

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PETUGAS KESEHATAN
DENGAN PENERAPAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT
DI KABUPATEN MAJENE PROVINSI SULAWESI BARAT
TAHUN 2012**



OLEH :

**EDI JUNAEDI
NIM : C121 11 610**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**

SKRIPSI

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PETUGAS KESEHATAN
DENGAN PENERAPAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT
DI KABUPATEN MAJENE PROVINSI SULAWESI BARAT
TAHUN 2012**

*Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



OLEH :

**EDI JUNAEDI
NIM : C121 11 610**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2013**



HALAMAN PERSETUJUAN

**HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PETUGAS KESEHATAN
DENGAN PENERAPAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT
DI KABUPATEN MAJENE PROVINSI SULAWESI BARAT
TAHUN 2012**

Oleh

**EDI JUNAEDI
C 121 11 610**

Skripsi ini diterima dan disetujui untuk dipertahankan di depan tim penguji

Dosen Pembimbing:

Pembimbing I,

Pembimbing II,

(Nurmaulid, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

(Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Kes)

Mengetahui:

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan,

Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep

NIP. 19500114 197207 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**“HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PETUGAS KESEHATAN
DENGAN PENERAPAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT
DI KABUPATEN MAJENE PROVINSI SULAWESI BARAT
TAHUN 2012”**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Hari/Tanggal : 5 Februari 2013

Pukul : 15.00 – 17.00 wita

Tempat : Ruang Bersama lantai 4 PSIK UNHAS

Oleh:

EDI JUNAEDI

C121 11 610

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

Penguji I : Suni Hariati, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Penguji II : Kadek Ayu Erika,S.Kep.,Ns.,M.Kes

Penguji III : Nurmaulid,S.Kep.,Ns.,M.Kep

Penguji IV : Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Kes

Mengetahui:

A.n. Dekan
Wakil Dekan Bidang Akademik
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin,

Prof.dr. Budu, Ph.D.,SpM(K),M.MedED
NIP. 19661231 199503 1 009

Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep
NIP. 19500114 197207 2 001

Pernyataan Keaslian Skripsi

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : EDI JUNAEDI

NIM : C121 11 610

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia bertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan sama sekali.

Makassar, Januari 2013

Yang membuat pernyataan,

(EDI JUNAEDI)

KATA PENGANTAR

Puji syukur yang tiada terkira penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala limpahan Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Hubungan pengetahuan dan sikap petugas kesehatan dengan penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit di Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat tahun 2012”.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini tak lepas dari petunjuk, bantuan, bimbingan dan arahan dari berbagai pihak. Oleh karena itu perkenankanlah penulis menyampaikan rasa terima kasih yang tulus dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Bapak Prof. Dr. dr. Irawan Yusuf, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Bapak Prof.dr. Budu, Ph.D.,SpM(K),M.MedED selaku wakil dekan bidang akademik Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Ibu Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Ibu Nurmaulid, S.Kep.,Ns.,M.Kep, selaku pembimbing I dan Ibu Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku pembimbing II yang telah memberikan petunjuk, bimbingan, arahan dan motivasi sehingga skripsi ini selesai tepat pada waktunya.
5. Ibu Suni Hariati, S.Kep.,Ns.,M.Kep, dan Ibu Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku tim penguji skripsi yang telah memberikan arahan, kritik dan sarannya demi kesempurnaan penulisan skripsi ini.

6. Bapak Kepala Puskesmas Sendana I beserta seluruh stafnya atas izin dan bantuannya dalam pelaksanaan penelitian di wilayah kerjanya.
7. Segenap dosen dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan pengetahuan, motivasi dan bimbingan selama penulis menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
8. Rekan-rekan seangkatan Ners B 2011 yang telah memberikan bantuan, semangat dan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.
9. Teristimewa pernyataan terima kasih yang tak ternilai harganya dengan ikhlas saya persembahkan kepada almarhum ayahanda dan ibunda tercinta, istri dan anakku tersayang, serta seluruh keluarga atas segala doa, pengorbanan dan motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.

Semoga segala bantuan dan dukungan dari semua pihak yang telah membantu penulis, kiranya mendapat pahala yang setimpal dari Allah SWT.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Olehnya itu segala kritik dan saran yang konstruktif penulis harapkan untuk kesempurnaan penulisan selanjutnya. Semoga skripsi ini bernilai dan dapat memberikan sumbangan serta bermanfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya dibidang keperawatan dan kesehatan. Amin.

Makassar, Januari 2013

Penulis

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada yth.

Bapak/Ibu Calon Responden

di-

Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar :

Nama : EDI JUNAEDI

NIM : C121 11 610

Hendak melaksanakan penelitian dengan judul **“Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Petugas Kesehatan dengan penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat”**

Bahwa penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi bapak/ibu. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika bapak/ibu tidak bersedia menjadi responden tidak ada ancaman maupun sanksi bagi bapak/ibu.

Jika bapak/ibu telah menjadi responden dan terjadi hal yang merugikan, maka bapak/ibu boleh mengundurkan diri dan tidak berpartisipasi dalam penelitian.

Saya sebagai peneliti mengucapkan banyak terima kasih atas kesediaan bapak/ibu menjadi responden dalam penelitian ini.

Peneliti,

EDI JUNAEDI

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar :

Nama :

Alamat :

Judul Penelitian : **“Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Petugas Kesehatan dengan penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat”**

Saya berharap penelitian ini tidak akan mempunyai dampak negatif serta merugikan bagi saya dan keluarga saya, sehingga pertanyaan yang akan saya jawab, benar-benar dapat dirahasiakan.

Demikian lembar persetujuan ini saya buat dan kiranya dipergunakan sebagaimana mestinya,-

Majene, Juli 2012

Responden,

()

ABSTRAK

Edi junaedi, “Hubungan pengetahuan dan sikap petugas kesehatan dengan penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat” dibimbing oleh Nurmaulid dan Yuliana Syam (xii + 78 halaman + 10 tabel + 7 lampiran)

Latarbelakang: WHO (2010) melaporkan hampir 21 ribu anak dibawah 5 tahun meninggal setiap harinya (70% di negara berkembang) yang disebabkan oleh penyakit ISPA (Pneumonia), diare, malaria, campak, dan kurang gizi. Salah satu upaya untuk mengatasi hal tersebut dikembangkannya suatu strategi yaitu Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah suatu pendekatan menyeluruh dalam tatalaksana balita sakit usia 0-5 tahun yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada balita.

Tujuan: untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap petugas kesehatan dengan penerapan MTBS di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene.

Metode: Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan pengambilan data menggunakan kuesioner dan observasi dilakukan mulai tanggal 31 Juli sampai 30 Agustus 2012. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan *total sampling* sebanyak 31 responden, diuji dengan *fisher* pada tingkat kemaknaan $\alpha = 5\%$ (0,05). Pengolahan data menggunakan komputer dengan program SPSS versi 18,0 dan disajikan dalam bentuk narasi dan tabel.

Hasil: Dari Penelitian ini diperoleh hasil, terdapat 23 orang (74,2%) berpengetahuan baik, tetapi 8 orang (25,8%) yang menerapkan MTBS. Sedangkan sikap diperoleh hasil 20 (64,5%) orang bersikap positif tetapi menerapkan MTBS 8 orang (40%). Analisa hubungan pengetahuan dengan penerapan MTBS menunjukkan nilai p (0,076) berarti tidak ada hubungan yang bermakna, sementara analisa hubungan sikap dengan penerapan MTBS diperoleh nilai p (0,028%) berarti ada hubungan yang bermakna.

Saran: Perlu adanya kebijakan untuk meningkatkan motivasi kepada petugas kesehatan serta meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka dalam menerapkan MTBS sesuai standar, tidak hanya melalui pelatihan *on the job training*.

Kata Kunci : MTBS, pengetahuan, sikap dan penerapan
Kepustakaan : 31 (2004-2012)

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
1. Tujuan Umum	6
2. Tujuan Khusus	7
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan tentang Manajemen Terpadu Balita Sakit.....	9
B. Tinjauan Pengetahuan tentang Penerapan MTBS	31
C. Tinjauan tentang Sikap	42

BAB III	KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS	
	A. Kerangka Konsep	49
	B. Hipotesis	50
BAB IV	METODE PENELITIAN	
	A. Desain Penelitian	51
	B. Tempat dan Waktu Penelitian	51
	C. Populasi, Sampel dan Sampling	51
	D. Alur Penelitian	53
	E. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	54
	F. Pengumpulan dan Analisa Data	56
	G. Masalah Etika	60
BAB V	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
	A. Hasil Penelitian	62
	B. Pembahasan	68
	C. Keterbatasan Penelitian	75
BAB VI	PENUTUP	
	A. Kesimpulan	77
	B. Saran	77

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

	Hal
Bagan 1 Kerangka Konsep	49
Bagan 2 Alur Penelitian	53

DAFTAR TABEL

		Hal
Tabel 2.1	Jadwal kunjungan ulang balita 2 sampai 5 tahun.....	16
Tabel 2.2	Kapan harus kembali pada balita 2 bulan sampai 5 tahun	18
Tabel 2.3	Jadwal kunjungan ulang bayi kurang dari 2 bulan	19
Tabel 2.4	Menasihati ibu kapan harus kembali segera dibawa ke Puskesmas	71
Tabel 2.5	Klasifikasi untuk dilakukan tindak lanjut	23
Tabel 5.1	Distribusi frekuensi karakteristik responden di wilayah Puskesmas Sendana I	72
Tabel 5.2	Distribusi frekuensi responden berdasarkan variabel independen di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene	65
Tabel 5.3	Distribusi frekuensi responden berdasarkan variabel dependen di Puskesmas Sendana I kabupaten Majene.....	66
Tabel 5.4	Hubungan pengetahuan dengan penerapan MTBS di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene.....	66
Tabel 5.5	Hubungan pengetahuan dan sikap petugas dengan penerapan MTBS di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene	67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat izin penelitian
Lampiran 2	Surat keterangan telah melaksanakan penelitian
Lampiran 3	Formulir permohonan menjadi responden
Lampiran 4	Kuisisioner penelitian
Lampiran 5	Master tabel penelitian
Lampiran 6	Hasil uji statistik dengan program SPSS 18,0
Lampiran 7	Hasil uji validitas dan reliabilitas

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

World Health Organization (WHO) dan *United Nation Children's Fund* (UNICEF) tahun 2011, melaporkan bahwa setiap tahun lebih dari 12 juta anak di bawah lima tahun meninggal pada tahun 1990 dan 7,6 juta pada tahun 2010 yang berarti hampir 21 ribu anak dibawah lima tahun meninggal tiap harinya. Tujuh puluh persen kematian di negara berkembang disebabkan oleh ISPA (pneumonia), diare, malaria, campak, dan kurang gizi. WHO juga melaporkan estimasi angka kematian balita tahun 2010 sebesar 57/1000 kelahiran hidup, dan angka kematian bayi 40/1000 kelahiran hidup secara global (*United Nation Inter-agency Group for Mortality Estimation, 2011*).

Salah satu target dalam pembangunan milenium atau *Millenium Develomment Goals (MDGs)* ke 4 yaitu menurunkan angka kematian balita. Target yang ingin dicapai adalah menurunkan angka kematian bayi dan balita 2/3 pada tahun 2015 dari kondisi tahun 1990, sehingga angka kematian bayi menjadi 17/1000 kelahiran hidup dan balita 23/1000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (*Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008*).

Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007, Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia sebesar 34 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan Angka Kematian Balita (AKBAL) sebesar 44 per 1.000 kelahiran hidup. Hasil SDKI tahun 2007 juga mengestimasi Angka kematian bayi (AKB) pada tingkat provinsi. Provinsi dengan AKB terendah adalah DI Yogyakarta sebesar 19 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan AKB tertinggi terdapat di provinsi Sulawesi Barat sebesar 72 per 1.000 kelahiran hidup. Demikian juga Angka Kematian Balita tertinggi adalah Provinsi Sulawesi Barat sebesar 96 per 1.000 kelahiran hidup (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 untuk Nasional, ada beberapa penyakit utama yang menjadi penyebab kematian bayi dan balita. Pada kelompok bayi (0-11 bulan), dua penyakit terbanyak sebagai penyebab kematian bayi adalah penyakit diare sebesar 31,4% dan pneumonia 24%, sedangkan untuk balita, kematian akibat diare sebesar 25,2%, pneumonia 15,5%, Demam Berdarah Dengue (DBD) 6,8% dan campak 5,8%.

Kabupaten Majene angka kematian bayi tahun 2011 yang dilaporkan sebesar 12,4 per 1.000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian balita sebesar 15,1 per 1.000 kelahiran hidup. Jumlah kasus pneumonia pada balita pada tahun 2010 sebanyak 274 kasus dan pada tahun 2011 meningkat menjadi 486 kasus. Semetara jumlah kasus ISPA pada balita pada tahun 2010 13.665 kasus, pada tahun 2011 berjumlah 14.746 kasus. Kasus diare pada balita tahun 2010

berjumlah 10.113 kasus,dan pada tahun 2011 11.356 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Majene, 2011).

Data penyakit di Puskesmas Sendana I 2010 jumlah kasus diare 587 kasus, pneumonia 53 kasus, ISPA 1310 kasus. Sedangkan pada tahun 2011 jumlah kasus penyakit diare 681 kasus, pneumonia dengan 97 kasus, dan ISPA 1380 kasus.

Hal diatas dapat disebabkan oleh rendahnya kualitas pelayanan kesehatan yang dipengaruhi oleh masalah dalam keterampilan petugas kesehatan, sistem kesehatan dan praktek di keluarga dan komunitas. Perlu adanya integrasi dari ketiga faktor di atas untuk memperbaiki kesehatan anak tersebut sehingga tercipta peningkatan derajat kesehatan anak (Soenarto, 2009).

Sejak tahun 1996 WHO dan UNICEF telah mengembangkan suatu strategi/pendekatan yang dinamakan *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) atau Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah suatu pendekatan yang terintegrasi/terpadu dalam tatalaksana balita sakit dengan berfokus kepada kesehatan anak usia 0-5 tahun (balita) secara menyeluruh. Kegiatan MTBS merupakan suatu upaya yang ditujukan untuk menurunkan kesakitan dan kematian sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan anak balita di unit rawat jalan kesehatan seperti Puskesmas, Pustu, Poskesdes.

Bank Dunia tahun 1993 melaporkan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah intervensi yang *cost effective* untuk mengatasi masalah kematian balita yang disebabkan oleh Infeksi Pernapasan Akut (ISPA), diare, campak,

malaria, kurang gizi, yang sering merupakan kombinasi dari keadaan tersebut. MTBS yang diperkenalkan WHO dan UNICEF di Indonesia pada tahun 1997, diterapkan Depkes setelah melalui proses adaptasi bersama IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia) (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Proses manajemen kasus disajikan dalam satu bagan yang memperlihatkan urutan langkah-langkah dan penjelasan cara pelaksanaannya. Bagan tersebut menjelaskan langkah-langkah menilai dan membuat klasifikasi anak sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun, menentukan tindakan dan memberi pengobatan, memberi konseling pada ibu, manajemen terpadu bayi muda umur kurang dari 2 bulan (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Penerapan MTBS jika terlaksana dengan baik, maka upaya ini tergolong lengkap karena meliputi upaya kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), perbaikan gizi, imunisasi, dan konseling (promotif) untuk mengantisipasi penyakit-penyakit yang sering menyebabkan kematian pada bayi dan balita (Direktorat Bina kesehatan Anak, 2011).

Pelaksanaan MTBS belum berjalan secara efektif. Kondisi tersebut dialami oleh sebagian besar Puskesmas di Indonesia, karena berbagai kendala antara lain terbatasnya jumlah tenaga yang dilatih MTBS, perpindahan tenaga yang sudah dilatih, kurang lengkapnya sarana dan prasarana pendukung. Dari seluruh propinsi di Indonesia, Puskesmas yang telah melaksanakan MTBS hingga akhir 2009 sebesar 51,59%. Kriteria melaksanakan bila dalam menangani

balita sakit minimal 60% dari jumlah kunjungan balita sakit menggunakan modul MTBS (Rekawati,S 2011).

Hasil penelitian Soge, dkk (2009) ditemukan 83% petugas kesehatan tidak melaksanakan klasifikasi menurut standar MTBS. Penelitian Anggraini dikutip dalam Hanafiah (2008) juga melaporkan bahwa dalam pelaksanaan MTBS di Samarinda 70% petugas tidak memberi nasihat tentang perawatan anak sakit, 94% ibu balita tidak menerima kartu anjuran kontrol.

Berdasarkan pengamatan penulis selama bertugas di Puskesmas Sendana I, pelaksanaan MTBS belum berjalan efektif. Salah satu penyebabnya karena petugas kesehatan dalam hal ini perawat dan bidan belum melaksanakan secara penuh kegiatan MTBS dan belum memahami tujuan dari pelaksanaan MTBS, yang mungkin disebabkan karena kurangnya keterampilan petugas itu sendiri dalam melaksanakan MTBS atau karena menganggap bahwa pelaksanaan MTBS itu tidak penting. Petugas kesehatan melaksanakan untuk sebagai laporan ke Dinas Kesehatan bahwa MTBS telah dilaksanakan, tanpa adanya tindak lanjut atau evaluasi setelahnya.

Penelitian sebelumnya tentang hubungan antara pengetahuan dan sikap petugas kesehatan dalam menerapkan MTBS di Puskesmas Sendana I belum pernah dilakukan sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “hubungan pengetahuan dan sikap petugas kesehatan dengan penerapan MTBS di wilayah Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat”

B. Rumusan Masalah

Target dalam pembangunan milenium atau *Millenium Develomment Goals (MDGs)* ke 4 yaitu menurunkan angka kematian bayi dan balita, sementara menurut data SDKI 2007 angka kematian bayi dan balita masih tinggi hal ini dapat disebabkan karena rendahnya kualitas pelayanan kesehatan yang salah satunya dipengaruhi oleh keterampilan petugas. MTBS merupakan suatu upaya yang bertujuan menurunkan angka kesakitan dan kematian balita, yang jika dilaksanakan sesuai standar dapat mengantisipasi penyakit –penyakit yang sering menyebabkan kematian pada bayi dan balita. Pelaksanaan MTBS di Puskesmas Sendana I belum berjalan efektif, salah satu penyebabnya adalah kurangnya keterampilan petugas dalam melaksanakan MTBS. Sehingga yang menjadi masalah penelitian ini yaitu bagaimanakah hubungan tingkat pengetahuan dan sikap petugas kesehatan dengan penerapan MTBS di wilayah Puskesmas Sendana I.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Diketuinya hubungan pengetahuan dan sikap petugas kesehatan dengan penerapan MTBS di Puskesmas Sendana I.

2. Tujuan khusus
 - a. Diketuahuinya tingkat pengetahuan petugas kesehatan Puskesmas Sendana I tentang MTBS.
 - b. Diketuahuinya gambaran sikap petugas kesehatan Puskesmas Sendana I tentang MTBS.
 - c. Diketuahuinya gambaran penerapan MTBS oleh petugas kesehatan di Puskesmas Sendana I
 - d. Diketuahuinya hubungan sikap petugas kesehatan Puskesmas Sendana I dengan penerapan MTBS.
 - e. Diketuahuinya hubungan tingkat pengetahuan petugas kesehatan Puskesmas Sendana I dengan penerapan MTBS

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Petugas Kesehatan

Dapat memberikan pemahaman dan pengetahuan tentang pentingnya Pelaksanaan MTBS, sehingga dapat meningkatkan motivasi petugas dalam menerapkan MTBS di Puskesmas.
2. Bagi Puskesmas

Sebagai bahan pertimbangan bagi penentu kebijakan di Puskesmas untuk meningkatkan motivasi petugas dalam melaksanakan MTBS .
3. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Dapat dijadikan sebagai bahan masukan pada materi keperawatan anak dan Ilmu komunitas bagi Dosen dan Mahasiswa Ilmu Keperawatan.

4. Bagi Peneliti

- a. Meningkatkan wawasan dan pemahaman tentang riset keperawatan, khususnya dalam penerapan MTBS di Puskesmas.
- b. Mendapatkan informasi tentang hubungan tingkat pengetahuan dan sikap petugas dengan penerapan MTBS di Puskesmas

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan tentang Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

1. Definisi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Manajemen Terpadu Balita Sakit merupakan suatu pendekatan keterpaduan dalam tatalaksana balita sakit yang datang berobat ke fasilitas rawat jalan pelayanan kesehatan dasar yang meliputi upaya kuratif terhadap penyakit pneumonia, diare, campak, malaria, DHF, infeksi telinga, malnutrisi dan upaya promotif serta preventif yang meliputi imunisasi, pemberian vitamin A dan konseling pemberian makan yang bertujuan untuk menurunkan Angka Kematian Bayi dan Anak Balita serta menekan morbiditas untuk penyakit tersebut (Departemen kesehatan Republik Indonesia, 2008).

2. Strategi dalam penerapan MTBS terdiri dari tiga komponen, yaitu:

- a. **Komponen I: Meningkatkan keterampilan petugas kesehatan dalam tatalaksana kasus balita sakit (dokter, perawat, bidan).**
- b. **Komponen II: Memperbaiki sistem kesehatan agar penanganan penyakit pada balita lebih efektif.**

- c. Komponen III:Memperbaiki praktek keluarga dan masyarakat dalam perawatan di rumah dalam upaya pencarian pertolongan kasus balita sakit (meningkatkan pemberdayaan keluarga dan masyarakat).

Untuk keberhasilan penerapan MTBS, proporsi penekanan pada ketiga komponen harus sama besar (Direktorat Bina Kesehatan Anak, 2011).

3. Prosedur pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit

Untuk menjaga kualitas pelayanan dan meningkatkan keterampilan klinis dalam MTBS yang terdiri dari, penilaian dan klasifikasi anak sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun, menentukan tindakan, pengobatan, konseling bagi ibu, tindak lanjut, serta tatalaksana bayi muda umur 1 hari sampai 2 bulan (Manajemen Terpadu Bayi Muda/MTBM) (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Selanjutnya menjaga tetap terpeliharanya keterampilan petugas akan manajemen pengelolaan pada balita, pelaksanaan dilapangan diterapkan formulir MTBS/MTBM yang berupa ceklist pengamatan untuk membimbing petugas dalam melakukan pelayanan kepada bayi dan balita (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Kompetensi yang diharapkan dari pelatihan MTBS adalah petugas kesehatan bisa melaksanakan proses manajemen kasus penanganan balita sakit dan bayi muda di fasilitas pelayanan dasar seperti Puskesmas, Puskesmas pembantu, Pondok bersalin, maupun kunjungan rumah. Dengan

berpedoman pada buku bagan, petugas menangani balita sakit dan bayi muda diantaranya dengan melakukan:

- a. Menilai tanda – tanda dan gejala penyakit, status imunisasi, status gizi dan pemberian vitamin A.
- b. Membuat klasifikasi penyakit.
- c. Menentukan tindakan sesuai dengan klasifikasi anak dan memutuskan apakah anak perlu dirujuk.
- d. Memberikan pengobatan pra rujukan yang penting, seperti dosis pertama antibiotika atau pemberian vitamin A.
- e. Melakukan tindakan di fasilitas kesehatan (kuratif dan preventif) seperti pemberian oralit, vitamin A dan imunisasi.
- f. Mengajari ibu cara memberikan obat tertentu di rumah, seperti antibiotika oral.
- g. Memberikan konseling pada ibu mengenai pemberian makan pada anak dan kapan harus kembali ke fasilitas kesehatan.
- h. Melakukan penilaian ulang dan memberikan perawatan yang tepat pada saat anak datang kembali sesuai jadwal pelayanan lanjut.

(Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Dalam melakukan proses manajemen kasus ini, terdapat 2 kelompok umur yaitu apabila anak umur 2 bulan sampai 5 tahun, menggunakan bagan ”penilaian dan klasifikasi anak sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun”. Sampai 5 tahun berarti anak belum mencapai ulang

tahun yang kelima. Kelompok ini termasuk balita 4 tahun 11 bulan, akan tetapi tidak termasuk anak yang sudah berumur 5 tahun. Apabila anak belum berusia genap berumur 2 bulan, maka ia tergolong bayi muda. Bagan yang digunakan adalah “Penilaian, klasifikasi dan pengobatan bayi muda umur kurang dari 2 bulan“. Kusus mengenai bayi muda, bagan berlaku untuk bayi muda sakit maupun sehat (Proses manajemen kasus menggunakan formulir MTBM) (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Dengan menggunakan buku bagan bagian penilaian dan klasifikasi anak umur 2 bulan sampai 5 tahun, petugas mempraktikkan keterampilan sebagai berikut:

- a. Penilaian dan klasifikasi penyakit
 - 1) Menanyakan kepada ibu mengenai masalah yang dihadapi
 - 2) Memeriksa tanda bahaya umum
 - a) Tidak bisa minum atau menyusui
 - b) Anak selalu memuntahkan semuanya
 - c) Anak menderita kejang
 - d) Tampak letargis atau tidak sadar
 - 3) Menanyakan kepada ibu mengenai empat keluhan utama:
 - a) Batuk atau sukar bernafas
 - b) Diare
 - c) Demam

d) Masalah telinga

Apabila ada keluhan utama tersebut diatas maka dilanjutkan dengan:

- a) Melakukan penilaian lebih lanjut gejala lain yang berhubungan dengan gejala utama
- b) Membuat klasifikasi penyakit anak berdasarkan gejala yang ditemukan
- c) Memeriksa dan mengklasifikasi status gizi anak dan anemia
- d) Memeriksa status imunisasi dan pemberian vitamin A pada anak dan menentukan apakah anak membutuhkan imunisasi dan /atau vitamin A pada saat kunjungan tersebut
- e) Menilai masalah/keluhan lain yang dihadapi anak.

(Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

b. Menentukan tindakan dan memberi pengobatan

Pengobatan pada anak sakit dapat dimulai di klinik dan diteruskan dengan pengobatan lanjutan dirumah. Pada beberapa keadaan, anak yang sakit berat perlu dirujuk ke Puskesmas rawat inap atau ke Rumah Sakit untuk perawatan yang lebih lanjut. Dalam hal ini perlu dilakukan tindakan pra rujukan sebelum anak dirujuk.

Pada bagian ini petugas mempunyai keterampilan untuk:

- 1) Menentukan perlunya dilakukan rujukan segera
- 2) Menentukan tindakan dan pengobatan pra rujukan

- 3) Merujuk anak, menjelaskan perlunya rujukan, menulis surat rujukan
- 4) Menentukan tindakan dan pengobatan untuk anak yang tidak memerlukan rujukan segera
- 5) Memilih obat yang sesuai dengan menentukan dosis dan jadwal pemberian
- 6) Memberi cairan tambahan untuk diare dan melanjutkan pemberian makanan
- 7) Memberi imunisasi setiap anak sakit sesuai kebutuhan
- 8) Memberi suplemen vitamin A
- 9) Menentukan waktu untuk kunjungan ulang

(Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

c. **Konseling bagi ibu**

Petugas kesehatan dilatih menyediakan waktu untuk menasihati ibu dengan cermat dan menyeluruh. Pada bagian ini adalah penting bagi petugas untuk memahami bahwa praktik menasihati/konseling bagi ibu adalah diharapkan ibu mampu menerapkan perawatan dirumah dengan baik. Pola perawatan dirumah yang benar merupakan indikator keberhasilan petugas dalam memberikan pemahaman/konseling mengenai masalah kesehatan anak ibu. Sebagai alat komunikasi penggunaan kartu nasihat ibu (KNI)/Buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), akan membantu petugas untuk mempraktikkan konseling pada ibu.

Petugas akan mempraktikkan tugas konseling ini antara lain:

- 1) Menggunakan ketrampilan komunikasi yang baik
- 2) Mengajari ibu cara memberikan obat oral dirumah
- 3) Mengajari ibu cara mengobati infeksi lokal dirumah
- 4) Mengajari ibu cara pemberian cairan dirumah
- 5) Melakukan penilaian pemberian ASI (Air Susu Ibu) dan makanan anak
- 6) Menentukan masalah pemberian ASI dan makanan anak
- 7) Konseling bagi ibu tentang masalah pemberian ASI dan makanan
- 8) Menasihati ibu tentang:
 - a) Kapan kembali untuk kunjungan ulang
 - b) Kapan kembali segera untuk perawatan lebih lanjut
 - c) Kapan kembali untuk imunisasi dan pemberian vitamin A
 - d) Kesehatan sendiri

(Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

- 9) Menentukan prioritas nasehat

Pada tiap akhir kunjungan, petugas akan menjelaskan kapan harus kunjungan ulang. Kadang seorang anak membutuhkan tindak lanjut untuk lebih satu masalah. Pada kasus seperti ini, ibu diberitahu kapan waktu terpendek dan pasti ibu harus kembali. Dan jelaskan juga kemungkinan anak harus kembali lebih awal jika masalah

seperti demam menetap. Tabel 2.1 menunjukkan jadwal kunjungan ulang anak 2 bulan sampai 5 tahun.

(Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Tabel 2.1 Kunjungan ulang balita 2 bulan sampai 5 tahun

Anak Dengan	Kunjungan Ulang
Pnemonia Disentri Malaria jika masih demam Demam mungkin bukan malaria,jika masih demam Campak dengan komplikasi pada mata dan mulut Mungkin DBD, jika masih demam Demam mungkin bukan DBD, jika masih demam	2 hari
Diare persisten Infeksi telinga akut Infeksi telinga kronis Masalah pemberian makan Penyakit lain, bila tidak ada perbaikan	5 hari
Anemia	4 minggu / 1 bulan
BB menurut umur sangat rendah (KEPN nyata)	4 minggu / 1 bulan

Ada beberapa kunjungan ulang yang berbeda untuk masalah gizi yaitu:

- 1) Anak yang mempunyai masalah pemberian makan, dan ibu balita telah dianjurkan untuk melakukan perubahan dalam hal pemberian makan, kunjungan ulang dalam waktu 5 hari adalah untuk melihat apakah ibu telah melakukan perubahan itu.
- 2) Anak yang tampak pucat (anemia), kunjungan ulang dalam 4 minggu untuk member makanan tambahan zat besi (yang penting anak dengan anemia akan mendapat zat besi dengan total pemberian untuk 1 bulan dan mendapat tindak lanjut setelah 1 bulan tersebut).
- 3) Anak yang menderita BGM, kunjungan ulang dalam waktu 4 minggu/1 bulan untuk menimbang anak, menilai ulang pemberian makan dan memberi nasihat lebih lanjut sesuai Kartu Nasihat Ibu/KIA (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Jadwal kunjungan ulang ini terdapat dalam Kartu Nasihat Ibu, bersama nasihat kapan harus kembali segera (tabel 2.2). Bagian terpenting dari kapan harus kembali ini, petugas dilatih untuk selalu menecek pemahaman ibu sebelum meninggalkan klinik. Dalam memberikan nasihat itu petugas dapat menggunakan istilah lokal yang mudah dimengerti ibu. Kartu nasihat ibu

menampilkan tanda-tanda tersebut dalam bentuk kalimat maupun gambar. Petugas akan melingkari tanda-tanda yang harus diingat ibu. Petugas harus selalu menyadari bahwa kata-kata dan nasihat tersebut dimengerti oleh ibu. Jika ibu tidak mengerti, mungkin ibu tidak akan kembali. Jika ibu tidak kembali pada saat anak menderita pneumonia anak mungkin dapat meninggal (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Tabel 2.2 Kapan harus kembali pada balita 2 bulan sampai 5 tahun

Kunjungan Ulang	Tanda-tanda
Setiap anak sakit	Tidak bisa minum atau menetek. Bertambah parah. Timbul demam
Anak dengan batuk : bukan Pneumonia, juga kembali jika :	Napas cepat Sukar bernapas
Jika anak diare, kembali jika :	Berak bercampur darah Malas minum
Jika anak : mungkin DBD atau Demam, mungkin bukan DBD, juga harus kembali jika :	Ada tanda – tanda perdarahan Ujung ekstremitas dingin Nyeri ulu hati atau gelisah Sering muntah

Dengan demikian, Konseling yang baik diharapkan akan memberikan pemahaman kepada ibu balita akan perawatan balita yang benar di rumah,

yang pada akhirnya meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu akan perawatan yang benar bagi balitanya (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Tabel 2.3 Jadwal kunjungan ulang bayi kurang dari 2 bulan

Bayi dengan klasifikasi	Tanda -tanda
Infeksi bakteri Gangguan pemberian ASI Luka atau bercak putih dimulut (thrush) Hipotermia sedang Diare dehidrasi ringan/sedang	2 hari
Ikterus fisiologis Berat badan rendah	7 hari

Petugas harus memastikan bahwa setiap ibu yang bayinya sakit perlu diberitahu kapan harus kembali membawa bayinya untuk kunjungan ulang (tabel 2.3) dan kapan harus segera dibawa ke petugas kesehatan (tabel 2.4):

- 1) Segera membawa bayinya ke petugas kesehatan jika timbul tanda penyakitnya bertambah parah

- 2) Membawa bayinya untuk kunjungan ulang pada kurun waktu tertentu untuk mengecek kemajuan pengobatan dengan antibiotik atau untuk pemberian imunisasi berikutnya (kunjungan bayi sehat).

Tabel 2.4 Menasihati ibu kapan harus segera dibawa ke petugas kesehatan.

Segera dibawa ke petugas kesehatan jika bayi menunjukkan salah satu gejala berikut

- a) Gerakan bayi berkurang
- b) Nafas cepat
- c) Sesak nafas
- d) Perubahan warna kulit (kebiruan, kuning)
- e) Malas/tidak bisa menetek atau minum
- f) Badan teraba dingin atau panas
- g) Beraknya bercampur darah (ada darah dalam tinja)
- h) Jika kulit kuning bertambah
- i) Bertambah parah

Seperti halnya pada balita umur 2 bulan sampai 5 tahun, petugas kesehatan dilatih untuk mempraktikkan keterampilannya pada bayi kurang dari 2 bulan sebagai berikut:

- a. Penilaian dan klasifikasi penyakit
 - 1) Menanyakan kepada ibu mengenai masalah yang dihadapi bayi muda

- 2) Memeriksa dan mengklasifikasi bayi muda
 - 3) Menentukan status imunisasi pada bayi muda
 - 4) Menilai masalah/keluhan lain pada bayi muda atau ibu
- b. Tindakan dan pengobatan
- 1) Menentukan perlunya rujukan bagi bayi muda
 - 2) Melakukan tindakan dan pengobatan pra rujukan serta
 - 3) Melakukan tindakan dan pengobatan yang tidak memerlukan rujukan
 - 4) Tindakan /pengobatan pada masalah/keluhan pada ibu
- c. Konseling bagi ibu
- d. Memberikan pelayanan tindak lanjut

(Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Pada waktu kunjungan ulang, petugas kesehatan dapat menilai apakah anak membaik setelah diberi obat atau diperlukan diberi tindakan yang lainnya. Sebagai contoh, beberapa anak mungkin tidak bereaksi atas pemberian antibiotik tertentu atau obat malaria, sehingga diperlukan obat pilihan kedua. Anak dengan diare persisten membutuhkan tindak lanjut untuk memastikan bahwa diare telah berhenti sama sekali. Anak dengan demam atau infeksi mata perlu dilihat jika keadaannya tidak membaik. Anak dengan masalah pemberian ASI dan makanan memerlukan tindak lanjut untuk memastikan bahwa mereka telah mendapat cukup ASI/makanan

sehingga berat badannya bertambah (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Tindak lanjut merupakan hal penting, petugas dianjurkan untuk membuat alur pelayanan khusus untuk kunjungan ulang. Karena petugas dilatih untuk menangani apabila bayi atau balita berkunjung ulang, maka akan dilakukan sebagai berikut:

- a. Menentukan apakah anak kunjungan ulang
- b. Jika merupakan kunjungan ulang, menilai tanda tanda sesuai dengan petunjuk dalam kotak tindak lanjut (dalam buku bagan) untuk klasifikasi anak sebelumnya.
- c. Memilih tindakan dan pengobatan berdasarkan tanda-tanda yang ada pada anak saat kunjungan ulang
- d. Jika anak mempunyai masalah baru, menilai dan mengklasifikasikan anak seperti anak pada kunjungan pertama (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Pada penanganan balita umur 2 bulan sampai 5 tahun, tindakan yang dilakukan sesuai kotak tindak lanjut buku bagan dan ini hampir sama dengan pada bayi muda. Beberapa klasifikasi untuk dilakukan tindak lanjut pada tabel 2.5 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.5 Klasifikasi untuk dilakukan tindak lanjut

Anak umur 2 bulan sampai 5 tahun	Anak umur kurang dari 2 bulan
Kunjungan ulang pneumonia	Kunjungan ulang hipotermia
Kunjungan ulang diare persisten	Kunjungan ulang infeksi bakteri lokal
Kunjungan ulang disentri	Kunjungan ulang ikterus fisiologik
Kunjungan ulang malaria	Kunjungan ulang diare dehidrasi ringan/sedang
Kunjungan ulang demam mungkin bukan malaria	Kunjungan ulang berat badan rendah
Kunjungan ulang campak dengan komplikasi mata atau mulut	Kunjungan ulang masalah pemberian ASI
Kunjungan ulang untuk mungkin demam berdarah dengue dan demam mungkin bukan demam berdarah dengue	Kunjungan ulang luka atau bercak putih (trusth) di mulut
Kunjungan ulang infeksi telinga	
Kunjungan ulang masalah pemberian makan	
Kunjungan ulang anemia	
Kunjungan ulang BGM (Bawah garis merah)	

Petugas telah dilatih keterampilan untuk mengetahui sebagai berikut:

- 1) Jika menemukan klasifikasi kuning berubah menjadi hijau, artinya keadaan bayi muda membaik
 - 2) Klasifikasi yang tetap kuning berarti keadaan bayi muda tetap
 - 3) Jika klasifikasi kuning menjadi merah, keadaan bayi mudah memburuk
- (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Bayi muda sakit yang tidak sembuh setelah diobati, mungkin saja ada keadaan atau penyakit lain yang tidak diberikan saat pelatihan dan memerlukan pengobatan lebih lanjut. Petugas akan merujuk bayi muda sakit jika:

- 1) Keadaan bayi memburuk atau
- 2) Keadaan bayi tetap dan obat pilihan kedua tidak tersedia dan
- 3) Petugas khawatir tentang keadaan bayi muda atau
- 4) Tidak tahu harus berbuat apa dengan bayi muda

(Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

4. Penerapan MTBS

Disamping keterampilan yang harus di jaga benar oleh petugas dan pola perawatan dirumah yang benar oleh ibu balita bagi bayi dan balitanya, MTBS ini juga perlu persiapan untuk penerapannya di Puskesmas.

Penerapan kegiatan MTBS di Puskesmas meliputi:

- a. Diseminasi mengenai MTBS kepada seluruh petugas Puskesmas

- b. Persiapan penilaian dan penyiapan logistik, obat-obatan dan alat yang diperlukan dalam pemberian pelayanan
- c. Persiapan/pengadaan formulir
- d. Persiapan dan penilaian serta pengamatan terhadap alur pelayanan, sejak penderita datang, mendapatkan pelayanan hingga konseling
- e. Melaksanakan pengaturan dan penyesuaian dalam pemberian pelayanan
- f. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan hasil pelayanan dan penerapan pencatatan dan pelaporan untuk pelayanan di Puskesmas, Puskesmas Pembantu, dan pondok bersalin Desa
- g. Penerapan MTBS di Puskesmas dilaksanakan secara bertahap disesuaikan dengan keadaan rawat jalan di tiap Puskesmas

(Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Pada beberapa Puskesmas diadakan pemisahan khusus untuk poli MTBS atau poli anak. Khusus penerapan pada bayi muda, penatalaksanaan bayi muda lebih dititik beratkan pada saat petugas kesehatan (pada umumnya bidan desa) melakukan kunjungan neonatal yaitu 2 kali selama periode neonatal. Kunjungan pertama dilaksanakan pada 7 hari pertama dan kunjungan kedua pada hari 8-28 hari (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Penerapan MTBS pada semua unit pelayanan terdepan yang kontak dengan anak usia 0-5 tahun dengan menggunakan MTBS dalam mengelola kesehatan anak, dapat secara preventif mendeteksi adanya kesakitan yang

diderita, yang mungkin diperlukan rujukan untuk menyelamatkan jiwa. Juga upaya promotif untuk meningkatkan derajat kesehatan melalui pemberian konseling gizi pada ibunya. Hal ini secara ekonomi akan menghemat biaya dibandingkan bila anak jatuh pada kondisi sakit yang berat

(Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

5. Faktor – faktor yang mempengaruhi terlaksananya Manajemen Terpadu Balita Sakit.

Dalam pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit terdapat beberapa faktor yang berpengaruh, antara lain :

a. Sumber Daya Manusia

Dalam rangka persiapan pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit di setiap puskesmas ditunjuk beberapa tenaga (minimal 3 orang) untuk mengikuti pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit agar pengetahuan mereka bertambah mengenai berbagai jenis penyakit secara tepat dan cepat yang terdiri dari tenaga medis dan tenaga paramedis. Tenaga medis diberi pelatihan mengenai Manajemen Terpadu Balita Sakit agar dapat melakukan supervisi terhadap penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit oleh tenaga para medis yang ada di wilayah kerja puskesmas. Sedangkan tenaga para medis diberi pelatihan mengenai Manajemen Terpadu Balita Sakit agar dapat melaksanakan Manajemen Terpadu Balita Sakit secara optimal (Departemen Kesehatan Republik Indonesia,2008).

Dalam memenuhi tenaga pada pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit, diadakan pelatihan yang ditujukan pada tenaga medis dan paramedis. Ada dua macam pelatihan dalam penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit, meliputi pelatihan ditingkat pusat dan pelatihan sederhana di puskesmas masing – masing.

Pelatihan ditingkat pusat terdiri dari 11 dan 6 hari pelatihan. Untuk 11 hari pelatihan, dimulai pada pukul 08.00 – 16.00 WIB dan memiliki jam efektif sekitar 8 jam per hari. Sedangkan yang memiliki 6 hari pelatihan dimulai pukul 08.00 – 17.30 WIB serta memiliki jam efektif sekitar 9 jam per hari (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

b. Sarana dan Prasarana Manajemen Terpadu Balita Sakit.

Sarana dalam pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit meliputi formulir Manajemen Terpadu Balita Sakit, Kartu Nasehat Ibu, formulir rujukan, buku register kunjungan Manajemen Terpadu Balita Sakit, ruang pemeriksaan khusus balita, pokja oralit dan pokja gizi.

Sedangkan prasarana dalam pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit meliputi peralatan medis dan obat-obatan untuk Manajemen Terpadu Balita Sakit. Peralatan medis terdiri dari timer ISPA/jam digital/ arloji dengan jarum detik, termometer, timbangan bayi, TB/pita ukur, semprit dan jarum steril no. 1 ml, 2,5 ml, 5 ml, 10 ml, infuset dan wing needles no. 23 dan 25, tensi meter manset anak, pipa NGT, Alat

pengisap lendir, Alat penumbuk obat, RDT (rapid Diagnostik test) untuk tes malaria, standar infuse, gelas, sendok, dan teko air matang dan bersih (digunakan di pojok oralit). Untuk obat-obatan Manajemen Terpadu Balita Sakit meliputi obat-obatan yang termasuk dalam Daftar Obat Essensial Nasional (DOEN) dan obat-obat tradisional. Obat -obat DOEN tergolong dari antibiotika pilihan pertama (Kotrimoksazol/Trimetropin/Sulfametoksazol sirup atau tablet), antibiotika pilihan kedua (Amoksisilin, Nalidiksate, Tetrasiklin sirup/tablet/kapsul), tablet primakuin, tablet kina, tablet artesunate, tablet amodiakuin, Parasetamol tablet/sirup, vitamin A 200.000 IU atau 100.000 IU, sirup besi (sulfas ferosus) atau tablet besi, oralit 200 cc, salep mata, tablet pirantel pamoat, tablet albendasol, gentian violet 1% serta cairan infus seperti RL, dan Dekstrose 5%. Sedangkan obat – obat tradisional meliputi kecap, madu, jeruk nipis untuk batuk ringan, teh hangat manis/air gula atau susu untuk mencegah kadar gula darah turun dan larutan gula garam untuk diare (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Pranoto.H.dkk (2008) bahwa salah satu hambatan dalam penerapan MTBS adalah kurangnya sarana dan prasarana yang mendukung misalnya kurangnya obat-obatan penunjang.

c. Kebijakan Instansi.

Dalam menentukan pembagian tugas pada pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit, Kepala Puskesmas mengadakan pertemuan dengan seluruh karyawan yang terlibat langsung. Untuk petugas yang telah mengikuti pelatihan di tingkat pusat, diberi tugas mengkoordinasikan petugas – petugas lain yang belum mendapat pelatihan. Direncanakan pula adanya pelatihan secara sederhana (On The Job Training) supaya petugas terlatih bertambah banyak. Selain itu dipertimbangkan pula adanya program – program yang sudah dijalankan sehingga dalam pemilihan petugas Manajemen Terpadu Balita Sakit ditunjuk pada petugas yang belum mendapatkan tanggung jawab khusus dalam pelaksanaan program puskesmas agar tidak menghambat program-program tersebut, dan juga pembagian tugas menjadi merata sehingga pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit bertambah optimal (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Dalam penelitian Boymau.A.dkk (2008) melaporkan bahwa salah satu hambatan dalam penerapan MTBS adalah kurang koordinasinya pihak instansi dengan dinas kesehatan kota. Khairul Lie dan Hasanbasri (2007) melaporkan kendala penerapan MTBS adalah adanya tugas ganda petugas, serta mutasi petugas.

d. Cakupan Manajemen Terpadu Balita Sakit.

Dalam memulai penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit, tidak ada patokan khusus besarnya prosentase kunjungan balita sakit yang ditangani dengan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Tiap Puskesmas perlu memperkirakan kemampuannya mengenai seberapa besar balita sakit yang akan ditangani pada saat awal penerapan dan kapan akan dicapai cakupan 100%. Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit di puskesmas secara bertahap dilaksanakan sesuai dengan keadaan pelayanan rawat jalan di tiap puskesmas. Pada beberapa puskesmas bahkan diadakan pemisahan khusus untuk poli Manajemen Terpadu Balita Sakit atau poli anak yang hanya melayani balita sakit. Sebagai acuan dalam pentahapan penerapan adalah sebagai berikut:

- 1) Puskesmas yang memiliki kunjungan balita sakit ≤ 10 orang perhari pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit dapat diberikan langsung kepada seluruh balita.
- 2) Puskesmas yang memiliki kunjungan balita sakit 10 – 25 orang perhari, berikanlah pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit kepada 50 % kunjungan balita sakit pada tahap awal dan setelah 3 bulan pertama diharapkan telah seluruh balita sakit mendapat pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit.

- 3) Puskesmas yang memiliki kunjungan balita sakit 21 – 50 orang perhari, berikanlah pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit kepada 25 % kunjungan balita sakit pada tahap awal dan setelah 6 bulan pertama diharapkan seluruh balita sakit mendapat pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

B. Tinjauan Pengetahuan Tentang Penerapan MTBS

1. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmojo, 2010).

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu (Aswar.S, 2003). Tanpa pengetahuan seseorang tidak mempunyai dasar untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan terhadap masalah yang dihadapi.

2. Mekanisme terjadinya pengetahuan

Proses “tahu”nya pertama-tama dimulai dari diterimanya data/informasi oleh reseptor panca indra yaitu melalui audio/pendengaran (saraf vestibulkhoklearis) dan visual/penglihatan (saraf optikus) kemudian informasi tersebut masuk ke pons kemudian ke thalamus dan selanjutnya ke

area korteks serebri. Diarea ini informasi sensoris penlihatan dan pendengaran diterima, selanjutnya data tersebut masuk ke area *wernicke* dimana informasi yang diterima diubah kedalam bentuk bahasa dan simbol yang kemudian disimpan dalam bentuk memori. Dengan bantuan area *Broca* dan *girus angularis* yang berguna menyatakan kata-kata dalam kalimat sehingga dapat terjadi pemahaman dari informasi tersebut. Selanjutnya agar informasi tersebut tidak hilang maka hipokampus mempunyai peran untuk menyimpan dan mengelolah informasi/memori tersebut. Secara fisiologis memori atau ingatan tersimpan dalam otak dan mengubah sensitivitas dasar penjalaran sinaptik diantara neuron-neuron sebagai akibat dari neural sebelumnya. Jaras yang baru atau terfasilitasi disebut jejak ingatan (*memory traces*). Jaras-jaras ini penting karena jika tetap ada/menetap, akan diaktifkan secara selektif oleh benak pikiran untuk menimbulkan kembali ingatan yang ada. Memori atau ingatan dapat diklasifikasikan:

a. Ingatan jangka pendek

Yaitu ingatan yang berlangsung beberapa detik atau paling lama beberapa menit, kecuali jika ingatan ini diubah menjadi ingatan jangka panjang. Ini dapat terjadi bila ada latihan atau pengulangan informasi yang sama berkali-kali ke dalam pikiran, sehingga mempercepat dan memperkuat tingkat pengalihan ingatan jangkas pendek menjadi ingatan jangka panjang.

b. Ingatan jangka menengah

Yaitu ingatan yang berlangsung beberapa hari sampai beberapa minggu tetapi kemudian menghilang.

c. Ingatan jangka panjang

Yaitu ingatan yang sekali disimpan, dapat diingat kembali selama bertahun-tahun kemudian atau bahkan seumur hidup.

(Guyton & Hall, 2008).

3. Pengertian pengetahuan tentang MTBS adalah hasil tahu seorang petugas kesehatan setelah melalui pendidikan dan pelatihan mengenai MTBS yang menjadi dasar untuk mengambil keputusan dan tindakan dalam menangani balita sakit.

4. Pengetahuan yang mencakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan yaitu:

a. Tahu

Artinya mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalamnya adalah mengingat kembali terhadap sesuatu yang spesifik terhadap suatu bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah, kata kerja untuk mengukurnya antara lain : menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan.

Tahu mengenai penerapan MTBS artinya seorang petugas kesehatan mampu mengingat kembali apa yang dimaksud dengan MTBS, dapat

meyebutkan dan menguraikan mengenai langkah-langkah dalam penerapan MTBS antara lain :

- 1). Menilai dan membuat klasifikasi anak sakit
- 2). Menentukan tindakan dan memberi pengobatan
- 3). Memberi konseling bagi ibu
- 4). Memberi pelayanan tindak lanjut

Hasil penelitian yang dilakukan Paskalis, dkk (2009) melaporkan bahwa 83% petugas kesehatan tidak melaksanakan klasifikasi dan pengobatan menurut standar MTBS Serta semua petugas kesehatan tidak memberikan konseling pada ibu tentang cara pemberian minuman.

Anggraini dikutip dalam Hanafiah (2008) melaporkan bahwa dalam pelaksanaan MTBS di Samarinda 70,0% petugas tidak memberi nasihat tentang perawatan anak sakit, 94,4% Ibu balita tidak menerima Kartu Nasihat Ibu (KNI), 62,1% balita tidak menerima anjuran untuk kontrol dan 73,2% Ibu tidak menerima penjelasan kapan harus kontrol ke Puskesmas.

b. Memahami

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

Memahami penerapan MTBS artinya bahwa petugas kesehatan mampu menjelaskan secara terperinci langkah-langkah dalam penerapan MTBS dan dapat menginterpretasikannya secara benar.

c. Aplikasi

Aplikasi diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi disini dapat diartikan penggunaan hukum – hukum, rumus - rumus, metode, prinsip dalam konteks / situasi yang lain.

Aplikasi dalam penerapan MTBS artinya petugas kesehatan sudah mampu melaksanakan metode MTBS secara benar dalam pelayanan kesehatan misalnya di Puskesmas, Pustu, Poskesdes.

d. Analisis

Kemampuan untuk menjabarkan materi atau subyek kedalam suatu komponen – komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

Kemampuan analisis dalam penerapan MTBS diartikan jika petugas kesehatan bukan hanya melaksanakan atau mengaplikasikan MTBS secara benar tetapi dia mampu menganalisa dampak penerapan MTBS.

e. Sintesis

Sintesis menunjukkan suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian didalam suatu bentuk keseluruhan

yang baru atau suatu kemampuan untuk menyusun formulasi yang baru dari formulasi yang ada.

Kemampuan sintesis dalam penerapan MTBS ini adalah jika petugas kesehatan mampu menciptakan ide/metode baru dalam penerapan MTBS.

f. Evaluasi

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian ini berdasarkan suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria – kriteria yang telah ada.

Evaluasi dalam penerapan MTBS artinya kemampuan petugas kesehatan dalam melakukan penilaian mengenai berhasil tidaknya pelaksanaan MTBS di wilayah kerjanya.

5. Cara memperoleh pengetahuan

Cara memperoleh pengetahuan (Notoatmojo, dikutip dalam Wawan dan Dewi, 2010) adalah sebagai berikut:

a. Cara kuno untuk memperoleh pengetahuan

1) Cara coba salah (trial and error)

Cara ini telah dipakai orang sebelum kebudayaan, bahkan mungkin sebelum adanya peradaban. Cara ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan

itu tidak berhasil maka dicoba kemungkinan yang lain sampai masalah tersebut terpecahkan.

2) Cara kekuasaan atau otoritas

Sumber pengetahuan cara ini dapat berupa pemimpin-pemimpin masyarakat baik formal atau informal, ahli agama, pemegang pemerintahan, dan berbagai prinsip orang lain yang menerima dan yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa menguji terlebih dahulu atau membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri.

3) Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman pribadipun dapat digunakan sebagai upaya memperoleh pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang pernah diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi masa lalu.

b. Cara modern dalam memperoleh pengetahuan

Cara ini disebut metode penelitian ilmiah atau lebih populer disebut metodologi penelitian. Cara ini mula-mula dikembangkan oleh Francis Bacon (1561-1626), kemudian dikembangkan oleh Deobold van Daven.

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan (Mubarak & Chayatin, 2009):

a. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah yang berlangsung seumur

hidup, pendidikan juga berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain agar mereka dapat memahami. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi sehingga makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya

b. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

c. Umur

Menurut Elisabeth B Hurlock yang dikutip Nursalam (2003), usia adalah umur individu yang dihitung mulai dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

Dengan bertambahnya usia seseorang maka akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Semakin tua semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya. Menurut Hurlock penggolongan usia seseorang sesuai dengan tingkat kematangannya menjadi tiga periode yaitu : Periode dewasa awal atau *early adulthood*

(20-40 tahun), dewasa madya atau *middle adulthood/middle age* (41-60 tahun), dan dewasa lanjut atau *Late adulthood/old age* (> 60 tahun).

d. Minat

Minat adalah suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya akan diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

e. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu dan ini terkait dengan lama bekerja seseorang. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan professional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya

f. Kebudayaan lingkungan sekitar

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan dimana individu berada. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap.

g. Informasi

Kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru. media massa sebagai pembawa pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan dan mempengaruhi opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut (Mubarak & Cahyatin 2009).

Dalam pendekatan MTBS petugas kesehatan khususnya yang telah mengikuti pelatihan MTBS diharapkan dapat memahami konsep pengertian MTBS secara umum, mengetahui tujuan MTBS, mengetahui klasifikasi MTBS dapat mengaplikasikan penerapan MTBS di puskesmas, membuat 6 langkah yang meliputi; penkajian, klasifikasi, perawatan dan identifikasi pengobatan, konseling serta follow-up (Pedoman pelatihan MTBS Tenaga Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2010).

Di samping itu petugas kesehatan juga diharapkan mampu melakukan penilaian dan klasifikasi manajemen terpadu balita muda (MTBM) bayi 0-2 bulan dan balita 2 bulan – 5 tahun yang kesemuanya merupakan bagian dari bagan manajemen terpadu balita sakit (MTBS). Melakukan penilaian tanda-tanda bahaya umum yaitu; apakah anak dapat minum atau menyusui, apakah

ada terjadi mual/muntah pada anak dan apakah anak tampak letargis atau tidak sadar, hal-hal ini perlu pengetahuan perawat yang maksimal, disamping itu perawat perlu mengkaji keluhan utama yaitu; apakah anak menderita batuk atau sukar bernafas, berapa lama keluhan yang dirasakan kemudian lihat dan dengar batuk atau susah bernafas dengan menghitung nafas dalam 1 menit, perhatikan adanya tarikan dinding dada, dengar adanya stridor, dengar wheezing dll, (Pedoman pelatihan MTBS Tenaga Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2010).

Dalam menangani balita sakit tenaga kesehatan secara aktif dan terstruktur menilai adanya tanda-tanda bahaya seperti yang telah diuraikan diatas perlu pula petugas melakukan pengkajian adanya tanda-tanda gejala penyakit dengan cara; tanya, lihat, dengar, raba, membuat klasifikasi, menentukan tindakan, pengobatan balita, memberikan konseling serta memberikan pelayanan tindak lanjut pada saat kunjungan ulang. Tempat pelayanan MTBS oleh petugas kesehatan dilaksanakan pada pusat pelayanan kesehatan dasar yaitu; puskesmas, puskesmas pembantu, posyandu, polindes maupun poskesdes dan balai kesehatan lainnya bila diperlukan dengan melihat situasi dan kondisi wilayah tersebut memenuhi syarat atau tidak untuk penatalaksanaan MTBS (Pedoman pelatihan MTBS Tenaga Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia 2010).

C. Tinjauan Sikap

1. Pengertian

Sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik, dsb) (Notoatmojo, 2010). Menurut Campbell (1950), dalam Notoatmojo (2010) mendefinisikan sikap adalah suatu sindrom atau kumpulan gejala dalam merespon stimulus atau objek. Sehingga sikap itu melibatkan pikiran, perasaan, perhatian, dan gejala kejiwaan lainnya.

Sikap mengenai penerapan MTBS adalah respon intern atau yang masih tertutup dari petugas kesehatan (setuju atau tidak setuju) dalam penerapan MTBS.

2. Komponen Sikap

Menurut Allport (1954), dalam Notoatmojo (2010) menjelaskan bahwa sikap mempunyai tiga komponen pokok :

- a. Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu obyek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek.
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

3. Tingkatan Sikap

Seperti halnya pengetahuan, sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan :

- a. Menerima (*receiving*)

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

Sikap menerima seorang petugas kesehatan tentang MTBS diartikan bahwa dia mau dan memperhatikan tentang bagaimana penerapan MTBS tersebut. Sikap menerima dapat juga diartikan bahwa petugas tersebut bersedia dan mau berpartisipasi dalam pelaksanaan MTBS karena dia sudah memiliki pengetahuan tentang MTBS.

b. Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

Merespon dalam penerapan MTBS adalah jika petugas kesehatan memberi respon yang positif didalam pelaksanaan MTBS, misalnya petugas mau melakukan langkah-langkah kegiatan MTBS mulai dari klasifikasi anak sakit, melakukan tindakan dan pengobatan, serta konseling bagi ibu.

c. Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

Menghargai dalam penerapan MTBS adalah petugas kesehatan sudah dapat merespon yakni mengajak orang lain atau petugas yang terkait dengan masalah MTBS untuk turut mendiskusikan tentang masalah-masalah yang dihadapi dalam pelaksanaan MTBS di wilayah kerjanya.

d. Bertanggung jawab (*responsible*)

Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

Sikap bertanggung jawab diartikan bahwa petugas kesehatan seharusnya dapat bertanggung jawab mengenai tindakan dalam penerapan MTBS. Setiap petugas harus mempunyai sikap bertanggung jawab mengenai keputusan yang akan diambil dalam suatu permasalahan pada pelaksanaan MTBS, tentunya harus dilandasi pengetahuan yang kuat untuk mengambil sebuah keputusan, sehingga tidak ragu dalam mengambil keputusan.

4. Ciri-ciri sikap

Ciri-ciri sikap seperti yang dikemukakan beberapa ahli, seperti Gerungan (1996), Ahmadi (1999), Sarwono (2000), Walgito (2001), dikutip dalam Sunaryo (2004), yaitu:

- a. Sikap tidak dibawa sejak lahir, tetapi dipelajari (*learnability*) dan dibentuk berdasarkan pengalaman dan latihan sepanjang perkembangan individu dalam hubungan dengan objek.
- b. Sikap dapat berubah-ubah dalam situasi yang memenuhi syarat untuk itu sehingga dapat dipelajari.
- c. Sikap tidak berdiri sendiri, tetapi selalu berhubungan dengan objek sikap.
- d. Sikap dapat tertuju pada satu objek ataupun dapat tertuju pada sekumpulan/banyak objek.

- e. Sikap dapat berlangsung lama atau sebentar.
- f. Sikap mengandung faktor perasaan dan motivasi sehingga membedakan dengan pengetahuan.

5. Fungsi sikap

Sikap memiliki lima fungsi (Attkinson,R.L,dkk, dikutip dalam Sunaryo, 2004):

a. Fungsi instrumental

Fungsi sikap ini dikaitkan dengan alasan praktis atau mamfaat, dan menggambarkan keadaan keinginan. Bahwa untuk mencapai tujuan, diperlukan sarana yang disebut *sikap*, Apabila objek dapat membantu individu mencapai tujuan, individu akan bersikap positif terhadap objek sikap tersebut atau sebaliknya.

b. Fungsi pertahanan ego

Sikap ini diambil individu dalam rangka melindungi diri dari kecemasan atau ancaman harga dirinya.

c. Fungsi nilai ekspresi

Sikap ini mengekspresikan nilai yang ada dalam diri individu. Sistem nilai apa yang ada pada individu, dapat dilihat dari sikap yang diambil individu yang bersangkutan terhadap nilai tertentu.

d. Fungsi pengetahuan

Sikap ini membantu individu memahami dunia, yang akan membawa keteraturan terhadap bermacam-macam informasi yang perlu

diasimilasikan dalam kehidupan sehari-hari. Setiap individu memiliki motif untuk ingin tahu, ingin mengerti, dan ingin banyak mendapat pengalaman dan pengetahuan.

e. Fungsi penyesuaian sosial

Sikap ini membantu individu merasa menjadi bagian dari masyarakat. Dalam hal ini, sikap yang diambil individu tersebut akan dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya.

h. Faktor pembentukan dan perubahan sikap yaitu:

1. Faktor internal

Faktor ini berasal dari dalam individu. Dalam hal ini individu menerima, mengelolah, dan memilih segala sesuatu yang datang dari luar, serta menentuksn mana yang akan diterima dan mana yang tidak. Oleh karena itu faktor individu merupakan factor penentu pembentuksn sikap.

2. Faktor eksternal

Faktor ini berasal dari luar individu, berupa stimulus untuk membentuk dan mengubah sikap. Stimulus tersebut dapat bersifat langsung, misalnya individu dengan individu, individu dengan kelompok. Dapat juga bersifat tidak langsung, yaitu melalui perantara, seperti : alat komunikasi dan media massa baik elektronik maupun nonelektronik.

Sikap seseorang dapat diamati oleh orang lain dalam bentuk perilaku, suatu sikap adalah respon terhadap sesuatu baik dalam cara yang positif maupun yang negatif. Menurut Warmer dan Defleur, dikutip dalam Aswar.S

(2003) mengemukakan tiga postulat guna mengidentifikasi tiga pandangan umum mengenai hubungan perilaku dan sikap, yaitu: *postulate of consistency*, *postulate of independent variation*, dan *postulate of contingent consistency*. Penjelasan mengenai postulat tersebut adalah sebagai berikut:

1. Postulat konsistensi

Postulat konsistensi mengatakan bahwa sikap verbal merupakan petunjuk yang cukup akurat untuk memprediksi apa yang akan dilakukan seseorang bila ia dihadapkan pada suatu objek sikap.

Jadi, postulat ini mengasumsikan adanya hubungan langsung antara sikap dan perilaku.

2. Postulat Variasi Independen

Postulat variasi independen mengatakan bahwa tidak ada alasan untuk menyimpulkan bahwa sikap dan perilaku berhubungan secara konsisten. Perilaku dan sikap merupakan dua dimensi dalam diri individu yang berdiri sendiri, terpisah dan berbeda. Mengetahui sikap tidak berarti dapat memprediksi perilaku.

3. Postulat Konsistensi tergantung

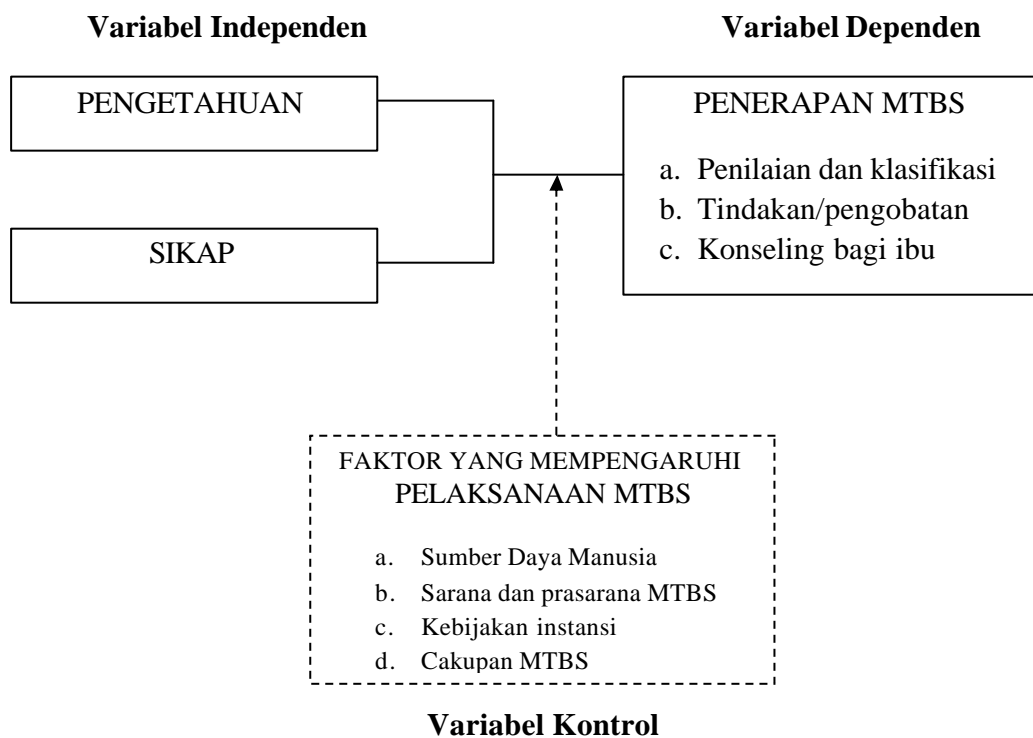
Postulat konsistensi tergantung menyatakan bahwa hubungan sikap dan perilaku sangat ditentukan oleh faktor-faktor situasional tertentu. Peranan keanggotaan kelompok, kebudayaan dan lainnya. Kondisi ketergantungan yang dapat mengubah hubungan sikap dan perilaku.

Oleh karenanya, sejauhmana prediksi perilaku dapat disandarkan pada sikap akan berbeda dari waktu dan dari situasi ke situasi lainnya.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Efendi.S (2005) mengatakan bahwa Sikap responden yang positif belum tentu diikuti oleh tindakan yang baik karena banyak faktor eksternal dan internal baik dari petugas itu sendiri maupun sarana dan fasilitas pendukung.

BAB III
KERANGKA KONSEP
DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konseptual



Gambar 1: Kerangka konsep hubungan tingkat pengetahuan dan sikap petugas dalam penerapan MTBS

Keterangan: ——— diteliti

----- Tidak diteliti

B. Hipotesis penelitian

H1: Ada hubungan pengetahuan petugas kesehatan dengan penerapan MTBS di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene.

H1: Ada hubungan sikap petugas kesehatan dengan penerapan MTBS di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian, desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode “*Cross Sectional*”, yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat. Pada jenis ini, variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada satu saat, jadi tidak ada tindak lanjut (Nursalam, 2011).

B. Tempat Dan Waktu Penelitian

Pengambilan data penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene, Provinsi Sulawesi Barat pada tanggal 30 Juli sampai 30 Agustus 2012.

C. Populasi Penelitian Dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua petugas kesehatan yang telah mendapat pelatihan Manajemen terpadu balita Sakit di wilayah

Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat sebanyak 31 orang.

2. Sampel

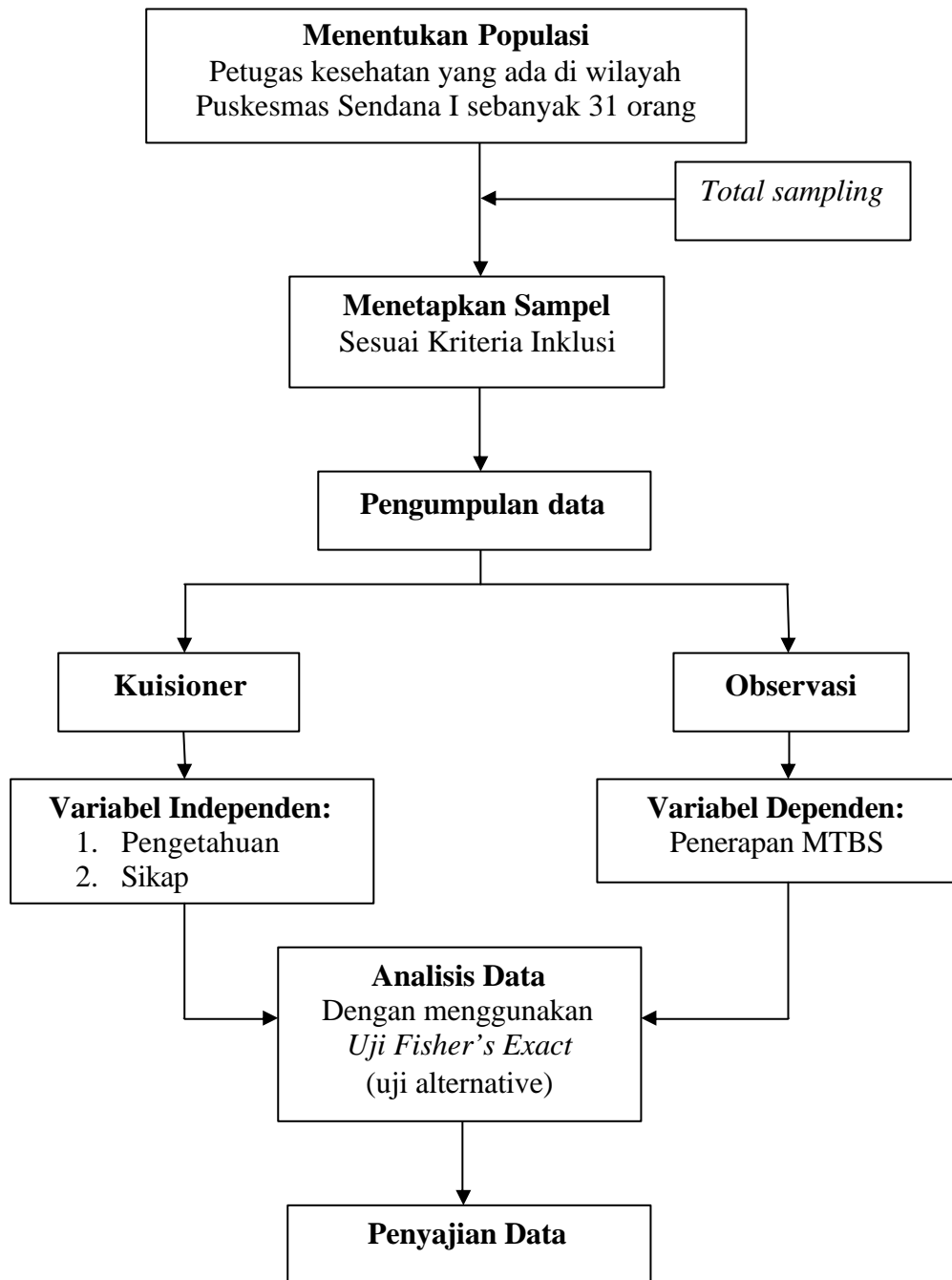
Sampel pada penelitian ini adalah seluruh petugas kesehatan yang telah mendapatkan pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit yang memenuhi kriteria inklusi di wilayah kerja Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Petugas kesehatan (Perawat, Bidan) yang bersedia diteliti dan menandatangani surat persetujuan penelitian.
- b. Petugas kesehatan yang telah mendapat pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).
- c. Petugas kesehatan yang telah mendapatkan *On The Job training* tentang MTBS.
- d. Petugas kesehatan yang melaksanakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *total sampling* atau *sampling jenuh*. Teknik pengambilan sampel ini adalah dengan mengambil semua anggota populasi menjadi sampel. Teknik ini dilakukan bila populasinya kecil, seperti bila sampelnya kurang dari tiga puluh maka anggota populasi tersebut diambil seluruhnya untuk dijadikan sampel penelitian. Istilah lain *sampling jenuh* adalah *sensus*, dimana anggota populasi dijadikan sampel (Hidayat, 2011).

D. Alur Penelitian



Gambar 2: Kerangka kerja Analisis Hubungan Pengetahuan dan Sikap Petugas Kesehatan dengan Penerapan Program MTBS di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene Sulawesi Barat.

E. Variable Penelitian

1. Identifikasi Variabel

a. Variabel Independen

Variabel Independen dalam penelitian ini adalah:

- 1) Pengetahuan petugas kesehatan
- 2) Sikap petugas kesehatan

b. Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah penerapan MTBS.

2. Defenisi Operasional dan Kriteria Objektif

a. Pengetahuan petugas kesehatan

Yang dimaksud pengetahuan petugas kesehatan dalam penelitian ini adalah kemampuan petugas kesehatan dalam menjawab kuesioner tentang pengertian MTBS, ruang lingkup kegiatan MTBS yaitu penilaian dan klasifikasi, penentuan tindakan dan pengobatan serta konseling bagi ibu.

Kriteria Objektif:

Baik : Bila jawaban responden yang benar = 9

Kurang : Bila jawaban responden yang benar ? 9

a. Sikap petugas kesehatan

Yang dimaksud sikap petugas kesehatan dalam penelitian ini adalah respon interen atau penilaian petugas kesehatan dalam memberikan pernyataan(sikap positif atau negatif) tentang penerapan MTBS.

Kriteria objektif :

Sikap positif : Bila jawaban responden = 25

Sikap negatif : Bila jawaban responden < 25

b. Penerapan MTBS

Yang dimaksud dengan penerapan MTBS dalam penelitian ini adalah kemampuan petugas kesehatan dalam melakukan penilaian dan klasifikasi anak sakit, kemampuan dalam melakukan tindakan dan pengobatan serta melakukan konseling pada ibu dengan kriteria:

- 1) Petugas menggunakan formulir MTBS
- 2) Petugas melakukan penilaian/pengkajian tanda bahaya umum
- 3) Petugas melakukan penilaian sesuai dengan bagan MTBS
- 4) Petugas melakukan tindakan dan pengobatan yang sesuai dengan bagan MTBS
- 5) Petugas melakukan konseling bagi ibu

Kriteria Objektif:

Menerapkan: bila responden melakukan semua kriteria tersebut diatas.

Tidak menerapkan: bila responden tidak melakukan semua kriteria tersebut diatas.

F. Pengumpulan Dan Analisa Data

1. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan instrumen pengumpulan data dalam bentuk kuesioner dan observasi, kuesioner dan lembar observasi dalam penelitian ini dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan buku sumber atau literatur yang terdiri dari:

- a. Karakteristik responden meliputi umur responden, tingkat pendidikan, masa kerja, status kepegawaian.
- b. Kuesioner pengetahuan petugas tentang MTBS. Tipe kuesioner yang digunakan adalah *Closed Ended Multiple Choice* dengan jumlah pertanyaan 18 untuk pertanyaan pengetahuan penilaian dan klasifikasi sebanyak 6 pertanyaan, untuk tindakan dan pengobatan sebanyak 6 pertanyaan dan untuk konseling bagi ibu sebanyak 6 pertanyaan. Setiap jawaban benar diberi skor 1 sedangkan jawaban yang salah diberi skor 0. Kuesioner pengetahuan petugas ini menggunakan uji validitas *Corrected Item-Total Correlation*. Uji validitas dimaksudkan untuk mengukur sejauh mana ketepatan alat ukur penelitian itu benar-benar mengukur apa yang hendak diukur. Sedangkan realibilitas menunjukkan sejauh mana suatu hasil pengukuran relatif konsisten apabila untuk pengukuran terhadap aspek yang sama.

Uji coba dilakukan di Puskesmas Pamboang dengan jumlah sampel 16 orang. Uji validitas ini dilakukan sebanyak 2 kali karena ada 2 pertanyaan yang belum valid pada variabel pengetahuan sehingga

peneliti memodifikasi pertanyaan. Hasil uji validitas pada variabel pengetahuan didapatkan nilai r hitung nilai terendah 0,479 dan yang tertinggi 0,516. dari 18 item pertanyaan variabel pengetahuan lebih besar dari r tabel (0,468) yang artinya instrumen variabel pengetahuan valid, dan nilai *crombach a* = 0,911 yang artinya instrumen penelitian variabel pengetahuan reliabel.

Kuesioner sikap menggunakan skala *Likert* dengan jumlah pertanyaan 10, yang terdiri dari 4 jawaban yaitu: Sangat Setuju=4, Setuju=3, Tidak Ragu-ragu=2, Tidak Setuju=1, untuk pertanyaan positif (pernyataan no 1,2,4,5,6,7,9), untuk pertanyaan negatif (pernyataan no 3,,8,10), dengan ketentuan Sangat Setuju=1, Setuju=2, Ragu-ragu=3, Tidak Setuju=4. Uji validitas untuk variabel sikap juga telah dilakukan bersama dengan variabel pengetahuan dan dari 10 pertanyaan variabel sikap didapatkan nilai r hitung lebih besar dari r tabel (0,576) artinya instrument variabel sikap valid, dan nilai *crombach a* = 0,977, yang berarti variabel sikap reliabel. Berdasarkan uji validitas dan reliabilitas variabel pengetahuan dan variabel sikap, maka dapat digunakan sebagai instrument

- c. Observasi tindakan petugas kesehatan dalam penerapan MTBS menggunakan *Closed Ended Dichotomy Question* dengan jumlah pernyataan sebanyak 13, 6 pernyataan mengenai penilaian dan klasifikasi, 2 pernyataan untuk tindakan dan pengobatan serta 5 pernyataan untuk konseling bagi ibu.

Sebelum pengisian kuesioner, responden diberi penjelasan cara pengisiannya oleh peneliti.

2. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2011). Pengumpulan data dalam penelitian ini melalui prosedur:

Pengajuan surat izin penelitian kepada Bupati Majene, pengajuan surat izin penelitian kepada Kepala Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene, pengajuan lembar persetujuan untuk menjadi responden kepada petugas kesehatan yaitu perawat dan bidan yang melaksanakan Manajemen Terpadu balita Sakit di wilayah kerja Puskesmas Sendana I, pembagian kuesioner pengetahuan dan sikap tentang penerapan MTBS kepada petugas kesehatan yang menjadi responden, untuk lembar observasi peneliti sendiri melakukan observasi pada petugas pelaksana MTBS di tempat tugas masing-masing tentang pelaksanaan MTBS yang dilaksanakan petugas kesehatan di unit pelayanan masing-masing (poli puskesmas, puskesmas pembantu, dan poskesdes).

3. Pengolahan Data

Setelah data terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data sebagai berikut :

a. Editing

Yaitu untuk melihat apakah data yang diperoleh sudah terisi lengkap atau masih kurang.

b. Coding

Yaitu mengklasifikasi jawaban dari responden menurut macamnya dengan memberi kode pada masing-masing jawaban menurut item kuesioner.

c. Tabulasi

Setelah data diberikan kode selanjutnya dilakukan pengolahan data kedalam satu tabel menurut sifat yang dimiliki guna memudahkan penganalisan data.

4. Analisa Data

Data yang telah ditabulasi akan diolah dengan menggunakan teknik komputerisasi program *Software Product and Service Solution* (SPSS) windows versi 18.0 dan disajikan dalam bentuk tabel. Analisa data disini dimaksudkan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara variabel pengetahuan dengan variabel sikap petugas kesehatan terhadap penerapan MTBS, dalam penelitian ini peneliti menggunakan analisa sebagai berikut :

a. Analisis Univariat

Analisis deskriptif digunakan untuk mengetahui distribusi dan persentase dari tiap variabel independen yaitu variabel pengetahuan dan sikap petugas kesehatan dengan variabel dependen yaitu penerapan MTBS di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat.

b. Analisa Bivariat

Untuk melihat hubungan antar variabel independen dan dependen dengan menggunakan uji statistik *Chi-Square*, karena ada satu sel yang tidak terpenuhi untuk uji chi square yaitu pada variabel dependen dimana nilai selnya dibawah 5 maka peneliti menggunakan uji *Fisher's Exact Test* dengan nilai kemaknaan $p < 0,05$ artinya apabila $p < 0,05$ berarti ada hubungan bermakna antara pengetahuan dan sikap petugas kesehatan dengan penerapan MTBS.

G. Masalah Etika

Prinsip etika penelitian yang digunakan adalah:

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*).

Peneliti mempertimbangkan hak-hak responden untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*).

Oleh karena itu peneliti mempersiapkan formulir persetujuan responden (*informed consent*), yang terdiri dari:

- a. Penjelasan mamfaat penelitian
 - b. Penjelasan mamfaat yang akan didapatkan
 - c. Jaminan anonimalitas dan kerahasiaan
 - d. Responden yang bersedia, maka peneliti akan memberikan lembar persetujuan responden dan ditandatangani oleh responden tersebut, dan jika tidak bersedia maka peneliti tidak akan memaksakan untuk jadi responden dalam penelitian ini.
2. Menghormati privasi dan kerahasiaan responden (*respect for privacy and confidentiality*).

Peneliti tidak akan menampilkan informasi mengenai nama alamat asal responden dalam kuesioner maupun alat ukur apapun untuk menjaga anonimalitas dan kerahasiaan identitas subyek. Oleh karena itu peneliti menggunakan koding responden dalam penelitian ini.

3. Memperhitungkan mamfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*).

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermamfaat semaksimal mungkin bagi subyek, serta meminimalisai dampak yang merugikan subyek (*nonmaleficence*) (Polit & Beck dalam Dharma K.K, 2011).

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian yang telah dilaksanakan di wilayah Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene dari tanggal 30 Juli s/d 30 Agustus 2012 dengan metode *total sampling*. Sampel yang didapat yaitu 31 sampel yang terdiri dari perawat dan bidan sebagai responden dan telah melalui kriteria *inklusi*. Pembahasan yang akan disajikan bertujuan mengidentifikasi hubungan pengetahuan dan sikap petugas kesehatan dengan penerapan MTBS di wilayah Puskesmas Sendana I.

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran umum lokasi penelitian

Puskesmas Sendana I terletak di Kecamatan Sendana Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat. Luas wilayah Kerja Puskesmas Sendana I 146,47 Km². Dengan batas – batas : Sebelah utara berbatasan dengan Kecamatan Tammerodo, sebelah selatan berbatasan dengan Kecamatan Pamboang sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Polewali Mandar, dan sebelah Barat selat Makassar.

Puskesmas Sendana I dilengkapi beberapa sarana kesehatan yaitu : 1 Buah Puskesmas Induk, 6 Buah Puskesmas Pembantu, dan 7 Buah Poskesdes. Tenaga yang ada di Puskesmas Sendana I sejumlah 51 orang yang terdiri dari : 1 Orang Dokter Umum, 1 orang Dokter gigi, 23 Orang

perawat, 20 Orang Bidan, 1 orang Farmasi, 1 orang nutrisisionis dan 4 orang lainnya sebagai tenaga non medis / non keperawatan.

Wilayah kerja Puskesmas Sendana I mencakup 2 Kelurahan yaitu kelurahan mosso, dan kelurahan mosso dhua, serta 14 desa. Jumlah Penduduk diwilayah puskesmas Sendana I adalah 20.889 jiwa.

2. Analisis univariat

a. Karakteristik Responden

Data ini menggambarkan karakteristik responden yang ada di wilayah Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat dilihat berdasarkan tingkat umur, pendidikan, masa kerja dan status kepegawaian.

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Di wilayah Puskesmas Sendana I (n = 31) Tahun 2012

No	Karakteristik	n	Persentase (%)
1	Umur (tahun)		
	20-40 Tahun	27	87,09
	41-60 Tahun	4	12,9
2	Pendidikan		
	SPK	2	6,5
	AKPER / DIII Keperawatan	9	29,0
	DI Kebidanan	2	6,5
	DIII Kebidanan	18	58,1
3	Masa kerja		
	0-5 Tahun	7	22,6
	5-10 Tahun	19	61,3
	> 10 Tahun	5	16,1
4	Status kepegawaian		
	PNS	20	64,5
	Pegawai kontrak/PTT	11	35,5
5	Pelatihan yang pernah diikuti		
	Pelatihan MTBS di Dinkes	8	25,8
	Pelatihan MTBS di Puskesmas (<i>on the job training</i>)	23	74,2

Sumber : Data primer 2012

Berdasarkan tabel di atas dapat digambarkan bahwa sebagian besar responden berumur 20-30 tahun yaitu 21 (67,7%), dan sebagian kecil berumur >40 tahun yaitu 4 (12,9%). Sedangkan menurut pendidikan responden yang paling banyak yaitu DIII kebidanan sebanyak 18 (58,1%) dan yang berpendidikan DIII keperawatan sebanyak 9 (29,0%) serta sebagian kecil berpendidikan SPK dan DI kebidanan. Masa kerja responden yang paling banyak adalah antara 5-10 tahun yaitu 19 (61,3%) dan rata-rata status kepegawaian responden adalah PNS yaitu 20 (64,5%), dan Pegawai kontrak/PTT sebanyak 11 (35,5%). Sementara 8 (25,8%) responden yang pernah pelatihan MTBS sesuai pedoman dan 23 (74,2%) responden yang pernah pelatihan MTBS *on the job training*.

b. Analisis Variabel Independen dan Variabel Dependen

Data khusus menyajikan distribusi dan persentase dari variabel independen yaitu pengetahuan dan sikap tenaga kesehatan, dan variabel dependen yaitu tentang penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene yang dapat dilihat sebagai berikut :

1. Distribusi responden berdasarkan variabel independen

Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Variabel Independen di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene (n = 31) Tahun 2012

No	Karakteristik	n	Persentase (%)
1	Pengetahuan		
	Baik	23	74,2
	Kurang	8	25,8
2	Sikap		
	Positif	20	64,5
	Negatif	11	35,5

Sumber : Data primer 2012

Berdasarkan tabel 5.2 diatas, menunjukkan bahwa dari 31 responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 23 responden (74,2%) sedangkan responden yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 8 responden atau 25,8%. Demikian juga pada variabel sikap distribusi responden mempunyai sikap positif sebanyak 20 (64,5%), dan responden yang mempunyai sikap negatif sebanyak 11 (35,5%).

2. Distribusi responden berdasarkan variabel dependen

Tabel 5.3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan variabel Dependen di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene (n=31) Tahun 2012

No	Karakteristik	n	Persentase (%)
1	Penerapan		
	Menerapkan	8	25,8
	Tidak menerapkan	23	74,2

Sumber : Data primer 2012

Berdasarkan tabel 5.3 diatas, bisa dilihat distribusi responden yang menerapkan MTBS sesuai standar (buku

bagan MTBS) sebanyak 8 (25,8%), dan sebanyak 23 atau 74,2% responden yang tidak menerapkan sesuai standar MTBS.

3. Analisa Bivariat

a. Hubungan Pengetahuan petugas kesehatan (*variabel independen*)

Dengan Penerapan MTBS (*Variabel dependen*)

Tabel 5.4 Hubungan Pengetahuan dengan Penerapan MTBS di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene Tahun 2012

Pengetahuan	Penerapan MTBS				Jumlah (n)	%	p
	Diterapkan		Tidak diterapkan				
	n	%	n	%			
Baik	8	34,8	15	65,2	23	100	0,076
Kurang	0	0	8	100	8	100	
Total	8	25,8	24	74,2	31	100	

p = probabilitas dengan uji fisher's exact test

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 31 responden, yang memiliki pengetahuan baik dan menerapkan MTBS sesuai standar sebanyak 8 responden (34,8%), sementara responden yang berpengetahuan baik tapi tidak menerapkan MTBS sebanyak 15 responden (65,2%), sedangkan responden yang mempunyai pengetahuan kurang dan tidak menerapkan MTBS sebanyak 8 responden (100%).

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan *fisher's exact test* pada tingkat kemaknaan $\alpha = 5\%$ (0,05), diperoleh nilai $p = 0,076$. Hasil uji tersebut menunjukkan bahwa nilai p lebih besar dari

a yang artinya tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan penerapan MTBS oleh petugas kesehatan di wilayah Puskesmas Sendana I.

- b. Hubungan Sikap petugas kesehatan (*variabel Independen*) dengan Penerapan MTBS (*variabel dependen*)

Tabel 5.5 Hubungan Sikap petugas dengan Penerapan MTBS di Puskesmas Sendana I Tahun 2012

Sikap	Penerapan MTBS				Jumlah (n)	%	p
	Diterapkan		Tidak diterapkan				
	n	%	n	%			
Positif	8	40	12	60	20	100	0,028
Negatif	0	0	11	100	11	100	
Total	8	22,6	24	77,4	31	100	

$p = \text{probabilitas}$ dengan uji *Fisher's Exact Test*

Berdasarkan tabel 5.7 menunjukkan bahwa dari 31 responden, sebanyak 8 responden (40%) yang mempunyai sikap positif dan menerapkan MTBS, sebanyak 12 responden yang bersikap positif tetapi tidak menerapkan MTBS, sementara ada 11 responden yang bersikap negatif dan tidak menerapkan MTBS, tetapi tidak ada responden yang mempunyai sikap negatif dalam menerapkan MTBS.

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan *Fisher's Exact Test* pada tingkat kemaknaan $\alpha = 5\%$ (0,05), diperoleh nilai $p = 0,028$. Hasil uji tersebut menunjukkan bahwa nilai p lebih kecil dari α yang artinya ada hubungan antara sikap petugas dengan penerapan MTBS di Puskesmas Sendana I.

B. Pembahasan

1. Hubungan Pengetahuan petugas kesehatan dengan penerapan MTBS

Pengetahuan tentang penerapan MTBS oleh petugas kesehatan adalah hasil dari “tahu” nya petugas kesehatan setelah melalui pendidikan dan pelatihan mengenai MTBS yang menjadi dasar untuk mengambil keputusan dan tindakan dalam menangani balita sakit. Keputusan dalam mengambil tindakan tersebut tentunya sesuai dengan pedoman yang ada dalam buku bagan MTBS.

Pengetahuan yang dimaksud adalah petugas kesehatan dapat melakukan penilaian dan mengklasifikasikan setiap anak sakit, dapat melakukan tindakan dan pengobatan sesuai klasifikasi anak sakit serta dapat melakukan konseling kepada ibu anak sakit seperti cara pemberian obat dirumah, cara perawatan anak dirumah, serta kapan harus kembali/kunjungan ulang. Petugas kesehatan tidak sebatas mengetahui pelaksanaan MTBS tetapi harus dapat memahami tujuan dan mamfaat pelaksanaan MTBS sehingga timbul kesadaran dalam diri petugas untuk mengaplikasikan pengetahuannya di tempat kerja masing-masing (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Dalam pelaksanaan MTBS ada beberapa faktor yang mempengaruhi antara lain sumber daya manusia yaitu pelatihan petugas tentang MTBS , sarana dan prasarana MTBS , kebijakan instansi, serta

cakupan pelayanan MTBS (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008).

Dalam penelitian ini diperoleh hasil bahwa nilai p lebih besar dari α yang artinya tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan penerapan MTBS oleh petugas kesehatan di wilayah Puskesmas Sendana I.

Data ini menunjukkan bahwa pengetahuan tidak mempunyai hubungan secara bermakna terhadap penerapan MTBS. Meskipun berdasarkan variabel univariat sebagian besar pengetahuan responden adalah baik (74,2%), dan hanya (25,8%) yang berpengetahuan kurang tentang MTBS sesuai standar dan juga berdasarkan karakteristik riwayat pendidikan responden mayoritas berpendidikan DIII (87,1%) dan selebihnya berpendidikan DI dan SPK (12,9%) namun ini tidak mempengaruhi hubungan terhadap penerapan MTBS yang artinya bahwa petugas kesehatan yang berpengetahuan baik belum tentu menerapkan MTBS sesuai standar.

Hasil penelitian ini, didapatkan responden yang berpengetahuan baik dan menerapkan MTBS sebanyak (34,8%), dari hasil analisis peneliti ditemukan 87,5% tingkat pendidikan responden adalah DIII, dan selebihnya DI Keb, hal ini sesuai dengan teori dimana semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan mudah mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun dari media massa, semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat. Disamping

itu bahwa jenjang pendidikan seseorang akan cenderung mendapatkan latihan-latihan tugas-tugas dan aktivitas yang terkait dengan latihan kognitifnya (Mantra, dikutip dalam Wawan dan Dewi, 2010).

Penelitian ini berdasarkan karakteristik responden menunjukkan dari 8 orang semua telah pelatihan MTBS sesuai pedoman dari Depkes dan WHO. Hal ini menurut analisis peneliti salah satu faktor yang menyebabkan responden tersebut menerapkan MTBS. Dengan adanya pengetahuan dan pemahaman tentang tujuan dan mamfaat dari MTBS maka petugas akan memiliki kesadaran untuk mengaplikasikannya.

Hasil penelitian ini juga didapatkan 65% responden yang berpengetahuan baik tapi tidak menerapkan MTBS. Hal ini bisa terjadi karena yang tidak menerapkan MTBS ini salah satu faktornya adalah pelatihan yang mereka terima yaitu pelatihan *on the job training* dimana yang melaksanakan adalah petugas yang telah mendapat pelatihan dari Dinas Kesehatan Kabupaten yang diadakan di Puskesmas Sendana I pada saat pertemuan bulanan dimana materi-materi yang diberikan sebatas teori tanpa adanya latihan dan pelaksanaannya hanya 1 hari saja.

Faktor yang lain adalah kurangnya motivasi petugas dalam melaksanakan MTBS disebabkan Karena kurangnya dukungan Kepala Puskesmas baik berupa dukungan moril, materil dalam bentuk jasa, serta manajemen pengelolaan tenaga/petugas yang merata, juga dukungan dari Dinas Kesehatan yang juga belum maksimal misalnya supervisi ke

Puskesmas, Pustu, maupun Poskesdes sehingga dapat ditemukan kendala-kendala mengenai MTBS.

Penelitian yang dilakukan oleh Faridah (2009) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi kerja, kebijaksanaan dan supervisi pelaksanaan MTBS dengan motivasi petugas dengan pelaksanaan MTBS. Hal ini dapat di sinkronkan dengan penelitian ini di mana motivasi serta supervisi petugas dapat mempengaruhi pelaksanaan MTBS di lapangan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Boymau dkk (2008) menyatakan bahwa pelaksanaan MTBS di Puskesmas Kota Kupang belum maksimal karena adanya hambatan-hambatan yaitu tugas ganda petugas, kurangnya sarana dan prasarana, kurangnya koordinasi antara dinas kesehatan dan pihak puskesmas, lamanya waktu pelayanan menggunakan formulir MTBS.

Menurut asumsi peneliti bahwa penerapan MTBS di Puskesmas bukan hanya faktor pengetahuan saja yang berperan sehingga pelaksanaan MTBS belum berjalan maksimal tetapi ada beberapa faktor yang turut berperan yaitu faktor predisposisi yaitu motivasi petugas kesehatan, dan faktor pendorong (*reinforcing*) yaitu dukungan pimpinan misalnya kebijakan, manajemen yang baik, pemberian reward (penghargaan).

Hasil penelitian ini juga didapatkan 34,8% responden yang memiliki pengetahuan kurang dan tidak menerapkan MTBS. Dari analisis peneliti didapatkan bahwa semua responden memiliki karakteristik pernah

pelatihan MTBS di Puskesmas dengan metode *on the job training* dimana pelatihan tersebut tidak maksimal karena hanya dilaksanakan satu hari. Hal ini bisa jadi salah satu faktor sehingga pengetahuan responden kurang, sebagaimana teori tentang proses terjadinya pengetahuan yang mengatakan bahwa setiap informasi yang diterima baik melalui pendengaran maupun lewat penglihatan (audio/visual) akan tersimpan dalam bentuk memori di otak. Jika tidak terjadi pengulangan/latihan-latihan pada memori maka lambat laun pengetahuan tersebut akan hilang. Tetapi jika memori tersebut selalu dilakukan pengulangan/latihan maka pengetahuan tersebut akan berlangsung lama.

Roger (dikutip dalam Wawan dan Dewi, 2010) mengatakan perilaku yang didasari pengetahuan dan kesadaran yang positif maka perilaku tersebut akan langgeng (*long lasting*). Namun sebaliknya jika perilaku tersebut tidak didasari dengan pengetahuan dan kesadaran maka perilaku tersebut bersifat sementara atau tidak akan berlangsung lama. Hal ini dapat disinkronkan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Zedrianis.Y(2006) yang mengatakan bahwa adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan pelatihan MTBS dengan pelaksanaan MTBS di kabupaten Tanah Datar Sumatra Utara.

Hasil analisis tersebut, maka peneliti berasumsi bahwa pelatihan MTBS yang tidak maksimal akan menyebabkan pengetahuan petugas akan MTBS kurang sehingga petugas tersebut tidak dapat menerapkan MTBS.

2. Hubungan sikap petugas kesehatan dengan penerapan MTBS

Sikap petugas kesehatan tentang MTBS adalah respon intern atau yang masih tertutup dari petugas kesehatan (setuju atau tidak setuju, senang atau tidak senang) dalam menerapkan MTBS. Ini sesuai dengan pernyataan Aswar Saifuddin (2003) yang mengungkapkan bahwa sikap itu merupakan suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan terhadap suatu objek dimana perasaan tersebut bisa mendukung (positif) atau tidak mendukung (negatif) objek tersebut.

Sikap yang positif dapat menjadi *faktor predisposing* atau pencetus yang menyebabkan petugas untuk menerapkan MTBS, karena sikap merupakan predisposisi untuk berperilaku yang akan tampak aktual.

Dari hasil uji statistik diperoleh nilai $p = 0,028$. Hasil uji tersebut menunjukkan bahwa nilai p lebih kecil dari α yang artinya ada hubungan antara sikap petugas dengan penerapan MTBS di Puskesmas Sendana I.

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 31 responden, sebanyak 40% yang mempunyai sikap positif dan menerapkan MTBS. Hal tersebut disebabkan karena dari responden tersebut mempunyai tingkat pengetahuan yang baik pula tentang MTBS dimana menurut Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa pengetahuan sesuatu tentang objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang. Semakin banyak

aspek positif dari objek yang diketahui maka akan menimbulkan sikap yang makin positif terhadap objek tertentu.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Syahrin (2005) yang menyatakan bahwa semakin tinggi nilai sikap seseorang maka akan semakin tinggi pula respon terhadap tanggung jawabnya dalam melakukan tindakan.

Penelitian ini didapatkan bahwa sebanyak 60% responden yang bersikap positif tetapi tidak menerapkan MTBS, sementara berdasarkan analisa peneliti responden tersebut memiliki pengetahuan baik tentang MTBS hal ini tentu tidak sesuai dengan pendapat yang dikemukakan oleh Notoatmotjo yang mengatakan bahwa semakin banyak aspek positif dari objek yang diketahui maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tersebut.

Menurut asumsi peneliti hal ini dapat terjadi karena ada faktor yang mempengaruhi sehingga responden tidak melaksanakan MTBS antara lain dukungan dari kepala puskesmas dan Dinas kesehatan yang belum maksimal baik berupa moril misalnya motivasi, penghargaan, pemberian jasa, supervisi. Hal tersebut terbukti dari hasil wawancara dengan responden dan observasi peneliti sendiri pengakuan petugas kesehatan mengungkapkan bahwa pelaksanaan MTBS ini tidak akan berjalan maksimal jika tidak ada dukungan dari penentu kebijakan baik dari Puskesmas maupun dari Dinas Kesehatan karena pelaksanaan MTBS sangat rumit dan membutuhkan waktu pelayanan yang lama.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Lie K dan Hasanbasri (2007) tentang dukungan MTBS di Puskesmas Jayapura yang hasil penelitiannya menyatakan bahwa dari empat Puskesmas tidak melaksanakan MTBS secara rutin karena pembayaran insentif tidak di programkan dalam POA (*plan of action*).

Penelitian yang dilakukan oleh Protono H.dkk (2008), yang berjudul evaluasi pelaksanaan MTBS di Puskesmas di Tanah Laut Kalimantan Selatan juga menyatakan bahwa ada beberapa hal yang menghambat praktik MTBS yakni ketiadaan insentif bagi petugas, lemahnya atau tidak adanya supervisi yang dilakukan yang dilakukan oleh Dinas kesehatan kabupaten Tanah Laut serta lemahnya menjaga keterampilan dari petugas menyebabkan motivasi petugas untuk menerapkan MTBS secara menyeluruh menjadi rendah.

Dalam penelitian ini juga didapatkan hasil ada 11(100%) responden yang bersikap negatif dan tidak menerapkan MTBS, dari analisis peneliti didapatkan bahwa responden mempunyai pengetahuan yang kurang tentang MTBS, jadi menurut asumsi peneliti sikap responden yang negatif terhadap penerapan MTBS Karena didukung oleh pengetahuan yang kurang dari responden ini dapat dilihat dari jawaban responden tentang pertanyaan pengetahuan sebagian besar jawaban responden dibawah nilai median, dan ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo yang mengatakan bahwa pengetahuan mempunyai dua aspek , aspek positif dan aspek negatif yang apabila pengetahuan

seseorang kurang pada objek tertentu maka akan berpengaruh akan sikapnya pada objek tersebut yaitu cenderung untuk menolak.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

1. Sebagian besar pengetahuan responden tentang penerapan MTBS di Puskesmas Sendana I baik.
2. Sebagian besar responden memiliki sikap yang positif dalam penerapan MTBS.
3. Sebagian besar responden tidak menerapkan MTBS sesuai pedoman di wilayah kerja Puskesmas Sendana I.
4. Tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan penerapan MTBS di wilayah kerja Puskesmas Sendana I.
5. Ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan penerapan MTBS di wilayah kerja Puskesmas Sendana I.

B. SARAN-SARAN

Penerapan MTBS di wilayah kerja Puskesmas Sendana I belum berjalan secara efektif, karena masih banyaknya petugas kesehatan utamanya di puskesmas dan poskesdes belum menerapkan MTBS, oleh karena itu saran dari peneliti yang bisa jadi masukan untuk:

1. Petugas kesehatan yang telah dilatih MTBS, demi meningkatkan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat khususnya balita sakit agar

memamfaatkan ilmu yang didapat dengan menerapkan MTBS sesuai pedoman.

2. Kepada penentu kebijakan baik Puskesmas maupun Dinas Kesehatan kiranya dapat meningkatkan motivasi, supervisi, kepada petugas kesehatan khususnya dalam pelaksanaan MTBS di Puskesmas Sendana I.
3. Kepada pemegang program kesehatan keluarga di dinas kesehatan kiranya dapat melakukan supervisi dan mengevaluasi pelaksanaan MTBS di Puskesmas yang telah dilaksanakan sejak tahun 2010 serta mengusulkan anggaran kepada pemerintah daerah mengenai kegiatan MTBS ini.
4. Kepada peneliti selanjutnya perlunya penelitian dalam lingkup yang lebih luas sehingga hasil penelitian dapat digeneralisasikan dengan melibatkan faktor-faktor pengontrol/perancu yang mungkin mempengaruhi penerapan MTBS di Puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Aswar, S. (2003). *Sikap manusia teori dan pengukurannya*. Edisi II. Pustaka pelajar:Jakarta.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes Republik Indonesia. (2008). *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2007*. Depkes RI:Jakarta. Diakses tanggal 21-4-2012.
http://www.ppid.depkes.go.id/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=53&Itemid=87.
- Boymau, A.dkk. (2008). *Evaluasi program MTBS pneumonia pada Puskesmas di Kota Kupang*. Skripsi. Bali. FKM UNDAYANA. Diakses tanggal 16-6-2012. <http://isjd.pdii.lipi.go.id/index.php/Search.html?act=tampil&id=64819&id>
- Depkes Republik Indonesia. (2008). *Pengantar Manajemen Terpadu Balita Sakit Modul 1*. Depkes RI:Jakarta.
- Depkes Republik Indonesia. (2008). *Penilaian dan Klasifikasi Anak Sakit Modul 2*. Depkes RI:Jakarta.
- Depkes Republik Indonesia, (2008). *Menentukan tindakan dan memberikan pengobatan Modul 3*. Depkes RI:Jakarta.
- Depkes Republik Indonesia. (2008). *Konseling bagi Ibu modul 4*. Depkes RI:Jakarta.
- Depkes Republik Indonesia. (2008). *Manajemen terpadu bayi muda kurang dari 2 bulan modul 5*. Depkes RI:Jakarta.

- Depkes Republik Indonesia. (2008).*Tindak lanjut modul 6*. Depkes RI:Jakarta.
- Depkes Republik Indonesia. (2008).*Pedoman penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit modul 7*. Depkes RI:Jakarta.
- Depkes Republik Indonesia. (2008).*Buku bagan manajemen terpadu balita sakit*.Depkes:Jakarta.
- Dharma K,K. (2011).*Metode penelitian keperawatan*.Trans Info Media:Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Majene. (2011).*Profil kesehatan Kabupaten Majene 2011*.Dinkes:Majene.
- Direktorat Bina Kesehatan Anak. (2011).*Manajemen terpadu balita sakit atau Integrated management of childhood illness (IMCI)*.Diakses tanggal 7juni2011.<http://www.kesehatananak.depkes.go.id/index.php>.
- Effendi S. (2005).*Analisis hubungan antara pengetahuan dan sikap petugas kesehatan dengan penerapan MTBS pada deteksi dini pneumonia di Puskesmas Dompu kota Kabupaten Dompu*.Skripsi.Surabaya:PSIK FK UNAIR.
- Guyton & Hall. (2008).*Buku ajar fisiologi kedokteran.Edisi 11*.EGC:Jakarta.
- Hanafiah,S dkk. (2008).*Pengaruh karakteristik individu dan system imbalan terhadap aktivitas supervise pada penatalaksanaan MTBS di Dinas Kesehatan Kabupaten Aceh timur*.Tesis.Medan.Program Pascasarjana USU.Diakses tanggal 16-4-2012.
- <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/6777/1/08E00406.pdf>

Hasanbasri dan Lie,K. (2007).*Dukungan manajemen terpadu balita sakit di puskesmas kabupaten Jayapura*.Tesis.Yogyakarta:Progam Magister Kebijaka dan Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM.

Diakses tanggal 16 april 2012. http://www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP-PDF/working/No.21_One%20Wakur_07_07.pdf

Hidayat,A.A. (2011).*Metode penelitian keperawatan dan teknik analisa data*.Salemba Medika:Jakarta.

Mubarak.I & Chayatin N. (2009). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan aplikasi*. Jakarta : Salemba Medika.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Profil Kesehatan Indonesia 2010*.Kemenkes RI:Jakarta.

Notoatmojo,S. (2010).*Metode penelitian kesehatan*.Rieka Cipta:Jakarta.

Notoatmojo,S. (2010).*Ilmu perilaku kesehatan*.Rieka cipta:Jakarta.

Nursalam. (2011).*Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*.edisi 2.Salemba Medika:Jakarta.

Soge.P.H,dkk. (2009).*Tinjauan panatalaksanaan pneumonia dengan manajemen Terpadu balita sakit (MTBS) di Puskesmas terpencil di Kabupaten Kupang*.Skripsi.Bali.FKM UNDAYANA. Diakses tanggal 10-5-2012. http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/1309196210_2085-9341.pdf

Rekawati,S. (2011). *Analisis Implementasi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Kota Surabaya*.Disertasi tidak diterbitkan.Semarang:Program Pascasarjana UNDIP. diakses tgl 21 -4-2012. <http://eprints.undip.ac.id/32664/>

Soenarto, Y. (2009). *MTBS: Strategi untuk meningkatkan derajat kesehatan anak*. Disampaikan pada symposium pediatric TEMINAS 2009. Surakarta 1 Agustus 2009. Diakses tanggal 16-3-2012.

http://fk.uns.ac.id/static/file/MTBS_2011.pdf

Sugiyono. (2004). *Statistik pendekatan praktek*. Rieka Cipta: Jakarta.

Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk keperawatan*. ECG: Jakarta.

UN Inter-agency Group for Mortality Estimation. (2011). *Levels and trends in child mortality*. UNICEF: New York.

Wawan, A dan Dewi. (2010). *Teori dan pengukuran sikap dan perilaku manusia*. Nuha Medika: Yogyakarta.

Zedrianis, Y. (2006). *Pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit dan dukungan manajemen pada Puskesmas yang sudah mengikuti pelatihan di kabupaten Tanah Datar Provinsi Sumatera Utara*. Tesis. Yogyakarta: S2 Kesmas. UGM.

Di akses tanggal 19-1-2013.

http://etd.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=29617&obyek_id=4

http://etd.ugm.ac.id/index.php?mod=penelitian_detail&sub=PenelitianDetail&act=view&typ=html&buku_id=35827&obyek_id=4

<http://pdfsb.com/jurnal+manajemen+terpadu+balita+sakit>

Pranoto H (

/id/UP-PDF/_working/No.3_Hari Pratonono_01_08.pdf

Yesrita zedrianis (2006).Tesis Pelaksanaan Manajemen terpadu balita sakit dan dukungan manajemen pada Puskesmas yang sudah mengikuti pelatihan di Kabupaten Tanah Datar Provinsi Sumatra barat.UGM:yogyakarta.diakses tanggal 19-1-2013

etd.ugm.ac.id/index.php?mod=download&sub=DownloadFile&act=view
&typ=html&file=(0840-H-2006).pdf&ftyp=4&id=29617

Keterangan karakteristik responden :

Status kepegawaian :

PNS : Pegawai Negeri Sipil

PTT : Pegawai Tidak Tetap

Pelatihan MTBS :

Depkes : Pelatihan MTBS yang pernah dilakukan sesuai pedoman Depkes

OTJ : Pelatihan MTBS melalui *On the job training*

Kuesioner :

Pertanyaan pengetahuan:

Nilai 1 untuk jawaban benar

Nilai 0 untuk jawaban salah

Pertanyaan sikap :

Pertanyaan positif : 1,2,4,5,6,7,9

Pertanyaan negatif : 3,8,10

Nilai 4 untuk pernyataan sangat setuju

Nilai 3 untuk pernyataan setuju

Nilai 2 untuk pernyataan ragu-ragu

Nilai 1 untuk pernyataan tidak setuju

Observasi penerapan MTBS :

Ya, jika diterapkan

Tidak, jika tidak diterapkan

Lampiran 1

FORMAT PENGUMPULAN DATA DEMOGRAFI

Petunjuk :

Beri tanda (X) pada kotak jawaban anda

Tanggal Penelitian :

No.Kode responden :

Karakteristik Responden

Kode

1. Umur Responden tahun

A. 20-40 tahun

B. 41-60 tahun

2. Tingkat Pendidikan

A. SPK

B. D III Keperawatan

C. P2B (DI kebidanan)

D. AKBID (D III Kebidanan)

E. Lain-lain

3. Masa kerja saudara saat ini

A. 0-5 tahun

B. 5-10 tahun

C. > 10 tahun

4. Status kepegawaian

A. PNS

B. Pegawai Kontrak

C. Pegawai honor daerah

D. Pegawai lepas

5. Pelatihan MTBS yang pernah diikuti

A. Pelatihan yang dilaksanakan di Dinas Kesehatan yang 6 hari

B. Pelatihan yang dilaksanakan di Puskesmas
(*on the job training*)

Lampiran 2

LEMBAR KUESIONER

Judul Penelitian: “Hubungan pengetahuan dan sikap petugas kesehatan dengan penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Sendana I Kabupaten Majene Provinsi Sulawesi Barat”

Petunjuk :

Bapak/Ibu/Saudara diminta untuk memberikan jawaban yang jujur pada setiap item di bawah ini, dengan memberi tanda silang (X) pada salah satu jawaban yang benar di kotak yang tersedia.

Nomor Kode Responden :

Pengetahuan petugas tentang MTBS

A. Pengetahuan tentang Penilaian dan klasifikasi

1. Urutan langkah- langkah dalam kegiatan MTBS meliputi:

- A. Penilaian, konseling, tindakan, pengobatan
- B. Pengobatan, tindakan, konseling, penilaian
- C. Konseling, penilaian, pengobatan, tindakan
- D. Penilaian, tindakan, pengobatan, konseling

2. Yang tidak termasuk tanda bahaya umum adalah

- A. Anak kejang
- B. Anak selalu muntah
- C. Letargis atau tidak sadar
- D. Anak rewel, gelisah dan mudah marah

3. Jika seorang ibu ke Puskesmas/Pustu membawa anaknya yang usianya 2,5 tahun dengan keluhan batuk, sesak napas, RR 40 x/menit, maka klasifikasi anak tersebut adalah:

- A. Pneumonia
- B. Pneumonia Berat
- C. Batuk bukan pneumonia
- D. Batuk beringus

4. Anak (4 tahun) masuk dengan keluhan berak-berak encer, gelisah, kelopak mata cekung, minum dengan lahap, cubitan kulit diperut kembali dengan segera, maka klasifikasi anak tersebut adalah:

- A. Diare persisten
- B. Diare dehidrasi berat
- C. Diare dehidrasi ringan/sedang
- D. Diare tanpa dehidrasi

5. Bayi A umur 10 bulan datang dengan keluhan demam 3 hari yang lalu, pilek, mata merah dan ruam kemerahan pada kulit. Tidak terdapat tanda bahaya umum, suhu badan: $37,9^{\circ}\text{C}$, maka klasifikasi anak tersebut adalah:

- A. Demam bukan malaria
- B. Demam Berdarah Dengue (DBD)
- C. Demam mungkin bukan DBD
- D. Campak

6. Bila seorang ibu membawa anaknya ke Puskesmas tindakan yang pertama-tama dilakukan sesuai MTBS adalah:

- A. Langsung memberikan obat
- B. Melakukan penilaian dan klasifikasi anak sakit
- C. Langsung dirujuk
- D. Diberi nasihat

B. Pengetahuan tentang menentukan tindakan dan pengobatan

7. Tindakan pengobatan yang tidak sesuai MTBS adalah:

- A. Mengajarkan ibu cara pemberian obat oral dirumah
- B. Memberi parasetamol untuk anak demam
- C. Mengajarkan ibu cara pemberian antibiotik intramuskular
- D. Mengajarkan ibu cara mengobati infeksi lokal dirumah

8. Antibiotik pilihan pertama dalam MTBS adalah:
- A. Ciprofloxacin
 - B. Penisilin injeksi
 - C. Cloramphenicol
 - D. Kotrimoksasol
9. Tindakan yang tepat dilakukan pada kasus nomor 3 diatas adalah:
- A. Rujuk segera
 - B. Beri anti biotik yang sesuai
 - C. Nasihati ibu kunjungan ulang 5 hari berikutnya
 - D. Lakukan untuk pemeriksaan dahak
10. Tindakan yang tepat untuk kasus nomor 4 diatas adalah:
- A. Beri cairan dan makanan sesuai rencana terapi B
 - B. Berikan cairan intravena (infus RL)
 - C. Beri obat anti diare
 - D. Rujuk segera
11. Tindakan yang tepat untuk kasus nomor 5 diatas adalah:
- A. Beri dosis pertama suntikan antibiotik
 - B. beri tablet Zinc
 - C. beri obat penurun panas
 - D. Beri vitamin A
12. Dosis kotrimoksasol pada balita usia 3-? 5 tahun:
- A. ¼ tablet 2 x sehari untuk tablet dewasa
 - B. ½ tablet 2 x sehari untuk tablet dewasa
 - C. 1 tablet 2 x sehari untuk tablet dewasa
 - D. 1 tablet 2 x sehari untuk tablet anak

C. Konseling bagi ibu

13. Nasihat yang tepat diberikan untuk kunjungan ulang pada ibu untuk kasus nomor 3 diatas adalah:
- A. Nasihati untuk kunjungan ulang dalam 2 hari
 - B. Nasihati untuk kunjungan ulang dalam 5 hari
 - C. Nasihati untuk kunjungan ulang dalam 2 minggu

- D. Nasihati untuk kunjungan ulang dalam 1 hari
14. Nasihat yang diberikan kepada ibu kapan harus kembali segera dengan kasus nomor 4 diatas adalah:
- A. Jika anak sering menangis
- B. Bertambah parah, ada darah dalam tinja, malas minum
- C. Anak kurang minum
- D. Masih berak encer, tapi frekuensinya berkurang
15. Nasihat yang diberikan kepada ibu dengan kasus nomor 5 diatas adalah:
- A. Beri ASI lebih sering, dan makanan pendamping
- B. Kembali jika masih demam dalam 1 hari
- C. Jangan diberi makanan selain ASI
- D. Tidak ada nasihat untuk kasus tersebut
- 16 Komunikasi yang baik dalam memberikan nasihat kepada ibu yang sesuai dengan MTBS adalah:
- A. Dengan nada tinggi
- B. Bergaya angku
- C. Tanya dan dengarkan dengan seksama, puji, cek pemahaman.
- D. Bertele-tele
- 17 Pernyataan yang tidak tepat tentang penggunaan kelambu untuk pencegahan Malaria adalah:
- A. Ibu dan anak tidur menggunakan kelambu
- B. Obat anti nyamuk yang ada pada kelambu tapi aman untuk manusia
- C. Ujung kelambu harus ditempatkan dibawah tempat tidur
- D. Cuci kelambu di saluran air atau sungai
- 18 Nasihat yang diberikan kepada ibu untuk bayinya harus kembali segera jika ada gejala :
- A. Gerakan bayi berkurang atau tidak normal
- B. Ada masalah pemberian ASI
- C. ada infeksi bakteri lokal
- D. bayi Nampak kurus

Kunci jawaban

1. D
2. D
3. A
4. C
5. D
6. B
7. C
8. D
9. B
10. A
11. D
12. C
13. A
14. B
15. A
16. C
17. C
18. A

Lampiran 4

LEMBAR OBSERVASI

<i>Peran Petugas dalam penerapan MTBS</i>	
Nomor Kode Responden	:
Tanggal Observasi	:

No	Kegiatan	Dilaksanakan		Kode
		Ya	Tidak	
A. Penilaian anak sakit				
1.	Petugas menggunakan formulir MTBS			
2.	Petugas memeriksa tanda bahaya umum: Menanyakan kepada ibu: a. apakah anak bisa minum b. apakah anak selalu memuntahkan semuanya c. apakah anak menderita kejang Petugas Memeriksa (melihat): apakah anak tampak letargies			
3.	Petugas menanyakan keluhan utama pada ibu mengenai anaknya			
4.	Petugas melakukan penilaian sesuai dengan bagan MTBS			
5.	Petugas selalu memeriksa Berat badan (BB) dan Suhu badan (SB) anak			
B. Klasifikasi anak sakit				
6.	Petugas melakukan klasifikasi sesuai bagan MTBS			
C. Tindakan dan pengobatan				
7.	Petugas melakukan tindakan sesuai dengan tatalaksana MTBS			
8.	Petugas melakukan pengobatan sesuai dengan tata laksana MTBS			
D. Konseling bagi ibu				
9.	Petugas mengajarkan kepada ibu cara pemberian obat oral dirumah			
10.	Petugas memberikan demonstrasi cara pemberian obat dengan benar			
11.	Petugas mengevaluasi kembali apakah ibu sudah mengerti dan mengajukan pertanyaan			

12.	Petugas menasihati ibu agar melaksanakan kunjungan ulang pengobatan bila balita tidak ada perubahan			
13.	Petugas melakukan konseling bagi ibu tentang pemberian makan bagi anak sakit maupun sehat			

Lampiran 3

Sikap Petugas dalam penerapan MTBS

Petunjuk :

Beri tanda (X) pada salah satu jawaban yang Bapak/Ibu/Saudara anggap paling sesuai dengan pendapat Bapak/Ibu/Saudara:

- SS : Sangat Setuju
- S : Setuju
- R : Ragu-ragu
- TS : Tidak Setuju

Nomor Kode Responden :

No.	PERTANYAAN	SS	S	R	TS	Kode
1.	Saya menganggap bahwa program MTBS sangat tepat dilaksanakan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian balita					
2.	Saya memberikan obat sesuai standar yang telah ditetapkan dalam bagan MTBS					
3.	Saya tidak perlu melakukan tindakan rujuk segera pada penderita dengan tanda bahaya umum karena saya yakin mampu mengobatinya					
4.	Saya merasa penting sekali untuk melakukan tindakan sesuai klasifikasi penyakit diderita balita					
5.	Saya memberitahu ibu jika setelah 5 hari anak tidak sembuh dari batuk, harus segera berobat kembali					
6.	Saya merasa penting menangani balita sakit sesuai bagan MTBS					
7.	Saya merasa tenang apabila penderita yang saya obati sembuh					
8.	Keluarga seharusnya lebih bertanggungjawab dibanding dengan saya dalam hal keberhasilan pengobatan					
9.	Saya mengajarkan kepada keluarga cara pemberian obat oral dirumah					
10.	Saya merasa konseling bagi ibu kurang penting karena yang sakit adalah anaknya					