BAB I
PENDAHULUAN

A. JUDUL

Upaya Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat dalam pencegahan penyakit Difteri melalui pemberian imunisasi di wilayah Puskesmas Rawalumbu, Bekasi.

B. ANALISIS SITUASI

Difteri merupakan suatu penyakit yang pernah terjadi di Indonesia pada tahun 1990 dan 2013, namun masalah tersebut dapat diselesaikan di tahun yang sama dan Indonesia dinyatakan bebas Difteri pada tahun tersebut (Herriman, 2017; Husada et al., 2017; Kemenkes, 2017b). Pada tahun 2017, Indonesia kembali menghadapi Kejadian Luar Biasa (KLB) Difteri di beberapa daerah. Sepanjang tahun 2017, KLB Difteri dilaporkan terjadi di 95 kabupaten/ kota di 20 provinsi di Indonesia (Kemenkes, 2017a; SEARO, 2017). Data Kementerian Kesehatan memperlihatkan bahwa sejak 1 Januari sampai dengan 4 November 2017 telah terjadi 591 kasus Difteri dengan 32 kematian di 95 kabupaten/kota di 20 provinsi di Indonesia (Kemenkes, 2017c). Secara spesifik, selama bulan Oktober dan November 2017, hanya dalam periode waktu dua bulan, terjadi KLB Difteri di wilayah kabupaten/kota di provinsi Jawa Barat, Jawa Timur, Sumatera Barat, Jawa Tengah, Sulawesi Selatan, Kalimantan Timur, DKI Jakarta, Aceh, Sumatera Selatan, Riau, dan Banten. Kejadian ini menunjukkan peningkatan angka kejadian Difteri sebesar 42 % dibanding tahun 2016 dimana terjadi 415 kasus difteri yang menyebabkan 24 kematian (Herriman, 2017).

Indonesia dinyatakan bebas difteri pada tahun 1990, namun kasus difteri kembali terjadi di Indonesia sejak 2009 dan perlahan angka kejadiannya meningkat hingga menyebabkan kematian (Herriman, 2017; Husada et al., 2017). Pada tahun 2016, terjadi 415 kasus difteri yang menyebabkan 24 kematian. Sedangkan pada tahun 2017, terjadi peningkatan 42% kasus dibanding tahun sebelumnya. Terjadi 593 kasus Difteri di 95 kota dan 20 provinsi yang menyebabkan 32 orang meninggal dunia (Herriman, 2017). Kasus Difteri

terjadi pun terjadi di kota-kota besar yang ada di Indonesia. Contohnya, pada tahun 2017 terjadi 25 kasus Difteri yang menyebabkan 2 orang meninggal di Jakarta (Wijaya, 2017). Hal ini meningkat dibandingkan data angka kejadian pada tahun 2016, yaitu 17 kasus dengan 1 kasus kematian akibat Difteri.

KLB mengacu pada laporan klinis kejadian kasus suatu penyakit yang terbukti positif dengan uji laboratorium (Kemenkes, 2017b). KLB bukanlah wabah, namun KLB merupakan suatu peringatan bahwa telah terjadi suatu kasus dan harus dilakukan respons pencegahan segera untuk mencegah peningkatan angka kejadian. Respons untuk mengatasi KLB Difteri yang paling efektif adalah dengan melakukan *Outbreak Response Immunization* (ORI) atau pemberian imunisasi Difteri (Kemenkes, 2017a).

Pemberian imunisasi Difteri merupakan rekomendasi utama dari Badan Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO) dalam upaya pencegahan penyakit Difteri (WHO, 2017). Di Indonesia, pemberian imunisasi Difteri merupakan program pencegahan utama Difteri (Kemenkes, 2017a) dan merupakan salah satu dari program nasional imunisasi dasar lengkap (Kemenkes, 2017c, 2017e). Di Indonesia, penyelenggaraan program kesehatan memiliki landasan hukum yaitu UUD 1945 undang-undang No 35 tahun 2014 yang menyatakan bahwa setiap anak berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai dengan kebutuhan fisik, mental, spiritual dan sosial. Dasar hukum mengenai penyelenggaraan imunisasi adalah Undang-Undang kesehatan No 36 tahun 2009 pasal 132 ayat 3 yang menyatakan bahwa setiap anak berhak memperoleh imunisasi dasar sesuai dengan ketentuan untuk mencegah terjadinya penyakit yang dapat dihindari melalui imunisasi dan pasal 130 menjelaskan bahwa pemerintah wajib memberikan imunisasi lengkap kepada setiap bayi dan anak (Kemenkes, 2017e).

Penyakit difteri merupakan salah satu penyakit infeksi yang banyak menyerang anak-anak (Clarke, 2017; Wong, Hockenberry, Wilson, Winkelstein, & Schwartz, 2008). Meskipun program imunisasi difteri telah dilaksanakan, namun angka kejadian penyakit difteri pada anak masih cukup tinggi. Oleh karena itu, pemerintah, khususnya Dinas

Kesehatan Bekasi UPTD Puskesmas Rawalumbu, mengadakan pemberian vaksin difteri sebagai upaya untuk mencegah terjadinya difteri dan dampak yang lebih lanjut dari difteri (Kemenkes, 2017d).

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Mitra Keluarga merupakan institusi kesehatan yang bernaung dalam wilayah binaan Dinas Kesehatan Kota Bekasi. Sebagai wujud pengamalan ilmu kesehatan melalui pengabdian kepada masyarakat, STIKes Mitra Keluarga ikut serta dalam menyukseskan kegiatan dari Dinas Kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam mewujudkan masyakat yang bebas penyakit Difteri. Oleh karena itu, kami akan melakukan kegiatan pengabdian kepada masyarakat melalui kegiatan pemberian imunisasi Difteri di wilayah Puskesmas Rawalumbu.

C. RUMUSAN MASALAH

1. Tingginya angka morbiditas dan angka kejadian Difteri
2. Masih rendahnya minat dan kesadaran orangtua dalam memfasilitasi anak dalam mendapatkan vaksinasi Difteri

D. KERANGKA PEMECAHAN MASALAH

Permasalahan yang diangkat dalam kegiatan pengabdian pada masyarakat di wilayah puskesmas Rawalumbu adalah meningkatnya angka kejadian Difteri yang terjadi di beberapa wilayah di Indoenesia (termasuk Jawa Barat), yang harus diatasi segera sebagai upaya untuk mencegah peningkatan angka kejadian dan/atau perburukan status kesehatan masyarakat akibat penyakit Difteri. Oleh karena itu, diusulkan kerangka pemecahan masalah secara operasional sebagai berikut:

a. Melakukan survey pendahuluan status kesehatan di sekolah wilayah kerja UPTD Puskesmas Rawalumbu,
b. Menetapkan jumlah target peserta,
c. Memberikan imunisasi Difteri.

E. TUJUAN KEGIATAN

Tujuan Umum :

Melakukan Pengabdian Kepada Masyarakat terkait pemberian imunisasi Difteri dalam rangka pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi STIKes Mitra Keluarga.

Tujuan Khusus :

1. Meningkatkan kesadaran masyarakat terkait imunisasi Difteri
2. Meningkatkan peran aktif masyarakat dalam pencegahan penyakit melalui imunisasi Difteri
3. pemberian imunisasi di lingkungan wilayah Puskesmas Rawalumbu

F. MANFAAT KEGIATAN

Manfaat yang didapatkan dari kegiatan ini adalah:

1. Masyarakat dapat berperan aktif dalam pencegahan Difteri
2. Kesadaran masyarakat akan perlunya tindakan pencegahan penyakit Difteri melalui pemberian imunisasi pada anak sekolah dapat meningkat

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

1. Definisi Difteri

   Difteri adalah penyakit yang disebabkan oleh *Corynebacterium diphtheria (C. diphtheria*), yang merupakan bakteri gram positif dari genus *Corynebacterium* (Reacher et al., 2000; Scheifele & Ochnio, 2009; WHO, 2017). Bakteri ini merupakan spesies anaerob yang terdiri dari 4 biotipe, yaitu: gravis, mitis, belfanti, dan intermedius. Faktor penginfeksi utama dari *C. diphtheria* adalah eksotoksin. Eksotoksin ini mampu menghambat sintesis protein yang akan menyebabkan kematian sel jika tidak segera diatasi. Bakteri ini memproduksi toksin yang dapat membahayakan dan menghancurkan jaringan tubuh dan organ manusia (Reacher et al., 2000; WHO, 2011). Bakteri difteria menginfeksi tenggorokan, tonsil, dan bahkan dapat menyebabkan ulserasi di kulit.

   Transmisi *C. Diphtheria* berlangsung melalui droplet dan kontak langsung dengan penderita. Transmisi juga mungkin terjadi melalui kontak dengan lesi di lapisan kutan penderita penyakit difteri. Risiko transmisi bakteri *C.diphtheria* semakin tinggi bagi orang yang tinggal di negara atau daerah tropis dengan tingkat sanitasi dan kebersihan yang buruk (Kartono, Purwana, & Djaja, 2008; Roselinda & Pracoyo, 2013; Sari & Zain, 2012). Gambaran khas dari penyakit difteri adalah adanya pseudomembran, suatu membran asimetris berwarna putih, yang melekat erat di jaringan yang terinfeksi. Upaya untuk melepaskan pseudomembran akan menyebabkan perdarahan di lokasi pseudomembran. Pseudomembran dapat menyebar ke rongga hidung dan laring, sehingga menyebabkan obstruksi jalan nafas, sehingga menyebabkan kondisi gawat darurat dan biasanya membutuhkan tindakan trakeotomi. Gambaran khas lainnya adalah adanya "*bull-neck*" yang merupakan manifestasi dari terjadinya inflamasi dan edema akibat pelebaran pada nodus limfe servikal anterior. Adanya manifestasi ini pada pasien yang menderita difteri membuat penderita memiliki risiko perburukan kondisi yang lebih besar, atau bahkan sampai meninggal (WHO, 2017). Absorpsi toksin ke dalam aliran darah menyebabkan kerusakan pada organ seperti jantung, ginjal, dan saraf perifer.

2. Proses terjadinya penyakit Difteri

Bakteri *C.diphtheria* masuk ke dalam tubuh manusia melalui transmisi droplet atau kontak langsung dengan penderita. *C.diphtheria* memiliki masa inkubasi selama 2 – 5 hari (dalam rentang 1 – 10 hari) (Scheifele & Ochnio, 2009; WHO, 2017). Bakteri *C.diphtheria* menginfeksi jaringan tubuh manusia sesuai dengan lokasi dimana kuman bermetabolisme. Kuman biasanya menginfeksi area hidung, tonsil, faring, laring, atau kombinasi dari area-area ini. Kasus paling tinggi terjadi adalah difteri faringeal (WHO, 2017). Onset dari penyakit difteri biasanya lambat dan ditunjukkan dengan terjadinya demam dan respons inflamasi lokal yang bersifat eksudatif selama 2 – 3 hari. Toksin *C.diphtheria* ini pun dapat merusak jaringan dan organ dalam, seperti jantung (sehingga menyebabkan miokarditis) dan saraf perifer dan kranial (yang dapat menyebabkan kelemahan hingga paralisis).

Semua *strain*/ rantai dari *C.diphtheria* mengeluarkan toksin yang identik. Eksotoksin, yang merupakan bagian paling berbahaya dari toksin difteri, adalah rantai toksigenik genetik yang dikenal dengan *ß-corynebacteriophage* dan merupakan bagian dari kromosom bakteri. Terdapat dua fragmen eksotoksin, yaitu fragmen A dan fragmen B, yang terbentuk dari dua ikatan polipeptida (Scheifele & Ochnio, 2009; WHO, 2017). Fragmen B berperan dalam proses berikatannya bakteri dengan permukaan reseptor dan penetrasi ke dalam sel *host* (sel induk). Fragmen A berperan dalam pelepasan toksin yang dapat menghambat proses sintesis protein dalam sel. Hal inilah yang merupakan penyebab utama terjadinya kematian sel. Di luar sel induk, eksotoksin relatif tidak aktif. Selain eksotoksin, bakteri *C.diphtheria* juga memiliki dinding sel, yang mengandung antigen O dan K yang juga berperan dalam proses patogenesis penyakit.

Toksin dari *C.diphtheria* akan kehilangan daya penginfeksinya jika terpapar *formaldehyde* dan panas, namun kuman tetap bisa bertahan hidup. Intervensi ini kemudian digunakan untuk mengubah toksin difteria menjadi toxoid, yang kemudian sering digunakan untuk imunisasi dalam melawan kuman difteri. Oleh sebab itu, saat ini

prosedur produksi imunisasi menggunakan prinsip untuk memastikan proses perubahan ini *irreversible* (tidak kembali) (WHO, 2017).

3. Tanda dan Gejala

Masa inkubasi untuk difteria adalah 2 – 5 hari (dalam rentang 1 – 10 hari). Penyakit dapat mengenai hampir semua membran mukosa. Untuk tujuan klinis, difteri dibagi berdasarkan manifestasi klinis, sesuai dengan lokasi anatomis terjadinya penyakit, seperti: anterior nasal, faringeal dan tonsilar, laringeal, kulit, okular, dan genital (CDC, 2015; WHO, 2017).

a. Difteria Anterior Nasal
   1) Demam
   2) Sekret mukopurulen di area hidung (mukus dan pus/nanah)
   3) Membran berwarna putih (pseudomembran) di septum hidung
   4) Perdarahan hidung

b. Difteria Faringeal dan Tonsilar
   1) Merupakan lokasi tersering dari kasus penyakit difteria
   2) Tanda awal: malaise, radang tenggorokan, anoreksi, demam (*low-grade*)
   3) Pseudomembran di area tonsil hingga palatum
   4) Eritema mukosa disekitar membran
   5) Edema submandibular
   6) Limfadenopati yang menyebabkan gambaran "*bull-neck*"
   7) Penurunan kesadaran pada kasus-kasus yang sudah memburuk

c. Difteria Laringeal
   1) Biasanya merupakan perburukan dari difteria faringeal, namun mungkin terjadi langsung pada area laring
   2) Demam, suara serak, dan batuk
   3) Obstruksi jalan nafas, pada kondisi-kondisi yang memburuk

d. Difteria Kulit
   1) Penebalan kulit yang kemerahan
   2) Ulserasi di area kulit yang terinfeksi
   3) Sering terjadi pada orang yang tinggal di lingkungan dengan kondisi sanitasi yang buruk atau daerah tropis yang kebersihannya buruk

4. Komplikasi

Menurut CDC (2015), komplikasi difteria sangat berkaitan erat dengan efek dari toksin yang dipenetrasikan ke dalam sel tubuh manusia. Keparahan dari penyakit dan komplikasi biasanya merupakan perburukan dari infeksi difteria lokal yang terjadi. Saat eksotoksin diabsorpsi, komplikasi dapat terjadi bahkan di jaringan dan organ yang letaknya jauh dari area sumber infeksi. Komplikasi yang paling sering terjadi adalah miokarditis dan neuritis. Pada anak, komplikasi juga dapat meliputi otitis media dan gagal nafas yang berhubungan dengan obstruksi jalan nafas.

a. Miokarditis

   Kondisi ini mungkin mencetuskan ritme abnormal jantung. Miokarditis juga dapat menyebabkan gagal jantung. Jika miokarditis terjadi di awal terjadinya penyakit difteria, risiko perburukan kondisi akan lebih fatal bagi pasien.

b. Neuritis

   Neuritis sering kali mempengaruhi saraf motorik yang dapat menyebabkan paralisis. Paralisis palatum sering terjadi pada minggu ketiga dari penyakit difteria faringeal dan tonsilar. Paralisis pada otot mata, ekstremitas, dan diafragma juga mungkin terjadi pada minggu kelima setelah pasien menderita penyakit difteria. Paralisis pada diafragma dapat menyebabkan pneumonia sekunder dan bahkan gagal nafas.

5. Pemeriksaan Diagnostik

   Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan untuk menegakkan terjadinya penyakit difteria pada pasien:

   1) Pemeriksaan pseudomembran

      Ada tidaknya pseudomembran merupakan pemeriksaan pertama dan utama yang harus dilakukan untuk mendiagnosis terjadinya difteria. Jika pseudomembran sudah ditemukan (positif), tim kesehatan akan segera menangani pasien daripada melakukan pemeriksaan lanjutan yang dapat memperburuk kondisi pasien.

   2) Kultur

      Kultur pada apusan di area hidung, faring, tonsil, atau lesi dilakukan untuk memastikan adanya kuman *C.diphtheria* pada pasien. Media kultur yang digunakan mengandung *tellutrite*, seperti media Tinsdale, yang sering dipilih karena mampu memfasilitasi pertumbuhan organisme. Jika biakan menunjukkan hasil positif untuk *C.diphteria*, kuman akan diisolasi untuk menentukan toksisitas dari kuman.

   3) *Polymerase-Chain Reaction* (PCR)

      Pada pasien yang sudah positif terinfeksi *C.diphtheria*, pemeriksaan PCR akan segera dilakukan untuk menentukan pemberian antibiotik yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

6. Penatalaksaan medis

   a. Pemberian Anti-Difteria Serum (ADS)

      Tindakan ini adalah tindakan yang harus dilakukan setelah pasien positif terinfeksi difteria. Pemberian anti-toksin difteria tidak bertujuan untuk menetralisasi toksin yang sudah menyerang jaringan, tetapi menetralisasi sirkulasi toksin untuk mencegah terjadinya perburukan pada pasien.

Pemeriksaan sensitivitas harus dilakukan sebelum pasien menerima anti-toksin ini.

b. Pemberian antibiotik

Tindakan ini dilakukan segera setelah hasil kultur menunjukkan kuman adalah jenis *tox-gene C.diphtheria*. Antibiotik eritromisin oral atau injeksi (40 mg/kg/hari; maksimal 2 gram/hari) biasanya menjadi pilihan antibiotik lini pertama untuk mengatasi difteria pada 14 hari pertama. Pilihan antibiotik lainnya adalah Procaine penicillin G. yang diberikan sehari sekali melalui injeksi intramuskular selama 14 hari dengan dosis 300.000 U/ hari untuk pasien dengan berat badan ≤10 Kg atau 600.000 U/hari untuk pasien dengan berat badan > 10 Kg. Program pengobatan ini akan dievaluasi dengan melakukan kultur. Jika pemeriksaan kultur menunjukkan hasil negatif selama dua kali berturut-turut, pasien dinyatakan bebas dari kuman difteria.

7. Pencegahan Penyakit

Sesuai dengan rekomendasi WHO (2017), pencegahan penyakit difteria dilakukan melalui pemberian imunisasi difteri. Pemberian vaksin merupakan pencampuran antara toxin dengan anti-toksin. Imunisasi difteria toxoid (DT) dikembangkan melalui metode detoksifikasi toksin difteria dengan *formaldehyde*. Seiring perkembangan, vaksin difteria toxoid dikolaborasikan dengan tetanus toxoid and antigen pertusis menjadi vaksin difteria-tetanus-pertusis (DPT) yang akhirnya digunakan secara umum oleh hampir seluruh negara di dunia. Pemberian imunisasi difteri ini merupakan kegiatan utama untuk mencegah terjadinya difteri (Besa et al., 2014; Dittmann et al., 2000; NSW Government, 2012; Scheifele & Ochnio, 2009; Western Australia Government, 2015) dan terbukti efektif untuk menurunkan angka kejadian difteri (Kemenkes, 2017a, 2017c; Murhekar et al., 2009; Scheifele & Ochnio, 2009; SEARO, 2017; Wanlapakorn, Yoocharoen, Tharmaphornpilas, Theamboonlers, & Poovorawan, 2014).

Sehubungan dengan munculnya kasus difteria di Indonesia, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) menginstruksikan adanya *Outbreak Response Imunization* (ORI) Difteri, yaitu pemberian vaksinasi tunggal difteri (bukan DPT), khususnya di beberapa daerah dengan kejadian KLB paling tinggi di Indonesia sebagai implementasi dari rekomendasi yang dikeluarkan oleh WHO (Kemenkes, 2017d, 2017e; SEARO, 2017; WHO, 2017).

Sesuai instruksi Kemenkes RI (2017d), ORI Difteri diberikan kepada anak berusia 1 – 19 tahun dengan 3 dosis yang diberikan sesuai dengan usia anak, yaitu: Pentabio untuk anak di bawah usia 5 tahun, DT (Difteria Toxoid) untuk anak usia 5 – 7 tahun, dan TD (Tetanus Difteria) untuk anak usia > 7 tahun. Pemberian ini dilakukan sebanyak 3 kali dengan interval satu bulan antara dosis pertama dan kedua dan enam bulan antara dosis kedua dan ketiga. Dana untuk logistik imunisasi (vaksin, alat suntik, safety box) disediakan oleh Kemenkes dengan permintaan yang diajukan ke Direktorat Jenderal Pencegahan dan Penanganan Penyakit (Ditjen P2P), sedangkan biaya operasional kegiatan ORI Difteri bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Biaya Daerah (APBD) Provinsi/ Kabupaten/ Kota.

BAB III
METODE KEGIATAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT

Program Pengabdian kepada Masyarakat merupakan salah satu kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi yang dilaksanakan oleh dosen-dosen dan mahasiswa STIKes Mitra Keluarga yang pelaksanaannya dikoordinir oleh unit Pengabdian Kepada Masyarakat STIKes Mitra Keluarga. Kegiatan Pengabdian Kepada Masyarakat dapat dilaksanakan atas dasar permintaan dari UPTD Puskesmas, masyarakat, atau atas dasar rencana/inisiatif sendiri.

Tujuan program ini adalah menerapkan ilmu pengetahuan yang didapatkan melalui pelayanan kepada masyarakat dan/atau pemberdayaan masyarakat serta dapat menghasilkan perubahan pengetahuan, keterampilan dan sikap dari kelompok masyarakat sasaran. Penerapan ipteks perlu dilaksanakan dalam bentuk jaringan kerjasama yang sinergis dan berorientasi pada kemandirian masyarakat. Khalayak sasaran adalah masyarakat luas dapat sebagai peserta kelompok, komunitas maupun lembaga yang berada diperkotaan maupun pedesaan.

Program pengabdian kepada masyarakat didanai oleh STIKes Mitra Keluarga. Pelaksanaan pengabdian masyarakat dilakukan dalam bentuk pemberian imunisasi Difteri kepada anak usia 1 tahun sampai 19 tahun dalam mewujudkan program pemerintah.

A. Waktu Pelaksanaan

Kegiatan Pengabdian Kepada Masyarakat melalui pemberian imunisasi Difteri 3 dilaksanakan bulan Agustus 2018. Jadwal pelaksanaan terlampir sebagai berikut:

Hari/Tanggal	Tempat	Petugas
Selasa, 7 -8-2018	MAN 2 Bekasi	1. Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep 2. Ns. Devi Susanti, S.Kep.,M.Kep., Sp.Kep.MB
Senin, 13-8-2018	SMA Al Azhar	1. Ns. Renta Sianturi, S.Kep., M. Kep., Sp. Kep.J 2. Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep
Senin, 20-8-2018	SMPN 41	1. Ns. Lina Herida, S.Kep., M.Kep 2. Ns. Deby Kristiani, S.Kep., MSc
Kamis, 23-8-2018	SDN Bojong Rawalumbu 10	1.Ns. Yeni Iswari, S.Kep., M. Kep., Sp. Kep.An 2. Ns. Rohayati, S.Kep.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom
Jumat, 24-8-2018	SDN Bojong Rawalumbu 10	1. Ns. Anung Ahadi, S.Kep. 2. Ns. Aprilia, S.Kep., M.Kep
Selasa, 28-8-2018	SDN Bojong Rawalumbu 1	1. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep.,Sp.Kep.An 2. Ns. Fathurohman, S.Kep., M.Kep

B. Sasaran

Sasaran pelaksanaan pemberian imunisasi Difteri adalah Sekolah di wilayah UPTD Puskesmas Rawalumbu Bekasi Timur.

C. Keterkaitan

Kegiatan ini tidak akan mungkin berhasil tanpa adanya keterkaitan dengan beberapa pihak lain. Dalam hal ini pihak Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Kota Bekasi, Puskesmas Rawalumbu memberi dukungan dalam mengikuti kegiatan ini serta sasaran dalam melakukan kegiatan imunisasi. Keterkaitan ini karena program pemerintah untuk pencapaian pemberian vaksin Difteri serta sosialisasi terkait vaksinasi Difteri.

D. Rencana Kegiatan pemberian imunisasi

Evaluasi kegiatan dilakukan selama proses kegiatan. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan format penilaian untuk mengevaluasi persiapan kegiatan dan proses kegiatan.

E. Jadwal Kerja

No	Kegiatan	Des	Januari				Februari				Juli				Agus	
		IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I& II	III & IV
1	Rapat Koordinasi dengan PKM Rawalumbu															
2.	Pembuatan Proposal															
3.	Pelaksanaan PKM															
4.	Evaluasi															
5	Penulisan Laporan															

F. Organisasi Pelaksana

Pelindung : Kepala Dinas Kesehatan Kota Bekasi

Penasehat : Ns. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp. Kep. An

Ketua Pelaksana : Ns. Deby Kristiani, S.Kep., MSc

Tim Pelaksana : 10 orang

1) Ns. Lina Herida, S.Kep., M.Kep
2) Ns. Lisbeth Pardede, S.Kep., M.Kep
3) Ns. Ns. Yeni Iswari, S.Kep., M. Kep., Sp. Kep.An

4) Ns. Devi Susanti, S.Kep.,M.Kep., Sp.Kep.MB
5) Ns. Lastriyanti, M.Kep
6) Ns. Renta Sianturi, S.Kep.,M.Kep., Sp.Kep.J
7) Ns. Aprilia Veranita, S.Kep., M.Kep
8) Ns. Anung Ahadi, S.Kep
9) Ns. Fathurohman, S.Kep., M.Kep
10) Ns. Deby Kristiani, S.Kep., MSc

G. Rencana Anggaran

NO	KEGIATAN	URAIAN	JUMLAH
I . Dinas Kesehatan Bekasi			
	Paket Vaksin: a. Vaksin b. Spuit c. Swab Alkohol d. Sarung Tangan	@1000 Paket x 100000	Rp. 100.000.000
II. Institusi (STIKes Mitra Keluarga)			
a. Persiapan			
1.	Transportasi Kontrak Program	11 orang x 1 hari x Rp.25.000	Rp. 275.000
2.	Konsumsi Kontrak Program	11 orang x 1 hari x Rp.30.000	Rp. 330.000
b. Pelaksanaan			
1.	Transportasi kegiatan Vaksinasi Periode Januari – Juli	7 kali x 2 orang x Rp.25.000 5 kali x 2 orang x Rp.25.000 7 kali x 2 orang x Rp.25.000	Rp. 350.000 Rp. 250.000 Rp. 350.000
2.	Konsumsi kegiatan Vaksinasi Periode Januari – Agustus	7 kali x 2 orang x Rp.30.000 5 kali x 2 orang x Rp.30.000 7 kali x 2 orang x Rp.30.000	Rp. 420.000 Rp. 300.000 Rp. 420.000
Total II			**Rp. 2.695.000**
TOTAL I + II			**Rp 102.695.000**

Catatan : Biaya Vaksin ditanggung oleh Puskesmas

Bekasi, Januari 2018

Mengetahui,

Ketua P3M	Ketua Pelaksana Pengabdian Masyarakat
Afrinia Eka Sari,S.TP,M.Si	Ns. Deby Kristiani U.,S.Kep.,M.Sc

Menyetujui,

Wakil Ketua II	Ketua STIKES
Ridwan Arifin	Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp. Kep. An

DAFTAR PUSTAKA

Besa, N. C., Coldiron, M. E., Bakri, A., Raji, A., Nsuami, M. J., Rousseau, C., . . . Porten, K. (2014). Diphtheria outbreak with high mortality in northeastern Nigeria. *Epidemiology & Infection, 142*(4), 797-802.

CDC. (2015). Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases: Diphtheria. 13 Ed. Retrieved from https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/dip.pdf

Clarke, K. (2017). *REVIEW OF THE EPIDEMIOLOGY OF DIPHTHERIA – 2000-2016*. Retrieved from The United States: http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2017/april/1_Final_report_Clarke_april3.pdf

Dittmann, S., Wharton, M., Vitek, C., Ciotti, M., Galazka, A., Guichard, S., . . . Trostle, M. (2000). Successful Control of Epidemic Diphtheria in the States of the Former Union of Soviet Socialist Republics: Lessons Learned. *The Journal of Infectious Diseases, 181*(Supplement_1), S10-S22. doi:10.1086/315534

Herriman, R. (2017). Indonesia Reports 42 Percent Increase in Diphtheria in 2017. *Outbreak News Today*. Retrieved from http://outbreaknewstoday.com/indonesia-reports-42-percent-increase-diphtheria-2017/

Husada, D., Puspitasari, D., Kartina, L., Setiono, P., Moedjito, I., & Kartika, B. (2017). Six-Year Surveillance of Diphtheria Outbreak in Indonesia. *Open Forum Infectious Diseases, 4*(Suppl 1), S244-S244. doi:10.1093/ofid/ofx163.522

Kartono, B., Purwana, R., & Djaja, I. M. (2008). Hubungan lingkungan rumah dengan Kejadian Luar Biasa (KLB) difteri di Kabupaten Tasikmalaya (2005-2006) dan Garut Januari 2007, Jawa Barat. *Makara UI, 12*, 6.

Kemenkes. (2017a). Imunisasi Efektif Cegah Difteri. Retrieved from http://www.depkes.go.id/article/view/17122000002/imunisasi-efektif-cegah-difteri.html

Kemenkes. (2017b). Ini Makna KLB Difteri. Retrieved from http://www.depkes.go.id/article/view/17121200001/ini-makna-klb-difteri.html

Kemenkes. (2017c). Menkes: Difteri Menular, Berbahaya dan Mematikan, Namun Bisa Dicegah dengan Imunisasi. Retrieved from http://www.depkes.go.id/article/view/17121200002/menkes-difteri-menular-berbahaya-dan-mematikan-namun-bisa-dicegah-dengan-imunisasi.html

Kemenkes. (2017d). *Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) Difteri*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.

Kemenkes. (2017e). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Imunisasi*. Indonesia: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Retrieved from http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No._12_ttg_Penyelenggaraan_Imunisasi_.pdf.

Murhekar, M. V., Bitragunta, S., Hutin, Y., Ckakravarty, A., Sharma, H. J., & Gupte, M. D. (2009). Immunization coverage and immunity to diphtheria and tetanus among children in Hyderabad, India. *Journal of infection, 58*(3), 191-196.

NSW Government. (2012). Diphtheria Fact Sheet. Retrieved from http://www.health.nsw.gov.au/Infectious/factsheets/Pages/diphtheria.aspx

Reacher, M., Ramsay, M., White, J., De Zoysa, A., Efstratiou, A., Mann, G., . . . George, R. C. (2000). Nontoxigenic Corynebacterium diphtheriae: an emerging pathogen in England and Wales? *Emerging infectious diseases, 6*(6), 640.

Roselinda, R., & Pracoyo, N. E. (2013). Survei Titer Anti Bodi Anak Sekolah Usia 6 - 17 Tahun di Daerah KLB Difteri dan Non KLB di Indonesia. *Indonesian Bulletin of Health Research, 41*(4).

Sari, P., & Zain, I. (2012). Pengaruh Kondisi Sanitasi Rumah, Status Imunisasi, Dan Pengetahuan Ibu Terhadap Kejadian Difteri Pada Bayi Di Kota Surabaya. *Swara Bhumi, 1*(2).

Scheifele, D., & Ochnio, J. (2009). *WHO: The Immunological Basis for Immunization Series* (Module 2 ed.). Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

SEARO. (2017). *UPDATE ON DIPHTHERIA IN INDONESIA (December 2017)*. Retrieved from http://www.searo.who.int/indonesia/topics/immunization/diphtheria_in_indonesia_one_pager.pdf?ua=1

Wanlapakorn, N., Yoocharoen, P., Tharmaphornpilas, P., Theamboonlers, A., & Poovorawan, Y. (2014). Diphtheria outbreak in Thailand, 2012; seroprevalence of diphtheria antibodies among Thai adults and its implications for immunization programs. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 45*(5), 1132.

Western Australia Government. (2015). Fact Sheet: Diphtheria. Retrieved from http://healthywa.wa.gov.au/~/media/Files/HealthyWA/Original/Factsheets/Diphtheria%20info%20sheet%2020151221.pdf

WHO. (2011). Immunization, Vaccines, and Biologicals: Diphtheria. Retrieved from http://www.who.int/immunization/topics/diphtheria/en/

WHO. (2017). Position Paper: Vaccines A gainst Diphtheria (August 2017). Retrieved from http://www.who.int/immunization/policy/position_papers/diphtheria/en/

Wijaya, Y. S. (2017). Simultaneous Diphtheria Immunization Following Outbreak in Jakarta. *The Jakarta Post*. Retrieved from http://www.thejakartapost.com/news/2017/12/08/simultaneous-diphtheria-immunization-following-outbreak-in-jakarta.html

Wong, D. L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., & Schwartz, P. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik* (E. Yudha, E. Wahyuningsih, D. Yulianti, & N. B. Subekti Eds. 6 ed. Vol. 1). Jakarta: EGC.