



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA
DENGAN KEJADIAN ISPA NON PNEUMONIA PADA BALITA
DI KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS
KOTA DEPOK**

TESIS

**HERA HASTUTI
0906656902**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK,
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA
DENGAN KEJADIAN ISPA NON PNEUMONIA PADA BALITA
DI KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS
KOTA DEPOK**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan**

**HERA HASTUTI
0906656902**

Pembimbing:

**Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., PhD
Ety Rekawati, SKp., MKM**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
DEPOK,
JULI, 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

NAMA :HERA HASTUTI

NPM :0906656902

TANDA TANGAN :



TANGGAL: Juli 2012

HALAMAN PERSETUJUAN

HUBUNGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA DENGAN KEJADIAN ISPA NON PNEUMONIA PADA BALITA DI KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

Tesis ini telah diperiksa, disetujui, dan diujikan di hadapan Tim Penguji Tesis
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Indonesia

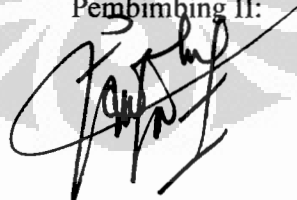
Depok, Juli 2012

Pembimbing I:



Dra. Junaiti Sahar, SKP., M.App.Sc., Ph.D

Pembimbing II:



Etty Rekawati, SKP., MKM

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Hera Hastuti
NPM : 0906656902
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga
Dengan Kejadian ISPA Non Pneumonia Pada Balita di
Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Komunitas pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Junaiti Sahar., M.AppSc., Ph.D. (.....)
Pembimbing : Etty Rekawati., S.Kp, MKM (.....)
Penguji : Poppy Fitriani., S.Kep, Mkep., Sp.Kep.Kom (.....)
Penguji : Ns. Nawang Pujiastuti, Mkep., SpKepKom (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 16 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, atas Kuasa, Rahmat dan Karunia-Nyalah penelitian dengan judul 'Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Kejadian ISPA Non Pneumonia pada Balita di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok' dapat diselesaikan. Penelitian ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Ucapan terima kasih yang sedalam-dalamnya disampaikan kepada semua pihak atas segala bantuan dan dukungannya, terutama:

1. Dewi Irawaty, M.A., PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D, selaku Wakil Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan sebagai Pembimbing I yang senantiasa memberikan bimbingan dan motivasi dengan penuh ketulusan dan kesabaran
3. Ety Rekawati, S.Kp., MKM sebagai Pembimbing II dengan ide-ide dan kreativitasnya, yang telah memberikan bimbingan dan motivasi serta dengan penuh kesabaran telah membimbing
4. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., M.N, selaku ketua Program Studi Pascasarjana atas bimbingan dan bantuannya baik selama pendidikan pendidikan atau pun dalam penyelesaian penelitian ini
5. Kepala Dinas Kesehatan Kota Depok yang telah memberikan izin pelaksanaan penelitian ini
6. Kepala Puskesmas Tugu beserta seluruh karyawan atas ijin dan kesempatan yang telah diberikan untuk melakukan penelitian
7. Wiwin Wiarsih, S.Kp., MN selaku dosen bidang keilmuan keperawatan komunitas FIKUI atas motivasinya sehingga penelitian ini selesai
8. Seluruh keluarga besar Yusrizal dan Soerahman yang telah senantiasa memberikan semangat, dukungan dan doa yang tiada henti

9. Suami tercinta serta kedua anakku yang tersayang atas sumber inspirasi, motivasi, dan doanya yang selalu mengiringi 'perjuangan' ini
10. Teman-teman sejawat, khususnya teman magister peminatan komunitas angkatan Genap 2009 dan angkatan Ganjil 2010 yang senantiasa saling membantu dan memotivasi selama penyusunan laporan penelitian ini

Terlepas bahwa penelitian ini merupakan salah satu syarat meraih gelar Magister Keperawatan, besar harapan bahwa hasil penelitian ini adalah sebuah bukti pengabdian dapat memberikan sedikit kontribusi dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat, khususnya masyarakat di Kota Depok.

Akhirul kata, tidak dapat dipungkiri bahwa sebenarnya kesempurnaan hanyalah milik Allah SWT semata. Karena itu, peneliti mengharapkan segala saran dan kritik demi kesempurnaan penelitian di masa mendatang. Semoga penelitian memberikan manfaat bagi kita semua.

Depok, Juli 2012

Peneliti,

Hera Hastuti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Hera Hastuti
NPM : 0906656902
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti NonEksklusif (Non-exclusive Royalty Free Right)** atas karya tulis ilmiah saya yang berjudul :

**HUBUNGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA
DENGAN KEJADIAN ISPA NON PNEUMONIA PADA BALITA DI
KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 16 Juli 2012

Yang menyatakan



(Hera Hastuti)

ABSTRAK

Nama : Hera Hastuti
Program Studi : Program Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan
Kejadian ISPA Non Pneumonia Pada Balita Di Kelurahan
Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok

Usia balita dapat dikatakan sebagai masa yang berisiko karena pada usia ini sangat mudah dipengaruhi penyakit saluran pernapasan (Non Pneumonia dan Pneumonia) karena dapat berdampak kepada pertumbuhan dan perkembangannya serta dapat mengakibatkan kematian. Lima tugas kesehatan keluarga diharapkan dapat mengidentifikasi, mengurangi dan menanggulangi permasalahan ISPA Non Pneumonia pada balita. Tujuan Penelitian ini adalah ingin mendapat gambaran hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kejadian ISPA Non Pneumonia pada balita di kelurahan Tugu. Desain penelitian ini deskriptif korelasional dan desain *Cross Sectional* dengan jumlah sampel 109 orang. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kejadian non pneumonia pada balita.

Kata Kunci:
Pelaksanaan Tugas Keperawatan Kesehatan Keluarga, ISPA Non Pneumonia

ABSTRAC

Name : Hera Hastuti
Study Program: Program Magister Ilmu Keperawatan
Title : Relationships between Family Health Implementation Task With
ARI Non Pneumonia of Infants In Kelurahan Tugu, Depok

Age of the children can be considered as at risk period because at this age are very susceptible to respiratory diseases (Non Pneumonia and Pneumonia) because it can affect the growth and development and can lead to death. 5 family health tasks are expected to identify, mitigate and cope with problems of Non Pneumonia disease in infants. The purpose of this study is to get an idea of the relationship of family health task execution with non-pneumonia disease incidence in infants in Kelurahan of Tugu. The study design was descriptive correlative and design Cross Sectional with a sample of 109 people. The results of this study showed relationship between ability of families health implementation task with the incidence of non pneumonia in infants.

Keywords: Implementation family health task, *ARI* non-pneumonia

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR SKEMA	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
ABSTRAK	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian.....	10
1.4 Manfaat Penelitian.....	11
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Balita sebagai Kelompok Berisiko	13
2.2 ISPA Pada Balita	22
2.3 Pelaksanaan Fungsi Perawatan Kesehatan	36
2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi Perilaku.....	39
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	43
3.2 Hipotesis Penelitian	44
3.3 Definisi Operasional	44
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	51
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian.....	51
4.3 Populasi dan Sampel.....	52
4.4 Etika Penelitian.....	54
4.5 Instrumen Penelitian	56
4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	58
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	61
4.8 Pengolahan Data	62
4.9 Analisa Data.....	62
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1 Analisis Univariat	68
5.2 Analisis Bivariat	72
5.3 Analisis Multivariat	75

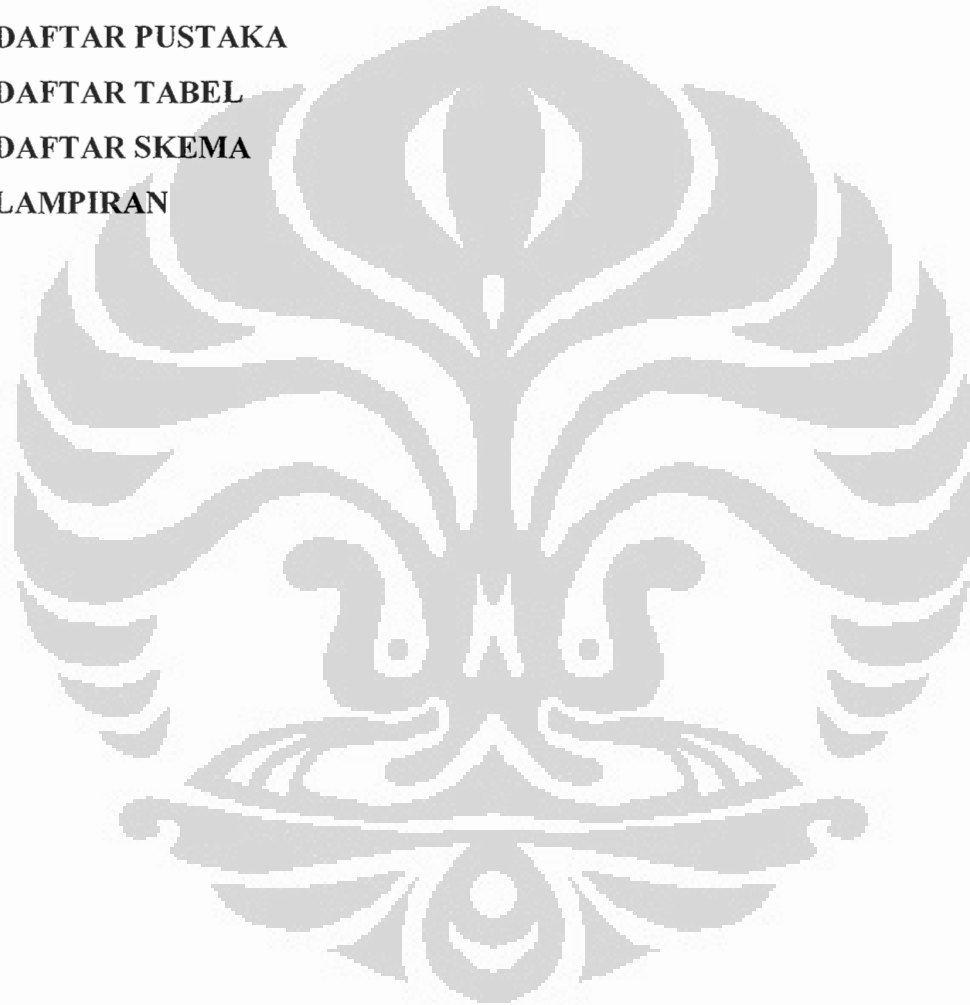
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi Hasil Penelitian.....	78
6.2 Keterbatasan Penelitian	98
6.3 Implikasi Hasil penelitian	99
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan	104
7.2 Saran	105

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

DAFTAR SKEMA

LAMPIRAN

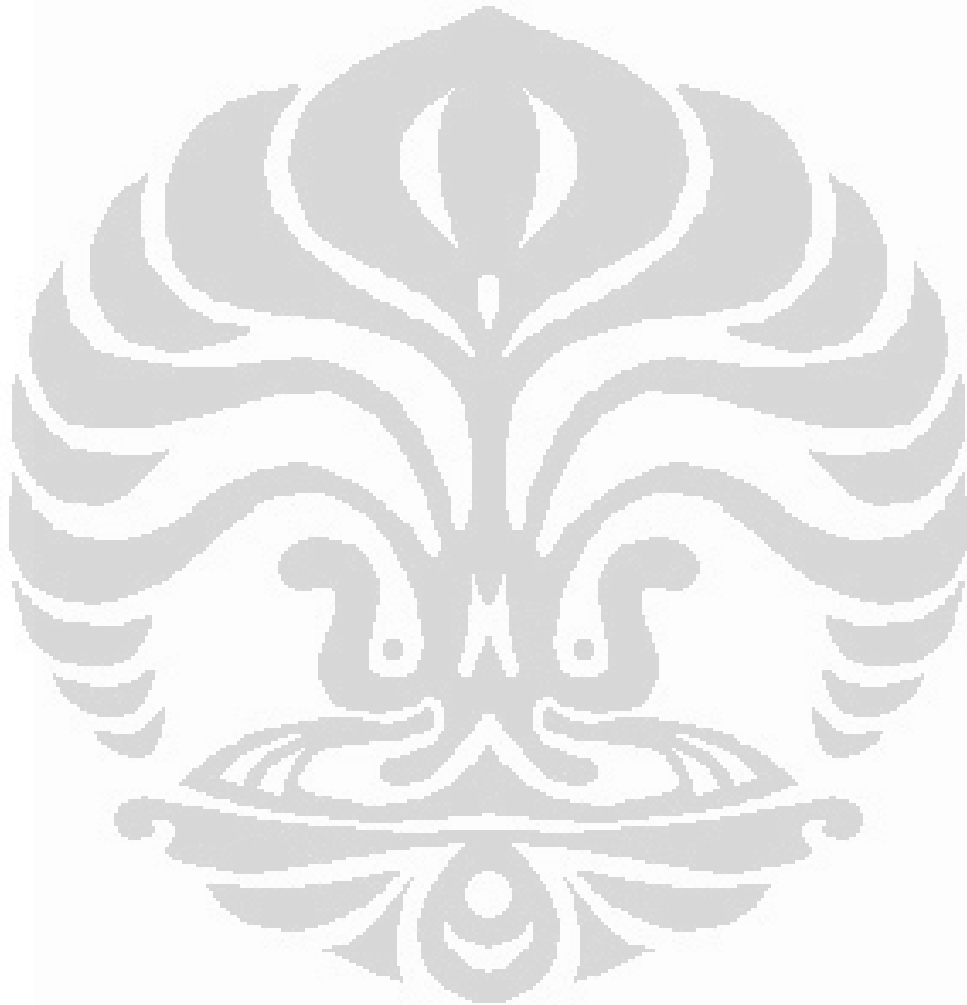


DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel.....	44
Tabel 4.1	Proporsi Sampel Per RW.....	53
Tabel 4.2	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas tahap 1.....	60
Tabel 4.3	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas tahap 2.....	60
Tabel 4.4	Uji Analisis Bivariat.....	64
Tabel 4.5	Uji Analisis Multivariat.....	65
Tabel 5.1	Distribusi Data.....	66
Tabel 5.2	Distribusi Responden Berdasar Karakteristik Balita.....	67
Tabel 5.3	Distribusi Responden Berdasar Karakteristik Keluarga.....	68
Tabel 5.4	Distribusi Responden Berdasar Kejadian Non Pneumonia.....	69
Tabel 5.5	Distribusi Responden Berdasar Pelaksanaan Tugas Kesehatan....	69
Tabel 5.6	Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Kejadian Non Pneumonia pada Balita.....	71
Tabel 5.7	Uji Interaksi.....	74
Tabel 5.8	Uji Konfounding.....	75

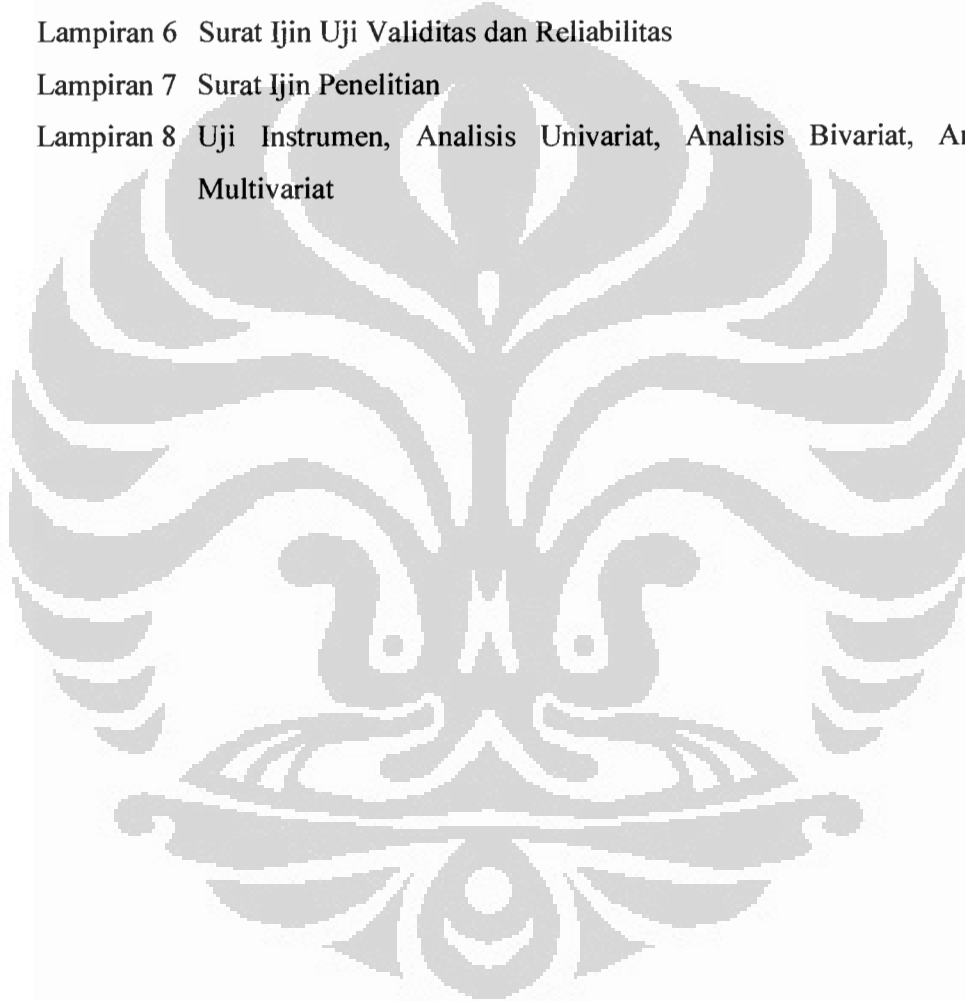
DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori	42
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	43



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kisi – Kisi Instrumen
- Lampiran 2 Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 3 Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 4 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 5 Kuisisioner Penelitian
- Lampiran 6 Surat Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas
- Lampiran 7 Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 8 Uji Instrumen, Analisis Univariat, Analisis Bivariat, Analisis Multivariat



BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini akan diuraikan hal – hal yang menjadi latar belakang pengambilan judul penelitian terutama kaitannya dengan agregat balita dengan penyakit non pneumonia sebagai kelompok rentan, tujuan penelitian dan rumusan masalah penelitian. Adapun hal yang melatarbelakangi adalah konsep at risk, konsep kelompok rentan, konsep penyakit non pneumonia, dampak non pneumonia terhadap pertumbuhan dan perkembangan balita dan upaya yang perlu dilakukan keluarga sesuai peran dan fungsi keluarga dengan melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga.

1.1. Latar Belakang

Kelompok balita merupakan kelompok usia berisiko (*at risk*) yaitu kemungkinan terjadinya penyakit atau cedera yang disebabkan oleh sekelompok faktor yang mempengaruhi, baik faktor manusia, lingkungan atau keduanya (Mc Murray, 2003). Sekelompok orang yang memiliki peluang lebih besar untuk terjadi masalah kesehatan dibanding kelompok yang lain karena terpapar oleh sejumlah bahaya, kehilangan, injuri atau bahaya lain baik dari faktor manusia, lingkungan atau keduanya (Allender & Spradley, 2005).

Faktor risiko terjadinya gangguan kesehatan tidak semua dimiliki oleh individu, keluarga dan masyarakat. Kecendrungan ini diakibatkan oleh meningkatnya jumlah faktor risiko yang akan mempengaruhi keadaan kesehatan. Kelompok yang memiliki risiko lebih tinggi terhadap hasil kesehatan yang buruk disebut juga kelompok rentan. Mereka sering memiliki angka kejadian kematian yang tinggi, akses terhadap perawatan kesehatan yang rendah, memiliki pengharapan hidup yang rendah, dan kualitas hidup yang rendah (Allender & Spradley, 2010). Kelompok rentan mudah dan peka terpapar penyakit. Kelompok yang lemah ini lazimnya tidak sanggup menolong diri sendiri, sehingga memerlukan bantuan orang lain. Selain itu, kelompok rentan juga diartikan sebagai kelompok yang mudah dipengaruhi.

Hal ini berarti sebagai kelompok lemah sehingga mudah dipengaruhi (Stanhope & Lancaster, 2000)

Populasi rentan didefinisikan sebagai kelompok sosial yang memiliki risiko relatif meningkat atau kerentanan terhadap hasil yang merugikan kesehatan. Dalam konteks perawatan kesehatan, risiko adalah istilah epidemiologis yang berarti bahwa beberapa orang memiliki propabilitas lebih tinggi terhadap penyakit daripada yang lain (Stanhope, 2000). Anggota kelompok rentan sering memiliki kombinasi dari faktor risiko (Nichols et al, 1986) yang membuat mereka lebih sensitif terhadap efek merugikan dari faktor risiko. Oleh karena itu kerentanan memberi gambaran bahwa orang-orang tertentu lebih sensitif terhadap faktor risiko daripada yang lain (O'Connor, 1994).

Menurut Stanhope dan Lancaster (2000), faktor risiko yang dapat mempengaruhi balita dengan non pneumonia adalah faktor biologi (faktor genetik dan imunitas tubuh), faktor lingkungan (lingkungan fisik maupun lingkungan social) , faktor ekonomi, faktor gaya hidup (faktor kebiasaan, nilai-nilai yang dianut tentang kesehatan dan persepsi tentang kesehatan) dan faktor kejadian dalam kehidupan (kemampuan beradaptasi pada saat transisi dalam kehidupan). Sedangkan menurut DepKes RI (2002), faktor risiko yang mengakibatkan balita mudah terserang penyakit infeksi diantaranya karena faktor balita sendiri (umur, berat badan lahir, status gizi, vitamin A, status imunisasi), faktor lingkungan (pencemaran udara dalam rumah, ventilasi rumah, kepadatan hunian rumah) dan faktor perilaku keluarga.

Hal ini sesuai dengan beberapa hasil penelitian oleh Munjiah (2002) menyatakan ada hubungan antara status imunisasi dengan kejadian ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut), penelitian Rahmawati (2008) menyatakan ada hubungan faktor nutrisi dengan kejadian ISPA. Penelitian oleh Irianto (2006) dan Yuwono (2008) menyatakan ada hubungan jenis lantai, ventilasi rumah, kepadatan hunian, merokok dalam rumah, dan suhu ruangan dengan kejadian ISPA dan pneumonia pada balita. Faktor risiko secara ekonomi juga

berpengaruh terhadap kejadian ISPA pada balita yaitu sesuai hasil penelitian oleh Ramelan (2006) dan Nurhasanah (2003) yang menyatakan ada hubungan tingkat ekonomi dengan kejadian ISPA pada balita. Faktor risiko oleh perilaku (gaya hidup) sesuai dengan hasil penelitian Nurhaeni (2001) berdasarkan hasil analisa multivariat yang menyatakan ada 3 faktor risiko yang teridentifikasi yaitu pendidikan ibu, jumlah jam anak diajak ikut memasak di dapur dan ventilasi dapur ($p < 0,05$).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Resti (2008) didapatkan *prevalens rate* ISPA pada balita sebesar 79,6%. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa dari 17 variabel yang diteliti, terdapat 7 variabel yang mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian ISPA pada balita yaitu : status gizi, ASI eksklusif, status imunisasi, pendapatan keluarga, kelembaban ruangan, ventilasi rumah dan kepadatan hunian rumah, dengan $p < 0,05$.

Penentuan klasifikasi penyakit ISPA dibedakan atas dua kelompok yaitu umur kurang dari 2 bulan dan umur 2 bulan sampai kurang dari 5 tahun. Kelompok umur kurang dari 2 bulan diagnosis pneumonia berat ditandai dengan adanya napas cepat (*fast breathing*) dimana frekwensi napas 60 kali permenit atau lebih, dan atau adanya tarikan yang kuat dinding dada bagian bawah ke dalam (*severe chest indrawing*). Pneumonia pada anak usia 2 bulan sampai kurang dari 5 tahun ditandai dengan adanya batuk dan atau kesukaran bernapas disertai napas sesak atau tarikan dinding dada bagian bawah kedalam (*chest indrawing*). Bukan/Non pneumonia pada kedua kelompok umur ini apabila ditandai dengan napas cepat tetapi tidak disertai tarikan dinding dada ke dalam. Non pneumonia mencakup kelompok penderita dengan batuk pilek biasa yang tidak ditemukan adanya gejala peningkatan frekwensi napas dan tidak ditemukan tarikan dinding dada bagian bawah kedalam (Depkes, 2002).

Secara anatomik, ISPA dikelompokkan menjadi ISPA saluran napas atas misalnya nasofaringitis, faringitis, tonsillitis yang sering disebut juga dengan non pneumonia dan ISPA saluran napas bawah seperti bronkitis, bronkiolitis

dan pneumonia. Non pneumonia jarang menimbulkan kematian walaupun insidennya jauh lebih tinggi daripada ISPA saluran napas bawah, namun jika tidak diatasi akan mudah untuk menular ke saluran napas bawah terutama pneumonia yang akan mengakibatkan kematian (Wong, 2009).

Faktor risiko yang mempengaruhi masalah kesehatan Balita dengan penyakit ISPA (non pneumonia dan pneumonia) merupakan faktor yang akan mempengaruhi kerentanan balita terhadap berbagai masalah kesehatan dan dapat berdampak kepada pertumbuhan dan perkembangannya serta dapat mengakibatkan kematian. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Wati (2005) yang menyebutkan ada hubungan bermakna antara pertumbuhan bayi 3-6 bulan dengan episode ISPA.

Tumbuh kembang balita yang terhambat akibat berbagai penyakit antara lain ISPA, perlu dikontrol dan diminimalkan. Hal ini dapat berdampak terhadap pertumbuhan selanjutnya. Karena pada usia balita disebut sebagai fase "Golden Age". *Golden age* merupakan masa yang sangat penting untuk memperhatikan tumbuh kembang anak secara cermat agar sedini mungkin dapat terdeteksi apabila terjadi kelainan. Selain itu, penanganan kelainan yang sesuai pada masa *golden age* dapat meminimalisir kelainan pertumbuhan dan perkembangan anak sehingga kelainan yang bersifat permanen dapat dicegah. (Choirunnisa, 2009)

Terdapat tiga penyebab utama kematian bayi yang masih menjadi tantangan besar untuk diatasi. Ketiga hal tersebut adalah ISPA, komplikasi perinatal, dan diare. Gabungan ketiga penyebab ini memberi andil bagi 75 persen kematian bayi. Pola penyebab utama kematian balita juga hampir sama, yaitu penyakit saluran pernafasan, diare, penyakit syaraf—termasuk meningitis dan encephalitis—dan tifus (DepKes RI, 2007). Secara statistik angka kematian bayi di Indonesia menunjukkan penurunan yang cukup signifikan dari 68 pada tahun 1991 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007, sehingga target sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 diperkirakan

dapat tercapai. Angka kematian balita tahun 1991 sejumlah 97 per 1000 kelahiran hidup, tahun 2007 sejumlah 44 per 1000 kelahiran hidup sedangkan target tahun 2015 adalah 32 per kelahiran hidup (BAPPENAS, 2010; DepKes RI, 2010).

Penelitian oleh Williams, et.al (2002) melaporkan bahwa sebagian besar Negara Asia, Amerika Tengah dan Selatan, terutama di Afrika dan di bagian Timur Jauh, proporsi anak yang meninggal akibat ISPA masih sangat tinggi, disebutkan bahwa antara 1,6 dan 2,2 juta anak (95% CI) meninggal karena ISPA setiap tahun. Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2010, penyebab kematian balita di Indonesia pada pasien rawat inap adalah akibat penyakit sistem pernapasan menduduki urutan kelima tertinggi. Salah satu penyakit sistem pernapasan adalah ISPA yaitu penyakit infeksi saluran pernapasan akut. Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada kelompok bayi dan balita saat ini masih menempati urutan pertama penyebab kematian. Selain itu ISPA juga sering berada pada daftar 10 penyakit terbanyak di rumah sakit baik pada rawat jalan maupun rawat inap. Kecepatan infeksi meningkat dari usia 3 sampai 6 bulan, kecepatan infeksi virus terus meningkat selama *toodler* (1 - 3 tahun) dan usia *preschool* (3 - 5 tahun) (Wong, 2009).

Survei mortalitas yang dilakukan oleh Subdit ISPA tahun 2005 menempatkan ISPA sebagai penyebab kematian bayi terbesar di Indonesia dengan persentase 22,30% dari seluruh kematian balita. Survei yang sama juga menunjukkan bahwa pneumonia merupakan penyebab kematian terbesar pada anak balita yaitu 23,60%. Studi mortalitas pada Riskesdas (2007) menunjukkan bahwa proporsi kematian pada bayi (post neonatal) karena pneumonia sebesar 23,8% dan pada anak balita sebesar 15,5% (DepKes, 2010). Hasil SDKI 2001 memperlihatkan prevalensia ISPA pada anak usia kurang 1 tahun sebesar 38,7% dan pada anak usia 1- 4 tahun sebesar 42,2%. Berdasarkan tempat tinggal, penyakit pernafasan lebih tinggi di pedesaan (14,5%) dibandingkan dengan di perkotaan (9,9%) dan diperkirakan setiap anak mengalami 3-6

episode ISPA setiap tahunnya. Sekitar 40%-60% dari kunjungan di Puskesmas karena penyakit ISPA. Dari seluruh kematian, yang disebabkan oleh ISPA mencakup 20% - 30% (DepKes, 2006).

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2010, provinsi Jawa Barat memiliki jumlah penduduk balita tertinggi. Dengan angka kejadian kasus pneumonia termasuk urutan kedua tertinggi yaitu 46,16%. Berdasarkan profil kesehatan kota Depok tahun 2009, pola penderita penyakit rawat jalan di puskesmas untuk usia bayi (< 1 tahun) yang menderita ISPA menempati urutan tertinggi yaitu 28,79% dan balita yaitu 27,24%. Angka kematian Bayi (<1 tahun) akibat pneumonia dan ISPA di rumah sakit menempati urutan 5 penyakit teratas.

Berdasarkan profil puskesmas kelurahan Tugu tahun 2010, pola penyakit penderita rawat jalan balita usia 1-4 tahun dengan penyakit ISPA memiliki angka tertinggi yaitu 32,6%. Berdasarkan pengalaman hasil praktek mahasiswa di kelurahan Tugu pada bulan februari – mei 2011, keluarga balita ISPA berulang dengan frekwensi kurang dari 2 bulan yang menganggap ISPA adalah penyakit biasa, 4 dari 5 keluarga yang dikelola mengatakan ISPA merupakan penyakit yang umum terjadi pada balita. Keluarga tidak mengetahui penyebab pasti penyakit ISPA, menurut keluarga ISPA bisa disebabkan karena balita sering mengkonsumsi es, karena sudah musimnya anak- anak sakit, dan karena sifat bawaan dari anak balita tersebut mudah untuk sakit.

Sasaran utama Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (P2 ISPA) adalah anak, ibu dan keluarganya. Keluarga sebagai bagian inti dari masyarakat merupakan unsur yang sangat penting dalam upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian akibat non pneumonia terutama pneumonia. Karena keluarga sebagai unit yang menghasilkan, mencegah, mentolerir, atau mengoreksi masalah kesehatan dalam anggotanya (Freeman & Heinrich, 1981).

Peran aktif keluarga dalam menangani non pneumonia sangat penting, karena non pneumonia merupakan penyakit yang sangat sering terjadi dalam kehidupan keluarga. Hal ini perlu mendapatkan perhatian serius, karena biasanya keluarga menganggap non pneumonia pada balita merupakan penyakit biasa yang sering timbul dan tidak berbahaya serta bisa menghilang dengan sendirinya. Padahal non pneumonia merupakan penyakit berbahaya karena bila keluarga membiarkan saja anaknya terkena non pneumonia dan tidak memberikan perawatan yang baik, dapat mengakibatkan penyebaran infeksi yang lebih luas, sehingga akhirnya infeksi menyerang saluran nafas bagian bawah dan selanjutnya akan menyebabkan radang paru-paru atau pneumonia yang sangat berbahaya dan menyebabkan kematian (Nelson, 2000).

Keluarga sebagai orang terdekat balita memiliki fungsi afektif, fungsi sosialisasi, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi dan fungsi perawatan kesehatan. Fungsi perawatan kesehatan yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki kemampuan yang optimal beraktivitas sehari-hari (Friedman, 2010). Kesanggupan keluarga didalam melaksanakan fungsi perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga yaitu keluarga mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk mengambil tindakan yang tepat, melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat dilingkungan setempat. Sesuai hasil penelitian oleh Purawidjaja (2000), menyatakan hubungan bermakna antara praktek penanganan ISPA oleh ibu ditingkat keluarga dengan kejadian Pneumonia (OR 2,87) setelah dikontrol dengan gizi balita, tingkat ekonomi keluarga juga memiliki hubungan yang bermakna (OR 2,32).

Salah satu fungsi keluarga yang sangat penting adalah fungsi pemeliharaan kesehatan. Menurut Leavell, fungsi perawatan kesehatan keluarga sangat

penting untuk mempertahankan status kesehatan keluarga. Fungsi pemeliharaan kesehatan terdiri dari pencegahan primer, yang meliputi peningkatan kesehatan dan tindakan preventif khusus yang dirancang untuk menjaga anggota keluarga bebas dari penyakit dan cedera; pencegahan sekunder yang terdiri atas deteksi dini, diagnosa dan pengobatan; dan pencegahan tersier yang mencakup tahap penyembuhan dan rehabilitasi, yaitu bertujuan untuk meminimalkan ketidakmampuan klien dan memaksimalkan tingkat fungsinya (Freeman & Heinrich, 1981).

Menurut Pender (1996) menyatakan setiap individu dalam berperilaku memiliki dua motivasi. Yang pertama kekuatan untuk promosi kesehatan yaitu perilaku untuk menjaga keadaan sehat dan keadaan kesehatan potensial individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Yang kedua perilaku menjaga kesehatan berhubungan dengan menurunkan kemungkinan penyakit tertentu atau disfungsi individu, keluarga, dan komunitas meliputi aktif menjaga stressor yang tidak perlu. Mengontrol faktor resiko kesehatan adalah dengan mencegah penyakit dan promosi kesehatan (Stanhope, 2000). Hal ini sesuai hasil penelitian yang dilakukan oleh Andriani (2009) menyebutkan ada perbedaan bermakna antara pengetahuan, tindakan dan perilaku pada kelompok eksperimen terhadap pencegahan lebih lanjut kejadian ISPA.

Berdasarkan uraian dan hasil – hasil penelitian diatas maka penulis ingin melakukan penelitian tentang hubungan pelaksanaan 5 tugas kesehatan keluarga terhadap kejadian non pneumonia di kelurahan Tugu. Penelitian ini dilakukan pada keluarga yang memiliki anak balita karena keluarga dapat menghasilkan, mencegah, mentolerir, atau mengoreksi masalah kesehatan dalam anggotanya.

1.2. Rumusan Masalah

ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut) menurut pembagian secara anatomik lebih dikenal sebagai Non Pneumonia dan Pneumonia. Non pneumonia jarang menimbulkan kematian walaupun insidennya jauh lebih tinggi daripada

pneumonia, namun jika tidak diatasi akan mudah untuk menular ke saluran napas bawah yang dikenal pneumonia sebagai penyebab terjadi kematian utama pada balita (Wong, 2009; DepKes 2010).

Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2010, provinsi Jawa Barat memiliki jumlah penduduk balita tertinggi, dengan angka kejadian kasus pneumonia termasuk urutan kedua tertinggi yaitu 46,16%. Berdasarkan profil kesehatan kota Depok tahun 2009, pola penderita penyakit rawat jalan di puskesmas untuk usia bayi (< 1 tahun) yang menderita ISPA menempati urutan tertinggi yaitu 28,79% dan balita yaitu 27,24%. Angka kematian Bayi (<1 tahun) akibat pneumonia di rumah sakit menempati urutan 5 penyakit teratas. Berdasarkan profil puskesmas kelurahan Tugu tahun 2010, pola penyakit penderita rawat jalan balita usia 1-4 tahun dengan penyakit ISPA memiliki angka tertinggi yaitu 32,6%. Hal ini menunjukkan masih tingginya kasus ISPA di kelurahan Tugu.

Faktor risiko yang dapat mempengaruhi kejadian ISPA (non pneumonia dan pneumonia) pada balita adalah pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pendapatan keluarga, sikap ibu, perilaku keluarga, jumlah individu dalam ruangan, ventilasi dapur, jumlah jam anak ikut memasak, keluarga merokok didalam rumah, status balita gizi kurang, ASI eksklusif, status imunisasi. (Setiawan, 2002; Nurhaeni, 2001; Ramelan, 2006; Irianto, 2006; Yuwono, 2008; Resti, 2008; Andriani, 2009). Kerentanan balita pada terpaparnya oleh beberapa faktor resiko sehingga perlu upaya dilakukan keluarga agar tidak terjadi gangguan kesehatan lain dan gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Hal ini dapat dilakukan keluarga melalui optimalisasi peran dan fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga melalui pelaksanaan 5 tugas kesehatan keluarga (DepKes RI, 2006). Namun penelitian yang berkaitan dengan pelaksanaan 5 tugas kesehatan keluarga dengan pengendalian faktor resiko non pneumonia belum pernah dilakukan baik di Indonesia maupun di negara lain.

Berdasarkan rumusan masalah diatas peneliti ingin mengetahui Adakah hubungan pelaksanaan 5 tugas kesehatan keluarga dengan kejadian non pneumonia pada balita di kelurahan Tugu.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mendapat gambaran hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kejadian penyakit non pneumonia pada balita di kelurahan Tugu.

1.3.2. Tujuan Khusus pada penelitian ini adalah teridentifikasi:

- 1.3.2.1. Karakteristik balita meliputi usia, status gizi dan status imunisasi.
- 1.3.2.2. Karakteristik keluarga meliputi pendidikan ayah & ibu, status ekonomi keluarga.
- 1.3.2.3. Angka kejadian penyakit non pneumonia pada balita
- 1.3.2.4. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga mencakup mengenal masalah, mengambil keputusan, melakukan perawatan, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan layanan kesehatan.
- 1.3.2.5. Hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam mengenal masalah dengan kejadian penyakit non pneumonia
- 1.3.2.6. Hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam mengambil keputusan untuk mengatasi masalah dengan kejadian penyakit non pneumonia.
- 1.3.2.7. Hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam merawat balita dengan kejadian penyakit non pneumonia.
- 1.3.2.8. Hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dengan kejadian penyakit non pneumonia.
- 1.3.2.9. Hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah dengan kejadian penyakit non pneumonia.

- 1.3.2.10. Hubungan pelaksanaan 5 tugas kesehatan keluarga dengan kejadian non pneumonia pada balita setelah dikontrol karakteristik balita dan karakteristik keluarga.

1.3.3. Manfaat Penelitian

1.3.3.1. Bagi Dinas Kesehatan:

Penelitian ini dapat memberi masukan bagi pengelola program ISPA agar lebih mengaktifkan penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat di Puskesmas sesuai KepMenKes no 279/MENKES/SK/IV/2006, terutama upaya perawatan kesehatan oleh keluarga pada kejadian non pneumonia. Upaya ini dapat dilakukan melalui pelaksanaan 5 tugas kesehatan keluarga.

1.3.3.2. Bagi Puskesmas :

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan pada balita terutama untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik perawatan keluarga di masyarakat dengan kejadian non pneumonia pada balita. Perawat Puskesmas menjadi lebih mudah untuk menemukan kasus dan dapat memberikan pendidikan kesehatan serta pelayanan langsung terkait faktor resiko kesehatan yang dialami balita dengan non pneumonia meliputi faktor lingkungan, faktor anak dan perilaku keluarga.

1.3.3.3. Bagi Keluarga/Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat membantu keluarga untuk meningkatkan upaya perawatan kesehatan keluarganya, serta dapat mengubah persepsi/ pandangan keluarga/ masyarakat tentang penyakit non pneumonia yang selama ini dianggap bukan merupakan suatu masalah kesehatan yang perlu diperhatikan. Keluarga dan masyarakat dapat menjadi terpenggil untuk dapat melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga pada kejadian balita dengan penyakit non pneumonia

karena keterlibatan keluarga pada pemeliharaan kesehatan balita akan berdampak terhadap keadaan kesehatan dan pertumbuhan serta perkembangannya.

1.3.3.4. Bagi Perkembangan Ilmu

Penelitian ini diharapkan sebagai informasi untuk penelitian selanjutnya terutama yang berhubungan dengan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dan dapat mengembangkan penelitian untuk kelompok rentan dan resiko tinggi. Hubungan yang bermakna dari pelaksanaan 5 tugas kesehatan keluarga ini akan menjadi dasar penelitian yang akan meningkatkan upaya – upaya keterlibatan keluarga dalam pemeliharaan kesehatan khususnya pada balita.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menguraikan tentang balita sebagai kelompok berisiko, karakteristik kelompok risiko, pengertian agregat balita, konsep keluarga, konsep tugas kesehatan keluarga dan konsep perilaku sebagai upaya yang mempengaruhi perilaku manusia di bidang kesehatan.

2.1. Balita sebagai kelompok berisiko

Dibawah ini beberapa pengertian tentang kelompok *at Risk* yaitu pertama menurut Mc Murray (2003) *Risk* didefinisikan sebagai kemungkinan terjadinya penyakit atau cedera yang diakibatkan oleh sekelompok faktor, baik dari individu maupun lingkungan atau oleh keduanya. Menurut Clemen-Stone, Mc Guire dan Eigsti (2002) *Populations at risk* adalah mereka yang melakukan aktivitas atau mempunyai karakteristik tertentu yang berpotensi untuk munculnya keadaan sakit, kecelakaan atau masalah kesehatan. Menurut Stone, Mc Guire, dan Eigsti (1998) yaitu mereka yang terlibat aktivitas tertentu atau yang mempunyai karakteristik tertentu yang meningkatkan potensi mereka untuk terkena suatu penyakit, cedera atau masalah kesehatan. *At risk* adalah orang yang karena paparan, gaya hidup, riwayat keluarga, atau faktor lain berada pada risiko terhadap penyakit lebih besar dibandingkan populasi secara umum (Stanhope & Lancaster, 2004).

Populasi *at risk* adalah sekumpulan orang yang memiliki peluang berkembangnya masalah kesehatan spesifik karena berbagai faktor yang mempengaruhinya. Populasi *at risk* memiliki kemungkinan berkembangnya masalah kesehatan dibandingkan dengan kelompok yang lainnya. (Allender & Spradley, 2010; Clark, 1999) Risiko dapat diartikan sebagai kemungkinan seseorang atau sekelompok orang mengalami suatu kondisi atau kejadian tertentu, di dalam periode waktu tertentu karena beberapa faktor spesifik yang mempengaruhi yaitu faktor fisik, emosional, lingkungan, gaya hidup serta

faktor lain (Clark, 1999; Stanhope & Lancaster, 2004; Nies & McEwen, 2001).

Balita adalah kependekan kata bawah lima tahun. Istilah ini cukup populer dalam program kesehatan. Balita merupakan masa pertumbuhan tubuh dan otak yang sangat pesat dalam pencapaian keoptimalan fungsinya. Periode tumbuh kembang anak adalah masa balita, karena pada masa ini pertumbuhan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan kemampuan berbahasa, kreatifitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia berjalan sangat cepat dan merupakan landasan perkembangan berikutnya (Supartini, 2004).

Berdasarkan beberapa pendapat dari para ahli diatas, dapat disimpulkan pengertian balita sebagai kelompok berisiko adalah karena balita berada pada tahapan pertumbuhan dan perkembangan dan merupakan masa perkembangan yang sangat pesat. Balita memiliki kecendrungan lebih besar untuk terkena suatu penyakit, cedera atau masalah kesehatan lainnya, yang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti faktor fisik, faktor lingkungan, gaya hidup dan faktor lainnya.

Kelompok balita dikatakan kelompok yang berisiko karena mudah terjadi masalah kesehatan yang dapat diakibatkan oleh beberapa faktor yang umumnya terjadi, seperti faktor fisik, faktor lingkungan, gaya hidup, dan faktor lainnya. Berikut ini beberapa faktor risiko yang akan mempengaruhi keadaan balita tersebut (Stanhope & Lancaster, 2004):

2.1.1. Risiko Biologis

Keluarga memainkan peran penting baik dalam pengembangan dan dalam manajemen penyakit. Beberapa penyakit dipengaruhi oleh komponen keluarga yang dapat dipertanggungjawabkan baik dari faktor genetik atau pola gaya hidup. Faktor-faktor ini berkontribusi terhadap faktor risiko biologis untuk kondisi tertentu. Termasuk faktor risiko biologis yang dialami oleh keluarga-keluarga yang rentan terhadap

penyakit tertentu. Umumnya, jika sebuah keluarga mempertahankan tingkat kesehatan umum, individu dalam keluarga kurang berisiko untuk tertular penyakit menular tertentu. Perlindungan ini dapat dilakukan dengan praktek menjaga kesehatan, seperti imunisasi, gizi yang cukup dan istirahat yang cukup. (Stanhope & Lancaster, 2004).

Sistem imunitas setiap individu mengalami perkembangan seiring dengan bertambahnya usia. Pada awal kelahiran anak, IgG ibu yang dibawa oleh bayi akan mengalami penurunan fungsinya pada saat bayi berusia 5-6 bulan, sehingga jika pada usia ini bayi belum mengoptimalkan fungsi imunitas tubuhnya maka bayi akan mudah terinfeksi berbagai agent yang ada dilingkungan sekitar. Hal ini akan memberikan pengaruh terhadap sistem imunitas pada usia balita. (Corwin, 2009).

Berdasarkan penelitian Munjiah di Kecamatan Inderalaya Kabupaten Ogan Komering Ilir Sumatera Selatan (2002) dengan desain *case control*, berdasarkan analisis bivariat menunjukkan ada hubungan antara status imunisasi dengan penyakit ISPA diperoleh $p = 0,047$ dan OR 3,67 (CI 95%; 0,596-14,070) yang berarti bayi dan balita yang mempunyai status imunisasi tidak lengkap kemungkinan untuk mendapatkan penyakit ISPA 3,67 kali dibandingkan dengan bayi dan balita dengan status imunisasi lengkap.

Sistem imunitas pada usia bayi dapat ditingkatkan dengan konsumsi ASI. Pada usia balita sistem imunitas tubuh dapat ditingkatkan dengan konsumsi zat nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan tubuh (Supariasa, 2002). Pola makan dan jenis asupan nutrisi yang tidak tepat akan mempengaruhi imunitas tubuh seorang balita, sehingga balita akan mudah terinfeksi oleh berbagai sumber infeksi seperti virus, bakteri, jamur dan lainnya (Siagian, 2010).

Penelitian oleh Purawidjaja menyebutkan hasil yang bermakna tentang hubungan praktek penanganan ISPA oleh ibu ditingkat keluarga dengan kejadian pneumonia balita di Puskesmas Kabupaten Bandung tahun 2002 (OR 2,87; 95% CI 1,42 – 5,79; $p = 0,0027$) setelah di kontrol dengan gizi balita. Penelitian lain yang dilakukan di URJ Rumah Sakit Dr. Soetomo Surabaya pada bulan Maret 2008 menyebutkan dari 64 Balita yang terkena ISPA terdapat 21 (32,81%) balita yang mengalami gizi buruk. Penelitian oleh Rahmawati pada bulan Juli 2008 di URJ Dr. Soetomo menyatakan ada hubungan antara status gizi dengan kejadian ISPA.

Pengetahuan keluarga balita terhadap faktor risiko kejadian penyakit non pneumonia pada balita baik karena faktor genetik maupun perilaku yang dapat meningkatkan imunitas anak balita perlu ditingkatkan. Pemilihan strategi promosi kesehatan yang disesuaikan dengan kemampuan keluarga sangat diperlukan. Sumber daya yang dimiliki oleh keluarga perlu menjadi perhatian perawat.

2.1.2. Risiko Lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang sangat beragam dan penting yang mempengaruhi timbulnya masalah kesehatan tertentu. Paparan terhadap zat kimia, biologi, dan radiologis meningkatkan risiko kesehatan tertentu melalui udara, makanan atau produk benda tertentu. Lingkungan sosial merupakan faktor yang juga berpengaruh terhadap timbulnya masalah kesehatan, seperti kehidupan yang tidak teratur, tingkat kriminal yang tinggi, lingkungan yang terkontaminasi oleh polusi udara, kebisingan, dan zat kimia (Stanhope & Lancaster, 2004). Masalah kesehatan lingkungan utama yang mempengaruhi kesehatan meliputi polusi udara dan air, makanan yang tidak sehat dan terkontaminasi, pembuangan zat sisa, pengendalian serangga dan rodensia, serta keamanan di rumah, tempat kerja, dan komunitas (Allender & Spradley, 2010).

Hasil penelitian Irianto di Kecamatan Lemahwungkuk Kota Cirebon (2006) dengan desain cross sectional, berdasarkan analisa multivariat yang paling berhubungan dengan kejadian ISPA adalah variabel merokok dalam rumah yaitu 58,7 x dibandingkan dengan yang tidak, kepadatan penghuni rumah 25,6 x dibandingkan dengan yang tidak. Hasil penelitian Sarijan (2005) di desa Banjararjo Kecamatan Ayah, Kebumen tentang hubungan faktor lingkungan dan perilaku keluarga terhadap kejadian ISPA pada balita didapatkan hasil faktor kepadatan hunian (75%), jenis bahan bakar (69,7%), tidak ada cerobong asap (75,5%), ventilasi yang tidak sesuai syarat kesehatan (92,2%) adalah faktor yang paling mempengaruhi.

Perawat komunitas dapat membantu bekerjasama dengan berbagai sektor yang ada dimasyarakat untuk mengurangi efek negatif lingkungan yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan balita seperti lingkungan sekitar yang kotor, pembakaran sampah rumah tangga, pengelolaan limbah dan kebiasaan merokok yang tidak memperhatikan adanya balita yang berada didekat orang dewasa tersebut.

2.1.3. Risiko ekonomi

Risiko ekonomi ditentukan oleh hubungan antara sumber daya keuangan keluarga dan tuntutan pada sumber daya tersebut. Memiliki sumber daya keuangan yang memadai berarti bahwa sebuah keluarga mampu membeli komoditas yang diperlukan berkaitan dengan kesehatan. Ini termasuk perumahan yang layak, pakaian, makanan, pendidikan dan kesehatan / perawatan penyakit. Jumlah uang yang dimiliki keluarga terhadap kebutuhan yang tersedia harus dipertimbangkan relatif terhadap pengeluaran dan faktor-faktor sosial. Sebuah keluarga mungkin memiliki pendapatan yang lumayan baik tetapi karena suatu penyakit yang dialami oleh anggota keluarga,

keluarga mungkin tidak mampu memenuhi tuntutan keuangan. (Stanhope & Lancaster, 2000).

Keluarga dengan pekerjaan yang tidak memiliki akses kepada asuransi kesehatan akan membayar perawatan kesehatan mereka sendiri secara tunai atau membeli asuransi kesehatan, berbeda dengan pekerja yang berada dalam situasi kerja yang memiliki jaminan asuransi kesehatan. Akibatnya, banyak keluarga memiliki sumber daya keuangan yang memungkinkan mereka untuk mempertahankan jumlah nafkah, tetapi membatasi kualitas daya beli mereka. Perawatan terhadap penyakit mungkin tersedia tetapi tidak perawatan pencegahan, makanan tinggi lemak dan kalori mungkin terjangkau, sementara buah segar dan sayuran tidak (Stanhope & Lancaster, 2000).

Hasil penelitian oleh Nurhasanah (2003) di kelurahan Sumur Boto Kecamatan Banyumanik Semarang tentang “Faktor – faktor yang berhubungan dengan perilaku ibu dalam upaya pencarian pengobatan ISPA Balita” didapatkan hasil tingkat pendidikan, status ekonomi, pengetahuan, sikap, kepercayaan dan riwayat pengobatan mempunyai hubungan yang bermakna terhadap pencarian pengobatan ISPA balita. Hasil penelitian Ramelan (2006) di Puskesmas Ngombol Kabupaten Purworejo tentang “Kaitan karakteristik balita dan ibu dengan kejadian ISPA pada balita, didapatkan hasil: usia \leq 36 bulan (81,8%), tingkat ekonomi rendah (84,4%), tingkat pengetahuan rendah (90,6%) dan kepadatan hunian yg tinggi (84,6%) berkaitan dengan angka kejadian pneumonia.

Faktor ekonomi merupakan faktor yang cukup berpengaruh terhadap upaya peningkatan kesehatan balita. Untuk dapat memenuhi zat nutrisi yang mencukupi bagi balita diperlukan sumber keuangan yang memadai oleh keluarga. Sehingga perawat dapat memfasilitasi keluarga untuk mempertimbangkan cara pengelolaan keuangan yang

efisien dengan mencari alternatif pilihan zat nutrisi yang memenuhi kebutuhan balita dengan harga yang terjangkau oleh keuangan keluarga.

2.1.4. Risiko perilaku (gaya hidup) keluarga

Perilaku merupakan faktor utama timbulnya masalah kesehatan. Risiko perilaku mencakup nilai kesehatan, kebiasaan terkait kesehatan, serta persepsi risiko kesehatan pada seseorang atau sekelompok orang. Perilaku utama yang terkait masalah kesehatan adalah perilaku diet, aktivitas fisik yang teratur, penyalahgunaan tembakau dan NAPZA, serta perilaku kekerasan pada keluarga (Stanhope & Lancaster, 2004).

Mengatur pola hidup dan membuat perencanaan aktifitas secara menyeluruh. kebiasaan atau gaya hidup yang berdampak terhadap risiko terjadinya penyakit termasuk keyakinan terhadap kesehatan. Kebiasaan hidup sehat, pengaturan pola tidur, dan kegiatan/aktivitas keluarga, terus berkontribusi pada penyebab utama morbiditas dan mortalitas di Amerika Serikat.

Pola kebiasaan kesehatan pribadi dan perilaku berisiko mendefinisikan risiko gaya hidup individu dan keluarga. Keluarga adalah unit dasar di mana perilaku kesehatan, termasuk nilai-nilai kesehatan, kebiasaan kesehatan dan persepsi risiko kesehatan, dikembangkan, dikelola dan dikerjakan. Keluarga mempertahankan tanggung jawab besar untuk menentukan makanan apa yang dibeli dan dipersiapkan, pengaturan pola tidur, perencanaan kegiatan-kegiatan keluarga, pengaturan dan pengawasan norma-norma tentang kesehatan dan perilaku kesehatan risiko, menentukan kapan seorang anggota keluarga sakit, menentukan ketika perawatan kesehatan harus diperoleh dan melaksanakan rejimen pengobatan (Stanhope & Lancaster, 2004).

Meningkatnya jumlah ibu bekerja di Indonesia demi memenuhi tuntutan perekonomian mempengaruhi pola penyediaan makanan sehat dalam rumah tangga. Balita lebih sering diberikan makanan yang cepat saji tanpa mempertimbangkan tingkat kebutuhan nutrisi mereka. Nutrisi yang tidak sesuai dengan kebutuhan balita akan mempengaruhi kesehatan balita dan tingkat kerentanan terhadap berbagai resiko penyakit infeksi (Effriana, 2003).

Gaya hidup rekreasi bersama balita ke objek perbelanjaan juga sudah menjadi trend saat ini. Balita lebih cenderung melakukan kegiatan permainan dengan tingkat aktivitas fisik yang minimal. Berbagai game yang ditawarkan dan produk digital akibat kecanggihan teknologi juga dirasakan oleh balita. Permainan ini tidak memanfaatkan motorik anak secara keseluruhan, bahkan balita cenderung untuk pasif pada pergerakan motorik. Hal ini akan berpengaruh pada kesehatan balita secara umum dan meningkatkan kerentanan terhadap penyakit infeksi (Soetjiningsih, 1998)

2.1.5. Faktor kejadian dalam kehidupan keluarga balita

Kejadian dalam kehidupan yang dapat beresiko terjadinya masalah kesehatan seperti pindah tempat tinggal, ada anggota keluarga baru, anggota keluarga meninggalkan rumah atau kehilangan anggota keluarga. Transisi saat ini seperti situasi baru dan permintaan baru untuk keluarga. Pengalaman ini sering memerlukan keluarga untuk mengubah perilaku, jadwal dan pola komunikasi, membuat keputusan baru, realokasi peran keluarga, belajar keterampilan baru, mengidentifikasi dan belajar untuk menggunakan sumber daya baru.

Tuntutan bahwa transisi terjadi pada keluarga memiliki implikasi bagi kesehatan unit keluarga dan individu anggota keluarga dan dapat dianggap sebagai risiko kehidupan. Seberapa baik mempersiapkan keluarga menghadapi transisi dipengaruhi oleh sifat dari kegiatan. Jika

kegiatan ini normatif atau kejadian dapat diantisipasi maka mungkin bagi keluarga untuk mengidentifikasi sumber daya yang diperlukan, membuat rencana, belajar keterampilan baru, atau mempersiapkan diri untuk acara dan konsekuensinya. Persiapan antisipatif semacam ini dapat meningkatkan proses keluarga dalam mengatasi dan mengurangi stres dan hasil negatif. Jika, di sisi lain, kegiatan ini non normatif atau tak terduga oleh keluarga yang memiliki sedikit atau tidak memiliki waktu untuk mempersiapkan dan hasilnya dapat meningkatkan stres, krisis, atau disfungsi kejadian (Stanhope & Lancaster, 2004).

Pada tahapan tumbuh kembang keluarga dengan anak balita merupakan tahapan dimana keluarga mungkin memiliki anggota keluarga baru dengan lahirnya adik dari balita tersebut, sehingga waktu yang dimiliki oleh keluarga akan terbagi dalam pengasuhan terhadap anak balita. Hal ini kadang menyebabkan kurangnya perhatian keluarga terutama ibu dalam memenuhi nutrisi dan perawatan kesehatan pada balita. Sehingga balita mengalami kerentanan terhadap resiko berbagai penyakit infeksi (Supartini, 2004)

Meningkatkan keyakinan dan ketahanan secara biopsikososiopsiritual dan kultural dalam menghadapi perubahan yang terjadi baik yang dapat diprediksi maupun tidak. Kekuatan keluarga dalam mengatasi berbagai masalah kesehatan yang dialami oleh anggota keluarga sangat diperlukan keluarga untuk dapat melakukan aktivitas sehari – hari dengan optimal. Dengan terjadinya kesakitan pada balita akan menjadi stressor bagi keluarga. Sehingga diperlukan kekuatan oleh keluarga untuk beradaptasi dan menyelesaikan stressor tersebut (Wong, 2000).

Tanggung jawab perawat tidak terbatas untuk menggunakan keluarga sebagai sumber daya untuk perawatan kesehatan, juga mencakup penyediaan dukungan umum untuk pembangunan keluarga. Saat

perawat membangun asuhan keperawatan pada kemampuan keluarga dan peran keluarga ketika masalah terlalu banyak bagi mereka untuk mengelola keluarga mereka sendiri, perawat terus-menerus menyadari kesempatan untuk memperkuat keluarga, melalui peningkatan kemampuan untuk menangani masalah masa depan pelayanan kesehatan dan manajemen keluarga.

2.2. ISPA pada Balita

2.2.1. Pengertian balita

Balita merupakan kependekan dari Bawah Lima Tahun, merupakan salah satu periode usia manusia setelah bayi sebelum anak. Rentang usia balita dimulai dari satu sampai dengan lima tahun, atau bisa digunakan perhitungan bulan yaitu usia 12-60 bulan (DepKes RI, 2002). Menurut UU no 20 tahun 2003 anak balita adalah insan manusia berusia 0-6 tahun. Sedangkan menurut Choirunisa (2009), Balita merupakan singkatan bawah lima tahun, satu periode usia manusia dengan rentang usia dua hingga lima tahun, ada juga yang menyebut dengan periode usia prasekolah. Pada fase ini anak berkembang dengan sangat pesat.

2.2.2. Defenisi ISPA

Menurut Depkes (2002), Infeksi Saluran Pernafasan Akut sering disingkat dengan ISPA, istilah ini diadaptasi dari istilah dalam bahasa Inggris *Acute Respiratory Infections* (ARI). Istilah ISPA meliputi tiga unsur yakni infeksi, saluran pernafasan dan akut, dengan pengertian sebagai berikut: Infeksi adalah masuknya kuman atau mikroorganisme ke dalam tubuh manusia dan berkembang biak sehingga menimbulkan gejala penyakit. Saluran pernafasan adalah organ mulai dari hidung hingga alveoli beserta organ adneksanya seperti sinus-sinus, rongga telinga tengah dan pleura. ISPA secara anatomis mencakup saluran pernafasan bagian atas, saluran pernafasan bagian bawah (termasuk jaringan paru-paru) dan organ adneksa saluran pernafasan. Dengan batasan ini, jaringan paru termasuk dalam saluran pernafasan (*respiratory tract*).

Infeksi akut adalah infeksi yang berlangsung sampai dengan 14 hari. Batas 14 hari diambil untuk menunjukkan proses akut meskipun untuk beberapa penyakit yang dapat digolongkan dalam ISPA proses ini dapat berlangsung lebih dari 14 hari (Nelson, 2000; IPD, 1987).

ISPA sendiri terutama pneumonia sempat dijuluki sebagai pembunuh utama kematian bayi serta balita di Indonesia. Tentu saja hal itu merujuk pada hasil Konferensi Internasional mengenai ISPA di Canberra, Australia, pada Juli 1997, yang menemukan empat juta bayi dan balita di negara-negara berkembang meninggal tiap tahun akibat ISPA. Pada akhir 2000, kematian akibat pneumonia sebagai penyebab utama ISPA di Indonesia mencapai lima kasus di antara 1.000 bayi/balita. Artinya, pneumonia mengakibatkan 150 ribu bayi atau balita meninggal tiap tahunnya, atau 12.500 korban per bulan, atau 416 kasus sehari, atau 17 anak per jam, atau seorang bayi tiap lima menit (Setyawati, 2005)

Tingkat kematian balita di Indonesia akibat penyakit pneumonia masih tinggi. Berdasarkan laporan UNICEF dan WHO, Indonesia merupakan negara dengan kejadian pneumonia terbesar ke-6 di dunia. Hal ini dipaparkan dalam acara simposium kesehatan yang digelar Fakultas Kedokteran UI dan Ikatan Dokter Anak Indonesia. (<http://www.wartatv.com/index> diunduh 23 nov 2011).

Di Indonesia, menurut Menkes RI pada peringatan hari pneumonia sedunia, pneumonia juga tercatat sebagai penyebab kematian utama bagi balita. Persentasenya mencapai 23,6% atau hampir 1/4 jumlahnya. Itu sebabnya, penanganan pneumonia yang merupakan salah satu jenis penyakit infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) masih perlu ditingkatkan lagi. (<http://www.unpad.ac.id/archives/15367> diunduh 23 nov 2011).

Pneumonia merupakan penyebab kematian 1,5 juta anak usia di bawah lima tahun (balita) di dunia setiap tahun. Oleh karena itu, penatalaksanaan

pneumonia perlu terus dibenahi untuk mempercepat penanganan pasien. Menurut Tjandra (Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Kementerian Kesehatan), di dunia pneumonia merupakan penyebab kematian 1,5 juta anak balita setiap tahunnya. Setiap 20 detik, ada 1 balita yang meninggal di dunia karena pneumonia. Sekitar 20 persen kematian pada balita di dunia disebabkan pneumonia, lebih banyak dari gabungan angka kematian akibat AIDS, malaria, dan campak digabungkan. Program penanggulangan pneumonia di dunia sejauh ini telah menurunkan 35 persen kematian anak, karena itu harus diteruskan. Setiap tahun di dunia ada 11 juta sampai 20 juta anak di dunia di rawat di rumah sakit karena pneumonia. Sementara itu, beberapa data Indonesia tentang pneumonia antara lain, pneumonia adalah penyebab kematian 13,2 persen anak balita di Indonesia. Pneumonia juga adalah penyebab kematian 12,7 persen anak di Indonesia. Selain itu, 87,9 persen dari kasus flu burung di Indonesia menderita pneumonia. (<http://kesehatan.kompas.com/read/2011/11/11/112> diunduh 23 november 2011)

2.2.3. Etiologi ISPA

Etiologi ISPA terdiri lebih dari 300 jenis bakteri, virus dan riketsia. Bakteri penyebabnya antara lain dari genus *Streptococcus*, *Stafilococcus*, *Pneumococcus*, *Hemofilus*, *Bordetella* dan *Corinebakterium*. Virus penyebabnya antara lain golongan *Micsovirus*, *Adenovirus*, *oronavirus*, *Picornavirus*, *Micoplasma*, *virus sinsitial perbapasan (RSV)* (Wong, 2009)

2.2.4. Klasifikasi ISPA

Penyakit ISPA dibedakan berdasarkan golongan umur, yaitu :

- 1) Kelompok umur kurang dari 2 bulan, dibagi atas : pneumonia berat dan bukan pneumonia. Pneumonia berat ditandai dengan adanya napas cepat, yaitu frekuensi pernapasan sebanyak 60 kali permenit atau lebih, atau adanya tarikan kuat pada dinding dada bagian bawah ke dalam, sedangkan non pneumonia bila tidak ditemukan

tarikan dinding dada bagian bawah dan tidak ada nafas cepat (DepKes RI, 2002).

- 2) Kelompok umur 2 bulan sampai kurang dari 5 tahun dibagi atas :
 pnemonia berat, pnemonia dan non pnemonia. Pneumonia berat, bila disertai napas sesak yaitu adanya tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam pada waktu anak menarik napas. Pneumonia didasarkan pada adanya batuk dan atau kesukaran bernapas disertai adanya napas cepat sesuai umur, yaitu umur 2 bulan sampai < 1 tahun adalah ≥ 50 kali permenit dan umur 1 sampai < 5 tahun adalah ≥ 40 kali permenit. Non pneumonia, bila tidak ditemukan tarikan dinding dada bagian bawah dan tidak ada napas cepat (DepKes RI, 2002).

Secara anatomik, ISPA dikelompokkan menjadi ISPA saluran napas atas misalnya nasofaringitis, faringitis, tonsillitis yang sering disebut juga dengan non pneumonia dan ISPA saluran napas bawah seperti bronkitis, bronkiolitis dan pneumonia (Wong, 2009). Saluran nafas atas dan saluran nafas bawah dengan letak yang saling berhubungan dan dekat sehingga akan memudahkan penularan dari saluran napas ini. Non pneumonia yang terjadi pada saluran napas atas harus diatasi dengan tepat agar tidak menular ke saluran napas bawah yang akan mengakibatkan pneumonia atau radang paru (Hull, 2008).

2.2.5. Gejala ISPA

Penyakit ISPA adalah penyakit yang sangat menular, hal ini timbul karena menurunnya sistem kekebalan atau daya tahan tubuh, misalnya karena kelelahan atau stres. Pada stadium awal, gejalanya berupa rasa panas, kering dan gatal dalam hidung, yang kemudian diikuti bersin terus menerus, hidung tersumbat dengan ingus encer serta demam dan nyeri kepala. Permukaan mukosa hidung tampak merah dan membengkak. Infeksi lebih lanjut membuat sekret menjadi kental dan sumbatan di hidung bertambah. Bila tidak terdapat komplikasi, gejalanya akan berkurang sesudah 3-5 hari.

Komplikasi yang mungkin terjadi adalah sinusitis, faringitis, infeksi telinga tengah, infeksi saluran tuba eustachii, hingga bronkhitis dan pneumonia (radang paru) (Wong, 2009).

Diagnosa ISPA pada balita ditegakkan jika terdapatnya minimal 2 tanda dan gejala yaitu jika balita mengalami demam dan salah satu dari gejala pilek, hidung tersumbat, batuk kering, nyeri tenggorokkan, suara serak, stridor, batuk berdahak, nafas cepat, mengi dan keluar cairan dari telinga (Kholisah, 2008). Disamping itu diagnosa ISPA pada balita juga bisa ditegakkan jika balita mengalami gejala demam dan pilek atau batuk (Sikolia, dkk, 2002).

Secara khusus berikut gejala yang dapat dikaji berdasarkan klasifikasi ISPA (DepKes RI, 2002) :

1). Gejala ISPA ringan/ non pneumonia

Seorang anak dinyatakan menderita non pneumonia jika ditemukan gejala sebagai berikut :

- a. Batuk.
- b. Serak, yaitu anak bersuara parau pada waktu mengeluarkan suara (misalnya pada waktu berbicara atau menangis).
- c. Pilek yaitu mengeluarkan lendir atau ingus dari hidung.
- d. Panas atau demam, suhu badan lebih dari 37° C atau jika dahi anak diraba dengan punggung tangan terasa panas.

Jika anak menderita non pneumonia maka perawatan cukup dilakukan di rumah tidak perlu dibawa ke dokter atau Puskesmas. Di rumah dapat diberi obat penurun panas yang dijual bebas di toko-toko atau Apotik tetapi jika dalam dua hari gejala belum hilang, anak harus segera di bawa ke dokter atau Puskesmas terdekat (Wong, 2009)

2). Gejala ISPA sedang

Seorang anak dinyatakan menderita ISPA sedang jika di jumpai gejala ISPA ringan dengan disertai gejala sebagai berikut :

- a. Pernapasan lebih dari 50 kali /menit pada anak umur kurang dari

satu tahun atau lebih dari 40 kali/menit pada anak satu tahun atau lebih.

- b. Suhu lebih dari 39°C .
- c. Tenggorokan berwarna merah.
- d. Timbul bercak-bercak pada kulit menyerupai bercak campak
- e. Telinga sakit atau mengeluarkan nanah dari lubang telinga.
- f. Pernafasan berbunyi seperti mendengkur.
- g. Pernafasan berbunyi seperti mencuit-cuit.

Dari gejala ISPA sedang ini, orangtua perlu hati-hati karena jika anak menderita ISPA ringan, sedangkan anak badan panas lebih dari 39°C , gizinya kurang, umurnya empat bulan atau kurang maka anak tersebut menderita ISPA sedang dan harus mendapat pertolongan petugas kesehatan.

3).Gejala ISPA berat

Seorang anak dinyatakan menderita ISPA berat jika ada gejala ISPA ringan atau sedang disertai satu atau lebih gejala sebagai berikut:

- a). Bibir atau kulit membiru
- b). Lubang hidung kembang kempis (dengan cukup lebar) pada waktu bernapas
- c). Anak tidak sadar atau kesadarannya menurun
- d). Pernafasan berbunyi mengorok dan anak tampak gelisah
- e). Pernafasan menciut dan anak tampak gelisah
- f). Sela iga tertarik ke dalam pada waktu bernapas
- g). Nadi cepat lebih dari 60 x/menit atau tidak teraba
- h). Tenggorokan berwarna merah

Balita ISPA berat harus dirawat di rumah sakit atau puskesmas karena perlu mendapat perawatan dengan peralatan khusus seperti oksigen dan infus.

2.2.6. Faktor Risiko

Menurut DepKes RI, (2002), secara umum terdapat 3 (tiga) faktor risiko terjadinya ISPA yaitu faktor lingkungan, faktor individu anak, serta faktor perilaku :

a. Faktor lingkungan

Beberapa faktor lingkungan sebagai faktor risiko ISPA antara lain:

1) Pencemaran udara dalam rumah

Asap rokok dan asap hasil pembakaran bahan bakar untuk memasak dengan konsentrasi tinggi dapat merusak mekanisme pertahanan paru sehingga akan memudahkan timbulnya ISPA. Hal ini dapat terjadi pada rumah yang keadaan ventilasinya kurang dan dapur terletak di dalam rumah, bersatu dengan kamar tidur, ruang tempat bayi dan anak balita bermain. Hal ini lebih dimungkinkan karena bayi dan anak balita lebih lama berada di rumah bersama-sama ibunya sehingga dosis pencemaran tentunya akan lebih tinggi. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Nurhaeni (2001) yang menyatakan keadaan dapur penuh asap dan ventilasi di dapur merupakan faktor risiko yang signifikan terhadap ISPA pada balita ($p < 0,05$).

2) Ventilasi rumah

Ventilasi yaitu proses penyediaan udara atau penerahan udara ke atau dari ruangan baik secara alami maupun secara mekanis.

Fungsi dari ventilasi dapat dijabarkan sebagai berikut :

- a) Mensuplai udara bersih yaitu udara yang mengandung kadar oksigen yang optimum bagi pernapasan.
- b) Membebaskan udara ruangan dari bau-bauan, asap ataupun debu dan zat-zat pencemar lain dengan cara pengenceran udara.
- c) Mensuplai panas agar hilangnya panas badan seimbang.

- d) Mensuplai panas akibat hilangnya panas ruangan dan bangunan.
- e) Mengeluarkan kelebihan udara panas yang disebabkan oleh radiasi tubuh, kondisi, evaporasi ataupun keadaan eksternal.
- f) Mendisfungsikan suhu udara secara merata.

Hal ini sesuai hasil penelitian oleh Yuwono (2008) menyatakan ada hubungan antara jenis lantai, kondisi dinding rumah, luas ventilasi rumah, kebiasaan merokok didalam rumah ($p < 0,05$).

3) Kepadatan hunian rumah

Kepadatan hunian dalam rumah menurut keputusan menteri kesehatan nomor 829/MENKES/SK/VII/1999 tentang persyaratan kesehatan rumah, satu orang minimal menempati luas rumah 8 m². Dengan kriteria tersebut diharapkan dapat mencegah penularan penyakit dan melancarkan aktivitas.

Keadaan tempat tinggal yang padat dapat meningkatkan faktor polusi dalam rumah yang telah ada. Penelitian menunjukkan ada hubungan bermakna antara kepadatan dan kematian dari bronkopneumonia pada bayi, tetapi disebutkan bahwa polusi udara, tingkat sosial, dan pendidikan memberi korelasi yang tinggi pada faktor ini. Hal ini sesuai hasil penelitian Calvin (2004) di puskesmas Curug Kab. Tangerang, menyatakan ada hubungan antara kepadatan hunian ruang tidur anak dengan kejadian penyakit ISPA ($p < 0,05$).

b. Faktor individu anak

Yang termasuk faktor individu anak berdasarkan DepKes RI (2002) antara lain :

1) Umur anak

Sejumlah studi yang besar menunjukkan bahwa insiden penyakit pernapasan oleh virus melonjak pada bayi dan usia dini anak-anak dan tetap menurun terhadap usia. Insiden ISPA tertinggi pada umur 6 –12 bulan.

2) Berat badan lahir

Berat badan lahir menentukan pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental pada masa balita. Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) mempunyai resiko kematian yang lebih besar dibandingkan dengan berat badan lahir normal, terutama pada bulan-bulan pertama kelahiran karena pembentukan zat anti kekebalan kurang sempurna sehingga lebih mudah terkena penyakit infeksi, terutama pneumonia dan sakit saluran pernapasan lainnya. Penelitian menunjukkan bahwa berat bayi kurang dari 2500 gram dihubungkan dengan meningkatnya kematian akibat infeksi saluran pernafasan dan hubungan ini menetap setelah dilakukan penilaian terhadap status pekerjaan, pendapatan, pendidikan. Data ini mengingatkan bahwa anak-anak dengan riwayat berat badan lahir rendah tidak mengalami jumlah lebih tinggi terhadap penyakit saluran pernapasan, tetapi mengalami lebih berat infeksi.

3) Status gizi

Berat badan lahir menentukan pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental pada masa balita. Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) mempunyai resiko kematian yang lebih besar dibandingkan dengan berat badan lahir normal, terutama pada bulan-bulan pertama kelahiran karena pembentukan zat anti kekebalan kurang sempurna sehingga lebih mudah terkena penyakit infeksi, terutama pneumonia dan sakit saluran pernapasan lainnya.

Dalam penilaian status gizi, khususnya untuk keperluan klasifikasi maka harus ada ukuran baku (reference) baik untuk berat badan maupun untuk tinggi badan. Indikator yang digunakan meliputi BB/TB, BB/U, dan TB/U. Standart yang digunakan adalah WHO-NCHS, dengan klasifikasi seperti tertera di bawah ini: Gizi Buruk $<-3,0$ SD, Gizi Kurang $<-2,0$ SD, Gizi Baik -2.0 SD s/d 2.0 SD, Gizi Lebih $>2,0$ SD (WHO, 2000).

4) Vitamin A

Sejak tahun 1985 setiap enam bulan Posyandu memberikan kapsul 200.000 IU vitamin A pada balita dari umur satu sampai dengan empat tahun. Balita yang mendapat vitamin A lebih dari 6 bulan sebelum sakit maupun yang tidak pernah mendapatkannya adalah sebagai resiko terjadinya suatu penyakit sebesar 96,6% pada kelompok kasus dan 93,5% pada kelompok kontrol.

Pemberian vitamin A yang dilakukan bersamaan dengan imunisasi akan menyebabkan peningkatan titer antibodi yang spesifik dan tampaknya tetap berada dalam nilai yang cukup tinggi. Bila antibodi yang ditujukan terhadap bibit penyakit dan bukan sekedar antigen asing yang tidak berbahaya, niscaya dapatlah diharapkan adanya perlindungan terhadap bibit penyakit yang bersangkutan untuk jangka yang tidak terlalu singkat. Karena itu usaha massal pemberian vitamin A dan imunisasi secara berkala terhadap anak-anak prasekolah seharusnya tidak dilihat sebagai dua kegiatan terpisah. Keduanya haruslah dipandang dalam suatu kesatuan yang utuh, yaitu meningkatkan daya tahan tubuh dan perlindungan terhadap anak Indonesia sehingga mereka dapat tumbuh,

berkembang dan berangkat dewasa dalam keadaan yang sebaik-baiknya. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian oleh Rahmawati (2008) menyatakan faktor yang mempengaruhi terjadinya ISPA pada balita adalah status gizi, umur, pemberian ASI memadai, keteraturan pemberian vitamin A, BBLR, imunisasi tidak lengkap.

5) Status imunisasi

Bayi dan balita yang pernah terserang campak dan kemudian sembuh akan mendapat kekebalan alami terhadap pneumonia sebagai komplikasi campak. Sebagian besar kematian ISPA berasal dari jenis ISPA yang berkembang dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi seperti difteri, pertusis, campak, maka peningkatan cakupan imunisasi akan berperan besar dalam upaya pemberantasan ISPA. Untuk mengurangi faktor yang meningkatkan mortalitas ISPA, diupayakan imunisasi lengkap. Bayi dan balita yang mempunyai status imunisasi lengkap bila menderita ISPA dapat diharapkan perkembangan penyakitnya tidak akan menjadi lebih berat.

Cara yang terbukti paling efektif saat ini adalah dengan pemberian imunisasi campak dan imunisasi DPT. Dengan imunisasi campak yang efektif sekitar 11% kematian pneumonia balita dapat dicegah dan dengan imunisasi DPT 6% kematian akibat pneumonia dapat dicegah (DepKes RI, 2002). Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Munjiah (2002) dikecamatan Inderalaya Kab. Ogan Komering Ilir SumSel dengan desain cross sectional, menyatakan ada hubungan antara status imunisasi dengan kejadian ISPA yaitu 3,67 kali dibandingkan dengan yang tidak diimunisasi (OR 3,67).

c. *Faktor perilaku keluarga*

Faktor perilaku dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit ISPA pada bayi dan balita dalam hal ini adalah praktek penanganan ISPA di keluarga baik yang dilakukan oleh ibu ataupun anggota keluarga lainnya. Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga, satu dengan lainnya saling tergantung dan berinteraksi. Bila salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, maka akan berpengaruh terhadap anggota keluarga lainnya (Freeman & Heinrich, 1981).

Peran aktif keluarga/masyarakat dalam menangani ISPA sangat penting karena penyakit ISPA merupakan penyakit yang ada sehari-hari di dalam masyarakat atau keluarga. Hal ini perlu mendapat perhatian serius oleh kita semua karena penyakit ini banyak menyerang balita, sehingga ibu balita dan anggota keluarga yang sebagian besar dekat dengan balita mengetahui dan terampil menangani penyakit ISPA ini ketika anaknya sakit.

Keluarga perlu mengetahui serta mengamati tanda keluhan dini pneumonia sebagai akibat lanjut dari non pneumonia. Kapan mencari pertolongan dan rujukan pada sistem pelayanan kesehatan agar penyakit anak balitanya tidak menjadi lebih berat (Wong, 2009). Berdasarkan hal tersebut dapat diartikan dengan jelas bahwa peran keluarga dalam praktek penanganan dini bagi balita sakit ISPA sangatlah penting, sebab bila praktek penanganan ISPA tingkat keluarga yang kurang/buruk akan berpengaruh pada perjalanan penyakit dari yang ringan menjadi bertambah berat. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Gobel (2003) dengan desain penelitian cross sectional menyatakan ada hubungan pengetahuan & sikap terhadap perilaku keluarga dalam merawat balita ISPA.

2.2.7. Cara Penularan Penyakit ISPA

Penularan penyakit ISPA dapat terjadi melalui udara yang telah tercemar, bibit penyakit masuk kedalam tubuh melalui pernafasan, oleh karena itu maka penyakit ISPA ini termasuk golongan *Air Borne Disease*. Penularan melalui udara dimaksudkan adalah cara penularan yang terjadi tanpa kontak dengan penderita maupun dengan benda terkontaminasi. Sebagian besar penularan melalui udara dapat pula menular melalui kontak langsung, namun tidak jarang penyakit yang sebagian besar penularannya adalah karena menghisap udara yang mengandung unsur penyebab atau mikroorganisme penyebab (Wong, 2009; Hull, 2008).

2.2.8. Dampak non pneumonia dan pneumonia

Secara anatomik non pneumonia merupakan infeksi yang terjadi pada saluran napas atas. Jarak yang dekat dengan telinga akan mengakibatkan komplikasi penyakit otitis media. Pada balita otitis media akan mengakibatkan gangguan pendengaran yang akan berakibat pada proses perkembangan balita tersebut (Wong, 2009). Proses infeksi pada kejadian non pneumonia juga akan menurunkan sistem imunitas balita, jika tidak segera diatasi dengan tepat maka akan terjadi penularan infeksi ke saluran pernapasan bawah yang akan menyebabkan radang pada parenkim paru yang disebut pneumonia. Pneumonia ini yang akan merangsang balita kesulitan bernapas atau sesak yang akan mengakibatkan kematian (Hull, 2008).

2.2.9. Kebijakan kesehatan anak di Indonesia terkait Program Penanggulangan ISPA

Kebijakan kesehatan anak di Indonesia difokuskan pada intervensi-intervensi layanan kesehatan meliputi : imunisasi, MTBS, gizi pada anak, penguatan peran keluarga, dan peningkatan akses layanan kesehatan, dengan penjelasan sebagai berikut (DepKes, 2010):

- a. Meningkatkan cakupan imunisasi campak, melalui penyediaan sumber daya yang memadai, dan memperjelas peran pemerintah pusat dan daerah dalam implementasi program imunisasi.
- b. Meningkatkan pelaksanaan strategi MTBS, antara lain: (i) pelatihan MTBS bagi petugas kesehatan; (ii) penguatan struktur manajemen di tingkat pusat dan daerah; (iii) menjamin ketersediaan obat esensial; (iv) pelaksanaan MTBS di tingkat keluarga dan masyarakat; dan (v) penyelenggaraan konseling bagi Ibu dan *caregivers*.
- c. Menangani permasalahan gizi pada anak yang difokuskan untuk menurunkan prevalensi *stunting* meliputi : (i) peningkatan pemberian ASI eksklusif; (ii) pemberian makanan tambahan; (iii) memantau tumbuh kembang anak; (iv) memperkenalkan komunikasi untuk perubahan perilaku; dan (v) intervensi gizi mikro.
- d. Menerapkan strategi kesehatan anak pada tingkat keluarga, meliputi : (i) melindungi anak-anak di daerah endemis malaria dengan kelambu berinsektisida; (ii) memberikan imunisasi lengkap sebelum berusia satu tahun; (iii) mengenali anak sakit secara dini dan mencari perawatan pada fasilitas/tenaga kesehatan yang tepat dan cepat; (iv) memberikan lebih banyak makanan dan minuman, termasuk ASI, kepada anak-anak sakit; dan (v) perawatan yang tepat di rumah kepada anak yang menderita infeksi.
- e. Meningkatkan upaya perubahan perilaku, melalui peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di tingkat rumah tangga.
- f. Meningkatkan mobilisasi partisipasi masyarakat melalui kegiatan posyandu yang meliputi pemantauan status gizi bayi dan balita melalui penimbangan bulanan, pemberian imunisasi lengkap dan layanan kesehatan lainnya.
- g. Meningkatkan advokasi kebijakan bagi daerah dengan tingkat pencapaian target kesehatan anak yang masih rendah, melalui: (i) pengalokasian sumber daya yang memadai; (ii) peningkatan penyediaan anggaran publik untuk kesehatan khususnya bagi masyarakat miskin; (iii) pengembangan instrumen monitoring; (iv) peningkatan kemampuan

tenaga kesehatan; dan (v) pengembangan strategi dalam penyediaan tenaga kesehatan strategis di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan.

2.3. Pelaksanaan Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga

Keluarga adalah suatu kelompok kecil yang unik, dengan individu yang saling terkait dan bergantung secara erat. Individu – individu tersebut dikelola menjadi sebuah unit tunggal untuk mempertahankan fungsi dan tujuan keluarga. Keluarga dipandang sebagai suatu subsistem dalam sebuah system yang lebih besar yaitu komunitas atau masyarakat (Friedman, 2010).

Perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang dipusatkan pada keluarga sebagai unit terkecil. Fungsi perawatan kesehatan yang dilakukan dengan sehat sebagai tujuan dan perawatan sebagai sarana mencegah penyakit. Pengertian keluarga berdasarkan berbagai sumber yang ada (Friedman, 2010; WHO dan UU No.52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga), keluarga adalah unit terkecil dalam suatu masyarakat yang terdiri dari dua orang atau lebih, terikat dalam hubungan perkawinan, pertalian darah atau adopsi yang menciptakan dan mempertahankan budaya dan mempunyai ketergantungan satu sama lain.

Pengertian keluarga dalam kehidupan masyarakat di Indonesia mengalami perkembangan yang luas. Penyebutan kata keluarga tidak lagi dibatasi oleh hubungan perkawinan, pertalian darah atau adopsi tetapi hubungan pertemanan/hubungan pekerjaan yang berlangsung lama dan adanya “pengakuan” keluarga oleh individu yang tinggal bersama-sama selama bertahun-tahun. Misalnya: pembantu di rumah yang telah tinggal bertahun-tahun dalam suatu rumah, sering disebut keluarga.

Fungsi perawatan kesehatan merupakan hal yang penting dalam pengkajian keluarga. Keluarga merupakan perspektif dasar dalam masyarakat dimana perilaku kesehatan dan perawatan kesehatan diatur, dilaksanakan dan diamankan. Perbaikan dan pemeliharaan kesehatan berlangsung terutama melalui komitmen dan modifikasi lingkungan serta gaya hidup pribadi, hal ini semakin memperkuat peran dan fungsi keluarga dalam tanggungjawabnya terhadap perawatan kesehatan keluarga. Model keperawatan kesehatan yang diberikan pada keluarga seharusnya disesuaikan dengan kebutuhan keluarga, penyuluhan dan konseling untuk perawatan kesehatan keluarga merupakan tujuan utama dari praktek keperawatan keluarga (Freeman & Heinrich, 1981)

Dalam fungsi perawatan kesehatan keluarga sering mengalami kesulitan, hal ini dipengaruhi oleh struktur keluarga dan sistem pelayanan kesehatan. Pada saat keluarga terlibat dalam kegiatan sosial dan keterlibatan suami secara aktif dalam urusan internal keluarga maka pemanfaatan pelayanan perawatan kesehatan akan lebih cepat dan terbuka. Agar keluarga dapat menjadi sumber kesehatan primer dan efektif, mereka harus terlibat dalam tim perawatan kesehatan dan proses terapi total (Levine & Zuckerman, 2000; Friedman, 2010). Peran kemitraan tersebut diperlukan baik pada tindakan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Penyebab yang lain kesulitan melaksanakan fungsi perawatan keluarga adalah dipengaruhi oleh mudah atau tidaknya akses yang dimiliki, baik dari segi jarak, memiliki atau tidak asuransi kesehatan, dan tingkat ekonomi yang rendah untuk biaya perawatan kesehatan.

Salah satu indikasi berfungsinya perawatan kesehatan keluarga adalah keseluruhan derajat kesehatan anggota keluarganya. Hal ini mengindikasikan perlu mengumpulkan informasi berkenaan insidens penyakit per anggota dalam periode waktu tertentu. Keragaman ekonomi dan kebudayaan keluarga menunjukkan kebutuhan yang berbeda dengan

aktivitas promosi kesehatan terhadap kebutuhan kelompok minoritas, miskin, dan ethnic khusus (DepKes RI, 2006)

DepKes RI (2006) menyebutkan kesanggupan keluarga didalam melaksanakan perawatan kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga yaitu 1) kemampuan dalam mengenal masalah kesehatan, sehingga perubahan kesehatan yang terjadi pada anggota keluarga menjadi terkontrol, 2) kemampuan keluarga dalam memutuskan tindakan kesehatan yang tepat, bila ada anggota keluarga bermasalah kesehatan, 3) kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit, harapannya keluarga mampu merawat anggota yang sakit dan mampu melakukan pertolongan pertama pada anggota keluarga yang sakit, 4) kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dengan tujuan preventif dan rehabilitatif terhadap resiko penyakit, 5) kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga.

Fungsi perawatan kesehatan meliputi 5 tugas kesehatan keluarga yaitu (Suprajitno, 2002; Setiadi, 2008; DepKes RI, 2006, Maglaya, 2009):

- a. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan. Hal yang terkait dengan kemampuan ini adalah sejauh mana keluarga mengetahui fakta dari masalah kesehatan ,meliputi pengertian ,tanda dan gejala ,faktor penyebab dan faktor yang memengaruhi serta persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan terutama yang dialami anggota keluarga.
- b. Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat. Hal yang terkait yaitu : sifat dan luasnya masalah, masalah kesehatan dirasakan oleh keluarga, mengetahui akibat dari masalah kesehatan, mempunyai sikap yang tidak mendukung (negatif)terhadap upaya kesehatan yang dapat dilakukan pada anggota keluarga.
- c. Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit. Hal yang terkait, yaitu: pengetahuan tentang penyakit (sifat, penyebaran,

komplikasi), pengetahuan tentang cara perawatan, peralatan, sumber, sikap keluarga.

- d. Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan rumah yang sehat, meliputi : pengetahuan tentang sumber, manfaat lingkungan sehat, sikap terhadap lingkungan sehat, kebersamaan keluarga dalam memelihara lingkungan sehat.
- e. Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat, meliputi: lokasi, keuntungan, terjangkau.

2.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003), perilaku yang dapat ditunjukkan oleh seseorang berdasarkan pada berbagai hal seperti dibawah ini:

2.4.1. Faktor Internal

Tingkah laku manusia adalah kegiatan yang sangat dipengaruhi oleh faktor yang ada dalam dirinya. Faktor-faktor internal yang dimaksud antara lain jenis ras/keturunan, jenis kelamin, sifat fisik, kepribadian, bakat, dan intelegensia. Faktor-faktor tersebut akan dijelaskan secara lebih rinci seperti di bawah ini.

a) Jenis Ras/ Keturunan

Setiap ras yang ada di dunia memperlihatkan tingkah laku yang khas. Tingkah laku khas ini berbeda pada setiap ras, karena memiliki ciri-ciri tersendiri. Ciri perilaku ras Negroid antara lain bertemperamen keras, tahan menderita, menonjol dalam kegiatan olah raga. Ras Mongolid mempunyai ciri ramah, senang bergotong royong, agak tertutup/pemalu dan sering mengadakan upacara ritual. Demikian pula beberapa ras lain memiliki ciri perilaku yang berbeda pula.

Cara individu memandang konsep sehat dan sakit serta menyikapi atau berespon terhadap penyakit dipengaruhi sifat keturunan yang dimiliki. Keluarga dari keturunan Jawa lebih dominan dipengaruhi oleh perilaku keluarga besar dari pihak keluarga laki-laki dalam mengambil keputusan

tindakan yang akan dilakukan terhadap suatu diagnosa penyakit. Berbeda dengan keluarga keturunan dari Minangkabau yang lebih dominan dipengaruhi keluarga pihak wanita dalam pengambilan keputusan.

b) Jenis Kelamin

Perbedaan perilaku berdasarkan jenis kelamin antara lain cara berpakaian, melakukan pekerjaan sehari-hari, dan pembagian tugas pekerjaan. Perbedaan ini bisa dimungkinkan karena faktor hormonal, struktur fisik maupun norma pembagian tugas. Wanita seringkali berperilaku berdasarkan perasaan, sedangkan orang laki-laki cenderung berperilaku atau bertindak atas pertimbangan rasional.

c) Sifat Fisik

Kretschmer Sheldon membuat tipologi perilaku seseorang berdasarkan tipe fisiknya. Misalnya, orang yang pendek, bulat, gendut, wajah berlemak adalah tipe piknis. Orang dengan ciri demikian dikatakan senang bergaul, humoris, ramah dan banyak teman

d) Kepribadian

Kepribadian adalah segala corak kebiasaan manusia yang terhimpun dalam dirinya yang digunakan untuk bereaksi serta menyesuaikan diri terhadap segala rangsang baik yang datang dari dalam dirinya maupun dari lingkungannya, sehingga corak dan kebiasaan itu merupakan suatu kesatuan fungsional yang khas untuk manusia itu. Dari pengertian tersebut, kepribadian seseorang jelas sangat berpengaruh terhadap perilaku sehari-harinya.

e) Intelegensia

Intelegensia adalah keseluruhan kemampuan individu untuk berpikir dan bertindak secara terarah dan efektif. Bertitik tolak dari pengertian tersebut, tingkah laku individu sangat dipengaruhi oleh intelegensia. Tingkah laku yang dipengaruhi oleh intelegensia adalah tingkah laku intelegen di mana seseorang dapat bertindak secara cepat, tepat, dan mudah terutama dalam mengambil keputusan

f)Bakat

Bakat adalah suatu kondisi pada seseorang yang memungkinkannya

dengan suatu latihan khusus mencapai suatu kecakapan, pengetahuan dan keterampilan khusus, misalnya berupa kemampuan memainkan musik, melukis, olah raga, dan sebagainya

2.4.2. Faktor Eksternal

a) Pendidikan

Inti dari kegiatan pendidikan adalah proses belajar mengajar. Hasil dari proses belajar mengajar adalah seperangkat perubahan perilaku. Dengan demikian pendidikan sangat besar pengaruhnya terhadap perilaku seseorang. Seseorang yang berpendidikan tinggi akan berbeda perilakunya dengan orang yang berpendidikan rendah.

b) Agama

Agama akan menjadikan individu bertingkah laku sesuai dengan norma dan nilai yang diajarkan oleh agama yang diyakininya.

c) Kebudayaan

Kebudayaan diartikan sebagai kesenian, adat istiadat atau peradaban manusia. Tingkah laku seseorang dalam kebudayaan tertentu akan berbeda dengan orang yang hidup pada kebudayaan lainnya, misalnya tingkah laku orang Jawa dengan tingkah laku orang Papua.

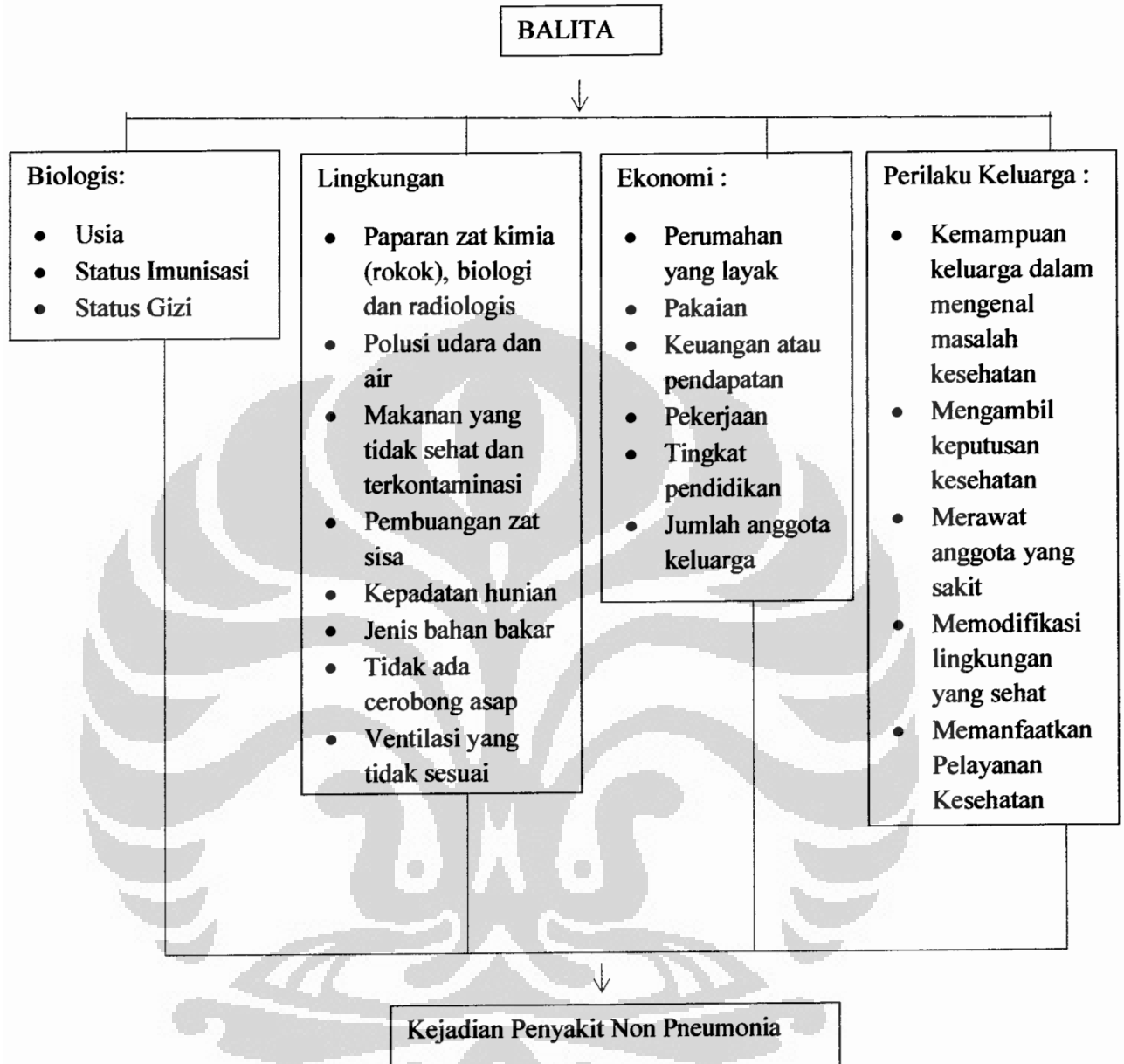
d) Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh untuk mengubah sifat dan perilaku individu karena lingkungan itu dapat merupakan lawan atau tantangan bagi individu untuk mengatasinya. Individu terus berusaha menaklukkan lingkungan sehingga menjadi jinak dan dapat dikuasainya.

e) Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi seseorang akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi perilaku seseorang.

2.5.Kerangka Teori



Skema 2.1.

Sumber: Irianto (2006), Allender dan Spradley (2010), Stanhope dan Lancaster (2004), Sarijan (2005), Freeman & Heinrich (1981), Maglaya (2009).

BAB 3

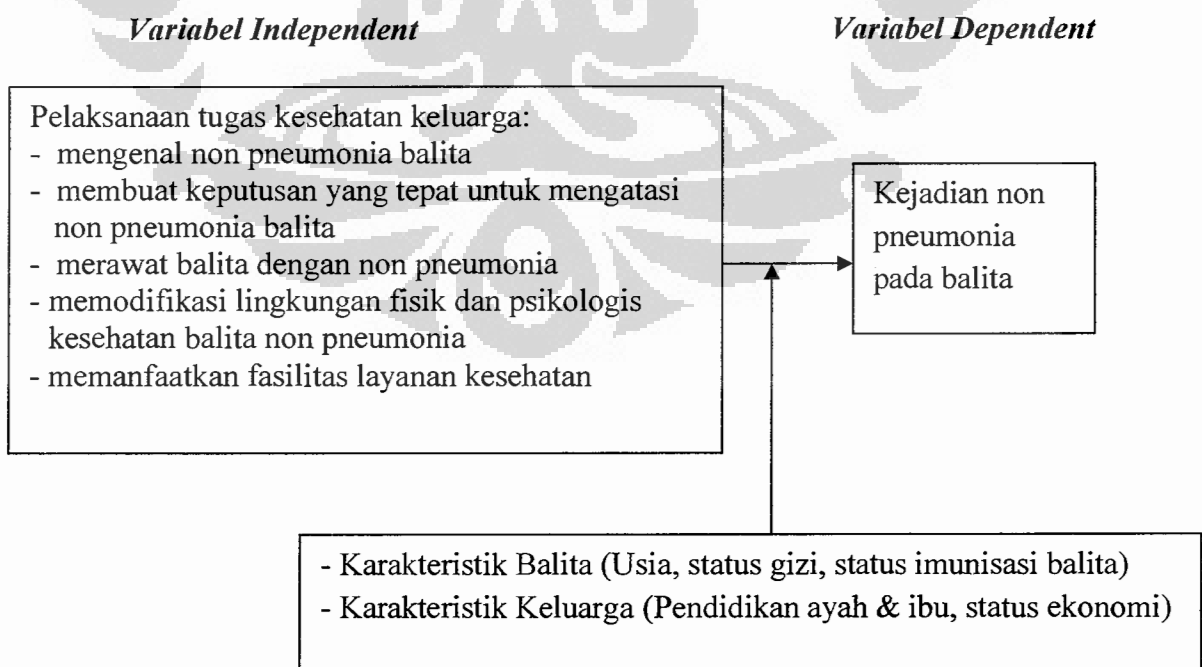
KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL

Bab ini akan membahas kerangka konsep penelitian dan hipotesis penelitian yang terdiri dari hipotesis mayor dan minor serta membahas definisi operasional.

3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan teori yang ada, maka peneliti membuat kerangka konsep dimana variabel terikat adalah kejadian non pneumonia pada balita, dan variabel bebas adalah pelaksanaan tugas kesehatan keluarga (mengenal masalah non pneumonia pada balita, mengambil keputusan yang tepat mengatasi masalah non pneumonia pada balita, merawat anak balita dengan masalah non pneumonia, memodifikasi lingkungan yang sehat untuk balita, memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan untuk mengatasi non pneumonia pada balita) dengan faktor perancu yaitu karakteristik balita dan karakteristik keluarga. (DepKes RI, 2006; Stanhope & Lancaster, 2000; Suprajitno, 2002; Notoatmodjo, 2003)

Kerangka konsep dapat dilihat sebagai berikut :



Skema 3.1. Kerangka Konsep

3.2. Hipotesis

Hipotesis penelitian merupakan jawaban sementara yang akan menjadi pedoman bagi peneliti dalam mencari hubungan antar variabel (Polit & Hungler, 1999).

Berdasarkan kerangka konsep maka dapat disusun hipotesis sebagai berikut:

Hipotesis mayor pada penelitian ini ada hubungan pelaksanaan 5 tugas kesehatan keluarga terhadap kejadian penyakit non pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

Hipotesis minor dari variabel penelitian adalah sebagai berikut:

- 3.2.1. Ada hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam mengenal masalah dengan kejadian non pneumonia pada balita
- 3.2.2. Ada hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam mengambil keputusan dengan kejadian non pneumonia pada balita
- 3.2.3. Ada hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam merawat balita dengan kejadian non pneumonia pada balita
- 3.2.4. Ada hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam mengelola lingkungan dengan kejadian non pneumonia pada balita
- 3.2.5. Ada hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kejadian non pneumonia pada balita
- 3.2.6. Ada hubungan pelaksanaan lima tugas kesehatan keluarga dengan kejadian non pneumonia pada balita setelah dikontrol variabel karakteristik balita dan karakteristik keluarga

D. Defenisi Operasional

Tabel 3.1 Defenisi operasional

VARIABEL TERIKAT					
No	Variabel	Defenisi Operasional	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Kejadian non pneumonia	Merupakan periode infeksi saluran pernafasan akut pada	Diukur dengan 6 pertanyaan	1= terjadi non pneumonia	nominal

	pada balita	balita usia 1 sampai lima tahun yang di tandai dengan batuk, pilek, demam, sakit telinga (otitis media), dan radang tenggorokan (faringitis), yang terjadi pada bulan November tahun 2011 sampai Juni 2012	ttg tanda dan gejala non pneumonia pada balita, dengan pertanyaan tertutup, minimal menunjukkan 2 gejala. Ya=1 Tidak=2	memiliki nilai ≤ 10 2=tidak terjadi non pneumonia memiliki nilai > 10	
VARIABEL BEBAS					
No	Variabel	Defenisi Operasional	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Kemampuan keluarga mengenal masalah non pneumonia pada balita	Keluarga mengetahui keadaan kesehatan balita terutama pengertian, penyebab, tanda dan gejala serta faktor yang mempengaruhi penyakit non pneumonia dan perubahan keadaan kesehatan pada balita non pneumonia	Diukur dengan 8 pertanyaan dari pengertian dan penyebab dan ttg perubahan keadaan kesehatan balita non pneumonia, menggunakan pertanyaan dgn 2 pilihan jawaban benar dan salah	1= tidak mengenal masalah menggunakan cut of point $< \text{Mean}=27,5$ 2= mengenal masalah menggunakan cut of point $\geq \text{Mean}=27,5$	Ordinal
2	Kemampuan keluarga mengambil keputusan untuk mengatasi masalah non pneumonia	keadaan keluarga mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan/ sumber daya keluarga, sifat & luasnya masalah, dirasakan oleh keluarga, takut	Diukur dengan 3 pertanyaan pada kuisioner dengan skala linkert : Sangat	1= tidak mampu mengambil keputusan menggunakan cut of point $< \text{Median}=10$ 2= mampu	Ordinal

	pada balita	terhadap akibat	Setuju=4 Setuju=3 Tidak Setuju= 2 Sangat Tidak Setuju= 1	mengambil keputusan menggunakan cut of point \geq Median= 10	
3	Kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan perawatan di rumah pada balita dengan non pneumonia melalui pencegahan komplikasi lebih lanjut.	Keadaan keluarga dalam merawat balita meliputi antara lain : 1. Mencegah terjadinya dehidrasi dengan - memberi minum lebih banyak dengan cairan rumah tangga yang dianjurkan seperti air sayur, air sup. - Tidak menghentikan pemberian ASI pada anak yang masih mendapatkan ASI. 2. Melakukan tindakan untuk mengatasi demam dengan cara: - Tirah baring/istirahat selama masih demam. - Memberikan obat antipiretik sederhana yang dapat dibeli di toko obat terdekat. - Memberikan kompres untuk membantu menurunkan demam. - Pemberian cairan dan ASI (usia 1-2 thn) selama demam - Melakukan upaya menurunkan demam dengan evaporasi, radiasi dengan cara tidak memakaikan baju yang tebal, kaos kaki atau selimut	Diukur dengan 15 pertanyaan ttg pengetahuan, psikomotor, dan perilaku yang dilakukan klg mengatasi keadaan kesehatan balita non pneumonia. Menggunakan skala ukur linkert: Untuk psikomotor: Selalu:=4 Sering=3 Jarang =2 Tidak pernah =1 Untuk Sikap: Sangat Setuju=4 Setuju=3 Tidak Setuju= 2 Sangat Tidak	1=tidak mampu melakukan perawatan menggunakan cut of point < Median=38 2= mampu melakukan perawatan menggunakan cut of point \geq Median=38	Ordinal

		tebal pada anak. 3. Melegakan tenggorokan dan meredakan batuk. 4. Memberikan nutrisi yang tepat 5. Upaya keluarga untuk mengenali tanda-tanda pneumonia dan membawa anak ke Puskesmas jika ditemui gejala pneumonia pada anak.	Setuju= 1		
4	Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan untuk mengatasi masalah	Cara keluarga memfasilitasi wilayah disekitar tempat balita melakukan berbagai aktivitas sehari-hari yang dapat mencegah non pneumonia	Diukur dengan 6 pertanyaan ttg lingkungan yang menunjang keluarga dlm mengatasi keadaan kesehatan balita non pneumonia. Menggunakan skala linkert : Sangat Setuju=4 Setuju=3 Tidak Setuju= 2 Sangat Tidak Setuju= 1	1=tidak mampu memodifikasi lingkungan menggunakan cut of point < Mean=18,5 2= mampu memodifikasi lingkungan menggunakan cut of point \geq Mean =18,5	Ordinal
5	Kemampuan keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk	Tempat pelayanan kesehatan yang dikunjungi saat balita sakit non pneumonia	Diukur dengan 5 pertanyaan ttg tempat perawatan yang	1=tidak mampu memanfaatkan yankes menggunakan cut of point <	Ordinal

	mengatasi masalah		<p>dikunjungi klg dlm mengatasi keadaan kesehatan balita non pneumonia. Menggunakan skala linkert :</p> <p>Sangat Setuju=4</p> <p>Setuju=3</p> <p>Tidak Setuju= 2</p> <p>Sangat Tidak Setuju= 1</p>	<p>Mean=15,6</p> <p>2= mampu memanfaatkan yankes menggunakan cut of point \geq Mean=15,6</p>	
6	Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga	Kesanggupan keluarga dalam mencapai, memelihara serta mengatasi masalah-masalah kesehatan individu dan keluarga	<p>Diukur dengan 37 pertanyaan dengan menggunakan pilihan jawaban benar dan salah. Untuk pertanyaan positif Benar=4 dan salah=1, serta menggunakan skala linkert:</p> <p>Sangat Setuju=4</p> <p>Setuju=3</p> <p>Tidak Setuju= 2</p> <p>Sangat Tidak</p>	<p>1=tidak mampu memanfaatkan yankes menggunakan cut of point $<$ Median=21,8</p> <p>2= mampu memanfaatkan yankes menggunakan cut of point apabila \geq Median=21,8</p>	ordinal

					Setuju= 1	
CONFOUNDING						
No	Variabel	Defenisi Operasional	Cara dan Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur	
1.	Usia balita	Umur saat dilakukan penelitian diukur dari ulang tahun terakhir	Diukur dengan 1 pertanyaan	1=usia 1-<3 tahun 2= usia 3-5 tahun	Nominal	
2.	Status gizi balita	Keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Keadaan tersebut dapat dibedakan dengan status gizi lebih, gizi baik, gizi kurang dan gizi buruk	Diukur dengan teknik antropometri yaitu BB/Umur dengan ambang batas gizi lebih = > +2SD; gizi baik = -2SD sampai +2SD; gizi kurang = -3SD sampai < -2SD; gizi buruk = < -3SD	1=gizi buruk 2= gizi kurang 3= gizi baik 4= gizi lebih	Ordinal	
3	Status imunisasi balita	Jumlah jenis imunisasi yang pernah diterima bayi sampai dengan usia 12 bulan, menurut umur dan kondisi kesehatan. Dikatakan telah mendapat imunisasi lengkap jika sampai usia 12 bulan adalah 12 jenis (BCG, Hepatitis B 1 - 3, DPT I - 4, Polio I - 3) dan campak.	Diukur dengan 1 pertanyaan pada kuisisioner	1= Tidak Lengkap, imunisasi < 12 jenis imunisasi 2 = Lengkap, imunisasi \geq 12 jenis imunisasi	Nominal	
4	Pendidikan ibu	Pendidikan formal terakhir yang diselesaikan keluarga terutama ibu	Diukur dengan 1 pertanyaan pada kuisisioner	1= Pendidikan dasar (SD sampai dengan	Ordinal	

				SMP) 2= Pendidikan lanjut (> SMP)	
5	Pendidikan ayah	Pendidikan formal terakhir yang diselesaikan keluarga terutama ayah	Diukur dengan 1 pertanyaan pada kuisisioner	1= Pendidikan dasar (SD sampai dengan SMP) 2= Pendidikan lanjut (> SMP)	Ordinal
6	Status ekonomi keluarga	Kedudukan seseorang atau keluarga di masyarakat berdasarkan pendapatan per bulan. UMR = Rp.1.200.000/ bulan	Diukur dengan 1 pertanyaan	1= kurang, pendapatan klg < UMR = Rp 1.200.000 / bulan 2= Baik , pendapatan klg \geq UMR = Rp 1.200.000 / bulan	Nominal

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini membahas desain penelitian, tempat dan waktu penelitian, populasi dan sampel penelitian, etika dan instrument penelitian, pengelolaan data dan rencana analisa data.

4.1. Desain Penelitian

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan desain *Cross Sectional* untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dan variabel independen. Penelitian *Cross-sectional* merupakan hasil sekali bidik (*a snapshot*) pada satu saat tertentu (Hermawan, 2003).

Jenis penelitian yang digunakan dengan pendekatan *cross sectional*, dimana variabel bebas dan variabel terikat yang terjadi pada obyek penelitian diukur atau dikumpulkan secara simultan dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2002). Sedangkan menurut Sastroasmoro (2010), pada studi *cross sectional* variabel bebas (faktor risiko) dan variabel tergantung (efek) dinilai secara simultan pada satu saat. Jadi tidak ada *follow-up* pada studi ini.

4.2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RW 1-11 Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok. Pemilihan tempat penelitian ini berdasarkan angka kejadian ISPA menempati urutan tertinggi di Kelurahan Tugu pada kelompok usia 1-5 tahun, yaitu 32,6%. Karakteristik wilayah Kelurahan Tugu yang terdiri dari RW 1-19 memiliki jumlah penduduk yang cukup padat dibandingkan dengan kelurahan lainnya di Kecamatan Cimanggis. Pemilihan tempat penelitian ini difokuskan pada RW 1- 11 dengan alasan karakteristik rumah penduduk berjarak dekat antar satu rumah dengan rumah lainnya dan keadaan lingkungan rumah yang masih belum memenuhi standar kesehatan. Sedangkan pada RW 12-19 merupakan wilayah komplek perumahan yang

memiliki jarak yang cukup antar rumah dan keadaan rumah sudah memenuhi standar baik struktur, ventilasi dan pencahayaan rumah.

4.3. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan melalui beberapa tahap, dimulai dengan pembuatan proposal pada bulan September s/d Desember 2011. Dilanjutkan dengan pengambilan data pada bulan minggu pertama dan kedua Januari 2012. Selanjutnya pembuatan laporan hasil penelitian bulan Maret s/d Juli 2012.

4.4. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian (Arikunto, 2002). Populasi dalam bahasa sehari – hari dihubungkan dengan jumlah penduduk di suatu wilayah. Populasi dalam penelitian adalah sejumlah subjek yang mempunyai karakteristik tertentu yang akan menjadi sasaran penerapan hasil penelitian (Sastroasmoro, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh keluarga yang memiliki balita di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok berdasarkan data dari Kelurahan Tugu pada RW 1-11 pada tahun 2010, sejumlah 6721 balita.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiono, 2003). Sedangkan menurut Sastroasmoro (2010), sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dapat mewakili populasinya.

Rumus sampel minimal berdasarkan Lemeshow, 1997:

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot d^2}$$

Keterangan :

n = Besar sample yang diperlukan

N = Jumlah populasi=6721

d = Kesalahan maksimum yang diperbolehkan 10%

Berdasarkan rumus Lemeshow didapatkan jumlah sampel minimal adalah:

$$n = \frac{6721}{1 + 6721 \times (0.1)^2}$$

$$n = 98.53$$

$$n = 99 \text{ responden}$$

Kemungkinan sampel yang *drop – out* pada penelitian ini adalah 10% yaitu sejumlah 10 responden.

Berdasarkan hasil perhitungan diatas maka akan diambil sampel sejumlah 109 responden.

Sampel yang akan diambil adalah secara *cluster sampling* dari 11 RW yang ada di kelurahan Tugu berdasarkan perhitungan sampel minimal. Jumlah populasi balita pada masing-masing RW didapatkan dari data posyandu pada tahun 2010.

Berikut ini pembagian sampel berdasarkan RW, menurut Sugiyono, 2010:

$$ni = \frac{Ni}{N} \times n$$

Keterangan :

ni = Ukuran sampel yang harus diambil (suatu wilayah)

Ni = Ukuran populasi (suatu wilayah)

N = Ukuran populasi keseluruhan

n = Ukuran sampel keseluruhan

Tabel 4.1. Distribusi proporsi *cluster sampling*:

Wilayah	Populasi	Sampel
RW 01	600	10 responden
RW 02	630	10 responden
RW 03	804	13 responden
RW 04	515	8 responden
RW 05	579	10 responden
RW 06	594	10 responden
RW 07	609	10 responden
RW 08	1083	17 responden
RW 09	385	6 responden
RW 10	514	8 responden
RW 11	408	7 responden
TOTAL SAMPEL =	6721	109 responden

Pada penelitian ini proses pengambilan sampel dilakukan secara *purposive*, hal ini karena data yang diperoleh dari posyandu belum mewakili jumlah keseluruhan balita yang pernah dan sedang sakit non pneumonia. Jumlah balita yang terdata yang didapat dari pelaporan posyandu, tidak semua balita non pneumonia datang ke posyandu. Berdasarkan wawancara bersama kader menyatakan kemampuan kader untuk mendata balita yang sering terkena penyakit non pneumonia belum bisa dilaksanakan karena keterbatasan tenaga.

Kriteria inklusi responden yang ditetapkan peneliti adalah :

1. Keluarga yang memiliki anak balita dengan batasan usia 1- 5 tahun.
2. Tempat tinggal di wilayah kelurahan Tugu (RW 1 – 11)
3. Keluarga bisa membaca dan menulis.
4. Keluarga yang balita pernah menderita non pneumonia sudah sembuh atau sedang sakit saat ini.
5. Orangtua balita pernah mengikuti pendidikan disekolah formal minimal tamat SD.
6. Bersedia menjadi responden.

4.5. Etika Penelitian

Etika penelitian digunakan sebagai pedoman yang perlu diperhatikan oleh setiap peneliti. Etika penelitian berarti kebebasan menentukan apakah seseorang akan terlibat atau tidak terhadap penelitian yang akan dilakukan. Etika memberi keyakinan bahwa akan terjaga kerahasiaan baik identitas ataupun informasi yang akan diberikan oleh responden dan menjaga dari ketidaknyaman fisik maupun psikologis dari responden (Milton, 1999; Polit & Beck, 2001; Burn & Grove, 2001):

4.5.1. Aplikasi Etik dalam Penelitian

4.5.1.1. Menghormati harkat dan martabat manusia.

Yang termasuk dalam prinsip menghargai harkat dan martabat manusia adalah *Autonomy*. Hal ini berarti tidak ada paksaan atau penekanan tertentu agar subjek bersedia ikut terlibat dalam proses penelitian. Menghargai Responden sebagai subjek pada penelitian memiliki kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian. Peneliti menjelaskan kepada responden bahwa tidak ada paksaan atau penekanan oleh pihak manapun untuk memutuskan keterlibatannya. Sehingga peneliti membina hubungan saling percaya dengan calon responden dengan cara memberi penjelasan kepada responden tentang tujuan, manfaat, prosedur, resiko dan keuntungan terlibat pada penelitian ini yang dijelaskan secara lisan dan tulisan pada lembaran kuisioner.

Responden juga memiliki hak untuk menolak terlibat pada penelitian ini. Namun untuk mengantisipasi hal tersebut peneliti memberikan penjelasan bahwa keterlibatan keluarga pada penelitian ini akan membantu memberikan informasi keadaan kesehatan balita dan keterlibatan keluarga pada upaya pemeliharaan kesehatan pada balita khususnya penyakit non

pneumonia pada saat ini. Hal ini untuk meningkatkan upaya peningkatan derajat kesehatan balita.

4.5.1.2. Memperhatikan kesejahteraan responden

Prinsip yang perlu diperhatikan untuk meningkatkan keterlibatan responden adalah *Beneficience*. Prinsip ini mengandung makna bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya baik fisik, emosional, sosial dan ekonomi bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan. Penelitian ini tidak memberikan manfaat langsung untuk responden, namun memberikan manfaat untuk upaya peningkatan pemeliharaan derajat kesehatan balita secara umum dan pelayanan keperawatan khususnya pada agregat balita.

Pada penelitian ini juga mempertimbangkan dan meminimalkan resiko atau dampak yang merugikan bagi subjek yang dikenal dengan istilah *Nonmaleficience*. Pada penelitian ini dijelaskan kepada responden tidak ada resiko baik faktor fisik, emosional, sosial dan ekonomi bagi keluarga. Hal ini dikarenakan semua proses pengumpulan data dilakukan dengan cara santai dan memperhatikan kesiapan waktu keluarga.

Pada penelitian ini juga dilakukan *Informed consent*. Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai dengan judul penelitian dan manfaat penelitian, bila subyek menolak maka peneliti tidak memaksa dan tetap menghormati hak subyek. Lembaran informed consent diberikan penjelasan lengkap tujuan, manfaat, prosedur, resiko dan keuntungan yang mungkin didapat dengan keikutsertaan dalam penelitian. Responden yang sudah terpilih untuk diambil datanya semuanya dengan sukarela menandatangani lembaran *informed consent* tanpa memberikan nama.

4.5.1.3. Mengutamakan keadilan

Prinsip keterbukaan dalam penelitian berarti jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara profesional. Sedangkan keadilan berarti penelitian memberi keuntungan dan beban secara merata sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan subjek. Pada penelitian ini peneliti menghormati privacy atau kerahasiaan subjek. Setiap responden perlu diperhatikan kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden, tetapi lembar tersebut diberi kode dengan menggunakan angka. Peneliti juga menerapkan prinsip *Confidentiality* yaitu peneliti menjamin kerahasiaan semua informasi yang diberikan oleh responden yang akan dijaga serta hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

4.6. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data atau mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik dalam arti cepat, lengkap, sistematis, sehingga lebih mudah diolah (Sugiyono, 2010). Menurut Burn & Grove (2001) menyatakan alat pengumpul data adalah bagian dari pengukuran sebagai aplikasi pengukuran yang spesifik untuk mengembangkan tujuan mendapatkan kejadian nyata yang digunakan dalam evaluasi tujuan penelitian.

Menurut Muhidin dan Abdurahman (2009) kuesioner merupakan salah satu pengumpulan data kepada subyek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis. Teknik kuesioner yang dipergunakan adalah kuesioner yang diartikan sebagai daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, sudah matang, dimana responden memberikan jawaban atau dengan memberi tanda-tanda tertentu. Kuesioner yang dipergunakan dalam penelitian ini dikembangkan sendiri oleh peneliti berdasarkan literatur yang ada.

Menurut (Suprajitno, 2002; Friedman, 2010), kuisisioner pada penelitian ini terdiri dari 2 bagian yaitu pertama tentang data dasar responden yang terdiri dari identitas keluarga berisikan pertanyaan tentang pendidikan terakhir yang diselesaikan oleh orangtua balita, pendapatan keluarga dengan nomor pertanyaan 1, 2, dan 3, keadaan umum balita berisikan tentang jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan balita dengan nomor pertanyaan 4, 5, dan 6, keluhan kesehatan yang dialami balita dan keluarga dengan non pneumonia berupa pertanyaan tertutup dengan pilihan jawaban ya dan tidak dengan nomor pertanyaan 7 sampai 12, status imunisasi balita berisikan tentang jenis imunisasi yang sudah dilakukan pada balita no pertanyaan 13. Jenis pertanyaan terstruktur (dengan pilihan jawaban yang tersedia) dan pertanyaan tidak terstruktur (dengan cara mengisi titik-titik).

Bagian kedua tentang perawatan kesehatan balita oleh keluarga terdiri dari kemampuan mengenal masalah non pneumonia dengan nomor pertanyaan 14 sampai 18 dan nomor 21, kemampuan mengambil keputusan yang tepat dengan nomor pertanyaan 29, 30 dan 41, kemampuan merawat balita non pneumonia dengan nomor pertanyaan 22 sampai 25, 31 sampai 35, 42, 44 sampai 47 kemampuan memodifikasi lingkungan untuk memfasilitasi kesehatan pada balita non pneumonia dengan nomor pertanyaan 36 sampai 38, 43, 48 dan 49, selanjutnya kemampuan menggunakan fasilitas kesehatan dengan nomor pertanyaan 27, 28, 39, 40 dan 50. Bentuk pertanyaan guttman dengan pilihan jawaban benar dan salah terdapat pada nomor pertanyaan 14 sampai dengan 28. Pertanyaan menggunakan jenis pertanyaan positif dan pertanyaan negatif. Jawaban untuk pertanyaan positif jika benar bernilai 4 dan jika salah bernilai 1. Berbeda dengan jawaban untuk pertanyaan negatif akan bernilai 4 jika dijawab salah dan bernilai 1 jika dijawab benar (Sugiyono, 2010; Sastroasmoro, 2010). Bentuk pertanyaan negatif pada kuisisioner ini terlihat pada nomor 24, 25, 26, 28, 46, dan 47.

Untuk jawaban pertanyaan pada skala likert di pernyataan psikomotor, bernilai 4 jika selalu, 3 jika sering, 2 jika jarang, dan 1 jika tidak pernah. Untuk

jawaban pertanyaan pada skala likert di pernyataan sikap, bernilai 4 jika sangat setuju, 3 jika setuju, 2 jika tidak setuju, dan 1 jika sangat tidak setuju. Pertanyaan skala linkert terdapat pada nomor pertanyaan 29 sampai dengan 50.

4.7. Uji Instrumen

Alat pengumpulan data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Karena kuesioner ini dibuat oleh peneliti, maka sebelum digunakan dilakukan terlebih dahulu uji validitas dan uji reliabilitas instrumen. Sebuah instrument dikatakan valid jika instrument itu mampu mengukur apa yang seharusnya diukur menurut situasi dan kondisi tertentu (Danim, 2003). Validitas merupakan derajat ketepatan antara data yang terjadi pada objek penelitian dengan data yang dapat dilaporkan oleh peneliti (Sugiyono, 2010).

Instrumen yang reliabel adalah instrument yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur objek yang sama, akan menghasilkan data yang sama (Sugiyono, 2010). Reliabel berkaitan dengan bagaimana teknik pengukuran secara konsisten mengukur konsep penelitian (Burn, 2001).

Uji validitas berguna untuk mengetahui apakah ada pernyataan-pernyataan pada kuesioner yang harus dibuang/diganti karena dianggap tidak relevan. Teknik untuk mengukur validitas kuesioner adalah sebagai berikut dengan menghitung korelasi antar data pada masing-masing pernyataan dengan skor total, memakai rumus korelasi *pearson product moment*, sebagai berikut :

$$r = \frac{n(\sum XY) - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Item Instrumen dianggap Valid jika lebih besar dari 0,3 atau bisa juga dengan membandingkannya dengan r tabel. Jika r hitung > r tabel maka valid.

Uji validitas instrumen penelitian ini dilakukan pada keluarga balita di Kelurahan Pasir Gunung Selatan yang memenuhi kriteria inklusi yaitu

sejumlah 30 keluarga balita. Pemilihan tempat uji validitas ini dikarenakan karakteristik wilayah Kelurahan Pasir Gunung selatan sama dengan tempat penelitian dan secara geografis letaknya berbatasan.

Uji reliabilitas berguna untuk menetapkan apakah instrumen yang dalam hal ini kuesioner dapat digunakan lebih dari satu kali, paling tidak oleh responden yang sama akan menghasilkan data yang konsisten. Dengan kata lain, reliabilitas instrumen mencirikan tingkat konsistensi. Banyak rumus yang dapat digunakan untuk mengukur reliabilitas diantaranya adalah rumus Spearman Brown:

$$r_i = \frac{2 \cdot r_b}{1 + r_b}$$

Ket :

r_i adalah nilai reliabilitas

r_b adalah nilai koefisien korelasi

Nilai koefisien reliabilitas yang baik adalah diatas 0,7 (cukup baik), di atas 0,8 (baik) (Hastono, 2007; Polit dan Hungler, 2001). Uji coba instrumen penelitian dilakukan pada 30 responden ($df=28$). Didapatkan hasil uji reliabilitas pada penelitian ini dengan melihat nilai (*alpha cronbach*) yaitu r hasil lebih besar dari nilai standar yaitu 0,7. Nilai reliabilitas pada instrumen secara lebih rinci dapat dilihat pada tabel 4.2 dan 4.3. Dapat dikatakan instrumen yang akan menjadi alat pengumpul data pada penelitian ini sudah reliabel.

Uji coba instrumen dilakukan melalui 2 tahap. Pada tahap pertama masih didapatkan 2 pertanyaan yaitu satu pertanyaan psikomotor (nomor 37) dan satu pertanyaan sikap (nomor 45) yang belum valid. Kalimat instrumen yang tidak valid tersebut diganti dengan kalimat pertanyaan yang berbeda dengan makna yang sama. Instrumen dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas kembali di tempat yang sama dan didapatkan hasil semua pertanyaan

instrumen penelitian sudah valid. Berikut ini penjabaran hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen yang telah dilakukan di Kelurahan Pasir Gunung Selatan, yang terlihat pada tabel 4.2 dan tabel 4.3.

Tabel 4.2 Hasil uji validitas dan reliabilitas uji coba instrumen penelitian pada keluarga balita non pneumonia di Kelurahan Pasir Gunung Selatan tahun 2011

No	Variabel Penelitian	Hasil uji Validitas	Hasil uji Reliabilitas
1	Kejadian Non Pneumonia	0,503-0,762	0,842
2	Pengetahuan (menenal, merawat non pneumonia, memodifikasi lingkungan)	0,494-0,731	0,927
3	Ketrampilan (merawat, memodifikasi lingkungan)	0,325*-0,928	0,953
4	Sikap (pengambilan keputusan, merawat, modifikasi lingkungan, pemanfaatan yankes)	0,123-0,911	0,939

*belum valid

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan instrumen penelitian ini belum valid walaupun sudah reliabel. Hal ini karena masih ada nilai r-item pada nilai <0,361. Sehingga dilakukan ujicoba kembali pada instrumen penelitian setelah kalimat pertanyaannya direvisi. Berikut ini hasil uji validitas dan reliabilitas instrumen pada tahap 2.

Tabel 4.3 Hasil uji validitas dan reliabilitas uji coba instrumen penelitian pada keluarga balita non pneumonia di Kelurahan Pasir Gunung Selatan tahun 2011

No	Variabel Penelitian	Hasil uji Validitas	Hasil uji Reliabilitas
1	Kejadian Non Pneumonia	0,503-0,762	0,842
2	Pengetahuan (menenal, merawat non pneumonia, memodifikasi lingkungan)	0,494-0,731	0,927
3	Ketrampilan (merawat, memodifikasi lingkungan)	0,442-0,927	0,962
4	Sikap (pengambilan keputusan, merawat, modifikasi lingkungan, pemanfaatan yankes)	0,403-0,912	0,949

Berdasarkan tabel 4.3 digambarkan bahwa semua pertanyaan instrumen penelitian sudah memenuhi syarat uji validitas dan reliabilitas sesuai standar.

4.8. Teknik Pengumpulan Data

4.8.1. Prosedur Administratif

Setelah mendapat surat rekomendasi dari pembimbing dan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, peneliti mengajukan permohonan ijin penelitian kepada kepala Dinas Kesehatan Kota Depok, Kepala Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat, Kepala Kelurahan Tugu, dan 11 RW yang akan menjadi tempat penelitian.

4.8.2. Prosedur Teknis

Setelah mendapatkan ijin dari pihak yang berkepentingan peneliti melakukan pertemuan dengan kader kesehatan yaitu kader posyandu yang ada di wilayah RW 1-11. Peneliti menyampaikan tujuan dan menyamakan persepsi dengan kader posyandu untuk dapat membantu menentukan target responden yang ada di wilayah mereka yang disesuaikan dengan kriteria inklusi pada penelitian ini. Pengambilan data untuk responden dibantu oleh kader yang ada di RW 1-11. Sehingga peneliti perlu mengarahkan kader untuk dapat memahami kuisisioner sehingga dapat mengurangi kemungkinan *drop out* pada responden.

Selanjutnya adalah menjelaskan tujuan penelitian dan pengisian kuisisioner kepada responden. Setelah memahami tujuan penelitian, responden diminta untuk menandatangani surat pernyataan kesediaan menjadi responden penelitian. Responden dimohon memberikan pernyataan tertulis jika bersedia menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent*.

Responden di minta mengisi kuisisioner, dan peneliti atau asisten peneliti (kader) berada di dekat responden agar bila ada pertanyaan dari responden peneliti bisa langsung menjelaskan, namun tidak memberi arahan jawaban dari pertanyaan yang ada. Hal tersebut bertujuan untuk meminimalkan kekosongan dari lembar kuisisioner.

Setelah kuesioner semua terisi, kuisisioner dilakukan pengecekan ulang terhadap kelengkapan isian kuisisioner. Kemudian kuesioner tersebut dilakukan pengolahan oleh peneliti.

4.9. Pengelolaan Data

Langkah-langkah dalam pengelolaan data menurut Furqon (2001), adalah:

a. Editing

Di lakukan pemilihan proses data di lapangan sehingga dapat menghasilkan data yang akurat untuk pengolahan data selanjutnya. Kegiatan yang dilakukan adalah memeriksa dan mengamati apakah semua pertanyaan sudah terjawab, jawaban yang ada atau tertulis dapat dibaca secara konsisten.

b. Pengkodean Data

Pada tahapan ini peneliti memberikan kode pada daftar pertanyaan yang disesuaikan dengan skala ukur, sehingga memudahkan pengolahan data.

c. Pengolahan data

Proses memasukkan data kedalam komputer (*entry data*) menggunakan proses software statistik. Kemudian dilakukan editing ulang untuk mencegah terjadinya kekeliruan memasukan data, atau kesalahan penempatan dalam kolom maupun baris tabel. Kemudian data yang sudah diolah ditabulasi dalam bentuk table – table.

4.10. Analisa Data

Pada hasil pengolahan data dilakukan analisa data sebagai berikut:\

4.10.1. Analisis Univariat

Menurut Hastono (2007) tujuan dilakukan analisis univariat adalah mendeskripsikan karakteristik masing–masing variabel yang diteliti. Analisis univariat menggunakan tabel distribusi frekwensi dan presentasi untuk data kategorik seperti: usia balita, status imunisasi balita, status gizi, pendidikan, status ekonomi, tugas kesehatan keluarga meliputi kemampuan mengenal non pneumonia, kemampuan mengambil keputusan yang tepat untuk menyelesaikan masalah non pneumonia, kemampuan merawat balita

dengan non pneumonia, kemampuan memodifikasi lingkungan untuk mencegah non pneumonia dan kemampuan memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk non pneumonia .

Bentuk distribusi data pada analisa univariat, apabila nilai mean, median dan modus sama maka bentuk distribusi datanya normal. Bila nilai mean > median > modus maka bentuk disribusi datanya miring kekanan. Bila nilai mean < median < modus maka bentuk disribusi datanya miring kekiri. Bila data yang terkumpul tidak menunjukkan adanya nilai ekstrim (distribusi normal) maka perhitungan nilai mean dan standar deviasi merupakan cara analisis yang tepat. Apabila nilai ekstrim distribusi data tidak normal maka nilai median dan interquartil range yang lebih tepat (Hastono, 2007).

Pada penelitian ini didapatkan data berdistribusi normal yaitu kemampuan keluarga mengenal, memodifikasi lingkungan, menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan, sedangkan kemampuan keluarga memutuskan, merawat, dan komposit pelaksanaan 5 tugas kesehatan keluarga data tidak berdistribusi dengan normal. Hal ini dilihat dari grafik Q-Q Plot serta dari hasil perhitungan nilai *skewness* dibagi *standar error skewness* didapatkan nilai antara -2 dan 2. Uji normalitas yang dilakukan pada penelitian ini dapat diketahui nilai mean atau median dari cut of point. Hasil uji normalitas dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1.

Uji Normalitas pelaksanaan tugas keperawatan kesehatan keluarga di Kelurahan Tugu Kota Depok tahun 2012

Variabel	<i>Skewness</i>	<i>SE of Skewness</i>	Normalitas
Mengenal	-0,037	0,231	-0,16 (Mean:27,5)
Memutuskan	-0,579	0,231	2,5 (Median:10)
Merawat	0,521	0,231	2,2 (Median: 38)
Memodifikasi lingkungan	-0,274	0,231	1,1 (Mean:18,5)
Memanfaatkan yankes	-0,285	0,231	-1,2 (Mean:15,6)
5 Tugas Kesehatan Keluarga	0,655	0,231	2,8 (Median: 21,8)

Berdasarkan hasil tabel 5.1 didapatkan semua variabel bebas berdistribusi normal.

4.10.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah melihat hubungan atau keterkaitan variabel bebas dan variabel terikat. Analisis bivariat pada penelitian ini dilakukan dengan uji statistik korelasi untuk memperjelas dan memperkuat pembahasan serta mengetahui pengaruh masing-masing variabel independen dengan variabel dependen yaitu dengan uji chi square. Analisis bivariat pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4. Analisis uji analisa komparatif

Variabel terikat	Variabel bebas	Uji Bivariat
Kejadian non pneumonia pada balita	Kemampuan keluarga mengenal non pneumonia pada balita	Chi square
	Kemampuan memutuskan mengatasi non pneumonia pada balita	Chi square
	Kemampuan merawat non pneumonia pada balita	Chi square
	Kemampuan memodifikasi lingkungan balita non pneumonia	Chi square
	Kemampuan memanfaatkan fasilitas kesehatan	Chi square

Uji statistik yang digunakan untuk melihat hubungan tersebut adalah uji kai kuadrat (chi-square) dengan tingkat kemaknaan $\alpha=0,05$. Dengan pengertian apabila nilai $p \leq 0,05$ maka hubungan antara variabel akan

bermakna, dan apabila nilai $p \geq 0,05$ maka hubungan antara variabel tersebut tidak bermakna. Dari uji kai kuadrat dengan table 2 kali dua tidak ditemukan nilai E (harapan) kurang dari lima, sehingga uji yang dipakai adalah *Continuity Correction*.

4.10.3. Analisis Multivariat

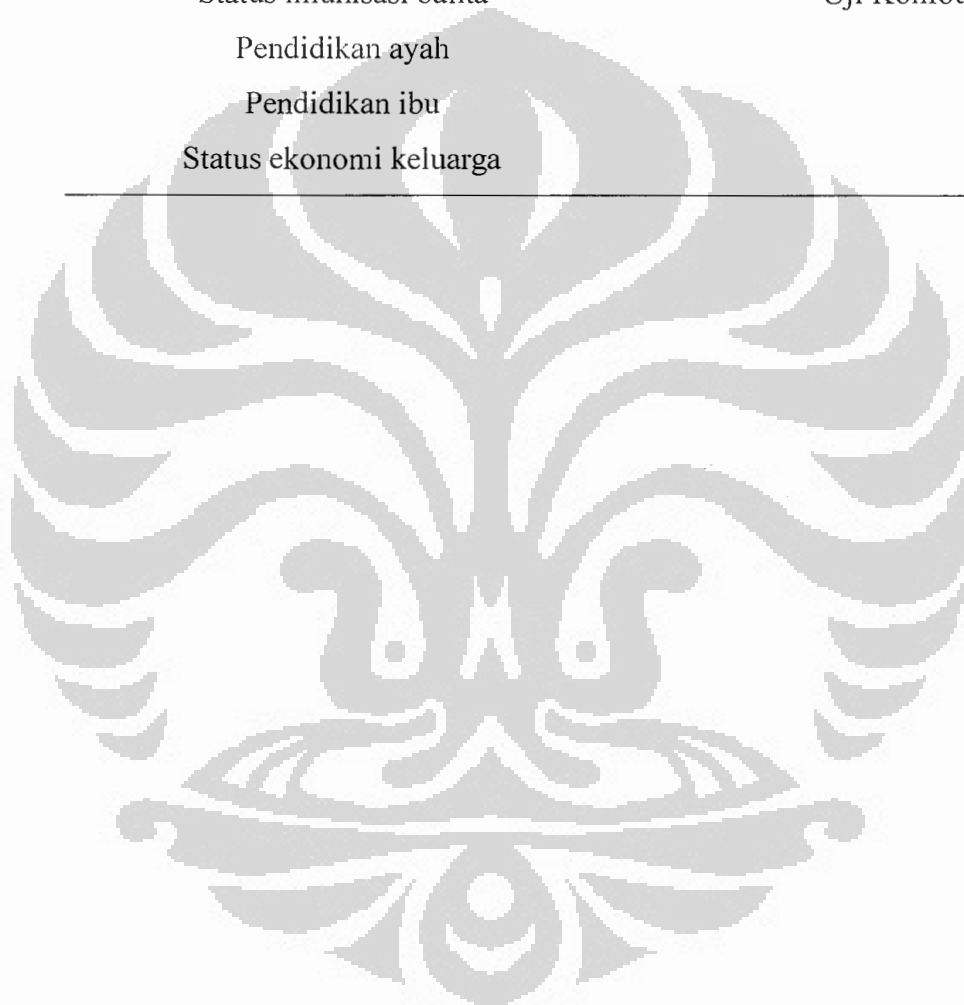
Analisis multivariat mempelajari hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) bebas dengan satu atau beberapa variabel dependen (umumnya satu variabel dependen). Pada penelitian ini akan diuji bentuk hubungan variabel bebas dengan variabel terikat setelah dikontrol karakteristik balita dan karakteristik keluarga (Hastono, 2007). Analisis multivariat pada penelitian ini adalah regresi logistik berganda. Teknik ini digunakan bila variable terikatnya berskala kategorik dikotom dan variabel bebas berskala kategorik (Hastono, 2007).

Mengetahui faktor konfounding diperlukan pada analisis multivariat. Konfounding merupakan kondisi bias dalam mengestimasi efek pajanan terhadap kejadian masalah. Faktor konfounding merupakan faktor risiko terjadinya penyakit dan memiliki hubungan dengan pajanan. Faktor konfounding merupakan faktor risiko untuk terjadinya penyakit (outcome) dan berhubungan dengan variabel bebas tapi tidak merupakan hasil dari variabel bebas (Sugiyono, 2010; Kelana, 2011).

Penelitian ini akan menilai faktor konfounding karakteristik balita (usia, status gizi, status imunisasi) dan karakteristik keluarga (pendidikan dan status ekonomi) yang mengontrol pelaksanaan 5 tugas kesehatan keluarga dan kejadian non pneumonia pada balita. Uji statistik multivariat faktor konfounding yang dilakukan pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel. 4.5 Uji Statistik Analisa Multivariat mengontrol Variabel
Confounding

No	Variabel Confounding	Variabel dependen	Uji Statistik
	Usia balita	Kejadian Non	Uji Regresi
	Status Gizi balita	Pneumonia	Logistik Ganda
	Status imunisasi balita		Uji Konfounding
	Pendidikan ayah		
	Pendidikan ibu		
	Status ekonomi keluarga		



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan dijelaskan hasil penelitian yang telah dilakukan di Kelurahan Tugu pada keluarga dengan anak balita usia 1-5 tahun atau 12-60 bulan yang telah memenuhi kriteria inklusi. Penyajian hasil penelitian dilakukan dalam tiga tahap yaitu analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat terhadap faktor perancu yaitu karakteristik balita (usia, status gizi, status imunisasi) dan karakteristik keluarga (pendidikan ayah, pendidikan ibu, dan tingkat ekonomi keluarga)

5.1. Gambaran karakteristik responden, karakteristik keluarga, serta pelaksanaan tugas keperawatan kesehatan keluarga dan kejadian penyakit non pneumonia balita

5.2.1. Karakteristik balita (usia, status gizi dan status imunisasi)

Karakteristik responden yang diteliti terdiri dari karakteristik balita yaitu: usia, status gizi dan status imunisasi pada balita. Sedangkan karakteristik orangtua meliputi pendidikan ayah, pendidikan ibu dan tingkat ekonomi keluarga.

Tabel 5.2 Distribusi Responden menurut Usia, Status Gizi dan Status Imunisasi Balita di Kelurahan Tugu Kota Depok Tahun 2012. (n=109)

Variabel	Jumlah	Persentasi (%)
Usia Balita		
Usia 1- <3 thn	48	45,9
Usia 3-5 thn	61	54,1
Total	109	100
Gizi Balita		
Gizi kurang	7	6,4
Gizi normal	91	83,5
Gizi Lebih	11	10,1
Total	109	100
Imunisasi		
Imunisasi Tidak Lengkap	64	58,7
Imunisasi lengkap	45	41,3
Total	109	100

Berdasarkan tabel 5.2, usia balita yang terbanyak adalah pada usia 3-5 tahun yaitu sejumlah 54,1%. Pada usia ini merupakan usia yang rentan karena balita sudah tidak mendapatkan ASI. Status gizi balita paling banyak yaitu sejumlah 83,5% dengan status gizi normal sedangkan sejumlah 6,4% balita dengan gizi kurang. Keadaan gizi balita yang cukup baik menjadi faktor pendukung untuk terciptanya keadaan status kesehatan balita yang optimal. Namun keadaan status imunisasi tidak lengkap masih cukup tinggi yaitu sejumlah 58,7% balita. Hal ini menunjukkan banyaknya keluarga balita di kelurahan Tugu belum menyadari arti pentingnya imunisasi untuk balita yang dapat mencegah penyakit Non Pneumonia.

5.2.2. Karakteristik keluarga (pendidikan ibu, pendidikan ayah, status ekonomi)

Tabel 5.3: Distribusi responden menurut pendidikan ayah, pendidikan ibu dan status ekonomi keluarga balita di Kelurahan Tugu Kota Depok Tahun 2012 (n=109)

Variabel	Jumlah (n)	Persentase (%)
Pendidikan Ayah		
Pendidikan dasar	19	17,4
Pendidikan lanjut	90	82,6
Total	109	100
Pendidikan Ibu		
Pendidikan dasar	33	30,3
Pendidikan lanjut	76	69,7
Total	109	100
Tingkat ekonomi		
Ekonomi kurang	59	53,2
Ekonomi baik	51	46,8
Total	109	100

Berdasarkan Tabel 5.3. menunjukkan bahwa sebagian besar ayah berpendidikan lanjut (> SMP) yaitu sejumlah 82,6%. Pendidikan ayah yang cukup baik ini dapat diberdayakan oleh perawat komunitas pada pendidikan kesehatan terkait non pneumonia pada balita. Berdasarkan pendidikan ibu, didapatkan 69,7% responden berpendidikan lanjut, sedangkan masih ada sejumlah 30,3% ibu yang memiliki pendidikan dasar (\leq SMP). Pendidikan ibu yang cukup banyak pada tingkat dasar akan menjadi faktor penghambat keluarga untuk memperoleh informasi, karena tingkat pendidikan turut

mempengaruhi kemampuan seseorang dalam memahami suatu informasi. Berdasarkan tingkat ekonomi keluarga sebagian besar (53,2%) keluarga dengan tingkat ekonomi kurang. Hal ini akan mempengaruhi kemampuan keluarga dalam pemenuhan nutrisi balita yang dapat mempengaruhi kejadian non pneumonia pada balita.

5.2.3. Kejadian Non Pneumonia pada Balita

Kejadian non pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu dapat dilihat pada tabel 5.4.

Tabel 5.4. Distribusi responden menurut kejadian non pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu Kota Depok Tahun 2012 (n=109)

Variabel	Jumlah	Persentasi (%)
Kejadian Non Pneumonia		
Terjadi non pneumonia	85	78
Tidak terjadi non pneumonia	24	22
Total	109	100

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar (78 %) terjadi non pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu Kota Depok tahun 2012. Hal ini menunjukkan angka yang cukup tinggi terjadinya masalah kesehatan pada balita di Kelurahan Tugu terutama terjadinya penyakit infeksi pada balita.

5.2.4. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga

Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada keluarga balita di Kelurahan Tugu dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5 Distribusi responden menurut pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan anak balita di Kelurahan Tugu Kota Depok tahun 2012 (n=109)

Variabel	Jumlah	Persentase (%)
Mengenal Masalah		
Tidak mampu mengenal masalah	62	56,9
Mampu mengenal masalah	47	43,1
Total	109	100
Mengambil Keputusan		
Tidak mampu mengambil keputusan	44	40,4
Mampu mengambil keputusan	65	59,6
Total	109	100
Merawat anak sakit		
Tidak mampu melakukan perawatan	43	39,4
Mampu melakukan perawatan	66	60,6
Total	109	100
Memodifikasi Lingkungan		
Tidak mampu memodifikasi lingkungan	51	46,8
Mampu memodifikasi lingkungan	58	53,2
Total	109	100
Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan		
Tidak mampu memanfaatkan YanKes	41	37,6
Mampu memanfaatkan YanKes	68	62,4
Total	109	100
Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga		
Tidak Mampu	52	47,7
Mampu	57	52,3
Total	109	100

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.5 menunjukkan sebagian besar (56,9%) keluarga balita tidak mampu mengenal masalah non pneumonia pada balita. Sejumlah 59,6% keluarga balita mampu mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi non pneumonia pada balita. Hal ini menunjukkan keluarga balita di Kelurahan Tugu sudah memiliki keputusan untuk menentukan sikap yang akan diambil keluarga jika balita mengalami non pneumonia. Sejumlah 60,6% keluarga balita mampu merawat jika ada balita sakit non pneumonia. Sejumlah 60,6% keluarga balita mampu merawat jika ada balita sakit non pneumonia. Sejumlah 53,2% keluarga balita memiliki kemampuan memodifikasi lingkungan yang sehat untuk mengatasi non pneumonia. Dan sejumlah 62,4% keluarga balita mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada untuk mengatasi non pneumonia pada balita. Hal ini menunjukkan sebagian besar keluarga balita non pneumonia sudah melaksanakan tugas kesehatan keluarga.

5.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Pada penelitian ini, yang akan dilihat adalah hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kejadian non pneumonia pada balita. Analisis hubungan ini dapat terlihat pada table 5.6.

Tabel 5.6: Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan kejadian Non Pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu Kota Depok Tahun 2012 (n=109)

Pelaksanaan 5 Tugas kesehatan Keluarga	Kejadian Non Pneumonia				Jumlah		OR (95% CI)	P Value
	Terjadi		Tidak Terjadi					
	n	%	n	%	n	%		
Mengenal Non Pneumonia								
Tidak mampu mengenal	56	90,3	6	9,7	62	100	5,8	0,001
Mampu Mengenal	29	61,7	18	38,3	47	100	(2,074 – 16,178)	
Jumlah	85	78	24	22	109	100		
Mengambil keputusan								
Tidak mampu mengambil keputusan	31	70,5	13	29,5	44	100	0,486	0,185
Mampu mengambil keputusan	54	83,1	11	16,9	65	100	(0,194 – 1,215)	
Jumlah	85	78	24	22	109	100		
Merawat balita pneumonia								
Tidak mampu merawat	41	95,3	2	4,7	43	100	10,25	0,001
Mampu merawat	44	66,7	22	33,3	66	100	(2,267 – 46,341)	
Jumlah	85	78	24	22	109	100		
Memodifikasi Lingkungan								
Tidak mampu memodifikasi lingkungan	43	84,3	8	15,7	51	100	2,048	0,206
Mampu memodifikasi lingkungan	42	72,4	16	27,6	58	100	(0,792 – 5,291)	
Jumlah	85	78	24	22	109	100		
Memanfaatkan pelayanan Kesehatan								
Tidak mampu memanfaatkan yankes	29	70,7	12	29,3	41	100	0,518	0,238
Mampu memanfaatkan yankes	56	82,4	12	17,6	68	100	(0,207 – 1,296)	
Jumlah	85	78	24	22	109	100		
Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga								
Tidak mampu	47	90,4	5	9,6	52	100	4,7	0,006
Mampu	38	66,7	19	33,3	57	100	(1,606- 13,756)	
Jumlah	85	78	24	22	109	100		

Berdasarkan analisis pada Tabel 5.6 menunjukkan bahwa non pneumonia pada balita terjadi sebagian besar (90,3%) pada keluarga yang tidak mampu mengenal non pneumonia dibandingkan keluarga yang mampu mengenal masalah non pneumonia (61,7%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,001$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan kemampuan keluarga dalam mengenal masalah non pneumonia dengan kejadian non pneumonia pada balita. Dari hasil analisis diperoleh nilai $OR=5,8$ maka artinya keluarga yang tidak mampu mengenal masalah non pneumonia pada balita mempunyai peluang 5,8 kali untuk terjadi non pneumonia pada balita dibandingkan dengan keluarga yang mampu mengenal masalah non pneumonia.

Berdasarkan analisis pada Tabel 5.6 menunjukkan bahwa non pneumonia pada balita terjadi 70,5% pada keluarga yang tidak mampu mengambil keputusan untuk mengatasi masalah non pneumonia dibandingkan keluarga yang mampu mengambil keputusan (83,1%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,185$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk mengatasi masalah non pneumonia dengan kejadian non pneumonia pada balita.

Berdasarkan analisis pada Tabel 5.6 menunjukkan non pneumonia pada balita terjadi 95,3% pada keluarga yang tidak mampu melakukan perawatan dibandingkan keluarga yang mampu melakukan perawatan non pneumonia (66,7%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,001$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan pada balita sakit non pneumonia dengan kejadian non pneumonia pada balita. Hasil analisis uji statistik diperoleh nilai $OR=10,25$ maka artinya keluarga yang tidak mampu melakukan perawatan pada balita non pneumonia mempunyai peluang 10,25 kali untuk terjadi non pneumonia dibandingkan dengan keluarga yang mampu melakukan perawatan.

Berdasarkan analisis pada Tabel 5.6 menunjukkan non pneumonia pada balita terjadi 84,3% pada keluarga yang tidak mampu memodifikasi lingkungan untuk

mencegah non pneumonia dibandingkan keluarga yang mampu memodifikasi lingkungan (72,4%). Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,206$ maka dapat disimpulkan tidak ada hubungan kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan untuk mencegah non pneumonia pada balita dengan kejadian non pneumonia pada balita.

Berdasarkan analisis pada Tabel 5.6 menunjukkan non pneumonia pada balita terjadi 70,7% pada keluarga yang tidak mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan keluarga yang mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan 82,4%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,238$ maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kejadian non pneumonia pada balita.

Berdasarkan analisis pada tabel 5.6 menunjukkan non pneumonia pada balita terjadi 90,4% pada keluarga yang tidak mampu melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga dibandingkan keluarga yang mampu melaksanakan 5 tugas kesehatan keluarga 66,7%. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0.006$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan pelaksanaan 5 tugas kesehatan keluarga dengan kejadian non pneumonia pada balita. Hasil analisis diperoleh nilai $OR=4,7$ maka artinya keluarga yang tidak mampu melaksanakan tugas kesehatan keluarga mempunyai peluang 4,7 kali untuk terjadi non pneumonia pada balita dibandingkan dengan keluarga yang mampu melaksanakan tugas kesehatan keluarga.

5.3. Analisis Multivariat

Pada tahap selanjutnya dilakukan analisis multivariat dengan tujuan untuk melihat adakah variabel yang menjadi kandidat variabel konfounding (Karakteristik Balita: usia, status gizi dan status imunisasi dan karakteristik keluarga: pendidikan ayah & ibu, status ekonomi keluarga) yang mempengaruhi pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kejadian non pneumonia pada balita. Uji multivariat yang digunakan adalah uji regresi logistik berganda yaitu uji statistik yang dilakukan pada variabel independen

jenis katagorik dan variabel dependen jenis katagorik dengan metode uji konfounding.

5.4.1. Uji Konfounding

Uji konfounding dilakukan dengan melihat perubahan nilai OR untuk variabel bebas yang memiliki hubungan dengan kejadian penyakit non pneumonia pada balita yaitu kemampuan keluarga pada pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan dikeluarkannya variabel konfounding (usia, status gizi, status imunisasi, pendidikan ibu, pendidikan ayah, status ekonomi). Bila perubahan OR lebih dari 10% maka variabel tersebut dianggap sebagai variabel konfounding. Hasil analisis uji konfounding sebelum dihitung perubahan OR terlihat pada tabel 5.8

Tabel 5.8
Analisis uji konfounding pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan variabel konfounding di Kelurahan Tugu Kota Depok Tahun 2012

Variabel	B	Wald	P Value	OR 95% CI
Tugas kesehatan keluarga	1,310	2,389	0,122	3,7 (0,704-19,526)
Status ekonomi keluarga	-0,904	1,108	0,292	0,405 (0,075-2,179)
Usia balita	2,177	6,106	0,013	8,824 (1,569-49,632)
Status gizi	2,415	5,010	0,025	11,185 (1,350-92,647)
Status imunisasi	22,651	0,000	0,996	7E+009
Pendidikan ayah	-0,053	0,002	0,965	0,948 (0,086-10,452)
Pendidikan ibu	-1,422	1,712	1,191	0,241 (0,029-2,030)

Berdasarkan tabel 5.8. digambarkan hasil analisis antara variabel utama pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan variabel konfounding yang terdiri dari karakteristik balita (usia, status gizi, status imunisasi) dan karakteristik keluarga (pendidikan ayah, pendidikan ibu dan status ekonomi). Kemudian dilanjutkan analisis uji konfounding dengan melihat

nilai p Value > 0,05 yang akan dikeluarkan satu per satu mulai dari nilai p Value terbesar.

Berikut ini hasil perhitungan perubahan OR setelah dikeluarkan p Value variabel konfounding secara satu per satu dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9
Uji konfounding: usia, status gizi, status imunisasi, pendidikan ibu, pendidikan ayah, status ekonomi di Kelurahan Tugu Kota Depok Tahun 2012

Variabel	Kejadian non pneumonia OR 95% CI	*Perubahan OR 95% CI
Variabel tidak dikeluarkan	3,707 (a)	
Variabel status imunisasi dikeluarkan	5,542 (b)	49%
Variabel pendidikan ayah dikeluarkan	5,502 (b)	48%
Variabel pendidikan ibu dikeluarkan	5,440 (b)	46%
Variabel status ekonomi dikeluarkan	4,911 (b)	32%
Variabel gizi dikeluarkan	4,896 (b)	32%
Variabel usia dikeluarkan	4,700 (b)	26%

Keterangan:

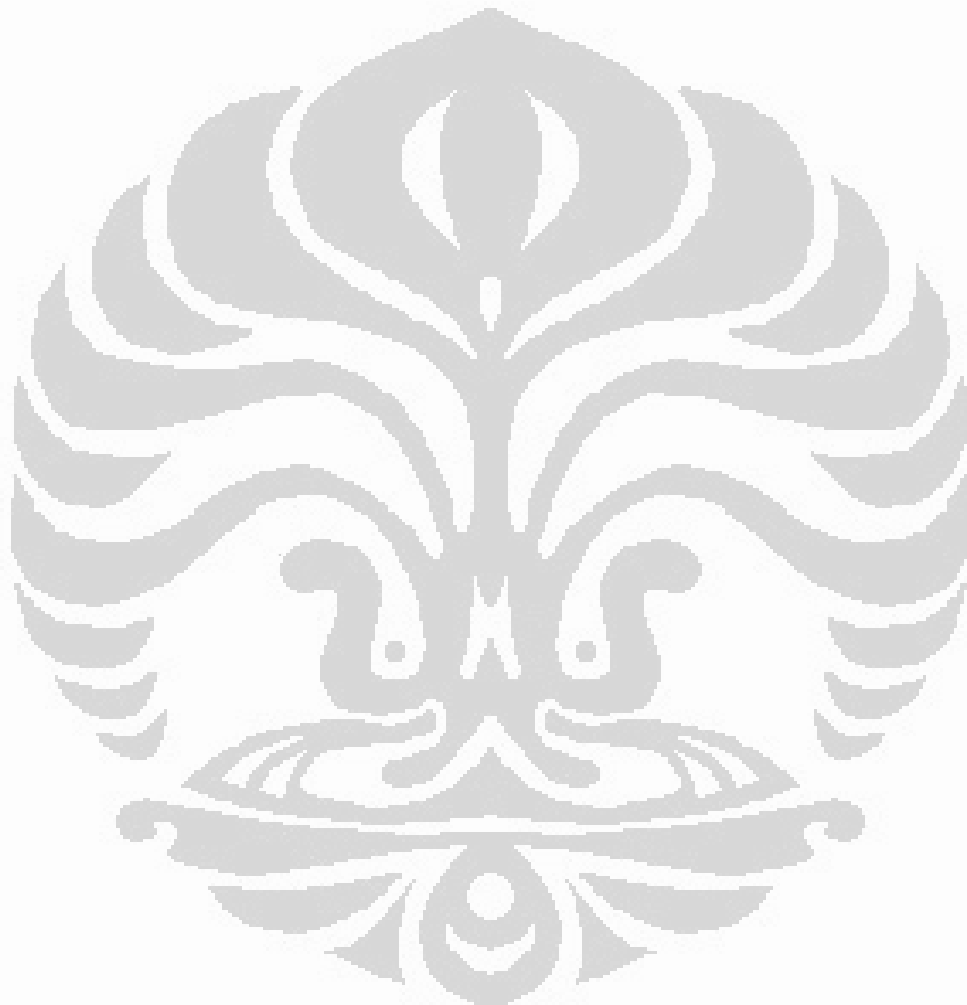
- (a) = Nilai OR variabel bebas utama saat belum dikeluarkannya kandidat variabel konfounding
 (b) = Nilai OR variabel bebas utama setelah dikeluarkannya kandidat variabel konfounding

*perubahan OR dapat dihitung dengan perhitungan:

$$\text{Perubahan OR} = \frac{b-a}{a} \times 100\%$$

Tabel 5.9. menjelaskan perubahan nilai OR dari variabel pelaksanaan tugas kesehatan keluarga setelah dikeluarkannya variabel konfounding yaitu status imunisasi, status gizi, usia balita, pendidikan ayah, pendidikan ibu dan status ekonomi keluarga mengalami perubahan OR sebesar > 10%. Dengan demikian semua variabel karakteristik balita dan karakteristik keluarga merupakan variabel perancu pada penelitian ini.

Berdasarkan hasil analisis tabel 5.9 dapat disimpulkan keluarga yang tidak melaksanakan tugas perawatan kesehatan memiliki peluang terjadinya non pneumonia pada balita 3,7 kali dibandingkan keluarga yang melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga setelah dikontrol variabel status imunisasi, status gizi, usia balita, pendidikan ayah, pendidikan ibu dan status ekonomi keluarga.



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan dijelaskan pembahasan hasil penelitian tentang karakteristik balita (usia, status gizi dan status imunisasi pada balita), karakteristik keluarga (pendidikan ayah, pendidikan ibu dan tingkat ekonomi keluarga) dan pelaksanaan 5 tugas kesehatan keluarga (kemampuan mengenal masalah, kemampuan mengambil keputusan, kemampuan merawat balita sedang sakit, kemampuan memodifikasi lingkungan untuk mencegah penyakit, dan kemampuan memanfaatkan pelayanan kesehatan) terhadap kejadian non pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu Kota Depok. Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan dan kesesuaian antara hasil penelitian yang telah dilakukan dengan hasil penelitian terkait disertai konsep dan teori yang mendukung penelitian ini. Bab ini juga membahas tentang keterbatasan penelitian dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan komunitas dan keluarga serta perkembangan ilmu keperawatan khususnya keperawatan komunitas dan keluarga.

6.1. Interpretasi Hasil Penelitian

6.1.1. Gambaran Kejadian Penyakit Non Pneumonia pada Balita

Penyakit non pneumonia merupakan bagian dari penyakit ISPA yang sering diderita oleh balita. Tanda dan gejala yang ditunjukkan oleh balita dengan non pneumonia yaitu adanya batuk, pilek, demam disertai sakit tenggorokan dan suara serak (DepKes RI, 2002). Pada penelitian ini ISPA dapat terjadi bila balita mengalami minimal 2 tanda dan gejala. Hal ini sama seperti disebutkan pada penelitian yang dilakukan oleh Kholisah, dkk (2008) tentang Infeksi Saluran Nafas Akut pada Balita di Daerah Urban Jakarta yang menegakkan diagnosa ISPA non pneumonia jika responden menderita demam dan salah satu dari gejala pilek, hidung tersumbat, batuk kering, nyeri tenggorokkan, suara serak, stridor, batuk berdahak, nafas cepat, mengi dan keluar cairan dari

telinga. Sedangkan pada penelitian Sikolia, dkk (2002), menunjukkan gejala ISPA pada balita yang paling sering yaitu demam, pilek atau batuk.

Hasil penelitian tentang angka kejadian non pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu Kota Depok yaitu 78%. Angka kejadian ini cukup tinggi dibandingkan dengan hasil yang diperoleh dari Profil Statistik Kesehatan Indonesia (2011) dengan angka kejadian batuk 64,85% dan pilek 69.06% untuk wilayah perkotaan. Kelurahan Tugu merupakan salah satu wilayah di Kota Depok dengan karakteristik masyarakat urban. Demikian juga lebih tinggi dari hasil penelitian Kholisah, dkk (2008) yaitu sejumlah 40,8%, data Profil Kesehatan Kota Depok (2009) sejumlah 27,24% dan data dari Profil Puskesmas Kelurahan Tugu (2010) sejumlah 32,6%. Angka kejadian non pneumonia pada penelitian ini juga lebih tinggi dari hasil pengkajian mahasiswa aplikasi program Magister Keperawatan Komunitas pada tahun 2011 yaitu sejumlah 57,7%.

Hal ini dapat menjadi perhatian bagi puskesmas Tugu agar lebih memantau perkembangan kesehatan balita terutama penyakit non pneumonia. Disamping itu masyarakat Tugu perlu mewaspadai penyakit non pneumonia dapat berlanjut menjadi penyakit pneumonia yang dapat mengancam nyawa balita jika tidak diatasi dengan segera dan tepat. Sebagai perawat komunitas dan keluarga dapat terlibat sebagai *casefinder* dan *advokat* untuk mendeteksi secara dini kemungkinan kejadian berulangnya non pneumonia pada balita serta dapat memfasilitasi keluarga balita untuk melakukan tindakan perawatan yang tepat.

6.1.2. Gambaran Karakteristik Balita

Usia balita merupakan usia yang berisiko terhadap berbagai penyakit infeksi (Fauziah, 2012; Nelson, 2000). Salah satu penyakit infeksi

adalah penyakit ISPA non pneumonia (Hull, 2008). Tingkat risiko terhadap penyakit infeksi dipengaruhi oleh rentang usia balita. Pada penelitian ini usia balita dikategorikan menjadi usia 1-<3 tahun (12-36 bulan) dan 3-5 tahun (36-60 bulan).

Infeksi saluran pernapasan paling sering terjadi pada anak usia dibawah 3 tahun, terutama bayi kurang dari 1 tahun. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pada usia muda akan lebih sering menderita ISPA daripada usia yang lebih lanjut (Koch *et all*, 2003; Wong, 2009). Hasil penelitian Sukar dkk (1996) didapatkan bahwa anak yang berumur 1-2 tahun lebih peka 5 kali terkena ISPA dibandingkan dengan umur 5 tahun. Teori dari Daulay (2008) yang menyatakan anak berusia di bawah 2 tahun mempunyai risiko mendapat ISPA lebih besar dari pada anak yang lebih tua. Demikian juga dengan hasil penelitian oleh Kholisah, dkk (2008), terdapat 47,6% kejadian ISPA pada usia batita (bawah tiga tahun). Kenyataan ini berbeda dengan hasil pada penelitian ini terdapat riwayat dan kejadian penyakit Non Pneumonia lebih banyak pada usia 3-5 tahun yaitu 54,1%. Hal ini karena penyakit non pneumonia dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti faktor imunitas pada balita, faktor lingkungan dan perilaku kesehatan dari keluarga. Balita merupakan usia yang berisiko terkena berbagai penyakit infeksi, sehingga diperlukan sistem imunitas yang baik sebagai perlindungan dari berbagai ancaman penyakit. Imunitas tubuh dapat dibentuk melalui pemberian imunisasi untuk balita pada periode usia dibawah satu tahun melalui imunisasi dasar.

Terjadinya penyakit infeksi sering dikaitkan dengan sistem imunitas tubuh yang menurun. Sistem imunitas tubuh diperoleh dari imunitas pasif ataupun imunitas aktif. Pencegahan dengan imunisasi atau vaksinasi merupakan tindakan imunitas aktif yang mengakibatkan seseorang mempunyai ketahanan tubuh yang lebih baik, sehingga mampu mempertahankan diri terhadap penyakit atau masuknya kuman

dari luar (Roitt, 1997; Supartini, 2004). Pada usia balita sistem imunitas tubuh sedang dibangun seiring dengan tahap pertumbuhan dan perkembangan balita. Sistem imunitas tubuh yang dibawa secara pasif sejak bayi akan dapat melindungi balita dari berbagai penyakit tertentu sampai usia 12 bulan (Supartini, 2004). Sehingga balita memerlukan imunisasi melalui vaksin tertentu untuk dapat mengaktifkan sistem imunitas tubuhnya (Depkes, 2000).

Imunisasi adalah suatu upaya untuk melindungi seseorang terhadap penyakit menular tertentu agar kebal dan terhindar dari penyakit infeksi tertentu (DepKes, 2000). Pentingnya imunisasi didasarkan pada pemikiran bahwa pencegahan penyakit merupakan upaya terpenting dalam pemeliharaan kesehatan anak (Supartini, 2004). Pada penelitian ini didapatkan hasil 58,7% balita di Kelurahan Tugu dengan status imunisasi tidak lengkap. Anak dikatakan telah mendapatkan imunisasi dasar lengkap jika telah mendapatkan imunisasi meliputi imunisasi BCG, imunisasi DPT (3 kali), imunisasi Polio (4 kali), imunisasi Hepatitis (3 kali) dan imunisasi Campak (Ranuh, dkk, 2008; Supartini, 2004). Imunisasi dapat mencegah balita terkena penyakit infeksi, terutama imunisasi Campak dan imunisasi DPT dapat mencegah terjadinya penyakit pneumonia (radang paru-paru) (DepKes RI, 2002). Menurut DepKes (2009) cakupan imunisasi dasar lengkap pada tingkat nasional baru mencapai 69,2%. Padahal target yang seharusnya dicapai menurut GAIN UCI 2010-2014 adalah 100% (DepKes, 2011).

Hal ini menunjukkan masih rendahnya kesadaran keluarga balita di Kelurahan Tugu untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada balita seperti penyakit ISPA non pneumonia. Sebagai perawat komunitas dan keluarga dapat mengambil peran sebagai *educator* yang dapat memberikan pendidikan kesehatan kepada para keluarga balita untuk lebih menyadari pentingnya imunisasi bagi anak mereka demi terwujudnya balita yang bebas dari penyakit ISPA (non pneumonia dan

pneumonia). Berbagai penelitian yang dilakukan selama kurun waktu 35 tahun yang lalu membuktikan bahwa gangguan imunitas adalah suatu faktor antara (*intermediate factor*) kaitan gizi dengan penyakit infeksi (Chandra, 1997).

Status gizi balita pada penelitian ini sudah baik yaitu 83,5% balita berada pada status gizi normal. Berdasarkan penelitian Sukmawati dan Dara (2009) bahwa 40% balita mengalami ISPA berulang pada balita dengan status gizi kurang, artinya ada hubungan antara status gizi dengan kejadian ISPA pada balita ($p < 0,05$). Penelitian yang dilakukan oleh Dewi, dkk (1996), didapatkan hasil bahwa status gizi kurang pada anak balita mempunyai resiko untuk terkena ISPA 2,5 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang bergizi baik. Pada penelitian ini faktor lain juga mempengaruhi kejadian ISPA Non Pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu yakni keadaan lingkungan sekitar. Lingkungan merupakan faktor yang dapat mempengaruhi kejadian non pneumonia (ISPA) pada balita (DepKes, 2002). Lingkungan tempat tinggal keluarga balita ISPA non pneumonia di Kelurahan Tugu terlihat padat dengan jarak antar rumah yang dekat dan masih ada keluarga yang membakar sampah didepan rumah.

6.1.3. Gambaran Karakteristik Keluarga

Pada penelitian ini pendidikan ayah cukup baik yaitu 82,6% pada tingkat pendidikan lanjut. Hal ini dapat menjadi peluang untuk mempermudah penerimaan informasi kesehatan yang akan diberikan oleh perawat komunitas. Suminah dan Anantanya (2002), menyatakan bahwa sebagian besar kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotorik seseorang terbentuk melalui proses pendidikan. Kognitif merupakan bagian dari komponen aspek sikap yang mendorong seseorang untuk berperilaku. Menurut Hary (1996), menyatakan tingkat pendidikan akan menentukan kemudahan seseorang dalam menerima dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh, karena semakin tinggi

pendidikan seseorang maka semakin baik pula pengetahuannya. Tingkat pendidikan ayah yang sudah cukup baik yaitu minimal tamat SMA dapat diberdayakan oleh perawat komunitas dengan meningkatkan keterlibatan ayah pada saat pendidikan kesehatan bagi keluarga balita.

Tingkat pendidikan ibu pada penelitian ini masih cukup banyak (30,3%) dengan pendidikan dasar (\leq SMP). Menurut Liliweri (2007), bahwa cakupan pengetahuan termasuk keluasan wawasan seseorang sangat ditentukan oleh tingkat pendidikan. Kardjati (1985) mengatakan bahwa tinggi rendahnya pendidikan Ibu erat kaitannya dengan tingkat pengertian terhadap perawatan kesehatan, serta kesadaran terhadap kesehatan anak-anak dan keluarganya. Ibu memegang peranan yang utama dalam perawatan kesehatan anaknya, karena ibu memiliki kedekatan yang lebih kepada balita dibandingkan ayah. Sehingga dari penelitian ini dapat terlihat bahwa masih cukup banyaknya tingkat pengetahuan ibu yang rendah akan berpengaruh kepada perawatan kesehatan yang akan diberikan kepada balita jika terserang penyakit non pneumonia. Dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dan komunitas perawat perlu memperhatikan keunikan dari keluarga dengan karakteristiknya. Hal ini termasuk keadaan pendidikan ibu yang masih rendah yaitu tamat SMP sehingga dalam pemberian pendidikan kesehatan dan pelayanan keperawatan perawat dapat menggunakan media dan pendekatan komunikasi yang disesuaikan dengan keadaan ibu.

Berdasarkan hasil penelitian Chmara (2007); Savitha (2007); Macedo (2007), menyatakan tingkat pendidikan ibu berada pada tingkat menengah keatas terdapat 2 kali lipat pada keluarga balita yang tidak terkena ISPA dibandingkan yang terkena ISPA. Pendidikan akan mempengaruhi pola berpikir pragmatis dan rasional terhadap adat kebiasaan, dengan pendidikan lebih tinggi orang dapat lebih mudah

untuk menerima ide atau masalah baru. Tingkat pendidikan mempunyai pengaruh terhadap tindakan ibu dalam pencarian pengobatan dan pemulihan penyakit pneumonia pada balita (Risikesdas, 2010). Dari hasil penelitian yang dilakukan Djaya (1999), ibu dengan pendidikan lebih tinggi akan lebih banyak membawakan anak berobat ke fasilitas kesehatan, sedangkan ibu dengan pendidikan rendah lebih banyak mengobati sendiri maupun berobat ke dukun ketika anaknya sakit.

Hasil penelitian tingkat ekonomi keluarga balita ini didapatkan 53,2% dengan tingkat ekonomi kurang yaitu pendapatan keluarga dibawah UMR. Menurut Savitha (2007) dan Macedo (2007), menyatakan pendapatan keluarga merupakan salah satu faktor yang memiliki hubungan bermakna terhadap kejadian ISPA pada balita. Penelitian yang dilakukan Kholisah, dkk (2008), menunjukkan hasil 51,5% keluarga balita ISPA memiliki pendapatan kategori rendah. Tingkat ekonomi keluarga akan mempengaruhi daya beli keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi balita. Balita memerlukan berbagai jenis nutrisi dengan komposisi yang seimbang. Sehingga jika kebutuhan tersebut tidak terpenuhi maka akan mempengaruhi keadaan kesehatan balita. Perawat komunitas dan keluarga dapat memberikan pendidikan kesehatan dan memberikan ketrampilan tentang tip dan trik yang bisa digunakan keluarga untuk mencari alternatif pilihan jenis makanan yang dapat disajikan kepada balita dengan tetap memperhatikan kebutuhan balita dengan harga yang dapat dijangkau oleh keluarga.

Bila rasio pengeluaran makanan dibagi pengeluaran total perbulan bertambah besar, maka jumlah ibu yang membawa anaknya berobat ke dukun ketika sakit lebih banyak. Penelitian Djaja, dkk, (2001) didapatkan bahwa ibu dengan status ekonomi tinggi 1,8 kali lebih banyak pergi berobat ke pelayanan kesehatan dibandingkan dengan ibu yang status ekonominya rendah. Hal ini bisa disebabkan karena keluarga memerlukan alat transportasi yang mengeluarkan biaya,

sedangkan dukun berada lebih dekat dari tempat tinggal masyarakat dan dapat dipanggil kerumah dengan biaya yang lebih rendah dengan tidak ada biaya pengobatan yang harus dikeluarkan. Namun keluarga tidak menyadari penyembuhan dan perawatan selain dari tenaga kesehatan hanya bersifat mengurangi gejala secara sementara tapi tidak menyelesaikan ke sumber masalah atau penyakitnya.

6.1.4. Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Kejadian Non pneumonia pada Balita.

6.1.4.1. Hubungan kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan dengan kejadian non pneumonia pada balita.

Hasil analisis univariat didapatkan 90,3% keluarga balita tidak mampu mengenal masalah non pneumonia pada balitanya. Kemampuan mengenal masalah disini meliputi mengetahui pengertian, tanda dan gejala, faktor penyebab dan faktor yang mempengaruhi serta persepsi keluarga terhadap kejadian non pneumonia pada balita.

Keluarga perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian keluarga. Salah satu perubahan yang terjadi pada balita adalah adanya gejala penyakit yang dapat ditunjukkan seperti terjadinya peningkatan suhu tubuh, pilek yang tidak sembuh walaupun anak sudah ditingkatkan porsi makannya. Disamping itu keluarga perlu mengenal adanya faktor yang mempengaruhi terjadinya ISPA non pneumonia yaitu adanya perubahan cuaca dari musim kemarau ke musim hujan dan sebaliknya.

Kemampuan keluarga mengenal ISPA non pneumonia pada balita dipengaruhi oleh persepsi keluarga terhadap pengertian,

penyebab, tanda dan gejala dan faktor yang mempengaruhinya yang sebelumnya pernah diketahui oleh keluarga. Persepsi adalah kesan seseorang terhadap objek persepsi tertentu yang dipengaruhi faktor internal yakni perilaku yang berada di bawah kendali pribadi dan faktor eksternal yakni perilaku yang dipengaruhi oleh situasi di luarnya (Depdiknas, 2003).

Ketidakmampuan keluarga dalam mengenal non pneumonia pada penelitian ini karena masih ada persepsi dari keluarga yang ada di masyarakat yang menganggap gejala batuk pilek yang ditunjukkan oleh balita bukan merupakan suatu penyakit. Persepsi ini dapat dipengaruhi oleh perawat komunitas dan keluarga melalui pemberian pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode yang sesuai yaitu menggunakan media dan bahasa yang mudah dipahami dan langsung bisa dianalogikan dengan keadaan keluarga dan anak balita non pneumonia. Namun pada kenyataan di lapangan penyuluhan jarang dilakukan karena keterbatasan tenaga kesehatan dan pemberdayaan kader-kader dalam penyuluhan ISPA non pneumonia belum optimal.

Hasil analisis bivariat menyatakan keluarga yang tidak memiliki kemampuan mengenal masalah non pneumonia maka akan mengalami kemungkinan 5,8 kali untuk terjadi non pneumonia pada balita. Hal ini membuktikan bahwa jika keluarga mengenal masalah non pneumonia maka angka kejadian penyakit non pneumonia akan rendah, sedangkan jika keluarga tidak mengenal masalah non pneumonia maka angka kejadian non pneumonia akan tinggi. Kemampuan keluarga mengenal non pneumonia akan meningkatkan kewaspadaan keluarga sehingga dapat mencegah penyakit agar tidak berlanjut menjadi lebih berat.

Asuhan keperawatan keluarga melalui pelaksanaan tugas kesehatan keluarga merupakan upaya yang tepat untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengenal masalah non pneumonia pada balita. Pelaksanaan tugas keperawatan kesehatan keluarga (kemampuan mengenal masalah, kemampuan mengambil keputusan, kemampuan merawat, kemampuan memodifikasi lingkungan dan kemampuan menggunakan yankes) seperti yang diuraikan dalam Maglaya (2009) merupakan cara yang efektif untuk meningkatkan pemberdayaan keluarga. Pemberdayaan keluarga juga semakin digiatkan oleh Kementerian kesehatan RI seperti yang diungkapkan dalam Rapat Kerja Nasional IPKKI pada tanggal 23 Desember 2011 di Red Top Hotel, Jakarta. Melalui pemberdayaan keluarga dapat diaktifkan kerja sama yang baik antara perawat dan keluarga sehingga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya penyakit non pneumonia pada balita dan melakukan pencegahan agar tidak berulang penyakitnya.

6.1.4.2. Hubungan kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat dengan kejadian non pneumonia pada balita.

Hasil analisis univariat secara umum menunjukkan 59,6% keluarga memiliki kemampuan dalam mengambil keputusan untuk mengatasi non pneumonia pada balita. Kemampuan mengambil keputusan meliputi kemampuan mengetahui sifat dan luasnya masalah, masalah kesehatan dirasakan oleh keluarga, mengetahui akibat dari masalah kesehatan serta seberapa pentingkah pengambilan keputusan. Namun keluarga balita yang terjadi non pneumonia di Kelurahan Tugu masih terdapat cukup tinggi (70,5%) yang memiliki ketidakmampuan mengambil keputusan. Hal ini mengandung makna banyak

faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan oleh keluarga untuk mengatasi non pneumonia seperti keluarga merasa khawatir jika non pneumonia sudah terjadi pada anak balita.

Suatu masalah kesehatan jika terjadi pada keluarga akan diatasi apabila keluarga merasakan bahwa masalah kesehatan tersebut jika tidak segera diatasi maka akan berdampak kepada keluarga itu sendiri. Pemecahan masalah bersama dapat digambarkan sebagai suatu situasi keluarga yang perlu mendiskusikan masalah yang ada secara bersama-sama oleh keluarga dalam upaya untuk mencari solusi atas dasar logika, mencapai suatu kesepakatan tentang apa yang perlu dilakukan atas dasar petunjuk, persepsi dan usulan dari anggota keluarga (Friedman, 2003).

Pada penelitian ini dapat digambarkan bahwa di Kelurahan Tugu, keluarga dengan balita non pneumonia belum mampu mengambil keputusan yang tepat untuk mengatasi non pneumonia pada balitanya karena kurang merasakan sifat dan luasnya penyakit non pneumonia, hal ini disebabkan keluarga masih belum mengenal non pneumonia merupakan suatu penyakit yang jika tidak diatasi dengan segera akan berdampak kepada munculnya penyakit yang lebih berat yaitu penyakit pneumonia (radang paru-paru). Sehingga diperlukan perawat keperawatan komunitas dan keluarga yang dapat dijadikan nara sumber untuk memberikan informasi tentang sifat masalah, pentingnya mengatasi masalah dan akibat jika masalah non pneumonia tidak segera diatasi seperti yang diungkapkan dalam Maglaya (2009).

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan antara kemampuan keluarga mengambil keputusan dengan kejadian non pneumonia pada balita ($p \text{ value}=0,185$). Hal ini bermakna bahwa kejadian non pneumonia di Kelurahan Tugu tidak ada hubungannya dengan kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk mengatasi non pneumonia pada balita. Menurut Scanzoni and Szinovacz (1980) dalam pandangan tradisional pengambilan keputusan keluarga cenderung terstruktur, masing-masing individu dalam keluarga menerima peran yang ada sehingga tidak dibutuhkan negosiasi dalam proses pengambilan keputusan. Lebih spesifik lagi, pengambilan keputusan didominasi oleh kepala keluarga (Ayah).

Pembuatan keputusan menurut Terry (1999) selalu dihubungkan dengan suatu masalah atau suatu kesulitan. Dalam arti keputusan dan penerapannya diharapkan akan menjawab persoalan atau menyelesaikan konflik. Keluarga balita di Kelurahan Tugu masih belum mengenal akibat lanjut penyakit non pneumonia sehingga terjadi ketidakmampuan pengambilan keputusan. Hal ini terlihat dari ketidakmampuan keluarga merasakan ISPA non pneumonia merupakan suatu masalah yang harus segera diatasi karena dapat mengakibatkan masalah kesehatan lainnya yang lebih berat yakni penyakit pneumonia dan gangguan tumbuh kembang pada balita. Sebagai perawat komunitas dapat berperan sebagai *counsellor* bagi keluarga balita sehingga dapat meningkatkan kemampuan keluarga untuk mengambil keputusan yang tepat. Perawat dapat menyediakan waktu melalui kunjungan rumah (home care) bagi keluarga balita yang belum mampu mengambil keputusan yang tepat.

6.1.4.3. Hubungan kemampuan keluarga dalam memberi perawatan dengan kejadian non pneumonia pada balita.

Hasil analisis univariat secara umum didapatkan 60,6% keluarga memiliki kemampuan merawat balita sedang sakit non pneumonia. Kemampuan merawat disini meliputi pengetahuan tentang cara merawat, peralatan yang dibutuhkan, sumber-sumber yang bisa digunakan untuk merawat, serta sikap dalam memberi perawatan. Namun dari angka kejadian non pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu didapatkan 95,3% keluarga tidak mampu melakukan perawatan kesehatan. Hal ini dipengaruhi tingkat pendidikan ibu 30,3% dengan pendidikan dasar (\leq SMP) yang akan mempengaruhi pengetahuan ibu dalam merawat balita non pneumonia.

Keadaan kesehatan balita tidak lepas dari kemampuan keluarga dalam memberikan tindakan kesehatan dan keperawatan. Tindakan keperawatan yang diberikan keluarga jika ada anggota keluarga yang mengalami sakit sering dikaitkan dengan perilaku kesehatan keluarga. Perilaku dapat dikaitkan dengan tingkat pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang dimiliki keluarga sebelumnya. Pengetahuan dan sikap mengenai kesehatan akan berpengaruh terhadap perilaku sebagai hasil jangka panjang dari pendidikan kesehatan hal itu dikarenakan dari pengetahuan dan sikap itulah akan tercipta upaya pencegahan kekambuhan yang dilakukan orang tua terhadap anaknya (Notoatmojo, 2003).

Pengetahuan yang baik dapat diperoleh dari proses pembelajaran yang baik (Brunner, 1975). Pengetahuan seseorang erat kaitannya dengan perilaku yang akan diambilnya (Notoatmojo, 2003). Karena dengan pengetahuan seseorang akan memiliki alasan untuk dapat menentukan suatu pilihan. Kurangnya pengetahuan tentang cara merawat akan mengakibatkan kurang

kemampuan keluarga melakukan pencegahan terhadap penyakit non pneumonia dan berisiko untuk berulangnya penyakit tersebut.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian oleh Handayani (2008) menyatakan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan ibu tentang ISPA dengan perawatan ibu pada balita penderita ISPA Non Pneumonia di Puskesmas Klaten Tengah. Penelitian yang dilakukan Luque (2006) mengemukakan bahwa pendidikan kesehatan lebih diperlukan bagi perawat untuk membantu keluarga mengenali tanda-tanda infeksi saluran pernapasan berat dan penggunaan pengobatan yang tepat di rumah seperti pemberian kompres dingin dan meningkatkan konsumsi cairan untuk balita.

Perawat komunitas dan keluarga dapat berperan sebagai *educator, caregiver, counsellor dan health planner* untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberi perawatan kepada balita dengan non pneumonia. Perawat komunitas melibatkan semua anggota keluarga termasuk ayah dalam tindakan perawatan balita non pneumonia. Peningkatan kerjasama kedua orang tua dan seluruh anggota keluarga akan berdampak lebih baik karena penyakit non pneumonia dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti perilaku membawa anak memasak di dapur, perilaku merokok didalam rumah, jumlah anggota keluarga yang tidur dalam satu ruangan dengan balita dan banyak faktor risiko lainnya seperti yang sudah disebutkan sebelumnya.

Hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan kemampuan keluarga merawat balita dengan kejadian non pneumonia pada balita ($p=0,001$). Hal ini bermakna tingginya jumlah balita yang

terkena penyakit non pneumonia di Kelurahan Tugu ada hubungannya dengan perilaku keluarga dalam merawat balita. Dari hasil analisis statistik didapatkan peluang 10,25 kali terjadinya non pneumonia pada keluarga yang tidak mampu merawat dibandingkan keluarga yang mampu merawat balita non pneumonia.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Ayu (2006) tentang Pengaruh Pengetahuan, Sikap dan Tindakan ibu terhadap kejadian ISPA di Puskesmas Pakel menyatakan bahwa pengetahuan dan sikap ibu berpengaruh terhadap kejadian ISPA pada bayi/balita, sedangkan tindakan tidak berpengaruh terhadap kejadian ISPA pada bayi/balita. Demikian juga hasil penelitian Khodariyah (2009) menyatakan ada hubungan pelaksanaan fungsi perawatan kesehatan keluarga pada keluarga yang mempunyai anak usia 0-4 tahun dengan frekuensi kejadian ISPA.

Menurut Notoatmojo (2007) menyatakan faktor-faktor yang menjadi predisposisi perilaku seseorang adalah pengetahuan, sikap dan nilai-nilai didalam lingkungan. Sedangkan faktor yang mendukung seseorang dapat menjalankan perilaku sehat adalah karena ketersediaan sarana. Hal ini menunjukkan pada penelitian ini kemampuan keluarga merawat berhubungan dengan kejadian non pneumonia karena banyak faktor yang dapat mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat seperti tersedianya sarana dan prasarana untuk mencegah timbulnya penyakit non pneumonia seperti keadaan lingkungan rumah yang memenuhi syarat kesehatan dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) oleh keluarga. Sehingga diperlukan bantuan perawat komunitas dan keluarga untuk membantu keluarga mencari alternatif pilihan untuk dapat menyediakan

sarana dan prasarana dalam merawat dengan pembiayaan yang disesuaikan kemampuan keluarga.

Pada penelitian ini dapat disimpulkan perawatan yang diberikan kepada balita non pneumonia dipengaruhi oleh berbagai faktor. Disamping pengetahuan dan sikap dalam merawat diperlukan juga peralatan dan sumber yang dimanfaatkan keluarga untuk dapat merawat balita yang sedang sakit non pneumonia. Kemampuan keluarga merawat balita sangat diperlukan untuk mempercepat penyembuhan dan dapat mencegah berulangnya penyakit non pneumonia pada balita.

6.1.4.4. Hubungan kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dengan kejadian non pneumonia pada balita.

Hasil analisis univariat secara umum menunjukkan 53,2% keluarga mampu memodifikasi lingkungan yang mendukung non pneumonia pada balita. Kemampuan memodifikasi lingkungan meliputi pengetahuan tentang sumber, manfaat lingkungan sehat, sikap terhadap lingkungan sehat dan keterlibatan anggota keluarga. Menurut Bloom dalam Notoatmodjo (2003), menyimpulkan bahwa lingkungan mempunyai andil yang paling besar terhadap status kesehatan. Namun kejadian non pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu didapatkan 84,3% keluarga yang tidak mampu memodifikasi lingkungan. Hal ini dikarenakan keadaan lingkungan sekitar rumah balita non pneumonia padat dan banyak polusi udara, sehingga balita sudah beradaptasi dengan keadaan lingkungan tersebut.

Penyakit non pneumonia dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Pencemaran udara di dalam rumah berasal dari asap rokok, asap dapur dan asap dari obat nyamuk yang digunakan di dalam

rumah, sementara polusi udara di luar rumah berasal dari gas buangan transportasi, asap dari pembakaran sampah dan asap dari pabrik (Astuti, 2006). Kebiasaan ibu yang membawa bayi/anak balitanya di dapur yang penuh asap sambil memasak akan mempunyai risiko yang lebih besar untuk terkena ISPA dibandingkan dengan ibu yang tidak membawa bayi/anak balitanya di dapur (Sukardik, 1997; Nurhaeni, 2001).

Keadaan lingkungan RW 1-11 di Kelurahan Tugu kurang memenuhi syarat kesehatan. Terlihat dari jarak antar rumah yang cukup dekat, pengelolaan sampah oleh masyarakat dengan cara dibakar 24,7%, masih ada 4,1% rumah memiliki lantai tanah dan tingkat ekonomi masyarakat 54,1% kurang (Aplikasi komunitas, 2011). Hal ini jika dikaitkan dengan hasil penelitian perlu upaya dari berbagai pihak seperti RW dan Kelurahan yang dapat mengarahkan masyarakat untuk lebih mengelola keadaan lingkungan mereka agar dapat memenuhi syarat kesehatan.

Hasil analisis bivariat didapatkan tidak ada hubungan antara kemampuan memodifikasi lingkungan dengan kejadian non pneumonia di Kelurahan Tugu (p value=0,206). Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Agustama (2005) menyebutkan peluang balita yang tinggal dalam rumah dengan pencemaran udara dalam ruangan akan terkena ISPA sebesar 6,09 kali dibandingkan dengan balita tanpa pencemaran ruangan. Dewa (2001) mengatakan balita yang terpapar asap rokok mempunyai risiko 7,1 kali lebih besar untuk terkena ISPA. Disamping itu, keadaan sanitasi fisik rumah (suhu, kelembaban penerangan, ventilasi dan kepadatan hunian) berhubungan dengan ISPA pada balita. Balita yang tinggal di dalam lingkungan rumah dengan keadaan sanitasi fisik rumah yang buruk mempunyai risiko

terkena ISPA 1,23 kali dibandingkan dengan balita yang tinggal dilingkungan rumah dengan sanitasi fisik rumah yang baik.

Lingkungan yang dapat berpengaruh terhadap kejadian ISPA non pneumonia seperti pencemaran udara dalam rumah yaitu keadaan rumah yang penuh dengan asap, kurangnya ventilasi didapur dan perilaku keluarga membawa anak memasak didapur (Nurhaeni, 2001), keadaan ruangan tempat tidur anak yang padat (Calvin, 2004) dan keadaan keluarga yang merokok dalam rumah (Astuti, 2006). Keluarga balita non pneumonia di Kelurahan Tugu sebagian besar belum mampu melihat manfaat pemeliharaan lingkungan, keluarga belum mampu memanfaatkan sumber yang ada untuk memodifikasi lingkungan dan keluarga belum menunjukkan perilaku yang mendukung sanitasi lingkungan untuk mencegah terjadinya non pneumonia pada balita.

Dapat disimpulkan kemampuan memodifikasi lingkungan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung agar tidak terjadinya non pneumonia perlu disertai dengan perubahan fisik dari keadaan lingkungan tersebut. Keadaan fisik dari lingkungan seperti keadaan dapur yang penuh dan lembab juga merupakan faktor risiko terjadinya infeksi pernapasan (Charles, dkk.,1996).

Pada penelitian ini tidak terdapatnya hubungan kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan dengan kejadian non pneumonia. Hal ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor lain, seperti keadaan balita yang sudah termasuk kelompok berisiko sehingga keadaan cuaca pada pergantian musim panas ke musim hujan dan sebaliknya sebagai pencetus tetap tingginya angka kejadian non pneumonia walaupun sebagian keluarga yang terjadi non pneumonia cukup mampu memodifikasi lingkungan

dalam rumah. Disamping itu keadaan lingkungan sekitar rumah balita di Kelurahan Tugu yang termasuk lingkungan yang padat sehingga akan mempengaruhi keadaan kesehatan udara. Sebagai perawat komunitas dapat membantu keluarga memberikan pendidikan kesehatan tentang kewaspadaan mempersiapkan balita seperti meningkatkan imunitas balita sehingga memiliki benteng terhadap pengaruh lingkungan dari luar rumah.

6.1.4.5. Hubungan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kejadian non pneumonia pada balita.

Hasil analisis univariat secara umum didapatkan 62,4% keluarga balita memiliki kemampuan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengatasi non pneumonia pada balita. Kemampuan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disini meliputi lokasi, keuntungan dan keterjangkauan tempat tersebut. Tingginya penggunaan pelayanan kesehatan karena keluarga memeriksakan balita jika balita sudah mengalami sakit. Namun kejadian non pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu didapatkan 70,7% keluarga yang tidak mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini karena keluarga memiliki banyak pilihan pengobatan yang akan dilakukan oleh keluarga seperti pengobatan tradisional.

Analisis bivariat menunjukkan hasil tidak ada hubungan antara kemampuan keluarga memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan kejadian non pneumonia pada balita di kelurahan Tugu. Hal ini sama seperti hasil penelitian Dewi (2010) menyatakan tidak terdapat hubungan antara pola pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan status gizi balita. Berbeda dengan hasil penelitian Nelli (2004) menyatakan adanya hubungan yang

signifikan antara kepemilikan kartu sehat dengan penggunaan pelayanan kesehatan pada Ibu balita Gakin yang mempunyai anak balita menderita gejala ISPA.

Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh keluarga balita non pneumonia di Kelurahan Tugu dipengaruhi berbagai faktor diantaranya kesadaran keluarga balita untuk membawa anak balita non pneumonia ke pelayanan kesehatan ketika balita sudah mengalami kejadian non pneumonia. Banyaknya akses pengobatan yang tersedia disekitar keluarga selain pelayanan kesehatan akan mempengaruhi berulangnya kejadian non pneumonia pada balita. Biaya pengobatan pada pelayanan kesehatan dirasakan mahal oleh keluarga balita non pneumonia. Sehingga sebagai perawat komunitas dapat bekerjasama dengan keluarga pada upaya prevensi primer. Disamping itu petugas kesehatan kurang memberikan informasi kesehatan terkait penjelasan tentang penyakit ISPA non pneumonia dirasakan oleh keluarga balita. Hal ini seharusnya dapat diminimalkan jika terjalinnya komunikasi yang baik antara keluarga balita dengan petugas kesehatan yang ada.

6.1.5. Hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kejadian non pneumonia pada balita setelah dikontrol karakteristik balita dan keluarga

Hasil analisis univariat secara umum menunjukkan 52,3% keluarga memiliki kemampuan melaksanakan kelima tugas kesehatan keluarga. Kemampuan keluarga melaksanakan kelima tugas kesehatan keluarga meliputi perilaku yang ditunjukkan oleh keluarga balita dalam perawatan kesehatan balita yang dapat dipengaruhi oleh pengetahuan, persepsi, pengambil keputusan, ketrampilan dan sarana merawat serta keadaan dan keterlibatan dengan fasilitas kesehatan. Namun kejadian non pneumonia pada balita di Kelurahan tugu didapatkan 90,4%

keluarga balita tidak mampu melaksanakan kelima tugas kesehatan keluarga tersebut. Hal ini bisa dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tingkat pendidikan keluarga baik ayah maupun ibu yang masih rendah, status ekonomi keluarga yang kurang, keadaan lingkungan disekitar rumah yang padat, banyak polusi udara, serta ketrampilan merawat yang kurang pada keluarga balita.

Hasil analisis bivariat menunjukkan adanya hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kejadian non pneumonia pada balita. Pelaksanaan tugas kesehatan keluarga ini meliputi kemampuan keluarga mengenal non pneumonia, kemampuan keluarga mengambil keputusan, kemampuan keluarga merawat, kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan dan kemampuan keluarga menggunakan pelayanan kesehatan. Dari hasil uji statistik didapatkan keluarga yang tidak mampu melaksanakan tugas kesehatan keluarga memiliki peluang 4,7 kali terjadi non pneumonia pada balita dibandingkan keluarga yang mampu melaksanakan tugas kesehatan keluarga.

Perilaku kesehatan keluarga dapat dipengaruhi berbagai faktor yang cukup kompleks seperti yang dikemukakan dalam Stanhope dan Lancaster (2004) terdiri dari faktor biologis (usia, status imunisasi, status gizi pada balita), lingkungan (lingkungan fisik di dalam dan di luar rumah), ekonomi (status ekonomi keluarga, tingkat pendidikan, pekerjaan, jumlah anggota keluarga), perilaku keluarga (PHBS, persepsi keluarga) dan faktor kejadian dalam kehidupan (keadaan cuaca, perubahan atau transisi dalam keluarga). Sehingga perlu menjadi perhatian perawat komunitas dan keluarga untuk mempertimbangkan berbagai faktor yang berpengaruh tersebut sebagai pendekatan pada intervensi asuhan keperawatan keluarga dengan meningkatkan sumner daya yang ada dalam keluarga.

Hasil analisis multivariat didapatkan keluarga yang tidak melaksanakan tugas perawatan kesehatan memiliki peluang terjadinya non pneumonia pada balita 3,7 kali dibandingkan keluarga yang melaksanakan tugas perawatan kesehatan keluarga setelah di kontrol variabel usia, status gizi, status imunisasi, pendidikan ayah, pendidikan ibu dan status ekonomi. Hal ini berbeda dengan penelitian oleh Ramlah (2011) yang menyatakan tidak ada hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan pengabaian lansia di wilayah kerja Puskesmas Kassi-Kassi. Perbedaan ini terjadi karena penelitian Ramlah lebih melihat tingkat kemandirian keluarga bukan variabel yang mendasari pelaksanaan tugas kesehatan keluarga yang terdiri dari kemampuan keluarga dalam mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan pelayanan kesehatan (Maglaya, 2009).

Hasil penelitian ini dapat disimpulkan pentingnya bagi keluarga balita non pneumonia untuk melaksanakan tugas kesehatan keluarga karena akan memberi peluang yang lebih tinggi terjadinya non pneumonia pada balita dibandingkan keluarga yang tidak melaksanakan tugas kesehatan keluarga. Jika keluarga balita dapat melaksanakan tugas kesehatan keluarga maka angka kejadian non pneumonia pada balita akan dapat dicegah agar tidak berlanjut menjadi pneumonia sebagai penyakit pembunuh nomor satu pada balita. Perawat komunitas perlu memperhatikan karakteristik balita dan keluarga yang dapat mempengaruhi pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dan kejadian ISPA non pneumonia balita seperti kemampuan keluarga dalam merawat balita non pneumonia akan dipengaruhi kemampuan keluarga mengenal ISPA non pneumonia tersebut karena dipengaruhi tingkat pengetahuan ibu dalam merawat yang dipengaruhi oleh tingkat pendidikan ibu.

6.2. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Keterbatasan penelitian yang ditemukan selama penelitian terdiri dari keterbatasan sampel pada proses pengumpulan data dan waktu penelitian.

6.2.1. Keterbatasan Sampel

Sampel dalam penelitian ini berjumlah 109 responden. Pengambilan sampel dilakukan secara purposif. Hal ini karena data balita yang menderita non pneumonia pada rentang waktu 6 bulan terakhir belum mewakili jumlah keseluruhan balita dengan non pneumonia di Kelurahan Tugu. Data yang diperoleh dari posyandu kurang mewakili jumlah keseluruhan balita non pneumonia karena tidak semua keluarga balita membawa balita mereka dengan riwayat non pneumonia maupun yang sedang terkena non pneumonia ke posyandu. Keterbatasan jumlah kader aktif mengakibatkan kader kesulitan untuk melakukan pendataan dari rumah ke rumah terkait populasi balita dengan penyakit non pneumonia.

6.3. Implikasi Hasil Penelitian

6.3.1. Pelayanan Keperawatan Komunitas

Gambaran hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan keperawatan komunitas dan keluarga baik dalam tatanan pelayanan di institusi maupun di masyarakat langsung seperti Puskesmas, Dinas Kesehatan, Instansi Pendidikan Anak Usia Dini, dan *Home Care*. Berbagai tindakan dan kebijakan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan balita dapat diberikan seperti pendidikan kesehatan yang lebih ditingkatkan dengan mempertimbangkan berbagai faktor baik faktor risiko maupun faktor yang mempengaruhi seperti upaya peningkatan cakupan imunisasi pada balita dan kebijakan terkait pemantauan pencatatan dan pelaporan status imunisasi pada balita sebelum usia 1 tahun. Peningkatan pengetahuan tentang penyakit non pneumonia juga bisa diberikan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengenal penyakit non

pneumonia pada balita. Dalam pemberian pendidikan kesehatan kepada keluarga balita non pneumonia juga perlu mempertimbangkan karakteristik keluarga (pendidikan ayah dan ibu, status ekonomi keluarga) dan faktor kebutuhan dari keluarga balita seperti pengkajian sederhana tanda dan gejala non pneumonia dan perawatan yang tepat untuk mengatasi faktor pencetus dan faktor yang memperberat non pneumonia balita.

Disamping itu perlunya kebijakan dari pihak dinas kesehatan untuk membuat tim terpadu yang akan bekerja menggalakkan program deteksi dini non pneumonia sebelum menjadi lebih parah yaitu menjadi penyakit radang paru-paru (pneumonia). Tim yang dibentuk terdiri dari perawat yang konsen dengan keperawatan komunitas khususnya agregat bayi dan balita, dokter, ahli pengobatan tradisional dan fisioterapi. Tim ini akan bekerjasama dengan lintas sektor seperti dinas tata kota dan kependudukan, dinas kebersihan dan dinas pendidikan.

Hasil penelitian tingginya angka kejadian penyakit non pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu dibandingkan angka nasional dapat menjadi petunjuk bagi semua pihak yang berkepentingan terutama dinas kesehatan bahwa diperlukan suatu format deteksi dini gejala non pneumonia balita yang disosialisasikan kepada masyarakat luas. Hal ini sebagai acuan bagi keluarga untuk dapat melakukan deteksi lebih dini tentang kemungkinan adanya penyakit non pneumonia pada balita mereka, sehingga keluarga dapat memberikan tindakan perawatan yang tepat bagi balita termasuk pengobatan yang tepat. Jika keluarga telah mengenal adanya gangguan kesehatan pada balita mereka maka keluarga akan dapat menentukan keputusan yang tepat untuk mengatasinya.

Perawat komunitas dan keluarga dapat meningkatkan perannya dalam pelayanan keperawatan di Indonesia melalui peningkatan pembinaan

pemberdayaan keluarga balita. Keluarga diharapkan sebagai bagian yang utama dari balita memegang peran yang sangat penting untuk mengupayakan peningkatan kesehatan anak balita. Melalui pemberdayaan keluarga dapat diciptakan balita-balita sehat bebas dari penyakit non pneumonia. Keluarga balita non pneumonia perlu mengetahui sifat, luasnya dan akibat jika ISPA non pneumonia tidak segera diatasi akan memiliki dampak penyakit yang lebih berat terhadap kesehatan dan pertumbuhan serta perkembangan balita. Hal ini dapat dilakukan melalui koordinasi dengan pihak kelurahan dan dinas pendidikan serta pemerintahan kota atau kabupaten untuk memasukkan kurikulum deteksi dini, akibat dan perawatan tepat guna bagi balita non pneumonia di Posyandu dan Bina Keluarga Balita (BKB). Perawat komunitas dan keluarga perlu mengaktifkan keterlibatan semua anggota keluarga dalam pemeliharaan kesehatan balita agar penyakit non pneumonia dapat diminimalkan angka kejadiannya. Dan jika sudah terjadi non pneumonia dapat diatasi dengan tepat dan tidak berulang secara terus menerus.

Kemampuan memodifikasi lingkungan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian non pneumonia pada balita perlu menjadi perhatian keluarga. Keadaan lingkungan dalam seperti membersihkan rumah dan luar seperti struktur bangunan rumah perlu diupayakan agar memenuhi standar rumah sehat sehingga dapat mencegah terjadinya non pneumonia pada balita. Sebagai upaya pemeliharaan lingkungan dalam rumah perawat komunitas perlu menggiatkan pendidikan kesehatan tentang pentingnya kebersihan rumah. Upaya pemeliharaan lingkungan luar rumah, perawat komunitas dapat memberikan rekomendasi kepada pihak pemerintahan kota agar memperhatikan pemberian izin pembangunan rumah dan penataan lingkungan yang perlu disesuaikan dengan standar rumah sehat yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan. Perlunya kerjasama semua pihak untuk mengupayakan peningkatan derajat kesehatan balita sebagai generasi

yang sehat yang akan menjadi generasi penerus bangsa. Jika generasinya sehat tentulah akan dapat diciptakan generasi yang cerdas yang akan menghantarkan negara Indonesia menjadi negara yang lebih maju.

Pelayanan kesehatan perlu meningkatkan kerjasama dengan keluarga balita melalui upaya peningkatan teknik komunikasi yang efektif dalam memberikan informasi sesuai kebutuhan keluarga terutama informasi tentang ISPA non pneumonia balita. Besarnya biaya yang dirasakan oleh keluarga untuk pengobatan non pneumonia dapat dikurangi jika keluarga mampu mencegah berulangnya ISPA non pneumonia pada balita.

6.3.2. Perkembangan Ilmu Keperawatan Komunitas

Hasil penelitian ini dapat menjadi rekomendasi untuk penelitian selanjutnya untuk topik yang sama. Hasil penelitian terlihat variabel utama yaitu pelaksanaan tugas kesehatan keluarga berhubungan dengan kejadian non pneumonia sehingga perlu dikembangkan lebih lanjut dengan penelitian yang sama pada agregat balita pada kejadian masalah kesehatan yang lainnya. Peneliti selanjutnya dapat mengembangkan faktor konfounding yang lain seperti faktor lingkungan seperti polusi udara di dalam dan di luar rumah, keadaan ventilasi rumah, kepadatan hunian dalam rumah yang berdasarkan berbagai sumber literatur cukup terlihat pengaruhnya.

Metode pemilihan sampel secara acak perlu dipertimbangkan oleh penelitian berikutnya. Karena metode pemilihan sampel akan mempengaruhi homogenitas hasil penelitian yang akan didapatkan. Keterbatasan pemilihan sampel ini dapat diminimalkan jika peneliti melakukan survey awal untuk menentukan total populasi balita dengan riwayat dan sedang terjadinya non pneumonia pada balita.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang ‘Hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kejadian ISPA non pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok’, didapatkan simpulan sebagai berikut:

7.1. Simpulan

- 7.1.1. Karakteristik balita terlihat usia terbanyak yang menderita penyakit Non Pneumonia adalah usia 3-5 tahun dengan status imunisasi yang tidak lengkap. Sedangkan status gizi balita di Kelurahan Tugu sebagian besar dengan status gizi normal.
- 7.1.2. Karakteristik keluarga terlihat pendidikan ibu masih banyak yang berada pada pendidikan tingkat dasar atau maksimal bersekolah tamat SMP, hal ini akan berpengaruh kepada pengetahuan merawat terhadap balita. Pendidikan ayah sudah cukup baik yaitu pada tingkat (> SMP) minimal tamat SMA. Namun masih perlu dipertimbangkan status ekonomi keluarga yang masih cukup banyak berada pada tingkat ekonomi kurang akan berpengaruh kepada kemampuan keluarga dalam menyediakan gizi yang dibutuhkan oleh balita.
- 7.1.3. Adanya hubungan antara kemampuan keluarga mengenal masalah dengan kejadian non pneumonia pada balita. Hal ini menunjukkan pengetahuan keluarga sudah cukup baik dalam mengenal penyebab, tanda dan gejala dan faktor risiko atau faktor yang mempengaruhi penyakit non pneumonia pada balita.
- 7.1.4. Tidak ada hubungan antara kemampuan keluarga memutuskan untuk mengatasi masalah dengan kejadian non pneumonia pada balita. Hal ini menunjukkan pemahaman keluarga masih rendah dalam pencegahan penyakit non pneumonia.

- 7.1.5. Ada hubungan antara kemampuan keluarga merawat balita dengan kejadian non pneumonia pada balita. Hasil uji statistik didapatkan OR: 10,25. Hal ini berarti kejadian non pneumonia pada keluarga yang tidak mampu merawat akan berpeluang 10,25 kali daripada keluarga yang mampu merawat.
- 7.1.6. Tidak ada hubungan antara kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang mendukung dengan kejadian non pneumonia pada balita. Hal ini menunjukkan kejadian non pneumonia pada balita dapat dipengaruhi oleh faktor lain seperti keadaan lingkungan fisik rumah disekitar balita yang tidak mendukung pencegahan dan penanganan penyakit non pneumonia.
- 7.1.7. Tidak ada hubungan antara kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dengan kejadian non pneumonia pada balita. Hal ini menunjukkan kejadian non pneumonia pada balita dipengaruhi oleh sikap keluarga membawa balita non pneumonia jika balita sudah sakit.
- 7.1.8. Ada hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kejadian non pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu setelah dikontrol karakteristik balita dan keluarga. Kejadian non pneumonia pada keluarga yang tidak melaksanakan tugas kesehatan keluarga akan berpeluang 3,7 kali dibandingkan keluarga yang melaksanakan tugas kesehatan. Pemahaman keluarga dalam pelaksanaan tugas kesehatan keluarga sangat penting dalam mencegah terjadinya ISPA non pneumonia dengan memperhatikan karakteristik balita dan keluarga.

7.2. Saran

Rekomendasi dari hasil penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut:

7.2.1. Dinas Kesehatan Kota Depok

- 7.2.1.1. Dinas kesehatan perlu membuat kebijakan tentang pelibatan kader dalam deteksi dini penyakit non pneumonia serta program perawatan tepat guna bagi keluarga terhadap peningkatan

kesehatan balita di masyarakat melalui kegiatan posyandu dan kunjungan rumah oleh kader balita yang ada.

7.2.1.2. Merencanakan alokasi dana untuk perawat Puskesmas dan kader-kader yang aktif melakukan pemberdayaan keluarga balita melalui pemberian kesempatan dan fasilitasi untuk mengikuti kegiatan-kegiatan pelatihan peningkatan kesehatan balita. Khusus untuk perawat Puskesmas diberikan reward tambahan dengan perhitungan point pada kenaikan pangkat.

7.2.1.3. Perlu untuk mengaktifkan program perkesmas sebagai upaya pemberian asuhan keperawatan keluarga terutama bagi balita yang berisiko terkena penyakit non pneumonia di tatanan pelayanan langsung di komunitas dan keluarga.

7.2.2. Puskesmas

7.2.2.1. Meningkatkan kemampuan perawat puskesmas dalam melakukan asuhan keperawatan keluarga melalui upaya pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada balita ISPA non pneumonia.

7.2.2.2. Melibatkan kader dalam membina keluarga balita dengan ISPA non pneumonia melalui deteksi dini dan merujuk keluarga ke Puskesmas.

7.2.2.3. Mengoptimalkan pencatatan pelaporan status kesehatan balita dengan cara pengontrolan yang ketat kepada pelaporan data imunisasi dan status gizi balita serta keadaan kesehatan balita terhadap risiko penyakit infeksi termasuk ISPA non pneumonia.

7.2.2.4. Perlu untuk menggalang kerjasama dengan institusi pendidikan untuk anak balita yang melibatkan keluarga balita seperti BKB

7.2.3. Keluarga

Diharapkan keluarga lebih termotivasi untuk bisa meningkatkan kemampuan keluarga dalam pelaksanaan 5 tugas kesehatan keluarga terutama membawa balita ke posyandu sehingga

mendapatkan pencerahan oleh kader kesehatan dalam mencegah ISPA non pneumonia seperti keluarga mengupayakan imunisasi yang lengkap kepada balita mereka sebagai upaya meningkatkan imunitas balita mencegah non pneumonia.

7.2.4. Penelitian Selanjutnya

7.2.4.1. Perlu penelitian lebih lanjut untuk melihat pengaruh pelaksanaan tugas kesehatan keluarga pada agregat balita dengan masalah kesehatan yang lain yang sering terjadi pada balita.

7.2.4.2. Perlu penelitian selanjutnya untuk penambahan variabel penelitian dan faktor konfounding yaitu lingkungan (ventilasi rumah, kebiasaan merokok dalam rumah, kepadatan hunian). Karena lingkungan merupakan faktor yang cukup penting mempengaruhi keadaan udara disekitar yang akan berpengaruh kepada kejadian non pneumonia

7.2.4.3. Penelitian selanjutnya perlu mempertimbangkan karakteristik keluarga yang lain seperti struktur kekuatan, struktur pengambil keputusan dan koping keluarga disamping itu perlu juga mempertimbangkan karakteristik balita yang cukup banyak berpengaruh kepada pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dan kejadian non pneumonia

7.2.4.4. Peneliti selanjutnya dapat melakukan metode pemilihan sampel dengan cara mengacak berdasarkan urutan tertentu atau metode *consecutive sampling*.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustama. (2005). *Kajian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada Balita*. Universitas Sumatera Utara.
- Alimul, A. (2002). *Riset keperawatan dan teknik penelitian ilmiah*. Surabaya: Salemba Medika.
- Allender, J.A. Rector. Warner, K. (2010). *Community Health Nursing Promoting and Protecting The Public's Health*. Philadelphia: Lippincott
- Andriani. (2009). *Pengaruh penyuluhan kesehatan pada klien ISPA terhadap perilaku pencegahan Infeksi Lanjut di poliklinik umum PKM Talawi Kota Sawah Lunto*. Sumatra Barat
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan Metode Sampel Penelitian Kesehatan*. Depok: FKM-UI
- Arikunto, S. (2002). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Edisi revisi V. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arsyad T. (2000). *Faktor Determinan Kejadian Infeksi Saluran Pernafasan Akut anak Balita di Kecamatan Bantimurung Kabupaten Maros*. BaLitBang. Departemen Kesehatan
- Asih, Yasmin. (2004). *Keperawatan Medikal Bedah, Klien dengan Gangguan Sistem Pernafasan*. Jakarta: EGC
- Burn, N. & Grove, S.K (2001). *The Practice of Nursing Research (Conduct, Critique & Utilization)*. Ed. 4. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Calvin. (2004). *Hubungan faktor lingkungan dengan kejadian ISPA di PKM Curug Kabupaten Tangerang*. Banten
- Choirunnisa. (2009). *Panduan Terpenting Merawat Bayi dan Balita*. Jogjakarta: Moncer Publisher
- Corwin, E.J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC
- Dahlan, M.S. (2009). *Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi: 2. Jakarta: Salemba Medika
- Danim, Sudarwan. (2003). *Riset Keperawatan (Sejarah & Metodologi)*. Jakarta: EGC

- Daulay H. Ridwan. (2008). *Kendala Penanganan Infeksi Saluran Pernapasan Akut*. Jakarta
- Daulay H. Ridwan. (2008). *Sinusitis*. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. (1992). *Asuhan Kesehatan Anak dalam konteks keluarga*. Jakarta
- _____. (2006). *Pedoman Penyelenggaraan Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*. Jakarta
- _____. (2006). *Pedoman Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*. Jakarta: DirBinYanKep DirBin YanMed
- _____, (2004). *Pedoman Program Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) untuk Penanggulangan Pneumonia Pada Balita*. Jakarta: Dirjen PPM dan PLP
- _____. (2008). *Laporan MDGs Indonesia*, Jakarta: Pusat Data Kesehatan Departemen Kesehatan RI
- _____. (2010). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2010*, Jakarta: Pusat Data Kesehatan Departemen Kesehatan RI
- Dewi Sintia. (2010). *Hubungan Antara Pola Pernafasan Pelayanan Kesehatan dan Morbiditas Dengan Status Gizi Balita di Kelurahan Gemolong Kecamatan Gemolong Kabupaten Sragen*. Jawa Timur
- Dinas Kesehatan Kota Depok. (2011). *Rencana Strategis Pembangunan Kesehatan Depok: Dinas Kesehatan Kota Depok*
- Dodi Eko Prasetyo Putro. (2008). *Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Orangtua dengan Upaya Pencegahan Kekambuhan ISPA pada Anak di Wilayah Kerja Puskesmas Purwantoro I*. Jawa Tengah
- Dwi Handayani. (2008). *Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang ISPA dengan Perawatan Ibu pada Balita Penderita ISPA Non Pneumonia di Puskesmas Klaten Tengah*. Jawa Tengah
- Effendy, Nasrul. (1998). *Dasar-Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Efrianna s, puji (2003) *Perbedaan Status Gizi Anak Balita Pada Ibu Bekerja dan Ibu Tidak Bekerja Di perumahan Ungaran Baru Kec. Ungaran Kab. Semarang*. (Laporan Tesis) Jawa Tengah

- Engel, Joyce. (2009). *Seri Pedoman Praktis Pengkajian Pediatrik*. Edisi: 4. Jakarta: EGC
- Eveline & Djamaludin. (2010). *Panduan Pintar merawat bayi dan balita (Tata Cara merawat bayi dan balita dari A-Z)*. Jakarta: Kawah Media
- Freeman and Heinrich. (1981). *Community Health Nursing Practice*. Edisi: 2. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Friedman, M. Bowden, V. Jones, E. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga (Riset, Teori & Praktik)*. Jakarta: EGC
- Gobel, Satria. (2003). *Hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku keluarga dalam merawat Balita ISPA di Parung* (Laporan Tesis). Bogor
- Hastono, Sutanto, P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Depok: FKM-UI
- Hidayat Aziz Alimul, A. (2005). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*, Jakarta: Salemba Medika.
- Hull, David & Johnston, Derek. (2008). *Dasar-Dasar Pediatri*. Edisi: 3. Jakarta: EGC
- Ira Kusumaning Ayu. (2006). *Pengaruh Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Ibu Terhadap Kejadian ISPA Pada Bayi dan Anak Balita di Puskesmas Pakel Kabupaten Tulung Agung*. Jawa Tengah
- Irianto. (2006). *Hubungan faktor lingkungan rumah dan karakteristik balita dengan kejadian ISPA pada balita di kecamatan Lemahwungkuk*. Cirebon
- I Wayan Gede Subandita. (2009). *Hubungan Pendidikan Kesehatan dan Pengetahuan Tentang ISPA Pada Perilaku Pencegahan ISPA Pada Balita di RW 06 Kelurahan Krukut Kecamatan Limo Kota Depok*. Jawa Barat
- Joanna Rowe, et.al. (2010). *Family Health Care Nursing (Theory, Practice & Research)*. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Kholisah Nasution, dkk. (2008). *Infeksi Saluran Napas Akut pada Balita di Daerah Urban Jakarta*. Jakarta
- Laelatul Khodariyah. (2009). *Hubungan Pelaksanaan Fungsi Perawatan Kesehatan Keluarga pada keluarga yang mempunyai anak usia 0-4 tahun*

dengan frekwensi kejadian ISPA di Desa Tanggung Kecamatan TanggungHarjo Kabupaten Grobongan. Jawa Tengah

Lemeshow, S Hosmer Jr., D., W., Klar, J., (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta: GMU Press

Luque, John.S. Whiteford, linda.M. Tobin, Graham.A. (2007). *Maternal recognition and Health Care-seeking behavior For Acute Respiratory Infection in Children in Rural Ecuadorian*. USA: University of South Florida

Macedo SEC, Menezes AMB, Albernaz E. (2007). *Risk Factors for Acute Respiratory Disease Hospitalization in Children under one year age*. Rev Saude Publica

Maglaya, A. (2009). *Nursing Practice in The Community*. Marikina City: Argonauta Corporation

Markum, A.H. (2005). *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: FIKUI

Martha. (1996). *Hubungan karakteristik social ekonomi, pengetahuan, sikap, dan kepercayaan ibu dengan perilaku penggunaan pelayanan bagi balita sakit ISPA di Indramayu*. Jawa Barat

Maulana, Heri, D.J. (2009). *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC

Munjiah. (2002). *Hubungan antara status gizi dengan kejadian ISPA di kecamatan Inderalaya Kabupaten Ogan Komering Ilir*. Sumatra Selatan

Napitupulu D, Nuryadin A, Hikmawati. (2004). *Prevalensi ISPA pada Balita serta Faktor-faktor yang berhubungan di RW 02 Kelurahan Rawasari Jakarta Pusat*. Jakarta

Nelson & Behrman, K.A. (2000). *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: EGC

Notoatmodjo. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi revisi. Jakarta: Rineka Cipta.

_____. (2003). *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.

_____. (2003). *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta

- Nurhaeni, Nani. (2001). *Assesment of the Feasibility of Modifying Risk Factors for Acute Respiratory Infection in Children Under Five Years of Age in West Java Indonesia*. (Laporan Tesis). Australia
- Nurhasanah, M. (2003). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku ibu dalam upaya pencarian pengobatan ISPA bagi Balita di kelurahan Sumur Boto kecamatan Banyumanik*. Semarang
- Nursalam dan Pariani, S. (2001). *Metodolgi riset keperawatan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi, tesis dan instrumen penelitian keperawatan*. Edisi pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Pawlinska-Chmara R, Wronka I. (2007). Assessment of the effect of socioeconomic factors on the prevalence of respiratory Disorders in Children. *J Physiol Pharm*.
- Polit, D.F. Beck, C.T. Hungler, B.P. (2001). *Essentials of Nursing Research (Methods, Appraisal, and Utilization)*. Philadelphia: Lippincott
- Puskesmas Tugu. (2010). *Profil Puskesmas Tugu*. Depok: Puskesmas Tugu
- Purawidjaja. (2000). *Hubungan praktik penanganan ISPA oleh ibu ditingkat keluarga dengan kejadian pneumonia di PKM Kabupaten Bandung*. Jawa Barat
- Rahajoe N, Supriyatno B, Chatab F. (1994). *Batuk kronik dan atau berulang pada anak. Tinjauan pengaruh sinusitis*. Dalam: Rahajoe N, Rahajoe NN, Boediman I, Said M, Wirjodiarjo M, Supriyatno B, penyunting. *Perkembangan dan masalah Pulmonologi anak saat ini*. Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan (PKB) Ilmu Kesehatan Anak FK UI XXXIII. Jakarta: Balai Penerbit FK UI; h. 129-41
- Rahmawati. (2008). *Hubungan antara status gizi dengan kejadian ISPA pada balita di URJ anak RSUD dr. Soetomo Surabaya* (Laporan Tesis). Surabaya
- Ramlah. (2011). *Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan dan Dukungan Keluarga dengan Pengabaian Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Kassi-Kassi*. Makasar

- Rina Nur Hidayati. (2011). *Hubungan Tugas Kesehatan Keluarga, Karakteristik Keluarga dan Anak dengan Status Gizi Balita di Wilayah Puskesmas Pancoran Mas Kota Depok*. Jawa Barat
- Rizka Rahmin. (2011). *Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Suspek Pneumonia Pada Balita Di Wilayah Kota Payakumbuh*. Sumatra Barat
- Romelan. (2006). *Kaitan antara karakteristik balita dan karakteristik ibu dengan kejadian ISPA pada anak balita di PKM Ngombol Kabupaten Purworejo*. Jawa Tengah
- Roitt, I.M.,(1997). *Essential immunology*, 9th ed, Blackwell Science, London
- Roza Neli. (2004). *Hubungan Antara Kepemilikan Kartu Sehat dan Penggunaan Pelayanan Kesehatan Pada Balita ISPA (Studi Keluarga Miskin di Batam)*. Sumatra Utara
- Sastroasmoro, S. Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi: 3. Jakarta: Sagung Seto
- Sarijan. (2005). *Hubungan factor lingkungan dan perilaku keluarga terhadap kejadian ISPA pada balita di desa Kanjararjo kecamatan Ayah*. Kebumen
- Savitha MR, Nandeshwara SB, Kumar MJP. (2007). *Modifiable Risk Factors For Acut Lower Respiratory Trac Infections*. Indian J Pediatri
- Setyowati, Sri & Murwani, Arita. (2008). *Asuhan Keperawatan Keluarga (Konsep dan Aplikasi)*. Jogjakarta: Mitra Cendikia
- Setiawan, Heri. (2002). *Hubungan pengetahuan, sikap dan karakteristik demografi ibu dengan praktik ibu dalam merawat balita ISPA dirumah di kelurahan Pangambangan*. Banjarmasin
- Sikolia DN, Mwololo K, Cherop H. (2002). *The Prevalence of Acute Respiratory Infection and The Assosiate Risk Factors: a studi of children under five years of age in Kibera Lindi Vilage*. Nairobi Kenya
- Sub Direktorat Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA). (2007). *Buku Saku Pneumonia Balita*. Jakarta: Departemen Kesehatan
- Sudiharto. (2007). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan KeperawatanTranskultural*. Jakarta: EGC
- Soetjningsih. (1995). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta. EGC
- Sugiyono. (2001). *Statistik non parametris untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta.

_____. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. cetakan-9. Bandung: Alfabeta.

Supartini, Yupi. (2004). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Jakarta: EGC

Suprajitno. (2002). *Asuhan Keperawatan Keluarga, Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC

Stanhope & Lancaster. (2000). *Community & Public Health Nursing*. St. Louis: Mosby

WHO. (2007). *P2 ISPA yang cenderung menjadi Epidemik dan pandemi di fasilitas pelayanan kesehatan*. Jakarta

Yuwono, Tulus.A. (2008). *Faktor-faktor lingkungan fisik rumah yang berhubungan dengan kejadian pneumonia pada balita di wilayah kerja Puskesmas Kawunganten Kabupaten Cilacap (Laporan Tesis)*. Semarang: UNDIP

<http://dds.bps.go.id/> Profil Statistik Kesehatan Indonesia Tahun 2011, diunduh Juni 2012

<http://kesehatan.kompas.com/read/2011/11/12>. Angka kejadian Pneumonia di Indonesia. Diunduh 22 November 2011

<http://nuzulul-FKP09.web.unair.ac.id/> Asuhan Keperawatan Balita Infeksi Saluran Pernafasan Akut. Diunduh Juni 2012

<http://www.wartatv.com/index> Angka kejadian pneumonia di Indonesia. diunduh 23 november 2011

<http://www.unpad.ac.id/archives/155367> peringatan hari pneumonia sedunia. diunduh 23 november 2011

KISI- KISI INSTRUMEN PENELITIAN

HUBUNGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA DENGAN KEJADIAN NON PNEUMONIA PADA BALITA DI
KELURAHAN TUGU KECAMATAN CIMANGGIS KOTA DEPOK

VARIABEL BEBAS

NO	VARIABEL	SUB VARIABEL	INDIKATOR	PERTANYAAN	NO KUIISION ER
1	Mengenal Non Pneumonia pada balita	Pengertian	Adalah penyakit infeksi yang dapat menular. Merupakan peningkatan dari Infeksi saluran pernafasan Akut	- Pengertian ISPA adalah penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas	14, 15, 16,
		Tanda dan gejala	Gejala Non Pneumonia/ ISPA ringan a. Batuk dan pilek < 14 hari b. Suara Serak/ Parau c. Demam, suhu tubuh lebih dari 37 ⁰ C	- Tanda dan gejala ISPA ringan adalah: () batuk pilek disertai demam < 14 hari () batuk pilek disertai demam > 14 hari - Keluhan yang dialami oleh balita saat sakit non pneumonia: a. Suara Serak/ Parau b. Demam, suhu tubuh lebih dari 37 ⁰ C	18
		Faktor Penyebab & Pencetus	Bakteri, virus dan basil	- Penyebab batuk pilek adalah bakteri virus dan basil - Pada pergantian musim kemarau dan musim hujan maka anak balita akan sering mengalami batuk pilek - Jika ada balita yang sakit batuk pilek disekitar rumah maka balita lain juga akan mengalami batuk pilek	17 19 20
		Faktor yang mempengaruhi	Faktor yang mempengaruhi kemampuan mengenal non	- Dari mana anda tahu informasi tentang penyakit batuk pilek	21

			<p>pneumonia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengetahuan 2. Pengalaman sebelumnya tentang non pneumonia 3. Sumber informasi yang tersedia 		
2	Membuat Keputusan yang tepat untuk mengatasi Non Pneumonia pada balita	Sifat, luasnya dan takut akan akibat masalah	<p>Keluarga merasakan penyakit Non Pneumonia pada balita merupakan suatu masalah yang harus diatasi. Jika tidak diatasi akan mengakibatkan gangguan yang lebih berat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - keluarga membawa balita memeriksa kesehatan secara teratur ke RS/ Klinik/ Puskesmas/ Posyandu 	29
		Masalah dirasakan oleh keluarga	Jika balita di keluarga terjadi Non Pneumonia keluarga merasakan	<ul style="list-style-type: none"> - jika anak balita mengalami batuk pilek yang keluarga rasakan khawatir/ tidak tenang 	30
		Sikap yang mendukung terhadap upaya kesehatan yang dapat dilakukan pada anggota keluarga	Keluarga menyatakan akan melakukan hal yang terbaik untuk kesehatan anggota keluarganya.	<ul style="list-style-type: none"> - keluarga memeriksakan balita ke puskesmas/ klinik/ RS jika sedang sakit batuk pilek 	41
3	Merawat Balita dengan Non Pneumonia	Pengetahuan tentang penyebaran penyakit, cara perawatan, dan peralatan yang dibutuhkan	<p>Informasi yang diketahui oleh keluarga untuk merawat balita non pneumonia terkait dengan hal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - menjaga gizi balita tetap baik - imunisasi lengkap - kebersihan balita - lingkungan yang mencegah terjadinya penyebaran non pneumonia 	<ul style="list-style-type: none"> - Agar anggota keluarga tidak menderita batuk pilek. yang harus dilakukan adalah pola hidup sederhana - Pencegahan batuk pilek dapat dilakukan dengan menjaga keadaan gizi agar tetap baik, immunisasi, menjaga kebersihan perorangan - balita memerlukan berbagai jenis makanan supaya sehat - Pemberian imunisasi BCG (Bacillus Calmette et Guerin) adalah untuk 	<p>26</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p>

				<p>mencegah penyakit: <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> ISPA - Jumlah individu maksimal dalam satu kamar tidur dengan ukuran 6 m² adalah 4 orang</p>	25
	<p>Psikomotor : pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan keluarga saat balita sakit</p>	<p>Tindakan yang dilakukan keluarga terkait dengan: - Memberikan makanan dengan gizi seimbang sesuai kebutuhan balita - Kebersihan balita dan kebersihan lingkungan - Menurunkan gejala dan rasa sakit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pada saat balita mengalami batuk pilek, ibu memberikan makan balita dengan jenis makanan yang kembang - keluarga tetap memandikan anak balita batuk pilek - Sebelum dan sesudah memberikan makan balita keluarga melakukan cuci tangan - Jika anak balita mengalami demam maka keluarga akan melakukan kompres - Ketika balita batuk pilek, keluarga tidak memberikan makanan yang dapat merangsang tenggorokan balita. 	<p>31 32 33 34 37</p>	
	<p>Sikap : perilaku yang ditunjukkan keluarga pada proses perawatan jika balita sedang sakit non pneumonia</p>	<p>Perilaku yang ditunjukkan keluarga dalam hal: - Menjaga kebersihan balita - Menjaga asupan makanan yang bergizi - Menjaga kebersihan lingkungan - Menjaga kenyamanan balita saat sedang sakit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengompres pada dahi (jidat) jika balita demam - keluarga menjaga kebersihan balita - keluarga tetap memberikan ASI (usia 1-2 tahun) jika balita demam - keluarga memberikan makanan yang terdiri dari karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral pada balita - keluarga memberi pakaian yang tebal jika balita demam 	<p>46 42 47 44 45</p>	
4	<p>Memodifikasi lingkungan fisik dan psikologis</p>	<p>Sumber dana dan tenaga</p>	<p>Sumber yang dapat membantu keluarga dalam memodifikasi lingkungan:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - keluarga meminta nasihat kepada petugas kesehatan tentang rumah yang sehat 	36

kesehatan balita Non Pneumonia	Kemampuan keluarga melihat manfaat pemeliharaan lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> - tenaga kesehatan - keuangan yang cukup Lingkungan bersih mencegah bersarangnya berbagai penyebab penyakit infeksi	<ul style="list-style-type: none"> - keluarga membersihkan lingkungan yang kotor agar tidak bersarangnya kuman penyebab penyakit 	35
	Sikap : perilaku yang ditunjukkan terhadap sanitasi lingkungan	Perilaku yang ditunjukkan keluarga berupa: <ul style="list-style-type: none"> - membuka jendela setiap hari - bebas dari asap rokok 	<ul style="list-style-type: none"> - keluarga membuka semua jendela tiap hari - keluarga melarang anggota keluarga atau tetangga merokok berada dekat dengan balita - keluarga menjaga kebersihan lingkungan di sekitar rumah 	48 49 43
	Kerjasama keluarga dalam upaya pemeliharaan lingkungan yang menunjang kesehatan	Kegiatan dan perilaku memodifikasi lingkungan dilakukan oleh seluruh anggota keluarga	<ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengajak seluruh anggota keluarga untuk membersihkan lingkungan di rumah 	38
5 Memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan	Pengetahuan tentang lokasi pelayanan kesehatan, keterjangkauan jarak dan biaya layanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Informasi yang dimiliki keluarga tempat pelayanan kesehatan jika balita sakit - Jarak rumah dengan YanKes mudah ditempuh - Biaya untuk berobat dapat terjangkau 	<ul style="list-style-type: none"> - Jarak rumah keluarga dengan layanan kesehatan - Besarnya biaya berobat yang dikeluarkan keluarga saat balita sakit 	27 28
	Pemahaman keluarga tentang keuntungan menggunakan layanan kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan kesehatan membantu mengatasi masalah kesehatan pada keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> - keluarga harus segera membawa ke RS/Klinik/ Puskesmas bila ada anggota keluarga yang menderita batuk-pilek 	50
	Pengalaman yang lalu pada pemanfaatan	<ul style="list-style-type: none"> - Pengalaman setelah menggunakan layanan kesehatan, 	<ul style="list-style-type: none"> - keluarga dilayani dengan baik oleh petugas kesehatan saat anak sakit 	39

		layanan kesehatan	gejala penyakit yang dialami balita non pneumonia teratasi	
		Tingkat kepercayaan terhadap petugas kesehatan	- Penampilan dan komunikasi yang digunakan petugas kesehatan memuaskan	
			- Petugas kesehatan yang ada dapat menjawab pertanyaan saya tentang batuk pilek	40

VARIABEL TERIKAT

NO	VARIABEL	SUB VARIABEL	INDIKATOR	PERTANYAAN	NO KUISIONER
1	Kejadian Non Pneumonia	Periode terjadinya dan berulangnya Non-Pneumonia	Episode ISPA 3-6 kali pertahun	- Daftar isian tentang tanda dan gejala yang dirasakan keluarga dan anak balita terkait Non Pneumonia	7, 8, 9, 10, 11, 12

CONFOUNDING

NO	VARIABEL	SUB VARIABEL	INDIKATOR	PERTANYAAN	NO KUISIONER
1	Usia	Balita	1-5 tahun	- Daftar isian umur balita	4
2	Status Gizi	- Gizi lebih - Gizi baik - Gizi kurang - Gizi buruk	BB/Umur dengan ambang batas gizi lebih = > +2SD; gizi baik = > -2SD sampai +2SD; gizi kurang = < -2SD sampai ≥ -3SD; gizi buruk = < -3SD	- Daftar isian Berat badan dan Usia balita	4, 6
3	Status Imunisasi	- Imunisasi lengkap - Imunisasi tidak lengkap	- Imunisasi tidak lengkap, bila < 12 kali imunisasi yang dianjurkan (BCG, Hepatitis B 1 - 3, DPT I - 4, Polio I - 3 dan	- Daftar isian jenis dan jumlah imunisasi yang dilakukan	13

			campak) - Imunisasi lengkap, bila ≥ 12 kali imunisasi yang dianjurkan		
4	Pendidikan	Ibu Ayah	Pendidikan formal yang diikuti sampai selesai oleh orangtua	- Daftar tingkatan sekolah formal	1, 2
5	Status Ekonomi	Pendapatan keluarga perbulan	Jumlah rupiah yang diterima keluarga setiap bulan	- Daftar isian jumlah pendapatan keluarga perbulan	3

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)

Responden yang terhormat, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Hera Hastuti

NPM : 0906656902

adalah mahasiswa yang sedang menjalani pendidikan Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, akan melakukan penelitian tentang “Hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kejadian non pneumonia pada balita di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok”.

Tujuan dari penelitian ini adalah mendapat gambaran hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kejadian non pneumonia pada balita. Hasil dari penelitian yang dilakukan akan digunakan sebagai masukan dalam pembuatan kebijakan terkait praktek perawatan kesehatan masyarakat oleh perawat di Puskesmas khususnya masalah non pneumonia pada balita.

Saya sangat mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. penelitian ini bersifat sukarela dan tidak akan memberikan dampak yang membahayakan. Semua informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dirahasiakan dan hanya digunakan dalam penelitian ini. Bila data Bapak/Ibu dipublikasikan, kerahasiaannya tetap akan dijaga. Oleh sebab itu saya sangat mengharapkan kesediaan Bapak/Ibu mengisi kuesioner ini dengan jujur dan tanpa tekanan.

Demikian informasi ini saya sampaikan. Atas bantuan, partisipasi dan kesediaan waktu Bapak/Ibu sekalian, saya ucapkan terimakasih.

Peneliti,

(Hera Hastuti)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya telah membaca penjelasan penelitian dan saya telah mengetahui tujuan serta manfaat dari penelitian yang berjudul “Hubungan pelaksanaan tugas kesehatan keluarga dengan kejadian non pneumonia pada balita di kelurahan Tugu kecamatan Cimanggis kota Depok”, yang dilakukan oleh peneliti:

Nama : Hera Hastuti

NPM : 0906656902

Saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi harkat dan martabat saya serta menjaga kerahasiaan saya sebagai responden. Saya telah memahami bahwa penelitian ini akan dapat menjadi masukan yang bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan kesehatan di masyarakat.

Oleh karena itu saya menyatakan secara sukarela berpartisipasi dalam penelitian ini.

Depok, 2011

Responden

()

KUISIONER PENELITIAN
HUBUNGAN PELAKSANAAN TUGAS KESEHATAN KELUARGA DENGAN
KEJADIAN NON PNEUMONIA PADA BALITA

PETUNJUK

1. Bapak/Ibu/saudara diharapkan bersedia menjawab semua pertanyaan yang ada dengan jujur
2. Berilah tanda *checklist* (✓) pada kotak untuk pilihan jawaban yang tepat
3. Jika ada hal yang kurang jelas silakan bertanya kepada peneliti.

Contoh cara mengisi pilihan jawaban:

Jenis kelamin : () laki-laki (✓) perempuan

A. DATA DASAR KELUARGA

I. Identitas Keluarga

1. Pendidikan terakhir yang diselesaikan Ayah :
 SD
 SMP
 SMA
 PT
2. Pendidikan terakhir yang diselesaikan Ibu :
 SD
 SMP
 SMA
 PT
3. Pendapatan keluarga setiap bulan : Rp.....

II. Keadaan Umum Balita:

4. Umur balita :bulan/ tahun
5. Jenis Kelamin balita :
 - () Laki- laki
 - () Perempuan
6. Berat Badan balita :kg

III. Isilah kolom berikut ini dengan tanda *checklist* (✓) pada kotak tentang keluhan penyakit yang diderita Anggota keluarga Dalam 3 Bulan Terakhir :.....

No	Keluhan	Ya	Tidak
7	Anak balita saya mengalami batuk pilek lebih dari 1x dlm 2 bulan		
8	Jika anak balita batuk lamanya kurang dari 14 hari		
9	Jika batuk pilek suara anak balita akan serak saat bicara atau menangis		
10	Jika batuk pilek anak balita mengeluh ada rasa sakit pada tenggorokan		
11	Jika anak balita batuk pilek disertai demam		
12	Keluhan lain-lain (sebutkan):		

IV. Data Riwayat imunisasi pada Anak Balita.

Mohon dijawab pada kolom imunisasi dengan cara memberi tanda cek list (✓)

No	Nama	Riwayat Imunisasi											
		BCG	Polio				DPT			Hep			Campak
			1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	
13.													

B. Perawatan Kesehatan Balita ISPA ringan/ Non Pneumonia

I. Pengetahuan

Mohon dijawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda cek list (√) pada kotak disebelah kiri jawaban yang anda pilih.

14. Yang dimaksud dengan penyakit batuk pilek adalah penyakit yang menyerang saluran pernafasan :
- () Benar
() Salah
15. Menurut keluarga apakah penyakit batuk pilek dapat ditularkan kepada orang lain:
- () Benar
() Salah
16. Penyakit batuk pilek ditularkan kepada orang lain melalui bersin:
- () Benar
() Salah
17. Menurut keluarga penyebab penyakit batuk pilek adalah Kuman/ basil/virus:
- () Benar
() Salah
18. Tanda dan gejala ISPA ringan adalah batuk, pilek disertai demam < 14 hari:
- () Benar
() Salah
19. Pada pergantian musim kemarau dan musim hujan maka anak balita akan sering mengalami batuk pilek:
- () Benar
() Salah
20. Jika ada balita yang sakit batuk pilek disekitar rumah maka balita lain juga akan mengalami batuk pilek:
- () Benar
() Salah
21. Dari mana anda tahu informasi tentang penyakit batuk pilek:
- () Media elektronik/ Spanduk/ Petugas kesehatan
() Tetangga/ saudara
() Tidak tahu

22. Pencegahan batuk pilek dapat dilakukan dengan menjaga keadaan gizi agar tetap baik, immunisasi, menjaga kebersihan perorangan dan lingkungan, mencegah anak berhubungan dengan penderita batuk pilek lainnya:
- () Benar
() Salah
23. Balita memerlukan berbagai jenis makanan supaya sehat :
- () Benar
() Salah
24. Tujuan imunisasi BCG (Bacillus Calmette et Guerin) adalah untuk mencegah Penyakit ISPA:
- () Benar
() Salah
25. Jumlah individu maksimal dalam satu kamar tidur dengan ukuran 6 m² adalah 4 orang :
- () Benar
() Salah
26. Agar anggota keluarga tidak menderita penyakit batuk pilek yang harus dilakukan adalah pola hidup sederhana:
- () Benar
() Salah
27. Jarak pelayanan kesehatan (Puskesmas, klinik, RS) dari rumah anda adalah:
- () Dekat
() Jauh
28. Besarnya biaya berobat yang dikeluarkan keluarga anda saat balita sakit adalah:
- () Mahal
() Tidak mahal

II. Psikomotor

Berilah tanda (√) pada setiap pilihan yang sesuai dengan pendapat anda :

No	Pernyataan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
29	Keluarga membawa balita memeriksa kesehatan secara teratur ke RS/Klinik/PusKesMas/ posyandu				

30	Jika anak balita mengalami batuk pilek yang keluarga rasakan khawatir/ tidak tenang				
31	Pada saat balita mengalami batuk pilek, keluarga memberikan makan balita dengan jenis makanan yang lembut				
32	Keluarga tetap memandikan anak jika anak balita batuk pilek				
33	Sebelum dan sesudah memberikan makanan pada balita, keluarga melakukan cuci tangan				
34	Jika anak balita mengalami demam maka keluarga akan melakukan kompres.				
35	Keluarga membersihkan lingkungan yang kotor agar tidak bersarang kuman penyebab penyakit				
36	Keluarga meminta nasihat kepada petugas kesehatan tentang rumah yang sehat				
37	Ketika balita batuk, keluarga tidak akan memberikan makanan yang merangsang tenggorokan				
38	Keluarga mengajak seluruh anggota keluarga untuk membersihkan lingkungan di rumah				
39	Keluarga dilayani dengan baik oleh petugas kesehatan saat anak sakit batuk pilek				
40	Petugas kesehatan yang ada dapat menjawab pertanyaan keluarga tentang batuk pilek				

III. Sikap

Berilah tanda (√) pada setiap pilihan yang sesuai dengan pendapat anda :

SS : Sangat Setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

NO	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
41.	Keluarga memeriksakan balita ke Puskesmas / klinik / RS jika sedang sakit batuk pilek				
42.	Keluarga menjaga kebersihan diri anak balita				
43.	Keluarga menjaga kebersihan lingkungan di sekitar rumah				
44.	Keluarga memberikan makanan yang terdiri dari karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral pada balita				
45.	Keluarga memberi pakaian yang tebal jika balita demam				
46.	Keluarga mengompres pada dahi (jidat) jika balita demam				
47.	Keluarga tetap memberikan ASI (usia 1-2 tahun) jika balita demam				
48.	Keluarga membuka semua jendela rumah tiap hari				
49.	Keluarga melarang anggota keluarga atau tetangga merokok berada dekat dengan balita				
50.	Keluarga harus segera membawa ke RS/Klinik/ Puskesmas bila ada anggota keluarga yang menderita batuk-pilek				



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Kejadian Non Pneumonia pada Balita di Kelurahan Tugu Kecamatan Cimanggis Kota Depok.

Nama peneliti utama : Hera Hastuti

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

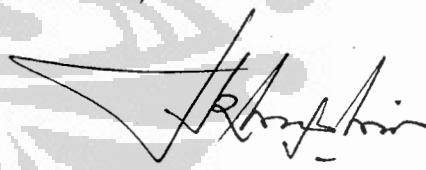
Jakarta, 2 Januari 2012

Dekan,

Ketua,


Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001


Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 4478/H2.F12.D/PDP.04.00/2011
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Rekomendasi Penelitian
dan Uji Validitas dan Reliabilitas

22 Desember 2011

Yth. Kepala
Kantor Kesbangpol dan
Linmas Kota Depok
Jln. Pemuda No 70 B
Pancoran Mas
Depok

Merujuk Surat dari Kelurahan Tugu Nomor 524.2/245.Kesmas perihal Rekomendasi Penelitian dan Kelurahan Pasir Gunung Selatan Nomor 423.4/74/XII/2011 perihal Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas tertanggal 19 Desember 2011, bersama ini kami mohon kesediaan Bapak untuk menerbitkan Rekomendasi Penelitian di Kelurahan Tugu dan Rekomendasi Uji Validitas dan Reliabilitas di Kelurahan Pasir Gunung Selatan bagi mahasiswa Program Pendidikan Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Hera Hastuti
NPM 0906656902

Adapun berkas persyaratan terlampir.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Dra. Junaiti Sahar, PhD

NIP. 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth. :

1. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Riset FIK-UI
4. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
5. Koordinator Mata Ajar FIK-UI
6. Pertinggal



PEMERINTAH KOTA DEPOK
KECAMATAN CIMANGGIS
KELURAHAN PASIR GUNUNG SELATAN

Jalan Garuda Raya No.35 Telp : 021-8725611

Depok, 19 Desember 2011

Nomor : 423.4/74 / XII / 2011

Kepada

Lampiran :

Yth, Universitas Indonesia

Perihal : Ijin Uji Validitas dan
Reliabilitas

Fakultas Ilmu Keperawatan

di-

Tempat

Berdasarkan Surat dari Universitas Indonesia facultas Ilmu Keperawatan no. 4383/H2.F12.D/PDP.04..00/2011 tanggal 14 Desember 2011 tentang Uji Validitas dan Reliabilitas guna melaksanakan kegiatan Tesis Mahasiswa Program Pendidikan Magister Facultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) Dengan judul “Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga dengan Kejadian Non Phneumonia pada Balita” yang akan dilaksanakan diwilayah kelurahan Pasir Gunung Selatan Kecamatan Cimanggis Kota Depok atas nama :

Nama : **Hera Hastuti**

Sehubungan dengan hal tersebut kami Pihak Kelurahan Pasir Gunung Selatan Kecamatan Cimanggis Kota Depok Mengijinkan Kegiatan Mahasiswa untuk Tesis.

Demikian disampaikan untuk bahan pertimbangan lebih lanjut kami ucapkan terima kasih.



Hubungan pelaksanaan..., **DENI TI AWIBAWA, Sp, M.Si**
Hubungan pelaksanaan..., **19701027.200312.1.005**



PEMERINTAH KOTA DEPOK
KANTOR KESBANGPOL DAN LINMAS KOTA DEPOK

Jln. Pemuda No. 70 B Pancoran Mas - Depok 16431

Telp./Fax. (021) 77204704

SURAT REKOMENDASI

Nomor: 70 / 974 -Kesbang Pol & Linmas

- Membaca : Surat dari: FIK UI, tanggal 22 desember 2011, no:4478/H2.F12.D/PDP.04.00/2011, tentang Permohonan Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas.
- Memperhatikan : 1. Peraturan Daerah Nomor 8 tahun 2008, tentang : Organisasi Perangkat Daerah (OPD)
2. Peraturan Walikota Depok Nomor 42 tahun 2008, tentang : Rincian tugas fungsi dan tata kerja Kantor Kesbang Pol & Linmas (Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat)
- Mengingat : Kegiatan yang bersangkutan tersebut diatas maka;
Dengan ini kami tidak keberatan dilakukannya Permohonan Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas oleh :
- Nama (NPM) : Hera Hastuti (0906656902)
Alamat / Telp : Cluster Puri Permata I Blok D 12 A Rt.002/015 Kel. Larangan Selatan
Kec. Larangan Kota Tangerang
Telp. 085691439389
- Jurusan : Keperawatan
Judul : "Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Kejadian Non Pneumonia pada Balita."
Lama Waktu : 28 Desember 2011 s.d 29 Februari 2012
Tempat : Kelurahan Pasir Gunung Selatan

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Melakukan kegiatan PKL/ magang/ , riset/pengumpulan data/ observasi/ serta kerjasama dengan Perguruan Tinggi/ universitas, yang bersangkutan harus melaporkan kedatangannya kepada Kepala : Dinas/ Instansi/ Badan/ Lembaga/ Kantor/ Bagian yang dituju, dengan menunjukkan surat pemberitahuan ini;
2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai/ tidak ada kaitannya dengan judul penelitian/ topik masalah/ tujuan akademik;
3. Apabila masa berlaku surat pemberitahuan ini berakhir sedangkan kegiatan dimaksud belum selesai, perpanjangan izin kegiatan harus diajukan oleh instansi pemohon;
4. Sesudah selesai melakukan kegiatan , yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Walikota Depok, Up. Kepala Kantor Kesbang Pol & Linmas - Kota Depok;
5. Surat ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Depok, 27 Desember 2011

a.n. KEPALA KANTOR KESBANG POL & LINMAS
KOTA DEPOK
Kasi HAL dan PDN



Tembusan :

1. Walikota Depok Cq.Staf Ahli Bid.Pembangunan Setda Kota Depok (sebagai laporan)
2. Lurah Pasir Gunung Selatan,
3. Dekan FIK UI
4. Ybs.



PEMERINTAH KOTA DEPOK
KANTOR KESBANGPOL DAN LINMAS KOTA DEPOK

Jln. Pemuda No. 70 B Pancoran Mas - Depok 16431

Telp./Fax. (021) 77204704

SURAT REKOMENDASI

Nomor: 70 / 975 -Kesbang Pol & Linmas

- Membaca : Surat dari: FIK UI, tanggal 22 desember 2011, no:4478/H2.F12.D/PDP.04.00/2011, tentang Permohonan Ijin Penelitian.
- Memperhatikan : 1. Peraturan Daerah Nomor 8 tahun 2008, tentang : Organisasi Perangkat Daerah (OPD)
2. Peraturan Walikota Depok Nomor 42 tahun 2008, tentang : Rincian tugas fungsi dan tata kerja Kantor Kesbang Pol & Linmas (Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat)
- Mengingat : Kegiatan yang bersangkutan tersebut diatas maka;
Dengan ini kami tidak keberatan dilakukannya Permohonan Ijin Penelitian oleh :
- Nama (NPM) : Hera Hastuti (0906656902)
Alamat / Telp : Cluster Puri Permata I Blok D 12 A Rt.002/015 Kel. Larangan Selatan
Kec. Larangan Kota Tangerang
Telp. 085691439389
- Jurusan : Keperawatan
Judul : "Hubungan Pelaksanaan Tugas Kesehatan Keluarga Dengan Kejadian Non Pneumonia pada Balita."
Lama Waktu : 28 Desember 2011 s.d 29 Februari 2012
Tempat : Kelurahan Tugu

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Melakukan kegiatan PKL/ magang/ , riset/pengumpulan data/ observasi/ serta kerjasama dengan Perguruan Tinggi/ universitas, yang bersangkutan harus melaporkan kedatangannya kepada Kepala : Dinas/ Instansi/ Badan/ Lembaga/ Kantor/ Bagian yang dituju, dengan menunjukkan surat pemberitahuan ini;
2. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak sesuai/ tidak ada kaitannya dengan judul penelitian/ topik masalah/ tujuan akademik;
3. Apabila masa berlaku surat pemberitahuan ini berakhir sedangkan kegiatan dimaksud belum selesai, perpanjangan izin kegiatan harus diajukan oleh instansi pemohon;
4. Sesudah selesai melakukan kegiatan , yang bersangkutan wajib melaporkan hasilnya kepada Walikota Depok, Up. Kepala Kantor Kesbang Pol & Linmas - Kota Depok;
5. Surat ini akan dicabut dan dinyatakan tidak beriak apabila ternyata yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan-ketentuan seperti tersebut diatas.

Depok, 27 Desember 2011

a.n. KEPALA KANTOR KESBANG POL & LINMAS
KOTA DEPOK
Kasi Bina Ideologi dan Wasbang



Tembusan :

1. Walikota Depok Cq.Staf Ahli Bid.Pembangunan Setda Kota Depok (sebagai laporan)
2. Lurah Tugu,
3. Dekan FIK UI
4. Ybs.



PEMERINTAH KOTA DEPOK
KECAMATAN CIMANGGIS
KELURAHAN TUGU

Jl. Tugu Raya No. 24 Telp. (021) 87720940 Cimanggis 16951

Depok, 19 Desember 2011.

Nomor : 524.2/245-Kemasy.
Lampiran : -
Perihal : **Rekomendasi Penelitian**

Kepada
Yth. Kepala Kantor Kesbangpol
Dan Linmas Kota Depok
di-

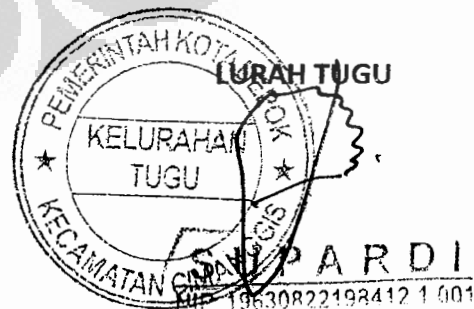
DEPOK.

Berdasarkan surat dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor 4384/H2.F12.D/PDP.04.00/2011, tanggal 14 Desember 2011, permohonan Ijin Penelitian.

Dengan ini kami Pemerintah Kelurahan Tugu tidak keberatan atas penelitian mahasiswa tersebut. Dan kami mohon kepada Kepala Kantor Kesbangpol dan Linmas Kota Depok agar dapat memberikan Rekomendasi Penelitian di Kelurahan Tugu. Adapun yang mengadakan penelitian tersebut adalah :

N a m a : HERA HASTUTI
Nomor Pokok : 0906656902
Jurusan/Program Studi : Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Demikian atas perhatian serta kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Tembusan :
-Yth. Camat Cimanggis



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021) 78849120. 78849120, 78849121 Fax. 7864124

Email: fonui1@cbn.net.id Website <http://fikui.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama Mahasiswa : **Hera Hastuti**
NPM : **0906656902**

Pembimbing : **Dra. Junaiti Sahar, Ph.D**

No	Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan Pembimbing	TandaTangan
	2 juli 12	laporan hasil bab 1-7 (lengkap)	<ul style="list-style-type: none">- Lihat sumber ul uji konfounding & Bab 4.- Di PD tuliskan mean.- Tulis uji Normalitas- Lihat / hitung kembali Pengkodean- Serahkan nilai uji bivariat- lakukan Uji Konfounding- lihat / tambahkan Bab 6 pembahasan, cari pembandingan dg penelitian kep. dan buku kep.- Bab 7. simpulan dan Saran Buat / tambahkan lebih operasional lagi sehingga dpt digunakan langsung.- Buang beberapa saran, yg tdk aplikatif- Buang beberapa keterangan penelitian dan dianggap tdk relevan	



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021) 78849120. 78849120, 78849121 Fax. 7864124
Email: fonui1@cbn.net.id Website <http://fikui.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI TESIS

Nama Mahasiswa : Hera Hastuti
NPM : 0906656902

Pembimbing : Etty Rekawati, S.Kp, MKM

No	Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan
	26 Des 2011	Bab III, IV Kuisisioner, Kisi-kuisisioner	- Boleh lakukan uji valid dan Reabilitas di kel. Pasir Gunung Selatan	
	28 Des 2011	Bab IV uji Validitas dan Reabilitas	- Krn ada 2 pertanyaan yg tdk valid, jadi diganti kalimat pertanyaannya dg yg baru. - jika sdh valid, lakukan uji penelitian	
	7 Mei 2012	Bab V. Hasil	- Buat analisa pada pembacaan tabel. Sehingga terlihat ke arah keperawatan	
	2 Juli 2012	Laporan jadi keseluruhan Bab 1 - 7.	- Urutan pembimbing II setelah pbb I di kata pengantar - Buat kerangka teori - Lihat definisi DO untuk kemampuan memodifikasi lingkungan - Buat uji normalitas - Buat DO katagori usia Balita 1-3 dan 4-5. - Standar status gizi dan mana? - Buat uji komounding - Di bab 4 uraikan uji valid dan reliabel sesuai hasil penelitian	