

**PENGARUH *FOCUS GROUP DISCUSSION* (FGD) TENTANG  
MENEJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS) TERHADAP  
PENGETAHUAN PERAWAT DALAM MENGENAL GEJALA AWAL  
PENYAKIT YANG MENGANCAM KEHIDUPAN BALITA DENGAN  
FORMAT MTBS DI PUSKESMAS KABUPATEN BANTUL  
YOGYAKARTA**

**LAPORAN PENELITIAN  
SKEMA : PENELITIAN KEMITRAAN**



Oleh

**Ferika Indarwati, S.kep.,Ns.,M,Ng  
Bayu panggita  
Syarieh Hindrawan**

**NIK : 173.083  
NIM : 20090320078  
NIM: 20090320072**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA  
JANUARI 2013**

## HALAMAN PENGESAHAN

1. Judul Penelitian : Pengaruh FGD terhadap pengetahuan perawat daam mengenal gejala awal penyakit yang mengancam kehidupan balita dengan format MTBS di Puskesmas Kabupaten Bantul Yogyakarta
2. Jenis Penelitian : Penelitian eksperimen
3. Bidang Ilmu : Kesehatan
4. Pengusul :
  - A. Nama : Ferika Indarwati
  - B. Jenis Kelamin : Perempuan
  - C. NIK/NIP : 173 083
  - D. Pangkat/Gol : 3B
  - E. Jabatan Akademik : -
  - F. Fakultas/Prodi : Kedokteran
  - G. Pengalaman Penelitian: 2 kali penelitian, 1 kali pengabdian
  - H. Perguruan tinggi : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
  - I. Program Studi : Ilmu Keperawatan
  - J. Status Dosen : Dosen tetap Yayasan (A)
  - K. Masa Kerja : September 2007 – Sekarang
5. Jumlah Tim Penelitian : 2 orang mahasiswa
6. Lokasi Penelitian : Kota Yogyakarta
7. Lama Penelitian : Tiga (3) Bulan
8. Biaya Penelitian : Rp. 3.500.000

Dekan FKIK UMY  
Yogyakarta, 22 Juli 2013  
Peneliti

dr. H. Ardi Pramono, Sp.An.,M.Kes  
NIK. 173.031

Ferika Indarwati, S.Kep.,Ns.,MNg  
NIK. 173.081

Ketua LP3M

Dr.Mukti Fajar. ND

## DAFTAR ISI

---

Latar belakang.....	8
Rumusan Masalah.....	12
Tujuan Penelitian .....	12
1. Tujuan Umum .....	12
2. Tujuan Khusus.....	12
Kerangka Teoritik .....	13
Metode Penelitian .....	37
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	49
A. Deskripsi wilayah penelitian .....	49
<b>1. Geografis</b> .....	49
<b>2. Demografi</b> .....	49
<b>3. Sarana kesehatan</b> .....	50
B. Hasil Penelitian.....	50
C. Pembahasan.....	54
1. Karakteristik Responden.....	54
2. Tingkat Pengetahuan.....	56
3. Pengaruh FGD terhadap pengetahuan perawat dalam mengenal tanda gejala penyakit menggunakan form MTBS.....	60
C. Kekuatan dan kelemahan penelitian .....	61
KESIMPULAN DAN SARAN.....	62
1. Kesimpulan.....	62
2. Saran .....	62
1. Bagi puskesmas.....	62
2. Penelitian selanjutnya .....	62

3. Intitusi pendidikan keperawatan .....	62
Rencana Biaya .....	63
DAFTAR PUSTAKA .....	64
Lampiran: .....	67

## DAFTAR TABEL

- Tabel 1.** Distribusi frekuensi perawat puskesmas sekabupaten Bantul berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama bekerja ..... 51
- Tabel 2.** Pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan menggunakan format MTBS sebelum FGD..... 52
- Tabel 3.** Tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit sesudah FGD..... 53
- Tabel 4.** Pengaruh FGD trhadap tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala penyakit..... 53

## **DAFTAR SKEMA**

<b>Skema 1</b> Kerangka Konsep Penelitian .....	36
---	----

**Ferika Indarwati, Bayu Panggita, Syarif Indrawan.** (2013). Pengaruh FGD terhadap Tingkat Pengetahuan Perawat dalam Penilaian Tanda dan Gejala Awal Penyakit dengan Menggunakan Format Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Kabupaten Bantul. Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

## **INTISARI**

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah suatu pendekatan keterpaduan dalam tatalaksana balita sakit yang datang ke Puskesmas yang meliputi upaya promotif, preventive dan kuratif. Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus sesuai dengan sistem penanganan pasien yang telah ditetapkan puskesmas. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh FGD terhadap tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan menggunakan format manajemen terpadu balita sakit (MTBS) di puskesmas sekabupaten bantul Yogyakarta.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah pra *eksperimental*. Pengambilan sample pada dilakukan dengan cara *purposive sampling* yaitu 53 orang. Analisa data dilakukan dengan uji statistic wilcoxon.

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh FGD terhadap tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan nilai signifikasi 0.000.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diambil kesimpulan bahwa pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan menggunakan format MTBS meningkat setelah dilakukannya FGD. Saran yang dapat diberikan peneliti untuk Puskesmas terkait dengan MTBS adalah mengadakan pelatihan atau training kepada perawat sehingga tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan menggunakan format MTBS dapat lebih baik lagi.

**Kata kunci:** Perawat, Tingkat Pengetahuan, MTBS, Puskesmas

## **Latar belakang**

Angka kematian balita diseluruh negara pada tahun 2011 mencapai 6,9 juta jiwa, tercatat 1900 kematian balita dalam sehari dan 800 kematian balita setiap jam. Sekitar 80% kematian balita terjadi dinegara-negara berkembang (WHO, 2012). Indonesia sebagai salah satu Negara yang berkembang mempunyai masalah yang serius secara global tentang angka kematian bayi dan balita. Angka kematian bayi (AKB) di indonesia mencapai 34/1.000 kelahiran hidup, angka kematian balita (AKBA) 44/1.000 kelahiran hidup dan angka kematian anak umur satu sampai lima tahun mencapai 10/1.000 kelahiran hidup (SDKI, 2007).

Di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) angka kematian balita pada tahun 2002 mencapai mencapai 43/1.000 kelahiran hidup dan pada tahun 2003 turun menjadi 23/1.000 kelahiran hidup (Dep.Kes RI, 2004). Kasus angka kematian balita pada kabupaten Bantul pada tahun 2011 tercatat ada 136 balita/mil. Kasus kematian balita ini terjadi disemua wilayah kecamatan kabupaten bantul (Profil Kes. Bantul, 2012).

*Millennium Development Goals (MDGs)* dalam tujuan yang ke empat dan lima mengamanatkan bahwa angka kematian balita harus mampu turun menjadi 2/3 dan angka kematian ibu turun pada tahun 2015. Sehingga pada tahun 2015 dapat mencapai angka kematian bayi menjadi 17/1.000 kelahiran hidup dan angka kematian balita 23/1.000 kelahiran hidup serta angka kematian ibu di harapkan turun menjadi 125/100.000 kelahiran hidup ( Dep.Kes RI, Jakarta 2008 ).

Sebagian besar kematian tersebut atau hampir 12 juta anak meninggal sebelum usia lima tahun dan (70%) diantaranya disebabkan karena penyakit infeksi, Infeksi Saluran Pernafasan (ISPA), diare, malaria, kekurangan gizi dan



campak dengan komplikasinya atau gabungan dari penyakit itu (SDKI, 2002-2003).

Penyakit infeksi bakteri, penyakit infeksi saluran pernafasan (ISPA) dan pneumonia pada balita tahun 2008 pada Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) sebanyak 97.621 kasus. Meliputi pneumonia sebesar 1.388 balita dan non pneumonia 970.233 balita (Dep.Kes Bantul, 2005). Pada tahun 2010 penyakit pneumonia dikabupaten bantul mencapai 434 kasus dan pada tahun 2011 penyakit pneumonia pada balita meningkat menjadi 606 kasus (Profil Kes. Bantul, 2012 ).

Infeksi bakteri merupakan salah satu penyebab terjadinya diare (Dep.Kes, 2005). Badan statistik menunjukkan bahwa setiap tahun diare menyerang 50 juta penduduk Indonesia dan 2/3 nya adalah pada balita dengan korban meninggal sekitar 600.000 jiwa (Widjaja, 2002). Gejala diare biasanya timbul yang diawali dengan gelisah, nafsu makan berkurang atau tidak ada serta demam ( Ngastiyah, 2003).

Wabah demam berdarah dengue ( DBD ) masih menyerang seluruh daerah di Indonesia, baik daerah perkotaan maupun pedesaan. Wabah DBD juga menyerang pada orang dewasa, anak-anak dan bayi serta balita, sehingga tidak sedikit penderita tersebut meninggal dunia (Santoso, 2003). Berdasarkan Data Riset Kesehatan Dasar (Rikerdas, 2007) kematian balita di Indonesia akibat demam berdarah (DBD) mencapai 6,8%.

Di Indonesia malnutrisi masih menjadi suatu permasalahan termasuk di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Prevalensi status gizi balita berdasarkan berat badan per tinggi badan (BB/TB) di Daerah Istimewa Yogyakarta menunjukkan prevalensi status gizi balita sangat kurus 2,6% dan kurus 6,5%

(KemenKes 2012). Pada tahun 2010 angka kejadian balita gizi buruk berturut-turut di kabupaten di DIY adalah: Kulonprogo 0,88%, Bantul 0,58%, Gunung Kidul 0,70%, Sleman 0,66% dan kota Yogyakarta 1,01% dari 17.676 balita yang ditimbang (profil DIY, 2010).

Masalah kekurangan gizi, baik zat gizi makro maupun zat gizi mikro pada bayi dan anak-anak di Indonesia saat ini masih tinggi. Beberapa kasus kekurangan zat gizi mikro mempunyai penyebab yang sama karena kekurangan zat gizi mikro lainnya. Sehingga kekurangan zat gizi mikro yang satu dapat memperburuk kekurangan zat gizi lainnya yang dapat menyebabkan anemia (Munoz, et al., 2000; Schmidt, 2002; Zlotkin, et al., 2003). Prevalensi anemia pada bayi dan balita di Indonesia mencapai 40,5% (SKRT, 2004).

Upaya World Health Organization (WHO) dan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Dep.kes RI) untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan secara global adalah dengan mengenalkan Sick Child Initiative (SCI) atau Integrated Management Of Childhood Illness (IMCI) yaitu langkah-langkah pengambilan keputusan dalam mengelola anak balita sakit. Dalam usaha meningkatkan cakupan penemuan dan meningkatkan tatalaksana penyakit yang mengancam kehidupan pada anak balita, Dep.Kes telah menerapkan Manajemen Terpadu Balita Sakit di unit pelayanan kesehatan dasar (Dep.Kes RI, 2008 dan WHO).

Pelayanan kesehatan adalah fungsi yang paling terlihat dari setiap sistem kesehatan, baik untuk pengguna dan masyarakat umum, dimana mencakup semua layanan yang berhubungan dengan diagnosis dan pengobatan penyakit, atau promosi, pemeliharaan dan pemulihan kesehatan baik layanan kesehatan pribadi

dan non-pribadi (WHO, 2012). Puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan dasar pada masyarakat dan perawat merupakan salah satu tenaga kesehatan. Dalam pemberian pelayanan kesehatan tersebut ada beberapa program yang dijalankan oleh puskesmas, salah satu adalah programnya adalah pemberantasan penyakit yang mengancam kehidupan balita. Program ini mempunyai tujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan angka kematian akibat penyakit yang mengancam kehidupan balita (Dep.kes RI, 2002).

Perawat dalam melakukan program pencegahan skunder yang mencakup mengenal tanda dan gejala penyakit atau mendeteksi dini penyakit dan komplikasinya sangat penting. Kemampuan mengenali tanda dan gejala atau mendeteksi dini masalah secara cepat dan tepat dapat mengetahui penyakit dan intervensi yang tepat (perry & potter, 2007). Keperawatan menjadi bagian integral yang tidak dapat di pisahkan dari upaya pelayanan kesehatan secara keseluruhan fisik, psikologis, sosiologis, budaya dan spiritual dari individu. Pelayanan keperawatan juga merupakan salah satu faktor penentu baik buruknya pelayanan kesehatan (Dep.Kes RI, 2001)

Penurunan pelayanan keperawatan akan mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan. Studi yang dilakukan oleh Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medik Depkes RI bekerjasama dengan WHO tahun 2000 di 4 provinsi di Indonesia, yaitu DKI Jakarta, Sumatra utara, Sulawesi utara, dan Kalimantan timur, menemukan 47,4% perawat belum memiliki uraian tugas secara tertulis, 70,9% perawat tidak pernah mengikuti pelatihan dalam 3 tahun terakhir, 39,8% perawat masih melaksanakan tugas non keperawatan, serta belum dikembangkan system monitoring dan evaluasi kinerja perawat (Hasanbasri, 2007). Berdasarkan

uraian diatas peneliti ingin mengetahui tingkat pengetahuan perawat dalam mengenal tanda dan gejala penyakit yang mengancam kehidupan balita dengan menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di puskesmas Bantul.

## **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “ Bagaimana pengaruh FGD terhadap peningkatan pengetahuan perawat dalam mengenal tanda dan gejala penyakit yang mengancam kehidupan balita dengan menggunakan Menejemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) ” di puskesmas Bantul Daerah Istimewa Yogyakarta.

## **Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui pengaruh FGD terhadap peningkatan pengetahuan perawat dalam mengenal tanda dan gejala awal penyakit yang mengancam kehidupan balita dengan menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

### **2. Tujuan Khusus**

1. Diketuinya tingkat pengetahuan perawat tentang mengenal gejala awal penyakit infeksi bakteri yang mengancam kehidupan balita sebelum FGD.

2. Diketuahuinya tingkat pengetahuan perawat tentang mengenal gejala awal penyakit infeksi bakteri yang mengancam kehidupan balita sesudah FGD.

## **Kerangka Teoritik**

### **1. Pengetahuan**

#### **a. Definisi**

Pengetahuan adalah merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja ataupun tidak sengaja dan ini terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan suatu objek tertentu (Wahit dkk, 2006).

Menurut Notoatmodjo, 2011, pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui para indra manusia yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*).

#### **b. Tingkat pengetahuan didalam domain kognitif**

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Notoatmodjo, 2011).

##### **1. Tahu (*know*)**

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajarinya sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat

kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, memberi contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap obyek yang di pelajari.

3. Aplikasi (*aplication*)

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

4. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam satu sturuktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*syntesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

## 6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

### c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Mubarak, 2007, faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang antara lain:

#### 1. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal agar mereka memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya semakin banyak pengetahuannya.

#### 2. Pekerjaan

Pekerjaan, lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

#### 3. Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis (mental). Pertumbuhan pada fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan pertama, perubahan ukuran, kedua, perubahan proporsi, ketiga, hilangnya ciri-ciri lama, keempat, timbulnya ciri-ciri baru. Ini

terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis atau mental taraf berfikir (pengetahuan) seseorang semakin matang dan dewasa.

#### 4. Minat

Sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu, minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya di peroleh pengetahuan yang lebih mendalam.

#### 5. Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik seseorang akan berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap obyek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam emosi kejiwaannya, dan akhirnya dapat pula mempengaruhi pengetahuan dan prilaku dalam kehidupan.

#### 6. Informasi

Suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

### **d. Cara memperoleh pengetahuan**

Beberapa cara memperoleh pengetahuan menurut Notoatmodjo, 2010, yaitu:

#### a. Cara coba salah (*Trial and Error*)

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah, dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil,



dicoba dengan kemungkinan yang lain. Apabila kemungkinan kedua ini gagal pula, di coba dengan kemungkinan yang ketiga, dan apabila kemungkinan ketiga gagal dicoba dengan kemungkinan keempat dan seterusnya, sampai masalah tersebut dapat dipecahkan. Oleh karena itu cara ini disebut *Trial* (coba) *and Error* (gagal atau salah) atau metode coba-salah / coba-coba.

b. Cara kekuasaan atau otoritas

Dalam kehidupan manusia sehari-hari, banyak sekali kebiasaan-kebiasaan dan tradisi-tradisi yang dilakukan oleh orang, tanpa melakukan penalaran apakah yang dilakukan tersebut baik atau tidak. Kebiasaan-kebiasaan ini biasanya diwariskan turun-temurun dari generasi ke generasi berikutnya dengan kata lain, pengetahuan tersebut diperoleh berdasarkan pemegang otoritas, yakni orang yang mempunyai wibawa atau kekuasaan, baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama, maupun ahli pengetahuan atau ilmuwan.

Prinsip inilah, orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas, tanpa terlebih dahulu menguji atau membuktikan kebenarannya, baik berdasarkan fakta empiris ataupun berdasarkan penalaran sendiri. Hal ini disebabkan karena orang yang menerima pendapat tersebut menganggap bahwa yang dilakukan adalah benar.

c. Berdasarkan pengalaman pribadi

Pengalaman adalah guru terbaik, demikian bunyi pepatah. Pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman itu merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan.

d. Melalui jalan pikiran

Sejalan dengan perkembangan umat manusia, cara berfikir manusia pun ikut berkembang. Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuan. Manusia dalam memperoleh pengetahuan telah menggunakan jalan pikirannya, baik melalui induksi maupun deduksi.

e. Cara modern dalam memperoleh pengetahuan

Cara baru dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut “metode penelitian ilmiah” atau lebih populer metodologi penelitian (*research methodology*).

## **2. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)**

### **a. Definisi**

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah suatu pendekatan keterpaduan dalam tatalaksana balita sakit yang datang ke fasilitas rawat jalan pelayanan kesehatan dasar yang meliputi upaya kuratif terhadap penyakit pneumonia, diare, campak, malaria, infeksi telinga, malnutrisi dan upaya promotif dan preventif yang meliputi imunisasi, pemberian vitamin A dan konseling pemberian makan yang bertujuan menurunkan angka kematian bayi dan balita serta menekan morbiditas karena penyakit tertentu (Depkes RI, 2011).

MTBS adalah singkatan dari Manajemen Terpadu Balita Sakit atau dalam bahasa inggris disebut *Integrated Management of childhood Illness*

(IMCI) adalah suatu pendekatan yang terintegrasi atau terpadu dalam tatalaksana balita sakit dengan fokus pada kesehatan anak usia 0-5 tahun (balita) secara menyeluruh. MTBS bukan merupakan suatu program kesehatan, tetapi suatu pendekatan atau cara menatalaksana balita sakit (Wijaya, 2009). Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan pendekatan keterpaduan dalam tatalaksana balita sakit yang datang berobat kefasilitas rawat jalan pelayanan kesehatan dasar yang meliputi upaya kuratif terhadap penyakit pneumonia, diare, campak, malaria, dan kurang gizi (Maryunani, 2010).

#### **b. Langkah-langkah MTBS**

Menurut Depkes RI, 2008, langkah-langkah penanganan balita sakit pada Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) meliputi penilaian, klasifikasi penyakit, tindakan/pengobatan, nasehat bagi ibu dan tindak lanjut.

1. Menilai dan membuat klasifikasi penyakit anak umur 2 bulan sampai 5 tahun.  
Menilai anak berarti melakukan penilaian dengan cara anamnesis dan pemeriksaan fisik. Membuat klasifikasi berarti membuat sebuah keputusan mengenai kemungkinan penyakit atau masalah serta tingkat keparahannya.
  - a. Memeriksa tanda bahaya umum

Tanda bahaya umum merupakan tanda penyakit yang serius. Tanda bahaya umum dapat terjadi pada penyakit apapun dan tidak dapat menentukan jenis penyakit secara spesifik. Hanya dengan satu tanda bahaya umum, sudah cukup untuk menunjukkan bahwa penyakit itu berat, sehingga sebelum

melakukan penilaian setiap penyakit, periksalah tanda bahay umum seperti tidak bisa minum atau menetek, memuntahkan semuanya , kejang dan letargis atau tidak sadar.

b. Menanyakan keluhan utama

Menilai batuk dan sukar bernafas dan klasifikasinya, menilai diare dan klasifikasinya, menilai demam dan klasifikasinya, menilai masalah telinga dan klasifikasinya, memeriksa status gizi dan anemia serta klasifikasinya, memeriksa status imunisasi dan memeriksa pemberian vitamin A.

2. Menentukan tindakan/pengobatan

Menentukan tindakan dan memberi pengobatan yang berarti tindakan dan memberi pengobatan di fasilitas kesehatan yang sesuai.

3. Menasehati ibu

Nasehat bagi ibu meliputi menilai cara pemberian makan anak, anjurkan pemberian makan selama sakit dan sehat, menasehati ibu tentang masalah pemberian makan, meningkatkan pemberian cairan selama sakit, menasehati ibu kapan harus kembali dan menasehati ibu tentang kesehatan sendiri.

4. Pemberian pelayanan tindak lanjut

Pemberian pelayanan tindak lanjut berarti menentukan tindakan dan pengobatan pada saat anak datang atau kunjungan ulang. Pelayanan pada anak yang datang untuk tindak lanjut menggunakan kotak yang sesuai klasifikasi anak.

5. Menilai dan membuat klasifikasi bayi muda sakit umur 1 hari sampai 2 bulan.

Proses dan langkah sangat mirip dengan penanganan balita sakit berumur 2 bulan sampai 5 tahun meliputi:

- a. Pedoman difokuskan pada informasi dan ketrampilan untuk menangani bayi muda antara lain:

Memeriksa kejang, memeriksa gangguan nafas, memeriksa hipotermi, memeriksa kemungkinan infeksi bakteri, memeriksa icterus, memeriksa apakah bayi diare, memeriksa kemungkinan berat badan rendah atau masalah pemberian ASI.

- b. Menentukan tindakan/pengobatan

Membebaskan jalan nafas dan memberi oksigen, menangani kejang dan obat anti kejang, memberi antibiotic intramuscular dan antibiotik oral.

- c. Konseling bagi ibu /keluarga

Mengajari ibu cara pemberian obat dan mengobati penyakit, mengajari ibu posisi meneteki dan cara bayi melekat pada waktu menetek secara benar, mengajari ibu cara meningkatkan ASI, menasehati ibu kapan harus segera dibawa ke petugas kesehatan, menasehati ibu kapan kunjungan ulang dan menasehati ibu tentang kesehatannya.

- d. Pemberian pelayanan tindak lanjut bagi bayi muda yang datang untuk kunjungan ulang.

Menentukan tindakan dan pengobatan pada saat anak datang kunjungan ulang. Pelayanan pada anak yang datang untuk tindak lanjut menggunakan kotak yang sesuai klasifikasi anak.

### **c. Tujuan**

Tujuan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah untuk menurunkan angka kematian bayi (AKB) dan angka kematian Balita

(AKABA) serta menurunkan morbiditas karena penyakit pneumonia, diare, campak, malaria, dan malnutrisi (Depkes RI, 2010). MTBS bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan anak serta kualitas pelayanan kesehatan anak (Rahayu,2009).

Menurut Maryunani, 2010, tujuan dari pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah mengajarkan manajemen kasus kepada bidan, perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lain yang menangani balita sakit dan balita muda di pelayanan dasar seperti puskesmas, puskesmas pembantu, pondok bersalin, balai pengobatan, maupun melalui kunjungan rumah.

### **3. Penilaian tanda dan gejala awal penyakit**

#### **a. Definisi**

penilaian adalah proses memberikan atau menentukan nilai kepada objek tertentu berdasarkan suatu kriteria tertentu (Sudjana, 2006). Penilaian tanda dan gejala penyakit merupakan langkah awal yang dilakukan dalam Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dengan cara bertanya, melihat, mendengar, dan meraba dengan kata lain dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik atau anamnesis (Hidayat, 2009).

#### **b. penilaian tanda gejala balita umur 1 hari-2 bulan**

Pada penilaian tanda dan gejala yang pertama kali yang dilakukan pada balita umur satu sampai dua bulan adalah (Hidayat, 2009): pertama menilai adanya kejang seperti riwayat kejang, tanda kejang, tremor yang disertai adanya penurunan kesadaran, terjadi gerakan yang tidak terkendali pada

mulut, mata atau anggota gerak lain, mulut mencucu, terjadi kekakuan seluruh tubuh tanpa adanya rangsangan serta disertai adanya menagis yang melengking secara tiba-tiba.

Kedua, adanya tanda atau gejala gangguan nafas seperti adanya henti nafas (apnea) lebih dari 20 detik, nafas cepat > 60 kali permenit, nafas lambat < 30 kali permenit, tampak kebiruan (cianosis), adanya tarikan dada sangat kuat, pernafasan cubing serta selalu merintih.

Ketiga, adanya tanda dan gejala hipotermia seperti penurunan suhu tubuh (< 36,5 derajat celcius), kulit teraba dingin, mengantuk atau letargis, adanya gerakan tidak normalserta kadang-kadang tubuh tampak kemerahan dan mengeras.

Keempat, adanya tanda atau gejala kemungkinan infeksi bakteri seperti mengantuk atau letargi atau tidak sadar, adanya tanda kejang, gangguan nafas, malas minum atau tidak bisa minum, adanya kemerahan atau mengeras pada bagian tubuh (sklerema), ubun tampak cembung, suhu lebih dari 37,5 derajat celcius dan terasa panas atau suhu kurang dari 36 derajat celcius atau teraba dingin yang disertai infeksi lainnya, adanya nanahyang keluar dari telinga, pusar tanpak kemerahan dan meluas sampai ke kulit perut dan berbau busuk.

Kelima, adanya tanda atau gejala ikterus seperti adanya kuning pada hari kedua setelah lahir atau ditemukan kuning pada umur 14 hari atau lebih, adanya kuning pada bayi yang kurang bulan, tinja bewarna pucat, kekuningan sampai ke lutut atau siku.

Keenam, adanya tanda dan gejala gangguan saluran cerna seperti adanya muntah segera setelah minum, muntah berulang, berwarna hijau, gelisah atau

rewel dan perut bayi tegang atau kembung, teraba benjolan di perut, keluar air liur secara berlebihan, adanya darah dalam tinja tanpa disertai dengan diare. Khusus pada bayi dalam 48 jam pertama setelah lahir dapat ditemukan belum buang air besar lebih dari 24 jam terakhir dan tidak terdapat lubang anus.

Ketujuh, adanya tanda atau gejala diare seperti latergi atau tidak sadar, mata cekung, turgor jelek, gelisah, rewel, diare lebih dari 14 hari, disertai adanya darah dalam tinja dan tidak ada gangguan saluran cerna.

Kedelapan, adanya tanda atau gejala kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI seperti berat badan menurut umur di bawah garis merah, tidak bisa minum, atau tidak menghisap sama sekali, ada celah bibir atau langit-langit, ASI kurang 8 kali perhari, mendapat minuman selain ASI, posisi bayi tidak benar, adanya bercak atau luka putih (*thrush*) di mulut, khusus pada bayi 1 hari-28 hari sangat kecil serta berat badan kurang dari 2000 gram.

### **c. penilaian tanda dan gejala umur 2 bulan-5 tahun**

Menurut Hidayat, 2009, pada penilaian tanda dan gejala pada bayi umur 2 bulan sampai dengan 5 tahun ini yang dinilai adalah ada tidaknya tanda bahaya umum (tidak bisa minum atau menetek, muntah, kejang, letargis atau tidak sadar) dan keluhan seperti batuk atau kerusakan bernafas, adanya diare, demam, masalah telinga, malnutrisi dan anemia.

Penilaian pertama keluhan batuk atau sukar bernafas, tanda bahaya umum, tarikan dinding dada kedalam, stridor, nafas cepat. Penentuan frekuensi pernafasan adalah pada anak usia 2 bulan-12 bulan normal pernafasan 50 kali



atau lebih permenit, sedangkan frekuensi pernafasan anak usia 12 bulan sampai dengan 5 tahun adalah 40 kali permenit atau lebih.

Penilaian kedua keluhan tanda adanya diare, seperti letargis atau tidak sadar, mata cekung, tidak bisa minum atau malas makan, turgor jelek, gelisah, rewel, haus atau banyak minum, adanya darah dalam tinja (bercak bercampur dengan darah).

Penilaian ketiga tanda demam, di sertai dengan adanya tanda bahaya umum, kaku kuduk, dan adanya infeksi lokal seperti kekeruhan pada kornea mata, luka pada mulut, mata bernanah, adanya tanda pre syok seperti nadi lemah ekstremitas dingin muntah darah, berak hitam, pendarahan hidung, pendarahan bawah kulit, dan nyeri ulu hati.

Penilaian keempat tanda masalah telinga seperti nyeri pada telinga, adanya pembengkakan, adanya cairan keluar dari telinga yang kurang dari 14 hari.

Penilaian kelima tanda dan status gizi seperti badan kelihatan kurus, bengkak pada kedua kaki, telapak tangan pucat, status gizi di bawah garis merah pada pemeriksaan berat badan umur.

#### **d. Tanda dan gejala penyakit:**

##### **1. Infeksi**

Infeksi bakteri merupakan invasi oleh pathogen atau mikroorganisme pada tubuh yang dapat menyebabkan sakit (Potter & Perry, 2005) dengan tanda dan gejala bayi malas minum, gelisah atau letargis, frekuensi nafas cepat, berat

badan menurun, pergerakan berkurang, muntah, diare, sklerema, edema, pendarahan, icterus, dan kejang (Sudarti, 2010).

## 2. Infeksi Saluran Pernafasan (ISPA)

ISPA atau infeksi saluran pernafasan akut adalah suatu kelompok penyakit yang menyerang saluran pernafasan (Maryunani, 2010) dengan tanda dan gejala batuk, pilek, sesak nafas, demam, nyeri dada, telinga sakit dan nafas cepat (Depkes RI, 2012)

## 3. Pneumonia

Pneumonia adalah suatu peradangan pada paru-paru dan bronkioli (Sudarti, 2010). Pneumonia ini juga dapat disebabkan oleh inflamasi dari paru-paru dengan tanda dan gejala demam tinggi, batuk bisa berupa kering atau berdahak, nafas cepat, terkadang merasakan nyeri dada, sesak nafas atau kesulitan bernafas, pucat dan tampak kebiruan jika kekurangan oksigen (Sefrina *et al*, 2012)

## 4. Diare

Diare adalah pengeluaran tinja yang tidak normal dan cair. Buangan air besar yang tidak normal dan bentuk tinja yang cair dengan frekuensi yang lebih banyak dari biasanya. Bayi di katakan diare bila sudah dari 3x buang air besar dalam sehari, sedangkan neonatus dikatakan diare bila sudah lebih dari 4x buang air besar dalam sehari (Sudarti, 2010).

Diare adalah suatu kondisi dimana seseorang buang air besar dengan konsistensi lembek atau cair, bahkan dapat berupa air saja dan frekuensinya lebih sering (biasanya tiga kali atau lebih sering) dalam satu hari (Depkes RI, 2011). Tanda dan gejala cengeng, gelisah, suhu meningkat, nafsu makan

menurun, tinja cair yang disertai darah, dehidrasi berat atau dehidrasi ringan, berat badan menurun, turgor kulit menurun, mata dan ubun-ubun cekung (Sudarti, 2010).

## 5. Demam

Demam adalah peningkatan abnormal suhu badan 38 derajat celcius. Demam merupakan tanda adanya masalah yang menjadi penyebab, bukan suatu penyakit, dan tidak terjadi dengan sendirinya (Muscari, 2005). Demam merupakan kondisi saat suhu tubuh di atas 38 derajat celcius. Meski bisa merupakan gejala penyakit tertentu, pada umumnya demam menunjukkan bahwa tubuh sedang melawan infeksi, dengan tanda dan gejala menggigil, panas dingin, lemas berkeringat dan wajah memerah (Surgani, 2010)

Demam berdarah (DHF) suatu penyakit infeksi yang di timbulkan oleh virus dengan ciri-ciri demam dan manifestasi pendarahan. Tanda dan gejala demam mendadak selama 2-7 hari tanpa ada sebab yang jelas, manifestasi pendarahan *ptechia* (bintik-bintik merah pada kulit), hepatomegrafi, bila tidak cepat ditangani dapat timbul gejala shock: nadi cepat, lemah dan kecil sampai tidak teraba, kulit terasa dingin dan lembab terutama pada ujung hidung, jari dan kaki (Sudarti, 2010).

Malaria merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi parasit *plasmodium* yang dibawa dan ditularkan oleh nyamuk *Anopheles*. tanda dan gejala demam tinggi, menggigil, nyeri pada sendi tubuh, mual, muntah, anemia akibat pecahnya sel darah merah, kekuningan di seluruh tubuh karena ada gangguan pada hati, nyeri kepala, kejang, gangguan retina dan gangguan ingatan (sefrina *et al*, 2012).

## 6. Malnutrisi

### a. Definisi

Malnutrisi adalah suatu kondisi dimana gizi makanan seseorang tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh yang merujuk pada dua kondisi yaitu kelebihan nutrisi atau gizi (*over-nutrition*) dan kekurangan gizi atau gizi kurang (*under-nutrition*) (Notoatmodjo,2011). Tanda dan gejala badan sangat kurus, adanya edema, lingkaran lengan atas kurang dari 11,5 cm, dan BB/TB kurang dari -3 standar deviasi. Komplikasi tanda dan gejala malnutrisi dapat menyebabkan pneumonia berat, anoreksia, anemia berat, dehidrasi berat, demam sangat tinggi, dan penurunan kesadaran (Dep.Kes RI, 2011)

## 7. Anemia

Anemia adalah suatu keadaan dimana kadar Hb (Hemoglobin) atau jumlah eritrosit dalam darah kurang dari normal (Sudarti, 2010). Tanda dan gejala anemia dengan zat besi: lemah, lesu, pucat, rewel, dan tidak ada nafsu makan. Tanda dan gejala anemia dengan anemia aplastic: pucat, cepat lelah, lemah, dan gejala leucopenia atau trombositopenia.

## 8. Ikterus

Ikterus adalah perubahan warna menjadi kuning pada kulit, membran mukosa, dan sclera yang disebabkan oleh peningkatan kadar bilirubin di dalam darah. Ikterus sinonim dengan jaundice, keadaan ini menandakan adanya peningkatan produksi bilirubin atau eliminasi bilirubin dari tubuh yang tidak efektif (Schwartz, 2005). Tanda dan gejala kulit tubuhtampak kuning,

bayitidak mau menghisap, gerakan tidak menentu, tonus otot tinggi, dan leher kaku (Hasan, 2005).

#### **4. Balita**

Balita adalah individu atau sekelompok individu dari suatu penduduk yang berada dalam rentang usia tertentu. Usia balita dapat dikelompokkan menjadi tiga golongan yaitu golongan usia bayi (0-2 tahun), golongan batita (2-3 tahun), dan golongan prasekolah (>3-5) tahun (Adriani dkk, 2012). Balita adalah anak yang berusia dibawah lima tahun. Masa balita merupakan usia penting dalam tumbuh kembang anak secara fisik. Pada usia balita pertumbuhan anak sangat pesat sehingga memerlukan asupan gizi tersebut sangat berpengaruh dengan kondisi kesehatannya secara kesinambungan pada masa mendatang (Muwaris, 2006).

Balita merupakan kelompok umur yang rawan gizi dan rawan oleh penyakit. Kelompok ini yang merupakan kelompok umur yang paling banyak menderita penyakit dalam jumlah populasi yang besar (Notoatmodjo, 2007).

#### **5. Perawat**

##### **a. Definisi**

Dalam buku yang ditulis Widyawati (2012), definisi perawat menurut UU RI. No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan, perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki diperoleh dari pendidikan keperawatan.

Perawat sebagai ujung tombak didalam pelayanan kesehatan harus mampu memberikan asuhan keperawatan yang ruang lingkupnya meliputi standar falsafah perawatan, standar tujuan asuhan keperawatan, dan standar proses keperawatan (Dep.Kes RI, 1998).

#### **b. Peran**

Menurut Mubarak, 2009, Peran adalah bentuk dari perilaku yang di harapkan dari seseorang pada situasi soal tertentu. Peran perawat adalah cara untuk menyatakan aktivitas perawat dalam praktik, dimana telah menyelsaikkannya pendidikan formalnya yang diakui dan diberi kewenangan oleh pemerintah untuk mejalankan tugas dan keperawatan dan tanggung jawab keperawatan secara professional sesuai dengan kode etik professional. Dimana setiap peran yang dinyatakan sebagai ciri terpisah untuk kejelasan.

Menurut Hidayat, 2005, peran perawat dalam keperawatan anak meliputi:

##### **1. Pemberi perawatan**

Peran utama perawat adalah memberikan pelayanan keperawatan anak, sebagai perawat anak, pemberian pelayanan keperawatan dapat dilakukan dengan memenuhi kebutuhan dasar anak seperti asih, asuh, dan asah.

##### **2. Sebagai advokat keluarga**

Perawat juga mampu sebagai *advocat* keluarga sebagai pembela keluarga dan anak dalam menentukan haknya sebagai klien.

### 3. Pencegahan penyakit

Upaya pencegahan merupakan bagian dari bentuk pelayanan keperawatan sehingga setiap dalam melakukan asuhan keperawatan perawat harus mengutamakan tindakan pencegahan terhadap timbulnya masalah baru sebagai dampak dari penyakit atau masalah yang diderita.

### 4. Pendidikan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak, perawat harus mampu berperan sebagai pendidik, sebab beberapa pesan dan cara mengubah perilaku pada anak dan keluarga harus selalu dilakukan dengan pendidikan kesehatan khususnya dalam keperawatan. Melalui pendidikan ini diupayakan anak tidak lagi mengalami gangguan yang sama dan dapat mengubah perilaku yang tidak sehat.

### 5. Konseling

Konseling merupakan upaya perawat dalam melaksanakan perannya dalam memberikan waktu untuk berkonsultasi terhadap masalah yang dialami oleh anak maupun keluarga. Berbagai masalah tersebut diharapkan mampu diatasi dengan cepat dan diharapkan pula mampu tidak terjadi kesenjangan antara perawat, keluarga, maupun anak itu sendiri. Konseling ini dapat memberikan kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan.

### 6. Kolaborasi

Kolaborasi adalah tindakan kerjasama dalam menentukan tindakan yang akan dilaksanakan oleh perawat dengan tim kesehatan lain. Pelayanan keperawatan anak tidak dapat dilaksanakan secara mandiri oleh tim perawat

tetapi harus melibatkan tim kesehatan seperti dokter, ahli gizi dan psikologi, mengingat anak merupakan individu yang kompleks yang membutuhkan perhatian dan perkembangan.

#### 7. Pengambil keputusan etik

Dalam mengambil keputusan, perawat mempunyai peran sangat penting karena perawat selalu berhubungan dengan anak kurang lebih 24 jam selalu disamping anak, maka peran sebagai pengambil keputusan etik dapat dilakukan oleh perawat.

#### 8. Peneliti

Sebagai peneliti perawat harus melakukan kajian-kajian keperawatan anak, yang dapat dikembangkan untuk perkembangan teknologi keperawatan. Peran sebagai peneliti dapat dilakukan dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan anak.

#### c. Standar kompetensi

Standar diartikan sebagai ukuran atau patokan yang disepakati, sedangkan kompetensi dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang yang dapat terobservasi mencakup atas pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam menyelesaikan suatu pekerjaan atau tugas dengan standar kinerja (*performance*) yang ditetapkan. Standar kompetensi perawat merefleksikan atas kompetensi yang diharapkan dimiliki oleh individu yang akan bekerja dibidang pelayanan keperawatan. Menghadapi era globalisasi, standar tersebut



harus ekuivalen dengan standar-standar yang berlaku pada sektor industri kesehatan di negara lain serta dapat berlaku secara internasional (PPNI, 2005).

Kompetensi perawat menurut PPNI (2005) dikelompokkan menjadi 3 ranah utama yaitu:

- 1.) Praktik Professional, etis, legal dan peka budaya
  - a. Bertanggung gugat terhadap praktik professional.
  - b. Melaksanakan praktik keperawatan ( secara etis dan peka budaya).
  - c. Melaksanakan praktik secara legal.
- 2.) Pemberian asuhan dan manajemen asuhan keperawatan
  - a. Menerapkan prinsip-prinsip pokok dalam pemberian dan manajemen asuhan keperawatan.
  - b. Melaksanakan upaya promosi kesehatan dalam pelayanan keperawatan.
  - c. Melakukan pengkajian keperawatan.
  - d. Menyusun rencana keperawatan.
  - e. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana.
  - f. Mengevaluasi asuhan tindakan keperawatan.
  - g. Menggunakan komunikasi terapeutik dan hubungan. interpersonal dalam pemberian pelayanan.
  - h. Menciptakan dan mempertahankan lingkungan yang aman.
  - i. Menggunakan hubungan interprofesional dalam pelayanan keperawatan atau pelayanan kesehatan.
  - j. Menggunakan delegasi dan supervisi dalam pelayanan asuhan keperawatan.
- 3.) Pengembangan professional
  - a. Melaksanakan peningkatan professional dalam praktik keperawatan.

- b. Melaksanakan peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan.
- c. Mengikuti pendidikan berkelanjutan sebagai wujud tanggung jawab profesi.

## **6. Puskesmas**

### **a. Definisi**

Puskesmas adalah merupakan sistem pelayanan kesehatan yang terpadu, yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah (Departemen Kesehatan) menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS). Puskesmas disepakati sebagai suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif secara terpadu, menyeluruh, dan mudah dijangkau, dalam wilayah kerja kecamatan atau sebagian kecamatan dikota madya atau kabupaten (Notoatmodjo, 2003).

Pelayan kesehatan dasar (puskesmas) adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan yang fungsional merupakan pusat pengembang kesehatan masyarakat yang juga membina peran dan serta masyarakat disamping memberikan pelayann secara menyeluruh dan terpadu kepada masayarakat diwilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Efendi, 2009). PUSKESMAS juga dapat di definisikan sebagai unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten atau kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembanguna kesehatan di sutau daerah kerja (Depkes RI, 2004).

### **b. Fungsi puskesmas**

Menurut Efendi, 2009, fungsi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) yaitu:

1. Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.
2. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.
3. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

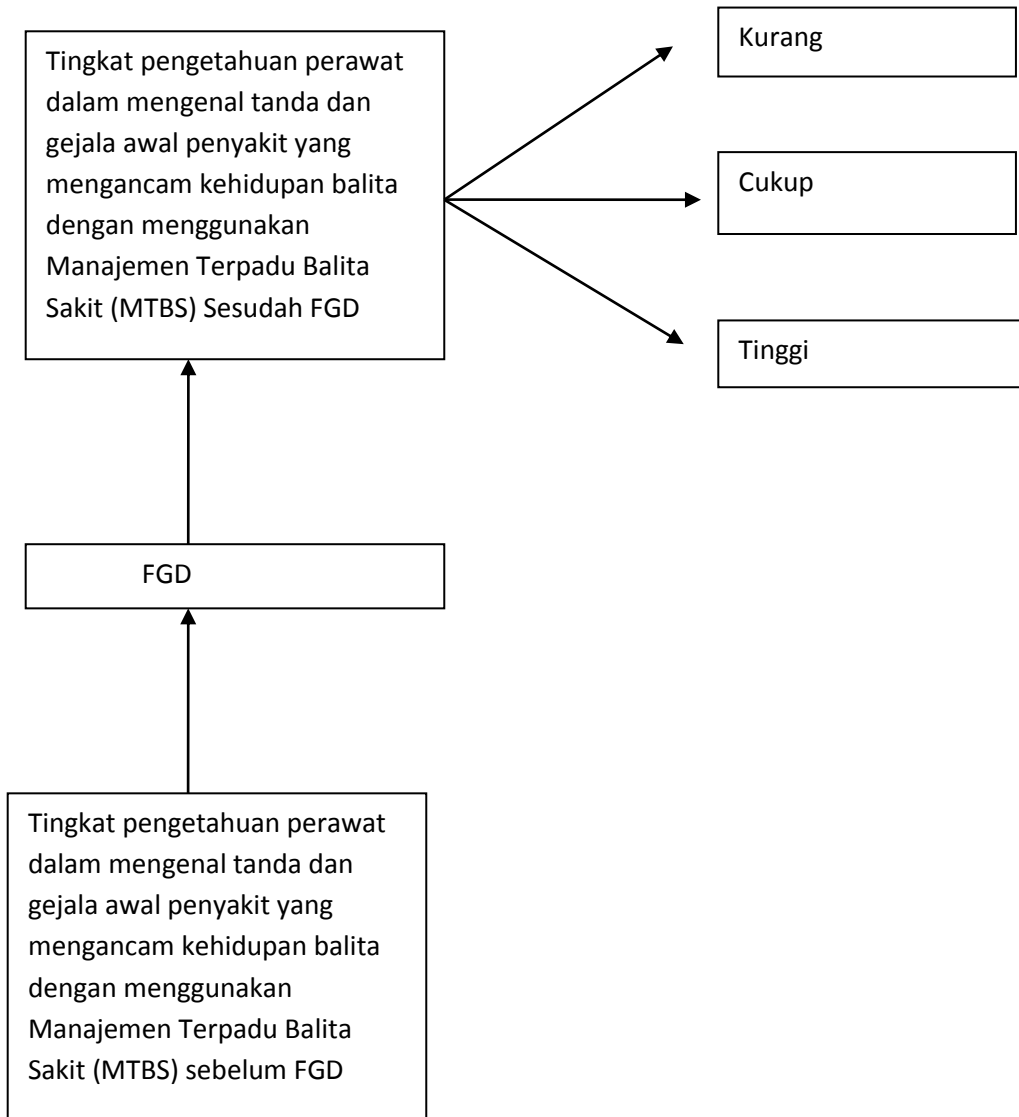
### **c. Peran perawat puskesmas**

Peran perawat puskesmas, selain sebagai pemberi pelayanan kesehatan, perawat juga berperan sebagai manajer. Tugas pokok perawat di puskesmas adalah mengusahakan agar fungsi puskesmas dapat diselenggarakan dengan baik dan dapat memberi manfaat kepada masyarakat (Efendi, 2009).

Kegiatan pokok yang dilakukan oleh perawat di puskesmas adalah (Effendi, 2009):

1. Melaksanakan fungsi-fungsi manajerial.
2. Melakukan pelayanan asuhan keperawatan.
3. Mengoordinasi pembinaan peran serta masyarakat melalui pendekatan pemeliharaan kesehatan masyarakat desa (PKMD).
4. Mengoordinasikan kegiatan lain seperti kegiatan lintas sektoral.

## A. Kerangka konsep



## Metode Penelitian

### A. Desain penelitian

Rancangan penelitian ini menggunakan jenis penelitian eksperimen semu (*quasi eksperiment*) dengan rancangan *One Group Pretest-Posttest* tanpa menggunakan kelompok pembanding atau kontrol. Sebelum dilakukan perlakuan, peneliti melakukan observasi pertama (*pretest*) untuk mengetahui tingkat pengetahuan perawat dalam mengenal tanda dan gejala awal penyakit yang mengancam kehidupan balita dengan menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) setelah intervensi peneliti melakukan pengukuran kembali untuk mengetahui tingkat pengetahuan perawat dalam mengenal tanda dan gejala awal penyakit yang mengancam kehidupan balita dengan menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

. Bentuk rancangan ini adalah sebagai berikut:

<i>Pretest</i>	Perlakuan	<i>Posttest</i>
01	X	02

Keterangan:

01: pretest pada kelompok perlakuan

X: perlakuan (pemberian jamu temulawak)

02: *posttest* pada kelompok perlakuan

## **B. Populasi dan sampel penelitian**

### **1. Populasi penelitian**

Populasi merupakan seluruh subjek (manusia, binatang percobaan, dan data laboratorium) yang akan diteliti dan memenuhi karakteristik yang ditentukan (Riyanto, 2011). Populasi adalah subjek yang telah memenuhi kriteria yang telah ditetapkan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008).

Menurut Polit & Huger (2011) bahwa populasi target bersifat umum dan biasanya pada penelitian klinis dibatasi oleh karakteristik demografis seperti jenis kelamin dan umur. Populasi dalam penelitian ini perawat puskesmas di kabupaten bantul.

### **2. Sample penelitian**

Sampel adalah bagian populasi yang dapat dijangkau yang akan dipergunakan sebagai subjek penelitian dengan sebelumnya melalui proses penyeleksian porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2008).

Tehnik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *simple random sampling*. *Simple random sampling* adalah jenis pengambilan sample paling sederhana, untuk mencapai sampling ini, setiap elemen diselksi secara acak (Nursalam,2008). Kriteria inklusi perawat yang bersedia menjadi responden, telah bekerja minimal 1 tahun di Puskesmas dan kriteria eksklusi perawat yang tidak bersedia menjadi responden.

Sample penelitian ini mengambil secara acak 30 orang perawat puskesmas yang berada di kabupaten Bantul.

### **C. Lokasi dan waktu penelitian**

#### **1. Lokasi penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di kabupaten Bantul. Peneliti memilih kabupaten Bantul karena angka kematian balita terbesar di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) terjadi di kabupaten Bantul.

#### **2. Waktu penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari 2013- April 2013

### **D. Variable dan definisi operasional**

#### **1. Variable**

Variable adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain) (soeparto, dkk. 2000: 54, dalam Nursalam, 2008).

Dalam penelitian ini variable yang akan diteliti adalah tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di puskesmas kabupaten bantul dan merupakan variable tunggal.

## 2. Definisi operasional

Definisi operasional bertujuan untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diamati atau diteliti (Notoatmodjo, 2010).

### a. Focus Group Discussion

Kelompok diskusi fokus adalah sekelompok orang berdiskusi secara interaktif dengan di pandu oleh seorang fasilitator tentang pengetahuan, persepsi, pendapat, keyakinan, dan sikap responden terhadap praktik manajemen terpadu balita sakit di Puskesmas.

### b. Pengetahuan perawat

Tingkat pengetahuan perawat adalah pengetahuan yang dimiliki perawat dalam penilaian tanda dan gejala penyakit dengan menggunakan manajemen terpadu balita sakit (MTBS) di puskesmas kabupaten bantul yang meliputi mengenal empat tanda dan gejala bahaya umum, tanda dan gejala penyakit dan menentukan penyakit. Perawat merupakan ujung tombak dalam pemberian pelayanan kesehatan khususnya di pelayanan kesehatan tingkat dasar atau puskesmas.

### c. Penilaian tanda dan gejala

Penilaian tanda dan gejala awal penyakit merupakan langkah awal yang dilakukan dalam Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dengan cara bertanya, melihat, mendengar, dan



meraba dengan kata lain dapat dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik atau anamnesis.

#### **E. Instrument penelitian**

Instrument dalam penelitian ini adalah panduan melakukan FGD dan kuesioner. Panduan FGD digunakan untuk memandu jalannya FGD sedangkan kuesioner di gunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan perawat tentang mengenal tanda gejala dini dalam MTBS. Jenis kuesioner dalam penelitian ini berupa *multiple choice* yang berisi daftar pertanyaan, setiap pertanyaan sudah tersedia jawaban sehingga responden tinggal memilih satu jawaban yang di anggap benar

Keterangan mengenai kategori pengukuran skala ordinal menurut sebagai berikut:

1. Pengetahuan baik : 75-100%
2. Pengetahuan cukup : 56-74%
3. Pengetahuan kurang : < 56%

#### **F. Cara pengumpulan data**

Data dalam penelitian ini diambil dengan

1. Peneliti melakukan survei pendahuluan di puskesmas kabupaten bantul
2. Setelah melakukan survei, peneliti menentukan besar populasi dan besar sample

3. Setelah peneliti menetapkan sample, peneliti memberikan inform consent kepada responden.
4. Responden yang setuju akan diminta kesediaannya untuk mengikuti rangkaian penelitian yang berupa FGD 1-3.
5. *Pretest* untuk mengetahui tingkat pengetahuan perawat dalam mengenal tanda dan gejala awal penyakit yang mengancam kehidupan balita dengan menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
6. FGD 1-3 responden akan dipandu oleh fasilitator untuk melakukan diskusi interaktif terkait
7. Setelah intervensi peneliti melakukan *post test* untuk mengetahui tingkat pengetahuan perawat dalam mengenal tanda dan gejala awal penyakit yang mengancam kehidupan balita dengan menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

## **G. Uji validatas reliabilitas**

### **a. Validitas**

Validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti keandalan instrument dalam mengumpulkan data (Nursalam, 2008).

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan rumus *pearson product moment*.

Rumus *Pearson Product Moment* :

$$r_{hitung} = \frac{n(\sum XY) - (\sum X) \cdot (\sum Y)}{\sqrt{[n \cdot \sum X^2 - (\sum X)^2] \cdot [n \cdot \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

$r_{hitung}$  : koefisien korelasi

$\sum Xi$  : jumlah skor item

$\sum Yi$  : jumlah skor total

$n$  : jumlah responden

Jika nilai  $t$  hitung  $>$   $t$  tabel berarti valid demikian sebaliknya, jika nilai  $t$  hitungnya  $<$   $t$  tabel tidak valid, apabila instrument valid maka indeks korelasinya ( $r$ ) adalah sebagai berikut:

0,800 – 1,000 : sangat tinggi

0,600 – 0,799 : tinggi

0,400 – 0,599 : cukup tinggi

0,200 – 0,399 : rendah

0,000 – 0,199 : sangat rendah (tidak valid)

## **b. Realibilitas**

Uji reabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2008).

Uji reabilitas instrument dalam penelitian ini menggunakan rumus *Alpha Cronbach*, yaitu

$$R = \left( \frac{K}{K-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum ab^2}{G1^2} \right)$$

Keterangan:

R = Reabilitas instrument

K = Banyak butir pertanyaan

$\sum ab^2$  = Jumlah varian butir

$G1^2$  = Varian total

Instrumen memiliki tingkat reliabilitas yang tinggi jika nilai alpha koefisien yang diperoleh sebagai berikut :

Jika alpha > 0,90 sangat tinggi

Jika alpha 0,70 – 0,90 tinggi

Jika alpha 0,50 – 70 cukup tinggi

Jika alpha < 0,50 rendah

Dimana instrumen dinyatakan reliable jika nilai > 0,60 (Sugiyono, 2010). Setelah dilakukan uji validitas selanjutnya diuji reabilitas dengan tidak mengikutsertakan pertanyaan yang tidak valid.

## H. Pengolahan dan metode analisis data

### 1. Pengolahan data

Dalam pengolahan data terdapat proses sebagai berikut (Notoatmodjo, 2010):

#### a. Editing

Editng adalah merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner

#### b. Coding

Coding merupakan merubah data berbentuk kalimat tau huruf menjadi angka atau bilangan.

#### c. Tabulasi

Tabulasi adalah membuat table-tabel data, sesuai dengan tujuan penelitianatau yang diinginkan oleh peneliti.

#### d. Data entry

Data entry adalah mengisi kolom-kolom atau kotak-kotak lembar kode atau kartu sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan.

#### e. Cleaning

Apabila semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode, ketidaklengkapan dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi yang disebut pembersihan data (*cleaning*).

## **2. Metode analisis data**

Pengelolaan data melalui proses pemasukan data, tabulasi data dan pengeditan data berupa data univariat dan bivariat.

### **1. Data Univariat**

Analisa univariat merupakan analisis satu variabel. Variabel dinyatakan dengan sebaran frekuensi baik secara angka-angka mutlak maupun secara presentase, disertai dengan penjelasan kualitatif. Dalam penelitian ini analisa univariat digunakan untuk mengetahui deskripsi ataupun prosentase tentang karakteristik responden. Analisis univariat juga digunakan untuk menganalisa rata rata tingkat pengetahuan perawat tentang mengenal tanda dan gejala bahaya dini dalam MTBS

### **2. Data Bivariat**

Analisa bivariat merupakan analisa dua variable yang digunakan untuk menganalisis perbedaan atau hubungan antara dua variable. Analisa bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui dengan menggunakan uji Wilcoxon.

## **I. Etika penelitian**

### **1. Persetujuan Dari Komite Etik Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan UMY**

Peneliti mendapatkan persetujuan kelayakan etika penelitian dari komite etik Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UMY untuk melakukan penelitian.

## **2. Prinsip penelitian**

Menurut A. Aziz, 2007, dalam melaksanakan penelitian khususnya jika yang menjadi subjek penelitian adalah manusia, maka peneliti harus memahami hak dasar manusia dan mengetahui prinsip-prinsip etika penelitian. Beberapa prinsip etika penelitian yang harus dipahami antara lain:

### **a. Prinsip manfaat**

Dengan berprinsip pada aspek bermanfaat, maka segala bentuk penelitian yang dilakukan dapat dimanfaatkan untuk kepentingan manusia.

### **b. Prinsip menghormati manusia**

Manusia memiliki hak dan merupakan makhluk yang mulia yang harus dihormati, karena manusia berhak menentukan pilihan antara mau atau tidak untuk diikutsertakan menjadi subjek penelitian.

### **c. Prinsip keadilan**

Prinsip keadilan ini dilakukan untuk menjunjung tinggi keadilan manusia dengan menghargai atau memberikan pengobatan secara adil, hak menjaga privasi manusia, dan tidak berpihak dalam perlakuan terhadap manusia.

## **3. Etika penelitian**

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan

berhubungan langsung dengan manusia. Etika dalam penelitian keperawatan meliputi:

a. *Informed consent*

*Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut di berikan sebelum peneitian dilakukan untuk memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati haknya.

b. *Anonymity* (tanpa nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang disajikan.

c. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Masalah etika ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.



## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **A. Deskripsi wilayah penelitian**

#### **1. Geografis**

Kabupaten Bantul merupakan salah satu dari lima kabupaten yang ada di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, dengan luas wilayah seluruhnya mencapai 506,9 km<sup>2</sup> dan merupakan 15,91% dari seluruh luas wilayah Provinsi DIY. Kabupaten Bantul terletak di bagian selatan wilayah Provinsi DIY, yaitu antara 07°44'04" - 08°00'27" dan 110°12'34" - 110°31'08" BT. Kabupaten Bantul di sebelah utara berbatasan dengan Kota Yogyakarta dan Kabupaten Sleman, di sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Gunung Kidul, di sebelah selatan berbatasan dengan Samudera Indonesia dan sebelah barat berbatasan dengan Kabupaten Kulon Progo.

#### **2. Demografi**

Data badan pusat statistik Kabupaten Bantul dilaporkan bahwa jumlah penduduk Kabupaten Bantul pada tahun 2011 sebanyak 921.263 jiwa, dengan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 459.459 jiwa, penduduk perempuan sebanyak 461.804 jiwa dan balita 12.729 jiwa. Kepadatan jumlah penduduk di kabupaten Bantul rata-rata 1.818 orang per Km<sup>2</sup>, dengan wilayah kecamatan yang mempunyai kepadatan penduduk tertinggi adalah kecamatan Banguntapan yaitu sebesar 4.301 jiwa per Km<sup>2</sup>, sedangkan kepadatan penduduk terendah adalah kecamatan Dlingo yaitu sebesar 638,39 jiwa per Km<sup>2</sup>.

### **3. Sarana kesehatan**

Akses pelayanan kesehatan seperti rumah sakit umum dan Puskesmas telah menjangkau seluruh wilayah di kabupaten bantul yang terdiri dari 9 rumah sakit umum, 3 rumah sakit khusus dan 27 Puskesmas yaitu Puskesmas Piyungan, Puskesmas Kretek, Puskesmas Banguntapan I, Puskesmas Banguntapan II, Puskesmas Banguntapan III, Puskesmas Sedayu I, Puskesmas Sedayu II, Puskesmas Kasihan I, Puskesmas Kasihan II, Puskesmas Jetis I, Puskesmas Jetis II, Puskesmas Sewon I, Puskesmas Sewon II, Puskesmas Srandakan, Puskesmas Pandak I, Puskesmas Pandak II, Puskesmas Pajangan, Puskesmas Bambanglingpuro, Puskesmas Bantul I, Puskesmas Bantul II, Puskesmas Imogiri I, Puskesmas Imogiri II, Puskesmas Dlingo I, Puskesmas Dlingo II, Puskesmas Pleret, Puskesmas Pundong, dan Puskesmas Sanden. Cakupan kunjungan di semua sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Bantul yang masuk pada tahun 2011, melaporkan bahwa pasien dengan gawat darurat 25,07 per 1.000 pasien keluar, dan pasien dengan non gawat darurat 11,07 per 1.000 pasien.

## **B. Hasil Penelitian**

### **1. Karakteristik Responden**

Karakteristik responden dalam penelitian ini adalah perawat Puskesmas sekabupaten Bantul. Gambaran umum karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama bekerja. Karakteristik responden dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 1.**  
**Distribusi frekuensi perawat puskesmas sekabupaten Bantul berdasarkan umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama bekerja**

No	Karakteristik	Frekuensi (f)	Presentase (%)
<b>Umur</b>			
1	20-40 Tahun	33	62.3 %
	40-60 Tahun	20	37.7%
<b>Jenis Kelamin</b>			
2	Laki-laki	7	13.2%
	Perempuan	46	86.8%
<b>Tingkat Pendidikan</b>			
3	SPK	13	24.5%
	DIII	31	58.5%
	S1	9	17.0%
<b>Lama Kerja</b>			
4	1-5 Tahun	17	32.1%
	6-10 Tahun	4	7.5%
	11-15 Tahun	18	34.0%
	16-20 Tahun	14	26.4%

*Sumber: Data Primer*

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa pada karakteristik responden berdasarkan umur, mayoritas responden pada rentang umur 20-40 tahun (62.3%). Berdasarkan jenis kelamin mayoritas responden perempuan (86.8%) dan responden yang berjenis kelamin laki-laki 7 atau 13.2%. Hasil pendataan tingkat pendidikan responden adalah 9 orang responden atau 17.0% dengan tingkat pendidikan sarjana strata satu, 31 orang atau 58.5% dengan tingkat pendidikan D III dan 13 orang atau 24.5% dengan tingkat pendidikan SPK. Lama pengalaman kerja responden paling banyak adalah 11 – 15 tahun dengan persentase 34.0%, 1 – 5 tahun dengan persentase 32.1%, 15 – 20 tahun 26.4%, dan 6 – 10 tahun dengan persentase 7.5%. Semua responden dalam penelitian ini telah mendapatkan pelatihan & sosialisasi program MTBS.

**2. Tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit secara umum sebelum FGD.**

Pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit secara umum ini meliputi penyakit infeksi bakteri, pneumonia, diare, demam, malnutrisi, anemia dan ikterus. Hasil dari pengetahuan perawat dalam dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit secara umum dapat dilihat pada tabel 2 di bawah ini.

**Tabel 2**  
**Tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan menggunakan format MTBS sebelum FGD**

No	Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Baik	42	79.2%
2	Kurang	11	20.8%
<b>Total</b>		53	100%

*Sumber: Data primer*

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan menggunakan format MTBS sebelum FGD dengan kategori baik sebanyak 42 orang responden dengan persentase 79.2% dan kategori cukup sebanyak 11 orang responden dengan persentase 20.8%.

**3. Tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit secara umum sesudah FGD.**

**Tabel 3**  
**Tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan menggunakan format MTBS sesudah FGD**

No	Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1	Baik	48	90.57%
2	Cukup	5	9.43%

<b>Total</b>	53	100%
--------------	----	------

*Sumber: Data primer*

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan menggunakan format MTBS setelah FGD dengan kategori baik sebanyak 48 orang responden dengan persentase 90.57% dan kategori cukup sebanyak 5 orang responden dengan persentase 9.43 %.

#### **4. Pengaruh FGD terhadap Tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit**

**Tabel 4**  
**Pengaruh FGD terhadap Tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit**

<b>UJI WILCOXON</b>				
<b>KETERANGAN</b>	<b>N</b>	<b>MEAN</b>	<b>STD DEV</b>	<b>Sig (2 tailed)</b>
Pre Test	53	16.9231	2.45356	0.000
Post Test	53	20.8462	0.95451	

*Sumber: Data primer*

Berdasarkan table 4 dapat dilihat bahwa terdapat peningkatan signifikan pada responden setelah dilakukan FGD. Hal tersebut dapat terlihat dari nilai mean rata rata pengetahuan responden penelitian yang meningkat dari 16.9231 menjadi 20.8462.

## **C. Pembahasan**

### **1. Karakteristik Responden**

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lama kerja. Karakteristik responden berdasarkan umur, mayoritas responden pada rentang umur 20-40 tahun dengan jumlah 33 orang (62.3 %). Umur merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan dimana menurut WHO rentang umur 20-40 merupakan usia pada fase dewasa. Fase dewasa merupakan masa produktif seseorang sehingga semakin cukup umur seseorang maka, tingkat kemampuan dan kekuatan dalam berfikir dan bekerja akan menjadi lebih matang (Nursalam, 2003).

Karakteristik responden dilihat dari jenis kelamin mayoritas perempuan dengan jumlah 46 orang (86.8%). Jumlah perawat perempuan samapi saat ini masih lebih banyak daripada laki-laki. Secara nasional hak dan peran perempuan telah mendapat perhatian dari pemerintah seperti tercantum dalam GBHN (1980) telah di sebutkan bahwa kedudukan perempuan sebagai subyek pembangunan “perempuan merupakan mitra sejajar yang mempunyai hak, kewajiban dan kesempatan yang sama dengan kaum laki-lakiserta mempunyai peran sangat penting” (Tawi, 2008). Menurut Sofiana dan Purbandi (2006), perawat perempuan lebih bertanggung jawab dalam pemeliharaan alat kerja, namun kurang dalam partisipasi dan inisiatif kerja.

Karakteristik tingkat pendidikan responden, mayoritas jenjang pendidikan responden adalah Diploma III yang berjumlah 31 orang (58.5%). Menurut Nursalam (2003) dan Notoatmodjo (2007) bahwa tingkat pendidikan adalah tingkatan suatu proses yang berkaitan dalam pengembangan aspek kepribadian manusia yang mencakup pengetahuan, nilai, sikap, keterampilan, dan bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal agar orang lain dapat memahami. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah pula dalam menerima informasi dan pengetahuan sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

Menurut Sofiana dan Purbandi (2006) tingkat pendidikan perawat dengan diploma keatas akan mempengaruhi efisiensi dan keterampilan dalam bekerja, sampai saat ini Puskesmas masih sangat sangat membutuhkan lulusan D3 keperawatan dari pada S1 keperawatan, karena pada kenyataannya D3 keperawatan lebih pada penguasaan skill (keterampilan) untuk dapat menangani pasien di puskesmas sehingga itu menjadi kelebihannya.

Karakteristik responden dari aspek lama kerja, mayoritas responden dengan masa lama kerja rentang 11-15 tahun yang berjumlah 18 orang (34.0%). Menurut Notoatmodjo (2003) bahwa lama bekerja dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung maka semakin lama bekerja maka semakin banyak pula pengalaman dan pengetahuan yang diperoleh.

## **2. Tingkat Pengetahuan**

Tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan menggunakan format MTBS di Puskesmas sekabupaten Bantul di dapatkan hasil bahwa tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit secara umum kategori baik dengan nilai 79.2% dan kategori cukup dengan nilai 20.8%. Hasil analisa diketahui tingkat pengetahuan perawat dengan kategori baik sebanyak 42 orang dan 11 orang dengan kategori cukup. Hal tersebut menunjukkan tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan menggunakan format MTBS sudah cukup baik, hal sesuai dengan program dinas kesehatan bantul dengan menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) salah satu cara untuk menurunkan angka kematian bayi dan balita.

Tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit secara umum dengan kategori baik dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain umur, pendidikan, lama bekerja, dan pelatihan & sosialisasi. Umur mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperoleh semakin membaik. Pada usia madya (23-30 Tahun), individu akan lebih banyak menggunakan waktu untuk membaca dan berperan aktif dalam kehidupan



masyarakat serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya menyesuaikan diri menuju usia tua (Pro Health, 2009).

Menurut Kuntjoroningrat cit Sutarni 2008 berpendapat bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin mudah pula dalam penerimaan informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Tingkat pendidikan adalah level atau tingkat proses yang berkaitan dalam mengembangkan semua aspek kepribadian manusia, yang mencakup pengetahuan, nilai dan sikap serta ketrampilan. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru di perkenalkan (Nursalam, 2003).

Pengalaman adalah sesuatu yang dialami seseorang yang bersifat nonformal akan menambah pengetahuan yang dimiliki (Potter and Perry, 2005). Pengalaman dapat dilihat dari umur karena semakin tua umur seseorang akan semakin banyak pengalaman yang di peroleh dan semakin baik pengetahuannya (Breiger cit Rifai, 2003 cit pulungsih, 2006). Menurut Notoatmodjo (2003) mengatakan pengetahuan adalah hasil dari tahu, yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, penginderaan ini berasal dari penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, tetapi sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

Pelatihan adalah proses pembelajaran yang lebih menekankan pada praktek daripada teori, dilakukan seseorang atau kelompok dengan bertujuan

meningkatkan kemampuan dalam satu atau beberapa jenis ketrampilan tertentu (Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kesehatan, 2002). Pelatihan memiliki tujuan penting untuk meningkatkan pengetahuan sebagai kriteria keberhasilan program kesehatan secara keseluruhan (Notoatmodjo, 2005). Pelatihan bertujuan agar pegawai bias menguasai pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang ditekankan dalam program pelatihan sehingga dapat diterapkan dalam menjalankan tugas.

Menurut Notoatmodjo (2003) mengatakan pengetahuan adalah hasil dari tahu, yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, penginderaan ini berasal dari penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, tetapi sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengalaman adalah sesuatu yang dialami seseorang yang bersifat nonformal akan menambah pengetahuan yang dimiliki (Potter and Perry, 2005). Pengalaman dapat dilihat dari umur karena semakin tua umur seseorang akan semakin banyak pengalaman yang di peroleh dan semakin baik pengetahuannya (Breiger cit Rifai, 2003 cit pulungsih, 2006).

Tingkat pengetahuan perawat yang tinggi dapat di mungkinkan karena tingkat pendidikan dari responden berasal dari tingkat pendidikan diploma sampai dengan sarjana yang merupakan jenjang pendidikan tinggi. Hal ini sesuai dengan penelitian Lehrer (2004) yang menyatakan bahwa pengetahuan umumnya berasal dari pendidikan, perjalanan individu, informasi yang di peroleh dari guru, orang tua, buku, surat kabar dan lainnya. Faktor pendidikan sangat berpengaruh terhadap perbedaan

prilaku individu (Lehrer, 2004 cit Pramesona, 2008). Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin tinggi pengetahuan seseorang (Lehrer, 2004).

Tingkat pengetahuan seseorang di pengaruhi oleh dua faktor. Faktor internal dari individu tersebut dan factor eksternal, faktor internal meliputi pendidikan, pekerjaan dan umur (Notoatmodjo, 2003). Tingkat pengetahuan perawat yang di jadikan responden dapat di pengaruhi oleh latar belakang perawat adapun faktor yang mempengaruhi jawaban responden antara lain kondisi fisik dan psikologis yang tidak prima sehingga mempengaruhi hasil jawaban responden.

Tingkat pengetahuan perawat yang di jadikan responden sangat di pengaruhi oleh latar belakang pendidikan, hal ini sesuai dengan pernyataan Notoatmodjo (2003) pengetahuan seseorang baik hal itu akan mempengaruhi prakteknya sehingga prakteknya sama akan baik, sebaliknya semakin pengetahuan seseorang sangat kurang maka akan semakin kurang juga prakteknya.

Pengalaman dapat dilihat dari umur karenan semakin tua umur seseorang akan semakin banyak pengalaman yang di peroleh dan semakin baik pengetahuannya (Breiger cit Rifai, 2003 cit Pulungsih, 2006). Pengalaman adalah sesuatu yang dialami seseorang yang bersifat nonformal akan menambah pengetahuan yang dimiliki (Potter and Perry, 2005).

### **3. Pengaruh FGD terhadap pengetahuan perawat dalam mengenal tanda gejala penyakit menggunakan form MTBS.**

Pengetahuan pada dasarnya merupakan segala sesuatu yang manusia ketahui tentang suatu objek tertentu, yang merupakan kekayaan mental yang secara langsung memperkaya hidup manusia (suriasumantri 2000 cit sari 2009). Menurut Sari (2009) menyatakan bahwa tingkat pengetahuan merupakan pemahaman yang di peroleh berdasarkan pengalaman yang di dapatkan melalui proses penginderaan yang berupa fakta-fakta dan informasi baru yang menarik atau mempengaruhi individu tersebut. Pengalaman adalah sesuatu yang dialami seseorang yang bersifat nonformal akan menambah pengetahuan yang dimiliki (Potter and Perry, 2005).

Menurut Soekanto (2002), seseorang dengan sumber informasi yang banyak dan beragam akan menjadikan orang tersebut memiliki pengetahuan yang luas. Sumber informasi bias didapatkan melalui media cetak dan elektronik sebagai hasil publikasi resmi yang dapat di pertanggung jawabkan sebagai sumber informasi untuk mendapatkan pengetahuan (Muliadi, 2008). Pelatihan, pengalaman, dan pendidikan dapat meningkatkan pengetahuan dan mempengaruhi kebutuhan seseorang akan informasi. FGD merupakan salah satu cara dimana seseorang dapat mendapatkan informasi tentang pengetahuan baru. FGD merupakan bentuk diskusi yang memungkinkan seseorang menerima informasi dengan lebih mudah karena di dalam FGD seseorang akan dituntut aktif berdiskusi dan mengeluarkan pendapatnya. Masing masing anggota

kelompok dalam FGD akan saling bertukar pengetahuan dan informasi mengenai topik yang sedang didiskusikan.

### **C. Kekuatan dan kelemahan penelitian**

#### 1. Kekuatan penelitian

Kekuatan dalam penelitian ini adalah dilakukan pada Puskesmas sekabupaten Bantul dan belum pernah dilakukan sebelumnya, sehingga penelitian ini dapat di jadikan bahan informasi baru.

#### 2. Kelemahan penelitian

Kelemahan dalam penelitian ini adalah pengisian kuesioner tidak di tunggu oleh peneliti sehingga dapat memunculkan bias.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

### **1. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan bahwa tingkat pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan menggunakan format MTBS secara umum dalam kategori baik 72.2% dan kategori kurang 20.8%.

### **2. Saran**

#### 1. Bagi puskesmas

Perawat Puskesmas sebagai tenaga kesehatan diharapkan untuk selalu meningkatkan pengetahuan dengan mengikuti pelatihan yang update mengenai hal-hal dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan menggunakan format MTBS yang merupakan salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian balita.

#### 2. Penelitian selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat dilakukan penelitian uji korelasi tingkat pengetahuan terhadap sikap & perilaku perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan menggunakan format MTBS dan sebagai bahan pertimbangan sehingga terwujud penelitian yang lebih baik serta bermanfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan anak.

#### 3. Intitusi pendidikan keperawatan

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada mahasiswa dalam proses pembelajaran Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) sehingga mahasiswa dapat menggunakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dengan benar dan tepat.

## Rencana Biaya

NO	Kegiatan	Plavon	Frekuensi	Jumlah
1	FC & jilid Proposal, laporan, Kuesioner	10000	30	300.000
2	Biaya Program:			
	FGD 1	500.000	1	1.250.000
	FGD 2	500.000	1	
	FGD 3	750.000	1	
3	Transportasi	100.000	7	700.000
4	HR Peneliti			
	Peneliti 1	500.000	1	1.000.000
	Peneliti 2	250.000	1	
	Peneliti 3	250.000	1	
5	Olah data	250.000	1	250.000
<b>TOTAL</b>				<b>3.500.000</b>

## DAFTAR PUSTAKA

- Adriani & Wirjatmadi. (2012). *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group
- Arikunto. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi VI. Jakarta: Rineka Cipta
- Depkes RI. (2012). *Antisipasi Penyakit Menular Saat Banjir*. <http://depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1878-antisipasi-penyakit-menular-saat-banjir-.html>. Diunduh tanggal 12 november 2012.
- Depkes RI. (2008). *Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)*. Jakarta.
- Depkes RI. (2008). *Buku Modul Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)*. Jakarta.
- Depkes RI. (2011). *Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Depkes RI. (2010). *Pemerintah Berkomitmen Mempercepat Upaya Pencapaian MDGS*. <http://depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1115-pemerintah-berkomitmen-mempercepat-upaya-pencapaian-mdgs.html>. Diunduh tanggal 12 November 2012.
- Dinkes Kabupaten Bantul. (2012). *Profil Kesehatan Bantul Tahun 2012*. Dinas Kesehatan Kabupaten Bantul.
- Dinkes Provinsi DIY. (2010). *Data Jumlah Kematian ibu, bayi, dan balita di provinsi DIY tahun 2010*. Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
- Dinkes Provinsi DIY. (2007). *Profil Kesehatan DIY Tahun 2007*. Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
- Dinkes Provinsi DIY. (2010). *Profil Kesehatan DIY Tahun 2010*. Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
- Elly. (2011). *Gambaran Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Asuhan Keperawatan di Zaal Penyakit Dalam Rumah Sakit Umum Daerah Lahat*. Skripsi strata satu. Akademi Keperawatan Pemda Lahat, Sumatra Selatan.
- Effendi. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika



- Hasan. (2005). *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: Salemba Medika
- Hidayat. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Hidayat. (2005). *Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1*. Jakarta: Salemba Medika
- Maryunani. (2010). *Ilmu Kesehatan Anak Dalam Kebidanan*. Jakarta: Trans Info Media
- Mubarak *et al.* (2007). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Komunitas 2, Teori dan Aplikasi Dalam Praktek Dengan Asuhan Keperawatan Komunitas, Keluarga, dan Gerontik*. Jakarta: CV Agung Seto
- Mubarak & Chayatin. (2009), *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika
- Munoz *et al.* (2000). *Iron and zinc supplementation improves indicators of vitamin A status of Mexican preschoolers*. *Am J Clin Nut.* 71 (3): 789,94.
- Muscari. (2005). *Panduan Belajar : Keperawatan Pediatrik Edisi 3*. Jakarta: EGC
- Muwaris. (2006). *Sarapan sehat untuk anak balita*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Notoatmodjo. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo. (2011). *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Prilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik Edisi IV*. Jakarta: EGC
- PPNI. (2005), *Standar Kompetensi Perawat Indonesia*. Jakarta.
- Rahayu. (2009). *Asuhan Keperawatan Anak dan Neonatus*. Jakarta: Salemba Medika
- Schmidt. (2002). *The role of maternal nutrition in growth and health of Indonesian infants: a focus on vitamin A and iron*. *Am J chin Nutr*; vol. 69, no. 3; 457-465
- Schwartz. (2005). *Pedoman Klinis Pediatrik*. Jakarta: EGC

- SDKI. (2002-2003). *Survei Kesehatan Rumah Tangga Tahun 2002-2003*. Jakarta
- SDKI. (2007). *Indonesia Demographic and Healthy survey 2007*. Jakarta
- Sefrina & Purnama. (2012). *Mengenal, Mencegah, Menangani Penyakit Berbahaya Bayi & Balita*. Jakarta: Dunia Sehat
- SKRT. (2004). *Survei Kesehatan Rumah Tangga Tahun 2004*. Jakarta
- Sudarti. (2010). *Kelainan dan Penyakit pada Bayi dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Sudjana. (2006). *Ilmu dan Pendidikan Bagian III : Pendidikan Displin Ilmu*. Jakarta: Grasindo
- Sugiyono , (2010), *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Surgani & Priandarini. (2010). *Cara Cerdas Untuk Sehat ; Rahasia Tanpa Dokter*. Jakarta: Trans Media
- Wijaya. (2009). *Manajemen Terpadu Balita Sakit*. Departemen Kesehatan Indonesia, Jakarta.
- Widyawati. (2012). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Prestasi Pustaka Publisher
- WHO. (2012). *Dengue And Severe Dengue*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117>. Diunduh 12 november 2012
- WHO. (2012), *Global Health Observatory (GHO)*. [http://www.who.int/gho/child\\_health](http://www.who.int/gho/child_health). Diunduh tanggal 12 november 2012
- WHO. (2012). *Health service*. [http://www.who.int/topics/health\\_services/en/](http://www.who.int/topics/health_services/en/). Diunduh tanggal 12 november 2012
- Zlotkin et al. (2003). *Home-fortification with iron and zinc sprinkles or iron sprinkle alone successfully treats anemia in infants and young children*. Am J Clin Nutr; 133 (4): 1075, 80

## Lampiran:

### Permohonan Menjadi Responden

Assalamualaikum Wr. Wb

Kepada yth. Bapak/ Ibu responden, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ferika Indarwati, Bayu Panggita, Syarif Indrawan

Adalah mahasiswa program studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta yang sedang melakukan penelitian untuk memenuhi syarat memperoleh derajat sarjana keperawatan dengan penelitian berjudul **“Pengaruh FGD terhadap Tingkat Pengetahuan Perawat dalam Penilaian Tanda dan Gejala Awal Penyakit dengan Menggunakan Format Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Kabupaten Bantul”**.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bapak/ ibu / saudara responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan di jaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila bapak/ ibu/ saudara responden menyetujui maka saya mohon kesediaannya untuk menanda tangani lembar persetujuan responden serta mengisi lembar pertanyaan sesuai petunjuk.

Atas perhatian dan kesediaan bapak / ibu / saudara menjadi responden, saya ucapkan terimakasih

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Yogyakarta, .....2013

Peneliti,

**Lembar Persetujuan Penelitian**  
**(*informed consent*) Kuesioner**

Sebelum saya bertandatangan di bawah saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Ferika Indarwati, Bayu Panggita, Syarif Indrawan selaku dosen dan mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dengan judul penelitian **“Pengaruh FGD terhadap Tingkat Pengetahuan Perawat dalam Penilaian Tanda dan Gejala Awal Penyakit dengan Menggunakan Format Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Kabupaten Bantul”**

Saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini dengan ikhlas dan kejujuran dari hati saya dan tidak ada paksaan dari pihak manapun. Demikian surat persetujuan ini saya buat dengan sebenar- benarnya.

Yogyakarta,.....2013

Responden,

(.....)

## KUESIONER

### Tingkat Pengetahuan Perawat dalam Penilaian Tanda dan Gejala Awal Penyakit dengan Menggunakan Format Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Kabupaten Bantul

Petunjuk pengisian kuesioner

Berikan tanda (v) pada kolom yang benar jika pernyataan di anggap benar dan berikan tanda (v) kolom yang salah jika pernyataan salah.

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Masuknya pathogen atau mikroorganisme ke dalam tubuh yang dapat menyebabkan sakit di sebut infeksi bakteri		
2	Keadaan tidak bias minum, memuntahkan semuanya, kejang merupakan tanda dan gejala infeksi bakteri		
3	Tanda/gejala infeksi bakteri pada anak adalah telapak tangan tampak pucat		
4	Diare adalah suatu kondisi buang air besar kurang dari 3 kali dalam sehari		
5	Cubitan pada kulit perut anak yang mengalami diare kembali lebih dari 2 detik dapat di sebut lambat		
6	Mata cekung, rewel, badan lemas dan BAB lebih dari 3 kali dengan tinja cair merupakan tanda/gejala diare		
7	Ikterus adalah perubahan warna menjadi merah pada kulit yang di sertai binti-bintik hitam		
8	Pada bayi yang mengalami ikterus di tandai		

	dengan tinja berwarna pucat		
9	Penilaian terhadap kemungkinan terjadinya ikterus di lakukan pada kulit tubuh tampak menguning dan kekuningan pada konjuktiva		
10	Pneumonia adalah suatu peradangan paru-paru dan bronkioli		
11	Pada anak berumur 2 bulan - < 12 bulan di katakana nafas cepat apabila 50 kali permenit		
12	Pada anak umur 12 bulan - < 5 tahun di katakan nafas cepat apabila 40 kali permenit		
13	Demam adalah kenaikan suhu tubuh mencapai 38°C		
14	Gejala yang mungkin muncul pada anak dengan campak adalah batuk, pilek dan mata merah		
15	Tanda khas pada tinja anak yang menderita DBD berwarna hitam ter		
16	Suatu kondisi dimana gizi seseorang tidak seimbang dengan kebutuhan tubuh di sebut malnutrisi		
17	Malnutrisi (kurang gizi) pada anak biasanya di tandai dengan bintik kemerahan di kulit		
18	BB/TB < -3 SD dapat di sebut mal nutrisi		
19	Anemia adalah suatu keadaan dimana kadar Hb dalam darah lebih dari normal		
20	Tanda anemia yang di gunakan dalam memeriksa anak dengan pendekatan MTBS adalah kepucatan pada telapak tangan		

## Frequency Table Karakteristik Responden

### Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20 - 40 tahun	33	62.3	62.3	62.3
	41 - 65 tahun	20	37.7	37.7	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

### Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	7	13.2	13.2	13.2
	Perempuan	46	86.8	86.8	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

### Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SPK	13	24.5	24.5	24.5
	D III	31	58.5	58.5	83.0
	S1	9	17.0	17.0	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

### Lama Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 - 5 tahun	17	32.1	32.1	32.1
	6 - 10 tahun	4	7.5	7.5	39.6
	11 - 15 tahun	18	34.0	34.0	73.6
	16 - 20 tahun	14	26.4	26.4	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

**Hasil Uji Validitas Tingkat Pengetahuan Penilaian Tanda dan Gejala Awal Penyakit Dengan Menggunakan Format MTBS**

**Correlations**

		P1	P2	P3	P4	P5	Total
P1	Pearson Correlation	1	.272	.272	.583*	.272	.516*
	Sig. (2-tailed)		.326	.326	.022	.326	.049
	N	15	15	15	15	15	15
P2	Pearson Correlation	.272	1	.167	-.068	.167	.665**
	Sig. (2-tailed)	.326		.553	.810	.553	.007
	N	15	15	15	15	15	15
P3	Pearson Correlation	.272	.167	1	.272	.444	.635*
	Sig. (2-tailed)	.326	.553		.326	.097	.011
	N	15	15	15	15	15	15
P4	Pearson Correlation	.583*	-.068	.272	1	.272	.516*
	Sig. (2-tailed)	.022	.810	.326		.326	.049
	N	15	15	15	15	15	15
P5	Pearson Correlation	.272	.167	.444	.272	1	.546*
	Sig. (2-tailed)	.326	.553	.097	.326		.035
	N	15	15	15	15	15	15
Total	Pearson Correlation	.516*	.665**	.635*	.516*	.546*	1
	Sig. (2-tailed)	.049	.007	.011	.049	.035	
	N	15	15	15	15	15	15

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Correlations**

		P6	P7	P8	P9	P10	Total
P6	Pearson Correlation	1	.612*	.272	.272	.431	.546*
	Sig. (2-tailed)		.015	.326	.326	.109	.035
	N	15	15	15	15	15	15
P7	Pearson Correlation	.612*	1	.167	.167	.452	.589*
	Sig. (2-tailed)	.015		.553	.553	.091	.021
	N	15	15	15	15	15	15
P8	Pearson Correlation	.272	.167	1	.167	-.302	.516*
	Sig. (2-tailed)	.326	.553		.553	.275	.049
	N	15	15	15	15	15	15
P9	Pearson Correlation	.272	.167	.167	1	.452	.516*
	Sig. (2-tailed)	.326	.553	.553		.091	.049
	N	15	15	15	15	15	15
P10	Pearson Correlation	.431	.452	-.302	.452	1	.644**
	Sig. (2-tailed)	.109	.091	.275	.091		.010
	N	15	15	15	15	15	15
Total	Pearson Correlation	.546*	.589*	.516*	.516*	.644**	1
	Sig. (2-tailed)	.035	.021	.049	.049	.010	
	N	15	15	15	15	15	15

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



**Hasil Uji Validitas Tingkat Pengetahuan Penilaian Tanda dan Gejala Awal  
Penyakit Dengan Menggunakan Format MTBS  
Correlations**

		P11	P12	P13	P14	P15	Total
P11	Pearson Correlation	1	-.354	.289	.213	.661**	.771**
	Sig. (2-tailed)		.196	.297	.446	.007	.001
	N	15	15	15	15	15	15
P12	Pearson Correlation	-.354	1	-.068	.075	-.535*	-.138
	Sig. (2-tailed)	.196		.810	.789	.040	.624
	N	15	15	15	15	15	15
P13	Pearson Correlation	.289	-.068	1	.431	.218	.605*
	Sig. (2-tailed)	.297	.810		.109	.435	.017
	N	15	15	15	15	15	15
P14	Pearson Correlation	.213	.075	.431	1	.262	.644**
	Sig. (2-tailed)	.446	.789	.109		.346	.010
	N	15	15	15	15	15	15
P15	Pearson Correlation	.661**	-.535*	.218	.262	1	.647**
	Sig. (2-tailed)	.007	.040	.435	.346		.009
	N	15	15	15	15	15	15
Total	Pearson Correlation	.771**	-.138	.605*	.644**	.647**	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.624	.017	.010	.009	
	N	15	15	15	15	15	15

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Correlations**

		P16	P17	P18	P19	P20	Total
P16	Pearson Correlation	1	-.196	-.250	.075	.167	.516*
	Sig. (2-tailed)		.484	.369	.789	.553	.049
	N	15	15	15	15	15	15
P17	Pearson Correlation	-.196	1	-.196	-.237	-.196	-.308
	Sig. (2-tailed)	.484		.484	.396	.484	.264
	N	15	15	15	15	15	15
P18	Pearson Correlation	-.250	-.196	1	.452	.583*	.589*
	Sig. (2-tailed)	.369	.484		.091	.022	.021
	N	15	15	15	15	15	15
P19	Pearson Correlation	.075	-.237	.452	1	.452	.644**
	Sig. (2-tailed)	.789	.396	.091		.091	.010
	N	15	15	15	15	15	15
P20	Pearson Correlation	.167	-.196	.583*	.452	1	.589*
	Sig. (2-tailed)	.553	.484	.022	.091		.021
	N	15	15	15	15	15	15
Total	Pearson Correlation	.516*	-.308	.589*	.644**	.589*	1
	Sig. (2-tailed)	.049	.264	.021	.010	.021	
	N	15	15	15	15	15	15

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Hasil Uji Reliabilitas Tingkat Pengetahuan Penilaian Tanda dan Gejala Awal Penyakit Dengan Menggunakan Format MTBS**

**Reliability**

**Scale: ALL VARIABLES**

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	15	100.0
	Excluded <sup>a</sup>	0	.0
	Total	15	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.862	20

**Frequency Table Variabel Penelitian Pengetahuan**

**Pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit infeksi bakteri**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	9	17.0	17.0	17.0
	Cukup	22	41.5	41.5	58.5
	Baik	22	41.5	41.5	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

**Pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit diare**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	1	1.9	1.9	1.9
	Cukup	41	77.4	77.4	79.2
	Baik	11	20.8	20.8	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

**Pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit ikterus**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	1	1.9	1.9	1.9
	Cukup	15	28.3	28.3	30.2
	Baik	37	69.8	69.8	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

**Pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit pneumonia dan ISPA**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	9	17.0	17.0	17.0
	Baik	44	83.0	83.0	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

## Frequency Table Variabel Penelitian Pengetahuan

### Pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit demam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	5	9.4	9.4	9.4
	Cukup	17	32.1	32.1	41.5
	Baik	31	58.5	58.5	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

### Pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit malnutrisi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	18	34.0	34.0	34.0
	Baik	35	66.0	66.0	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

### Pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit anemia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	14	26.4	26.4	26.4
	Baik	39	73.6	73.6	100.0
	Total	53	100.0	100.0	

### Pengetahuan perawat dalam penilaian tanda dan gejala awal penyakit dengan pendekatan MTBS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	11	20.8	20.8	20.8
	Baik	42	79.2	79.2	100.0
	Total	53	100.0	100.0	