



UNIVERSITAS INDONESIA



**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN
PERILAKU TENTANG MANAJEMEN TERPADU
BALITA SAKIT (MTBS) PADA PARAMEDIS
DI KOTA PALANGKA RAYA
TAHUN 2012**

SKRIPSI

**SANDRY OKTAVIYANTI
1006821735**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN TINGKAT PENGETAHUAN, SIKAP DAN
PERILAKU TENTANG MANAJEMEN TERPADU
BALITA SAKIT (MTBS) PADA PARAMEDIS
DI KOTA PALANGKA RAYA
TAHUN 2012**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) dalam
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**SANDRY OKTAVIYANTI
1006821735**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN KEBIDANAN KOMUNITAS
DEPOK
JULI 2012**

Gambaran tingkat..., Sandry Oktaviyanti, FKM UI, 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama : Sandry Oktaviyanti
NPM : 1006821735
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Tahun Akademik : 2012

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

Gambaran Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Perilaku tentang Manajemen Terpadu Balita Sakit Pada Paramedis Di Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya Tahun 2012

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 2012



(Sandry Oktaviyanti)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Sandry Oktavianti
NPM : 1006821735
Tanda Tangan :



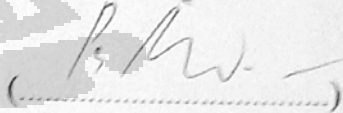
Tanggal : 13 Juli 2012

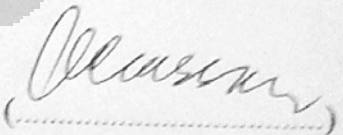
HALAMAN PENGESAHAN

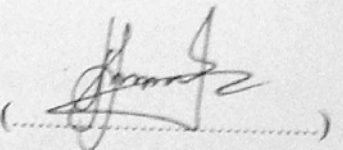
Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Sandry Oktavianti
NPM : 1006821735
Program Studi : Kebidanan Komunitas
Judul Skripsi : **Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Perilaku
Tentang Manajemen Terpadu Balita Sakit Pada
Paramedis Di Kota Palangka Raya Tahun 2012**

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Kebidanan Komunitas, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Pandu Riono MPH., Ph. D. 

Penguji : Drs. Anwar Hassan MPH 

Penguji : Sukanda, SE. MKM 

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : Juli 2012

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyusun skripsi ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Peminatan Kebidanan Komunitas. Skripsi ini ditulis berdasarkan hasil lapangan di Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya yang dilaksanakan sejak bulan Mei-Juni 2012.

Selama proses menyelesaikan skripsi ini, penulis mendapat dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak untuk kegiatan di dalam gedung maupun kegiatan di luar gedung untuk itu penulis dengan penuh penghargaan menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Pandu Riono MPH.,Ph.D, sebagai pembimbing akademik yang telah memberikan petunjuk, pengarahan, bimbingan dan selalu meluangkan waktunya dalam penyusunan skripsi ini.
2. Bapak Drs. Anwar Hassan MPH, yang telah bersedia menjadi penguji dan memberikan saran serta masukannya untuk penyempurnaan skripsi ini.
3. Bapak Sukanda, SE. MKM dari Dinas Kesehatan Kota Depok yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk menjadi penguji dan memberikan saran yang bermanfaat bagi penulisan skripsi ini.
4. Kepala Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya beserta staf atas pemberian ijin lokasi penelitian dan informasi data pendukung.
5. Seluruh dosen Kebidanan Komunitas Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
6. Ayah (Kasmiadi B. Sandy) dan adik tercinta (Eltri Dewiati, ST) yang telah memberikan dukungan moril, materiil, doa serta motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini dengan baik dan sesuai waktu.
7. Seluruh Kepala Puskesmas, staf Puskesmas dan Pustu Kota Palangka Raya yaitu Puskesmas Pahandut, Puskesmas Panarung, Puskesmas Menteng,

Puskesmas Kereng Bangkirai, Puskesmas Bukit Hindu, Puskesmas Kayon, dan Puskesmas Jekan Raya.

8. Rekan-rekan satu angkatan dan semua pihak terkait yang tak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu kegiatan prakesmas dan penyusunan skripsi ini.

Semoga semua pihak-pihak mendapat anugerah dan limpahan berkat dari Tuhan Yang Maha Esa, atas segala kebaikan yang telah diberikan kepada penulis. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, namun demikian penulis berharap skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi pembacanya. Jika dalam skripsi ini para pembimbing atau pembaca masih menemukan kesalahan dan kekurangan maka penulis dengan senang hati menerima saran dan kritiknya.

Depok, Juli 2012

Penulis

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama : Sandry Oktavianti
NPM : 1006821735
Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Peminatan : Kebidanan Komunitas
Tahun Akademik : 2012

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

Gambaran Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Perilaku tentang Manajemen Terpadu Balita Sakit Pada Paramedis Di Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya Tahun 2012

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 2012




(Sandry Oktavianti)

ABSTRAK

Nama: Sandry Oktavianti
Program Studi: Kesehatan Masyarakat
Judul: Gambaran Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Perilaku
Tentang Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada
Paramedis di Kota Palangka Raya Tahun 2012

Angka Kematian Balita di Indonesia tahun 2015 diharapkan 23 per 1000 Kelahiran Hidup. Penyebab kematian balita di Indonesia antara lain diare sebesar 25,2% dan pneumonia sebesar 15,5%. Untuk menurunkan angka kematian akibat pneumonia dikembangkan MTBS. Peran petugas terutama paramedis sangat penting dalam MTBS. Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku tentang MTBS pada paramedis di Kota Palangka Raya tahun 2012. Telah dilakukan pengumpulan data dengan metode survei pada bulan Mei-Juni 2012 pada 76 responden paramedis dan didapat ternyata hanya bidan sebanyak 2,8% dan perawat 10% yang memiliki pengetahuan yang lengkap tentang MTBS. Hal ini memberikan gambaran bahwa tingkat pengetahuan paramedis tentang MTBS sangat minim. Dari 36,8% paramedis yang pernah dilatih, inipun tingkat pengetahuan yang lengkap hanya 27,8%. Perlu peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku pada paramedis di Kota Palangka Raya sehingga tingkat pengetahuan meningkat dan ada respon terhadap sikap tentang MTBS dengan perilaku yang lebih baik.

Kata Kunci: MTBS, Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

ABSTRACT

Name: Sandry Oktavianti
Study Program: Public Health
Title: The Description of Knowledge, Attitude and Behavior in Integrated Management Childhood Illness (IMCI) in Paramedics in Palangka Raya city 2012

Five mortality rate in Indonesia is expected by 2015 23 per 1000 live births. Causes of infant mortality in Indonesia, among others, diarrhea and pneumonia by 25.2% at 15.5%. To reduce mortality due to pneumonia developed IMCI. The role of paramedical personnel is very important especially in IMCI. Research purposes to know the description of the level of knowledge, attitudes and behaviors of IMCI in Palangkaraya City paramedic in 2012. Have been carried out by the method of data collection survey in May-June 2012 in 76 respondents was obtained paramedics and midwives just as much as 2.8% and 10% of nurses who have a complete knowledge of IMCI. This suggests that the level of knowledge of the paramedics on IMCI was minimal. 36.8% of the paramedics who had been trained, even this level of knowledge that only 27.8% complete. Need to increase the knowledge, attitudes and behavior at paramedics in the city of Palangkaraya thus increasing the level of knowledge and there is a response to the attitude of IMCI with better behavior.

Key words: IMCI, The Knowledge, Attitude and Behavior

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama : Sandry Oktaviyanti

NPM : 1006821735

Program Studi : Sarjana Kesehatan Masyarakat

Peminatan : Kebidanan Komunitas

Tahun Akademik : 2012

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

Gambaran Tingkat Pengetahuan, Sikap dan Perilaku tentang Manajemen Terpadu Balita Sakit Pada Paramedis Di Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya Tahun 2012

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 2012

(Sandry Oktaviyanti)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Sandry Oktaviyanti
Tempat/Tanggal Lahir : Palangka Raya, 25 Oktober 1983
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jl. Sultan Badarudin No. 09 B Palangka Raya
Propinsi Kalimantan Tengah
Nomor Hp : 085249065228
E – mail : sandry_girl25@yahoo.com

Riwayat Pendidikan

1988-1989 : TK Pembina 1 Palangka Raya Propinsi
Kalimantan Tengah
1989-1995 : SDN Langkai 11 Palangka Raya Propinsi
Kalimantan Tengah
1995-1998 : SLTP Negeri 1 Palangka Raya Propinsi
Kalimantan Tengah
1998-2001 : SMU Negeri 3 Palangka Raya Propinsi
Kalimantan Tengah
2001-2004 : Politeknik Kesehatan Jurusan Kebidanan
Palangka Raya Propinsi Kalimantan Tengah
2010-2012 : Universitas Indonesia Fakultas Kesehatan
Masyarakat Peminatan Kebidanan Komunitas
Depok

Riwayat Pekerjaan

2005 s/d sekarang : Bidan Pelaksana di Desa Tewang Manyangen
Kec. Tewang Sangalang Garing Kab. Katingan
Propinsi Kalimantan Tengah

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA..	v
ABSTRAK.....	vi
SURAT PERNYATAAN.....	vii
RIWAYAT HIDUP.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	8
1.4 Tujuan Penelitian.....	8
1.4.1 Tujuan Umum.....	8
1.4.2 Tujuan Khusus.....	8
1.5 Manfaat Penelitian.....	9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1 Manajemen Terpadu Balita Sakit.....	11
2.1.1 Pengertian MTBS.....	11
2.1.2 Keuntungan Implementasi Strategi MTBS.....	14
2.1.3 Kegiatan Petugas MTBS.....	14
2.1.4 Elemen MTBS.....	16
2.1.5 Faktor Risiko Pneumonia.....	21
2.1.6 Kecenderungan Penyakit ISPA dan Pneumonia.....	22
2.2 Tingkat Pengetahuan.....	23
2.2.1 Domain Kognitif.....	24
2.2.2 Proses Munculnya “Tahu”.....	26
2.2.3 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pengetahuan...27	
2.3 Sikap.....	29
2.3.1 Komponen Pokok Sikap.....	30
2.3.2 Tingkatan Sikap.....	31
2.4 Perilaku.....	32
2.4.1 Pengertian Perilaku.....	32
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	34
3.1 Kerangka Teori.....	34
3.2 Kerangka Konsep.....	35

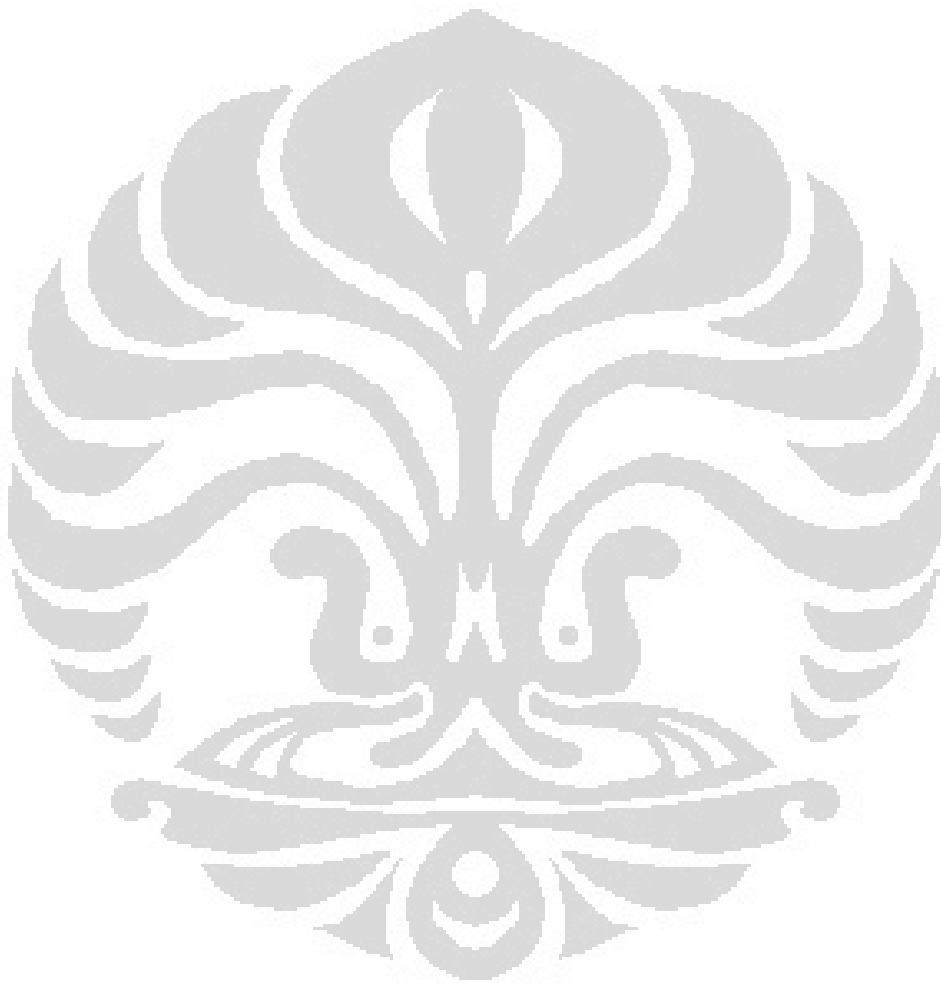
3.3 Definisi Operasional.....	36
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....	39
4.1 Desain Penelitian.....	39
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	39
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian.....	39
4.4 Pengumpulan Data.....	40
4.5 Analisis Data.....	41
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	42
5.1 Gambaran Karakteristik Responden.....	42
5.2 Distribusi Variabel Dependen dan Independen.....	45
BAB 6 PEMBAHASAN.....	48
6.1 Keterbatasan Penelitian.....	48
6.1.1 Desain Penelitian.....	48
6.1.2 Pengumpulan Data.....	48
6.2 Bias Informasi.....	49
6.3 Hasil Analisis.....	49
6.3.1 Gambaran distribusi responden.....	50
6.3.2 Gambaran sikap.....	53
6.3.3 Gambaran perilaku.....	55
6.4 Hasil analisis distribusi karakterisi responden dengan tingkat pengetahuan.....	55
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	59
7.1 Kesimpulan.....	59
7.2 Saran.....	59
7.2.1 Bagi Dinas Kesehatan (kolesterol tinggi).....	55
7.2.1 Bagi paramedis	
7.2.2 Bagi Puskesmas.....	55
7.2.3 Bagi Paramedis.....	56

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Keluhan Anak Sakit dan Kemungkinan Penyebab.....	13
Tabel 2.2	Penilaian, Klasifikasi dan Tindakan/Pengobatan anak sakit Umur 2-5 tahun.....	17
Tabel 2.3	Klasifikasi Pneumonia Balita berdasarkan Kelompok Umur.....	19
Tabel 2.4	Diagnosis Pneumonia pada 5 tahun di Rumah Sakit dan Puskesmas.....	19
Tabel 5.1	Distribusi Responden dan Jenis Paramedis.....	42
Tabel 5.2	Distribusi Responden berdasarkan Pendidikan.....	42
Tabel 5.3	Distribusi Responden berdasarkan Pelatihan.....	43
Tabel 5.4	Distribusi Responden berdasarkan Tingkat Pengetahuan....	43
Tabel 5.5	Distribusi Responden berdasarkan Sikap.....	44
Tabel 5.6	Distribusi Responden berdasarkan Perilaku.....	45
Tabel 5.7	Distribusi Karakteristik responden dan Pengetahuan....	45
Tabel 5.8	Distribusi Karakteristik responden dan Sikap.....	46
Tabel 5.9	Distribusi Karakteristik responden dan Perilaku.....	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Teori.....	34
Gambar 3.2 Kerangka Konsep.....	35



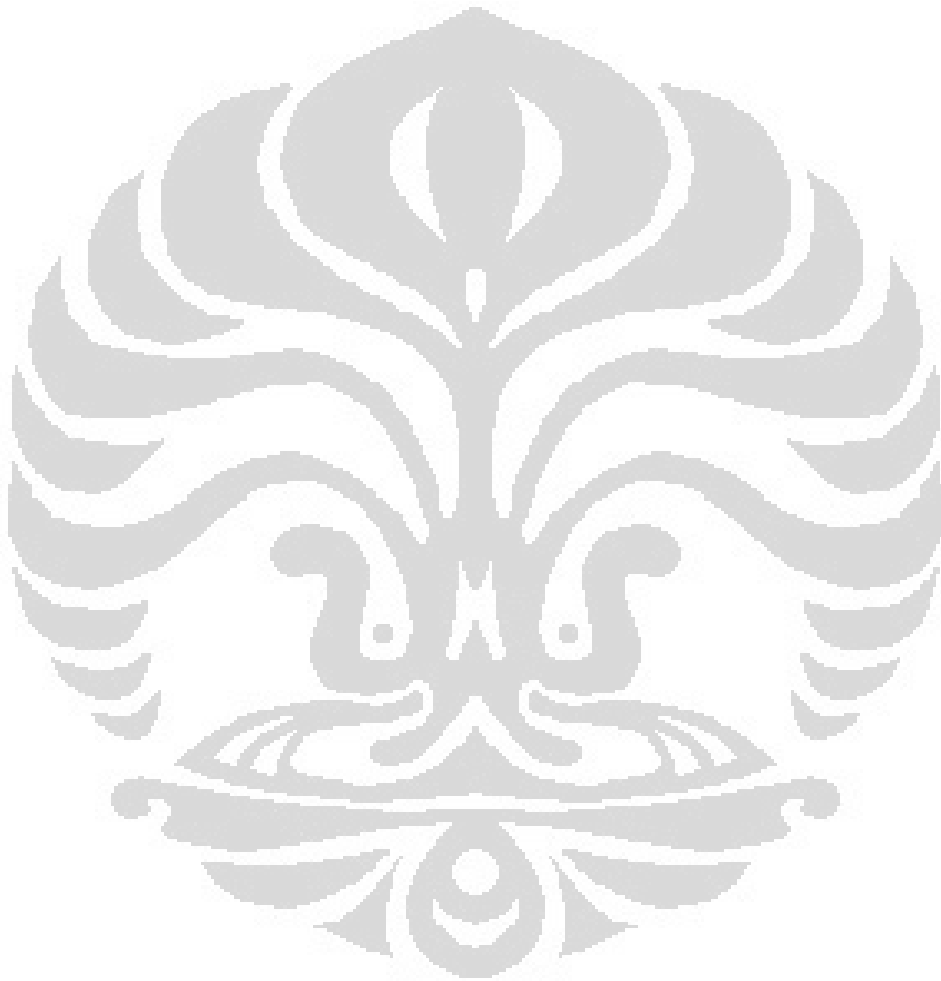
DAFTAR SINGKATAN



AKB:	Angka Kematian Bayi
AKBa:	Angka Kematian Balita
AKI:	Angka Kematian Ibu
SDKI:	Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia
MDGs:	<i>Millenium Development Goals</i>
DepKes:	Departemen Kesehatan
Riskesdas:	Riset Kesehatan Dasar
LB.3:	Laporan Bulanan dari Puskesmas
IMCI:	<i>Integrated Management Childhood Illness</i>
IBI:	Ikatan Bidan Indonesia
SDM:	Sumber Daya Manusia
PPNI:	Persatuan Perawat Nasional Indonesia
SKN:	Sistem Kesehatan Nasional
ISPA:	Infeksi Saluran Pernafasan Akut
WHO:	<i>World Health Organization</i>
UNICEF:	<i>United Nation Childrens Fund</i>
BGM:	Balita di bawah Garis Merah
EBI:	Evidence-based Intervention
APBN:	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
APBD:	Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
KEPMENKES	: Keputusan Menteri Kesehatan
MTBS:	Manajemen Terpadu Balita Sakit

DAFTAR LAMPIRAN

Lembar Kuesioner



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Parameter derajat kesehatan suatu negara dapat dilihat dari Angka Kematian Bayi dan Balita di negara tersebut. Angka Kematian Bayi (AKB) adalah jumlah bayi yang meninggal sebelum mencapai usia 1 tahun per 1000 kelahiran hidup di tahun yang sama. Angka Kematian Balita (AKABa) adalah jumlah anak yang dilahirkan pada tahun tertentu dan meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun per 1000 kelahiran hidup. Angka Kematian Bayi (AKB) menurut hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 yaitu 34 per 1000 kelahiran hidup. Angka Kematian Balita (AKABa) yaitu 44 balita per 1000 kelahiran hidup. Dalam pertemuan *United Nations Special Session on Children* di New York, yang menghasilkan dokumen *A World Fit for Children* dan ditegaskan kembali tujuan *Millenium Development Goals* (MDGs) yang belum tercapai secara merata khususnya di negara berkembang, termasuk Indonesia. Disebutkan bahwa untuk mencapai tujuan MDGs di ayat ke - 4 adalah menurunkan dua pertiga kematian balita antara 1990-2015, sehingga target AKB di Indonesia pada tahun 2015 diharapkan turun menjadi 17 per 1000 kelahiran hidup dan AKABA menjadi 23 per 1000 kelahiran hidup (Depkes, 2008). Di negara-negara berkembang Pneumonia merupakan penyebab kematian utama (Ostapchuk, 2004).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, ada beberapa penyakit utama yang menjadi penyebab kematian bayi dan balita. Pada kelompok bayi (0-11 bulan), dua penyakit terbanyak sebagai penyebab kematian bayi adalah penyakit diare sebesar 31,4% dan pneumonia 24%, sedangkan untuk balita, kematian akibat diare sebesar 25,2%, dan pneumonia 15,5%. Berdasarkan laporan dari Dinas Kota Palangka Raya pada LB.3 (laporan bulanan yang diterima dari Puskesmas setiap bulannya) di tahun 2011 jumlah kematian bayi 6 orang.

sebanyak 8 orang. Sedangkan jumlah kematian balita tidak ada, namun laporan ini tidak diketahuinya penyebab dari kematian bayi.

Program pelayanan balita sakit yang datang ke fasilitas kesehatan yang selama ini digunakan adalah beberapa program intervensi yang terpisah satu dengan yang lainnya berdasarkan beberapa penyakit, seperti manajemen ISPA, diare, malaria, dan juga penanganan balita dengan kurang gizi. Program ini menimbulkan beberapa kesulitan dan kebingungan pada saat menangani balita sakit karena yang ditemui biasanya balita sakit dengan beberapa gejala-gejala klinis yang hampir sama. Sehingga dalam pengobatannya pun menjadi lebih rumit dan tidak terarah bahkan bisa mengakibatkan pembiayaan yang besar. Maka diharapkan ada sebuah upaya kesehatan yang dapat digunakan hingga ke seluruh lapisan masyarakat, upaya kesehatan adalah berbagai kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan masyarakat (Undang-Undang RI No.36 Tahun 2009).

Pada tahun 1997, dalam upaya meningkatkan cakupan penemuan pneumonia dan kualitas tatalaksananya, mulai dikenalkan pendekatan *Integrated Management Childhood Illness* (IMCI) atau Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) yang sekaligus merupakan model tatalaksana kasus untuk berbagai penyakit anak, yaitu ISPA, Diare, Malaria, Campak, Gizi Kurang dan Cacingan di Unit Pelayanan Dasar (*The Journal of the Indonesian Medical Association*, 2010).

Pada tahun 2004, pengembangan MTBS dilakukan melalui kemitraan bersama organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) dan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dengan melaksanakan lokakarya dan pelatihan bagi bidan dan perawat. Upaya pemenuhan kebutuhan Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan belum memadai, baik jumlah, jenis maupun kualitas tenaga kesehatan yang dibutuhkan (SKN, 2009).

Untuk meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) P2 ISPA dilakukan diberbagai jenjang melalui kegiatan diantaranya: pelatihan ISPA bagi

kader, pelatihan tatalaksana penderita (diintegrasikan dalam pelatihan MTBS) dan pelatihan tatalaksana kasus ISPA Balita di sarana rujukan. Kegiatan pelatihan ini dilakukan baik di tingkat pusat, propinsi maupun kabupaten/kota. Walaupun demikian hingga saat ini kuantitas dan kualitas SDM petugas P2 ISPA dirasakan masih kurang (Depkes RI, 2005).

Adapun prinsip dari MTBS ini adalah memperbaiki kinerja petugas dan kualitas pelayanan kesehatan pada balita sakit. Elemen penting yang terdapat dalam MTBS adalah pendekatan terpadu berbasis data yang terpercaya yang terfokus pada tahapan identifikasi, pengobatan dan rujukan. Data yang terpercaya merupakan landasan pengambilan kebijakan dan strategi yang berbasis fakta/bukti (WHO, 2005). Saat pelaksanaannya pun program MTBS ini menggunakan proses manajemen kasus yang berurutan yaitu: 1) penilaian dan klasifikasi anak sakit, 2) pengobatan, termasuk mengajari ibu cara memberi obat oral di rumah, mengajari ibu cara mengobati infeksi lokal di rumah, pemberian imunisasi dan vitamin A, 3) tindak lanjut terhadap beberapa penyakit seperti: pneumonia, diare, disentri, malaria, campak, infeksi telinga, masalah pemberian makan, balita di bawah garis merah (BGM) dan anemia, 4) konseling bagi ibu mengenai cara pemberian makan anak selama sakit dan sehat, kapan ibu harus kembali untuk melakukan kunjungan ulang, menasehati ibu tentang kesehatan dirinya dan tentang penggunaan kelambu untuk pencegahan malaria (Depkes RI, 2005).

Penerapan MTBS di Indonesia hingga akhir tahun 2009 telah mencakup 33 propinsi, namun belum semua puskesmas mampu menerapkannya karena berbagai sebab. Menurut data laporan rutin yang dihimpun dari Dinas Kesehatan Propinsi seluruh Indonesia melalui Pertemuan Nasional Program Kesehatan Anak tahun 2010, jumlah Puskesmas yang melaksanakan MTBS hingga akhir tahun 2009 sebesar 51,6% dari 8.737 puskesmas (Fera, 2011). Diharapkan dengan adanya MTBS dapat meningkatkan upaya penemuan kasus secara lebih dini, adanya perbaikan manajemen penanganan dan pengobatan, promosi serta peningkatan pengetahuan bagi ibu-ibu balita dalam merawat anak di rumah serta

upaya mengoptimalkan sistem rujukan dari masyarakat ke fasilitas pelayanan primer dan rumah sakit sebagai pusat rujukan. Apabila dilakukan dengan baik dan meluas, MTBS menjadi intervensi berbasis data/*evidence-based intervention* (EBI) dapat berdampak pada penurunan kematian neonatus, bayi dan balita (Depkes, 2008).

Pengembangan MTBS perlu dilaksanakan bertahap dan berkelanjutan dengan landasan hukum yang kuat agar pelaksanaan MTBS berjalan dengan baik. Sehingga jaminan pelayanan MTBS dapat mencakup sasaran yang luas dan berkualitas. Maka diperlukan pelatihan tenaga kesehatan yang perlu terus ditingkatkan cakupannya serta kualitasnya dan juga disertai dengan pembinaan yang teratur dan berkelanjutan terhadap tenaga kesehatan yang telah dilatih MTBS. Sehingga dukungan sumber daya baik dana maupun sarana pelayanan MTBS perlu diperkuat dan dijamin ketersediaanya dengan meningkatkan mobilisasi sumber dana dari berbagai pihak seperti APBN (Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara), APBD (Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah), bantuan luar negeri maupun swasta atau dana masyarakat (Depkes, 2005).

Bidan adalah salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategi terutama dalam penurunan angka kesakitan, AKI dan AKB. Bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, telah lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (register) dan atau memiliki izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik bidan (KEPMENKES, 2007). Oleh sebab itulah, pemerintah pun turut serta memfasilitasi bidan-bidan di seluruh Indonesia untuk dapat memperoleh pengetahuan dan pemahaman yang lebih luas melalui berbagai jenis tingkatan pendidikan dan pelatihan-pelatihan yang berhubungan dengan bidang kesehatan. Sehingga diharapkan seorang bidan dapat membuka wawasan pengetahuan dari berbagai sumber dan pengalaman yang diharapkan tidak menguasai salah satu bidang seperti asuhan persalinan saja tetapi juga kesehatan masyarakat secara lebih luas.

Pemerintah Kabupaten atau Kota termasuk Instansi Dinas Kesehatan memiliki peran dan fungsi manajemen pengendalian dan pemberantasan penyakit menular dan tidak menular yang terintegrasi dengan pengendalian faktor risiko penyakit yang dianggap penting di wilayahnya serta dapat mengadakan kerjasama dalam koridor sistem (Achmadi, 2008).

Program MTBS mulai diuji cobakan di Kalimantan Tengah pada tahun 2010 tepatnya di Kabupaten Kapuas. Di Kota Palangka Raya tidak ada penerapan program MTBS. Selama ini tujuh Puskesmas yang ada di wilayah dalam Kota Palangka Raya hanya memberikan pemeriksaan yang dilakukan di ruangan KIA/KB, Poli Anak dan Poli Umum oleh seorang dokter umum atau dokter spesialis berdasarkan hasil anamnesa dan untuk memastikan diagnosa penyakitnya didukung dengan pemeriksaan laboratorium, tanpa ada menggunakan lembar formulir MTBS ataupun sarana pendukung kegiatan MTBS umumnya. Sama halnya dengan Puskesmas Pembantu, untuk pelayanan pemeriksaan balita sakit hanya dilakukan oleh seorang bidan/perawat tanpa melihat latar belakang dari pernah atau belum mendapatkan pelatihan tentang MTBS. Meskipun masing-masing Puskesmas dan beberapa Pustu memiliki ruangan khusus imunisasi dan gizi namun merupakan program yang masih terpisah satu dengan yang lain. Maka dengan semakin berkembangnya ilmu pengetahuan yang ada sekarang diharapkan semua elemen dari bidang kesehatan mampu menggunakannya dengan tepat sehingga sumber daya yang ada tidak hanya menunggu perhatian yang besar dari pemerintah pusat saja namun pemerintah daerah dapat memperjuangkan daerahnya sendiri dengan sasaran yang lebih luas dan berkualitas.

Palangka Raya adalah ibukota Propinsi Kalimantan Tengah . Arti dari Palangka Raya ialah: “tempat yang suci, yang mulia dan besar”. Oleh karena itu nama ini disesuaikan dengan cita-cita yang dilahirkannya di Kalimantan Tengah dan diharapkan dapat memberikan contoh yang baik bagi daerah lain (Nila Riwut, 2003).

Secara geografis terletak pada 113°30' - 114°07' Bujur Timur dan 1°35' - 2°24' Lintang Selatan. Secara administratif wilayah kota Palangka Raya terbagi

menjadi 5 (lima) kecamatan, dan 30 kelurahan yaitu: Kecamatan Pahandut dengan 6 kelurahan, Kecamatan Bukit Batu dengan 7 kelurahan, Kecamatan Jekan Raya sebanyak 6 kelurahan, Kecamatan Sabangau sebanyak 4 kelurahan dan Kecamatan Rakumpit, dengan 7 kelurahan.

Kota Palangka Raya berbatasan dengan beberapa Kabupaten yaitu:

Sebelah Utara: dengan Kabupaten Gunung Mas
 Sebelah Timur: dengan Kabupaten Pulang Pisau
 Sebelah Selatan: dengan Kabupaten Kapuas
 Sebelah Barat: dengan Kabupaten Katingan

Kondisi daerah berupa dataran rendah berpasir, sebagian besar terdiri dari sungai, danau serta rawa. Beriklim tropis dengan curah hujan rata – rata 2.300mm³/tahun, temperatur udara berkisar antara 27⁰ – 31⁰ C dan kelembaban antara 70 – 90%.

Berdasarkan data BPS (Badan Pusat Statistik) Kota Palangka Raya, selama 5 tahun terakhir terjadi pertambahan jumlah penduduk sebesar 17.747 jiwa. Jumlah penduduk tengah tahun 2010 sebesar 220.223 jiwa.

Luas wilayah Kota Palangka Raya adalah 2.678,51 km². Kepadatan penduduk tidak merata, kepadatan tertinggi terdapat di Kecamatan Pahandut yaitu 658 jiwa/km² dan kepadatan terendah adalah Kecamatan Rakumpit dengan rata-rata 3 jiwa/km². Dan sebagian besar terkonsentrasi di perkotaan yaitu tersebar di 3 kecamatan yaitu kecamatan Bukit Batu, Sabangau dan Rakumpit.

Fasilitas kesehatan di Kota Palangka Raya tahun 2011 terdiri dari 10 puskesmas, 45 pustu, 11 polindes, 3 poskesdes, 129 posyandu balita, 25 posyandu lansia, 5 rumah bersalin, 10 klinik, 68 apotik, 9 laboratorium klinik, 8 optik, 16 toko obat, 2 rumah sakit swasta. Dan jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas Kota Palangka Raya tahun 2012 yaitu Puskesmas Pahandut (bidan 15 orang, perawat 18 orang), Puskesmas Panarung (bidan 24 orang, perawat 25 orang), Puskesmas Menteng (bidan 23 orang, perawat 22 orang), Puskesmas Bukit Hindu (bidan 14 orang, perawat 19 orang), Puskesmas Kayon (bidan 13 orang, perawat 18 orang), Puskesmas Jekan Raya (bidan 13 orang, perawat 12 orang), dan Puskesmas Kereng Bangkirai (bidan 3, perawat 1 orang). Dari SDM yang dimiliki oleh Puskesmas di

Universitas Indonesia

wilayah Kota Palangka Raya tahun 2012 yang terdiri dari bidan sebanyak 105 orang dan perawat 115 orang.

Adapun sepuluh penyakit terbanyak di Kota Palangka Raya tahun 2012 adalah ISPA (52297 kasus), hipertensi (16828 kasus), penyakit sistem otot dan jaringan ikat (13620 kasus), gastritis (12584 kasus), penyakit kulit alergi (8385 kasus), pharingitis (5998), penyakit lain pada saluran nafas (5202 kasus), pulpa dan jaringan periapikal (5082 kasus), diare (5063 kasus), dan gingivitis dan penyakit periodental (4679 kasus).

1.2 Rumusan Masalah

Tujuan MDGs di ayat ke - 4 adalah menurunkan dua pertiga kematian balita antara 1990-2015, sehingga target AKB di Indonesia pada tahun 2015 diharapkan turun menjadi 17 per 1000 kelahiran hidup dan AKABa menjadi 23 per 1000 kelahiran hidup (Depkes, 2008). Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, ada beberapa penyakit utama yang menjadi penyebab kematian bayi dan balita. Pada kelompok bayi (0-11 bulan), dua penyakit terbanyak sebagai penyebab kematian bayi adalah penyakit diare sebesar 31,4% dan pneumonia 24%, sedangkan untuk balita, kematian akibat diare sebesar 25,2%, dan pneumonia 15,5%. Berdasarkan laporan dari Dinas Kota Palangka Raya pada LB.3 (laporan bulanan yang diterima dari Puskesmas setiap bulannya) di tahun 2011 jumlah kematian bayi 6 orang, kematian perinatal (> 7 hari) ada 1 orang dan kematian neonatal (0-7 hari) sebanyak 8 orang, kematian balita tidak ada. Namun laporan ini tidak diketahuinya penyebab dari kematian bayi.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka rumusan masalah yang dapat diangkat adalah bagaimana gambaran tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku tentang Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada Paramedis di Kota Palangka Raya tahun 2012.

1.3 Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1 Bagaimana gambaran tingkat pengetahuan paramedis tentang MTBS di Kota Palangka Raya Tahun 2012?
- 1.3.2 Bagaimana gambaran distribusi jenis paramedis di Kota Palangka Raya tahun 2012?
- 1.3.3 Bagaimana gambaran distribusi pendidikan di Kota Palangka Raya tahun 2012?
- 1.3.4 Bagaimana gambaran distribusi pelatihan paramedis di Kota Palangka Raya Tahun 2012?
- 1.3.5 Bagaimana gambaran sikap paramedis terhadap MTBS di Kota Palangka Raya tahun 2012?
- 1.3.6 Bagaimana gambaran perilaku paramedis terhadap MTBS di Kota Palangka Raya tahun 2012?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku tentang Manajemen terpadu Balita Sakit (MTBS) pada Paramedis di Kota Palangka Raya tahun 2012?

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1.4.2.1 Mengetahui gambaran tingkat pengetahuan tentang MTBS pada paramedis di Kota Palangka Raya tahun 2012?
- 1.4.2.2 Mengetahui gambaran distribusi jenis paramedis, pendidikan dan pelatihan di Kota Palangka Raya tahun 2012?
- 1.4.2.3 Mengetahui gambaran sikap paramedis terhadap MTBS di Kota Palangka Raya tahun 2012?
- 1.4.2.4 Mengetahui gambaran perilaku paramedis terhadap MTBS di Kota Palangka Raya tahun 2012?

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya

Penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan bagi Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya sebagai institusi penanggung jawab agar dapat mengawasi dan mengoptimalkan kembali program MTBS, sehingga dapat mengevaluasi kualitas dan kinerja dari. Membantu melakukan pemantauan ketersediaan paramedis yang belum dan sudah mendapatkan pelatihan tentang MTBS di fasilitas kesehatan.

1.5.2 Bagi pemegang program KIA

Dapat memberikan informasi berupa data/fakta tentang pelaksanaan pelayanan MTBS dan permasalahannya di daerah tersebut.

1.5.3 Bagi paramedis

Diharapkan bermanfaat bagi paramedis, agar memahami pentingnya meningkatkan pengetahuan dan pelatihan bagi paramedis tentang MTBS agar mampu memberikan pelayanan secara profesional, bermutu, terarah dan mampu bekerja secara mandiri sesuai dengan kewenangannya, mampu menilai pengetahuan yang dimiliki, menilai hasil dari pekerjaan mereka, memperbaiki dan meningkatkan kinerja, serta memiliki perlindungan hukum dalam pelayanan.

1.5.4 Bagi penulis

Sebagai tambahan pengalaman dan pengetahuan tentang MTBS serta sebagai bekal saat kembali bertugas.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas dalam wilayah Kota Palangka Raya, yang bertujuan untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku tentang MTBS pada Paramedis di kota Palangka Raya tahun 2012. Penelitian ini dilakukan dengan metode *cross sectional*, yang mana semua variabel diukur pada waktu yang bersamaan dengan menggunakan data primer di Kota Palangka Raya, sedangkan sampel dalam penelitian ini yang dapat ditemui

oleh peneliti adalah 76 orang paramedis di tujuh Puskesmas di Wilayah Kota Palangka Raya.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT

2.1.1 Pengertian MTBS

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah suatu pendekatan yang digagas oleh WHO (*World Health Organization*) dan UNICEF (*United Nation Childrens Fund*) guna menyiapkan petugas kesehatan melakukan penilaian, membuat klasifikasi serta memberikan tindakan kepada anak terhadap penyakit-penyakit yang umumnya mengancam jiwa. MTBS juga pertama kali diperkenalkan pada tahun 1999 untuk meningkatkan keterampilan petugas, memperkuat sistem kesehatan serta meningkatkan kemampuan perawatan oleh keluarga dan masyarakat. MTBS dalam kegiatan di lapangan khususnya di Puskesmas merupakan suatu sistem yang mempermudah pelayanan serta meningkatkan mutu pelayanan.

Apabila di suatu Puskesmas menerapkan MTBS berarti turut membantu dalam upaya pemerataan pelayanan kesehatan dan dapat membuka akses bagi seluruh lapisan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang terpadu (Silmia, 2011)

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa MTBS adalah suatu prosedur dengan prinsip keterpaduan tatalaksana balita sakit yang menjadi standar pelayanan bagi balita sakit sekaligus pedoman bagi tenaga kesehatan khususnya di fasilitas pelayanan kesehatan dasar.

Pada penerapan yang terpadu dalam pelayanan kuratif (upaya kombinasi perbaikan tatalaksana kasus pada balita sakit), preventif dan promotif (melalui aspek gizi, imunisasi dan konseling) harus dijadikan salah satu upaya terobosan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, dan mengacu alih teknologi dari petugas kesehatan kepada ibu/keluarga balita serta meningkatkan peran aktif dan kemandirian ibu/keluarga dalam merawat balita sakit di rumah. Pemanfaatan tenaga kesehatan yang terbesar di puskesmas, pustu dan tingkat desa (bidan desa)

maka diharapkan MTBS ini dapat memberikan kontribusi yang tinggi terhadap penurunan angka kesakitan dan angka kematian bayi dan balita (Gunawan, 1996).

Menurut Sarwoto (1991) yang mempengaruhi hasil kerja selain faktor lingkungan juga perlengkapan dan fasilitas. Sering terjadi keterlambatan dalam pelaksanaan tugas disebabkan oleh tidak tersedianya alat perlengkapan yang diperlukan untuk pelaksanaan tugas. Oleh karena itu agar dapat mencapai hasil kerja yang baik, peralatan harus disediakan cukup sesuai dengan tugas dan fungsi yang akan dilaksanakan. Leida (1997) juga menyatakan salah satu unsur yang menunjukkan baiknya mutu pelayanan kesehatan adalah sarana yang sesuai dengan standar.

Fera (2009) menyatakan bahwa kondisi dan fasilitas penunjang MTBS di puskesmas akan mempengaruhi pelaksanaan MTBS antara lain:

- Tempat dan peralatan pelayanan MTBS meliputi ruang pemeriksaan, peralatan pemeriksaan, pojok oralit, tempat dan peralatan imunisasi.
- Pelayanan MTBS dan rujukannya.
- Organisasi dan tatalaksana kasus kebijakan imunisasi, jam kerja klinik, ruang obat, formulir pencatatan MTBS.
- Persediaan obat dan peralatan tindakan lainnya (informasi MTBS DepKes RI, 1999).

Tabel 2.1
Keluhan Anak Sakit dan Kemungkinan Penyebab atau Kondisi yang Menyertai

PADA SEBAGIAN ANAK YANG DIDIAGNOSA TUNGGAL MUNGKIN KURANG TEPAT	
Keluhan yang disampaikan	Kemungkinan penyebab atau kondisi yang menyertai
Batuk dan atau nafas cepat	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumoni • Anemia berat • Malaria
Letargis atau tidak sadar	<ul style="list-style-type: none"> • Malaria serebral • Meningitis • Dehidrasi berat • Pneumoni berat
Ruam campak	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumoni • Diare • Infeksi telinga
Bayi muda yang sakit berat	<ul style="list-style-type: none"> • Pneumoni • Meningitis • Sepsis

Sumber: WHO, information IMCI, Rev. 1, 1999, p.2

Pada tatalaksana balita sakit di lapangan, sebagian balita sakit yang dibawa ke fasilitas kesehatan mempunyai keluhan yang berhubungan dengan lebih dari satu kondisi seperti pada tabel 2.1

Oleh sebab itu, maka pengobatan bayi dan balita sakit menjadi semakin kompleks. Sehingga memerlukan keterpaduan pengobatan untuk beberapa kondisi anak sakit. Sehingga strategi yang dibutuhkan dalam pendekatan MTBS adalah mengkombinasikan perbaikan tatalaksana balita sakit dengan aspek nutrisi, imunisasi, pencegahan penyakit termasuk kesehatan ibu.

2.1.2 Keuntungan Implementasi Strategi MTBS

Menurut Myrnawati (1998) implementasi strategi MTBS mempunyai beberapa keunggulan, antara lain:

1. Lebih efisien dan ekonomis dalam perencanaan pelatihan, supervisi dan manajemen sebuah fasilitas pengobatan rawat jalan termasuk penggunaan obat serta pemanfaatan waktu dan tenaga kesehatan.
2. Dapat lebih dini menangani kasus-kasus penyakit yang mengancam jiwa anak balita.
3. Dapat mengkombinasikan terapi untuk semua penyakit, sehingga setiap keluhan yang ada dapat diobati secara serentak.
4. Dapat memanfaatkan setiap pertemuan untuk mengimplementasikan tindakan pencegahan (imunisasi, suplementasi vitamin A, promosi pemberian ASI (Air Susu Ibu), promosi pemberian makanan setempat yang tinggi kalori dan kaya gizi pada waktu menyapih.
5. Dapat meningkatkan komunikasi dengan ibu/keluarga dalam menyampaikan pesan kesehatan.

Menurut WHO (1999), sasaran dan hasil yang diharapkan dari implementasi strategi MTBS adalah sebagai berikut:

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 5 tahun awal kehidupan anak.

2.1.3 Kegiatan Petugas MTBS

Pemeriksaan balita sakit ditangani oleh tim yang dipimpin oleh pengelola MTBS yang berfungsi sebagai *case manager* (bidan). Pemilihan *case manager* oleh pimpinan puskesmas berdasarkan pertimbangan pernah mengikuti pelatihan dan sanggup untuk mengelola MTBS. Dalam kegiatannya pengelola bertanggung jawab kepada koordinator KIA Puskesmas dan bertanggung jawab melakukan

Universitas Indonesia

pemeriksaan dari penilaian, membuat klasifikasi, mengambil tindakan serta melakukan konseling dengan dipandu buku bagan dan tercatat dalam formulir pemeriksaan. *Case manager* juga bertanggung jawab mengelola kasus balita sakit apabila memerlukan konseling gizi, kesehatan lingkungan, serta imunisasi. Sesudah mendapatkan konseling maka dilakukan penulisan resep serta penjelasan agar pengantar (ibu/keluarga balita) mematuhi perintah yang diberikan dalam pengobatan di rumah. Konseling mengenai cara pemberian obat, dosis, lama pemberian, waktu pemberian, cara pemberian dan lain-lain menjadi hal yang rutin dilakukan. Hasil kegiatan pemeriksaan dicatat dalam register kunjungan, kemudian direkap setiap akhir bulan untuk laporan MTBS kepada Dinas Kesehatan.

Tim yang dipimpin oleh seorang *case manager* sangat diperlukan dalam praktik MTBS sehingga apabila menemukan masalah maka dapat berkonsultasi kepada koordinator KIA yang selanjutnya dikonsultasikan kepada pimpinan Puskesmas. Dalam hal konseling *case manager* mendistribusikan tugas pada petugas yang berhubungan dengan masalah konseling yang dilakukan. Kejelasan tugas dalam pembagian kerja menyebabkan penanganan kasus lebih efektif. Selain itu adanya fleksibilitas dalam tim memungkinkan petugas lain juga diharapkan mampu memberikan konseling lain apabila petugas yang bersangkutan tidak ada sehingga praktik MTBS tetap berjalan. Pemberian konseling menjadi unggulan dan sekaligus pembeda dengan pelayanan balita sakit tanpa melakukan praktik MTBS.

Keterpaduan pelayanan yang dilakukan praktik MTBS menunjukkan suatu kerja tim yang kompak dan fleksibel dengan dipandu buku panduan atau formulir MTBS menggambarkan bahwa MTBS merupakan suatu sistem pelayanan kesehatan (Mahyuliansyah, 2009).

2.1.4 Elemen Manajemen Terpadu Balita Sakit

Adapun elemen-elemen dari MTBS dengan batasan umur 2 bulan sampai 5 tahun, antara lain:

1. Penilaian dan klasifikasi anak sakit, terdiri dari: memeriksa tanda-tanda bahaya umum, menanyakan keluhan utama (batuk/sukar bernafas, diare, demam, malaria, campak, demam berdarah, masalah telinga), status gizi dan anemia, imunisasi anak, dan pemberian vitamin A.
2. Pengobatan, meliputi mengajarkan ibu cara memberi obat oral di rumah, mengajari ibu cara mengobati infeksi lokal di rumah, pemberian pengobatan yang dilakukan di klinik dan pemberian cairan tambahan pada balita diare.
3. Pengobatan lanjutan, antara lain: pemberian tablet Zinc untuk penderita diare, pemberian cairan pra rujukan pada demam berdarah dengue, memeriksa status imunisasi dan memeriksa pemberian vitamin A.
4. Tindak lanjut, terdiri dari penanganan terhadap beberapa penyakit dan masalah antara lain: pneumonia, diare persisten, disentri, malaria, demam-mungkin bukan malaria, campak, mungkin DBD, infeksi telinga, masalah pemberian makan, berat badan sangat rendah (BGM) dan anemia.
5. Konseling bagi ibu, meliputi penjelasan cara pemberian makanan, pemberian cairan, kapan harus kembali, menasehati ibu tentang kesehatan dirinya, menasehati ibu tentang penggunaan kelambu untuk pencegahan malaria.

Berikut ini bagan salah satu penilaian pada balita sakit dengan keluhan batuk /sukar bernafas dalam MTBS:

Tabel 2.2

PENILAIAN, KLASIFIKASI DAN TINDAKAN/PENGOBATAN ANAK SAKIT UMUR 2 BULAN SAMPAI 5 TAHUN



* Dilaksanakan dengan RUJUK disini adalah ke Dokter Puskesmas, Puskesmas dengan perawatan atau ke Rumah Sakit.

Sumber: Depkes RI dan WHO, 2005

Dalam pelaksanaan MTBS ini juga terdapat penilaian dan mengklasifikasikan anak sakit dengan batuk atau sukar bernafas yang lebih dikenal dengan penyakit ISPA/Pneumonia. Setelah tahun 1990, P2 ISPA melakukan penanggulangan pneumonia pada balita namun sering terjadi kerancuan dan kesimpangsiuran pemahaman antara ISPA dan Pneumonia. Di bawah ini dijelaskan kembali tentang ISPA dan Pneumonia sebagai berikut:

1. Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) dan Pneumonia

Infeksi Saluran Pernafasan Akut atau yang disingkat dengan ISPA diadaptasi dari istilah bahasa Inggris yaitu *Acute Respiratory Infection (ARI)*. ISPA juga meliputi infeksi saluran pernafasan atas (*upper respiratory tract infection*) dan infeksi saluran pernafasan bawah (*lower respiratory tract infection*). Pengertian infeksi akut ialah apabila infeksi tersebut berlangsung hingga 14 hari, walaupun beberapa penyakit dalam golongan ISPA lebih dari 14 hari (Sinora, 2005).

Bakteri penyebab ISPA antara lain adalah genus Streptokokus, Stafilokokkus, Pneumokokus, Hemofilus, Bordetella dan Korinebakterium. Virus penyebab ISPA antara lain adalah dari golongan Miksovirus, Adenovirus, Koronavirus, Pikornavirus, Mikoplasma, Herpesvirus dan lain-lain (DepKes, 2002).

2. Pneumonia

Pneumonia adalah proses infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli). Pneumonia dibagi berdasarkan umur balita, sebagai berikut:

- a. Pneumonia Balita, ditandai dengan adanya gejala batuk dan atau kesukaran bernafas seperti: nafas cepat, tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (TDDK), atau gambaran radiologi foto thorax/dada menunjukkan infiltrat paru akut. Seperti tabel 2.3.

Tabel 2.3
Klasifikasi Pneumonia Balita Berdasarkan Kelompok Umur

Kelompok Umur	Klasifikasi	Tanda Penyerta batuk dan atau sukar bernafas
< 2 bulan	Pneumonia Berat	TDDK kuat (chest indrawing) dan atau nafas cepat 60 kali/menit
	Bukan Pneumonia	Tidak ada nafas cepat dan TDDK
2 bulan-<5 tahun	Pneumonia berat	TDDK (chest indrawing)
	Pneumonia	Nafas cepat: 2 bulan-<1 tahun: 50 kali/menit 1-<5 tahun: 40 kali/menit
	Bukan Pneumonia	Tidak ada nafas cepat dan TDDK

Sumber: Depkes, 2010

- b. Pneumonia 5 tahun, diagnosa pneumonia 5 tahun di rumah sakit dan puskesmas mengikuti tabel di bawah ini:

Tabel 2.4
Diagnosis Pneumonia 5 tahun di Rumah Sakit dan Puskesmas

Rumah Sakit	Puskesmas
<p>Harus mencakup gejala klinis dan pemeriksaan foto thorax.</p> <p>Gejala klinis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gejala utama: demam dan batuk, dapat disertai gejala tambahan: <ul style="list-style-type: none"> – Nafas cepat: <ul style="list-style-type: none"> • Usia 5-12 thn: frek nafas 30 kali/menit • Usia 13 thn: frek nafas 20 kali/menit 	<p>Gejala klinis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gejala utama: demam dan batuk disertai 2 gejala tambahan: <ul style="list-style-type: none"> – Nafas cepat: <ul style="list-style-type: none"> • Usia 5-12 thn: frek nafas 30 kali/menit • Usia 13 thn: frek nafas 20 menit – Nyeri dada pleuritik (nyeri dada saat bernafas)

Rumah Sakit	Puskesmas
<ul style="list-style-type: none"> – Nyeri dada pleuritik (nyeri dada pada waktu bernafas) – Pemeriksaan auskultasi: terdengar ronki saat menarik nafas • Pemeriksaan Penunjang: Foto thorax: didapatkan gambaran infiltrat atau konsolidasi 	<ul style="list-style-type: none"> – Pemeriksaan auskultasi: terdengar ronki saat menarik nafas

Sumber: Depkes, 2010

Walaupun ada perbedaan diagnosis di RS dengan menggunakan foto thorax sebagai konfirmasi pneumonia dan di Puskesmas tanpa foto thorax tetapi dalam program P2 ISPA analisis semua disebut pneumonia.

Pada etiologi pneumonia balita sukar untuk ditetapkan dikarenakan dahak yang digunakan untuk pemeriksaan sputum sukar diperoleh, sedangkan pada prosedur pemeriksaan imunologi belum memberikan hasil yang memuaskan bahwa bakteri sebagai penyebab pneumonia. Oleh sebab itu, penetapan etiologi pneumonia di Indonesia masih didasarkan pada hasil penelitian di luar Indonesia. Menurut WHO, penelitian di berbagai negara menunjukkan bahwa di negara berkembang *Streptokokus pneumonia* dan *Hemofilus influenza* merupakan bakteri yang selalu ditemukan pada 2 per 3 hasil isolasi aspirat paru sebanyak 73,9% dan 69,1% hasil isolasi spesimen darah. Pada negara maju, pneumonia pada anak umumnya disebabkan oleh virus (DepKes, 2002).

2.1.5 Faktor Risiko Pneumonia

Depkes (2002) membagi faktor risiko Pneumonia menjadi 2 kelompok yaitu:

1. Faktor risiko yang meningkatkan insidens Pneumonia:
 - Umur < 2 tahun
 - Laki-laki
 - Gizi kurang
 - Berat badan lahir rendah
 - Tidak mendapat ASI yang memadai
 - Polusi udara
 - Kepadatan penduduk
 - Imunisasi yang tidak memadai
 - Membendung/menyelimuti anak dengan berlebihan
 - Defisiensi vitamin A
 - Pemberian makanan tambahan terlalu dini
2. Faktor risiko yang meningkatkan angka kematian Pneumonia:
 - Usia < 2 tahun
 - Tingkat sosio ekonomi rendah
 - Kurang gizi
 - Berat badan lahir rendah
 - Tingkat pendidikan ibu yang rendah
 - Tingkat jangkauan pelayanan kesehatan yang rendah
 - Kepadatan tempat tinggal
 - Imunisasi yang tidak memadai
 - Menderita penyakit kronis
 - Aspek kepercayaan setempat dalam praktek pencarian pengobatan yang salah.

2.1.6 Kecenderungan masalah penyakit ISPA dan pneumonia

Menurut (DepKes, 2002) beberapa faktor yang menjadi munculnya masalah penyakit ISPA dan pneumonia, antara lain:

1. Kondisi ekonomi

Keadaan ekonomi yang belum pulih seutuhnya dari krisis ekonomi menimbulkan dampak pada peningkatan penduduk miskin yang disertai dengan menurunnya kemampuan untuk menyediakan lingkungan pemukiman yang sehat sehingga adanya peningkatan jumlah balita yang rentan terhadap serangan penyakit menular ISPA yang pada akhirnya menimbulkan juga peningkatan penyakit ISPA dan pneumonia pada balita.

2. Kependudukan

Jumlah penduduk yang besar mendorong terjadinya peningkatan jumlah populasi balita yang besar pula sehingga status kesehatan masyarakat pun semakin rendah.

3. Geografi

Daerah tropis Indonesia memiliki potensi daerah endemik beberapa penyakit infeksi yang mengancam kesehatan masyarakat seperti: malaria, DBD, *filariasis*, campak, hepatitis dan lain-lain.

4. Perilaku hidup bersih dan sehat

Modal utama untuk mencegah penyakit ISPA adalah perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Yang dipengaruhi oleh budaya dan tingkat pendidikan penduduk. Diharapkan dengan semakin meningkatnya pendidikan di masyarakat diperkirakan akan berpengaruh positif terhadap pemahaman masyarakat dalam menjaga kesehatan balita agar tidak terkena penyakit ISPA.

5. Lingkungan dan iklim global

Pencemaran lingkungan seperti asap karena kebakaran hutan, gas buang sarana transportasi dan polusi udara dalam rumah merupakan ancaman kesehatan terutama penyakit ISPA. Demikian juga perubahan iklim global

terutama suhu, kelembaban, curah hujan, masih merupakan beban ganda dalam pemberantasan penyakit ISPA (DepKes, 2002).

2.2 Tingkat Pengetahuan

Perilaku (*behaviour*) adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia, baik yang dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2010). Skinner (1938) dalam Notoatmodjo (2010) merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Respon sangat tergantung pada faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Meskipun stimulus yang diberikan sama namun respon dari tiap-tiap orang berbeda. Faktor-Faktor yang membedakan respon seseorang disebut determinan perilaku. Determinan perilaku dapat dibedakan menjadi dua:

1. Determinan atau faktor internal, yakni karakteristik orang yang bersangkutan yang bersifat given atau bawaan (tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin)
2. Determinan atau faktor eksternal, yakni lingkungan baik (lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik).

Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2010) membagi perilaku manusia dalam tiga domain/kawasan yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Dalam perkembangannya pembagian ini dimodifikasi menjadi pengetahuan, sikap, dan praktik atau tindakan atau "PSP" (KAP).

Pengetahuan merupakan salah satu faktor predisposisi seseorang untuk bertindak/berperilaku positif. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan Green (1980) dalam Notoatmodjo (2010). Pengetahuan adalah hasil dari tahu, terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan ini melalui panca indra manusia yaitu indra penglihatan, penciuman, pendengaran, rasa dan raba (Notoatmodjo, 2010).

2.2.1 Domain Kognitif

Menurut Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2010) tingkat pengetahuan yang tercakup di dalam domain kognitif pada manusia mempunyai 6 tingkatan, antara lain:

1. Tahu

Artinya mengingat suatu materi yang dipelajari sebelumnya, termasuk dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rancangan diterima.

2. Memahami

Materi tersebut di terima secara benar. Memahami artinya suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan.

3. Aplikasi

Yaitu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

4. Analisis

Suatu kemampuan dalam menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam struktur organisasi tersebut dan kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis

Yaitu menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6. Evaluasi

Hal ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan penelitian-penelitian terhadap suatu objek. Yang dilakukan berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri melalui kriteria yang sudah ada. Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur (Notoatmodjo, 2010).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan, antara lain:

a. Umur

Salah satu yang merupakan variabel penting dan menjadi perhatian dalam setiap penelitian-penelitian epidemiologi adalah umur. Umur adalah lamanya hidup seseorang dalam tahun yang dihitung sejak dilahirkan. Semakin tinggi umur seseorang, maka semakin bertambah pula ilmu atau pengetahuan yang dimiliki karena pengetahuan seseorang diperoleh dari pengalaman sendiri maupun pengalaman yang diperoleh dari orang lain (Notoatmodjo, 2003).

b. Pendidikan

Merupakan proses menumbuh kembangkan seluruh kemampuan dan perilaku manusia melalui pengetahuan, sehingga dalam pendidikan perlu dipertimbangkan umur (proses perkembangan klien) dan hubungan dengan proses belajar. Tingkat pendidikan juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang untuk lebih mudah menerima ide-ide dan teknologi (Notoatmodjo, 2010). Pendidikan memiliki peran penting untuk menentukan kualitas manusia. Dengan adanya pendidikan maka manusia akan memiliki pengetahuan yang luas bahkan bersamaan dengan implikasinya.

c. Pelatihan

Pelatihan adalah pendidikan non formal yang dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas dari seluruh pengetahuan yang didapatkan. Pelatihan menurut Moekiyat (1991), adalah: "Pelatihan merupakan salah satu cara untuk meningkatkan atau menambah pengetahuan dan keterampilan petugas juga dimaksudkan untuk mengurangi kesenjangan antara kemampuan petugas dengan tuntutan tugasnya untuk mencapai efisiensi dan efektivitas kerja petugas dalam mencapai sasaran pekerjaan yang telah ditentukan". Stoner (1992) juga menjelaskan definisi tentang pelatihan adalah suatu proses yang didesain untuk mempertahankan atau memperbaiki prestasi kerja saat ini.

Legiman (2006) juga mengatakan bahwa pelatihan merupakan bagian dari pendidikan yang menyangkut proses belajar dari mulai memperbaiki, merubah dan membina kepribadian, kemampuan, sikap dan tingkah laku, ketrampilan, pengetahuan, prestasi kerja yang dilakukan secara sadar baik di dalam maupun luar sekolah dan berlangsung seumur hidup yang pada umumnya dilakukan oleh orang sudah bekerja.

2.2.2 Proses munculnya “TAHU”

Teori Rogers (1974) seperti yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), perilaku adalah semua kegiatan atau aktifitas manusia baik yang dapat diamati langsung ataupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Dan sebelum mengadopsi perilaku baru dari dalam diri maka terjadi proses yang berurutan seperti di bawah ini:

1. Kesadaran (*Awareness*), yaitu ketika seseorang menyadari atau mengetahui dahulu terhadap stimulus (objek).
2. Merasa tertarik (*Interest*), artinya individu itu sudah mulai menaruh perhatian dan tertarik pada stimulus yang sudah diberikan.
3. Menimbang-nimbang (*Evaluation*), ketika individu akan mempertimbangkan baik buruknya tindakan terhadap stimulus tadi untuk dirinya, sehingga sikap responden sudah lebih baik.
4. Mencoba (*Trial*), yaitu bahwa individu sudah mulai mencoba perilaku baru.
5. Adaptasi (*Adaption*), artinya individu tersebut sudah pada sikap positif terhadap stimulus.

Hal ini pun diperkuat oleh teori dari Rogers (1974) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), bahwa pengadopsian perilaku melalui proses di atas dimulai saat individu tersebut memperoleh pengetahuan, kesadaran positif. Sehingga perilaku tersebut akan bersifat langgeng atau berkelanjutan. Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa terdapat suatu proses

perubahan seseorang saat individu tersebut memperoleh pengetahuan dan hal tersebut bergantung pada faktor-faktor yang ada pada individu tersebut.

2.2.3 Faktor-faktor yang berhubungan dengan Tingkat Pengetahuan

1. Jenis Paramedis

Adapun jenis paramedis ini memiliki peranan yang cukup penting dalam pelayanan kesehatan, oleh karena itu peranan dari paramedis dalam melaksanakan tugas dan pelayanannya kepada masyarakat merupakan pelayanan profesional yang tidak dapat dipisahkan dari upaya pelayanan kesehatan secara menyeluruh.

2. Umur

Salah satu faktor lain yang mempengaruhi tingkat pengetahuan adalah umur. Dengan bertambahnya umur seseorang diharapkan adanya penambahan juga dalam pengetahuan dan pengalamannya sehingga dapat berfikir, bertindak dan terbentuk kesiapan dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya. Menurut BPS (2007) dalam Laporan Sosial Indonesia 2007 tentang Analisis Perkembangan Statistik Ketenagaan menyebutkan bahwa di dalam kelompok usia produktif terdapat kelompok usia prima yaitu 25-54 tahun. Kelompok umur 25-54 tahun merupakan kelompok usia yang mempunyai produktifitas dan kerja tinggi. Siagian (2008) menyatakan umur harus mendapat perhatian karena akan mempengaruhi kondisi fisik, mental, kemampuan kerja dan tanggung jawab yang dapat mempengaruhi kontribusi maksimal seseorang dalam pekerjaannya.

Hasil analisis hubungan antara umur dengan tingkat pengetahuan tidak ada hubungan antara umur dengan tingkat pengetahuan tentang MTBS. Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Syaendra (2000) di Kabupaten Agam Sumatra Barat dan penelitian oleh Harlita (2010) di Kabupaten Bogor yang menyatakan ada hubungan.

Tidak adanya hubungan antara umur dengan tingkat pengetahuan tentang MTBS bisa dikarenakan produktifitas menurun dengan adanya

pertambahan umur dan pekerjaan yang berlarut-larut, selain itu adanya pertambahan umur tidak selalu disertai kedewasaan dan munculnya tanggung jawab dari diri sendiri. Penyebab lainnya bisa dikarenakan sarana dan prasarana dari tempat kerja yang tidak mendukung dariu pelaksanaan MTBS sehingga lebih senang untuk melaksanakan kerja berdasarkan pengalaman yang diperoleh.

3. Lama Kerja

Suatu hubungan yang positif dengan produktifitas kerja merupakan suatu senioritas. Anderson (1974) yang dikutip Alamsyah (2000) mengemukakan bahwa pekerjaan akan berpengaruh terhadap perilaku petugas. Seorang petugas yang lama kerja mempunyai wawasan yang lebih luas dan pengalaman yang lebih banyak sehingga hal tersebut memegang peranan dalam pembentukan perilaku petugas. Sedangkan Robbins (2003) mengatakan bahwa masa kerja itu adalah terlihat pada pengalaman kerja menjadi dasar yang baik terhadap produktifitas karyawan.

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa masa kerja juga berkaitan dengan pengalaman dan produktifitas kerja. Semakin lama masa kerja seseorang maka pengalamannya semakin banyak, kemampuan dan ketrampilannya meningkat sehingga produktifitas dan kinerjanya lebih baik.

4. Pelatihan

Pelatihan adalah suatu cara yang diberikan untuk meningkatkan ketrampilan yang dibutuhkan untuk melaksanakan pekerjaannya sekarang (Panggabean, 2004). Dan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan atau ketrampilan khusus bagi seseorang dalam meningkatkan kualitas pekerjaannya. Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa dengan adanya pelatihan yang diberikan kepada seseorang maka diharapkan dapat meningkatkan ketrampilan serta keahliannya dalam mengerjakan sesuatu yang pada akhirnya dapat meningkatkan kualitas

kerja. Dalam Gibson (2010) menyatakan bahwa kemampuan dan ketrampilan seseorang adalah variabel utama yang berpengaruh terhadap kinerja. Hasil penelitian Zaim (2001) menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dan kinerja bidan PTT di desa dalam pertolongan persalinan di Kabupaten Sanggau. Hasil penelitian Ridwan (2008) menyatakan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kinerja bidan dalam menerapkan manajemen aktif kala III persalinan di Kota Metro.

5. Pendidikan

Pendidikan merupakan hasil bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju ke arah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisis kehidupan untuk mencapai keselamatan dan

kebahagiaan. Pendidikan merupakan upaya untuk mengembangkan sumber daya manusia, terutama untuk mengembangkan kemampuan intelektual dan kepribadian manusia (Notoatmodjo, 2010). Menurut YB Mantra yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan (Nursalam, 2003) sehingga dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka pada umumnya makin mudah menerima informasi.

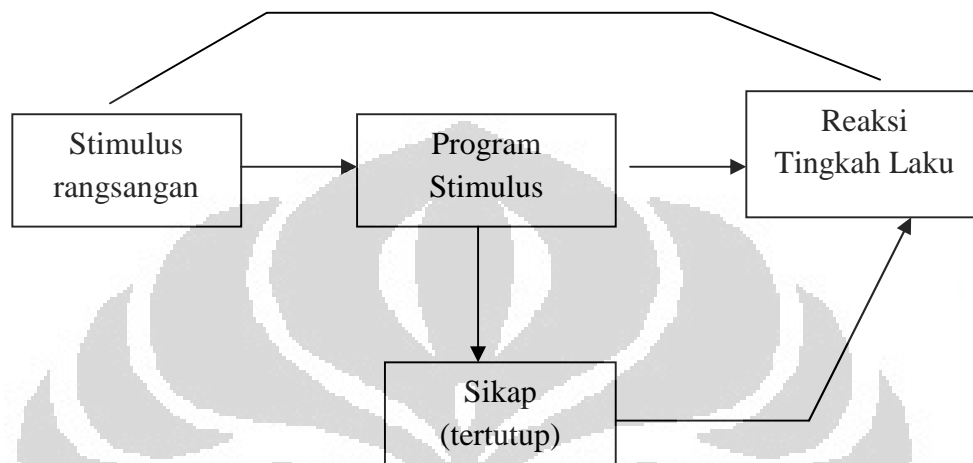
2.3 Sikap

Sikap merupakan reaksi atau nilai sikap yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2007). Manifestasi sikap tidak dapat dilihat langsung, namun hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup.

Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku terbuka Notoatmodjo (2007). Sikap merupakan kesiapan untuk

bereaksi terhadap objek yang ada di lingkungan tertentu sebagai pendalaman dari objek tersebut. Proses pembentukan sikap dan reaksi dapat digambarkan sebagai berikut:

Diagram 1. Proses Terbentuknya Sikap dan Reaksi



Sumber: Notoatmodjo, 2010

2.3.1 Komponen Pokok Sikap

Sikap mempunyai tiga komponen pokok, Allport (1954) dikutip dalam Notoatmodjo (2007), antara lain:

1. Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
3. Kecenderungan untuk bertindak (ten to behave)

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh. Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, pikiran, keyakinan dan emosi memegang peranan penting (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan yang cukup dari seseorang akan mempengaruhi pikiran tentang tujuan, fungsi, manfaat sebuah standar pelayanan, kemudian mempengaruhi keyakinan dan emosi paramedis yang dapat menimbulkan niat atau keinginan untuk menerapkan standar itu dalam setiap pelayanan yang dilakukannya. Sikap belum tentu terwujud dalam suatu tindakan (overt behavior), untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata

maka sangat dibutuhkan faktor pendukung atau suatu dukungan (Notoatmodjo, 2007).

2.3.2 Tingkatan Sikap

Sikap memiliki beberapa tingkatan, antara lain:

1. Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan ingin memperhatikan stimulus yang diberikan kepadanya (*obyek*).

2. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ada pertanyaan, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan. Dengan menjawab pertanyaan, menyelesaikan tugas, terlepas dari pekerjaan itu benar atau salah, berarti bahwa seseorang menerima ide tersebut.

3. Menghargai (*valueing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah indikasi sikap tingkat tiga. Dengan mengajak orang lain berarti seseorang sudah menerima dan memiliki pikiran positif terhadap suatu ide.

4. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang dipilihnya dengan segala risiko merupakan sikap yang paling tinggi. Seseorang tetap melaksanakan suatu ide meskipun banyak kendala atau tantangan.

5. Pembentukan sikap

Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap yaitu pengalaman pribadi, kebudayaan orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar, Saifudin, 1998) seperti yang dikuti dalam Reynie (2008).

2.4 Perilaku

2.4.1 Pengertian Perilaku

Perilaku adalah tindakan atau aktifitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai gambaran kehidupan di masa depan seperti: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca dan lain-lain. Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa perilaku adalah segala jenis aktifitas yang dapat dilakukan dan diamati langsung ataupun yang tidak dapat diamati oleh subyek luar (Notoatmodjo, 2003).

Seperti yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003) dari Skinner bahwa perilaku merupakan aksi atau respon seseorang terhadap rangsangan dari luar. Sehingga perilaku tersebut menimbulkan proses stimulus terhadap organisme, sehingga organisme tersebut memberikan respon, maka teori Skinner ini juga disebut teori “S-O-R” atau Stimulus-Organisme-Repon.

Dilihat dari respon terhadap stimulus ini, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua (Notoatmodjo, 2003):

1. Perilaku tertutup (*covert behavior*)

Yaitu merupakan respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*covert*). Respon atau reaksi ini hanya terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut namun belum bisa diamati oleh orang lain dengan jelas.

2. Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang dalam bentuk tindakan nyata ataupun terbuka terhadap stimulus sehingga dengan mudah akan dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

Menurut Green dan Kreuter (2005) terdapat tiga faktor utama yang dapat mempengaruhi perilaku kesehatan seseorang yang sebelumnya dapat terbentuk karena pengaruh genetik dan lingkungan. Faktor tersebut meliputi:

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor predisposisi mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan dan nilai-nilai. Faktor tersebut akan berpengaruh terhadap motivasi individu ataupun kelompok untuk bertindak. Selain itu, demografi seperti status sosio-ekonomi, umur, jenis kelamin, ras, besar keluarga, pendapatan, pendidikan, tempat tinggal, serta data kependudukannya dan lain-lain.

2) Faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor pemungkin meliputi ketersediaan fasilitas atau sarana kesehatan seperti fasilitas yang mendukung seseorang untuk dapat berperilaku positif terhadap sesuatu. Faktor pemungkin lainnya adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan serta kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan informasi dan memberikan bantuan. Faktor pemungkin yang lain adalah kebijakan atau peraturan perundangan yang mendukung.

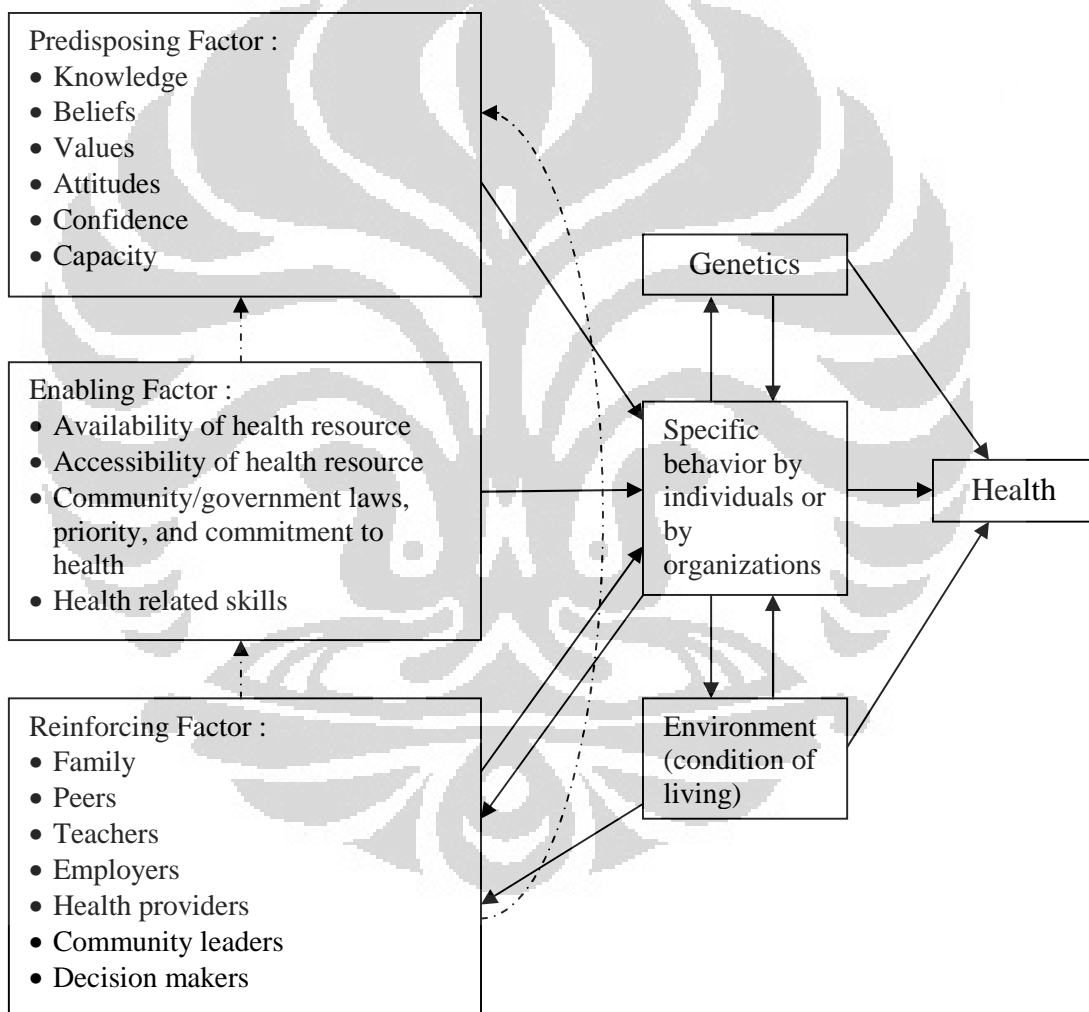
3) Faktor pendorong (*reinforcing factors*)

Faktor penguat juga berpengaruh terhadap perilaku, yaitu adanya dukungan dari keluarga, teman sebaya, guru-guru, pimpinan, perilaku tenaga kesehatan serta pengambil kebijakan.

BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Teori

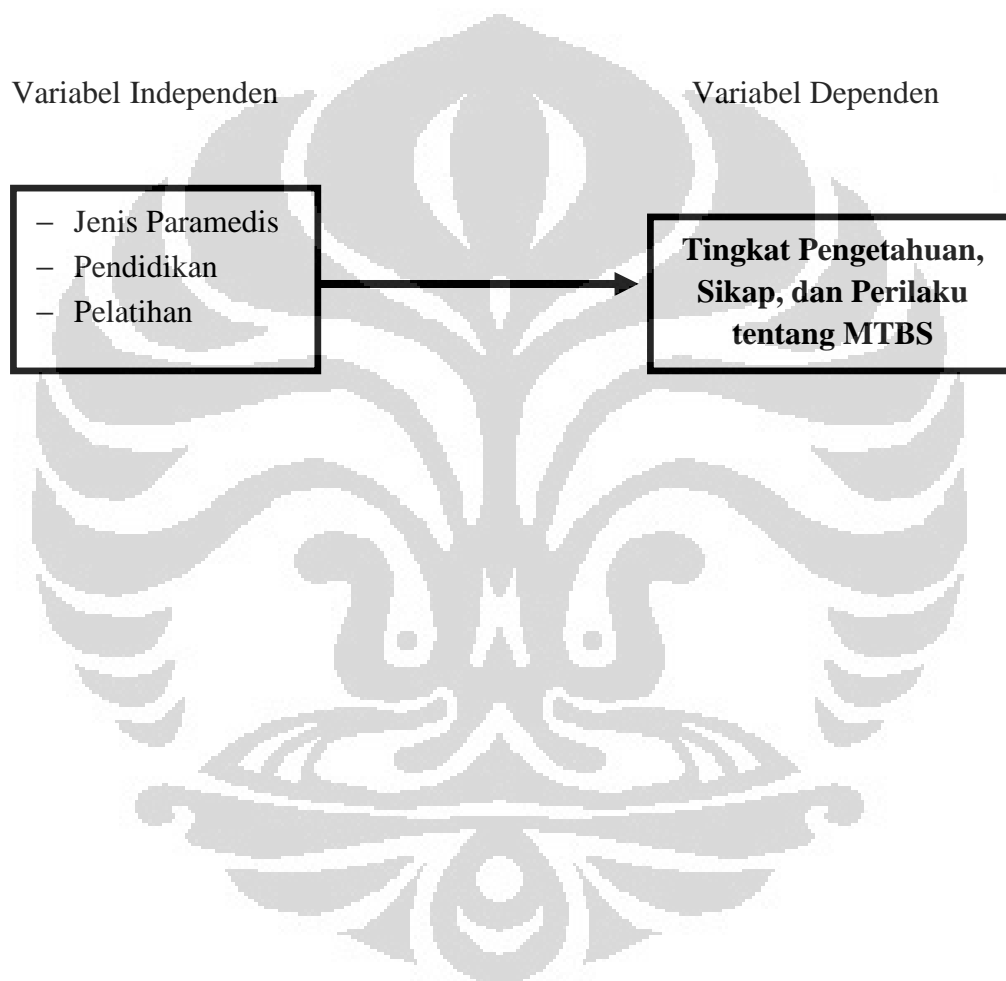
Pendekatan teori yang digunakan untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan adalah teori Lawrence Green (2005). Teori ini menyatakan bahwa kesehatan seseorang dapat dipengaruhi oleh faktor perilaku dan dibentuk oleh faktor perilaku dan faktor perilaku dipengaruhi oleh faktor-faktor *predisposing*, *enabling* dan faktor *reinforcing*.



Sumber : Green (2005) Health Program Planning An Educational And Ecological Approach Fourth Edition

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori, maka kerangka konsep penelitian ini adalah variabel independen antara lain jenis paramedis, pelatihan MTBS, pendidikan, sikap dan perilaku. Sedangkan untuk variabel dependennya adalah tingkat pengetahuan tentang MTBS. Seperti bagan di bawah ini:

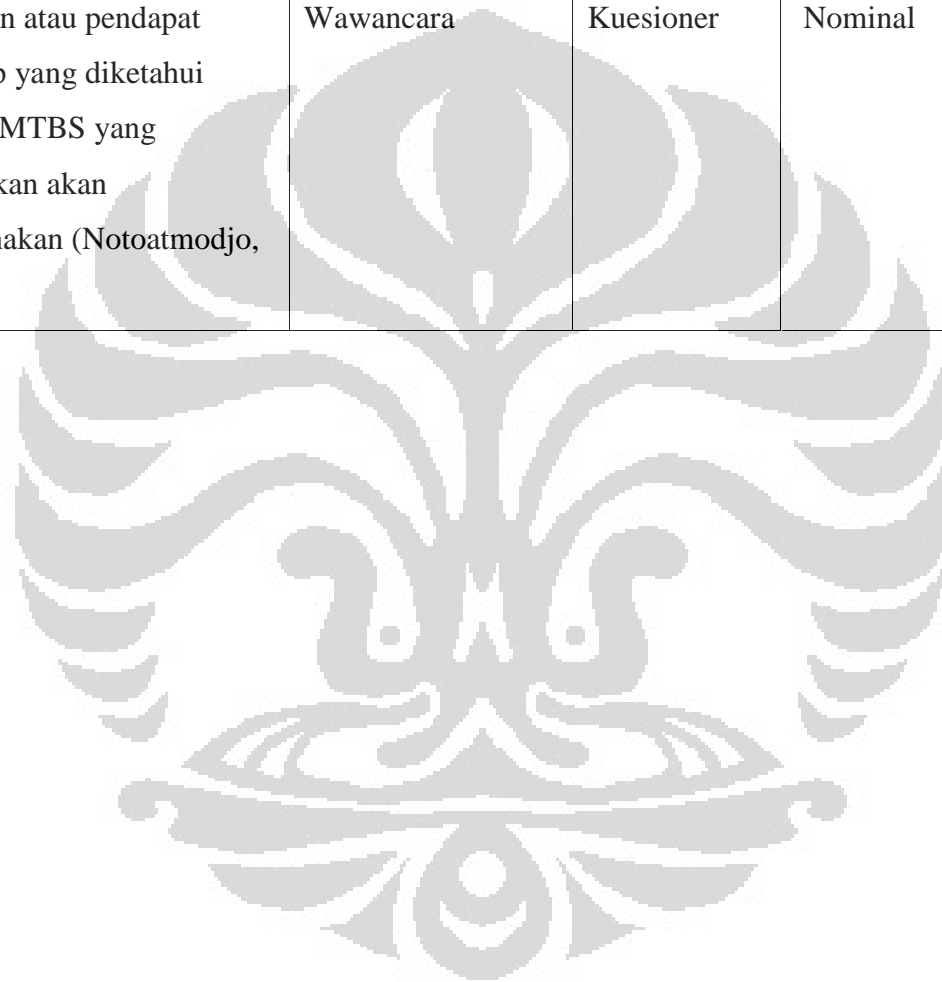


3.3 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1	Tingkat Pengetahuan	Pemahaman paramedis tentang MTBS meliputi 17 pertanyaan (pengertian, klasifikasi, tanda-tanda bahaya umum dan tindak lanjutnya)	Wawancara	Kuesioner	Nominal	Pengetahuan dibagi menjadi 2 kelompok yaitu menjawab dengan benar seluruh pertanyaan dapat dikatakan pengetahuan lengkap dan tidak lengkap jika ada menjawab salah pertanyaan 0 = lengkap 1 = tidak lengkap
2	Jenis paramedis	Seseorang yang telah mendapatkan pendidikan formal di bidang kesehatan dan secara fungsional membantu dokter	Wawancara	Kuesioner	Nominal	0 = bidan 1 = Perawat

3	Pelatihan MTBS	Keikutsertaan paramedis dalam pelatihan MTBS selama dia bekerja di Puskesmas	Wawancara	Kuesioner	Nominal	0 = Pernah 1 = Tidak pernah
4	Pendidikan	Sekolah formal tertinggi yang ditamatkan paramedis sampai saat penelitian dilakukan	Wawancara	Kuesioner	Ordinal	0 = S1 Keperawatan, S1 Kebidanan, DIV Kebidanan 1 = DIII Keperawatan, DIII Kebidanan 2 = D1 Kebidanan, SPK
5	Sikap	Penilaian berupa pendapat responden terhadap stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2007)	Wawancara	Kuesioner	Nominal	0 = Sangat Setuju, Setuju 1 = Tidak Setuju, Sangat Tidak Setuju

6	Perilaku	Penilaian atau pendapat terhadap yang diketahui tentang MTBS yang diharapkan akan dilaksanakan (Notoatmodjo, 2007)	Wawancara	Kuesioner	Nominal	0 = Baik 1 = Tidak baik
---	----------	--	-----------	-----------	---------	----------------------------



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Untuk mendapatkan gambaran dan informasi dari variabel-variabel yang akan diteliti baik itu variabel independen dan variabel dependen, maka penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif dan desain *cross sectional*. Hal ini didasarkan atas pertimbangan, penelitian yang dilakukan hanya berdasarkan pengamatan sesaat secara bersamaan dan dalam waktu tertentu.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di 7 (tujuh) Puskesmas baik Puskesmas Induk maupun Puskesmas Pembantu yang berada dalam wilayah Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya Kalimantan Tengah. Penelitian ini dilakukan pada bulan April-Mei Tahun 2012.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1. Populasi

Populasi yang akan diteliti adalah paramedis yang bekerja di wilayah Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya yang berjumlah 220 orang.

4.3.2. Sampel

Yang termasuk dalam sampel penelitian ini adalah paramedis yang bekerja di Puskesmas dan Pustu di Kota Palangka Raya. Dalam penelitian ini dilakukan pengambilan sampel secara kelompok atau gugus (*Cluster Sampling*) dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- Langkah pertama : memilih sampel 7 puskesmas dan memilih secara acak pustu-pustu.
- Langkah kedua : Seluruh paramedis dari pustu diambil seluruhnya.
 - Puskesmas Pahandut: 9 orang
 - Puskesmas Menteng: 11 orang
 - Puskesmas Panarung: 5 orang
 - Puskesmas Kereng Bangkirai: 5 orang

- Puskesmas Jekan Raya: 2 orang
- Pustu Bukit Tunggul: 3 orang
- Pustu Marina Permai: 4 orang
- Pustu Petuk Katimpun: 2 orang
- Pustu Bumi Palangka: 1 orang
- Pustu Flamboyan Bawah: 4 orang
- Pustu PCPR: 3 orang
- Pustu Mendawai: 3 orang
- Pustu Km. 7: 3 orang
- Pustu Pangaringan II: 3 orang
- Pustu Katingan: 3 orang
- Pustu Palangka: 4 orang

Penelitian ini dilakukan paramedis yang berada di tujuh Puskesmas Induk dan Pustu di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya yang berjumlah 76 orang yang terdiri dari bidan dan perawat dengan inklusi :

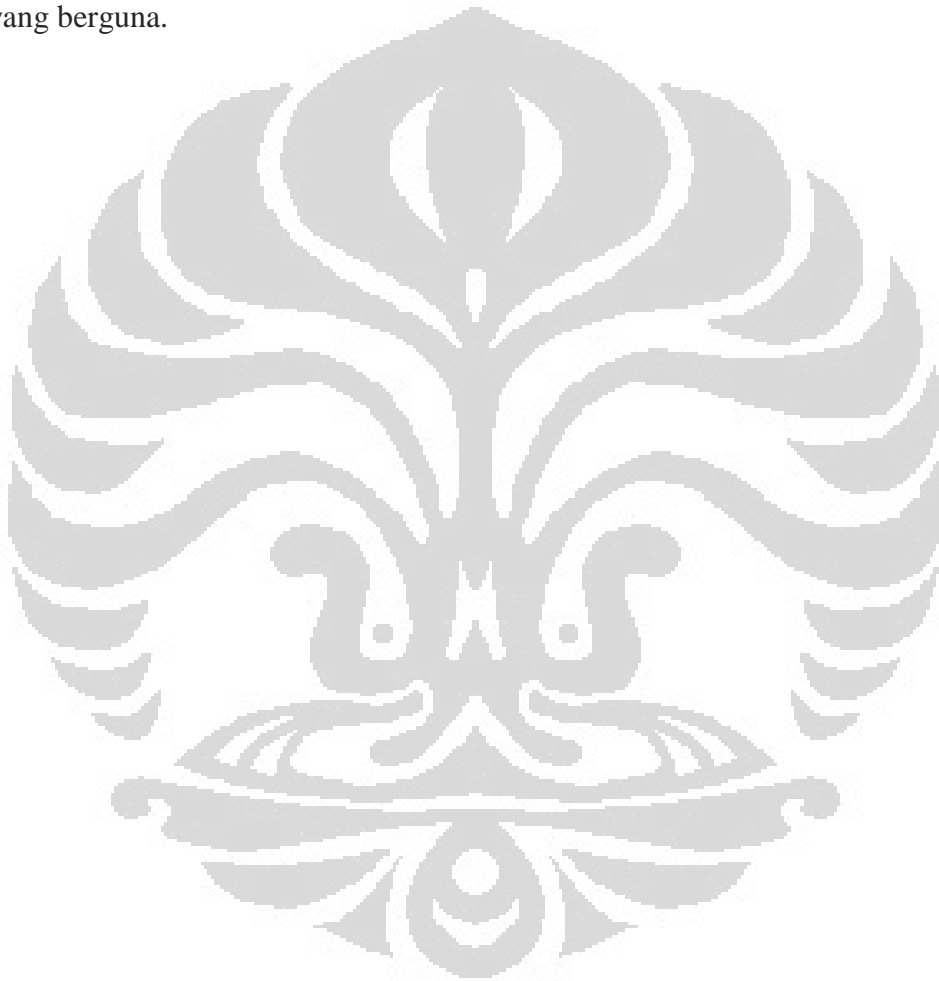
1. Paramedis yang bersedia menjadi responden.
2. Paramedis yang ada di tempat kerja pada saat penelitian, tidak sedang mengambil cuti atau mengikuti tugas belajar.

4.4 Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan pada penelitian ini adalah data primer. Data diperoleh dengan melakukan wawancara dengan kuesioner. Sebagai pengumpul data adalah peneliti sendiri. Sedangkan data penunjang dalam pengumpulan data, dipakai data hasil laporan (LB.3) dari tiap puskesmas kepada Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya.

4.5 Analisis Data

Setelah dilakukan pengolahan data kemudian dilakukan analisis data menggunakan komputerisasi. Analisis data adalah untuk mendiskripsikan atau menjelaskan karakter masing-masing variabel yang diteliti. Fungsi analisis adalah untuk menyederhanakan atau meringkas kumpulan data dari hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna.



BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Karakteristik Responden

Pada penelitian ini, dilakukan pada 76 orang paramedis di beberapa puskesmas dan puskesmas pembantu yang berada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya sebagai berikut:

Tabel 5.1
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Paramedis, Pendidikan, dan Pelatihan di Kota Palangka Raya Tahun 2012, n = 76 responden

Karakteristik responden	Persentase
Jenis Paramedis	
Bidan	47,4
Perawat	52,6
Pendidikan	
S1 Keperawatan, S1 Kebidanan, D4 kebidanan	10,5
D3 kebidanan, D3 keperawatan	50
D1 Kebidanan, SPK	39,5
Pelatihan	
Pernah	36,8
Tidak Pernah	63,2

Jenis paramedis dibagi menjadi 2 kelompok yaitu perawat sebesar 52,63% dan bidan sebesar 47,36% dari 76 responden. Distribusi responden yang memiliki pendidikan Sarjana Keperawatan, Kebidanan dan DIV Kebidanan sebesar 10,5%, dan D3 Keperawatan dan D3 Kebidanan sebesar 50%. Sedangkan untuk pendidikan responden dengan D1 Kebidanan dan SPK (Sekolah Perawat) sebesar 39,5%. Pada distribusi responden berdasarkan paramedis yang pernah mengikuti pelatihan tentang MTBS sebesar 36,8% dan yang tidak pernah mendapatkan pelatihan MTBS sebesar 63,2%

Tabel 5.2
Distribusi responden berdasarkan Tingkat Pengetahuan tentang MTBS
di Kota Palangka Raya, n = 76 responden

No	Uraian	Persentase
1	Mengetahui singkatan MTBS	81,5
2	Mengetahui umur sasaran MTBS pada balita	64,5
3	Mengetahui langkah-langkah proses manajemen kasus yang dilakukan pada MTBS	48,7
4	Mengetahui pengobatan yang dapat dilakukan ibu balita di rumah	76,3
5	Mengetahui penyakit yang termasuk MTBS	72,4
6	Mengetahui prioritas penyakit pada MTBS	57,9
7	Mengetahui tanda-tanda balita “bukan Pneumonia”	88,2
8	Mengetahui klasifikasi Pneumonia bayi < 2 bulan	27,6
9	Mengetahui batasan nafas cepat berdasarkan umur balita	47,4
10	Mengetahui tanda bahaya bayi < 2 bulan	64,5
11	Mengetahui sasaran pemberian tablet antibiotik	53,9
12	Mengetahui jenis antibiotik pada Pneumonia	86,8
13	Mengetahui jangka waktu pemberian antibiotik	73,7
14	Mengetahui penanganan pneumonia pada bayi < 6 bulan	73,7
15	Mengetahui klasifikasi diare dengan dehidrasi	71,1
16	Mengetahui tanda diare dengan dehidrasi berat	97,4
17	Mengetahui klasifikasi masalah telinga	55,3

Dari distribusi responden berdasarkan pengetahuan paramedis diketahui bahwa paramedis masih kurang tentang klasifikasi pneumonia pada bayi sebesar 27,6% seperti terlihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.3
Distribusi responden berdasarkan Sikap Paramedis terhadap MTBS
di Kota Palangka Raya, n = 76 paramedis

Pernyataan	Positif (%)	Negatif (%)
MTBS penting untuk diketahui	100	
Kondisi menyenangkan di MTBS	80,2	19,7
Perbaikan pengetahuan dan kualitas pelaksanaan kesehatan	86,8	13,15
Penilaian dan klasifikasi umur 2 bulan-5 tahun bertujuan menurunkan AKB dan AKBa serta morbiditas	100	
Pelatihan bagi paramedis	98,7	1,3
Keuntungan konseling dalam MTBS	96,1	43,4
Penilaian balita dengan pneumonia baiknya dengan rontgen	84,2	15,8
MTBS cukup diketahui oleh pemegang program tanpa melibatkan paramedis	96	3,9
Pelaksanaan untuk ibu meneteki pada MTBS	96	3,9
Penggunaan sound timer pada tatalaksana ISPA	92,1	7,9
Penyebaran informasi melalui media	98,7	1,3
Pelaksanaan MTBS yang lama	51,3	48,7

Distribusi pernyataan responden tentang pentingnya MTBS untuk diketahui dan perlunya pelatihan MTBS bagi paramedis sebesar 100% hal ini merupakan sikap positif dari paramedis. Dan pada distribusi sikap negatif paramedis yaitu terlihat pada pernyataan bahwa MTBS hanya perlu diketahui oleh pemegang program sebesar 94,8%.

Tabel 5.4
Distribusi responden berdasarkan Perilaku Paramedis terhadap MTBS di Kota Palangka Raya Tahun 2012, n = 76 responden

Pernyataan	Ya (%)
Dilakukan penilaian MTBS pada balita sakit	73,7
Bekerja sama dengan petugas lain	96,1
Balita dengan batuk pilek segera MTBS	18,4
Pernah mengajarkan ibu memberikan obat oral	98,7
Pernah memberikan konseling kepada ibu balita	96,1
Anak dengan pneumonia segera dirujuk	100

Distribusi responden yang berperilaku baik terdapat pada pernyataan jika ada anak dengan pneumonia maka akan segera merujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki sarana dan prasarana yang lebih baik sebesar 100%.

5.2 Distribusi Variabel Dependen dan Independen

Tabel 5.5
Distribusi tingkat pengetahuan dan karakteristik responden n = 76 responden

Variabel	Pengetahuan	
	Lengkap	Tidak Lengkap
1. Jenis Paramedis		
- Bidan	1 (2,8%)	35 (97,2%)
- Perawat	4 (10,0%)	36 (90,0%)
2. Pendidikan		
- S1 Keperawatan, S 1 Kebidanan dan DIV Kebidanan	0 (0%)	8 (100,0%)
- DIII Kebidanan, D III Keperawatan	3 (15,8%)	16 (84,2%)
- D1 Kebidanan, SPK	2 (6,7%)	14 (93,3%)
3. Pelatihan		
- Pernah	5 (27,8%)	13 (72,2%)
- Tidak Pernah	0 (0%)	58 100,0%

Distribusi responden yang berpengetahuan lengkap dengan jenis paramedis adalah sebesar 2,8% sedangkan perawat sebesar 10%, dan pada distribusi tingkat pengetahuan yang lengkap dengan pendidikan terlihat bahwa pendidikan DIII Keperawatan dan Kebidanan sebesar 15,8%. Sedangkan pada tingkat pengetahuan paramedis yang telah mendapatkan pelatihan sebesar 27,8%, seperti tabel 5.5.

Table 5.6
Distribusi sikap dan karakteristik responden, n = 76 responden

Variabel	Sikap	
	Positif (%)	Negatif (%)
1. Jenis Paramedis		
- Bidan	6 (16,7%)	30 (83,3%)
- Perawat	6 (15%)	34 (85%)
2. Pendidikan		
- S1 Keperawatan, S1 Kebidanan dan DIV Kebidanan	1 (12,5%)	7 (87,5%)
- DIII Kebidanan, DIII Keperawatan	7 (18,4%)	31 (81,6%)
- D1 Kebidanan, SPK	4 (13,3%)	26 (86,7%)
3. Pelatihan		
- Pernah	3 (16,7%)	15 (83,3%)
- Tidak Pernah	9 (15,5%)	49 (84,5%)

Distribusi responden berdasarkan jenis paramedis perawat memiliki sikap negatif sebesar 85%. Pada pendidikan terlihat bahwa pendidikan DIII memiliki sikap negatif sebesar 81,6%. Dan pada distribusi responden yang telah mendapatkan pelatihan hanya 16,7% yang memiliki sikap positif terhadap MTBS.

Tabel 5.7

Distribusi perilaku dan karakteristik responden, n = 76 responden

Variabel	Perilaku	
	Baik	Tidak Baik
1. Jenis Paramedis		
- Bidan	9 (25,0%)	27 (75,0%)
- Perawat	10 (25,0%)	30 (75,0%)
2. Pendidikan		
- S1 Keperawatan, S1 Kebidanan, DIV Kebidanan	1 (12,5%)	7 (87,5%)
- D3 kebidanan	8 (21,1%)	30 (78,9%)
- D1 Kebidanan	10 (33,3%)	20 (66,7%)
3. Pelatihan		
- Pernah	2 (11,1%)	16 (88,9%)
- Tidak Pernah	17 (29,3%)	41 (70,7%)

Dari distribusi responden didapatkan bahwa jenis paramedis pada perawat memiliki perilaku yang tidak baik sebesar 75,0%, pada pendidikan S1 memiliki perilaku tidak baik sebesar 87,5% sedangkan pada distribusi responden yang pernah mengikuti pelatihan hanya 11,1% yang berperilaku baik.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

6.1.1 Desain Penelitian

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*, hal ini dilakukan karena semua variabel diukur dalam waktu yang bersamaan, oleh karena itu desain ini hanya untuk menggambarkan karakteristik masing-masing variabel serta tidak untuk melihat arah sebab akibat sehingga tidak dapat memastikan variabel yang menjadi penyebab dengan variabel yang menjadi akibat.

6.1.2 Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner dan observasi langsung ke tujuh Puskesmas di Kota Palangka Raya, sehingga kualitas data yang terkumpul pada penelitian ini tergantung dari hasil kemampuan pewawancara dan kemampuan dari responden untuk mengingat, selain itu faktor lupa bisa menjadi penyebab *recall bias*. Sebagai salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh peneliti yaitu dengan menyamakan pemahaman dengan responden tentang maksud pertanyaan dalam kuesioner. Untuk data sekunder dilakukan dengan mengumpulkan telaah dokumen pelaporan MTBS yang ada di Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya dan Puskesmas yaitu LB 3. Namun karena di Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya tidak ada program MTBS dan petugas yang memegang langsung program ini tidak ada, maka pengumpulan data pun dilakukan oleh peneliti langsung turun ke 7 Puskesmas dalam wilayah Kota Palangka Raya. Perhitungan data tersebut kemungkinan bisa terjadi kesalahan yang juga dapat mempengaruhi hasil dari penelitian ini. Upaya memperkecil kesalahan-kesalahan yang dapat saja terjadi maka pengumpulan data dilakukan sendiri oleh peneliti.

6.2 Bias Informasi

Penelitian ini dilakukan dengan observasi dan wawancara secara langsung kepada 76 orang paramedis dengan kondisi dan keadaan yang sebenarnya. Tetapi karena keterbatasan tenaga, maka apabila pada waktu pengambilan data petugas yang bersangkutan tidak masuk kerja atau sedang ada keperluan lain di luar Puskesmas, sehingga data tidak dapat langsung diambil. Kemungkinan adanya bias informasi tidak dapat dihindarkan karena petugas tersebut kemudian akan mengisi kuesioner sendiri, tanpa didampingi oleh pewawancara. Sehingga apabila ada pertanyaan yang kurang atau susah dimengerti oleh responden tidak dapat dikonfirmasi.

6.3 Pengambilan Sampel

Pada penelitian ini, pengambilan sampel dilakukan dengan cara *Cluster Sampling*. Hal ini disebabkan karena keterbatasan dari peneliti untuk menjangkau lebih banyak responden di beberapa puskesmas sehingga penelitian ini masih memiliki keterbatasan seperti salah satunya hambatan ketika ada responden yang tidak ingin dijadikan sebagai sampel dan hanya berhasil menemui 76 paramedis. Namun dengan semua kekurangan ini, peneliti sangat menjunjung hak seseorang sehingga peneliti tidak memaksakan dan penelitian ini pun dapat terlaksana dengan baik dengan berbagai keterbatasannya.

6.3 Hasil Analisis Distribusi Karakteristik Responden dan variabel Dependen

6.3.1 Gambaran karakteristik responden paramedis

Penelitian ini melibatkan 76 orang paramedis yang berada di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu di wilayah Kota Palangka Raya. Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan bahwa dari 76 paramedis diketahui terdapat 47,36% tenaga bidan dan 52,63% tenaga perawat. Distribusi responden berdasarkan pendidikannya diketahui bahwa paramedis yang berada di Kota Palangka Raya untuk paramedis S1 atau DIV sebanyak 10,5%, pendidikan Diploma III sebesar

50% dan pendidikan Diploma 1 dan SPK sebesar 39,4%. Sedangkan untuk paramedis yang pernah mendapatkan pelatihan tentang MTBS sebesar 36,8%.

Distribusi ini memberikan gambaran bahwa di Kota Palangka Raya masih didominasi oleh paramedis dengan tingkat pendidikan dari Diploma III, dibidang pendidikan ini juga merupakan salah satu upaya yang diharapkan agar seseorang dapat mengembangkan intelektual dan kepribadiannya (Notoatmodjo, 2010). Dengan adanya tambahan pengetahuan yang didapatkan melalui pendidikan formal, seseorang akan semakin dapat memperluas kemampuan yang dimiliki bahkan berbagi pengetahuan kepada yang lain. Sehingga dengan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan memberikan dampak positif pada individu tersebut untuk lebih mudah menerima informasi dan mempertimbangkan yang baik dan buruk.

Paramedis yang mendapatkan pelatihan tentang MTBS masih sangat minim sebesar 36,8%, hal ini bisa menjadi faktor yang menghambat peningkatan dari pelayanan kesehatan di Kota Palangka Raya. Karena melalui adanya pelatihan diharapkan paramedis mampu berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, bahkan menerapkan semua kemampuan di pelayanan kuratif (upaya kombinasi perbaikan tatalaksana kasus pada balita sakit), preventif dan promotif (melalui aspek gizi, imunisasi dan konseling). Peningkatan pelatihan tentang MTBS ini sangat diperlukan oleh paramedis di Kota Palangka Raya agar dapat lebih berperan aktif di Puskesmas dan pusku bahkan pada mereka yang berada di tingkat desa, sehingga salah satu tujuan MDGs yang ingin dicapai oleh pemerintah dapat terlaksana dengan baik hingga tahun 2015.

6.3.2 Gambaran Tingkat Pengetahuan tentang MTBS

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa responden yang mengetahui singkatan tentang MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit) yaitu sebesar 81,5%, mengetahui umur sasaran dari MTBS (2 bulan-5 tahun) sebesar 64,5%, mengetahui langkah-langkah pelaksanaan kegiatan MTBS (penilaian, pengobatan dan tindak lanjut terhadap beberapa penyakit) sebesar 48,7%, paramedis yang

mengetahui pengobatan yang dapat dilakukan oleh ibu/pengantar balita yang sakit di rumah (mengobati infeksi mata dengan salep tetrasiklin, mengobati luka mulut dengan gentian violet, dan meredakan batuk melegakan tenggorokan dengan bahan yang aman) yaitu sebesar 76,3%, mengetahui penyakit-penyakit yang dapat ditangani pada MTBS seperti pneumonia, diare dan malaria sebesar 72,4%. Paramedis yang mengetahui prioritas program pemberantasan penyakit ISPA yaitu pneumonia sebesar 57,9%, mengetahui salah satu tanda balita sakit dengan batuk pilek “bukan pneumonia” yaitu 88,2%, mengetahui klasifikasi pneumonia bayi (bukan pneumonia, pneumonia, dan pneumonia berat) sebesar 27,6% hal ini bisa disebabkan kurangnya informasi/pengetahuan paramedis itu sendiri sehingga pada pelayanan kesehatan pada balita sakit untuk mengklasifikasikannya masih minim. Oleh sebab itu, pelatihan tentang pneumonia (terintegrasi pada MTBS) memang sangat diperlukan bagi seorang paramedis agar dapat membantu mengenali lebih dini pneumonia.

Distribusi responden yang mengetahui batasan nafas cepat pada balita yang sesuai umur (< 2 bulan adalah 50 kali per menit atau lebih) sebesar 47,4%, dan 64,5% paramedis yang menjadi responden mengetahui tanda bahaya pada bayi kurang dari 2 bulan (badan demam, kejang-kejang dan tidak mau meneteki), 53,9% responden mengetahui sasaran penyakit yang cocok diberikan “tablet antibiotik” adalah kepada pasien pneumonia saja. Responden yang mengetahui jenis antibiotik yang dapat diberikan pada tatalaksana pneumonia (kotrimoksazole) yaitu sebesar 86,8%, dan 73,7% responden mengetahui jangka waktu pemberian antibiotik (kotrimoksazole) kepada balita dengan pneumonia yaitu selama 5 hari dan juga mengetahui tindakan yang tidak dapat dilakukan pada bayi < 6 bulan dengan pneumonia berat (beri perawatan di rumah) namun dengan segera merujuk ke rumah sakit. Dan responden yang mengetahui klasifikasi diare dengan dehidrasi (dehidrasi berat, dehidrasi ringan/sedang dan tanpa dehidrasi) yaitu sebesar 71,1%, kemudian responden yang mengetahui tanda pada balita diare dengan dehidrasi berat yaitu sebesar 97,4% hal ini bisa saja terjadi karena paramedis lebih dini bersentuhan dengan kasus ini sehingga mereka lebih cepat

mengenalinya. Sedangkan 55,3% responden yang mengenali masalah telinga yang terintegrasi pada MTBS (tidak ada infeksi telinga, infeksi telinga kronis, infeksi telinga akut dan mastoiditis).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa distribusi karakteristik paramedis dengan jenisnya yaitu bidan dan perawat dapat terlihat yang memiliki pengetahuan lengkap tentang MTBS pada bidan sebanyak 1 orang (2,8 %) dan perawat sebanyak 4 orang (10%). Hal ini memperlihatkan bahwa paramedis di Kota Palangka Raya masih sangat minim informasi terutama pengetahuannya tentang MTBS karena selama ini responden yang diteliti hanya bekerja berdasarkan tugas yang diberikan oleh instansinya. Dengan adanya salah satu program yang dilakukan oleh pemerintah untuk memfasilitasi bidan-bidan di Indonesia diharapkan dapat memberikan banyak kontribusi bagi kemajuan kesehatan bangsa Indonesia. Dan hal ini juga menjadi sebuah keuntungan di suatu daerah terutama kota Palangka Raya agar paramedisnya dapat membuka wawasan pengetahuan dari berbagai sumber dan pengalaman yang ada.

Pengetahuan paramedis tentang MTBS yang masih minim di Kota Palangka Raya dikarenakan belum adanya kebijakan tegas dari Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya dan Kepala Puskesmas yang menyatakan bahwa semua kegiatan dari kunjungan balita sakit harus dilakukan pelayanan dengan pendekatan MTBS, selain itu masih kurangnya arahan/petunjuk teknis dan evaluasi dalam penerapan MTBS. Hal lain yang muncul juga disebabkan belum adanya tenaga khusus pelaksana MTBS. Selama ini di Puskesmas di wilayah Kota Palangka Raya hanya dilakukan pelayanan balita sakit di bagian Poli Umum/Poli Anak yang dilaksanakan oleh dokter, bidan dan perawat. Hal lain yang menjadi perhatian dari peneliti yaitu tidak adanya petugas yang memegang langsung program MTBS di Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya sehingga dari pihak Puskesmas hanya melakukan pelayanan balita sakit sama halnya dengan pelayanan-pelayanan lain di Puskesmas dengan berbagai kekurangan seperti ketenagaan yang sudah terlatih MTBS, ketersediaan sarana dan prasarana seperti formulir, bagan MTBS dan juga alat sound timer untuk ISPA.

6.3.2 Gambaran responden berdasarkan sikap terhadap MTBS

Adapun gambaran sikap responden berdasarkan pernyataan yang telah disediakan antara lain terlihat bahwa responden bersikap positif jika MTBS itu penting untuk diketahui adalah sebesar 100%, hal ini memperkuat bahwa memang selama ini paramedis di Kota Palangka Raya jarang terpapar dengan informasi sehingga menginginkan adanya informasi terbaru MTBS. Terlihat pula bahwa responden bersikap positif dan menginginkan kondisi yang menyenangkan di MTBS 80,2%. Untuk itu pula responden bersikap positif sebesar (86,8%) ketika ditanyakan adanya perbaikan pengetahuan dan kualitas pelaksanaan kesehatan pada balita sakit tidak akan memberatkan tugas mereka karena MTBS merupakan salah satu program yang sangat membantu dalam paramedis melakukan pelayanan terhadap balita sakit sehingga diharapkan dapat membantu peningkatan kualitas pelayanan. 100% responden pun bersikap positif bahwa memang dengan melakukan penilaian dan klasifikasi balita umur 2 bulan-5 tahun bertujuan untuk menurunkan AKB dan AKBa serta morbiditas. Dan responden bersikap positif melalui pernyataan bahwa MTBS memang sangat diperlukan oleh paramedis sebesar 98,7%. Responden pun mengatakan bahwa konseling sangat diperlukan dan memiliki peran yang baik pada MTBS sebesar 96,1%, sedangkan responden yang menganggap bahwa untuk melakukan penilaian pada balita yang pneumonia lebih baik dilakukan rontgen sebesar 84,2% hal ini bisa saja disebabkan paramedis di Kota Palangka Raya menganggap bahwa jika memang ada balita yang sudah diobati selama 5 hari dan tidak juga kunjung sembuh lebih baik dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap sehingga penilaian balita yang pneumonia dapat lebih cepat diketahui dan diobati. Adapun juga dari MTBS ini diharapkan adanya keterlibatan dari petugas lain selain dari pemegang program MTBS dan responden yang bersikap positif sebesar 96%.

Salah satu kegiatan yang juga memiliki peran penting salah satunya adalah pada saat paramedis melakukan penilaian kepada ibu balita yang tidak mengetahui bagaimana untuk meneteki dan posisi yang benar serta cara mulut bayi yang melekat pada saat meneteki, sehingga paramedis berpendapat hal ini sangat perlu

diketahui dan menyatakan setuju sebesar 96%. Responden yang menyatakan bahwa sebaiknya dalam pelaksanaan MTBS untuk tatalaksana ISPA sebaiknya *sound timer* digunakan sebesar 92,1, hal ini menunjukkan bahwa paramedis pun di tempat tugas sangat memerlukan keterampilan dalam menggunakan *sound timer* sehingga dapat mengetahui batasan nafas cepat pada balita dengan pneumonia. Responden yang bersikap positif pada pernyataan bahwa penyebaran informasi tentang MTBS ada baiknya melalui media seperti penyuluhan, poster, buku Pedoman Pemberantasan Penyakit (P2) ISPA dan lembar balik sebesar 98,7%. Dan responden yang berpendapat bahwa pelaksanaan dari MTBS memang memerlukan waktu yang lama sebesar 51,3%.

6.3.3 Gambaran responden berdasarkan perilaku terhadap MTBS

Distribusi responden yang diharapkan pada pelaksanaan MTBS ini adalah saat paramedis melakukan penilaian MTBS pada balita sakit dan yang menyatakan ya sebesar 73,7%. Serta paramedis yang diharapkan akan mau bekerja sama dengan petugas lain sebesar 96,1%, namun pada pernyataan bahwa balita yang sakit dengan batuk pilek akan segera dilakukan MTBS hanya 18,4%. Hal ini dikarenakan selama ini puskesmas dan pusku di Kota Palangka Raya hanya melaksanakan pelayanan balita sakit berdasarkan masing-masing program seperti jika balita mengalami masalah gizi maka bidang yang akan menangani masalah ini adalah gizi sendiri. Namun secara umum pun paramedis di Kota Palangka Raya semua berperilaku baik dengan 98,7 responden yang telah mengajarkan ibu balita untuk memberikan obat oral kepada balita yang sakit pada saat di rumah. Dan juga responden sebesar 96,1% berperilaku baik karena pernah memberikan konseling kepada ibu balita dan paramedis juga berperilaku baik sebesar 100% jika ada menemukan balita dengan pneumonia maka akan segera dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

6.4 Hasil analisis distribusi karakteristik responden dengan tingkat pengetahuan

Pada penelitian ini diketahui bahwa dari 36 orang bidan hanya 2,8% responden yang memiliki tingkat pengetahuan yang lengkap tentang MTBS dan perawat sebesar 10%. Hal ini bisa disebabkan persebaran tenaga kesehatan yang ada di Kota Palangka Raya masih banyak didominasi oleh perawat, mengingat para bidan lebih sering ditempatkan di daerah terpencil seperti desa sehingga bidan terlambat untuk mendapatkan informasi jika mereka tidak bertanya sendiri.

Berdasarkan pendidikan dari responden pada penelitian ini pendidikan DIII keperawatan yang memiliki pengetahuan lengkap tentang MTBS sebesar 3 orang (15,8%) dan pendidikan D1 Kebidanan dan SPK sebesar (6,7%) sebesar 1 orang. Hal ini juga dapat menjadi salah satu faktor yang menghambat peningkatan status kesehatan di Kota Palangka Raya.

Pada umumnya paramedis yang telah lulus dari pendidikan formal maka akan segera mengaplikasikan pengetahuan yang didapat selama mengikuti pendidikan dalam lingkup instansi kesehatan. Ketika telah menyelesaikan pendidikannya pada saat langsung bekerja tanpa ada pendidikan tambahan dalam bekerja maka mereka harus lebih aktif untuk bertanya dan banyak belajar dari yang lebih senior. Sehingga dapat dikatakan bahwa bidan seharusnya mendapat pendidikan dan latihan tambahan tentang MTBS, hal ini dikarenakan bidan-bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategi terutama dalam penurunan angka kesakitan, AKI dan AKB. Hal ini juga sejalan dengan yang disampaikan oleh Gunawan, 1996.

Menurut Depkes, POGI (2004), kompeten peserta sangat dibantu oleh adanya pelatih yang telaten memberikan arahan kepada peserta pelatihan. Jika proses penyelenggaraan pelatihan berjalan dengan baik dan memuaskan tentunya hasil yang didapat akan baik pula dan sebaliknya bila proses penyelenggaraan berjalan dengan tidak baik hasilnya tidak baik pula (Soekidjo, 1989). Dari penelitian ini diperoleh pengetahuan yang lengkap hanya 5 responden yang telah mendapatkan pelatihan tentang MTBS (27,8%). Oleh sebab itu paramedis sangat

perlu diberikan pelatihan kembali tentang MTBS sehingga diharapkan pencatatan dan pelaporan tentang balita sakit dapat tertata dengan baik dan tidak lagi terpisah-pisah satu dengan yang lain seperti halnya sekarang yaitu program gizi dan imunisasi. Namun tidak sama dengan hasil penelitian Legiman (2001) yang terbukti signifikan bahwa peserta yang mendapatkan pelatihan yang baik akan meningkatkan pengetahuannya.

6.3.4 Gambaran Karakteristik responden dengan Sikap terhadap MTBS

Dari pernyataan yang disiapkan oleh peneliti ternyata ditemukan bahwa ternyata memang responden dengan jenis paramedis yaitu bidan 16,7% dan perawat 15% bersikap positif terhadap MTBS dan menganggap bahwa paramedis di Kota Palangka Raya merasakan pentingnya MTBS dalam pelayanan kesehatan pada balita sakit sebesar 100%. Di tingkat pendidikan S1 yang bersikap positif sebesar 12,5%, DIII 18,4% dan D1/SPK sebesar 13,3%. Hal ini bisa dikarenakan memang masih minimnya pelaksanaan MTBS di Kota Palangka Raya sehingga sangat diperlukan adanya pelatihan dan penyegaran kembali bagi paramedis yang pernah mendapatkan pelatihan tentang MTBS. Sehingga dengan adanya pelatihan diharapkan dapat merubah sikap paramedis dalam melakukan MTBS. Selama penelitian ini dilakukan, peneliti menemukan bahwa dalam pelaksanaan pelayanan balita sakit hanya dilakukan pemeriksaan fisik yang kemudian dianamnesa jika ada keluhan sakit maka balita dan ibu/pengantar balita langsung dibawa ke Poli Anak/Poli Umum untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut yang dilakukan oleh seorang dokter/dokter spesialis walaupun tanpa menggunakan formulir MTBS. Hal ini juga sejalan dengan penelitian terdahulu oleh Zaim (2001) yang menyatakan ada hubungan pelatihan dengan kinerja bidan PTT di desa dalam pertolongan persalinan di Kabupaten Sanggau. Penelitian lain juga oleh Ridwan (2008) menyatakan bahwa ada hubungan antara pelatihan dengan kinerja bidan dalam menerapkan manajemen aktif kala III persalinan di Kota Metro.

6.3.5 Gambaran Karakteristik Responden dengan Perilaku terhadap MTBS

Berdasarkan hasil distribusi perilaku responden yang positif didapatkan bahwa perilaku baik pada jenis paramedis baik itu bidan ataupun perawat sama-sama memiliki persentase yang sama yaitu sebesar 25,0%. Pada tingkat pendidikan S1 sebesar 12,5%, DIII sebesar 21,1% dan D1/SPK sebesar 33,1%. Hal ini terlihat bahwa memang semakin tinggi pendidikan seseorang belum tentu dapat merubah perilaku untuk semakin baik. Asumsinya bisa saja paramedis di Kota Palangka Raya yang memiliki pendidikan S1 sudah jarang melakukan pelayanan dasar namun lebih banyak memegang administratif dan pelaporan di Puskesmasnya.

Dan pada responden yang pernah mendapatkan pelatihan dan memiliki perilaku baik sebesar 11,1%. Hal ini bisa terjadi disebabkan ketika paramedis mendapatkan pelatihan tentang MTBS mereka hanya menerimanya saja namun kesempatan untuk mereka melaksanakannya belum mendapatkan respon yang positif dari pimpinan dan Dinas Kesehatan terkait sehingga karena tidak/belum tersedianya sarana dan prasarana pendukung untuk pelaksanaan MTBS mereka pun tidak dapat mengaplikasikannya dengan baik di wilayahnya. Dan untuk perilaku yang umum telah dilakukan oleh paramedis diantaranya mengajarkan ibu/pengantar balita tentang pemberian obat oral dan memberikan konseling serta tindakan jika menemukan balita dengan pneumonia berat akan merujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap. Dengan demikian sebenarnya untuk perilaku paramedis sudah baik, karena apabila paramedis yang berada di fasilitas kesehatan memiliki perilaku yang kurang baik terhadap MTBS dapat menjadi kendala besar dalam pelayanan kesehatan balita sakit yang dapat berakibat fatal.

Oleh sebab itulah dengan adanya perilaku positif ini bisa menjadi faktor pendukung lainnya bagi terlaksananya MTBS di Kota Palangka Raya. Gambaran dari perilaku paramedis ini dapat memotivasi paramedis di Kota Palangka Raya untuk dapat lebih aktif dan bekerjasama demi kemajuan bidang kesehatan terutama dalam pelayanan balita sakit pada MTBS.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

1. Tingkat pengetahuan Paramedis tentang MTBS di Puskesmas Wilayah Kota Palangka Raya yang menjadi responden penelitian pengetahuan lengkap dari bidan sebesar 1 (2,8%) dan perawat sebesar 4 (10%). Sehingga banyak paramedis yang pengetahuannya masih tidak lengkap tentang MTBS, hal ini dapat berakibat kurang baik dalam pelayanan kesehatan pada balita sakit apalagi MTBS sudah lama diperkenalkan di Indonesia sejak tahun 1997. Dari penelitian ini juga diketahui bahwa gambaran pendidikan paramedis DIII keperawatan sebesar 15,8% yang memiliki pengetahuan lengkap. Maka dapat disimpulkan bahwa untuk Kota Palangka Raya memang pendidikan belum tentu memberikan pengaruh yang besar pada paramedis disebabkan masih kurangnya paramedis di Kota Palangka Raya terpapar dengan pengetahuan tentang MTBS. Sehingga secara tidak langsung berakibat kepada pelayanan balita sakit yang masih kurang maksimal.
2. Paramedis baik bidan dan perawat yang memiliki sikap positif tentang MTBS sebesar 31,7%, hal ini sudah merupakan salah satu faktor pendukung dari seorang paramedis untuk lebih menambah pengetahuannya tentang MTBS dengan demikian semua balita sakit yang berobat ke pelayanan kesehatan dasar diharapkan dapat tercatat dan terlapor dengan baik melalui formulir MTBS.
3. Penelitian ini memperlihatkan bahwa perilaku dari paramedis sudah positif hal ini terlihat dengan inginnya paramedis untuk melakukan penilaian balita sakit dengan MTBS sebesar 73,7 %. Hal ini sangat diperlukan karena diharapkan akan ada perubahan dari paramedis tersebut untuk menjadi lebih baik dengan mencari pengetahuan dari berbagai sumber salah satunya bidang pendidikan dan pelatihan.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Pemerintah Kota Palangka Raya

1. Adanya komitmen tegas dari pemerintah daerah agar semua balita skit yang berobat ke pelayanan kesehatan di tingkat dasar boleh mendapatkan pelayanan MTBS, sehingga dapat dilakukan pemantauan dan evaluasi rutin penerapan MTBS.
2. Memberikan dukungan/jaminan ketersediaan sumber daya baik dana maupun sarana pelayanan MTBS di Kota Palangka Raya melalui mobilisasi dana dari berbagai pihak seperti APBN, APBD, bantuan luar negeri ataupun dana dari masyarakat.

7.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kota Palangka Raya

1. Membuat kebijakan yang dapat mendukung kegiatan MTBS agar proses pelaksanaan MTBS dapat berjalan dengan baik sehingga dapat diperoleh informasi data yang lebih baik mengenai ketenagaan yang sudah mendapatkan pelatihan MTBS, ketersediaan bahan, alat dan obat.
2. Meningkatkan pembinaan dan pengawasan secara terarah dan terencana serta terus menerus melalui supervisi (dokter puskesmas, bidan koordinator dan programer puskesmas) untuk peningkatan pelaksanaan pelayanan terhadap balita sakit yang lebih baik dengan program MTBS di Kota Palangka Raya serta dapat segera memberikan tindak lanjut dan diharapkan ada umpan balik untuk meningkatkan pengetahuan paramedis tentang MTBS melalui pelatihan.
3. Memfasilitasi terjaganya kecukupan persediaan sarana dan prasarana yang mendukung agar terlaksananya MTBS di Puskesmas Induk dan Puskesmas Pembantu.
4. Melakukan evaluasi/pemantauan pasca pelatihan MTBS, memberikan pelatihan penyegaran bagi paramedis yang telah mengikuti pelatihan MTBS.

7.2.2 Bagi Puskesmas di Kota Palangka Raya

1. Kepala Puskesmas hendaknya membagi beban kerja kepada semua staf Puskesmas secara seimbang disertai dengan kejelasan tugas masing-masing bidang melalui suatu surat keputusan dan menetapkan petugas khusus terlatih MTBS yang dapat melaksanakan pelayanan MTBS.
2. Kepala Puskesmas agar memfasilitasi antara Dinas Kesehatan dan Puskesmas untuk kecukupan persediaan sarana dan prasarana untuk mendukung keberlangsungan pelayanan MTBS khususnya penyediaan ruangan khusus pelayan MTBS.
3. Kepala Puskesmas selalu menjaga komunikasi dan mengawasi kerjasama/koordinasi antar paramedis sehingga pelayanan MTBS dapat terkelola dengan baik.

7.2.3 Paramedis di Kota Palangka Raya

1. Paramedis yang berada di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu bersedia secara aktif dalam pelayanan balita sakit dengan melaksanakan MTBS dan tidak menganggap pelayanan MTBS ini sebagai sebuah beban kerja namun merupakan kebutuhan balita sakit yang harus diberikan pelayanan dan perhatian khusus.
2. Menjalin komunikasi dan meningkatkan koordinasi antar paramedis, bahwa MTBS bukanlah hanya menjadi tanggung jawab perorangan namun bersama antara bidan dan perawat di Puskesmas. Sehingga diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas dengan lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- A Wawan dan Dewi M, *Teori dan Pengukuran Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Manusia*, Nuha Medika, Yogyakarta, 2010
- Achmadi, Umar Fahmi, *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*, UI-Press Jakarta, 2008
- Aria, Gusti, *Hubungan Karakteristik, Pengetahuan dan Sikap Petugas Pengelola SP2TP dengan Praktek Pelaksanaan SP2TP di Dinas Kesehatan Tk.II Sawahlunto/Sijunjung Propinsi Sumatra Barat*, Tahun 1999, Skripsi, FKM-UI, 1999
- Arifin, Zaenal, *Kepatuhan Petugas MTBS terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) Pendekatan MTBS dan Faktor – Faktor yang Mempengaruhinya di Kabupaten Majalengka*, Tesis, FKM-UI, 2006
- Azwar, Azrul, *Kesehatan Kini dan Esok: Kumpulan Makalah Ketua Umum PB IDI*, P.T. Pharmax Apex, Jakarta, 1990
- Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut untuk Penanggulangan Pneumonia pada Balita*, DepKes RI, Jakarta, 2002
- Departemen Kesehatan RI, *Buku Pedoman Penilaian dan Peningkatan Kinerja Pelayanan Kesehatan Esensial dalam Rangka Penerapan KW/SPM Di Kabupaten/Kota*, DepKes RI, Jakarta, 2004
- Departemen Kesehatan RI, *Buku Pedoman P2 ISPA Rencana Kerja Jangka Menengah Nasional*, DepKes RI, Jakarta, 2005
- Departemen Kesehatan RI, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta, 2009
- Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Surveilans Pneumonia di Puskesmas & Rumah Sakit Sentinel*, DepKes RI, Jakarta, 2010
- Firdaus, *Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Petugas Puskesmas dan Puskesmas Pembantu dalam Melaksanakan Prosedur Manajemen Terpadu Balita Sakit di Kabupaten Nagan Raya*, Tesis – UI, 2008
- Gambaran tingkat..., Sandry Oktavianti, FKM UI, 2012

- Gibson, *Organisasi Perilaku Struktur dan Proses Jilid 1 Edisi Kedelapan*, Binarupa Aksara, Jakarta, 1996
- Herlena, Karnely, *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Petugas terhadap SOP MTBS pada Implementasi Tatalaksana ISPA Pneumonia di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kulon Progo Tahun 2010*, Skripsi-UI
- Journal of Public Health vol.1/No.01/September 2006-Maret*, Halaman 1-4, Program Studi Kesehatan Masyarakat FK Unv. Andalas Padang, 2007
- Kementrian Kesehatan, *Rencana Strategi Kementrian Kesehatan Tahun 2010-2014*, Kemenkes, Jakarta
- Kristie, Sinora, *Gambaran Cakupan Penemuan Penderita Pneumonia Berdasarkan Karakteristik Kualifikasi Petugas dan Sarana Logistik pada Puskesmas Pelaksana MTBS Kab. Cianjur*, 2005
- Machmud, Rizanda, *Pneumonia Balita Di Indonesia dan Peranan Kabupaten dalam Menanggulangnya*, Andalas University Press, 2006
- Murti, Bhisma, *Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas*, UGM-Press, 2009
- Notoatmodjo, Soekidjo, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, PT Asdi Mahasatya, Jakarta, 2005
- , *Metodologi Penelitian Kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta, 2010
- , *Ilmu Perilaku Kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta, 2010
- Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Tengah*, 2009
- , 2010
- Profil Kesehatan Kota Palangka Raya*, 2010
- Praktikno, Heri, *Gambaran Kinerja Pelaksanaan SP2TP di Puskesmas Wilayah Kabupaten Bengkalis Propinsi Riau*, Skripsi, FKM-UI, Depok, 2004

Pudjiastuti, Wiwiek, *Analisis Kepatuhan Petugas Puskesmas terhadap Tatalaksana Manajemen Terpadu Balita Sakit di Puskesmas DKI Jakarta Tahun 2001*, Tesis-UI, Depok, 2002

Rachmadi, <http://www.rachmadishare.blogspot.com>, diakses tanggal 6 Mei 2010, pukul:11.33 wib

Riskesdas Nasional, 2010

Riwut, Nila, *Maneser Panatau Tatu Hiang; Menyelami Kekayaan Leluhur*, Pusakalima, Palangka Raya, 2003

Rudiyanti, Heni, *Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Tingkat Kabupaten/Kota Propinsi Jawa Tengah*, Tesis – UI, 2003

The Journal of the Indonesian Medical Association vol.60, Nomor : 5 Mei 2010, Halaman 443-447

Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009, *Tentang Kesehatan*

Wahyuni, Tri Fera, *Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Petugas Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dalam Pelayanan MTBS di Puskesmas Dinas Kesehatan Kota Madiun*, Depok, 2011

LEMBAR KUESIONER
PENELITIAN “TINGKAT PENGETAHUAN PARAMEDIS DALAM
PELAKSANAAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT DI KOTA
PALANGKA RAYA TAHUN 2012
DATA KARAKTERISTIK RESPONDEN

NOMOR SAMPEL (Di isi oleh peneliti)	:	
PUSKESMAS (Tempat responden bertugas saat ini)	:	
KECAMATAN (Wilayah binaan responden bekerja saat ini)	:	
Kelurahan / Desa (Wilayah binaan responden saat ini)	:	
Nama Responden (Nama inisial)	:	

1. UMUR (tahun) (umur responden pada saat pengisian kuesioner)	:	
2. TEMPAT TUGAS (Lokasi/tempat responden bertugas saat ini)	:	<input type="checkbox"/> Dinas kesehatan <input type="checkbox"/> Puskesmas induk <input type="checkbox"/> Pustu <input type="checkbox"/> Polindes/Poskesdes
3. LAMA BERTUGAS (Sudah berapa lama responden bertugas saat ini dalam tahun dan bulan)	:	<input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/> Bulan
4. PENDIDIKAN (Pendidikan terakhir responden pada saat pengisian kuesioner)	:	<input type="checkbox"/> S1 Keperawatan <input type="checkbox"/> DIII Kebidanan <input type="checkbox"/> S1 Kebidanan <input type="checkbox"/> D1 Kebidanan <input type="checkbox"/> DIV Kebidanan <input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> DIII Keperawatan
5. Apakah anda pernah mengikuti pelatihan MTBS ?	:	<input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak Pernah

6.	Apakah anda mempunyai rangkap tugas dan tanggung jawab di tempat bekerja ?	:	<input type="checkbox"/> Ya, sebutkan: a..... b..... c..... d.....	<input type="checkbox"/> Tidak
-----------	---	---	--	--------------------------------

A. Pengetahuan

7.	MTBS merupakan singkatan dari ?	1. Manajemen Terpusat pada Balita Sakit 2. Manajemen Terkoordinasi pada Balita Sehat 3. Manajemen Terpadu Balita Sehat 4. Manajemen Terpadu Balita Sakit	<input type="checkbox"/>
8.	MTBS dilakukan pada yang berumur?	1. 0 bulan – 1 tahun 2. 2 bulan – 5 tahun 3. 0 bulan – 48 bulan 4. 1 tahun – 2 tahun	<input type="checkbox"/>
9.	Langkah-langkah proses manajemen kasus yang dilakukan dalam program MTBS, yaitu:	1. Penilaian, anamnesa dan pengendalian penyakit 2. Penilaian, klasifikasi dan kebijakan 3. Anamnesa, fasilitatif dan pengobatan 4. Penilaian, pengobatan dan tindak lanjut terhadap beberapa penyakit	<input type="checkbox"/>
10.	Salah satu pengobatan yang dapat dilakukan seorang Ibu ketika di rumah, kecuali?	1. Mengobati infeksi mata dengan salep mata Tetrasiklin 2. Mengobati luka di mulut dengan Gentian Violet 3. Meredakan batuk dan melegakan tenggorokan dengan bahan yang aman 4. Memberikan antibiotik intramuskuler	<input type="checkbox"/>
11.	Penyakit yang masuk dalam program MTBS, yaitu:	1. Diare, campak dan dipteri 2. Batuk, pilek 3. Pneumonia, diare dan malaria 4. Infeksi telinga, pilek dan mual	<input type="checkbox"/>
12.	Program pemberantasan penyakit ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut) memberikan prioritas pada pemberantasan penyakit:	1. Semua jenis penyakit ISPA termasuk radang telinga dan tenggorokan 2. Pneumonia 3. Khusus penyakit ISPA yang dapat dicegah dan diimunisasi 4. Khusus penyakit ISPA	<input type="checkbox"/>
13.	Batuk pilek yang dianggap “bukan pneumonia” adalah:	1. Batuk disertai tarikan dinding dada bagian bawah pada bayi usia kurang 2 bulan 2. Batuk tanpa nafas cepat pada anak usia 2 tahun	<input type="checkbox"/>

		<p>3. Batuk dengan nafas cepat lebih dari 40 kali per menit pada anak usia 2 tahun</p> <p>4. Batuk dengan nafas cepat lebih dari 60 kali per menit pada bayi kurang 2 bulan</p>	
14.	Bagaimana klasifikasi pneumonia pada bayi “usia kurang dari 2 bulan” menurut Program Pemberantasan Penyakit ISPA?	<p>1. Bukan pneumonia, pneumonia</p> <p>2. Bukan pneumonia, pneumonia, pneumonia berat</p> <p>3. Bukan pneumonia, pneumonia sedang, pneumonia</p> <p>4. Bukan pneumonia, pneumonia sedang, pneumonia berat</p>	<input type="checkbox"/>
15.	Batasan “nafas cepat” sesuai umur adalah:	<p>1. Umur bayi 2 bulan - < 1 tahun adalah 60 kali per menit atau lebih</p> <p>2. Umur bayi < 2 bulan adalah 50 kali per menit atau lebih</p> <p>3. Umur anak 1 tahun - < 5 tahun adalah 40 kali per menit atau lebih</p> <p>4. Umur anak 1 tahun - < 5 tahun adalah 50 kali per menit atau lebih</p>	<input type="checkbox"/>
16.	Berikut ini adalah “ tanda bahaya” bagi bayi usia di bawah 2 bulan, kecuali:	<p>1. Badan demam</p> <p>2. Kejang-kejang</p> <p>3. Kesadaran menurun</p> <p>4. Tidak mau menetek</p>	<input type="checkbox"/>
17.	Kepada siapa seharusnya “tablet antibiotik” diberikan?	<p>1. Semua pasien ISPA dengan keluhan batuk pilek</p> <p>2. Semua pasien ISPA dengan demam dan batuk</p> <p>3. Kepada pasien pneumonia saja</p> <p>4. Kepada pasien pneumonia berat dengan kesadaran menurun</p>	<input type="checkbox"/>
18.	“Antibiotik” apa yang disarankan dalam tatalaksana pneumonia ?	<p>1. Kotrimoksazol</p> <p>2. Tetrasiklin</p> <p>3. Ampisilin</p> <p>4. Primakuin</p>	<input type="checkbox"/>
19.	Untuk berapa lama antibiotika tersebut (pertanyaan pada nomor 19) di berikan kepada penderita pneumonia ?	<p>1. 2 hari</p> <p>2. 3 hari</p> <p>3. 4 hari</p> <p>4. 5 hari</p>	<input type="checkbox"/>
20.	Tindakan di bawah ini yang dapat anda lakukan pada bayi usia 6 minggu dengan pneumonia berat, kecuali:	<p>1. Beri perawatan di rumah</p> <p>2. Selimuti bayi agar tetap hangat</p> <p>3. Berikan dosis pertama antibiotik</p> <p>4. Segera rujuk ke rumah sakit</p>	<input type="checkbox"/>

21.	Klasifikasi dari diare dengan dehidrasi yaitu:	1. Bukan dehidrasi, dehidrasi 2. Pasti dehidrasi , dehidrasi ringan, dehidrasi 3. Dehidrasi ringan, dehidrasi berat 4. Dehidrasi berat, dehidrasi ringan/sedang, tanpa dehidrasi	<input type="checkbox"/>
22.	Balita yang mengalami diare dengan dehidrasi berat ditandai dengan :	1. Gelisah/rewel 2. Merasa haus dan minum dengan lahap 3. Gelisah dan merasa haus 4. Mata cekung dan cubitan kulit perut kembalinya sangat lambat	<input type="checkbox"/>
23.	Klasifikasi masalah telinga (yang terintegrasi pada MTBS) adalah:	1. Infeksi telinga kronis, telinga bernanah 2. Tidak ada infeksi telinga, nyeri telinga 3. Tidak ada infeksi telinga, infeksi telinga kronis, mastoiditis 4. Tidak ada infeksi telinga, infeksi telinga kronis, infeksi telinga akut, mastoiditis	<input type="checkbox"/>

B. Sikap

Pilihan jawaban adalah:

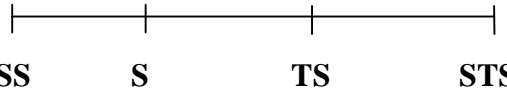
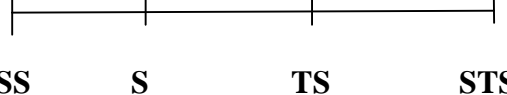
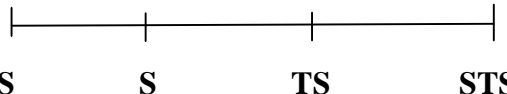
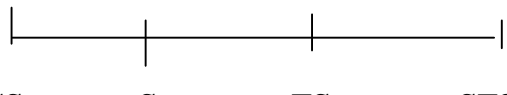
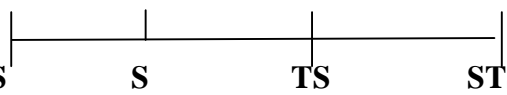
SS = Sangat Setuju

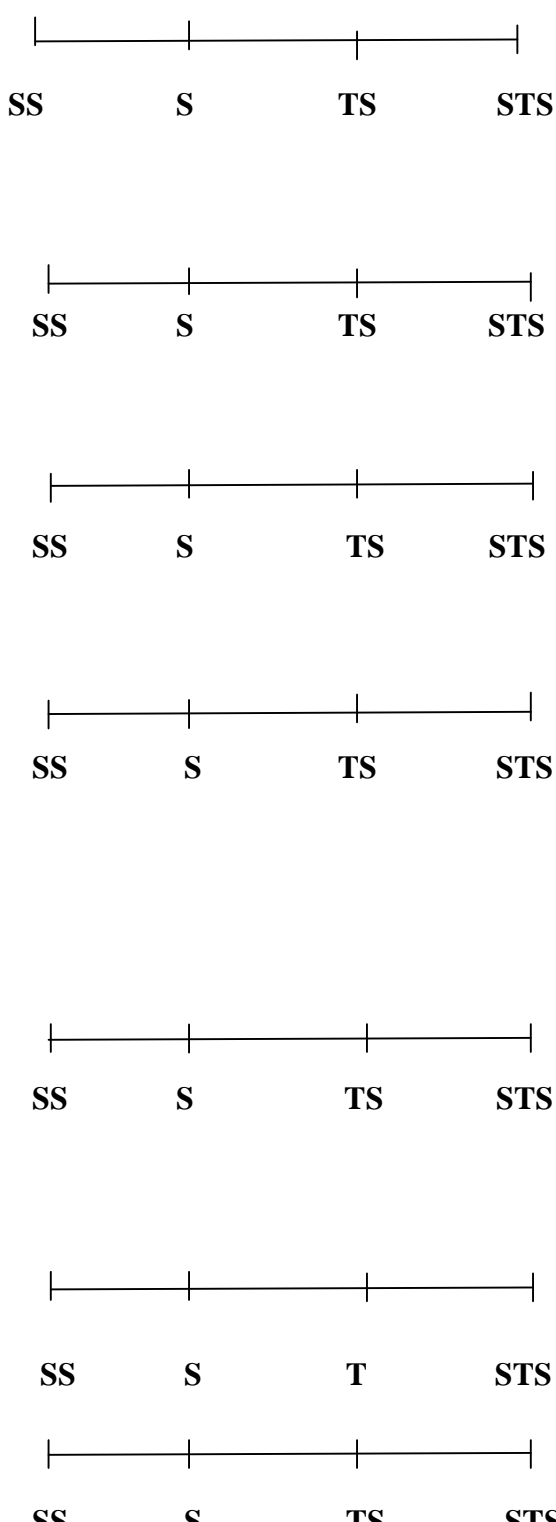
S = Setuju

TS = Tidak Setuju

STS= Sangat Tidak Setuju

- Pilihlah salah satu jawaban yang anda anggap paling sesuai dengan pendapat anda seperti yang telah digambarkan oleh pertanyaan yang tersedia.**
- Isilah tanda lingkaran (O) pada salah satu pilihan yang tertera di samping pertanyaan untuk menunjukkan jawaban yang anda pilih.**

No.	Pertanyaan	Jawaban
24.	Program MTBS penting bagi saya untuk saya ketahui	
25.	Pada MTBS saya bekerja dalam kondisi kerja yang baik dan menyenangkan	
26.	Dengan memperbaiki pengetahuan paramedis dan kualitas pelaksanaan kesehatan pada balita sakit terlalu memberatkan saya	
27.	Penilaian dan klasifikasi anak sakit umur 2 bulan samapai 5 tahun penting diketahui karena bertujuan untuk menurunkan angka kematian bayi dan balita serta menekan morbiditas	
28.	Pelatihan tentang program MTBS perlu diberikan bagi petugas kesehatan (Paramedis)	

<p>29.</p> <p>30.</p> <p>31.</p> <p>32.</p> <p>33.</p> <p>34.</p> <p>35.</p>	<p>Memberikan konseling bagi ibu balita/keluarga merupakan satu keuntungan bagi petugas MTBS</p> <p>Bagi saya penilaian balita dengan Pneumonia lebih praktis jika dilakukan rontgen tanpa melalui MTBS</p> <p>MTBS cukup diketahui oleh pemegang program tanpa melibatkan paramedis yang lainnya</p> <p>Ketika ada ibu yang mengeluhkan kesulitan pemberian ASI, Paramedis melakukan penilaian cara ibu meneteki dan posisinya yang benar serta cara mulut bayi melekat pada waktu meneteki</p> <p>Dalam tatalaksana kasus ISPA di tempat bekerja, <i>sound timer</i> akan selalu digunakan</p> <p>Penyebaran informasi melalui media seperti penyuluhan, poster, buku Pedoman Pemberantasan Penyakit (P2) ISPA dan lembar balik</p> <p>Pelaksanaan MTBS di fasilitas kesehatan memerlukan waktu lama</p>	 <p>SS S TS STS</p> <p>SS S TS STS</p> <p>SS S TS STS</p> <p>SS S TS STS</p> <p>SS S TS STS</p> <p>SS S T STS</p> <p>SS S TS STS</p>
--	--	--

C. Perilaku

36.	Apakah saat anda melakukan MTBS akan dilakukan penilaian terhadap balita sakit?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
37.	Apakah pada pelaksanaan MTBS anda mampu bekerja sama dengan petugas lainnya?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
38.	Apakah ketika memeriksa balita dengan gejala batuk pilek langsung dilakukan MTBS?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
39.	Apakah anda sudah mengajarkan ibu balita dalam cara memberikan obat oral?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
40.	Apakah anda pernah memberikan konseling pada ibu balita?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
41.	Apakah jika menemukan anak dengan pneumonia berat anda melakukan rujukan?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak