

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut

2.1.1 Definisi Infeksi Saluran Pernafasan Akut

Menurut Depkes (2013) infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) merupakan istilah yang diadaptasi dari istilah bahasa Inggris Acute Respiratory Infection (ARI). Istilah ISPA meliputi tiga unsur penting yaitu infeksi, saluran pernafasan, dan akut. Dengan pengertian sebagai berikut: infeksi adalah masuknya kuman atau mikroorganisme ke dalam tubuh manusia dan berkembang biak sehingga menimbulkan gejala penyakit. Saluran pernafasan adalah organ mulai dari hidung hingga alveoli beserta organ adneksanya seperti sinus, rongga telinga tengah, dan pleura. Infeksi akut adalah infeksi yang berlangsung sampai 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. Berdasarkan pengertian di atas, maka ISPA adalah infeksi saluran pernafasan yang berlangsung selama 14 hari. Saluran nafas yang dimaksud adalah organ mulai dari hidung sampai alveoli paru beserta organ adneksanya seperti sinus, ruang telinga tengah, dan pleura.

2.1.2 Patofisiologi Infeksi Saluran Pernafasan Akut

ISPA disebabkan oleh lebih dari 300 jenis bakteri, virus, dan rickettsia. Bakteri utama penyebab ISPA antara lain genus *streptococcus*

pneumococcus, haemofilus, staphylococcus dan corinebacterium. Sedangkan virus penyebab ISPA antara lain golongan *micovirus, adenovirus dan coronavirus*. Virus merupakan penyebab tersering infeksi saluran nafas. Pada paparan pertama virus akan menyebabkan mukosa membengkak dan menghasilkan banyak lendir sehingga akan menghambat aliran udara melalui saluran nafas. Batuk merupakan mekanisme pertahanan tubuh untuk mengeluarkan lendir keluar dari saluran nafas. Bakteri dapat berkembang dengan mudah dalam mukosa yang terserang virus, sehingga hal ini menyebabkan infeksi sekunder, yang akan menyebabkan terbentuknya nanah dan memperburuk penyakit (Widoyono, 2005).

2.1.3 Etiologi Infeksi Saluran Pernafasan Akut

Wahidayat dan Iskandar (2007), menyatakan bahwa penyakit ISPA dapat disebabkan oleh berbagai penyebab seperti bakteri, virus, mycoplasma, jamur dan lain lain. ISPA bagian atas umumnya disebabkan oleh virus, sedangkan ISPA bagian bawah dapat disebabkan oleh bakteri umumnya mempunyai manifestasi klinis yang berat sehingga menimbulkan beberapa masalah dalam penanganannya. Bakteri penyebab ISPA antara lain adalah genus *streptococcus pneumococcus, haemofilus, staphylococcus dan corinebacterium*. Virus penyebab ISPA antara lain adalah golongan *Paramykovirus* (termasuk didalamnya virus Influenza, virus Parainfluenza, dan virus campak), *Adenovirus, Coronavirus, Picornavirus, Herpes virus* dan lain lain. Di negara – negara berkembang umumnya kuman penyebab ISPA adalah

streptococcus pneumonia dan *Haemopylus Influenza*. (Pudjiadi Antonius H, dkk, 2011).

2.1.4 Tanda dan Gejala Infeksi Saluran Nafas Akut

ISPA adalah penyakit infeksi yang menyerang salah satu bagian atau lebih saluran nafas, mulai dari hidung (saluran nafas atas) hingga alveoli (saluran nafas bawah) termasuk jaringan adneksanya., seperti sinus, rongga telinga, tengah dan pleura. Secara umum gejala dan tanda – tanda ISPA adalah terjadi demam, batuk, pilek, dan disertai nafas cepat ataupun tarikan dinding dada ke bagian bawah dalam. Menurut Hundak dan Gallo (1997) yang dikutip dari Agustama (2005), penyakit paru atau saluran nafas dengan gejala umum maupun gejala pernafasan antara lain batuk, sputum berlebihan, hemoptysis, dyspnea, dan nyeri dada. *Pertama* : batuk merupakan gejala paling umum akibat penyakit pernafasan. Rangsangan yang biasanya menimbulkan batuk adalah rangsangan mekanik dan kimia. Inhalasi debu, asap, dan benda – benda asing berukuran kecil merupakan batuk yang paling sering. *Kedua* : sputum, orang dewasa membentuk sputum sekitar 100ml per hari dalam saluran pernafasan, sedangkan dalam keadaan gangguan saluran pernafasan sputum yang dihasilkan melebihi 100ml per hari. *Ketiga*: Hemoptysis, yaitu istilah yang digunakan untuk menyatakan batuk darah atau sputum berdarah. *Keempat* : dyspnea atau sesak nafas yaitu perasaan sulit bernafas dan nyeri dada.

2.1.5 Klasifikasi Infeksi Saluran Pernafasan Akut

Menurut WHO (2005), ISPA dibagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut:

1. Berdasarkan Lokasi Anatomic

penyakit ISPA dapat dibagi dua berdasarkan lokasi anatominya, yaitu: ISPA atas (ISPA) dan ISPA bawah (ISPA). Contoh ISPA atas adalah batuk pilek (*Common cold*), *Pharingitis*, *otitis*, *flusalesma*, *sinusitis*, dan lain lain. ISPA bawah diantaranya *Bronchiolitis* dan *Pneumonia* yang sangat berbahaya karena dapat mengakibatkan kematian.

2. Berdasarkan Golongan Umur, ISPA dapat diklasifikasikan atas 2 bagian, yaitu sebagai berikut:

a. Kelompok umur kurang dari 2 bulan, dibagi atas : *pneumonia* berat dan bukan *pneumonia* berat ditandai dengan adanya nafas cepat, yaitu pernafasan sebanyak 60 kali permenit atau lebih, atau adanya tarikan dinding dada yg kuat pada dinding dada bagian bawah ke dalam (*chest indrawing*) sedangkan bukan *pneumonia* bila tidak ditemukan tarikan dada bagian bawah dan tidak ada nafas cepat.

b. Kelompok umur 2 bulan sampai kurang dari 5 tahun dibagi atas: *pneumonia* berat, *pneumonia* dan bukan *pneumonia* berat. Bila disertai nafas sesak yaitu adanya tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam pada waktu anak menarik nafas. *Pneumonia* didasarkan pada adanya batuk dan atau kesukaran bernafas disertai adanya nafas cepat sesuai umur, yaitu 40

kali permenit atau lebih. Bukan *pneumonia* bila tidak ditemukan tarikan dinding dada bagian bawah dan tidak ada nafas cepat.

2.1.6 Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Terjadinya ISPA

Anik (2010) menyatakan secara umum terdapat 3 (tiga) faktor resiko terjadinya ISPA yaitu faktor lingkungan, faktor individu anak, serta resiko terjadinya ISPA yaitu faktor lingkungan, faktor individu anak, serta faktor perilaku:

1. Faktor Lingkungan

a. Pencemaran Udara Dalam Rumah

Asap rokok dan asap dari hail pembakaran bahan bakar untuk memasak dengan konsentrasi tinggi dapat merusak mekanisme pertahanan paru sehingga akan memudahkan timbulnya ISPA. Hal ini dapat terjadi pada rumah yang keadaan ventilasinya kurang dan dapur terletak di dalam rumah, bersatu dengan kamar tidur, ruang tempat bayi dan anak balita bermain. Hal ini lebih memungkinkan karena bayi dan anak balita lebih lama berada di rumah bersama – sama ibunya sehingga dosis pencemaran tentunya akan lebih tinggi.

b. Ventilasi Rumah

Ventilasi yaitu proses penyediaan udara atau pengaliran udara dari ruangan baik secara alami maupun secara mekanis.

c. Kepadatan Hunian Rumah

Kepadatan hunia rumah menurut keputusan menteri kesehatan nomor 829/MENKES/SK/VII/1999 tentang persyaratan kesehatan rumah. Satu orang menempati luas rumah 8m². Dengan kriteria tersebut diharapkan dapat mencegah penularan penyakit dan melancarkan aktivitas.

2. Faktor Individu

a. Umur Anak

Sejumlah studi yang besar menunjukkan bahwa insiden penyakit pernafasan oleh virus melonjak pada bayi dan usia dini anak – anak dan tetap menurun terhadap usia.

b. Berat Badan Lahir

Berat badan lahir menentukan pertumbuhan dan perkembangan fisik dan muncul pada masa balita. Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) mempunyai resiko kematian yang lebih besar dibandingkan dengan berat badan lahir normal, terutama pada bulan – bulan pertama kelahiran karena pembentukan zat anti kekebalan kurang sempurna sehingga lebih mudah terkena penyakit infeksi.

c. Jenis Kelamin

Jenis kelamin mempunyai resiko terhadap kejadian ISPA yaitu laki – laki berseiko di bandig perempuan, hal ini disebabkan aktivitas anak laki – laki lebih banyak. Peneletian yang dilakukan oleh Yusuf dan Lilis (2006), didapatkan hasil bahwa proporsi kasus ISPA menurut jenis

kelamin tidak sama, yaitu laki – laki 59% dan perempuan 41% terutama pada anak usia muda.

d. Status Gizi

Masukan zat – zat gizi yang diperoleh pada tahap pertumbuhan dan perkembangan anak dipengaruhi oleh umur, keadaan fisik, kondisi kesehatannya, kesehatan fisiologis pencernaannya, tersedianya makanan dan aktivitas dari anak itu sendiri. Balita dengan gizi kurang akan lebih mudah terserang ISPA dibandingkan balita dengan gizi normal karena faktor daya tahan tubuh yang kurang. Penyakit infeksi sendiri akan menyebabkan balita tidak mempunyai nafsu makan mengakibatkan kekurangan gizi. Pada keadaan gizi kurang, balita lebih mudah terserang ISPA berat bahkan serangannya lebih lama.

e. Status Imunisasi

Sebagian besar kematian ISPA berasal dari jenis ISPA yang berkembang dari penyakit yang dapat dicegah dalam imunisasi seperti difteri, pertussis, campak, maka peningkatan cakupan imunisasi akan berperan penting dalam upaya pemberantasan ISPA. Untuk menghindari faktor yang meningkatkan mortalitas ISPA, diupayakan imunisasi lengkap. Bayi dan balita yang mempunyai status imunisasi lengkap bila menderita ISPA dapat diharapkan perkembangan penyakitnya tidak akan menjadi lebih berat. Cara yang terbukti paling efektif saat ini adalah dengan pemberian imunisasi campak dan pertussis (DPT). Dengan imunisasi campak yang efektif sekitar 11% kematian pneumonia balita

dapat dicegah dan dengan imunisasi DPT 6% kematian pneumonia dapat dicegah.

3. Faktor Perilaku

Faktor perilaku dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit ISPA pada bayi dan balita dalam hal ini adalah praktek penanganan ISPA di keluarga baik yang dilakukan oleh ibu ataupun anggota keluarga lainnya. Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga, satu dengan yang lainnya saling tergantung dan berinteraksi. Bila salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan, maka akan berpengaruh terhadap anggota keluarga lainnya, Pudjiadi Antonius, dkk (2011).

2.1.7 Faktor Resiko Infeksi Saluran Pernafasan Akut

Menurut Depkes (2013) faktor resiko terjadinya ISPA terbagi atas dua kelompok yaitu:

1. Faktor internal merupakan suatu keadaan didalam diri penderita (balita) yang memudahkan untuk terpapar dengan bibit penyakit (agent) ISPA yang meliputi jenis kelamin, berat badan lahir, status ASI, dan status imunisasi.
2. Faktor eksternal merupakan suatu keadaan yang berada diluar diri penderita (balita) berupa lingkungan fisik, biologis, social dan ekonomi yang memudahkan penderita untuk terpapar bibit penyakit (agent) meliputi: polusi

asap rokok, polusi asap dapur, kepadatan tempat tinggal, keadaan geografis, ventilasi dan pencahayaan.

2.1.8 Penularan Infeksi Saluran Pernafasan Akut

Menurut Antonis (2011), penyakit ISPA ditularkan melalui udara, akan masuk ke dalam tubuh melalui saluran pernafasan dan menimbulkan infeksi dan penyakit ISPA. Dapat pula berasal dari penderita yang kebetulan mempunyai penyakit menular, baik yang sedang jatuh sakit maupun gejala. Jika jasad renik berasal dari tubuh manusia, maka umumnya dikeluarkan melalui secret atau saluran pernafasan dan berupa saliva dan sputum. Oleh karena salah satu penularan melalui udara yang tercemar dan masuk ke dalam tubuh melalui saluran pernafasan, maka penyakit ISPA termasuk golongan air bon disease. Adanya polusi udara umumnya berbentuk aerosol yakni suspensi yang melayang di udara, dapat seluruhnya berupa bibit penyakit atau hanya sebagian. Adapun bentuk aerosol dari penyebab penyakit ISPA tersebut yakni:

1. *Droplet Nuclei*, yaitu sisa dari sekresi saluran pernafasan yang dikeluarkan dari tubuh yang berbentuk droplet dan melayang di udara.
2. *Dust*, yaitu campuran antara bibit penyakit yang melayang.

2.1.9 Pencegahan Infeksi Saluran Pernafasan Akut

Karena banyak faktor yang mempengaruhi kejadian ISPA, maka terus dilakukan penelitian cara pencegahan ISPA yang efektif dan spesifik. Cara pencegahan terbukti efektif saat ini adalah dengan pemberian imunisasi campak

dan DPT. Engan imunisasi campak yang efektif sekitar 11% kematian pada balita dapat dicegah dan dengan imunisasi DPT 6% kematian dapat dicegah. Secara umum dapat dikatakan bahwa cara pencegahan ISPA adalah hidup sehat, cukup gizi, menghindari polusi udara dan pemberian imunisasi lengkap (Anik, 2010).

Komplikasi :

Menurut Corwin (2005) komplikasi infeksi saluran pernafasan akut terdiri dari:

1. Bronchitis
2. Pneumothoraks
3. Sinusitis Paranasal

2.2 Konsep Usia Dewasa

2.2.1 Pengertian Dewasa

Istilah dewasa berasal dari bahasa Latin, yaitu *adultus* yang berarti tumbuh menjadi kekuatan dan ukuran yang sempurna atau telah menjadi dewasa. Seseorang dikatakan dewasa adalah apabila dia mampu menyelesaikan pertumbuhan dan menerima kedudukan yang sama dalam masyarakat atau orang dewasa lainnya (Pieter & Lubis, 2010). Seseorang dikatakan dewasa apabila telah sempurna pertumbuhannya dan mencapai kematangan psikologis sehingga mampu hidup dan berperan bersama-sama orang dewasa lainnya (Mubin & Cahyadi, 2006).

2.2.2 Pembagian Usia Dewasa

Pembagian Usia Dewasa Menurut Erikson dalam Upton (2012), usia dewasa dibagi menjadi tiga tahap antara lain: 1) Masa dewasa awal (19 hingga 40 tahun), 2) Masa dewasa menengah (40 hingga 65 tahun), 3) Masa dewasa akhir (65 hingga mati).

2.2.3 Ciri-ciri Usia Dewasa

Menurut Anderson dalam Mubin & Cahyadi (2006), seseorang yang sudah dewasa memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Berorientasi pada tugas, bukan pada diri atau ego
2. Mempunyai tujuan-tujuan yang jelas dan kebiasaan-kebiasaan kerja yang efisien
3. Dapat mengendalikan perasaan pribadinya
4. Mempunyai sikap yang objektif
5. Menerima kritik dan saran
6. Bertanggung jawab
7. Dapat menyesuaikan diri dengan keadaan-keadaan yang realistis dan yang baru

2.3 Konsep Perilaku

2.3.1 Definisi Perilaku

Menurut Branca (1994) dalam Aisyah (2015), menjelaskan bahwa perilaku adalah reaksi manusia akibat kegiatan kognitif, afektif, dan psikomotor yang saling berkaitan, jika salah satu aspek mengalami hambatan, maka aspek perilaku juga akan terganggu.

Skinner (1938) dalam Notoatmodjo(2012), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian perilaku manusia terjadi melalui proses. Stimulus Organisme Respon, sehingga teori Skinner ini disebut teori “S-O-R” dimana stimulus terhadap organisme kemudian organisme terhadap respon. Berdasarkan uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa perilaku dibedakan menjadi 2, yaitu :

1. Perilaku Tertutup (*Covert Behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. Respon atau reaksi ini masih dalam batas perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, atau sikap yang terjadi pada seseorang yang mendapat rangsangan.

2. Perilaku Terbuka (*Overt Behavior*)

Respon yang terjadi pada seseorang terhadap stimulus dalam bentuk nyata atau terbuka. Responnya dalam bentuk tindakan yang dapat diamati oleh orang lain. (Fitriani, 2011).

2.3.2 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Pengolahan stimulus dalam diri individu dipengaruhi oleh faktor yang ada dalam diri individu tersebut diantaranya adalah persepsi, emosi, perasaan, pemikiran, kondisi fisik, dan sebagainya. Faktor internal yang berpengaruh dalam pembentukan perilaku dikelompokkan ke dalam faktor biologis dan psikologis (Notoatmodjo, 2012).

Lawrence Green (1980), dalam Notoatmodjo (2012), menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku (*behaviour causes*) dan faktor dari luar perilaku (*non-behavior causes*). Selanjutnya perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yang dirangkum dalam akronim *PRECEDE* : *Presdisposing, Enabling, dan Reinforcing Causes in Educational Diagnosis and Evaluation*. Lebih lanjut *precede model* ini dapat diuraikan bahwa perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yaitu:

1. Faktor – faktor predisposisi (*Presdiposing factors*), terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, dan nilai – nilai.
2. Faktor – faktor pemungkin (*Enabling factors*), trwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas kesehatan.
3. Faktor – faktor pendorong atau penguat (*Reinforcing*), terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yaing merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

2.3.3 Domain Perilaku

Benyamin bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2014), membedakan ada 3 area, wilayah, dan ranah atau perilaku, yaitu kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Pada perkembangan selanjutnya, berdasarkan pembagian domain oleh Benyamin bloom ini, dan untuk kepentingan pendidikan praktis, dikembangkan menjadi 3 tingkat ranah perilaku sebagai berikut (Notoatmodjo, 2014) :

1. Pengetahuan (knowledge)

Pengetahuan adalah hasil pendindraan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui indra yang dimilikinya (mata, telinga, hidung, mulut, dan sebagainya).pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas atau tingkat yang berbeda – beda. Secara garis besarnya dibagi dalam 6 tingkat pengetahuan, yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai recall (memanggil) memori yang telah ada sebelumnya setelah mengamati sesuatu.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tetapi orang tersebut harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui tersebut.

c. Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek yang dimaksud dapat menggunakan atau mengaplikasikan prinsip yang diketahui tersebut pada situasi yang lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen yang terdapt dalam suatu masalah atau objek yang diketahui.

e. Sintesis (*xyntesis*)

Sistesis menunjuk suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen – komponen pengetahuan yang dimiliki.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan seseorang / individu untuk melakukan justifikasi penilaian terhadap suatu objek tertentu.

2. Sikap (*attitude*)

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang/tidak senang, setuju/tidak setuju, baik/tidak baik, dan lain sebagainya). Menurut Allport (1954) sikap terdiri dari 3 komponen pokok, yaitu :

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek. Artinya, bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek. Artinya bagaimana penilaian (terkandung didalamnya faktor emosi) orang terhadap objek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka. Sikap adalah ancang – ancang untuk berperilaku terbuka (Notoatmodjo, 2014).

Sikap juga memiliki tingkatan berdasarkan intensitasnya, yaitu:

- a. Menerima (*receiving*) diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan objek.
- b. Menanggapi (*responding*) diartikan bahwa memberikan jawaban atau tanggapan terhadap pertanyaan atau objek yang dihadapi.
- c. Menghargai (*valuing*) diartikan bahwa subjek atau seseorang memberikan nilai yang positif terhadap suatu objek atau stimulus.
- d. Bertanggung jawab (*responsible*), atas segala sesuatu yang telah dipilih dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

3. Tindakan atau praktik (*practice*)

Suatu sikap belum otomatis dalam suatu tindakan (*overt behaviour*) untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas. Praktik atau tindakan ini dapat dibedakan menjadi 3 tingkatan menurut kualitasnya, yaitu:

- a. Praktik terpimpin (*guided response*), apabila subjek atau seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntunan atau menggunakan panduan.
- b. Praktik secara mekanisme (*mechanism*), apabila subjek atau seseorang telah melakukan atau mempraktikkan suatu hal secara otomatis

- c. Adopsi (*adoption*) suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang.

2.3.4 Cara Pengukuran Pengetahuan, Sikap, dan Tindakan

1. Pengukuran Pengetahuan

Pengetahuan dapat diukur dengan cara wawancara, angket, kuesioner dimana dalam tes tersebut terdapat pertanyaan – pertanyaan yang berkaitan dengan materi yang akan dibahas oleh peneliti (Notoatmodjo,2012).

Menurut Budiman dan Riyanto (2013) pengukuran tingkat pengetahuan seseorang dikategorika sebagai berikut:

- 1) Tingkat pengetahuan dikatakan baik, jika responden mampu menjawab pertanyaan dengan benar sebesar $>75\%$ dari seluruh pertanyaan
- 2) Tingkat pengetahuan dikatakan cukup, jika responden menjawab pertanyaan benar sebesar 56-74% dari seluruh pertanyaan
- 3) Tingkat pengetahuan dikatakan kurang, jika responden menjawab pertanyaan benar sebesar $<55\%$ dari seluruh pertanyaan.

2. Pengukuran Sikap

Sikap dapat diukur dengan menanyakan secara langsung dengan menanyakan secara langsung pendapat maupun pertanyaan responden terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo,2012). Misalnya, bagaimana pendapat responden tentang kegiatan posyandu, atau juga

dapat dilakukan dengan cara memberikan pendapat dengan menggunakan setuju atau tidak setuju terhadap pertanyaan – pertanyaan objek tertentu, dengan menggunakan skala linkert.

Skala linkert merupakan metode sederhana dibandingkan dengan skala Thurstone. Skala Thurstone yang terdiri dari 11 poin disederhanakan menjadi 2 kelompok yaitu favourable dan unfavourable sedangkan item yang netral tidak disertakan. Untuk mengatasi hilangnya netral tersebut, linkert menggunakan teknik konstruksi test yang lain. Masing – masing responden diminta melakukan agreement dan disagreement untuk masing – masing item dalam skala yang terdiri dari 5 poin (sangat setuju, setuju, ragu – ragu, tidak setuju, sangat tidak setuju). Semua item yang favourable kemudian diubah nilainya dalam angka sangat setuju adalah 5 sedangkan untuk yang sangat tidak setuju nilainya 1. (Wawan dan Dewi,2010).

3. Pengukuran Perilaku/Tindakan

Pengukuran perilaku / tindakan yang berisi pertanyaan – pertanyaan terpilih dan telah diuji realibilitas dan validitasnya maka dapat digunakan untuk mengungkapkan perilaku / tindakan responden (Azwar, 2008). Kriteria pengukuran sebagai berikut:

- 1) Perilaku positif jika nilai T skor yang diperoleh responden $>T$ mean
- 2) Perilaku negatif jika nilai T skor yang diperoleh responden $\geq T$ mean
- 3) Responden memberikan jawaban dengan empat kategori ketentuan yaitu setuju, sering, kadang – kadangan dan tidak pernah.

2.3.5 Proses Adaptasi Perilaku

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2007), mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru didalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu:

1. *Awareness* (kesadaran)

Subjek tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.

2. *Interest* (tertarik)

Dimana subjek mulai tertarik terhadap stimulus yang sudah diketahui dan dipahami terlebih dahulu.

3. *Evaluation* (evaluasi)

Menimbang baik dan tidaknya stimulus yang sudah ada, dilakukan serta pengaruh terhadap dirinya.

4. *Trial* (mencoba)

Dimana subjek mulai mencoba untuk melakukan perilaku baru yang sudah diketahui dan dipahami terlebih dahulu.

5. *Adoption*

Dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2.4 Teori Belajar

2.4.1 Pengertian Belajar

Belajar merupakan proses internal yang kompleks. Yang terlibat dalam proses internal tersebut adalah seluruh mental yang meliputi ranah-ranah kognitif, afektif dan ranah psikomotorik. Proses belajar yang mengaktualisasikan ketiga ranah tersebut tertuju pada bahan belajar tertentu. Belajar juga merupakan suatu perubahan dalam tingkah laku menuju perubahan tingkah laku yang baik, dimana perubahan tersebut terjadi melalui latihan atau pengalaman. Perubahan tingkah laku tersebut harus relatif mantap yang merupakan akhir daripada suatu periode waktu yang cukup panjang. Tingkah laku yang mengalami perubahan karena belajar tersebut menyangkut berbagai aspek kepribadian baik fisik maupun psikis, seperti perubahan dalam pengertian, pemecahan suatu masalah/berfikir, keterampilan, kecakapan ataupun sikap

2.4.2 Tujuan Pembelajaran

Tujuan pembelajaran menurut Hamzah, Nina Lamatenggo, dan Satria Koni (2010: 64) adalah arah yang ingin dicapai dalam suatu kegiatan belajar dan juga mengefisienkan cara yang dilakukan untuk memperoleh hasil pembelajaran yang maksimal. Tujuan pembelajaran biasanya diarahkan pada salah satu kawasan dari taksonomi yang dikenal dengan Taksonomi Bloom. Taksonomi Bloom terdiri dari tiga wilayah yakni wilayah kognitif, afektif, dan psikomotorik (Hamzah, Nina Lamatenggo, dan Satria Koni, 2010: 66)

a) Wilayah Kognitif Wilayah kognitif merupakan wilayah yang membahas tujuan pembelajaran berkenaan dengan proses mental yang berawal dari tingkat pengetahuan sampai ke tingkat yang lebih tinggi yakni evaluasi.

b) Wilayah Afektif Wilayah afektif merupakan satu domain yang berkaitan dengan sikap, nilai-nilai interest, apresiasi (penghargaan), dan penyesuaian perasaan sosial.

c) Wilayah Psikomotor Wilayah psikomotor mencakup tujuan yang berkaitan dengan keterampilan (skill) dan bersifat manual atau motorik.

2.4.4 Peserta Didik / Siswa

Adalah anggota masyarakat yang berusaha mengembangkan dirinya melalui proses pendidikan pada jalur, jenjang, dan jenis pendidikan tertentu

2.4.5 Tenaga Kependidikan / Guru

Guru atau pengajar yaitu orang (atau anggota sebuah tim) yang memanfaatkan hasil perencanaan dan juga ikut dalam perencanaan pengajaran, mengenal siswa dengan baik, menguasai cara pengajaran dan persyaratan program pengajaran dengan bantuan perancang, mampu melaksanakan semua rincian dari hampir semua unsur perencanaan, bertanggung jawab dalam mengujicobakan dan kemudian menerapkan rencana pengajaran yang dikembangkan (Martinis Yamin, 2007: 15).

2.4.6 Perencanaan Pengajaran

Perencanaan dalam pengajaran meliputi memilih isi mata ajaran, menata urutan topik-topik, mengalokasikan waktu, memilih alat-alat bantu pengajaran dan prosedur pengajaran, serta menyediakan ukuran (standar) untuk mengukur prestasi belajar siswa

2.4.7 Strategi Pembelajaran

Strategi pembelajaran merupakan cara-cara yang akan dipilih dan digunakan oleh seorang pengajar untuk menyampaikan materi pembelajaran sehingga akan memudahkan peserta didik menerima dan memahami materi pembelajaran yang pada akhirnya tujuan pembelajaran dapat dikuasainya di akhir kegiatan belajar.

2.4.8 Media Pengajaran

Media pengajaran merupakan piranti yang memegang peranan tersendiri dalam proses pembelajaran. Manfaat penggunaan media dalam kegiatan pengajaran menurut Martinis Yamin (2007: 178) adalah:

- a) Penyampaian materi pelajaran dapat diseragamkan
- b) Proses pembelajaran menjadi lebih menarik
- c) Proses belajar siswa menjadi lebih interaktif
- d) Jumlah waktu belajar mengajar dapat dikurangi
- e) Kualitas belajar siswa dapat ditingkatkan

f) Proses belajar dapat terjadi di mana saja dan kapan saja

g) Peran guru dapat berubah ke arah yang lebih positif dan produktif

2.4.9 Evaluasi Pengajaran

Evaluasi pengajaran mencakup evaluasi hasil, proses pelaksanaan, dan faktor-faktor manajerial pengajaran pendukung proses pengajaran. Evaluasi selalu mengandung proses. Proses evaluasi harus tepat terhadap tipe tujuan yang biasanya dinyatakan dalam bahasa perilaku. Beberapa tingkah laku yang sering muncul serta menjadi perhatian para guru adalah tingkah laku yang dapat dikelompokkan menjadi tiga ranah, yaitu pengetahuan intelektual (cognitives), keterampilan (skills), dan values atau attitudes atau yang dikategorikan ke dalam affective domain.

2.5 Konsep Cooperative Learning

2.5.1 Pengertian

Cooperative learning atau pembelajaran kooperatif merupakan bentuk pembelajaran dengan cara siswa belajar dan bekerja secara kolaborasi dalam kelompok dengan struktur kelompok bersifat heterogen untuk mencapai tujuan bersama. Keberhasilan belajar pada kelompok ditentukan pada kemampuan dan aktivitas anggota kelompok, baik individu maupun secara kelompok (Rusman, 2012).

Model pembelajaran kooperatif merupakan pembelajaran yang dilakukan secara aktif pembelajaran yang biasanya menyebabkan siswa

menjadi kurang aktif karena siswa hanya mendengarkan pengajar tanpa adanya keterlibatan secara aktif dalam proses pembelajaran. Pembelajaran kooperatif mengharuskan siswa untuk belajar secara aktif dalam suatu kelompok kecil untuk mencapai tujuan bersama yang berfokus pada interaksi siswa yang mengarah pada materi, bukan belajar mandiri (Deerfield, 2018).

2.5.2 Tipe Model Cooperative Learning

Ada beberapa macam model dalam pembelajaran kooperatif meskipun prinsip dasar pembelajaran kooperatif ini tidak berubah. Jenis model pembelajaran kooperatif diantaranya :

1. Team Game Turnament

TGT merupakan suatu metode pembelajaran kooperatif dengan menggunakan turnamen akademik dan menggunakan kuis serta sistem skor kemajuan individu, dimana para siswa berlomba sebagai wakil tim dengan anggota tim lain yang kinerja akademik sebelumnya setara seperti mereka.

2. *Student Team – Achievement Divisions*

Student Team Achievement Divisions (STAD) adalah salah satu tipe pembelajaran kooperatif yang paling sederhana. Siswa ditempatkan dalam suatu tim belajar yang beranggotakan empat orang yang dicampur menurut tingkat kinerjanya, jenis kelamin, maupun suku. Pemateri menjelaskan materi kemudian siswa bekerja dalam tim untuk memastikan

bahwa seluruh anggota tim sudah menguasai materi tersebut. Kemudian, seluruh siswa mengerjakan kuis.

3. *Jigsaw*

Jigsaw adalah suatu metode pembelajaran kooperatif yang terdiri dari beberapa anggota dalam suatu kelompok yang bertanggungjawab atas penguasaan materi dan mengajrkn materinya pada anggota lain dalam kelompoknya.

4. *Make a Match*

Pembelajaran *make a match* merupakan model pembelajaran dengan cara mencari pasangan melalui kartu pertanyaan dan jawaban yang harus ditemukan dan didiskusikan oleh pasangan siswa tersebut.

5. *Group Investigation*

Group investigation adalah salah satu pembelajaran kooperatif yang menekankan pada partisipasi dan aktivitas siswa untuk mencari sendiri materi yang akan dipelajari melalui bahan – bahan yang tersedia (buku atau internet). Siswa dilibatkan sejak proses perencanaan, baik dalam menentukan topic maupun cara untuk memiliki kemampuan yang baik dalam berkomunikasi maupun dalam proses kelompok.

2.5.3 Kelebihan Cooperative Learning

Menurut (Isjoni, 2010), kelebihan dari Cooperative Learning yaitu:

1. Memberikan kesempatan pada siswa untuk mengemukakan dan membahas pandangan, pengalaman yang diperoleh dengan cara bekerjasama dalam kelompok
2. Memungkinkan para siswa untuk lebih mengembangkan pengetahuan, kemampuan , serta keterampilan secara maksimal dalam suasana belajar yang terbuka.
3. Memungkinkan siswa memiliki motivasi yang tinggi, serta dapat meningkatkan kemampuan akademik berpikir kritis, membentuk hubungan persahabatan, menerima berbagai informasi, dan lain sebagainya.

2.5.4 Kekurangan Cooperative Learning

Kekurangan yang dimiliki oleh metode pembelajaran kooperatif yaitu :

1. Dibutuhkan persiapan pembelajaran secara matang, memerlukan lebih banyak tenaga, waktu, dan pemikiran
2. Dibutuhkan dukungan fasilitas, alat, dan biaya yang cukup memadai agar proses pembelajaran berjalan lancar.
3. Selama kegiatan diskusi kelompok berlangsung, ada kecenderungan topic permasalahan yang sedang dibahas meluas sehingga banyak yang tidak sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.
4. Saat dilakukan diskusi, terkadang proses diskusi didominasi salah satu siswa saja sehingga mengakibatkan siswa yang lain menjadi pasif.

2.6 Metode Pembelajaran *Make a Match*

2.6.1 Pengertian

Metode ini dikembangkan oleh Lorna Curran pada tahun 1994. Model ini mengharuskan siswa mencari pasangan sambil mempelajari suatu konsep atau topic tertentu dalam suasana yang menyenangkan (Huda, 2011).

Tujuan metode ini yaitu : 1. Pendalaman materi; 2. Penggalan materi; 3. Edutainment. Jadi, dari segi bahasa, edutainment adalah pendidikan yang menghibur atau menyenangkan. Maksud dari pembelajaran yang menyenangkan adalah yang membuat suasana pembelajaran akan berubah, dari sesuatu yang menakutkan menjadi sesuatu yang menyenangkan, dari sesuatu yang membosankan menjadi membahagiakan. Sehingga, mereka ingin dan ingin terus belajar, karena dipengaruhi rasa semangat dan antusiasme yang tinggi untuk mengikuti pelajaran.

2.6.2 Langkah – langkah pelaksanaan model pembelajaran *Make a Match*

Langkah – langkah pelaksanaan pembelajaran menggunakan metode *Make a Match* cukup mudah, tetapi fasilitator perlu melakukan beberapa persiapan khusus sebelum menerapkan strategi ini. Beberapa persiapan pelaksanaan model pembelajaran *Make a Match* menurut (Huda, 2011) antara lain :

1. Fasilitator memberikan soal pre test untuk dikerjakan
2. Siswa dibagi kedalam dua kelompok besar, yaitu kelompok pertanyaan dan kelompok jawaban.

3. Fasilitator membagikan satu buah kartu kepada masing – masing siswa. Kartu pertanyaan diberikan kepada kelompok pertanyaan dan kartu jawaban diberikan kepada kelompok jawaban.
4. Fasilitator menginstruksikan siswa untuk mencari pasangan kartunya dengan cara melakukan kartu didepan dada. Proses mencari pasangan kartu dibatasi oleh waktu (5menit)
5. Siswa mencari pasangan kartu yang cocok dengan kartu yang diperolehnya
6. Fasilitator memberikan tanda apabila waktu untuk mencari pasangan telah selesai
7. Fasilitator mengecek dan menginformasikan kebenaran hasil kartu yang telah dipasang – pasang oleh siswa (5 menit)
8. Tiap pasangan mendiskusikan materi sesuai kartu yang diperolehnya selama 15 menit
9. Fasilitator menginstruksikan setiap pasangan untuk mempresentasikan hasil diskusinya selama 15 menit
10. Fasilitator mengevaluasi proses belajar dengan memberikan pertanyaan

2.6.3 Kelebihan model pembelajaran *Make a Match*

Menurut (Huda, 2011), kelebihan strategi make a match antara lain:

1. Dapat meningkatkan aktivitas belajar, baik secara kognitif maupun fisik

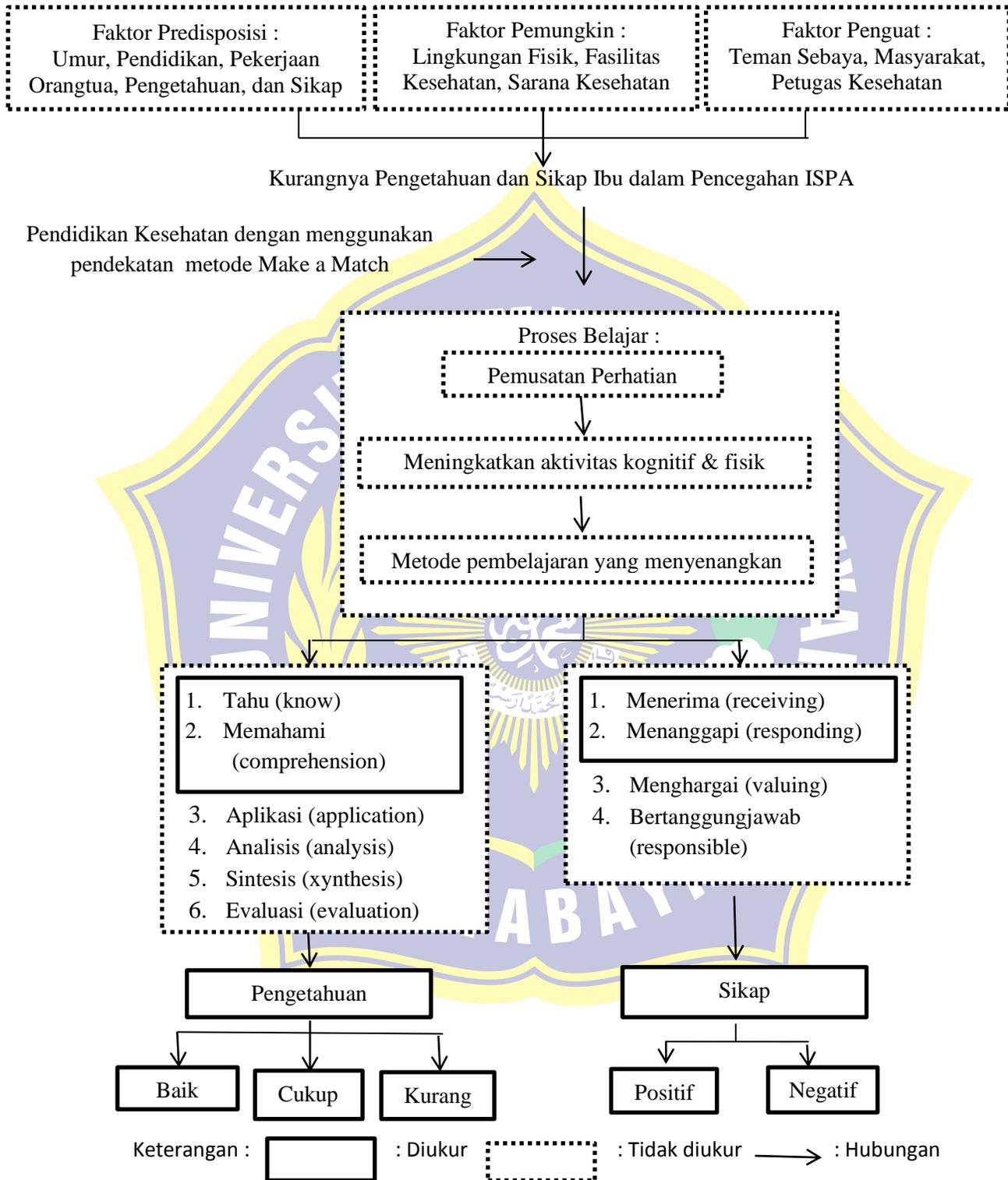
2. Merupakan metode pembelajaran yang menyenangkan karena terdapat unsur permainan
3. Meningkatkan pemahaman terhadap materi yang dipelajari dan dapat meningkatkan motivasi belajar
4. Efektif sebagai sarana melatih keberanian untuk tampil presentasi
5. Efektif melatih kedisiplinan dan menghargai waktu untuk belajar.

2.6.4 Kekurangan model pembelajaran *Make a Match*

Adapun kelemahan pada metode ini menurut (Huda, 2011) yaitu:

1. Jika strategi ini tidak disiapkan dengan baik, akan banyak waktu yang terbuang
2. Pada awal – awal penerapan metode, banyak siswa yang akan malu berpasangan dengan lawan mainnya
3. Jika fasilitator tidak mengarahkan siswa dengan baik, akan banyak siswa yang kurang memperhatikan pada saat presentasi pasangan
4. Menggunakan metode ini secara terus menerus akan menimbulkan kebosanan

2.7 Kerangka Konseptual



Gambar 2.7 Kerangka Konseptual Pengaruh Pendekatan *Make A Match* Untuk Meningkatkan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dalam Pencegahan ISPA Pada Balita Di Posyandu Punggul - Sidoarjo

Pada gambar 2.7 berdasarkan *Precede Procede Model* yang dikemukakan oleh Lawrence W. Green (1991) dapat dijelaskan mekanisme pendidikan kesehatan dengan model pembelajaran *Make a Match* terhadap pengetahuan dan sikap ibu dalam pencegahan ISPA pada balita. Perilaku individu dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu *predisposing factors*, *enabling factors*, dan *reinforcing factors*.

Predisposing factors merupakan faktor internal yang ada pada diri individu, keluarga, atau kelompok yang mempermudah individu untuk bertindak yang terwujud dalam pengetahuan sikap, kepercayaan, keyakinan, dan sebagainya. *Enabling factors* atau faktor pendukung, merupakan faktor yang memungkinkan motivasi atau adanya keinginan terlaksakannya perilaku tersebut termasuk di dalamnya yaitu lingkungan, fasilitas, dan sara kesehatan. *Reinforcing factors* atau faktor pendorong merupakan faktor yang akan menguatkan perilaku atau tindakan individu termasuk didalamnya teman sebaya, orang tua, dan masyarakat. ketiga faktor tersebut dapat dimanipulasi dengan diberikannya pendidikan kesehatan. Pemberian pendidikan kesehatan dapat mempengaruhi perilaku individu.

Metode pembelajaran *Make a Match* terdapat proses diskusi dilakukan dengan cara bermain dengan kartu yang dipasangkan. Dengan dilakukannya metode pendidikan kesehatan *Make a Match* diharapkan terjadi peningkatan pengetahuan dan sikap ibu mengenai pencegahan ISPA

2.8 Hipotesis

H0 ditolak : Tidak adanya Pengaruh Pendekatan *Make A Match* Untuk Meningkatkan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dalam Pencegahan ISPA Pada Balita Di Posyandu Punggul - Sidoarjo

H1 diterima : Adanya Pengaruh Pendekatan *Make A Match* Untuk Meningkatkan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dalam Pencegahan ISPA Pada Balita Di Posyandu Punggul - Sidoarjo

