



**HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK PETUGAS, KETERSEDIAAN
LOGISTIK DAN KEGIATAN PENGENDALIAN ISPA DENGAN
CAKUPAN PENEMUAN PNEUMONIA PADA BALITA
DI KABUPATEN BANYUWANGI TAHUN 2017**

SKRIPSI

Oleh

**Maulidya Puji Aryani
NIM 132110101049**

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2017**



**HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK PETUGAS, KETERSEDIAAN
LOGISTIK DAN KEGIATAN PENGENDALIAN ISPA DENGAN
CAKUPAN PENEMUAN PNEUMONIA PADA BALITA
DI KABUPATEN BANYUWANGI TAHUN 2017**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

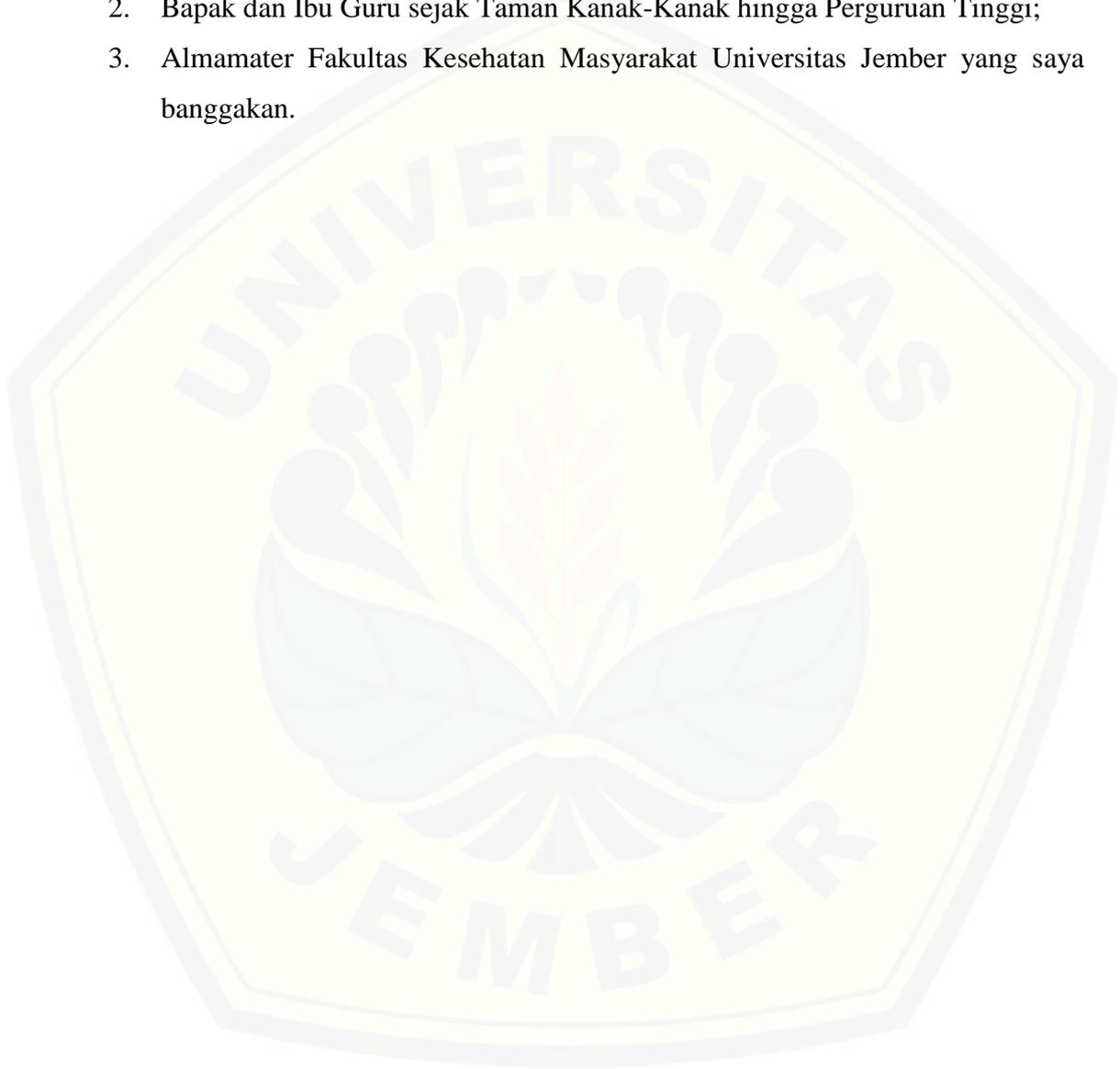
Maulidya Puji Aryani
NIM 132110101049

**BAGIAN EPIDEMIOLOGI DAN BIostatistika KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2017**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibunda Lilis Suryana, Bapak Nejo dan Adek Dini Triyani;
2. Bapak dan Ibu Guru sejak Taman Kanak-Kanak hingga Perguruan Tinggi;
3. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang saya banggakan.



MOTTO

“Hai manusia, sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh bagi penyakit-penyakit (yang berada) dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman”
(Terjemahan Surah Yunus Ayat 57)^{*)}



^{*)} Departemen Agama RI. 2004. Al Qur'an dan Terjemahannya. Bandung: CV Penerbit J-Art.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Maulidya Puji Aryani

NIM : 132110101049

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul: *Hubungan antara Karakteristik Petugas, Ketersediaan Logistik dan Kegiatan Pengendalian ISPA dengan Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita di Kabupaten Banyuwangi Tahun 2017* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi mana pun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapatkan sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, September 2017
Yang menyatakan,

Maulidya Puji Aryani
132110101049

PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK PETUGAS, KETERSEDIAAN
LOGISTIK DAN KEGIATAN PENGENDALIAN ISPA DENGAN
CAKUPAN PENEMUAN PNEUMONIA PADA BALITA
DI KABUPATEN BANYUWANGI TAHUN 2017**

Oleh:

**Maulidya Puji Aryani
NIM 132110101049**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing Utama : Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH.

Dosen Pembimbing Anggota : Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Hubungan antara Karakteristik Petugas, Ketersediaan Logistik dan Kegiatan Pengendalian ISPA dengan Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita di Kabupaten Banyuwangi Tahun 2017* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

hari : Senin

tanggal : 04 September 2017

tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing

Tanda Tangan

1. DPU: Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH. (.....)
NIP. 197701082005012004
2. DPA: Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 197904112005011002

Penguji

1. Ketua: dr Pudjo Wahjudi, M.S. (.....)
NIP. 195403141980121001
2. Sekretaris: Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes (.....)
NIP. 197810162009122001
3. Anggota: Sudarto Setyo Ngabdi Negoro, S.KM., M.Kes. (.....)
NIP. 196911031997031010

Mengesahkan
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember,

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Hubungan antara Karakteristik Petugas, Ketersediaan Logistik dan Kegiatan Pengendalian ISPA dengan Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita di Kabupaten Banyuwangi Tahun 2017; Maulidya Puji Aryani; 132110101049; 2017; 79 halaman; Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (*alveoli*). Pneumonia merupakan pembunuh utama balita di dunia. Pneumonia merupakan salah satu fokus utama Program Pencegahan dan Pengendalian (P2) ISPA. Salah satu indikator program P2 ISPA adalah cakupan penemuan pneumonia balita. Cakupan pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi dari tahun 2014-2016 belum mencapai target nasional. Pada tahun 2014 dan 2015 target cakupan pneumonia pada balita sebesar 100%, namun cakupan penemuan pada tahun 2014 dan 2015 hanya sebesar 33,7% dan 71,1%. Target cakupan pneumonia pada balita tahun 2016 sebesar 60%, namun capaian penemuannya sebesar 41,99%. Cakupan penemuan pneumonia pada balita menggambarkan hasil kinerja program P2 ISPA di wilayah kerja terutama dalam penemuan kasus.

Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan antara karakteristik petugas, ketersediaan logistik dan kegiatan pengendalian ISPA dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi. Desain penelitian yang digunakan adalah analitik *cross sectional* dengan jumlah sampel 31 responden. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik pengambilan *Simple Random Sampling*. Pengambilan data dengan wawancara menggunakan kuesioner dan mengobservasi untuk mendapatkan informasi mengenai variabel yang diteliti. Variabel bebas terdiri dari karakteristik (usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama kerja) dan pengetahuan petugas, ketersediaan logistik (ketersediaan alat diagnostik, pedoman, media KIE serta media pencatatan dan pelaporan) dan kegiatan pengendalian ISPA (advokasi dan sosialisasi, penemuan dan tata laksana pneumonia, supervisi, pencatatan dan pelaporan, kemitraan dan jejaring, peningkatan kapasitas SDM serta monitoring dan evaluasi). Variabel terikat dalam

penelitian ini adalah cakupan penemuan pneumonia pada balita. Analisa data menggunakan analisis univariabel dan analisis bivariabel menggunakan uji *Chi-Square*.

Hasil penelitian ini adalah terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik petugas meliputi usia ($p = 0,29$; OR = 9,3) dan lama kerja ($p = 0,005$; OR = 30,7) serta kegiatan pengendalian ISPA berupa peningkatan kapasitas SDM ($p = 0,028$; OR = 17,3) dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita. Variabel tersebut dinyatakan signifikan karena nilai $p\text{-value} < 0,05$. Tidak ada hubungan yang signifikan antara karakteristik petugas meliputi jenis kelamin ($p = 0,201$; OR = 5,1), pendidikan ($p = 0,062$; OR = 0,1), serta pengetahuan ($p = 0,083$; OR = 8,4); ketersediaan logistik meliputi alat diagnostik ($p = 0,083$; OR = 8,4) buku pedoman ($p = 0,384$; OR = 2,7), media KIE ($p = 1,000$; OR = 1,5), media pencatatan dan pelaporan ($p = 0,642$; OR = 2,5) dan kegiatan pengendalian ISPA meliputi advokasi ($p = 0,667$; OR = 2,1) dan sosialisasi ($p = 1,000$; OR = 1,2), penemuan dan tata laksana pneumonia ($p = 0,053$; OR = 6,7), supervisi ($p = 0,562$; OR = -), pencatatan dan pelaporan ($p = 0,550$; OR = 0,5), kemitraan dan jejaring ($p = 0,083$; OR = 8,4) serta monitoring ($p = 1,000$; OR = 1) dan evaluasi ($p = 1,000$; OR = 1,6) dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita. Variabel tersebut dinyatakan tidak signifikan karena nilai $p\text{-value} > 0,05$. Nilai OR pada variabel supervisi tidak dapat diinterpretasikan karena terdapat satu sel yang bernilai nol.

Dinas Kesehatan Kabupaten banyuwangi diharapkan dapat melaksanakan pelatihan secara berkala setiap tahun kepada pemegang program P2 ISPA mengenai manajemen pengendalian ISPA, tatalaksana pneumonia pada balita serta promosi pengendalian pneumonia pada balita untuk meningkatkan kapasitas sumber daya manusia yang telah tersedia di Puskesmas. Pelatihan secara berkala dapat membantu pemegang program ISPA baru untuk memiliki kesempatan mengikuti pelatihan segera untuk meningkatkan kinerjanya dalam manajemen serta penanganan kasus pneumonia pada balita.

SUMMARY

The Association of Officer Characteristics, Logistics Availability and ARI Control Activities with Pneumonia Toddler Coverage in Banyuwangi Regency in 2017; Maulidya Puji Aryani; 132110101049; 2017; 79 pages; Department of Epidemiology and Biostatistics Population, Public Health Faculty, Jember University.

Pneumonia is an acute infection that concerning to alveoli tissue. Pneumonia constitutes assassin primary to toddlers in this world. Pneumonia is one of main focus ARI preventing and controlling program. One of ARI preventing and controlling program indicators is pneumonia toddler coverage. Pneumonia toddler coverage in Banyuwangi Regency since 2014-2016 years have not reached national target. The target of pneumonia toddler coverage in 2014 and 2015 is 100% while result shows 33,7% and 71,1%. On the other hand, pneumonia toddler coverage in Banyuwangi Regency in 2016 is 60% while result shows 41,99%. Pneumonia toddler coverage shows the performance of ARI preventing and controlling program on work area especially in case finding.

This study aims to analyze the association between officer characteristics, logistics availability and ARI control activities with pneumonia toddler coverage in Banyuwangi Regency. Study uses cross sectional analytic desain with 31 respondents. The sampling is done by simple random sampling technique. The data collection is by interviewing with questioner and observation to get information about variable. The independent variables consist of characteristics (age, gender, education and working length) and officer knowledge, logistics availability (availability of diagnostic tool, guidelines, KIE media with recording and reporting media) and ARI controlling activities (advocation and socialisation, pneumonia find and management, supervision, recording and reporting, partnerships and networks, capacity building of human resources with monitoring and evaluation). Dependent variable in this research is coverage pneumonia toddler. Data analysis uses univariable analysis, bivariabel analysis using chi-square test.

Result of this study shows that there is significant relationship between characteristics officer consisting of age ($p = 0,29$; OR = 9,3) and work length ($p = 0,005$; OR = 30,7) and ARI controlling activities consisting of capacity building ($p = 0,028$; OR = 17,3) by coverage pneumonia to toddlers. The variable considered significant because p -value $<0,05$. Nevertheless, it has not significant relationship between characteristics officer consisting of gender ($p = 0,201$; OR = 5,1), education ($p = 0,062$; OR = 0,1) and knowledge ($p = 0,083$; OR = 8,4); logistics availability consisting of diagnostic tools ($p = 0,083$; OR = 8,4), guideline ($p = 0,384$; OR = 2,7), KIE media ($p = 1,000$; OR = 1,5), recording and reporting media ($p = 0,642$; OR = 2,5) and ARI control activity consisting of advocacy ($p = 0,667$; OR = 2,1) and socialisation ($p = 1,000$; OR = 1,2), pneumonia find and management ($p = 0,053$; OR = 6,7), supervision ($p = 0,562$; OR = -), recording and reporting ($p = 0,550$; OR = 0,5), partnerships and networks ($p = 0,083$; OR = 8,4) as well as monitoring ($p = 1,000$; OR = 1) and evaluation ($p = 1,000$; OR = 1,6) with coverage pneumonia to toddlers. The variable considered not significant because p -value $>0,05$. The OR value of supervision variable can't be interpreted because there is one cell that is zero.

Banyuwangi Health Office is hoped to do conduct periodic training every year to ARI program officer on ARI control management, management of pneumonia toddler and promotion of pneumonia control in under fives to increase human resources capacity in primary health facility. Regular training can help new ARI program officer to have the opportunity to take immediate training to improve their performance in management and handling of pneumonia cases in toodler.

PRAKATA

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah S.W.T atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul *Hubungan antara Karakteristik Petugas, Ketersediaan Logistik dan Kegiatan Pengendalian ISPA dengan Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita di Kabupaten Banyuwangi Tahun 2017*, sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Skripsi ini menjabarkan mengenai hubungan antara karakteristik petugas, ketersediaan logistik dan kegiatan pengendalian ISPA dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi, sehingga nantinya akan menjadi bahan pertimbangan bagi puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi untuk meningkatkan upaya-upaya dalam penemuan dan tata laksana kasus pneumonia balita agar mencapai target nasional.

Pada kesempatan ini saya menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Ni'mal Baroya, S.KM., M.PH. selaku dosen pembimbing utama sekaligus Ketua Bagian Epidemiologi dan Biostatistika Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember serta Bapak Yunus Ariyanto, S.KM., M.Kes. selaku dosen pembimbing anggota yang telah memberikan petunjuk, koreksi serta saran hingga terwujudnya skripsi ini.

Terima kasih dan penghargaan saya sampaikan pula kepada yang terhormat :

1. Ibu Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat;
2. Ibu Sulistiyani, S.KM., M.Kes., selaku Dosen Pembimbing Akademik;
3. Bapak Sudarto Setyo Ngabdi Negoro, S.KM., M.Kes. selaku Kepala Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi;
4. Ibu Prita Eka Pratiwi, S.KM., selaku pemegang program P2 ISPA Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi;

5. Ayah, ibu, adik serta keluarga besar;
6. Teman-teman UKM PSM Gita Pusaka, UKM PSM UNEJ, UKM Lentera, Epidemiologi 2013, IRIT, LOPI, ANONIM serta sahabat-sahabat yang selalu memberikan dukungan dan motivasi dalam penulisan skripsi ini;
7. Teman-teman Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember angkatan 2013;
8. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Skripsi ini telah penulis susun dengan optimal, namun tidak menutup kemungkinan adanya kekurangan, oleh karena itu dengan tangan terbuka penulis menerima masukan yang membangun. Semoga tulisan ini berguna bagi semua pihak yang memanfaatkannya.

Jember, September 2017

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
HALAMAN PERNYATAAN	v
HALAMAN PEMBIMBINGAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Pneumonia	7
2.1.1 Definisi Pneumonia	7
2.1.2 Klasifikasi Pneumonia	7

2.1.3	Epidemiologi Pneumonia.....	8
2.2	Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita	9
2.2.1	Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita di Kabupaten Banyuwangi.....	9
2.3	Faktor yang Berhubungan dengan Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita.....	10
2.3.1	Komponen <i>Input</i>	10
2.3.2	Komponen Proses	17
2.5	Kerangka Teori.....	31
2.6	Kerangka Konsep	32
2.7	Hipotesis Penelitian	33
BAB 3	METODE PENELITIAN.....	35
3.1	Jenis Penelitian	35
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	35
3.3	Populasi dan Sampel	35
3.3.1	Populasi	35
3.3.2	Sampel penelitian.....	35
3.3.3	Teknik pengambilan sampling.....	36
3.4	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	37
3.4.1	Variabel Penelitian.....	37
3.4.2	Definisi operasional	37
3.5	Data dan Sumber Data	41
3.6	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data	42
3.6.1	Teknik Pengumpulan Data	42
3.6.2	Instrumen Pengumpulan Data.....	43
3.7	Teknik Penyajian dan Analisis Data	44
3.7.1	Teknik Penyajian Data.....	44
3.7.2	Teknik Analisis Data	44
3.8	Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner	45
3.8.1	Uji Validitas Kuesioner	46
3.8.2	Uji Reabilitas Kuesioner.....	47

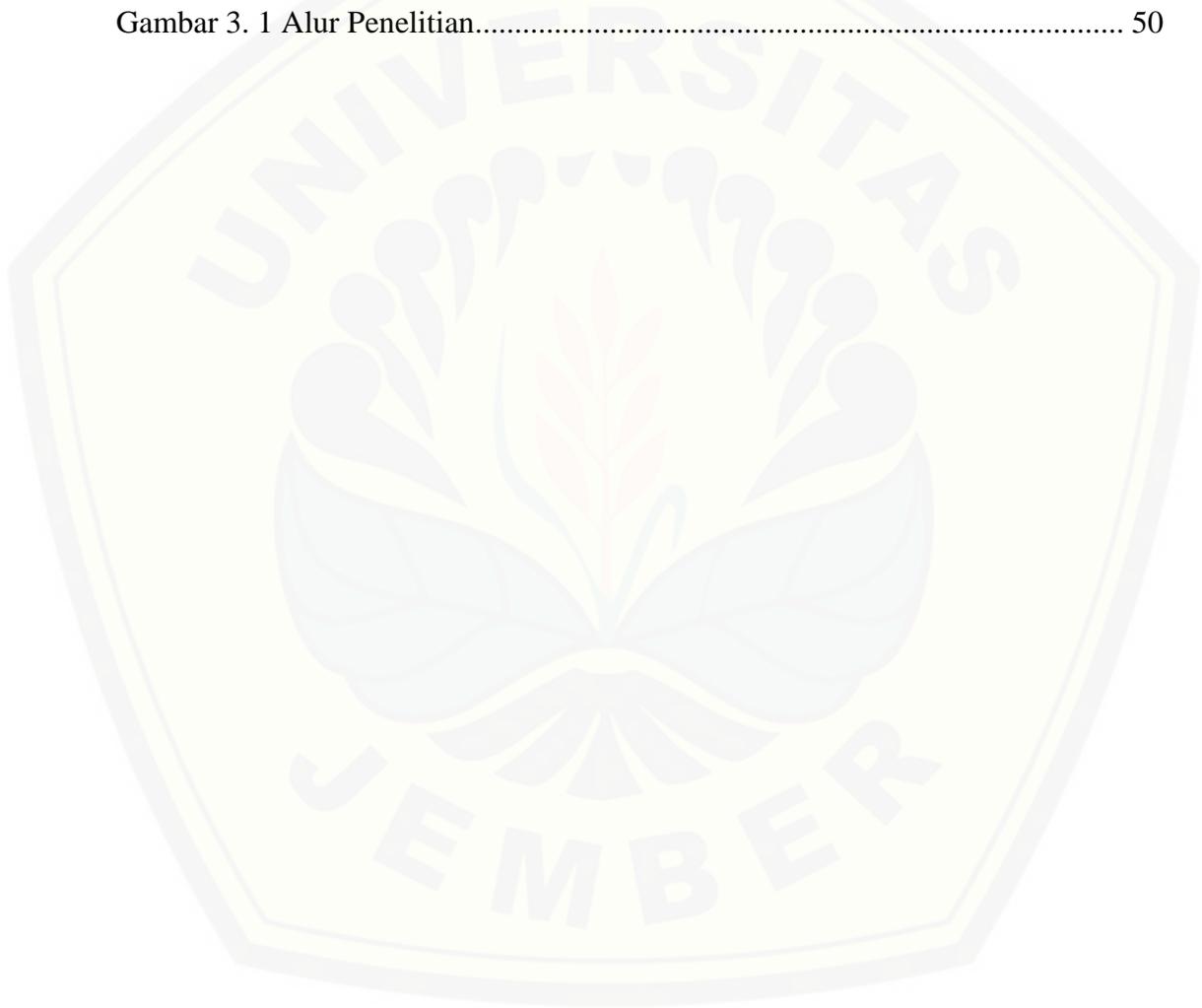
3.9 Alur Penelitian.....	50
BAB 4. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	51
4.1 Hasil Penelitian	51
4.1.1 Gambaran Karakteristik Petugas, Ketersediaan Logistik dan Kegiatan Pengendalian ISPA di Kabupaten Banyuwangi.....	51
4.1.2 Analisis Hubungan Karakteristik Petugas, Ketersediaan logistik dan Kegiatan Pengendalian ISPA di Kabupaten Banyuwangi.....	55
4.2 Pembahasan	63
BAB 5. PENUTUP	74
5.1 Kesimpulan	74
5.2 Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	76

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3. 1 Definisi Operasional Penelitian	38
Tabel 3. 2 Hasil Uji Validitas Menggunakan Software SKALO	47
Tabel 3. 3 Hasil Uji Reabilitas Menggunakan Rumus KR 20	48
Tabel 4. 1 Gambaran Karakteristik Petugas P2 ISPA di Kabupaten Banyuwangi.....	50
Tabel 4. 2 Gambaran Ketersediaan Logistik Kegiatan Pengendalian ISPA di Kabupaten Banyuwangi	52
Tabel 4. 3 Gambaran Kegiatan Pengendalian ISPA di Kabupaten Banyuwangi.	53
Tabel 4. 4 Hasil Analisis Hubungan antara Karakteristik Responden dengan Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita	55
Tabel 4. 5 Hasil Analisis Hubungan antara Ketersediaan Logistik dengan Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita.....	57
Tabel 4. 6 Hasil Analisis Hubungan antara Kegiatan Pengendalian ISPA dengan Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita	60

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka teori Modifikasi dari Handayani (2012), Dharoh <i>et al.</i> (2014), Marlinawati (2015), Donabedian (1988), Radina dan Damayanti (2013) & Kemenkes (2012a).....	31
Gambar 2. 2 Kerangka Konsep Penelitian	32
Gambar 3. 1 Alur Penelitian.....	50



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran A. Izin Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi.....	80
Lampiran B. Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi.....	81
Lampiran C. Lembar Persetujuan Informan.....	82
Lampiran D. Lembar Kuesioner Penelitian	83
Lampiran E. Lembar Observasi Penelitian	90
Lampiran F. Dokumentasi.....	93
Lampiran G. Hasil Analisis.....	95

DAFTAR SINGKATAN DAN NOTASI

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	= <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ASI	= Air Susu Ibu
CBC	= <i>Complete Blood Count</i>
CT	= <i>Computerized Tomography</i>
Dinkes	= Dinas Kesehatan
ISPA	= Infeksi Saluran Pernafasan Akut
KIE	= Komunikasi Informasi Edukasi
P2 ISPA	= Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Saluran Pernafasan Akut
PMT	= <i>Pneumonia Management Tool</i>
SDKI	= Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SDM	= Sumber Daya Manusia
TTDK	= Tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam
UPK	= Unit Pelayanan Kesehatan
WHO	= <i>World Health Organization</i>

DAFTAR NOTASI

-	= sampai dengan
%	= persen
/	= per dan atau
α	= alfa
<	= kurang dari
>	= lebih dari
\geq	= lebih dari sama dengan
\leq	= kurang dari sama dengan
n	= jumlah sampel

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (*alveoli*). Pneumonia merupakan suatu proses peradangan dimana terdapat konsolidasi yang di sebabkan pengisian rongga alveoli oleh eksudat (Somantri, 2007: 67). Pneumonia ditandai dengan adanya gejala batuk dan atau kesukaran bernapas seperti napas cepat, tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (TDDK) atau gambaran radiologi foto thorax/dada menunjukkan infiltrat paru akut (Kemenkes RI, 2012a: vii). Pneumonia sering disebabkan oleh virus pernafasan yaitu virus sial pernafasan, adenovirus, virus para influenza, dan virus influenza.

Distribusi global penyebab utama semua kematian pada balita menunjukkan bahwa pneumonia membunuh lebih banyak daripada penyakit lainnya sebesar 19% dari semua kematian dibawah lima tahun dan memiliki angka yang dominan di setiap negara (WHO dan UNICEF, 2006: 5). Insiden kejadian pneumonia berdasarkan usia balita diperkirakan 0,29 kejadian per 1000 anak/ tahun pada negara berkembang dan 0,05 kejadian per 1000 anak/tahun di negara maju. Hal ini dapat diartikan bahwa sekitar 156 kasus baru di setiap tahun di seluruh dunia, dimana 151 juta kejadian berada pada negara berkembang. Sebagian besar kasus terjadi di India (43 juta), China (21 juta) dan Pakistan (10 juta) serta Bangladesh, Indonesia dan Nigeria dengan jumlah masing-masing 6 juta (Rudan *et al.*, 2008: 408).

Angka penemuan pneumonia pada balita di Indonesia sejak tahun 2007 sampai tahun 2012 tidak mengalami perkembangan yang signifikan. Peningkatannya hanya berkisar antara 23%-27,71% (Kemenkes RI, 2012a: 1). *Period prevalence* pneumonia terjadi pada kelompok umur 1-4 tahun serta mulai mengalami peningkatan pada usia 45-54 tahun dan terus meningkat pada kelompok umur berikutnya. *Period prevalence* pneumonia balita di Indonesia sebesar 18,5 /1000 balita sedangkan di Provinsi Jawa Timur sebesar 15,8/ 1000 balita (Kemenkes RI, 2013: 66). Dari pencatatan dan pelaporan tahun 2015, cakupan penemuan penderita pneumonia balita di Jawa Timur sebesar 76,83%

dengan jumlah yang dilaporkan oleh kabupaten/kota adalah 99.190 balita.

Pada tahun 2014, dari 38 kabupaten/kota di Provinsi Jawa Timur hanya 1 kabupaten/kota yang memenuhi target cakupan penemuan penderita pneumonia pada balita, yaitu Kabupaten Gresik. Beberapa kabupaten/kota yang sudah mendekati dengan capaian (>60%) adalah Kabupaten Bojonegoro, Kota Madiun, Kota Mojokerto, Kabupaten Mojokerto, Kabupaten Tuban, Kota Pasuruan dan Kabupaten Bangkalan. Sedangkan untuk kabupaten/kota lainnya masih belum bahkan masih jauh dari target nasional tahun 2014. Kabupaten Banyuwangi merupakan salah satu kabupaten yang memiliki angka cakupan penemuan <60% (Dinkes Prov. Jatim, 2014 : 19).

Kabupaten Banyuwangi belum memenuhi target nasional dalam kurun waktu 5 tahun terakhir yaitu tahun 2012 - 2016. Berdasarkan laporan tahunan seksi pencegahan dan pengendalian penyakit menular di Kabupaten Banyuwangi pada tahun 2012-2016 cakupan penemuan pneumonia pada balita tahun 2012 sebesar 2.067 (17,27%), tahun 2013 sebesar 3.897 (31,48%), tahun 2014 sebesar 4.079 (33,7%), tahun 2015 sebesar 3.708 (71,1%) serta tahun 2016 sebesar 2.989 (41,99%). Menurut laporan tahunan P2 ISPA tahun 2016 Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi hanya terdapat 9 (20%) puskesmas dari 45 puskesmas di Kabupaten Banyuwangi yang mencapai target 70%, sisanya yaitu 36 (80%) puskesmas masih belum mencapai target cakupan penemuan pneumonia.

Rendahnya angka cakupan penemuan pneumonia pada balita menurut buku pedoman pengendalian ISPA (2012a: 5) disebabkan oleh sumber pelaporan rutin terutama berasal dari puskesmas, hanya beberapa provinsi dan kabupaten/kota yang mencakup rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya. Selain itu, deteksi kasus di puskesmas juga masih rendah karena sebagian besar tenaga belum terlatih. Kelengkapan pelaporan yang masih rendah terutama pelaporan dari kabupaten/kota ke provinsi juga menjadi penyebabnya. Cakupan penemuan pneumonia menggambarkan hasil kinerja program P2 ISPA di wilayah kerja terutama dalam penemuan kasus pneumonia pada balita, sehingga diperlukan suatu kebijakan operasional dan strategi untuk mencapai tujuan pengendalian pneumonia pada balita. Strategi dalam pengendalian pneumonia balita dilakukan

melalui upaya-upaya peningkatan kegiatan pokok pengendalian ISPA. Kegiatan pokok pengendalian ISPA meliputi advokasi dan sosialisasi, penemuan dan tata laksana pneumonia pada balita, ketersediaan logistik, supervisi, pencatatan dan pelaporan, kemitraan dan jejaring, peningkatan kapasitas sumber daya manusia, pengembangan program serta autopsi verbal.

Terlaksananya strategi pengendalian ISPA dapat dipengaruhi dari kinerja petugas pemegang program ISPA yang memiliki tugas dalam melakukan penyuluhan tentang ISPA, penemuan secara dini penderita ISPA, pengobatan penderita secara lengkap, serta pencatatan dan pelaporan kasus (Puskesmas Kuta I, 2010). Jika manajemen dan tata laksana kasus pneumonia dilaksanakan sesuai dengan buku pedoman pengendalian ISPA, maka pengendalian pneumonia di suatu wilayah kerja dapat berjalan dengan maksimal sehingga cakupan penemuan pneumonia pada balita dapat mencapai target nasional yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kegiatan pokok pengendalian ISPA dan petugas pemegang program P2 ISPA berpengaruh dalam penemuan pneumonia pada balita. Menurut penelitian Hussain *et al* (2016 : 686) mengenai evaluasi sistem surveilans ISPA di Gilgit-Pakistan mendapati bahwa sistem informasi manajemen kesehatan dalam pelaporannya hanya terbatas pada fasilitas perawatan tingkat pertama sedangkan rumah sakit tidak dilaporkan dalam sistem. Sehingga sistem tidak dapat memberikan gambaran yang sangat benar dari terjadinya ISPA. Sistem tidak mampu mendeteksi dan menanggapi wabah. Kelengkapan dan ketepatan laporan kasus sangat penting untuk menunjang data yang valid.

Pengetahuan petugas dalam hal ini juga dapat mempengaruhinya. Penelitian Ylli *et al*. (2001 : 64) mengenai manajemen ISPA dan diare pada balita di Albania mendapati hasil bahwa pengetahuan petugas kesehatan pada kasus ISPA memiliki manajemen kasus lemah dan hanya sepertiga dari tenaga kesehatan memiliki pengetahuan yang baik. Hal tersebut dapat mempengaruhi pelaksanaan tatalaksana pneumonia, sehingga petugas masih banyak yang susah membedakan antara batuk bukan pneumonia dengan batuk pneumonia.

Penelitian Handayani (2012) tentang gambaran kegiatan penemuan pneumonia di puskesmas se-Kota Semarang mendapatkan hasil bahwa pengetahuan petugas P2 ISPA hanya sebesar 54,1% yang dikategorikan kurang dan ketersediaan alat ukur napas hanya sebesar 73%. Menurut Rahman (2014) mengenai kepatuhan petugas dalam tatalaksana pneumonia menyatakan bahwa petugas yang mempunyai masa kerja ≥ 10 tahun mempunyai peluang 1,38 kali lebih patuh dibandingkan petugas yang mempunyai masa kerja < 10 tahun. Selain itu, menurut penelitian Marlinawati (2015) bahwa puskesmas yang tidak berhasil mencapai target nasional hanya melakukan pelayanan medis di puskesmas dan penyuluhan di posyandu, tidak mendapatkan laporan kasus dari klinik swasta yang ada di wilayah kerja puskesmas, belum mempunyai tenaga terlatih, tenaga yang bekerja baru 1-2 tahun yang relatif baru, petugas masih belum memahami pneumonia balita secara menyeluruh, motivasi masih tergolong buruk, kepemimpinan kepala puskesmas yang tidak baik serta tidak adanya media KIE berupa media cetak.

Pemegang program P2 ISPA diharapkan dapat melakukan penemuan pneumonia pada balita juga secara aktif dan melaporkan secara lengkap penemuan kasus. Pelatihan pemegang program mengenai manajemen ISPA dan tata laksana pneumonia penting dilakukan untuk menjalankan program P2 ISPA dengan baik. Berdasarkan latar belakang permasalahan yang ada, maka perlu dilakukan penelitian mengenai hubungan antara karakteristik petugas, ketersediaan logistik dan kegiatan pengendalian ISPA dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah ada hubungan antara karakteristik petugas, ketersediaan logistik dan kegiatan pengendalian ISPA dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara karakteristik petugas, ketersediaan logistik dan kegiatan pengendalian ISPA dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Menggambarkan karakteristik petugas (meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan dan lama kerja), ketersediaan logistik (meliputi alat diagnostik, pedoman, media KIE dan media pencatatan dan pelaporan), serta kegiatan pengendalian ISPA (meliputi advokasi dan sosialisasi, penemuan dan tata laksana pneumonia, supervisi, pencatatan dan pelaporan, kemitraan dan jejaring, peningkatan kapasitas SDM serta monitoring dan evaluasi).
- b. Menganalisis hubungan antara karakteristik petugas (meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan serta lama kerja) dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi.
- c. Menganalisis hubungan antara ketersediaan logistik (meliputi alat diagnostik, pedoman, media KIE, serta media pencatatan dan pelaporan) dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi.
- d. Menganalisis hubungan antara kegiatan pengendalian ISPA (meliputi advokasi dan sosialisasi, penemuan dan tata laksana pneumonia, supervisi, pencatatan dan pelaporan, kemitraan dan jejaring, peningkatan kapasitas SDM serta monitoring dan evaluasi) dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dalam bidang epidemiologi penyakit menular mengenai penemuan pneumonia pada balita sehingga dapat digunakan sebagai referensi dalam penelitian yang terkait selanjutnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi mengenai program P2 ISPA dalam pengendalian pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi. Sehingga Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi dan puskesmas dapat melakukan upaya-upaya perbaikan serta peningkatan kinerja dalam hal penemuan pneumonia pada balita sehingga dapat mencapai target penemuan pneumonia pada tahun selanjutnya.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pneumonia

2.1.1 Definisi Pneumonia

Pneumonia adalah radang/ inflamasi parenkim paru dengan konsolidasi ruang alveolar oleh eksudat yang kebanyakan disebabkan oleh mikroorganisme. Pertukaran gas tidak dapat berlangsung pada daerah yang mengalami konsolidasi dan darah dialirkan ke sekitar alveoli yang tidak berfungsi. Hipoksemia dapat terjadi tergantung banyaknya jaringan paru-paru yang sakit (Somantri, 2007: 67). Terjadinya pneumonia pada anak sering kali bersamaan dengan proses infeksi akut pada bronkus (biasanya disebut *broncho pneumonia*). Pneumonia berat ditandai dengan adanya batuk atau kesukaran bernapas, napas sesak atau penarikan dinding dada sebelah bawah ke dalam (*severe chest indrawing*) pada anak usia 2 bulan sampai kurang dari 5 tahun. Pneumonia sangat berat pada kelompok usia ini dengan gejala batuk, kesukaran bernapas, disertai gejala sianosis sentral dan tidak bisa minum. Sementara itu untuk anak di bawah 2 bulan, pneumonia berat ditandai dengan frekuensi pernapasan sebanyak 60 kali per menit atau lebih juga disertai penarikan kuat pada dinding dada sebelah bawah ke dalam (Misnadiarly, 2008: 14).

2.1.2 Klasifikasi Pneumonia

Klasifikasi pneumonia jika digolongkan atas dasar anatomi (Marcdante *et al.*, 2014: 527) adalah sebagai berikut :

1. Pneumonia lobaris : menggambarkan pneumonia yang terlokalisir pada satu atau lebih lobus paru
2. Pneumonia atipikal : mendiskripsikan pola selain dari pneumonia lobaris
3. Bronkopneumonia : mengacu pada inflamasi paru yang terfokus pada area bronkiolus dan memicu produksi eksudat mukopurulen yang dapat mengakibatkan obstruksi saluran respiratori berkaliber kecil dan menyebabkan konsolidasi yang merata ke lobus yang berdekatan.
4. Pneumonitis interstitial : mengacu pada proses inflamasi pada interstisium

yang terdiri dari dinding alveolus, kantung dan duktus alveolar serta bronkeolus. Pneumonia ini khas pada infeksi virus akut tetapi dapat juga akibat dari proses infeksi kronik.

Berdasarkan buku pedoman pengendalian ISPA (2012a: 12), klasifikasi pneumonia pada balita (2 bulan - <5 tahun) adalah sebagai berikut :

1. Pneumonia berat : disertai dengan tanda tarikan dinding dada bagian bawah kedalam (*chest in drawing*).
2. Pneumonia : disertai dengan tanda nafas cepat sesuai golongan umur (2 bulan-<1 tahun : 50 kali atau lebih/menit dan 1-<5 tahun : 40 kali atau lebih/menit).
3. Bukan pneumonia : tidak ada nafas cepat dan tidak ada tarikan dinding dada bagian dalam ke bawah.

2.1.3 Epidemiologi Pneumonia

Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 infeksi saluran pernafasan akut terutama pneumonia merupakan penyebab umum kesakitan dan penyebab kematian pada anak balita di seluruh dunia. Insiden menurut kelompok usia balita diperkirakan 0,29 episode per anak/tahun di negara berkembang dan 0,05 episode per anak/tahun di negara maju. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat 158 juta episode baru di dunia per tahun dengan 151 episode (98,7%) terjadi di negara berkembang. Kasus terbanyak terjadi di India (43 juta), China (21 juta), Pakistan 910 juta) dan Bangladesh, Indonesia, serta Nigeria masing-masing 6 juta episode. Dari semua kasus yang terjadi di masyarakat, 7-13% kasus berat dan memerlukan perawatan rumah sakit (Rudan *et al.*, 2008: 408).

Menurut Riskesdas tahun 2013, terjadi peningkatan *period prevalence* pneumonia untuk semua umur dari 2,1% (2007) menjadi 2,7% (2013). Insiden dan prevalensi pneumonia penduduk Indonesia tahun 2013 adalah 1,8% dan 4,5%. Lima provinsi yang mempunyai insiden dan prevalensi pneumonia tertinggi untuk semua jenis umur adalah Nusa Tenggara Timur, Papua, Sulawesi Tengah,

Sulawesi Barat dan Sulawesi Selatan. Sedangkan, *period prevalence* untuk pneumonia pada balita di Indonesia sebesar 18,5‰. *Period prevalence* pneumonia pada balita pada tahun 2013 tertinggi adalah Provinsi Nusa Tenggara Timur yaitu 38,5‰. Provinsi Jawa Timur, memiliki *period prevalence* 15,8‰ pada tahun 2013. Berdasarkan kelompok umur penduduk, *period prevalence* pneumonia yang tertinggi terjadi pada kelompok umur 1-4 tahun, kemudian mulai meningkat pada umur 45-54 tahun dan terus meningkat pada kelompok umur berikutnya. Prevalensi tertinggi terdapat pada kelompok umur 12-23 bulan (21,7%) dan lebih banyak dialami oleh kelompok penduduk dengan status ekonomi terendah (27,4%).

2.2 Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita

Cakupan penemuan merupakan angka yang diperoleh dari pelaporan mengenai suatu kasus penyakit. Cakupan penemuan pneumonia pada balita adalah banyaknya angka kasus pneumonia pada tahun tertentu yang berasal dari pelaporan baik dari klinik swasta maupun puskesmas. Tercapainya cakupan penemuan pneumonia balita termasuk salah satu tujuan dari pengendalian ISPA. Cakupan penemuan pneumonia balita merupakan salah satu indikator penemuan ISPA. Cakupan penemuan pneumonia balita dapat dilihat dengan perumusan jumlah kasus pneumonia balita yang ditata laksana di suatu wilayah kerja Puskesmas dalam 1 tahun dibagi jumlah perkiraan penemuan pneumonia balita di wilayah kerja puskesmas tersebut dalam 1 tahun (10% dari jumlah balita) (Kemenkes RI, 2012a: 37). Jumlah perkiraan balita di suatu wilayah kerja adalah 10% jumlah penduduk sedangkan jumlah perkiraan penemuan pneumonia balita (target) adalah 10% (tahun 2014) dan 4,45% (tahun 2015 dan 2016) jumlah perkiraan balita.

2.2.1 Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita di Kabupaten Banyuwangi

Kabupaten Banyuwangi masih belum mencapai target penemuan pneumonia pada tahun 2014 – 2016. Tahun 2014 terdapat 2 puskesmas yang mencapai target

yaitu Puskesmas Wonosobo dan Puskesmas Gladag. Pada tahun 2015 puskesmas yang sudah mencapai target 100% ada 13 puskesmas yaitu Puskesmas Wongsorejo, Puskesmas Mojopanggung, Puskesmas Paspas, Puskesmas Kertosari, Puskesmas Singonjuruh, Puskesmas Kebamam, Puskesmas Wonosobo, Puskesmas Sumber Beras, Puskesmas Tembokrejo, Puskesmas Grajagan, Puskesmas Yosomulyo, Puskesmas Tegalsari dan Puskesmas Kembiritan. Pada tahun 2016 terdapat 9 puskesmas yang memenuhi target yaitu Puskesmas Sobo, Puskesmas Kertosari, Puskesmas Karang Sari, Puskesmas Sambirejo, Puskesmas Kembiritan, Puskesmas Kedungrejo, Puskesmas Gladag, Puskesmas Sumberberas, dan Puskesmas Yosomulyo.

2.3 Faktor yang Berhubungan dengan Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita

Keberhasilan suatu program dipengaruhi oleh sistem yang berjalan di dalamnya. Dibentuknya suatu sistem pada dasarnya untuk mencapai suatu tujuan tertentu yang telah ditetapkan. Tujuan dari pengendalian pneumonia pada balita adalah tercapainya cakupan penemuan pneumonia pada balita. Tercapainya cakupan merupakan hasil kerja dari komponen *input* yang meliputi (*man* (petugas), *money* (pembiayaan) serta *material* (ketersediaan logistik) dan proses yaitu kegiatan pengendalian ISPA.

2.3.1 Komponen *Input*

Pada program P2 ISPA komponen *input* yang berpengaruh adalah *man* (petugas), *money* (pembiayaan) serta *material* (ketersediaan logistik). Karakteristik petugas meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja, pengetahuan, dan motivasi petugas sedangkan ketersediaan logistik meliputi ketersediaan obat, pedoman, alat diagnostik, pencatatan dan pelaporan, serta media KIE.

1. *Man* (Petugas)

Man (petugas pelaksana) merupakan sumber daya yang paling penting dalam pelaksanaan dan keberhasilan suatu program. Pada petugas beberapa hal

yang dapat mempengaruhi kinerja petugas dalam menjalankan program antara lain usia, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, lama kerja dan motivasi.

a. Usia

Usia adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan). Usia dapat mempengaruhi kinerja dari seseorang. Semakin bertambah usia seseorang maka kemungkinan untuk semakin tidak hadir (mangkir) dari pekerjaannya semakin besar, dikarenakan mungkin ada kecenderungan bagi pekerja yang lebih tua (yang karena rata-rata memiliki pengalaman kerja dan pengetahuan akan situasi kondisi organisasi/perusahaan) maka lebih 'berani' untuk mangkir daripada pekerja yang usianya lebih muda kecenderungan akan lebih taat karena belum memiliki pengalaman kerja, pengetahuan akan situasi kondisi tentang organisasi serta masih membutuhkan pencitraan yang baik melalui pembuktian kerja yang tidak mangkir (Pangarso, 2016: 47).

Banyak yang percaya jika produktivitas seseorang karyawan menurun dengan bertambahnya umur. Hal ini disebabkan karena keterampilan-keterampilan fisik seperti kecepatan, kelenturan, kekuatan dan koordinasi akan menurun dengan bertambahnya umur. Tetapi produktivitas seseorang tidak hanya pada keterampilan fisik serupa. Produktivitas karyawan yang sudah lama bekerja di sebuah perusahaan, artinya sudah bertambah tua, bisa mengalami peningkatan karena lebih banyak pengalaman dan lebih bijaksana dalam pengambilan keputusan (Muchlas, 2005: 77). Berdasarkan penelitian Rahman (2014: 103), proporsi umur petugas tata laksana pneumonia Kabupaten Tolitoli lebih banyak pada umur <40 tahun yaitu sebesar 52,3%.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah perbedaan bentuk, sifat, dan fungsi biologi laki-laki dan perempuan yang menentukan perbedaan peran mereka dalam menyelenggarakan upaya meneruskan garis keturunan. Perbedaan ini terjadi karena mereka memiliki alat-alat untuk meneruskan keturunan yang berbeda, yang disebut alat reproduksi. Studi psikologis telah menemukan bahwa wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang dan pria lebih agresif serta lebih besar kemungkinannya daripada wanita dalam memiliki pengharapan untuk sukses,

tetapi perbedaan ini kecil adanya. Suatu masalah yang tampaknya membedakan antar jenis kelamin, khususnya saat karyawan memiliki anak-anak bersekolah (Wahjono, 2010: 53) . Dalam masalah absen kerja, karyawati lebih sering tidak masuk kerja daripada laki-laki karena wanita/istri secara tradisional memiliki tanggung jawab urusan rumah dan keluarga, serta jika ada urusan sosial di sekitar rumahnya seperti hajatan atau kematian tetangga (Muchlas, 2005: 78)

c. Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi tindakan yang akan dia lakukan. Perubahan perilaku kesehatan melalui pendidikan diawali dengan pemberian informasi-informasi sehingga dapat meningkatkan pengetahuan. Pengetahuan-pengetahuan yang akan menimbulkan kesadaran mereka dan akhirnya menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya (Notoatmodjo, 2014: 90). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Dharoh *et al.* 2014 mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan cakupan penemuan penderita pneumonia pada balita di Kota Semarang menunjukkan bahwa persentase cakupan penemuan penderita pneumonia pada balita yang tidak tercapai pada petugas dengan latar belakang pendidikan non kesehatan (100%) lebih besar dibandingkan dengan petugas yang memiliki latar belakang pendidikan dari bidang kesehatan (85,7%) serta terdapat petugas yang mempunyai latar belakang pendidikannya bukan dari kesehatan melainkan SLTA, namun petugas dapat menjalankan tugasnya seperti membuat laporan, melakukan pemeriksaan anak di MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sehat) dan tugas lainnya.

d. Pengetahuan

Setiap orang mempunyai kekuatan dan kelemahan dan kelemahan dalam hal kemampuan yang membuat relatif unggul atau rendah dibandingkan orang-orang lain dalam melakukan tugas tau kegiatan tertentu. Dari sudut pandang manajemen, masalahnya bukanlah apakah orang-orang berbeda dalam hal kecakapannya atau tidak. Masalahnya adalah mengetahui bagaimana orang-orang yang kemampuannya berbeda dan menggunakan pengetahuan tersebut untuk meningkatkan kemungkinan seorang karyawan melakukan pekerjaan dengan baik (Wahjono, 2010: 56).

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia di peroleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*). Menurut Notoatmodjo (2014 : 27) tingkat pengetahuan dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu:

1) Tahu (*know*)

Dapat diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya. Contoh: dapat menyebutkan tanda-tanda kekurangan kalori dan protein pada anak balita.

2) Memahami (*comprehension*)

Merupakan kemampuan untuk menjelaskan secara benar terhadap objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Contoh: meramalkan, menyimpulkan, dan sebagainya terhadap sesuatu yang di pelajari.

3) Aplikasi (*aplication*)

Merupakan kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Contoh: dapat menggunakan rumus statistik dalam perhitungan hasil penelitian.

4) Analisis (*analysis*)

Merupakan suatu kemampuan menjabarkan materi atau suatu objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih ada kaitanya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan, membedakan, memisahkan, mengelompokkan dan sebagainya.

5) Sintesis (*synthesis*)

Merupakan suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Contoh: dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkas, dan lain-lain.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Merupakan suatu kemampuan untuk justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Contoh: membandingkan anak yang cukup gizi dengan anak yang kekurangan gizi.

e. Lama Kerja

Lama kerja adanya banyak waktu yang dihabiskan untuk bekerja dihitung mulai dari awal bekerja. Menurut Marlinawati (2015: 187) bahwa puskesmas yang tidak berhasil mencapai target nasional memiliki penanggung jawab P2 ISPA dan MTBS baru bekerja selama 1-2 tahun, sehingga relatif baru dan belum mempunyai pengalaman dan wawasan yang luas dalam menjalankan program tersebut. Lama kerja sering disebut sebagai masa kerja. Telah dilakukan tinjauan ulang terhadap hubungan senioritas-produktivitas. Jika mendefinisikan senioritas sebagai masa seseorang menjalankan pekerjaan tertentu, dapat dikatakan bahwa bukti paling baru menunjukkan suatu hubungan positif antara senioritas dan produktivitas pekerjaan. Masa kerja yang diespresikan sebagai pengalaman kerja, menjadi peramal yang baik terhadap produktivitas karyawan (Wahjono, 2010: 56). Menurut penelitian Rahman (2014: 103), proporsi umur petugas tata laksana pneumonia Kabupaten Tolitoli lebih banyak memiliki masa kerja ≥ 10 tahun yaitu sebesar 59,7%.

f. Motivasi Petugas

Motivasi ialah upaya untuk menimbulkan rangsangan, dorongan, dan ataupun pembangkit tenaga pada seseorang dan ataupun sekelompok masyarakat tersebut mau berbuat dan bekerja sama secara optimal melaksanakan sesuatu yang telah di rencanakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Azwar, 2010: 291). Motivasi berpengaruh terhadap kinerja petugas. Menurut penelitian Dharoh *et.al* (2014) mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan cakupan penemuan penderita pneumonia pada balita di Kabupaten Semarang bahwa terdapat hubungan antara motivasi petugas ($p\text{-value} = 0,020$) dengan cakupan penemuan penderita pneumonia pada balita.

2. *Money* (Pembiayaan)

Biaya kesehatan dari sudut pandang penyedia pelayanan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Besarnya dana bagi penyedia pelayanan lebih menunjuk pada seluruh biaya investasi serta seluruh biaya operasional yang harus disediakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan (Azwar, 2010: 129). Berdasarkan penelitian Handayani (2012: 9) mengenai gambaran kegiatan penemuan kasus pneumonia pada balita di Puskesmas se-Kota Semarang diketahui bahwa semua puskesmas tidak mempunyai alokasi dana khusus untuk kegiatan pencarian kasus pneumonia. Puskesmas hanya mempunyai alokasi dana untuk program P2 ISPA secara keseluruhan saja. Dana digunakan untuk pembelian keperluan dan perbaikan sarana di dalam gedung. Sehingga dana tidak teralokasi kepada kegiatan penemuan kasus pneumonia dan cakupan penemuan kasus tidak pernah mencapai target yang telah ditetapkan.

3. Ketersediaan Logistik

Kemenkes RI (2012a: 17) menyatakan bahwa dukungan logistik sangat diperlukan dalam menunjang pelaksanaan pengendalian ISPA. Penyediaan logistik dilakukan sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku dan menjadi tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah. Sesuai dengan pembagian kewenangan antara pusat dan daerah maka pusat akan menyediakan prototipe atau contoh logistik yang sesuai standard (spesifikasi) untuk pelayanan kesehatan. Selanjutnya pemerintah daerah berkewajiban memenuhi kebutuhan logistik sesuai kebutuhan. logistik yang dibutuhkan antara lain:

A. Obat

Beberapa obat yang di perlukan adalah :

- 1) Tablet *Kotrimoksazol* 480 mg
- 2) Sirup *Kotrimoksazol* 240 mg/5 ml
- 3) Sirup kering *Amoksisilin* 125 mg/5 ml
- 4) Tablet *Paracetamol* 500 mg
- 5) Sirup *Paracetamol* 120 mg/5 ml.

Obat-obat tersebut di atas merupakan obat yang umum digunakan di Puskesmas untuk berbagai penyakit sehingga dalam penyediaannya dilakukan secara terpadu dengan program lain dan proporsi sesuai kebutuhan. Jika memungkinkan dapat disediakan antibiotik *intramuscular*: *Ampicilin* dan *Gentamisin*. Untuk menghindari kelebihan obat maka perhitungan kebutuhan obat berdasarkan hasil cakupan tahun sebelumnya dengan tambahan 10% sebagai *buffer stock*.

B. Alat Diagnostik

1) *Acute Respiratory Infection Sound timer* (ARI Sound timer)

Digunakan untuk menghitung frekuensi napas dalam 1 menit. Alat ini memiliki masa pakai maksimal 2 tahun (10.000 kali pemakaian). Jumlah yang diperlukan minimal:

a. Puskesmas

- (1) 3 buah di tiap Puskesmas
- (2) 1 buah di tiap Pustu
- (3) 1 buah di tiap bidan desa, Poskesdes, Polindes, Ponkesdes

b. Kabupaten

- (1) 1 buah di dinas kesehatan kabupaten/kota
- (2) 1 buah di rumah sakit umum di ibukota kabupaten/kota
- (3) Provinsi
- (4) 1 buah di dinas kesehatan provinsi
- (5) 1 buah di rumah sakit umum di ibukota provinsi.

C. Pedoman

Sebagai pedoman dalam melaksanakan pengendalian ISPA. Dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, dan puskesmas masing-masing minimal memiliki 1 set buku pedoman pengendalian ISPA, yang terdiri dari:

- 1) Pedoman Pengendalian ISPA
- 2) Pedoman Tata laksana Pneumonia Balita
- 3) Pedoman Autopsi Verbal
- 4) Pedoman Penanggulangan Episenter Pandemi Influenza
- 5) Pedoman Respon Nasional menghadapi Pandemi Influenza

D. Media KIE (Elektronik dan Cetak)

Media KIE (Komunikasi Informasi dan Edukasi) untuk memperkenalkan mengenai pneumonia pada balita dapat berupa media cetak maupun elektronik. Berikut media KIE pneumonia pada balita:

1) DVD Tata laksana pneumonia Balita.

Media ini berisi cara-cara bagaimana memeriksa anak yang menderita batuk, bagaimana menghitung frekuensi napas anak dalam satu menit dan melihat tanda penderita Pneumonia berat berupa tarikan dinding dada bagian bawah kedalam (*chest in drawing*).

2) TV spot dan Radio Spot tentang pneumonia Balita.

3) Poster, Leaflet, Lembar Balik, Kit Advokasi dan Kit Pemberdayaan Masyarakat.

E. Media pencatatan dan pelaporan

Berikut merupakan media pencatatan dan pelaporan dalam penemuan kasus pneumonia pada balita:

1) Stempel ISPA: merupakan alat bantu untuk pencatatan penderita pneumonia Balita sebagai status penderita.

2) Register harian Pneumonia (non sentinel dan sentinel)

3) Formulir laporan bulanan (non sentinel dan sentinel)

Pemantauan logistik dilaksanakan sampai di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (dengan menggunakan formulir supervisi) yang dilakukan oleh petugas pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Di semua tingkat pemantauan dilakukan sesuai dengan ketentuan pengelolaan barang milik pemerintah (UU No.19 tahun 2003 tentang badan usaha milik negara). Penilaian kecukupan logistik dapat dilihat dari indikator logistik pengendalian ISPA.

2.3.2 Komponen Proses

Komponen proses suatu program dilihat dari kegiatan apa saja yang dilakukan dalam mencapai tujuan program. Dalam program P2 ISPA kegiatan yang dilakukan oleh pemegang program untuk mencapai tujuan adalah advokasi

dan sosialisasi, penemuan dan tata laksana pneumonia pada balita, supervisi, kemitraan dan jejaring, autopsi verbal, pengembangan program, pencatatan dan pelaporan, peningkatan kapasitas SDM serta monitoring dan evaluasi. Berikut merupakan kegiatan pengendalian ISPA :

1. Advokasi dan sosialisasi

Advokasi dan sosialisasi merupakan kegiatan yang penting dalam upaya untuk mendapatkan komitmen politis dan kesadaran dari semua pihak pengambil keputusan dan seluruh masyarakat dalam upaya pengendalian ISPA dalam hal ini pneumonia sebagai penyebab utama kematian bayi dan balita (Kemenkes RI, 2012a: 11).

a. Advokasi

Dapat dilakukan melalui pertemuan dalam rangka mendapatkan komitmen dari semua pengambil kebijakan.

b. Sosialisasi

Tujuannya adalah untuk meningkatkan pemahaman, kesadaran, kemandirian dan menjalin kerja sama bagi pemangku kepentingan di semua jenjang melalui pertemuan berkala, serta penyuluhan/KIE.

2. Penemuan dan tata laksana pneumonia balita

a. Penemuan penderita pneumonia

Penemuan dan tata laksana Pneumonia merupakan kegiatan inti dalam pengendalian Pneumonia Balita. Menurut Kemenkes RI (2012a: 11) terdapat 2 cara dalam penemuan penderita, yaitu :

1) Penemuan penderita secara pasif

Dalam hal ini penderita yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Rumah Sakit dan Rumah sakit swasta.

2) Penemuan penderita secara aktif

Petugas kesehatan bersama kader secara aktif menemukan penderita baru dan penderita pneumonia yang seharusnya datang untuk kunjungan ulang 2 hari setelah berobat.

Penemuan penderita pasif dan aktif melalui proses sebagai berikut:

- a) Menanyakan Balita yang batuk dan atau kesukaran bernapas
- b) Melakukan pemeriksaan dengan melihat tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (TDDK) dan hitung napas.
- c) Melakukan penentuan tanda bahaya sesuai golongan umur <2 bulan dan 2 bulan - <5 tahun
- d) Melakukan klasifikasi Balita batuk dan atau kesukaran bernapas; Pneumonia berat, pneumonia dan batuk bukan pneumonia.

b. Tata laksana pneumonia

Berikut tata laksana pneumonia berdasarkan klasifikasi usianya menurut Kemenkes RI (2012a: 26) :

1) Pneumonia berat pada anak berumur 2 bulan - < 5 tahun

Klasifikasi : Seorang anak berumur 2 bulan - <5 tahun diklasifikasikan menderita pneumonia berat apabila dari pemeriksaan ditemukan yaitu tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (TDDK).

Tindakan :

- a) Anak yang diklasifikasikan menderita pneumonia berat harus dirujuk segera ke rumah sakit.
- b) Berikan satu kali dosis antibiotik (bila mungkin).
- c) Sebelum anak meninggalkan puskesmas, petugas kesehatan dianjurkan member pengobatan pra rujukan, (misal atasi demam, *wheezing*, kejang dan sebagainya), tulislah surat rujukan ke rumah sakit dan anjurkan pada ibu agar anaknya dibawa ke rumah sakit sesegera mungkin.

2) Pneumonia pada anak berumur 2 bulan - < 5 tahun

Klasifikasi : Seorang anak berumur 2 bulan - <5 tahun diklasifikasikan menderita pneumonia apabila dari pemeriksaan:

- a) Tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam
- b) Adanya napas cepat:
 - 50 x/menit atau lebih pada anak umur 2 - <12 bulan
 - 40 x/menit atau lebih pada umur 12 bulan - <5 tahun

Tindakan :

- (1) Penderita pneumonia cukup diberikan pengobatan antibiotik di rumah.
- (2) Nasihati ibu untuk memberikan obat sesuai anjuran petugas kesehatan dan membawa kembali jika keadaan anak bertambah buruk serta jelaskan cara pemberian antibiotik.
- (3) Anjurkan untuk kembali kontrol dalam 2 hari (48 jam) atau lebih cepat bila keadaan anak:
 - Pernapasan menjadi cepat atau sesak
 - Tidak dapat minum
 - Sakitnya bertambah parah.

Berdasarkan Kemenkes RI (2012b: 15), setelah penderita pneumonia balita di teruskan dilakukan tata laksana sebagai berikut :

- a. Pengobatan dengan menggunakan antibiotic: *kotrimoksazol*, *arnoksillia* selama 3 hari dan obat *siraptormatis* yang di perlukan seperti *paracetamol*, *salbutamol*.
- b. Tindak lanjut bagi penderita yang kunjungan ulang yaitu penderita 2 hari setelah mendapat antibiotik di fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Rujukan bagi penderita pneumonia berat atau penyakit sangat berat.

Salah satu strategi dalam melakukan tata laksana pneumonia adalah dengan melakukan pendekatan manajemen terpadu balita sakit (MTBS). Pelaksanaan strategi MTBS telah membantu untuk mempercepat penurunan angka kematian dari penyakit pernafasan dan memperkuat manfaat yang ditunjukkan oleh strategi manajemen pengendalian ISPA dalam hal meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi anak-anak dengan penyakit pernafasan, baik di rumah dan di jasa kesehatan. Upaya saat ini adalah untuk memperkuat pelaksanaan MTBS dan ekspansi di masyarakat sehingga menurunkan angka kematian dari infeksi pernafasan (Benguingui, 2003). Dengan melakukan pendekatan MTBS tata laksana penanganan kasus pneumonia dapat dilakukan dengan baik termasuk dalam penemuan kasus pneumonia balita.

3. Supervisi

Menurut Kemenkes RI (2012a: 18) supervisi dilakukan untuk menjamin pelaksanaan pengendalian ISPA berjalan sesuai dengan yang telah direncanakan/ditetapkan dalam pedoman baik di provinsi, kabupaten/kota, Puskesmas dan rumah sakit menggunakan instrumen supervisi (terlampir). Supervisi dilakukan secara berjenjang difokuskan pada propinsi, kab/kota, Puskesmas yang:

- a. pencapaian cakupan rendah
- b. pencapaian cakupan tinggi namun meragukan
- c. kelengkapan dan ketepatan laporan yang kurang baik

Pelaksana supervisi:

- a. petugas pusat,
- b. petugas provinsi,
- c. petugas kabupaten/kota,
- d. petugas Puskesmas.

Alat:

Formulir (checklist) untuk supervisi mencakup aspek manajemen program (pencapaian target, pelatihan, logistik) dan aspek tata laksana.

Luaran dari kegiatan supervisi dan bimbingan teknis pengendalian ISPA adalah :

- a. data umum wilayah
- b. data pencapaian target program
- c. data pelatihan
- d. data logistik
- e. Identifikasi masalah
- f. Cara pemecahan masalah
- g. Langkah tindak lanjut, dan laporan supervisi dan bimbingan teknis.

Berdasarkan hasil penelitian Isroyati *et al.* (2015: 183) mengenai hubungan fungsi manajemen program P2ISPA dengan ketercapaian target angka cakupan pneumonia balita di puskesmas Kota Semarang bahwa puskesmas yang tidak mencapai target cakupan pneumonia balita lebih banyak memiliki fungsi pengawasan yang kurang baik sebesar 93,8% daripada pengawasan yang baik,

fungsi pengawasan yang kurang baik berpeluang untuk tidak tercapai target cakupan 1,4 kali dibandingkan fungsi pengawasan yang baik. Pengawasan yang kurang baik tersebut terlihat dari tidak adanya supervisi terkait laporan 3 bulanan dan 6 bulanan.

4. Pencatatan dan Pelaporan

Untuk melaksanakan kegiatan pengendalian ISPA diperlukan data dasar (*baseline*) dan data program yang lengkap dan akurat. Data dasar atau informasi tersebut diperoleh dari :

- a. Pelaporan rutin berjenjang dari fasilitas pelayanan kesehatan hingga ke pusat setiap bulan. Pelaporan rutin kasus pneumonia tidak hanya bersumber dari Puskesmas saja tetapi dari semua fasilitas pelayanan kesehatan baik swasta maupun pemerintah.
- b. Pelaporan surveilans sentinel Pneumonia semua golongan umur dari lokasi sentinel setiap bulan.
- c. Laporan kasus influenza pada saat pandemi

Data yang telah terkumpul baik dari institusi sendiri maupun dari institusi luar selanjutnya dilakukan pengolahan dan analisis. Pengolahan dan analisis data dilaksanakan baik oleh Puskesmas, kabupaten/kota maupun provinsi. Di tingkat Puskesmas pengolahan dan analisis data diarahkan untuk tujuan tindakan koreksi secara langsung dan perencanaan operasional tahunan. Sedangkan di tingkat kabupaten/kota diarahkan untuk tujuan bantuan tindakan dan penentuan kebijakan pengendalian serta perencanaan tahunan/5 tahunan di wilayah kerjanya masing-masing (Kemenkes RI, 2012a: 19).

5. Kemitraan dan Jejaring

a. Kemitraan

Kemitraan merupakan faktor penting untuk menunjang keberhasilan program pembangunan. Kemitraan dalam program Pengendalian ISPA diarahkan untuk meningkatkan peran serta masyarakat, lintas program, lintas sektor terkait dan pengambil keputusan termasuk penyandang dana. Dengan demikian pembangunan kemitraan diharapkan dapat lebih ditingkatkan, sehingga pendekatan pelaksanaan pengendalian ISPA khususnya Pneumonia dapat

terlaksana secara terpadu dan komprehensif. Intervensi pengendalian ISPA tidak hanya tertuju pada penderita saja tetapi terhadap faktor risiko (lingkungan dan kependudukan) dan faktor lain yang berpengaruh melalui dukungan peran aktif sektor lain yang berkompeten.

Kegiatan kemitraan meliputi pertemuan berkala dengan:

- 1) lintas program dan sektor terkait;
- 2) organisasi kemasyarakatan,
- 3) lembaga swadaya masyarakat,
- 4) tokoh masyarakat,
- 5) tokoh agama,
- 6) perguruan tinggi,
- 7) organisasi profesi kesehatan,
- 8) sektor swasta

b. Jejaring

Untuk keberhasilan program Pengendalian ISPA diperlukan peningkatan jejaring kerja (*networking*) dengan pemangku kepentingan. Berbagai manfaat yang dapat diperoleh dari jejaring antara lain pengetahuan, keterampilan, informasi, keterbukaan, dukungan, membangun hubungan, dll dalam upaya pengendalian pneumonia di semua tingkat. Jejaring dapat dibangun dengan berbagai pemangku kepentingan sesuai dengan kebutuhan wilayah (spesifik wilayah) baik sektor pemerintah, swasta, perguruan tinggi, lembaga/organisasi non pemerintah, dll. Jejaring dapat dibangun melalui pertemuan atau pembuatan kesepahaman (MoU). Untuk menjaga kesinambungan jejaring, maka komunikasi perlu secara intensif melalui pertemuan-pertemuan berkala dengan mitra terkait (Kemenkes RI, 2012a: 20).

6. Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia

Aspek pelatihan merupakan bagian penting dari Pengendalian ISPA dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia khususnya dalam penatalaksanaan kasus dan manajemen program. Pelatihan menggunakan metode ceramah, simulasi, kasus studi dan demonstrasi menggunakan media audiovisual dan modul lebih efektif untuk meningkatkan pekerja pengetahuan, sikap dan keterampilan

(Khayati *et al.*, 2015: S51). Ada beberapa jenis pelatihan menurut Kemenkes RI (2012a: 21) untuk tenaga kesehatan, yaitu :

a. Pelatihan pelatih (TOT)

TOT Tata laksana Pneumonia Balita, Manajemen Pengendalian ISPA dan Pandemi Influenza.

Tujuan:

Tersedianya tenaga fasilitator/pelatih pusat, provinsi, dan kabupaten/kota dalam pengendalian ISPA

Sasaran:

- 1) Pengelola ISPA Pusat
- 2) Pengelola ISPA Provinsi
- 3) Pengelola ISPA Kabupaten/Kota

b. Pelatihan bagi Tenaga Kesehatan

a) Tata laksana ISPA

Tujuan:

Peserta latih memahami dan mampu mempraktekkan tata laksana penderita Pneumonia sesuai standar di tempat kerjanya masing-masing.

Sasaran:

- (1) Paramedis Puskesmas, Polindes dan Bidan desa
- (2) Dokter Puskesmas
- (3) Dokter Rumah Sakit
- (4) Paramedis Rumah Sakit
- (5) Pengelola Program ISPA kabupaten dan provinsi

Materi:

- (1) Buku/modul Tata laksana Pneumonia Balita
- (2) Bagan Tata laksana Penderita Batuk dan Kesukaran Bernapas Pada Balita
- (3) DVD Tata laksana Pneumonia Balita

Penyelenggaraan:

- (1) Jumlah peserta optimal: 30 orang per kelas
- (2) Rasio fasilitator termasuk MOT dengan peserta diupayakan 1:5

Lama pelatihan: 4 hari

b) Pelatihan Manajemen Program Pengendalian ISPA

Tujuan:

Peserta latih memahami dan mampu melaksanakan manajemen program Pengendalian ISPA secara efektif sesuai kebijakan program Pengendalian ISPA Nasional dan situasi spesifik setempat.

Sasaran:

- (1) Pengelola program ISPA provinsi
- (2) Pengelola program ISPA kabupaten/kota
- (3) Pengelola program ISPA Puskesmas

Materi:

Pedoman/modul Pelatihan Manajemen Pengendalian ISPA terbitan Kementerian Kesehatan.

Penyelenggaraan:

- (1) Jumlah peserta maksimal: 30 orang per kelas
- (2) Rasio fasilitator dengan peserta diupayakan 1 : 5

Lama Pelatihan: 4 hari

c. Pelatihan Promosi Pengendalian Pneumonia Balita

Tujuan:

Peserta latih memahami dan mampu mengembangkan promosi penanggulangan Pneumonia melalui advokasi, bina suasana dan penggerakkan masyarakat.

Sasaran:

- a) Pengelola program ISPA provinsi, kabupaten/kota
- b) Pengelola program Promosi Kesehatan provinsi, kabupaten/kota

Materi:

Buku Pedoman/modul Promosi Pengendalian Pneumonia Balita.

Penyelenggaraan:

- a) Jumlah peserta maksimal: 30 orang per kelas
- b) Rasio pengajar/fasilitator dengan peserta diupayakan 1 : 5

Lama pelatihan: 4 hari.

7. Monitoring dan evaluasi

Berdasarkan Kemenkes RI (2012a: 24), monitoring atau pemantauan pengendalian ISPA dan kesiapsiagaan menghadapi pandemic influenza perlu dilakukan untuk menjamin proses pelaksanaan sudah sesuai dengan jalur yang ditetapkan sebelumnya. Apabila terdapat ketidak sesuaian maka tindakan korektif dapat dilakukan dengan segera. Monitoring hendaknya dilaksanakan secara berkala (mingguan, bulanan, triwulan).

Evaluasi lebih menitikberatkan pada hasil atau keluaran/output yang diperlukan untuk koreksi jangka waktu yang lebih lama misalnya 6 bulan, tahunan dan lima tahunan. Keberhasilan pelaksanaan seluruh kegiatan pengendalian ISPA akan menjadi masukan bagi perencanaan tahun/periode berikutnya.

a. Kegiatan monitoring dan evaluasi dalam Pengendalian ISPA

Beberapa komponen yang dapat dipantau/evaluasi adalah:

1) Sumber Daya Manusia

- a) Tenaga Puskesmas terlatih dalam manajemen program dan teknis
- b) Tenaga pengelola Pengendalian ISPA terlatih di kabupaten/kota dan provinsi

2) Sarana dan Prasarana

- a) RS Rujukan (FB/AI, Influenza Pandemi) yang memiliki ruang isolasi, ruang rawat intensif/ ICU dan ambulans sebagai penilaian *core capacity* penanggulangan pandemi influenza.
- b) Ketersediaan alat komunikasi baik untuk rutin maupun insidental (KLB).

3) Logistik

a) Obat:

- (1) Ketersediaan antibiotic
- (2) Ketersediaan antiviral (*oseltamivir*)
- (3) Ketersediaan obat-obat penunjang (penurun panas, dll)

b) Alat:

- (1) Tersedianya ARI sound timer

- (2) Oksigen konsentrator
 - (3) Ketersediaan APD untuk petugas RS, laboratorium, Puskesmas dan lapangan
 - c) Pedoman (ketersediaan dan kondisi sesuai standar)
 - d) Media KIE dan media audio visual
 - e) Tersedianya formulir pencatatan dan pelaporan
- 2) Indikator masukan
- a) Sumber Daya Manusia
 - (1) Tenaga fasilitas pelayanan kesehatan yang terlatih dalam manajemen program dan teknis pengendalian ISPA.
Proporsi Puskesmas dengan Tenaga Terlatih
Pembilang (**a**):
Jumlah Puskesmas dengan tenaga terlatih yang ada di suatu wilayah tertentu.
Penyebut (**b**):
Jumlah seluruh Puskesmas yang ada di wilayah tersebut
Cara perhitungan: $a \times 100\%$
 - (2) Tenaga pengelola Pengendalian ISPA terlatih di kabupaten/kota dan provinsi
 - b) Sarana dan Prasarana
 - (1) Jumlah RS Rujukan (FB/AI, Influenza Pandemi) yang memiliki ruang isolasi, ruang rawat intensif/ICU dan ambulans.
 - (2) Tersedianya Alat komunikasi
 - c) Logistik
 - (1) Tersedianya alat: *sound timer* dan oksigen konsentrator
Proporsi Puskesmas yang memiliki Alat Bantu Hitung Napas atau *Sound Timer*
Pembilang (**a**):
Jumlah Puskesmas yang memiliki *sound timer* di suatu wilayah tertentu.
Penyebut (**b**) :

Jumlah semua Puskesmas yang ada di wilayah tersebut.

Cara perhitungan: $a/3b \times 100\%$

- (2) Ketersediaan antibiotic
- (3) Ketersediaan antiviral (*oseltamivir*)
- (4) Ketersediaan obat-obat penunjang (penurun panas, dll)
- (5) Ketersediaan APD untuk petugas RS, laboratorium, Puskesmas dan lapangan.
- (6) Ketersediaan pedoman
- (7) Media KIE dan media audio visual.

3) Indikator luaran (Evaluasi)

a) Cakupan penemuan Pneumonia Balita

Pembilang (**a**):

Jumlah kasus Pneumonia Balita yang ditemukan di suatu wilayah kerja Puskesmas dalam 1 tahun.

Penyebut (**b**):

Perkiraan jumlah penemuan Pneumonia Balita di wilayah kerja Puskesmas tersebut dalam 1 tahun (10% dari jumlah Balita).

Cara penghitungan: $a/b \times 100\%$

b) Jumlah Kasus dan CFR di rumah sakit

Cakupan profilaksis massal pada penanggulangan epicenter pandemi

4) Indikator Kinerja Pengendalian ISPA

- a) Jumlah propinsi sentinel mencapai 33 provinsi (66 Puskesmas dan 66 RS) tahun 2014.
- b) Rencana Kontingensi Penanggulangan Epicenter Pandemi Influenza: 33 provinsi tahun 2014.
- c) Kelengkapan laporan: 100%
- d) Ketepatan laporan: 80%.

8. Pengembangan program

Berikut merupakan kegiatan pengembangan program menurut Kemenkes RI (2012a : 23) :

- a. Kesiapsiagaan dan respon Pandemi influenza

Kegiatan meliputi:

- 1) Penyusunan pedoman
- 2) Pertemuan lintas program dan lintas sektor
- 3) Latihan (exercise) seperti desktop/tabletop, simulasi lapangan

b. Sentinel surveilans pneumonia

Kegiatan di Puskesmas dan RS sentinel meliputi:

- 1) Penemuan dan tata laksana pneumonia semua golongan umur.
- 2) Pengumpulan data pneumonia untuk semua golongan umur.
- 3) Pelaporan dari Puskesmas dan RS sentinel langsung ke Subdit P2 ISPA dengan tembusan ke kab/kota dan propinsi.
- 4) Pengolahan dan analisis data dilakukan di semua jenjang.
- 5) Umpan balik dari Pusat ke Puskesmas dan RS sentinel dan tembusan ke kab/kota dan propinsi.
- 6) Pembinaan/monitoring kegiatan pelaksanaan sentinel.

c. Kajian/pemetaan

- 1) Pengetahuan, sikap dan perilaku (KAP) yang terkait pneumonia.
- 2) Kesakitan (termasuk faktor risiko) dan kematian.
- 3) Pengendalian pneumonia di fasilitas kesehatan.
- 4) Penggunaan dan pemeliharaan logistik ISPA
- 5) Terapi oksigen dalam tata laksana kasus pneumonia.

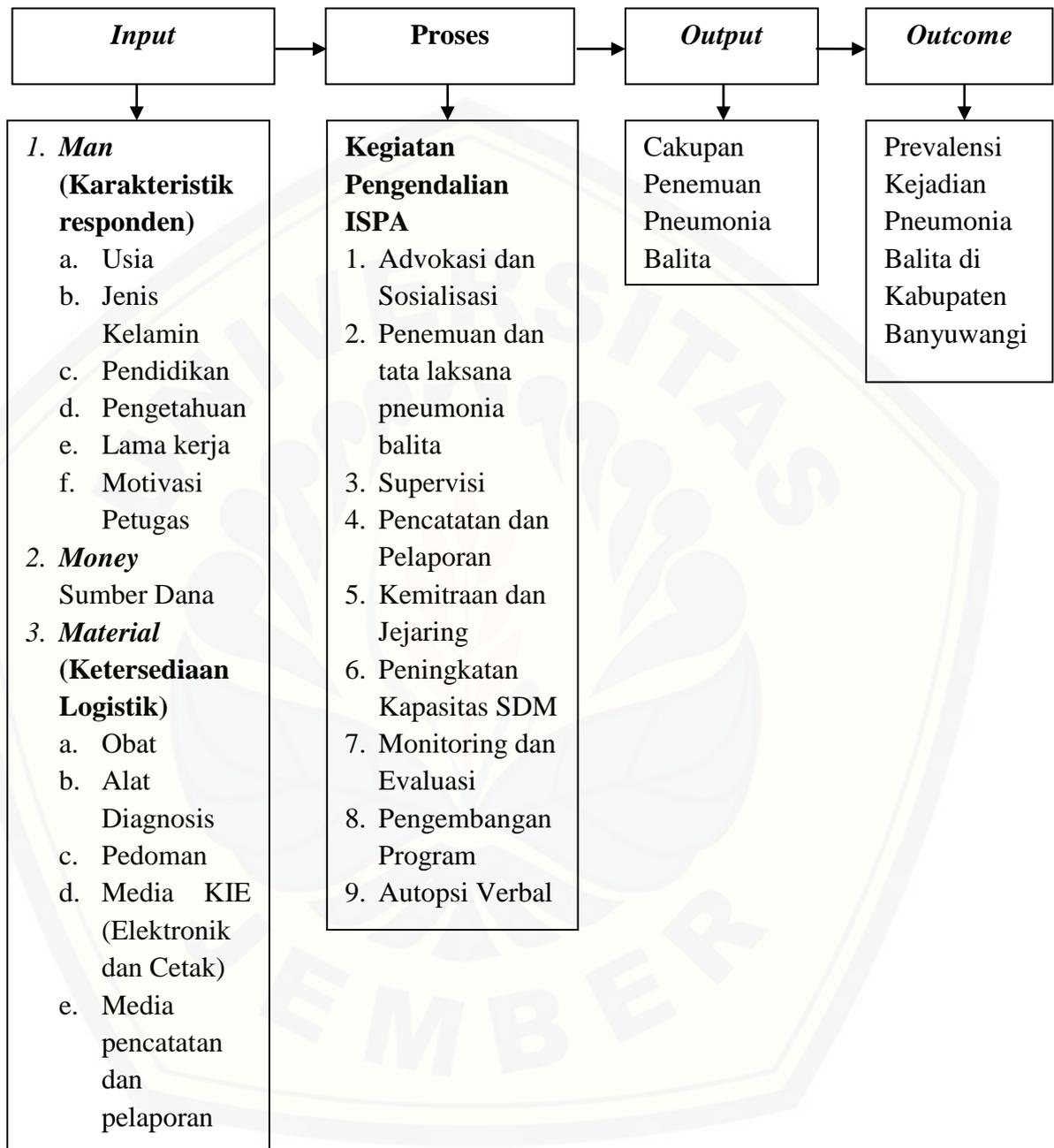
9. Autopsi Verbal

Autopsi verbal balita merupakan kegiatan meminta keterangan atau informasi tentang berbagai kejadian yang berkaitan dengan kesakitan dan/atau tindakan yang dilakukan pada Balita sebelum yang bersangkutan meninggal dunia, guna mencari penyebab kematian serta faktor determinan yang sangat esensial dalam pengelolaan kesehatan masyarakat. Kegiatan ini dilakukan melalui wawancara kepada ibu atau pengasuh Balita yang dianggap paling tahu terhadap keadaan anak menjelang meninggal. Petugas yang akan melaksanakan AV adalah petugas yang sudah mengikuti pelatihan Autopsi Verbal Kematian Pneumonia Balita. Peran aktif petugas ISPA/Puskesmas sangat penting dalam memantau

kematian Balita di wilayah kerja Puskesmas, baik yang datang maupun tidak datang ke sarana pelayanan kesehatan setempat. Dari hasil AV akan didapat data kematian balita berdasarkan waktu, tempat dan orang sebagai sumber informasi manajemen dalam menentukan intervensi yang efisien dan efektif (Kemenkes RI, 2012a: 24).

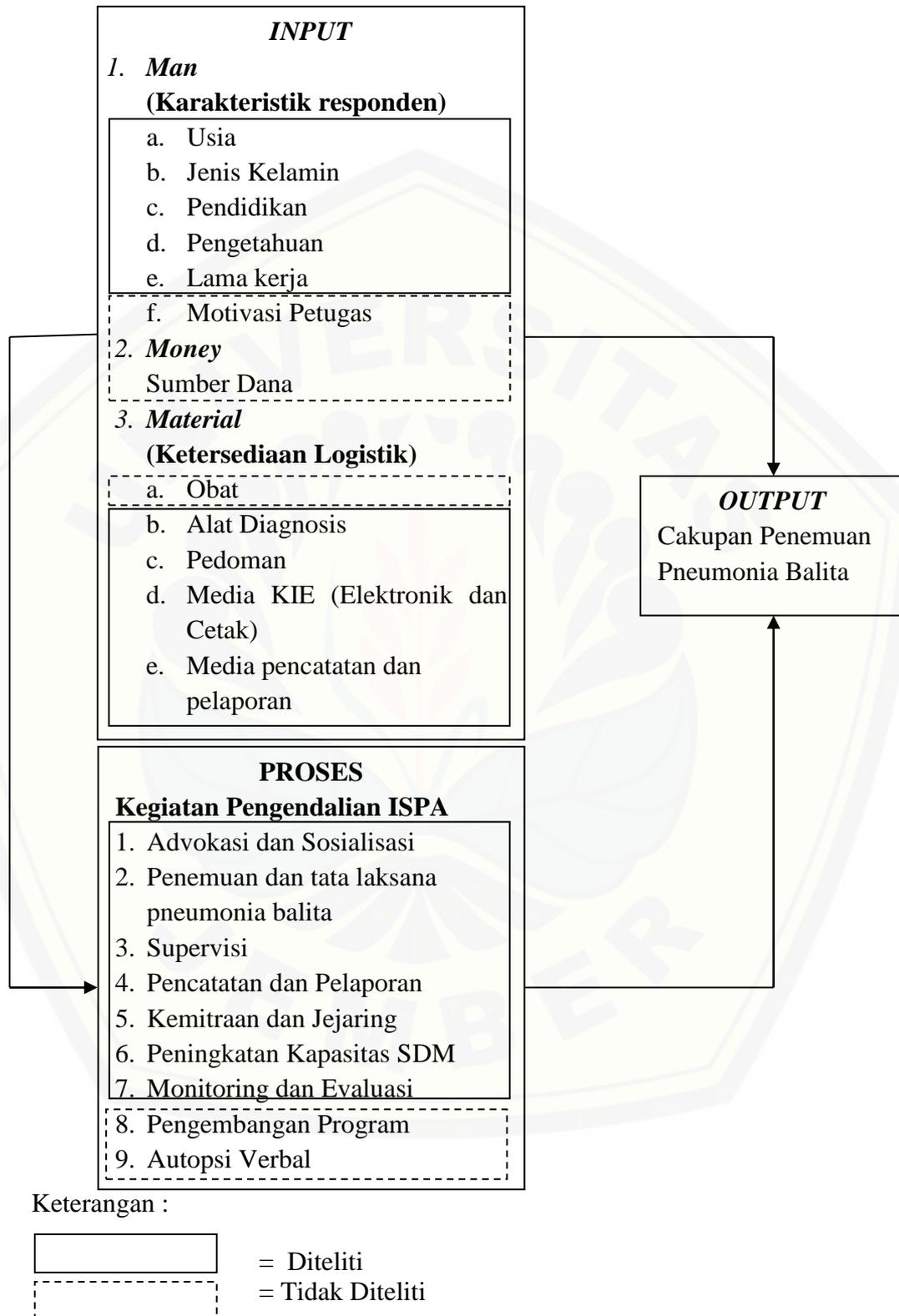


2.5 Kerangka Teori



Gambar 2. 1 Kerangka teori Modifikasi dari Handayani (2012), Dharoh *et al.* (2014), Marlinawati (2015), Donabedian (1988), Radina dan Damayanti (2013) & Kemenkes (2012a)

2.6 Kerangka Konsep



Gambar 2. 2 Kerangka Konsep Penelitian

Menurut penelitian Radina dan Damayanti (2013: 307) mengenai evaluasi pelaksanaan standar pelayanan minimal pada program penemuan penderita pneumonia balita bahwa terdapat hubungan antara *input* dan proses, serta proses dan *output*. Hal ini menunjukkan bahwa *input* program akan mempengaruhi proses program, proses program akan mempengaruhi *output* program. Salah satu cara untuk mencapai target capaian maka puskesmas harus memiliki *input* dan melaksanakan proses sesuai petunjuk teknis. Berdasarkan kerangka konsep penelitian diatas, beberapa faktor yang mempengaruhi cakupan penemuan pneumonia balita antara lain, yaitu karakteristik petugas, ketersediaan logistik, dan kegiatan pengendalian ISPA. Menurut buku pedoman pengendalian ISPA, ketersediaan logistik dan kegiatan pengendalian ISPA merupakan kegiatan pokok pengendalian ISPA. Karakteristik petugas yang mempengaruhi meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, lama kerja, serta motivasi petugas. Ketersediaan logistik yang mempengaruhi meliputi ketersediaan obat, alat diagnostik, pedoman, media KIE serta media pencatatan dan pelaporan. Kegiatan pengendalian ISPA yang mempengaruhi meliputi advokasi dan sosialisasi, penemuan dan tata laksana pneumonia balita, supervisi, pencatatan dan pelaporan, kemitraan dan jejaring, monitoring dan evaluasi. Pada penelitian ini peneliti tidak meneliti mengenai motivasi petugas pada karakteristik petugas, ketersediaan obat pada ketersediaan logistik, serta pengembangan program dan autopsi verbal pada kegiatan pengendalian ISPA Variabel ketersediaan obat dan autopsi verbal tidak di teliti dikarenakan lebih mengarah ke penelitian farmasi serta medis.

2.7 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian, yang harus diuji validitasnya secara empiris. Hipotesis tidak dinilai benar atau salah, melainkan diuji dengan data empiris apakah sah (valid) atau tidak (Sastroasmoro & Ismael, 2012 : 45). Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah diuraikan diatas maka hipotesis dalam penelitian ini adalah :

1. Terdapat hubungan yang signifikan antara karakteristik petugas (meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan serta lama kerja) dengan cakupan penemuan pneumonia di Kabupaten Banyuwangi.
2. Terdapat hubungan yang signifikan antara sarana pendukung (meliputi alat diagnostik, pedoman, media KIE, serta media pencatatan dan pelaporan) dengan cakupan penemuan pneumonia di Kabupaten Banyuwangi.
3. Terdapat hubungan yang signifikan antara kegiatan pengendalian ISPA (meliputi advokasi dan sosialisasi, penemuan dan tata laksana pneumonia, supervisi, pencatatan dan pelaporan, kemitraan dan jejaring, peningkatan kapasitas SDM serta monitoring dan evaluasi) dengan cakupan penemuan pneumonia di Kabupaten Banyuwangi.

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *observational analytic* dengan pendekatan *cross sectionals*. Penelitian *analytic* adalah penelitian yang ditunjukkan untuk menguji hipotesis dan mengadakan interpretasi yang lebih mendalam, tentang hubungan-hubungan variabel bebas dengan variabel terikat (Nazir, 2014: 87). Penelitian ini tergolong penelitian *observational*, karena peneliti hanya mengamati subjek penelitian tanpa intervensi (Sastroasmoro & Ismael, 2012: 112). Pada penelitian ini dilakukan wawancara kepada petugas P2 ISPA mengenai karakteristik petugas dan kegiatan pengendalian ISPA dan melakukan observasi ketersediaan logistik dan pencatatan serta pelaporan kasus pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi untuk dianalisis sehingga dapat diketahui variabel mana yang memiliki hubungan dalam cakupan penemuan pneumonia pada balita.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Kabupaten Banyuwangi. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Juni 2017 – Juli 2017.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2012: 79). Populasi yang diambil dari penelitian ini adalah petugas P2 ISPA di setiap puskesmas di Kabupaten Banyuwangi. Terdapat 45 puskesmas di Kabupaten Banyuwangi sehingga terdapat 45 petugas P2 ISPA.

3.3.2 Sampel penelitian

Sample penelitian merupakan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2012 : 70). Sampel dari penelitian ini adalah 31

petugas P2 ISPA di puskesmas di Kabupaten Banyuwangi. Penentuan sampel menggunakan rumus yang dikembangkan oleh Lemeshow (1997: 54) yaitu:

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

$$n = \frac{45 \cdot (3,8416) \cdot 0,5(1-0,5)}{(45-1)0,1^2 + 3,8416 \cdot 0,5(1-0,5)}$$

$$n = \frac{43,218}{1,4004}$$

$$n = 30,8611$$

Keterangan :

n : besar sampel

N : besar populasi

p : proporsi variabel yang dikehendaki, karena tidak di ketahui maka di ambil proporsi terbesar yaitu 50%.

$z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2$: nilai distribusi normal baku (table z) pada α tertentu ($1,96^2 = 3,8416$)

d : kesalahan absolut yang ditolerir (0,1).

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut, maka besar sampel adalah sebanyak 31 petugas.

3.3.3 Teknik pengambilan sampling

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini adalah pengambilan sampel acak sederhana (*simple random sampling*). Pengambilan sampel acak sederhana ialah pengambilan sampel sedemikian rupa sehingga setiap unit dasar mempunyai kesempatan yang sama untuk diambil sebagai sampel (Budiono, 2003 : 18).

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

3.4.1 Variabel Penelitian

Variabel penelitian pada dasarnya adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja yang ditetapkan oleh penelitian untuk dipelajari sehingga diperoleh Informasi tentang hal tersebut, kemudian di tarik kesimpulannya. Variabel yang digunakan pada penelitian ini adalah variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas (*independent variable*) merupakan variabel yang apabila ia berubah akan mengakibatkan perubahan pada variabel yang lain (Sastroasmoro & Ismael, 2014: 302).

Variabel bebas pada penelitian ini adalah :

1. Karakteristik petugas meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan dan lama kerja.
2. Ketersediaan logistik meliputi alat diagnostik, pedoman, media KIE, media pencatatan dan pelaporan.
3. Kegiatan pengendalian ISPA meliputi advokasi dan sosialisasi, penemuan dan tata laksana pneumonia, supervisi, pencatatan dan pelaporan, kemitraan dan jejaring, peningkatan kapasitas SDM serta monitoring dan evaluasi.

Variabel terikat (*dependent variable*) merupakan variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat, karena adanya variabel bebas (Sugiyono, 2011: 39). Variabel terikat pada penelitian ini adalah cakupan penemuan pneumonia pada balita.

3.4.2 Definisi operasional

Definisi operasional adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel dengan cara memberikan arti atau menspesifikkan kegiatan, ataupun memberikan suatu operasi untuk mengukur variabel tersebut (Nazir, 2014: 110). Adapun definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3. 1 Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data
Variabel terikat				
1.	Cakupan penemuan pneumonia pada balita	Jumlah kasus pneumonia balita yang ditata laksana di suatu wilayah kerja puskesmas dalam 1 tahun dibagi jumlah perkiraan penemuan pneumonia balita di wilayah kerja puskesmas tersebut dalam 1 tahun (Kemenkes RI, 2012 : 37).	Dokumentasi cakupan penemuan pneumonia balita pada laporan tahunan dinas kesehatan Kabupaten Banyuwangi tahun 2016. Cakupan penemuan pneumonia balita di setiap puskesmas dapat dihitung dengan rumus : $\frac{\text{Balita yang ditemukan}}{\text{target}} \times 100\%$ Dengan kategori 1) belum mencapai target 2) mencapai target	Nominal
Variabel bebas				
1.	Usia	Lama waktu hidup responden dihitung sejak dilahirkan sampai ulang tahun terakhir di wawancara saat ini.	Kuesioner 1) < 40 tahun 2) \geq 40 tahun (Rahman, 2014)	Nominal
2.	Jenis kelamin	Perbedaan bentuk, sifat, dan fungsi biologi laki-laki dan perempuan yang menentukan perbedaan peran responden dalam menyelenggarakan upaya meneruskan garis keturunan.	Kuesioner 1) Laki-laki 2) Perempuan	Nominal
3.	Pendidikan	Jenjang sekolah formal terakhir yang pernah di tempuh responden.	Kuesioner 1) Non Kesehatan 2) Kesehatan (Dharoh <i>et al.</i> , 2014)	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data
4.	Pengetahuan petugas	Segala sesuatu yang dimengerti oleh responden mengenai pneumonia, penemuan dan tata laksana pneumonia balita.	Wawancara dengan memberikan pertanyaan. Terdapat 10 pertanyaan dengan skor jawaban : 1) Benar = 1 2) Salah = 0 Nilai maksimal = 10 Nilai minimal = 0 Persentase pengetahuan: Jawaban benar/Nilai maksimal * 100% Sehingga tingkat pengetahuan dengan kategori : 1) Kurang = $\leq 50\%$ 2) Baik = $> 50\%$ (Budiman dan Agus, 2013)	Nominal
5.	Lama kerja	Kurun waktu yang dialami responden selama bekerja sebagai pemegang program P2 ISPA di Puskesmas	Kuesioner yang dikategorikan dalam : 1) ≤ 10 tahun 2) > 10 tahun (Rahman, 2014)	Nominal
6.	Ketersediaan alat diagnosis	Adanya tidaknya alat bantu yang digunakan petugas untuk menemukan pneumonia pada balita berupa ARI Sound Timer dengan jumlah ketersediaan sesuai dengan buku pedoman.	Lembar Observasi 1) Jumlah tidak sesuai dengan pedoman 2) Jumlah sesuai dengan pedoman	Nominal
7.	Ketersediaan buku pedoman	Ada tidaknya sarana buku yang digunakan sebagai acuan dalam melakukan penemuan dan tata laksana pneumonia berupa buku pedoman pengendalian ISPA dan buku tata laksana pneumonia.	Lembar Observasi 1) Tidak Lengkap 2) Lengkap Dikatakan lengkap jika memiliki kedua buku tersebut, dan tidak lengkap jika hanya ada salah satu.	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data
8	Media KIE	Ada tidaknya sarana media komunikasi, informasi dan edukasi berupa leaflet, poster, dll mengenai pneumonia di Puskesmas	Lembar Observasi 1) Tidak ada 2) Ada	Nominal
9.	Media pelaporan dan pencatatan	Alat yang digunakan untuk mencatat dan melaporkan kejadian pneumonia balita berupa stempel ISPA, register harian pneumonia, formulir laporan bulanan oleh responden.	Lembar Observasi 1) Tidak Lengkap 2) Lengkap Dikatakan lengkap jika tersedia semua media pencatatan dan pelaporan serta dikatakan tidak lengkap jika tidak memiliki salah satu.	Nominal
10.	Advokasi dan sosialisasi	Pertemuan yang diadakan dalam rangka mendapatkan komitmen dari semua pengambil kebijakan serta penyuluhan oleh pemegang program P2 ISPA kepada masyarakat mengenai pneumonia balita	Kuesioner 1) Tidak pernah 2) Pernah	Nominal
11.	Penemuan dan tata laksana pneumonia balita	Suatu upaya yang dilakukan untuk menemukan penderita pneumonia di wilayah kerja masing-masing oleh pemegang program P2 ISPA.	Kuesioner 1) Secara pasif 2) Secara aktif	Nominal
12.	Supervisi	Pengawasan/ pengontrolan mengenai program P2 ISPA oleh pemegang program ISPA kabupaten agar program berjalan dengan baik.	Kuesioner 1) Tidak pernah 2) Pernah	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala Data
13.	Pencatatan dan pelaporan	Rekapitulasi data penemuan pneumonia yang dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten banyuwangi setiap bulannya oleh pemegang program P2 ISPA puskesmas secara lengkap .	Lembar Observasi Kelengkapan: 1) < 100% (Tidak Lengkap) 2) 100% (Lengkap) (Kemenkes,2012a)	Nominal
14.	Kemitraan dan jejaring	Kerja sama yang terjalin antara puskesmas dengan lintas sektor, LSM ataupun perguruan tinggi dalam upaya pengendalian pneumonia di semua tingkat.	Kuesioner 1) Tidak ada 2) Ada	Nominal
15.	Peningkatan kapasitas SDM	Pelatihan dalam mening katkan kualitas SDM khususnya dalam penemuan dan penatalaksanaan kasus serta manajemen program oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi	Kuesioner 1) Tidak Pernah 2) Pernah	Nominal
16.	Evaluasi dan monitoring	Pemantauan terhadap keberhasilan target yang dicapai oleh puskesmas untuk dikoreksi sebagai bahan perencanaan tahun selanjutnya oleh Dinas Kesehatan	Kuesioner Monitoring 1) Pernah tidak setiap bulan 2) Pernah setiap bulan Evaluasi 1) Tidak Pernah 2) Pernah	Nominal

3.5 Data dan Sumber Data

Sumber data pada penelitian ini menggunakan sumber data primer dan sekunder.

a. Data Primer

Sumber data primer adalah sumber data yang secara langsung memberikan data kepada pengumpul data (Sugiyono, 2011: 225). Data primer yang digunakan dalam penelitian ini diperoleh dari hasil wawancara petugas pemegang P2 ISPA di puskesmas. Data primer yang diperoleh melalui wawancara antara lain: karakteristik responden (meliputi usia, lama bekerja, pendidikan terakhir, serta pengetahuan petugas) dan informasi mengenai kegiatan pengendalian ISPA (meliputi advokasi dan sosialisasi, pelaksanaan supervisi, penemuan dan tata laksana pneumonia balita di puskesmas, kemitraan dan jejaring, peningkatan kapasitas SDM serta pelaksanaan monitoring dan evaluasi).

b. Data Sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang dikumpulkan melalui pihak kedua biasanya diperoleh melalui badan atau instansi pemerintah atau swasta (Sedarmayanti & Hidayat, 2002: 33). Data sekunder pada penelitian ini adalah data cakupan pneumonia setiap puskesmas di Kabupaten Banyuwangi yang diperoleh dari laporan tahunan seksi pencegahan dan pengendalian penyakit menular tahun 2016 Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, buku register harian serta form pencatatan dan pelaporan pneumonia puskesmas.

3.6 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.6.1 Teknik Pengumpulan Data

Teknik Pengumpulan data pada penelitian ini adalah melalui wawancara dan dokumentasi.

a. Wawancara

Wawancara proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan tanya jawab, dengan bertatap muka antara peneliti dan responden dengan menggunakan alat panduan wawancara (Nazir, 2014: 170). Wawancara pada penelitian ini dilakukan dengan bercakap-cakap dan bertatap muka serta mengajukan beberapa pertanyaan menggunakan kuesioner

b. Dokumentasi

Metode dokumentasi adalah mencari data mengenai hal-hal atau variabel berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, lengger, agenda dan sebagainya (Arikunto, 2006 : 158). Teknik dokumentasi dalam penelitian ini adalah dengan memperoleh data cakupan pneumonia setiap puskesmas tahun 2016 dari laporan tahunan seksi pencegahan dan pengendalian penyakit menular Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, buku register dan form pencatatan dan pelaporan setiap puskesmas.

c. Observasi

Observasi atau pengamatan merupakan cara pengumpulan data yang biasa digunakan untuk membuktikan kebenaran jawaban responden. Melakukan observasi digunakan untuk mengurangi hal-hal yang tidak perlu ditanyakan, cukup dilakukan observasi secara langsung (Budiarso, 2001: 15). Teknik observasi pada penelitian ini adalah mengobservasi ketersediaan logistik di puskesmas meliputi alat diagnostik *ARI sound timer*, ketersediaan buku pedoman, ketersediaan media KIE, media pencatatan dan pelaporan serta kegiatan pencatatan dan pelaporan.

3.6.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis (Arikunto, 2006: 68). Pada penelitian ini menggunakan lembar kuesioner dan lembar observasi. Lembar kuesioner pada penelitian ini terdiri tiga bagian besar yaitu lembar kuesioner mengenai karakteristik responden, lembar kuesioner untuk mengukur pengetahuan petugas, serta lembar kuesioner yang berisi pertanyaan mengenai kegiatan pengendalian ISPA. Sedangkan untuk lembar observasi berisi mengenai ketersediaan logistik serta ketepatan dan kelengkapan pelaporan kasus pneumonia di Kabupaten Banyuwangi.

3.7 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.7.1 Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar data dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan, sehingga data yang disajikan harus sederhana dan jelas agar mudah dibaca dan dipahami. Cara penyajian data penelitian dikelompokkan menjadi tiga yaitu dalam bentuk teks, tabel dan grafik (Notoatmodjo, 2012: 188). Teknik penyajian data pada penelitian ini antara lain :

a. Pemeriksaan data (*Editing*)

Editing adalah memeriksa data yang telah dikumpulkan baik berupa daftar pertanyaan, kartu, atau buku register (Budiarto, 2001 : 29).

b. Pemberian score (*Scoring*)

Setelah tahap editing telah selesai dilakukan kegiatan berikutnya adalah mengklasifikasikan data dengan member identitas sehingga memiliki arti tertentu pada saat dianalisis.

c. Tabulasi (*Tabulating*)

Tabulasi adalah pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun, dan ditata untuk di sajikan dan di analisis (Budiarto, 2001: 30).

Setelah data yang dibutuhkan terkumpul, maka dilakukan pengolahan data dengan menggunakan program komputer SPSS, hasil pengolahan data tersebut kemudian diuraikan.

3.7.2 Teknik Analisis Data

Setelah dilakukan pengumpulan data, lalu data dianalisis. Analisis data yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan cara analisis univariabel, bivariabel, dan multivariabel dengan menggunakan bantuan software program pengolahan data yaitu SPSS .

a. Analisis Univariabel

Analisis univariabel digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing variabel yang diteliti baik variabel bebas maupun terikat. Analisis univariabel berfungsi untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna, peringkasan tersebut dapat berupa ukuran statistik, tabel, grafik (Notoatmodjo, 2012 : 182).

b. Analisis Bivariabel

Setelah diketahui distribusi masing-masing variabel diteruskan dengan analisis yang lebih lanjut yaitu analisis bivariabel. Analisis bivariabel dilakukan untuk mengetahui pengaruh masing-masing variabel bebas terhadap variabel terikat dengan menggunakan uji korelasi *Chi Square* dan perhitungan OR (*Odds Ratio*) dengan derajat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$). Dasar pengambilan keputusan penelitian hipotesis :

1. Jika nilai $p > 0,05$ maka terima H_0
2. Jika nilai $p \leq 0,05$ maka tolak H_0 .

3.8 Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner

Uji validitas dan reabilitas digunakan untuk menguji data yang menggunakan daftar pertanyaan atau kuesioner untuk melihat pertanyaan dalam kuesioner yang diisi oleh responden tersebut layak atau belum pertanyaan-pertanyaan untuk mengambil data (Sujarweni, 2014: 192). Penggunaan instrument yang valid dan reliabel dalam pengumpulan data diharapkan hasil penelitian menjadi valid dan reliabel. Jadi, instrument yang valid dan reliabel merupakan syarat untuk mendapatkan hasil penelitian yang valid dan reliabel (Sugiono, 2014 : 348). Pada penelitian ini yang melalui uji validitas dan reabilitas adalah kuesioner untuk mengukur pengetahuan petugas. Responden adalah 15 pemegang program P2 ISPA di puskesmas Kabupaten Jember.

3.8.1 Uji Validitas Kuesioner

Uji validitas digunakan untuk mengetahui kelayakan butir-butir dalam suatu daftar pertanyaan dalam mendefinisikan suatu variabel. Daftar pertanyaan ini pada umumnya mendukung suatu kelompok variabel tertentu (Sujarweni, 2014 : 193). Pada penelitian ini uji validitas menggunakan perhitungan skala Guttman yang di bantu menggunakan software SKALO. SKALO adalah program analisis skala Guttman yang dapat menganalisis secara langsung nilai Kr dan Ks suatu instrument. Skala Guttman adalah skala yang digolongkan sebagai skala yang berdimensi tunggal yaitu skala yang menghasilkan kumulatif jawaban yang butir soalnya berkaitan satu dengan yang lain. Contoh skala Guttman yaitu ya-tidak, benar-salah, pernah-tidak pernah serta positif-negatif. Bentuk soal dapat berbentuk pilihan ganda atau chek list. Pada perhitungan ini setiap jawaban diberi skor “1” untuk jawaban benar dan “0” untuk jawaban salah (Windiyani, 2012: 204).

Uji validitas dengan skala Guttman menggunakan rumus koefisien reproduibilitas dan koefisien skalabilitas. Berikut merupakan rumus koefisien reproduibilitas (Kr):

$$Kr = 1-(e/n)$$

Keterangan:

e = jumlah kesalahan/nilai error

n = jumlah pernyataan dikali jumlah responden

Syarat penerimaan nilai koefisien reproduibilitas yaitu apabila koefisien reproduibilitas memiliki nilai >0,90 (Guilford, 1956: 145). Sedangkan rumus koefisien skalabilitas (Ks) adalah :

$$Ks = 1-(e/x)$$

Keterangan:

e = jumlah kesalahan/nilai error

x = 0,5 ((jumlah pernyataan dikali jumlah responden) – jumlah jawaban “benar”)

Syarat penerimaan nilai koefisien skalabilitas yaitu apabila koefisien skalabilitas memiliki nilai >0,60 (Guilford, 1956: 145).

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan jumlah sampel tes sebanyak 15 responden dengan 10 butir pertanyaan berupa pilihan ganda untuk mengukur pengetahuan petugas. Berikut perhitungan validitas menggunakan software SKALO :

Tabel 3. 2 Hasil Uji Validitas Menggunakan Software SKALO

ITEM	B01	B02	B03	B04	B05	B06	B07	B08	B09	B10	TOTAL	ERROR
ID_1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	2
ID_2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0
ID_3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	0
ID_4	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7	0
ID_5	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8	2
ID_6	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7	0
ID_7	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	8	2
ID_8	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	2
ID_9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8	2
ID_10	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9	2
ID_11	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7	0
ID_12	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7	0
ID_13	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	5	2
ID_14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	0
ID_15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0
Kr	= 0,907											
Ks	= 0,813											

Dari perhitungan data di atas menggunakan SKALO maka nilai Kr = 0,907 dan Ks = 0,813 sehingga berdasarkan kategori koefisien validitas (Guilford, 1956 : 145) bahwa kuesioner dapat disimpulkan baik untuk digunakan dalam survei. Hasil perhitungan Kr dan Ks menggunakan SKALO menunjukkan bahwa semua item pertanyaan untuk nomor B01, B02, B03, B04, B05, B06. B07, B08, B09, dan B10 adalah valid.

3.8.2 Uji Reabilitas Kuesioner

Reabilitas (keandalan) merupakan ukuran suatu kestabilan dan konsistensi responden dalam menjawab hal yang merupakan dimensi suatu variabel dan disusun dalam suatu kuesioner (Sujarweni, 2014: 192). Dalam penelitian ini uji reabilitas menggunakan rumus Kuder Richardson (KR 20). Adapun rumus KR 20 (Sugiyono, 2014: 359) adalah sebagai berikut :

$$r_i = \frac{k}{(k-1)} \left\{ \frac{s_t^2 - \sum p_i q_i}{s_t^2} \right\}$$

Keterangan :

k = jumlah item dalam instrumen

p_i = proporsi banyaknya subjek yang menjawab pada item 1

q_i = 1-p_i

s_t² = varians total

Menurut Guilford (1956 : 145) koefisien reabilitas dapat dikategorikan sebagai berikut :

- 0,80 < r_i 1,00 reabilitas sangat tinggi
- 0,60 < r_i 0,80 reabilitas tinggi
- 0,40 < r_i 0,60 reabilitas sedang
- 0,20 < r_i 0,40 reabilitas rendah
- 1,00 < r_i 0,20 reabilitas sangat rendah (tidak reabel).

Uji reabilitas pada penelitian ini menggunakan bantuan Ms. Exel sebagai alat bantu untuk menghitung reabilitas kuesioner pengetahuan petugas. Berikut hasil perhitungan KR 20 menggunakan Ms. Excel :

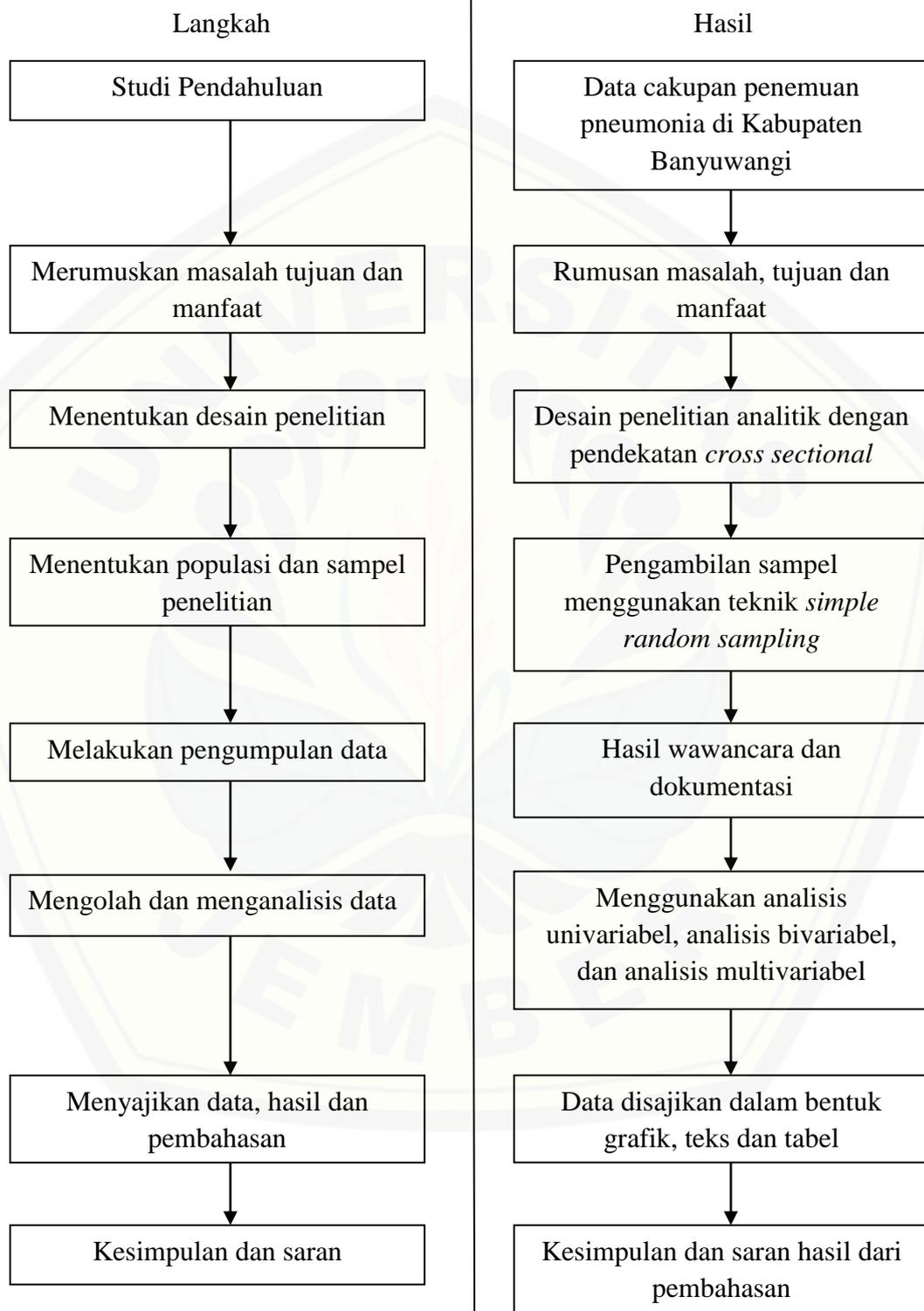
Tabel 3. 3 Hasil Uji Reabilitas Menggunakan Rumus KR 20

NO	B01	B02	B03	B04	B05	B06	B07	B08	B09	B10	TOTAL
1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
4	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7
5	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8
6	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7
7	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	8
8	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
9	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8
10	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
11	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7
12	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7
13	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	5
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
TOTAL	15	15	14	14	13	13	13	6	9	4	116

NO	B01	B02	B03	B04	B05	B06	B07	B08	B09	B10	TOTAL
P	1	1	0.933	0.933	0.867	0.867	0.867	0.4	0.6	0.267	
Q	0	0	0.067	0.067	0.133	0.133	0.133	0.6	0.4	0.733	
p.q	0	0	0.062	0.062	0.115	0.115	0.116	0.24	0.24	0.196	1.146667
k	10										
s_t²	3.262222										
KR 20											
(r_i)	0.720557										

Dalam perhitungan tersebut terlihat bahwa $r_i = 0,720557$, sehingga berdasarkan kategori koefisien reabilitas bahwa kuesioner pengetahuan petugas dapat dikatakan reliabel.

3.9 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan mengenai hubungan karakteristik petugas, ketersediaan logistik dan kegiatan pengendalian ISPA terhadap cakupan penemuan pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- a. Puskesmas yang belum mencapai target nasional penemuan pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi paling banyak memiliki petugas dengan usia petugas < 40 tahun dengan lama kerja ≤ 10 tahun serta tidak pernah mengikuti pelatihan dalam upaya peningkatan kapasitas SDM.
- b. Karakteristik pemegang program P2 ISPA dengan usia petugas <40 tahun dan lama kerja petugas ≤ 10 tahun memiliki hubungan yang signifikan dengan cakupan penemuan pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi.
- c. Ketersediaan alat diagnostik yang jumlahnya tidak sesuai dengan pedoman, ketersediaan buku pedoman yang tidak lengkap, tidak adanya media KIE serta ketersediaan media pencatatan dan pelaporan yang tidak lengkap tidak mempengaruhi cakupan penemuan pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi.
- d. Peningkatan kapasitas SDM merupakan faktor yang mempengaruhi cakupan penemuan pneumonia pada balita di Kabupaten Banyuwangi.

5.2 Saran

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi

Melaksanakan pelatihan secara berkala setiap tahun kepada pemegang program P2 ISPA mengenai manajemen pengendalian ISPA, tatalaksana pneumonia pada balita serta promosi pengendalian pneumonia pada balita untuk meningkatkan kapasitas sumber daya manusia yang telah tersedia di Puskesmas. Pelatihan secara berkala dapat membantu pemegang program ISPA baru untuk

memiliki kesempatan mengikuti pelatihan segera untuk meningkatkan kinerjanya dalam manajemen serta penanganan kasus pneumonia pada balita.

2. Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini perlu diteliti dengan menganalisis variabel motivasi petugas dan sumber dana serta melakukan kajian lebih mendalam lagi mengenai kegiatan pengendalian ISPA yang mempengaruhi cakupan penemuan pneumonia pada balita.



DAFATAR PUSTAKA

- Anonim, T., Inayah, M., Hartono, M.. 2015. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat dalam Penemuan Kasus Pneumonia Balita di Puskesmas Kota Pekalongan. *Jurnal Litbang Kota Pekalongan*. Vol 9 : 100-110
- Arikunto, S. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Ed Revisi VI. Jakarta : Rineka Cipta
- Azwar, A.. 2010. *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Jakarta: BINARUPA AKSARA Publisher
- Bengungui, Y.. 2003. Acute Respiratory Infections Control in The Context of The IMCI Strategy in The Americas. *Brazilian Journal of Maternal and Child Health*. Vol 3 (1)
- Badan Pusat Statistik, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Kementerian Kesehatan, USAID. 2013. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2012*.
- Budiarto, E. 2001. *Biostatistika untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : EGC
- Budiono. 2003. *Metodologi Penelitian Pendidikan*. Surakarta: UNS Press
- Dharoh, A., Kresnowati, L., Saptorini, K.. 2014. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Cakupan Penderita Pneumonia pada balita di Kota Semarang. *Artikel Ilmiah Hasil Penelitian Mahasiswa*. Semarang: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Dian Nuswantoro
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. 2015. *Profil Kesehatan Kabupaten Banyuwangi Tahun 2014*. Banyuwangi : Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2014. *Profil Kesehatan Kabupaten Jawa Timur Tahun 2013*. Surabaya : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur
- Donabedian, A.. 1988. The Quality of Care : How Can It Be Assessed?. *Journal American Medical Association*. Vol 260 (12) : 1743-1748
- Guilford, J.P.. 1956. *Fundamental Statistics in Psychology and Education*. New York : McGraw-Hill

- Handayani, R. P. 2012. Gambaran Kegiatan Penemuan Kasus Pneumonia pada Balita di Puskesmas Se-kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol 1 (2) : 423 – 434
- Hussain, Z., Ansari, J. A., Salman, M., Khan, E. A., Asghars, J.. 2016. An Evaluation of Acute Respiratory Infection Surveillance Systems in Gilgit-Baltistan Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*. Vol 66 (6) : 682-687
- Isroyati, S., Suwitri, S., Djati, S.P.. 2015. Relationship Between Management Function of P2ISPA Program and Target Achievement of Coverage Rate of Pneumonia on Children Under Five Years Old at Health Centres in Semarang City. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*. Vol 3 (3) : 179-185
- Kemendes RI. 2012a. *Pedoman Pengendalian Infeksi Saluran Pernafasan Akut*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemendes RI. 2012b. *Modul Tata laksana Standar Pneumonia*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kemendes RI .2013. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Khayati, F.N., Haryanti, F., Laksanawati, I.S.. 2015. The Impact of Training on The Management of Children with Cough of The Health Workers' Knowledge, Attitude and skills in The Management of Children with Cough and Breathing Difficulties. *International Journal of Research in Medical Sciences*. Supply 1 : S47-S52
- Kujamas, F.W., Warouw, H., Bawotong, J.. 2014. Hubungan Karakteristik Individu dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Datoe Banangkang Kabupaten Bolaang Mongondow. *Jurnal Keperawatan*. Vol 2 (2): 1-8
- Lemeshow, S. dan David, J. 1997. *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Machmud, R.. 2006. *Pneumonia Balita di Indonesia dan Peranan Kabupaten dalam Menanggulangnya*. Padang: Andalas University Press
- Marcdante, K., Kliegman, R., Jenson, H., Behrman, R.. 2014. *Nelson Ilmu Kesehatan Anak Esensial Edisi Keenam*. s.l. : Ikatan Dokter Anak Indonesia
- Marimin, Tanjung, H., Prabowo, H.. 2006. *Sistem Informasi Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Grasindo

- Marlinawati, L. S.. 2015. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penemuan Kasus Pneumonia Balita di Puskesmas Kota Tangerang Selatan Tahun 2015. *Skripsi*. Jakarta : Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah
- Misnadiarly. 2008. *Penyakit Infeksi Saluran Napas Pneumonia pada Anak, Orang Dewasa, Usia Lanjut, Pneumonia Atipik & Pneumonia Atypik Mycobakterium*. Jakarta : Pustaka Obor Populer
- Maulana, H. D. J. 2007. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Muchlas, M.. 2005. *Perilaku Organisasi*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Nazir, M. 2014. *Metode Penelitian*. Bogor : Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S.. 2014. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S.. 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT. Rineka Cipta
- P2 Dinas Kesehatan Banyuwangi. 2015. *Laporan Tahunan Seksi P2 Bidang P2P tahun 2014*. Banyuwangi : Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi
- P2 Dinas Kesehatan Banyuwangi. 2016. *Laporan Tahunan Seksi P2 Bidang P2P tahun 2015*. Banyuwangi : Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi
- P2 Dinas Kesehatan Banyuwangi. 2017. *Laporan Tahunan Seksi P2 Bidang P2P tahun 2016*. Banyuwangi : Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi
- Pohan, I. S.. 2004. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC
- Pramudiyani, N. A. dan Premeswari, G. N.. 2011. Hubungan antara Sanitasi Rumah dan Prilaku dengan Kejadian Pneumonia Balita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol 6 (2) : 71-78
- Puskesmas Kuta I. 2010. *Uraian Tugas Berdasarkan Struktur Organisasi (Implementasi SK MENKES 128 Tahun 2004)*. Bali: UPT. Puskesmas Kuta I
- Putriarti, R.T., Suparwati, A., Wigati, P.A.. 2015. Analisis Sistem Manajemen Program P2 ISPA di Puskesmas Pegandan Kota. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol 3 (1) : 85-94
- Radina, D.F., Damayanti, N.A.. 2013. Evaluation of Minimum Service Standard Implementation on Toddler Pneumonia Patients Detection Program. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. Vol 1 (4) : 301-308

- Rahman, A. 2014. Evaluasi Kepatuhan Petugas dalam Tatalaksana Pneumonia di Kabupaten Tolitoli. *Promotif*. Vol 3 (2) : 101-109
- Rudan, I., Pinto, C. B., Biloglav, Z., Mulholland, K., Campbell, H.. 2008. Epidemiology and Etiology of Childhood Pneumonia. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol 86 (5) : 408-416
- Sastroasmoro, S., Ismael. 2012. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: CV Sagung Seto
- Somantri, I. 2007. *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta : Salemba Medika
- Somantri, Irman. 2007. *Keperawatan Medikal Bedah : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D* . Bandung : CV ALFABETA
- Sugiyono. 2012. *Statistik Non Parametrik*. Bandung : CV ALFABETA
- Sugiyono. 2014. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung : CV ALFABETA
- Sujarweni, W.. 2014. *SPSS untuk Penelitian*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Ylli, A., Bino, S., Ceka, N., Foto, E., Kote, L., Vasili,P.. 2001. *Management of Acute Respiratory Infections and Diarrhoea Diseases in Children of Albania (An Evaluation of National Programmes based on Health Services)*. Albania : Institute of Public Health, Ministry of Health, Department of Paediatrics (University Hospital)
- Wahjono, S. I.. 2010. *Perilaku Organisasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- World Health Organization dan United Nations International Children's Emergency Fund. 2006. *Pneumonia The Forgotten Killer of Children*.
- Widhiarso, W.. 2011. SKALO : Program Analisis Skala Guttman. *Program Komputer*. Yogyakarta : Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada
- Widjanarko, B., Prabamurti, P.N., Wadayat, E.. 2006. Pengaruh Karakteristik, Pengetahuan dan Sikap Petugas Pemegang Program Tuberkulosis Paru Puskesmas Terhadap Penemuan Suspek TB Paru di Kabupaten Blora. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*. Vol. 1 (1) : 41-52
- Windiyani, T.. 2012. Instrument untuk Menjaring Data Interval, Nominal, Ordinal dan Data tentang Kondisi, Keadaan, Hal Tertentu dan Data untuk Menjaring Variable Kepribadian. *Jurnal Pendidikan Dasar*. Vol 3 (5) : 203 – 207

Lampiran A. Izin Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 Jalan KH.Agus Salim No 109 Telp.0333 – 425110
 B A N Y U W A N G I 68425

Banyuwangi, 02 Juni 2017
 Kepada
 Yth. 1.Kepala Dinas Kesehatan
 2.Kepala Puskesmas Se Kabupaten Banyuwangi

Nomor : 072/636/REKOM/429.204/2017
 Lampiran : -
 Perihal : **Rekomendasi Penelitian**

di-

BANYUWANGI

Menunjuk Surat : Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
 Tanggal : 26 Mei 2017
 Nomor : 2563/UN25.1.12/SP/2017
 Maka dengan ini memberikan Rekomendasi kepada
 Nama : **Maulidya Puji Aryani**
 NIM : 132110101049
 Bermaksud melaksanakan Penelitian:
 Judul : Hubungan antara Karakteristik Petugas, Ketersediaan Logistik dan Kegiatan Pengendalian ISPA dengan Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita di Kabupaten Banyuwangi
 Tempat : Puskesmas Se Kab. Banyuwangi
 Waktu : 03 Juni s.d. 03 September 2017

Sehubungan dengan hal tersebut apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku di Instansi Saudara, dimohon saudara untuk memberikan bantuan berupa tempat,data/keterangan yang diperlukan dengan ketentuan :

1. Peserta wajib mentaati peraturan dan tata tertib yang berlaku didaerah setempat.
2. Peserta wajib menjaga situasi dan kondisi selalu kondusif.
3. Melaporkan hasil dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi.

Demikian untuk menjadi maklum.

a.n. KEPALA BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
 KABUPATEN BANYUWANGI



Sekretaris,
 Ir. SUGIYONO BERMAWAN, S.AP, M.Si
 Kepala
 Telp. 03670909-199703 1 004

Lampiran :

h. Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Lampiran B. Izin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi

PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
DINAS KESEHATAN
 Jl. Letkolstiqlah No. 42 Telp. 0333-424794 Fax : 0333-413173
 B A N Y U W A N G I

PEMBERITAHUAN TERTULIS

Nomor : 440/169429.114/2017

Berdasarkan permohonan informasi pada tanggal 2 Juni 2017 kami menyampaikan Kepada saudara/I :

Nama : Maulidiya Puji Aryani
 No. KTP : 3510216108940001
 Instansi : Universitas Jember
 Alamat : Jl. Bawean Sukowidi Kel. Klatak Kec. Kalipuro Bwi
 Informasi Yang Dimohon : Hubungan antara Karakteristik Petugas, Ketersediaan Logistik dan Kegiatan Pengendalian ISPA dengan Cakupan Penemuan Pneumonia pada Balita di Kabupaten Banyuwangi

M. Informasi dapat Diberikan

1. Penguasaan Informasi Publik
 - Kami (PPID Dinas Kesehatan Kab. Banyuwangi)
 - Badan Publik Lain, Yaitu
2. Bentuk Fisik Yang Tersedia
 - Soft Copy / Salinan Elektronik
 - Hard Copy / Salinan Tertulis
3. Biaya Yang Dibutuhkan
 - Penyalinan Rp. x (Jumlah Lembaran)
 - Pengiriman Rp.
 - Lain – Lain Rp.
 - Jumlah Rp.
4. Waktu Penyediaan 03 Juni s/d 03 September 2017

N. Informasi Tidak Dapat Diberikan Karena :

- Informasi Yang Diminta Belum Dikuasai
- Informasi Yang Diminta Belum Didokumentasikan
- Penyediaan Informasi Yang Belum Di Dokumentasikan Dilakukan dalam Jangka Waktu

Banyuwangi, Juni 2017

An. KEPALA DINAS KESEHATAN
 KABUPATEN BANYUWANGI
 Sekretaris
 (Serikat Ketua PPID Dinas Kesehatan
 Kab. Banyuwangi)



LULUK KHOMSIYAH, SE. M.Si

Pembina Tk. I

19690316 199403 2 010

Tembusan :

1. Kepala Puskesmas Se- Kabupaten Banyuwangi
2. Kepada Yang Bersangkutan

Lampiran C. Lembar Persetujuan Informan

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden dari :

Nama : Maulidya Puji Aryani

NIM : 132110101049

Instansi : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Judul : Hubungan Antara Karakteristik Petugas, Ketersediaan Logistik ,
dan Kegiatan Pengendalian ISPA Dengan Cakupan Penemuan
Pneumonia Pada Balita di Kabupaten Banyuwangi

Persetujuan ini saya buat secara sukarela dan tanpa paksaan dari pihak mana pun. Saya telah diberi penjelasan dan saya telah diberi kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapat jawaban yang jelas dan benar. Dengan ini saya menyatakan bahwa saya memberikan jawaban yang sejujur-jujurnya.

Banyuwangi,2017

Responden

()

Lampiran D. Lembar Kuesioner Penelitian

KUESIONER
HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK PETUGAS, KETERSEDIAAN
LOGISTIK, DAN KEGIATAN PENGENDALIAN ISPA
DENGAN CAKUPAN PENEMUAN PNEUMONIA PADA BALITA
DI KABUPATEN BANYUWANGI

No. Kuesioner		Tanggal Penelitian	
----------------------	--	---------------------------	--

Identitas Responden	
Nama	:
No. Hp	:
Alamat	:
Tempat, Tanggal Lahir	:

A. Karakteristik Responden			
No	Pertanyaan	Kode	
A01	Jenis Kelamin	1) Laki-laki 2) Perempuan	<input type="checkbox"/>
A02	Umur	1) <40 tahun 2) ≥40 tahun	<input type="checkbox"/>
A03	Pendidikan	1) Non Kesehatan 2) Kesehatan	<input type="checkbox"/>
A04	Berapa lama anda bekerja sebagai pemegang program P2ISPA ?	1) ≤ 10 tahun 2) > 10 tahun	<input type="checkbox"/>

B. Pengetahuan Petugas	
Berilah tanda "X" untuk jawaban yang anda pilih !	
B01	<p>Apakah pneumonia itu ?</p> <ol style="list-style-type: none"> Gangguan pernafasan berupa infeksi akut yang mengenai jaringan paru. Penyakit kronis yang ditandai dengan adanya kepekaan saluran napas terhadap rangsangan dari luar. Jenis penyakit kronis di saluran pernafasan yang ditandai dengan peradangan serta penyempitan di saluran nafas. Jawaban a dan b benar
B02	<p>Berikut ini manakah gejala utama pneumonia ?</p> <ol style="list-style-type: none"> Batuk ,kesukaran bernafas, sakit tenggorokan Kesukaran bernafas, nafas cepat, tarikan dinding dada bagian dalam (TTDK), batuk Batuk, kesukaran bernafas, mengi, pusing tarikan dinding dada bagian dalam (TTDK), mengi, sakit tenggorokan
B03	<p>Alat diagnosis pneumonia balita untuk mengukur kecepatan nafas adalah.....</p> <ol style="list-style-type: none"> ARI Sound Timer Oksigen Konsentrator Oksimeter denyut (<i>pulxeoxymetri</i>) Respirator
B04	<p>Berapakah batas nafas cepat anak usia < 2 bulan ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 60 kali/menit 50 kali/menit 40 kali/menit 30 kali/menit
B05	<p>Berapakah batas nafas cepat anak usia 1- <5 tahun ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 60 kali/menit 50 kali/menit 40 kali/menit 30 kali/menit
B06	<p>Berapakah batas nafas cepat anak usia 2 - >12 bulan ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 60 kali/menit 50 kali/menit 40 kali/menit 30 kali/menit
B07	<p>Sebutkan klasifikasi pneumonia balita 2 bulan - <5 tahun !</p> <ol style="list-style-type: none"> Pneumonia berat dan bukan pneumonia Pneumonia berat, pneumonia, bukan pneumonia Bukan Pneumonia dan pneumonia Pneumonia berat dan pneumonia

B08	Sebutkan klasifikasi pneumonia balita <2 bulan! a. Pneumonia berat dan bukan pneumonia b. Pneumonia berat, pneumonia, bukan pneumonia c. Bukan Pneumonia dan pneumonia d. Pneumonia berat dan pneumonia
B09	Klasifikasi pneumonia balita yang bagaimana yang memerlukan rujukan ? a. Pneumonia b. Pneumonia berat c. Bukan pneumonia d. Salah semua
B10	Berikut ini, manakah yang termasuk faktor risiko pneumonia ? a. Kurangnya pemberian ASI Eksklusif, gizi buruk serta tidak imunisasi campak, BBLR b. Polusi udara dalam ruangan (rokok, obat nyamuk bakar) dan tidak ada ventilasi c. Kepadatan penduduk dan jenis lantai rumah, d. Semua benar

Keterangan :

Jawaban benar :.....

Jawaban salah :.....

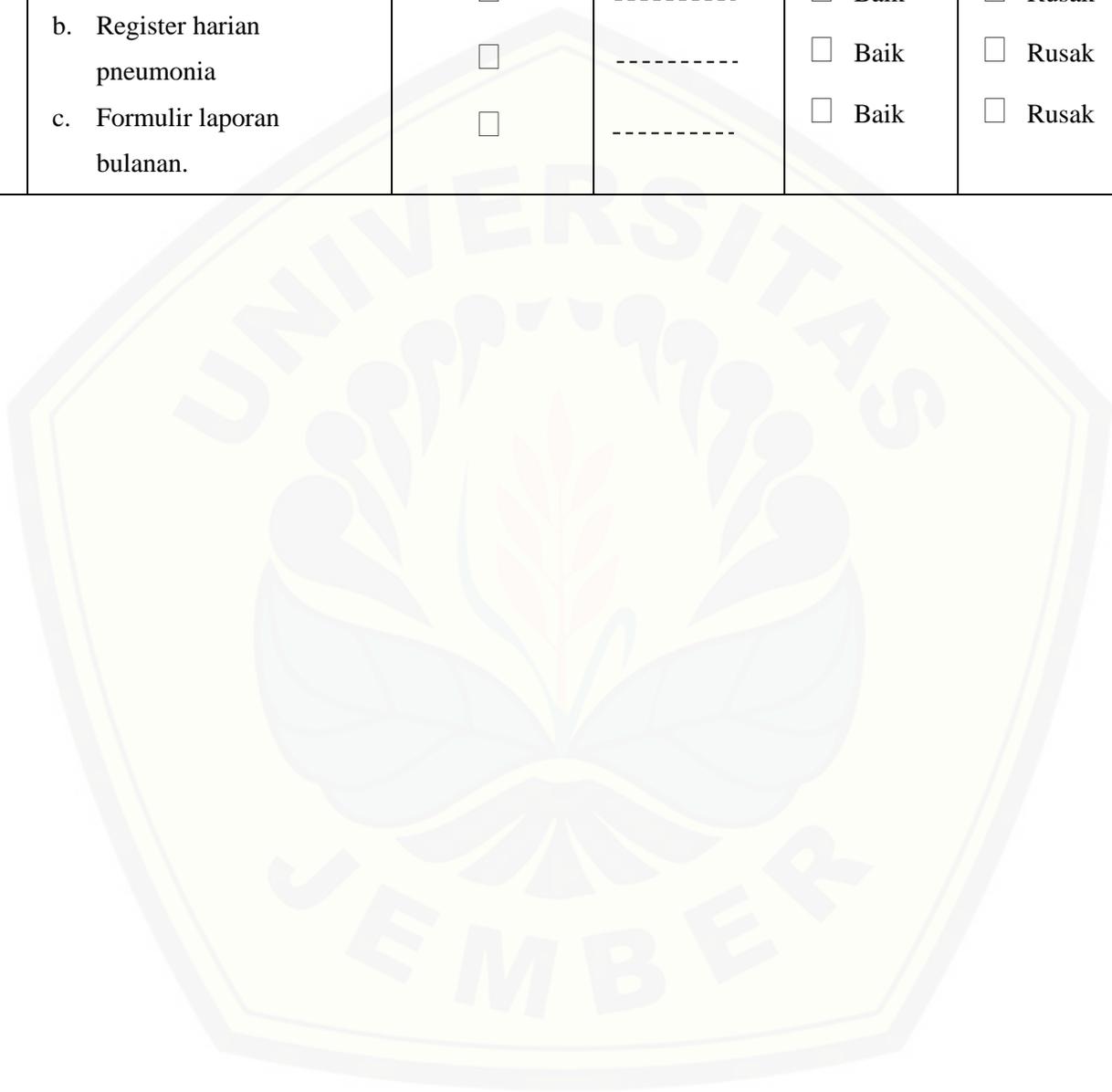
C. Kegiatan Pengendalian ISPA			
No	Pertanyaan	Kode	
Peningkatan Kapasitas SDM			
C01	Apakah selama menjadi petugas P2 ISPA pernah mengikuti pelatihan ?	1) Tidak Pernah → Lanjut C25 2) Pernah	<input type="checkbox"/>
C02	Apakah anda pernah mengikuti pelatihan manajemen program pengendalian ISPA ?	1) Tidak Pernah → Lanjut C07 2) Pernah	<input type="checkbox"/>
C03	Dimana anda mengikuti pelatihan manajemen program pengendalian ISPA ?	-----	
C03	Kapan pelatihan manajemen program pengendalian ISPA dilaksanakan ?	-----	
C04	Berapa hari pelaksanaan pelatihan manajemen program pengendalian ISPA?	-----	
C05	Siapa yang mengadakan pelatihan manajemen program pengendalian ISPA?	-----	
C06	Berapa kali anda mengikuti pelatihan manajemen program pengendalian ISPA?	-----	
C07	Apakah anda pernah mengikuti pelatihan tata laksana pneumonia balita ?	1) Tidak Pernah → Lanjut C13 2) Pernah	<input type="checkbox"/>
C08	Dimana anda mengikuti pelatihan tata laksana pneumonia balita?	-----	
C09	Kapan pelatihan tata laksana pneumonia balita dilaksanakan ?	-----	
C10	Berapa hari pelaksanaan pelatihan tata laksana pneumonia balita?	-----	
C11	Siapa yang mengadakan pelatihan tata laksana pneumonia balita?	-----	
C12	Berapa kali anda mengikuti pelatihan tata laksana pneumonia balita?	-----	
C13	Apakah anda pernah mengikuti pelatihan promosi pengendalian pneumonia balita ?	1) Tidak Pernah → Lanjut C19 2) Pernah	<input type="checkbox"/>
C14	Dimana anda mengikuti pelatihan promosi pengendalian pneumonia balita?	-----	
C15	Kapan pelatihan promosi pengendalian pneumonia balita dilaksanakan?	-----	
C16	Berapa hari pelaksanaan pelatihan promosi pengendalian pneumonia balita?	-----	

C17	Siapa yang mengadakan pelatihan promosi pengendalian pneumonia balita?	-----	
C18	Berapa kali anda mengikuti pelatihan promosi pengendalian pneumonia balita?	-----	
C19	Apakah anda pernah mengikuti pelatihan autopsi verbal ?	1) Tidak Pernah → Lanjut C25 2) Pernah	<input type="checkbox"/>
C20	Dimana anda mengikuti pelatihan autopsi verbal?	-----	
C21	Kapan pelatihan autopsi verbal dilaksanakan?	-----	
C22	Berapa hari pelaksanaan pelatihan autopsi verbal?	-----	
C23	Siapa yang mengadakan pelatihan autopsi verbal?	-----	
C24	Berapa kali anda mengikuti pelatihan autopsi verbal?	-----	
Advokasi dan Sosialisasi			
C25	Apakah anda pernah melakukan pertemuan dalam rangka mendapatkan komitmen dari semua pengambil kebijakan ?	1) Tidak Pernah → Lanjut C29 2) Pernah	<input type="checkbox"/>
C26	Jika ya, siapa saja yang hadir dalam pertemuan? <input type="checkbox"/> Lintas program dan sector terkait <input type="checkbox"/> Organisasi kemasyarakatan <input type="checkbox"/> Lembaga swadaya masyarakat <input type="checkbox"/> Tokoh masyarakat <input type="checkbox"/> Tokoh agama <input type="checkbox"/> Perguruan tinggi <input type="checkbox"/> Organisasi profesi kesehatan <input type="checkbox"/> Sektor swasta		
C27	Dimana anda melakukan pertemuan tersebut ?	-----	
C28	Kapan pertemuan tersebut dilaksanakan ?	-----	
C29	Pernahkah anda melakukan penyuluhan/sosialisasi mengenai pneumonia di wilayah kerja puskesmas anda ?	1) Tidak Pernah → Lanjut C34 2) Pernah	<input type="checkbox"/>
C30	Dimanakah anda melakukan penyuluhan/sosialisasi ?	-----	
C31	Kapan anda melakukan penyuluhan/sosialisasi ?	-----	

C32	Apakah ada jadwal khusus untuk melakukan sosialisasi mengenai pneumonia ?	-----	
C33	Apa sajakah materi yang disampaikan saat penyuluhan/sosialisasi ?	-----	
Penemuan dan Tatalaksana Pneumonia Balita			
C34	Bagaimana cara penemuan penderita pneumonia di puskesmas anda ?	1) Secara pasif (penderita datang ke puskesmas) → Lanjut C38 2) Secara aktif (petugas bersama kader secara aktif menemukan penderita baru dan penderita yang seharusnya kunjungan ulang → Lanjut C35	<input type="checkbox"/>
C35	Jika secara aktif, kapan anda melakukan penemuan bersama kader ?	-----	
C36	Apakah ada jadwal tertentu dalam melakukan pencarian ?	-----	
C37	Bagaimana cara anda menemukan penderita baru / penderita yang seharusnya kunjungan ulang ?	-----	
Supervisi oleh Kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan			
C39	Apakah pernah dilakukan supervisi di puskesmas oleh kepala puskesmas maupun dinas kesehatan ?	1) Tidak pernah → Lanjut C41 2) Pernah	<input type="checkbox"/>
C40	Kapan saja supervisi dilakukan ?	-----	
Kemitraan dan Jejaring			
C41	Apakah puskesmas pernah melakukan kemitraan dan melakukan jejaring dengan pertemuan berkala dan pembuatan kesepakatan (MOU)?	1) Tidak pernah → Lanjut C44 2) Pernah	<input type="checkbox"/>
C42	Jika ya, dengan siapa ,melakukan kemitraan dan jejaring tersebut ? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lintas program dan sektor terkait <input type="checkbox"/> Organisasi kemasyarakatan <input type="checkbox"/> Lembaga swadaya masyarakat <input type="checkbox"/> Tokoh masyarakat <input type="checkbox"/> Tokoh agama <input type="checkbox"/> Perguruan tinggi <input type="checkbox"/> Organisasi profesi kesehatan 		

	<input type="checkbox"/> Sektor swasta		
C43	Dalam hal apa sajakah melakukan kemitraan dan jejaring ?	-----	
Monitoring dan Evaluasi Oleh Dinas Kesehatan			
C44	Apakah pernah dilakukan monitoring oleh dinas Kesehatan terhadap program ISPA ?	1) Tidak Pernah → Lanjut C46 2) Pernah	<input type="checkbox"/>
C45	Kapan saja dinas kesehatan melakukan monitoring	1) Mingguan 2) Bulanan 3) Tribulan 4) Per semester 5) Tahunan	<input type="checkbox"/>
C46	Apakah pernah dilakukan evaluasi oleh dinas Kesehatan terhadap program ISPA ?	1) Tidak Pernah 2) Pernah	<input type="checkbox"/>
C47	Kapan saja dinas kesehatan melakukan evaluasi ?	1) Mingguan 2) Bulanan 3) Tribulan 4) Per semester 5) Tahunan	<input type="checkbox"/>

No	Sarana Pendukung	Ketersediaan	Jumlah	Kondisi	No
D04	Media pencatatan dan pelaporan				
	a. Stempel ISPA	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Rusak
	b. Register harian pneumonia	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Rusak
	c. Formulir laporan bulanan.	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/> Baik	<input type="checkbox"/> Rusak



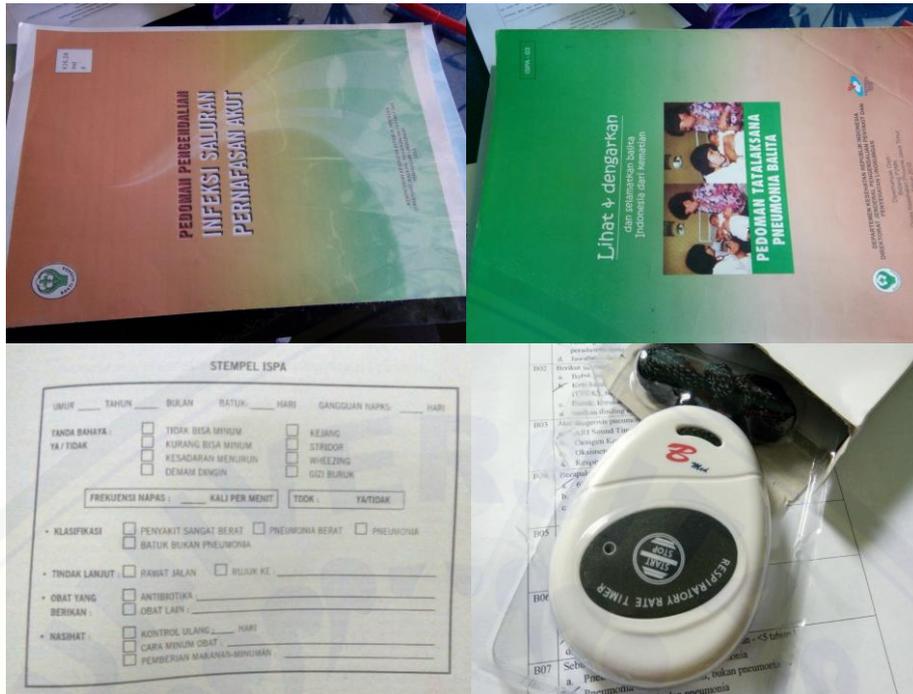
Lampiran F. Dokumentasi



Gambar 1 Responden Menjawab Lembar Kuesioner Pengetahuan



Gambar 2 Wawancara Responden Penelitian



Gambar 3 Ketersediaan Logistik Pengendalian ISPA



Gambar 4 Kegiatan Pencatatan dan Pelaporan ISPA

2. Analisis Bivariabel

a. Usia

Usia * cakupan Crosstabulation

Count	Cakupan		Total
	belum mencapai target	mencapai target	
Usia < 40 tahun	21	3	24
≥40 tahun	3	4	7
Total	24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.178 ^a	1	.013		
Continuity Correction ^b	3.888	1	.049		
Likelihood Ratio	5.472	1	.019		
Fisher's Exact Test				.029	.029
Linear-by-Linear Association	5.979	1	.014		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,58.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Usia (<40 tahun / ≥40 tahun)	9.333	1.362	63.959
For cohort cakupan = belum mencapai target	2.042	.857	4.867
For cohort cakupan = mencapai target	.219	.063	.754
N of Valid Cases	31		

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin * cakupan Crosstabulation

Count		cakupan		Total
		belum mencapai target	mencapai target	
Jenis kelamin	Laki-laki	11	1	12
	Perempuan	13	6	19
	Total	24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.273 ^a	1	.132		

Continuity Correction ^b	1.138	1	.286		
Likelihood Ratio	2.535	1	.111		
Fisher's Exact Test				.201	.143
Linear-by-Linear Association	2.200	1	.138		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,71.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Jenis kelamin (Laki-laki / Perempuan)	5.077	.528	48.855
For cohort cakupan = belum mencapai target	1.340	.944	1.901
For cohort cakupan = mencapai target	.264	.036	1.930
N of Valid Cases	31		

c. Lama Kerja

Lama kerja * cakupan Crosstabulation

Count	cakupan		Total
	belum mencapai target	mencapai target	
Lama kerja ≤10 tahun	23	3	26
> 10 tahun	1	4	5
Total	24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11.243 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	7.668	1	.006		
Likelihood Ratio	9.517	1	.002		
Fisher's Exact Test				.005	.005
Linear-by-Linear Association	10.880	1	.001		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,13.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for Lama kerja (≤10 tahun / > 10 tahun)	30.667	2.518	373.546
For cohort cakupan = belum mencapai target	4.423	.762	25.671
For cohort cakupan = mencapai target	.144	.046	.456
N of Valid Cases	31		

d. Pendidikan

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pendidikan * cakupan	31	100.0%	0	.0%	31	100.0%

Pendidikan * cakupan Crosstabulation

Count		Cakupan		Total
		belum mencapai target	mencapai target	
Pendidikan	Non kesehatan	2	3	5
	Kesehatan	22	4	26
Total		24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.775 ^a	1	.029		
Continuity Correction ^b	2.564	1	.109		
Likelihood Ratio	4.063	1	.044		
Fisher's Exact Test				.062	.062
Linear-by-Linear Association	4.621	1	.032		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,13.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pendidikan (non kesehatan / Kesehatan)	.121	.015	.973
For cohort cakupan = belum mencapai target	.473	.160	1.400
For cohort cakupan = mencapai target	3.900	1.234	12.329
N of Valid Cases	31		

e. Pengetahuan

Pengetahuan * cakupan Crosstabulation

Count

		cakupan		Total
		belum mencapai target	mencapai target	
Pengetahuan	Kurang	14	1	15
	Baik	10	6	16
Total		24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.210 ^a	1	.040		
Continuity Correction ^b	2.631	1	.105		
Likelihood Ratio	4.600	1	.032		
Fisher's Exact Test				.083	.050
Linear-by-Linear Association	4.074	1	.044		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,39.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Kurang / Baik)	8.400	.870	81.080
For cohort cakupan = belum mencapai target	1.493	.998	2.234
For cohort cakupan = mencapai target	.178	.024	1.309
N of Valid Cases	31		

f. Ketersediaan Alat Diagnostik *ARI Sound Timer*

ARI * cakupan Crosstabulation

Count

		cakupan		Total
		belum mencapai target	mencapai target	
ARI	Ada jumlah tidak sesuai pedoman	14	1	15
	Ada jumlah sesuai pedoman	10	6	16
Total		24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
--	-------	----	-----------------------	----------------------	----------------------

Pearson Chi-Square	4.210 ^a	1	.040		
Continuity Correction ^b	2.631	1	.105		
Likelihood Ratio	4.600	1	.032		
Fisher's Exact Test				.083	.050
Linear-by-Linear Association	4.074	1	.044		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,39.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ARI (Ada jumlah tidak sesuai pedoman / Ada jumlah sesuai pedoman)	8.400	.870	81.080
For cohort cakupan = belum mencapai target	1.493	.998	2.234
For cohort cakupan = mencapai target	.178	.024	1.309
N of Valid Cases	31		

g. Ketersediaan Buku Pedoman

Pedoman * cakupan Crosstabulation

Count

		cakupan		Total
		belum mencapai target	mencapai target	
Pedoman	Tidak lengkap	16	3	19
	Lengkap	8	4	12
Total		24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.295 ^a	1	.255		
Continuity Correction ^b	.486	1	.486		
Likelihood Ratio	1.267	1	.260		
Fisher's Exact Test				.384	.241
Linear-by-Linear Association	1.253	1	.263		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,71.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for Pedoman (Tidak Lengkap / Lengkap)	2.667	.477	14.904
For cohort cakupan = belum mencapai target	1.263	.810	1.971
For cohort cakupan = mencapai target	.474	.128	1.757
N of Valid Cases	31		

h. Ketersediaan Media KIE

Media KIE * cakupan Crosstabulation

Count

		cakupan		Total
		belum mencapai target	mencapai target	
Media KIE	Tidak ada	9	2	11
	Ada	15	5	20
Total		24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.189 ^a	1	.664		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.193	1	.660		
Fisher's Exact Test				1.000	.516
Linear-by-Linear Association	.183	1	.669		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,48.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Media KIE (Tidak ada /Ada)	1.500	.239	9.410
For cohort cakupan = belum mencapai target	1.091	.749	1.589
For cohort cakupan = mencapai target	.727	.168	3.149
N of Valid Cases	31		

i. Media Pencatatan dan Pelaporan

Media pencatatan * cakupan Crosstabulation

Count

		cakupan		Total
		belum mencapai target	mencapai target	
Media pencatatan	Tidak lengkap	7	1	8
	Lengkap	17	6	23

Total	24	7	31
-------	----	---	----

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.627 ^a	1	.429		
Continuity Correction ^b	.091	1	.764		
Likelihood Ratio	.687	1	.407		
Fisher's Exact Test				.642	.400
Linear-by-Linear Association	.607	1	.436		
N of Valid Cases	31				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.81.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for media pencatatan (tidak lengkap / lengkap)	2.471	.250	24.463
For cohort cakupan = belum mencapai target	1.184	.828	1.692
For cohort cakupan = mencapai target	.479	.068	3.396
N of Valid Cases	31		

j. Advokasi

Advokasi * cakupan Crosstabulation

Count

		cakupan		Total
		belum mencapai target	mencapai target	
advokasi	Tidak pernah	11	2	13
	Pernah	13	5	18
Total		24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.663 ^a	1	.415		
Continuity Correction ^b	.144	1	.705		
Likelihood Ratio	.685	1	.408		
Fisher's Exact Test				.667	.358
Linear-by-Linear Association	.642	1	.423		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,94.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper

Odds Ratio for Advokasi (Tidak pernah / Pernah)	2.115	.341	13.133
For cohort cakupan = belum mencapai target	1.172	.810	1.694
For cohort cakupan = mencapai target	.554	.127	2.425
N of Valid Cases	31		

k. Sosialisasi

Sosialisasi * cakupan Crosstabulation

Count		cakupan		Total
		belum mencapai target	mencapai target	
Sosialisasi	Tidak pernah	4	1	5
	Pernah	20	6	26
Total		24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.023 ^a	1	.880		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.023	1	.879		
Fisher's Exact Test				1.000	.688
Linear-by-Linear Association	.022	1	.882		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,13.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sosialisasi (Tidak pernah / Pernah)	1.200	.112	12.884
For cohort cakupan = belum mencapai target	1.040	.640	1.691
For cohort cakupan = mencapai target	.867	.131	5.727
N of Valid Cases	31		

l. Penemuan dan Tata laksana

Penemuan dan Tata laksana * cakupan Crosstabulation

		cakupan		Total
		belum mencapai target	mencapai target	
Penemuan dan tata laksana	Secara pasif	20	3	23
	Secara aktif	4	4	8
Total		24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.637 ^a	1	.031		
Continuity Correction ^b	2.764	1	.096		
Likelihood Ratio	4.216	1	.040		
Fisher's Exact Test				.053	.053
Linear-by-Linear Association	4.488	1	.034		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,81.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Penemuan dan tata laksana (Secara pasif / Secara aktif)	6.667	1.057	42.065
For cohort cakupan = belum mencapai target	1.739	.854	3.540
For cohort cakupan = mencapai target	.261	.074	.922
N of Valid Cases	31		

m. Supervisi

Supervisi * cakupan Crosstabulation

		cakupan		Total
		belum mencapai target	mencapai target	
Supervisi Tidak pernah		5	0	5
Pernah		19	7	26
Total		24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.739 ^a	1	.187		
Continuity Correction ^b	.540	1	.463		
Likelihood Ratio	2.828	1	.093		
Fisher's Exact Test				.562	.250
Linear-by-Linear Association	1.683	1	.195		
N of Valid Cases	31				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,13.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort cakupan = belum mencapai target	1.368	1.084	1.728
N of Valid Cases	31		

n. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan * cakupan Crosstabulation

	cakupan		Total
	belum mencapai target	mencapai target	
Pencatatan dan pelaporan Tidak lengkap	2	1	3
Lengkap	22	6	28
Total	24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.220 ^a	1	.639		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.202	1	.653		
Fisher's Exact Test				.550	.550
Linear-by-Linear Association	.213	1	.645		
N of Valid Cases ^b	31				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,68.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pencatatan dan Pelaporan (Tidak lengkap / Lengkap)	.545	.042	7.088
For cohort cakupan = belum mencapai target	.848	.373	1.933
For cohort cakupan = mencapai target	1.556	.270	8.955
N of Valid Cases	31		

o. Kemitraan dan Jejaring

Kemitraan dan jejaring * cakupan Crosstabulation

Count

	cakupan		Total
	belum mencapai target	mencapai target	
Kemitraan dan jejaring Tidak ada	14	1	15
Ada	10	6	16
Total	24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.210 ^a	1	.040		
Continuity Correction ^b	2.631	1	.105		
Likelihood Ratio	4.600	1	.032		
Fisher's Exact Test				.083	.050

Linear-by-Linear Association	4.074	1	.044	
N of Valid Cases	31			

- a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.39.
- b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Kemitraan dan jejaring (Tidak ada / Ada)	8.400	.870	81.080
For cohort cakupan = belum mencapai target	1.493	.998	2.234
For cohort cakupan = mencapai target	.178	.024	1.309
N of Valid Cases	31		

p. Peningkatan Kapasitas SDM

Pelatihan * cakupan Crosstabulation

		cakupan		Total
		belum mencapai target	mencapai target	
Pelatihan	Tidak pernah	23	4	27
	Pernah	1	3	4
Total		24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.219 ^a	1	.007		
Continuity Correction ^b	4.186	1	.041		
Likelihood Ratio	5.967	1	.015		
Fisher's Exact Test				.028	.028
Linear-by-Linear Association	6.986	1	.008		
N of Valid Cases	31				

- a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .90.
- b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pelatihan (Tidak pernah / Pernah)	17.250	1.416	210.120
For cohort cakupan = belum mencapai target	3.407	.620	18.739
For cohort cakupan = mencapai target	.198	.068	.574
N of Valid Cases	31		

q. Monitoring

monitoring * cakupan Crosstabulation

		Cakupan		Total
		belum mencapai target	mencapai target	
monitoring	pernah tidak bulanan	17	5	22
	pernah bulanan	7	2	9
Total		24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.001 ^a	1	.976	1.000	.681
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.001	1	.976		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.001	1	.976		
N of Valid Cases	31				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.03.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for monitoring (pernah tidak bulanan / pernah bulanan)	.971	.151	6.247
For cohort cakupan = belum mencapai target	.994	.655	1.506
For cohort cakupan = mencapai target	1.023	.241	4.338
N of Valid Cases	31		

r. Evaluasi

Evaluasi * cakupan Crosstabulation

Count

		cakupan		Total
		belum mencapai target	mencapai target	
Evaluasi	Tidak pernah	5	1	6
	Pernah	19	6	25
Total		24	7	31

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.149 ^a	1	.700		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.157	1	.692		
Fisher's Exact Test				1.000	.587
Linear-by-Linear Association	.144	1	.704		
N of Valid Cases	31				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.35.

b. Computed only for a 2x2 table

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Evaluasi (Tidak pernah / Pernah)	1.579	.153	16.310
For cohort cakupan = belum mencapai target	1.096	.720	1.669
For cohort cakupan = mencapai target	.694	.102	4.739
N of Valid Cases	31		