



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KUALITAS PENATALAKSANAAN
BALITA SAKIT DENGAN GEJALA DIARE
DI 7 PROVINSI TAHUN 2009**

**(Analisis Lanjutan Data Survei Evaluasi MTBS
di 7 Provinsi Tahun 2008)**

TESIS

**ENY JULIATI
NPM. 0706188920**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JULI, 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS KUALITAS PENATALAKSANAAN
BALITA SAKIT DENGAN GEJALA DIARE
DI 7 PROVINSI TAHUN 2009**

**(Analisis Lanjutan Data Survei Evaluasi MTBS
di 7 Provinsi Tahun 2008)**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**ENY JULIATI
NPM. 0706188920**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN MUTU LAYANAN KESEHATAN
DEPOK
JULI, 2009**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Eny Juliati
NPM : 0706188920
Mahasiswa Program : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2007/2008

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

Analisis Kualitas Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare di 7 Provinsi Tahun 2009

(Analisis Lanjutan Data Survei Evaluasi MTBS di 7 Provinsi Tahun 2008)

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 4 Juli 2009



(Eny Juliati)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Eny Juliati
NPM : 0706188920
Tanda Tangan : 
Tanggal : 4 Juli 2009





HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Eny Juliati
NPM : 0706188920
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Analisis Kualitas Penatalaksanaan Balita Sakit dengan
Gejala Diare di 7 Provinsi Tahun 2009
(Analisis Lanjutan Data Survei Evaluasi MTBS
di 7 Provinsi Tahun 2008)

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing: DR. dra. Ratu Ayu Dewi Sartika, Apt, MSc ()
Penguji : dr. Agustin Kusumayati, MSc, PhD ()
Penguji : dr. Iwan Ariawan, MSPH ()
Penguji : dr. Triwandha Elan, MKes ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 4 Juli 2009

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Eny Juliati
Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 24 Juli 1976
Agama : Islam
Alamat Rumah : Jl. Raya Jagakarsa Gg. Rukun 3 No. 38 Rt 004 /
Rw 001, Jagakarsa, Jakarta Selatan, 12620
Hp : 0812-8351784
E-mail : en_julia@yahoo.com

Riwayat Pendidikan :

Tahun 1982 - 1988 : SDN Srengseng Sawah 02 Petang, Jakarta Selatan
Tahun 1988 - 1991 : SMPN 98, Jakarta Selatan
Tahun 1991 - 1994 : SMUN 109, Jakarta Selatan
Tahun 1994 - 1997 : Akademi Gizi Depkes RI, Jakarta
Tahun 1998 - 2000 : Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas nikmat dan karuniaNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan tesis ini dengan judul “Analisis Kualitas Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare di 7 Provinsi Tahun 2009 (Analisis Lanjutan Data Survei Evaluasi MTBS di 7 Provinsi Tahun 2008)”, sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Magister Kesehatan Masyarakat dengan Peminatan Mutu Layanan Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Selama penulisan tesis ini, penulis telah banyak mendapatkan dukungan, bimbingan, bantuan dan kemudahan dari berbagai pihak yang sangat penulis sadari bahwa tanpa dukungan mereka penulisan tesis ini tidak terselesaikan dengan sempurna. Pada kesempatan ini izinkan penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu DR. dra. Ratu Ayu Dewi Sartika, Apt., MSc., sebagai pembimbing yang telah banyak mengeluarkan waktu untuk membimbing dan mengarahkan penulis, serta memberikan motivasi yang besar dengan penuh kesabaran. Untuk itu penulis sangat menghargai dan akan senantiasa mengingat kebaikan dan keikhlasan yang telah diberikan.
2. Ibu dr. Agustin Kusumayati, MSc., PhD., selaku pembimbing pendamping dan juga penguji yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan dukungan serta saran sejak awal sampai akhir penulisan. Kesabaran dan ketulusan beliau tak akan pernah sedikitpun hilang dalam sanubari penulis yang paling dalam.
3. Bapak dr. Iwan Ariawan, MSPH., yang telah bersedia sebagai penguji dan juga pihak yang memperbolehkan penggunaan data beliau sebagai bahan tulisan dalam tesis ini.
4. Bapak dr. Triwandha Elan, MKes dari Dinas Kesehatan Kota Bogor yang telah bersedia menjadi penguji dan banyak memberikan saran dan nasehat.
5. Bapak DR., dr. Hafizurrachman, MPH, selaku Ketua Kelompok Studi Mutu Layanan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

6. Seluruh staf Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, staf akademik, staf perpustakaan dan staf-staf lainnya yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang selalu membantu penulis selama mengikuti pendidikan.
7. Seluruh rekan-rekan mahasiswa khususnya rekan mahasiswa Peminatan Mutu Layanan Kesehatan Masyarakat yang selalu memberikan semangat selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Secara khusus kepada orang tua tercinta, kakak dan keponakan-keponakan tersayang yang senantiasa memberikan dukungan dan do'a.
9. Tak terkecuali teman-teman di CHAMPS AKK FKM UI yang telah bersedia untuk direpotkan oleh penulis selama penulisan tesis ini.

Penulis menyadari masih banyak kekurangan pada penyusunan tesis ini, baik dari segi materi, metode maupun bahan. Kritik dan saran diharapkan untuk melengkapi dan menyempurnakan tesis ini. Semoga ilmu yang diperoleh dapat bermanfaat bagi pembaca maupun penelitian lainnya yang akan melakukan pengembangan ilmu kesehatan masyarakat.

Depok, 4 Juli 2009,

Penulis

Eny Juliati

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Eny Juliati
NPM : 0706188920
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Kekhususan : Mutu Layanan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Analisis Kualitas Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare di 7 Provinsi Tahun 2009 (Analisis Lanjutan Data Survei Evaluasi MTBS di 7 Provinsi Tahun 2008)

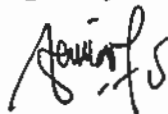
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 4 Juli 2009

Yang menyatakan



(Eny Juliati)

ABSTRAK

Nama : Eny Juliati
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Analisis Kualitas Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare di 7 Provinsi Tahun 2009 (Analisis Lanjutan Data Survei Evaluasi MTBS di 7 Provinsi Tahun 2008)

Tesis ini membahas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare menurut standar Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Aceh, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tenggara, dan Sumatera Utara. Hasil analisis multivariat menunjukkan tidak ada satu pun variabel bebas yang berhubungan secara bermakna dengan tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Selain itu variabel pelatihan memiliki hubungan bermakna dengan kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat, dan merupakan variabel bebas yang dominan terhadap kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat dengan nilai OR sebesar 27,7. Sedangkan pelatihan dan kelengkapan alat merupakan faktor dominan terhadap kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas (tanpa tablet zinc). Selain itu variabel pelatihan juga merupakan faktor dominan terhadap kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat. Satu hal yang menjadi catatan penting dalam pemberian pengobatan adalah masih rendahnya kepatuhan baik petugas maupun pengamat dalam melaksanakan pedoman yaitu memberikan tablet zinc pada anak dengan gejala diare. Saran, peningkatan keterampilan petugas mengenai pelaksanaan MTBS dan peningkatan dukungan fasilitas di setiap pelayanan kesehatan.

Kata kunci : MTBS, diare, kepatuhan, kesesuaian

ABSTRACT

Name : Eny Juliati
Study Program : Public Health
Title : Analysis of Quality Treatment of Childhood Illness with Diarrhoea as Symptom in 7 Provinces, 2009 (Advanced Analysis of Data Survey in IMCI Evaluation in 7 Provinces, 2008)

This thesis is examined the treatment of childhood illness with diarrhoea as symptom according to Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Aceh, Central Java, East Java, South Kalimantan, East Nusa Tenggara, Southeast Sulawesi and North Sumatera using a Cross Sectional Design with sample size is 106. The result of multivariate analysis is indicated none of independent variables are statistically significant to the health staff's assessment compliance in evaluation related to IMCI. Training has showed significance in statistic among classification that set up by health staff and classification according to evaluator. It is also a dominant independent variable with OR=27.7. Training and comprehensive tools is a dominant factor to the treatment related to the classification that set up by health staff (without zinc tablet). Training itself is a dominant factor to the treatment according to the classification of the health staff and evaluator. Suggestion, skill improvement of health about IMCI implementation and facility support improvement in every health center.

Keyword : Integrated Management of Childhood Illness, diarrhoea, compliance

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xx
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	5
1.3. Pertanyaan Penelitian	5
1.4. Tujuan Penelitian	5
1.5. Manfaat Penelitian	7
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Diare.....	9
2.1.1. Pengertian Diare.....	9
2.1.2. Etiologi dan Epidemiologi Diare.....	9
2.1.3. Prinsip Tata Laksana Penderita Diare	11
2.2. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	11
2.2.1. Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit	13
2.2.2. Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare.....	15
2.2.3. Konseling dalam Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare	18
2.3. Penggunaan Obat Tidak Rasional	20
2.4. Perilaku.....	22
2.5. Kepatuhan.....	28
2.6. Mutu Pelayanan Kesehatan	29
2.7. Kerangka Teori.....	32
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1. Kerangka Konsep.....	33
3.2. Definisi Operasional.....	35

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Survei Evaluasi Pelaksanaan MTBS di 7 Provinsi oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia	40
4.1.1.Desain Penelitian.....	40
4.1.2.Lokasi Penelitian	40
4.1.3.Populasi dan Sampel	41
4.1.4.Pengumpulan Data	42
4.1.5.Manajemen Data	43
4.1.6.Analisis Data dan Laporan	43
4.2. Analisis Kualitas Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare di 7 Provinsi	47
4.2.1.Desain Penelitian.....	47
4.2.2.Populasi dan Sampel Penelitian	47
4.2.3.Pengolahan Data.....	47
4.2.4.Analisis Data	48
4.2.4.1. Analisis Univariat.....	48
4.2.4.2. Analisis Bivariat	48
4.2.4.3. Analisis Multivariat.....	49

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1. Hasil Analisis Univariat	50
5.1.1.Karakteristik Petugas.....	50
5.1.2.Ketersediaan dan Kelengkapan Fasilitas Kesehatan	51
5.1.2.1.Ketersediaan dan Kelengkapan Alat	51
5.1.2.2.Ketersediaan dan Kelengkapan Obat	53
5.1.3.Kualitas Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare Menurut Standar MTBS	54
5.1.3.1.Penilaian Menurut Standar MTBS	54
5.1.3.1.1.Kepatuhan Petugas Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS	55
5.1.3.2.Klasifikasi Menurut standar MTBS	56
5.1.3.2.1.Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat.....	56
5.1.3.3.Pengobatan Menurut standar MTBS	57
5.1.3.3.1.Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas.	59
5.1.3.3.2.Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat.....	60
5.1.3.4.Konseling Menurut Standar MTBS.....	60
5.1.3.4.1.Kepatuhan Petugas Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS...	62
5.1.3.4.2.Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dengan Konseling Menurut Pengamat.....	63

5.2. Hasil Analisis Bivariat	63
5.2.1. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS	63
5.2.2. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS	65
5.2.3. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	66
5.2.4. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	68
5.2.5. Perbandingan antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	70
5.2.6. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)	71
5.2.7. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)	73
5.2.8. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat	74
5.2.9. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat	76
5.2.10. Perbandingan antara Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc) dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat	77
5.2.11. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS	78
5.2.12. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS	80
5.2.13. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat	80
5.2.14. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat	82

5.2.15. Perbandingan antara Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat.....	84
5.3. Hasil Analisis Multivariat	84
5.3.1. Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS	85
5.3.2. Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat.....	86
5.3.3. Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc).....	88
5.3.4. Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat	92
 BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1. Keterbatasan Penelitian	95
6.1.1. Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel.....	95
6.1.2. Kualitas Data	95
6.1.3. Bias Informasi	95
6.2. Pembahasan Hasil Penelitian	96
6.2.1. Hasil Analisis Univariat	96
6.2.1.1. Kepatuhan Petugas Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS	96
6.2.1.2. Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat	97
6.2.1.3. Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet zinc)	98
6.2.1.4. Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat	99
6.2.1.5. Kepatuhan Petugas Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS	99
6.2.1.6. Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dengan Konseling Menurut Pengamat	100
6.2.2. Hasil Analisis Bivariat	101
6.2.2.1. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Petugas Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS	101
6.2.2.2. Hubungan Fasilitas Kesehatan Petugas dengan Kepatuhan Petugas Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS	103
6.2.2.3. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat.....	105

6.2.2.4. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat.....	107
6.2.2.5. Perbandingan antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	109
6.2.2.6. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)	109
6.2.2.7. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)	111
6.2.2.8. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat	113
6.2.2.9. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat	114
6.2.2.10. Perbandingan antara Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas (Tanpa Tablet Zinc) dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat	115
6.2.2.11. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS.....	115
6.2.2.12. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS.....	115
6.2.2.13. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat	116
6.2.2.14. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat	116
6.2.2.15. Perbandingan antara Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat	117

6.2.3. Hasil Analisis Multivariat	117
6.2.3.1. Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Kepatuhan Petugas Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS	117
6.2.3.2. Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat	117
6.2.3.3. Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)	118
6.2.3.4. Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Kesesuaian Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat	119
BAB 7 KESIMPULAN	
7.1. Kesimpulan	120
7.2. Saran	121
DAFTAR REFERENSI	124
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tindakan dan Pengobatan Berdasarkan Penetapan Klasifikasi Diare	16
Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	35
Tabel 4.1	Keluaran Analisis Puslitkes.....	44
Tabel 5.1	Gambaran Karakteristik Petugas	51
Tabel 5.2	Gambaran Ketersediaan Alat di Puskesmas.....	52
Tabel 5.3	Distribusi Responden Menurut Kelengkapan Alat di Puskesmas	52
Tabel 5.4	Gambaran Ketersediaan Obat di Puskesmas.....	53
Tabel 5.5	Distribusi Responden Menurut Kelengkapan Obat di Puskesmas	53
Tabel 5.6	Distribusi Responden Menurut Kelengkapan Obat Tanpa Tablet Zinc di Puskesmas.....	54
Tabel 5.7	Gambaran Penilaian oleh Petugas terhadap Balita Sakit dengan Gejala Diare	54
Tabel 5.8	Distribusi Responden Menurut Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit dengan Gejala Diare Menurut Standar MTBS	54
Tabel 5.9	Distribusi Responden Menurut Klasifikasi yang Ditetapan oleh Petugas.....	56
Tabel 5.10	Distribusi Responden Menurut Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat	57
Tabel 5.11	Gambaran Pemberian Pengobatan pada Balita Sakit dengan Gejala Diare.....	57
Tabel 5.12	Gambaran Jenis Antibiotika yang diberikan Petugas.....	58
Tabel 5.13	Gambaran Klasifikasi yang Ditetapan Petugas dengan Jenis Pengobatan Oral Antibiotik.....	58

Tabel 5.14	Distribusi Responden menurut Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc).....	59
Tabel 5.15	Distribusi Responden Menurut Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat	60
Tabel 5.16	Distribusi Responden Menurut Konseling yang Dilakukan oleh Petugas terhadap Balita Sakit dengan Gejala Diare	61
Tabel 5.17	Distribusi Responden Menurut Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling terhadap Balita Sakit dengan Gejala Diare	62
Tabel 5.18	Distribusi Responden menurut Kesesuaian antara Konseling oleh Petugas dengan Konseling Menurut Pengamat	63
Tabel 5.19	Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS	64
Tabel 5.20	Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS	66
Tabel 5.21	Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	68
Tabel 5.22	Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat..	69
Tabel 5.23	Perbandingan antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	70
Tabel 5.24	Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc).....	71
Tabel 5.25	Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc).....	73
Tabel 5.26	Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat	74

Tabel 5.27	Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat	76
Tabel 5.28	Perbandingan antara Kesesuaian Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas(Tanpa Tablet Zinc) dengan Kesesuaian Pengobatan yang diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat.....	77
Tabel 5.29	Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Konseling yang Diberikan Menurut Standar MTBS	78
Tabel 5.30	Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Konseling yang Diberikan Menurut Standar MTBS	80
Tabel 5.31	Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat	82
Tabel 5.32	Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat	83
Tabel 5.33	Perbandingan antara Kepatuhan Konseling yang diberikan Petugas Menurut Standar MTBS dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat	84
Tabel 5.34	Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS	85
Tabel 5.35	Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Umur dan Pelatihan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS	86
Tabel 5.36	Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat	86
Tabel 5.37	Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Umur, Pelatihan dan Kelengkapan Alat dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat	87

Tabel 5.38	Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Umur dan Pelatihan dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat	87
Tabel 5.39	Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Pelatihan dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat	88
Tabel 5.40	Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc).....	89
Tabel 5.41	Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc).....	89
Tabel 5.42	Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Kelengkapan Alat dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc).....	90
Tabel 5.43	Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Umur, Pelatihan dan Kelengkapan Alat dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc).....	90
Tabel 5.44	Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Pelatihan dan Kelengkapan Alat dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc).....	91
Tabel 5.45	Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Pelatihan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc).....	91
Tabel 5.46	Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Kelengkapan Alat dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc).....	92
Tabel 5.47	Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat	92

Tabel 5.48	Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Jenis Kelamin, Umur dan Pelatihan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat	93
Tabel 5.49	Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Jenis Kelamin dan Pelatihan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat	93
Tabel 5.50	Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Pelatihan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat.....	93



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Bagan Tatalaksana MTBS.....	15
Gambar 2.2	<i>Precede-Proceed</i> Model untuk Perencanaan Program Kesehatan	24
Gambar 2.3	Fase 3 dalam <i>Precede-Proceed</i> Model untuk Perencanaan Program Kesehatan	25
Gambar 2.4	Penilaian Mutu menurut Donabedian.....	30
Gambar 2.5	Formula Alternatif dalam Menilai Mutu dan Mengevaluasi Program	30
Gambar 2.6	Kerangka Pikir Pengukuran Mutu menurut Donabedian	31
Gambar 2.7	Kerangka Teori Analisis Kualitas Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare di 7 Provinsi tahun 2009	32
Gambar 3.1	Kerangka Konsep Analisis Kualitas Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare di 7 Provinsi Tahun 2009	34

DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner Penelitian yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia Tahun 2008
2. Kuesioner Analisis Lanjut (Variabel yang diteliti)



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia dari tahun ke tahun cenderung mengalami penurunan. Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), AKB tercatat 46 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1997, kemudian menurun menjadi 35 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2002-2003, dan turun lagi menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (BPS, 1997, 2003, 2007). Perkembangan yang baik juga ditunjukkan pada Angka Kematian Balita (AKBA). Pada tahun 2002-2003, AKBA tercatat 46 per 1.000 kelahiran hidup dan kemudian mengalami penurunan menjadi 44 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (BPS, 2003, 2007).

Meskipun AKB dan AKBA terus mengalami penurunan, namun berdasarkan Laporan Perkembangan Pencapaian *Millennium Development Goals* Indonesia 2007 yang disusun oleh Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), AKB di Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota *Association of South East Asia Nations* (ASEAN), yaitu 4,6 kali lebih tinggi dari Malaysia, 1,3 kali lebih tinggi dari Filipina, dan 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand. Indonesia menduduki ranking ke-6 tertinggi setelah Singapura (3 per 1.000), Brunei Darussalam (8 per 1.000), Malaysia (10 per 1.000), Vietnam (18 per 1.000), dan Thailand (20 per 1.000) (Bappenas, 2007).

Penyebab dari kematian dan balita tersebut terdiri dari beberapa jenis penyakit. Terdapat tiga penyebab utama kematian bayi yang masih menjadi tantangan besar untuk diatasi. Ketiga hal tersebut adalah infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), komplikasi perinatal, dan diare. Gabungan ketiga penyebab ini memberi andil bagi 75 persen kematian bayi. Pola penyebab utama kematian balita juga hampir sama, yaitu penyakit saluran pernapasan, diare, penyakit syaraf (termasuk meningitis dan encephalitis) dan tifus (Bappenas, 2007).

Dari tiga penyebab utama kematian bayi dan balita, penyebab utama yang terbanyak adalah diare. Pada kelompok bayi, diare mengakibatkan 31,4% bayi meninggal. Sedangkan pada kelompok balita, sebanyak 25,2% balita yang meninggal disebabkan juga oleh diare (Depkes, 2008 b). Pada beberapa wilayah terjadi peningkatan kasus diare pada balita, seperti di Kabupaten Tangerang, pada tahun 2006, tercatat kasus diare sebanyak 23.690 balita meningkat menjadi 29.352 balita (Dinkes Kab. Tangerang, 2008).

Walaupun berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia 2007 tercatat penurunan kasus kematian diare pada balita di provinsi dengan KLB diare yaitu pada tahun 2006 sebesar 2,52% menjadi 1,3% pada tahun 2007 (Depkes, 2008 a). Namun, karena diare mempengaruhi perkembangan pertumbuhan dan kualitas hidup anak dan masih tingginya ibu yang berpengetahuan rendah memiliki persepsi bahwa diare sebagai penyakit biasa (Supono, 2007), maka pemerintah tetap melakukan upaya intervensi dalam menangani kasus diare dan menurunkan angka kematian bayi.

Berbagai upaya dilakukan untuk menurunkan angka kematian bayi yang disebabkan oleh diare, beberapa diantaranya adalah mendekatkan akses masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, terutama diarahkan pada peningkatan jumlah, jaringan, dan kualitas puskesmas; peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan (terutama dokter dan bidan); serta pengembangan sistem jaminan kesehatan (Bappenas, 2007).

Upaya lain yang dilakukan dalam rangka menurunkan angka kematian adalah pengembangan upaya kesehatan bersumber masyarakat seperti pos pelayanan terpadu (posyandu), penanggulangan kurang energi dan protein, pendidikan gizi, penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar, serta pencegahan dan pemberantasan penyakit melalui surveilans dan imunisasi (Bappenas, 2007).

Selain itu, berbagai macam pedoman-pedoman khusus penanganan diare disusun dan kemudian para petugas kesehatan diberikan pelatihan untuk mempelajari pedoman-pedoman tersebut. Namun, tidak sedikit pedoman yang digunakan oleh petugas kesehatan, terlebih pedoman tersebut tergantung dari jenis penyakit yang ditangani. Petugas kesehatan mungkin mengalami kesulitan dalam menggabungkan pedoman yang terpisah pada saat menangani balita yang sakit.

Sehingga tata laksana kasus penyakit pada bayi dan balita dilakukan secara tidak tepat dan upaya preventif dan kuratif masih dilakukan secara terpisah yang menyebabkan terjadinya *missed opportunity* (hilangnya kesempatan) atau *drop out* pelayanan yang akan meningkatkan risiko kematian bayi dan balita (Depkes, 2006).

Pada tahun 1992 *World Health Organization* (WHO) mulai mengembangkan cara yang cukup efektif serta dapat dikerjakan untuk mencegah sebagian besar penyebab kematian bayi dan balita melalui program "*Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI)" atau dikenal sebagai program Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) untuk diterapkan dan direplikasikan di negara-negara yang mempunyai AKB di atas 40 per 1000 kelahiran hidup (Munthe dan Kuntjoro, 2006).

Indonesia, sejak tahun 1997, mulai melakukan penerapan MTBS di 2 Provinsi (2 kabupaten di Jawa Timur dan 1 kabupaten Jawa Barat). Pada tahun 2001 sudah 30 provinsi menerapkan MTBS di sekitar 165 kabupaten/kota (Bappenas, 2003). Namun, sampai saat ini belum dilakukan evaluasi mengenai penerapan MTBS secara nasional. Walaupun demikian, evaluasi penerapan MTBS secara lokal sudah dilakukan di beberapa wilayah, seperti di Kabupaten Tanah Laut, Kalimantan Selatan oleh Pratono, dkk (2008), menyatakan bahwa pendekatan yang terintegrasi dalam pemeriksaan balita sakit dengan waktu yang bersamaan mencegah kasus kehilangan kesempatan (*missed opportunity*), terbukti dengan cakupan pemeriksaan balita sakit lebih dari 85%.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Munthe dan Kuntjoro (2006), di Kabupaten Merangin, Jambi, menyatakan bahwa masih adanya kesenjangan antara harapan responden dengan persepsi kualitas pelayanan yang ditunjukkan tingkat kesesuaian antara harapan (kepentingan responden) dengan mutu layanan adalah di bawah 100% ($Z < 1$). Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Suryanata (2003) di Kabupaten Timor Tengah Selatan, yang tercantum dalam kajian riset operasional intensifikasi pemberantasan penyakit menular tahun 1998/1999 – 2003, menunjukkan bahwa performa petugas dalam tata laksana balita sakit umumnya belum baik, kelengkapan laporan hanya 15,4% dan kejelasan tugas dalam pengelolaan MTBS hanya 46,0% (Depkes, 2004).

Selain evaluasi penerapan MTBS, pada beberapa Puskesmas Kabupaten sudah ada penilaian kepatuhan petugas terhadap pedoman MTBS. Dua diantaranya menyatakan bahwa kepatuhan petugas terhadap pedoman MTBS sudah di atas 50%, yaitu di Puskesmas Tanah Laut, Jambi sebesar 67% (Pratono, dkk, 2008) dan di Kabupaten Majalengka, Jawa Barat, secara rata-rata mencapai 76,9% (Arifien, 2006).

Dalam penerapan MTBS, petugas diharapkan memberi tindakan sesuai dengan klasifikasi berdasarkan penilaian yang dilakukan oleh petugas kesehatan, sehingga diharapkan tidak ada pemberian obat yang tidak rasional. Hasil laporan monitoring persepan oleh Subdin Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang 2004 menunjukkan bahwa 1204 resep menggunakan obat tidak rasional untuk diagnosa diare. Faktor yang berhubungan dengan penggunaan obat tidak rasional tersebut adalah pendidikan, tingkat pengetahuan, sikap terhadap pengobatan rasional dan orang tua penderita (Wahyudin, 2006). Sedangkan menurut Thobari (2008), alasan pengobatan tidak rasional antara lain training yang tidak adekuat, pendidikan berkelanjutan dan supervisi yang kurang, adanya promosi dari perusahaan-perusahaan farmasi, waktu dokter yang kurang, tekanan dari pasien dan kurangnya standar sistem penerapan.

Belum dilaksanakannya evaluasi terhadap penerapan MTBS secara nasional, baik untuk mengevaluasi penerapan MTBS di fasilitas kesehatan merupakan salah satu tujuan dilaksanakannya survei oleh WHO bekerjasama dengan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (Puslitkes UI). Survei dilakukan di delapan (8) kabupaten yang tersebar di tujuh (7) provinsi, yaitu Aceh, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tenggara, dan Sumatera Utara. Desain yang digunakan dalam survei ini ada dua tahap yaitu *cross sectional* di tingkat Puskesmas, kemudian pemilihan 15 Puskesmas secara acak. Target populasi adalah balita sakit pada tingkat kabupaten, dengan minimal besar sampel masing-masing kabupaten adalah 86 balita sakit (usia 2 bulan – 5 tahun). Data dikumpulkan melalui observasi pada balita sakit oleh pengamat yang telah dilatih Puslitkes UI dengan menggunakan alat bantu *check list*, serta data pendukung seperti ketersediaan alat dan obat. Pemasukan, pengolahan dan analisis data dilakukan oleh Puslitkes UI. Hasil

survei tersebut menganalisis 4 indikator MTBS, yaitu indikator penilaian balita sakit, klasifikasi balita sakit, vaksinasi dan konseling, dan ketersediaan fasilitas kesehatan pada masing-masing sarana kesehatan. Namun, survei tersebut belum menganalisis kualitas penatalaksanaan balita sakit khususnya dengan balita sakit gejala diare menurut standar MTBS.

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai analisis kualitas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare serta hubungannya dengan karakteristik petugas kesehatan, dan fasilitas kesehatan yang tersedia di 7 provinsi pada tahun 2009.

1.2. Rumusan Masalah

Belum diketahuinya kualitas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare berdasarkan MTBS di 7 provinsi tahun 2009.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana kualitas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009?
2. Apakah ada hubungan antara karakteristik petugas kesehatan dengan kualitas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009?
3. Apakah ada hubungan antara ketersediaan fasilitas kesehatan dengan kualitas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009?
4. Apa faktor-faktor yang paling berhubungan dengan kualitas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009?

1.4. Tujuan Penelitian

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah diketahuinya kualitas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009.

Sedangkan tujuan khusus dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Diketuainya gambaran karakteristik petugas kesehatan (jenis kelamin, umur, profesi, dan pelatihan MTBS) dalam penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009.
2. Diketuainya gambaran ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan (alat dan obat) dalam penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009.
3. Diketuainya gambaran kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS dalam penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009.
4. Diketuainya gambaran klasifikasi yang ditetapkan oleh petugas kesehatan dalam penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009.
5. Diketuainya kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat dalam penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009.
6. Diketuainya gambaran pengobatan yang diberikan oleh petugas kesehatan dalam penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009.
7. Diketuainya kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas dalam penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009.
8. Diketuainya kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat dalam penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009.
9. Diketuainya kepatuhan petugas kesehatan dalam melakukan konseling menurut standar MTBS dalam penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009.
10. Diketuainya kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dengan konseling menurut pengamat dalam penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009.

11. Diketuahuinya hubungan antara karakteristik petugas kesehatan dengan kualitas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009.
12. Diketuahuinya hubungan antara fasilitas kesehatan dengan kualitas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009.
13. Diketuahuinya faktor-faktor yang paling berhubungan dengan kualitas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009.

1.5. Manfaat Penelitian

1. Sebagai masukan bagi fasilitas kesehatan yang ada di 7 provinsi khususnya Puskesmas dalam meningkatkan penatalaksanaan balita sakit menurut standar MTBS yang bermutu khususnya penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare.
2. Sebagai masukan bagi kabupaten dan provinsi yang merupakan area penelitian yang tersebar di Aceh, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tenggara, dan Sumatera Utara untuk membuat rencana pembinaan lebih lanjut dalam penerapan penatalaksanaan balita sakit menurut standar MTBS yang bermutu khususnya penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang telah dikumpulkan oleh Puslitkes UI pada pertengahan bulan Agustus tahun 2008 mengenai Evaluasi Pelaksanaan MTBS di 7 provinsi (Aceh, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tenggara, dan Sumatera Utara).

Penelitian ini merupakan analisis lanjutan dari survei yang dilakukan oleh Puslitkes UI bekerjasama dengan WHO. Besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebanyak 106 balita sakit dengan keluhan awal menderita diare. Sedangkan variabel yang dianalisis terbatas dengan variabel yang berhubungan dengan penatalaksanaan balita sakit yang berkaitan dengan diare, serta variabel yang terkait dengan karakteristik petugas kesehatan dan fasilitas kesehatan. Variabel-variabel tersebut dianalisis dengan menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat. Adapun analisis univariat untuk mengetahui

gambaran mengenai karakteristik petugas kesehatan; fasilitas kesehatan; kepatuhan petugas melakukan penilaian menurut standar MTBS; kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat; kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas; kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat; kepatuhan petugas melakukan konseling menurut standar MTBS; dan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dengan konseling menurut pengamat. Sedangkan analisis bivariat untuk mengetahui hubungan karakteristik petugas dengan kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS; hubungan fasilitas kesehatan dengan kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS; hubungan karakteristik petugas dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat; hubungan fasilitas kesehatan dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat; hubungan karakteristik petugas dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas; hubungan fasilitas kesehatan dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas; hubungan karakteristik petugas dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat; hubungan fasilitas kesehatan dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat; hubungan karakteristik petugas dengan kesesuaian konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat; dan hubungan fasilitas kesehatan dengan kesesuaian konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat. Pada analisis bivariat menggunakan uji statistik X^2 (*chi-square*) dan OR (*odds ratio*). Serta analisis multivariat untuk melihat faktor-faktor yang paling berhubungan dari variabel bebas yaitu jenis kelamin, umur, profesi, pelatihan, kelengkapan alat dan kelengkapan obat dengan kualitas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare. Pada analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik ganda.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Diare

Diare masih menjadi masalah kesehatan di Indonesia. Berdasarkan hasil laporan nasional Riskesdas tahun 2008, prevalensi nasional diare (berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dan keluhan responden) adalah 9,0%. Sebanyak 14 provinsi mempunyai prevalensi diare diatas prevalensi nasional, yaitu Nanggroe Aceh Darussalam, Sumatera Barat, Riau, Jawa Barat, Jawa Tengah, Banten, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Papua Barat dan Papua (Depkes, 2008 b).

Sebaran angka prevalensi nasional diare (9,0%) yang terbanyak adalah pada golongan usia di bawah 5 tahun, yaitu golongan usia < 1 tahun dan 1 – 4 tahun, dengan persentase sebesar 16,5% dan 16,7% (Depkes, 2008 b).

2.1.1. Pengertian Diare

Menurut Amiruddin (2007) yang mengutip dari Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Kepmenkes RI) tentang Pedoman Penanggulangan Diare tahun 2002, diare adalah penyakit yang ditandai dengan bertambahnya frekuensi buang air besar lebih dari biasanya (3 atau lebih per hari) yang disertai perubahan bentuk dan konsistensi tinja dari penderita.

Sedangkan menurut Morley (1973) dan Nelson, dkk (1969), diare adalah buang air besar dengan frekuensi yang tidak normal (meningkat) dan konsistensi tinja yang lebih lembek atau cair.

2.1.2. Etiologi dan Epidemiologi Diare

Berdasarkan etiologi, yaitu secara klinis penyebab diare dapat dikelompokkan dalam golongan 6 besar, yaitu: 1). Infeksi oleh bakteri (*Shigella*, *Salmonella*, *E.Coli*, golongan vebrio), virus (*Bacilus cereus*, *Clostridium perfricens*, *Staphilococcusaurfus*, *Camflylo bacter*, *Aeromonas*, *Rotavirus Norwalk* + *Norwalk like agent*, *Adenovirus*, Protozoa, *Entamuba histolytca*, *Giarda lamblia*, *Balantidium coli*, *Crypto*) dan Parasit (Cacing perut, *Ascaris*, *Trichuris*,

Strongy loides, *Blastocystis hominis*); 2). Malabsorpsi; 3). Alergi; 4). Keracunan oleh bahan kimia dan racun yang dikandung dan diproduksi (jasad renik, algame, ikan, buah-buahan, sayur-sayuran); 5). Imunisasi defisiensi; dan 6). Sebab-sebab lain. Tetapi yang sering ditemukan di lapangan ataupun klinis adalah diare yang disebabkan infeksi dan keracunan (Depkes, 1994).

Sedangkan berdasarkan epidemiologi, diare dapat disebabkan oleh (Depkes, 1994):

1. Penyebaran kuman yang menyebabkan diare

Beberapa perilaku dapat menyebabkan penyebaran kuman enterik dan meningkatkan risiko terjadinya diare perilaku tersebut antara lain:

- a. Tidak memberikan ASI (Air Susu Ibu) secara penuh 4-6 bulan pada pertama kehidupan
- b. Menggunakan botol susu karena botol susah dibersihkan
- c. Menyimpan makanan masak pada suhu kamar
- d. Menggunakan air minum yang tercemar
- e. Tidak mencuci tangan sesudah buang air besar dan sesudah membuang tinja anak atau sebelum makan dan menyuapi anak,
- f. Tidak membuang tinja (termasuk tinja bayi) dengan benar

2. Faktor penjamu yang meningkatkan kerentanan terhadap diare

Beberapa faktor pada penjamu dapat meningkatkan insiden beberapa penyakit dan lamanya diare. Faktor-faktor tersebut adalah :

- a. Tidak memberikan ASI sampai 2 tahun.
- b. Kurang gizi
- c. Campak diare dan disentri
- d. Imunodefisiensi

3 Faktor lingkungan dan perilaku :

Penyakit diare merupakan salah satu penyakit yang berbasis lingkungan dua faktor yang dominan, yaitu sarana air bersih dan pembuangan tinja kedua faktor ini akan berinteraksi bersama dengan perilaku manusia. Apabila faktor lingkungan tidak sehat karena tercemar kuman diare serta berakumulasi dengan perilaku manusia yang tidak sehat pula. Yaitu melalui makanan dan minuman, maka dapat menimbulkan kejadian penyakit diare.

2.1.3. Prinsip Tata Laksana Penderita Diare

Berdasarkan pedoman tata laksana diare yang disusun oleh Departemen Kesehatan (Depkes) 1994, maka adapun prinsip dari tata laksana penderita diare adalah sebagai berikut:

1. Mencegah terjadinya dehidrasi, yaitu dapat dilakukan mulai dari rumah dengan memberikan minum lebih banyak dengan cairan rumah tangga yang dianjurkan seperti air tajin, kuah sayur dan air sup.
2. Mengobati dehidrasi, yaitu penderita harus segera dibawa ke petugas atau sarana kesehatan untuk mendapatkan pengobatan yang cepat dan tepat, yaitu dengan oralit. Bila terjadi dehidrasi berat, penderita harus segera diberikan cairan intravena dengan ringer laktat sebelum dilanjutkan terapi oral.
3. Memberi makanan untuk memberikan gizi pada penderita. Cairan diberikan termasuk oralit dan makanan sesuai yang dianjurkan. Bagi anak yang masih minum ASI, pemberian ASI harus lebih sering. Begitu pula dengan anak yang minum susu formula diberikan lebih sering dari biasanya. Bagi anak yang telah mendapat makanan padat harus diberikan makanan yang mudah dicerna sedikit sedikit tetapi sering. Setelah diare berhenti pemberian makanan ekstra diteruskan selama 2 minggu untuk membantu pemulihan berat badan anak.
4. Mengobati masalah lain

2.2. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Angka kematian bayi di Indonesia pada tahun 2007 adalah 34 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian balita adalah 44 per 1000 kelahiran hidup (BPS, 2007). Penyebab kematian bayi 10 terbesar adalah diare 31,4%, pneumonia 23,8%, meningitis/ensefalitis 9,3%, kelainan saluran pencernaan 6,4%, kelainan jantung congenital dan hidrosefalus 5,8%, sepsis 4,1%, tetanus 2,9%, malnutrisi 2,3%, tuberkulosis (TB) 1,2% dan campak 1,2%. Sedangkan penyebab kematian balita 10 terbesar adalah diare 25,2%, pneumonia 15,5%, necroticans entero colitis (NEC) 10,7%, meningitis/ensefalitis 8,8%, demam berdarah dengue 6,8%, campak 5,8%, tenggelam 4,9%, TB 3,9%, malaria 2,9% dan leukemia 2,9%.

Berdasarkan analisis penyakit beban global pada tahun 1996 memproyeksikan bahwa kondisi hal di atas akan terus berlanjut dan memberikan kontribusi yang besar terhadap kematian anak hingga tahun 2020 kecuali dilakukan upaya penanggulangan yang tepat (WHO, 2005).

Para petugas kesehatan, khususnya petugas kesehatan di tingkat Puskesmas sudah berpengalaman dalam mengobati penyakit-penyakit yang umum menyerang anak. Petugas Puskesmas sering mengikuti pelatihan, menggunakan pedoman terpisah untuk masing-masing penyakit, misalnya pedoman pengobatan malaria, pedoman tata laksana ISPA, atau pedoman penanganan diare. Namun demikian, para petugas Puskesmas tersebut mengalami kesulitan dalam menggabungkan berbagai pedoman yang terpisah pada saat menangani anak yang menderita berbagai penyakit. Petugas Puskesmas mungkin tidak dapat menentukan tindakan dan mengobati seluruh masalah anak sakit dengan waktu dan obat yang terbatas. Ada beberapa penyakit yang saling berkaitan, misalnya diare yang berulang, seringkali menyebabkan gizi buruk, diare yang bersamaan atau menyertai campak biasanya lebih parah. Karena itu, penanganan kasus yang efektif perlu memperhitungkan semua gejala anak sakit (Depkes, 2006).

Penanganan kasus yang efektif adalah memberikan perawatan yang berkualitas kepada anak/balita yang sakit, dan hal ini merupakan tantangan yang serius. Untuk menghadapi tantangan tersebut, WHO dan *United Nations Children's Fund* (UNICEF) mengembangkan strategi yang dikenal dengan nama *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) atau dalam bahasa Indonesia dikenal dengan nama Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Walaupun stimulus utama dari MTBS adalah kebutuhan perawatan kuratif, namun, gabungan strategi peningkatan manajemen pada penanganan balita sakit yaitu dengan menggabungkan aspek gizi, imunisasi dan unsur-unsur promosi dan pencegahan kesehatan. Sehingga tercapai tujuan yaitu mengurangi angka kematian anak dan mengurangi angka kesakitan serta mengurangi angka kecacatan yang ditimbulkan karena keparahan penyakit, yang akhirnya dapat meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan anak (WHO, 2005).

Strategi MTBS meliputi intervensi secara kuratif dan preventif dengan mengarahkan pada peningkatan penerapan di fasilitas kesehatan, sistem kesehatan

dan penerapan di tingkat rumah tangga. Inti dari strategi MTBS adalah manajemen kasus secara integrasi mengenai permasalahan umum pada anak/balita dengan memfokuskan permasalahan pada penyebab paling umum dalam menyebabkan kematian anak (WHO, 2001).

2.2.1. Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit

Di Indonesia, kegiatan MTBS balita mulai diterapkan pada tahun 1997 di 2 provinsi (2 kabupaten di Jawa Timur dan 1 kabupaten Jawa Barat). Sampai saat ini sudah 30 provinsi menerapkan MTBS di sekitar 165 kabupaten/kota (Bappenas 2003).

Dalam rangka menjamin mutu pelayanan pelaksanaan MTBS terdapat beberapa jenis peralatan dan obat-obatan yang harus disediakan oleh fasilitas kesehatan, yaitu 7 jenis obat yang dibutuhkan yang terdiri dari garam rehidrasi oral, antibiotika oral, obat anti malaria oral, vitamin A tetes, tablet besi, antipiretika oral, dan salep mata antibiotika. Selain itu juga disediakan anti malaria parenteral, cairan intravena untuk mengantisipasi terjadinya kasus berat. Sedangkan peralatan yang harus disediakan adalah alat pengukur waktu untuk menghitung frekuensi napas, dan alat untuk menakar pemberian garam rehidrasi oral. Ada juga yang menyediakan timbangan badan anak dan termometer aksiler, namun bukan peralatan yang diharuskan tersedia. Apabila memungkinkan dilengkapi dengan stetoskop, bagan pertumbuhan badan atau papan pengukur tinggi badan untuk menentukan status gizi anak (Arifien, 2006).

Kendala yang dihadapi petugas kesehatan dalam menerapkan pendekatan MTBS adalah waktu pelayanan yang dibutuhkan cukup lama. Berdasarkan hasil uji coba di lapangan di Ethiopia menunjukkan bahwa waktu yang dibutuhkan untuk menerapkan MTBS diperlukan rata-rata 19-20 menit per kasus, sehingga menimbulkan stagnasi di Puskesmas (WHO, 1998). Namun kendala ini, tak menghalangi negara-negara lain untuk tetap menerapkan MTBS.

Ketika petugas kesehatan menerapkan MTBS, petugas kesehatan diajarkan untuk memperhatikan secara cepat semua gejala anak sakit, sehingga segera dapat ditentukan apakah anak dalam keadaan sakit berat dan perlu segera

dirujuk. Jika penyakitnya tidak parah, selanjutnya tenaga kesehatan bisa memberi pengobatan sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan. Selain itu, dalam manajemen kasus dengan pendekatan MTBS, petugas juga memberikan konseling bagi ibu atau pengasuh anak sesuai dengan kondisi kesehatan anak tersebut (Depkes, 2006).

Pendekatan MTBS menguraikan cara perawatan anak sakit yang datang berobat ke fasilitas kesehatan, baik kunjungan pertama maupun kunjungan ulang. Keterbatasan dari pendekatan MTBS adalah hanya mencakup penanganan sebagian besar penyakit yang menjadi alasan utama anak dibawa ke fasilitas kesehatan. Anak dengan kunjungan ulang untuk penyakit kronis atau penyakit lain yang jarang dijumpai, mungkin memerlukan perawatan khusus yang tidak diuraikan dalam pendekatan MTBS ini. Demikian pula dengan manajemen trauma pada anak serta kegawat daruratan akibat kecelakaan atau cedera (Depkes, 2006).

Meskipun AIDS tidak tercantum secara khusus, namun dengan pendekatan MTBS juga menangani alasan paling sering anak dengan infeksi HIV/AIDS datang berobat, yaitu: diare dan infeksi saluran pernapasan. Bila anak tersangka HIV menderita penyakit yang termasuk dalam MTBS, maka anak ini dapat diobati seperti anak lainnya, yaitu sebagai kunjungan pertama. Bila setelah diobati sesuai pendekatan MTBS ternyata anak tidak ada perbaikan atau anak menjadi gizi buruk atau berobat berulang-ulang, maka anak akan dirujuk ke rumah sakit untuk penanganan lebih lanjut bagi anak-anak yang menderita HIV/AIDS (Depkes, 2006).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Win (2006), dinyatakan bahwa kriteria MTBS dapat dipertimbangkan sebagai alat skrining untuk memilih anak usia sama dengan atau lebih dari 15 bulan untuk diuji lebih lanjut pemastian infeksi HIV dengan uji laboratorium.

Penerapan MTBS akan efektif hanya jika ibu/keluarga segera membawa anak/balita sakit ke petugas kesehatan yang terlatih serta mendapatkan pengobatan yang tepat. Jika ibu/keluarga tidak membawa anaknya ke fasilitas kesehatan sampai sakitnya menjadi parah atau membawa anak berobat ke petugas kesehatan yang tidak terlatih, mungkin anak tersebut akan meninggal karena penyakitnya.

Oleh karena itu, pesan mengenai kapan ibu/keluarga perlu mencari pertolongan bila anak/balita sakit merupakan bagian yang penting dari MTBS (Depkes, 2006).

Tata laksana MTBS menurut WHO, (2005) adalah: 1). Melakukan penilaian anak dengan cara anamnesis dan pemeriksaan fisik; 2). Membuat klasifikasi dengan pengertian yaitu membuat sebuah keputusan mengenai kemungkinan penyakit atau masalah serta tingkat keparahannya. Petugas kesehatan akan memilih suatu klasifikasi untuk setiap gejala utama yang berhubungan dengan berat ringannya penyakit. Klasifikasi untuk menentukan tindakan, bukan sebagai diagnosis spesifik penyakit; dan 3). Menentukan tindakan dan pengobatan yaitu petugas menentukan tindakan dan pengobatan di fasilitas kesehatan sesuai dengan setiap klasifikasi, memberi obat untuk diminum di rumah dan juga mengajari ibu tentang cara memberikan obat serta tindakan lain yang harus dilakukan di rumah. Serta pemberian konseling bagi ibu termasuk menilai cara pemberian makan anak/balita, memberi anjuran makan yang baik untuk anak serta kapan harus membawa anaknya kembali ke fasilitas kesehatan; dan tindak lanjut berarti menentukan tindakan dan pengobatan pada saat anak datang untuk kunjungan ulang (Depkes, 2006).

Penyederhanaan dalam bentuk bagan mengenai tata laksana MTBS dapat dilihat pada Gambar 2.2 berikut ini:



Gambar 2.1
Bagan Tata Laksana MTBS

Sumber : Modul MTBS, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006

2.2.2. Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare

Berdasarkan pedoman MTBS yang disusun oleh WHO terbitan tahun 2005 dinyatakan bahwa pada penerapan penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare memiliki proses yang sama dengan penyakit lain seperti ISPA, campak dan lain sebagainya. Seperti yang telah dituliskan pada bagian tatalaksana

MTBS, maka pertama kali yang dilakukan petugas kesehatan ketika anak sakit dibawa ke fasilitas kesehatan maka pada anak tersebut kemudian dilakukan pemeriksaan sehingga petugas kesehatan dapat memberikan penilaian dan kemudian menetapkan klasifikasi serta memberikan tindakan baik berupa pengobatan maupun konseling sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan. Adapun langkah-langkahnya adalah sebagai berikut :

1. Menanyakan alasan anak dibawa ke fasilitas kesehatan
2. Memeriksa tanda bahaya umum pada anak yaitu kebiasaan anak minum atau menetek, kejadian muntah, keadaan kejang, dan kesadaran anak.
3. Menanyakan kejadian diare dan melakukan pemeriksaan turgor.
4. Mengklasifikasikan diare yang terjadi pada anak. Ada 6 klasifikasi yaitu: dehidrasi berat, dehidrasi ringan/sedang, tanpa dehidrasi, diare persisten berat, diare persisten, dan disentri.
5. Menentukan tindakan dan pengobatan berdasarkan klasifikasi yang telah ditentukan. Jenis tindakan dan pengobatan berdasarkan klasifikasi dapat dilihat pada tabel 2.1 berikut ini:

Tabel 2.1
Tindakan dan Pengobatan Berdasarkan Penetapan Klasifikasi Diare

Klasifikasi Diare	Tindakan dan Pengobatan
Dehidrasi Berat	<ul style="list-style-type: none"> • Jika tidak ada klasifikasi berat lainnya → beri cairan untuk dehidrasi berat • Jika anak gizi buruk, berikan infus ringer glucosa 5% → rujuk segera • Jika anak mempunyai klasifikasi lainnya → rujuk segera dan tetap diberi ASI • Jika ada kolera maka diberikan antibiotika
Dehidrasi ringan/Sedang	<ul style="list-style-type: none"> • Beri cairan dan makanan sesuai Rencana Terapi B dan tablet zinc • Jika anak mempunyai klasifikasi lainnya → rujuk segera dan tetap diberi ASI • Menasehati ibu mengenai waktu untuk kembali datang ke sarana kesehatan • Kunjungan ulang setelah 5 hari bila tidak ada perbaikan
Tanpa Dehidrasi	<ul style="list-style-type: none"> • Beri cairan dan makanan sesuai Rencana Terapi A dan tablet zinc • Menasehati ibu mengenai waktu untuk kembali datang ke sarana kesehatan • Kunjungan ulang setelah 5 hari bila tidak ada

Lanjutan Tabel 2.1
Tindakan dan Pengobatan Berdasarkan Penetapan Klasifikasi Diare

	perbaikan
Diare Persisten Berat	<ul style="list-style-type: none"> • Atasi dehidrasi sebelum di rujuk • Rujuk
Diare Persisten	<ul style="list-style-type: none"> • Menasehati ibu mengenai cara pemberian makan pada anak dengan diare persisten • Kunjungan ulang setelah 5 hari • Jika anak gizi buruk, lakukan tatalaksana sesuai 10 langkah tatalaksana gizi buruk
Disentri	<ul style="list-style-type: none"> • Beri antibiotika yang sesuai untuk <i>Shigella</i> selama 5 hari • Kunjungan ulang setelah 2 hari

Sumber : Modul MTBS, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006

Tindakan dan pengobatan yang telah dijelaskan pada tabel 2.1 merupakan tindakan dan pengobatan terhadap balita sakit yang berdasarkan derajat dehidrasi yang terjadi pada balita sakit dengan gejala diare. Penetapan derajat dehidrasi ini sangat penting karena akan menentukan tindakan dan pengobatan yang akan diberikan pada balita sakit dengan gejala diare. Selain itu juga karena bahaya dehidrasi dapat mengakibatkan kematian. Menurut Anonim (1985 dan 1990) yang dikutip oleh Harianto (2004), dehidrasi yang terjadi pada penderita diare adalah karena usus bekerja tidak sempurna sehingga sebagian besar air dan zat-zat yang terlarut didalamnya dibuang bersama tinja sampai akhirnya tubuh kekurangan cairan. Sehingga akhirnya balita sakit dengan gejala diare apabila dehidrasinya tidak ditanggulangi dengan cepat akan mengakibatkan kematian pada balita tersebut.

Selain itu, pada buku pedoman MTBS juga dituliskan mengenai pemberian tablet zinc bagi balita sakit dengan gejala diare. Menurut bagan MTBS dijelaskan bahwa semua anak yang menderita diare mendapat tablet zinc sesuai dosis dan waktu yang telah ditentukan. Hal ini terkait dengan fungsi tablet zinc yang sangat penting dalam meningkatkan daya tahan tubuh, mengurangi lamanya diare, menurunkan keparahan diare, menurunkan insidens diare 2-3 bulan berikutnya dan dapat meningkatkan selera makan anak (WHO, 2005).

Pada MTBS terbitan WHO tahun 2005 juga dijelaskan mengenai dosis pemberian tablet zinc pada balita sakit dengan klasifikasi diare yaitu pemberian tablet zinc secara berturut-turut selama 10 hari, serta cara pemberian tablet zinc pada balita sakit dengan klasifikasi diare yaitu melarutkan tablet zinc terlebih dahulu dengan menggunakan sedikit air atau ASI, namun jangan menggunakan oralit ataupun larutan gula garam. Apabila kemudian anak yang diberi tablet zinc itu muntah, maka pemberian tablet zinc dianjurkan untuk diulang sekitar setengah jam dan diberikan dengan dosis yang lebih kecil dari sebelumnya.

2.2.3. Konseling dalam Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare

Pada penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare tidak hanya melakukan pengobatan di Puskesmas, namun juga perlu dilanjutkan pengobatan di rumah. Keberhasilan pengobatan di rumah tergantung keterampilan komunikasi petugas kesehatan dengan ibu penderita. Ibu memerlukan pengetahuan mengenai cara pemberian obat dan memahami pentingnya pengobatan di rumah (WHO, 2005).

Adapun hal-hal yang perlu dilakukan oleh petugas kesehatan dalam memberikan pengetahuan mengenai cara pemberian obat dan memahami pentingnya pengobatan di rumah berdasarkan pedoman MTBS yang disusun oleh WHO tahun 2005, adalah sebagai berikut:

1. Mengajukan pertanyaan dan mendengarkan dengan seksama jawaban yang diberikan oleh ibu penderita. Sehingga petugas kesehatan akan mengetahui permasalahan yang dihadapi oleh anak dan tindakan apa saja yang telah ibu lakukan untuk menanganinya. Setelah itu petugas kesehatan dapat menilai apakah tindakan tersebut telah benar atau perlu perubahan dalam menangani anaknya.
2. Memberikan pujian kepada ibu penderita apabila telah melakukan tindakan yang benar, sehingga tindakan tersebut sangat menolong kondisi anak. Perlu diingat oleh petugas kesehatan bahwa dalam memuji harus dengan tulus dan hanya memuji tindakan tertentu saja yang memang benar sangat menolong kondisi anak.

3. Menasihati ibu mengenai cara pengobatan di rumah. Pada saat petugas kesehatan menasihati ibu, batasi topik yang terkait dengan permasalahan yang dihadapi oleh ibu saat itu, dan gunakan bahasa yang mudah dipahami oleh ibu penderita. Jika mungkin, gunakan gambar atau objek nyata untuk memudahkan ibu dalam memahami penjelasan yang diberikan. Pada saat mengoreksi tindakan yang telah dilakukan oleh ibu harus jelas dan hati-hati sehingga ibu tidak merasa telah melakukan tindakan yang berbahaya bagi anaknya.

Ada 3 langkah dasar yang harus dilakukan oleh petugas kesehatan sewaktu mengajari ibu mengenai cara pengobatan di rumah, yaitu:

- a. Memberi penjelasan yaitu petugas kesehatan menjelaskan kepada ibu bagaimana cara melakukan suatu tugas seperti menyiapkan larutan oralit.
- b. Memberi contoh yaitu petugas kesehatan memberi contoh kepada ibu untuk melakukan tugas tertentu seperti mencontohkan cara mencampur satu bungkus oralit dengan air dalam jumlah yang benar.
- c. Memberikan kesempatan kepada ibu untuk mempraktekkan yaitu petugas kesehatan meminta ibu untuk mengerjakan suatu tugas di hadapan petugas kesehatan seperti mencampur atau melarutkan oralit.

Saat petugas kesehatan mengajari ibu maka gunakan bahasa dan kata-kata yang dimengerti oleh ibu. Pada saat memperagakan suatu tugas, maka pergunakan alat bantu yang sudah dikenal oleh ibu seperti menggunakan gelas sebagai tempat untuk melarutkan oralit. Selain itu, petugas kesehatan juga memberikan umpan balik ketika ibu mempraktekkan suatu tugas yaitu dengan memuji ibu bila mengerjakan tugas tersebut dengan baik dan memperbaiki saat itu juga jika ibu membuat kesalahan. Apabila keadaan memungkinkan, maka praktek diperbanyak. Petugas kesehatan sebaiknya menciptakan suasana yang menyenangkan sehingga ibu mau bertanya, dan ketika ibu mengajukan pertanyaan, petugas kesehatan sebaiknya tidak lupa untuk menjawab pertanyaan yang diajukan oleh ibu tersebut.

4. Mengecek pemahaman ibu setelah petugas mengajari ibu bagaimana cara pengobatan di rumah. Untuk mengetahui pemahaman ibu mengenai cara pengobatan di rumah, petugas dapat memberikan pertanyaan kepada ibu.

Pertanyaan tersebut harus sedemikian rupa sehingga jawabannya tidak hanya “ya” atau “tidak”. Pertanyaan yang baik harus dapat mencakup: apa, mengapa, bagaimana, kapan atau berapa banyak ibu memberi obat. Berdasarkan jawaban yang diberikan oleh ibu, petugas kesehatan dapat mengambil kesimpulan bahwa ibu paham mengenai cara pengobatan di rumah. Jika ibu tidak dapat menjawab pertanyaan dengan benar maka petugas kesehatan memberi penjelasan sekali lagi dengan lebih jelas.

2.3. Penggunaan Obat Tidak Rasional

Penggunaan obat dikatakan tidak rasional apabila kemungkinan untuk memberikan manfaat kecil atau tidak ada sama sekali, sedangkan kemungkinan manfaatnya tidak sebanding dengan kemungkinan efek samping atau biayanya (Vance & Millington, 1986).

Ketidak-rasionalan penggunaan obat yang sering terjadi adalah polifarmasi, penggunaan antimikroba yang tidak tepat (misalnya dalam dosis yang tidak memadai atau untuk penyakit yang tidak memerlukan antimikroba), penggunaan injeksi secara berlebihan, penulisan resep yang tidak sesuai dengan pedoman klinis, dan pengobatan sendiri secara tidak tepat (Depkes, 2005).

Penggunaan obat tidak rasional terjadi karena tidak memenuhi salah satu dari tujuh kriteria yang harus dipenuhi dalam penggunaan obat rasional, yaitu 1) ketepatan diagnosis, ditetapkan setelah melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, laboratorium (jika diperlukan) maupun pemeriksaan penunjang lainnya; 2) ketepatan indikasi penggunaan obat, yaitu pemberian obat sesuai dengan indikasi medis; 3) ketepatan pemilihan obat, agar obat yang dipilih sesuai dengan indikasi penyakit maka wajib mengacu pada pedoman pengobatan yang baku karena telah membuktikan memberikan manfaat yang maksimal dan risiko sekecil-kecilnya serta mutunya terjamin; 4) ketepatan dosis, cara dan lama pemberian, yaitu dosis obat harus disesuaikan dengan yang dianjurkan oleh buku pedoman pengobatan karena dosis yang berlebih dapat menimbulkan efek samping dan efek toksis. Sebaliknya dosis yang terlalu kecil tidak akan memberi efek terapi yang diharapkan. Sedangkan cara pemberian harus sesederhana mungkin dan praktis agar mudah ditaati oleh pasien. Demikian pula dengan lama pemberian obat perlu

dipertimbangkan apakah harus diminum sampai habis atau jika ada keluhan saja; 5) ketepatan penilaian terhadap kondisi pasien karena respon pasien terhadap obat sangat beragam. Oleh sebab itu harus dilakukan penilaian kondisi pasien secara seksama sebelum pengobatan. Misalnya jika pasien memiliki riwayat alergi terhadap obat tertentu maka harus diberikan obat lain yang lebih aman; 6) ketepatan pemberian informasi tentang obat yang harus diminum atau digunakan pasien harus diberikan secara jelas. Informasi yang tidak jelas dapat mengakibatkan kesalahan minum obat, yang kadang berakibat fatal bagi pasien; dan 7) ketepatan dalam tindak lanjut, harus dilakukan untuk memantau perkembangan penyakit pasien setelah mendapat pengobatan (Depkes, 2003).

Penggunaan obat tidak rasional dapat dikelompokkan menjadi 5 bentuk yaitu peresepan boros (*extravagant*), peresepan berlebihan (*over prescribing*), peresepan yang salah (*incorrect prescribing*), peresepan majemuk (*multiple prescribing*) dan peresepan kurang (*under prescribing*) (MSH, 1984).

Beberapa dampak negatif dari penggunaan obat tidak rasional adalah sebagai berikut (Depkes, 1999):

1. Dampak terhadap mutu pengobatan dan pelayanan

Beberapa kebiasaan peresepan yang tidak rasional akan mempengaruhi mutu pengobatan dan pelayanan secara langsung atau tidak langsung. Secara luas juga dampak negatifnya terhadap upaya penurunan mortalitas dan morbiditas penyakit-penyakit tertentu.

2. Dampak terhadap biaya pelayanan pengobatan

Penggunaan obat-obatan tanpa indikasi yang jelas, untuk kondisi-kondisi yang sebetulnya tidak memerlukan terapi obat merupakan pemborosan, baik dari sisi pasien maupun sistem pelayanan.

3. Dampak terhadap kemungkinan efek samping obat

Kemungkinan risiko efek samping obat dapat diperbesar oleh penggunaan obat yang tidak tepat.

4. Dampak psikososial

Penggunaan obat secara berlebihan oleh dokter seringkali akan memberikan pengaruh psikologi pada masyarakat. Masyarakat menjadi terlalu tergantung pada terapi obat walaupun intervensi obat belum tentu merupakan pilihan

utama untuk kondisi tertentu. Lebih parah lagi kalau kemudian karena terlalu percaya atau tergantung pada intervensi obat, bentuk-bentuk intervensi lain untuk kondisi tertentu tersebut lalu ditinggalkan.

Pemberian antibiotik dan anti-diare terhadap kasus-kasus diare akut, tanpa disertai pemberian campuran rehidrasi oral (oralit) yang memadai, merupakan salah satu contoh penggunaan obat tidak rasional karena akan berdampak negatif terhadap upaya penurunan mortalitas diare. Para dokter sering kali memberikan antibiotik untuk penyakit diare hanya karena sedang tren (Soebandrio 2004).

Salah satu output yang diharapkan dari penatalaksanaan dengan pendekatan MTBS adalah penggunaan obat yang rasional. Dengan memeriksa keadaan pasien lebih teliti dan disesuaikan gejalanya dengan klasifikasi seperti yang tertera pada Buku Bagan, maka akan mengurangi penggunaan terapi antibiotik. Dampak psikososial akibat penggunaan obat tidak rasional dapat dihindari (Dinkes Kota Surabaya, 2008). Selain itu hasil penelitian Myrnawati (1997) tentang diare menyebutkan bahwa jika penggunaan antibiotika bisa dibatasi hanya 20 persen dari episode diare yang diobati, maka biaya pengeluaran untuk pengobatan dapat ditekan sampai 51 persen (Rosdy & Kristiani, 2005).

Pada penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare, penggunaan antibiotik hanya diberikan pada diare dengan klasifikasi disentri. Sedangkan pada penderita diare dengan klasifikasi dehidrasi berat diberikan antibiotik apabila penderita berada di daerah dengan wabah kolera (WHO, 2005). Menurut Soebandrio (2004), diare merupakan penyakit yang memiliki sifat bisa sembuh sendiri seiring membaiknya daya tahan tubuh, karena ada diare yang disebabkan virus sehingga pengobatan pun harus jeli dan tidak perlu menggunakan antibiotik.

2.4. Perilaku

Menurut Green L. (1980) perilaku merupakan tindakan yang mempunyai frekuensi, lama, dan tujuan khusus, baik yang dilakukan secara sadar maupun tanpa sadar.

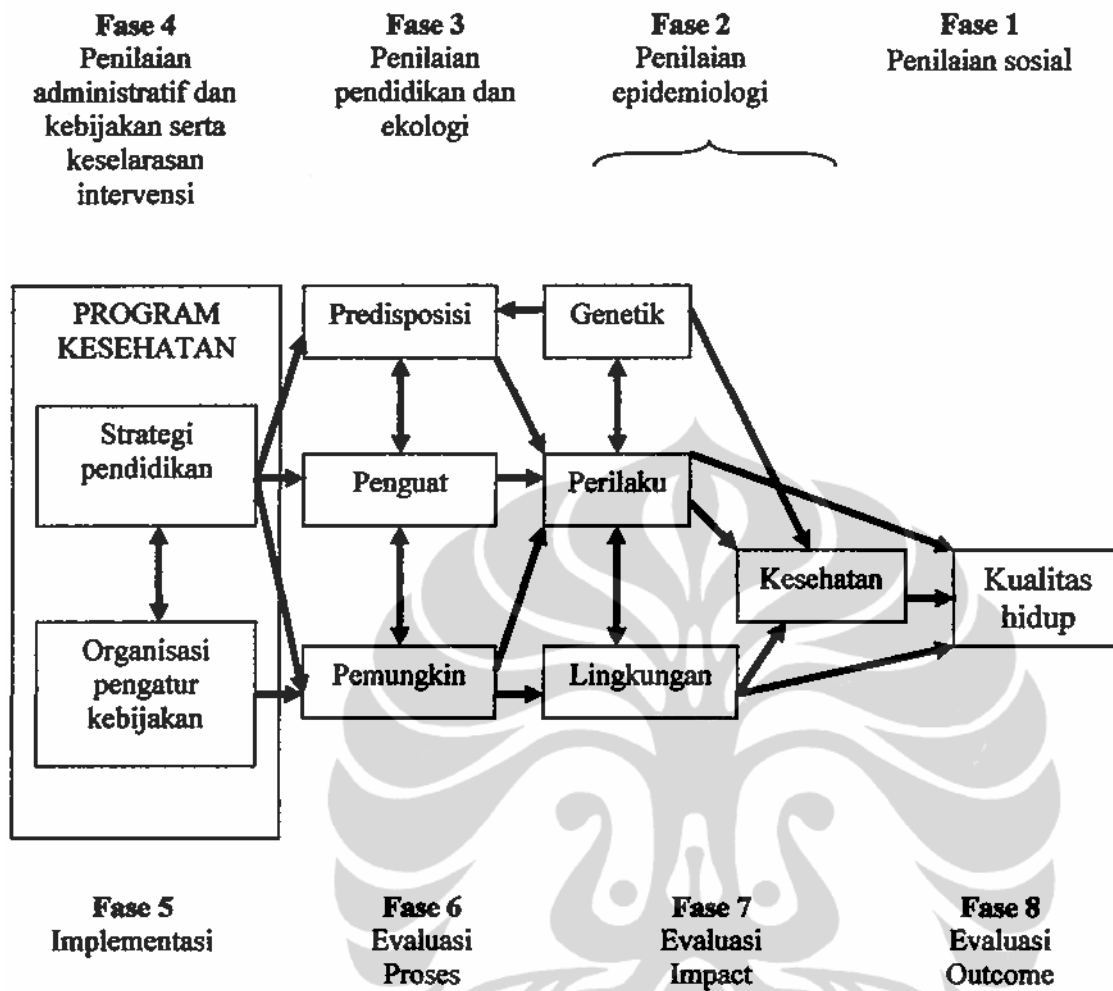
Notoatmodjo S. (1993), menyebutkan perilaku manusia merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan kehendak,

minat, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya. Lebih lanjut gejala kejiwaan tersebut dipengaruhi oleh faktor lain seperti: pengalaman, keyakinan, sarana fisik, sosio budaya masyarakat dan sebagainya.

Faktor-faktor yang menentukan perilaku menurut teori Lawrence Green dan Kreuter (2005) adalah sebagai berikut:

1. Faktor predisposisi (*predisposing factor*): karakteristik individu yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai terhadap status kesehatan.
2. Faktor pemungkin (*enabling factor*): karakteristik lingkungan yang terwujud dalam lingkungan fisik dan ketrampilan dalam memudahkan perilaku kesehatan termasuk juga ketersediaan fasilitas kesehatan masyarakat yang mendukung atau memungkinkan terwujudnya perilaku kesehatan.
3. Faktor penguat (*reinforcing factor*): dapat berupa dampak bagi yang mengikuti dari suatu perilaku kesehatan. Terwujud dalam sikap dan perilaku petugas, tokoh masyarakat, tokoh agama yang merupakan kelompok referensi dari perilaku kesehatan masyarakat.

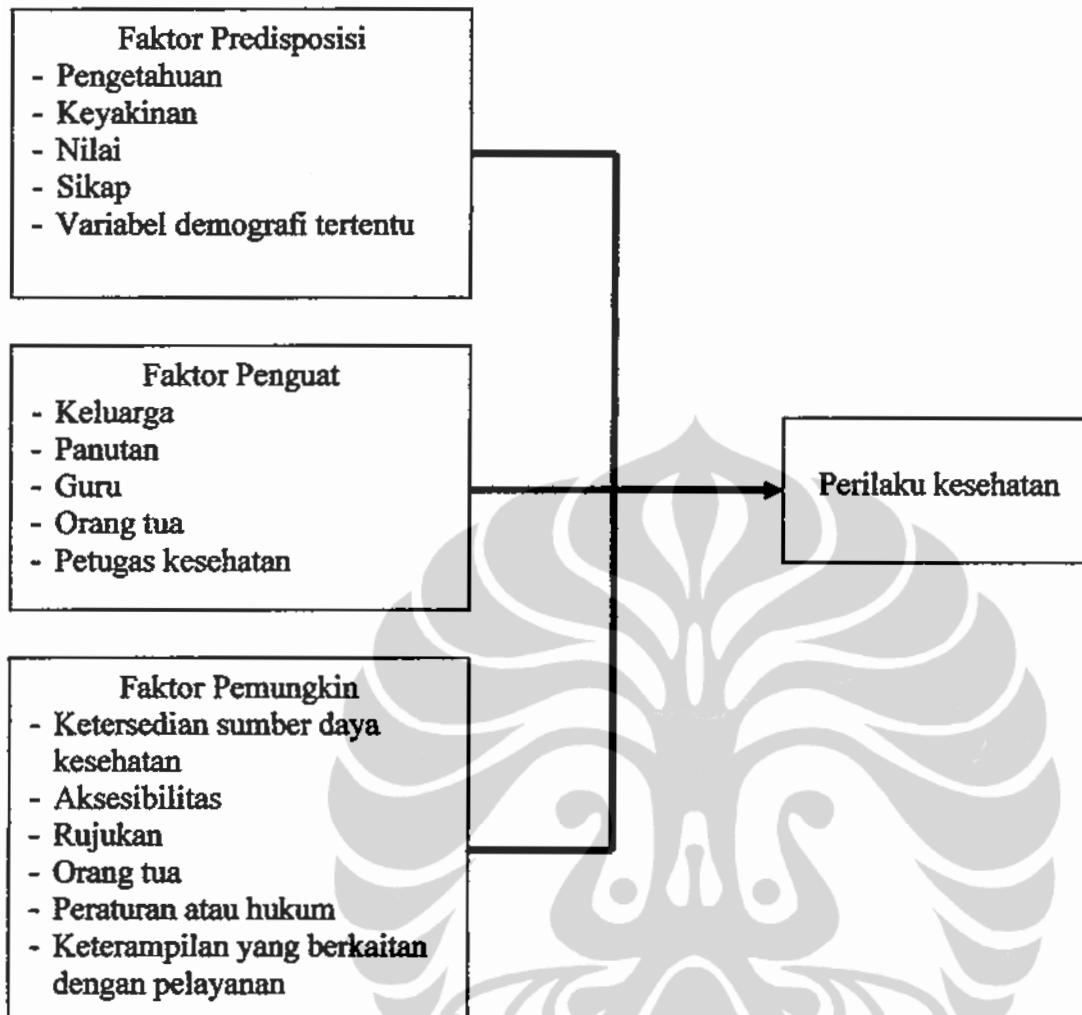
Ketiga faktor tersebut (faktor predisposisi, faktor pemungkin dan faktor penguat) apabila digunakan sebagai variabel-variabel yang diukur dalam pengarahannya perilaku kesehatan dalam perencanaan dan evaluasi program kesehatan, dapat dilihat pada Gambar 2.2.



Gambar 2.2
Precede-Proceed Model untuk Perencanaan Program Kesehatan

Sumber: Green, W. L., & Kreuter, W. M., 2005, *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*, Ed.IV, McGraw-Hill, New York.

Bagan *Precede-Proceed* model untuk perencanaan program kesehatan di atas, apabila disederhanakan hanya pada bagian fase 3 yang terdiri dari faktor predisposisi, faktor penguat, dan faktor pemungkin yang mempengaruhi atau mendukung perubahan perilaku kesehatan dalam bagan berikut ini:



Gambar 2.3
Fase 3 dalam Precede-Proceed Model untuk Perencanaan Program Kesehatan

Sumber: Green, W. L., & Kreuter, W. M., 2005, *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*, Ed.IV, McGraw-Hill, New York.

Pada penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare, perilaku petugas kesehatan dalam melaksanakan penatalaksanaan balita sakit juga dipengaruhi oleh ketiga faktor tersebut (faktor predisposisi, faktor penguat dan faktor pemungkin). Sehingga apabila ketiga faktor tersebut dioptimalkan maka diharapkan perilaku petugas kesehatan yang melaksanakan penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare sesuai tujuan yang akan dicapai.

Beberapa teori dilakukan pengkajian untuk mengetahui determinan yang mempengaruhi perilaku. Gibson (1987), menganalisis beberapa variabel yang

menjelaskan perilaku dan prestasi kerja individu. Ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku yaitu: 1) variabel individu, terdiri dari sub variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang tingkat sosial dan keluarga serta demografis. Sub variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku. Sedangkan demografis berpengaruh tidak langsung terhadap perilaku; 2) variabel psikologik, merupakan hal yang kompleks dan sulit untuk diukur, terdiri dari sub variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel psikologik banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja dan demografis; 3) variabel organisasi dikelompokkan dalam sub variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan. Sub variabel imbalan berpengaruh untuk meningkatkan motivasi kerja yang pada hakekatnya akan meningkatkan kinerja secara langsung.

Umumnya, untuk memudahkan pengukuran perilaku, digunakan tiga domain yang diukur yaitu tingkat pengetahuan, sikap dan praktek. Begitu pula dengan penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare, yaitu petugas kesehatan mengaplikasikan pengetahuan, sikap dan praktek yang diperoleh pada saat pelatihan ke dalam penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di wilayah kerja petugas kesehatan tersebut yaitu Puskesmas. Variabel-variabel yang dapat diukur terhadap petugas kesehatan yang mengaplikasikan pengetahuan, sikap dan praktek adalah sebagai berikut:

1. Jenis kelamin

Robbins, S.P. (2007) menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan yang konsisten pada laki-laki dan perempuan dalam hal kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, pendorong persaingan, motivasi, sosiabilitas, atau kemampuan belajar.

2. Umur

Hartono, dkk (1994) menyatakan bahwa semakin tua usia seseorang maka semakin matang dan bijaksana sikap orang tersebut. Pernyataan ini tak berbeda jauh dengan pernyataan Robbins, S.P. (2007), yang menyatakan bahwa pada pekerja yang usianya lebih tua terdapat kualitas positif seperti pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap

mutu, namun pekerja tersebut juga dianggap kurang luwes dan menolak teknologi baru.

3. Pengetahuan

Merupakan hasil yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2005). Perilaku yang tidak dilandasi pengetahuan tidak akan langgeng dibandingkan dengan yang dilandasi pengetahuan. Pengetahuan petugas kesehatan mengenai penatalaksanaan balita sakit dapat melalui ilmu yang pada jenjang pendidikan ataupun melalui pelatihan mengenai MTBS. Pengetahuan tersebut akan mempengaruhi kecenderungan positif atau negatif dalam penegakan prosedur mengenai penatalaksanaan balita sakit oleh petugas kesehatan tersebut.

4. Pelatihan

Pelatihan merupakan suatu proses yang dirancang untuk memelihara dan memperbaiki *performance* dalam suatu pekerjaan (Stoner, 1992). Menurut Notoatmodjo (1993), pelatihan merupakan bagian dari suatu proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan khusus seseorang atau sekelompok orang. Tujuan pelatihan adalah untuk menutup kesenjangan antara kecakapan atau kemampuan dengan tuntutan tugasnya dan efisiensi serta efektif kerja petugas dalam mencapai sasaran pekerjaan yang ditetapkan. Keberhasilan pelatihan tidak hanya tergantung pada mutu tenaga pengajar, lengkap tidak lengkapnya sarana, tetapi juga tergantung motivasi, ketekunan, tekad, niat, disiplin dan partisipasi peserta pelatihan. Selain itu, persyaratan sebagai peserta pelatihan juga harus terpenuhi seperti tingkat pangkat, jabatan, latar belakang pendidikan formal, masa kerja, pengalaman kerja sesuai dengan jenis pelatihan yang akan diikuti (Siagian, 1990).

5. Sarana dan prasarana

Bruce (1990) dalam Leida (1997) menyatakan bahwa sarana termasuk salah satu dalam unsur-unsur pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan kesehatan. Beberapa yang termasuk dalam unsur sarana pelayanan kesehatan adalah peralatan medis, peralatan non medis, obat-obatan yang semuanya berhubungan dengan mutu pelayanan kesehatan. Tidak sedikit

terjadi keterlambatan dalam pelaksanaan tugas disebabkan oleh tidak tersedianya alat perlengkapan yang diperlukan dalam pelaksanaan tugas. Dalam tata laksana MTBS, petugas kesehatan juga memerlukan sarana yang mendukung sehingga pelaksanaannya dapat berjalan dengan baik dan sesuai dengan standar ataupun prosedur yang telah ditetapkan.

2.5. Kepatuhan

Kepatuhan adalah ketaatan seseorang terhadap prosedur kerja atau standar pelayanan yang sudah baku. Kepatuhan merupakan sebuah perilaku dimana didalamnya terdapat beberapa faktor yang mempengaruhinya.

Pengukuran kepatuhan sangat kompleks yaitu pengukuran kepatuhan mulai dari apakah individu berada pada tahap hanya patuh sementara karena idolanya atau memang benar-benar telah patuh karena memahami dan mengetahui pentingnya suatu tindakan (Sarwono, 1993).

Menurut Depkes (2003), penilaian kepatuhan dapat mengukur kelengkapan sarana dan prasarana, pengetahuan pemberi pelayanan, standar kompetensi teknis petugas dan persepsi penerima pelayanan. Untuk menilai tingkat kepatuhan terhadap suatu prosedur, dapat diukur dengan formula sebagai berikut:

$$\text{Kepatuhan} = \frac{\text{Jumlah "Ya"}}{\text{Jumlah (Ya+Tidak)}} \times 100\%$$

Jika petugas kesehatan mematuhi dan mengikuti standar pelayanan kesehatan, maka diharapkan pelayanan kesehatan dapat menghasilkan pelayanan kesehatan yang terbaik. Sehingga ketika pelayanan kesehatan yang terbaik sudah tercapai maka diharapkan pasien akan mempunyai kesempatan lebih banyak untuk sembuh. Artinya kesakitan dan kematian akan menurun (Wijono, D, 1997).

Dalam penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare, kepatuhan petugas kesehatan dalam mematuhi dan mengikuti standar baik penilaian, klasifikasi maupun tindakan, merupakan peran kunci tercapainya tujuan besar yang diinginkan yaitu menurunnya angka kematian bayi dan balita yang disebabkan oleh penyakit diare.

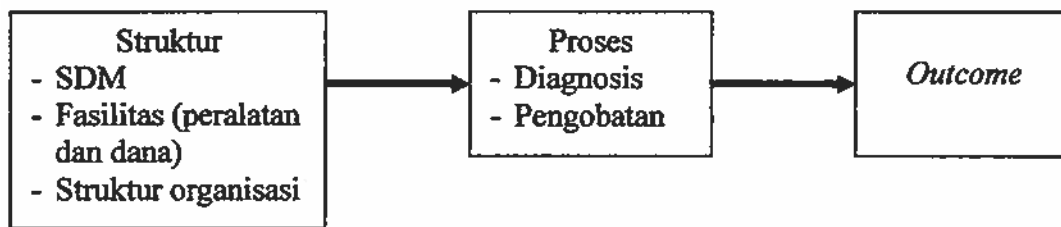
Dua penelitian lokal menyebutkan bahwa saat ini kepatuhan petugas kesehatan dalam mematuhi standar yang terdapat dalam pedoman MTBS masih dibawah angka 80%, yaitu hasil penelitian Pratono, dkk (2008) menyatakan bahwa kepatuhan petugas kesehatan terhadap pedoman MTBS di Puskesmas Tanah Laut, Jambi, baru sekitar 67% dan Arifien (2006) yang menyatakan bahwa kepatuhan petugas kesehatan terhadap pedoman MTBS di Kabupaten Majalengka, Jawa Barat secara rata-rata mencapai 76,90%.

2.6. Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu adalah kepatuhan terhadap yang telah ditetapkan (Crosby, 1984) yang dikutip dari Azwar (1996). Dari batasan tersebut dapat dipahami bahwa mutu pelayanan kesehatan dapat diketahui apabila sebelumnya telah dilakukan penilaian baik terhadap kesempurnaan, sifat, wujud serta ciri-ciri pelayanan kesehatan, dan ataupun kepatuhan terhadap standar pelayanan (Azwar, 1996).

Dalam melakukan penilaian mutu dalam pelayanan kesehatan, Donabedian (1980) menggunakan pendekatan tiga aspek yaitu struktur, proses dan *outcomes*. Pada aspek yang pertama yaitu aspek struktur cenderung merupakan karakteristik penyedia layanan yang relative stabil. Dimana struktur meliputi sumber daya manusia, fasilitas pelayanan kesehatan berupa fisik yaitu peralatan, sumber daya finansial dan struktur organisasi. Sedangkan aspek proses merupakan komponen yang terdiri dari kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh penderita dalam mencari pelayanan dan kegiatan penyedia layanan melakukan kegiatan pelayan kesehatan berupa diagnosa dan pengobatan. Aspek yang ketiga adalah *outcome*, yang merupakan dampak pelayanan yang diberikan oleh penyedia layanan terhadap status kesehatan penderita, perubahan perilaku penderita dan kepuasan penderita terhadap pelayanan.

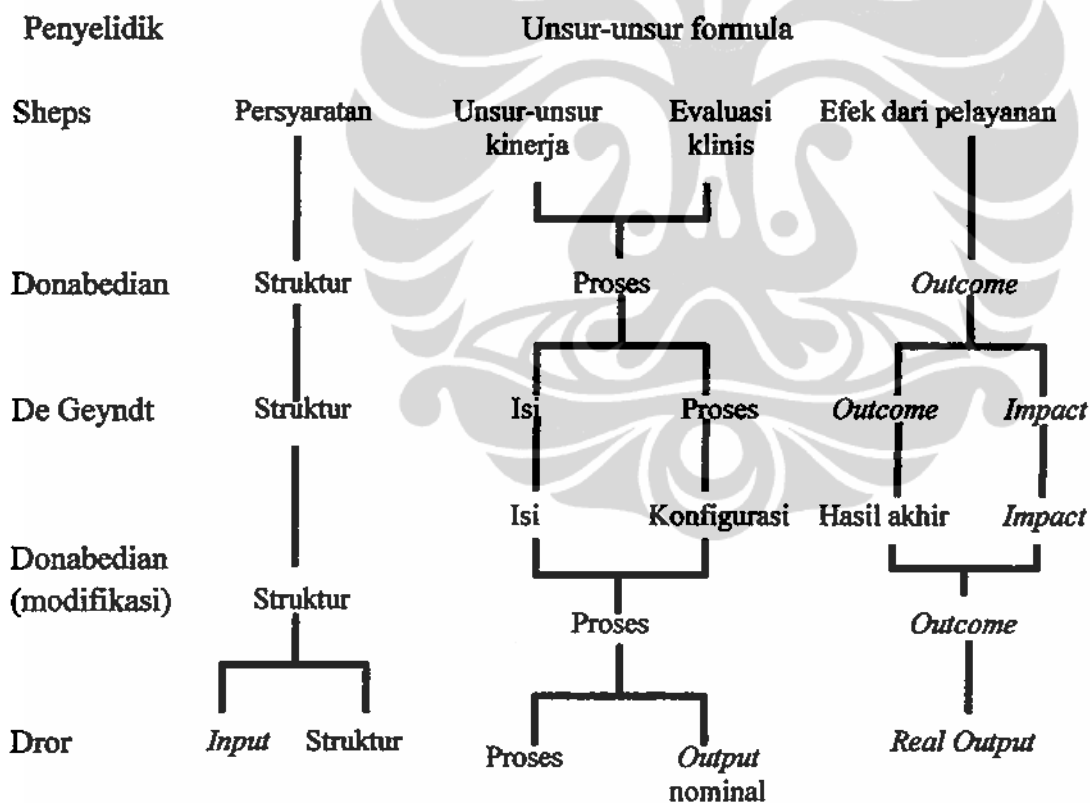
Apabila disederhanakan dalam bentuk bagan, maka aspek struktur, proses dan *outcomes* dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2.4
Penilaian Mutu menurut Donabedian

Sumber : Donabedian, A., 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol.1.* Health Administration Press, An Arbor, Michigan.

Beberapa pendekatan formula alternatif yang digunakan dalam menilai mutu dan mengevaluasi program adalah sebagai berikut:



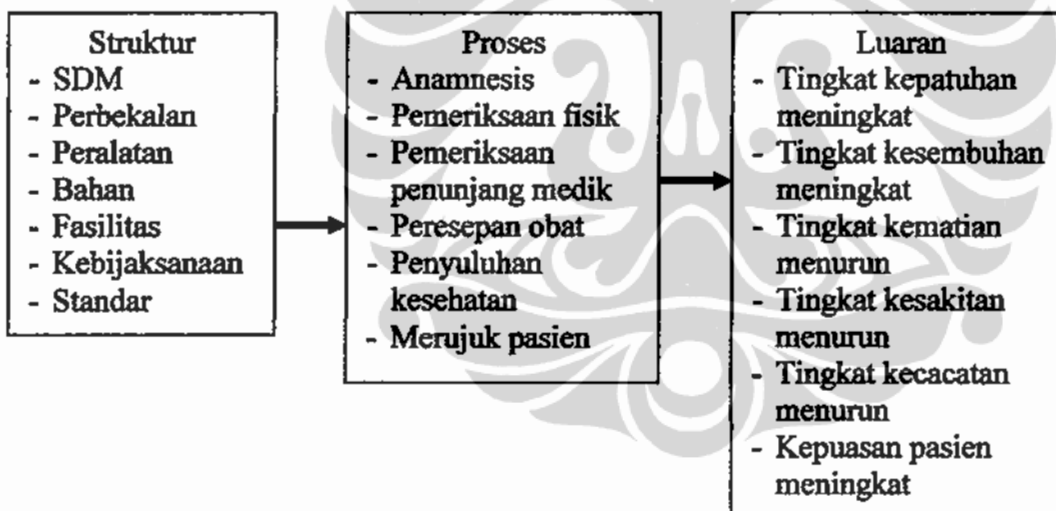
Gambar 2.5
Formula Alternatif dalam Menilai Mutu dan Mengevaluasi Program

Sumber : Sheps 1995,; Donabedian 1966; De Geyndt; Dror 1968 in Donabedian, A., 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol.1.* Health Administration Press, An Arbor, Michigan.

Pohan (2003) menyatakan bahwa mutu pelayanan kesehatan adalah upaya yang sistematis dan berkesinambungan dalam memantau dan mengukur mutu serta melakukan peningkatan mutu yang diperlukan agar mutu pelayanan kesehatan senantiasa sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang ada. Pengertian standar pelayanan kesehatan itu sendiri adalah suatu pernyataan mengenai mutu yang diharapkan meliputi *input*, proses dan luaran.

Sedangkan pengukuran mutu menurut Donabedian yang dikutip dari Pohan (2003) menyatakan bahwa semua hasil atau akibat dari pelayanan kesehatan yang terdapat pada luaran akan mempunyai potensi menjadi masalah mutu pelayanan kesehatan, apabila luaran tersebut tidak sesuai dengan harapan profesi kesehatan atau tidak sesuai dengan harapan pasien dan atau masyarakat.

Adapun kerangka pikir pengukuran mutu menurut Donabedian yang dikutip oleh Pohan (2003) adalah sebagai berikut:

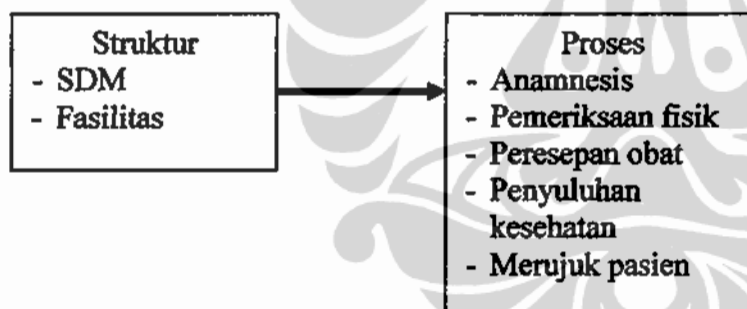


Gambar 2.6
Kerangka Pikir Pengukuran Mutu menurut Donabedian

Sumber : Donabedian, A., 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Vol.1. Health Administration Press, An Arbor, Michigan dalam Pohan (2003).

2.7. Kerangka Teori

Berdasarkan teori Donabedian mengenai pengukuran mutu yang diuraikan dalam Bab 2, maka kerangka teori yang dapat dibuat dalam penelitian ini adalah terdiri dari struktur dan proses. Struktur dalam hal ini meliputi sumber daya manusia dan ketersediaan fasilitas yang ada pada sarana kesehatan yang akan diteliti. Dengan melihat kondisi sumber daya manusia dan fasilitas kesehatan yang ada, diharapkan memberikan gambaran akibat atau dampak struktur pada proses kegiatan MTBS (berupa anamnesis dan pemeriksaan fisik yang dalam hal ini adalah penilaian, peresepan obat yaitu dalam bentuk tindakan pemberian pengobatan, dan juga tindakan penyuluhan yang juga merupakan bentuk lain dari konseling, serta proses merujuk pasien ke sarana kesehatan lain yang fasilitasnya lebih lengkap), yang berlangsung khususnya dalam hal pelaksanaan program MTBS dengan gejala diare di sarana kesehatan tersebut. Adapun gambar kerangka teori dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 2.7

Kerangka Teori
Analisis Kualitas Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare
di 7 Provinsi Tahun 2009

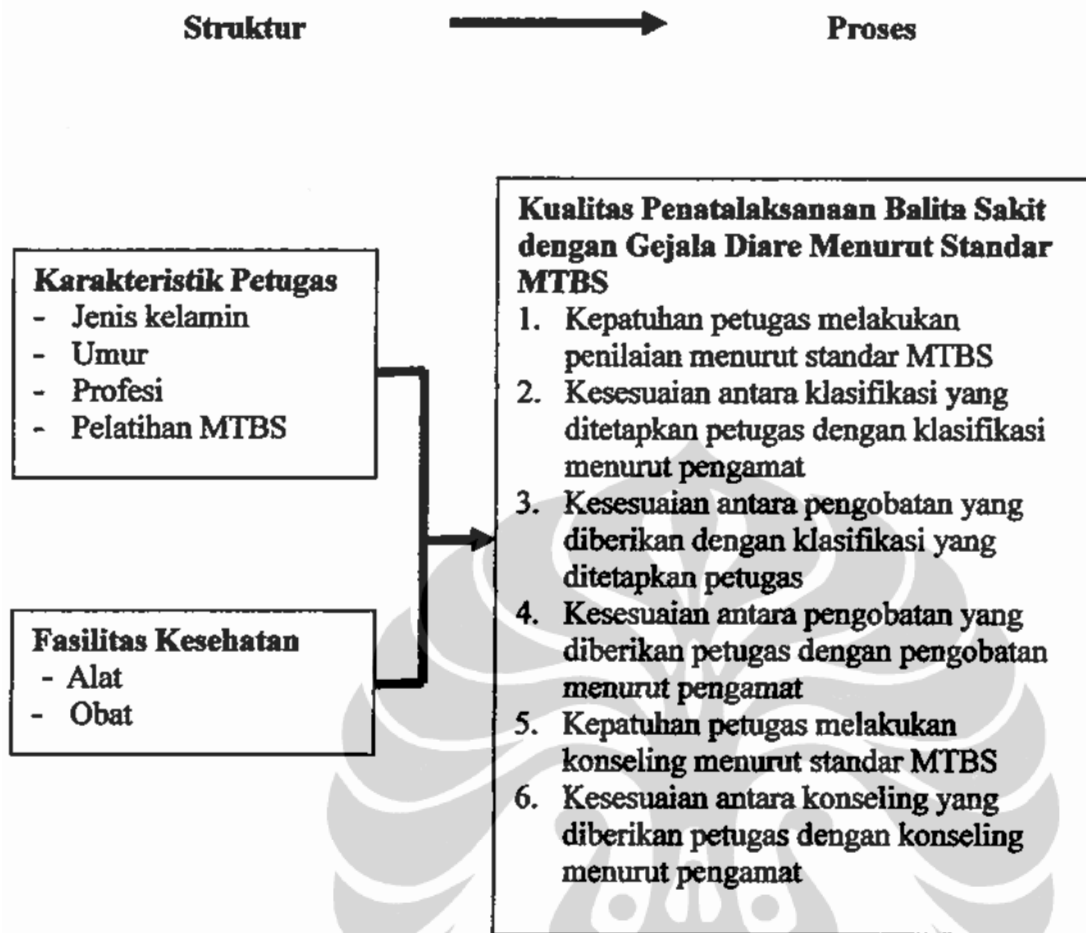
BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan uraian pada tinjauan pustaka, maka kerangka konsep yang tersusun merupakan kerangka pikir Donabedian dalam Pohan (2003) mengenai pengukuran mutu berdasarkan tiga aspek, yaitu struktur, proses dan luaran. Karena dalam penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare belum dilihat mengenai luaran, maka kerangka konsep dalam penelitian ini hanya terdiri dari dua aspek, yaitu aspek struktur dan aspek proses. Pada aspek struktur terdiri dari sumber daya manusia dan fasilitas. Dalam hal ini sumber daya manusia meliputi jenis kelamin, umur, profesi, dan keikutsertaan petugas dalam pelatihan MTBS. Sedangkan fasilitas meliputi ketersediaan peralatan dan obat sesuai dengan standar MTBS pada fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Aspek kedua yaitu aspek proses, meliputi kegiatan-kegiatan yang terlaksana dalam menerapkan atau mengimplementasikan pelayanan kesehatan dengan pendekatan MTBS yang meliputi anamnesis dan pemeriksaan yang dilakukan petugas; peresepan obat yaitu dengan proses memberikan tindakan sesuai dengan penilaian dan klasifikasi yang dilakukan oleh petugas; penyuluhan, yaitu apabila dalam kegiatan MTBS merupakan tindakan berupa konseling; dan merujuk pasien, yaitu apabila petugas mendapatkan penderita yang setelah dilakukan pemeriksaan dan penetapan klasifikasi harus segera dirujuk.

Adapun kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1
Kerangka Konsep
Analisis Kualitas Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare
di 7 Provinsi Tahun 2009

3.2. Definisi Operasional

Tabel 3.1
Definisi Operasional

No	Variabel	Defini Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Jenis kelamin	Perbedaan biologis antara pria dan wanita pada petugas kesehatan	Daftar tilik dan wawancara	1=Laki-laki 2=Perempuan	Nominal
2.	Umur	Lamanya hidup petugas kesehatan sampai ulang tahun terakhir pada saat penelitian dilakukan	Daftar tilik dan wawancara	Dikategorikan berdasarkan distribusi normal, yaitu menjadi: 1. Usia tua jika umur \geq mean (\geq 34 tahun) 2. Usia muda jika umur $<$ mean ($<$ 34 tahun)	Ordinal
3.	Profesi	Bidang pekerjaan yang dilandasi pendidikan keahlian tertentu yang dimiliki petugas kesehatan	Daftar tilik dan wawancara	Dikategorikan menjadi: 1. Medis, bila dokter 2. Paramedis, bila perawat dan bidan	Nominal
4.	Pelatihan MTBS	Keikutsertaan petugas kesehatan dalam kegiatan pembelajaran mengenai MTBS	Daftar tilik dan wawancara	1=Ya, bila pernah 2=Tidak, bila belum pernah	Ordinal

**Tabel 3.1 (lanjutan 1)
Definisi Operasional**

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
5.	Alat	<p>Kelengkapan alat yang sesuai dengan penderita diare di Puskesmas tempat petugas kesehatan bekerja, meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peralatan untuk demonstrasi membuat oralit; - Sumber air bersih; - Infus set; - Kasa/Kapas; - Kartu nasehat Ibu; - Buku bagan MTBS; - Bagan dinding MTBS; - Alat transportasi untuk rujuk pasien; - Alat Sterilisasi 	Daftar tilik dan pengamatan	<p>1=Ya, bila lengkap, yaitu 9 alat tersedia (daftar alat di kolom DO) 0=Tidak, bila tidak lengkap</p>	Ordinal
6.	Obat	<p>Kelengkapan obat yang sesuai dengan penderita diare di Puskesmas tempat petugas kesehatan bekerja, meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kotrimoksazol tablet dewasa; - Kotrimoksazol tablet anak; - Kotrimoksazol sirup; - Amoksisilin sirup; - Amoksisilin tablet; - Metronidazol tablet; - Tablet Zinc; - Oralit; - Cairan infus NaCl 0,9%; - Cairan infus Ringer Laktat; dan - Alkohol 70% 	Daftar tilik dan pengamatan	<p>1 = Ya, bila lengkap, yaitu 11 obat tersedia (daftar obat di kolom DO) 0 = Tidak, bila tidak lengkap</p>	Ordinal

Tabel 3.1 (lanjutan 2)
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
7.	Kepatuhan petugas melakukan penilaian menurut standar MTBS	Tingkat konsistensi dalam menerapkan standar operasional penilaian dengan pendekatan MTBS khusus dengan gejala diare. Variabel yang diukur adalah: - Gejala awal diare - Bisa minum/menetek - Muntah - Kejang - Kesadaran anak - Diare - Memeriksa turgor	Daftar tilik dan pengamatan	Skor kepatuhan berdasarkan hasil pengukuran dengan rumus: $\text{Kepatuhan} = \frac{Ya}{Ya + Tidak} \times 100$ Pengkategorian: 1. Patuh bila nilai skor = 100% 0. Tidak patuh bila nilai skor < 100%	Ordinal
8.	Kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat	Penentuan klasifikasi yang ditetapkan oleh petugas sama dengan klasifikasi menurut pengamat	Daftar tilik dan pengamatan	1 = Sesuai 0 = Tidak sesuai	Ordinal
9.	Kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas	Pemberian pengobatan yang dilakukan oleh petugas sama dengan klasifikasi yang ditetapkan oleh petugas. Dikatakan sesuai apabila: - Dehidrasi berat diberikan cairan intravena, oralit dilokasi, tablet zinc dan dirujuk	Daftar tilik dan pengamatan	1 = Sesuai 0 = Tidak sesuai	Ordinal

**Tabel 3.1 (lanjutan 3)
Definisi Operasional**

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		<ul style="list-style-type: none"> - Dehidrasi ringan/ sedang diberikan oralit dilokasi dan tablet zinc - Tanpa dehidrasi diberikan oralit dan tablet zinc - Diare persisten berast diberikan cairan intravena, oralit, tablet zinc dan dirujuk - Diare persisten diberikan oralit dan tablet zinc - Disentri diberikan antibiotika 			
10.	Kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat	Pengobatan yang diberikan oleh petugas sama dengan pengobatan menurut pengamat	Daftar tilik dan pengamatan	1 = Sesuai 0 = Tidak sesuai	Ordinal
11.	Kepatuhan petugas melakukan konseling menurut standar MTBS	<p>Tingkat konsistensi dalam menerapkan standar operasional konseling dengan pendekatan MTBS khusus dengan gejala diare.</p> <p>Variabel yang diukur adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menerangkan cara pemberian obat oral (antibiotik & oralit) - Mendemonstrasikan cara memberikan obat oral (antibiotik & oralit) 	Daftar tilik dan pengamatan	Skor kepatuhan berdasarkan hasil pengukuran dengan rumus: $\text{Kepatuhan} = \frac{Ya}{Ya + Tidak} \times 100$	Ordinal

**Tabel 3.1 (lanjutan 4)
Definisi Operasional**

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		<ul style="list-style-type: none"> - Memastikan ibu/pengasuh anak memahami cara memberikan obat oral (antibiotik & oralit) - Meminta ibu/pengasuh anak untuk memberikan dosis pertama obat oral di Puskesmas - Menerangkan kepada ibu/pengasuh anak tentang perlunya memberi minum (cairan) dan/atau ASI lebih banyak kepada anak - Menerangkan perlunya terus memberi ASI/makanan kepada anak - Memberi tahu ibu/pengasuh anak untuk segera membawa kembali anak ke Puskesmas apabila terjadi tidak dapat minum/menetek, tinja bercampur darah, dan malas minum 		Pengkategorian: 1. Patuh bila nilai skor =100% 0. Tidak patuh bila nilai skor <100%	
12.	Kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dengan konseling menurut pengamat	Konseling yang diberikan oleh petugas sama dengan konseling menurut pengamat	Daftar tilik dan pengamatan	1 = Sesuai 0 = Tidak sesuai	Ordinal

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Survei Evaluasi Pelaksanaan MTBS di 7 Provinsi oleh Puslitkes UI

4.1.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian survei dengan rancangan penelitian survei *cross sectional* dengan *cluster* 2 tahap. Dalam hal ini Puskesmas sebagai unit yang akan di *cluster*. Pada setiap kabupaten/kota yang terpilih, dipilih sebanyak 15 Puskesmas secara acak.

4.1.2. Lokasi Penelitian

Survei dilaksanakan di 8 kabupaten/kota yang tersebar di Indonesia untuk mempunyai suatu gambaran luas mengenai bagaimana MTBS diterapkan. Lokasi dari 8 kabupaten/kota tersebut berada di 7 provinsi yaitu Aceh, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tenggara, dan Sumatera Utara. Pemilihan kabupaten/kota di Aceh, Jawa Tengah dan Jawa Timur dilakukan secara purposive berdasarkan jenis kabupaten/kota yang telah mendapatkan intervensi MTBS oleh WHO/UNICEF/IOM. Prosedur ini dilakukan dalam rangka mengevaluasi implementasi MTBS di kabupaten/kota yang memiliki dukungan yang baik. Kabupaten/kota yang terpilih adalah: di Aceh terpilih 2 kabupaten/kota yaitu Aceh Barat dan Nagan Raya; di Jawa Tengah terpilih 1 kabupaten/kota yaitu Brebes; dan di Jawa Timur terpilih 1 kabupaten/kota yaitu Malang. Sedangkan kabupaten/kota lainnya yang berada di 4 provinsi yang lain dipilih secara acak. Adapun kabupaten/kota di 4 provinsi yang lain adalah Tanah Laut di Kalimantan Selatan, Rote Ndao di Nusa Tenggara Timur, Konowe Selatan di Sulawesi Tenggara, dan Toba Samosir di Sumatera Utara.

4.1.3. Populasi dan Sampel

Populasi utama dalam penelitian ini adalah balita sakit yang mendapatkan perawatan di Puskesmas. Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus besar sampel untuk estimasi proporsi populasi (Lemeshow, 1990):

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * p(1-p)}{d^2} * deff$$

Pada rumus di atas, $Z_{1-\alpha/2}$ adalah Z score untuk tingkat kepercayaan pada $1-\alpha/2$, p adalah estimasi proporsi, d adalah kesalahan maksimal yang diterima pada estimasi proporsi, $deff$ adalah efek desain. Dalam penelitian ini, digunakan tingkat kepercayaan sebesar 95%, estimasi proporsi balita sakit adalah sebesar 50% (p), kesalahan maksimal yang diterima pada estimasi proporsi (d) sebesar 15%, dan efek desain sebesar 2. Maka dengan menggunakan asumsi-asumsi tersebut, didapatkan besar sampel minimal adalah 86 untuk masing-masing kabupaten/kota.

Besar sampel minimal harus digunakan pada populasi target. Oleh karena populasi target pada penelitian ini adalah balita sakit pada tingkat kabupaten/kota, maka besar sampel minimal adalah 86 balita sakit (usia 2 bulan – 5 tahun) pada setiap kabupaten/kota. Bila diasumsikan bahwa selama 2 hari pengamatan akan mendapatkan 6 balita sakit (3 balita sakit/hari) di setiap Puskesmas, maka akan dibutuhkan 15 Puskesmas untuk setiap kabupaten/kota.

Pemilihan Puskesmas akan mengacu pada probalitas proporsi sesuai besar pemilihan *cluster* seperti yang dijelaskan dalam survei fasilitas kesehatan yang dilakukan WHO (WHO, 2003). Sedangkan pemilihan balita sakit akan menyesuaikan dengan batasan sampel, yaitu 3 balita sakit setiap hari, maka akan dipilih 3 kasus yang pertama pada hari tersebut.

Adapun besar sampel yang akhirnya terkumpul adalah 635 balita sakit, dengan sebaran masing-masing kabupaten adalah sebagai berikut: 35 balita sakit di Aceh Barat, 53 balita sakit di Nagan Raya, 90 balita sakit di Brebes, 92 balita sakit di Malang, 90 balita sakit di Tanah Laut, 93 balita sakit di Rote Ndao, 90 balita sakit di Konowe Selatan, dan 92 balita sakit di Toba Samosir.

4.1.4. Pengumpulan Data

Jenis data dan cara pengumpulan data yang dilakukan oleh Puslitkes UI adalah sebagai berikut:

1. Data utama dikumpulkan dengan cara pengamatan mengenai perlakuan dan tindakan yang diberikan pada balita sakit di Puskesmas.
2. Data pendukung yang lain adalah mengenai kelengkapan peralatan atau fasilitas dan kelengkapan obat-obatan yang ada di Puskesmas tersebut dilakukan dengan cara wawancara dan pengamatan.

Langkah-langkah yang dilakukan oleh Puslitkes UI dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

1. Lembar pengamatan diadaptasi dari lembar pengamatan yang digunakan oleh WHO saat survei fasilitas kesehatan tahun 2003.
2. Selama proses adaptasi, dilakukan diskusi dengan pihak Depkes, WHO, UNICEF, IOM, Ikatan Dokter Anak Indonesia dan pelatih-pelatih MTBS.
3. Draft lembar pengamatan di uji coba di Jawa Barat oleh pelatih-pelatih MTBS dan direvisi setelah mendapatkan hasil dari uji coba.
4. Sebelum pengumpulan data dilakukan, pemeriksaan etis dilakukan oleh panitia dari Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
5. Penyelia lapangan terdiri dari 6 orang yang memiliki latar belakang pendidikan dokter dan memiliki pemahaman yang baik mengenai MTBS dan mendapatkan pelatihan di Puslitkes UI, Depok. Peran utama dari para penyelia adalah mengatur pengumpulan data dilapangan.
6. Pada masing-masing provinsi, 3 fasilitator MTBS direkrut dan dilatih. Fasilitator merupakan pengamat yang nantinya akan mengamati petugas yang menjadi responden dalam melakukan penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare menurut standar MTBS. Pengamat juga merupakan pelatih dalam pelatihan MTBS dan memiliki latar belakang pendidikan dokter. Pengamat mendapatkan pelatihan, salah satu materi yang dilatihkan adalah penjelasan penggunaan lembar pengamatan.
7. Para fasilitator melakukan pengamatan mengenai perlakuan dan tindakan yang didapatkan oleh balita sakit di Puskesmas. Pengamatan dilakukan selama 2 hari di masing-masing Puskesmas dengan asumsi dalam sehari didapatkan 3

balita sakit yang diamati. Sehingga akan ada 6 balita sakit yang diamati di setiap Puskesmas.

8. Masing-masing fasilitator bertanggung jawab untuk mengumpulkan data di 5 Puskesmas. Maka waktu yang diperlukan untuk mengumpulkan data untuk setiap fasilitator adalah $5 \times 2 \text{ hari} = 10 \text{ hari}$.
9. Para Fasilitator MTBS juga mengumpulkan data mengenai kelengkapan fasilitas dan kelengkapan obat-obatan dalam menangani balita sakit di Puskesmas tersebut.
10. Semua data dibawa ke Puslitkes UI untuk dilakukan pengolahan dan analisis data.

4.1.5. Manajemen Data

Entry data dilaksanakan di Puslitkes UI, Depok menggunakan *software* EPI Info dengan *template* yang tersusun meliputi pola lompatan pertanyaan dan pengecekan secara logis. Dua orang mahasiswa kesehatan masyarakat yang telah terlatih dikontrak sebagai tenaga *entry* data. Waktu yang digunakan dalam pelaksanaan *entry* data adalah 3 hari. Sebelum data dianalisis, terlebih dahulu dilakukan pembersihan data.

4.1.6. Analisis Data dan Laporan

Analisis data difokuskan berdasarkan indikator sebagai berikut:

1. Penilaian anak sakit
 - a. Pemeriksaan anak dengan tiga tanda bahaya
 - b. Pemeriksaan anak dengan gejala batuk, diare dan demam
 - c. Pemeriksaan berat badan anak berdasarkan tabel pertumbuhan
 - d. Pemeriksaan status vaksinasi anak
 - e. Penilaian berdasarkan pedoman yang terintegrasi
 - f. Pemeriksaan pemberian makan pada anak di bawah 2 tahun
2. Klasifikasi dan tindakan pada anak sakit
 - g. Anak yang membutuhkan antibiotik oral yang tepat yaitu sesuai dengan peresepan yang ditentukan

- h. Anak yang tidak membutuhkan antibiotik yaitu anak yang meninggalkan fasilitas kesehatan tanpa antibiotik
- 3. Vaksinasi dan konseling pada anak sakit
 - i. Pendamping anak sakit diberikan nasehat mengenai pemberian cairan tambahan dan tetap memberikan ASI
 - j. Anak yang membutuhkan vaksinasi setelah meninggalkan fasilitas kesehatan dengan berbagai jenis vaksinasi yang dibutuhkan
 - k. Bagi pendamping anak yang mendapatkan ORS, dan/atau antibiotik oral, dan/atau antimalaria oral mengetahui bagaimana memberikan perawatan tersebut
 - l. Anak yang membutuhkan rujukan yaitu merujuk pada tingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi
- 4. Ketersediaan sarana yang mendukung fasilitas kesehatan
 - m. Fasilitas kesehatan mendapatkan kunjungan sedikitnya satu kali yang meliputi pengamatan penanganan kasus pada awal setiap 6 bulan
 - n. Ketersediaan terapi pengobatan oral yang esensial sesuai pedoman
 - o. Ketersediaan terapi pra rujukan berupa obat suntikan sesuai dengan pedoman
 - p. Fasilitas kesehatan memiliki peralatan dan persediaan vaksin dengan berbagai jenis vaksin yang cukup
 - q. Ketersediaan vaksin yang sesuai dengan pedoman
 - r. Fasilitas kesehatan sedikitnya melatih 60% dari tenaga kesehatan yang ada mengenai MTBS

Semua indikator dianalisis pada masing-masing kabupaten/kota dengan derajat kepercayaan 95%. Adapun keluaran dan proses mendapatkan keluaran dari indikator-indikator diatas dapat dilihat pada Tabel 4.1 berikut ini:

Tabel 4.1
Keluaran Analisis Puslitkes

No.	Keluaran	Proses Mendapatkan Keluaran
1.	Proporsi anak yang mendapatkan pemeriksaan tiga tanda bahaya	Jumlah anak yang mendapatkan pemeriksaan tiga tanda bahaya (kebisaan minum/menetek, kejadian muntah dan kejang) dibagi dengan jumlah anak sakit yang ditemukan.

Tabel 4.1 (lanjutan 1)
Keluaran Analisis Puslitkes

No.	Keluaran	Proses Mendapatkan Keluaran
2.	Proporsi anak yang mendapatkan pemeriksaan dengan gejala batuk, diare dan demam	Jumlah anak yang mendapatkan pemeriksaan dengan gejala batuk, diare dan demam dibagi dengan jumlah anak sakit yang ditemukan.
3.	Proporsi anak yang mendapatkan pemeriksaan berat badan berdasarkan tabel pertumbuhan	Jumlah anak yang mendapatkan pemeriksaan berat badan berdasarkan tabel pertumbuhan dibagi dengan jumlah anak sakit yang ditemukan
4.	Proporsi anak yang mendapatkan pemeriksaan status vaksinasi	Jumlah anak yang mendapatkan pemeriksaan status vaksinasi dibagi dengan jumlah anak sakit yang ditemukan.
5.	Rata-rata penilaian berdasarkan pedoman yang terintegrasi yang dilakukan pada anak	Rata-rata kegiatan penilaian yang dilakukan oleh petugas terhadap seluruh anak sakit yang ditemukan (ada 10 kegiatan yang dilakukan yaitu: pemeriksaan 3 tanda bahaya umum, pemeriksaan 3 gejala utama, pemeriksaan berat badan berdasarkan tabel pertumbuhan, pemeriksaan kesadaran, dan pemeriksaan status vaksinasi)
6.	Proporsi anak yang mendapatkan pemeriksaan mengenai pemberian makan pada anak umur di bawah 2 tahun	Jumlah anak yang mendapatkan pemeriksaan mengenai pemberian makan pada anak umur di bawah 2 tahun dibagi dengan jumlah anak sakit umur di bawah 2 tahun yang ditemukan.
7.	Proporsi anak yang membutuhkan antibiotik oral yang tepat yaitu sesuai dengan persepsian yang ditentukan	Jumlah anak yang mendapatkan persepsian antibiotik yang tepat dibagi dengan jumlah anak yang membutuhkan antibiotik.
8.	Proporsi anak yang tidak membutuhkan antibiotik yaitu anak yang meninggalkan fasilitas kesehatan tanpa antibiotik	Jumlah anak yang tidak mendapatkan persepsian antibiotik dibagi dengan jumlah anak yang tidak membutuhkan antibiotik.
9.	Proporsi anak dengan pendamping yang diberikan nasehat mengenai pemberian cairan tambahan dan tetap memberikan ASI	Jumlah anak dengan pendamping yang diberikan nasehat mengenai pemberian cairan tambahan dan tetap memberikan ASI dibagi dengan jumlah anak yang tidak harus dirujuk

Tabel 4.1 (lanjutan 2)
Keluaran Analisis Puslitkes

No.	Keluaran	Proses Mendapatkan Keluaran
10.	Proporsi anak yang membutuhkan vaksinasi setelah meninggalkan fasilitas kesehatan dengan berbagai jenis vaksinasi yang dibutuhkan	Jumlah anak yang membutuhkan vaksinasi setelah meninggalkan fasilitas kesehatan dibagi dengan jumlah anak sakit yang ditemukan, yang juga membutuhkan vaksinasi.
11.	Proporsi anak yang mendapatkan ORS, dan/atau antibiotik oral, dan/atau antimalaria oral dengan pendamping anak yang diberikan konseling mengenai perawatan tersebut	Jumlah anak mendapatkan ORS, dan/atau antibiotik oral, dan/atau antimalaria oral dengan pendamping anak yang diberikan konseling mengenai perawatan tersebut dibagi dengan jumlah anak mendapatkan ORS, dan/atau antibiotik oral, dan/atau antimalaria oral.
12.	Proporsi anak yang membutuhkan rujukan yaitu merujuk pada tingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi	Jumlah anak yang dirujuk dibagi dengan jumlah anak sakit yang membutuhkan dirujuk.
13.	Proporsi fasilitas kesehatan mendapatkan kunjungan sedikitnya satu kali yang meliputi pengamatan penanganan kasus pada awal setiap 6 bulan	Jumlah fasilitas kesehatan yang mendapatkan kunjungan sedikitnya satu kali dibagi dengan jumlah fasilitas kesehatan yang disurvei.
14.	Indeks ketersediaan terapi pengobatan oral yang esensial sesuai pedoman	Rata-rata jumlah ketersediaan obat esensial untuk perawatan di rumah bagi anak dengan pengobatan diare, disentri, pneumonia, demam, malarian dan anemia.
15.	Indeks ketersediaan terapi pra rujukan berupa obat suntikan sesuai dengan pedoman	Rata-rata jumlah ketersediaan obat pra rujukan.
16.	Proporsi fasilitas kesehatan memiliki peralatan dan persediaan vaksin dengan berbagai jenis vaksin yang cukup	Jumlah fasilitas kesehatan yang memiliki peralatan dan persediaan vaksin dengan berbagai jenis vaksin yang cukup dibagi dengan jumlah fasilitas kesehatan yang disurvei.
17.	Indeks ketersediaan vaksin yang sesuai dengan pedoman	Rata-rata ketersediaan vaksin yang sesuai dengan pedoman di fasilitas kesehatan
18.	Proporsi fasilitas kesehatan tingkat pertama yang sedikitnya melatih 60% dari tenaga kesehatan yang ada mengenai MTBS	Jumlah fasilitas kesehatan tingkat pertama yang sedikitnya melatih 60% dari tenaga kesehatan yang ada mengenai MTBS dibagi dengan jumlah fasilitas kesehatan yang disurvei.

4.2. Analisis Kualitas Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare di 7 Provinsi

4.2.1. Desain Penelitian

Desain penelitian ini sama dengan desain penelitian yang dilakukan oleh Puslitkes UI. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kualitas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare di 7 provinsi tahun 2009 dengan menganalisis data sekunder yang telah dikumpulkan oleh Puslitkes UI pada pertengahan bulan Agustus tahun 2008 mengenai Evaluasi Pelaksanaan MTBS di 7 provinsi (Aceh, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Selatan, Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tenggara, dan Sumatera Utara). Kualitas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare yang dianalisa pada penelitian ini terbatas pada variabel yang tersedia pada formulir F1 dan F3 yang meliputi jenis kelamin petugas, umur petugas, profesi petugas, pelatihan, kelengkapan alat dan obat, penilaian terhadap penyakit diare sesuai standar MTBS, penetapan klasifikasi, pemberian pengobatan dan konseling.

4.2.2. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dan sampel dalam penelitian ini adalah seluruh balita dengan gejala diare yang mendapatkan perawatan di pelayanan kesehatan (Puskesmas) dengan responden penelitian adalah petugas yang melakukan penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 106 balita sakit dengan gejala diare.

4.2.3. Pengolahan Data

Langkah-langkah dalam melakukan pengolahan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mempelajari variabel yang akan digunakan
2. Memadatkan data dengan memisahkan variabel-variabel yang dibutuhkan untuk analisis lanjutan yaitu variabel yang terkait dengan diare. Variabel-variabel yang digunakan adalah jenis kelamin, umur, profesi, pelatihan, fasilitas kesehatan, penilaian yang dilakukan petugas, klasifikasi yang ditetapkan petugas, klasifikasi yang ditetapkan pengamat; pengobatan

yang diberikan petugas, jenis pengobatan yang diberikan oleh petugas, pengobatan menurut pengamat, konseling yang dilakukan petugas, jenis konseling yang dilakukan oleh petugas, dan konseling menurut pengamat. Untuk lebih lengkapnya dapat dilihat pada lampiran kuesioner untuk analisis lanjutan.

3. Pengkodean ulang data sesuai dengan pengklasifikasian penelitian.
4. Pembersihan data yaitu dengan cara mengecek kelengkapan serta konsistensi data.

4.2.4. Analisis Data

4.2.4.1. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang semua variabel yang diteliti dengan tujuan untuk menyederhanakan data dari hasil pengukuran. Variabel yang akan dianalisis univariat meliputi karakteristik petugas (jenis kelamin, umur, profesi dan pelatihan), fasilitas kesehatan, kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat; kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas; kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat; kepatuhan petugas melakukan konseling menurut standar MTBS; dan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dengan konseling menurut pengamat. Penyajian dari hasil analisis univariat adalah berupa tabel distribusi frekuensi.

4.2.4.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk menguji hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, karena variabel bebas dengan variabel terikat adalah data katagorik, maka dilakukan uji X^2 (*Chi Square*). Selain itu dilakukan uji OR. Pada analisis bivariat meliputi hubungan karakteristik petugas dengan kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS; hubungan fasilitas kesehatan dengan kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS; hubungan karakteristik petugas dengan kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut

pengamat; hubungan fasilitas kesehatan dengan kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat; hubungan karakteristik petugas dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas; hubungan fasilitas kesehatan dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan; hubungan karakteristik petugas dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat; hubungan fasilitas kesehatan dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat; hubungan karakteristik petugas dengan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat; dan hubungan fasilitas kesehatan dengan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat.

4.2.4.3. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel bebas yang paling dominan terhadap variabel terikat. Jenis data pada variabel bebas dan variabel terikat merupakan data katagorik sehingga dilakukan uji regresi logistik ganda (Pagano, M dan Gauvreau, K, 1993). Variabel yang akan dianalisis secara multivariat adalah variabel bebas yang memiliki nilai $p < 0,25$ setelah dilakukan analisis bivariat. Pada analisis multivariat juga akan memilih variabel yang dianggap penting dengan cara mempertahankan variabel yang $p < 0,05$. Namun, apabila ada $p > 0,05$, akan dikeluarkan secara bertahap dengan cara mengeluarkan variabel yang nilainya paling besar jaraknya dengan $p > 0,05$.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1. Hasil Analisis Univariat

Pada penelitian ini analisis univariat menggambarkan variabel bebas (karakteristik petugas dan fasilitas kesehatan) dan variabel terikat (kepatuhan petugas melakukan penilaian menurut standar MTBS, kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat, kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas, kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat, kepatuhan petugas melakukan konseling menurut standar MTBS, dan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dengan konseling menurut pengamat).

5.1.1. Karakteristik Petugas

Variabel karakteristik petugas terdiri dari 4 variabel yaitu jenis kelamin petugas, umur petugas, profesi petugas dan keikutsertaan petugas dalam pelatihan MTBS.

Tabel 5.1 menyajikan gambaran karakteristik petugas, dan terlihat bahwa sebagian besar petugas (88,7%) memiliki jenis kelamin perempuan.

Umur petugas dikelompokkan menurut rata-rata umur petugas yaitu terdiri dari tua dan muda. Kelompok tua merupakan petugas yang memiliki umur ≥ 34 tahun, sedangkan kelompok muda merupakan petugas yang memiliki umur < 34 tahun. Menurut hasil analisis didapatkan sebanyak 94 orang (53,8%) petugas masuk dalam kelompok usia muda.

Variabel profesi petugas dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok medis yang merupakan kelompok petugas yang memiliki profesi sebagai dokter, dan kelompok paramedis yang terdiri dari petugas yang memiliki profesi selain dokter yaitu bidan dan perawat. Berdasarkan hasil pengumpulan data dan analisis didapatkan bahwa sebagian besar petugas (81,1%) memiliki profesi sebagai paramedis.

Dalam tabel 5.1 juga dapat terlihat bahwa sebanyak 69 orang (66,3%) petugas pernah mengikuti pelatihan MTBS. Pada data mengenai keikutsertaan petugas dalam pelatihan mengenai MTBS, terdapat 2 orang petugas yang tidak ada jawabannya.

Tabel 5.1
Gambaran Karakteristik Petugas

Variabel	f	%
Jenis Kelamin		
• Laki-laki	12	11,3
• Perempuan	94	88,7
Umur		
• Tua	49	46,2
• Muda	57	53,8
Profesi		
• Medis	20	18,9
• Paramedis	86	81,1
Pelatihan		
• Ya	69	66,3
• Tidak	35	33,7

5.1.2. Ketersediaan dan Kelengkapan Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan merupakan variabel bebas yang terdiri dari 2 variabel yaitu alat dan obat yang tersedia pada masing-masing sarana kesehatan (Puskesmas) yang merupakan tempat bekerja dari petugas yang diamati.

5.1.2.1. Ketersediaan dan Kelengkapan Alat

Pada Tabel 5.2 disajikan distribusi responden menurut ketersediaan alat di Puskesmas. Alat-alat yang terdapat dalam Tabel 5.2 tersebut merupakan alat-alat yang seharusnya disediakan oleh Puskesmas dalam rangka melaksanakan standar MTBS yang berkaitan dengan penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare.

Tabel 5.2
Gambaran Ketersediaan Alat di Puskesmas

Jenis Alat	Ada		Tidak Ada	
	f	%	f	%
Peralatan untuk demonstrasi membuat oralit	60	57,7	44	42,3
Sumber air bersih	87	82,1	19	17,9
Infus set	96	90,6	10	9,4
Kasa/Kapas	105	99,1	1	0,9
Kartu nasehat Ibu	95	89,6	11	10,4
Buku bagan MTBS	75	70,8	31	29,2
Bagan dinding MTBS	53	50,0	53	50,0
Alat transportasi untuk rujuk pasien	102	96,2	4	3,8
Alat Sterilisasi	92	86,8	14	13,2

Lebih dari setengah (57,7%) Puskesmas yang memiliki peralatan untuk demonstrasi membuat oralit seperti gelas dan sendok. Terdapat 19 unit (17,9%) Puskesmas yang tidak tersedia sumber air bersih. Sedangkan mengenai ketersediaan infus set, sebagian besar (90,6%) Puskesmas memilikinya. Hanya satu unit (0,9%) Puskesmas yang tidak tersedia kasa atau kapas. Terdapat 95 unit (89,6%) Puskesmas tersedia Kartu Nasehat Ibu. Ada 31 unit (29,2%) Puskesmas yang tidak tersedia Buku Bagan MTBS dan hanya separuh Puskesmas (50%) yang sudah memiliki Bagan Dinding MTBS. Hampir seluruh Puskesmas (96,2%) tersedia kendaraan yang dapat digunakan sebagai alat transportasi untuk merujuk pasien jika diperlukan. Serta, terdapat 14 unit (13,2%) Puskesmas belum tersedia alat sterilisasi.

Tabel 5.3
Distribusi Responden Menurut Kelengkapan Alat di Puskesmas

Kelengkapan Alat	f	%
Lengkap	34	32,1
Tidak Lengkap	72	67,9
Jumlah	106	100,0

Nilai kelengkapan alat didapatkan dengan melihat jumlah keseluruhan alat yang tersedia di sarana kesehatan. Berdasarkan hasil analisis maka didapatkan bahwa hanya 34 unit (32,1%) Puskesmas yang memiliki kelengkapan alat yang berkaitan dengan penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare.

5.1.2.2. Ketersediaan dan Kelengkapan Obat

Tabel 5.4
Gambaran Ketersediaan Obat di Puskesmas

Jenis Obat	Tersedia		Tidak Tersedia	
	f	%	f	%
Kotrimoksazol tablet dewasa	105	99,1	1	0,9
Kotrimoksazol tablet anak	88	83,0	18	17,0
Kotrimoksazol sirup	101	95,3	5	4,7
Amoksisilin sirup	105	99,1	1	0,9
Amoksisilin tablet	104	98,1	2	1,9
Metronidazol tablet	103	97,2	3	2,8
Tablet Zinc	9	8,5	97	91,5
Oralit	106	100,0	0	0,0
Cairan infus NaCl 0,9%	102	96,2	4	3,8
Cairan infus Ringer Laktat	99	93,4	7	6,6
Alkohol 70%	105	99,1	1	0,9

Mengenai ketersediaan obat di Puskesmas disajikan pada Tabel 5.4, yaitu hampir sebagian besar Puskesmas (berkisar antara 83 – 99%) tersedia obat antibiotik. Adapun masing-masing presentase ketersediaan obat antibiotik tersebut berdasarkan jawaban petugas adalah kotrimoksazol tablet dewasa sebanyak 99,1%, kotrimoksazol tablet anak sebanyak 83,0%, kotrimoksazol sirup sebanyak 95,3%, amoksisilin sirup sebanyak 99,1%, amoksisilin tablet sebanyak 98,1% dan metronidazol tablet sebanyak 97,2%. Namun hanya 9 unit (8,5%) Puskesmas yang tersedia tablet zinc. Sedangkan seluruh Puskesmas (100,0%) menyediakan oralit. Begitu pula halnya dengan cairan infus NaCl 0,9%, cairan infus Ringer Laktat dan alkohol 70%, sebagian besar Puskesmas (96,2 %, 93,4 %, dan 99,1 %) juga menyediakannya.

Tabel 5.5
Distribusi Responden Menurut Kelengkapan Obat di Puskesmas

Kelengkapan Obat	f	%
Lengkap	8	7,5
Tidak Lengkap	98	92,5
Jumlah	106	100,0

Sama halnya dengan kelengkapan alat, pada nilai kelengkapan obat didapatkan dengan melihat jumlah obat yang tersedia di masing-masing sarana

kesehatan berdasarkan jawaban ketersediaan obat oleh responden sebelumnya. Menurut Tabel 5.5, hanya 8 unit (7,5%) Puskesmas yang memiliki kelengkapan obat. Namun, jika nilai kelengkapan obat tidak menyertai Tablet Zinc, maka terdapat 73 unit (68,9%) Puskesmas yang memiliki kelengkapan obat dalam sarana pendukung untuk penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare seperti yang terlihat pada Tabel 5.6.

Tabel 5.6
Distribusi Responden Menurut Kelengkapan Obat
Tanpa Tablet Zinc di Puskesmas

Kelengkapan Obat	f	%
Lengkap	73	68,9
Tidak Lengkap	33	31,1
Jumlah	106	100,0

5.1.3. Kualitas Penatalaksanaan Balita Sakit dengan Gejala Diare Menurut Standar MTBS

5.1.3.1. Penilaian Menurut Standar MTBS

Dalam proses penilaian menurut standar MTBS pada anak dengan gejala diare terdapat tujuh kegiatan yang harus dilakukan oleh petugas yang melakukan penilaian. Ketujuh kegiatan tersebut adalah menanyakan alasan kedatangan ke Puskesmas, menanyakan tanda bahaya umum pada anak yaitu menanyakan kebiasaan anak untuk minum/menetek, menanyakan muntah pada anak, menanyakan kejang pada anak, memeriksa kesadaran anak, menanyakan kejadian diare pada anak, dan melakukan pemeriksaan turgor (cubitan perut) pada anak.

Tabel 5.7
Gambaran Penilaian oleh Petugas terhadap Balita Sakit dengan Gejala Diare

Variabel	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Alasan anak terkena diare	106	100,0	0	0,0
Menanyakan kebiasaan anak untuk minum/menetek	58	54,7	48	45,3
Menanyakan muntah pada anak	36	34,0	70	66,0
Menanyakan kejang pada anak	28	26,4	78	73,6
Memeriksa kesadaran anak	103	97,2	3	2,8
Menanyakan kejadian diare pada anak	102	97,1	3	2,9
Memeriksa turgor pada anak	35	35,7	63	64,3

Pada Tabel 5.7 di atas menyatakan bahwa seluruh anak yang ditangani para petugas (100%) memberikan jawaban diare ketika ditanyakan alasan kedatangan ke Puskesmas. Selanjutnya petugas melaksanakan tahapan kegiatan dalam proses penilaian yaitu menanyakan tanda bahaya umum pada anak yaitu menanyakan kebiasaan anak untuk minum/menetek, menanyakan muntah pada anak, menanyakan kejang pada anak, dan memeriksa kesadaran anak. Berdasarkan hasil pengamatan maka terdapat 58 orang (54,7%) petugas yang menanyakan mengenai kebiasaan anak untuk minum/menetek. Kurang dari setengah petugas (34,0%) yang menanyakan kejadian muntah pada anak/pasien yang dilakukan penilaian. Begitu pula dengan proses penilaian mengenai keadaan kejang pada anak, hanya 28 orang (26,4%) petugas yang melakukannya. Sedangkan mengenai pemeriksaan terhadap kesadaran anak/pasien, sebagian besar petugas (97,2%) melakukannya. Sama halnya dengan menanyakan kejadian diare pada anak, hampir seluruh petugas (97,1%) melakukannya. Namun kemudian hanya 35 orang (35,7%) petugas yang melakukan pemeriksaan turgor (cubitan perut) pada anak/pasien setelah menanyakan kejadian diare pada anak.

5.1.3.1.1. Kepatuhan Petugas Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS

Variabel kepatuhan petugas didapatkan dengan menjumlahkan kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh petugas dalam proses penilaian kemudian dibandingkan dengan kegiatan baik yang dilakukan maupun yang tidak dalam proses penilaian tersebut, setelah itu baru dikalikan dengan 100.

Tabel 5.8
Distribusi Responden Menurut Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit dengan Gejala Diare Menurut Standar MTBS

Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian	f	%
Patuh	15	14,2
Tidak Patuh	91	85,8
Jumlah	106	100,0

Berdasarkan Tabel 5.8 di atas terlihat bahwa hanya 15 orang (14,2%) petugas yang patuh dalam melakukan penilaian terhadap balita sakit dengan gejala diare menurut standar MTBS.

5.1.3.2. Klasifikasi Menurut Standar MTBS

Proses penetapan klasifikasi merupakan tahap kedua dalam penatalaksanaan balita sakit menurut standar MTBS. Tahap penetapan klasifikasi dilakukan setelah tahap penilaian. Dalam standar MTBS terdapat enam jenis klasifikasi diare pada anak yang mengalami gejala diare, yaitu dehidrasi berat, dehidrasi ringan/sedang, tanpa dehidrasi, diare persisten berat, diare persisten, dan disentri.

Berdasarkan hasil analisis, setelah petugas melakukan penilaian, petugas tidak menetapkan dua jenis klasifikasi yaitu diare persisten berat dan diare persisten. Selain itu terdapat 41 orang (38,7%) petugas tidak menetapkan klasifikasi diare. Jenis klasifikasi yang terbanyak yang ditetapkan oleh petugas adalah tanpa dehidrasi, yaitu sekitar 59 orang (55,7%) petugas menetapkan klasifikasi tersebut. Sedangkan terdapat 4 orang (3,8%) petugas yang menetapkan disentri.

Tabel 5.9
Distribusi Responden Menurut Klasifikasi yang Ditetapkan oleh Petugas

Jenis Klasifikasi	f	%
Dehidrasi Berat	1	0,9
Dehidrasi Ringan/Sedang	1	0,9
Tanpa Dehidrasi	59	55,7
Disentri	4	3,8
Tidak menetapkan klasifikasi	41	38,7
Jumlah	106	100,0

5.1.3.2.1. Kesesuaian antara Klasifikasi yang ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat

Selanjutnya klasifikasi yang telah ditetapkan oleh petugas dinilai kesesuaiannya oleh pengamat. Berdasarkan pengamatan pengamat, maka kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan oleh petugas dengan klasifikasi yang ditetapkan pengamat adalah sebanyak 32 orang (30,2%) petugas yang

klasifikasinya sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan oleh pengamat, seperti yang tersaji dalam Tabel 5.10 berikut ini.

Tabel 5.10
Distribusi Responden Menurut Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi menurut Pengamat

Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan klasifikasi menurut Pengamat	f	%
Sesuai	32	30,2
Tidak Sesuai	74	69,8
Jumlah	106	100,0

5.1.3.3. Pengobatan Menurut Standar MTBS

Tahap ketiga dalam penatalaksanaan balita sakit adalah memberikan pengobatan. Berdasarkan hasil analisis pengobatan yang diberikan oleh petugas terdiri dari pemberian oralit, merujuk pasien ke sarana pelayanan kesehatan lain, dan pemberian obat oral. Pada Tabel 5.11 dapat terlihat bahwa sebanyak 73 orang (68,9%) petugas memberikan oralit kepada anak/pasien. Sedangkan 3 orang (2,8%) petugas merujuk anak/pasien ke sarana pelayanan kesehatan lain, dan sebelum anak/pasien dirujuk, semua petugas (100%) yang merujuk terlebih dahulu memberikan pengobatan pra-rujukan. Terdapat 94 orang (88,7%) petugas memberikan pengobatan oral kepada anak/pasien. Termasuk didalam pemberian obat oral adalah antibiotik, oralit dan tablet zinc. Dalam pemberian obat oral, 57 orang (60,6%) petugas diantara 94 orang petugas yang memberikan pengobatan oral tersebut adalah berupa antibiotik.

Tabel 5.11
Gambaran Pemberian Pengobatan pada Balita Sakit dengan Gejala Diare

Jenis Pengobatan	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Diberi Oralit	73	68,9	33	31,1
Dirujuk	3	2,8	103	97,2
Memberi obat pra-rujukan	3	100,0	0	0,0
Memberikan pengobatan oral	94	88,7	12	11,3
Pengobatan oral termasuk antibiotik	57	60,6	37	39,4

Pada Tabel 5.11 terlihat bahwa ada sebanyak 3 orang (2,8%) petugas yang merujuk anak ke sarana kesehatan yang memiliki fasilitas kesehatan lebih

lengkap. Apabila dilihat berdasarkan jenis klasifikasi yang ditetapkan petugas berdasarkan klasifikasi penyakit diare, maka anak yang dirujuk tersebut merupakan anak yang termasuk dalam klasifikasi tanpa dehidrasi. Sehingga, apabila dilihat berdasarkan Bagan MTBS, maka tindakan tersebut tidak sesuai. Namun, kemungkinan tindakan rujuk ini diambil oleh petugas karena ada sebab-sebab lain yang dalam penelitian ini tidak dianalisis.

Berdasarkan hasil analisis dari 57 orang (60,6%) petugas dari 94 orang yang memberikan antibiotik terdapat 1 orang (1,8%) petugas yang memberikan antibiotik diluar daftar pengamatan. Pada Tabel 5.12 mengenai jenis antibiotik dapat terlihat bahwa antibiotik yang paling banyak diberikan adalah kotrimoksazol sirup yaitu sebanyak 26 orang (45,6%) petugas memberikan kotrimoksazol sirup pada anak/pasien dengan klasifikasi diare.

Tabel 5.12
Gambaran Jenis Antibiotika yang diberikan Petugas

Jenis Antibiotika	f	%
Kotrimoksazol tablet dewasa	10	17,5
Kotrimoksazol tablet anak	12	21,1
Kotrimoksazol sirup	26	45,6
Amoksisilin sirup	3	5,3
Amoksisilin tablet	5	8,8
Metronidazol (tidak ada dalam daftar)	1	1,8
Jumlah	57	100,0

Jika kemudian jenis antibiotik yang diberikan kepada anak dilihat berdasarkan jenis klasifikasi penyakit diare yang ditetapkan oleh petugas, maka sebarannya frekuensinya dapat dilihat pada Tabel 5.13 berikut ini:

Tabel 5.13
Gambaran Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Jenis Pengobatan Oral Antibiotik

Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Jenis Pengobatan Oral Antibiotik	f	%
Tanpa Dehidrasi	28	45,6
Disentri	4	7,0
Tidak menetapkan klasifikasi	27	47,4
Jumlah	57	100,0

Berdasarkan Bagan MTBS, pada anak sakit dengan gejala diare hanya anak dengan klasifikasi disentri yang diberikan antibiotik. Namun, jika dilihat dari Tabel 5.13, sebanyak 28 orang (45,6%) petugas memberikan antibiotik kepada anak dengan klasifikasi tanpa dehidrasi. Bahkan terdapat 27 orang (47,4%) petugas yang tidak menetapkan klasifikasi tapi memberikan obat antibiotik pada anak.

5.1.3.3.1. Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

Nilai kesesuaian ini didapatkan dengan membandingkan antara jenis klasifikasi diare yang telah ditetapkan oleh petugas sebelumnya dengan pemberian obat pada masing-masing klasifikasi tersebut. Maka berdasarkan analisis didapatkan tidak ada satu pun petugas yang sesuai dalam memberikan tindakan penobatan berdasarkan jenis klasifikasi yang telah ditetapkan sebelumnya.

Tabel 5.14
Distribusi Responden menurut Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas	f	%
Sesuai	34	32,1
Tidak Sesuai	72	67,9
Jumlah	106	100,0

Sedangkan pada Tabel 5.14, masih menyajikan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas. Hanya saja karena pada variabel ketersediaan obat hanya 9 unit (8,5%) Puskesmas yang menyediakan tablet zinc, maka dikarenakan keterbatasan ketersediaan tablet zinc tersebut maka diasumsikan pada pengobatan dengan semua klasifikasi diare yang sesuai tidak selalu memberikan tablet zinc kepada penderita diare. Berdasarkan hasil analisis, yaitu dengan mengeluarkan variable pemberian tablet zinc dari persyaratan pemberian pengobatan dengan keseluruhan klasifikasi diare maka didapatkan peningkatan nilai kesesuaian dari yang tidak ada satu pun yang sesuai menjadi 34 orang (32,1%) petugas yang sesuai antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang telah ditetapkan sebelumnya oleh petugas tersebut.

5.1.3.3.2. Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat

Tabel 5.15
Distribusi Responden Menurut Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat

Kesesuaian antara Pengobatan yang diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat	f	%
Sesuai	35	33,0
Tidak Sesuai	71	67,0
Jumlah	106	100,0

Pada Tabel 5.15 disajikan mengenai kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat yaitu sebanyak 35 orang (33,0%) petugas dinilai telah sesuai dalam memberikan pengobatan berdasarkan pengamatan oleh pengamat.

5.1.3.4. Konseling Menurut Standar MTBS

Konseling merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan setelah anak/pasien mendapatkan pengobatan berdasarkan jenis klasifikasi yang telah ditetapkan oleh petugas sebelumnya. Pada klasifikasi diare, berdasarkan bagan MTBS maka anak akan mendapatkan beberapa pengobatan oral seperti oralit dan juga antibiotik (tergantung jenis klasifikasi diare). Oleh karena itu standar konseling bagi anak/pasien dengan klasifikasi diare akan lebih banyak atau lengkap dibandingkan dengan penyakit lain. Karena selain oralit dan antibiotik maka yang juga perlu diperhatikan adalah pemberian ASI. Pada Tabel 5.16, terdapat 14 jenis kegiatan, namun, tidak semua 14 kegiatan tersebut harus dilakukan karena harus disesuaikan dengan pengobatan yang telah diberikan. Contohnya apabila anak/pasien diberikan pengobatan hanya berupa oralit maka kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan antibiotik tidak perlu diberikan oleh petugas, namun mengenai ASI perlu diberikan konseling oleh petugas.

Tabel 5.16
Distribusi Responden Menurut Konseling yang Dilakukan oleh Petugas
terhadap Balita Sakit dengan Gejala Diare

Variabel	Ya		Tidak		Missing value	
	f	%	f	%	f	%
Menerangkan cara memberikan antibiotik	23	21,7	82	77,4	1	0,9
Menerangkan cara memberikan oralit	55	51,9	48	45,3	3	2,8
Mendemonstrasikan cara memberikan antibiotika	7	6,6	98	92,5	1	0,9
Mendemonstrasikan cara memberikan oralit	25	23,6	79	74,5	2	1,9
Memastikan ibu/pengasuh memahami cara pemberian antibiotika	10	9,4	95	89,6	1	0,9
Memastikan ibu/pengasuh memahami cara pemberian oralit	31	29,2	73	67,9	3	2,8
Meminta ibu/pengasuh memberikan dosis pertama antibiotika	1	0,9	104	98,2	1	0,9
Menerangkan perlunya memberi cairan dan/atau ASI lebih banyak	54	50,9	52	49,1	0	0,0
Menerangkan perlunya terus memberi ASI/makanan	55	51,9	51	48,1	0	0,0
Memberitahu untuk segera kembali apabila anak tidak dapat minum/menetek	30	28,3	76	71,7	0	0,0
Memberitahu untuk segera kembali apabila tinja bercampur darah	23	21,7	83	78,3	0	0,0
Memberitahu untuk segera kembali apabila anak malas minum	22	20,8	84	79,2	0	0,0
Mengajukan pertanyaan yang berkaitan dengan kesehatan ibu/pengasuh	16	15,1	90	84,9	0	0,0
Menggunakan Buku Bagan MTBS selama memberikan pelayanan	54	50,9	52	49,1	0	0,0

Pada Tabel 5.16 dapat dilihat bahwa dari 57 orang petugas yang memberikan pengobatan antibiotik hanya 23 orang petugas yang menerangkan cara pemberian antibiotik. Selain itu hanya 7 orang petugas yang mendemonstrasikan cara pemberian antibiotika, dan 10 orang petugas yang memastikan ibu/pengasuh memahami cara pemberian antibiotika. Pada kegiatan petugas meminta ibu/pengasuh memberikan dosis pertama antibiotika, hanya satu orang petugas yang melakukannya.

Bagi petugas yang telah memberikan pengobatan oralit yaitu 73 orang, lebih dari separuhnya (51,9%) menerangkan cara memberikan oralit. Namun, hanya 25 orang (23,6%) petugas yang mendemonstrasikan cara memberikan oralit kepada ibu/pengasuh anak. Dan terdapat 31 orang (29,2%) petugas yang memastikan ibu/pengasuh memahami cara pemberian oralit.

Dari 94 petugas yang memberikan pengobatan oral dan juga bagi petugas yang tidak memberikan pengobatan oral, 54 orang (50,9%) petugas menerangkan perlunya memberi cairan dan/atau ASI lebih banyak bagi anak yang menderita diare. Begitu pula dengan menerangkan perlunya terus memberi ASI atau makanan, lebih dari separuh (51,9%) petugas melakukannya. Sedangkan mengenai pemberitahuan agar ibu kembali membawa anaknya ke sarana kesehatan apabila anak tidak dapat minum atau menetek sebanyak 30 orang (28,3%) petugas, atau tinja bercampur darah sebanyak 23 orang (21,7%) petugas atau anak malas minum sebanyak 22 orang (20,8%) petugas melakukannya. Hanya 16 orang (15,1%) petugas yang mengajukan pertanyaan yang berkaitan dengan kesehatan ibu/pengasuh. Penggunaan Buku Bagan MTBS selama memberikan pelayanan telah dilakukan oleh 54 orang (50,9%) petugas.

5.1.3.4.1. Kepatuhan Petugas Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS

Tabel 5.17
Distribusi Responden Menurut Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling terhadap Balita Sakit dengan Gejala Diare

Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Standar Konseling	f	%
Patuh	2	1,9
Tidak Patuh	104	98,1
Jumlah	106	100,0

Berdasarkan hasil analisis maka didapatkan hanya 2 orang (1,9%) petugas yang patuh dalam melakukan konseling terhadap balita sakit dengan gejala diare.

5.1.3.4.2. Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dengan Konseling Menurut Pengamat

Tabel 5.18
Distribusi Responden menurut Kesesuaian antara Konseling oleh Petugas dengan Konseling Menurut Pengamat

Kesesuaian antara Konseling Petugas dengan Konseling Menurut Pengamat	f	%
Sesuai	14	17,9
Tidak Sesuai	64	82,1
Jumlah	106	100,0

Pada Tabel 5.18 menyajikan mengenai kesesuaian konseling yang dilakukan oleh petugas dengan konseling menurut pengamat melalui pengamatan, didapatkan bahwa sebanyak 14 orang (17,9%) petugas yang sesuai dalam melakukan konseling berdasarkan daftar tilik yang ada dalam standar MTBS.

5.2. Hasil Analisis Bivariat

5.2.1. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS

Hasil analisis bivariat antara karakteristik petugas dengan kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS yang disajikan pada Tabel 5.19, didapatkan hasil bahwa hanya 2 orang (16,7%) petugas laki-laki dan 13 orang (13,8%) petugas perempuan yang patuh dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,677$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin petugas dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS.

Pada petugas berumur tua terdapat 10 orang (20,4%) petugas dan 5 orang (8,8%) petugas berumur muda yang patuh dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,152$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur petugas dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS.

Tabel 5.19
Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Petugas dalam
Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS

Variabel	Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS				Total		Nilai p	OR 95% CI
	Patuh		Tidak Patuh		f	%		
	f	%	f	%				
Jenis Kelamin								
• Laki-laki	2	16,7	10	83,3	12	100,0	0,677	1,2 0,2-6,3
• Perempuan	13	13,8	81	86,2	94	100,0		
Umur								
• Tua	10	20,4	39	79,6	49	100,0	0,152	2,7 0,8-8,4
• Muda	5	8,8	52	91,2	57	100,0		
Profesi								
• Paramedis	2	10,0	18	90,0	20	100,0	0,731	0,6 0,1-3,0
• Medis	13	15,1	73	84,9	86	100,0		
Pelatihan								
• Ya	15	21,7	54	78,3	69	100,0	0,007	0,8 0,7-0,9
• Tidak	0	0,0	35	100,0	35	100,0		

Hanya 2 orang (10,0%) petugas yang memiliki profesi paramedis yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Begitu pula pada petugas yang memiliki profesi medis, hanya 13 orang (15,1%) yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,731$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara profesi petugas dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS.

Terdapat 15 orang (21,7%) petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Sedangkan bagi petugas yang belum mendapatkan pelatihan MTBS tidak ada seorangpun yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,007$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS mempunyai peluang untuk patuh dalam

melakukan penilaian menurut standar MTBS 0,8 kali lebih besar dibanding dengan petugas yang belum pernah mendapatkan pelatihan MTBS.

5.2.2. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS

Pada Tabel 5.20 terdapat 5 orang (14,7%) petugas dengan kelengkapan alat yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Sedangkan pada petugas yang tidak memiliki kelengkapan alat terdapat 10 orang (13,9%) petugas yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan alat di Puskesmas dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS.

Terdapat 1 orang (12,5%) petugas dengan kelengkapan obat di Puskesmas yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Sedangkan pada petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat di Puskesmas terdapat 14 orang (14,3%) petugas yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat di Puskesmas dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS.

Sedangkan pada petugas dengan kelengkapan obat tanpa tablet zinc terdapat 10 orang (13,7%) petugas yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Sedangkan pada petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat tanpa tablet zinc terdapat hanya 5 orang (15,2%) petugas yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat tanpa tablet zinc di Puskesmas dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS.

Tabel 5.20
Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS

Variabel	Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS				Total		Nilai p	OR 95% CI
	Patuh		Tidak Patuh		f	%		
	f	%	f	%				
Kelengkapan Alat								
• Lengkap	5	14,7	29	85,3	34	100,0	1,000	1,1 0,3-3,4
• Tidak lengkap	10	13,9	62	86,1	72	100,0		
Kelengkapan Obat (Dengan Tablet Zinc)								
• Lengkap	1	12,5	7	87,5	8	100,0	1,000	0,9 0,1-7,5
• Tidak lengkap	14	14,3	84	85,7	98	100,0		
Kelengkapan Obat (Tanpa Tablet Zinc)								
• Lengkap	10	13,7	63	86,3	73	100,0	1,000	0,9 0,3-2,8
• Tidak lengkap	5	15,2	28	84,8	33	100,0		

5.2.3. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

Hasil analisis bivariat antara karakteristik petugas dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat yang disajikan pada Tabel 5.21, didapatkan hasil bahwa hanya 3 orang (25,0%) petugas laki-laki dan 29 orang (30,9%) petugas perempuan yang penetapan klasifikasinya sesuai dengan klasifikasi menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin petugas dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat.

Pada petugas berumur tua, terdapat 21 orang (42,9%) petugas yang penetapan klasifikasinya sesuai dengan klasifikasi menurut pengamat. Sedangkan

pada petugas berumur muda terdapat 11 orang (19,3%) petugas yang penetapan klasifikasinya sesuai dengan klasifikasi menurut pengamat. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,015$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara umur petugas dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat. Dari hasil OR yang diperoleh petugas yang memiliki umur tua mempunyai peluang untuk mendapatkan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat 3,1 kali lebih besar dibanding dengan petugas yang memiliki umur muda.

Terdapat 4 orang (20,0%) petugas dengan profesi paramedis yang memiliki kesesuaian penetapan klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat. Sedangkan pada petugas yang berprofesi medis, terdapat 28 orang (36,6%) yang memiliki kesesuaian penetapan klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,406$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara profesi petugas dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat.

Sebanyak 31 orang (44,9%) petugas yang telah mengikuti pelatihan MTBS dalam penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Sedangkan pada petugas yang tidak mengikuti pelatihan MTBS hanya 1 orang (2,9%) yang penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara petugas yang telah mengikuti pelatihan MTBS dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas yang telah mengikuti pelatihan MTBS mempunyai peluang untuk mendapatkan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat 27,7 kali lebih besar dibanding dengan petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan MTBS.

Tabel 5.21
Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang
Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

Variabel	Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat				Total		Nilai p	OR 95% CI
	Sesuai		Tidak Sesuai		f	%		
	f	%	f	%				
Jenis Kelamin								
• Laki-laki	3	25,0	9	75,0	12	100,0	1,000	0,7 0,2-3,0
• Perempuan	29	30,9	65	69,1	94	100,0		
Umur							0,015	3,1 1,3-7,5
• Tua	21	42,9	28	57,1	49	100,0		
• Muda	11	19,3	46	80,7	57	100,0		
Profesi							0,406	0,5 0,2-1,7
• Paramedis	4	20,0	16	80,0	20	100,0		
• Medis	28	36,6	58	67,4	86	100,0		
Pelatihan							0,000	27,7 3,6-214,2
• Ya	31	44,9	38	55,1	69	100,0		
• Tidak	1	2,9	34	97,1	35	100,0		

5.2.4. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

Tabel 5.22 menyajikan hasil analisis mengenai hubungan fasilitas kesehatan dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat. Pada tabel tersebut terdapat 31 orang (33,7%) petugas dengan kelengkapan alat di Puskesmas penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Sedangkan pada petugas yang tidak memiliki kelengkapan alat hanya terdapat 1 orang (7,1%) petugas yang penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,059$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan alat di Puskesmas dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat.

Tabel 5.22
Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

Variabel	Kesesuaian Klasifikasi yang ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat				Total		Nilai p	OR 95% CI
	Sesuai		Tidak Sesuai					
	f	%	f	%	f	%		
Kelengkapan Alat								
• Lengkap	31	33,7	61	66,3	92	100,0	0,059	6,6 0,8-52,8
• Tidak lengkap	1	7,1	13	92,9	14	100,0		
Kelengkapan Obat (Dengan Tablet Zinc)								
• Lengkap	3	37,7	5	62,5	8	100,0	0,695	1,4 0,3 -6,4
• Tidak lengkap	29	29,6	69	70,4	98	100,0		
Kelengkapan Obat (Tanpa Tablet Zinc)								
• Lengkap	23	31,5	50	68,5	73	100,0	0,833	1,2 0,5-3,0
• Tidak lengkap	9	27,3	24	72,7	33	100,0		

Terdapat 3 orang (37,7%) petugas dengan kelengkapan obat yang penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Sedangkan pada petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat terdapat 29 orang (29,6%) petugas yang penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,695$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat di Puskesmas dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat.

Sedangkan pada petugas dengan kelengkapan obat tanpa tablet zinc terdapat 23 orang (31,5%) yang penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Dan petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat tanpa tablet zinc terdapat 9 orang (27,3%) petugas yang penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,833$,

sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat tanpa tablet zinc di Puskesmas dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat.

5.2.5. Perbandingan antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

Apabila kemudian antara klasifikasi yang telah ditetapkan oleh petugas dibandingkan dengan kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat, maka didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.23
Perbandingan antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas	Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat				Total	
	Sesuai		Tidak Sesuai		f	%
	f	%	f	%		
Dehidrasi Berat	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Dehidrasi Ringan/Sedang	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Tanpa Dehidrasi	29	49,2	30	50,8	59	100,0
Disentri	1	25,0	3	75,0	4	100,0
Tidak Menetapkan Klasifikasi	2	4,9	39	95,1	41	100,0

Berdasarkan Tabel 5.23 diketahui bahwa sebanyak 30 orang petugas yang menetapkan klasifikasi tanpa dehidrasi ternyata tidak sesuai dengan klasifikasi menurut pengamat. Selain itu, dari 4 yang ditetapkan petugas sebagai penderita disentri ternyata hanya 1 yang klasifikasinya sesuai menurut pengamat.

5.2.6. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

Tabel 5.24
Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

Variabel	Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)				Total		Nilai p	OR 95% CI
	Sesuai		Tidak Sesuai		f	%		
	f	%	f	%				
Jenis Kelamin								
• Laki-laki	2	16,7	10	83,3	12	100,0	0,330	0,4 0,1-1,9
• Perempuan	32	34,0	64	66,0	94	100,0		
Umur								
• Tua	21	42,9	28	57,1	49	100,0	0,046	2,5 1,1 -5,9
• Muda	13	22,8	44	77,2	57	100,0		
Profesi								
• Paramedis	3	15,0	17	85,0	20	100,0	0,121	0,3 0,1 -1,1
• Medis	31	36,0	55	64,0	86	100,0		
Pelatihan								
• Ya	31	44,9	38	55,1	69	100,0	0,000	8,7 2,4-31,1
• Tidak	3	8,6	32	91,4	35	100,0		

Pada petugas laki-laki terdapat 2 orang (16,7%) dan pada petugas perempuan terdapat 32 (34,0%) yang memberikan pengobatan tanpa tablet zinc sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan sebelumnya. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,330$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin petugas dengan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas.

Terdapat 21 orang (42,9%) petugas berumur tua yang memberikan pengobatan tanpa tablet zinc sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan. Pada petugas berumur muda terdapat 13 (22,8%) yang memberikan pengobatan tanpa tablet zinc sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan. Dan dari hasil uji statistik

diperoleh nilai $p=0,046$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara umur petugas dengan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas dengan umur tua mempunyai peluang untuk mendapatkan kesesuaian pengobatan tanpa zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas 2,5 kali lebih besar dibanding dengan petugas dengan umur muda.

Pada petugas dengan profesi paramedis terdapat 3 orang (15,0%) dan pada petugas dengan profesi medis terdapat 31 (36,0%) yang memberikan pengobatan tanpa tablet zinc sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,121$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara profesi petugas dengan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas.

Terdapat 31 orang (44,9%) petugas yang pernah mengikuti pelatihan MTBS yang memberikan pengobatan tanpa zinc sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan. Sedangkan pada petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan MTBS terdapat 3 orang (8,6%) yang memberikan pengobatan yang sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan. Dan dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara petugas yang pernah mengikuti pelatihan MTBS dengan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas yang pernah mengikuti pelatihan MTBS mempunyai peluang untuk mendapatkan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas 8,7 kali lebih besar dibanding dengan petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan MTBS.

5.2.7. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

Tabel 5.27
Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

Variabel	Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)				Total		Nilai p	OR 95% CI
	Sesuai		Tidak Sesuai		f	%		
	f	%	f	%				
Kelengkapan Alat								
• Lengkap	18	52,9	16	47,1	34	100,0	0,003	3,9 1,6-9,4
• Tidak lengkap	16	22,2	56	77,8	72	100,0		
Kelengkapan Obat (Dengan Tablet Zinc)								
• Lengkap	4	50,0	4	50,0	8	100,0	0,266	2,3 0,5-9,7
• Tidak lengkap	30	30,6	68	69,4	98	100,0		
Kelengkapan Obat (Tanpa Tablet Zinc)								
• Lengkap	25	34,2	48	65,8	73	100,0	0,626	1,4 0,6-3,4
• Tidak lengkap	9	27,3	24	72,7	33	100,0		

Terdapat 18 orang (52,9%) petugas dengan kelengkapan alat di Puskesmas yang memberikan pengobatan tanpa tablet zinc sesuai klasifikasi yang ditetapkan. Sedangkan pada petugas dengan ketidaklengkapan alat di Puskesmas terdapat 16 orang (22,2%) yang memberikan pengobatan yang sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan. Dan dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,003$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan alat di Puskesmas dengan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas dengan kelengkapan alat di

Puskesmas mempunyai peluang untuk mendapatkan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas 3,9 kali lebih besar dibanding dengan petugas dengan umur muda.

Pada petugas dengan kelengkapan obat baik dengan tablet zinc maupun dengan yang tanpa tablet zinc, berdasarkan hasil uji statistik dengan nilai $p=0,266$ dan $p=0,626$, dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat di Puskesmas dengan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas.

5.2.8. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

Tabel 5.26
Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

Variabel	Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat				Total		Nilai p	OR 95% CI
	Sesuai		Tidak Sesuai		f	%		
	f	%	f	%				
Jenis Kelamin								
• Laki-laki	6	50,0	6	50,0	12	100,0	0,204	2,2 0,7-7,5
• Perempuan	29	30,9	65	69,1	94	100,0		
Umur								
• Tua	21	42,9	28	57,1	49	100,0	0,073	2,3 1,0-5,3
• Muda	14	24,6	43	75,4	57	100,0		
Profesi								
• Paramedis	5	25,0	15	75,0	20	100,0	0,560	0,6 0,2-1,9
• Medis	30	34,9	56	65,1	86	100,0		
Pelatihan								
• Ya	33	47,8	36	52,2	69	100,0	0,000	31,2 4,0-240,6
• Tidak	1	2,9	34	97,1	35	100,0		

Ada 6 orang (50,0%) petugas laki-laki dan 29 orang (30,9%) petugas perempuan yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,204$, sehingga dapat disimpulkan bahwa

pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin petugas dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat.

Pada petugas yang berumur tua terdapat 21 orang (42,9%) dan pada petugas berumur muda terdapat 14 orang (24,6%) yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat, berdasarkan hasil uji statistik diperoleh $p=0,073$, dan dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur petugas dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat.

Terdapat 5 orang (25,0%) petugas yang berprofesi paramedis yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Dan terdapat 30 orang (34,9%) petugas yang berprofesi medis yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh $p=0,560$, dan dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara profesi petugas dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat.

Ada 33 orang (47,8%) petugas yang telah mengikuti pelatihan MTBS yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Satu orang (2,9%) petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan MTBS yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh $p=0,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS mempunyai peluang untuk mendapatkan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat 31,2 kali lebih besar dibanding dengan petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan MTBS.

5.2.9. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

Tabel 5.27

Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

Variabel	Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat				Total		Nilai p	OR 95% CI
	Sesuai		Tidak Sesuai					
	f	%	f	%	f	%		
Kelengkapan Alat								
• Lengkap	13	38,2	21	61,8	34	100,0	0,573	1,4 0,6-3,3
• Tidak lengkap	22	30,6	50	69,4	72	100,0		
Kelengkapan Obat (Dengan Tablet Zinc)								
• Lengkap	3	37,5	5	62,5	8	100,0	1,000	1,2 0,3-5,5
• Tidak lengkap	32	32,7	66	67,3	98	100,0		
Kelengkapan Obat (Tanpa Tablet Zinc)								
• Lengkap	30	41,1	43	58,9	73	100,0	0,016	3,9 1,3-11,3
• Tidak lengkap	5	15,2	28	84,8	33	100,0		

Pada Tabel 5.27, terdapat 13 orang (38,2%) petugas dengan kelengkapan alat di Puskesmas yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Dan 22 orang (30,6%) petugas dengan ketidaklengkapan alat di Puskesmas yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh $p=0,573$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan alat di Puskesmas dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat.

Terdapat 3 orang (37,5%) petugas dengan kelengkapan obat di Puskesmas yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Dan terdapat 32 orang (32,7%) petugas dengan ketidaklengkapan obat di

Puskesmas yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat di Puskesmas dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat.

Ada 30 orang (41,1%) petugas dengan kelengkapan obat tanpa tablet zinc yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Dan terdapat 5 orang (15,2%) petugas dengan ketidaklengkapan obat tanpa tablet zinc yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh $p=0,016$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat tanpa tablet zinc dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas dengan kelengkapan obat tanpa tablet zinc mempunyai peluang untuk mendapatkan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat 3,9 kali lebih besar dibanding dengan petugas dengan ketidaklengkapan obat tanpa tablet zinc.

5.2.10. Perbandingan antara Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc) dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

Tabel 5.28

Perbandingan antara Kesesuaian Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc) dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

Kesesuaian Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)	Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat				Total	
	Sesuai		Tidak Sesuai			
	f	%	f	%	f	%
Sesuai	21	61,8	13	38,2	34	100,0
Tidak Sesuai	14	19,4	58	80,6	72	100,0

Pada Tabel 5.28 dapat terlihat bahwa sebanyak 21 orang (61,8%) petugas yang pemberian pengobatannya sesuai dengan klasifikasi yang telah ditetapkan sebelumnya oleh petugas tersebut memiliki kesesuaian dengan pemberian pengobatan menurut pengamat berdasarkan pengamatan pengamat terhadap pemberian pengobatan yang dilakukan petugas tersebut. Selain itu juga dapat terlihat bahwa dari 14 orang (19,4%) petugas yang tidak sesuai dalam memberikan pengobatan berdasarkan penetapan klasifikasi, namun ternyata memiliki kesesuaian pemberian pengobatan menurut pengamat.

5.2.11. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS

Tabel 5.29
Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Konseling yang diberikan Menurut Standar MTBS

Variabel	Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS				Total		Nilai p	OR 95% CI
	Patuh		Tidak Patuh		f	%		
	f	%	f	%				
Jenis Kelamin								
• Laki-laki	2	16,7	10	83,3	12	100,0	0,012	0,8 0,6-1,1
• Perempuan	0	0,0	94	100,0	94	100,0		
Umur								
• Tua	2	4,1	47	95,9	49	100,0	0,211	0,9 0,9-1,0
• Muda	0	0,0	57	100,0	57	100,0		
Profesi								
• Paramedis	0	0,0	20	100,0	20	100,0	1,000	1,0 1,0-1,1
• Medis	2	2,3	84	97,7	86	100,0		
Pelatihan								
• Ya	2	2,9	67	97,1	69	100,0	0,549	1,0 0,9-1,0
• Tidak	0	0,0	35	100,0	35	100,0		

Terdapat 2 orang (16,7%) petugas laki-laki dan tidak ada seorang pun petugas perempuan yang patuh dalam memberikan konseling MTBS. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,012$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin petugas dengan kepatuhan konseling yang diberikan petugas menurut standar MTBS.

Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas laki-laki mempunyai peluang untuk patuh dalam memberikan konseling menurut standar MTBS 0,8 kali lebih besar dibanding dengan petugas perempuan.

Pada petugas yang berumur tua hanya 2 orang (4,1%) dan pada petugas berumur muda tidak ada seorang pun yang patuh dalam memberikan konseling menurut standar MTBS, berdasarkan hasil uji statistik diperoleh $p=0,211$, dan dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur petugas dengan kepatuhan dalam memberikan konseling menurut standar MTBS.

Tidak ada seorang pun petugas yang berprofesi paramedis yang patuh dalam memberikan konseling menurut standar MTBS, dan ada 2 orang (2,3%) petugas yang berprofesi medis yang patuh dalam memberikan konseling menurut standar MTBS.

Hanya ada 2 orang (2,9%) petugas yang telah mengikuti pelatihan MTBS yang patuh dalam memberikan konseling menurut standar MTBS. Tetapi tak ada satu orang pun petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan MTBS yang memberikan konseling sesuai konseling menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh $p=0,549$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS dengan kepatuhan dalam memberikan konseling menurut standar MTBS.

5.2.12. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS

Tabel 5.30
Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Konseling yang Diberikan Menurut Standar MTBS

Variabel	Kepatuhan Konseling yang diberikan Petugas Menurut Standar MTBS				Total		Nilai p	OR 95% CI
	Patuh		Tidak Patuh		f	%		
	f	%	f	%				
Kelengkapan Alat								
• Lengkap	0	0,0	34	100,0	34	100,0	1,000	1,0
• Tidak lengkap	2	2,8	70	97,2	72	100,0		1,0-1,1
Kelengkapan Obat (Dengan Tablet Zinc)								
• Lengkap	1	12,5	7	87,5	8	100,0	0,146	13,9
• Tidak lengkap	1	1,0	97	99,0	98	100,0		0,8-245,9
Kelengkapan Obat (Tanpa Tablet Zinc)								
• Lengkap	2	2,7	71	97,3	73	100,0	1,000	1,0
• Tidak lengkap	0	0,0	33	100,0	33	100,0		0,9-1,0

Berdasarkan Tabel 5.30 di atas, tidak ada satupun variabel kelengkapan alat dan kelengkapan obat yang secara statistik terbukti memiliki hubungan dengan tingkat kepatuhan petugas dalam memberikan konseling menurut standar MTBS.

5.2.13. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Terdapat 3 orang (25,0%) petugas laki-laki dan 14 orang (14,9%) petugas perempuan yang memberikan konseling sesuai konseling menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,404$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan

antara jenis kelamin petugas dengan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat.

Pada petugas yang berumur tua terdapat 13 orang (26,5%) dan pada petugas berumur muda hanya terdapat 4 orang (7,0%) yang memberikan konseling sesuai konseling menurut pengamat, berdasarkan hasil uji statistik diperoleh $p=0,014$, dan dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara umur petugas dengan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas berumur tua mempunyai peluang untuk kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat 4,8 kali lebih besar dibanding dengan petugas berusia muda.

Tidak ada seorang pun petugas yang berprofesi paramedis yang memberikan konseling sesuai konseling menurut pengamat, dan ada 17 orang (19,8%) petugas yang berprofesi medis yang memberikan konseling sesuai konseling menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh $p=0,038$, dan dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara profesi petugas dengan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas berprofesi medis mempunyai peluang untuk kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat 1,2 kali lebih besar dibanding dengan petugas berprofesi paramedis.

Ada 17 orang (24,6%) petugas yang telah mengikuti pelatihan MTBS yang memberikan konseling sesuai konseling menurut pengamat. Tetapi tak ada satu orang pun petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan MTBS yang memberikan konseling sesuai konseling menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh $p=0,001$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS dengan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS mempunyai peluang untuk kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat 0,7 kali lebih besar dibanding dengan petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan MTBS.

Tabel 5.31
Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Variabel	Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling menurut Pengamat				Total		Nilai p	OR 95% CI
	Sesuai		Tidak Sesuai		f	%		
	f	%	f	%				
Jenis Kelamin								
• Laki-laki	3	25,0	9	75,0	12	100,0	0,404	1,9 0,5-7,9
• Perempuan	14	14,9	80	85,1	94	100,0		
Umur								
• Tua	13	26,5	36	73,5	49	100,0	0,014	4,8 1,4-15,8
• Muda	4	7,0	53	93,0	57	100,0		
Profesi								
• Paramedis	0	0,0	20	100,0	20	100,0	0,038	1,2 1,1-1,4
• Medis	17	19,8	69	80,2	86	100,0		
Pelatihan								
• Ya	17	24,6	52	75,4	69	100,0	0,001	0,7 0,7-0,9
• Tidak	0	0,0	35	100,0	35	100,0		

5.2.14. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Pada Tabel 5.32, ada 8 orang (23,5%) petugas dengan kelengkapan alat di Puskesmas dan 9 orang (12,5%) petugas dengan ketidaklengkapan alat di Puskesmas yang memberikan konseling sesuai konseling menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,246$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan alat di Puskesmas dengan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat.

Hanya 1 orang (12,5%) petugas dengan kelengkapan obat di Puskesmas dan 16 orang (16,3%) petugas dengan ketidaklengkapan obat di Puskesmas yang memberikan konseling sesuai konseling menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat di Puskesmas

dengan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat.

Ada 14 orang (19,5%) petugas dengan kelengkapan obat tanpa tablet zinc di Puskesmas dan 3 orang (9,1%) petugas dengan ketidaklengkapan obat tanpa tablet zinc di Puskesmas yang memberikan konseling sesuai konseling menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,306$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat tanpa zinc di Puskesmas dengan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat.

Tabel 5.32
Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Variabel	Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling menurut Pengamat				Total		Nilai p	OR 95% CI
	Sesuai		Tidak Sesuai		f	%		
	f	%	f	%				
Kelengkapan Alat								
• Lengkap	8	23,5	26	76,5	34	100,0	0,246	2,1
• Tidak lengkap	9	12,5	63	87,5	72	100,0		
Kelengkapan Obat (Dengan Tablet Zinc)								
• Lengkap	1	12,5	7	87,5	8	100,0	1,000	0,7
• Tidak lengkap	16	16,3	82	83,7	98	100,0		
Kelengkapan Obat (Tanpa Tablet Zinc)								
• Lengkap	14	19,2	59	80,8	73	100,0	0,306	2,4
• Tidak lengkap	3	9,1	30	90,9	33	100,0		

5.2.15. Perbandingan antara Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Jika kemudian antara kepatuhan konseling yang diberikan petugas menurut standar MTBS dibandingkan dengan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat, maka akan didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.33
Perbandingan antara Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS	Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat				Total	
	Sesuai		Tidak Sesuai		f	%
	f	%	f	%		
Patuh	2	100,0	0	0,0	2	100,0
Tidak Patuh	15	14,4	89	80,6	104	100,0

Pada Tabel 5.33, terdapat 2 orang petugas yang memang patuh dalam memberikan konseling menurut standar MTBS dinyatakan sesuai menurut pengamat dalam memberikan konseling. Sedangkan dari 104 petugas yang tidak patuh dalam memberikan konseling menurut MTBS, terdapat 15 orang (14,4%) petugas yang dinyatakan sesuai oleh pengamat dalam memberikan konseling.

5.3. Hasil Analisis Multivariat

Penggunaan analisis multivariat pada penelitian ini memiliki tujuan sebagai proses dalam memperoleh variabel bebas (jenis kelamin, umur, profesi, pelatihan, kelengkapan alat dan kelengkapan obat) yang paling dominan dalam menentukan variabel terikat (kepatuhan petugas melakukan penilaian menurut standar MTBS; kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat; kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas; dan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat. Sedangkan pada variabel kepatuhan petugas dalam memberikan konseling didapatkan hanya 2

orang petugas yang patuh, dan karena angka tersebut sangat kecil maka tidak dilakukan analisis multivariat terhadap variabel tersebut.

Pada tahap pertama dilakukan seleksi bivariat untuk mendapatkan variabel yang boleh ikut dalam permodelan multivariat. Dalam tahap ini, variabel bebas yang dapat masuk seleksi adalah yang mempunyai nilai *p value* < 0,25 yang dilihat dari nilai *omnibus test*. Kemudian dilakukan uji interaksi antara variabel bebas dengan variabel terikat, dimana variabel dikatakan berinteraksi bila mempunyai nilai $p < 0,05$. Seleksi dilakukan bertahap dengan mengeluarkan variable interaksi yang *p value*-nya yang terbesar sehingga variabel tersebut dikeluarkan dari model. Setelah itu baru dilakukan uji *confounding* yang merupakan tahap akhir dalam analisis multivariat.

5.3.1. Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS

Hasil seleksi antara variabel bivariat antara karakteristik petugas (jenis kelamin, umur, profesi, dan pelatihan) dan fasilitas kesehatan (kelengkapan alat dan kelengkapan obat) dengan variabel terikat yaitu kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS adalah sebagai berikut:

Tabel 5.34

Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS

Variabel	p value	Keterangan
Jenis kelamin	0,795	-
Umur	0,085	+
Profesi	0,540	-
Pelatihan	0,000	+
Kelengkapan Alat	0,911	-
Kelengkapan Obat	0,887	-

Berdasarkan Tabel 5.34 di atas, umur dan pelatihan merupakan variabel yang memiliki *p value* < 0,25. Oleh karena itu variabel tersebut dilakukan analisis model multivariat. Adapun setelah dilakukan analisis model multivariat, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.35
Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Umur dan Pelatihan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	Umur	0,4	0,6	0,4	1	0,520	1,5	0,4	4,9
	Pelatihan	19,8	6779,9	0,0	1	0,998	388430020,2	0,0	.
	Constant	-19,0	6779,9	0,0	1	0,998	0,0		

Berdasarkan analisis permodelan multivariat ternyata didapatkan hasil bahwa tidak ada satu pun variabel bebas yang memiliki p value $< 0,05$, sehingga disimpulkan tidak ada variabel bebas yang berhubungan secara bermakna dengan tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS.

5.3.2. Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat

Hasil seleksi antara variabel bivariat antara karakteristik petugas (jenis kelamin, umur, profesi, dan pelatihan) dan fasilitas kesehatan (kelengkapan alat dan kelengkapan obat) dengan variabel terikat yaitu kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat adalah sebagai berikut:

Tabel 5.36
Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat

Variabel	p value	Keterangan
Jenis kelamin	0,673	-
Umur	0,008	+
Profesi	0,256	-
Pelatihan	0,000	+
Kelengkapan Alat	0,095	+
Kelengkapan Obat	0,646	-

Berdasarkan Tabel 5.36 di atas, umur, pelatihan dan kelengkapan alat merupakan variabel yang memiliki p value $< 0,25$. Oleh karena itu variabel

tersebut dilakukan analisis model multivariat. Adapun setelah dilakukan analisis model multivariat, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.37

Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Umur, Pelatihan dan Kelengkapan Alat dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
Umur	0,5	0,5	1,3	1	0,259	1,7	0,7	4,5
Pelatihan	3,1	1,1	8,4	1	0,004	21,6	2,7	172,7
Kelengkapan Alat	0,3	0,5	0,4	1	0,549	1,3	0,5	3,5
Constant	-4,1	1,4	8,4	1	0,004	0,0		

Berdasarkan analisis model multivariat didapatkan dua variabel yaitu umur dan pelatihan yang memiliki p value < 0,05. Selanjutnya Variabel umur dan pelatihan akan dianalisis lagi dengan permodelan multivariat dengan mengeluarkan variabel kelengkapan alat. Setelah dianalisis, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.38

Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Umur dan Pelatihan dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
Umur	0,5	0,5	1,3	1	0,258	1,7	0,7	4,5
Pelatihan	3,1	1,0	9,0	1	0,003	23,2	2,9	182,8
Constant	-3,7	1,2	8,8	1	0,003	0,0		

Berdasarkan hasil analisis permodelan multivariat antara umur, pelatihan dengan variabel kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat didapatkan variabel pelatihan memiliki p value < 0,05. selanjutnya untuk tahap terakhir dilakukan kembali analisis model multivariat untuk variabel pelatihan, dan didapatkan hasilnya sebagai berikut:

Tabel 5.39
Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Pelatihan dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	Pelatihan	3,3	1,0	10,1	1	0,001	27,7	3,6	214,2
	Constant	-3.1	1,1	7,7	1	0,006	0,0		

Berdasarkan analisis permodelan multivariat tahap terakhir didapatkan hasil bahwa variabel pelatihan memiliki hubungan bermakna dengan kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat. Selain itu pada hasil analisis tersebut terlihat nilai OR pelatihan adalah 27,7, yang berarti petugas yang pernah mendapatkan pelatihan mengenai MTBS memiliki peluang 27,7 kali untuk sesuai dalam menetapkan klasifikasi menurut pengamat.

5.3.3. Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

Berdasarkan hasil analisis bivariat sebelumnya, bahwa tidak ada satupun petugas yang memiliki kesesuaian dalam pemberian pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan apabila tablet zinc termasuk salah satu persyaratan pengobatan yang harus diberikan pada anak dengan klasifikasi diare. Oleh karena itu pada analisis multivariat yang di uji adalah variabel kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas, yang dalam pengobatannya tidak memberikan tablet zinc. Adapun hasil seleksi antara variabel bivariat antara karakteristik petugas (jenis kelamin, umur, profesi, dan pelatihan) dan fasilitas kesehatan (kelengkapan alat dan kelengkapan obat) dengan variabel terikat yaitu kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas (tanpa tablet zinc) adalah sebagai berikut:

Tabel 5.40
Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

Variabel	p value	Keterangan
Jenis kelamin	0,201	+
Umur	0,027	+
Profesi	0,055	+
Pelatihan	0,000	+
Kelengkapan Alat	0,002	+
Kelengkapan Obat	0,274	-

Berdasarkan Tabel 5.40 di atas, seluruh variabel bebas kecuali variabel kelengkapan obat memiliki *p value* < 0,25. Oleh karena itu variabel-variabel tersebut dilakukan analisis model multivariat. Adapun setelah dilakukan analisis model multivariat, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.41
Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	Jenis kelamin	-0,6	0,9	0,5	1	0,485	0,5	0,1	3,1
	Umur	0,4	0,5	0,8	1	0,375	1,6	0,6	4,2
	Profesi	-0,3	0,8	0,1	1	0,737	0,8	0,1	3,8
	Pelatihan	1,7	0,7	5,7	1	0,017	5,5	1,3	22,1
	Kelengkapan Alat	1,1	0,5	5,1	1	0,024	3,0	1,2	7,9
	Constant	-2,1	2,7	0,6	1	0,424	0,1		

Pada Tabel 5.41 didapatkan hasil analisis permodelan multivariate 3 variabel yang nilai *p*-nya diatas 0,05 yaitu jenis kelamin, umur dan profesi. Langkah selanjutnya adalah dengan mengeluarkan variabel profesi, dan kemudian dilakukan analisis permodelan multivariat kembali. Adapun hasil analisis setelah variabel profesi dikeluarkan adalah sebagai berikut:

Tabel 5.42
Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Karakteristik
Petugas dan Kelengkapan Alat dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang
Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	Jenis kelamin	-0,6	0,9	0,5	1	0,471	0,5	0,1	3,0
	Umur	0,5	0,5	1,0	1	0,312	1,6	0,6	4,3
	Pelatihan	1,8	0,7	6,7	1	0,010	5,9	1,5	22,4
	Kelengkapan Alat	1,1	0,5	5,0	1	0,025	2,9	1,1	7,6
	Constant	-2,7	2,1	1,8	1	0,185	0,1		

Ternyata setelah dilakukan analisis permodelan multivariat tanpa variabel profesi, masih didapatkan nilai $p > 0,05$ yaitu jenis kelamin dan umur. Karena nilai p jenis kelamin lebih besar dibandingkan nilai p pada variabel umur, maka variabel jenis kelamin dikeluarkan. Dan kemudian analisis dilanjutkan.

Tabel 5.43
Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Umur, Pelatihan dan
Kelengkapan Alat dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan
dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	Umur	0,5	0,5	0,9	1	0,346	1,6	0,6	4,1
	Pelatihan	1,8	0,7	6,9	1	0,009	6,0	1,6	23,2
	Kelengkapan Alat	1,1	0,5	5,3	1	0,021	3,0	1,2	7,7
	Constant	-4,0	1,2	11,1	1	0,001	0,0		

Pada analisis permodelan multivariat berikutnya didapatkan hasil bahwa variabel umur memiliki nilai $p > 0,05$ sehingga variabel umur dikeluarkan.

Tabel 5.44
Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Pelatihan dan Kelengkapan Alat dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1(a)	Pelatihan	2,0	0,7	8,9	1	0,003	7,2	2,0	26,4
	Kelengkapan Alat	1,1	0,5	5,2	1	0,023	2,9	1,2	7,4
	Constant	-3,5	1,1	10,9	1	0,001	0,0		

Hasil analisis selanjutnya didapatkan variabel pelatihan dan kelengkapan alat memiliki nilai $p < 0,05$. sehingga kedua-duanya kembali dilakukan analisis untuk tahap akhir, dengan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.45
Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Pelatihan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1	Pelatihan	2,2	0,6	11,1	1	0,001	8,7	2,4	31,1
	Constant	-2,0	0,8	6,4	1	0,011	0,1		

Berdasarkan analisis permodelan multivariat tahap terakhir didapatkan hasil bahwa variabel pelatihan memiliki hubungan bermakna dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas (tanpa tablet zinc), dengan nilai OR sebesar 8,7 yang berarti petugas yang pernah mendapatkan pelatihan mengenai MTBS memiliki peluang 8,7 kali untuk sesuai dalam pemberian pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan oleh petugas.

Tidak berbeda dengan hasil pada variabel pelatihan, pada variabel kelengkapan alat pun didapatkan hasil ada hubungan yang bermakna antara variabel kelengkapan alat dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas (tanpa tablet zinc). Pada variabel kelengkapan alat, nilai OR yang didapat adalah 4,0 yang berarti petugas yang didukung dengan kelengkapan alat di sarana kesehatan memiliki peluang 4,0 kali

untuk sesuai dalam pemberian pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan oleh petugas Hasil ini dapat dilihat pada Tabel 5.46 di bawah ini:

Tabel 5.46

Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Kelengkapan Alat dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1									
	Kelengkapan Alat	1,4	0,4	9,5	1	0,002	4,0	1,6	9,4
	Constant	-1,5	0,7	4,0	1	0,045	0,2		

5.3.4. Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat

Tabel 5.47

Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat

Variabel	p value	Keterangan
Jenis kelamin	0,196	+
Umur	0,046	+
Profesi	0,388	-
Pelatihan	0,000	+
Kelengkapan Alat	0,435	-
Kelengkapan Obat	0,781	-

Berdasarkan Tabel 5.47 di atas, terdapat 3 variabel bebas yang memiliki *p value* < 0,25. Oleh karena itu variabel-variabel tersebut dilakukan analisis model multivariat. Adapun setelah dilakukan analisis model multivariat, didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.48
Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Jenis Kelamin, Umur dan Pelatihan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	Jenis kelamin	1,4	0,9	2,3	1	0,126	4,1	0,7	25,4
	Umur	0,2	0,5	0,1	1	0,712	1,2	0,4	3,1
	Pelatihan	3,5	1,1	10,5	1	0,001	34,6	4,0	296,3
	Constant	-6,4	2,3	7,6	1	0,006	0,0		

Hasil analisis pada tahap ini menghasilkan bahwa variabel umur memiliki nilai p yang lebih besar diantara variabel jenis kelamin dan pelatihan. Sehingga tahap analisis selanjutnya adalah mengeluarkan variabel umur.

Tabel 5.49
Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Jenis Kelamin dan Pelatihan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1	Jenis kelamin	1,4	0,9	2,5	1	0,115	4,3	0,7	25,8
	Pelatihan	3,6	1,1	11,3	1	0,001	37,5	4,5	310,8
	Constant	-6,3	2,3	7,4	1	0,006	0,0		

Berdasarkan Tabel 5.49 didapatkan hasil bahwa nilai p jenis kelamin > 0,05 sehingga variabel tersebut harus dikeluarkan untuk tahap analisis selanjutnya.

Tabel 5.50
Hasil Analisis Permodelan Multivariat antara Variabel Pelatihan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1(a)	Pelatihan	3,4	1,0	10,9	1	0,001	31,2	4,0	240,6
	Constant	-3,3	1,1	8,9	1	0,003	0,0		

Berdasarkan analisis permodelan multivariat tahap terakhir didapatkan hasil bahwa variabel pelatihan memiliki hubungan bermakna dengan kesesuaian

antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat. Selain itu pada hasil analisis tersebut terlihat nilai OR pelatihan adalah 31,2, yang berarti petugas yang pernah mendapatkan pelatihan mengenai MTBS memiliki peluang 31,2 kali untuk memiliki kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat.



BAB 6 PEMBAHASAN

6.1. Keterbatasan Penelitian

6.1.1. Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel

Penelitian ini merupakan analisis lanjutan data survei evaluasi MTBS yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (Puslitkes UI) tahun 2008. Pada data survei evaluasi MTBS Puslitkes UI terdapat 635 sampel dari 6 provinsi. Namun besar sampel yang dianalisis pada penelitian ini hanya sebanyak 106 balita sakit, yaitu dengan cara melihat keluhan awal diare pada balita sakit. Cara pengambilan sampel tersebut dilakukan adalah karena tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui kualitas penatalaksanaan balita sakit dengan gejala diare. Sehingga balita sakit dengan gejala lain tidak ikut dianalisis.

6.1.2. Kualitas Data

Data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder, sehingga peneliti terbatas dalam merancang variabel-variabel yang dibutuhkan dan hanya mempergunakan variabel-variabel yang sudah ada pada data sekunder tersebut.

Keterbatasan ini membuat peneliti tidak dapat menelusuri lebih lanjut apabila ada jawaban-jawaban kosong yang terdapat dalam data tersebut. Selain itu, peneliti tidak dapat mengontrol kualitas data secara langsung ketika data ini diambil. Salah satu langkah peneliti untuk memaksimalkan kualitas data yang ada adalah dengan mempelajari konsistensi data serta menelusuri jika ada jawaban-jawaban yang kosong sebelum data dianalisis.

6.1.3. Bias Informasi

Pada penelitian ini kemungkinan terjadi bias informasi karena selain peneliti tidak mengikuti proses pengumpulan data tersebut, juga dapat terjadi kesalahan dalam menginterpretasikan mulai dalam membaca instrumen

pengumpulan data serta membaca data yang sudah ada, sehingga dalam menarik kesimpulan juga dapat terjadi kesalahan. Bahkan kemungkinan dapat terjadi kesalahan menginput data oleh petugas penginput data.

6.2. Pembahasan Hasil Penelitian

6.2.1. Hasil Analisis Univariat

6.2.1.1. Kepatuhan Petugas Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS

Dalam proses penilaian menurut standar MTBS pada anak dengan gejala diare terdapat tujuh kegiatan yang harus dilakukan oleh petugas yang melakukan penilaian. Ketujuh kegiatan tersebut adalah menanyakan alasan kedatangan ke Puskesmas, menanyakan tanda bahaya umum pada anak yaitu menanyakan kebiasaan anak untuk minum/menetek, menanyakan muntah pada anak, menanyakan kejang pada anak, memeriksa kesadaran anak, menanyakan kejadian diare pada anak, dan melakukan pemeriksaan turgor (cubitan perut) pada anak.

Selanjutnya proses ataupun tahapan kegiatan tersebut dijumlahkan menjadi satu variabel kepatuhan petugas dengan mendapatkan nilai kepatuhan dari membandingkan tahapan kegiatan yang dilakukan oleh petugas dengan keseluruhan kegiatan yang harus dilakukan oleh petugas dan dikalikan 100 persen. Nilai kepatuhan dalam penilaian MTBS adalah nilai mutlak 100 % jika dibawah nilai tersebut maka dianggap petugas tersebut tidak melakukan kepatuhan penilaian berdasarkan standar MTBS.

Berdasarkan hasil penelitian hanya terdapat 15 orang (14,2%) petugas yang patuh dari 106 petugas yang melakukan penilaian menurut standar MTBS terhadap balita sakit dengan gejala diare. Nilai kepatuhan penilaian ini lebih rendah dibandingkan nilai kepatuhan penilaian yang dilakukan oleh Pratono, dkk (2008) yang menyatakan nilai kepatuhan penilaian petugas di Kabupaten Tanah Laut adalah 75% (rata-rata nilai kepatuhan penilaian di 3 Puskesmas). Bahkan penilaian tersebut tidak hanya dilihat pada balita sakit dengan gejala diare saja, namun keseluruhan gejala. Kepatuhan petugas terhadap standar MTBS juga diatas nilai 70 % di Kabupaten Majalengka, yaitu sekitar 76,9% (Arifien, 2006). Sehingga dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian berdasarkan data sekunder

ini, petugas belum melaksanakan standar MTBS dalam melakukan penilaian pada balita sakit khususnya dengan gejala diare.

Walau tidak sedikit petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS, namun ternyata dalam pelaksanaannya kegiatan penilaian menurut standar MTBS agak sulit dilakukan. Hal ini dapat terkait dengan situasi di Puskesmas pada waktu petugas melakukan penilaian, yaitu dapat disebabkan faktor pasien ataupun petugas itu sendiri, seperti halnya padatnya kunjungan pasien pada Puskesmas tersebut, balita yang tidak berhenti menangis, pendamping balita sakit yang tidak memiliki banyak waktu dalam pelaksanaan proses penilaian, dan kondisi petugas yang melakukan penilaian.

6.2.1.2. Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat

Penetapan klasifikasi merupakan tahapan setelah penilaian yang dilakukan oleh petugas menurut standar MTBS. Terdapat enam jenis klasifikasi diare pada anak yang mengalami gejala diare menurut standar MTBS, yaitu dehidrasi berat, dehidrasi ringan/sedang, tanpa dehidrasi, diare persisten berat, diare persisten, dan disentri.

Pada hasil analisis ada 32 orang (30,2 %) petugas yang klasifikasinya sesuai dengan klasifikasi menurut pengamat. Nilai ini lebih besar apabila dibandingkan dengan nilai kepatuhan penilaian yang dilakukan sebelumnya oleh petugas. Pada standar MTBS dinyatakan bahwa klasifikasi yang ditetapkan akan sesuai standar MTBS apabila kepatuhan penilaian ditegakkan. Sehingga apabila pada penilaian hanya 15 orang yang patuh maka penetapan klasifikasi yang benar akan berjumlah 15 orang juga. Namun, berdasarkan hasil analisis didapatkan menurut pengamatan pengamat, klasifikasi yang ditetapkan oleh petugas ada sebanyak 32 orang yang sesuai dengan klasifikasi menurut pengamat. Hal ini menyatakan bahwa ada 17 orang petugas yang tidak patuh dalam penilaian, namun klasifikasi yang ditetapkan oleh 17 orang petugas tersebut sesuai dengan klasifikasi menurut pengamat. Hal ini dapat saja terjadi di lapangan karena dipengaruhi berbagai faktor, diantaranya adalah kebiasaan petugas dalam menetapkan klasifikasi penyakit pada balita sakit tanpa melakukan keseluruhan

langkah-langkah yang ada dalam melakukan suatu penilaian. Sehingga karena sudah sering atau bahkan sudah lama melakukan klasifikasi, maka kemungkinan klasifikasi yang ditetapkan petugas tersebut tepat walau tidak melakukan penilaian secara keseluruhan.

Seperti halnya pada kepatuhan penilaian, penelitian yang dilakukan oleh Pratono, dkk (2008) menyatakan bahwa kepatuhan petugas dalam menetapkan klasifikasi di Kabupaten Tanah Laut cukup baik dibandingkan pada penelitian ini yaitu sekitar 60%.

6.2.1.3. Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

Berdasarkan hasil ada dua jenis pengobatan yang dianalisis yaitu yang pertama adalah jenis pengobatan yang memang standar di Buku Bagan MTBS yaitu dengan memberikan tablet zinc pada setiap anak yang diklasifikasikan diare. Dan yang kedua adalah dengan mengeluarkan variabel tablet zinc dalam jenis pengobatan yang diberikan karena didasarkan sedikitnya sarana kesehatan yang menyediakan tablet zinc di sarana kesehatan mereka, yaitu hanya 8,5 %.

Pada jenis pengobatan yang pertama yaitu jenis pengobatan yang didalamnya termasuk pemberian tablet zinc kedalam daftar pengobatan yang harus diberikan berdasarkan klasifikasi yang ditetapkan, ternyata tidak ada satu pun petugas yang dalam memberikan pengobatan sesuai dengan klasifikasi yang telah ditetapkan. Sedangkan pada jenis kedua, yaitu mengeluarkan tablet zinc dalam daftar pengobatan, maka terdapat 34 orang (32,1%) yang dinyatakan sesuai dalam memberikan pengobatan berdasarkan klasifikasi yang ditetapkan oleh petugas tersebut.

Nilai kesesuaian pemberian pengobatan dalam penelitian ini yang hanya berkisar di angka 35,8 % masih cukup rendah dibandingkan dengan nilai kepatuhan petugas dalam pemberian pengobatan di Kabupaten Tanah Laut, yaitu sekitar 63 % (Pratono, dkk, 2008).

6.2.1.4. Kesesuaian antara Pengobatan yang diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat

Pada hasil analisis mengenai kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan yang diberikan pengamat ada 35 orang (33,0 %) petugas dinilai telah sesuai dalam memberikan pengobatan berdasarkan pengamatan oleh pengamat. Nilai kesesuaian ini masih terbilang rendah karena masih dibawah angka 50%, karena menurut data ada 66,3 % petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS, sehingga diharapkan untuk waktu yang akan datang petugas benar-benar melakukan pemberian penilaian, penetapan klasifikasi dan pemberian obat sesuai dengan standar MTBS.

Angka kesesuaian ini pun masih rendah apabila dibandingkan dengan kepatuhan pemberian pengobatan yang dilakukan di 3 Puskesmas di Kabupaten di Tanah Laut yaitu 58%, 62% dan 68% (Pratono, dkk, 2008).

Namun, satu hal yang menjadi perhatian adalah jika dilihat dari ketersediaan tablet zinc hanya sekitar 8,5%, namun jumlah kesesuaian antara petugas dengan pengamat cukup tinggi yaitu sekitar 33,0%. Hasil ini menyatakan bahwa pengamat yang dalam hal ini juga merupakan pelatih dalam pelatihan MTBS dalam melakukan pengamatan kemungkinan juga tidak mempertimbangkan keharusan mengikutsertakan tablet zinc dalam pengobatan bagi balita sakit dengan penetapan klasifikasi diare. Hal ini tidak sejalan dengan yang tertulis dalam bagan MTBS yang seharusnya menjadi pedoman bagi pelaksanaan di lapangan. Berdasarkan hasil ini maka pemberian tablet zinc dalam pedoman MTBS sebaiknya dipikirkan kembali, jika memang pemberian tablet zinc merupakan salah satu pengobatan pada balita dengan klasifikasi diare maka pihak penyedia layanan kesehatan harus mendukung fasilitas tersebut sehingga pelaksanaan pemberian tablet zinc sesuai dengan pedoman MTBS.

6.2.1.5. Kepatuhan Petugas Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS

Pada hasil telah dijelaskan bahwa konseling merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan setelah anak/pasien mendapatkan pengobatan berdasarkan jenis klasifikasi yang telah ditetapkan oleh petugas sebelumnya. Pada klasifikasi diare, berdasarkan bagan MTBS maka anak akan mendapatkan

beberapa pengobatan oral seperti oralit dan juga antibiotik (tergantung jenis klasifikasi diare). Oleh karena itu standar konseling bagi anak/pasien dengan klasifikasi diare akan lebih banyak atau lengkap dibandingkan dengan penyakit lain. Karena selain oralit dan antibiotik maka yang juga perlu diperhatikan adalah pemberian ASI.

Berdasarkan hasil maka ada 94 petugas yang memberikan pengobatan, 57 diantaranya adalah pemberian antibiotik dan 73 diantaranya adalah pemberian oralit. Jika balita sakit mendapatkan antibiotik dan oralit maka ibu/pendamping dari balita sakit tersebut harus mendapatkan konseling mengenai antibiotik, oralit dan juga ASI. Tapi jika balita sakit tersebut hanya diberikan antibiotik saja maka ibu/pendamping anak tersebut mendapatkan konseling mengenai antibiotik dan ASI. Begitu pula sebaliknya apabila balita sakit tersebut hanya mendapatkan oralit maka konseling yang diberikan adalah mengenai oralit dan ASI.

Sehingga kemudian akan didapatkan angka kepatuhan petugas dalam melakukan konseling bagi balita sakit berdasarkan daftar tilik yang ada dalam standar MTBS. Berdasarkan hasil analisis maka didapatkan hanya 2 orang (1,9%) petugas yang patuh dalam melakukan konseling terhadap balita sakit dengan gejala diare. Hal ini menunjukkan rendahnya kedisiplinan petugas dalam melakukan pemberian konseling kepada ibu/pendamping balita sakit setelah pemberian pengobatan dilakukan.

Tingkat kepatuhan petugas dalam memberikan konseling menurut standar MTBS masih tinggi di Kabupaten Tanah Laut yaitu sekitar 71% petugas patuh melakukan konseling (Pratono, dkk, 2008).

6.2.1.6. Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dengan Konseling Menurut Pengamat

Berdasarkan hasil penelitian mengenai kesesuaian konseling yang dilakukan oleh petugas dengan konseling menurut pengamat melalui pengamatan, didapatkan bahwa sebanyak 14 orang (17,9%) petugas yang sesuai dalam melakukan konseling berdasarkan daftar tilik yang ada dalam standar MTBS. Hasil ini menunjukkan bahwa ada 12 petugas yang tidak patuh dalam melakukan

konseling menurut standar MTBS, namun dianggap sesuai melakukan konseling oleh pengamat.

Meskipun menurut pengamat tingkat kepatuhan petugas lebih tinggi, namun angka kepatuhan petugas dalam memberikan konseling menurut standar MTBS dalam penelitian ini, namun angka tersebut masih jauh dari setengah petugas yang melakukan konseling. Faktor waktu mungkin menjadi kendala dalam melaksanakan konseling menurut standar MTBS.

6.2.2. Hasil Analisis Bivariat

6.2.2.1. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS

Berdasarkan hasil terdapat 2 orang (16,7%) petugas laki-laki dan 13 orang (13,8%) petugas perempuan yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,677$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin petugas dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS. Hasil ini sesuai dengan pernyataan Robbins, S.P. (2007) yang menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan yang konsisten pada laki-laki dan perempuan dalam hal kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, pendorong persaingan, motivasi, sosiabilitas, atau kemampuan belajar. Namun apabila dilihat secara proporsi jumlah petugas perempuan lebih banyak yang patuh dibandingkan dengan petugas pria yang patuh. Hasil yang sama didapatkan pada penelitian mengenai kepatuhan terhadap algoritme MTBS oleh Hafizah (2007) yang menyatakan bahwa petugas laki-laki mempunyai risiko 4,2 kali untuk tidak patuh.

Pada petugas berumur tua terdapat 10 orang (20,4%) petugas dan 5 orang (8,8%) petugas berumur muda yang patuh dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,152$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur petugas dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS. Firdaus (2008), juga menyatakan hasil yang sama bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara faktor umur dengan

kepatuhan petugas Puskesmas dalam tatalaksana MTBS di Kabupaten Nagan Raya. Begitu pula dengan penelitian yang dilakukan oleh Arifien (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara usia dengan kepatuhan petugas terhadap SOP pendekatan MTBS.

Pada petugas yang berprofesi sebagai paramedis terdapat 2 orang (10,0%) petugas yang patuh dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS. Sedangkan pada petugas yang memiliki profesi sebagai medis, jumlahnya sedikit lebih banyak yaitu 13 orang (15,1%) yang patuh dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,731$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara profesi petugas dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS. Hasil ini menunjukkan bahwa profesi petugas tidak membedakan perilaku petugas dalam melaksanakan suatu standar. Walaupun pada umumnya profesi medis sering terlihat lebih baik karena pandangan masyarakat umumnya dilatar belakangi jenjang pendidikan yang harus ditempuh dalam mencapai profesi tersebut. Arifien (2006) menyatakan hasil yang berbeda dengan hasil penelitian ini yaitu ada hubungan yang bermakna antara kualifikasi tenaga (medis dan paramedis) dengan kepatuhan petugas terhadap SOP pendekatan MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2005.

Terdapat 15 orang (21,7%) petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS yang patuh dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS. Sedangkan bagi petugas yang belum mendapatkan pelatihan MTBS tidak ada seorangpun yang patuh dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,007$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS mempunyai peluang untuk patuh dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS 0,8 kali lebih besar dibanding dengan petugas yang belum pernah mendapatkan pelatihan MTBS. Walaupun tidak dilakukan uji secara statistik, namun hasil yang sama juga didapatkan oleh Pratono (2008), yaitu bagi petugas yang telah mendapatkan

pelatihan MTBS akan memberikan perubahan dalam menangani balita sakit sehingga mempermudah pekerjaan petugas dalam menangani balita sakit. Tujuan pemberian pelatihan MTBS bagi petugas salah satunya adalah meningkatkan pengetahuan petugas mengenai cara penanganan balita sakit. Oleh karena itu petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS diharapkan menambah pengetahuan petugas dalam penanganan balita sakit. Sehingga dengan bertambahnya pengetahuan akan mempengaruhi petugas tersebut dalam melaksanakan standar MTBS. Menurut Gibson (1989), kinerja atau perilaku seseorang dipengaruhi oleh pengetahuannya. Pernyataan ini selaras dengan hasil penelitian Arifien (2006) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna secara statistik antara pengetahuan petugas dengan kepatuhan petugas terhadap SOP pendekatan MTBS.

6.2.2.2. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS

Berdasarkan hasil bivariat mengenai hubungan antara fasilitas kesehatan dengan kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian terdapat 5 orang (14,7%) petugas dengan kelengkapan alat yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Sedangkan pada petugas yang tidak memiliki kelengkapan alat terdapat 10 orang (13,9%) petugas yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan alat di Puskesmas dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian oleh Arifien (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sumber daya atau sarana dengan tingkat kepatuhan petugas SOP pendekatan MTBS. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kelengkapan alat tidak terlalu digunakan khususnya dalam tahap penilaian. Karena apabila berdasarkan bagan MTBS, maka pada penilaian balita sakit dengan gejala diare tidak diperlukan peralatan lain selain buku bagan. Penilaian lebih ditekankan pada keahlian petugas dalam melihat dan meraba, seperti

melihat kesadaran anak dan mencubit kulit perut apabila balita tersebut menderita diare.

Terdapat 1 orang (12,5%) petugas dengan kelengkapan obat di Puskesmas yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Sedangkan pada petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat di Puskesmas terdapat 14 orang (14,3%) petugas yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat di Puskesmas dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS.

Sedangkan pada petugas dengan kelengkapan obat tanpa tablet zinc terdapat 10 orang (13,7%) yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Sedangkan pada petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat tanpa tablet zinc terdapat hanya 5 orang (15,2%) petugas yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat tanpa tablet zinc di Puskesmas dengan tingkat kepatuhan dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hafizah (2007) yang menyatakan bahwa faktor sumber daya yang kurang akan mempunyai risiko 7,2 kali untuk tidak patuh. Sama seperti hasil penelitian Firdaus (2008) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS. Namun, memang kemungkinan saja perbedaan hasil penelitian ini terjadi karena pada penelitian Hafizah (2007) dan Firdaus (2008) melihat kepatuhan petugas secara keseluruhan yaitu mulai awal proses penilaian, klasifikasi dan akhirnya pemberian pengobatan dan konseling. Sedangkan pada penelitian ini, masing-masing proses tersebut dilihat tingkat kepatuhannya. Sehingga didapatkan hasil tidak ada hubungan yang bermakna antara kelengkapan obat dengan penilaian yang dilakukan oleh petugas.

Mengenai dibedakannya kelengkapan obat dengan dan atau tanpa zinc dalam penelitian ini, sepertinya yang telah dijelaskan dalam hasil penelitian

bahwa ketersediaan tablet zinc di sarana kesehatan sangat kecil proporsinya yaitu hanya 8,9%. Namun, perbedaan kategori kelengkapan obat dengan dan atau tanpa tablet zinc tidak mempengaruhi hasil mengenai hubungan antara kelengkapan obat dengan kepatuhan penilaian petugas menurut standar MTBS.

6.2.2.3. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

Hasil analisis bivariat menyatakan bahwa hanya 3 orang (25,0%) petugas laki-laki dan 29 orang (30,9%) petugas perempuan yang penetapan klasifikasinya sesuai dengan klasifikasi menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin petugas dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat. Walaupun hasil penelitian ini tidak bermakna secara statistik mengenai hubungan jenis kelamin petugas dengan penetapan klasifikasi, namun secara proporsi petugas perempuan lebih tinggi sedikit dibandingkan petugas laki-laki dalam kesesuaian penetapan klasifikasi. Hafizah (2007) yang menyatakan bahwa petugas laki-laki mempunyai risiko 4,2 kali untuk tidak patuh dalam penelitian mengenai kepatuhan terhadap algoritme MTBS.

Pada petugas berumur tua, terdapat 21 orang (42,9%) petugas yang penetapan klasifikasinya sesuai dengan klasifikasi menurut pengamat. Sedangkan pada petugas berumur muda terdapat 11 orang (19,3%) petugas yang penetapan klasifikasinya sesuai dengan klasifikasi menurut pengamat. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,015$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara umur petugas dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat. Dari hasil OR yang diperoleh petugas yang memiliki umur tua mempunyai peluang untuk mendapatkan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat 3,1 kali lebih besar dibanding dengan petugas yang memiliki umur muda. Hasil penelitian ini selaras dengan pernyataan Hartono, dkk (1994) yang menyatakan bahwa semakin tua usia seseorang maka semakin matang dan

bijaksana sikap orang tersebut. Begitu pula dengan pemikiran Robbins SP (2007) yang juga mengutarakan pendapat yang sama yaitu dengan menyatakan bahwa pada pekerja yang usianya lebih tua terdapat kualitas positif seperti pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap mutu. Namun, tidak sedikit penelitian yang menghasilkan pernyataan yang berbeda mengenai umur, diantaranya adalah hasil penelitian Wahyudin (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur petugas dengan kepatuhan bidan dalam penggunaan obat rasional pada balita diare akut, dan juga hasil penelitian Arifien (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan petugas terhadap SOP pendekatan MTBS.

Terdapat 4 orang (20,0%) petugas dengan profesi paramedis yang memiliki kesesuaian penetapan klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat. Sedangkan pada petugas yang berprofesi medis, terdapat 28 orang (36,6%) yang memiliki kesesuaian penetapan klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,406$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara profesi petugas dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat. Walau berdasarkan uji statistik tidak ada hubungan yang bermakna antara profesi petugas dengan kesesuaian penetapan klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat, namun secara proporsi nilai sebaran pada petugas yang berprofesi sebagai medis lebih tinggi dibandingkan pada petugas yang berprofesi paramedis. Hasil ini kemungkinan dapat terjadi karena seseorang yang memiliki profesi medis biasanya sudah terbiasa dalam menetapkan diagnosa penyakit pada pasiennya. Kebiasaan dan pengalaman inilah yang mungkin mempengaruhi petugas tersebut dalam menetapkan klasifikasi diare pada balita sakit dengan gejala diare sehingga tingkat kesesuaian penetapan klasifikasi dengan pengamat lebih tinggi. Terlebih, para pengamat juga memiliki latar belakang pendidikan medis. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arifien (2006), yang menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kualifikasi tenaga kesehatan dengan kepatuhan petugas terhadap SOP dengan pendekatan MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2005.

Sebanyak 31 orang (44,9%) petugas yang telah mengikuti pelatihan MTBS dalam penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Sedangkan pada petugas yang tidak mengikuti pelatihan MTBS hanya 1 orang (2,9%) yang penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara petugas yang telah mengikuti pelatihan MTBS dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas yang telah mengikuti pelatihan MTBS mempunyai peluang untuk mendapatkan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat 27,7 kali lebih besar dibanding dengan petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan MTBS. Hasil ini sesuai dengan tujuan pelatihan seperti pernyataan Notoatmodjo (1993) yang menyatakan bahwa pelatihan merupakan bagian dari suatu proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan khusus seseorang atau sekelompok orang. Sehingga bukan sesuatu yang luar biasa apabila terjadi perubahan yang positif terhadap seseorang yang mengikuti pelatihan MTBS dan menghasilkan kesesuaian penetapan klasifikasi.

6.2.2.4. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan klasifikasi Menurut Pengamat

Hasil analisis bivariat mengenai hubungan fasilitas kesehatan dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat menunjukkan bahwa terdapat 31 orang (33,7%) petugas dengan kelengkapan alat di Puskesmas penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Sedangkan pada petugas yang tidak memiliki kelengkapan alat hanya terdapat 1 orang (7,1%) petugas yang penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,059$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan alat di Puskesmas dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arifien (2006) yang menyatakan

tidak ada hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas Puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2006. Namun, tidak sesuai dengan pernyataan Bruce (1990) dan Leida (1997) yang menyatakan bahwa sarana termasuk salah satu dalam unsur-unsur pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dalam penyelenggaraan kesehatan.

Terdapat 3 orang (37,7%) petugas dengan kelengkapan obat yang penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Sedangkan pada petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat terdapat 29 orang (29,6%) petugas yang penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,695$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat di Puskesmas dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat.

Sedangkan pada petugas dengan kelengkapan obat tanpa tablet zinc terdapat 23 orang (31,5%) yang penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Dan petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat tanpa tablet zinc terdapat 9 orang (27,3%) petugas yang penetapan klasifikasinya sesuai klasifikasi menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,833$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat tanpa tablet zinc di Puskesmas dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat. Seperti halnya pada kelengkapan alat, pada kelengkapan obat pun dinyatakan tidak ada hubungan yang bermakna. Hal ini kemungkinan dapat disebabkan karena pada anak atau balita sakit dengan gejala diare dalam penetapan klasifikasinya tidak memerlukan peralatan yang lengkap, namun cukup buku bagan saja, sehingga kelengkapan alat akan tidak bermakna jika memang petugas yang menetapkan klasifikasi telah memilikinya, kecuali petugas yang tidak memiliki buku bagan, mungkin kekurangan alat seperti buku bagan akan sedikit mempengaruhi petugas dalam menetapkan klasifikasi.

6.2.2.5. Perbandingan antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa sebanyak 30 orang petugas yang menetapkan klasifikasi tanpa dehidrasi pada anak dengan gejala diare ternyata setelah diamati oleh pengamat, klasifikasi tersebut tidak sesuai menurut pengamat. Selain itu terdapat 3 anak yang ditetapkan menderita disentri oleh petugas, namun menurut pengamat itu tidak sesuai.

Perbedaan penetapan klasifikasi antara petugas dengan pengamat yang cukup besar (khususnya pada klasifikasi tanpa dehidrasi) mungkin saja dapat disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya mungkin ketika dalam menetapkan klasifikasi petugas tidak menggunakan bagan MTBS sehingga hasil klasifikasinya kurang sesuai menurut pengamat. Ataupun seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa pada saat petugas melakukan klasifikasi ada gangguan-gangguan seperti banyaknya pasien yang mengantri pada hari itu, pasien rewel, atau bahkan petugas lupa untuk melihat bagan MTBS dan sebagainya.

Walaupun demikian, tetap saja perbedaan ini menjadi salah satu yang harus diperhatikan, terlebih mengenai perbedaan antara adanya dehidrasi atau tidak adanya dehidrasi. Selain hal tersebut akan mempengaruhi tindakan dan pengobatan yang akan diberikan nantinya, dehidrasi juga memiliki efek yang sangat besar yaitu bisa berakibat kematian. Sehingga, sebaiknya petugas hati-hati dalam menetapkan klasifikasi ada atau tidak ada dehidrasi.

6.2.2.6. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

Pada petugas laki-laki terdapat 2 orang (16,7%) dan pada petugas perempuan terdapat 32 (34,0%) yang memberikan pengobatan tanpa zinc sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,330$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin petugas dengan kesesuaian

pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas. Pernyataan ini kembali menguatkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hafizah (2007) yang menyatakan bahwa petugas laki-laki mempunyai risiko 4,2 kali untuk tidak patuh.

Terdapat 21 orang (42,9%) petugas berumur tua yang memberikan pengobatan tanpa tablet zinc sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan. Pada petugas berumur muda terdapat 13 (22,8%) yang memberikan pengobatan tanpa zinc sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan. Dan dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,046$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara umur petugas dengan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas dengan umur tua mempunyai peluang untuk mendapatkan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas 2,5 kali lebih besar dibanding dengan petugas dengan umur muda. Hasil penelitian ini selaras dengan pernyataan Robbins (2007) yang juga mengutarakan pendapat yang sama yaitu dengan menyatakan bahwa pada pekerja yang usianya lebih tua terdapat kualitas positif seperti pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap mutu; dan juga pernyataan Hartono, dkk (1994) yang menyatakan bahwa semakin tua usia seseorang maka semakin matang dan bijaksana sikap orang tersebut. Begitu pula dengan pemikiran. Namun, tidak sedikit penelitian yang menghasilkan pernyataan yang berbeda mengenai umur, diantaranya adalah hasil penelitian Arifien (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan petugas terhadap SOP pendekatan MTBS, dan juga hasil penelitian Wahyudin (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur petugas dengan kepatuhan bidan dalam penggunaan obat rasional pada balita diare akut.

Pada petugas dengan profesi paramedis terdapat 3 orang (15,0%) dan pada petugas dengan profesi medis terdapat 31 (36,0%) yang memberikan pengobatan tanpa tablet zinc sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan. Berdasarkan hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,121$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan

antara profesi petugas dengan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas.

Terdapat 31 orang (44,9%) petugas yang pernah mengikuti pelatihan MTBS yang memberikan pengobatan tanpa tablet zinc sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan. Sedangkan pada petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan MTBS terdapat 3 (8,6%) yang memberikan pengobatan yang sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan. Dan dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara petugas yang pernah mengikuti pelatihan MTBS dengan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas yang pernah mengikuti pelatihan MTBS mempunyai peluang untuk mendapatkan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas 8,7 kali lebih besar dibanding dengan petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan MTBS.

Pelatihan memiliki hubungan yang bermakna secara statistik dengan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas karena dalam pelatihan MTBS sesuai standar MTBS menggunakan berbagai macam metode sehingga tujuan pelatihan yaitu agar peserta mengetahui dan memahami pelaksanaan MTBS dapat tercapai. Beberapa metode pelatihan yang digunakan dalam pelatihan MTBS adalah membaca modul, pertanyaan umpan balik, latihan mengerjakan soal, bermain peran dalam konseling, melihat video, latihan pengamatan klinis di rumah sakit serta latihan pengamatan antar peserta (Pratono, dkk, 2008).

6.2.2.7. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

Terdapat 18 orang (52,9%) petugas dengan kelengkapan alat di Puskesmas yang memberikan pengobatan tanpa tablet zinc sesuai klasifikasi yang ditetapkan. Sedangkan pada petugas dengan ketidaklengkapan alat di Puskesmas terdapat 16 (22,2%) yang memberikan pengobatan yang sesuai dengan klasifikasi

yang ditetapkan. Dan dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,003$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan alat di Puskesmas dengan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas dengan kelengkapan alat di Puskesmas mempunyai peluang untuk mendapatkan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas 3,9 kali lebih besar dibanding dengan petugas dengan umur muda.

Hasil ini selaras dengan teori Lawrence Green dan Kreuter (2005) yang menyatakan bahwa lingkungan fisik dalam hal ini adalah ketersediaan alat di sarana kesehatan kemungkinan akan mewujudkan perilaku kesehatan yang baik. Karena fasilitas kesehatan dianggap sebagai salah satu faktor yang menentukan perilaku, yaitu sebagai faktor pemungkin (*enabling factor*).

Pada petugas dengan kelengkapan obat baik dengan tablet zinc maupun dengan yang tanpa tablet zinc, berdasarkan hasil uji statistik dengan nilai $p=0,453$ dan $p=0,308$, dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat di Puskesmas dengan kesesuaian pengobatan tanpa tablet zinc yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas. Hasil ini tidak selaras dengan pernyataan Lawrence Green dan Kreuter di atas, ataupun penelitian-penelitian lain yang menyatakan bahwa sarana dan prasarana termasuk kelengkapan obat didalamnya akan mempengaruhi pelayanan yang akan diberikan oleh petugas yang ada di sarana kesehatan tersebut.

6.2.2.8. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

Ada 6 orang (50,0%) petugas laki-laki dan 29 orang (30,9%) petugas perempuan yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,204$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin petugas dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat. Hasil ini selaras dengan pernyataan Robbins (2007) bahwa

tidak terdapat perbedaan yang konsisten pada laki-laki dan perempuan dalam hal kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, pendorong persaingan, motivasi, sosiabilitas atau kemampuan belajar.

Pada petugas yang berumur tua terdapat 21 orang (42,9%) dan pada petugas berumur muda terdapat 14 orang (24,6%) yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat, berdasarkan hasil uji statistik diperoleh $p=0,073$, dan dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur petugas dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat. Hasil ini tidak sejalan dengan teori Siagian (1989) yang menyatakan bahwa semakin bertambah umur seseorang maka akan mempengaruhi perilakunya, walaupun pengaruh itu dapat menjadi positif ataupun negatif.

Terdapat 5 orang (25,0%) petugas yang berprofesi paramedis yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Dan terdapat 30 orang (34,9%) petugas yang berprofesi medis yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Dari hasil uji statistik diperoleh $p=0,560$, dan dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha < 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara profesi petugas dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat. Berdasarkan penelitian ini pada beberapa variabel terikat tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan profesi, hal ini mungkin disebabkan, dalam program MTBS, petugas kesehatan yang berada di Puskesmas diberdayakan semaksimal mungkin, sehingga dalam kasus ini baik paramedis ataupun medis dapat saling membantu dan juga mendapatkan pelatihan yang sama mengenai MTBS sehingga pengetahuan dan juga keterampilan antar keduanya tidak terlalu berbeda, terlepas dengan kewenangan dari masing-masing profesi.

Berdasarkan uji statistik terdapat hubungan yang signifikan antara petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS mempunyai peluang untuk mendapatkan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan yang diberikan pengamat 31,2 kali lebih besar dibanding dengan

petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan MTBS. Tidak sedikit terdapat ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan variabel terikat lainnya, namun, jika ternyata hasil pelatihan tidak diaplikasikan secara benar ataupun kurangnya kesadaran dan kedisiplinan dari petugas, maka pelatihan menjadi kurang berguna karena tidak dimaksimalkan. Selain itu dalam menyelenggarakan pelatihan juga harus pelatihan yang memenuhi standar WHO dan Depkes, sehingga diharapkan petugas-petugas yang dilatih memiliki keterampilan sesuai dengan standar.

6.2.2.9. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

Tidak terdapat hubungan yang signifikan baik antara kelengkapan alat di Puskesmas dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat, juga antara kelengkapan obat di Puskesmas yang memberikan pengobatan sesuai pengobatan menurut pengamat. Namun ketika kelengkapan obat dikurangi dengan kelengkapan tablet zinc maka dihasilkan ada hubungan yang signifikan antara kelengkapan obat tanpa tablet zinc dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat. Berdasarkan hasil OR yang diperoleh petugas dengan kelengkapan obat tanpa tablet zinc mempunyai peluang untuk mendapatkan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat 3,9 kali lebih besar dibanding dengan petugas dengan ketidaklengkapan obat tanpa tablet zinc. Karena kelengkapan obat merupakan fasilitas kesehatan yang juga mendukung terjadinya perubahan perilaku pada petugas dan juga pendukung dalam melakukan tindakan pengobatan pada program MTBS, maka diharapkan untuk masa yang akan datang kelengkapan obat bukan lagi menjadi salah satu kendala tidak patuhnya petugas dalam memberikan pengobatan.

6.2.2.10. Perbandingan antara Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc) dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

Berdasarkan hasil didapatkan ternyata ada 14 orang (19,4%) petugas yang tidak sesuai pemberian obatnya dengan klasifikasi yang telah ditetapkan oleh petugas tersebut, namun menurut pengamat, pengobatan yang diberikan oleh petugas telah sesuai. Hal ini perlu mendapatkan perhatian khusus, karena bagaimana bisa ada ketidakseragaman dalam berpikir antara petugas dan pengamat yang dalam hal ini adalah sama-sama mengikuti pelatihan yang sama dan menggunakan bagan yang sama. Pada penelitian ini tidak diketahui secara pasti penyebab hal tersebut, sehingga mungkin saja penyegaran pelatihan sangat dibutuhkan sehingga paling tidak petugas menjadi lebih paham mengenai penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling.

6.2.2.11. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS

Pada hasil didapatkan bahwa jenis kelamin memiliki hubungan yang bermakna dengan kepatuhan petugas dalam memberikan konseling menurut standar MTBS. Hasil menyatakan bahwa petugas laki-laki memiliki peluang untuk patuh sebanyak 4,8 kali dibandingkan dengan petugas perempuan. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian Hafizah (2007) bahwa yang memiliki peluang untuk tidak patuh adalah petugas laki-laki.

6.2.2.12. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS

Berdasarkan hasil analisis didapatkan bahwa tidak ada satupun variabel fasilitas kesehatan yang memiliki hubungan dengan kepatuhan konseling yang diberikan petugas menurut standar MTBS. Padahal, menurut pedoman dalam memberikan konseling sebaiknya petugas memiliki bagan MTBS sehingga dalam melakukan konseling tidak terjadi kesalahan. Dan berdasarkan hasil analisis

univariat sebelumnya dinyatakan bahwa hampir separuh sarana kesehatan yang belum memiliki bagan MTBS.

6.2.2.13. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Ada 3 variabel yang dinyatakan secara statistik memiliki hubungan dengan kesesuaian konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat. Tiga variabel bebas tersebut adalah variabel umur, profesi dan pelatihan. Pada variabel umur, petugas yang lebih tua lebih memiliki peluang untuk patuh dibandingkan petugas yang muda. Hal ini selaras dengan pernyataan Robbins SP (2007) yaitu bahwa pada pekerja yang usianya lebih tua terdapat kualitas positif seperti pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat dan komitmen terhadap mutu. Sedangkan pada variabel profesi, pada petugas medis memiliki peluang untuk patuh dibandingkan dengan petugas yang memiliki profesi sebagai paramedis. Hal ini mungkin saja dapat terjadi karena keterkaitan dengan fungsi dan wewenang dari masing-masing profesi tersebut. Selain itu, pada variabel pelatihan, sudah pasti yang memiliki peluang untuk patuh adalah petugas yang sudah pernah dilatih. Hal ini kemungkinan terjadi karena pada petugas yang telah mendapatkan pelatihan merasa bertanggung jawab untuk melaksanakan ilmunya dalam pemberian pelayanan kesehatan khususnya pelayanan balita sakit menurut standar MTBS. Selain itu juga kemungkinan dapat disebabkan karena telah terbukanya kesadaran petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS.

6.2.2.14. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Berdasarkan hasil analisis didapatkan bahwa tidak ada satupun variabel fasilitas kesehatan yang memiliki hubungan dengan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat. Hal ini kemungkinan dapat terjadi karena pengamat sangat memegang teguh pedoman MTBS.

6.2.2.15. Perbandingan antara Kepatuhan Konseling yang Diberikan Petugas Menurut Standar MTBS dengan Kesesuaian antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Berdasarkan hasil analisis didapatkan bahwa terdapat 15 orang (14,4%) petugas yang tidak patuh dalam memberikan konseling menurut standar MTBS yang dinyatakan sesuai oleh pengamat dalam memberikan konseling. Hal ini mungkin saja dapat terjadi karena penilaian konseling menurut peneliti berbeda dengan kesesuaian menurut pengamat. Menurut peneliti berdasarkan pedoman dan bagan MTBS, ada 14 topik yang harus diberikan pada ibu atau pendamping anak jika anak mendapatkan pengobatan oral berupa antibiotik dan oralit.

6.2.3. Hasil Analisis Multivariat

6.2.3.1. Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS

Berdasarkan hasil seleksi bivariat terdapat 2 variabel yang merupakan variabel yang boleh masuk dalam analisis model multivariat, yaitu variabel umur dan pelatihan. Namun, ketika variabel-variabel tersebut dianalisis multivariat didapatkan bahwa tidak ada satu pun variabel yang memiliki hubungan secara bermakna dengan variabel kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS.

6.2.3.2. Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi Menurut Pengamat

Pada analisis seleksi bivariat terdapat 3 variabel yang masuk kedalam analisis permodelan multivariat, yaitu variabel umur, pelatihan dan kelengkapan alat. Setelah melakukan analisis permodelan multivariat dengan melalui tahapan pengeluaran variabel yang nilai $p > 0,05$ maka didapatkan hasil bahwa variabel pelatihan memiliki hubungan yang bermakna dengan variabel kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat. Petugas yang mendapatkan pelatihan MTBS memiliki peluang 27,7 kali untuk sesuai dalam menetapkan klasifikasi menurut pengamat. Hasil ini menguatkan hasil bivariat sebelumnya yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara

pelatihan dengan variabel kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat. Hasil ini selaras dengan pernyataan Notoatmodjo (1993), pelatihan merupakan bagian dari suatu proses pendidikan yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan khusus seseorang atau sekelompok orang. Tujuan pelatihan adalah untuk menutup kesenjangan antara kecakapan atau kemampuan dengan tuntutan tugasnya dan efisiensi serta efektif kerja petugas dalam mencapai sasaran pekerjaan yang ditetapkan. Keberhasilan pelatihan tidak hanya tergantung pada mutu tenaga pengajar, lengkap tidak lengkapnya sarana, tetapi juga tergantung motivasi, ketekunan, tekad, niat, disiplin dan partisipasi peserta pelatihan.

6.2.3.3. Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas (Tanpa Tablet Zinc)

Analisis seleksi bivariat menghasilkan 5 variabel yang masuk kedalam analisis permodelan multivariat, yaitu variabel jenis kelamin, umur, profesi, pelatihan dan kelengkapan alat. Setelah melakukan analisis permodelan multivariat dengan melalui tahapan pengeluaran variabel yang nilai $p > 0,05$ maka didapatkan hasil bahwa variabel pelatihan dan kelengkapan alat memiliki hubungan yang bermakna dengan variabel kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas (tanpa tablet zinc). Petugas yang mendapatkan pelatihan MTBS memiliki peluang 8,7 kali untuk sesuai dalam pemberian pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas (tanpa tablet zinc). Sedangkan pada petugas yang mendapatkan dukungan kelengkapan alat memiliki peluang 4,0 kali untuk sesuai dalam pemberian pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas (tanpa tablet zinc). Pelatihan yang tepat sesuai dengan pedoman WHO diharapkan dapat menghindari terjadinya pemberian obat yang tidak rasional, dalam penelitian ini terdapat 30 orang petugas yang tidak sesuai dalam memberikan pengobatan menurut pengamatan pengamat. Pemberian obat yang tidak sesuai tersebut masuk ke dalam klasifikasi tanpa dehidrasi. Selain itu, pada pemberian antibiotik pada klasifikasi tanpa dehidrasi juga tidak sesuai dengan pedoman MTBS. Sehingga masih ada pemberian antibiotik yang tidak

diperlukan. Sedangkan kelengkapan alat merupakan sarana pendukung yang dapat memperlancar pelayanan penanganan balita sakit di sarana kesehatan.

6.2.3.4. Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat

Analisis seleksi bivariat menghasilkan 3 variabel yang masuk kedalam analisis permodelan multivariat, yaitu variabel jenis kelamin, umur dan pelatihan dan kelengkapan alat. Setelah melakukan analisis permodelan multivariat dengan melalui tahapan pengeluran variabel yang nilai $p > 0,05$ maka didapatkan hasil bahwa variabel pelatihan memiliki hubungan yang bermakna dengan variabel kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat. Petugas yang mendapatkan pelatihan MTBS memiliki peluang 31,2 kali untuk mendapatkan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat. Seperti yang telah diuraikan di atas, bahwa pelatihan yang baik dapat meningkatkan keterampilan dan pengetahuan petugas dalam melaksanakan penanganan balita sakit khususnya pada balita dengan gejala diare. Jenis keterampilan dari petugas bermacam-macam, salah satunya adalah memberikan obat yang tepat sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan pada penelitian ini, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Proporsi tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS masih rendah.
2. Hanya variabel pelatihan yang berhubungan secara bermakna dengan tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS.
3. Proporsi petugas yang klasifikasinya sesuai dengan klasifikasi menurut pengamat masih rendah.
4. Faktor yang paling dominan secara bermakna dengan kesesuaian antara klasifikasi petugas dengan klasifikasi menurut pengamat adalah pelatihan.
5. Terdapat kesenjangan pada penetapan klasifikasi diare menurut derajat dehidrasi antara petugas dengan pengamat.
6. Tingkat kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan oleh petugas masih rendah.
7. Pelatihan dan kelengkapan alat merupakan faktor dominan secara statistik dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan oleh petugas.
8. Tingkat kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat masih rendah.
9. Baik petugas maupun pengamat masih belum memasukkan tablet zinc dalam pemberian pengobatan pada balita dengan klasifikasi diare.
10. Faktor dominan secara statistik dengan tingkat kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas menurut pengamat adalah pelatihan.
11. Tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut daftar tilik masih sangat rendah.

12. Tingkat kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dengan konseling menurut pengamat lebih tinggi dibandingkan nilai kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS
13. Variabel karakteristik petugas, yaitu umur petugas, profesi petugas dan petugas yang telah mendapatkan pelatihan MTBS memiliki hubungan bermakna dengan tingkat kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dengan konseling menurut pengamat.

7.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan maka peneliti ingin memberikan masukan dalam bentuk saran sebagai berikut:

1. Bagi Petugas Puskesmas
 - a. Sebagai pelaksana program penatalaksanaan balita sakit di tingkat paling bawah sebaiknya lebih meningkatkan keterampilan dengan mengadakan pelatihan MTBS atau melakukan penyegaran pelatihan minimal 6 bulan sekali.
 - b. Dalam melaksanakan penatalaksanaan balita sakit sebaiknya petugas memiliki ketelitian dan kesabaran yang cukup sehingga tidak mendapat kesulitan dalam pelaksanaan
2. Bagi Pimpinan Puskesmas
 - a. Pimpinan Puskesmas sebaiknya selalu mendukung petugas Puskesmas dengan cara memfasilitasi sarana dan prasarana yang ada, dapat memenuhi kebutuhan kelengkapan alat dan kelengkapan obat dengan dana sendiri atau meminta bantuan ke tingkat yang lebih tinggi, seperti Dinas Kesehatan, sehingga menghindari ketidakpatuhan terhadap pedoman yang sudah ada, seperti tidak diberikannya tablet zinc pada setiap anak dengan gejala diare.
 - b. Pimpinan Puskesmas sebaiknya membuat kebijakan baru mengenai desain pekerjaan, seperti deskripsi pekerjaan masing-masing petugas sehingga tidak terjadi tumpang tindih, melakukan analisa beban kerja sehingga dapat diketahui berapa jumlah orang yang dibutuhkan serta

meletakkan atau menetapkan petugas-petugas khusus yang terlatih yang memegang program MTBS.

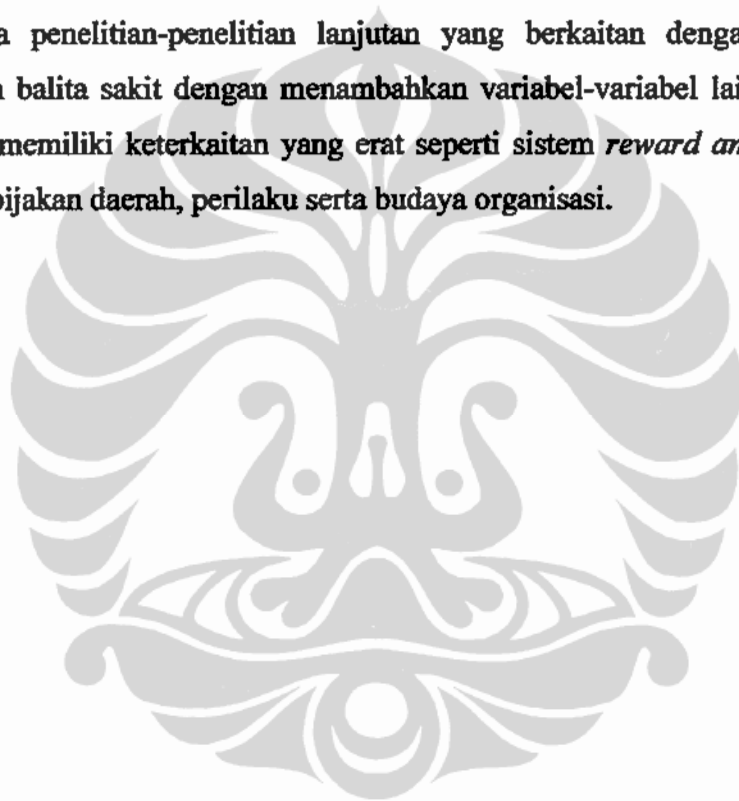
- c. Pimpinan Puskesmas sebaiknya juga membuat sistem penghargaan kepada petugas yang terbukti disiplin dalam menjalankan program MTBS, bisa berupa pujian atau pelatihan, ataupun pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi.
 - d. Pimpinan Puskesmas mengadakan kumpul bersama antara petugas paling tidak 3 bulan sekali sehingga apabila ditemukan permasalahan dapat diatasi dengan cepat. Sebagai contoh perbedaan penetapan klasifikasi derajat dehidrasi menjadi perhatian karena akan mengakibatkan kematian anak jika tidak tepat dalam penetapan klasifikasi diare berdasarkan derajat dehidrasi.
 - e. Pimpinan Puskesmas sebaiknya tidak pernah berhenti untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas Puskesmas melalui pelatihan ataupun pelatihan penyegaran dengan frekuensi 6 bulan sekali.
3. Bagi Pimpinan Dinas Kesehatan Kabupaten
- a. Dinas Kesehatan mengatur sistem supervisi terhadap pelaksanaan program MTBS di tingkat Puskesmas, seperti diadakannya supervisi setiap 3 bulan sekali pada awal bulan, karena dengan adanya supervisi dapat menambah semangat dari petugas yang ada di lapangan karena mendapat perhatian.
 - b. Dinas Kesehatan mengadakan pelatihan-pelatihan bagi petugas Puskesmas mengenai MTBS setiap 3 bulan sekali sehingga diharapkan seluruh petugas yang ada di Puskesmas mendapatkan semua. Namun, apabila pelatihan memiliki keterbatasan untuk dilakukan, maka jika diperlukan sebaiknya pihak Dinas Kesehatan mengusulkan pemasukan materi mengenai MTBS dalam kurikulum pendidikan baik pendidikan bagi profesi medis ataupun pendidikan bagi profesi paramedis.
 - c. Dinas Kesehatan memfasilitasi Puskesmas untuk berkembang dalam melaksanakan program MTBS dengan mendukung sarana dan prasarana yang ada, dukungan ini dapat berupa sarana transportasi,

obat-obatan, atau bahkan sarana fisik yang dapat menunjang pelaksanaan program MTBS.

- d. Perlu dipertimbangkan lebih lanjut mengenai keharusan pemberian tablet zinc pada balita sakit dengan gejala diare. Jika memang hal tersebut menjadi pedoman maka pihak Dinas Kesehatan benar-benar mendukung pelaksanaan pedoman dengan memfasilitasi perlengkapan tablet zinc di tingkat Puskesmas.

4. Bagi Peneliti Lain

Diharapkan ada penelitian-penelitian lanjutan yang berkaitan dengan penatalaksanaan balita sakit dengan menambahkan variabel-variabel lain yang dianggap memiliki keterkaitan yang erat seperti sistem *reward and punishment*, kebijakan daerah, perilaku serta budaya organisasi.



DAFTAR REFERENSI

- Amiruddin, dkk (2006), *Current Issue Kematian Anak karena Penyakit Diare*, <http://ridwanamiruddin.wordpress.com/2007/10/17/current-issue-kematian-anak-karena-penyakit-diare/>, diakses pada Hari Rabu tanggal 1 April 2009, pukul 08.27 WIB.
- Arifien, (2006), *Kepatuhan Petugas MTBS terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) Pendekatan MTBS dan Faktor-faktor yang Mempengaruhinya di Kabupaten Majalengka Tahun 2005*. Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (2003), *Program Nasional Bagi Anak Indonesia Kelompok Kesehatan*. Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Jakarta.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (2007), *Laporan Perkembangan Pencapaian Millennium Development Goals Indonesia 2007*. Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik (1998), *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 1997*. ORC Macro. Calverton, Maryland, USA.
- Badan Pusat Statistik (2003), *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003*. ORC Macro. Calverton, Maryland, USA.
- Badan Pusat Statistik (2007), *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007*.
- Departemen Kesehatan (1994), *Pedoman Tata Laksana Diare*. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Ditjen PP&PL). Departemen Kesehatan RI, Jakarta. Diunduh melalui http://www.ppl.depkes.go.id/images_data/Pedoman%20Tata%20Laksana%20Diare.pdf pada hari Rabu tanggal 1 April 2009 pukul 08.47 WIB.
- Departemen Kesehatan (1999), *Pedoman Pemakaian Obat Secara Rasional*. Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan, Jakarta.
- Departemen Kesehatan (2003), *Penggunaan Obat Rasional bagi Tenaga Perawat di Puskesmas*. Direktorat Jenderal Pelayanan Farmasi dan Alat Kesehatan. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.

- Departemen Kesehatan (2004), *Kajian Riset Operasional Intensifikasi Pemberantasan Penyakit Menular Tahun 1998/1999 – 2003*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan (2005), *Kebijakan Obat Nasional*. Rancangan 23 September 2005. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan (2006), *Manajemen Terpadu Balita Sakit*. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan (2008 a), *Profil Kesehatan Indonesia 2007*. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Departemen Kesehatan (2008 b), *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007, Laporan Nasional 2007*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang (2008), *Profil Kesehatan Kabupaten Tangerang 2007*. Dinas Kesehatan Kabupaten Tangerang.
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya (2008), *Profil Puskesmas Tambakrejo*. Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
- Firdaus (2008), *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Petugas Puskesmas dan Puskesmas Pembantu dalam Menerapkan Prosedur Manajemen Terpadu Balita Sakit di Kabupaten Nagan Raya Tahun 2008*. Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Gibson (1987), *Organisasi: Perilaku, Struktur dan Proses*. Erlangga, Jakarta.
- Green, L (1980), *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Mayfield Publishing Company.
- Green, L (1990), *Introduction to Health Education*. Welt & Simons, Morton, BG. Waveland Press.
- Hafizah (2007), *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Petugas Kesehatan terhadap Algoritme MTBS*. Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Harianto (2004), *Penyuluhan Penggunaan Oralit untuk Menanggulangi Diare di Masyarakat*. Majalah Ilmu Kefarmasian, Vol. I, No.1, April 2004, 27 - 33.
- Management Sciences for Health (1984), *Managing Drug Supply, 1st ed.* Management Sciences for Health, Boston

- Munthe & Kuntjoro (2006), *Strategi Perbaikan Mutu Pelayanan MTBS di Puskesmas Rantau Panjang, Kabupaten Merangin, Jambi*. Working Paper Series No.24. KMPK Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Notoatmodjo, S (1993), *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Andi Offset, Yogyakarta.
- Pratono, dkk (2008), *Evaluasi Pelaksanaan MTBS di Puskesmas Tanah Laut. Rantau Panjang, Kabupaten Merangin, Jambi*. Working Paper Series No.3. KMPK Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Robbins, S.P. (2007), *Perilaku Organisasi, edisi kesepuluh*. PT. Indeks, Indonesia.
- Rosdy, & Kristiani (2005), *Penanggulangan ISPA, Pengelolaan Program Pemberantasan Infeksi Saluran Pernapasan Akut di Puskesmas Kabupaten Bengkulu Utara*. Working Paper Series No.1. KMPK Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Soebandrio, Amin (2004), *Batuk, Pilek dan Diare Tidak Perlu Antibiotik*. Media Indonesia, Terbitan Rabu, 19 Mei 2004, halaman 19, kolom 1-3.
- Supono (2007), *Pengetahuan, Pengalaman Kontak, dan Kepercayaan sebagai Faktor Prediksi terhadap Persepsi Ibu tentang Diare pada Balita di Kecamatan Bekasi Utara Tahun 2007*. Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Vance MA & Millington WR (1986), *Principle of Irrational Drug Therapy*. International Journal of Health Sciences 16(3): 355-61.
- Wahyudin (2006), *Analisis Kepatuhan Bidan di Poli KIA dalam Penggunaan Obat Rasional pada Balita Diare Akut Non Spesifik di Kabupaten Sumedang 2006*. Tesis, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Win (2006), *An Assessment of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Screening for AIDS based on WHO Criteria and Modifications using A Retrospective Review of Paediatric Case Records from Edenvale Hospital*. Faculty of Health Sciences, University of the Witwatersrand, Johannesburg.
- World Health Organization (2001), *Model Chapter for Textbooks - IMCI - Integrated Management of Childhood Illness*. Geneva.
- World Health Organization (2005), *Handbook : IMCI Integrated Management of Childhood Illness*. Geneva.

Survei Evaluasi Pelaksanaan MTBS FORMULIR-1

IDENTIFIKASI

Lokasi

- I1. Provinsi : _____ Kode : /_/
- I2. Kabupaten/Kota : _____ Kode : /_/
- I3. Kecamatan : _____ Kode : /_/
- I4. Puskesmas : _____ Kode : /_/

Pengamatan

- I5. Tanggal : _____ Kode : /_/
- I6a. Nama pengamat : _____ Kode : /_/
- I7a. Mulai pukul : _____
- I8a. Selesai pukul : _____

Selamat pagi/siang/sore Bapak/Ibu. Saya adalah petugas dari Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia. Saat ini saya sedang mengamati bagaimana anak-anak yang berobat di Puskesmas ini mendapatkan pemeriksaan dan pengobatan. Saya juga akan mengamati bagaimana berlangsungnya konsultasi antara petugas kesehatan dan Bapak/Ibu. Kami mohon izin dari Bapak/Ibu untuk melakukan pengamatan terhadap pemeriksaan dan pengobatan yang diterima anak Bapak/Ibu ini, serta proses konsultasi antara bapak/ibu dan petugas kesehatan. Bila bapak/ibu bersedia kami amati, bapak/ibu tidak akan mengalami risiko atau mendapatkan keuntungan apa pun. Akan tetapi kesediaan bapak/ibu untuk diamati akan sangat bermanfaat bagi perbaikan mutu pelayanan di Puskesmas ini. Semua hal yang kami amati dan semua jawaban yang bapak/ibu berikan atas pertanyaan-pertanyaan kami akan kami jaga kerahasiaannya. Apakah bapak/ibu bersedia kami amati dan kami wawancarai?

1. YA, saya bersedia diamati dan diwawancarai
2. TIDAK, saya tidak bersedia diamati ataupun diwawancarai

Identitas Anak

- I9. Nama : _____
- I10. Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
- I11. Tanggal lahir : ___/___/___ (tanggal/bulan/tahun)
- I12. Umur : ___ bulan

KARAKTERISTIK PETUGAS KAMAR PERIKSA

<i>Tanyakan kepada Petugas Kesehatan yang melakukan penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling di Kamar Periksa</i>			
PP1	Nama petugas kesehatan		
PP2	Jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan	
PP3	Umur	tahun	
PP4	Tipe/profesi	1. Perawat → ke PP4a 2. Bidan → ke PP4b 3. Dokter → ke PP 4. Lainnya:	
	PP4a	Bila PERAWAT, apa jenjang pendidikannya? [Setelah pertanyaan ini langsung ke PP5]	1. SPK 2. D3 Keperawatan 3. S1 Keperawatan 4. Lainnya: _____ 8. NA (bukan perawat)
	PP4b	Bila BIDAN, apa jenjang pendidikannya?	1. D1 Kebidanan 2. D3 Kebidanan 8. NA (bukan bidan)
PP5	Apakah pernah mengikuti Pelatihan MTBS?		1. Ya 2. Tidak → langsung ke PP6
	Bila YA		
	PP5a	Kapan	Tahun
	PP5b	Siapa penyelenggaranya	1. Departemen Kesehatan Pusat 2. Dinas Kesehatan Provinsi 3. Dinas Kesehatan Kabupaten 4. Puskesmas 5. Lainnya:
PP5c	Berapa lama pelatihannya	hari	
PP6	Apakah Saudara pernah mendapatkan materi MTBS selama dalam pendidikan Saudara?		1. Ya 2. Tidak
PP7	Apakah Saudara pernah mendapatkan informasi tentang MTBS selain melalui pendidikan dan pelatihan?		1. Ya 2. Tidak
PP8	Apakah pernah mengikuti Pelatihan MTBS?		1. Ya 2. Tidak → langsung ke PP9
	Bila YA		3.
	PP8a	Kapan	Tahun
	PP8b	Siapa penyelenggaranya	1. Departemen Kesehatan Pusat 2. Dinas Kesehatan Provinsi 3. Dinas Kesehatan Kabupaten 4. Puskesmas 5. Lainnya:
PP8c	Berapa lama pelatihannya	hari	
PP9	Apakah Saudara pernah mendapatkan materi MTBS selama dalam pendidikan Saudara?		1. Ya Tidak
PP10	Apakah Saudara pernah mendapatkan informasi tentang MTBS selain melalui pendidikan dan pelatihan?		1. Ya Tidak

Bagian A
DAFTAR TILIK PENGAMATAN PROSES PENILAIAN

Lakukan pengamatan terhadap Proses Penilaian yang dilakukan petugas kesehatan terhadap anak di Ruang Periksa

A1	Apakah ada petugas kesehatan yang menimbang berat badan anak?	1. Ya	2. Tidak
A2	Apakah hasil penimbangan berat badan dicatat?	1. Ya	2. Tidak
A3	Apakah ada petugas kesehatan yang mengukur suhu tubuh anak?	1. Ya	2. Tidak
A4	Apakah hasil pengukuran suhu badan dicatat?	1. Ya	2. Tidak
A5	Apakah alasan/penyebab yang dinyatakan oleh ibu/pengasuh anak sehingga membawa anak ke Puskesmas?		
A5a	Diare/mencret	1. Ya	2. Tidak
A5b	Muntah	1. Ya	2. Tidak
A5c	Demam	1. Ya	2. Tidak
A5d	Malaria	1. Ya	2. Tidak
A5e	Batuk	1. Ya	2. Tidak
A5f	Sulit bernafas, nafas cepat, sesak nafas	1. Ya	2. Tidak
A5g	Masalah telinga	1. Ya	2. Tidak
A5h	Kunjungan anak sehat	1. Ya	2. Tidak
A5i	Lainnya (sebutkan):	1. Ya	2. Tidak
A6	Apakah petugas memberi tanda pada formulir/buku, apakah kunjungan anak saat ini merupakan kunjungan pertama/dua		
A7	Apakah petugas kesehatan menanyakan apakah anak bisa minum atau menetek?	1. Ya	2. Tidak
A8	Apakah petugas kesehatan menanyakan apakah anak memuntahkan yang dimakan/dimimunya?	1. Ya	2. Tidak
A9	Apakah petugas kesehatan menanyakan apakah anak kejang?	1. Ya	2. Tidak
A10	Apakah anak dalam keadaan sadar penuh (misalnya anak bermain, tersenyum, menangis keras)?	1. Ya → langsung ke A10	2. Tidak
A10a	Bila anak TIDAK SADAR, apakah petugas kesehatan memeriksa kondisi letargi atau ketidaksadaran anak?	1. Ya	2. Tidak
A11	Apakah petugas kesehatan menanyakan apakah anak batuk atau sukar bernafas?	1. Ya	2. Tidak → langsung ke A11
A11a	Bila keluhan YA, apakah petugas kesehatan menghitung frekuensi nafas anak?	1. Ya	2. Tidak
A12	Apakah petugas kesehatan menanyakan apakah anak diare?	1. Ya	2. Tidak → langsung ke A12
A12a	Bila keluhan YA, apakah petugas kesehatan melakukan pemeriksaan cubitan kulit perut (memeriksa turgor)?	1. Ya	2. Tidak
A13	Apakah petugas kesehatan menanyakan apakah anak demam ATAU mengacu/melihat hasil pemeriksaan suhu sebelumnya?	1. Ya	2. Tidak → langsung ke A13
	Bila ANAK DEMAM:		
A13a	Apakah petugas kesehatan menentukan bahwa anak tinggal di daerah endemis malaria ATAU dalam 2 minggu terakhir pernah berkunjung ke daerah endemis malaria	1. Ya	2. Tidak
A13b	Apakah petugas kesehatan menanyakan lamanya demam	1. Ya	2. Tidak
A13c	Apakah petugas kesehatan menanyakan dan/atau memeriksa tanda-tanda perdarahan	1. Ya	2. Tidak

A14	Apakah petugas kesehatan memeriksa tanda-tanda anak sangat kurus (<i>wasting</i>)?	1. Ya	2. Tidak
A15	Apakah petugas kesehatan memeriksa keputihan pada telapak tangan anak?	1. Ya	2. Tidak
A16	Apakah petugas kesehatan memeriksa edema/bengkak pada punggung kaki anak?	1. Ya	2. Tidak
A17	Apakah petugas kesehatan memeriksa berat badan anak, membandingkannya dengan grafik pertumbuhan pada KMS atau Buku KIA?	1. Ya	2. Tidak
A18	Apakah petugas kesehatan menanyakan atau memeriksa Kartu Imunisasi atau KMS atau Buku KIA?	1. Ya	2. Tidak → <i>langsung ke A18</i>
A17a	Bila YA, apakah pengasuh anak dapat menunjukkan Kartu Imunisasi atau KMS atau Buku KIA?	1. Ya	2. Tidak
A19	Apakah petugas kesehatan menanyakan status imunisasi anak kepada ibu/pengasuh anak	1. Ya	2. Tidak
A20	[<i>Jika umur anak ≥24 bulan, langsung ke A20</i>] Apakah petugas kesehatan menanyakan tentang pemberian ASI?	1. Ya	2. Tidak
A21	Apakah petugas kesehatan menanyakan makanan dan minuman yang diberikan kepada anak?	1. Ya	2. Tidak
A22	Apakah petugas kesehatan menanyakan ada-tidaknya perubahan pemberian makan selama anak sakit?	1. Ya	2. Tidak
A23	Apakah petugas kesehatan menanyakan ada-tidaknya masalah kesehatan lainnya?	1. Ya	2. Tidak



Bagian B
DAFTAR TILIK KLASIFIKASI

B1	Apakah petugas kesehatan menetapkan satu atau lebih klasifikasi pada anak?	1. Ya	2. Tidak → <i>langsung ke Bagian C</i>
Klasifikasi yang Ditetapkan			
B2	Satu atau lebih tanda bahaya	1. Ya	2. Tidak
B3	Pneumonia berat atau penyakit sangat berat	1. Ya	2. Tidak
B4	Pneumonia	1. Ya	2. Tidak
B5	Batuk bukan pneumonia	1. Ya	2. Tidak
B6	Dehidrasi berat	1. Ya	2. Tidak
B7	Dehidrasi sedang	1. Ya	2. Tidak
B8	Tanpa dehidrasi	1. Ya	2. Tidak
B9	Diare persisten berat	1. Ya	2. Tidak
B10	Diare persisten	1. Ya	2. Tidak
B11	Disenteri	1. Ya	2. Tidak
B12	Penyakit berat dengan demam	1. Ya	2. Tidak
B13	Malaria	1. Ya	2. Tidak
B14	Demam, mungkin bukan malaria	1. Ya	2. Tidak
B15	Demam, bukan malaria	1. Ya	2. Tidak
B16	Campak dengan komplikasi berat	1. Ya	2. Tidak
B17	Campak dengan komplikasi pada mata dan/atau mulut	1. Ya	2. Tidak
B18	Campak	1. Ya	2. Tidak
B19	Demam Berdarah Dengue (DBD)	1. Ya	2. Tidak
B20	Demam mungkin bukan DBD	1. Ya	2. Tidak
B21	Demam mungkin DBD	1. Ya	2. Tidak
B22	Mastoiditis	1. Ya	2. Tidak
B23	Infeksi telinga akut	1. Ya	2. Tidak
B24	Infeksi telinga kronis	1. Ya	2. Tidak
B25	Tidak ada infeksi telinga	1. Ya	2. Tidak
B26	Gizi buruk dan/atau anemia berat	1. Ya	2. Tidak
B27	BGM dan/atau anemia	1. Ya	2. Tidak
B28	Tidak BGM dan tidak anemia	1. Ya	2. Tidak
B29	Masalah pemberian makan untuk anak BGM dan/atau anak dengan anemia dan/atau anak di bawah 2 tahun	1. Ya	2. Tidak
B30	Ditentukan imunisasi yang dibutuhkan saat ini		
B30a	BCG	1. Ya	2. Tidak
B30b	Hepatitis B-0	1. Ya	2. Tidak
B30c	Hepatitis B-1	1. Ya	2. Tidak
B30d	Hepatitis B-2	1. Ya	2. Tidak
B30e	Hepatitis B-3	1. Ya	2. Tidak
B30f	Polio-1	1. Ya	2. Tidak
B30g	Polio-2	1. Ya	2. Tidak
B30h	Polio-3	1. Ya	2. Tidak
B30i	Polio-4	1. Ya	2. Tidak
B30j	DPT-1	1. Ya	2. Tidak
B30k	DPT-2	1. Ya	2. Tidak
B30l	DPT-3	1. Ya	2. Tidak
B30m	Campak	1. Ya	2. Tidak
B30n	Lainnya:	1. Ya	2. Tidak
B30o	Lainnya:	1. Ya	2. Tidak

Bagian C
DAFTAR TILIK PENGOBATAN

C1	Apakah anak disuntik?		1. Ya	2. Tidak → langsung ke C2
	Jika YA, suntikan apa yang diberikan?			
	C1a	Antimalaria (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
	C1b	Antibiotika (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
	C1c	Lainnya (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
C2	Apakah anak diberi oralit?		1. Ya	2. Tidak → langsung ke C3
	C2a	Jika YA, apakah oralit langsung diminumkan kepada anak di Puskesmas?	1. Ya	2. Tidak
C3	Apakah petugas kesehatan memutuskan untuk segera merujuk anak (dengan klasifikasi merah) ke Dokter Puskesmas atau ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap?		1. Ya	2. Tidak → langsung ke C5
C4	Apakah pengasuh anak setuju untuk langsung merujuk anak ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap?		1. Ya	2. Tidak → langsung ke C5
	C4a	Jika YA, apakah petugas kesehatan memberi pengobatan pra-rujukan?	1. Ya	2. Tidak → langsung ke D
	Jika YA, pengobatan/tindakan pra-rujukan apa saja yang diberikan?			
	C4b	Antimalaria (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
	C4c	Antibiotika (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
	C4d	Infus (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
	C4e	Vitamin A	1. Ya	2. Tidak
	C4f	Lainnya (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
C5	Apakah petugas kesehatan memberi atau meresepkan pengobatan oral		1. Ya	2. Tidak
	Jika YA, periksa dan catat semua obat oral yang diberikan			
		Obat oral standard MTBS		
	C51a	Kotrimoksazol tablet dewasa	1. Ya	2. Tidak
	C51b	Kotrimoksazol tablet anak	1. Ya	2. Tidak
	C51c	Kotrimoksazol sirup	1. Ya	2. Tidak
	C51d	Amoksisilin sirup	1. Ya	2. Tidak
	C51e	Amoksisilin tablet	1. Ya	2. Tidak
	C51f	Tetrasiklin kapsul	1. Ya	2. Tidak
	C51g	Klorokuin tablet	1. Ya	2. Tidak
	C51h	Primakuin tablet	1. Ya	2. Tidak
	C51i	Kina tablet	1. Ya	2. Tidak
	C51j	Sulfadoksin Primetamin	1. Ya	2. Tidak
	C51k	Artesunate tablet	1. Ya	2. Tidak
	C51l	Amodiakuin tablet	1. Ya	2. Tidak
	C51m	Parasetamol tablet	1. Ya	2. Tidak
	C51n	Pirantel Pamoat tablet	1. Ya	2. Tidak
	C51o	Gentian Violet	1. Ya	2. Tidak
	C51p	Gliserin	1. Ya	2. Tidak
	C51q	Tablet Nistatin	1. Ya	2. Tidak
C51r	Vitamin A 200.000 IU	1. Ya	2. Tidak	
C51s	Vitamin A 100.000 IU	1. Ya	2. Tidak	

Nomor Identifikasi

--	--	--

Kabupaten Puskesmas Anak

C8	Apakah pengobatan oral yang diberikan termasuk anti-malaria?		1. Ya	2. Tidak → langsung ke C9
	Bila YA, periksa dan catatlah hal-hal berikut mengenai ANTIMALARIA PERTAMA yang diberikan			
	C81a	Nama dagang		
	C81b	Isi (formula)		
	C81c	Dosis per kali pemberian		
	C81d	Frekuensi pemberian per hari		
	C81e	Total dosis per hari		
	Periksa dan catat pula hal-hal berikut mengenai ANTIMALARIA KEDUA yang diberikan			
	C82a	Nama dagang		
	C82b	Isi (formula)		
	C82c	Dosis per kali pemberian		
C82d	Frekuensi pemberian per hari			
C82e	Total dosis per hari			
C9	Apakah imunisasi yang dibutuhkan anak diberikan saat ini?		1. Ya → langsung ke D	2. Tidak
C9a	Bila TIDAK, mengapa?		1. Vaksin tidak ada 2. Bukan hari pelayanan imunisasi 3. Petugas imunisasi tidak ada 4. Petugas imunisasi menolak 5. Ibu/pengasuh anak menolak	

Bagian D
DAFTAR TILIK PENGAMATAN KONSELING

D1	Apakah petugas kesehatan menerangkan cara memberikan obat oral:				
	D1a	Antibiotika	1. Ya	2. Tidak	8. NA
	D1b	Antimalaria	1. Ya	2. Tidak	8. NA
	D1c	Oralit	1. Ya	2. Tidak	8. NA
D2	Apakah petugas kesehatan mendemonstrasikan cara memberikan obat oral:				
	D2a	Antibiotika	1. Ya	2. Tidak	8. NA
	D2b	Antimalaria	1. Ya	2. Tidak	8. NA
	D2c	Oralit	1. Ya	2. Tidak	8. NA
D3	Apakah petugas kesehatan memastikan bahwa ibu/pengasuh anak memahami cara memberikan obat oral (dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan terbuka):				
	D3a	Antibiotika	1. Ya	2. Tidak	8. NA
	D3b	Antimalaria	1. Ya	2. Tidak	8. NA
	D3c	Oralit	1. Ya	2. Tidak	8. NA
D4	Apakah petugas kesehatan meminta ibu/pengasuh anak untuk memberikan dosis pertama obat oral di Puskesmas?				
	D4a	Antibiotika	1. Ya	2. Tidak	8. NA
	D4b	Antimalaria	1. Ya	2. Tidak	8. NA
D5	Apakah petugas kesehatan menerangkan kepada ibu/pengasuh anak tentang perlunya memberi minum (cairan) dan/atau ASI lebih banyak kepada anak?		1. Ya	2. Tidak	
D6	Apakah petugas kesehatan menerangkan perlunya terus memberi ASI/makanan kepada anak?		1. Ya	2. Tidak	
D7	Apakah petugas kesehatan menerangkan frekuensi pemberian ASI/makanan yang dibutuhkan anak?		1. Ya	2. Tidak → <i>langsung ke D8</i>	
	D7a	Jika YA, apakah frekuensi pemberian ASI/makanan yang disarankan sesuai dengan golongan usia anak?	1. Ya	2. Tidak	
D8	Apakah petugas kesehatan memberi tahu ibu/pengasuh anak untuk segera membawa kembali anak ke Puskesmas apabila terjadi hal-hal berikut:				
	D8a	Tidak dapat minum/menetek	1. Ya	2. Tidak	
	D8b	Bertambah parah	1. Ya	2. Tidak	
	D8c	Timbul demam	1. Ya	2. Tidak	
	D8d	Nafas cepat dan/atau sukar bernafas	1. Ya	2. Tidak	
	D8e	Tinja bercampur	1. Ya	2. Tidak	
	D8f	Malas minum	1. Ya	2. Tidak	
	D8g	Timbul tanda-tanda perdarahan	1. Ya	2. Tidak	
	D8h	Lainnya (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak	
D9	Apakah petugas kesehatan mengajukan setidaknya satu pertanyaan yang berkaitan dengan kesehatan ibu/pengasuh anak?		1. Ya	2. Tidak	
D10	Apakah petugas kesehatan menggunakan Buku Bagan MTBS selama memberikan pelayanan kepada anak?		1. Ya	2. Tidak	

Bagian E KESIMPULAN PENGAMAT

Bila selama pengamatan proses penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling pengamat tidak dapat mengidentifikasi klasifikasi/diagnosis yang ditegakkan petugas kesehatan dan pengobatan yang diberikan, pengamat harus menanyakannya kepada petugas kesehatan. Pengamat harus mengisi Bagian E ini sebelum mengamati anak berikutnya.

Kesimpulan yang harus dibuat		Cara menarik kesimpulan	Kesimpulan Pengamat		
E1	Apakah petugas melakukan langkah-langkah penilaian sesuai dengan langkah-langkah pada Daftar Tilik A?	Lihat hasil pengamatan dengan Daftar Tilik A	1.Ya	2.Tidak	
E2	Apakah klasifikasi yang ditetapkan sesuai dengan klasifikasi pengamat?	Membandingkan klasifikasi petugas kesehatan dengan klasifikasi pengamat	1.Ya	2.Tidak	
E3	Apakah pengobatan yang diberikan sesuai dengan pengobatan pengamat?	Membandingkan klasifikasi petugas kesehatan dengan pengobatan pengamat	1.Ya	2.Tidak	
E4	Apakah konsultasi yang diberikan sesuai dengan Daftar Tilik D?	Lihat hasil pengamatan dengan Daftar Tilik D	1.Ya	2.Tidak	
E5	Jika anak diberi antibiotik, apakah pemberiannya sesuai dengan klasifikasi?	Menilai kesesuaian antara pemberian antibiotik dengan klasifikasi pengamat	1.Ya	2.Tidak	3.NA (tidak ada pemberian antibiotik)
E6	Jika anak diberi antibiotik (apa pun alasannya), apakah antibiotik diberikan dengan dosis dan cara pemberian yang benar?	Bila anak diberi 1 antibiotik, Jawaban C7 = YA dan Jawaban C71b, C71c, C71d BENAR <i>atau</i> Bila anak diberi 2 antibiotik, Jawaban C7 = YA dan Jawaban C72b, C72c, C72d, BENAR	1.Ya	2.Tidak	3.NA (tidak ada pemberian antibiotik)
E7	Jika anak diberi antimalaria (apapun alasannya), apakah antimalaria diberikan dengan dosis dan cara yang benar?	Bila anak hanya diberi 1 antimalaria, Jawaban C8 = YA dan Jawaban C81b, C81c, C81d BENAR <i>atau</i> Bila anak diberi 2 antimalaria, Jawaban C7 = YA dan Jawaban C82b, C82c, C82d BENAR	1.Ya	2.Tidak	3.NA (tidak ada pemberian antibiotik)
E8	Jika anak dirujuk (apapun alasannya) apakah anak menerima pengobatan pra-rujukan yang sesuai?	Membandingkan pengobatan pra-rujukan yang diberikan dengan standard	1.Ya	2.Tidak	3.NA (anak tidak dirujuk)

Survei Evaluasi Pelaksanaan MTBS FORMULIR-3

IDENTIFIKASI

Lokasi

I1. Provinsi : _____ Kode : /_/
 I2. Kabupaten : _____
 I3. Kecamatan : _____
 I4. Puskesmas : _____ Kode : /_/ /

Pengamatan

I5. Tanggal : _____
 I6. Nama pengamat : _____ Kode : /_/ /

Diskusikan dengan Kepala Puskesmas (atau staf lain yang relevan) jumlah dan kualifikasi petugas kesehatan yang bertanggung jawab melaksanakan Manajemen Terpadu Balita Sakit.

JUMLAH DAN KUALIFIKASI PETUGAS KESEHATAN

Kategori	Jumlah yang bertugas di Puskesmas	Jumlah yang dapat melakukan penilaian, klasifikasi dan menetapkan tindakan sesuai MTBS	Jumlah yang menangani anak	Jumlah yang menangani Pelatihan MTBS	Jumlah yang sudah mengikuti pelatihan MTBS
Dokter					
Perawat					
Bidan					
Lainnya					
Total					

KELENGKAPAN ALAT

Ajak staf Puskesmas yang relevan untuk memeriksa dan mengamati kelengkapan fasilitas di Puskesmas. Amati dan isilah Daftar Tilik berikut ini.

P1	Apakah Puskesmas memiliki perlengkapan dan material berikut:			
	P1a	Timbangan orang dewasa yang berfungsi	1. Ya	2. Tidak
	P1b	Timbangan bayi yang berfungsi	1. Ya	2. Tidak
	P1c	Termometer	1. Ya	2. Tidak
	P1d	Timer (pengukur waktu) atau arloji dengan jarum detik untuk setiap petugas MTBS	1. Ya	2. Tidak
	P1e	Tensimeter dan manset anak	1. Ya	2. Tidak
	P1f	Peralatan untuk demonstrasi membuat oralit: gelas, sendok, teko/tempat air matang	1. Ya	2. Tidak
	P1g	Sumber air bersih	1. Ya	2. Tidak
	P1h	Jarum suntik 1 ml	1. Ya	2. Tidak
	P1i	Jarum suntik 2,5 ml	1. Ya	2. Tidak
	P1j	Jarum suntik 5 ml	1. Ya	2. Tidak
	P1k	Infus set dengan wing needles no.23 dan no.25	1. Ya	2. Tidak
	P1l	Kasa/kapas	1. Ya	2. Tidak
	P1m	Alat penumbuk obat	1. Ya	2. Tidak
	P1n	Alat penghisap lendir	1. Ya	2. Tidak
	P1o	Pipa lambung	1. Ya	2. Tidak
	P1p	Rapid Diagnostik Test untuk malaria	1. Ya	2. Tidak
	P1q	Mikroskop untuk pemeriksaan malaria	1. Ya	2. Tidak
P1r	Kartu stok (logbook)	1. Ya	2. Tidak	
P1s	KMS, Kartu Imunisasi	1. Ya	2. Tidak	
P1t	Kartu Nasehat Ibu (KNI) dan/atau Buku KIA	1. Ya	2. Tidak	
P1u	Buku Bagan MTBS	1. Ya	2. Tidak	
P1v	Bagan Dinding MTBS	1. Ya	2. Tidak	
P1w	Alat transportasi untuk rujukan pasien	1. Ya	2. Tidak	
P2	Apakah puskesmas memiliki jarum suntik yang tepat untuk imunisasi?		1. Ya	2. Tidak
	P2a	Bila YA, bagaimana penggunaannya	1. Sekali pakai 2. Dipakai lebih dari sekali	
P3	Apakah puskesmas memiliki alat sterilisasi		1. Ya	2. Tidak
P4	Apakah puskesmas memiliki fasilitas penyimpanan dan membawa vaksin (<i>cold chain</i>) yang berfungsi baik?		1. Ya	2. Tidak
	P4a	Apakah puskesmas memiliki <i>ice packs</i> dan <i>cold box</i> ?	1. Ya	2. Tidak
P5	Apakah puskesmas memiliki stok vaksin berikut ini:			
	P5a	Vaksin BCG	1. Ya	2. Tidak
	P5b	Vaksin Polio	1. Ya	2. Tidak
	P5c	Vaksin DPT	1. Ya	2. Tidak
	P5d	Vaksin Campak	1. Ya	2. Tidak
	P5e	Vaksin Hepatitis Uniject	1. Ya	2. Tidak
	P5f	Vaksin DPT/HepB	1. Ya	2. Tidak

KETERSEDIAAN OBAT*Ajak staf Puskesmas yang relevan untuk memeriksa dan mengamati persediaan (stock) obat.*

O1	Apakah Puskesmas ini memiliki persediaan obat berikut ini:		
	O1a	Kotrimoksazol tablet dewasa	1. Ya 2. Tidak
	O1b	Kotrimoksazol tablet anak	1. Ya 2. Tidak
	O1c	Kotrimoksazol sirup	1. Ya 2. Tidak
	O1d	Amoksisilin sirup	1. Ya 2. Tidak
	O1e	Amoksisilin tablet	1. Ya 2. Tidak
	O1f	Tetrasiklin kapsul	1. Ya 2. Tidak
	O1g	Metronidazol tablet	1. Ya 2. Tidak
	O1h	Klorokuin tablet	1. Ya 2. Tidak
	O1i	Primakuin tablet	1. Ya 2. Tidak
	O1j	Kina tablet	1. Ya 2. Tidak
	O1k	Sulfadoksin Pirimetamin	1. Ya 2. Tidak
	O1l	Artesunate tablet	1. Ya 2. Tidak
	O1m	Amodiakuin tablet	1. Ya 2. Tidak
	O1n	Parasetamol tablet	1. Ya 2. Tidak
	O1o	Tablet Pirantel Pamoat	1. Ya 2. Tidak
	O1p	Nistatin tablet	1. Ya 2. Tidak
	O1q	Gentian Violet 1 %	1. Ya 2. Tidak
	O1r	Gliserin	1. Ya 2. Tidak
	O1s	Vitamin A 200.000 IU	1. Ya 2. Tidak
	O1t	Vitamin A 100.000 IU	1. Ya 2. Tidak
	O1u	Tablet Besi	1. Ya 2. Tidak
	O1v	Sirup Besi	1. Ya 2. Tidak
O1w	Tablet Zinc	1. Ya 2. Tidak	
O1x	Oralit	1. Ya 2. Tidak	
O1y	Salep mata Tetrasiklin	1. Ya 2. Tidak	
O1z	Salep mata Kloramfenikol	1. Ya 2. Tidak	
O1aa	Parasetamol sirup	1. Ya 2. Tidak	
O1bb	Mebendazol tablet	1. Ya 2. Tidak	
O2	Apakah Puskesmas memiliki persediaan obat suntik berikut ini:		
	O2a	Suntikan Ampisilin	1. Ya 2. Tidak
	O2b	Suntikan Kloramfenikol	1. Ya 2. Tidak
	O2c	Suntikan Gentamisin	1. Ya 2. Tidak
	O2d	Suntikan Penisilin Prokain	1. Ya 2. Tidak
	O2e	Suntikan Artemeter	1. Ya 2. Tidak
	O2f	Suntikan Kinin HCl	1. Ya 2. Tidak
	O2g	Suntikan Fenobarbital	1. Ya 2. Tidak
	O2h	Suntikan Diazepam	1. Ya 2. Tidak
	O2i	Aqua Bides untuk pelarut	1. Ya 2. Tidak
	O2j	Cairan infus Na Cl 0,9 %	1. Ya 2. Tidak
	O2k	Cairan infus Ringer Laktat	1. Ya 2. Tidak
	O2l	Cairan infus Dextrose 5 %	1. Ya 2. Tidak
	O2m	Alkohol 70 %	1. Ya 2. Tidak
O2n	Povidone Iodine	1. Ya 2. Tidak	

PELAYANAN PUSKESMAS

Tanyakan pertanyaan-pertanyaan berikut ini kepada petugas kesehatan yang melaksanakan MTBS. Jika ada beberapa petugas kesehatan, diskusikan pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan mereka dan usahakan mencapai kesepakatan untuk setiap pertanyaan. Catat berbagai hal penting di halaman kosong di balik kuesioner ini.

Y1	Berapa hari dalam seminggu Puskesmas ini buka?	
Y2	Berapa hari dalam seminggu Puskesmas ini menyediakan pelayanan bagi anak?	
Y3	Berapa hari dalam seminggu Puskesmas ini menyediakan pelayanan imunisasi?	
Y4	Dalam 6 bulan terakhir ini, berapa kali Puskesmas menerima kunjungan supervisi dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota?	
Y5	Pada saat kunjungan supervisi yang terakhir, apakah supervisor mengamati pelaksanaan MTBS?	
Y6	Ke mana anda biasa merujuk anak yang membutuhkan pelayanan rujukan?	
Y7	Dengan menggunakan alat transportasi lokal yang paling umum digunakan, berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk mencapai fasilitas rujukan tersebut?	
Y8	Apakah anda pernah merujuk anak umur 2 bulan – 5 tahun yang sakit?	1. Ya 2. Tidak → langsung ke Y9
Y8a	Bila YA, apa penyebab yang paling banyak menyebabkan anak umur 2 bulan – 5 tahun perlu dirujuk?	
Y9	Jika anda merujuk 10 anak umur 2 bulan – 5 tahun, kira-kira berapa orang yang akhirnya datang ke fasilitas rujukan yang dibutuhkan?	

PENCATATAN PUSKESMAS

Tanyakan ke staf Puskesmas yang bertanggung jawab mengelola pencatatan dan pelaporan untuk memperoleh data tentang kunjungan. Jangan masukan catatan pasien rawat inap. Jika data tersedia tidak mencukupi untuk menjawab pertanyaan berikut ini, beri tanda NI (Not-enough Information).

R1	Berapa jumlah kunjungan rawat jalan ke BP Umum dan KIA di Puskesmas ini selama sebulan yang lalu?	
R2	Dari jumlah kunjungan tersebut, berapa banyak kunjungan anak di bawah 5 tahun (0-59 bulan)?	
R3	Dari jumlah kunjungan balita tersebut, berapa banyak jumlah anak berusia 0-2 bulan?	
R4	Dari semua kunjungan anak 0-59 bulan, berapa banyak kunjungan:	
R4a	Pengobatan rawat jalan	
R4b	Kunjungan anak sehat	
R5	Jumlah kasus yang ditemukan dalam tahun 2007 (sumber data ini adalah LB1 untuk kelompok umur 0-1 tahun dan 1-4 tahun)	
R5a	Diare	
R5b	Pneumonia	
R5c	Malaria	
R5d	Campak	
R5e	Demam Berdarah Dengue	
R5f	Infeksi telinga	
R5g	Gizi buruk	
R5h	Anemia	
R5i	Kasus berat yang dirujuk	

Survei Evaluasi Pelaksanaan MTBS FORMULIR-1

IDENTIFIKASI

Lokasi

- I1. Provinsi : _____ Kode : /_/
- I2. Kabupaten/Kota : _____ Kode : /_/
- I3. Kecamatan : _____ Kode : /_/
- I4. Puskesmas : _____ Kode : /_/

Pengamatan

- I5. Tanggal : _____ Kode : /_/
- I6a. Nama pengamat : _____ Kode : /_/
- I7a. Mulai pukul : _____
- I8a. Selesai pukul : _____

Selamat pagi/siang/sore Bapak/Ibu. Saya adalah petugas dari Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia. Saat ini saya sedang mengamati bagaimana anak-anak yang berobat di Puskesmas ini mendapatkan pemeriksaan dan pengobatan. Saya juga akan mengamati bagaimana berlangsungnya konsultasi antara petugas kesehatan dan Bapak/Ibu. Kami mohon izin dari Bapak/Ibu untuk melakukan pengamatan terhadap pemeriksaan dan pengobatan yang diterima anak Bapak/Ibu ini, serta proses konsultasi antara bapak/ibu dan petugas kesehatan. Bila bapak/ibu bersedia kami amati, bapak/ibu tidak akan mengalami risiko atau mendapatkan keuntungan apa pun. Akan tetapi kesediaan bapak/ibu untuk diamati akan sangat bermanfaat bagi perbaikan mutu pelayanan di Puskesmas ini. Semua hal yang kami amati dan semua jawaban yang bapak/ibu berikan atas pertanyaan-pertanyaan kami akan kami jaga kerahasiaannya. Apakah bapak/ibu bersedia kami amati dan kami wawancarai?

1. YA, saya bersedia diamati dan diwawancarai
2. TIDAK, saya tidak bersedia diamati ataupun diwawancarai

Identitas Anak

- I9. Nama : _____
- I10. Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
- I11. Tanggal lahir : /___/___/___/ (tanggal/bulan/tahun)
- I12. Umur : ___ bulan

KARAKTERISTIK PETUGAS KAMAR PERIKSA

<i>Tanyakan kepada Petugas Kesehatan yang melakukan penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling di Kamar Periksa</i>		
PP1	Nama petugas kesehatan	
PP2	Jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan
PP3	Umur	tahun
PP4	Tipe/profesi	1. Perawat → ke PP4a 2. Bidan → ke PP4b 3. Dokter → ke PP 4. Lainnya:
PP5	Apakah pernah mengikuti Pelatihan MTBS?	1. Ya 2. Tidak → langsung ke PP6
PP8	Apakah pernah mengikuti Pelatihan MTBS?	1. Ya 2. Tidak → langsung ke PP9
	Bila YA	1.

Bagian A

DAFTAR TILIK PENGAMATAN PROSES PENILAIAN

<i>Lakukan pengamatan terhadap Proses Penilaian yang dilakukan petugas kesehatan terhadap anak di Ruang Periksa</i>			
A5	Apakah alasan/penyebab yang dinyatakan oleh ibu/pengasuh anak sehingga membawa anak ke Puskesmas?		
	A5a	Diare/mencret	1. Ya 2. Tidak
A7	Apakah petugas kesehatan menanyakan apakah anak bisa minum atau menetek?		1. Ya 2. Tidak
A8	Apakah petugas kesehatan menanyakan apakah anak memuntahkan yang dimakan/diminumnya?		1. Ya 2. Tidak
A9	Apakah petugas kesehatan menanyakan apakah anak kejang?		1. Ya 2. Tidak
A10	Apakah anak dalam keadaan sadar penuh (misalnya anak bermain, tersenyum, menangis keras)?		1. Ya → langsung ke A10 2. Tidak
A12	Apakah petugas kesehatan menanyakan apakah anak diare?		1. Ya 2. Tidak → langsung ke A12
	A12a	Bila keluhan YA, apakah petugas kesehatan melakukan pemeriksaan cubitan kulit perut (memeriksa turgor)?	1. Ya 2. Tidak

Bagian B

DAFTAR TILIK KLASIFIKASI

B1	Apakah petugas kesehatan menetapkan satu atau lebih klasifikasi pada anak?	1. Ya	2. Tidak → langsung ke Bagian C
Klasifikasi yang Ditetapkan			
B6	Dehidrasi berat	1. Ya	2. Tidak
B7	Dehidrasi sedang	1. Ya	2. Tidak
B8	Tanpa dehidrasi	1. Ya	2. Tidak
B9	Diare persisten berat	1. Ya	2. Tidak
B10	Diare persisten	1. Ya	2. Tidak
B11	Disenteri	1. Ya	2. Tidak

Bagian C
DAFTAR TILIK PENGOBATAN

C1	Apakah anak disuntik?		1. Ya	2. Tidak → langsung ke C2
	Jika YA, suntikan apa yang diberikan?			
	C1b	Antibiotika (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
	C1c	Lainnya (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
C2	Apakah anak diberi oralit?		1. Ya	2. Tidak → langsung ke C3
	C2a	Jika YA, apakah oralit langsung diminumkan kepada anak di Puskesmas?	1. Ya	2. Tidak
C3	Apakah petugas kesehatan memutuskan untuk segera merujuk anak (dengan klasifikasi merah) ke Dokter Puskesmas atau ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap?		1. Ya	2. Tidak → langsung ke C5
C4	Apakah pengasuh anak setuju untuk langsung merujuk anak ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap?		1. Ya	2. Tidak → langsung ke C5
	C4a	Jika YA, apakah petugas kesehatan memberi pengobatan pra-rujukan?	1. Ya	2. Tidak → langsung ke D
	Jika YA, pengobatan/tindakan pra-rujukan apa saja yang diberikan?			
	C4c	Antibiotika (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
	C4d	Infus (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
	C4f	Lainnya (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
C5	Apakah petugas kesehatan memberi atau meresepkan pengobatan oral		1. Ya	2. Tidak
	Jika YA, periksa dan catat semua obat oral yang diberikan			
		Obat oral standard MTBS		
	C51a	Kotrimoksazol tablet dewasa	1. Ya	2. Tidak
	C51b	Kotrimoksazol tablet anak	1. Ya	2. Tidak
	C51c	Kotrimoksazol sirup	1. Ya	2. Tidak
	C51d	Amoksisilin sirup	1. Ya	2. Tidak
	C51e	Amoksisilin tablet	1. Ya	2. Tidak
	C51v	Oralit	1. Ya	2. Tidak
C51w	Tablet Zinc	1. Ya	2. Tidak	
C7	Apakah pengobatan oral yang diberikan termasuk antibiotik?		1. Ya	2. Tidak → langsung ke C9

Bagian D
DAFTAR TILIK PENGAMATAN KONSELING

D1	Apakah petugas kesehatan menerangkan cara memberikan obat oral:				
	D1a	Antibiotika	1. Ya	2. Tidak	8. NA
	D1c	Oralit	1. Ya	2. Tidak	8. NA
D2	Apakah petugas kesehatan mendemonstrasikan cara memberikan obat oral:				
	D2a	Antibiotika	1. Ya	2. Tidak	8. NA
	D2c	Oralit	1. Ya	2. Tidak	8. NA
D3	Apakah petugas kesehatan memastikan bahwa ibu/pengasuh anak memahami cara memberikan obat oral (dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan terbuka):				
	D3a	Antibiotika	1. Ya	2. Tidak	8. NA
	D3c	Oralit	1. Ya	2. Tidak	8. NA
D4	Apakah petugas kesehatan meminta ibu/pengasuh anak untuk memberikan dosis pertama obat oral di Puskesmas?				
	D4a	Antibiotika	1. Ya	2. Tidak	8. NA
	D4b	Antimalaria	1. Ya	2. Tidak	8. NA
D5	Apakah petugas kesehatan menerangkan kepada ibu/pengasuh anak tentang perlunya memberi minum (cairan) dan/atau ASI lebih banyak kepada anak?		1. Ya	2. Tidak	
D6	Apakah petugas kesehatan menerangkan perlunya terus memberi ASI/makanan kepada anak?		1. Ya	2. Tidak	
D7	Apakah petugas kesehatan menerangkan frekuensi pemberian ASI/makanan yang dibutuhkan anak?		1. Ya	2. Tidak → langsung ke D8	
	D7a	Jika YA, apakah frekuensi pemberian ASI/makanan yang disarankan sesuai dengan golongan usia anak?	1. Ya	2. Tidak	
D8	Apakah petugas kesehatan memberi tahu ibu/pengasuh anak untuk segera membawa kembali anak ke Puskesmas apabila terjadi hal-hal berikut:				
	D8a	Tidak dapat minum/menetek	1. Ya	2. Tidak	
	D8e	Tinja bercampur	1. Ya	2. Tidak	
	D8f	Malas minum	1. Ya	2. Tidak	
D9	Apakah petugas kesehatan mengajukan setidaknya satu pertanyaan yang berkaitan dengan kesehatan ibu/pengasuh anak?		1. Ya	2. Tidak	
D10	Apakah petugas kesehatan menggunakan Buku Bagan MTBS selama memberikan pelayanan kepada anak?		1. Ya	2. Tidak	

Nomor Identifikasi

Kabupaten Puskesmas Anak

Bagian E
KESIMPULAN PENGAMAT

Bila selama pengamatan proses penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling pengamat tidak dapat mengidentifikasi klasifikasi/diagnosis yang ditegaskan petugas kesehatan dan pengobatan yang diberikan, pengamat harus menanyakannya kepada petugas kesehatan. Pengamat harus mengisi Bagian E ini sebelum mengamati anak berikutnya.

Kesimpulan yang harus dibuat		Cara menarik kesimpulan	Kesimpulan Pengamat		
E2	Apakah klasifikasi yang ditetapkan sesuai dengan klasifikasi pengamat?	Membandingkan klasifikasi petugas kesehatan dengan klasifikasi pengamat	1.Ya	2.Tidak	
E3	Apakah pengobatan yang diberikan sesuai dengan pengobatan pengamat?	Membandingkan klasifikasi petugas kesehatan dengan pengobatan pengamat	1.Ya	2.Tidak	
E4	Apakah konsultasi yang diberikan sesuai dengan Daftar Tilik D?	Lihat hasil pengamatan dengan Daftar Tilik D	1.Ya	2.Tidak	

Survei Evaluasi Pelaksanaan MTBS FORMULIR-3

IDENTIFIKASI

Lokasi

11. Provinsi : _____ Kode : /_/
12. Kabupaten : _____ Kode : /_/
13. Kecamatan : _____
14. Puskesmas : _____ Kode : /_/

Pengamatan

15. Tanggal : _____
16. Nama pengamat : _____ Kode : /_/

Diskusikan dengan Kepala Puskesmas (atau staf lain yang relevan) jumlah dan kualifikasi petugas kesehatan yang bertanggung jawab melaksanakan Manajemen Terpadu Balita Sakit.

KELENGKAPAN ALAT

Ajak staf Puskesmas yang relevan untuk memeriksa dan mengamati kelengkapan fasilitas di Puskesmas. Amati dan isilah Daftar Tiliik berikut ini.

P1	Apakah Puskesmas memiliki perlengkapan dan material berikut:		
P1f	Peralatan untuk demonstrasi membuat oralit: gelas, sendok, teko/tempat air matang	1. Ya	2. Tidak
P1g	Sumber air bersih	1. Ya	2. Tidak
P1k	Infus set dengan wing needles no.23 dan no.25	1. Ya	2. Tidak
P1l	Kasa/kapas	1. Ya	2. Tidak
P1t	Kartu Nasehat Ibu (KNI) dan/atau Buku KIA	1. Ya	2. Tidak
P1u	Buku Bagan MTBS	1. Ya	2. Tidak
P1v	Bagan Dinding MTBS	1. Ya	2. Tidak
P1w	Alat transportasi untuk rujukan pasien	1. Ya	2. Tidak
P3	Apakah puskesmas memiliki alat sterilisasi	1. Ya	2. Tidak

KETERSEDIAAN OBAT

Ajak staf Puskesmas yang relevan untuk memeriksa dan mengamati persediaan (stock) obat.

O1	Apakah Puskesmas ini memiliki persediaan obat berikut ini:		
O1a	Kotrimoksazol tablet dewasa	1. Ya	2. Tidak
O1b	Kotrimoksazol tablet anak	1. Ya	2. Tidak
O1c	Kotrimoksazol sirup	1. Ya	2. Tidak
O1d	Amoksisilin sirup	1. Ya	2. Tidak
O1e	Amoksisilin tablet	1. Ya	2. Tidak
O1w	Tablet Zinc	1. Ya	2. Tidak
O1x	Oralit	1. Ya	2. Tidak
O2	Apakah Puskesmas memiliki persediaan obat suntik berikut ini:		
O2j	Cairan infus Na Cl 0,9 %	1. Ya	2. Tidak
O2k	Cairan infus Ringer Laktat	1. Ya	2. Tidak
O2m	Alkohol 70 %	1. Ya	2. Tidak