



UNIVERSITAS INDONESIA

**KUALITAS PENANGANAN BALITA SAKIT
DENGAN GEJALA ISPA
DI 8 KABUPATEN TAHUN 2009
(Analisis Lanjutan Data Survei Evaluasi MTBS
di 8 Kabupaten Tahun 2008)**

TESIS

INEL NELYANA
NPM: 0706188933

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



UNIVERSITAS INDONESIA

**KUALITAS PENANGANAN BALITA SAKIT
DENGAN GEJALA ISPA
DI 8 KABUPATEN TAHUN 2009
(Analisis Lanjutan Data Survei Evaluasi MTBS
di 8 Kabupaten Tahun 2008)**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat

INEL NELYANA
NPM: 0706188933^c

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua tesis yang dikutip
maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Inel Nelyana

NPM : 0706188933

Tanda Tangan: 

Tanggal : 2 Juli 2009

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Inel Nelyana
NPM : 0706188933
Mahasiswa Program : Pascasarjana IKM FKM-UI
Tahun Akademik : 2007/2008

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

Kualitas Penanganan Balita Sakit dengan Gejala ISPA di 8 Kabupaten Tahun 2009 (Analisis Lanjutan Data Survei Evaluasi MTBS di 8 Kabupaten Tahun 2008)

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 2 Juli 2009



(INEL NELYANA)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**KUALITAS PENANGANAN BALITA SAKIT
DENGAN GEJALA ISPA
DI 8 KABUPATEN TAHUN 2009
(Analisis Lanjutan Data Survei Evaluasi MTBS
di 8 Kabupaten Tahun 2008)**

**Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan
di hadapan Tim Penguji Tesis
Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia**

Depok, 2 Juli 2009

Pembimbing



Dr. Agustin Kusumayati, MSc, Ph.D

HALAMAN PENGESAHAN

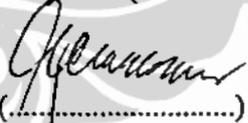
Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Inel Nelyana
NPM : 0706188933
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul Tesis : Kualitas Penanganan Balita Sakit dengan
Gejala ISPA di 8 Kabupaten Tahun 2009

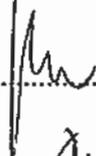
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

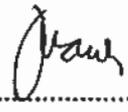
DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Agustin Kusumayati, MSc, Ph.D (.....)

Penguji : dr. Iwan Ariawan, MSPH (.....)

Penguji : drs. Anwar Hassan, MPH (.....)

Penguji : dr. Bagus Satriya Budi, M.Kes (.....)

Penguji : dr. Trisna Setiawan, M.Kes (.....)

Ditetapkan di : Depok

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Data Personal

Nama : Inel Nelyana
Tempat & Tanggal Lahir : Jakarta, 5 Mei 1972
Agama : Islam
Alamat : Kompleks Bappenas, No. D-1,
Kalibata Utara V, Jakarta Selatan, 12740

Riwayat Pendidikan

Tahun 1978 – 1984 : SDN Duren Tiga 03 Pagi, Jakarta
Tahun 1984 – 1987 : SMPN 43 Jakarta
Tahun 1987 – 1990 : SMAN 28 Jakarta
Tahun 1990 – 1995 : Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Indonesia
Tahun 2007 – 2009 : Program Pasca Sarjana, Kekhususan
Mutu Layanan Kesehatan, Ilmu
Kesehatan Masyarakat,
Universitas Indonesia, Depok

Riwayat Pekerjaan

Tahun 1996 – 1997 : Sekretariat Yayasan Asma Indonesia
Tahun 1999 – 2001 : Staf Peneliti di Pusat Pengkajian
Pengembangan Perekonomian Rakyat-
Yayasan Agro Ekonomika (Pusat P3R-
YAE)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, penulis ucapkan syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul "*Kualitas Penanganan Balita Sakit dengan Gejala ISPA di 8 Kabupaten Tahun 2009 (Analisis Lanjutan Data Survei Evaluasi MTBS di 8 Kabupaten Tahun 2008)*". Adapun penulisan tesis ini merupakan salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Penulisan tesis ini tidak terlepas dari bantuan moril maupun materil dari berbagai pihak, oleh karenanya dengan segala ketulusan hati penulis sampaikan terima kasih dan penghormatan yang mendalam kepada Ibu dr. Agustin Kusumayati, MSc, Ph.D sebagai pembimbing utama yang telah memberikan arahan dan masukan serta semangat selama proses bimbingan dan berkenan mengijinkan penulis menggunakan data survei evaluasi MTBS untuk diolah sebagai tesis.

Dalam kesempatan ini penulis juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Bambang Wispriyono, Ph.D sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia beserta seluruh staf pengajar dan staf administrasi yang telah memberikan fasilitas kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat.
2. Bapak dr. H. Adang Bachtiar, MPH, ScD, yang telah memberikan dukungan moril selama kegiatan belajar dan penulisan tugas akhir ini.
3. Bapak Dr. dr. M. Hafizurrachman, MPH, ketua Kekhususan Mutu Layanan Kesehatan yang telah memberikan arahan selama penulisan tesis ini.
4. Bapak dr. Iwan Ariawan, MSPH, yang telah berkenan menguji tesis ini dan membimbing penulis pada saat penelitian, memberikan masukan perbaikan tesis dan mengijinkan penulis untuk menggunakan data survei evaluasi MTBS sebagai bahan tesis.
5. Bapak drs. Anwar Hasan, MPH, yang telah berkenan menguji tesis ini dan memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.
6. Bapak dr. Bagus Budi Satriya, M.Kes, yang telah berkenan menguji tesis ini dan memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.
7. Bapak dr. Trisna Setiawan, M.Kes, yang telah berkenan menguji tesis ini dan memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.
8. Ibunda tercinta serta kakak dan adikku tercinta yang telah memberikan doa dan dukungannya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

9. Teman seperjuangan peminatan mutu layanan kesehatan angkatan 2007: Pak Budi, Pak Jajang, Eny, Pemata Sari, Ibu Tita dan Ibu Ina yang telah banyak memberikan dorongan semangat selama kegiatan belajar dan dalam penulisan tugas akhir ini.
10. Tim peneliti dan staf sekretariat CHAMPS-FKM UI: Ibu Amila, Ibu Indah, Ibu Puput, Ibu Vetty, Ana, Epi dan Dini yang telah memberikan dorongan semangat selama penulis menyelesaikan tesis ini.
11. Sahabatku Lia yang telah memberikan doa dan dukungannya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.
12. Nia dan Amel di sekretariat Pokdi Mutu yang telah membantu penulis dalam proses administrasi.
13. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu, terima kasih atas dukungan dan semangatnya.

Depok, 2 Juli 2009

Penulis

o

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

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

Nama : Inel Nelyana
NPM : 0706188933
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Kelompok Studi : 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:

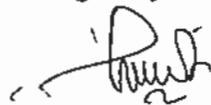
Kualitas Penanganan Balita Sakit dengan Gejala ISPA di 8 Kabupaten Tahun 2009 (Analisis Lanjutan Data Survei Evaluasi MTBS di 8 Kabupaten Tahun 2008)

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 : 2 Juli 2009

Yang menyatakan



Inel Nelyana

ABSTRAK

Nama : Inel Nelyana
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Kualitas Penanganan Balita Sakit dengan Gejala ISPA di 8 Kabupaten Tahun 2009 (Analisis Lanjutan Data Survei Evaluasi MTBS di 8 Kabupaten Tahun 2008)

Tesis ini membahas kualitas penanganan balita sakit dengan gejala ISPA yang merupakan analisis lanjutan data survei evaluasi MTBS di 8 Kabupaten. Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional* dan *cluster* di puskesmas. Besar sampel pada penelitian ini sebanyak 421 balita sakit dengan gejala ISPA dari 635 besar sampel yang diambil oleh Puslitkes-UI. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kualitas penanganan balita sakit dengan gejala ISPA masih rendah. Disarankan agar dilakukan bagi kepala puskesmas untuk membentuk tim MTBS, membuat job description yang jelas, bagi dinkes provinsi atau kabupaten melakukan penyegaran pelatihan petugas MTBS, melakukan monev minimal 2 kali dalam setahun, memfasilitasi sarana di puskesmas.

Kata Kunci : Kualitas Penanganan Balita Sakit, ISPA, MTBS

ABSTRACT

Name : Inel Nelyana
Study Program : Public Health Sciences
Title : THE QUALITY OF CARE FOR UNDER-FIVE WITH ARI SYMPTOMS (CONTINUED ANALYSIS OF THE EVALUATION SURVEY OF MTBS (IMCI) AT 8 DISTRICTS IN THE YEAR OF 2008)

The study is exploring the quality of care for under-five children with the ARI symptoms of the continued analysis towards data of evaluation survey of the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI/MTBS) at 8 districts. The study is a quantitative study with a cross-sectional and cluster designs at puskesmas. The number of the sample is 421 children with Acute Respiratory Infection (ARI/ISPA) symptoms out of 635 sample of ill children that taken by the CHRUI. The study revealed that the quality of care for the under-five with ARI symptoms is still low. Suggestions are delivered to the head of puskesmas to develop a team of IMCI, to the Province and District Health Authority to carry out the Refreshed Training for MTBS providers and to perform monitoring and evaluation for at least twice a year, and to provide facilitation on the puskesmas.

Keywords: Quality of Care Under-five Illness, ARI, IMCI

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vii
ABSTRAK.....	viii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	7
1.3. Pertanyaan Penelitian.....	7
1.4. Tujuan Penelitian.....	7
1.5. Manfaat Penelitian.....	9
1.6. Ruang Lingkup.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	11
2.1. Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA).....	11
2.2. Angka Morbiditas dan Mortalitas.....	23
2.3. Pengobatan.....	24
2.4. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).....	30
2.5. Konsep Perilaku.....	33
2.6. Manajemen Mutu Terpadu.....	42
2.7. Kerangka Teori.....	45
BAB III KERANGKA KONSEP.....	46
3.1. Kerangka Konsep.....	46
3.2. Definisi Operasional.....	48
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....	52
4.1. Survei Evaluasi Pelaksanaan MTBS di 8 Kabupaten di Indonesia yang di lakukan oleh Puslitkes-UI ...	52
4.1.1. Desain Penelitian.....	52
4.1.2. Lokasi Penelitian.....	52
4.1.3. Populasi dan Sampel.....	53
4.1.4. Pengumpulan Data.....	54

4.1.5.	Manajemen Data.....	57
4.1.6.	Analisis data	57
4.2.	Analisis Data Lanjutan Penelitian Kualitas Penanganan Balita Sakit dengan Gejala ISPA di 8 kabupaten	57
4.2.1.	Desain Penelitian.....	57
4.2.2.	Populasi dan Sampel Penelitian	58
4.2.3.	Pengolahan Data.....	58
4.2.4.	Analisa Data	60
BAB V	HASIL PENELITIAN.....	62
5.1.	Gambaran Karakteristik Responden Petugas Kesehatan dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan	62
5.2.	Gambaran Kualitas Penanganan Balita Sakit dengan Gejala ISPA	65
5.3.	Hasil Analisis Bivariat: Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Penilaian yang dilakukan Petugas terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS	77
5.3.1.	Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS	77
5.3.2.	Hubungan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS	79
5.4.	Hasil Analisis Bivariat: Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA	81
5.4.1.	Kesesuaian Antara Klasifikasi yang ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	81
5.4.2.	Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	82
5.4.3.	Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	84
5.5.	Hasil Analisis Bivariat: Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas	85

5.5.1.	Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas	85
5.5.2.	Hubungan Antara Karakteristik Petugas Dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang diberikan Petugas dan Klasifikasi yang ditetapkan Petugas.....	86
5.5.3.	Hubungan Antara Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang diberikan Petugas dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas ...	88
5.5.4.	Hubungan Antara Kesesuaian Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas	89
5.5.5.	Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan yang Menurut Pengamat	90
5.5.6.	Hubungan Antara Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Pengobatan yang diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat	92
5.6.	Hasil Analisis Bivariat: Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kualitas Konseling Petugas Menurut Standar MTBS	93
5.6.1.	Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS	93
5.6.2.	Hubungan Antara Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS	95
5.6.3.	Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Konseling yang Dilakukan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat	97
5.6.4.	Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Konseling yang Dilakukan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat.....	98
5.6.5.	Hubungan Antara Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS dengan Kesesuaian Konseling yang diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat.....	100
5.7.	Hasil Analisis Multivariat	101
5.7.1.	Faktor-faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kualitas Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS	101

5.7.2.	Faktor-faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kualitas Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	103
5.7.3.	Faktor – faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kualitas Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat	106
5.7.4.	Faktor-faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kualitas Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas.....	109
5.7.5.	Faktor-faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kualitas Konseling Petugas Menurut Standar MTBS	112
5.7.5.1.	Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS	112
5.7.5.2.	Kesesuaian antara Konseling yang Ditetapkan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat.....	116
BAB VI PEMBAHASAN.....		120
6.1.	Keterbatasan Penelitian	120
6.1.1.	Besar Sampel dan Cara Pengambilan sampel	120
6.1.2.	Kualitas Data	120
6.1.3.	Bias Informasi	121
6.2.	Pembahasan Hasil Penelitian.....	121
6.2.1.	Hasil Analisis Univariat	121
6.2.1.	Hasil Analisis Bivariat.....	127
6.2.2.	Hasil Analisis Multivariat	171
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....		177
7.1.	Kesimpulan.....	177
7.2.	Saran.....	178
DAFTAR PUSTAKA.....		181
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

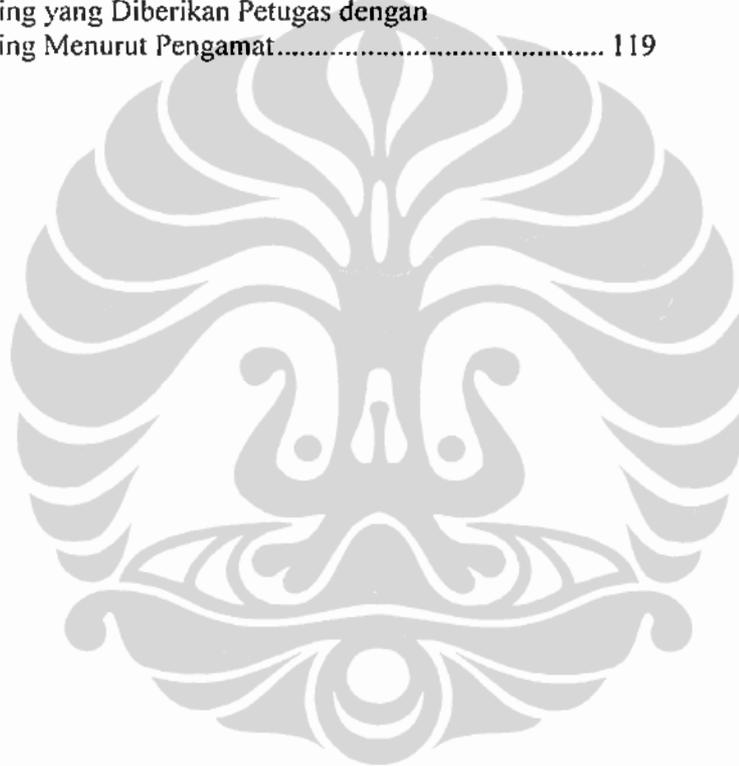
	Halaman
Tabel 2.1. Tanda-tanda Frekuensi Napas Cepat Penderita Pneumonia	14
Tabel 2.2. Gejala dan Klasifikasi Pneumonia	15
Tabel 2.3. Jenis Antibiotik yang Diberikan untuk Balita Pneumonia Dan Pneumonia Berat	16
Tabel 3.1. Definisi Operasional Penelitian.....	48
Tabel 5.1. Gambaran Karakteristik Petugas yang Menangani Balita Sakit dengan Gejala ISPA	62
Tabel 5.2. Distribusi Responden Berdasarkan Profesi Petugas yang Sudah Mendapatkan Pelatihan MTBS.....	63
Tabel 5.3. Gambaran Ketersediaan Alat di Puskesmas	63
Tabel 5.4. Distribusi Responden Menurut Kelengkapan Alat di Puskesmas.....	64
Tabel 5.5. Gambaran Ketersediaan Obat di Puskesmas.....	64
Tabel 5.6. Distribusi Responden Menurut Kelengkapan Obat.....	65
Tabel 5.7. Gambaran Penilaian Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA.....	66
Tabel 5.8. Distribusi Responden Menurut Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Standar Penilaian Balita Sakit dengan Gejala ISPA	67
Tabel 5.9. Distribusi Responden Menurut Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas	67
Tabel 5.10. Distribusi Responden Menurut Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Pengamat.....	69
Tabel 5.11. Gambaran Pengobatan yang Dilakukan Petugas terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA.....	70
Tabel 5.12. Distribusi Responden Menurut Klasifikasi dengan Pengobatan yang dirujuk Segera	71
Tabel 5.13. Distribusi Responden Menurut Jenis Antibiotika yang diberikan Petugas	71
Tabel 5.14. Distribusi Responden Menurut Klasifikasi dengan Pengobatan Obat Oral Antibiotik.....	72
Tabel 5.15. Distribusi Responden Menurut Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas	73
Tabel 5.16. Distribusi Responden Menurut Kesesuaian antara Pengobatan yang diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat.....	74

Tabel 5.17. Gambaran Pelaksanaan Konseling oleh Petugas Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA	75
Tabel 5.18. Distribusi Responden Menurut Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Standar Konseling Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA	76
Tabel 5.19. Distribusi Responden Menurut Kesesuaian Antara Konseling yang Dilakukan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat	77
Tabel 5.20. Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS	78
Tabel 5.21. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian Menurut Standar MTBS	80
Tabel 5.22. Distribusi Responden Menurut Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas ...	81
Tabel 5.23. Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Antara Klasifikasi yang ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	82
Tabel 5.24. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Antara Klasifikasi yang ditetapkan Petugas dan klasifikasi Menurut Pengamat.....	84
Tabel 5.25. Distribusi Responden Menurut Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas	85
Tabel 5.26. Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang diberikan Petugas dan Klasifikasi yang ditetapkan Petugas.....	86
Tabel 5.27. Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang diberikan Petugas dan Klasifikasi yang ditetapkan Petugas.....	88
Tabel 5.28. Hubungan Kesesuaian Pengobatan yang diberikan dan Pengobatan menurut Pengamat dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang diberikan Petugas dengan Klasifikasi yang ditetapkan Petugas.....	90
Tabel 5.29. Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Pengobatan yang diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat.....	90
Tabel 5.30. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Pengobatan yang diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat	92
Tabel 5.31. Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS	94

Tabel 5.32. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan Dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS	96
Tabel 5.33. Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat	97
Tabel 5.34. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat	99
Tabel 5.35. Hubungan Antara Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS dengan Kesesuaian Antara Konseling yang diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat	100
Tabel 5.36. Hasil Seleksi Bivariat Antara Variabel Karakteristik Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Variabel Dependen Kualitas Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS.	102
Tabel 5.37. Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kualitas Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS	103
Tabel 5.38. Hasil Seleksi Bivariat Antara Variabel Karakteristik Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Variabel Dependen Kualitas Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	104
Tabel 5.39. Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Umur, Profesi, Pelatihan dan Kelengkapan Alat dengan Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	105
Tabel 5.40. Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Umur, Pelatihan, dan Kelengkapan Alat dengan Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	105
Tabel 5.41. Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Pelatihan, dan kelengkapan alat dengan Kesesuaian Antara Klasifikasi yang ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat	106
Tabel 5.42. Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Variabel Dependen Kualitas Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat..	107

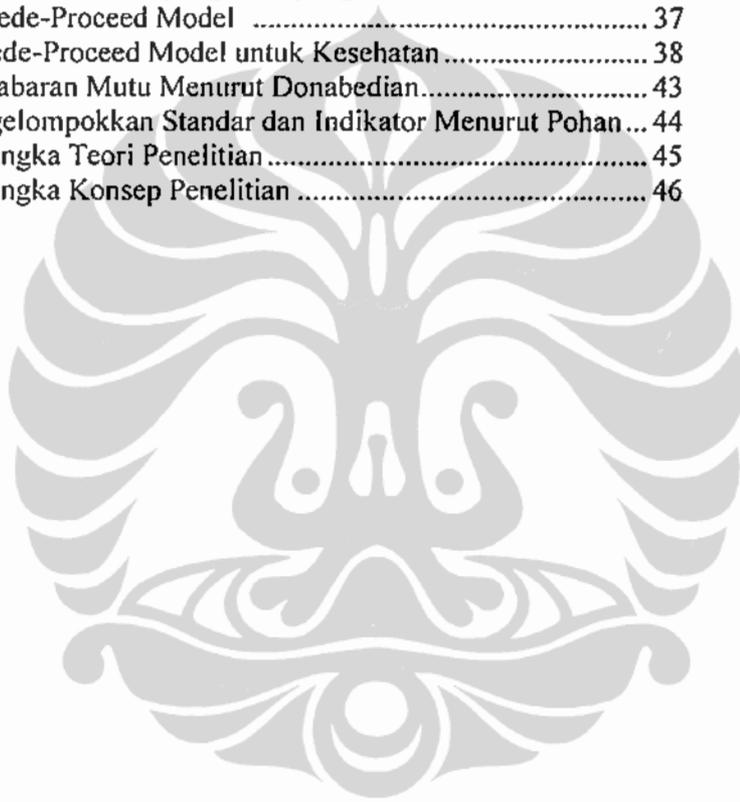
Tabel 5.43. Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Profesi, Pelatihan dan Kelengkapan Obat dengan Kualitas Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat.....	108
Tabel 5.44. Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Pelatihan, dan Obat dengan Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat ...	108
Tabel 5.45. Hasil Seleksi Bivariat Antara Variabel Karakteristik Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Variabel Dependen Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan.....	110
Tabel 5.46. Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Karakteristik Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang ditetapkan Petugas	111
Tabel 5.47. Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Pelatihan, dan Kelengkapan Obat dengan Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas.....	111
Tabel 5.48. Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Variabel Dependen Kualitas Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS.....	113
Tabel 5.49. Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Karakteristik Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS.....	114
Tabel 5.50. Hasil Analisis Multivariat Variabel Umur, Pelatihan, Kelengkapan Alat dan Kelengkapan Obat dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS.....	114
Tabel 5.51. Hasil Analisis Multivariat Variabel Umur, Pelatihan, dan Kelengkapan Alat dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS.....	115
Tabel 5.52. Hasil Analisis Multivariat Variabel Umur, dan Pelatihan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS.....	115
Tabel 5.53. Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Variabel Dependen Kualitas Kesesuaian Antara Konseling yang Ditetapkan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat.....	117

Tabel 5.54. Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Karakteristik Petugas, Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat.....	118
Tabel 5.55. Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Umur, Pelatihan, Kelengkapan Alat dan Obat dengan Kesesuaian Antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat.....	118
Tabel 5.56. Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Pelatihan, Kelengkapan Alat, dan Obat dengan Kesesuaian Antara Konseling yang Diberikan Petugas dengan Konseling Menurut Pengamat.....	119



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Bagan MTBS.....	32
Gambar 2.2. Variabel-variabel yang Mempengaruhi Individu	35
Gambar 2.3. Precede-Proceed Model	37
Gambar 2.4 Precede-Proceed Model untuk Kesehatan	38
Gambar 2.5. Penjabaran Mutu Menurut Donabedian.....	43
Gambar 2.6. Pengelompokan Standar dan Indikator Menurut Pohan ...	44
Gambar 2.7. Kerangka Teori Penelitian	45
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian	46



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) adalah salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Tingkat kesakitan dan kematian akibat ISPA masih tinggi, khususnya pneumonia dan bronkopneumonia, terutama pada bayi dan balita.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007 didapat hasil prevalensi ISPA sebesar 25,5% dan pneumonia sebesar 2,3%. Berdasarkan golongan umur, untuk prevalensi ISPA tertinggi pada golongan umur anak 1-4 tahun sebesar 42,35%. Prevalensi pneumonia dengan golongan umur anak usia 1-4 tahun (3,02%) memiliki prevalensi lebih tinggi dibandingkan golongan umur < 1 tahun (2,20%). Sekitar 40-60% pasien yang berkunjung ke puskesmas adalah penderita ISPA, sementara 15-30% pasien yang berkunjung ke bagian rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit adalah penderita ISPA (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006). Episode penyakit batuk pilek pada balita di Indonesia sebesar 3-6 kali pertahun, hal ini memperlihatkan bahwa balita rata-rata mendapat serangan batuk pilek sebanyak 3-6 kali dalam setahun (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan dasar tingkat pertama yang memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat dengan pelayanan berupa pelayanan medik dan farmasi. Pelayanan medik terdiri dari pelayanan yang berupa promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, sedangkan pelayanan farmasi meliputi penyediaan obat yang bermutu baik jenis

dan jumlah yang cukup, mudah didapat serta harga yang murah (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004).

Sampai saat ini diagnosis dan pemberian obat dilaksanakan oleh dokter dan pendelegasian wewenang kepada perawat dalam pemberian obat sehingga dibutuhkan kemampuan dan kemauan dalam mencegah hal-hal yang tidak diinginkan. Kemampuan dalam hal ini pelaksanaan pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional di puskesmas.

Penggunaan obat dikatakan rasional apabila obat diserahkan secara tepat dan efektif kepada pasien didasarkan pada diagnosis penyakit dengan dosis dan jumlah yang sesuai dengan standar yang telah ditentukan. Pada dasarnya penggunaan obat dikatakan rasional apabila memenuhi kriteria sesuai dengan penyakit, tepat dalam pemilihan obat, tepat dosis, tepat cara pemberian, tepat lama pemberian, waspada terhadap efek samping, obat yang diberikan harus aman dengan mutu yang terjamin, tepat informasi dan tepat dalam penilaian kondisi pasien (World Health Organization, 1987, dalam Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2003). Penggunaan obat yang tidak rasional dapat berdampak buruk pada kualitas pengobatan dan pelayanan, dampak terhadap biaya pengobatan, dampak terhadap kemungkinan efek samping dan efek lain yang tidak diharapkan, dampak terhadap mutu tersedianya obat dan dampak terhadap psikososial (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2002).

Beberapa alasan yang mengakibatkan suatu pengobatan menjadi tidak rasional, antara lain karena pelatihan yang tidak adekuat, kurangnya pendidikan berkelanjutan dan supervisi, adanya aktivitas promosi dari perusahaan-perusahaan farmasi, kurangnya waktu yang dimiliki oleh dokter karena banyaknya pasien yang harus ditangani, tekanan dari pasien, serta kurangnya manajemen berupa standar operating system (Thobari, 2008).

Menurut Ujianto (1999) salah satu contoh indikasi penggunaan obat tidak rasional adalah adanya penggunaan antibiotik pada penyakit yang seharusnya tidak diperlukan seperti penggunaan antibiotik pada Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) non pneumonia dan penggunaan injeksi yang berlebihan tanpa adanya sebab yang jelas serta peresepan bermacam-macam obat untuk satu diagnosis penyakit.

Dari hasil penelitian di Propinsi Jawa Timur mengenai pemberian resep pada penyakit ISPA non pneumonia yang dilakukan di 7 (tujuh) kabupaten/kota pada tahun 1998 bahwa hampir semua penderita ISPA non pneumonia baik dewasa maupun balita mendapatkan paling tidak 1 (satu) jenis antibiotika jika pergi berobat (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2002). Sedangkan menurut Azoff (1986) dalam Munawaroh (2000) menyatakan bahwa 65% pasien puskesmas di Propinsi Aceh diberi antibiotika dan hampir semua pasien yang didiagnosis ISPA ringan diberi antibiotika. Hasil penelitian lain di Sleman bahwa penggunaan antibiotika pada pengobatan ISPA di puskesmas sebanyak 64% dengan kunjungan kasus pneumonia sebanyak 2% (Yudatiningsih, I dan Suryawati, 2000). Di Puskesmas Kabupaten Majalengka, pemberian antibiotika pada penderita ISPA oleh petugas kesehatan sebesar 75,2% (Sobirin, 2007).

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

Pendekatan secara menyeluruh, sistematis dan terintegrasi antara semua program pelayanan kesehatan bagi bayi dan balita

merupakan pendekatan dari MTBS. Pelayanan tersebut meliputi pelayanan promotif berupa konseling kepada ibu mengenai cara merawat dan mengobati anak sakit di rumah dan tata cara pemberian makanan, pelayanan preventif seperti imunisasi, pemberian vitamin A, menilai dan memperbaiki cara pemberian ASI, dan pelayanan kuratif seperti pengobatan penyakit. Selain itu MTBS juga dapat memperbaiki dan meningkatkan kualitas manajemen program maupun manajemen kasus yang mengacu pada kualitas tata laksana kasus sehingga angka kematian bayi dan balita dapat diturunkan.

Petugas kesehatan di puskesmas diharapkan dapat mengetahui cara menyatukan berbagai pedoman yang terpisah-pisah untuk berbagai jenis penyakit ke dalam bentuk proses yang lebih komprehensif dan efisien dalam penanganan anak sakit. Oleh karena itu diharapkan tidak adanya *missed opportunity* (hilangnya kesempatan) atau drop out pelayanan yang dapat meningkatkan angka kematian bayi dan anak balita. Selain itu prosedur MTBS dapat lebih meningkatkan efisiensi dan efektifitas pembiayaan, hal ini diungkapkan pada penelitian yang dilakukan oleh Usmayani (2004) tentang Analisis Efektifitas Biaya Penanganan Penyakit Pneumonia Pada Puskesmas MTBS dan Puskesmas Non MTBS di Kabupaten Tanah Datar tahun 2003 memperlihatkan penanganan Pneumonia di Puskesmas MTBS memiliki biaya penanganan yang lebih kecil dibandingkan dengan puskesmas non MTBS dimana biaya satuan pada puskesmas MTBS sebesar Rp. 11.588,- dan pada puskesmas non MTBS sebesar Rp. 46.629,-.

MTBS merupakan salah satu standar prosedur operasional untuk meningkatkan mutu dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada bayi dan balita di puskesmas. Penerapan MTBS akan efektif apabila ibu/keluarga segera membawa balita sakit ke petugas kesehatan yang terlatih serta mendapatkan pengobatan yang tepat. Akan tetapi

pada kenyataannya belum semua petugas kesehatan di puskesmas yang sudah mendapat pelatihan MTBS dapat dengan benar meresepkan obat pada pasien yang berobat ke puskesmas.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Harun (2001) di Kabupaten Donggala, Propinsi Sulawesi Tengah ditemukan bahwa proporsi pemberian dosis obat pada puskesmas MTBS yang sesuai dengan standar sebesar 89,15% lebih tinggi dibandingkan dengan puskesmas non MTBS sebesar 70,9%. Hal ini disebabkan karena petugas kesehatan pada puskesmas MTBS telah mendapatkan pelatihan MTBS sehingga peluang untuk memberikan dosis obat yang tidak sesuai dengan tatalaksana standar sangat kecil.

Berdasarkan hasil penelitian di Kabupaten Pekalongan tahun 2004 mengenai evaluasi terhadap pelaksanaan MTBS didapat hasil belum semua formulir MTBS diisi dengan lengkap oleh petugas kesehatan seperti suhu tubuh balita sakit sering tidak dicantumkan karena ada anggapan bahwa suhu tubuh dapat diukur dengan anamnesa dan diraba, begitu pula dengan berat badan. Selain itu terdapat beberapa petugas kesehatan yang tidak menghitung frekuensi napas dalam 1 menit serta tidak menanyakan berapa lama anak batuk, hal ini berpengaruh pada penilaian napas cepat yang merupakan dasar dalam penentuan klasifikasi. Bahkan petugas kesehatan kadang kala tidak menuliskan tindakan yang diberikan pada balita sakit. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa petugas kesehatan belum menjalankan MTBS dengan baik dan sesuai prosedur (Mardijanto dan Hasanbasri, 2005).

Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (Puslitkes-UI) adalah salah satu lembaga penelitian kesehatan di Universitas Indonesia. Tahun 2008, Puslitkes-UI melakukan survei mengenai Evaluasi pelaksanaan MTBS di 8 kabupaten, yaitu Aceh Barat, Brebes, Konawe Selatan, Malang, Nagan Raya, Rote Ndao, Tanah Laut dan

Toba Samosir. Desain survei dengan menggunakan metoda dua tahap yaitu secara *cross sectional* dengan *cluster* di tingkat puskesmas, setelah itu dipilih 15 puskesmas secara random (acak). Populasi pada penelitian ini adalah balita sakit yang berkunjung di 15 puskesmas yang telah terpilih di 8 kabupaten. Target populasi pada penelitian ini adalah anak yang sakit di tingkat kabupaten, dengan minimal sampel sebesar 86 (usia 2 bulan sampai 5 tahun) untuk tiap kabupaten. Pengumpulan data dilakukan dengan observasi pada anak sakit yang berobat ke puskesmas yang menggunakan formulir berupa chek list yang dilakukan oleh pengamat yang telah dilatih oleh Puslitkes. Data yang dikumpulkan pada survei ini dengan observasi pada anak sakit yang berobat di puskesmas. Tambahan data lainnya berupa ketersediaan alat, obat dan formulir untuk menangani anak sakit dan juga kebijakan dan sistem yang mendukung dari kantor Dinas Kesehatan. Setelah semua data terkumpul, data tersebut di input (masukan) ke komputer dengan program SPSS di Puslitkes, dan kemudian dianalisis. Puslitkes melakukan analisis pada 4 indikator yaitu (1) indikator penilaian anak sakit, (2) Klasifikasi anak sakit, (3) vaksinasi dan konseling dan (4) ketersediaan fasilitas kesehatan. Analisis tersebut tidak menghubungkan antara karakteristik petugas, fasilitas kesehatan dengan kualitas penanganan balita dengan gejala ISPA dengan menggunakan standar MTBS.

Penelitian mengenai MTBS sudah sering dilakukan begitu pula dengan penggunaan obat yang tidak rasional, namun penelitian tersebut masih dalam lingkup kecil yaitu satu kabupaten. Sedangkan untuk penelitian mengenai MTBS yang bersifat nasional belum pernah dilakukan, selain itu selama ini penelitian terhadap MTBS sifatnya hanya berupa evaluasi pelaksanaan terhadap program belum ke arah kualitas dari penanganan terhadap penderita yang sakit dengan melihat kesesuaian antara penilaian, kualifikasi dan tindakan yang dilakukan

oleh petugas kesehatan apakah sudah tepat sesuai dengan standar MTBS atau belum.

Berdasarkan informasi di atas penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai Kualitas Penanganan Balita dengan gejala ISPA tahun 2009 di 8 kabupaten, yaitu Aceh Barat, Brebes, Konawe Selatan, Malang, Nagan Raya, Rote Ndao, Tanah Laut dan Toba Samosir.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka yang menjadi masalah dalam penelitian ini adalah belum diketahuinya kualitas penanganan balita sakit dengan gejala ISPA menurut standar MTBS di 8 kabupaten tahun 2009.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas maka yang menjadi pertanyaan dalam penelitian MTBS adalah:

1. Bagaimana kualitas penanganan balita sakit dengan gejala ISPA menurut standar MTBS di 8 kabupaten tahun 2009?
2. Apakah ada hubungan antara karakteristik petugas dengan kualitas penanganan balita sakit dengan gejala ISPA menurut standar MTBS di 8 kabupaten tahun 2009?
3. Apakah ada hubungan antara fasilitas kesehatan dengan kualitas penanganan balita sakit dengan gejala ISPA menurut standar MTBS di 8 kabupaten tahun 2009?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Di ketahuinya kualitas penanganan balita sakit dengan gejala ISPA berdasarkan MTBS di 8 kabupaten tahun 2009.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Diketuainya gambaran kepatuhan penilaian oleh petugas kesehatan di puskesmas terhadap balita sakit dengan gejala ISPA menurut standar MTBS.
2. Diketuainya gambaran klasifikasi yang ditetapkan oleh petugas kesehatan di puskesmas terhadap balita sakit dengan gejala ISPA.
3. Diketuainya gambaran pengobatan dan konseling oleh petugas kesehatan di Puskesmas terhadap balita sakit dengan gejala ISPA.
4. Diketuainya gambaran karakteristik petugas kesehatan yang meliputi umur, profesi, dan pelatihan MTBS.
5. Diketuainya gambaran fasilitas yang ada di puskesmas yang meliputi alat dan obat.
6. Diketuainya kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas kesehatan dan klasifikasi menurut pengamat.
7. Diketuainya kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas kesehatan di puskesmas.
8. Diketuainya kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas kesehatan dan pengobatan menurut pengamat.
9. Diketuainya Kepatuhan petugas kesehatan di puskesmas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS.
10. Diketuainya kesesuaian antara konseling yang dilakukan petugas kesehatan di puskesmas dan konseling menurut pengamat.
11. Diketuainya hubungan antara karakteristik petugas kesehatan di puskesmas dengan kualitas penanganan balita sakit dengan gejala ISPA menurut standar MTBS.
12. Diketuainya hubungan antara ketersediaan fasilitas kesehatan dengan kualitas penanganan balita sakit dengan gejala ISPA menurut standar MTBS.
13. Diketuainya faktor yang paling berpengaruh terhadap kualitas penanganan balita sakit dengan gejala ISPA.

1.5. Manfaat Penelitian

- 1.5.1. Bagi Direktorat Kesehatan Anak khususnya Subdit Kesehatan Bayi dan Balita sebagai bahan masukan dalam menyusun perencanaan dan kebijakan pengembangan MTBS di Indonesia.
- 1.5.2. Bagi provinsi dan kabupaten dalam hal ini dinas kesehatan sebagai bahan masukan dan evaluasi dalam menentukan kebijakan dan pembinaan lebih lanjut mengenai pemberian pelayanan dipuskesmas dengan menggunakan MTBS.
- 1.5.3. Bagi puskesmas sebagai gambaran untuk dijadikan masukan dalam meningkatkan pelayanan kesehatan pada masyarakat yang bermutu sesuai dengan fungsi pokok puskesmas.

1.6. Ruang Lingkup

Penelitian ini menggunakan data sekunder dari Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (Puslitkes-UI) bulan Agustus tahun 2008 mengenai Evaluasi Pelaksanaan dari MTBS yang dilaksanakan di 8 kabupaten tahun 2008, yaitu Aceh Barat, Brebes, Konawe Selatan, Malang, Nagan Raya, Rote Ndao, Tanah Laut dan Toba Samosir.

Penelitian ini merupakan analisa lanjutan data dari penelitian yang dilakukan oleh Puslitkes-UI. Populasi dan sampel yang digunakan pada penelitian ini sama dengan populasi dan sampel yang diambil oleh Puslitkes-UI kecuali jenis variabel yang dianalisis. Besar sampel yang diambil sebanyak 421 balita sakit dengan gejala ISPA. Variabel yang dianalisis pada penelitian ini adalah variabel yang terkait dengan ISPA, sumber daya manusia yang ada dipuskesmas, dan fasilitas puskesmas.

Analisis yang dilakukan dengan menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat. Analisis univariat untuk melihat gambaran mengenai karakteristik sumber daya manusia seperti umur, profesi, pelatihan, fasilitas seperti kelengkapan alat dan obat, penilaian

gejala ISPA yang dilakukan oleh petugas, klasifikasi ISPA yang dilakukan oleh petugas dan tindakan berupa pengobatan dan konseling yang dilakukan oleh petugas. Sedangkan analisis bivariat melihat kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan klasifikasi yang ditetapkan, hubungan antara karakteristik petugas terdiri dari umur, pelatihan dan profesi dengan kualitas penanganan balita dengan gejala ISPA berdasarkan standar MTBS serta hubungan antara fasilitas kesehatan yang terdiri dari alat dan obat dengan kualitas penanganan balita dengan gejala ISPA berdasarkan standar MTBS. Uji statistik yang digunakan untuk analisis bivariat dengan menggunakan chi-square. Analisis multivariat dilakukan untuk melihat faktor yang paling berhubungan dari variabel independen yaitu umur, profesi, pelatihan, kelengkapan alat dan obat dengan kualitas penanganan balita sakit dengan gejala ISPA. Uji statistik analisis multivariat dengan menggunakan uji regresi logistik ganda.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

2.1.1. Pengertian

Infeksi Saluran Pernapasan Akut atau ISPA memiliki tiga unsur yaitu infeksi, saluran pernapasan dan akut. Infeksi merupakan masuknya kuman atau mikroorganisme ke dalam tubuh dan berkembang biak yang dapat menimbulkan gejala penyakit, sedangkan saluran pernapasan adalah organ mulai dari hidung sampai alveoli serta organ adneksanya seperti sinus-sinus, rongga telinga tengah dan pleura, lalu yang disebut sebagai akut yaitu infeksi yang berlangsung selama 14 hari (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2000).

ISPA merupakan infeksi penyakit akut yang menyerang salah satu bagian atau lebih saluran pernapasan mulai hidung sampai alveoli termasuk jaringan adneksanya. Sedangkan infeksi saluran pernapasan terdiri dari infeksi saluran pernapasan atas seperti *nasopharyngitis*, *pharyngo*, *tonsillitis* dan *epiglottitis*, serta infeksi saluran pernapasan bawah seperti *laryngitis*, *tracheobronchitis* dan *bronchitis pneumonia* (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

2. Pneumonia

Berdasarkan ilmu kedokteran, penyakit pneumonia ada yang disebut dengan pneumonia yang disebabkan oleh bakteri dan virus. Pneumonia yang diakibatkan oleh bakteri adalah radang paru-paru yang ditandai oleh konsolidasi jaringan paru-paru, baik merata maupun bercak. Sedangkan pneumonia yang disebabkan oleh virus merupakan

penyakit endemik influenza biasanya menimbulkan radang pada saluran pernapasan bagian atas yang bersifat ringan dan tidak membahayakan (*flu*). Pada keadaan epidemi, virus dapat menimbulkan pneumonia berat (Himawan, 1994)

2.1.2. Tata laksana Penderita ISPA Balita

Tata laksana dari penderita ISPA dimulai dengan pemeriksaan, klasifikasi penyakit ISPA, penentuan klasifikasi dan tatalaksana pengobatan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006)

2.1.2.1. Pemeriksaan Penderita

Definisi pemeriksaan adalah diperolehnya informasi mengenai penyakit anak dengan mengajukan beberapa pertanyaan kepada ibu balita, melihat dan mendengarkan anak. Anak dengan kesulitan bernapas dapat disebabkan oleh pneumonia yang merupakan penyakit berat dan dapat menyebabkan kematian. Batuk atau sulit bernapas dapat terjadi karena pilek, hidung tersumbat, lingkungan berdebu, pertusis, tuberkulosis, campak, *croup* atau *wheezing*.

2.1.2.2. Klasifikasi Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) Menurut MTBS

Infeksi saluran pernapasan dapat terjadi pada bagian saluran pernapasan seperti hidung, tenggorokan, laring, trakhea, saluran udara atau paru (Modul MTBS, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

Anak dengan batuk atau sukar bernapas kemungkinan terkena pneumonia atau infeksi saluran pernapasan berat lainnya. Akan tetapi sebagian besar anak datang ke klinik dengan batuk atau sukar bernapas atau infeksi saluran pernapasan yang ringan. Oleh karena itu petugas harus mengetahui anak yang sakit serius dengan gejala batuk atau

sukar bernapas membutuhkan pengobatan dengan antibiotik, yaitu pneumonia (infeksi paru) yang ditandai dengan napas cepat dan tarikan dinding dada ke dalam. Pneumonia yang diderita oleh anak menyebabkan paru menjadi kaku, sehingga tubuh bereaksi dengan bernapas cepat supaya tidak terjadi hipoksia (kekurangan oksigen). Bertambah parahnya pneumonia akan menyebabkan paru bertambah kaku dan timbul tarikan dinding dada ke dalam. Pneumonia dapat mengakibatkan anak meninggal karena hipoksia atau sepsis (infeksi umum) (Modul MTBS, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006).

Adapun klasifikasi ISPA menurut standar MTBS adalah sebagai berikut (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006):

1. Pneumonia Berat atau Penyakit Sangat Berat

Klasifikasi pneumonia berat atau penyakit sangat berat merupakan klasifikasi lajur merah muda pada modul MTBS, hal ini berarti anak memerlukan perhatian dan harus segera dirujuk. Adapun gejala dari pneumonia berat adalah anak batuk atau sukar bernapas diikuti dengan tanda-tanda sebagai berikut:

- a. Tanda bahaya umum meliputi anak tidak bisa minum atau menyusui, anak memuntahkan semuanya, kejang, letargis atau tidak sadar.
- b. Tarikan dinding dada ke dalam, yaitu dinding dada bagian bawah masuk ke dalam ketika anak menarik napas.
- c. Stridor adalah bunyi yang kasar yang terdengar pada saat anak menarik napas. Stridor terjadi apabila ada pembengkakan pada laring, trakhea atau epiglottis, sehingga menyebabkan sumbatan yang menghalangi masuknya udara ke dalam paru yang dapat mengancam jiwa anak.

2. Pneumonia

Klasifikasi pneumonia termasuk pada lajur kuning pada modul MTBS yang berarti anak memerlukan tindakan khusus, misalnya pemberian antibiotik. Adapun gejala dari pneumonia adalah anak batuk atau sukar bernapas diikuti dengan tanda-tanda anak bernapas cepat. Batas napas cepat tergantung dari umur anak yaitu:

Tabel 2.1.
Tanda-tanda Frekuensi Napas Cepat Penderita Pneumonia

Jika umur anak :	Anak dikatakan bernapas cepat apabila :
2 sampai 12 bulan	Frekuensi napas : 50 kali per menit atau lebih
12 bulan sampai 5 tahun	Frekuensi napas : 40 kali per menit atau lebih

Catatan :

Anak yang tepat berusia 12 bulan disebut bernapas cepat apabila frekuensi napasnya : 40 kali per menit atau lebih.

Sumber: Modul MTBS, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006

3. Batuk Bukan Pneumonia

Klasifikasi batuk bukan pneumonia termasuk pada lajur hijau pada modul MTBS yang berarti anak tidak memerlukan tindakan medis khusus. Adapun gejala dari batuk : bukan pneumonia adalah anak batuk atau sukar bernapas yang tidak diikuti dengan tanda bahaya umum seperti anak tidak bisa minum atau menyusui, anak memuntahkan semuanya, kejang, dan letargis, tidak ada tarikan dada ke dalam, tidak ada stidor dan tidak ada napas cepat.

Berdasarkan penjelasan klasifikasi ISPA diatas, dibawah ini dapat digambarkan secara ringkas klasifikasi dari ISPA tersebut yaitu:

Tabel 2.2.
Gejala dan Klasifikasi Pneumonia

GEJALA	KLASIFIKASI
<ul style="list-style-type: none"> - Ada tanda bahaya umum atau - Tarikan dinding dada ke dalam atau - Stridor 	PNEUMONIA BERAT ATAU PENYAKIT SANGAT BERAT
<ul style="list-style-type: none"> - Napas Cepat 	PNEUMONIA
Tidak ada tanda-tanda pneumonia atau penyakit sangat berat	BATUK: BUKAN PNEUMONIA

Sumber: Modul MTBS, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006

2.1.2.3. Tindakan Pada Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

Tindakan ISPA menurut standar MTBS terbagi menjadi dua bagian yaitu pengobatan dan konseling.

a. Prinsip pengobatan bagi balita dengan gejala ISPA menurut Modul MTBS (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006) sebagai berikut:

1. Pneumonia berat atau penyakit sangat berat.

Pengobatan pneumonia berat atau penyakit sangat berat dengan memberikan dosis pertama antibiotik yang sesuai seperti pada tabel 2.3. di bawah ini dan rujuk segera.

Untuk semua klasifikasi yang membutuhkan antibiotik yang sesuai:

- Antibiotik pilihan pertama : kotrimoksazol (trimetoprim + sulfametoksazol)
- Antibiotik pilihan kedua : amoksisilin

Tabel 2.3.
**Jenis Antibiotik yang diberikan untuk Balita Pneumonia dan
 Pneumonia Berat**

Umur atau berat badan	Kotrimoksazol 2 x sehari selama 5 hari			Amoksisilin Beri 3 kali sehari untuk 5 hari
	Tablet Dewasa (80 mg Tmp + 400 mg Smz)	Tablet Anak (20 mg Tmp + 100 mg Smz)	Sirup per 5 ml (40 mg Tmp + 200 mg Smz)	Sirup 125 mg per 5 ml
2 bl - <4 bln (4 - <6 kg)	1/4	1	2,5 ml	2,5 ml
4 bln - < 12 bln (6 - < 10 kg)	1/2	2	5 ml	5 ml
12 bln - 5 th (10 - <19 kg)	¾ atau 1	3	7,5 ml	10 ml

Sumber: Modul MTBS, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006

2. Pneumonia

Pemberian pengobatan dengan klasifikasi Penumoniam sebagai berikut:

- a. Pemberian antibiotik yang sesuai, seperti pada tabel 2.3. di atas selama 5 hari
- b. Pemberian obat pelega tenggorokan dan pereda batuk yang aman
- c. Memberikan nasihat kepada ibu balita waktu untuk kembali segera ke puskesmas.
- d. Petugas menyarankan ke ibu balita untuk melakukan kunjungan ulang setelah 2 hari

3. Batuk Bukan Pneumonia

Pengobatan Batuk Bukan Pneumonia yang diberikan kepada balita sakit, sebagai berikut:

- a. Apabila balita sakit mengalami batuk lebih dari 3 minggu, maka petugas menyarankan kepada ibu balita untuk rujuk agar dapat pemeriksaan lebih lanjut.
- b. Petugas memberikan obat pelega tenggorokan dan pereda batuk yang aman
- c. Petugas memberikan nasihat kepada ibu balita waktu untuk kembali segera ke puskesmas.
- d. Petugas menyarankan ke ibu balita untuk melakukan kunjungan ulang setelah 5 hari jika tidak ada perbaikan

b. Konseling

Konseling merupakan salah satu tindakan setelah terapi atau pengobatan dalam pelaksanaan MTBS. Konseling menurut Modul-4 MTBS (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006) merupakan ketrampilan seorang petugas kesehatan dalam melakukan komunikasi yang baik dengan ibu balita. Komunikasi yang dilakukan oleh petugas kesehatan berupa cara pemberian obat dan pentingnya pengobatan bagi anak. Hal ini dilakukan karena pengobatan yang dilakukan di pelayanan kesehatan perlu dilanjutkan di rumah. Keberhasilan pengobatan di rumah tergantung dari ketrampilan komunikasi petugas dengan ibu balita.

Kegiatan konseling pada Modul-4 MTBS (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006) petugas kesehatan selain memberikan nasihat mengenai pentingnya pengobatan bagi balita tetapi juga mempraktekkan cara pemberian obat pada ibu balita. Cara pemberian obat yang terkait dengan gejala ISPA dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Cara pemberian obat oral di rumah

Langkah-langkah yang dilakukan oleh petugas kesehatan dalam pemberian obat oral di rumah sebagai berikut:

- a. Petugas kesehatan menentukan jenis dan dosis obat yang sesuai untuk umur atau berat badan balita. Petugas kesehatan memberikan penjelasan kepada ibu balita mengenai jenis dan dosis obat yang digunakan menurut bagan pengobatan MTBS.
- b. Petugas kesehatan memberitahu ibu alasan pemberian obat kepada balita termasuk alasan balita diberi obat oral dan masalah penyakit yang diobati.
- c. Petugas kesehatan memperagakan cara mengukur satu dosis. Sebelum petugas memperagakan cara mengukur satu dosis, petugas harus terlebih dahulu memeriksa masa kadaluwarsa obat, setelah itu petugas menghitung jumlah obat yang dibutuhkan balita dan jangan lupa untuk menutup kembali tempat obat tersebut. Peragaan atau praktek petugas kesehatan dalam cara mengukur satu dosis sebagai berikut:
 - c1. Apabila petugas kesehatan memberikan obat berupa tablet, maka yang harus dilakukan oleh petugas kesehatan adalah:
 - Petugas menunjukkan kepada ibu balita mengenai jumlah obat dalam satu dosis, dan bila perlu petugas memperagakan cara membagi/membelah tablet.
 - Apabila tablet harus digerus sebelum diberikan, sebaiknya ditambahkan beberapa tetes air matang; lalu diamkan 1-2 menit. Air akan membuat tablet menjadi lunak, sehingga mudah digerus.
 - c2. Apabila petugas kesehatan memberikan obat berupa sirup, maka yang harus dilakukan petugas kesehatan adalah:

- Petugas memperagakan cara mengukur dosis dalam mililiter (ml) secara benar dengan menggunakan sendok takar obat. 1 (satu) sendok takar obat setara dengan 5 ml.
- d. Petugas kesehatan mengamati ibu balita cara menyiapkan obat satu dosis. Setelah petugas kesehatan memberikan contoh memberikan obat maka ibu balita mempraktekkan cara menyiapkan obat satu dosis di depan petugas kesehatan dengan tujuan apabila ibu balita salah dalam menyiapkan obat satu dosis dapat segera diperbaiki oleh petugas kesehatan. Apabila obat yang diberikan berbentuk tablet dan balita tidak bisa menelan, maka petugas sebaiknya mengajari ibu dalam menggerus obat tersebut.
- e. Petugas mempraktekkan pemberian dosis pertama pada balita oleh ibu balita. Setelah anak diberi obat, selama 30 menit, petugas meminta ibu untuk mengawasi balitanya. Apabila dalam 30 menit balita muntah (tablet atau sirup ada dimuntahan), beri satu dosis lagi (ulangi lagi). Dan apabila balita muntah lagi sampai timbul tanda dehidrasi, atasi dehidrasinya sebelum ibu memberikan obat dosis berikutnya.
- f. Petugas kesehatan memberikan penjelasan kepada ibu balita mengenai cara pemberian obat, mulai dari banyaknya jumlah obat yang harus diberikan kepada balita serta jumlah per harinya dan waktu penggunaan obat (pagi, siang, sore dan malam menjelang tidur) dan untuk berapa lama, kemudian diberi tanda (label) dan pembungkus.
- g. Petugas kesehatan harus memilih, menghitung dan mengemas tiap jenis obat secara terpisah apabila balita mendapat lebih dari satu jenis obat. Memilih tiap jenis obat

satu persatu dilakukan oleh petugas kesehatan, lalu petugas kesehatan menuliskan cara pemakaian obat pada label, kemudian menghitung jumlah obat yang dibutuhkan, dan memasukkan obat dalam jumlah yang cukup kedalam masing-masing kemasan yang telah diberi tanda. Petugas kesehatan harus menyelesaikan pengemasan obat pertama dahulu, baru dilanjutkan dengan obat berikutnya. Petugas juga memberikan penjelasan kepada ibu balita bahwa balita mendapat obat lebih dari satu jenis karena penyakit yang dideritanya. Lalu petugas memperlihatkan kepada ibu obat-obat tersebut dan menerangkan cara pemberiannya, apabila perlu petugas kesehatan membuat ringkasan mengenai obat dan waktu pemberian masing-masing obat.

- h. Petugas kesehatan memberikan penjelasan bahwa obat-obatan yang diberikan (tablet, sirup) harus diminum sampai habis sesuai jadwal pengobatan, walaupun keadaan anak sudah membaik.

- Petugas kesehatan mengecek pemahaman ibu sebelum meninggalkan klinik. Sebelum ibu penderita meninggalkan klinik maka petugas kesehatan harus mengecek pemahaman ibu berupa jenis obat yang diberikan ke anak setiap kali memberikan obat, waktu pemberian obat dan frekuensi pemberian obat, jumlah obat yang diberikan.

2. Cara mengobati infeksi lokal di rumah

Pada penyakit ISPA, petugas kesehatan memberikan penjelasan kepada ibu balita dalam meredakan batuk, melegakan tenggorokan dengan menggunakan bahan yang aman. Yang dimaksud dengan bahan aman disini yaitu: bahan-bahan yang

dapat dibuat dari bahan-bahan yang tersedia di rumah tangga.

Bahan aman yang dianjurkan kepada ibu penderita yaitu:

- a. ASI Eksklusif untuk bayi sampai umur 6 bulan karena air susu ibu adalah bahan penyembuh yang terbaik bagi bayi yang mendapat ASI eksklusif.
- b. Kecap manis atau madu dicampur dengan air jeruk nipis dengan perbandingan yang sama.

Selain dari bahan yang dianjurkan terdapat pula obat yang tidak dianjurkan yaitu:

- a. Semua jenis obat batuk yang dijual bebas, dan mengandung atropin, codein dan turunannya atau alkohol karena dapat menurunkan kesadaran anak dan mengganggu jadwal makan anak serta mempengaruhi kemampuan anak untuk mengeluarkan lendir dari paru.
- b. Obat-obatan dekongestan oral dan nasal (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006)

Petugas kesehatan memberikan nasihat kepada ibu balita mengenai jadwal untuk kembali ke pelayanan kesehatan selain memberikan penjelasan mengenai cara pemberian obat pada kegiatan konseling. Petugas kesehatan harus memberitahukan kepada ibu balita mengenai kunjungan ulang ke pelayanan kesehatan. Kunjungan ulang ini terbagi menjadi tiga bagian yaitu:

1. Kunjungan ulang setelah waktu tertentu, misalnya untuk mengecek mengenai kemajuan pengobatan dengan antibiotik. Jika balita menderita pneumonia maka balita memerlukan kunjungan ulang setelah 2 hari.
2. Petugas kesehatan harus memberikan nasihat kepada ibu balita agar kembali SEGERA apabila ditemukan tanda-tanda sebagai berikut:

- a. Setiap balita sakit dengan tanda-tanda tidak bisa minum atau menyusu, bertambah parah dan timbul demam
 - b. Balita dengan batuk bukan pneumonia, juga kembali jika terdapat tanda-tanda seperti napas cepat dan sukar bernapas.
3. Kunjungan blita sehat berikutnya. Petugas kesehatan memberitahukan kepada ibu untuk kembali ke pelayanan kesehatan untuk pemberian imunisasi dan suplemen vitamin A.

2.1.3. Penanggulangan ISPA

Penanggulangan ISPA dilakukan dengan beberapa cara yaitu (Biddulph, dkk,1999):

1. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan yang dilakukan dalam penanggulangan ISPA yaitu:

- a. *Primordial prevention* dengan tujuan untuk menghindari faktor yang resiko yang belum ditemukan dimasyarakat, contoh penderita batuk, asap rokok yang memiliki resiko tinggi pada ISPA perlu dihindari dengan cepat.
- b. *Primary prevention* bertujuan untuk mengurangi atau meubah faktor resiko yang telah ada pada individu maupun masyarakat, contoh bagaimana mengurangi kepadatan penduduk, memperbaiki ventilasi rumah.

2. Pengendalian infeksi ISPA

Yang dimaksud dengan pengendalian ISPA yaitu pengobatan ISPA, baik ISPA atas maupun bagian bawah. Pengendalian ISPA bagian atas ditujukan untuk menghindari adanya komplikasi dan mengupayakan supaya ISPA bagian bawah tidak terlalu parah.

3. Imunisasi

Imunisasi pada anak dapat mencegah terjadinya pneumonia dimana penyakit tersebut dapat berkomplikasi dengan ISPA bagian bawah.

2.2. Angka Morbiditas dan Mortalitas

Indonesia adalah salah satu negara berkembang yang memiliki angka kesakitan dan kematian bayi dan balita tinggi untuk penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) sebesar 26,6% dengan 15 juta kematian yang terjadi pada kelompok umur balita diperkirakan terdapat 4 juta kematian (World Health Organization, 1990)

ISPA merupakan penyebab kematian sebesar 10-15% kematian bayi di negara industri dan 27% kematian bayi dinegara berkembang. Berdasarkan hasil penelitian dinegara berkembang kematian bayi dan balita yang disebabkan oleh ISPA sebesar 20-35% dengan perkiraan 2-5 juta bayi dan balita meninggal (World Health Organization, 1986).

Hasil penelitian sudah banyak dilakukan mengenai ISPA tidak hanya pada survey dimasyarakat tetapi juga dari penelitian di rumah sakit dan laporan tahunan puskesmas, sebagai berikut:

1. Hasil survei di masyarakat

Pada Survei Kesehatan Rumah Tangga Nasional (SKRT) tahun 2001, didapat hasil bahwa proporsi tertinggi kematian bayi disebabkan oleh ISPA sebesar 27% dan balita sebesar 22,4%.

2. Penelitian dirumah sakit.

a. Angka kematian

Berdasarkan data medical record rumah sakit Cibabat Cimahi selama periode 2000-2003 terdapat 1.559 orang penderita pneumonia yang dirawat di rumah sakit tersebut dan sebanyak 120 orang meninggal dunia. Sedangkan di rumah sakit Hasan Sadikin Bandung dilaporkan bahwa selama periode 2000-2003 telah merawat penderita pneumonia sebanyak 1.792 dan

sebanyak 112 orang diantaranya meninggal dunia (medical record rumah sakit Hasan Sadikin Bandung, 2003)

3. Penelitian di Puskesmas

Penelitian di puskesmas didasarkan pada pola penyakit terbanyak didapat hasil, yaitu:

- a. Berdasarkan hasil penelitian di Puskesmas Purwareja I Klampok Kabupaten Banjarnegara tahun 2004 di temukan bahwa distribusi usia penderita ISPA kelompok umur 0 – 4 bulan sebesar 0,8%, kelompok umur > 4-12 bulan sebesar 18,3%, kelompok umur > 12 – 59 bulan sebesar 80,9% (Wahyono, Dj, Hapsari, I, Astuti, IWB, 2004).
- b. Di UPF Citeureup berdasarkan kelompok umur 0-<1 tahun penyakit terbanyak pada penderita ISPA sebesar 74,1%. Sedangkan pada kelompok umur 1-<5 tahun untuk ISPA sebesar 72,2% (Profil Puskesmas Citeureup, 2007).

2.3. Pengobatan

Pengobatan adalah suatu proses ilmiah yang dilakukan oleh petugas kesehatan kepada pasien dengan didasarkan pada hasil pemeriksaan. Yang dimaksud dengan proses ilmiah disini adalah dimulai dari anamnesa, pemeriksaan, penegakkan diagnosis, pemilihan intervensi pengobatan, penulisan resep, pemberian informasi dan tindak lanjut dari pengobatan.

Pengetahuan dan ketrampilan dibutuhkan selama proses diatas dalam menentukan intervensi yang bermanfaat dan tidak mengandung resiko untuk pasien yang dapat merugikan pasien. Pertanyaan-pertanyaan sering muncul ketika petugas melakukan intervensi pengobatan dimana pertanyaan inilah yang menjadi acuan petugas dalam melakukan pemeriksaan pada pasien. Jenis pertanyaan yang sering muncul dalam melakukan pemeriksaan yaitu apakah semua

diagnosis penyakit memerlukan obat, apabila intervensi tersebut memerlukan obat, maka obat yang harus dipilih adalah obat yang memberikan *efek terapeutik spesifik* untuk penyakit dan memiliki efek samping yang tidak besar. Seperti intervensi pengobatan pada penyakit ISPA non pneumonia yang seharusnya tidak perlu diintervensi oleh obat jenis antibiotika, karena penyebabnya adalah virus. Atau apabila intervensi tidak memerlukan obat, maka gantilah pengobatan tersebut dengan pengobatan yang bermanfaat seperti peresepan vitamin.

2.3.1. Pengobatan Rasional

Berdasarkan World Health Organizations (1987) dalam Deprtemen Kesehatan Republik Indonesia (2003) yang dimaksud dengan pemberian obat yang rasional adalah sebagai berikut:

1. Ketepatan dalam menegakkan diagnosis yang tepat karena apabila diagnosis tidak ditegakkan dengan benar maka pemilihan obat mengarah pada diagnosis yang salah.
2. Ketepatan indikasi, maksudnya obat yang diberikan harus sesuai dengan jenis penyakitnya, karena setiap obat memiliki terapi yang spesifik, contohnya antibiotika diindikasikan untuk infeksi bakterial.
3. Ketepatan pemilihan obat yang dilakukan setelah menetapkan diagnosis yang benar. Sehingga obat yang dipilih harus memberikan manfaat yang besar dengan resiko yang sekecil-kecilnya dan mutunya terjamin.
4. Ketepatan dosis, cara dan lama pemberian yang berpengaruh terhadap efek terapeutik obat. Karena apabila dosis diberikan tidak tepat dapat menyebabkan efek samping dan efek toksik lainnya. Dan sebaliknya apabila dosis diberikan kurang maka tidak akan menjamin tercapainya kadar terapi yang diharapkan.

5. Ketepatan dalam menilai kondisi pasien. Setiap individu berbeda dalam respon tubuhnya terhadap efek obat, contoh pada penderita ISPA yang diberi antibiotika, pada beberapa penderita didapatkan alergi gatal-gatal akan tetapi banyak pula penderita yang tidak mengalami hal tersebut.
6. Ketepatan dalam pemberian informasi. Pemberian informasi yang tidak jelas dapat mengakibatkan kesalahan dalam minum obat yang dapat mengakibatkan fatal bagi pasien.
7. Ketepatan dalam tindak lanjut pengobatan. Upaya ini sudah harus diputuskan pada saat memberikan terapi.

2.3.2 Pengobatan Tidak Rasional

Pengobatan yang tidak rasional banyak terjadi di pusat pelayanan kesehatan seperti di puskesmas yang seringkali tidak disadari oleh petugas kesehatan ataupun pasien. Berdasarkan hasil temuan yang di lakukan oleh Bagian Farmakologi Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada (UGM) bekerjasama dengan kelompok kerja (pokja) Pengelolaan dan Penggunaan Obat Ditjen Pengawasan Obat dan Makanan bahwa masih terdapat pola persepan yang teridentifikasi tidak rasional. Temuan tersebut antara lain :

1. Polifarmasi pada penyakit ISPA, diare dan myalgia
2. Penggunaan antibiotik untuk ISPA non pneumonia
3. Penggunaan injeksi untuk myalgia.

Penelitian ini dilakukan di 7 (tujuh) kabupaten Propinsi Jawa Timur (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2002).

Menurut Utarini (2001), pengkategorian dari penggunaan obat tidak rasional sebagai berikut:

1. Peresepan yang berlebih (*over prescribing*) maksudnya memberikan obat yang sebenarnya tidak perlu diberikan pada

penyakit tersebut, misalnya pemberian antibiotika pada penderita ISPA non pneumonia.

2. Peresepan yang kurang (*under prescribing*) maksudnya pemberian obat pada pasien dengan jumlah yang kurang dari yang dibutuhkan oleh pasien baik dari dosis, jumlah maupun lama pemberian, misalnya pemberian antibiotika diberikan hanya 3 hari.
3. Peresepan majemuk (*multiple prescribing*) maksudnya pemberian beberapa obat untuk satu indikasi penyakit yang sama, padahal penyakit tersebut dapat disembuhkan dengan satu jenis obat.
4. Peresepan yang salah (*incorrect prescribing*) maksudnya pemberian obat untuk indikasi yang keliru padahal kondisi yang sebenarnya merupakan kontraindikasi yang dapat memberikan kemungkinan efek samping atau bisa juga memberikan informasi yang keliru mengenai obat yang diberikan pada pasien.

Menurut Setiabudy pada koran kompas (8 Mei 2006) diungkapkan bahwa bentuk penggunaan obat yang tidak rasional antara lain terlalu banyak macam obat, indikasinya tidak tepat, pemberian obat yang terlalu lama atau dosis yang tidak tepat, pemberian suntikan yang tidak perlu, penggunaan obat yang toksik atau mahal padahal ada obat lain yang lebih murah dan efektif serta penggunaan obat yang efektivitasnya tidak jelas.

Berdasarkan evaluasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Majalengka tahun 2006 didapat hasil bahwa pemberian antibiotika pada ISPA non pneumonia sebesar 53,8%, penggunaan antibiotik pada diare akut sebesar 63,03% serta penggunaan injeksi pada myalgia sebesar 32,7%.

2.3.3. Dampak Penggunaan Obat yang Tidak Rasional

Berdasarkan hasil penelitian Purnamawati (2004) penggunaan obat yang tidak rasional kasus yang paling mencuat yaitu polifarmasi

dan pemberian antibiotika yang berlebihan, misalnya ketika anak demam, batuk, pilek, langsung diberi obat. Semua itu merupakan gejala, sedangkan yang harus dilakukan adalah mencari penyebabnya. Penyebabnya adalah virus dan tidak ada obatnya, yang dapat memerangi virus tersebut hanya sistem imunitas dan kekebalan tubuh kita.

Harjaningrum (2005) menyatakan bahwa bakteri resisten akan semakin berkembang apabila antibiotik dipergunakan secara terus menerus dengan tidak rasional yang menyebabkan berbagai infeksi yang disebabkan oleh bakteri-bakteri tersebut tidak akan bereaksi dengan obat sejenis. Penyakit-penyakit ini akan berlangsung lebih lama, resiko komplikasi dan kematian pun akan meningkat. Bakteri dapat bermutasi sangat cepat yang mengakibatkan suatu hari nanti akan berkembang suatu jenis bakteri resisten yang sangat mematikan, sehingga tidak ada satu obatpun yang dapat memamatkannya. Efek lain akibat dari penyakit yang berlangsung lama, biaya yang dikeluarkan akan semakin meningkat.

Dampak negatif dari penggunaan obat yang tidak rasional sebagai berikut (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2002):

1. Dampak terhadap mutu pengobatan dan pelayanan. Penggunaan obat yang tidak rasional dapat menghambat upaya penurunan angka kesakitan dan kematian penyakit.
2. Dampak terhadap biaya pengobatan. Penggunaan obat yang tidak jelas terhadap satu indikasi penyakit padahal tidak memerlukan obat tersebut, hal ini termasuk dalam pemborosan. Selain itu masih banyak praktek tenaga medis yang meresepkan obat mahal yang seharusnya masih ada alternatif obat lain yang lebih murah.
3. Dampak terhadap resiko efek samping dan efek lainnya yang tidak diharapkan. Resiko penularan penyakit dapat terjadi apabila dilakukan penggunaan obat yang tidak rasional contoh penggunaan

alat injeksi yang tidak sekali pakai beresiko terhadap hepatitis atau HIV. Selain itu kebiasaan memberikan obat dalam bentuk injeksi dapat meningkatkan syok anafilaktik.

4. Dampak terhadap mutu ketersediaan obat. Ketersediaan obat di puskesmas yang tidak mencukupi atau obat yang kurang jumlahnya menyebabkan petugas mengganti jenis obat lain yang dibutuhkan oleh pasien dengan jenis obat yang tidak tepat.
5. Dampak psikososial. Secara psikis pasien banyak yang menuntut untuk disuntik atau menuntut obat lain yang tidak sesuai dengan indikasi yang ditegakkan oleh petugas kesehatan.

2.3.4. Penyebab Terjadinya Pemberian Obat yang Tidak Rasional

Faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya pemberian obat yang tidak rasional yaitu:

1. Pembuat resep yang tidak tepat mulai dari anamnesis sampai menuliskan resep. Hal ini terjadi karena kurang pengetahuan dan ketrampilan dari petugas kesehatan. Selain itu kurangnya rasa percaya diri dari petugas terhadap indikasi penyakit pasien dengan pemberian terapeutik yang diberikan yang menyebabkan seorang petugas kesehatan tidak dapat menolak ketika pasien menawarkan suatu obat dengan obat lain. Penyebab lainnya karena kurangnya waktu dalam melakukan pemeriksaan pada pasien menyebabkan kualitas pemeriksaan kurang cermat dan kurang teliti.
2. Pengetahuan pasien yang kurang tentang pengobatan. Banyak pasien atau masyarakat yang beranggapan bahwa setiap gejala penyakit perlu obat. Pasien ketika sakit minum obat dan merasa sembuh, obat apapun itu ketika itu dihentikan.
3. Sistem perencanaan dan pengelolaan obat yang tidak baik dapat mendorong praktek penggunaan obat yang tidak rasional. Salah satunya adalah ketika pengiriman obat ke puskesmas-puskesmas

terlambat, yang dapat menyebabkan petugas kesehatan memberikan obat apa adanya tanpa melihat kesesuaian dengan indikasinya.

4. Kebijakan atas sistem pelayanan kesehatan dan obat. Undang-undang Praktek Kedokteran No. 29 tahun 2004 telah di sebarluaskan oleh pemerintah ke seluruh instansi, namun demikian masih banyak tenaga kesehatan non medis yang melakukan praktek pengobatan. Inilah yang menyebabkan terjadinya pemberian obat yang tidak rasional di puskesmas atau pelayanan kesehatan lainnya.

2.4. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah suatu pendekatan ketepaduan dalam tata laksana balita sakit yang berobat ke unit rawat jalan pelayanan kesehatan dasar terdiri dari upaya kuratif terhadap penyakit pneumonia, diare, campak, malaria, infeksi telinga, malnutrisi dan upaya promotif dan preventif terdiri dari imunisasi, pemberian vitamin A serta konseling dalam pemberian makanan dengan tujuan untuk menurunkan Angka Kematian Bayi dan Anak Balita dan menekan morbiditas akibat penyakit tersebut (Pedoman Penerapan MTBS di Puskesmas, 2006).

Dapat disimpulkan bahwa MTBS adalah suatu prosedur yang memadukan proses dalam tata laksana balita sakit dalam pelayanan kepada bayi dan balita yang sakit.

Program MTBS mempunyai sasaran dan hasil yang diharapkan sebagai berikut :

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

MTBS dirancang untuk meningkatkan kualitas pelayanan dengan mengintegrasikan kegiatan manajerial seperti pelatihan, supervisi, komunikasi, monitoring dan evaluasi. Selain itu salah satu pernyataan dalam *The World Bank's World Development Report 1993; Investing in Health* mengidentifikasi bahwa MTBS merupakan salah satu intervensi yang cost effective untuk menurunkan kematian bayi dan balita dinegara berkembang dan tertinggal.

Berdasarkan hasil penelitian di Kabupaten Pekalongan tahun 2004 mengenai evaluasi terhadap pelaksanaan MTBS didapat hasil belum semua formulir MTBS diisi dengan lengkap oleh petugas kesehatan seperti suhu tubuh balita sakit sering tidak dicantumkan karena ada anggapan bahwa suhu tubuh dapat diukur dengan anamnesa dan diraba, begitu pula dengan berat badan. Selain itu terdapat beberapa petugas kesehatan yang tidak menghitung napas dalam 1 menit serta tidak menanyakan berapa lama anak batuk, hal ini berpengaruh pada penilaian napas cepat yang merupakan dasar dalam penentuan klasifikasi. Bahkan petugas kesehatan kadang kala tidak menuliskan tindakan yang diberikan pada balita sakit. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa petugas kesehatan belum menjalankan MTBS dengan baik dan sesuai prosedur (Mardijanto dan Hasanbasri, 2004).

2.4.1. Pelaksanaan MTBS

Berdasarkan modul pengantar MTBS tahun 2006, terdapat prosedur pelaksanaan MTBS dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Menilai dan membuat klasifikasi anak sakit usia 2 bulan sampai 5 tahun. Yang dimaksud dengan "membuat klasifikasi" disini yaitu pengambilan keputusan mengenai penyakit atau masalah serta tingkat keparahannya. Klasifikasi merupakan suatu kategori untuk menentukan tindakan, bukan sebagai diagnosis spesifik penyakit.

2. Menentukan tindakan dan memberi pengobatan

Penentuan tindakan dan pemberian pengobatan berarti penentuan tindakan dan pemberian pengobatan di fasilitas kesehatan sesuai dengan klasifikasi, pemberian obat untuk diminum di rumah dan mengajari cara memberikan serta tindakan lain yang harus dilakukan di rumah.

3. Memberi konseling untuk ibu

Konseling disini yaitu menilai cara pemberian makan anak, pemberian anjuran untuk memberi makan yang baik pada anak dan waktu dimana anak harus kembali ke fasilitas kesehatan.

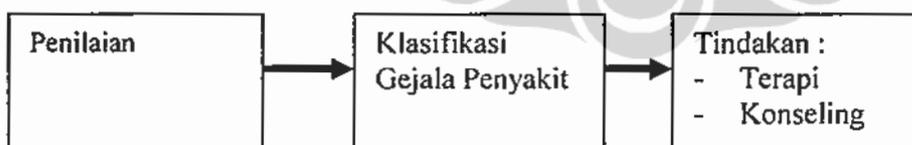
4. Memberi pelayanan tindak lanjut

Penentuan tindakan dan pengobatan pada saat anak datang untuk kunjungan ulang.

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

Terdiri dari penilaian dan pembuatan klasifikasi, penentuan tindakan dan pemberian pengobatan, konseling dan tindak lanjut pada bayi umur 1 hari sampai 2 bulan tidak berbeda dengan anak sakit umur 2 bulan sampai 5 bulan.

Prosedur pelaksanaan MTBS di atas dapat digambarkan dalam bagan di bawah ini yaitu :



Gambar 2.1.
Bagan MTBS

Sumber : *Modul MTBS*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006

2.4.2. Penerapan MTBS di Puskesmas

Penerapan MTBS di puskesmas memiliki sasaran utama yaitu perawat, bidan, atau petugas yang menangani balita sakit di unit rawat

jalan. Pelatihan kepada petugas kesehatan juga dilakukan secara aktif dan terstruktur dengan menilai adanya tanda-tanda dan gejala penyakit, dengan cara tanya, lihat, dengar dan raba, membuat klasifikasi, menentukan tindakan dan mengobati anak, memberikan konseling serta memberikan pelayanan tindak lanjut pada saat kunjungan ulang. Petugas kesehatan diajarkan pula untuk memperhatikan dengan cepat semua gejala anak sakit, sehingga petugas tersebut dapat menentukan apakah anak tersebut sakit berat dan perlu dirujuk, hal ini adalah penerapan dari MTBS di puskesmas. Selanjutnya apabila penyakitnya tidak parah, petugas kesehatan dapat memberikan pengobatan sesuai dengan pedoman MTBS (Pudjiastuti, 2002).

Tidak seluruh puskesmas dapat menerapkan MTBS dengan cepat karena penanganan satu balita yang sakit dengan menggunakan MTBS membutuhkan waktu yang lama yaitu untuk petugas yang baru dilatih membutuhkan waktu 25 menit. Sehingga beberapa puskesmas dalam menangani balita sakit dengan MTBS melihat terlebih dahulu jumlah balita yang datang, apabila jumlahnya sedikit maka akan langsung ditangani dengan MTBS, tetapi bila jumlah balita yang sakit terlalu banyak menggunakan penerapan secara bertahap. Seiring berjalannya waktu, keterampilan petugas dalam menangani balita sakit dengan menggunakan MTBS akan semakin cepat atau terampil yang menyebabkan waktu yang diperlukan untuk menangani anak sakit menjadi lebih cepat (Pudjiastuti, 2002).

2.5. Konsep Perilaku

Menurut skiner (1938) dalam Notoatmodjo (2005) dirumuskan bahwa perilaku merupakan suatu proses seseorang terhadap stimulus. Pada teori mengenai perilaku ini dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Perilaku tertutup (*cover behavior*), yaitu respon seseorang terbatas pada perhatian, bersikap, berpendapat dan menilai pada stimulus yang diterima.
2. Perilaku terbuka (*overt behavior*), yaitu respons seseorang terhadap stimulus sudah jelas terlihat dalam bentuk tindakan yang dapat diamati oleh orang lain. Misalnya pada petugas yang meresepkan obat pada pasien dari hasil diagnosis.

Sedangkan menurut Sarwono (1993) perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Kesimpulan yang diambil dari pernyataan di atas yaitu perilaku adalah respon individu terhadap rangsangan dari luar/lingkungan maupun yang berasal dari dalam dirinya. Adapun respon tersebut dapat bersifat pasif seperti, berpendapat dan bersikap atau bersifat aktif dengan melakukan tindakan yang nyata.

2.5.1. Faktor Penentu Perilaku

Faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dibedakan menjadi dua, yaitu:

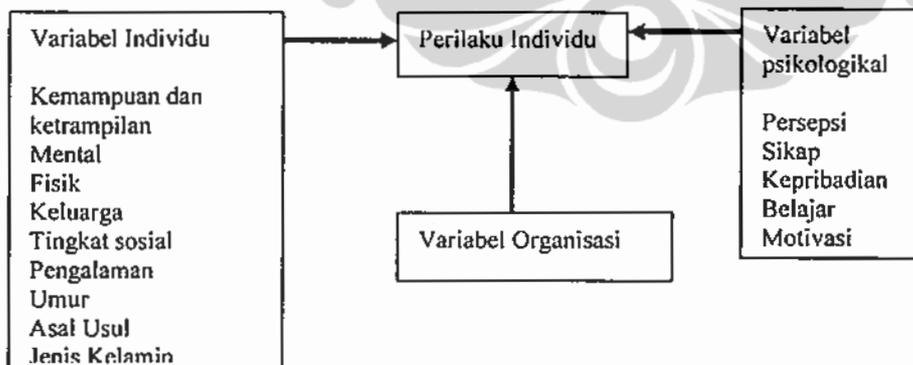
1. Faktor internal adalah karakteristik dari individu sendiri meliputi kecerdasan, emosional, jenis kelamin.
2. Faktor eksternal adalah faktor lingkungan di luar individu bersangkutan meliputi lingkungan fisik, sosial, budaya dan sebagainya.

Pada dasarnya perilaku manusia tidak lepas dari pengaruh beberapa aspek yang ada seperti aspek fisik, psikis dan sosial. Namun demikian ketiga aspek tersebut tidak dapat menjelaskan secara tegas dalam mempengaruhi perilaku seseorang, karena sebenarnya perilaku

seseorang merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, kehendak, minat, motivasi, persepsi, sikap dan lainnya.

Selain itu terdapat pula faktor-faktor lainnya seperti pengalaman, fasilitas, keyakinan dan lingkungan sosio budaya. Salah satu contoh yang bisa diambil yaitu seorang tenaga medis/paramedis yang mengetahui mengenai pengobatan rasional terhadap penyakit ISPA dikarenakan dia sudah pernah membaca pedoman pengobatan yang tersedia di puskesmas tempatnya bekerja. Kesimpulan dari penjelasan tersebut yaitu apabila telah memiliki pengetahuan tentang pengobatan rasional, maka untuk selanjutnya dia akan memberikan obat secara rasional seperti yang tercantum dalam buku pedoman tersebut.

Variabel-variabel yang mempengaruhi perilaku yaitu variabel internal terdiri dari psikologis dan fisiologis dan variabel eksternal sebagai faktor lingkungan yang dikemukakan oleh Gibson (1996) dalam bukunya yang telah diterjemahkan berjudul *Organisasi Perilaku, Struktur dan Proses*. Teori ini dapat digambarkan dalam diagram sebagai berikut:



Gambar 2.2.

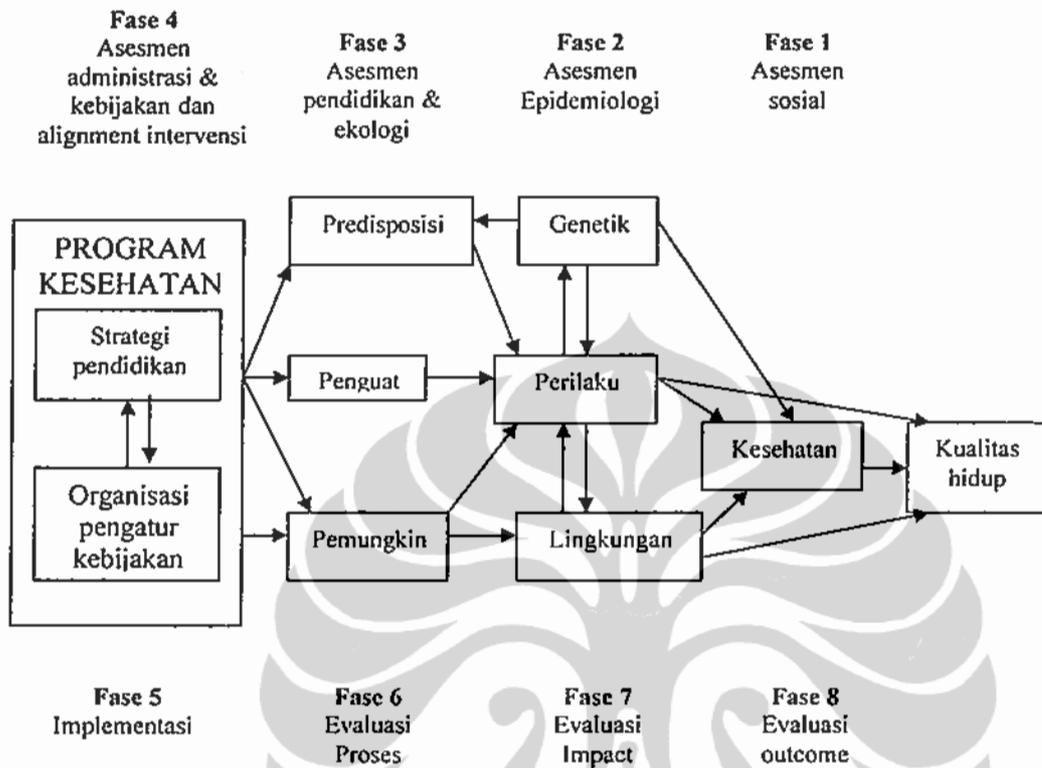
VARIABEL-VARIABEL YANG MEMPENGARUHI INDIVIDU

Sumber : Gibson, Ivancevish, Donnely, 1996, *Organisasi : Perilaku, Struktur dan Proses*. Edisi kelima, Erlangga, Jakarta

Teori lain mengenai faktor penentu perilaku dikemukakan oleh Lawrence Green dan Kreuter (2005) sebagai berikut :

1. Faktor predisposisi (*Predisposing factor*) adalah faktor yang memudahkan terjadinya perilaku seseorang seperti pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan unsur-unsur lainnya yang terdapat dalam diri seseorang.
2. Faktor pemungkin (*enabling factors*) adalah faktor yang memfasilitasi perilaku seperti tersedianya sarana dan prasarana yang mempengaruhi perilaku seseorang terhadap kesehatan misalnya tersedianya puskesmas.
3. Faktor penguat (*reinforcing factors*) adalah faktor yang memperkuat terjadinya perilaku yang berupa sikap atau perilaku individu yang dapat dijadikan sebagai contoh atau panutan.

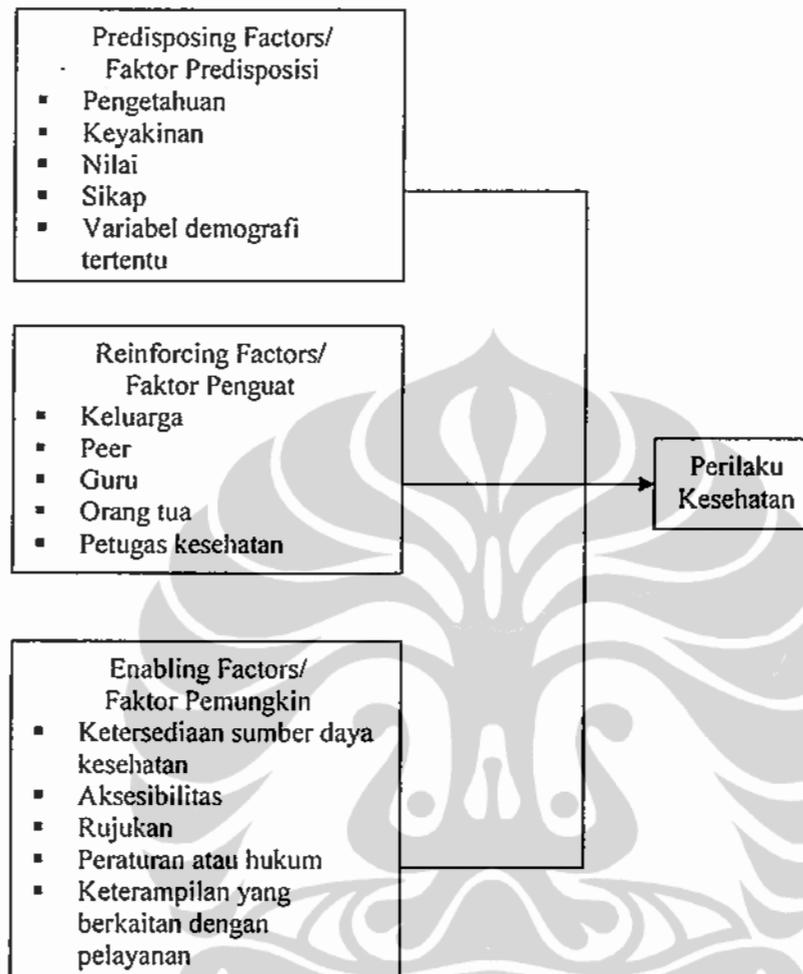
Teori Green dan Kreuter di atas dapat digambarkan dalam bagan sebagai berikut:



Gambar.2.3
Precede-Proceed Model

Sumber: Green, W. L. dan Kreuter, W. M., 2005, *Health Program Planning: an Educational and Ecological Approach*, Edisi IV, New York: McGraw, -

Untuk model perilaku kesehatan bagan tersebut disederhanakan dalam bagan berikut ini:



Gambar 2.4
Precede-Proceed Model untuk Kesehatan

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

2.5.2. Perilaku Kepatuhan

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1997) kepatuhan adalah suatu keadaan taat/tidak taat kepada perintah, peraturan dan disiplin. Petugas mematuhi perintah/instruksi, seringkali untuk memperoleh imbalan dari kepatuhan tersebut. Kepatuhan ini

bersifat sementara, karena apabila imbalan tidak ada maka kepatuhan akan luntur. Begitu pula kepatuhan yang berdasarkan kepada idola, apabila idolanya pergi atau pindah maka kepatuhan tersebut tidak akan berjalan atau hilang.

Kepatuhan adalah salah satu aspek dalam memberikan penilaian mutu proses pelayanan kesehatan. Kepatuhan yang diberikan oleh tenaga medis dan paramedis berdasarkan pada standard dan prosedur yang telah ditetapkan yang berpengaruh pada mutu pelayanan kesehatan kepada pasien. Tingkat pendidikan dan pengetahuan mempengaruhi kepatuhan yang merupakan dasar karena adanya ancaman pada dirinya, contoh takut infeksi atau takut dosa (Nurhayati, 1997). Petugas kesehatan akan taat apabila ada yang dijadikan sebagai figure dari atasan atau teman sekerja, adanya pedoman yang jelas untuk melakukan sesuatu, kelengkapan alat, dan sarana serta kemudahan dalam melakukan tindakan.

Perilaku petugas kesehatan yang dikaitkan dengan penerapan prosedur adalah kepatuhan petugas kesehatan dalam menerapkan prosedur MTBS dalam mengobati bayi atau anak balita sakit.

2.5.3. Dasar Pembentuk Perilaku

Dasar-dasar pembentuk perilaku individu yang dibentuk oleh keperibadian dan pengalaman ditentukan oleh:

1. Usia/umur, semakin bertambahnya umur seseorang maka berpengaruh kepada perilakunya, dapat kearah positif tetapi juga sebaliknya. Hal ini didasarkan pada teori bahwa seorang petugas kesehatan yang sudah tua diidentikkan dnegan memiliki banyak pengalaman, sabar dan teliti dalam melakukan pemeriksaan kepada pasien. Semakin lanjut usia seseorang maka semakin meningkat pula kedewasaan teknisnya dalam

arti ketrampilan dalam melaksanakan tugas begitu pula dengan psikologisnya (Siagian, 1989).

2. Jenis Kelamin. Terdapat dua pendapat yang menyatakan bahwa jenis kelamin berpengaruh pada tingkah laku seseorang. Hal ini berarti bahwa jenis kelamin perempuan lebih teliti, lebih cermat dan rapih dalam bekerja karena perempuan lebih punya rasa/sifat yang lemah lembut, dan sebaliknya pada pria yang bekerja dengan tidak rapih, akan tetapi kadang-kadang teori ini tidak terbukti. Berdasarkan hasil penelitian Wilkin (1986) dalam Illyas (2002) bahwa dokter wanita kurang melakukan konsultasi dengan menghabiskan waktu lebih sedikit dalam praktek dan kontak langsung dengan pasien. Akan tetapi sebaliknya bahwa dokter pria masih kalah dalam jumlah pasiennya dari dokter wanita.
3. Masa Kerja; masa kerja seseorang menggambarkan bahwa seseorang lebih berpengalaman dibandingkan rekan kerja lainnya sehingga kerap kali masa kerja menjadi pertimbangan sebuah perusahaan dalam rekrutmen pegawai. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Elytha (1994) dinyatakan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara masa kerja yang efektif dengan tingkat penampilan kerja bidan. Masa kerja yang lebih dari 2 (dua) tahun mempunyai kemungkinan memperoleh penampilan kerja yang baik 1,4 kali lebih baik bila dibandingkan dengan masa kerja yang kurang dari 2 (dua) tahun.
4. Kemampuan; setiap individu memiliki kapasitas kemampuan yang berbeda. Kemampuan bisa berupa kemampuan intelektual dan kemampuan fisik. Kemampuan baik fisik maupun intelektual sangat dibutuhkan dalam rangka mencapai tujuan satu organisasi (Robin, 1996). Kemampuan dan ketrampilan

seseorang dalam proses penegakkan diagnosis penyakit dipengaruhi selain pengetahuan, pengalaman juga informasi yang dia dapatkan dari melihat dan mendengar.

5. Pembelajaran adalah setiap perubahan yang relative permanent dari perilaku yang terjadi sebagai hasil pengalaman. Dapat dikatakan bahwa perubahan-perubahan perilaku menyatakan pembelajaran telah terjadi.
6. Pengetahuan menurut Notoatmodjo (2005) yaitu hasil seseorang setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan petugas kesehatan mengenai pengobatan yang rasional didapat oleh petugas mulai dari menuntut ilmu di pendidikan atau pelatihan, pengalaman maupun informasi dari hasil membaca dan mendengar. Perilaku yang tidak dilandasi oleh pengetahuan tidak akan langgeng dibandingkan pengetahuan yang dilandasi pengetahuan. Adapun tahapan dari pengetahuan dimulai dari proses mengetahui, memahami, menerapkan, menganalisis, mensintesis dan menilai.
7. Pelatihan menurut Stoner (1992) yang dikutip oleh Sobirin (2007) menyatakan bahwa pelatihan adalah proses yang dirancang untuk memelihara dan memperbaiki *performance* pada suatu pekerjaan. Lalu Pratomo (2000) mendefinisikan pelatihan sebagai upaya untuk meningkatkan ketrampilan individu yang berkaitan dengan tugas atau pekerjaannya. Pelatihan dapat juga disebut sebagai proses suatu pendidikan dengan perolehan pengalaman belajar dengan tujuan terjadinya perubahan pada perilaku. Menurut Notoatmodjo (1997) pelatihan yang biasa dilakukan di lingkungan pegawai atau tenaga kerja memiliki tujuan menambah pengetahuan dan ketrampilan pada pekerjaannya supaya lebih efektif dan efisien.

Salah satu contoh yaitu pelatihan pemberian obat rasional yang dilaksanakan tenaga medis dan para medis dimana aplikasi dari hasil pelatihan tersebut diukur dengan observasi produk (resep) yang ditulis oleh tenaga kesehatan yang memeriksa pasien.

8. Buku Pedoman Pengobatan Dasar menurut Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM, 2001) yaitu petunjuk terapi yang mengarah pada berbagai penelitian dimasing-masing penyakit. Pada pedoman pengobatan tersebut memiliki berbagai pilihan terapi yang paling dianjurkan untuk masing-masing penyakit serta terapi alternatifnya.
9. Ketersediaan sarana merupakan kecukupan perlengkapan dalam suatu organisasi yang dibuktikan dengan adanya sarana tersebut dalam jangka waktu yang telah ditetapkan. Sarana dalam pelayanan kesehatan sangat dibutuhkan untuk kesinambungan penyelenggaraan pemberian pelayanan kepada masyarakat termasuk sarana seperti peralatan medis, peralatan non medis, obat-obatan dan sarana lain yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Praktek pemberian obat yang tidak rasional pada umumnya juga dipengaruhi oleh ketersediaan sarana obat-obatan.

2.6. Manajemen Mutu Terpadu

Menurut Kunjtoro (2005) bahwa *Total Quality Manajemen* awal diterapkannya pada tahun 1994 di rumah sakit maupun di Dinas Kesehatan kabupaten dan puseksmas, yang di teruskan dengan penerapan jaminan mutu (*quality assurance*) di puskesmas dan akreditasi di rumah sakit untuk 5 pelayanan tahun 1997 yang ditindaklanjuti dengan penerapan manajemen kinerja pada tahun 1998. Tahun 2000 menerapkan akreditasi rumah sakit untuk 12 pelayanan, dan tahun 2004 mulai diterapkan akreditasi puskesmas dan system

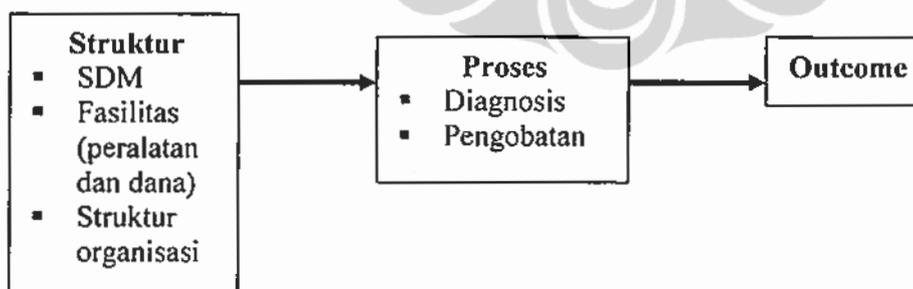
manajemen mutu menurut ISO 9001:2000 serta audit klinis dirumah sakit (Afrizal, 2008).

Menurut Donabedian (1980) dalam Afrizal (2008) menilai mutu merupakan suatu keputusan yang berhubungan dengan proses pelayanan, yang berdasarkan tingkat dimana pelayanan memberikan kontribusi terhadap nilai outcomes.

Mutu dijabarkan oleh Donabedian (1980) menjadi tiga kategori yaitu dari aspek struktur, proses dan outcomes. Aspek stuktur meliputi sumber daya material (fasilitas, peralatan dan dana), sumber daya manusia (jumlah dan kualifikasi personal) dan struktur organisasi (organisasi staf medik, cara *peer review*, dan lain-lain). Sedangkan aspek proses terdiri dari kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh penderita dalam mencari pelayanan dan kegiatan penyedia pelayanan dalam melakukan diagnosa dan pengobatan. Lalu outcome merupakan dampak pelayanan terhadap status kesehatan penderita, perubahan perilaku penderita dan kepuasan pasien terhadap pelayanan tercakup dalam pengertian status kesehatan penderita secara umum.

Ketiga elemen tersebut diatas dapat digambarkan sebagai berikut

:



Gambar 2.5
Penjabaran Mutu menurut Donabedian

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

Sedangkan Pohan (2003) dalam Firdaus (2008) mengartikan mutu pelayanan kesehatan sebagai upaya yang sistematis, berkesinambungan, dalam memantau dan mengukur mutu serta melakukan peningkatan mutu yang diperlukan agar mutu pelayanan kesehatan senantiasa sesuai dengan Standar Pelayanan Kesehatan yang telah ada. Sedangkan arti dari Standar Pelayanan Kesehatan itu sendiri merupakan suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan meliputi masukan, proses dan luaran atau “outcome” system pelayanan kesehatan.

Pohan (2003) mengelompokkan penjabaran mutu dari Donabedian diatas sebagai berikut:

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

Gambar 2.6.
Pengelompokkan Standar dan Indikator Menurut Pohan

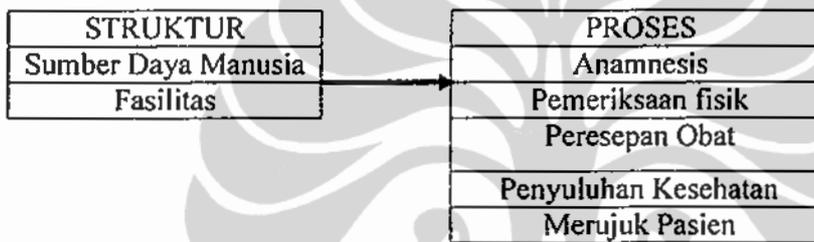
Sumber: Pohan, I.S. 2003. *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Penerapannya Dalam Pelayanan Kesehatan*. Kesaint Blanc. Bekasi

Menjaga mutu pelayanan kesehatan pada sisi proses pelayanan kesehatan, berhubungan secara langsung dengan praktek medis dokter atau para medis dengan pasien. Sejak anamnase, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang lainnya seperti labolatorium, radiologi,

diagnosa, terapi perawatan dan atau konsultasi lanjutan serta rujukan, apakah telah mengacu pada standar dan prosedur pelayanan medis yang telah ditetapkan secara profesional. Kepatuhan para tenaga medis dan paramedis dalam memberikan pelayanan mengacu pada standar dan prosedur tersebut sangat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan terhadap pasien (Wijono, 1999).

2.7. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka diatas maka dapat dibuat kerangka teori sebagai berikut :



Gambar 2.7.
Kerangka Teori Penelitian

Struktur pada penelitian ini adalah sumber daya manusia dan fasilitas. Sumber daya manusia disini adalah petugas yang menerapkan kegiatan MTBS di puskesmas. Sedangkan fasilitas pada penelitian ini meliputi ketersediaan alat dan obat yang ada di puskesmas.

Proses adalah semua kegiatan dokter, perawat dan bidan yang berinteraksi dengan pasien. Pengertian proses ini mencakup antara lain penilaian terhadap pasien berupa anamnesa, pemeriksaan fisik, pemberian obat, penyuluhan kesehatan dan rujukan kepada pasien. Semakin sesuai kualitas terhadap penanganan balita sakit dengan gejala ISPA menurut standar MTBS maka semakin tinggi mutu pelayanan kepada pasien.

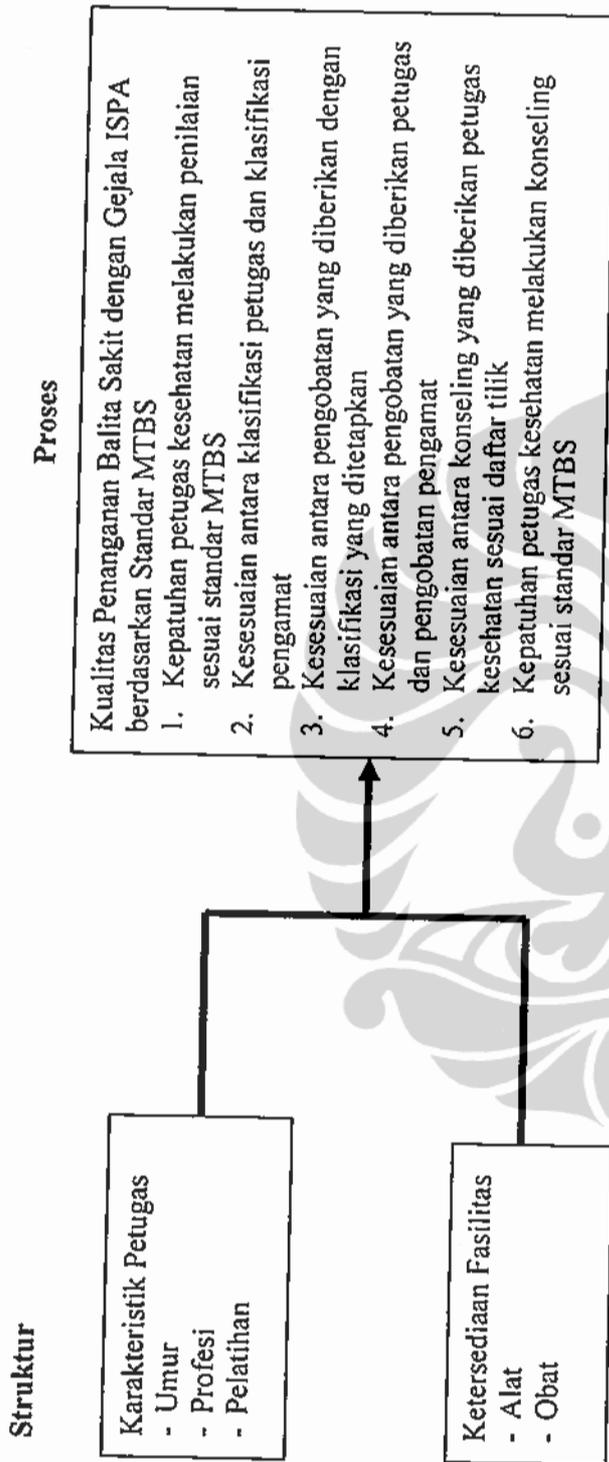
BAB 3 KERANGKA KONSEP

3.1. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka di Bab II, maka kerangka konsep yang diambil merupakan teori Donabedian (1966) dalam Pohan (2003) mengenai pengelompokan standar dan indikator mulai dari struktur, proses dan outcome. Struktur terdiri dari sumber daya manusia yang terdiri dari umur, profesi, pelatihan, dan fasilitas meliputi peralatan yang ada di puskesmas dan obat. Sedangkan proses meliputi penilaian yang sesuai dengan standar MTBS meliputi anamnesis petugas dan pemeriksaan fisik, sedangkan tindakan yang sesuai dengan standar MTBS meliputi konseling dan peresepan obat.

Semakin baik petugas dalam menentukan kualitas terhadap penanganan balita sakit dengan gejala ISPA menurut standar MTBS maka semakin tinggi mutu pelayanan kepada pasien dan semakin besar kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan petugas. Semakin lengkap fasilitas yang ada di puskesmas maka semakin baik kepatuhan petugas dalam menentukan penilaian, semakin sesuai dalam menentukan klasifikasi, sesuai dalam memberikan pengobatan dan patuh serta sesuai dalam melakukan konseling menurut standar MTBS.

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



Gambar 3.1
Kerangka Konsep Penelitian

3.2. Definisi Operasional

Tabel 3.1
Definisi Operasional Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1. Kepatuhan terhadap penilaian	Konsistensi petugas dalam menerapkan penilaian penderita sesuai dengan standar MTBS sebesar 100%. Variabel yang diukur dalam kepatuhan sebagai berikut : 1. Gejala awal batuk 2. Gejala awal sukar napas 3. Bisa minum/menetek 4. Muntah 5. Kejang 6. Keadaan sadar penuh 7. Sukar bernapas atau batuk 8. Hitung frekuensi napas	Daftar Tilik dan pengamatan	Pengukuran dilakukan dengan skoring kepatuhan melalui observasi sebagai berikut : 1. Patuh, skor 100% 2. Tidak patuh, skor <100% Ya Kepatuhan:-----x100% Ya+Tidak	Ordinal
2. Kesesuaian antara klasifikasi petugas dan klasifikasi pengamat	Penentuan klasifikasi dari petugas sama dengan klasifikasi pengamat berdasarkan kesimpulan dari pengamat.	Daftar Tilik dan pengamatan	Petugas dikatakan sama menentukan klasifikasi dengan pengamat apabila: 1. Ya, bila sesuai dengan pengamat 2. Tidak, bila tidak sesuai dengan pengamat	Ordinal

<p>3. Kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan</p>	<p>Penentuan pengobatan yang diberikan petugas sama dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas Dikatakan sesuai apabila:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pneumonia berat diberikan pengobatan dengan segera rujuk dan antibiotik 2. Pneumonia diberikan obat oral antibiotik 3. Batuk bukan pneumonia diberikan obat bukan antibiotik 	<p>Daftar Tilik dan pengamatan</p>	<p>Petugas dikatakan sama dalam memberikan pengobatan dengan klasifikasi apabila:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ya, bila sesuai 2. Tidak, bila tidak sesuai 	<p>Ordinal</p>
<p>4. Kesesuaian antara pengobatan petugas dan pengobatan pengamat</p>	<p>Penentuan pengobatan dari petugas sama dengan pengobatan dari pengamat berdasarkan kesimpulan dari pengamat</p>	<p>Daftar Tilik dan pengamatan</p>	<p>Petugas dikatakan sama menentukan pengobatan apabila:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ya, bila sesuai dengan pengamat 2. Tidak, bila tidak sesuai dengan pengamat 	<p>Ordinal</p>
<p>5. Kesesuaian antara konseling yang diberikan dengan daftar tilik</p>	<p>Penentuan konseling dari petugas sama daftar tilik berdasarkan kesimpulan dari pengamat</p>	<p>Daftar Tilik dan pengamatan</p>	<p>Petugas dikatakan sesuai menentukan terapi apabila:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ya, bila sesuai 2. Tidak, bila tidak sesuai 	<p>Ordinal</p>
<p>6. Kepatuhan terhadap konseling</p>	<p>Konsistensi petugas dalam menerapkan konseling penderita sesuai dengan standar MTBS sebesar 100%. Variabel yang diukur dalam kepatuhan sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menerangkan cara pemberian obat oral antibiotika 2. Memdemostrasikan cara pemberian obat oral antibiotika 3. Memastikan ibu/pengasuh anak memahami cara memberikan obat 	<p>Daftar Tilik dan pengamatan</p>	<p>Pengukuran dilakukan dengan skoring kepatuhan melalui observasi sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patuh, skor 100% 2. Tidak patuh, skor <100% <p>Ya Kepatuhan:-----x100% Ya+Tidak</p>	<p>Ordinal</p>

	oral	<p>4. Meminta ibu/pengasuh anak untuk memberikan dosis pertama obat oral di puskesmas</p> <p>5. Memberitahu ibu/pengasuh anak untuk segera membawa kembali anak ke puskesmas apabila tidak dapat minum/menetek,</p> <p>6. Memberitahu ibu/pengasuh anak untuk segera membawa kembali anak ke puskesmas apabila anak tidak dapat nafas cepat atau sukar bernafas</p> <p>7. Petugas menggunakan buku bagan MTBS</p>	Daftar Tilik dan wawancara	Berupa pernyataan dan diberi kode : 1. Usia tua bila umur = \geq mean 2. Usia muda bila umur = $<$ mean	Ordinal
6. Umur		Jumlah tahun hidup yang ditempuh oleh petugas kesehatan sejak lahir sampai penelitian dilakukan	Daftar Tilik dan wawancara	1. Tenaga paramedis (perawat dan bidan) 2. Tenaga medis (dokter)	Nominal
7. Profesi		Jenjang pendidikan formal kesehatan terakhir yang diselesaikan oleh petugas kesehatan berdasarkan ijazah yang sah	Daftar Tilik dan wawancara	1. Ya, bila pernah 2. Tidak, bila belum	Ordinal
8. Pelatihan		Kegiatan pembelajaran mengenai MTBS yang diikuti oleh petugas kesehatan selama bertugas di sarana pelayanan pada saat penelitian dilaksanakan	Daftar Tilik dan wawancara		
Pengamat		Petugas dari Dinkes Provinsi yang berpengalaman dan paham mengenai penerapan MTBS yang telah	Daftar Tilik dan pengamatan		

	mendapatkan pelatihan mengenai cara pengisian dari formulir yang digunakan dan yang melakukan pengumpulan data di lapangan dengan melalui pengamatan			
Fasilitas	Sarana dan prasarana yang tersedia di sarana pelayanan kesehatan	Kuesioner/pengamatan		
9. Alat	Kelengkapan alat yang sesuai dengan penderita ISPA di sarana pelayanan kesehatan pada saat penelitian berlangsung, meliputi: 1. Timer 2. Alat penghisap lendir 3. Kartu Nasehat Ibu 4. Buku Bagan MTBS 5. Dinding Bagan MTBS	Daftar Tilik dan pengamatan	1. Ya, bila alat tersebut ada 2. Tidak, bila alat tersebut tidak ada	Ordinal
10. Obat	Kelengkapan obat yang sesuai dengan penderita ISPA di sarana pelayanan kesehatan pada saat penelitian berlangsung meliputi: 1. Kotrimoksazol tablet dewasa 2. Kotrimoksazol tablet anak 3. Kotrimoksazol sirup 4. Amoksisilin sirup 5. Amoksisilin tablet	Daftar Tilik dan pengamatan	1. Ya, bila obat tersebut ada 2. Tidak, bila obat tersebut tidak ada	ordinal

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Survei Evaluasi Pelaksanaan MTBS pada 8 Kabupaten di Indonesia yang di lakukan oleh Puslitkes-UI

4.1.1. Desain Penelitian

Desain penelitian ini dilakukan secara 2 tahap, yaitu tahap pertama dengan rancangan pontong lintang (desain *cross sectional*) dan tahap kedua dengan *cluster* di puskesmas. Di tiap kabupaten dipilih 15 puskesmas secara acak.

4.1.2. Lokasi Penelitian

Survei dilaksanakan di 8 kabupaten yang tersebar di Indonesia untuk mempunyai suatu gambaran luas mengenai bagaimana MTBS diterapkan. Lokasi dari 8 kabupaten tersebut berada di 6 propinsi yaitu Aceh, Jawa Tengah, Jawa Timur, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara dan Nusa Tenggara Timur. Pemilihan 3 kabupaten untuk 3 propinsi yang pertama disebutkan yaitu Aceh, Jawa Tengah dan Jawa Timur dilakukan secara *purposive* berdasarkan pada kabupaten yang telah mendapatkan intervensi MTBS oleh WHO/UNICEF/IOM. Prosedur ini dilakukan dalam rangka mengevaluasi implementasi MTBS di kabupaten yang memiliki dukungan yang baik. Sedangkan 3 kabupaten lainnya yang berada di 3 propinsi yang lain dipilih secara acak, dan hasilnya yang terpilih adalah Kalimantan Timur, Sulawesi Utara dan Nusa Tenggara Timur.

4.1.3. Populasi dan Sampel

Populasi pada penelitian ini adalah balita sakit yang mendapatkan perawatan di puskesmas. Besarnya sampel dihitung menggunakan rumus estimasi proporsi populasi (Lemeshow, 1990):

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

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 menurut pedoman MTBS 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 perkabupaten

Sampel minimal tersebut digunakan sebagai populasi target. Oleh karena itu, target populasi pada penelitian ini adalah anak yang sakit di tingkat kabupaten, dengan minimal sampel sebesar 86 anak sakit (usia 2 bulan sampai 5 tahun) untuk tiap kabupaten. Maka besar sampel keseluruhan sebanyak 635. Diasumsikan dalam 2 hari observasi di tiap fasilitas kesehatan akan mendapatkan 6 anak sakit (3 anak sakit/hari). Oleh karena itu dibutuhkan 15 puskesmas di tiap kabupaten.

Pemilihan puskesmas akan mengacu pada probabilitas 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.

4.1.4. Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan pada survei ini dengan pengamatan pada perlakuan dan tindakan dari anak yang sakit di puskesmas. 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.

Pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian puslitkes sebagai berikut:

- a. Data yang dikumpulkan meliputi:
 1. Pengecekan anak dengan tiga tanda bahaya
 2. Pengecekan anak dengan gejala batuk, diare dan demam
 3. Pengecekan berat badan anak dengan menggunakan tabel pertumbuhan
 4. Pengecekan status vaksinasi anak
 5. Penilaian integritas indeks
 6. Pengecekan untuk praktek pemberian makan pada anak dibawah dua tahun.
 7. Anak membutuhkan antibiotik oral yang tepat sesuai dengan yang ditentukan
 8. Anak tidak membutuhkan antibiotik ketika meninggalkan fasilitas tanpa antibiotik.
 9. Pendamping anak sakit diberikan nasihat untuk memberikan Air Susu Ibu.
 10. Kebutuhan vaksinasi anak setelah anak meninggalkan puskesmas dengan semua vaksinasi yang dibutuhkan.
 11. Pendamping anak sakit yang mendapat ORS dan antibiotik oral dan antimalaria oral untuk mengetahui bagaimana memberikan perawatan tersebut.
 12. Anak yang butuh rujukan, dirujuk ke tingkat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

13. Fasilitas kesehatan sedikitnya sekali mendapatkan kunjungan termasuk pengamatan penanganan kasus selama 6 bulan.
 14. Ketersediaan indeks obat oral essential selama perawatan.
 15. Ketersediaan indeks obat injeksi selama perawatan.
 16. Fasilitas kesehatan memiliki peralatan dan persediaan yang penuh pada pelayanan vaksin.
 17. Ketersediaan indeks untuk vaksin
 18. Fasilitas kesehatan sedikitnya melatih 60% petugas kesehatan dengan MTBS.
- b. Kuesioner yang digunakan berupa formulir daftar tilik yang dilakukan melalui pengamatan terhadap responden dan diambil dari Survei Fasilitas Kesehatan, WHO (2003). Formulir tersebut dibagi menjadi 3 bagian yaitu:
1. Formulir-1 pada penelitian puslitkes melalui pengamatan pada petugas yang memeriksa balita sakit di kamar periksa meliputi:
 - 1.1. Karakteristik petugas yang terdiri dari nama, jenis kelamin, umur, profesi, pendidikan, pelatihan MTBS, materi yang didapat selama pelatihan, dan informasi tentang MTBS.
 - 1.2. Daftar tilik pengamatan proses penilaian yang dilakukan oleh petugas kamar periksa pada balita sakit dengan seluruh gejala yang mendapatkan perawatan di puskesmas.
 - 1.3. Daftar tilik klasifikasi yang dilakukan oleh petugas kamar periksa pada balita sakit dengan seluruh gejala yang mendapatkan perawatan di puskesmas.
 - 1.4. Daftar tilik pengobatan yang dilakukan oleh petugas kamar periksa pada balita sakit dengan seluruh gejala yang mendapatkan perawatan di puskesmas.

- 1.5. Daftar tilik konseling yang dilakukan oleh petugas kamar periksa pada balita sakit dengan seluruh gejala yang mendapatkan perawatan di puskesmas.
 - 1.6. Kesimpulan pengamat setelah melakukan pengamatan pada petugas yang melakukan pemeriksaan pada balita sakit menurut standar MTBS.
2. Formulir-2 pada penelitian puslitkes melalui pengamatan pada petugas yang memeriksa balita sakit di kamar obat meliputi:
- 2.1. Daftar tilik pengobatan dengan mengamati jenis pengobatan yang diberikan petugas pada balita sakit dengan seluruh gejala yang mendapatkan perawatan di puskesmas.
 - 2.2. Daftar tilik konseling dengan mengamati konseling yang dilakukan petugas pada balita sakit dengan seluruh gejala yang mendapatkan perawatan di puskesmas.
 - 2.3. *Exit Interview* kepada ibu/pengasuh anak yang dilakukan melalui wawancara kepada ibu/pengasuh pada balita sakit dengan seluruh gejala yang mendapatkan perawatan di puskesmas.
 - 2.4. Kesimpulan pengamat setelah melakukan pengamatan pada petugas yang memberikan obat dan konseling pada balita sakit menurut standar MTBS.
3. Formulir-3 pada penelitian puslitkes berupa pencatatan pada ketersediaan fasilitas kesehatan yang meliputi ketersediaan alat dan obat, pelayanan puskesmas dan pencatatan puskesmas.
- c. Pengumpul data pada penelitian puslitkes adalah fasilitator MTBS dari provinsi. Masing-masing fasilitator provinsi tersebut direkrut dan dilatih sebanyak 3 orang mengenai formulir yang akan dipergunakan untuk pengumpulan data.

- d. Enam supervisor lapangan yang memiliki latar belakang medis dan memiliki pemahaman yang baik tentang MTBS diberikan pelatihan untuk mengatur pengumpulan data di lapangan.

4.1.5. Manajemen Data

Entry data dilakukan di Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia, Depok. Data dientry dengan menggunakan SPSS dengan template yang tersusun dengan range, lompat dan cek logis. Dua orang terlatih dari mahasiswa kesehatan masyarakat akan dikontrak sebagai anggota entry data. Data entry akan dilakukan selama 3 hari. Pembersihan data akan dilakukan sebelum analisis.

4.1.6. Analisis data dan Hasil

Analisis data hanya akan dilakukan setelah data di bersihkan dan difokuskan pada 18 indikator. Data dianalisis secara univariat.

4.2. Analisis Lanjutan Data Penelitian Kualitas Penanganan Balita Sakit dengan Gejala ISPA Berdasarkan MTBS di 8 Kabupaten

4.2.1. Desain Penelitian

Desain penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (Puslitkes-UI) menggunakan rancangan potong lintang (*cross sectional*) dan *cluster*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kualitas penanganan balita sakit dengan gejala ISPA berdasarkan standar MTBS di 8 kabupaten tahun 2008 dengan menganalisa lanjut data Survei Evaluasi Pelaksanaan MTBS di 8 Kabupaten Puslitkes-UI tahun 2008. Kualitas penanganan balita sakit yang dianalisa pada penelitian ini terbatas pada variabel yang tersedia pada formulir F1 dan F3 (daftar tilik) Puslitkes-UI tahun 2008 yang meliputi umur petugas, profesi petugas, pelatihan,

kelengkapan alat dan obat, penilaian terhadap penyakit ISPA sesuai standar MTBS, penetapan klasifikasi, pemberian obat dan konseling.

4.2.2. Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi dan sampel penelitian ini adalah seluruh balita dengan gejala ISPA yang mendapatkan perawatan di puskesmas dengan responden penelitian petugas kesehatan yang melakukan pemeriksaan pada balita sakit dengan gejala ISPA. Besar sampel pada penelitian ini sebanyak 421 balita sakit dengan gejala ISPA dari 635 besar sampel yang diambil oleh Puslitkes-UI. Dari 421 balita sakit dengan gejala ISPA, ditemukan sebanyak 421 balita dengan gejala batuk termasuk didalamnya balita dengan gejala batuk dan sesak napas sebanyak 31.

4.2.3. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan oleh Puslitkes, namun peneliti juga mengolah kembali data yang sudah dientry oleh Puslites-UI dengan tahapan sebagai berikut:

1. Mempelajari struktur masing-masing variabel yang akan digunakan yang terdapat dalam data mentah SPSS.
2. Memadatkan data (*compressing*), dengan memisahkan variabel-variabel yang dibutuhkan untuk analisis selanjutnya yaitu dengan mengambil variabel yang terkait dengan ISPA. Variabel tersebut diambil dari formulir-1 dan 3, meliputi:

2.1. Formulir-1 terdiri dari:

- 2.1.1. Karakteristik responden terdiri dari: umur, profesi, pelatihan.
- 2.1.2. Penilaian terdiri dari: gejala awal anak batuk, gejala awal anak sesak napas, menanyakan anak bisa minum/menetek, menanyakan anak muntah, menanyakan anak kejang, menayakan anak sadar

- penuh, menanyakan anak batuk atau sukar napas dan menghitung frekuensi napas.
- 2.1.3. Klasifikasi terdiri dari pneumonia berat, pneumonia dan batuk bukan pneumonia.
 - 2.1.4. Pengobatan terdiri dari segera dirujuk, pengobatan oral dan pemberian antibiotik.
 - 2.1.5. Konseling terdiri dari menerangkan cara memberikan obat oral, demo cara memberikan obat, memahami cara memberikan obat oral, memberikan dosis pertama, segera membawa anak kembali ke puskesmas bila anak tidak dapat minum/menetek dan napas cepat, menggunakan buku bagan MTBS.
 - 2.1.6. Kesimpulan pengamat terdiri dari: klasifikasi yang ditetapkan petugas sesuai dengan klasifikasi menurut pengamat, pengobatan yang diberikan petugas sesuai dengan pengobatan menurut pengamat, konsultasi yang diberikan sesuai dengan konsultasi menurut pengamat.
- 2.2. Formulir-3 berisi ketersediaan fasilitas kesehatan. Pada formulir-3 ini variabel yang diambil, terdiri dari:
 - 2.2.1. Kelengkapan alat yang terdiri dari: timer, alat penghisap lendir, kartu nasehat ibu, buku bagan MTBS dan bagan dinding MTBS.
 - 2.2.2. Kelengkapan obat, meliputi: kotrimoksazol tablet dewasa, kotrimoksazol tablet anak, kotrimoksazol sirup, amoksisilin sirup dan amoksisilin tablet.
 3. Pengkodean ulang data (recode) dengan memberi kode-kode baru dari variabel yang ada sesuai dengan pengklasifikasian penelitian/definisi operasional.

4. *Cleaning*, pembersihan data berupa pengecekan kembali data yang telah direcode untuk mengetahui kelengkapan data dan missing data.

4.2.4. Analisa Data

Analisa data dilakukan dengan menggunakan program komputer. Data dianalisa secara univariat, bivariat dan multivariat sebagai berikut:

4.2.4.1. Analisis Univariat

Analisis univariat ditujukan untuk mendeskripsikan karakteristik dari masing-masing variabel yang diteliti agar mudah dibaca berupa informasi yang berguna. Menurut Hartono, 2006, analisis univariat adalah analisis untuk menyederhanakan data dari hasil pengukuran yang ditampilkan dalam bentuk ukuran statistik, tabel dan grafik yang berisi distribusi frekuensi. Analisis univariat pada penelitian ini meliputi : penilaian petugas kesehatan, klasifikasi dan tindakan yang sesuai dengan standar MTBS, karakteristik petugas kesehatan yang berupa distribusi frekuensi seperti umur, pendidikan, pelatihan dan profesi, sarana dan prasarana dari puskesmas seperti alat dan obat yang tersedia.

4.2.4.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat bertujuan untuk melihat hubungan yang signifikan antara dua variabel atau untuk melihat apakah terdapat perbedaan yang signifikan antara dua kelompok. Dalam analisis bivariat keluaran (out come) yang akan disajikan adalah OR

Untuk menghitung OR dari masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat dan untuk menghitung CI dari masing-masing OR, serta kemaknaan dengan menggunakan uji Chi Square yaitu untuk

mengetahui hubungan variabel kategorik dengan variabel kategorik yang lain. Pada analisis bivariat ini akan diperoleh hubungan masing-masing variabel yang ada dengan kualitas penanganan balita sakit dengan gejala ISPA.

4.2.4.3. Analisis Multivariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui kuatnya hubungan secara keseluruhan diantara variabel dependen dengan variabel independent dengan cara menghubungkan beberapa variabel independent dengan 1 (satu) variabel dependen pada waktu bersamaan.

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

Adapun langkah-langkah permodelan yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independent dengan variabel dependen, apabila hasil uji bivariat p value $< 0,25$ maka variabel tersebut dapat masuk ke multivariat.
2. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai p value $< 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang p valuenya $> 0,05$. Pengeluaran variabel dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai p value terbesar (Hastono, 2007)

BAB 5
HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Variabel Karakteristik Petugas Kesehatan dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan

5.1.1. Karakteristik Petugas Kesehatan

Tabel 5.1
Gambaran Karakteristik Petugas yang Menangani Balita Sakit dengan Gejala ISPA

Variabel	f	%
1. Umur		
Tua	207	49,1
Muda	214	50,8
2. Profesi Petugas		
Paramedis	377	89,5
Medis	44	10,5
3. Pelatihan		
Ya	331	78,6
Tidak	90	21,4

Hasil analisis data univariat diperoleh umur responden berkisar 23-54 tahun dengan nilai mean sebesar 34,64. Umur responden dikelompokkan menjadi dua bagian berdasarkan nilai mean menjadi umur tua dengan umur ≥ 35 tahun dan umur muda < 35 tahun. Hasil analisis tersebut dapat dilihat pada tabel 5.1. di atas responden dengan umur muda sebanyak 214 orang atau 50,8%. Sedangkan responden umur tua sebanyak 207 orang atau 49,1%.

Dilihat dari profesi, responden yang berprofesi sebagai paramedis lebih banyak jumlahnya dibandingkan medis yaitu sebanyak 377 orang atau 89,5% untuk paramedis dan medis sebanyak 44 orang atau 10,5%. Responden yang pernah mengikuti pelatihan lebih banyak

jumlahnya dibandingkan yang belum pernah mengikuti pelatihan yaitu sebanyak 331 orang (78,6%) untuk responden yang pernah mengikuti pelatihan sedangkan yang belum pernah mengikuti pelatihan sebanyak 90 orang (21,4%). Pelatihan yang pernah diikuti oleh petugas adalah pelatihan in-service dimana petugas mendapatkan pelatihan MTBS ketika bertugas di puskesmas tersebut.

Pada tabel 5.2 di bawah ini diperoleh responden berdasarkan profesi yang sudah mengikuti pelatihan. Tenaga paramedis yang sudah mengikuti pelatihan MTBS lebih banyak jumlahnya dibandingkan tenaga medis dengan hasil dari 331 total petugas yang sudah mengikuti pelatihan sebanyak 322 paramedis yang terlatih dan sisanya sebanyak 9 orang petugas terlatih berasal dari tenaga medis.

Tabel 5.2
Distribusi Responden Berdasarkan Profesi Petugas yang Sudah Mendapatkan Pelatihan MTBS

Profesi responden	f	%
Paramedis	322	97,3
Medis	9	2,7
Jumlah	331	100,0

5.1.2. Ketersediaan Fasilitas

5.1.2.1. Ketersediaan Alat

Tabel 5.3
Gambaran Ketersediaan Alat di Puskesmas

Jenis Alat	Ada		Tidak Ada	
	f	%	f	%
Timer	334	79,3	87	20,7
Alat penghisap lendir	349	82,9	72	17,1
Kartu Nasehat Ibu	377	89,5	44	10,5
Buku Bagan MTBS	338	80,3	83	19,7
Bagan Dinding MTBS	238	56,5	183	43,5

Jenis ketersediaan alat yang diteliti pada penelitian ini adalah ketersediaan alat yang terkait dengan penyakit ISPA menurut standar MTBS. Jenis alat tersebut adalah timer untuk menghitung frekuensi napas, alat penghisap lendir, kartu nasehat ibu yang dipergunakan untuk konseling, buku bagan MTBS dan bagan dinding MTBS.

Dilihat dari fasilitas sarana yang ada pada tabel 5.3, terdapat 334 buah (79,3%) timer (alat pengukur waktu) di puskesmas, sedangkan alat penghisap lendir, kartu nasehat ibu, buku bagan MTBS dan bagan dinding MTBS, masing-masing berjumlah 82,9%, 89,5%, 80,3%, dan 56,5%. Dari keseluruhan alat yang tersedia hanya terdapat 207 alat yang di tempatnya tersedia lengkap, sisanya sebanyak 214 alat tidak lengkap dapat dilihat pada tabel 5.4 di bawah ini:

Tabel 5.4
Distribusi Responden Menurut Kelengkapan Alat di Puskesmas

Kelengkapan Alat	f	%
Lengkap	207	49,2
Tidak Lengkap	214	50,8
Jumlah	421	100

5.1.2.1. Ketersediaan Obat

Tabel 5.5
Gambaran Ketersediaan Obat di Puskesmas

Jenis Obat	Tersedia		Tidak Tersedia	
	f	%	f	%
Kotrimoksazol tablet dewasa	411	97,6	10	2,4
Kotrimoksazol tablet Anak	310	73,6	111	26,4
Kotrimoksazol sirup	398	94,5	23	5,5
Amoksisilin sirup	412	97,9	9	2,1
Amoksisilin tablet	405	96,2	16	3,8

Jenis ketersediaan obat yang diteliti pada penelitian ini adalah obat yang terkait dengan penyakit ISPA khususnya pneumonia yaitu

obat antibiotik. Jenis obat tersebut adalah kotrimoksazol tablet dewasa, kotrimoksazol tablet anak, kotrimoksazol sirup, amoksisilin sirup dan amoksisilin tablet.

Hasil yang diperoleh dari hasil analisis sebagai berikut pada tabel 5.5 bahwa sebanyak 411 (97,6%) tersedia kotrimoksazol tablet dewasa di unit pelayanan kesehatan, 310 (73,6%) tersedia kotrimoksazol tablet anak, kotrimoksazol sirup sebanyak 398 (94,5%), amoksisilin sirup 412 (97,6%) dan amoksisilin tablet 405 (96,2%). Dari keseluruhan obat yang tersedia, ternyata sebanyak 281 (66,7%) yang persediaan obatnya lengkap, sisanya 140 responden (33,3%) persediaan obat yang ada tidak lengkap dapat dilihat pada tabel 5.6 di bawah ini:

Tabel 5.6
Distribusi Responden Menurut Kelengkapan Obat

Kelengkapan Obat	f	%
Lengkap	281	66,7
Tidak Lengkap	140	33,3
Jumlah	421	100

5.2. Gambaran Kualitas Penanganan Balita Sakit dengan Gejala ISPA

5.2.1. Penilaian Balita Sakit dengan Gejala ISPA

5.2.1.1. Gambaran Penilaian Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA oleh Petugas

Penilaian yang dilakukan oleh petugas terhadap balita sakit dengan gejala ISPA meliputi: pengasuh membawa balita ke puskesmas dengan gejala awal batuk, gejala awal sulit bernapas, petugas menanyakan balita bisa minum atau menetek, petugas menanyakan balita muntah, petugas menanyakan balita kejang, menanyakan balita dengan kesadaran penuh, petugas menanyakan balita batuk/sukar

bernapas dan petugas menghitung frekuensi napas. Pada penelitian ini terdapat pula petugas yang tidak melakukan penilaian sama sekali. Adapun hasil dari penilaian yang dilakukan oleh petugas tersebut dapat dilihat pada tabel 5.7. di bawah ini:

Tabel 5.7
Gambaran Penilaian Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA

Variabel	Ya		Tidak		Missing	
	f	%	f	%	f	%
Gejala awal batuk	421	100	0	0,0	0	0,0
Gejala awal sulit napas	31	7,4	390	92,6	0	0,0
Menanyakan bisa minum/menetek	146	3,7	274	65,2	1	0,2
Menanyakan muntah	148	35,2	272	64,8	1	0,2
Menanyakan kejang	109	25,9	311	73,9	1	0,2
Menanyakan kesadaran penuh	416	98,8	4	1,0	1	0,2
Menanyakan batuk/sukar bernapas	397	94,3	21	5,0	3	0,7
Menghitung frekuensi napas	285	67,7	111	26,4	25	5,9

Seluruh petugas selalu menanyakan keluhan batuk pada saat pemeriksaan (100% petugas patuh). Untuk petugas yang selalu menanyakan nafas cepat hanya ada 31 orang (7,4%). Petugas yang menanyakan bisa minum atau menetek jumlahnya ada 146 orang atau 34,7%. Petugas yang menanyakan muntah sebanyak 148 (35,2%), petugas menanyakan kejang sebanyak 109 orang (25,9%), menanyakan kesadaran ada 416 orang (98,8%) dan petugas yang menanyakan anak kejang, sukar bernapas jumlahnya ada 397 orang (94,3%). Jawaban missing pada tabel 5.7 dimaksudkan bahwa data tersebut tidak diisi atau kosong. Variabel menghitung frekuensi napas memiliki jumlah jawaban missing paling besar yaitu sebanyak 25 orang (5,9%). Sedangkan petugas yang tidak menjawab pada variabel menanyakan anak bisa minum, menanyakan anak muntah, menanyakan kejang dan kesadaran penuh sebanyak 1 orang (0,2%). Variabel dengan nilai tertinggi pada variabel balita datang dengan gejala awal batuk yaitu 421 responden dan penilaian dengan kesadaran penuh sebesar 416 orang sedangkan variabel yang terendah nilainya pada gejala awal

anak sulit bernapas sebanyak 31 orang (7,4%). Penilaian terhadap penyakit memiliki nilai tertinggi pada gejala awal batuk pasien datang ke puskesmas dan yang terendah adalah gejala awal sesak napas pasien datang ke puskesmas. Proporsi variabel menghitung frekuensi napas memiliki proporsi tertinggi untuk petugas yang tidak melakukan penilaian terhadap penyakit. Sedangkan 2 variabel yaitu gejala awal batuk dan sesak napas diisi oleh petugas sisanya 4 variabel lain hanya 1 petugas yang tidak melakukan penilaian.

5.2.1.2. Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Penilaian Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

Kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian terhadap balita sakit dengan gejala ISPA menurut standar MTBS dengan melihat pada variabel alasan ibu balita membawa balitanya ke puskesmas dengan gejala batuk, alasan ibu balita membawa balitanya ke puskesmas dengan gejala nafas cepat, petugas menanyakan anak bias minum/menetek, petugas menanyakan anak muntah, menanyakan kejang, menanyakan kesadaran penuh, menanyakan anak batuk atau sukar bernapas. Hasil analisis kepatuhan petugas tersebut dapat dilihat pada tabel 5.8 di bawah ini:

Tabel 5.8
Distribusi Responden Menurut Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Standar Penilaian Balita Sakit dengan Gejala ISPA

Kepatuhan dalam melaksanakan standard penilaian	f	%
Patuh	2	0,5
Tidak Patuh	419	99,5
Jumlah	421	100

Dilihat dari keseluruhan variabel yang ditanyakan, hanya ada 2 orang (0,5%) yang patuh dalam melakukan penilaian menurut standar

MTBS, dan sisanya sebanyak 419 (99,5%) tidak patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS. Kesimpulan yang diambil dari hasil penelitian ini adalah lebih banyak petugas yang tidak patuh terhadap penilaian menurut standar MTBS dibandingkan petugas yang patuh. Sehingga dapat dikatakan bahwa kepatuhan petugas dalam melaksanakan standar penilaian balita sakit dengan gejala ISPA masih rendah.

5.2.2. Penetapan Klasifikasi Balita Sakit dengan Gejala ISPA

Pada prosedur MTBS, setelah petugas kesehatan melakukan penilaian terhadap pasien maka petugas kesehatan melakukan klasifikasi terhadap penyakit yang diderita pasien. Pada penderita ISPA, klasifikasi yang ditetapkan terdiri dari 3 klasifikasi yaitu klasifikasi pneumonia berat, klasifikasi pneumonia dan klasifikasi batuk bukan pneumonia. Pada penelitian ini didapat hasil bahwa tidak ada satu petugas yang menentukan klasifikasi pneumonia berat. Terdapat data yang kosong atau tidak diisi pada daftar tilik untuk klasifikasi yang ditetapkan petugas sehingga peneliti menganggap bahwa petugas tidak menetapkan klasifikasi pada balita sakit. Adapun gambaran klasifikasi yang ditetapkan petugas dapat dilihat pada tabel 5.9 di bawah ini:

Tabel 5.9
Distribusi Responden Menurut Klasifikasi yang Ditetapkan
Petugas

Jenis Klasifikasi	f	%
Pneumonia	49	11,6
Batuk bukan pneumonia	281	66,7
Tidak menentukan klasifikasi	91	21,6
Jumlah	421	100

Sebanyak 49 orang petugas (11,6%) mengklasifikasikan pneumonia dan 281 orang petugas (66,7%) yang mengklasifikasikan batuk bukan pneumonia sedangkan petugas yang tidak menentukan klasifikasi sebanyak 91 orang (21,6%).

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

Kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi yang ditetapkan pengamat	f	%
Sesuai	158	37,5
Tidak Sesuai	263	62,5
Jumlah	421	100

Penentuan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi yang ditetapkan pengamat berdasarkan distribusi frekuensi dari kesimpulan pengamat pada formulir daftar tilik atau pengamatan.

Pada tabel 5.10 didapat hasil bahwa dari keseluruhan klasifikasi tersebut, ternyata hanya ada 158 petugas (37,5%) yang klasifikasi penyakitnya sama dengan pengamat, sisanya sebanyak 263 orang petugas tidak sama pengklasifikasian penyakitnya dengan pengamat. Kesimpulan yang diambil dari hasil penelitian ini adalah petugas yang sesuai dalam menetapkan klasifikasi sama dengan pengamat lebih sedikit dibandingkan petugas yang tidak sesuai dalam menetapkan klasifikasi sama dengan pengamat.

5.2.3. Pengobatan Balita Sakit dengan Gejala ISPA

5.2.3.1. Gambaran Pengobatan yang Diberikan Petugas terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA

Penentuan klasifikasi telah ditentukan oleh petugas kesehatan maka petugas kesehatan melanjutkan dengan memberikan pengobatan

pada pasien. Pemberian pengobatan untuk penderita ISPA khususnya pneumonia menurut standar MTBS sebagai berikut: pasien segera dirujuk jika klasifikasi yang ditetapkan petugas adalah pneumonia berat, pasien diberikan obat oral antibiotik bila klasifikasi yang ditetapkan petugas adalah pneumonia berat dan pneumonia, pasien hanya diberikan obat oral berupa jeruk nipis dan kecap atau bukan antibiotik apabila klasifikasi yang ditetapkan petugas adalah batuk bukan pneumonia. Hasil yang diperoleh mengenai jenis pengobatan pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 5.11 di bawah ini:

Tabel 5.11
Gambaran Pengobatan yang Dilakukan Petugas terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA

Jenis Pengobatan	Ya		Tidak		Missing	
	f	%	f	%	f	%
Dirujuk segera	12	2,9	405	96,2	4	1,0
Pemberian obat antibiotik	153	36,3	264	62,7	4	1,0
Pemberian obat oral	345	81,9	72	17,1	4	1,0

Proporsi jenis pengobatan dirujuk segera sebanyak 12 orang (2,9%), jenis pengobatan berupa pemberian obat oral memiliki proporsi tertinggi yaitu 345 (81,9%) diantara 2 jenis pengobatan lain yang diberikan oleh petugas. Tidak semua obat oral yang diberikan petugas berupa antibiotik karena pemberian obat antibiotik disesuaikan dengan klasifikasi penyakitnya. Sebanyak 4 orang petugas pada jenis pengobatan dengan dirujuk segera, obat oral dan antibiotik adalah missing, maksudnya jawaban pada formulir daftar tilik tidak diisi sama sekali atau kosong.

Tabel 5.12
Distribusi Responden Menurut Klasifikasi dengan Pengobatan yang dirujuk Segera

Klasifikasi Penyakit yang dirujuk Segera	f	%
Pneumonia	3	25,0
Batuk bukan pneumonia	9	75,0
Total	12	100,0

Pada tabel 5.12 merupakan distribusi responden yang melakukan rujuk segera yang disesuaikan dengan klasifikasi. Hasilnya adalah dari 12 pasien yang dirujuk segera, klasifikasi pasien batuk bukan pneumonia paling banyak jumlahnya dengan jenis pengobatan dirujuk segera yaitu sebanyak 9 orang sisanya 3 orang dengan klasifikasi pneumonia. Berdasarkan modul MTBS, penderita batuk bukan pneumonia tidak dilakukan rujukan, pengobatan dengan rujuk segera hanya diberikan pada penderita pneumonia berat. Pada penelitian ini tidak ada petugas yang mengklasifikasikan pneumonia berat. Pengobatan rujuk segera dilakukan oleh petugas pada batuk bukan pneumonia, hal ini dilakukan petugas karena balita dengan klasifikasi batuk bukan pneumonia memiliki lebih dari satu klasifikasi yang tidak dapat diketahui pada penelitian ini.

Tabel 5.13
Distribusi Responden Menurut Jenis Antibiotika yang diberikan Petugas

Jenis Antibiotika	Ya		Tidak		Missing	
	f	%	f	%	f	%
Kotrimoksazol tablet dewasa	13	8,6	139	91,4	1	0,7
Kotrimoksazol tablet anak	16	10,5	136	89,5	1	0,7
Kotrimoksazol sirup	76	50,0	76	50,0	1	0,7
Amoksisilin sirup	25	16,4	127	83,6	1	0,7
Amoksisilin tablet	23	15,1	129	84,9	1	0,7

Sedangkan jenis antibiotik yang diberikan oleh petugas kesehatan meliputi kotrimoksazol tablet dewasa, kotrimoksazol tablet anak, kotrimoksazol sirup, amoksisilin sirup dan amoksisilin tablet. Hasil lebih rinci dari jenis antibiotik yang diberikan dapat dilihat pada tabel 5.13 diatas bahwa petugas yang memberikan kotrimoksazol tablet dewasa sebanyak 12 orang (8,6%). Petugas yang memberikan kotrimoksazol tablet anak sebanyak 16 orang (10,5%), petugas yang memberikan kotrimoksazol sirup sebanyak 76 orang (50,0%). Petugas yang memberikan amoksisilin sirup sebanyak 25 orang (16,4%) dan petugas yang memberikan amoksisilin tablet sebanyak 23 orang (15,1%). Sebanyak 1 orang (0,7%) missing (tidak ada jawaban) dimasing-masing jenis antibiotika yang diberikan Sedangkan petugas yang memberikan obat oral yang bukan antibiotik jumlahnya ada 258 orang (61,3%).

Tabel 5.14
Distribusi Responden Menurut Klasifikasi dengan Pengobatan
Obat Oral Antibiotik

Klasifikasi penyakit yang diberikan obat oral antibiotik	f	%
Pneumonia	44	28,8
Batuk bukan pneumonia	64	41,8
Tidak menentukan klasifikasi	45	29,4
Total	153	100,0

Pada modul MTBS untuk pemberian pengobatan oral antibiotik diberikan pada penderita dengan klasifikasi pneumonia berat dan pneumonia sedangkan klasifikasi batuk bukan pneumonia hanya diberikan jeruk nipis dan kecap. Namun pada hasil penelitian ini pemberian obat oral antibiotik diberikan pada penderita batuk bukan pneumonia sebanyak 64 orang (41,8%) dari 153 orang yang mendapat pengobatan dengan antibiotik. Hal ini serupa dengan pemberian pengobatan dengan rujuk segera dimana penderita batuk bukan

pneumonia dirujuk segera. Hal ini dapat terjadi apabila penderita batuk bukan pneumonia memiliki penyakit penyerta lain yang tidak dapat diidentifikasi pada penelitian ini disebabkan variabel yang diambil pada penelitian ini terbatas pada variabel yang berkaitan dengan ISPA.

5.2.3.2. Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

Tabel 5.15
Distribusi Responden Menurut Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

Kesesuaian antara Pengobatan yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas	f	%
Sesuai	178	42,3
Tidak Sesuai	243	57,5
Jumlah	421	100

Penentuan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan petugas adalah jenis pengobatan yang diberikan berupa dirujuk segera akan sesuai apabila klasifikasi yang ditetapkan adalah pneumonia berat, pemberian obat oral antibiotik akan sesuai apabila klasifikasi yang ditetapkan adalah pneumonia berat dan pneumonia, pemberian obat bukan antibiotik akan sesuai apabila klasifikasi yang ditetapkan adalah batuk bukan pneumonia.

Hasil dari kesesuaian petugas dalam memberikan pengobatan dengan menetapkan klasifikasi adalah terdapat 178 orang petugas (42,3%) yang sesuai, sedangkan sisanya sebanyak 243 petugas (57,5%) tidak sesuai pengobatannya dengan klasifikasi yang ditentukan Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.15 di atas.

5.2.3.3. Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

Tabel 5.16
Distribusi Responden Menurut Kesesuaian antara Pengobatan yang diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

Kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat	f	%
Sesuai	102	24,2
Tidak Sesuai	319	75,8
Jumlah	421	100

Penentuan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat berdasarkan distribusi frekuensi dari kesimpulan pengamat pada formulir daftar tilik atau pengamatan.

Dilihat dari kesesuaian petugas dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan menurut pengamat, terdapat 102 orang petugas (24,2%) yang sesuai, sedangkan sisanya sebanyak 319 petugas (75,5%) tidak sesuai pengobatannya dengan pengobatan pengamat. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.16 di atas.

5.2.4. Konseling Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

5.2.4.1. Gambaran Konseling terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

Konseling diberikan oleh petugas setelah petugas memberikan pengobatan pada pasien. Kegiatan konseling yang dilakukan petugas yaitu menerangkan cara minum obat, mendemostrasikan pemberian obat, memastikan pengsuh anak memberikan obat dosis awal, menyarankan membawa kembali anak ke PKM apabila balita tidak bisa minum, menyarankan membawa kembali anak ke PKM apabila

sukar bernapas dan petugas menggunakan buku bagan dalam melakukan kegiatan MTBS. Gambaran konseling dapat dilihat pada tabel 5.17 di bawah ini

Tabel 5.17
Gambaran Pelaksanaan Konseling oleh Petugas Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA

Variabel	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Menerangkan cara minum obat	336	79,8	84	20,0
Mendemonstrasikan pemberian obat	277	65,8	143	34,0
Memastikan pengasuh paham dalam memberikan obat	287	68,2	133	31,6
Meminta pengasuh anak memberikan obat dosis awal	261	62,0	159	37,8
Menyarankan membawa anak ke PKM apabila tidak bisa minum	102	24,2	272	64,5
Menyarankan membawa anak ke PKM apabila sukar bernapas	148	44,4	272	64,5
Petugas menggunakan buku bagan MTBS	253	55,7	186	44,1

Sebanyak 336 petugas (79,8%) yang menerangkan cara minum obat, petugas yang mendemonstrasikan pemberian obat terdapat 277 orang (65,8%). Petugas yang memastikan pengasuh anak memahami pemberian obat oral sebanyak 287 orang (68,2%), petugas yang meminta pengasuh anak memberikan obat dosis awal sebanyak 261 orang (62,0%) dan petugas yang menyarankan untuk membawa anak ke puskesmas apabila terjadi tidak bisa minum atau menetek sebanyak 102 orang (24,2%), petugas yang menyarankan untuk membawa anak ke puskesmas apabila terjadi kesukaran bernafas jumlahnya sebanyak 148 orang (35,1%) dan sebanyak 253 (55,7%) petugas menggunakan buku bagan MTBS dalam melakukan konseling dan kegiatan MTBS. Pemberian konseling pada ibu balita yang paling banyak dilakukan petugas pada variabel menerangkan cara minum obat sebesar 79,8%. Sedangkan yang paling sedikit dilakukan oleh petugas dalam

melakukan konseling pada variabel menyarankan anak ke puskesmas apabila tidak bisa minum.

5.2.4.2. Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Konseling Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

Kepatuhan petugas dalam melakukan konseling terhadap balita sakit dengan gejala ISPA menurut standar MTBS dengan melihat pada variabel petugas menerangkan cara memberi obat, petugas mendemostrasikan pemberian obat, petugas memastikan pengasuh memahami memberikan obat oral, petugas meminta pengasuh anak memberikan obat dosis awal, petugas menyarankan membawa ke puskesmas apabila anak sulit bernafas. Hasil analisis kepatuhan petugas tersebut dapat dilihat pada tabel 5.18 di bawah ini:

Tabel 5.18
Distribusi Responden Menurut Kepatuhan Petugas Dalam Melaksanakan Standar Konseling Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA

Kepatuhan dalam melaksanakan standard konseling	f	%
Patuh	46	10,9
Tidak Patuh	375	89,1
Jumlah	421	100

Apabila dilihat dari keseluruhan konsistensi penerapan konseling, hanya ada 46 orang petugas (10,9%) yang patuh terhadap standar konseling MTBS dan sisanya sebanyak 375 petugas (89,1) tidak patuh terhadap standar konseling MTBS.

5.2.4.3. Kesesuaian Antara Konseling yang Dilakukan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Tabel 5.19
Distribusi Responden Menurut Kesesuaian Antara Konseling yang Dilakukan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Kesesuaian antara konseling yang dilakukan petugas dan konseling menurut pengamat	f	%
Sesuai	79	18,8
Tidak Sesuai	342	81,2
Jumlah	421	100

Penentuan kesesuaian konseling yang ditetapkan petugas dengan konseling yang ditetapkan pengamat berdasarkan distribusi frekuensi dari kesimpulan pengamat pada formulir daftar tilik atau pengamatan.

Pada tabel 5.19 didapat hasil bahwa kesesuaian Konseling antara petugas dan pengamat sebanyak 79 petugas (18,8%) yang sesuai dalam memberikan konselingnya. Sisanya lebih banyak yaitu ada 342 petugas (81,2%) yang tidak sesuai dengan standar dalam memberikan konseling.

5.3. Hasil Analisis Bivariat: Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Penilaian yang dilakukan Petugas terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

5.3.1. Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

Hasil analisis bivariat antara karakteristik petugas dengan kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS dapat dilihat pada tabel 5.20 di bawah ini:

Tabel 5.20
Hubungan Antara 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		Tdk patuh					
	f	%	f	%	f	%		
Umur								
Tua	1	0,5	206	99,5	207	100,0	1,000	1
Muda	1	0,5	213	99,5	214	100,0		0,1-15,6
Profesi								
Paramedis	2	0,5	375	99,5	377	100,0	1,000	1
Medis	0	0,0	44	100,0	44	100,0		1,0-1,0
Pelatihan								
Ya	2	0,6	329	99,4	331	100,0	1,000	1
Tidak	0	0,0	90	100,0	90	100,0		1,0-1,0

Dari 207 petugas yang berumur tua, terdapat petugas yang patuh dalam memberikan penilaian sesuai standar MTBS sebanyak 1 orang (0,5%), sedangkan dari 214 petugas yang berumur muda, hanya ada 1 petugas (0,5%) yang patuh pada penilaian menurut standar MTBS. Dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada $\alpha 0,05$ tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur dengan tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS.

Terdapat 2 orang petugas (0,8%) dari 377 petugas yang berprofesi sebagai paramedis yang patuh terhadap penilaian menurut standar MTBS. Sedangkan dari 44 orang petugas yang berprofesi sebagai tenaga medis, tidak ada yang patuh terhadap penilaian menurut standar MTBS. Uji statistik yang dilakukan menghasilkan nilai $p=1,000$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan pada tingkat kepercayaan 95%, antara profesi dengan kepatuhan penilaian menurut standar MTBS tidak terdapat hubungan yang bermakna.

Dilihat dari aspek pelatihan yang diikuti, terdapat 2 orang petugas (0,5%) dari 331 petugas yang pernah mengikuti pelatihan patuh terhadap penilaian menurut standar MTBS. Sedangkan dari mereka yang belum pernah mengikuti pelatihan, yaitu sebanyak 90 orang, tidak ada yang patuh terhadap penilaian sesuai standar MTBS. Dari uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga pada taraf alpha 5% dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan proporsi yang signifikan antara petugas yang pernah mengikuti pelatihan dengan dengan petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan dengan tingkat kepatuhan terhadap penilaian menurut standar MTBS.

5.3.2. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

Fasilitas kesehatan yang diteliti pada penelitian ini yaitu kelengkapan alat dan obat. Adapun hasil analisis bivariat antara fasilitas kesehatan dengan kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS dapat dilihat pada tabel 5.21 di bawah ini:

©

Tabel 5.21
Hubungan Antara Ketersediaan 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		Tdk patuh		f	%		
	f	%	f	%				
Kelengkapan Alat	2	1,0	205	99,0	207	100,0	0,241	1,0 1,0-1,0
Lengkap	0	0	214	100,0	214	100,0		
Tidak Lengkap								
Kelengkapan Obat	2	0,7	279	99,3	281	100,0	1,000	1,0 1,0-1,0
Lengkap	0	0	140	100,0	140	100,0		
Tidak Lengkap								

Dari 207 petugas yang tersedia secara lengkap alat yang digunakan, terdapat 2 (1,0%) orang yang patuh terhadap penilaian menurut standar MTBS. Sedangkan dari 214 petugas yang tidak lengkap peralatan yang digunakan tidak ada satu petugas yang patuh terhadap penilaian menurut standar MTBS. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,241$, sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna pada taraf alpha 5% antara kelengkapan alat dengan tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian berdasarkan menurut standar MTBS.

Dilihat dari kelengkapan obat, didapat hasil dari 281 petugas yang lengkap persediaan obatnya sebanyak 2 orang (0,7%) yang patuh terhadap penilaian menurut standar MTBS. Sedangkan dari 140 petugas yang tidak lengkap persediaan obatnya, tidak ada satu petugas yang patuh terhadap penilaian menurut standar MTBS. Dari uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada tingkat kepercayaan 95% tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kelengkapan obat dengan tingkat kepatuhan terhadap penilaian menurut standar MTBS.

- 5.4. Hasil Analisis Bivariat: Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA
- 5.4.1. Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

Tabel 5.22
Distribusi Responden Menurut Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

Klasifikasi yang ditetapkan petugas	Kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat				Jumlah	
	Sesuai		Tidak sesuai		f	%
	f	%	f	%		
Pneumonia	28	57,1	12	42,9	49	100,0
Batuk bukan pneumonia	127	45,2	154	54,8	281	100,0
Tidak menentukan klasifikasi	3	3,3	88	96,7	91	100,0
Jumlah	158	37,5	263	62,5	421	100,0

Berdasarkan tabel 5.22 di atas dapat dilihat dari kesesuaian pengklasifikasian yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas, bahwa sebanyak 28 petugas (57,1%) dari 49 petugas yang sesuai dalam menentukan klasifikasi pneumonia dengan klasifikasi menurut pengamat. Sedangkan penetapan klasifikasi batuk bukan pneumonia oleh petugas sebanyak 127 petugas sama dengan kesimpulan menurut pengamat, dan sisanya sebanyak 3 (37,5%) petugas tidak menetapkan klasifikasi sama dengan kesimpulan pengamat.

5.4.2. Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Antara Klasifikasi yang ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

Hasil dari olah data hubungan karakteristik petugas dengan kesesuaian klasifikasi petugas dan pengamat dijabarkan dalam tabel 5.23 di bawah ini:

Tabel 5.23
Hubungan Antara Karakteristik Petugas 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
	Ya		Tidak		f	%		
	f	%	f	%				
Umur Tua Muda	92 66	44,4 30,8	115 148	55,6 69,2	207 214	100,0 100,0	0,005	0,6 0,4-0,8
Profesi Paramedis Medis	153 5	40,6 11,4	224 39	59,4 88,6	377 44	100,0 100,0	<0,001	5,3 2,1-13,8
Pelatihan Ya Tidak	149 9	45,0 10,0	182 81	55,0 90,0	331 90	100,0 100,0	<0,001	7,4 3,6-15,2

Dari 207 petugas yang berumur tua, terdapat 92 orang petugas (44,4%) yang sesuai klasifikasi penyakitnya dengan pengamat, sedangkan dari 214 petugas yang berumur muda, terdapat 66 petugas (30,8%) yang sesuai klasifikasi penyakitnya dengan pengamat. Dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p=0,005$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada alpha 0,05 terdapat hubungan yang signifikan antara umur dengan kesesuaian klasifikasi penyakit oleh petugas dan pengamat. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang berumur tua berpeluang untuk sesuai klasifikasi

penyakitnya dengan pengamat 0,6 kali lebih besar dibanding petugas yang berumur muda.

Terdapat 153 orang petugas (40,6%) dari 377 petugas yang berprofesi sebagai paramedis yang sesuai klasifikasi penyakitnya dengan pengamat. Sedangkan dari 44 orang petugas yang berprofesi sebagai tenaga medis, ada 5 orang (11,4%) yang sesuai klasifikasi penyakitnya dengan pengamat. Uji statistik yang dilakukan menghasilkan nilai $p < 0,001$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan pada tingkat kepercayaan 95%, antara profesi dengan kesesuaian klasifikasi penyakit antara petugas dengan pengamat terdapat hubungan yang bermakna. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa tenaga paramedis berpeluang 5,3 kali lebih besar dalam menentukan klasifikasi dibandingkan tenaga medis.

Dilihat dari aspek pelatihan yang diikuti, terdapat 149 orang petugas (45,0%) dari 331 petugas yang pernah mengikuti pelatihan sesuai klasifikasi penyakitnya dengan pengamat. Sedangkan dari mereka yang belum pernah mengikuti pelatihan, yaitu sebanyak 90 orang, ada 9 petugas (10,0%) yang sesuai klasifikasi penyakitnya dengan pengamat. Dari uji statistik diperoleh nilai $p < 0,001$, sehingga pada taraf alpha 5% dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi yang signifikan antara petugas yang pernah mengikuti pelatihan dengan dengan petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan dengan kesesuaian klasifikasi penyakit antara petugas dengan pengamat. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang sudah mendapatkan pelatihan berpeluang 7,4 kali lebih besar dalam menentukan klasifikasi dibandingkan petugas yang belum mengikuti pelatihan.

5.4.3. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

Tabel 5.24
Hubungan Antara Ketersediaan 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
	Ya		Tidak		f	%		
	f	%	f	%				
Kelengkapan Alat								
Lengkap	113	54,6	94	45,4	207	100,0	<0,001	4,5 2,9-6,9
Tidak Lengkap	45	21,0	169	79,0	214	100,0		
Kelengkapan Obat								
Lengkap	108	38,4	173	61,6	281	100,0	0,587	1,1 0,7-1,7
Tidak Lengkap	50	35,7	90	64,3	140	100,0		

Pada tabel 5.24 di atas didapat hasil analisis sebagai berikut: dari 207 petugas yang tersedia secara lengkap alat yang digunakan, terdapat 113 orang (54,6%) yang klasifikasi penyakitnya sesuai dengan pengamat. Sedangkan dari 214 petugas yang tidak lengkap peralatan yang digunakan terdapat 45 orang (21,0%) yang klasifikasi penyakitnya sesuai dengan pengamat. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p < 0,001$, sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang bermakna pada taraf alpha 5% antara kelengkapan alat dengan kesesuaian klasifikasi penyakit antar petugas dan pengamat. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang memiliki kelengkapan alat berpeluang 4,5 kali lebih besar dalam menentukan klasifikasi dibandingkan petugas yang tidak memiliki kelengkapan alat di puskesmas.

Dilihat dari kelengkapan obat, terdapat 108 orang petugas (38,4%) dari 281 petugas yang lengkap persediaan obatnya yang sesuai klasifikasi penyakitnya dengan pengamat. Sedangkan dari 140 petugas yang tidak lengkap persediaan obatnya, terdapat 50 orang petugas (35,7%) yang sesuai klasifikasi penyakitnya dengan pengamat. Dari uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p=0,587$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada tingkat kepercayaan 95% tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kelengkapan obat dengan kesesuaian klasifikasi penyakit antara petugas dan pengamat.

5.5. Hasil Analisis Bivariat: Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Pengobatan yang Diberikan Petugas Kepada Balita Sakit dengan Gejala ISPA

5.5.1. Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

Tabel 5.25
Distribusi Responden Menurut Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

Klasifikasi yang ditetapkan petugas	Kesesuaian antara pengobatan yang diberikan Petugas dan klasifikasi yang ditetapkan Petugas				Jumlah	
	Sesuai		Tidak sesuai			
	f	%	f	%	f	%
Pneumonia	37	75,5	12	24,5	49	100,0
Batuk bukan pneumonia	141	50,2	140	49,8	281	100,0
Tidak menentukan klasifikasi	0,0	0,0	91	100,0	91	100,0
Jumlah	178	42,3	243	57,7	421	100,0

Berdasarkan tabel 5.25 di atas dapat dilihat dari kesesuaian pengklasifikasian penyakit dengan pengobatan, bahwa sebanyak 37 petugas (75,5%) dari 49 petugas yang sesuai dalam menentukan klasifikasi pneumonia dengan pengobatan dan kesesuaian dalam menentukan klasifikasi batuk bukan pneumonia dengan pengobatan

oleh petugas sebanyak 141 petugas (50,2%) dari 281 petugas sedangkan petugas yang tidak menentukan klasifikasi tidak ada kesesuaian antara pengobatan dan klasifikasi.

5.5.2. Hubungan Antara Karakteristik Petugas Dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang diberikan Petugas dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

Pada tabel 5.26 di bawah ini dapat dilihat mengenai hubungan karakteristik petugas dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan petugas.

Tabel 5.26
Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang diberikan Petugas dan Klasifikasi yang ditetapkan Petugas

Variabel	Kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan petugas				Total		Nilai P	OR 95% CI
	Ya		Tidak		f	%		
	f	%	f	%				
Umur								
Tua	114	55,1	93	44,9	207	100,0	<0,001	0,4
Muda	64	29,9	150	70,1	214	100,0		0,2-0,5
Profesi								
Paramedis	175	46,4	202	53,6	377	100,0	<0,001	11,8
Medis	3	6,8	41	93,2	44	100,0		3,6-38,9
Pelatihan								
Ya	168	50,8	163	49,2	331	100,0	<0,001	8,3
Tidak	10	11,1	80	88,9	90	100,0		4,1-16,5

Dari 207 petugas yang berumur tua, terdapat 114 orang petugas (55,1%) yang sesuai antara pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan, sedangkan dari 214 petugas yang berumur muda, terdapat 64 petugas (29,9%) yang sesuai antara pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan. Dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p < 0,001$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada alpha 0,05 terdapat hubungan

yang signifikan antara umur dengan pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan.

Terdapat 175 orang petugas (46,4%) dari 376 petugas yang berprofesi sebagai paramedis yang sesuai pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan. Sedangkan dari 44 orang petugas yang berprofesi sebagai tenaga medis, terdapat 3 orang (6,8%) yang sesuai antara pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan. Uji statistik yang dilakukan menghasilkan nilai $p < 0,000$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan pada tingkat kepercayaan 95%, antara profesi dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan terdapat hubungan yang bermakna. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa tenaga paramedis yang berpeluang 11,8 kali lebih besar kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas dibandingkan tenaga medis.

Dilihat dari aspek pelatihan yang diikuti, terdapat 168 orang petugas (50,8%) dari 331 petugas yang pernah mengikuti pelatihan sesuai memberikan pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan. Sedangkan dari petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan, yaitu sebanyak 90 orang, terdapat 10 petugas (11,1%) yang sesuai memberikan pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan. Dari uji statistik diperoleh nilai $p < 0,000$, sehingga pada alpha 5% dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi yang signifikan antara petugas yang pernah mengikuti pelatihan dengan dengan petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang sudah mengikuti pelatihan yang berpeluang 8,3 kali lebih besar kesesuaian pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan dibandingkan petugas yang belum mengikuti pelatihan.

5.5.3. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

Hasil analisis bivariat antara fasilitas kesehatan dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan petugas dapat dilihat pada tabel 5.27 di bawah ini:

Tabel 5.27
Hubungan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang diberikan Petugas dan Klasifikasi yang ditetapkan Petugas

Variabel	Kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan petugas				Total		Nilai P	OR 95% CI
	Ya		Tidak		f	%		
	f	%	f	%				
Kelengkapan Alat								
Lengkap	128	61,8	79	38,2	207	100,0	<0,001	5,3
Tidak Lengkap	50	23,4	164	76,6	214	100,0		3,5-8,1
Kelengkapan Obat								
Lengkap	101	35,9	180	64,1	281	100,0	<0,001	0,5
Tidak Lengkap	77	55,0	63	45,0	140	100,0		0,3-0,7

Dari 207 petugas yang tersedia secara lengkap alat yang digunakan, terdapat 128 orang (61,8%) yang sesuai antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan. Sedangkan dari 214 petugas yang tidak lengkap peralatan yang digunakan terdapat 50 orang (23,4%) yang sesuai antara pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p < 0,001$, sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna pada taraf alpha 5% antara kelengkapan alat dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang memiliki kelengkapan alat berpeluang

5,3 kali lebih besar dalam kesesuaian pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan dibandingkan petugas yang tidak memiliki kelengkapan alat.

Dilihat dari kelengkapan obat, terdapat 101 orang petugas (35,9%) dari 281 petugas yang lengkap persediaan obatnya yang sesuai antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan. Sedangkan dari 140 petugas yang tidak lengkap persediaan obatnya, terdapat 77 orang petugas (55,0%) yang sesuai antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan. Dari uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p < 0,001$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada tingkat kepercayaan 95% terdapat hubungan yang bermakna antara kelengkapan obat dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan.

5.5.4. Hubungan Antara Kesesuaian Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat dengan Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

Berdasarkan tabel 5.28 di bawah dapat dilihat dari kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan dengan pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat, bahwa sebanyak 41 petugas (23,0%) dari 178 petugas yang sesuai dalam memberikan pengobatan berdasarkan klasifikasi yang ditetapkan. Sebanyak 61 (25,1%) petugas yang sesuai memberikan pengobatan berdasarkan klasifikasi yang ditetapkan dengan pengobatan yang berdasarkan kesimpulan pengamat.

Tabel 5.28
Hubungan Kesesuaian Pengobatan yang diberikan dan Pengobatan menurut Pengamat dengan Kesesuaian antara Pengobatan yang diberikan Petugas dengan Klasifikasi yang ditetapkan Petugas

Kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan petugas	Kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat				Jumlah	
	Sesuai		Tidak sesuai		f	%
	f	%	f	%		
Sesuai	41	23,0	137	77,0	178	100,0
Tidak Sesuai	61	25,1	182	74,9	243	100,0
Jumlah	10	24,2	74,9	75,8	421	100,0

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

Hasil analisis karakteristik petugas dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat dapat dilihat pada tabel 5.29 di bawah ini:

Tabel 5.29
Hubungan Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Pengobatan yang diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

Variabel	Kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat				Total		Nilai P	OR 95% CI
	Ya		Tidak		f	%		
	f	%	f	%				
Umur Tua Muda	50 52	24,2 24,3	157 162	75,8 75,7	207 214	100,0 100,0	1,000	1,0 0,7-1,6
Profesi Paramedis Medis	99 3	26,3 6,8	278 41	73,7 93,2	377 44	100,0 100,0	0,008	4,9 1,5-16,1
Pelatihan Ya Tidak	99 3	29,9 3,3	232 87	70,1 96,7	331 90	100,0 100,0	<0,001	12,4 3,8-40,1

Dari 207 petugas yang berumur tua, terdapat 50 orang petugas (24,2%) yang sesuai pengobatannya dengan pengamat, sedangkan dari 214 petugas yang berumur muda, terdapat 52 petugas (24,3%) yang sesuai pengobatannya dengan pengamat. Dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada alpha 0,05 tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur dengan kesesuaian pengobatan oleh petugas dan pengamat.

Terdapat 99 orang petugas (26,3%) dari 377 petugas yang berprofesi sebagai paramedis yang sesuai pengobatannya dengan pengamat. Sedangkan dari 44 orang petugas yang berprofesi sebagai tenaga medis, terdapat 3 orang (6,8%) yang sesuai pengobatannya dengan pengamat. Uji statistik yang dilakukan menghasilkan nilai $p=0,008$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan pada tingkat kepercayaan 95%, antara profesi dengan kesesuaian pengobatan antara petugas dengan pengamat terdapat hubungan yang bermakna. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas dengan profesi paramedis berpeluang 4,9 kali lebih besar dalam menentukan pengobatan sesuai dengan pengobatan pengamat dibandingkan petugas medis.

Dilihat dari aspek pelatihan yang diikuti, terdapat 99 orang petugas (29,9%) dari 331 petugas yang pernah mengikuti pelatihan sesuai pengobatannya dengan pengamat. Sedangkan dari mereka yang belum pernah mengikuti pelatihan, yaitu sebanyak 3 orang, petugas yang tidak sesuai dalam melakukan pengobatan dengan pengobatan yang diberikan pengamat. Dari uji statistik diperoleh nilai $p<0,001$, sehingga pada taraf alpha 5% dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi yang signifikan antara petugas yang pernah mengikuti pelatihan dengan dengan petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan dengan kesesuaian pengobatan antara petugas dengan pengamat. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa

petugas yang sudah mendapatkan pelatihan berpeluang 12,4 kali lebih besar dalam menentukan pengobatan dibandingkan petugas yang belum pernah mendapatkan pelatihan.

5.5.6. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

Hasil analisis antara fasilitas kesehatan dengan Kesesuaian Pengobatan yang diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat dapat dilihat pada tabel 5.30 di bawah ini:

Tabel 5.30
Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian 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
	Ya		Tidak		f	%		
	f	%	f	%				
Kelengkapan Alat								
Lengkap	50	24,2	157	75,8	207	100,0	1,000	0,9 0,6-1,6
Tidak Lengkap	52	24,3	162	75,7	214	100,0		
Kelengkapan Obat								
Lengkap	91	22,4	190	67,6	281	100,0	<0,001	5,6 2,9-10,9
Tidak Lengkap	11	7,9	129	92,1	140	100,0		

Dari 207 petugas yang tersedia secara lengkap alat yang digunakan, terdapat 50 orang (24,2%) yang pengobatannya sesuai menurut pengamat. Sedangkan dari 214 petugas yang tidak lengkap peralatan yang digunakan terdapat 52 orang (24,3%) yang pengobatannya sesuai menurut pengamat. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang

bermakna pada taraf alpha 5% antara kelengkapan alat dengan kesesuaian pengobatan antara petugas dan pengamat.

Dilihat dari kelengkapan obat, terdapat 91 orang petugas (22,4%) dari 281 petugas yang lengkap persediaan obatnya yang sesuai dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan menurut pengamat. Sedangkan dari 140 petugas yang tidak lengkap persediaan obatnya, terdapat 11 orang petugas (7,9%) yang sesuai pengobatannya dengan pengobatan menurut pengamat. Dari uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p < 0,001$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada tingkat kepercayaan 95% terdapat hubungan yang bermakna antara kelengkapan obat dengan kesesuaian pengobatan antara petugas dan pengamat. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang memiliki kelengkapan obat berpeluang 5.6 kali lebih besar dalam menentukan pengobatan dibandingkan petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat.

5.6. Hasil Analisis Bivariat: Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Konseling Petugas Menurut Standar MTBS

5.6.1. Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS

Hasil analisis bivariat antara karakteristik petugas dengan kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS dapat dilihat pada tabel 5.31 di bawah ini:

Tabel 5.31
Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan
Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS

Variabel	Kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS				Total		Nilai P	OR 95% CI
	Patuh		Tdk patuh		f	%		
	f	%	f	%				
Umur								
Tua	15	7,2	192	92,8	207	100,0	0,026	2,2 1,1-4,2
Muda	31	14,5	183	85,5	214	100,0		
Profesi								
Paramedis	44	11,7	333	88,3	377	100,0	0,203	2,8 0,7-1,8
Medis	2	4,5	42	95,5	44	100,0		
Pelatihan								
Ya	43	13,0	288	87,0	331	100,0	0,016	4,3 1,3-14,3
Tidak	3	3,3	87	96,7	99	100,0		

Dari 207 petugas yang berumur tua, hanya ada 15 orang petugas (7,2%) yang patuh dalam memberikan konseling menurut standar MTBS, sedangkan dari 214 petugas yang berumur muda, hanya ada 31 petugas (14,5%) yang patuh pada konseling menurut standar MTBS. Dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p=0,026$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada alpha 0,05 terdapat hubungan yang signifikan antara umur dengan tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang berumur muda memiliki peluang 2,2 kali lebih patuh dalam melakukan konseling menurut standar MTBS dibandingkan dengan petugas berumur tua.

Terdapat 44 orang petugas (11,7%) dari 377 petugas yang berprofesi sebagai paramedis yang patuh terhadap konseling menurut standar MTBS. Sedangkan 44 petugas yang berprofesi sebagai tenaga medis, sebanyak 2 orang (4,5%) yang patuh terhadap konseling menurut standar MTBS. Uji statistik yang dilakukan menghasilkan nilai $p=0,203$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan pada tingkat

kepercayaan 95%, antara profesi dengan kepatuhan konseling menurut standar MTBS tidak terdapat hubungan yang bermakna.

Dilihat dari aspek pelatihan yang diikuti, terdapat 43 orang petugas (13,0%) dari 331 petugas yang pernah mengikuti pelatihan patuh terhadap konseling menurut standar MTBS. Sedangkan dari mereka yang belum pernah mengikuti pelatihan, yaitu sebanyak 3 orang (3,3%) dari 99 orang total petugas yang patuh terhadap konseling menurut standar MTBS. Dari uji statistik diperoleh nilai $p=0,016$, sehingga pada taraf alpha 5% dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan proporsi yang signifikan antara petugas yang pernah mengikuti pelatihan dengan dengan petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan dengan tingkat kepatuhan terhadap konseling menurut standar MTBS. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang sudah mendapatkan pelatihan memiliki peluang 4,3 kali lebih patuh dalam melakukan konseling menurut standar dibandingkan petugas yang belum mengikuti pelatihan.

5.6.2. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS

Kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS juga dilakukan uji statistik dengan fasilitas kesehatan berupa kelengkapan alat dan obat yang dapat dilihat pada tabel 5.32 di bawah ini:

Tabel 5.32
Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan
Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut
Standar MTBS

Variabel	Kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS				Total		Nilai P	OR 95% CI
	Patuh		Tdk patuh		f	%		
	f	%	f	%				
Kelengkapan Alat								
Lengkap	30	14,5	177	85,5	207	100,0	0,032	2,1
Tidak Lengkap	16	7,5	198	92,5	214	100,0		0,3-4,2
Kelengkapan Obat								
Lengkap	37	13,2	244	86,8	281	100,0	0,055	2,2
Tidak Lengkap	9	6,4	131	93,6	140	100,0		1,0-4,7

Pada 207 petugas yang tersedia secara lengkap alat yang digunakan, terdapat 30 (14,5%) orang petugas yang patuh terhadap konseling menurut standar MTBS. Sedangkan dari 214 petugas yang tidak lengkap peralatan yang digunakan terdapat 16 orang (7,5%) yang patuh terhadap pelaksanaan konseling menurut standar MTBS. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,032$, sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang bermakna pada taraf alpha 5% antara kelengkapan alat dengan tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang kelengkapan alatnya cukup lebih berpeluang 2,1 kali lebih patuh dalam melakukan konseling menurut standar dibandingkan petugas yang tidak memiliki kelengkapan alat.

Dilihat dari kelengkapan obat, terdapat 37 orang petugas (13,2%) dari 281 petugas yang lengkap persediaan obatnya patuh terhadap konseling menurut standar MTBS. Sedangkan dari 140 petugas yang tidak lengkap persediaan obatnya, terdapat 9 petugas (6,4%) yang patuh terhadap konseling menurut standar MTBS. Dari uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p=0,055$, sehingga dapat

disimpulkan bahwa pada tingkat kepercayaan 95% tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kelengkapan obat dengan tingkat kepatuhan terhadap konseling menurut standar MTBS.

5.6.3. Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Pada tabel 5.33 didapat hasil bahwa dari 207 petugas yang berumur tua, terdapat 45 orang petugas (21,7%) yang sesuai konselingnya dengan pengamat, sedangkan dari 214 petugas yang berumur muda, terdapat 34 petugas (15,9%) yang sesuai konselingnya dengan pengamat. Dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p=0,158$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada alpha 0,05 tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur dengan kesesuaian konseling dengan pengamat.

Tabel 5.33
Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Variabel	Kesesuaian konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat				Total		Nilai P	OR 95% CI
	Ya		Tidak		f	%		
	f	%	f	%				
Umur								
Tua	45	21,7	162	78,3	207	100,0	0,158	0,7 0,4-1,1
Muda	34	15,9	180	84,1	214	100,0		
Profesi								
Paramedis	75	19,9	302	80,1	377	100,0	0,125	2,5 0,9-7,2
Medis	4	9,1	40	90,9	44	100,0		
Pelatihan								
Ya	75	22,7	256	76,2	331	100,0	<0,001	6,3 2,2-17,7
Tidak	4	4,4	86	95,6	90	100,0		

Terdapat 75 orang petugas (19,9%) dari 377 petugas yang berprofesi sebagai paramedis yang sesuai konselingnya dengan

konseling menurut pengamat. Sedangkan dari 44 orang petugas yang berprofesi sebagai tenaga medis, terdapat 4 orang (9,1%) yang sesuai konselingnya dengan pengamat. Uji statistik yang dilakukan menghasilkan nilai $p=0,125$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan pada tingkat kepercayaan 95%, antara profesi dengan kesesuaian konselingnya dengan pengamat tidak terdapat hubungan yang bermakna.

Dilihat dari aspek pelatihan yang diikuti, terdapat 75 orang petugas (22,7%) dari 331 petugas yang pernah mengikuti pelatihan sesuai konselingnya dengan pengamat. Sedangkan dari petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan, yaitu sebanyak 86 orang, terdapat 4 petugas (4,4%) yang sesuai konselingnya dengan pengamat. Dari uji statistik diperoleh nilai $p<0,001$, sehingga pada alpha 5% dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi yang signifikan antara petugas yang pernah mengikuti pelatihan dengan dengan petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan dengan kesesuaian yang konseling yang ditetapkan petugas dan konseling pengamat. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang sudah mendapatkan pelatihan berpeluang 6 kali lebih besar dalam menentukan konseling sesuai konseling pengamat dibandingkan petugas yang belum pernah mendapatkan pelatihan.

5.6.4. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Konseling yang diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Pada tabel 5.34 didapat hasil bahwa dari 207 petugas yang tersedia secara lengkap alat yang digunakan, terdapat 50 orang (24,2%) yang konselingnya sesuai dengan pengamat. Sedangkan dari 214 petugas yang tidak lengkap peralatan yang digunakan, terdapat 29 orang (13,6%) yang konselingnya sesuai dengan pengamat. Hasil uji

statistik diperoleh nilai $p=0,008$, sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna pada taraf alpha 5% antara kelengkapan alat dengan kesesuaian konseling antara petugas dan pengamat. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang memiliki kelengkapan alat berpeluang 2 kali lebih besar dalam melakukan konseling sesuai dengan konseling pengamat dibandingkan petugas yang belum pernah mendapatkan pelatihan.

Tabel 5.34
Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Variabel	Kesesuaian konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat				Total		Nilai P	OR 95% CI
	Ya		Tidak		f	%		
	f	%	f	%				
Kelengkapan Alat								
Lengkap	50	24,2	157	75,8	207	100,0	0,008	2,0 1,2-3,4
Tidak Lengkap	29	13,6	185	86,4	214	100,0		
Kelengkapan Obat								
Lengkap	64	22,8	217	77,2	281	100,0	0,004	2,5 1,3-4,5
Tidak Lengkap	15	10,7	125	89,3	140	100,0		

Dilihat dari kelengkapan obat pada tabel 5.34 di atas, terdapat 64 orang petugas (22,8%) dari 281 petugas memiliki kelengkapan dalam persediaan obat yang sesuai konselingnya dengan pengamat. Sedangkan dari 140 petugas dengan persediaan obat yang tidak lengkap, terdapat 15 orang petugas (10,7%) yang sesuai konselingnya dengan pengamat. Dari uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p=0,004$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada tingkat kepercayaan 95% tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kelengkapan obat dengan kesesuaian konseling antara petugas dan pengamat. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang memiliki

kelengkapan alat yang berpeluang 2,5 kali lebih besar sesuai dalam menentukan konseling dengan konseling pengamat dibandingkan petugas yang tidak memiliki kelengkapan alat.

5.6.5. Hubungan Antara Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS dengan Kesesuaian Konseling yang diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Tabel 5.35
Hubungan Antara Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS dengan Kesesuaian Antara Konseling yang diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Kesesuaian antara Konseling yang diberikan petugas dan Konseling menurut pengamat	Kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS				Jumlah	
	Patuh		Tidak Patuh		f	%
	f	%	f	%		
Sesuai	33	41,8	46	58,2	79	100,0
Tidak sesuai	13	3,8	329	96,2	342	100,0
Jumlah	46	10,9	375	89,1	421	100,0

Berdasarkan tabel 5.35 di atas dapat dilihat dari hubungan antara kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS dengan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat, sebanyak 33 petugas (41,8%) dari 79 petugas yang patuh dalam memberikan konseling dan sesuai antara konseling yang diberikan petugas dan menurut pengamat. berdasarkan klasifikasi yang ditetapkan. Sebanyak 13 (3.8%) petugas yang patuh dalam melakukan konseling menurut standar MTBS tetapi tidak sesuai antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat.

5.7. Hasil Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk memperoleh variabel independen (umur, profesi, pelatihan, alat dan obat) yang paling dominan dalam menentukan variabel dependen (Kepatuhan petugas terhadap penilaian menurut standar MTBS, kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat, kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat, kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas, kesesuaian antara konseling petugas dan konseling menurut pengamat serta kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS). Dengan demikian maka dalam tahap analisis multivariat ini, dilakukan seleksi bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya.

5.7.1. Faktor-faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kualitas Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

5.7.1.1. Seleksi Variabel (Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat)

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

Untuk membuat model multivariat ke 5 variabel tersebut terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat dengan variabel dependen (kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian) yang menjadi kandidat pada model multivariat adalah yang memiliki p value $< 0,25$. Hasil seleksi bivariat variabel independen dengan variabel dependen dapat dilihat pada tabel 5.36. Seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik sederhana.

Tabel 5.36
Hasil Seleksi Bivariat Antara Variabel Karakteristik Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Variabel Dependen Kualitas Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

Variabel	P Value	Keterangan
Umur	0,981	-
Profesi	0,326	-
Pelatihan	0,506	-
Alat	0,091	+
Obat	0,203	+

Dari hasil analisis diatas ternyata terdapat 2 variabel yang p valuenya $< 0,25$, yaitu alat dan obat. Dengan demikian ke 2 variabel tersebut diatas dilanjutkan analisisnya ke model multivariat.

5.7.1.2. Analisis Regresi Logistik Ganda Model Prediksi

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

Tabel 5.37
Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kualitas Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Kelengkapan alat	2642,08	0,995	2,021E7	0,00
2.	Kelengkapan obat	3189,07	0,996	1,624E7	0,00

Dari tahap pertama uji multivariat seperti yang ditampilkan pada tabel 5.37, ternyata dari 2 variabel independent tidak ada satupun variabel yang memiliki p valuenya $> 0,05$, hal ini menunjukkan bahwa tidak ada variabel yang berhubungan bermakna dengan tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian sesuai standar MTBS.

5.7.2. Faktor-faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kualitas Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

5.7.2.1. Seleksi Variabel (Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat)

Sebelum dilakukan analisis multivariat maka terlebih dahulu dilakukan seleksi variabel terhadap variabel bebas yang diduga ikut berpengaruh (kandidat kovariat) yang memiliki kemaknaan p value kurang dari 0,25. Ketentuan nilai p value kurang dari 0,25 ini dimaksudkan untuk memberi peluang pada variabel bebas yang mungkin secara bersama-sama dapat memunculkan hubungan yang bermakna dengan Kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi pengamat walaupun dari hasil uji bivariat menunjukan hubungan yang tidak bermakna.

Untuk membuat model multivariat ke 5 variabel tersebut terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat dengan variabel dependen (kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi

pengamat) yang menjadi kandidat pada model multivariat adalah yang memiliki p value $< 0,25$. Hasil seleksi bivariat variabel independen dengan variabel dependen dapat dilihat pada tabel 5.38. Seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik sederhana.

Tabel 5.38
Hasil Seleksi Bivariat Antara Variabel Karakteristik Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Variabel Dependen Kualitas Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

Variabel	P Value	Keterangan
Umur	0,004	+
Profesi	0,000	+
Pelatihan	0,000	+
Alat	0,000	+
Obat	0,586	-

Dari hasil analisis diatas ternyata terdapat 4 variabel yang p valuenya $< 0,25$, yaitu umur, profesi, pelatihan dan alat sedangkan p value variabel obat $> 0,25$ maka variabel obat tidak diikutsertakan dalam model multivariat. Sedangkan ke 4 variabel tersebut diatas dilanjutkan analisisnya ke model multivariat.

5.7.2.2. Analisis Regresi Logistik Ganda Model Prediksi

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

Tabel 5.39
Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Umur, Profesi, Pelatihan dan Kelengkapan Alat dengan Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Umur petugas	0,222	0,071	0,7	0,4-1,0
2.	Profesi petugas	0,554	0,553	1,4	0,5-4,1
3.	Pelatihan petugas	0,410	0,001	4,1	1,8-9,1
4.	Kelengkapan alat	0,231	<0,001	3,2	2,0-5,0

Dari hasil seleksi bivariat selanjutnya dilakukan analisis multivariat ke empat variabel tersebut diatas dengan variabel kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi pengamat. Dari hasil analisis tersebut dapat dilihat ada 2 variabel yang p valuenya > 0,05, yaitu variabel profesi dan umur. Pada tabel 5.39 di atas, variabel profesi memiliki p value terbesar yaitu 0,553 sehingga permodelan selanjutnya variabel profesi dikeluarkan dari model.

Dari hasil analisis pada tabel 5.40 di bawah dapat dilihat setelah variabel profesi dikeluarkan dan hasil yang didapat yaitu variabel umur memiliki p value lebih besar dari 0,05 dan merupakan p value terbesar yaitu 0,63. Maka untuk proses permodelan selanjutnya variabel umur dikeluarkan dari model multivariat.

Tabel 5.40
Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Umur, Pelatihan, dan Kelengkapan Alat dengan Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Umur petugas	0,221	0,063	0,66	0,4-1,0
2.	Pelatihan petugas	0,383	<0,001	4,48	2,1-9,5
3.	Kelengkapan alat	0,230	<0,001	3,23	2,7-5,1

5.7.2.3. Model Akhir Analisis Regresi Logistik Ganda Model

Prediksi

Tabel 5.41
Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Pelatihan, dan alat
dengan Kesesuaian Antara Klasifikasi yang ditetapkan Petugas
dan Klasifikasi Menurut Pengamat

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Pelatihan petugas	0,383	<0,001	4,7	2,2-9,9
2.	Kelengkapan alat	0,228	<0,001	3,4	2,1-5,2

Hasil akhir dari multivariat adalah variabel yang berhubungan bermakna dengan kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi pengamat yaitu variabel pelatihan dan alat.

Hasil analisis didapatkan *Odds Ratio* (OR) dari variabel pelatihan adalah 4,7, artinya petugas yang telah mendapatkan pelatihan memiliki peluang 4,7 kali untuk sesuai dalam menentukan klasifikasinya dengan pengamat. Sedangkan hasil analisis didapatkannya nilai *Odds Ratio* (OR) pada variabel alat sebesar 3,4 bahwa petugas yang memiliki kelengkapan alat di puskesmas berpeluang 3 kali sesuai dalam menentukan klasifikasinya dengan pengamat.

5.7.3. Faktor-faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kualitas Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

5.7.3.1. Seleksi Variabel (Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat)

Sebelum dilakukan analisis multivariat maka terlebih dahulu dilakukan seleksi variabel terhadap variabel bebas yang diduga ikut berpengaruh (kandidat kovariat) yang memiliki kemaknaan p value kurang dari 0,25. Ketentuan nilai p value kurang dari 0,25 ini

dimaksudkan untuk memberi peluang pada variabel bebas yang mungkin secara bersama-sama dapat memunculkan hubungan yang bermakna dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat walaupun dari hasil uji bivariat menunjukkan hubungan yang tidak bermakna.

Untuk membuat model multivariat ke 5 variabel tersebut terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat dengan variabel dependen (kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan pengamat) yang menjadi kandidat pada model multivariat adalah yang memiliki p value < 0,25. Hasil seleksi bivariat variabel independen dengan variabel dependen dapat dilihat pada tabel 5.42. Seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik sederhana.

Tabel 5.42
Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Variabel Dependen Kualitas Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Pengobatan Menurut Pengamat

Variabel	P Value	Keterangan
Umur	0,972	-
Profesi	0,001	+
Pelatihan	0,000	+
Alat	0,972	-
Obat	0,000	+

Dari hasil analisis diatas ternyata terdapat 3 variabel yang p valuenya < 0,25, yaitu profesi, pelatihan dan obat. Dengan demikian ke 3 variabel tersebut diatas dilanjutkan analisisnya ke model multivariat.

5.7.3.2. Analisis Regresi Logistik Ganda Model Prediksi

Analisis regresi logistik Ganda Model Prediksi merupakan model multivariat dengan tujuan memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel independen yang dianggap terbaik untuk

memprediksi kejadian variabel dependen (Hastono, 2007). Variabel yang paling penting dan masuk akal dalam model adalah variabel yang p valuenya $< 0,05$. Selanjutnya bila terdapat variabel yang p valuenya $> 0,05$ maka dikeluarkan dari model secara bertahap, dimulai dari variabel yang mempunyai p value yang terbesar.

Tabel 5.43
Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Profesi, Pelatihan dan Kelengkapan Obat dengan Kualitas Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Profesi petugas	0,678	0,327	1,95	0,5-7,4
2.	Pelatihan petugas	0,630	0,001	8,52	2,5-29,3
3.	Kelengkapan obat	0,346	$P < 0,1$	5,05	2,6-9,9

Dari hasil seleksi bivariat selanjutnya dilakukan analisis multivariat ke tiga variabel tersebut diatas dengan variabel kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat. Dari hasil analisis tersebut dapat dilihat ada 1 variabel yang p valuenya $> 0,05$, yaitu variabel profesi. Pada tabel 5.43 di atas, variabel profesi memiliki p value terbesar yaitu 0,327 sehingga permodelan selanjutnya variabel profesi dikeluarkan dari model.

5.7.3.3. Model Akhir Analisis Regresi Logistik Ganda Model Prediksi

Tabel 5.44
Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Pelatihan, dan Obat dengan Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Pelatihan petugas	0,604	$< 0,001$	10,5	3,2-34,5
2.	Kelengkapan obat	0,345	$< 0,001$	4,9	2,5-9,7

Hasil akhir dari multivariat adalah variabel yang berhubungan bermakna dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas petugas dan pengobatan yang diberikan pengamat yaitu variabel pelatihan dan obat.

Hasil analisis didapatkan *Odds Ratio* (OR) dari variabel pelatihan adalah 10,5, artinya petugas yang telah mendapatkan pelatihan memiliki peluang 10,5 kali untuk sesuai dalam memberikan pengobatan. Sedangkan hasil analisis didapatkannya nilai *Odds Ratio* (OR) pada variabel alat sebesar 4,9 bahwa petugas yang memiliki kelengkapan alat di puskesmas berpeluang 5 kali sesuai dalam memberikan pengobatannya dengan pengamat.

5.7.4. Faktor-faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kualitas Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

5.7.4.1. Seleksi Variabel (Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat)

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

Untuk membuat model multivariat ke 5 variabel tersebut terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat dengan variabel dependen (kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan) yang menjadi kandidat pada model multivariat adalah yang

memiliki p value < 0,25. Hasil seleksi bivariat variabel independen dengan variabel dependen dapat dilihat pada tabel 5.45. Seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik sederhana.

Tabel 5.45
Hasil Seleksi Bivariat Antara Variabel Karakteristik Petugas dan Ketersediaa Fasilitas Kesehatan dengan Variabel Dependen Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan

Variabel	P Value	Keterangan
Umur	0,000	+
Profesi	0,000	+
Pelatihan	0,000	+
Alat	0,000	+
Obat	0,000	+

Dari hasil analisis diatas ternyata ke 5 variabel memiliki p valuenya < 0,25, yaitu umur, profesi, pelatihan, alat dan obat. Dengan demikian seluruh variabel tersebut diatas dilanjutkan analisisnya ke model multivariat.

5.7.4.2. Analisis Regresi Logistik Ganda Model Prediksi

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

Tabel 5.46
Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Karakteristik
Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian
Antara Pengobatan yang Diberikan dengan Klasifikasi yang
ditetapkan Petugas

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Umur petugas	0,236	0,001	0,45	0,3-0,7
2.	Profesi petugas	0,655	0,131	2,7	0,8-9,7
3.	Pelatihan petugas	0,417	<0,001	5,15	2,3-11,7
4.	Kelengkapan alat	0,245	<0,001	3,05	1,9-4,9
5.	Kelengkapan obat	0,276	0,016	0,51	0,3-0,9

Dari hasil seleksi bivariat selanjutnya dilakukan analisis multivariat ke 5 variabel tersebut diatas dengan variabel kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan. Dari hasil analisis tersebut dapat dilihat ada 1 variabel yang p valuenya > 0,05, yaitu variabel profesi. Pada tabel 5.46 di atas, variabel profesi memiliki p value terbesar yaitu 0,131 sehingga permodelan selanjutnya variabel profesi dikeluarkan dari model.

5.7.4.3. Model Akhir Analisis Regresi Logistik Ganda Model Prediksi

Tabel 5.47
Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Pelatihan, dan
Kelengkapan Obat dengan Kesesuaian Antara Pengobatan yang
Diberikan dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Umur petugas	0,234	<0,001	0,4	0,3-0,7
2.	Pelatihan petugas	0,397	<0,001	6,4	3-14,0
3.	Kelengkapan alat	0,244	<0,001	3,1	2-5,1
4.	Kelengkapan obat	0,274	0,010	0,5	0,3-0,9

Hasil akhir dari multivariat pada tabel 5.47 di atas adalah variabel yang berhubungan bermakna dengan kesesuaian antara

pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan yaitu variabel umur, pelatihan, alat dan obat.

Hasil analisis didapatkan *Odds Ratio* (OR) dari variabel umur adalah 0,4, OR dari obat sebesar 0.5 artinya umur petugas dan kelengkapan obat berpeluang lebih kecil dalam memberikan obat yang sesuai dengan klasifikasi dibandingkan dengan petugas yang telah mendapatkan pelatihan dan petugas yang memiliki kelengkapan alat. Hasil analisis *Odds Ratio* (OR) yang didapat dari pelatihan sebesar 6,4 dan kelengkapan alat sebesar 3,1. Petugas yang terlatih memiliki peluang paling besar dalam memberikan obat sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan.

5.7.5. Faktor-faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kualitas Konseling Petugas Menurut Standar MTBS

5.7.5.1. Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS

5.7.5.1.1. Seleksi Variabel (Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat)

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

Untuk membuat model multivariat ke 5 variabel tersebut terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat dengan variabel dependen (kepatuhan petugas dalam melakukan konseling) yang menjadi

kandidat pada model multivariat adalah yang memiliki p value < 0,25. Hasil seleksi bivariat variabel independen dengan variabel dependen dapat dilihat pada tabel 5.48. Seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik sederhana.

Tabel 5.48
Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Variabel Dependen Kualitas Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS

Variabel	P Value	Keterangan
Umur	0,016	+
Profesi	0,113	+
Pelatihan	0,004	+
Alat	0,020	+
Obat	0,030	+

Dari hasil analisis di atas pada tabel 5.48 ternyata seluruh variabel memiliki p valuenya < 0,25, yaitu umur, profesi, pelatihan, alat dan obat. Dengan demikian seluruh variabel tersebut diatas dilanjutkan analisisnya ke model multivariat.

5.7.5.1.2. Analisis Regresi Logistik Ganda Model Prediksi

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

Tabel 5.49
Hasil Analisis Permodelan Multivariat Variabel Karakteristik
Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan
Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Umur petugas	0,350	0,02	2,25	1,1-4,5
2.	Profesi petugas	0,833	0,7	1,38	0,3-7,1
3.	Pelatihan petugas	0,689	0,12	2,92	0,8-11,3
4.	Kelengkapan alat	0,353	0,03	2,15	1,1-4,3
5.	Kelengkapan obat	0,422	0,108	1,97	0,9-4,5

Dari hasil seleksi bivariat selanjutnya dilakukan analisis multivariat ke lima variabel tersebut dengan kepatuhan terhadap konseling petugas menurut standar MTBS. Hasil analisis diperoleh data bahwa terdapat 3 variabel yang memiliki p value > 0,05 yaitu variabel profesi, pelatihan dan kelengkapan obat. Pada tabel 5.49 di atas, variabel profesi memiliki p value terbesar yaitu 0,7 sehingga pada permodelan selanjutnya variabel profesi dikeluarkan dari model.

Dari hasil analisis pada tabel 5.50 di bawah ini dapat dilihat setelah variabel profesi dikeluarkan dan hasil yang didapat yaitu variabel kelengkapan obat memiliki p value lebih besar dari 0,05 yaitu 0,11, sehingga pada proses permodelan selanjutnya variabel kelengkapan obat dikeluarkan dari model multivariat.

Tabel 5.50
Hasil Analisis Multivariat Variabel Umur, Pelatihan, Kelengkapan
Alat dan Kelengkapan Obat dengan Kepatuhan Petugas dalam
Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Umur petugas	0,350	0,02	2,24	1,1-4,5
2.	Pelatihan petugas	0,635	0,06	3,27	0,9-11,4
3.	Kelengkapan alat	0,353	0,03	2,17	1,1-4,3
4.	Kelengkapan obat	0,422	0,11	1,95	0,9-4,5

Tabel 5.51
Hasil Analisis Multivariat Variabel Umur, Pelatihan, dan Kelengkapan Alat dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Umur petugas	0,340	0,005	2,59	1,3-5,1
2.	Pelatihan petugas	0,627	0,031	3,88	1,1-13,3
3.	Kelengkapan alat	0,342	0,072	1,85	1-3,6

Dari hasil analisis pada tabel 5.51 di atas ini dapat dilihat setelah variabel kelengkapan obat dikeluarkan dari permodelan multivariat, maka hasil yang didapat yaitu variabel kelengkapan alat memiliki p value lebih besar dari 0,05 yaitu 0,072, sehingga pada proses permodelan selanjutnya variabel kelengkapan alat dikeluarkan dari permodelan multivariat.

5.7.5.1.3. Model Akhir Analisis Regresi Logistik Ganda Model Prediksi

Tabel 5.52
Hasil Analisis Multivariat Variabel Umur, dan Pelatihan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Umur petugas	0,335	0,009	2,4	1,2-4,6
2.	Pelatihan petugas	0,613	0,010	4,8	1,5-16,1

Hasil akhir dari permodelan multivariat adalah variabel yang berhubungan bermakna dengan kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS yaitu variabel umur dan pelatihan.

Hasil analisis didapatkan *Odds Ratio* (OR) dari variabel umur sebesar 2,4, artinya variabel umur lebih kecil memiliki peluang terhadap kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar dibandingkan pelatihan petugas yang memiliki nilai OR lebih

besar dari umur yaitu 4,8. Jadi variabel yang paling berpengaruh adalah variabel pelatihan.

5.7.5.2. Kesesuaian antara Konseling yang Ditetapkan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

5.7.5.2.1. Seleksi Variabel (Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat)

Sebelum dilakukan analisis multivariat maka terlebih dahulu dilakukan seleksi variabel terhadap variabel bebas yang diduga ikut berpengaruh (kandidat kovariat) yang memiliki kemaknaan p value kurang dari 0,25. Ketentuan nilai p value kurang dari 0,25 ini dimaksudkan untuk memberi peluang pada variabel bebas yang mungkin secara bersama-sama dapat memunculkan hubungan yang bermakna dengan kesesuaian antara konseling yang ditetapkan petugas dan konseling pengamat walaupun dari hasil uji bivariat menunjukkan hubungan yang tidak bermakna.

Untuk membuat model multivariat ke 5 variabel tersebut terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat dengan variabel dependen (kesesuaian antara konseling yang ditetapkan petugas dan konseling pengamat) yang menjadi kandidat pada model multivariat adalah yang memiliki p value $< 0,25$. Hasil seleksi bivariat variabel independen dengan variabel dependen dapat dilihat pada tabel 5.53. Seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik sederhana.

Tabel 5.53
Hasil Seleksi Bivariat antara Variabel Karakteristik Petugas dan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Variabel Dependen Kualitas Kesesuaian Antara Konseling yang Ditetapkan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Variabel	P Value	Keterangan
Umur	0,124	+
Profesi	0,061	+
Pelatihan	0,000	+
Alat	0,005	+
Obat	0,002	+

Dari hasil analisis tabel 5.50 di atas seluruh variabel memiliki p valuenya $< 0,25$, yaitu umur, profesi, pelatihan, alat dan obat. Dengan demikian ke 5 variabel tersebut diatas dilanjutkan analisisnya ke model multivariat.

5.7.5.2.2. Analisis Regresi Logistik Ganda Model Prediksi

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

Tabel 5.54
Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Karakteristik Petugas, Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Umur petugas	0,272	0,057	0,6	0,4-1,0
2.	Profesi petugas	0,635	0,787	0,84	0,2-2,9
3.	Pelatihan petugas	0,604	0,021	4,03	1,2-13,2
4.	Kelengkapan alat	0,285	0,017	1,97	1,1-3,4
5.	Kelengkapan obat	0,342	0,001	3,15	1,6-6,2

Dari hasil seleksi bivariat selanjutnya dilakukan analisis multivariat ke 5 variabel tersebut diatas dengan variabel kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dan konseling menurut pengamat. Dari hasil analisis tersebut dapat dilihat ada 1 variabel yang p valuenya $> 0,05$, yaitu variabel profesi. Pada tabel 5.54 di atas, variabel profesi memiliki p value terbesar yaitu 0,787 sehingga permodelan selanjutnya variabel profesi dikeluarkan dari model.

Tabel 5.55
Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Umur, Pelatihan, Kelengkapan Alat dan Obat dengan Kesesuaian Antara Konseling yang Diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Umur petugas	0,272	0,058	0,6	0,4-1,0
2.	Pelatihan petugas	0,549	0,016	3,78	1,3-11,1
3.	Kelengkapan alat	0,284	0,018	1,96	1,1-3,4
4.	Kelengkapan obat	0,342	0,001	3,17	1,6-6,2

Dari hasil analisis pada tabel 5.55 di atas setelah variabel umur dikeluarkan dan hasil yang didapat yaitu variabel umur memiliki p value lebih besar dari 0,05 dengan p value terbesar yaitu 0,058. Maka untuk proses permodelan selanjutnya variabel umur dikeluarkan dari model multivariat.

5.7.5.2.3. Model Akhir Analisis Regresi Logistik Ganda Model Prediksi

Tabel 5.56
Hasil Analisis Pemodelan Multivariat Variabel Pelatihan,
Kelengkapan Alat, dan Obat dengan Kesesuaian Antara Konseling
yang Diberikan Petugas dengan Konseling Menurut Pengamat

No	Variabel	SE	Nilai P	OR	95% CI
1.	Pelatihan petugas	0,545	0,009	4,2	1,4-12,1
2.	Kelengkapan alat	0,282	0,015	2	1,1-3,4
3.	Kelengkapan obat	0,329	0,003	2,7	1,4-5,1

Hasil akhir dari multivariat pada tabel 5.56 di atas adalah variabel yang berhubungan bermakna dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan yaitu variabel pelatihan, alat dan obat.

Hasil analisis didapatkan *Odds Ratio* (OR) dari variabel pelatihan adalah 4,2, artinya pelatihan memiliki peluang lebih besar 4 kali dalam melakukan konseling yang sesuai dengan konseling pengamat, selanjutnya adalah OR dari obat sebesar 2,7 artinya kelengkapan obat berpeluang 3 kali lebih besar dalam melakukan konseling yang sesuai dengan konseling pengamat dan yang terakhir adalah kelengkapan alat dengan OR sebesar 2. artinya petugas yang memiliki kelengkapan alat berpeluang 2 kali lebih besar dalam melakukan konseling yang sesuai dengan 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 manajemen terpadu balita sakit Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (puslitkes-UI) dengan menggunakan rancangan desain *cross sectional* dengan cluster 2 tingkat. Besar sampel penelitian yang dilakukan oleh puslitkes menggunakan estimasi proporsi populasi (Lemeshow, 1990) dan didapat hasil besar sampel minimal adalah 86 balita sakit perkabupaten. Pada penelitian ini besar sampel yang dianalisis sebanyak 421 balita sakit dengan gejala ISPA dari 434 total balita sakit dengan gejala ISPA pada penelitian yang dilakukan oleh Puslitkes. Besar sampel berkurang karena ada sebagian data yang tidak lengkap terutama pada profesi petugas kesehatan

6.1.2. Kualitas Data

Data penelitian diambil dari data sekunder, sehingga peneliti tidak bebas untuk merancang variabel yang dibutuhkan, sehingga variabel-variabel yang diteliti disesuaikan pada variabel yang telah ada pada data tersebut.

Kelemahan penggunaan data analisis lanjutan survei evaluasi MTBS Puslitkes ini antara lain terbatasnya variabel profesi petugas banyak yang tidak diisi (kosong), variabel penilaian menghitung frekuensi napas, pada ke 3 variabel klasifikasi hampir seluruh variabel terdapat jawaban yang tidak diisi (kosong), dari 7 variabel di pengobatan hampir seluruh variabel terdapat jawaban yang tidak diisi

(kosong), padahal variabel tersebut sangat penting untuk dianalisis. Peneliti tidak dapat mengontrol kualitas data secara langsung karena data sudah tersedia sebelumnya, akan tetapi yang dapat dilakukan untuk memaksimalkan kualitas data adalah dengan mempelajari konsistensi data dan distribusi frekuensi sebelum data dianalisis. Kekosongan jawaban dapat dihindari apabila pada saat dilapangan dilakukan pengecekan terhadap lembar pengamatan sebelum data diserahkan kepada supervisor sehingga data yang tidak diisi (kosong) dapat segera diatasi dengan menyuruh pengumpul data untuk melakukan pengamatan ulang pada responden yang lain.

6.1.3. Bias Informasi

Bias informasi pada penelitian ini kemungkinan terjadi karena penelitian ini menggunakan data sekunder, sehingga kemungkinan terjadinya kesalahan oleh pengumpul data dalam mengamati, mencatat, mengklasifikasi dan menginterpretasikan lembar pengamatan tidak dapat dihindarkan. Begitu pula dengan petugas data entry, kemungkinan salah dalam menginput data dapat terjadi.

6.2. Pembahasan Hasil Penelitian

6.2.1. Hasil Analisis Univariat

6.2.1.1. Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Penilaian Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

Kepatuhan petugas dalam penelitian ini adalah kepatuhan petugas kamar periksa sebagai responden baik tenaga medis maupun tenaga paramedis dengan indikator penilaian terhadap balita sakit dengan gejala ISPA berdasarkan standar MTBS. Variabel dari kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian pada penelitian ini yaitu alasan ibu balita membawa balitanya ke puskesmas dengan gejala batuk, alasan ibu balita membawa balitanya ke puskesmas dengan

gejala nafas cepat, petugas menanyakan anak bias minum/menetek, petugas menanyakan anak muntah, menanyakan kejang, menanyakan kesadaran penuh, menanyakan anak batuk atau sukar bernafas. Dan menghitung frekuensi napas.

Pada penelitian ini petugas dinyatakan patuh apabila seluruh variabel penilaian diatas memiliki score 100%. Berdasarkan hasil penelitian hanya 2 orang petugas (0,5%) dari 421 petugas yang diamati, patuh dalam melakukan penilaian berdasarkan MTBS. Sehingga dapat dikatakan bahwa kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian masih rendah.

Hasil penelitian yang serupa mengenai ketidakpatuhan petugas dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS diungkapkan oleh Mardijanti dan Hasanbasri (2005) di Pekalongan bahwa belum semua formulir MTBS diisi lengkap oleh petugas kesehatan seperti suhu tubuh, tidak menghitung napas dalam 1 menit dan tidak menanyakan lamanya anak batuk yang berpengaruh pada penilaian yang merupakan dasar dalam penentuan klasifikasi. Pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa petugas kesehatan belum menjalankan MTBS dengan baik dan benar sesuai dengan prosedur

Pada penilaian unsur kualitas pelayanan kesehatan (Donabedian, 1980), maka kepatuhan berada pada aspek proses sehingga yang disebut kepatuhan petugas terhadap tata laksana MTBS secara garis besarnya adalah kepatuhan dalam melakukan penilaian, klasifikasi, pemberian pengobatan dan konseling pada balita sakit. Oleh karena itu untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan, maka proses harus dilaksanakan dengan benar sehingga tercapai kepuasan seperti yang diharapkan konsumen.

Kekurangpatuhan petugas dalam melakukan penilaian disebabkan beberapa langkah dalam penilaian yang tidak dilakukan, walaupun dalam pelatihan MTBS, petugas diarahkan untuk selalu

melakukan: tanya, lihat, dengar dan raba. Hal ini sebenarnya tidaklah sulit, akan tetapi pada kenyataannya di lapangan sangat tergantung pada balita sakit tersebut. Kendalanya apabila balita rewel, ibunya menjadi gelisah dan petugas ikut panik sehingga ada beberapa langkah yang tidak dilakukan. Langkah-langkah yang tidak dilakukan tersebut oleh petugas tidak disadari yang memiliki nilai yang berarti untuk menetapkan klasifikasi penyakit pada balita sakit.

Ketidakpatuhan petugas dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS menjadi tanggung jawab semua pihak terutama pihak dinas kesehatan kabupaten agar lebih rutin melakukan sosialisasi mengenai MTBS ke puskesmas. Selain itu melakukan monitoring secara rutin ke puskesmas terutama pada saat petugas di puskesmas sedang melakukan pemeriksaan pada balita dengan menggunakan standar MTBS sehingga apabila terjadi kesalahan dalam melakukan penilaian dapat dikoreksi secara langsung atau dapat pula dengan umpan balik pada monitoring dan evaluasi berikutnya.

6.2.1.2. Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

Klasifikasi yang dilakukan petugas pada penelitian ini adalah klasifikasi balita sakit dengan gejala ISPA seperti pneumonia berat, pneumonia dan batuk bukan pneumonia. Pada penelitian ini tidak ada petugas yang menetapkan klasifikasi pneumonia berat. Didapat hasil bahwa sebanyak 49 orang petugas (11,6%) mengklasifikasikan pneumonia dan 281 orang petugas (66,7%) yang mengklasifikasikan batuk bukan pneumonia sedangkan petugas yang tidak menentukan klasifikasi sebanyak 91 orang (21,6%). Petugas yang tidak menentukan klasifikasi pada balita sakit dianggap tidak sesuai klasifikasinya dengan pengamat.

Dari keseluruhan klasifikasi tersebut, terdapat 158 petugas (37,5%) yang klasifikasi penyakitnya sama dengan pengamat, sisanya sebanyak 263 petugas (62,5%) tidak sama menetapkan klasifikasi dengan klasifikasi pengamat.

Klasifikasi didasarkan pada penilaian yang dilakukan oleh petugas sebelum memberikan obat dan konseling. Penentuan klasifikasi oleh petugas masih rendah karena dari 421 responden tidak sampai setengahnya petugas benar dalam menentukan klasifikasi. Penentuan klasifikasi yang masih rendah kemungkinan disebabkan ketidakmampuan petugas dalam menentukan klasifikasi terhadap penyakit karena petugas belum mendapatkan pelatihan, pada saat melakukan pemeriksaan MTBS balita rewel, jumlah pasien yang datang banyak pada saat penelitian sehingga petugas terburu-buru dalam mengisi formulir MTBS.

6.2.1.3. Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dengan Klasifikasi yang ditetapkan Petugas

Dilihat dari kesesuaian petugas dalam memberikan pengobatan dengan menentukan klasifikasi, terdapat 178 orang petugas (42,3%) yang sesuai, sedangkan sisanya sebanyak 243 petugas (57,5%) tidak sesuai pengobatannya dengan klasifikasi yang ditentukan. Hal ini dapat dilihat pada tabel 5.15.

Pemberian obat yang sesuai dengan klasifikasi pada penelitian ini masih rendah, dimana kesesuaian pemberian obat tersebut terhadap klasifikasi masih dibawah 50%, padahal sebagian besar petugas sudah mendapatkan pelatihan. Masih rendahnya kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas karena petugas tidak memberikan pengobatan sesuai klasifikasi menurut standar MTBS. Selain itu ketrampilan dan pengetahuan petugas yang kurang terhadap penerapan standar MTBS.

Pelatihan mengenai MTBS yang diberikan kepada petugas seharusnya dilakukan evaluasi pasca pelatihan oleh dinas kesehatan kabupaten dengan tujuan untuk memperbaiki apabila terjadi kesalahan petugas dalam pelaksanaan MTBS di lapangan.

Terkait dengan otonomi daerah, maka sebaiknya dinas kesehatan kabupaten melakukan pelatihan penyegaran kepada petugas MTBS di puskesmas supaya petugas lebih paham, mengerti dan terampil dalam menerapkan MTBS di puskesmas.

6.2.1.4. Kesesuaian Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

Pemberian pengobatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan berdasarkan standar MTBS didapat hasil bahwa terdapat 12 petugas (5,6%) segera melakukan rujukan bagi pasien, petugas yang memberikan obat oral antibiotik sebanyak 153 petugas (36,3%). Jenis antibiotik yang diberikan petugas meliputi kotrimoksazol tablet dewasa sebanyak 13 orang (8,6%), kotrimoksazol tablet anak sebanyak 16 orang (10,5%), kotrimoksazol sirup sebanyak 76 orang (50,0%), amoksisilin sirup sebanyak 25 orang (16,4%) dan amoksisilin tablet sebanyak 23 orang (15,1%). Sedangkan petugas yang memberikan obat oral bukan antibiotik jumlahnya ada 345 orang (81,9%).

Dilihat dari kesesuaian petugas dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan yang dilakukan oleh pengamat, terdapat 102 orang petugas (24,2%) yang sesuai, sedangkan sisanya sebanyak 319 petugas (75,8%) tidak sesuai pengobatannya dengan pengobatan yang dilakukan oleh pengamat.

6.2.1.5. Kepatuhan Petugas Dalam Melakukan Konseling Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

Kepatuhan petugas dalam penelitian ini adalah kepatuhan petugas kamar periksa sebagai responden baik tenaga medis maupun tenaga paramedis dengan indikator penilaian terhadap balita sakit dengan gejala ISPA menurut standar MTBS.

Pada penelitian ini petugas dinyatakan patuh apabila seluruh variabel konseling diatas memiliki score 100%. Berdasarkan hasil penelitian hanya 46 orang petugas (10,9%) dari 421 petugas yang diamati, patuh dalam melakukan konseling menurut standar MTBS. Sehingga dapat dikatakan bahwa kepatuhan petugas dalam melakukan konseling masih rendah.

Variabel dalam kegiatan konseling pada penelitian ini yaitu menerangkan cara minum obat, mendemonstrasikan pemberian obat, memastikan pengasuh anak memahami pemberian obat oral, meminta pengasuh anak memberikan obat dosis awal, menyarankan untuk membawa anak ke puskesmas apabila terjadi kesukaran bernafas. Rendahnya proporsi kepatuhan pada konseling antara lain disebabkan karena faktor petugas yang tidak mau melakukan konseling secara benar karena dianggap tidak perlu, petugas menganggap bahwa meskipun dinasehati tetap tidak didengarkan dan dilakukan oleh ibu balita, selain itu masih rendahnya ketrampilan petugas dalam memberikan konseling.

Ketidakepatuhan petugas dalam memberikan konseling menurut standar MTBS menjadi tanggung jawab semua pihak terutama pihak dinas kesehatan kabupaten agar lebih rutin melakukan sosialisasi mengenai MTBS ke puskesmas. Selain itu melakukan monitoring secara rutin ke puskesmas terutama pada saat petugas di puskesmas sedang melakukan pemeriksaan pada balita dengan menggunakan standar MTBS sehingga apabila terjadi kesalahan dalam melakukan

penilaian dapat dikoreksi secara langsung atau dapat pula dengan umpan balik pada monitoring dan evaluasi berikutnya.

6.2.1.6. Kesesuaian antara Konseling yang diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

kesesuaian Konseling antara petugas dan pengamat sebanyak 79 petugas (18,8%) yang sesuai dalam memberikan konselingnya. Sisanya lebih banyak yaitu ada 342 petugas (81,2%) yang tidak sesuai dengan standar dalam memberikan konseling. Kesesuaian konseling yang diberikan petugas masih rendah hanya 18,8%. Padahal konseling ini sangat diperlukan bagi ibu balita untuk melakukan pengobatan sendiri di rumah .

6.2.2. Hasil Analisis Bivariat

6.2.2.1. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Penilaian Petugas Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

6.2.2.1.1. Hubungan Antar Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit Dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

6.2.2.1.1.1. Umur

Pada penelitian ini umur dikategorikan menjadi 2 kategori, yaitu usia tua jika responden berusia ≥ 35 tahun dan muda bila berusia < 35 tahun. Pengkategorian ini berdasarkan nilai mean (rata-rata) dari variabel umur sebesar 34,6. Petugas MTBS dengan umur ≥ 35 tahun (umur tua) memiliki proporsi kepatuhan sebesar 0,5% patuh dalam melakukan penilaian dari total petugas sebanyak 207 orang. Begitu pula dengan petugas berumur < 35 tahun (umur muda) sebanyak 0,5% patuh dalam melakukan penilaian sesuai standar MTBS dari 214 total

petugas umur muda. Dari hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara faktor umur dengan kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian sesuai dengan standar MTBS dengan nilai $p=1,000$.

Hasil penelitian ini sama hasilnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara faktor usia dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Safaat (2006) bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan bidan terhadap standar pelayanan imunisasi di Kabupaten Pandeglang tahun 2005.

Didapatnya data bahwa petugas yang patuh pada penerapan MTBS proporsinya sama antara petugas umur muda dan umur tua yaitu 0,5%. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Siagian (1989) bahwa faktor umur merupakan variabel individu yang pada prinsipnya makin bertambah umur seseorang akan semakin bertambah kedewasaannya dan semakin menyerap informasi yang akan mempengaruhi kinerja dan perilakunya, begitu pula sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Robbins (2003) bahwa kinerja dan perilaku seseorang akan merosot dengan meningkatnya usia.

Alasan yang diduga menjadi penyebab tidak adanya hubungan antara faktor umur dengan kepatuhan petugas MTBS karena produktivitas petugas menurun dengan bertambahnya umur, timbulnya rasa bosan dengan pekerjaan yang berlarut-larut karena MTBS merupakan pendekatan yang baru diterapkan sementara petugas sudah terbiasa dengan cara lama yang prosesnya lebih cepat bila dibandingkan dengan prosedur MTBS. Atau juga karena MTBS dianggap sudah pekerjaan rutin sehari-hari sehingga lebih banyak didasarkan pada pengalaman responden bukan berdasarkan standar.

Hasil analisis multivariat, variabel umur dengan kepatuhan petugas terhadap penilaian tidak termasuk dalam variabel kandidat bivariat sehingga umur tidak dimasukkan dalam proses pemodelan multivariat.

6.2.2.1.1.2. Profesi

Pada penelitian ini profesi dikelompokkan menjadi 2, yaitu medis dan paramedis. Termasuk dalam kelompok medis yaitu dokter dan para medis adalah perawat dan bidan.

Terdapat 2 orang petugas (0,5%) dari 377 petugas berprofesi sebagai paramedis yang patuh terhadap penilaian berdasarkan standar MTBS. Sedangkan dari 90 orang petugas yang berprofesi sebagai tenaga medis, tidak ada yang patuh terhadap penilaian berdasarkan standar MTBS. Ketidapatuhan petugas medis dalam melakukan penilaian disebabkan karena masih banyak tenaga medis yang belum mengikuti pelatihan, dari 44 tenaga medis hanya 9 orang tenaga medis yang sudah mendapatkan pelatihan. Uji statistik yang dilakukan menghasilkan nilai $p=1,000$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan pada tingkat kepercayaan 95%, antara profesi dengan kepatuhan penilaian sesuai standar MTBS tidak terdapat hubungan yang bermakna.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arifien (2006) bahwa kualifikasi tenaga kesehatan menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kepatuhan petugas terhadap SOP dengan pendekatan MTS di Kabupaten Majalengka tahun 2005.

6.2.2.1.1.3. Pelatihan

Hasil penelitian yang dilakukan diperoleh gambaran bahwa petugas yang tidak pernah mengikuti pelatihan tidak ada yang patuh

melakukan penilaian sesuai dengan standar MTBS dan dari petugas yang sudah pernah mengikuti pelatihan hanya 2 orang (0,6%) yang patuh dalam melakukan penilaian sesuai dengan standar MTBS dari 331 orang petugas yang pernah dilatih. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak perbedaan proporsi yang signifikan antara pelatihan dengan kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian.

Hasil penelitian ini sama dengan yang pernah dilakukan oleh Pinem (2007), bahwa tidak ada hubungan bermakna antara pelatihan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional di Kabupaten Purwakarta tahun 2007.

Akan tetapi hasil penelitian ini tidak sejalan dengan teori yang diungkapkan oleh Pratomo (2000) bahwa pelatihan sebagai upaya untuk meningkatkan ketrampilan individu yang berkaitan dengan tugas atau pekerjaannya. Pelatihan dapat juga disebut sebagai proses suatu pendidikan dengan peolehan pengalaman belajar dengan tujuan terjadinya perubahan pada perilaku.

Pada prinsipnya pelaksanaan pelatihan merupakan suatu kegiatan yang dapat memberikan daya ungkit yang cukup baik terhadap pengetahuan dan ketrampilan petugas sehingga memberikan kontribusi terhadap hasil kerja yang baik. Pelatihan menurut Gasperz (2001) menyatakan bahwa pelatihan merupakan elemen penting untuk pengembangan manajemen kualitas yang bertujuan melatih seluruh anggota organisasi tentang bagaimana melakukan aktifitas.

Tidak adanya hubungan antara pelatihan dan kepatuhan petugas dalam menerapkan penilaian sesuai standar MTBS berdasarkan hasil uji statistik bukan berarti pelatihan MTBS tidak ada manfaatnya tetapi mungkin saja pelatihan yang selama ini dilakukan belum efektif, metode pelatihan kurang interaktif sehingga membosankan dan tidak menarik.

Petugas terlatih yang tidak patuh dalam melakukan penilaian menurut standar MTBS akan memberikan dampak yang buruk bagi balita yang sakit. Hal ini terjadi karena ketidakpatuhan dalam penilaian, yang berlanjut pada penentuan klasifikasi yang tidak sesuai. Selain itu dalam memberikan pengobatan menyebabkan pemberian obat yang tidak sesuai dengan klasifikasi sehingga terjadilah pemberian obat yang tidak rasional pada balita sakit yang dapat menyebabkan komplikasi penyakit lain akibat penggunaan obat yang tidak rasional bahkan dapat menyebabkan kematian.

6.2.2.1.2. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

6.2.2.1.2.1. Kelengkapan Alat

Salah satu fasilitas dari penelitian ini adalah adanya kelengkapan alat di lokasi penelitian. Menurut Siagian (1992) diungkapkan bahwa dari segi perilaku orang dalam suatu organisasi maka salah satu faktor yang turut mempengaruhi perilaku adalah kondisi kerja yang baik, antara lain tersedianya peralatan kerja yang memadai

Kelengkapan alat yang dilihat pada penelitian ini adalah kelengkapan alat yang terkait dengan penyakit ISPA seperti timer (alat pengukur waktu) yang digunakan untuk mengukur frekuensi napas, alat penghisap lendir, kartu nasehat ibu yang digunakan petugas untuk melakukan konseling, buku bagan MTBS yang digunakan oleh petugas sebagai acuan dalam melakukan penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling dan bagan dinding MTBS. Dari keseluruhan alat yang tersedia hanya terdapat 207 (49,2%) alat yang di tempatnya tersedia

lengkap, sisanya sebanyak 214 (50,8%) alat tidak lengkap dapat dilihat pada tabel 5.4.

Pada penelitian ini pelayanan kesehatan yang memiliki kelengkapan alat yang cukup, seluruh petugas kesehatannya terdapat 1% yang patuh dalam melakukan penilaian sesuai dengan standar MTBS dari 207 total petugas. Sedangkan pelayanan kesehatan yang tidak memiliki kelengkapan alat, tidak ada petugas yang patuh dalam melakukan penilaian sesuai dengan standar. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,241$, sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna pada taraf alpha 5% antara kelengkapan alat dengan tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian berdasarkan standar MTBS.

Kepatuhan petugas masih rendah walaupun ketersediaan alat di puskesmas cukup. Hal ini menunjukkan bahwa petugas melakukan penilaian pada balita sakit berdasarkan pengalaman bukan berdasarkan standar. Apabila petugas bekerja sesuai dengan standar MTBS, maka petugas akan menggunakan ketersediaan alat yang ada di puskesmas untuk melakukan penilaian, misalnya mengukur frekuensi napas dengan menggunakan timer.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariefien (2006) yang tidak menemukan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2006. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) bahwa tidak ada hubungan antara ketersediaan buku pedoman pengobatan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional, hasil penelitian lain diungkapkan oleh Safaat (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sarana dengan kepatuhan responden dalam melakukan standar pelayanan imunisasi hepatitis B pada bayi 0-7 hari.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) menggambarkan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Penelitian lain yang sejalan diungkapkan oleh Emawati (1999) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kelengkapan sarana dengan kepatuhan bidan terhadap SOP layanan antenatal di unit KIA puskesmas Jakarta Pusat.

6.2.2.1.2.2. Kelengkapan Obat

Salah satu fasilitas dari penelitian ini adalah adanya kelengkapan obat di lokasi penelitian. Menurut Siagian (1992) diungkapkan bahwa dari segi perilaku orang dalam suatu organisasi maka salah satu faktor yang turut mempengaruhi perilaku adalah kondisi kerja yang baik, antara lain tersedianya peralatan kerja yang memadai salah satunya adalah obat-obatan.

Ketersediaan obat yang dilihat pada penelitian ini yaitu obat jenis antibiotik yang dipergunakan untuk penderita pneumonia berat dan pneumonia sesuai dengan pemberian obat oral jenis antibiotika pada bagan MTBS. Pada tabel 5.6 terlihat bahwa sebanyak 411 (97,6%) tersedia kotrimoksazol tablet dewasa di unit pelayanan kesehatan, 310 (73,6%) tersedia kotrimoksazol tablet anak, kotrimoksazol sirup sebanyak 398 (94,5%), amoksisilin sirup 412 (97,6%) dan amoksisilin tablet 405 (96,2%). Dari keseluruhan obat yang tersedia, ternyata sebanyak 281 (66,7%) yang persediaan obatnya lengkap, sisanya 140 responden (33,3%) persediaan obat yang ada tidak lengkap dapat dilihat pada tabel 5.6.

Pada penelitian ini pelayanan kesehatan yang memiliki kelengkapan obat yang cukup, terdapat 2 (0,7%) petugas kesehatan yang patuh dalam melakukan penilaian sesuai dengan standar MTBS. Sedangkan pelayanan kesehatan yang tidak memiliki kelengkapan

obat seluruh petugas tidak patuh dalam melakukan penilaian sesuai dengan standar. Dari hasil uji statistik tidak ada hubungan bermakna antara kelengkapan obat dengan kepatuhan petugas melakukan penilaian sesuai standar MTBS.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) menggambarkan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Penelitian lain yang tidak sejalan diungkapkan oleh Emawati (1999) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kelengkapan sarana dengan kepatuhan bidan terhadap SOP layanan antenatal di unit KIA puskesmas Jakarta Pusat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariefien (2006) yang tidak menemukan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2006. Begitu pula dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) bahwa ketersediaan obat tidak berhubungan dengan tingkat kepatuhan petugas puskesmas dalam menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional.

6.2.2.3. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Klasifikasi Petugas terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA

6.2.2.3.1. Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat dengan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

Berdasarkan hasil analisis bivariat pada tabel 5.22 didapat hasil bahwa terdapat 28 petugas (57,1%) dari 49 petugas yang sesuai dalam menentukan klasifikasi pneumonia dengan klasifikasi menurut

pengamat. Sedangkan penetapan klasifikasi batuk bukan pneumonia oleh petugas sebanyak 127 petugas sama dalam menentukan klasifikasi menurut pengamat. Sisanya sebanyak 3 (37,5%) petugas tidak menetapkan klasifikasi dan sesuai menurut pengamat.

Penetapan klasifikasi yang ditetapkan petugas sama dengan klasifikasi menurut pengamat terbanyak pada klasifikasi batuk bukan pneumonia. Sedangkan petugas yang tidak menetapkan klasifikasi sebanyak 3 orang dan dianggap sesuai oleh pengamat. Hal ini kemungkinan dapat terjadi karena pengamat kurang teliti dalam melakukan pengamatan kepada petugas atau pengamat terburu-buru dalam menuliskan jawaban hasil pengamatan didaftar tilik. Selain itu pengamat tidak mengecek kembali jawaban yang diberikan petugas.

6.2.2.3.2. Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

6.2.2.3.2.1. Umur

Pada penelitian ini umur dikategorikan menjadi 2 kategori, yaitu usia tua jika responden berusia ≥ 35 tahun dan muda bila berusia < 35 tahun. Pengkategorian ini berdasarkan nilai mean (nilai rata-rata) sebesar 34,6 dari variabel umur. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh gambaran bahwa dari 207 petugas yang berumur tua (≥ 35 tahun), terdapat 92 orang petugas (44,4%) yang sesuai klasifikasi penyakitnya dengan pengamat, sedangkan dari 214 petugas yang berumur muda (< 35 tahun), terdapat 66 petugas (30,8%) yang sesuai klasifikasi penyakitnya dengan pengamat. Dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p=0,005$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada alpha 0,05 terdapat hubungan yang signifikan antara umur dengan kesesuaian klasifikasi penyakit oleh petugas dan pengamat. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang berumur tua

berpeluang untuk sesuai dalam menentukan klasifikasi penyakitnya dengan pengamat 0,5 kali lebih besar dibanding petugas yang berumur muda.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Siagian (1989) bahwa semakin bertambahnya umur seseorang maka berpengaruh kepada perilakunya, dapat kearah positif tetapi juga sebaliknya. Hasil ini didasarkan pada teori bahwa seorang petugas kesehatan yang sudah tua diidentikan dengan memiliki banyak pengalaman, sabar dan teliti dalam melakukan pemeriksaan kepada pasien. Semakin lanjut usia seseorang maka semakin terampil dalam melaksanakan tugas.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurhayati (1997) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan petugas terhadap standar operasional prosedur ISPA di Kabupaten yang berbeda.

Ketidaksejajaran hasil penelitian ini dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arifien (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan petugas terhadap SOP pendekatan MTBS, hasil penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara faktor usia dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Sfaat (2006) bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan bidan terhadap standar pelayanan imunisasi di Kabupaten Pandeglang tahun 2005

6.2.2.3.2.2. Profesi

Pada penelitian ini profesi dikelompokkan menjadi 2, yaitu medis dan paramedis. Termasuk dalam kelompok medis yaitu dokter dan para medis adalah perawat dan bidan.

Terdapat 153 orang petugas (40,6%) dari 377 petugas berprofesi sebagai paramedis yang sesuai antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi pengamat. Sedangkan dari 44 orang petugas yang berprofesi sebagai tenaga medis, sebanyak 5 petugas (11,4%) yang sesuai antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi pengamat. Ketidaksiharian petugas dalam melakukan klasifikasi dengan klasifikasi pengamat lebih banyak pada tenaga medis, hal ini dapat terjadi karena dari 44 tenaga medis hanya 9 orang yang sudah mendapatkan pelatihan. Uji statistik yang dilakukan menghasilkan nilai $p < 0,001$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan pada tingkat kepercayaan 95%, antara profesi dengan kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi pengamat terdapat hubungan yang bermakna. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa tenaga paramedis berpeluang 5 kali lebih besar dalam menentukan klasifikasi dibandingkan tenaga medis

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arifien (2006) bahwa kualifikasi tenaga kesehatan menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kepatuhan petugas terhadap SOP dengan pendekatan MTS di Kabupaten Majalengka tahun 2005.

6.2.2.3.2. 3. Pelatihan

Hasil penelitian yang dilakukan diperoleh gambaran bahwa petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan, yaitu sebanyak 90 orang, terdapat 9 petugas (10,0%) yang sesuai klasifikasi yang

ditetapkan dengan klasifikasi pengamat. Sedangkan sebanyak 149 orang petugas (45,0%) dari 331 petugas yang pernah mengikuti pelatihan sesuai klasifikasi yang ditetapkan dengan klasifikasi pengamat. Dari uji statistik diperoleh nilai $p < 0,001$, sehingga pada taraf alpha 5% dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi yang signifikan antara pelatihan dengan kesesuaian klasifikasi penyakit antara petugas dengan klasifikasi pengamat. Nilai OR yang diperoleh sebesar 7,4 dapat dijelaskan bahwa petugas yang sudah mendapatkan pelatihan berpeluang 7 kali lebih besar dalam menentukan klasifikasi dibandingkan petugas yang belum mengikuti pelatihan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang diungkapkan oleh Pratomo (2000) bahwa pelatihan sebagai upaya untuk meningkatkan ketrampilan individu yang berkaitan dengan tugas atau pekerjaannya. Pelatihan dapat juga disebut sebagai proses suatu pendidikan dengan perolehan pengalaman belajar dengan tujuan terjadinya perubahan pada perilaku.

Pada prinsipnya pelaksanaan pelatihan merupakan suatu kegiatan yang dapat memberikan daya ungkit yang cukup baik terhadap pengetahuan dan ketrampilan petugas sehingga memberikan kontribusi terhadap hasil kerja yang baik. Pelatihan menurut Gasperz (2001) menyatakan bahwa pelatihan merupakan elemen penting untuk pengembangan manajemen kualitas yang bertujuan melatih seluruh anggota organisasi tentang bagaimana melakukan aktifitas.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kepatuhan petugas menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional. Begitu juga penelitian yang dilakukan oleh Safaat (2006) bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antar pelatihan dengan kepatuhan

reponden dalam melaksanakan standar pelayanan imunisasi hepatitis B pada bayi 0-7 hari.

Walaupun berdasarkan hasil uji statistik, pelatihan menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kesesuaian antara klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat, akan tetapi petugas yang sesuai dalam menentukan klasifikasi menurut klasifikasi pengamat masih lebih rendah dibandingkan dengan petugas yang tidak sesuai dalam menentukan klasifikasi. Hal ini disebabkan karena petugas tidak menentukan klasifikasi sesuai dengan standar MTBS yang telah ada tetapi berdasarkan pengalaman.

6.2.2.3.3. Hubungan Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Klasifikasi yang ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

6.2.2.3.3.1 Kelengkapan Alat

Salah satu fasilitas dari penelitian ini adalah adanya kelengkapan alat di lokasi penelitian. Menurut Siagian (1992) diungkapkan bahwa dari segi perilaku orang dalam suatu organisasi maka salah satu faktor yang turut mempengaruhi perilaku adalah kondisi kerja yang baik, antara lain tersedianya peralatan kerja yang memadai

Kelengkapan alat yang dilihat pada penelitian ini adalah kelengkapan alat yang terkait dengan penyakit ISPA seperti timer (alat pengukur waktu) yang digunakan untuk mengukur frekuensi napas, alat penghisap lendir, kartu nasehat ibu yang digunakan petugas untuk melakukan konseling, buku bagan MTBS yang digunakan oleh petugas sebagai acuan dalam melakukan penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling dan bagan dinding MTBS. Dari keseluruhan alat yang tersedia hanya terdapat 207 (49,2%) alat yang di tempatnya tersedia

lengkap, sisanya sebanyak 214 (50,8%) alat tidak lengkap dapat dilihat pada tabel 5.4.

Pada penelitian ini pelayanan kesehatan yang memiliki kelengkapan alat yang cukup, seluruh petugas kesehatannya terdapat 113 (54,6%) petugas yang sesuai dalam menentukan klasifikasi dengan pengamat dari 207 total petugas. Sedangkan pelayanan kesehatan yang tidak memiliki kelengkapan alat, terdapat 45 (21,0%) petugas yang menentukan klasifikasi sesuai dengan pengamat dari 214 total petugas.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p < 0,001$, sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang bermakna pada taraf alpha 5% antara kelengkapan alat dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi pengamat. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang memiliki kelengkapan alat berpeluang 4 kali lebih besar dalam menentukan klasifikasi dibandingkan petugas yang tidak memiliki kelengkapan alat di puskesmas.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) menggambarkan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagari tahun 2008. Penelitian lain yang sejalan diungkapkan oleh Emawati (1999) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kelengkapan sarana dengan kepatuhan bidan terhadap SOP layanan antenatal di unit KIA puskesmas Jakarta Pusat.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariefien (2006) yang tidak menemukan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2006. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) bahwa tidak ada hubungan antara ketersediaan buku pedoman pengobatan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional, hasil penelitian lain

diungkapkan oleh Safaat (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sarana dengan kepatuhan responden dalam melakukan standar pelayanan imunisasi hepatitis B pada bayi 0-7 hari.

6.2.2.3.3.2. Kelengkapan Obat

Salah satu fasilitas dari penelitian ini adalah adanya kelengkapan obat di lokasi penelitian. Menurut Siagian (1992) diungkapkan bahwa dari segi perilaku orang dalam suatu organisasi maka salah satu faktor yang turut mempengaruhi perilaku adalah kondisi kerja yang baik, antara lain tersedianya peralatan kerja yang memadai salah satunya adalah obat-obatan.

Pada penelitian ini pelayanan kesehatan yang memiliki kelengkapan obat yang cukup, terdapat terdapat 88 orang petugas (48,4%) dari 182 petugas yang lengkap persediaan obatnya yang sesuai klasifikasi penyakitnya dengan pengamat. Sedangkan dari 84 petugas yang tidak lengkap persediaan obatnya, terdapat 41 orang petugas (48,8%) yang sesuai klasifikasi penyakitnya dengan pengamat. Dari uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada tingkat kepercayaan 95% tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kelengkapan obat dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi pengamat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariefien (2006) yang tidak menemukan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2006. Begitu pula dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) bahwa ketersediaan obat tidak berhubungan dengan tingkat kepatuhan petugas puskesmas dalam menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) menggambarkan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Penelitian lain yang tidak sejalan diungkapkan oleh Emawati (1999) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kelengkapan sarana dengan kepatuhan bidan terhadap SOP layanan antenatal di unit KIA puskesmas Jakarta Pusat.

6.2.2.4. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Pengobatan yang Diberikan Petugas kepada Balita Sakit dengan Gejala ISPA

6.2.2.4.1. Kesesuaian Antara Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

Berdasarkan tabel 5.25 dapat dilihat dari kesesuaian pengobatan yang diberikan sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan, bahwa sebanyak 37 petugas (75,5%) dari 49 petugas yang sesuai dalam menentukan klasifikasi pneumonia dengan pengobatan dan kesesuaian dalam menentukan klasifikasi batuk bukan pneumonia dengan pengobatan oleh petugas sebanyak 14 petugas (50,2%) dari 281 petugas sedangkan petugas yang tidak menentukan klasifikasi tidak ada kesesuaian antara klasifikasi dan pengobatan.

Pada penelitian ini masih terdapat petugas yang tidak sesuai dalam menentukan klasifikasi dengan pengobatan padahal sebagian besar petugas sudah mendapatkan pelatihan. Ketidakesesuaian petugas dalam memberikan pengobatan dan klasifikasi yang ditetapkan dapat disebabkan oleh banyak faktor, salah satunya adalah ketidakmampuan petugas dalam menentukan klasifikasi disebabkan pengetahuan petugas terhadap MTBS masih kurang, banyaknya jumlah pasien yang berobat

menyebabkan petugas cepat memeriksa pasien sehingga petugas lupa menuliskan klasifikasi dan obat.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian mengenai evaluasi MTBS di Kabupaten Pekalongan yang dilakukan Mardijanto dan Hasanbasri (2004) bahwa belum semua formulir diisi dengan lengkap, petugas kesehatan sering tidak mencantumkan suhu tubuh balita sakit, hal ini dikarenakan petugas menganggap suhu tubuh dapat diukur dengan cara lain misalnya anamnesa dan diraba. Kadangkala petugas kesehatan juga tidak mencatatkan berat badan anak, padahal berat badan tersebut sangat penting terutama pada saat menentukan dosis obat yang harus diberikan. Ada beberapa petugas kesehatan yang tidak menanyakan berapa lama anak batuk dan menghitung napas dalam 1 menit, padahal hal tersebut sebagai dasar penilaian napas cepat dan pada akhirnya menjadi dasar dalam penentuan klasifikasi. Bahkan petugas kesehatan terkadang tidak menulis tindakan yang diberikan pada balita sakit.

6.2.2.4.2. Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

6.2.2.4.2.1. Umur

Pada penelitian ini umur dikategorikan menjadi 2 kategori, yaitu usia tua jika responden berusia ≥ 35 tahun dan muda bila berusia < 35 tahun. Pengkategorian ini berdasarkan nilai mean (rata-rata) sebesar 34,6 dari variabel umur. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh gambaran bahwa dari 207 petugas yang berumur tua (≥ 35 tahun), terdapat 114 orang petugas (55,1%) yang sesuai dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan pengamat, sedangkan dari 214 petugas yang berumur muda (< 35 tahun), terdapat 64 petugas (29,9%) yang sesuai dalam memberikan pengobatan dengan klasifikasi yang

ditetapkan. Dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p < 0,001$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada alpha 0,05 terdapat hubungan yang signifikan antara umur dengan kesesuaian pemberian obat oleh petugas dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Siagian (1989) bahwa semakin bertambahnya umur seseorang maka berpengaruh kepada perilakunya, dapat kearah positif tetapi juga sebaliknya. Hasil ini didasarkan pada teori bahwa seorang petugas kesehatan yang sudah tua diidentikan dengan memiliki banyak pengalaman, sabar dan teliti dalam melakukan pemeriksaan kepada pasien. Semakin lanjut usia seseorang maka semakin terampil dalam melaksanakan tugas.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurhayati (1997) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan petugas terhadap standar operasional prosedur ISPA di Kabupaten yang berbeda.

Sedangkan hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arifien (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan petugas terhadap SOP pendekatan MTBS, hasil penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara faktor usia dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Safaat (2006) bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan bidan terhadap standar pelayanan imunisasi pada bayi 0-7 hari di Kabupaten Pandeglang tahun 2005.

6.2.2.4.2.2. Profesi

Pada penelitian ini profesi dikelompokkan menjadi 2, yaitu medis dan paramedis. Termasuk dalam kelompok medis yaitu dokter dan para medis adalah perawat dan bidan.

Terdapat 175 orang petugas (46,4%) dari 377 petugas berprofesi sebagai paramedis yang sesuai dalam memberikan obat dengan klasifikasi yang ditetapkan. Sedangkan dari 44 orang petugas yang berprofesi sebagai tenaga medis, sebanyak 3 petugas (6,8%) yang sesuai antara pemberian obat dengan klasifikasi yang ditetapkan. Kesesuaian pemberian obat dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas, proporsi tenaga paramedis lebih tinggi dibandingkan tenaga medis, hal ini dapat terjadi karena tenaga medis yang sudah mendapatkan pelatihan hanya 9 orang dari 44 total tenaga medis yang dijadikan responden. Uji statistik yang dilakukan menghasilkan nilai $p < 0,001$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan pada tingkat kepercayaan 95%, antara profesi dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan pengamat terdapat hubungan yang bermakna. Dari nilai $OR = 11,8$ yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa tenaga paramedis yang berpeluang 12 kali lebih besar kesesuaian pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan dibandingkan tenaga medis.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arifien (2006) bahwa kualifikasi tenaga kesehatan menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kepatuhan petugas terhadap SOP dengan pendekatan MTS di Kabupaten Majalengka tahun 2005.

6.2.2.4.2.3. Pelatihan

Hasil penelitian yang dilakukan diperoleh gambaran bahwa petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan, yaitu sebanyak 90

orang, terdapat 10 petugas (11,2%) yang sesuai dalam memberikan pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan. Sedangkan sebanyak 168 orang petugas (50,8%) dari 331 petugas yang pernah mengikuti pelatihan sesuai dalam memberikan pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan. Dari uji statistik diperoleh nilai $p < 0,001$, sehingga pada taraf alpha 5% dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi yang signifikan antara pelatihan dengan kesesuaian pemberian pengobatan oleh petugas dengan pengobatan pengamat. Nilai OR yang diperoleh sebesar 8,3 dapat dijelaskan bahwa petugas yang sudah mendapatkan pelatihan berpeluang sesuai 8 kali lebih besar dalam memberikan pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan dibandingkan petugas yang belum mengikuti pelatihan.

Walaupun berdasarkan hasil uji statistik, pelatihan menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas, akan tetapi petugas yang sesuai dalam menentukan pengobatan sesuai dengan klasifikasi yang ditetapkan masih lebih rendah dibandingkan dengan petugas yang tidak sesuai dalam memberikan pengobatan sesuai dengan klasifikasi. Masih rendahnya kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas karena petugas tidak memberikan pengobatan sesuai klasifikasi menurut standar MTBS. Selain itu ketrampilan dan pengetahuan petugas yang kurang terhadap penerapan standar MTBS. Pelatihan mengenai MTBS yang diberikan kepada petugas seharusnya dilakukan evaluasi pasca pelatihan oleh dinas kesehatan kabupaten dengan tujuan untuk memperbaiki apabila terjadi kesalahan petugas dalam pelaksanaan MTBS di lapangan.

Terkait dengan otonomi daerah, maka sebaiknya dinas kesehatan kabupaten melakukan pelatihan penyegaran kepada petugas

MTBS di puskesmas supaya petugas lebih paham, mengerti dan terampil dalam menerapkan MTBS di puskesmas.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang diungkapkan oleh Pratomo (2000) bahwa pelatihan sebagai upaya untuk meningkatkan ketrampilan individu yang berkaitan dengan tugas atau pekerjaannya. Pelatihan dapat juga disebut sebagai proses suatu pendidikan dengan perolehan pengalaman belajar dengan tujuan terjadinya perubahan pada perilaku.

Pada prinsipnya pelaksanaan pelatihan merupakan suatu kegiatan yang dapat memberikan daya ungkit yang cukup baik terhadap pengetahuan dan ketrampilan petugas sehingga memberikan kontribusi terhadap hasil kerja yang baik. Pelatihan menurut Gasperz (2001) menyatakan bahwa pelatihan merupakan elemen penting untuk pengembangan manajemen kualitas yang bertujuan melatih seluruh anggota organisasi tentang bagaimana melakukan aktifitas.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kepatuhan petugas menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional. Begitu juga penelitian yang dilakukan oleh Safaat (2006) bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kepatuhan reponden dalam melaksanakan standar pelayanan imunisasi hepatitis B pada bayi 0-7 hari.

6.2.2.4.3. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Pengobatan yang diberikan Petugas dan Klasifikasi yang ditetapkan Petugas

6.2.2.4.3.1. Kelengkapan Alat

Salah satu fasilitas dari penelitian ini adalah adanya kelengkapan alat di lokasi penelitian. Menurut Siagian (1992)

diungkapkan bahwa dari segi perilaku orang dalam suatu organisasi maka salah satu faktor yang turut mempengaruhi perilaku adalah kondisi kerja yang baik, antara lain tersedianya peralatan kerja yang memadai

Kelengkapan alat yang dilihat pada penelitian ini adalah kelengkapan alat yang terkait dengan penyakit ISPA seperti timer (alat pengukur waktu) yang digunakan untuk mengukur frekuensi napas, alat penghisap lendir, kartu nasehat ibu yang digunakan petugas untuk melakukan konseling, buku bagan MTBS yang digunakan oleh petugas sebagai acuan dalam melakukan penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling dan bagan dinding MTBS. Dari keseluruhan alat yang tersedia hanya terdapat 207 (49,2%) alat yang di tempatnya tersedia lengkap, sisanya sebanyak 214 (50,8%) alat tidak lengkap dapat dilihat pada tabel 5.4.

Pada penelitian ini pelayanan kesehatan yang memiliki kelengkapan alat yang cukup, seluruh petugas kesehatannya terdapat 128 (61,8%) petugas yang sesuai dalam memberikan obat dengan klasifikasi yang ditetapkan dari 207 total petugas. Sedangkan pelayanan kesehatan yang tidak memiliki kelengkapan alat, terdapat 50 (23,4%) petugas yang memberikan pengobatan sesuai dengan pengobatan pengamat dari 214 total petugas.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p < 0,001$, sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang bermakna pada taraf alpha 5% antara kelengkapan alat dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan. Dari nilai OR = 5,3 yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang memiliki kelengkapan alat berpeluang 5 kali lebih besar dalam kesesuaian pengobatan yang diberikan dengan klasifikasi yang ditetapkan dibandingkan petugas yang tidak memiliki kelengkapan alat.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) menggambarkan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Penelitian lain yang sejalan diungkapkan oleh Emawati (1999) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kelengkapan sarana dengan kepatuhan bidan terhadap SOP layanan antenatal di unit KIA puskesmas Jakarta Pusat.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariefien (2006) yang tidak menemukan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2006. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) bahwa tidak ada hubungan antara ketersediaan buku pedoman pengobatan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional, hasil penelitian lain diungkapkan oleh Safaat (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sarana dengan kepatuhan responden dalam melakukan standar pelayanan imunisasi hepatitis B pada bayi 0-7 hari.

6.2.2.4.3.2. Kelengkapan Obat

Salah satu fasilitas dari penelitian ini adalah adanya kelengkapan obat di lokasi penelitian. Menurut Siagian (1992) diungkapkan bahwa dari segi perilaku orang dalam suatu organisasi maka salah satu faktor yang turut mempengaruhi perilaku adalah kondisi kerja yang baik, antara lain tersedianya peralatan kerja yang memadai salah satunya adalah obat-obatan.

Pada penelitian ini pelayanan kesehatan yang memiliki kelengkapan obat yang cukup, terdapat terdapat 101 orang petugas (35,9%) dari 281 petugas yang lengkap persediaan obatnya yang

sesuai dalam memberikan pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan. Sedangkan dari 140 petugas yang tidak lengkap persediaan obatnya, terdapat 77 orang petugas (55,0%) yang sesuai dalam memberikan pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan. Dari uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p < 0,001$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada tingkat kepercayaan 95% terdapat hubungan yang bermakna antara kelengkapan obat dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan. Dari nilai OR = 0,5 yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang memiliki kelengkapan obat berpeluang 0,5 kali lebih besar dalam menentukan pengobatan dibandingkan petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) menggambarkan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Penelitian lain yang tidak sejalan diungkapkan oleh Emawati (1999) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kelengkapan sarana dengan kepatuhan bidan terhadap SOP layanan antenatal di unit KIA puskesmas Jakarta Pusat.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariefien (2006) yang tidak menemukan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2006. Begitu pula dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) bahwa ketersediaan obat tidak berhubungan dengan tingkat kepatuhan petugas puskesmas dalam menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional.

6.2.2.4.4. Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

6.2.2.4.4.1. Umur

Pada penelitian ini umur dikategorikan menjadi 2 kategori, yaitu usia tua jika responden berusia ≥ 35 tahun dan muda bila berusia < 35 tahun. Pengkategorian ini berdasarkan nilai mean (rata-rata) dari variabel umur. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh gambaran bahwa dari 207 petugas yang berumur tua (≥ 35 tahun), terdapat 50 orang petugas (24,2%) yang sesuai dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan pengamat, sedangkan dari 214 petugas yang berumur muda (< 35 tahun), terdapat 52 petugas (24,3%) yang sesuai dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan pengamat. Dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada alpha 0,05 tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur dengan kesesuaian pemberian obat oleh petugas dengan pengobatan pengamat.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Siagian (1989) bahwa semakin bertambahnya umur seseorang maka berpengaruh kepada perilakunya, dapat kearah positif tetapi juga sebaliknya. Hasil ini didasarkan pada teori bahwa seorang petugas kesehatan yang sudah tua diidentikan dengan memiliki banyak pengalaman, sabar dan teliti dalam melakukan pemeriksaan kepada pasien. Semakin lanjut usia seseorang maka semakin terampil dalam melaksanakan tugas.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurhayati (1997) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan petugas terhadap standar operasional prosedur ISPA di Kabupaten yang berbeda.

Sedangkan hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arifien (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan petugas terhadap SOP pendekatan MTBS, hasil penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara faktor usia dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Safaat (2006) bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan bidan terhadap standar pelayanan imunisasi pada bayi 0-7 hari di Kabupaten Pandeglang tahun 2005.

6.2.2.4.4.2. Profesi

Pada penelitian ini profesi dikelompokkan menjadi 2, yaitu medis dan paramedis. Termasuk dalam kelompok medis yaitu dokter dan para medis adalah perawat dan bidan.

Terdapat 99 orang petugas (26,3%) dari 377 petugas berprofesi sebagai paramedis yang sesuai dalam memberikan obat dengan pengobatan pengamat. Sedangkan dari 44 orang petugas yang berprofesi sebagai tenaga medis, sebanyak 3 petugas (6,8%) yang sesuai antara pemberian obat dengan pengobatan pengamat. Ketidaksesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan yang diberikan pengamat proporsi tenaga medis lebih banyak jumlahnya dibandingkan tenaga medis, hal ini dapat terjadi karena proporsi tenaga medis yang sudah mendapatkan pelatihan MTBS baru 9 orang dari 44 total tenaga medis yang dijadikan responden. Uji statistik yang dilakukan menghasilkan nilai $p=0,008$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan pada tingkat kepercayaan 95%, antara profesi dengan kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan pengamat terdapat hubungan yang bermakna. Dari nilai

OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas dengan profesi paramedis berpeluang 4,9 kali lebih besar dalam menentukan pengobatan sesuai dengan pengobatan pengamat dibandingkan petugas medis.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arifien (2006) bahwa kualifikasi tenaga kesehatan menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kepatuhan petugas terhadap SOP dengan pendekatan MTS di Kabupaten Majalengka tahun 2005.

6.2.2.4.4.3. Pelatihan

Hasil penelitian yang dilakukan diperoleh gambaran bahwa petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan, yaitu sebanyak 90 orang, terdapat 3 petugas (3,3%) yang sesuai dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan pengamat. Sedangkan sebanyak 99 orang petugas (29,9%) dari 331 petugas yang pernah mengikuti pelatihan sesuai dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan pengamat. Dari uji statistik diperoleh nilai $p < 0,001$, sehingga pada taraf alpha 5% dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi yang signifikan antara pelatihan dengan kesesuaian pemberian pengobatan oleh petugas dengan pengobatan pengamat. Nilai OR yang diperoleh sebesar 12,4 dapat dijelaskan bahwa petugas yang sudah mendapatkan pelatihan berpeluang sesuai 12 kali lebih besar dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan pengamat dibandingkan petugas yang belum mengikuti pelatihan

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang diungkapkan oleh Pratomo (2000) bahwa pelatihan sebagai upaya untuk meningkatkan ketrampilan individu yang berkaitan dengan tugas atau pekerjaannya. Pelatihan dapat juga disebut sebagai proses suatu pendidikan dengan

perolehan pengalaman belajar dengan tujuan terjadinya perubahan pada perilaku.

Pada prinsipnya pelaksanaan pelatihan merupakan suatu kegiatan yang dapat memberikan daya ungkit yang cukup baik terhadap pengetahuan dan ketrampilan petugas sehingga memberikan kontribusi terhadap hasil kerja yang baik. Pelatihan menurut Gasperz (2001) menyatakan bahwa pelatihan merupakan elemen penting untuk pengembangan manajemen kualitas yang bertujuan melatih seluruh anggota organisasi tentang bagaimana melakukan aktifitas.

Masih rendahnya kesesuaian antara pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat karena petugas tidak memberikan pengobatan menurut standar MTBS. Selain itu ketrampilan dan pengetahuan petugas yang kurang terhadap penerapan standar MTBS. Pelatihan mengenai MTBS yang diberikan kepada petugas seharusnya dilakukan evaluasi pasca pelatihan oleh dinas kesehatan kabupaten dengan tujuan untuk memperbaiki apabila terjadi kesalahan petugas dalam pelaksanaan MTBS di lapangan.

Terkait dengan otonomi daerah, maka sebaiknya dinas kesehatan kabupaten melakukan pelatihan penyegaran kepada petugas MTBS di puskesmas supaya petugas lebih paham, mengerti dan terampil dalam menerapkan MTBS di puskesmas.

Pelatihan secara uji statistik memberikan hasil yang signifikan namun masih banyak petugas yang tidak sesuai dalam memberikan pengobatan menurut pengobatan pengamat. Ketidaksesuaian petugas dalam memberikan pengobatan pada balita sakit mengakibatkan terjadinya pemberian obat yang tidak rasional. Oleh karena itu untuk menghindari terjadinya pemberian obat yang tidak rasional, maka petugas harus memberikan pengobatan menurut standar yang ada yaitu standar MTBS.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kepatuhan petugas menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional. Begitu juga penelitian yang dilakukan oleh Safaat (2006) bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antar pelatihan dengan kepatuhan reponden dalam melaksanakan standar pelayanan imunisasi hepatitis B pada bayi 0-7 hari.

6.2.2.4.5. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Pengobatan Menurut Pengamat

6.2.2.4.5.1. Kelengkapan Alat

Salah satu fasilitas dari penelitian ini adalah adanya kelengkapan alat di lokasi penelitian. Menurut Siagian (1992) diungkapkan bahwa dari segi perilaku orang dalam suatu organisasi maka salah satu faktor yang turut mempengaruhi perilaku adalah kondisi kerja yang baik, antara lain tersedianya peralatan kerja yang memadai

Kelengkapan alat yang dilihat pada penelitian ini adalah kelengkapan alat yang terkait dengan penyakit ISPA seperti timer (alat pengukur waktu) yang digunakan untuk mengukur frekuensi napas, alat penghisap lendir, kartu nasehat ibu yang digunakan petugas untuk melakukan konseling, buku bagan MTBS yang digunakan oleh petugas sebagai acuan dalam melakukan penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling dan bagan dinding MTBS. Dari keseluruhan alat yang tersedia hanya terdapat 207 (49,2%) alat yang di tempatnya tersedia lengkap, sisanya sebanyak 214 (50,8%) alat tidak lengkap dapat dilihat pada tabel 5.4.

Pada penelitian ini pelayanan kesehatan yang memiliki kelengkapan alat yang cukup, seluruh petugas kesehatannya terdapat 50 (24,2%) petugas yang sesuai dalam memberikan obat dengan pengobatan pengamat dari 207 total petugas. Sedangkan pelayanan kesehatan yang tidak memiliki kelengkapan alat, terdapat 52 (24,3%) petugas yang memberikan pengobatan sesuai dengan pengobatan pengamat dari 214 total petugas.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=1,000$, sehingga dapat disimpulkan tidak terdapat hubungan yang bermakna pada taraf alpha 5% antara kelengkapan alat dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan pengamat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariefien (2006) yang tidak menemukan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2006. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) bahwa tidak ada hubungan antara ketersediaan buku pedoman pengobatan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional, hasil penelitian lain diungkapkan oleh Safaat (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sarana dengan kepatuhan responden dalam melakukan standar pelayanan imunisasi hepatitis B pada bayi 0-7 hari.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) menggambarkan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Penelitian lain yang sejalan diungkapkan oleh Emawati (1999) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kelengkapan sarana dengan kepatuhan bidan terhadap SOP layanan antenatal di unit KIA puskesmas Jakarta Pusat.

6.2.2.4.5.2. Kelengkapan Obat

Salah satu fasilitas dari penelitian ini adalah adanya kelengkapan obat di lokasi penelitian. Menurut Siagian (1992) diungkapkan bahwa dari segi perilaku orang dalam suatu organisasi maka salah satu faktor yang turut mempengaruhi perilaku adalah kondisi kerja yang baik, antara lain tersedianya peralatan kerja yang memadai salah satunya adalah obat-obatan.

Pada penelitian ini pelayanan kesehatan yang memiliki kelengkapan obat yang cukup, terdapat terdapat 91 orang petugas (22,4%) dari 281 petugas yang lengkap persediaan obatnya yang sesuai dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan pengamat. Sedangkan dari 140 petugas yang tidak lengkap persediaan obatnya, terdapat 11 orang petugas (7,9%) yang sesuai dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan pengamat. Dari uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p < 0,001$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada tingkat kepercayaan 95% terdapat hubungan yang bermakna antara kelengkapan obat dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan pengamat. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang memiliki kelengkapan obat berpeluang 5 kali lebih besar dalam menentukan pengobatan dibandingkan petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) menggambarkan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Penelitian lain yang tidak sejalan diungkapkan oleh Emawati (1999) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kelengkapan sarana dengan kepatuhan bidan terhadap SOP layanan antenatal di unit KIA puskesmas Jakarta Pusat.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariefien (2006) yang tidak menemukan hubungan yang

bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2006. Begitu pula dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) bahwa ketersediaan obat tidak berhubungan dengan tingkat kepatuhan petugas puskesmas dalam menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional.

6.2.2.5. Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kualitas Konseling Petugas Menurut Standar MTBS

6.2.2.5.1. Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS

6.2.2.5.1.1 Umur

Pada penelitian ini umur dikategorikan menjadi 2 kategori, yaitu usia tua jika responden berusia ≥ 35 tahun dan muda bila berusia < 35 tahun. Pengkategorian ini berdasarkan nilai mean dari variabel umur. Petugas MTBS dengan umur ≥ 35 tahun (umur tua) memiliki proporsi kepatuhan sebanyak 15 petugas (7,2%) patuh dalam melakukan konseling dari total petugas sebanyak 207 orang. Begitu pula dengan petugas berumur < 35 tahun (umur muda) sebanyak 31 orang (14,5%) patuh dalam melakukan konseling menurut standar MTBS dari 214 total petugas umur muda. Dari hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara faktor umur dengan kepatuhan petugas dalam melakukan konseling sesuai dengan standar MTBS dengan $p = 0,026$. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang berumur muda memiliki peluang 2,168 kali lebih patuh dalam melakukan konseling menurut standar dibandingkan dengan petugas berumur tua.

Hasil penelitian ini tidak sama hasilnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) yang menyatakan bahwa tidak terdapat

hubungan yang bermakna antara faktor usia dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Safaat (2006) bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan bidan terhadap standar pelayanan imunisasi di Kabupaten Pandeglang tahun 2005.

Didapatnya data bahwa petugas yang patuh pada penerapan MTBS proporsinya lebih banyak petugas umur muda dibandingkan petugas umur tua. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Siagian (1989) bahwa faktor umur merupakan variabel individu yang pada prinsipnya makin bertambah umur seseorang akan semakin bertambah kedewasaannya dan semakin menyerap informasi yang akan mempengaruhi kinerja dan perilakunya, penelitian ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Robbins (2003) bahwa kinerja dan perilaku seseorang akan merosot dengan meningkatnya usia.

Hasil analisis multivariat, variabel umur menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kepatuhan petugas terhadap konseling. Namun variabel umur bukan merupakan faktor yang paling berpengaruh dengan kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS.

6.2.2.5.1.2. Profesi

Pada penelitian ini profesi dikelompokkan menjadi 2, yaitu medis dan paramedis. Termasuk dalam kelompok medis yaitu dokter dan para medis adalah perawat dan bidan.

Terdapat 44 orang petugas (11,7%) dari 377 petugas berprofesi sebagai paramedis yang patuh terhadap konseling berdasarkan standar MTBS. Sedangkan dari 44 petugas yang berprofesi sebagai tenaga medis, sebanyak 2 petugas (4,5%) patuh terhadap konseling menurut standar MTBS. Uji statistik yang dilakukan menghasilkan nilai

$p=0,203$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan pada tingkat kepercayaan 95%, antara profesi dengan kepatuhan penilaian sesuai standar MTBS tidak terdapat hubungan yang bermakna.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arifien (2006) bahwa kualifikasi tenaga kesehatan menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kepatuhan petugas terhadap SOP dengan pendekatan MTS di Kabupaten Majalengka tahun 2005.

6.2.2.5.1.3. Pelatihan

Hasil penelitian yang dilakukan diperoleh gambaran bahwa petugas yang pernah mengikuti pelatihan terdapat 43 petugas (13,0%) yang patuh terhadap konseling menurut standar MTBS. Sedangkan dari petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan sebanyak 3 orang (3,3%) yang patuh dalam melakukan konseling menurut standar MTBS dari 99 petugas yang belum pernah dilatih. Hasil uji statistik menunjukkan $p=0,016$, artinya terdapat perbedaan proporsi yang signifikan antara pelatihan dengan kepatuhan petugas dalam melakukan konseling. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang sudah mendapatkan pelatihan memiliki peluang 4,33 kali lebih patuh dalam melakukan konseling menurut standar dibandingkan petugas yang belum mengikuti pelatihan.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel pelatihan merupakan variabel paling berpengaruh terhadap kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang diungkapkan oleh Pratomo (2000) bahwa pelatihan sebagai upaya untuk meningkatkan ketrampilan individu yang berkaitan dengan tugas atau pekerjaannya. Pelatihan dapat juga disebut sebagai proses suatu pendidikan denga

peolehan pengalaman belajar dengan tujuan terjadinya perubahan pada perilaku.

Akan tetapi hasil penelitian ini tidak sama dengan yang pernah dilakukan oleh Pinem (2007), bahwa tidak ada hubungan bermakna antara pelatihan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional di Kabupaten Purwakarta tahun 2007.

Pada prinsipnya pelaksanaan pelatihan merupakan suatu kegiatan yang dapat memberikan daya ungkit yang cukup baik terhadap pengetahuan dan ketrampilan petugas sehingga memberikan kontribusi terhadap hasil kerja yang baik. Pelatihan menurut Gasperz (2001) menyatakan bahwa pelatihan merupakan elemen penting untuk pengembangan manajemen kualitas yang bertujuan melatih seluruh anggota organisasi tentang bagaimana melakukan aktifitas.

6.2.2.5.2. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS

6.2.2.5.2.1. Kelengkapan Alat

Salah satu fasilitas dari penelitian ini adalah adanya kelengkapan alat di lokasi penelitian. Menurut Siagian (1992) diungkapkan bahwa dari segi perilaku orang dalam suatu organisasi maka salah satu faktor yang turut mempengaruhi perilaku adalah kondisi kerja yang baik, antara lain tersedianya peralatan kerja yang memadai

Kelengkapan alat yang dilihat pada penelitian ini adalah kelengkapan alat yang terkait dengan penyakit ISPA seperti timer (alat pengukur waktu) yang digunakan untuk mengukur frekuensi napas, alat penghisap lendir, kartu nasehat ibu yang digunakan petugas untuk melakukan konseling, buku bagan MTBS yang digunakan oleh petugas

sebagai acuan dalam melakukan penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling dan bagan dinding MTBS. Dari keseluruhan alat yang tersedia hanya terdapat 207 (49,2%) alat yang di tempatnya tersedia lengkap, sisanya sebanyak 214 (50,8%) alat tidak lengkap dapat dilihat pada tabel 5.4.

Pada penelitian ini pelayanan kesehatan yang memiliki kelengkapan alat yang cukup, seluruh petugas kesehatannya terdapat 30 petugas (14,5%) yang patuh dalam melakukan konseling menurut dengan standar MTBS dari 207 total petugas. Sedangkan pelayanan kesehatan yang tidak memiliki kelengkapan alat, terdapat 16 (7,5%) petugas yang patuh dalam melakukan konseling sesuai dengan standar. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,032$, sehingga dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna pada taraf alpha 5% antara kelengkapan alat dengan tingkat kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) menggambarkan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Penelitian lain yang sejalan diungkapkan oleh Emawati (1999) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kelengkapan sarana dengan kepatuhan bidan terhadap SOP layanan antenatal di unit KIA puskesmas Jakarta Pusat.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Arifien (2006) yang tidak menemukan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2006. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) bahwa tidak ada hubungan antara ketersediaan buku pedoman pengobatan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional, hasil penelitian lain

diungkapkan oleh Safaat (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sarana dengan kepatuhan responden dalam melakukan standar pelayanan imunisasi hepatitis B pada bayi 0-7 hari.

6.2.2.5.2.2. Kelengkapan Obat

Salah satu fasilitas dari penelitian ini adalah adanya kelengkapan obat di lokasi penelitian. Menurut Siagian (1992) diungkapkan bahwa dari segi perilaku orang dalam suatu organisasi maka salah satu faktor yang turut mempengaruhi perilaku adalah kondisi kerja yang baik, antara lain tersedianya peralatan kerja yang memadai salah satunya adalah obat-obatan.

Ketersediaan obat yang dilihat pada penelitian ini yaitu obat jenis antibiotik yang dipergunakan untuk penderita pneumonia berat dan pneumonia sesuai dengan pemberian obat oral jenis antibiotika pada bagan MTBS. Pada tabel 5.5 terlihat bahwa sebanyak 411 (97,6%) tersedia kotrimoksazol tablet dewasa di unit pelayanan kesehatan, 310 (73,6%) tersedia kotrimoksazol tablet anak, kotrimoksazol sirup sebanyak 398 (94,5%), amoksisilin sirup 412 (97,6%) dan amoksisilin tablet 405 (96,2%). Dari keseluruhan obat yang tersedia, ternyata sebanyak 281 (66,7%) yang persediaan obatnya lengkap, sisanya 140 responden (33,3%) persediaan obat yang ada tidak lengkap dapat dilihat pada tabel 5.6.

Pada penelitian ini pelayanan kesehatan yang memiliki kelengkapan obat yang cukup, terdapat 37 (13,2%) petugas yang patuh dalam melakukan konseling menurut dengan standar MTBS. Sedangkan pelayanan kesehatan yang tidak memiliki kelengkapan obat sebanyak 9 petugas (6,4%) tidak patuh dalam melakukan konseling menurut dengan standar. Dari hasil uji statistik tidak ada hubungan bermakna antara kelengkapan obat dengan kepatuhan

petugas melakukan penilaian sesuai standar MTBS dengan nilai $p = 0,057$.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) menggambarkan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Penelitian lain yang tidak sejalan diungkapkan oleh Emawati (1999) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kelengkapan sarana dengan kepatuhan bidan terhadap SOP layanan antenatal di unit KIA puskesmas Jakarta Pusat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariefien (2006) yang tidak menemukan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2006. Begitu pula dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) bahwa ketersediaan obat tidak berhubungan dengan tingkat kepatuhan petugas puskesmas dalam menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional.

6.2.2.5.2. Hubungan Antara Karakteristik Petugas dengan Kesesuaian Konseling Petugas dan Konseling Pengamat

6.2.2.5.2.1. Umur

Pada penelitian ini umur dikategorikan menjadi 2 kategori, yaitu usia tua jika responden berusia ≥ 35 tahun dan muda bila berusia < 35 tahun. Pengkategorian ini berdasarkan nilai mean dari variabel umur. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh gambaran bahwa dari 207 petugas yang berumur tua (≥ 35 tahun), terdapat 45 orang petugas (21,7%) yang sesuai dalam memberikan konseling dengan konseling pengamat, sedangkan dari 214 petugas yang berumur muda (< 35 tahun), terdapat 34 petugas (15,9%) yang sesuai dalam memberikan

konseling dengan konseling pengamat. Dari hasil uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p=0,158$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada alpha 0,05 tidak terdapat hubungan yang signifikan antara umur dengan kesesuaian konseling oleh petugas dengan konseling pengamat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Siagian (1989) bahwa semakin bertambahnya umur seseorang maka berpengaruh kepada perilakunya, dapat kearah positif tetapi juga sebaliknya. Hasil ini didasarkan pada teori bahwa seorang petugas kesehatan yang sudah tua diidentikan dengan memiliki banyak pengalaman, sabar dan teliti dalam melakukan pemeriksaan kepada pasien. Semakin lanjut usia seseorang maka semakin terampil dalam melaksanakan tugas.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurhayati (1997) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan petugas terhadap standar operasional prosedur ISPA di Kabupaten yang berbeda.

Sedangkan hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arifien (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan petugas terhadap SOP pendekatan MTBS, hasil penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara faktor usia dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Safaat (2006) bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan kepatuhan bidan terhadap standar pelayanan imunisasi pada bayi 0-7 hari di Kabupaten Pandeglang tahun 2005.

6.2.2.5.2.2. Profesi

Pada penelitian ini profesi dikelompokkan menjadi 2, yaitu medis dan paramedis. Termasuk dalam kelompok medis yaitu dokter dan para medis adalah perawat dan bidan.

Terdapat 75 orang petugas (19,9%) dari 377 petugas berprofesi sebagai paramedis yang sesuai dalam memberikan konseling dengan konseling pengamat. Sedangkan dari 44 orang petugas yang berprofesi sebagai tenaga medis, sebanyak 4 petugas (9,1%) yang sesuai antara pemberian konseling dengan konseling pengamat. Uji statistik yang dilakukan menghasilkan nilai $p=0,125$. Dengan demikian maka dapat disimpulkan pada tingkat kepercayaan 95%, antara profesi dengan kesesuaian antara konseling yang diberikan petugas dengan konseling pengamat tidak terdapat hubungan yang bermakna.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Arifien (2006) bahwa kualifikasi tenaga kesehatan menunjukkan hubungan yang bermakna dengan kepatuhan petugas terhadap SOP dengan pendekatan MTS di Kabupaten Majalengka tahun 2005.

6.2.2.5.2.3. Pelatihan

Hasil penelitian yang dilakukan diperoleh gambaran bahwa petugas yang belum pernah mengikuti pelatihan, yaitu sebanyak 90 orang, terdapat 4 petugas (4,4%) yang sesuai dalam memberikan konseling dengan konseling pengamat. Sedangkan sebanyak 75 orang petugas (22,7%) dari 331 petugas yang pernah mengikuti pelatihan sesuai dalam memberikan konseling dengan konseling pengamat. Dari uji statistik diperoleh nilai $p<0,001$, sehingga pada taraf alpha 5% dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan proporsi yang signifikan antara pelatihan dengan kesesuaian pemberian pengobatan oleh petugas dengan pengobatan pengamat. Nilai OR yang diperoleh

sebesar 6,3 dapat dijelaskan bahwa petugas yang sudah mendapatkan pelatihan berpeluang sesuai 6 kali lebih besar dalam memberikan konseling dengan konseling pengamat dibandingkan petugas yang belum mengikuti pelatihan

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori yang diungkapkan oleh Pratomo (2000) bahwa pelatihan sebagai upaya untuk meningkatkan ketrampilan individu yang berkaitan dengan tugas atau pekerjaannya. Pelatihan dapat juga disebut sebagai proses suatu pendidikan dengan perolehan pengalaman belajar dengan tujuan terjadinya perubahan pada perilaku.

Pada prinsipnya pelaksanaan pelatihan merupakan suatu kegiatan yang dapat memberikan daya ungkit yang cukup baik terhadap pengetahuan dan ketrampilan petugas sehingga memberikan kontribusi terhadap hasil kerja yang baik. Pelatihan menurut Gasperz (2001) menyatakan bahwa pelatihan merupakan elemen penting untuk pengembangan manajemen kualitas yang bertujuan melatih seluruh anggota organisasi tentang bagaimana melakukan aktifitas.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kepatuhan petugas menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional. Begitu juga penelitian yang dilakukan oleh Safaat (2006) bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antar pelatihan dengan kepatuhan reponden dalam melaksanakan standar pelayanan imunisasi hepatitis B pada bayi 0-7 hari.

6.2.2.5.3. Hubungan Antara Ketersediaan Fasilitas Kesehatan dengan Kesesuaian antara Konseling Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

6.2.2.5.3.1. Kelengkapan Alat

Salah satu fasilitas dari penelitian ini adalah adanya kelengkapan alat di lokasi penelitian. Menurut Siagian (1992) diungkapkan bahwa dari segi perilaku orang dalam suatu organisasi maka salah satu faktor yang turut mempengaruhi perilaku adalah kondisi kerja yang baik, antara lain tersedianya peralatan kerja yang memadai

Kelengkapan alat yang dilihat pada penelitian ini adalah kelengkapan alat yang terkait dengan penyakit ISPA seperti timer (alat pengukur waktu) yang digunakan untuk mengukur frekuensi napas, alat penghisap lendir, kartu nasehat ibu yang digunakan petugas untuk melakukan konseling, buku bagan MTBS yang digunakan oleh petugas sebagai acuan dalam melakukan penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling dan bagan dinding MTBS. Dari keseluruhan alat yang tersedia hanya terdapat 207 (49,2%) alat yang di tempatnya tersedia lengkap, sisanya sebanyak 214 (50,8%) alat tidak lengkap dapat dilihat pada tabel 5.4.

Pada penelitian ini pelayanan kesehatan yang memiliki kelengkapan alat yang cukup, seluruh petugas kesehatannya terdapat 50 (24,2%) petugas yang sesuai dalam memberikan konseling dengan konseling pengamat dari 207 total petugas. Sedangkan pelayanan kesehatan yang tidak memiliki kelengkapan alat, terdapat 29 (13,6%) petugas yang memberikan pengobatan sesuai dengan pengobatan pengamat dari 214 total petugas.

Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,008$, sehingga dapat disimpulkan terdapat hubungan yang bermakna pada taraf alpha 5% antara kelengkapan alat dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan

petugas dan pengobatan pengamat. Dari nilai OR yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang memiliki kelengkapan alat berpeluang 2 kali lebih besar dalam melakukan konseling sesuai dengan konseling pengamat dibandingkan petugas yang tidak memiliki kelengkapan alat.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) menggambarkan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Penelitian lain yang sejalan diungkapkan oleh Emawati (1999) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kelengkapan sarana dengan kepatuhan bidan terhadap SOP layanan antenatal di unit KIA puskesmas Jakarta Pusat.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariefien (2006) yang tidak menemukan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2006. Begitu pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) bahwa tidak ada hubungan antara ketersediaan buku pedoman pengobatan dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional, hasil penelitian lain diungkapkan oleh Safaat (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara sarana dengan kepatuhan responden dalam melakukan standar pelayanan imunisasi hepatitis B pada bayi 0-7 hari.

6.2.2.5.3.2. Kelengkapan Obat

Salah satu fasilitas dari penelitian ini adalah adanya kelengkapan obat di lokasi penelitian. Menurut Siagian (1992) diungkapkan bahwa dari segi perilaku orang dalam suatu organisasi maka salah satu faktor yang turut mempengaruhi perilaku adalah

kondisi kerja yang baik, antara lain tersedianya peralatan kerja yang memadai salah satunya adalah obat-obatan.

Pada penelitian ini pelayanan kesehatan yang memiliki kelengkapan obat yang cukup, terdapat terdapat 64 orang petugas (22,8%) dari 281 petugas yang lengkap persediaan obatnya yang sesuai dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan pengamat. Sedangkan dari 140 petugas yang tidak lengkap persediaan obatnya, terdapat 15 orang petugas (10,7%) yang sesuai dalam memberikan konseling dengan konseling pengamat. Dari uji statistik yang dilakukan diperoleh nilai $p=0,004$, sehingga dapat disimpulkan bahwa pada tingkat kepercayaan 95% terdapat hubungan yang bermakna antara kelengkapan obat dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan pengamat. Dari nilai $OR= 2,5$ yang diperoleh dapat dijelaskan bahwa petugas yang memiliki kelengkapan obat berpeluang 2 kali lebih besar dalam memberikan konseling dibandingkan petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Firdaus (2008) menggambarkan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS di Kabupaten Nagan Raya tahun 2008. Penelitian lain yang tidak sejalan diungkapkan oleh Emawati (1999) bahwa ada hubungan yang bermakna antara kelengkapan sarana dengan kepatuhan bidan terhadap SOP layanan antenatal di unit KIA puskesmas Jakarta Pusat.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ariefien (2006) yang tidak menemukan hubungan yang bermakna antara sarana dan prasarana dengan kepatuhan petugas puskesmas terhadap tata laksana MTBS di Kabupaten Majalengka tahun 2006. Begitu pula dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pinem (2007) bahwa ketersediaan obat tidak berhubungan dengan

tingkat kepatuhan petugas puskesmas dalam menerapkan pedoman pengobatan dalam penggunaan obat rasional.

6.2.3. Hasil Analisis Multivariat

6.2.3.1. Faktor-faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Penilaian terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA Menurut Standar MTBS

Hasil analisis multivariat dari kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian setelah diperoleh kandidat bivariat yang diproses dengan uji regresi logistik ganda, terdapat 2 variabel yaitu kelengkapan alat dan obat yang memiliki nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut diproses dalam pemodelan multivariat.

Hasil dari pemodelan multivariat terhadap 2 variabel tersebut tidak ada yang signifikan terhadap kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian terhadap balita sakit dengan gejala ISPA menurut standar MTBS. Hal ini sesuai dengan analisis bivariat yang menyatakan tidak adanya hubungan bermakna antara variabel alat dan obat dengan kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian.

6.2.3.2. Faktor-faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kualitas Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas Terhadap Balita Sakit dengan Gejala ISPA

6.2.3.2.1. Kesesuaian Antara Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas dan Klasifikasi Menurut Pengamat

Hasil analisis multivariat dari kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi pengamat setelah diperoleh kandidat bivariat yang diproses dalam uji regresi logistik ganda, terdapat 4 variabel yaitu umur, profesi, pelatihan dan alat yang memiliki nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut diproses dalam pemodelan multivariat.

Hasil akhir dari pemodelan multivariat terhadap 4 variabel tersebut diatas yang signifikan terhadap kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi pengamat didapat 2 variabel yaitu variabel pelatihan dan alat.

Petugas yang sudah mendapatkan pelatihan memiliki peluang 4,7 kali lebih sesuai dalam menentukan klasifikasi dengan klasifikasi pengamat dibandingkan dengan petugas yang belum mendapatkan pelatihan.

Petugas yang memiliki kelengkapan alat di puskesmas mempunyai peluang 3,2 kali lebih sesuai dalam menentukan klasifikasi dengan klasifikasi pengamat dibandingkan dengan petugas yang tidak memiliki kelengkapan alat di puskesmas.

Berdasarkan hal tersebut, variabel pelatihan merupakan variabel yang paling berpengaruh dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dengan klasifikasi menurut pengamat. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan Pratomo (2000) bahwa pelatihan sebagai upaya untuk meningkatkan ketrampilan individu yang berkaitan dengan tugas atau pekerjaannya. Pelatihan dapat juga disebut sebagai proses suatu pendidikan dengan perolehan pengalaman belajar dengan tujuan terjadinya perubahan perilaku. Hasil analisis multivariat ini sesuai dengan hasil analisis bivariat yang menyatakan adanya hubungan bermakna antara variabel pelatihan dengan kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi pengamat.

6.2.3.3. Faktor –faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kesesuaian Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Menurut Pengamat

Hasil analisis multivariat dari kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan pengamat setelah diperoleh kandidat

bivariat yang diproses dalam uji regresi logistik ganda, terdapat 3 variabel yaitu profesi, pelatihan dan obat yang memiliki nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut diproses dalam pemodelan multivariat.

Hasil akhir dari pemodelan multivariat terhadap 3 variabel tersebut diatas yang signifikan terhadap kesesuaian pengobatan yang diberikan dan pengobatan pengamat didapat 2 variabel yaitu variabel profesi dan obat.

Petugas yang berprofesi sebagai paramedis memiliki peluang 10,5 kali lebih sesuai dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan pengamat dibandingkan dengan petugas medis. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tenaga paramedis yang sesuai dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan pengamat sebanyak 26,3% sedangkan tenaga medis hanya 6,8%.

Petugas yang memiliki kelengkapan obat di puskesmas mempunyai peluang 5 kali lebih sesuai dalam memberikan pengobatan dengan pengobatan pengamat dibandingkan dengan petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat di puskesmas.

Berdasarkan hal tersebut, variabel profesi merupakan variabel yang paling berpengaruh dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dengan pengobatan menurut pengamat.

6.2.3.4. Faktor-faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kesesuaian Pengobatan yang Diberikan Petugas dan Klasifikasi yang Ditetapkan Petugas

Hasil analisis multivariat dari kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan setelah diperoleh kandidat bivariat yang diproses dalam uji regresi logistik ganda, ke 5 variabel independen yaitu umur, profesi, pelatihan, alat dan obat yang memiliki nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut diproses dalam pemodelan multivariat.

Hasil akhir dari pemodelan multivariat terhadap 4 variabel tersebut diatas yang signifikan terhadap kesesuaian pengobatan yang diberikan dan klasifikasi yang ditetapkan didapat 4 variabel yaitu variabel umur, pelatihan, alat dan obat yang dengan nilai $p < 0,05$.

Petugas yang berumur diatas 35 tahun (umur tua) memiliki peluang 0,434 kali lebih sesuai dalam memberikan pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan dibandingkan dengan petugas yang berumur dibawah 35 tahun (umur muda). Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa petugas berumur diatas 35 tahun yang sesuai dalam memberikan pengobatan dengan klasifikasi petugas sebanyak 55,1% sedangkan petugas berumur dibawah 35 tahun sesuai dalam memberikan pengobatan dan menentukan klasifikasi sebesar 29,9%.

Petugas yang telah mendapatkan pelatihan mempunyai peluang 6,4 kali lebih sesuai dalam memberikan pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan dibandingkan dengan petugas yang belum mendapatkan pelatihan.

Petugas yang memiliki kelengkapan alat di puskesmas mempunyai peluang 3,1 kali lebih sesuai dalam memberikan pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan dibandingkan dengan petugas yang tidak memiliki kelengkapan alat di puskesmas

Petugas yang memiliki kelengkapan obat di puskesmas mempunyai peluang 0,5 kali lebih sesuai dalam memberikan pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan dibandingkan dengan petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat di puskesmas.

Berdasarkan hal tersebut, variabel pelatihan merupakan variabel yang paling berpengaruh dengan kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dengan klasifikasi yang ditetapkan petugas.

6.2.3.5. Faktor-faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kepatuhan Petugas dalam Melakukan Konseling Menurut Standar MTBS

Hasil analisis multivariat dari kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS setelah diperoleh kandidat bivariat yang diproses dalam uji regresi logistik ganda, ternyata seluruh variabel independen yaitu umur, profesi, pelatihan, kelengkapan alat dan obat yang memiliki nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut diproses dalam pemodelan multivariat.

Hasil akhir dari pemodelan multivariat terhadap 5 variabel tersebut diatas ada hubungan yang signifikan terhadap kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS. Maka pada variabel kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS, variabel pelatihan merupakan faktor yang paling berpengaruh.

6.2.3.6. Faktor – faktor yang Paling Berpengaruh dengan Kesesuaian Konseling yang diberikan Petugas dan Konseling Menurut Pengamat

Hasil analisis multivariat dari kesesuaian konseling yang diberikan petugas dan konseling pengamat setelah diperoleh kandidat bivariat yang diproses dalam uji regresi logistik ganda, ke 5 variabel independen yaitu umur, profesi, pelatihan, alat dan obat yang memiliki nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut diproses dalam pemodelan multivariat.

Hasil akhir dari pemodelan multivariat terhadap 3 variabel tersebut diatas yang signifikan terhadap kesesuaian konseling yang diberikan dan konseling pengamat didapat 3 variabel yaitu variabel pelatihan, alat dan obat yang dengan nilai $p < 0,05$.

Petugas yang telah mendapatkan pelatihan mempunyai peluang 4,2 kali lebih sesuai dalam memberikan konseling dengan konseling pengamat dibandingkan dengan petugas yang belum mendapatkan pelatihan.

Petugas yang memiliki kelengkapan alat di puskesmas mempunyai peluang 2 kali lebih sesuai dalam memberikan konseling dengan konseling pengamat dibandingkan dengan petugas yang tidak memiliki kelengkapan alat di puskesmas

Petugas yang memiliki kelengkapan obat di puskesmas mempunyai peluang 2,7 kali lebih sesuai dalam memberikan konseling dengan konseling pengamat dibandingkan dengan petugas yang tidak memiliki kelengkapan obat di puskesmas.

Berdasarkan hal tersebut, variabel pelatihan merupakan variabel yang paling berpengaruh dengan kesesuaian konseling yang diberikan petugas dengan konseling pengamat..

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

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

1. Kualitas penanganan balita sakit dengan gejala ISPA menurut standar MTBS masih rendah. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian sebagai berikut:
 - a. Kepatuhan petugas dalam melakukan penilaian dan konseling masih rendah,
 - b. Klasifikasi petugas masih banyak yang tidak sesuai menurut klasifikasi pengamat.
 - c. Banyak petugas yang tidak sesuai dalam memberikan pengobatan dengan klasifikasi yang ditetapkan.
 - d. Pengobatan yang diberikan petugas sesuai menurut pengobatan pengamat masih rendah.
 - e. Kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS masih rendah.
 - f. Pemberian konseling petugas yang sesuai menurut pengamat masih rendah.
2. Kelengkapan alat dan obat merupakan faktor yang paling berpengaruh dalam kesesuaian klasifikasi yang ditetapkan petugas dan klasifikasi menurut pengamat.
3. Umur, pelatihan, kelengkapan alat dan obat merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kesesuaian pengobatan yang diberikan petugas dan klasifikasi yang ditetapkan petugas.

4. Profesi dan kelengkapan obat merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap pengobatan yang diberikan petugas dan pengobatan menurut pengamat.
5. Umur dan pelatihan merupakan faktor yang paling berpengaruh pada kepatuhan petugas dalam melakukan konseling menurut standar MTBS.
6. Pelatihan, kelengkapan alat dan obat merupakan faktor yang paling berpengaruh pada kesesuaian antara konseling petugas dan konseling menurut pengamat.

7.2. Saran

Berdasarkan kesimpulan penelitian diatas, maka peneliti memberikan masukan dalam bentuk saran sebagai berikut:

1. Bagi Petugas Puskesmas:

- a. Petugas puskesmas harus lebih telaten dan teliti dalam menerapkan prosedur MTBS dengan cara mengecek kembali formulir MTBS yang telah diisi sebelum pasien meninggalkan ruangan MTBS sehingga tidak terjadi kekosongan pada formulir baik dari penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling.
- b. Petugas tidak usah malu untuk bertanya kepada kepala puskesmas atau teman sejawat lainnya yang berpengalaman dalam melakukan MTBS apabila tidak tahu atau lupa dalam menjalankan prosedur MTBS mulai dari penilaian pada pasien, menentukan klasifikasi, memberikan pengobatan dan melakukan konseling.

2. Kepada Pimpinan Puskesmas

- a. Kepala puskesmas sebaiknya terus memfasilitasi petugas MTBS untuk lebih meningkatkan kemampuan dan ketrampilan dalam penerapan prosedur MTBS baik meliputi:

- a1. Sarana prasarana dengan meningkatkan penggandaan formulir MTBS dan kartu nasehat ibu.
 - a2. Terbentuknya tim MTBS di puskesmas dengan diketuai oleh fasilitator MTBS yang berpengalaman dari puskesmas sehingga memudahkan petugas dalam menerapkan prosedur MTBS apabila petugas kesulitan dalam menjalankan prosedur MTBS tersebut.
 - b. Kepala puskesmas hendaknya membuat job description atau pembagian tugas yang jelas kepada staf sehingga tidak terjadi tumpang tindih pekerjaan terutama untuk petugas yang menjalankan MTBS.
 - c. Kepala puskesmas hendaknya memberikan sistem insentive non material kepada petugas MTBS berupa pemberian promosi, pemberian perlengkapan khusus yang dibutuhkan untuk ruang kerjanya dan pemberian pujian lisan maupun tertulis baik secara resmi maupun pribadi.
3. Kepada Dinas kesehatan Kabupaten
- a. Dinas kesehatan di tiap kabupaten sebaiknya melakukan monitoring dan evaluasi (monev) yang rutin ke puskesmas minimal 2 kali dalam setahun untuk meningkatkan pelaksanaan program MTBS dan hasil temuan dari monev ini ditindaklanjuti dan dilakukan umpan balik supaya petugas kesehatan yang melaksanakan prosedur MTBS bisa lebih baik dalam melakukan pekerjaannya.
 - b. Dinas kesehatan sebaiknya memfasilitasi kecukupan sarana dan prasarana yang ada di puskesmas yang mendukung pelaksanaan program MTBS jangan sampai puskesmas kekurangan dalam sarana dan prasarana.

- c. Dinas kesehatan hendaknya melakukan penyegaran pelatihan bagi petugas MTBS sehingga dapat meningkatkan kemampuan dan ketrampilan petugas dalam menjalankan tugasnya.
 - d. Dinas kesehatan memberikan penghargaan kepada petugas dalam bentuk pemilihan petugas MTBS teladan tingkat kabupaten untuk memacu petugas MTBS lain yang belum mendapatkan penghargaan.
4. Kepada Departemen Kesehatan
- a. Departemen Kesehatan perlu membuat suatu kebijakan mengenai penerapan MTBS di beberapa wilayah yang memiliki keterbatasan tenaga dokter dengan mengeluarkan peraturan kepada daerah untuk memberikan kewenangan berupa aspek legal kepada tenaga paramedis yaitu bidan dan perawat agar dapat memberikan pengobatan dalam menerapkan prosedur MTBS.
 - b. Departemen Kesehatan perlu membuat suatu standar mengenai penerapan MTBS berdasarkan wilayah yang memiliki jumlah kunjungan balita >100 orang perhari membutuhkan petugas khusus untuk menangani MTBS minimal 6 orang.
5. Kepada Peneliti Lain
- a. Sebaiknya dilakukan penelitian lanjutan dengan memasukkan variabel-variabel lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini seperti imbalan, masa kerja, komitmen pimpinan, supervisi, dan motivasi.
 - b. Desain penelitian sebaiknya menggunakan kohort.

DAFTAR PUSTAKA

- Afrizal, B. 2008
Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Jalan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) terhadap Mutu Layanan Puskesmas di Kabupaten Serang. Tesis FKM UI, Depok.
- Arifin, J. 2006
Kajian Kepatuhan Petugas MTBS terhadap standar Operasional Prosedur (SOP) pendekatan MTBS dan factor-faktor yang mempengaruhinya di Kabupaten Majalengka. Tesis FKM UI, Depok.
- Ariyanto, Y. 2008
Hubungan Pengetahuan Ibu tentang ISPA dengan Kejadian ISPA pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Citeureup Kabupaten Bogor. Tesis FKM UI, Depok.
- Biddulph, J, et.al, 1999
Kesehatan Anak untuk Perawat, Petugas Penyuluhan Kesehatan dan Bidan Desa, Gadjah Mada Univresity Press, Yogyakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1998
Pelatihan Penggunaan Obat Rasional untuk Dokter Puskesmas. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1999/2000
Pedoman Program Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernapsan Akut untuk Penanggulangan Pneumonia pada Balita dalam PELITA VI. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia ; Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2001

Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001 Studi Morbiditas dan Disabilitas di Jawa Bali, Studi Pola Penyakit sebab Kematian di Jawa Bali. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2001

Pedoman Penatalaksanaan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut Pada Balita. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2002

Modul Penggunaan Obat Rasional. Direktorat Jenderal Pelayanan Kefarmasian dan Alat Kesehatan. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2003

Modul Pelatihan Penggunaan Obat Rasional. Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), Jakarta.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2004

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor : 128/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.

_____, 2006

Pedoman Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut untuk Penanggulangan Pneumonia pada Balit. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.

_____, 2006

Manajemen Terpadu Balita Sakit, Pengantar. Depkes RI, Jakarta

_____, 2006

Pedoman Penerapan MTBS di Puskesmas, Depkes RI, Jakarta

- Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka, 2006
Evaluasi Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka. Majalengka.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka, 2006
Profil Kesehatan Kabupaten Majalengka. Majalengka.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor, 2006
Profil Kesehatan Kabupaten Bogor
- Direktorat Jenderal PPM & PLP, 1993
Buku Bimbingan dan Tata laksana Penderita Infeksi Saluran Pernapasan Akut pada Anak. Jakarta.
- Direktorat Jenderal PPM & PLP, 1993
Buku Pelaksanaan Pedoman Program Pemberantasan Penyakit ISPA untuk Penanggulangan Pneumonia pada Balita dalam Pelita VI. Jakarta.
- Donabedian, A. 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment.* Vol.I. Health Administration Press, An Arbor, Michigan
- Elytha, F. 1994
Hubungan Faktor Individu, Sosial Budaya dan Penunjang Kegiatan dengan Penampilan Kerja Bidan di Desa di propinsi Jawa Barat, Jawa Tengah, dan Sumatera Utara tahun 1993. Tesis FKM UI, Depok.
- Firdaus. 2008
Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Petugas Puskesmas dan Puskesmas Pembantu dala Menerapkan Prosedur Manajemen Terpadu Balita Sakit di Kabupaten Nagan Raya. Tesis FKM UI, Depok.
- Gibson. Ivancevich, Donnely, 1996.
Organisasi : Perilaku, Struktur dan Proses Edisi Kelima, Erlangga, Jakarta.

- Green, W.Lawrence, dan Kreuter, W.M., 2005
Health Program Palnning: an Education and Ecological Approach, Edisi IV, New York: McGraw,-Hill.
- Harun, N.MN. 2001
Pengaruh Tatalaksana Pneumonia Balita Terhadap Kesembuhan Penderita di Puskesmas MTBS Kabupaten Donggala Propinsi Sulawesi Tengah (dari sudut pandang penderita). Tesis FKM-UI. Depok.
- Heriana, Amirudin, Ridwan, Ansar, Jumriani, 2005
Journal Medical Faculty of Hasanudin University, *Analisis Faktor Resiko Kejadian Pneumonia pada Anak Umur Kurang 1 tahun di RSUD Labuang Baji Kota Makassar :*
<http://www.google.co.id/search/?=pengeth...> [diakses 25 Januari 2008]
- Illyas Y. 2002
Kinerja Teori, Penilaian dan Penelitian. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKMUI, Depok
- Lameshow, Stanley, et.al. 1997.
Adequancy of Sample Size in Health Studies, WHO, John Wilay and Sons, New York
- Munawaroh, S. Sumartono dan Suryawati, S. 2001
Upaya Menurunkan Penggunaan Antibiotik pada Pengobatan ISPA Melalui Diskusi Kelompok Kecil Paramedis Puskesmas di Kabupaten Bantul. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Volume 04/No 02/Maret/2001 Hal.111-119. PMPK-FK UGM. Yogyakarta.
- Notoatmodjo, S. 2005
Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. PT. Rineka Cipta, Jakarta.

- Nurhayati, Euis, 1997
Faktor-faktor Yang Berhubungan dengan Perilaku Kepatuhan Petugas Kesehatan dalam Pencegahan Infeksi Nosokomial luka Operasi di Bagian Bedah RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, Tesis FKM UI, Depok
- Pinem, Lusiana. 2007
Factor-faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Petugas Puskesmas Menerapkan Pedoman Pengobatan dalam Penggunaan Obat Rasional di Kabupaten Purwakarta. Tesis FKM UI. Depok.
- Pohan, Imbalo S, 2003
Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Penerapannya Dalam Pelayanan Kesehatan, Kesaint Blanc, Bekasi.
- Pudjiastuti, Wiwiek, 2002
Analisis Kepatuhan Petugas Puskesmas Terhadap Tata Laksana Manajemen Terpadu Balita Sakit di Puskesmas DKI Jakarta tahun 2001. Tesis Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Depok.
- Rivai, V. 2003
Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Sarwono, S., 1993
Sosiologi Kesehatan, Beberapa Konsep beserta Aplikasinya. University Press. Yogyakarta.
- Siagian, S.P, 1989
Teori Motivasi dan Aplikasinya. Bina Aksara. Jakarta
- Siswati, S. 2001
Faktor-faktor Yang Berhubungan dengan Perilaku Tenaga Kesehatan Puskesmas Dalam Penggunaan Antibiotica pada Balita Penderita ISPA non Pneumonia di Kota Madang. Tesis Program Studi Ilmu Perilaku. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Yakarta.

Sobirin, 2007

Hubungan Karakteristik Individu dan Organisasi dengan Perilaku Petugas Kesehatan dalam Pemberian Antibiotika pada Penderita ISPA non Pneumonia di Puskesmas Kabupaten Majalengka tahun 2007. Tesis FKM-UI, Depok.

Ujiyanto, 1999

Penggunaan Obat Secara Rasional, Intervenisi Pelatihan dan Kegiatan Terkait, oleh Pokja Pengelolaan dan Penggunaan Obat, Proyek Kesehatan IV, Makalah pada Lokakarya Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta.

Usmayarni. Ida, 2004

Analisis Efektifitas Biaya Penanganan Penyakit Pneumonia pada Puskesmas MTBS dan Puskesmas non MTBS di Kabupaten Tanah Datar tahun 2003. Tesis FKM-UI. Depok.

Utarini, A. 2001

Modul Penggunaan Obat Rasional. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat. Bandung.

Wahyudin, U. 2006

Analisis Kepatuhan Bidan di Poli KIA Dalam Penggunaan Obat Rasional pada Balita Diare Akut non Spesifik di Kabupaten Sumedang 2006. Tesis Kelompok Studi Mutu Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Jakarta.

WHO, Uniceff, 1999

Integrated Management of The Sick Child, WHO. Geneva.

Yudatiningsih, I dan Suryawati, S, 2004

Pengaruh Umpan Balik Dampak Monitoring Training dan Palnning (MTP) dalam Pengobatan ISPA diPuskesmas Kabupaten Sleman. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Volume 07/No 01/Maret/2004. Hal. 41-49. PMPK-FK UGM. Yogyakarta.

Nomor Identifikasi

Kabupaten	Puskesmas	Anak	

Survei Evaluasi Pelaksanaan MTBS FORMULIR-1

IDENTIFIKASI

Lokasi

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

Pengamatan

15. Tanggal : _____
- 16a. Nama pengamat : _____ Kode : /_/_/
- 17a. Mulai pukul : _____
- 18a. 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

19. Nama : _____
110. Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
111. Tanggal lahir : ____/____/____ (tanggal/bulan/tahun)
112. Umur : ____ bulan

Nomor Identifikasi

--	--	--	--

Kabupaten Puskesmas

Anak

KARAKTERISTIK PETUGAS KAMAR PERIKSA

Tanyakan kepada Petugas Kesehatan yang melakukan penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling di Kamar Periksa

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)
Petugas 1 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
Petugas 2 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 <i>apakah anak bisa minum atau menetek?</i>	1. Ya	2. Tidak
A8	Apakah petugas kesehatan menanyakan <i>apakah anak memuntahkan yang dimakan/diminumnya?</i>	1. Ya	2. Tidak
A9	Apakah petugas kesehatan menanyakan <i>apakah anak kejang?</i>	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 <i>apakah anak batuk atau sukar bernafas?</i>	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 <i>apakah anak diare?</i>	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 <i>apakah anak demam ATAU mengacu/melihat hasil pemeriksaan suhu sebelumnya?</i>	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

Nomor Identifikasi

Kabupaten Puskesmas

Anak

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

	C51t	Sirup Besi	1. Ya	2. Tidak
	C51u	Tablet Besi	1. Ya	2. Tidak
	C51v	Oralit	1. Ya	2. Tidak
	C51w	Tablet Zinc	1. Ya	2. Tidak
		Obat oral non-standard MTBS		
	C52a	Antidiare	1. Ya	2. Tidak
	C52b	Antimotilitas usus	1. Ya	2. Tidak
	C52c	Asetosal	1. Ya	2. Tidak
	C52d	Fenobarbital	1. Ya	2. Tidak
	C52e	Dekstrometofam	1. Ya	2. Tidak
	C52f	Gliseril guayakolat	1. Ya	2. Tidak
	C52g	CTM	1. Ya	2. Tidak
	C52h	Kortikosteroid	1. Ya	2. Tidak
	C52i	Multi-vitamin	1. Ya	2. Tidak
	C52j	Vitamin lainnya	1. Ya	2. Tidak
	C52k	Mebendazole	1. Ya	2. Tidak
	C52l	Lainnya (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
	C52m	Lainnya (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
C6	Apakah anak mendapat obat yang berbentuk puyer?		1. Ya	2. Tidak
	Jika YA, tuliskan isinya per bungkus:			
	C6a	Puyer Pertama		
	C6b	Puyer Kedua		
C7	Apakah pengobatan oral yang diberikan termasuk antibiotik?		1. Ya	2. Tidak → langsung ke C9
	Jika YA, periksa dan catatlah hal-hal berikut tentang ANTIBIOTIK PERTAMA yang diberikan			
	C71a	Nama dagang		
	C71b	Isi (formula)		
	C71c	Dosis per kali pemberian		
	C71d	Frekuensi pemberian per hari		
	C71e	Total dosis per hari		
	Periksa dan catat pula hal-hal berikut mengenai ANTIBIOTIK KEDUA yang diberikan			
	C72a	Nama dagang		
	C72b	Isi (formula)		
	C72c	Dosis per kali pemberian		
	C72d	Frekuensi pemberian per hari		
	C72e	Total dosis per hari		

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?	<ol style="list-style-type: none"> 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 atau 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 atau 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)

Nomor Identifikasi

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Kabupaten Puskesmas

Anak

Survei Evaluasi Pelaksanaan MTBS FORMULIR-2

IDENTIFIKASI

Lokasi

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

Pengamatan

15. Tanggal : _____
- 16b. Nama pengamat : _____ Kode : /_/
- 17b. Mulai pukul : _____
- 18b. Selesai pukul : _____

Identitas Anak

19. Nama : _____
110. Jenis kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
111. Tanggal lahir : /_/_/ /_/_/_/ (tanggal/bulan/tahun)
112. Umur : ___ bulan

Nomor Identifikasi

--	--	--

Kabupaten Puskesmas

Anak

KARAKTERISTIK PETUGAS KAMAR OBAT

<i>Tanyakan kepada Petugas Kesehatan yang melayani ibu/pengasuh anak di Kamar Obat</i>		
PO1	Nama petugas kesehatan	
PO2	Jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan
PO3	Umur	tahun
PO4	Tipe/profesi	1. Perawat → ke PP4a 2. Bidan → ke PP4b 3. Asisten Apoteker 4. Lainnya:
PO4a	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)
PO4b	Bila BIDAN, apa jenjang pendidikannya?	1. D1 Kebidanan 2. D3 Kebidanan 8. NA (bukan bidan)
PO5	Apakah pernah mengikuti Pelatihan MTBS?	1. Ya 2. Tidak → langsung ke PP6
	Bila YA	
PO5a	Kapan	Tahun
PO5b	Siapa penyelenggaranya	1. Departemen Kesehatan Pusat 2. Dinas Kesehatan Provinsi 3. Dinas Kesehatan Kabupaten 4. Puskesmas 5. Lainnya:
PO5c	Berapa lama pelatihannya	hari
PO6	Apakah Saudara pernah mendapatkan materi MTBS selama dalam pendidikan Saudara?	1. Ya 2. Tidak
PO7	Apakah Saudara pernah mendapatkan informasi tentang MTBS selain melalui pendidikan dan pelatihan?	1. Ya 2. Tidak

Nomor Identifikasi

--	--	--

Kabupaten Puskesmas

Anak

Bagian C
DAFTAR TILIK PENGOBATAN

C1	Apakah anak disuntik?		1. Ya	2. Tidak → <i>langsung ke C2</i>
	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 → <i>langsung ke C3</i>
	C2a	Jika YA, apakah oralit langsung diminumkan kepada anak di Puskesmas?	1. Ya	2. Tidak
C6	Apakah anak mendapat obat yang berbentuk puyer?		1. Ya	2. Tidak
	Jika YA, tuliskan isinya per bungkus:			
	C6a	Puyer Pertama		
	C6b	Puyer Kedua		
C9	Apakah imunisasi yang dibutuhkan anak diberikan saat ini?		1. Ya → <i>langsung ke D</i>	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	

Nomor Identifikasi

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Kabupaten Puskesmas

Anak

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 mempraktekkan dan cara memberikan obat oral di Puskesmas?				
	D4a	Antibiotika	1. Ya	2. Tidak	8. NA
	D4b	Antimalaria	1. Ya	2. Tidak	8. NA

Nomor Identifikasi

--	--	--	--

Kabupaten Puskesmas

Anak

Bagian F
EXIT INTERVIEW KEPADA IBU/PENGASUH ANAK

F1	Nama ibu/pengasuh anak	
F2	Jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan
F3	Umur	_____ tahun
F4	Hubungan dengan anak	1. Ibu kandung 2. Ayah 3. Keluarga lainnya 4. Lain-lain (sebutkan):
F5	Apa pendapat Bapak/Ibu tentang pelayanan yang diberikan kepada anak-anak sakit yang berobat ke Puskesmas ini? [<i>Bacakan semua pilihan jawaban</i>]	1. Sudah cukup baik 2. Harus ditingkatkan 8. Tidak ada pendapat
F5A	Jika HARUS DITINGKATKAN, hal-hal apa sajakah yang harus ditingkatkan	
F6	Apa pendapat Bapak/Ibu tentang waktu untuk menunggu giliran diperiksa? [<i>Bacakan semua pilihan jawaban</i>]	1. Terlalu lama 2. Lama 3. Masih dapat diterima 4. Cepat 8. Tidak ada pendapat
F7	Apa pendapat Bapak/Ibu tentang lamanya pemeriksaan anak? [<i>Bacakan semua pilihan jawaban</i>]	1. Terlalu lama 2. Lama 3. Masih dapat diterima 4. Cepat 8. Tidak ada pendapat
F8	Apakah petugas kesehatan memberi atau meresepkan obat untuk diminum anak?	1. Ya 2. Tidak → langsung ke F17
	<i>Jika YA mintalah obat yang diterima ibu/pengasuh anak. Lakukan pengamatan tentang hal-hal berikut.</i>	
F9	Apakah ada antibiotik yang diterima ibu/pengasuh anak?	1. Ya 2. Tidak → langsung ke F13 3. Tidak dapat ditentukan → langsung ke F14
	Bila YA, catat hal-hal berikut tentang ANTIBIOTIK PERTAMA yang diterima ibu/pengasuh anak	
F9a	Nama dagang	
F9b	Formula	
F9c	Dosis per kali pemberian	
F9d	Frekuensi pemberian per hari	
F9e	Total dosis per hari	

F10	<i>Kemudian tanyakan hal-hal berikut tentang antibiotik pertama kepada ibu/pengasuh anak</i>	
F10a	Berapa TABLET/SENDOK/BUNGKUS obat ini Bapak/Ibu berikan kepada anak yang sakit ini setiap kalinya?	
F10b	Berapa kali sehari Bapak/Ibu memberikan obat ini kepada anak yang sakit ini?	
F10c	Berapa hari Bapak/Ibu harus memberikan obat ini kepada anak yang sakit ini?	
F11	Apakah ada antibiotik kedua yang diterima ibu/anak	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak → langsung ke F13 3. Tidak dapat ditentukan → langsung ke F13
	Bila YA, catat hal-hal berikut tentang ANTIBIOTIK KEDUA yang diterima ibu/pengasuh anak	
F11a	Nama dagang	
F11b	Formula	
F11c	Dosis per kali pemberian	
F11d	Frekuensi pemberian per hari	
F11e	Total dosis per hari	
F12	<i>Kemudian tanyakan hal-hal berikut tentang antibiotik kedua kepada ibu/pengasuh anak</i>	
F12a	Berapa TABLET/SENDOK/BUNGKUS obat ini Bapak/Ibu berikan kepada anak yang sakit ini setiap kalinya?	
F12b	Berapa kali sehari Bapak/Ibu memberikan obat ini kepada anak yang sakit ini?	
F12c	Berapa hari Bapak/Ibu harus memberikan obat ini kepada anak yang sakit ini?	
F13	Apakah ibu/pengasuh anak menerima antimalaria?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak → langsung ke F15 3. Tidak dapat ditentukan → langsung ke F15
	Bila YA, catat hal-hal berikut tentang antimalaria yang diterima ibu/pengasuh anak	
F13a	Nama dagang	
F13b	Formula	
F13c	Dosis per kali pemberian	
F13d	Frekuensi pemberian per hari	
F13e	Total dosis per hari	
F14	<i>Kemudian tanyakan hal-hal berikut tentang antimalaria kepada ibu/pengasuh anak</i>	
F14a	Berapa TABLET/SENDOK/BUNGKUS obat ini Bapak/Ibu berikan kepada anak yang sakit ini setiap kalinya?	
F14b	Berapa kali sehari Bapak/Ibu memberikan obat ini kepada anak yang sakit ini?	
F14c	Berapa hari Bapak/Ibu harus memberikan obat ini kepada anak yang sakit ini?	

F15	Apakah ibu/pengasuh anak menerima oralit?		1. Ya 2. Tidak → langsung ke F17	
	<i>Jika YA, tanyakan hal-hal berikut ini kepada ibu/pengasuh anak,</i>			
	F15a	Berapa banyak air yang akan Bapak/Ibu tambahkan/campurkan dengan sebungkus oralit ini?		
	F15b	Kapankah Bapak/Ibu akan memberikan oralit kepada anak yang sakit ini?		
	F15c	Berapa banyak (gelas) oralit akan Bapak/Ibu berikan setiap kalinya?		
F16	Apakah petugas kesehatan memberi tahu Bapak/Ibu kapan anak ini harus kontrol kembali?		1. Ya 2. Tidak → langsung ke F18	
	F16a	Bila YA, berapa hari lagi anak yang sakit ini harus kontrol kembali?		
F17	Kadang-kadang kondisi anak menjadi lebih buruk sehingga perlu segera dibawa ke fasilitas kesehatan. Gejala apa saja yang membuat Bapak/Ibu harus membawa kembali anak yang sakit ini ke fasilitas kesehatan sesegera mungkin?			
	F17a	Tidak dapat minum/menetek	1. Ya, disebutkan	2. Tidak disebutkan
	F17b	Bertambah parah	1. Ya	2. Tidak
	F17c	Timbul demam	1. Ya	2. Tidak
	F17d	Nafas cepat dan/atau sukar bernafas	1. Ya	2. Tidak
	F17e	Tinja bercampur	1. Ya	2. Tidak
	F17f	Malas minum	1. Ya	2. Tidak
	F17g	Timbul tanda-tanda perdarahan	1. Ya	2. Tidak
	F17h	Lainnya (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
	F17i	Lainnya (tuliskan):	1. Ya	2. Tidak
F18	Apakah ibu memiliki Buku KIA (buku merah jambu) atau Kartu Nasehat Ibu (KNI)?		1. Ya	2. Tidak

AKHIR WAWANCARA. Ucapkan terima kasih kepada ibu/pengasuh anak atas kerja sama dan informasi yang diberikan. Tanyakan apakah ibu/pengasuh anak memiliki pertanyaan yang ingin disampaikan. Yakinkan bahwa ibu/pengasuh anak mengetahui:

1. cara menyiapkan oralit untuk anak yang diare;
2. cara memberikan obat yang telah diterima;
3. kapan saatnya kontrol;
4. tanda-tanda bahaya yang harus dicermati; dan
3. kapan harus mengimunisasi anak.

Nomor Identifikasi

--	--	--	--

Kabupaten Puskesmas

Anak

Bagian G
KESIMPULAN PENGAMAT

Kesimpulan yang harus dibuat		Cara menarik kesimpulan	Kesimpulan Pengamat		
G1	Jika ibu/pengasuh anak menerima antibiotik, apakah ibu/pengasuh anak dapat menjelaskan dengan benar cara memberikan antibiotik kepada anak?	F8 = YA dan jawaban F10a, F10b, F10c BENAR. atau F8 dan F11 = YA dan jawaban F10a, F10b, F10c, F12a, F12b, F12c BENAR	1. Ya	2. Tidak	8. NA (tidak menerima antibiotik)
G2	Jika ibu/pengasuh anak menerima antimalaria, apakah ibu/pengasuh anak dapat menjelaskan dengan benar cara memberikan antimalaria kepada anak?	F13 = YA dan jawaban F14a, F14b, F14c BENAR	1. Ya	2. Tidak	8. NA (tidak menerima antimalaria)
G3	Jika ibu/pengasuh anak menerima oralit, apakah ibu/pengasuh anak dapat menjelaskan cara membuat oralit dan memberikan oralit kepada anak?	F15 = YA dan jawaban F15a, F15b, F15c BENAR	1. Ya	2. Tidak	8. NA (tidak menerima oralit)

**Survei Evaluasi Pelaksanaan MTBS
FORMULIR-3**

IDENTIFIKASI

Lokasi

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

Pengamatan

15. Tanggal : _____ Kode : /_/
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.

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 Tihik 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 (loogbook)	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 masukkan 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 LBI 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	

Nomor Identifikasi

Kabupaten Puskesmas

Anak

Survei Evaluasi Pelaksanaan MTBS FORMULIR-1

IDENTIFIKASI

Lokasi

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

Pengamatan

15. Tanggal : _____ Kode : /_/
- 16a. Nama pengamat : _____ Kode : /_/
- 17a. Mulai pukul : _____
- 18a. 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

KARAKTERISTIK PETUGAS KAMAR PERIKSA

<i>Tanyakan kepada Petugas Kesehatan yang melakukan penilaian, klasifikasi, pengobatan dan konseling di Kamar Periksa</i>		
PP1	Umur	tahun
PP4	Tipe/profesi	1. Perawat → ke PP2a 2. Bidan → ke PP2b 3. Dokter → ke PP 4. Lainnya:
PP5	Apakah pernah mengikuti Pelatihan MTBS? (petugas 1)	1. Ya 2. Tidak → langsung ke PP4
PP8	Apakah pernah mengikuti Pelatihan MTBS? (petugas 2)	1. Ya 2. Tidak → langsung ke PP7

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?		
	A5e	Batuk	1. Ya 2. Tidak
	A5f	Sulit bernafas, nafas cepat, sesak nafas	1. Ya 2. Tidak
A7	Apakah petugas kesehatan menanyakan <i>apakah anak bisa minum atau menetek?</i>		1. Ya 2. Tidak
A8	Apakah petugas kesehatan menanyakan <i>apakah anak memuntahkan yang dimakan/diminumnya?</i>		1. Ya 2. Tidak
A9	Apakah petugas kesehatan menanyakan <i>apakah anak kejang?</i>		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 <i>apakah anak batuk atau sukar bernafas?</i>		1. Ya 2. Tidak → langsung ke B1
	A11a	Bila keluhan YA, apakah petugas kesehatan menghitung frekuensi nafas anak?	1. Ya 2. Tidak

Bagian B**DAFTAR TILIK KLASIFIKASI**

Klasifikasi yang Ditetapkan			
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

Bagian C
DAFTAR TILIK PENGOBATAN

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
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
C7	Apakah pengobatan oral yang diberikan termasuk antibiotik?	1. Ya	2. Tidak → langsung ke C9
	Jika YA, periksa dan catatlah hal-hal berikut tentang ANTIOTBIOTIK PERTAMA yang diberikan		
C51a	Nama dagang		
C51b	Isi (formula)		
C51c	Dosis per kali pemberian		
C51d	Frekuensi pemberian per hari		
C51e	Total dosis per hari		
	Periksa dan catat pula hal-hal berikut mengenai ANTIBIOTIK KEDUA yang diberikan		
C52a	Nama dagang		
C52b	Isi (formula)		
C52c	Dosis per kali pemberian		
C52d	Frekuensi pemberian per hari		
C52e	Total dosis per hari		

Bagian D
DAFTAR TILIK PENGAMATAN KONSELING

D1	Apakah petugas kesehatan menerangkan cara memberikan obat oral:			
D1a	Antibiotika	1. Ya	2. Tidak	8. NA
D2	Apakah petugas kesehatan mendemonstrasikan cara memberikan obat oral:			
D2a	Antibiotika	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
D4	Apakah petugas kesehatan meminta ibu/pengasuh anak untuk memberikan dosis pertama obat oral di Puskesmas?			
D4a	Antibiotika	1. Ya	2. Tidak	8. NA
D8	Apakah petugas kesehatan memberi tahu ibu/pengasuh anak untuk segera membawa kembali			

Nomor Identifikasi

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Kabupaten Puskesmas Anak

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	
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	
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 : _____ Kode : /_/
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.

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:			
	P1d	Timer (pengukur waktu) atau arloji dengan jarum detik untuk setiap petugas MTBS	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
	P1n	Alat penghisap lendir	1. Ya	2. Tidak
	P1u	Buku Bagan MTBS	1. Ya	2. Tidak
	P1v	Bagan Dinding MTBS	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
P5	Apakah puskesmas memiliki stok vaksin berikut ini:			
	P5c	Vaksin DPT	1. Ya	2. Tidak

Nomor Identifikasi

Kabupaten Puskesmas

KETERSEDIAAN OBAT

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

OI	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



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	