FAKTOR RISIKO INTRINSIK YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN ISPA PADA BALITA DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS GUBUG I KABUPATEN GROBOGAN TAHUN 2009

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh:
Widyaningtyas
NIM 6450404112

PERPUSTAKAAN
UNNES

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2010

ABSTRACT

Widyaningtyas, 2009, **The Intrinsic Risk Factor Related to ISPA Incidence at Balita in Puskesmas Gubug I Working Area, Sub-Province of Grobogan,** Scrip, Public health Departement, The sport Science Faculty, Semarang State University.

Keyword: ISPA, The infant

Acute Respiratory Infection (ISPA) represent one of the the root cause and morbidity of mortality in some state. This disease often happened at child and represent root cause death of child in all the world. From medical record data of Puskesmas Gubug I in July-September 2009 showing the percentage of 36,46%. Problems which studied in this research is intrinsic risk factor related to ISPA incidence at infant in Puskesmas Gubug I working area, Sub-Province of Grobogan. The purpose of this research is to know intrinsic risk factor related to ISPA incident at infant in Puskesmas Gubug I working area, Sub-Province of Grobogan.

This research type represent analytic survey with approach of cross sectional. Population in this research is age group of infant (0-5 year) which medicinize to Puskesmas Gubug I in October-Desember 2009. Technique fortake of sampel the used is with technique of simple random sampling and got by sampel counted 92 children under five years old. Instrument in research is body scale. The primary data have got is way of interview and measurement of status of nutrient infant. The secondary data have got with ways documentation of medical record of Puskesmas Gubug I and of KMS infant. The data analysis has been doing univariately and bivariately using test of chi square with $\alpha = 0,05$.

From result of research got by that there is correlation between exclusively mother's milk with ISPA incidence at infant (p value= 0,018), there is correlation between immunization status with ISPA incidence at infant (p value=0,0001), there is correlation between gift/giving of side dish with ISPA incident (p value=0,0001), there no relation between age of infant with ISPA incidence at infant (p value =0,944), there no relation between weight body born with ISPA incidence at infant (p value = 0,701), there no relation between status of nutrient with ISPA incidence at infant (p value = 0,551).

Suggestion to Public Health Service to be more is paying attention of execution P2 ISPA program, to puskesmas officer to be improving intensive counselling about is important to improve status of nutrient family. For research is hereinafter expected by research with different device for example using by using device research of case control, so that can know other related risk factor with ISPA at infant morely circumstantial.

ABSTRAK

Widyaningtyas, 2009, **Faktor Risiko Intrinsik yang Berhubungan dengan Kejadian ISPA pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Gubug I, Kabupaten Grobogan**, Skripsi, Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Imu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Kata Kunci: ISPA, Balita

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas di berbagai negara. Penyakit ini sering terjadi pada anak dan merupakan sebab utama kematian anak di seluruh dunia. Dari data rekam medik Puskesmas Gubug I pada bulan Juli-September 2009 menunjukkan prosentase 36,46%. Permasalahan yang dikaji dalam penelitian ini adalah faktor risiko intrinsik apakah yang berhubungan dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I, Kabupaten Grobogan. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor risiko intrinsik yang berhubungan dengan kejadian ISPA di wilayah kerja Puskesmas Gubug I, Kabupaten Grobogan.

Jenis penelitian ini merupakan *survei analitik* dengan pendekatan *cross sectional.* Populasi dalam penelitian ini adalah kelompok usia balita (0-5 tahun) yang berobat ke Puskesmas Gubug I pada bulan Oktober-Desember 2009. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah dengan teknik *simple random sampling* dan didapatkan sampel sebanyak 92 balita. Instrumen dalam penelitian adalah kuesioner dan timbangan badan. Data primer diperoleh dengan cara wawancara dan pengukuran status gizi balita. Data sekunder diperoleh dari dokumentasi rekam medik Puskesmas Gubug I dan KMS balita. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat menggunakan uji *chi square* dengan α = 0,05.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian ISPA pada balita (*p value*= 0,018), ada hubungan antara status imunisasi dengan kejadian ISPA pada balita (*p value*=0,0001), ada hubungan antara pemberian makanan tambahan dengan kejadian ISPA (*p value*=0,0001), tidak ada hubungan antara umur balita dengan kejadian ISPA pada balita (*p value*= 0,944), tidak ada hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian ISPA pada balita (*p value*= 0,701), dan tidak ada hubungan antara status gizi dengan kejadian ISPA pada balita (*p value*= 0,551).

Saran yang diajukan bagi Dinas Kesehatan agar lebih memperhatikan pelaksanaan program P_2 ISPA, Bagi Puskesmas Petugas puskesmas diharapkan agar meningkatkan penyuluhan yang intensif tentang pentingnya meningkatkan status gizi keluarga. Untuk penelitian selanjutnya diharapkan adanya penelitian dengan rancangan yang berbeda misalnya menggunakan dengan menggunakan rancangan penelitian kasus kontrol, sehingga dapat mengetahui faktor risiko lain yang berhubungan dengan ISPA pada balita secara lebih mendalam.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini berjudul "Faktor Risiko Intrinsik yang Berhubungan dengan Kejadian ISPA pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Gubug I, Kabupaten Grobogan" .

Penyusunan skripsi ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Univeritas Negeri Semarang.

Keberhasilan penyusunan skripsi ini atas bantuan dari berbagai pihak, dengan rendah hati disampaikan terima kasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan, Drs. Harry Pramono,M.Si, atas ijin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, dr. Mahalul Azam,M.Kes, atas ijin penelitian.
3. Dosen Pembimbing I, dr. Oktia Woro KH, M.Kes, atas bimbingan, arahan dan semangat yang penuh kesabaran demi terselesaikan skripsi ini.
4. Dosen Pembimbing II, Irwan Budiono, S.KM, M.Kes., atas bimbingan, arahan dan semangat yang penuh kesabaran demi terselesaikan skripsi ini.
5. Bapak dan ibu dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, atas bekal ilmu dan perhatian yang diberikan.
6. Kepala Puskesmas Gubug I, Kabupaten Grobogan, dr.Arief Gunawan, atas ijin penelitiannya.

7. Pegawai Puskesmas Gubug I, Kabupaten Grobogan yang telah membantu dalam penelitian ini.
8. Ayahanda, Ibunda dan Kakak-kakakku tersayang yang telah memberikan do'a, semangat, dan motivasi.
9. Sahabat-sahabatku, Astri Lestari, Ika siswi W, Yusna, Okta M, Alfi R yang telah memberikan dukungan, semangat dan motivasinya
10. Teman-teman Kost Wisma Anjani atas dukungan dan motivasinya.
11. Teman-Teman IKM, atas bantuan dan motivasinya dalam penyelesaian skripsi ini.
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu- persatu, atas bantuan dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapatkan pahala dari Allah SWT dan semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, Januari 2010

Penulis

PERPUSTAKAAN UNNES

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

"Pola hidup sehat adalah sebuah proses yang memungkinkan individu untuk meningkatkan kesehatannya sehingga dapat diperbaiki (Taylor, 1991:251)".

PERSEMBAHAN:

Skripsi ini ananda persembahkan untuk Ayah dan Ibunda tercinta

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR ISI

JUDUL i

ABSTRAK ii

ABSTRACT iii

PENGESAHAN iv

MOTTO DAN PERSEMBAHAN v

KATA PENGANTAR vii

DAFTAR ISI viii

DAFTAR TABEL xi

DAFTAR GAMBAR xiii

DAFTAR LAMPIRAN xiv

BAB I PENDAHULUAN 1

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan Masalah 5

1.3 Tujuan Penelitian 5

1.4 Manfaat Hasil Penelitian 6

1.5 Keaslian Penelitian 7

1.6 Ruang Lingkup Penelitian 10

BAB II LANDASAN TEORI 11

2.1 Landasan Teori 11

2.1.1 ISPA 11

2.1.2 Definisi ISPA…… 12

2.1.3 Klasifikasi ISPA 12

2.1.4 Diagnosa ISPA 13

2.1.5 Etiologi ISPA 13

2.1.6 Patogenesis ISPA 13

2.1.7 Faktor Risiko yang berhubungan dengan Kejadian ISPA 14

2.2 Kerangka Teori 25

BAB III METODE PENELITIAN 26

3.1 Kerangka Konsep 26

3.2 Hipotesis Penelitian 26

3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian 27

3.4 Variabel Penelitian 28

3.5 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel 28

3.6 Populasi dan Sampel Penelitian 30

3.7 Sumber Data Penelitian 32

3.8 Instrumen Penelitian 33

3.9 Teknik Pengambilan Data 33

3.10 Teknik pengolahan dan Analisis data 34

BAB IV HASIL PENELITIAN 36

4.1 Deskripsi Data 36

4.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian 36

4.1.2 Karakteristik Responden 37

4.2 Hasil Penelitian 38

4.2.1 Analisis Data Univariat 38

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

4.2.2 Analisis Data Bivariat 40

BAB V PEMBAHASAN 47

5.1 Faktor Risiko Intrinsik yang Berhubungan dengan Kejadian ISPA 45

5.2 Faktor yang Tidak Berhubungan dengan Kejadian ISPA 48

5.3 Hambatan dan Kelemahan Penelitian 51

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN 53

6.1 Simpulan..... 53

6.2 Saran..... 54

DAFTAR PUSTAKA..... 55

LAMPIRAN 57

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian 7

Tabel 1.2 Perbedaan dengan Penelitian Sebelumnya..... 9

Tabel 2.1 Klasifikasi ISPA Berdasarkan kelompok umur..... 12

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel 28

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Balita menurut Umur 37

Tabel 4.2 Distribusi Karakteristik menurut Jenis Kelamin 37

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Umur Balita..... 38

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Berat Badan Lahir Balita 38

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Status Gizi Balita..... 39

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Pemberian ASI Eksklusif..... 39

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Status Imunisasi..... 40

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Pemberian Makanan Tambahan..... 40

Tabel 4.9 Hubungan antara Umur Balita dengan Kejadian ISPA 41

Tabel 4.10 Hubungan antara Berat Badan Lahir dengan Kejadian ISPA 41

Tabel 4.11 Hubungan antara Status Gizi dengan Kejadian ISPA..... 42

Tabel 4.12 Hubungan antara Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian ISPA 43

Tabel 4.13 Hubungan antara Status Imunisasi dengan Kejadian ISPA 43

Tabel 4.14 Hubungan antara Pemberian Makanan Tambahan..... 44

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Teori..... 25

Gambar 2 Kerangka Konsep 26

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Tugas Pembimbing 57

Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian kepada Puskesmas Gubug I 58

Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian kepada Kesbanglinmas 59

Lampiran 4 Surat Ijin Penelitian kepada BAPPEDA 60

Lampiran 5 Permohonan Ijin Penelitian kepada dari Dinas Kesehatan..... 61

Lampiran 6 Surat Rekomendasi Research dari BAPEDDA 62

Lampiran 7 Surat Keterangan Selesai Penelitian dari Puskesmas..... 63

Lampiran 8 Surat Ijin Validitas dan Reliabilitas Kuesioner 64

Lampiran 9 Kuesioner Penelitian 65

Lampiran 10 Hasil Uji Coba Validitas dan Reliabilitas Kuesioner..... 69

Lampiran 11 Data Identitas Responden..... 70

Lampiran 12 Data Hasil Penelitian..... 74

Lampiran 13 Rekapitulasi Hasil Penelitian..... 78

Lampiran 14 Daftar Populasi dan Sampel 80

Lampiran 15 *Crosstabs* (Hasil Uji SPSS)..... 85

Lampiran 16 *Frecuency table*..... 91

Lampiran 17 Dokumentasi Penelitian..... 93

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Di era globalisasi seperti sekarang ini banyak faktor yang menyebabkan timbulnya berbagai masalah kesehatan dan kurang memuaskan kinerja pembangunan kesehatan, hal ini dikarenakan anggaran untuk pembangunan kesehatan di Indonesia masih sangat kecil. Tahun 2010 dipilih dengan pertimbangan bahwa satu dasawarsa merupakan waktu yang cukup untuk mencapai tingkat kesehatan tertentu yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dalam lingkungan sehat, mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat, serta mampu menyediakan dan memanfaatkan (menjangkau) pelayanan kesehatan yang bermutu, sehingga memiliki derajat kesehatan yang tinggi (Kepmenkes No 1202, 2003 : 4).

Infeksi saluran pernafasan akut merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas di berbagai negara. Penyakit ini sering terjadi pada anak dan merupakan sebab utama kematian balita di seluruh dunia. ISPA sebagai penyebab kematian balita ini diduga karena penyakit ini merupakan penyakit akut dan kualitas penatalaksanaannya belum memadai. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan insidens Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di negara berkembang dengan angka kematian balita di atas 40 per 1000 kelahiran hidup adalah 15%-20% per tahun pada golongan usia balita. Menurut WHO ± 13 juta balita di dunia meninggal setiap tahun dan sebagian besar kematian tersebut

terdapat di negara berkembang, dimana pneumonia merupakan salah satu penyebab utama kematian dengan membunuh ± 4 juta balita setiap tahun .

Di Indonesia, Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) selalu menempati urutan pertama penyebab kematian pada kelompok balita. Selain itu ISPA juga sering berada pada daftar 10 penyakit terbanyak di rumah sakit di indonesia. Survei mortalitas yang dilakukan oleh Subdit ISPA tahun 2005 menempatkan ISPA/Pneumonia sebagai penyebab kematian balita di Indonesia dengan persentase 22,30% dari seluruh kematian balita. ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut) merupakan penyakit infeksi pada saluran pernapasan yang datang secara mendadak serta menimbulkan kegawatan atau kematian. ISPA akan semakin berbahaya jika diderita oleh balita.

Cakupan penemuan pneumonia pada balita di Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tahun 2005 sebesar 21,61 % dari jumlah balita. Angka tersebut masih sangat rendah bila dibandingkan target yaitu 86%, tahun 2006 sebesar 23,54 % dari jumlah balita, tahun 2007 sebesar 27,67 % dari jumlah balita (Dinkes Propinsi Jateng, 2007: 36 & 134).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah kasus penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di beberapa daerah Jawa Tengah meningkat. Daerah yang kini terjadi peningkatan kasus penyakit ISPA, antara lain Kabupaten Pati, Grobogan, Jepara, Kudus, Demak, Rembang, Sukoharjo, Cilacap, Brebes, Tegal, Kota Semarang, Kabupaten Semarang, Sragen, Pemalang, dan Surakarta.

Di Kabupaten Grobogan merupakan salah satu Kabupaten dengan peningkatan kasus penyakit ISPA pada balita sebanyak 26 % dari tahun sebelumnya. Kejadian ISPA pada anak balita menduduki peringkat ke-8 sebesar 4,3 per 1.000 anak. Jumlah persentase jumlah kasus balita yang menderita ISPA terdapat di Puskesmas Gubug I sebanyak 36,46 % dari jumlah balita 2.186.

Berdasarkan rekam medis yang terdapat di Puskesmas Gubug I menunjukkan bahwa terdapat peningkatan jumlah penderita ISPA pada balita yang dirujuk ke Puskesmas Gubug I yakni pada tahun 2006 terdapat peningkatan sebesar 2,27 %, sedangkan pada tahun 2007 sampai dengan tahun 2008 terdapat peningkatan sebesar 3,14 % (Puskesmas Gubug I, 2006-2008: 22-24).

Penyakit ISPA merupakan salah satu masalah kesehatan, karena setiap anak diperkirakan mengalami 3-6 kali setiap tahunnya 40-60 % dari kunjungan ke puskesmas adalah oleh penyakit ISPA. Infeksi saluran pernafasan ini juga erat hubungannnya dengan kepadatan penduduk, gizi, dan umur. Pada penduduk yang padat dan anak yang berumur kurang dari 2 tahun, penyakit ini lebih banyak ditemui, demikian juga pada anak dengan kekurangan gizi (Ditjen PPM & PLP,1984: 122). Berdasarkan fakta di negara berkembang bahwa setiap tahunnya terdapat 3,5 juta anak balita meninggal karena berbagai penyakit yang sebenarnya dapat dicegah dengan imunisasi (A.H Markum, 2002:72). ISPA ini juga banyak ditemukan pada balita karena kurang mendapatkan imunisasi yang lengkap seperti imunisasi BCG, DPT, Polio, Campak, & Hepatitis. Hal ini dikarenakan tubuh balita mempunyai pertahanan yang lemah terhadap penyakit ISPA tersebut.

Beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan penyakit ISPA terdiri dari faktor risiko intrinsik dan faktor risiko ekstrinsik. Faktor risiko intrinsik terdiri dari umur, pemberian ASI, status gizi, status imunisasi, berat badan lahir, dan pemberian ASI eksklusif. Faktor risiko ekstrinsik terdiri dari beberapa tipe rumah kepadatan hunian, jenis lantai, letak dapur, bahan bakar, dan lubang asap (Dinkes Propinsi Jawa Tengah, 2001:2).

Penelitian yang dilakukan oleh Eny Setianingsih mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian pneumonia pada balita pada pengunjung Puskesmas Klampok Kabupaten Banjarnegara tahun 2001, menunjukkan hubungan yang bermakna: 1). Pemberian ASI dengan kejadian pneumonia (p = 0,001; OR = 0.024), 2). Ada hubungan yang bermakna antara tipe rumah dengan kejadian pneumonia (p = 0,001; OR = 7.43), 3). Ada hubungan yang bermakna antara jenis lantai dengan kejadian pneumonia pada balita (p= 0,001; OR = 4.88).

Penelitian lain juga dilakukan oleh Dwi Astutik mengenai faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian pneumonia pada anak usia > 2 bulan – 5 tahun di wilayah kerja Puskesmas Cebongan Kota Salatiga, menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara: 1). Status gizi dengan kejadian pneumonia (p = 0,008; OR= 5,543), 2). Pemberian ASI dengan kejadian ISPA (p = 0,001; OR = 9,143), 3). Paparan asap dapur (p = 0,011; OR = 3,764), 4). Kepadatan tempat tinggal (p = 0,021; OR = 3,322), 5). Pemberian makanan tambahan (p = 0,001; OR = 8,178).

Dari uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang ”Faktor Risiko Intrinsik yang Berhubungan dengan Kejadian ISPA pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasar latar belakang masalah di atas maka penulis ingin mengetahui:

1. Adakah hubungan antara umur balita dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan?
2. Adakah hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan?
3. Adakah hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan?
4. Adakah hubungan antara status gizi dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan?
5. Adakah hubungan antara status imunisasi dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan?
6. Adakah hubungan antara pemberian makanan tambahan dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui faktor risiko intrinsik yang berhubungan dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui hubungan antara umur balita dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.
2. Untuk mengetahui hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.
3. Untuk mengetahui hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.
4. Untuk mengetahui hubungan antara status gizi dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.
5. Untuk mengetahui hubungan antara status imunisasi dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.
6. Untuk mengetahui hubungan antara pemberian makanan tambahan dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.

1.4 Manfaat Hasil Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian di atas, maka manfaat yang akan diperoleh dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1.4.1 Bagi Penulis

Menambah wawasan ilmu pengetahuan kesehatan masyarakat khususnya tentang faktor risiko intrinsik yang berhubungan dengan kejadian ISPA pada balita.

PERPUSTAKAAN UNNES

1.4.2.Bagi Lembaga Pendidikan

Menambah bahan kepustakaan dan menambah informasi tentang faktor risiko intrinsik yang berhubungan dengan kejadian ISPA pada balita.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil penelitian
1.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian pneumonia pada balita pengunjung Puskesmas Klampok Kabupaten Banjarnegara Tahun 2001.	Eny Setyaningsih	2001, Puskesmas Klampok Kabupaten Banjarnegara	*Case Control*	Variabel Bebas: - Faktor intrinsik:status imunisasi, pemberian ASI - Faktor ekstrinsik: tipe rumah, jenis lantai, kondisi jendela, kepadatan hunian, kelembaban, pencahayaan, letak dapur, bahan bakar, cerobong asap Variabel Terikat: pneumonia	Faktor risiko yang bermakna: 1. Pemberian ASI (*p*= 0,001; OR= 0,024) 2. Tipe rumah (*p*= 0,001; OR= 7,43) 3.Jenis lantai (*p*= 0,001; OR= 4,88) 4.Kondisi Jendela (*p*=0,001; OR= 3,20) 5. Padat Hunian(*p*= 0,001; OR= 3,20) 6.Pencahayaan= (*p*= 0,001; OR= 6,84). Faktor Risiko yang bermakna: 1.Status imunisasi (*p*= 0,025; OR= 2,800) 2.Pemberian ASI(*p*= 0,001; OR= 3,004) 3.Kelembaban (*p*= 0,024; OR= 2,216) 4. Pencahayaan (*p*= 0,001; OR= 3,622) 5. Kepadatan hunian(*p*= 0,002; OR= 4,449) 6.Ventilasi (*p*= 0,001; OR= 5,598) 7. Jenis Lantai (*p*= 0,001; OR= 8,339) 8.Type Rumah (*p*= 0,001; OR= 8,598) 9.Keberadaan Cerobong (*p*= 0,001; OR= 23,780) 10. Bahan Bakar (*p*= 0,001; OR= 33,839)
2.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ISPA pada balita pengunjung Puskesmas Wanayasa Kab. Banjarnegara tahun 2004	Waslam	2004, Puskesmas Wanayasa, Kab. Banjarnegara	*Case Control*	Variabel Bebas: - Faktor intrinsik: status imunisasi, pemberian ASI -Faktor ekstrinsik: tipe rumah, jenis lantai, kondisi jendela, kepadatan hunian, kelembaban, pencahayaan, letak dapur, bahan bakar, cerobong asap Variabel Terikat: kejadian ISPA.	

Tabel 1.2 Perbedaan dengan Penelitian sebelumnya

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian
1.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian pneumonia pada balita pengunjung Puskesmas Klampok Kabupaten Banjarnegara Tahun 2001.	Eny Setyaningsih	2001, Puskesmas Klampok Kabupaten Banjarnegara s	*Case Control*	Variabel Terikat: Pneumonia Variabel Bebas: faktor intrinsik: status imunisasi, pemberian ASI Faktor ekstrinsik: tipe rumah, jenis lantai, kondisi jendela, padat hunian, kelembaban, pencahayaan, letak dapur, bahan bakar, cerobong asap
2.	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian ISPA pada balita pengunjung Puskesmas Wanayasa Kab. Banjarnegara tahun 2004	Waslam	2004, Puskesmas Wanayasa, Kab. Banjarnegara	*Case Control*	Variabel Terikat: Kejadian ISPA Variabel Bebas: faktor intrinsik: status imunisasi, pemberian ASI Faktor ekstrinsik: tipe rumah, jenis lantai, kondisi jendela, padat hunian, kelembaban, pencahayaan, letak dapur, bahan bakar, cerobong asap
3.	Faktor Risiko Intrinsik yang berhubungan dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.	Widyaningtyas	2009, Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan	*Cross Sectional*	Variabel Bebas : Umur balita, imunisasi, Status Gizi, Pemberian ASI, Berat badan lahir, pemberian makanan tambahan. Variabel Terikat: Kejadian ISPA.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN UNNES

Perbedaan penelitian Widyaningtyas dengan penelitian Eny Setyaningsih dan Waslam terletak pada rancangan penelitian pada tempat penelitian, waktu penelitian, dan variabel bebas penelitian (ada penambahan variabel yaitu: umur balita, status imunisasi, status gizi, pemberian ASI eksklusif, berat badan lahir, pemberian makanan tambahan).

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Tempat penelitian adalah di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Waktu penelitian pada bulan November 2009

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Ruang lingkup materi pada penelitian ini adalah di bidang Epidemiologi khususnya tentang ISPA.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Landasan Teori

2.1.1 ISPA

Menurut Cameron dan Hafvander di negara berkembang anak-anak berumur 0-5 tahun (balita) adalah golongan masyarakat yang paling rawan. Hal ini tampak pada angka kematian bayi dan angka kematian balita (0-3 tahun) yang tinggi, yang dapat mencapai 10-20 kali lipat angka di negara industri (Depkes RI, 2001: 6).

Puffer dan Serrano melaporkan bahwa kematian anak balita disebabkan oleh diare, selain itu ISPA menunjukkan angka kematian yang lebih tinggi, menurut Mosley, sebagai penyebab langsung kematian diare juga sebagai penyebab utama kurang gizi dan penyebab lain adalah infeksi saluran nafas (Depkes RI, 2001:6).

Sebagai kelompok penyakit ISPA juga merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama. Hal ini disebabkan masih tingginya angka kematian. ISPA juga merupakan salah satu penyebab utama kunjungan pasien di sarana kesehatan sebanyak 40% - 60% kunjungan berobat di puskesmas dan 15% - 30% kunjungan berobat di bagian rawat jalan dan rawat inap RS disebabkan oleh ISPA (Depkes RI, 2001:8)

2.1.2. Definisi ISPA

ISPA adalah penyakit infeksi akut yang menyerang salah satu bagian dan atau lebih dari saluran nafas mulai dari hidung (saluran atas) hingga alveoli (saluran bawah) termasuk jaringan adneksanya seperti sinus, rongga telinga tengah, dan pleura.

2.1.3 Klasifikasi ISPA

Tabel 2.1 Klasifikasi ISPA berdasarkan kelompok umur

Kelompok umur	Klasifikasi
> 2 bulan - < 5 tahun	Pneumonia berat Pneumonia Bukan pneumonia
< 2 bulan	Pneumonia Berat Bukan Pneumonia

Sumber:Depkes RI.2007:3.

Klasifikasi *pneumonia* berat didasarkan pada adanya batuk dan atau kesukaran bernafas disertai nafas sesak atau tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (*chest indrawing*) pada anak usia 2 bulan - 5 tahun. Untuk kelompok umur < 2 bulan diagnosis pneumonia berat ditandai dengan adanya nafas cepat (*fast breathing*) yaitu frekuensi pernafasan sebanyak 60 kali permenit atau lebih atau adanya tarikan yang kuat pada dinding dada bagian bawah ke dalam (*severe chest indrawing*).

Klasifikasi *pneumonia* didasarkan pada adanya batuk dan atau kesukaran bernafas disertai adanya nafas sesuai umur. Batas nafas cepat (*fast breathing)* pada anak usia 2 bulan - 1 tahun adalah 50 kali per menit dan 40 kali per menit untuk anak usia 1 - 5 tahun.

Klasifikasi bukan *pneumonia* mencakup kelompok penderita balita dengan batuk yang tidak menunjukkan gejala peningkatan frekuensi nafas dan tidak

PERPUSTAKAAN UNNES

menunjukkan penyakit-penyakit ISPA lain di luar *pneumonia* seperti batuk, pilek bukan *pneumonia* (*common cold , pharingytis, tonsillitis, otitis*).

2.1.4 Diagnosis ISPA

Beberapa tanda klinis yang dapat menyertai anak dengan batuk yang dikelompokkan sebagai tanda bahaya:

1. Tanda bahaya untuk anak golongan umur < 2 bulan adalah kurang bisa minum, kejang, kesadaran menurun, *strider* (suara tenggorokan yang terdengar bila terjadi penyempitan jalan nafas bagian atas oleh peradangan/oleh benda lain).
2. Tanda bahaya untuk anak golongan umur 2 bulan sampai 5 tahun adalah tidak bisa minum, kejang, kesadaran menurun, gizi buruk, dan *strider*. Walaupun anak/bayi ditemukan tanda bahaya tetapi jika tidak ditemukan tarikan dinding dada ke dalam dan atau nafas cepat maka didiagnosa bukan *Pneumonia.*

2.1.5 Etiologi ISPA

Etiologi ISPA terdiri lebih dari 300 jenis bakteri, virus, dan riketsia. Bakteri penyebab ISPA antara lain adalah genus *Streptococcus, Stafilococcus, Pneumococcus, Haemophylus, Bordetela dan Corynebacterium*. Virus penyebab ISPA antara lain adalah golongan *Mixovirus, Adenovirus, Coronavirus, Pikornavirus, Mixoplasma, Herpesvirus* dan lain-lain.

2.1.6 Patogenesis ISPA

Patogenesis ISPA mencakup interaksi antara mikroorganisme penyebab yang masuk melalui berbagai jalan, dengan daya tahan tubuh pasien, kuman mencapai alveolli melalui inhalasi, aspirasi kuman orofaring, penyebaran

hematogen dari fokus infeksi lain, atau penyebaran langsung dari lokasi infeksi. Pada bagian saluran nafas bawah, kuman menghadapi daya tahan seluler makrofag alveolar, limfosit bronkial, dan netrofil. Juga daya tahan humoral Ig A dan Ig G dari reaksi bronkial (Slamet Suyono, 2001:802).

Terjadinya pneumonia tergantung pada virulensi mikroorganisme, tingkat kemudahan, dan luasnya daerah paru yang terkena serta penurunan daya tahan tubuh. Faktor predisposisi antara lain berupa kebiasaan merokok, pasca infeksi virus, penyakit jantung kronis, diabetes mellitus, keadaan imunodefisiensi, kelainan atau kelemahan struktur organ dada dan penurunan kesadaran (Slamet Suyono, 2001:802).

2.1.7 Faktor Risiko yang berhubungan kejadian ISPA antara lain:

2.1.7.1 Faktor Intrinsik

Faktor risiko intrinsik adalah faktor yang meningkatkan kerentanan (*susceptibility*) pejamu terhadap kuman penyebab, dalam hal ini adalah:

2.1.7.1.1 Umur Balita

Umur mempunyai pengaruh besar terhadap terjadinya ISPA. ISPA yang terjadi pada anak dan bayi akan memberikan gambaran klinik yang tampak lebih berat dibandingkan dengan orang dewasa. Gambaran klinik tersebut terutama disebabkan oleh infeksi virus pada bayi dan anak yang belum memperoleh kekebalan alamiah (Hood Alsagaff & Abdul Mukty, 2006: 111).

Menurut Ditjen PPM dan PLP (1996:4), dalam penentuan klasifikasi penyakit ISPA dibedakan atas dua kelompok berdasarkan umurnya, yaitu:

1) Kelompok umur 2 bulan - 5 tahun, klasifikasi dibagi atas *pneumonia berat, pneumonia, dan bukan pneumonia.*
2) Kelompok umur < 2 bulan, klasifikasi dibagi atas *pneumonia berat dan bukan pneumonia.*

Menurut Ditjen PPM dan PLP (1996: 6), balita yang berusia < 2 bulan dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pneumonia sehingga lebih berisiko untuk terjadinya ISPA.

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2003:38), untuk beberapa penyakit tertentu pada bayi (anak balita) dan orang tua lebih rentan terserang. Dengan kata lain, orang pada usia sangat muda atau usia lebih tua rentan atau kurang kebal terhadap kuman penyakit – penyakit menular tertentu, yang dalam hal ini adalah penyakit ISPA. Hal ini mungkin disebabkan karena kedua kelompok umur tersebut daya tahan tubuhnya rendah.

2.1.7.1.2 Berat Badan Lahir

Berat badan merupakan ukuran antropometri yang terpenting dan paling sering digunakan pada bayi baru lahir (*neonatus*). Berat badan digunakan untuk mendiagnosis bayi normal atau berat badan lahir rendah (I Dewa Nyoman Supariasa, dkk.2001:27). Berat badan bayi ketika dilahirkan sebesar 2.500 gram atau lebih diklasifikasikan sebagai berat badan lahir normal, sedangkan yang ketika lahir mempunyai berat badan lahir kurang dari 2.500 gram diklasifikasikan sebagai berat badan lahir rendah (BBLR) (Achmad Djaeni Soediaoetama, 1993:34).

Berat badan lahir bayi dapat dipengaruhi status gizi ibu hamil, karena status gizi ibu hamil sangat mempengaruhi pertumbuhan janin dalam kandungan. Apabila status gizi buruk, baik sebelum kehamilan dan selama kehamilan, akan menyebabkan berat badan lahir rendah (BBLR). Di samping itu, akan mengakibatkan terhambatnya pertumbuhan otak janin, anemia pada bayi baru lahir, bayi mudah terinfeksi, dan abortus (I Dewa Nyoman Supariasa, dkk. 2001:27). Dalam usia 0-4 bulan, anak sangat peka terhadap infeksi dan tidak jarang penyakit infeksi ini membawa kematian lebih-lebih apabila anak lahir dengan berat badan di bawah normal. Infeksi saluran pernafasan, penyakit campak, dan batuk rejan merupakan penyakit yang paling sering diderita anak (Sjahmien Moehji, 2003:32).

Pada masa bayi-balita, berat badan dapat digunakan untuk melihat laju pertumbuhan fisik. Pertumbuhan berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, dan fungsi tingkat sel, organ maupun individu, yang diukur dengan berat, panjang, umur tulang, dan keseimbangan metabolik. Berat badan menggambarkan jumlah dari protein, lemak, air, dan mineral pada tulang (I Dewa Nyoman Supariasa, dkk. 2001:27-39).

2.1.7.1.3 Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif

Air Susu Ibu (ASI) adalah makanan yang paling baik dan tepat untuk pertumbuhan dan perkembangan yang sehat bagi bayi. ASI sangat ideal untuk bayi yang masih sangat tergantung pada air susu untuk mempertahankan hidupnya. Bayi yang disusui ibu lebih terjaga dari penyakit infeksi dan mempunyai kemungkinan untuk hidup lebih lama (Deddy Muchtadi, 1996:27-34).

ASI dapat memenuhi kebutuhan bayi bila diberikan sampai umur 6 bulan. Meskipun setelah umur 6 bulan bayi memperoleh makanan tambahan, pemberian ASI harus dilanjutkan minimal sampai 12 bulan (Deddy Muchtadi, 1996:39).

ASI yang keluar pada hari pertama setelah bayi lahir terdiri dari cairan berwarna kekuning-kuningan yang disebut *colostrum.* Berbagai fakta menunjukkan bahwa *colostrum* sangat baik untuk bayi karena di dalamnya terdapat zat-zat penolak infeksi, seperti zat terhadap kekebalan terhadap infeksi, yaitu immunoglobulin yang melindungi tubuh terhadap infeksi saluran pernafasan (Sjahmien Moehji, 2003:34).

2.1.7.1.4 Status Gizi

Keadaan gizi adalah keadaan keseimbangan antara konsumsi dan penyerapan zat gizi dan penggunaan zat gizi tersebut, atau keadan fisiologik akibat dari tersedianya zat gizi dalam tubuh. Keseimbangan ini bertujuan agar tidak terjadi keadaan malnutrisi yaitu keadaan akibat kelebihan atau kekurangan salah satu atau lebih zat gizi. Status gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variabel tertentu, misalnya gizi kurang. Gizi kurang disebabkan tidak seimbangnya makanan yang masuk ke dalam tubuh dengan kebutuhan tubuh seseorang (I Dewa Nyoman Supariasa, dkk. 2001: 17-18).

Keadaan gizi tergantung dari tingkat konsumsi yang ditentukan oleh kualitas dan kuantitas hidangan. Kualitas hidangan menunjukkan adanya semua zat gizi yang diperlukan tubuh di dalam susunan hidangan. Kuantitas menunjukkan kuantum masing-masing zat gizi terhadap kebutuhan tubuh. Kalau susunan hidangan memenuhi kebutuhan hidup, baik dari sudut kualitas maupun

kuantitasnya, maka tubuh akan mendapatkan kondisi kesehatan gizi sebaik-baiknya. Jika konsumsi makanan baik kualitas maupun kuantitasnya melebihi kebutuhan tubuh, dinamakan konsumsi berlebih, maka akan terjadi suatu keadaan gizi lebih. Sebaliknya, konsumsi yang kurang, baik kualitas maupun kuantitasnya akan memberi kondisi kesehatan gizi kurang atau kondisi defisiensi (Achmad Djaeni Soediaoetama, 2000:25). Jika di suatu daerah atau dalam suatu masyarakat tidak ada peristiwa epidemi suatu jenis penyakit tertentu tetapi terdapat angka morbiditas tinggi terutama diantara bayi dan kelompok balita, mungkin ini disebabkan oleh kesehatan gizi yang rendah. Kesehatan gizi yang rendah menyebabkan kondisi daya tahan umum tubuh menurun, sehingga barbagai penyakit dapat timbul dengan mudah. Seorang anak yang sehat tidak akan mudah terserang berbagai jenis penyakit, termasuk penyakit infeksi karena akan meningkat pada keadaan kesehatan gizi yang baik dan akan menurun bila kesehatan gizinya menurun (Achmad Djaeni Soediaoetama, 1993:33-34).

2.1.7.1.5 Status Imunisasi

Pola penyakit selalu berubah dari masa ke masa sesuai dengan ilmu perkembangan dan teknologi, keadaan lingkungan, serta cara hidup manusia itu sendiri (A.H. Markum, 2002 : 49). Pada umumnya tubuh balita tidak akan mampu melawan antigen (kuman atau racun kuman) yang kuat. Karena itu balita akan menjadi sakit bila terjangkit kuman ganas. Tubuh belum mempunyai pengalaman untuk membentuk antibodi atau antitoksin terhadap antigen. Tetapi pada reaksi yang kedua, ketiga, dan berikutnya, tubuh balita sudah dapat membuat zat anti. Dalam waktu yang singkat setelah antigen atau kuman masuk ke dalam tubuh,

akan dibentuk jumlah zat anti yang cukup tinggi. Dengan cara reaksi antigen-antibodi, tubuh balita dengan kekuatan zat antinya dapat menghancurkan antigen atau kuman, berarti bahwa balita telah menjadi kebal (*imun*) terhadap penyakit tersebut (A.H. Markum, 2002:3).

Dengan reaksi antigen-antibodi tubuh akan memberikan reaksi perlawanan terhadap benda-benda asing dari luar (kuman, virus, racun, bahan kimia) yang mungkin akan merusak tubuh. Akan tetapi setelah beberapa bulan atau beberapa tahun jumlah zat anti dalam tubuh akan berkurang karena dirombak oleh tubuh, sehingga imunitas tubuh pun akan menurun. Agar tubuh tetap kebal diperlukan perangsangan kembali oleh antigen, artinya balita tersebut harus mendapatkan suntikan atau imunisasi ulangan. Pada dasarnya, dengan imunisasi balita akan terhindar dari ancaman penyakit yang ganas tanpa bantuan pengobatan (A. H. Markum, 2002:3).

Imunisasi yang berpengaruh terhadap ISPA yaitu BCG, DPT, dan Campak. Imunisasi BCG bertujuan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit tuberkulosis (TBC). Pada balita yang terinfeksi, kuman TBC dapat menyerang berbagai alat tubuh, yang paling sering diserang adalah paru. Vaksin DPT dapat menimbulkan kekebalan aktif terhadap difteria, pertusis (batuk rejan), dan tetanus. Penyakit batuk rejan bila diderita balita akan cukup parah, bahkan dapat menyebabkan kematian pada balita berumur kurang dari satu tahun. Komplikasi yang sering terjadi adalah kejang, kerusakan otak atau radang paru. Sedangkan vaksin campak diberikan untuk mendapatkan kekebalan terhadap penyakit campak secara aktif. Komplikasi penyakit campak yang sering

berbahaya adalah radang otak, radang paru, radang saluran kemih, dan menurunnya keadaan gizi balita. Pada anak yang kurang gizi, sering terdapat komplikasi radang paru yang mungkin mengakibatkan kematian (A.H. Markum, 2002:15-27).

2.1.7.1.6 Pemberian Makanan Tambahan

Pemberian makanan tambahan atau makanan pendamping adalah makanan untuk bayi selain ASI atau susu botol sebagai penambah kekurangan ASI. Makanan ini dapat berupa biskuit, buah-buahan, bubur, atau nasi tim. Masa penyapihan (masa penggantian dari ASI ke makanan lain berbentuk padat) adalah masa berbahaya bagi bayi dan anak kecil karena terjadinya perubahan konsumsi ASI yang bersih dan mengandung faktor anti infeksi menjadi makanan yang sering kali disiapkan, disimpan, dan diberikan pada anak dengan cara yang tidak higienis. Pemberian makanan hendaknya diberikan sesuai dengan porsi dan aturan sesuai kebutuhan energi (Deddy Muchtadi, 1996:71)

Pemberian makanan tambahan dimulai pada umur yang berbeda pada masyarakat yang berbeda. Pada segolongan masyarakat, hal ini tidak dilakukan pada usia yang lebih awal. Pemberian makanan pendamping yang terlalu dini (sebelum bayi berumur 6 bulan) biasanya tidak memberikan keuntungan yang dikenal bagi bayi selain itu juga malah mempersingkat masa total pemberian ASI eksklusif, serta ada kemungkinan dapat terbentuk alergi terhadap bahan makanan tertentu. Makanan pendamping ASI sebaiknya diberikan lewat usia 6 bulan (We R mommies: 2010).

Makanan pendamping ASI (MP-ASI) apabila diberikan tidak tepat waktu (terlalu dini atau terlalu lambat) serta tidak mencukupi baik kualitas maupun kuantitasnya, bayi seringkali menderita infeksi seperti batuk, campak, dan diare. Anak yang menderita infeksi saluran pernafasan, campak, diare, atau penyakit infeksi lainnya, sebaiknya diberikan makanan yang mengandung vitamin A dalam kadar tinggi seperti hati, kuning telur, mentega, dan susu sapi (Deddy Muchtadi, 1996:76-77). Bila anak diberi makanan pendamping ASI terlalu dini, mempunyai resiko 3 sampai 4 kali lebih besar kemungkinan terkena infeksi saluran pernafasan dibandingkan anak yang mendapatkan makanan pendamping ASI sesuai usia (Dirjen Kesehatan Masyarakat dan Dirjen Gizi Masyarakat, 2001:2).

2.1.7.2. Faktor Ekstrinsik

Yang menjadi faktor ekstrinsik adalah faktor risiko yang dapat meningkatkan *exposure* (pemaparan) dari pejamu terhadap kuman penyakit, yang terdiri dari:

2.1.7.2.1 Ventilasi Rumah

Soekidjo Notoadmodjo (2003:151) mengemukakan bahwa ventilasi rumah memiliki berbagai fungsi yaitu :

1. Untuk menjaga aliran udara di dalam rumah tersebut tetap segar, sehingga keseimbangan O_2 yang diperlukan oleh penghuni rumah akan terjaga, dan mengurangi kandungan CO_2 yang bersifat racun. Kekurangan ventilasi akan menyebabkan udara dalam ruangan naik karena terjadinya proses penguapan cairan dari kulit dan penyerapan. Kelembaban ini akan menjadi media yang

baik untuk bakteri patogen, dalam hal ini juga bisa menyebabkan terjadinya penyakit infeksi pada pernafasan seperti halnya ISPA.

2. Untuk membebaskan udara ruang dari bakteri-bakteri, terutama bakteri patogen, karena di situ selalu terjadi aliran udara yang terus-menerus.

2.1.7.2.2 Kepadatan Penghuni Rumah

Perumahan menurut WHO adalah suatu struktur fisik yang digunakan untuk tempat berlindung. Lingkungan dari struktur tersebut termasuk juga semua fasilitas dan pelayanan yang diperlukan, perlengkapan yang berguna untuk kesehatan jasmani, rohani, dan sosialnya baik untuk keluarga dan individu. Perumahan dan lingkungan buruk akan menimbulkan masalah kesehatan, di antaranya penularan penyakit antar anggota keluarga maupun kepada orang lain terutama ISPA dan pencemaran lingkungan. Rumah sehat harus memenuhi syarat untuk kebutuhan fisiologis (pencahayaan dan ventilasi cukup), psikologis, mencegah penularan penyakit.

Menurut Kepmenkes RI (2005), luas ruangan kamar tidur minimal 8 m^2 dan tidak diajurkan lebih dari 2 orang. Bangunan yang sempit dan tidak sesuai jumlah penghuninya akan berdampak kurangnya O_2 dalam ruangan sehingga daya tahan tubuh penghuninya menurun dan cepat menimbulkan penyakit ISPA.

2.1.7.2.3 Jenis Lantai

Jenis lantai tanah jelas tidak baik bagi dari segi kebersihan udara dan kemungkinan menimbulkan masalah kecacingan. Jadi paling sedikit lantai diplester dan akan lebih baik lagi kalau dilapisi ubin yang mudah dibersihkan,

meskipun celah-celah lantai kayu (papan) memberi kesempatan masuknya udara dari kolong rumah panggung (Sri Soeswasti Soesanto, dkk, 2000: 30).

2.1.7.2.4 Jenis Dinding

Dinding dapat berfungsi untuk menahan angin dan debu, serta tidak dibuat tembus pandang. Dinding dilengkapi dengan sarana ventilasi untuk pengaturan sirkulasi udara. Dinding kamar mandi dan tempat cuci harus kedap air dan mudah dibersihkan.

Jenis dinding rumah yang ada di Indonesia dari anyaman daun rumbia, anyaman bambu, papan/kayu, pasangan bata, sampai beton bertulang. Dinding anyaman daun rumbia, anyaman bambu, dan papan/kayu masih dapat ditembus udara.

Apabila terdapat penghuni yang menderita sakit pernafasan maka kuman patogen mungkin juga ada dalam debu yang menempel pada dinding. Oleh karena itu, rumah sebaiknya mamakai dinding permanen dari bahan yang mudah dibersihkan.

2.1.7.2.5 Jenis Bahan Bakar untuk Memasak

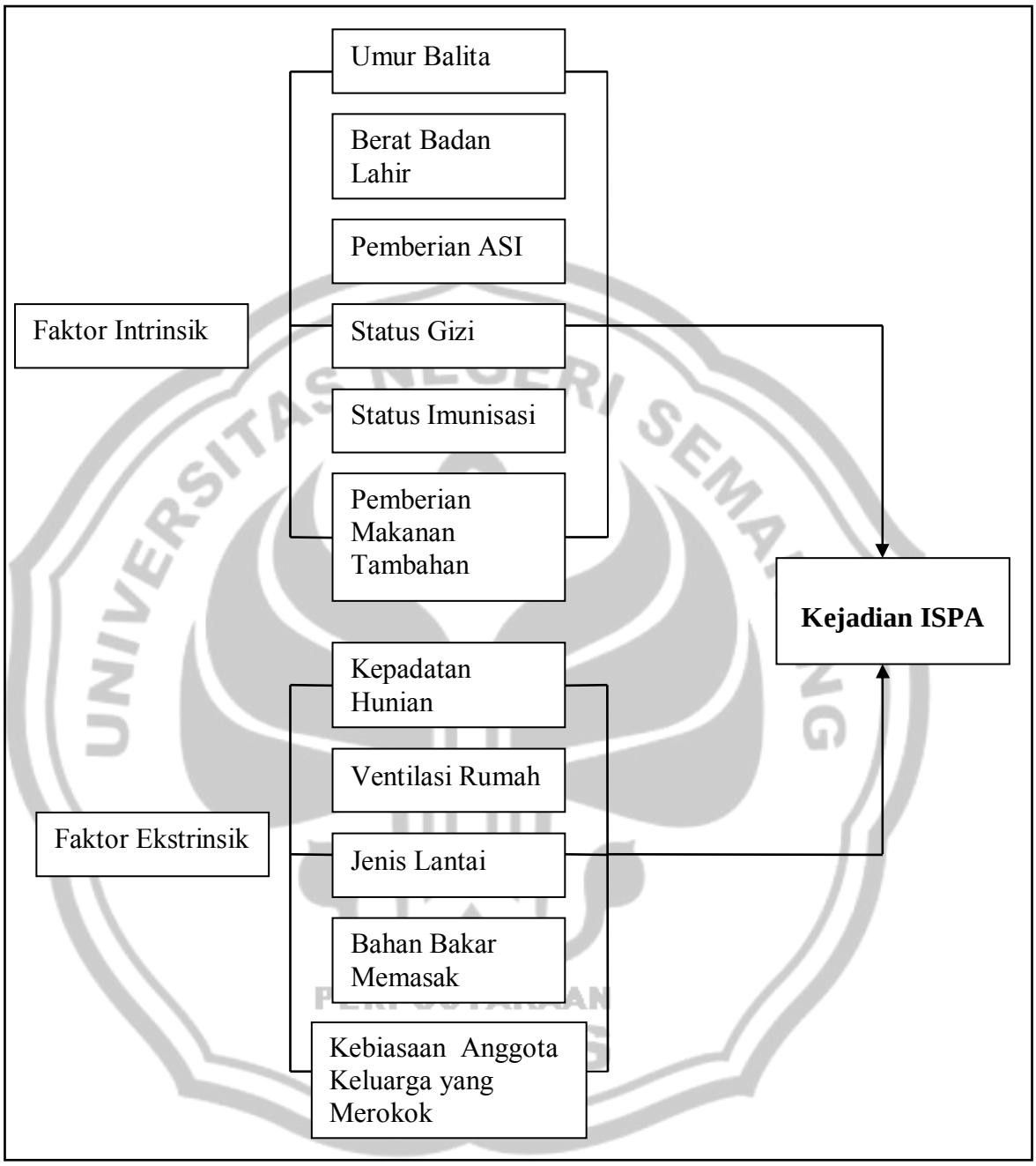
Di pedesaan masih sering dijumpai rumah tangga yang menggunakan kayu sebagai bahan bakar. Apabila perhawaan rumah tidak baik dan tidak ada cerobong asap, maka asap akan memenuhi seluruh ruangan, apalagi ibu-ibu sering menggendong bayi/anak balitanya di dapur. Asap akan memperparah penderita sakit pernafasan, lebih-lebih pada bayi/ balita dan orang tua. Sedapat mungkin digunakan bahan bakar yang tidak menimbulkan pencemaran udara indoor atau yang sisa pembakarannya disalurkan keluar rumah.

2.1.7.2.5 Kebiasaan Merokok Anggota keluarga

Pada keluarga yang merokok, secara statistik anaknya mempunyai kemungkinan terkena ISPA 2 kali lipat dibandingkan dengan anak dari keluarga yang tidak merokok. Selain itu dari penelitian lain didapat bahwa ISPA meningkat 2 kali lipat akibat orang tua merokok. Polusi udara oleh CO terjadi selama merokok. Asap rokok mengandung CO dengan konsentrasi lebih dari 20.000 ppm selama dihisap. Konsentrasi tersebut terencerkan menjadi 400-500 ppm. Konsentrasi CO yang tinggi di dalam asap rokok yang terhisap mengakibatkan kadar COHb di dalam darah meningkat. Selain berbahaya terhadap orang yang merokok, adanya asap rokok yang mengandung CO juga berbahaya bagi orang yang berada di sekitarnya karena asapnya dapat terisap (Srikandi Fardiaz, 1992:101). Semakin banyak jumlah rokok yang dihisap oleh keluarga, semakin besar memberikan risiko terhadap kejadian ISPA, khususnya apabila merokok dilakukan oleh ibu bayi (Dinkes RI, 2001:12).

PERPUSTAKAAN
UNNES

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

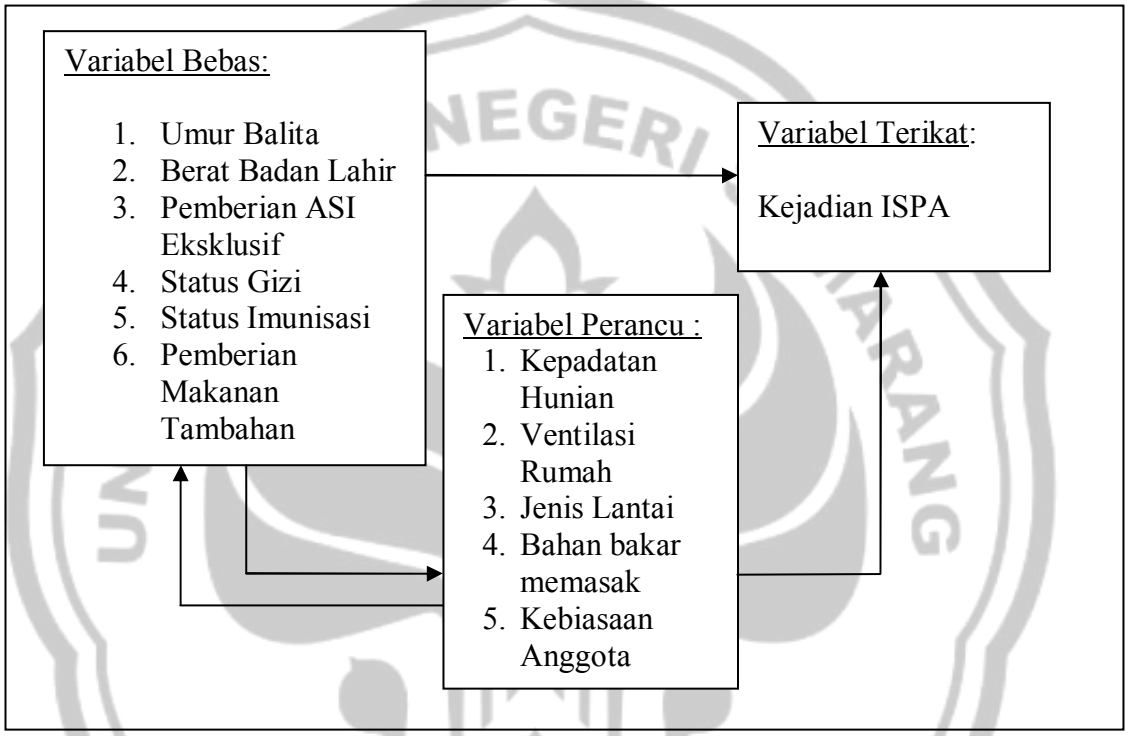
Sumber: Modifikasi A. Markum (2002), Dinkes (2001), Depkes RI (2002), Achmad Djaeni Soediaoetama (2000).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori maka dapat disusun kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

PERPUSTAKAAN UNNES

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari suatu penelitian (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:175).

3.2.1 Ada hubungan umur balita terhadap kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.

3.2.2 Ada hubungan status gizi terhadap kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.

3.2.3 Ada hubungan berat badan lahir terhadap kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.

3.2.4 Ada hubungan pemberian Air Susu Ibu (ASI) terhadap kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.

3.2.5 Ada hubungan status imunisasi terhadap kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.

3.2.6 Ada hubungan pemberian makanan tambahan terhadap kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan.

3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga dapat menuntun peneliti untuk dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Sudigdo Sastroasmoro, 2002.79). Jenis penelitian ini adalah survei analitik dengan rancangan penelitian *cross sectional,* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek dengan cara pendekatan, observasi, atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*), artinya tiap subyek penelitian hanya sekali dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subjek pada saat pemeriksaan (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:145).

3.4 Variabel Penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu. Variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel bebas adalah: umur balita, status gizi, berat badan lahir, pemberian ASI, status imunisasi, pemberian makanan tambahan.
2. Variabel terikat adalah: kejadian ISPA.
3. Variabel pengganggu: kepadatan hunian, ventilasi rumah, jenis lantai, bahan bakar memasak, kebiasaan anggota keluarga yang merokok.

3.5 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No	DO	Penjelasan DO	Alat	Skala	Kategori
1.	Kejadian ISPA	Balita yang didiagnosis secara klinis menderita ISPA di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Grobogan.	Dokumen catatan medik Puskesmas Gubug I Grobogan	Nominal	1. Menderita 2. Tidak menderita
2.	Umur Balita	Umur adalah tahun sejak responden lahir hingga penelitian berlangsung	Kuesioner	Ordinal	1.Berisiko (balita umur < 2 bulan) 2.Tidak berisiko (2 bulan- 5 tahun) (Sumber: Depkes RI.1996:4)
3.	Status Gizi	Riwayat status gizi anak pada waktu berobat di Puskesmas yang ditentukan dengan median berat badan /umur (BB/U)	Kuesioner	Ordinal	1.Gizi Kurang <-2 SD sampai ≥ -3 SD 2.Gizi Baik -2 SD sampai 2 SD (Sumber: Depkes RI, 2003:13)

PERPUSTAKAAN UNNES

4.	Berat Badan Lahir	Berat badan anak waktu lahir.	Kuesioner	Nominal	1.Rendah(< 2.500 gr) 2.Normal(≥ 2.500 gr) (Sumber: Achmad Djaeni Soediaoetama,1993:33)
5.	Pemberian ASI Eksklusif	Pemberian ASI saja tanpa makanan pendamping.	Kuesioner	Nominal	1. Tidak eksklusif (<6 bulan) 2. Eksklusif (≥6 bulan) (Sumber: Deddy Muchtadi,1996: 39)
6.	Status Imunisasi	Kelengkapan imunisasi balita yang yang berpengaruh terhadap ISPA yaitu BCG 1x, DPT 3x, dan Campak 1x.	Kuesioner	Ordinal	1.Tidak lengkap (jika balita belum mendapatkan salah satu atau lebih dari imunisasi BCG 1x, DPT 3x, Campak 1x). 2.Lengkap (Jika balita sudah mendapatkan imunisasi BCG 1x, DPT 3x, Campak 1x). (Sumber: Depkes RI.1990:22)
7.	Pemberian makanan tambahan	Pemberian makanan tambahan kepada anak sesuai dengan usia	Kuesioner	Nominal	1.Terlalu dini (<6 bulan) 2.Normal (≥6 bulan) (Sumber: Deddy Muchtadi,1996: 39).

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

3.6 Populasi dan Sampel Penelitian

3.6.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah kelompok usia balita yang berobat atau memeriksakan diri ke Puskesmas Gubug I pada bulan Juli- September 2009 sebanyak 416 balita.

3.6.2 Sampel Penelitian

Yang merupakan sampel dalam penelitian ini adalah dari kelompok usia balita yang berobat atau memeriksakan diri ke Puskesmas Gubug I pada bulan Juli-September 2009. Sampel ini diambil dari sebagian jumlah populasi penelitian yakni balita yang berobat ke Puskesmas Gubug I pada bulan Juli- September 2009.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah dengan teknik *simple random sampling*, yaitu pengambilan sampel anggota populasi populasi dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam populasi itu. Cara demikian dilakukan bila anggota populasi dianggap homogen (Sugiyono, 2002:58). Cara ini dilakukan karena merupakan cara yang paling sederhana dan populasi dalam penelitian ini berjumlah besar sehingga dengan cara ini akan diperoleh sampel yang mempunyai ketepatan yang tinggi serta probabilitas yang sama.

Dalam menghitung jumlah sampel, digunakan rumus :

$$\boxed{n = \frac{Z^2 \alpha PQ}{d^2}}$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel

Z_α = Tingkat kemaknaan (1,96)

P = Proporsi penyakit/keadaan yang akan dicari (0,090 > P> 0,10)

Q = 1-P

d = Tingkat ketepatan absolut yang dikehendaki

(Sudigdo Sastroasmoro, 2002:270).

Diketahui:

P = 0,61

Q = 1- P= 0,39

Z_α= 1,96

d = 0,10

$$n = \frac{1{,}96^2 \times 0{,}61 \times 0{,}39}{(0{,}1)^2}$$

= 91,4

= 92 balita.

Maka sampel dalam penelitian ini adalah 92 balita.

Berdasarkan jumlah sampel di atas, maka cara pengambilan sampel untuk teknik *simple random sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan cara undian (Sutrisno Hadi, 2000:76), dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Membuat suatu daftar yang berisi semua subjek / objek yang ada dalam populasi
2. Memberi kode / nomor secara berurutan sesuai dengan jumlah populasi yaitu

dari nomor 1 sampai 416.

3. Menulis kode /nomor-nomor itu masing-masing dalam satu lembar kertas kecil
4. Menggulung kertas itu baik-baik
5. Memasukkan gulungan-gulungan kertas itu ke dalam kotak
6. Mengocok baik-baik kertas itu
7. Mengambil kertas gulungan itu sebanyak jumlah sampel yang dibutuhkan, yaitu sebanyak 92 buah
8. Nomor yang keluar tadi dijadikan sebagai sampel penelitian.

3.7 Sumber Data Penelitian

3.7.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh secara langsung melalui:

1) Data Hasil Kuesioner

Dalam hal ini kuesioner yang diberikan adalah kuesioner untuk keperluan administrasi, kuesioner untuk observasi, dan kuesioner untuk wawancara. Data yang diambil melalui kuesioner ini adalah mengenai identitas responden, umur balita, berat badan lahir balita, pemberian ASI, status gizi, status imunisasi, pemberian makanan tambahan.

2) Data Hasil Pengukuran

Data hasil pengukuran yang diambil dalam penelitian ini yaitu mengenai status gizi balita.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari hasil dokumentasi. Dokumentasi dilakukan dengan cara mengambil data tentang identitas dan riwayat kesehatan anak serta data tentang gambaran umum kejadian ISPA pada balita di tempat penelitian. Data ini diperoleh dari laporan program pemberantasan penyakit saluran pernafasan akut, catatan medik Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan tentang riwayat kesehatan anak, dan kartu menuju sehat (KMS) anak tentang berat badan dan jadwal pemberian imunisasi.

3.8 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data agar pekerjaanya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (Suharsimi Arikunto, 1996:139).

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

a. Kuesioner
b. Alat Timbang BB
c. *Microtoice*.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

3.9 Teknik Pengambilan Data

3.9.1 Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapatkan keterangan secara lisan dari responden (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:102). Wawancara dilakukan dengan cara tanya

jawab terhadap responden penelitian dengan menggunakan kuesioner. Data yang diperoleh antara lain data tentang umur balita, berat badan lahir balita, status gizi, status imunisasi, pemberian makanan tambahan, dan pemberian ASI eksklusif.

3.9.2 Pengukuran

Pengukuran merupakan suatu metode pengambilan data dengan mengukur secara langsung parameter-parameter yang diinginkan. Pengukuran yang dilakukan dalam penelitian ini adalah status gizi. Pengukuran status gizi dapat dilakukan dengan menggunakan alat timbangan badan untuk mengukur berat badan balita, selanjutnya dilakukan penilaian status gizi dengan standard WHO-NCHS yaitu menggunakan rumus *Z-Score* berdasarkan berat badan/umur balita.

3.10 Teknik Pengolahan dan Analisis Data

3.10.1 Pengolahan Data

Seluruh kuesioner yang telah dikumpulkan kemudian dilakukan beberapa tahap pengolahan data yaitu:

1. *Editing*

Dilakukan untuk meneliti kembali apakah isian dalam lembar kuesioner sudah lengkap, sehingga apabila ada data yang kurang masih bisa dilengkapi.

2. *Coding*

Untuk mengklasifikasi jawaban menurut macamnya dengan cara memberikan kode angka.

3. *Scoring*

Adalah pemberian skor atau menilai.

4. Tabulating

Adalah proses pengelompokan jawaban-jawaban yang serupa dan menjumlahkan dengan cara yang diteliti dan yang teratur ke dalam tabel yang disediakan.

3.10.2 Analisis Data

3.10.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Analisis ini hanya menghasilkan disribusi dan prosentase dari tiap-tiap variabel (Soekidjo Notoatmodjo, 2002:188). Dari hasil penelitian dideskripsikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi untuk mengevaluasi besarnya proporsi masing-masing variabel yang diteliti. Analisis univariat bermanfaat untuk melihat gambaran data yang diperlukan untuk analisis lebih lanjut.

3.10.2.2 Analisis Bivariat

Digunakan untuk mencari hubungan membuktikan hipotesis dua variabel. Dalam penelitian ini menggunakan uji *chi square* dengan bantuan SPSS versi 12 for windows untuk menggabungkan variabel terikat dengan variabel bebas. Hal ini dikarenakan jenis hipotesis dari penelitian ini adalah hipotesis asosiatif dengan skala pengukuran variabel yaitu berupa nominal dan ordinal dengan jumlah kelompok yang diuji adalah 2 kelompok (balita menderita ISPA dan tidak menderita ISPA), serta tidak berpasangan dalam bentuk tabel 2 x 2.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Deskripsi Data

4.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Kecamatan Gubug termasuk salah satu kecamatan di wilayah Kabupaten Grobogan dengan keadaan dan kondisi alam dapat dijelaskan sebagai berikut:

Batas wilayah Kecamatan Gubug adalah:

Sebelah Timur : Kecamatan Godong

Sebelah Utara : Kabupaten Demak

Sebelah Selatan : Kecamatan Tanggungharjo

Sebelah Barat : Kecamatan Godong.

Berdasarkan peta wilayah yang ada dapat dijelaskan bahwa Kecamatan Gubug terdiri dari 13 desa terdiri dari 46 dusun, dengan jumlah penduduk 48.481 jiwa, serta luas wilayah 70,76 KM^2. Sarana perhubungan dari kecamatan ke kabupaten 100% aspal dengan jarak 33 KM, sedangkan sarana perhubungan dari kecamatan ke desa 25% aspal/tanah. Kecamatan Gubug terbagi menjadi dua bagian oleh sungai, selanjutnya dapat dijelaskan bahwa sebelah timur sungai merupakan daerah kurang subur (tandus) dan kondisi jalan yang menghubungkan daerah satu dengan yang lainnya belum bagus sehingga transportasi belum lancar.

Keadaan penduduk dilihat dari mata pencaharian yaitu terdiri dari petani sebanyak 42,33%, buruh tani sebanyak 21,60%, pedagang sebanyak 15,17%, PNS/TNI sebanyak 9,72%, pertukangan 6,13%, dan lainnya 5,10%.

4.1.2 Karakteristik Responden

Responden dari penelitian ini adalah Kelompok usia balita yang berobat/memeriksakan diri ke Puskesmas Gubug I yaitu pada bulan November–Desember tahun 2009 yakni sebanyak 92 balita, dengan deskripsi sebagai berikut:

4.1.2.1 Usia Balita

Berdasarkan hasil wawancara, usia balita adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Balita menurut Umur

No	Kelompok Umur	Jumlah	Prosentase
1	0-12 bulan	24	26,10
2	13-24 bulan	39	42,40
3	25-36 bulan	15	16,30
4	37-48 bulan	10	10,86
5	49-60 bulan	4	4,34
Jumlah		92	100,00

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa sebagian besar balita berusia antara 13-24 bulan yaitu berjumlah 39 balita (42,40 %), sedangkan paling sedikit yaitu pada balita yang berusia 49-60 bulan yang berjumlah 4 balita (4,34 %).

4.1.2.2 Jenis Kelamin Balita

Berdasarkan hasil penelitian di Puskesmas Gubug I, diperoleh jenis kelamin balita sebagai berikut:

PERPUSTAKAAN UNNES

Tabel 4.2 Distribusi Karakteristik Balita menurut Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Jumlah	Prosentase
1	Laki-laki	42	45,65
2	Perempuan	50	54,35
	Jumlah	92	100,00

Tabel di atas, menunjukkan bahwa jumlah balita perempuan lebih banyak dibandingkan dengan balita laki-laki. Balita yang berjenis perempuan yaitu

berjumlah 50 balita (54,35%), sedangkan yang berjenis laki-laki berjumlah 42 balita (45,65%).

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Analisis Univariat

4.2.1.1 Umur Balita

Berdasarkan hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner tentang umur balita maka dapat diketahui sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Umur Balita

No	Umur balita	Jumlah	Prosentase
1	Berisiko (< 2 bulan)	2	2,17
2	Tidak berisiko (2 bulan-5 tahun)	90	97,83
	Jumlah	92	100,00

Tabel di atas menunjukkan bahwa sebagian besar balita memiliki umur yang tidak berisiko (2 bulan- 5 tahun) yaitu sebanyak 90 balita (97,83%), sedangkan yang memiliki umur yang berisiko (< 2 bulan) yaitu sebanyak 2 balita (2,17%).

4.2.1.2 Berat Badan Lahir Balita

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, diperolah distribusi frekuensi berdasarkan berat badan lahir balita yang dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Berat Badan Lahir Balita

No	Berat Badan Lahir	Jumlah	Prosentase
1	Rendah (< 2.500 gr)	17	18,47
2	Normal (≥ 2.500 gr)	75	81,53
Jumlah		92	100,00

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar balita memiliki berat badan lahir normal yaitu sebanyak 75 balita (81,53%), sedangkan yang memiliki berat badan lahir rendah sebanyak 17 balita (18,47%).

4.2.1.3 Status Gizi Balita

Berdasarkan hasil penghitungan menggunakan *Z-Score* maka dapat diketahui bahwa:

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Status Gizi Balita

No	Status Gizi Balita	Jumlah	Prosentase
1	Kurang (< -2 SD sampai ≥ -3 SD)	47	51,08
2	Baik (-2 SD sampai 2 SD)	45	48,92
Jumlah		92	100,00

Berdasarkan tabel tersebut di atas dapat diketahui bahwa balita yang berstatus gizi kurang yaitu sebanyak 47 balita (51,08%), sedangkan yang berstatus gizi baik yaitu berjumlah 45 balita (49,92%).

4.2.1.4 Pemberian ASI Eksklusif

Berdasarkan hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner tentang pemberian ASI eksklusif balita maka dapat diketahui sebagai berikut:

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Pemberian ASI Eksklusif

No	Pemberian ASI Eksklusif	Jumlah	Prosentase
1	Tidak	47	61,94
2	Ya	35	38,04
Jumlah		92	100,00

Berdasarkan tabel tersebut di atas dapat diketahui bahwa balita yang tidak diberi ASI eksklusif lebih banyak yaitu 47 balita (61,94%), sedangkan yang diberi ASI eksklusif yaitu sebanyak 35 balita (38,04%).

4.2.1.5 Status Imunisasi

Berdasarkan hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner tentang status imunisasi balita maka dapat diketahui sebagai berikut:

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Status Imunisasi

No	Status Imunisasi	Jumlah	Prosentase
1	Tidak Lengkap	48	52,17
2	Lengkap	44	47,84
Jumlah		92	100,00

Berdasarkan tabel tersebut di atas, dapat diketahui bahwa balita yang status imunisasinya tidak lengkap sebanyak 48 balita (52,17%), sedangkan yang status imunisasinya lengkap sebanyak 44 balita (47,84%).

4.2.1.6 Pemberian Makanan Tambahan

Berdasarkan hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner tentang pemberian makanan tambahan maka dapat diketahui sebagai berikut:

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Pemberian Makanan Tambahan

No	Pemberian makanan tambahan	Jumlah	Prosentase
1	Terlalu Dini	51	55,43
2	Normal	41	44,57
Jumlah		92	100,00

Berdasarkan tabel tersebut di atas dapat diketahui bahwa balita yang diberi makanan tambahan terlalu dini lebih banyak yaitu dengan jumlah 51 balita (55,43%), sedangkan balita yang diberi sesuai umur (normal) sebanyak 41 balita (44,57%).

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN UNNES

4.2.2 Analisis Bivariat

Berdasarkan hasil penelitian di Puskesmas Gubug I, Kabupaten Grobogan, diperoleh hasil analisis bivariat dari masing-masing faktor risiko dengan menggunakan uji *chi square* dengan tingkat kemaknaan (α) 0,05 yaitu sebagai berikut:

4.2.2.1 Uji Hubungan antara Umur Balita dengan Kejadian ISPA pada Balita

Tabel 4.9 Hubungan antara Umur Balita dengan Kejadian ISPA pada Balita

Umur Balita	Kejadian ISPA				Jumlah		*p value*
	Menderita		Tidak Menderita				
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	
Berisiko	2	100,0	0	0,0	2	100,00	0,944
Tidak Berisiko	65	72,2	25	27,8	90	100,00	
Jumlah	67	72,8	25	27,2	92	100,00	

PERPUSTAKAAN UNNES

Tabel 4.9 di atas menunjukkan bahwa seluruh balita yang mempunyai umur berisiko terkena ISPA menderita ISPA. Dari 90 balita yang mempunyai umur tidak berisiko terkena ISPA terdapat 65 balita (72,2%) menderita ISPA dan 25 balita (27,8%) tidak menderita ISPA. Dari uji *chi square* didapatkan *p value* =0,944 (> 0,05) yang artinya tidak ada hubungan antara umur balita dengan kejadian ISPA pada balita.

4.2.2.2 Uji Hubungan antara Berat Badan Lahir dengan Kejadian ISPA pada

Balita

Tabel 4.10 Hubungan antara Berat Badan Lahir dengan Kejadian ISPA pada Balita

Berat Badan Lahir	Kejadian ISPA				Jumlah		*p value*
	Menderita		Tidak Menderita				
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	
Rendah	15	78,9	4	21,1	19	100,00	0,701
Normal	52	71,2	21	28,8	73	100,00	
Jumlah	67	72,8	25	27,2	92	100,00	

Tabel 4.10 di atas menunjukkan bahwa dari 19 balita yang mempunyai berat badan lahir rendah terdapat 15 balita (78,9%) menderita ISPA dan 4 balita (21,1%) tidak menderita ISPA. Dari 73 balita yang mempunyai berat badan lahir normal terdapat 52 balita (71,2%) menderita ISPA dan 21 balita (28,8%) tidak menderita ISPA. Dari uji *chi square* didapatkan *p value*= 0,701 (> 0,05), yang artinya tidak ada hubungan antara berat badan lahir dengan kejadian ISPA pada balita.

4.2.2.3 Hubungan antara Status Gizi Balita dengan Kejadian ISPA pada Balita

Tabel 4.11 Hubungan antara Status Gizi Balita dengan Kejadian ISPA pada Balita

Status Gizi	Kejadian ISPA				Jumlah		*p value*
	Menderita		Tidak Menderita				
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	
Kurang	36	76,6	11	23,4	47	100,00	0,551
Baik	31	68,9	14	31,1	45	100,00	
Jumlah	67	72,8	25	27,2	92	100,00	

Tabel 4.11 di atas menunjukkan bahwa dari 47 balita yang mempunyai status gizi kurang terdapat 36 balita (76,6%) menderita ISPA dan 11 balita

(23,4%) tidak menderita ISPA. Dari 45 balita yang mempunyai status gizi baik terdapat 31 balita (68,9%) menderita ISPA dan 14 balita (31,1%) yang tidak menderita ISPA. Dari uji *chi square* didapatkan *p value*= 0,551 (> 0,05) yang artinya tidak ada hubungan antara status gizi dengan kejadian ISPA pada balita.

4.2.2.4 Hubungan antara Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian ISPA pada Balita

Tabel 4.12 Hubungan antara Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian ISPA pada Balita

Pemberian ASI Eksklusif	Kejadian ISPA				Jumlah		*p value*
	Menderita		Tidak Menderita				
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	
Tidak	49	81,7	11	18,3	60	100,00	0,018
Ya	18	56,3	14	43,8	32	100,00	
Jumlah	67	72,8	25	27,2	92	100,00	

Tabel 4.12 di atas menunjukkan bahwa dari 60 balita yang tidak diberi ASI eksklusif terdapat 49 balita (81,7%) yang menderita ISPA dan 11 balita (18,3%) tidak menderita ISPA. Dari 32 balita yang tidak diberi ASI ekslusif terdapat 18 balita (56,3%) yang menderita ISPA dan terdapat 14 balita (43,8%) yang tidak menderita ISPA. Dari uji *chi square* didapatkan *p value*= 0,018 (< 0,05) yang artinya ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian ISPA pada balita.

4.2.2.5 Hubungan antara Status Imunisasi dengan Kejadian ISPA pada Balita

Tabel 4.13 Hubungan antara Status Imunisasi dengan Kejadian ISPA pada Balita

Status Imunisasi	Kejadian ISPA				Jumlah		*p value*
	Menderita		Tidak Menderita				
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	
Tidak lengkap	46	95,8	2	4,2	48	100,00	0,0001
Lengkap	21	47,7	23	52,3	44	100,00	
Jumlah	67	72,8	25	27,2	92	100,00	

Tabel 4.13 di atas menunjukkan bahwa dari 46 balita yang status imunisasinya tidak lengkap terdapat 46 balita (95,8%) yang menderita ISPA dan terdapat 2 balita (4,2%) yang tidak menderita ISPA. Dari 44 balita yang status imunisasinya lengkap terdapat 21 balita (47,7%) menderita ISPA dan terdapat 23 balita (52,3%) yang tidak menderita ISPA. Dari uji *chi square* didapatkan *p value*= 0,0001 (< 0,05), yang artinya ada hubungan antara status imunisasi dengan kejadian ISPA pada balita.

4.2.2.6 Hubungan antara Pemberian Makanan Tambahan dengan Kejadian ISPA pada Balita

Tabel 4.14 Hubungan antara Pemberian Makanan Tambahan dengan Kejadian ISPA pada Balita

Pemberian Makanan Tambahan	Kejadian ISPA				Jumlah		*p value*
	Menderita		Tidak Menderita				
	Jml	%	Jml	%	Jml	%	
Terlalu dini	49	96,1	2	3,9	51	100,00	0,0001
Normal	18	43,9	23	56,1	41	100,00	
Jumlah	67	72,8	25	27,2	92	100,00	

Tabel 4.14 di atas menunjukkan bahwa dari 51 balita yang diberikan makanan tambahan terlalu dini terdapat 49 balita (96,1%) yang menderita ISPA dan 2 balita (3,9%) yang tidak menderita ISPA. Dari 41 balita yang diberi makanan tambahan sesuai dengan waktunya (normal) terdapat 18 balita (43,9%) yang menderita ISPA dan terdapat 23 balita (56,1%) yang tidak menderita ISPA. Dari uji *chi square* didapatkan *p value*= 0,0001 (< 0,05), yang artinya ada hubungan antara pemberian makanan tambahan dengan kejadian ISPA pada balita.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Faktor Risiko Intrinsik yang Berhubungan dengan Kejadian ISPA

5.1.1 Pemberian ASI Eksklusif

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan hasil ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan (*p value*=0,018).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Galuh Nita Prameswari (2003) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pemberian ASI secara eksklusif dengan frekuensi kejadian ISPA dalam 1 bulan terakhir (*p value* < 0,05). Arah hubungan kedua variabel tersebut negatif, berarti semakin lama pemberian ASI secara eksklusif, maka frekuensi kejadian ISPA dalam 1 bulan terakhir akan semakin kecil.

Menurut Ike Suhandayani (2006), penelitian yang dilakukan terhadap 124 balita menunjukkan hasil bahwa pada kasus balita yang tidak mempunyai riwayat pemberian ASI eksklusif sebesar 51,6%, sedangkan balita yang diberi ASI eksklusif sebesar 48,4%. Pada kontrol, balita yang tidak mempunyai riwayat pemberian ASI eksklusif sebesar 29%, sedangkan balita yang mempunyai riwayat pemberian ASI eksklusif sebesar 71%. Uji *chi square* yang dilaksanakan terhadap pemberian ASI eksklusif dengan kejadian ISPA didapatkan *p value* sebesar 0,01 (< 0,05) dan OR sebesar 1,29. Hal ini berarti ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan kejadian ISPA dan balita yang tidak mempunyai riwayat

PERPUSTAKAAN UNNES

pemberian ASI eksklusif mempunyai risiko terkena ISPA 1,29 kali lebih besar bila dibandingkan dengan balita yang mendapatkan ASI eksklusif.

Menurut Heriyana (2003), pemberian ASI yang tidak memadai merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kejadian pneumonia. Selama 6 bulan pertama, bayi secara eksklusif hanya mendapatkan ASI yang diberikan sesering mungkin tanpa perlu memakai jadwal, tidak diberikan makanan lain di luar ASI karena akan menyebabkan bayi merasa kenyang dan kurang ingin menyusui. Hasil analisis logistik regresi diperoleh nilai OR = 8,129, yang artinya bayi yang mengkonsumsi ASI dengan cairan lainnya yang kurang atau sama enam bulan berisiko 8,129 kali lebih besar dibanding dengan bayi yang mengkonsumsi ASI tanpa cairan lainnya, CI (1,582-41,760) menunjukkan bahwa lamanya pemberian ASI 1,58-41,76 kali dapat menyebabkan pneumonia. Analisis nilai *p value*= 0,012 (< 0,05), yang artinya ada hubungan antara lamanya pemberian ASI dengan kejadian pneumonia pada anak umur < 1 tahun.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dilakukan oleh Pisacane yang membuktikan bahwa pemberian ASI eksklusif memberikan efek yang tinggi terhadap kekebalan dari ISPA. Penelitan yang dilakukan oleh Shah juga menunjukkan bahwa ASI mengandung bahan – bahan dan anti infeksi yang penting dalam mencegah invasi saluran pernapasan oleh bakteri dan virus (Dinkes RI, 2000:9).

Zat kekebalan pada ASI dapat melindungi bayi dari penyakit mencret atau diare. ASI juga menurunkan kemungkinan bayi terkena penyakit infeksi telinga, batuk, pilek, dan penyakit alergi. Dan pada kenyataannya, bayi yang diberi ASI

eksklusif akan lebih sehat dan jarang sakit dibandingkan dengan bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif (Depkes RI, 2001:18).

Di wilayah kerja Puskesmas Gubug I, mayoritas ibu balita tidak member ASI eksklusif sampai berumur 4 bulan atau 6 bulan. Meskipun setelah berumur 4 atau 6 bulan balita memperoleh makanan tambahan. Pemberian ASI harus dilanjutkan minimal sampai 12 bulan.

5.1.2 Status Imunisasi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil ada hubungan antara status imunisasi dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan (*p value*= 0,0001).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Abdie (2004) yang menyatakan ada kaitan antara kelengkapan imunisasi dengan kejadian ISPA pada anak batita Di Desa Muara Panco Kecamatan Sungai Manau Kabupaten Merangin *(p value*= 0,001*)*.

Imunisasi sangat berguna dalam menentukan ketahanan tubuh bayi terhadap gangguan penyakit (Depkes RI, 2004). Para ahli kesehatan menyebutkan bahwa di banyak negara, dua penyebab utama tingginya angka kematian anak adalah gangguan gizi dan infeksi. Hal ini dapat dicegah dengan imunisasi yang merupakan hal mutlak dalam memelihara kesehatan dan gizi anak (Sjahmien Moehji, 2003:33).

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN UNNES

5.1.3 Pemberian Makanan Tambahan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa ada hubungan antara pemberian makanan tambahan dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan (*p value*= 0,0001).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Dwi Astutik (2006) yang menyatakan bahwa ada hubungan pemberian makanan tambahan dengan kejadian ISPA pada anak usia 2 bulan–5 tahun di wilayah kerja Puskesmas Cebongan Salatiga dengan *p value*= 0,001, OR =8,178, CI= 2,755-24,271.

MP-ASI apabila diberikan tidak tepat waktu (terlalu dini atau terlalu lambat) serta tidak mencukupi baik kualitas maupun kuantitasnya, anak seringkali menderita ISPA, campak, diare & penyakit lainnya (Deddy Muchtadi, 1996:76). Bila anak diberi MP-ASI terlalu dini, maka akan mempunyai risiko 3-4 kali lebih besar kemungkinan terkena ISPA dibandingkan anak yang mendapatkan MP-ASI sesuai usia (Dirjen Kesejahteraan Masyarakat & Dirjen Gizi Masyarakat, 2001:2).

5.2 Faktor Risiko Intrinsik yang tidak Berhubungan dengan Kejadian ISPA

PERPUSTAKAAN
UNNES

5.2.1. Umur Balita

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara umur balita dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan (*p value*= 0,944).

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian Rina Susanti (2008) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara umur balita dengan kejadian

ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Sumberlawang Kabupaten Sragen (*p value* = 0,559).

Hal ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Soekidjo Notoatmodjo (2003: 38) yang menyatakan bahwa untuk beberapa penyakit tertentu pada bayi (anak balita) dan orang tua lebih rentan terserang. Dengan kata lain orang pada usia sangat muda atau usia tua lebih rentan, kurang kebal terhadap penyakit-penyakit menular tertentu, yang dalam hal ini adalah penyakit ISPA. Hal ini mungkin disebabkan karena kedua kelompok umur tersebut daya tubuhnya rendah.

Hal ini juga tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Ditjen PPM dan PLP (1996: 6), yang mengemukakan bahwa balita yang berusia < 2 bulan dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas pneumonia, sehingga lebih berisiko untuk terjadinya ISPA. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang ada disebabkan karena pada saat penelitian balita yang menderita ISPA di wilayah kerja Puskesmas Gubug I sebagian besar berumur 2 bulan- 5 tahun yaitu sebanyak 90 balita (97,83%), sedangkan yang berusia < 2 bulan hanya berjumlah 2 (2,17%).

5.2.2 Berat Badan Lahir Balita

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil tidak ada hubungan antara berat badan lahir dengan dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan (*p value* =0,701).

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan penelitian dari Anna Salehah (2001), yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara berat lahir dengan jenis infeksi (diare: nilai *p* =0,749; ISPA: nilai *p* =0,342), durasi sakit

(diare: nilai *p* = 0723; ISPA: nilai *p* =1,000), dan episode sakit (diare: nilai *p* =0,548; ISPA: nilai *p* =0,376) pada bayi usia 1-12 bulan. Hal ini disebabkan banyak faktor pengganggu (konsumsi bayi, pengetahuan kesehatan dan gizi ibu, dan lingkungan) yang tidak dianalisis. Pada penelitian ini tidak ditemukan hubungan yang bermakna secara statistik antara berat lahir dengan kejadian infeksi diare dan ISPA pada bayi usia 1-12 bulan yang lahir di RSUP Kariadi Semarang. Meskipun demikian, pada tabel distribusi frekuensi hasil yang diperoleh menunjukkan bayi BBLR berisiko lebih besar dibanding BBLN untuk terserang infeksi diare dan ISPA. Sehingga untuk mencegah terjadinya angka kesakitan dan kematian bayi lebih tinggi lagi terutama pada bayi berat lahir rendah penting untuk diperhatikan kondisi gizi ibu pada masa kehamilan bahkan sebelum kehamilan, serta upaya untuk meningkatkan kewaspadan dini dalam merawat bayi terutama dengan berat lahir rendah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang ada, disebabkan karena pada saat penelitian balita yang menderita ISPA di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan sebagian dengan berat badan lahir normal yaitu sebanyak 75 balita (81,53%), sedangkan balita dengan berat lahir rendah sebanyak 17 balita (18,47%).

5.2.3 Status Gizi Balita dengan Kejadian ISPA pada Balita

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil tidak ada hubungan antara status gizi balita dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan (*p value* = 0,551).

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Ida Triani Raharjo (2003) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara status gizi dengan ISPA (*p valu*e = 0,0001).

Menurut Ike Suhandayani (2006), tidak ada hubungan antara status gizi dengan penyakit ISPA (*p value* = 0,78 dan OR = 1,16,95% *CI* = 0,39 – 3,43). Hal ini disebabkan karena cakupan balita yang mempunyai status gizi baik/ sedang jauh lebih besar bila dibandingkan dengan status gizi kurang/ buruk. Sebagian besar balita di Puskesmas Pati I mempunyai status gizi yang baik/sedang yaitu sebesar 87,9%, sedangkan yang mempunyai status gizi kurang/buruk sebesar 10,5%.

Status gizi yang baik terjadi bila tubuh memperoleh asupan zat gizi yang cukup sehingga dapat digunakan oleh tubuh untuk pertumbuhan fisik, perkembangan otak dan kecerdasan, produktivitas kerja, serta daya tahan tubuh terhadap infeksi secara optimal (Sjahmien Moehji, 2000:14).

Hal penelitian ini tidak sesuai dengan teori yang ada disebabkan pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Gubug I sudah memiliki kesadaran yang tinggi untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi, khususnya untuk diberikan pada anak balitanya, karena selalu ada pengawasan dari pihak puskesmas apabila terjadi kasus gizi kurang maupun gizi buruk, yaitu melalui kegiatan posyandu.

5.3 Hambatan dan Kelemahan Penelitian

Hambatan dari rancangan penelitian *cross sectional* ini adalah tidak menggambarkan perjalanan penyakit sehingga sulit untuk ditelusuri penyebabnya secara mendetail. Hasil penelitian ini mempunyai beberapa kelemahan antara lain:

1. *Recall bias* dapat terjadi pada hasil penelitian dimana faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian ISPA diperoleh dengan mengandalkan daya ingat responden. Upaya peneliti dalam meminimalisir terjadinya *recall bias* yaitu dengan cara membantu sampel sedikit demi sedikit untuk mengingat kejadian tersebut dengan memberikan pertanyaan-pertanyaan yang mudah dimengerti oleh responden.
2. Terdapat kesalahan dalam pengkategorian variabel pemberian ASI ekslusif, status imunisasi, dan pemberian makanan tambahan sehingga hasil penelitian yang dihasilkan kurang akurat.
3. Variabel penggangu tidak dikendalikan.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan penelitian tentang faktor risiko intrinsik yang berhubungan dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I Kabupaten Grobogan, didapatkan simpulan sebagai berikut:

1. Ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif, status imunisasi, dan pemberian makanan tambahan dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Gubug I, Kabupaten Grobogan
2. Tidak ada hubungan antara umur balita, berat badan lahir, dan status gizi dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja puskesmas Gubug I, Kabupaten Grobogan.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Dinas Kesehatan

Agar lebih memperhatikan pelaksanaan program P_2 ISPA yaitu dengan meningkatkan pengetahuan masyarakat, dengan melakukan pendidikan kesehatan masyarakat, khususnya mengenai Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) pada balita.

6.2.2 Bagi Puskesmas

Petugas puskesmas diharapkan lebih mengutamakan pelayanan kesehatan bagi anak dan diharapkan agar meningkatkan penyuluhan yang intensif tentang

pentingnya pemberian makanan tambahan sesuai umur, pemberian ASI eksklusif, dan imunisasi.

6.2.3 Bagi Ibu Balita

Kepada ibu balita diharapkan memberikan ASI secara eksklusif selama 6 bulan dan memberikan makanan tambahan sesuai umur.

6.2.4 Bagi Peneliti Lain

Untuk penelitian selanjutnya diharapkan adanya penelitian dengan rancangan yang berbeda, misalnya menggunakan dengan menggunakan rancangan penelitian kasus kontrol, sehingga dapat mengetahui faktor risiko lain yang berhubungan dengan ISPA pada balita secara lebih mendalam.

UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
PERPUSTAKAAN
UNNES

DAFTAR PUSTAKA

A.Markum, 2002, *Imunisasi*, Jakarta: Balai penerbit FKUI

Abdaie. 2004. *Kaitan antara Kelengkapan Imunisasi dan Status Gizi dengan Kejadian ISPA & DiareAkut pada Anak Batita di Desa Muara Panco Kecamatan Sungai Manau Kabupaten Merangin*. Media Litbang Kesehatan Vol 3. Januari 2004. Hal 23-28

Achmad Djaeni Soediaoetama, 2000, *Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi***,** Jakarta: Dian Rakyat

Depkes RI, 1990, *Imunisasi*, Jakarta: Bakti Husada

_____,2001, *Pedoman Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut untuk Penanggulangan Pneumonia pada Balita*, Jakarta : Bakti Husada.

_____, 2007, *Pedoman Surveilans Pneumonia Puskesmas dan RS Sentinel*, Jakarta: Bakti Husada

Dirjen PPM & PLP, 1992, *Petunjuk Pelayaan Imunisasi di Unit Pelayanan Swasta*, Jakarta: Depkes RI

Dinkes Provinsi Jateng, 2001, *Buletin Epidemiologi Provinsi Jateng*, Dinkes Prov. Jateng

Deddy Muchtadi, 1996, *Air Susu Ibu (ASI),* Jakarta:EGC

Galuh Nita P, 2003, *Hubungan Lama Pemberian ASI secara Eksklusif dan Berbagai Kondisi Rumah dengan Frekuensi Kejadian ISPA pada Anak Usia 1-2 tahun di Wilayah Kerja Puskesmas Srondol Semarang 2003*. Media Litbang Kesehatan. Download 20 Desember 2009. http//www. Koleksiskripsi.com.

Hendrik A.W. 2007. *Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian ISPA pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Brangsong II Kabupaten Kendal.* Media Litbang Kesehatan. Vol 57. No 3. Maret 2007. Hal 57-61

H.J. Mukono, 2000, *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan*, Surabaya: Airlangga

Hood Alsagaff dan H. Abdul Mukty, 2006, *Dasar-dasar Ilmu Penyakit Paru*, Surabaya: Airlangga University Press

Ida Triani Rahardjo, 2003, *Hubungan Status Gizi dengan Penyakit Infeksi(Diare,ISPA) Pada Anak Balita di Puskesmas Sruweng Kabupaten*

Kebumen. Media Litbang Kesehatan, Download 23 Desember 2009.http//www.Koleksiskripsi.com

I Dewa Nyoman Supariasa, 2001, *Penilaian Status Gizi*, Jakarta: EGC

Ike Suhandayani, 2006, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian ISPA pada Balita di Puskesmas Pati I Kabupaten Pati*. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia. Download Tgl 31 November 2009, http//www.Koleksiskripsi.com.

Kep.Men.Kes, No. 829/MENKES/SK/VII/1999, *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Persyaratan Kesehatan Perumahan*, Jakarta: Men.Kes RI

Sudigdo Sastroasmoro dan Sofyan Ismael, 1997, *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis* , Jakarta: Binarupa Aksara.

_____, 2002, *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Jakarta: Sagung Seto.

Sjahmien Moehji.2003. *Ilmu Gizi 2*. Jakarta : Papas Sinar Sinanti.

Slamet Suyono, 2001, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Jilid I*, Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Soekidjo Notoadmojo, 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.

_____, 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: Rineka Cipta

Sugiyono, 2002, *Statistika untuk Penelitian*, Bandung: Alfabeta.

Sutrisno Hadi, 2000, *Metodologi Research jilid 1*, Yogyakarta: Andi.

Sri Soeswasti Soesanto, 2000, *Hubungan Kondisi Perumahan dengan Penularan Penyakit ISPA dan TB Paru*. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, Volume 45. No 3. September 2000. 675-693.

Purwanti S Hubertin, 2004, *Konsep Penerapan ASI Eksklusif*, Jakarta : EGC.

Utami Rusli, 2001. *Bayi Sehat Berkat ASI*, Jakarta : Elex Computindo.

WHO, 1994, *Melindungi Meningkatkan dan Mendukung Menyusui*, Jakarta: Binarupa Aksara.

_____ , 2003, *Pemberian Makanan Tambahan*, Jakarta : EGC.