

# ANALISIS DESKRIPTIF MASALAH KESEHATAN MASYARAKAT PESISIR DESA KARANGSONG - INDRAMAYU

**Idham Latif**

PSIKM, STIKes Indramayu – Jalan Wirapati Sindang Indramayu  
surel: idham\_latif2005@yahoo.co.id, HP: 081324431113

## ABSTRAK

Nelayan merupakan kelompok masyarakat yang rawan kemiskinan, dikarenakan pekerjaannya sangat dipengaruhi oleh kondisi cuaca dan musim. Upaya Pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat nelayan dibidang kesehatan adalah meningkatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya yang diarahkan pada upaya-upaya kesehatan promotif-preventif dengan *focal point* keselamatan kerja dan disertai berbagai upaya lain. Untuk menilai permasalahan kesehatan, maka dilakukanlah analisis deskriptif masalah kesehatan masyarakat pesisir desa Karangsong, guna melihat gambaran beberapa masalah kesehatan yang ada. Penelitian merupakan penelitian deskriptif, dengan sampel 384 kepala keluarga dengan teknik pengambilan secara *proportional simple random sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masalah kesehatan masyarakat pesisir desa Karangsong, terutama masih pada masalah kesehatan lingkungan, perilaku dan karakteristik individu. Masalah pelayanan kesehatan relative lebih baik dan aksesibilitas mudah. Untuk peningkatan derajat kesehatan masyarakat pesisir desa Karangsong, maka pemerintah daerah agar lebih meningkatkan pembangunan kesehatan lingkungan. Bagi puskesmas Margadadi perlu meningkatkan upaya promosi. Sedangkan untuk peneliti, perlu dilanjutkan studi analisis faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat dengan beberapa kasus penyakit yang dominan terjadi di wilayah pesisir Karangsong.

Kata Kunci: deskriptif, pesisir, kesehatan masyarakat

## DESCRIPTIVE ANALYSIS OF THE PUBLIC HEALTH PROBLEM OF COASTAL VILLAGE KARANGSONG - INDRAMAYU

### ABSTRACT

*Fishermen are the vulnerable group to poverty, because his working is strongly influenced by weather conditions and seasons. The Government's efforts to improve the welfare of fishing communities in the health sector is improve health services in health centers and their networks are directed at efforts promotive-preventive safety with work safety focal points and complemented other efforts. To assess health problems, conducted a descriptive analysis of health problem of coastal communities in Karangsong village, in order to see the picture of some existing health problems. The research is a descriptive study, with a sample of 384 heads of households with retrieval technique by proportional simple random sampling. The results showed that the public health problem of coastal Karangsong village, mainly still on environmental health problem, behavior and individual characteristics. Problem of health services is relatively better and easy accessibility. For health status improvement of coastal communities of Karangsong village, the local governments to further enhance of environmental health development. For public health centers Margadadi need to increase health promotional efforts. For the researcher, is necessary to continu the study for analyzes the factors that affect the degree of public health with a few cases of disease that predominantly occurs in coastal areas Karangsong.*

*Keywords: descriptive, coastal, public health*

## PENDAHULUAN

Menurut Menteri Kesehatan Republik Indonesia, bahwa kelompok nelayan di Tanah Air perlu mendapatkan perhatian khusus dalam upaya pembangunan kesehatan. Data BPS tahun 2011 menunjukkan bahwa di Indonesia

terdapat sekitar 8.090 desa pesisir yang tersebar di 300 kabupaten/kota pesisir. Dari 234,2 juta jiwa penduduk Indonesia, ada 67,87 juta jiwa yang bekerja di sektor informal, dan sekitar 30% diantaranya adalah nelayan. Data lainnya, 31 juta penduduk miskin di Indonesia,

sekitar 7,87 juta jiwa (25,14%) di antaranya adalah nelayan dan masyarakat pesisir (Mboi Nafsiah, 2013).

Nelayan merupakan kelompok masyarakat yang rawan kemiskinan, dikarenakan pekerjaannya sangat dipengaruhi oleh kondisi cuaca dan musim. Upaya Pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat nelayan dibidang kesehatan adalah meningkatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya. Kegiatan Puskesmas diarahkan pada upaya-upaya kesehatan promotif-preventif dengan *focal point* keselamatan kerja dan disertai berbagai upaya lain yang mencakup: Perbaikan gizi; Perbaikan sanitasi dasar dan penyediaan air bersih; Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA); Penanggulangan penyakit menular dan tidak menular, dan Pemberdayaan masyarakat.

Untuk menilai sejauh mana permasalahan kesehatan di salah satu desa pesisir kabupaten Indramayu, maka dilakukanlah analisis deskriptif masalah kesehatan masyarakat pesisir desa Karangsong, guna melihat gambaran beberapa masalah kesehatan yang ada.

## METODE PENELITIAN

Penelitian merupakan penelitian deskriptif. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 19-24 Juli 2016 di desa Karangsong kecamatan/ kabupaten Indramayu, yang merupakan salah wilayah pesisir Indramayu dengan jumlah pemilik kapal dan nelayan pekerja terbanyak. Populasi penelitian adalah seluruh kepala keluarga yang tercatat pada Kantor Kepala Desa Karangsong, yaitu sejumlah 1.540 kepala keluarga (KK). Pengambilan sampel dilakukan secara proporsional random sampling menurut Rukun Tetangga (RT). Jumlah sampel sebanyak 384 kepala keluarga. Alat pengumpulan data menggunakan kuesioner. Data yang dikumpulkan meliputi: data responden dan

anggota keluarga, persepsi penyakit yang diderita, kematian, akses pelayanan dan pembiayaan kesehatan, kesehatan lingkungan, dan perilaku. Metode analisis yang digunakan adalah analisis diskriptif.

## HASIL PENELITIAN

### A. Karakteristik Responden

Gambaran karakteristik res-ponden menurut umur, pendapatan, dan jumlah anak, terlihat pada tabel 1 berikut.

**Tabel 1. Gambaran Karakteristik responden menurut Umur, Pendapatan, jumlah anak**

Variabel	Mean	Min	Max	SD
Umur (tahun)	46,33	20	90	12,830
Penghasilan/ bulan (Juta)	1,5	0	150	8,9
Jumlah Anak (Orang)	2,63	0	10	1,489

Dari tabel di atas, didapatkan bahwa umur responden rata-rata 46 tahun dengan rentang umur 20—90 tahun. Penghasilan rata-rata 1,5 juta dengan sebaran dari 0 rupiah (tidak memiliki penghasilan) hingga 150 juta. Jumlah anak rata-rata 2-3 anak dengan sebaran tidak/belum memiliki anak hingga jumlah anak 10 orang.

Gambaran karakteristik res-ponden menurut tingkat pendidikan, status pernikahan, dan pekerjaan terlihat pada tabel 2 berikut.

**Tabel 2. Gambaran Karakteristik responden menurut Tingkat Pendidikan, status pernikahan, dan pekerjaan**

Variabel	Kategori	Frekuensi	%
Tingkat Pendidikan	Tidak sekolah	92	24
	Tamat SD/Sederajat	192	<b>50</b>
	Tamat SMP/Sederajat	39	10,2
	Tamat SMA/Sederajat	48	12,5
	Tamat Akademi	2	0,5
	Status Pernikahan	Belum Menikah	1
	Menikah	341	<b>88,8</b>
	Duda/Janda	42	10,9
Pekerjaan	Tidak Bekerja	40	10,4
	Buruh Tani	85	22,1
	Petani Pemilik	11	2,9
	Nelayan	136	<b>35,4</b>
	Juragan Kapal	4	1,0
	PNS	12	3,1
	Karyawan	15	3,9
	Pedagang/Wirausaha	79	20,6
	TNI/POLRI	2	0,5

Dari tabel di atas, didapatkan bahwa tingkat pendidikan responden terbanyak (50%) adalah tamat SD/ sederajat, 88,8% berstatus menikah, serta 35% bekerja sebagai nelayan.

### B. Gambaran penyakit

Gambaran persepsi penyakit yang diderita, dengan mendata seluruh anggota keluarga dari 384 kepala keluarga yang menjadi responden tercatat 1.521 jiwa. Data persepsi penyakit yang diderita, tertera pada tabel 3 berikut:

**Tabel 3. Gambaran Persepsi Penyakit Yang Diderita Responden dan keluarga**

Variabel	Persepsi penyakit	Frekuensi	Rate (%)
Penyakit Menular	Batuk pilek	183	12,0
	Diare	19	1,2

Variabel	Persepsi penyakit	Frekuensi	Rate (%)
	Demam tifoid	10	0,7
	Gatal-gatal	46	3,0
Peny. Tidak Menular	Hipertensi	14	0,9
	Jantung koroner	6	0,4
	Stroke	1	0,1
	Tumor/kanker	1	0,1
	Diabetes mellitus	9	0,6
	Lainnya	38	2,5

Dari tabel di atas, diperoleh bahwa menurut persepsi penyakit menurut responden, rate tertinggi untuk penyakit menular adalah batuk pilek (12%). Sedangkan untuk penyakit tidak menular, 0,9% adalah Hipertensi.

### C. Gambaran Kematian

Gambaran peristiwa kematian terlihat pada tabel 4 berikut.

**Tabel 4. Gambaran Kejadian Kematian**

Variabel	Kategori	Frekuensi	%
Kejadian kematian dalam 1 tahun terakhir	Ada	23	6,0
	Tidak ada	361	94,0
Rincian kejadian kematian	Janin	1	4,3
	Bayi	1	4,3
	Remaja	1	4,3
	Dewasa	6	26,1
	Usia lanjut	14	60,9
Persepsi penyebab kematian	Penyakit	15	65,2
	Kecelakaan lalu lintas	1	4,3
	Tidak tahu	3	13,1
	Lain-lain	4	17,4

Dari tabel di atas, diperoleh bahwa dalam 1 tahun terakhir ada sebanyak 6% (23 orang) pada rumah tangga responden terjadi peristiwa kematian, dengan 60,9% peristiwa kematian pada usia lanjut (lebih dari 60 tahun) namun juga terdapat satu kejadian kematian bayi.

Adapun persepsi penyebab kematian 65,2% disebabkan oleh penyakit.

#### D. Gambaran Pola Pencarian Pengobatan, Akses Pelayanan Kesehatan dan Pembiayaan Kesehatan

Gambaran pola pencarian pengobatan, akses pelayanan kesehatan dan pembiayaan kesehatan terlihat pada tabel 5 berikut.

**Tabel 5. Gambaran Pola Pencarian Pengobatan, Akses Pelayanan dan Pembiayaan Kesehatan**

Variabel	Kategori	Frekuensi	%
Pertolongan pengobatan pertama kali	Tradisional/ alternatif	8	2,1
	Obat di warung/toko	156	40,6
	Dukun	4	1,0
	Pemuka agama/kyai	3	0,8
	Tenaga kesehatan	212	<b>55,2</b>
Pertolongan pengobatan kedua	Lain-lain	1	0,3
	Non sarana kesehatan	4	1,0
	Sarkes Pemerintah	356	<b>92,7</b>
	Sarkes swasta	19	4,9
Jarak ke Sarkes	Lain-lain	5	1,3
	Kurang dari 1 km	100	26,0
	1-5 km	186	<b>48,4</b>
	6-10 km	71	18,5
Alat transportasi yang digunakan	> 10 km	27	7,0
	Jalan Kaki	51	13,3
	Kendaraan Pribadi	240	<b>62,5</b>
	Ang. Umum/ Ojeg	86	22,4
Pembiayaan kesehatan	Ambulance Desa	7	1,8
	Kasep	60	15,6
	Jamkesmas	157	<b>40,9</b>
	BPJS (mandiri)	89	23,2
	Non Asuransi	78	20,2

Dari tabel di atas, diperoleh bahwa pola pertolongan pengobatan pertama kali adalah 55,2% ke tenaga kesehatan, sedangkan pencarian pengobatan kedua (bila pertolongan pengobatan pertama tidak sembuh) adalah 92,7% pergi ke sarana kesehatan pemerintah, alat transportasi yang digunakan menuju sarana kesehatan adalah 62,5% menggunakan

kendaraan pribadi. 48,4% jarak antara rumah dengan sarana kesehatan berjarak 1-5 km. Adapun pembiayaan kesehatan 40,9% dari Jamkesmas.

#### E. Gambaran Kondisi Rumah dan Kesehatan Lingkungan

Gambaran kondisi rumah dan kesehatan lingkungan terlihat pada tabel 6 berikut.

**Tabel 6. Gambaran Kondisi Rumah dan Kesehatan Lingkungan**

Variabel	Kategori	Frekuensi	%
Jamban keluarga	Memenuhi syarat	247	<b>64,3</b>
	Tdk Mem. syarat	132	34,4
	Tidak Ada Sarana	5	1,3
Jarak jamban Dengan sumber air bersih	<10 meter	295	<b>76,8</b>
	>10 meter	89	23,2
Sumber air untuk memasak	Sumur dangkal/gali	8	2,1
	Sumur dalam PDAM	5	1,3
	371	<b>96,6</b>	
Sumber air untuk MCK	Sumur dangkal/gali	5	1,3
	Sumur dalam PDAM	371	<b>96,6</b>
	PDAM	3	0,8
	Sungai		
Cara pembuangan air limbah	Tergenang	19	4,9
	Keselokan/sungai	359	<b>93,5</b>
	Lainnya	6	1,6
Tempat pembuangan sampah	Tertutup	46	12
	Tidak tertutup	253	<b>65,9</b>
	Tidak tersedia	85	22,1
Ventilasi rumah	Cukup	194	<b>50,5</b>
	Tdk ckp	136	35,4
	Tidak ada	51	13,3
	Tidak tahu	3	0,8
Letak dapur	Terpisah dr rumah	48	12,5
	Didalam rumah	330	<b>85,9</b>
	Tidak tahu	6	1,6

Variabel	Kategori	Frekuensi	%
Potensi pencemaran udara dari dapur	Ada potensi	189	<b>49,2</b>
	Tidak ada potensi	182	47,4
	Tidak tahu	13	3,4
Lantai rumah	Tanah Seluruh	30	7,8
	Sebagian Tanah Kramik/plester	82	21,4
		272	<b>70,8</b>
Pencahayaannya	Matahari masuk	192	<b>50,0</b>
	Matahari tdkMasuk	152	39,6
	Tidak ada pencah.	35	9,1
	Tidak tahu	5	1,3
Kepadatan hunian kamar	Padat (<8 m <sup>2</sup> /or)	95	24,7
	Cukup (9 m <sup>2</sup> /or)	242	<b>63</b>
	Tidak (>10 m <sup>2</sup> /or)	47	12,3

Dari tabel di atas, diperoleh bahwa 64,3% memiliki jamban keluarga yang memenuhi syarat, namun jarak jamban dengan sumber air bersih 76,8% kurang dari 10 meter, sumber air yang digunakan untuk memasak dan MCK adalah 96,6% dari PDAM. Cara pembuangan limbah rumah tangga 93,5% disalurkan ke selokan. Tempat pembuangan sampah 65,9% tidak tertutup. Ventilasi ruangan 50,5% cukup, letak dapur 85,9% berada di dalam rumah, dengan 49,2% memiliki potensi mencemari ruangan rumah. Lantai rumah 70,8% terbuat dari keramik/ubin. Kepadatan hunian kamar 63% dalam kategori cukup (9m<sup>2</sup>/orang).

#### F. Gambaran Perilaku

Gambaran perilaku terlihat pada tabel 7 berikut.

**Tabel 7. Gambaran Perilaku**

Variabel	Kategori	Frekuensi	%
Merokok dalam rumah	Sering	146	<b>49,2</b>
	Kadang-kadang	145	48,8
	Tidak biasa	6	2,0

Variabel	Kategori	Frekuensi	%
Mencuci tangan sebelum makan	Sering	336	<b>87,5</b>
	Kadang-kadang	37	9,6
	Tidak biasa	11	2,
Melakukan PSN seminggu sekali	Sering	229	<b>59,6</b>
	Kadang-kadang	96	25,0
	Tidak biasa	59	15
BAB di jamban dalam rumah	Sering	369	<b>96,1</b>
	Kadang-kadang	8	2,1
	Tidak biasa	7	1
Meminum obat cacing tiap 6 bulan	Sering	77	20,1
	Kadang-kadang	53	13,8
	Tidak biasa	254	<b>66</b>
Membiarkan anak balita BAB dalam rumah	Sering	10	2,6
	Kadang-kadang	18	4,7
	Tidak biasa	356	<b>92,7</b>
Memakan kembali makanan yang jatuh	Sering	38	9,9
	Kadang-kadang	104	27,1
	Tidak biasa	242	<b>63</b>

Dari tabel di atas, diperoleh bahwa 49,2% sering merokok dalam rumah, 87,5% sering mencuci tangan sebelum makan, 59,6% sering melakukan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk), 96,1% sering BAB di jamban dalam rumah, 66% tidak biasa meminum obat cacing rutin tiap 6 bulan, 92,7% tidak biasa membiarkan anak balita BAB dalam rumah, serta 63% tidak biasa memakan kembali makanan yang sudah jatuh.

#### PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis deskriptif masalah kesehatan masyarakat pesisir desa Karangsong Indramayu, bahwasannya upaya pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat nelayan dibidang kesehatan dengan meningkatkan pelayanan kesehatan di puskesmas dan jaringannya, dengan kegiatan puskesmas diarahkan pada upaya-upaya kesehatan promotif-preventif dengan *focal point* keselamatan kerja dan disertai berbagai

upaya lain yang mencakup: perbaikan gizi; perbaikan sanitasi dasar dan penyediaan air bersih; Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA); penanggulangan penyakit menular dan tidak menular, dan pemberdayaan masyarakat, tampaknya belum optimal menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat di daerah pesisir desa Karangsong Indramayu. Dari beberapa indikator derajat kesehatan masyarakat seperti masih ditemukannya kematian dalam 1 tahun terakhir ada sebanyak 6% (23 orang) pada rumah tangga responden, dengan 60,9% peristiwa kematian pada usia lanjut (lebih dari 60 tahun) namun juga terdapat satu kejadian kematian bayi. Adapun persepsi penyebab kematian 65,2% disebabkan oleh penyakit. Selain indikator tersebut, adanya penyakit menular: batuk pilek, gatal-gatal dan diare, serta penyakit tidak menular berupa Hipertensi, Stroke, Tumor, dan Diabetes Melitus, merupakan petunjuk masih adanya masalah kesehatan masyarakat di wilayah pesisir ini. Menurut teori Hendrik L Blum, bahwa derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh 4 faktor, yaitu faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan hereditas, dimana faktor lingkungan mempunyai peranan yang sangat besar (Notoatmodjo, 2003). Teori itu jika dikaitkan dengan permasalahan kesehatan masyarakat di daerah pesisir desa Karangsong, terlihat beberapa masalah yang relevan dari faktor lingkungan adalah: meskipun 64,3% memiliki jamban keluarga yang memenuhi syarat namun jarak jamban dengan sumber air bersih 76,8% masih kurang dari 10 meter. Kondisi itu dapat mempengaruhi sumber air bersih yang digunakan masyarakat, karena meskipun sumber air yang digunakan untuk memasak dan MCK adalah 96,6% dari PDAM, namun masih ada 1,3—2,1% yang menggunakan sumur dangkal. Kondisi tersebut juga diperburuk dengan pencemaran air yang berasal dari saluran pembuangan air limbah

rumah tangga, mengingat sara pembuangan limbah rumah tangga 93,5% disalurkan ke selokan. Tempat pembuangan sampah 65,9% tidak tertutup, sangat berpengaruh terhadap transmisi penularan penyakit yang ditularkan oleh vektor (lalat) yang berpotensi timbulnya penyakit diare. Ventilasi ruangan 50,5% cukup, namun boleh dikatakan belum maksimal apalagi mengingat letak dapur 85,9% berada di dalam rumah dengan 49,2% memiliki potensi mencemari ruangan rumah. Kondisi pencemaran ini berpotensi memacu penyakit Pneumonia yang berawal dari gejala batuk pilek, dimana penyakit ini merupakan pembunuh ke dua pada balita di Indonesia setelah Diare dengan proporsi Pneumonia merupakan 15,5% penyebab kematian balita (Kemenkes RI, 2010). Adapun faktor risiko yang berkontribusi terhadap insidens pneumonia tersebut antara lain gizi kurang, ASI eksklusif rendah, polusi udara dalam ruangan, kepadatan, cakupan imunisasi campak rendah dan BBLR (Kemenkes RI, 2012). Kepadatan ruangan, meskipun merupakan faktor risiko Pneumonia, namun kondisi di desa karangsong, dengan kepadatan hunian kamar 63% dalam kategori cukup ( $9\text{m}^2/\text{orang}$ ), dengan demikian akan merupakan pelindung untuk tidak terjadinya Pneumonia. Dari sisi perilaku, bahwa 49,2% sering merokok dalam rumah, hal itu dapat memicu terjadinya Pneumonia sebagaimana hasil analisis Kemenkes bahwa pencemaran dalam ruangan adalah faktor risiko Pneumonia.

Dilihat dari faktor pelayanan kesehatan, aksesibilitas ke sarana pelayanan kesehatan sebagian besar 48,4% jarak antara rumah dengan sarana kesehatan berjarak 1-5 km, yaitu akses ke Puskesmas Margadadi Kec/Kab. Indramayu, yang merupakan puskesmas induk di wilayah kecamatan tersebut. Dengan pola pertolongan pengobatan pertama kali adalah 55,2% ke tenaga kesehatan, dan pencarian pengobatan kedua (bila pertolongan

pengobatan pertama tidak sembuh) adalah 92,7% pergi ke sarana kesehatan pemerintah maka merupakan hal yang sangat mendukung apalagi ditunjang dengan alat transportasi yang digunakan menuju sarana kesehatan adalah 62,5% menggunakan kendaraan pribadi, dan pembiayaan kesehatan 79,8% dicakup dari Kasep, Jamkesmas, serta BPJS mandiri. Dari sisi pelayanan kesehatan, puskesmas itu telah banyak melakukan program preventif-promotion seperti program Kesling, KB, Gizi, Pemberantasan penyakit termasuk didalamnya kegiatan mobile klinik IMS-VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) untuk deteksi dini Infeksi Menular Seksual dan HIV-AIDS. Di desa Karangsong juga merupakan daerah binaan dan ajang praktek mahasiswa, sehingga dengan demikian *relative* lebih baik dari sisi pengetahuan tentang kesehatan.

Dari faktor hereditas (dalam beberapa sumber menyebut karakteristik individu), maka dari segi pendidikan proporsi terbanyak (50%) adalah tamat SD/ sederajat boleh dikatakan masih rendah, serta 35% bekerja sebagai nelayan, dengan penghasilan rata-rata 1,5 juta merupakan penghasilan di bawah Upah Minimal Kabupaten Indramayu 2016 yaitu sebesar Rp 1.665.810 (Republika, 2016). Meskipun dengan rata-rata penghasilan 1,5 juta, namun sebaran dari 0 rupiah (tidak memiliki penghasilan) hingga 150 juta menimbulkan kesenjangan yang jauh. Beberapa keluarga dengan tidak memiliki penghasilan tetap, akan sulit meningkatkan kesejahteraan dan kesehatannya.

## KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat disimpulkan secara umum bahwa masalah kesehatan masyarakat pesisir desa Karangsong, terutama masih pada masalah kesehatan lingkungan, perilaku dan karakteristik individu. Masalah pelayanan

kesehatan *relative* lebih baik dan aksesibilitas mudah.

## SARAN

Pemerintah daerah Indramayu, agar lebih meningkatkan pembangunan kesehatan lingkungan, menyangkut penyediaan sarana dan pengelolaan pembuangan sampah, sarana pembuangan air limbah rumah tangga.

Dinas Kesehatan dan jajarannya di tingkat puskesmas, perlu meningkatkan upaya promosi dalam meningkatkan pengetahuan khususnya tentang pengaruh merokok terhadap kesehatan serta potensi pencemaran udara dari dapur dalam menghilangkan faktor risiko Pneumonia.

Bagi peneliti lain, kiranya dapat dilanjutkan melakukan studi analisis faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat dengan beberapa kasus penyakit yang dominan terjadi di wilayah pesisir Karangsong.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. 2010, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Azwar. 2008. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka pelajar.
- Chandra. 2010. *Biostatistik untu Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Rineka Cipta.
- Santoso Santoso, *Jurnal on line: Jurnal Ekologi Kesehatan, diakses dari*<http://ejournal.litbang.depkes.go.id/i>

ndex.php/jek/article/view/5116 pada tanggal 20 Des 2016 pukul 16.49.

Kemenkes RI. 2009. *Peningkatan Kualitas Kesehatan Anak*, Jakarta: Ditjet PP2PI diakses dari <http://www.pppl.depkes.go.id/> pada tanggal 13 Desember 2016 pukul 15.08.

Kemenkes RI, Buletin jendela epidemiologi volume 3 September 2010, diakses dari [www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/buletin/buletin...pdf](http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/buletin/buletin...pdf) pada tanggal 2 Desember 2016 pukul 10.23.

Kemenkes RI. 2012. *Pedoman Pengendalian Infeksi Pernafasan Akut*. diakses dari [http://www.pppl.depkes.go.id/\\_asset/\\_download/FINAL%20DESIGN%20PEDOMAN%20PENGENDALIAN%20ISPA.pdf](http://www.pppl.depkes.go.id/_asset/_download/FINAL%20DESIGN%20PEDOMAN%20PENGENDALIAN%20ISPA.pdf) pada tanggal 5 Desember 2016 pukul 15.05.

News Republika online, diakses dari <http://nasional.republika.co.id/berita/nasional/daerah/15/11/24/nya7vd346-umk-2016-indramayu-tertinggi-di-wilayah-cirebon> pada tanggal 17 Desember 2016 pukul 13.59.