

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Hasil Penelitian Terdahulu

Penelitian sebelumnya dilakukan oleh Agamasi (2015) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi ketepatan penggunaan antibiotik oleh *caregiver* pada pasien Infeksi Saluran Pernafasan Akut pada Poli Anak RSUD PROF. DR. Margono Soekardjo Purwokerto melaporkan bahwa ketepatan *caregiver* dalam penggunaan antibiotik masih rendah yaitu dari 40 *caregiver* terdapat 21 *caregiver* (52,5%) yang tidak tepat dalam penggunaan antibiotik.

Penelitian selanjutnya yaitu penelitian yang dilakukan Azkia (2015) tentang kajian kepatuhan orangtua pasien pediatri terhadap penggunaan antibiotik dan faktor yang mempengaruhinya pada pasien infeksi saluran pernapasan, metode yang digunakan yaitu pengukuran kepatuhan dengan metode sisa obat dan menggunakan kuesioner MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*) hasilnya adalah dari 66 responden yang terlibat, diketahui sebanyak 23 responden (34,85%) patuh dalam memberikan antibiotik kepada pasien. Faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pemberian antibiotik ini adalah faktor responden sibuk, responden lupa, anak terlihat sembuh, dan anak tidak dapat menelan.

Selanjutnya yaitu penelitian *Telehomecare* yang pernah dilakukan oleh Luqyana (2016) tentang pengaruh *telehomecare* terhadap kepatuhan minum obat pasien hipertensi program prolanis di beberapa praktek dokter keluarga di banyumas menunjukkan bahwa terdapat hubungan pemberian intervensi berupa *telehomecare* dengan kepatuhan minum obat pasien hipertensi dengan *p value* yaitu 0,000 ($p < 0,05$) dan biaya total yang digunakan untuk memberikan *telehomecare* yaitu sebesar Rp. 29.500,00 untuk 35 responden.

Perbedaan penelitian yang akan dilakukan peneliti dengan penelitian Agamasi (2015) dan Azkia (2015) adalah intervensi yang diberikan adalah pengaruh *telehomecare* terhadap kepatuhan *caregiver*/ orangtua/ pengasuh sedangkan perbedaan dengan Luqyana (2016) adalah responden

penelitiannya adalah *caregiver*/ orangtua/ pengasuh pasien balita pneumonia rawat jalan pada beberapa puskesmas di kabupaten banyumas. Persamaan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti dengan penelitian Agamasi (2015) adalah responden penelitiannya adalah *caregiver*/ orangtua/ pengasuh yang memberikan antibiotik untuk pasien anak dengan penyakit infeksi saluran pernafasan, sedangkan persamaan dengan Azkia (2015) adalah metode yang digunakan sama yaitu pengukuran kepatuhan pemberian antibiotik oleh orangtua dengan metode sisa obat dan menggunakan kuesioner MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*). Sedangkan persamaan penelitian dengan Luqyana (2016) adalah pemberian intervensi *telehomecare* untuk meningkatkan kepatuhan minum obat dalam hal ini adalah pemberian antibiotik.

B. Landasan Teori

1. Antibiotik

a. Definisi antibiotik

Antibiotik adalah obat yang berasal dari seluruh atau bagian tertentu mikroorganisme dan digunakan untuk mengobati infeksi bakteri. Antibiotik tidak efektif untuk melawan virus. Antibiotik selain membunuh mikroorganisme atau menghentikan reproduksi bakteri juga membantu sistem pertahanan alami tubuh untuk mengeliminasi bakteri tersebut (Fernandez, 2013).

b. Penggolongan Antibiotik

Antibiotik bisa diklasifikasikan berdasarkan mekanisme kerjanya, yaitu:

1) Menghambat sintesis atau merusak dinding sel bakteri

- a) Beta-laktam, antibiotik beta-laktam terdiri dari berbagai golongan obat yang mempunyai struktur cincin beta laktam, yaitu (penisilin, sefalosporin, monobaktam, karbapenem, dan inhibitor beta-laktamase). Obat-obat antibiotik beta-laktam umumnya bersifat bakterisid, dan sebagian besar efektif terhadap organisme gram-positif dan negatif.

Antibiotik beta-laktam mengganggu sintesis dinding sel bakteri, dengan menghambat langkah terakhir dalam sintesis peptidoglikan yaitu heteropolimer yang memberikan stabilitas mekanik pada dinding sel bakteri.

b) Basitrasin, merupakan antibiotik kelompok polipeptida. Antibiotik ini bersifat gram positif, obat ini jarang menyebabkan hipersensitivitas. Antibiotik sering dikombinasikan dengan neomisin dan atau polimiksin dan bersifat nefrotoksik jika memasuki sirkulasi sistemik.

c) Vankomisin, merupakan antibiotik aktif terhadap bakteri gram positif dan hanya diindikasikan untuk infeksi yang disebabkan oleh *S aureus* yang resisten terhadap metisilin (MRSA).

2) Memodifikasi atau menghambat sintesis protein, misalnya

a) Aminoglikosid, obat ini menghambat bakteri aerob gram negatif. Obat ini memiliki indeks terapi sempit dan toksisitas serius pada ginjal dan pendengaran khususnya pada pasien anak dan lanjut usia.

b) Kloramfenikol, antibiotik ini bersifat spectrum luas dan mampu menghambat bakteri gram positif dan negatif, baik yang bersifat aerob dan anaerob, klamidia, Rickettsia dan mikoplasma. Kloramfenikol mencegah sintesis protein dengan berikatan pada subunit ribosom 50S.

c) Tetrasiklin, obat ini mempunyai spectrum luas dan dapat menghambat bakteri gram positif dan negatif, baik yang bersifat aerob maupun anaerob.

d) Makrolida (eritromisin, azitromisin, klaritromisin),. Makrolida aktif terhadap bakteri gram positif dan negatif. Tetap juga dapat menghambat beberapa *Enterococcus* dan Basil gram-positif.

e) Klindamisin, antibiotik ini mampu menghambat sebagian besar kokus gram positif dan sebagian besar bakteri anaerob

tetapi tidak bisa menghambat bakteri gram-negatif aerob seperti *Haemophilus*, *Mycoplasma* dan *Clamidia*..

f) Mupirosin, merupakan antibiotik topikal yang menghambat bakteri gram positif dan beberapa gram negatif.

g) Spektinomisin, obat ini digunakan untuk alternative infeksi gonokokus jika lini pertama tidak dapat digunakan.

3) Menghambat enzim-enzim esensial dalam metabolisme folat. misalnya Trimethoprim dan Sulfonamid. Obat golongan Trimethoprim dan Sulfonamid bersifat bakteriostatik. Kombinasi obat tersebut mampu menghambat sebagian besar pathogen saluran kemih kecuali *P aeruginosa* dan *Neisseria* sp. Kombinasi antibiotik tersebut cocok untuk bakteri gram negatif aerob.

4) Mempengaruhi sintesis atau metabolisme asam nukleat, misalnya

a) Kuinolon, antibiotik ini terbagi menjadi dua yaitu asam nalidiksat dan florokuinolon.

b) Nitrofurantoin. Antibiotik ini terdiri dari nitrofuration, furazolidin dan nitroflurazon. Antibiotik Nitrofuran bisa menghambat bakteri Gram positif dan negatif

(PERMENKES RI Nomor 2406 Tahun 2011).

c. Resistensi antibiotik

Penggunaan antibiotik yang tidak rasional dapat menyebabkan resistensi. Resistensi adalah kemampuan bakteri untuk menetralkan dan melemahkan daya kerja antibiotik. Hal ini dapat terjadi dengan beberapa cara, yaitu:

1) Merusak antibiotik dengan enzim yang diproduksi.

2) Mengubah reseptor titik tangkap antibiotik.

3) Mengubah fisiko-kimiawi target sasaran antibiotik pada sel bakteri.

4) Antibiotik tidak dapat menembus dinding sel, akibat Perubahan sifat dinding sel bakteri.

5) Antibiotik masuk ke dalam sel bakteri, namun segera dikeluarkan dari dalam sel melalui mekanisme transport aktif keluar sel (PERMENKES RI Nomor 406 Tahun 2011).

Konsekuensi Resistensi antibiotik menimbulkan beberapa masalah yang fatal yaitu Penyakit infeksi oleh bakteri yang gagal berespon terhadap pengobatan mengakibatkan perpanjangan penyakit (*prolonged illness*), meningkatnya resiko kematian (*greater risk of death*) dan semakin lamanya masa rawat inap di rumah sakit (*length of stay*). Ketika infeksi menjadi resisten terhadap pengobatan antibiotika lini pertama, maka harus digunakan antibiotika lini kedua atau ketiga, yang tentu harganya lebih mahal dan kadang kala pemakaiannya lebih toksik. Konsekuensi lainnya adalah dari segi ekonomi baik untuk klinisi, pasien, *health care administrator*, perusahaan farmasi, dan masyarakat. Biaya kesehatan akan semakin meningkat seiring dengan dibutuhkannya antibiotik baru yang lebih kuat dan tentunya lebih mahal. Sayangnya, tidak semua lapisan masyarakat mampu menjangkau antibiotik generasi baru tersebut. Semakin mahal antibiotik, semakin masyarakat tidak bisa menjangkau, semakin banyak *carrier* di masyarakat, semakin banyak galur baru bakteri yang bermutasi dan menjadi resisten terhadap antibiotika (Utami, 2011).

2. Pneumonia

a. Pengertian pneumonia

Pneumonia adalah infeksi jaringan paru-paru (alveoli) yang bersifat akut. Penyebabnya adalah bakteri, virus, jamur, pajanan bahan kimia atau kerusakan fisik dari paru-paru, maupun pengaruh tidak langsung dari penyakit lain. Bakteri yang biasa menyebabkan pneumonia adalah *Streptococcus* dan *Mycoplasma pneumonia*, sedangkan virus yang menyebabkan pneumonia adalah *adenoviruses*, *rhinovirus*, *influenza virus*, *respiratory syncytial virus*

(RSV) dan *para influenza virus* (Anwar *et al*, 2014). Manifestasi klinik menjadi sangat berat pada pasien dengan usia sangat muda, manula serta pada pasien dengan kondisi kritis (Depkes RI, 2005). Pneumonia balita ditandai dengan adanya gejala batuk dan atau kesukaran bernapas seperti napas cepat, tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (TDDK), atau gambaran radiologi foto thorax/ dada menunjukkan infiltrat paru akut. Demam bukan merupakan gejala yang spesifik pada balita (Kemenkes RI, 2012).

b. Klasifikasi pneumonia

Berdasarkan pedoman pengendalian ISPA tahun 2012 khususnya pneumonia, pneumonia dapat diklasifikasikan secara sederhana berdasarkan berdasarkan umur yaitu:

1) Kelompok umur <2 bulan

a) Pneumonia berat

Pneumonia apabila terdapat gejala ada tanda bahaya umum, seperti anak tidak bisa minum atau menetek, selalu memuntahkan semuanya, kejang atau anak letargis/ tidak sadar. Terdapat tarikan dinding dada ke dalam. Terdapat stridor (suara napas bunyi ‘grok-grok’ saat inspirasi).

b) Bukan pneumonia

Pada jenis ini anak tidak ada tanda tarikan dada bagian bawah kedalam (TDDK) kuat dan tidak ada napas cepat, frekuensi napas kurang dari 60x/ menit.

2) Kelompok umur 2 bulan sampai <5 tahun

a) Pneumonia sangat berat

Pneumonia apabila terdapat gejala ada tanda bahaya umum, seperti anak tidak bisa minum atau menetek, kejang, kesadaran menurun, stridor, gizi buruk.

b) Pneumonia berat

Pneumonia apabila terdapat tanda tarikan dada bagian bawah kedalam (TDDK) dan adanya napas cepat 60 x/menit.

c) Pneumonia

Pneumonia apabila tidak ada tanda tarikan dada bagian bawah kedalam (TDDK) dan ada tanda napas cepat yaitu anak usia 2 – 12 bulan apabila frekuensi napas 50 x/menit atau lebih dan anak usia 1 – 5 tahun apabila frekuensi napas 40 x/menit atau lebih.

d) Batuk bukan Pneumonia, apabila tidak ada tanda – tanda atau penyakit sangat berat.

c. Faktor resiko

1) Usia

Menurut pedoman pengendalian ISPA Balita merupakan kelompok rentan terhadap berbagai masalah kesehatan sehingga apabila kekurangan gizi maka akan sangat mudah terserang infeksi salah satunya pneumonia (Kemenkes RI, 2012).

Bayi dan balita beresiko tinggi untuk mengidap pneumonia

2) Tidak memberikan ASI eksklusif

Asupan gizi yang kurang merupakan resiko untuk kejadian dan kematian balita dengan infeksi saluran pernapasan. Perbaikan gizi seperti pemberian ASI eksklusif dan pemberian mikro-nutrien bisa membantu pencegahan penyakit pada anak. Pemberian ASI sub-optimal mempunyai resiko kematian karena infeksi saluran napas bawah sebesar 20% (Kartasasmita, 2010).

3) Status gizi

Status gizi yang kurang dan gizi buruk dapat memperbesar resiko kejadian pneumonia (Kartasasmita, 2010)

4) Berat bayi lahir rendah (BBLR)

BBLR mempunyai resiko untuk terkena untuk meningkatnya ISPA dan perawatan di rumah sakit penting untuk mencegah BBLR (Kartasasmita, 2010)

5) Paparan asap rokok dan asap hasil pembakaran dari dapur dapat meningkatkan resiko penyakit infeksi saluran pernapasan khususnya pada balita (Kartasasmita, 2010).

6) Status pendidikan ibu dan status sosio-ekonomi keluarga

Resiko pneumonia balita dapat dipengaruhi oleh status pendidikan ibu yaitu ibu dengan pendidikan rendah (SD ke bawah) lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan lebih tinggi. Demikian juga resiko pneumonia balita pada rumah tangga dengan tingkat ekonomi rendah (menengah dan terbawah) lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat ekonomi tinggi (menengah atas sampai teratas). Hal ini dimungkinkan karena rumah tangga dengan status ekonomi yang lebih tinggi dapat memiliki kemampuan lebih baik dalam pemenuhan kebutuhannya, termasuk pemeliharaan kesehatan seperti meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan dan ibu yang berpendidikan lebih tinggi diharapkan mempunyai informasi dan wawasan yang lebih baik termasuk dalam pemecahan masalah kesehatan (Anwar *et al*, 2014).

d. Tatalaksana pneumonia

Tatalaksana terapi pneumonia menurut pedoman pengendalian ISPA tahun 2012 khususnya pneumonia dibagi menjadi dua yaitu:

1) Farmakologi

a) Pemberian antibiotik

Pemberian antibiotik untuk balita pneumonia lini pertama menggunakan kotrimoksazol (80 mg trimethoprim+ 400 mg sulfametokazol) dan lini kedua menggunakan amoksisilin 500 mg.

b) Pemberian obat demam

Pemberian obat demam untuk balita adalah dengan menggunakan parasetamol.

c) Pengobatan *wheezing*

Pengobatan *wheezing* yang diberikan pada balita pneumonia yaitu dengan memberikan salbutamol.

2) Non farmakologi

Terapi non farmakologi untuk anak usia 2 bulan sampai 5 tahun menurut pedoman pengendalian ISPA tahun 2012 yaitu:

- a) Bersihkan hidung balita agar tidak mengganggu pemberian makanan
- b) Jika bayi tidak dapat menghisap dengan baik, ibu hendaknya memeras ASI dan memberikan ASI pada bayi dengan menggunakan sendok.
- c) Anak yang sering muntah dapat mengalami malnutrisi, ibu harus memberikan makanan saat muntahnya reda
- d) Usahakan pemberian makanan sesering mungkin selama sakit dan sesudah sembuh
- e) Pemberian makanan setelah anak sembuh, usahakan pemberian makanan tambahan setiap hari selaman seminggu atau sampai berat badan anak sampai mencapai normal
- f) Pemberian ASI lebih sering dari biasanya.
- g) Berilah minum lebih banyak pada anak infeksi dengan infeksi terutama demam.

3. Kepatuhan

a. Definisi Kepatuhan

Kepatuhan adalah suatu sikap yang merupakan respon yang hanya muncul apabila individu tersebut dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya reaksi individual. Jika individu tidak mematuhi apa yang telah menjadi ketetapan dapat dikatakan tidak patuh (Budiman *et al*, 2010).

b. Metode-metode mengukur kepatuhan

Metode untuk mengukur kepatuhan penggunaan obat terdiri atas dua metode yaitu metode pengukuran secara langsung dan metode pengukuran secara tidak langsung. Masing-masing metode mempunyai kekuatan dan kelemahan.

Tabel 2.1 Kekuatan dan kelemahan masing-masing metode pengukuran kepatuhan penggunaan obat

Metode	Kekuatan	Kelemahan
a. Metode langsung		
Observasi langsung	Paling akurat	Pasien dapat menyembunyikan pil dalam mulut, kemudian membuangnya, kurang praktis untuk penggunaan rutin
Mengukur tingkat metabolisme dalam tubuh	Objektif	Variasi-variasi dalam metabolisme bias membuat impresi yang salah, mahal
Mengukur aspek biologis dalam darah	Objektif dalam penelitian klinis, dapat juga digunakan untuk mengukur placebo.	Memerlukan perhitungan kuantitatif yang mahal
b. Metode tidak langsung		
Kuesioner kepada pasien/pelaporan diri pasien	Simple, tidak mahal, paling banyak dipakai dalam seting klinis	Sangat mungkin terjadi kesalahan, dalam waktu antar kunjungan dapat terjadi distorsi
Jumlah pil/obat yang dikonsumsi	Objektif, kuantitatif dan mudah untuk dilakukan	Data dengan mudah diselewengkan oleh pasien
Rut beli ulang resep (kontinuitas)	Objektif, mudah untuk mengumpulkan data	Kurang ekuivalen dengan perilaku minum obat, memerlukan sistem farmasi yang lebih tertutup
Assesmen terhadap respon klinis pasien	Simple, umumnya mudah dilakukan	Faktor-faktor lain selain pengobatan tidak dapat dikendalikan
Monitoring pengobatan secara elektronik	Sangat akurat, hasil mudah dikuantifikasi, pola minum obat dapat diketahui	Mahal
Mengukur ciri-ciri fisiologis (missal detak jantung)	Sering mudah untuk dilakukan	Ciri-ciri fisiologis mungkin tidak Nampak karena alasan-alasan tertentu
Catatan harian pasien	Membantu untuk mengoreksi ingatan yang rendah	Sangat mudah dipengaruhi kondisi pasien
Kuesioner terhadap orang-orang terdekat pasien	Simple, objektif	Terjadi distorsi

Sumber: Osterberg dan Blaschke, 2005.

c. Cara-cara untuk meningkatkan kepatuhan minum obat menurut Lailatushifah (2012)

- 1) Memberikan informasi kepada pasien akan manfaat dan pentingnya kepatuhan untuk mencapai keberhasilan pengobatan.

- 2) Mengingatkan pasien untuk melakukan segala sesuatu yang harus dilakukan demi keberhasilan pengobatan melalui telepon atau alat komunikasi lain.
- 3) Menunjukkan kepada pasien kemasan yang sebenarnya atau dengan cara menunjukkan asli obat aslinya.
- 4) Memberikan keyakinan kepada pasien akan efektivitas obat dalam penyembuhan.
- 5) Memberikan informasi resiko ketidakpatuhan
- 6) Memberikan layanan kefarmasian dengan observasi langsung, mengunjungi rumah pasien dan memberikan konsultasi kesehatan.
- 7) Menggunakan alat bantu kepatuhan seperti multikomponen atau sejenisnya.
- 8) Adanya dukungan dari pihak keluarga, teman dan orang-orang disekitarnya untuk selalu mengingatkan pasien agar teratur minum obat demi keberhasilan pengobatan.
- 9) Apabila obat yang digunakan hanya dikonsumsi sehari satu kali, kemudian pemberian obat yang digunakan lebih dari satu kali dalam sehari mengakibatkan pasien sering lupa, akibatnya menyebabkan tidak teratur minum obat.

4. Caregiver

Caregiver adalah orang yang memberikan dukungan dan bantuan, baik formal atau informal, melalui berbagai kegiatan bagi orang cacat atau sakit jangka panjang, atau orang lanjut usia. Orang ini bisa memberikan dukungan emosional atau finansial, dan juga siap memberikan bantuan dalam berbagai tugas (WHO,2007).

Family caregiver merupakan anggota keluarga maupun kerabat pasien yang bertanggungjawab untuk merawat dan melindungi pasien selama sakit. *Family caregiver* bertanggungjawab untuk memberikan dukungan fisik , emosional dan seringkali keuangan dari orang lain yang tidak mampu untuk merawat dirinya sendiri karena sakit, cedera, atau

cacat. Orang yang menerima perawatan dari *family caregiver* mungkin anggota keluarga, pasangan hidup, atau teman. *Family caregiver* kadang-kadang digambarkan sebagai “*informal*”, sebuah istilah profesional yang digunakan untuk menggambarkan mereka yang merawat anggota keluarga atau teman di rumah, biasanya tanpa membayar (Agustina, 2013).

Faktor dalam pencegahan dan penanggulangan ISPA pada bayi dan balita lebih efektif dilakukan oleh keluarga baik yang dilakukan oleh ibu atau keluarga yang tinggal dalam satu rumah. Peran keluarga sangat penting dalam menangani ISPA karena penyakit ISPA termasuk dalam penyakit yang sering diderita sehari-hari didalam keluarga atau masyarakat. Dalam penanganan ISPA tingkat keluarga keseluruhannya dapat digolongkan menjadi tiga kategori yaitu perawatan oleh ibu balita, tindakan yang segera dan pengamatan tentang perkembangan penyakit balita, dan pencarian pertolongan pada pelayanan kesehatan (Triyanto *et al*, 2016).

5. Puskesmas

a. Puskesmas

1) Definisi Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya (PERMENKES RI Nomor 75 Tahun 2014).

2) Prinsip Penyelenggaraan, Tugas, Fungsi Puskesmas menurut PERMENKES RI Nomor 75 Tahun 2014

a) Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi:

(1) paradigma sehat yaitu Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam

upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

(2) pertanggungjawaban wilayah yaitu Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

(3) kemandirian masyarakat yaitu Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

(4) Pemerataan yaitu Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.

(5) Teknologi tepat guna yaitu Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

(6) Keterpaduan dan kesinambungan yaitu puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

b) Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

c) Fungsi Puskesmas:

(1) penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya

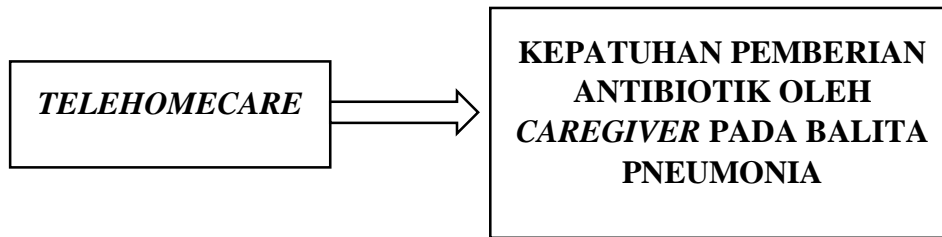
(2) penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

6. *Telehomecare*

Telehomecare mulai meningkat sejak tahun 1990-an dengan menggunakan teknologi yang maju seperti *videoconference*, internet, dan perangkat monitoring portabel yang memungkinkan penyedia layanan kesehatan dapat berkomunikasi dengan pasien di rumah mereka. Interaksi semacam ini disebut kunjungan virtual (*virtual visit*). Penggunaan *telehomecare* dianggap merupakan metode pemberian layanan kesehatan yang dapat mengurangi waktu perjalanan, biaya dan meningkatkan jumlah pasien/kunjungan pada hari-hari tertentu (Ardi, 2010).

Penggunaan *telephone* merupakan salah satu sarana yang sangat efektif dibandingkan pasien harus melakukan kunjungan ke sarana pelayanan kesehatan khususnya pada saat memberikan pendidikan kesehatan. Namun untuk membuat penggunaan *telephone* efektif, harus dilakukan dengan benar. Walaupun banyak waktu untuk membahas masalah pasien melalui *telephone*, perawat harus fokus pada satu topik saat melakukan percakapan. Materi tertulis akan dikirimkan kepada pasien setelah percakapan dan perawat akan melakukan panggilan untuk mereview. Pasien biasanya dihubungi dalam waktu 24 – 48 jam setelah keluar dari rumah sakit. Frekuensi panggilan setiap pasien disesuaikan dengan gejala, biasanya setiap minggu, setiap bulan atau setiap tiga bulan dan dijadwalkan sehingga pasien mengharapkan untuk berkomunikasi (Susanto, 2010).

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka konsep penelitian

D. Hipotesis

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Luqyana (2016) maka hipotesis yang ditegakan dalam penelitian ini adalah adanya pengaruh berupa pemberian *telehomecare* terhadap kepatuhan pemberian antibiotik oleh *caregiver* pada pasien balita pneumonia rawat jalan pada beberapa puskesmas di kabupaten Banyumas.

