pekerjaan ibu dengan anak positif difteri didapatkan 14 responden (70%) bekerja sebagai buruh tani.

4. Sumber informasi



Gambar 5.5 Diagram Distribusi Responden berdasarkan Sumber Informasi yang didapat pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012 .

Dari gambar 5.5 diatas dapat diketahui dari 20 responden, persentase terbanyak adalah yang mendapatkan informasi tentang difteri dari petugas kesehatan yaitu sebanyak 12 responden (60%).

5.1.3 Variabel yang diukur

Pada bagian ini akan disajikan hasil dari kuesioner dan observasi yang disebarkan pada ibu dengan anak positif difteri di wilayah kerja puskesmas Wringin Bondowoso. Dari hasil kuesioner dan observasi tersebut di uji dengan uji korelasi *Spearman's rho*.

1. Variabel usia

Tabel 5.1 Distribusi Data Usia Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

No.	Usia	n	%
1.	Todler (1-2,5 tahun)	2	10
2.	Pra sekolah (2,5-5 tahun)	1	5
3.	Sekolah (5-11 tahun)	11	55
4.	Remaja (11-18 tahun)	6	30
Total		20	100

Dari tabel 5.1 dapat diketahui usia anak yang terkena penyakit difteri yaitu usia Todler (1-2,5 tahun) sebanyak 2 responden (10%), usia Pra sekolah (2,5-5 tahun) sebanyak 1 responden (5%), usia sekolah (5-11 tahun) sebanyak 11 responden (55%) dan usia remaja (11-18 tahun) sebanyak 6 responden (30%).

2. Variabel jenis kelamin

Tabel 5.2 Distribusi Data Jenis Kelamin Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

No.	Jenis kelamin	n	%
1.	Laki-laki	8	40
2.	Perempuan	12	60
Total		20	100

Dari tabel 5.2 dapat diketahui jenis kelamin anak yang terkena penyakit difteri yaitu laki-laki sebanyak 8 responden (40%) dan perempuan sebanyak 12 responden (60%).

3. Variabel imunisasi

Tabel 5.3 Distribusi Data Imunisasi Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

No.	Imunisasi	n	%
1.	Lengkap	6	30
2.	Tidak lengkap	14	70
	Total	20	100

Dari tabel 5.3 dapat diketahui imunisasi anak yang terkena penyakit difteri yaitu imunisasi lengkap sebanyak 6 responden (30%) dan imunisasi tidak lengkap sebanyak 14 responden (70%).

4. Variabel riwayat kontak

Tabel 5.4 Distribusi Data Riwayat Kontak Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

No.	Riwayat Kontak	n	%
1.	Ya	14	70
2.	Tidak	6	30
	Total	20	100

Dari tabel 5.4 dapat diketahui riwayat kontak anak yang terkena penyakit difteri yaitu iya/pehah kontak sebanyak 14 responden (70%) dan tidak pernah kontak sebanyak 6 responden (30%).

5. Variabel pengetahuan

Tabel 5.5 Distribusi Data Pengetahuan Ibu dengan Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

No.	Pengetahuan	n	%
1.	Baik	9	45
2.	Cukup	7	35
3.	Kurang	4	20
Total		20	100

Dari tabel 5.5 dapat diketahui pengetahuan ibu dengan anak positif terkena penyakit difteri yaitu pengetahuan baik sebanyak 9 responden (45%), pengetahuan cukup sebanyak 7 responden (35%) dan pengetahuan kurang sebanyak 4 responden (20%).

6. Variabel sikap

Tabel 5.6 Distribusi Data Sikap Ibu dengan Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

No.	Sikap	n	%
1.	Positif	7	35
2.	Negatif	13	65
Total		20	100

Dari tabel 5.6 dapat diketahui sikap ibu dengan anak positif terkena penyakit difteri yaitu sikap positif sebanyak 7 responden (35%) dan sikap negatif sebanyak 13 responden (65%).

7. Variabel tindakan

Tabel 5.7 Distribusi Data Tindakan Ibu dengan Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

No.	Pengetahuan	n	%
1.	Baik	13	65
2.	Cukup	3	15
3.	Kurang	4	20
Total		20	100

Dari tabel 5.7 dapat diketahui tindakan ibu dengan anak positif terkena penyakit difteri yaitu baik sebanyak 13 responden (65%), cukup sebanyak 3 responden (15%) dan kurang sebanyak 4 responden (20%).

8. Variabel sinar matahari yang masuk ke rumah

Tabel 5.8 Distribusi Data Sinar Matahari yang masuk ke rumah pada rumah Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

No.	Sinar matahari masuk rumah	n	%
1.	Ada	20	100
2.	Tidak ada	0	0
Total		20	100

Dari tabel 5.8 dapat diketahui sinar matahari yang masuk ke rumah pada rumah anak positif terkena penyakit difteri yaitu ada sinar matahari yang masuk ke dalam rumah sebanyak 20 rumah responden (100%) dan untuk yang tidak ada sinar matahari yang masuk sebanyak 0 rumah responden (0%) atau tidak ada.

9. Variabel luas ventilasi rumah

Tabel 5.9 Distribusi Data Luas Ventilasi Rumah rumah pada rumah Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

No.	Luas ventilasi rumah	n	%
1.	Memenuhi syarat = $\geq 10\%$ luas lantai	5	25
2.	Tidak memenuhi syarat = $< 10\%$ luas lantai	15	75
Total		20	100

Dari tabel 5.9 dapat diketahui luas ventilasi rumah pada rumah anak positif terkena penyakit difteri yaitu yang memenuhi syarat sebanyak 5 rumah responden (25%) dan yang tidak memenuhi syarat sebanyak 15 rumah responden (75%).

10. Variabel kepadatan hunian rumah

Tabel 5.10 Distribusi Data Kepadatan Hunian Rumah pada rumah Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

No.	Kepadatan hunian rumah	n	%
1.	Memenuhi syarat = $\geq 8\text{m}^2/\text{orang}$	14	70
2.	Tidak memenuhi syarat = $< 8\text{m}^2/\text{orang}$	6	30
Total		20	100

Dari tabel 5.10 dapat diketahui kepadatan hunian rumah pada rumah anak positif terkena penyakit difteri yaitu yang memenuhi syarat sebanyak 14 rumah responden (70%) dan yang tidak memenuhi syarat sebanyak 6 rumah responden (30%).

11. Variabel suhu dalam rumah

Tabel 5.11 Distribusi Data Suhu Dalam Rumah pada rumah Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

No.	Suhu dalam rumah	n	%
1.	Nyaman = $\geq 18^{\circ}\text{C}$ - 30°C	20	100
2.	Tidak nyaman = $<18^{\circ}\text{C}/>30^{\circ}\text{C}$	0	0
Total		20	100

Dari tabel 5.11 dapat diketahui suhu dalam rumah pada rumah anak positif terkena penyakit difteri yaitu suhu dalam rumah yang nyaman sebanyak 20 rumah responden (100%) dan suhu dalam rumah yang tidak nyaman sebanyak 0 rumah responden (0%) atau tidak ada rumah responden yang suhu dalam rumahnya yang tidak nyaman.

12. Variabel jenis dinding rumah

Tabel 5.12 Distribusi Data Jenis dinding rumah pada rumah Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

No.	Jenis dinding rumah	n	%
1.	Batu bata/batako	7	35
2.	Bilik/papan	13	65
Total		20	100

Dari tabel 5.12 dapat diketahui jenis dinding rumah pada rumah anak positif terkena penyakit difteri yaitu jenis dinding rumah yang terbuat dari batu bata/batako sebanyak 7 rumah responden (35%) dan jenis dinding rumah yang terbuat dari bilik/papan sebanyak 13 rumah responden (65%).

13. Variabel jenis lantai rumah

Tabel 5.13 Distribusi Data Jenis Lantai rumah pada rumah Anak Positif Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

No.	Jenis lantai rumah	n	%
1.	Plesteran/keramik	13	65
2.	Tanah/papan	7	35
	Total	20	100

Dari tabel 5.13 dapat diketahui jenis lantai rumah pada rumah anak positif terkena penyakit difteri yaitu jenis lantai rumah yang di plester/keramik sebanyak 13 rumah responden (65%) dan jenis lantai rumah yang masih tanah/papan sebanyak 7 rumah responden (35%).

5.1.4 Hubungan antara Variabel Penelitian

1. Hubungan Usia dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Puskesmas Wringin

Tabel 5.14 Analisis Usia dengan Kejadian Luar Biasa Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

Usia	Kejadian Luar Biasa Difteri	
	N	%
Todler	2	10
Pra sekolah	1	5
Sekolah	11	55
Remaja	6	30
Total	20	100

Spearman's rho p = 0,314

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman's rho* dengan tingkat kemaknaan $< 0,05$ didapatkan hasil korelasi $r = 0,116$ dan nilai $p = 0,314$. Nilai p lebih besar dari $0,05$ yang berarti H_1 ditolak dan H_0 diterima, hasil analisa tersebut menunjukkan tidak ada hubungan antara usia

dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

2. Hubungan Jenis kelamin dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Puskesmas Wringin

Tabel 5.15 Analisis Jenis kelamin dengan Kejadian Luar Biasa Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

Jenis kelamin	Kejadian Luar Biasa Difteri	
	N	%
Laki	8	40
Perempuan	12	60
Total	20	100

Spearman's rho p = 0,028

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman's rho* dengan tingkat kemaknaan $< 0,05$ didapatkan hasil korelasi $r = 0,434$ dan nilai $p = 0,028$. Nilai p lebih kecil dari $0,05$ yang berarti H_1 diterima dan H_0 ditolak, hasil analisa tersebut menunjukkan ada hubungan antara jenis kelamin dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

3. Hubungan Imunisasi dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Puskesmas Wringin.

Tabel 5.16 Analisis Imunisasi dengan Kejadian Luar Biasa Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

Imunisasi	Kejadian Luar Biasa Difteri	
	N	%
Lengkap	6	30
Tidak Lengkap	14	70
Total	20	100

Spearman's rho p = 0,365

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman's rho* dengan tingkat kemaknaan $< 0,05$ didapatkan hasil korelasi $r = 0,082$ dan nilai $p = 0,365$. Nilai p lebih besar dari $0,05$ yang berarti H_1 ditolak dan H_0 diterima, hasil analisa tersebut menunjukkan tidak ada hubungan antara imunisasi dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

4. Hubungan Riwayat kontak dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Puskesmas Wringin

Tabel 5.17 Analisis Riwayat kontak dengan Kejadian Luar Biasa Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

Riwayat kontak	Kejadian Luar Biasa Difteri	
	N	%
Ya	14	70
Tidak	6	30
Total	20	100

Spearman's rho p = 0,049

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman's rho* dengan tingkat kemaknaan $< 0,05$ didapatkan hasil korelasi $r = 0,381$ dan nilai $p = 0,049$. Nilai p lebih kecil dari $0,05$ yang berarti H_1 diterima dan H_0 ditolak, hasil analisa tersebut menunjukkan ada hubungan antara riwayat kontak dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

5. Hubungan Pengetahuan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Puskesmas Wringin

Tabel 5.18 Analisis Pengetahuan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

Pengetahuan	Kejadian Luar Biasa Difteri	
	N	%
Baik	9	45
Cukup	7	35
Kurang	4	20
Total	20	100

Spearman's rho p = 0,163

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman's rho* dengan tingkat kemaknaan $< 0,05$ didapatkan hasil korelasi $r = 0,232$ dan nilai $p = 0,163$. Nilai p lebih besar dari $0,05$ yang berarti H_1 ditolak dan H_0 diterima, hasil analisa tersebut menunjukkan tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

6. Hubungan Sikap dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Puskesmas Wringin

Tabel 5.19 Analisis Sikap dengan Kejadian Luar Biasa Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

Sikap	Kejadian Luar Biasa Difteri	
	N	%
Positif	7	35
Negatif	13	65
Total	20	100

Spearman's rho p = 0,080

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman's rho* dengan tingkat kemaknaan $< 0,05$ didapatkan hasil korelasi $r = 0,327$ dan nilai $p = 0,080$. Nilai p lebih besar dari $0,05$ yang berarti H_1 ditolak dan H_0 diterima, hasil analisa tersebut menunjukkan tidak ada hubungan antara sikap dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

7. Hubungan Tindakan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Puskesmas Wringin

Tabel 5.20 Analisis Tindakan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

Tindakan	Kejadian Luar Biasa Difteri	
	N	%
Baik	13	65
Cukup	3	15
Kurang	4	20
Total	20	100

Spearman's rho p = 0,110

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman's rho* dengan tingkat kemaknaan $< 0,05$ didapatkan hasil korelasi $r = 0,287$ dan nilai $p = 0,110$. Nilai p lebih besar dari $0,05$ yang berarti H_1 ditolak dan H_0 diterima, hasil analisa tersebut menunjukkan tidak ada hubungan antara tindakan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

8. Hubungan Sinar matahari yang masuk rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Puskesmas Wringin

Tabel 5.21 Analisis Sinar matahari yang masuk rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

Sinar matahari	Kejadian Luar Biasa Difteri	
	N	%
Ada	20	100
Tidak	0	0
Total	20	100

Spearman's rho p = 0,20

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman's rho* dengan tingkat kemaknaan $< 0,05$ didapatkan hasil korelasi $r = 0,20$ dan nilai $p = 0,20$. Nilai p lebih besar dari $0,05$ yang berarti H_1 ditolak dan H_0 diterima, hasil analisa tersebut menunjukkan tidak ada hubungan antara sinar matahari yang masuk rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

9. Hubungan Luas ventilasi rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Puskesmas Wringin

Tabel 5.22 Analisis Luas ventilasi rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

Luas ventilasi rumah	Kejadian Luar Biasa Difteri	
	N	%
Memenuhi syarat	5	25
Tidak memenuhi syarat	15	75
Total	20	100

Spearman's rho p = 0,019

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman's rho* dengan tingkat kemaknaan $< 0,05$ didapatkan hasil korelasi $r = 0,469$ dan nilai $p = 0,019$. Nilai p lebih kecil dari $0,05$ yang berarti H_1 diterima dan H_0 ditolak, hasil analisa tersebut menunjukkan ada hubungan antara luas ventilasi rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

10. Hubungan Kepadatan hunian rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Puskesmas Wringin

Tabel 5.23 Analisis Kepadatan hunian rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

Kepadatan hunian rumah	Kejadian Luar Biasa Difteri	
	N	%
Memenuhi syarat	14	70
Tidak memenuhi syarat	6	30
Total	20	100

Spearman's rho p = 0,432

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman's rho* dengan tingkat kemaknaan $< 0,05$ didapatkan hasil korelasi $r = 0,041$ dan nilai $p = 0,432$. Nilai p lebih besar dari $0,05$ yang berarti H_1 ditolak dan H_0 diterima, hasil analisa tersebut menunjukkan tidak ada hubungan antara kepadatan hunian rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

11. Hubungan Suhu dalam rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Puskesmas Wringin

Tabel 5.24 Analisis Suhu dalam rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

Suhu dalam rumah	Kejadian Luar Biasa Difteri	
	N	%
Nyaman	20	100
Tidak nyaman	0	0
Total	20	100

Spearman's rho p = 0,20

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman's rho* dengan tingkat kemaknaan $< 0,05$ didapatkan hasil korelasi $r = 0,20$ dan nilai $p = 0,20$. Nilai p lebih besar dari $0,05$ yang berarti H_1 ditolak dan H_0 diterima, hasil analisa tersebut menunjukkan tidak ada hubungan antara suhu dalam rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

12. Hubungan Jenis dinding rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Puskesmas Wringin

Tabel 5.25 Analisis Jenis dinding rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

Jenis dinding rumah	Kejadian Luar Biasa Difteri	
	N	%
Batu bata/batako	7	35
Bilik/papan	13	65
Total	20	100
<i>Spearman's rho p = 0,190</i>		

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman's rho* dengan tingkat kemaknaan $< 0,05$ didapatkan hasil korelasi $r = 0,208$ dan nilai $p = 0,190$. Nilai p lebih besar dari $0,05$ yang berarti H_1 ditolak dan H_0 diterima, hasil analisa tersebut menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis dinding rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

13. Hubungan Jenis lantai rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di Puskesmas Wringin

Tabel 5.26 Analisis Jenis lantai rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

Jenis lantai rumah	Kejadian Luar Biasa Difteri	
	N	%
Plester/keramik	13	65
Tanah/papan	7	35
Total	20	100
<i>Spearman's rho p = 0,146</i>		

Berdasarkan hasil analisis statistik dengan menggunakan uji korelasi *Spearman's rho* dengan tingkat kemaknaan $< 0,05$ didapatkan hasil korelasi $r = 0,247$ dan nilai $p = 0,146$. Nilai p lebih besar dari $0,05$ yang berarti H_1 ditolak dan H_0 diterima, hasil analisa tersebut menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis lantai rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

5.1.5 Nilai Korelasi dan Tingkat signifikan antara variabel dependen dengan independen

Tabel 5.27 Analisis nilai korelasi dan tingkat signifikan antara variabel dependen dengan independen pada Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso pada tanggal 9 Januari - 21 Januari 2012.

No.	Hubungan variabel dependen dengan independen	Nilai p	Nilai r
1.	Tidak ada hubungan antara usia dengan Kejadian Luar Biasa Difteri	0,314	0,116
2.	Ada hubungan antara jenis kelamin dengan Kejadian Luar Biasa Difteri	0,028	0,434
3.	Tidak ada hubungan antara imunisasi dengan Kejadian Luar Biasa Difteri	0,365	0,082
4.	Ada hubungan antara riwayat kontak dengan Kejadian Luar Biasa Difteri	0,049	0,381
5.	Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri	0,163	0,232
6.	Tidak ada hubungan antara sikap dengan Kejadian Luar Biasa Difteri	0,080	0,327
7.	Tidak ada hubungan antara tindakan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri	0,110	0,287
8.	Tidak ada hubungan antara sinar matahari yang masuk rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri	0,20	0,20
9.	Ada hubungan antara luas ventilasi rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri	0,019	0,469
10.	Tidak ada hubungan antara kepadatan hunian rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri	0,432	0,041
11.	Tidak ada hubungan antara suhu dalam rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri	0,20	0,20
12.	Tidak ada hubungan antara jenis dinding rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri	0,190	0,208
13.	Tidak ada hubungan antara jenis lantai rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri	0,146	0,247

5.2 Pembahasan

Setelah dilakukan analisis data dan diketahui hasilnya, maka perlu pembahasan meliputi: hubungan faktor usia, jenis kelamin, imunisasi, riwayat kontak, pengetahuan, sikap, tindakan, sinar matahari yang masuk rumah, luas ventilasi rumah, kepadatan hunian rumah, suhu dalam rumah, jenis dinding rumah, dan jenis lantai rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.

Menurut hasil tabulasi silang seperti pada tabel 5.14 dapat diketahui bahwa mayoritas anak yang terkena penyakit Difteri adalah usia sekolah 5-11 tahun. Berdasarkan hasil analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara usia dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso dengan nilai koefisien korelasi (r) 0,116 yang menggambarkan tidak ada korelasi.

Host adalah seseorang atau sekelompok orang yang rentan terhadap penyakit atau sakit tertentu. Faktor *host* antara lain situasi atau kondisi fisik dan psikososial yang menyebabkan seseorang beresiko menjadi sakit (Sutrisna, 2010). Faktor *host* disini adalah usia. Usia/umur merupakan variabel yang selalu diperhatikan di dalam penyelidikan epidemiologi. Usia/umur adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Angka kesakitan maupun kematian semua keadaan hampir selalu menunjukkan hubungan dengan umur (Sutrisna, 2010). Pada kejadian penyakit difteri usia yang banyak terserang adalah usia anak-anak yaitu usia 2-14 tahun (Nelson, 2000).

Berdasarkan usia anak penderita Difteri dapat diketahui bahwa responden dalam penelitian ini mayoritas berusia 5-9 tahun. Hal ini disebabkan oleh usia-usia yang rentan terkena penyakit Difteri adalah usia 2-14 tahun. Namun dalam penelitian ini usia antara 2-14 tahun belum tentu terkena penyakit Difteri karena adanya faktor lain yang menyebabkan terkenanya penyakit Difteri. Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini faktor usia tidak berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.

Menurut hasil tabulasi silang seperti pada tabel 5.15 dapat diketahui bahwa anak yang terkena penyakit Difteri mayoritas berjenis kelamin perempuan. Berdasarkan hasil analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso dengan nilai koefisien korelasi (r) 0,434 yang menggambarkan ada korelasi.

Faktor *host* disini adalah jenis kelamin. Angka kesakitan lebih tinggi di kalangan wanita sedangkan angka kematian lebih tinggi di kalangan pria, juga pada semua golongan umur pada kajian epidemiologi. Perbedaan angka kematian ini dapat disebabkan oleh faktor intrinsik dan ekstrinsik. Yang pertama, diduga meliputi faktor keturunan terkait dengan jenis kelamin atau perbedaan hormonal, sedangkan yang kedua diduga karena peran faktor lingkungan (Sutrisna, 2010). Sedangkan pada penyakit Difteri jenis kelamin yang banyak terkena adalah wanita. Beberapa studi telah membuktikan bahwa wanita berisiko lebih tinggi dari laki-laki untuk terkena infeksi difteri karena daya imunitas yang lebih rendah (Sudoyo *et al*, 2007).

Berdasarkan jenis kelamin anak penderita Difteri dapat diketahui bahwa responden dalam penelitian ini mayoritas berjenis kelamin perempuan. Hal ini disebabkan oleh daya imunitas perempuan yang lebih rendah dari pada laki-laki sehingga mudah untuk terkena penyakit Difteri. Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini faktor jenis kelamin berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri (Sudoyo *et al*, 2007).

Menurut hasil tabulasi silang seperti pada tabel 5.16 dapat diketahui bahwa mayoritas anak yang terkena penyakit Difteri adalah tidak mendapatkan imunisasi DPT atau imunisasi DPT yang tidak lengkap. Berdasarkan hasil analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara imunisasi dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso dengan nilai koefisien korelasi (r) 0,082 yang menggambarkan tidak ada korelasi.

Faktor *host* disini adalah imunisasi. Proses imunisasi sebenarnya adalah pengenalan suatu substansi yang dapat menimbulkan sistem imunitas melalui pembentukan antibodi penolak penyakit (Efendi & Makhfudli, 2009). Pada penyakit difteri imunisasi vaksin difteri diberikan bersamaan dengan imunisasi tetanus dan pertusis dalam bentuk vaksin DPT (Cahyono, 2010).

Berdasarkan imunisasi anak penderita Difteri dapat diketahui bahwa responden dalam penelitian ini mayoritas tidak mendapatkan imunisasi DPT atau imunisasi DPT yang tidak lengkap. Hal ini disebabkan oleh imunisasi yang tidak lengkap atau tidak mendapatkannya imunisasi DPT yang mengakibatkan rentan terkena penyakit Difteri. Namun dalam penelitian ini imunisasi belum tentu dapat menyebabkan terkena penyakit Difteri karena adanya faktor lain yang

menyebabkan terkenanya penyakit Difteri. Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini faktor imunisasi tidak berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.

Menurut hasil tabulasi silang seperti pada tabel 5.17 dapat diketahui bahwa anak yang terkena penyakit Difteri mayoritas memiliki riwayat kontak dengan penderita Difteri sebelumnya. Berdasarkan hasil analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara riwayat kontak dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso dengan nilai koefisien korelasi (r) 0,381 yang menggambarkan ada korelasi.

Faktor *host* disini adalah riwayat kontak. Ada atau tidaknya riwayat kontak sebelumnya dengan penderita Difteri sangat berpengaruh terhadap penularan penyakit difteri.

Berdasarkan riwayat kontak anak penderita Difteri, dapat diketahui bahwa responden dalam penelitian ini mayoritas pernah kontak dengan penderita difteri sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh penyakit difteri merupakan penyakit menular yang dapat ditularkan melalui *droplet infection*, sehingga adanya riwayat kontak sangat berperan terhadap penyebaran penyakit. Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini faktor riwayat kontak berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.

Menurut hasil tabulasi silang seperti pada tabel 5.18 dapat diketahui bahwa mayoritas pengetahuan ibu dengan anak yang terkena penyakit Difteri adalah berpengetahuan baik. Berdasarkan hasil analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan

Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso dengan nilai koefisien korelasi (r) 0,232 yang menggambarkan tidak ada korelasi.

Pengetahuan adalah hasil “tahu” dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007). Hal ini sesuai dengan teori Bloom (1980) yang menyatakan bahwa terbentuknya suatu perilaku merupakan suatu tahapan yang dimulai oleh peristiwa tahu, artinya seseorang mendapatkan informasi berupa materi maupun objek sehingga menimbulkan pengetahuan baru yang selanjutnya akan menghasilkan respon berupa penafsiran tertutup terhadap suatu objek. Selanjutnya akan terjadi proses mengenali dan memilih berbagai macam objek dan akan diputuskan suatu tindakan (Notoadmodjo, 2010).

Berdasarkan pengetahuan ibu dengan anak penderita Difteri dapat diketahui bahwa responden dalam penelitian ini mayoritas berpengetahuan baik. Hal ini disebabkan oleh warga Kecamatan Wringin sebelumnya sudah mendapatkan penyuluhan tentang penyakit Difteri dari petugas kesehatan sehingga mereka telah mendapatkan informasi tentang penyakit Difteri. Namun dalam penelitian ini kurangnya pengetahuan belum tentu dapat menyebabkan terkena penyakit Difteri karena adanya faktor lain yang menyebabkan terkenanya penyakit Difteri mengingat penyakit Difteri merupakan penyakit yang menular. Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini faktor pengetahuan tidak berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.

Menurut hasil tabulasi silang seperti pada tabel 5.19 dapat diketahui bahwa mayoritas sikap ibu dengan anak yang terkena penyakit Difteri adalah bersikap negatif. Berdasarkan hasil analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara sikap dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso dengan nilai koefisien korelasi (r) 0,327 yang menggambarkan tidak ada korelasi.

Sikap dan tindakan dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi, sikap dan tindakan manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri atau apa yang dikerjakan oleh organisme baik yang dapat diamati secara langsung atau secara tidak langsung (Notoatmodjo, 2007). Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2003).

Berdasarkan sikap ibu dengan anak penderita Difteri dapat diketahui bahwa responden dalam penelitian ini mayoritas bersikap negatif. Hal ini disebabkan oleh karena adanya kebudayaan yang dapat mempengaruhi sikap seseorang. Namun dalam penelitian ini sikap yang negatif belum tentu dapat menyebabkan terkena penyakit Difteri karena adanya faktor lain yang menyebabkan terkenanya penyakit Difteri mengingat penyakit Difteri merupakan penyakit yang menular. Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini faktor sikap tidak berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.

Menurut hasil tabulasi silang seperti pada tabel 5.20 dapat diketahui bahwa mayoritas tindakan ibu dengan anak yang terkena penyakit Difteri adalah

bertindak baik. Berdasarkan hasil analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara tindakan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso dengan nilai koefisien korelasi (r) 0,287 yang menggambarkan tidak ada korelasi.

Sikap adalah kecenderungan untuk bertindak (praktik). Sikap belum tentu terwujud dalam tindakan, sebab untuk terwujudnya tindakan perlu faktor lain antara lain adanya fasilitas atau sarana dan prasarana (Efendi, F & Makhfudli, 2009).

Berdasarkan tindakan ibu dengan anak penderita Difteri dapat diketahui bahwa responden dalam penelitian ini mayoritas bertindak baik. Hal ini disebabkan oleh warga Kecamatan Wringin sebelumnya sudah mendapatkan penyuluhan tentang penyakit Difteri dari petugas kesehatan sehingga mereka telah mendapatkan informasi tentang penyakit Difteri dan dapat bertindak dengan baik pula. Namun dalam penelitian ini tindakan belum tentu dapat menyebabkan terkena penyakit Difteri karena adanya faktor lain yang menyebabkan terkenanya penyakit Difteri mengingat penyakit Difteri merupakan penyakit yang menular. Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini faktor tindakan tidak berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.

Menurut hasil tabulasi silang seperti pada tabel 5.21 dapat diketahui bahwa mayoritas rumah anak yang terkena penyakit Difteri adalah adanya sinar matahari yang masuk rumah. Berdasarkan hasil analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara sinar matahari masuk rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin

Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso dengan nilai koefisien korelasi (r) 0,20 yang menggambarkan tidak ada korelasi.

Pencahayaan terdiri dari pencahayaan alam dan buatan. Pencahayaan alam mengandalkan masuknya sinar matahari ke dalam ruangan dan ini sangat dianjurkan pada siang hari. Sedangkan pencahayaan buatan yaitu menggunakan lampu listrik maupun lampu minyak atau lampu gas (Suyono & Budiman, 2011). Pencahayaan alami dalam rumah adalah penerangan dalam ruangan pada pagi, siang atau sore hari yang berasal dari sinar matahari langsung yang masuk melalui jendela, ventilasi atau genteng kaca minimal 10 menit per hari. Adanya sinar matahari yang masuk ke dalam rumah mampu mengurangi kelembaban ruangan dan memiliki kemampuan untuk membunuh kuman (Kartono B, 2008).

Berdasarkan ada tidaknya sinar matahari yang masuk dalam rumah, pada rumah anak penderita Difteri dapat diketahui bahwa rumah responden dalam penelitian ini mayoritas ada cahaya matahari yang masuk ke dalam rumah. Hal ini dikarenakan seluruh rumah responden memiliki jendela sehingga bisa menjadi jalan masuknya sinar matahari. Namun dalam penelitian ini adanya sinar matahari yang masuk rumah belum tentu dapat menyebabkan terkena penyakit Difteri karena adanya faktor lain yang menyebabkan terkenanya penyakit Difteri mengingat penyakit Difteri merupakan penyakit yang menular. Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini faktor sinar matahari yang masuk rumah tidak berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.

Menurut hasil tabulasi silang seperti pada tabel 5.22 dapat diketahui bahwa luas ventilasi rumah anak yang terkena penyakit Difteri mayoritas tidak memenuhi syarat yaitu $< 10\%$ luas lantai. Berdasarkan hasil analisis uji statistik

Spearman's rho menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara luas ventilasi rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso dengan nilai koefisien korelasi (r) 0,469 yang menggambarkan ada korelasi.

Udara segar sangat diperlukan untuk pergantian hawa dan menjaga temperatur udara dan kelembaban dalam ruangan (Suyono & Budiman, 2011). Ventilasi rumah berguna untuk sirkulasi udara serta masuknya sinar matahari kedalam rumah. Luas ventilasi rumah yang memenuhi syarat adalah $\geq 10\%$ dari luas lantai rumah (Kartono B, 2008). Adapun syarat-syarat ventilasi rumah antara lain: luas lubang ventilasi rumah tetap yaitu 10% dari luas rumah, udara yang masuk harus udara bersih, aliran udara jangan membuat orang masuk angin, aliran udara mengikuti aturan *cross ventilation*, dan kelembaban udara jangan sampai terlalu tinggi (Suyono & Budiman, 2011).

Berdasarkan luas ventilasi rumah, pada rumah anak penderita Difteri dapat diketahui bahwa luas ventilasi rumah responden dalam penelitian ini mayoritas tidak memenuhi syarat yaitu $< 10\%$. Hal ini dikarenakan seluruh rumah responden memiliki jendela hanya di ruang tamu dan sebagian kamar saja, dan dengan ukuran rumah yang besar sehingga luas ventilasi rumah $< 10\%$ dari luas rumah. Sehingga untuk sirkulasi udara dan cahaya yg masuk kurang memenuhi syarat. Seperti yang diketahui bahwa Difteri merupakan penyakit menular melalui *droplet infection* sehingga adanya sirkulasi udara sangat penting. Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini faktor luas ventilasi rumah berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.

Menurut hasil tabulasi silang seperti pada tabel 5.23 dapat diketahui bahwa mayoritas kepadatan hunian rumah anak yang terkena penyakit Difteri adalah memenuhi syarat yaitu $\geq 8\text{m}^2/\text{orang}$. Berdasarkan hasil analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara kepadatan hunian rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso dengan nilai koefisien korelasi (r) 0,041 yang menggambarkan tidak ada korelasi.

Sebagian besar pada kasus penyakit menular, menempati rumah dengan kepadatan hunian rumah yang tidak memenuhi syarat atau kurang akan berpengaruh terhadap penyebaran penyakit. Tinggal di rumah dengan kepadatan hunian rumah yang tidak memenuhi syarat akan beresiko difteri lebih besar dibandingkan dengan kepadatan hunian rumah yang memenuhi syarat. Dikatakan kepadatan hunian rumah memenuhi syarat adalah $\geq 8\text{m}^2/\text{orang}$ (Kartono B, 2008).

Berdasarkan jumlah warga yang menghuni dalam rumah, pada rumah anak penderita Difteri dapat diketahui bahwa rumah responden dalam penelitian ini mayoritas memenuhi syarat yaitu $\geq 8\text{m}^2/\text{orang}$. Hal ini dikarenakan ukuran rumah yang besar dan dihuni tidak terlalu banyak orang sehingga untuk kepadatan hunian rumah memenuhi syarat yaitu $\geq 8\text{m}^2/\text{orang}$. Namun dalam penelitian ini kepadatan hunian rumah belum tentu dapat menyebabkan terkena penyakit Difteri karena adanya faktor lain yang menyebabkan terkenanya penyakit Difteri mengingat penyakit Difteri merupakan penyakit yang menular. Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini faktor kepadatan hunian rumah tidak berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.

Menurut hasil tabulasi silang seperti pada tabel 5.24 dapat diketahui bahwa mayoritas rumah anak yang terkena penyakit Difteri adalah suhu dalam rumahnya nyaman yaitu $\geq 18^{\circ}\text{C}$ - 30°C . Berdasarkan hasil analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara suhu dalam rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso dengan nilai koefisien korelasi (r) 0,20 yang menggambarkan tidak ada korelasi.

Suhu dalam rumah sangat berhubungan dengan kelembaban rumah. Semakin rendah suhu dalam rumah maka kelembaban dalam rumah semakin tinggi. Sedangkan tinggal di dalam rumah yang lembab beresiko tinggi terkena difteri. Suhu rumah yang nyaman adalah $\geq 18^{\circ}\text{C}$ - 30°C (Kartono B, 2008). Idealnya temperatur udara dalam ruangan harus lebih rendah dari temperatur luar ruangan, paling kurang 4°C khususnya untuk daerah tropis (Suyono & Budiman, 2011).

Berdasarkan suhu dalam rumah, pada rumah anak penderita Difteri dapat diketahui bahwa rumah responden dalam penelitian ini mayoritas suhu dalam rumah tergolong nyaman. Hal ini dikarenakan daerah Kecamatan Wringin berada di daerah pegunungan yang udaranya sejuk sehingga suhu dalam rumah warga Wringin sebagian besar bersuhu nyaman yaitu $\geq 18^{\circ}\text{C}$ - 30°C . Namun dalam penelitian ini suhu dalam rumah belum tentu dapat menyebabkan terkena penyakit Difteri karena adanya faktor lain yang menyebabkan terkenanya penyakit Difteri mengingat penyakit Difteri merupakan penyakit yang menular. Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini faktor suhu dalam rumah tidak berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.

Menurut hasil tabulasi silang seperti pada tabel 5.25 dapat diketahui bahwa mayoritas rumah anak yang terkena penyakit Difteri adalah jenis dinding rumah terbuat dari papan/bilik anyaman bambu. Berdasarkan hasil analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara jenis dinding rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso dengan nilai koefisien korelasi (r) 0,208 yang menggambarkan tidak ada korelasi.

Jenis dinding rumah juga berpengaruh terhadap kejadian difteri. Dinding rumah yang memenuhi syarat adalah yang terbuat dari batu bata atau batako. Sedangkan yang tidak memenuhi syarat adalah yang terbuat dari bilik/papan/anyaman bambu. Rumah yang memiliki jenis dinding terbuat dari bilik/papan/anyaman bambu maka akan mempermudah udara masuk sehingga akan mempengaruhi suhu serta kelembaban dalam rumah (Kartono B, 2008). Pada pengapuran, pengecatan, atau pelapisan pada dinding akan mengurangi masuknya udara. Cat mengurangi masuknya udara sampai 30% (Suyono & Budiman, 2011).

Berdasarkan jenis dinding rumah, pada rumah anak penderita Difteri dapat diketahui bahwa rumah responden dalam penelitian ini mayoritas berdinding papan/bilik anyaman bambu. Hal ini dikarenakan tingkat penghasilan warga yang mayoritas buruh tani sehingga perumahan disana banyak yang berdinding anyaman bambu. Namun dalam penelitian ini jenis dinding rumah belum tentu dapat menyebabkan terkena penyakit Difteri karena adanya faktor lain yang menyebabkan terkenanya penyakit Difteri mengingat penyakit Difteri merupakan penyakit yang menular. Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini faktor jenis dinding rumah tidak berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.

Menurut hasil tabulasi silang seperti pada tabel 5.26 dapat diketahui bahwa mayoritas rumah anak yang terkena penyakit Difteri adalah jenis lantai rumah yaitu plester/keramik. Berdasarkan hasil analisis uji statistik *Spearman's rho* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara jenis lantai rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso dengan nilai koefisien korelasi (r) 0,247 yang menggambarkan tidak ada korelasi.

Jenis lantai rumah yang terbuat dari papan/panggung/tanah memberikan peluang besar terjadinya difteri dibandingkan dengan tinggal di rumah dengan lantai berupa plester atau keramik. Jenis lantai rumah dari papan atau tanah dapat menyebabkan kenaikan kelembaban rumah karena papan atau tanah bersifat lembab dan tidak kedap air. Kelembaban rumah yang tinggi dapat mempengaruhi penurunan daya tahan tubuh seseorang yang selanjutnya akan meningkatkan kerentanan tubuh terhadap penyakit terutama penyakit infeksi (Kartono B, 2008). Plester atau keramik mengurangi masuknya udara sampai 25% (Suyono & Budiman, 2011).

Berdasarkan jenis lantai rumah, pada rumah anak penderita Difteri dapat diketahui bahwa rumah responden dalam penelitian ini mayoritas berlantai plester. Hal ini dikarenakan tingkat penghasilan warga yang mayoritas buruh tani sehingga perumahan disana banyak yang berlantai plester. Namun dalam penelitian ini jenis lantai rumah belum tentu dapat menyebabkan terkena penyakit Difteri karena adanya faktor lain yang menyebabkan terkenanya penyakit Difteri mengingat penyakit Difteri merupakan penyakit yang menular. Jadi dapat

disimpulkan bahwa dalam penelitian ini faktor jenis lantai rumah tidak berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disampaikan kesimpulan hasil penelitian dan saran tentang analisis faktor berhubungan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.

6.1 Kesimpulan

1. Tidak terdapat hubungan antara usia dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.
2. Terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan Kejadian Luar Biasa Difteri dengan tingkat hubungan yang kuat.
3. Tidak terdapat hubungan antara imunisasi dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.
4. Terdapat hubungan yang signifikan antara riwayat kontak dengan Kejadian Luar Biasa Difteri dengan tingkat hubungan yang kuat.
5. Tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.
6. Tidak terdapat hubungan antara sikap dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.
7. Tidak terdapat hubungan antara tindakan dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.
8. Tidak terdapat hubungan antara sinar matahari yang masuk rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.
9. Terdapat hubungan yang signifikan antara luas ventilasi rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri dengan tingkat hubungan yang kuat.

10. Tidak terdapat hubungan antara kepadatan hunian rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.
11. Tidak terdapat hubungan antara suhu dalam rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.
12. Tidak terdapat hubungan antara jenis dinding rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.
13. Tidak terdapat hubungan antara jenis lantai rumah dengan Kejadian Luar Biasa Difteri.

6.2 Saran

1. Perlu adanya kerjasama antara Dinas Kesehatan dan Puskesmas dengan Warga Wringin untuk menggalakkan kegiatan jumat bersih agar tercipta lingkungan yang bersih dan sehat. Serta perlu ditingkatkannya penyuluhan oleh petugas kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, penyebab, pengobatan serta pencegahan penularan Difteri.
2. Perlu meningkatkan peran petugas kesehatan dalam merencanakan program kesehatan yang berkelanjutan guna meningkatkan pencegahan Kejadian Luar Biasa Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso.
3. Perlu dukungan dari masyarakat untuk meningkatkan upaya pencegahan Difteri di wilayah kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso

DAFTAR PUSTAKA

- Abdoerrachman et al, 2005, *Buku Kuliah 2 Ilmu Kesehatan Anak*, Infomedika Jakarta, Jakarta.
- Cahyono, S 2010, *Vaksinasi Cara Ampuh Cegah Penyakit Infeksi*, Kanisius, Yogyakarta.
- Dinas Komunikasi dan Informatika Prov. Jatim, 2011, *Pemprov Siapkan Vaksin Difteri Gratis*, diakses tanggal 22 November 2011, <<http://www.jatimprov.gi.id>>
- Efendi, F & Makhfudli, 2009, *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Fallen, R & Dwi R 2010, *Catatan Kuliah Keperawatan Komunitas*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Hidayat, A 2008, *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*, Buku 1, Salemba Medika, Jakarta.
- Hidayat, A 2008, *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak*, Buku 2, Salemba Medika, Jakarta.
- Kartono, B 2008, 'Lingkungan Rumah dan Kejadian Difteri di Kabupaten Tasikmalaya dan Kabupate Garut,' *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, vol. 2, no. 5, hal. 200-204.
- Kunarti, U 2004, 'TITER Immunoglobulin G (Ig G) Difteri pada anak sekolah', tesis Magister, UNDIP, Semarang.
- Lapau, B 2011, *Prinsip Dan Metode Epidemiologi*, FKUI, Jakarta.
- Mandal, Wilkins, Dunbar & White, 2006, *Lecture Notes Penyakit Infeksi*, Erlangga, Jakarta.
- Mubarak, W, I & Chayantin, N 2009, *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori*, Salemba Medika, Jakarta.
- Nelson, Waldo E 2000, *Nelson Ilmu Kesehatan Anak*, Edisi 15 Vol 2, EGC, Jakarta.
- Ngastiyah, 2005, *Perawatan Anak Sakit*, Edisi 2, EGC, Jakarta.
- Noor, N 2000, *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, S 2003, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.

- Notoatmodjo, S 2007, *Kesehatan Masyarakat Ilmu Dan seni*, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, S 2010, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nugroho, 2011, *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah Dan Penyakit Dalam*, Nuha Medika, Jakarta.
- Nursalam, 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba medika, Jakarta.
- Riyanto, A 2011, *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Soedarmo, Gana, Hadinegoro & Satari (ed.) 2008, *Buku Ajar Infeksi dan Pediatri Tropis*, Edisi Kedua, Ikatan Dokter Anak Indonesia, Jakarta.
- Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, Simadibrata & Setiati (ed.) 2007, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid III*, Edisi IV, Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam FKUI, Jakarta.
- Sugiono, 2011, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*, Alfabeta, Bandung.
- Sutrisna, B 2010, *Pengantar Metode Epidemiologi*, Dian Rakyat, Jakarta.
- Suyono & Budiman, 2011, *Ilmu Kesehatan Masyarakat Dalam Konteks Kesehatan Lingkungan*, EGC, Jakarta.

Lampiran 1

Lampiran 2

Lampiran 3

Lampiran 4

Lampiran 5**LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN**

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, maka saya:

Nama : Maya Sindhi Putri

NIM : 131011175

Akan melakukan penelitian dengan judul “Analisis Faktor Kejadian Luar Biasa Difteri Di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso”.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian luar biasa difteri di wilayah ini. Untuk kepentingan tersebut, maka saya mohon partisipasi saudara dan keluarga dalam penelitian ini secara sukarela dan apa adanya. Semua jawaban dan data anda akan saya gunakan sesuai kepentingan dan akan dijaga kerahasiaannya.

Demikian permintaan ini saya buat, atas bantuan dan kerjasama saudara, saya sampaikan terima kasih.

Hormat saya,

Maya Sindhi Putri
NIM : 131011175

Lampiran 6**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Setelah mendapat penjelasan dari tujuan penelitian ini, saya menyatakan bersedia menjadi responden dan memberikan jawaban yang sesungguhnya pada penelitian yang dilakukan oleh saudara Maya Sindhi Putri (131011175), mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dengan judul penelitian: “Analisis Faktor Kejadian Luar Biasa Difteri Di Wilayah Kerja Puskesmas Wringin Kecamatan Wringin Kabupaten Bondowoso”

Demikian atas ketersediaan ini, saya nyatakan dengan sesungguhnya, sukarela, dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Terima kasih.

Bondowoso, Januari 2012

Responden

Lampiran 7

LEMBAR OBSERVASI

Variabel	Keterangan
Sinar matahari masuk ke rumah	
Tidak Ada	
Ada	
Luas ventilasi rumah	
TMS (<10% luas lantai)	
MS (≥10% luas lantai)	
Kepadatan hunian rumah	
TMS (<8 m ² /orang)	
MS (≥8 m ² /orang)	
Suhu dalam rumah	
Tidak nyaman (<18°C / >30°C)	
Nyaman (≥18°C-30°C)	
Jenis dinding rumah	
Bilik/papan	
Pasangan batu bata/batako	
Jenis lantai rumah	
Tanah/papan	
Plesteran/keramik	
Riwayat kontak	
Ya	
Tidak	
Status Imunisasi	
Tidak lengkap (< 3 kali)	
Lengkap (>3 kali)	
Status Gizi	
Sesuai IMT	
Tidak sesuai IMT	

Lampiran 8**KUESIONER****IDENTITAS RESPONDEN**

Tgl Pengisian :

No. Responden :

Nama Responden :

Jenis Kelamin :

Umur :

Pendidikan Terakhir :

1. Tidak sekolah
2. SD / tidak tamat SD
3. SMP / tidak tamat SMP
4. SMA / tidak tamat SMA
5. Akademi / perguruan tinggi

Pekerjaan :

1. Petani / buruh tani
2. Nelayan
3. PNS
4. Pedagang
5. Tidak bekerja
6. Lainnya :

Alamat :

Sumber informasi mengenai Difteri diperoleh dari :

1. Petugas kesehatan
2. Televisi
3. Radio
4. Koran
5. Orang lain
6. Lainnya :

ASPEK PENGETAHUAN

Berilah tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang saudara anggap paling benar.

1. Apakah yang dimaksud dengan penyakit Difteri?
 - a. Penyakit menular yang disebabkan oleh kuman
 - b. Penyakit sakit perut karena diare
 - c. Penyakit panas karena gigitan nyamuk

2. Menurut saudara apakah penyebab penyakit Difteri?
 - a. Serangga
 - b. Tikus
 - c. Kuman

3. Bagaimanakah tanda-tanda gejala penyakit Difteri?
 - a. Diare tidak berhenti-berhenti
 - b. Tenggorokan sakit dan suara serak
 - c. Bercak-bercak merah pada kulit

4. Bagaimana cara memberikan pertolongan pertama pada penderita Difteri sebelum dibawa ke RS?
 - a. Memberi makan sebanyak-banyaknya
 - b. Diberi obat sakit perut
 - c. Dikompres dengan air dingin

5. Setelah memberikan pertolongan pertama, apa yang selanjutnya saudara lakukan?
 - a. Membawa ke Puskesmas/Rumah Sakit
 - b. Membawa ke Pak Kiyai
 - c. Membawa ke Orang pintar/Dukun

6. Apakah bahaya dari penyakit Difteri ?
 - a. Perut mual
 - b. Buta
 - c. Sesak/Susah bernafas

7. Apakah penyakit Difteri itu menular?
 - a. Ya
 - b. Tidak

8. Bagaimana cara penularan penyakit Difteri?
 - a. Melalui percikan/batuk penderita
 - b. Melalui gigitan nyamuk
 - c. Melalui luka setelah jatuh

9. Difteri disebabkan oleh bakteri apa?
 - a. Bakteri Typoid
 - b. Bakteri Dipteri
 - c. Bakteri Coli

10. Penularan penyakit Difteri biasanya dengan?

- a. Dengan batuk
- b. Dengan sentuhan
- c. Dengan gigitan nyamuk

ASPEK SIKAP

Berilah tanda (√) yang anda anggap sesuai.

Keterangan :

SS : Sangat setuju

S : Setuju

TS : Tidak setuju

STS : Sangat tidak setuju

No	Pernyataan	Sikap			
		SS	S	TS	STS
1.	Penderita dengan demam dan kadang-kadang menggigil serta tenggorokan terasa sakit dapat dicurigai sebagai penderita Difteri.				
2.	Dengan batuk dapat menularkan penyakit Difteri.				
3.	Hendaknya kita menutup mulut saat batuk.				
4.	Penderita Difteri perlu diperiksa ke unit pelayanan kesehatan.				
5.	Masker perlu diberikan pada anggota keluarga yang batuk.				
6.	Imunisasi DPT perlu untuk mencegah				

	penyakit Difteri.				
7.	Saya akan mencuci tangan untuk mencegah penularan penyakit Difteri.				
8.	Saya tidak akan menggunakan sprei bersama-sama karena akan menularkan difteri.				
9.	Penggunaan alat makan secara bergantian dapat menularkan penyakit Difteri.				
10.	Apabila ada anggota keluarga yang sakit menelan, akan saya paksa untuk makan.				

ASPEK PRAKTIK / TINDAKAN

Berilah tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang saudara anggap paling benar.

1. Bagaimana cara mencegah penularan difteri ?
 - a. Membiarkan lingkungan rumah kotor
 - b. Mencuci tangan sebelum dan sesudah makan
 - c. Mandi di sungai

2. Tindakan untuk mencari pertolongan?
 - a. Membawa ke Pak Kiyai
 - b. Membawa ke Puskesmas/Rumah Sakit
 - c. Membawa ke Orang pintar/Dukun

3. Bagaimana perawatan penderita saat panas?
 - a. Diberi makanan banyak
 - b. Diberi kompres air dingin
 - c. Diberi minuman dingin/es

4. Apakah Imunisasi DPT anak anda lengkap ?
 - a. Ya
 - b. Tidak

5. Apa yang anda lakukan terhadap jendela yang tertutup pada siang hari ?
 - a. Membiarkan
 - b. Membuka
 - c. Menutup

6. Apa yang anda lakukan untuk mencegah bakteri penyebab Difteri?
 - a. Membiarkan lantai kotor
 - b. Menutup jendela
 - c. Meimunisasikan DPT

7. Apa yang anda lakukan untuk membuang dahak saat batuk ?
 - a. Membuang disembarang tempat
 - b. Membuang dikamar mandi lalu menyiramnya
 - c. Membuang disungai

8. Bagaimana perawatan penderita setelah pulang dari Rumah Sakit ?
 - a. Menyuruh penderita diam dirumah terus
 - b. Menjaga kebersihan diri dan lingkungan penderita
 - c. Menyuruh penderita untuk tidur terus

9. Apa yang anda lakukan saat batuk ?
 - a. Menutup mulut dengan tangan/tissue
 - b. Mematukkan begitu saja
 - c. Menghadapkan batuk kepada orang lain

10. Apa yang anda lakukan saat tangan anda kotor ?
 - a. Membiarkan kotor
 - b. Melihat saja
 - c. Mencuci tangan

Lampiran 9

TABULASI DATA RESPONDEN

No	Usia	Pendidikan	Pekerjaan	Sumber informasi
1.	3	2	2	3
2.	3	1	2	1
3.	2	2	1	1
4.	5	3	1	3
5.	3	2	2	1
6.	1	2	1	3
7.	5	2	2	3
8.	1	1	2	3
9.	4	2	2	3
10.	2	1	1	1
11.	3	2	2	3
12.	1	1	2	3
13.	1	1	2	1
14.	3	1	1	1
15.	4	1	2	1
16.	5	3	2	3
17.	5	1	2	3
18.	3	1	2	1
19.	3	1	2	3
20.	1	3	1	3

Keterangan kode:

Usia: 1 = 20-24 tahun

2 = 25-29 tahun

3 = 30-34 tahun

4 = 35-39 tahun

5 = 40-44 tahun

Pendidikan: 1 = SD

2 = SMP

3 = SMA

Sumber informasi: 1 = tidak mendapatkan informasi

2 = TV/Radio/Koran

3 = Petugas kesehatan

Pekerjaan: 1 = Ibu rumah tangga

2 = Buruh tani

Lampiran 10**TABULASI FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN LUAR BIASA DIFTERI**

No.	Usia	Jenis kelamin	Imunisasi	Riwayat kontak	Pengetahuan	Sikap	Tindakan	Sinar matahari	Luas ventilasi rumah	Kepadatan hunian rumah	Suhu dalam rumah	Jenis dinding rumah	Jenis lantai rumah	Kejadian Luar Biasa Difteri
1.	4	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	0	0	1
2.	3	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	3
3.	2	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
4.	4	1	0	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1
5.	3	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	3
6.	1	1	0	0	3	0	3	1	0	0	1	0	1	2
7.	3	1	0	1	3	0	3	1	0	1	1	0	0	2
8.	3	1	1	0	3	0	3	1	0	0	1	1	1	2
9.	4	0	0	1	3	1	3	1	0	1	1	0	1	2
10.	3	0	0	1	2	0	3	1	0	1	1	0	1	1

11.	4	0	1	1	3	0	3	1	0	0	1	0	0	2
12.	3	1	0	1	2	0	2	1	0	0	1	1	1	1
13.	3	0	0	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2
14.	3	1	0	0	2	0	3	1	0	1	1	0	1	1
15.	3	0	0	1	2	0	2	1	0	0	1	0	1	2
16.	4	0	1	1	3	1	3	1	0	1	1	0	0	2
17.	4	0	0	0	2	0	3	1	0	1	1	0	0	2
18.	3	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	3
19.	3	0	0	1	2	0	2	1	1	0	1	0	0	1
20.	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1

Keterangan Kode:

Usia:

Todler (1-2,5 tahun) = 1

Pra sekolah (2,5-5 tahun) = 2

Pengetahuan:

Kurang = 1

Cukup = 2

Sikap:

Positif = 1

Negatif = 0

Tindakan:

Kurang = 1

Cukup = 2

Sekolah (5-11 tahun) = 3

Baik = 3

Baik = 3

Remaja (11-18 tahun) = 4

Jenis kelamin:

Imunisasi:

Riwayat kontak:

Sinar matahari:

Laki-laki = 1

Lengkap = 1

Ya = 1

Ada = 1

Perempuan = 0

Tidak lengkap = 0

Tidak = 0

Tidak ada = 0

Luas ventilasi rumah:

Kepadatan hunian rumah:

Suhu dalam rumah:

Jenis dinding rumah:

Memenuhi syarat = 1

Memenuhi syarat = 1

Nyaman = 1

Batu bata/batako = 1

Tidak memenuhi syarat = 0

Tidak memenuhi syarat = 0

Tidak nyaman = 0

Papan/anyaman bambu = 0

Jenis dinding rumah:

Kejadian Luar Biasa Difteri:

Plester/keramik = 1

Positif ringan = 1

Tanah/papan = 0

Positif sedang = 2

Positif berat = 3

Lampiran 11

TABULASI PENGETAHUAN RESPONDEN

No. Responden	Skor tiap pertanyaan										Jumlah skor	Persentase (%)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	8	80	Baik
2.	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3	30	Kurang
3.	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	20	Kurang
4.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Baik
5.	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	4	40	Kurang
6.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	90	Baik
7.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Baik
8.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Baik
9.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Baik
10.	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	6	60	Cukup

11.	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	8	80	Baik
12.	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	7	70	Cukup
13.	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	7	70	Cukup
14.	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	7	70	Cukup
15.	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	6	60	Cukup
16.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Baik
17.	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	7	70	Cukup
18.	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3	30	Kurang
19.	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	7	70	Cukup
20.	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	9	90	Baik

Lampiran 12

TABULASI SIKAP RESPONDEN

No. Respo nden	Skor tiap pertanyaan										x	$(x-\bar{x})$	$(x-\bar{x})^2$	$\frac{10x-\bar{x}}{SD}$	T	Hasil
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
1.	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	38	7.7	59.29	2.9645	79.645	positif
2.	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	26	-4.3	18.49	0.9245	59.245	negatif
3.	3	2	3	4	4	3	3	4	4	2	32	1.7	2.89	0.1445	51.445	positif
4.	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	39	8.7	75.69	3.7845	87.845	positif
5.	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	26	-4.3	18.49	0.9245	59.245	negatif
6.	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	27	-3.3	10.89	0.5445	55.445	negatif
7.	4	2	3	3	3	3	3	3	1	4	29	-1.3	1.69	0.0845	50.845	negatif
8.	3	2	3	3	3	3	2	2	3	2	26	-4.3	18.49	0.9245	59.245	negatif
9.	3	3	4	4	4	4	4	2	3	3	34	3.7	13.69	0.6845	56.845	positif
10.	1	3	3	3	3	3	3	4	1	1	25	-5.3	28.09	1.4045	64.045	negatif

11.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	29	-1.3	1.69	0.0845	50.845	negatif
12.	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	28	-2.3	5.29	0.2645	52.645	negatif
13.	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	37	6.7	44.89	2.2445	72.445	positif
14.	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	26	-4.3	18.49	0.9245	59.245	negatif
15.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	-0.3	0.09	0.0045	50.045	negatif
16.	4	4	4	3	4	4	3	2	3	3	34	3.7	13.69	0.6845	56.845	positif
17.	2	3	3	3	4	4	4	2	3	3	31	0.7	0.49	0.0245	50.245	negatif
18.	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	26	-4.3	18.49	0.9245	59.245	negatif
19.	4	2	3	3	3	3	3	3	1	4	29	-1.3	1.69	0.0845	50.845	negatif
20.	4	4	3	4	4	3	4	3	3	2	34	3.7	13.69	0.6845	56.845	positif

Lampiran 13

TABULASI TINDAKAN RESPONDEN

No. Responden	Skor tiap pertanyaan										Jumlah skor	Persentase (%)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Baik
2.	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	5	50	Kurang
3.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	Kurang
4.	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8	80	Baik
5.	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3	30	Kurang
6.	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	80	Baik
7.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	90	Baik
8.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Baik
9.	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	90	Baik
10.	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8	80	Baik

11.	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	8	80	Baik
12.	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	6	60	Cukup
13.	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	8	80	Baik
14.	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	8	80	Baik
15.	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	6	60	Cukup
16.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Baik
17.	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	8	80	Baik
18.	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	5	50	Kurang
19.	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	6	60	Cukup
20.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	100	Baik

Lampiran 14

HASIL UJI STATISTIK

Nonparametric Correlations

Correlations																
			usia	jeniske lamin	imuni sasi	riwayat kontak	penget ahuan	sikap	tinda kan	sinarma taharim asukru mah	luasven tilasiru mah	kepadat anhumia nrumah	suhudal amrum ah	jenisdin dingru mah	jenislan tairuma h	status diferi
Spearman's rho	Usia	Correlation Coefficient	1.000	.231	-.247	-.164	-.356	-.178	-.282	.	.109	.082	.	.217	.138	.116
		Sig. (1-tailed)	.	.164	.147	.244	.062	.227	.114	.	.324	.365	.	.179	.281	.314
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	jeniskelamin	Correlation Coefficient	.231	1.000	.134	-.134	.534**	.043	.418*	.	.236	-.134	.	.257	.171	.434*

		Sig. (1-tailed)	.164	.	.287	.287	.008	.429	.033	.	.159	.287	.	.137	.235	.028
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	imunisasi	Correlation Coefficient	-.247	.134	1.000	-.048	.398*	.206	.212	.	.126	-.048	.	.206	.023	-.082
		Sig. (1-tailed)	.147	.287	.	.421	.041	.192	.184	.	.298	.421	.	.192	.462	.365
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	Riwayatkontak	Correlation Coefficient	-.164	-.134	-.048	1.000	.204	.480*	.045	.	.378	.048	.	.023	-.023	.381*
		Sig. (1-tailed)	.244	.287	.421	.	.194	.016	.426	.	.050	.421	.	.462	.462	.049
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	pengetahuan	Correlation Coefficient	-.356	.534**	.398*	.204	1.000	.333	.820*	.	.248	-.184	.	-.088	.088	.232

		Sig. (1-tailed)	.062	.008	.041	.194	.	.076	.000	.	.146	.219	.	.356	.356	.163
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	Sikap	Correlation Coefficient	-.178	.043	.206	.480*	.333	1.000	.279	.	.545**	.480*	.	.341	.319	.327
		Sig. (1-tailed)	.227	.429	.192	.016	.076	.	.116	.	.007	.016	.	.071	.085	.080
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	tindakan	Correlation Coefficient	-.282	.418*	.212	.045	.820**	.279	1.000	.	.225	.067	.	-.140	.140	.287
		Sig. (1-tailed)	.114	.033	.184	.426	.000	.116	.	.	.170	.389	.	.279	.279	.110
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	sinarmatahari masukrumah	Correlation Coefficient	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

		Sig. (1-tailed)
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Luas ventilasi rumah	Correlation Coefficient	.109	.236	.126	.378	.248	.545*	.225	.	1.000	.126	.	.303	-.061	.469*	
	Sig. (1-tailed)	.324	.159	.298	.050	.146	.007	.170	.	.	.298	.	.097	.400	.019	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
kepadatan hunian rumah	Correlation Coefficient	.082	-.134	-.048	.048	-.184	.480*	.067	.	.126	1.000	.	.023	-.023	-.041	
	Sig. (1-tailed)	.365	.287	.421	.421	.219	.016	.389	.	.298	.	.	.462	.462	.432	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
Suhu dalam rumah	Correlation Coefficient	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

	Sig. (1-tailed)
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Jenisdindingrumah	Correlation Coefficient	.217	.257	.206	.023	-.088	.341	-.140	.	.303	.023	.	1.000	.538**	.208	
	Sig. (1-tailed)	.179	.137	.192	.462	.356	.071	.279	.	.097	.462	.	.	.007	.190	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
Jenislantairumah	Correlation Coefficient	.138	.171	.023	-.023	.088	.319	.140	.	-.061	-.023	.	.538**	1.000	.247	
	Sig. (1-tailed)	.281	.235	.462	.462	.356	.085	.279	.	.400	.462	.	.007	.	.146	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
statusdiferi	Correlation Coefficient	.116	.434*	-.082	.381*	.232	.327	.287	.	.469*	-.041	.	.208	.247	1.000	

		Sig. (1-tailed)	.314	.028	.365	.049	.163	.080	.110	.	.019	.432	.	.190	.146	.
		N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).																
*. Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).																

Lampiran 15

FOTO-FOTO

Gambar 1. Kondisi jalan menuju Rumah Penderita Difteri



Gambar 2. Kondisi Lingkungan Sekitar Rumah Penderita Difteri



Gambar 3. Kondisi Rumah Penderita Difteri



Gambar 4. Keluarga Penderita Difteri



Gambar 5. Keluarga Penderita Difteri

