

**DISTRIBUSI LAMA PEMBERIAN ASI DENGAN
KEJADIAN ISPA PADA BAYI USIA 0-1 TAHUN
DI RS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
TAHUN 2016**

SKRIPSI

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Oleh:

M RIZKY RUSTI RAMA PUTRA
NIM: 70 2013 089



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
2017**

HALAMAN PENGESAHAN

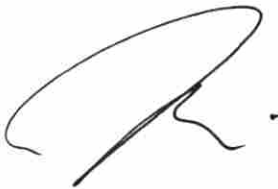
**DISTRIBUSI LAMA PEMBERIAN ASI DENGAN
KEJADIAN ISPA PADA BAYI USIA 0-1 TAHUN
DI RS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
TAHUN 2016**

Dipersiapkan dan disusun oleh
M RIZKY RUSTI RAMA PUTRA
NIM: 702013089

Sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Sarjana Kedokteran (S.Ked)

Pada tanggal 10 Februari 2017

Menyetujui:



dr. Liza Chairani, Sp.A, M.Kes
Pembimbing Pertama



dr. Sheilla Yonaka, M.Kes
Pembimbing Kedua

Dekan
Fakultas Kedokteran



dr. H. M. Ali Muchtar, M.Sc
NBM/NIDN: 060347091062484/0020084707

PERNYATAAN

Dengan ini Saya menerangkan bahwa:

1. Karya Tulis Saya, skripsi ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik, baik di Universitas Muhammadiyah Palembang, maupun Perguruan Tinggi lainnya.
2. Karya Tulis ini murni gagasan, rumusan, dan penelitian Saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini Saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka Saya bersedia menerima sanksi akademik atau sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Perguruan Tinggi ini.

Palembang, 10 Februari 2017

Yang membuat pernyataan



(M Rizky Rusti Rama Putra)

NIM. 702013089

PERSETUJUAN PENGALIHAN HAK PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Dengan Penyerahan naskah artikel dan *softcopy* berjudul: Distribusi Lama Pemberian ASI dengan Kejadian ISPA pada Bayi Usia 0-1 Tahun di RS Muhammadiyah Palembang Tahun 2016

Kepada Unit Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (UP2M) Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang (FK-UMP), Saya :

Nama : M. Rizky Rusti Rama Putra
NIM : 702013089
Program Studi : Pendidikan Kedokteran
Fakultas : Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang
Jenis Karya Ilmiah : Skripsi

Sehubungan dengan pengembangan ilmu pengetahuan, setuju memberikan kepada FK-UMP, Pengalihan Hak Cipta dan Publikasi Bebas Royalti atas Karya Ilmiah, Naskah, dan *softcopy* diatas. Dengan hak tersebut, FK-UMP berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikan, menampilkan, mempublikasikan di internet atau media lain untuk kepentingan akademis, tanpa perlu meminta izin dari Saya, selama tetap mencantumkan nama Saya, dan Saya memberikan wewenang kepada pihak FK-UMP untuk menentukan salah satu Pembimbing sebagai Penulis Utama dalam Publikasi. Segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam Karya Ilmiah ini menjadi tanggung jawab Saya pribadi.

Demikian pernyataan ini, Saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Palembang

Pada tanggal : 10 Februari 2017

Yang Menyetujui,



M. Rizky Rusti Rama Putra

NIM. 702013089

PERSEMBAHAN

*Apabila sesuatu yang kau senangi tidak terjadi
Maka senangilah apa yang terjadi
(Ali bin Abi Thalib)*

Banyak suka, duka, canda dan tawa yang telah dilalui selama 3,5 tahun berada di kampus ini.. Akhirnya dengan kerja keras dan diiringi doa sampai juga di titik ini. Bukan akhir, tetapi awal dari kehidupan. Karya ini dipersembahkan untuk:

- 1. Kepada Allah SWT yang telah memberikan karunia-Nya yang tak ternilai*
- 2. Kepada Nabi Muhammad SAW, Sang Manusia Terbesar di Dunia*
- 3. Kepada Mamaku tersayang, Siti Rohani Hatun Am.Keb Alhamdulillah kuliah dedek lancar ma.. Hehehe*
- 4. Kepada Papaku tersayang, H. Rum Mulyadi, S.Kep Terimakasih untuk bonus yang selalu dikasih untuk penyemangat kuliah pa.. Hehehe*
- 5. Kepada Saudaraku tersayang, Winda Rusti dan Eldo Rusti maaf jarang pulang dan kumpul, ini demi masa depan keluarga Rusti yang lebih baik. Eleeee...*
- 6. Kepada dr. Liza Chairani, Sp.A, M.kes Selaku Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahnya dalam pembuatan skripsi ini. Terima Kasih dok.*
- 7. Kepada dr. Sheilla Yonaka, M.Kes. Selaku Pembimbing II, yang selalu sabar dan tidak pernah bosan menerima untuk bimbingan. Terima Kasih dok.*
- 8. Kepada seluruh keluargaku yang selama ini mendukung penuh kuliahku.*
- 9. Kepada Teman Hatiku, Juliet.. terimakasih selalu ada dan menemani. I ♥ U*
- 10. Kepada Sahabat-sahabatku, Pino, Fahrurido, Lebry, Kamila, Winny, Efri, Dini, Hady, Vannes, Kak Retza, Hafiz, Eby.. Semoga sukses selalu!*
- 11. Kepada Dosen dan Karyawan FK UMP.*
- 12. Kepada seluruh teman-teman Angkatan 2013. Genome Hexa BISA!!!*
- 13. Kepada Acer dan Asusku, Beat dan Swiftku yang telah bekerja sama dengan baik selama ini.. Thankyou Bro....*

Palembang, 10 Februari 2017

M Rizky Rusti Rama Putra

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FAKULTAS KEDOKTERAN

SKRIPSI, FEBRUARI 2017
M Rizky Rusti Rama Putra

Distribusi Lama Pemberian ASI dengan Kejadian ISPA pada Bayi Usia 0-1
tahun di RS Muhammadiyah Palembang Tahun 2016

xii + 74 halaman + 10 tabel + 1 gambar + 4 lampiran

ABSTRAK

Penyakit infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) adalah penyebab utama mortalitas dan morbiditas di dunia. ISPA menyebabkan lebih dari 4 juta anak-anak meninggal tiap tahunnya di negara berkembang. Lama pemberian ASI menjadi salah satu faktor risiko untuk terjadinya ISPA pada bayi dan balita. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui distribusi lama pemberian ASI dengan kejadian ISPA pada bayi usia 0-1 tahun di RS Muhammadiyah Palembang. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan desain *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di Poliklinik anak RS Muhammadiyah Palembang. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *Consecutive Sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 65 orang. Data didapatkan melalui rekam medis dan wawancara dengan menggunakan kuisisioner. Data kemudian dianalisis secara univariat. Hasil penelitian didapatkan bayi yang diberi ASI <6 bulan sebanyak 17 orang (26,15%) mengalami ISPA, dan 27 orang (41,54%) tidak mengalami ISPA. Pada bayi yang diberi ASI >6 bulan didapatkan sebanyak 11 orang (16,92%) mengalami ISPA dan 10 orang (15,39%) tidak mengalami ISPA.

Referensi : 47 (1992-2015)
Kata kunci : ASI, ISPA, BAYI

**UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH PALEMBANG
FACULTY OF MEDICINE**

MINI THESIS, FEBRUARY 2017

M Rizky Rusti Rama Putra

***Distribution The Length Of Breastfeeding With ARI in Infants Aged 0-1 Years
in Muhammadiyah Palembang Hospital in 2016***

xii + 74 pages + 10 tabels + 1 images + 4 enclosures

ABSTRACT

Acute respiratory infections (ARI) are the leading causes of mortality and morbidity in the world. ARI led more than 4 million children die each year in developing countries. Length of breastfeeding become one of the risk factors for the occurrence of ARI in infants and toddlers. This study aims to determine distribution the length of breastfeeding and ARI in infants aged 0-1 years in Muhammadiyah Palembang Hospital. This type of research is descriptive with cross sectional design. This research was conducted at the Pediatric Polyclinic, Muhammadiyah Palembang Hospital. Sampling was done by using Consecutive sampling with 65 infants as sample. Data obtained through medical records and interviews by using questionnaires. Data were analyzed with univariat. The result showed breastfed infants <6 months were 17 (26.15%) had respiratory infections and 27 (41.54%) had no ARI. In infants who were breastfed >6 months gained 11 people (16.92%) suffered from ARI and 10 people (15.39%) had no ARI.

Reference : 47 (1992-2015)

Keywords : breastfeeding, ARI, infants

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalamualaikum Wr. Wb

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat, hidayah dan karunia-Nya maka penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul : “Distribusi Lama Pemberian ASI dengan Kejadian ISPA pada Bayi Usia 0-1 Tahun di RS Muhammadiyah Palembang Tahun 2016”. Skripsi ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam mendapatkan gelar sarjana kedokteran (S.Ked) di Universitas Muhammadiyah Palembang.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan, hal ini dikarenakan keterbatasan kemampuan yang penulis miliki. Atas segala kekurangan dan ketidaksempurnaan skripsi ini, penulis sangat mengharapkan masukan, kritik dan saran yang bersifat membangun kearah perbaikan dan penyempurnaan skripsi ini. Cukup banyak kesulitan yang penulis temui dalam penulisan skripsi ini, tetapi Alhamdulillah dapat penulis atasi dan selesaikan dengan baik.

Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dan semoga amal baik yang telah diberikan kepada penulis mendapat balasan dari Allah SWT. Amin.

Palembang, 10 Februari 2017

M Rizky Rusti Rama Putra

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PENGESAHAN	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PUBLIKASI	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah.....	3
1.3. Tujuan Penelitian	4
1.3.1. Tujuan Umum	4
1.3.2. Tujuan Khusus	4
1.4. Manfaat Penelitian	4
1.4.1. Manfaat Teoritis	4
1.4.2. Manfaat Praktis	4
1.5. Keaslian Penelitian	6
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)	7
2.1.1. Definisi ISPA	7
2.1.2. Klasifikasi ISPA	8
2.1.3. Insidens dan Prevalensi ISPA	14
2.1.4. Etiologi ISPA	16
2.1.5. Cara Penularan ISPA	16
2.1.6. Faktor Risiko ISPA	16
2.1.7. Gejala ISPA	26
2.1.8. Penanganan ISPA	28
2.1.9. Pencegahan ISPA	28
2.2. ASI Eksklusif	29
2.2.1. Definisi ASI Eksklusif	29
2.2.2. Fisiologi Laktasi	30
2.2.3. Manfaat Pemberian ASI Eksklusif	32
2.2.4. Komposisi Gizi dalam ASI	34
2.2.5. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan ASI Eksklusif	36
2.2.6. Prevalensi Pemberian ASI Eksklusif	38

2.3. Hubungan Lama Pemberian ASI Eksklusif dengan ISPA	38
2.4. Kerangka Teori	40
BAB III. METODE PENELITIAN	
3.1. Jenis Penelitian	41
3.2. Waktu dan Tempat Penelitian	41
3.2.1 Waktu Penelitian.....	41
3.2.2 Tempat Penelitian	41
3.3. Populasi dan Sampel Penelitian.....	41
3.3.1. Populasi Penelitian	41
3.3.2. Sampel dan Besar Sampel	41
3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	43
3.4. Definisi Operasional	44
3.5. Cara Pengumpulan Data	45
3.6. Cara Pengolahan dan Analisis Data	45
3.6.1. Cara Pengolahan Data	45
3.6.2. Analisis Data	46
3.7. Alur Penelitian	47
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1. Hasil Penelitian	48
4.1.1. Analisis Univariat	48
A. Jenis Kelamin	48
B. Usia	49
C. Lama Pemberian ASI	49
D. Kejadian ISPA	51
E. Distribusi Lama Pemberian ASI dengan Kejadian ISPA pada Bayi	51
4.2. Pembahasan	53
4.2.1. Analisis Univariat	53
A. Jenis Kelamin	53
B. Usia	54
C. Lama Pemberian ASI	55
D. Kejadian ISPA	56
E. Distribusi Lama Pemberian ASI dengan Kejadian ISPA pada Bayi	56
4.3. Keterbatasan Penelitian	58
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1. Kesimpulan	59
5.2. Saran	60
DAFTAR PUSTAKA	61
LAMPIRAN	65
BIODATA	74

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Perbandingan dengan penelitian sebelumnya	6
Tabel 2.1.	Komposisi ASI Matur dibandingkan dengan ASI Premature	35
Tabel 3.1.	Definisi operasional	44
Tabel 4.1.	Distribusi Jenis Kelamin Bayi	48
Tabel 4.2.	Distribusi Usia Bayi	49
Tabel 4.3.	Distribusi Lama Pemberian ASI pada Bayi	49
Tabel 4.4.	Distribusi Lama Pemberian ASI dengan Makanan Tambahan pada Bayi	50
Tabel 4.5.	Distribusi Kejadian ISPA pada Bayi	51
Tabel 4.6.	Distribusi Lama Pemberian ASI dengan Kejadian ISPA pada Bayi	52
Tabel 4.7.	Distribusi lama pemberian ASI <6 bulan dengan atau tanpa Makanan Tambahan terhadap kejadian ISPA pada bayi	53

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. Alur Penelitian	47
-----------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Analisis Data (Spss)	65
Lampiran 2. Surat Penelitian	67
Lampiran 3. Informed Consent	69
Lampiran 4. Kuisisioner	71

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Penyakit ISPA adalah penyakit infeksi akut yang menyerang salah satu bagian dan atau lebih dari saluran napas mulai dari hidung (saluran atas) hingga alveoli (saluran bawah) termasuk jaringan adneksanya seperti sinus, rongga telinga tengah dan pleura (Depkes, 2007). Timbulnya gejala biasanya cepat, yaitu dalam waktu beberapa jam sampai beberapa hari. Gejalanya meliputi demam, batuk, dan sering juga nyeri tenggorok, coryza (pilek), sesak napas, mengi, atau kesulitan bernapas (WHO, 2007).

Meskipun pemberantasan penyakit ISPA telah dikembangkan sejak tahun 1984, bersamaan dengan dilancarkannya pemberantasan penyakit ISPA di tingkat global oleh *World Health Organization* (WHO). Namun hingga saat ini penyakit ISPA masih disebut wabah raya yang terlupakan (*The Forgotten Pandemic*), karena begitu banyak korban yang meninggal karena ISPA dan Pneumonia tetapi sangat sedikit perhatian yang diberikan kepada masalah ISPA (Depkes, 2006).

Penyakit infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) adalah penyebab utama mortalitas dan morbiditas di dunia. ISPA menyebabkan lebih dari 4 juta anak-anak meninggal tiap tahunnya di negara berkembang (Hapsari dkk, 2006). Insidensi ISPA yang paling banyak adalah pneumonia. Insidensinya di negara berkembang adalah 2-8 kali lebih banyak daripada di negara maju (Lanata et al, 2004). *World Health Organization* (WHO) memperkirakan insidensi ISPA di negara berkembang 0,29% (151 juta jiwa) dan negara industri 0,05% (5 juta jiwa). ISPA menempati urutan pertama penyakit yang diderita pada kelompok bayi dan balita di Indonesia. Prevalensi ISPA di Indonesia adalah 25,5% dengan morbiditas pneumonia pada bayi 2,2% dan

pada balita 3%, sedangkan mortalitas pada bayi 23,8% dan balita 15,5% (Depkes, 2007).

Berdasarkan data Dinas kesehatan provinsi Sumatera Selatan tahun 2012-2014, kasus ISPA tertinggi terjadi di kota Palembang dengan jumlah kasus 234.885 kasus. Sementara itu untuk perbandingan data pneumonia, pneumonia berat dan batuk bukan pneumonia didapatkan hasil mayoritas dari kasus ISPA adalah batuk bukan pneumonia (93,79 %) dengan jumlah kasus 271.055. Sedangkan berdasarkan kelompok umur, kasus pneumonia banyak diderita pada usia balita sebanyak 11.661 penderita (52 %) (Profil Kesehatan Sumsel, 2014).

Dalam beberapa studi diketahui, terdapat banyak faktor risiko untuk terjadinya ISPA pada bayi dan balita. Beberapa faktor risiko tersebut adalah bayi kurang gizi, berat badan lahir rendah (BBLR), pemberian ASI yang tidak memadai, tingkat kepadatan hunian rumah yang tinggi, imunisasi yang tidak lengkap, jenis kelamin, kekurangan vitamin A, kekurangan zat besi, kekurangan vitamin D atau kalsium, umur bayi, adanya perokok, musim, pelayanan kesehatan, sosial ekonomi rendah, dan asap pembakaran (Lanata et al, 2004). Sebuah penelitian oleh Rustam di Kabupaten Kampar provinsi Riau tahun 2010 menunjukkan bahwa bayi yang diberi ASI tidak eksklusif berisiko 1,69 kali untuk terjadi ISPA dibandingkan dengan bayi yang diberi ASI eksklusif.

ASI eksklusif adalah air susu ibu yang wajib diberikan atau disusukan pada bayinya yang baru lahir sampai bayinya berusia 6 bulan, tanpa diberikan tambahan apapun pada bayi tersebut (Widuri, 2013). Menurut Departemen Kesehatan RI (1995) pemberian ASI secara baik dan benar tetap dilanjutkan sampai bayi berumur 24 bulan (2 tahun) untuk membantu memelihara dan meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi serta menjalin kasih sayang ibu dan anak. Menurut Badan Kesehatan Dunia *World Health Organization* (WHO) dan *American Academy of Pediatrics*, pemberian ASI

selama paling sedikit 6 bulan dapat menurunkan mortalitas karena diare, penyakit pernapasan, dan berbagai penyakit infeksi lainnya, hingga sebesar 55% (Chantry *et al*, 2004). ASI sangat bermanfaat dalam meningkatkan jumlah IgA pada saluran napas. IgA adalah antibodi yang memainkan peran penting dalam perlindungan di dalam mukosa organ tubuh. IgA di dalam ASI dilaporkan memiliki aktivitas antibodi terhadap virus. Oleh karena itu, ASI dapat mengurangi angka kesakitan infeksi saluran pernapasan bagian atas (Badriul dkk, 2008).

Berdasarkan hasil dari Riskesdas 2013, persentase pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan di Indonesia pada tahun 2012 sebesar 63,4% dan terjadi penurunan pada tahun 2013 menjadi 54,34%. Cakupan pemberian ASI eksklusif yang terhimpun menurut laporan ASIE di Dinkes Provinsi Sumatera Selatan tahun 2014 mengalami penurunan 0,33% menjadi 63,44% dibandingkan tahun 2013 sebesar 63,77%. Sementara itu, cakupan pemberian ASI Eksklusif untuk Kota Palembang pada Tahun 2014 sebesar 74,18%. Cakupan ini masih di bawah target pencapaian pemberian ASI Eksklusif Indonesia yaitu 80% (Dinkes Palembang, 2015).

Berdasarkan tingginya angka kejadian ISPA di Palembang, serta masih rendahnya pemberian ASI Eksklusif pada bayi di Palembang, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian “Distribusi lama pemberian ASI dengan kejadian ISPA pada bayi usia 0-1 tahun di RS Muhammadiyah Palembang”.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana distribusi lama pemberian ASI dengan kejadian ISPA pada bayi usia 0-1 tahun di RS Muhammadiyah Palembang?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah telah mengetahui distribusi lama pemberian ASI dengan kejadian ISPA pada bayi usia 0-1 tahun di RS Muhammadiyah Palembang

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui angka kejadian ISPA pada bayi usia 0-1 tahun di RS Muhammadiyah Palembang.
2. Mengetahui lama pemberian ASI pada bayi usia 0-1 tahun di RS Muhammadiyah Palembang.
3. Mengetahui distribusi lama pemberian ASI dengan kejadian ISPA pada bayi usia 0-1 tahun di RS Muhammadiyah Palembang

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berkontribusi dalam ilmu pengetahuan terutama pada bidang pediatri yaitu tentang distribusi lama pemberian ASI dengan kejadian ISPA pada bayi dan dapat dijadikan sebagai pedoman untuk penelitian selanjutnya.

1.4.2. Manfaat Praktisi

1. Bagi Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit

Penelitian ini dapat menjadi pertimbangan dalam pengambilan kebijakan terkait kebutuhan bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif dan upaya dalam menurunkan kejadian ISPA serta memberikan motivasi kepada petugas kesehatan untuk dapat berperan aktif dalam memberikan penyuluhan kepada ibu menyusui untuk memberikan ASI eksklusif.

2. Bagi Masyarakat

Sebagai informasi dalam menambah pengetahuan dan partisipasi orang tua dalam meningkatkan kesehatan dan tumbuh kembang bayi melalui pemberian ASI eksklusif.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan keterampilan dan wawasan terhadap penelitian. Selain itu, peneliti juga dapat mengetahui hubungan antara lama pemberian ASI dengan penyakit ISPA.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Perbandingan dengan penelitian sebelumnya.

No	Nama	Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil
1.	Musfardi Rustam, 2010, Depok	Hubungan Pemberian ASI Eksklusif Terhadap Kejadian ISPA pada Bayi Usia 6-12 Bulan di Kabupaten Kampar Provinsi Riau	<i>Case Control</i>	Dari hasil penelitian diperoleh bahwa bayi yang diberi ASI tidak eksklusif memiliki Rasio Odds 1,69 kali (95% CI: 1,02-2,80) untuk mengalami kejadian ISPA dibandingkan dengan bayi yang diberi ASI eksklusif setelah dikontrol variabel adanya perokok dalam rumah dan imunisasi. Hasil penelitian ini membuktikan hipotesis penelitian yaitu pemberian ASI tidak eksklusif meningkatkan risiko kejadian ISPA dibandingkan bayi yang diberi ASI tidak eksklusif pada bayi usia 6-12 bulan di Kabupaten Kampar.
2.	Pujiati Abbas, Aprillia Sri Haryati, 2011, Semarang	Hubungan Pemberian ASI Eksklusif dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada Bayi	<i>Cross sectional</i>	Terdapat hubungan yang bermakna antara pemberian ASI eksklusif terhadap kejadian ISPA pada anak usia 12 bulan dengan keeratan hubungan yang kuat. Anak yang diberi ASI eksklusif lebih jarang terkena ISPA dibandingkan dengan anak yang tidak diberi ASI eksklusif.
3.	Antika Premi Vindasari, 2012, Surakarta	Hubungan Lama Pemberian ASI dengan Kejadian ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut) pada Balita Usia 2-5 Tahun di POSYANDU Kecamatan Kartasura	<i>Cross sectional</i>	Tidak ada hubungan bermakna antara lama pemberian ASI dengan kejadian ISPA pada balita usia 2-5 tahun di posyandu Kecamatan Kartasura

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

2.1.1. Definisi ISPA

Infeksi Saluran Pernapasan Akut atau sering disingkat dengan ISPA, adalah adaptasi dari istilah dalam bahasa Inggris yaitu *Acute Respiratory Infections* (ARI). Penyakit ISPA adalah penyakit infeksi akut yang menyerang salah satu bagian dan atau lebih dari saluran napas mulai dari hidung (saluran atas) hingga alveoli (saluran bawah) termasuk jaringan adneksanya seperti sinus, rongga telinga tengah dan pleura (Depkes, 2007). Infeksi Respiratori adalah mulai dari infeksi respiratori atas dan adneksanya hingga parenkim paru. Pengertian akut adalah infeksi yang berlangsung hingga 14 hari. Infeksi respiratori atas adalah infeksi primer di atas laring, sedangkan infeksi laring ke bawah disebut infeksi respiratori bawah (Wantania dkk, 2012).

Menurut Nelson *et al* (2000) ISPA adalah infeksi yang terutama mengenai struktur saluran pernapasan diatas laring, tetapi kebanyakan penyakit ini mengenai saluran pernapasan atas dan bawah secara simultan atau berurutan. Timbulnya gejala biasanya cepat, yaitu dalam waktu beberapa jam sampai beberapa hari. Gejalanya meliputi demam, batuk, dan sering juga nyeri tenggorok, *coryza* (pilek), sesak napas, mengi, atau kesulitan bernapas (WHO, 2007).

2.1.2 Klasifikasi ISPA

Secara anatomis, ISPA dibedakan menjadi ISPA atas maupun ISPA bawah. Infeksi yang menyerang saluran

pernapasan bagian atas meliputi rhinitis, sinusitis, nasofaringitis, faringitis, tonsillitis, tonsilofaringitis dan otitis media. Sedangkan ISPA bawah menyerang saluran pernapasan bagian bawah meliputi epiglottis, trakeitis, bronchitis, bronkiolitis, pneumonia dan bronkopneumonia (Lanata et al, 2004).

ISPA dibagi menjadi dua bagian, yaitu infeksi saluran pernapasan atas akut (ISPaA) dan infeksi saluran pernapasan bawah akut (ISPbA) (WHO, 2003).

a. Infeksi Saluran Pernapasan atas Akut (ISPaA)

Infeksi Saluran Pernapasan Atas dalam Bahasa Indonesia dikenal sebagai ISPaA atau ISPA (Infeksi Saluran naPas Atas) atau *URI* (Upper Respiratory tract Infection) dalam Bahasa Inggris adalah penyakit infeksi akut yang melibatkan organ saluran pernapasan, hidung, sinus, faring, atau laring. Infeksi Saluran Pernapasan atas Akut terdiri dari: Rhinitis, Sinusitis, Otitis Media(radang telinga tengah), Stomatitis (mulut), Ginggivitis, Faringitis (radang tenggorokan atau amandel).

b. Infeksi Saluran Pernapasan bawah Akut (ISPbA)

Infeksi Saluran Pernapasan bawah Akut terdiri dari Infeksi Epiglottis (pita suara), *Bronchitis*, Pneumonia.

Diagnosa ISPA dibagi menjadi dua macam yaitu Infeksi Saluran Pernapasan atas Akut (ISPaA) dan Infeksi Saluran Pernapasan bawah Akut (ISPbA) (WHO, 2003).

1. Diagnosa Infeksi Saluran Pernapasan atas Akut (ISPaA)

a. Rhinitis

Rhinitis adalah suatu peradangan pada selaput lendir hidung atau rongga hidung. Rhinitis disebabkan oleh virus, misal virus influenza. Rhinitis juga dapat terjadi karena reaksi

alergi terhadap perubahan cuaca, serbuk sari, dan debu. Virus tersebut menyebabkan produksi lendir meningkat. Gejala rinitis yaitu pilek, bersin, hidung tersumbat, dan iritasi tenggorokan. Rata-rata lama gejala berlangsung sekitar 7-14 hari. Gejala yang sering ditemukan menetap sampai lebih dari 10-14 hari (WHO, 2003).

b. Sinusitis

Sinusitis adalah peradangan saluran pada rongga tengkorak yang menghubungkan hidung dan rongga mata. Kata sinusitis berasal dari bahasa latin, yaitu sinus yang artinya cekungan dan akhiran itis yang berarti radang.

Sinusitis adalah suatu peradangan pada sinus yang terjadi karena alergi atau infeksi virus, bakteri maupun jamur. Sinusitis bisa terjadi pada salah satu dari keempat sinus yang ada, yaitu:

- Sinus frontalis yang terletak di dahi. Sinusitis frontalis menyebabkan sakit kepala di dahi.
- Sinus maksilaris terletak di dalam tulang pipi. Sinusitis maksilaris menyebabkan nyeri pipi tepat di bawah mata, sakit gigi dan sakit kepala.
- Sinus etmoidalis terletak di belakang batang hidung di sudut mata. Sinusitis etmoidalis menyebabkan nyeri di belakang dan diantara mata serta sakit kepala di dahi. Peradangan ini juga bisa menyebabkan nyeri bila pinggiran hidung ditekan, berkurangnya indera penciuman dan hidung tersumbat.
- Sinus sfenoidalis terletak di belakang sinus etmoidalis. Setiap sinus tersebut berhubungan dengan hidung untuk pertukaran udara dan sekresi mukus. Hidung dan sinus dilapisi selaput lendir yang berhubungan satu sama lain.

Infeksi atau peradangan sinus umumnya terjadi sebagai kelanjutan infeksi hidung. Setiap kondisi dalam hidung yang menghambat aliran keluar cairan hidung cenderung menyebabkan infeksi dari sinus. Seperti adanya infeksi virus, bakteri atau benda asing penyebab alergi sehingga menutup hubungan antara sinus dan hidung. Disebut sinusitis akut bila lamanya penyakit kurang dari 30 hari. Sinusitis subakut dan kronis sering merupakan lanjutan dari sinusitis akut yang tidak mendapatkan pengobatan lebih lanjut.

c. Otitis Media (Radang Telinga Tengah)

Otitis media Akut adalah infeksi telinga tengah oleh bakteri atau virus. Otitis media akut bisa terjadi pada semua usia, tetapi paling sering ditemukan pada anak-anak terutama usia 3 bulan - 3 tahun. Otitis media akut (OMA) adalah peradangan telinga tengah dengan gejala dan tanda-tanda yang bersifat cepat dan singkat. Gejala dan tanda klinik lokal atau sistemik dapat terjadi secara lengkap atau sebagian, baik berupa otalgia, demam, gelisah, mual, muntah, diare, serta otore, apabila telah terjadi perforasi membran timpani.

d. Stomatitis (infeksi mulut)

Stomatitis adalah inflamasi lapisan struktur jaringan lunak pada mulut. Stomatitis biasanya merupakan kondisi yang menyakitkan, yang terkait dengan kemerahan, pembengkakan, dan kadang-kadang perdarahan dari daerah yang terkena. Bau mulut (halitosis) juga mungkin menyertai keadaan ini. Stomatitis terjadi pada semua kelompok umur, dari bayi hingga dewasa tua.

e. Gingivitis

Gingivitis adalah peradangan pada gusi (gingiva). Gingivitis hamper selalu terjadi akibat penggosokan dan flosing (membersihkan gigi dengan menggunakan benang gigi) yang tidak benar, sehingga plak tetap ada di sepanjang garis gusi. Plak merupakan suatu lapisan yang terutama terdiri dari bakteri. Jika plak tetap melekat pada gigi selama lebih dari 72 jam, maka akan mengeras dan membentuk karang gigi (*kalkulusflosing* / benang gigi).

f. Faringitis (Radang Tenggorokan/ amandel)

Faringitis adalah suatu peradangan pada tenggorokan (faring). Faringitis bisa disebabkan oleh virus maupun bakteri. Namun kebanyakan disebabkan oleh virus, termasuk virus penyebab *commoncold*, flu, *adenovirus*, *mononukleosis* atau HIV. *Faringitis* akut yang disebabkan bakteri mempunyai gejala nyeri kepala yang hebat, demam atau menggigil, malaise, nyeri menelan, muntah dan mungkin batuk tapi jarang (Rusmarjono, 2007).

Faringitis yang disebabkan virus biasanya mempunyai gejala nyeri tenggorokan yang parah dan dapat disertai dengan batuk, suara serak dan nyeri substernal. Demam, menggigil, malaise, mialgia dan sakit kepala juga dapat terjadi (John L. Boone, 2003). Sedangkan gejala pada faringitis fungal adalah nyeri tenggorokan dan nyeri menelan. Pada pemeriksaan tampak plak putih di orofaring dan mukosa faring lainnya hiperemis (Rusmarjono, 2007).

2. Diagnosa Infeksi Saluran Pernapasan bawah Akut (ISPbA)

a. Infeksi Epiglottis

Epiglottitis akut, atau biasa disebut juga supraglotitis atau laringitis supraglotik adalah keadaan inflamasi akut pada daerah supraglotis dari orofaring, yang meliputi inflamasi pada epiglottis, valemula, aritenoid, dan lipatan ari epiglotik. Onset dari gejala epiglottitis akut biasanya terjadi tiba-tiba dan berkembang secara cepat. Pada pasien anak-anak, gejala yang paling sering ditemui adalah sesak napas dan stridor yang didahului oleh demam, sedangkan pada pasien dewasa gejala yang terjadi lebih ringan, dan yang paling sering dikeluhkan adalah nyeri tenggorokan dan nyeri saat menelan. Diagnosis dapat dibuat berdasarkan riwayat perjalanan penyakit dan tanda serta gejala klinis yang ditemui, dan dari foto Rontgen lateral leher yang memperlihatkan edema epiglottis (*thumb sign*) dan dilatasi dari hipofaring.

b. Bronchitis

Bronchitis (*Bronchitis; Inflammation - bronchi*) adalah suatu peradangan pada bronkus (saluran udara ke paru-paru). Bronchitis akut adalah serangan bronchitis dengan perjalanan penyakit yang singkat dan berat, disebabkan oleh karena terkena dingin, penghirupan bahan-bahan iritan, atau oleh infeksi akut, dan ditandai dengan demam, nyeri dada (terutama disaat batuk), dyspnea, dan batuk.

c. Pneumonia

Pneumonia adalah proses infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli). Gambaran klinis biasanya didahului oleh infeksi saluran napas akut bagian atas selama beberapa hari, kemudian diikuti dengan demam, menggigil, suhu tubuh kadang-kadang melebihi 40°C, sakit tenggorok,

nyeri otot, dan sendi. Juga disertai batuk, dengan sputum purulen, kadang-kadang berdarah (Supandi, 1992). Pada pasien muda atau tua dan pneumonia atipikal (misalnya *Mycoplasma*), gambaran nonrespirasi (misalnya konfusi, ruam, diare) dapat menonjol (Jeremy, 2007).

ISPA juga mempunyai kemiripan gejala dengan beberapa penyakit lainnya antara lain dengan penyakit asma dan TBC. Penyakit asma berasal dari kata "*Asthma*" yang diambil dari bahasa Yunani yang berarti "sukar bernapas". Asma adalah penyakit kronis (berlangsung lama) yang ditandai oleh sesak napas disertai bunyi ngik-ngik (mengi) atau batuk persisten dimana derajat keparahan setiap orang berbeda-beda (Prasetyo, 2010). Penyakit asma dikenal karena adanya gejala sesak napas, batuk dan mengi yang disebabkan oleh penyempitan saluran napas. Gejala awal penyakit asma ini mirip dengan gejala penyakit ISPA.

Klasifikasi ISPA berdasarkan umur dibedakan atas dua kelompok yaitu kelompok untuk umur 2 bulan sampai dengan <5 tahun dan kelompok untuk umur <2 bulan (Depkes, 2007).

1. Untuk kelompok umur 2 bulan sampai dengan < 5 tahun klasifikasi dibagi atas :
 - a. Pneumonia berat, bila anak batuk dan disertai gejala-gejala *chest indrawing*.
 - b. Pneumonia, bila anak batuk disertai dengan napas cepat 50 kali per menit atau lebih pada anak usia 2 bulan sampai dengan < 12 bulan, atau 40 kali per menit atau lebih pada anak usia 12 bulan sampai dengan 5 tahun.
 - c. Bukan pneumonia, bila anak menderita batuk pilek biasa (*common cold*), pernapasan biasa dan tidak ditemukannya tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (*chest indrawing*).

2. Untuk kelompok umur < 2 bulan klasifikasi dibagi atas :
 - a. Pneumonia berat, bila bayi menderita batuk disertai napas cepat yaitu lebih dari 60 kali per menit, dengan atau tanpa gejala *chest indrawing* dan adanya tanda bahaya.
 - b. Bukan pneumonia, bila bayi menderita batuk pilek (*common cold*), tidak terdapat sesak napas atau kecepatan napas kurang dari 60 kali per menit atau tidak ditemukan gejala *chest indrawing*.

2.1.3. Insiden dan Prevalensi ISPA

Infeksi saluran pernapasan akut atau ISPA paling sering terjadi pada anak. Kasus ISPA merupakan 50% dari seluruh penyakit pada anak berusia dibawah 5 tahun, dan 30% pada anak usia 5-12 tahun. Walaupun sebagian besar terbatas pada saluran respiratori-atas, tetapi sekitar 5% juga melibatkan saluran respiratori-bawah, terutama pneumonia. Anak berusia 1-6 tahun juga dapat mengalami episode ISPA sebanyak 7-9 kali per tahun, tetapi biasanya ringan (Wantania dkk, 2012).

Meskipun pemberantasan penyakit ISPA telah dikembangkan sejak tahun 1984, bersamaan dengan dilancarkannya pemberantasan penyakit ISPA di tingkat global oleh *World Health Organization* (WHO). Namun hingga saat ini penyakit ISPA masih disebut wabah raya yang terlupakan (*The Forgotten Pandemic*), karena begitu banyak korban yang meninggal karena ISPA dan Pneumonia tetapi sangat sedikit perhatian yang diberikan kepada masalah ISPA (Depkes, 2006).

Penyakit infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) adalah penyebab utama mortalitas dan morbiditas di dunia. ISPA menyebabkan lebih dari 4 juta anak-anak meninggal tiap

tahunnya di negara berkembang (Hapsari dkk, 2006). Insidensi ISPA yang paling banyak adalah pneumonia. Insidensinya di negara berkembang adalah 2-8 kali lebih banyak daripada di negara maju (Lanata et al, 2004). Perbedaan tersebut berhubungan dengan etiologi dan faktor resiko. Di negara maju ISPA didominasi oleh virus, sedangkan dinegara berkembang oleh bakteri seperti *S. pneumonia* dan *H. influenzae*(Wantania dkk, 2012).

World Health Organization (WHO) memperkirakan insidensi ISPA di negara berkembang 0,29% (151 juta jiwa) dan negara industri 0,05% (5 juta jiwa). ISPA menempati urutan pertama penyakit yang diderita pada kelompok bayi dan balita di Indonesia. Prevalensi ISPA di Indonesia adalah 25,5% dengan morbiditas pneumonia pada bayi 2,2% dan pada balita 3%, sedangkan mortalitas pada bayi 23,8% dan balita 15,5% (Depkes, 2007).

Berdasarkan data Dinas kesehatan provinsi Sumatera Selatan tahun 2012-2014, kasus ISPA tertinggi terjadi di kota Palembang dengan jumlah kasus 234.885 kasus, kabupaten Banyuasin sebesar 70.569 kasus dan kabupaten Muara Enim sebesar 54.286 kasus. Sementara itu untuk perbandingan data pneumonia, pneumonia berat dan batuk bukan pneumonia didapatkan hasil mayoritas dari kasus ISPA adalah batuk bukan pneumonia (93,79 %) dengan jumlah kasus 271.055. Sedangkan berdasarkan kelompok umur, kasus pneumonia banyak diderita pada usia balita sebanyak 11.661 penderita (52 %) (Profil kesehatan Sumsel, 2014).

2.1.4. Etiologi ISPA

Etiologi ISPA terdiri lebih dari 300 jenis bakteri, virus dan riketsia. Bakteri penyebabnya antara lain dari genus *Streptococcus*, *Stafilococcus*, *Pnemococcus*, *Hemophilus*, *Bordetella* dan *Corinebacterium*. Virus penyebabnya antara lain golongan *Micsovirus*, *Adenovirus*, *Coronavirus*, *Picornavirus*, *Micoplasma*, *Herpesvirus* dan lain-lain (Depkes, 2006).

2.1.5. Cara Penularan Penyakit ISPA

Penularan penyakit ISPA dapat terjadi melalui udara yang telah tercemar, bibit penyakit masuk kedalam tubuh melalui pernapasan, oleh karena itu maka penyakit ISPA ini termasuk golongan *Air Borne Disease*. Penularan melalui udara dimaksudkan adalah cara penularan yang terjadi tanpa kontak dengan penderita maupun dengan benda terkontaminasi. Sebagian besar penularan melalui udara dapat pula menular melalui kontak langsung, namun tidak jarang penyakit yang sebagian besar penularannya adalah karena menghisap udara yang mengandung unsur penyebab atau mikroorganisme penyebab.

2.1.6. Faktor Risiko ISPA

Dalam beberapa studi diketahui, terdapat banyak faktor risiko untuk terjadinya ISPA pada bayi dan balita. Beberapa faktor risiko tersebut adalah bayi kurang gizi, berat badan lahir rendah (BBLR), pemberian ASI yang tidak memadai, tingkat kepadatan hunian rumah yang tinggi, imunisasi yang tidak lengkap, jenis kelamin, kekurangan vitamin A, kekurangan zat besi, kekurangan vitamin D atau kalsium, umur bayi, adanya

perokok, musim, pelayanan kesehatan, sosial ekonomi rendah, dan asap pembakaran (Lanata et al, 2004). Terdapat banyak faktor yang mendasari perjalanan penyakit ISPA pada anak. Hal ini berhubungan dengan agen penyakit, manusia, dan lingkungan (Wantania dkk, 2012).

a. Agen

Infeksi dapat berupa flu biasa hingga radang paru-paru. Kejadiannya bisa secara akut atau kronis, yang paling sering adalah rinitis simpleks, faringitis, tonsilitis, dan sinusitis. Rinitis simpleks atau yang lebih dikenal sebagai selesma/*common cold*/koriza/flu/pilek, merupakan penyakit virus yang paling sering terjadi pada manusia. Penyebabnya adalah *virus Myxovirus, Coxsackie, dan Echo*.

Berdasarkan hasil penelitian Isbagio (2003), mendapatkan bahwa bakteri *Streptococcus pneumoniae* adalah bakteri yang menyebabkan sebagian besar kematian 4 juta balita setiap tahun di negara berkembang. Isbagio ini mengutip penelitian WHO dan UNICEF tahun 1996, di Pakistan didapatkan bahwa 95% *S.pneumococcus* kehilangan sensitivitas paling sedikit pada satu antibiotika, hampir 50% dari bakteri yang diperiksa resisten terhadap kotrimoksazol yang merupakan pilihan untuk mengobati infeksi pernapasan akut. Demikian pula di Arab Saudi dan Spanyol 60% *S. pneumoniae* ditemukan resisten terhadap antibiotika.

Berdasarkan hasil penelitian Parhusip (2004), yang meneliti spektrum dari 101 penderita infeksi saluran pernapasan bagian bawah di BP4 Medan didapatkan bahwa semua penderita terlihat hasil biakan positif, pada dua penderita dijumpai tumbuh dua galur bakteri sedangkan yang lainnya hanya tumbuh satu galur. Bakteri gram positif dijumpai sebanyak 54 galur (52,4%) dan bakteri gram negatif 49 galur (47,6%).

b. Manusia

1) Umur

Kasus ISPA merupakan 50% dari seluruh penyakit pada anak berusia dibawah 5 tahun, dan 30% pada anak usia 5-12 tahun. *World Health Organization* melaporkan bahwa di negara berkembang, ISPA adalah penyebab utama dari empat penyebab terbanyak kematian anak, dengan kasus terbanyak terjadi pada anak berusia dibawah 1 tahun. Berdasarkan hasil penelitian Daulay (1999) di Medan, anak berusia dibawah 2 tahun mempunyai risiko mendapat ISPA 1,4 kali lebih besar dibandingkan dengan anak yang lebih tua. Keadaan ini terjadi karena anak di bawah usia 2 tahun imunitasnya belum sempurna dan lumen saluran napasnya masih sempit.

2) Jenis Kelamin

Pada umumnya, tidak ada perbedaan insidens ISPA antara laki-laki dan perempuan. Akan tetapi, ada yang mengemukakan bahwa terdapat sedikit perbedaan yaitu insidens lebih tinggi pada anak laki-laki berusia diatas 6 tahun.

3) Status Gizi

Gizi merupakan salah satu faktor penting yang menentukan tingkat kesehatan dan kesejahteraan manusia. Status gizi dapat mempengaruhi kekebalan tubuh seorang balita. Gizi kurang terutama kurang energi, vitamin A, Zn, dan Fe menyebabkan masa bayi dan masa dini anak-anak sering mendapat penyakit infeksi (Hartriyanti, 2007). Status gizi pada anak sangat penting, karena status gizi yang baik akan meningkatkan daya tahan tubuh dan kekebalan tubuh anak,

sehingga anak tidak mudah terkena penyakit infeksi. Semakin rendah status gizi balita maka semakin rendah pula daya tahan tubuh balita, maka semakin rentan balita untuk terinfeksi. Dan pada balita dengan status gizi baik cenderung menderita penyakit infeksi ringan.

4) Berat Badan Lahir

Berat badan lahir menentukan pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental 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, terutama pneumonia dan sakit saluran pernapasan lainnya (Maryunani, 2010). Pada balita BBLR tidak mempunyai nutrisi dan protein yang cukup untuk pembentukan sistem imun, maka apabila balita menghirup udara yang tidak sehat akan mudah terkena infeksi.

5) Status ASI Eksklusif

ASI dapat mencukupi kebutuhan gizi bayi untuk tumbuh kembang dengan normal sampai berusia 6 bulan. ASI mengandung gizi yang cukup lengkap dan mengandung imun untuk kekebalan tubuh bayi (Depkes, 2004). ASI sangat bermanfaat dalam meningkatkan jumlah IgA pada saluran napas. IgA adalah antibodi yang memainkan peran penting dalam perlindungan didalam mukosa organ tubuh. IgA didalam ASI dilaporkan memiliki aktivitas antibodi terhadap virus. Oleh karena itu, ASI dapat mengurangi angka kesakitan infeksi saluran pernapasan bagian atas.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ariefudin, dkk (2009) tentang hubungan pemberian ASI eksklusif terhadap kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada bayi 0-12 bulan di posyandu Kecamatan Tegal Timur Kota Tegal yang menunjukkan menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pemberian ASI eksklusif terhadap kejadian infeksi saluran pernapasan akut pada bayi 0-12 bulan.

6) Status Imunisasi

Imunisasi adalah suatu upaya untuk melindungi seseorang terhadap penyakit menular tertentu agar kebal dan terhindar dari penyakit infeksi tertentu. Pentingnya imunisasi didasarkan pada pemikiran bahwa pencegahan penyakit merupakan upaya terpenting dalam pemeliharaan kesehatan anak. Imunisasi bermanfaat untuk mencegah beberapa jenis penyakit seperti, POLIO (lumpuh layu), TBC (batuk berdarah), difteri, liver (hati), tetanus, pertusis. Hasil penelitian Damanik dkk di wilayah kerja Puskesmas Glugur Darat Medan tahun 2014, Ada hubungan status imunisasi dasar dengan kejadian ISPA pada anak usia 12-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Glugur Darat. Baduta yang menderita ISPA kemungkinan besar 3,8 kali tidak memiliki imunisasi dasar yang lengkap dibandingkan dengan baduta yang tidak menderita ISPA.

c. Lingkungan

1) Kelembapan Ruangan

Berdasarkan KepMenKes RI No. 829 tahun 1999 tentang kesehatan perumahan menetapkan bahwa kelembapan yang sesuai untuk rumah sehat adalah 40-70%, optimum 60%.

Hasil penelitian Chahaya, dkk di Perumnas Mandala Medan (2004), dengan desain *cross sectional* didapatkan bahwa kelembaban ruangan berpengaruh terhadap terjadinya ISPA pada balita. Berdasarkan hasil uji regresi, diperoleh bahwa faktor kelembaban ruangan mempunyai $\exp(B)$ 28,097, yang artinya kelembaban ruangan yang tidak memenuhi syarat kesehatan menjadi faktor risiko terjadinya ISPA pada balita sebesar 28 kali.

2) Suhu Ruangan

Salah satu syarat fisiologis rumah sehat adalah memiliki suhu optimum 18-30⁰C. Hal ini berarti, jika suhu ruangan rumah dibawah 18⁰C atau diatas 30⁰C keadaan rumah tersebut tidak memenuhi syarat. Suhu ruangan yang tidak memenuhi syarat kesehatan menjadi faktor risiko terjadinya ISPA pada balita sebesar 4 kali (Chahaya & Nurmaini, 2004).

3) Ventilasi

Ventilasi rumah mempunyai banyak fungsi. Fungsi pertama adalah menjaga agar aliran udara di dalam rumah tersebut tetap segar. Hal ini berarti keseimbangan O₂ yang diperlukan oleh penghuni rumah tersebut tetap terjaga. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya O₂ di dalam rumah yang berarti kadar CO₂ yang bersifat racun bagi penghuninya menjadi meningkat. Sirkulasi udara dalam rumah akan baik dan mendapatkan suhu yang optimum harus mempunyai ventilasi minimal 10% dari luas lantai (Chahaya & Nurmaini, 2004).

Berdasarkan hasil penelitian Afrida (2007), didapatkan bahwa *prevalens rate* ISPA pada bayi yang memiliki

ventilasi kamar tidur yang tidak memenuhi syarat kesehatan sebesar 69,9%, sedangkan untuk yang memenuhi syarat kesehatan sebesar 30,1%. Hasil uji statistik diperoleh bahwa ada hubungan yang bermakna antara kondisi ventilasi dengan kejadian penyakit ISPA ($p < 0,05$).

4) Kepadatan hunian rumah

Kepadatan penghuni dalam satu rumah tinggal akan memberikan pengaruh bagi penghuninya. Hal ini tidak sehat karena disamping menyebabkan kurangnya oksigen, juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi, terutama ISPA akan mudah menular kepada anggota keluarga yang lainnya (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Gani dalam penelitiannya di Sumatera Selatan (2004) menemukan proses kejadian pneumonia pada anak balita lebih besar pada anak yang tinggal di rumah yang padat dibandingkan dengan anak yang tinggal di rumah yang tidak padat. Berdasarkan hasil penelitian Chahaya tahun 2004, kepadatan hunian rumah dapat memberikan risiko terjadinya ISPA sebesar 9 kali.

5) Penggunaan anti nyamuk

Penggunaan Anti nyamuk sebagai alat untuk menghindari gigitan nyamuk dapat menyebabkan gangguan saluran pernapasan karena menghasilkan asap dan bau tidak sedap. Adanya pencemaran udara di lingkungan rumah akan merusak mekanisme pertahanan paru-paru sehingga mempermudah timbulnya gangguan pernapasan.

Berdasarkan hasil penelitian Afrida (2007), didapatkan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara

penggunaan anti nyamuk dengan kejadian penyakit ISPA ($p < 0,05$).

6) Keberadaan perokok

Rokok bukan hanya masalah perokok aktif tetapi juga perokok pasif. Asap rokok terdiri dari 4.000 bahan kimia, 200 diantaranya merupakan racun antara lain Carbon Monoksida (CO), *Polycyclic Aromatic Hydrocarbons* (PAHs) dan lain-lain. Berdasarkan hasil penelitian Pradono dan Kristanti (2003), secara keseluruhan prevalensi perokok pasif pada semua umur di Indonesia adalah sebesar 48,9% atau 97.560.002 penduduk. Prevalensi perokok pasif pada balita sebesar 69,5%, pada kelompok umur 5-9 tahun sebesar 70,6% dan kelompok umur muda 10-14 tahun sebesar 70,5%. Tingginya prevalensi perokok pasif pada balita dan umur muda disebabkan karena mereka masih tinggal serumah dengan orang tua ataupun saudaranya yang merokok dalam rumah.

Berdasarkan hasil penelitian Syahril (2006), dari hasil uji statistik diperoleh nilai OR = 2,7 (CI 95%; 1.481 – 4.751) artinya anak balita yang terpapar asap rokok berisiko 2,7 kali lebih besar menderita pneumonia dibandingkan anak balita yang tidak terpapar asap rokok.

7) Status Ekonomi dan Pendidikan

Persepsi masyarakat mengenai keadaan sehat dan sakit berbeda dari satu individu dengan individu lainnya. Bagi seseorang yang sakit, persepsi terhadap penyakitnya merupakan hal yang penting dalam menangani penyakit tersebut. Untuk bayi dan anak balita persepsi ibu sangat

menentukan tindakan pengobatan yang akan diterima oleh anaknya.

Bedasarkan hasil uji statistik didapatkan bahwa ibu dengan status ekonomi tinggi 1,8 kali lebih banyak pergi berobat ke pelayanan kesehatan dibandingkan dengan ibu yang status ekonominya rendah. Ibu dengan pendidikan lebih tinggi, akan lebih banyak membawa anak berobat ke fasilitas kesehatan, sedangkan ibu dengan pendidikan rendah lebih banyak mengobati sendiri ketika anak sakit ataupun berobat ke dukun. Ibu yang berpendidikan minimal tamat SLTP 2,2 kali lebih banyak membawa anaknya ke pelayanan kesehatan ketika sakit dibandingkan dengan ibu yang tidak bersekolah, hal ini disebabkan karena ibu yang tamat SLTP ke atas lebih mengenal gejala penyakit yang diderita oleh balitanya.

Kelainan-kelainan kongenital saluran pernapasan seperti Atresia koana, Laringomalasia, Trakeomalasia, Bronkiektasis, dan CCAM (*Congenital Cystic Adenomatoid Malformation*) juga dapat menjadi faktor resiko terjadinya infeksi saluran pernapasan akut pada bayi.

Atresia koana adalah tertutupnya satu atau kedua posterior kavum nasi oleh membran abnormal atau tulang. Hal ini terjadi akibat kegagalan embriologik dari membran bukonasal untuk membelah sebelum kelahiran. Gejala yang paling khas pada atresia koana adalah tidak adanya atau tidak adekuatnya jalan napas hidung (Perkasa, 2013).

Laringomalasia merupakan suatu kelainan dimana terjadi kelemahan struktur supraglotik sehingga terjadi kolaps dan obstruksi saluran nafas. Sedangkan pada trakeomalasia, kelemahan terjadi pada dinding trakea. Laringomalasia biasanya

bermanifestasi saat baru lahir atau dalam usia beberapa minggu kehidupan berupa stridor inspirasi. Laringomalasia dapat terjadi sebagai kelainan tunggal atau dapat pula berhubungan dengan anomali saluran nafas atau organ lain. Lesi lain ditemukan pada hampir 19% bayi dengan laringomalasia. Oleh sebab itu beberapa peneliti menyarankan laringoskopi langsung dan bronkoskopi harus dilakukan pada bayi dengan laringomalasia untuk mencegah tidak terdiagnosisnya kelainan saluran nafas lain yang dapat mengancam jiwa. Trakeomalasia dapat pula terjadi sebagai kelainan tunggal, tidak berhubungan dengan laringomalasia yang dapat menimbulkan gejala stridor inspirasi, ekspirasi atau bifasik (Novialdi & Rusdi, 2011).

Bronkiektasis adalah kondisi yang ditandai dengan dilatasi abnormal di bronki dan kehancuran dinding bronkial, dan bisa muncul di seluruh pohon trakeobronkial atau bisa terbatas pada satu segmen atau lobus. Bronkiektasis biasanya bilateral dan melibatkan segmen basilar di lobus bawah. Bronkiektasis konginetal sering berkaitan dengan adanya dekstrokardia dan sinusitis, jika ketiga keadaan ini (bronkiektasis, dekstrokardia dan sinusitis) hadir bersamaan, keadaan ini disebut sebagai sindrom kartagener. Bronkiektasis yang didapat sering berkaitan dengan obstruksi bronkus. Dilatasi bronkus mungkin disebabkan karena kerusakan dinding bronkus akibat peradangan seperti pada penyakit endobronkial tuberkolosis. Bronkiektasis non-tuberkolosis cenderung terjadi pada bagian paru bergantung (dependent part) yang menyebabkan aliran drainase discharge terhambat. Gaya berat menyebabkan akumulasi sputum sehingga infeksi dan supurasi lebih mudah terjadi (Aridiyansyah, 2014).

CCAM (Congenital Cystic Adenomatoid Malformation) merupakan sekelompok massa multikistik maupun non kistik

akibat proliferasi abnormal bronkhiolus respiratorius terminalis. Pada bayi baru lahir atau anak-anak akan datang dengan distress respirasi atau bahkan tetap asimtomatik hingga dewasa. Mekanisme terbentuknya CCAM tidak diketahui pasti, tetapi diperkirakan akibat ketidakseimbangan proliferasi dan apoptosis sel, yaitu peningkatan proliferasi sel dan penurunan apoptosis dibandingkan dengan gestational controls. Adanya kelainan pembentukan cabang trakheobronkhal paru akan mengakibatkan terjadinya defek maturasi. Radiologi memegang peranan penting dalam penentuan lesi kistik kongenital pada paru (Jain A, Singla S, Kumar A, 2013).

2.1.7. Gejala ISPA

Menurut derajat keparahannya, ISPA dapat dibagi menjadi tiga golongan antara lain: ISPA ringan bukan pneumonia, ISPA sedang pneumonia dan ISPA berat pneumonia berat. Khusus untuk bayi di bawah dua bulan, hanya dikenal ISPA berat dan ISPA ringan (tidak ada ISPA sedang). Batasan ISPA berat untuk bayi kurang dari dua bulan adalah bila frekuensi napasnya cepat (60x/menit atau lebih) atau adanya tarikan dinding dada yang kuat. Gejala-gejala ISPA antara lain sebagai berikut (WHO, 2007):

a. Gejala ISPA ringan

Seorang anak dinyatakan menderita ISPA ringan jika ditemukan gejala sebagai berikut:

- 1) Batuk
- 2) Sesak yaitu anak bersuara parau pada waktu mengeluarkan suara (misalnya pada waktu bicara atau menangis).
- 3) Pilek yaitu mengeluarkan lendir atau ingus dari hidung.

- 4) Panas atau demam, suhu badan lebih dari 37°C atau jika dahi anak diraba dengan punggung tangan terasa panas.

b. Gejala ISPA sedang

Seorang anak dinyatakan menderita ISPA sedang jika dijumpai gejala ISPA ringan dengan disertai gejala sebagai berikut :

- 1) Pernapasan lebih dari 50x/menit pada anak umur kurang dari 1 tahun atau lebih dari 40x/menit pada anak satu tahun atau lebih.
- 2) Suhu lebih dari 39°C .
- 3) Tenggorokan berwarna merah.
- 4) Timbul bercak-bercak pada kulit menyerupai bercak campak.
- 5) Telinga sakit atau mengeluarkan nanah dari lubang telinga.
- 6) Pernapasan berbunyi seperti mendengkur.
- 7) Pernapasan berbunyi menciut-ciut.

c. Gejala ISPA berat

Seorang anak dinyatakan menderita ISPA berat jika ada gejala ISPA ringan atau sedang disertai satu atau lebih gejala berikut:

- 1) Bibir atau kulit membiru.
- 2) Lubang hidung kembang kempis (dengan cukup lebar) pada waktu bernapas.
- 3) Anak tidak sadar atau kesadarannya menurun.
- 4) Pernapasan berbunyi mengorok dan anak tampak gelisah.
- 5) Pernapasan berbunyi menciut dan anak tampak gelisah.
- 6) Sela iga tertarik ke dalam pada waktu bernapas.
- 7) Nadi cepat lebih dari 60 kali/menit atau tidak teraba.

8) Tenggorokan berwarna merah.

Pasien ISPA berat harus dirawat di rumah sakit atau Puskesmas karena perlu mendapat perawatan dengan peralatan khusus seperti oksigen dan infus (Depkes RI, 2002).

2.1.8. Penanganan Penyakit ISPA

Hampir seluruh kematian karena ISPA pada anak kecil disebabkan oleh ISPbA, paling sering adalah pneumonia. Bayi baru lahir dan bayi berusia satu bulan atau disebut 'bayi muda' yang menderita pneumonia dapat tidak mengalami batuk dan frekuensi pernafasnya secara normal sering melebihi 50 kali permenit. Infeksi bakteri pada kelompok usia ini dapat hanya menampakkan tanda klinis yang spesifik, sehingga sulit untuk membedakan pneumonia dari sepsis dan meningitis. Infeksi ini dapat cepat fatal pada bayi muda yang telah diobati dengan sebaik-baiknya di rumah sakit dengan antibiotik parenteral.

Cara yang paling efektif untuk mengurangi angka kematian karena pneumonia adalah dengan memperbaiki manajemen kasus dan memastikan adanya penyediaan antibiotik yang tepat secara teratur melalui fasilitas perawatan tingkat pertama dokter praktik umum. Langkah selanjutnya untuk mengurangi angka kematian karena pneumonia dapat dicapai dengan menyediakan perawatan rujukan untuk anak yang mengalami ISPbA berat memerlukan oksigen, antibiotik lini II, serta keahlian klinis yang lebih hebat.

2.1.9. Pencegahan ISPA

Keadaan gizi dan keadaan lingkungan merupakan hal yang penting bagi pencegahan ISPA. Beberapa hal yang perlu diingat untuk mencegah ISPA adalah:

- a. Mengusahakan kekebalan anak dengan imunisasi.
- b. Menjaga kebersihan perorangan dan lingkungan.
- c. Mencegah anak berhubungan dengan pasien ISPA.
- d. Mengusahakan agar anak mempunyai gizi yang baik.

Usaha yang dapat dilakukan agar bayi mempunyai gizi baik antara lain: memberikan ASI sampai usia dua tahun, memberikan makanan padat sesuai dengan umurnya, memberikan makanan yang mengandung gizi, menimbang bayi secara teratur tiap bulan ke Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dan pemeriksaan kesehatan (Depkes RI, 2002).

2.2. ASI Eksklusif

2.2.1 Definisi ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah menyusui bayi secara murni, yang dimaksud murni adalah bayi hanya diberi ASI saja selama 6 bulan tanpa tambahan cairan apapun, seperti susu formula, jeruk, madu, teh, air putih dan tanpa pemberian makanan tambahan lain, seperti pisang, bubur susu, biskuit, bubur atau nasi tim (Wiji, 2013). ASI eksklusif adalah air susu ibu yang wajib diberikan atau disusukan pada bayinya yang baru lahir sampai bayinya berusia 6 bulan, tanpa diberikan tambahan apapun pada bayi tersebut (Widuri, 2013).

ASI eksklusif adalah makanan satu-satunya yang paling sempurna untuk menjamin tumbuh kembang bayi pada enam bulan pertama (Saleha, 2009). Menurut Departemen Kesehatan RI (1995) pemberian ASI secara baik dan benar tetap dilanjutkan sampai bayi berumur 24 bulan (2 tahun) untuk membantu memelihara dan meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi serta menjalin kasih sayang ibu dan anak.

Berdasarkan uraian diatas pemberian ASI eksklusif adalah air susu ibu yang wajib diberikan pada bayinya sejak baru lahir sampai bayinya berusia 6 bulan, tanpa diberikan makanan ataupun minuman tambahan.

2.2.2 Fisiologi Laktasi

ASI diproduksi dan dibuat oleh jaringan kelenjar susu atau pabrik ASI pada payudara wanita dewasa. Payudara (selanjutnya disebut *mammae*) terbentuk atas berjuta-juta kelenjer air susu (*mammary gland*) yang masing-masing dihubungkan oleh saluran air susu sehingga membentuk seperti pohon. Sistem kelenjar yang ada diselimuti oleh pembuluh darah, pembuluh limfe dan sistem persyarafan yang berhubungan dengan syaraf pusat (Lawrence, 2005). ASI yang dihasilkan oleh jaringan kelenjar susu kemudian disalurkan melalui saluran susu ke dalam gudang susu yang terdapat dibawah daerah yang berwarna gelap atau cokelat tua di sekitar puting susu. Gudang susu ini sangat penting artinya, karena merupakan tempat penampungan ASI. Puting ASI mengandung banyak sekali saraf sensoris sehingga sangat peka (Roesli, 2000).

Suharyono (1994) mengungkapkan bahwa proses laktasi mempengaruhi pertumbuhan bayi dan hal ini akan sangat tergantung pada faktor kesehatan bio psiko sosial ibu, proses *mammogenesis* (persiapan payudara) yang adekuat, proses laktasi yang memungkinkan, keberhasilan produksi air susu dan proses *galactopoesis* (pengeluaran ASI dari puting), efektifitas proses transfer air susu yang berkualitas, cukup jumlah dan frekuensinya. Selain itu juga dipengaruhi oleh faktor jumlah kelahiran, stimulasi pengosongan payudara, aliran susu dan teknik menyusui.

Menurut Ramaiah (2006) proses pembentukan ASI dapat dibagi menjadi 4 tahap:

1. Mammogenesis atau persiapan payudara: selama kehamilan jumlah unit penghasil ASI dalam payudara dan salurannya mengalami pertumbuhan yang cepat. Hal ini terjadi karena pengaruh campuran dari hormone estrogen, progesterone yang dikeluarkan oleh indung telur, prolaktin yang dikeluarkan oleh kelenjer pituitary di dalam otak dan hormone pertumbuhan, prolaktin adalah hormone paling penting dalam produksi ASI.
2. Laktogenesis atau sintesis dan produksi dari alveolus dalam payudara, merupakan jumlah kecil produksi payudara mulai terkumpul selama kehamilan, namun pengeluaran ASI yang sesungguhnya akan dimulai dalam waktu tiga hari setelah persalinan. Hal ini terjadi karena selama kehamilan hormon progesterone dan estrogen membuat payudara tidak responsif terhadap prolaktin. Setelah persalinan ketika hormone estrogen dan progesterone berkurang, payudara yang telah berkembang sepenuhnya mengeluarkan ASI sebagai akibat dari tindakan prolaktin.
3. Galaktogenesis atau pengeluaran ASI dari puting, yaitu ASI yang terkumpul dalam payudara dikeluarkan melalui dua mekanisme yaitu pengisapan oleh bayi dan aliran ASI dari alveolus ke saluran ASI. Meningkatnya prolaktin di dalam darah merangsang kelenjer penghasil ASI dalam payudara untuk menghasilkan lebih banyak ASI. Stimulasi saraf di puting akan mengirimkan pesan refleks ke bagian belakang kelenjer pituitary, berespon dengan mengeluarkan suatu hormone yang disebut oksitosin. Oksitosin menggerakkan otot dan jaringan di sekitar kelenjer penghasil ASI, hasilnya alveolus berkontraksi dan ASI dikeluarkan ke saluran ASI.

4. Galaktopoesis atau pemeliharaan ASI: prolaktin adalah hormon terpenting untuk kelangsungan dan kecukupan pengeluaran ASI. Karena keluarnya prolaktin tergantung pada bayi yang mengisap payudara, penting bagi ibu untuk mempraktikkan menyusui setidaknya 4 sampai 6 bulan setelah bayi lahir.

2.2.3 Manfaat Pemberian ASI Eksklusif

Khasiat kesehatan air susu ibu atau ASI memang telah lama diketahui banyak orang. Berikut merupakan berbagai manfaat ASI selain bagi ibu dan bayi, ASI juga bermanfaat bagi keluarga dan negara, menurut Wiji (2013) :

1. Manfaat bagi bayi

a. Dapat memulai kehidupan dengan baik

Bayi yang mendapatkan ASI mempunyai kenaikan berat badan yang baik setelah lahir, pertumbuhan setelah periode perinatal baik, dan mengurangi kemungkinan obesitas.

b. Mengandung antibodi

Air susu ibu merupakan cairan yang mengandung kekebalan atau daya tahan tubuh sehingga dapat menjadi pelindung bayi dari berbagai penyakit infeksi, virus dan jamur.

c. ASI mengandung komposisi yang tepat

ASI adalah makanan bayi yang paling sempurna, baik berkualitas dan kuantitasnya. Dengan mencukupi kebutuhan tumbuh bayi hingga usia bayi 6 bulan.

d. Memberi rasa nyaman dan aman pada bayi dan adanya ikatan antara ibu dan bayi

e. Hubungan fisik ibu dan bayi baik untuk perkembangan bayi, kontak kulit ibu ke kulit bayi yang mengakibatkan perkembangan psikomotor maupun sosial yang lebih baik.

f. Terhindar dari alergi

ASI tidak menimbulkan efek alergi, karena pemberian protein asing yang ditunda sampai umur 6 bulan akan mengurangi kemungkinan alergi.

g. ASI meningkatkan kecerdasan bagi bayi

Lemak pada ASI adalah lemak tak jenuh yang mengandung omega 3 untuk pematangan sel-sel otak sehingga jaringan otak bayi yang mendapatkan ASI eksklusif akan tumbuh optimal dan terbebas dari rangsangan kejang sehingga menjadi anak lebih cerdas dan terhindar dari kerusakan sel-sel saraf.

2. Manfaat bagi ibu

Manfaat ASI bagi ibu:

- a. Mencegah perdarahan pasca persalinan dan mempercepat kembalinya rahim ke bentuk semula
- b. Mencegah anemia defisiensi zat besi
- c. Mempercepat ibu kembali ke birat badan sebelum hamil
- d. Menunda kesuburan
- e. Menimbulkan perasaan diutuhkan
- f. Mengurangi kemungkinan kanker payudara dan ovarium

3. Manfaat bagi keluarga

Manfaat ASI bagi keluarga:

- a. ASI selalu bersih dan bebas hama yang dapat menyebabkan infeksi
- b. Pemberian ASI tidak memerlukan persiapan khusus
- c. ASI selalu tersedia dan gratis
- d. Bila ibu memberikan ASI pada bayinya sewaktu-waktu ketika bayinya meminta (*on demand*) maka kecil

kemungkinannya bagi ibu untuk hamil dalam 6 bulan pertama sesudah melahirkan

- e. Ibu menyusui yang siklus menstruasinya belum pulih kembali akan memperoleh perlindungan sepenuhnya dari kemungkinan hamil.

2.2.4 Komposisi gizi dalam ASI

Jika dilihat dari manfaat ASI yang beraneka ragam, pasti sebagian ibu-ibu masih bertanya-tanya tentang komposisi ASI sehingga dikatakan sebagai makanan terbaik bayi.

Komposisi gizi dalam ASI dapat dibedakan menjadi 3 bentuk yaitu:

1. Kolostrum

Kolostrum adalah air susu yang pertama kali keluar, kolostrum disekresi oleh kelenjer payudara pada hari pertama sampai hari keempat pasca persalinan. Kolostrum merupakan cairan dengan viskositas kental, lengket dan berwarna kekuningan. Kolostrum mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih dan antibodi yang tinggi.

Tabel 2.1 Komposisi ASI Matur dibandingkan dengan ASI Prematur

Zat Gizi	Hari ke 3-5		Hari ke 8-11		Hari ke 15-18		Hari ke 26-29	
	Matur	Prematur	Matur	Prematur	Matur	Prematur	Matur	Prematur
Energi (kcal dl)	48	58	59	71	62	71	62	70
Lemak (g dl)	1.85	3.0	2.9	4.14	3.06	4.33	3.05	4.09
Protein (g dl)	1.87	2.10	1.7	1.86	1.52	1.71	1.29	1.41
Laktosa (g dl)	5.14	5.04	5.98	5.55	6.0	5.63	6.51	5.97

(Sumber : CH Anderson : Human Milk Feeding. Pediatric Clin North Am 32:335-52)

2. Asi Transisi atau Peralihan

Asi peralihan yang keluar setelah kolostrum sampai sebelum Asi matang yaitu sejak hari ke-4 sampai hari ke -10, selama dua minggu. Volume air susu bertambah banyak dan berubah warna serta komposisinya, kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.

3. Asi Matur

Asi matur disekresi pada hari kesepuluh dan seterusnya. Asi matur berwarna putih, kandungan dalam Asi matur relative konstan tidak dibergumpal bila dipanaskan.

2.2.5 Faktor-Faktor yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif

1. Pendidikan ibu

Tingkat pendidikan merupakan salah satu aspek sosial yang dapat mempengaruhi tingkah laku manusia, pendidikan akan mempengaruhi seseorang dalam melakukan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar, orang yang mempunyai pendidikan lebih tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka yang tidak berpendidikan, karena mereka yang berpendidikan tinggi mampu menghadapi tantangan dengan rasional. (Natoadmojo, 2010).

Bagi sebagian ibu, menyusui bayi merupakan tindakan yang alamiah dan naluriah. Oleh karena itu, mereka beranggapan bahwa menyusui tidak perlu di pelajari. Sebenarnya anggapan ini tidak sepenuhnya keliru tetapi menyusui bisa jadi masalah manakalah ibu menikah usia dini atau melahirkan bayi pertama. Maka para ibu tetap memerlukan informasi dan pengetahuan tentang menyusui (Prasetyono, 2009).

2. Pengetahuan Ibu

Pengetahuan merupakan hasil tahu dari manusia yang sekedar menjawab pertanyaan "*What*", misalnya apa itu air, apa manusia, apa itu alam dan sebagainya (Natoadmodjo, 2010). Rendahnya tingkat pemahaman tentang pentingnya ASI selama 6 bulan pertama kelahiran bayi dikarenakan kurangnya informasi dan pengetahuan yang dimiliki oleh para ibu mengenai segala nilai plus nutrisi dan manfaat yang terkandung dalam ASI, selain itu adanya mitos tentang pemberian ASI bagi bayi misalnya, ibu yang menyusui

anaknyaa dapat menurunkan tingkat kondisi fisik dirinya merupakan suatu mitos yang sulit diterima oleh akal sehat. Demikian halnya dengan kekhawatiran ibu yang menganggap bahwa produksi ASI tidak mencukupi kebutuhan makanan bayi. Anggapan ini sering terjadi menjadi kendala bagi ibu yang akhirnya mencari alternatif dengan memberikan susu formula (Prasetyono, 2009).

3. Pekerjaan ibu

Bekerja bukan alasan untuk menghentikan pemberian ASI Eksklusif sampai 6 bulan meskipun biasanya cuti hamil hanya 3 bulan, dengan pengetahuan yang benar tentang menyusui, perlengkapan pemerah ASI, dan dukungan lingkungan kerja, seorang ibu yang bekerja dapat tetap memberikan ASI Eksklusif (Roesli, 2010).

Sering kali pekerjaan seorang ibu berhenti menyusui. Terlebih lagi jika alasan itu mendapat pembenaran dan di setujui oleh suami, cuti melahirkan yang hanya 3 bulan di Negara kita memang seringkali menjadi kendala utama bagi ibu untuk tidak memberikan ASI Eksklusif hingga bayi berusia 6 bulan tanpa makanan tambahan, namun demikian dengan pengetahuan yang memadai dan niat yang kuat, cukup banyak juga ibu bekerja yang berhasil menyusui secara Eksklusif selama 6 bulan.

4. Dukungan Suami dan Keluarga

Dukungan psikologi sangatlah diperlukan oleh seorang ibu dalam proses menyusui bayinya. Adanya anggota keluarga lain pembantu rumah tangga yang tinggal bersama, dapat meringankan kelelahan fisik yang harus dihadapi ibu setiap harinya. Perhatian dan pengasuhan anak sebelumnya dapat di

bagi dengan ayahnya atau anggota keluarga lainnya yang tinggal bersama. Keterbukaan dalam berkomunikasi antara seluruh anggota keluarga dapat membuat ibu merasa nyaman dan tidak sendirian dalam menghadapi peran barunya sebagai ibu. Hal ini karena kehadiran anggota keluarga baru ini harus dirasakan oleh seluruh anggota keluarga terutama ayah agar terciptanya kekompakan (Roesli, 2010).

2.2.6 Prevalensi Pemberian ASI Eksklusif

Berdasarkan hasil dari Riskesdas 2013, persentase pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan di Indonesia pada tahun 2012 sebesar 63,4% dan terjadi penurunan pada tahun 2013 menjadi 54,34%. Cakupan pemberian ASI Eksklusif yang terhimpun menurut laporan ASIE di Dinkes Provinsi Sumatera Selatan tahun 2014 mengalami penurunan 0,33% menjadi 63,44% dibandingkan tahun 2013 sebesar 63,77%. Sementara itu, cakupan pemberian ASI Eksklusif untuk Kota Palembang pada Tahun 2014 sebesar 74.18%. Cakupan ini masih di bawah target pencapaian pemberian ASI Eksklusif Indonesia yaitu 80% (Dinkes Palembang, 2014).

2.3 Hubungan Lama Pemberian ASI dengan ISPA

Menurut Badan Kesehatan Dunia *World Health Organization* (WHO) dan *AmericanAcademy of Pediatrics*, pemberian ASI selama paling sedikit 6 bulan dapat menurunkan mortalitas karena diare, penyakit pernapasan, dan berbagai penyakit infeksi lainnya, hingga sebesar 55% (Chantry et al, 2004). Riwayat pemberian ASI yang buruk pada saat bayi menjadi salah satu faktor risiko yang dapat meningkatkan kejadian ISPA pada anak, karena makanan yang baik untuk bayi adalah ASI. Sebuah penelitian oleh Rustam di Kabupaten Kampar provinsi Riau tahun 2010 menunjukkan bahwa bayi yang diberi ASI tidak

eksklusif berisiko 1,69 kali untuk terjadi ISPA dibandingkan dengan bayi yang diberi ASI eksklusif.

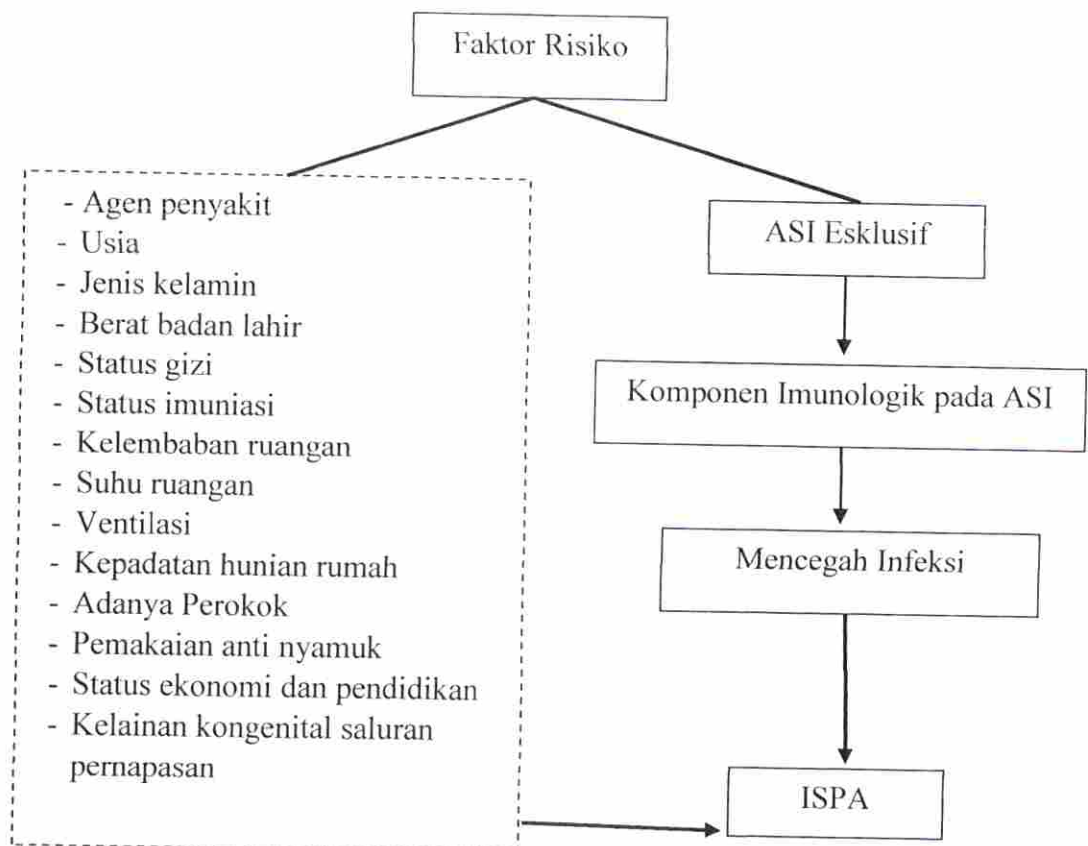
Pemberian ASI minimal 2 tahun memberikan keuntungan banyak sekali, antara lain dalam segi gizi, daya kekebalantubuh, psikologi dan ekonomi. ASI eksklusif yang disarankan yaitu minimal sampai 6 bulan usia bayi. Bayi dan balita yang mendapatkan ASI eksklusif menunjukkan tingkat kekurangan gizi yang lebih rendah, dan menghadapi risiko lebih kecil terserang penyakit infeksi seperti ISPA dibandingkan dengan anak balita yang tidak mendapatkan ASI eksklusif (Depkes, 1997).

Hasil penelitian oleh Hersoni 2015 didapati Bayi usia 6-12 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Wedarijaksa II Kabupaten Pati yang mendapatkan ASI eksklusif sebanyak 19,8%. Ada pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap kejadian ISPA pada bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Wedarijaksa II Kabupaten Pati (p value = 0,025; rasio prevalen = 0,317). Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa pemberian ASI yang tidak memadai merupakan salah satu faktor risiko yang mempengaruhi kejadian ISPA pada bayi dan balita. Anak yang tidak mengkonsumsi ASI sampai usia 6 bulan dan pemberian ASI kurang dari 24 bulan berisiko terkena ISPA, dibandingkan pemberian ASI selama 6 bulan pertama. Pemberian ASI selama 2 tahun juga akan menambah ketahanan anak dalam melawan gangguan penyakit infeksi salah satunya ISPA (Depkes, 2002).

ASI mengandung nutrisi, antioksidan, hormon dan antibodi yang dibutuhkan anak untuk tumbuh kembang dan membangun sistem kekebalan tubuh. Sehingga anak yang mendapatkan ASI secara eksklusif lebih tahan terhadap infeksi dibandingkan dengan anak-anak yang tidak mendapatkan ASI. ASI mengandung antibodi atau imunoglobulin utama yaitu IgA, IgE dan IgM yang digunakan untuk mencegah dan menetralkan bakteri, virus, jamur dan parasit. Jumlah

immunoglobulin terbanyak terdapat pada kolostrum (air susu yang pertama kali keluar sampai hari keempat), dimana persentase imonoglobulin ini akan menurun seiring dengan waktu. Ibu yang terus memberikan ASI pada anaknya akan meningkatkan produksi ASI, sehingga total imonoglobulin yang diterima bayi akan relative sama dengan imonoglobulin yang terdapat pada kolostrum. Total imonoglobulin akan meningkat selama periode ASI eksklusif (Lestari dkk, 2014).

2.4 Kerangka Teori



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* untuk mengetahui distribusi lama pemberian ASI dengan penyakit ISPA pada bayi.

3.2. Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu : 28 Oktober – 28 Desember 2016
Tempat : Poliklinik anak RS Muhammadiyah Palembang

3.3. Populasi dan Sampel

3.3.1. Populasi

A. Populasi Target

Orang tua yang membawa bayi usia 0-1 tahun ke RS Muhammadiyah Palembang.

B. Populasi Terjangkau

Orang tua yang membawa bayi usia 0-1 tahun ke Poliklinik anak RS Muhammadiyah Palembang.

3.3.2. Sampel dan Besar Sampel

A. Sampel Penelitian

Orang tua yang membawa bayi usia 0-1 tahun ke Poliklinik anak RS Muhammadiyah Palembang yang memenuhi kriteria inklusi dan tidak termasuk dalam kriteria eksklusi.

B. Perhitungan Besar Sampel

Sampel diambil menggunakan *Consecutive sampling*, yaitu subyek yang datang berurutan dan memenuhi kriteria pemilihan

dimasukkan dalam penelitian sampai memenuhi jumlah subyek yang diperlukan. Perkiraan besar sampel:

$$n = \frac{Z\alpha^2 P (1-P)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,645)^2 0,317 (1-0,317)}{(0,10)^2}$$

$$n = \frac{(2,706025) 0,317 (0,683)}{0,01}$$

$$n = \frac{0,5858842}{0,01}$$

$$n = 58,58842$$

$$n = 59$$

$$\begin{aligned} \text{Drop out} &= 10\% \text{ Sampel} \\ &= 10\% (59) \\ &= 5,9 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} N_{\text{total}} &= 59 + 5,9 \\ &= 64,9 \\ &= 65 \text{ orang} \end{aligned}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel

Z α = Tingkat kemaknaan (1,645)

P = Proporsi variable yang diteliti (berdasarkan kepustakaan $p = 0,317$)

d = ketetapan absolut yang dikehendaki (0,10)

Jadi, pada penelitian ini jumlah subjek yang harus diperoleh peneliti agar mewakili populasi adalah 65 orang.

3.3.3. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

A. Kriteria Inklusi

- 1) Orang tua yang membawa bayi usia 0-1 tahun ke Poliklinik anak RS Muhammadiyah Palembang
- 2) Bayi yang diberi ASI eksklusif dan Non eksklusif
- 3) Bersedia menjadi responden

B. Kriteria Eksklusi

- 1) Tidak memberikan informasi yang memadai berdasarkan checklist atau wawancara dari peneliti
- 2) Bayi yang menderita kelainan kongenital seperti Atresia koana, Laringomalasia, Trakeomalasia, Bronkiektasis, dan CCAM (*Congenital Cystic Adenomatoid Malformation*)

3.4 Definisi Operasional

Tabel 3.1 Tabel Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	ISPA	Penyakit infeksi akut yang menyerang salah satu bagian dan atau lebih dari saluran nafas mulai dari hidung (saluran atas) hingga alveoli (saluran bawah) termasuk jaringan adneksanya seperti sinus, rongga telinga tengah dan pleura	Rekam medis	Observasi	1 = ISPA 2 = Tidak ISPA	Kategorik (nominal)
2.	Lama Pemberian ASI	Pemberian ASI eksklusif adalah memberikan hanya ASI saja tanpa makanan dan minuman tambahan kepada bayi sejak lahir sampai berusia 6 bulan, kecuali obat dan vitamin	Kuisioner	Wawancara	1 = ASI <6 bulan 2 = ASI >6 bulan	Kategorik (nominal)

3.	Usia	Usia responden dalam penelitian di kelompokkan menjadi: <ul style="list-style-type: none"> • 0-6 bulan • > 6 bulan -1 tahun 	Kuisisioner	Wawancara	1 = 0 - 6 bulan 2 = > 6 bulan - 1 tahun	Kategorik (Ordinal)
4.	Jenis kelamin	Jenis kelamin responden dalam penelitian di kelompokkan menjadi <ul style="list-style-type: none"> • Laki-laki • Perempuan 	Kuisisioner	Wawancara	1 = Laki-laki 2 = Perempuan	Kategorik (Nominal)

3.5 Cara Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari data primer hasil wawancara dan data sekunder berdasarkan hasil rekam medis.

3.6 Cara Pengolahan dan Analisis Data

3.6.1 Cara Pengolahan Data

Data yang di peroleh akan diolah menggunakan aplikasi SPSS ver.16 *for windows*, kemudian dianalisis dan hasil penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel.

1) *Editing*

Dilakukan pengecekan data yang didapat dari *checklist* untuk mengetahui kelengkapan data yang diperlukan.

2) *Coding*

Merupakan kegiatan mengubah data berupa huruf menjadi data berbentuk angka.

3) *Processing*

Setelah dilakukan *coding*, selanjutnya dilakukan pemasukan (*entry*) data dari rekam medis dan diproses melalui program

statistik ke dalam komputer dengan program SPSS ver. 16 *for windows*.

4) *Cleaning*

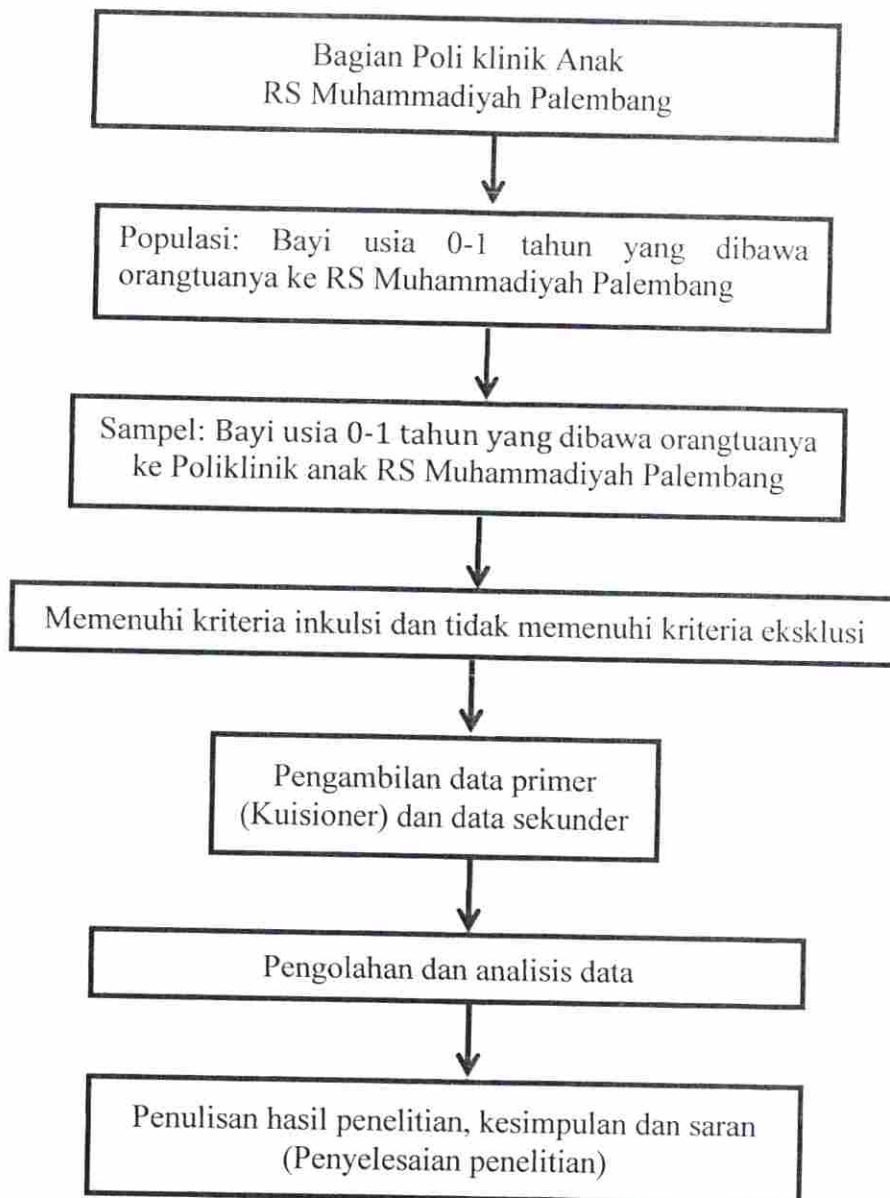
Dilakukan pemeriksaan kembali data yang sudah dimasukkan apakah ada kesalahan atau tidak.

3.6.2 Cara Analisis Data

1) Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi dari setiap variabel yang digunakan. Distribusi frekuensi ini meliputi jenis kelamin bayi, usia bayi, lama pemberian ASI pada bayi, dan kejadian ISPA pada bayi.

3.7 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang pada bulan Oktober-Desember 2016 didapatkan sampel sebanyak 65 bayi dan sampel diambil menggunakan metode *consecutive sampling*.

4.1.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat distribusi frekuensi dari setiap variabel yang digunakan baik variabel dependen maupun variabel independen. Distribusi frekuensi ini meliputi jenis kelamin bayi, usia bayi, lama pemberian ASI pada bayi, dan kejadian ISPA pada bayi.

A. Jenis Kelamin Bayi

Pada penelitian ini, jenis kelamin digolongkan menjadi 2 kategori, yaitu Laki-laki dan Perempuan. Distribusi jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Distribusi Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentasi (%)
Laki-laki	38	58,5
Perempuan	27	41,5
Total	65	100

Berdasarkan tabel diatas, menunjukkan bahwa dari 65 bayi yang dibawa orangtuanya berkunjung ke Ruang Poli Anak terdapat sebanyak 38 orang (58,5%) bayi berjenis kelamin laki-laki, dan 27 orang (41,5%) bayi berjenis kelamin perempuan. Dari hasil tersebut, dapat dilihat bahwa distribusi bayi yang dibawa orangtuanya berkunjung ke Poli Anak paling banyak adalah bayi laki-laki daripada bayi perempuan.

B. Usia Bayi

Dalam penelitian kali ini usia bayi dibagi menjadi 2 kategori, yaitu 0 - 6 bulan dan >6 - 12 bulan (1 tahun). Distribusi usia tersebut dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Distribusi Usia Bayi

Usia Bayi	Frekuensi	Persentasi (%)
0 – 6 bulan	30	46,2
>6 – 12 bulan	35	53,8
Total	65	100

Dari tabel diatas, total 65 bayi yang dibawa orangtuanya berkunjung ke Poli Anak periode Oktober-Desember 2016, didapatkan bayi berusia 0 – 6 bulan berjumlah 30 orang (46,2%) dan bayi berusia >6 – 12 bulan (1 tahun) berjumlah 35 orang (53,8%). Hasil ini menunjukkan bahwa kelompok bayi berusia >6 - 12 bulan (1 tahun) lebih banyak dibawa orangtuanya berkunjung ke Poli Anak daripada kelompok bayi berusia 0 – 6 bulan.

C. Lama Pemberian ASI pada Bayi

Dalam penelitian kali ini lama pemberian ASI pada bayi dibagi menjadi 2 kategori, yaitu lama pemberian ASI <6 bulan dan lama pemberian ASI >6 bulan. Distribusi lama pemberian ASI pada bayi berdasarkan kategori tersebut dapat dilihat di tabel 4.3.

Tabel 4.3 Distribusi Lama Pemberian ASI pada Bayi

Lama Pemberian ASI	Frekuensi	Persentasi (%)
< 6 bulan	44	67,7
>6 bulan	21	32,3
Total	65	100

Berdasarkan tabel diatas, dari 65 sampel bayi yang dibawa orangtuanya berkunjung ke Poli Anak periode Oktober-Desember 2016, didapati lama pemberian ASI <6 bulan pada bayi terdapat sebanyak 44 orang (67,7%) dan lama pemberian ASI >6 bulan pada bayi sebanyak 21 orang (32,3%). Dari data tersebut, menunjukkan bahwa kelompok bayi yang diberi ASI <6 bulan lebih banyak daripada kelompok bayi yang diberikan ASI >6 bulan.

Pada penelitian ini masing-masing kategori lama pemberian ASI juga dibagi menjadi 2 kategori lagi yaitu lama pemberian ASI <6 bulan dengan atau tanpa makanan tambahan dan lama pemberian ASI >6 bulan dengan atau tanpa makanan tambahan. Distribusi lama pemberian ASI dengan atau tanpa makanan tambahan pada bayi berdasarkan kategori tersebut dapat dilihat pada tabel 4.4

Tabel 4.4 Distribusi Lama Pemberian ASI dengan Makanan Tambahan pada Bayi

Lama Pemberian ASI	Makanan Tambahan					
	Tidak		Ya		Jumlah	
	N	%	N	%	N	%
<6 bulan	25	38,5	19	29,2	44	67,7
>6 bulan	7	10,8	14	21,5	21	32,3
Total	32	49,2	33	50,8	65	100

Berdasarkan tabel diatas, dari 65 sampel bayi yang dibawa orangtuanya berkunjung ke Poli Anak periode Oktober-Desember 2016, didapati lama pemberian ASI <6 bulan pada bayi terdapat sebanyak 44 orang (67,7%) dengan 25 orang (38,5%) hanya mendapatkan ASI tanpa makanan tambahan dan 19 orang (29,2%) mendapatkan ASI dengan makanan tambahan. Pada bayi yang lama pemberian ASI >6 bulan didapati sebanyak 21 orang (32,3%) dengan 7 orang (10,8%) hanya

mendapatkan ASI tanpa makanan tambahan dan 14 orang (21,5%) mendapatkan ASI dengan makanan tambahan.

D. Kejadian ISPA pada Bayi

Pada penelitian kali ini diteliti mengenai kejadian ISPA pada bayi yang dibagi menjadi 2 kategori yaitu mengalami ISPA dan tidak mengalami ISPA. Distribusi dari kejadian ISPA dapat dilihat di tabel 4.4.

Tabel 4.5 Distribusi Kejadian ISPA pada Bayi

Kejadian ISPA	Frekuensi	Persentase (%)
Ya	28	43,1
Tidak	37	56,9
Total	65	100

Dari Tabel diatas mengenai kejadian ISPA pada bayi, untuk bayi yang mengalami ISPA didapatkan sebanyak 28 orang (43,1%) dan untuk bayi yang tidak mengalami ISPA didapatkan sebanyak 37 orang (56,9%). Berdasarkan persentase diatas terlihat bahwa bayi yang mengalami ISPA lebih sedikit dibandingkan dengan bayi yang tidak mengalami ISPA.

E. Distribusi Lama Pemberian ASI dengan Kejadian ISPA pada Bayi

Pada penelitian ini diteliti mengenai distribusi lama pemberian ASI dengan kejadian ISPA pada bayi yang dibagi menjadi 2 kategori yaitu mengalami ISPA dan tidak mengalami ISPA. Distribusi lama pemberian ASI dengan kejadian ISPA pada bayi dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6 Distribusi lama pemberian ASI dengan kejadian ISPA pada bayi

Lama Pemberian ASI	Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)					
	Ya		Tidak		Jumlah	
	N	%	N	%	N	%
<6 bulan	17	26,15	27	41,54	44	67,69
>6 bulan	11	16,92	10	15,39	21	32,31
Total	28	43,07	37	56,93	65	100

Berdasarkan tabel diatas terlihat bahwa pada bayi yang diberi ASI <6 bulan didapatkan sebanyak 17 orang (26,15%) mengalami ISPA, dan 27 orang (41,54%) tidak mengalami ISPA. Pada bayi yang diberi ASI >6 bulan didapatkan sebanyak 11 orang (16,92%) mengalami ISPA dan 10 orang (15,39%) tidak mengalami ISPA.

Pada penelitian ini diketahui distribusi lama pemberian ASI <6 bulan dengan atau tanpa makanan tambahan dengan kejadian ISPA pada bayi. Distribusi lama pemberian ASI <6 bulan dengan atau tanpa makanan tambahan terhadap kejadian ISPA pada bayi dapat dilihat pada tabel 4.7.

Tabel 4.7 Distribusi Lama Pemberian ASI <6 Bulan dengan atau tanpa Makanan Tambahan terhadap Kejadian ISPA pada Bayi

Lama Pemberian ASI	Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)					
	Ya		Tidak		Jumlah	
	N	%	N	%	N	%
<6 bulan tanpa makanan tambahan	4	9,09	21	47,73	25	56,82
<6 bulan dengan makanan tambahan	13	29,54	6	13,64	19	43,18
Total	17	38,63	27	61,37	44	100

Dari tabel tersebut dapat diketahui bahwa dari 44 orang yang mendapatkan lama pemberian ASI <6 bulan didapatkan sebanyak 17 orang (38,63%) mengalami ISPA, dan 27 orang (61,37%) tidak mengalami ISPA. Untuk lama pemberian ASI <6 bulan tanpa makanan tambahan didapati 4 orang (9,09%) mengalami ISPA dan 21 orang (47,73%) tidak mengalami ISPA. Sedangkan untuk lama pemberian ASI <6 bulan yang disertai dengan makanan tambahan didapati 13 orang (29,54%) mengalami ISPA dan 6 orang (13,64%) tidak mengalami ISPA. Jadi hasil tersebut menunjukkan bahwa distribusi lama pemberian ASI <6 bulan tanpa makanan tambahan memiliki angka kejadian terkena ISPA lebih kecil daripada lama pemberian ASI <6 bulan yang disertai makanan tambahan.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Univariat

A. Jenis Kelamin Bayi

Berdasarkan analisis univariat, dari 65 bayi yang dibawa orangtuanya berkunjung ke Ruang Poli Anak terdapat sebanyak 38

orang (58,5%) bayi berjenis kelamin laki-laki, dan 27 orang (41,5%) bayi berjenis kelamin perempuan.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Rustam (2010) tentang hubungan pemberian ASI eksklusif dengan kejadian ISPA pada bayi usia 6-12 bulan di kabupaten kampar provinsi Riau, yaitu untuk variabel jenis kelamin sebagian besar bayi berjenis kelamin laki-laki 54,94%. Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian oleh Lestari dkk (2014) di Semarang tentang faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian ISPA pada bayi dan balita yang menunjukkan bahwa sebagian besar jenis kelamin responden adalah laki-laki sebesar 51,5% dan jenis kelamin responden paling sedikit adalah perempuan sebesar 48,5%.

B. Usia Bayi

Berdasarkan analisis univariat, dari 65 bayi yang dibawa orangtuanya berkunjung ke Poli Anak periode Oktober-Desember 2016, didapatkan bayi berusia 0 – 6 bulan berjumlah 30 orang (46,2%) dan bayi berusia >6 – 12 bulan (1 tahun) berjumlah 35 orang (53,8%).

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yaitu untuk cakupan kunjungan bayi yang memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar paling sedikit 4 kali, yaitu satu kali pada umur 1-3 bulan, satu kali pada umur 3-6 bulan, satu kali pada umur 6-9 bulan dan satu kali pada umur 9-12 bulan, di sarana pelayanan kesehatan maupun di rumah, posyandu, dan lain-lain melalui kunjungan petugas kesehatan (Dinkes Palembang, 2014). Hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil dari penelitian Lestari dkk (2014) tentang faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian ISPA pada bayi dan balita, dari 66 responden yang diteliti sebagian besar umur responden adalah pada umur 1-35 bulan sebesar 60,6% dan umur responden paling sedikit adalah pada umur 1-29 hari sebesar 4,5%.

C. Lama Pemberian ASI pada Bayi

Pada penelitian ini, untuk lama pemberian ASI pada bayi didapati lama pemberian ASI <6 bulan pada bayi terdapat sebanyak 44 orang (67,7%) dan lama pemberian ASI >6 bulan pada bayi sebanyak 21 orang (32,3%). Dari data tersebut, menunjukkan bahwa kelompok bayi yang diberi ASI <6 bulan lebih banyak daripada kelompok bayi yang diberikan ASI >6 bulan. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002 yaitu hanya 3,7% bayi yang memperoleh ASI pada hari pertama, sedangkan pemberian ASI pada bayi umur kurang 2 bulan sebesar 64%, antara 2-3 bulan 45,5%, antara 4-5 bulan 13,9%, dan antara 6-7 bulan sebesar 7,8% (Sumadiono dkk, 2010).

Distribusi lama pemberian ASI dengan atau tanpa makanan tambahan didapati lama pemberian ASI <6 bulan pada bayi terdapat sebanyak 44 orang (67,7%) dengan 25 orang (38,5%) hanya mendapatkan ASI tanpa makanan tambahan dan 19 orang (29,2%) mendapatkan ASI dengan makanan tambahan. Kelompok bayi yang lama pemberian ASI tanpa disertai makanan tambahan adalah bayi yang mendapatkan ASI eksklusif. Hal ini sesuai dengan teori yaitu ASI eksklusif adalah air susu ibu yang wajib diberikan atau disusukan pada bayinya yang baru lahir sampai bayinya berusia 6 bulan, tanpa diberikan tambahan apapun pada bayi tersebut (Widuri, 2013).

Jadi dari hasil penelitian tersebut dapat diketahui jika kelompok bayi yang mendapatkan ASI tidak eksklusif lebih banyak daripada bayi yang mendapatkan ASI eksklusif. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh Lestari dkk (2014) di Semarang tentang faktor resiko yang berhubungan dengan kejadian ISPA pada bayi dan balita, yaitu dari hasil penelitian diketahui bahwa persentase paling banyak yaitu tidak ASI eksklusif sebesar 87,9%, lebih besar daripada ASI eksklusif yaitu sebesar 12,1%.

D. Kejadian ISPA pada Bayi

Pada penelitian ini, didapatkan distribusi kejadian ISPA pada bayi yang mengalami ISPA sebanyak 28 orang (43,1%) dan untuk bayi yang tidak mengalami ISPA didapatkan sebanyak 37 orang (56,9%). Hal ini menunjukkan bahwa bayi yang mengalami ISPA lebih sedikit dibandingkan dengan bayi yang tidak mengalami ISPA.

Penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Rustam (2010) bahwa puncak usia yang paling banyak mengalami ISPA adalah pada usia 6 bulan. Selain itu penelitian dari Hersoni (2015) juga memperlihatkan bahwa bayi yang pernah terkena ISPA adalah sebanyak 55 bayi (55,7%). Bayi yang pernah terkena ISPA persentasenya lebih besar dari bayi yang tidak pernah terkena ISPA. Hasil penelitian yang berbeda ini dimungkinkan karena sesuai dengan teori bahwa terdapat banyak faktor yang mendasari perjalanan penyakit ISPA pada anak. Hal ini berhubungan dengan agen penyakit, manusia, dan lingkungan (Wantania dkk, 2012).

E. Distribusi Lama Pemberian ASI dengan Kejadian ISPA pada Bayi

Pada penelitian ini, bayi yang diberi ASI <6 bulan didapatkan sebanyak 17 orang (26,15%) mengalami ISPA, dan 27 orang (41,54%) tidak mengalami ISPA. Pada bayi yang diberi ASI >6 bulan didapatkan sebanyak 11 orang (16,92%) mengalami ISPA dan 10 orang (15,39%) tidak mengalami ISPA.

Pada penelitian ini juga diketahui distribusi lama pemberian ASI dengan atau tanpa makanan tambahan dengan kejadian ISPA pada bayi. Untuk lama pemberian ASI <6 bulan tanpa makanan tambahan didapati 4 orang (9,09%) mengalami ISPA dan 21 orang (47,73%) tidak mengalami ISPA. Sedangkan untuk lama pemberian ASI <6 bulan yang disertai dengan makanan tambahan didapati 13 orang (29,54%) mengalami ISPA dan 6 orang (13,64%) tidak mengalami ISPA. Dari

hasil tersebut kelompok bayi yang lama pemberian ASI tanpa disertai makanan tambahan adalah bayi yang mendapatkan ASI eksklusif. Hal ini sesuai dengan teori yaitu ASI eksklusif adalah air susu ibu yang wajib diberikan atau disusukan pada bayinya yang baru lahir sampai bayinya berusia 6 bulan, tanpa diberikan tambahan apapun pada bayi tersebut (Widuri, 2013). Jadi diketahui bahwa bayi yang mendapatkan ASI eksklusif memiliki angka kejadian terkena ISPA lebih kecil daripada bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian oleh Rustam di Kabupaten Kampar provinsi Riau tahun 2010 yang menunjukkan bahwa bayi yang diberi ASI tidak eksklusif berisiko 1,69 kali untuk terjadi ISPA dibandingkan dengan bayi yang diberi ASI eksklusif. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yaitu ASI mengandung nutrien, antioksidan, hormon dan antibodi yang dibutuhkan anak untuk tumbuh kembang dan membangun sistem kekebalan tubuh. Sehingga anak yang mendapatkan ASI secara eksklusif lebih tahan terhadap infeksi dibandingkan dengan anak-anak yang tidak mendapatkan ASI. ASI mengandung antibodi atau imonoglobulin utama yaitu IgA, IgE dan IgM yang digunakan untuk mencegah dan menetralkan bakteri, virus, jamur dan parasit. Ibu yang terus memberikan ASI pada anaknya akan meningkatkan produksi ASI, sehingga total imonoglobulin yang diterima bayi akan relative sama dengan imonoglobulin yang terdapat pada kolostrum. Total imonoglobulin akan meningkat selama periode ASI eksklusif (Lestari dkk, 2014).

Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa bayi yang mendapatkan ASI eksklusif memiliki angka kejadian terkena ISPA lebih kecil daripada bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif sesuai dengan teori yaitu riwayat pemberian ASI yang buruk pada saat bayi menjadi salah satu faktor risiko yang dapat meningkatkan kejadian ISPA pada anak, karena makanan yang baik untuk bayi adalah ASI. Hal ini sesuai dengan teori yaitu menurut Badan Kesehatan Dunia *World Health*

Organization (WHO) dan *American Academy of Pediatrics*, pemberian ASI selama paling sedikit 6 bulan dapat menurunkan mortalitas karena diare, penyakit pernapasan, dan berbagai penyakit infeksi lainnya, hingga sebesar 55% (Chantry et al, 2004).

4.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian ini antara lain adalah sebagai berikut.

1. Ketidaksiesuaian waktu peneliti dengan waktu jadwal praktek di Poli Anak sehingga dalam pengambilan data mungkin ada sampel yang terlewatkan.
2. Penelitian yang dilakukan hanya difokuskan antara ISPA dengan faktor risikonya yaitu lama pemberian ASI sedangkan kemungkinan faktor-faktor lain seperti usia bayi dan keadaan lingkungan dapat berpengaruh pada penelitian kali ini.
3. Adanya responden yang tidak berkenan menjadi sampel penelitian.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Distribusi Lama Pemberian ASI dengan Kejadian ISPA pada Bayi Usia 0-1 tahun di RS Muhammadiyah Palembang Periode Oktober-Desember 2016, didapatkan kesimpulan :

1. Angka kejadian ISPA pada bayi usia 0-1 tahun di RS Muhammadiyah Palembang didapatkan sebanyak 28 orang (43,1%).
2. Frekuensi lama pemberian ASI pada bayi usia 0-1 tahun di RS Muhammadiyah Palembang didapatkan lama pemberian ASI <6 bulan sebanyak 44 orang (67,7%).
3. Distribusi lama pemberian ASI dengan kejadian ISPA pada bayi yang diberi ASI <6 bulan didapatkan sebanyak 17 orang (26,15%) mengalami ISPA, dan 27 orang (41,54%) tidak mengalami ISPA.
4. Distribusi lama pemberian ASI dengan kejadian ISPA pada bayi yang diberi ASI >6 bulan didapatkan sebanyak 11 orang (16,92%) mengalami ISPA dan 10 orang (15,39%) tidak mengalami ISPA.

5.2 Saran

A. Bagi Masyarakat

1. Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kesadaran tentang pentingnya lama pemberian ASI pada bayi sehingga resiko terjadinya penyakit ISPA pada bayi dapat dikurangi.

B. Bagi Peneliti Selanjutnya

1. Pada penelitian selanjutnya agar menambah jumlah sampel dan periode penelitian serta mengidentifikasi faktor perancu yang dapat menyebabkan bias pada penelitian.
2. Pada penelitian selanjutnya agar menggunakan sampel yang usianya lebih dari 6 bulan sehingga kategori lama pemberian ASI tidak bias.
3. Pada penelitian selanjutnya tidak hanya mencari hubungan antara lama pemberian ASI terhadap kejadian ISPA, melainkan faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kejadian ISPA.

DAFTAR PUSTAKA

- Aridiyansyah, F. 2014. Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Bronkiektasis Di RS Paru Dr. Ario Wirawan Salatiga. FIK, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Ariefudin, Y, dkk. 2009. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif Terhadap Kejadian ISPA pada Bayi Usia 0-12 Bulan (Studi Analitik Observasional di Posyandu Tegal Timur Kota Tegal).
- Badriul, dkk. 2008. Bedah ASI. Balai Penerbit FK UI, Jakarta, Indonesia.
- Chahaya Indra, Nurmaini S. 2004. Faktor-faktor Kesehatan Lingkungan Perumahan Yang Mempengaruhi Kejadian ISPA Pada Balita di Perumnas Mandala, Kecamatan Percut Sei Tuan, Kabupaten Deli Serdang. *Majalah Kedokteran Nusantara* Volume 38. No. 3 September 2005.
- Chantry, C.J et al .2004. *Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children*. *American Academic of Pediatrics*.117;425-432
- Damanik Putri EG, Siregar Mhd A, Aritonang Evawany Y. 2014. Hubungan Status Gizi, Pemberian ASI Eksklusif, Status Imunisasi Dasar dengan Kejadian Infeksi Saluran Akut (ISPA) pada Anak Usia 12-24 Bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Glugur Darat Kota Medan. FKM USU, Medan, Indonesia.
- Daulay, Ridwan Muchtar H. 1999. Kendala Penanganan Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA). Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara, Medan, Indonesia.
- Departemen Kesehatan RI. 2002. Penyakit ISPA. Depkes, Jakarta, Indonesia.
- Departemen Kesehatan RI. 2004. Penanggulangan Pneumonia Balita 2005-2009. Depkes, Jakarta, Indonesia.
- Departemen Kesehatan RI. 2006. Rencana Kerja Jangka Menengah Nasional Penanggulangan Pneumonia Balita Tahun 2005-2009. Depkes, Jakarta, Indonesia.

- Departemen Kesehatan RI. 2007. Pedoman Program Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut. Dirjen P2PL, Jakarta, Indonesia.
- Dinas Kesehatan Kota Palembang. 2015.
- Hapsari, I. M., Saptono, R., Balgis, & Suriyasa, P., 2006. Non-dirt house floor and the stimulant of environmental health decreased the risk Acute Respiratory Infection (ARI). *Medical Journal Indonesia*. Vol 15, No 1.
- Hartriyanti, Y, Triyanti. 2007. *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta, Indonesia.
- Hersoni, Soni. 2015. Pengaruh Pemberian Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif terhadap Kejadian Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) pada Bayi Usia 6-12 Bulan di RAB RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada* Volume 14 Nomor 1 Agustus 2015.
- Isbagio, D.W. 2003. Kemajuan Dalam Pengembangan Vaksin terhadap Infeksi Saluran Pernafasan dan Meningitis. *Media Litbang Kesehatan* Volume XIII No.4 Tahun 2003. Jakarta.
- Jain A, Singla S, Kumar A. Congenital Cystic Lung Diseases. *Journal of Clinical Imaging Science*. 2013, vol 3
- Jeremy, P.T. 2007. *At Glance: Sistem Respirasi*. Edisi Kedua. Erlangga Medical Series, Jakarta, Indonesia. Hal. 76-77.
- Lanata, et al. 2004. Theory and methods: methodological and quality issues in epidemiological studies of acute lower respiratory infection in children in developing countries. *Int J. Epidemiol*, 33, 1362-1372.
- Lawrence, R.A. 2005. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. Sixth Edition. S. Louis: Mosby Inc.
- Lestari, N.P. dkk. 2014. Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian ISPA pada Bayi dan Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Purwoyoso Semarang. *JURNAL VISIKES* - Vol. 13 / No. 1 / April 2014
- Maryunani, A. 2010. *Ilmu Kesehatan Anak dalam Kebidanan*. Trans Info Media, Jakarta, Indonesia.

- Nelson, W. et al. 2000. Ilmu Kesehatan Anak, Alih Bahasa Wahab. A.S. EGC, Jakarta, Indonesia.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Rineka Cipta, Jakarta, Indonesia.
- Novialdi, Rusdi, D. 2011. Diagnosis dan Penatalaksanaan Laringomalasia dan Trakeomalasia. Padang, FK Universitas Andalas Padang.
- Parhusib R.S. 2004. Pola Bakteriologi Infeksi Saluran Nafas Bawah. Bagian Ilmu Penyakit Paru Fakultas Kedokteran USU. Digitized By USU Digital Library, Medan, Indonesia.
- Perkasa, M. F. 2013. Penanganan Meningosil dan Atresia Koana Bilateral. Makassar, ORLI Vol. 43 No.1. Tahun 2013
- Prasetyo, Budi. 2010. Seputar Masalah Asma: Mengenal Asma, Sebab-sebab, Resiko-resiko, dan Cara Mengantisipasinya. Diva Press, Yogyakarta, Indonesia.
- Prasetyono. 2009. Pengantar Ilmu Pengetahuan. Rineka Cipta, Jakarta, Indonesia.
- Profil Kesehatan Sumatera Selatan. 2014
- Rahajoe, N., Supriyanto B., Setyanto B. 2008. Buku Ajar Respirologi Anak. IDAI, Jakarta, Indonesia.
- Ramaiah. S. 2006. ASI dan Menyusui. PT Buana Ilmu Populer, Jakarta, Indonesia.
- Roesli, U. 2000. Mengenal ASI Eksklusif. Cetakan I Trubus Agriwidya, Jakarta, Indonesia.
- Roesli. 2010. Mengenal ASI Eksklusif. Trubus Agriwidya, Jakarta, Indonesia.
- Rusmarjono, Efiaty, A.S. 2007. Faringitis, Tonsilitis, dan Hipertrofi Adenoid. Dalam :Buku Ajar Ilmu Kesehatan Telinga, Hidung, Tenggorok, Kepala dan Leher. Edisi 6. FK UI, Jakarta, Indonesia. Hal. 221-25.

- Rustam, Musfardi. 2010. Hubungan Pemberian ASI Eksklusif terhadap Kejadian ISPA pada Bayi Usia 6-12 Bulan di Kabupaten Kampar Provinsi Riau. Universitas Indonesia, Depok, Indonesia.
- Saleha. 2009. Informasi Pemberian ASI Eksklusif. Nuha, Medica, Jakarta, Indonesia.
- Smeltzer C. Suzanne, Brunner & Suddarth. 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. EGC, Jakarta, Indonesia.
- Sumadiono, Corry, S. M., Zakiudin, M., Akib, A. AP., Kurniat, N., 2010. Alergi Imunologi Anak. Jakarta: FK UI
- Supandi, P.Z. 1992. Pulmonologi Klinik. Bagian Pulmonologi FKUI, Jakarta, Indonesia. Hal. 87- 91.
- Vindasari, A.P. 2012. Hubungan Lama Pemberian ASI dengan Kejadian ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut) pada Balita Usia 2-5 Tahun di POSYANDU Kecamatan Kartasura. Jurnal Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Wantania, J.M. dkk. 2012. Infeksi Respirasi Akut. Dalam: Buku Ajar Respirologi Anak. Edisi Pertama Cetakan Ketiga. IDAI, Jakarta, Indonesia. Hal. 268-276.
- WHO 2003. Penanganan ISPA pada Anak di Rumah Sakit Kecil Negara Berkembang (Widjaja, A.cPenterjemah). EGC, Jakarta, Indonesia.
- WHO. 2007. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) yang Cenderung Menjadi Pandemi dan Pandemi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Pedoman Interim WHO.
- Widuri. 2013. ASI Bikin Cerdas. Katalog dalam Terbit, Jakarta, Indonesia.
- Wiji, 2013. ASI dan Panduan Ibu Menyusui. NuhaMedika, Jakarta, Indonesia.
- Yahya. 2005. Cairan Ajaib Air Susu Ibu. Medika, Jakarta, Indonesia.

Lampiran I

Analisis Data (spss)

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	38	58,5	58,5	58,5
	Perempuan	27	41,5	41,5	100,0
	Total	65	100,0	100,0	

usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-6 bulan	30	46,2	46,2	46,2
	>6-12 bulan	35	53,8	53,8	100,0
	Total	65	100,0	100,0	

Lama Pemberian ASI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<6	44	67,7	67,7	67,7
	>6	21	32,3	32,3	100,0
	Total	65	100,0	100,0	

Infeksi Saluran Pernapasan Akut

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	28	43,1	43,1	43,1
	Tidak	37	56,9	56,9	100,0
	Total	65	100,0	100,0	

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Lama Pemberian ASI * Infeksi Saluran Pernapasan Akut	65	100,0%	0	,0%	65	100,0%

Lama Pemberian ASI * Infeksi Saluran Pernapasan Akut Crosstabulation

Count

		Infeksi Saluran Pernapasan Akut		Total
		Ya	Tidak	
Lama Pemberian ASI	<6	17	27	44
	>6	11	10	21
Total		28	37	65

Lama Pemberian ASI * Makanan Tambahan Crosstabulation

			Makanan Tambahan		Total
			Tidak	Ya	
Lama Pemberian ASI	<6	Count	25	19	44
		% of Total	38,5%	29,2%	67,7%
	>6	Count	7	14	21
		% of Total	10,8%	21,5%	32,3%
Total		Count	32	33	65
		% of Total	49,2%	50,8%	100,0%



FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PALEMBANG

SK. DIRJEN DIKTI NO. 2130 / D / T / 2008 TGL. 11 JULI 2008 : IZIN PENYELENGGARA PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER

Kampus B : Jl. KH. Bhalqi / Talang Banten 13 Ulu Telp. 0711 - 520045
Fax : 0711 516899 Palembang (30263)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Palembang, 18 Oktober 2016.

Nomor : 1342 / I-13/FK-UMP/X/2016
Lampiran : -
Perihal : Mohon izin Penelitian dan Pengambilan Data

Kepada : Yth. Sdr. Direktur
Rumah Sakit Muhammadiyah
Palembang
Di
Palembang.

Assalamu'alaikum. Wr. Wb.
Ba'da salam, semoga kita semua mendapatkan rahmat dan hidayah dari Allah SWT, Amin Ya Robbal Alamin.

Sehubungan dengan rencana pelaksanaan penelitian dan pengambilan data mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang, atas nama :

Nama : M. Rizky Rusti Rama Putra
NIM : 702013089
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Judul Skripsi : Hubungan Lama Pemberian ASI dengan kejadian ISPA pada bayi usia 0 - 1 Tahun di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

Maka dengan ini kami mohon kepada Saudara agar kiranya berkenan memberikan ijin penelitian dan pengambilan data kepada mahasiswa tersebut di Poliklinik Anak Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang.

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.
Billahittaufiq Walhidayah.
Wassalamu'alaikum. Wr. Wb.

Dekan

- Tembusan :
- 1. Yth. Wakil Dekan I, II, III, IV FK UMP.
 - 2. Yth. Ka.Prodi Kedokteran FK UMP.
 - 3. Yth. Arsip

Dr.HM. Ali Muchtar, M.Sc.
NBM/NIDN : 060347091062484

SURAT KETERANGAN

No: 005 /KET/D-5/RSMP/1/2017

Direktur Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dengan ini menerangkan bahwa :


Nama : M. Rizky Rusti Rama Putra
NIM : 702013089
Jurusan : Ilmu Kedokteran
Institusi : Universitas Muhammadiyah Palembang

Adalah benar telah melakukan penelitian di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang dari tanggal 28 Oktober - 28 Desember 2016 dengan judul penelitian "Hubungan Lama Pemberian ASI Dengan Kejadian ISPA Pada Bayi Usia 0-1 Tahun di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2015."

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Palembang, 06 Rabiul Akhir 1438H
05 Januari 2017M

Direktur,


dr. Pangestu Widodo, MARS
NBP. 08.67.0307



FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (INFORMED CONSENT)

Kepada Yth. Orangtua Pasien di Poliklinik Anak RS Muhammadiyah Palembang

Dengan hormat, saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama : M Rizky Rusti Rama Putra

NIM : 702013089

Instansi : Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Palembang

Judul Penelitian : “Distribusi Lama Pemberian ASI dengan Kejadian ISPA
pada Bayi Usia 0-1 Tahun di RS Muhammadiyah Palembang”

Menyatakan penelitian yang saya lakukan ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Apabila Bapak/Ibu setuju, saya mohon kesediannya untuk menandatangani persetujuan dan menjawab pertanyaan dan mengisi kuisisioner yang telah dilampirkan. Atas perhatian dan kesedian Bapak/Ibu untuk menjadi responden, saya ucapkan terimakasih.

Palembang, Oktober 2016

Peneliti,

(M Rizky Rusti Rama Putra)

Surat Persetujuan
(*Informed Consent*)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Dengan ini saya bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini, tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Saya akan menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan oleh peneliti dengan jujur dan apa adanya, serta partisipasi ini saya lakukan dengan ikhlas.

Palembang, 2016

()

KUISIONER

Biodata Anak

Nama :
Jenis kelamin :
1. Laki-laki
2. Perempuan
Tanggal lahir :
Umur : bulan/tahun
Berat badan bayi lahir : gr

Status IMT

Berat Badan : gr
Panjang Badan : cm

Biodata Orangtua

Nama Ayah :
Jenjang pendidikan terakhir :
1. Tidak bersekolah
2. SD
3. SMP
4. SMA
5. DIII/akademi
6. Perguruan tinggi

Pekerjaan :
1. Tidak bekerja
2. PNS/TNI POLRI
3. Wiraswasta
4. Pedagang
5. Petani

6. Buruh

7.

Alamat :

No. Telepon :

Nama Ibu :

Jenjang pendidikan terakhir :

1. Tidak bersekolah

2. SD

3. SMP

4. SMA

5. DIII/akademi

6. Perguruan tinggi

Pekerjaan :

1. Tidak bekerja

2. PNS/TNI POLRI

3. Wiraswasta

4. Pedagang

5. Petani

6. Buruh

7.

Alamat :

No. Telepon :

Kejadian ISPA : (diisi oleh peneliti)

Berdasarkan hasil rekam medis apakah menderita ISPA?

YA / TIDAK

Pemberian ASI

1. Apakah bayi ibu segera mendapatkan ASI setelah lahir?
a. Ya b. Tidak
2. Sampai usia berapa ibu menyusui bayi ibu?
a. < 6 bulan b. \geq 6 bulan
3. Sejak dilahirkan hingga sekarang, apakah anak ibu pernah diberikan makanan/minuman tambahan selain ASI?
a. Ya b. Tidak



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

KARTU AKTIVITAS BIMBINGAN SKRIPSI

NAMA MAHASISWA : M. Rizky Rusti Rama P
 NIM : 702013089

PEMBIMBING I : dr. Liza Charrani, Sp.A, M. Kes
 PEMBIMBING II : dr. Sheilla Yanaka, M. Kes

JUDUL SKRIPSI :

Hubungan Lama Pemberian ASI dengan kejadian ISPA pada Bayi Usia 0-1 Tahun di Rs Muhammadiyah Palembang

NO	TGL/BLN/THN KONSULTASI	MATERI YANG DIBAHAS	PARAF PEMBIMBING		KETERANGAN
			I	II	
1	10 - 1 - 2017	Bab IV dan Bab V		-	Revisi
2	12 - 1 - 2017	Bab IV dan Bab V		JM.	Revisi
3	16 - 1 - 2017	Bab IV dan Bab V		JM	Revisi hasil
4	16 - 1 - 2017	Bab IV dan Bab V			Revisi hasil
5	17 - 1 - 2017	Bab IV			Acc
6	10 - 1 - 2017	Absorpsi Bab IV, Bab V			ACC
7					
8					
9					
0					
1					
2					
3					
4					
5					
5					



TATAN :

Dikeluarkan di : Palembang

Pada Tanggal : / /

a.n. Dekan
 Ketua UPK,



Dr. RUTHAN Zahara, Npd. ked.

BIODATA

Nama : M Rizky Rusti Rama Putra
Tempat, Tanggal Lahir : Tugumulyo, 05 Februari 1996
Alamat : Jl. Cempaka No. 304, B. Srikaton, Tugumulyo,
Musirawas
Telp/Hp : 0733 – 371055/ 082179444536
Email : rizkyrusti@yahoo.co.id
Agama : Islam

Nama Orang Tua
Ayah : H. Rum Mulyadi, S.kep
Ibu : Siti Rohani, Am.keb

Jumlah Saudara : 2
Anak Ke : 2
Riwayat Pendidikan : TK Aisyah Tugumulyo
SD Negeri 1 Tugumulyo
SMP Negeri 1 Tugumulyo
SMA Negeri 1 Lubuklinggau



Palembang, 10 Februari 2017



(M Rizky Rusti Rama Putra)