

TDK

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN MEDIA VIDEO
TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU IBU DALAM PENGGUNAAN
ANTIBIOTIK PADA ANAK DENGAN INFEKSI SALURAN PERNAPASAN
AKUT (ISPA)**

PENELITIAN PRE-EXPERIMENTAL

**DI POSYANDU MAWAR II KELURAHAN MULYOREJO PUSKESMAS
MULYOREJO**

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Pendidikan Ners
pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR**



Oleh:

**DIAN PERMATA SARI
NIM. 131011002**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
2014**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, Juli 2014

Yang Menyatakan



Nama : Dian Permata Sari

NIM : 131011002

HALAMAN PERNYATAAN

PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawahini:

Nama : Dian Permata Sari
NIM : 131011002
Program Studi : Pendidikan Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis karya : Skripsi

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

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN MEDIA VIDEO TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU IBU DALAM PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PADA ANAK DENGAN INFEKSI SALURAN PERNAPASAN AKUT (ISPA)

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, Juli 2014
Yang menyatakan



(Dian Permata Sari)
NIM. 131011002

SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN MEDIA VIDEO TERHADAP
PERUBAHAN PERILAKU IBU DALAM PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PADA
ANAK DENGAN INFEKSI SALURAN PERNAPASAN AKUT (ISPA)

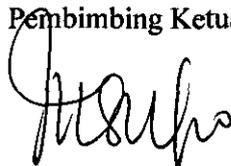
Oleh:

Dian Permata Sari
NIM. 131011002

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 11 JULI 2014

Oleh:

Pembimbing Ketua



Yuni Sufyanti Arief, S.Kp. M.Kes
NIP.197806062001122001

Pembimbing



Ilya Krisnana, S.Kep. Ns. M.Kep
NIP. 198109282012122002

Mengetahui,

a.n. Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Wakil Dekan I



Fitria Lutharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

SKRIPSI

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN MEDIA VIDEO TERHADAP
PERUBAHAN PERILAKU IBU DALAM PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PADA
ANAK DENGAN INFEKSI SALURAN PERNAPASAN AKUT (ISPA)**

Oleh:
Dian Permata Sari
NIM. 131011002

Telah diuji
Pada tanggal 15 JULI 2014

PANITIA PENGUJI

Ketua : Kristiawati, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An
NIK. 139040680

(.....
.....)

Anggota : Yuni Sufyanti Arief, S.Kp., M.Kes
NIP. 197806062001122001

(.....
.....)

Ilya Krisnana, S.Kep. Ns. M.Kep
NIP. 198109282012122002

(.....
.....)

Mengetahui,
a.n Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga Surabaya
Wakil Dekan I



Mira Pitharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 197904242006042002

Motto

*"Janganlah kamu bersedih,
sesungguhnya Allah selalu bersama kita"*

(Q.S. At-Taubah: 40)

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN MEDIA VIDEO TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU IBU DALAM PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PADA ANAK DENGAN INFEKSI SALURAN PERNAPASAN AKUT (ISPA)”** tepat pada waktunya. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Terselesaikannya skripsi ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Bersama ini saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M. Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Pendidikan Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Ibu Mira Triharini, S.Kp., M.Kep, selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Pendidikan Ners.
3. Ibu Yuni Suyanti Arief, S.Kp. M.Kes selaku pembimbing ketua yang telah memberikan bimbingan, motivasi dan pengarahan dalam penyusunan sehingga skripsi ini dapat selesai tepat waktu.
4. Ibu Ilya Krisnana, S.Kep.Ns.M.Kep.selaku pembimbing yang juga telah memberikan bimbingan, motivasi dan pengarahan dalam penyusunan sehingga skripsi ini dapat selesai tepat waktu.
5. Ibu Kristiawati, M.Kep.Ns.Sp.Kep.An. selaku penguji yang telah memberikan saran dan arahan dalam penyusunan skripsi yang lebih baik.
6. Ibu Praba Diyan Rachmawati, S.Kep.Ns.selaku penguji proposalyang telah memberikan saran dan arahan dalam penyusunan skripsi yang lebih baik.
7. Ibu saya, Sri Harnani, serta bapak saya, Anang Sulisty, yang telah memberikan dukungan baik dalam bentuk finansial dan doa, serta kenyamanan yang diberikan ketika saya mengerjakan skripsi di rumah, sehingga skripsi ini dapat diselesaikan.
8. Kepada kakak saya Mawar Ika Rudatiningtyas, yang mendoakan kelancaran skripsi saya, dan adik saya Asa Lanang Rahimzha yang memberi tawa serta dukungan kepada saya.
9. Dinkes Kota Surabaya dan Bakesbang kota Surabaya, yang telah memberikan izin melakukan penelitian.
10. Bapak Kunarsono, perwakilan dari puskesmas Mulyorejo, dan juga kepada Camat, Lurah, dan Bu Erna serta Bu Emmy selaku kader posyandu yang telah meluangkan tenaga dan waktunya untuk kelancaran penelitian saya.
11. Seluruh responden penelitian yang telah memberikan bantuan dan kerjasamanya dalam penyelesaian penelitian ini.
12. Staf pendidikan, Tata Usaha dan Perpustakaan Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

13. Neny Dwi Pebriasanty dan Siti Sulih, saya tidak akan menyesal karena telah mengenal kalian dalam hidup saya selama di FKp. Segala canda tawa kalian sungguh berarti. Juga bantuan kalian mulai proposal dibuat hingga skripsi ini selesai.
14. Nurul Wachyu F.A yang telah memberikan ide untuk membuat skripsi ini, dan juga telah membantu penelitian saya. Terimakasih sudah mau saya repotkan berkali-kali.
15. Puji, dengan suaranya yang membahana, saya selalu bahagia bersamamu. Bella, yang telah membantu mempersiapkan sidang proposal saya. Juga kepada Alfian dan Aby yang selalu menyertai hari-hari saya.
16. Rekan sebangunan, Zaidah, Dian, Ade, Rio, dan Ruri yang telah memberikan dukungan baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian skripsi ini.
17. Rekan-rekan KKN-BBM 49UA: Qurro, Romdon, Daus, Zamroni, Bernard, Izul, Firni, Shela, Yara, Ifa, Vury, dan spesial buat Mbak Rissa yang meminjamkan LCD nya untuk penelitian saya. Kalian telah memberi warna dalam hari-hari saya yang disibukkan dengan skripsi, semoga persahabatan kita tidak lekang oleh waktu.
18. Rina Putriani, terimakasih untuk *scanner* yang sangat membantu saya, dan ragamu yang menggantikan TV, radio, bahkan kaskus sekalipun ketika saya di rumah kos.
19. Teman-teman *Vardgivre* 2010 yang selalu menemani selama 4 tahun perjalanan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
20. Seluruh pihak yang tidak dapat saya sebut namanya satu persatu atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari segenap pembaca. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca khususnya dan bagi profesi keperawatan.

Surabaya, Juli 2014

Penulis

ABSTRAK

Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Video terhadap Perubahan Perilaku Ibu dalam Penggunaan Antibiotik pada Anak dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

Penelitian Pra-Eksperimental di Wilayah Kerja Puskesmas Mulyorejo

Oleh: Dian Permata Sari

Pendahuluan: Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), khususnya infeksi saluran pernapasan bagian atas sering menyerang anak usia 2-6 tahun. Hal ini membuat ibu mencari solusi yang cepat untuk menyembuhkan ISPA pada anak dan tidak jarang meminta resep antibiotik pada dokter meskipun tidak diresepkan, dan bahkan membeli sendiri antibiotik tanpa resep dokter. Video merupakan media yang dapat menstimulasi audiovisual sehingga perilaku dapat berubah. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan dengan media video terhadap perubahan perilaku ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain pra-eksperimental. Populasi berupa ibu yang memiliki anak dengan riwayat ISPA di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo. Sampel dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*, dengan pendidikan kesehatan media video sebagai variabel independen dan pengetahuan dan sikap sebagai variabel dependen. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitas dan hasil diuji menggunakan *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan $\alpha \leq 0.05$.

Hasil: Hasil menunjukkan bahwa metode ini dapat meningkatkan pengetahuan yang ditunjukkan dengan nilai signifikansi $p=0,000$ namun tidak mengubah sikap dengan nilai signifikansi $p=0,414$.

Pembahasan: Pendidikan kesehatan dapat digunakan oleh perawat anak untuk meningkatkan pengetahuan terkait penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat menggunakan sampel yang lebih besar, dan dapat meningkatkan intensitas dalam pemberian pendidikan kesehatan dengan media video untuk meningkatkan sikap dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA

Kata kunci: *video, perilaku, antibiotik, ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut)*

ABSTRACT

The Effect of Health Education with Video as a Media to Change the Mothers Behavior in the Use of Antibiotics to Children with Acute Respiratory Infections (ARI)

Pre-Experimental Study in Mulyorejo Public Health Working Area

By: Dian Permata Sari

Introduction: Acute Respiratory Infections (ARI), especially upper respiratory infections often affected 2-6 year-old children. It made the mothers of the patients looking for a quick solution to cure ARI and asked the doctors to prescribe antibiotics and even buy them without any prescriptions. Video can be used to stimulate both auditory and visual system to change behavior. The aim of this study was to analyze effects of health education with the video as a media to change the behavior of mothers in the use of antibiotics in children with ARI.

Methods: This study used a pre-experimental as a design. The population were mothers who have children with a history of ARI in Public Health of Mulyorejo. The sample was chosen through purposive sampling technique. The independent variable was health education with video as a media, while the dependent variable was the knowledge and attitude of mothers. Data were collected by questionnaire that has been test for validity and reliability and analyzed using Wilcoxon Signed Rank Test with alpha level ≤ 0.05 .

Results: This study showed result that this method affects the change in knowledge ($p=0.000$) but the attitude has not changed with $p = 0.414$

Discussions: It can be concluded that health education with video as a media can be used by healthcare providers to improve knowledge of mothers in the use of antibiotics in children with ARI. Future studies are expected to be carried out more samples and add the intensity in giving of this method to increase the mother's attitude.

Keywords: *video, behavior, antibiotic, ARI (Acute Respiratory Infections)*

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	v
MOTTO	vi
UCAPAN TERIMA KASIH	vii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Identifikasi Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah	6
1.4 Tujuan.....	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Manfaat.....	6
1.5.1 Manfaat Teoritis	6
1.5.2 Manfaat Praktis	7
1.6 Keaslian Penulisan.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)	9
2.1.1 Epidemiologi Infeksi Saluran Pernapasan Akut.....	9
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Sistem Pernapasan	10
2.1.3 Klasifikasi Infeksi Saluran Napas Atas.....	17
2.1.3.1 Viral Rinitis (<i>Common cold</i>)	17
2.1.3.2 Sinusitis.....	20
2.1.3.3 Otitis Media	23
2.1.3.4 Faringitis	25
2.2 Konsep Antibiotik	30
2.2.1 Pemilihan Terapi Antibiotik.....	30
2.2.2 Pengobatan Antibiotik pada Anak	32
2.2.3 Resistensi Bakteri terhadap Antibiotik.....	32
2.3 Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Videoterhadap Perilaku Ibu dalam Penggunaan Antibiotik pada Anak dengan ISPA.....	35
2.3.1 Perilaku Kesehatan.....	35
2.3.2 Pendidikan Kesehatan	40
2.3.3 Metode Pendidikan Kesehatan	41
2.3.4 Penerapan Teori <i>Goal Attainment</i> dari Imogene King dalam Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Videoterhadap Perubahan Perilaku Ibu dalam Penggunaan Antibiotik pada Anak dengan ISPA..	51
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	55

3.1	Kerangka Konseptual	55
3.1	Hipotesis Penelitian.....	57
BAB 4 METODE PENELITIAN		58
4.1	Rancangan Penelitian yang Digunakan	58
4.2	Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel	58
4.2.1	Populasi	58
4.2.2	Sampel.....	59
4.2.3	Teknik Pengambilan Sampel.....	59
4.3	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel.....	59
4.3.1	Variabel Independen	59
4.3.2	Variabel Dependen.....	59
4.3.3	Definisi Operasional Variabel.....	60
4.4	Instrumen Penelitian	62
4.5	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	63
4.6	Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data.....	63
4.7	Analisis Data	64
4.8	Kerangka Operasional	67
4.9	Masalah Etik (<i>Ethical Clearance</i>)	68
4.10	Keterbatasan Penelitian	68
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....		70
5.1	Hasil Penelitian.....	70
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	70
5.1.2	Karakteristik Responden	71
5.1.3	Variabel Penelitian	72
5.2	Pembahasan	75
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN		84
6.1	Kesimpulan.....	84
6.2	Saran	85
DAFTAR PUSTAKA		86
LAMPIRAN.....		90

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Identifikasi Masalah.....	5
Gambar 2.1 Saluran napas bagian atas dan bagian bawah	11
Gambar 2.2 Penampakan sinus paranasal dari depan dan samping.....	13
Gambar 2.3 Patofisiologi proses dari rinitis dan sinusitis	21
Gambar 2.4 Strategi Pengobatan Penyakit Infeksi	31
Gambar 2.5 Kerucut Dale	48
Gambar 2.6 Bagan Teori <i>Goal Attainment</i> dari Imogene King.....	52
Gambar 3.1 Pengaruh pendidikan kesehatan berdasarkan Imogene King.....	55
Gambar 4.1 Kerangka Operasional.....	67

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Etiologi Rinitis berdasarkan kekerapannya	18
Tabel 2.2 Tatalaksana Anak Batuk dan atau Kesukaran Bernapas.....	29
Tabel 2.3 Metode Promosi Kesehatan pada Tiap Tahap Perkembangan	41
Tabel 4.1 Desain Penelitian <i>One Group Pra Post Test Design</i>	58
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Umum Responden	71
Tabel 5.2 Pengetahuan ibu terkait penggunaan antibiotik pada anak ISPA	73
Tabel 5.3 Sikap ibu terkait penggunaan antibiotik pada anak ISPA	74

DAFTAR SINGKATAN

Balita	= Bawah Lima Tahun
CDC	= <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
Depkes RI	= Departemen Kesehatan Republik Indonesia
Dinkes	= Dinas Kesehatan
IgA	= Immunoglobulin A
ISPA	= Infeksi Saluran Pernapasan Akut
MTBS	= Manajemen Terpadu Balita Sakit
Posyandu	= Pos Pelayanan Terpadu
Puskesmas	= Pusat Kesehatan Masyarakat
RSV	= <i>Respiratory Syncytial Virus</i>
WHO	= <i>World Health Organization</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Kuesioner Penelitian	90
Lampiran 2	Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	95
Lampiran 3	Satuan Acara Penyuluhan	98
Lampiran 4	Tabulasi Nilai <i>Pre-Test</i> Pengetahuan Responden	106
Lampiran 5	Tabulasi Nilai <i>Post-Test</i> Pengetahuan Responden.....	107
Lampiran 6	Tabulasi Kriteria Pengetahuan	108
Lampiran 7	Distrbusi Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah	109
Lampiran 8	Tabulasi Nilai <i>Pre-Test</i> Sikap Responden	110
Lampiran 9	Tabulasi Nilai <i>Post-Test</i> Sikap Responden.....	111
Lampiran 10	Tabulasi Kriteria Sikap	112
Lampiran 11	Distrbusi Sikap Responden Sebelum dan Sesudah	113
Lampiran 12	Distribusi Demografi Responden	114
Lampiran 13	Distribusi Pengetahuan dan Sikap Sesuai Demografi	115
Lampiran 14	Hasil Uji Statistik	116
Lampiran 15	Surat Izin Penelitian dari Bakesbang	120
Lampiran 16	Surat Tugas dari Puskesmas Mulyorejo	121

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) merupakan penyakit yang menyerang saluran pernapasan, baik saluran pernapasan atas yang meliputi infeksi di atas laring, maupun saluran pernapasan bawah yang meliputi infeksi laring ke bawah. Pengertian akut adalah infeksi berlangsung hingga 14 hari (Rahajoe, 2012). Anak sering terkena infeksi saluran pernapasan akut karena anak belum memiliki imunitas untuk berbagai virus, memiliki kebiasaan *personal hygiene* yang buruk, dan sering melakukan kontak dengan orang lain yang terinfeksi virus (Long, et al., 2012). Ibu memiliki peran yang penting dalam perawatan anak dengan ISPA, karena ibu adalah orang yang dinilai paling dekat dengan anak. Salah satu perawatan yang dapat dilakukan ibu adalah dengan memberikan obat untuk anak yang menderita ISPA, khususnya ISPA bagian atas. ISPA bagian atas kebanyakan disebabkan oleh virus, namun pada beberapa kasus seperti faringitis dapat disebabkan karena bakteri. Namun di lapangan seringkali ditemukan ibu yang masih meminta antibiotik pada dokter di puskesmas, padahal dokter tidak meresepkan antibiotik pada anak dengan ISPA bagian atas karena tidak ditemukan indikasi untuk diberikan antibiotik. Anak yang menderita ISPA pada kunjungan pertama akan diberikan Demacolyn untuk mengatasi influenza, vitamin C, obat batuk sesuai dengan jenis batuknya, seperti Glyseril Guaiakolat untuk batuk berdahak dan CTM untuk batuk karena alergi, serta ibuprofen untuk meredakan demamnya, dan diberitahukan kepada pasien untuk datang kembali setelah tiga

hari kunjungan dan gejala sakit berlanjut, untuk diperiksa ulang, dan apabila masih ditemukan adanya tanda infeksi, diberikan antibiotik.

ISPA sering terjadi pada setiap tahunnya, dengan insiden pada anak lebih sering terjadi daripada orang dewasa, terutama di usia 2 hingga 6 tahun, dan insidennya meningkat di musim hujan di negara tropis, termasuk Indonesia (Taussig & Landau, 2008). Menurut laporan dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya tahun 2011, ISPA menempati urutan pertama dalam daftar 10 penyakit terbanyak pasien Jamkesmas, Jamkesda, dan SKM di Puskesmas dengan angka mencapai 94.392 kasus. Kejadian batuk pilek pada anak di Indonesia mencapai 3-6 kali per tahun, artinya setiap tahun anak di Indonesia mengalami kejadian batuk pilek sebanyak 3-6 kali (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2011). Berdasarkan data kunjungan pasien dari puskesmas Mulyorejo dalam periode satu bulan, yaitu pada tanggal 1 Januari hingga 28 Februari 2014, ada 1081 pasien yang menderita ISPA, sebanyak 49% atau 532 pasiennya adalah anak-anak berusia 0-12 tahun, dan 34 % merupakan anak dengan usia 0-5 tahun. Menurut hasil wawancara dengan dokter di Puskesmas Mulyorejo, ibu pasien sering meminta resep obat berupa antibiotik untuk anaknya yang menderita ISPA bagian atas. Padahal, dokter telah menjelaskan bahwa antibiotik tidak berdampak apa pun untuk infeksi yang tidak disebabkan oleh bakteri. Peneliti juga melakukan wawancara dengan 8 ibu yang memiliki anak usia 12 bulan sampai dengan 3 tahun dengan riwayat ISPA bagian atas. Dari 8 ibu yang menjadi responden, 6 orang mengaku bahwa anaknya sering menderita batuk pilek, dan 2 orang mengaku anaknya sesekali pernah menderita batuk pilek. Semua responden mengungkapkan bahwa saat anaknya menderita batuk pilek, mereka membawa anaknya ke pelayanan kesehatan (puskesmas,

dokter spesialis anak, dan bahkan rumah sakit), namun ada 1 responden yang mengaku membeli sendiri obat-obatan di apotek bila anaknya tidak kunjung sembuh setelah dibawa ke pelayanan kesehatan. Obat yang dibeli berupa obat batuk dan juga antibiotik. 7 dari 8 orang mengungkapkan bahwa antibiotik merupakan obat yang sangat diperlukan untuk pengobatan batuk pilek pada anak. Walaupun tidak mengetahui alasan pastinya, mereka mengaku bahwa dengan diberi antibiotik, anaknya sembuh dari batuk pilek. Di samping itu, saat anaknya dibawa ke pelayanan kesehatan, mereka selalu diberi antibiotik saat anak menderita batuk pilek. Namun 1 dari 8 responden mengakui, tidak pernah memberikan antibiotik pada anaknya karena takut akan reaksi alergi berupa kulit yang memerah dan gatal, walaupun telah diresepkan oleh dokter. 4 dari 8 responden mengaku meminta antibiotik pada dokter walaupun tidak diresepkan dan tidak diberikan oleh dokter, dan semua responden mengetahui bahwa antibiotik bila tidak dihabiskan akan menimbulkan kebal. Selain itu, menurut pernyataan dari perawat senior di puskesmas Mulyorejo, pendidikan kesehatan yang dilakukan disana masih berupa penyuluhan dengan metode ceramah, sehingga belum mengena ke masyarakat.

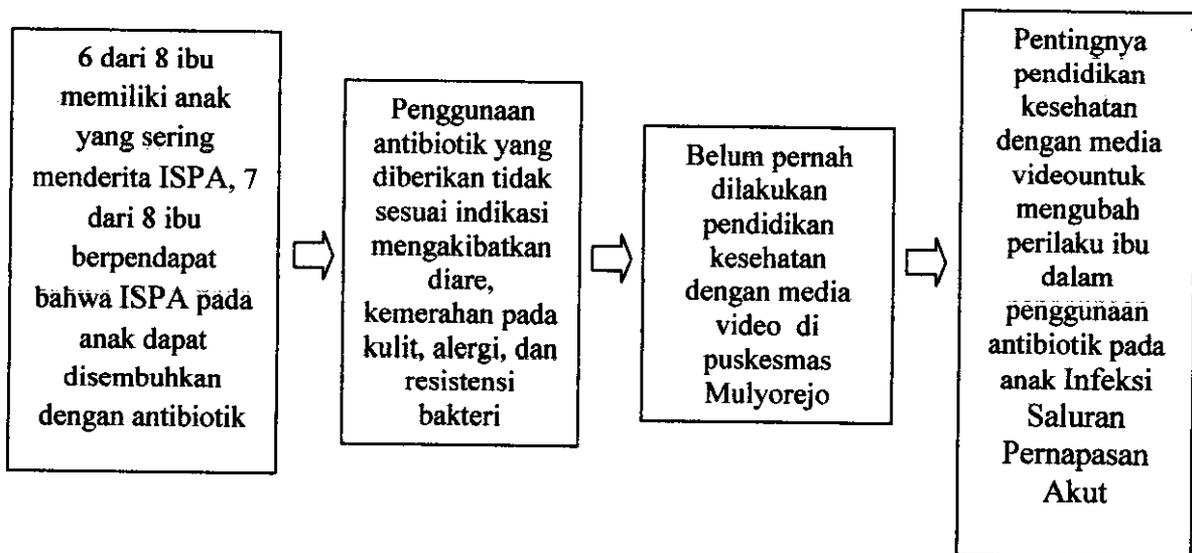
Penggunaan antibiotik tidak diperlukan sebagai terapi farmakologi pada anak dengan ISPA bagian atas, karena bukan disebabkan oleh bakteri, melainkan virus, kecuali pada beberapa infeksi tertentu seperti faringitis dan sinusitis bakterial (Somantri, 2007). Ketika kuman penyebab ISPA pertama kali menginfeksi hidung dan sinus, hidung mengeluarkan mukus. Hal ini membantu mengeluarkan kuman dari hidung dan sinus. Setelah dua hingga tiga hari, imunitas tubuh akan memerangi hal ini dan mengubah mukus menjadi kekuningan

bahkan kehijauan, dan ini merupakan hal yang normal, serta tidak berarti bahwa anak memerlukan antibiotik. Pemakaian antibiotik yang tidak sesuai dengan indikasi dapat menimbulkan efek yang tidak diinginkan, seperti diare, kemerahan pada kulit, dan nyeri perut. Dampak yang lebih buruk dapat berupa reaksi alergi, toksikosis pada renal, dan reaksi pada kulit yang parah. Di samping itu, antibiotik yang digunakan tidak sesuai dengan indikasi dapat menimbulkan resistensi pada bakteri yang pada akhirnya bakteri mengembangkan dirinya sehingga sulit diobati (*Centers for Disease Control and Prevention, 2013*).

Beratnya dampak yang ditimbulkan oleh pemakaian antibiotik yang tidak rasional membuat peneliti ingin memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu yang memiliki anak dengan ISPA, khususnya bagian atas untuk memperbaiki perilaku ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA menggunakan media berupa video. Video dipilih karena pada pelaksanaannya melibatkan banyak indera untuk mengolah informasi berupa pendengaran dan melihat gambar bergerak, sehingga meningkatkan retensi memori hingga 50% daripada pada ceramah yang hanya melibatkan indera pendengaran dan meningkatkan retensi ingatan sebanyak 20% (*Nursing Education, 2013*). Seperti pada penelitian yang dilakukan oleh Zulkarnain pada tahun 2011, pemberian pendidikan kesehatan dengan media video dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap ibu dalam IMD dalam satu kali pertemuan (Zulkarnain, et.al, 2011). Pendidikan kesehatan merupakan bagian dari strategi promosi kesehatan yang diharapkan dapat mengubah perilaku individu atau kelompok. Menurut Notoatmodjo (1993) dalam Maulana (2007), perilaku merupakan hasil pengalaman dan proses interaksi dengan lingkungannya, yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan

tindakan. Perilaku seseorang juga memengaruhi kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat. Upaya untuk meningkatkan status kesehatan seseorang salah satunya dapat diperoleh dengan cara memberikan pendidikan kesehatan yang diharapkan dapat mengubah perilaku individu, kelompok, atau masyarakat (Maulana, 2007). Sesuai dengan teori yang dicetuskan oleh Imogene King tentang *Goal Attainment*, adanya interaksi antara perawat dan klien akan mendorong terjadinya *feedback* dan dapat mengubah persepsi klien. Sehingga setelah diberikannya pendidikan kesehatan kepada ibu pada anak yang menderita ISPA bagian atas, diharapkan perilaku ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA bagian atas dapat berubah (Alligood, 2014).

1.2 Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Identifikasi Masalah Perilaku Ibu dalam Penggunaan Antibiotik pada Anak dengan ISPA

1.3 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan media video terhadap perubahan perilaku ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA?

1.4 Tujuan

Penelitian ini memiliki tujuan umum dan tujuan khusus sebagai berikut.

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh pendidikan kesehatan dengan media video terhadap perubahan perilaku ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan dan sikap ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan media video.
2. Menganalisis pengaruh pemberian pendidikan kesehatan dengan media video terhadap pengetahuan dan sikap ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA.

1.5 Manfaat

Penelitian ini memiliki manfaat teoritis dan manfaat praktis sebagai berikut.

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan terutama dalam bidang keperawatan anak tentang bagaimana

memberikan pendidikan kesehatan pada ibu dengan media video terkait perilaku penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA.

1.5.2 Manfaat Praktis

Manfaat penelitian ini secara praktis adalah sebagai berikut.

1. Memberikan gambaran bagi peneliti dalam memberikan pendidikan kesehatan pada ibu anak terkait perubahan perilaku penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA.
2. Menjadi sumber informasi dan bahan pertimbangan untuk penelitian tentang bagaimana memberikan pendidikan kesehatan pada ibu anak terkait perubahan perilaku penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA.

1.6 Keaslian Penulisan

No	Judul Penelitian	Variabel	Desain Penelitian	Hasil Penelitian
1	Analisis Penggunaan Antibiotika yang tidak Rasional pada Balita Penderita Bukan Pneumonia di Kota Padang (Siswati, 2009)	-Penggunaan antibiotika -Balita penderita bukan pneumonia	<i>Cross Sectional</i>	Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan, perilaku, supervisi, dan pelatihan formal tentang pemberian antibiotik berhubungan signifikan dengan penggunaan antibiotik yang tidak rasional
2	Analisis Penggunaan Antibiotik pada Terapi Demam Tifoid Pasien Rawat Inap di RSUD Muhammadiyah	-Antibiotik -Demam Tifoid	Analisis Deskriptif	Hasil penelitian menunjukkan bahwa antibiotik yang paling banyak dipakai adalah

	Bantul pada tahun 2010 dan 2011 dengan Metode ATC/DDD (Siswi, 2011)			seftriakson.
3	Antibiotika, Resistensi, dan Rasionalitas Terapi (Utami, 2011)	-Antibiotik -Resistensi -Rasionalitas Terapi	<i>Cross Sectional</i>	Dokter, pemerintah, masyarakat luas, dan bahkan calon tenaga kesehatan turut berperan dalam penanganan masalah resistensi
4	Kerasionalan Penggunaan Antibiotik pada Pasien Rawat Inap Anak Rumah Sakit M.M Dunda Limboto Tahun 2011 (Borong, 2012)	-Penggunaan antibiotik -Pasien anak rawat inap	Analisis Deskriptif	Penggunaan antibiotik tepat indikasi sebanyak 5.88 %, tepat obat 100%, dan tepat dosis sebanyak 50.98%.
5	Pengetahuan dan Perilaku Pengunjung Puskesmas dan Tenaga Kesehatan terhadap Penggunaan Antibiotik pada ISPA (Swastinitya, <i>et.al.</i> 2013)	-Pengetahuan -Perilaku -Penggunaan Antibiotik ISPA	<i>Cross Sectional</i>	Perilaku responden pengunjung puskesmas terhadap penggunaan antibiotik pada ISPA buruk, sedangkan pengetahuan dan perilaku petugas kesehatan baik.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) merupakan penyakit yang menyerang saluran pernapasan, baik saluran pernapasan atas yang meliputi infeksi di atas laring, maupun saluran pernapasan bawah yang meliputi infeksi laring ke bawah. Pengertian akut adalah infeksi berlangsung hingga 14 hari (Rahajoe, 2012).

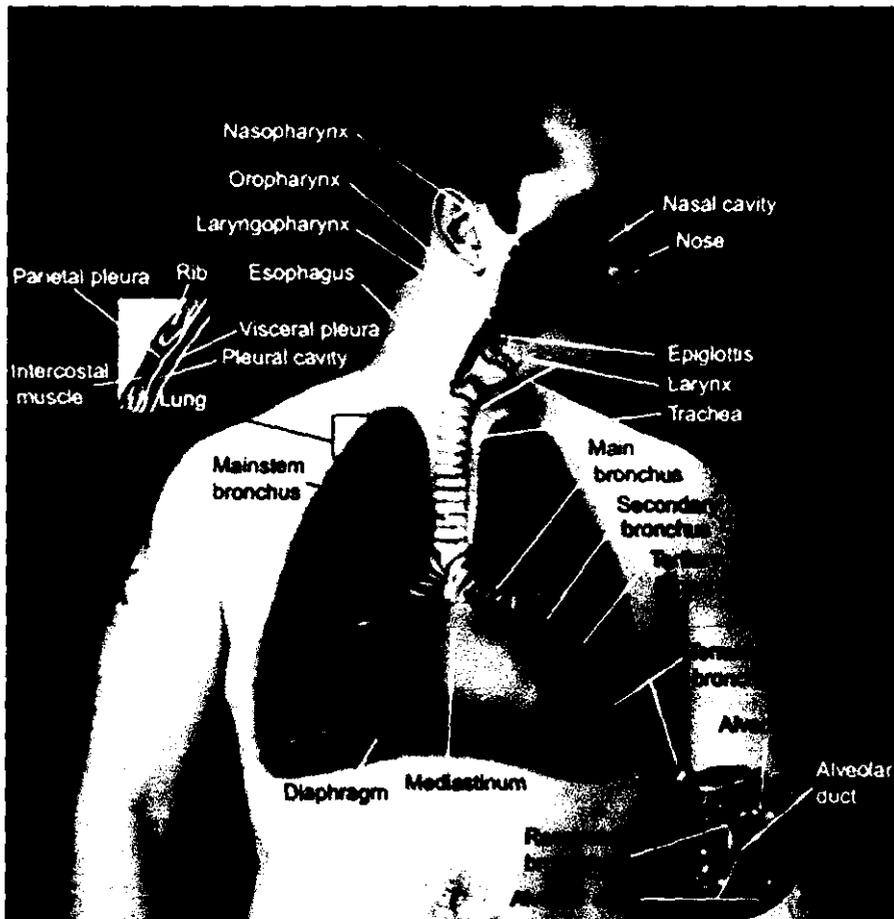
ISPA atas memiliki gambaran berupa adanya peradangan dan edema pada mukosa, kongesti vaskuler, bertambahnya sekresi mukus, dan adanya perubahan struktur dan fungsi siliare (Behrman, et al., 2000).

2.1.1 Epidemiologi Infeksi Saluran Pernapasan Akut

Di Indonesia, kasus infeksi saluran napas menempati urutan pertama dalam jumlah pasien rawat jalan terbanyak. Hal ini menunjukkan bahwa angka kesakitan akibat infeksi saluran napas di Indonesia masih tinggi, Infeksi saluran pernapasan akut sering terjadi pada anak, merupakan 50% dari seluruh penyakit yang diderita anak usia balita, dan 30% pada anak usia 5 hingga 12 tahun, dengan insiden infeksi saluran napas atas sebanyak 95% dan sisanya, 5% melibatkan infeksi saluran pernapasan bawah, terutama pneumonia. Anak dengan usia 1-6 tahun dapat mengalami infeksi saluran pernapasan sebanyak 7-9 kali dalam setahun, namun biasanya ringan. Puncak insidennya yaitu pada anak usia 2 hingga 3 tahun (Wantania, et al., 2012).

Rinitis, atau biasa disebut salesma, merupakan penyakit yang lebih sering diderita oleh anak-anak daripada orang dewasa, dengan rata-rata menderitanya 6-8

2. Difusi oksigen dan karbondioksida di antara alveoli dan di dalam peredaran darah.
3. Transport oksigen dan karbondioksida di dalam darah dan cairan tubuh dari dan ke sel dan jaringan tubuh.
4. Regulasi ventilasi dan bagian lain dari respirasi



Gambar 2.1 Saluran napas bagian atas dan bagian bawah (Daniels & Nicoll, 2012)

Saluran pernapasan dibagi menjadi dua bagian, yaitu saluran napas bagian atas (hidung, faring, laring, trakea bagian atas) dan bagian bawah (bronkus, paru-paru, dan alveolus) (Karch, 2010).

kali pertahun, sedangkan orang dewasa 2-4 kali pertahun. Rinitis adalah penyebab tersering anak tidak masuk sekolah, dan insidennya lebih banyak terjadi pada anak laki-laki daripada anak perempuan. Kejadiannya meningkat di musim dingin di negara subtropis, dan pada musim hujan di negara tropis. Rinitis disebabkan karena virus. Dan karenanya, penggunaan antibiotik secara rasional juga harus diperhatikan (Naning, et al., 2012).

Selain rinitis, faringitis juga merupakan salah satu infeksi saluran napas yang paling banyak terjadi pada anak, dengan insiden puncak pada umur 4-7 tahun. Faringitis dapat disebabkan baik karena virus maupun bakteri, oleh karena itu diperlukan strategi yang tepat dalam menentukan tatalaksana, sehingga tidak terjadi pemakaian antibiotik yang tidak tepat penggunaannya (Naning, et al., 2012).

Otitis Media juga sering terjadi pada anak, dengan insidensi 50%-nya terjadi episode otitis media sebanyak 2 kali dalam satu tahun pada anak. Pemberian vaksin pneumokokus penting dilakukan pada anak untuk mencegah gangguan pendengaran pada anak di usia mendatang akibat otitis media (Dadiyanto, 2012)

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Sistem Pernapasan

Tujuan dari respirasi menurut Guyton & Hall (2006) adalah untuk menyalurkan oksigen ke jaringan dan mengeliminasi karbon dioksida. Untuk mencapai tujuan ini, respirasi dapat dibagi menjadi empat fungsi besar, yaitu

1. Ventilasi pulmonal, yang merupakan pertukaran udara dari atmosfer ke alveoli

1. Saluran napas bagian atas

a. Hidung

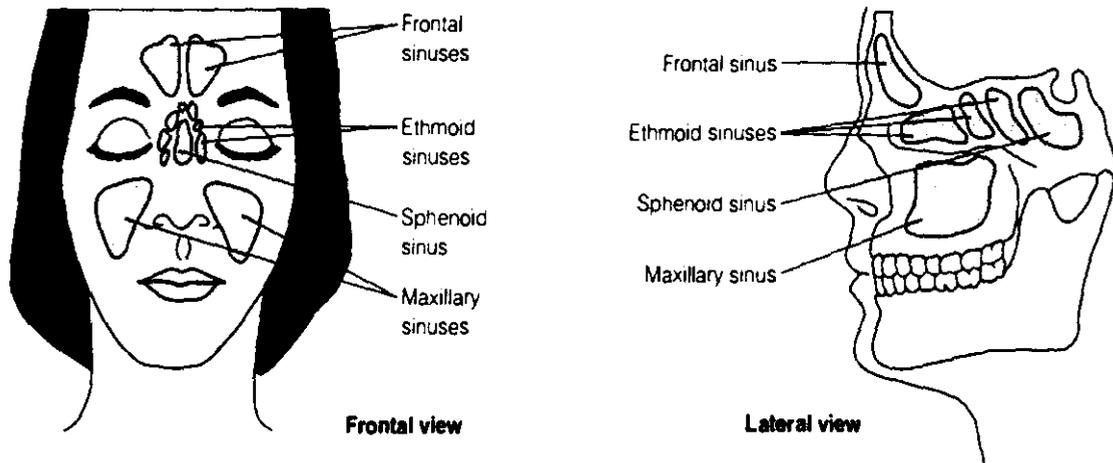
Hidung terdiri dari bagian eksternal dan internal. Bagian eksternalnya menonjol di wajah dan disokong oleh tulang nasal dan kartilago. Bagian nares anterior (lubang hidung) adalah lubang utama di rongga hidung. Bagian internal adalah sebuah lubang yang dipisahkan kiri dan kanan oleh septum. Setiap rongga hidung dibagi menjadi tiga oleh konka dari dinding lateral. Rongga hidung dibatasi oleh membran mukus bersilia yang dinamakan mukosa nasal (Smeltzer & Bare, 2006).

Udara bergerak melalui hidung ke dalam tubuh dengan melewati rongga nasal. Rambut hidung akan menangkap dan menyaring zat asing yang mungkin ikut saat udara terhirup. Ketika udara memasuki hidung, udara akan dihangatkan dan dilembabkan oleh lapisan epitel yang terdiri dari sel goblet sebagai penghasil mukus serta penangkap debu, mikroorganisme, dan berbagai zat asing lainnya. Sel epitel pada lapisan ini juga memiliki silia yang bergerak secara konstan dan mengarahkan mukus dan semua benda yang terperangkap untuk masuk ke dalam tenggorokan (Karch, 2010).

b. Sinus paranasal

Sinus paranasal meliputi empat pasang rongga di tulang yang dibatasi oleh mukosa nasal dan epitelium kolumnar bersilia. Rongga udara ini dihubungkan dengan duktus yang mengalir ke cavum nasal. Sinus dinamakan berdasarkan lokasinya: sinus frontalis, sinus ethmoidalis, sinus sphenoidalis, dan sinus maksilaris. Fungsi utama dari sinus adalah sebagai ruang resonansi saat orang

berbicara, dan merupakan organ yang sering terkena infeksi (Smeltzer & Bare, 2006).



Gambar 2.2 Penampakan sinus paranasal dari depan dan samping (LeMone & Burke, 2008)

Karena lapisan epitel pada rongga nasal dilanjutkan dengan lapisan pada sinus, mukus yang dihasilkan dari sinus mengalir ke dalam rongga nasal, kemudian mengalir ke dalam tenggorokan dan ditelan hingga memasuki saluran pencernaan, tempat lambung menghasilkan asam lambung untuk menghancurkan zat asing yang terperangkap dalam mukus.

c. Konka

Konka berbentuk seperti kerang. Karena bentuknya yang berkelok-kelok, hal ini meningkatkan permukaan membran mukus dari rongga hidung dan sedikit mengobstruksi udara yang melewatinya. Udara memasuki lubang hidung, dan sebelum memasuki nasofaring, udara dihangatkan dan dilembabkan oleh konka, menyesuaikan suhu tubuh. Beberapa persarafan disini juga mendeteksi bau, dan memicu timbulnya bersin untuk mengeluarkan debu ataupun iritan (Smeltzer & Bare, 2006).

d. Faring, Tonsil, dan Adenoid

Faring, atau tenggorokan, adalah sebuah organ yang berbentuk menyerupai tabung yang menghubungkan rongga hidung dan rongga mulut, serta laring. Nasofaring terletak posterior dari hidung dan di bawah palatum. Orofaring adalah tempat untuk palatine dan tonsil. Laringofaring memanjang dari tulang hioid ke kartilago krikoid. Epiglotis membentuk pintu masuk ke dalam laring (Smeltzer & Bare, 2006). Epiglotis akan menutup jalan napas ketika menelan, hal ini untuk menghindari makanan dari mulut memasuki jalan napas (Karch, 2010).

Adenoid, atau tonsil faringeal terletak di bagian atas nasofaring, Tonsil, adenoid, dan jaringan limfoid lainnya melingkari tenggorokan, melindungi tubuh dari invasi organisme yang memasuki hidung dan tenggorokan. Faring berfungsi sebagai jalan napas dan saluran pencernaan (Smeltzer & Bare, 2006).

e. Laring

Laring memiliki fungsi spesifik, yaitu mengalirkan udara dari saluran napas bagian atas ke bagian bawah, melindungi saluran pernapasan bagian bawah dari aspirasi akibat benda asing, serta berkontribusi dalam mekanisme refleks batuk dan mengeluarkan fonasi (suara). Laring terdiri dari beberapa kartilago. Kartilago yang terbesar bernama *Adam's apple* atau yang biasa disebut jakun. Di bawah kartilago tiroid terdapat kartilago krikoid, yang membentuk cincin sempurna mengelilingi trakea. Di laring terdapat pita suara yang membentang di antara kartilago tiroid dan kartilago aritenoid (Daniels & Nicoll, 2012).

2. Saluran napas bagian bawah

a. Trakea

Di ICS 2 hingga ke sisi sternum, trakea terbagi menjadi dua cabang yaitu bronkus kiri dan kanan, Suara napas di daerah ini merupakan suara yang paling keras yang dapat diauskultasi. Dasar dari percabangan trakea bernama carina. Percabangan trakea di sebelah kiri lebih curam daripada di kanan, sehingga apabila tuba endotrakeal memasuki trakea terlalu dalam, tuba cenderung ke bronkus sebelah kanan karena sudutnya yang lebih lebar (Daniels & Nicoll, 2012).

b. Bronkus

Bronkus terdapat tiga lapisan, yaitu kartilago, otot, dan sel epitel. Kartilago mempertahankan agar saluran tersebut tetap terbuka. Otot berfungsi untuk membuat bronkus tetap terbuka. Otot dalam bronkus menjadi lebih kecil dan lebih sedikit. Sel epitel yang terdapat dalam bronkus memiliki fungsi yang sama dengan yang ada di saluran hidung (Karch, 2010).

Dinding trakea dan bronkus adalah bagian yang sensitif bila terjadi iritasi. Ketika reseptor dalam dinding epitel terstimulasi, refleks pada sistem saraf pusat akan mulai bekerja dan menimbulkan batuk. Batuk inilah yang kemudian mendorong udara melewati cabang bronkus dengan tekanan yang begitu besar, sehingga iritan berupa benda asing dapat dikeluarkan dari saluran pernapasan dan jalan napas pun menjadi lebih efisien dalam mengalirkan gas. Sistem pernapasan bagian bawah selalu terjaga tetap steril agar pertukaran gas tidak terganggu. Beberapa makrofag bergerak bebas sepanjang epitelium dan menghancurkan mikroorganisme. Di samping itu, terdapat sel mast dalam jumlah yang banyak dan melepaskan histamin, serotonin, dan adenosin trifosfat (ATP) serta zat kimia

lainnya untuk terjadinya inflamasi yang cepat dan intens pada semua sel yang mengalami cedera (Karch, 2010).

c. Paru-paru

Paru-paru menurut Despopoulos & Silbernagl (2003) memiliki tanggungjawab yang besar dalam sistem pernapasan dan juga dalam fungsi metabolisme. Sebagai tambahan, sirkulasi pulmonal menyaring gumpalan darah yang berukuran kecil dari sirkulasi vena sebelum mengobstruksi sirkulasi arterial. Respirasi eksternal dapat didefinisikan sebagai pertukaran gas di dalam tubuh dengan lingkungan. Difusi digunakan untuk mengangkut udara seperti pada membran sel. Sedangkan pertukaran gas di antara atmosfer dan alveoli disebut dengan ventilasi. Oksigen diinspirasi hingga ke alveoli sebelum berdifusi melalui membran alveoli, kemudian ditransfer hingga ke jaringan melalui aliran darah. Karbondioksida diproduksi di mitokondria dan kembali ke paru-paru dengan cara yang sama dengan jalur oksigen.

d. Alveoli

Alveoli dilapisi dengan dua tipe sel, yaitu sel tipe I dan sel tipe II pneumosit. Sel tipe I adalah sel yang datar dan merupakan sel primer yang melapisi alveoli. Sel tipe II lebih tebal dan menyekresi substansi yang dinamakan surfaktan. Alveoli memiliki tendensi alami untuk kolaps saat ekspirasi. Surfaktan merupakan substansi yang terdiri dari protein dan lemak yang menurunkan tegangan permukaan dan berfungsi untuk menjaga agar alveoli tetap membuka. Kekurangan surfaktan dapat dilihat pada beberapa penyakit yang menyerang paru-paru, seperti pada perokok, yang menyebabkan kolapsnya paru-paru. Kolaps paru-paru yang

menyebarkan dapat memicu atelektasis dan meningkatkan usaha untuk bernapas (Daniels & Nicoll, 2012).

2.1.3 Klasifikasi Infeksi Saluran Napas bagian Atas

Infeksi saluran napas dimulai dari infeksi saluran napas bagian atas dan adneksanya hingga ke parenkim paru. Infeksi saluran pernapasan atas adalah infeksi primer saluran pernapasan di atas laring, sedangkan infeksi laring ke bawah disebut infeksi saluran pernapasan bawah. Infeksi saluran pernapasan atas terdiri atas rinitis, faringitis, tonsilitis, rinosinusitis, dan otitis media. Sedangkan infeksi saluran pernapasan bawah terdiri dari epiglottitis, *croup* atau yang biasa disebut laringotrakeobronkitis, bronkiolitis, dan pneumonia. Sebagian besar infeksi saluran napas terbatas pada infeksi saluran napas bagian atas saja, namun sekitar 5%-nya melibatkan laring dan saluran pernapasan bawah lainnya, sehingga menimbulkan potensi yang serius (Rahajoe, et al., 2012).

Infeksi saluran pernapasan atas merupakan kondisi yang sering terjadi pada semua orang di berbagai kondisi. Pada beberapa kasus, infeksi terjadi secara akut, dengan gejala yang ada selama beberapa hari, dan beberapa terjadi kondisi yang kronis, dengan gejala yang timbul datang berulang (Smeltzer & Bare, 2006).

2.1.3.1 Viral Rinitis (*Common cold*)

Istilah *common cold* sering digunakan untuk mendeskripsikan infeksi saluran pernapasan atas yang dapat sembuh sendiri (*self-limited*) dan disebabkan karena virus. Hidung tersumbat, pilek, bersin, sakit tenggorokan, dan malaise menjadi manifestasi klinis dari viral rinitis. Secara spesifik, istilah *cold* ditujukan pada suhu tubuh afebril, adanya infeksi, inflamasi akut di membran mukosa yang terletak di rongga hidung. Secara luas, istilahnya mengacu pada infeksi saluran

pernapasan atas yang akut, dimana istilah seperti rinitis, faringitis, dan laringitis, membedakan dimana gejala yang timbul itu berasal. Istilah ini dapat juga digunakan ketika yang memicu adalah virus influenza (flu). Pilek yang diderita sangat menular karena virus dapat menyebar selama dua hari sebelum gejala timbul dan selama tahap awal dalam fase simptomatik (Smeltzer & Bare, 2006).

1. Etiologi

Beberapa virus telah teridentifikasi sebagai penyebab dari rinitis. Pada anak usia prasekolah, rinitis sering disebabkan karena *Rhinovirus*, *Respiratory Syncytial virus* (RSV), virus Influenza, virus Parainfluenza, dan Adenovirus. Penyebab tersering rinitis adalah *Rhinovirus*, yang menyebabkan 30-50% rinitis pertahun, dan memiliki lebih dari 100 serotipe. Selain itu, meskipun jarang, Enterovirus dan Coronavirus juga dapat menyebabkan rinitis (Naning, et al., 2012).

Tabel 2.1 Etiologi Rinitis berdasarkan kekerapannya, diadopsi dari Wat (2004)

Mikroorganisme	Persentase Kasus (%)
Rhinovirus	30-50
Coronavirus	10-15
Influenza virus	5-15
RSV	5
Virus parainfluenza	5
Adenovirus	<5
Metapneumovirus	±2
Virus yang belum teridentifikasi	20-30

2. Patofisiologi

Pada umumnya virus menyebar saat tangan menyentuh benda-benda yang terkontaminasi virus, dan kemudian menyentuh mata dan membran mukosa *host*. Klien yang terinfeksi menjadi sangat menular, dan menyebarkan virus selama beberapa hari sebelum dan setelah gejala muncul. Walaupun manusia memiliki

imunitas terhadap beberapa strain virus spesifik, namun pada beberapa jenis virus penyebab rinitis dapat menyebabkan penderitanya mengalami sakit yang berulang (LeMone & Burke, 2008).

Sekresi mukus yang kental di saluran pernapasan atas menjebak organisme penginfeksi, dan mencegah kontaminasi lebih dari area yang terinfeksi. Sel dari saluran pernapasan atas terinfeksi saat virus melekat pada reseptor sel. Pertahanan imunologi lokal, seperti sekresi antibodi IgA pada sekresi respiratori dapat menonaktifkan antigen, dan menghasilkan respon inflamasi lokal pada akhirnya. Hal ini mengakibatkan membengkaknya membran mukosa pada hidung, serta terdapat hiperemi. Kelenjar sekresi mukus menjadi hiperaktif dan mengeluarkan mukus lebih banyak (LeMone & Burke, 2008).

3. Manifestasi Klinis

Pada anak yang menderita rinitis dapat disertai dengan tanda dan gejala sebagai berikut (Rosenstein, et al., 2014).

- a. Hidung tersumbat dan iritasi di tenggorokan
- b. Beberapa jam kemudian muncul bersin-bersin dan *discharge* hidung yang encer dan banyak
- c. Selain itu juga diikuti dengan keluhan demam ringan, malaise, dan sakit kepala
- d. Pada keadaan tertentu juga menyebabkan nafsu makan anak menjadi berkurang.
- e. Terdapat batuk yang menyertai sebanyak 60-80% kejadian rinitis
- f. Setelah satu hingga tiga hari, sekret hidung menjadi lebih kental dan mukopurulen, karena mengandung sel epitel yang mengalami deskuamasi,

sel polimorfonuklear, dan bakteri yang secara normal berkoloni di saluran pernapasan atas.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan rinitis meliputi medikamentosa dan nonmedikamentosa. Pada terapi dengan obat yang dapat diberikan adalah obat-obatan simptomatis, yang meredakan gejala pada anak, seperti asetaminofen atau ibuprofen pada anak di atas usia 6 bulan untuk meredakan demam pada hari-hari pertama. Selain itu, dekonjestan dapat digunakan untuk mengurangi gejala hidung tersumbat karena cara kerjanya yang membuat vasokonstriksi pada mukosa hidung. Antivirus jarang digunakan karena selain harganya mahal, penggunaannya tidak lazim dipakai di Indonesia dan karena antivirus hanya efektif bila digunakan selama 36 jam setelah terinfeksi. Pemberian vitamin C, Antitusif, antibiotik, dan antihistamin tidak sesuai apabila diberikan pada anak dengan rinitis (Naning, 2012).

2.1.3.2 Sinusitis

Discharge hidung yang purulen sangat sering terjadi dengan tekstur kental dan warnanya yang hijau kekuningan dapat juga terjadi saat anak menderita salesma. Namun, *discharge* hidung yang purulen tidak selalu disebabkan oleh sinusitis bakterialis. Sinusitis bakterialis memerlukan terapi antibiotik, namun tidak lazim terjadi pada anak di bawah 5 tahun. Kadang-kadang anak kecil memasukkan serangga, kacang, atau batu ke dalam lubang hidungnya. Tindakan tersebut akan menyebabkan keluarnya *discharge* purulen dari dalam lubang hidung (WHO, 2003).

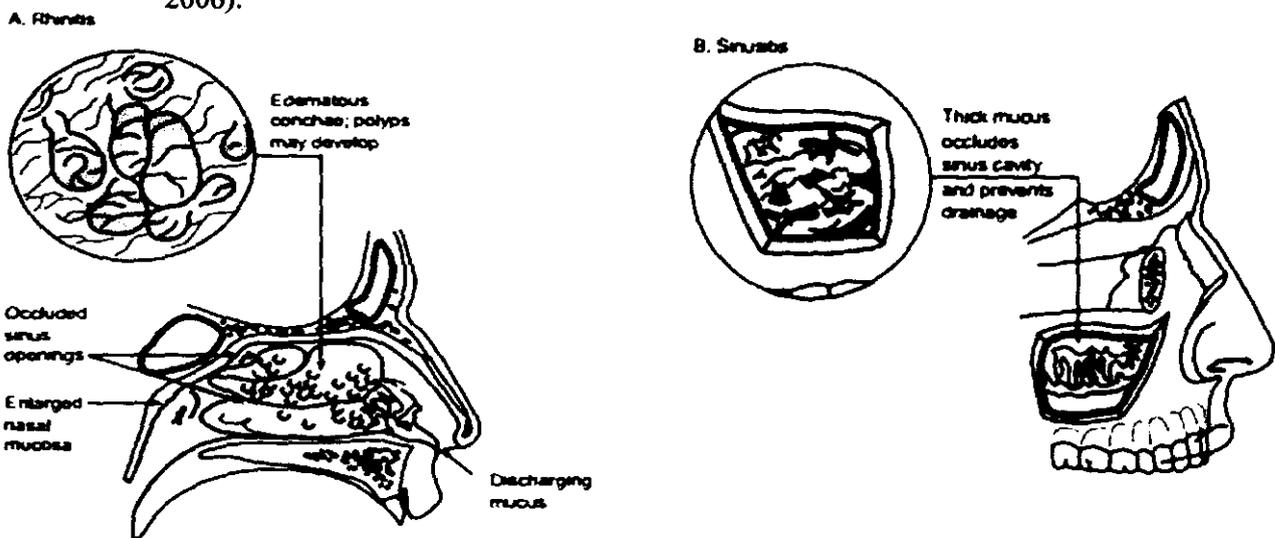
1. Etiologi

Menurut Murray & Nadel (2001) dalam (Smeltzer & Bare, 2006), sinusitis dapat disebabkan oleh infeksi bakteri maupun virus. Bakteri yang dapat menyebabkan sinusitis diantaranya adalah *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, dan *Moraxella catarrhalis*

Selain diakibatkan oleh bakteri, sinusitis dapat juga disebabkan oleh infeksi virus dari saluran pernapasan atas yang tidak tertangani maupun dari infeksi yang terdapat di gigi (William & Hopper, 2003).

2. Patofisiologi

Sinusitis akut merupakan infeksi dari sinus paranasal, terjadi akibat infeksi dari saluran pernapasan bagian atas yang tidak tertangani. Kongesti nasal, yang disebabkan karena inflamasi, edema, dan transudat dari cairan hidung menyebabkan obstruksi pada rongga sinus. Hal ini memicu tumbuhnya bakteri dengan baik, dan menyebabkan peradangan pada rongga sinus (Smeltzer & Bare, 2006).



Gambar 2.3 Patofisiologi proses dari rinitis dan sinusitis (Smeltzer & Bare, 2006)

Sinusitis memiliki patofisiologi yang hampir sama dengan rinitis, namun keduanya mempengaruhi dua organ yang berbeda. Pada rinitis, membran mukosa yang mengelilingi dalam hidung menjadi terinflamasi, tersumbat, dan membengkak. Konka yang membengkak menutup pembukaan sinus, dan mukus keluar dari lubang hidung. Pada sinusitis juga ditandai dengan inflamasi dan kongesti, namun sekresi mukus yang kental mengisi rongga sinus dan menutup pembukaannya (Smeltzer & Bare, 2006).

3. Manifestasi Klinis

Menurut Wald, et al. (2013), viral sinusitis pada anak memiliki tanda dan gejala sebagai berikut

- a. Terdapat hidung tersumbat disertai pilek, atau batuk, maupun keduanya
- b. *Discharge* hidung awalnya memiliki tekstur yang jernih dan sangat berair dan beberapa hari kemudian menjadi purulen, hingga pada akhirnya menjadi jernih lagi ketika akan sembuh
- c. Demam pada awal munculnya sinusitis, disertai dengan sakit kepala, dan hilang selama 24-48 jam.
- d. Selain itu dapat muncul adanya bengkak pada wajah atau periorbita, nyeri pada sinus, dan batuk.

4. Penatalaksanaan

Perawatan sinusitis berfokus untuk mengeradikasi infeksi, menyusutkan mukosa nasal, dan mengurangi nyeri. Dekongstan dapat diberikan untuk mengatasi bengkaknya mukosa nasal dengan cara membuat pembuluh darah berkonstriksi dan mengurangi suplai darah ke membran mukosa nasal (Daniels & Nicoll, 2012).

2.1.3.3 Otitis Media

Menurut Waseem (2013) otitis media merupakan inflamasi yang terjadi di telinga tengah yang umum terjadi pada anak-anak. Dengan subtype berikut ini.

- a. Otitis media akut
- b. Otitis media dengan efusi
- c. Otitis media supuratif kronis
- d. Otitis media adesif

Otitis media merupakan penumpukan cairan di telinga tengah. Otitis media diklasifikasikan berdasarkan gejala klinisnya, otoskopi, komplikasi, dan lama sakit. Otitis media terjadi karena adanya erosi pada telinga tengah yang terganggu, biasanya disebabkan karena terganggunya fungsi tuba eustakius. Otitis media memerlukan penanganan yang baik karena bila tidak tertangani, infeksi yang ada dapat menyebar hingga ke intrakranial (Dadiyanto, 2012).

1. Etiologi

Otitis media disebabkan karena infeksi bakteri *Streptococcus pneumoniae*, dan *Haemophilus influenzae* yang juga menjadi penyebab dari pneumonia bakterialis (WHO, 2003).

2. Patofisiologi

Saat inflamasi terjadi di mukosa nasofaring, terjadi edema dan *discharge* yang keluar. Saat cairan, pus, atau udara terkumpul di telinga tengah, tuba eustakius menjadi tersumbat, dan mengurangi ventilasi pada telinga tengah. Jika infeksi terjadi lebih dari 3 bulan, hal ini menyebabkan otitis media kronis (Williams & Hopper, 2003).

3. Manifestasi Klinis

Menurut Lieberthal, et al. (2013), gejala yang muncul pada anak dengan otitis media adalah sebagai berikut.

- a. Pada anak yang lebih besar, timbul keluhan nyeri telinga, sedangkan pada anak yang belum dapat berbicara, rasa sakit digambarkan dengan memegang atau menggosok-gosok telinganya, menangis dengan suara keras, namun hal ini harus dikuatkan dengan bukti adanya kemerahan ringan pada gendang telinga bila dilihat dengan otoskop
- b. Demam dapat muncul pada anak dengan otitis media
- c. Adanya perubahan pola tidur pada anak yang kadang tidak disadari oleh orang tua sebagai salah satu tanda dari otitis media.
- d. Adanya *discharge* yang keluar dari telinga anak selama kurang dari 2 minggu.

4. Penatalaksanaan

Amoksisilin oral dapat diberikan dengan dosis 40 mg/kgBB/hari, 3 kali sehari selama 10 hari pada anak yang belum didapatkan hasil uji sensitivitasnya. Namun, karena sudah banyak kuman yang resisten terhadap amoksisilin, antibiotika jenis lain dari kelas yang berbeda, seperti Eritromisin (50mg/kgBB/24 jam) bersama dengan sulfonamid (100 mg/kgBB/24 jam trisulfa atau 150 mg/kgBB/24 jam sulfisoksazol) empat kali sehari, trimetoprim-sulfametoksazol (8 dan 40 mg/kgBB/24 jam) diberi 2 kali sehari, sefaklor (40 mg/kgBB/24 jam, 3 kali sehari, amoksisilin-klavunalat 40 mg/kgBB/24 jam 3 kali sehari, atau sefiksim 8 mg/kgBB/24 jam sekali atau 2 kali sehari. Analgesik, antipiretik, dan dekonjestan dapat diberikan sebagai terapi suportif (Dadiyanto, 2012).

Namun menurut penelitian terbaru menunjukkan bahwa pengobatan otitis media pada anak-anak dengan menggunakan dekongestan dan antiinflamasi secara bijaksana sama efektifnya dengan menggunakan antibiotik tanpa risiko berkembangnya strain bakteri secara persisten (Karch, 2010).

Tidak diperlukan penatalaksanaan untuk otitis media dengan efusi, dikarenakan komplikasi yang terjadi jarang dan sedikit. Selain itu, otitis media dengan efusi dapat sembuh dengan sendirinya. Namun pada otitis media efusi kronis bilateral dengan gangguan pendengaran yang mencolok dapat dilakukan terapi dekongestan dan antihistamin. Pada efusi sub akut dan akut diberikan antibiotik amoksisilin selama 10-30 hari, sedangkan untuk memperbaiki ventilasi telinga tengah dapat dilakukan miringotomi dengan memasukkan pipa timpanostomi (Dadiyanto, 2012).

2.1.3.4 Faringitis

Faringitis merupakan sebuah kondisi infeksi yang mengenai membran mukosa di faring dan tonsil palatum. Puncak prevalensi ditemukan pada anak kurang dari 5 tahun (CRNBC, 2012).

1. Etiologi

Menurut CRNBC (2012), berdasarkan penyebabnya, faringitis disebabkan oleh virus, bakteri, dan penyebab non-infeksius.

a. Virus

Virus penyebab faringitis pada anak diantaranya adalah sebagai berikut: Adenovirus, Rhinovirus, virus parainfluenza, Eipstein-Barr virus, Coxackievirus, Virus Herpes Simplex, Enterovirus (umum terjadi pada anak dengan usia di bawah 3 tahun), dan virus influenza

b. Bakteri

Bakteri yang dapat menimbulkan faringitis yaitu: beta-hemolitik streptokokus grup A, *Mycoplasma pneumoniae* (terjadi pada 10% kasus orang dewasa), dan *Diphtheriae*.

c. Penyebab non-infeksi

Rinitis alergika, sinusitis, pernapasan yang dominan mulut, trauma, dan GERD (*Gastroesophageal Reflux Disease*) juga dapat memicu timbulnya faringitis.

2. Patofisiologi

Bakteri maupun virus dapat secara langsung menginvasi mukosa faring dan kemudian menyebabkan respon peradangan lokal. Rhinovirus menyebabkan iritasi mukosa faring sekunder akibat sekresid ari hidung. Peradangan sebegini besar melibatkan nasofaring, uvula, dan palatum mole. Perjalanan penyakitnya ialah terjadi inokulasi dari agen infeksius di faring yang menyebabkan peradangan lokal, sehingga memicu timbulnya kemerahan pada faring, tonsil, ataupun keduanya. Gejala akan tampak pada setelah masa inkubasi yang pendek, yaitu pada 24-72 jam (Naning, et al., 2012).

3. Manifestasi Klinis

Anak dengan faringitis menurut LeMone & Burke (2008) dapat mengalami tanda dan gejala sebagai berikut.

- a. Demam dapat muncul pada anak dengan faringitis, yang biasanya menandai adanya faringitis yang disebabkan karena bakteri. Demam dapat mencapai 38.3°C atau lebih

- b. Nyeri telan, malaise, dan kadang terdapat nyeri kepala.
- c. Terjadi pembesaran pada nodus limfe
- d. Eksudat berupa pus dapat muncul pada faring dan tonsil.

Sedangkan apabila faringitis disebabkan karena virus, gejala yang muncul, gejala yang muncul dapat berbeda, diantaranya sebagai berikut.

- a. Usia di bawah 3 tahun
 - b. Awitan bertahap
 - c. Kelainan melibatkan beberapa mukosa
 - d. Suara serak, batuk, pilek
4. Penatalaksanaan

Untuk faringitis yang disebabkan karena virus, pengobatan diberikan berdasarkan gejala yang menyertainya. Untuk faringitis yang diakibatkan bakteri, pengobatan antimikrobal dilakukan sesuai dengan bakteri penyebab faringitis (LeMone & Burke, 2008).

Pemberian antibiotik menurut Naning, et al. (2012), pada faringitis yang ditimbulkan akibat infeksi virus sangat tidak dianjurkan karena tidak akan mempercepat waktu penyembuhan dan tidak mengurangi derajat keparahan.

- a. Antipiretik dan analgesik ringan seperti asetaminofen dapat meringankan nyeri pada tenggorokan dan sakit kepala. Aspirin tidak dianjurkan untuk diberikan pada anak karena dapat memicu timbulnya sindrom Reye
- b. Pemberian *lozenges* dapat dilakukan pada anak yang cukup besar untuk meringankan nyeri tenggorokan
- c. Antibiotik Penisilin V oral dapat diberikan hanya pada infeksi yang ditimbulkan akibat Streptokokus grup A dengan dosis pemberian 15-30

mg/kgBB/hari dibagi menjadi tiga dosis dan dikonsumsi selama 10 hari. Selain itu, Amoksisilin juga dapat digunakan sebagai pengganti penisilin pada anak yang lebih kecil, karena di samping rasanya yang enak, efeknya juga sama. Amoksisilin dengan dosis 50 mg/kgBB/hari dibagi 2 selama 6 hari memiliki efektivitas yang sama dengan Penisilin V oral selama 10 hari. Dapat juga diberikan eritromisin etil suksinat pada anak yang alergi terhadap penisilin, dengan dosis 40 mg/kgBB/hari. Antibiotik golongan sefalosporin I dan II juga memberikan efek yang sama, namun pemberiannya tidak dianjurkan karena harganya yang mahal dan dampak resistensinya lebih besar.

d. Tonsilektomi

Tonsilektomi biasanya dilakukan pada anak dengan tonsilofaringitis berulang dan kronis. Keputusan tonsilektomi didasarkan pada gejala dan tanda yang meliputi hipertrofi, obstruksi, dan infeksi kronis pada tonsil terkait, dan sebisa mungkin dihindari untuk anak dengan usia di bawah 3 tahun.

Menurut Kementerian Kesehatan RI, untuk membedakan penatalaksanaan dan klasifikasi anak batuk dan kesulitan bernapas antara dikarenakan oleh Pneumonia dan bukan pneumonia dapat digunakan acuan seperti pada tabel 2.2 di bawah ini. Hal ini dapat berguna untuk membedakan jenis batuk yang sering terjadi pada anak dan agar terapi yang dilakukan rasional dan sesuai dengan indikasi.

Tabel 2.2 Tatalaksana Anak Batuk dan atau Kesukaran Bernapas Umur 2 Bulan - < 5 Tahun menurut Kementerian Kesehatan RI (2011)

KLASIFIKASI PENYAKIT			
UMUR 2 BULAN - < 5 TAHUN			
TANDA	<ul style="list-style-type: none"> Tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (TDDK) 	<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (TDDK) Ada napas cepat : 2 bl - < 12 bl : > 50 x/menit 12 bl - < 5 th : > 40 x/menit 	
KLASIFIKASI	PNEUMONIA BERAT	PNEUMONIA	
TINDAKAN	<ul style="list-style-type: none"> Rujuk segera ke rumah sakit Beri 1 dosis antibiotik Obati demam, jika ada Obati wheezing, jika ada 	<ul style="list-style-type: none"> Nasihati ibunya untuk tindakan perawatan di rumah Beri antibiotik selama 3 hari Anjurkan ibu untuk kontrol 2 hari atau lebih cepat bila keadaan anak memburuk Obati demam, jika ada Obati wheezing, jika ada 	
PERIKSA DALAM 2 HARI ANAK YANG DIBERI ANTIBIOTIK			
TANDA	MEMBURUK	TETAP SAMA	
	<ul style="list-style-type: none"> Tak dapat minum Ada TDDK Ada tanda bahaya 		
TINDAKAN	Rujuk SEGERA ke rumah sakit.	Ganti antibiotik atau rujuk	

Menurut Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Depkes

(2011), perawatan anak dengan gejala demam dan batuk pilek, dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut.

1. Apabila anak menderita demam ($>38.5^{\circ}\text{C}$), beri dosis pertama paracetamol, bukan dari golongan salisilat ataupun ibuprofen.
2. Apabila anak menderita batuk, gunakan pelega tenggorokan yang aman, seperti ASI eksklusif hingga anak berusia 6 bulan, dan memberikan kecap manis atau madu yang dicampur dengan air perasan jeruk nipis (madu tidak dianjurkan untuk anak usia <1 tahun).
3. Tidak dianjurkan memberikan obat yang mengandung atropin, kodein, atau alkohol, dan obat-obatan dekongestan oral dan nasal.

4. Untuk meningkatkan kesehatan anak, beri makanan penuh gizi berupa serat dan vitamin

2.2 Konsep Antibiotik

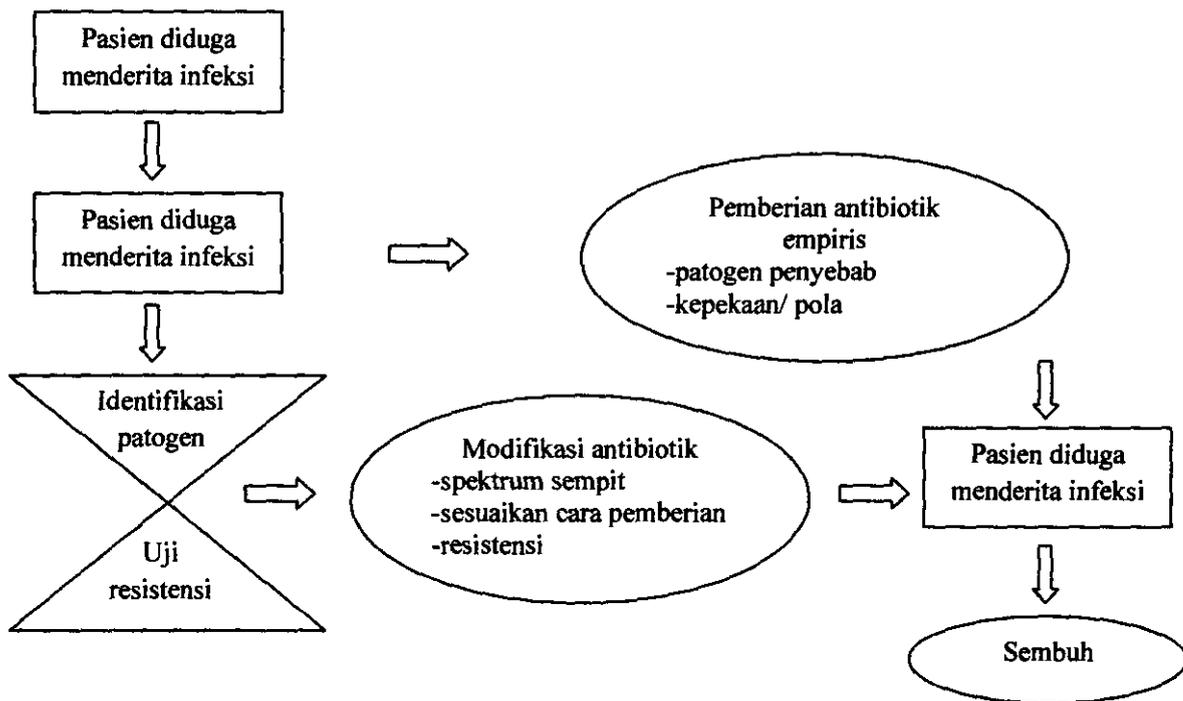
Bakteri dapat menginvasi tubuh manusia melalui beberapa rute, baik pernapasan, pencernaan, kulit, dan lain sebagainya. Ketika bakteri dapat menginvasi tubuh manusia, tubuh manusia berfungsi sebagai pejamu bagi bakteri tersebut dan memberikan suplai nutrien dan enzim yang dapat digunakan oleh bakteri untuk berkembang biak, dan selanjutnya dapat melepas bakteri lain ke jaringan yang lebih jauh. Imunitas tubuh bekerja saat bakteri menginvasi tubuh,, mengeluarkan gejala-gejala inflamasi (*rubor, calor, dolor, tumor*) untuk mencoba menyingkirkan organisme penginfeksi tersebut (Karch, 2010).

Tujuan terapi antibiotik adalah untuk menurunkan populasi bakteri hingga mencapai titik dimana tubuh dapat menghadapi bakteri tersebut dengan efektif. Antibiotik dibuat untuk mengganggu sistem enzim atau protein tertentu dari bakteri tersebut, sehingga diperlukan uji sensitivitas pada bakteri untuk menentukan bakteri jenis apa dan sensitif terhadap antibiotik apa, sehingga antibiotik hanya efektif bila digunakan terhadap bakteri yang menggunakan protein atau enzim tersebut (Karch, 2010).

2.2.1 Pemilihan Terapi Antibiotik

Pengobatan antibiotik pada umumnya dibagi menjadi dua, yaitu secara empiris (coba-coba) dan secara definitif. Untuk menentukan apakah dilakukan secara empiris maupun definitif, pertimbangan klinis, pengetahuan mikrobiologi-farmakologi perlu dikuasai dengan baik, bagaimana cara memilih pengobatan empiris pada pengobatan awal, dosis, cara, dan lama pemberiannya, serta apakah

diperlukan kadar obat, parameter keberhasilan pengobatan, dan bagaimana kiat memperbaiki pengobatan apabila terjadi kegagalan pengobatan. Pengobatan antibiotik secara empiris dilakukan tanpa uji laboratorium seperti kultur darah, urin, cairan serebrospinal, atau sputum, dan pada umumnya dilakukan sebagai pengobatan awal dengan mempertimbangkan mikroorganisme apa yang menjadi penyebab tersering pada lokasi tersebut, serta memahami tentang pola kepekaan bakteri. Sedangkan apabila organisme penyebab sudah diketahui, dapat dilakukan pengobatan antibiotik secara definitif dengan mempertimbangkan keadaan klinis pasien dan dipertimbangkan apakah pengobatan dilakukan secara monoterapi ataupun polifarmasi (Soedarmo, et al., 2012).



Gambar 2.4 Strategi Pengobatan Penyakit Infeksi (Soedarmo, et al., 2012)

2.2.2 Pengobatan Antibiotik pada Anak

Anak-anak sangat sensitif terhadap efek sebagian besar antibiotik pada saluran pencernaan dan sistem saraf pusat. Dan reaksi yang lebih berat dapat diperkirakan terjadi jika obat ini digunakan pada anak-anak. Pemantauan status hidrasi dan nutrisi sangat penting dilakukan ketika anak mengalami dampak merugikan dari pemakaian antibiotik, seperti anoreksia, demam, mual, dan muntah. Selain itu superinfeksi dapat juga menjadi masalah bagi anak-anak yang lebih muda. Sebagai contoh, sariawan (kandidiasis oral) merupakan kejadian superinfeksi yang membuat nafsu makan anak menurun. Dosis antibiotik harus diperiksa ulang untuk memastikan bahwa anak mendapatkan terapi yang efektif dan mengurangi dampak yang merugikan akibat pemakaian antibiotik. Pada orang tua yang tidak menginginkan anaknya sakit, meminta antibiotik sebagai penyembuh segala penyakit kapan pun anak mereka rewel atau demam, penyuluhan kepada orang tua sangat penting dalam membantu menghentikan penggunaan antibiotik yang tidak perlu pada anak-anak (Karch, 2010).

2.2.3 Resistensi Bakteri terhadap Antibiotik

Resistensi antibiotik menjadi isu besar di ranah pelayanan kesehatan dan pasiennya. Perubahan pola resistensi antibiotik, meningkatnya harga antibiotik, dan pengenalan terhadap antibiotik yang baru telah membuat pemilihan regimen terapi antibiotik menjadi lebih sulit dari pada sebelumnya. Terlebih, sejarah telah mencatat bahwa penggunaan antibiotik yang tidak hati-hati dapat menyebabkan penurunan efektivitas (John Hopkins Medicine, 2013).

Pada awal 1940-an tercatat adanya kejadian pertama resistensi bakteri *staphylococcus* terhadap antibiotika penisilin. Kemudian pada tahun 1950-an

ditemukan resistensi tunggal maupun multipel (*multidrug resistance*) yang dimediasi oleh plasmid yang dapat dipindahkan dari mikroorganisme satu ke mikroorganisme lain di saluran pencernaan. Pada pertengahan tahun 1970-an, resistensi semakin menyebarkan di berbagai pelayanan kesehatan, bahkan melibatkan organisme yang bersifat komensal di traktus respiratorius dan genitourinarius penderita yang sedang dirawat di rumah sakit. Penyebaran resistensi semakin memuncak di pertengahan tahun 1990-an. Dua faktor yang ikut berperan dalam penyebaran resistensi adalah kemampuan organisme untuk mentransfer, memperoleh, dan merekayasa gena resisten, serta penekanan selektif bakteri akibat penggunaan antibiotika spektrum luas yang berlebihan. Interaksi antara dua komponen inilah yang hingga saat ini menjadi bagian dari masalah resistensi bakteri yang tak pernah terpecahkan secara tuntas (Dwiprahasto, 2005).

Kejadian resistensi bakteri terhadap antibiotik mengakibatkan dampak yang fatal. Penyakit infeksi yang disebabkan bakteri bila gagal berespon terhadap pengobatan mengakibatkan perpanjangan penyakit, risiko kematian, dan semakin lamanya masa menginap di rumah sakit. Ketika respon pengobatan oleh tubuh mengalami kegagalan, pasien menjadi infeksius pada waktu yang lama. Pada saat ini pasien dapat disebut sebagai *carrier*, yang kemudian dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi galur resisten untuk menyebarkan ke orang lain. Persebaran resistensi bakteri dipercepat dengan kemudahan akses antarnegara bahkan antarbenua, yang pada akhirnya meningkatkan jumlah orang yang terinfeksi dalam suatu komunitas Deshpande, et al. (2011) dalam Utami (2011).

Selain risiko resistensi bakteri terhadap antibiotik yang mengancam, penggunaan antibiotik juga meningkatkan terjadinya superinfeksi atau

pertumbuhan patogen resisten secara berlebihan, seperti bakteri, jamur, atau ragi, karena antibiotik (terutama yang berspektrum luas) menghancurkan bakteri dalam flora yang normalnya bekerja mengawasi agar penginvasi oportunistik ini tidak berkembangbiak. Dan apabila hal ini terjadi, tidak ada lagi yang menjaga organisme ini untuk tidak menginvasi pejamu. Pengobatan superinfeksi menimbulkan efek merugikan yang baru dan kemungkinan superinfeksi yang berbeda. Hasilnya adalah lingkaran setan pengobatan dan resistensi (Karch, 2010).

Menurut Dwiprahasto (2005), pencegahan resistensi bakteri terhadap antibiotik dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut.

- a. Mendorong penggunaan antibiotik secara rasional, hanya diberikan untuk indikasi yang jelas
- b. Mengurangi penggunaan yang tidak perlu, baik antibiotik sebagai dosis terapi maupun hanya sebagai profilaksis
- c. Memperhatikan dosis, frekuensi pemberian, dan lama pemberian agar efektivitas antibiotik dalam menanggulangi infeksi menjadi semakin meningkat
- d. Melakukan rotasi terhadap penggunaan antibiotik secara terjadwal, namun hal ini tidak berlaku apabila antibiotik yang digunakan sebagai lini pertama adalah antibiotik yang relatif tidak menimbulkan adanya resistensi, juga untuk antibiotik yang berpotensi tinggi menjadi resisten digunakan secara terbatas untuk kasus tertentu.

2.3 Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Video terhadap Perilaku Ibu dalam Penggunaan Antibiotik pada Anak dengan ISPA

2.3.1 Perilaku Kesehatan

Perilaku merupakan faktor kedua terbesar yang memengaruhi kesehatan individu, kelompok, maupun masyarakat setelah lingkungan. Berdasarkan berbagai penelitian dan literatur, perilaku masyarakat erat kaitannya dengan upaya pengetahuan masyarakat yang terbentuk melalui pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan memiliki peranan penting dalam mengubah dan menguatkan faktor perilaku (predisposisi, pendukung, dan pendorong), sehingga menimbulkan perilaku positif pada masyarakat. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku, pendidikan kesehatan, dan status kesehatan masyarakat berada dalam suatu pola hubungan yang saling memengaruhi (Maulana, 2007).

Perilaku kesehatan menurut Maulana (2007), meliputi

- a. Perilaku terhadap sakit dan penyakit
- b. Perilaku peningkatan dan pemeliharaan kesehatan
- c. Perilaku pencegahan penyakit
- d. Perilaku pemulihan kesehatan
- e. Perilaku pencarian pengobatan
- f. Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan
- g. Perilaku terhadap makanan
- h. Perilaku terhadap lingkungan kesehatan

Buku yang ditulis oleh Nursalam & Efendi (2008) menjelaskan bahwa Benyamin Bloom (1908), seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku ke dalam tiga domain, yaitu domain kognitif, sikap, dan psikomotor.

1. Domain Kognitif

Kognitif atau pengetahuan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera seseorang. Kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Tingkatan pengetahuan adalah sebagai berikut.

- a. Tahu (*knows*)
- b. Memahami (*comprehension*)
- c. Aplikasi (*application*)
- d. Analisis (*analysis*)
- e. Sintesis (*synthesis*)
- f. Evaluasi (*evaluation*)

Menurut Rogers (1974) dalam Nursalam & Efendi (2008), sebelum mengadopsi perilaku seseorang akan terjadi proses yang berurutan, yaitu:

- a. Kesadaran, dimana orang menyadari stimulus
- b. Tertarik, di mana orang mulai tertarik pada stimulan
- c. Evaluasi, dimana orang akan menimbang-nimbang terhadap baik buruknya stimulus tersebut bagi dirinya
- d. Mencoba, dimana orang mencoba perilaku baru tersebut
- e. Adopsi, subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

2. Domain Sikap

Komponen pokok sikap:

- a. Kepercayaan, ide, dan konsep terhadap suatu objek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek

- c. Kecenderungan untuk bertindak
- Sikap memiliki empat tingkatan, yaitu:

- a. Menerima
- b. Merespons
- c. Menghargai
- d. Bertanggungjawab

Menurut Azwar (2008), sikap manusia dapat dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut :

- a. Pengalaman pribadi

Apa yang telah dan sedang dialami akan ikut membentuk dan mempengaruhi penghayatan terhadap stimulus sosial. Tanggapan akan menjadi salah satu dasar terbentuknya sikap. Untuk dapat mempunyai tanggapan dan penghayatan, seseorang harus mempunyai pengalaman yang berkaitan dengan objek psikologis. Apakah penghayatan tersebut akan membentuk sikap positif atau sikap negatif, akan tergantung pada berbagai faktor lain. Untuk dapat menjadi dasar pembentukan sikap, pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu, sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional. Dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan akan pengalaman akan lebih mendalam dan lebih lama berbekas.

- b. Pengaruh orang lain

Orang lain disekitar merupakan salah satu diantara komponen sosial yang mempengaruhi sikap kita. Seseorang yang dianggap penting, yang

diharapkan, yang tidak ingin dikecewakan atau orang yang berarti khususnya akan banyak mempengaruhi pembentukan sikap terhadap sesuatu. Diantara orang yang biasanya dianggap penting bagi individu adalah orang tua, orang yang status sosialnya lebih tinggi, teman sebaya, teman dekat, guru, teman kerja, istri atau suami dan lain-lain.

c. Pengaruh kebudayaan

Kebudayaan dimana individu hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap. Apabila hidup dalam masyarakat yang mempunyai norma sangat mungkin individu tersebut akan mempunyai sikap yang mendukung. Apabila kita hidup dalam budaya sosial yang sangat mengutamakan kelompok, maka sangat mungkin kita akan mempunyai sikap negatif terhadap kehidupan individualisme yang mengutamakan kepentingan perorangan.

d. Media Massa

Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah dan lain-lain mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam menyampaikan informasi sebagai tugas pokoknya media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif yang dibawa oleh informasi tersebut, apabila cukup kuat akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah arah sikap tertentu.

e. Lembaga pendidikan dan agama

Lembaga pendidikan serta lembaga agama sebagai suatu sistem yang mempunyai pengaruh dalam pembentukan sikap dikarenakan keduanya meletakkan dasar pengertian dan konsep moral dalam diri individu. Pemahaman akan baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan diperoleh dari pendidikan dan dari pusat keagamaan serta ajaran-ajarannya. Dikarenakan konsep moral dan ajaran agama menentukan sistem kepercayaan maka tidaklah mengherankan kalau pada gilirannya konsep tersebut ikut berperan dalam menentukan sikap individu terhadap sesuatu hal.

f. Faktor emosional

Tidak semua bentuk sikap ditentukan oleh situasi lingkungan dan pengalaman pribadi seseorang. Kadang-kadang suatu bentuk sikap merupakan pernyataan yang didasari oleh emosi yang berfungsi sebagai macam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego. Sikap demikian dapat merupakan sikap yang sementara dan segera berlalu begitu frustrasi telah hilang, akan tetapi dapat pula merupakan sikap yang lebih persisten dan bertahan lama. Suatu contoh bentuk sikap yang didasari oleh faktor emosional adalah prasangka (prejudice). Prasangka seringkali merupakan bentuk sikap negatif yang didasari oleh kelainan kepribadian pada orang-orang yang sangat frustrasi.

3. Domain Psikomotor

Psikomotor memiliki empat tingkatan, yaitu sebagai berikut.

a. Persepsi

- b. Respon terpimpin
- c. Mekanisme
- d. Adaptasi

2.3.2 Pendidikan Kesehatan

Promosi kesehatan menurut *World Health Organization* (2009) meliputi pemasaran sosial, pengembangan program dan evaluasi, pendidikan kesehatan, kebijakan, pengembangan kebijakan, pembangunan kapasitas komunitas, dan penelitian. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan termasuk dalam promosi kesehatan.

Pendidikan kesehatan menurut Notoatmodjo (2012) secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk memengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan kesehatan. Batasan ini tersirat unsur-unsur

- a. *Input*, yaitu sasaran pendidikan
- b. *Proses*, yaitu upaya yang direncanakan untuk memengaruhi orang lain
- c. *Output*, yaitu melakukan apa yang diharapkan.

Output yang diharapkan dari suatu pendidikan kesehatan tentunya adalah perilaku kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan yang kondusif. Perubahan perilaku yang belum ataupun yang tidak kondusif ke perilaku yang kondusif ini mengandung berbagai dimensi sebagai berikut.

1. Perubahan perilaku

Diharapkan perilaku negatif berubah menjadi perilaku yang positif.

2. Pembinaan Perilaku

Perilaku yang sudah baik dapat ditingkatkan untuk mempertahankan taraf kesehatan.

3. Pengembangan perilaku

Pengembangan perilaku berarti menjadikan suatu perilaku sebagai pembiasaan dalam kehidupan sehari-hari.

Pada dasarnya, pendidikan kesehatan memiliki tujuan utama untuk mengubah perilaku seseorang, namun secara luas, perubahan perilaku tidak hanya dititikberatkan pada perilaku masyarakat saja, namun juga dapat mengubah perilaku dari tokoh masyarakat, bahkan pembuat kebijakan.

2.3.3 Metode Pendidikan Kesehatan

Metode merupakan gabungan dari cara dan alat yang digunakan dalam menyampaikan pesan kesehatan kepada klien (Notoatmodjo, 2012).

Menurut Efendi dan Makhfudli (2009), berbagai metode yang dapat digunakan pada pendidikan kesehatan. Hal ini dilakukan berdasarkan tahap perkembangan suatu sasaran, seperti yang terdapat dalam tabel berikut ini.

Tabel 2.3 Metode Promosi Kesehatan pada Tiap Tahap Perkembangan (Effendi & Makhfudli, 2009)

Usia	Metode yang sesuai
Pra-sekolah	Penggunaan bahasa yang sederhana, permainan, musik, dan demonstrasi
Usia sekolah	Bahasa beragam dengan tingkat kemampuan dan kemampuan kognitif, menggunakan permainan interaktif seperti teka-teki, mencocokkan, dan <i>role play</i>
Remaja	Pembelajaran kooperatif, <i>problem-based learning</i> , diskusi, demonstrasi, dan <i>role play</i>
Dewasa	Kuliah klasikal, diskusi, demonstrasi, dan <i>role play</i> yang menekankan pada tingkat emosional

Berikut ini akan diuraikan berbagai metode yang dapat digunakan untuk pendidikan kesehatan, dan dibagi menjadi metode individual dan metode kelompok menurut Notoatmodjo (2012).

1. Metode Individual

Metode individual dipakai berdasarkan atas masalah yang berbeda-beda yang dialami oleh tiap individu, agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat serta dapat membantu mengatasi masalah tiap individu.

a. Bimbingan dan penyuluhan

Di dalam metode ini terdapat kontak yang intensif antara klien dengan petugas kesehatan, dan setiap masalah yang dimiliki klien dapat diteliti untuk dibantu penyelesaiannya. Hingga pada akhirnya klien akan memiliki perilaku baru terkait permasalahannya.

b. Wawancara

Metode ini merupakan pengembangan dari metode bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas kesehatan terhadap klien dilakukan untuk menggali informasi mengapa ia tidak mau menerima perubahan dan apakah ia mampu menerima perubahan

2. Metode Kelompok

Untuk memilih metode kelompok, perlu diperhatikan besarnya kelompok dan tingkat pendidikan formal sasaran peserta. Efektivitas suatu metode bergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

a. Kelompok Besar

Kelompok besar disini berarti peserta pendidikan kesehatan berjumlah lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar adalah ceramah dan seminar.

1) Ceramah

Ceramah cocok dilakukan untuk peserta baik dengan tingkat pendidikan rendah maupun tinggi. Ceramah akan berhasil apabila penceramah menguasai materi yang akan diceramahkan. Untuk itu penceramah harus mempersiapkan diri dengan penguasaan materi dan media yang akan digunakan. Selain itu, penceramah harus menguasai sasaran ceramah.

Tahapan yang dilakukan dalam penyajian ceramah adalah sebagai berikut.

- (1) Memperkenalkan topik ceramah
- (2) Membuka ceramah dengan mengenalkan bahan pengait
- (3) Menjelaskan tujuan pembelajaran secara singkat tapi jelas bagi peserta
- (4) Menyebutkan garis besar materi ceramah dalam bentuk ide-ide pokok, atau topik inti
- (5) Menyampaikan topik inti secara berurutan mulai pertama dan selanjutnya sesuai dengan media yang digunakan
- (6) Menyusun rangkuman atau ringkasan pada tiap sajian topik inti, dan membuka kesempatan untuk berdiskusi

2) Seminar

Seminar merupakan sebuah presentasi oleh satu atau beberapa orang ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan sedang hangat

diperbincangkan di masyarakat. Metode ini cocok digunakan untuk sasaran yang memiliki tingkat pendidikan menengah hingga tinggi.

b. Kelompok Kecil

Apabila kelompok sasaran tidak lebih dari 15 orang, metode yang cocok digunakan adalah

1) Diskusi Kelompok

Peserta dipersilakan duduk dengan berhadap-hadapan, dan pemimpin diskusi duduk di antara peserta. Untuk memulai diskusi, pemimpin diskusi harus memberikan pancingan-pancingan yang berupa pertanyaan ataupun kasus sehubungan dengan topik yang dibahas.

2) Bola Salju (*Snowballing*)

Disini kelompok dibagi di dalam pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang) kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah. Setelah kurang lebih 5 menit, maka tiap dua pasang bergabung menjadi satu. Mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut, dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap-tiap pasang yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan kemudian seterusnya hingga akhirnya akan terjadi diskusi seluruh anggota kelompok.

3) *Buzz Group*

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok-kelompok kecil yang kemudian diberi suatu permasalahan yang sama maupun berbeda dengan kelompok lain. Masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Selanjutnya hasil dari tiap kelompok didiskusikan kembali dan dicari kesimpulannya.

4) Bermain peran (*role play*)

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peran tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter puskesmas, sebagai perawat, bidan, dan sebagainya, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau anggota masyarakat. Mereka memperagakan bagaimana komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

5) Permainan simulasi

Merupakan gabungan *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli. Sebagian orang berperan sebagai pemain dan sebagian yang lain sebagai narasumber.

6) *Brainstorming*

Pemimpin memancing sasaran dengan satu masalah dan kemudian tiap sasaran memberikan jawaban dan tanggapan.

2.3.4 Media Pendidikan Kesehatan

Sebuah pendidikan memerlukan media dalam penyampaiannya, yang disesuaikan dengan jumlah peserta, kondisi geografis, dan sumber daya pendukung (Nursalam & Efendi. 2008). Media dapat berarti alat peraga yang berfungsi membantu dan memeragakan sesuatu dalam proses pendidikan untuk menyampaikan bahan pengajaran yang dapat ditangkap oleh pancaindra. Pada prinsipnya, semakin banyak pancaindra yang dilibatkan, maka semakin jelas pula pengertian maupun pengetahuan yang diperoleh. Menurut penelitian yang pernah dilakukan, mata memiliki peran sebanyak 75%-87% dalam menyampaikan

pengetahuan ke otak, sedangkan indera lain menyalurkan pengetahuan sebanyak 13% sampai 25% (Maulana, 2007).

Media dapat berupa audio, visual, maupun gabungan dari audio dan visual. Audio visual menurut *American Planning Association* (2013) adalah sebuah kombinasi dari audio, yang merupakan sesuatu yang dapat didengar, dan visual, yang merupakan sesuatu yang dapat dilihat. Tipe yang biasa digunakan sebagai bantuan yang dapat mengeluarkan suara adalah ucapan, efek suara yang dapat dikenali, dan musik. Sedangkan bantuan yang berupa visual dapat berupa orang, gambar, kartun, grafik, peta, kata-kata yang telah diketik, dan model tiga dimensi. Baik proyektor maupun papan tulis, bukan merupakan bantuan (*aids*), namun hanya sebuah alat untuk mempresentasikan sebuah *aids* tersebut. Peralatan yang digunakan pada pendidikan kesehatan dengan media visual dapat berupa:

a. Papan tulis

Merupakan media berupa papan dengan ukuran 30x40 inchi yang umum digunakan karena harganya yang relatif murah

b. Papan buletin

Papan buletin merupakan sebuah alat yang dapat menampulkan bahan ajar dalam bentuk visual baik berupa foto, potongan gambar dari koran, pengumuman, dan lain-lain yang dibuat dan dipergunakan untuk peserta sehingga meningkatkan motivasi belajar peserta.

c. *Flannel board*

Papan keras yang dibungkus dengan kain flanel, katun, maupun beludru yang digunakan untuk menempel informasi.

d. *Flash Card*

Informasi yang dibagikan adalah satu topik dan dipresentasikan secara berseri. Kartu berukuran 10x12 inchi yang digunakan untuk kelompok belajar sebanyak 30 orang atau kurang

e. Poster

Sebuah media yang berisikan kombinasi dari sebuah ilustrasi dan pesan yang dapat menarik perhatian orang yang membacanya. Poster mementingkan gambar yang ilustratif dan mengandung kata-kata sederhana, biasanya berupa slogan yang mudah dimengerti.

Material yang digunakan sebagai audio meliputi ucapan, efek suara, dan musik. Peralatan yang digunakan untuk memproyeksikan visual dapat berupa proyektor, dan didukung dengan speaker dapat digunakan untuk memproyeksikan audio.

Media dapat juga sekaligus dapat menampilkan audio dan visual, seperti:

a. Televisi, dapat berupa sinetron, sandiwara, forum diskusi, pidato atau ceramah, dan lain-lain.

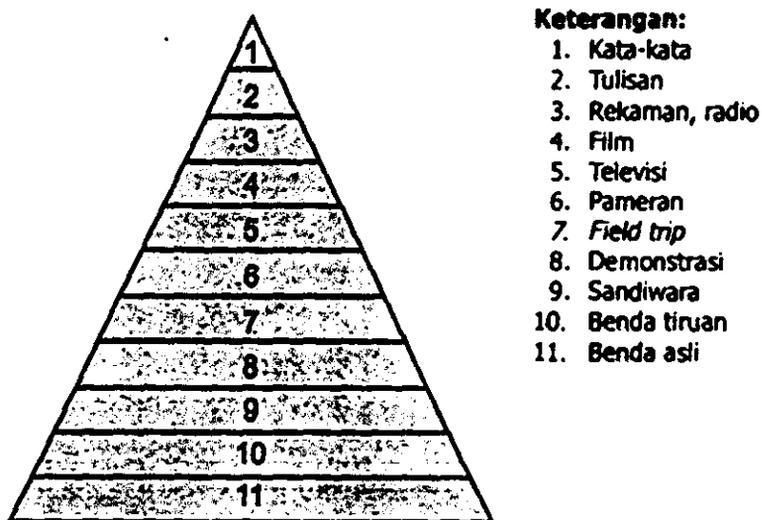
b. Video

Menurut Notoatmodjo (2005) dalam Zulkarnain, et al. (2011), video tergolong dalam jenis media elektronik yang bergerak dan dinamis, serta pesannya dapat dilihat dan didengarkan melalui media elektronik. Video juga memiliki kemampuan untuk memanipulasi kondisi ruang dan waktu sehingga peserta dapat diajak untuk melihat objek yang sudah terjadi maupun yang akan terjadi.

Selain media, pembicara juga berpengaruh pada penyampaian pendidikan kesehatan. Suara dari pembicara juga memengaruhi penyampaian. Seorang

pembicara yang memiliki suara yang *high pitch* atau melengking mungkin lebih menarik bagi sebagian orang, namun orang dengan suara lembut dan menyenangkan juga memengaruhi pandangan awal dari peserta kepada pembicara (APA, 2013).

Menurut Edgar Dale, alat peraga memiliki intensitas yang berbeda dalam membantu permasalahan seseorang. Intensitas tersebut digambarkan dalam suatu kerucut, dimana yang memiliki intensitas paling rendah adalah kata-kata, diikuti tulisan, rekaman, film, televisi, pameran, *field trip*, demonstrasi, sandiwara, benda tiruan, dan yang memiliki intensitas paling tinggi adalah benda asli (Maulana, 2007).



Gambar 2.5 Kerucut Dale dalam Nursing Education (2013)

Dalam hal ini, media audio visual *aids* berupa video menempati kedudukan di no. 4 yang memiliki pengaruh dalam menyalurkan informasi ke otak

Seperti media lain menurut (Notoatmodjo, 2003), *Audio Visual Aids* berupa video memiliki kelebihan sebagai berikut.

- a. Dapat mengikutsertakan semua panca indera
- b. Lebih menarik
- c. Mudah dipahami
- d. Penyajian dapat dipakai berulang-ulang

Selain itu, media video memiliki kekurangan berupa

- a. Biaya lebih tinggi
- b. Sedikit rumit
- c. Perlu listrik
- d. Perlu alat canggih untuk produksinya
- e. Perlu persiapan matang
- f. Perlu terampil dalam pengoperasian

2.3.4.1 Cara Mempergunakan Media

Cara mempergunakan media menurut Notoatmodjo (2007) sangat tergantung pada alatnya. Menggunakan gambar sudah barang tentu lain dengan menggunakan *film strip* dan sebagainya. Disamping itu juga dipertimbangkan faktor sasaran pendidikannya. Untuk masyarakat yang buta huruf akan lain dengan masyarakat yang telah berpendidikan. Dan yang lebih penting lagi alat yang digunakan harus menarik sehingga menimbulkan minat para pesertanya.

Pada waktu menggunakan media berupa audio visual, hendaknya memperhatikan hal-hal sebagai berikut (APA, 2013) :

1. Senyum adalah lebih baik untuk mencari simpati.

2. Tunjukkan perhatian bahwa hal yang akan dibicarakan / diragakan itu adalah penting.
3. Pandangan mata hendaknya ke seluruh pendengar agar mereka tidak kehilangan kontrol dari pihak pendidik.
4. Nada suara hendaknya ditukar-tukar agar pendengar tidak bosan dan tidak mengantuk.
5. Bila perlu, berilah selingan humor, guna menghidupkan suasana dan sebagainya.

Saat ingin memberikan pendidikan kesehatan dengan media berupa audio visual, dalam hal ini video, berbagai tahapan perlu diperhatikan agar informasi yang disampaikan dapat diserap peserta dan kegiatan berlangsung secara optimal (South Cloud University (1997) dalam Jose, 2012).

1. Perencanaan

- a. Mengetahui dengan jelas alasan dilakukannya sebuah presentasi
- b. Merencanakan dengan baik apa yang akan dilaksanakan saat presentasi
- c. Mengantisipasi jumlah audiens
- d. Mempersiapkan video yang akan digunakan untuk presentasi
- e. Merencanakan durasi waktu presentasi

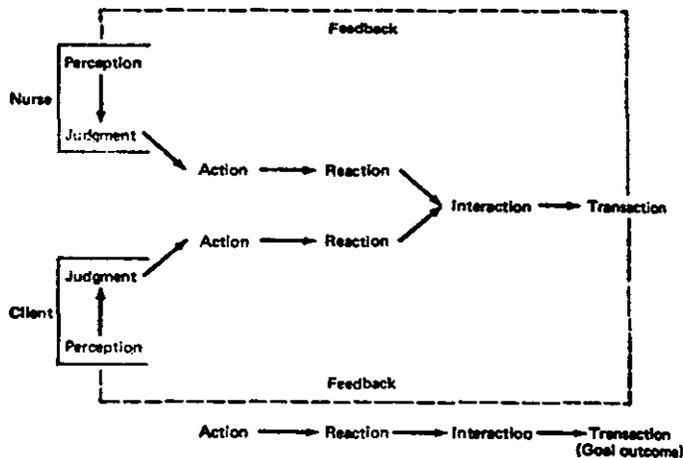
2. Persiapan

- a. Mengatur tempat duduk untuk peserta
- b. Memastikan bahwa semua peralatan berada di kondisi terbaiknya
- c. Melakukan latihan
- d. Meletakkan media pada tempat yang mudah dijangkau

3. Presentasi
 - a. Mempresentasikan materi di waktu yang tepat dan sistematis
 - b. Menampilkan hanya satu media dalam satu waktu
 - c. Berdiri hendaknya di samping media, bukan di depan media sehingga menghalangi peserta
 - d. Berbicara hendaknya menghadap peserta, bukan di sampingnya
4. Evaluasi
 - a. Membuka forum diskusi apabila ada peserta yang masih belum paham
 - b. Bila perlu, lakukan pembelajaran lanjutan

4.3.4 Penerapan Teori *Goal Attainment* dari Imogene King dalam Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Videoterhadap Perubahan Perilaku Ibu dalam Penggunaan Antibiotik pada Anak dengan ISPA

Teori *Goal Attainment* yang berarti pencapaian tujuan, berfokus pada pencapaian tujuan, atau *outcome*, yang dihasilkan dari interaksi yang terjadi antara perawat dengan klien untuk meningkatkan kualitas perawatan klien yang diberikan oleh perawat (Alligood, 2014).



Gambar 2.6 Bagan Teori *Goal Attainment* dari Imogene King (Theoretical Foundations of Nursing, 2011)

Keperawatan menurut King adalah perilaku yang dapat diobservasi, ditemukan dalam sistem perawatan kesehatan di dalam suatu komunitas. Tujuan dari keperawatan adalah untuk membantu individu dalam meningkatkan kesehatannya, sehingga mereka dapat berfungsi dalam perannya sebagaimana mestinya. Keperawatan adalah proses interpersonal dari aksi, reaksi, interaksi, dan transaksi. Persepsi dari seorang perawat dan pasien juga memengaruhi proses interpersonal.

Individu menurut King adalah makhluk spiritual, memiliki kapasitas untuk berpikir, mengetahui, membuat pilihan, dan memilih tindakan. Selain itu, individu juga meruoakan sistem yang terbuka di dalam transaksi pada suatu lingkungan. Transaksi merupakan bagian tak terpisahkan antara makhluk hidup dan lingkungannya. Di samping itu, individu adalah sesuatu yang holistik, unik, dan mempunyai cara berpikir yang rasional dan dapat membuat keputusan di berbagai situasi. Individu juga dibedakan menurut kebutuhan, keinginan, dan tujuan mereka.

King menurut Nursalam (2013) mengemukakan sistem intrapersonal yang terbentuk oleh interaksi antara manusia. Interaksi antara dua orang disebut dyad, tiga orang disebut triad, dan empat orang disebut group. Sebagai tambahan, King menderivat 7 hipotesis dari teori *Goal Attainment*.

1. Interaksi

Interaksi didefinisikan sebagai tingkah laku yang dapat diobservasi oleh dua orang atau lebih di dalam hubungan timbal balik.

2. Komunikasi

Komunikasi adalah proses dimana informasi yang diberikan dari satu dua orang ke orang lain baik langsung maupun tidak langsung, misalnya melalui telepon, televisi, ataupun tulisan kata. Disebut komunikasi apabila ada verbal, nonverbal, situasional, perseptual, dan transaksional, tidak dapat diubah, bergerak maju dalam waktu, personal, dan dinamis. Aspek perilaku nonverbal yang paling penting adalah sentuhan, sedangkan aspek lain dari perilaku adalah jarak, postur, ekspresi wajah, penampilan, fisik, dan gerakan tubuh. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan maupun tertulis.

3. Transaksi

Setiap individu mempunyai realitas personal berdasarkan persepsi mereka. Dimensi temporal-spasial, mereka mempunyai pengalaman atau rangkaian-rangkaian kejadian dalam waktu.

4. Peran

Peran melibatkan sesuatu yang timbal balik dimana seseorang pada suatu saat sebagai pemberi, dan di saat yang lain menjadi penerima. Peran memiliki tiga elemen utama, yaitu perilaku, aturan, dan interaksi

5. Stres

Stress merupakan suatu keadaan dinamis dimanapun manusia berinteraksi dengan lingkungannya untuk memelihara keseimbangan pertumbuhan, perkembangan dan perbuatan yang melibatkan pertukaran energi dan informasi antara seseorang dengan lingkungannya untuk mengatur stresor. Stres juga merupakan sesuatu yang dinamis sehubungan dengan sistem terbuka yang terus menerus terjadi pertukaran dengan lingkungan, dengan intensitas yang bervariasi.

6. Sistem sosial

Sistem sosial didefinisikan King sebagai sistem pembatas peran organisasi sosial, perilaku, dan praktik yang dikembangkan untuk memelihara nilai-nilai dan mekanisme pengaturan antara praktik-praktik dan aturan. Konsep yang relevan dengan sistem sosial adalah organisasi, otoritas, kekuasaan, status, dan pengambilan keputusan.

BAB 3

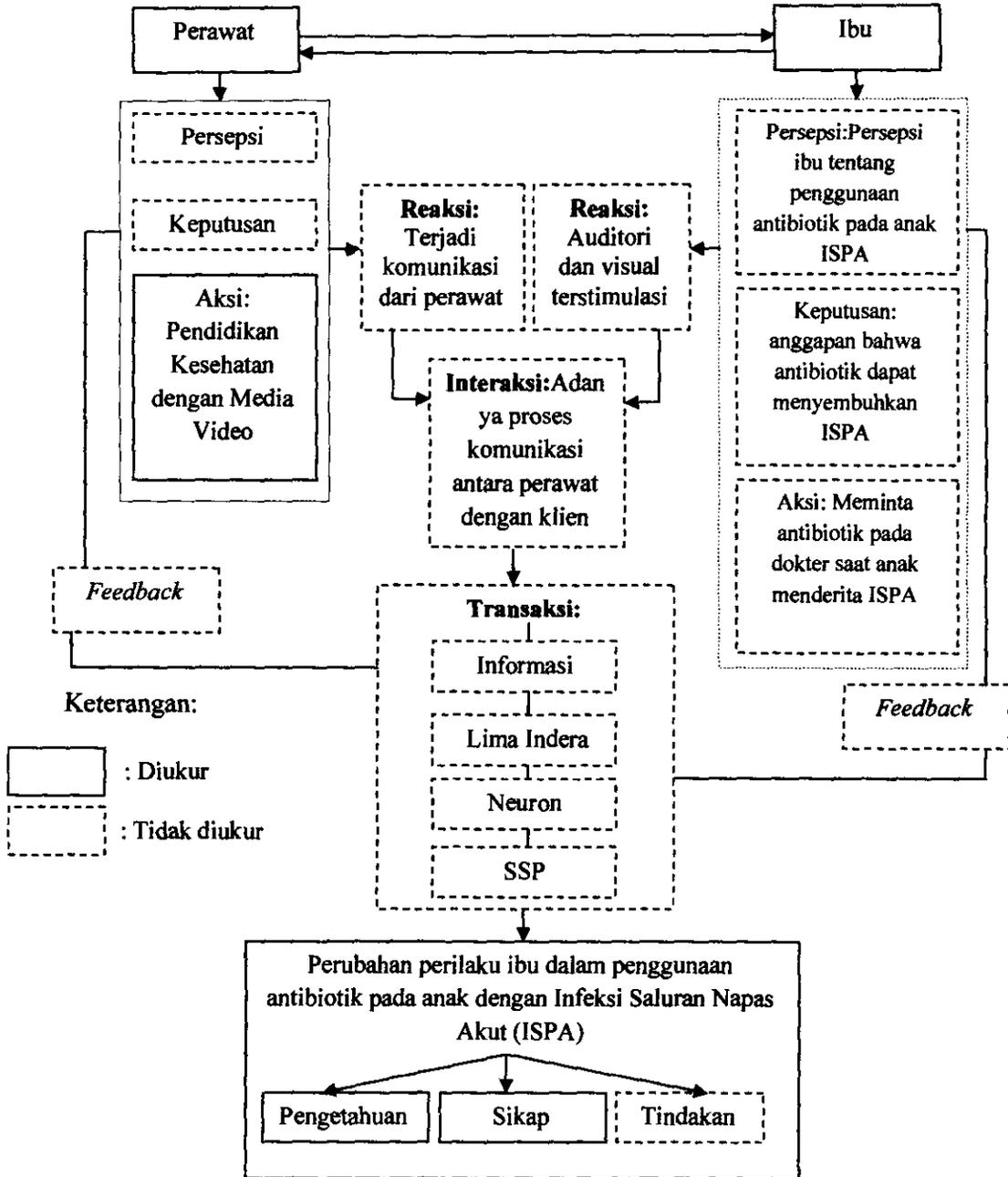
KERANGKA KONSEPTUAL

DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Pengaruh pendidikan kesehatan dengan media Video terhadap perilaku ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA berdasarkan teori *goal attainment* dari Imogene King

Teori *Goal Attainment* yang dikembangkan oleh Imogene King di awal tahun 1960 mendeskripsikan sebuah interaksi interpersonal yang dinamis, dimana klien tumbuh dan berkembang untuk mencapai tujuan tertentu. Teori ini menjelaskan bahwa faktor yang memengaruhi pencapaian tujuan adalah interaksi, persepsi, komunikasi, transaksi, peran, stress, tumbuh kembang, ruang, dan waktu (Alligood, M. R, 2014).

Aksi dalam teori King merupakan proses awal hubungan dua individu dalam berperilaku, dalam memahami atau mengenali kondisi yang ada dalam keperawatan dengan digambarkan hubungan keperawatan dan klien melakukan kontrak atau tujuan yang diharapkan (Nursalam, 2013). Peneliti akan memberikan intervensi berupa pendidikan kesehatan dengan media video yang akan melibatkan ibu anak dalam kegiatan tersebut. Informasi yang diberikan oleh peneliti akan diproses oleh impuls-impuls saraf di indera pendengaran dan penglihatan disalurkan ke sistem saraf pusat oleh neuron (Notoatmodjo, 2007). Aksi yang dilakukan peneliti akan dipersepsikan sebagai suatu hubungan timbal balik antara peneliti dan ibu yang memiliki anak dengan riwayat ISPA. Setelah ada aksi yaitu berupa intervensi pendidikan kesehatan dengan media video yang dilakukan peneliti maka akan muncul suatu reaksi. Reaksi adalah suatu bentuk tindakan yang terjadi akibat dari adanya aksi dan merupakan respon dari individu. Adanya reaksi dari suatu intervensi pemberian pendidikan kesehatan akan memunculkan interaksi antar klien dan perawat untuk mencapai tujuan bersama. Dalam teori King interaksi merupakan suatu bentuk kerjasama yang saling memengaruhi antara perawat dan klien yang terwujud dalam transaksi. Dalam proses pendidikan kesehatan dengan media video akan terjalin suatu komunikasi

antar dua individu (*feedback*) atau lebih, yang bertujuan untuk menimbulkan persepsi yang berbeda terhadap penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA, sehingga perilaku penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA oleh ibu dapat berubah. Perilaku yang diteliti merupakan perilaku tertutup (*covert behavior*), sehingga hanya mengukur pengetahuan dan sikap. Penelitian ini tidak memungkinkan untuk dilakukan pengukuran tindakan karena tindakannya berupa retrospektif.

Dalam penelitian ini, akan diteliti pengaruh pendidikan media video berdasarkan Teori Imogene King (*Goal Attainment*).

3.1 Hipotesis Penelitian

H1 : Ada pengaruh pendidikan kesehatan dengan media video terhadap perilaku ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut berdasarkan Teori Imogene King (*Goal Attainment*).

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian yang Digunakan

Penelitian ini menggunakan desain penelitian pra eksperimen *one group pra-post test design*. Pada penelitian ini melibatkan satu kelompok subjek yang diobservasi sebelum dan sesudah diberi intervensi.

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca-tes
K	O	I	OI
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Tabel 4.1 Desain Penelitian *One Group Pra Post Test Design* Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan media video terhadap Perilaku Ibu dalam Penggunaan Antibiotik pada Anak dengan ISPA

Keterangan:

- K : Subjek (ibu yang memiliki anak dengan riwayat ISPA)
- O : Observasi subjek sebelum diberi intervensi
- I : Intervensi (pendidikan kesehatan dengan media video)
- OI : Observasi subjek sesudah intervensi

4.2 Populasi, Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki anak dengan riwayat ISPA bagian atas yang berkunjung ke Puskesmas Mulyorejo Surabaya sebanyak 532 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah populasi yang memiliki kriteria inklusi dan kriteria eksklusi sebagai berikut.

1. Kriteria inklusi
 - a. Ibu yang memiliki anak usia 1-5 tahun dengan riwayat ISPA bagian atas dan berkunjung ke Puskesmas Mulyorejo pada periode Februari-April 2014.
 - b. Ibu yang dapat membaca dan menulis
2. Kriteria eksklusi
 - Ibu yang menolak menjadi responden penelitian

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Peneliti menggunakan teknik *nonprobability sampling: purposive sampling*, yaitu memilih sampel sesuai dengan kriteria yang dikehendaki oleh peneliti (Nursalam, 2013).

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

4.3.1 Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan dengan media video

4.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA bagian atas.

4.3.3 Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel Independen: Pendidikan Kesehatan dengan media video	Kegiatan dimana diadakannya penyuluhan dengan media video sosialisasi antibiotik yang didapat dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang diunggah di internet pada 27 Maret 2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. Metode pendidikan kesehatan dengan media berupa video dilakukan dalam satu kali pertemuan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap (Zulkarnain, et.al., 2011). 2. Penyuluhan dilakukan dengan membahas <ol style="list-style-type: none"> a. Definisi ISPA b. Gejala dan gambaran klinis c. Klasifikasi ISPA d. Cara perawatan anak dengan ISPA e. Penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA bagian atas 	SAP		
Variabel Dependen: Pengetahuan	Jawaban yang diberikan merupakan hasil pemahaman ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA bagian atas	Pemahaman mengenai: <ol style="list-style-type: none"> a. Definisi ISPA b. Gejala dan gambaran klinis c. Klasifikasi ISPA d. Cara perawatan anak dengan ISPA e. Penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA atas 	Kuesioner	Ordinal	Jawaban Benar : 1 Salah : 0 Kriteria: Baik: 76-100% Cukup : 56-75% Kurang : ≤55 %
Sikap	Penilaian atau tanggapan yang dimiliki mengenai penggunaan antibiotik pada anak dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut bagian atas	Sikap Ibu mengenai <ol style="list-style-type: none"> a. Penyakit ISPA bagian atas pada anak b. Perawatan yang dilakukan pada anak dengan ISPA bagian atas c. Pemakaian antibiotik yang benar pada anak dengan ISPA bagian atas 	Kuesioner	Ordinal	Pernyataan positif: -Sangat setuju = 4 -Setuju = 3 -Tidak setuju = 2 -Sangat tidak setuju = 1 Pertanyaan negatif: -Sangat Setuju = 1 -Setuju = 2 -Tidak

setuju = 3
-Sangat
tidak setuju
=4

Kriteria:
-Sikap
Positif:
 $T \geq \text{mean}$
data

-Sikap
Negatif:
 $T < \text{mean}$
data

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini dimodifikasi dari instrumen yang sebelumnya digunakan dalam penelitian Mohamed, *et. al.*, (2014) yang merupakan praktisi keperawatan dan mahasiswa keperawatan dari King Saud bin Abdu Aziz Saudi Arabia yang berjudul *Pattern, Knowledge, and Attitudes of Irrational Antibiotic Use in the Saudi Community*, dan digabungkan dengan penelitian oleh Swastinitya, *et.al.* (2013) mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia yang berjudul *Pengetahuan dan Perilaku Pengunjung Puskesmas dan Tenaga Kesehatan terhadap Penggunaan Antibiotik pada Infeksi Saluran Pernapasan Akut*.

Kuesioner digunakan untuk mengukur pengetahuan dan sikap ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA bagian atas. Kuesioner telah diuji validitas dan reliabilitas dan diperoleh hasil semua item pertanyaan pengetahuan dan sikap dinyatakan valid dengan rincian sebagai berikut: pertanyaan untuk item pengetahuan nomor 1 dengan nilai korelasi 0,820; pertanyaan nomor 2 memiliki nilai korelasi 0,717; pertanyaan nomor 3 dengan nilai korelasi 0,820; pertanyaan nomor 4 dengan nilai korelasi 0,820; pertanyaan nomor 5 dengan nilai korelasi 0,659; pertanyaan no 6 dengan nilai korelasi 0,717; pertanyaan nomor 7 dengan nilai korelasi 0,717; pertanyaan nomor 8 dengan nilai korelasi 0,459; pertanyaan nomor 9 dengan nilai korelasi 0,459; pertanyaan nomor 10 dengan nilai korelasi 0,717; dan pertanyaan nomor 11 dengan nilai korelasi 0,614, serta pertanyaan untuk item sikap diperoleh hasil nomor 1 dengan nilai korelasi 0,618; pertanyaan nomor 2 memiliki nilai korelasi 0,545; pertanyaan nomor 3 dengan nilai korelasi 0,617; pertanyaan nomor 4 dengan nilai korelasi 0,615; pertanyaan nomor 5

dengan nilai korelasi 0,806; pertanyaan no 6 dengan nilai korelasi 0,815; pertanyaan nomor 7 dengan nilai korelasi 0,520; pertanyaan nomor 8 dengan nilai korelasi 0,687; pertanyaan nomor 9 dengan nilai korelasi 0,778; serta pertanyaan nomor 10 dengan nilai korelasi 0,648.

. Uji reliabilitas untuk kuesioner pengetahuan menunjukkan *Cronbach's Alpha* = 0.880 dan kuesioner sikap menunjukkan hasil uji reliabilitas *Cronbach's Alpha* = 0.862. Dengan demikian, kuesioner pengetahuan dan sikap dapat dinyatakan reliabel.

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo, tepatnya di Posyandu Mawar II dan dilakukan pengambilan data pada tanggal 12-26 Juni 2014.

4.6 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapatkan izin dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan mendapat surat perizinan dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang diteruskan ke Puskesmas Mulyorejo. Dengan populasi target sebanyak 532 anak terkena Infeksi Saluran Pernapasan Akut bagian atas yang berkunjung ke puskesmas Mulyorejo, peneliti memilih di kelurahan Mulyorejo yang memiliki populasi terbanyak, yaitu 193 anak dengan ISPA bagian atas, kemudian peneliti memilih RW 3 RT 2 sebagai populasi terjangkau, karena memiliki jumlah anak yang menderita ISPA terbanyak, yaitu sebanyak 43 anak. Setelah itu peneliti memilih sampel dengan teknik *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi.

Pengumpulan data dilakukan selama 2 kali, dengan rincian pertemuan pertama dilakukan pengambilan data dengan kuesioner yang telah dibuat (*pre-test*) untuk mengukur pengetahuan dan sikap ibu mengenai penggunaan antibiotik pada anak ISPA bagian atas, kemudian diberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan antibiotik pada anak melalui video sosialisasi antibiotik dari Depkes yang telah diunggah di internet pada tanggal 27 Maret 2013. Pada akhir pertemuan, peneliti membuat janji untuk kunjungan rumah yang diadakan 2 minggu setelah pertemuan dilaksanakan untuk diadakan *post-test* yang bertujuan mengevaluasi pelaksanaan. Kuesioner yang sama diberikan ketika *post-test* untuk mengukur pengaruh pendidikan kesehatan dengan media video terhadap pengetahuan dan sikap ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak ISPA bagian atas. Kegiatan penyuluhan dilakukan di rumah kader posyandu. Semua data yang diperoleh kemudian dilakukan klasifikasi dan ditabulasi.

4.7 Analisis Data

Setelah data terkumpul, peneliti akan melakukan pengolahan data dengan tahapan sebagai berikut.

1. Memberikan skor terhadap item yang perlu diberi skor sesuai dengan definisi operasional
2. Melakukan *scoring*

Analisis data dilakukan secara manual dengan menggunakan rumus sebagai berikut.

a. Pengetahuan

Untuk mengukur pengetahuan ibu, Arikunto (2006) merumuskan bahwa setiap jawaban benar bernilai 1 dan jawaban salah bernilai 0 dengan nilai maksimal 11. Kemudian diperhitungkan dengan rumus sebagai berikut.

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%, \text{ dimana:}$$

P= persentase

f= jumlah jawaban yang benar, dan

N= jumlah skor maksimal bila pertanyaan dijawab benar

Setelah diketahui persentasenya, hasil dapat diinterpretasikan dengan kriteria sebagai berikut.

Baik : bila hasilnya 76-100%

Cukup : bila hasilnya 56-75%

Kurang : bila hasilnya $\leq 55\%$

b. Sikap

Sikap menurut Azwar (2008) diukur dengan skala Likert yang terdiri dari 4 jawaban, yaitu Sangat Setuju = 4, Setuju = 3, Tidak setuju = 2, dan sangat tidak setuju = 1 untuk pertanyaan positif, dan untuk pertanyaan negatif, ketentuannya yaitu Sangat Setuju = 1, Setuju = 2, Tidak setuju = 3, dan sangat tidak setuju = 4

Setelah itu diperhitungkan nilai skor pada kuesioner dengan menggunakan rumus sebagai berikut.

$$T = 50 + 10 \frac{x - \bar{x}}{s}$$

Dimana

T = Nilai responden

x = Skor responden

\bar{x} = Nilai rata-rata kelompok

S = standar deviasi

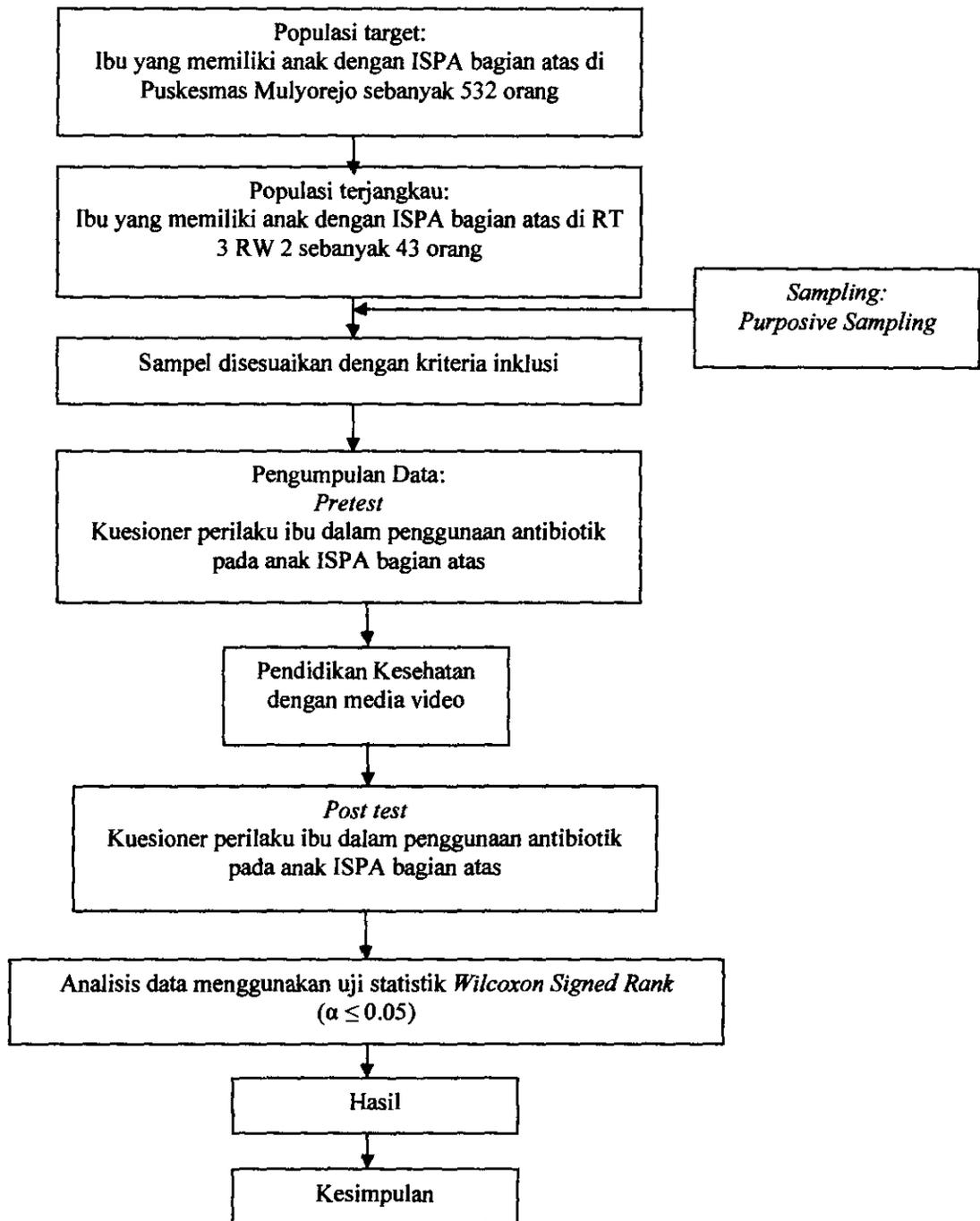
Sikap dikatakan positif apabila nilai skor $T \geq \text{mean data}$ dan dikatakan negatif apabila nilai skor $T < \text{mean data}$ (Azwar, 2008).

$$\text{Mean data} = \frac{\text{T total}}{\text{Jumlah responden}}$$

3. Melakukan Uji Statistik

Selanjutnya dilakukan uji hipotesis untuk data non parametrik (skala nominal atau ordinal) dengan menggunakan *Wilcoxon signed rank test* dimana analisis ini digunakan untuk menguji beda *mean* peringkat (data ordinal) dari dua hasil pengukuran pada kelompok yang sama, dalam hal ini menguji beda *mean* peringkat pada *pre test* dan *post test* (Dharma, 2011). Uji *Wilcoxon Signed Rank* dilakukan dengan tingkat kemaknaan $\alpha \leq 0.05$ untuk membandingkan nilai variabel dependen sebelum dan sesudah perlakuan, yaitu membandingkan perilaku sebelum dan setelah diberi pendidikan kesehatan.

4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka Operasional Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan media video terhadap Perilaku Ibu dalam penggunaan antibiotik pada Anak dengan Infeksi Saluran Pernapasan Akut bagian atas

4.9 Masalah Etik (*Ethical Clearance*)

Peneliti memohon izin kepada Akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga sebelum penelitian dilakukan. Penelitian akan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

1. Lembar persetujuan responden (*Inform Consent*)

Informed Consent merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang akan diteliti. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani surat persetujuan penelitian. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden untuk menolak berpartisipasi dalam penelitian ini.

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Kerahasiaan identitas responden harus dijaga. Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak mempublikasikan nama responden dan tidak menggunakan hasil penelitian untuk maksud diluar kepentingan penelitian.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.10 Keterbatasan Penelitian

1. Responden yang membawa anaknya ke tempat penelitian mengakibatkan kecenderungan perhatian responden kepada anaknya, sehingga interaksi

antara peneliti dengan responden menjadi berkurang yang berpengaruh pada hasil pengukuran pengetahuan dan sikap.

2. Penelitian ini hanya menggunakan 19 responden sebagai sampel sehingga kurang mewakili populasi yang terdapat di tempat penelitian dan hasil penelitian tidak dapat digeneralisasikan.

BAB 5
HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

Pada sub bab ini dijelaskan hasil penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan dengan media video terhadap perubahan perilaku ibu terkait penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA yang telah dilakukan oleh peneliti pada bulan Juni 2014 yang melibatkan 19 responden dan bertempat di rumah kader posyandu Mawar II kelurahan Mulyorejo.

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Mulyorejo memiliki tiga wilayah kerja Posyandu yang terbagi menjadi enam wilayah berdasarkan kelurahannya, yaitu kelurahan Mulyorejo, Sutorejo, Kalisari, Kejawan Putih Tambak, Kalijudan, dan Manyar Sabrangan. Posyandu balita di kelurahan Mulyorejo merupakan salah satu posyandu balita dari program Puskesmas Mulyorejo, yang terdiri dari 9 posyandu di wilayah RW 1, RW 2, dan RW 3, yaitu Posyandu Anggrek I, Anggrek II, Anggrek III, Melati I, Melati II, Melati III, Mawar I, Mawar II, dan Posyandu Mekarsari. Pada masing-masing Posyandu terdapat 1 bidan dan 5 kader posyandu. Peneliti menggunakan Posyandu Mawar II yang terletak di RW 3 RT 2 sebagai tempat penelitian, dengan jumlah balita yang terdaftar memiliki riwayat ISPA menurut data di puskesmas Mulyorejo sebanyak 43 balita.

Kegiatan di Posyandu Mawar II antara lain yaitu pemeriksaan rutin balita yang meliputi penimbangan berat dan tinggi ataupun panjang badan, pemberian suplemen tambahan, dan pemberian makanan tambahan pada balita. Kegiatan

dilaksanakan setiap hari Kamis di minggu ke-4 tiap bulannya di rumah kader posyandu.

4.1.2 Karakteristik Responden

Bagian ini akan menyajikan karakteristik responden meliputi usia, pendidikan terakhir, pekerjaan, jumlah anak, jenis kelamin anak, dan usia anak.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Umum Responden di Posyandu Mawar II RW 3 RT 2 Kelurahan Mulyorejo, Juni 2014

Karakteristik responden	N	%
Usia		
1. 21-30 tahun	8	42,1
2. 31-40 tahun	9	47,4
3. >40 tahun	2	10,5
TOTAL	19	100
Pendidikan		
1. SD	1	5,3
2. SMP	6	31,6
3. SMA	9	47,4
4. Perguruan Tinggi	3	15,8
TOTAL	19	100
Pekerjaan		
1. Swasta	6	31,6
2. Wiraswasta	1	5,3
3. Ibu Rumah Tangga	12	63,2
TOTAL	19	100
Jumlah anak		
1. 1	9	47,4
2. 2	5	26,3
3. 3	4	21,1
4. Lebih dari 3	1	5,3
TOTAL	19	100
Usia Anak		
1. 1-2,5 tahun	5	26,3
2. 3-5 tahun	14	73,7
TOTAL	19	100

Berdasarkan tabel 5.1 di atas didapatkan hasil bahwa ada hampir setengah ibu yang memiliki usia antara 31-40 tahun, yaitu 47,4% diikuti dengan ibu dengan usia 21-40 tahun (42,1%) dan sebagian kecil responden adalah ibu dengan usia lebih dari 40 tahun (10%).

Responden dengan tingkat pendidikan SMA memiliki jumlah hampir setengah dari semua responden, yaitu 47,4% diikuti dengan responden yang berpendidikan SMP (31,8%), perguruan tinggi (15,8%), dan sebagian kecil responden dengan pendidikan terakhir SD, yaitu sebanyak 1 responden atau 5,3%.

Sebagian besar responden adalah ibu rumah tangga (63,2%) yang diikuti dengan ibu yang bekerja di bidang swasta (31,6%) dan wiraswasta, yaitu berjumlah 1 dari 19 responden atau sebesar 5,3%.

Hampir setengah responden adalah ibu yang memiliki satu anak, atau sebesar 47,4%, diikuti dengan ibu yang memiliki dua anak (26,3%), kemudian ibu yang memiliki tiga anak sebanyak 21,1%, dan hanya ada 1 ibu yang memiliki anak lebih dari 3, atau sebesar 5,3%.

Dari total 19 responden, ibu yang memiliki anak laki-laki sebanyak 42,1%, lebih sedikit daripada ibu yang memiliki anak perempuan, yaitu sebanyak 57,9%. Anak dengan rentang usia toddler (1-2,5 tahun) memiliki jumlah yang lebih banyak, yaitu 73,7% daripada anak dengan usia *preschoolers* (3-5 tahun) yang memiliki jumlah sebanyak 26,3%.

5.1.3 Variabel Penelitian

Data Khusus berisi tentang pengetahuan dan sikap responden terkait penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA baik sebelum maupun setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media video.

Tabel 5.2 Pengetahuan ibu terkait penggunaan antibiotik pada anak ISPA sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan dengan media video di Posyandu Mawar II Kelurahan Mulyorejo pada bulan Juni 2014

Pengetahuan Ibu	Pre		Post	
	N	Persentase (%)	N	Persentase (%)
Kurang	3	15,8	0	0
Cukup	8	42,1	2	10,5
Baik	8	42,1	17	89,5
Total	19	100	19	100
<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>		p=0,000		

Pengetahuan ibu terkait penggunaan antibiotik pada anak yang menderita ISPA sebelum diberikan pendidikan kesehatan dengan metode ceramah dan media video didapatkan hasil sebagai berikut. Dari total 19 responden, ibu yang memiliki pengetahuan baik dan cukup memiliki persentase yang sama, yaitu 42,1%, dan sebagian kecil ibu memiliki pengetahuan kurang, yaitu sebesar 15,8%.

Setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media video, didapatkan hasil yaitu dari 19 responden, hampir seluruhnya memiliki pengetahuan baik (89,5%), sebagian kecilnya memiliki pengetahuan cukup (10,5%), dan tidak ada responden yang memiliki pengetahuan kurang.

Secara keseluruhan, pengetahuan responden mengalami perubahan setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media video. Ada 16 responden yang pengetahuannya meningkat setelah diberi perlakuan. Ada 2 responden yang pengetahuannya tidak mengalami perubahan, dan bahkan ada 1 responden yang mengalami penurunan pengetahuan setelah diberi pendidikan kesehatan dengan media video.

Hasil uji statistik dengan *Wilcoxon Signed Rank* menunjukkan hasil $p=0,000$. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh antara pendidikan kesehatan

dengan media video terhadap perubahan pengetahuan ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA.

Tabel 5.3 Sikap ibu terkait penggunaan antibiotik pada anak ISPA setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media video di Posyandu Mawar II Kelurahan Mulyorejo pada bulan Juni 2014

Sikap Ibu	Pre		Post	
	N	Persentase (%)	N	Persentase (%)
Negatif	11	57,9	9	47,4
Positif	8	42,1	10	52,6
Total	19	100	19	100
<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>		p=0,414		

Sikap ibu terkait penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA sebelum diberi pendidikan kesehatan dengan media video didapatkan hasil bahwa 11 dari 19 responden memiliki sikap yang negatif (57,9%), dan responden yang memiliki sikap positif sebanyak 8 responden atau 42,1%.

Sikap responden setelah diberi pendidikan kesehatan dengan media video didapatkan hasil sebagai berikut. Responden dengan sikap positif memiliki jumlah yang lebih banyak (52,6%) daripada responden dengan sikap negatif yang berjumlah 47,4% atau sebanyak 9 responden.

Berdasarkan tabel di atas diperoleh hasil sikap responden sebelum dan setelah diberi perlakuan secara umum tetap. Hal ini ditunjukkan dengan jumlah responden yang tidak mengalami perubahan sikap sebanyak 13 responden dari total 19 responden. Sedangkan responden yang mengalami peningkatan sikap setelah diberi perlakuan sebanyak 4 orang, dan yang mengalami penurunan sikap sebanyak 2 orang.

Dari hasil uji statistik menggunakan analisis *Wilcoxon Signed Rank* didapatkan hasil signifikansi $p = 0,414$, lebih tinggi dari nilai p yang telah

ditetapkan yaitu 0,005. Hal ini menunjukkan bahwa secara umum pendidikan kesehatan dengan media video tidak berpengaruh pada perubahan sikap ibu dalam menggunakan antibiotik pada anak dengan ISPA, namun tetap berperan dalam peningkatan sikap bagi sebagian kecil responden.

5.2 Pembahasan

Pada sub bab ini dijelaskan mengenai pengaruh pendidikan kesehatan dengan media video terhadap perubahan perilaku ibu dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA.

Berdasarkan tabel 5.2, pengetahuan responden yang berkriteria baik dan cukup memiliki persentase yang sama, yaitu 42,1%, dan pengetahuan responden yang berkriteria kurang adalah sebesar 15,8% yang berjumlah 2 responden dan keduanya merupakan responden dengan pendidikan SMA. Hal ini berarti hampir dari setengah responden sudah memiliki pengetahuan yang baik tentang penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA. Hal ini didukung dengan data demografi berupa umur, tingkat pendidikan, maupun jumlah anak. Responden yang berumur 31-40 tahun memiliki jumlah yang paling banyak bila dibandingkan dengan kelompok umur lainnya. Karena matangnya usia berpengaruh dengan kematangan berpikir dan bekerja, sehingga responden yang umurnya lebih matang memiliki pengetahuan yang tinggi. Selain itu, hampir setengah dari responden berpendidikan SMA. Secara umum, tingkat pendidikan sebanding dengan pengetahuan seseorang. Dengan demikian, semakin tinggi pendidikan seseorang, pengetahuan seseorang akan meningkat pula.

Pengetahuan yang diteliti berupa definisi ISPA, bagaimana gejala dan gambaran klinis, klasifikasi ISPA, cara perawatan anak dengan ISPA, dan penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA khususnya ISPA bagian atas.

Baik pengetahuan maupun sikap, keduanya termasuk ke dalam domain perilaku, dalam hal ini *convert behavior* atau perilaku tertutup. Perilaku tertutup merupakan respon seseorang terhadap stimulus yang sifatnya masih tertutup, yaitu hanya terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan atau kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut. Secara umum dapat disimpulkan bahwa *convert behavior* merupakan perilaku yang tidak dapat dilihat atau diamati, namun tetap dapat diukur (Maulana, 2007).

Menurut Green, perubahan perilaku dipengaruhi oleh tiga hal, yaitu faktor predisposisi atau faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang yang meliputi pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai, dan tradisi; faktor pemungkin, yaitu faktor yang memungkinkan terjadinya perilaku yang meliputi umur, status sosial ekonomi, pendidikan, prasarana, dan sarana serta sumber daya; dan faktor pendorong atau penguat yang memperkuat terjadinya perilaku, misalnya karena adanya teladan dari tokoh masyarakat yang dijadikan panutan (Indonesian Public Health, 2013)

Menurut Nelson dan Phelps (1966) dalam Cutler & Lleras-Muney (2011), pendidikan sangat penting pada sesuatu yang memerlukan adaptasi untuk berubah. Hal ini sependapat dengan Schultz (1975) dalam Cutler & Lleras-Muney (2011), bahwa pendidikan meningkatkan kemampuan individu untuk menyerap informasi, dan juga Rozenzweig (1995) dalam Cutler & Lleras-Muney (2011), bahwa pendidikan meningkatkan kemampuan individu untuk mengartikan dan

menguraikan informasi yang diberikan. Semua ide tersebut dapat dengan mudah diaplikasikan dalam konteks perilaku kesehatan.

Secara umum, pengetahuan sangat erat dengan pendidikan, dimana seseorang dengan pendidikan tinggi diharapkan memiliki pengetahuan yang tinggi pula. Namun bukan berarti seseorang dengan pendidikan rendah memiliki pengetahuan yang rendah. Hal ini tidak mutlak, karena pengetahuan seseorang akan kesehatan dapat diperoleh melalui pendidikan non formal dan pengalaman sendiri (Wawan & M, 2010). Selain itu, pengetahuan seseorang juga dapat dipengaruhi oleh umur. Menurut Hurlock (1998), semakin cukup umur, tingkat kematangan, dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, orang dewasa lebih dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai cerminan dari pengalaman dan kematangan jiwa.

Seseorang yang berpendidikan tinggi dapat memiliki pengetahuan yang lebih baik daripada yang berpendidikan rendah. Namun walaupun demikian, 2 responden dengan pendidikan SMA mendapatkan skor pengetahuan yang kurang. Pendidikan dan pengetahuan yang berbanding lurus tentu saja tidak dapat menjadi patokan. Bila dilihat melalui data demografi, responden dengan pendidikan SMA yang memiliki pengetahuan kurang, keduanya baru memiliki satu anak, sehingga belum berpengalaman dan belum pernah mendapatkan informasi seperti yang disampaikan oleh peneliti. Selain itu keduanya merupakan orang yang bekerja, bukan ibu rumah tangga yang tentu saja akan banyak meluangkan waktunya untuk anak, atau mencari informasi tentang kesehatan anak di pusat pelayanan kesehatan terdekat. Di samping itu, responden tersebut juga memiliki umur yang relatif

muda (23 dan 24 tahun), sehingga secara umum kognitifnya belum matang apabila dibandingkan dengan kelompok umur lain. Sebagai tambahan, 3 dari 6 responden dengan pendidikan SMP yang memiliki pengetahuan baik, 2 di antaranya memiliki anak lebih dari satu. Hal ini yang menyebabkan responden tersebut memiliki pengalaman yang cukup dan menjadikannya sebagai acuan dalam mengambil sebuah keputusan.

Setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media video dan dilakukan *post-test*, hampir seluruh responden mengalami peningkatan pengetahuan, yaitu sebesar 84,2%. Namun sebanyak 10,5% responden tidak mengalami perubahan pengetahuan, dan bahkan 5,3% mengalami penurunan pengetahuan. Penurunan pengetahuan disebabkan karena responden tidak memperhatikan ketika diberikan pendidikan kesehatan. Hal ini berkaitan dengan peneliti yang menampilkan video tanpa memberikan *feedback* di tengah pemutarannya, sehingga responden tidak memperhatikan pemutaran dan tidak paham akan materi yang diberikan. Perubahan yang begitu terlihat adalah tidak ada responden yang memiliki pengetahuan kurang, serta hampir semua responden atau sebanyak 89,5% memiliki pengetahuan yang baik, dan sisanya 10,5% memiliki pengetahuan yang cukup.

Pendidikan kesehatan dengan media video merupakan sebuah upaya untuk mengubah perilaku ke arah yang lebih baik. Pada prinsipnya, semakin banyak pancaindra yang dilibatkan, maka semakin jelas pula pengertian maupun pengetahuan yang diperoleh. Menurut penelitian yang pernah dilakukan, mata memiliki peran sebanyak 75%-87% dalam menyampaikan pengetahuan ke otak, sedangkan indera lain menyalurkan pengetahuan sebanyak 13% sampai 25%

(Maulana, 2007). Video juga memiliki kemampuan untuk memanipulasi kondisi ruang dan waktu sehingga peserta dapat diajak melihat objek baik yang sudah maupun yang belum terjadi (Notoatmodjo, 2005). Informasi yang diperoleh dari peneliti yang didukung dengan video yang diputar mengenai penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA khususnya ISPA bagian atas akan diterima oleh panca indera yang kemudian diteruskan oleh neuron menuju sistem saraf pusat dan disimpan sebagai memori. Dengan demikian, pengetahuan akan meningkat (Notoatmodjo, 2007). Selain itu, menurut King dalam teorinya yang bernama *Goal of Attainment* mengatakan bahwa adanya interaksi antara perawat dan klien akan memunculkan aksi, yang dalam hal ini adalah peneliti yang memberikan pendidikan kesehatan dengan media video. Oleh sebab itu, muncullah reaksi baik dari responden maupun dari peneliti. Peneliti berkomunikasi kepada responden, dan sistem visual dan auditori dari responden terstimulasi yang kemudian memunculkan adanya interaksi, dan tercipta sebuah transaksi dimana informasi akan diolah melalui lima indera, diteruskan ke neuron, sistem saraf pusat, hingga akhirnya dapat meningkatkan pengetahuan responden (Alligood, M.R, 2014).

Sesuai dengan teori, hampir seluruh responden mengalami peningkatan pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media video. Hal ini terjadi karena informasi yang diserap tidak hanya bersumber dari peneliti saja, melainkan juga dilengkapi dengan ilustrasi dan suara yang terdapat pada video sehingga informasi lebih mengena. Namun demikian ada responden yang tidak mengalami perubahan, atau mengalami penurunan pengetahuan. Hal ini dapat disebabkan karena responden tidak memberikan perhatian kepada fasilitator dan sibuk dengan anak balita yang dibawa ke tempat penelitian dan tentunya

memerlukan perhatian lebih. Bagaimanapun juga, bila informasi yang diberikan tidak diserap dengan baik oleh indera manusia, maka kemungkinan diretensi juga semakin kecil.

Berdasarkan tabel 5.3 tentang sikap ibu mengenai penggunaan antibiotik pada anak ISPA diperoleh hasil bahwa 11 responden (57,9%) memiliki sikap negatif, dan 8 responden memiliki sikap positif (42,1%). Sikap yang diukur berupa sikap ibu mengenai penyakit ISPA bagian atas pada anak, perawatan yang dilakukan pada anak dengan ISPA bagian atas, dan pemakaian antibiotik yang benar pada anak dengan ISPA bagian atas.

Faktor yang mempengaruhi sikap seseorang terhadap objek menurut Azwar (2008) adalah: pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, faktor emosional, dan lembaga pendidikan atau lembaga agama. Menurut Azwar (2008), sikap dapat dipengaruhi oleh pengetahuan. Selain itu, perubahan sikap pada dasarnya dipengaruhi oleh faktor pengetahuan dan keyakinan atau kepercayaan yang didapatkan dari hasil penginderaan, yang salah satunya didapatkan melalui pendidikan atau proses belajar (Notoatmodjo, 2007).

Menurut tabel 5.3, responden yang memiliki sikap negatif lebih banyak dari pada responden yang memiliki sikap positif. Responden yang memiliki sikap negatif berjumlah 11 orang (57,9%) sedangkan yang memiliki sikap positif sebanyak 9 orang atau 42,1 %. Sikap seseorang dapat dibentuk melalui pengalaman. Dalam hal ini pengalaman dapat dibandingkan dengan jumlah anak yang dimiliki oleh responden. Sebanyak 7 dari 11 responden yang memiliki sikap negatif hanya memiliki 1 anak saja. Hal ini menunjukkan bahwa responden yang

memiliki satu anak cenderung memiliki sikap yang negatif, karena responden belum mendapatkan pengalaman dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA. Selain itu, pengetahuan juga dapat memengaruhi sikap dari responden. Seperti hasil yang diperoleh, responden yang memiliki sikap negatif, 2 dari 11 responden memiliki pengetahuan yang kurang, dan 3 dari 11 responden memiliki kriteria pengetahuan cukup. Dari 9 responden yang memiliki sikap positif, 6 responden memiliki pengetahuan yang cukup dan 1 dari 9 responden memiliki pengetahuan yang baik. Di samping itu, sebanyak 3 responden yang memiliki 2 anak, 4 anak, dan 3 anak memiliki sikap yang positif, dikarenakan responden tersebut memiliki cukup pengalaman yang menjadikannya sebuah acuan untuk memutuskan sikap.

Berdasarkan data yang diperoleh, sebanyak 21,1% responden memiliki peningkatan sikap dari negatif menjadi positif, 2 responden mengalami penurunan sikap karena saat menampilkan video, peneliti tidak memberikan masukan di sela-sela penayangannya sehingga responden tidak fokus kepada materi sehingga penyerapan materi tidak maksimal sehingga sikap menurun, dan 68,4% responden tidak mengalami perubahan sikap.

Faktor yang mempengaruhi perubahan sikap menurut Wawan dan Dewi (2010) dapat berupa tiga faktor, yaitu baik dari pemberi pesan, isi pesan, dan penerima pesan itu sendiri. Faktor dari sumber pemberi pesan adalah semakin percaya orang tersebut dengan pemberi pesan, maka akan mudah mempengaruhi penerima pesan tersebut. Oleh karena itu kredibilitas yang tinggi diperlukan untuk membuat penerima pesan terpengaruh. Selain itu, daya tarik fisik juga diperlukan dalam mempengaruhi pemikiran penerima pesan. Faktor dari isi pesan itu sendiri

dapat berupa usulan, menakuti, dan pesan dari satu sisi maupun dua sisi. Pesan dari dua sisi lebih disukai untuk mengubah pandangan orang yang bertentangan dengan apa yang disampaikan oleh pemberi informasi, karena seseorang akan lebih terpengaruh bila yang menyampaikan lebih dari satu dan memiliki kredibilitas tinggi. Faktor dari penerima pesan dapat dibagi menjadi dua, yaitu kepribadian seseorang yang sulit maupun mudah dibujuk, bisa dari faktor umur maupun tingkat pendidikan, dan dari arah perhatian maupun penafsiran. Karena informasi yang diperoleh tangan pertama bisa saja berbeda jika informasi diteruskan ke penerima kedua.

Pada penelitian yang dilakukan oleh peneliti, terdapat 4 responden (21%) yang mengalami perubahan sikap dari positif menjadi negatif. Angka ini lebih sedikit daripada responden yang tidak mengalami perubahan sikap (68,4%). Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang pernah dilakukan oleh Hermaningsih dan Nargis (2009) tentang pendidikan kesehatan yang diberikan dengan media video dapat mengubah perilaku perawatan pada pra remaja dalam satu kali pertemuan dan diretensi selama 2 minggu untuk mendapatkan efek perubahan perilaku. Hal ini terjadi karena muatan materi yang disampaikan oleh pemberi informasi adalah informasi yang bersifat menentang pandangan dari penerima informasi. Seperti yang telah diketahui bahwa responden sudah berkeyakinan bahwa antibiotik selalu dapat menyembuhkan batuk pilek pada anak yang dibuktikan dengan skor kuesioner sikap di parameter penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA yang rendah, meskipun secara umum responden mengetahui bahwa antibiotik digunakan untuk infeksi yang disebabkan karena bakteri dan batuk pilek kebanyakan disebabkan karena virus yang dibuktikan dengan skor kuesioner

tentang pengetahuan, dimana hampir seluruh responden memiliki pengetahuan yang baik. Di samping itu, dari sifat *influenceability* responden itu sendiri. Karena responden yang paling banyak adalah dari jenjang pendidikan SMA, dengan demikian responden tersebut memiliki pengalaman yang cukup baik sehingga untuk mengubah sikap diperlukan pertemuan yang lebih intensif. Peneliti hanya memberikan intervensi berupa satu kali pertemuan dan tidak memberikan umpan balik saat pemutaran video. Hal ini menyebabkan responden tidak fokus pada pemberian materi dan berpengaruh pada hasil sikap responden yang cenderung tetap. Namun demikian, masih ada 21% responden yang mengalami perubahan sikap ke arah positif, yang berarti, pemberian pendidikan kesehatan dengan media video berkontribusi dalam peningkatan sikap responden. Hal ini dapat disebabkan karena pesan yang diberikan bukan hanya bersumber dari peneliti, namun juga dari pihak yang telah memiliki kredibilitas tinggi seperti dokter dan apoteker yang terdapat di video yang diberikan peneliti kepada responden, sehingga meningkatkan keyakinan responden terhadap pemberi informasi terkait informasi yang diberikan.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan media video, pengetahuan ibu di posyandu Mawar II tentang penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA mengalami peningkatan karena menggunakan media audio visual yang melibatkan banyak indera seperti pendengaran dan penglihatan yang diserap di sistem saraf sehingga peningkatan pengetahuan dapat dicapai.
2. Sikap ibu di posyandu Mawar tentang penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA cenderung tetap karena sebelumnya responden telah berkeyakinan bahwa antibiotik dapat menyembuhkan ISPA. Di samping itu, intensitas metode yang digunakan kurang sehingga perubahan sikap tidak dapat dicapai. Namun demikian, pendidikan kesehatan dengan media video masih memberikan kontribusi untuk peningkatan sikap bagi sebagian kecil responden.
3. Pendidikan kesehatan dengan media video dapat meningkatkan pengetahuan karena informasi yang diberikan tidak hanya bersumber dari peneliti, namun juga terdapat ilustrasi dari video yang diberikan sehingga dapat meningkatkan ingatan responden. Namun tidak demikian dengan sikap. Sikap responden cenderung tetap karena dari sifat responden yang memiliki keyakinan akan penggunaan antibiotik pada anak ISPA yang sulit untuk diubah.

6.2 Saran

1. Puskesmas dapat menggunakan video sebagai media dalam sebuah pendidikan kesehatan mengenai penggunaan antibiotik pada anak ISPA untuk meningkatkan pengetahuan ibu.
2. Perawat komunitas dan perawat anak dapat menggunakan pendidikan kesehatan dengan media video sebagai bahan pertimbangan dalam meningkatkan pengetahuan dalam penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA.
3. Peneliti selanjutnya dapat menggunakan sampel yang lebih banyak untuk memperoleh hasil penelitian yang lebih representatif dan memodifikasi metode dengan cara menambah intensitas pertemuan untuk peningkatan sikap responden.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- American Planning Association, 2013. *APA*. [Online] Available at: <http://www.planning.org/pas/at60/report150.htm> [Accessed 16 Mei 2014].
- Alligood, M. R., 2014. *Nursing Theories and Their Works*. 8 ed. Missouri: Mosby.
- Azwar, S., 2008. *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Jakarta: Pustaka Pelajar.
- CRNBC, 2012. *Pediatric Pharyngitis (Sore Throat)*, California: Remote Nursing Certified Practice.
- Cutler, D. M. & Lleras-Muney, A., 2011. Understanding in Differences in Health Behaviors by Education. *National Institutes of Health*, 29(1), pp. 1-28.
- Dadiyanto, D. W., 2012. Otitis Media. In: *Buku Ajar Respirologi Anak*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia, p. 296.
- Dadiyanto, D. W., 2012. Otitis Media. In: *Buku Ajar Respirologi Anak*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia, p. 296.
- Daniels, R. & Nicoll, L. H., 2012. *Contemporary Medical Surgical Nursing*. 2 ed. New York: Delmar.
- Despopoulos, A. & Silbernagl, S., 2003. *Color Atlas of Physiology*. 5 ed. Stuttgart: Thieme.
- Dharma, K. K., 2011. *Metodologi Penelitian Keperawatan: Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans Info Media.
- Dwiprahasto, I., 2005. Kebijakan untuk Meminimalkan Risiko Terjadinya Resistensi Bakteri di Unit Perawatan Intensif Rumah Sakit. *JPMK*, 8(4), pp. 178-181.
- Efendi, F. & Makhfudli, 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Guyton, A. C. & Hall, J. E., 2006. *Textbook of Medical Physiology*. 11 ed. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Indonesian Public Health, 2013. *Indonesian Public Health: Prevent-Promote-Protect*. [Online]

Available at: <http://www.indonesian-publichealth.com/2013/09/perilaku-kesehatan.html> [Accessed 27 Juni 2014].

- John Hopkins Medicine, 2013. *Antibiotic Guidelines 2013-2014 : Treatment Recommendations for Adult Inpatients*. Maryland: the John Hopkins Hospital Antimicrobial Stewardship Program.
- Jose, Bivin. 2012. *AV Aids in Nursing Education*. [Online]<http://www.slideshare.net/bivinjose/av-aids-in-nursing-education>. Diakses tanggal 31 Mei 2014
- Karch, A. M., 2010. *Buku Ajar Farmakologi Keperawatan*. 2 ed. Jakarta: EGC.
- Kementrian Kesehatan RI, 2011. *Pedoman Pengendalian Infeksi Saluran Pernapasan Akut*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- LeMone, P. & Burke, K., 2008. *Medical-Surgical Nursing : Critical Thinking in Client Care*. 4 ed. New Jersey: Pearson Education.
- Lieberthal, A. S. et al., 2013. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. *American Academy of Pediatrics*, 133(2), pp. 964-999.
- Long, S. S., Pickering, L. K. & Prober, C. G., 2012. *Principles and Practice of Pediatric Infectious Disease*. 4 ed. Philladelphia: Elsevier Saunders.
- Maulana, H. D., 2007. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Misnadiarly, 2008. *Penyakit Infeksi Saluran Napas Pneumonia pada Anak, Orang Dewasa, Usia Lanjut, Pneumonia Atipik dan Pneumonia Atypik Micobacterium*. 1 ed. Jakarta: Pustaka Obor Populer.
- Mohamed, H. F. et al., 2014. Patterns, Knowledge and Attitudes of Irrational Antibiotik Use in the Saudi Community. *Journal of Biology, Agriculture, and Healthcare*, IV(4), pp. 72-77.
- Naning, R., Triasih, R. & Setyati, A., 2012. Faringitis, Tonsilitis, Tonsilofaringitis Akut. In: *Buku Ajar Respirologi Anak*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia, p. 288.
- Naning, R., Triasih, R. & Setyati, A., 2012. Rinitis. In: *Buku Ajar Respirologi Anak*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia, p. 278.
- Notoatmodjo, S., 2005. *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2007. *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S., 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. 3 ed. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam & Efendi, F., 2008. *Pendidikan dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursing Education, 2013. *Collaborative for Teaching Excellence*. [Online] Available at: <http://www.austincc.edu/adnfac/collaboirative/definitions.htm> [Accessed 19 April 2014].
- Rahajoe, N. N., Supriyatno, B. & Setyanto, D. B., 2012. *Buku Ajar Respirologi Anak*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Rosenstein, N. et al., 2014. The Common Cold-Principles of Judicious Use of Antimicrobial Agents. *Amarican Acedemy of Pediatrics*, pp. 181-184.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G., 2006. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. 11 ed. Philadelphia: Lipincott William and Wilkins.
- Soedarmo, S. S. P., Garna, H., Hadinegoro, S. R. S. & Satari, H. I., 2012. *Buku Ajar Infeksi dan Pediatri Tropis*. Jakarta: Badan Penerbit IDAI.
- Somantri, I., 2007. *Keperawatan Medikal Bedah: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Surabaya, D. K. K., 2011. *Laporan Data Kesehatan Tahun 2011*, Surabaya: Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
- Surabaya, D. K. K., 2012. *Laporan Kesehatan Kota Surabaya Tahun 2012*, s.l.: Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
- Swastinitya, A. et al., 2013. Pengetahuan dan Perilaku Pengunjung Puskesmas dan Tenaga Kesehatan terhadap Penggunaan Antibiotik pada ISPA. *eJKI*, 1(2), pp. 124-129.
- Tambayong, J., 2000. *Patofisiologi untuk Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Taussig, L. M. & Landau, L. I., 2008. *Pediatric Respiratory Medicine*. 2 ed. Philladelphia: Mosby Elsevier.

- Theoretical Foundations of Nursing, 2011. *Nursing Theories*. [Online] Available at: <http://nursingtheories.weebly.com/imogene-m-king.html> [Accessed 14 April 2014].
- Utami, E. R., 2011. Antibiotika, Resistensi, dan Rasionalitas Terapi. *El-Hayah*, 1(4), pp. 191-190.
- Vorvick, L. J., 2013. *MedlinePlus: Trusted Health Information for You*. [Online] Available at: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000678.htm> [Accessed 27 Maret 2014].
- Wald, E. R. et al., 2013. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Acute Bacterial Sinusitis in Children Aged 1 to 18 Years. *American Academy of Pediatric*, pp. 262-280.
- Wantania, J. M., Naning, R. & Wahani, A., 2012. Infeksi Respiratori Akut. In: *Buku Ajar Respirologi Anak*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia, pp. 268-269.
- Waseem, M., 2013. *Otitis Media*. [Online] Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/994656-overview> [Accessed 1 April 2014].
- Wat, D., 2004. The Common Cold: A Review of The Literature. *European Journal of Internal Medicine*, Volume 15, pp. 79-88.
- Wawan, A. & M, D., 2010. *Teori Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Jakarta: Nuha Medika.
- WHO, 2003. *Penanganan ISPA pada Anak di Rumah Sakit Kecil Negara Berkembang: Pedoman untuk Dokter dan Petugas Kesehatan Senior*. Jakarta: EGC.
- Williams, L. S. & Hopper, P. D., 2003. *Understanding Medical-Surgical Nursing*. 2 ed. Philadelphia: F A Davis.
- World Health Organization, 2009. *Milestone in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. Switzerland: WHO Press.
- Zulkarnain, E., R, L. Y. & Farida, N., 2011. Perbedaan Efektivitas antara Metode Penyuluhan dengan Flipchart dan Menggunakan VCD dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Ibu Hamil terhadap IMD. *Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember*, pp. 42-52.

LAMPIRAN

*Lampiran 1***LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden penelitian dari:

Nama : Dian Permata Sari

NIM : 131011002

Alamat : Kedung Tarukan Baru 4C No. 9 Surabaya

Demikian atas kesediaan ini saya nyatakan dengan sesungguhnya, sukarela, dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Surabaya, - -2014

()

Data yang anda masukkan dijamin kerahasiaannya. Hanya peneliti yang mengetahuinya, dan hanya untuk digunakan sebagai kepentingan penelitian. Apabila anda mengalami kesulitan dalam pengisian kuesioner ini, anda dapat menghubungi

Nama Dian Permata Sari

Instansi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

No. HP 08563690412

Kode Responden

**KUESIONER PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN
MEDIA VIDEOTERHADAP PERUBAHAN PERILAKU IBU DALAM
PENGUNAAN ANTIBIOTIK PADA ANAK DENGAN ISPA BAGIAN
ATAS**

Data Demografi Anak

1. Nama Anak :
2. Anak ke- :
3. Jenis Kelamin (lingkari salah satu)
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
4. Usia..... tahun

Data Demografi Ibu

1. Usia.....tahun
2. Pendidikan terakhir :
 - a. SD
 - b. SMP
 - c. SMA
 - d. Perguruan Tinggi
3. Pekerjaan:
 - a. Buruh Tani
 - b. Swasta
 - c. Wiraswasta
 - d. PNS/TNI
 - e. Ibu rumah tangga

Petunjuk:

1. Lingkarilah jawaban yang menurut anda benar
2. Mohon untuk meneliti ulang jawaban anda

Pengetahuan mengenai ISPA bagian atas dan penggunaan antibiotik

1. ISPA adalah.....
 - a. Penyakit sesak napas yang disebabkan karena asma
 - b. Penyakit infeksi saluran pernapasan dengan gejala batuk, pilek, nyeri telinga, demam, atau sakit saat menelan
 - c. Penyakit pada anak berupa batuk hingga keluar darah karena luka
2. ISPA menyerang.....
 - a. Saluran pernapasan
 - b. Mata
 - c. Kulit
3. Menurut ibu, ISPA pada anak dapat disebabkan oleh.....
 - a. Makan gorengan
 - b. Cuaca dingin
 - c. Kuman (Virus, bakteri)
4. Gejala pada penyakit ISPA meliputi.....
 - a. Batuk pilek, demam, nyeri telinga, atau sakit tenggorokan
 - b. Kesulitan bicara dan bergerak
 - c. Batuk hingga mengeluarkan darah
5. Pernyataan di bawah ini yang SALAH adalah.....
 - a. Ingus yang hijau saat anak pilek merupakan tanda bahwa anak memerlukan antibiotik
 - b. Bila demam terjadi pada anak yang menderita sakit tenggorokan, kemungkinan disebabkan karena bakteri
 - c. Sakit tenggorokan pada anak yang disebabkan karena virus dapat sembuh sendiri
6. Yang pertama kali ibu lakukan ketika anak anda terkena batuk pilek adalah.....
 - a. Membeli antibiotik di toko obat
 - b. Membawa anak anda ke pelayanan kesehatan (puskesmas, dokter anak, RS)
 - c. Memperlakukan anak seperti biasanya

7. Perawatan yang baik untuk anak yang menderita ISPA adalah.....
 - a. Mengompres anak dengan air es saat anak demam
 - b. Memberikan air minum yang banyak pada anak
 - c. Memberikan antibiotik pada anak

8. Antibiotik adalah.....
 - a. Obat yang digunakan untuk mengobati penyakit akibat bakteri
 - b. Obat yang digunakan untuk menyembuhkan radang tenggorokan
 - c. Obat yang digunakan untuk mengobati sariawan dan demam

9. Kegunaan antibiotik adalah.....
 - a. Mengobati batuk pilek, sakit tenggorokan, dan demam
 - b. Mengobati sariawan
 - c. Mengobati infeksi yang disebabkan karena bakteri

10. Ada dampak bahaya pada pemakaian antibiotik secara bebas. Pernyataan berikut adalah...
 - a. Benar
 - b. Salah

11. Bila menurut anda antibiotik yang digunakan secara bebas dapat menimbulkan dampak bahaya, maka bahaya tersebut adalah.....
 - a. Menimbulkan penyakit anak semakin parah
 - b. Menimbulkan kemerahan pada kulit anak, dan membuat kuman semakin kebal dengan antibiotik

Sikap dalam Penggunaan Antibiotik pada Anak Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) Bagian Atas

Petunjuk:

1. Berikan pilihan dengan menuliskan tanda centang (√) pada kotak jawaban yang tersedia
2. Dimohon untuk memeriksa kembali jawaban anda

No.	Pernyataan	Jawaban			
		Sangat Setuju	Setuju	Tidak Setuju	Sangat tidak setuju
1.	Ibu beranggapan bahwa Infeksi Saluran Pernapasan Atas merupakan penyakit yang sering diderita oleh anak				
2.	Ibu akan memeriksakan anak ke dokter ketika anak demam dan batuk pilek				
3.	Ibu perlu memberikan air minum tambahan untuk meredakan gejala batuk pilek pada anak				
4.	Ibu akan memberikan obat yang diresepkan oleh dokter sesuai anjuran dokter.				
5.	Ibu akan membeli sendiri antibiotik untuk anak yang menderita Infeksi Saluran Pernapasan Atas tanpa resep dokter				
6.	Batuk pilek pada anak harus diobati dengan antibiotik				
7.	Ibu hanya akan meminumkan antibiotik yang diresepkan oleh dokter pada anak				
8.	Ibu akan meminumkan antibiotik yang diresepkan dokter hingga habis				
9.	Ibu akan meminta antibiotik bila ibu tidak mendapatkan antibiotik dari dokter.				
10.	Penggunaan antibiotik yang tidak sesuai dengan penyakit dapat menimbulkan dampak yang berbahaya				

Terimakasih atas kesediaan Anda mengisi kuesioner ini

Lampiran 2

Uji Validitas Kuesioner Pengetahuan

		TOTAL_P
p1	Pearson Correlation	.820**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	19
p2	Pearson Correlation	.717**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	19
p3	Pearson Correlation	.820**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	19
p4	Pearson Correlation	.820**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	19
p5	Pearson Correlation	.659**
	Sig. (2-tailed)	.002
	N	19
p6	Pearson Correlation	.717**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	19
p7	Pearson Correlation	.717**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	19
p8	Pearson Correlation	.459*
	Sig. (2-tailed)	.048
	N	19
p9	Pearson Correlation	.459*
	Sig. (2-tailed)	.048
	N	19
p10	Pearson Correlation	.717**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	19
p11	Pearson Correlation	.614**
	Sig. (2-tailed)	.005
	N	19
TOTAL_P	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	19

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Uji Validitas Kuesioner Sikap

		TOTAL_S
s1	Pearson Correlation	.618**
	Sig. (2-tailed)	.005
	N	19
s2	Pearson Correlation	.545*
	Sig. (2-tailed)	.016
	N	19
s3	Pearson Correlation	.617**
	Sig. (2-tailed)	.005
	N	19
s4	Pearson Correlation	.615**
	Sig. (2-tailed)	.005
	N	19
s5	Pearson Correlation	.806**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	19
s6	Pearson Correlation	.815**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	19
s7	Pearson Correlation	.520*
	Sig. (2-tailed)	.022
	N	19
s8	Pearson Correlation	.687**
	Sig. (2-tailed)	.001
	N	19
s9	Pearson Correlation	.778**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	19
s10	Pearson Correlation	.648**
	Sig. (2-tailed)	.003
	N	19
TOTAL_S	Pearson Correlation	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	19

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Uji Reliabilitas Kuesioner Pengetahuan**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.880	11

Uji Reliabilitas Kuesioner Sikap**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.862	10

*Lampiran 3***SATUAN ACARA PENYULUHAN****Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Media Video Terhadap Perubahan Perilaku Ibu Dalam Penggunaan Antibiotik Pada Anak Dengan ISPA bagian Atas**

- Topik : Pendidikan Kesehatan tentang Penggunaan Antibiotik Anak dengan ISPA bagian atas
- Sub Topik : a. Penyakit ISPA bagian atas pada Anak
b. Perawatan anak dengan ISPA bagian atas pada anak
c. Penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA bagian atas
- Tanggal : Disesuaikan
- Tempat : Rumah kader posyandu
- Waktu : 60 menit
- Pertemuan : Pertama
-

A. Tujuan Instruksional**1. Tujuan Instruksional Umum**

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan metode ceramah dengan media video, pengetahuan dan sikap peserta terkait penyakit ISPA bagian atas pada anak bertambah.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mendapatkan pendidikan kesehatan tentang ISPA bagian atas peserta dapat

- a. Menjelaskan pengertian penyakit ISPA bagian atas
- b. Menjelaskan penyebab dan gejala dari penyakit ISPA bagian atas
- c. Menjelaskan cara perawatan pada anak dengan ISPA bagian atas

- d. Menjelaskan penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA bagian atas

B. Materi

1. Menjelaskan pengertian penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut bagian atas
2. Menjelaskan penyebab dan gejaladari penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut bagian atas
3. Menjelaskan perawatan anak dengan ISPA bagian atas
4. Menjelaskan penggunaan antibiotik pada anak dengan ISPA bagian atas

C. Metode Penyuluhan: Ceramah

D. Alat Bantu dan Media Pembelajaran

1. Materi Konsep Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Atas pada anak
2. Alat tulis
3. Video

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Topik	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta
1.	Pembukaan (5 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri 2. Melakukan kontrak waktu dengan peserta 3. Menyampaikan tujuan dari diadakannya penyuluhan 4. Menyebutkan materi apa yang akan diberikan dalam penyuluhan 	Mendengar dan memperhatikan yang disampaikan oleh penyuluh
2.	Pelaksanaan (45 menit)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan materi tentang definisi ISPA, gejala dan gambaran klinis, Klasifikasi ISPA, cara perawatan anak dengan ISPA, dan penggunaan 	Mendengarkan dan memperhatikan, serta mengajukan pertanyaan

		antibiotik pada anak dengan ISPA 2. Memutar video sosialisasi antibiotik pada peserta 3. Mengadakan tanya jawab	
3.	Penutup (10 menit)	1. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan 2. Memberikan salam penutup	Menyetujui kesimpulan dan menjawab salam penutup

F. Evaluasi

1. Evaluasi struktur

- a. Diharapkan 100% peserta hadir di tempat penyuluhandiadakan
- b. Diharapkan 80% peserta hadir tepat waktu

2. Evaluasi proses

- a. Peserta diharapkan dapat berdiskusi dengan tertib
- b. Diharapkan semua peserta dapat mengemukakan pendapatnya

3. Evaluasi hasil

Peserta mengetahui dan memahami tentang Infeksi Saluran Pernapasan Akut bagian Atas, bagaimana penyebab serta bagaimana menggunakan antibiotik secara tepat.

**MATERI PENDIDIKAN KESEHATAN PENYAKIT INFEKSI SALURAN
PERNAPASAN AKUT BAGIAN ANAK PADA ANAK DENGAN MEDIA
VIDEO**

1. Infeksi Saluran Pernapasan Atas

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) merupakan penyakit yang menyerang saluran pernapasan, baik saluran pernapasan atas yang meliputi infeksi di atas laring, maupun saluran pernapasan bawah yang meliputi infeksi laring ke bawah. Pengertian akut adalah infeksi berlangsung hingga 14 hari (Rahajoe, 2012). Anak sering terkena infeksi saluran pernapasan atas karena anak belum memiliki imunitas untuk berbagai virus, memiliki kebiasaan *personal hygiene* yang buruk, dan sering melakukan kontak dengan orang lain yang terinfeksi virus (Long, et al., 2012).

2. Bentuk-Bentuk Infeksi Saluran Pernapasan Atas

a. Viral Rinitis (*Common cold*)

Istilah *common cold* sering digunakan untuk mendeskripsikan infeksi saluran pernapasan atas yang dapat sembuh sendiri (*self-limited*) dan disebabkan karena virus. Hidung tersumbat, pilek, bersin, sakit tenggorokan, dan malaise menjadi manifestasi klinis dari viral rinitis. Secara spesifik, istilah *cold* ditujukan pada suhu tubuh afebril, adanya infeksi, inflamasi akut di membran mukosa yang terletak di rongga hidung. Secara luas, istilahnya mengacu pada infeksi saluran pernapasan atas yang akut, dimana istilah seperti rinitis, faringitis, dan laringitis, membedakan dimana gejala yang timbul itu berasal. Istilah ini dapat juga

digunakan ketika yang memicu adalah virus influenza (flu). Pilek yang diderita sangat menular karena virus dapat menyebar selama dua hari sebelum gejala timbul dan selama tahap awal dalam fase simtomatik (Smeltzer & Bare, 2006).

Beberapa virus telah teridentifikasi sebagai penyebab dari rinitis. Pada anak usia prasekolah, rinitis sering disebabkan karena *Rhinovirus*, *Respiratory Syncytial virus* (RSV), virus Influenza, virus Parainfluenza, dan Adenovirus. Penyebab tersering rinitis adalah *Rhinovirus*, yang menyebabkan 30-50% rinitis pertahun, dan memiliki lebih dari 100 serotipe. Selain itu, meskipun jarang, Enterovirus dan Coronavirus juga dapat menyebabkan rinitis (Naning, et al., 2012).

b. Sinusitis

Discharge hidung yang purulen sangat sering terjadi dengan tekstur kental dan warnanya yang hijau kekuningan dapat juga terjadi saat anak menderita salesma. Namun, *discharge* hidung yang purulen tidak selalu disebabkan oleh sinusitis bakterialis. Sinusitis bakterialis memerlukan terapi antibiotik, namun tidak lazim terjadi pada anak di bawah 5 tahun. Kadang-kadang anak kecil memasukkan serangga, kacang, atau batu ke dalam lubang hidungnya. Tindakan tersebut akan menyebabkan keluarnya *discharge* purulen dari dalam lubang hidung (WHO, 2003).

Menurut Murray & Nadel (2001) dalam (Smeltzer & Bare, 2006), sinusitis dapat disebabkan oleh infeksi bakteri maupun virus. Bakteri yang dapat menyebabkan sinusitis diantaranya adalah *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, dan *Moraxella catarrhalis*

Selain diakibatkan oleh bakteri, sinusitis dapat juga disebabkan oleh infeksi virus dari saluran pernapasan atas yang tidak tertangani maupun dari infeksi yang terdapat di gigi (William & Hopper, 2003).

c. Otitis Media

Menurut Waseem (2013) otitis media merupakan inflamasi yang terjadi di telinga tengah yang umum terjadi pada anak-anak. Dengan subtype berikut ini.

- e. Otitis media akut
- f. Otitis media dengan efusi
- g. Otitis media supuratif kronis
- h. Otitis media adesif

Otitis media merupakan penumpukan cairan di telinga tengah. Otitis media diklasifikasikan berdasarkan gejala klinisnya, otoskopi, komplikasi, dan lama sakit. Otitis media terjadi karena adanya erosi pada telinga tengah yang terganggu, biasanya disebabkan karena terganggunya fungsi tuba eustakius. Otitis media memerlukan penanganan yang baik karena bila tidak tertangani, infeksi yang ada dapat menyebar hingga ke intrakranial (Dadiyanto, 2012).

Otitis media disebabkan karena infeksi bakteri *Streptococcus pneumoniae*, dan *Haemophilus influenzae* yang juga menjadi penyebab dari pneumonia bakterialis (WHO, 2003).

d. Faringitis

Faringitis merupakan sebuah kondisi infeksi yang mengenai membran mukosa di faring dan tonsil palatum. Puncak prevalensi ditemukan pada anak kurang dari 5 tahun (CRNBC, 2012).

Menurut CRNBC (2012), berdasarkan penyebabnya, faringitis disebabkan oleh virus, dan noninfeksi

1) Virus

Virus penyebab faringitis pada anak diantaranya adalah sebagai berikut: Adenovirus, Rhinovirus, virus parainfluenza, Eipstein-Barr virus, Coxackievirus, Virus Herpes Simplex, Enterovirus (umum terjadi pada anak dengan usia di bawah 3 tahun), dan virus influenza.

2) Penyebab non-infeksi

Rinitis alergika, sinusitis, pernapasan yang dominan mulut, trauma, dan GERD (*Gastroesophageal Reflux Disease*) juga dapat memicu timbulnya faringitis.

3. Penatalaksanaan Infeksi Saluran Pernapasan Atas pada Anak

Bila anak menderita Infeksi Saluran Pernapasan Atas, secara umum karena Infeksi Saluran Pernapasan Atas disebabkan karena virus, sebenarnya penyakit tersebut dapat sembuh sendiri. Namun apabila gejalanya mengganggu anak, mengakibatkan anak susah menyusu atau susah makan, maka dapat dilakukan langkah-langkah sebagai berikut.

- a. Bawa anak ke pelayanan kesehatan
- b. Berikan air minum yang banyak untuk mengencerkan dahak.
- c. Bantu anak untuk mengeluarkan ingus dengan perlahan agar tidak terjadi perlukaan pada hidung anak
- d. Jangan memberikan sendiri antibiotik pada anak yang menderita Infeksi Saluran Pernapasan Atas karena penyebabnya belum tentu karena bakteri.

4. Dampak pemakaian antibiotik yang tidak tepat indikasi

Pemakaian antibiotik yang tidak sesuai dengan indikasi dapat menimbulkan efek yang yang tidak diinginkan, seperti diare, kemerahan pada kulit, dan nyeri perut. Dampak yang lebih buruk dapat berupa reaksi alergi, toksikosis pada renal, dan reaksi pada kulit yang parah. Di samping itu, antibiotik yang digunakan tidak sesuai dengan indikasi dapat menimbulkan resistensi pada bakteri yang pada akhirnya bakteri mengembangkan dirinya sehingga sulit diobati (*Centers for Disease Control and Prevention, 2013*).

Lampiran 4

Tabulasi Nilai *Pre-Test* Pengetahuan Responden

Resp	No. Soal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Σ Skor	%	Kriteria
	Nilai Maks.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	100	Baik
1	Pre	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	8	72,7%	Cukup
2	Pre	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9	81,8%	Baik
3	Pre	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	5	45,4%	Kurang
4	Pre	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	8	72,7%	Cukup
5	Pre	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	6	54,5%	Kurang
6	Pre	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	90,9%	Baik
7	Pre	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9	81,8%	Baik
8	Pre	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	10	90,9%	Baik
9	Pre	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	7	63,6%	Cukup
10	Pre	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9	81,8%	Baik
11	Pre	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9	81,8%	Baik
12	Pre	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	7	63,6%	Cukup
13	Pre	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	7	63,6%	Cukup
14	Pre	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9	81,8%	Baik
15	Pre	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	8	72,7%	Cukup
16	Pre	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	7	63,6%	Cukup
17	Pre	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	8	72,7%	Cukup
18	Pre	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	5	45,4%	Kurang
19	Pre	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9	81,8%	Baik

Lampiran 5

Tabulasi Nilai *Post-Test* Pengetahuan Responden

Resp	No. Soal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Σ Skor	%	Kriteria
		Nilai Maks.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	100
1	Post	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	100%	Baik
2	Post	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	10	90,9%	Baik
3	Post	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	7	64,6%	Cukup
4	Post	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	10	90,9%	Baik
5	Post	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	10	90,9%	Baik
6	Post	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	9	81,8%	Baik
7	Post	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	9	81,8%	Baik
8	Post	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	100%	Baik
9	Post	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	10	90,9%	Baik
10	Post	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	10	90,9%	Baik
11	Post	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	100%	Baik
12	Post	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	9	81,8%	Baik
13	Post	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	9	81,8%	Baik
14	Post	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9	81,8%	Baik
15	Post	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	100%	Baik
16	Post	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	9	81,8%	Baik
17	Post	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	10	90,9%	Baik
18	Post	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	8	72,7%	Cukup
19	Post	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	100%	Baik

Lampiran 6

Tabulasi

Kriteria

Pengetahuan

Resp.	Pre Test			Post Test			Post test-Pre test	Status
	Σ Skor	%	Kriteria	Σ Skor	%	Kriteria		
1	8	72,7%	Cukup	11	100%	Baik	3	Meningkat
2	9	81,8%	Baik	10	90,9%	Baik	1	Meningkat
3	5	45,4%	Kurang	7	64,6%	Cukup	2	Meningkat
4	8	72,7%	Cukup	10	90,9%	Baik	2	Meningkat
5	6	54,5%	Kurang	10	90,9%	Baik	4	Meningkat
6	10	90,9%	Baik	9	81,8%	Baik	-1	Menurun
7	9	81,8%	Baik	9	81,8%	Baik	0	Tetap
8	10	90,9%	Baik	11	100%	Baik	1	Meningkat
9	7	63,6%	Cukup	10	90,9%	Baik	3	Meningkat
10	9	81,8%	Baik	10	90,9%	Baik	1	Meningkat
11	9	81,8%	Baik	11	100%	Baik	2	Meningkat
12	7	63,6%	Cukup	9	81,8%	Baik	2	Meningkat
13	7	63,6%	Cukup	9	81,8%	Baik	2	Meningkat
14	9	81,8%	Baik	9	81,8%	Baik	0	Tetap
15	8	72,7%	Cukup	11	100%	Baik	3	Meningkat
16	7	63,6%	Cukup	9	81,8%	Baik	2	Meningkat
17	8	72,7%	Cukup	10	90,9%	Baik	2	Meningkat
18	5	45,4%	Kurang	8	72,7%	Cukup	3	Meningkat
19	9	81,8%	Baik	11	100%	Baik	2	Meningkat
Perubahan	N			%				
Peningkatan	16			84,2				
Penurunan	1			5,3				
Tetap	2			10,5				

Lampiran 7

Distribusi Pengetahuan Responden Sebelum dan Sesudah Diberi Pendidikan Kesehatan dengan Media Video

Tingkat Pengetahuan	Pre		Post	
	N	%	N	%
Kurang	3	15,8	0	0
Cukup	8	42,1	2	10,5
Baik	8	42,1	17	89,5
Total	19	100	19	100
Uji Wilcoxon	p=0,000			

Lampiran 8

Tabulasi Nilai *Pre-Test* Sikap Responden

Resp	No. Soal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Σ Skor	T	Mean	Kriteria
	Nilai Maks.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	70	50	Positif
1	Pre	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	37	64	50	Positif
2	Pre	3	4	4	4	4	2	4	4	2	4	35	58	50	Positif
3	Pre	4	4	4	4	3	1	3	4	3	4	34	55	50	Positif
4	Pre	3	4	4	4	3	2	3	3	2	4	32	49	50	Negatif
5	Pre	2	3	4	4	4	2	3	3	2	1	28	38	50	Negatif
6	Pre	4	4	4	4	3	2	2	4	2	3	32	49	50	Negatif
7	Pre	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	28	38	50	Negatif
8	Pre	2	3	3	4	3	3	3	3	4	4	32	49	50	Negatif
9	Pre	3	4	3	4	3	2	4	4	3	4	34	55	50	Positif
10	Pre	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	29	41	50	Negatif
11	Pre	3	3	3	3	4	2	4	3	2	3	30	43	50	Negatif
12	Pre	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	31	46	50	Negatif
13	Pre	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	31	46	50	Negatif
14	Pre	2	3	4	4	4	3	4	4	3	3	34	55	50	Positif
15	Pre	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	37	64	50	Positif
16	Pre	4	4	4	4	3	2	4	4	2	2	33	52	50	Positif
17	Pre	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	39	70	50	Positif
18	Pre	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	26	32	50	Negatif
19	Pre	3	3	2	4	3	3	4	4	2	3	30	43	50	Negatif

Lampiran 9

Tabulasi Nilai *Post-Test* Sikap Responden

Resp	No. Soal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Σ Skor	T	Mean	Kriteria
	Nilai Maks.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	10	70	50	Positif
1	Pre	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	37	58	50	Positif
2	Pre	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	36	55	50	Positif
3	Pre	3	3	3	3	3	1	4	4	3	2	29	39	50	Negatif
4	Pre	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	30	42	50	Negatif
5	Pre	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	33	49	50	Negatif
6	Pre	4	4	3	4	3	2	2	3	2	3	30	42	50	Negatif
7	Pre	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	27	35	50	Negatif
8	Pre	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	31	44	50	Negatif
9	Pre	4	3	3	4	3	3	4	4	3	4	35	53	50	Positif
10	Pre	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	35	53	50	Positif
11	Pre	3	4	4	4	4	3	4	4	3	2	35	53	50	Positif
12	Pre	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	65	50	Positif
13	Pre	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	65	50	Positif
14	Pre	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	36	65	50	Positif
15	Pre	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	65	50	Positif
16	Pre	4	4	4	4	2	2	4	4	1	3	32	46	50	Negatif
17	Pre	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	37	58	50	Positif
18	Pre	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	26	32	50	Negatif
19	Pre	3	3	2	4	3	3	4	3	2	3	30	42	50	Negatif

Lampiran 10

Tabulasi Kriteria Sikap

Resp.	Pre Test				Post Test				Post test-Pre test	Status
	Σ Skor	T	Mean	Kriteria	Σ Skor	T	Mean	Kriteria		
1	37	64	50	Positif	37	58	50	Positif	-6	Tetap
2	35	58	50	Positif	36	55	50	Positif	-3	Tetap
3	34	55	50	Positif	29	39	50	Negatif	-16	Menurun
4	32	49	50	Negatif	30	42	50	Negatif	-7	Tetap
5	28	38	50	Negatif	33	49	50	Negatif	11	Tetap
6	32	49	50	Negatif	30	42	50	Negatif	-7	Tetap
7	28	38	50	Negatif	27	35	50	Negatif	-3	Tetap
8	32	49	50	Negatif	31	44	50	Negatif	-5	Tetap
9	34	55	50	Positif	35	53	50	Positif	-2	Tetap
10	29	41	50	Negatif	35	53	50	Positif	12	Meningkat
11	30	43	50	Negatif	35	53	50	Positif	10	Meningkat
12	31	46	50	Negatif	40	65	50	Positif	19	Meningkat
13	31	46	50	Negatif	40	65	50	Positif	19	Meningkat
14	34	55	50	Positif	36	65	50	Positif	10	Tetap
15	37	64	50	Positif	40	65	50	Positif	1	Tetap
16	33	52	50	Positif	32	46	50	Negatif	-6	Menurun
17	39	70	50	Positif	37	58	50	Positif	-12	Tetap
18	26	32	50	Negatif	26	32	50	Negatif	0	Tetap
19	30	43	50	Negatif	30	42	50	Negatif	-1	Tetap
Perubahan	N				%					
Peningkatan	4				21,1					
Penurunan	2				10,5					
Tetap	13				68,4					

*Lampiran 11***Distribusi Sikap Ibu Sebelum dan Sesudah Diberikan Pendidikan Kesehatan dengan Media Video**

Sikap	Pre		Post	
	N	%	N	%
Negatif	11	57,9	9	47,4
Positif	8	42,1	10	52,6
Total	19	100	19	100
Uji Wilcoxon	p=0,414			

Lampiran 12

Distribusi Demografi Responden

Resp.	Umur (tahun)	Pendidikan	Pekerjaan	Usia Anak (tahun)	Jenis Kelamin	Jumlah Anak
1	28	SD	IRT	4	L	1
2	35	PT	IRT	2	P	2
3	24	SMA	Sws	3	L	1
4	25	SMP	IRT	4	P	1
5	23	SMA	Wsw	4	L	1
6	26	SMA	IRT	4	L	1
7	22	SMA	IRT	2	P	1
8	23	SMP	IRT	4	L	1
9	43	SMP	IRT	3	P	4
10	38	SMP	IRT	2	P	3
11	33	SMA	Sws	3	P	2
12	31	PT	Sws	3	P	1
13	35	SMA	Sws	4	P	3
14	34	SMA	IRT	4	P	2
15	39	PT	IRT	5	L	2
16	24	SMP	IRT	2	L	1
17	50	SMA	Sws	4	P	3
18	37	SMA	IRT	2	L	3
19	36	SMP	Sws	4	P	2

Distribusi Pengetahuan dan Sikap Responden Sesuai Demografi

Resp.	Umur	Pend.	Peker- jaan	Usia Anak	JK	Jml. Anak	Pengetahuan				Sikap					
							Pretest		Posttest		Pretest		Posttest			
							Skor	Interpretasi	Skor	Interpretasi	Mean	Interpretasi	Mean	Interpretasi		
1	28	SD	IRT	4	L	1	72,7%	Cukup	100%	Baik	64	50	Positif	58	50	Positif
2	35	PT	IRT	2	P	2	81,8%	Baik	90,9%	Baik	58	50	Positif	55	50	Positif
3	24	SMA	Sws	3	L	1	45,4%	Kurang	64,6%	Cukup	55	50	Positif	39	50	Negatif
4	25	SMP	IRT	4	P	1	72,7%	Cukup	90,9%	Baik	49	50	Negatif	42	50	Negatif
5	23	SMA	Wsw	4	L	1	54,5%	Kurang	90,9%	Baik	38	50	Negatif	49	50	Negatif
6	26	SMA	IRT	4	L	1	90,9%	Baik	81,8%	Baik	49	50	Negatif	42	50	Negatif
7	22	SMA	IRT	2	P	1	81,8%	Baik	81,8%	Baik	38	50	Negatif	35	50	Negatif
8	23	SMP	IRT	4	L	1	90,9%	Baik	100%	Baik	49	50	Negatif	44	50	Negatif
9	43	SMP	IRT	3	P	4	63,6%	Cukup	90,9%	Baik	55	50	Positif	53	50	Positif
10	38	SMP	IRT	2	P	3	81,8%	Baik	90,9%	Baik	41	50	Negatif	53	50	Positif
11	33	SMA	Sws	3	P	2	81,8%	Baik	100%	Baik	43	50	Negatif	53	50	Positif
12	31	PT	Sws	3	P	1	63,6%	Cukup	81,8%	Baik	46	50	Negatif	65	50	Positif
13	35	SMA	Sws	4	P	3	63,6%	Cukup	81,8%	Baik	46	50	Negatif	65	50	Positif
14	34	SMA	IRT	4	P	2	81,8%	Baik	81,8%	Baik	55	50	Positif	55	50	Positif
15	39	PT	IRT	5	L	2	72,7%	Cukup	100%	Baik	64	50	Positif	65	50	Positif
16	24	SMP	IRT	2	L	1	63,6%	Cukup	81,8%	Baik	52	50	Positif	46	50	Negatif
17	50	SMA	Sws	4	P	3	72,7%	Cukup	90,9%	Baik	70	50	Positif	58	50	Positif
18	37	SMA	IRT	2	L	3	45,4%	Kurang	72,7%	Cukup	32	50	Negatif	32	50	Negatif
19	36	SMP	Sws	4	P	2	81,8%	Baik	100%	Baik	43	50	Negatif	42	50	Negatif

Lampiran 14

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN

usia_responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21-30 tahun	8	42.1	42.1	42.1
	31-40 tahun	9	47.4	47.4	89.5
	>40 tahun	2	10.5	10.5	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	1	5.3	5.3	5.3
	SMP	6	31.6	31.6	36.8
	SMA	9	47.4	47.4	84.2
	Perguruan Tinggi	3	15.8	15.8	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Swasta	6	31.6	31.6	31.6
	Wiraswasta	1	5.3	5.3	36.8
	Ibu rumah tangga	12	63.2	63.2	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Jumlah_Anak

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	9	47.4	47.4	47.4
2	5	26.3	26.3	73.7
3	4	21.1	21.1	94.7
lebih dari 3	1	5.3	5.3	100.0
Total	19	100.0	100.0	

jenis_kelamin_anak

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-Laki	8	42.1	42.1	42.1
Perempuan	11	57.9	57.9	100.0
Total	19	100.0	100.0	

usia_anak

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-2.5 tahun	5	26.3	26.3	26.3
3-5 tahun	14	73.7	73.7	100.0
Total	19	100.0	100.0	
Total	21	100.0		

HASIL UJI STATISTIK *WILCOXON SIGN RANK TEST* PADA PERUBAHAN
PENGETAHUAN RESPONDEN

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
PENGETAHUAN_POST -	Negative Ranks	1 ^a	2.50	2.50
PENGETAHUAN_PRE	Positive Ranks	16 ^b	9.41	150.50
	Ties	2 ^c		
	Total	19		

- a. PENGETAHUAN_POST < PENGETAHUAN_PRE
 b. PENGETAHUAN_POST > PENGETAHUAN_PRE
 c. PENGETAHUAN_POST = PENGETAHUAN_PRE

Test Statistics^b

	PENGETAHUAN_ POST - PENGETAHUAN_ PRE
Z	-3.555 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

- a. Based on negative ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

HASIL UJI STATISTIK *WILCOXON SIGN RANK TEST* PADA PERUBAHAN
SIKAP RESPONDEN

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
sikap_setelah -	Negative Ranks	2 ^a	3.50	7.00
sikap_sebelum	Positive Ranks	4 ^b	3.50	14.00
	Ties	13 ^c		
	Total	19		

a. sikap_setelah < sikap_sebelum

b. sikap_setelah > sikap_sebelum

c. sikap_setelah = sikap_sebelum

Test Statistics^b

	sikap_setelah - sikap_sebelum
Z	-.816 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.414

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jl. Jaks Agung Suprpto No. 2 & 4 Telp. 031 - 5343000 Fax. 5473284

SURABAYA 60272

REKOMENDASI PENELITIAN

Nomor : 070 / 623 / 436.7.3 / 2014

- INDIKATOR** : SURAT : UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
 NOMOR. : 1770/UN3.1.12/PPd/2014
 TANGGAL : 9 Juni 2014
 PERIHAL : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian
- SAR** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Kementerian Dalam Negeri dan Pemerintahan Daerah
 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
 3. Perda Kota Surabaya Nomor 8 Tahun 2008 Tentang Organisasi Perangkat Daerah Kota Surabaya.
 4. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 54 Tahun 2010 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Kota Surabaya.

Surat ini menyatakan tidak keberatan memberi ijin untuk melaksanakan Penelitian / Pengabdian Masyarakat kepada :

- nama** : **DIAN PERMATA SARI**
alamat : Soekarno – Hatta 2 Gg. Mangga No. 3 Kediri
pekerjaan : Mahasiswa Prodi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
nama / Judul : **PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN DENGAN MEDIA VIDEO TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU IBU DALAM PENGGUNAAN ANTIBIOTIK PADA ANAK DENGAN INFEKSI SALURAN PERNAFASAN AKUT (ISPA)**
tempat / Lokasi : KOTA SURABAYA (Dinas Kesehatan, Kecamatan Mulyorejo, Puskesmas Mulyorejo)
waktu (Waktu) : 1 (Satu) Bulan, TMT Surat dikeluarkan
lainnya : -

Syarat – syarat ketentuan sebagai berikut :

- 1. Penelitian yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan, dan yang bersangkutan harus mentaati ketentuan / peraturan yang berlaku dimana dilakukan Kegiatan / Penelitian.
- 2. Penelitian yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau keutuhan Negara Kesatuan Republik Indonesia.
- 3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan Penelitian / Kegiatan harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas / Instansi yang bersangkutan.
- 4. Surat Keterangan ini akan dicabut / tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat / ketentuan seperti tersebut diatas.

Surabaya, 11 Juni 2014

a.n. KEPALA BADAN
Sekretaris,

Abdul Hakim, SH., M.Si.
 Sekretaris
 031 9520304 198703 1 017

- Daftar Hadir**
- Yang bersangkutan** :
- 1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
 - 2. Camat Mulyorejo Kota Surabaya
 - 3. Kepala UPTD Puskesmas Mulyorejo Kota Surabaya
 - 4. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya



PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN
PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT MULYOEREJO

Jl. Mulyorejo Utara no. 201 Belakang Telp. (031) 3816885. Email :
Pusk_Mulyorejo@Yahoo.Com
Surabaya (60115)

SURAT TUGAS

No 094 / 06 / 436.4.8.28 / 2014

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **dr Riana Restuti**
NIP : **19610218 198712 2 001**
Jabatan : **Kepala Puskesmas Mulyorejo**

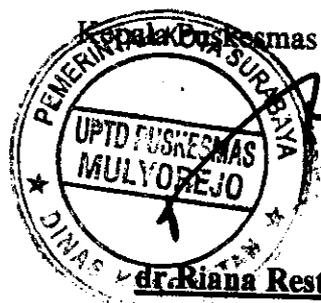
Dengan ini menugaskan :

Nama / NIM	Tujuan	Tanggal	Dalam Rangka
Dian Permata Sari / 131011002	Wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo (Kelurahan Mulyorejo)	12 Juni sampai 12 Juli 2014	Pengambilan data penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan dengan Media Video terhadap Perubahan Perilaku Ibu dalam Penggunaan Antibiotik pada Anak dengan ISPA

Demikian Surat Tugas ini diberikan untuk dilaksanakan dengan dengan penuh rasa tanggung jawab.

Dikeluarkan di : Surabaya
Tanggal : 25 Juni 2014

Kepala Puskesmas Mulyorejo



dr Riana Restuti

NIP:19610218 198712 2 001

