



**EFEKTIVITAS PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN
MEDIA KALENDER OLEH KADER POSYANDU
DALAM MENINGKATKAN KEMAMPUAN IBU
MENDETEKSI DINI PNEUMONIA BALITA**

**(Studi Kasus di Kelurahan Jatisari Kecamatan Mijen Kota
Semarang)**

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh
Sari Pamurti
NIM. 6411411157

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAHAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2016**

ABSTRAK

Sari Pamurti

Efektivitas Pendidikan Kesehatan dengan Media Kalender oleh Kader Posyandu dalam Meningkatkan Kemampuan Ibu Mendeteksi Dini Pneumonia Balita (Studi Kasus di Kelurahan Jatisari Kecamatan Mijen Kota Semarang)

XX + 112 halaman + 21 tabel + 2 gambar + 20 lampiran

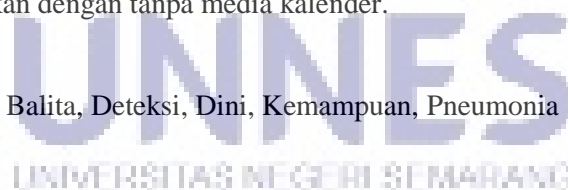
Pneumonia adalah penyebab kesakitan dan kematian utama pada balita. Kelurahan Jatisari memiliki angka kesakitan pneumonia balita dan kasus pneumonia berat yang tinggi. Seorang ibu harus mampu mendeteksi dini pneumonia balita agar penyakit tidak menjadi berat. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas pendidikan kesehatan dengan media kalender oleh kader posyandu terhadap kemampuan ibu mendeteksi dini pneumonia balita.

Jenis penelitian ini adalah *quasi experiment* dengan rancangan *non-equivalent control group design*. Sampel penelitian berjumlah 40 orang, yaitu 20 sampel eksperimen dan 20 sampel kontrol. Analisis yang digunakan adalah *Mc Nemar* dan *Chi Square*.

Hasil penelitian menunjukkan pengetahuan mengenai deteksi dini pneumonia balita dan praktik hitung napas masing-masing kelompok berbeda secara bermakna ($p < 0,05$), sikap mengenai deteksi dini pneumonia balita masing-masing kelompok tidak ada perbedaan ($p > 0,05$), dan kemampuan ibu mendeteksi dini pneumonia balita pada masing-masing kelompok berbeda secara bermakna ($p = 0,016$; $\alpha = 0,05$).

Simpulan penelitian ini adalah pendidikan kesehatan dengan media kalender oleh kader posyandu efektif dalam meningkatkan kemampuan ibu mendeteksi dini pneumonia balita dibandingkan dengan tanpa media kalender.

Kata Kunci : Balita, Deteksi, Dini, Kemampuan, Pneumonia



ABSTRACT

Sari Pamurti

Effectiveness of Health Education with Calendar Media by Integrated Post Service Cadres to Improve Mother's Ability on Pneumonia Early Detection in Children under Five (Case Study in Jatisari Village Mijen District Semarang City)

XX +112 pages + 21 tables + 2 pictures +20 attachments

Pneumonia is a major cause of morbidity and mortality in children under five. Jatisari village has toddler pneumonia morbidity and severe pneumonia cases highly. A mother should be able to detect an early toddler pneumonia to stop the disease become a severe pneumonia. The aims of this research is to identify the effect of health education with calendar media by integrated post service cadres to improve mother's ability on pneumonia early detection in children under five.

This research was a study of quasi experiment design with non-equivalent control group design. The samples were 40 respondents, with 20 experimental and 20 control samples. The analysis used in this research were Mc Nemar and chi square.

The results showed the early detection of toddler pneumonia knowledge and practice of counting breaths of each group was different significantly ($p < 0.05$), the early detection of toddler pneumonia attitude of each group was no difference ($p > 0.05$), and the mother ability on pneumonia early detection in children under five of each group was different significantly ($p = 0.016$; $\alpha = 0.05$).

The conclusion of this research is that the health education with calendar with calendar media by integrated post service cadres is effective to improve mother's ability on pneumonia early detection in children under five compared with those who do not use calendar.

Keywords: *Ability, Children under Five, Detection, Early, Pneumonia*

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi saya ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian manapun yang belum atau tidak diterbitkan sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka.

Semarang, Maret 2016



Peneliti



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

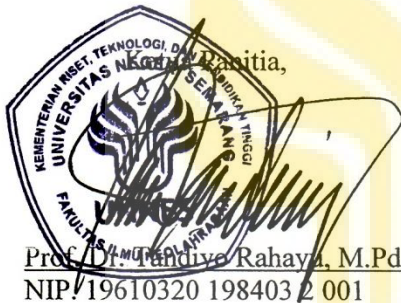
PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Skripsi atas nama Sari Pamurti, NIM : 6411411157 dengan judul “Efektivitas Pendidikan Kesehatan dengan Media Kalender oleh Kader Posyandu dalam Meningkatkan Kemampuan Ibu Mendeteksi Dini Pneumonia Balita (Studi Kasus di Kelurahan Jatisari Kecamatan Mijen Kota Semarang)”

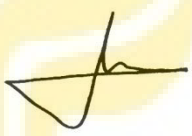
Pada Hari : Kamis

Tanggal : 19 Mei 2016

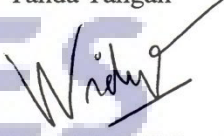


Panitia Ujian


KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
Panitia,
Prof. Dr. Pandiyo Rahayu, M.Pd.
NIP. 19610320 198403 2 001

Sekretaris,


Drs. Bambang Wahyono, M.Kes.
NIP. 19600610 198703 1 002

Dewan Penguji

Nama	Tanda Tangan	Tanggal
1. <u>Widya Hary Cahyati, S.KM., M.Kes(Epid).</u> NIP. 19771227 200501 2 001		10/6 - 2016
2. <u>Muhammad Azinar, S.KM., M.Kes.</u> NIP. 19820518 201212 1 002		9/6 - 2016
3. <u>dr. Arulita Ika Fibriana, M.Kes(Epid).</u> NIP. 19740202 200112 2 001		7/6 - 16

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

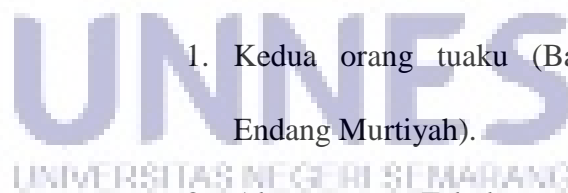
MOTTO

1. *Be not sad (or afraid), surely Allah is with us (QS. 9: 40).*
2. Setiap episode dalam hidup harus dihadapi, dihayati, dan dinikmati (Ghaida Tsurayya).



PERSEMBAHAN

Skripsi ini kupersembahkan untuk:



1. Kedua orang tuaku (Bapak Paino dan Ibu Endang Murtiyah).

2. Almamater Fakultas Ilmu Keolahragaan

Universitas Negeri Semarang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat, hidayah serta inayahnya, sehingga skripsi yang berjudul **“Efektivitas Pendidikan Kesehatan dengan Media Kalender oleh Kader Posyandu dalam Meningkatkan Kemampuan Ibu Mendeteksi Dini Pneumonia Balita (Studi Kasus di Kelurahan Jatisari Kecamatan Mijen Kota Semarang)”** dapat terselesaikan dengan baik. Skripsi ini disusun untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Penulisan skripsi ini tidak lepas dari partisipasi dan bantuan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati, penulis ingin menyampaikan terima kasih pada:

1. Allah SWT atas segala limpahan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya.
2. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., atas pemberian ijin penelitian.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Irwan Budiono, S.KM., M.Kes. yang telah memberikan ijin.
4. Pembimbing skripsi dr. Arulita Ika Fibriana, M.Kes. (Epid), terima kasih atas arahan, bimbingan, serta masukan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Penguji I ujian skripsi, Widya Hary Cahyati, S.KM., M.Kes. (Epid) atas saran dan masukan dalam perbaikan skripsi ini.

6. Penguji II ujian skripsi, Muhammad Azinar, S.KM., M.Kes. atas saran dan masukan dalam perbaikan skripsi ini.
7. Bapak dan ibu dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama kuliah.
8. Keluarga besar Dinas Kesehatan Kota Semarang atas ijin dan bantuan dalam proses penelitian.
9. Kepala Puskesmas Mijen beserta staf yang telah memberikan ijin untuk mengambil data dan ijin penelitian yang diberikan.
10. Kader posyandu dan warga RW 1, 2, dan 4 Kelurahan Jatisari yang telah membantu dalam proses penelitian ini hingga selesai.
11. Ayahanda dan Ibunda (Paino dan Endang Murtiyah) atas semangat dan kasih sayang serta doa yang selalu diberikan.
12. Adik tersayang (Rahayuning Dwi Pamurti) yang menjadi motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini.
13. Sahabat-sahabat terkasih, terima kasih untuk bantuan, semangat, dan motivasinya.
14. Keluarga besar Kos Pesona Putri atas kebersamaannya selama ini.
15. Teman-teman Mahasiswa IKM 2011 atas kebersamaan, semangat, dan keakraban yang diberikan.
16. Semua pihak yang telah membantu terselesaikannya skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, sehingga masukan, kritik, serta saran yang membangun sangat penulis harapkan. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, Maret 2016



Penulis



UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN.....	iv
PERSETUJUAN.....	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Rumusan Masalah	9
1.3. Tujuan Penelitian	10
1.4. Manfaat Hasil Penelitian	10
1.5. Keaslian Penelitian	11
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	14
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	15
2.1. Landasan Teori	15

2.1.1. Pneumonia Balita	15
2.1.1.1. Definisi Pneumonia Balita	15
2.1.1.2. Etiologi Pneumonia Balita	15
2.1.1.3. Patogenesis Pneumonia Balita	16
2.1.1.4. Klasifikasi Pneumonia Balita	17
2.1.1.5. Faktor Risiko Pneumonia Balita	18
2.1.1.6. Gejala Pneumonia Balita	31
2.1.1.7. Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit	32
2.1.1.8. Deteksi Dini Pneumonia Balita	34
2.1.2. Kemampuan	38
2.1.2.1. Pengetahuan	39
2.1.2.2. Sikap	40
2.1.2.3. Praktik	41
2.1.3. Posyandu dan Kader Posyandu	42
2.1.3.1. Posyandu	42
2.1.3.2. Tujuan Posyandu	43
2.1.3.3. Sasaran Posyandu	44
2.1.3.4. Kader Posyandu.....	44
2.1.3.5. Tugas Kader Posyandu	44
2.1.4. Pendidikan Kesehatan	45
2.1.4.1. Pengertian Pendidikan Kesehatan	45
2.1.4.2. Tujuan Pendidikan Kesehatan	45
2.1.4.3. Sasaran Pendidikan Kesehatan	46

2.1.4.4. Tahap-Tahap Kegiatan Pendidikan Kesehatan	46
2.1.4.5. Metode Pendidikan	47
2.1.4.6. Alat Bantu Pendidikan	49
2.1.4.7. Manfaat Alat Bantu Pendidikan	49
2.1.4.8. Macam-Macam Alat Bantu Pendidikan	50
2.1.5. Kalender Deteksi Dini Pneumonia.....	51
2.1.6. Buku Panduan Deteksi Dini Pneumonia	53
2.1.7. Metode Ceramah	54
2.2. Kerangka Teori	57
BAB III. METODE PENELITIAN	58
3.1. Kerangka Konsep	58
3.2. Variabel Penelitian	58
3.3. Hipotesis Penelitian	60
3.4. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	61
3.5. Jenis dan Rancangan Penelitian	62
3.6. Populasi dan Sampel Penelitian	64
3.7. Sumber Data Penelitian	67
3.8. Instrumen Penelitian	67
3.8.1. Kuesioner	68
3.8.2. Uji Validitas	69
3.8.3. Uji Reliabilitas	70
3.8.4. Lembar <i>Check-List</i> Observasi Praktik Hitung Napas	71
3.8.5. Kalender Deteksi Dini Pneumonia Balita	71

3.8.6. Buku Panduan Deteksi Dini Pneumonia Balita	71
3.9. Teknik Pengambilan Data	72
3.9.1. Tes	72
3.9.2. Wawancara	72
3.9.3. Teknik Dokumentasi	72
3.9.4. Observasi	73
3.10. Prosedur Pelaksanaan Penelitian	73
3.10.1. Pra Penelitian	73
3.10.2. Penelitian	77
3.10.2.1. Kelompok Eksperimen	77
3.10.2.2. Kelompok Kontrol	78
3.10.3. Pasca Penelitian	80
3.11. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	80
3.11.1. Pemeriksaan Data (<i>Editing</i>)	80
3.11.2. Pemberian Kode (<i>Coding</i>)	80
3.11.3. Penyusunan Data (<i>Tabulating</i>)	80
3.11.4. Pembersihan Data (<i>Cleaning</i>)	81
3.11.5. Analisis Data	81
3.11.5.1. Analisis Univariat	81
3.11.5.2. Analisis Bivariat	81
BAB IV. HASIL PENELITIAN	83
4.1. Deskripsi Data	83
4.1.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	83

4.1.2. Gambaran Kader Posyandu	83
4.1.3. Hasil <i>Pretest</i> Kader Posyandu pada RW 2 dan 4	84
4.1.4. Hasil <i>Posttest</i> Kader Posyandu pada RW 2 dan 4	85
4.2. Hasil Penelitian	86
4.2.1. Distribusi Responden Menurut Umur	86
4.2.2. Distribusi Responden Menurut Pendidikan Terakhir	87
4.2.3. Distribusi Responden Menurut Pekerjaan	88
4.2.4. Pengetahuan, Sikap, Praktik Hitung Napas, dan Kemampuan Deteksi Dini Pneumonia Balita Sebelum Intervensi (<i>Pretest</i>) pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol	89
4.2.5. Pengetahuan, Sikap, Praktik Hitung Napas, dan Kemampuan Deteksi Dini Pneumonia Balita Sesudah Intervensi (<i>Posttest</i>) pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol	90
4.3. Analisis Bivariat	91
4.3.1. Perbedaan Pengetahuan Deteksi Dini Pneumonia Balita <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol	91
4.3.2. Perbedaan Sikap Deteksi Dini Pneumonia Balita <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol	93
4.3.3. Perbedaan Praktik Hitung Napas <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol	94
4.3.4. Perbedaan Kemampuan Mendeteksi Dini Pneumonia Balita <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol	95

4.3.5. Perbedaan Pengetahuan, Sikap, Praktik Hitung Napas, dan Kemampuan Mendeteksi Dini Pneumonia Balita pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol	97
BAB V. PEMBAHASAN	100
5.1. Hasil Penelitian	100
5.1.1. Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Kalender oleh Kader Posyandu Terhadap Pengetahuan Ibu Mengenai Deteksi Dini Pneumonia Balita	100
5.1.2. Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Kalender oleh Kader Posyandu Terhadap Sikap Ibu Mengenai Deteksi Dini Pneumonia Balita	103
5.1.3. Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Kalender oleh Kader Posyandu Terhadap Praktik Hitung Napas Ibu	106
5.1.4. Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Kalender oleh Kader Posyandu Terhadap Kemampuan Ibu Mendeteksi Dini Pneumonia Balita	108
5.2. Keterbatasan Penelitian	110
BAB VI. SIMPULAN DAN SARAN	111
6.1. Simpulan	111
6.2. Saran	112
DAFTAR PUSTAKA	113
LAMPIRAN	122

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1. Keaslian Penelitian	12
Tabel 2.1. Klasifikasi Balita Batuk dan atau Kesukaran Bernapas	32
Tabel 2.2. Batas Napas Cepat Sesuai Golongan Umur	37
Tabel 3.1. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel	61
Tabel 3.2. Rancangan Penelitian.....	63
Tabel 3.3. Jadwal Tahap Pra Penelitian	73
Tabel 3.4. Jadwal Penelitian Kelompok Eksperimen	77
Tabel 3.5. Jadwal Penelitian Kelompok Kontrol	79
Tabel 4.1. Hasil <i>Pretest</i> Kader Posyandu pada RW 2 dan 4	84
Tabel 4.2. Hasil <i>Posttest</i> Kader Posyandu pada RW 2 dan 4	85
Tabel 4.3. Tabel Distribusi Responden Menurut Umur	87
Tabel 4.4. Tabel Distribusi Responden Menurut Pendidikan Terakhir	87
Tabel 4.5. Tabel Distribusi Responden Menurut Pekerjaan	88
Tabel 4.6. Pengetahuan, Sikap, Praktik Hitung Napas, dan Kemampuan Deteksi Dini Pneumonia Balita Sebelum Intervensi (<i>Pretest</i>) pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol	89
Tabel 4.7. Pengetahuan, Sikap, Praktik Hitung Napas, dan Kemampuan Deteksi Dini Pneumonia Balita Setelah Intervensi (<i>Posttest</i>) pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol	90

Tabel 4.8.	Perbedaan Pengetahuan Deteksi Dini Pneumonia Balita <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol	92
Tabel 4.9.	Perbedaan Sikap Deteksi Dini Pneumonia Balita <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol	93
Tabel 4.10.	Perbedaan Praktik Hitung Napas <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol	94
Tabel 4.11.	Perbedaan Kemampuan Mendeteksi Dini Pneumonia Balita <i>Pretest</i> dan <i>Posttest</i> pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol .	96
Tabel 4.12.	Perbedaan Pengetahuan, Sikap, Praktik Hitung Napas, dan Kemampuan Mendeteksi Dini Pneumonia Balita pada Kelompok Eksperimen dan Kontrol	97



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Kerangka Teori	57
Gambar 3.1. Kerangka Konsep	58



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Keputusan Dosen Pembimbing	122
Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian dari Kesbangpol Kota Semarang	123
Lampiran 3. Surat Ijin Penelitian dari Kantor Kelurahan Jatisari Kota Semarang	124
Lampiran 4. Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kota Semarang Kota Semarang	126
Lampiran 5. Panduan Pendidikan Kesehatan Kelompok Eksperimen	127
Lampiran 6. Panduan Pendidikan Kesehatan Kelompok Kontrol	131
Lampiran 7. Kuesioner Penelitian	134
Lampiran 8. Lembar <i>Check-list</i> Praktik Hitung Napas	141
Lampiran 9. Kalender Deteksi Dini Pneumonia Balita	142
Lampiran 10. Buku Panduan Deteksi Dini Pneumonia Balita	157
Lampiran 11. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian dari Puskesmas Mijen	165
Lampiran 12. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian dari Kantor Kelurahan Jatisari Kota Semarang	166
Lampiran 13. Rekap Uji Validitas dan Reliabilitas	167
Lampiran 14. Rekap Kader Posyandu	173
Lampiran 15. Data Mentah Kelompok Esperimen	183
Lampiran 16. Data Mentah Kelompok Kontrol	189

Lampiran 17. Analisis Univariat dan Bivariat	195
Lampiran 18. Dokumentasi Penelitian	199
Lampiran 19. <i>Ethical Clearence</i>	204
Lampiran 20. Lembar Persetujuan Partisipasi dalam Penelitian	205



BAB I PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG MASALAH

Pneumonia adalah penyebab kesakitan dan kematian utama pada balita. Setiap tahun lebih dari 2 juta anak di dunia meninggal karena pneumonia dan sebagian besar (99%) terjadi di negara berkembang dan kurang berkembang. Tiga perempat kasus pneumonia di dunia terdapat di 15 negara dan Indonesia menduduki peringkat keenam dengan jumlah kasus sebanyak 6 juta (WHO dan UNICEF, 2006: 10,11).

Menurut Riskesdas tahun 2007, dari tahun ke tahun pneumonia selalu menduduki peringkat atas penyebab kematian bayi dan anak balita di Indonesia. Pneumonia merupakan penyebab kematian kedua setelah diare (15,5% diantara semua balita) dan selalu berada pada daftar 10 penyakit terbesar setiap tahunnya di fasilitas kesehatan. Penyakit pneumonia balita merupakan permasalahan serius di Provinsi Jawa Tengah. Hal ini dibuktikan dengan jumlah kematian balita dengan pneumonia pada tahun 2013 yaitu 67 kasus (CFR 0,12%), peringkat 3 di Indonesia (Kemenkes RI, 2014).

Jumlah kasus pneumonia balita di Provinsi Jawa Tengah tergolong fluktuatif yaitu pada tahun 2011 adalah sebesar 43.455 kasus, tahun 2012 sebesar 75.910 kasus, tahun 2013 sebesar 55.932 kasus, dan tahun 2014 adalah sebesar 99.465 kasus, dengan cakupan penemuan penderita pneumonia balita berturut-turut yaitu 13,45%, 23,50%, 17,32%, dan 29,465% (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2011-2014).

Kota Semarang adalah wilayah di Provinsi Jawa Tengah yang memiliki kasus pneumonia balita yang tinggi. Angka kesakitan/ *Incidence Rate (IR)* pneumonia balita di Kota Semarang pada tahun 2011 adalah 304/10.000 balita, tahun 2012 sebesar 248/10.000 balita, tahun 2013 sebesar 256/10.000 balita, dan tahun 2014 sebesar 193/10.000 balita. Selain itu, kasus pneumonia berat di Kota Semarang mengalami kenaikan signifikan yaitu 27 kasus di tahun 2011, 337 kasus pada tahun 2012, 156 kasus pada tahun 2013, dan 173 kasus pada tahun 2014 (Dinkes Kota Semarang, 2015).

Puskesmas Mijen merupakan puskesmas yang melingkupi 10 kelurahan dengan angka kesakitan/ *Incidence Rate (IR)* pneumonia balita melebihi target dan jumlah pneumonia berat pada balita tertinggi di Kota Semarang. Angka kesakitan/ *Incidence Rate (IR)* pneumonia balita di Puskesmas Mijen selalu melebihi target (330/10.000 balita) yaitu 1.064/10.000 balita pada tahun 2011, 620/10.000 balita pada tahun 2012, 877/10.000 balita pada tahun 2013, dan 671/10.000 balita pada tahun 2014 (Dinkes Kota Semarang, 2015).

Berdasarkan rekapitulasi laporan bulanan penderita ISPA di Puskesmas Mijen, jumlah kasus pneumonia berat tahun 2011-2014 adalah 8 kasus pada tahun 2011, 67 kasus pada tahun 2012, 64 kasus pada tahun 2013, dan 39 kasus pada tahun 2014. Jumlah pneumonia berat tersebut merupakan tertinggi di Kota Semarang dan mengalami kenaikan signifikan dibandingkan tahun-tahun sebelumnya. Data kasus pneumonia balita terakhir dari bulan Januari 2015 - Januari 2016 di Puskesmas Mijen adalah 226 kasus, sedangkan pneumonia beratnya adalah 42 kasus.

Salah satu wilayah kerja Puskesmas Mijen yang memiliki angka kesakitan pneumonia balita dan kasus pneumonia berat yang tinggi adalah Kelurahan Jatisari. Berdasarkan rekapitulasi laporan bulanan penderita ISPA di Puskesmas Mijen, angka kesakitan/ *Incidence Rate (IR)* pneumonia balita di Kelurahan Jatisari adalah 1.790/10.000 balita pada tahun 2011, 1.023/10.000 balita pada tahun 2012, 804/10.000 balita pada tahun 2013, dan 719/10.000 balita pada tahun 2014. Jumlah kasus pneumonia berat pada tahun 2011-2014 berturut-turut adalah 2 kasus pada tahun 2011, 11 kasus pada tahun 2012, 12 kasus pada tahun 2013, dan 9 kasus pada tahun 2014. Data pneumonia balita terakhir dari bulan Januari 2015 - Januari 2016 di Kelurahan Jatisari adalah 42 kasus, sedangkan pneumonia beratnya adalah 9 kasus.

Kelurahan Jatisari adalah kelurahan yang memiliki penduduk terbanyak di Kecamatan Mijen yaitu berjumlah 9.691 jiwa, dengan kepadatan penduduk 5,88 jiwa/km². Kelurahan Jatisari memiliki 13 RW dengan 4 RW luar perumahan dan 9 RW perumahan. Jumlah rumah penduduk di Kelurahan Jatisari adalah 3.878 buah, terdiri atas 2.036 buah gedung permanen (dinding terbuat dari batu), 1.693 buah semi permanen (dinding terbuat dari kayu/papan), dan 149 buah rumah dengan dinding terbuat dari kayu/papan. Rumah penduduk semi permanen dan dinding kayu/papan sebagian besar berada di 4 RW luar perumahan (Kelurahan Jatisari, 2015).

Dua Rukun Warga (RW) di Kelurahan Jatisari dengan jumlah kasus pneumonia balita dan pneumonia berat terbanyak pada tahun 2014 adalah RW 2 dan RW 4. Jumlah kasus pneumonia balita pada tahun 2014 di RW 2 adalah 8

kasus, sedangkan di RW 4 adalah 6 kasus. Jumlah kasus pneumonia berat pada tahun 2014 di RW 2 adalah 3 kasus, sedangkan di RW 4 adalah 3 kasus. Data pneumonia balita terakhir dari bulan Januari 2015 - Januari 2016 di RW 2 adalah 8 kasus, sedangkan di RW 4 adalah 5 kasus. Data pneumonia berat terakhir dari bulan Januari 2015 - Januari 2016 di RW 2 adalah 5 kasus, sedangkan di RW 4 adalah 2 kasus (Puskesmas Mijen, 2014-2016).

Penyakit pneumonia balita mempunyai banyak faktor risiko yang dapat meningkatkan kejadian, bertambah beratnya penyakit, dan kematian (Kartasasmita, 2010: 23). Faktor risiko pneumonia balita terbagi atas dua kelompok besar yaitu faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik. Faktor intrinsik meliputi umur, jenis kelamin, status gizi, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), status imunisasi, pemberian Air Susu Ibu (ASI), dan pemberian vitamin A. Faktor ekstrinsik meliputi kepadatan tempat tinggal, tipe rumah, ventilasi, jenis lantai, pencahayaan, kepadatan hunian, kelembaban, jenis bahan bakar, penghasilan keluarga, keberadaan keluarga yang merokok, serta faktor ibu baik pendidikan, umur, maupun pengetahuan ibu (Greenberg D, Leibovitz E, 2005; Depkes RI, 2000 dalam Rachmawati, 2013: 2).

RW 2 dan 4 Kelurahan Jatisari adalah dua rukun warga yang selalu terpapar polusi udara dari kendaraan bermotor dan proses pembakaran batu bata. Hal ini dikarenakan wilayahnya yang berbatasan langsung dengan jalan utama Mijen dan Boja, serta RW 2 dan 4 khususnya merupakan sentra pembuatan batu bata.

Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan Mei 2015 terhadap 20 sampel ibu yang memiliki balita di RW 2 Kelurahan Jatisari diketahui bahwa 50% balita terpapar asap rokok di rumah bahkan terdapat 3 orang perokok di rumah.

Tingkat pendidikan dari 20 sampel ibu yang memiliki balita adalah SMP (35%), SMA/SMK (60%), dan D1 (5%). Status pekerjaan dari 20 sampel ibu yang memiliki balita tersebut adalah ibu rumah tangga (65%), buruh (5%), karyawan swasta (25%), dan wiraswasta (5%).

Hasil pengisian kuesioner tentang pneumonia balita menunjukkan hanya 2 orang (10%) berpengetahuan baik dan 18 orang (90%) berpengetahuan kurang. Terdapat 11 orang (55%) bersikap positif dan 9 orang (45%) bersikap negatif. Diketahui pula bahwa 50% ibu tidak mengetahui apabila penyakit pneumonia balita dapat dideteksi dini dan 80% ibu tidak mengetahui bagaimana cara mendeteksi dini pneumonia balita.

Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan November 2015 terhadap 20 sampel ibu yang memiliki balita di RW 4 Kelurahan Jatisari diketahui bahwa 65% balita terpapar asap rokok di rumah bahkan terdapat 2 orang perokok di rumah.

Dari 20 sampel ibu yang memiliki balita dilihat dari tingkat pendidikan terakhir yaitu: SD (15%), SMP (20%), dan SMA/SMK (65%). Status pekerjaan dari 20 sampel ibu yang memiliki balita tersebut adalah ibu rumah tangga (80%), buruh (15%), dan karyawan swasta (5%).

Hasil pengisian kuesioner tentang pneumonia balita menunjukkan hanya 1 orang (5%) berpengetahuan baik dan 19 orang (95%) berpengetahuan kurang. Terdapat 9 orang (45%) bersikap positif dan 11 orang (55%) bersikap negatif.

Diketahui pula bahwa 80% ibu tidak mengetahui apabila penyakit pneumonia balita dapat dideteksi dini dan 90% ibu tidak mengetahui bagaimana cara deteksi dini pneumonia balita.

Hasil penelitian Annah, dkk (2012: 6) menunjukkan bahwa risiko anak yang memiliki anggota keluarga yang merokok dalam rumah atau sekitar anak untuk menderita pneumonia adalah 5,31 kali lebih besar daripada anak yang tidak memiliki anggota keluarga yang merokok. Asap rokok yang mencemari di dalam rumah secara terus menerus akan dapat melemahkan daya tahan tubuh terutama bayi dan balita sehingga mudah untuk terserang penyakit (Sugihartono & Nurjazuli, 2012: 85).

Berdasarkan pendapat Machmud (2006) dalam Azizah, dkk (2014: 3), tingkat pengetahuan ibu sangat berperan besar terhadap kejadian pneumonia balita. Hal ini berkaitan dengan perilaku ibu dalam memberikan makanan yang memadai dan bergizi kepada anaknya serta perilaku ibu dalam pertolongan, perawatan, pengobatan, serta pencegahan pneumonia (Djoko, 2007 dalam Azizah, dkk, 2014: 3).

Balita-balita di RW 2 dan 4 Kelurahan Jatisari mempunyai risiko menderita penyakit pneumonia balita yang besar karena terdapat dua faktor risiko dominan yaitu faktor pengetahuan ibu dan keberadaan keluarga yang merokok di rumah, sehingga dibutuhkan upaya untuk menghentikan proses penyakit pneumonia lebih lanjut agar tidak menjadi berat. Menghentikan proses penyakit pneumonia lebih lanjut adalah mencegah ISPA bukan pneumonia menjadi pneumonia, mencegah pneumonia menjadi pneumonia berat, dan mencegah pneumonia berat

menyebabkan kematian. Hal ini dikarenakan penyakit pneumonia balita dapat mengakibatkan kematian dalam waktu singkat apabila tidak segera mendapat pertolongan yang cepat dan tepat (Noor, 2008: 131; Depkes RI, 2006).

Upaya untuk menghentikan proses penyakit pneumonia lebih lanjut dapat dilakukan melalui deteksi (diagnosis) dini serta pemberian pengobatan yang cepat dan tepat (Noor, 2008: 131). Deteksi dini pneumonia balita dapat dilakukan dengan mengetahui tanda gejala pneumonia balita dan menghitung napas balita.

Berdasarkan wawancara peneliti dengan petugas kesehatan Puskesmas Mijen dan kader posyandu, Puskesmas Mijen telah memberikan penyuluhan tentang pneumonia balita kepada satu perwakilan kader tiap RW mengenai Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Masyarakat (MTBS-M), tetapi tidak khusus tentang penyakit pneumonia balita atau cara mendeteksi dininya. Kegiatan tersebut belum berjalan sesuai dengan yang diharapkan dikarenakan aktivitas kader di luar posyandu yang cukup padat.

Mendeteksi dini pneumonia balita bukan hanya tugas kader maupun petugas kesehatan saja, masyarakat khususnya ibu balita juga berperan penting karena ibu merupakan orang pertama yang mengetahui gejala/tanda penyakit pada anak. Oleh karena itu, ibu balita juga perlu diberikan pendidikan kesehatan mengenai deteksi dini pneumonia balita agar gejala pneumonia balita cepat dideteksi dan diobati dan tugas kader adalah memberikan pendidikan kesehatan serta memberdayakan ibu untuk mendeteksi dini pneumonia balita secara mandiri. Pendidikan kesehatan yang dilakukan membutuhkan suatu media untuk alat bantu kader dalam

memberikan pendidikan kesehatan sekaligus panduan bagi ibu balita dalam mendeteksi dini pneumonia balita secara mandiri.

Need assessment telah dilakukan pada bulan Oktober 2015 kepada 4 orang kader dan 10 orang ibu balita. Kader yang dipilih adalah kader yang aktif dalam kegiatan posyandu dan masyarakat, seperti kader sekaligus ketua RW. Berdasarkan *need assessment* tersebut, kader membutuhkan media yang mudah digunakan dalam menyampaikan materi dan juga dalam mendeteksi dini pneumonia balita oleh ibu balita agar kader tidak perlu menyampaikan materi berulang-ulang kali. Ibu balita berpendapat bahwa media yang menarik adalah media yang bukan berbentuk buku bacaan dan mudah dimengerti.

Media yang digunakan dalam pendidikan kesehatan mengenai deteksi dini pneumonia balita juga harus disesuaikan dengan sarana yang ada di masyarakat, di RW 2 dan 4 tidak tersedia speaker ataupun LCD sehingga media berupa film, video, maupun audio tidak dapat digunakan.

Berdasarkan kriteria-kriteria di atas, media dalam pendidikan kesehatan mengenai deteksi dini pneumonia balita yang sesuai dengan tujuan penelitian, sarana di masyarakat, serta kebutuhan kader dan ibu balita adalah media cetak. Salah satu strategi untuk menyiasati agar media kesehatan tidak dibuang adalah dengan membuat media cetak yang memiliki fungsi lain dan pasti dibutuhkan oleh masyarakat seperti kalender.

Berdasarkan informasi dari petugas kesehatan selama survei pendahuluan, kalender belum pernah digunakan dalam pendidikan kesehatan khususnya tentang deteksi dini pneumonia balita.

Kholik (2006) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku keluarga dalam pencegahan DBD antara kelompok eksperimen yang mendapat perlakuan pemberian media kalender dan penyuluhan dengan kelompok kontrol yang hanya mendapatkan penyuluhan.

Berdasarkan paparan latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Efektivitas Pendidikan Kesehatan dengan Media Kalender oleh Kader Posyandu dalam Meningkatkan Kemampuan Ibu Mendeteksi Dini Pneumonia Balita (Studi Kasus di Kelurahan Jatisari Kecamatan Mijen Kota Semarang)”.

1.2. RUMUSAN MASALAH

1.2.1. Rumusan Masalah Umum

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah bagaimana efektivitas pendidikan kesehatan dengan media kalender oleh kader posyandu dalam meningkatkan kemampuan ibu mendeteksi dini pneumonia balita?

1.2.2. Rumusan Masalah Khusus

1. Apakah terdapat perbedaan pengetahuan ibu mengenai deteksi dini pneumonia balita antara yang diberikan pendidikan kesehatan dengan media kalender dan tanpa media kalender?
2. Apakah terdapat perbedaan sikap ibu mengenai deteksi dini pneumonia balita antara yang diberikan pendidikan kesehatan dengan media kalender dan tanpa media kalender?

3. Apakah terdapat perbedaan praktik hitung napas ibu antara yang diberikan pendidikan kesehatan dengan media kalender dan tanpa media kalender?

1.3. TUJUAN PENELITIAN

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas pendidikan kesehatan dengan media kalender oleh kader posyandu dalam meningkatkan kemampuan ibu mendeteksi dini pneumonia balita.

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

1. Mengetahui perbedaan pengetahuan ibu mengenai deteksi dini pneumonia balita antara yang diberikan pendidikan kesehatan dengan media kalender dan tanpa media kalender.
2. Mengetahui perbedaan sikap ibu mengenai deteksi dini pneumonia balita antara yang diberikan pendidikan kesehatan dengan media kalender dan tanpa media kalender.
3. Mengetahui perbedaan praktik hitung napas ibu antara yang diberikan pendidikan kesehatan dengan media kalender dan tanpa media kalender.

1.4. MANFAAT HASIL PENELITIAN

1.4.1. Bagi Petugas Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan dan referensi bagi petugas kesehatan mengenai upaya yang dapat digunakan untuk meningkatkan

deteksi dini kasus pneumonia balita. Selanjutnya diharapkan dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam rangka pengambilan keputusan kebijakan program penurunan angka kesakitan dan kematian pneumonia balita di Puskesmas Mijen dan Dinas Kesehatan Kota Semarang pada masa yang akan datang.

1.4.2. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan informasi atau masukan mengenai deteksi dini pneumonia balita, sehingga diharapkan terdapat tindakan guna menurunkan angka kesakitan dan kematian pneumonia balita.

1.4.3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai dasar untuk penelitian-penelitian selanjutnya mengenai deteksi dini pneumonia balita dengan pengembangan metode lainnya.

1.5. KEASLIAN PENELITIAN

Keaslian penelitian ini merupakan matrik yang memuat tentang judul penelitian, nama peneliti, tahun dan tempat penelitian, rancangan penelitian, variabel yang diteliti, dan hasil penelitian dengan membandingkan penelitian sebelumnya.

Tabel 1.1. Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1.	Efektivitas pendidikan kesehatan keluarga terhadap peningkatan kemampuan ibu dalam merawat anak diare di RSUP Sanglah dan RSUD Wangaya Denpasar.	Ni Luh Kompyang Sulisnadewi.	2011, Denpasar.	<i>Quasi eksperimental design.</i>	Variabel bebas: pendidikan kesehatan keluarga. Variabel terikat: kemampuan ibu (pengetahuan, sikap, dan keterampilan).	Skor pengetahuan, sikap, dan keterampilan masing-masing kelompok berbeda secara bermakna dan ibu pada kelompok intervensi mampu merawat anak diare, berbeda secara bermakna dengan kelompok kontrol ($p=0,0001$; $\alpha=0,05$).
2.	Efektivitas penyuluhan kesehatan dengan metode ceramah disertai pemanfaatan media <i>booklet</i> dalam upaya meningkatkan pengetahuan ibu tentang penyakit pneumonia pada balita di Kelurahan Bandarharjo	Maria Listri Mayasari.	2014, Kelurahan Bandarharjo Kecamatan Semarang Utara Kota Semarang.	<i>Quasi eksperimental design.</i>	Variabel bebas: penyuluhan dengan metode ceramah dan penggunaan media <i>booklet</i> . Variabel terikat: tingkat pengetahuan ibu.	Media <i>booklet</i> efektif dalam meningkatkan pengetahuan ibu tentang pneumonia di Kelurahan Bandarharjo Kota Semarang tahun 2014 (p value = 0,001 < 0,05).

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Kecamatan Semarang Utara Kota Semarang.					
3.	Efektivitas pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan terhadap ibu rumah tangga dalam meningkatkan pengetahuan deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral di Desa Rowobungkol Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.	Sri Utami. 2010, Desa Rowobungkol Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora.	<i>Quasi eksperimental design.</i>	Variabel bebas: pendekatan verbal secara individual oleh kader kesehatan dan pendekatan verbal secara klasikal oleh kader kesehatan. Variabel terikat: pengetahuan mengenai deteksi dini penyakit diare pada balita dan keterampilan penerapan terapi rehidrasi oral.	Terdapat perbedaan yang signifikan antara selisih skor <i>pretest</i> dan <i>posttest</i> pengetahuan maupun <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i> keterampilan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol ($p\ value=0,0001, \alpha=0,05$).	

Hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah penggunaan media pendidikan kesehatan yang berbeda dengan penelitian sebelumnya yaitu media kalender.

1.6. RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1. Ruang Lingkup Tempat

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan Jatisari, Kecamatan Mijen, Kota Semarang.

1.6.2. Ruang Lingkup Waktu

Waktu penelitian dilaksanakan pada tahun 2016.

1.6.3. Ruang Lingkup Materi

Lingkup materi penelitian ini meliputi beberapa bidang ilmu kesehatan masyarakat yaitu:

1. Epidemiologi, materi yang dikaji dalam penelitian ini adalah distribusi, determinan, dan faktor risiko penyakit pneumonia balita, serta aplikasi untuk mendeteksi dini pneumonia balita.
2. Promosi kesehatan, materi yang dikaji dalam penelitian ini meliputi promosi dan pendidikan kesehatan secara umum dengan penggunaan media kalender.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. LANDASAN TEORI

2.1.1. Pneumonia Balita

2.1.1.1. Definisi Pneumonia Balita

Pneumonia adalah infeksi alat pernafasan yang mengenai jaringan paru-paru (*alveoli*) dan mempunyai gejala batuk, sesak nafas, ronki, dan infiltrat pada foto *rontgen* (Kemenkes RI, 2009).

Pneumonia adalah proses inflamasi parenkim paru yang terdapat konsolidasi dan terjadi pengisian rongga *alveoli* oleh eksudat yang dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda-benda asing (Muttaqin, 2008: 98). Pertukaran gas tidak dapat berlangsung pada daerah yang mengalami konsolidasi dan darah dialirkan ke sekitar *alveoli* yang tidak berfungsi. Hipoksemia dapat terjadi tergantung banyaknya jaringan paru-paru yang sakit (Somantri, 2008: 67).

Populasi yang rentan terserang pneumonia adalah anak-anak kurang dari 2 tahun, umur lanjut lebih dari 65 tahun, dan orang yang memiliki masalah kesehatan (malnutrisi, gangguan imunologi) (Kemenkes RI, 2014).

2.1.1.2. Etiologi Pneumonia Balita

Berdasarkan studi mikrobiologik ditemukan penyebab utama bakteriologik pneumonia anak-balita adalah *Streptococcus pneumoniae/pneumococcus* (30-50% kasus) dan *Hemophilus influenzae type b/Hib* (10-30% kasus), diikuti *Staphylococcus aureus* dan *Klebsiela pneumonia*, *Chlamydia spp*, *Pseudomonas spp*, *Escherichia coli* (E coli) juga menyebabkan pneumonia. Pneumonia pada

neonatus banyak disebabkan oleh bakteri Gram negatif seperti *Klebsiella spp*, *E coli* disamping bakteri Gram positif seperti *S pneumoniae*, grup b *streptokokus* dan *S aureus* (Said, 2010: 17).

2.1.1.3. Patogenesis Pneumonia

Gambaran patologis dalam batas tertentu tergantung pada agen etiologis. Pneumonia bakteri ditandai oleh eksudat intraalveolar supuratif disertai konsolidasi. Kasus pneumonia bakteri kebanyakan disebabkan oleh bakteri *Pneumonia pneumococcus* (Muttaqin, 2008: 98).

Pneumonia bakterial terjadi oleh karena inhalasi atau aspirasi patogen, kadang-kadang terjadi melalui penyebaran hematogen. Terjadi tidaknya proses pneumonia tergantung dari interaksi antara bakteri dan ketahanan sistem imunitas penjamu (Setyoningrum, 2006: 7).

Bakteri yang masuk ke paru melalui saluran pernapasan, masuk ke bronkiolus dan alveoli lalu menimbulkan reaksi peradangan hebat dan menghasilkan cairan edema yang kaya protein dalam alveoli dan jaringan interstitial. Bakteri *pneumokokus* dapat meluas melalui porus Kohn dari alveoli ke alveoli di seluruh segmen/lobus. Timbulnya hepatitis merah adalah akibat pembesaran eritrosit dan beberapa leukosit dari kapiler paru. Alveoli dan septa menjadi penuh dengan cairan edema yang berisi eritrosit dan fibrin serta relatif sedikit leukosit sehingga kapiler alveoli menjadi melebar. Paru menjadi tidak berisi udara lagi, kenyal, dan berwarna merah. Pada tingkat lanjut, aliran darah menurun, alveoli penuh dengan leukosit, dan relatif sedikit eritrosit. Bakteri *pneumokokus* difagositosis oleh leukosit dan sewaktu resolusi berlangsung,

makrofag masuk ke dalam alveoli dan menelan leukosit bersama bakteri *pneumokokus* di dalamnya. Paru masuk dalam tahap hepatisasi abu-abu dan tampak berwarna abu-abu kekuningan. Secara perlahan-lahan sel darah merah yang mati dan eksudat-fibrin dibuang dari alveoli. Terjadi resolusi sempurna, paru menjadi normal kembali tanpa kehilangan kemampuannya dalam melakukan pertukaran gas (Muttaqin, 2008: 98).

Stadium dari pneumonia bakteri yang disebabkan oleh bakteri *Pneumonia pneumococcus* yang tidak diobati dapat diklasifikasikan menjadi (Somantri, 2008: 67,68):

1. Penyumbatan (4-12 jam pertama): eksudat serosa masuk ke dalam alveolus dari pembuluh darah yang bocor.
2. Hepatisasi merah (48 jam berikutnya): paru-paru tampak merah dan tampak bergranula karena eritrosit, fibrin, dan leukosit *polimorphonucleus* (PMN) mengisi alveolus.
3. Hepatisasi kelabu (3-8 hari): paru-paru tampak berwarna abu-abu karena leukosit dan fibrin mengalami konsolidasi di dalam alveolus yang terserang.
4. Pemulihan (7-11 hari): eksudat mengalami lisis dan direabsorpsi oleh makrofag sehingga jaringan kembali kepada struktur semula.

2.1.1.4. Klasifikasi Pneumonia Balita

Pengelompokkan atau klasifikasi pneumonia terbagi jelas dalam bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Klasifikasi pneumonia dibedakan atas 2 kelompok yaitu:

1. Umur 2 bulan \leq 5 tahun (pneumonia berat, pneumonia, dan bukan pneumonia).
2. Umur $<$ 2 bulan (pneumonia berat dan bukan pneumonia).

2.1.1.5. Faktor Risiko Pneumonia Balita

Faktor risiko adalah faktor atau keadaan yang mengakibatkan seorang anak rentan menjadi sakit atau sakitnya menjadi berat. Banyak faktor risiko yang dapat meningkatkan kejadian, beratnya penyakit, dan kematian karena pneumonia (Kartasasmita, 2010: 23).

Berdasarkan Greenberg D, Leibovitz E (2005) dan Depkes RI (2000) dalam Rachmawati (2013: 2), faktor risiko tersebut terbagi atas dua kelompok besar yaitu faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik.

1. Faktor Intrinsik
 - 1) Umur

Bayi dan balita memiliki mekanisme pertahanan tubuh yang masih rendah dibanding orang dewasa, sehingga balita masuk ke dalam kelompok yang rawan terhadap infeksi seperti influenza dan pneumonia. Anak-anak yang berumur 0-24 bulan lebih rentan terhadap penyakit pneumonia dibandingkan anak-anak yang berumur di atas 2 tahun. Hal ini disebabkan imunitas yang belum sempurna dan lubang pernapasan yang masih relatif sempit (Depkes RI dalam Hartati, dkk, 2012: 18). Umur yang sangat muda dan sangat tua juga lebih rentan menderita pneumonia yang lebih berat (Ewig dalam Machmud, 2006: 42). Balita juga rentan terhadap risiko kematian akibat pneumonia. Semakin muda umur seorang balita

penderita ISPA/pneumonia, maka semakin besar risiko untuk meninggal daripada usia yang lebih tua (Sutrisna dalam Syam, 2008: 34).

2) Jenis Kelamin

Berdasarkan buku pedoman P2 ISPA, disebutkan bahwa laki-laki adalah faktor risiko yang mempengaruhi kesakitan pneumonia (Depkes RI, 2006: 7). Hal ini disebabkan diameter saluran pernapasan anak laki-laki lebih kecil dibandingkan dengan anak perempuan atau adanya perbedaan dalam daya tahan tubuh anak laki-laki dan perempuan (Sunyataningkamto dalam Hartati, dkk, 2012: 18).

3) Status Gizi

Beberapa studi melaporkan bahwa kekurangan gizi akan menurunkan kapasitas kekebalan untuk merespon infeksi pneumonia termasuk gangguan fungsi granulosit, penurunan fungsi komplemen, dan juga menyebabkan kekurangan mikronutrien (Sunyataningkamto dalam Hartati, dkk, 2012: 18).

Berdasarkan penelitian Hartati, dkk (2012: 15), balita dengan status gizi kurang berpeluang untuk terkena pneumonia sebesar 6,52 kali dibanding balita dengan status gizi baik.

4) Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) adalah bayi (neonatus) yang lahir dengan berat kurang dari 2.500 gram. Bayi dan balita dengan BBLR umumnya lebih berisiko terhadap kematian, bahkan sejak masa-masa awal kehidupannya. Hal ini disebabkan karena zat anti kekebalan di dalam tubuhnya belum sempurna (Molyneux dalam Syam, 2008: 16). Sebuah penelitian juga menyebutkan bahwa

bayi 0-4 bulan dengan riwayat BBLR memiliki risiko yang lebih besar untuk menderita pneumonia (Abdullah dalam Syam, 2008: 16).

5) Status Imunisasi

Pemberian imunisasi dapat menurunkan risiko untuk terkena pneumonia. Imunisasi yang berhubungan dengan kejadian penyakit pneumonia adalah imunisasi pertusis (DPT), campak, *Haemophilus influenza*, dan pneumokokus (Kartasmita, 2010: 23).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Fanada tahun 2012 di Puskesmas Kenten Palembang menyatakan bahwa anak yang tidak mendapatkan imunisasi secara lengkap memiliki risiko menderita pneumonia 7,6 kali lebih besar daripada anak dengan status imunisasi lengkap (Annah, dkk, 2012: 6).

6) Pemberian ASI

ASI eksklusif atau lebih tepat pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan tim. Pemberian ASI secara eksklusif ini dianjurkan untuk jangka waktu setidaknya 6 bulan, dan setelah 6 bulan bayi mulai diperkenalkan dengan makanan padat. Bayi yang diberi ASI terbukti lebih kebal terhadap berbagai penyakit infeksi seperti diare, pneumonia (radang paru), Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), dan infeksi telinga (Sugihartono & Nurjazuli, 2012: 85).

ASI eksklusif juga dapat mengurangi tingkat kematian bayi yang disebabkan berbagai penyakit yang umum menimpa anak-anak seperti diare dan radang paru

karena mengandung protein, laktoferin, imunoglobulin, antibodi terhadap bakteri, virus, jamur, dan lain-lain (Mokoginta, dkk, 2013).

Sugihartono & Nurjazuli (2012: 84) menunjukkan bahwa balita yang mengonsumsi ASI tanpa cairan lainnya kurang dari enam bulan berisiko menderita pneumonia 8,958 kali lebih besar dibandingkan dengan balita yang mengonsumsi ASI tanpa cairan lainnya lebih atau sama dengan enam bulan.

7) Pemberian Vitamin A

Vitamin A bermanfaat untuk meningkatkan imunitas dan melindungi saluran pernapasan dari infeksi kuman. Defisiensi gizi seperti vitamin A dan *zinc* berkontribusi pada perkembangan penyakit berat dan meningkatkan angka kematian (Weber, 2009 dalam Kaunang, 2012: 5).

Hasil penelitian Sutrisna di Indramayu (1993) dalam Kartasasmita (2010: 23) menunjukkan bahwa anak yang tidak mendapatkan vitamin A memiliki risiko meninggal akibat pneumonia lebih tinggi, serta anak yang menderita pneumonia yang tidak pernah mendapatkan vitamin A juga terbukti lebih lama mengalami sakit dibandingkan anak penderita pneumonia yang mendapatkan suplemen vitamin A.

8) Riwayat Penyakit Campak

Campak adalah penyakit serius akibat infeksi virus yang sangat menular yang menimbulkan demam, bintik-bintik merah, pilek, batuk, dan mata merah serta pedih. Pneumonia adalah komplikasi dari penyakit campak dan terjadi 4% di antara penderita campak. Berdasarkan penelitian Rustiyanto, dkk (2012) menunjukkan bahwa balita yang mempunyai riwayat penyakit campak berisiko

menderita pneumonia 5,73 kali lebih besar dibandingkan dengan balita yang tidak mempunyai riwayat penyakit.

2. Faktor Ekstrinsik

1) Tipe Rumah

Menurut *World Health Organization* (WHO), rumah adalah struktur fisik atau bangunan untuk tempat berlindung, di mana lingkungan berguna untuk kesehatan jasmani dan rohani serta keadaan sosialnya baik untuk kesehatan keluarga dan individu. Tipe rumah tidak berdiri sebagai suatu variabel sendiri, namun dalam penilaiannya merupakan kondisi secara utuh dari komponen lantai dan dinding yang dibuat secara permanen (Nurjazuli & Widyaningtyas, 2007: 11).

Berdasarkan penelitian Nurjazuli & Widyaningtyas (2007: 11) menunjukkan bahwa risiko balita yang tinggal di rumah jenis tidak permanen untuk menderita pneumonia 67,74 kali lebih besar dibanding balita yang tinggal di rumah jenis permanen.

2) Ventilasi

Ventilasi atau pertukaran udara adalah proses penyediaan dan pengeluaran udara ke dan atau dari suatu ruang secara alamiah maupun mekanis. Pertukaran udara secara mekanis dilakukan melalui penyediaan lubang ventilasi di dalam rumah. Pada dasarnya luas lubang tersebut minimal 5% dari luas lantai. Akan tetapi, jika ditambah dengan lubang udara lain seperti celah pintu atau jendela, maka luas minimal lubang ventilasi menjadi 10% dari luas lantai (Rizkianti, 2008: 18).

Ventilasi berguna untuk penyediaan udara ke dalam dan pengeluaran udara kotor dari ruangan yang tertutup. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan naiknya kelembaban udara. Kelembaban yang tinggi merupakan media untuk berkembangnya bakteri terutama bakteri patogen (Sartika, 2012: 156).

Sugihartono & Nurjazuli (2012: 84) menunjukkan bahwa balita yang tinggal di rumah yang tidak memiliki ventilasi berisiko 6,447 kali mengalami pneumonia dibandingkan dengan balita yang tinggal di rumah yang memiliki ventilasi.

Penelitian Herman (2002) dalam Rizkianti (2008: 18) juga menambahkan bahwa balita yang tinggal di rumah dengan ventilasi yang tidak sehat akan memiliki risiko 4,2 kali lebih besar untuk terkena pneumonia dibandingkan yang tinggal di rumah dengan ventilasi sehat.

3) Jenis Lantai

Setiap komponen rumah harus memenuhi persyaratan fisik dan biologis agar aman bagi penghuninya, termasuk lantai rumah. Lantai harus kedap air, jenis lantai tanah menyebabkan kondisi rumah menjadi lembab. Kondisi lembab pada lantai akan menjadi prokondisi pertumbuhan kuman maupun bakteri patogen yang dapat menimbulkan penyakit pada penghuninya. Disamping dapat meningkatkan kelembaban, jenis lantai tanah juga menyebabkan kondisi dalam rumah berdebu. Kondisi lantai berdebu dapat menimbulkan iritasi pada saluran pernapasan, sehingga memudahkan terjadinya infeksi. Oleh karena itu, lantai perlu dilapisi bahan kedap air (disemen, dipasang tegel atau keramik). Untuk mencegah masuknya air ke dalam rumah, sebaiknya lantai dinaikkan kira-kira 20 cm dari

permukaan tanah (Depkes RI, 2005; Yuwono, 2009; dan Heriyana, dkk, 2005 dalam Sugihartono & Nurjazuli, 2012: 84).

Mokoginta (2013: 6) menambahkan bahwa jenis lantai berisiko terhadap kejadian pneumonia balita karena pada dasarnya balita lebih sering main di atas lantai. Lantai rumah yang terbuat dari tanah cenderung lebih cepat kotor sehingga kuman atau bakteri akan mudah masuk ke dalam tubuh balita dan dapat menyebabkan penyakit.

Sugihartono & Nurjazuli (2012: 84) menunjukkan bahwa balita yang tinggal di rumah dengan jenis lantai tidak memenuhi syarat berisiko menderita pneumonia 10,528 kali lebih besar dibanding dengan balita yang tinggal di rumah dengan jenis lantai memenuhi syarat.

4) Pencahayaan

Rumah yang sehat memerlukan pencahayaan (cahaya sinar matahari) yang cukup, tidak kurang dan tidak lebih. Kurangnya cahaya yang masuk ke dalam rumah terutama cahaya alami matahari selain menyebabkan kurang nyaman juga merupakan tempat atau media yang baik untuk hidup dan berkembang biaknya penyakit. Cahaya ini sangat penting selain berguna untuk mengurangi kelembaban dan dapat membunuh bakteri-bakteri patogen seperti bakteri tuberkulosis, penyakit mata, dan penyakit saluran pernapasan. Diusahakan agar sinar matahari yang masuk tidak terhalang oleh pohon, bangunan maupun tembok tinggi, pencahayaan minimal untuk rumah sehat adalah 60 lux (Padmonobo, dkk, 2012: 197).

Hasil penelitian Padmonobo, dkk (2012: 195) menunjukkan bahwa balita yang tinggal di rumah dengan pencahayaan yang rendah berisiko terkena pneumonia 2,2 kali lebih besar dibandingkan dengan balita yang tinggal di rumah dengan pencahayaan cukup.

5) Kepadatan Hunian

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 289/Menkes/s/SK/VII/1999 tentang persyaratan kesehatan perumahan, kepadatan penghuni dikategorikan menjadi memenuhi standar (2 orang per 8m²) dan kepadatan tinggi (lebih dari 2 orang per 8m²). Jika suatu rumah memiliki kepadatan hunian yang tinggi, maka akan mempengaruhi pertukaran udara di dalam rumah. Kepadatan orang dalam rumah berhubungan dengan kejadian pneumonia pada balita. Berdasarkan penelitian Herman (2002) dalam Rizkianti (2009: 18). menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kepadatan hunian dengan insidens pneumonia.

6) Kelembaban

Kelembaban rumah yang baik adalah 50%-70%. Suhu dan kelembaban di dalam ruangan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kejadian ISPA dan sangat erat kaitannya dengan pertumbuhan dan perkembangbiakan faktor etiologi pneumonia yang berupa virus, bakteri, dan jamur. Virus, bakteri, dan jamur penyebab ISPA membutuhkan suhu dan kelembaban yang optimal untuk pertumbuhan dan perkembangbiakannya. Pada suhu dan kelembaban tertentu memungkinkan pertumbuhannya terhambat bahkan tidak tumbuh sama sekali atau mati. Pada suhu dan kelembaban tertentu pula dapat tumbuh dan berkembangbiak

dengan sangat cepat. Hal inilah yang membahayakan karena semakin sering anak berada dalam ruangan dengan kondisi tersebut dan dalam jangka waktu yang lama, maka anak terpapar faktor risiko tersebut. Akibatnya makin besar peluang anak untuk terjangkit pneumonia (Pramudiyani & Prameswari, 2011: 73 dan Padmonobo, dkk, 2012: 196).

Hasil penelitian Padmonobo, dkk (2012: 196) menunjukkan bahwa kelembaban kamar balita merupakan faktor risiko yang dominan terhadap kejadian pneumonia pada balita. Balita yang tinggal di kamar dengan kelembaban buruk berisiko terkena pneumonia 2,87 kali lebih besar dibandingkan dengan balita yang tinggal di kamar dengan kelembaban baik.

7) Jenis Bahan Bakar

Jenis bahan bakar yang digunakan untuk kegiatan memasak sehari-hari saling berkaitan erat dengan kualitas udara di dalam rumah. Asap yang dihasilkan dari hasil pembakaran kayu akan lebih banyak apabila dibandingkan dengan asap hasil pembakaran gas. Banyaknya asap yang dihasilkan dari pembakaran di ruang dapur, apabila asap tersebut tidak mudah keluar maka akan mengganggu sistem pernapasan seseorang terutama balita yang berada di ruangan dapur (Yuwono, 2008 dalam Kaunang, 2012: 4).

Polusi udara yang berasal dari pembakaran di dapur dan di dalam rumah mempunyai peran pada risiko kematian balita di beberapa negara berkembang. Diperkirakan 1,6 juta kematian berhubungan dengan polusi udara dari dapur. Hasil penelitian Dherani, dkk (2008) dalam Kartasmita (2010: 24), menyimpulkan bahwa dengan menurunkan polusi pembakaran dari dapur akan

menurunkan morbiditas dan mortalitas pneumonia. Hasil penelitian juga menunjukkan anak yang tinggal di rumah yang dapurinya menggunakan listrik atau gas cenderung lebih jarang sakit ISPA dibandingkan dengan anak yang tinggal dalam rumah yang memasak dengan menggunakan minyak tanah atau kayu.

8) Penggunaan Obat Nyamuk Bakar

Penggunaan obat nyamuk bakar sebagai alat untuk menghindari gigitan nyamuk dapat mengakibatkan gangguan saluran pernapasan karena menghasilkan asap dan bau yang tidak sedap. Adanya pencemaran udara di lingkungan rumah akan merusak mekanisme pertahanan paru-paru sehingga mempermudah timbulnya gangguan pernapasan (Depkes, 2002 dalam Kaunang, 2012: 6).

Berdasarkan hasil penelitian Annah, dkk (2012: 9), balita berumur 6-59 bulan yang terpapar asap obat nyamuk bakar yang digunakan untuk mengusir serangga mempunyai risiko menderita pneumonia 6,34 kali lebih besar dibandingkan anak yang tidak terpapar asap obat nyamuk bakar.

9) Penghasilan Keluarga

Keluarga dengan tingkat pendapatan yang tinggi memiliki peluang lebih besar untuk mencukupi makanan untuk bayi dan balitanya, sehingga anak akan mempunyai daya tahan tubuh yang lebih baik untuk menangkal ISPA/pneumonia. Disamping itu, tingkat pendapatan yang tinggi juga akan memberikan peluang yang lebih besar untuk mempunyai perumahan yang lebih memenuhi syarat, sehingga lebih memungkinkan terhindar dari serangan ISPA. Hasil penelitian yang dilakukan Hananto (2004) dalam Hendarwan (2005: 32) menjelaskan bahwa

anak balita yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi rendah berisiko terkena pneumonia 2,39 kali lebih besar dibandingkan balita yang berasal dari keluarga dengan status ekonomi tinggi. Beberapa studi juga menunjukkan bahwa masyarakat dengan tingkat penghasilan yang lebih tinggi memiliki tingkat penggunaan pelayanan kesehatan pada tenaga kesehatan yang lebih tinggi pula. Bagi masyarakat yang berpenghasilan rendah, biaya masih merupakan determinan utama dalam penggunaan pelayanan kesehatan (Hendarwan, 2005: 32).

10) Pendidikan Ibu

Pendidikan ibu adalah salah satu faktor yang secara tidak langsung mempengaruhi kejadian pneumonia pada bayi dan balita (Sukar dalam Syam, 2008: 19). Hasil penelitian Azizah, dkk (2014: 4) menunjukkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan ibu dengan kejadian pneumonia balita. Jadi semakin tinggi tingkat pendidikan ibu, maka semakin baik pula pencegahan kejadian penyakit pneumonia.

11) Umur Ibu

Semakin tua umur ibu maka pola pengasuhannya dalam pemberian makan dan praktik kesehatan akan semakin baik. Hal ini dapat dimengerti karena semakin tua umur ibu, maka dia akan belajar untuk semakin bertanggung jawab terhadap anak dan keluarganya juga semakin banyak pengalaman dan informasi mengenai kesehatan dan gizi keluarga (Dewi, 2011: 2).

12) Pengetahuan Ibu

Pengetahuan merupakan faktor yang sangat penting membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007). Berdasarkan pendapat Machmud (2006) dalam

Azizah, dkk (2014: 3), bahwa tingkat pengetahuan ibu sangat berperan besar terhadap kejadian pneumonia balita. Hal ini berkaitan dengan perilaku ibu dalam memberikan makanan yang memadai dan bergizi kepada anaknya serta perilaku ibu dalam pertolongan, perawatan, pengobatan, serta pencegahan pneumonia (Djoko, 2007 dalam Azizah, dkk, 2014: 3).

Hasil penelitian Sutangi (2014: 5) menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan kejadian pneumonia balita. Ibu yang memiliki pengetahuan baik, maka angka kejadian pneumonia balitanya rendah, sedangkan ibu yang memiliki pengetahuan kurang, angka kejadian pneumonia balitanya akan tinggi. Diperkuat lagi oleh pendapat Machmud (2006) dalam Azizah, dkk (2014: 3), semakin banyak pengetahuan ibu tentang pneumonia maka semakin rendah angka kesakitan dan kematian pneumonia pada balita. Ibu yang tidak mempunyai cukup pengetahuan tentang pneumonia, akan menganggap remeh dan bahkan tidak mendukung upaya pencegahan penyakit pneumonia, sehingga menyebabkan semakin tinggi angka kesakitan dan kematian pneumonia pada balita. Mereka yang semakin banyak pengetahuan tentang pneumonia, lebih mempergunakan pertimbangan rasional dan pengetahuan tentang pneumonia.

13) Keberadaan Keluarga yang Merokok.

Asap rokok mengandung kurang lebih 4000 elemen-elemen, dan setidaknya 200 diantaranya dinyatakan berbahaya bagi kesehatan, racun utama pada rokok adalah tar, nikotin, dan karbonmonoksida (Sugihartono dan Nurjazuli, 2012: 85).

Bahan berbahaya dan racun dalam rokok tidak hanya mengakibatkan gangguan kesehatan pada perokok saja, tetapi juga pada orang-orang di sekitarnya

yang tidak merokok. Sebagian besar adalah bayi, anak-anak, dan ibu yang terpaksa menjadi perokok pasif karena ada anggota keluarga mereka yang merokok di dalam rumah (Naria, dkk, 2008 dalam Kaunang, 2012: 5).

Asap rokok yang mencemari di dalam rumah secara terus menerus akan dapat melemahkan daya tahan tubuh terutama bayi dan balita, sehingga mudah untuk terserang penyakit. Bayi dan anak balita mempunyai risiko yang lebih besar karena paru-paru bayi dan anak balita lebih kecil dibanding orang dewasa, sistem kekebalan tubuh bayi dan anak balita belum sempurna, akibatnya lebih mudah terkena radang paru-paru (Sugihartono & Nurjazuli, 2012: 85).

Hasil penelitian Annah, dkk (2012: 6) menunjukkan bahwa risiko anak yang memiliki anggota keluarga yang merokok dalam rumah atau sekitar anak untuk menderita pneumonia adalah 5,31 kali lebih besar daripada anak yang tidak memiliki anggota keluarga yang merokok. Bahkan berdasarkan penelitian Sugihartono & Nurjazuli (2012: 85), kebiasaan anggota keluarga merokok dalam rumah adalah faktor risiko dominan terhadap kejadian pneumonia pada balita. Balita yang memiliki anggota keluarga yang terbiasa merokok di dalam rumah berisiko menderita pneumonia 8,888 kali lebih besar daripada balita yang memiliki anggota keluarga yang terbiasa merokok di luar rumah.

Efek asap rokok juga dapat meningkatkan kefatalan bagi penderita pneumonia dan gagal ginjal serta tekanan darah tinggi (Sartika, dkk, 2012 dalam Mokoginta, 2013: 6).

2.1.1.6. Gejala Pneumonia Balita

Gejala pneumonia bervariasi tergantung pada umur penderita dan penyebab infeksi. Pneumonia karena infeksi bakteri biasanya menyebabkan anak sakit berat mendadak dengan demam tinggi dan napas cepat. Infeksi karena virus umumnya lebih gradual dan bisa memburuk setiap saat (Kartasasmita, 2010: 24).

Menurut Said (2010), gambaran klinis pneumonia pada bayi dan anak bergantung pada berat-ringannya infeksi, tetapi secara umum adalah sebagai berikut:

1. Gejala infeksi umum, yaitu demam, sakit kepala, gelisah, malaise, penurunan nafsu makan, keluhan *Gastro Intestinal Tarcktus* (GIT) seperti mual, muntah, diare, kadang-kadang ditemukan gejala infeksi *ekstrapulmoner*.
2. Gejala gangguan respiratori, yaitu batuk, sesak napas, retraksi dada, takipnea, napas cuping hidung, *air hunger*, merintih, dan sianosis. Pada pemeriksaan fisis dapat ditemukan tanda klinis seperti pekak perkusi, suara napas melemah, dan ronki, akan tetapi pada neonatus dan bayi kecil, gejala dan tanda pneumonia lebih beragam dan tidak selalu jelas terlihat. Pada perkusi dan auskultasi paru umumnya tidak ditemukan kelainan.

Gejala-gejala yang sering ditemukan pada anak dengan pneumonia adalah napas cepat dan sulit bernapas, batuk, demam, menggigil, sakit kepala, nafsu makan hilang, dan mengik. Balita yang menderita pneumonia berat bisa mengalami kesulitan bernapas, sehingga dadanya bergerak naik turun dengan cepat atau tertarik ke dalam saat menarik napas/inspirasi yang dikenal sebagai '*lower chest wall indrawing*' (Kartasasmita, 2010: 24).

Tabel 2.1. Klasifikasi Balita Batuk dan atau Kesukaran Bernapas

Kelompok Umur	Klasifikasi	Tanda Penyerta selain Batuk dan atau Sukar Bernapas
2 bulan \leq 5 tahun	Pneumonia Berat	Tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (<i>chest indrawing</i>).
	Pneumonia	Napas cepat sesuai golongan umur: <ul style="list-style-type: none"> • 2 Bulan \leq 1 tahun : 50 kali atau lebih/menit. • 1 \leq 5 tahun : 40 kali atau lebih/menit.
	Bukan Pneumonia	Tidak ada napas cepat dan tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam.
< 2 bulan	Pneumonia Berat	Napas cepat: 60 kali atau lebih per menit atau Tarikan kuat dinding dada bagian bawah ke dalam.
	Bukan Pneumonia	Tidak ada napas cepat dan tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam.

(Kemenkes RI, 2011: 12)

2.1.1.7. Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit

Epidemiologi merupakan ilmu dasar pencegahan dengan sasaran utama adalah mencegah dan menanggulangi penyakit dalam masyarakat. Pada dasarnya ada empat tingkatan pencegahan penyakit secara umum, yakni: pencegahan tingkat dasar (*primordial prevention*), pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*) yang meliputi promosi kesehatan dan pencegahan khusus, pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*) yang meliputi diagnosis dini serta pengobatan yang tepat, dan pencegahan tingkat ketiga (*tertiary prevention*) yang meliputi pencegahan terhadap terjadinya cacat dan terakhir adalah rehabilitasi (Noor, 2008: 128).

1. Pencegahan Tingkat Dasar

Pencegahan tingkat dasar (*primordial prevention*) adalah usaha mencegah terjadinya risiko atau mempertahankan keadaan risiko rendah dalam masyarakat terhadap penyakit secara umum. Pencegahan ini meliputi usaha memelihara dan mempertahankan kebiasaan atau pola hidup yang sudah ada dalam masyarakat yang dapat mencegah meningkatnya risiko terhadap penyakit dengan melestarikan pola atau kebiasaan hidup sehat yang dapat mencegah atau mengurangi tingkat risiko terhadap penyakit tertentu atau terhadap berbagai penyakit secara umum (Noor, 2008: 129).

2. Pencegahan Tingkat Pertama

Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*) merupakan suatu usaha pencegahan penyakit melalui usaha mengatasi atau mengontrol faktor-faktor (*risk factors*) dengan sasaran utamanya orang sehat melalui usaha peningkatan derajat kesehatan secara umum (promosi kesehatan), serta usaha pencegahan khusus terhadap penyakit tertentu. Pencegahan tingkat pertama ini didasarkan pada hubungan interaksi antara penjamu (*host*), penyebab (*agent*/pemapar), lingkungan, dan proses kejadian penyakit. Usaha pencegahan tingkat pertama secara garis besarnya dapat dibagi dalam usaha peningkatan derajat kesehatan dan usaha pencegahan khusus.

Usaha peningkatan derajat kesehatan (*health promotion*) atau pencegahan umum yakni meningkatkan derajat kesehatan perorangan dan masyarakat secara optimal, mengurangi peranan penyebab dan derajat risiko, serta meningkatkan lingkungan yang sehat secara optimal. Adapun usaha pencegahan khusus (*specific protection*) merupakan usaha yang terutama ditujukan kepada pejamu dan/atau

pada penyebab untuk meningkatkan daya tahan maupun untuk mengurangi risiko terhadap penyakit tertentu (Noor, 2008: 129, 130).

3. Pencegahan Tingkat Kedua

Sasaran utama pada mereka yang baru terkena penyakit atau yang terancam akan menderita penyakit tertentu melalui diagnosis dini serta pemberian pengobatan yang cepat dan tepat. Tujuan utama pencegahan tingkat kedua ini, antara lain untuk mencegah meluasnya penyakit/ terjadinya wabah pada penyakit menular dan untuk menghentikan proses penyakit lebih lanjut serta mencegah komplikasi (Noor, 2008: 131).

4. Pencegahan Tingkat Ketiga

Pencegahan tingkat ketiga (*tertiary prevention*) merupakan pencegahan dengan sasaran utamanya adalah penderita penyakit tertentu, dalam usaha mencegah bertambah beratnya penyakit atau mencegah terjadinya cacat serta program rehabilitasi (Noor, 2008: 132).

2.1.1.8. Deteksi Dini Pneumonia Balita

Deteksi dini pneumonia balita adalah salah satu upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit pneumonia balita yang bertujuan untuk menghentikan proses penyakit lebih lanjut. Menghentikan proses penyakit lebih lanjut adalah mencegah ISPA bukan pneumonia menjadi pneumonia, mencegah pneumonia menjadi pneumonia berat, dan mencegah pneumonia berat menyebabkan kematian.

Penyakit pneumonia mempunyai gejala awal yang tergolong sederhana yaitu demam, batuk, dan pilek. Hal ini membuat orang tua seringkali kurang

waspada terhadap penyakit pneumonia balita dan terlambat membawa anaknya ke dokter (Pusat Data dan Informasi PERSI, 2012).

Deteksi dini pneumonia balita dapat dilakukan dengan mengetahui tanda gejala pneumonia balita dan menghitung napas balita. Tanda gejala pneumonia terbagi menjadi 2 kelompok berdasarkan umur balita (Kemenkes, 2012: 24-27, 41-43), yaitu:

1. Umur kurang dari 2 bulan.
 - 1) Batuk bukan pneumonia: demam, pilek, batuk.
 - 2) Pneumonia berat: napas cepat, tarikan dinding dada ke dalam, bibir membiru dan badan teraba dingin, kurang mau minum/menyusu, kejang, kesadaran menurun/susah dibangunkan.
2. Umur 2-5 tahun.
 - 1) Batuk bukan pneumonia: demam, pilek, dan batuk.
 - 2) Pneumonia: napas cepat.
 - 3) Pneumonia berat: tarikan dinding dada ke dalam, bibir membiru dan badan teraba dingin, tidak bisa minum/menyusu, kejang, kesadaran menurun/susah dibangunkan.

Pada tahap batuk bukan pneumonia, ibu dapat memberikan perawatan sendiri kepada balita (Kemenkes, 2010: 65) yaitu:

1. Pada balita demam: mengompres dengan air hangat dan memberikan baju serta selimut yang tebal.
2. Pada balita pilek: membersihkan hidung balita secara sering dan membantu balita untuk menghirup hawa dari semangkuk air hangat.

3. Pada balita batuk (umur balita lebih dari 1 tahun): memberikan campuran 1 sdt jeruk nipis dan 2 sdt kecap dalam 3-4x sehari.

Selain itu, ibu juga dianjurkan untuk menjaga balita tetap hangat, memberikan ASI sesering mungkin, dan memberikan makanan yang bergizi (umur lebih dari 6 bulan).

Batuk dan pilek adalah gejala yang umumnya terjadi pada anak-anak terutama balita dan biasanya sembuh dengan sendirinya. Apabila batuk pilek sudah menimbulkan nafas sesak dan nafas cepat, orang tua harus segera membawa berobat ke puskesmas atau rumah sakit terdekat. Batuk pilek yang diikuti dengan nafas cepat atau sesak, menunjukkan adanya gejala peradangan pada paru. Apabila telah menyerang paru-paru berarti sudah masuk tahap serius dan harus benar-benar diobati karena dapat menimbulkan kematian (Machmud, 2006 dalam Sitepu 2008: 18).

Hal yang penting untuk diperhatikan adalah apabila seorang anak batuk dan sulit bernapas, untuk mencegah menjadi berat dan kematian, anak tersebut harus segera mendapatkan pertolongan sesuai dengan pedoman tatalaksana (Kartasmita, 2010: 24).

Cara mengetahui apakah balita mengalami napas cepat adalah dengan menghitung napas balita dan membandingkan jumlah napas yang dihitung dengan jumlah napas yang tergolong napas cepat sesuai umur balita. Terdapat 3 (tiga) cara yang benar dalam menghitung frekuensi napas (Kemenkes RI, 2012: 12-13):

1. Menggunakan *timer* untuk menghitung frekuensi napas. Caranya:
 - 1) Menentukan titik dimana Saudara akan melihat gerakan napas anak.

- 2) Menekan *timer* dan mulailah menghitung.
 - 3) Bunyi pertama menunjukkan 30 detik pertama.
 - 4) Setelah terdengar bunyi panjang (bunyi kedua) yang menunjukkan waktu 1 menit (60 detik) penghitungan napas anak selesai.
2. Menggunakan jam tangan yang mempunyai jarum detik. Bisa meminta bantuan orang lain untuk memberi aba-aba setelah 60 detik, sehingga Saudara bisa sepenuhnya mengamati pernapasan anak. Apabila tidak ada orang lain yang bisa membantu, buatlah posisi jam sedemikian sehingga Saudara bisa melihat jarumnya dan sekaligus melihat gerak pernapasan anak.
 3. Menggunakan jam tangan dengan jarum detik atau jam digital. Pernapasan dihitung sampai ke batas napas cepat (60, 50, atau 40 sesuai umur anak), kemudian segera melihat jam. Apabila pernapasan anak normal, maka Saudara akan memerlukan waktu menghitung lebih dari satu menit.

Tabel 2.2. Batas Napas Cepat Sesuai Golongan Umur

Jika Umur Anak	Anak Dikatakan Bernapas Cepat Jika
< 2 bulan	Frekuensi napas: 60 kali per menit atau lebih.
2 sampai <12 bulan	Frekuensi napas: 50 kali per menit atau lebih.
12 bulan sampai <5 tahun	Frekuensi napas: 40 kali per menit atau lebih.

(Kemenkes, 2012: 13)

Penghitungan frekuensi napas harus dilakukan selama 1 menit (60 detik) penuh. Frekuensi napas bayi umur <2 bulan tidak menentu. Kadang-kadang napasnya berhenti beberapa detik, diikuti periode napas cepat. Untuk menyatakan bayi umur kurang dari 2 bulan bernapas cepat perhatikanlah bahwa:

1. Apabila hasilnya kurang dari 60 kali per menit, anak tersebut tidak mengalami napas cepat.
2. Apabila hasilnya 60 kali per menit atau lebih, ditunggu beberapa menit dan ulangi penghitungan.
 - 1) Apabila hasil penghitungan kedua masih juga 60 kali per menit atau lebih berarti napas cepat.
 - 2) Apabila hasil penghitungan kedua < 60 kali per menit, berarti tidak ada napas cepat.

2.1.2. Kemampuan

Kemampuan berasal dari kata mampu yang berarti kuasa (bisa, sanggup) melakukan sesuatu, sedangkan kemampuan berarti kesanggupan, kecakapan, kekuatan (Tim Penyusun Kamus Besar Bahasa Indonesia, 1989; 552-553). Kemampuan (*ability*) berarti kapasitas seorang individu untuk melakukan beragam tugas dalam suatu pekerjaan (Robbins & Judge, 2008: 57).

Lebih lanjut, Robbins & Judge (2008: 57-61) menyatakan bahwa kemampuan keseluruhan seorang individu pada dasarnya terdiri atas dua kelompok faktor, yaitu:

1. Kemampuan intelektual (*intellectual ability*), merupakan kemampuan yang dibutuhkan untuk melakukan berbagai aktifitas mental (berfikir, menalar, dan memecahkan masalah).
2. Kemampuan fisik (*physical ability*), merupakan kemampuan melakukan tugas-tugas yang menuntut stamina, keterampilan, kekuatan, dan karakteristik serupa.

2.1.2.1. Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2003: 127-130), pengetahuan merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*). Perilaku baru atau adopsi perilaku yang didasari pengetahuan, kesadaran, dan sikap positif akan bersifat langgeng (*long lasting*). Perilaku yang tidak didasari pengetahuan dan kesadaran tidak akan berlangsung lama (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan mempunyai 6 tingkatan menurut Notoatmodjo (2003), yaitu:

1. Tahu (*know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Tahu (*know*) ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Contoh: dapat menyebutkan gejala-gejala penyakit pneumonia pada balita.
2. Memahami (*comprehension*) diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat

menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus makan makanan yang bergizi.

3. Aplikasi (*aplication*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Misalnya dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan-perhitungan hasil penelitian.
4. Analisis (*analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan.
5. Sintesis (*synthesis*) adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Misalnya, dapat menyusun, dapat merencanakan terhadap suatu teori atau rumusan-rumusan yang telah ada.
6. Evaluasi (*evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2.1.2.2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Menurut Newcomb dalam Notoatmodjo (2003: 124), sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu.

Allport (1954) dalam Fitriastutik (2010: 27) menjelaskan bahwa sikap mempunyai 3 komponen pokok, yakni:

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak.

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap utuh, pengetahuan, pikiran, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting. Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan, yakni:

1. Menerima (*receiving*). Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
2. Merespon (*responding*), dapat diartikan memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, berarti orang menerima ide tersebut.
3. Menghargai (*valuing*). Menghargai merupakan suatu kemampuan untuk mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.
4. Bertanggung jawab (*responsible*). Bertanggung jawab atas segala yang telah dipilih dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi.

2.1.2.3. Praktik

Seseorang yang telah mengetahui stimulus/ objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses

selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan/ mempraktikkan apa yang diketahui atau disikapinya (dinilai baik). Inilah yang disebut praktik (*practice*) kesehatan atau dapat dikatakan praktik kesehatan (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2003).

Notoatmodjo (2003), mengemukakan bahwa praktik atau tindakan ini dapat dibedakan menjadi 4 tingkatan menurut kualitasnya, yaitu :

1. Persepsi (*Perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

2. Respons Terpimpin (*Guided Response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat dua.

3. Mekanisme (*Mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga.

4. Adaptasi (*Adaption*)

Adaptasi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

2.1.3. Posyandu dan Kader Posyandu

2.1.3.1. Posyandu

Departemen Kesehatan RI (2006) dalam Buku Kader Posyandu mengemukakan bahwa posyandu adalah wadah atau tempat pemeliharaan

kesehatan yang dilakukan dari, oleh, dan untuk masyarakat serta dibimbing petugas kesehatan terkait dalam hal ini petugas dari puskesmas.

Zulkifli (2003) menjelaskan tiga definisi posyandu yaitu secara sederhana dapat diartikan sebagai pusat kegiatan masyarakat di mana pelayanan KB kesehatan dapat diperoleh sekaligus oleh masyarakat, dari aspek prosesnya, posyandu didefinisikan sebagai wujud peran serta masyarakat di dalam pembangunan, khususnya di dalam bidang kesehatan dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal dengan cara menciptakan kemampuan (upaya) untuk hidup sehat bagi setiap penduduk, serta dipandang dari hirarki sistem upaya pelayanan kesehatan. Posyandu adalah wadah yang menghubungkan ahli teknologi dan ahli kelola dalam upaya-upaya kesehatan yang profesional yang ditujukan kepada masyarakat sebagai upaya untuk menciptakan kemampuan masyarakat agar bisa hidup sehat.

2.1.3.2. Tujuan Posyandu

Tujuan penyelenggaraan posyandu menurut Departemen Kesehatan RI (Sembiring, 2004) yaitu:

1. Menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Ibu (ibu hamil, melahirkan, dan nifas).
2. Mempercepat penerimaan atau membudayakan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS).
3. Meningkatkan peran serta dan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan keluarga berencana beserta kegiatan lainnya yang dapat menunjang tercapainya masyarakat hidup sehat sejahtera.

4. Berfungsi sebagai wahana gerakan reproduksi keluarga sejahtera, gerakan ketahanan keluarga, dan gerakan ekonomi keluarga sejahtera.

2.1.3.3. Sasaran Posyandu

Sasaran posyandu menurut Departemen Kesehatan RI (2006) dan Sembiring (2004) adalah bayi berusia kurang dari 1 tahun, anak balita usia 1 sampai 5 tahun, ibu hamil, ibu menyusui, ibu nifas, Pasangan Usia Subur (PUS), dan Wanita Usia Subur (WUS).

2.1.3.4. Kader Posyandu

Kader posyandu adalah tenaga sukarela yang dipilih masyarakat dan bertugas mengembangkan masyarakat. Dalam hal ini kader juga sebagai penggerak atau promotor kesehatan (Yulifah & Yuswanto, 2005 dalam Suparyanto, 2010).

2.1.3.5. Tugas Kader Posyandu

1. Persiapan Hari Buka Posyandu, yaitu:
 - 1) Menyiapkan alat dan bahan, yaitu alat penimbangan bayi, KMS, alat pengukur LILA, alat peraga, dll.
 - 2) Mengundang dan menggerakkan masyarakat untuk datang ke posyandu.
 - 3) Menghubungi pokja posyandu, yaitu menyampaikan rencana kegiatan kepada kantor desa.
 - 4) Melaksanakan pembagian tugas, yaitu menentukan pembagian tugas diantara kader posyandu baik untuk persiapan maupun pelaksanaan kegiatan.
2. Melaksanakan pelayanan 5 meja.

3. Tugas kader setelah hari buka posyandu yaitu:
 - 1) Memindahkan catatan dalam KMS ke dalam buku register atau buku bantu kader.
 - 2) Mengevaluasi hasil kegiatan dan merencanakan kegiatan dari posyandu yang akan datang.
 - 3) Melaksanakan penyuluhan kelompok (kelompok dasawisma).
 - 4) Melakukan kunjungan rumah (penyuluhan perorangan) bagi sasaran posyandu yang bermasalah.

2.1.4. Pendidikan Kesehatan

2.1.4.1. Pengertian Pendidikan Kesehatan

A Joint Committee on Terminology in Health Education of United States (1973) mendefinisikan pendidikan kesehatan sebagai suatu proses yang mencakup dimensi dan kegiatan-kegiatan dari intelektual, psikologi, dan sosial yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan manusia dalam mengambil keputusan secara sadar dan yang mempengaruhi kesejahteraan diri, keluarga, dan masyarakat (Machfoedz & Suryani, 2009: 6,7).

2.1.4.2. Tujuan Pendidikan Kesehatan

1. Tujuan Kaitannya dengan Batasan Sehat

Berdasar batasan *World Health Organization* (WHO), tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk merubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat.

2. Merubah Perilaku Kaitannya dengan Budaya

Sikap dan perilaku adalah bagian dari budaya. Kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma, adalah kebudayaan. Merubah kebiasaan, apalagi adat kepercayaan, yang telah menjadi norma atau nilai di suatu kelompok masyarakat, tidak segampang itu untuk merubahnya. Hal itu, memerlukan suatu proses yang panjang. Kebudayaan adalah suatu sikap dan perilaku serta cara berpikir orang yang terjadinya melalui suatu proses belajar. Oleh karena itu merubah perilaku memerlukan waktu yang panjang (Machfoedz & Suryani, 2009: 7-10).

2.1.4.3. Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Machfoedz & Suryani (2009: 11,12), sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia, berdasarkan kepada program pembangunan Indonesia, adalah:

1. Masyarakat umum dengan berorientasi pada masyarakat pedesaan.
2. Masyarakat dalam kelompok tertentu, seperti wanita, pemuda, remaja. Termasuk dalam kelompok khusus ini adalah kelompok lembaga pendidikan mulai dari TK sampai perguruan tinggi, sekolah agama swasta maupun negeri.
3. Sasaran individu dengan teknik pendidikan kesehatan individual.

2.1.4.4. Tahap-Tahap Kegiatan Pendidikan Kesehatan

Oleh karena merubah perilaku seseorang itu tidak mudah, maka kegiatan pendidikan kesehatan harus melalui tahap-tahap yang hati-hati, secara ilmiah. Tahap-tahap kegiatan pendidikan kesehatan adalah (Machfoedz & Suryani, 2009: 13,14):

1. Tahap Sensitisasi

Tahap ini dilakukan guna memberikan informasi dan kesadaran pada masyarakat terhadap adanya hal-hal penting berkaitan dengan kesehatan. Kegiatan ini tidak memberikan peningkatan atau penjelasan mengenai pengetahuan, tidak pula mengarah pada perubahan sikap, serta tidak atau belum bermaksud agar masyarakat merubah pada perilaku tertentu.

2. Tahap Publisitas

Tahap ini adalah kelanjutan dari tahap sensitisasi. Bentuk kegiatan misalnya *press release* untuk menjelaskan lebih lanjut.

3. Tahap Edukasi

Tahap ini sebagai kelanjutan dari tahap publisitas. Tujuannya untuk meningkatkan pengetahuan, merubah sikap, serta mengarahkan kepada perilaku yang diinginkan oleh kegiatan tersebut.

4. Tahap Motivasi

Tahap ini merupakan kelanjutan dari tahap edukasi. Perorangan atau masyarakat setelah mengikuti pendidikan kesehatan, benar-benar merubah perilaku sehari-harinya, sesuai dengan perilaku yang dianjurkan oleh pendidikan kesehatan pada tahap ini.

2.1.4.5. Metode Pendidikan

Metode pendidikan kesehatan menurut Notoatmodjo (2003: 57), terdapat beberapa metode yaitu individual, kelompok, dan massa (publik).

1. Metode Pendidikan Individual

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan yang bersifat individual digunakan untuk membina perilaku baru, atau membina seseorang yang mulai

tertarik kepada suatu perubahan perilaku, atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta dapat membantunya, maka perlu menggunakan metode ini. Bentuk pendekatan ini, antara lain bimbingan, penyuluhan, atau interview.

2. Metode Pendidikan Kelompok

Dalam memilih metode pendidikan, harus diingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal dari sasaran. Untuk kelompok yang besar, metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan. Kelompok besar adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini antara lain ceramah dan seminar, sedangkan kelompok kecil adalah apabila kelompok penyuluhan kurang dari 15 orang. Metode-metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, *buzz grup*, memainkan peranan (*role play*), dan *simulation game*.

3. Metode Pendidikan Massa

Metode pendidikan massa cocok untuk mengomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum, dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan, dan sebagainya, maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pendekatan ini biasanya digunakan

untuk menggugah kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi, dan belum diharapkan untuk sampai pada perubahan perilaku. Namun demikian bila kemudian dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku juga merupakan hal yang wajar. Pada umumnya pendekatan massa ini tidak langsung. Biasanya dengan menggunakan atau melalui media massa.

2.1.4.6. Alat Bantu Pendidikan

Machfoedz & Suryani (2006: 121) mengemukakan bahwa alat bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan atau pengajaran. Alat bantu ini lebih sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan/pengajaran. Alat peraga ini disusun berdasarkan prinsip bahwa pengetahuan yang ada pada setiap manusia diterima atau ditangkap melalui panca indra. Semakin banyak indra yang digunakan untuk menerima sesuatu, maka semakin banyak dan semakin jelas pula pengertian/pengetahuan yang diperoleh. Dengan perkataan lain alat peraga ini dimaksudkan untuk mengarahkan indra sebanyak mungkin kepada objek, sehingga mempermudah pemahaman.

Alat peraga akan membantu dalam melakukan penyuluhan atau pendidikan kesehatan, agar pesan-pesan kesehatan dapat disampaikan secara lebih jelas dan masyarakat sasaran dapat menerima pesan orang tersebut dengan jelas dan tepat pula. Dengan alat peraga orang dapat mengerti fakta kesehatan yang dianggap rumit, sehingga mereka dapat menghargai betapa bernilainya kesehatan itu bagi kehidupan (Machfoedz & Suryani, 2006: 123).

2.1.4.7. Manfaat Alat Bantu Pendidikan

Menurut Machfoedz & Suryani (2006: 123,124), manfaat alat peraga adalah sebagai berikut:

1. Menimbulkan minat sasaran.
2. Mencapai sasaran yang lebih banyak.
3. Merangsang sasaran pendidikan untuk melaksanakan pesan-pesan kesehatan.
4. Membantu sasaran pendidikan untuk belajar lebih banyak dan cepat.
5. Merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterima kepada orang lain.
6. Mempermudah penyampaian bahan pendidikan/ informasi oleh para pendidik.
7. Mempermudah penerimaan informasi oleh sasaran pendidikan.
8. Mendorong keinginan orang untuk mengetahui, kemudian lebih mendalami, dan akhirnya memberikan pengertian yang lebih baik.
9. Membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.

2.1.4.8. Macam-macam Alat Bantu Pendidikan

Pada garis besarnya hanya ada tiga macam alat bantu pendidikan (alat peraga), yaitu (Machfoedz & Suryani, 2006: 124):

1. Alat bantu lihat (*visual aids*), yang berguna dalam membantu menstimulasi indera mata (penglihatan) pada waktu terjadinya proses pendidikan. Alat ini ada dua bentuk yaitu alat yang diproyeksikan seperti: *slide* dan film, dan alat yang tidak diproyeksikan seperti: gambar peta, bagan, boneka, dan sebagainya.

2. Alat bantu dengar (*audio aids*), yaitu alat yang dapat membantu untuk menstimulasikan indera pendengaran pada waktu proses penyampaian bahan pendidikan/pengajaran. Misalnya: radio, pita suara, dan sebagainya.
3. Alat bantu lihat dengar (*audio visual aids*) yaitu gabungan antara alat bantu lihat dan alat bantu dengar seperti televisi.

Disamping pembagian tersebut, alat peraga juga dapat dibedakan menjadi dua macam menurut pembuatannya dan penggunaannya, yaitu:

1. Alat peraga yang rumit seperti film, film strip, *slide*, dan sebagainya yang memerlukan listrik dan proyektor.
2. Alat peraga yang sederhana, mudah dibuat sendiri dengan bahan-bahan setempat yang mudah diperoleh, seperti: bambu, karton, kaleng bekas, kertas koran, dan sebagainya.

2.1.5. Kalender Deteksi Dini Pneumonia Balita

Kalender adalah suatu media berbentuk cetak sebagai penunjuk hari dan tanggal selama satu tahun, dapat diletakkan di dinding maupun di meja. Kalender tak hanya berfungsi sebagai penanda hari dan tanggal saja, tetapi seringkali digunakan sebagai media promosi perusahaan, pendidikan, maupun kesehatan. Pada penelitian ini kalender digunakan sebagai media kesehatan tentang deteksi dini pneumonia balita untuk ibu-ibu balita yang dapat diletakkan di meja. Kalender deteksi dini pneumonia balita berisi tentang pengertian, faktor risiko, cara deteksi dini pneumonia balita, serta cara hitung napas balita.

Penggunaan media kalender deteksi dini pneumonia balita dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Sebelum pendidikan kesehatan mengenai deteksi dini pneumonia balita dilakukan, terlebih dahulu kader posyandu kelompok eksperimen mempelajari materi menggunakan kalender deteksi dini pneumonia balita.
2. Pada saat pendidikan kesehatan, kalender deteksi dini pneumonia balita digunakan oleh kader posyandu untuk memudahkan dalam menyampaikan materi kepada ibu balita kelompok eksperimen.
3. Setelah pendidikan kesehatan, ibu balita kelompok eksperimen diberikan kalender deteksi dini pneumonia balita untuk digunakan sebagai alat panduan ibu dalam mendeteksi dini anak balita agar cepat mendapatkan pengobatan dan tidak menjadi pneumonia berat.

Media kalender deteksi dini pneumonia balita memiliki beberapa kelebihan, yaitu:

1. Memudahkan kader dalam menjelaskan materi deteksi dini pneumonia balita kepada ibu balita.
2. Dapat juga digunakan kader untuk mempelajari materi deteksi dini pneumonia balita.
3. Media kalender dapat digunakan ibu balita sebagai panduan dalam mendeteksi dini pneumonia balita kapan saja.
4. Ibu balita dapat mempelajari materi deteksi dini pneumonia balita secara mandiri.
5. Ibu balita dapat membaca-baca isi materi saat santai.
6. Informasi pada media kalender dapat dengan mudah dibagi dengan keluarga dan teman.

7. Ibu balita dapat mengetahui materi lebih terperinci dengan membaca media.

Media kalender deteksi dini pneumonia balita memiliki beberapa kekurangan, yaitu:

1. Ibu balita dengan kemampuan membaca yang rendah akan mengalami kesulitan dalam menggunakan media kalender sebagai panduan mendeteksi dini pneumonia balita.
2. Media kalender hanya akan efektif pada ibu balita yang mau membaca.

2.1.6. Buku Panduan Deteksi Dini Pneumonia Balita

Buku panduan/pedoman adalah buku yang berisi informasi, petunjuk, dan lain-lain yang berfungsi sebagai petunjuk bagi pembaca untuk mengetahui sesuatu secara lengkap agar dicapai hasil yang maksimal. Buku panduan deteksi dini pneumonia balita berisi tentang pengertian, faktor risiko, cara deteksi dini pneumonia balita, serta cara hitung napas balita.

Penggunaan media buku panduan deteksi dini pneumonia balita dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Sebelum pendidikan kesehatan mengenai deteksi dini pneumonia balita dilakukan, terlebih dahulu kader posyandu kelompok kontrol mempelajari materi menggunakan buku panduan deteksi dini pneumonia balita.
2. Pada saat pendidikan kesehatan, buku panduan deteksi dini pneumonia balita digunakan oleh kader posyandu untuk memudahkan dalam menyampaikan materi kepada ibu balita kelompok kontrol.

Media buku panduan deteksi dini pneumonia balita untuk kader memiliki beberapa kelebihan, yaitu:

1. Memudahkan kader dalam menjelaskan materi deteksi dini pneumonia balita kepada ibu balita.
2. Dapat digunakan kader untuk mempelajari materi deteksi dini pneumonia balita.

Buku panduan deteksi dini pneumonia balita hanya digunakan oleh kader dalam menjelaskan materi kepada ibu balita, sehingga terdapat beberapa kelemahan dalam penggunaannya, yaitu:

1. Ibu balita tidak dapat menggunakannya sebagai panduan dalam mendeteksi dini pneumonia balita.
2. Ibu balita tidak dapat mempelajari materi deteksi dini pneumonia balita secara mandiri.
3. Hal-hal yang terperinci mudah dilupakan oleh ibu balita, seperti jumlah napas balita yang tergolong napas cepat.

2.1.7. Metode Ceramah

Metode ceramah merupakan metode pertemuan yang paling sederhana dan paling sering diselenggarakan untuk menggugah kesadaran dan minat sasaran penyuluhan. Metode ini penyuluh lebih banyak memegang peran untuk menyampaikan dan menjelaskan materi penyuluhannya dengan sedikit memberikan kesempatan kepada sasaran untuk menyampaikan tanggapannya (Mardikanto, 1993 dalam Sitepu, 2008). Metode ceramah seringkali menggunakan alat bantu yang berupa materi tertulis dan atau gambar terproyeksi untuk menarik perhatian dan memperjelas materi yang disampaikan. Waktu

penyelenggaraan ceramah juga harus dibatasi, maksimum 1-2 jam (Mardikanto, 1993 dalam Sitepu, 2008).

Pada penelitian ini metode ceramah dalam rangka pendidikan kesehatan mengenai deteksi dini pneumonia balita dilakukan sebagai berikut:

1. Lima kader posyandu kelompok eksperimen dan lima kader posyandu kelompok kontrol yang dipilih (berdasarkan perannya di masyarakat, peran di posyandu, dan nilai *posttest*) diberikan pelatihan mengenai deteksi dini pneumonia balita. Setelah itu diberikan media kalender deteksi dini pneumonia balita untuk kader posyandu kelompok eksperimen dan media buku panduan deteksi dini pneumonia balita untuk kader posyandu kelompok kontrol.
2. Pendidikan kesehatan dilakukan oleh kader posyandu dengan metode ceramah. Ceramah dilakukan secara berkelompok, masing-masing kelompok terdiri atas 4 ibu balita.
3. Pada kelompok eksperimen, ceramah dilakukan oleh kader posyandu dengan alat bantu media kalender deteksi dini pneumonia balita. Pada kelompok kontrol, ceramah dilakukan oleh kader posyandu dengan alat bantu media buku panduan deteksi dini pneumonia balita.
4. Kader posyandu pada kedua kelompok melakukan ceramah mengenai deteksi dini pneumonia balita kepada ibu balita selama 45 menit. Materi yang disampaikan adalah pengertian, faktor risiko, cara deteksi dini pneumonia balita, serta cara hitung napas balita. Setelah itu kader posyandu melakukan

simulasi hitung napas balita dan mengajak ibu untuk mempraktikkan secara langsung.

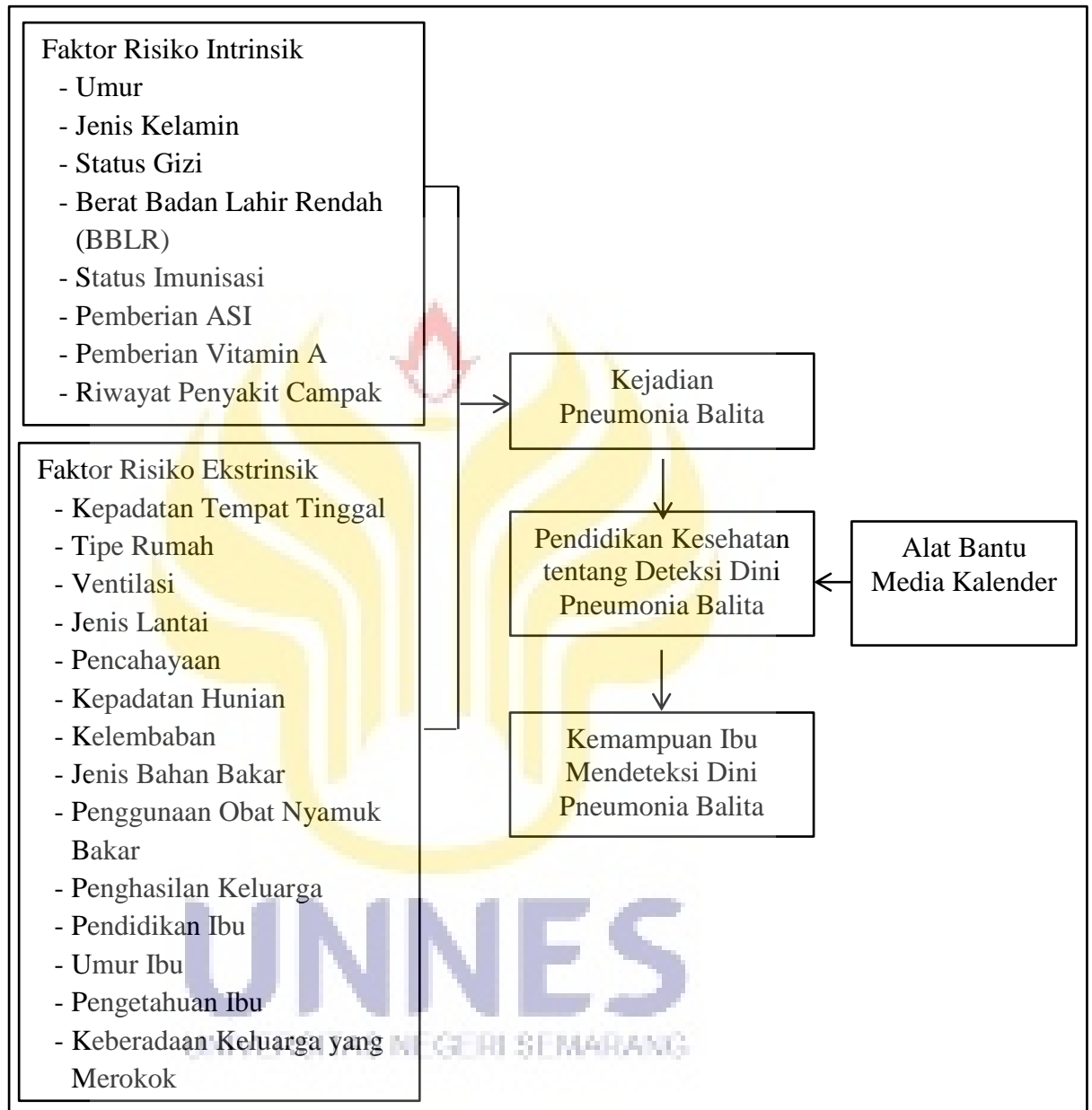
Terdapat beberapa kelebihan menggunakan metode ceramah, yaitu:

1. Pada metode ceramah dengan kelompok kecil terjadi komunikasi langsung antara kader posyandu dan ibu balita, sehingga kader posyandu dapat memberikan pemahaman dan keyakinan yang mendalam.
2. Mudah mengulang kembali jika ada materi yang kurang jelas ditangkap peserta.
3. Ibu balita dapat bertanya langsung tentang hal yang belum dimengerti kepada kader posyandu.
4. Ibu balita dapat mengetahui kesalahan dalam melakukan praktik hitung napas dan kader posyandu dapat mengoreksinya.

Terdapat beberapa kelemahan menggunakan metode ceramah, yaitu:

1. Hal-hal yang terinci seperti jumlah napas balita kategori napas cepat mudah dilupakan setelah beberapa lama.
2. Ibu balita akan kesulitan dalam mendeteksi dini pneumonia balita apabila hanya mengandalkan ingatan tentang materi deteksi dini pneumonia balita.

2.2. KERANGKA TEORI



Gambar 2.1. Kerangka Teori

Sumber: Greenberg D, Leibovitz E (2005) dan Depkes RI (2000) dalam Rachmawati (2013: 2).

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

6.1. SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa:

1. Terdapat perbedaan yang bermakna pengetahuan ibu mengenai deteksi dini pneumonia balita antara yang diberikan pendidikan kesehatan dengan media kalender oleh kader posyandu dan tanpa media kalender ($p=0,003$).
2. Tidak terdapat perbedaan sikap ibu mengenai deteksi dini pneumonia balita antara yang diberikan pendidikan kesehatan dengan media kalender oleh kader posyandu dan tanpa media kalender ($p=1,000$).
3. Terdapat perbedaan yang bermakna praktik hitung napas ibu antara yang diberikan pendidikan kesehatan dengan media kalender oleh kader posyandu dan tanpa media kalender ($p=0,011$).
4. Terdapat perbedaan yang bermakna kemampuan ibu mendeteksi dini pneumonia balita antara yang diberikan pendidikan kesehatan dengan media kalender oleh kader posyandu dan tanpa media kalender ($p=0,016$, $RR=1,8$).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

6.2. SARAN

6.2.1. Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan dapat memberikan pelatihan deteksi dini pneumonia balita dan memberikan motivasi kepada kader posyandu agar setiap kader posyandu mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu-ibu balita, serta memberikan media kesehatan agar pendidikan kesehatan yang dilakukan dapat lebih efektif sehingga dapat menurunkan angka kesakitan pneumonia balita, contohnya adalah media kalender deteksi dini pneumonia balita.

6.2.2. Bagi Masyarakat

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan mengenai deteksi dini pneumonia balita, masyarakat khususnya ibu-ibu balita sebaiknya menerapkan deteksi dini pneumonia balita agar pneumonia tidak menjadi berat dan cepat diobati.

6.2.3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya disarankan agar meneliti keefektifan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kemampuan ibu mendeteksi dini pneumonia balita dengan menggunakan media lain.

DAFTAR PUSTAKA

Annah, Itma, Rasdi Nawi, dan Jumriani Ansar, 2012, Faktor Risiko Kejadian Pneumonia Anak Umur 6-59 Bulan di RSUD Salewangan maros Tahun 2012, *Laporan Penelitian*, Universitas Hasanudin.

Arikunto, Suharsimi, 2013, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Rineka Cipta, Jakarta.

Azizah, Miftahul, Fahrurazi, Nurul Indah Qoriaty, 2014, Tingkat Pengetahuan dan Pendidikan Ibu Balita dengan Kejadian Penyakit Pneumonia pada Balita di Kelurahan Keraton Kecamatan Martapura Kabupaten Banjar, *Jurnal An-Nadaa*, Volume 1, No 1, Juni 2014, hlm. 1-4.

Azwar, Saifudin, 2005, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, Pustaka Pelajar Offset, Yogyakarta.

Budiarto, Eko, 2002, *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta.

Dahlan, Sopiudin, 2004, *Statistika untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Arkansas, Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006, *Pedoman Pengendalian Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut untuk Penanggulangan Pneumonia pada Balita*, Direktorat Jenderal Pemberdayaan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta.

_____, 2006, *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*, Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Jakarta.

Dewi, Nila Azmita, 2011, Faktor Dominan Karakteristik Ibu yang Berhubungan dengan Pertumbuhan dan Perkembangan Balita Usia 2-5 Tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang Tahun 2011, *Skripsi*, Universitas Andalas.

Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2015, *Laporan P2P Dinas Kesehatan Kota Semarang*, Dinas Kesehatan Kota Semarang, Semarang.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2011, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2011*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.

_____, 2012, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2012*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.

_____, 2013, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2013*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.

_____, 2014, *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2014*, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.

Fitriastutik, Diah Ratna, 2010, Efektivitas Booklet dan Permainan Tebak Gambar dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Siswa Kelas IV terhadap Karies Gigi di SD Negeri 01, 02, dan 03 Bandengan Kecamatan Jepara Kabupaten Jepara Tahun Ajaran 2009/2010, *Skripsi*, Universitas Negeri Semarang.

Hartati, Susi, Nani Nurhaeni, dan Dewi Gayatri, 2008, Faktor Risiko Terjadinya Pneumonia pada Anak Balita, *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 15, No 1, Maret 2012, hlm. 13-20.

Hendarwan, Harimat, 2005, Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Perilaku Ibu Balita dalam Pencarian Pengobatan pada Kasus-Kasus Balita dengan Gejala Pneumonia di Kabupaten Serang, *Media Litbang Kesehatan*, Volume XV, No 3, 2005.

Kartasmita, Cissy B, 2010, Pneumonia Pembunuh Balita, *Buletin Jurnal Epidemiologi: Pneumonia Balita*, Volume III, No 4, September 2010, hlm. 22-26.

Kasjono, Heru Subaris dan Yasril, 2009, *Teknik Sampling untuk Penelitian Kesehatan*, Graha Ilmu, Yogyakarta.

Kaunang, Yohanna Christy Ningtyas, 2012, Faktor-Faktor Risiko Kejadian Pneumonia pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kawangkotan Kabupaten Minahasa, *Skripsi*, Universitas Sam Ratulangi.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2009, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2009*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

_____, 2010, *Pedoman Kader Seri Kesehatan Anak*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

_____, 2011, *Pedoman Pengendalian Infeksi Saluran Pernafasan Akut*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

_____, 2012, *Peta Kesehatan Indonesia Tahun 2010*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

_____, 2014, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

_____, 2015, *Data dan Informasi Tahun 2014 (Profil Kesehatan Indonesia)*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Kelurahan Jatisari, 2015, *Laporan Monografi Kelurahan Jatisari*, Semarang.

Khoiron, Nur, 2014, Efektifitas Pendidikan Kesehatan Dengan Menggunakan Media Leaflet Dan Media Slide Power Point Terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Deteksi Dini Kanker Serviks Pada Ibu Ibu Pkk Di Wilayah Kerja Puskesmas Kartasura Sukoharjo, *Skripsi*, Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Kholik, Syaiful, 2006, Media Kalender sebagai Media Penyuluhan dalam Meningkatkan Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Keluarga dalam Pencegahan DBD di Kecamatan Landasan Ulin Kota Banjarbaru, *Tesis*, Universitas Gadjah Mada.

- Linda E. dan Ina S., 1994, *Promosi Kesehatan, Petunjuk Praktis Edisi Kedua*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Lunandi, A. G., 1993, *Pendidikan Orang Dewasa, Sebuah Uraian Praktis untuk Pembimbing Penatar Pelatih dan Penyuluh Lapangan*, Gramedia, Jakarta.
- Machfoedz, Ircham dan Eko Suryani, 2009, *Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan*, Fitramaya, Yogyakarta.
- Machmud, Rizanda, 2006, *Pneumonia Balita di Indonesia dan Peran Kabupaten dalam Menanggulangnya*, Andalas University Press, Padang.
- Mayasari, Maria Listri, 2015, Efektivitas Penyuluhan Kesehatan dengan metode ceramah disertai Pemanfaatan media Booklet dala Upaya meningkatkan Pengetahuan Ibu tentang Penyakit Pneumonia pada Balita di Kelurahan Bandarharjo Kecamatan Semarang Utara Kota Semarang Tahun 2014, *Skripsi*, Universitas Negeri Semarang.
- Mokoginta, Dhefika, Arsunan Arsin, dan Dian Sidik, 2013, Faktor Risiko Kejadian Pneumonia pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Sudiang Kota Makassar, *Skripsi*, Universitas Hasanudin.
- Murti, Bhisma, 1997, *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Muttaqin, Arif, 2008, *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Noor, Nur Nasry, 2008, *Epidemiologi*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Notoatmodjo, Sukidjo, 2003, *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta.
- _____, 2005, *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta.

_____, 2007, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta.

_____, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan Edisi Revisi*, Rineka Cipta, Jakarta.

Nugroho, Amin Prasetyo, 2011, Pengaruh Pendidikan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Ibu tentang ISPA pada Anak Balita di Desa Blulukun Wilayah Kerja Puskesmas Colomadu II Kabupaten Karanganyar, *Skripsi*, Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Nurjazuli & Eny Widyaningtyas, 2007, Faktor Risiko Dominan Kejadian Pneumonia pada Balita, *Laporan Penelitian*, Universitas Diponegoro.

Padmonobo, Heru, Onny Setiani, dan Tri Joko, 2012, Hubungan Faktor-Faktor Lingkungan Fisik Rumah dengan Kejadian Pneumonia pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Jatibarang Kabupaten Brebes, *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, Volume 11, No 2, Oktober 2012, hlm. 194-198.

Pramudiyani, Novita Aris dan Galuh Nita Prameswari, 2011, Hubungan antara Sanitasi Rumah dan Perilaku dengan Kejadian Pneumonia Balita, *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang*, Volume VI, No 2, Januari 2011, hlm. 71-78.

Pusat Data dan Informasi PERSI, *Pneumonia pada Anak: UNICEF dan WHO Menyebutkan Pneumonia sebagai Penyebab Kematian Tertinggi Anak Balita*, Rabu 18 Juli 2012, diakses tanggal 27 Juli 2015, (<http://www.pdpersi.co.id/content/article.php?mid=5&catid=9&nid=866>).

Puskesmas Mijen, 2014, *Laporan Harian Kunjungan MTBS Tahun 2014*, Puskesmas Mijen, Semarang.

_____, 2014, *Rekapitulasi Laporan Bulanan Penderita ISPA Tahun 2014*, Puskesmas Mijen, Semarang.

_____, 2015, *Laporan Harian Kunjungan MTBS Tahun 2015*, Puskesmas Mijen, Semarang.

_____, 2015, *Rekapitulasi Laporan Bulanan Penderita ISPA Tahun 2015*, Puskesmas Mijen, Semarang.

_____, 2016, *Laporan Harian Kunjungan MTBS Tahun 2016*, Puskesmas Mijen, Semarang.

_____, 2016, *Rekapitulasi Laporan Bulanan Penderita ISPA Tahun 2016*, Puskesmas Mijen, Semarang.

Rachmawati, Diah Andarina, 2013, Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Pneumonia pada Balita Umur 12-48 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Mijen Kota Semarang, *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Volume II, No 1, 2013.

Redjeki, G.S., 2005, Kemampuan dan Kepuasan Ibu terhadap Pendidikan Kesehatan mengenai Stimulasi Perkembangan Anak Usia Toddler di Kelurahan Kemirimuka Depok, *Tesis*, Universitas Indonesia.

Rizkianti, Annissa, 2008, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Pneumonia pada Balita 10-59 Bulan yang Dirawat di RSUP Persahabatan Jakarta Tahun 2008, *Skripsi*, Universitas Indonesia.

Robbins, Stephen P. & Timothy A. Judge, 2008, *Organizational Behaviour*, Salemba Empat, Jakarta.

Rustiyanto, Ery, Soeharyo Adisaputro, dan Sidhartani Zain, 2012, Faktor Risiko Kejadian Pneumonia pada Balita (Studi Kasus di Puskesmas Umbulharjo II Kota Yogyakarta), *Tesis*, Universitas Diponegoro.

Said, Mardjanis, 2010, Pengendalian Pneumonia Anak-Balita dalam Rangka Pencapaian MDG4, *Buletin Jurnal Epidemiologi: Pneumonia Balita*, Volume III, No 3, September 2010, hlm. 16-21.

- Sartika, Mas Henny Dewi, Onny Setiani, dan Nur Endah W, 2012, Faktor Lingkungan Rumah dan Praktik Hidup Orang Tua yang Berhubungan dengan Kejadian Pneumonia pada Anak Balita di Kabupaten Kubu Raya Tahun 2011, *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, Volume 11, No 2, Oktober 2012, hlm.153-159.
- Sastroasmoro, Sudigdo dan Sofyan Ismael, 2011, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi ke-4*, Sagung Seto, Jakarta.
- Sembiring, N., 2004, *Posyandu sebagai Sarana Peran Serta Masyarakat dalam Usaha Peningkatan Kesehatan Masyarakat*, Bagian Kependudukan dan Biostatistik, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatra Utara, Medan.
- Setyoningrum, R.A., 2006, *Pneumonia in Continuing Education Ilmu Kesehatan Anak XXXVI*, Surabaya, 2006, SMF Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kesehatan Universitas Airlangga RSUD dr. Soetomo.
- Sitepu, Ahnela, 2008, Efektivitas Penyuluhan Kesehatan menggunakan Metode Ceramah Disertai Pemutaran VCD dan Tanpa Pemutaran VCD dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Ibu tentang Penyakit Pneumonia pada Balita di Kecamatan Stabat Kabupaten Langkat, *Tesis*, Universitas Sumatera Utara.
- Somantri, Irman, 2008, *Keperawatan Medika Bedah: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Sugihartono, Nurjazuli, 2012, Analisis Faktor Risiko Kejadian Pneumonia pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Sidorejo Kota Pagar Alam, *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia*, Volume 11, No 1, April 2012, hlm. 82-86.
- Sugiyono, 2010, *Metode Penelitian Pendidikan: Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D Cetakan ke 10*, Alfabeta, Jakarta.
- Sulisnadewi, Ni Luh Kompyang, 2011, Pendidikan Kesehatan Keluarga Efektif Meningkatkan Kemampuan Ibu dalam Merawat Anak Diare, *Jurnal Keperawatan Indonesia*, *Tesis*, Universitas Indonesia.

- Suparyanto, *Kader Posyandu*, Rabu 08 September 2010, diakses tanggal 12 Januari 2016, (<http://dr-suparyanto.blogspot.com/2010/09/kader-posyandu.html?m=1>).
- Sutangi, H, 2014, Hubungan Pengetahuan dan Sikap Ibu dengan Kejadian Pneumonia Balita di Desa Telukagung Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Plumbon Kecamatan Indramayu Kabupaten Indramayu Tahun 2014, *AFIASI Jurnal Kesehatan Masyarakat*, Volume 1, No 1, Maret 2015, hlm. 1-7.
- Suzanna, 2011, Pemanfaatan Media Kalender dan Flyer dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat terhadap Pencegahan Penyakit Filariasis di Kabupaten Banyuwangi, *Tesis*, Universitas Gadjah Mada.
- Syam, Tantry Fatimah, 2008, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kesakitan Pneumonia pada Balita Usia 0-59 Bulan di Provinsi Nusa Tenggara Barat (Analisis Data Sekunder Survei Data Dasar HSS GTZ 2007), *Skripsi*, Universitas Indonesia.
- Tim Penyusun Kamus Besar Bahasa Indonesia, 1989, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Balai Pustaka, Jakarta.
- United Nations of Children's Fund (UNICEF), 2012, *Buku Bergambar untuk Kader Kesehatan Perawatan Bayi Muda dan Balita Sakit Di Masyarakat*, UNICEF.
- Utami, Sri, 2011, Efektivitas Pendekatan Verbal secara Individual oleh Kader Kesehatan terhadap Ibu Rumah Tangga dalam Meningkatkan Pengetahuan Deteksi Dini Penyakit Diare pada Balita dan Keterampilan Penerapan Terapi Rehidrasi Oral di Desa Rowobungkol Kecamatan Ngawen Kabupaten Blora Tahun 2010, *Skripsi*, Universitas Negeri Semarang.
- Utari, Weni, Arneliwati, dan Riri Novayelinda, 2013, Efektivitas Pendidikan Kesehatan terhadap Peningkatan Pengetahuan Keluarga tentang Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), *Jurnal PSIK*, 2013, hlm. 1-7.
- World Health Organization dan UNICEF, 2006, *Pneumonia: The Forgotten Killer of Children*, WHO dan UNICEF.

Yulianti, Indah, 2013, Booklet untuk Meningkatkan Pengetahuan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Demam Berdarah Dengue (DBD) di Desa Plumbungan Kecamatan Karang Malang Kabupaten Sragen, *Skripsi*, Universitas Negeri Semarang.

Yulifah, R., Yuswanto, A., dan Johan T., 2009, *Asuhan Kebidanan Komunitas*, Salemba Medika, Jakarta.

Zulkifli, 2003, *Posyandu dan Kader Kesehatan*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatra Utara.

