



**PENGEMBANGAN KEGIATAN *ACTIVE CASE
DETECTION* (ACD) DENGAN MODEL PARTISIPASI
DASAWISMA DALAM PENEMUAN TERSANGKA
PNEUMONIA PADA BALITA DI DESA BANGUNREJO
KECAMATAN PAMOTAN KABUPATEN REMBANG**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Rini Fitriani
NIM. 6450406020

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
2011**

ABSTRAK

Rini Fitriani,

Pengembangan Kegiatan *Active Case Detection* (ACD) Dengan Model Partisipasi Dasawisma Dalam Penemuan Tersangka Pneumonia Pada Balita Di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang,

VI + 72 halaman + 12 tabel + 12 gambar + 15 lampiran

Pneumonia merupakan masalah kesehatan di dunia karena angka kematiannya tinggi. Kematian balita akibat Pneumonia diseluruh dunia sekitar 19% atau berkisar 1,6 – 2,2 juta. Pneumonia merupakan penyebab kematian balita nomor satu di negara berkembang. Penanggulangan penyakit Pneumonia menjadi fokus kegiatan program Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran pernapasan Akut (P2ISPA). Salah satu strategi Penanggulangan Program P2 ISPA adalah penemuan kasus Pneumonia balita dilakukan secara aktif. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang.

Jenis penelitian ini adalah rancangan pra-eksperimen (*pre-experiment designs*) dengan *One Group Pretest-Posttest Design*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh dasawisma yang ada di Desa Bangunrejo yaitu sebanyak 30 dasawisma. Sampel berjumlah 30 dasawisma yang dipilih secara *Total Sampling*. Instrumen yang digunakan adalah kartu waspada, lembar karakteristik dasawisma dan ibu balita, daftar hadir dasawisma. Analisis data yang dilakukan secara univariat dan bivariat (menggunakan uji *Wilcoxon*).

Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan antara jumlah tersangka Pneumonia balita sebelum kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dan jumlah tersangka Pneumonia balita sesudah kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan *p value* adalah 0,026 ($p < 0,05$).

Saran yang diberikan kepada pengelola program P2 ISPA yaitu hendaknya menggunakan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) oleh dasawisma, dengan catatan bahwa Nilai Prediksi Positifnya 0,11 atau 11%. Dan jika Pengelola Program P2 ISPA ingin menggunakan pengembangan kegiatan oleh kelompok lain yg berpotensi sebaiknya terlebih dahulu diberikan pelatihan karena dengan adanya pelatihan terlebih dahulu terbukti dapat meningkatkan jumlah tersangka Pneumonia balita. Untuk peneliti selanjutnya disarankan jika akan melakukan penelitian seperti ini sebaiknya responden yang dirujuk ke pelayanan kesehatan tidak hanya yang di duga positif saja yang negatif sebaiknya juga diperiksa oleh tenaga kesehatan.

Kata Kunci: Pneumonia, ACD.

Kepustakaan: 32 (2000-2009)

ABSTRACT

Rini Fitriani,
Development Activities Active Case Detection (ACD) With Participation Model
Dasawisma In Suspected Pneumonia In Toddlers Discovery Village District Bangunrejo
Pamotan Rembang,
VI + 72 pages + 12 tables + 12 pictures + 15 attachments

Pneumonia is the world's health problems due to the high death rate. Infant mortality due to pneumonia worldwide about 19%, or ranging from 1.6 to 2.2 million. Pneumonia is the number one cause of infant mortality in developing countries. Combating disease became the focus of program activities Pneumonia Disease Eradication Acute Respiratory Tract Infection (P2ISPA). One strategy of P2 ISPA was the discovery of five cases of Pneumocystis performed actively. The purpose of this study is to investigate the development of Active Case Detection (ACD) with a model Dasawisma participation in the discovery of suspected pneumonia in infants in the Village District Bangunrejo Pamotan Rembang.

The study was pre-experimental design (pre-experiment designs) with One Group pretest-posttest design. The population in this study are all available in the Village Dasawisma Bangunrejo namely by 30 Dasawisma. Samples were 30 elected Dasawisma total sampling. Instruments used were alert cards, sheets Dasawisma characteristics and mothers, Dasawisma attendance list. Data analysis was performed using univariate and bivariate (using Wilcoxon test).

From this research we can conclude that there is a difference between the number of suspected pneumonia toddler before activity Active Case Detection (ACD) and the number of suspected pneumonia after toddler activities Active Case Detection (ACD) with a p value was 0.026 ($p < 0.05$).

Advice given to the P2 ISPA program managers should use Active Case Detection (ACD) activities by Dasawisma, with a note that The positive prediction value of 0.11 or 11%. And if the P2 ISPA Program Manager wants to use development activities by other groups who potentially should be trained first because with the first training is proven to increase the number of suspected pneumonia toddler. For further research is recommended when doing research like this should be the respondents who were referred to health services not only that the suspect positive are negative should also be examined by health personnel.

Keywords: Pneumonia, ACD.

Bibliography: 32 (2000-2009)

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Panitia Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahraagaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama :

Nama : Rini Fitriani

NIM : 6450406020

Judul : PENGEMBANGAN KEGIATAN *ACTIVE CASE DETECTION* (ACD) DENGAN MODEL PARTISIPASI DASAWISMA DALAM PENEMUAN TERSANGKA PNEUMONIA PADA BALITA DI DESA BANGUNREJO KECAMATAN PAMOTAN KABUPATEN REMBANG

Pada hari : Rabu

Tanggal : 23 Februari 2011

Panitia Ujian

Ketua Panitia,

Sekretaris

Drs. H. Harry Pramono, M.Si

Irwan Budiono, S.KM, M.Kes

NIP. 19591019.198503.1.001

NIP. 19751217.200501.1.003

Dewan Penguji

Tanggal persetujuan

Ketua Penguji

1. dr. Rr. Sri Ratna Rahayu, M.Kes _____

NIP.19720518.200801.2.011

Anggota Penguji

2. dr. Mahalul Azam, M.Kes _____

(Pembimbing Utama)

NIP.19751119.200112.1.001

Anggota Penguji

3. Dina Nur Anggraini N, S.KM _____

(Pembimbing Pendamping) NIP.19810911.200501.2.002

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

“Jika kita menginginkan sesuatu yang belum pernah kita miliki, Kita harus bersedia melakukan sesuatu yang belum pernah kita lakukan”

“Kesalahan terbesar yang dapat dibuat seseorang dalam hidup adalah dengan terus-menerus merasa takut bahwa dia akan membuat suatu kesalahan”

PERSEMBAHAN

Karya ini ananda persembahkan untuk:

- 1. Ayahanda dan ibunda tercinta sebagai dharma-bakti ananda*
- 2. Almamaterku*

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat hidayah serta inayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “PENGEMBANGAN KEGIATAN *ACTIVE CASE DETECTION* (ACD) DENGAN MODEL PARTISIPASI DASAWISMA DALAM PENEMUAN TERSANGKA PNEUMONIA PADA BALITA DI DESA BANGUNREJO KECAMATAN PAMOTAN KABUPATEN REMBANG” dapat terselesaikan dengan baik. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Keberhasilan penulis dalam penyusunan skripsi ini tidak lepas dari partisipasi dan bantuan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini dengan segala kerendahan hati penulis ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Drs. Harry Pramono, M.Si atas ijin yang telah diberikan.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, dr. Mahalul Azam, M.Kes yang telah memberi ijin.
3. Pembimbing I dr. Mahalul Azam, M. Kes yang telah memberikan bimbingan, arahan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Pembimbing II Dina Nur Anggraini Ningrum, SKM yang telah memberikan bimbingan, arahan dan masukan dalam penyusunan skripsi ini.
5. Ibu dr. Yuni Wijayanti, M. Kes, dosen wali yang telah banyak memberikan nasihat dan motivasi dalam penyelesaian skripsi ini.

6. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama kuliah.
7. Bapak Sungatno, staf Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang yang telah banyak membantu dalam penyelesaian skripsi ini.
8. Kepala Puskesmas Pamotan (dr. Kristianto BW) beserta staf yang telah memberikan ijin untuk pengambilan data dalam menyelesaikan skripsi.
9. Bapak Arif Abidin dan Bapak Kukuh yang telah membantu dalam penelitian.
10. Ibu-ibu dasawisma Desa Bangunrejo yang telah membantu dalam penelitian.
11. Ayahanda, Ibunda Tercinta (Sudiran, Wartini), Ayunda (Anik Wahyuningrum) serta segenap keluarga besar atas perhatian, kasih sayang, motivasi dan do'a yang sungguh berarti bagi saya hingga akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan.
12. Nugroho Ady Wibowo yang dengan penuh kesabaran dan kasih sayang selalu mendampingi, memberikan doa, dukungan, motivasi, perhatian dan semangat sehingga terselesaikannya skripsi ini.
13. Sahabat-sahabat tersayang (Fany, Resa, Nurul, Ema, Tia, Rovi') dan penghuni Nurjanah kost (Ria, Daka, Wanti) atas motivasi, serta doa yang diberikan.
14. Keluarga besar mahasiswa IKM UNNES angkatan 2006
15. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan sehingga masukan dan kritikan yang membangun sangat penulis harapkan demi sempurnanya skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, 13 Januari 2011

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
1.5 Keaslian Penelitian	11
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	14
BAB II LANDASAN TEORI.....	15
2.1 Landasan Teori	15
2.1.1 Pengertian Pneumonia	15
2.1.2 Etiologi Pneumonia	15
2.1.3 Patogenesis Pneumonia	17
2.1.4 Klasifikasi Pneumonia.....	18
2.1.5 Gejala Klinis Pneumonia.....	21
2.1.6 Faktor Risiko Pneumonia	22
2.1.7 Diagnosis Pneumonia	23
2.1.8 Upaya Pencegahan Pneumonia.....	25
2.1.9 Masalah Dalam Program P2 ISPA	27

2.1.10 Faktor-Faktor Penemuan Pneumonia Secara Aktif	29
2.1.11 <i>Active Case Detection</i> (ACD).....	35
2.1.12 Partisipasi Dasawisma	36
2.2 Kerangka Teori	38
BAB III METODE PENELITIAN	39
3.1 Kerangka Konsep	39
3.2 Variabel Penelitian	39
3.3 Hipotesis Penelitian	40
3.4 Definisi Operasional.....	40
3.5 Jenis dan Rancangan Penelitian	41
3.6 Populasi dan Sampel Penelitian	41
3.7 Teknik Pemilihan Sampel	42
3.8 Instrumen Penelitian	42
3.9 Prosedur Penelitian.....	42
3.10 Teknik Pengumpulan Data.....	43
3.11 Sumber Data.....	43
3.12 Teknik Pengolahan.....	44
3.13 Teknik Analisis Data.....	44
BAB IV HASIL PENELITIAN	46
4.1 Deskripsi Data.....	46
4.2 Analisis Univariat.....	49
4.3 Analisis Bivariat.....	56
BAB V PEMBAHASAN	62
5.1 Analisis Univariat	62
5.2 Analisis Bivariat.....	66
5.3 Hambatan dan Kelemahan Penelitian	68
BAB VI PENUTUP	69
6.1 Simpulan	69
6.2 Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN.....	74

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian	11
Tabel 1.2 Matriks Perbedaan Penelitian.....	13
Tabel 2.1 Batas Napas Cepat Sesuai Golongan Umur	24
Tabel 3.1 Definisi Operasional	40
Tabel 4.1 Sepuluh Besar Penyakit Pada Balita di Puskesmas Pamotan	47
Tabel 4.2 Distribusi Dasawisma Berdasarkan Usia	49
Tabel 4.3 Distribusi Ibu Balita Berdasarkan Usia.....	51
Tabel 4.4 Distribusi Ibu Balita Berdasarkan Jenis Pekerjaan	53
Tabel 4.5 Hasil Uji Normalitas Data (<i>Shapiro-Wilk</i>).....	57
Tabel 4.6 Ukuran Pemusatan dan Penyebaran Jumlah Penemuan Tersangka Pneumonia Sebelum Kegiatan ACD dan Sesudah Kegiatan ACD	57
Tabel 4.7 Perbedaan Jumlah Tersangka Pneumonia Balita 2 Bulan Sebelum Kegiatan ACD dan 2 Bulan Sesudah kegiatan ACD.....	58
Tabel 4.8 Perbandingan Jumlah Tersangka Pneumonia Balita Sebelum Kegiatan ACD dan Sesudah Kegiatan ACD	59

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Menghitung Frekuensi Napas Anak Umur < 2 bulan	24
Gambar 2.2 Kerangka Teori	38
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	39
Gambar 3.2 Skema <i>One Group Pretest-Posttest</i>	41
Gambar 4.1 Struktur Organisasi Pengurus Dasawisma	47
Grafik 4.1 Distribusi Dasawisma Berdasarkan Tingkat Pendidikan.....	50
Grafik 4.2 Distribusi Dasawisma Berdasarkan Jenis Pekerjaan	51
Grafik 4.3 Distribusi Ibu Balita Berdasarkan Tingkat Pendidikan	52
Grafik 4.4 Distribusi Balita Berdasarkan Jenis Kelamin	53
Grafik 4.5 Distribusi Balita Berdasarkan Usia.....	54
Grafik 4.6 Distribusi Tersangka Pneumonia Balita Sebelum dan Sesudah Pengembangan Kegiatan ACD Berdasarkan Usia	55
Grafik 4.7 Distribusi Tersangka Pneumonia Balita Sebelum dan Sesudah Pengembangan Kegiatan ACD Berdasarkan Jenis Kelamin.....	56

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Tugas Pembimbing.....	74
Lampiran 2 Surat Tugas Panitia Ujian Sarjana	75
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan.....	76
Lampiran 4 Surat Ijin Penelitian dari Kantor Kesbang dan Linmas Kabupaten Rembang	77
Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang	78
Lampiran 6 Lembar Data Karakteristik Dasawisma	79
Lampiran 7 Daftar Balita yang Telah Diperiksa	80
Lampiran 8 Daftar Tersangka Pneumonia Balita Sebelum ACD	90
Lampiran 9 Daftar Tersangka Pneumonia Balita Sesudah ACD	91
Lampiran 10 Instrumen Penelitian	93
Lampiran 11 Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian di Desa Bangunrejo	102
Lampiran 12 Daftar Hadir Dasawisma Saat Pelatihan.....	103
Lampiran 13 Hasil Uji Frekuensi Analisis Univariat.....	107
Lampiran 14 Hasil Uji Normalitas Data (<i>Shapiro-Wilk</i>)	111
Lampiran 15 Hasil Uji wilcoxon.....	113
Lampiran 16 Dokumentasi	114

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG MASALAH

Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) merupakan salah satu penyebab kematian pada anak di negara berkembang. ISPA ini menyebabkan 4 dari 15 juta kematian pada anak berusia di bawah 5 tahun pada setiap tahunnya. Penyakit ISPA merupakan penyakit yang sering terjadi pada anak. Episode penyakit batuk pilek pada balita di Indonesia diperkirakan 3-6 kali per tahun (Ditjen PP dan PL, 2009). Penyakit ISPA mencakup penyakit saluran napas bagian atas (ISPaA) dan Infeksi Saluran Pernafasan bawah Akut (ISPbA) beserta adneksanya. ISPaA mengakibatkan kematian pada anak dalam jumlah kecil, tetapi dapat menyebabkan kecacatan misalnya otitis media yang merupakan penyebab ketulian. Sedangkan hampir seluruh kematian karena ISPA pada anak kecil disebabkan oleh Infeksi Saluran Pernafasan bawah Akut (ISPbA), paling sering adalah Pneumonia (WHO, 2003). Kematian akibat Pneumonia sebagai penyebab utama ISPA di Indonesia pada akhir tahun 2000 sebanyak 5 kasus diantara 1.000 balita (Depkes RI, 2003). Di dunia setiap tahun diperkirakan lebih dari 2 juta balita meninggal karena Pneumonia (1 balita/15 detik) dari 9 juta total kematian balita (Ditjen PP dan PL, 2009).

Infeksi Saluran Pernafasan bawah Akut (ISPbA) menimbulkan angka kesakitan dan kematian yang tinggi serta kerugian produktivitas kerja. ISPbA dapat dijumpai dalam berbagai bentuk, tersering adalah dalam bentuk Pneumonia (Zul Dahlan, 2007: 239). Pneumonia adalah peradangan yang mengenai parenkim

paru, distal dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratorius, dan alveoli, serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan gangguan pertukaran gas setempat. KLB pneumonia lebih sering terjadi pada akhir musim panas. Penyakit endemis ini tidak mengikuti pola musiman, namun bervariasi dari tahun ke tahun dan bervariasi menurut daerah geografis yang berbeda (Ditjen PPM dan PLP, 2005).

Faktor risiko yang berhubungan dengan kejadian penyakit ISPA adalah faktor ekstrinsik dan instrinsik. Faktor ekstrinsik terdiri dari ventilasi, kepadatan hunian, jenis lantai, luas jendela, letak dapur, penggunaan jenis bahan bakar dan kepemilikan lubang asap. Sedangkan faktor instrinsik terdiri dari umur, jenis kelamin, status gizi, status imunisasi, pemberian vitamin A pada saat nifas/ balita dan pemberian ASI (Ike Suhandayani, 2007).

Gejala penyakit ini pada umumnya diawali dengan panas, batuk, pilek, suara serak, nyeri tenggorokan. Selanjutnya panas makin tinggi, batuk makin hebat, pernapasan cepat (*takipnea*), tarikan otot rusuk (*retraksi*), sesak napas dan penderita menjadi kebiruan (*sianosis*). WHO telah menggunakan penghitungan frekuensi napas per menit berdasarkan golongan umur sebagai salah satu pedoman untuk memudahkan diagnosa Pneumonia, terutama di institusi pelayanan kesehatan dasar. Pada anak umur 0-2 bulan napas normalnya adalah 30-50 per menit sedangkan *takipnea* (napas cepat) adalah sama atau > 60 x per menit. Pada anak umur 2-12 bulan napas normalnya adalah 25-40 per menit sedangkan *takipnea* (napas cepat) adalah sama atau > 50 x per menit. Pada anak umur 1-5

tahun napas normalnya adalah 20-30 per menit sedangkan *takipnea* (napas cepat) adalah sama atau > 40 x per menit (Ditjen PP dan PL, 2007).

Pneumonia merupakan masalah kesehatan di dunia karena angka kematiannya tinggi, tidak saja di negara berkembang, tapi juga di negara maju seperti AS, Kanada dan negara-negara Eropa. Di AS misalnya, terdapat 2 juta sampai 3 juta kasus pneumonia per tahun dengan jumlah kematian rata-rata 45.000 orang (Mardjanis Said, 2006).

Pneumonia merupakan penyebab kematian balita nomor 1 di negara berkembang. Kematian balita akibat Pneumonia diseluruh dunia sekitar 19% atau berkisar 1,6 – 2,2 juta. Dimana sekitar 70% terjadi di negara-negara berkembang, terutama Afrika dan Asia Tenggara. Persentase ini terbesar bahkan bila dibandingkan dengan diare (17%) dan malaria (8%) (Mardjanis Said, 2006).

Di Indonesia, Pneumonia merupakan penyebab kematian nomor 3 setelah kardiovaskuler dan tuberkulosis. Faktor sosial ekonomi yang rendah mempertinggi angka kematian. Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah kematian bayi dan balita akibat Pneumonia cukup besar. Pada 2003, sebanyak 5 dari 1.000 balita meninggal karena penyakit pernapasan ini. Angka kematian Pneumonia pada balita di Indonesia diperkirakan mencapai 21 % (Unicef, 2006).

Diketahui bahwa ISPA mempunyai kontribusi 28% sebagai penyebab kematian pada bayi < 1 tahun dan 23% pada anak balita ($1 - < 5$ tahun) dimana 80%-90% dari seluruh kasus kematian ISPA disebabkan oleh Pneumonia. ISPA sebagai penyebab utama kematian pada bayi dan balita ini diduga karena penyakit

ini merupakan penyakit yang akut dan kualitas penatalaksanaannya belum memadai (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2008).

Penanggulangan penyakit Pneumonia menjadi fokus kegiatan program Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran pernapasan Akut (P2ISPA). Program ini mengupayakan agar istilah Pneumonia lebih dikenal masyarakat, sehingga memudahkan kegiatan penyuluhan dan penyebaran informasi tentang penanggulangan Pneumonia (Ditjen PPM dan PLP, 2004).

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) kerap bertengger pada urutan pertama penyebab kematian pada kelompok bayi dan balita. Selain itu, ISPA juga sering berada dalam daftar 10 penyakit terbanyak di Rumah Sakit. Survei mortalitas yang dilakukan oleh subdit ISPA tahun 2005 menempatkan Pneumonia sebagai penyebab kematian bayi terbesar di Indonesia dengan persentase 22,30% dari seluruh kematian bayi. Pada survei yang sama menyebutkan bahwa sebanyak 23,6% kematian pada balita disebabkan oleh penyakit ini, yang merupakan proporsi terbesar dari seluruh penyebab kematian pada balita (Depkes RI, 2008).

Pada tahun 2008 cakupan penemuan kasus Pneumonia baru mencapai 18,81% (laporan dari 26 Provinsi). provinsi yang memiliki cakupan penemuan Pneumonia pada balita tertinggi adalah Nusa Tenggara Barat sebesar 56,50% yang diikuti oleh Jawa Barat sebesar 42,50% dan Kepulauan Bangka Belitung sebesar 21,71%. Sedangkan cakupan terendah adalah Provinsi DI Yogyakarta sebesar 1,81%, Kepulauan Riau sebesar 2,08%, dan NAD sebesar 4,56%. Provinsi Jawa Tengah menempati urutan ke-13 (Depkes RI, 2008).

Cakupan penemuan penderita Pneumonia balita di Propinsi Jawa Tengah tahun 2008 sebesar 23,63% mengalami penurunan bila dibandingkan cakupan tahun 2007 yang mencapai 24,29%. Angka ini sangat jauh dari target SPM tahun 2010 sebesar 100% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2008).

Target cakupan Pneumonia tahun 2008 secara nasional sesuai dengan rencana Kerja Jangka Menengah Nasional P2ISPA tahun 2008 adalah 76% dan tahun 2009 adalah 86% (Ditjen PP dan PL, 2007: 53). Sedangkan target SPM tahun 2010 adalah 100% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2008: 19). Rembang adalah daerah yang jumlah penderita Pneumonianya paling rendah ditemukan dan ditangani yaitu sebesar 0,85 (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2008).

Pada tahun 2009 perkiraan kasus Pneumonia pada balita di Kabupaten Rembang sebanyak 4.253, sedangkan Pneumonia balita yang ditemukan atau ditangani sebanyak 33. Angka penemuan kasus Pneumonia balita sebesar 0,78% (DKK Rembang, 2009). Jumlah balita di Kecamatan Pamotan tahun 2009 adalah sebanyak 3.433. Perkiraan kasus Pneumonia balita di Puskesmas Pamotan adalah sebanyak 344 sedangkan pneumonia balita yang ditemukan adalah sebanyak 11 balita. Angka penemuan kasus Pneumonia balita sebesar 3,2%. Desa Bangunrejo adalah desa yang proporsi perkiraan Pneumonia balitanya paling tinggi di wilayah kerja Puskesmas Pamotan (Puskesmas Pamotan, 2010). Jumlah balita di Desa Bangunrejo adalah 250. Perkiraan kasus Pneumonia balita di Desa Bangunrejo adalah 25 balita. Sedangkan Pneumonia balita yang ditemukan di Desa Bangunrejo adalah 4 balita. Cakupan penemuan penderita Pneumonia balita yang mendapat antibiotik sesuai standar atau Pneumonia berat dirujuk ke rumah sakit di

satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Berdasarkan data yang diperoleh terdapat kesenjangan yaitu Angka penemuan Pneumonia yang ditemukan di Kecamatan Pamotan yaitu sebesar 3,2% sedangkan target nasional adalah 86%.

Rendahnya cakupan penemuan pneumonia disebabkan kepatuhan petugas dalam menjalankan Standar Operasional Prosedur belum maksimal sehingga banyak kasus Pneumonia Balita tidak terdeteksi, disamping itu belum maksimalnya sosialisasi kepada masyarakat tentang tanda-tanda Pneumonia balita serta bahayanya bila tidak segera ditangani sangat berpengaruh terhadap rendahnya cakupan penemuan kasus Pneumonia (Ditjen PP dan PL, 2007).

Untuk meningkatkan penemuan Pneumonia di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang digunakan partisipasi dasawisma. Kelompok Dasawisma adalah kelompok yang terdiri atas 10-20 kepala keluarga (dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi setempat), diketuai oleh salah seorang yang dipilih di antara mereka, merupakan kelompok potensial terdepan dalam pelaksanaan kegiatan PKK (Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga). Jumlah dasawisma di kecamatan Pamotan tahun 2009 adalah 634, sedangkan jumlah dasawisma di Desa Bangunrejo adalah 30. Dasawisma ini yang nantinya akan menemukan tersangka Pneumonia dengan cara diagnosis dini yaitu mengetahui gejala awal Pneumonia dan frekuensi nafas cepat. Sebelumnya dasawisma diberi pelatihan oleh tenaga kesehatan dari Puskesmas Pamotan.

Penelitian tentang peran dasawisma dalam penemuan Pneumonia telah dilakukan oleh Ratna Dewi dengan judul efektifitas model upaya pendekatan upaya peningkatan cakupan penderita Pneumonia melalui kelompok dasawisma di

Puskesmas Sukaraja Kecamatan Buay Madang Kabupaten Ogan Komering Ulu tahun 2002. Pada penelitian tersebut didapatkan hasil bahwa cakupan penemuan penderita Pneumonia rata-rata di daerah intervensi sebesar 83,9 dan daerah kontrol 49,6. Dari hasil penelitian tersebut dapat diketahui bahwa cakupan penemuan Pneumonia melalui pola pendekatan kelompok dasawisma ternyata mampu secara efektif meningkatkan penemuan penderita Pneumonia (Ditjen PPM Depkes RI, 2004)

Penelitian sebelumnya tentang *Active Case Detection* (ACD) telah digunakan pada penyakit malaria. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Sahat M. Ompusunggu tahun 2001-2003 tentang penerapan *Active Case Detection* (ACD) dengan peran serta masyarakat melalui kader dan dasawisma dalam penemuan dan pengobatan penderita malaria didapatkan hasil bahwa cakupan *Active Case Detection* (ACD) di desa perlakuan (Kalikotes) cakupan ACD sesudah perlakuan meningkat tajam (masing-masing sebesar 17,9%, 75,6%, dan 84,6% pada waktu sebelum, 1 tahun sesudah dan 2 tahun sesudah perlakuan), sedangkan di desa pembandingan (Ngandaan) meskipun meningkat sesudah 1 tahun (dari 36,7% menjadi 83,5%) namun menurun lagi sesudah 2 tahun (54,4%). Dari hasil penelitian tersebut dapat diketahui bahwa penerapan *Active Case Detection* (ACD) dengan peran serta masyarakat melalui kader dan dasawisma dalam penemuan dan pengobatan penderita malaria ternyata mampu secara efektif meningkatkan penemuan dan pengobatan penderita malaria (Sahat M. Ompusunggu, 2003).

Berdasarkan uraian diatas, akan dilakukan penelitian dengan judul “PENGEMBANGAN KEGIATAN *ACTIVE CASE DETECTION* (ACD) DENGAN MODEL PARTISIPASI DASAWISMA DALAM PENEMUAN TERSANGKA PNEUMONIA PADA BALITA DI DESA BANGUNREJO KECAMATAN PAMOTAN KABUPATEN REMBANG”.

1.2. RUMUSAN MASALAH

1.2.1. Rumusan Masalah Umum

Bagaimana pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang?

1.2.2. Rumusan Masalah Khusus

1. Bagaimana penerapan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang?
2. Bagaimana gambaran jumlah penemuan tersangka Pneumonia pada balita 2 bulan sebelum pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang?
3. Bagaimana gambaran jumlah penemuan tersangka Pneumonia pada balita 2 bulan sesudah pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang?

4. Apakah ada perbedaan jumlah penemuan tersangka Pneumonia pada balita 2 bulan sebelum dan 2 bulan sesudah pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang?
5. Bagaimana Nilai Prediktif Positif pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang?

1.3. TUJUAN PENELITIAN

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui penerapan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang.
2. Mengetahui gambaran jumlah penemuan tersangka pneumonia pada balita 2 bulan sebelum pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang.

3. Mengetahui gambaran jumlah penemuan tersangka pneumonia pada balita 2 bulan sesudah pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang.
4. Mengetahui perbedaan jumlah penemuan tersangka Pneumonia pada balita 2 bulan sebelum dan 2 bulan sesudah pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang.
5. Mengetahui Nilai Prediktif Positif pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang.

1.4. MANFAAT HASIL PENELITIAN

1.4.1. Bagi Pengelola Program P2 ISPA di Puskesmas Pamotan Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang

Dapat memberikan informasi dan hasil mengenai pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita sebagai dasar dalam pengambilan keputusan program penanggulangan dan pemberantasan penyakit Pneumonia di Puskesmas Pamotan Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang.

1.4.2. Bagi Mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang

Dapat memberikan informasi dan hasil mengenai pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita sebagai dasar dilaksanakannya penelitian lain dibidang kesehatan ibu dan anak.

1.4.3. Bagi Ketua Dasawisma di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang

Dapat memberikan informasi dan pelatihan tentang *Active Case Detection* (ACD) kepada dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia 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)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Evaluasi kegiatan penemuan dan pengobatan Pneumonia pada anak balita di Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen periode 1999-2001 (2002-skripsi)	Rahmat Noor	1999-2001 Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen	Jenis penelitian adalah penelitian deskriptif dengan metode analisa data sekunder	a. Umur b. Karakteristik tempat c. Karakteristik waktu	Hasil pengolahan data selama 3 tahun menunjukkan penemuan penyakit Pneumonia pada anak balita berdasarkan karakteristik orang terbanyak pada kelompok umur 1-< 5 tahun, berdasarkan karakteristik

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2	Efektivitas model upaya pendekatan peningkatan cakupan penderita Pneumonia melalui kelompok dasawisma di Puskesmas Sukaraja Kecamatan Buay Madang Kabupaten Ogan Komering Ulu tahun 2002	Ratna Dewi	2002 Puskesmas Sukaraja Kecamatan Buay Madang Kabupaten Ogan Komering Ulu	Jenis penelitian ini adalah eksperimen dengan desain <i>pre-test post-test control group design</i>	Variabel bebas: efektivitas model upaya pendekatan kelompok dasawisma Variabel terikat: peningkatan cakupan penderita Pneumonia	tempat penemuan terbanyak di Desa Kemujan, dan berdasarkan karakteristik waktu penemuan kejadian tertinggi pada bulan September tahun 1999, bulan April 2000, dan bulan April tahun 2001. Pada penelitian tersebut cakupan penemuan penderita Pneumonia rata-rata di daerah intervensi sebesar 83,9 dan daerah kontrol 49,6.

Tabel 1.2 Matrik Perbedaan Penelitian

No	Perbedaan	Rini Fitriani	Rahmat Noor	Ratna Dewi
1	Tempat	Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang	Puskesmas Adimulyo Kabupaten Kebumen	Puskesmas Sukaraja Kecamatan Buay Madang Kabupaten Ogan Komerling Ulu
2	Waktu	2010	1999-2001	2002
3	Rancangan penelitian	<i>One group pretes - postest design</i>	Penelitian deskriptif dengan metode analisa data sekunder	<i>pre-test post-test control group design</i>
4	Variabel penelitian	Variabel bebas: Kegiatan <i>Active Case Detection</i> (ACD) dengan model partisipasi dasawisma Variabel terikat: Jumlah penemuan tersangka Pneumonia pada balita	a. Umur b. Karakteristik tempat c. Karakteristik waktu	Variabel bebas: Efektifitas model upaya pendekatan kelompok dasawisma Variabel terikat peningkatan cakupan penderita pneumonia.

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Penelitian mengenai pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia pada balita di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang belum pernah dilakukan sebelumnya.
2. Penelitian ini menggunakan rancangan *One Group Pretest-Posttest Design* berbeda dengan rancangan sebelumnya yaitu penelitian deskriptif dengan metode analisa data sekunder dan *pre-test post-test control group design*.

1.6. RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1. Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini akan dilakukan di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang.

1.6.2. Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan September sampai November tahun 2010.

1.6.3. Ruang Lingkup Keilmuan

1.6.4. Ruang lingkup keilmuan dalam penelitian ini adalah Ilmu Kesehatan Masyarakat dibidang epidemiologi khususnya tentang penerapan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dalam penemuan tersangka Pneumonia.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1. LANDASAN TEORI

2.1.1. Pengertian Pneumonia

Pneumonia adalah peradangan yang mengenai parenkim paru, distal dari *bronkiolus terminalis* yang mencakup *bronkiolus respiratorius*, dan alveoli, serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan gangguan pertukaran gas setempat (Zul Dahlan, 2007: 239). Pneumonia adalah infeksi saluran pernapasan akut bagian bawah yang mengenai parenkim paru (Arif Mansjoer, 2005: 465). Pneumonia adalah infeksi di daerah paru-paru yang disebabkan oleh bakteri atau virus (Martin Edward, 2000: 187).

Pneumonia balita adalah penyakit yang menyerang jaringan paru-paru yang ditandai dengan batuk dan disertai napas cepat atau napas sesak pada anak usia 0 - < 5 tahun (Dirjen PPM dan PL, 2004).

2.1.2. Etiologi Pneumonia

Infeksi traktus respiratorius bawah masih terus menjadi masalah kesehatan utama meskipun kemajuan dalam identifikasi baik agen-agen penyebab baru ataupun lama sangat pesat, dan kemampuan obat-obat antimikroba telah banyak ditingkatkan (Lawrence M. Tierney, Stephen J. McPhee, dan Maxine A. Papadakis, 2002: 100). Sebagian besar pneumonia disebabkan oleh infeksi, akan tetapi dapat juga disebabkan oleh bahan-bahan lain seperti minyak mineral (pneumonia lipid), bahan-bahan organik dan anorganik atau uap kimia seperti berillium (*Chemical*

pneumonitis), obat-obatan seperti nitrofurantoin, busulfan (pneumonia karena obat) (Hood Alsagaff, 2006: 122).

Etiologi ISPA terdiri lebih dari 300 jenis bakteri, virus dan riketsa. Bakteri penyebab ISPA antara lain adalah dari genus *streptokokus*, *Stafilokokus*, *Pneumokokus*, *Hemofillus*, *Bordetelia* dan *Korinebakterium*. Virus penyebab ISPA antara lain adalah golongan Miksovirus, Adenovirus, Koronavirus, Pikornavirus, Mikoplasma, Herpesvirus dan lain-lain.

Pneumonia berat pada anak disebabkan oleh bakteri, biasanya *Streptococcus pneumoniae* atau *Haemophilus influenzae*. Penyebab utama pneumonia di Negara maju adalah virus (WHO, 2002). Tipe virus yang paling umum adalah virus influenza, adenovirus, virus chickenpox dan virus sinsisial pernapasan (Jan Tambayong, 2000: 111).

Pneumonia bakterial juga dapat diakibatkan oleh bakteri *Staphylococcus*, *Klebsiela*, *Pseudomonas* dan *Escherichia coli* (Jan Tambayong, 2000: 110). Pada anak yang sehat, pneumonia virus adalah yang paling sering menyerang. Virus yang menyebabkan pneumonia diantaranya RSV (*Respiratory Syncytical Virus*), parainfluenza, influenza dan adenovirus. Sedangkan dari bakteri penyebab utama diantaranya *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* dan *Staphylococcus aureus*. Pada bayi dan anak kecil, *Staphylococcus aureus* sebagai penyebab pneumonia yang berat, serius dan sangat progresif dengan mortalitas tinggi (Arif Mansjoer, 2005: 465) Mikroba *Mycoplasma pneumoniae* juga menjadi penyebab banyak kasus pneumonia terutama pada anak yang lebih besar atau remaja (S. Koplewich, Harold, 2005: 119).

2.1.3. Patogenesis Pneumonia

Proses patogenesis pneumonia terkait dengan 3 faktor yaitu keadaan (imunitas) inang, mikroorganisme yang menyerang pasien dan lingkungan yang berinteraksi satu sama lain. Interaksi ini akan menentukan klasifikasi dan bentuk manifestasi dari pneumonia, berat ringannya penyakit, diagnosis empirik, rencana terapi secara empiris serta prognosis dari pasien (Zul Dahlan, 2007: 239).

Bakteri penyebab Pneumonia terhisap ke paru perifer melalui saluran napas menyebabkan reaksi jaringan berupa edema, yang mempermudah proliferasi dan penyebaran kuman. Bagian paru yang terkena mengalami konsolidasi, yaitu terjadinya sekumpulan sel PMN (polimorfonuklear), fibrin, eritrosit, cairan edema dan kuman alveoli. Proses ini termasuk dalam stadium hepatisasi merah. Sedangkan stadium hepatisasi kelabu adalah kelanjutan proses infeksi berupa deposisi fibrin ke permukaan pleura. Ditemukan pula fibrin dan leukosit PMN di alveoli dan proses fagositosis yang cepat. Dilanjutkan stadium resolusi, dengan peningkatan jumlah sel makrofag di alveoli, degenerasi sel dan menipisnya fibrin, serta menghilangnya kuman dan debris (Arif Mansjoer, 2005: 466).

Pada Pneumonia, virus dan bakteri biasanya menyebar lewat cipratan dari hidung dan tenggorokan yang keluar lewat batuk, bersin atau kontak dengan kuman yang terdapat pada alat-alat atau tisu bekas. Meskipun orang yang menyebarkan kuman tersebut tidak menderita pneumonia, kuman tersebut dapat menyebabkan pneumonia waktu pindah ke anak tersebut. Masa inkubasinya tergantung pada organismenya. Inkubasi RSV 4-6 hari, influenza 1-4 hari, mycoplasma 1-3 minggu (S. Koplewich, Harold, 2005: 120).

2.1.4. Klasifikasi Pneumonia

2.1.4.1. Klasifikasi Pneumonia Menurut Dasar Anatomis

1) *Pneumonia lobaris*

Pneumonia lobaris adalah peradangan jaringan paru akut yang berat yang disebabkan *pneumococcus (Diplococcus pneumoniae)* (W. Herdin Sibuea, dkk 1994:224). Biasanya gejala penyakit secara mendadak, tetapi kadang-kadang didahului oleh infeksi traktus respiratorius bagian atas. Pada anak besar sering disertai badan menggigil dan pada bayi dapat disertai kejang. Suhu naik cepat sampai 39-40⁰C dan suhu ini biasanya menunjukkan tipe febris kontinu. Napas menjadi sesak, disertai pernapasan cuping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut serta rasa nyeri pada dada. Anak lebih suka tiduran pada dada yang sakit. Batuk mula-mula kering kemudian menjadi produktif.

Pada pemeriksaan fisik, kelainan yang khas tampak setelah 1-2 hari. Pada inspeksi dan palpasi tampak pergesaran toraks yang terkena berkurang. Pada permulaan suara pernapasan melemah sedangkan pada perkusi tidak jelas ada kelainan. Setelah terjadi kongesti, ronki basah nyaring terdengar yang segera menghilang setelah terjadi konsolidasi, kemudian pada perkusi jelas terdengar keredupan dengan suara pernapasan sub-bronkial sampai bronchial. Pada stadium resolusi ronki terdengar lebih jelas tanpa pengobatan dapat sembuh dengan krisis 5-9 hari (Ngastiyah, 1999: 40).

2) *Pneumonia lobularis (Bronkopneumonia)*

Bronkopneumonia biasanya didahului oleh infeksi traktus respiratorius bagian atas selama beberapa hari suhu tubuh dapat naik sangat mendadak sampai 39-40⁰C dan kadang disertai kejang karena demam yang tinggi. Anak sangat gelisah, dispnea,

pernapasan cepat dan dangkal disertai pernapasan cuping hidung serta sianosis sekitar hidung dan mulut. Kadang-kadang disertai muntah dan diare. Batuk biasanya tidak ditemukan pada permulaan penyakit, tetapi setelah beberapa hari mula-mula kering kemudian menjadi produktif.

Pada stadium permulaan sukar dibuat diagnosis dengan pemeriksaan fisik tetapi dengan adanya napas dangkal dan cepat, pernapasan cuping hidung dan sianosis sekitar hidung dan mulut dapat diduga adanya pneumonia. Hasil pemeriksaan fisik tergantung dari pada luas daerah auskultasi yang terkena. Pada perkusi sering tidak ditemukan kelainan dan pada auskultasi mungkin hanya terdengar ronki basah nyaring halus atau sedang. Bila sarang *bronkopneumonia* menjadi satu (konfluens) mungkin pada perkusi terdengar keredupan dan suara pernapasan pada auskultasi terdengar mengeras. Pada stadium resolusi, ronki terdengar lagi (Ngastiyah, 1999:40).

3) *Pneumonia Interstitialis (Bronkiolitis)*

Bronkiolitis akut adalah suatu sindrom obstruksi bronkiolus yang sering diderita bayi atau anak berumur kurang dari 2 tahun, paling sering pada usia 6 bulan. *Bronkiolitis* akut sebagian besar disebabkan oleh *Respiratory Syncytial Virus (RSV)* (Ngastiyah, 1999: 45). *Bronkiolitis* juga disebabkan oleh virus influenza dan parainfluenza, tetapi lebih jarang. Anak akan mengalami ISPA, diikuti batuk dan dispne yang semakin berat. Tanda-tandanya mirip dengan *bronkopneumonia*, tetapi dispne (sesak napas) dan emfisemanya lebih jelas. Paru jelas sekali penuh dan seperti berisi tiupan angin. Krepitasi luas dapat terdengar atau mungkin paru terdengar tenang tetapi aliran udara kurang. Bersamaan dengan memburuknya keadaan, batuk semakin jelas dan sianosis serta kolaps paru semakin berat. *Bronkiolitis* biasanya penyakit yang dapat sembuh sendiri dalam 5-10 hari.

2.1.4.2. Klasifikasi Pneumonia Berdasarkan Usia

Program pemberantasan penyakit infeksi saluran pernafasan akut (P2ISPA) mengklasifikasikan pneumonia ke dalam dua kelompok usia, yaitu:

1) Pneumonia pada anak usia 2 bulan sampai < 5 tahun

Pneumonia pada anak usia 2 bulan sampai < 5 tahun diklasifikasikan menjadi:

a. Pneumonia berat

Seorang anak berumur 2 bulan sampai < 5 tahun menderita penyakit Pneumonia berat apabila dari pemeriksaan ditemukan salah satu tanda bahaya yaitu tidak bisa minum, kejang, kesadaran menurun atau sukar dibangunkan, stridor pada waktu anak tenang dan gizi buruk. Seorang anak diklasifikasikan menderita Pneumonia berat apabila dari pemeriksaan ditemukan tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (TDDK) (Dirjen PP dan PL, 2007: 14).

b. Pneumonia

Seorang anak berumur 2 bulan sampai < 5 tahun diklasifikasikan menderita Pneumonia apabila dari pemeriksaan tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam dan adanya napas cepat. Pada anak umur 2 sampai < 12 bulan napas cepatnya 50 x/menit. Pada anak umur 12 bulan sampai < 5 tahun napas cepatnya 40x/menit (Dirjen PP dan PL, 2007: 16).

c. Batuk bukan Pneumonia

Seorang anak berumur 2 bulan sampai < 5 tahun diklasifikasikan menderita batuk bukan Pneumonia apabila dari pemeriksaan tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam dan tidak ada napas cepat, frekuensi napas kurang dari 50x/menit pada anak umur 2 - < 12 bulan dan kurang dari 40x/menit pada umur 12 bulan - < 5 tahun (Dirjen PP dan PL, 2007: 17).

2) Pneumonia pada bayi < 2 bulan

Pneumonia pada anak usia < 2 bulan diklasifikasikan menjadi:

a. Pneumonia berat

Seorang bayi berumur < 2 bulan diklasifikasikan menderita Pneumonia berat bila dari pemeriksaan ditemukan tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam yang kuat (TDDK kuat) atau adanya napas cepat yaitu 60 x/menit atau lebih (Dirjen PP dan PL, 2007: 26).

b. Batuk bukan Pneumonia

Bayi yang diklasifikasikan menderita batuk bukan Pneumonia adalah yang menderita batuk pilek biasa tanpa adanya tanda bahaya ataupun tanda Pneumonia. Seorang bayi berumur < 2 bulan diklasifikasikan menderita batuk bukan Pneumonia apabila dari pemeriksaan tidak ada TDDK kuat dan tidak ada napas cepat, frekuensi napas kurang dari 60 x/menit (Dirjen PP dan PL, 2007: 27).

2.1.5. Gejala Klinis Pneumonia

Gejala Pneumonia sangat bervariasi, tergantung golongan umur, mikroorganisme penyebab, kekebalan tubuh (imunologis) dan berat ringannya penyakit. Gejala penyakit ini pada umumnya, diawali dengan panas, batuk, pilek, suara serak, nyeri tenggorokan. Selanjutnya panas makin tinggi, batuk makin hebat, pernapasan cepat (*takipnea*), tarikan otot rusuk (*retraksi*), sesak napas dan penderita menjadi kebiruan (*sianosis*). Adakalanya disertai tanda lain seperti nyeri perut dan muntah (pada anak di atas 5 tahun). Pada bayi (usia di bawah 1 tahun) tanda-tanda pneumonia tidak spesifik, tidak selalu ditemukan demam dan batuk. Beberapa anak yang menderita pneumonia pernapasannya berlangsung cepat dan dangkal serta dapat menjadi bingung (Setiowulan, 2000).

2.1.6. Faktor Risiko Pneumonia

Hasil penelitian dari berbagai Negara termasuk Indonesia dan berbagai publikasi ilmiah dilaporkan faktor risiko baik yang meningkatkan insiden (morbiditas) maupun kematian (mortalitas) akibat Pneumonia adalah sebagai berikut:

2.1.6.1. Faktor Risiko yang Meningkatkan Insiden Pneumonia

Faktor Risiko yang meningkatkan Insiden Pneumonia meliputi:

1. Faktor risiko pasti (*definite*): malnutrisi, BBLR, tidak ASI Eksklusif, tidak dapat imunisasi campak, polusi udara dalam rumah dan kepadatan.
2. Faktor risiko hampir pasti (*likely*): asap rokok, defisiensi Zinc, kemampuan ibu merawat, penyakit penyerta (diare dan asma).
3. Kemungkinan faktor risiko (*possible*): pendidikan ibu, kelembaban, udara dingin, defisiensi vitamin A, polusi udara luar, urutan kelahiran dalam keluarga, kemiskinan.

2.1.6.2. Faktor Risiko yang Meningkatkan Angka Kematian Pneumonia

Faktor risiko yang meningkatkan angka kematian Pneumonia ini perlu mendapatkan perhatian kita semua agar upaya penurunan kematian karena Pneumonia dapat dicapai. Faktor risiko ini merupakan gabungan faktor risiko yang meningkatkan insidens Pneumonia ditambah dengan faktor tatalaksana di pelayanan kesehatan yaitu:

1. Ketersediaan pedoman tatalaksana
2. Ketersediaan tenaga kesehatan terlatih yang memadai
3. Kepatuhan tenaga kesehatan terhadap pedoman
4. Ketersediaan fasilitas yang diperlukan untuk tatalaksana Pneumonia (obat, oksigen, perawatan intensif)

5. Prasarana dan sistem rujukan

(Ditjen PPM dan PLP, 2009: 12-13)

2.1.7. Diagnosis Pneumonia

Diagnosis Pneumonia ditegakkan berdasarkan riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik yang telah dilakukan. Diagnosis ditegakkan dengan melihat gejala awal dari Pneumonia dan dengan memperhatikan napas cepat pada balita.

WHO telah menggunakan penghitungan frekuensi napas per menit berdasarkan golongan umur sebagai salah satu pedoman untuk memudahkan diagnosa Pneumonia, terutama di institusi pelayanan kesehatan dasar.

Untuk menghitung napas dalam 1 menit terdapat 3 cara yang benar dalam menghitung frekuensi napas:

- 1) Dengan menggunakan timer untuk menghitung frekuensi napas. Dalam hal ini yang pertama dilakukan adalah menentukan dimana akan melihat gerakan napas. Bunyi pertama yang terdengar menunjukkan 30 detik pertama dan setelah terdengar bunyi panjang (bunyi kedua) yang menunjukkan waktu 1 menit penghitungan napas anak selesai.
- 2) Menggunakan jam tangan yang mempunyai jarum detik. Bisa minta bantuan orang lain untuk memberi aba-aba setelah 1 menit, sehingga bisa mengamati sepenuhnya mengamati pernapasan anak. Jika tidak ada orang lain, posisi jam sedemikian sehingga jarum jam dan gerak pernapasan anak dapat dilihat sekaligus.
- 3) Menggunakan jam tangan dengan jarum detik atau jarum digital. Menghitung pernapasan sampai batas napas cepat (60, 50 atau 40 sesuai umur anak),

kemudian melihat jam. Bila pernapasan anak normal, maka akan memerlukan waktu menghitung lebih dari satu menit.

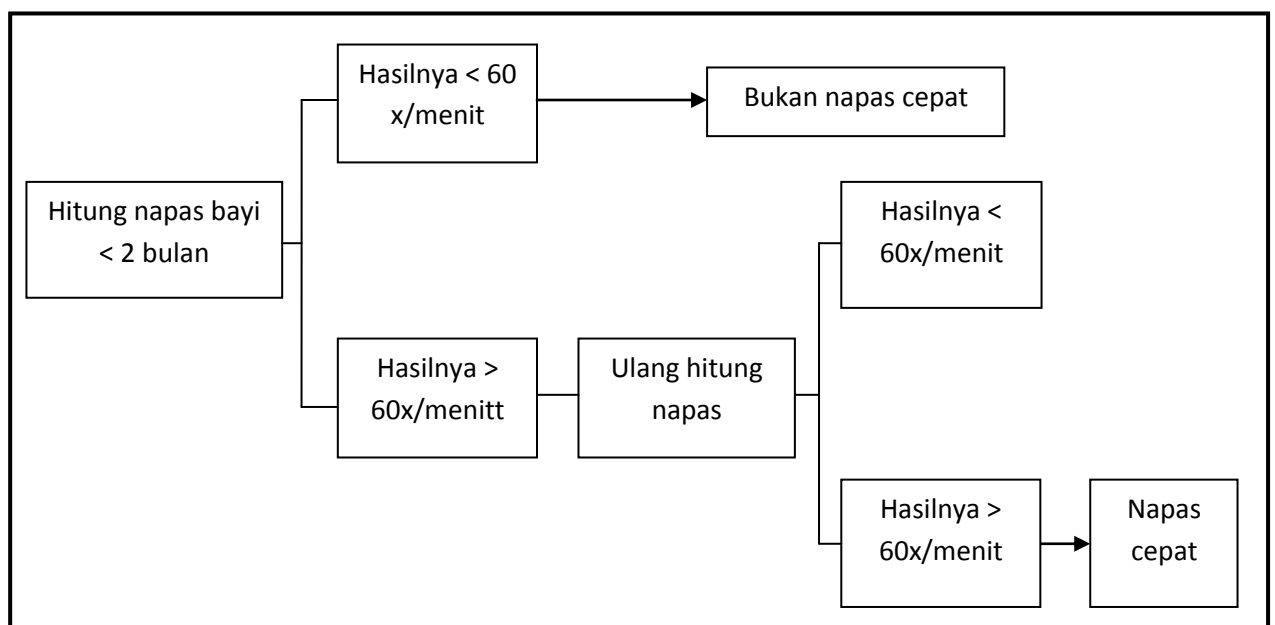
(Dirjen PP dan PL, 2007: 8)

Tabel 2.1 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

(Dirjen PP dan PL, 2007: 9)

Perhitungan napas harus dilakukan selama 1 menit penuh. Frekuensi napas bayi umur < 2 bulan tidak menentu. Kadang-kadang napasnya berhenti beberapa detik, diikuti periode napas cepat. Apabila hasilnya kurang dari 60 kali per menit, anak tersebut tidak mengalami napas cepat. Apabila hasilnya 60 kali per menit atau lebih, ditunggu beberapa menit dan ulangi perhitungan.



Gambar 2.1 Menghitung Frekuensi Napas Anak Umur < 2 bulan

(Sumber: Dirjen PP dan PL tahun 2007)

Setelah perhitungan napas cepat selanjutnya memperhatikan tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (TDDK), *stridor* dan *wheezing*. Anak dikatakan mempunyai TDDK jika dinding dada bagian bawah masuk ke dalam ketika anak menarik napas. Jika dada anak tertarik ke dalam hanya pada saat anak menangis atau diberi makan berarti tidak terdapat TDDK. Untuk melihat dan mendengar *stridor*, diamati ketika anak menarik napas dan mendekatkan telinga ke mulut anak untuk lebih jelas mendengarkan *stridor*. *Stridor* adalah bunyi khas yang terdengar pada saat anak menarik napas. Sedangkan untuk mendengar *wheezing* telinga harus didekatkan ke mulut anak untuk lebih jelas mendengarkan *wheezing*. *Wheezing* adalah suara bising seperti siulan atau tanda kesulitan waktu anak mengeluarkan napas (Dirjen PP dan PL, 2007: 10-11).

Seorang anak berumur 2 bulan - < 5 tahun diklasifikasikan menderita Pneumonia apabila dari pemeriksaan tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam dan adanya napas cepat 50x/menit atau lebih pada anak umur 12 bulan - < 24 bulan dan 40x/menit atau lebih pada umur 24 bulan - < 5 tahun. Dan dikatakan menderita Pneumonia berat jika dari pemeriksaan ditemukan tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (TDDK). Seorang anak dikatakan menderita batuk bukan Pneumonia apabila dari pemeriksaan tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam dan tidak ada napas cepat (Dirjen PP dan PL, 2007: 10-11).

2.1.8. Upaya Pencegahan Pneumonia

Upaya penting untuk mencegah Pneumonia anak di bawah usia 5 tahun di Negara berkembang, telah diidentifikasi dalam enam kelompok, masing-masing kelompok ini terdiri dari berbagai upaya. Cara kerja ini telah dianut oleh WHO dan *London School of Hygiene and Tropical Medicine* dalam mengontrol infeksi

pernafasan akut sehingga berhasil mengurangi morbiditas dan mortalitas akibat pneumonia pada anak-anak. Adapun keenam kelompok itu adalah :

- 1) Imunisasi, peningkatan peliputan imunisasi anak terhadap dua penyakit infeksi pernafasan akut yang serius yaitu campak dan batuk rejan, penggunaan vaksin baru seperti vaksin *pneumococcus*, *H. influenza B*, *Respiratory Syncytial virus* dan vaksin virus lainnya.
- 2) Manajemen kasus infeksi pernafasan akut dan pemberian kemoprofilaktis pada anak beresiko tinggi, anak dengan malnutrisi berat, neonatus beresiko tinggi, anak dengan infeksi pernafasan atas akut, cacangan, dan dengan mengi.
- 3) Memperbaiki nutrisi, pemberian air susu ibu, perbaikan nutrisi bayi dengan berat badan lahir rendah mengingat mereka berisiko 6,4 kali lebih besar terhadap kematian akibat pneumonia dalam 6 bulan pertama kehidupannya bila dibandingkan dengan bayi lahir berat badan cukup, dan berisiko 2,9 kali dalam 6 bulan berikutnya, penanggulangan malnutrisi, pemberian vitamin A, pengobatan anemia berat, pemberian mikronutrien lainnya (seng, tembaga, vitamin D).
- 4) Mengurangi polusi lingkungan, polusi udara dalam ruangan, lingkungan berasap rokok, polusi udara diluar ruangan.
- 5) Mengurangi penyebaran kuman, lingkungan padat, mencegah penularan langsung, pencegahan HIV.
- 6) Memperbaiki cara-cara perawatan anak, usaha mencari pertolongan medis, mencegah kedinginan, memberikan pendidikan pada ibu tentang perawatan anak, memanjangkan jarak kelahiran.

(Kirkwood BR, 1999: 147)

2.1.9. Masalah Dalam Program P2ISPA

Ditinjau dari segi program P2 ISPA (Dirjen PP dan PL, 2009: 15), beberapa hal yang menjadi masalah dalam program P2 ISPA adalah sebagai berikut:

1. Kurangnya tenaga pengelola program P2 ISPA yang terlatih baik ditingkat provinsi, kabupaten/ kota dan Puskesmas disebabkan oleh terbatasnya anggaran pelatihan teknis maupun manajemen baik di pusat, provinsi dan kabupaten/ kota.
2. Sebagian besar provinsi dan kabupaten tidak menganggarkan dana program P2 ISPA, walaupun ada jumlahnya sangat terbatas. Hal ini disebabkan oleh terbatasnya pemahaman tentang masalah ISPA dan pengendaliannya di jajaran dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/ kota.
3. Sound timer untuk diagnosis Pneumonia balita tidak banyak digunakan oleh Puskesmas, karena petugas enggan menerapkan MTBS atau Tatalaksana Standar P2 ISPA yang dianggap terlalu memakan waktu. Akibatnya banyak Pneumonia balita yang lolos dari deteksi sehingga cakupan penemuan Pneumonia balita tidak tercapai.
4. Masih terbatasnya jumlah oksigen konsentrator di Puskesmas perawatan yang memerlukan. Oksigen konsentrator yang telah terdistribusi belum terpantau kondisi dan pemanfaatannya. Sementara itu banyak petugas yang belum memahami penggunaannya karena pelatihan yang belum intensif.
5. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi masih sangat terbatas pada bahan cetakan, belum melakukan tatap muka dan penggunaan media audio visual secara intensif. Hal ini disebabkan karena penyediaan media oleh pusat hanya berupa prototipe sedangkan operasionalisasi dilaksanakan oleh daerah sedangkan biaya operasional di daerah masih terbatas.

6. Ketepatan dan kelengkapan pelaporan yang masih rendah dari kabupaten/ kota ke provinsi dan dari provinsi ke pusat antara lain disebabkan oleh kurangnya pemahaman tentang pentingnya data untuk pengambilan keputusan dalam perencanaan dan masih lemahnya umpan baliknya disetiap tingkat.
7. Masih terbatasnya cakupan penemuan penderita Pneumonia balita, disebabkan kurangnya pemahaman ibu/ pengasuh balita tentang Pneumonia dan belum adanya data yang representative tentang kejadian (insiden) Pneumonia balita di Indonesia.
8. Supervise diseluruh tingkat masih terkendala oleh pemanfaatan data dan informasi serta tindak lanjut dalam meningkatkan pelaksanaan program.
9. Pengembangan program belum dilaksanakan secara sistematis berdasarkan permasalahan yang ada dan kondisi wilayah. Untuk mengatasi masalah ini perlu dilakukan kajian program secara periodik dan berkelanjutan.

Beberapa strategi Penanggulangan Program P2 ISPA adalah sebagai berikut:

1. Penemuan kasus dilakukan secara aktif dan pasif sesuai dengan tatalaksana standar pengobatan.
2. Peningkatan mutu pelayanan melalui peningkatan kapasitas sumber daya manusia dan kelengkapan logistik bekerjasama dengan pemerintah daerah.
3. Peningkatan peran keluarga dan masyarakat melalui pemberdayaan kader dan tokoh masyarakat.
4. Evaluasi program dilaksanakan secara berkala bekerjasama dengan lembaga pengkajian/ penelitian guna mendapatkan hasil yang obyektif.
5. Sistem pelaporan dibangun secara bertahap dengan komputerisasi sehingga keterlambatan laporan dapat dikurangi.

6. Pembinaan teknis dilakukan secara berjenjang dan terstandar.

2.1.10. Faktor-Faktor Penemuan Pneumonia Secara Aktif

Penemuan penderita pneumonia yang tidak memenuhi target karena faktor-faktor petugas yang tugas rangkap, kinerja petugas masih kurang serta dana dan sarana kurang memadai. Riset operasional tentang penemuan dan rujukan kasus ISPA/ Pneumonia secara dini sebagian besar berkaitan dengan pengembangan media Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) dan pelatihan (Ditjen PPM, 2004).

Bila cakupan penemuan sangat rendah, berarti banyak kasus pneumonia balita yang tidak dibawa berobat oleh orang tua atau dapat juga berarti bahwa petugas tidak melaksanakan tatalaksana standar (terutama penghitungan napas). Hal ini dapat diatasi dengan lebih meningkatkan peran serta masyarakat melalui pelatihan kader, penyuluhan kepada ibu-ibu dan memberikan pelatihan kepada petugas kesehatan (Dirjen PP dan PL, 2007: 57).

Faktor-faktor penemuan pneumonia secara aktif adalah sebagai berikut :

2.1.10.1. Pengetahuan Dasawisma

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Pengindraan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Soekidjo Notoatmodjo, 2007: 139).

Pengetahuan merupakan dominan yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Soekidjo Notoatmojo, 2003:121).

Pengetahuan dasawisma yang dimaksud adalah seberapa jauh dasawisma mengetahui tentang pengertian pneumonia, penyebab, gejala, cara deteksi pneumonia dan cara pertolongan pertama.

2.1.10.2. Sikap Dasawisma

Sikap adalah organisasi pendapat, keyakinan seseorang mengenai objek/situasi yang relatif ajeg, yang disertai adanya perasaan tertentu dan memberikan dasar kepada orang tersebut untuk membuat respon atau berperilaku dalam cara yang tertentu dipilihnya (Bimo Walgito, 2001: 109).

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Soekidjo Notoatmojo, 2007: 142). Menurut Soekidjo Notoatmojo (2007: 144) sikap terdiri dari beberapa tingkatan, yaitu:

1. Menerima (*receiving*)

Menerima adalah orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).

2. Merespon (*responding*)

Merespon adalah memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan.

3. Menghargai (*valuing*)

Menghargai adalah mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

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

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan sebagaimana pendapat atau pernyataan responden pada suatu objek (Soekidjo Notoatmojo, 2007: 144).

2.1.10.3. Perilaku Dasawisma

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas individu, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku individu dipengaruhi oleh berbagai hal seperti pengetahuan, sikap, kebutuhan, dan sumber daya yang ada. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Ini dapat disimpulkan bahwa perilaku seseorang tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dan sebagainya dari individu yang bersangkutan (Soekidjo Notoatmodjo, 2007: 133)

2.1.10.4. Jenis Media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) yang Digunakan Oleh Dasawisma

- 1) Pengertian Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) yang Digunakan Oleh Dasawisma

Komunikasi adalah Penyampaian pesan secara langsung ataupun tidak langsung melalui saluran komunikasi kepada penerima pesan, untuk mendapatkan suatu efek (DEPKES RI, 1984).

Menurut Effendy (1998), komunikasi adalah pertukaran pikiran atau keterangan dalam rangka menciptakan rasa saling mengerti dan saling percaya, demi terwujudnya hubungan yang baik antara seseorang dengan orang lain. Komunikasi adalah pertukaran fakta, gagasan, opini atau emosi antara dua orang atau lebih.

Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi antar pribadi maupun komunikasi massa (Notoatmodjo, 2003).

Informasi adalah keterangan, gagasan, maupun kenyataan-kenyataan yang perlu diketahui oleh masyarakat (BKKBN, 1993). Sedangkan menurut DEPKES, 1990 Informasi adalah pesan yang disampaikan.

Pendidikan adalah proses perubahan perilaku kearah yang positif (DEPKES RI, 1990). Menurut Effendy (1998), pendidikan kesehatan merupakan salah satu kompetensi yang dituntut dari tenaga kesehatan, karena merupakan salah satu peranan yang harus dilaksanakan dalam setiap memberikan pelayanan kesehatan, baik itu terhadap individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) adalah berbagai kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku yang dalam hal ini berkaitan dengan Pneumonia balita. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) masih sangat terbatas pada bahan cetakan, belum melakukan tatap muka dan penggunaan media audio visual secara intensif. Hal ini disebabkan karena penyediaan media oleh pusat hanya berupa prototipe sedangkan operasionalisasi dilaksanakan oleh daerah (Ditjen PPM dan PLP, 2009: 16).

Dari penelitian yang telah dilakukan jenis media komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) yang digunakan dalam upaya meningkatkan penemuan Pneumonia balita adalah pengembangan media AVA (Since Lay, 2002), kegiatan bina suasana, penyuluhan, penayangan VCD, konseling dan simulasi (Zaenal Arifien, 2002). Penelitian tersebut terbukti efektif dapat meningkatkan penemuan kasus Pneumonia balita (Ditjen PPM Depkes RI, 2004: 36).

2) Tujuan KIE

Tujuan dilaksanakannya program KIE, yaitu untuk mendorong terjadinya proses perubahan perilaku kearah yang positif, peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik masyarakat secara wajar sehingga masyarakat melaksanakannya secara mantap sebagai perilaku yang sehat dan bertanggung jawab.

2.1.10.5. *Pemberian Imbalan/ Insentif Kepada Dasawisma*

Imbalan adalah sesuatu yang meningkatkan frekuensi kegiatan seorang pegawai. Sesuatu dinamakan imbalan atau bukan tergantung pada keseluruhan pengaruh terhadap perilaku pegawai. Jika kinerja seorang pegawai diikuti oleh sesuatu dan kinerja lebih sering terjadi disaat kemudian setelah sesuatu, maka sesuatu tersebut disebut imbalan (Prawirosentono, 1999).

Menurut Handoko (2000), tujuan pemberian imbalan adalah untuk:

1. Memperoleh personalia yang kualified
2. Mempertahankan para karyawan yang ada
3. Menjamin keadilan
4. Mengendalikan biaya-biaya
5. Memenuhi peraturan-peraturan legal

Pemberian imbalan kepada dasawisma diberikan sesuai jumlah hari keterlibatannya. Pemberian imbalan kemungkinan dapat menambah semangat kerja dasawisma sehingga berakibat pada peningkatan cakupan *Active Case Detection* (ACD) (Sahat M. Ompunusunggu, Harijani A. Marwoto, 2003).

2.1.10.6. *Kesadaran Masyarakat Untuk Mencari Pengobatan Bilamana Sedang Sakit*

Kesadaran adalah tingkat kesiagaan individu pada saat ini terhadap rangsangan eksternal dan internal, artinya terhadap peristiwa-peristiwa lingkungan dan suasana

tubuh, memori dan pikiran. kesadaran juga dapat diartikan sebagai kondisi terjaga atau mampu mengerti apa yang sedang terjadi. Penelitian yang dilakukan oleh Sahat M. Ompunusunggu (2003) menyebutkan bahwa peningkatan kesadaran masyarakat untuk mencari pengobatan bilamana sedang sakit mempengaruhi peningkatan cakupan *Active Case Detection* (ACD) yang dilaksanakan oleh para kader.

2.1.10.7. *Pelatihan Yang Diperoleh Oleh Dasawisma*

Menurut Zais (1986) Pelatihan dapat diartikan sebagai proses di mana para instruktur memanipulasi peserta dan lingkungan mereka dengan cara-cara tertentu sehingga peserta mampu menguasai perilaku yang diinginkan. Menurut Wexley and Yukl (1995) pelatihan adalah proses di mana pekerja mempelajari keterampilan, sikap dan perilaku yang diperlukan guna melaksanakan pekerjaan mereka secara efektif.

Pelatihan sering dianggap sebagai aktivitas yang paling umum dan para pimpinan mendukung adanya pelatihan karena melalui pelatihan, para pekerja akan menjadi lebih trampil dan karenanya akan lebih produktif sekalipun manfaat-manfaat tersebut harus diperhitungkan dengan waktu yang tersita ketika pekerja sedang dilatih.

Pelatihan kepada dasawisma diberikan untuk menambah pengetahuan sehingga diharapkan dapat menemukan penderita di lingkungannya. Selama pelatihan dasawisma diberi acuan berupa modul. Dari penelitian yang telah dilakukan oleh Soesilo Utomo (2000) pemberian latihan tentang deteksi dini dan tatalaksana ISPA bagi bidan desa dan kader terbukti secara efektif dapat meningkatkan cakupan penemuan dan rujukan Pneumonia (Ditjen PPM Depkes RI, 2004: 37).

2.1.11. *Active Case Detection* (ACD)

Active Case Detection (ACD) adalah upaya penemuan penderita Pneumonia oleh petugas kesehatan yang dilakukan secara aktif dengan mengunjungi balita dengan gejala pneumonia. Kegiatan ini dilaksanakan oleh petugas Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) bersama kader secara aktif mendatangi sasaran (pasien) di wilayah kerja atau lapangan (Ditjen PPM dan PLP, 2009: 21). Dalam penelitian ini *Active Case Detection* (ACD) dilakukan oleh dasawisma, yang meliputi: penemuan tersangka Pneumonia, rujukan tersangka untuk melakukan pemeriksaan ke Puskesmas dengan membawa kartu waspada. *Active Case Detection* (ACD) akan menjadi lebih penting karena jumlah kasus yang dilaporkan oleh *Passive Case Detection* (PCD) menjadi berkurang (WHO, 2006).

Keuntungan *Active Case Detection* (ACD):

1. Kualitas informasi yang diperoleh lebih baik.
2. Hasil yang diperoleh lengkap dan jauh lebih baik
3. Informasi yang didapatkan dapat merefleksikan keadaan sebenarnya di dalam keseluruhan populasi.
4. Lebih cepat

Kekurangan *Active Case Detection* (ACD):

1. Dalam masalah biaya, biaya *Active Case Detection* (ACD) lebih besar daripada biaya *Passive Case Detection* (PCD) (Rifmi Utami, 2005).
2. Dibutuhkan dana dan tenaga khusus.

Keuntungan *Passive Case detection* (PCD):

1. Dapat cepat mengetahui adanya penyakit baru

2. Memperoleh gambaran yang luas tentang berbagai masalah penyakit di suatu daerah.
3. Informasi dari *Passive case Detection* (PCD) bersifat cukup akurat.

Kekurangan *Passive Case Detection* (ACD): Hasil yang diperoleh kurang lengkap.

Active Case Detection (ACD) pada penyakit flu burung dilakukan dari radius 300 meter dari tempat yang telah terdeteksi adanya dugaan terhadap virus flu burung. Jika radius antara 300 meter sampai 1 km tidak perlu dilakukan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) (Depkes Malaysia, 2004).

Pada penyakit malaria difungsikan kader malaria sebagai pengganti JMD untuk melakukan *Active Case Detection* (ACD), yang meliputi: penemuan kasus malaria klinis, pemberian pengobatan klinis, pembuatan sediaan darah hingga pengirimannya ke laboratorium puskesmas (Sahat M. Ompusunggu, Harijani A. Marwoto dkk, 2005). Di Jawa dan Bali, pengamatan penyalit malaria dilakukan dengan dua cara yaitu *Active Case Detection* (ACD) dan *Passive Case Detection* (PCD). *Active Case Detection* (ACD) dilakukan dengan cara kunjungan dari rumah ke rumah oleh petugas malaria desa (dulu PMD - Pembantu Malaria Desa), setiap 1 atau 2 bulan sebuah rumah harus dapat dikunjungi dan dari setiap penderita demam yang dikunjungi diambil darah tepi untuk pemeriksaan malaria secara mikroskopis. Sedangkan pada *Passive Case Detection* (PCD), pengambilan darah dilakukan di Rumah Sakit, Puskesmas, Puskesmas pembantu dan Poliklinik (Cyrus H. Simanjuntak, 1998).

2.1.12. Partisipasi Dasawisma

Pengertian peran serta masyarakat dikemukakan oleh Marjono dalam makalahnya yang berjudul *Revitalisasi Posyantekdes Sebagai Upaya Pemberdayaan Masyarakat*

Dalam Otonomi Daerah adalah keikutsertaan/ keterlibatan masyarakat dengan sadar dalam suatu program/ kegiatan pembangunan. Peran serta dapat dianggap sebagai tolok ukur dalam menilai apakah suatu kegiatan yang dilaksanakan merupakan upaya pemberdayaan masyarakat atau bukan. Jika masyarakat tidak diberikan kesempatan untuk berperan serta/ berpartisipasi dalam kegiatan pembangunan, maka kegiatan tersebut esensinya tidak merupakan suatu upaya pemberdayaan masyarakat, melainkan memperdaya masyarakat.

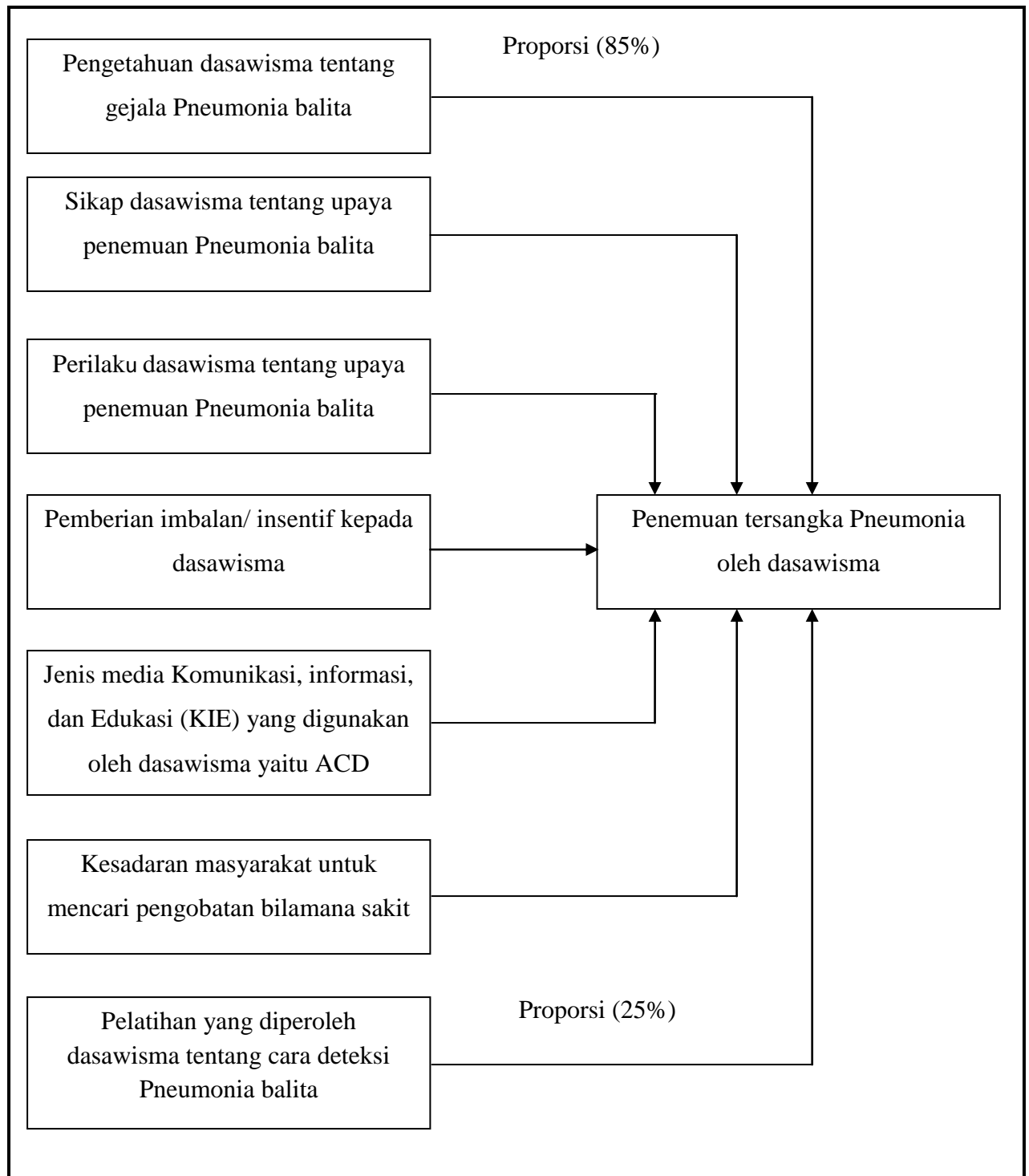
Partisipasi merupakan sinonim dari keikutsertaan, keterlibatan. Partisipasi adalah hal turut berperan serta di suatu kegiatan. Partisipasi dasawisma adalah keikutsertaan dasawisma dalam suatu kegiatan kelompok, masyarakat atau Pemerintah.

Dasawisma sebagai salah satu wadah kegiatan masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam pelaksanaan program-program kegiatan gerakan PKK di tingkat desa yang nantinya akan berpengaruh pula pada kegiatan gerakan PKK di tingkat Kecamatan dan Kabupaten.

Kelompok Dasawisma adalah kelompok yang terdiri atas 10-20 kepala keluarga (dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi setempat), diketuai oleh salah seorang yang dipilih di antara mereka, merupakan kelompok potensial terdepan dalam pelaksanaan kegiatan PKK (Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga).

Kelompok PKK adalah kelompok-kelompok yang berada di bawah Tim Penggerak PKK Desa/ Kelurahan, yang dapat dibentuk berdasarkan kewilayahan atau kegiatan. PKK adalah sebagai motor penggerak pembangunan masyarakat yang harus diposisikan sebagai gerak moral dan fisik yang dapat membantu keluarga guna menghadapi kompetisi yang makin meningkat dalam kehidupan saat ini dan masa yang akan datang.

2.2. KERANGKA TEORI



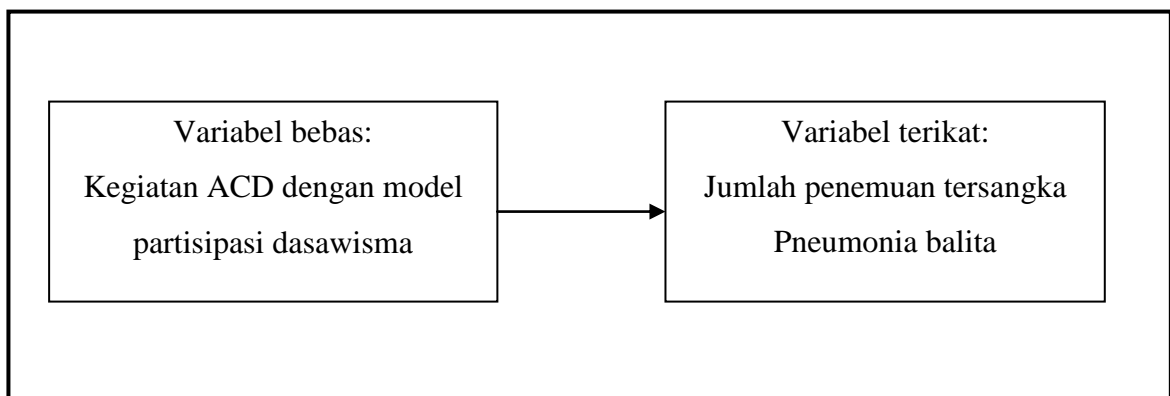
Gambar 2.2 Kerangka Teori

Sumber : Ditjen PPM Depkes RI (2004), Lasbudi P. Ambarita (2005), Sahat M. Ompunusunggu, Harijani A. Marwoto (2003).

BAB III METODE PENELITIAN

3.1. KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep dari penelitian ini adalah mengenai pengembangan kegiatan *Active Case Detection (ACD)* dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan Pneumonia balita yang dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2. VARIABEL PENELITIAN

Variabel penelitian dalam penelitian ini adalah :

3.2.1. Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah Kegiatan *Active Case Detection (ACD)* dengan model partisipasi dasawisma.

3.2.2. Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah jumlah penemuan tersangka Pneumonia pada balita.

3.3. HIPOTESIS PENELITIAN

Berdasarkan permasalahan tersebut, maka hipotesis dari penelitian ini adalah:

Ada perbedaan jumlah penemuan tersangka Pneumonia balita 2 bulan sebelum dan 2 bulan sesudah pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang.

3.4. DEFINISI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURAN VARIABEL

Definisi operasional merupakan pengertian tentang setiap variabel yang diteliti dalam konteks penelitian tersebut.

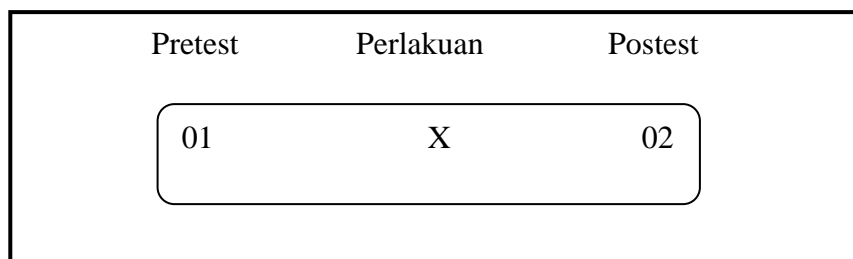
Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel (1)	Definisi (2)	Skala (3)	Instrumen (4)
Jumlah penemuan tersangka Pneumoni balita	Total kartu waspada yang dapat dikumpulkan oleh dasawisma karena anak yang berusia dibawah lima tahun memiliki gejala batuk, sukar bernafas, nafas cepat atau terdapat TDDK, atau terdapat stridor (ngorok).	Rasio	Dokumen kartu waspada yang masuk ke Puskesmas Pamotan.
Kegiatan <i>Active Case Detection</i> (ACD) dengan model Partisipasi dasawisma	Upaya aktif yang dilakukan oleh seseorang yang merupakan ketua dari kelompok yang terdiri atas 10-20 kepala keluarga untuk mencari anak yang berusia dibawah lima tahun yang memiliki gejala batuk, sukar bernafas, nafas cepat atau terdapat TDDK, atau terdapat stridor(ngorok) kemudian	Nominal Dengan kategori: 1. Sebelum pengembangan kegiatan <i>Active Case Detection</i> (ACD) 2. Setelah pengembangan kegiatan <i>Active Case Detection</i> (ACD)	Daftar hadir dasawisma saat pelatihan dan daftar balita yang telah diperiksa.

(1)	(2)	(3)	(4)
	menuliskannya di kartu waspada kemudian dikumpulkan ke Puskesmas Pamotan.		

3.5. JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian yang dilakukan adalah rancangan pra-eksperimen (*pre-experiment designs*). Adapun rancangan yang digunakan adalah rancangan *One Group Pretest-Posttest Design* (Soekidjo Notoatmojo, 2010: 57).



Gambar 3.2 Skema *One Group Pretest-Posttest Design*

01 : Jumlah penemuan tersangka Pneumonia balita sebelum pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) oleh dasawisma

X : Pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) oleh dasawisma

02 : Jumlah penemuan tersangka Pneumonia balita setelah pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) oleh dasawisma

3.6. POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

3.6.1. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh dasawisma yang ada di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang yaitu sebanyak 30 dasawisma (Kecamatan Pamotan, 2009).

3.6.2. Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh dasawisma yang ada di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang yaitu sebanyak 30 dasawisma (Kecamatan Pamotan, 2009).

3.7. TEKNIK PEMILIHAN SAMPEL

Teknik pemilihan sampel dalam penelitian ini menggunakan cara *Total Sampling*.

3.8. INSTRUMEN PENELITIAN

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah Dokumen kartu waspada yang masuk ke Puskesmas Pamotan, Daftar hadir dasawisma saat pelatihan, lembar data karakteristik dasawisma, lembar data karakteristik ibu balita dan daftar balita yang telah diperiksa.

3.9. PROSEDUR PENELITIAN

Adapun tahap-tahap dalam pelaksanaan penelitian ini antara lain:

1. Mengundang ketua dasawisma dari tiap-tiap kelompok dasawisma di desa Bangunrejo.
2. Pemberian pelatihan penerapan *Active Case Detection* (ACD) kepada dasawisma oleh tenaga kesehatan.
3. Pemberian dua kartu waspada kepada dasawisma (yang satu untuk dibawa dasawisma dan yang satu untuk diberikan kepada ibu balita).
4. Pemberian lembar data karakteristik dasawisma kepada dasawisma.

5. Pemberian lembar data karakteristik ibu balita kepada dasawisma.
6. Ketua dasawisma kembali ke kelompok dasawisma.
7. Evaluasi kegiatan dasawisma setiap 2 minggu sekali.
8. Monitoring akhir setelah 2 bulan pelaksanaan pencarian tersangka Pneumonia balita oleh dasawisma.

3.10. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

1. Penggunaan metode dokumentasi untuk mendapatkan data jumlah penemuan tersangka Pneumonia balita menggunakan instrumen dokumen kartu waspada yang masuk ke Puskesmas pamotan.
2. Penggunaan daftar hadir untuk untuk mendapatkan data jumlah dasawisma yang aktif dalam mencari tersangka Pneumonia balita menggunakan instrumen lembar daftar hadir dasawisma saat pelatihan dan daftar balita yang telah diperiksa.
3. Penggunaan lembar data karakteristik dasawisma untuk mengetahui karakteristik dasawisma dan penggunaan lembar data karakteristik ibu balita untuk mengetahui karakteristik ibu balita.

3.11. SUMBER DATA

3.11.1. Data Primer

Data primer berupa jumlah balita yang merupakan tersangka Pneumonia balita, data karakteristik dasawisma, dan data karakteristik ibu balita.

3.11.2. Data Sekunder

Data sekunder berupa data laporan bulanan P2 ISPA yang didapatkan dari Puskesmas Pamotan, data jumlah balita yang didapatkan dari bidan Desa Bangunrejo,

data jumlah Dasawisma yang didapat dari Kecamatan Pamotan, dan data Monografi Desa untuk mengetahui gambaran umum lokasi penelitian.

3.12. TEKNIK PENGOLAHAN

3.12.1. Pengolahan Data

Untuk memperoleh suatu kesimpulan masalah yang diteliti, maka analisis data merupakan suatu langkah penting dalam penelitian. Data yang terkumpul akan diolah dan dianalisis dengan menggunakan program komputer. Proses pengolahan data tersebut meliputi :

1. *Coding* adalah kegiatan untuk mengklasifikasikan data menurut kategori masing-masing sehingga memudahkan dalam pengelompokkan data.
2. *Entry* adalah kegiatan memasukkan data yang telah didapat ke dalam program komputer yang telah ditetapkan.
3. *Tabulating* adalah tahap melakukan penyajian data melalui tabel dan agar mempermudah untuk dianalisis.

3.13. TEKNIK ANALISIS DATA

3.13.1. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk menampilkan semua variabel penelitian dalam bentuk tabel. Analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel. Misalnya presentase balita berdasarkan jenis kelamin dan usia, presentase pekerjaan, pendidikan, dan umur dasawisma dan ibu balita yang ada di daerah penelitian.

3.13.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melakukan uji komparatif yaitu untuk menguji apakah ada beda jumlah penemuan tersangka Pneumonia balita 2 bulan sebelum dan 2 bulan sesudah pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang, uji statistiknya menggunakan uji T Berpasangan dengan alternatif uji *Wilcoxon*.

BAB IV HASIL PENELITIAN

4.1. DESKRIPSI DATA

4.1.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Desa Bangunrejo adalah salah satu desa yang terletak di Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang, dengan luas wilayah 126.000 Ha. Dengan batas wilayah sebagai berikut:

Sebelah Utara : Desa Ngulahan

Sebelah Selatan : Desa Bamban

Sebelah Barat : Desa Pamotan

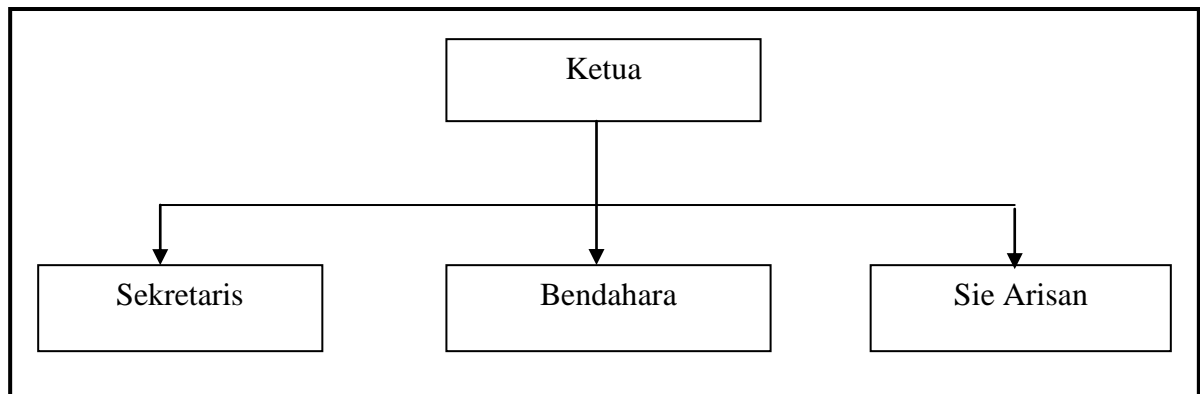
Sebelah Timur : Desa Pacing

(Data Monografi Desa Bangunrejo, Tahun 2010)

4.1.2. Demografi

Wilayah Desa Bangunrejo mempunyai jumlah penduduk total sebanyak 3572 jiwa, yang terdiri dari penduduk laki-laki sebanyak 1858 jiwa dan penduduk perempuan sebanyak 1714 Jiwa. Adapun jumlah Kepala Keluarga adalah 1044 KK. (Data Monografi Desa Bangunrejo, Tahun 2010).

Jumlah dasawisma di Desa Bangunrejo adalah 30. Dasawisma adalah kelompok yang terdiri atas 10-20 kepala keluarga (dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi setempat), diketuai oleh salah seorang yang dipilih di antara mereka, merupakan kolompok potensial terdepan dalam pelaksanaan kegiatan PKK (Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga). Adapun struktur organisasi pengurus dasawisma adalah sebagai berikut:



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Pengurus Dasawisma

4.1.3. Gambaran Umum 10 Besar Penyakit pada Balita di Puskesmas Pamotan

Gambaran umum 10 besar penyakit pada balita di Puskesmas Pamotan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.1 Sepuluh Besar Penyakit Pada Balita di Puskesmas Pamotan

No	Jenis Penyakit	Jumlah	Presentase
1	ISPA	1303	67,9%
2	Gangguan Kulit	184	9,6%
3	Diare	158	8,2%
4	Konjungtivitis	85	4,4%
5	Varisela	51	2,7%
6	Faringitis Akut	45	2,3%
7	Urtikaria	28	1,5%
8	Mukosa mulut	25	1,3%
9	Skabies	21	1,1%
10	Tifoid	19	1%
Jumlah		1919	100%

Sumber: Laporan LB1 Puskesmas Pamotan Tahun 2010

Pada tabel diatas terlihat bahwa penyakit ISPA merupakan penyakit yang banyak terjadi pada balita di Puskesmas Pamotan (67,9%), kemudian diikuti oleh Gangguan Kulit (9,6%) dan Diare (8,2%).

4.1.4. Gambaran Umum Penerapan Kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan Model Partisipasi Dasawisma di Desa Bangunrejo

Desa Bangunrejo adalah desa yang proporsi perkiraan Pneumonia balitanya paling tinggi di wilayah kerja Puskesmas Pamotan (Puskesmas Pamotan, 2010).

Jumlah balita terakhir sebelum diadakan penelitian adalah 250, sehingga perkiraan kasus Pneumonia balita adalah 25. Sedangkan Pneumonia balita yang ditemukan di Desa Bangunrejo adalah 4 balita. Di Desa Bangunrejo sebelumnya tidak ada kegiatan *Active Case Detection* (ACD) yang dilakukan oleh dasawisma. Dan untuk meningkatkan penemuan Pneumonia di Desa Bangunrejo Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang digunakan partisipasi dasawisma. Pada saat penelitian dilaksanakan jumlah balita di Desa Bangunrejo adalah 230. Sehingga perkiraan kasus Pneumonia balita di Desa Bangunrejo adalah 23 balita. Balita ini tersebar di 4 dukuh yang ada di Desa Bangunrejo yaitu Dukuh Bangunrejo (113 balita), Dukuh Pos (62 balita), Dukuh Nglongko (40 balita), dan Dukuh Pulo Gajah (15 balita).

Sebelum dasawisma mencari tersangka Pneumonia balita, terlebih dahulu dasawisma diberi pelatihan oleh petugas kesehatan dari Puskesmas. Jumlah dasawisma di Desa Bangunrejo adalah 30. Di Desa Bangunrejo ini dasawisma bertugas sebagai petugas posyandu. Dasawisma ini ada 7 kelompok. Dimana 1 kelompok (3 dasawisma) berada di dusun Pos, 1 kelompok (2 dasawisma) di dukuh Pulo Gajah, 1 kelompok (4 dasawisma) di Nglongko, dan 4 kelompok (21 dasawisma) di dusun Bangunrejo. Setiap dusun dipilih satu ketua, kecuali dusun bangunrejo dipilih 4 ketua. Ketua ini nanti yang bertugas untuk melaporkan hasil pencarian tersangka sebelum monitoring akhir. Pengontrolan dan evaluasi dilakukan setiap 2 minggu sekali. Pengontrolan ini bertujuan untuk memantau kerja dasawisma dan untuk mengetahui jika ada kelompok yang kesulitan. Pengukuran penelitian dilakukan 2 kali, yaitu *pretest* dan *posttest*. Hasil pengukuran *pretest* berdasarkan data dari Puskesmas Pamotan mengenai daftar balita yang periksa ke Puskesmas dengan tanda-tanda yang di curigai Pneumonia 2 bulan sebelum pelaksanaan

penelitian. Sedangkan pengukuran *posttest* berdasarkan data dari Puskesmas Pamotan mengenai daftar balita yang periksa ke Puskesmas dengan tanda-tanda yang di curigai Pneumonia yang ditemukan oleh dasawisma 2 bulan setelah pelaksanaan penelitian.

4.2. ANALISIS UNIVARIAT

4.2.1. Karakteristik Dasawisma

4.2.1.1 *Distribusi Dasawisma Berdasarkan Usia*

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa usia dasawisma bervariasi antara 21 tahun sampai dengan 43 tahun. Lebih jelasnya distribusi dasawisma berdasarkan usia dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Dasawisma Berdasarkan Usia

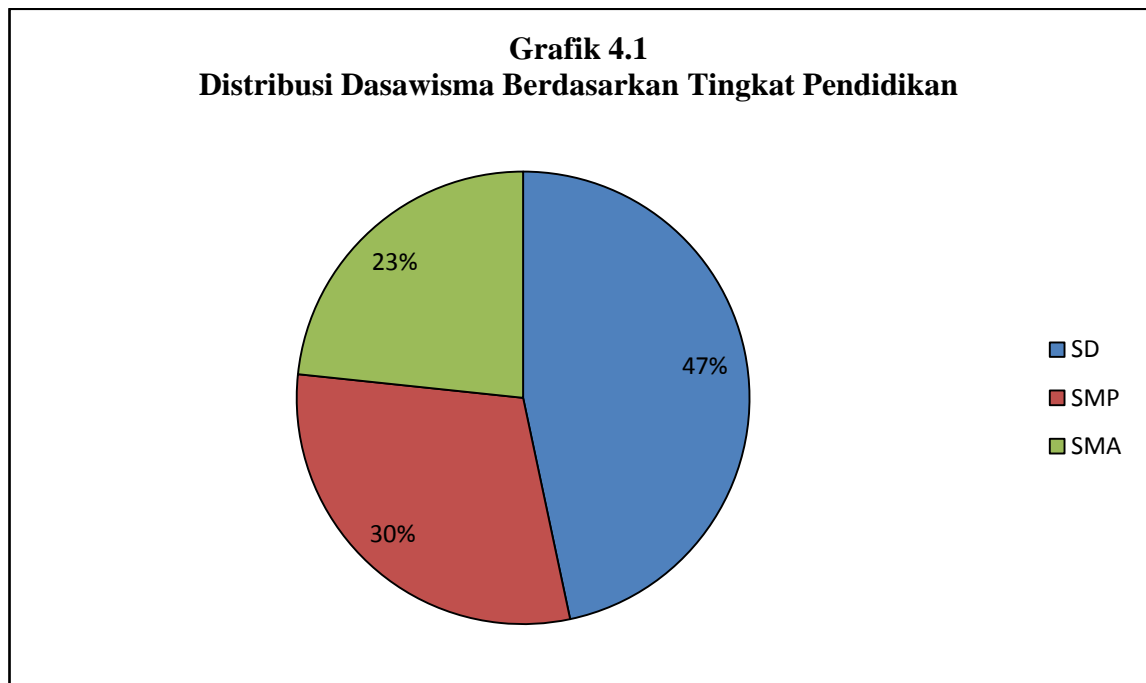
No	Usia (Tahun)	Jumlah	Presentase
1	21-24	3	10%
2	25-28	10	33,3%
3	29-32	7	23,3%
4	33-36	3	10%
5	37-40	6	20%
6	41-44	2	3,3%
Jumlah		30	100%

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa distribusi dasawisma berdasarkan usia sebagian besar adalah usia 25-28 tahun (33,3%). Sedangkan kelompok usia dengan jumlah terendah adalah usia 41-44 (3,3%).

4.2.1.2 *Distribusi Dasawisma Berdasarkan Tingkat Pendidikan*

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa tingkat pendidikan dasawisma bervariasi yaitu SD sampai dengan SMA. Lebih jelasnya distribusi dasawisma berdasarkan tingkat pendidikan dalam penelitian ini dapat dilihat pada grafik berikut:

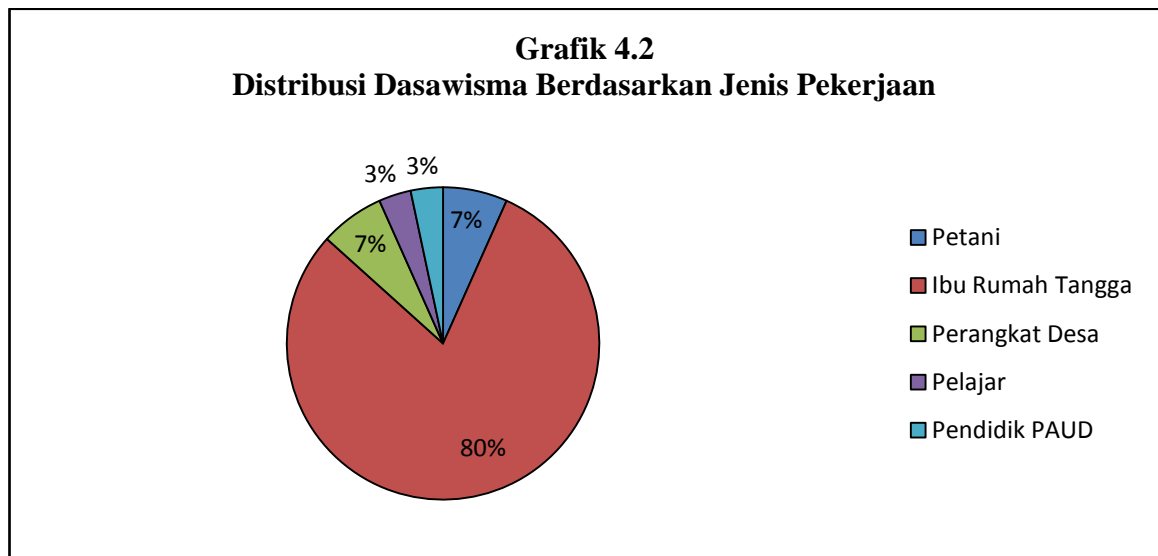


Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan grafik 4.1 menunjukkan bahwa distribusi dasawisma berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar adalah tingkat pendidikan SD (47%). Sedangkan kelompok pendidikan dengan jumlah terendah adalah kelompok pendidikan SMA (23%).

4.2.1.3 Distribusi Dasawisma Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa jenis pekerjaan dasawisma bervariasi. Lebih jelasnya distribusi dasawisma berdasarkan jenis pekerjaan dalam penelitian ini dapat dilihat pada grafik berikut:



Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan grafik 4.2 menunjukkan bahwa distribusi dasawisma berdasarkan jenis pekerjaan sebagian besar adalah ibu rumah tangga (80%). Sedangkan jenis pekerjaan dengan jumlah terendah adalah pelajar dan pendidik PAUD (3%).

4.2.2. Karakteristik Balita Yang Diperiksa Dan Karakteristik Ibu Balita

4.2.2.1 Distribusi Ibu Balita Berdasarkan Usia

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa usia ibu balita bervariasi antara 17 tahun sampai dengan 50 tahun. Lebih jelasnya distribusi ibu balita berdasarkan usia dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Ibu Balita Berdasarkan Usia

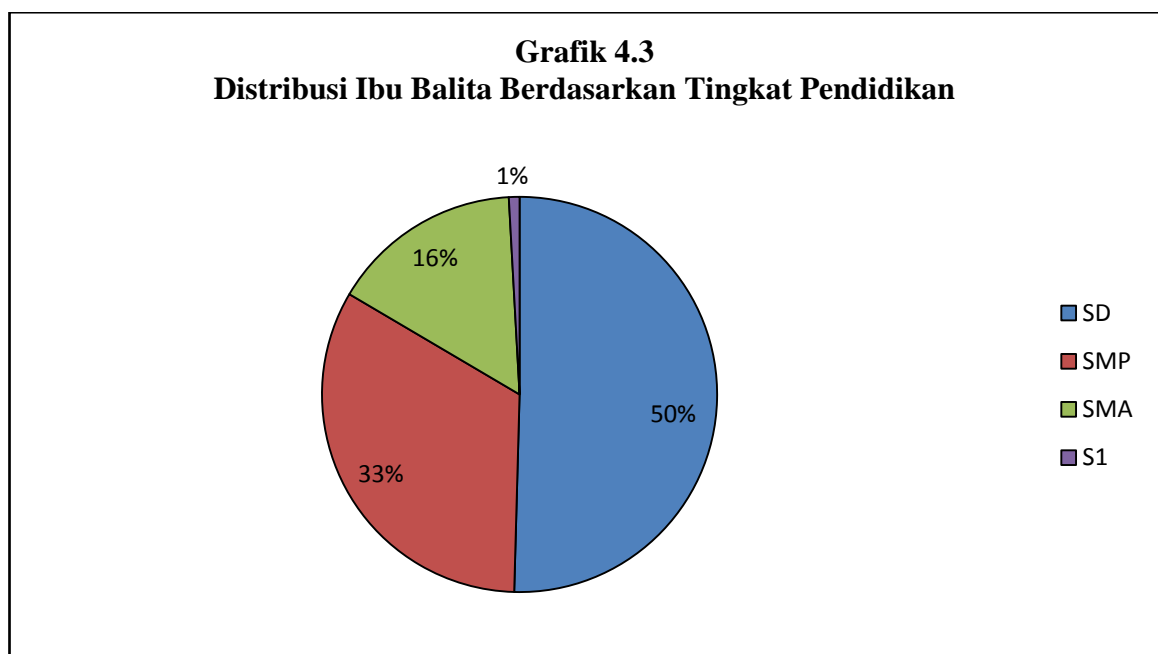
No	Usia	Jumlah	Presentase
1	17-20	22	9,6%
2	21-24	59	25,7%
3	25-28	52	22,6%
4	29-32	47	20,4%
5	33-36	22	9,6%
6	37-40	23	10%
7	41-44	3	1,3%
8	45-48	1	0,4%
9	49-52	1	0,4%
Jumlah		230	100%

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa distribusi ibu balita berdasarkan usia sebagian besar adalah usia 21-24 tahun (25,7%). Sedangkan kelompok usia dengan jumlah terendah adalah usia 45-48 tahun dan 49-52 tahun (0,4%).

4.2.2.2 Distribusi Ibu Balita Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa tingkat pendidikan ibu balita bervariasi yaitu SD sampai dengan S1. Lebih jelasnya distribusi ibu balita berdasarkan tingkat pendidikan dalam penelitian ini dapat dilihat pada grafik berikut:



Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan grafik 4.3 menunjukkan bahwa distribusi ibu balita berdasarkan tingkat pendidikan sebagian besar adalah tingkat pendidikan SD (50%). Sedangkan kelompok pendidikan dengan jumlah terendah adalah kelompok pendidikan S1 (1%).

4.2.2.3 Distribusi Ibu Balita Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa jenis pekerjaan ibu balita bervariasi. Lebih jelasnya distribusi ibu balita berdasarkan jenis pekerjaan dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4 Distribusi Ibu Balita Berdasarkan Jenis Pekerjaan

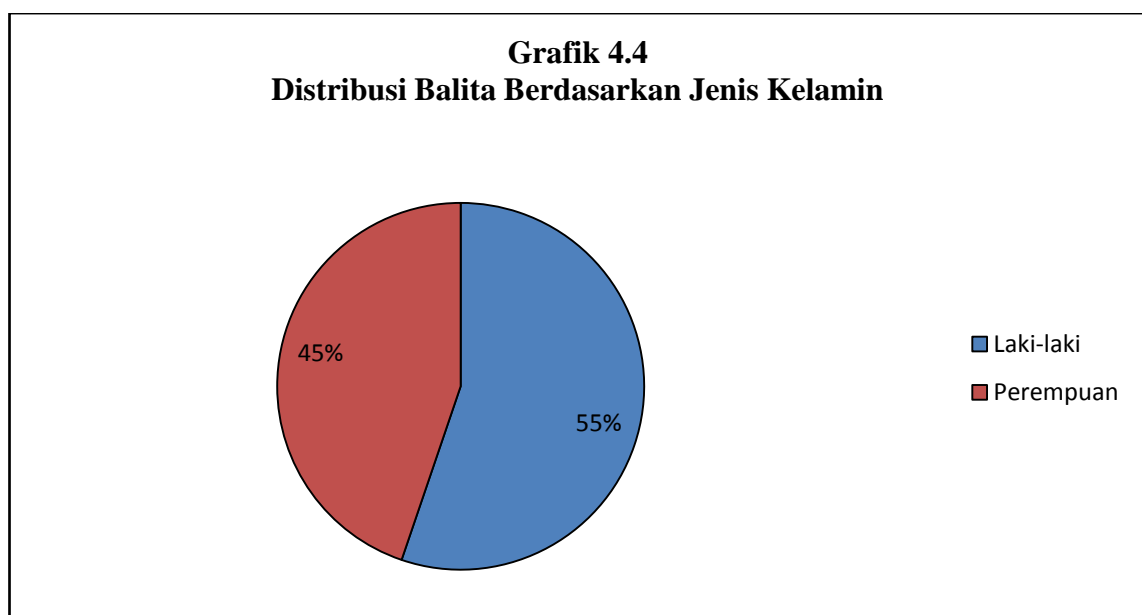
No	Pekerjaan	Jumlah	Presentase
1	Petani	25	10,9%
2	Ibu Rumah Tangga	196	85,2%
3	Pedagang	1	0,4%
4	Wiraswasta	5	2,2%
5	Guru	2	0,9%
6	Perawat	1	0,4%
Jumlah		230	100%

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa distribusi ibu balita berdasarkan jenis pekerjaan sebagian besar adalah ibu rumah tangga (85,2%). Sedangkan jenis pekerjaan dengan jumlah terendah adalah pedagang dan perawat (0,4%).

4.2.2.4 Distribusi Balita Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan gambaran umum mengenai distribusi balita berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada grafik berikut:

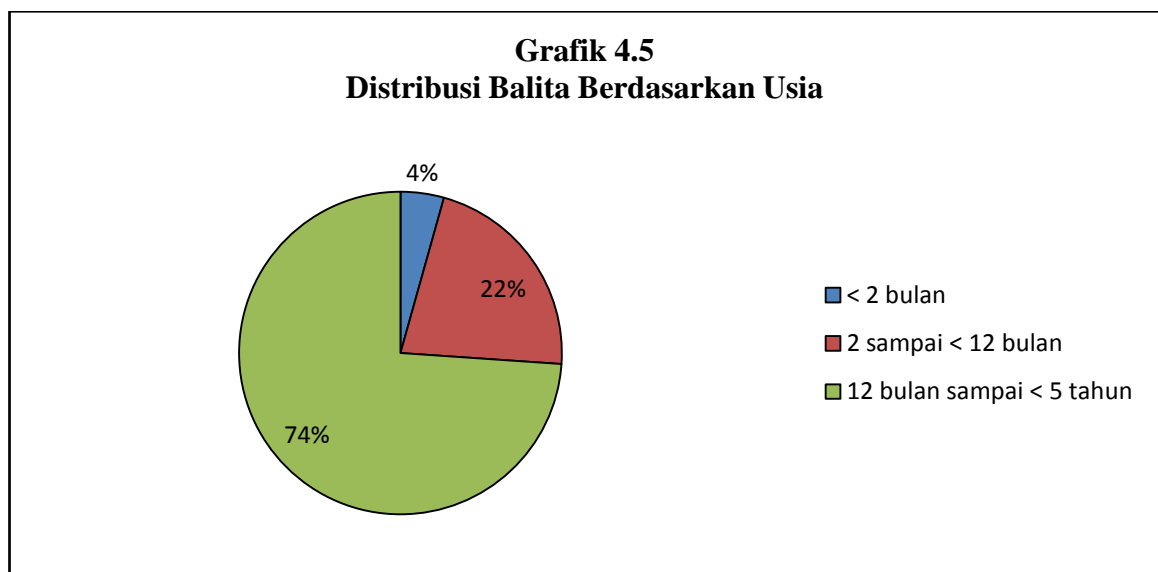


Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan grafik 4.4 menunjukkan bahwa distribusi balita berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki (55%). Sedangkan jumlah perempuan adalah 45%.

4.2.2.5 Distribusi Balita Berdasarkan Usia

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan gambaran umum mengenai distribusi balita berdasarkan usia dapat dilihat pada grafik berikut:

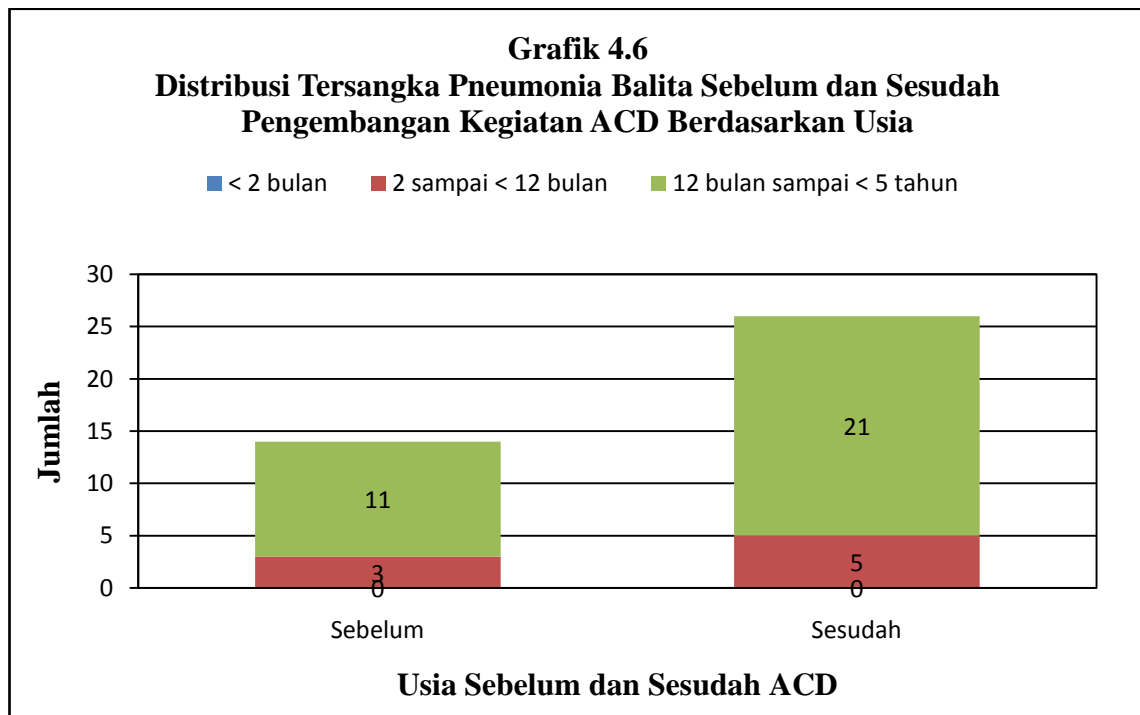


Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan grafik 4.5 menunjukkan bahwa distribusi balita berdasarkan usia sebagian besar adalah usia 12 bulan sampai < 5 tahun (74%). Sedangkan kelompok usia dengan jumlah terendah adalah usia < 2 bulan (4%).

4.2.3. Distribusi Tersangka Pneumonia Balita Sebelum dan Sesudah Pengembangan Kegiatan *Active Case Detection* (ACD) Berdasarkan Usia.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan gambaran umum mengenai distribusi tersangka Pneumonia balita sebelum dan sesudah pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) berdasarkan usia dapat dilihat pada grafik berikut:

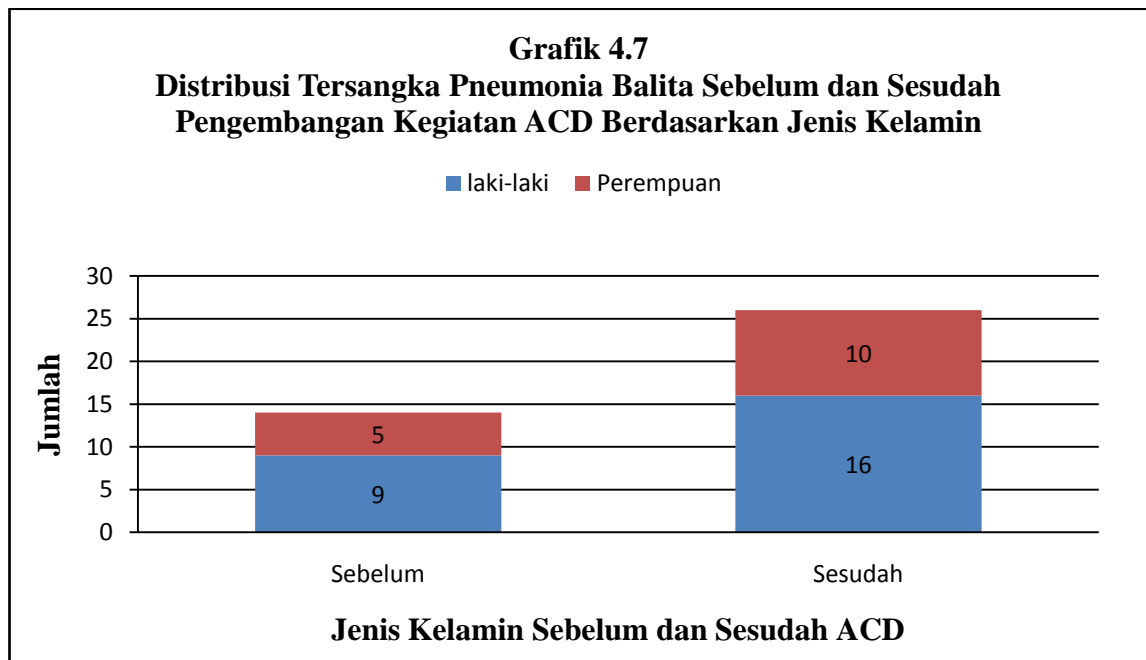


Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan grafik 4.6 menunjukkan bahwa distribusi tersangka Pneumonia balita sebelum dan sesudah pengembangan kegiatan ACD berdasarkan usia sebagian besar adalah berusia 12 bulan sampai < 5 tahun (78,6% dan 80,6%), sedangkan usia 2 sampai < 12 bulan adalah 21,4% dan 19,2%.

4.2.4. Distribusi Tersangka Pneumonia Balita Sebelum dan Sesudah Pengembangan Kegiatan *Active Case Detection* (ACD) Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan gambaran umum mengenai distribusi tersangka Pneumonia balita sebelum dan sesudah pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada grafik berikut:



Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan grafik 4.7 menunjukkan bahwa distribusi tersangka Pneumonia balita sebelum dan sesudah pengembangan kegiatan ACD berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki (64,3% dan 61,5%), sedangkan perempuan adalah 35,7% dan 38,6%.

4.3. ANALISIS BIVARIAT

4.3.1. Uji Normalitas Data

Adapun variabel yang diuji meliputi jumlah tersangka Pneumonia balita yang ditemukan oleh dasa wisma 2 bulan sebelum dan 2 bulan sesudah pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD). Berikut ini adalah tabel rangkuman hasil uji normalitas data:

Tabel 4.5 Hasil Uji Normalitas Data (Shapiro-Wilk)

Variabel	Waktu Pengujian Tes	(<i>p value</i>)
Jumlah tersangka Pneumonia balita sebelum kegiatan ACD	<i>Pre-Test</i>	0,000
Jumlah tersangka Pneumonia balita sesudah kegiatan ACD	<i>Post-test</i>	0,000

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel 4.5 didapatkan bahwa *p value* sebelum kegiatan ACD dan sesudah kegiatan ACD adalah 0,000 sehingga nilai $p < 0,05$. Hal ini berarti data tidak terdistribusi normal. Oleh karena itu, uji statistik yang digunakan adalah uji non parametrik (*Wilcoxon*).

Tabel 4.6 Ukuran Pemusatan dan Ukuran Penyebaran Jumlah Penemuan Tersangka Pneumonia Sebelum Kegiatan ACD dan Sesudah Kegiatan ACD

	Sebelum ACD	Sesudah ACD
Median	0,00	0,00
Modus	0	0
Minimum	0	0
Maksimum	2	6

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Data jumlah penemuan tersangka Pneumonia balita sebelum pengembangan kegiatan ACD dan sesudah pengembangan kegiatan ACD diketahui tidak terdistribusi normal. Jumlah penemuan tersangka Pneumonia balita sebelum pengembangan kegiatan ACD cenderung mengelompok pada jumlah 0 dengan nilai minimum=0 dan nilai maksimum=2. Sedangkan Jumlah penemuan tersangka Pneumonia balita sesudah pengembangan kegiatan ACD cenderung memusat pada nilai 0 dengan nilai minimum=0 dan nilai maksimum=6.

4.3.2. Perbedaan Jumlah Tersangka Pneumonia 2 Bulan Sebelum Dan 2 Bulan Sesudah Pengembangan Kegiatan *Active Case Detection* (ACD) Dengan Model Partisipasi Dasawisma.

Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui perbedaan jumlah tersangka Pneumonia balita 2 bulan sebelum dan 2 bulan sesudah diadakan pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan partisipasi dasawisma adalah dengan menggunakan uji *Wilcoxon*.

Tabel 4.7 Perbedaan Jumlah Tersangka Pneumonia Balita 2 Bulan Sebelum Kegiatan ACD dan 2 Bulan Sesudah kegiatan ACD

Dasawisma	Jumlah Tersangka Sebelum ACD	Jumlah Tersangka Sesudah ACD	<i>p value</i>
(1)	(2)	(3)	(4)
Dasawisma 1	1	0	
Dasawisma 2	2	4	
Dasawisma 3	0	0	
Dasawisma 4	0	0	
Dasawisma 5	0	1	
Dasawisma 6	0	0	
Dasawisma 7	1	0	
Dasawisma 8	0	0	
Dasawisma 9	2	6	
Dasawisma 10	1	2	
Dasawisma 11	1	1	
Dasawisma 12	0	0	
Dasawisma 13	0	0	
Dasawisma 14	0	0	
Dasawisma 15	0	0	
Dasawisma 16	2	2	0,026
Dasawisma 17	1	2	
Dasawisma 18	0	1	
Dasawisma 19	0	2	
Dasawisma 20	0	0	
Dasawisma 21	0	0	
Dasawisma 22	0	0	
Dasawisma 23	0	0	
Dasawisma 24	0	0	
Dasawisma 25	0	0	
Dasawisma 26	0	0	

(1)	(2)	(3)	(4)
Dasawisma 27	0	0	
Dasawisma 28	2	3	
Dasawisma 29	0	1	
Dasawisma 30	1	1	
Total	14	26	

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel 4.7 jumlah tersangka Pneumonia balita 2 bulan sebelum diadakan pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan partisipasi dasawisma menunjukkan bahwa jumlah tersangka Pneumonia balita adalah sebanyak 14 balita dari jumlah balita yang ada yaitu 250 balita (5,6%). Sedangkan 2 bulan sesudah diadakan pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan partisipasi dasawisma didapatkan jumlah balita yang menjadi tersangka Pneumonia adalah sebanyak 26 balita dari jumlah balita yang ada yaitu 230 balita (11,3%).

Hasil statistik dengan uji *Wilcoxon* pada perbedaan Jumlah tersangka Pneumonia balita 2 bulan sebelum kegiatan ACD dan jumlah tersangka Pneumonia balita 2 bulan sesudah kegiatan ACD diperoleh bahwa *p value* adalah 0,026, sehingga nilai $p < 0,05$ yang artinya ada perbedaan antara jumlah tersangka Pneumonia balita 2 bulan sebelum kegiatan ACD dan jumlah tersangka Pneumonia balita 2 bulan sesudah kegiatan ACD.

Tabel 4.8 Perbandingan Jumlah Tersangka Pneumonia Balita 2 Bulan Sebelum Kegiatan ACD dan 2 Bulan Sesudah kegiatan ACD

Variabel	N
Negative Ranks	2
Positive Ranks	9
Ties	19
Total	30

Sumber: Hasil Penelitian 2010

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan perbandingan jumlah penemuan tersangka Pneumonia balita sebelum pengembangan kegiatan ACD dan sesudah pengembangan

kegiatan ACD. Terdapat 2 dasawisma dengan hasil jumlah penemuan tersangka Pneumonia balita lebih rendah dari pada sebelum pengembangan kegiatan ACD, 9 dasawisma dengan hasil jumlah penemuan tersangka Pneumonia balita lebih baik dari pada sebelum pengembangan kegiatan ACD, dan 19 dasawisma tetap.

4.3.3. Nilai Prediktif Positif Pengembangan Kegiatan *Active Case Detection* (ACD) Dengan Model Partisipasi Dasawisma Dalam Penemuan Tersangka Pneumonia Pada Balita.

Dalam penelitian ini dapat diketahui Nilai Prediktif Positif pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka pneumonia pada balita. Nilai Prediktif Positif adalah probabilitas untuk memperoleh subyek yang benar-benar sakit diantara subyek yang diklasifikasikan sakit. Nilai Prediktif Positif dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

		Deteksi oleh Tenaga Kesehatan		
		+	-	
Deteksi ACD	+	3	23	26
Oleh dasawisma	-	0	0	0
		3	23	

Nilai Prediktif Positif

$$\begin{aligned}
 &= \frac{\text{jmlh subyek sakit yg diklasifikasikan sakit}}{\text{jmlh subyek sakit yang diklasifikasikan sakit} + \text{jmlh subyek tak sakit yg diklasifikasikan sakit}} \\
 &= \frac{3}{3 + 23} \\
 &= 0,11
 \end{aligned}$$

Dalam pengembangan kegiatan ACD dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia balita tidak semua balita yang diperiksa oleh dasawisma akan diperiksa lagi oleh tenaga kesehatan di puskesmas. Yang diperiksa oleh tenaga kesehatan di puskesmas adalah balita yang menurut dasawisma dicurigai menjadi tersangka Pneumonia balita, sedangkan yang tidak dicurigai menjadi tersangka Pneumonia balita oleh dasawisma tidak diperiksa oleh tenaga kesehatan di puskesmas. Dalam penelitian ini dapat diketahui bahwa Nilai Prediktif Positif pengembangan kegiatan ACD adalah 0,11 atau 11%. Yang artinya Dari 26 balita yang dicurigai menjadi tersangka Pneumonia oleh dasawisma hanya 3 yang dinyatakan positif menderita Pneumonia oleh tenaga kesehatan di puskesmas sedangkan lainnya negatif.

BAB V PEMBAHASAN

5.1. ANALISIS UNIVARIAT

5.1.1 Distribusi Dasawisma Berdasarkan Usia

Distribusi dasawisma berdasarkan usia dalam penelitian ini sebagian besar adalah usia 25-28 tahun (33,3%). Sedangkan kelompok usia dengan jumlah terendah adalah usia 41-44 (3,3%). Usia mempunyai kaitan erat dengan tingkat kedewasaan seseorang yang berarti kedewasaan teknis dalam arti ketrampilan melaksanakan tugas maupun kedewasaan psikologis (Atin Widiastuti, 2007). Sebagian besar dasawisma berusia 25-28 tahun (33,3%), usia ini masih tergolong dalam usia produktif dan umur Wanita Usia Subur. Maka besar kemungkinan dasawisma masih disibukkan dalam pekerjaan mengurus anak dan pekerjaan-pekerjaan rumah tangga dan pekerjaan untuk menambah pendapatan. Keadaan ini akan mempengaruhi waktu dasawisma dalam mengerjakan tugas dalam penelitian ini. Sementara dasawisma yang berusia 41-44 tahun (3,3%), padahal pada usia ini diharapkan jumlah dasawisma banyak karena pada usia ini tingkat kematangan dan kemampuan berfikir berada pada tahap yang baik. Selain itu kesibukan mengurus keluarga sudah berkurang sehingga cukup memberi perhatian untuk pekerjaan ini (Helen Sagala, 2005).

5.1.2 Distribusi Dasawisma Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Distribusi dasawisma berdasarkan tingkat pendidikan dalam penelitian ini sebagian besar adalah tingkat pendidikan SD (47%). Sedangkan kelompok pendidikan dengan jumlah terendah adalah kelompok pendidikan SMA (23%).

Tingkat pendidikan akan mempengaruhi cara berpikir dalam penerimaan. Tingkat pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang untuk memahami dan melakukan tindakan atau ketrampilan apa yang diajarkan atau dilatih. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin baik dalam pemahaman, kemampuan, ketrampilan, dan ketelitian (Helen Sagala, 2005).

5.1.3 Distribusi Dasawisma Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Distribusi dasawisma berdasarkan jenis pekerjaan dalam penelitian ini dari 30 orang dasawisma sebagian besar adalah ibu rumah tangga 24 orang (80%). Sedangkan jenis pekerjaan dengan jumlah terendah adalah pelajar dan pendidik PAUD (3%). Berdasarkan jenis pekerjaan dasawisma dapat disimpulkan bahwa umumnya pekerjaan dasawisma tidak menghambat tugasnya dalam penelitian ini (Helen Sagala, 2005).

5.1.4 Distribusi Ibu Balita Berdasarkan Usia

Distribusi ibu balita berdasarkan usia dalam penelitian ini sebagian besar adalah usia 21-24 tahun (25,7%). Sedangkan kelompok usia dengan jumlah terendah adalah usia 45-48 tahun dan 49-52 tahun (0,4%).

5.1.5 Distribusi Ibu Balita Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Distribusi ibu balita berdasarkan tingkat pendidikan dalam penelitian ini sebagian besar adalah tingkat pendidikan SD (59%). Sedangkan kelompok pendidikan dengan jumlah terendah adalah kelompok pendidikan S1 (8%). Disini terlihat bahwa sebagian besar ibu balita berpendidikan SD. Mungkin hal ini merupakan faktor terhadap ketidaktahuan ibu tentang Pneumonia Balita yang

berpengaruh terhadap penatalaksanaan Pneumonia balita di rumah (Arfi Syamsun, 2001).

5.1.6 Distribusi Ibu Balita Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Distribusi ibu balita berdasarkan jenis pekerjaan dalam penelitian ini sebagian besar adalah ibu rumah tangga (85,2%). Sedangkan jenis pekerjaan dengan jumlah terendah adalah pedagang dan perawat (0,4%). Disini terlihat bahwa pekerjaan ibu sebagian besar adalah ibu rumah tangga dimana pekerjaan utamanya adalah mengurus rumah dan memasak. Seorang Anak yang berada di dapur bersama ibunya tidak bisa menghindar dari kepungan asap. Dengan berjalannya waktu, akumulasi asap yang dihisap anak semakin besar. Tanpa disadari sang ibu, anak itu telah terkena pneumonia (Irma Handayani, 2000)

5.1.7 Distribusi Balita Berdasarkan Jenis Kelamin

Distribusi balita yang diperiksa berdasarkan jenis kelamin dalam penelitian ini sebagian besar adalah laki-laki (55%), dan jumlah perempuan adalah 45%. Sedangkan distribusi balita yang menjadi tersangka Pneumonia balita berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki, baik sebelum kegiatan ACD (64,3%) maupun setelah kegiatan ACD (61,5%). dan jumlah perempuan sebelum kegiatan ACD adalah 35,7% dan sesudah kegiatan ACD 38,6%. Dimana sesudah kegiatan ACD terdapat 3 balita yang positif menderita Pneumonia 1 diantaranya perempuan dan lainnya adalah laki-laki.

Selama masa anak-anak, laki-laki dan perempuan mempunyai kebutuhan energi dan gizi yang hampir sama. Kebutuhan gizi untuk usia 10 tahun pertama adalah sama, sehingga diasumsikan kerentanan terhadap masalah gizi dan

konsekuensi kesehatannya akan sama pula. Sesungguhnya, anak perempuan mempunyai keuntungan biologis dan pada lingkungan yang optimal mempunyai keuntungan yang diperkirakan sebesar 0,15-1 kali lebih di atas anak laki-laki dalam hal tingkat kematian (Merge Koblinsky dkk, 1997: 96).

Survei Kesehatan Rumah Tangga tahun 2002-2003 mencatat bahwa anak balita yang mempunyai gejala-gejala pneumonia dalam dua bulan survey pendahuluan sebesar 7,7% dari jumlah balita yang ada (14.510) adalah anak balita laki-laki. Sedangkan jumlah balita perempuan yang mempunyai gejala-gejala pneumonia sebesar 7,4% (Statistic Indonesia, et al 2003: 148).

5.1.8 Distribusi Balita Berdasarkan Usia

Distribusi balita berdasarkan usia dalam penelitian ini sebagian besar adalah usia 12 bulan sampai < 5 tahun (74%). Sedangkan kelompok usia dengan jumlah terendah adalah usia < 2 bulan (4%). Sedangkan distribusi balita yang menjadi tersangka Pneumonia balita berdasarkan usia sebagian besar adalah usia 12 bulan sampai < 5 tahun, baik sebelum kegiatan ACD (78,6%) maupun sesudah kegiatan ACD (80,6%). Dimana sesudah kegiatan ACD terdapat 3 balita yang positif menderita Pneumonia 1 diantaranya berusia 2 sampai < 12 bulan dan lainnya berusia 12 bulan sampai < 5 tahun.

Usia Balita adalah kelompok yang paling rentan dengan infeksi saluran pernapasan. Kenyataannya bahwa angka *morbidity* dan *mortality* akibat ISPA, masih tinggi pada balita di negara berkembang. Pada SKRT 1995 menunjukkan bahwa proporsi kematian bayi akibat ISPA sebesar 21,2% sedangkan pada golongan umur 1-4 tahun proporsi kematiannya sebesar 30,3%. Pada SKRT 2001

menunjukkan bahwa proporsi kematian bayi akibat ISPA sebesar 27,6% sedangkan pada golongan umur 1-4 tahun proporsi kematiannya sebesar 22,8%. Hasil SDKI pada tahun 2001 menunjukkan bahwa prevalensi pneumonia paling tinggi terjadi pada anak usia 1-4 tahun yaitu 33,76 % dan prevalensi pada anak usia < 1 tahun yaitu sebesar 31 %. Berdasarkan hasil Surkesnas 2001 memperlihatkan bahwa angka kesakitan ISPA pada anak usia < 1 tahun sebesar 38,7% dan pada anak usia 1-4 tahun sebesar 42,2%. Tetapi Kematian karena pneumonia yang terbesar umumnya adalah pada bayi berumur kurang dari 2 bulan (Dirjen PP dan PL, 2007).

5.2. ANALISIS BIVARIAT

5.2.1 Perbedaan Jumlah Tersangka Pneumonia Sebelum Dan Sesudah Pengembangan Kegiatan *Active Case Detection* Dengan Model Partisipasi Dasawisma.

Berdasarkan hasil statistik dengan uji *Wilcoxon* pada perbedaan Jumlah Tersangka Pneumonia Balita Sebelum Kegiatan ACD dan Jumlah Tersangka Pneumonia Balita Sesudah Kegiatan ACD diperoleh bahwa *p value* adalah 0,026, sehingga nilai $p < 0,05$ yang artinya ada perbedaan antara Jumlah Tersangka Pneumonia Balita Sebelum Kegiatan ACD dan Jumlah Tersangka Pneumonia Balita Sesudah Kegiatan ACD. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Ratna Dewi dengan judul efektifitas model upaya pendekatan upaya peningkatan cakupan penderita Pneumonia melalui kelompok dasawisma di Puskesmas Sukaraja Kecamatan Buay Madang Kabupaten Ogan Komering Ulu

tahun 2002. Pada penelitian tersebut didapatkan hasil bahwa cakupan penemuan penderita Pneumonia rata-rata di daerah intervensi sebesar 83,9 dan daerah kontrol 49,6. Dari hasil penelitian tersebut dapat diketahui bahwa cakupan penemuan Pneumonia melalui pola pendekatan kelompok dasawisma ternyata mampu secara efektif meningkatkan penemuan penderita Pneumonia.

Jumlah tersangka Pneumonia balita 2 bulan sebelum diadakan pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan partisipasi dasawisma menunjukkan bahwa jumlah tersangka Pneumonia balita adalah sebanyak 14 balita dari jumlah balita yang ada yaitu 250 balita (5,6%). Sedangkan sesudah diadakan pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan partisipasi dasawisma didapatkan jumlah balita yang menjadi tersangka Pneumonia adalah sebanyak 26 balita dari jumlah balita yang ada yaitu 230 balita (11,3%). Dengan peningkatan jumlah tersangka Pneumonia balita akan semakin meningkatkan kemungkinan ditemukannya penderita Pneumonia.

5.2.2 Nilai Prediktif Positif Pengembangan Kegiatan *Active Case Detection* (ACD) Dengan Model Partisipasi Dasawisma Dalam Penemuan Tersangka Pneumonia Pada Balita.

Dalam penelitian ini dapat diketahui Nilai Prediktif Positif pengembangan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka pneumonia pada balita. Nilai Prediktif Positif dalam penelitian ini adalah 0,11 atau 11%. Dalam pengembangan kegiatan ACD dengan model partisipasi dasawisma dalam penemuan tersangka Pneumonia balita tidak semua balita yang diperiksa oleh dasawisma akan diperiksa lagi oleh tenaga

kesehatan di puskesmas. Yang diperiksa oleh tenaga kesehatan di puskesmas adalah balita yang menurut dasawisma dicurigai menjadi tersangka Pneumonia balita, sedangkan yang tidak dicurigai menjadi tersangka Pneumonia balita oleh dasawisma tidak diperiksa oleh tenaga kesehatan di puskesmas. Dari 26 balita yang dicurigai menjadi tersangka Pneumonia oleh dasawisma hanya 3 yang dinyatakan positif menderita Pneumonia oleh tenaga kesehatan di puskesmas sedangkan lainnya negatif.

5.3. KELEMAHAN PENELITIAN

Kelemahan dalam penelitian ini adalah:

1. Pada umumnya balita menangis jika akan dihitung nafasnya. Dasawisma harus menunggu sampai keadaan balita menjadi tenang kemudian dasawisma baru mulai menghitung nafasnya, jika tidak dasawisma harus menghitung nafas balita saat balita sedang tidur.
2. Dalam penelitian ini tidak dapat diketahui sensitivitas dan spesifisitasnya karena yang di rujuk ke puskesmas hanya balita yang di duga positif menderita Pneumonia oleh dasawisma sedangkan balita yang di duga negatif oleh dasawisma tidak di rujuk ke puskesmas.
3. Pada saat menghitung napas balita, beberapa dasawisma tidak sesuai dengan prosedur yang benar.
4. Pada saat pelatihan menghitung napas balita, hasil perhitungan napas yang dilakukan oleh dasawisma tidak dicocokkan dengan hasil perhitungan napas yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

BAB VI PENUTUP

6.1 SIMPULAN

Adapun simpulan yang dapat diperoleh pada penelitian ini adalah:

- 6.1.1 Kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dalam penelitian ini dilakukan oleh dasawisma. Sebelumnya dasawisma diberi pelatihan oleh petugas kesehatan dari puskesmas. Setelah itu dasawisma mulai mencari balita yang diduga menderita Pneumonia dengan menggunakan kartu waspada. Evaluasi kegiatan dilakukan setiap 2 minggu sekali. Dan monitoring akhir dilakukan setelah 2 bulan pelaksanaan kegiatan.
- 6.1.2 Jumlah tersangka Pneumonia balita sebelum pengembangan kegiatan ACD adalah 14 Balita, tersangka Pneumonia berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki (64,3%) yang usianya sebagian besar adalah usia 1 sampai < 5 tahun (78,6%).
- 6.1.3 Jumlah tersangka Pneumonia balita sesudah pengembangan kegiatan ACD adalah 26 Balita, tersangka Pneumonia berdasarkan jenis kelamin sebagian besar adalah laki-laki, (61,5%) yang usia sebagian besar adalah usia 1 sampai < 5 tahun (80,6%).
- 6.1.4 Ada perbedaan antara jumlah tersangka Pneumonia balita 2 bulan sebelum kegiatan ACD dan jumlah tersangka Pneumonia balita 2 bulan sesudah kegiatan ACD dengan *p value* adalah 0,026 ($p < 0,05$).
- 6.1.5 Nilai Prediktif Positif dalam penelitian ini adalah 0,11 atau 11%.

6.2 SARAN

6.2.1 Bagi Pengelola Program P2 ISPA di Puskesmas Pamotan Kecamatan Rembang Kabupaten Rembang

Pengelola Program P2 ISPA hendaknya menggunakan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) oleh dasawisma, dengan catatan bahwa Nilai Prediksi Positifnya 0,11 atau 11%. Dan jika Pengelola Program P2 ISPA ingin menggunakan pengembangan kegiatan oleh kelompok lain yg berpotensi sebaiknya terlebih dahulu diberikan pelatihan karena dengan adanya pelatihan terlebih dahulu terbukti dapat meningkatkan jumlah tersangka Pneumonia balita.

6.2.2 Bagi Mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang

Disarankan bagi peneliti lain jika akan melakukan penelitian seperti ini sebaiknya responden yang dirujuk ke pelayanan kesehatan tidak hanya yang di duga positif saja yang negatif sebaiknya juga diperiksa oleh tenaga kesehatan.

6.2.3 Bagi ketua dasawisma di Puskesmas Pamotan Kecamatan Pamotan Kabupaten Rembang

Diharapkan dasawisma melanjutkan kegiatan *Active Case Detection* (ACD) dalam penemuan tersangka Pneumonia balita, tidak hanya berhenti setelah penelitian ini selesai.

DAFTAR PUSTAKA

- Arfi Syamsun, 2001, *Faktor Risiko Mortalitas Infeksi Saluran Pernafasan Akut Bagian Bawah Pada Anak*, Skripsi: Universitas Diponegoro.
- Arif Mansjoer, 2005, *Kapita Selekta Kedokteran*, Jakarta: Media Aeculapius FKUI.
- Atin Widiastuti, 2007, *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Partisipasi Kader Dalam Kegiatan Posyandu Di Kelurahan Gubug Kecamatan Gubug Kabupaten Grobogan*, Skripsi: UNNES.
- Bhisma Murti, *Prinsip Dan Metode Riset Epidemiologi*, Gajah Mada University Press.
- Bimo Walgito, 2001, *Psikologi Sosial (Suatu Pengantar)*, Yogyakarta: ANDI.
- Departemen Kesehatan RI, 2003, *Pofil Kesehatan Indonesia*, Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, *Pofil Kesehatan Indonesia*, Jakarta: Depkes.
- Departemen Kesehatan Malaysia, 2004, *Alert, Enhanced Surveillance And Management Of Avian Influenza In Human*, <http://74.125.153.132/search?q=cache:nwo4euETA-oJ:www.dph.gov.my/survelans/Guidelines%25202006/INTERIM%2520GUIDELINES%2520MX%2520AI%2520IN%2520HUMAN.pdf+alert,enhanced+surveillance+and+management+of+avian+influenza+in+human&cd=1&hl=id&ct=clnk&gl=id>, diakses tanggal 9 Juni 2009.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2008, *Pofil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*, Semarang: Dinkes.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2001, *Profil Kesehatan Jawa Tengah*. Semarang: Dinkes.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Rembang, 2009, *Pofil Kesehatan Kabupaten Rembang*, Rembang: DKK.

- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2009, *Pedoman Pengendalian Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut*, Jakarta: Depkes.
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2007, *Pedoman Tatalaksana Pneumonia Balita*, Jakarta: Depkes.
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2005, *Pedoman Tatalaksana Pneumonia Balita*, Jakarta: Depkes.
- Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular, 2004, *Riset Operasional Intensifikasi Pemberantasan Penyakit Menular*, Jakarta: Depkes.
- Hood Alsagaff (eds), 2006, *Ilmu Penyakit Paru*, Surabaya: Airlangga University Press.
- Helen Sagala, 2005, *Karakteristik Kader Dan Ketelitian Penimbangan Serta Berat Badan Balita Di Posyandu Kecamatan Lubuk Pakam Kabupaten Deli Serdang*, Skripsi: Universitas Sumatra Utara.
- Ike Suhandayani, 2007, *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian ISPA pada Balita di Puskesmas Pati Kabupaten Pati*, Skripsi: UNNES.
- Irma Handayani, 2000, *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Pneumonia Pada Balita Di Kelurahan Kahuripan Kecamatan Tawang Kota Tasikmalaya*.
- Jan Tambayong, 2000, *Patofisiologi Untuk Keperawatan*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Lawrence M. Tierney, 2002, *Diagnosa dan Terapi Kedokteran (Penyakit Dalam)*, Jakarta: Salemba Medika.
- Martin Edward, 2000, *Penyakit Anak Sehari-hari dan Tindakan Darurat*, Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Mardjanis Said, 2006, *Sayang Si Buah Hati, Kenali Pneumonia*, Universitas. Volume 5, No 11, Edisi Juni 2006, <http://www.majalah-farmacia.com/rubrik/one-news.asp?IDNews=175>, diakses 9 Juni 2009.

Ngastiyah, 1999, *Perawatan Anak Sakit*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.

Sahat M. Ompusunggu, 2003, *Pengembangan Peran Serta Masyarakat Melalui Kader dan Dasawisma dalam Penemuan dan Pengobatan Penderita Malaria di Kecamatan Pituruh Kabupaten Purworejo*, Buletin Penelitian Kesehatan, Vol.33, N0 3, 2005: 140-151.

Soekidjo Notoatmojo, 2007, *Pengantar Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta: FKM UI.

Soekidjo Notoatmojo, 2007, *Pengantar Pendidikan Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: BPKM FKM UI.

Soekidjo Notoatmojo, 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.

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

WHO, 2003, *Penanganan ISPA Pada Anak di Rumah Sakit Kecil Negara Berkembang*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

WHO, 2006, *Kala Azar Strategi*,
http://translate.google.co.id/translate?hl=id&sl=en&u=http://www.searo.who.int/EN/Section10/Section2163_11674.htm&ei=CTc-SvOchYiZkQXZo-TEDg&sa=X&oi=translate&resnum=2&ct=result&prev=/search%3Fq%3DPengertian%2BPasive%2BCase%2BDetection%26hl%3Did%26sa%3DG, diakses 22 Juni 2009.

Zul Dahlan, 2007, *Pneumonia dalam AruW. Sudoyo, Editor, Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, Jakarta: Fakultas Kedokteran UI.