



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN
PETUGAS PUSKESMAS DAN PUSKESMAS PEMBANTU
DALAM MENERAPKAN PROSEDUR MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT
DI KABUPATEN NAGAN RAYA TAHUN 2008**

**Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

Oleh :
F I R D A U S
NPM : 0606153481

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK, 2008



UNIVERSITAS INDONESIA

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN
PETUGAS PUSKESMAS DAN PUSKESMAS PEMBANTU
DALAM MENERAPKAN PROSEDUR MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT
DI KABUPATEN NAGAN RAYA TAHUN 2008**

TESIS

Oleh :
F I R D A U S
NPM : 0606153481

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK, 2008

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 1 Desember 2008

Ketua,

(Sutanto Priyo Hastono, Drs. M. Kes)

Anggota,

(Dian Ayubi, Dr, SKM, MQIH)

Anggota,

(M. Hafizurrachman, Dr, dr, MPH)

Anggota,

(Ernawati, drg, M. Kes)

Anggota,

(Hakimi, SKM, M,Sc)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN
PETUGAS PUSKESMAS DAN PUSKESMAS PEMBANTU
DALAM MENERAPKAN PROSEDUR MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT
DI KABUPATEN NAGAN RAYA TAHUN 2008**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis
Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 1 Desember 2008

Komisi Pembimbing

Ketua

Sutanto Priyo Hastono, Drs, M. Kes

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Firdaus
NPM : 0606153481
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Kekhususan : Mutu Layanan Kesehatan
Angkatan : 2006 / 2007
Jenjang : Magister

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Petugas Puskesmas Dan Puskesmas Pembantu Dalam Menerapkan Prosedur Manajemen Terpadu Balita Sakit Di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya.

Depok, 1 Desember 2008

(F I R D A U S)

PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
MUTU LAYANAN KESEHATAN
Tesis, Desember 2008

Firdaus, NPM. 0606153481

Faktor – faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Petugas Puskesmas dan Puskesmas Pembantu Dalam Menerapkan Prosedur Manajemen Terpadu Balita Sakit di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

viii + 108 halaman + 9 tabel + 9 gambar + 5 lampiran.

Abstrak

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan pendekatan yang menyeluruh, sistematis dan terintegrasi antara semua program pelayanan kesehatan bagi bayi dan balita, mencakup pelayanan promotif, pelayanan preventif, dan pelayanan kuratif yang untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas manajemen program maupun manajemen kasus yang mengacu pada kualitas tata laksana kasus sehingga angka kematian bayi dan balita dapat diturunkan.

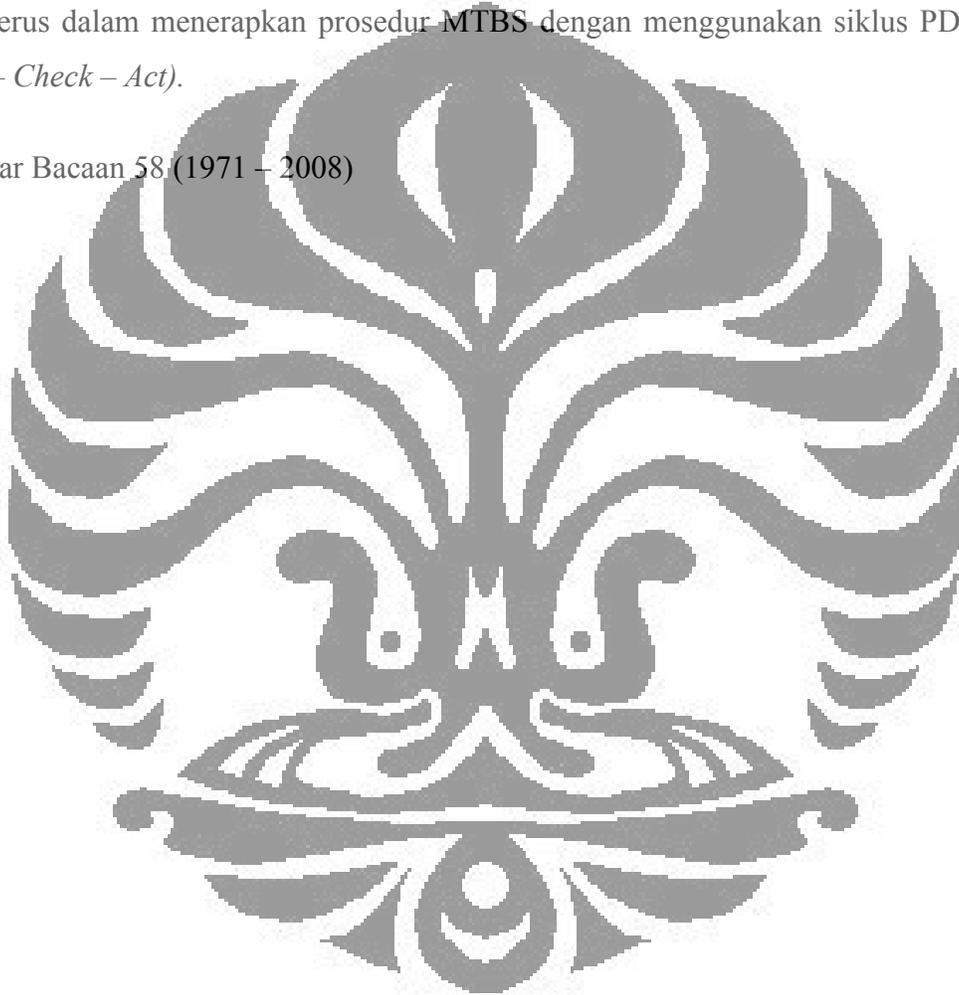
Tujuan penelitian ini untuk memperoleh gambaran tingkat kepatuhan petugas terhadap prosedur MTBS dan faktor – faktor yang mempengaruhinya di Kabupaten Nagan Raya. Penelitian ini dengan pendekatan kuantitatif menggunakan desain *cross sectional* dengan jumlah sampel 97 petugas pelaksana MTBS dan 291 pengamatan terhadap pelaksanaan prosedur MTBS di puskesmas dan puskesmas pembantu di Kabupaten Nagan Raya. Pengumpulan data dengan pengamatan langsung saat petugas melayani balita sakit dengan menggunakan daftar tilik dan wawancara dengan petugas MTBS.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dengan *cut off point* kepatuhan 80 % , rata – rata tingkat kepatuhan petugas adalah 74,96 % dengan kepatuhan tertinggi 96,9 % dan terendah 22,7 %. Hasil uji statistik secara multivariat didapatkan faktor yang berhubungan dengan kepatuhan adalah beban kerja, sarana prasarana, dan komitmen pimpinan terhadap program MTBS. Sedangkan faktor pendidikan menjadi variabel konfonding dalam penelitian ini. Faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kepatuhan adalah faktor komitmen pimpinan, dimana diperoleh nilai OR 8,684, artinya petugas puskesmas dengan komitmen pimpinan yang baik akan berpeluang patuh 8,7 kali lebih besar dibandingkan

dengan petugas yang komitmen pimpinannya rendah terhadap program MTBS setelah dikontrol oleh variabel beban kerja, sarana prasarana dan pendidikan.

Bagi Dinas Kesehatan dan Puskesmas di Kabupaten Nagan Raya perlu meningkatkan komitmennya terhadap program MTBS dan mendistribusikan tanggung jawab yang proporsional bagi semua staf sesuai dengan prinsip – prinsip manajemen mutu terpadu (Total Quality Manajemen) dan selalu melakukan perbaikan kinerja secara terus menerus dalam menerapkan prosedur MTBS dengan menggunakan siklus PDCA (*Plan – Do – Check – Act*).

Daftar Bacaan 58 (1971 – 2008)



PUBLIC HEALTH PROGRAM
HEALTH QUALITY SERVICES
Thesis, December 2008

Firdaus, NPM. 0606153481

The factors that related to the officer of Public Health Centre and Sub- Public Health Centre obey code of conduct to implement Integrated Management of Childhood Illness at Nagan Raya District Year 2008.

viii + 108 pages + 9 table + 9 pictures + 5 annexes.

Abstract

Integrated Management of Childhood illness (IMCI) is an integrated, systematic and total approach among all of babies and children under five years old health services programme, including promotion, preventive, and curative services to improve the programme management quality as well as cases handling that refer on cases management quality so that affected to the decreasing of infant and children under five years old mortality rate.

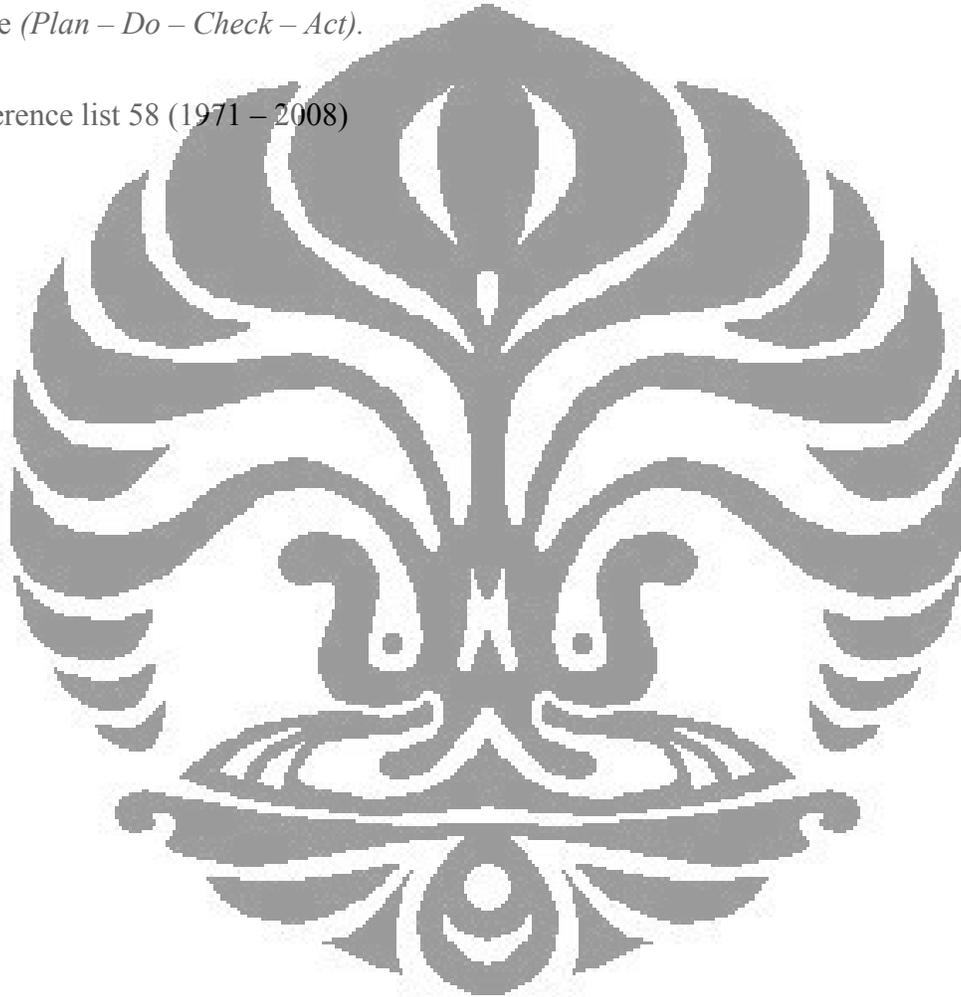
The objectives of the study are to obtain the description of Health officer obey code of conduct rate regarding IMCI and confounding factor at Nagan Raya District. The study methods utilized quantitative approach with *cross sectional* design, total sample are 97 health officers that conducted IMCI and 291 observations regarding IMCI code of conduct at public health centre and sub-public health centre in Nagan Raya District. The data collected by direct observation during health officer serving the illness baby with using check list and interviewing the health officer that doing IMCI.

The study output showed that obey *cut off point* is 80 %, the average obey rate of health officer is 74, 96 % with highest obey rate is 96, 9 % and the lowest is 22, 7 %. The output of statistical tested by multi variant found the factors that have relation to the obey code of conduct are working load, facilities of IMCI, and managerial commitment regarding IMCI Programme. The education level factor becomes a confounding variable in the study. The most dominant factor that influent the obey code of conduct is managerial commitment which is the OR value 8,684, that's mean the health officer with managerial commitment that higher commitment affected to health officer IMCI to have 8,7 times

more obey than the managerial commitment that has lower after controlled by working load, facilities, as well as education level variable.

District Health Office and Public Health Centre in Nagan Raya District need to improve their commitment regarding IMCI programme and shall distribute proportional responsibility for whole staffs based on Total Quality Management principles and continues performance improvement in implementation of IMCI code of conduct by utilizing PDCA cycle (*Plan – Do – Check – Act*).

Reference list 58 (1971 – 2008)



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang dengan limpahan rahmat dan karuniaNya penulis telah dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Petugas Puskesmas dan Puskesmas Pembantu Dalam Menerapkan Prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008”

Penulisan tesis ini merupakan salah satu syarat menyelesaikan pendidikan pada Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulisan tesis ini tidak terlepas dari bantuan moril maupun materil dari berbagai pihak, oleh karenanya dengan segala ketulusan dan kerendahan hati penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Bapak Drs. Sutanto Priyo Hastino, M. Kes selaku pembimbing utama dalam penyusunan tesis ini yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan arahan semenjak tahap penyusunan proposal hingga selesainya penelitian tesis ini.
2. Bapak Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH selaku dosen penguji pada seminar proposal, seminar hasil dan sidang tesis yang telah banyak memberikan masukan dan arahan kepada penulis.
3. Bapak Dr.dr. M. Hafizurrahman, MPH selaku dosen penguji dan ketua Program Studi Mutu Layanan Kesehatan yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.
4. Ibu Drg. Ernawati, M.Kes dan Bapak Hakimi, SKM, M.Sc selaku penguji yang telah berkenan meluangkan waktu dan memberikan masukan kepada penulis demi untuk penyempurnaan tesis ini.

5. Komite Pendidikan Badan Rehabilitasi dan Rekonstruksi (BRR) Aceh – Nias yang telah mensponsori penulis untuk menempuh pendidikan pada program pasca sarjana FKM – UI.
6. Dekan dan seluruh dosen serta staf program pasca sarjana FKM – UI teristimewa staf prodi Mutu Layanan Kesehatan yang telah memfasilitasi penulis selama menjalani pendidikan di FKM - UI.
7. Bapak Kepala Dinas Kesehatan Kab. Nagan Raya yang telah mengizinkan penulis melakukan penelitian di Kab. Nagan Raya.
8. Rekan – rekan para pelatih MTBS dan semua yang terlibat dalam proses penelitian.
9. Rekan – rekan mutu 06, Salahu, Azhari, Beihaf, Ibu Upik, Iswadi, dan rekan – rekan mahasiswa FKM dari Aceh yang telah memberikan semangat bagi penulis untuk menyelesaikan pendidikan di FKM - UI.
10. Isteri tercinta Ismailni, AR, SE Ak dan ananda tersayang Gezah Aulia dan M. Amnan Al-Fasya yang telah banyak berkorban dan rela dikurangi hak nya selama Abi menjalani pendidikan di FKM – UI.
11. Ibunda Masyitah, Abu H. Abd. Rasyid dan Mak Jram, serta para kakak, abang, dan semua keluarga yang telah mengiringi penulis dengan doa selama menjalani pendidikan.
12. Semua pihak yang telah banyak membantu penulis dan tidak bisa penulis sebutkan satu persatu

Dengan berbagai keterbatasan penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penulisan tesis ini, untuk itu kritik konstruktif sangat penulis harapkan dari pembaca sekalian. Semoga bermanfaat bagi kita semua. Amin.

Depok, 1 Desember 2008

FIRDAUS

DAFTAR ISI

JUDUL

ABSTRAK

HALAMAN JUDUL

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

RIWAYAT HIDUP

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR GAMBAR

DAFTAR SINGKATAN

DAFTAR LAMPIRAN

i

iii

v

vi

vii

viii

BAB I	PENDAHULUAN.....	1
	1.1. Latar Belakang.....	1
	1.2. Rumusan Masalah.....	6
	1.3. Pertanyaan Penelitian.....	6
	1.4. Tujuan Penelitian.....	7
	1.5. Manfaat Penelitian.....	9
	1.6. Ruang Lingkup Penelitian.....	9
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA.....	10
	2.1. Manajemen Terpadu Balita Sakit.....	10
	2.2. Konsep Prilaku.....	17
	2.3. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Prilaku.....	18
	2.4. Prilaku Kepatuhan.....	21
	2.5. Pengetahuan.....	23
	2.6. Sikap.....	24
	2.7. Umur.....	26
	2.8. Jenis Kelamin.....	26
	2.9. Status Perkawinan.....	27
	2.10. Pendidikan.....	27
	2.11. Masa Kerja.....	28
	2.12. Motivasi.....	29
	2.13. Sarana dan Prasarana.....	30
	2.14. Supervisi.....	31
	2.15. Beban Kerja.....	32
	2.16. Komitmen Pimpinan.....	33
	2.17. Penelitian Terdahulu.....	34
	2.18. Manajemen Mutu Terpadu.....	36

BAB III KERANGKA KONSEP.....	39
3.1. Kerangka Konsep.....	39
3.2. Hipotesis Penelitian	41
3.3. Definisi Operasional.....	42
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....	46
4.1. Desain Penelitian.....	46
4.2. Lokasi Penelitian.....	46
4.3. Populasi dan Sample.....	46
4.4. Pengumpulan Data.....	47
4.5. Pengolahan Data.....	49
4.6. Analisa Data.....	50
BAB V HASIL PENELITIAN.....	53
5.1. Gambaran Umum Wilayah Kabupaten Nagan Raya.....	53
5.2. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	54
5.3. Gambaran Kepatuhan Petugas MTBS.....	55
5.4. Gambaran Faktor Internal Individu.....	57
5.5. Gambaran Faktor Keorganisasian.....	58
5.6. Hubungan Faktor Internal Individu Dengan Kepatuhan Dalam Melaksanakan Prosedur MTBS	59
5.7. Hubungan Faktor Keorganisasian Dengan Kepatuhan Dalam Melaksanakan Prosedur MTBS.....	63
5.8. Faktor Yang Paling Dominan Berpengaruh Terhadap Kepatuhan Dalam Melaksanakan Prosedur MTBS.....	65
BAB VI PEMBAHASAN.....	70
6.1. Keterbatasan Penelitian.....	70
6.2. Gambaran Kepatuhan Petugas MTBS.....	71
6.3. Faktor Internal Individu.....	80
6.4. Faktor Keorganisasian.....	91
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....	99
7.1. Kesimpulan.....	99
7.2. Saran.....	100
DAFTAR PUSTAKA.....	103
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 : Keluhan anak sakit dan kemungkinan penyebab atau kondisi yang menyertai	12
Gambar 2.2 : MTBS sebagai strategi kunci untuk memperbaiki kesehatan anak	13
Gambar 2.3 : Intervensi yang tercakup dalam strategi MTBS	15
Gambar 2.4 : Teori “S - O - R”	18
Gambar 2.5 : Variabel – variabel yang mempengaruhi perilaku individu	19
Gambar 2.6 : Teori Perilaku Dari Green (1980)	20
Gambar 2.7 : Pengelompokan Standar dan Indikator Menurut Donabedian	37
Gambar 2.8 : Kerangka Teori Penelitian	38
Gambar 3.1 : Kerangka konsep variabel yang diteliti	40

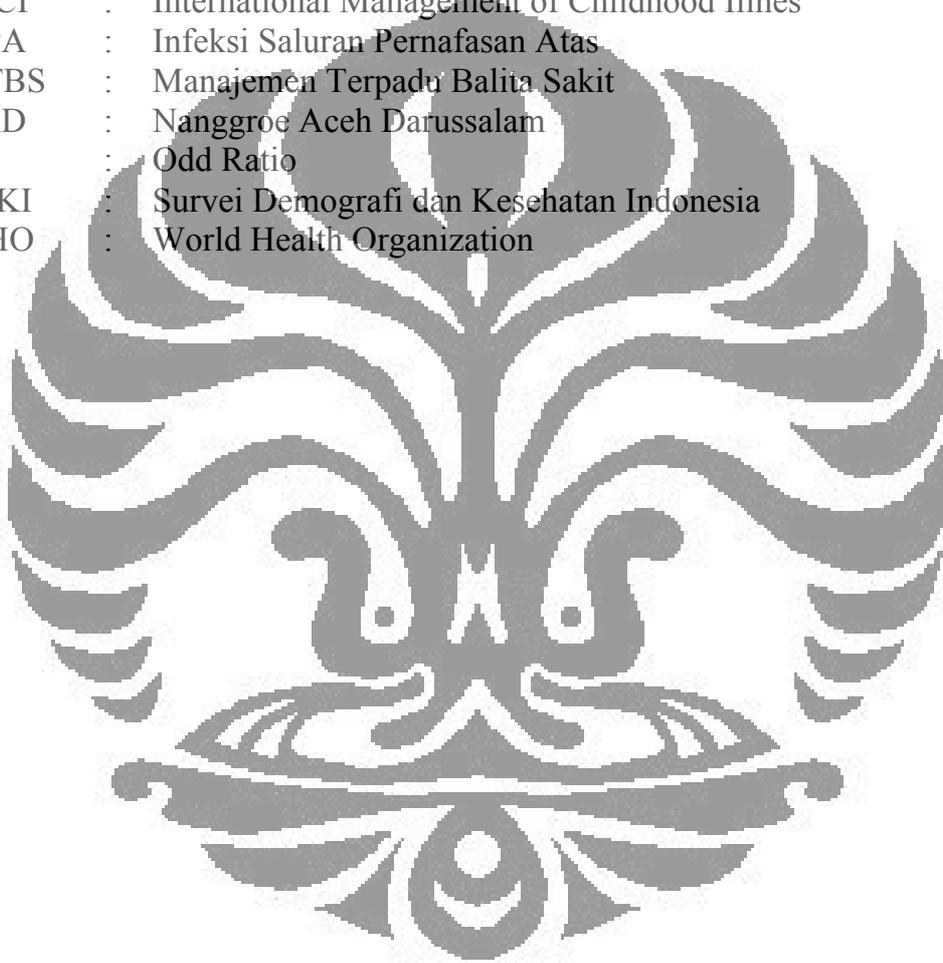
DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Kuesioner Penelitian
- Lampiran 2 : Formulir Tata Laksana Balita Sakit Umur 2 bulan sampai 5 Tahun
- Lampiran 3 : Daftar Tilik Pengamatan Tata Laksana MTBS Anak Umur 2 Bulan sampai 5 Tahun
- Lampiran 4 : Daftar Tilik Untuk Fasilitas Penunjang MTBS
- Lampiran 5 : Rekapitulasi Hasil Uji Statistik Dengan Program SPSS
- Lampiran 6 : Surat Izin Penelitian dan Menggunakan Data



DAFTAR SINGKATAN

ACT	:	Artesunate Combination Therapi
AKABA	:	Angka Kematian Balita
DBD	:	Demam Berdarah Dengue
Depkes	:	Departemen Kesehatan
KEP	:	Kurang Energi Protein
IMCI	:	International Management of Childhood Illnes
ISPA	:	Infeksi Saluran Pernafasan Atas
MTBS	:	Manajemen Terpadu Balita Sakit
NAD	:	Nanggroe Aceh Darussalam
OR	:	Odd Ratio
SDKI	:	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
WHO	:	World Health Organization



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 5.1 : Distribusi Responden Berdasarkan Hasil Observasi Butir Kepatuhan Dalam Menerapkan Prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008	56
Tabel 5.2 : Distribusi Kepatuhan Responden Dalam Menerapkan Prosedur MTBS Di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008	56
Tabel 5.3 : Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Internal Dalam Penelitian Kepatuhan Menerapkan Prosedur MTBS Di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008	57
Tabel 5.4 : Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Keorganisasian Dalam Penelitian Kepatuhan Menerapkan Prosedur MTBS Di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008	58
Tabel 5.5 : Hubungan Faktor Internal Dengan Kepatuhan Petugas Terhadap Prosedur MTBS Di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008	59
Tabel 5.6 : Hubungan Faktor Keorganisasian Dengan Kepatuhan Petugas Terhadap Prosedur MTBS Di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008	63
Tabel 5.7 : Hasil Seleksi Bivariat Antara Variabel Independen dengan Variabel Dependen Pada Penelitian Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Menerapkan Prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008	67
Tabel 5.8 : Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik Ganda 5 Variabel Terpilih Dengan Kepatuhan Petugas MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008	68
Tabel 5.9 : Hasil Akhir Analisis Multivariat Regresi Logistik Ganda Model Prediksi Pada Penelitian Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Menerapkan Prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008	69

RIWAYAT HIDUP

Nama : **FIRDAUS**
Tempat/Tanggal Lahir : Jeuram, 3 Agustus 1971
Alamat : Jln. Al-Fitrah No. 99 Kuta Baro Jeuram
Kec. Seunagan Kab. Nagan Raya Prov. NAD
Agama : **I s l a m**

Riwayat Pendidikan :

Tahun 1978 – 1984 : SD Neg. Pante Cermin
Tahun 1984 – 1987 : SMP Neg. 1 Jeuram
Tahun 1987 – 1990 : SPK Depkes Meulaboh Aceh Barat
Tahun 1999 – 2003 : Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Muhammadiyah Aceh

Riwayat Pekerjaan :

Tahun 1993 – 1999 : Staf Puskesmas Jeuram Aceh Barat
Tahun 2003 – 2008 : Staf Dinas Kesehatan Nagan Raya

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Di era globalisasi dan informasi tuntutan masyarakat sebagai pengguna layanan kesehatan terhadap mutu pelayanan kesehatan semakin meningkat. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang selalu berupaya memenuhi harapan masyarakat sebagai pelanggan dan mampu memberikan kontribusi pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Salah satu upaya yang dilakukan untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan adalah dengan menetapkan standar dan prosedur pelayanan sehingga mutu pelayanan kesehatan tetap terjaga di tinjau dari pandangan pemberi pelayanan kesehatan maupun kepuasan pasien sebagai pengguna pelayanan.

Sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di tingkat pertama, puskesmas merupakan kesatuan organisasi kesehatan langsung yang memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terintegrasi kepada masyarakat di wilayah kerja tertentu dalam upaya kesehatan dasar yang mencakup upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan di puskesmas ditujukan kepada semua penduduk tidak membedakan jenis kelamin dan golongan umur, sejak pembuahan dalam kandungan sampai dengan tutup usia. Dalam menjalankan kegiatannya, puskesmas di dukung oleh puskesmas pembantu (puskesmas pembantu) yang merupakan unit pelayanan kesehatan yang sederhana dan berfungsi menunjang dan membantu melaksanakan kegiatan – kegiatan yang dilakukan puskesmas dalam ruang lingkup wilayah yang lebih kecil serta merupakan bagian integral dari puskesmas.

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002 – 2003 angka kematian bayi di Indonesia masih pada level 35 per 1000 kelahiran hidup. Sementara negara – negara tetangga kita Thailand 28 per 1000 kelahiran hidup,

Malaysia 8 per 1000 kelahiran hidup dan Singapura hanya 4 per 1000 kelahiran hidup. Survei Kesehatan Nasional tahun 2001 menunjukkan bahwa Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia yang pada tahun 1995 sebesar 73 per 1000 kelahiran hidup turun menjadi 64 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1998. Ternyata pada tahun 2001 AKABA tersebut tidak mengalami perubahan yaitu tetap 64 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini diperkirakan karena menurunnya akses terhadap pelayanan kesehatan, salah satunya sebagai akibat dari krisis ekonomi. Hasil SDKI menunjukkan bahwa AKABA pada tahun 2002 – 2003 telah turun menjadi 46 per 1000 kelahiran hidup (Profil Kesehatan Indonesia 2005).

Di provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, berdasarkan data profil kesehatan NAD pada tahun 2005 dari jumlah bayi yang lahir sebanyak 28.387 jiwa, sedangkan jumlah bayi mati adalah 586 jiwa (20,6 per 1000 kelahiran hidup). Dan dari jumlah balita 437.782 jiwa, 311 balita diantaranya meninggal dunia (2 per 1000 kelahiran hidup).

Sedangkan di Kabupaten Nagan Raya pada tahun 2005 jumlah bayi lahir 363 jiwa dan jumlah bayi mati 6 jiwa. Serta jumlah balita 13.958 dengan tingkat kematian 17 jiwa. Karena beberapa alasan, data ini sebenarnya masih diragukan validitasnya, *pertama*, disebabkan sistem pencatatan dan pelaporan dari bidan desa ke puskesmas serta dari puskesmas ke dinas kesehatan kabupaten belum berjalan dengan baik. *Kedua*, sistem pelaporan dari dinas kesehatan kabupaten ke dinas kesehatan provinsi belum berjalan sebagaimana yang diharapkan. Apalagi dengan adanya pemekaran beberapa kabupaten baru pada tahun 2002 dan penerapan sistem desentralisasi dengan otonomi luas di tingkat kabupaten, menjadikan sistem pelaporan dari kabupaten ke provinsi tidak berjalan lancar sebagaimana yang diharapkan. Disamping itu juga konflik bersenjata yang terjadi di Provinsi NAD juga mengakibatkan akses data dari petugas kesehatan ke masyarakat tidak berjalan sebagaimana mestinya.

Pneumonia, diare, malaria, campak, dan gizi buruk merupakan penyebab lebih dari 70 % kematian anak umur dibawah 5 tahun (Depkes RI, 2006). Dewasa ini terdapat cara – cara yang cukup efektif serta dapat dikerjakan untuk mencegah sebagian besar kematian tersebut berupa perawatan anak yang menderita penyakit – penyakit tersebut di fasilitas rawat jalan.

Sejak tahun 1996 Departemen Kesehatan Republik Indonesia bekerjasama dengan World Health Organization (WHO) telah mengembangkan suatu pendekatan baru dalam mendiagnosa, mengklasifikasi penyakit dan mengobati bayi dan balita sakit yang disebut *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)* atau di Indonesia lebih dikenal dengan *Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)*.

Pendekatan MTBS merupakan pendekatan yang menyeluruh, sistematis dan terintegrasi antara semua program pelayanan kesehatan bagi bayi dan balita, mencakup pelayanan promotif seperti konseling kepada ibu tentang cara merawat dan mengobati anak sakit di rumah dan tata cara pemberian makanan, pelayanan preventif seperti imunisasi, pemberian vitamin A, menilai dan memperbaiki cara pemberian ASI, pelayanan kuratif berupa pengobatan penyakit dan MTBS juga untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas manajemen program maupun manajemen kasus yang mengacu pada kualitas tata laksana kasus sehingga angka kematian bayi dan balita dapat diturunkan.

Pada dekade 1980 – an pendekatan terhadap penanganan balita sakit masih dilakukan secara terpisah untuk masing – masing penyakit. Sehingga dikenal adanya pedoman pengobatan malaria, pedoman tata laksana ISPA, atau pedoman penanganan diare. Namun demikian, petugas kesehatan di puskesmas mungkin mengalami kesulitan dalam menggabungkan berbagai pedoman yang terpisah pada saat menangani anak yang menderita beberapa penyakit. Petugas kesehatan mungkin tidak dapat menentukan

tindakan dan mengobati seluruh masalah anak sakit dengan waktu dan obat yang terbatas. Ada beberapa penyakit yang saling berkaitan, misalnya : diare yang berulang, seringkali menyebabkan gizi buruk, diare yang bersamaan atau menyertai campak biasanya lebih parah. Karena itu penanganan kasus yang efektif perlu memperhitungkan semua gejala anak sakit.

Melalui MTBS petugas kesehatan di puskesmas akan dapat mengetahui cara menyatukan berbagai pedoman yang terpisah untuk masing – masing penyakit ke dalam bentuk proses yang lebih komprehensif dan efisien dalam penanganan anak sakit. Dengan demikian diharapkan tidak akan terjadi missed opportunity (hilangnya kesempatan) atau drop out pelayanan yang akan meningkatkan risiko kematian bayi dan anak balita. Disamping itu prosedur MTBS juga dapat lebih meningkatkan efisiensi dan efektifitas pembiayaan, dalam penelitian yang dilakukan oleh Usmayarni (2004) tentang Analisis Efektifitas Biaya Penanganan Penyakit Pneumonia pada Puskesmas MTBS dan Puskesmas Non MTBS di Kabupaten Tanah Datar Tahun 2003 menunjukkan bahwa penanganan Pneumonia di Puskesmas MTBS lebih “cost efektif” dibandingkan dengan puskesmas non MTBS, dimana biaya satuan pada puskesmas MTBS adalah sebesar Rp. 11.588.- dan pada puskesmas non MTBS sebesar Rp. 42.629.-. Disamping itu dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Ogaard (2007) menyimpulkan bahwa untuk mencapai efisiensi dalam sebuah organisasi diperlukan standarisasi dalam setiap kegiatannya sehingga akan diperoleh hasil kerja yang lebih bermutu.

MTBS merupakan salah satu standar prosedur operasional untuk meningkatkan mutu dalam memberikan pelayanan kepada bayi dan balita di puskesmas. Penerapan MTBS akan efektif hanya jika ibu/keluarga segera membawa balita sakit ke petugas kesehatan yang terlatih serta mendapatkan pengobatan yang tepat. Namun kenyataannya, tidak semua petugas kesehatan di puskesmas yang sudah dilatih MTBS patuh menerapkan

prosedur MTBS saat melayani bayi atau balita yang berobat ke puskesmas. Padahal kepatuhan petugas puskesmas dalam menerapkan prosedur MTBS merupakan indikator keberhasilan penerapan dan mutu prosedur MTBS.

Kabupaten Nagan Raya sejak bulan April 2006 telah melakukan pelatihan MTBS terhadap petugas puskesmas dan bidan desa. Sampai dengan bulan Maret 2007 tercatat sudah 189 petugas puskesmas dan bidan desa yang sudah mendapatkan pelatihan MTBS. Dalam pemantauan pasca pelatihan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya ternyata petugas puskesmas yang sudah dilatih MTBS tidak semuanya patuh menerapkan prosedur MTBS saat melayani bayi dan balita di puskesmas. Hal ini terungkap saat diadakan rapat evaluasi kerja tahunan di Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya pada tanggal 3 Januari 2008, dimana dari 10 (sepuluh) kepala Puskesmas di Kabupaten Nagan Raya, 6 (enam) diantaranya mengemukakan bahwa tidak semua staf MTBS yang ada di puskesmasnya menerapkan prosedur MTBS saat melayani bayi dan balita yang berobat ke puskesmas. Disamping itu berdasarkan hasil pemantauan pengelola program MTBS di Dinas Kesehatan bahwa hampir 70% petugas MTBS puskesmas tidak menerapkan prosedur MTBS secara benar saat melayani bayi dan balita yang sakit (sumber : wawancara dengan pengelola program MTBS Dinas Kesehatan Nagan Raya).

Kepatuhan petugas MTBS sangat berkaitan dengan perilaku petugas MTBS itu sendiri. Perilaku manusia, dalam hal ini petugas MTBS dipengaruhi oleh beberapa faktor, sebagaimana teori yang dikemukakan oleh Gibson (1987) bahwa perilaku seseorang itu dipengaruhi oleh beberapa variabel, yaitu : **variabel individual** : meliputi kemampuan dan ketrampilan : mental, fisik, latar belakang : keluarga, tingkat sosial, pengalaman, ; **variabel keorganisasian** : meliputi sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan, serta **variabel psikologikal** : meliputi persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi.

Selanjutnya Notoatmodjo (2005) mengatakan bahwa perilaku terbentuk didalam diri seseorang dari dua faktor utama yakni : stimulus merupakan faktor dari luar diri seseorang tersebut (faktor eksternal) dan respons merupakan faktor dari dalam diri orang yang bersangkutan (faktor internal). Faktor eksternal atau stimulus adalah faktor lingkungan, baik lingkungan fisik, maupun non fisik dalam bentuk sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya. Sedangkan faktor internal yang merupakan respons stimulus dari luar adalah perhatian, pengamatan, persepsi, motivasi, fantasi, sugesti, dan sebagainya.

Mencermati fenomena di atas dan di dasari oleh teori yang ada maka penulis tertarik untuk meneliti dan menganalisis faktor – faktor yang berhubungan dengan kepatuhan petugas MTBS puskesmas dan puskesmas pembantu dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah penulis uraikan diatas, maka yang menjadi masalah dalam penelitian ini adalah masih rendahnya tingkat kepatuhan petugas puskesmas dan puskesmas pembantu yang telah dilatih dengan pelatihan MTBS dalam menerapkan prosedur MTBS saat melayani bayi dan balita sakit di puskesmas (masih di bawah 90 % standar yang telah ditetapkan WHO).

1.3. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas maka yang menjadi pertanyaan penelitian adalah :

- 1 Bagaimana gambaran tingkat kepatuhan petugas puskesmas dan puskesmas pembantu terhadap prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008 ?

- 2 Bagaimana gambaran faktor internal (individu) petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dalam melaksanakan prosedur MTBS meliputi pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, masa kerja, dan motivasi di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008 ?
- 3 Bagaimana gambaran faktor eksternal (organisasi) petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dalam melaksanakan prosedur MTBS meliputi sarana dan prasarana, supervisi, beban kerja, dan komitmen kepala puskesmas di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008 ?
- 4 Apakah ada hubungan antara faktor internal (individu) meliputi pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, masa kerja, dan motivasi petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dengan kepatuhan dalam melaksanakan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008 ?
- 5 Apakah ada hubungan antara faktor eksternal (organisasi) petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dalam melaksanakan prosedur MTBS meliputi sarana dan prasarana, supervisi, beban kerja, dan komitmen kepala puskesmas dengan kepatuhan dalam melaksanakan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008 ?
- 6 Faktor – faktor apa saja yang paling dominan berhubungan dengan kepatuhan petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dalam melaksanakan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008 ?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Diketahuinya faktor – faktor yang berhubungan dengan kepatuhan petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dalam melaksanakan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008.

1.4.2. Tujuan Khusus

- 1 Diketuainya gambaran tingkat kepatuhan petugas puskesmas dan puskesmas pembantu terhadap prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008
- 2 Diketuainya gambaran faktor internal (individu) petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dalam melaksanakan prosedur MTBS meliputi pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, masa kerja, dan motivasi di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008
- 3 Diketuainya gambaran faktor eksternal (organisasi) petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dalam melaksanakan prosedur MTBS meliputi sarana dan prasarana, supervisi, beban kerja, dan komitmen kepala puskesmas di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008
- 4 Diketuainya hubungan antara faktor internal (individu) meliputi pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, masa kerja, dan motivasi petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dengan kepatuhan dalam melaksanakan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008
- 5 Diketuainya hubungan antara faktor eksternal (organisasi) petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dalam melaksanakan prosedur MTBS meliputi sarana dan prasarana, supervisi, beban kerja, dan komitmen kepala puskesmas dengan kepatuhan dalam melaksanakan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008
- 6 Diketuainya faktor yang paling dominan berhubungan dengan kepatuhan petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dalam melaksanakan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008

1.5. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat kepada :

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya, penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dalam merumuskan kebijakan dan dalam pelaksanaan program MTBS di Kabupaten Nagan Raya.
2. Sebagai tambahan pengalaman dan pengetahuan bagi penulis dalam melaksanakan penelitian dan saat nanti akan kembali bertugas.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di 10 Puskesmas dan 32 puskesmas pembantu yang tersebar pada 5 kecamatan definitif dan 3 kecamatan persiapan di Kabupaten Nagan Raya, dan penelitian ini akan menggali informasi tentang faktor – faktor apa saja yang berhubungan dengan kepatuhan petugas puskesmas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008 dengan fokus pada faktor pengetahuan, sikap petugas, umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, masa kerja, motivasi, sarana dan prasarana, supervisi, beban kerja, dan komitmen kepala puskesmas.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Di dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN 2004 – 2009), salah satu program prioritas adalah menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) dari 35 per 1000 Kelahiran Hidup (KH) menjadi 25 per 1000 KH . Hal ini berkaitan dengan kematian bayi di Indonesia yang masih tinggi bahkan melebihi beberapa negara di Asia.

Trend angka kematian bayi (AKB) dalam dua dekade telah menurun secara tajam yaitu dari 59 per 1000 KH (tahun 1982 – 1992) menjadi 35 per 1000 KH (tahun 2002, – 2003). Sedangkan sampai dengan tahun 2001 Angka Kematian Balita (AKABA) masih pada level 64 per 1000 KH.

Oleh karena itu agar upaya pemerintah dalam menurunkan Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita dapat tercapai, salah satu upaya yang dilakukan dengan penerapan prosedur MTBS di semua unit pelayanan kesehatan.

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan suatu pendekatan keterpaduan dalam tata laksana balita sakit yang datang berobat ke fasilitas rawat jalan pelayanan kesehatan dasar yang meliputi upaya kuratif terhadap penyakit pneumonia, diare, campak, malaria, infeksi telinga, malnutrisi dan upaya promotif dan preventif yang meliputi imunisasi, pemberian vitamin A, dan konseling pemberian makanan yang bertujuan untuk menurunkan Angka Kematian Bayi dan Anak Balita dan menekan morbiditas karena penyakit tersebut (Pedoman Penerapan MTBS di Puskesmas, 2006).

Dari pengertian diatas dipahami bahwa MTBS merupakan suatu prosedur pelayanan bagi bayi dan balita sakit dengan prinsip keterpaduan dalam proses tata laksana balita sakit.

Di dalam jurnal yang diterbitkan oleh Hospitals Safe From Disasters disebutkan bahwa MTBS dalam implementasinya dilaksanakan dengan tiga jalan, yaitu :

1. Meningkatkan kinerja dari petugas kesehatan dalam upaya pencegahan dan perawatan dari penyakit pada bayi dan balita
2. Meningkatkan kemampuan organisasi kesehatan dalam memberikan upaya pelayanan kesehatan yang lebih bermutu
3. Meningkatkan kemampuan keluarga dan masyarakat dalam upaya kesehatan

Selanjutnya disebutkan bahwa sasaran dan hasil yang diharapkan dari program MTBS adalah :

1. Mencegah dan mengurangi kematian bayi dan balita.
2. Mencegah dan mengurangi timbulnya penyakit dan permasalahan kesehatan pada bayi dan balita.
3. Meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan selama lima tahun awal kehidupan anak.

Timbulnya gagasan keterpaduan didasari fakta dilapangan bahwa bayi dan balita yang sakit seringkali menunjukkan gejala – gejala klinis yang hampir sama dan saling tumpang tindih, terutama bayi muda (kurang dari 2 bulan) sering menunjukkan gejala penyakit yang non spesifik sehingga akan kesulitan dalam menegakkan diagnosis penyakitnya. Lebih jauh lagi hal ini akan menyebabkan pengobatan menjadi lebih rumit, tidak terarah dan berakibat pada pembengkakan biaya kesehatan. Kenyataan yang ada sebagian besar anak sakit yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai tanda dan gejala yang berhubungan dengan lebih satu kondisi, hal ini dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.1

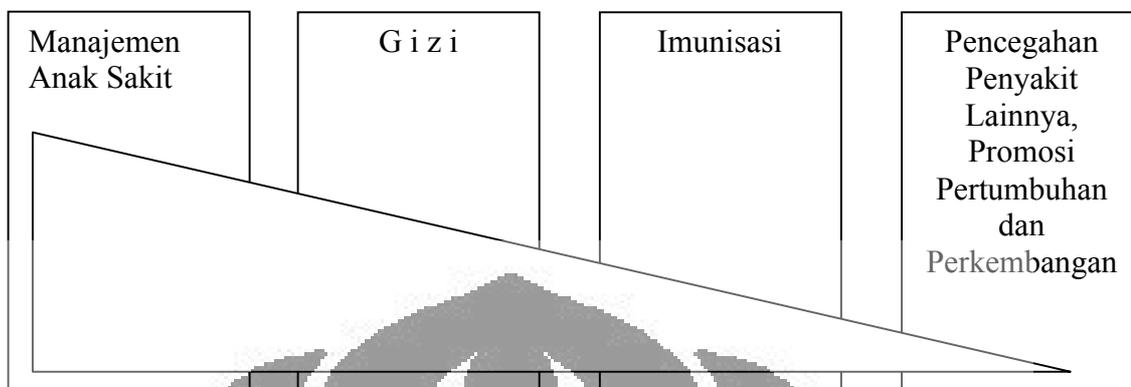
**KELUHAN ANAK SAKIT DAN KEMUNGKINAN PENYEBAB
ATAU KONDISI YANG MENYERTA**

PADA SEBAGIAN ANAK DIAGNOSA TUNGGAL MUNGKIN KURANG TEPAT	
Keluhan Yang Disampaikan	Kemungkinan Penyebab Atau Kondisi Yang Menyertai
Batuk dan atau nafas cepat	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonia • Aneumia Berat • Malaria
Letargis atau tidak sadar	<ul style="list-style-type: none"> • Malaria cerebral • Meningitis • Dehidrasi berat • Pneumonia berat
Ruam campak	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonia • Diare • Infeksi telinga
Bayi muda yang “sakit berat”	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonia • Meningitis • Sepsis

Sumber : Info MTBS 1997.

Berdasarkan kenyataan tersebut pengobatan bayi dan balita sakit menjadi lebih kompleks, karenanya dibutuhkan kombinasi keterpaduan pengobatan untuk beberapa kondisi anak sakit. Strategi yang digunakan dalam pendekatan MTBS adalah mengkombinasikan perbaikan tata laksana balita sakit dengan aspek nutrisi, imunisasi, dan beberapa hal lain yang mempengaruhi kesehatan anak, termasuk kesehatan ibu, dengan perkataan lain MTBS dapat menjadi strategi kunci untuk upaya perbaikan kesehatan anak, dan hal ini dapat digambarkan sbb :

Gambar 2.2
 MTBS SEBAGAI STRATEGI KUNCI
 UNTUK MEMPERBAIKI KESEHATAN ANAK



Sumber : Info MTBS 1997

Oleh karena itu manajemen ini dianjurkan oleh WHO untuk diterapkan dan di replikasikan di negara – negara yang mempunyai angka kematian bayi diatas 40 per 1000 KH dan di daerah transmisi Plasmodium Falsiparum (WHO, 1995).

Dengan prosedur MTBS di harapkan petugas kesehatan dapat menangani penyakit secara terpadu, di samping itu juga diharapkan petugas kesehatan mampu menangani penyakit dan komplikasi yang berhubungan secara langsung misalnya aneumi karena malaria, kurang gizi, maupun yang berhubungan secara tidak langsung, misalnya pemberian imunisasi, pemberian vitamin A, pemberian obat cacing dan sebagainya.

Penerapan keterpaduan dalam pelayanan kuratif, preventif, dan promotif dalam penatalaksanaan penyakit pada bayi dan balita ini harus dijadikan salah satu upaya terobosan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, dan memacu alih teknologi dari petugas kesehatan kepada ibu/keluarga/pengasuh balita serta meningkatkan peran aktif dan kemandirian ibu/keluarga/pengasuh dalam merawat balita sakit di rumah. Melalui pemanfaatan tenaga kesehatan yang terbesar di puskesmas, puskesmas pembantu, dan tingkat bidan desa, diharapkan MTBS ini dapat memberikan

kontribusi yang tinggi terhadap penurunan angka kesakitan dan kematian bayi/anak balita (Gunawan, 1996).

2.1.1. Pelaksanaan MTBS

Sebagaimana telah dikemukakan bahwa MTBS merupakan salah satu cara terbaik untuk menurunkan angka kematian bayi dan anak balita. Dalam pelaksanaannya prosedur MTBS menggunakan formulir atau bagan dengan langkah – langkah sbb :

1. Menilai dan membuat klasifikasi anak sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun
“Membuat klasifikasi” berarti membuat sebuah keputusan mengenai kemungkinan penyakit atau masalah serta tingkat keparahannya. Pada tahap ini petugas kesehatan akan memilih suatu kategori atau klasifikasi untuk setiap gejala utama yang berhubungan dengan berat ringannya penyakit. Klasifikasi merupakan suatu kategori untuk menentukan tindakan, bukan sebagai diagnosis spesifik penyakit. Bagan MTBS merekomendasikan tindakan yang tepat untuk setiap klasifikasi.
2. Menentukan tindakan dan memberi pengobatan
Menentukan tindakan dan memberi pengobatan berarti menentukan tindakan dan memberi pengobatan di fasilitas kesehatan sesuai dengan setiap klasifikasi, memberi obat untuk di minum di rumah dan juga mengajarkan tentang cara memberikan serta tindakan lain yang harus dilakukan di rumah.
3. Memberi konseling bagi ibu
Termasuk menilai cara pemberian makan anak, memberi anjuran pemberian makan yang baik untuk anak serta kapan harus membawa anaknya kembali ke fasilitas kesehatan.

4. Memberi pelayanan tindak lanjut

Berarti menentukan tindakan dan pengobatan pada saat anak datang untuk kunjungan ulang.

5. Manajemen terpadu bayi muda umur 1 hari sampai 2 bulan

Meliputi ; menilai dan membuat klasifikasi, menentukan tindakan dan memberi pengobatan, konseling dan tindak lanjut pada **bayi umur 1 hari sampai 2 bulan baik sehat maupun sakit.** Pada prinsipnya proses manajemen kasus pada bayi muda umur 1 hari sampai 2 bulan tidak berbeda dengan anak sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun (Modul Pengantar MTBS, 2006)

Dalam penerapan MTBS ada beberapa intervensi yang dilakukan. Intervensi tersebut meliputi perbaikan praktek pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan dan di rumah.

Lingkup intervensi tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar 2.3

INTERVENSI YANG TERCAKUP DALAM STRATEGI MTBS

	Meningkatkan Pertumbuhan dan Pencegahan Penyakit	Pelayanan Kuratif
Di rumah	<ul style="list-style-type: none"> • Intervensi untuk meningkatkan gizi di tingkat rumah tangga / masyarakat • Insektisida – pemasangan kelambu 	<ul style="list-style-type: none"> • Tatalaksana kasus secara dini • Pola pencarian pertolongan yang tepat • Kepatuhan terhadap pengobatan
Pelayanan Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Imunisasi • ASI dan MP – ASI • Suplemen mikronutrien 	<ul style="list-style-type: none"> • Tatalaksana kasus : ISPA, diare, campak, malaria, dan malnutrisi, serta infeksi serius lainnya • Konseling tentang pemberian makan dan pemberian ASI • Pengobatan kecacangan

Sumber : Info MTBS

2.1.2. Penerapan MTBS di Puskesmas

Puskesmas merupakan suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Depkes, 1990). Sebagai unit pelayanan kesehatan dasar upaya pelayanan yang diberikan di puskesmas meliputi : pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan pendekatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Sasaran utama penerapan MTBS di puskesmas adalah perawat, bidan, atau petugas yang menangani balita sakit di unit rawat jalan. Petugas kesehatan tersebut dilatih untuk secara aktif dan terstruktur menilai adanya tanda – tanda dan gejala penyakit, dengan cara, tanya, lihat, dengar dan raba, membuat klasifikasi ; menentukan tindakan, dan mengobati anak ; memberikan konseling serta memberikan pelayanan tindak lanjut pada saat kunjungan ulang. Dalam penerapan MTBS di fasilitas pelayanan dasar seperti puskesmas atau puskesmas pembantu, petugas kesehatan diajarkan untuk memperhatikan secara cepat semua gejala anak sakit, sehingga ia dapat menentukan apakah anak sakit berat dan perlu segera dirujuk. Jika penyakitnya tidak parah, selanjutnya petugas kesehatan bisa memberikan pengobatan sesuai pedoman MTBS (Pudjiastuti, 2002).

Menerapkan MTBS di fasilitas pelayanan kesehatan dasar berarti merubah sikap dan perilaku dokter, perawat, bidan serta petugas kesehatan lainnya, yang dahulunya menangani balita sakit dengan tatalaksana *single disease*, kasus perkasus, misalnya prosedur tatalaksana diare, pneumonia, KEP berat, dan sebagainya, berubah dengan melaksanakan prosedur tatalaksana untuk semua penyakit *overlap disease* yang umumnya menyerang balita.

Sebagian puskesmas merasa tidak dapat segera menerapkan MTBS karena waktu yang diperlukan untuk menangani satu balita sakit dengan pendekatan MTBS menjadi lama, untuk petugas yang baru dilatih memerlukan waktu 25 menit. Untuk itu beberapa puskesmas dalam memulai penerapan MTBS mempelajari dahulu jumlah balita sakit (case – load) yang datang ke puskesmas, biasanya bila jumlah balita sakit tidak terlalu banyak, semuanya akan langsung di tangani dengan pendekatan MTBS, sedangkan bila jumlah kunjungan balita sakitnya banyak akan melakukan penerapan secara bertahap. Dengan berjalannya waktu ketrampilan petugas kesehatan yang menangani balita sakit akan semakin terampil, sehingga waktu yang diperlukan untuk menangani anak sakit menjadi lebih cepat (Pudjiastuti, 2002).

2.2. Konsep Perilaku

Perilaku dari pandangan biologis merupakan suatu kegiatan atau aktifitas organisme yang bersangkutan, hasil dari hubungan rangsangan atau stimulus dengan respons. Skinner (1938) seorang ahli psikologi dalam buku *Health Behavior and Health Education* (1990) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian perilaku manusia terjadi melalui proses : Stimulus -----> Organisme -----> Respons, teori ini dikenal dengan teori “S-O-R”.

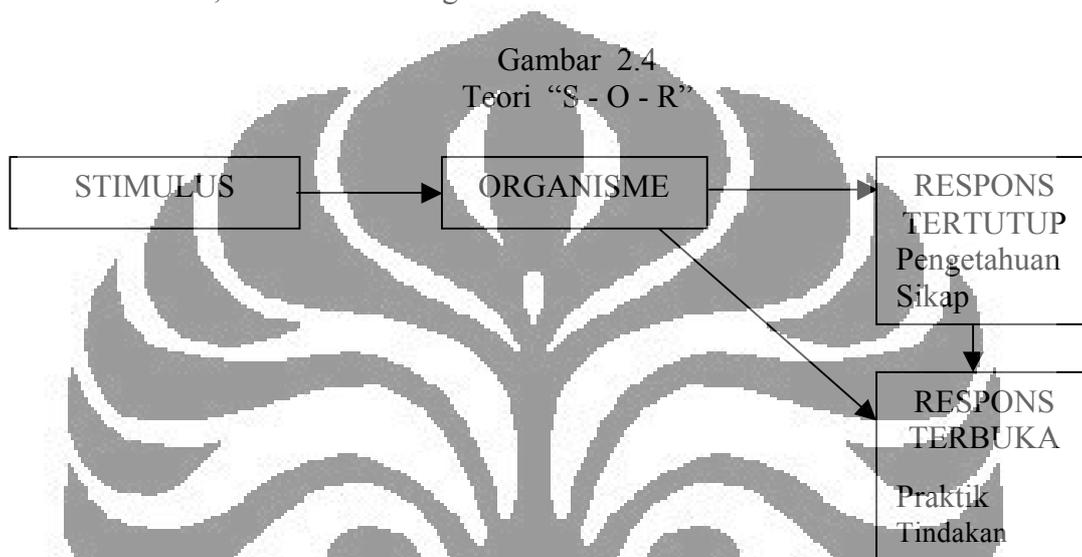
Berdasarkan teori “S-O-R” tersebut maka Skinner mengelompokkan perilaku manusia menjadi dua, yaitu :

1. Perilaku tertutup (Covert behavior), terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati oleh orang lain (dari luar) secara jelas. Respons seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan

dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk “unobservable behavior” atau “covert behavior” yang dapat diukur adalah pengetahuan dan sikap.

2. Perilaku terbuka (Overt behavior), terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut sudah merupakan tindakan atau praktek, ini dapat diamati oleh orang lain dari luar atau “observable behavior”.

Secara skematis, teori “S-O-R” digambarkan sbb :



Sumber : Health Behavior and Health Education

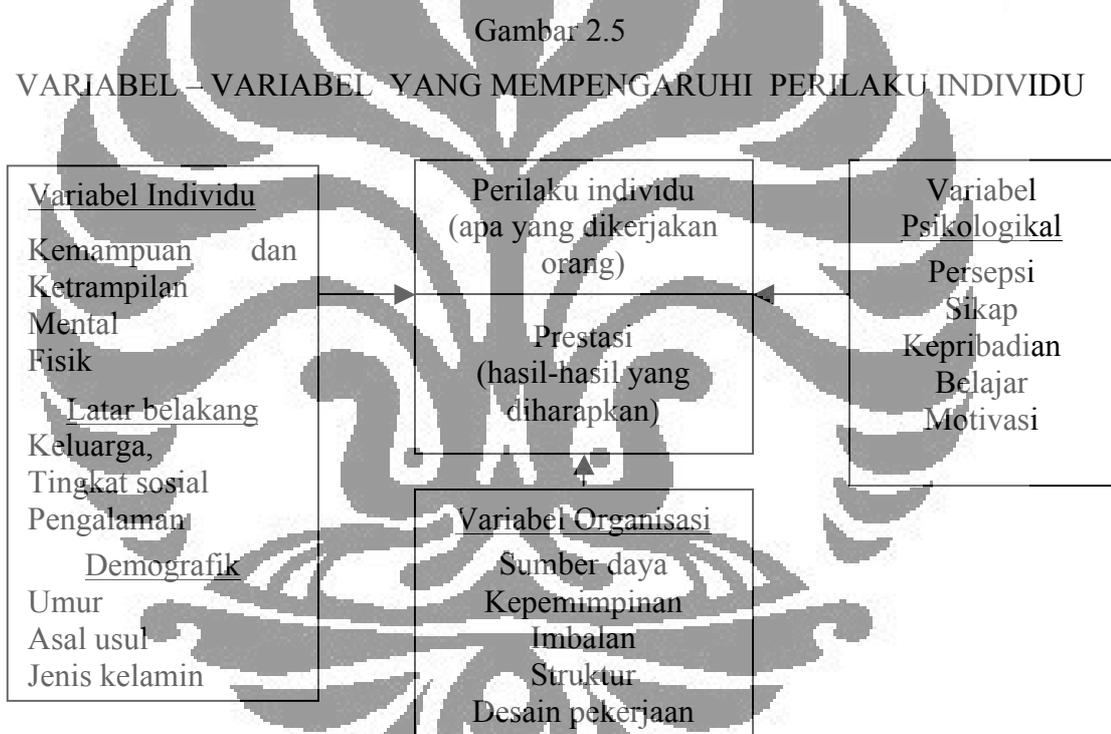
Senada dengan teori diatas, selanjutnya Sarwono (1997) mengartikan perilaku manusia sebagai hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Dengan kata lain perilaku merupakan respons/reaksi seorang individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respons ini dapat bersifat pasif (tanpa tindakan : berfikir, berpendapat, bersikap) maupun aktif (melakukan tindakan).

2.3. Faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku

Proses pembentukan atau perubahan perilaku dipengaruhi oleh faktor internal (dari dalam individu) dan eksternal (dari luar individu). Faktor internal mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, emosi, motivasi dan sebagainya yang berfungsi

untuk mengolah rangsangan dari luar. Sedangkan faktor eksternal meliputi lingkungan sekitar baik lingkungan fisik maupun lingkungan non fisik seperti iklim, manusia, sosial ekonomi, budaya dan sebagainya (Notoatmodjo, 2003).

Gibson dalam bukunya yang telah diterjemahkan berjudul Organisasi Perilaku, Struktur dan Proses (1996) mengemukakan bahwa perilaku manusia (karyawan) dipengaruhi oleh beberapa variabel yaitu psikologis dan fisiologis sebagai variabel internal dan faktor lingkungan sebagai variabel eksternal, yang dapat digambarkan dalam diagram sbb :



Sumber : Organisasi, Perilaku, Struktur dan Proses

Lawrence Green (1980) mengemukakan bahwa ada 3 faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang, yaitu :

- a. Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yaitu : faktor – faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang antara lain

pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, tradisi, nilai – nilai, dan unsur – unsur lainnya yang terdapat dalam diri individu tersebut.

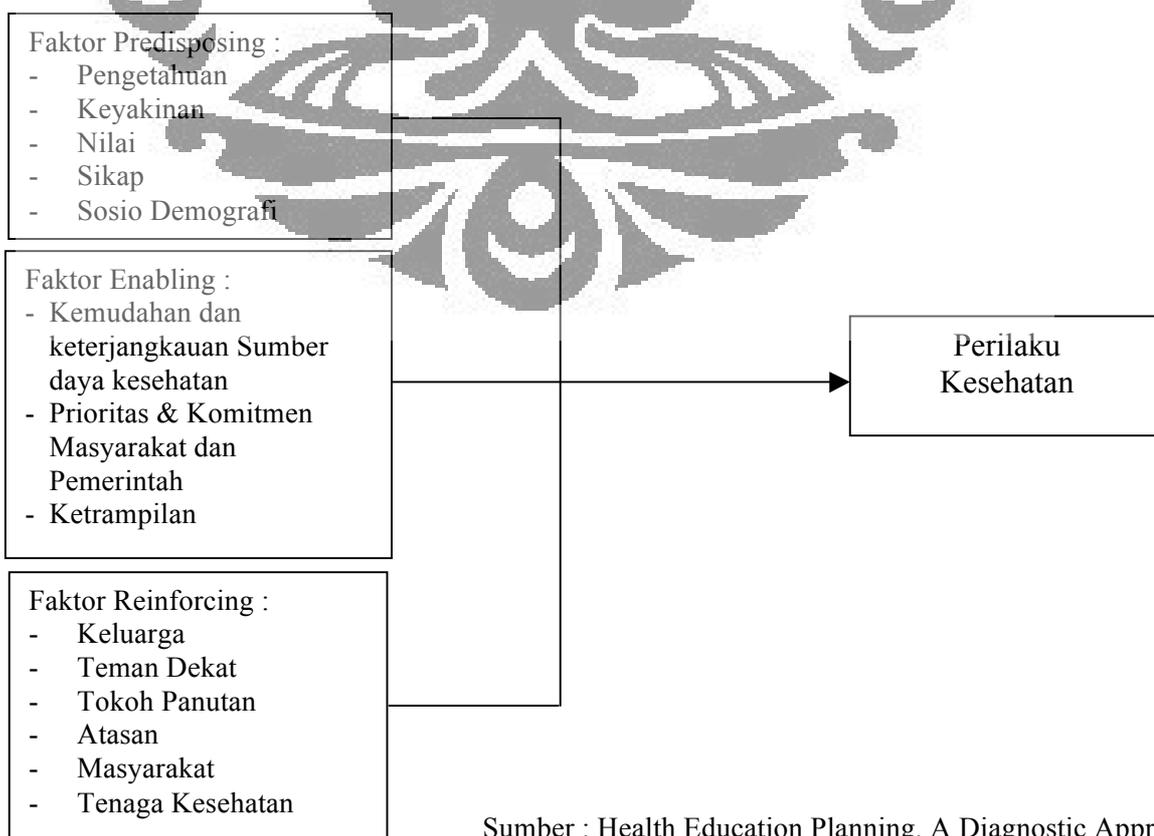
b. Faktor - faktor Pemungkin (*enabling factors*), adalah faktor – faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan, yaitu : yang berupa tersedianya sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan, misalnya tersedianya puskesmas dsb.

c. Faktor – faktor penguat (*reinforcing factors*), adalah faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. yaitu yang berupa sikap dan perilaku individu lain yang dapat dipakai sebagai contoh atau panutan.

Teori perilaku yang dikemukakan Green diatas juga dapat di kelompokkan menjadi faktor internal (*disposing factors*) dan faktor eksternal (*enabling factor dan reinforcing factor*).

Secara ringkas faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku dapat dilihat pada gambar 2.6 berikut :

Gambar 2.6
Teori Perilaku Dari Green (1980)



Sumber : Health Education Planning, A Diagnostic Approach

Perilaku adalah segala sesuatu yang dilakukan oleh seseorang. Hasil yang diinginkan dari setiap perilaku karyawan adalah performanya. Perilaku yang langsung berkaitan dengan tugas – tugas pekerjaan, dan yang perlu dilaksanakan guna mencapai sasaran – sasaran sesuatu tugas (Winardi, 2004).

2.4. Perilaku Kepatuhan

Kepatuhan berasal dari kata patuh, yang berarti sifat patuh, ketaatan (pada perintah, aturan dsb). (Balai Pustaka, 2005). Kepatuhan adalah suatu keadaan taat/tidak taatnya kepada perintah, peraturan dan disiplin. Petugas mematuhi perintah /instruksi, seringkali untuk memperoleh imbalan dari kepatuhan tersebut. Kepatuhan seperti ini bersifat sementara, karena bila tidak ada imbalan kepatuhan akan luntur. Demikian pula kepatuhan karena mengikuti idolanya/pemimpinnya, namun bila idola atau pemimpinnya berpindah maka kepatuhan akan hilang pula. Sama halnya dengan kepatuhan karena mengikuti kepatuhan kelompoknya, maka bila kelompoknya berubah, kepatuhan akan berubah pula (Depkes, 1997).

Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Rogers (1971) disebutkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru (berperilaku baru), di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yakni :

- a. *Awareness* (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (objek).
- b. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau objek tersebut. Disini sikap objek sudah mulai timbul
- c. *Evaluation* (menimbang – nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya.

- d. *Trial*, dimana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- e. *Adoption*, dimana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus.

Sarwono (1997) mengemukakan bahwa kepatuhan menghasilkan perubahan perilaku sementara, dan individu cenderung kembali ke pandangan atau perilaku semula jika pengawasan kelompok mengendur atau jika pindah dari kelompok.

Kepatuhan dan ketidak patuhan adalah merupakan suatu perilaku terhadap suatu tatanan atau pedoman yang telah ditetapkan.

Kepatuhan merupakan salah satu aspek dalam menilai mutu dari proses pelayanan kesehatan. Kepatuhan tenaga medis atau paramedis dalam memberikan mengacu pada standar dan prosedur yang telah ditetapkan sangat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan kepada pasien. Nurhayati (1997) mengemukakan bahwa kepatuhan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan pengetahuan yang mendasari atau terjadinya karena ancaman pada dirinya, misalnya takut infeksi atau takut dosa. Petugas kesehatan akan taat jika ada yang dapat dijadikan figur dari atasan atau teman sekerja, adanya pedoman yang jelas untuk melakukan sesuatu, kelengkapan alat, dan sarana serta kemudahan untuk melakukan tindakan.

Bila kita kaitkan dengan penerapan prosedur MTBS maka perilaku kepatuhan yang dimaksud adalah kepatuhan petugas puskesmas menerapkan prosedur MTBS dalam mengobati bayi atau anak balita sakit, dimana nilai kepatuhannya di peroleh dari hasil observasi dengan menggunakan daftar tilik penerapan prosedur MTBS.

2.5. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui penglihatan dan pendengaran. Perilaku yang di dasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak di dasari oleh pengetahuan. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*).

Notoatmodjo (2005) membagi pengetahuan atas 6 (enam) tingkatan, yaitu :

1. Tahu (*know*)

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

2. Memahami (*comprehension*)

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

3. Aplikasi (*application*)

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

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan / atau memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen – komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang itu sudah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat

membedakan atau memisahkan, mengelompokkan, membuat diagram (bagan) terhadap pengetahuan atas objek tersebut.

5. Sintesis (synthesis)

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen – komponen pengetahuan yang dimiliki atau kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi – formulasi yang telah ada.

6. Evaluasi (evaluation)

Berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek tertentu.

Siemsen (2007) mengemukakan bahwa pengetahuan/kemampuan, motivasi dan peluang yang mungkin di dapatkan oleh individu memiliki hubungan erat dengan timbulnya perilaku pada seseorang.

2.6. Sikap

Notoatmodjo (2003) mengartikan sikap sebagai kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu, sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku, sikap merupakan reaksi tertutup dan bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Ada empat tingkatan sikap yaitu menerima (*receiving*), merespon (*responding*), menghargai (*valuing*) dan bertanggung jawab (*responsible*).

Disamping itu sikap dirumuskan sebagai kecenderungan untuk merespon (secara positif atau negatif) terhadap orang, objek atau situasi tertentu. Ada 3 komponen sikap yaitu yang mengandung suatu penilaian *emosi/afeksi* (senang, sedih, benci, bangga dll), disamping komponen *kognisi* (pengetahuan tentang suatu objek) serta komponen *konasi*

(kecendrungan bertindak). Selain bersifat positif atau negatif, sikap memiliki tingkat kedalaman yang berbeda – beda (sangat senang, senang, dan tidak senang). Sikap tidak sama dengan perilaku, dan perilaku tidak selalu mencerminkan sikap seseorang, sebab seringkali seseorang bertindak bertentangan dengan sikapnya. Sikap dapat berubah dengan tambahan informasi tentang suatu objek melalui persuasi, panutan dari seseorang atau tekanan dari kelompok sosial (Sarwono, 1997).

Selanjutnya Ross (1980) mengemukakan bahwa sikap terdiri dari 3 komponen pokok, yaitu :

1. Kepercayaan atau keyakinan, ide dan konsep terhadap objek. Artinya bagaimana keyakinan dan pendapat atau pemikiran seseorang terhadap objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi orang terhadap objek, artinya bagaimana penilaian (terkandung didalamnya faktor emosi) orang tersebut terhadap objek.
3. Kecendrungan untuk bertindak (*tend to behave*), artinya sikap adalah merupakan komponen yang mendahului tindakan atau perilaku terbuka.

Ketiga komponen tersebut secara bersama – sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*).

Robbins (2003) mengartikan sikap sebagai pernyataan-pernyataan evaluatif, baik yang di inginkan atau yang tidak di inginkan mengenai objek, orang atau peristiwa. Sikap mencerminkan bagaimana seseorang merasakan sesuatu “saya menyukai pekerjaan saya”, saya mengungkapkan sikap saya mengenai pekerjaan.

Menurut Robbins (2003), kaitannya dengan sikap karyawan dalam perilaku bekerja di organisasi, maka difokuskan pada tiga sikap, yaitu : *kepuasan kerja*, *keterlibatan kerja*, dan *komitmen pada organisasi*.

Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Wouters (2007) tentang Sistem Pengukuran Kinerja pada karyawan menunjukkan bahwa faktor sikap sangat

berpengaruh pada kinerja atau perilaku kerja seorang karyawan. Dalam penelitian ini kinerja ditinjau dari dimensi efisiensi, produktifitas, mutu dan kemampuan reaksi karyawan terhadap pekerjaannya.

Metode pengukuran sikap dilakukan dengan menggunakan skala likert atau modifikasi skala likert dengan option sangat setuju, setuju, tidak setuju, dan sangat tidak setuju.

2.7. Umur

Semakin bertambahnya usia seseorang maka diharapkan orang tersebut akan semakin matang dan dewasa dalam berpikir dan melakukan tindakan. Walaupun tidak berpengaruh secara langsung namun faktor umur merupakan salah satu faktor predisposisi untuk terjadinya perubahan perilaku (Green, 1980). Selanjutnya Gibson (1987) mengemukakan bahwa pekerja yang lebih tua usianya dianggap lebih cakap secara teknis dibandingkan dengan pekerja yang usianya lebih muda.

Syafrizal (2002) dalam sebuah penelitiannya terhadap dokter puskesmas di kota Jambi mengemukakan bahwa tidak ada hubungan antara umur dokter dengan kepatuhan terhadap pedoman pengobatan dalam menggunakan antibiotika. Dalam penelitian yang lain dikemukakan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kepatuhan petugas terhadap Standar Operasional Imunisasi dalam pelaksanaan BIAS di Kabupaten Grobogan Jawa Tengah (Tjerita, 2000).

2.8. Jenis Kelamin

Ilyas (2001) mengemukakan bahwa produktifitas dokter wanita lebih banyak dibandingkan dengan dokter pria, demikian juga Robbins (2003) dari hasil studi psikologis mengatakan bahwa perempuan lebih bersedia untuk mematuhi wewenang dan pria lebih agresif dan berkemungkinan lebih besar daripada wanita untuk memiliki

harapan atas keberhasilan, namun perbedaan – perbedaan itu tidak terlalu besar. Selanjutnya Robbins mengemukakan bahwa isu yang tampaknya membedakan dalam hal jenis kelamin khususnya saat karyawan mempunyai anak – anak usia prasekolah adalah pemilihan jadwal kerja. Ibu – ibu yang bekerja berkemungkinan lebih besar untuk memilih pekerjaan paruh waktu, jadwal kerja yang fleksibel, dan menyelesaikan pekerjaan kantor dirumah agar bisa memenuhi tanggung jawab mereka terhadap keluarga.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Alwi (2003) membuktikan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan dokter terhadap penulisan resep berdasarkan formularium di Rumah Sakit Dokter Muhammad Husin Palembang.

2.9. Status Perkawinan

Pengaruh tanggung jawab keluarga berbeda antara pria dan wanita. Pria dengan beban keluarga tinggi berhubungan dengan peningkatan jam kerja yang lebih tinggi dibandingkan dengan pria yang beban keluarganya rendah (Ilyas, 2001).

Riset secara konsisten menunjukkan bahwa karyawan yang menikah lebih rendah tingkat keabsenannya, mempunyai tingkat pengunduran diri yang lebih rendah, dan lebih puas dengan pekerjaan mereka daripada rekan sekerjanya yang tidak menikah (Robbins, 2003). Selanjutnya Robbins mengemukakan bahwa hal ini mungkin disebabkan perkawinan menuntut tanggung jawab lebih besar sehingga membuat pekerjaan tetap lebih berharga dan penting.

2.10. Pendidikan

Pendidikan dalam arti formal sebenarnya adalah suatu proses penyampaian bahan/ materi pendidikan oleh pendidik kepada peserta didik yang berguna untuk mencapai tujuan (Depkes, 1992).

Selanjutnya Notoatmodjo (1993) mengemukakan bahwa tujuan pendidikan adalah mengubah tingkah laku ke arah yang di inginkan. Karena pendidikan adalah suatu proses, maka dengan sendirinya mempunyai masukan dan keluaran. Masukan proses pendidikan adalah sasaran pendidikan atau anak didik yang mempunyai berbagai karakteristik, sedangkan keluaran proses pendidikan adalah tenaga atau lulusan yang mempunyai kualifikasi tertentu sesuai dengan tujuan pendidikan institusi yang bersangkutan.

Pendidikan adalah suatu proses dimana pengalaman dan informasi diperoleh sebagai hasil dari proses belajar. Disisi lain Soepriyanto (1988) mendefinisikan pendidikan sebagai suatu kegiatan untuk memperbaiki kemampuan karyawan dengan cara meningkatkan pengetahuan dan pengertian dalam menghadapi pelaksanaan tugas sehari – hari yang diharapkan akan meningkatkan produktifitas kerja.

Dengan demikian disimpulkan bahwa tingkat pendidikan formal akan mempengaruhi pola berfikir seseorang, maka semakin tinggi tingkat pendidikan petugas diharapkan akan lebih mudah memahami dan mengerti tentang prosedur MTBS.

Nurhayati (1997) dalam penelitiannya membuktikan bahwa tingkat pendidikan memiliki hubungan bermakna dengan perilaku kepatuhan petugas dalam pencegahan infeksi nosokomial luka operasi di bagian bedah RS Hasan Sadikin Bandung.

2.11. Masa Kerja

Masa kerja atau sering juga disebut dengan “*senioritas*” menunjukkan hubungan positif dengan produktifitas pekerjaan. Masa kerja yang diekspresikan sebagai pengalaman kerja menjadi dasar perkiraan yang baik terhadap produktifitas karyawan. (Robin, 2003). Seseorang yang telah lama bekerja mempunyai wawasan yang lebih luas dan berpengalaman lebih banyak yang memegang peranan dalam pembentukan

perilaku. Selanjutnya Hersey dan Blanchard (1986) yang menyatakan bahwa lama tugas seseorang akan mempengaruhi kemampuannya untuk melaksanakan tugas yang diberikan kepadanya. Dari kedua pendapat diatas dapat dipahami bahwa seharusnya semakin lama masa tugas seorang individu dalam melaksanakan suatu pekerjaan maka tingkat keterampilannya pun dalam melaksanakan pekerjaan itu akan semakin meningkat pula, hal ini karena semakin lama bertugas pengalamanpun semakin bertambah.

Lamanya masa kerja berkaitan dengan pengalaman dalam bekerja, Robert J (2004) mengemukakan bahwa pengalaman (senioritas) dan keahlian seorang karyawan menghasilkan perilaku kerja yang lebih baik serta cenderung lebih minimal timbulnya kesalahan dalam melaksanakan pekerjaan.

Didalam lingkup Pegawai Negeri Sipil, berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor. 12 tahun.1967 (PEPS – 1968) dikenal adanya masa kepangkatan, yaitu dimana seorang PNS dapat dipertimbangkan kenaikan pangkatnya setelah masa 4 tahun. Masa 4 tahun bagi seorang pegawai/karyawan dianggap sudah cukup untuk mengenal/memahami, menguasai/melaksanakan dan menghayati pekerjaannya (Soeprihanto, 2000).

2.12. Motivasi

Motivasi berasal dari bahasa latin yang berarti *to move*. Secara umum mengacu pada adanya kekuatan dorongan yang menggerakkan kita untuk berperilaku tertentu (Notoatmodjo, 2005). Motivasi adalah dorongan yang timbul pada diri seseorang secara sadar atau tidak untuk melakukan suatu tindakan dengan tujuan tertentu (Depdiknas, 2005). Steiner (1964) mengartikan motivasi sebagai kondisi internal, kejiwaan dan mental manusia seperti : aneka keinginan, harapan, kebutuhan, dorongan, dan kesukaan

yang mendorong individu untuk berperilaku kerja untuk mencapai kepuasan atau mengurangi ketidak seimbangan. Selanjutnya Ilyas (2002) mengemukakan bahwa motivasi adalah kesiapan khusus seseorang untuk melakukan atau melanjutkan serangkaian aktivitas yang ditujukan untuk mencapai beberapa sasaran yang telah ditetapkan.

Timbulnya motivasi pada seorang individu dipengaruhi oleh beberapa faktor. Winardi (2004) mengemukakan bahwa ada 3 kekuatan yang dapat memotivasi perilaku individu, yaitu : kebutuhan (need), aspirasi (aspiration) dan keinginan (desire). Selanjutnya dikatakan bahwa teori motivasi yang cukup dikenal adalah teori motivasi yang dikemukakan oleh Maslow yang mengemukakan bahwa motivasi seseorang didasarkan oleh hirarki kebutuhan yang dibagi atas : kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman, kebutuhan rasa memiliki, kebutuhan penghargaan, dan kebutuhan aktualisasi diri. Setelah kebutuhan terendah bagi individu terpenuhi barulah dia termotivasi untuk memenuhi kebutuhan yang di atasnya lagi.

Dalam sebuah penelitian yang dilakukan Ogaard (2007) menyimpulkan bahwa motivasi merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap mutu kerja yang dihasilkan oleh seorang karyawan. Selanjutnya Arifien (2005) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa motivasi merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan kepatuhan petugas MTBS dalam menerapkan prosedur MTBS.

2.13. Sarana dan Prasarana

Sebagaimana sudah dijelaskan bahwa sikap yang sudah terbentuk pada diri seorang individu belum tentu dapat langsung diwujudkan dalam bentuk tindakan. Agar suatu sikap dapat diwujudkan dalam suatu tindakan dibutuhkan suatu dukungan atau suatu kondisi yang memungkinkan, yaitu antara lain adanya fasilitas atau sarana. Oleh

karena itu ketersediaan fasilitas atau sarana akan mempengaruhi seseorang dalam mewujudkan tindakan.

Donabedian mengemukakan bahwa agar standar pelayanan kesehatan dapat dicapai maka dibutuhkan standar struktur atau masukan yang antara lain berupa ; SDM, perbekalan, **peralatan, bahan, fasilitas**, kebijaksanaan dan standar (Pohan, 2003)

Selanjutnya, Siagian (1992) mengemukakan bahwa dari segi perilaku orang dalam organisasi maka salah satu faktor yang turut mempengaruhi perilakunya adalah kondisi kerja yang baik, antara lain tersedianya peralatan kerja yang memadai.

Dalam teori Bloom dikatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi status kesehatan adalah faktor pelayanan kesehatan. Faktor pelayanan kesehatan ini meliputi ketersediaan sarana dan prasarana untuk mendukung proses pelayanan kesehatan itu sendiri.

Kaitannya dengan MTBS maka sarana dan prasarana dimaksud adalah merupakan fasilitas, bahan, dan peralatan yang dapat memudahkan pelaksanaan program MTBS di puskesmas dan puskesmas pembantu.

2.14. Supervisi

Supervisi atau pengawasan merupakan suatu proses pengamatan dari seluruh kegiatan organisasi guna lebih menjamin bahwa semua pekerjaan yang sedang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya. Oleh karena itu pengawasan merupakan salah satu tugas manajer dari manajer puncak hingga manajer rendah yang secara langsung mengendalikan kegiatan – kegiatan teknis yang di laksanakan oleh semua petugas (Siagian, 1995).

Senada dengan Siagian, Ilyas (2002) mendefinisikan supervisi adalah suatu proses yang memacu anggota unit kerja untuk berkontribusi secara positif agar tujuan

organisasi tercapai. Kemampuan penyelia (supervisor) untuk secara efektif mempekerjakan personil agar mencapai tujuan departemen adalah penting bagi kesuksesan penyelia. Selanjutnya Chenhall (2006) mengemukakan pengawasan dan kontrol dari pihak manajemen akan memudahkan terjadinya perubahan perilaku karyawan pada sebuah organisasi.

Notoatmodjo (2003) mengemukakan bahwa pengawasan dan pengarahan adalah proses untuk mengukur penampilan kegiatan atau pelaksanaan kegiatan suatu program yang selanjutnya memberikan pengarahan – pengarahan sehingga tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai. Selanjutnya Notoatmodjo mengemukakan bahwa supervisi atau pengawasan dapat dilakukan dengan beberapa cara, yaitu :

- Melalui kunjungan langsung atau observasi terhadap objek yang diawasi
- Melalui analisis terhadap laporan – laporan yang masuk
- Melalui pengumpulan data atau informasi yang khusus ditujukan terhadap objek – objek pengawasan melalui tugas dan tanggung jawab para petugas khususnya para pimpinan.

Cihak (2008) mengemukakan bahwa supervisi atau pengawasan yang dilakukan dengan benar dalam sebuah organisasi akan menghasilkan perilaku kerja yang lebih baik pada karyawan di organisasi tersebut.

2.15. Beban Kerja

Menurut *International Labour Office* (ILO), beban kerja adalah bagian dari seluruh siklus waktu yang diperlukan oleh pekerja untuk melaksanakan pekerjaan menurut prestasi/standar selama proses berlangsung. Dalam penelitiannya, Widaningrum (2003) mengemukakan bahwa pada umumnya proporsi antara jumlah tenaga dan jumlah kunjungan pasien di Puskesmas tidak seimbang, sehingga seorang

petugas dalam melaksanakan tugasnya seringkali terburu – buru agar pasien dengan cepat dilayani, sehingga mutu pelayanan kadangkala diabaikan. Disamping itu beban rangkap petugas dimana seorang petugas bisa mempunyai tugas lebih dari satu. Kondisi ini dengan sendirinya akan mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan.

Berkaitan dengan beban kerja dikenal adanya pembagian pekerjaan, yaitu : membagi seluruh beban pekerjaan menjadi banyak tugas yang secara wajar dan nyaman dapat dilaksanakan oleh individu atau kelompok (Stoner, 1996).

Oleh karena itu beban kerja untuk semua petugas hendaknya merata sebab petugas dalam keadaan terbatas, baik kemampuannya, kependaiannya, kesehatannya, perhatiannya, maupun waktunya, maka tugas yang diselesaikan dengan baik juga jumlahnya terbatas. Oleh karena itu perlu adanya pembagian kerja yang menunjukkan perincian tugas yang menjadi tanggung jawab/tugas pokok, dan tugas tambahan bagi masing – masing petugas.

2.16. Komitmen Pimpinan

Dalam setiap kegiatan dan program pada sebuah organisasi faktor kepemimpinan sangat menentukan terhadap keberhasilan program itu. Suatu organisasi akan berhasil atau bahkan gagal sebagian besar ditentukan oleh kepemimpinan. Dalam penerapan Sistem Manajemen Kualitas (QMS), ada beberapa langkah yang harus dilakukan, satu diantaranya adalah menetapkan suatu komitmen pada tingkat pemimpin senior dari organisasi (*top management comitment*). Implementasi dari sistem manajemen kualitas membutuhkan komitmen dari manajemen organisasi dan semua standar sistem manajemen kualitas membutuhkan komitmen ini agar dapat didokumentasikan yang biasanya dalam bentuk *Pernyataan Kebijakan Kualitas Organisasi* (Gaspersz, 2006).

Selanjutnya Gaspersz dalam bukunya *Total Quality Management* (2005) menegaskan bahwa kepemimpinan dalam manajemen kualitas bukan untuk menemukan dan mencatat kegagalan yang dibuat pekerja serta kemudian menghukum pekerja itu, tetapi untuk mengidentifikasi dan kemudian menghilangkan penyebab kegagalan itu, serta membantu pekerja agar mampu mengerjakan pekerjaan secara lebih baik dengan memperhatikan efektifitas (pencapaian tujuan) dan efisiensi (penggunaan biaya) dalam setiap aktifitas yang dilakukan. Selanjutnya Gaspersz (2005) mengemukakan bahwa memimpin berarti menentukan hal – hal yang tepat untuk dikerjakan, menciptakan dinamika organisasi yang dikehendaki agar semua orang memberikan komitmen, bekerja dengan semangat dan antusias untuk mewujudkan hal – hal yang telah ditetapkan.

Dalam survey yang dilakukan oleh Freeman (2007) dengan melibatkan 30.000 karyawan pada sebuah perusahaan di Amerika mengungkapkan bahwa hubungan – hubungan manajemen (komitmen, kebijakan, kepemimpinan) sangat mempengaruhi perilaku dan kinerja dari karyawan.

Kaitannya dengan penerapan program MTBS di puskesmas maka kepemimpinan dapat diartikan sebagai komitmen dari kepala puskesmas untuk mengambil kebijakan yang mendukung dalam pelaksanaan MTBS di puskesmas.

2.17. Penelitian Terdahulu

Berbagai penelitian tentang kepatuhan petugas kesehatan terhadap penerapan prosedur MTBS telah dilakukan. Pudjiastuti (2002) dalam sebuah penelitian yang dilakukan di 14 puskesmas yang tersebar pada 5 wilayah di DKI Jakarta terhadap kepatuhan tatalaksana MTBS dengan menggunakan cut off point 80 % ternyata dari 23 orang sampel, petugas puskesmas yang patuh dalam melaksanakan prosedur MTBS

hanyalah 21,7 %. Dalam penelitian tersebut faktor – faktor yang memiliki hubungan bermakna dengan kepatuhan petugas MTBS puskesmas adalah faktor pengetahuan, sumber daya/sarana dan komitmen pimpinan.

Selanjutnya dalam sebuah penelitian di Kabupaten Majalengka yang dilakukan oleh Arifien (2005), dengan cut off point 90 % sesuai dengan standar yang ditentukan WHO dan jumlah sampel 58 petugas pelaksana MTBS puskesmas, ternyata didapatkan jumlah petugas kesehatan yang patuh terhadap SOP MTBS sesuai dengan pedoman yang ada hanya 31,03 %. Adapun faktor yang memiliki hubungan bermakna dengan kepatuhan petugas MTBS adalah kualifikasi tenaga, pengetahuan, motivasi, dan komitmen pimpinan. Hasil analisis secara multivariat membuktikan bahwa komitmen pimpinan merupakan faktor yang paling dominan berhubungan dengan kepatuhan petugas MTBS puskesmas.

Didalam penelitian berjudul Evaluasi Pelaksanaan MTBS puskesmas di Kabupaten Tanah Laut Provinsi Kalimantan Selatan yang dilakukan oleh Pratono dkk diketahui bahwa kepatuhan petugas puskesmas dalam menerapkan prosedur MTBS hanyalah 67 % dari 85 % yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan. Dari penelitian itu juga di dapatkan hubungan antara komitmen kepala puskesmas (manajemen), kemampuan petugas dalam menerapkan MTBS, dan supervisi dari Dinas Kesehatan terhadap kepatuhan petugas puskesmas dalam menerapkan prosedur MTBS (KMPK UGM, 2008).

2.18. Manajemen Mutu Terpadu

Pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang diperlukan setiap orang. Di era globalisasi dengan pemberlakuan sistem perdagangan bebas, persaingan pun semakin ketat. Termasuk dalam bidang kesehatan. Industri pelayanan kesehatan pun diuntut untuk lebih mampu bersaing, tidak hanya dengan sejawat di dalam negeri namun juga harus mampu bersaing dengan sejawat negara lain yang mungkin lebih maju atau bahkan sangat maju atau sangat profesional.

Wijono (1999) mengemukakan salah satu strategi yang paling tepat dalam mengantisipasi adanya persaingan terbuka adalah melalui pendekatan mutu paripurna (Total Quality Management) atau peningkatan mutu berkelanjutan (Continuous Quality Improvement) dalam pelayanan kesehatan yang berorientasi selain pada proses pelayanan yang bermutu, juga hasil mutu pelayanan kesehatan yang sesuai dengan keinginan pelanggan atau pasien.

Sementara itu Milton I Roemer dan C Montoya Aguilar dalam Wijono (1999) mendefinisikan mutu pelayanan kesehatan adalah penampilan yang pantas atau sesuai (yang berhubungan dengan standar – standar) dari suatu intervensi yang diketahui aman, yang dapat memberikan hasil kepada masyarakat yang bersangkutan dan yang telah mempunyai kemampuan untuk menghasilkan dampak kepada kematian, kesakitan, ketidakmampuan, dan kekurangan gizi. Pohan (2003) mendefinisikan mutu pelayanan kesehatan sebagai upaya yang sistematis, berkesinambungan, dalam memantau dan mengukur mutu serta melakukan peningkatan mutu yang diperlukan agar mutu pelayanan kesehatan senantiasa sesuai dengan Standar Pelayanan Kesehatan yang telah sepakati. Selanjutnya di jelaskan bahwa Standar Pelayanan Kesehatan adalah suatu pernyataan tentang mutu yang di harapkan, yaitu akan menyangkut masukan, proses, dan luaran atau “outcome” sistem pelayanan kesehatan. Lebih jauh Pohan

mengemukakan bahwa Standar Pelayanan Kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu kedalam terminologi operasional, sehingga semua orang terlibat dalam pelayanan kesehatan akan terikat dalam suatu sistem, baik pasien, penyedia pelayanan kesehatan, penunjang pelayanan kesehatan, ataupun pengelolaan pelayanan kesehatan dan akan bertanggungjawab dalam melaksanakan tugas dan perannya masing – masing.

Kalau kita cermati beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa MTBS merupakan sebuah standar dalam pelayanan kesehatan bagi bayi dan balita sakit. Berkaitan dengan standar maka Donabedian menganjurkan agar standar dan kriteria diklasifikasikan ke dalam tiga kelompok, yaitu : standar struktur, standar proses, dan standar luaran atau outcome, sebagaimana gambar di bawah ini :

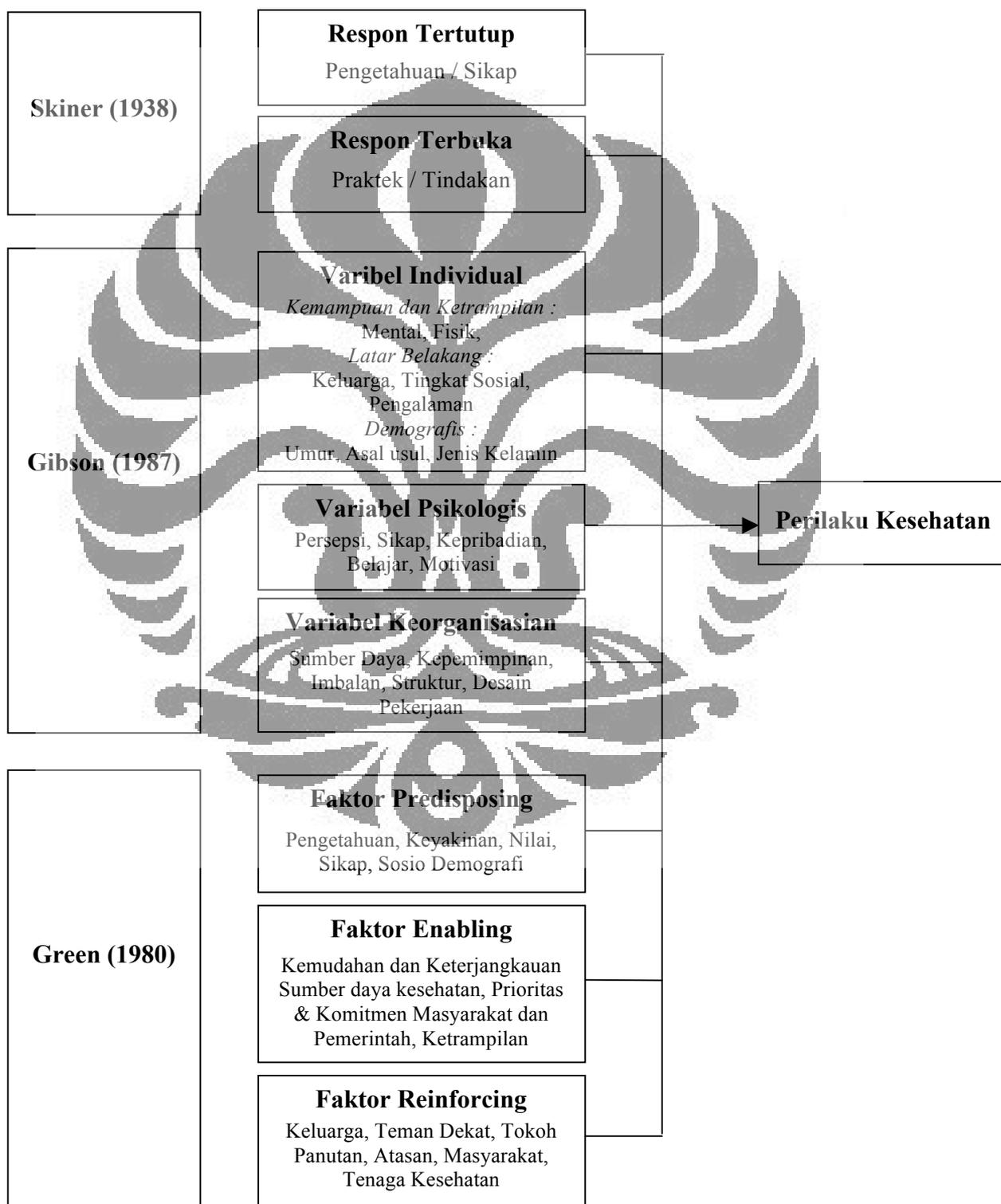
Gambar 2.7.
Pengelompokan Standar dan Indikator Menurut Donabedian

STRUKTUR	PROSES	LUARAN
Sumber Daya Manusia	Anamnesis	Tingkat Kepatuhan Meningkat
Perbekalan	Pemeriksaan fisik	Tingkat Kesembuhan Meningkat
Peralatan	Pemeriksaan Penunjang Medik	Tingkat Kematian Menurun
Bahan	Peresepan obat	Tingkat Kesakitan Menurun
Fasilitas	Penyuluhan Kesehatan	Tingkat Kecacatan Menurun
Kebijaksanaan	Merujuk Pasien	Kepuasan Pasien Meningkat
Standar		

Sumber : (Pohan, 2003)

Berdasarkan hal – hal tersebut diatas, maka kerangka teori yang digunakan dalam penelitian ini untuk menjelaskan kepatuhan sebagai suatu bentuk perilaku adalah sbb :

Gambar 2.8
Kerangka Teori Penelitian



3.3. Definisi Operasional

Variabel Dependen

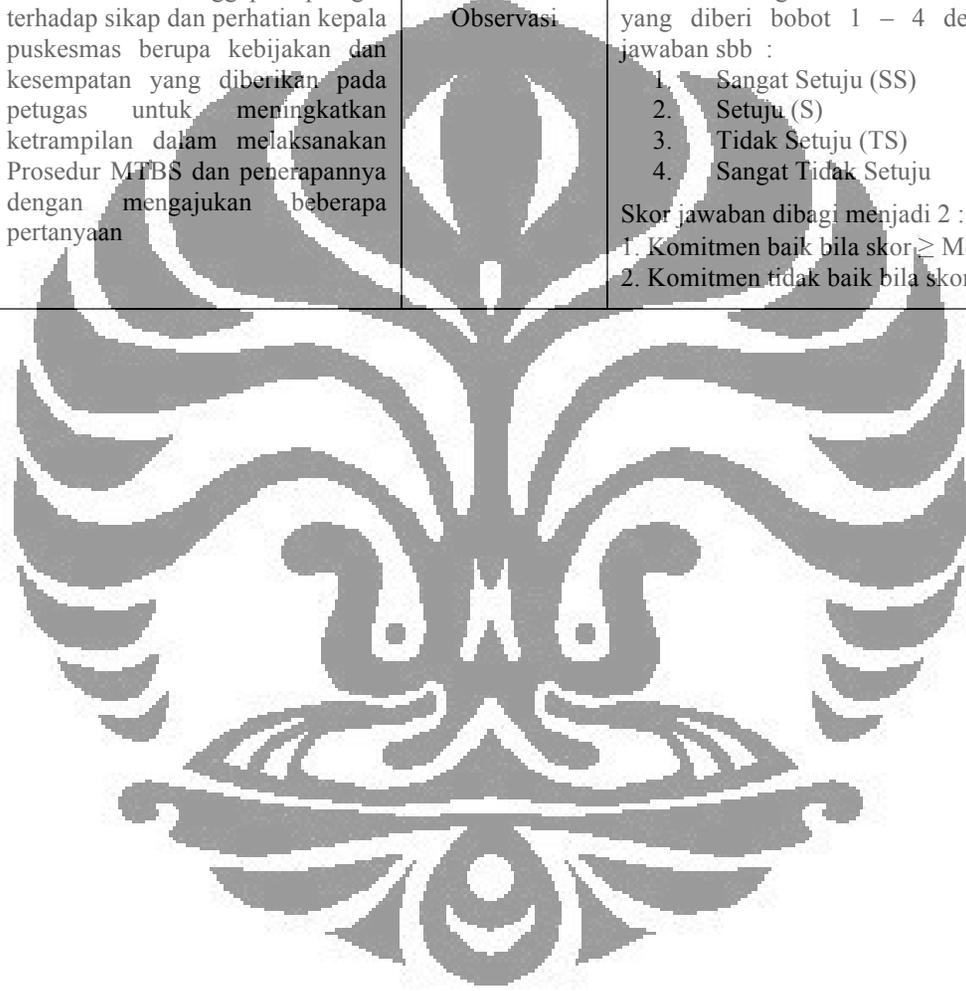
No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur / Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Kepatuhan	Kepatuhan adalah tingkat konsistensi petugas dalam menerapkan tatalaksana MTBS setiap melaksanakan tindakan memeriksa balita sakit (2 bulan – 5 tahun) yang berkunjung di unit rawat jalan puskesmas dan puskesmas pembantu	Observasi / ceklist / cek dokumen	<p>Diukur skor kepatuhan dengan observasi pada individu dihitung dengan cara skoring sbb :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas anak = 5 2. Tanda bahaya umum = 5 3. Batuk atau sukar bernafas = 6 4. Diare = 7 5. Demam = 17 6. Masalah Telinga = 6 7. Malnutrisi atau aneumia = 5 8. Status Imunisasi = 2 9. Pemberian vitamin A = 1 10. Masalah/keluhan lain = 2 11. Penilaian pemberian makanan = 11 12. Menentukan tindakan/pengobatan/ tindak lanjut = 9 13. Menentukan konseling = 1 <p>Penilaian kepatuhan dilakukan dengan skoring melalui observasi pada saat pemeriksaan : Y (ya), apabila petugas melaksanakan T (tidak), petugas tidak melaksanakan TB (tidak berlaku), apabila pernyataan tidak berlaku untuk kasus tersebut dan benar.</p> $\text{Kepatuhan} = \frac{\text{E} \cdot Y + \text{TB} (B)}{\text{E} \cdot Y + T + \text{TB} (B)} \times 100$ <p>Pengkategorian dibagi 2 kelompok :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patuh nilai skor $\geq 80\%$ 2. Tidak patuh bila nilai skor $< 80\%$ (Standar Depkes) 	Ordinal

Variabel Independen

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur / Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Pengetahuan	Pemahaman petugas tentang MTBS yang dinilai dari skoring jawaban pertanyaan tentang MTBS yang berkaitan dengan tujuan, pemeriksaan, klasifikasi, penatalaksanaan dan penyuluhan	Wawancara / Kuesioner	Skor jawaban. Jawaban benar = 1 Jawaban salah = 0 Dikelompokkan menjadi 2 kelompok, yaitu : 1. Pengetahuan tinggi bila skor \geq Median 2. Pengetahuan rendah bila skor $<$ Median	Ordinal
2.	Sikap	Kecendrungan atau kesiapan bertingkah dalam melakukan suatu kegiatan yang diukur dari aspek kognisi, afeksi, dan konasi. Dengan objek sikap terhadap anamnese, pemeriksaan fisik, penetapan diagnosa dan penyuluhan serta berfokus pada kepuasan kerja, keterlibatan kerja, dan komitmen pada organisasi	Wawancara / Kuesioner	Jawaban dengan memberikan pertanyaan yang diberi bobot 1 – 4 dengan pilihan jawaban sbb : a. Sangat Setuju (SS) b. Setuju (S) c. Tidak Setuju (TS) d. Sangat Tidak Setuju (STS) Skor jawaban dibagi menjadi 2 : 1. Baik bila skor \geq Mean 2. Kurang Baik bila skor $<$ Mean	Ordinal
3.	Masa Kerja	Lama petugas MTBS bertugas di puskesmas	Wawancara / Kuesioner	Dikelompokkan menjadi : 1. Lama : bila masa kerja \geq Mean 2. Baru : bila masa kerja $<$ Mean	Ordinal
4.	Umur	Waktu (dalam tahun) yang telah ditempuh petugas sejak lahir hingga ulang tahun terakhir pada saat penelitian dilakukan	Wawancara / Kuesioner	Dikelompokkan menjadi : 1. Usia Muda bila umur $= <$ Mean 2. Usia Tua bila umur $= \geq$ Mean	Ordinal
5.	Jenis Kelamin	Ciri khas biologis petugas MTBS puskesmas dan pustu yang dikelompokkan menjadi laki – laki dan perempuan	Wawancara / Kuesioner	Dikelompokkan menjadi : 1. Laki – laki 2. Perempuan	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur / Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
6.	Status Perkawinan	Keterikatan secara hukum dalam pernikahan	Wawancara / Kuesioner	Dikelompokkan menjadi : 1. Sudah menikah 2. Belum menikah	Nominal
7.	Pendidikan	Jenjang proses belajar formal terakhir yang telah dicapai petugas pada saat penelitian dilakukan	Wawancara / Kuesioner	Dikelompokkan menjadi : 1. Tinggi \geq D1 2. Rendah $<$ D1	Ordinal
8.	Motivasi	Dorongan atau semangat kerja petugas puskesmas dalam melaksanakan pelayanan dengan pendekatan MTBS	Wawancara / Kuesioner	Jawaban dengan memberikan pertanyaan yang diberi bobot 1 – 4 dengan pilihan sbb : a. Sangat Setuju (SS) b. Setuju (S) c. Tidak Setuju (TS) d. Sangat Tidak Setuju (STS) Skor Jawaban dibagi menjadi : 1. Tinggi bila skor \geq Mean 2. Rendah bila skor $<$ Mean	Ordinal
9.	Sarana dan prasarana	Alat dan bahan yang dibutuhkan dalam pelaksanaan layanan MTBS berupa tempat pemeriksaan dan peralatan, pojok oralit, pojok gizi, imunisasi dll.	Observasi / Ceklist	Sesuai tidaknya alat bahan untuk pelaksanaan MTBS, di observasi dan ditanyakan pada petugas dengan menggunakan pertanyaan : 1. Sarana cukup bila prosentase jawaban ya \geq Median 2. Sarana kurang bila prosentase jawaban ya $<$ Median	Ordinal
10.	Supervisi	Kunjungan dari Dinas Kesehatan untuk mengawasi, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan SOP MTBS di puskesmas dan pustu dalam periode 6 bulan terakhir	Wawancara / Observasi	Jumlah kali kunjungan dari Dinas Kesehatan. Jawaban dikelompokkan : 1. Supervisi kurang baik $<$ 2 kali 2. Supervisi baik \geq 2 kali	Ordinal
11.	Beban Kerja	Jumlah tugas pokok yang diberikan kepada petugas MTBS puskesmas dan pustu termasuk tugas pada program MTBS	Wawancara / Observasi	Dikelompokkan menjadi : 1. Ringan = \leq 2 tugas pokok 2. Berat = $>$ 2 tugas pokok	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur / Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
12.	Komitmen Kepemimpinan	Penilaian dan tanggapan petugas terhadap sikap dan perhatian kepala puskesmas berupa kebijakan dan kesempatan yang diberikan pada petugas untuk meningkatkan ketrampilan dalam melaksanakan Prosedur MTBS dan penerapannya dengan mengajukan beberapa pertanyaan	Wawancara / Observasi	Jawaban dengan memberikan pertanyaan yang diberi bobot 1 – 4 dengan pilihan jawaban sbb : <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat Setuju (SS) 2. Setuju (S) 3. Tidak Setuju (TS) 4. Sangat Tidak Setuju Skor jawaban dibagi menjadi 2 : <ol style="list-style-type: none"> 1. Komitmen baik bila skor \geq Median 2. Komitmen tidak baik bila skor $<$ Median 	Ordinal



BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1. Kerangka Konsep

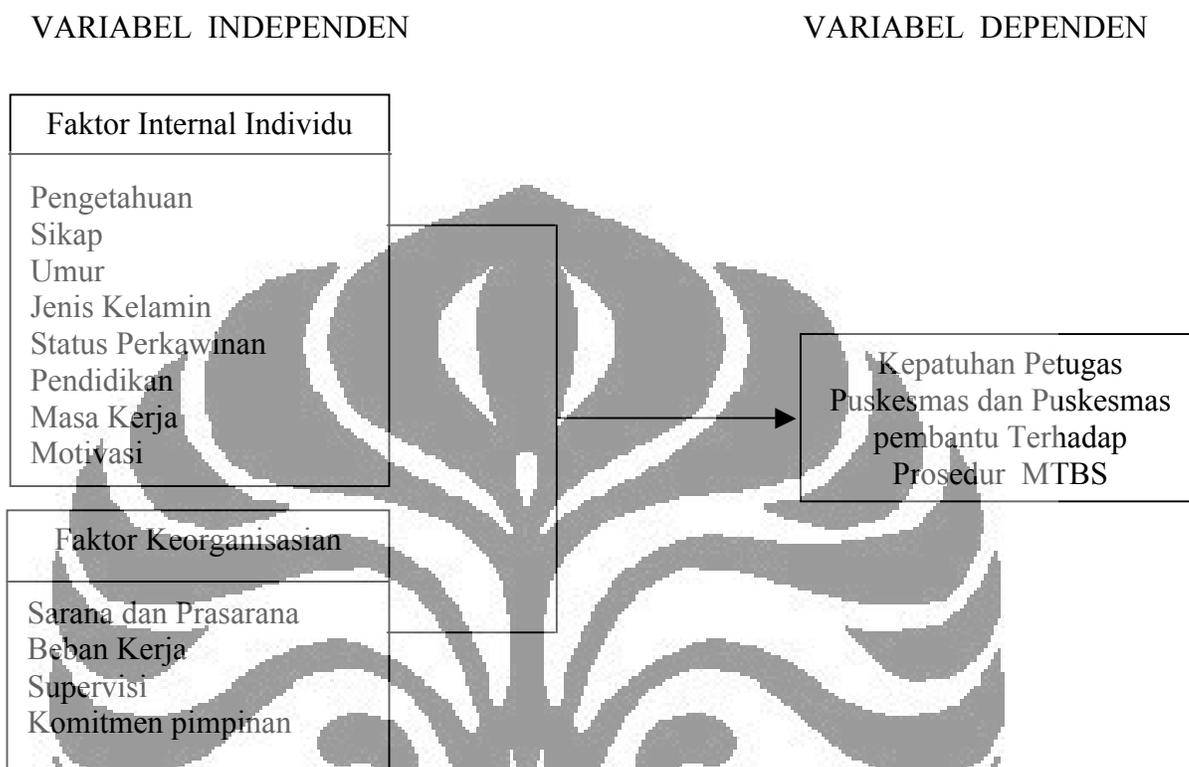
Berdasarkan pada kajian literatur yang telah dikemukakan pada BAB II, maka kerangka konsep tentang faktor yang berhubungan dengan kepatuhan petugas MTBS puskesmas dan puskesmas pembantu dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya diambil dari modifikasi beberapa teori antara lain teori perilaku yang dikemukakan oleh Skinner (1938), Gibson (1987), dan teori perilaku yang dikemukakan oleh Green (1980). Dari beberapa teori ini maka perilaku kepatuhan manusia (karyawan) dipengaruhi oleh beberapa variabel yaitu Variabel Internal (psikologis dan fisiologis) dan Variabel Eksternal (lingkungan dan organisasi). Variabel internal (psikologis dan fisiologis) meliputi : pengetahuan, mental, fisik, tingkat sosial, pengalaman/masa kerja, umur, asal – usul, jenis kelamin, sikap, persepsi, kepribadian, belajar/pendidikan, motivasi, keyakinan, dan nilai. Sedangkan variabel eksternal (Organisasi dan Lingkungan) meliputi, sumber daya/sarana, kepemimpinan, struktur, imbalan, desain organisasi, kemudahan dan keterjangkauan sumber daya kesehatan, komitmen pemerintah dan masyarakat, keluarga, teman dekat, dan tokoh panutan.

Faktor – faktor diatas merupakan variabel bebas (independen) sedangkan variabel terikat (dependen) adalah kepatuhan petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dalam menerapkan prosedur MTBS.

Secara skematis kerangka konsep dalam penelitian ini digambarkan sbb :

Gambar 3.1.

Kerangka konsep variabel yang diteliti



Dalam penelitian ini yang menjadi variabel penelitian adalah sbb :

1. Variabel Terikat (dependen) yang diteliti yaitu tingkat kepatuhan petugas MTBS puskesmas dan puskesmas pembantu terhadap penerapan prosedur MTBS
2. Variabel Bebas (independen) yang diteliti dibatasi pada faktor –faktor yang berhubungan dengan kepatuhan petugas MTBS puskesmas dan puskesmas pembantu terhadap penerapan prosedur MTBS yang terdiri dari faktor internal individu meliputi ; pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, masa kerja, dan motivasi serta faktor eksternal (keorganisasian) meliputi ; sarana dan prasarana, beban kerja, supervisi, dan komitmen pimpinan.

Kerangka konsep ini dipakai hingga ditemukannya masalah berdasarkan variabel yang berhubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Setelah itu penulis akan melakukan pembahasan lebih lengkap dengan pendekatan manajemen mutu terpadu.

Faktor tingkat sosial, fisik, imbalan, struktur, komitmen masyarakat dan pemerintah, keluarga, teman dekat, serta tokoh panutan tidak dijadikan sebagai variabel penelitian karena relatif sama dan bersifat homogen, sedangkan faktor mental, persepsi, kepribadian, nilai dan keyakinan dianggap sudah terakumulasi dalam variabel pengetahuan, sikap dan motivasi.

3.2. Hipotesis Penelitian

1. Adanya hubungan antara faktor internal individu meliputi ; pengetahuan, sikap, umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, masa kerja, dan motivasi dengan kepatuhan petugas MTBS puskesmas dan puskesmas pembantu dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.
2. Adanya hubungan antara faktor keorganisasian meliputi ; sarana dan prasarana, beban kerja, supervisi, dan komitmen pimpinan dengan kepatuhan petugas MTBS puskesmas dan puskesmas pembantu dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Desain penelitian

Untuk mendapatkan gambaran tingkat kepatuhan petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dalam menerapkan MTBS di Kabupaten Nagan Raya dilakukan dengan metode kuantitatif menggunakan desain penelitian observasional dengan pengumpulan data secara *cross sectional*, dimana variabel independen dan variabel dependen pengumpulan datanya dilakukan dalam waktu yang bersamaan.

4.2. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan pada semua puskesmas dan puskesmas pembantu di Kabupaten Nagan Raya yang berjumlah 10 (sepuluh) puskesmas dan 32 (tiga puluh dua) puskesmas pembantu yang tersebar di 5 (lima) kecamatan definitif, yaitu : Kecamatan Beutong, Kecamatan Seunagan Timur, Kecamatan Seunagan, Kecamatan Kuala, dan Kecamatan Darul Makmur serta di 3 (tiga) Kecamatan Persiapan yaitu : Kecamatan Kuala Pesisir, Kecamatan Tadu Raya, dan Kecamatan Suka Makmue.

4.3. Populasi dan Sampel

4.3.1. Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh petugas MTBS puskesmas dan puskesmas pembantu yang telah mendapatkan pelatihan MTBS yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya dengan difasilitasi oleh Project Hope ataupun yang dilaksanakan oleh berbagai NGO lain yang ikut berperan dalam proses rehabilitasi dan rekonstruksi Aceh pasca musibah bencana alam gempa bumi dan tsunami 26 Desember 2004. Adapun bidan desa yang telah dilatih SOP MTBS tapi tidak bertugas

melayani pasien di puskesmas, tidak dijadikan populasi dalam penelitian ini karena mengingat bidan desa tersebut melayani pasien tidak pada unit pelayanan kesehatan.

4.3.2. Sampel

Karena jumlah populasi ini tidak terlalu besar maka penelitian ini dilakukan pada total populasi yaitu sebanyak 97 petugas MTBS yang bertugas di pelayanan puskesmas dan puskesmas pembantu di Kabupaten Nagan Raya. Yaitu 65 responden bertugas di puskesmas dan 32 responden bertugas di puskesmas pembantu.

4.4. Pengumpulan Data

4.4.1. Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan melalui observasi dan wawancara dengan menggunakan form isian dan kuesioner secara langsung terhadap petugas kesehatan yang memberikan pelayanan dan pemeriksaan balita dengan menggunakan prosedur MTBS di 10 (sepuluh) puskesmas dan 32 puskesmas pembantu di Kabupaten Nagan Raya. Alat pengumpul data yang digunakan adalah sbb :

- Formulir Daftar Tilik Pengamatan Tatalaksana MTBS, untuk mengamati tingkat kepatuhan petugas dalam menerapkan SOP MTBS pada kasus balita sakit yang berobat ke unit rawat jalan puskesmas.
- Formulir Pengamatan Hasil Pencatatan MTBS, untuk mengkaji pelaksanaan MTBS yang telah dilaksanakan oleh petugas di unit rawat jalan puskesmas.
- Kuesioner yang diberikan kepada pada responden untuk menggali informasi tentang karakteristik responden, tingkat pengetahuan, sikap, masa kerja, motivasi, beban kerja, supervisi, serta kepemimpinan kepala puskesmas dalam penerapan prosedur MTBS di puskesmas.

- Formulir Daftar Tilik Fasilitas Penunjang, untuk mengkaji sumber daya atau sarana pendukung yang mungkin akan mempengaruhi pelaksanaan MTBS di puskesmas

4.4.2. Tenaga Pengumpul Data

Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti sendiri dan dibantu oleh tiga orang pelatih MTBS pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya, untuk kegiatan tersebut dana seluruhnya dari peneliti.

Sebelum penelitian dilakukan maka terlebih dahulu selama lebih kurang 3 (tiga) hari, peneliti memperdalam pengetahuan teknis tentang MTBS bersama pelatih MTBS yang ikut membantu dalam proses penelitian

4.4.3. Waktu Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan sejak tanggal 16 Juni sampai dengan 15 September 2008 dengan waktu yang dibutuhkan untuk setiap unit pelayanan rata – rata selama 2 (dua) hari.

4.4.4. Metode Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data dikelompokkan menjadi 2 kegiatan, yaitu untuk mengetahui tingkat kepatuhan petugas MTBS puskesmas dan kegiatan yang kedua dilakukan untuk mengetahui karakteristik dan faktor – faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan petugas MTBS. Pengamatan hanya dilakukan pada pelayanan bayi dan balita usia 2 bulan sampai 5 tahun saja. Hal ini mengingat di Kab. Nagan Raya untuk bayi muda usia 0 – 2 bulan sangat jarang di bawa ke puskesmas atau puskesmas pembantu bila menderita sakit. Pelayanan yang diberikan kepada bayi muda biasanya dalam bentuk kunjungan rumah oleh bidan desa dan merupakan bagian dari program KIA sebagai lanjutan dari pertolongan persalinan.

Untuk mengetahui tingkat kepatuhan setiap petugas MTBS akan diamati minimal 3 kali pengamatan untuk tiap satu petugas yang kemudian dihitung rata – rata

nilai kepatuhan setiap petugas MTBS. Untuk meningkatkan validitas pengamatan serta menghilangkan bias atau pengaruh dari perasaan diamati sehingga kegiatan dilakukan petugas tidak wajar, maka pengamatan dilakukan selama 2 (dua) hari, sehingga responden tidak tahu sebenarnya pada kegiatan mana penilaian dilakukan. Sedangkan untuk memperoleh informasi variabel sarana dan prasarana pendukung MTBS, peneliti melakukan pengamatan langsung pada sarana penunjang yang ada dengan Formulir Daftar Tilik Fasilitas Penunjang MTBS.

4.4.5. Validitas Penelitian

Sebelum instrumen penelitian digunakan maka terlebih dahulu dilakukan uji coba pada 7 puskesmas di Kabupaten Aceh Barat dengan tujuan untuk mengetahui :

1. Validitas instrumen, yaitu sejauh mana pertanyaan – pertanyaan yang terdapat di dalam lembar kuesioner mampu mengukur pengetahuan, sikap, motivasi dan komitmen pimpinan.
2. Reliabilitas instrumen, yaitu sejauh mana pertanyaan tersebut memberi hasil yang konsisten.

4.5. Pengolahan Data

4.5.1. Pemeriksaan Data (Editing Data)

Yaitu proses pemeriksaan terhadap setiap formulir lembar jawaban (kuesioner) untuk memastikan bahwa setiap kolom jawaban telah terisi dan terjawab. Terhadap kuesioner yang diterima, kembali diperiksa apakah jawaban pada kuesioner tersebut telah sesuai dan konsisten. Apabila terdapat jawaban yang salah atau tidak tepat, maka kembali dilakukan konfirmasi ulang pada responden

4.5.2. Penandaan Data (Coding Data)

Setelah data semua lengkap lalu dilakukan pemberian kode pada data (coding) sehingga memudahkan pengolahan data dengan menggunakan program komputer.

4.5.3. Pemasukan Data (Entry Data)

Sebelum entry data dilakukan terlebih dahulu dilakukan pemberian skor pada variabel pengetahuan, masa kerja, sikap, motivasi, beban kerja, supervisi, dan komitmen pimpinan. Data akan di entry dan dilakukan analisis dengan menggunakan program SPSS versi 13,0 for windows.

4.5.4. Pembersihan Data (Cleaning Data)

Setelah data di *entry* ke dalam komputer, kemudian dilakukan pembersihan data dengan cara meng – *update* pada program SPSS untuk melihat ada tidaknya kesalahan yang dilakukan oleh petugas yang mengentry data. Upaya – upaya pembersihan data ini meliputi :

1. Kelengkapan jawaban
2. Kelengkapan variabel yang diamati
3. Jumlah responden sesuai dengan ID pada kuesioner
4. Distribusi frekwensi dari setiap variabel sesuai dengan jumlah responden

4.6. Analisa Data

4.6.1. Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan suatu analisis untuk mendeskripsikan karakteristik dari setiap variabel yang diteliti. Fungsi analisis sebetulnya adalah untuk menyederhanakan kumpulan data hasil pengukuran yang sedemikian rupa sehingga berubah menjadi informasi yang bermanfaat (Hastono, 2001).

Analisis ini bertujuan untuk mengetahui gambaran distribusi frekwensi karakteristik responden seperti pendidikan, pengetahuan, masa kerja, jenis kelamin, sikap, motivasi, dan lain sebagainya.

4.6.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen tanpa memperhitungkan variabel – variabel lainnya sehingga bersifat kasar (*crude*). Dalam analisis bivariat keluaran (out come) yang akan disajikan adalah OR.

Untuk menghitung OR dari masing – masing variabel independen terhadap variabel dependen dan untuk menghitung CI dari masing – masing OR, serta kemaknaan dengan mempergunakan uji Chi Square, yaitu untuk mengetahui hubungan variabel kategorik dengan variabel kategorik yang lain, dimana dalam penelitian ini variabel dependen dan independen merupakan variabel kategorik. Pada analisis bivariat ini akan diperoleh hubungan masing – masing variabel yang ada dengan tingkat kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS.

Batas kemaknaan atau nilai α yang digunakan adalah alpha 5 % dengan ketentuan :

1. Bila nilai $p \text{ value} \leq \alpha$, maka keputusannya adalah H_0 ditolak, atau ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.
2. Bila nilai $p > \alpha$, maka keputusannya adalah H_0 gagal ditolak, atau tidak ada hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen

4.6.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat akan dilakukan dengan uji regresi logistik ganda dengan model prediksi. Permodelan dengan tujuan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen. Pada permodelan ini semua variabel dianggap penting sehingga estimasi dapat dilakukan beberapa koefisien regresi logistik sekaligus.

Variabel yang akan dianalisis secara multivariat adalah variabel bebas dengan nilai $p < 0,25$, dimana penetapan ini didasarkan oleh adanya pengalaman empiris dari penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa apabila dengan memasukkan variabel dengan nilai p sebesar 0,05 sering tidak berhasil dalam mengidentifikasi variabel yang dianggap paling penting (Lemeshow, C.S., *et.al.*, 1997)

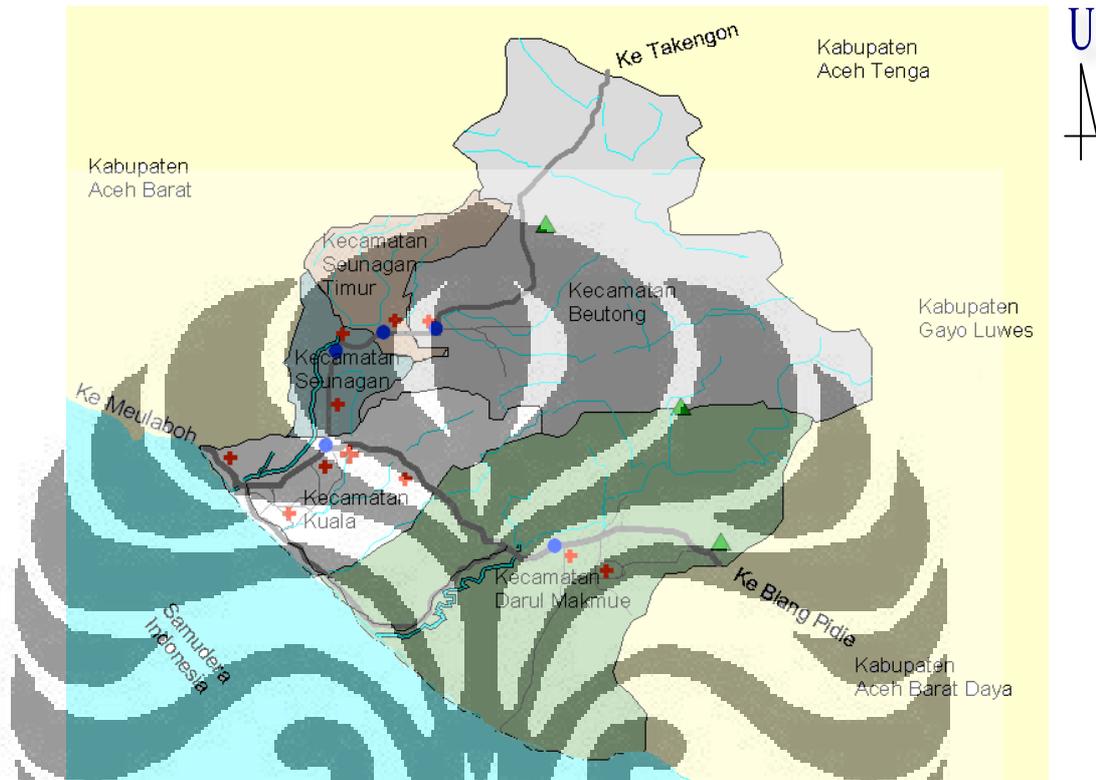
Adapun langkah – langkah permodelan yang akan dilakukan adalah sbb :

1. Melakukan analisis bivariat antara masing – masing variabel independen dengan variabel dependen, bila hasil uji bivariat p value $< 0,25$ maka variabel tersebut dapat masuk ke multivariat, atau walaupun p value $> 0,25$ boleh masuk multivariat kalau secara substansi merupakan variabel yang sangat penting.
2. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai p value $< 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang p valuenya $> 0,05$. Pengeluaran variabel dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai p value terbesar.
3. Setelah memperoleh model yang memuat variabel – variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel ke dalam model. Penentuan variabel interaksi sebaiknya melalui pertimbangan logika substantif. Pengujian interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabel mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model.

(Hastono, 2007)

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Wilayah Kabupaten Nagan Raya



5.1.1. Situasi dan Keadaan Umum

Kabupaten Nagan Raya merupakan pemekaran dari Kabupaten Aceh Barat yang terbentuk melalui Undang – undang Nomor 4 Tahun 2002 tentang pembentukan Kabupaten Aceh Barat Daya, Kabupaten Gayo Lues, Kabupaten Aceh Jaya, Kabupaten Nagan Raya dan Kabupaten Aceh Tamiang di Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam.

Secara geografis Kabupaten Nagan Raya terletak pada posisi 2° - 5 ° lintang utara dan 25 ° - 97 ° 10' bujur timur, dengan batas – batas sbb :

- Sebelah Utara dengan Kabupaten Aceh Tengah
- Sebelah Selatan dengan Samudera Hindia dan Kabupaten Aceh Barat Daya
- Sebelah Timur dengan Kabupaten Gayo Lues dan Kabupaten Aceh Barat Daya
- Sebelah Barat dengan Kabupaten Aceh Barat

Luas wilayah Kabupaten Nagan Raya adalah 3363,72 Km² yang dihuni oleh 144.959 jiwa yaitu 71.745 pria dan 73.214 diantaranya adalah wanita. (Data Juni 2008). Penduduk tersebar pada 5 kecamatan definitif dan 3 kecamatan persiapan, 27 kemukiman dan 222 desa.

5.1.2. Sarana Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan di Kabupaten Nagan Raya terdiri dari 10 puskesmas (4 diantaranya adalah puskesmas perawatan), 34 puskesmas pembantu (yang aktif 32), 23 puskesmas keliling, 247 posyandu dan 1 buah Rumah Sakit Tipe C yang baru saja diresmikan pada bulan Agustus 2008.

Penerapan pendekatan prosedur Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di fasilitas pelayanan kesehatan secara bertahap telah dilaksanakan sejak bulan Agustus 2006 dan pada saat penelitian ini dilakukan terdapat 97 petugas MTBS yang bertugas di 10 puskesmas dan 32 puskesmas pembantu.

5.2. Uji Validitas dan Reliabilitas

Sebelum penulis melakukan penelitian di Kabupaten Nagan Raya maka terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner terhadap 30 responden pada 7 puskesmas di Kabupaten Aceh Barat.

Uji validitas dilakukan untuk memberikan keyakinan sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data, dan uji reliabilitas untuk memberi keyakinan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007).

Uji validitas dilakukan dengan membandingkan r hasil dari masing – masing pertanyaan dengan r tabel. Dengan df 28 didapatkan r tabel 0,361. Menurut ketentuan statistik bila r

hitung lebih besar dari r tabel maka H_0 di tolak, artinya variabel valid dan bila r hitung lebih kecil dari r tabel maka H_0 gagal ditolak, artinya variabel tidak valid.

Pengukuran reliabilitas dilakukan dengan uji Crombach Alpha , bila Crombach Alpha $\geq 0,6$ artinya reliabel, dan bila Crombach Alpha $< 0,6$ artinya variabel tidak reliabel. (Hastono, 2007)

Pada penelitian ini terdapat 4 variabel yang dilakukan uji validitas dan reliabilitas, yaitu variabel pengetahuan, sikap, motivasi dan komitmen pimpinan. Pada variabel pengetahuan dari 15 pertanyaan yang penulis siapkan ternyata yang valid dan reliabel adalah 10 pertanyaan, dimana r hitung $> 0,361$ dan Crombach Alpha $\geq 0,6$. Selanjutnya pada variabel sikap dari 12 pertanyaan ternyata yang valid dan reliabel adalah 11 pertanyaan. Variabel motivasi dari 15 pertanyaan yang valid dan reliabel 13 pertanyaan. Dan variabel komitmen pimpinan dari 6 pertanyaan yang penulis siapkan ternyata pada uji kuesioner yang valid dan reliabel adalah 5 pertanyaan.

5.3. Gambaran Kepatuhan Petugas MTBS

Pada observasi kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS nilai yang paling tinggi adalah 96,9 % yaitu kepatuhan dalam pemeriksaan identitas anak, sedangkan nilai kepatuhan yang paling rendah adalah 22,7 % yaitu kepatuhan terhadap penilaian pemberian makan. Adapun rata – rata nilai kepatuhan petugas adalah 74,96 %. Secara keseluruhan, dengan standar kepatuhan 80 % (standar Depkes) maka petugas yang patuh dalam menerapkan prosedur MTBS hanyalah 49,5 % atau 48 orang petugas. Secara lebih detil nilai kepatuhan petugas MTBS untuk masing – masing butir penilaian dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.1

Distribusi Responden Berdasarkan Hasil Observasi Butir Kepatuhan Dalam Menerapkan Prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008

Butir Penilaian dan Observasi	Patuh (%)	Tidak Patuh (%)
Pemeriksaan Identitas anak	96,9	3,1
Pemeriksaan Tanda bahaya umum	60,8	39,2
Pemeriksaan Batuk atau sukar bernafas	77,3	22,7
Pemeriksaan Diare	78,4	21,6
Pemeriksaan Demam	78,4	21,6
Pemeriksaan Masalah telinga	89,7	10,3
Pemeriksaan Status gizi dan anemia	58,8	41,2
Pemeriksaan Status imunisasi	55,7	44,3
Pemberian vitamin A	32,0	68,0
Pemeriksaan Masalah / keluhan lain	48,5	51,5
Penilaian pemberian makan	22,7	77,3
Menentukan tindakan/pengobatan/tindak lanjut	28,9	71,1
Konseling	29,9	70,1
Kepatuhan Total	49,5	50,5

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa dari 13 butir penilaian dan observasi terhadap prosedur MTBS hanya 2 bidang observasi saja yang nilai kepatuhannya di atas standar yang telah ditentukan, yaitu pada pemeriksaan identitas anak (96,9%) dan pemeriksaan masalah telinga (89,7 %), sedangkan sisanya semua dibawah standar 80 %.

Secara keseluruhan tingkat kepatuhan petugas terhadap prosedur MTBS dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.2

Distribusi Kepatuhan Responden Dalam Menerapkan Prosedur MTBS Di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008

Kepatuhan	Frekwensi	%
Patuh	48	49,5
Tidak Patuh	49	50,5
J u m l a h	97	100

Dari tabel 5.2 di atas terlihat bahwa responden yang patuh dalam menerapkan prosedur MTBS adalah 48 responden (49,5 %) dan yang tidak patuh 49 responden (50,5

%). Sehingga dapat disimpulkan bahwa proporsi responden yang tidak patuh lebih besar dibandingkan dengan responden yang patuh.

5.4. Gambaran Faktor Internal Individu

Pada variabel jenis kelamin dan status perkawinan terjadi perbedaan proporsi yang cukup besar, dimana responden perempuan mencapai 95,9 % dari seluruh responden, dan responden yang telah menikah mencapai 96,9 %.

Untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 5.3. berikut :

Tabel 5.3
Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Internal
Dalam Penelitian Kepatuhan Menerapkan Prosedur MTBS
Di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008

FAKTOR INTERNAL	JUMLAH	
	N	%
Jenis Kelamin		
Perempuan	93	95,9
Laki – laki	4	4,1
Status Perkawinan		
Menikah	93	95,9
Belum Menikah	4	4,1
Pendidikan		
≥ D1	67	69,1
< D1	30	30,9
Usia		
≥32 Tahun	46	47,4
< 32 Tahun	51	52,6
Masa Kerja		
Lama ≥ 10 Tahun	66	68,0
Baru < 10 Tahun	31	32,0
Pengetahuan		
Tinggi	63	64,9
Rendah	34	35,1
Sikap		
Baik	53	54,6
Kurang Baik	44	45,4
Motivasi		
Tinggi	51	52,6
Rendah	46	47,4

5.5. Gambaran Faktor Keorganisasian

Distribusi responden berdasarkan faktor keorganisasian dapat dilihat pada tabel

5.4. dibawah ini :

Tabel 5.4.
Distribusi Responden Berdasarkan Faktor Keorganisasian
Dalam Penelitian Kepatuhan Menerapkan Prosedur MTBS
Di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008

FAKTOR KEORGANISASIAN	J U M L A H	
	N	%
Sarana dan Prasarana		
Cukup	69	71,1
Kurang	28	28,9
Beban Kerja		
Ringan	82	84,5
Berat	15	15,5
Supervisi		
Baik	14	14,4
Kurang Baik	83	85,6
Komitmen Pimpinan		
Baik	59	60,8
Tidak Baik	38	39,2

Dari tabel 5.4 diatas dapat diketahui bahwa berdasarkan hasil observasi ternyata terdapat perbedaan proporsi yang cukup mencolok pada variabel supervisi, beban kerja dan sarana prasarana.

Supervisi Dinas Kesehatan ternyata masih kurang baik, hal ini dibuktikan oleh 85,6 % responden yang menyatakan bahwa dalam waktu 6 bulan terakhir hanya ada 1 kali atau bahkan tidak pernah dilakukan pengawasan untuk evaluasi dan pembinaan program MTBS oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya.

Adapun komitmen kepala puskesmas relatif menggembirakan, yakni 60,8 % responden mengatakan sudah baik.

5.6. Hubungan Faktor Internal Individu Dengan Kepatuhan Dalam Melaksanakan Prosedur MTBS

Analisis bivariat responden menurut karakteristik faktor internal kepatuhan terhadap Prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008 terlihat pada tabel 5.5 berikut ini :

Tabel 5.5
Hubungan Faktor Internal Dengan Kepatuhan Petugas Terhadap Prosedur MTBS Di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008

Variabel	Kepatuhan			P Value	95 % CI	OR
	Patuh	T.Patuh	Total			
Jenis Kelamin						
Perempuan	47 (50,5 %)	46 (49,5 %)	93 (100 %)	0,617	0,308 – 30,554	3,065
Laki – laki	1 (25,0 %)	3 (75,0 %)	4 (100 %)			
Status Perkawinan						
Menikah	46 (49,5 %)	47 (50,5 %)	93 (100%)	1,000	0,132 – 7,244	0,979
Belum Menikah	2 (50,0 %)	2 (50,0 %)	4 (100%)			
Pendidikan						
Tinggi	38 (56,7 %)	29 (43,3 %)	67 (100%)	0,056	1,066 – 6,445	2,621
Rendah	10 (33,3 %)	20 (66,7 %)	30 (100%)			
Usia						
Tua	20 (43,5 %)	26 (56,5 %)	46 (100%)	0,357	0,283 – 1,410	0,632
Muda	28 (54,9 %)	23 (45,1 %)	51 (100%)			
Masa Kerja						
Lama	30 (45,5 %)	36 (54,5 %)	66 (100%)	0,347	0,254 – 1,426	0,602
Baru	18 (58,1 %)	13 (41,9 %)	31 (100%)			
Pengetahuan						
Tinggi	33 (52,4 %)	30 (47,6 %)	63 (100 %)	0,573	0,603 – 3,222	1,393
Rendah	15 (44,1 %)	19 (55,9 %)	34 (100 %)			
Sikap						
Baik	27 (50,9 %)	26 (49,1 %)	53 (100%)	0,911	0,511 – 2,531	1,137
Buruk	21 (47,7 %)	23 (52,3 %)	44 (100%)			
Motivasi						
Baik	27 (52,9 %)	24 (47,1 %)	51 (100%)	0,608	0,602 – 2,979	1,339
Buruk	21 (45,7 %)	25 (54,3 %)	46 (100%)			

Pada uji bivariat chi square sebagaimana terlihat tabel 5.5 diatas, maka dari 8 faktor internal individu yang menjadi variabel dalam penelitian ini ternyata hanya satu variabel saja yang memiliki hubungan bermakna dengan kepatuhan, yaitu variabel pendidikan, dimana $p \text{ value } 0,056 \leq \alpha$. Namun demikian variabel ini nantinya akan di uji lebih lanjut dengan uji multivariat untuk melihat tingkat hubungannya dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya.

5.6.1. Hubungan Jenis Kelamin dengan Kepatuhan Petugas MTBS.

Dari hasil analisis diketahui bahwa responden dengan jenis kelamin perempuan memiliki proporsi kepatuhan sebesar 50,5 % sedangkan responden laki – laki proporsi kepatuhannya adalah 25 %. Dengan demikian responden perempuan memiliki proporsi kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan responden laki – laki.

Hasil uji statistik secara bivariat diperoleh p value 0,617 artinya tidak ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008. Walaupun secara statistik tidak memiliki hubungan yang bermakna namun diperoleh nilai OR 3,065 artinya responden dengan jenis kelamin perempuan 3 kali lebih patuh dibandingkan dengan responden laki – laki.

5.6.2. Hubungan Status Perkawinan Dengan Kepatuhan Petugas MTBS

Pada variabel status perkawinan, responden dengan status menikah memiliki proporsi kepatuhan 49,5 % dan responden yang belum menikah proporsi kepatuhannya 50,0 %. Hasil uji statistik secara bivariat juga menunjukkan bahwa p value $1,000 > \alpha$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan bermakna antara status perkawinan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008. Diperoleh nilai OR 0,979 atau dengan kata lain OR 1/0,979 artinya responden yang belum menikah 1 kali lebih patuh dibandingkan dengan responden yang menikah.

5.6.3. Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Kepatuhan Petugas MTBS

Responden dengan tingkat pendidikan tinggi (minimal D1) ternyata memiliki proporsi kepatuhan 56,7 %, dibandingkan responden dengan pendidikan rendah (D1 kebawah) yang proporsi kepatuhannya 33,3 %.

Dari hasil uji statistik pada variabel pendidikan di dapatkan OR 2,621 yang bisa diartikan bahwa responden dengan tingkat pendidikan $\geq D1$ memiliki peluang untuk lebih patuh dalam melaksanakan prosedur MTBS sebanyak 2,6 kali dibanding dengan responden yang pendidikannya $< D1$. Uji statistik secara bivariat diperoleh p value $0,056 \leq \alpha$ berarti terdapat hubungan bermakna antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

5.6.4. Hubungan Usia dengan Kepatuhan Petugas MTBS

Responden dengan usia ≥ 32 tahun memiliki nilai proporsi kepatuhan 43,5 %, lebih rendah jika dibanding dengan responden yang berusia < 32 tahun yang proporsi kepatuhannya 54,9 %.

Hasil analisis statistik diperoleh OR 0,632 artinya responden dengan usia ≥ 32 tahun memiliki peluang untuk lebih patuh sebanyak 0,6 kali dibandingkan dengan responden yang berusia < 32 tahun atau dengan kata lain $OR\ 1/0,632 = 1,58$ artinya responden berusia < 32 tahun memiliki kepatuhan 1,5 kali dibandingkan dengan responden yang berusia ≥ 32 tahun. Selanjutnya dari hasil perhitungan dengan uji Kai Kuadrat didapatkan p value $0,357 > \alpha$, berarti tidak ada hubungan bermakna antara usia dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

5.6.5. Hubungan Masa Kerja dengan Kepatuhan Petugas MTBS

Bila dilihat dari lamanya masa kerja, proporsi kepatuhan responden dengan masa kerja ≥ 10 tahun adalah 45,5 % sedangkan yang masa kerja < 10 tahun memiliki proporsi kepatuhan lebih besar yaitu 58,1 %.

Hasil uji statistik diperoleh OR 0,602 yang mengandung arti bahwa responden dengan masa kerja ≥ 10 tahun memiliki peluang lebih patuh 0,6 kali lebih besar dibanding responden dengan masa kerja < 10 tahun atau dengan kata lain OR $1/0,602 = 1,66$ artinya responden dengan masa kerja < 10 tahun memiliki peluang lebih patuh 1,6 kali dibandingkan responden dengan masa kerja ≥ 10 tahun. Secara bivariat nilai p value $0,347 > \alpha$ artinya tidak ada hubungan bermakna antara lamanya masa kerja dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

5.6.6. Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan Petugas MTBS

Responden dengan tingkat pengetahuan tinggi memiliki proporsi kepatuhan 52,41 % sedangkan responden dengan tingkat pengetahuan rendah proporsi kepatuhannya 44,1 %.

Dari hasil uji statistik secara bivariat diperoleh nilai p value $0,573 > \alpha$, berarti tidak ada hubungan bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008. Nilai OR 1,393 yang dapat diartikan bahwa responden dengan kepatuhan tinggi berpeluang patuh 1,3 kali lebih besar dibandingkan responden berpengetahuan rendah.

5.6.7. Hubungan Sikap dengan Kepatuhan Petugas MTBS

Pada variabel sikap ternyata proporsi kepatuhan pada responden dengan kategori sikap baik adalah 50,9 %, sedangkan proporsi kepatuhan pada responden kategori sikap tidak baik 47,7 %.

Dari hasil uji statistik secara bivariat diperoleh nilai p value $0,911 > \alpha$, berarti tidak ada hubungan bermakna antara sikap dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008. Nilai OR 1,137

yang dapat diartikan bahwa responden dengan sikap baik berpeluang patuh 1,1 kali lebih besar dibandingkan responden yang bersikap tidak baik.

5.6.8. Hubungan Motivasi dengan Kepatuhan Petugas MTBS

Adapun variabel motivasi, responden yang memiliki proporsi motivasi tinggi kepatuhannya mencapai 52,9 % dan yang memiliki motivasi rendah proporsi kepatuhannya 45,7 %.

Hasil uji statistik diperoleh p value $0,608 > \alpha$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara motivasi dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008. Nilai OR 1,339 yang mengandung makna bahwa responden dengan motivasi tinggi memiliki peluang patuh 1,3 lebih besar dibandingkan responden yang bermotivasi rendah.

5.7. Hubungan Faktor Keorganisasian Dengan Kepatuhan Dalam Melaksanakan Prosedur MTBS

Pada tabel 5.6 dibawah ini akan ditampilkan analisis bivariat responden menurut karakteristik faktor keorganisasian terhadap kepatuhan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

Tabel 5.6
Hubungan Faktor Keorganisasian Dengan Kepatuhan Petugas
Dalam Melaksanakan Prosedur MTBS
Di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008

Variabel	Kepatuhan			P Value	95 % CI	OR
	Patuh	Tdk Patuh	Total			
Sarana dan Prasarana						
Cukup	38 (55,1 %)	31 (44,9 %)	69 (100 %)	0,133	0,891 – 5,465	2,206
Kurang	10 (35,7 %)	18 (64,3 %)	28 (100 %)			
Beban Kerja						
Ringan	37 (45,1 %)	45 (54,9 %)	82 (100 %)	0,053	0,088 – 1,017	0,299
Berat	11 (73,3 %)	4 (26,7 %)	15 (100 %)			
Supervisi						
Baik	5 (35,7 %)	9 (64,3 %)	14 (100 %)	0,409	0,160 – 1,673	0,517
Kurang Baik	43 (51,8 %)	40 (48,2 %)	83 (100 %)			
Komitmen Pimpinan						
Baik	39 (66,1 %)	20 (33,9 %)	59 (100 %)	0,0005	2,449 – 15,796	6,283
Tidak Baik	9 (23,7 %)	29 (76,3 %)	38 (100 %)			

5.7.1. Hubungan Sarana dan Prasarana dengan Kepatuhan Petugas MTBS

Hasil analisis didapatkan puskesmas atau puskesmas pembantu yang memiliki sarana dan prasarana cukup proporsi kepatuhan petugas MTBS nya adalah 55,1 %, sedangkan yang sarana dan prasarana nya kurang proporsi kepatuhannya hanya 35,7 %.

Hasil uji statistik diperoleh OR 2,206 artinya puskesmas atau puskesmas pembantu yang memiliki sarana cukup maka peluang kepatuhan petugas MTBS adalah 2,2 kali dibanding dengan puskesmas atau puskesmas pembantu yang sarana dan prasarannya tidak cukup.

Namun demikian dari hasil uji bivariat didapatkan nilai p valuenya $0,133 > \alpha$ artinya tidak ada hubungan bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

5.7.2. Hubungan Beban Kerja dengan Kepatuhan Petugas MTBS

Responden dengan beban kerja ringan, atau memiliki tugas rangkap ≤ 2 buah tugas, memiliki proporsi kepatuhan 45,1 %. Nilai proporsi ini ternyata lebih rendah jika dibandingkan dengan responden yang beban kerjanya berat (73,3 %).

Hasil uji statistik diperoleh OR 0,299 artinya responden dengan beban kerja ringan memiliki peluang patuh 0,3 kali lebih besar dibanding responden dengan beban kerja berat atau dengan kata lain $OR\ 1/0,299 = 3,34$ artinya responden dengan beban kerja berat peluang kepatuhannya 3,3 kali lebih besar dibanding responden dengan beban kerja ringan. Dari uji Kai Kuadrat di dapatkan P Value $0,053 \leq \alpha$, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara beban kerja dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

5.7.3. Hubungan Supervisi dengan Kepatuhan Petugas MTBS

Pada variabel supervisi atau pengawasan dari Dinas Kesehatan didapatkan proporsi kepatuhan pada responden dengan supervisi baik 35,7 % dan proporsi kepatuhan pada responden dengan supervisi tidak baik 51,8 %.

Selanjutnya dari hasil uji statistik diperoleh OR 0,517 dan p value 0,409 sehingga dengan p value $> \alpha$ disimpulkan tidak ada hubungan bermakna antara supervisi atau pengawasan Dinas Kesehatan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

5.7.4. Hubungan Komitmen Pimpinan dengan Kepatuhan Petugas MTBS

Pada variabel komitmen pimpinan atau kepala puskesmas ternyata pimpinan yang berkomitmen baik proporsi kepatuhan petugas MTBS nya adalah 66,1 % sedangkan pimpinan yang berkomitmen rendah terhadap program MTBS proporsi kepatuhan petugas MTBS 23,7 %.

Hasil Uji statistik menunjukkan bahwa OR 6,283 artinya pimpinan yang berkomitmen baik berpeluang memberikan kontribusi terhadap kepatuhan petugas MTBS 6,3 kali lebih besar. Analisis Bivariat dengan χ^2 kuadrat menunjukkan p value 0,0005 artinya terdapat hubungan bermakna antara komitmen pimpinan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

5.8. Faktor Yang Paling Dominan Berpengaruh Terhadap Kepatuhan Dalam Melaksanakan Prosedur MTBS

Untuk mengetahui faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS maka selanjutnya dilakukan uji multivariat. Analisis multivariat dengan regresi logistik bertujuan untuk memperoleh model yang

baik dan sederhana untuk dapat menggambarkan hubungan antara berbagai faktor secara simultan, dalam hal ini yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS.

5.8.1. Seleksi Variabel

Sebelum dilakukan analisis multivariat maka terlebih dahulu dilakukan seleksi variabel terhadap variabel bebas yang diduga ikut berpengaruh (kandidat kovariat) yang memiliki kemaknaan p value kurang dari 0.25. Ketentuan nilai p value kurang dari 0,25 ini dimaksudkan untuk memberi peluang pada variabel bebas yang mungkin secara bersama – sama dapat memunculkan hubungan yang bermakna dengan kepatuhan petugas terhadap pendekatan MTBS walaupun dari hasil uji bivariatnya menunjukkan hubungan yang tidak bermakna.

Dalam penelitian ini ada 12 variabel bebas yang di duga berhubungan dengan kepatuhan petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dalam menerapkan pendekatan MTBS yaitu jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, usia, masa kerja, pengetahuan, sikap, motivasi, supervisi, beban kerja, sarana dan prasarana, serta komitmen pimpinan.

Untuk membuat model multivariat ke 12 variabel tersebut terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat dengan variabel dependen (kepatuhan petugas MTBS). yang menjadi kandidat pada model multivariat adalah yang mempunyai nilai p kurang dari 0,25. Hasil seleksi bivariat variabel independen dengan variabel dependen dapat dilihat pada tabel 5.7 berikut ini :

Tabel 5.7

**Hasil Seleksi Bivariat Antara Variabel Independen dengan Variabel Dependen
Pada Penelitian Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan
Menerapkan Prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008**

Variabel	P Value	Keterangan
Jenis Kelamin	0,306	-
Status Perkawinan	0,983	-
Pendidikan	0,032	+
Umur	0,261	-
Masa Kerja	0,246	+
Beban Kerja	0,041	+
Pengetahuan	0,437	-
Sikap	0,752	-
Supervisi	0,262	-
Motivasi	0,473	-
Komitmen Pimpinan	0,0005	+
Sarana dan prasarana	0,082	+

Dari hasil analisis diatas ternyata terdapat 5 variabel yang p value nya < 0,25, yaitu : pendidikan, masa kerja, beban kerja, komitmen pimpinan, serta sarana dan prasarana. Dengan demikian ke 5 variabel tersebut diatas akan dilanjutkan analisisnya ke model multivariat.

5.8.2. Analisis Regresi Logistik Ganda Model Prediksi

Analisis Regresi Logistik Ganda Model Prediksi merupakan permodelan multivariat dengan tujuan memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen (Hastono, 2007). Variabel yang dianggap penting dan masuk dalam model adalah variabel yang p valuenya < 0,05. Selanjutnya bila terdapat variabel yang p valuenya > 0,05 dikeluarkan dari model secara bertahap, dimulai dari variabel yang mempunyai p value terbesar.

Tabel 5.8
Hasil Analisis Multivariat Regresi Logistik Ganda 5 Variabel Terpilih
Dengan Kepatuhan Petugas MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008

Variabel	P Value	OR
Pendidikan	0,374	1,656
Masa Kerja	0,211	0,511
Beban Kerja	0,006	0,113
Komitmen Pimpinan	0,0005	8,604
Sarana dan prasarana	0,048	3,139

Sebagaimana ditampilkan pada tabel 5.8 bahwa pada penelitian ini terdapat 5 variabel yang di duga berhubungan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS, yaitu variabel pendidikan, masa kerja, beban kerja, komitmen pimpinan, serta sarana dan prasarana.

Analisis multivariat bertujuan mendapat model yang terbaik dalam menentukan determinan kepatuhan. Dalam permodelan ini semua variabel kandidat dicobakan secara bersama – sama. Pemilihan model dilakukan secara hirarki dengan cara semua variabel independen (yang telah lolos sensor) dimasukkan kedalam model, kemudian yang p valuenya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan dimulai dari p value yang terbesar.

Pada tahap 1 uji multivariat, sebagaimana ditampilkan pada tabel 5.8, ternyata dari 5 variabel independen terdapat 2 variabel yang p value nya $> 0,05$, yaitu variabel pendidikan dan masa kerja. Tahap selanjutnya variabel yang nilai p value $> 0,05$ dikeluarkan dari model, dan dilihat perubahan nilai OR pada variabel yang tersisa. Pada langkah pertama variabel yang dikeluarkan adalah pendidikan. Setelah variabel pendidikan dikeluarkan ternyata terjadi perubahan nilai OR $> 10\%$ pada variabel beban kerja. Sehingga variabel pendidikan tidak jadi dikeluarkan dan dimasukkan kembali ke dalam model. Selanjutnya pada tahap 2 variabel masa kerja dikeluarkan dari model.

Setelah variabel masa kerja dikeluarkan ternyata tidak terjadi perubahan nilai OR > 10 %. Sehingga di dapatkan hasil akhir uji sbb :

Tabel 5.9
Hasil Akhir Analisis Multivariat Regresi Logistik Ganda Model Prediksi
Pada Penelitian Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan
Menerapkan Prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008

Variabel	P Value	OR
Pendidikan	0,403	1,589
Beban Kerja	0,010	0,136
Komitmen Pimpinan	0,0005	8,684
Sarana dan Prasarana	0,037	3,333

Dari tabel 5.9 diatas dapat diketahui hasil akhir uji multivariat Regresi Logistik Ganda adalah terdapat 3 variabel yang p valuenya < 0,05, yaitu variabel beban kerja p value 0,010, komitmen pimpinan p value 0,0005 dan sarana prasarana p value 0,037. Sedangkan pendidikan menjadi variabel pengganggu dalam penelitian ini.

Sehingga disimpulkan bahwa variabel beban kerja, komitmen pimpinan dan sarana prasarana memiliki hubungan bermakna dengan kepatuhan petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

Hasil analisis juga didapatkan nilai OR paling tinggi terdapat pada variabel komitmen pimpinan, yaitu nilai OR 8,684 artinya pimpinan yang memiliki komitmen baik maka petugas MTBS nya akan berpeluang patuh 8,7 kali lebih besar dibandingkan dengan pimpinan yang komitmennya rendah terhadap program MTBS setelah dikontrol oleh variabel beban kerja, sarana prasarana dan pendidikan. Dan variabel komitmen pimpinan ini merupakan variabel yang paling dominan berpengaruh terhadap kepatuhan petugas puskesmas dan puskesmas pembantu dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008.

BAB VI PEMBAHASAN

Pada Bab ini akan diisi dengan pembahasan hasil penelitian yang diawali dengan penyampaian keterbatasan penelitian. Pembahasan yang akan dilakukan oleh peneliti adalah dengan membandingkan hasil penelitian terdahulu ataupun dengan teori – teori yang ada serta dilengkapi dengan interpretasi peneliti. Pembahasan pertama mengenai hubungan variabel independen dengan variabel dependen, kemudian akan dilanjutkan dengan pembahasan yang dikaitkan dengan kondisi riil lapangan.

6.1. Keterbatasan Penelitian

Sudah merupakan suatu kelaziman bahwa suatu penelitian tidak akan terlepas dari berbagai keterbatasan yang tidak dapat dihindari, sehingga berbagai keterbatasan ini akan mempengaruhi hasil penelitian.

Adapun keterbatasan tersebut adalah :

1. Adanya keterbatasan variabel yang diteliti, dimana pada penelitian ini hanya dibatasi pada beberapa variabel bebas yang terbagi dalam 2 (dua) kelompok faktor, yaitu faktor internal individu, meliputi : jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, usia, masa kerja, pengetahuan, sikap, motivasi, dan faktor keorganisasian meliputi : sarana dan prasarana, beban kerja, supervisi dan komitmen pimpinan. Artinya masih ada faktor lain yang mungkin berpengaruh terhadap kepatuhan petugas MTBS puskesmas namun tidak diteliti dalam penelitian ini. Hal ini menurut hemat penulis karena ke 12 variabel ini, yang tercakup dalam faktor internal dan keorganisasian, secara substantif sudah cukup representatif untuk diteliti di Nagan Raya. Sedangkan variabel lain misalnya imbalan dan pelatihan tidak akan terjadi variasi variabel, karena dugaan awalnya

variabel ini homogen. Atau misalnya sikap dan dukungan masyarakat/pasien, juga tidak diteliti karena penulis lebih fokus pada aspek internal organisasi.

2. Adanya keterbatasan pengumpulan data primer, dimana pada pengumpulan data primer observasi kepatuhan terhadap prosedur MTBS idealnya untuk setiap responden dilakukan 5 kali pengamatan lalu secara acak diambil 3 pengamatan untuk dinilai tingkat kepatuhannya. Namun kenyataan dilapangan tidak semua responden dapat di observasi sebanyak 5 kali pengamatan. Dalam hal ini menurut hemat penulis, mengingat keterbatasan jumlah pasien balita yang berkunjung ke puskesmas dan puskesmas pembantu di Kabupaten Nagan Raya maka dengan minimal 3 kali pengamatan sudah cukup representatif untuk menilai kepatuhan apalagi bila dikaitkan dengan adanya pembagian jadwal tugas piket petugas MTBS pada beberapa puskesmas.
3. Adanya keterbatasan jumlah sampel (97 responden), hal ini mengakibatkan terlalu besarnya presisi dalam penelitian ini. Idealnya dalam sebuah penelitian untuk setiap variabel maka sampelnya adalah 10 – 15 sampel. Pada penelitian ini terdapat 12 variabel independen, maka ideal sampel yang digunakan adalah 120 – 180 sampel.

6.2. Gambaran Kepatuhan Petugas MTBS

Pada 97 responden yang merupakan petugas MTBS didapatkan 291 pengamatan prosedur MTBS. Dengan menggunakan standar kepatuhan 80%, maka nilai kepatuhan tertinggi 96,9% yaitu kepatuhan dalam pemeriksaan identitas anak dan terendah 22,7% yaitu kepatuhan terhadap penilaian pemberian makan. Dengan rata – rata nilai kepatuhan petugas adalah 74,96%. Adapun nilai kepatuhan secara keseluruhan adalah 49,5% atau dari 97 responden hanya 48 petugas yang nilai kepatuhannya sudah sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

Untuk menilai kepatuhan petugas terhadap prosedur MTBS, penulis menggunakan daftar tilik pengamatan MTBS yang sudah merupakan standar Departemen Kesehatan dengan sedikit modifikasi untuk lebih sederhana dan praktis dalam proses pengamatan. Dimana menurut petunjuk pengisian daftar tilik tersebut, yang dimaksud kepatuhan adalah bila petugas melaksanakan tatalaksana MTBS dengan benar, tidak hanya ya atau tidak responden melakukan kegiatan tata laksana prosedur MTBS.

Ketentuan tersebut merupakan ketentuan penilaian kepatuhan yang sesungguhnya harus dilakukan, dimana kepatuhan tidak hanya ya atau tidak petugas melakukan tetap seharusnya juga meliputi benar atau tidaknya dalam melaksanakan suatu kegiatan, karena bila kepatuhan diartikan sebagai ya dan tidak saja maka program akan berjalan tanpa kualitas didalamnya. Dalam penilaian unsur kualitas pelayanan kesehatan, maka kepatuhan berada pada aspek proses (Azwar, 1996), oleh karena itu untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan, maka proses harus dilaksanakan dengan benar sehingga tercapai kepuasan seperti yang diharapkan konsumen, yang dalam hal ini adalah ibu balita.

Dari gambaran hasil penelitian ternyata kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS rata – rata masih jauh dari standar yang diharapkan, yaitu hanya 49,5% responden yang patuh dalam menerapkan prosedur MTBS. Masih banyaknya petugas MTBS yang tidak patuh dalam menerapkan prosedur MTBS dimungkinkan karena penerapan MTBS di Kabupaten Nagan Raya masih relatif baru, yaitu dimulai secara efektif pada pertengahan tahun 2007. Setelah sebelumnya Dinas Kesehatan dengan dukungan dari Project Hope dan beberapa Ngo lain melakukan pelatihan MTBS secara bertahap terhadap semua petugas puskesmas dan puskesmas pembantu yang ada di Kabupaten Nagan Raya.

Rendahnya tingkat kepatuhan bila dikaitkan dengan UU No.23 tahun 1992 tentang kesehatan mengatakan bahwa tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban untuk memenuhi standar profesi dan menghormati hak pasien, diduga

disebabkan karena pendekatan MTBS di Kabupaten Nagan Raya merupakan suatu pendekatan baru, dan untuk merubah perilaku petugas agar patuh menerapkan Prosedur MTBS memerlukan suatu proses.

Dari hasil wawancara dengan petugas MTBS sebagian besar petugas mengatakan bahwa pelayanan dengan pendekatan MTBS memerlukan waktu yang cukup lama. Hasil analisis data untuk lamanya waktu pelayanan yang diberikan responden selama penelitian dilaksanakan dengan rata – rata lama waktu setiap petugas dalam menangani balita sakit yang datang pada rawat jalan puskesmas dan puskesmas pembantu adalah 17 menit, dengan nilai tercepat 11 menit dan terlama 22,30 menit.

Salah satu konsekuensi pelayanan dengan prosedur MTBS adalah pelayanan menjadi lama, namun sebenarnya alasan ini tidaklah selalu benar, karena jika petugas sudah terbiasa dan terampil dalam melaksanakan prosedur MTBS maka prosesnya akan dapat lebih cepat dilaksanakan, hanya saja perlu latihan untuk pembiasaan.

Bila kita amati lebih lanjut, ternyata kepatuhan petugas MTBS akan semakin rendah pada langkah – langkah akhir dari prosedur MTBS, hal ini mungkin saja karena petugas merasa terburu – buru ingin cepat menyelesaikan proses pemeriksaan karena pasien sudah antri atau karena kondisi pasien yang rewel, gelisah dan sebagainya. Berdasarkan amatan penulis, jumlah kunjungan pasien balita yang dilayani dengan prosedur MTBS di puskesmas dan puskesmas pembantu adalah rata – rata 10 orang perhari. Jadi dengan waktu pelayanan rata – rata 17 menit per pasien maka dibutuhkan waktu 170 menit atau hampir 3 jam per hari untuk melayani pasien dengan pelayanan MTBS. Untuk kondisi puskesmas dan puskesmas pembantu di Kabupaten Nagan Raya yang rata – rata pelayanan baru di mulai pukul 09.00 WIB maka pelayanan MTBS ini memerlukan waktu yang cukup lama.

Sebagaimana yang telah penulis uraikan di atas maka seharusnya waktu yang diperlukan untuk pelayanan dengan prosedur MTBS ini dapat lebih di percepat melalui proses pembiasaan dan petugas selalu berupaya meningkatkan pengetahuan dan ketrampilannya dalam menerapkan prosedur ini.

Manajemen Terpadu Balita Sakit merupakan salah satu upaya untuk standarisasi pelayanan kesehatan dan merupakan legitimasi bagi paramedis dalam melakukan tindakan terhadap pasien. Bagi para petugas MTBS yang patuh dan selalu berpedoman terhadap algoritma MTBS dalam memberikan pelayanan kepada bayi dan balita akan menjadi suatu perlindungan hukum dan terlepas dari berbagai tuntutan apabila terjadi sesuatu yang tidak di inginkan. Sebaliknya bagi pasien juga merupakan suatu jaminan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang standar dan bermutu.

6.2.1. Pemeriksaan Identitas Anak

Pemeriksaan identitas anak merupakan langkah pertama dari formulir tatalaksana MTBS. Berdasarkan data yang diperoleh dalam penelitian ini pemeriksaan identitas anak merupakan nilai tertinggi kepatuhan petugas, yaitu 96,9 %. Hal ini dimungkinkan karena sebagaimana lazimnya sebuah kegiatan, maka pada saat – saat awal akan lebih mudah dan lengkap dilakukan karena biasanya anak masih dalam kondisi tenang sehingga petugas dapat melengkapi formulir pada langkah ini.

6.2.2. Pemeriksaan Tanda Bahaya Umum

Langkah ke dua dalam prosedur MTBS adalah melakukan pemeriksaan terhadap tanda bahaya umum yang mungkin ada pada anak. Pemeriksaan tanda bahaya umum ini sangat penting dilakukan, karena bila seorang anak memiliki salah satu saja tanda bahaya umum maka dianggap perlu penanganan yang serius. Pada pemeriksaan tanda bahaya umum terdapat 5 item pertanyaan/penilaian yang harus dilakukan petugas, dan pada penelitian ini kepatuhannya hanyalah 60,8 %. Masih lebih rendah dari standar yang

ditetapkan 80 %. Padahal pemeriksaan tanda bahaya umum ini harus dilakukan pada semua balita sakit yang berobat ke puskesmas dan puskesmas pembantu. Menurut pengamatan penulis hal ini karena bila ada gejala khusus pada balita yang berobat ke puskesmas dan puskesmas pembantu maka ada kecenderungan pada petugas untuk langsung melakukan pemeriksaan ke keluhan yang dominan yang di derita anak dengan mengabaikan langkah – langkah lain yang seharusnya dilakukan. Sehingga langkah – langkah pada pemeriksaan tanda bahaya umum ini tidak dilakukan dan dianggap tidak penting karena sudah diketahui gejala lain yang dominan.

6.2.3. Pemeriksaan Batuk Atau Sukar Bernafas

Langkah ke tiga dalam prosedur MTBS adalah melakukan pemeriksaan batuk atau sukar bernafas. Langkah ini hanya dilakukan pada anak yang datang dengan gangguan saluran pernafasan. Terdapat 6 item pertanyaan pada langkah ini. Berdasarkan hasil observasi ternyata proporsi kepatuhannya 77,3 %. Walaupun masih dibawah standar, namun nilai kepatuhannya sudah hampir mendekati standar yang ditetapkan. Hal ini adalah wajar jika dikaitkan dengan proporsi 10 besar penyakit pada balita di Puskesmas Kab. Nagan Raya tahun 2007 maka penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA) merupakan penyakit dengan proporsi terbesar, yaitu mencapai 25 % (Profil Kesehatan Nagan Raya 2007). Sehingga dapat dikatakan bahwa 25 % pasien balita yang berkunjung ke puskesmas dan puskesmas pembantu adalah dengan penyakit ISPA, sehingga tentunya jumlah balita yang mungkin harus dilakukan pemeriksaan terhadap gangguan pernafasan ini juga semakin banyak pula. Dengan demikian petugas pun lebih termotivasi dalam melakukan pemeriksaan pada langkah ini.

6.2.4. Pemeriksaan Diare

Langkah ke empat dalam prosedur MTBS adalah melakukan pemeriksaan terhadap kemungkinan adanya diare pada balita yang berkunjung ke puskesmas atau puskesmas

pembantu. Terdapat 7 item observasi yang harus dilakukan petugas MTBS dalam pemeriksaan dan pengklasifikasian diare. Pada penelitian ini diperoleh nilai kepatuhan 78,4 %. Walaupun masih kurang tapi sudah hampir mendekati standar yang ditentukan. Sama halnya dengan point 6.2.3. diatas, proporsi penyakit diare merupakan urutan kedua setelah ISPA dalam 10 besar penyakit pada balita yang berkunjung ke puskesmas dan puskesmas pembantu, yaitu 20 %, sehingga tentunya jumlah balita yang mungkin harus dilakukan pemeriksaan dan pengklasifikasian terhadap penyakit diare juga semakin banyak pula. Dengan demikian petugas pun lebih termotivasi dalam melakukan pemeriksaan pada langkah ini.

6.2.5. Pemeriksaan Demam

Pada pemeriksaan demam nilai kepatuhan petugas MTBS adalah 78,4 %, sama dengan nilai kepatuhan pada pemeriksaan diare. Observasi terhadap pemeriksaan dan pengklasifikasian demam dilakukan dengan 17 item penilaian. Walaupun masih rendah tapi kepatuhannya sudah hampir mendekati standar yang ditentukan. Berdasarkan amatan penulis, walaupun nantinya anak akan diklasifikasikan dengan klasifikasi penyakit yang berbeda, namun sebagian besar diantaranya datang dengan keluhan demam. Dengan keluhan dan pemeriksaan demam maka seorang anak kemungkinan akan diklasifikasikan dengan malaria atau campak atau demam berdarah dengue (DBD) atau mungkin saja bukan salah satu diantaranya. Sehingga tentunya jumlah balita yang mungkin harus dilakukan pemeriksaan dan pengklasifikasian terhadap demam juga semakin banyak pula. Dengan demikian petugas pun lebih termotivasi dalam melakukan pemeriksaan pada langkah ini.

6.2.6. Pemeriksaan Masalah Telinga

Proporsi nilai kepatuhan pada pemeriksaan telinga sudah mencapai standar yang ditetapkan, yaitu 89,7 %. Observasi pemeriksaan dan klasifikasi masalah telinga dilakukan

dengan 6 penilaian. Tingginya nilai kepatuhan pada langkah ini dapat dipahami karena masalah telinga biasanya merupakan ikutan dari penyakit lain. Anak dengan keluhan demam, batuk, sukar bernafas dan pilek seringkali di ikuti oleh keluhan pada telinga. Atau mungkin saja gangguan telinga yang menyebabkan demam. Dengan demikian petugas MTBS lebih termotivasi untuk melakukan pemeriksaan dan klasifikasi masalah telinga dengan benar.

6.2.7. Pemeriksaan Status Gizi dan Anemia

Proporsi kepatuhan pada pemeriksaan status gizi dan anemia hanyalah 58,8 %. Rendahnya kepatuhan pada langkah ini disebabkan beberapa hal, antara lain karena langkah ini perlu kerja sama dengan ibu balita namun seringkali ibu balita tidak kooperatif karena langkah ini tidak berhubungan langsung dengan pengobatan, anak perlu di timbang yang akan sulit dilakukan bila anak dalam kondisi gelisah, rewel atau menangis, alasan lain karena faktor petugas yang seringkali mengabaikan tahap – tahap yang harus dilakukan dalam langkah ini karena dianggap tidak perlu dilakukan bila secara sepintas anak terlihat tidak menderita gangguan gizi atau anemia, sebaliknya bila sepintas anak terlihat menderita gizi buruk atau anemia langsung di rujuk.

6.2.8. Pemeriksaan Status Imunisasi

Proporsi kepatuhan pada pemeriksaan status imunisasi adalah 55,7 %. Rendahnya nilai kepatuhan pada langkah ini menurut amatan penulis di sebabkan beberapa hal, yaitu antara lain ; karena imunisasi jarang dilakukan di puskesmas tapi di lakukan dalam kegiatan di posyandu, anak balita yang berobat kepuskesmas seringkali tidak membawa buku KIA sehingga petugas sulit mengetahui catatan riwayat imunisasi yang sudah didapatkan oleh balita tersebut, disamping itu balita yang berkunjung ke puskesmas dalam kondisi sakit sehingga sulit untuk di imunisasi, di Kab. Nagan Raya balita yang sehat saja masih sulit untuk di imunisasi apalagi balita dalam kondisi sakit. Alasan lain adalah dari

persepsi petugas yang menganggap bahwa balita yang berkunjung ke puskesmas atau puskesmas pembantu dalam kondisi sakit adalah untuk mendapatkan pengobatan bukan untuk di imunisasi. Sehingga langkah ini sering diabaikan oleh petugas MTBS.

6.2.9. Pemberian Vitamin A

Pemeriksaan vitamin A proporsi kepatuhannya adalah 32,0 %. Hal ini terjadi karena ada kecenderungan petugas mengabaikan langkah ini. Menurut amatan penulis kecenderungan diabaikannya langkah ini oleh petugas disebabkan adanya anggapan bahwa vitamin A diberikan 6 bulan sekali yaitu pada bulan Pebruari dan Agustus saja. Dengan anggapan demikian maka langkah ini cenderung dianggap tidak perlu oleh petugas sehingga tidak dilaksanakan.

6.2.10. Pemeriksaan Masalah/Keluhan Lain

Proporsi kepatuhan petugas dalam pemeriksaan masalah keluhan lain adalah 48,5 %. Menurut pengamatan penulis, rendahnya nilai kepatuhan pada langkah ini disebabkan karena petugas cenderung menganggap langkah ini sudah tidak perlu lagi dilakukan, karena hanya menambah lama saja waktu yang dibutuhkan untuk melayani balita sakit. Bila hal ini kita cermati maka dapat di artikan bahwa petugas bukan menerapkan sistem MTBS tapi hanya menggunakan formulir MTBS untuk langsung ke penyakit utama yang menyebabkan anak datang ke puskesmas atau puskesmas pembantu.

6.2.11. Penilaian Pemberian Makan

Proporsi kepatuhan pada langkah penilaian pemberian makan hanyalah 22,7 %. Berdasarkan dari amatan penulis rendahnya nilai kepatuhan pada penilaian pemberian makan salah satu penyebabnya adalah masih ada sebagian ibu atau orang yang membawa anak ke puskesmas tidak kooperatif saat petugas MTBS menanyakan dan menilai tentang cara pemberian makan anak, karena tidak langsung pada proses pengobatan. Si ibu masih beranggapan bahwa datang ke puskesmas atau puskesmas pembantu adalah untuk berobat

bukan untuk ditanyai cara makannya. Kondisi ini mengakibatkan petugas juga malas melaksanakan langkah – langkah ini secara benar. Disamping itu juga karena penilaian ini tidak fokus pada penyakit dan tindakan yang harus dilakukan oleh petugas, sehingga petugas MTBS cenderung mengabaikan langkah – langkah yang harus dilakukan pada prosedur penilaian pemberian makan anak ini.

6.2.12. Menentukan Tindakan/Pengobatan/Tindak Lanjut

Proporsi kepatuhan pada langkah ini adalah 28,9 %. Rendahnya kepatuhan pada langkah ini disebabkan rencana tindak lanjut jarang diperhatikan oleh petugas karena merupakan rencana selanjutnya, bukan kegiatan sekarang yang harus dilakukan. Kegiatan yang harus dilakukan sekarang adalah pengobatan. Kondisi ini juga disebabkan oleh pola berobat pasien, yang jika tidak sembuh maka akan mencari pengobatan di tempat lain. Hal ini mempengaruhi petugas sehingga mengabaikan langkah – langkah pada rencana tindak lanjut dan hanya fokus pada pengobatan saja.

6.2.13. Konseling

Konseling merupakan langkah terakhir dalam formulir MTBS. Kepatuhan petugas MTBS terhadap konseling hanya 29,9 % . Kegiatan konseling antara lain meliputi konseling cara minum obat, bagaimana caranya, kapan harus kembali, nasehat dan cek pemahaman ibu terhadap apa yang telah disampaikan oleh petugas. Rendahnya proporsi kepatuhan pada konseling antara lain disebabkan oleh karena tidak kooperatifnya pasien, anak rewel dan ibu tidak ingin lama – lama di puskesmas karena ingin segera bisa mendapatkan obat. Atau karena faktor petugas yang enggan melakukan konseling secara benar karena dianggap tidak perlu, petugas menganggap bahwa meskipun di nasehati juga tidak di dengarkan dan tidak dilakukan oleh ibu balita, setelah dapat resep ibu tidak kembali meskipun sudah disarankan untuk kembali pada waktu yang telah ditentukan, atau juga karena ketrampilan petugas dalam memberikan konseling yang masih rendah.

Menurut pengamatan penulis, kondisi – kondisi inilah yang menyebabkan rendahnya kepatuhan petugas MTBS dalam melaksanakan konseling kepada ibu balita.

6.3. Faktor Internal Individu

6.3.1. Jenis Kelamin

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan, dan proporsi kepatuhan terhadap prosedur MTBS juga lebih besar pada responden perempuan (50,5%). Pada uji statistik bivariat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan kepatuhan dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008. Dan variabel jenis kelamin tidak menjadi kandidat untuk di uji dengan model multivariat.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat Robin (2003) yang mengemukakan bahwa perempuan sebenarnya lebih mematuhi otoritas dari pada laki – laki, dan juga pendapat Gibson (1996) yang mengemukakan bahwa jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku, serta pendapat Ilyas (2001) yang mengemukakan bahwa produktivitas dokter wanita lebih banyak dibandingkan dengan dokter pria.

Namun penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Widaningrum (2003) yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan petugas kusta terhadap standar penatalaksanaan penderita kusta di puskesmas Kabupaten Bekasi Tahun 2003. Dan penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alwi (2003) yang membuktikan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepatuhan dokter terhadap penulisan resep berdasarkan formularium di Rumah Sakit Dokter Muhammad Husin Palembang.

Tidak adanya hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan kepatuhan petugas MTBS di Kabupaten Nagan Raya diduga disebabkan oleh adanya kesenjangan jumlah yang sangat mencolok antara laki – laki dan perempuan, dimana proporsi petugas dengan

jenis kelamin perempuan mendominasi sampai dengan 95,9% dari keseluruhan petugas. Perbedaan proporsi ini dapat dimaklumi karena faktanya profesi keperawatan di Kabupaten Nagan Raya dan pada umumnya di Indonesia di dominasi oleh perempuan. Variabel jenis kelamin termasuk variabel yang sulit di intervensi, namun dapat menjadi bahan pertimbangan saat menunjuk petugas puskesmas untuk menjadi penanggung jawab atau pelaksana program MTBS.

6.3.2. Status Perkawinan

Dalam penelitian ini petugas MTBS dengan status menikah lebih besar proporsinya dibandingkan dengan yang belum menikah. Pada uji bivariat diperoleh hasil bahwa p value $> 0,05$ sehingga disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara status perkawinan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008. Pada seleksi bivariat nilai p value variabel status perkawinan $> 0,25$ sehingga tidak dapat di masukkan sebagai variabel pada uji multivariat.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Rosidin (2001) yang menemukan adanya hubungan bermakna antara status perkawinan dengan dengan kinerja bidan di desa Kabupaten Karawang Tahun 2001.

Penelitian ini juga tidak dapat membuktikan pendapat Robbin (2003) yang mengatakan bahwa berdasarkan hasil riset secara konsisten menunjukkan bahwa karyawan yang menikah lebih rendah tingkat keabsenannya, mempunyai tingkat pengunduran diri yang lebih rendah, dan lebih puas dengan pekerjaan mereka daripada rekan sekerjanya yang tidak menikah. Selanjutnya Robbins mengemukakan bahwa hal ini mungkin di sebabkan perkawinan menuntut tanggung jawab lebih besar sehingga membuat pekerjaan tetap lebih berharga dan penting.

Tidak ditemukannya hubungan yang bermakna antara variabel status perkawinan dengan kepatuhan petugas MTBS pada penelitian ini di duga di sebabkan oleh karena

proporsi petugas yang menikah terpaut sangat jauh dengan proporsi petugas yang belum menikah, yaitu 95,9% berbanding 4,1% sehingga variabelnya relatif homogen.

6.3.3. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu proses dimana pengalaman dan informasi diperoleh sebagai hasil dari proses belajar. Soepriyanto (1988) mendefinisikan pendidikan sebagai suatu kegiatan untuk memperbaiki kemampuan karyawan dengan cara meningkatkan pengetahuan dan pengertian dalam menghadapi pelaksanaan tugas sehari – hari yang diharapkan akan meningkatkan produktifitas kerja. Dengan demikian disimpulkan bahwa tingkat pendidikan formal akan mempengaruhi pola berfikir seseorang, maka semakin tinggi tingkat pendidikan petugas diharapkan akan lebih mudah memahami dan mengerti tentang prosedur MTBS.

Penelitian ini tidak dapat membuktikan pendapat Soepriyanto diatas, dimana walaupun dengan uji bivariat ditemukan hubungan antara faktor pendidikan dengan kepatuhan petugas, setelah dimasukkan pada uji multivariat ternyata p value variabel pendidikan $> 0,05$, sehingga disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara variabel pendidikan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008, namun ternyata variabel pendidikan menjadi variabel konfounding (pengganggu) pada penelitian ini.

Dalam penelitian ini pendidikan dikategorikan atas 2 kategori, yaitu pendidikan tinggi bila petugas MTBS berpendidikan $\geq D1$ dan dikategorikan rendah bila tingkat pendidikannya $< D1$. Pengkategorian ini didasari fakta dilapangan bahwa distribusi tingkat pendidikan petugas MTBS di Kabupaten Nagan Raya berkisar dari SPK, PPB C, D1 Kebidanan, dan D3 Keperawatan atau D3 Kebidanan.

Proporsi kepatuhan pada responden dengan pendidikan tinggi ($\geq D1$) adalah 56,7% dan pendidikan rendah ($< D1$) proporsi kepatuhannya 33,3%. Walaupun proporsi

kepatuhan lebih besar pada responden dengan tingkat pendidikan tinggi namun pada uji statistik multivariat tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kepatuhan.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurhayati (1997) yang membuktikan bahwa tingkat pendidikan memiliki hubungan bermakna dengan perilaku kepatuhan petugas dalam pencegahan infeksi nosokomial luka operasi di bagian bedah RS Hasan Sadikin Bandung. Pearlberg (2004) dalam sebuah jurnalnya mengemukakan bahwa tingkat pendidikan memiliki hubungan bermakna dengan kinerja. Namun penelitian yang penulis lakukan sejalan dengan hasil penelitian oleh Aryawati (2002) yang menemukan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan petugas terhadap standar pemeriksaan pasien ISPA di puskesmas se Kota Bandar Lampung Tahun 2008.

Tidak adanya hubungan bermakna antara faktor pendidikan dengan kepatuhan dalam menerapkan prosedur MTBS pada petugas puskesmas dan puskesmas pembantu di Kabupaten Nagan Raya disebabkan oleh distribusi pendidikan responden yang hampir merata, yaitu antara SPK, D1 dan D3. Disamping itu karena semua petugas MTBS telah dilatih dengan pelatihan MTBS, yang artinya semua responden telah mendapat perlakuan yang sama dalam MTBS.

6.3.4. Usia

Dalam penelitian ini usia dikategorikan atas 2 kategori, yaitu usia tua jika responden berusia ≥ 32 tahun dan muda bila berusia < 32 tahun. Pengkategorian ini didasarkan atas nilai mean dari variabel usia. Petugas MTBS dengan usia ≥ 32 tahun proporsi kepatuhannya adalah 43,5% lebih rendah dibandingkan dengan proporsi kepatuhan petugas MTBS dengan usia < 32 tahun yaitu 54,9%. Dari hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara faktor usia dengan

kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pudjiastuti (2001) yang mengemukakan bahwa tidak ada hubungan antara faktor usia dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tatalaksana MTBS di puskesmas DKI Jakarta tahun 2001.

Diperoleh data bahwa petugas yang patuh terhadap penerapan MTBS proporsinya sedikit lebih tinggi pada petugas yang berusia muda (54,9%). Hal ini tidak sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Gibson (1996) bahwa faktor usia merupakan variabel individu yang pada prinsipnya makin bertambah usia seseorang akan semakin bertambah kedewasaannya dan semakin banyak menyerap informasi yang akan mempengaruhi kinerja dan perilakunya. Namun demikian Robbins (2003) berpendapat lain, beliau menyatakan bahwa ada keyakinan yang meluas bahwa kinerja dan perilaku seseorang akan merosot dengan meningkatnya usia.

Adanya perbedaan pendapat dari dua pakar ini dapat tergambarkan dalam penelitian ini, dimana hasilnya menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara faktor usia dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS. Hal ini biasa terjadi karena faktor usia tidak terkait langsung dengan kepatuhan, dari amatan penulis di beberapa puskesmas dan pustu, petugas MTBS yang masih berusia muda menunjukkan kepatuhan yang tinggi karena idealisme yang tinggi atau karena baru saja mendapatkan pelatihan MTBS. Akan tetapi di beberapa puskesmas dan pustu lain justru responden yang berusia tua (≥ 32 tahun) yang menunjukkan kepatuhan yang tinggi, mungkin karena pengalaman dan kematangan dalam bekerja sudah lebih baik.

Alasan lain yang diduga menjadi penyebab tidak adanya hubungan antara faktor usia dengan kepatuhan petugas MTBS adalah karena produktifitas menurun dengan

bertambahnya umur, kebosanan atau pekerjaan berlarut – larut, atau karena MTBS merupakan pendekatan yang baru diterapkan sementara petugas sudah terbiasa dengan cara lama yang prosesnya lebih cepat bila dibandingkan dengan pendekatan MTBS. Atau juga karena MTBS dianggap sudah merupakan pekerjaan rutin sehari – hari sehingga responden bekerja lebih banyak dengan dasar pengalaman dari pada sesuai standar.

6.3.5. Masa Kerja

Pada penelitian ini yang dimaksud dengan masa kerja adalah lamanya masa kerja responden di puskesmas dengan pengkategorian lama bila masa kerjanya ≥ 10 tahun dan baru bila masa kerja < 10 tahun. Proporsi kepatuhan pada petugas dengan masa kerja ≥ 10 tahun adalah (45,5%), sedangkan pada petugas yang masa kerjanya < 10 tahun proporsi kepatuhannya (58,1%). Artinya petugas dengan masa kerja < 10 tahun memiliki proporsi kepatuhan lebih tinggi jika dibandingkan dengan kepatuhan petugas yang bekerja ≥ 10 tahun. Walaupun variabel ini merupakan salah satu kandidat variabel yang masuk kedalam uji multivariat, namun dari hasil uji statistik ternyata tidak adanya hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008.

Hal ini senada dengan hasil penelitian Pinem (2007) yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara lamanya masa kerja dengan kepatuhan petugas puskesmas menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional di Kabupaten Karawang Tahun 2007, dan juga senada dengan penelitian Ariefien (2006) yang juga mengemukakan bahwa tidak ada hubungan antara lamanya masa kerja dengan kepatuhan petugas puskesmas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Majalengka Tahun 2005.

Robert J (2004) mengemukakan bahwa lamanya masa kerja berkaitan dengan pengalaman dalam bekerja, pengalaman (senioritas) dan keahlian seorang karyawan

menghasilkan perilaku kerja yang lebih baik serta cenderung lebih minimal timbulnya kesalahan dalam melaksanakan pekerjaan.

Penelitian ini ternyata sejalan dengan pendapat Robbins (2003) yang juga mengemukakan bahwa tidak ada jaminan petugas yang lebih lama bekerja dapat dikatakan lebih produktif dibandingkan dengan petugas yang lebih rendah senioritasnya. Namun penelitian ini ternyata berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Irawan (2003) yang mengemukakan bahwa lama bekerja mempunyai hubungan yang bermakna secara statistik dengan kepatuhan petugas terhadap cara pemberian imunisasi campak di Kabupaten Majalengka Tahun 2002.

Meskipun banyak teori yang mengatakan bahwa makin lama pengalaman kerja maka semakin terampil petugas tersebut, namun jika dikaitkan dengan kualitas kerja yang dihasilkan sangat tergantung dari individu yang bersangkutan. Pada individu yang berdedikasi tinggi maka kualitas kerja akan menjadi sangat penting, dimana dia akan menghasilkan pula kualitas pelayanan yang baik pula.

Secara psikologis petugas dengan masa kerja yang lama akan membuat dia merasa berpengalaman dengan pekerjaannya yang akan memunculkan adanya perasaan untuk tidak lagi memerlukan ketentuan atau prosedur kerja yang baku apalagi bila ada prosedur kerja yang baru, kepatuhannya terhadap prosedur yang ada cenderung menurun oleh karena kejenuhan terhadap sistem yang ada. Kondisi ini mungkin tidak akan berlaku pada organisasi yang memiliki sistem dan pengelolaan organisasinya sudah baik, dimana adanya reward atau penghargaan terhadap petugas yang berprestasi dan menunjukkan kinerja baik di puskesmas dan puskesmas pembantu. Penghargaan dapat berupa insentif uang, prioritas kenaikan pangkat, atau penghargaan lain yang diberikan oleh pihak yang berwenang. Oleh karena itu sangat terbuka peluang untuk dilakukan penelitian lanjutan bagi peneliti

selanjutnya untuk melihat faktor – faktor lain yang mungkin saja berhubungan dengan kepatuhan petugas MTBS yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

Alasan lain yang menyebabkan tidak adanya hubungan bermakna antara masa kerja dan kepatuhan petugas MTBS di Kabupaten Nagan Raya adalah karena mungkin saja responden sudah memiliki masa kerja yang cukup lama di puskesmas tapi pada program MTBS hampir semua responden memiliki masa kerja yang sama, yaitu program MTBS baru efektif di mulai di Nagan Raya pada pertengahan tahun 2007.

6.3.6. Pengetahuan

Green (1980) mengemukakan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang. Hal senada juga di sampaikan oleh Gibson (1996) yang menyatakan bahwa kinerja atau perilaku seseorang salah satunya dipengaruhi oleh pengetahuan. Di samping itu Notoatmodjo (1993) juga mengemukakan bahwa dengan adanya pengetahuan akan menimbulkan kesadaran dan akhirnya akan menyebabkan orang menjadi berperilaku sesuai dengan pengetahuannya. Lebih lanjut, pengetahuan atau cognitive merupakan suatu domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Lebih lanjut Siemsen (2007) mengemukakan bahwa pengetahuan/kemampuan, motivasi dan peluang yang mungkin di dapatkan oleh individu memiliki hubungan erat dengan timbulnya perilaku pada seseorang.

Pendapat para ahli diatas di dukung oleh beberapa penelitian yang membuktikan adanya hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan petugas, antara lain penelitian yang dilakukan oleh Ariefien (2006) yang membuktikan bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2005, selain itu juga penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) berhasil membuktikan hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan petugas puskesmas menerapkan pedoman

pengobatan dalam penggunaan obat rasional di Kabupaten Purwakarta tahun 2007. Dalam sebuah tulisannya Orzano (2008) mengemukakan bahwa pengetahuan dalam suatu organisasi sangat berguna untuk mengembangkan dan meningkatkan minat belajar karyawan, sehingga diharapkan pada akhirnya dapat mempengaruhi kinerja karyawan ke arah yang lebih baik.

Dari hasil wawancara dengan petugas diperoleh data bahwa petugas yang pengetahuannya tinggi proporsi kepatuhannya mencapai 50%, namun dengan uji statistik tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagari tahun 2008. Hasil penelitian ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Widaningrum (2003) yang juga membuktikan tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan petugas kusta terhadap standar penatalaksanaan penderita kusta di puskesmas Kabupaten Bekasi tahun 2003.

Tidak adanya hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan terhadap prosedur MTBS dalam penelitian ini diduga disebabkan karena variabel pengetahuan yang diukur dalam penelitian ini adalah pengetahuan dalam penerapan prosedur MTBS, dan semua petugas sudah mendapatkan pelatihan yang sama dalam program MTBS ini. Atau mungkin saja item – item pertanyaan yang penulis gunakan untuk menggali tingkat pengetahuan responden (hanya 10 pertanyaan) tidak cukup untuk menggali tingkat pengetahuan responden yang sebenarnya walaupun sudah melalui proses uji validitas dan reliabilitas kuesioner. Menurut hemat penulis idealnya pengukuran pengetahuan responden terhadap prosedur MTBS dilakukan pada pra dan pasca dilakukannya pelatihan MTBS dengan item – item pertanyaan yang cukup representatif untuk mengukur tingkat pengetahuan petugas MTBS.

6.3.7. Sikap

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden ternyata proporsi kepatuhan responden dengan sikap kategori baik adalah 50,9%, dan proporsi kepatuhan pada responden yang memiliki sikap kurang baik adalah 47,7%. Cut off point yang digunakan dalam variabel sikap adalah nilai mean. Dari hasil uji bivariat tidak didapatkan hubungan yang bermakna antara sikap dengan kepatuhan petugas MTBS, dan variabel sikap tidak menjadi variabel kandidat untuk dilanjutkan pengujian pada uji multivariat. Sehingga disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap petugas dengan kepatuhan dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008.

Teori yang menyatakan bahwa sikap merupakan determinan perilaku (Newcombs dalam Notoatmodjo, 1993) ternyata tidak terbukti dalam penelitian ini. Meskipun demikian hasil penelitian ini dijelaskan oleh Notoatmodjo (1993) yang menyatakan perilaku manusia adalah kompleks dan merupakan resultan dari pelbagai gejala kejiwaan seperti pengetahuan, sikap, motivasi dan persepsi. Oleh karena itu jika di ukur faktor yang mempengaruhi itu satu persatu mungkin kurang dapat menggambarkan hubungan yang berarti.

Disamping itu Green (1980) mengemukakan bahwa untuk terwujudnya sikap menjadi perbuatan diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan. Berdasarkan uraian diatas maka penulis berpendapat kemungkinan saja faktor eksternal dimana petugas berada sangat kuat dalam mempengaruhi terhadap realisasi perilaku, dengan kata lain bahwa meskipun secara internal petugas dalam menyikapi penerapan MTBS sudah cukup positif namun dorongan eksternal lebih kuat sehingga tidak terjadi keselarasan antara pernyataan sikap dan perilaku yang diwujudkan.

Penelitian ini ternyata sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariefien (2006) yang membuktikan bahwa tidak ada hubungan antara sikap dengan kepatuhan

petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Majalengka Tahun 2005, disamping itu juga penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2003) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan kepatuhan petugas puskesmas menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional di Kabupaten Purwakarta tahun 2007.

Namun penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Nurhayati (1997) yang menyatakan bahwa secara statistik terdapat hubungan bermakna antara sikap dengan kepatuhan petugas dalam pencegahan nasokomial di RS Hasan Sadikin Bandung.

Penelitian ini juga tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wouters (2007) tentang Sistem Pengukuran Kinerja pada karyawan menunjukkan bahwa faktor sikap sangat berpengaruh pada kinerja atau perilaku kerja seorang karyawan. Dalam penelitian Wouters ini kinerja ditinjau dari dimensi efisiensi, produktifitas, mutu dan kemampuan reaksi karyawan terhadap pekerjaannya.

6.3.8. Motivasi

Petugas dengan motivasi tinggi memiliki proporsi kepatuhan 52,9% dalam menerapkan prosedur MTBS, sedangkan petugas dengan motivasi rendah proporsinya kepatuhannya 45,7%. Variabel motivasi tidak menjadi variabel kandidat untuk di ikut sertakan dalam uji multivariat. Pada uji bivariat dibuktikan bahwa secara statistik tidak ada hubungan bermakna antara motivasi dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Pinem (2007) yang juga membuktikan tidak adanya hubungan yang bermakna antara motivasi dengan kepatuhan petugas puskesmas menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional di Kabupaten Purwakarta tahun 2007. Namun berbeda dengan penelitian Ariefien (2006) yang membuktikan bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara

motivasi dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2005. Hasil penelitian ini juga berbeda dengan penelitian yang dilakukan Ogaard (2007) yang menyimpulkan bahwa motivasi merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap mutu kerja yang dihasilkan oleh seorang karyawan

Steiner (1964) mengartikan motivasi sebagai kondisi internal, kejiwaan dan mental manusia seperti : aneka keinginan, harapan, kebutuhan, dorongan, dan kesukaan yang mendorong individu untuk berperilaku kerja untuk mencapai kepuasan atau mengurangi ketidak seimbangan. Selanjutnya Ilyas (2002) mengemukakan bahwa motivasi adalah kesiapan khusus seseorang untuk melakukan atau melanjutkan serangkaian aktivitas yang ditujukan untuk mencapai beberapa sasaran yang telah ditetapkan.

Sama halnya dengan faktor sikap, meskipun secara internal petugas telah memiliki motivasi yang cukup baik untuk penerapan MTBS namun dorongan eksternal lebih kuat sehingga tidak terjadi keselarasan antara pernyataan motivasi yang digali melalui kuesioner dengan perilaku yang diwujudkan.

6.4. Faktor Keorganisasian

6.4.1. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana merupakan komponen dari input. Untuk berfungsinya suatu organisasi maka keberadaan sarana dan prasarana dalam suatu organisasi merupakan hal yang paling penting dan sekaligus sebagai modal dasar suatu organisasi. Sebagaimana yang dikatakan oleh Siagian (1992) yang mengemukakan bahwa dari segi perilaku orang dalam organisasi maka salah satu faktor yang turut mempengaruhi perilakunya adalah kondisi kerja yang baik, antara lain tersedianya peralatan kerja yang memadai. Disamping itu dalam teori Bloom dikatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi status kesehatan adalah faktor pelayanan kesehatan. Faktor pelayanan kesehatan ini meliputi

ketersediaan sarana dan prasarana untuk mendukung proses pelayanan kesehatan itu sendiri.

Pada penelitian ini fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki sarana dan prasarana cukup kepatuhan petugas MTBS nya 55,1%. Walaupun pada uji bivariat tidak menunjukkan hubungan bermakna dengan kepatuhan, namun setelah variabel ini dimasukkan pada uji multivariat ternyata p value nya $< 0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pudjiastuti (2001) yang membuktikan adanya hubungan bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tatalaksana MTBS di puskesmas DKI Jakarta tahun 2001. Namun berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ariefien (2006) yang tidak menemukan hubungan bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tatalaksana MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2006.

Dalam penelitian ini sarana yang dimaksud adalah sarana esensial yang harus dimiliki oleh puskesmas dan puskesmas pembantu untuk pelaksanaan program MTBS. Dari hasil pembahasan ini dapat disimpulkan bahwa penelitian ini mendukung hipotesis yang menyatakan adanya hubungan bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas MTBS.

Dari hasil uji statistik di peroleh nilai OR 3,333 artinya pada puskesmas dan puskesmas pembantu dengan sarana dan prasarananya cukup maka kepatuhan petugas MTBS nya 3 kali lebih besar dibandingkan dengan puskesmas dan puskesmas pembantu yang sarana dan prasarananya kurang setelah dikontrol oleh variabel pendidikan, beban kerja dan komitmen pimpinan. Kondisi ini dapat dipahami karena sebagaimana telah diuraikan bahwa di Kabupaten Nagan Raya program MTBS efektif berlaku pada

pertengahan 2007, pada awal penerapannya maka terlebih dahulu semua unit pelayanan kesehatan di berikan fasilitas – fasilitas untuk mendukung pelaksanaan program MTBS, dan dari hasil observasi penulis dengan menggunakan cek list ketersediaan sarana menunjukkan bahwa 71,1% dengan kategori sarana yang cukup.

6.4.2. Beban Kerja

Berkaitan dengan beban kerja dikenal adanya pembagian pekerjaan, yaitu : membagi seluruh beban pekerjaan menjadi banyak tugas yang secara wajar dan nyaman dapat dilaksanakan oleh individu atau kelompok (Stoner, 1996).

Sebagaimana telah diuraikan sebelumnya bahwa petugas yang beban kerjanya ringan (≤ 2 tugas) proporsi kepatuhannya hanya 45,1 %. Namun dari uji statistik didapatkan p value 0,010 artinya terdapat hubungan yang bermakna antara beban kerja dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008.

Hasil ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Pudjiastuti (2001) yang tidak berhasil membuktikan adanya hubungan bermakna antara faktor beban kerja dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tatalaksana MTBS di puskesmas DKI Jakarta tahun 2001. Dalam penelitiannya Pudjiastuti menduga tidak terdapatnya hubungan itu mungkin disebabkan kegiatan di bagian KIA sangat banyak, dan proporsi petugas dan program tidak seimbang sehingga seorang petugas bisa mengerjakan lebih dari satu tugas / tugas tangkap sehingga beban kerjanya besar.

Dalam penelitian ini, penulis kategorikan beban kerja ringan jika petugas memiliki maksimal 2 tugas pokok, dan tidak termasuk tugas yang sifatnya hanya tugas perbantuan atau bukan sebagai penanggung jawab utama. Sedangkan jika lebih dari dua tugas pokok maka di kategorikan sebagai beban kerja berat. Asumsi ini didasari oleh fakta bahwa

hampir semua petugas MTBS puskesmas minimal memiliki satu tugas rangkap selain pada program MTBS, yaitu pada umumnya sebagai pembina desa.

Dari data yang ada dapat diketahui bahwa petugas dengan kategori tugas ringan mencapai 84,5% dari keseluruhan petugas. Dari hasil pembahasan ini dapat disimpulkan bahwa penelitian ini dapat mendukung hipotesis yang menyatakan adanya hubungan yang bermakna antara beban kerja dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya. Bahkan dari hasil uji multivariat dengan regresi logistik ganda didapatkan nilai OR pada variabel beban kerja yaitu 0,136 artinya petugas MTBS yang beban kerjanya ringan 0,1 kali lebih patuh jika dibandingkan dengan petugas MTBS yang beban kerjanya berat atau dengan kata lain nilai OR nya $1/0,136$ artinya petugas MTBS yang beban kerjanya berat 7,3 kali lebih patuh jika dibandingkan dengan petugas MTBS yang beban kerjanya ringan setelah dikontrol oleh variabel pendidikan, komitmen pimpinan dan sarana prasarana.

Berdasarkan hasil OR diatas ternyata dalam penelitian ini semakin berat beban kerjanya maka akan semakin patuh dalam menerapkan prosedur MTBS. Hal ini mungkin saja terjadi karena ada kecenderungan responden dengan beban kerja ringan akan santai – santai saja dalam melaksanakan pekerjaannya akibat kerjanya yang monoton dan tidak ada tantangan untuk menyelesaikan pekerjaannya. Sebaliknya responden dengan beban kerja berat di landasi oleh semangat untuk menunjukkan kepada pimpinan kemampuannya dalam bekerja sehingga ingin menyelesaikan tugas yang diberikan kepadanya. Hal ini dibuktikan dengan tingginya komitmen pimpinan dalam penelitian ini. Atau biasanya pimpinan atau kepala puskesmas memberikan beban kerja lebih banyak pada petugas yang dianggap lebih cakap dan lebih mampu dalam bekerja. Kondisi ini tidak akan bertahan lama apabila tidak di barengi dengan adanya sistem kompensasi yang baik bagi petugas yang telah bekerja dengan baik. Karena mungkin saja petugas yang telah patuh dalam

menerapkan prosedur MTBS tapi bila tidak mendapatkan kompensasi atau penghargaan maka akan berkurang kepatuhannya.

6.4.3. Supervisi

Dari hasil wawancara diperoleh data bahwa dari 97 responden hanya 14,4 persen yang mengatakan supervisi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan terhadap program MTBS telah berjalan dengan baik. Selanjutnya Proporsi kepatuhan pada petugas dengan supervisi baik hanyalah 35,7%. Dari hasil uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan bermakna antara supervisi atau pengawasan oleh Dinas Kesehatan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008.

Dalam sebuah penelitiannya Cihak (2008) mengemukakan bahwa supervisi atau pengawasan yang dilakukan dengan benar dalam sebuah organisasi akan menghasilkan perilaku kerja yang lebih baik pada karyawan di organisasi tersebut. Selanjutnya Chenhall (2006) mengemukakan pengawasan dan kontrol dari pihak manajemen akan memudahkan terjadinya perubahan perilaku karyawan pada sebuah organisasi.

Supervisi pada program jaminan mutu sangat diperlukan, karena tingkat kepatuhan petugas harus selalu dipantau dan dievaluasi agar tidak terjadi penurunan tingkat kepatuhan. Disamping itu petugas MTBS akan tetap melaksanakan prosedur MTBS bila selalu di ingatkan tentang berapa angka kepatuhan yang harus diperoleh, karena budaya mutu belum mengakar pada setiap petugas, jika ada supervisor baru patuh terhadap daftar tilik MTBS.

Tidak didapatkannya hubungan bermakna antara supervisi dengan kepatuhan petugas MTBS dalam penelitian ini di duga di sebabkan karena supervisi terhadap program MTBS di Kabupaten Nagan Raya belum berjalan sebagaimana yang diharapkan. Atau mungkin saja karena program MTBS baru saja dimulai sehingga dalam wawancara dengan responden supervisi yang pernah dilakukan hanyalah sebatas diseminasi informasi tentang

MTBS dan melihat apakah MTBS telah dilakukan dan belum sampai ke taraf evaluasi tata laksana layanan MTBS apakah sudah sesuai pedoman Depkes tentang pemantauan MTBS.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aryawati (2002) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara supervisi dengan kepatuhan petugas terhadap standar pemeriksaan pasien ISPA di puskesmas se Kota Bandar Lampung tahun 2002.

Didalam program jaminan mutu Departemen Kesehatan di sebutkan bahwa supervisi diartikan sebagai proses pengendalian yang juga dapat digunakan untuk rencana tindak lanjut kegiatan serta diharapkan dapat memuaskan semua pihak, kegiatannya dapat berupa pengumpulan data (untuk mengukur tingkat kepatuhan), menemukan penyimpangan masalah terhadap standar yang telah ditetapkan, melakukan upaya mencari pemecahan masalah atau memberikan umpan balik yang bertujuan untuk memantau, memotivasi dan mengendalikan sesuatu agar sesuai dengan standar (Depkes, 1997).

Kaitannya dengan supervisi MTBS di Kabupaten Nagan Raya, maka supervisi yang pernah dilakukan oleh Dinas Kesehatan tidak secara terstruktur dan hasil supervisi tidak pernah di umpan balikkan ke pemegang program di puskesmas dan puskesmas pembantu. Padahal Borman (1993) mengemukakan bahwa seorang supervisor dituntut memiliki pengetahuan dan kemampuan tentang hal – hal yang akan di supervisinya, selain itu memiliki pengalaman yang memadai tentang hal tersebut. Pengalaman lebih besar dampaknya pada keahlian supervisor daripada pengetahuan supervisor, kemampuan juga lebih besar dampaknya pada pengetahuan supervisor daripada keahliannya.

6.4.4. Komitmen Pimpinan

Diyakini bahwa komitmen pimpinan di dalam sebuah organisasi sangat berpengaruh terhadap keberlangsungan sebuah program atau kegiatan. Komitmen pimpinan sangat dibutuhkan untuk memotivasi dan menggerakkan petugas agar

berpartisipasi dalam meningkatkan kualitas pelayanan khususnya pelayanan MTBS. Di dalam program jaminan mutu salah satu prinsipnya adalah adanya komitmen pimpinan agar program dapat berkesinambungan dan berjalan dengan baik.

Dalam penelitian ini komitmen pimpinan dipersepsikan cukup baik, dimana dari 97 petugas yang menjadi responden dalam penelitian ini 60,8% diantaranya mengatakan pimpinannya berkomitmen baik. Dari gambaran hasil penelitian juga di ketahui bahwa petugas yang komitmen pimpinannya baik proporsi kepatuhannya mencapai 66,1%. Dan petugas yang komitmen pimpinannya rendah proporsi kepatuhannya 23,7%. Dari hasil uji statistik diperoleh p value $0,0005 < 0,05$ sehingga dapat disimpulkan adanya hubungan yang signifikan antara komitmen pimpinan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Pudjiastuti (2001) yang juga menyatakan adanya hubungan bermakna antara komitmen pimpinan dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tatalaksana MTBS di puskesmas DKI Jakarta, dan di dukung juga oleh hasil penelitian Ariefien (2006) yang mengemukakan hal yang sama bahwa terdapat hubungan antara komitmen pimpinan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2005.

Hasil penelitian ini sesuai dengan sebuah survey yang dilakukan oleh Freeman (2007) dengan melibatkan 30.000 karyawan pada sebuah perusahaan di Amerika yang mengungkapkan bahwa hubungan – hubungan manajemen (komitmen, kebijakan, kepemimpinan) sangat mempengaruhi perilaku dan kinerja dari karyawan.

Bahkan didalam uji multivariat variabel komitmen pimpinan ini diperoleh OR 8,684 sehingga dapat diartikan bahwa pimpinan yang memiliki komitmen baik terhadap program MTBS maka petugas MTBS nya 8,7 kali lebih patuh dibandingkan dengan petugas yang komitmen pimpinannya tidak baik setelah dikontrol oleh variabel pendidikan,

beban kerja dan sarana prasarana. Oleh karena itu komitmen dan dukungan pimpinan yang baik sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kinerja dan perilaku petugas termasuk kepatuhan dalam menerapkan prosedur MTBS. Dari ke – 3 variabel yang memiliki hubungan bermakna dengan kepatuhan maka variabel yang paling dominan berpengaruh adalah komitmen pimpinan. Hal ini dapat di pahami karena berdasarkan amatan dan wawancara penulis dengan responden di Kabupaten Nagan Raya 60% lebih responden mengemukakan bahwa kepala puskesmasnya sering menyampaikan arahan dan berdiskusi dengan petugas MTBS dan hampir dalam setiap rapat bulanan puskesmas selalu membahas dan mengevaluasi pelaksanaan program MTBS.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data dan perhitungan statistik seperti yang di uraikan pada bab sebelumnya maka penelitian ini menghasilkan temuan sbb :

1. Dengan standar kepatuhan 80 % maka sebagian besar petugas puskesmas dan puskesmas pembantu di Kabupaten Nagan Raya tidak menerapkan prosedur MTBS secara benar saat melayani bayi dan balita. hal ini dapat mengakibatkan terjadinya missed opportunity (hilangnya kesempatan) atau drop out pelayanan yang akan meningkatkan risiko kematian bayi dan anak balita di Kabupaten Nagan Raya.
2. Bila dilihat dari faktor internal individu, proporsi tingkat kepatuhan petugas terhadap prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya lebih tinggi pada ; petugas yang berjenis kelamin perempuan, belum menikah, berpendidikan tinggi ($\geq D1$), usia muda (<32 tahun), masa kerja baru (≤ 10 tahun), tingkat pengetahuan tinggi, memiliki sikap baik, dan yang memiliki motivasi tinggi terhadap program MTBS.
3. Bila dilihat dari faktor eksternal individu (keorganisasian), proporsi tingkat kepatuhan petugas terhadap prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya lebih tinggi pada ; sarana dan prasarana yang cukup, petugas dengan beban kerja yang berat, supervisi yang kurang baik, dan komitmen pimpinan yang baik.
4. Faktor – faktor yang memiliki hubungan bermakna secara statistik dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya adalah faktor sarana dan prasarana, beban kerja, dan komitmen pimpinan.
5. Faktor yang paling dominan berhubungan dengan kepatuhan petugas dalam melaksanakan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya adalah ; komitmen pimpinan terhadap prosedur MTBS.

Berdasarkan temuan tersebut dapat di simpulkan bahwa kepatuhan petugas puskesmas dan puskesmas pembantu di Kabupaten Nagan Raya dalam menerapkan prosedur MTBS masih dibawah standar yang telah ditentukan dan dipengaruhi oleh faktor ketersediaan sarana dan prasarana, beban kerja, dan komitmen pimpinan dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008.

7.2. Saran

7.2.1. Kepada Petugas MTBS di Kabupaten Nagan Raya

1. Prosedur MTBS merupakan suatu upaya untuk standarisasi pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk memberikan pelayanan komprehensif kepada balita yang sakit dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, oleh karena itu semua petugas kesehatan agar menggunakan prosedur ini secara benar dan konsisten dalam melayani balita sakit yang berkunjung ke puskesmas dan puskesmas pembantu sehingga dapat menghindari terjadinya missed opportunity (hilangnya kesempatan) atau drop out pelayanan yang akan meningkatkan risiko kematian bayi dan anak balita di Kabupaten Nagan Raya.
2. Petugas kesehatan agar terus meningkatkan kemampuan dan ketrampilannya dalam menerapkan prosedur MTBS, sehingga prosedur MTBS ini tidak dianggap sebagai beban dalam memberikan pelayanan kepada balita namun merupakan kebutuhan yang harus dilaksanakan.

7.2.2. Kepada Pimpinan Puskesmas

1. Kepala puskesmas agar selalu mengevaluasi secara teratur pelaksanaan program MTBS di puskesmas.
2. Kepala puskesmas agar terus memfasilitasi petugas MTBS untuk lebih meningkatkan kemampuan dan ketrampilan dalam penerapan prosedur MTBS.

3. Kepala puskesmas agar dapat mendistribusikan beban kerja kepada semua staf puskesmas secara seimbang dan proporsional disertai dengan kejelasan tugas dan fungsi masing – masing bidang dan staf puskesmas disertai adanya sistem kompensasi yang baik terhadap petugas yang dapat menunjukkan kinerja yang baik dalam melaksanakan prosedur MTBS.
4. Kepala puskesmas agar selalu menjaga dan mengawasi kecukupan persediaan sarana dan prasarana untuk mendukung kontinuitas pelaksanaan program MTBS.

7.2.3. Kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Nagan Raya

1. Agar meningkatkan pembinaan dan pengawasan secara terencana dan terus menerus untuk peningkatan pelaksanaan program MTBS di Kabupaten Nagan Raya serta hasil temuan dilapangan segera ditindak lanjuti dan dilakukan umpan balik untuk meningkatkan motivasi petugas dan komitmen pimpinan puskesmas terhadap pelaksanaan MTBS.
2. Agar selalu memfasilitasi terjaganya kecukupan persediaan sarana dan prasarana yang mendukung pelaksanaan program MTBS di puskesmas dan puskesmas pembantu.
3. Agar secara reguler dilakukan pelatihan penyegaran kepada semua petugas MTBS sehingga kemampuan dan ketrampilan petugas MTBS di Kabupaten Nagan Raya dapat terus ditingkatkan.
4. Adanya sistem penghargaan dalam bentuk piagam penghargaan, pemilihan petugas MTBS teladan, atau pengakuan/pujian yang disampaikan dalam forum resmi kepada petugas yang telah melaksanakan MTBS secara benar dan dengan kepatuhan yang baik.
5. Selalu melakukan perbaikan kinerja dan kepatuhan petugas MTBS secara bertahap dengan menggunakan siklus PDCA (Plan – Do – Check – Act).

Rencanakan perbaikan program, implementasikan rencana, ujilah hasilnya kembali lalu lakukanlah penyesuaian sejauh perlu berdasarkan pada apa yang dipelajari dalam komponen sebelumnya. Lakukan berulang – ulang siklus tersebut untuk perbaikan rencana berikutnya

7.2.4. Bagi Peneliti Lain

1. Agar dilakukan penelitian lanjutan terhadap program MTBS dengan jumlah pengamatan sebanyak 5 kali sehingga dapat meminimalisir terjadinya bias dalam pengamatan pelaksanaan prosedur MTBS.
2. Agar dilakukan penelitian lanjutan terhadap program MTBS dengan jumlah sampel yang lebih proporsional yaitu 10 – 15 sampel untuk setiap variabel yang diteliti sehingga penelitian akan lebih valid.
3. Agar dilakukan penelitian lanjutan dengan memasukkan variabel – variabel lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini yaitu imbalan, tingkat sosial, asal usul demografi, komitmen masyarakat dan pemerintah sebagaimana disebutkan dalam teori Gibson (1987) dan Green (1980).
4. Agar dilakukan penelitian lanjutan dengan mengklasifikasikan variabel independen atas dasar bisa atau tidaknya variabel itu diintervensi dengan di dasari oleh kerangka teori yang mendukung untuk itu.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Alwi, Masnir, 2003
Analisis Kepatuhan Dokter Menulis Resep Berdasarkan Formularium di RS Dokter Muhammad Husin Palembang Tahun 2002, Tesis FKM-UI, Depok
- Arifien, Zainal, 2006.
Kepatuhan Petugas MTBS terhadap standar operasional prosedur (SOP) pendekatan MTBS dan faktor – faktor yang mempengaruhinya di kabupaten majalengka tahun 2005, Tesis Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Aryawati, Wayan, 2002.
Faktor – faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kepatuhan Petugas Terhadap Standar Pemeriksaan Pasien ISPA di Puskesmas se Kota Bandar Lampung Tahun 2002, Tesis Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Azwar, Azrul, 1996.
Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta
- Borman, WC, et al, 1993
Role of Early Supervisory Experience in Supervisor Performance, *Journal of Applied Psychologi*. Washington, vol 78. p.443 Dari Proquest : <http://www.proquest.com>, [14 Nopember 2008]
- Budijanto, Didik dkk, 2006
Upaya Peningkatan Manajemen (Penatalaksanaan) Pertolongan Persalinan Dan Pasca Persalinan Oleh Bidan Di Runtah Dan Fasilitas Kesehatan, www.p3skk.litbang.depkes.go.id
- Chenhall, Robert H and K.J. Euske, 2006
The role of management control systems in planned organizational change: An analysis of two organizations, <http://www.sciencedirect.com>, Department of Accounting and Finance Monash University, Australia [15 April 2008]
- Cihák, Martin and Richard Podpier, 2008
Integrated financial supervision: Which model ? <http://www.sciencedirect.com>, International Monetary Fund, European Department, Washington USA [16 April 2008]
- Dinkes. NAD, 2006
Profil Kesehatan NAD 2005, Dinkes NAD, Banda Aceh
- Depdiknas, 2005
Kamus Besar Bahasa Indonesia. Balai Pustaka, Jakarta

- Depkes RI, 1992
Kurikulum Program Pendidikan Bidan, Depkes RI, Jakarta
- _____, 1997
Pelatihan Dan Pendekatan Untuk Pemecahan Masalah Dalam Pengembangan Jaminan Mutu, Pusat Pendidikan Dan Pelatihan Pegawai, Jakarta
- _____, 2006
Rencana Strategis Departemen Kesehatan Tahun 2005 – 2009, Depkes RI, Jakarta
- _____, 2006
Manajemen Terpadu Balita Sakit, Pengantar. Depkes RI, Jakarta
- _____, 2006
Profil Kesehatan Indonesia 2005. Depkes RI, Jakarta
- _____, 2006
Pedoman Penerapan MTBS di Puskesmas, Depkes RI, Jakarta
- Freeman, Richard B, et. Al, 2007
The same yet different: Worker reports on labour practices and outcomes in a single firm across countries, <http://www.sciencedirect.com> Harvard University, Cambridge USA [16 April 2008]
- Gaspersz, Vincent. 2005.
Total Quality Management. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- _____, 2006
ISO 9001 : 2000 And Continual Quality Improvement, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Gibson, Ivancevich, Donnnelly, 1996.
Organisasi : Prilaku, Struktur dan Proses Edisi kelima, Erlangga, Jakarta
- Glanz, Karen, et. al, 1990.
Health Behavior and Health Education : Theory, Research and Practice, Jossey – Bass Publishers, Oxford San Fransisco
- Green, W. Lawrence, et.al, 1980
Health Education Planning, A Diagnostic Approach, Mayfield Publishing Company, Palo Alto, California
- Gunawan. N, 1996.
Konsep Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dasar, Depkes RI, Jakarta

- Hastono. S.P, 2007.
Analisis Data Kesehatan, FKM – UI, Jakarta
- Ilyas.Y, 2001.
Kinerja, Teori, Penilaian dan Penelitian, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI, Jakarta
- Irawan, R, 2003
Faktor – faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Petugas Terhadap Cara Pemberian Imunisasi Campak Sesuai Dengan SOP Imunisasi di Kabupaten Majalengka Tahun 2002, Tesis FKM UI, Depok
- Lameshow. et.al. 1997.
Adequacy of Sample Size in Health Studies, WHO, John Wiley and Sons, New York
- Notoatmodjo. Soekidjo, 1993
Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan, Andi Offset, Yogyakarta
- _____, 2003
Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip –Prinsip Dasar, Rineka Cipta, Jakarta
- _____, 2005
Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi, Rineka Cipta, Jakarta
- Nurhayati, Euis, 1997
Faktor – faktor yang berhubungan dengan perilaku kepatuhan petugas kesehatan dalam pencegahan infeksi nasokomial luka operasi di bagian bedah RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, Tesis FKM UI, Depok
- Ogaard, Torvald. et al, 2007
Perception of organizational structure in the hospitality industry: Consequences for commitment job satisfaction and perceived performance, <http://www.sciencedirect.com>, University of Stavanger Norway [16 April 2008]
- Orzano, AJ, et al, 2008
Health Care Management Review, Frederick, vol 33, Iss .1 ; pg 21
Dari Proquest : <http://www.proquest.com>, [14 Nopember 2008]
- Pearlberg, LE, 2004
International Public Management Journal. Stanford, vol 10, Iss.2 ; pg 201.
Dari Proquest : <http://www.proquest.com>, [14 Nopember 2008]
- Pinem, Lusiana, 2007
Faktor – faktor yang berhubungan dengan kepatuhan petugas puskesmas menerapkan pedoman dalam penggunaan obat rasional di Kabupaten Purwakarta Tahun 2007, Tesis FKM UI, Depok

- Pohan. Imbalo S, 2003
Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar – dasar Pengertian, Kesaint Blanc, Bekasi
- Pratono, Hari et. Al, 2008
Evaluasi Pelaksanaan MTBS di puskesmas Kabupaten Tanah Laut 2008, <http://www.google.com>, Working Paper Series No.3, KMPK UGM Yokyakarta [7 April 2008]
- Pudjiastuti. Wiwiek, 2002
Analisis Kepatuhan Petugas Puskesmas Terhadap Tatalaksana Manajemen Terpadu Balita Sakit Di Puskesmas DKI Jakarta Tahun 2001, Tesis Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok
- Pratiknya. A.W, 1986
Rancangan Penelitian Cross Sectional, dalam : Buku – Buku Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan, Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Robbins, S, P, 2003
Pritaku Organisasi Edisi kesepuluh, Gramedia , Jakarta
- Robert J, Ramsay, 2004.
Senior/manager differences in audit workpaper review performance. <http://proquest.umi.com>, Chicago [16 April 2008]
- Rogers. Everett M, et. al, 1971.
Communication of Innovations : A Cross – Cultural Approach , The Free Press, New York
- Rosidin, Yusuf, 2001.
Faktor – faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Bidan di Desa Kabupaten Karawang Tahun 2001, Tesis FKM – UI, Depok
- Ross. Helen. S & Paul R Mico, 1980.
Theory and Practice In Health Education, Mayfield Publishing Company, Palo Alto California
- Safrizal, 2002
Analisis Kepatuhan Dokter Puskesmas terhadap Pedoman Pengobatan dalam Penggunaan Antibiotik di Kota Jambi Tahun 2002, Tesis FKM-UI, Depok
- Sarwono. Sarlito, 1997
Sosiologi Kesehatan, Gajah Mada University Press. Yogyakarta

- Siagian. SP, 1992
Organisasi, Kepemimpinan, & Perilaku Administrasi, CV. Haji Masagung. Jakarta.
- _____, 1995
Bunga Rampai Manajemen Modern, Toko Gunung Agung. Jakarta.
- Siemsen, Enno. et. Al, 2007.
How motivation, opportunity, and ability drive knowledge sharing: The constraining-factor model, <http://www.sciencedirect.com>, University of North Carolina at Chapel Hill, USA [18 April 2008]
- Soeprihanto. John, 2000
Penilaian Kinerja dan Pengembangan Karyawan, BPFE. Yogyakarta.
- Steiners and Berelson. 1964
Human Behavior, an Inventory of Scientific Findings, Harcourt, Brace & World Inc. New York.
- Stoner. James AF, et. Al. 1995
Management, Prentice – Hall, Inc. New Jersey.
- Thoha, Miftah, 2004
Kepemimpinan Dalam Manajemen, PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Tjerita, Sang Ayu Made, 2000
Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Terhadap Standar Operasional Program Imunisasi (Pelaksanaan BIAS di Kab. Grobogan Jawa Tengah) Tahun 2000, Tesis FKU – UI, Depok
- Usmayarni, Ida, 2004
Analisis Efektifitas Biaya Penanganan Penyakit Pneumonia Pada Puskesmas MTBS dan Puskesmas Non MTBS di Kabupaten Tanah Datar Tahun 2003, Tesis FKM UI. Depok.
- WHO, Uniceff, 1995
Integrated Management of The Sick Child, WHO, Geneva
- Widaningrum, Christina, 2003
Faktor – faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Petugas Kusta Terhadap Standar Penalaksanaan Penderita Kusta di Puskesmas Kabupaten Bekasi Tahun 2003, Tesis FKM - UI, Depok
- Wijono, Djoko, 1999
Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Teori, Strategi, dan Aplikasi. Airlangga University Press, Surabaya
- Winardi. J. 2004
Manajemen Prilaku Organisasi, Prenada Media, Jakarta

World Disaster Reduction Campaign, 2008

About Integrated Management of Childhood Illness (IMCI),

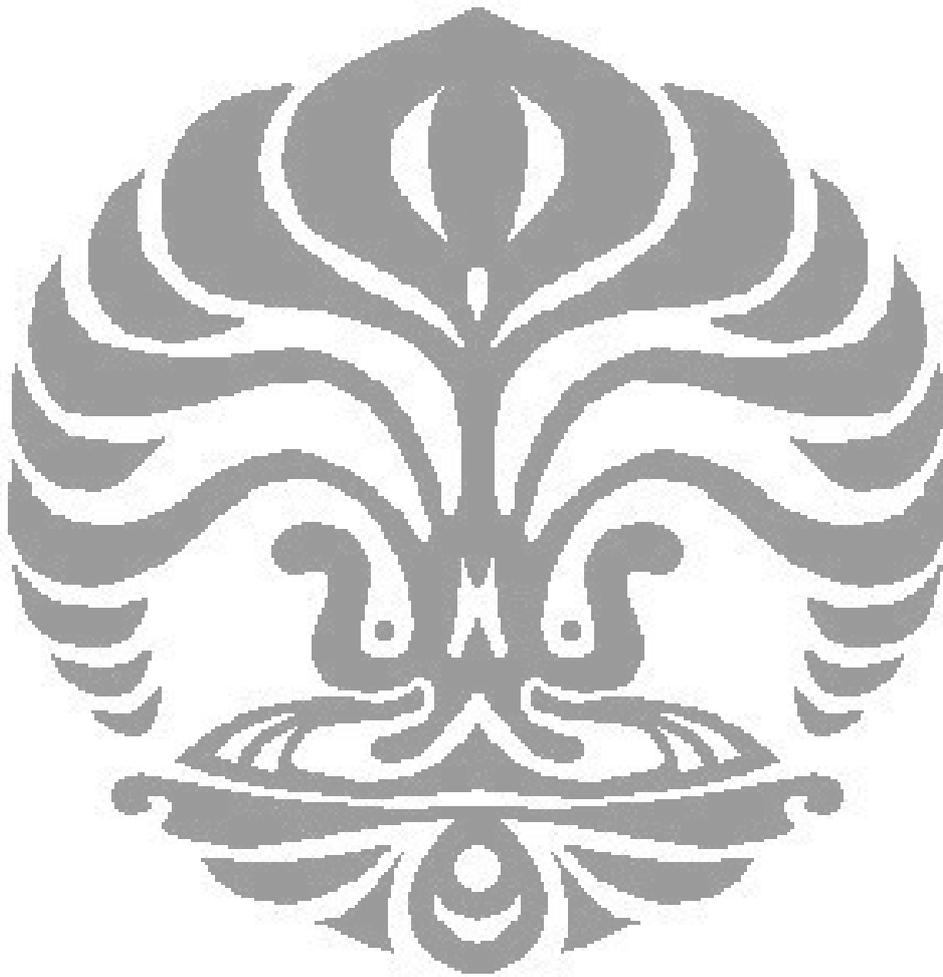
<http://www.safehospitals.info.com>, Hospitals Safe From Disasters [7 April 2008]

Wouters, Marc and Celeste Wilderom, 2007

Developing performance-measurement systems as enabling formalization:

A longitudinal field study of a logistics department,

<http://www.sciencedirect.com>, University of Twente, The Netherlands [15 April 2008]



Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner
Variabel Sikap Responden Terhadap Kepatuhan Dalam Menerapkan Prosedur MTBS
di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008

No	PERNYATAAN	P Value	Ket.
1.	Saya merasa enggan mengerjakan anamnesa seperti yang ada dalam MTBS karena rumit dan perlu waktu yang lama	0,419	Valid
2.	Saya merasa enggan melakukan pemeriksaan fisik pada pasien sesuai dengan prosedur MTBS karena sangat sulit dan perlu waktu yang lama	0,409	Valid
3.	Dengan MTBS saya dapat melayani balita yang sakit dengan lebih baik dan teratur langkah – langkahnya	0,583	Valid
4.	Saya pikir, menanyakan semua anamnesa yang ada dalam MTBS sangat diperlukan untuk menetapkan klasifikasi penyakit dan tindakan yang harus dilakukan	0,798	Valid
5.	Saya pikir, pemeriksaan fisik seperti yang ada dalam MTBS sangat diperlukan dalam pelayanan terhadap penderita	0,499	Valid
6.	Saya pikir, klasifikasi penyakit sangat diperlukan dalam prosedur MTBS sebagai dasar untuk menentukan tindakan	0,787	Valid
7.	Saya merasa senang dapat menerapkan MTBS saat melayani balita yang sakit	0,541	Valid
8.	Saya merasa berkewajiban menanyakan semua anamnese seperti yang ada dalam prosedur MTBS	0,619	Valid
9.	Saya merasa berkewajiban melakukan pemeriksaan fisik seperti yang ada dalam prosedur MTBS	0,760	Valid
10.	Saya merasa berkewajiban melakukan klasifikasi penyakit seperti yang ada dalam prosedur MTBS	0,738	Valid
11.	Saya harus menerapkan MTBS secara benar agar mutu pelayanan di puskesmas ini dapat menjadi lebih baik	0,800	Valid
	Crombach's Alpha	0,891	Reliabel

Keterangan :
r tabel = 0,361

**Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner
Variabel Pengetahuan Responden Berdasarkan Kepatuhan Terhadap Prosedur
MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008**

No.	Pertanyaan	P Value	Ket.
1.	Dalam Bagan MTBS, seorang anak di klasifikasikan pneumonia apabila terdapat gejala – gejala	0,500	Valid
2.	Dalam Bagan MTBS, seorang anak di klasifikasikan pneumonia berat apabila terdapat gejala – gejala	0,596	Valid
3.	Dalam Bagan MTBS, seorang anak di klasifikasikan dehidrasi ringan atau dehidrasi sedang apabila terdapat gejala – gejala	0,711	Valid
4.	Dalam Bagan MTBS, seorang anak di klasifikasikan dehidrasi berat apabila terdapat gejala – gejala	0,816	Valid
5.	Pendekatan MTBS mencakup usia	0,500	Valid
6.	Pada pendekatan MTBS dipakai istilah	0,648	Valid
7.	Pada bagan MTBS, pemeriksaan kulit perut untuk mengetahui turgor, dikategorikan sangat lambat apabila kembalinya lebih dari	0,648	Valid
8.	Digolongkan kepada diare persisten apabila diare berlangsung	0,859	Valid
9.	Anak balita digolongkan menderita demam apabila	0,816	Valid
10.	Dalam SOP MTBS, bila seorang anak sakit dengan klasifikasi manakah dibawah ini yang memerlukan antibiotik sebelum di rujuk	0,859	Valid
	Crombach's Alpha	0,906	Reliabel

Keterangan :
r tabel = 0,361

Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner
Variabel Motivasi Responden Terhadap Kepatuhan Dalam Menerapkan Prosedur
MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008

No	PERNYATAAN	P value	Ket.
1.	Saya bekerja semata – mata hanya mencari upah (uang) yang adil dan layak	0,589	Valid
2.	Pimpinan memberikan kemudahan untuk mengembangkan diri dengan ikut seminar, pelatihan dan pendidikan lanjut	0,374	Valid
3.	Pimpinan mampu menciptakan hubungan kerja yang menyenangkan	0,441	Valid
4.	Saya merasa cukup nyaman bertugas dibagian MTBS	0,584	Valid
5.	Saya bekerja diterima oleh kelompok atau teman – teman saya	0,748	Valid
6.	Saya mengalami pertentangan dalam melaksanakan tugas dan pekerjaan karena adanya perlakuan yang berbeda – bedakan dari pimpinan	0,692	Valid
7.	Saya bekerja dalam kondisi yang baik dan menyenangkan	0,672	Valid
8.	Saya berkeinginan untuk menjadi petugas MTBS terbaik di Kabupaten Nagan Raya	0,709	Valid
9.	Sikap dan perilaku pimpinan terhadap bawahan memberikan rangsangan untuk membangkitkan gairah kerja	0,740	Valid
10.	Saya merasa cukup puas terhadap penilaian prestasi kerja di puskesmas ini selama ini	0,802	Valid
11.	Insentif yang saya terima sebagai pengelola MTBS selama ini sudah cukup memadai	0,764	Valid
12.	Sebagai pengelola MTBS saya mendapatkan kemudahan dalam proses kenaikan pangkat	0,753	Valid
13.	Sebagai pengelola MTBS saya mendapatkan penghargaan dan dorongan dari pimpinan	0,495	Valid
	Crombach's Alpha	0,901	Reliabel

Keterangan :
r tabel = 0,361

Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner
Variabel Komitmen Pimpinan Terhadap Kepatuhan Petugas Dalam Menerapkan
Prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008

No	PERNYATAAN	P Value	Ket.
1.	Kepala puskesmas sering menyampaikan arahan dan petunjuk teknis dalam penerapan MTBS	0,761	Valid
2.	Kepala puskesmas memberikan kesempatan kepada saya untuk mengembangkan kemampuan yang didapat dalam pelatihan untuk penerapan MTBS	0,586	Valid
3.	Kepala puskesmas mengevaluasi secara teratur terhadap penerapan MTBS di puskesmas	0,829	Valid
4.	Kepala puskesmas mengadakan rapat/pertemuan secara rutin untuk membahas masalah yang berhubungan dengan penerapan MTBS di puskesmas ?	0,829	Valid
5.	Saya sering berdiskusi dengan kepala puskesmas agar penerapan MTBS di puskesmas dapat lebih baik	0,737	Valid
	Crombach's Alpha	0,898	Reliabel

Keterangan :
r tabel = 0,361

Rekapitulasi Hasil Uji Chi Square

No	Variabel	Kepatuhan			P Value	95 % CI	OR	Keterangan
		Patuh	Tdk Patuh	Total				
1.	Jenis Kelamin Perempuan Laki – laki	47 (50,5 %) 1 (25,0 %)	46 (49,5 %) 3 (75,0 %)	93 (100 %) 4 (100 %)	0,617	0,308 – 30,554	3,065	Tidak Ada Hubungan
2.	Status Perkawinan Menikah Belum Menikah	46 (49,5 %) 2 (50,0 %)	47 (50,5 %) 2 (50,0 %)	93 (100 %) 4 (100 %)	1,000	0,132 – 7,244	0,979	Tidak Ada Hubungan
3.	Pendidikan Tinggi Rendah	38 (56,7 %) 10 (33,3 %)	29 (43,3 %) 20 (66,7 %)	67 (100 %) 30 (100 %)	0,056	1,066 – 6,445	2,621	Ada Hubungan
4.	Usia Tua Muda	20 (43,5 %) 28 (54,9 %)	26 (56,5 %) 23 (45,1 %)	46 (100 %) 51 (100 %)	0,357	0,283 – 1,410	0,632	Tidak Ada Hubungan
5.	Masa Kerja Lama Baru	30 (45,5 %) 18 (58,1 %)	36 (54,5 %) 13 (41,9 %)	66 (100 %) 31 (100 %)	0,347	0,254 – 1,426	0,602	Tidak Ada Hubungan
6.	Pengetahuan Tinggi Rendah	33 (52,4 %) 15 (44,1 %)	30 (47,6 %) 19 (55,9 %)	63 (100 %) 34 (100 %)	0,573	0,603 – 3,222	1,393	Tidak Ada Hubungan
7.	Sikap Baik Buruk	27 (50,9 %) 21 (47,7 %)	26 (49,1 %) 23 (52,3 %)	53 (100 %) 44 (100 %)	0,911	0,511 – 2,531	1,137	Tidak Ada Hubungan
8.	Motivasi Tinggi Rendah	27 (52,9 %) 21 (45,7 %)	24 (47,1 %) 25 (54,3 %)	51 (100 %) 46 (100 %)	0,608	0,602 – 2,979	1,339	Tidak Ada Hubungan
9.	Sarana dan Prasarana Cukup Kurang	38 (55,1 %) 10 (35,7 %)	31 (44,9 %) 18 (64,3 %)	69 (100 %) 28 (100 %)	0,133	0,891 – 5,465	2,206	Tidak Ada Hubungan
10.	Beban Kerja Ringan Berat	37 (45,1 %) 11 (73,3 %)	45 (54,9 %) 4 (26,7 %)	82 (100 %) 15 (100 %)	0,053	0,088 – 1,017	0,299	Ada Hubungan
11.	Supervisi Baik Kurang Baik	5 (35,7 %) 43 (51,8 %)	9 (64,3 %) 40 (48,2 %)	14 (100 %) 83 (100 %)	0,409	0,160 – 1,673	0,517	Tidak Ada Hubungan
12.	Komitmen Pimpinan Baik Rendah	39 (66,1 %) 9 (23,7 %)	20 (33,9 %) 29 (76,3 %)	59 (100 %) 38 (100 %)	0,0005	2,449 – 15,796	6,283	Ada Hubungan

Keterangan :

Dengan Uji Chi Square, variabel yang memiliki hubungan yang signifikan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan Prosedur MTBS adalah :

1. Variabel Pendidikan
2. Beban Kerja
3. Variabel Komitmen Pimpinan

Hasil Seleksi Bivariat Variabel Independen Kategorik

No	Variabel	P Value	Keterangan
1.	Jenis Kelamin	0,306	-
2.	Status Perkawinan	0,983	-
3.	Pendidikan	0,032	+
4.	Usia	0,261	-
5.	Masa Kerja	0,246	+
6.	Beban Kerja	0,041	+
7.	Pengetahuan	0,437	-
8.	Sikap	0,752	-
9.	Supervisi	0,262	-
10.	Motivasi	0,473	-
11.	Komitmen Pimpinan	0,0005	+
12.	Sarana dan prasarana	0,082	+

Hasil Akhir Pada Uji Multivariat :

Hasil Awal :

No	Variabel	P Value	OR	Keterangan
1.	Pendidikan	0,374	1,656	Dikeluarkan dengan melihat OR
2.	Masa Kerja	0,211	0,511	
3.	Beban Kerja	0,006	0,113	
4.	Komitmen Pimpinan	0,0005	8,604	
5.	Sarana dan Prasarana	0,048	3,139	

Kemudian dikeluarkan secara bertahap variabel yang P value > 0,05 sbb :

Tahap 1 : Dikeluarkan variabel pendidikan ternyata terjadi perubahan OR pada variabel beban kerja > 10 %, sehingga dimasukkan lagi.

Tahap 2 : Dikeluarkan variabel masa kerja. Tidak terjadi perubahan OR > dari 10 %.

Sehingga hasil akhir adalah sbb :

No	Variabel	P Value	OR	Keterangan
1.	Pendidikan	0,403	1,589	Konfounding
2.	Beban Kerja	0,010	0,136	Berhubungan bermakna
3.	Komitmen Pimpinan	0,0005	8,684	Berhubungan bermakna
4.	Sarana dan Prasarana	0,037	3,333	Berhubungan bermakna

Cut Off Point yang digunakan adalah sbb :

Variabel Dependen (Kepatuhan) :

- Patuh : $\geq 80\%$
- Tidak Patuh : $< 80\%$

Variabel Independen :

1. Jenis Kelamin
 1. Laki – laki
 2. Perempuan
2. Status Perkawinan
 1. Menikah
 2. Belum Menikah
3. Pendidikan
 1. $\geq D1$
 2. $< D1$
4. Umur
 1. ≥ 32 tahun (Nilai Mean)
 2. < 32 tahun
5. Lama Kerja
 1. ≥ 10 tahun (Nilai Mean)
 2. < 10 tahun
6. Pengetahuan
 1. Baik $\geq 90\%$ (Nilai Median)
 2. Rendah $< 90\%$
7. Sikap
 1. Baik $\geq 81\%$ (Nilai Mean)
 2. Kurang Baik $< 81\%$
8. Motivasi
 1. Baik $\geq 69\%$ (Nilai Mean)
 2. Rendah $< 69\%$
9. Beban Kerja
 1. Ringan ≤ 2
 2. Berat > 2
10. Supervisi
 1. Baik ≥ 2 kali
 2. Kurang Baik < 2 kali
11. Komitmen Pimpinan
 1. Baik $\geq 75\%$ (Nilai Median)
 2. Rendah $< 75\%$
12. Sarana dan Prasarana
 1. Cukup $\geq 79\%$ (Median)
 2. Kurang $< 70\%$

LEMBAR KUESIONER
KAJIAN FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEPATUHAN
PETUGAS PUSKESMAS DAN PUSKESMAS PEMBANTU TERHADAP
PENERAPAN PROSEDUR MTBS DI KABUPATEN NAGAN RAYA TAHUN 2008

KETERANGAN WAWANCARA *) :

- 1.No. Urut Responden :
- 2.Nama Pewawancara :
- 3.Hari dan Tanggal Wawancara :
- 4.Hasil Kunjungan Wawancara :
- a. Wawancara lengkap
 - b. Wawancara tidak lengkap
 - c. Perlu wawancara ulang
 - d. Menolak untuk di wawancara
- Catatan dari pewawancara :
5. Nama Puskesmas/Pustu :
6. Kecamatan :
7. Kabupaten : Nagan Raya

*) Di isi oleh peneliti.

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN :

1. Nama Responden :
2. Umur Responden : tahun
3. Jenis Kelamin : 1. Laki – laki 2. Perempuan
4. Status Perkawinan : 1. Menikah 2. Belum Menikah
5. Lama Bertugas di Puskesmas /masa kerja : tahun bulan
6. Pendidikan terakhir responden :
 - a. Dokter
 - b. S1 Keperawatan
 - c. D3 Keperawatan
 - d. D3 Kebidanan
 - e. D1 Kebidanan
 - f. Sekolah Perawat Kesehatan
 - g. Lain, Sebutkan
7. Selain MTBS apakah anda mempunyai tugas dan tanggung jawab program lain ? :
 - a. Ya
 - b. Tidak

Bila ya sebutkan :

 - 1..... 4.....
 - 2..... 5.....
 - 3.....

B. PENGETAHUAN

Pilih salah satu jawaban yang dianggap paling tepat

1. Dalam Bagan MTBS, seorang anak di klasifikasikan **pneumonia** apabila terdapat gejala – gejala :
 - a. Adanya tanda bahaya umum
 - b. Adanya tarikan dinding dada ke dalam
 - c. Stridor
 - d. Nafas cepat
 - e. Tidak tahu
2. Dalam Bagan MTBS, seorang anak di klasifikasikan **pneumonia berat** apabila terdapat gejala – gejala :
 - a. Adanya tanda bahaya umum, tarikan dinding dada ke dalam, dan stridor
 - b. Adanya tanda bahaya umum dan nafas cepat
 - c. Nafas cepat, adanya stridor tapi tanpa tanda bahaya umum
 - d. Nafas cepat, tanda bahaya umum tapi tanpa adanya stridor
 - e. Tidak tahu
3. Dalam Bagan MTBS, seorang anak di klasifikasikan **dehidrasi ringan atau dehidrasi sedang** apabila terdapat gejala – gejala :
 - a. Gelisah, rewel, mudah marah, mata cekung, anak haus dan minum dengan lahap
 - b. Gelisah, rewel, mudah marah, mata cekung, dan tidak bisa minum atau malas minum
 - c. Letargis/tidak sadar, mata cekung, dan tidak bisa minum atau malas minum
 - d. Letargis/tidak sadar, mata cekung, anak haus, dan minum dengan lahap
 - e. Tidak tahu
4. Dalam Bagan MTBS, seorang anak di klasifikasikan **dehidrasi berat** apabila terdapat gejala – gejala :
 - a. Letargis/tidak sadar, mata cekung, dan tidak bisa minum atau malas minum
 - b. Letargis/tidak sadar, mata cekung, anak haus, dan minum dengan lahap
 - c. Gelisah, rewel, mudah marah, mata cekung, anak haus, dan minum dengan lahap
 - d. Gelisah, rewel, mudah marah, mata cekung, dan tidak bisa minum atau malas minum
 - e. Tidak tahu
5. Pendekatan MTBS mencakup usia :
 - a. 0 hari – 5 tahun
 - b. 0 hari – 2 tahun
 - c. 2 – 5 tahun
 - d. 7 hari – 2 tahun
 - e. Tidak tahu
6. Pada pendekatan MTBS dipakai istilah :
 - a. Diagnosis
 - b. Klasifikasi
 - c. Prognosis dan klasifikasi
 - d. Diagnosis dan klasifikasi
 - e. Tidak tahu
7. Pada bagan MTBS, pemeriksaan kulit perut untuk mengetahui turgor, dikategorikan sangat lambat apabila kembalinya lebih dari :
 - a. 2 detik
 - b. 3 detik
 - c. 4 detik
 - d. 5 detik
 - e. Tidak tahu
8. Digolongkan kepada diare persisten apabila diare berlangsung :
 - a. 5 hari atau lebih
 - b. 7 hari atau lebih
 - c. 10 hari atau lebih
 - d. 14 hari atau lebih
 - e. Tidak tahu
9. Anak balita digolongkan menderita demam apabila :
 - a. Suhu 37,5 °C atau lebih
 - b. Teraba panas
 - c. Ibunya mengatakan panas (anamnesis)
 - d. Teraba panas, anamnesis dan suhu 37,5 °C atau lebih
 - e. Tidak tahu

10. Dalam SOP MTBS, bila seorang anak sakit dengan klasifikasi manakah dibawah ini yang **memerlukan antibiotik** sebelum di rujuk :

- a. Demam berdarah dengue c. Mastoiditis e. Tidak tahu
b. Malaria d. Diare dengan dehidrasi

C. SIKAP

Pilih salah satu jawaban yang dianggap sangat tepat dengan pilihan sbb :

- a. SS = Sangat Setuju c. TS = Tidak Setuju
b. S = Setuju d. STS = Sangat Tidak Setuju

No	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
1.	Saya merasa enggan mengerjakan anamnesa seperti yang ada dalam MTBS karena rumit dan perlu waktu yang lama				
2.	Saya merasa enggan melakukan pemeriksaan fisik pada pasien sesuai dengan prosedur MTBS karena sangat sulit dan perlu waktu yang lama				
3.	Dengan MTBS saya dapat melayani balita yang sakit dengan lebih baik dan teratur langkah -- langkahnya				
4.	Saya pikir, menanyakan semua anamnesa yang ada dalam MTBS sangat diperlukan untuk menetapkan klasifikasi penyakit dan tindakan yang harus dilakukan				
5.	Saya pikir, pemeriksaan fisik seperti yang ada dalam MTBS sangat diperlukan dalam pelayanan terhadap penderita				
6.	Saya pikir, klasifikasi penyakit sangat diperlukan dalam prosedur MTBS sebagai dasar untuk menentukan tindakan				
7.	Saya merasa senang dapat menerapkan MTBS saat melayani balita yang sakit				
8.	Saya merasa berkewajiban menanyakan semua anamnese seperti yang ada dalam prosedur MTBS				
9.	Saya merasa berkewajiban melakukan pemeriksaan fisik seperti yang ada dalam prosedur MTBS				
10.	Saya merasa berkewajiban melakukan klasifikasi penyakit seperti yang ada dalam prosedur MTBS				
11.	Saya harus menerapkan MTBS secara benar agar mutu pelayanan di puskesmas ini dapat menjadi lebih baik				

D. SUPERVISI

Pilih salah satu jawaban yang dianggap sangat tepat :

- Apakah Tim MTBS Kabupaten (selanjutnya disebut supervisor) melakukan kegiatan supervisi atau pemantauan MTBS ke puskesmas saudara ?
 - Ya
 - Tidak
- Bila ya, berapa kali saudara di supervisi dalam 6 bulan terakhir ?
 - 1 kali
 - 2 kali
 - lebih dari 2 kali
- Bila ya, apakah supervisor tersebut pada akhir kegiatan melakukan :
 - Memberi bimbingan teknis
 - Memberi umpan balik
 - Mencari faktor pendorong dan penghambat
 - Lain – lain sebutkan

E. MOTIVASI

Pilih salah satu jawaban yang dianggap sangat tepat dengan pilihan sbb :

- a. SS = Sangat Setuju c. TS = Tidak Setuju
b. S = Setuju d. STS = Sangat Tidak Setuju

No	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
1.	Saya bekerja semata – mata hanya mencari upah (uang) yang adil dan layak				
2.	Pimpinan memberikan kemudahan untuk mengembangkan diri dengan ikut seminar, pelatihan dan pendidikan lanjut				
3.	Pimpinan mampu menciptakan hubungan kerja yang menyenangkan				
4.	Saya merasa cukup nyaman bertugas dibagian MTBS				
5.	Saya bekerja diterima oleh kelompok atau teman – teman saya				
6.	Saya mengalami pertentangan dalam melaksanakan tugas dan pekerjaan karena adanya perlakuan yang membeda – bedakan dari pimpinan				
7.	Saya bekerja dalam kondisi yang baik dan menyenangkan				
8.	Saya berkeinginan untuk menjadi petugas MTBS terbaik di Kabupaten Nagan Raya				
9.	Sikap dan perilaku pimpinan terhadap bawahan memberikan rangsangan untuk membangkitkan gairah kerja				
10.	Saya merasa cukup puas terhadap penilaian prestasi kerja di puskesmas ini selama ini				
11.	Insentif yang saya terima sebagai pengelola MTBS selama ini sudah cukup memadai				
12.	Sebagai pengelola MTBS saya mendapatkan kemudahan dalam proses kenaikan pangkat				
13.	Sebagai pengelola MTBS saya mendapatkan penghargaan dan dorongan dari pimpinan				

F. KOMITMEN PIMPINAN

No	PERNYATAAN	SS	S	TS	STS
1.	Kepala puskesmas sering menyampaikan arahan dan petunjuk teknis dalam penerapan MTBS				
2.	Kepala puskesmas memberikan kesempatan kepada saya untuk mengembangkan kemampuan yang didapat dalam pelatihan untuk penerapan MTBS				
3.	Kepala puskesmas mengevaluasi secara teratur terhadap penerapan MTBS di puskesmas				
4.	Kepala puskesmas mengadakan rapat/pertemuan secara rutin untuk membahas masalah yang berhubungan dengan penerapan MTBS di puskesmas ?				
5.	Saya sering berdiskusi dengan kepala puskesmas agar penerapan MTBS di puskesmas dapat lebih baik				

TERIMA KASIH

Faktor – faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Petugas Puskesmas dan Pustu Dalam Menerapkan Prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008

Hasil Uji Univariat Variabel Numerik :

No	Variabel	Mean	Median	SD	Min - Max	95 % CI	Nilai Skewness	Bentuk Distribusi
1.	Umur	32,06	31,00	4,472	24 - 45	67,65 – 73,81	- 3,75	Normal
2.	Masa Tugas	10,20	10,80	4,691	1 - 20	9,26 – 11,15	- 0,26	Normal
3.	Beban Kerja	1,45	1,00	0,750	1 - 3	1,30 – 1,60	5,28	Tidak Normal
4.	Pengetahuan	84,34	90,00	13,359	26 - 100	81,65 – 87,03	- 5,77	Tidak Normal
5.	Sikap	81,54	82,00	8,565	64 - 97	79,71 – 83,16	- 0,18	Normal
6.	Supervisi	0,62	0,00	0,728	0 - 2	0,47 – 0,77	2,99	Tidak Normal
7.	Motivasi	69,19	71,00	7,092	43 - 95	67,84 - 70,70	- 0,28	Normal
8.	Komitmen Pimpinan	70,77	75,00	15,279	14 - 100	67,65 – 73,81	- 3,74	Tidak Normal
9.	Sarana dan Prasarana	74,82	79	17,816	16 - 97	71,23 – 78,42	- 4,66	Tidak Normal

Keterangan :

Untuk Pemakaian Sebagai Cut Off Point adalah :

- Distribusi Normal = pakai **Mean** (karena mean dipengaruhi oleh nilai ekstrim)
- Distribusi Tidak Normal = pakai **Median** (karena median tidak dipengaruhi oleh nilai ekstrim)

**DAFTAR TILIK UNTUK FASILITAS PENUNJANG MTBS
DINAS KESEHATAN KABUPATEN NAGAN RAYA TAHUN 2008**

Tanggal :
Puskesmas/Pustu :
Pengamat :

I. TEMPAT DAN PERALATAN MTBS		Ya	Tdk
1.	Tempat Pemeriksaan dan peralatan		
1.1	Adakah cukup tempat untuk pemeriksaan ?		
1.2	Adakah cukup meja dan kursi untuk pemeriksaan ibu dan balita ?		
1.3	Adakah timbangan berfungsi baik ?		
1.4	Adakah timer untuk ISPA atau arloji biasa ?		
1.5	Apakah tersedia bagan MTBS ?		
1.6	Apakah buku KIA / KMS balita cukup tersedia ?		
1.7	Adakah formulir pencatatan MTBS cukup tersedia ?		
1.8	Adakah termometer badan tersedia dan berfungsi ?		
1.9	Tensi meter dan manset anak		
1.10	Rapid Diagnostic Test (RDT)		
2.	Pojok Oralit		
2.1	Apakah balita dengan dehidrasi ringan /sedang mendapat oralit ?		
2.2	Adakah meja tempat oralit dan kursi untuk ibu balita ?		
2.3	Apakah tersedia cukup air matang untuk balita yang sedang mendapat terapi cairan ?		
2.4	Apakah tersedia cangkir / gelas, sendok, tempat air ?		
2.5	Apakah tersedia tempat pembuangan faeces untuk balita yang sedang mendapat terapi cairan ?		
2.6	Apakah oralit tersedia setiap hari ?		
3.	Pojok Gizi		
3.1	Apakah tersedia contoh makanan seimbang ?		
3.2	Apakah tersedia cukup KMS balita ?		
3.3	Apakah tersedia poster / leaflet penyuluhan gizi ?		
4.	Tempat Imunisasi		
4.1	Apakah tersedia coldchain yang berfungsi baik ?		
4.2	Apakah tersedia termometer untuk lemari es yang berfungsi baik ?		
4.3	Apakah tersedia sterilisator yang berfungsi baik ?		
4.4	Apakah spuit dan jarum suntik cukup tersedia ?		
4.5	Apakah suhu lemari selalu dalam keadaan baik (4 – 8 °C)?		
4.6	Apakah ada persediaan vaksin : BCG, DPT/DPT Combo, Polio, Campak dan Hepatitis B ?		
II. PELAYANAN MTBS DAN RUJUKANNYA			
1.	Apakah pelayanan MTBS dilakukan setiap hari ?		
2.	Apakah pelayanan imunisasi tersedia setiap hari ?		
3.	Apakah pelayanan rujukan dapat dijangkau dalam waktu 30 menit ?		
4.	Apakah pojok oralit tersedia setiap hari ?		
5.	Apakah pojok gizi tersedia setiap hari ?		

III. OBAT DAN BAHAN			
1.	Kotrimoksazole Syr/Tablet		
2.	Amoksisilin Syr/Kaplet		
3.	Kapsul Tetrasikline		
4.	Tablet Klorokuin		
5.	Tablet Primakuin		
6.	ACT		
7.	Suntikan Penicilin Procain		
8.	Suntikan Artemeter		
9.	Suntikan Phenobarbital		
10.	Suntikan Diazepam		
11.	Tablet Paracetamol		
12.	Tetrasikline atau Khloramfenicol zalf mata		
13.	Gentian Violet 1 %		
14.	Tablet Besi		
15.	Vitamin A 200.000 IU		
16.	Vitamin A 100.000 IU		
17.	Tablet Pirantel Pamoat		
18.	Aqua Bides untuk pelarut		
19.	Oralit 200 cc		
20.	Cairan Infus Na Cl 0,9 %		
21.	Cairan Infus Ringer Lactate		
22.	Cairan Infus Dextrose 5 %		
23.	Povidone Iodine		
24.	Semprit dan Jarum steril 1 cc, 2,5 cc, 5 cc, 10 cc		
25.	Infus set dengan wing needle untuk anak dan bayi no. 23 dan 25		
26.	Alat Penumbuk Obat		

**DAFTAR TILIK OBSERVASI MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS)
UMUR 2 BULAN – 5 TAHUN**

Kabupaten : Nagan Raya
Puskesmas / Pustu :
Petugas Yang Diamati :

Pemantau :
Tanggal :

Keterangan :

1. Daftar tilik ini digunakan untuk pengamatan langsung MTBS pada petugas kesehatan
2. Isilah kotak jawaban dengan tanda rumput (√) pada kolom jawaban yang sesuai
3. Kolom jawaban “Ya” (Y = Ya), apabila petugas **melaksanakan secara benar** dan hasil pemeriksaan / identifikasi petugas sama dengan hasil identifikasi oleh pengamat
4. Kolom jawaban “T” (T = Tidak), apabila petugas **tidak melaksanakan atau melaksanakan secara tidak benar**
5. Kolom jawaban “TB” (TB = Tidak Berlaku), apabila pertanyaan tidak berlaku untuk pasien tersebut
6. Kolom jawaban “DATA” (= Data Pengamat), diisi sesuai dengan data yang ditemukan oleh pengamat maupun klasifikasi yang ditentukan oleh pengamat
7. Kolom jawaban “SKOR”, diisi dengan perhitungan sebagai berikut :

$$\text{SKOR KEPATUHAN} = \frac{\sum Y + TB (B)}{\sum Y + T + TB} \times 100 \%$$

KASUS PENGAMATAN	PENGAMATAN I				PENGAMATAN II				PENGAMATAN III			
I. IDENTITAS ANAK (Nama)												
	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB
1. Umur												
2. Berat Badan (Kg)												
3. Suhu Badan (°C)												
4. Menanyakan sakit/masalah anak												
5. Menanyakan kunjungan pertama/baru atau ulang												
SKOR KEPATUHAN												

II. PENILAIAN & KLASIFIKASI														
A. TANDA BAHAYA UMUM														
	Data	Y	T	TB		Data	Y	T	TB		Data	Y	T	TB
1. Menanyakan apakah anak tidak bisa minum atau menetek														
2. Menanyakan dan memeriksa apakah anak memuntahkan semuanya														
3. Menanyakan apakah anak kejang														
4. Memeriksa apakah anak letargis atau tidak sadar														
5. Menetapkan klasifikasi tanda bahaya umum														
SKOR KEPATUHAN														

B. BATUK ATAU SUKAR BERNAFAS														
	Data	Y	T	TB		Data	Y	T	TB		Data	Y	T	TB
1. Menanyakan apakah anak batuk atau sukar bernafas														
2. Menanyakan berapa lama anak batuk atau sukar bernafas (..... hari)														
3. Menghitung frekwensi nafas anak (...../menit) dan menentukan nafas cepat														
4. Melihat adanya tarikan dinding dada														
5. Mendengar stridor														
6. Menetapkan klasifikasi : (Pneumonia Berat, Pneumonia, atau Batuk Bukan Pneumonia)														
SKOR KEPATUHAN														

C. DIARE														
	Data	Y	T	TB		Data	Y	T	TB		Data	Y	T	TB
1. Menanyakan apakah anak diare														
2. Menanyakan sudah berapa lama anak diare (...../ hari)														
3. Menanyakan apakah ada darah dalam tinja														

4. Melihat dan memeriksa tanda - tanda dehidrasi (letargis atau gelisah/rewel, mata cekung, rasa haus, dan cubitan kulit perut)													
5. Menetapkan klasifikasi berdasarkan derajat dehidrasi : (dehidrasi berat, dehidrasi ringan /sedang, tanpa dehidrasi)													
6. Menetapkan klasifikasi berdasarkan lama diare : (persisten berat atau persisten)													
7. Menetapkan klasifikasi berdasarkan penyebab diare : Disentri													
SKOR KEPATUHAN													

D. DEMAM	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB
1. Menanyakan atau memeriksa apakah anak demam												
2. Menentukan daerah resiko malaria (RT = Resiko Tinggi, RR = Resiko Rendah)												
3. Menanyakan berapa lama menderita demam (..... / hari)												
4. Demam > 7 hari , menanyakan apakah demam berlangsung tiap hari												
5. Menanyakan apakah anak mendapat pengobatan malaria sebelumnya (2 minggu terakhir)												
6. Menanyakan apakah anak menderita campak dalam 3 bulan terakhir												
7. Memeriksa apakah ada kaku kuduk												
8. Melihat dan memeriksa tanda – tanda campak saat ini (ruam kemerahan, batuk, pilek, dan mata merah)												
9. Melihat dan memeriksa tanda – tanda adanya komplikasi campak (luka di mulut, keluar nanah pada mata, kekeruhan kornea)												

5. Memeriksa adanya pembengkakan yang nyeri di belakang telinga														
6. Menetapkan klasifikasi masalah telinga : <ul style="list-style-type: none"> • Mastoiditis • Infeksi Telinga Akut • Infeksi Telinga Kronis • Tidak Ada Infeksi Telinga 														
SKOR KEPATUHAN														

F. STATUS GIZI DAN ANEUMIA	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB
1. Melihat apakah anak tampak sangat kurus												
2. Memeriksa keputihan pada kedua telapak tangan												
3. Memeriksa pembengkakan pada kedua kaki												
4. Menentukan berat badan menurut umur (BGM atau Tidak BGM)												
5. Menetapkan klasifikasi <ul style="list-style-type: none"> ◆ Gizi buruk dan atau aneumia berat ◆ BGM dan atau aneumia ◆ Tidak BGM dan tidak aneumia 												
SKOR KEPATUHAN												

G. STATUS IMUNISASI	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB
1. Menanyakan status imunisasi												
2. Memberi tanda untuk imunisasi yang diperlukan hari ini												
SKOR KEPATUHAN												

H. PEMBERIAN VITAMIN A	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB
1. Memberi tanda untuk pemberian vitamin A hari ini												
SKOR KEPATUHAN												

I. MASALAH / KELUHAN LAIN		Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB
1. Menanyakan masalah / keluhan lain yang mungkin di derita anak													
2. Membuat klasifikasi untuk masalah / keluhan lain													
SKOR KEPATUHAN													

J. PENILAIAN PEMBERIAN MAKAN		Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB
A. Anak umur < 2 tahun, Aneumia, BGM B. Bila tidak ada Indikasi di rujuk ke RS													
1. Menanyakan apakah anak masih menetek													
2. Menanyakan frekwensi menetek dalam 24 jam (..... kali)													
3. Menanyakan apakah anak menetek di malam hari													
4. Menanyakan apakah anak mendapat makanan atau minuman lain													
5. Menanyakan jenis makanan atau minuman lain													
6. Menanyakan frekwensi pemberian makanan atau minuman lain (..... kali / hari)													
7. Jika Kasus BGM : Menanyakan besar porsi makan anak													
8. Menanyakan apakah anak mendapat makanan tersendiri ?													
9. Menanyakan siapakah yang memberi makan anak, dan bagaimana caranya ?													
10. Menanyakan adanya perubahan makan anak selama sakit													
11. Menetapkan klasifikasi masalah pemberian makan													
SKOR KEPATUHAN													

III. MENENTUKAN TINDAKAN / PENGobatan / TINDAK LANJUT	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB
1. Menetapkan tindakan / pengobatan atau tindak lanjut yang benar sesuai klasifikasi batuk / sukar bernafas												
2. Menetapkan tindakan / pengobatan atau tindak lanjut yang benar sesuai klasifikasi diare												
3. Menetapkan tindakan / pengobatan atau tindak lanjut yang benar sesuai klasifikasi demam												
4. Menetapkan tindakan / pengobatan atau tindak lanjut yang benar sesuai klasifikasi masalah telinga												
5. Menetapkan tindakan / pengobatan atau tindak lanjut yang benar sesuai klasifikasi gizi buruk dan anemiam												
6. Menetapkan imunisasi yang diberikan hari ini												
7. Menetapkan pemberian Vitamin A hari ini												
8. Menetapkan tindakan untuk masalah lain												
9. Menetapkan tindakan/pengobatan atau tindak lanjut yang benar sesuai dengan klasifikasi masalah pemberian makan												
SKOR KEPATUHAN												

IV. KONSELING	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB	Data	Y	T	TB
1. Melakukan tehnik konseling yang benar (TPNC)												
SKOR KEPATUHAN												

WAKTU YANG DIPERLUKAN UNTUK PEMERIKSA												

KETERANGAN :