

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Campak**

##### **2.1.1 Definisi**

Campak adalah suatu penyakit akut yang sangat menular yang disebabkan oleh virus. Campak disebut juga *rubeola*, *morbili*, atau *measles*. Penyakit ini ditularkan melalui droplet ataupun kontak dengan penderita. Penyakit ini memiliki masa inkubasi 8-13 hari. Campak ditandai dengan gejala awal demam, batuk, pilek, dan konjungtivitis yang kemudian diikuti dengan bercak kemerahan pada kulit (rash).<sup>1,7,8</sup> Dampak penyakit campak di kemudian hari adalah kurang gizi sebagai akibat diare berulang dan berkepanjangan pasca campak, sindrom radang otak pada anak diatas 10 tahun, dan tuberkulosis paru menjadi lebih parah setelah sakit campak berat.<sup>2)</sup>

##### **2.1.2 Epidemiologi**

Campak merupakan penyakit endemik di banyak negara terutama di negara berkembang. Angka kesakitan di seluruh dunia mencapai 5-10 kasus per 10.000 dengan jumlah kematian 1-3 kasus per 1000 orang. Campak masih ditemukan di negara maju. Sebelum ditemukan vaksin pada tahun 1963 di Amerika Serikat, terdapat lebih dari 1,5 juta kasus campak setiap tahun. Mulai

tahun 1963 kasus campak menurun drastis dan hanya ditemukan kurang dari 100 kasus pada 1998. <sup>1</sup>

Di Indonesia, campak masih menempati urutan ke-5 dari 10 penyakit utama pada bayi dan anak balita (1-4 tahun) berdasarkan laporan SKRT tahun 1985/1986. KLB masih terus dilaporkan. Dilaporkan terjadi KLB di pulau Bangka pada tahun 1971 dengan angka kematian sekitar 12%, KLB di Provinsi Jawa Barat pada tahun 1981 (CFR=15%), dan KLB di Palembang, Lampung, dan Bengkulu pada tahun 1998. Pada tahun 2003, di Semarang masih tercatat terdapat 104 kasus campak dengan CFR 0%. <sup>1</sup>

### **2.1.3 Pencegahan**

#### **1. Pencegahan Penularan**

Pencegahan dapat dilakukan dengan melalui tindakan *Health Promotion*, baik pada hospes maupun lingkungan dan perlindungan khusus terhadap penularan.

- a. *Health Promotion* terhadap host.
- b. Pencegahan virus campak menular melalui percikan air ludah penderita campak
- c. Mengisolasi setelah muncul rash pada 4 hari kontak agar mencegah penularan.

#### **2. Pencegahan Penyakit**

Pencegahan penyakit campak dibagi dalam beberapa tahap sebagai berikut:

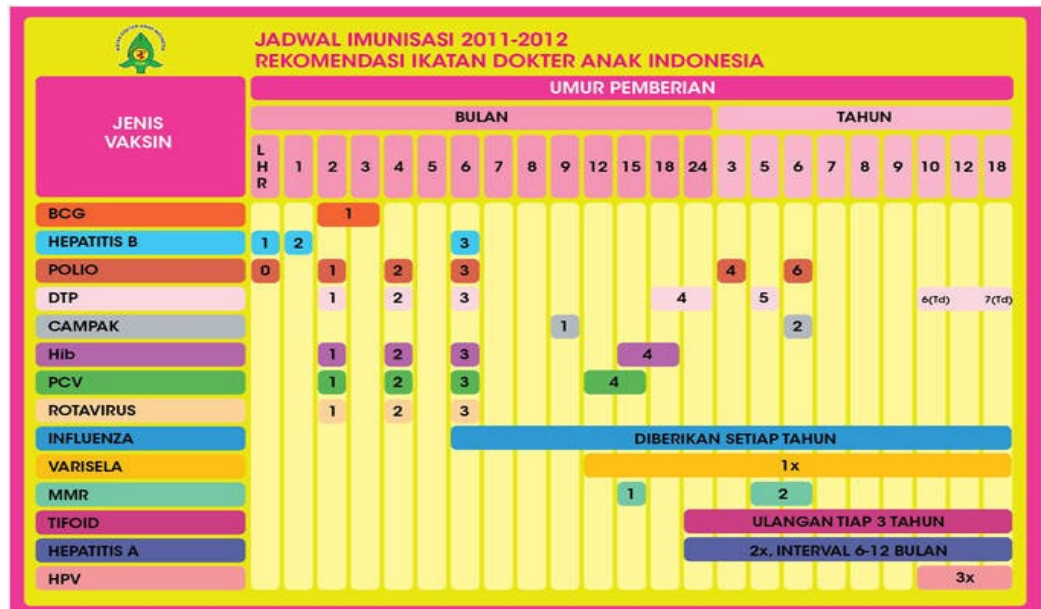
- a. Bila terjadi kontak dengan penderita campak dibawah 3 hari  
Langsung memberikan imunisasi campak dapat memberikan kekebalan apabila belum timbul gejala penyakit.
- b. Bila terjadi kontak dengan penderita campak setelah 3-6 hari  
Memberikan imuno globulin 0,25ml/kgBB. Pada individu immuno compromised yang diberikan adalah imuno globulin 0,5ml/kgBB dengan dosis maksimal 15 ml atau IGIV 400mg/kgBB.<sup>8)</sup>

## **2.2 Imunisasi Campak**

### **2.2.1 Jadwal Imunisasi campak**

Vaksin Campak diberikan pada bayi berusia 9 bulan secara subkutan maupun intramuskular di otot deltoid lengan atas dan dilanjutkan pemberian vaksin kembali pada saat anak masuk SD (program BIAS).<sup>3)</sup>

Selain itu vaksinasi campak juga dapat diberikan pada kesempatan kedua sesuai dengan *crash program campak* yaitu pada umur 6-59 bulan dan SD kelas 1-6. Apabila anak telah mendapat imunisasi MMR pada usia 15-18 bulan dan ulangan imunisasi pada umur 6 tahun maka ulangan campak pada saat masuk SD tidak diperlukan.<sup>2)</sup>

Gambar 1. Jadwal Imunisasi berdasarkan IDAI 2011-2012<sup>9</sup>Gambar 1. Jadwal Imunisasi berdasarkan IDAI 2011-2012<sup>9</sup>

### 2.2.2 Cakupan imunisasi campak

Salah satu tujuan imunisasi adalah menurunkan angka kematian dan kesakitan yang ditimbulkan oleh penyakit. Tujuan tersebut dapat dicapai dengan pelaksanaan program imunisasi rutin dan kegiatan tambahan imunisasi. Menurut RPJMN (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional) 2004-2009, peningkatan cakupan imunisasi menjadi prioritas utama dalam program pencegahan dan pengendalian penyakit.

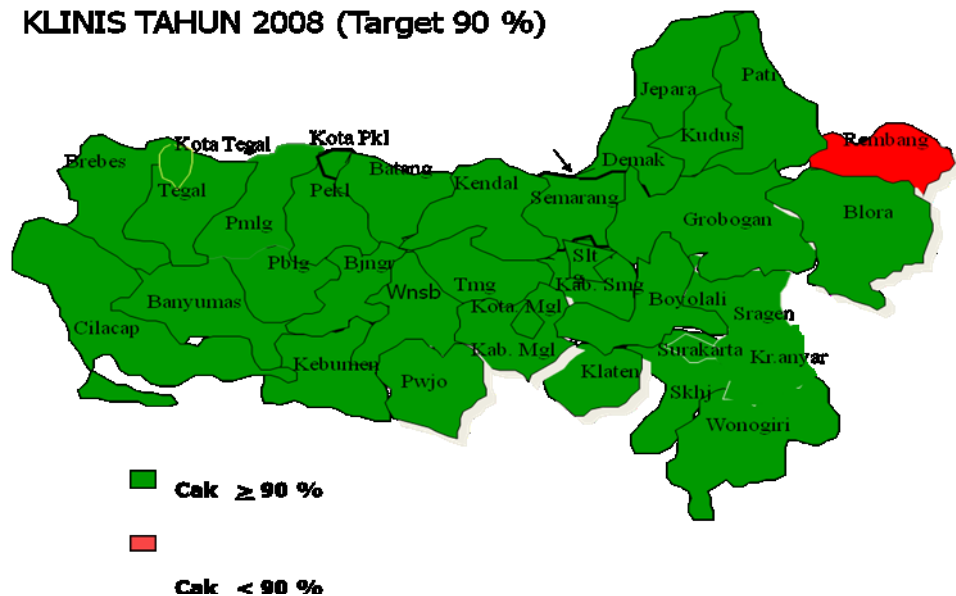
Dalam program ini, imunisasi dimaksudkan untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat suatu penyakit. Indikator yang digunakan dalam RPJMN dalam menilai keberhasilan program

adalah dengan menghitung persentase desa yang mencapai UCI (Universal Child Immunization).

Dalam SPM (Permenkes RI no 741/Menkes/Per/VII/2008; Kepmenkes RI no 828/Menkes/SK/IX/2008) ditentukan target UCI desa / kelurahan minimal 80 % bayi mendapat imunisasi dasar lengkap dan UCI desa / kelurahan sebesar 100 % pada tahun 2010. Di Jawa Tengah target imunisasi tahun 2008 adalah tercapainya cakupan imunisasi campak sebesar 90%. Sebagian besar kabupaten/ kota telah memenuhi target kecuali Rembang yang belum memenuhi target

c

#### HASIL CAKUPAN IMUNISASI CAMPAK DAN KASUS CAMPAK KLINIS TAHUN 2008 (Target 90 %)



akupan 90%.<sup>10)</sup>

Gambar 2. Hasil Cakupan Imunisasi Campak dan Kasus Campak klinis tahun 2008 di Jawa Tengah<sup>10)</sup>

### 2.2.3 Hambatan imunisasi campak

Dalam pelaksanaan imunisasi campak tentu saja banyak ditemukan -hambatan yang mengganggu berjalannya program imunisasi campak dengan baik. Salah satunya adalah pemberian imunisasi campak harus menuungu hingga antibodi maternal hilang supaya imunisasi campak tidak ternetralisasi oleh antibodi maternal tersebut. Hambatan lain yang sering ditemukan juga adalah kerusakan vaksin yang diakibatkan penyimpanan yang kurang tepat karena vaksin campak sendiri adalah virus hidup yang dilemahkan sehingga tidak boleh terkena sinar matahari secara langsung serta harus disimpan dalam keadaan beku.

Berikut adalah hambatan – hambatan yang ditemui dalam pelaksanaan imunisasi menurut Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.<sup>10</sup>

#### a. Pelaksanaan Program :

- Pelaksanaan program belum dilaksanakan secara optimal sesuai dengan standart WHO (safety injection, perencanaan dan pelaksanaan kegiatan)
- Masih ditemukan penolakan imunisasi di masyarakat (Agama, KIPI)
- Penentuan target belum sesuai dengan sasaran yang ada (sasaran riil)

- Sistem pencatatan dan pelaporan dari UPS yang belum optimal (belum rutin melapor)
- Alokasi dana untuk pelaksanaan program imunisasi belum sesuai kebutuhan

b. Pengelolaan *Cold Chain* :

- Pendistribusian vaksin dari Pusat belum tepat waktu sesuai kebutuhan
- Sarana dan prasarana belum sesuai dengan standar WHO dan belum sesuai dengan kebutuhan

#### **2.2.4 Penanganan Permasalahan**

a. Pelaksanaan Program :

- Melaksanakan pelatihan/refreshing program imunisasi disetiap jenjang pelayanan (OJT)
- Meningkatkan supervisi suportif secara berkala disetiap jenjang pelayanan dan segera menindaklajuti secara bertahap
- Pendekatan masyarakat melalui tokoh agama
- Meningkatkan koordinasi dan kerja sama dengan UPS dalam sistem pencatatan dan pelaporan

- Melakukan pendataan atau validasi data sasaran dalam menentukan target
- Melakukan validasi dan akurasi hasil cakupan setiap tribulan

b. Pengelolaan Vaksin :

- Meningkatkan koordinasi (jadwal, kebutuhan ) antara Depkes, Biofarma dan Dinkes tentang pendistribusian vaksin
- Mengupayakan ketersediaan sarana dan prasarana sesuai standar WHO dengan anggaran APBD Kabupaten atau Kota
- Meningkatkan koordinasi antara Depkes, Biofarma dan Dinkes
- Mengupayakan ketersediaan sarana dan prasarana sesuai standar WHO

### **2.2.5 Program surveilans campak**

Peranan surveilans dalam program reduksi campak sangat penting, surveilans dapat menilai perkembangan program pemberantasan campak serta dapat membantu menentukan strategi pemberantasannya di setiap daerah, terutama untuk perencanaan, pengendalian dan evaluasi program pemberantasan campak di Indonesia.<sup>11</sup>

#### **2.2.5.1. Tujuan surveilans campak**

Tujuan Surveilans campak adalah sebagai berikut :

1. Mengetahui perubahan epidemiologi campak
2. Mengidentifikasi populasi risiko tinggi



3. Memprediksi dan mencegah terjadinya KLB campak
4. Penyelidikan epidemiologi setiap KLB campak.

#### **2.2.5.2. Strategi surveilans campak**

Strategi surveilans campak meliputi :

##### 1. Surveilans Rutin

Surveilans rutin merupakan Pengamatan Epidemiologi kasus campak yang telah dilakukan secara rutin selama ini berdasarkan sumber data rutin yang telah ada serta sumber data lain yang mungkin dapat dijangkau pengumpulannya.

##### 2. SKD dan Respon KLB campak

Pelaksanaan SKD dan Respon KLB campak dilakukan setelah diketahui atau adanya laporan 1 kasus pada suatu daerah serta pada daerah yang memiliki polulas rentan lebih 5%.

##### 3. Penyelidikan dan penanggulangan setiap KLB campak

Setiap KLB harus diselidiki dan dilakukan penanggulangan secepatnya yang meliputi pengobatan simtomatis pada kasus, pengobatan dengan antibiotika bila terjadi komplikasi, pemberian vitamin A dosis tinggi, perbaikan gizi dan meningkatkan cakupan imunisasi campak/ring vaksinasi (program cepat,sweeping) pada desa-desa risiko tinggi.

##### 4. Pemeriksaan laboratorium pada kondisi tertentu

- Pada tahap reduksi campak dengan pencegahan KLB :

Pemeriksaan laboratorium dilakukan terhadap 10 - 15 kasus baru pada setiap KLB.

- Pada tahap eliminasi/eradikasi, setiap kasus campak dilakukan pemeriksaan laboratorium.

#### 5. Studi epidemiologi

Melakukan survei cepat, penelitian operasional atau operational research (OR) sebagai tindak lanjut hasil analisis surveilans untuk melengkapi data/informasi surveilans yang diperlukan sebagai dasar pengambilan keputusan dalam perbaikan program (corrective action).

#### **2.2.6. Pelaksanaan surveilans campak**

Kegiatan surveilans campak dalam program eradikasi campak adalah :

##### **2.2.6.1 Surveilans rutin**

Surveilans rutin dilaksanakan terutama oleh surveilans puskesmas serta surveilans kabupaten/kota.

##### **2.2.6.2. Sistem kewaspadaan dini KLB campak**

Dalam mengantisipasi kemungkinan terjadinya KLB perlu di laksanakan kegiatan kewaspadaan dini KLB.

Strategi dalam SKD-KLB campak adalah :

##### 1. Pemantauan populasi rentan

Populasi rentan (susceptible) atau tak terlindungi imunisasi campak dapat dihitung dengan rumus :

$$Prc = Px - 0,85 ( Cix .Px ) - BS - AM$$

Prc = Jumlah populasi rentan campak pada tahun (x)

Px = Jumlah populasi bayi pada tahun (x)

Ci.x = % cakupan imunisasi tahun (x)

BS = Jumlah Bayi sakit campak selama periode thn x

AM = Jumlah Bayi meninggal selama periode tahun (x)

Dalam pemantauan populasi rentan dilakukan juga pemantauan terhadap :

- o Status gizi Balita
- o Keterjangkaun pelayanan kesehatan (asesibilitas)
- o kelompok pengungsi

## 2. Pemantauan kasus campak melalui PWS-campak

Apabila ditemukan satu kasus pada desa dengan cakupan tinggi (>90%), masih perlu diwaspadai pula mengingat adanya kemungkinan kesalahan rantai dingin vaksin atau karena cakupan imunisasi yang kurang dipercaya. Menurut WHO, apabila ditemukan satu (1) kasus pada satu wilayah, maka kemungkinan ada 17-20 kasus di lapangan pada jumlah penduduk rentan yang tinggi.

### 2.2.6.3. Penyelidikan dan penanggulangan KLB campak

Dalam tahap reduksi campak maka setiap KLB campak harus dapat dilakukan penyelidikan epiderniologi baik oleh surveilans puskesmas maupun bersama-sama dengan surveilans dinas kesehatan. Indikasi penyelidikan KLB Campak dilakukan apabila hasil pengamatan SKD KLB/PWS kasus campak ditemukan indikasi adanya peningkatan kasus dan penyelidikan Pra KLB menunjukkan terjadi KLB, atau adanya

laporan peningkatan kasus atau kematian campak dari masyarakat, media masa dll.

Strategi penanggulangan KLB Campak :

1. Penyelidikan Epidemiologi KLB campak

KLB campak harus segera diselidiki untuk melakukan diagnosa secara dini (early diagnosis), agar penanggulangan dapat segera dilaksanakan.

2. Penanggulangan KLB campak

Penanggulangan KLB campak didasarkan analisis dan rekomendasi hasil penyelidikan KLB campak, dilakukan sesegera mungkin agar transmisi virus dapat dihentikan dan KLB tidak meluas serta membatasi jumlah kasus dan kematian. KLB campak harus segera didiagnosa secara dini (early diagnosis) dan segera ditanggulangi (out break respons) agar KLB tidak meluas dan membatasi jumlah kasus dan kematian.

3. Pemeriksaan Laboratorium

Untuk mendukung diagnosa campak pada saat KLB, maka perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium, yaitu dengan mengambil spesimen. darah sebanyak 10-15 penderita baru, dan waktu sakit kasus kurang dari 21 hari, serta beberapa sampel urine kasus campak untuk isolasi virus.

## 2.3 Sikap dan Perilaku

### 2.3.1 Sikap

Sikap adalah suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapaan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial atau secara sederhana. Sikap merupakan respon terhadap stimulasi sosial yang telah terkondisikan.<sup>12</sup>

Adapun tingkatan sikap, yaitu:<sup>13</sup>

#### 1. Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa subjek mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan

#### 2. Menanggapi (*responding*)

Memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang diberikan

#### 3. Menghargai (*valuing*)

Menghargai diartikan subjek memberikan hasil positif terhadap objek atau stimulus seperti membahas orang lain, mengajak atau menganjurkan orang lain merespon.

#### 4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Tingkatan sikap dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala Likert, yaitu untuk pernyataan *favourable* bila menjawab:<sup>14</sup>

1. Sangat setuju : nilai 5

- 2. Setuju : nilai 4
- 3. Ragu – ragu : nilai 3
- 4. Tidak setuju : nilai 2
- 5. Sangat tidak setuju : nilai 1

Sedangkan pernyataan *unfavourable* bila menjawab:<sup>14</sup>

- 1. Sangat tidak setuju : nilai 5
- 2. Tidak setuju : nilai 4
- 3. Ragu-ragu : nilai 3
- 4. Tidak setuju : nilai 2
- 5. Setuju : nilai 1

### **2.3.2 Perilaku**

Perilaku adalah tanggapan atau reaksi individu terhadap rangsang atau lingkungan. Pengertian lain menyatakan bahwa perilaku adalah tindakan atau perbuatan organisme yang dapat diamati dan dipelajari.

Adapun jenis – jenis perilaku yang berhubungan dengan kesehatan:<sup>15</sup>

- 1. Perilaku kesehatan, yaitu tindakan seseorang untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan
- 2. Perilaku sakit, yaitu tindakan seseorang yang merasa sakit untuk merasakan keadaannya serta mengidentifikasi penyakit dan mencegah penyakit tersebut

3. Perilaku peran sakit, yaitu tindakan seseorang yang merasa sakit untuk memperoleh kesembuhan.

Faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku antara lain:<sup>16</sup>

1. Faktor internal, yaitu faktor yang berasal dari diri sendiri. Faktor internal ini terdiri dari kecerdasan, persepsi, motivasi, minat, emosi dan sebagainya.
2. Faktor eksternal, yaitu faktor yang berasal dari luar individu yang bersangkutan. Faktor ini meliputi obyek, orang, kelompok dan hasil kebudayaan.

#### **2.4 Reaksi imunisasi campak**

Reaksi yang disebabkan induksi imunisasi umumnya sudah dapat diprediksi terlebih dahulu karena merupakan reaksi simpang imunisasi dan secara klinis biasanya ringan. Walaupun demikian dapat saja terjadi gejala klinis hebat seperti reaksi anafilaksis sistemik dengan risiko kematian. Reaksi simpang ini sudah teridentifikasi dengan baik dan tercantum dalam petunjuk pemakaian tertulis oleh produsen sebagai indikasi kontra, indikasi khusus, perhatian khusus, atau berbagai tindakan dan perhatian spesifik lainnya termasuk kemungkinan interaksi dengan obat atau vaksin lain.

#### 1.4.4 Reaksi Imunisasi Campak

Tabel 3. Reaksi Vaksin Campak<sup>19</sup>

Reaksi	Onset	Reaksi per jumlah dosis	reaksi per juta dosis
R. Lokal tmpt inj	0-2 hari	-1 : 10	( -10%)
Demam	6-12 hari	1 : 6 sp 1: 20	( 5 –15%)
Rash	6-12 hari	-1 : 10	(- 5%)
Kejang demam	6-12 hari	1 : 3000	330
Thrombocytopeni	15 – 35 hari	1 : 30000	30
Reaksi hypersensitivity berat	0 – 2 jam	-1 : 100 000	-10
Anaphylactic	0 –1 jam	-1 : 1 000 000	-1
Encephalopathy	6 –12 hari	<1 : 1 000 000	<1