



**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP SISWI
TENTANG ISPA DENGAN TINDAKAN PENCEGAHAN ISPA
DI MTs ASHRI JEMBER**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kedokteran (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Kedokteran

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Asal: Radiah | Kelas |
| Terima Tgl: 24 FEB 2007 | 616.2 |
| Oleh: induk : | AMU |
| Pengkatalog: may | h |
| | C.1 |

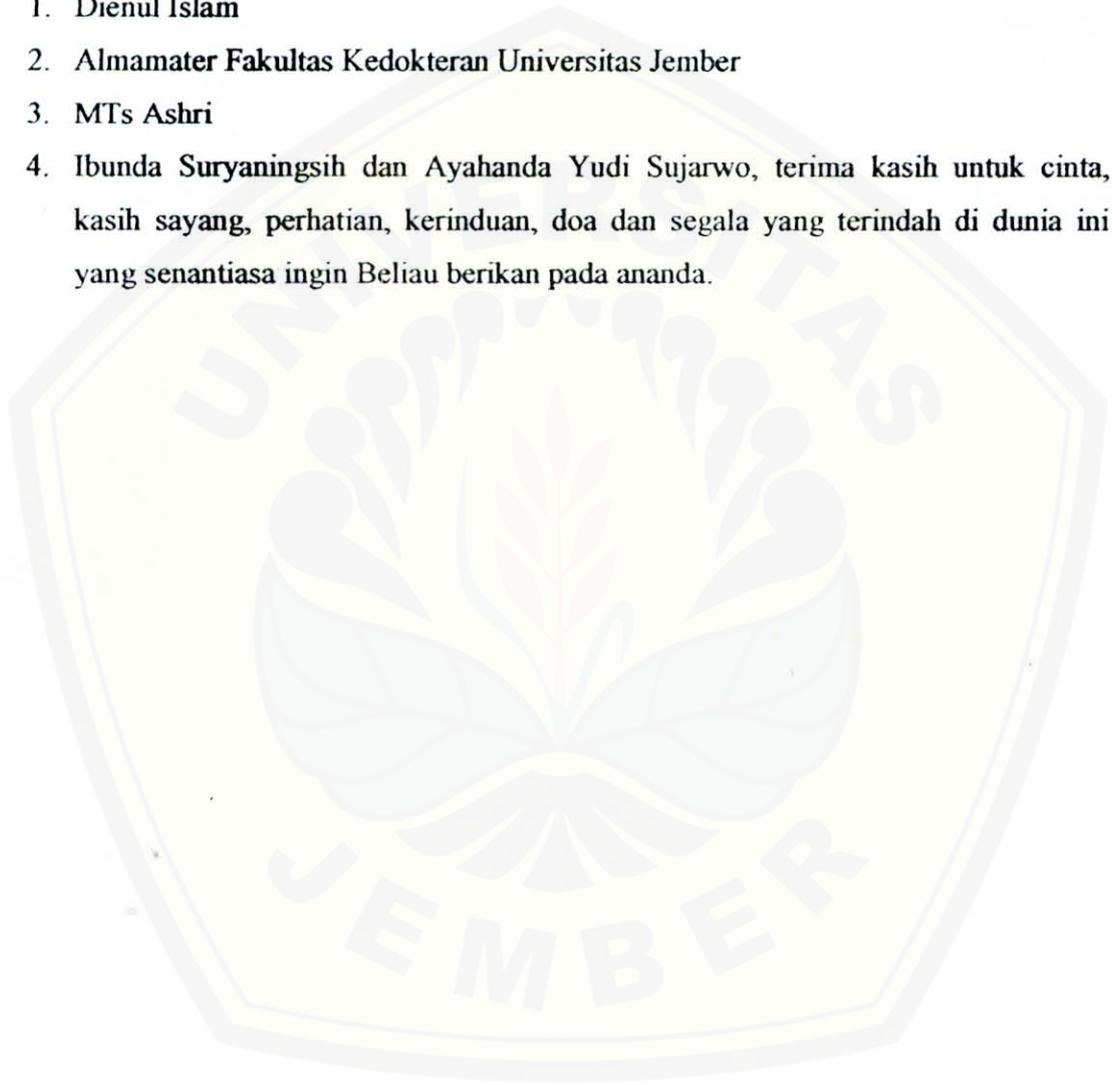
Devi Amuwardani
022010101041

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS JEMBER
2007

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Dienul Islam
2. Almamater Fakultas Kedokteran Universitas Jember
3. MTs Ashri
4. Ibunda Suryaningsih dan Ayahanda Yudi Sujarwo, terima kasih untuk cinta, kasih sayang, perhatian, kerinduan, doa dan segala yang terindah di dunia ini yang senantiasa ingin Beliau berikan pada ananda.



PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Devi Amuwardani

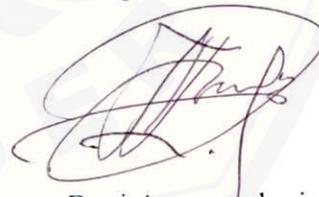
NIM : 022010101041

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul: *“HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP SISWI TENTANG ISPA DENGAN TINDAKAN PENCEGAHAN ISPA DI MTs ASHRI”* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 5 Februari 2007

Yang menyatakan,



Devi Amuwardani

NIM: 022010101042

SKRIPSI

HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP SISWI TENTANG
ISPA DENGAN TINDAKAN PENCEGAHAN ISPA
DI MTs ASHRI JEMBER

Oleh

Devi Amuwardani

NIM 022010101041

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Elfian Zulkarnain, S.KM, M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : dr. M. Ali Shodikin

PENGESAHAN

Skripsi ini berjudul "*Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Siswi tentang ISPA dengan Tindakan Pencegahan MTs Ashri*" telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada :

Hari : **Senin**

Tanggal : **5 Februari 2007**

Tempat : **Fakultas Kedokteran Universitas Jember**

Tim Penguji:

Ketua,



Elfian Zulkarnain ,S.KM, M.Kes

NIP 132 296 983

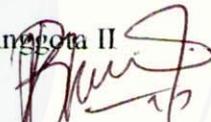
Anggota I



dr. M. Ali Shodikin

NIP 132 315 804

Anggota II

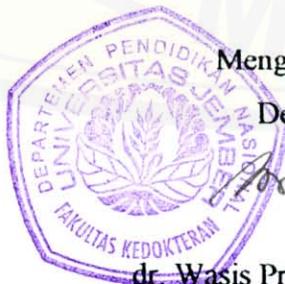


dr. Ulfa Elfiah, M. Kes

NIP 132 296 914

Mengesahkan

Dekan,



dr. Wasis Prajitno, SP. OG.

NIP 140062229

RINGKASAN

Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Siswi tentang ISPA dengan Tindakan Pencegahan ISPA di MTs Ashri Jember, Devi Amuwardani, 022010101041, 65 halaman.

Penyakit saluran nafas merupakan penyebab kematian dan kecacatan paling tinggi di seluruh dunia. Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) merupakan penyebab terpenting morbiditas dan mortalitas pada anak, dan kelompok penyakit yang menyebabkan tingginya angka absensi atau dari semua angka tidak masuk kerja/sekolah. Kejadian ISPA terutam terjadi pada kelompok-kelompok tertutup di masyarakat misalnya pada asrama, kesatriaan, sekolah atau sekolah yang menyelenggarakan pemonudukan (boarding school).

Penelitian ini dilakukan di MTs Ashri Jember pada bulan Desember 2006. Sampel penelitian ini adalah siswi MTs Ashri. Besar sampel yang diteliti adalah 110 sampel. Data diambil dengan cara penyebaran dan pengisian kuisioner. Variabel bebas dari penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap ISPA, sedangkan variabel terikat adalah tindakan pencegah ISPA. Untuk mengetahui hubungan menggunakan uji korelasi Spearman.

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencegahan ISPA dan tidak ada hubungan antara sikap dengan tindakan pencegahan ISPA.

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan segala puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat, taufik, hidayah dan inayah-Nya serta dukungan dan doa dari semua pihak hingga skripsi yang berjudul ” Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Siswi tentang ISPA dengan Tindakan Pencegahan ISPA di MTs Ashri” Alhamdulillah dapat diselesaikan. Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Kedokteran Umum Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, oleh karena itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang tiada terhingga kepada:

1. dr. Wasis Prajitno, Sp. OG selaku Dekan Fakultas Kedokteran Umum Universitas Jember.
2. Bapak Elfian Zulkarnain, S.KM, M.Kes selaku Dosen Pembimbing pertama atas waktu, kesabaran, ketelitian dan bimbingan Beliau kepada saya selama menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. dr. M. Ali Shodikin selaku Dosen Pembimbing kedua atas segala waktu, perhatian, kesabaran dan bimbingan Beliau kepada saya selama menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Kepala sekolah MTs Ashri Jember yang telah memberi kesempatan untuk melaksanakan penelitian ini. Terima kasih kepada segenap siswi MTs Ashri untuk kehangatan, keramahan dan cinta selama saya melakukan penelitian di MTs Ashri.
5. Segenap karyawan dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Jember atas segala bantuannya selama saya menjalani pendidikan di Fakultas Kedokteran Umum Universitas Jember.
6. Lingkaran kasih: Mbah, Ibu, Bapak dan mas Dian. Terima kasih untuk segala cinta, perhatian, kasih sayang dan segala-galanya. Semoga Allah

mengumpulkan kita di firdaus-Nya kelak. Amien. Untuk semua anggota keluarga saya yang tidak tersebut satu persatu terima kasih telah mendidik saya benar-benar menjadi gadis Jawa.

7. Keluarga besar Bapak Sutrisno dan putra ketiga Beliau yang sangat saya hormati. Terima kasih atas kepercayaan, pengertian dan kesabarannya selama ini.
8. Keluarga besar Remaja Masjid Nurul Haq dan Nurul Muttaqin. Semoga Remas tercinta kita semakin maju dan berkembang. Allahu Akbar...!
9. Sahabat dan saudara: Tunsiah, Winda, Ima, Ifa, dan lain-lain. Puji syukur saya haturkan kepada Allah karena telah memperkenalkan saya dengan kalian semua hingga saya menyadari sahabat juga bisa seperti saudara sendiri. Terima kasih untuk bantuan, dukungan, motivasi dan tawa serta airmata yang selama ini menghiasi bunga persahabatan kita.
10. Segenap keluarga Baitut Tatsqif, Baitut Tafkir, Rhaudatul Jannah dan Darul Hidayah. Terima kasih sudah membina saya selama ini dan mari kita pererat kembali tali persaudaraan semata-mata karena kecintaan kita kepada Allah.
11. Teman-teman Fakultas Kedokteran angkatan 2002. Semoga Allah senantiasa mempermudah langkah kita untuk meraih gelar dokter. Terima kasih untuk segalanya selama kita menempuh kuliah di Fakultas Kedokteran ini.
12. Kakak-kakak angkatan 2000 dan 2001 Fakultas Kedokteran Umum Universitas Jember.

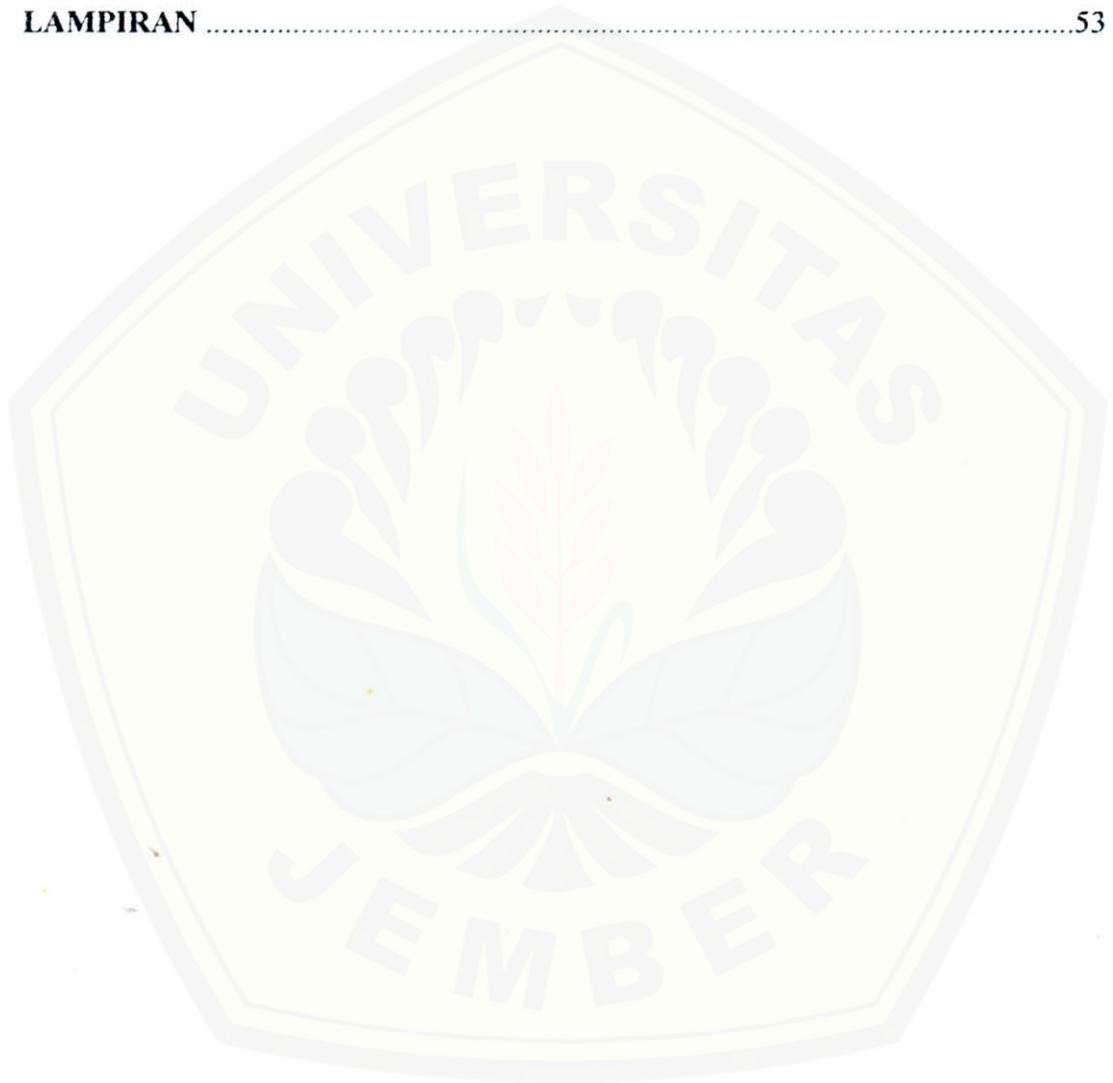
DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|---------|
| HALAMAN | |
| JUDUL | ii |
| PERSEMBAHAN | iii |
| LEMBAR PERNYATAAN | iv |
| HALAMAN PEMBIMBINGAN | v |
| HALAMAN PENGESAHAN | vii |
| RINGKASAN | vi |
| KATA PENGANTAR | viii |
| DAFTAR ISI | x |
| DAFTAR TABEL | xiv |
| DAFTAR GAMBAR | xv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xvi |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 3 |
| 1.3 Tujuan Penelitian | 3 |
| 1.3.1 Tujuan Umum..... | 3 |
| 1.3.2 Tujuan Khusus..... | 3 |
| 1.4 Manfaat Penelitian | 4 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 5 |
| 2.1 Infeksi Saluran Pernafasan Akut | 5 |
| 2.1.1 Pengertian ISPA..... | 5 |
| 2.1.2 Etiologi ISPA..... | 5 |
| 2.1.3 Klasifikasi ISPA..... | 6 |
| 2.1.4 Tanda dan Gejala ISPA..... | 7 |
| 2.2 Rinitis | 7 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2.1 Etiologi Rinitis..... | 8 |
| 2.2.2 Gejala Klinis..... | 8 |
| 2.2.3 Pengobatan dan Pencegahan..... | 9 |
| 2.3 Faringitis-Nasofaringitis-Tonsilofaringitis..... | 9 |
| 2.3.1 Etiologi..... | 9 |
| 2.3.2 Gejala dan Tanda..... | 9 |
| 2.3.3 Diagnosis..... | 10 |
| 2.3.4 Pengobatan..... | 10 |
| 2.4 Pneumonia..... | 11 |
| 2.6.1 Definisi Pneumonia..... | 11 |
| 2.6.2 Etiologi Pneumonia..... | 11 |
| 2.6.3 Patogenesis dan Faktor Resiko Pneumonia..... | 13 |
| 2.6.4 Klasifikasi Pneumonia..... | 15 |
| 2.6.5 Manifestasi Klinik..... | 17 |
| 2.6.6 Penegakan Diagnosis..... | 19 |
| 2.6.7 Diagnosis..... | 21 |
| 2.6.8 Pengobatan, Terapi dan Komplikasi..... | 23 |
| 2.6.9 Prognosis dan Pencegahan..... | 25 |
| 2.7 Perilaku Kesehatan..... | 27 |
| 2.7.1 Pengertian Perilaku..... | 27 |
| 2.7.2 Pengertian Perilaku Kesehatan..... | 28 |
| 2.7.3 Domain Perilaku..... | 29 |
| 2.8 Kerangka Konseptual Penelitian..... | 33 |
| 2.9 Hipotesis Penelitian..... | 34 |
| BAB III METODE PENELITIAN..... | 35 |
| 3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian..... | 35 |
| 3.2 Tempat dan Waktu Penelitian..... | 35 |
| 3.3 Populasi dan Sampel Penelitian..... | 35 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3.1 Populasi Penelitian..... | 35 |
| 3.3.2 Teknik Pengambilan Sampel..... | 35 |
| 3.4 Identifikasi Variabel Penelitian..... | 36 |
| 3.4.1 Variabel Bebas..... | 36 |
| 3.4.2 Variabel Tergantung..... | 36 |
| 3.5 Definisi Operasional Variabel..... | 36 |
| 3.5.1 Pengetahuan..... | 36 |
| 3.5.2 Sikap..... | 37 |
| 3.5.3 Tindakan Pencegahan..... | 38 |
| 3.6 Prosedur Penelitian..... | 39 |
| 3.7 Teknik Pengolahan Data..... | 40 |
| 3.8 Teknik Analisis Data..... | 40 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN..... | 41 |
| 4.1 Hasil dan Analisa Data..... | 41 |
| 4.1.1 Gambaran Subjek Penelitian..... | 41 |
| 4.1.2 Tingkat Pengetahuan ISPA..... | 41 |
| 4.1.3 Sikap terhadap ISPA..... | 42 |
| 4.1.4 Tingkat Pencegahan ISPA..... | 42 |
| 4.1.5 Hubungan Pengetahuan dengan Tindakan Pencegahan ISPA..... | 43 |
| 4.1.6 Hubungan Sikap dengan Tindakan Pencegahan ISPA..... | 43 |
| 4.2 Pembahasan..... | 43 |
| 4.2.1 Tingkat Pengetahuan tentang ISPA..... | 44 |
| 4.2.2 Sikap Terhadap ISPA..... | 44 |
| 4.2.3 Tindakan Pencegahan ISPA..... | 45 |
| 4.2.4 Hubungan antara Pengetahuan dengan Tindakan Pencegahan ISPA..... | 46 |
| 4.2.5 Hubungan antara Sikap dengan Tindakan Pencegahan ISPA..... | 47 |

| | |
|---|----|
| BAB V KESIMPULAN DAN SARAN | 50 |
| 5.1 Kesimpulan | 50 |
| 5.2 Saran | 50 |
| DAFTAR PUSTAKA | 51 |
| LAMPIRAN | 53 |

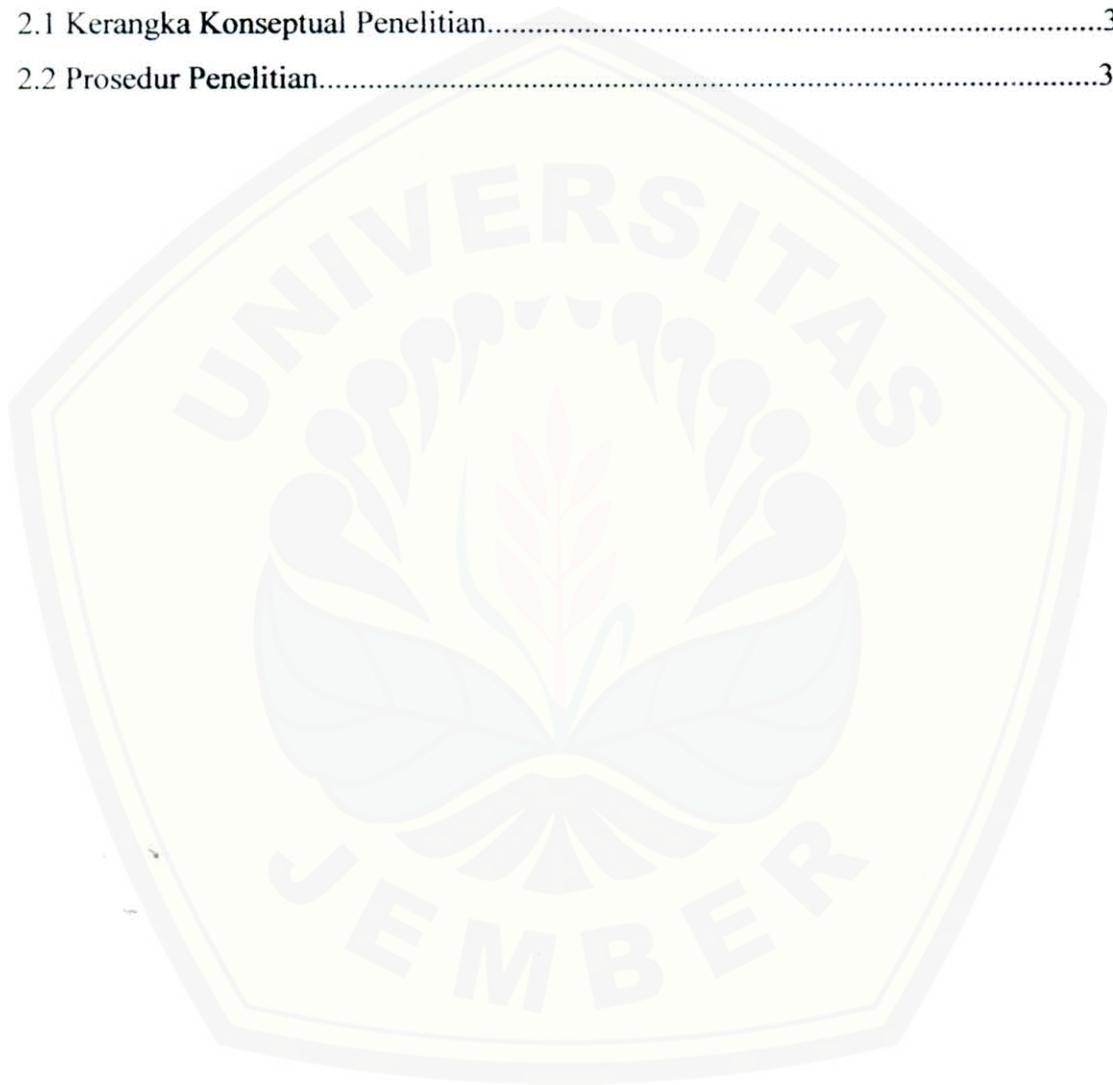


DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|---------|
| 2.1 Klasifikasi Pneumonia Berdasarkan Lingkungan dan Pejamu..... | 18 |
| 2.2 Pedoman Klinis Membedakan Penyebab Pneumonia..... | 20 |
| 2.3 Terapi Empiris Terhadap Pneumonia..... | 26 |
| 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Kelas dan Jumlah..... | 41 |
| 4.2 Distribusi Frekuensi Pengetahuan ISPA..... | 41 |
| 4.3 Distribusi Frekuensi Sikap terhadap ISPA..... | 42 |
| 4.4 Distribusi Frekuensi Tindakan Pencegahan ISPA..... | 42 |

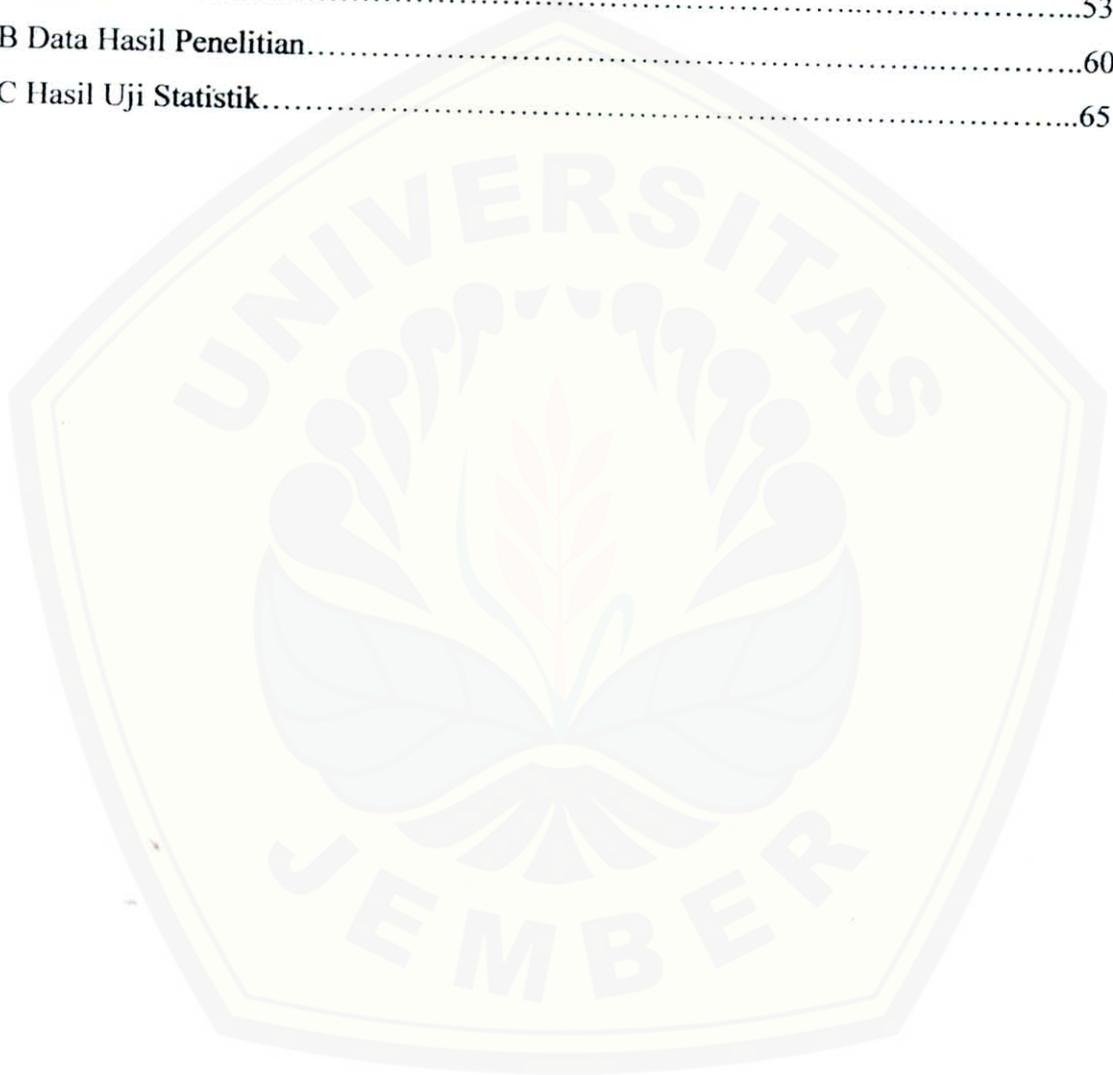
DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|---|---------|
| 2.1 Kerangka Konseptual Penelitian..... | 33 |
| 2.2 Prosedur Penelitian..... | 39 |



DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|------------------------------|---------|
| A Kuesioner..... | 53 |
| B Data Hasil Penelitian..... | 60 |
| C Hasil Uji Statistik..... | 65 |





BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit saluran nafas merupakan penyebab kematian dan kecacatan yang tinggi di seluruh dunia (Dahlan, 2003:801) Laporan WHO tahun 1999 menyebutkan bahwa penyebab kematian tertinggi akibat penyakit di dunia adalah infeksi saluran nafas akut termasuk pneumonia dan influenza. Infeksi saluran nafas lebih sering terjadi daripada infeksi pada sistem organ lain. Saluran pernafasan selama hidup akan selalu terpajan dengan lingkungan luar sehingga terdapat suatu mekanisme pertahanan tubuh (Alsagaff, 2002:130). Sebenarnya pada orang normal tidaklah mudah kuman patogen untuk masuk kedalam saluran pernafasan karena mekanisme pertahanan paru yang sangat bermacam dan berlapis-lapis

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) merupakan penyebab terpenting morbiditas dan mortalitas pada anak dan kelompok penyakit yang menyebabkan tingginya angka absensi atau dari semua angka tidak masuk kerja/sekolah. ISPA adalah infeksi yang terutama mengenai struktur saluran pernafasan di atas laring, tetapi kebanyakan, penyakit ini mengenai bagian saluran atas dan bawah secara simultan atau berurutan (Nelson, 1996:746). Secara umum, penyebab ISPA atas terbanyak (>90%) adalah virus (Phelan, 1994:89). Oleh karena itu sebenarnya sebagian besar ISPA atas tidak memerlukan antibiotic dalam tatalaksananya. Namun dalam beberapa jenis ISPA atas tertentu dan sebagian ISPA bawah, bakteri berperan penting. ISPA bawah bila menyerang kelompok umur tertentu, terutama bayi, anak-anak, dan orang tua akan memberikan gambaran klinis yang berat dan sering berakhir dengan kematian. ISPA bawah dapat dijumpai dalam berbagai bentuk, tersering adalah dalam bentuk pneumonia. Pneumonia merupakan masalah kesehatan di dunia karena angka kematiannya yang tinggi, tidak saja di Negara berkembang, tapi juga di negara maju seperti AS, Kanada dan Negara-negara Eropa. Di AS misalnya, terdapat dua juta sampai tiga juta kasus pneumonia per tahun dengan jumlah kematian rata-

rata 45.000 orang. Di Indonesia, pneumonia merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah kardioavaskular dan tuberculosi.

Terjadinya pneumonia tergantung kepada virulensi mikroorganisme, tingkat kemudahan dan luasnya daerah paru yang terkena serta penurunan daya tahan tubuh. Pneumonia dapat terjadi pada orang normal tanpa kelainan imunitas yang jelas. Faktor lingkungan khususnya tempat kediaman dan penggunaan antibiotik (AB) perlu diketahui. Anamnesis epidemiologi haruslah mencakup keadaan lingkungan pasien, tempat yang dikunjungi dan kontak dengan orang yang menderita penyakit serupa (Dahlan, 2003:802).

Dalam penyakit ISPA selain lingkungan juga diperlukan faktor lain yang berasal dari dalam diri individu sendiri dan ini berkaitan dengan perilaku ISPA individu tersebut. Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2003), perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Oleh karena itu pengetahuan dan sikap akan sangat mempengaruhi terjadinya sebuah tindakan. Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan dan sikap adalah domain yang sangat penting dalam mempengaruhi sebuah tindakan. Untuk mencegah terjadinya penyakit ISPA sangat diperlukan sebuah tindakan pencegahan ISPA yang tepat dan jika seseorang tersebut telah menderita ISPA maka yang diperlukan adalah tindakan pengobatan yang juga tepat sehingga penyakitnya tidak bertambah parah.

Penulis melakukan penelitian mengenai pengetahuan dan sikap siswi pondok pesantren yang dikaitkan dengan tindakan pencegahan ISPA di sebuah pondok pesantren karena penyakit ISPA menyebabkan morbiditas dan mortalitas yang tinggi dan pengetahuan serta sikap memberikan pengaruh terhadap tindakan pencegahan ISPA itu sendiri. Disamping itu kejadian ISPA terutama terjadi pada kelompok-kelompok tertutup di masyarakat misalnya pada asrama, kesatriaan, sekolah atau sekolah yang menyelenggarakan pemondokan (*boarding school*) (Alsagaff, 2002:134).

Pondok pesantren Ashri adalah salah satu pondok pesantren di kota Jember. Selain pondok pesantren di dalamnya juga terdapat MTs dan MA Ashri. Siswi yang bersekolah disini juga mayoritas mondok atau tinggal di sini. Hal ini sedikit berbeda dengan kebanyakan pondok pesantren yang ada di Jember. Dimana siswinya kebanyakan berasal dari luar pondok dan juga beberapa anak pondoknya bersekolah di luar. MTs Ashri ditunjang oleh sarana kesehatan yang lengkap dimana terdapat UKS dan dokter yang juga bekerjasama dengan puskesmas.

Dari kebanyakan pondok pesantren yang menjadi penyakit terbanyak dan tersering yang terjadi adalah ISPA. Dari data kesehatan UKS MTs Ashri penulis juga mengetahui bahwa selama tahun 2006 ISPA menempati urutan pertama penyakit yang sering terjadi di MTs dan puncaknya adalah bulan Oktober hingga Desember 2006. Oleh karena hal tersebut diatas maka penulis mengadakan penelitian mengenai ISPA di salah satu pondok pasantren yaitu pondok pesantren Ashri.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas dapat dirumuskan suatu permasalahan: “Apakah ada hubungan antara pengetahuan dan sikap siswi dengan tindakan pencegahan terhadap penyakit ISPA di pondok pesantren.”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Menganalisis hubungan antara pengetahuan dan sikap siswi dengan tindakan pencegahan terhadap penyakit ISPA di pondok pesantren.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tingkat pengetahuan siswi pondok pesantren tentang ISPA
- b. Mengetahui sikap siswi pondok pesantren terhadap ISPA
- c. Mengetahui tindakan pencegahan siswi Pondok Pesantren terhadap ISPA

- d. Menganalisis hubungan tingkat pengetahuan dengan tindakan pencegahan siswi pondok pesantren terhadap ISPA.
- e. Menganalisis hubungan sikap dengan tindakan pencegahan siswi pondok pesantren terhadap ISPA.

1.4 Manfaat Penelitian

- a. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada pihak Ponpes mengenai pengetahuan siswa didiknya terhadap penyakit ISPA yang sering terjadi di ponpes
- b. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada pihak Ponpes mengenai sikap siswa didiknya terhadap penyakit ISPA yang sering terjadi di ponpes
- c. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada pihak Ponpes mengenai tindakan siswa didiknya terhadap penyakit ISPA yang sering terjadi di ponpes
- d. Sebagai bahan pertimbangan pelaksanaan program pemberantasan ISPA di lingkungan pondok pesantren terkait
- e. Sebagai bahan pertimbangan bagi mahasiswa Fakultas Kedokteran untuk mengadakan penyuluhan di pondok pesantren
- f. Sebagai bahan masukan dinas/instansi yang terkait



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Infeksi Saluran Pernafasan Akut

2.1.1 Pengertian ISPA

ISPA merupakan singkatan dari Infeksi Saluran Pernafasan Akut, istilah ini diadaptasi dari istilah dalam bahasa Inggris *Acute Respiratory Infection* (ARI). Istilah ISPA meliputi tiga unsur yakni infeksi, saluran pernafasan dan akut, dengan pengertian sebagai berikut:

1. Infeksi adalah masuknya kuman atau mikroorganisme ke dalam tubuh manusia dan berkembang biak sehingga menimbulkan gejala penyakit.
2. Saluran pernafasan adalah organ mulai hidung sampai alveoli beserta organ adneksanya seperti sinus-sinus, rongga telinga tengah dan pleura. ISPA secara anatomis mencakup saluran pernafasan bagian atas, saluran pernafasan bagian bawah (termasuk jaringan paru-paru) dan organ adneksa saluran pernafasan. Dengan batasan ini, jaringan paru termasuk dalam saluran pernafasan (*respiratory tract*).
3. Infeksi akut adalah infeksi yang berlangsung sampai dengan 14 hari. Batas 14 hari diambil untuk menunjukkan proses akut meskipun untuk beberapa penyakit yang dapat digolongkan dalam ISPA proses ini dapat berlangsung lebih dari 14 hari.

ISPA dapat terjadi pada saluran nafas atas dan saluran nafas bawah. Infeksi saluran nafas atas adalah infeksi primer respiratorik di atas laring, sedangkan infeksi laring ke bawah disebut infeksi saluran nafas bawah (Levison, 1995:1330).

2.1.2 Etiologi ISPA

ISPA dapat disebabkan oleh virus, bakteri maupun riketsia, sedangkan infeksi bakterial sering merupakan penyulit ISPA yang disebabkan oleh virus (Alsagaff, 2002:140). ISNBA (Infeksi Saluran Nafas Bawah Akut) dapat disebabkan oleh berbagai mikroorganisme, tersering disebabkan oleh bakteri (Dahlan, 2003:802).

Penyebab ISPA yang pasti pada negara berkembang belum diketahui, namun pneumonia biasanya disebabkan oleh bakteri (Kumar & Clark, 1994:45). Pandangan klasik mengemukakan mikroorganisme yang secara umum memang dianggap patogen dan dapat menyebabkan infeksi di organ yang manapun juga, meliputi bakteri anaerob maupun aerob, yang terakhir ini baik Gram positif (Pneumokok, Stafilokok, Streptokok) maupun Gram negatif (Pseudomonas, Hemofilus, basil Koli, Klebsiella, Serratia, dll). Belakangan ini diketahui bahwa boleh dikata semua mikroorganisme secara potensial dapat menimbulkan penyakit ini, yaitu bila sistem imunitas penderita semakin menurun (Danusantoso, 2000:23).

2.1.3 Klasifikasi ISPA

Dari tinjauan struktur anatomis ISPA dibagi atas:

1. ISPA atas

Infeksi saluran pernafasan atas adalah infeksi yang terjadi pada saluran nafas di atas laring yang terbagi menjadi:

1. Rinitis
2. Faringitis – nasofaringitis – tonsilofaringitis
3. Influenza

2. ISPA bawah

Infeksi saluran pernafasan bawah adalah infeksi yang terjadi mulai dari laring ke bawah dan terbagi atas

1. Bronkitis
2. Bronkiolitis
3. Pneumonia

Berdasarkan derajat keparahan penyakit, ISPA terbagi atas:

1. ISPA ringan

ISPA yang untuk penatalaksanaannya tidak memerlukan pengobatan yang spesifik.

2. ISPA sedang

ISPA yang untuk penatalaksanaannya memerlukan pengobatan dengan antibiotik tanpa harus dirawat di unit kesehatan khusus.

3. ISPA berat

ISPA yang untuk penatalaksanaannya memerlukan perawatan di unit kesehatan yang tersedia, misalnya puskesmas dan rumah sakit.

2.1.4 Tanda dan gejala ISPA

Gejala dan tanda pada penderita ISPA antara satu dan lain orang berbeda tergantung dari penyebab dan tingkat keparahan penyakit. Beberapa gejala yang mungkin muncul pada penderita ISPA adalah:

- Hidung tersumbat atau pilek
- Sakit tenggorokan
- Sakit telinga atau telinga berair
- Batuk
- Demam
- Suara napas berisik: stridor atau wheezing
- Sukar bernafas, terlihat dari tarikan dinding dada ke dalam

2.2 Rinitis

Rinitis sering disebut dengan istilah "*common cold*" atau disebut Cold saja (Baum, 1998:65). Istilah "*common cold*" lebih menjelaskan suatu kompleks gejala daripada suatu penyakit tertentu. Kondisi ini jelas berarti suatu penyakit ringan yang berlangsung singkat, dimana gejala local utama ditemukan pada saluran pernapasan atas dengan predominan gejala-gejala hidung (Adams, 1997:206).

2.2.1 Etiologi

Jika membatasi definisi "*common cold*" sebagai kasus-kasus yang disebabkan oleh lebih dari 100 rinovirus berbeda, maka "*common cold*" akan jauh lebih jarang ditemukan. Kompleks gejala serupa, yaitu rinore, sumbatan hidung, bersin dan batuk, juga mencirikan awitan serangan alergi yang dicetuskan inhalan atau ingestan, atau apa yang disebut alergi fisik, berbagai gangguan vasomotorik pada hidung yang ditimbulkan stress emosional maupun fisik, atau perubahan tubuh yang diinduksi hormone atau obat-obatan, di samping iritasi kimia, mekanis atau termal langsung pada membrane mukosa, dan yang terakhir yaitu suatu pejamu dari penyakit bakteri atau virus lainnya (Adams, 1997:206).

Klasifikasi virus pernapasan masih terus berubah. Klasifikasi terdahulu, yang berdasarkan pejamu dan aktivitas jaringan serta gejala klinis penyakit, secara bertahap telah diganti oleh klasifikasi berdasarkan komposisi biokimia virus. Demikian telah diketahui mengenai virus yang terutama memiliki RNA dan virus yang terutama mempunyai DNA. Virus RNA termasuk kelompok seperti rinovirus, ekhovirus, dan virus influenza, parainfluenza, gondongan, campak, dan virus pernapasan sinsisial (Adams, 1997:206)

2.2.2 Gejala Klinis

Umumnya masyarakat menganggap 'flu' diawali dengan sumbatan hidung, sekret yang berlebihan, bersin-bersin, sedikit batuk, dan kelemahan umum dengan atau tanpa nyeri kepala. Suhu tubuh mungkin normal atau sedikit meningkat. Stadium pertama biasanya terbatas tiga hingga lima hari. Sekret hidung mula-mula encer dan banyak, kemudian menjadi mukoid, lebih kental dan lengket. Penyakit dapat berakhir pada titik ini. Namun pada kebanyakan pasien, penyakitnya berlanjut pada stadium invasi bakteri sekunder dicirikan oleh suatu rinore purulen, demam, dan sering kali sakit tenggorokan. Mukosa yang merah, bengkak dan ditutupi sekret mudah diamati intranasal. Sensasi kecap dan bau berkurang. Mengendus dan mengembuskan hidung

secara berulang menyebabkan kemerahan lubang hidung dan bibir atas. Stadium ini dapat berlangsung dua minggu (Adams, 1997:206).

2.2.3 Pengobatan dan Pencegahan

Untuk pengobatan rinitis dapat digunakan antihistamin, dekongestan, obat anti-inflamasi, kortikosteroid (Kumar & Clark, 1994:654). Terapi terbaik pada penyakit ini yang tidak disertai komplikasi mungkin berupa istirahat baring dan isolasi sekitar dua hari. Hidrasi yang memadai dipastikan dengan alat pelembab udara dingin, masukkan cairan yang banyak, dan pemberian tetes hidung salin. Selama fase infeksi bakteri sekunder, dapat diberikan antibiotik spesifik (Adams, 1997:207)

Penyebaran flu yang disebabkan oleh berbagai virus terutama melalui infeksi *droplet* dan bukan karena tertelan. Jadi, infeksi pernapasan secara teoritik dapat dikendalikan dengan isolasi. Tindakan karantina yang telah dipraktekkan sejak abad pertengahan, dapat sangat efektif. Namun, masyarakat umum tidak terkesan dengan "flu" sehingga tidak mungkin melarang penderita flu beraktivitas dan berkumpul dengan banyak orang (Adams, 1997:207).

2.3 Faringitis-Nasofaringitis-Tonsilofaringitis

Faringitis adalah infeksi akut faring dan struktur lain di sekitarnya. Karena letaknya yang sangat berdekatan jarang terjadi infeksi lokal tonsil saja. Dengan demikian pengertian faringitis secara luas mencakup tonsilitis, nasofaringitis, dan tonsilofaringitis (Nelson, 1996:750).

2.3.1 Etiologi

Penyebab faringitis dapat bervariasi dari organisme yang menghasilkan eksudat saja atau perubahan kataral sampai yang menyebabkan edema dan bahkan ulserasi. Organisme yang ditemukan termasuk streptokokus, pneumokokus, dan basilus influenza, diantara organisme yang lainnya (Adams, 1997:328).

2.3.2 Gejala dan Tanda

Pada awitan awal penyakit, penderita mengeluh rasa kering atau gatal pada tenggorokan. Malaise dan sakit kepala adalah keluhan biasa. Biasanya terdapat suhu yang sedikit meningkat. Eksudat pada faring menebal. Eksudat ini sulit untuk dikeluarkan, dengan suara parau, usaha mengeluarkan dahak dari kerongkongan dan batuk. Keparauan terjadi jika proses peradangan mengenai laring. Pada beberapa kasus, mungkin terutama terdapat disfagia sebagai akibat dari nyeri, nyeri alih ke telinga, adenopati servikal, dan nyeri tekan. Dinding faring kemerahan dan menjadi kering, gambaran seperti kaca dan dilapisi oleh sekresi mukus. Jaringan limfoid biasanya tampak merah dan membengkak (Adams, 1997:329).

2.3.3 Diagnosis

Diagnosis biasanya dibuat tanpa kesulitan, terutama terdapatnya gejala dan tanda seperti yang dijelaskan. Biakan tenggorokan membantu dalam menentukan organisme (Adams, 1997:329)

2.3.4 Pengobatan

Penggunaan antimikroba telah merubah pengobatan rutin faringitis bakteri akut dalam tahun-tahun terakhir. Sebagai akibatnya, perjalanan penyakit menjadi lebih pendek dan insidens komplikasi menurun. Antibiotik sebaiknya diberikan dalam dosis terapeutik (Adams, 1997:329).

Penggunaan irigasi hangat pada tenggorokan, perawatan penunjang yaitu pemberian cairan yang adekuat, diet ringan, dan aspirin jika diperlukan masih penting dalam mempercepat penyembuhan, walaupun kenyataan bahwa perbaikan terjadi setelah pemberian antibiotik (Adams, 1997:329).

2.6 Pneumonia

2.6.1 Definisi Pneumonia

Pneumonia adalah peradangan yang mengenai parenkim paru, distal dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratorius, dan alveoli serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan gangguan pertukaran gas setempat (Dahlan, 2003:801). Kebanyakan kasus pneumonia disebabkan oleh mikroorganisme, tetapi ada sejumlah penyebab noninfeksi yang kadang-kadang perlu dipertimbangkan (Nelson, 1996:787). Istilah pneumonia lazim digunakan bila peradangan terjadi oleh proses infeksi akut yang merupakan penyebab yang tersering, sedangkan istilah pneumonitis sering dipakai untuk proses noninfeksi (Dahlan, 2003:801).

Pneumonia adalah penyakit klinis, sehingga didefinisikan berdasarkan tanda dan gejala klinis, dan perjalanan penyakitnya. Salah satu definisi klinis klasik menyatakan pneumonia adalah penyakit respiratorik yang ditandai dengan batuk, sesak nafas, demam, ronki basah, dengan gambaran infiltrat pada foto Rontgen toraks (Pechere, 1995:13).

2.6.2 Etiologi Pneumonia

Sebagian besar pneumonia disebabkan oleh mikroorganisme (virus/bakteri) dan sebagian kecil disebabkan oleh hal lain (aspirasi, radiasi dll.) (Prober, 1996:716). Pneumonia yang dipicu bakteri bisa menyerang siapa saja, dari bayi sampai usia lanjut. Setengah dari kejadian pneumonia diperkirakan disebabkan oleh virus.

Pneumonia akibat bakteri

Secara umum bakteri yang berperan penting dalam pneumonia adalah *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenza*, *Staphylococcus aureus* serta *Pneumococcus*, *Klebsiella*, *Mycobacterium tuberculosis* dan *Mycoplasma pneumoniae*. Pneumonia oleh pneumococcus berjumlah sekitar 60% dari semua pneumonia bakterial (Jawetz, 2001:345).

Pneumonia akibat virus

Virus penyebab pneumonia yang paling lazim adalah virus sinsial pernapasan (respiratory syncytial virus RSV), adenovirus, parainfluenza virus dan influenza virus.

Pneumonia akibat jamur/fungi

Beberapa jamur yang dapat menyebabkan pneumonia adalah *Kandida*, *Histoplasma*, *Koksidiodes*.

Pneumonia akibat protozoa

Protozoa yang dapat menyebabkan pneumonia adalah *Pneumokistis karinii*.

Pneumonia akibat bahan kimia

- Aspirasi makanan/susu/isi lambung
- Keracunan hidrokarbon (minyak tanah, bensin, dsb)
- Radiasi (Alsagaff, 2002:46)

Kuman penyebab pneumonia yang tersering dijumpai berbeda jenisnya di suatu negara, dan antara satu daerah dengan daerah lain pada suatu negara, di luar RS dan di dalam RS, antara RS besar dengan RS yang lebih kecil. Diagnosis kuman penyebab akan lebih cepat terarah bila diagnosis pneumonia yang dibuat dikaitkan dengan interaksi faktor-faktor terjadinya infeksi dan cara pasien terinfeksi. Namun pada masa kini terjadi perubahan pola mikroorganisme penyebab ISPA bagian bawah akibat perubahan keadaan pasien seperti gangguan kekebalan dan penyakit kronik, polusi lingkungan dan penggunaan antibiotik yang tidak tepat (Dahlan, 2003:803).

Kejadian kuman penyebab yang biasa terdapat pada PK (Pneumonia Komunitas) dan PN (Pneumonia Nosokomial) di negara barat bervariasi. Pada tahun 1987 dilaporkan bahwa penyebab pneumonia komunitas yang tersering adalah *S. Pneumoniae* (60-70%), *H. Influenzae* (5%), *Mycoplasma* (5-20%) (Dahlan, 2003:802)

PN juga tersering disebabkan oleh bakteri. Kuman penyebabnya sering berbeda jenisnya antara di ruangan biasa dengan ruang perawatan intensif (ICU). PN bakterial dapat dibagi atas PN awitan awal dalam waktu kurang dari 3 hari yang

kumannya sering pula didapat di luar RS, biasanya disebabkan oleh *S. Pneumoniae* (5-10%), *M. Catarrhalis* (<5%) dan *H. Influenzae*. PN awitan lanjut bila lebih dari 3 hari, sering disebabkan oleh kuman gram negatif aerob sebesar 60% berupa *P. Aeruginosa*, *Enterobacter* spp, *K. pneumoniae*, *Serratia* spp, *S. aerus* (20-25%). (Dahlan, 2003:802).

2.6.3 Patogenesis dan Faktor Risiko Pneumonia

Patogenesis

Patogen mikrobial dapat masuk ke dalam paru melalui satu atau beberapa jalur:

Aspirasi organisme yang mendiami orofaring

Sebagian besar patogen paru berasal dari flora orofaringeal. Aspirasi patogen ini merupakan mekanisme yang paling utama yang menyebabkan pneumonia. Individu normal secara transien membawa di dalam nasofaringnya selama setahun patogen paru yang umum termasuk *S. pneumoniae*, *S. pyogenes*, *M. pneumoniae*, *H. influenzae* dan *Moraxella catarrhalis*. Sumber patogen paru anaerob, seperti *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella melaninogenica*, *Fusobacterium nucleatum*, *actinomyces* spp, spiroketa dan streptococcus anaerobik, adalah penduduk gingiva dan plak gigi, yang berisi lebih dari 10^0 CFU (colony-forming unit, unit pembentuk koloni) mikroorganisme per gram. Frekuensi kolonisasi basil gram-negatif aerobik dari mukosa orofaringeal, yang pada individu normal tidak biasa (<2%), meninggi dengan hospitalisasi, memburuknya ketidakmampuan, keparahan dari penyakit yang mendasari, alkoholisme, diabetes dan usia lanjut dan mungkin sebagai akibat aktivitas proteolitik air liur, yang merusak fibronektin, glikoprotein yang melapisi permukaan mukosa. Fibronektin merupakan reseptor bagi flora normal gram-positif orofaring. Hilangnya fibronektin menyebabkan reseptor pada permukaan sel epitel terpajan oleh bakteri gram-negatif (Levison, 1995:1332).

Sumber basil gram-negatif aerobik adalah mungkin lambung pasien sendiri yang dapat berkoloni dengan organisme tersebut akibat peninggian pH lambung

dengan gastritis atrofik atau setelah penggunaan agen penyekat- H_2 atau antasida, alat respirasi yang tercemar, tangan pemberi layanan kesehatan atau makanan dan air yang terkontaminasi. Pipa nasogastrik (NGT) dapat mempermudah transfer bakteri lambung ke faring (Levison, 1995:1332)

Kira-kira 50% orang dewasa normal menghirup sekret orofaringeal ke dalam saluran nafas bagian bawah sewaktu tidur. Aspirasi dapat terjadi lebih sering dan dapat menjadi lebih berat pada individu dengan derajat kesadaran yang terganggu, disfungsi neurologik orofaring dan gangguan menelan atau mekanisme impedimen. Pneumonia lebih cenderung merupakan akibat bila materinya bervolume besar atau mengandung flora mikroba ganas atau benda asing (Levison, 1995:1332).

Inhalasi serosol infeksiosa

Pengumpulan partikel yang terinhalasi di dalam saluran nafas terutama ditentukan oleh ukuran partikel. Partikel yang berukuran lebih dari 10 μm sebagian besar akan dikumpulkan di dalam hidung dan saluran nafas bagian atas. Partikel dengan diameter kurang dari 3 atau 5 μm , juga disebut sebagai airborne droplet nuclei, yang terdiri dari satu atau mungkin dua organisme tidak dapat dikumpulkan dengan pengaruh gravitasi bumi dan tetap berada di dalam udara paru individu yang menghirup udara yang tercemar untuk jangka waktu yang lama kecuali dihisap dengan bantuan ventilasi atau melalui proses filtrasi. Bahar infeksiosa aerosol ini cukup kecil sehingga dapat melewati pertahanan pejamu pada saluran nafas dan jalan nafas. Partikel yang lain dikumpulkan di dalam bronkiolus kecil dan alveolus karena ukuran partikel berkurang sampai di bawah 5 μm . Sebuah partikel dengan ukuran yang sesuai bila terhirup akan mampu mencapai alveolus dan merangsang timbulnya infeksi (Levison, 1995:1332).

Penyebaran menyeluruh per hematogen dari fokus infeksi ekstrapulmonal

Penyebaran hematogen ke seluruh paru, biasanya dengan infeksi *S. aureus* dapat terjadi pada pasien, seperti penyalahgunaan obat melalui intravena, yang sudah

menderita endokarditis bakterial atau pada pasien infeksi akibat kateter intravena (Levison, 1995:1332).

Dua jalur penyebaran bakteri ke paru lainnya adalah melalui jalan inokulasi langsung sebagai akibat intubasi trakea atau luka tusuk dada dan penyebaran yang berdekatan dengan tempat infeksi yang berbatasan (Levison, 1995:1332).

Faktor Risiko

Faktor-faktor yang meningkatkan risiko kematian akibat pneumonia :

- Gizi buruk, pemberian ASI yang tidak sempurna
- Imunisasi yang tidak lengkap
- Umur muda
- Kepadatan dalam rumah
- Prevalensi tinggi bakteri patogen di nasofaring
- Terpapar polusi udara
 - Asap rokok
 - Polusi udara lingkungan
- Udara dingin
- Berat badan lahir rendah
- Defisiensi vitamin A

2.6.4 Klasifikasi Pneumonia

Klasifikasi Klinis

1. Klasifikasi tradisional meninjau ciri radiologist dan gejala klinis. Dibagi atas:

- a. Pneumonia tipikal, bercirikan tanda-tanda pneumonia lobaris yang klasik antara lain berupa awitan yang akut dengan gambaran radiologis berupa opasitas lobus dan lobularis, dan disebabkan kuman yang tipikal terutama *S. pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* atau *H. influenzae*.

- b. Pneumonia atipikal, ditandai oleh gangguan respirasi yang meningkat lambat dengan gambaran infiltrate paru bilateral yang difus. Biasanya disebabkan organisme yang atipikal termasuk *Mycoplasma pneumoniae*, virus *Legionella pneumophilla*, *Chlamydia psittaci* dan *Coxiella burnetti* (Dahlan, 2003:803).

2. Klasifikasi berdasarkan faktor lingkungan dan pejamu

Tabel 2.1 Klasifikasi Pneumonia Berdasarkan Lingkungan dan Pejamu

| <i>Tipe klinis</i> | <i>Epidemiologi</i> |
|-------------------------------------|--|
| Pneumonia komunitas | Sporadis atau endemic; muda atau orang tua |
| Pneumonia nosokomial | Didahului perawatan di rumah sakit |
| Pneumonia rekurens | Terdapat dasar penyakit paru kronik |
| Pneumonia aspirasi | Alkoholik, usia tua |
| Pneumonia pada gangguan imun | Pada pasien transplantasi, onkologi, AIDS |

Klasifikasi ini adalah yang lazim digunakan dan dengan cara ini dapat diperkirakan etiologi pneumonia secara *empiric* (Dahlan, 2003:804).

3. Klasifikasi sindrom klinis pneumonia dibagi menjadi:

a. Pneumonia bacterial (sindrom klinis pneumonia bacterial)

Diketahui bahwa kuman kelompok bacteria tertentu memberikan gambaran klinis pneumonia yang akut dengan konsolidasi paru, dapat berupa:

1. Pneumonia bacterial tipe tipikal yang terutama mengenai parenkim paru dalam bentuk bronkopneumonia dan pneumonia lobar.
2. Pneumonia bacterial tipe campuran (mixed type) dengan presentasi klinis atipikal yaitu perjalanan penyakit yang lebih ringan dan jarang disertai konsolidasi paru

b. Pneumonia nonbacterial

Merupakan pneumonia atipikal yang disebabkan oleh *Mycoplasma*, *Chlamydia pneumoniae* atau *Legionella* (Dahlan, 2003:804).

4. Klasifikasi pneumonia berdasarkan etiologi

1. Bakterial: *Streptococcus pneumoniae*, *H. influenzae*, *L. pneumophila*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *E. coli*, *Mycoplasma*, *Chlamydia*, dll.
2. Nonbakterial: tuberculosis, virus, fungi, dan parasit (Dahlan,2003:804)

2.6.5 Manifestasi Klinis

Pneumonia Komunitas (Community acquired pneumonia)

Secara tradisional bentuk pneumonia ini diperkirakan terdapat sebagai dua buah sindroma yang berbeda, yaitu dengan gambaran yang tipikal dan atipikal. Meskipun data terakhir menunjukkan bahwa kedua sindroma ini mungkin tidak begitu berbeda daripada yang diperkirakan sebelumnya, namun ciri khas gambaran klinisnya mempunyai nilai diagnostik (Levison, 1995:1333).

Sindroma pneumonia yang tipikal ditandai oleh awitan febris yang mendadak, batuk produktif dengan sputum yang purulen dan kemungkinan pula nyeri dada pleuritik; tanda konsolidasi paru (pekak pada perkusi, peningkatan fremitus, egofonia, suara nafas bronkial dan ronki) dapat ditemukan pada pemeriksaan fisis di daerah yang gambaran radiologiknya abnormal (Levison, 1995:1333).

Pneumonia yang atipikal ditandai oleh awitan yang lebih bertahap, batuk kering, menonjol gejala ekstrapulmonalis (seperti nyeri kepala, mialgia, kelelahan, sakit leher, mual, muntah dan diare) dan abnormalitas pada hasil foto thoraks sekalipun pada pemeriksaan fisis terdapat tanda kelainan paru minimal yang bukan suara ronki (Levison, 1995:1333).

Virus tertentu juga menimbulkan pneumonia yang biasanya ditandai dengan gambaran yang atipikal, yaitu gejala menggigil, febris, batuk yang kering dan nonproduktif dengan dominasi gejala ekstrapulmonal. Pneumonia virus yang primer

dapat disebabkan oleh penyakit influenza yang biasanya sebagai bagian dari KLB influenza dalam masyarakat yang terjadi pada musim dingin, infeksi virus sinsitial pernafasan pada anak atau individu yang sistem kekebalannya menurun, campak serta varisella. Infeksi bakteri dapat didahului oleh bertambah buruknya kondisi klinis pasien yang terjadi secara tiba-tiba dengan disertai gejala menggigil, febris serta batuk yang produktif dengan sputum purulen yang persisten atau yang kambuh kembali dan mungkin disertai dengan nyeri dada pleuritik (Levison, 1995:1333).

Pneumonia nosokomial

Pasien pneumonia nosokomial kerap kali memberikan tantangan diagnostik. Pada pasien ini, respon inflamasinya pada mulanya terbatas hanya pada interstitium paru. Gejala batuk, produksi sputum dan tanda konsolidasi paru hanya terjadi setelah infeksi meluas ke dalam bronkus. Pasien ini biasanya tampak sakit berat dengan infeksi intravaskuler di samping pneumonia dan dapat ditemukan dengan tanda endokarditis (Levison, 1995:1334).

Tabel 2.2 Pedoman Klinis dalam Membedakan Penyebab Pneumonia

| Pemeriksaan | Bakteri | Virus | Mikoplasma |
|-----------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Anamnesis | | | |
| Umur | Berapapun, bayi | Berapapun | Usia sekolah |
| Awitan | Mendadak | Perlahan | Tidak nyata |
| Sakit serumah | Tidak | Ya, bersamaan | Ya, berselang |
| Batuk | Produktif | Nonproduktif | Kering |
| Gejala penyerta | Toksik | Mialgi, ruam, organ bermukosa | Nyeri kepala, otot, tenggorok |
| Fisis | | | |
| Keadaan umum | Klinis > temuan | Klinis ≤ temuan | Klinis < temuan |
| Demam | Umumnya $\geq 39^0$ | Umumnya $< 39^0$ | Umumnya $< 39^0$ |
| Auskultasi | Ronkhi ±, suara nafas melemah | Ronkhi bilateral, difus, mengi | Ronkhi unilateral, mengi |

2.6.6 Penegakan Diagnosis

Diagnosis klinis pneumonia bergantung kepada penemuan kelainan fisis atau bukti radiologist yang menunjukkan konsolidasi (Dahlan, 2003:805). Klasifikasi diagnosis klinis pada masa kini dilengkapi factor patogenesis yang berperan (lingkungan, pejamu, kuman penyebab).

1. Anamnesis

Anamnesa ditujukan untuk mengetahui kemungkinan penyebab yang berhubungan dengan factor infeksi:

- Evaluasi factor pasien/predisposisi: PPOK (*H. influenzae*), penyakit kronik (kuman ganda), kejang atau tidak sadar (aspirasi gram negative, *Pneumocystis carinii*, CMV, Legionella, jamur, Mycobacterium), kecanduan obat bius (Staphylococcus).

- b. Membedakan lokasi infeksi: PK (*Streptococcus pneumoniae*, *H. influenzae*, *M. pneumoniae*); rumah jompo, PN (*Staphylococcus aureus*, Gram negative)
- c. Usia pasien: bayi (virus), muda (*M. pneumoniae*), dewasa (*S. pneumoniae*)
- d. Awitan: cepat, akut dengan rusty coloured sputum (*S. pneumoniae*); perlahan dengan batuk, dahak sedikit (*M. pneumoniae*) (Dahlan, 2003:805).

2. Pemeriksaan Fisik

Presentasi bervariasi tergantung etiologi, usia dan keadaan klinis. Dengan memperhatikan gejala klinis maka akan mengarah pada tipe kuman penyebab dan tingkat berat penyakit:

- a. Awitan akut biasanya oleh kuman pathogen seperti *S. pneumoniae*, *Streptococcus* sp., *Staphylococcus*. Pneumonia virus ditandai dengan mialgia, malaise, batuk kering dan nonproduktif. Awitan lebih insidious dan ringan pada orang tua/imunitas menurun akibat kuman yang kurang pathogen/opportunistik.
- b. Tanda-tanda fisis pada pneumonia klasik bisa didapatkan berupa demam, sesak napas, tanda-tanda konsolidasi paru
- c. Warna, konsistensi, dan jumlah sputum penting untuk diperhatikan (Dahlan, 2003:805)

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Radiologis

Pemeriksaan foto paru (PA maupun lateral) hanya akan menunjukkan kelainan jelas pada pneumonia klasik, yaitu saat sudah dimulainya stadium hepatisasi berupa timbulnya suatu infiltrat baru (pada foto beberapa hari sebelumnya tidak ada) berbatas agak jelas. Dengan makin masuknya penderita dalam stadium hepatisasi, makin meluaslah infiltrat ini untuk akhirnya mencapai satu lobus paru secara penuh. Biasanya yang terkena adalah lobus inferior dan lobus medius paru kanan sedang pada paru kiri ialah lobus

inferior. Sebaliknya pada stadium prodromal maupun stadium resolusi tidak ditemukan kelainan yang khas dan nyata (Dahlan, 2003:232).

Pemeriksaan Laboratorium

Pada pemeriksaan darah rutin akan menunjukkan adanya leukositosis yang umumnya menandai adanya infeksi bakteri; leukosit normal/rendah dapat disebabkan oleh infeksi virus/mikoplasma atau pada infeksi yang berat sehingga tidak terjadi respon leukosit, orang tua atau lemah (Dahlan, 2003:806).

Pemeriksaan Bakteriologis

Bahan berasal dari sputum, darah, aspirasi jarum transtorakal, torakosintesis, bronkoskopi, atau biopsy. Kultur kuman merupakan pemeriksaan utama praterapi dan bermanfaat untuk evaluasi terapi selanjutnya (Dahlan, 2003:806).

Pemeriksaan Khusus

Titer antibody terhadap virus, legionella dan mikoplasma. Nilai diagnostic bila titer tinggi atau ada kenaikan titer 4 kali. Analisis gas darah dilakukan untuk menilai tingkat hipoksia dan kebutuhan oksigen (Dahlan, 2003:806).

2.6.7 Diagnosis

Diagnosis pneumonia terbaik adalah berdasarkan etiologi, yaitu dengan pemeriksaan mikrobiologik. Sayangnya pemeriksaan ini banyak sekali kendalanya, baik dari segi teknis maupun biaya. Bahkan dalam penelitianpun kuman penyebab spesifik hanya dapat diidentifikasi pada kurang dari 50% kasus (Long, 1994:89). Dengan demikian pneumonia didiagnosis terutama berdasarkan manifestasi klinis, dibantu pemeriksaan penunjang lain.

Tanpa pemeriksaan mikrobiologik, kesulitan yang lebih besar adalah membedakan kuman penyebab; bakteri, virus, atau kuman lain. Padahal penegakan diagnosis dibuat dengan pengarahannya kepada pemberian terapi empiris, yaitu mencakup bentuk dan luas penyakit, tingkat berat penyakit, dan perkiraan jenis kuman penyebab infeksi (Long, 1994:89)

Dugaan mikroorganisme penyebab infeksi mengarahkan kepada pemilihan antibiotik yang tepat. Mengingat gambaran PN yang tidak khas dan berbeda dari PK, maka untuk diagnosis PN digunakan kriteria diagnosis PN yang diajukan oleh Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA, seperti terlihat di bawah ini. Harus memenuhi satu dari 4 kriteria

1. Ronki atau dullness pada perkusi dada. Ditambah salah satu:
 - a. Onset baru sputum purulen atau perubahan karakteristiknya
 - b. Isolasi kuman dari darah
 - c. Isolasi kuman dari bahan yang didapat dari aspirasi transtrakeal, biopsi atau sapuan bronkus
2. Gambaran radiologis berupa infiltrat baru yang progresif, konsolidasi, kavitasi, atau efusi pleura. Dan salah satu dari a, b, di atas
3. Pasien sama atau < 12 tahun dengan 2 dari gejala-gejala berikut: apnea, takipnea, bradikardia, *wheezing*, ronki, atau batuk, disertai salah satu dari:
 - a. Isolasi virus atau eteksi antigen virus dari sekret respirasi
 - b. Titer antibodi tunggal yang diagnostik (Ig M), atau peningkatan 4x titer Ig dari kuman
 - c. Bukti histopatologis pneumonia
 - d. Peningkatan produksi sekresi respirasi salah satu dari kriteria no.2 di atas
4. Pasien sama atau < 12 tahun yang menunjukkan infiltrat baru atau progresif, kavitasi, konsolidasi atau efusi pleura pada foto dada. Ditambah salah satu dari kriteria No.3 di atas (Garner, 1988:90)

2.6.8 Pengobatan, Terapi dan Komplikasi

Pneumonia Komunitas (Community acquired pneumonia)

Penatalaksanaan pasien rawat-jalan

Sebagian besar pneumonia didapat-komunitas pada orang dewasa yang sebelumnya dalam keadaan sehat tidak memerlukan rawat-inap di rumah sakit. Karena diagnosis mikrobial tidak mungkin dilaksanakan dalam lingkungan kamar praktek, terapi antimikroba per oral seringkali dilakukan secara empiris. Banyak pakar yang masih menganjurkan penggunaan penisilin V atau amoksisilin untuk pneumonia didapat-komunitas dengan gambaran "tipikal" pada pasien rawat-jalan yang usianya lebih muda tanpa riwayat penyakit sebelumnya. Sefalosporin generasi kedua, doksisisiklin dan eritromisin merupakan pilihan alternatif (Levison, 1995:1330).

Pada pasien lanjut-usia atau pasien rawat-jalan usia-dewasa dengan riwayat penyakit respirasi dan gambaran pneumonia "tipikal" didapat-komunitas, doksisisiklin dan sefuroksim dapat digunakan. Sedangkan pada pasien dewasa muda dengan presentasi "atipikal" doksisisiklin, eritromisin dan siprofloksasin dapat digunakan. Pada pneumonia yang disebabkan oleh mikroorganisme anaerob dapat diobati dengan klindamisin, amoksisilin yang dikombinasikan dengan metronidazol atau amoksisilin/asam klavunat (Levison, 1995:1337).

Penatalaksanaan rawat inap

Pasien dengan pneumonia didapat-komunitas dan sakitnya cukup berat sehingga perlu dirawat di rumah sakit, harus menjalani pemeriksaan mikrobiologik yang dengan segera sputum yang diwarnai Gram dan dengan pengetahuan tentang sensitivitas terakhir mikroorganisme patogen paru terhadap antimikroba di daerah geografik setempat yang akan mengarahkan pemberian empiris. Terapi antimikroba parenteral pada pasien yang dirawat di rumah sakit biasanya menjadi tindakan yang diperlukan. Penisilin dan ampisilin tetap menjadi obat pilihan untuk pasien dengan suspek pneumonia pneumokokus (Levison, 1995:1337).

Nosokomial pneumonia

Pneumonia yang didapat dari institusi perawatan seperti panti atau rumah sakit acapkali disebabkan oleh basil enterik gram-negatif, *P. aeruginosa* atau *S. aureus* dengan atau tanpa mikroorganisme anaerob oral. Terapi antimikroba harus diarahkan oleh hasil pewarnaan Gram terhadap sputum dan pengetahuan mengenai kuman nosokomial patogen yang prevalen serta pola sensitivitas antimikroba *in vitro* yang sekarang ini dari kuman nosokomial patogen dalam lembaga perawatan yang khusus (Levison, 1995:1338).

Tabel 2.3 Terapi Empiris terhadap Nosokomial Pneumonia

| Terapi antimikroba secara empiris terhadap pneumonia yang didapat dari instansi/lembaga berdasarkan pewarnaan Gram pada sputum | |
|--|---|
| Diperkirakan <i>S. aureus</i> | Nafsilin atau vankomisin |
| Diperkirakan: Basil enterik Gram negatif atau <i>P. aeruginosa</i> | 1. Seftazidim ± aminoglikosida 2. Tikarsilin ± aminoglikosida 3. Aztreonam ± aminoglikosida 4. Imipenem ± aminoglikosida 5. Fluorokuinolon ± aminoglikosida |
| Flora campuran | 1. Seftazidim + klindamisin (atau metronidazol) ± aminoglikosida 2. Tikarsilin/klavunat ± aminoglikosida 3. Aztreonam + klindamisin (atau metronidazol) ± aminoglikosida 4. Imipenem ± aminoglikosida 5. Fluorokuinolon + klindamisin (atau metronidazol) ± aminoglikosida atau β -laktam |

Komplikasi

- Efusi pleura dan empiema. Efusi pleura terjadi pada sekitar 25% pasien dengan pneumonia pneumococcal, dan empiema (purulent effusion) lebih

jarang terjadi. Terkadang pada infeksi bakterial terjadi empiema dengan cairan eksudat

- Komplikasi sistemik. Dapat terjadi akibat invasi kuman atau bakteriemia berupa meningitis. Dapat juga terjadi dehidrasi dan hiponatremia, anemia pada infeksi kronik, peninggian ureum dan enzim hati. Kadang-kadang terjadi peninggian fosfatase alkali dan bilirubin akibat adanya kolestasis intrahepatik
- Hipoksemia akibat gangguan difusi
- Apneumonia kronik yang dapat terjadi bila pneumonia berlangsung lebih dari 4-6 minggu akibat kuman anaerob *S. aureus*, dan kuman gram negatif seperti *Pseudomonas aeruginosa*
- Bronkiektasis. Biasanya terjadi karena pneumonia pada masa anak-anak tetapi dapat juga oleh infeksi berulang di lokasi bronkus distal pada cystic fibrosis atau hipogamaglobulinemia, tuberkulosis, atau pneumonia nekrotikans. (Dahlan, 2003:807).

2.6.9 Prognosis dan Pencegahan

Prognosis

1. Pneumonia komunitas (community acquired pneumonia)

Angka morbiditas dan mortalitas pneumonia menurun sejak ditemukannya antibiotik. Faktor yang berperan adalah patogenitas kuman, usia, penyakit dasar dan kondisi pasien. Secara umum angka kematian pneumonia pneumokokus adalah sebesar 5%, namun dapat meningkat menjadi 60% pada orang tua dengan kondisi buruk misalnya gangguan imunologis, sirosis hepatitis, penyakit paru obstruktif kronik, atau kanker. Adanya leukopenia, ikterus, terkenanya 3 atau lebih lobus paru dan komplikasi ekstraparu merupakan tanda prognosis yang buruk. Kuman gram negatif menimbulkan prognosis yang lebih jelek (Dahlan, 2003:808).

Prognosis pada orang tua dan anak kurang baik, karena itu perlu perawatan di RS kecuali bila penyakitnya ringan. Orang dewasa (<60 tahun) dapat berobat jalan kecuali:

1. Bila terdapat penyakit paru kronik
2. PN meliputi banyak lobi
3. Disertai gambaran klinis yang berkaitan dengan mortalitas yang tinggi yaitu:
 - Usia > 60 tahun
 - Dijumpai adanya gejala pada saat masuk perawatan RS: frekuensi nafas > 30 x/m, tekanan diastolik < 60 mmHg, bingung
 - Hasil pemeriksaan setelah perawatan: tensi < 60 mmHg, leukosit abnormal (<4.000 atau >30.000/mm³), urea N meningkat, pO₂ turun, dan albumin serum rendah (<3,5 g%)

Kematian yang disebabkan oleh pneumonia lebih banyak pada pasien yang mempunyai riwayat penyakit lain, rentan terhadap penyakit serta orang tua (Baum, 1998:509).

2. Pneumonia nosokomial (nosokomial pneumonia)

Pneumonia nosokomial di Amerika Serikat merupakan urutan ke-2 penyebab kematian yang diakibatkan infeksi nosokomial. Pneumonia nosokomial merupakan penyebab kematian utama oleh infeksi pada pasien yang berusia tua, pascaoperatif, dan yang menjalani ventilasi mekanis. (Dahlan, 2003:809).

Pencegahan

Pencegahan pneumonia meliputi upaya pengurangan kemungkinan untuk terjangkit kuman patogen dan peningkatan respon tubuh pejamu jika terkena kuman tersebut (Levison, 1995:1339).

1. Pencegahan Pneumonia Komunitas

Di luar negeri dianjurkan pemberian vaksinasi influenza dan pneumokokus terhadap orang dengan risiko tinggi, misalnya pasien dengan gangguan imunologis, penyakit berat termasuk penyakit paru kronik, hati, ginjal dan jantung. Disamping itu

vaksinasi juga perlu diberikan untuk penghuni rumah jompo atau rumah penampungan penyakit kronik, dan usia diatas 65 tahun (Dahlan, 2003:808)

2. Pencegahan Pneumonia Nosokomial

Pencegahan pneumonia nosokomial berkaitan dengan prinsip umum pencegahan infeksi dengan cara penggunaan peralatan invasif yang tepat.

Beberapa faktor yang dapat dikoreksi untuk mengurangi terjadinya PN adalah:

- Mengobati penyakit dasar
- Menghindari penghambat histamin tipe II dan antasida
- Meninggikan posisi kepala
- Pengangkatan selang nasogastrik dan endotrakeal
- Mengontrol pemakaian antibiotik
- Menghindari stress bleeding
- Mengontrol infeksi:
 - Pengawasan
 - Pendidikan
 - Mencuci tangan
 - Desinfektan peralatan
 - Perawatan saluran nafas yang benar
- Dekontaminasi selektif saluran cerna (Dahlan, 2003:808).

2.7 Perilaku Kesehatan

2.7.1 Pengertian Perilaku

Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Oleh karena itu perilaku ini terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespon, maka teori skinner ini disebut teori "S-O-R" atau (Stimulus-Organisme-Respons) (Notoatmojo, 2003:118). Skinner (1938) dalam Notoatmojo (2003) membedakan adanya dua respons.

1. *Respondent respons* atau *reflexive*, yakni respon yang ditimbulkan oleh rangsangan (stimulus) tertentu. Stimulus semacam ini disebut *eliciting stimulation* karena menimbulkan respon-respon yang relatif tetap.
2. *Operant respons* atau *instrumental respons*, yakni respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimulus atau perangsang tertentu. Perangsang ini disebut *reinforcing stimulation* atau *reinforcer* karena memperkuat respon.

Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua.

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselebung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut, dan belum dapat diamati oleh orang lain.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek (*practice*).

2.7.2 Pengertian Perilaku Kesehatan

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2003) tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman, serta lingkungan. Dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi 3 kelompok.

1. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*)

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Perilaku ini mencakup 3 aspek.

- a. Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.
 - b. Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat.
 - c. Perilaku gizi (makanan) dan minuman.
2. Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*).

Perilaku ini adalah mencakup upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan.

3. Perilaku kesehatan lingkungan

Adalah bagaimana seseorang merespon lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya.

2.7.3 Domain Perilaku

Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respon tiap-tiap orang berbeda (Notoatmojo, 2003:126). Benyamin Bloom (1908) dalam Notoatmojo (2003) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia itu ke dalam 3 domain.

1. Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan adalah merupakan hasil "tahu", dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yaitu: indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoatmojo, 2003:127).

Pengetahuan yang dicakup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat satu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari suatu bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang sudah paham terhadap suatu objek atau materi harus menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya).

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam suatu struktur organisasi tersebut, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek (Notoatmojo, 2002:128-30)

2. Sikap (*attitude*)

Sikap adalah merupakan reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup (Notoatmojo, 2003:130).

Seperti halnya dengan pengetahuan, sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu:

a. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek)

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan, lepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang menerima ide tersebut.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan mengenai suatu masalah.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resikonya (Notoatmojo, 2003:132)

3. Praktek atau Tindakan (*practice*)

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan ia akan melaksanakan atau mempraktekkan apa yang diketahui atau disikapinya. Inilah yang disebut praktk (*practice*) kesehatan.

Praktek mempunyai beberapa tingkatan, yakni:

a. Persepsi (*perseption*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil.

b. Respon terpimpin (*guided response*)

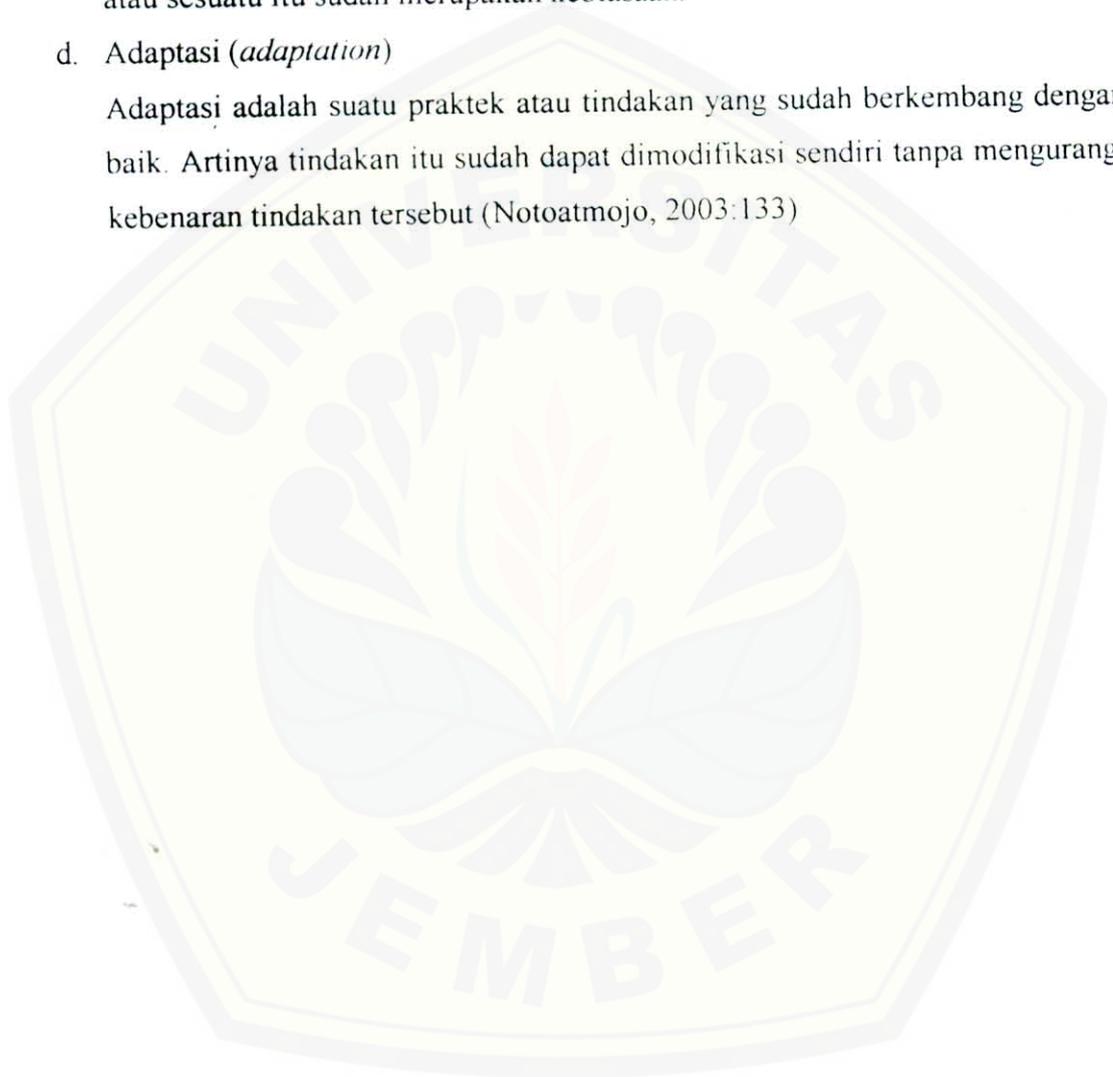
Dapat melakukan sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh.

c. Mekanisme (*mecanism*)

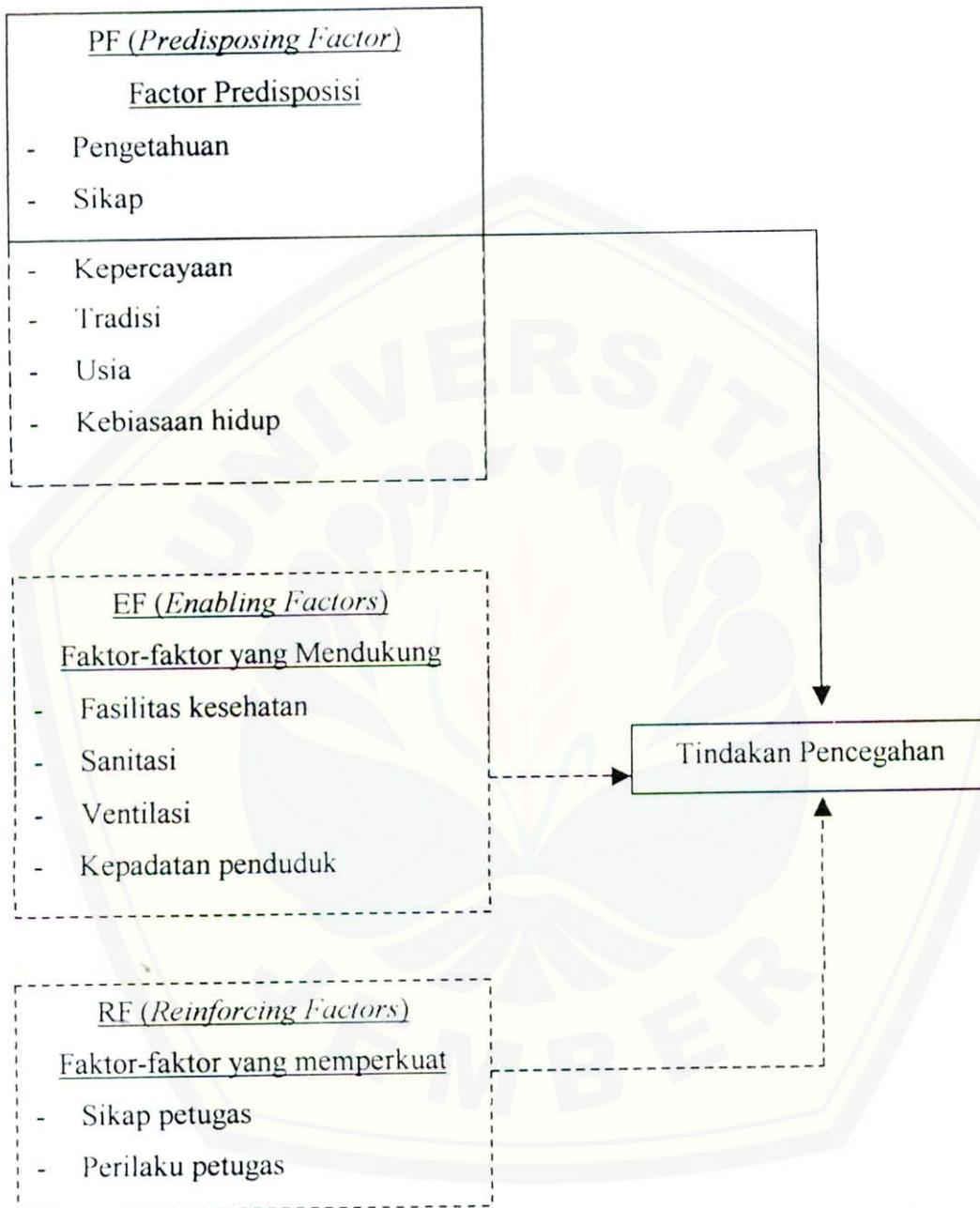
Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar dan otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan.

d. Adaptasi (*adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dapat dimodifikasi sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut (Notoatmojo, 2003:133)



2.8 Kerangka Konseptual Penelitian



Keterangan: Diteliti
 Tidak diteliti

Gambar 2.3 Kerangka Konseptual Penelitian

2.4 Hipotesis Penelitian

Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan antara pengetahuan dengan tindakan pencegahan terhadap ISPA
2. Ada hubungan antara sikap dengan tindakan pencegahan terhadap ISPA





BAB 3. METODE PENELITIAN

1.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian survei analitik dengan desain studi *cross-sectional*. Penelitian *cross sectional* merupakan penelitian dengan model pendekatan atau observasi sekaligus pada satu saat atau *point time approach*.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Pondok Pesantren Ashri Jember. Waktu pelaksanaan penelitian ini pada bulan Desember 2006

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi penelitian

Populasi penelitian adalah siswi MTs Pondok Pesantren Ashri kelas 1, 2 dan 3 tahun ajaran 2006/2007

3.3.2 Sampel penelitian

Sampel pada penelitian ini adalah siswi MTs kelas 1,2 dan 3 yang bersekolah sekaligus tinggal di dalam pondok tersebut. Dengan demikian diharapkan sampel dapat homogen karena semua siswi berada pada satu lingkungan sekolah dan tempat tinggal yang sama. Seluruh siswi MTs kelas 1, 2 dan 3 berjumlah 110 siswi, dengan rincian:

Kelas 1 sejumlah 36 siswi

Kelas 2 sejumlah 36 siswi

Kelas 3 sejumlah 38 siswi

3.3.2 Teknik Pengambilan Sampel

Sampel pada penelitian ini diambil secara Total Sampling

3.4 Identifikasi Variabel Penelitian

3.4.1 Variabel Bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pengetahuan dan sikap siswi tentang penyakit ISPA.

3.4.2 Variabel Tergantung

Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah praktek atau tindakan yang dilakukan siswi terhadap penyakit ISPA.

3.5 Definisi Operasional Variabel

3.5.1 Pengetahuan

Pengetahuan adalah wawasan atau sesuatu yang diketahui siswi pondok pesantren tentang segala hal yang berkaitan dengan ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut). Siswi yang dimaksud disini adalah siswi MTs Ashri kelas 1, 2 dan 3 yang sekolah sekaligus tinggal di dalam pondok pesantren tersebut.

Untuk menilai pengetahuan tentang penyakit ISPA, maka akan dipaparkan beberapa hal yang berkaitan dengan:

1. Definisi ISPA
2. Tanda dan gejala penyakit ISPA
3. Penularan penyakit ISPA
4. Pengobatan penyakit ISPA
5. Pencegahan penyakit ISPA

Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner tentang 'Pengetahuan mengenai ISPA' pada lembar pertanyaan A yang terdiri dari 10 pertanyaan.

Pemberian skor untuk pengetahuan adalah sebagai berikut:

- a. Jawaban benar diberi skor 2
- b. Jawaban salah diberi skor 0
- c. Jawaban tidak tahu diberi skor 1

Sehingga skor untuk penilaian hasil kuesioner adalah:

- Maksimal : 20
- Median : 10
- Minimal : 0

Berdasarkan hal tersebut diberi ketentuan:

- 14-20, dianggap pengetahuan yang dimiliki tinggi
- 7-13, dianggap pengetahuan yang dimiliki sedang
- 0-6, dianggap pengetahuan yang dimiliki rendah (Sedarmayanti & Hidayat, 2002)

3.5.2 Sikap

Sikap adalah reaksi yang tertutup (pemikiran, perasaan dan penilaian) siswi pondok pesantren tentang segala hal yang berkaitan dengan ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut).

Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner tentang "Sikap mengenai ISPA" pada lembar pertanyaan B yang terdiri dari 10 pertanyaan.

Pemberian skor untuk sikap adalah sebagai berikut:

Pernyataan yang bersifat positif, maka angka untuk masing-masing jawaban adalah:

- a. Setuju : diberi nilai 2
- b. Ragu-ragu : diberi nilai 1
- c. Tidak setuju : diberi nilai 0

Pernyataan yang bersifat negatif, maka angka untuk masing-masing jawaban adalah:

- a. Tidak setuju : diberi nilai 2
- b. Ragu-ragu : diberi nilai 1
- c. Setuju : diberi nilai 0

Sehingga skor untuk penilaian hasil kuesioner adalah:

- Maksimal : 20
- Median : 10
- Minimal : 0

Berdasarkan hal tersebut diberi ketentuan:

- 14-20, dianggap sikap mendukung atau sikap tinggi
- 7-13, dianggap sikap cukup mendukung atau sikap sedang
- 0-6, dianggap sikap tidak mendukung atau sikap rendah (Sedarmayanti & Hidayat, 2002)

3.5.3 Tindakan Pencegahan

Merupakan praktek atau tindakan siswi terhadap penyakit ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut).

Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner tentang "tindakan pencegahan" berkaitan dengan pencegahan penyakit ISPA pada lembar pertanyaan bagian C yang terdiri dari 10 pertanyaan.

Pemberian skor untuk tindakan pencegahan adalah sebagai berikut:

- a. Jawaban yang menunjukkan tindakan yang benar diberi skor 2
- b. Jawaban yang menunjukkan tindakan yang mendekati benar diberi skor 1
- c. Jawaban yang menunjukkan tindakan yang salah atau tidak melakukan tindakan apa-apa diberi skor 0

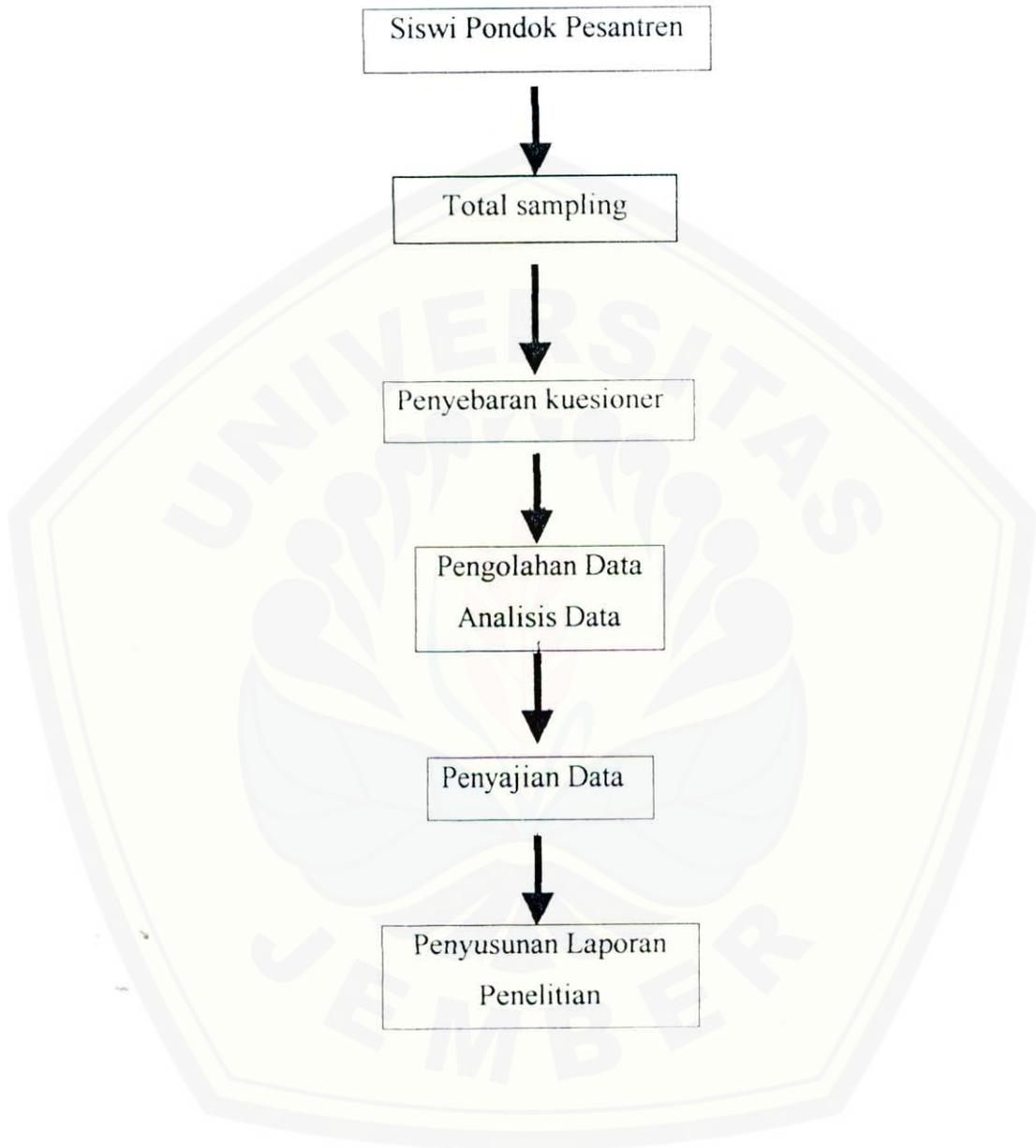
Sehingga skor untuk penilaian hasil kuesioner adalah:

- a. Maksimal : 20
- b. Median : 10
- c. Minimal : 0

Berdasarkan hal tersebut diberi ketentuan:

- a. 14-20, dianggap tindakan pencegahan tinggi
- b. 7-13, dianggap tindakan pencegahan sedang
- c. 0-6, dianggap tindakan pencegahan rendah (Sedarmayanti & Hidayat, 2002)

3.6 Prosedur Penelitian



3.7 Teknik Pengolahan Data

a. Editing

Memeriksa kembali apakah semua data yang dikumpulkan dengan tujuan mengecek kembali apakah hasilnya sudah sesuai dengan rencana atau tujuan yang hendak dicapai. Apabila ada beberapa data yang kurang sebaiknya diperbaiki dengan jalan menanyakan kembali pada responden

b. Coding

Hal ini dilaksanakan untuk mempermudah waktu mengadakan tabulasi dan analisa.

c. Pengukuran Data

Dalam penelitian hasil data yang diperoleh dikumpulkan kemudian ditabulasikan.

3.8 Teknik Analisis Data

Hasil data yang diperoleh dianalisis dengan uji analistik *Spearman Rank Correlation* untuk mengetahui hubungan antara dua variabel bebas (yaitu pengetahuan dan sikap) dengan satu variabel terikat (tindakan pencegahan) dan juga mengetahui keeratan hubungan yang ada. Setiap nilai dari masing-masing variabel yang diperoleh akan dikategorikan ke dalam beberapa kelompok sesuai distribusi nilai kategori masing-masing variabel dengan skala data ordinal. Kemudian diukur keeratan hubungan antara variabel pengetahuan dan sikap dengan variabel tindakan pencegahan.

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Tingkat pengetahuan ISPA yang dimiliki mayoritas responden (53,36%) tergolong tinggi
2. Sikap terhadap ISPA yang dimiliki mayoritas responden (95,45%) tergolong sedang
3. Tindakan pencegahan ISPA yang dimiliki mayoritas responden (85,45%) tergolong tinggi
4. Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ISPA dengan tindakan pencegahan ISPA pada responden
5. Tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap ISPA dengan tindakan pencegahan ISPA pada responden

5.2 Saran

1. Perlu dilakukan penelitian lain mengenai faktor-faktor lain yang mempengaruhi atau membentuk tindakan pencegahan terhadap ISPA yang antara lain kepercayaan, tradisi, usia, kebiasaan hidup, fasilitas kesehatan, sanitasi, ventilasi, kepadatan penduduk, sikap dan perilaku petugas kesehatan untuk mengetahui faktor yang paling kuat dalam mempengaruhi tindakan pencegahan ISPA.
2. Perlu dibandingkan antara perilaku pencegahan terhadap ISPA antara pondok pesantren kota dengan pondok pesantren desa untuk menganalisis persamaan atau perbedaan perilaku pencegahan ISPA antara kedua pondok pesantren tersebut.



DAFTAR PUSTAKA

- Adams, GL.*et al.*, 1997. *BOIES Buku Ajar Penyakit THT*. Jakarta: EGC
- Agustini, Hendriati. 2006. *Perkembangan Psikologi Remaja*. Bandung: Refika Aditama.
- Alsagaff, H. & Mukty, H.A. 2002. *Dasar-dasar Ilmu Penyakit Paru*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Baum, GL. *et al.* 1998. *Textbook of Pulmonary Disease*. New York: Lippincott-raven Publisher.
- Cody, DTR.*et al.* 1993. *Penyakit Telinga, Hidung, dan Tenggorokan*. Jakarta: EGC.
- Dahlan, Zul. 2003. *Pneumonia. Dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Danim, Sudarwan. 2004. *Metode Penelitian Untuk Ilmu-Ilmu Prilaku*. Jakarta: Bumi Aksara
- Danusantoso, Halim. 2000. *Buku Saku Ilmu Penyakit Paru*. Jakarta: Hipokrates.
- Djafar, ZA. 2002. *Kelainan Telinga Tengah. dalam Buku Ajar Ilmu Kesehatan telinga, Hidung, Tenggorok Kepala Leher edisi ke lima* Jakarta: Balai Penerbit FKUI

- Jawetz, Melnick, & Adelberg's. 2001. *Mikrobiologi Kedokteran*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kumar, P & Clark, M. 1994. *Clinical Medicine A Textbook for Medical Students and Doctors 3rd ed*. London: ELBS.
- Levison, ME. 2000. *Pneumonia. dalam Prinsip-prinsip Ilmu Penyakit Dalam Harison volume 3*. Jakarta: EGC.
- Nelson. 1996. *Textbook of Pediatric 15th ed*. Philadelphia: WB Saunders Company.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Octojo. 1983. *Statistik Dasar Untuk Ilmu Kedokteran & Kesehatan Gigi*. Surabaya: Airlangga University Press
- Pechere, JC.1995. *Pneumonia-no Single Definition. dalam Community Acquired Pneumonia in Children*. Wellingborough: Cambridge Medical Publication.
- Phelan PD, Olinsky A, Robertson C. 1994. *Respiratory Illness in Children 4th ed*. Melbourne: Blackwell Sci Publ.
- Rab, HT. 1990. *Ilmu Penyakit Paru*. Jakarta: Hipokrates.
- Sedarmayanti & Hidayat, Syarifudin. 2002. *Metode Penelitian*. Bandung: PT Mandar Maju

LAMPIRAN A. KUESIONER

**KUESIONER PENELITIAN
HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN SIKAP SISWI TENTANG
ISPA DENGAN TINDAKAN PENCEGAHANNYA
DI PONDOK PESANTREN**

I. PETUNJUK PENGISIAN

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan saudara untuk menjawab seluruh pertanyaan yang ada.
- b. Berilah tanda silang (X) pada setiap pilihan jawaban yang menurut Anda paling benar.

II. DATA RESPONDEN

- a. Nama Responden :
- b. Kelas :
- c. Tinggal di : dalam/luar pondok (coret yang salah)

A. PENGETAHUAN SISWI TENTANG ISPA

1. Apakah yang Anda ketahui tentang kepanjangan ISPA
 - a. infeksi Saluran Pernafasan Akut
 - b. Infeksi Saluran Pernafasan Atas
 - c. Tidak tahu
2. Apakah yang Anda ketahui tentang lokasi ISPA
 - a. ISPA terjadi di saluran pernafasan atas dan bawah
 - b. ISPA terjadi di saluran pernafasan atas saja

- c. Tidak tahu
3. Apakah yang Anda ketahui mengenai penyebab ISPA
 - a. Infeksi virus dan bakteri
 - b. Minuman yang terlalu dingin atau terlalu panas
 - c. Tidak tahu
4. Penyebaran penyakit ISPA didukung oleh
 - a. Kepadatan penduduk/populasi
 - b. Tempat tinggal penduduk yang saling berjauhan
 - c. Tidak tahu
5. Menurut Anda apakah yang berhubungan dengan penyakit ISPA
 - a. Cuaca dan iklim yang lembab
 - b. Cuaca dan iklim yang kering
 - c. Tidak tahu
6. Menurut Anda penyebaran ISPA dipermudah oleh
 - a. Ventilasi dan sanitasi yang terbatas
 - b. Ventilasi dan sanitasi yang memadai
 - c. Tidak tahu
7. Beberapa gejala yang bisa ditimbulkan oleh penyakit ISPA
 - a. Pilek, batuk, demam
 - b. Gatal, pusing, lemas
 - c. Tidak tahu
8. Salah satu penyebab ISPA bisa dari
 - a. kuman normal yang menjadi patogen
 - b. Hanya berasal dari kuman luar
 - c. Tidak tahu
9. Bagaimana sifat penyakit ISPA
 - a. Menular
 - b. Tidak menular
 - c. Tidak tahu

10. Salah satu penyebab ISPA bisa dari
- a. Kuman normal yang menjadi infeksius
 - b. Hanya berasal dari kuman luar
 - c. Tidak tahu



B. SIKAP SISWI TERHADAP ISPA

1. Kesehatan tubuh perlu dijaga agar terhindar dari penyakit ISPA
 - a. Setuju
 - b. Ragu-ragu
 - c. Tidak setuju
2. Lingkungan yang sehat dapat menunjang kesehatan diri Anda
 - a. Setuju
 - b. Ragu-ragu
 - c. Tidak setuju
3. Ventilasi dan sanitasi yang sehat sangat penting untuk mencegah penyakit ISPA
 - a. Setuju
 - b. Ragu-ragu
 - c. Tidak setuju
4. Vaksinasi penting untuk mencegah penyakit ISPA
 - a. Setuju
 - b. Ragu-ragu
 - c. Tidak setuju
5. Penyakit ISPA memerlukan pengobatan
 - a. Setuju
 - b. Ragu-ragu
 - c. Tidak setuju
6. Siswi tidak perlu tahu tentang penyakit ISPA dan cara pencegahan dan pengobatannya.
 - a. Setuju
 - b. Ragu-ragu
 - c. Tidak setuju

2. Daun-daunan yang dianggap berkhasiat bisa digunakan untuk mencegah penyakit ISPA
 - a. Setuju
 - b. Ragu-ragu
 - c. Tidak setuju
3. Dokter atau petugas kesehatan lain tidak perlu mengadakan penyuluhan tentang ISPA karena semua itu tidak diperlukan
 - a. Setuju
 - b. Ragu-ragu
 - c. Tidak setuju
4. Bila terjadi gejala demam, batuk dan pilek sebaiknya tidak perlu minum obat karena hanya sakit biasa
 - a. Setuju
 - b. Ragu-ragu
 - c. Tidak setuju
5. Pemeliharaan lingkungan yang sehat dapat mencegah timbulnya penyakit ISPA
 - a. Setuju
 - b. Ragu-ragu
 - c. Tidak setuju

C. TINDAKAN PENCEGAHAN SISWI TERHADAP ISPA

1. Apa saja yang Anda lakukan untuk mencegah diri Anda dari penyakit ISPA
 - a. Menjaga kesehatan diri dan lingkungan
 - b. Menjaga kesehatan diri
 - c. Tidak melakukan apa-apa
2. Bagaimana upaya Anda agar sirkulasi udara di kamar Anda menjadi sehat
 - a. Rutin membuka pada pagi hari dan menutup jendela kamar pada sore hari
 - b. Membuka pada pagi hari hanya sebentar kemudian di tutup lagi
 - c. Tidak perlu dilakukan apa-apa
3. Apakah Anda melakukan vaksinasi untuk mencegah diri Anda dari penyakit ISPA
 - a. Selalu
 - b. Kadang-kadang
 - c. Tidak pernah
4. Apa yang Anda lakukan ketika sakit ISPA
 - a. Meminta bantuan tenaga kesehatan
 - b. Semakin menjaga kondisi tubuh agar sakit tidak bertambah parah, jika tetap tidak sembuh baru akan meminta pertolongan dokter.
 - c. Menunggu sembuh secara sendirinya dan tidak akan pergi meminta pertolongan tenaga kesehatan
5. Jika Anda menderita ISPA dan ada yang menganjurkan Anda untuk membeli obat, mana yang Anda pilih
 - a. Membeli obat di apotek
 - b. Membeli obat di warung
 - c. Tetap, saya tidak akan minum obat untuk menunggu sembuh dengan sendirinya
6. Jika Anda batuk atau terserang influenza saat berada di dekat teman Anda, apa yang Anda lakukan

- a. Memalingkan kepala ke belakang dan menutup mulut dan hidung dengan tangan atau saputangan
 - b. Menutup mulut dan hidung dengan saputangan tanpa harus menoleh ke belakang
 - c. Tidak perlu melakukan apa-apa, biar saja teman-teman juga ketularan
7. Apa yang Anda usahakan pada lingkungan sekitar Anda
- a. Ikut menjaga kebersihan dan kesehatannya
 - b. Menyuruh orang untuk menjaga kebersihan dan kesehatannya dan kita tidak harus ikut
 - c. Tidak perlu melakukan apa-apa, biarkan saja semua berjalan dengan sendirinya
8. Apakah Anda berusaha mencari tahu mengenai masalah penyakit ISPA
- a. Saya sudah berusaha mencari tahu
 - b. Saya tidak pernah mencari tahu sendiri tapi pernah dengar
 - c. Saya tidak pernah tahu dan tidak pernah mendengar
9. Apakah Anda mengusahakan lingkungan yang sehat untuk mencegah penyakit ISPA
- a. Saya selalu mengusahakannya setiap saat
 - b. Terkadang saya mengusahakannya
 - c. Saya tidak pernah dan tidak perlu mengusahakannya
10. Apakah Anda berusaha menggiatkan UKS/poliklinik di ponpes Anda sehingga dapat menanggulangi masalah ISPA dengan lebih baik
- a. Saya berusaha aktif agar UKS di tempat kami semakin berkembang
 - b. Saya tidak ikut aktif menggiatkan UKS tapi saya selalu berpartisipasi pada beberapa kegiatannya
 - c. Untuk apa berusaha, ada atau tidak UKS menurut saya sama saja

LAMPIRAN B. DATA HASIL PENELITIAN

| Responden | Pengetahuan | Kategori | Sikap | Kategori | Tindakan Pencegahan | Kategori |
|-----------|-------------|----------|-------|----------|---------------------|----------|
| 1 | 17 | Tinggi | 14 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 2 | 10 | Sedang | 18 | Tinggi | 13 | Sedang |
| 3 | 18 | Tinggi | 16 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 4 | 16 | Tinggi | 15 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 5 | 18 | Tinggi | 18 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 6 | 16 | Tinggi | 17 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 7 | 14 | Tinggi | 15 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 8 | 13 | Sedang | 18 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 9 | 16 | Tinggi | 14 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 10 | 14 | Tinggi | 18 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 11 | 14 | Tinggi | 18 | Tinggi | 13 | Sedang |
| 12 | 17 | Tinggi | 18 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 13 | 18 | Tinggi | 18 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 14 | 16 | Tinggi | 17 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 15 | 16 | Tinggi | 17 | Tinggi | 13 | Sedang |
| 16 | 14 | Tinggi | 18 | Tinggi | 13 | Sedang |
| 17 | 18 | Tinggi | 14 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 18 | 14 | Tinggi | 19 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 19 | 18 | Tinggi | 18 | Tinggi | 18 | Tinggi |
| 20 | 16 | Tinggi | 17 | Tinggi | 18 | Tinggi |
| 21 | 16 | Tinggi | 18 | Tinggi | 18 | Tinggi |
| 22 | 16 | Tinggi | 18 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 23 | 18 | Tinggi | 18 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 24 | 18 | Tinggi | 13 | Sedang | 15 | Tinggi |

| | | | | | | |
|----|----|--------|----|--------|----|--------|
| 25 | 12 | Sedang | 19 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 26 | 14 | Tinggi | 19 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 27 | 18 | Tinggi | 16 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 28 | 13 | Sedang | 17 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 29 | 19 | Tinggi | 16 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 30 | 14 | Tinggi | 14 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 31 | 16 | Tinggi | 18 | Tinggi | 19 | Tinggi |
| 32 | 14 | Tinggi | 18 | Tinggi | 19 | Tinggi |
| 33 | 12 | Sedang | 17 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 34 | 16 | Tinggi | 18 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 35 | 18 | Tinggi | 16 | Tinggi | 19 | Tinggi |
| 36 | 18 | Tinggi | 16 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 37 | 10 | Sedang | 16 | Tinggi | 14 | Tinggi |
| 38 | 10 | Sedang | 15 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 39 | 12 | Sedang | 19 | Tinggi | 14 | Tinggi |
| 40 | 11 | Sedang | 19 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 41 | 11 | Sedang | 18 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 42 | 11 | Sedang | 17 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 43 | 14 | Tinggi | 18 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 44 | 10 | Sedang | 14 | Tinggi | 11 | Sedang |
| 45 | 10 | Sedang | 18 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 46 | 11 | Sedang | 14 | Tinggi | 13 | Sedang |
| 47 | 10 | Sedang | 20 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 48 | 13 | Sedang | 18 | Tinggi | 12 | Sedang |
| 49 | 9 | Sedang | 18 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 50 | 10 | Sedang | 13 | Sedang | 15 | Tinggi |
| 51 | 11 | Sedang | 17 | Tinggi | 14 | Tinggi |

| | | | | | | |
|----|----|--------|----|--------|----|--------|
| 52 | 10 | Sedang | 18 | Tinggi | 19 | Tinggi |
| 53 | 10 | Sedang | 17 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 54 | 11 | Sedang | 18 | Tinggi | 14 | Tinggi |
| 55 | 11 | Sedang | 17 | Tinggi | 14 | Tinggi |
| 56 | 10 | Sedang | 15 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 57 | 10 | Sedang | 16 | Tinggi | 14 | Tinggi |
| 58 | 10 | Sedang | 18 | Tinggi | 19 | Tinggi |
| 59 | 10 | Sedang | 18 | Tinggi | 19 | Tinggi |
| 60 | 10 | Sedang | 16 | Tinggi | 14 | Tinggi |
| 61 | 10 | Sedang | 16 | Tinggi | 13 | Sedang |
| 62 | 20 | Tinggi | 16 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 63 | 16 | Tinggi | 18 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 64 | 11 | Sedang | 19 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 65 | 10 | Sedang | 10 | Sedang | 12 | Sedang |
| 66 | 18 | Tinggi | 16 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 67 | 11 | Sedang | 16 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 68 | 11 | Sedang | 17 | Tinggi | 19 | Tinggi |
| 69 | 11 | Sedang | 18 | Tinggi | 14 | Tinggi |
| 70 | 11 | Sedang | 18 | Tinggi | 12 | Sedang |
| 71 | 12 | Sedang | 19 | Tinggi | 13 | Sedang |
| 72 | 10 | Sedang | 10 | Sedang | 9 | Sedang |
| 73 | 20 | Tinggi | 16 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 74 | 14 | Tinggi | 17 | Tinggi | 14 | Tinggi |
| 75 | 14 | Tinggi | 18 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 76 | 18 | Tinggi | 19 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 77 | 14 | Tinggi | 19 | Tinggi | 14 | Tinggi |
| 78 | 18 | Tinggi | 18 | Tinggi | 13 | Sedang |

| | | | | | | |
|-----|----|--------|----|--------|----|--------|
| 79 | 16 | Tinggi | 19 | Tinggi | 14 | Tinggi |
| 80 | 11 | Sedang | 14 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 81 | 19 | Tinggi | 18 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 82 | 14 | Tinggi | 19 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 83 | 20 | Tinggi | 18 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 84 | 16 | Tinggi | 18 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 85 | 19 | Tinggi | 14 | Tinggi | 14 | Tinggi |
| 86 | 12 | Sedang | 12 | Sedang | 15 | Tinggi |
| 87 | 14 | Tinggi | 19 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 88 | 17 | Tinggi | 14 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 89 | 10 | Sedang | 18 | Tinggi | 12 | Sedang |
| 90 | 16 | Tinggi | 19 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 91 | 18 | Tinggi | 15 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 92 | 11 | Sedang | 18 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 93 | 13 | Sedang | 18 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 94 | 15 | Tinggi | 16 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 95 | 17 | Tinggi | 19 | Tinggi | 13 | Sedang |
| 96 | 17 | Tinggi | 15 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 97 | 12 | Sedang | 19 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 98 | 17 | Tinggi | 18 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 99 | 19 | Tinggi | 17 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 100 | 18 | Tinggi | 19 | Tinggi | 15 | Tinggi |
| 101 | 17 | Tinggi | 19 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 102 | 14 | Tinggi | 19 | Tinggi | 14 | Tinggi |
| 103 | 16 | Tinggi | 20 | Tinggi | 14 | Tinggi |
| 104 | 9 | Sedang | 17 | Tinggi | 14 | Tinggi |
| 105 | 17 | Tinggi | 19 | Tinggi | 16 | Tinggi |

| | | | | | | |
|-----|----|--------|----|--------|----|--------|
| 106 | 16 | Tinggi | 16 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 107 | 17 | Tinggi | 18 | Tinggi | 13 | Sedang |
| 108 | 16 | Tinggi | 19 | Tinggi | 16 | Tinggi |
| 109 | 17 | Tinggi | 18 | Tinggi | 17 | Tinggi |
| 110 | 15 | Tinggi | 19 | Tinggi | 14 | Tinggi |



LAMPIRAN C. HASIL UJI STATISTIK

C.1 Hubungan Pengetahuan dengan Sikap ISPA Responden



Correlations

| | | Sikap | |
|----------------|-------------|-------------------------|------|
| Spearman's rho | Pengetahuan | Correlation Coefficient | .014 |
| | | Sig. (2-tailed) | .883 |
| | | N | 110 |

C. 2 Hubungan Pengetahuan dengan Tindakan Pencegahan ISPA

Correlations

| | | Tindakan Pencegahan | |
|----------------|-------------|-------------------------|------|
| Spearman's rho | Pengetahuan | Correlation Coefficient | .206 |
| | | Sig. (2-tailed) | .031 |
| | | N | 110 |

C. 3 Hubungan Sikap dengan Tindakan Pencegahan

Correlations

| | | Tindakan Pencegahan | |
|----------------|-------|-------------------------|------|
| Spearman's rho | Sikap | Correlation Coefficient | .100 |
| | | Sig. (2-tailed) | .299 |
| | | N | 110 |