

616241
MIT
2 01

**ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR PETUGAS
DENGAN RASIONALITAS PEMAKAIAN OBAT
PENYAKIT ISPA PNEUMONIA PADA BALITA
DI PUSKESMAS KOTA SEMARANG**



TESIS

**Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat sarjana S-2**

MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh :

Mindaningsih

E4A000029

Konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG**

2004

Pengesahan Tesis

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul

**ANALISIS HUBUNGAN FAKTOR PETUGAS
DENGAN RASIONALITAS PEMAKAIAN OBAT
PENYAKIT ISPA PNEUMONIA PADA BALITA
DI PUSKESMAS KOTA SEMARANG**

disusun oleh
Dra. Mindaningsih, Apt.
NIM : E4A000029

Telah dipertahankan didepan dewan Penguji
Pada tanggal 23 Maret 2004
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Dr. Anneke Suparwati, MPH
NIP. 131 610 340

Pembimbing Pendamping

Dra. Ayun Sriatmi, M.Kes
NIP. 131 588 815

Penguji

dr. Sudiro, MPH, Dr. PH
NIP. 131 252 965

Penguji II

Drs. Edianto Sudarmana, Apt. MM
NIP. 140 096 916

Semarang, 1 April 2004
Universitas Diponegoro
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua Program



Dr. Sudiro MPH, Dr. PH
NIP. 131 252 965

PERNYATAAN

Saya, Mindaningsih, yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang saya ajukan ini adalah hasil karya saya sendiri yang belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program Magister ini ataupun program lainnya.

Karya ini adalah milik saya,
karena itu pertanggungjawaban sepenuhnya berada di pundak saya

Mindaningsih

Maret 2004

RIWAYAT HIDUP

- Nama : Dra. Mindaningsih, Apt
- Tempat dan Tanggal Lahir : Semarang, 11 Juli 1950
- Jenis Kelamin : Perempuan
- Agama : Islam
- Alamat : Jl. Kesatrian K – 13 Jatingaleh Semarang
- Riwayat Pendidikan :
- Lulus SD Marsudirini Semarang Tahun 1962
 - Lulus SMP Negeri II Semarang Tahun 1965
 - Lulus SMA Negeri I Semarang Tahun 1968
 - Lulus Sarjana pada Fakultas Farmasi Universitas Gadjahmada Yogyakarta Tahun 1977
 - Lulus Apoteker pada Fakultas Farmasi Universitas Gadjahmada Yogyakarta Tahun 1978
- Riwayat Pekerjaan :
- Staf Sub Bag Perlengkapan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah sejak tahun 1987 sampai dengan tahun 1996
 - Ka Sie Kefarmasian Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah sejak tahun 1997 sampai dengan tahun 2000
 - Ka Sie Farmasi dan OAI Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah sejak tahun 2001 sampai dengan tahun 2002
 - Ka Sie Sertifikasi Teknologi Kesehatan dan Makanan – Minuman Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah sejak tahun 2003 sampai sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia Nya , sehingga tesis ini terselesaikan tepat pada waktunya. Tesis ini berjudul *Analisis Hubungan Faktor Petugas Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas Kota Semarang*. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Master Kesehatan – Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Penyusunan tesis ini terselesaikan berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis sampaikan penghargaan dan rasa terima kasih kepada :

1. dr. Anneke Suparwati, MPH selaku pembimbing Utama yang telah meluangkan waktu dan membimbing penulis dari awal hingga terselesaikannya tesis ini
2. Dra. Ayun Sriatmi, M.Kes selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing penulis dari awal hingga terselesaikannya tesis ini
3. dr. Sudiro , MPH, Dr.PH selaku penguji tesis, atas masukan dan pengkayaan materi yang telah diberikan pada penulis,
4. Drs. Edianto Sudarmana, Apt, MM, selaku penguji tesis yang telah memberikan masukan guna perbaikan tesis ini,
5. Ketua Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pasca sarjana Universitas Diponegoro Semarang dan staf yang telah memberikan ijin dan membantu selama pendidikan

6. Seluruh dosen program magister ilmu kesehatan masyarakat pada program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan bekal ilmu untuk menyusun tesis ini
7. dr. Krisnajaya MS selaku Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar,
8. Kepala Dinas Kesehatan Kota Semarang beserta staf yang telah memberikan ijin dan membantu dalam pengumpulan data selama penelitian
9. Seluruh Kepala Puskesmas Di Wilayah Kota Semarang beserta staf yang telah memberikan ijin dan membantu dalam pengumpulan data selama penelitian
10. dr. H. Gatot Suharto, SpF, M.Kes atas dukungan dan semangat untuk penyelesaian tesis ini
11. Adikku Ir. Gunadi atas dukungan dan semangat untuk penyelesaian tesis ini
12. Almarhum suamiku, Ir. Guritno Purwokusumo, MBA serta anak – anakku tersayang, Okto, Vita, Nonik dan Sinyo atas dukungan semangat, pengorbanan dan pengertiannya sehingga terselesaikannya tesis ini

Akhirnya Penulis senantiasa mengharap saran dan masukan guna perbaikan tesis ini, sehingga bermanfaat bagi siapa saja yang membacanya. Insya Allah.

Semarang, Maret 2004

Penulis

ABSTRAK

Mindaningsih

Analisis Hubungan Faktor Petugas Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas Kota Semarang

Di Indonesia ISPA pneumonia merupakan pembunuh balita nomor satu. Untuk menanggulangi semakin meningkatnya angka kematian balita karena ISPA pneumonia perlu dilakukan pengobatan dengan menggunakan obat yang rasional untuk itu dibutuhkan petugas pelaksana yang memiliki pendidikan, pengetahuan, kemampuan dan motivasi yang tinggi.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan faktor petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang. Jenis penelitian observasional dengan metode survei dengan pendekatan cross sectional. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner pada 93 orang responden yaitu seluruh petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang. Data primer maupun sekunder diolah dan dianalisa dengan cara kualitatif serta kuantitatif dengan metode univariat dan bivariat, menggunakan uji chi square dengan metode enter. Signifikansi ditentukan dengan nilai $p < 0,05$. Analisis menggunakan program komputer.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor petugas yang berhubungan dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang adalah pendidikan, pelatihan, kepatuhan petugas terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita, sementara yang tidak berhubungan adalah jenis kelamin, umur dan masa kerja.

Sehingga disarankan untuk penerbitan tentang pendayagunaan tenaga yang ada untuk pengobatan ISPA pneumonia, kebijakan tentang penggunaan obat alternatif, perlu pelatihan rasionalitas pengobatan, supervisi perlu ditingkatkan, penambahan item atau butir pernyataan tentang rasionalitas pengobatan pada item pernyataan dalam SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

Kata Kunci : Rasionalitas, Pneumonia, Balita

Kepustakaan : 72 (1980 – 2003)

ABSTRACT

Mindaningsih

Analysis of Relationship between the Health Worker Factors and the Rationality of Using the Medicine for Pneumonia Acute Respiratory Tract Infection on Children Under Five Years Old at the Health Centers in Semarang City

In Indonesia, pneumonia acute respiratory tract infection is a number one killer of children under five years old. To intervene an increasing mortality rate on children under five years old because of pneumonia acute respiratory tract infection, it needs to give the rational medicines. The Health Worker must have a high education, a high knowledge, a high skill, and a high motivation.

The aim of this research was to identify the relationship between the health worker factors and the rationality of using the medicines for pneumonia acute respiratory tract infection on children under five years old at the Health Centers in Semarang City.

This was an observational research using cross sectional approach. Collecting of data used the closed questionnaire. The number of respondent was 93 persons. They were the health workers who treated pneumonia acute respiratory tract infection on children under five years old at the Health Centers in Semarang City. Processing and analyzing of data used univariate, and bivariate method by Chi Square test with a significance level on 0,05.

The result of this research shows that the health worker factors which have the significant relationship with the rasonality of using the medicines for pneumonia acute respiratory tract infection on children under five years old at the Health Centers in Semarang City are the education, the training, the obedience of the health workers, and the health workers knowledge. The health worker factors which do not have the significant relationship with the rationality of using the medicines for pneumonia acute respiratory tract infection on children under five years old are the sex, the age, and the work period.

Finally, it suggested to make policy of the health workers utilization efficiently, and a policy of alternative medicines use. It needs to give the training of the treatment rationality. It needs to increase a frequency of supervision. It needs to adds a number of statements about the treatment rationality in the standard operating procedure of pneumonia acute respiratory tract infection on children under five years old at the Health Center

Key Words : Rationality, Pneumonia, and Children Under Five Years Old
Bibliography : 72 (1980 – 2003)

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	9
C. Tujuan.....	10
D. Ruang Lingkup.....	11
E. Manfaat Penelitian.....	12
F. Keaslian Penelitian.....	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	15
A. Pneumonia.....	15
B. Tatalaksana Penderita ISPA Pada Anak di Puskesmas.....	20
C. Pola Peresepan.....	24
D. Kecukupan Obat di Unit Pelayanan Kesehatan.....	34
E. Kerasionalan Penggunaan Obat.....	38
F. Perilaku Petugas.....	43
G. Karakteristik Individu.....	47
H. Standar Tata Laksana Pengobatan ISPA Pneumonia.....	52
I. Tingkat Kepatuhan Petugas Terhadap Standar.....	53
J. Landasan Teori.....	54
K. Kerangka Teori.....	55
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	56
A. Kerangka Konsep.....	56
B. Hipotesis.....	56
C. Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	57
D. Jenis Penelitian.....	64
E. Subyek Penelitian.....	64
F. Alat pengumpulan Data.....	65
G. Prosedur Penelitian.....	65
H. Cara Pengumpulan Data.....	67
I. Pengolahan Data.....	68
J. Analisis Uji Reliabilitas dan Validitas.....	70
K. Analisa Data.....	72

BAB IV	HASIL PENELITIAN	75
	A. Kelemahan dan Kekuatan Penelitian	75
	B. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	76
	C. Hasil Penelitian.....	79
	D. Hasil <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)	99
BAB V	PEMBAHASAN	105
	A. Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	105
	B. Hubungan Umur Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	109
	C. Hubungan Jenis Kelamin Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	111
	D. Hubungan Masa Kerja Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	113
	E. Hubungan Pendidikan Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	114
	F. Hubungan Pelatihan Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	116
	G. Hubungan Kepatuhan Petugas Terhadap SOP Pengobatan ISPA Pneumonia Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	119
	H. Hubungan Pengetahuan Petugas Tentang Pengobatan ISPA Pneumonia Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	122
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	125
	A. Kesimpulan	125
	B. Saran.....	127

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB IV	HASIL PENELITIAN	75
	A. Kelemahan dan Kekuatan Penelitian	75
	B. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	76
	C. Hasil Penelitian.....	79
	D. Hasil <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)	99
BAB V	PEMBAHASAN	105
	A. Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	105
	B. Hubungan Umur Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	109
	C. Hubungan Jenis Kelamin Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	111
	D. Hubungan Masa Kerja Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	113
	E. Hubungan Pendidikan Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	114
	F. Hubungan Pelatihan Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	116
	G. Hubungan Kepatuhan Petugas Terhadap SOP Pengobatan ISPA Pneumonia Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	119
	H. Hubungan Pengetahuan Petugas Tentang Pengobatan ISPA Pneumonia Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang	122
BAB VI	KESIMPULAN DAN SARAN	125
	A. Kesimpulan	125
	B. Saran.....	127

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 : Pola Penyakit Anak Balita Penderita Rawat jalan di Puskesmas Kota Semarang Tahun 2002.....	3
Tabel 1.2 : Rasionalitas Penggunaan Obat Pada 10 Besar Penyakit Anak Balita di Puskesmas Kota Semarang Tahun 2002.....	6
Tabel 1.3 : Rasionalitas Penggunaan Obat ISPA Pneumonia Balita di Puskesmas Kota Semarang.....	7
Tabel 2.1 : Tanda – Tanda, Klasifikasi dan Pengobatan ISPA Pada Anak Balita di Puskesmas	22
Tabel 2.2 : Tanda – Tanda, Klasifikasi dan Tindakan Penyakit ISPA Untuk Bayi Berumur Kurang Dari 2 Bulan.....	23
Tabel 2.3 : Dosis Pemberian Antibiotika Kotrimoksazol.....	23
Tabel 2.4 : Dosis Pemberian Amoksisilin / Ampisilin.....	24
Tabel 2.5 : Indikator Pereseapan.....	42
Tabel 4.1 : Nilai <i>Corrected Item – Total Correlation</i> Butir Pertanyaan Pada Variabel Pengetahuan Petugas Pelaksana Tentang Pengobatan ISPA Pneumonia	78
Tabel 4.2 : Data Koefisien Reliabilitas Kuesioner dengan Menggunakan Rumus (<i>alpha</i>)	79
Tabel 4.3 : Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin	79
Tabel 4.4 : Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur.....	80
Tabel 4.5 : Distribusi Responden Menurut Masa Kerja.....	81
Tabel 4.6 : Distribusi Responden Menurut Pendidikan	81
Tabel 4.7 : Distribusi Responden Menurut Pelatihan	82
Tabel 4.8 : Distribusi Responden Menurut Kemampuan Pengobatan ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.....	84
Tabel 4.9 : Distribusi Responden Menurut Motivasi.....	85
Tabel 4.10 : Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Motivasi.....	86
Tabel 4.11 : Distribusi Responden Menurut Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.....	87
Tabel 4.12 : Sistem VEN Pemakaian Obat ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang.....	88

Tabel 4.13 : Tabel Silang Jenis Kelamin Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.....	89
Tabel 4.14 : Tabel Silang Umur Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas	90
Tabel 4.15 : Tabel Silang Masa Kerja Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.....	92
Tabel 4.16 : Tabel Silang Pendidikan Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.....	93
Tabel 4.17 : Tabel Silang Pelatihan Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.....	95
Tabel 4.18 : Tabel Silang Kemampuan Pengobatan Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.....	96
Tabel 4.19 : Tabel Silang Motivasi Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.....	98

DAFTAR GAMBAR

	Halaman.
Gambar 2.1: Proses Pengelolaan Obat Dan Proses Pengobatan di Unit Pelayanan Kesehatan	35
Gambar 2.2: Kerangka Konsep Upaya Peningkatan Penggunaan Obat Secara Rasional.....	39
Gambar 2.3: Kerangka Teori	55
Gambar 3.1: Kerangka Konsep Penelitian	56

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Didalam pelayanan kesehatan, obat merupakan unsur yang penting dan memegang kedudukan yang strategis karena penggunaan obat seringkali merupakan intervensi yang paling banyak dilakukan dan biaya obat seringkali merupakan bagian terbesar dari biaya kesehatan. Oleh karenanya peningkatan mutu pelayanan tidak lepas dari masalah obat, utamanya dalam upaya penyediaan obat yang merata dan terjangkau oleh masyarakat dan mutu yang terjamin serta peningkatan penggunaan obat yang rasional.

Kebijakan Obat Nasional (KONAS) sebagai bagian penting dari Sistem Kesehatan Nasional ditetapkan tahun 1983 merupakan pedoman dan petunjuk pelaksanaan seluruh upaya dan kegiatan dibidang obat. Untuk selanjutnya KONAS digunakan sebagai dasar penyusunan kebijakan dan langkah-langkah yang lebih terinci serta sebagai pedoman pembangunan jangka panjang.

Tujuan pembangunan di bidang obat yang tercantum dalam KONAS, antara lain adalah :

1. Menjamin tersedianya obat dengan jenis dan jumlah yang cukup, sesuai dengan kebutuhan nyata masyarakat yang diperlukan dalam pembangunan bidang kesehatan.
2. Meningkatkan penyebaran obat secara merata dan teratur sehingga mudah diperoleh bagi yang membutuhkan pada saat diperlukan serta terjangkau oleh masyarakat.

UPT-PUSTAKA-UNIBIP

3. Menjamin kebenaran khasiat, keamanan, mutu dan keabsahan obat yang beredar serta meningkatkan rasionalitas dan efisiensi penggunaan obat.

Kebijakan obat nasional untuk kebutuhan obat sektor publik dipenuhi atas dasar Daftar Obat Esensial Nasional yang disusun menurut jenis fasilitas pelayanan kesehatan dalam bentuk obat generik. Pengadaan obat sektor publik dibiayai melalui beberapa sumber anggaran seperti Dana Alokasi Umum, Perum Husada Bakti, APBD Propinsi dan Kabupaten / Kota serta sumber-sumber lainnya. Sistem suplai dan manajemen obat sektor publik di Puskesmas sebagai bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan dasar pada prinsipnya sudah didesentralisasikan dengan titik berat di Kabupaten / Kota (Permenkes No. 1107/Menkes/E/II/2000). Hal ini berarti bahwa proses perencanaan pengadaan obat sudah dilakukan dari bawah, yaitu dimulai dari tingkat Puskesmas yang selanjutnya dikompilasi menjadi tingkat Kabupaten / Kota.

Untuk menunjang proses pengelolaan obat di Kabupaten / Kota digunakan LPLPO (Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat), yang memiliki fungsi ganda yakni sebagai alat bukti dinamika logistik sekaligus alat pencatatan / pelaporan. Suplai obat yang tepat dan berkualitas dalam jumlah yang cukup sesuai dengan yang dibutuhkan sangat dipengaruhi oleh ketepatan permintaan dari unit pelayanan. Dengan demikian pengelolaan dan penggunaan obat merupakan suatu siklus yang saling terkait dan tidak dapat dipisahkan antara unit pelayanan satu dengan yang lain. Luaran dari proses persepsan merupakan masukan bagi proses penyediaan obat.

Guna menjamin ketercukupan obat bermutu di Puskesmas secara merata dan kontinyu dengan tingkat efisiensi yang dapat dipertanggung jawabkan, saat ini sekitar 50 % - 70 % pengadaan obat untuk Puskesmas melalui

dana alokasi umum (Dinas Kesehatan, 2002). Jumlah dana bantuan penyediaan obat ini dari tahun ke tahun menunjukkan peningkatan, tahun 2000 (Rp 2.976.794.509,00), tahun 2001 (Rp. 3.039.663.202,00) dan tahun 2002 (Rp. 3.401.022.519,00), namun demikian jumlah dana tersebut masih belum mencukupi, sehingga untuk mengatasi hal tersebut dibutuhkan ketepatan dan efisiensi didalam pengelolaan dan penggunaan obat.

Kota Semarang yang memiliki jumlah penduduk 1.429.400 jiwa mempunyai sarana pelayanan kesehatan 37 Puskesmas, dengan jumlah kunjungan rawat jalan selama tahun 2002 sebanyak 754.882 kunjungan, dengan rata – rata kunjungan per hari sebesar 2.525 kunjungan. Rata – rata kunjungan tertinggi di Puskesmas Tlogosari Wetan (123 kunjungan per hari), sedangkan terendah di Puskesmas Sekaran (20 kunjungan per hari).

Berdasarkan data dari profil kesehatan Kota Semarang tahun 2002, penyakit ISPA masih menduduki urutan tertinggi pada 10 pola penyakit anak balita penderita rawat jalan di Puskesmas, yaitu sebesar 67,10 % diikuti dengan diare seperti pada tabel 1.1 berikut ini.

Tabel 1.1. Pola Penyakit Anak Balita Penderita Rawat Jalan Di Puskesmas Kota Semarang Tahun 2002.

NO.	NAMA PENYAKIT	KASUS	
		JUMLAH	%
1.	ISPA	129.045	67,120
2.	Diare	23.987	12,47
3.	Kulit infeksi	12.386	6,44
4.	Kulit alergi	9.162	4,76
5.	Stomatitis	5.509	2,86
6.	Conjunctivis	3.081	1,60
7.	Tonsilitis	2.923	1,52
8.	Penyakit kulit dan jaringan bawah kulit	2.341	1,22
9.	Dysentri	2.167	1,13
10.	Penyakit telinga dan mastoid	1.714	0,89

Sumber : Profil Kesehatan kota Semarang Tahun 2002

Pada tahun 2002 jumlah kasus ISPA balita 129.045 dengan perincian 128.248 kasus bukan pneumonia, 765 kasus pneumonia dan 32 kasus pneumonia berat. Diantara beberapa jenis penyakit ISPA yang menyerang anak balita, yang mengakibatkan kematian 85 % adalah ISPA pneumonia .

Berbagai upaya telah dilakukan Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Puskesmas untuk menurunkan angka kematian balita disebabkan karena ISPA pneumonia, namun demikian ISPA pneumonia masih menjadi penyebab kematian balita tertinggi di Kota Semarang.

Sehubungan hal tersebut diatas, Dinas Kesehatan Kota Semarang menetapkan strategi untuk penanggulangan ISPA pneumonia balita , antara lain :

1. Pemberdayaan masyarakat dalam menanggulangi faktor resiko ISPA pneumonia balita dengan pendekatan keluarga dan lingkungan
2. Pemenuhan obat – obatan, sarana untuk oksigen terapi, sarana untuk KIE Puskesmas
3. Setiap bayi umur kurang dari 2 bulan mendapat kunjungan 4 kali , kunjungan rumah pada pneumonia balita yang tidak kontrol dan pneumonia berat yang tidak mau dirujuk ke rumah sakit
4. Pembentukan tim penatalaksanaan standard kasus ISPA pneumonia balita
5. Mengadakan pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), pelatihan manajemen kasus ISPA balita, pelatihan jarak jauh P2ISPA, pelatihan gawat darurat medis ISPA dan pelatihan asisten epidemiologi lapangan.
6. Upaya meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan melalui audit manajemen kasus dan kesehatan masyarakat serta audit surveilans kasus

7. Setiap kematian balita dilakukan kunjungan rumah autopsi verbal kematian balita dilakukan untuk menentukan klasifikasi penyebab kematian balita

8. Epidemiologi Puskesmas

Namun demikian sampai dengan akhir tahun 2002, penatalaksanaan ISPA pneumonia pada balita yang dilaksanakan di Puskesmas wilayah Kota Semarang masih belum optimal, terlihat dengan masih banyaknya obat – obatan untuk ISPA pneumonia balita menumpuk di gudang penyimpanan dan banyak yang sudah kedaluarsa sehingga harus dimusnahkan. Hal ini dimungkinkan karena pengobatan yang diberikan masih belum rasional.

Penggunaan obat yang rasional akan didahului oleh persepsian yang rasional. Suatu persepsian dikatakan rasional apabila pasien menerima obat berdasarkan indikasi yang tepat dan sesuai dengan diagnosis yang tepat pula. Dalam hal ini pemberian obat diputuskan berdasarkan pertimbangan klinis yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah serta dalam dosis, aturan pakai, serta lama pemakaian yang sesuai.

Pereseperan rasional juga hendaknya mempertimbangkan segi biaya, faktor kepatuhan pasien serta mempertimbangkan resiko-manfaat (*risk benefit assesment*) penggunaannya.

Kerasionalan pemakaian obat dapat dicapai antara lain dengan berpegang pada pedoman pengobatan yang ada, yang telah terbukti secara ilmiah memberikan alternatif pilihan pengobatan yang terbaik, sehingga akan memberi manfaat yang lebih besar bagi pasien dibanding risikonya.

Pemberian obat di Puskesmas dilakukan oleh dokter, dokter gigi maupun paramedis. Diharapkan pasien menerima obat sesuai dengan kebutuhan

penyakitnya dengan manfaat yang maksimal dan efek samping yang kecil. Juga pasien menerima obat dalam jumlah yang tepat, dosis yang tepat, pada waktu yang tepat dan informasi tentang obat yang benar (Dwiprahasto dan Kristin, 1999).

Dampak pengobatan yang tidak rasional secara garis besar dapat dikelompokkan dalam tiga aspek yaitu aspek medis, ekonomi dan psikososial. Dampak medis misalnya berkembangnya resistensi terhadap antibiotika, meningkatnya resiko efek samping dan sebagainya. Dampak ekonomis adalah pemborosan dana, dan dampak psikososial adalah ketergantungan pasien terhadap obat dan kurang mempertimbangkan adanya bentuk intervensi yang lain yang mungkin bermanfaat (Depkes, 1998a)

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti ; masih banyak pengobatan terhadap suatu penyakit masih belum rasional, hal ini terlihat pada tabel 1.2 berikut ini.

Tabel 1.2. Rasionalitas Penggunaan Obat Pada 10 Besar Penyakit Anak Balita di Puskesmas Kota Semarang Tahun 2002

Nama Penyakit	Rata – rata jumlah macam obat dalam resep	Rata – rata pemberian antibiotika tiap resep	Rata – rata pemberian injeksi
ISPA Pneumonia Balita	4,12	58,01 %	31,24 %
ISPA bukan Pneumonia	3,26	43,9 %	12,3 %
Diare	3,97	44,79 %	20,8 %
Kulit Infeksi	3,21	62,96 %	20,2 %
Kulit Alergi	3,88	31,9 %	8,20 %
Stomatitis	3,32	32,18 %	0,66 %
Conjunctivis	3,93	53,06 %	0,37 %
Tonsilitis	3,78	56,29 %	0,32 %
Penyakit kulit	3,51	49,78 %	1,92 %
Dysentri	3,66	57,82 %	4,81 %
Penyakit telinga dan mastoid	3,16	39,74 %	0,18 %

Sumber data : Profil Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2002.

Berdasarkan tabel 1.2. tersebut diatas, terlihat bahwa pengobatan terhadap 10 besar penyakit yang menyerang balita di Kota Semarang masih belum rasional, dan pengobatan penyakit ISPA Pneumonia balita di Puskesmas merupakan pengobatan penyakit yang paling tidak rasional jika dibandingkan dengan penyakit lainnya berdasarkan standar WHO, penggunaan obat yang rasional yaitu tiga macam obat tiap resep, antibiotika 30 %, dan pemberian berupa injeksi 10 % (Profil Kesehatan, 2002).

Hasil pemantauan kerasionalan penggunaan obat ISPA Pneumonia di Puskesmas yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2002, kerasionalan penggunaan obat ISPA pneumonia balita di Puskesmas Kota Semarang, dari tahun ke tahun semakin berkurang / menurun, hal ini terlihat pada tabel 1.3. berikut ini.

Tabel 1.3. Rasionalitas Penggunaan Obat ISPA Pneumonia Balita di Puskesmas Kota Semarang

Tahun	Rata – rata jumlah macam obat dalam resep		Rata – rata pemberian antibiotika tiap resep		Rata – rata pemberian injeksi	
	Puskesmas	Standar WHO	Puskesmas	Standar WHO	Puskesmas	Standar WHO
2000	3,40 macam obat tiap resep	3 macam obat tiap resep	Antibiotika 40,35 %	Antibiotika 30 %	Injeksi 11,24 %	Injeksi 10 %
2001	3,7 macam obat tiap resep	3 macam obat tiap resep	Antibiotika 41,81 %	Antibiotika 30 %	Injeksi 11,87 %	Injeksi 10 %
2002	3,9 macam obat tiap resep	3 macam obat tiap resep	Antibiotika 42,01 %	Antibiotika 30 %	Injeksi 12,15 %	Injeksi 10 %

Sumber data: Profil Dinas Kesehatan Kota Semarang tahun 2002.

Tabel 1.3 menunjukkan bahwa bahwa pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang sejak tahun 1999 sampai dengan tahun 2002 belum rasional, terlihat dari rata – rata jumlah macam obat dalam resep, rata – rata pemberian antibiotika tiap resep dan rata – rata pemberian injeksi masih diatas standar WHO.

Kinerja petugas dalam memberikan pengobatan di Puskesmas khususnya, dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu faktor yang bersumber dari dalam individu petugas yang disebut dengan *individual variables (internal aspect)* dapat berupa karakteristik (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan dan pelatihan) , kemampuan petugas yang terdiri dari kemampuan dalam anamnese, diagnosis, persepsan maupun kemampuan dalam memberikan dosis yang tepat dan faktor yang bersumber dari luar individu yang disebut dengan *situasional variables (eksternal aspect)* pada umumnya dipengaruhi oleh kepemimpinan, pembinaan / supervisi, koordinasi, peraturan / kebijakan yang ada, ketersediaan sumber daya dan insentif. (Lawlor & Peka, 1998).

Berbagai upaya telah dilakukan Dinas Kesehatan Kota Semarang maupun oleh Puskesmas di Kota Semarang, diantaranya adalah :

1. Penerbitan Buku Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas yang bertujuan untuk membantu dokter/perawat didalam menegakkan diagnosis dan menetapkan jenis pengobatan yang tepat untuk suatu penyakit tertentu.
2. Pembinaan / supervisi dilakukan setiap empat bulan sekali oleh tim supervisi Dinas Kesehatan Kota Semarang maupun oleh Kepala Puskesmas, tujuannya adalah untuk memantau penggunaan obat pada penyakit di Puskesmas

Upaya tersebut masih juga belum dapat mewujudkan rasionalitas penggunaan obat ISPA pneumonia balita, sehingga dapat dimungkinkan penyebab ketidak rasionalan pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas adalah faktor manusia (individu) pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas, berupa karakteristik petugas yang terdiri dari umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan dan pelatihan, kemampuan dalam pengobatan ISPA pneumonia pada balita dan motivasi petugas.

B. Perumusan Masalah

ISPA pneumonia pada balita di Kota Semarang selain menduduki peringkat tertinggi penyakit yang menyerang anak balita juga merupakan penyakit yang mengakibatkan kematian balita. Untuk menurunkan angka kematian balita karena ISPA pneumonia diperlukan pengobatan. Sementara itu, sejak tahun 1999 sampai dengan tahun 2002, pengobatan yang dilakukan petugas pelaksana penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas untuk menyembuhkan pasien ISPA pneumonia pada balita masih belum rasional.

Berbagai cara dilaksanakan namun demikian belum semua petugas memberikan pengobatan dengan rasional. Kerasionalan pengobatan ISPA pneumonia tergantung pada peresepan obat, dimana resep yang rasional salah satunya ditentukan oleh *individual factor*.

Berdasarkan pokok permasalahan di atas maka dalam penelitian ini dirumuskan pertanyaan penelitian, sebagai berikut : Apakah faktor petugas berhubungan dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang ?

C. Tujuan.

1. Tujuan Umum :

Mengetahui hubungan faktor petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.

2. Tujuan Khusus :

- a. Mengetahui gambaran karakteristik petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang yang terdiri dari umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan dan pelatihan
- b. Mengetahui gambaran pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang
- c. Mengetahui gambaran kepatuhan petugas pelaksana dalam pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang
- d. Mengetahui gambaran rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang
- e. Mengetahui hubungan umur petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang
- f. Mengetahui hubungan jenis kelamin petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang
- g. Mengetahui hubungan masa kerja petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang

- h. Mengetahui hubungan pendidikan petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang
- i. Mengetahui hubungan pelatihan yang pernah diikuti petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang
- j. Mengetahui hubungan pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang
- k. Mengetahui hubungan kepatuhan petugas pelaksana terhadap SOP tatalaksana pengobatan ISPA pneumonia dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.

D. Ruang Lingkup

1. Lingkup Sasaran.

Sasaran penelitian ini adalah seluruh petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang yang terdiri dari dokter, bidan dan perawat Puskesmas.

2. Lingkup masalah.

Masalah dibatasi pada rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang dan hubungannya dengan faktor petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang

3. Lingkup Keilmuan :

Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya Manajemen Sumber Daya Manusia, Perilaku dan Manajemen Pengelolaan Obat Rasional

4. Lingkup Metode.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode observasi dengan pendekatan survei

5. Lingkup Lokasi .

Lokasi penelitian ini adalah Puskesmas di Kota Semarang

6. Lingkup waktu.

Pelaksanaan penelitian pada bulan Oktober 2003 sampai dengan bulan Maret 2004.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Dari penelitian ini dapat diperoleh gambaran tentang faktor petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang dan hubungannya dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang serta dapat memperluas pengetahuan dan pengalaman dalam menganalisis hubungan faktor petugas dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.

2. Bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang / Puskesmas

- a. Dari penelitian ini dapat diperoleh gambaran tentang hubungan faktor petugas dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang sehingga puskesmas dapat

meningkatkan kompetensi petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas yang terdiri dari dokter dan paramedis antara lain perawat dan bidan untuk memberikan pengobatan yang rasional

- b. Dengan melihat hubungan antara faktor petugas dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas diharapkan dapat disusun strategi peningkatan rasionalitas penggunaan obat dalam pengobatan penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

3. Bagi MIKM – UNDIP Semarang

Sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan, hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi penelitian berikutnya.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian yang penulis lakukan merupakan kelanjutan dari penelitian yang telah dilakukan oleh Retno Sudewi (2000), tentang analisis manajemen pengobatan ISPA Pneumonia secara rasional dan biaya pemakaian obat di Puskesmas Kota Semarang , penelitian bersifat non eksperimental dengan rancangan diskriptif analitik melalui pendekatan *cross sectional*, dengan tujuan untuk menganalisis hubungan antara manajemen obat dengan kerasionalan obat serta biaya obat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terhadap hubungan yang sangat erat antara manajemen puskesmas, perencanaan obat, penggerakkan pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan penilaian dengan kerasionalan pengobatan ISPA pneumonia pada anak balita di Puskesmas Kota Semarang dan perbandingan biaya sesungguhnya pemakaian obat yang tertulis dalam

resep dengan standar pengobatan ISPA pneumonia pada anak balita di Puskesmas Kota Semarang adalah 2 : 1.

Sementara penelitian yang peneliti lakukan merupakan penelitian tindak lanjut dari hasil penelitian tersebut dimana dalam penelitian ini ingin diketahui tentang hubungan faktor petugas dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.

B A B II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pneumonia

Di Indonesia ISPA pneumonia merupakan pembunuh balita nomor 1, dimana setiap 4 menit terjadi kematian karena ISPA pneumonia. Dalam rangka mencapai tujuan program P2ISPA, maka kegiatan yang dilaksanakan pada tahun 2002 adalah melakukan pengembangan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), melaksanakan autopsi verbal balita, melakukan pengembangan surveillens ISPA, meningkatkan kegiatan kemitraan, melaksanakan pemantauan tatalaksana dan rasionalitas pengobatan serta *care seeking*.

Sasaran menurunkan angka kematian balita akibat pneumonia dari 5 per 1000 balita pada tahun 2000 menjadi 3 per 1000 balita pada tahun 2004 dan menurunkan angka kesakitan balita pneumonia dari 10 % - 20 % pada tahun 2000 menjadi 8 % - 16 % pada akhir tahun 2004. Untuk mencapai sasaran tersebut, target cakupan sebesar 86 % diharapkan akan tercapai sebesar 34 % pada tahun 2001, dan tatalaksana standar sebesar 55 % diharapkan akan tercapai sebesar 5 % pada tahun 2005 (Depkes RI, 2002).

Pneumonia adalah infeksi paru – paru. Gejala dan tanda infeksi sistem pernafasan bagian bawah lainnya yang terlihat pada anak – anak adalah batuk yang disertai sesak napas, bronchitis dan bronchiolitis. Pneumonia berasal dari peradangan langsung pada jaringan paru. Paling umum, merupakan hasil dari infeksi – infeksi (bakteri, virus atau jamur), namun itu dapat terjadi sebagai hasil dari luka – luka kimiawi (asam lambung / penyerapan dari makanan / pneumonia

hidrokarbon dan lipoid / pneumonia yang dijangkitkan oleh radiasi). Zat penyebabnya mungkin menjangkau paru – paru lewat aliran darah atau dari pernafasan langsung (Shah,I, 2003)

Sementara Ruthetford (2001) berpendapat bahwa pneumonia adalah istilah umum yang berkaitan dengan suatu infeksi pada paru – paru yang dapat disebabkan oleh bermacam – macam mikroorganisme termasuk virus, bakteri dan parasit. Pneumonia adalah infeksi paru – paru yang dapat disebabkan oleh bermacam – macam kuman, termasuk bakteri, virus, jamur dan parasit. Meskipun jenis – jenis pneumonia yang berbeda – beda cenderung mempengaruhi anak – anak dalam kelompok usia yang berbeda – beda, pneumonia pada umumnya disebabkan oleh virus (adenovirus, rhinovirus, virus influenza (flu), virus syncytial pernafasan (RSV) dan virus parainfluenza / virus yang menyebabkan batuk bersuara keras).

Perbedaan antara pneumonia bakteri dengan pneumonia virus adalah :

1. Pneumonia bakteri.

Biasanya ditandai dengan demam melebihi suhu 103 derajat fahrenheit. Hal ini seringkali berupa pneumonia lobar, bersegmen atau yang sudah didefinisikan dengan baik seutuhnya yang mempengaruhi suatu cuping (*lobe*) tunggal atau jamak. Hal ini mungkin juga dikaitkan dengan effusi pleural dengan nanah, *bullae* atau *pneumatoceles*.

Pengobatan antibiotika : Oral (lewat mulut) atau intravenous (lewat pembuluh darah). Obat antibiotika yang dipergunakan adalah :

a. Penisillin

Ini adalah zat deretan pertama yang tepat bagi anak – anak yang dicurigai mengidap penyakit pneumococal. Penisillin memiliki aktifitas terbatas terhadap bakteri gram negtif karena adanya kekebalan.

Dosis :

- 1) Amoxicicillin : 40 mg/kg/hari PO dibagi tid 100 md/kg/hari IV qds
- 2) Penisillin : 40 mg/kg/hari PO dibagi qid
- 3) Penisillin Kristalin : 100.000/kg/hari IV dalam enam dosis yang dibagi sama
- 4) Ampicillin/Sublactum : 40 mg/kg/hari PO dibagi tid, 100 mg/kg/hari IV qds
- 5) Amoxicillin / asam clafulanic : 40 mg/kg/hari PO dibagi tid, 100 mg/kg/hari qds.

b. Cephalosporin

Cephalosporin generasi pertama : Cephalosporin ini bermanfaat untuk organisme – organisme gram positif dan proteus mirabillis, H Influenzae, aschericia coli, klepsiella pneumoniae dan moraxella catarrhalis

Dosis :

- 1) Cephalexin : 50 mg/kg/hari PO bid
- 2) Cofadur : 30 – 50 mg/kg/hai PO bid
- 3) Cefuroxime : 30 mg/kg/hari PO bid, IV : 150 – 200 mg/kg/hari IV dibagi q8h
- 4) Cefalothin : 50 mg/kg/hari PO qds / 100/mg/kg/hari IV qds

Chephalosporin generasi kedua : ini berguna untuk melawan organisme gram positif dan memiliki aktifitas yang terbatas terhadap organisme gram negatif

Dosis : Cefaclor : 20 – 40 mg/kg/hari PO qds

Cephalosporin generasi ketiga, ini adalah antibiotika spektrum lebar yang memiliki aktifitas gram negatif yang baik.

Dosis :

- 1) Cefixime : 8 mg/kg/hari PO bid
- 2) Ceftriaxone : 50 – 100 mg/kg/hari IV / IM bd tidak melebihi 1 g
- 3) Cefotaxime : 100 – 200 mg/kg/hari IV / IM dibagi q6 – 8h
- 4) Cefpodoxime : 10 mg/kg/hari PO dibagi bid
- 5) Cefprozil : 30 mg/kg/hari PO dibagi bid

c. Chloramphenicol

Adalah obat bacteriostatik yang memiliki cakupan gram positif dan gram negatif yang baik. Ini diberikan bersama penisilin dan berguna pada khususnya untuk pasien dengan infeksi H. influenza. Dosis : 100 mg/kg/hai IV/IM

d. Septran

Berguna untuk pneumonia PCP. Dosis : 21 mg/kg/hari PO/IV untuk 21 hari

e. Macrolide

Digunakan bagi perawatan infeksi streptococcal dan staphylococcal. Juga digunakan dalam perawatan pneumonia atypical yang disebabkan oleh mycoplasma, chlamydia

Dosis :

- 1) Erythromycin : 30 – 50 mg/kg/hari PO dibagi q6-8h
- 2) Clarithromycin : 15 mg/kg/hari PO dibagi q12h
- 3) Azithromycin : hari pertama : 10 mg/kg PO sekali, tidak melebihi 500 mg/hari dan hari kedua sampai hari kelima : 5 mg/kg PO qd, tidak melebihi 250 mg/hari

f. Vancomycin

Digunakan pada anak – anak dengan *streptococci* yang kebal terhadap penisillin dan *straphylococci* yang kebal terhadap *methicillin*. Dosis : 45 – 50 mg/kg/hari IV qds

2. Pneumonia virus.

Demam biasanya lebih rendah daripada 103 derajat Fahrenheit. Pneumonia tidak cukup cermat didefinisikan, banyak lokasi yang terpengaruh interstitial atau *peribronchial* terlihat menonjol di beberapa lokasi dan ini tidak secara cermat didefinisikan. Mungkin juga ditemui *atelectasis* subsegmen.

Pengobatan pada pneumonia virus adalah :

- a. RSV : Infeksi serius dengan organisme ini biasanya terjadi pada bayi dengan penyakit paru – paru bawaan. *Ribavirin* yang di-*aerosol*-kan dapat diberikan terhadap bayi – bayi yang menderita penyakit parah.
- b. Virus herpes : *Acyclovir* tersedia bagi perawatan pada pneumonia – pneumonia tersebut. Dosis : 10 mg/kg/dosis IV q8h ; infuse selama 1 h
- c. Pneumonia Influenza A, yang pada khususnya bersifat parah atau terjadi pada pasien dengan resiko tinggi, mungkin dapat dirawat dengan amantadine
- d. Anak – anak yang keracunan : terapi antibiotik seharusnya meliputi vancomycin (pada khususnya pada daerah – daerah dimana *streptococci* yang kebal terhadap penisillin telah diidentifikasi) dan cephalosporin.

B. Tatalaksana Penderita Infeksi Saluran Pernafasan Akut Pada Anak di Puskesmas

Salah satu penyebab utama kematian bayi dan anak balita adalah penyakit ISPA yang diakibatkan oleh penyakit pneumonia (infeksi paru yang berat). Kematian tersebut diakibatkan oleh penyakit pneumonia berat yang tidak sempat ditolong secara dini dan tepat.

Rata – rata setiap bayi dan anak akan mengalami sakit infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) 3 sampai dengan 6 kali dalam setahun. Sebagian besar yang berobat ke Puskesmas adalah penderita ISPA. Di perkotaan angka kesakitan ISPA cenderung lebih banyak dibanding di pedesaan.

Penyakit infeksi saluran pernapasan akut meliputi infeksi pada hidung, telinga, tenggorokan (pharynx), trachea, bronchioli dan paru. Tanda dan gejala penyakit infeksi saluran pernapasan dapat berupa : (1) batuk, (2) kesulitan bernapas, (3) sakit tenggorolan, (4) pilek, (5) demam dan (6) sakit telinga.

Sebagian besar dari infeksi saluran pernapasan bersifat ringan seperti batuk – pilek dan tidak memerlukan pengobatan dengan antibiotika. Meskipun demikian anak yang menderita radang paru (pneumonia) bila tidak diobati dengan antibiotika dapat mengakibatkan kematian.

Strategi dalam penanggulangan pneumonia adalah penemuan dini dan tatalaksana penderita yang tepat dengan mengikut sertakan peran aktif masyarakat. Program Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (P2-ISPA) Departemen Kesehatan saat ini menempuh kebijakan untuk menitikberatkan upaya pemberantasan penyakit ISPA pada penyakit pneumonia. Tatalaksana penderita ISPA pada balita di Puskesmas adalah sebagai berikut :

1. Pemeriksaan

Pemeriksaan artinya memperoleh informasi tentang penyakit anak dengan mengajukan beberapa pertanyaan kepada ibunya, melihat dan mendengarkan anak.

Anak dengan batuk atau sulit bernapas dapat disebabkan oleh pneumonia yang merupakan penyakit berat dan dapat menyebabkan kematian. Batuk atau sulit bernapas dapat juga disebabkan oleh pilek, hidung tersumbat, lingkungan berdebu, pertusis, tuberkulosis, campak, croup atau wheezing.

2. Klasifikasi Penyakit ISPA Pada Anak Usia 2 Bulan Sampai Dengan 5 Tahun

Klasifikasi penyakit dibagi berdasarkan jenis dan derajat keparahannya, yaitu : (a) pneumonia berat, (b) pneumonia dan (c) bukan pneumonia. Klasifikasi tersebut berdasarkan tanda – tanda bahaya yang ditemukan, antara lain :

Tabel 2.1. Tanda – Tanda, Klasifikasi dan Pengobatan ISPA Pada Anak Balita di Puskesmas

Klasifikasi	Pneumonia Berat	Pneumonia	Bukan Pneumonia
Tanda	Tarikan dinding dada ke dalam	<ol style="list-style-type: none"> Tak ada tarikan dinding dada ke dalam Disertai nafas cepat <ol style="list-style-type: none"> ≥ 50 X/menit untuk usia 2 bulan - < 12 bulan ≥ 40 X / menit untuk usia 1 tahun – 5 tahun 	<ol style="list-style-type: none"> Tak ada tarikan dinding dada ke dalam Disertai nafas cepat <ol style="list-style-type: none"> < 50 X/menit untuk usia 2 bulan - < 12 bulan < 40 X / menit untuk usia 1 tahun – 5 tahun
Tindakan	<ol style="list-style-type: none"> Rujuk segera ke sarana rujukan Beri antibiotika 1 dosis bila jarak sarana rujukan jauh Bila demam, obati Bila wheezing, obati 	<ol style="list-style-type: none"> Nasehati ibu untuk perawatan di rumah Beri antibiotika selama 5 hari Anjurkan ibu untuk kontrol 2 hari atau lebih cepat bila keadaan anak memburuk Bila demam, obati Bila wheezing, obati 	<ol style="list-style-type: none"> Jika batuk > 30 hari, rujuk untuk pemeriksaan lanjutan Obati penyakit lain bila ada Nasehati ibu untuk perawatan di rumah Bila demam, obati Bila wheezing, obati
Periksa Dalam 2 Hari Anak yang Diberi Antibiotika			
Tanda	Memburuk : <ol style="list-style-type: none"> Tak dapat minum Ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam Ada tanda bahaya 	Tidak berubah	Membaik : <ol style="list-style-type: none"> Napasnya lebih lambat Panasnya turun Nafsu makan membaik
Tindakan	Kirim segera ke sarana rujukan	Ganti antibiotika atau rujuk ke sarana rujukan	Teruskan pemberian antibiotika sampai 5 hari

3. Klasifikasi Penyakit ISPA Untuk Bayi Kurang Dari 2 Bulan

Klasifikasi penyakit ISPA untuk bayi kurang dri 2 bulan ada 2 yaitu : (a) bukan pneumonia dan (b) pneumonia berat.

Tabel 2.2. Tanda – Tanda, Klasifikasi dan Tindakan Penyakit ISPA Untuk Bayi Berumur Kurang Dari 2 Bulan

Klasifikasi	Pneumonia Berat	Bukan Pneumonia
Tanda	Nafas cepat : ≥ 60 X per menit atau Tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam yang kuat	tak ada napas cepat : < 60 X per menit atau Tak ada tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam
Tindakan	Kirim segera ke sarana rujukan Beri antibiotika satu dosis	Beri nasehat cara perawatan di rumah : Jaga agar bayi tidak kedinginan Teruskan pemberian ASI dan beri ASI lebih sering Bersihkan hidung bila tersumbat Anjurkan ibu untuk kembali kontrol bila : Keadaan bayi memburuk Nafas menjadi cepat Bayi sulit bernafas Bayi sulit untuk minum

4. Pengobatan

a. Pemberian Antibiotika Kotrimoksazol

Tabel 2.3. Dosis Pemberian Antibiotika Kotrimoksazol

Dosis Antibiotika Kotrimoksazol : Berilah dosis pertama antibiotika di tempat berobat Tunjukkan kepada ibu cara pemberian antibiotika di rumah 2 kali sehari selama 5 hari	
UMUR	Kotrimoksazol 2 kali sehari selama 5 hari tablet dewasa (80 mg Trimetoprim + 400 mg sulfametoksazol)
Kurang 2 bulan	1/8
2 bulan - < 6 bulan	1/4
6 bulan - < 3 tahun	1/2
3 tahun – 5 tahun	1

b. Antibiotika Pengganti Kotrimoksazol

1). Amoksisilin / Ampisilin

Tabel 2.4. Dosis Pemberian Amoksisilin / Ampisilin

Umur	Dosis setiap kali pemberian	
	Kapsul / Tablet 250 mg	Sirup 125 mg/ml
Kurang 6 bulan	¼	½ sendok (2,5 ml)
6 bulan - < 3 tahun	½	1 sendok (5 ml)
3 tahun – 5 tahun	1	2 sendok (10 ml)

- Ampisilin diberikan 4 X per hari selama 5 hari
- Amoksisilin diberikan 3 X per hari selama 5 hari

2). Prokain Penisilin :

- Diberikan sehari sekali selama 5 hari, dengan suntikan intramuskuler
- Dosis :

2 bulan - < 6 bulan	: 300.000 unit
6 bulan - < 3 tahun	: 600.000 unit
3 tahun – 5 tahun	: 750.000 unit

C. Pola Peresepan

1. Peresepan yang rasional

Pengobatan merupakan suatu proses ilmiah yang dilakukan oleh dokter terhadap pasien berdasarkan temuan-temuan yang diperoleh selama anamnesis dan pemeriksaan. Didalam proses pengobatan terkandung aspek keputusan ilmiah yang dilandasi oleh pengetahuan dan ketrampilan yang memadai untuk melakukan intervensi pengobatan dan memberikan manfaat maksimal dan resiko sekecil mungkin bagi pasien.

Secara umum siklus pengobatan terdiri atas beberapa komponen yaitu : anamnesis, pemeriksaan (fisik, laboratoris, penunjang), penegakan diagnosis, pemilihan intervensi pengobatan : intervensi dengan obat (farmakoterapi), intervensi tanpa obat (non farmakoterapi), intervensi gabungan, baik farmakoterapi maupun non farmakoterapi.

Resep adalah permintaan tertulis dari seorang dokter kepada apoteker untuk membuat dan atau menyerahkan obat kepada pasien.

Peresepan dikatakan rasional bila didasarkan pada diagnosis yang tepat, memberikan obat yang terbaik dari pilihan yang tersedia dan memberikan resep dengan diagnosis dan waktu yang cukup berdasarkan pedoman pengobatan yang berlaku (Quick, et. al 1997).

Menurut Suryawati (1997) pengobatan dikatakan rasional apabila pasien menerima obat sesuai dengan apa yang dibutuhkan berdasarkan pertimbangan klinis (bukan apa yang diinginkan atau apa yang diminta), dalam dosis, aturan pemakaian dan durasi yang sesuai, sedemikian rupa sehingga meningkatkan kepatuhan pengobatan dan dengan biaya yang terjangkau oleh pasien.

Menurut Badan Kesehatan Sedunia (WHO, 1987), pemakaian obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria :

1. Sesuai dengan indikasi penyakit
2. Tersedia setiap saat dengan harga yang terjangkau
3. Diberikan dengan dosis yang tepat
4. Cara pemberian dengan interval waktu pemberian yang tepat
5. Lama pemberian yang tepat
6. Obat yang diberikan harus efektif, dengan mutu terjamin dan aman

Dengan demikian pemakaian obat dikatakan rasional jika memenuhi beberapa persyaratan tertentu yang secara garis besar harus mencakup hal-hal berikut:

a. Ketepatan diagnosis

Seorang dokter selalu dituntut untuk dapat menegakkan diagnosis dengan benar. Diagnosis mutlak diperlukan untuk pengambilan keputusan pengobatan. Apabila diagnosis yang dibuat keliru, maka hampir dapat dipastikan bahwa pengobatan juga akan keliru. Oleh sebab itu seorang dokter seyogyanya memiliki kemampuan yang cukup untuk mendiagnose penyakit, paling tidak penyakit- penyakit yang paling sering diderita masyarakat sekitar dan penyakit – penyakit yang memerlukan penanganan secara cermat.

b. Ketepatan indikasi penggunaan obat.

Tidak semua upaya medik memerlukan intervensi pengobatan (farmakoterapi). Jika diputuskan untuk memberikan obat maka perlu dipertimbangkan apakah betul-betul ada indikasi pemberian obat. Kekurang tepatan indikasi pemakaian obat sering terjadi karena dokter berpendapat bahwa setiap pasien yang datang pasti memerlukan obat. Akibatnya banyak dijumpai praktek pengobatan yang kurang tepat seperti misalnya pemberian antibiotika untuk diare pada anak, bukannya oralit sebagaimana dianjurkan oleh buku pedoman pengobatan.

c. Ketepatan pemilihan obat.

Ketepatan pemilihan obat tidak saja mencakup kelas terapi dan jenis obat tetapi juga segi kemanfaatan dan keamanan obat (termasuk kemungkinan resiko efek samping), harga dan mutu. Untuk itu perlu digunakan Pedoman Pengobatan sebagai acuan di dalam pemilihan obat, oleh karena Pedoman

Pengobatan yang dikembangkan bersama para ahli telah diupayakan untuk memenuhi kriteria tersebut.

d. Ketepatan dosis, cara dan lama pemberian.

Agar suatu obat memberikan efek yang maksimal diperlukan penentuan dosis, cara dan lama pemberian. Besar dosis, cara dan frekuensi pemberian umumnya didasarkan pada sifat farmakokinetika dan farmakodinamika obat serta kondisi pasien. Sedang lama pemberian biasanya didasarkan pada sifat penyakit apakah akut, kronis, kambuh secara berulang dan sebagainya.

Secara umum sebenarnya sudah ada anjuran tentang dosis, cara, frekuensi dan lama pemberian untuk masing-masing obat pada masing-masing penyakit. Namun demikian beberapa kondisi tetap memerlukan individualisasi dosis, misalnya pada usia lanjut, wanita hamil dan anak.

e. Ketepatan penilaian terhadap kondisi pasien.

Mengingat respons tiap individu terhadap obat sangat beragam maka diperlukan pertimbangan yang seksama, paling tidak mencakup kemungkinan adanya kontraindikasi, terjadinya efek samping, atau adanya penyakit lain yang menyertai. Misalnya untuk penderita-penderita dengan kelainan ginjal maka pemakaian obat-obat yang terutama di ekskresi di ginjal sejauh mungkin dihindari. Pasien-pasien dengan riwayat alergi terhadap obat-obat tertentu perlu ditelusuri secara seksama untuk menghindari kemungkinan efek yang tidak diharapkan yang justru berasal dari obat yang diberikan untuk penyakitnya tersebut. Sebagai contoh, jangan memberikan obat per injeksi jika pasien menyatakan pernah pingsan setelah disuntik.

f. Ketepatan pemberian informasi.

Kejelasan informasi tentang obat yang diminum atau digunakan pasien akan sangat mempengaruhi ketaatan pasien dan keberhasilan pengobatan. Informasi ini tidak saja mengenai cara pemakaian tetapi juga meliputi berbagai hal yang mungkin terjadi, seperti misalnya efek samping dan cara menanggulangnya, kemungkinan kegagalan terapi jika pasien tidak taat minum obat.

g. Ketepatan dalam tindak lanjut.

Upaya tindak lanjut pengobatan (*follow up*) perlu juga mempertimbangkan efek klinis/respons apa yang diharapkan dari terapi yang diberikan. Sehingga dalam pemantauan terhadap pasien selama masa pengobatan dapat diperoleh kesimpulan tentang kesembuhan, berkurangnya gejala penyakit, perlu dirujuk, timbul efek samping dan sebagainya.

2. Peresepan yang tidak rasional

Peresepan yang tidak rasional (Quick, et al., 1997; Grand, et al., 1999; Holden dan Wilson, 1996; Sastramihardja, 1997; Santoso, 1991) merupakan masalah yang banyak dialami oleh negara berkembang dan masih dijumpai di unit pelayanan kesehatan berupa :

Peresepan yang boros (*extravagant prescribing*), yakni peresepan dengan obat-obat yang lebih mahal padahal ada alternatif yang lebih murah dengan manfaat dan keamanan yang sama.

Guiscafre (1995) melaporkan kesalahan dalam pelayanan pengobatan di Puskesmas masih sering terjadi, yang kemungkinan tidak membahayakan

kehidupan pasien tetapi merupakan pemborosan yang meningkatkan beban ekonomi pasien

- a. Peresepan berlebihan (*over prescribing*), terjadi bila dosis obat, lama pemberian atau jumlah obat yang diresepkan melebihi ketentuan. Misalnya pemberian antibiotika pada kasus ISPA non pneumonia.
- b. Peresepan yang salah (*incorrect prescrebing*), mencakup pemakaian obat untuk indikasi yang keliru, diagnosis tepat tetapi obatnya keliru, pemberian obat ke pasien salah. Misalnya pemberian Tetrasiklin pada anak dengan kecurigaan kolera, padahal ada pilihan lain yang lebih aman yaitu Kotrimoksasol.
- c. Peresepan majemuk (*multiple prescrebing*), yakni pemakaian dua atau lebih kombinasi obat, padahal sebenarnya cukup hanya diberikan obat tunggal saja. Misalnya pemberian ekspektoran, dekongestan, sedative disamping parasetamol pada anak dengan ISPA non pneumonia, padahal sebenarnya cukup diberi parasetamol saja.
- d. Peresepan kurang (*under prescribing*), terjadi jika obat yang diperlukan tidak diresepkan, dosis tidak cukup, atau lama pemberian terlalu pendek. Misalnya pemberian antibiotika selama 3 hari pada pasien ISPA pneumonia.

Kristin, et al. (1998), menemukan bahwa penggunaan antibiotika untuk pengobatan ISPA bukan pneumonia di kota Samarinda dan Balikpapan masih tinggi yaitu berkisar antara 40 sampai 96%. Ditemukan pula masih beragamnya pola peresepan yang diberikan untuk satu penyakit dan sebagian besar belum mengacu pada Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas.

Menurut Sutrisna (1996) penggunaan antibiotika untuk pengobatan ISPA non pneumonia pada balita di Jakarta Timur adalah sebesar 90%. Penggunaan antibiotika ini mengalami penurunan setelah diberikan intervensi berupa Surat Perintah (yang dibuat oleh Kepala Kantor Wilayah Dep Kes RI setempat agar petugas Puskesmas tidak menggunakan antibiotika untuk pengobatan kasus batuk pilek bukan pneumonia) dan dilakukan supervisi secara aktif.

Salah satu upaya penggunaan yang tepat yaitu melalui peningkatan pendidikan bagi pembuat resep (Sastramihardja, 1997; Quick et al., 1997; Fasehun, 1997). Secara legal aspect, petugas yang berhak untuk menentukan pengobatan dan pembuatan resep pada penderita ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas adalah dokter. Karena keterbatasan jumlah dokter umum yang ada di Puskesmas khususnya Puskesmas daerah terpencil, Departemen Kesehatan menekankan bahwa pelaksana pengobatan ISPA Pneumonia pada balita di Puskesmas adalah tenaga medis dan paramedis meliputi bidan dan perawat yang sudah terlatih. (Depkes RI, 2000).

Penggunaan injeksi sebagai salah satu cara pengobatan di Puskesmas masih cukup tinggi dan hal ini akan meningkatkan resiko medis maupun dampak ekonomis, Prawitasari, et al. (1996) melakukan penelitian tentang Pengaruh Intervensi Perilaku dengan metode Diskusi Kelompok Interaksi terhadap penggunaan Injeksi pada pengobatan di Puskesmas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah dilakukan intervensi terjadi penurunan yang signifikan terhadap penggunaan injeksi maupun jumlah rata-rata obat yang diterima pasien.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pola persepan.

- a. Pelaku persepan (Quick, et al., 1997; Holden dan Wilson, 1996, Fasehun, 1997; Dep.Kes RI , 1998a)

Kurangnya bekal pengetahuan dan ketrampilan di bidang farmakologi klinik, pertimbangan prestise yang keliru dari praktisi yaitu bahwa dokter yang baik adalah yang menggunakan banyak obat / obat baru, kekurang yakinan dokter akan diagnosis yang ditegakkannya, tekanan pasien agar dokter memenuhi permintaannya, keterbatasan waktu yang dimiliki dokter dalam melayani pasien, generalisasi yang keliru tentang efek obat atas dasar pengalaman yang terbatas daripada atas dasar bukti ilmiah akan mendorong ke arah persepan yang berlebihan atau kurang.

Pasien / masyarakat.

Kekurangtahuan pasien atau masyarakat terhadap praktek pengobatan juga sering mendorong praktek pemakaian obat yang tidak rasional. Tidak jarang para pembuat resep memberi alasan bahwa kebiasaan injeksi disebabkan oleh tekanan pasien. Keadaan ini jika dibiarkan berlanjut akan memberi dampak yang lebih luas lagi berupa ketergantungan masyarakat terhadap pemberian injeksi. Sebagai contoh adalah pemberian injeksi bukannya oralit pada anak dengan diare akut, dengan alasan permintaan orang tua agar anaknya disuntik. Oleh karenanya salah satu upaya untuk meningkatkan kerasionalan penggunaan obat yaitu dengan memberikan pendidikan kepada pasien sehingga dapat merubah persepsi yang keliru terhadap pengobatan (Bhutta, 1997; Finkelstein, et al., 2000).

c. Sistem perencanaan dan pengelolaan obat.

Masih lemahnya sistem perencanaan dan pengelolaan obat yang ada juga mendorong praktek-praktek pemakaian obat yang tidak rasional. Salah satu contoh klasik adalah keterbatasan dana dan sarana yang sering dijadikan alasan terbatasnya jumlah obat yang dapat disediakan, padahal seharusnya dengan program obat esensial nasional hal ini tidak perlu terjadi.

Sistem perencanaan dan pengelolaan sebagai salah satu pendorong terjadinya ketidakrasionalan ini merupakan rantai panjang yang saling terkait dengan praktek pengobatan di pusat-pusat pelayanan kesehatan. sementara di satu pihak dokter memberi alasan bahwa terbatasnya jumlah obat yang tersedia sebagai sumber ketidakrasionalan (sehingga dalam keadaan tertentu pengobatan hanya didasarkan pada jenis obat yang masih tersedia). Di pihak lain pemegang kebijaksanaan juga cenderung memberi alasan bahwa jumlah obat menjadi terbatas karena sebagian besar digunakan untuk kondisi yang sebetulnya tidak memerlukan obat.

d. Kebijakan obat dan sistem pelayanan kesehatan.

Kebijakan obat yang tidak membatasi masuk dan beredarnya obat-obat patent dalam sistem pelayanan kesehatan juga sering menjadi penyebab terjadinya praktek pemakaian obat yang tidak rasional. Meskipun setiap dokter berhak sepenuhnya atas pilihan terapi bagi pasiennya tetapi kebijakan obat yang ada tidak begitu saja diabaikan. Kebijakan obat justru sebenarnya yang membantu dokter untuk menggunakan haknya memilih obat yang paling baik untuk masing-masing pasiennya.

Faktor yang lain adalah belum jelasnya kebijakan tentang praktek pengobatan yang dilakukan oleh tenaga non medik, yang tidak jarang dalam

pelaksanaannya mereka menggunakan obat modern padahal pengetahuan tentang obat apalagi terapeutika hampir sama sekali tidak dimiliki. Hal ini jelas merupakan salah satu faktor penyebab langsung dari ketidakrasionalan pemakaian obat, oleh karena biasanya tanpa indikasi yang jelas (karena tidak mengetahui diagnosis), pemilihan obat juga tidak tepat (karena tidak mengetahui efek obat) apalagi menyangkut kemungkinan resiko efek samping dan biaya yang menjadi beban pasien.

4. Dampak negatif pemakaian obat yang tidak rasional.

Dampak negatif pemakaian obat yang tidak rasional sangat luas dan kompleks seperti halnya faktor-faktor pendorong atau penyebab terjadinya. Secara ringkas dampak ketidakrasionalan pemakaian obat dapat meliputi (Santoso, 1991) :

- a. Mutu pengobatan dan pelayanan. Beberapa kebiasaan peresepan yang tidak rasional akan mempengaruhi mutu pengobatan dan pelayanan secara langsung atau tidak langsung.
- b. Biaya pelayanan kesehatan. Pemakaian obat-obatan tanpa indikasi yang jelas, untuk kondisi-kondisi yang sebetulnya tidak memerlukan terapi obat merupakan pemborosan, baik dipandang dari sisi pasien maupun sistem pelayanan.
- c. Kemungkinan efek samping obat. Kemungkinan resiko efek samping obat dapat diperbesar oleh pemakaian obat yang tidak tepat. Ini dapat dilihat secara individu pada masing-masing pasien atau secara epidemiologi dalam populasi. Pemakaian antibiotika secara berlebihan juga dikaitkan dengan meningkatnya resistensi kuman terhadap antibiotika yang bersangkutan dalam populasi (Levy, 1982). Ini merupakan contoh dampak

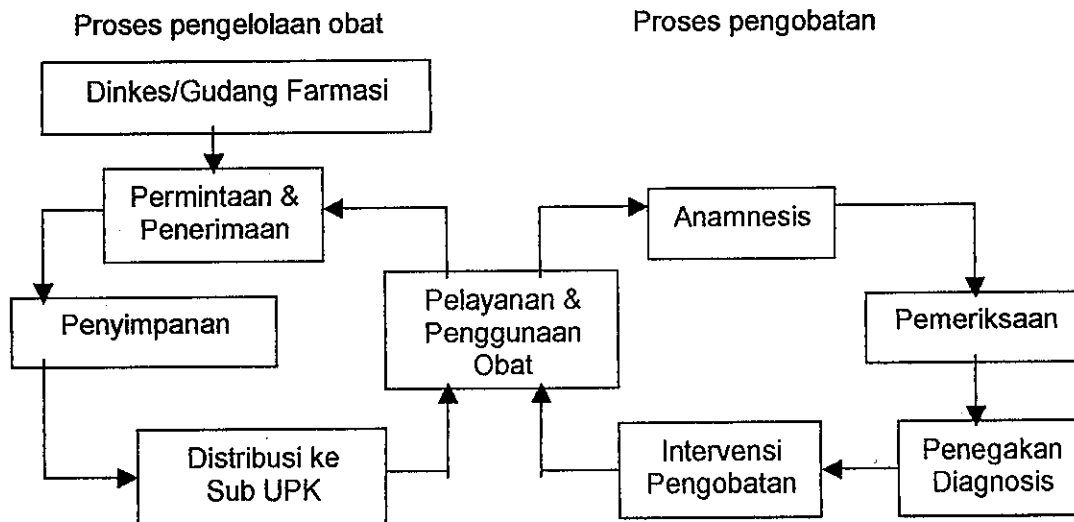
efek samping yang kurang nyata pada seorang penderita, tetapi jelas merupakan konsekuensi serius secara epidemiologik.

- d. Dampak psikososial. Pemakaian secara berlebihan oleh dokter seringkali akan memberikan pengaruh psikologik pada masyarakat. Masyarakat menjadi terlalu tergantung pada terapi obat walaupun intervensi obat belum tentu merupakan pilihan utama untuk kondisi tertentu.

D. Kecukupan Obat di Unit Pelayanan Kesehatan

Sistem perencanaan dan pengelolaan obat merupakan satu mata rantai panjang yang saling terkait dengan praktek penggunaan obat di pusat-pusat pelayanan kesehatan. Dokter sering memberi alasan bahwa timbulnya ketidakrasionalan pengobatan oleh karena terbatasnya jumlah obat yang tersedia, sehingga dalam keadaan tertentu pengobatan hanya didasarkan pada jenis obat yang masih tersedia.

Sementara para pemegang kebijakan cenderung memberi alasan bahwa jumlah obat menjadi terbatas karena sebagian besar digunakan untuk kondisi yang sebetulnya tidak memerlukan obat. Hubungan antara proses pengelolaan obat dan proses pengobatan disajikan pada Gambar 2.1



Gambar 2.1. Proses Pengelolaan Obat dan Proses Pengobatan di Unit Pelayanan Kesehatan (Depkes RI, 2000)

Tampak pada gambar 2.1 bahwa aspek penggunaan obat merupakan komponen input dari proses pengelolaan obat. Dilain pihak, aspek penggunaan obat merupakan komponen output dari proses pengobatan.

Pengelolaan obat terdiri dari : perencanaan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian dan penggunaan (Dep Kes RI, 2000).

1. Perencanaan Obat

Perencanaan obat merupakan suatu proses kegiatan menentukan jenis, jumlah obat sesuai kebutuhan pelayanan dalam rangka pengadaan. Tujuan perencanaan obat agar tersedianya jenis dan jumlah obat yang tepat sesuai kebutuhan, menghindari terjadinya kekosongan obat, meningkatkan efisiensi dan kersasionalan pemakaian obat.

Untuk memperkirakan kebutuhan obat dikenal 2 metode yang biasa digunakan untuk memperkirakan kebutuhan obat dalam populasi (Dwiprahasto dan Kristin. 1999; Dep. Kes RI 2000), yaitu :

- a. *Population-bases* (morbiditas) merupakan metode perhitungan kebutuhan obat berdasarkan prevalensi dalam masyarakat dan menggunakan pedoman pengobatan yang baku untuk memperkirakan berapa banyak obat yang diperlukan . untuk memperkirakan kebutuhan obat diperlukan data epidemiologi penyakit, khususnya penyakit-penyakit yang paling sering diderita oleh masyarakat setempat.
- b. *Consumption-based* (konsumsi) merupakan metode perhitungan kebutuhan obat yang didasarkan pada pemakaian obat tahun sebelumnya. Perkiraan kebutuhan obat berdasarkan metode *consumption-based* umumnya bermanfaat jika data penggunaan obat dari tahun ke tahun tersedia secara lengkap dan konsumsi di unit-unit pelayanan kesehatan bersifat konstan atau tidak fluktuatif.

2. Pengadaan Obat

Pengadaan obat merupakan salah satu proses penyediaan obat yang dibutuhkan untuk menunjang pelayanan kesehatan kepada masyarakat di unit pelayanan kesehatan. Proses pengadaan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan-ketentuan yang berlaku untuk pengadaan barang dan jasa (Depkes RI, 2000).

3. Penyimpanan Obat

Penyimpanan adalah suatu kegiatan pengamanan dengan cara menempatkan obat-obatan ditempat yang dinilai aman dari pencurian, serta aman dari gangguan fisik yang dapat merusak obat. Oleh karenanya penyimpanan obat memerlukan berbagai sarana dan prasarana yang memadai sehingga obat berada dalam keadaan aman dan dapat dihindari kemungkinan obat rusak dalam gudang penyimpanan.

4. Distribusi Obat

Distribusi obat merupakan proses yang berlangsung secara terus menerus dan berulang-ulang di pusat pelayanan kesehatan. Pendistribusian obat dari Gudang Farmasi (GFK) ke unit pelayanan kesehatan dilakukan secara seksama agar obat yang tersedia tersebar secara merata untuk memenuhi kebutuhan unit pelayanan kesehatan. Distribusi obat dilakukan dengan menggunakan konsep FIFO (*First In-First Out*) yaitu obat yang didistribusikan lebih dahulu adalah obat yang lebih dulu diterima. Berbagai masalah sering muncul dalam proses distribusi obat, misalnya obat yang diterima tidak sesuai dengan pesanan atau pencatatan kartu stok dan pengendalian persediaan tidak ada. Sedikitnya sarana transportasi dan letak Puskesmas yang saling berjauhan akan mempersulit pengiriman obat ke pusat pelayanan kesehatan.

5. Penggunaan Obat

Penggunaan obat merupakan rangkaian kegiatan yang tidak dapat dipisahkan dari seluruh aspek pengelolaan obat, dimana sesungguhnya obat yang akan diadakan dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan obat yang akan digunakan di unit pelayanan kesehatan. Sehingga obat harus dapat dimanfaatkan secara benar, baik oleh petugas pelayanan kesehatan (di tingkat puskesmas, pustu dan pusling) maupun oleh pasien. Penggunaan obat di Puskesmas haruslah seefisien mungkin dengan menggunakan Obat Esensial dan pengobatan yang rasional.

Pengelolaan obat yang efektif dan efisien di GFK dan Puskesmas akan menunjang ketersediaan obat sehingga meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Penerapan format LPLPO dalam sistem pencatatan dan pelaporan obat di Puskesmas dan GFK akan memberikan berbagai data dan

informasi yang sangat dibutuhkan untuk perhitungan kebutuhan dan pendistribusian obat serta kegiatan pengendalian persediaan obat (Depkes RI, 2000).

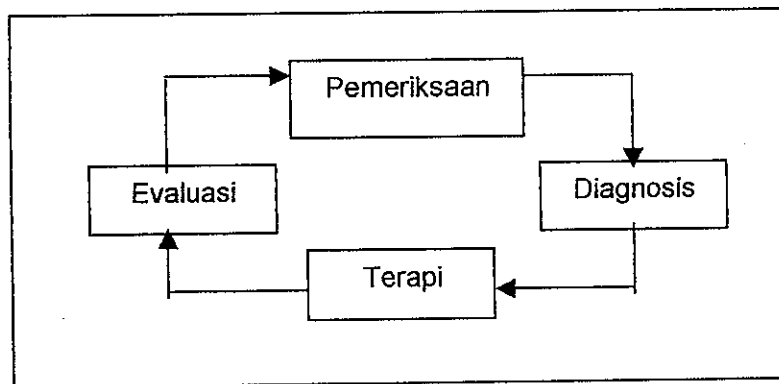
E. Kerasionalan Penggunaan Obat

Salah satu upaya Pemerintah untuk menerapkan kerasionalan penggunaan obat yaitu melalui penerapan Konsepsi Obat Esensial dan penerbitan Buku Pedoman Pengobatan. Obat Esensial adalah obat terpilih yang paling dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan, mencakup upaya diagnosis, profilaksi, terapi dan rehabilitasi, yang harus selalu tersedia pada unit pelayanan kesehatan sesuai dengan fungsi dan tingkatannya (Dep.Kes RI, 1998b). Penerapan DOEN (Daftar Obat Esensial Nasional) dimaksudkan untuk meningkatkan ketepatan, keamanan, kerasionalan penggunaan dan pengelolaan obat yang sekaligus meningkatkan daya guna dan hasil guna dari biaya yang tersedia sebagai salah satu langkah untuk memperluas, pemeratakan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Pedoman pengobatan merupakan petunjuk terapi yang mengacu pada berbagai penelitian mengenai masing-masing penyakit dan hanya memuat pilihan-pilihan terapi yang paling dianjurkan untuk masing-masing penyakit tersebut. (DepKes RI, 2001) Pedoman pengobatan disusun untuk setiap tingkat unit pelayanan kesehatan seperti Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas dan Pedoman Diagnosis dan Terapi di Rumah Sakit dan bertujuan untuk membantu dokter dalam menegakkan diagnosis dan pengobatan yang optimal penyakit tertentu sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan pengobatan. Disamping itu dengan adanya Pedoman Pengobatan perkiraan kebutuhan obat pada satu

periode tertentu akan lebih tepat karena kebutuhan obat utama untuk masing-masing penyakit dapat diperkirakan lebih rinci, juga menghindari pemakaian obat yang tidak perlu sehingga dengan demikian dapat menekan biaya obat yang sebenarnya tidak perlu dikonsumsi karena tidak pernah dianjurkan dalam pedoman yang ada.

Dalam upaya peningkatan penggunaan obat secara rasional, maka diperlukan upaya perbaikan melalui tahap-tahap yang sistematis. Tahap-tahap tersebut menurut Quick et al. (1997) dan Suryawati (1997) dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.2. Kerangka Konsep Upaya Peningkatan Penggunaan Obat Secara Rasional (Suryawati, 1997)

a. Tahap pemeriksaan

Tahap pemeriksaan bertujuan untuk menentukan masalah utamanya. Pada tahap ini dilakukan analisis mengenai pola penggunaan obat berdasarkan analisis kualitatif dari pengamatan dan pengalaman sehari-hari maupun studi kuantitatif terhadap pola persepsian oleh dokter.

b. Tahap diagnosis

Tahap diagnosis bertujuan untuk mencari faktor penyebab masalah, dengan menggunakan teknik-teknik kualitatif, misalnya observasi, wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah dengan para pelaku peresepan. Dengan demikian secara garis besar akan diperoleh gambaran apa yang menjadi masalah, kira-kira penyebabnya apa, siapa aktor yang terlibat dan bagaimana sistem yang ada dijalankan. Sesudah itu perlu untuk merumuskan alternatif intervensi yang kira-kira paling efektif. Intervensi dipilih sesuai dengan kemungkinan penyebab masalah yang dikemukakan.

3. Tahap terapi

Tahap terapi melalui beberapa proses, yaitu pertama adalah memilih alternatif intervensi sesuai dengan penyebab atau faktor pendorong yang diketemukan pada tahap diagnosis. Proses kedua yaitu merancang dan mempersiapkan kegiatan intervensi yang akan dilaksanakan sesuai dengan kondisi dan situasi yang ada. Proses ketiga, pelaksanaan intervensinya. Upaya intervensi pada dasarnya dapat dibagi menjadi tiga (Grand, et al, 1999, Suryawati, 1997, Quick et al, 1997), yaitu :

- 1) Pertama, upaya pendidikan dan informasi. Intervensi diberikan kepada dokter penulis resep kepada pasien, misalnya melalui penyegaran, kampanye-kampanye tertentu, pemberian informasi dan sebagainya.
- 2) Kedua, upaya manajerial (pengelolaan), yang pada dasarnya memberikan tuntunan dan pengarahan dalam keputusan peresepan obat. Upaya intervensi dari sisi pengelolaan (manajerial) ini mencakup : perbaikan suplai (dalam proses seleksi, pedoman pengobatan, penelaahan pemakaian obat, sebagai umpan balik untuk para penulis resep), sistem

pereseapan dan dispensing obat (penyediaan pedoman pengobatan, formulir resep khusus untuk membatasi jumlah R/), dan pengembangan sistem supervisi dan monitoring penggunaan obat.

- 3) Ketiga, upaya regulasi, yaitu upaya yang sifatnya mengharuskan dan mengikat, misalnya dengan peraturan-peraturan formal (Sutrisna, 1996). Kelebihan pendekatan ini oleh karena bersifat mengikat, sedangkan pendekatan pendidikan dan pengelolaan umumnya bersifat persuasif. Sebagai contoh misalnya kebijaksanaan pereseapan obat generik yang dilakukan di unit-unit pelayanan pemerintah.

Untuk mengetahui apakah intervensi yang dilakukan membawa hasil maka perlu dilakukan evaluasi. Sebab sering terjadi, setiap intervensi begitu saja diberikan tanpa ditelaah apakah efektif atau tidak.

d. Tahap evaluasi

Tujuan evaluasi pada dasarnya adalah untuk mengetahui apakah intervensi yang telah dilaksanakan benar-benar dapat memberikan perubahan kearah perbaikan. Beberapa pertimbangan yang harus diambil pada saat melakukan evaluasi misalnya adalah indikator apa yang akan dipakai untuk menilai adanya perubahan-perubahan kearah perbaikan. Untuk itu telah dikembangkan suatu indikator penggunaan obat oleh INRUD (*International Network for the Rational Use Drugs*), yang kemudian diadopsi oleh WHO. (WHO/DAP, 1993)

Indikator penggunaan obat ini terdiri dari indikator utama dan indikator tambahan, yaitu :

1. Indikator utama

Indikator utama mencakup 3 aspek, yaitu : indikator persepsan, indikator pelayanan pasien dan indikator fasilitas. Untuk indikator persepsan, secara rinci dapat dilihat pada Tabel 2.5.

Tabel 2.5. Indikator Peresepan

Macam indikator	Tujuan	Cara menghitung
Rata-rata jumlah item obat yang diterima pasien pada tiap diagnosa.	Untuk mengukur derajat polifarmasi.	-Hitung jumlah obat yang diresepkan untuk tiap diagnosa (a). -Hitung jumlah kasus yang ditemukan pada tiap diagnosa (b). - $C = a/b$
Persentase pasien yang menerima antibiotik pada tiap diagnosa.	Untuk mengukur penggunaan antibiotik secara berlebihan.	-Hitung jumlah pasien yang mendapat terapi dengan antibiotik pada tiap diagnosa (a). -Hitung jumlah kasus yang ditemukan pada tiap diagnosa (b). - $C = a/b \times 100\%$
Persentase pasien yang menerima injeksi pada tiap diagnosa.	Untuk mengukur penggunaan injeksi yang berlebihan.	-Hitung jumlah pasien yang mendapat injeksi pada tiap diagnosa (a). -Hitung jumlah kasus yang ditemukan pada tiap diagnosa (b). - $C = a/b \times 100\%$
Persentase penulisan resep dengan nama generik.	Untuk mengukur kecenderungan meresepkan obat generik.	-Hitung jumlah obat yang menggunakan nama generik pada tiap diagnosa (a). -Hitung jumlah obat pada tiap diagnosa (b). - $C = a/b \times 100\%$
Persentase obat yang diresepkan sesuai/mengacu pada pedoman pengobatan.	Untuk mengukur tingkat kepatuhan dokter terhadap pedoman pengobatan	-Hitung jumlah obat yang diresepkan sesuai dengan pedoman pengobatan (a). -Hitung jumlah obat yang diresepkan pada tiap diagnosa (b). - $C = a/b \times 100\%$

Sumber : WHO/DAP (1993)

Indikator pelayanan pasien meliputi : rata-rata lama konsultasi, rata-rata lama penyerahan obat, persentase obat yang diserahkan vs yang diresepkan, persentase obat yang diberikan etiket dengan benar, persentase pasien yang

mengetahui cara menggunakan obat dengan benar. Indikator fasilitas meliputi : ketersediaan buku DOEN atau formularium, ketersediaan obat-obat utama.

Indikator Tambahan

Indikator tambahan meliputi : persentase pasien yang tidak diberi obat, biaya per kasus, persentase biaya antibiotika terhadap biaya total, persentase pasien yang merasa puas terhadap pelayanan, persentase unit pelayanan kesehatan yang menerima informasi obat yang netral.

Keempat tahap tersebut merupakan proses yang berkesinambungan dan saling terkait. Temuan pada suatu tahap merupakan masukan bagi tahap berikutnya.

F. Perilaku Petugas

Ada beberapa macam teori tentang perilaku, antara lain menurut Solita (1993) dikatakan bahwa perilaku merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan praktik atau tindakan. Sedangkan Notoatmojo (1993) mengatakan perilaku manusia dapat dilihat dari tiga aspek yaitu aspek fisik, psikis dan sosial yang secara terinci merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan seperti : pengetahuan, motivasi, persepsi, sikap dan sebagainya yang ditentukan dan dipengaruhi oleh faktor pengalaman, keyakinan, sarana fisik dan sosial budaya masyarakat.

Menurut Bloom dalam Notoatmodjo (1993) disebutkan bahwa perilaku seseorang terdiri dari tiga bagian penting, yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Kognitif dapat diukur dari pengetahuan, afektif dari sikap atau tanggapan dan psikomotori diukur melalui tindakan (praktik) yang dilakukan. Dalam proses

pembentukan dan perubahan perilaku dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari dalam dan luar individu. Faktor dari dalam individu mencakup pengetahuan, kecerdasan, persepsi, sikap, emosi dan motivasi yang berfungsi untuk mengolah rangsangan dari luar. Faktor dari luar individu meliputi lingkungan sekitar baik fisik maupun non fisik seperti iklim, manusia, sosial, ekonomi, budaya dan sebagainya.

Perilaku seseorang yang terukur dari pengetahuan, sikap dan praktik dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Pengetahuan

Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber, misalnya media massa, media elektronik, buku petunjuk, media poster, kerabat dekat dan sebagainya. Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinan tersebut. Notoatmodjo (1993) mengatakan bahwa pengetahuan merupakan resultan dari akibat proses penginderaan terhadap suatu obyek. Penginderaan tersebut sebagian besar berasal dari penglihatan dan pendengaran. Pengukuran atau penilaian pengetahuan pada umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat bantu kuesioner berisi materi yang ingin diukur dari responden.

Definisi pengetahuan menurut Notoatmodjo (1993) adalah merupakan hasil dari tahu, hal ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan diperoleh dari proses belajar, yang dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai dengan keyakinan yang diperoleh. berasal dari berbagai sumber seperti; media elektronik, media massa dan lain-lain. Sedangkan Bahar (1988) mengemukakan

bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin besar kemampuan menyerap, menerima, mengadopsi informasi.

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup, tidak dapat dilihat secara langsung sehingga sikap hanya dapat ditafsirkan dari perilaku yang nampak (Notoatmodjo, 1993). Pengertian lain sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu obyek dengan cara tertentu serta merupakan respon evaluatif terhadap pengalaman kognitif, reaksi afeksi, kehendak dan perilaku berikutnya. Jadi sikap merupakan respon evaluatif didasarkan pada proses evaluasi diri, yang disimpulkan berupa penilaian positif atau negatif yang kemudian mengkristal sebagai potensi reaksi terhadap obyek (Zimbardo dan Leippe, 1991).

Mar'at (1982) mengatakan manusia tidak dilahirkan dengan sikap pandangan ataupun perasaan tertentu, tetapi sikap tadi dibentuk sepanjang perkembangannya. Adanya sikap tadi dibentuk sepanjang perkembangannya. Adanya sikap akan menyebabkan manusia bertindak secara khas terhadap obyek – obyeknya. Dengan kata lain sikap merupakan produk dari proses sosialisasi, seseorang memberikan reaksi sesuai dengan rangsangan yang ditemuinya. Sikap dapat diartikan suatu kontrak untuk memungkinkan terlihatnya suatu aktivitas. Menurut Kartono (1990) sikap seseorang adalah predisposisi (keadaan mudah terpengaruh) untuk memberikan tanggapan terhadap rangsangan lingkungan yang dapat memulai atau membimbing tingkah laku orang tersebut. Secara definitif sikap berarti suatu keadaan jiwa (mental) dan keadaan berpikir (neutral) yang dipersiapkan untuk memberikan tanggapan terhadap suatu obyek yang diorganisasi melalui pengalaman serta mempengaruhi secara langsung atau tidak langsung pada perilaku.

3. Praktik (tindakan)

Praktik menurut *Theory of Reasoned Action* (Smet,1994), dipengaruhi oleh kehendak, sedangkan kehendak dipengaruhi oleh sikap dan norma subyektif. Sikap sendiri dipengaruhi oleh keyakinan akan hasil dari tindakan yang telah lalu. Norma subyektif dipengaruhi oleh keyakinan akan pendapat orang lain serta motivasi untuk mentaati pendapat tersebut.

Praktik individu terhadap suatu obyek dipengaruhi oleh persepsi individu tentang kegawatan obyek, kerentanan, faktor sosiopsikologi, faktor sosiodemografi, pengaruh media massa, anjuran orang lain serta perhitungan untung rugi dari praktiknya tersebut (Kartono,1990).

Praktik ini dibentuk oleh pengalaman interaksi individu dengan lingkungan, khususnya yang menyangkut pengetahuan dan sikapnya terhadap suatu obyek. Penelitian dari De Werdt (1989) mengatakan ada pengaruh yang kuat dari tingkat pengetahuan terhadap praktik.

Pengaruh pengetahuan terhadap praktik dapat bersifat langsung maupun melalui perantara sikap. Sedangkan Notoatmodjo (1993) menyatakan suatu sikap belum otomatis terwujud dalam bentuk praktik (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu perbuatan yang nyata (praktik) diperlukan faktor pendukung atau kondisi yang memungkinkan.

Fisben dan Ajzen (dik Anco, 1989) menyatakan bahwa keikutsertaan seseorang di dalam suatu aktivitas tertentu sangat erat hubungannya dengan pengetahuan, sikap, niat dan perilakunya. Pengetahuan terhadap manfaat suatu kegiatan akan menyebabkan orang mempunyai sikap yang positif terhadap hal tersebut. Selanjutnya sikap yang positif ini akan mempengaruhi niat untuk ikut serta dalam kegiatan tersebut. Niat untuk ikut serta dalam suatu kegiatan sangat

tergantung pada seseorang mempunyai sikap positif atau tidak terhadap kegiatan. Adanya niat untuk melakukan suatu kegiatan akhirnya sangat menentukan apakah kegiatan akhirnya dilakukan. Kegiatan yang sudah dilakukan inilah yang disebut dengan perilaku.

Green (1980) menyebutkan tiga faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku individu maupun kelompok sebagai berikut :

Faktor yang mempermudah (*predisposing factor*) yang mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, norma sosial dan unsur lain yang terdapat dalam diri individu maupun masyarakat

- a. Faktor pendukung (*enabling factor*) antara lain umur , status sosial / ekonomi, pendidikan dan sumber daya masyarakat
- b. Faktor pendorong (*reinforcing factor*) yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap dan perilaku yang lain seperti sikap suami, orang tua, tokoh masyarakat atau petugas kesehatan.

G. Karakteristik Individu.

1. Umur

Kedewasaan seseorang dapat dilihat dari usia seseorang yang merupakan salah satu faktor untuk mengetahui kemampuan, pengetahuan, persepsi, tanggung jawab dalam bertindak, berpikir serta mengambil keputusan.

Faktor usia merupakan faktor yang tidak dapat diabaikan, mengingat hal tersebut mempengaruhi kekuatan fisik dan psikis seseorang serta pada usia tertentu seorang karyawan akan mengalami perubahan potensi kerja. Tenaga kerja yang lebih senior cenderung lebih baik persepsinya karena mereka lebih

mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan berdasarkan pengalamannya. Mereka cenderung lebih stabil emosinya sehingga secara keseluruhan dapat bekerja lebih lancar, teratur dan mantap (Davis, 1984).

Umur seseorang demikian besar perannya dalam mempengaruhi kinerja seseorang. Umur menyangkut perubahan – perubahan yang dirasakan individu sehubungan dengan pengalaman maupun perubahan kondisi fisik dan mental seseorang, sehingga nampak dalam aktivitas sehari – hari. Survey yang dilakukan oleh *National Association of Manufactures* membuktikan bahwa lebih dari 3 juta pekerja, 93 % pekerja usia lanjut.

Faktor umur merupakan faktor yang tidak dapat diabaikan, mengingat umur mempengaruhi kekuatan fisik dan psikis seseorang serta pada usia tertentu seseorang karyawan akan mengalami perubahan potensi kerja.

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin ikut menentukan kinerja seseorang, sehingga dalam pekerjaan – pekerjaan tertentu akan lebih cocok bila dilakukan oleh wanita dan sebaliknya. Pandangan terhadap situasi dan kondisi kerja antara pria dan wanita relatif mempunyai perbedaan. Situasi yang demikian akan memberikan karakteristik terhadap kinerja seseorang.

Berkaitan dengan jenis kelamin, Muchlas (1994) berpendapat bahwa dalam berbagai penelitian dapat dikatakan bahwa secara umum tidak ada perbedaan yang signifikan dalam produktivitas kerja.

Stephen P Robbins (2001) berpendapat bahwa perbedaan yang nyata antara pria dan wanita yang berpengaruh terhadap kinerja adalah tidak ada perbedaan yang konsisten pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas atau

kemampuan belajar. Sementara itu wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang dan harapan untuk sukses walaupun perbedaan itu sangat kecil.

3. Masa Kerja

Dalam hal pengalaman kerja atau senioritas, Muchlas (1994) mengemukakan sampai saat ini belum dapat diambil kesimpulan yang menyakinkan, bahwa pengalaman kerja yang lama akan dapat menjamin bahwa mereka lebih produktif daripada karyawan yang belum lama bekerja. Namun Luthans dalam Mustar (1999) berpendapat bahwa karyawan baru cenderung kurang puas dibandingkan dengan karyawan yang lebih senior.

Masa kerja adalah lamanya bekerja, berkaitan erat dengan pengalaman – pengalaman yang telah didapat selama menjalankan tugas. Mereka yang berpengalaman di pandang lebih mampu dalam pelaksanaan tugas, makin lama masa kerja seseorang, kecakapan mereka akan lebih baik, karena sudah dapat menyesuaikan diri dengan pekerjaannya (Agus, 1992).

Masa kerja seseorang dalam suatu organisasi dapat menjadi suatu tolok ukur loyalitas karyawan dalam bekerja serta menunjukkan masa baktinya untuk organisasi. Semakin lama masa kerja seseorang dapat diasumsikan bahwa orang tersebut lebih berpengalaman dan lebih senior di dalam bidang yang ditekuninya.

4. Pendidikan

Upaya untuk tercapainya kesuksesan di dalam bekerja dituntut pendidikan yang sesuai dengan jabatan yang dipegangnya (LAN RI, 1993). Pendidikan merupakan suatu bekal yang harus dimiliki seseorang dalam bekerja, dimana dengan pendidikan seseorang dapat mempunyai suatu ketrampilan, pengetahuan serta kemampuan. Dengan tingkat pendidikan yang memadai

diharapkan seseorang dapat lebih menguasai pekerjaan yang dibebankan kepadanya karena keterbatasan pendidikan akan mempengaruhi seseorang dalam menentukan dunia kerja yang diinginkannya. Pendidikan saat ini dirasakan sebagai suatu kebutuhan yang mendasar bagi setiap karyawan. Dengan semakin berkembangnya dunia bisnis maka karyawan dituntut untuk memiliki pendidikan yang tinggi. Semakin tinggi tingkat pendidikan karyawan maka dapat diasumsikan lebih memiliki pengetahuan, kemampuan serta ketrampilan tinggi.

Gilmer dalam Frazer (1992), mengatakan bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah seseorang berpikir secara luas, makin tinggi daya inisiatifnya dan makin mudah pula untuk menemukan cara – cara yang efisien guna menyelesaikan pekerjaannya dengan baik.

5. Pelatihan

Menurut Sujak (1990) predisposing factor merupakan gambaran mutu sumber daya manusia, dan dapat ditingkatkan melalui tiga hal meliputi pelatihan (*training*), pendidikan (*education*) dan pengembangan (*development*). Pelatihan menekankan pada peningkatan pengetahuan, sikap dan ketrampilan untuk melaksanakan tugas pekerjaan yang sedang menjadi tanggung jawab petugas, sedangkan pendidikan lebih menekankan pada pengetahuan, sikap dan ketrampilan baru, yang akan melengkapi individu dalam melaksanakan tugas pekerjaan baru atau yang berbeda dengan tugas pekerjaan yang sedang menjadi tanggung jawabnya, adapun pengembangan sumber daya manusia merupakan aktifitas yang berorientasi pada pertumbuhan individu maupun organisasinya, yang memusatkan aktivitas konseptual dan perseptual yang belum dikembangkan atau belum dialami oleh individu tersebut.

Menurut Departemen Kesehatan RI (1990) pelatihan adalah suatu upaya sistematis untuk mengembangkan sumber daya manusia baik perorangan, kelompok maupun organisasi yang diperlukan untuk tugas pada waktu sekarang dan untuk menyiapkan masa depan yang ditujukan untuk menyelesaikan masalah tugas pekerjaan masa itu. Sedangkan menurut Trisnantoro, dkk (1996) pelatihan / diklat adalah suatu proses yang sistematis untuk mengembangkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang diperlukan seseorang dalam melaksanakan tugasnya serta diharapkan akan dapat mempengaruhi kinerja baik bagi orang yang bersangkutan maupun bagi organisasinya.

Pelatihan dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan dan teknik pelaksanaan kerja tertentu (Handoko, 1998), sedang Gomes (1999) mengemukakan definisi pelatihan adalah suatu kegiatan pembelajaran dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan untuk memperbaiki kinerja pekerja pada suatu pekerjaan tertentu yang menjadi tanggung jawabnya atau berkaitan dengan pekerjaan menjadi lebih baik dan efektif.

Jenis pelatihan yang pernah diikuti seseorang yang berhubungan dengan bidang pekerjaannya akan dapat mempengaruhi ketrampilan dan sikap mentalnya serta akan meningkatkan kepercayaannya pada kemampuan dirinya, hal ini tentu akan berpengaruh positif terhadap kinerja karyawan yang bersangkutan. Para pegawai harus dididik secara sistematis jika mereka akan melaksanakan pekerjaannya dengan baik (Manulang, 1987)

6. Jabatan

Hani Handoko (1995) berpendapat bahwa dalam melakukan tugas dan tanggung jawabnya, seseorang membutuhkan jabatan. Melalui penggunaan

suatu proses yang disebut analisa jabatan, organisasi menentukan ketrampilan – ketrampilam, tanggung jawab, pengetahuan, wewenang, lingkungan dan antar hubungan yang terlibat dalam setiap jabatan. Dimana dalam analisa jabatan tersebut terdapat deskripsi jabatan yaitu pernyataan – pernyataan tertulis yang meliputi tugas – tugas, wewenang, tanggung jawab dan hubungan – hubungan lini (baik ke atas maupun ke bawah) dan spesifikasi jabatan yang merupakan pernyataan – pernyataan tertulis yang menunjukkan kualitas minimum karyawan yang dapat diterima agar mampu menjalankan suatu jabatan dengan baik.

H. Standar Tata Laksana Pengobatan ISPA Pneumonia

Pedoman pelaksanaan pengobatan ISPA pneumonia yang ditetapkan, dipergunakan sebagai petunjuk petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas untuk melaksanakan pengobatan ISPA pneumonia pada balita.

Donabedian menyatakan bahwa standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan. Menurut Azwar , standar pada dasarnya adalah menuntut pada tingkat ideal yang dapat dicapai. Untuk memandu para pelaksana program pengobatan ISPA pneumonia agar tetap berpedoman pada standar yang telah ditetapkan maka disusun pedoman atau petunjuk teknis pelaksana.

Standar atau SOP adalah seperangkat kebijakan dan peraturan, pengarahan, prosedur atau hasil kerja yang ditetapkan untuk semua kegiatan. Selain itu dapat digunakan sebagai petunjuk yang memungkinkan semua pemberi pelayanan melaksanakan tugasnya dengan sukses.

Standar dapat diukur dengan menggunakan suatu indikator. Indikator (tolok ukur) adalah suatu ukuran kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan.

I. Tingkat Kepatuhan Petugas Terhadap Standar

Kaitannya dengan peningkatan mutu pelayanan, pengukuran mutu pelayanan kesehatan dilakukan dengan pengukuran mutu teknis pelayanan kesehatan. Pengukuran mutu teknis yaitu pengukuran yang berkaitan dengan kesesuaian proses pelayanan kesehatan terhadap standar yang telah ditetapkan.

Tingkat kepatuhan atau *compliance rate* (CR) adalah pengukuran pelaksanaan kegiatan yang sesuai dengan langkah – langkah dalam standar yang telah ditetapkan. Perhitungan tingkat kepatuhan dapat sebagai kontrol atau feedback bahwa petugas pelaksana telah melaksanakan kegiatan sesuai dengan standar.

Adapun bentuk operasionalnya adalah mematuhi terhadap langkah – langkah pelayanan pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas. Alat bantu yang digunakan adalah daftar tilik / *check list*. Daftar tilik tersebut adalah untuk mengukur tingkat mutu pelayanan. Digunakan dengan cara pengamatan langsung kepada petugas pelaksana pada saat memberikan pelayanan.

Daftar tilik terdiri dari anamnesa, pemeriksaan fisik, klasifikasi diagnosa, pengobatan / rujukan dan penyuluhan perorangan di tempat (konseling).

Masalah – masalah yang ada dalam pelaksanaan kepatuhan tersebut adalah tidak cukup waktu untuk menyesuaikan standar, petugas menolak (resisten) untuk melaksanakan langkah – langkah sesuai standar, masalah – masalah yang timbul karena mematuhi standar dan meningkatnya waktu tunggu.

Sehingga kepatuhan petugas merupakan faktor yang sangat penting untuk menentukan keberhasilan program mutu pelayanan (*Quality Assurance*).

Tingkat kepatuhan (*Compliance rate / CR*) sama dengan jumlah jawaban ya (Y) yang dibagi dengan jumlah Ya (Y) ditambah jumlah tidak (T) kali 100 % (Departemen Kesehatan, 1997).

$$CR = \frac{\text{Jumlah Ya}}{\text{Jumlah Y + Jumlah T}} \times 100 \%$$

Adapun klasifikasi tingkat kepatuhan petugas adalah :

1. Kepatuhan Kurang apabila CR kurang dari 80 %
2. Kepatuhan cukup apabila CR antara 80,5 sampai dengan 90 %
3. Kepatuhan baik apabila CR lebih dari 90 %

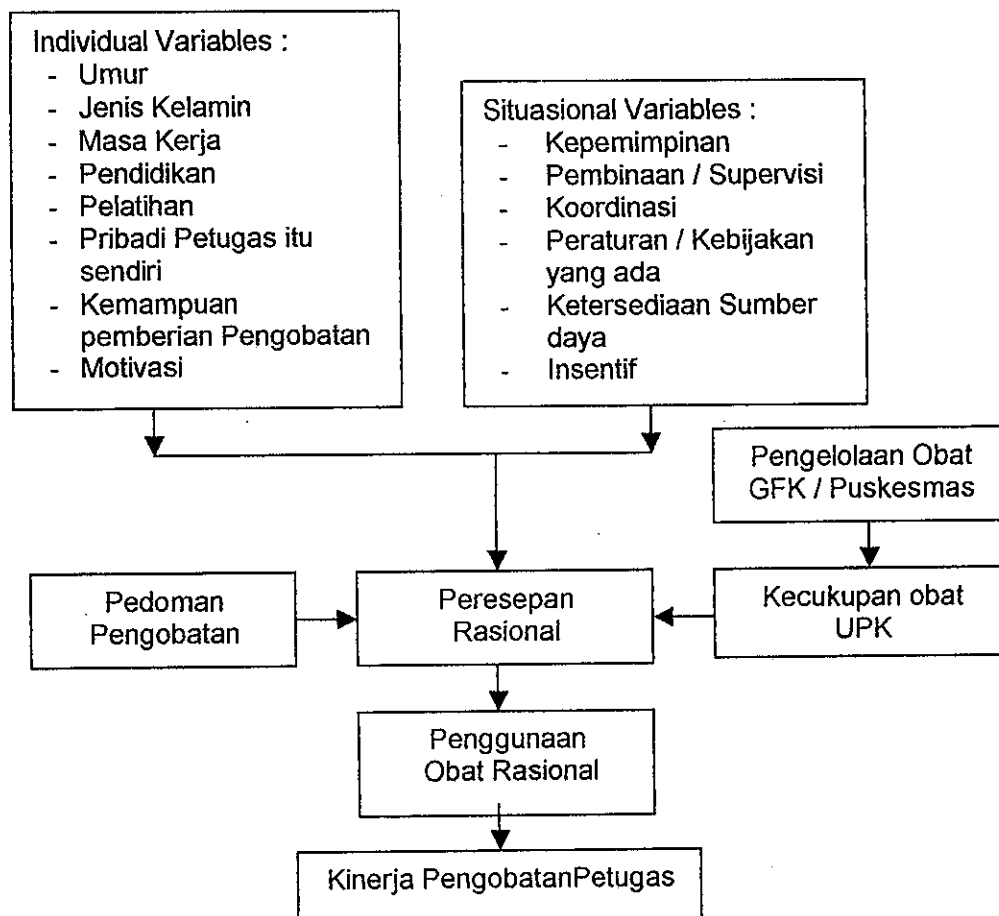
J. Landasan Teori

Peningkatan penggunaan obat yang rasional akan dimulai dengan peresepan obat yang rasional (Quick, et al., 1997). Peresepan obat yang rasional harus mengacu pada Pedoman Pengobatan yang berlaku dan dipengaruhi oleh tingkat kecukupan obat di unit pelayanan kesehatan. Tingkat kecukupan obat berkaitan erat dengan pengelolaan obat baik di GFK maupun Puskesmas.

Rasionalitas penggunaan obat rasional dalam pengobatan ispa pneumonia merupakan perwujudan dari kinerja petugas pelaksana pengobatan ispa pneumonia pada balita di Puskesmas, dimana kinerja seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya faktor yang bersumber dari dalam individu petugas yang disebut dengan *individual variables (internal aspect)* dapat berupa

karakteristik (umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan dan pelatihan) , pribadi petugas itu sendiri, kepatuhan terhadap standar dalam anamnese, diagnosis, persepan maupun kepatuhan dalam memberikan dosis yang tepat. (Lawlor & Peka, 1998).

K. Kerangka Teori

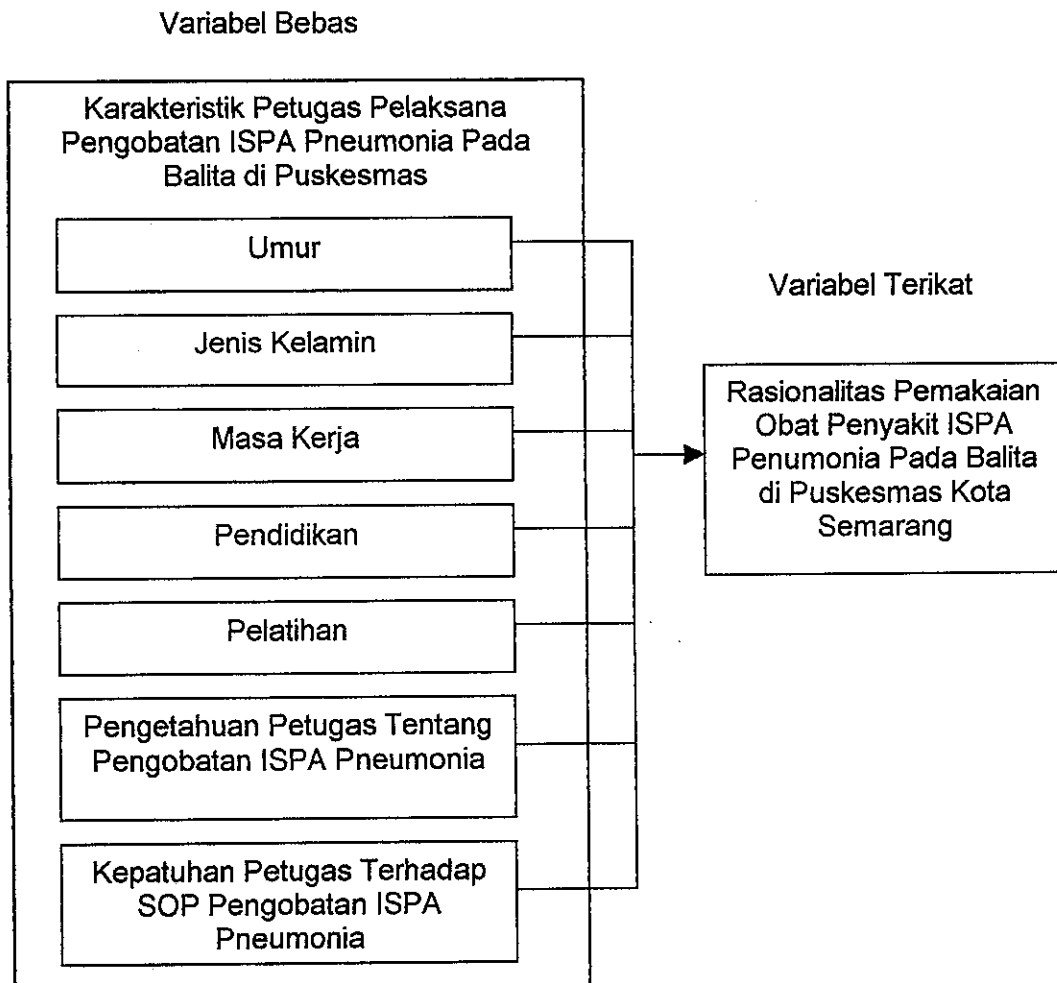


Sumber : Lawlor & Peka (1998) ; Depertemen Kesehatan RI (1998).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

B. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan umur petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang

2. Ada hubungan jenis kelamin petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang
3. Ada hubungan masa kerja petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang
4. Ada hubungan pendidikan petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang
5. Ada hubungan pelatihan yang pernah diikuti petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang
6. Ada hubungan pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang
7. Ada hubungan kepatuhan petugas pelaksana terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang

C. Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran

1. Umur

Umur didefinisikan sebagai usia petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang dalam tahun sejak kelahiran sampai saat penelitian. Kelahiran diketahui dari kartu tanda penduduk (KTP). Dalam penelitian ini umur dihitung berdasarkan ulang tahunnya, enam

bulan atau lebih dibulatkan keatas dan kurang dari enam bulan dibulatkan kebawah.

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner dan observasi dokumen pribadi responden berupa kartu tanda penduduk.

Skala Pengukuran : Ordinal

Kategori :

- 1) Muda (Kurang dari 30 tahun)
- 2) Dewasa (30 tahun sampai dengan 40 tahun)
- 3) Tua (lebih dari 40 tahun)

2. Jenis Kelamin

Jenis Kelamin didefinisikan sebagai jenis kelamin petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita yang terdiri dari pria atau wanita.

Cara mengukur : observasi

Skala Pengukuran : Nominal

Kategori :

- 1) Pria
- 2) Wanita

3. Masa Kerja

Masa kerja didefinisikan sebagai lama waktu terhitung mulai bekerja sebagai petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas sampai penelitian. Dalam penelitian ini masa kerja dihitung berdasarkan tahun. Apabila kurang dari 6 bulan dibulatkan ke bawah dan bila 6 bulan atau lebih dibulatkan ke atas. Data masa kerja dikategorikan mengikuti cara yang disarankan Bennet (1987).

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan observasi data kepegawaian Puskesmas.

Skala Pengukuran : Ordinal.

Kategori :

- 1) Baru : Kurang dari 5 tahun
- 2) Cukup : 5 sampai dengan 10 tahun
- 3) Lama : Lebih dari 10 tahun.

4. Pendidikan

Pendidikan didefinisikan sebagai tingkat pendidikan formal tertinggi yang dicapai petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

Cara mengukur : data tentang pendidikan responden diperoleh dari keterangan responden melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner dan ditunjukkan dengan bukti ijazah atau data kepegawaian Puskesmas. Data pendidikan dikategorikan mengikuti cara yang disarankan Bennet (1987).

Skala pengukuran : Ordinal

Kategori :

- 1) Pendidikan rendah : apabila tamat pendidikan setingkat SLTA sampai dengan DI
- 2) Pendidikan sedang : apabila tamat pendidikan setingkat DIII
- 3) Pendidikan tinggi : apabila pendidikan DIV – S1

5. Pelatihan

Pelatihan didefinisikan sebagai jenis pelatihan yang pernah diikuti oleh petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas,

dimana pelatihan tersebut berhubungan dengan tugas, pokok dan fungsinya sebagai pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner dan didukung dengan bukti sertifikat pelatihan. Data pelatihan dikategorikan mengikuti cara yang disarankan Bennet (1987).

Skala pengukuran : Ordinal

Kategori :

- 1) Pelatihan Kurang : apabila pelatihan yang pernah diikuti kurang dari 2 jenis pelatihan sejak ditugaskan sebagai petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia di Puskesmas
- 2) Pelatihan Cukup : apabila pelatihan yang pernah diikuti 3 - 4 jenis pelatihan sejak ditugaskan sebagai petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia di Puskesmas
- 3) Pelatihan Baik : apabila pelatihan yang pernah diikuti lebih dari 4 jenis pelatihan sejak ditugaskan sebagai petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia di Puskesmas

6. Kepatuhan Petugas Pelaksana Terhadap SOP Pengobatan ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas

Kepatuhan petugas pelaksana terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas didefinisikan sebagai tingkat kepatuhan petugas pelaksana terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas yang terdiri dari (1) anamnesa, (2) pemeriksaan, (3)

mengklasifikasikan penyakit anak balita (diagnosa), (4) pengobatan (pereseapan) dan (5) konseling sebagaimana terdapat dalam *standard operating procedure* (SOP) pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas (Depkes RI, 1997).

Cara mengukur : dilakukan dengan cara observasi langsung pada saat petugas pelaksana melakukan pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dengan menggunakan *check list* / daftar tilik prosedur pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

Observasi langsung ini untuk menilai kepatuhan petugas dalam mematuhi standar pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas yaitu dengan menghitung tingkat kepatuhan petugas terhadap standar (*Compliance Rate*), dengan rumus : Tingkat kepatuhan (*Compliance rate* / CR) sama dengan jumlah jawaban ya (Y) yang dibagi dengan jumlah Ya (Y) ditambah jumlah tidak (T) kali 100 % (Departemen Kesehatan, 1997).

$$CR = \frac{\text{Jumlah Ya}}{\text{Jumlah Y} + \text{Jumlah T}} \times 100 \%$$

Selain itu juga dilakukan observasi terhadap dokumentasi hasil supervisi atau penilaian tingkat kepatuhan petugas terhadap standar yang dilakukan oleh tim *Quality Assurance* (QA) / Jaminan Mutu Pelayanan Puskesmas, yang melakukan penilaian setiap tiga bulan sekali. (*check list* penilaian dan penetapan kriteria / kategori tingkat kepatuhan petugas yang digunakan peneliti sama dengan yang digunakan tim QA Puskesmas sesuai pedoman pengukuran tingkat kepatuhan petugas terhadap standar yang

diterbitkan oleh Departemen Kesehatan dalam Program Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas tahun 1997)

Skala pengukuran : Ordinal

Kategori :

- 1) Kepatuhan rendah : apabila CR kurang dari 80 %
- 2) Kepatuhan cukup : apabila CR antara 80 – 90 %
- 3) Kepatuhan tinggi : apabila CR 90 – 100 %

7. Pengetahuan Petugas Pelaksana Tentang Pengobatan ISPA Pneumonia

Pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia didefinisikan sebagai persetujuan petugas pelaksana terhadap tatalaksana pengobatan ISPA pneumonia dalam rangka menghindari kesalahan dalam pengobatan pasien ISPA pneumonia pada balita, sesuai dengan prosedur yang ada dalam SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

Cara mengukur : melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner tentang pengetahuan petugas dan responden diminta menyatakan persetujuannya atas pernyataan tersebut. Adapun jawaban responden untuk kemudian diberi skor 1 apabila sangat tidak setuju, skor 2 apabila tidak setuju, skor 3 apabila kurang setuju, skor 4 apabila setuju dan skor 5 apabila sangat setuju untuk pernyataan yang bersifat *favorable*, sedangkan untuk pernyataan yang bersifat *unfavorable* pemberian skor adalah apabila sangat tidak setuju (skor 5), tidak setuju (skor 4), kurang setuju (skor 3), setuju (skor 2) dan sangat setuju (skor 1). Jawaban atas *item* yang terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Pengukuran data dilakukan berdasarkan jumlah total skor yang diperoleh masing – masing responden per kelompok variabel penelitian. Mengikuti Abramson (1991) maka jawaban atas item yang

terpisah dalam suatu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Interpretasi jawaban mengikuti distribusi skor-T (Azwar S, 2002). Klasifikasi skor mengikuti kategori adopsi menjadi 3 klas (Henry Assael, 1992 dalam Sutisna, 2002).

Skala Pengukuran : Ordinal

Kategori :

- 1) Pengetahuan rendah : 16 % distribusi skor terendah
- 2) Pengetahuan cukup : 34 % distribusi skor terendah dan teratas
- 3) Pengetahuan tinggi : 16 % distribusi skor teratas

8. Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang

Rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang didefinisikan sebagai rasional atau tidaknya pengobatan yang dilakukan oleh petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang, yang diukur berdasarkan (1) kebenaran indikasi penyakit, (2) ketepatan dosis, (3) ketersediaan obat, (4) cara pemberian obat, (5) lama pemberian obat dan (6) efektifitas obat.

Cara mengukur : dilakukan wawancara dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan observasi terhadap dokumen pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas, berupa kartu resep dan kartu status pasien.

Skala Pengukuran : Nominal

Kategori :

- 1) Tidak Rasional
- 2) Rasional

D. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional dengan metode penelitian survei dimana penelitian survei ini bersifat deskriptif analitik yaitu suatu penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena itu terjadi, kemudian dilakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena, baik antara variabel bebas dan variabel terikat sehingga dapat diketahui seberapa jauh kontribusi variabel bebas terhadap variabel terikat. dan bersifat penjelasan (*Explanatory* atau *Confirmatory*).

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara variabel bebas dan terikat dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*Point time approach*).

Penelitian ini menitik beratkan pada analisa kuantitatif, dengan pertimbangan jumlah sampel dalam penelitian ini diatas 30 dan tujuan penelitian ini adalah ingin mengetahui ada tidaknya hubungan antara dua variabel serta seberapa kuat hubungannya.

E. Subyek Penelitian

1. Populasi

Populasi penelitian adalah petugas yang melaksanakan pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas di wilayah Kota Semarang sejumlah 93 orang.

2. Sampel

Sampel adalah total populasi. Pemilihan sampel dalam penelitian ini dilakukan terhadap responden yang memenuhi kriteria inklusi.

Adapun kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Pegawai Negeri Sipil atau Pegawai Tidak Tetap
- b. Tenaga Fungsional yang memiliki kewenangan untuk melakukan pengobatan ISPA pneumonia pada balita pada balita di Puskesmas yaitu dokter, dan tenaga paramedis (bidan dan perawat) yang terlatih (sesuai dengan pedoman penatalaksanaan ISPA pneumonia pada anak balita di Puskesmas yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan Tahun 2000)
- c. Bersedia diwawancarai dan mampu menjawab semua pertanyaan peneliti dengan baik

F. Alat Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini alat yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah (1) kuesioner dengan pertanyaan tertutup untuk mengetahui pengetahuan petugas tentang pengobatan ISPA pneumonia serta kuesioner dengan pertanyaan terbuka untuk mengetahui umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan dan pelatihan serta (2) *check list* / daftar tilik untuk melakukan observasi dan (3) pedoman *Focus Group Discussion* (FGD) pada Kepala Puskesmas untuk melengkapi atau penunjang data kuantitatif.

G. Prosedur Penelitian

1. Tahap persiapan

- a. Penyelesaian administrasi dan perizinan penelitian dilakukan mulai tanggal 3 Desember 2003.

- b. Penjajagan awal wilayah penelitian dan penelusuran populasi dengan melakukan survei pendahuluan di Dinas Kesehatan Kota Semarang dan seluruh Puskesmas yang berada di wilayah Kota Semarang.
- c. Pelatihan 2 orang enumerator mengenai cara pengumpulan data pada tanggal 4 – 6 Desember 2003.
- d. Melakukan uji coba alat pengumpul data yang dilakukan dari tanggal 8 – 10 Desember 2003 di Puskesmas yang berada di wilayah Kabupaten Semarang, dengan jumlah responden 30 orang petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.
- e. Melakukan uji kesahihan dan keandalan instrumen penelitian
- f. Pemilihan jumlah responden berdasarkan kriteria inklusi

2. Tahap pelaksanaan

Pengumpulan data dilakukan dari tanggal 22 sampai dengan tanggal 27 Desember 2003. Pengisian kuesioner terstruktur dan pengumpulan data dilakukan oleh peneliti dan dibantu 2 orang enumerator yang telah dilatih sebelumnya dengan latar belakang pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat. Pembatasan jumlah enumerator dimaksudkan untuk mengurangi variasi antara wawancara terhadap *item* pertanyaan yang dijawab oleh responden.

Dalam pengisian kuesioner antara responden satu dengan responden lainnya mempunyai perbedaan waktu dalam menjawab pertanyaan, tergantung dari kesibukan responden dan suasana yang mendukung.

Setelah data kuantitatif diperoleh, dilanjutkan dengan pelaksanaan FGD untuk 10 orang Kepala Puskesmas. FGD ini dimaksudkan untuk menambah informasi yang belum didapat dalam data kuantitatif.

3. Tahap akhir

Sebelum data kuantitatif diolah, terlebih dahulu dilakukan *editing* dan *coding* data, dilanjutkan dengan *entry* data, pengolahan data dengan menggunakan program pengolahan data di komputer. Adapun analisis data dilakukan dengan distribusi frekuensi, tabel dan perhitungan hubungan variabel dengan analisis bivariat dan multivariat. Setelah itu dilakukan penyusunan materi untuk seminar hasil, dilanjutkan dengan seminar hasil dan ujian tesis.

H. Cara Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah :

1. Data Primer

Data primer terdiri dari karakteristik petugas yang terdiri dari umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, pelatihan, pengetahuan petugas pelaksana tentang pengoatan ISPA pneumonia, kepatuhan petugas pelaksana terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita dan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.

Data primer diperoleh melalui (1) wawancara langsung kepada responden dengan menggunakan bantuan kuesioner yang telah dirancang untuk data kuantitatif dan sebelumnya telah di uji validitas dan reliabilitasnya. (Azwar S,2000). Kuesioner dibuat untuk memperoleh informasi yang relevan dengan tujuan survei dan memperoleh informasi dengan realibilitas dan validitas setinggi mungkin. (Singarimbun M,1989) dan (2) observasi langsung dengan menggunakan *check list* / daftar tiik untuk mengetahui kepatuhan petugas pelaksana dalam pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dan

rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang serta (3) *Focus Group Discussion* (FGD) terhadap 10 orang Kepala Puskesmas. FGD dilakukan dalam rangka mendiskusikan hal-hal yang berkaitan dengan faktor petugas dan rasionalitas pemakaian obat ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas yang dipimpin oleh peneliti dan dibantu oleh sekretaris.

FGD ini dimaksudkan untuk melengkapi temuan penelitian maupun *cross check*. FGD dilaksanakan setelah pengambilan data dari responden selesai.

Wawancara, observasi dan FGD dilakukan oleh peneliti dan dibantu enumerator yang mempunyai latar belakang pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat, sebanyak 2 orang dan sebelumnya dilakukan penyamaan persepsi oleh peneliti.

2. Data Sekunder

Data sekunder berupa yang diperoleh dari laporan dan catatan lain yang terdapat di Puskesmas antara lain status pasien dan kartu resep serta hasil penilaian tingkat kepatuhan petugas terhadap standar (SOP) tatalaksana ISPA pada anak balita di Puskesmas .

I. Pengolahan Data

1. Data Kuantitatif

Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan dengan langkah – langkah sebagai berikut :

a. Koding

Mengklasifikasikan jawaban responden menurut macamnya dengan cara menandai masing – masing jawaban dengan tanda kode tertentu

b. Editing

Meneliti kembali kelengkapan pengisian, keterbacaan tulisan, kejelasan makna jawaban. keajegan dan kesesuaian jawaban satu sama lainnya, relevansi jawaban dan keseragaman satuan data.

c. Tabulasi.

Mengelompokkan data sesuai dengan tujuan penelitian kemudian dimasukkan dalam tabel yang sudah disiapkan. Setiap pertanyaan yang sudah diberi nilai, hasilnya dijumlahkan dan diberi kategori sesuai dengan jumlah pertanyaan pada kuesioner. Langkah yang termasuk kedalam kegiatan tabulasi antara lain:

- 1) Memberikan skor item yang perlu diberikan skor
- 2) Memberikan kode terhadap item – item yang tidak diberikan skor
- 3) Mengubah jenis data, disesuaikan dengan teknik analisa yang akan digunakan

d. Penetapan skor

Penilaian data dengan memberikan skor untuk pertanyaan – pertanyaan yang menyangkut Variabel karakteristik petugas yang terdiri dari umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, pelatihan, pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia, kepatuhan petugas pelaksana dalam pengobatan ISPA pneumonia pada balita dan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.

Selanjutnya data dianalisis secara deskriptif maupun analitik.

2. Data Kualitatif

Pengolahan data kualitatif dengan cara menyimpulkan hasil *FGD* dengan metode analisis isi (*content analysis*) dengan langkah – langkah analisis menggunakan model interaktif (*interactive model*) yaitu mengandung empat komponen yang saling berkaitan, yaitu :

- a. Pengumpulan data
- b. Penyederhanaan atau reduksi data
- c. Penyajian data dan
- d. Verifikasi simpulan (Miles dan Huberman, 1985)

J. Analisis Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji reliabilitas dimaksudkan untuk mengukur seberapa jauh responden memberikan jawaban yang konsisten terhadap kuesioner yang diberikan. Reliabilitas sebenarnya adalah alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari variabel atau konstruk. Suatu kuesioner dikatakan reliabel atau handal jika jawaban seseorang terhadap pernyataan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Jawaban responden terhadap pertanyaan dikatakan reliabel jika masing – masing pertanyaan dijawab secara konsisten atau jawaban tidak boleh acak oleh karena masing – masing pertanyaan hendak mengukur hal yang sama.

Pengukuran reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan cara *one shot* atau pengukuran sekali saja. Disini pengukurannya hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain atau mengukur korelasi antar jawaban pertanyaan. Program komputer memberikan fasilitas untuk mengukur reliabilitas dengan uji statistik *cronbach alpha*. Suatu konstruk atau

variabel dikatakan reliabel jika memberikan nilai *cronbach alpha* > 0,60 (Ghozali, 2001)

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuesioner. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu untuk mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Jadi validitas ingin mengukur apakah pertanyaan dalam kuesioner yang sudah peneliti susun betul – betul dapat mengukur apa yang hendak diukur.

Pengukuran tingkat validitas dalam penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan korelasi antara skor butir pertanyaan dengan total score konstruk atau variabel. Dalam hal ini melakukan korelasi masing – masing score pertanyaan dengan total score , dengan hipotesa :

Ho : Skor butir pertanyaan berkorelasi positif dengan total score konstruk

Ha : Skor butir pertanyaan tidak berkorelasi positif dengan total score konstruk

Uji signifikansi dilakukan dengan membandingkan bilai r hitung dengan nilai r tabel untuk *degree of freedom* (df) = n – k dalam hal ini n adalah jumlah sampel dan k adalah jumlah konstruk. Jika r hitung (untuk r tiap butir dapat dilihat pada kolom *Corrected Item – Total Correlation*) lebih besar dari r tabel dan nilai r positif, maka butir atau pertanyaan tersebut dikatakan valid (Ghozali, 2001).

Uji coba (*try out*) terhadap kuesioner untuk uji validitas dan reliabilitas kuesioner dilakukan di Puskesmas di wilayah Kabupaten Semarang pada 30 orang petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas , dengan pertimbangan jumlah minimal 30 responden sehingga distribusi skornya akan mendekati kurva normal. Tujuan uji coba ini adalah untuk

menghindari adanya pertanyaan – pertanyaan yang sulit dimengerti ataupun kekurangan / kelebihan dari materi kuesioner itu sendiri serta untuk menguji validitas dan reliabilitas kuesioner (Azwar,S.,1997)

K. Analisis Data

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi analisis kuantitatif yang dimaksudkan untuk mengolah dan mengorganisasikan data, serta menemukan hasil yang dapat dibaca dan dapat diinterpretasikan. Analisis kuantitatif dilakukan dengan metode tertentu. Dalam penelitian ini metode yang digunakan adalah pengujian chi kuadrat.

1. Analisis Univariat

Untuk mendeskripsikan semua variabel bebas dan terikat dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan narasi. Analisis deskriptif dimaksudkan untuk mengetahui sebaran (distribusi) dari frekuensi jawaban responden terhadap kuesioner yang telah diisi dan kecenderungannya. Dari analisis ini diharapkan dapat diketahui rerata dan simpang bakunya.

2. Analisis Bivariat

Untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat digunakan metode *chi square test*. Siegel (1994) menyatakan *chi square test* dapat digunakan untuk menentukan signifikansi perbedaan – perbedaan antara k kelompok independen. Untuk menerapkan *chi square test*, pertama – tama disusun frekuensi – frekuensi itu dalam suatu tabel k X r.

Hipotesis nolnya adalah k sampel frekuensi atau proporsi berasal dari populasi yang sama atau populasi – populasi yang identik.

Dibawah hipotesis, distribusi sampling X^2 sebagai yang dihitung dapat ditunjukkan mendekati distribusi chi square dengan $db = (k-1)(r-1)$ dimana k = banyak kolom dan r = banyak baris.

Dengan demikian, kemungkinan yang berkaitan dengan terjadinya harga – harga yang sebesar harga X^2 observasi dapat diperoleh dalam tabel *chi square*. Jika suatu harga observasi X^2 sama atau lebih besar dari yang tercantum dalam tabel *chi square* untuk suatu tingkat signifikansi tertentu, dan untuk $db = (k-1)(r-1)$, maka H_0 dapat ditolak pada tingkat signifikansi itu.

Apabila terdapat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, untuk selanjutnya dapat dilakukan uji multivariat atau uji secara bersama – sama antara variabel – variabel yang secara bivariat berhubungan dengan variabel terikat.

Jika dari hasil perhitungan *chi square test* menunjukkan adanya hubungan antara variabel yang satu dengan yang lainnya, selanjutnya adalah mencari derajat hubungan antara dua variabel tersebut dengan koefisien kontingensi. Sudjana (1997) menyatakan bahwa makin besar nilai koefisien kontingensi (C) maka makin erat hubungan antara kedua variabel dimana nilai C berkisar antara 0 dan C maksimum. Dalam penelitian ini nilai C maksimum yang digunakan adalah 0,707 sehingga harga C antara 0 dan 0,707.

Menurut Sudrajad (1985) besarnya hubungan variabel bebas dengan variabel terikat ditunjukkan dengan nilai C dimana nilai C berkisar antara 0 – 0,707 dengan tingkat keeratan / kekuatan hubungan : (1) derajat hubungan sangat lemah berkisar antara 0 – 0,140, (2) derajat hubungan lemah berkisar

antara 0,141 – 0,280, (3) derajat hubungan cukup kuat berkisar antara 0,281 – 0,420, (4) derajat hubungan kuat berkisar antara 0,421 – 0,560 dan (5) derajat hubungan sangat kuat berkisar antara 0,561 – 0,707

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Kelemahan dan Kekuatan Penelitian

Penelitian dilaksanakan di 37 (tiga puluh tujuh) Puskesmas wilayah Kota Semarang selama 18 hari mulai tanggal 23 Desember 2003 sampai dengan tanggal 17 Januari 2004. Penelitian ini tidak terlepas dari faktor kelemahan / penghambat dan faktor kekuatan / pendukung. Adapun kelemahan dan kekuatan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Kelemahan Penelitian

Kelemahan dan penghambat penelitian adalah

- a. Item pertanyaan dalam kuesioner yang digunakan untuk wawancara dengan responden khususnya pada variabel pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas belum menggunakan item pertanyaan standar dimana seluruh pertanyaan dibuat sendiri berdasarkan tinjauan pustaka, sehingga item pertanyaan cenderung masih lemah. Untuk menghindari bias maka sebelum dilakukan penelitian, terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen.
- b. Penelitian ini mengukur pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dengan instrumen yang belum dikembangkan untuk kasus ini.

2. Kekuatan Penelitian

Disamping faktor kelemahan, penelitian ini memiliki faktor kekuatan / pendukung sehingga penelitian ini dapat berjalan sebagaimana yang peneliti inginkan. Adapun faktor kekuatan / pendukung yang dirasakan adalah:

- a. Dalam penelitian ini didukung adanya rujukan teori atau pustaka yang memadai dan kuat sehingga penulis tidak menemukan hambatan yang berarti dalam pembuatan penelitian ini.
- b. Permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini masih menjadi kebutuhan bagi Dinas Kesehatan Kota Semarang dan Puskesmas di wilayah Kota Semarang dimana dibutuhkan adanya revisi kebijakan tentang penatalaksanaan pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas , karena ditemukan banyak permasalahan dalam melaksanakan terhadap kebijakan yang sudah ada khususnya terhadap rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

B. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji Validitas dan Reliabilitas dilakukan di Puskesmas wilayah Kabupaten Semarang dengan jumlah responden 30 orang tenaga pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas yang terdiri dari dokter umum, bidan dan perawat, pada tanggal 19 sampai dengan 25 Desember 2003. Kuesioner yang dilakukan uji coba adalah kuesioner tentang variabel pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas sedangkan variabel yang lain tidak dilakukan, hal ini disebabkan karena (1) variabel kepatuhan petugas pelaksana terhadap SOP

pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas berupa *check list* / daftar tilik untuk melakukan observasi dan (2) variabel rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas hanya berisi satu pertanyaan dan *check list* / daftar tilik untuk observasi.

Adapun hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner adalah sebagai berikut :

1. Hasil Uji Validitas Kuesioner

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan analisis butir (*item*) yaitu dengan mengkorelasikan skor item dengan skor total per konstruk (*construct*) dan total skor seluruh item.

Butir – butir pertanyaan pada kuesioner dinyatakan valid apabila pada bagian *corrected item – total correlation* masing – masing indikator mempunyai koefisien korelasi di atas 0,41 (Santoso, 2002).

Kuesioner untuk mengukur pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas terdiri dari 21 item pertanyaan. Adapun hasil uji validitas kuesioner pada variabel pengetahuan petugas pelaksana adalah sebagai berikut :

Tabel 4.1. Nilai *Corrected Item - Total Correlation* Butir Pertanyaan Pada Variabel Pengetahuan Petugas Pelaksana Tentang Pengobatan ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas

No	Butir Pertanyaan	Nilai <i>corrected item - total correlation</i>	Keterangan
1.	Pengetahuan 1	0,2881	Tidak Valid
2.	Pengetahuan 2	0,4840	Valid
3.	Pengetahuan 3	0,7550	Valid
4.	Pengetahuan 4	0,8305	Valid
5.	Pengetahuan 5	0,7409	Valid
6.	Pengetahuan 6	0,7185	Valid
7.	Pengetahuan 7	0,6741	Valid
8.	Pengetahuan 8	0,6031	Valid
9.	Pengetahuan 9	0,8305	Valid
10.	Pengetahuan 10	0,5160	Valid
11.	Pengetahuan 11	0,5450	Valid
12.	Pengetahuan 12	0,8694	Valid
13.	Pengetahuan 13	0,7550	Valid
14.	Pengetahuan 14	0,7409	Valid
15.	Pengetahuan 15	0,5521	Valid
16.	Pengetahuan 16	0,7236	Valid
17.	Pengetahuan 17	0,5521	Valid
18.	Pengetahuan 18	0,7857	Valid
19.	Pengetahuan 19	0,5898	Valid
20.	Pengetahuan 20	0,5521	Valid
21.	Pengetahuan 21	0,6468	Valid

Berdasarkan tabel 4.1 tersebut terdapat 1 item pernyataan yang tidak valid yaitu identitas anak terdiri dari nama, umur, alamat dan nama orang tua karena nilai *corrected item - total correlation* kurang dari 0,41 sehingga pernyataan tersebut dikeluarkan dari kuesioner penelitian. Sementara item pernyataan tentang pengetahuan nomor 2 sampai dengan nomor 21 valid karena nilai *corrected item - total correlation* lebih dari 0,41, selanjutnya digunakan untuk penelitian.

2. Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner

Uji reliabilitas dalam penelitian ini menggunakan metode *internal consistency*, yaitu metode untuk melihat sejauh mana konsistensi tanggapan

responden terhadap item-item pertanyaan. Dalam penelitian ini pengukuran konsistensi tanggapan responden menggunakan *koefisien alfa cronbach*.

Secara umum reliabilitas dari variabel sebuah kuesioner dikatakan cukup baik apabila memiliki *koefisien alpha* antara 0,4 sampai 0,75 dan dianggap sangat baik bila memiliki *koefisien alpha* diatas 0,75 (Murti,1997). Uji reliabilitas dengan menggunakan *koefisien alpha* memberikan hasil sesuai dengan tabel 4.2. berikut ini.

Tabel 4.2. Data Koefisien Reliabilitas Kuesioner Dengan Menggunakan Rumus (*Alpha*)

No	Variabel	<i>Cronbach alpha</i>	Keterangan
1.	Pengetahuan Petugas Pelaksana Tentang Pengobatan ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas	0,9419	Reliabel (sangat baik)

Dari tabel 4.2 dapat diketahui bahwa kuesioner reliabel dan konsisten sehingga dapat digunakan pada penelitian selanjutnya.

C. Hasil Penelitian

1. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

Jenis kelamin petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas adalah sebagai berikut :

Tabel 4.3. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
1.	Pria	54	58,1
2.	Wanita	39	41,9
	Jumlah	93	100

Berdasarkan tabel 4.3 terlihat bahwa jumlah petugas pelaksana dengan jenis kelamin pria sejumlah 54 orang (58,1 %) dan yang berjenis kelamin wanita berjumlah 39 orang (41,9 %).

2. Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur.

Umur responden yaitu petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas wilayah Kota Semarang adalah sebagai berikut .

Tabel 4.4. Distribusi Responden Menurut Kelompok Umur.

No	Kelompok umur (tahun)	Jumlah	Persentase
1.	Muda (Kurang dari 30 tahun)	30	32,2
2.	Dewasa (30 sampai dengan 40 tahun)	37	39,8
3.	Tua (Lebih dari 40 tahun)	26	28
Jumlah		93	100

Dari tabel 4.4 dapat diketahui bahwa responden yang berumur kurang dari 30 tahun berjumlah 30 orang (32,2 %), yang berumur 30 sampai dengan 40 tahun berjumlah 37 orang (39,8 %) dan yang berumur lebih dari 40 tahun berjumlah 26 orang (28 %).

3. Distribusi Responden Menurut Masa Kerja

Masa kerja responden sebagai Pegawai Negeri Sipil di Puskesmas adalah sebagai berikut

Tabel 4.5. Distribusi Responden Menurut Masa Kerja

No	Masa Kerja (tahun)	Jumlah	Persentase
1	Baru (kurang dari 5 tahun)	49	52,7
2	Cukup (5 sampai 10 tahun)	27	29
3	Lama (lebih dari 10 tahun)	17	18,3
Jumlah		93	100

Dari tabel 4.5. diatas diketahui sebagian besar responden memiliki masa kerja kurang dari 5 tahun yaitu sejumlah 49 orang (52,7 %), dan yang memiliki masa kerja lebih dari 10 tahun sejumlah 17 orang (18,3 %).

4. Distribusi Responden Menurut Pendidikan

Tingkat pendidikan responden adalah sebagai berikut :

Tabel 4.6. Distribusi Responden Menurut Pendidikan.

No	Pendidikan	Jumlah	Persentase
1.	Rendah (sampai DI)	31	33,3
2.	Sedang (sampai DIII)	39	41,9
3.	Tinggi (DIV – S1)	23	24,7
Jumlah		93	100

Dari tabel 4.6 diatas diketahui 39 orang (41,9 %) responden berpendidikan setingkat DIII, 31 orang (33,3 %) berpendidikan sampai DI dan 23 orang (24,7 %) berpendidikan perguruan tinggi.

Tingkat pendidikan responden selengkapnya adalah sebagai berikut :

- a. Dokter Umum : 8 orang
- b. Sarjana Keperawatan : 4 orang
- c. Sarjana Kesehatan Masyarakat : 9 orang
- d. DIV Kebidanan : 2 orang

- e. DIII Keperawatan : 23 orang
- f. DIII Kebidanan : 16 orang
- g. Perawat : 19 orang
- h. Bidan : 12 orang

5. Distribusi Responden Menurut Pelatihan

Pengalaman responden mengikuti pelatihan selama bertugas sebagai petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas adalah sebagai berikut

Tabel 4.7. Distribusi Responden Menurut Pelatihan

No	Pelatihan	Jumlah	Persentase
1	Pelatihan Kurang (kurang dari 2 jenis)	32	34,4
2	Pelatihan Cukup (3-4 jenis)	37	39,8
3	Pelatihan Baik (lebih dari 4 jenis)	24	25,8
Jumlah		93	100

Dari tabel 4.7. diatas diketahui responden yang pernah mengikuti pelatihan kurang dari 2 jenis sejumlah 32 orang (34,4 %), yang pernah mengikuti 3 – 4 jenis pelatihan sejumlah 37 orang (39,8 %) dan yang pernah mengikuti lebih dari 4 jenis pelatihan sejumlah 24 orang (25,8 %).

Jenis pelatihan yang pernah diikuti oleh petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas adalah :

- a. Pelatihan Tata laksana ISPA pneumonia pada balita yang diikuti oleh perawat Puskesmas. Pelatihan diadakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah. Pelatihan pengobatan ISPA pneumonia pada balita ini tidak terdapat materi tentang pengobatan rasional melainkan hanya pengobatan ISPA pneumonia pada balita. Hal ini mengakibatkan,

walaupun sudah pernah mengikuti pelatihan tentang pengobatan ISPA pneumonia anak balita di Puskesmas namun belum tentu mampu memberikan pengobatan rasional.

Responden yang mengikuti pelatihan ini sejumlah 25 orang (26,9 %)

- b. Pelatihan Surveillance Epidemiologi yang diadakan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Responden yang mengikuti pelatihan ini sejumlah 37 orang (39,8 %)

- c. Pelatihan Manajemen Kejadian Luar Biasa (KLB) yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang

Responden yang mengikuti pelatihan ini sejumlah 37 orang (39,8 %)

- d. Pelatihan Manajemen Puskesmas yang diikuti oleh dokter dan atau Kepala Puskesmas. Pelatihan diadakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah

Responden yang pernah mengikuti pelatihan ini sejumlah 8 orang (8,6 %)

- e. Pelatihan Jaminan Mutu Pelayanan (*Quality Assurance*) Puskesmas yang diikuti oleh Tim QA Puskesmas yang terdiri dari Kepala Puskesmas, dokter, perawat dan bidan. Pelatihan diadakan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang

Responden yang pernah mengikuti pelatihan ini sejumlah 93 orang (100 %)

- f. Pelatihan Penyusunan *Standard Operating Procedure* (SOP) yang diikuti oleh Tim QA Puskesmas. Pelatihan diadakan oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Responden yang pernah mengikuti pelatihan ini sejumlah 84 orang (90,3 %)

6. Distribusi Responden Menurut Kepatuhan Petugas Pelaksana Terhadap SOP Pengobatan ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas

Kepatuhan petugas terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas yang dimiliki responden sebagai petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas adalah sebagai berikut

Tabel 4.8. Distribusi Responden Menurut Kepatuhan Petugas Terhadap SOP Pengobatan ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas

No	Kepatuhan	Jumlah	Persentase
1	Rendah (tingkat kepatuhan kurang dari 80 %)	32	34,4
2	Cukup (tingkat kepatuhan 80 – 90 %)	38	40,9
3	Tinggi (tingkat kepatuhan lebih dari 90 %)	23	24,7
Jumlah		93	100

Dari tabel 4.8. diatas diketahui responden yang memiliki kepatuhan rendah (tingkat kepatuhan terhadap standar kurang dari 80 %) sejumlah 32 orang (34,4 %), yang memiliki kepatuhan cukup sejumlah 38 orang (40,9 %) dan yang memiliki kepatuhan tinggi (tingkat kepatuhan terhadap standar lebih dari 90 %) sejumlah 23 orang (24,7 %).

Berdasarkan hasil pengamatan tingkat kepatuhan petugas terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas oleh tim *Quality Assurance (QA)* Puskesmas pada tanggal 10 sampai dengan tanggal 15 Januari 2004, diperoleh hasil bahwa tingkat kepatuhan petugas pelaksana pengobatan ISPA pada balita di Puskesmas adalah sebagai berikut :

- a. Tingkat kepatuhan petugas kurang dari 80 % terdapat 38 orang
- b. Tingkat kepatuhan petugas antara 80 – 90 % terdapat 29 orang
- c. Tingkat kepatuhan petugas antara 90 – 100 % sebesar 26 orang

Tim QA adalah tim yang dibentuk berdasarkan Surat Keputusan Kepala Puskesmas yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan program *Quality Assurance* di Puskesmas. Tim QA Puskesmas terdiri dari 5 orang yaitu dokter umum, bidan dan perawat dimana salah satu cara Tim QA memantau kepatuhan petugas dalam memberikan pelayanan sesuai dengan SOP adalah dengan memantau tingkat kepatuhan petugas terhadap standar (SOP) yang dilaksanakan setiap 3 bulan sekali.

Di Puskesmas Kota Semarang, tim QA juga berfungsi sebagai tim supervisi Puskesmas. Supervisi dilakukan setiap hari terhadap kegiatan yang bersifat operasional pelayanan kesehatan, setiap bulan terhadap kegiatan program kesehatan, setiap tiga bulan sekali terhadap kepatuhan petugas terhadap standar dan setiap tahun untuk kegiatan Puskesmas secara keseluruhan.

7. Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Petugas Pelaksana Tentang Pengobatan ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas

Pengetahuan responden tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas adalah sebagai berikut

Tabel 4.9. Distribusi Responden Menurut Pengetahuan Tentang Pengobatan ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas

No	Pengetahuan	Jumlah	Persentase
1	Pengetahuan Rendah	31	33,3
2	Pengetahuan Cukup	37	39,8
3	Pengetahuan Tinggi	25	26,9
Jumlah		93	100

Dari tabel 4.9. diatas diketahui responden yang memiliki pengetahuan yang rendah sejumlah 31 orang (33,3 %), yang memiliki pengetahuan cukup sejumlah 37 orang (39,8 %) dan yang memiliki pengetahuan tinggi sejumlah 25 orang (26,9 %).

Tabel. 4.10.Rekapitulasi Jawaban Responden Terhadap Pengetahuan Tentang Pengobatan ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas

No	Pernyataan	Jawaban					Jumlah
		STS	TS	KS	S	SS	
2.	Menanyakan identitas pasien			13 14 %	32 34,4 %	48 51,6 %	93 100 %
3.	Menanyakan ada tidaknya batuk	23 24,8 %	41 44 %	12 12,9 %	17 18,3 %		93 100 %
4.	Menanyakan lamanya batuk			18 19,4 %	46 49,5 %	29 31,1	93 100 %
5.	Menanyakan kesulitan bernafas	49 52,7 %	36 30,7 %	8 8,6 %			93 100 %
7.	Menanyakan adanya demam	37 39,8 %	39 41,9 %	17 18,3 %			93 100 %
8.	Menanyakan dapat tidaknya anak minum	42 45,2 %	41 44 %	10 10,8 %			93 100 %
9.	Memeriksa frekuensi pernafasan			10 10,8 %	41 44 %	42 45,2 %	93 100 %
10	Memeriksa tarikan dinding dada	2 2,1 %	6 6,5 %	32 34,4 %	26 28 %	27 29 %	93 100 %
11	Mengukur suhu badan			31 33,3 %	48 51,6 %	14 15,1 %	93 100 %
12	Mendengar stridor				56 60,2	37 39,8 %	93 100 %
13	Menentukan gizi anak				62 66,7 %	31 33,3 %	93 100 %
14	Melihat kesadaran anak			13 14 %	54 58 %	26 28 %	93 100 %
15	Mengklasifikasi pneumonia			21 22,6 %	49 52,7 %	23 24,7 %	93 100 %
16	Obat standar terdiri dari			31 33,3 %	48 51,6 %	14 15,1 %	93 100 %
17	Obat standar menyembuhkan ISPA		2 2,1 %	29 31,2 %	48 51,6 %	14 15,1 %	93 100 %
18	Obat standar berisi zat terbukti uji klinis		3 3,1 %	26 28 %	42 45,2 %	22 23,7 %	93 100 %
19	Obat standar berisi zat terbukti laboratorium				64 68,2 %	29 31,2 %	93 100 %
20	Obat standar murah tapi manjur			10 10,8 %	41 44 %	42 45,2 %	93 100 %
21	Dosis obat standar			3 3,3 %	35 37,6 %	55 59,1 %	93 100 %

8. Distribusi Responden Menurut Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas

Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas oleh responden sebagai petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas adalah sebagai berikut

Tabel 4.11. Distribusi Responden Menurut Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas

No	Rasionalitas	Jumlah	Persentase
1	Tidak Rasional	48	51,6
2	Rasional	45	48,4
Jumlah		93	100

Dari tabel 4.11. diatas diketahui responden yang tidak rasional dalam pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas sejumlah 48 orang (51,6 %) dan yang rasional sejumlah 45 orang (48,4 %).

Berdasarkan hasil observasi, dari 558 resep yang diteliti dilakukan kompilasi berdasarkan golongan umur, (a) umur 2 bulan sampai kurang atau sama dengan 6 bulan, (b) 6 bulan sampai dengan kurang atau sama dengan 3 tahun dan (c) 3 tahun sampai dengan 5 tahun, kemudian dilakukan analisis dengan sistem VEN seperti pada tabel 4.12 berikut ini.

Tabel 4.12. Sistem VEN Pemakaian Obat ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas Kota Semarang

Kategori	Item obat		
	2 bulan - < 6 bulan	6 bulan - < 3 tahun	3 Tahun – 5 Tahun
Vital	Kotrimoksasol 480 Kotrimoksasol syr	Kotrimoksasol 480 Kotrimoksasol syr Salbutamol	Kotrimoksasol 480 Salbutamol
Essensial	Parasetamol 500 Parasetamol syr Amoksisilin 500 Ampisilin syr	Parasetamol 500 Parasetamol syr Amoksisilin 500 Ampisilin syr Ampisilin 500	Parasetamol 500 Parasetamol syr Amoksisilin 500 Ampisilin 500
Non Essensial	CTM Dextrometofan tablet Dextrometofan syr GG Vitamin C Antalgin Prednison Vitamin B1 Vitamin Bplex	CTM Dextrometofan tablet Dextrometofan syr GG Vitamin C Antalgin Prednison Vitamin B1 Vitamin Bplex Erytromycin 250 Luminal Vitamin B6 Trisulfa Dexamethasone Kalk	CTM Dextrometofan tablet Dextrometofan syr GG Vitamin C Antalgin Prednison Vitamin B1 Vitamin Bplex Erytromycin 250 Luminal Vitamin B6 Trisulfa Dexamethasone

Dari penelitian tersebut tampak bahwa banyak obat – obat non essensial lebih banyak digunakan untuk pengobatan ISPA pneumonia pada balita daripada obat yang essensial maupun obat vital. Hal ini menyebabkan persediaan obat vital (Kotrimoksasol) berlebihan dan menjadi kedaluarsa karena diganti dengan obat essensial (amoksisillin atau ampisillin) bahkan ada yang diganti dengan obat non essensial (trisulfa).

D. Hasil Analisis Bivariat

Untuk mengetahui hubungan variabel bebas yang terdiri dari umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, pelatihan, kepatuhan petugas terhadap

SOP pengobatan ISPA pneumonia anak balita dan pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dengan variabel terikat yaitu rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas, dilakukan analisis bivariat dengan menggunakan uji *Chi Square*.

1. Hubungan Jenis Kelamin Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas

Dari pengumpulan data yang dilakukan untuk menganalisis hubungan jenis kelamin petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas, diperoleh hasil sebagai berikut.

Tabel 4.13 Tabel Silang Jenis Kelamin Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.

Jenis Kelamin	Rasionalitas Pemakaian Obat					
	Tidak Rasional		Rasional		Total	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%
Pria	26	48,1	28	51,9	54	100
Wanita	22	56,4	17	43,6	39	100
Jumlah Total	48	51,6	45	48,4	93	100

p-value : 0,431; *C* : 0,081

Dari tabel 4.13. terlihat bahwa terdapat 22 responden (56,4 %) yang berjenis kelamin wanita yang tidak rasional dalam pengobatan serta terdapat 28 responden (51,9 %) yang berjenis kelamin pria yang rasional dalam pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

Hipotesis pertama yang diajukan dalam penelitian ini menyatakan adanya dugaan bahwa jenis kelamin petugas pelaksana berhubungan dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas

Kota Semarang. Pengujian hipotesis ini dilakukan dengan menggunakan *chi square test* dimana pada *level of significance* 5 % ($\alpha = 0,05$).

Berdasarkan komputasi data dengan menggunakan program pengolahan data pada komputer, variabel jenis kelamin petugas pelaksana mempunyai nilai *chi square* hitung sebesar 0,619 dimana nilai *chi square* tabel pada $\alpha = 0,05$ dengan derajat kebebasan = 1 adalah 3,841 sehingga *chi square* hitung lebih kecil dari *chi square* tabel. Nilai *Probability value / sig.* Variabel jenis kelamin petugas pelaksana (0,431) juga lebih besar dari 0,05 maka jenis kelamin petugas pelaksana secara bermakna tidak berhubungan dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.

2. Hubungan Umur Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas

Dari pengumpulan data yang dilakukan untuk menganalisis hubungan umur petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas, diperoleh hasil sebagai berikut.

Tabel 4.14. Tabel Silang Umur Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.

Umur	Rasionalitas Pemakaian Obat					
	Tidak Rasional		Rasional		Total	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%
Kurang dari 30 tahun	20	66,7	10	33,3	30	100
30 sampai dengan 40 tahun	13	35,1	24	64,9	37	100
Lebih dari 40 tahun	15	57,7	11	42,3	26	100
Jumlah Total	48	51,6	45	48,4	93	100

p-value : 0,727; C : 0,402

Dari tabel 4.14. terlihat bahwa terdapat 22 responden (66,7 %) yang berumur kurang dari 30 tahun tetapi tidak rasional dalam pengobatan dan terdapat 24 responden (64,9 %) yang berumur 30 sampai dengan 40 tahun tetapi rasional dalam pemberian pengobatan pada balita penderita ISPA pneumonia.

Hipotesis kedua yang diajukan dalam penelitian ini menyatakan adanya dugaan bahwa umur petugas pelaksana berhubungan dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang. Pengujian hipotesis ini dilakukan dengan menggunakan *chi square test* dimana pada *level of significance* 5 % ($\alpha = 0,05$) besarnya *probability value/sig.* (kekuatan koefisien korelasi dalam menolak H_0) dari *chi square* hitung variabel independen untuk mendukung hipotesis pertama harus lebih kecil dari 0,05 dan besarnya *chi square* hitung harus lebih besar dari nilai *chi square* tabel.

Berdasarkan komputasi data dengan menggunakan program pengolahan data pada komputer, variabel umur petugas pelaksana mempunyai nilai *chi square* hitung sebesar 0,637 dimana nilai *chi square* tabel pada $\alpha = 0,05$ dengan derajat kebebasan = 2 adalah 5,991 sehingga *chi square* hitung lebih kecil dari *chi square* tabel. Nilai *Probability value / sig.* Variabel umur petugas pelaksana (0,727) juga lebih besar dari 0,05 maka umur petugas pelaksana secara bermakna tidak berhubungan dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.

3. Hubungan Masa Kerja Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas

Dari pengumpulan data yang dilakukan untuk menganalisis hubungan masa kerja petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas, diperoleh hasil sebagai berikut.

Tabel 4.15. Tabel Silang Masa Kerja Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.

Masa Kerja	Rasionalitas Pemakaian Obat					
	Tidak Rasional		Rasional		Total	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%
Baru (kurang dari 5 tahun)	24	49	25	51	49	100
Cukup (5 sampai dengan 10 tahun)	13	48,1	14	51,9	27	100
Lama (lebih dari 10 tahun)	11	64,7	6	35,3	17	100
Jumlah Total	48	51,6	45	48,4	93	100

p-value : 0,489; *C* : 0,123

Dari tabel 4.15. terlihat bahwa terdapat 11 responden (64,7 %) yang memiliki masa kerja lebih dari 10 tahun tetapi tidak rasional dalam pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dan terdapat 14 responden (51,9 %) yang memiliki masa kerja 5 tahun sampai dengan 10 tahun tetapi rasional.

Hipotesis ketiga yang diajukan dalam penelitian ini menyatakan adanya dugaan bahwa masa kerja petugas pelaksana berhubungan dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang. Pengujian hipotesis ini dilakukan dengan menggunakan *chi square test*.

Berdasarkan komputasi data dengan menggunakan program pengolahan data pada komputer, variabel masa kerja petugas pelaksana

mempunyai nilai *chi square* hitung sebesar 1,433 dimana nilai *chi square* tabel pada $\alpha = 0,05$ dengan derajat kebebasan = 2 adalah 5,991 sehingga *chi square* hitung lebih kecil dari *chi square* tabel. Nilai *Probability value / sig.* Variabel masa kerja petugas pelaksana (0,489) juga lebih besar dari 0,05 maka masa kerja petugas pelaksana secara bermakna tidak berhubungan dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.

4. Hubungan Pendidikan Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas.

Dari pengumpulan data yang dilakukan untuk menganalisis hubungan pendidikan petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas, diperoleh hasil sebagai berikut.

Tabel 4.16. Tabel Silang Pendidikan Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.

Pendidikan	Rasionalitas Pemakaian Obat					
	Tidak Rasional		Rasional		Total	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%
Pendidikan Rendah	21	67,7	10	32,3	31	100
Pendidikan Sedang	13	33,3	26	66,7	39	100
Pendidikan Tinggi	14	60,9	9	39,1	23	100
Jumlah Total	48	51,6	45	48,4	93	100

p-value : 0,010; *C* : 0,301

Dari tabel 4.16. terlihat bahwa terdapat 21 responden (67,7 %) yang berpendidikan rendah tetapi tidak rasional dan terdapat 26 responden (66,7 %) yang berpendidikan sedang tetapi rasional dalam memberikan pengobatan terhadap anak balita penderita ISPA pneumonia di Puskesmas.

Hipotesis keempat yang diajukan dalam penelitian ini menyatakan adanya dugaan bahwa pendidikan petugas pelaksana berhubungan dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang. Pengujian hipotesis ini dilakukan dengan menggunakan *chi square*.

Berdasarkan komputasi data dengan menggunakan program pengolahan data pada komputer, variabel pendidikan petugas pelaksana mempunyai nilai *chi square* hitung sebesar 9,236 dimana nilai *chi square* tabel pada $\alpha = 0,05$ dengan derajat kebebasan = 2 adalah 5,991 sehingga *chi square* hitung lebih besar dari *chi square* tabel. Nilai *Probability value / sig.* Variabel pendidikan petugas pelaksana (0,010) juga lebih kecil dari 0,05 maka pendidikan petugas pelaksana memiliki hubungan bermakna dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.

Nilai *Contingency Coefficient (C)* sebesar 0,301 menunjukkan bahwa derajat hubungan antara variabel pendidikan petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang adalah cukup kuat.

5. Hubungan Pelatihan Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas.

Dari pengumpulan data yang dilakukan, diperoleh hasil sebagai berikut.

Tabel 4.17. Tabel Silang Pelatihan Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.

Pelatihan	Rasionalitas Pemakaian Obat					
	Tidak Rasional		Rasional		Total	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%
Pelatihan Kurang	22	68,8	10	31,3	32	100
Pelatihan Cukup	12	32,4	25	67,6	37	100
Pelatihan Baik	14	58,3	10	41,7	24	100
Jumlah Total	48	51,6	45	48,4	93	100

p -value : 0,008; C : 0,307

Dari tabel 4.17. terlihat bahwa terdapat 22 responden (68,8 %) yang memiliki pelatihan kurang tetapi tidak rasional dan terdapat 25 responden (67,6 %) yang memiliki pelatihan yang cukup tetapi rasional dalam memberikan pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

Hipotesis kelima yang diajukan dalam penelitian ini menyatakan adanya dugaan bahwa pelatihan yang pernah diikuti petugas pelaksana berhubungan dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang. Pengujian hipotesis ini dilakukan dengan menggunakan uji *chi square*.

Berdasarkan komputasi data dengan menggunakan program pengolahan data pada komputer, variabel pelatihan petugas pelaksana mempunyai nilai *chi square* hitung sebesar 9,647 dimana nilai *chi square* tabel pada $\alpha = 0,05$ dengan derajat kebebasan = 2 adalah 5,991 sehingga *chi square* hitung lebih besar dari *chi square* tabel. Nilai *Probability value / sig.* Variabel pelatihan petugas pelaksana (0,008) juga lebih kecil dari 0,05 maka pelatihan petugas pelaksana memiliki hubungan bermakna dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.

Nilai *Contingency Coefficient (C)* sebesar 0,307 menunjukkan bahwa derajat hubungan antara variabel pelatihan petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang adalah cukup kuat.

6. Hubungan Kepatuhan Petugas Terhadap SOP Pengobatan ISPA Pneumonia Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas.

Dari pengumpulan data yang dilakukan untuk menganalisis hubungan kepatuhan petugas terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas, diperoleh hasil sebagai berikut.

Tabel 4.18. Tabel Silang Kepatuhan Petugas Terhadap SOP Pengobatan ISPA Pneumonia Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.

Kepatuhan Petugas Terhadap SOP Pengobatan ISPA Pneumonia	Rasionalitas Pemakaian Obat					
	Tidak Rasional		Rasional		Total	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%
Kepatuhan Rendah	22	68,8	10	31,3	32	100
Kepatuhan Cukup	12	31,6	26	68,4	38	100
Kepatuhan Tinggi	14	60,9	9	39,1	23	100
Jumlah Total	48	51,6	45	48,4	93	100

p-value : 0,001; *C* : 0,369

Dari tabel 4.18. terlihat bahwa terdapat 22 responden (68,8 %) yang tingkat kepatuhannya terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia rendah tetapi tidak rasional dan terdapat 26 responden (68,4 %) yang memiliki tingkat kepatuhan cukup tetapi rasional dalam memberikan pengobatan.

Hipotesis keenam yang diajukan dalam penelitian ini menyatakan adanya dugaan bahwa kepatuhan petugas terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia berhubungan dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang. Pengujian hipotesis ini dilakukan dengan menggunakan *chi square*.

Berdasarkan komputasi data dengan menggunakan program pengolahan data pada komputer, variabel kepatuhan petugas terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia mempunyai nilai *chi square* hitung sebesar 10,659 dimana nilai *chi square* tabel pada $\alpha = 0,05$ dengan derajat kebebasan = 2 adalah 5,991 sehingga *chi square* hitung lebih besar dari *chi square* tabel. Nilai *Probability value / sig.* Variabel kepatuhan petugas terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia (0,005) juga lebih kecil dari 0,05 maka kepatuhan petugas terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia memiliki hubungan bermakna dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.

Nilai *Contingency Coefficient (C)* sebesar 0,321 menunjukkan bahwa derajat hubungan antara variabel kepatuhan petugas terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang adalah cukup kuat.

7. Hubungan Pengetahuan Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas.

Dari pengumpulan data yang dilakukan untuk menganalisis hubungan pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia dengan

rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas, diperoleh hasil sebagai berikut.

Tabel 4.19. Tabel Silang Pengetahuan Petugas Pelaksana Tentang Pengobatan ISPA Pneumonia Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita di Puskesmas.

Pengetahuan	Rasionalitas Pemakaian Obat					
	Tidak Rasional		Rasional		Total	
	Jml	%	Jml	%	Jml	%
Pengetahuan Rendah	21	67,7	10	32,3	31	100
Pengetahuan Cukup	13	35,1	24	64,9	37	100
Pengetahuan Tinggi	14	56	11	44	25	100
Jumlah Total	48	51,6	45	48,4	93	100

p-value : 0,002; *C* : 0,272

Dari tabel 4.19. terlihat bahwa terdapat 21 responden (67,7 %) yang memiliki pengetahuan tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di puskesmas yang rendah tetapi tidak rasional dalam memberikan pengobatan ISPa pneumonia pada balita di Puskesmas dan terdapat 24 responden (64,9 %) yang memiliki pengetahuan yang cukup tetapi rasional.

Hipotesis ketujuh yang diajukan dalam penelitian ini menyatakan adanya dugaan bahwa pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia berhubungan dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang. Pengujian hipotesis ini dilakukan dengan menggunakan *chi square*.

Berdasarkan komputasi data dengan menggunakan program pengolahan data pada komputer, variabel pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas mempunyai nilai *chi square* hitung sebesar 7,444 dimana nilai *chi square* tabel pada $\alpha = 0,05$ dengan derajat kebebasan = 2 adalah 5,991 sehingga *chi square* hitung lebih besar dari *chi square* tabel. Nilai *Probability value* / *sig.* Variabel pengetahuan

petugas pelaksana (0,024) juga lebih kecil dari 0,05 maka pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita memiliki hubungan bermakna dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.

Nilai *Contingency Coefficient* (C) sebesar 0,272 menunjukkan bahwa derajat hubungan antara variabel pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang adalah cukup kuat.

F. Hasil *Focus Group Discussion* (FGD)

Focus Group Discussion (FGD) dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Semarang terhadap 10 Kepala Puskesmas, yang merupakan bagian dari sampel penelitian dan pemilihan 10 orang yang menjadi peserta FGD dilakukan secara acak sederhana, dengan pertimbangan Kepala Puskesmas Perawatan dan Non Perawatan. Item pertanyaan FGD dimaksudkan untuk memperkuat hasil analisis data kuantitatif.

Adapun hasil FGD adalah sebagai berikut :

1. Siapakah yang menangani pengobatan balita yang menderita ispa pneumonia di Puskesmas ? Dasar kebijakan ?

Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan bahwa yang melaksanakan pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas adalah dokter umum, perawat dan bidan, berdasarkan buku penatalaksanaan ISPA anak balita yang dikeluarkan Departemen Kesehatan RI tahun 2000. Hal ini seperti yang disampaikan informan 2, sebagai berikut :

"..... Yang melaksanakan pengobatan ISPA Pneumonia pada balita di Puskesmas adalah (1) dokter umum khususnya yang sudah positif menderita ISPA pneumonia dan untuk mengobati kasus dengan wheezing dan stridor, (2) bidan karena pasien balita pertama kali ditangani oleh bidan dan (3) perawat karena perawat yang membantu dokter di poliklinik umum dengan dasar kebijakan dari pemerintah pusat sesuai buku pedoman penatalaksanaan ISPA pada balita di Puskesmas....."

2. Atas dasar kriteria apakah pemakaian obat ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas ?

Pada umumnya Kepala Puskesmas menyatakan kriteria pemakaian obat ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas berdasarkan buku bimbingan ketreampilan dalam tatalaksana penderitanya ISPA akut pada anak yang dikeluarkan Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman Departemen Kesehatan RI tahun 2000 yang kemudian dijabarkan dalam *standard operating procedure* (SOP) ISPA pada Balita. Adapun kriteria tersebut adalah : (1) umur 2 bulan sampai dengan kurang dari 6 bulan diberi kotriksasol 2 kali sehari selama 5 hari $\frac{1}{4}$ tablet dewasa (2) umur 6 bulan sampai dengan kurang dari 3 tahun diberi kotrimoksasol 2 kali sehari selama 5 hari $\frac{1}{2}$ tabel dewasa dan (3) umur 3 sampai dengan 5 tahun diberi kotrimoksasol 2 kali sehari selama 5 hari 1 tablet dewasa. Seperti yang disampaikan informan 5, sebagai berikut :

".....Pemberian obat pada balita penderita ISPA pneumonia di Puskesmas berdasarkan umur pasien yaitu umur 2 bulan sampai dengan 6 bulan, umur 6 bulan sampai dengan 3 tahun dan umur 3 tahun sampai dengan 5 tahun selain itu juga dilihat apakah dia menderita penyakit ISPA pneumonia berat atau tidak. Pengobatan penyakit ISPA pneumona pada balita di Puskesmas sudah dituangkan dalam SOP dan kita tempelkan didinding ruangan pemeriksaan baik di poliklinik umum maupun di ruang KIA....."

3. Apakah menurut Saudara, persepsian ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Saudara sudah Rasional ? kalau belum, mengapa ?

Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan persepsian ISPA pneumonia pada balita kurang rasional. Walaupun setiap petugas dalam memberikan pemeriksaan dan pengobatan balita penderita ISPA pneumonia sesuai dengan SOP dan di dalam SOP terlihat jelas tatalaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita namun di dalam SOP tidak dijelaskan secara rinci item tentang pemberian persepsian / pengobatan yang rasional. Seperti apa yang disampaikan informan 1, sebagai berikut :

".....Dalam memberikan pengobatan terhadap balita penderita ISPA pneumonia, kami selalu berpegangan pada SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita. Namun karena di dalam SOP tidak terdapat item pernyataan tentang persepsian atau pengobatan yang rasional maka pengobatan yang kami berikan kurang rasional. Terlebih pada kasus balita penderita batuk pilek biasa yang seharusnya tidak perlu diberi antibiotika tapi diberi antibiotika sehingga dapat dikatakan pengobatan yang dilakukan petugas tidak rasional, tapi itu sangat jarang terjadi....."

4. Apakah Saudara melakukan supervisi

Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan melakukan supervisi terhadap pengobatan ISPA pneumonia dan dilakukan setiap hari, karena Kepala Puskesmas juga sebagai dokter di poliklinik umum sehingga setiap kali ada petugas yang tidak patuh terhadap SOP ditegur dan diberi penjelasan. Setiap tiga bulan sekali, Kepala Puskesmas bersama dengan tim QA Puskesmas memantau kepatuhan petugas terhadap standar (SOP) pengobatan ISPA pneumonia pada balita dan hasilnya rata – rata petugas memiliki kepatuhan yang cukup khususnya petugas yang berpengalaman. Seperti apa yang disampaikan informan 7, sebagai berikut :

".....Supervisi selalu dilakukan apalagi saya selain sebagai Kepala Puskesmas juga sebagai dokter yang memeriksa pasien di poliklinik umum Puskesmas, jadi setiap saat apabila ada petugas yang menyalahi SOP akan kami tegur untuk kemudian dinasehati dan diberi penjelasan. Saya bersama dengan Tim Q Puskesmas juga selalu menilai tingkat kepatuhan petugas terhadap SOP minimal 3 (tiga) bulan sekali....."

5. Bagaimana cara saudara mengukur kepatuhan petugas terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas ?

Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan cara mereka mengukur kepatuhan petugas pelaksana adalah dengan melihat tingkat kepatuhan petugas terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas, seperti apa yang disampaikan oleh informan 8, sebagai berikut :

".....Ya dengan mengukur tingkat kepatuhan petugas terhadap standar (SOP) pengobatan ISPA pneumonia pada balita hanya saja kami tidak bisa mengukur kepatuhan terhadap rasionalitas pengobatan ISPA pada balita karena di dalam SOP tidak terantum item pernyataan tentang pengobatan rasional. Hal ini akan menjadi masukan bagi kami untuk mengembangkan atau menyempurnakan SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas....."

6. Bagaimana pengetahuan petugas tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas ?

Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan, rata – rata pengetahuan petugas pelaksana dalam pengobatan terhadap anak balita yang menderita penyakit ISPA pneumonia adalah cukup baik, kecuali pada petugas yang baru bekerja di Puskesmas. Seperti apa yang disampaikan informan 10, sebagai berikut :

".....Pengetahuan petugas tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas cukup baik, kecuali pada petugas baru. Pengetahuan yang kurang menyebabkan kesalahan pada penentuan pasien pneumonia dengan yang bukan pneumonia sehingga harus diperiksa lagi oleh petugas lain dan pengetahuan petugas tentang rasionalitas pengobatan terutama pada balita penderita pneumonia masih rendah, hal ini yang menyebabkan pengobatan yang tidak rasional....."

7. Bagaimana cara saudara meningkatkan pengetahuan petugas ?

Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan cara untuk meningkatkan pengetahuan petugas adalah (1) memberikan kesempatan kepada petugas yang pernah dilatih untuk menyebarkan pengetahuannya pada teman yang belum pernah mengikuti pelatihan, (2) melakukan desiminasi pengetahuan tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas di rapat bulanan Puskesmas, (3) menyediakan buku atau bacaan tentang pengobatan ISPA pneumonia yang dapat dibaca oleh petugas setiap saat dan (4) secara rutin diadakan pertemuan untuk membahas hasil supervisi dan permasalahan yang dihadapi. Seperti apa yang disampaikan oleh informan 5, sebagai berikut :

".....Cara meningkatkan pengetahuan petugas dengan (1) memberikan kesempatan kepada petugas yang pernah dilatih untuk menyebarkan pengetahuannya pada teman yang belum pernah mengikuti pelatihan, (2) melakukan desiminasi pengetahuan tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas di rapat bulanan Puskesmas, (3) menyediakan buku atau bacaan tentang pengobatan ISPA pneumonia yang dapat dibaca oleh petugas setiap saat dan (4) secara rutin diadakan pertemuan untuk membahas hasil supervisi dan permasalahan yang dihadapi....."

8. Bagaimanakah tingkat pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas ?

Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan , rata – rata tingkat pengetahuan, sikap dan ketrampilan petugas pelaksana dalam pengobatan

terhadap anak balita yang menderita penyakit ISPA pneumonia adalah cukup baik, walaupun belum semua petugas dilatih, tetapi petugas yang mendapatkan pelatihan baik yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah maupun Dinas Kesehatan Kota Semarang akan membagi pengetahuan yang dimilikinya kepada petugas yang lain. Seperti apa yang disampaikan informan 9, sebagai berikut :

".....Tingkat pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas cukup baik, karena belum semua petugas yang melakukan pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas sudah dilatih penatalaksanaan ISPA pneumonia pada balita baik yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah maupun Dinas Kesehatan Kota Semarang, biasanya bagi petugas yang sudah pernah pelatihan akan menularkan pengetahuannya kepada petugas lainnya....."

9. Bagaimana cara Saudara meningkatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan petugas ?

Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan , bagi petugas yang pernah dilatih menularkan ilmunya kepada rekan kerjanya yang belum pernah dilatih baik pada saat pertemuan rutin mingguan atau memberikan contoh langsung saat pengobatan. Puskesmas belum pernah mengadakan pelatihan dengan mendatangkan pelatih dari luar karena tidak ada biaya untuk pelatihan. Seperti apa yang disampaikan informan 2, sebagai berikut :

".....Karena Puskesmas tidak memiliki biaya untuk mengadakan pelatihan sendiri, maka petugas yang pernah dilatih harus menularkan ilmu yang dia dapat kepada teman – temannya pada saat pertemuan rutin mingguan atau memberi masukan pada saat pengobatan / bekerja....."

BAB V

PEMBAHASAN

A. Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas Kota Semarang

Pengobatan dikatakan rasional apabila pasien menerima obat sesuai dengan apa yang dibutuhkan berdasarkan pertimbangan klinis (bukan apa yang diinginkan atau apa yang diminta), dalam dosis, aturan pemakaian dan durasi yang sesuai, sedemikian rupa sehingga meningkatkan kepatuhan pengobatan dan dengan biaya yang terjangkau oleh pasien. (Suryawati, 1997) dan pemakaian obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria (WHO, 1987) :

1. Sesuai dengan indikasi penyakit
2. Tersedia setiap saat dengan harga yang terjangkau
3. Diberikan dengan dosis yang tepat
4. Cara pemberian dengan interval waktu pemberian yang tepat
5. Lama pemberian yang tepat
6. Obat yang diberikan harus efektif, dengan mutu terjamin dan aman

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang hanya 48,4 % yang rasional. Hal ini terlihat dari : 44,8 % yang pemakaian obat sesuai dengan indikasi penyakit, 57 % diberikan dengan dosis yang tepat, 49,1 % obat tersedia setiap saat dengan harga yang terjangkau, 51,6 % cara pemberian obat dengan interval waktu pemberian yang tepat, 42,7 % lama pemberian obat benar dan 58,1 % obat yang diberikan efektif dengan mutu terjamin dan aman.

Rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang dipengaruhi oleh (1) manajemen pengelolaan obat dan (2) karakteristik petugas. Secara manajerial pengelolaan obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang sudah cukup baik, sebagaimana hasil yang diperoleh pada penelitian yang dilakukan Retno Sudewi (2000) yang menunjukkan bahwa yang berhubungan dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang adalah perencanaan obat, penggerakan pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan penilaian.

Rasionalitas pengobatan penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas wilayah Kota Semarang masih kurang, terlihat dari perbandingan 93 petugas yang melakukan pengobatan dengan rasional lebih kecil dari jumlah petugas yang dalam memberikan pengobatan tidak rasional, walaupun perbedaan itu sangat kecil.

Rasional atau tidak pengobatan yang diberikan oleh petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang, dipengaruhi oleh banyak faktor.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam melakukan pengobatan pada balita penderita pneumonia, petugas pelaksana lebih cenderung berpedoman pada *standard operating procedure* (SOP) pengobatan ISPA pneumonia pada balita, sehingga hubungan antara faktor pendidikan, pelatihan, kepatuhan petugas terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia dan pengetahuan tentang pengobatan ISPA pneumonia terhadap rasioanlitas pengobatan adalah cukup kuat.

Untuk itulah perlu adanya revisi SOP pengobatan ISPA pneumonia dengan menambahkan item tentang rasionalitas pengobatan. Sehingga dapat meningkatkan rasionalitas pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

Pendidikan berhubungan cukup kuat dengan rasionalitas pengobatan dan masih terdapatnya responden yang berpendidikan tinggi namun tidak rasional dalam memberikan pengobatan, hal ini disebabkan karena tingkat pendidikan yang dimiliki petugas bukan pendidikan yang berhubungan langsung dengan pengobatan ISPA pneumonia, misalnya sarjana kesehatan masyarakat. Sehingga walaupun tingkat pendidikannya tinggi namun yang menjadi pertimbangan petugas diperbolehkan mengobati anak balita penderita ISPA pneumonia adalah pendidikan bidan atau perawatnya.

Pelatihan yang tinggi berhubungan cukup kuat dengan rasionalitas pengobatan dan masih ditemukannya responden dengan pelatihan yang tinggi namun tidak rasional dalam memberikan pengobatan, hal ini disebabkan karena pelatihan yang pernah diikuti responden adalah pelatihan yang tidak spesifik tentang rasionalitas pengobatan, melainkan pelatihan tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas yang tidak ada materi tentang pengobatan rasional dan pelatihan lain yang menunjang pekerjaan responden selaku pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

Kepatuhan petugas pelaksana terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia berhubungan cukup kuat dengan rasionalitas pengobatan dan masih ditemukannya responden yang memiliki kepatuhan yang tinggi namun tidak rasional, hal ini disebabkan karena kepatuhan terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia dinilai berdasarkan tingkat kepatuhannya terhadap SOP pengobatan

ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas sementara di dalam SOP tersebut tidak tercantum adanya item tentang rasionalitas pengobatan. Sehingga responden dengan tingkat kepatuhan terhadap standar / memiliki kemampuan yang baik bisa juga tidak rasional dalam memberikan pengobatan.

Pengetahuan tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita berhubungan cukup kuat dengan rasionalitas pengobatan dan masih ditemukannya responden yang memiliki pengetahuan yang tinggi tetapi tidak rasional dalam memberikan pengobatan, hal ini disebabkan karena pengetahuan yang dimiliki oleh responden dalam memberikan pengobatan adalah pengetahuan tentang bagaimana agar tidak melakukan kesalahan saat memberikan pengobatan dengan bekerja sesuai dengan SOP yang ada. Sehingga responden dengan pengetahuan yang tinggi bisa juga tidak rasional dalam memberikan pengobatan.

Sebagaimana diungkapkan oleh Green (1980) bahwa faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku individu adalah (a) faktor yang mempermudah (*predisposing factor*) yang mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, norma sosial, motivasi, dan unsur lain yang terdapat dalam diri individu maupun masyarakat, (b) faktor pendukung (*enabling factor*) antara lain umur, status sosial / ekonomi, pendidikan dan sumber daya masyarakat dan (c) faktor pendorong (*reinforcing factor*) yaitu faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dikarenakan adanya sikap dan perilaku yang lain seperti keterampilan, kemampuan, sikap pimpinan, atau petugas kesehatan lainnya.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa faktor yang berhubungan dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang adalah pendidikan, pelatihan, kepatuhan petugas terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dan pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas, sementara faktor yang tidak berhubungan adalah jenis kelamin, umur dan masa kerja petugas pelaksana.

B. Hubungan Umur Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas

Kedewasaan seseorang dapat dilihat dari usia seseorang yang merupakan salah satu faktor untuk mengetahui kemampuan, pengetahuan, persepsi, tanggung jawab dalam bertindak, berpikir serta mengambil keputusan.

Faktor usia merupakan faktor yang tidak dapat diabaikan, mengingat hal tersebut mempengaruhi kekuatan fisik dan psikis seseorang serta pada usia tertentu seorang karyawan akan mengalami perubahan potensi kerja. Tenaga kerja yang lebih senior cenderung lebih baik persepsinya karena mereka lebih mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan berdasarkan pengalamannya. Mereka cenderung lebih stabil emosinya sehingga secara keseluruhan dapat bekerja lebih lancar, teratur dan mantap (Davis, 1984).

Umur seseorang demikian besar perannya dalam mempengaruhi kinerja seseorang. Umur menyangkut perubahan – perubahan yang dirasakan individu sehubungan dengan pengalaman maupun perubahan kondisi fisik dan mental seseorang, sehingga nampak dalam aktivitas sehari – hari.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase petugas pelaksana yang rasional dalam pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas pada petugas dengan golongan umur antara 30 tahun sampai dengan 40 tahun adalah 64,9 % lebih besar dari petugas pelaksana yang rasional pada petugas pelaksana golongan umur lebih dari 40 tahun (42,3 %) dan dua kali dari petugas golongan umur kurang dari 30 tahun (33,3 %). Hal ini menunjukkan bahwa golongan umur petugas pelaksana tidak menunjukkan kecenderungan rasionalitas pemakaian obat ISPA pneumonia pada anak balita di Puskesmas.

Hasil uji *chi square* antara umur dan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

Hasil penelitian tersebut sesuai dengan pendapat Robbins (2001) yang menyatakan bahwa umur dan kinerja tidak ada hubungannya, melainkan umur berhubungan dengan keluar masuknya karyawan, kemangkiran, produktivitas dan kepuasan kerja karyawan.

Hasil penelitian bertentangan dengan pendapat Muchlas (1994) yang menyatakan bahwa hubungan umur dengan kinerja menunjukkan hubungan yang positif artinya semakin tua umur karyawan makin tinggi kinerjanya karena tinggi tingkat kepuasan kerjanya semakin tinggi, setidak – tidaknya sampai umur karyawan menjelang pensiun pada pekerjaan yang dikuasainya dan Gibson (1994) yang menyatakan bahwa umur mempengaruhi kinerja seseorang.

Penelitian Davis (1984) dan Siagian (2000) juga menyatakan bahwa pada karyawan yang lebih senior cenderung lebih stabil emosinya serta

mempunyai sikap yang dewasa dan matang mengenai tujuan hidup, harapan, keinginan dan cita – cita, sumber penghasilan yang relatif terjamin, sehingga secara keseluruhan dapat bekerja lebih lancar, teratur dan mantap disamping adanya ikatan batin dan tali persahabatan antara yang bersangkutan dengan rekan – rekannya dalam organisasi.

Kerasionalan pemakaian obat ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang tidak tergantung pada umur petugas pelaksana, hal ini disebabkan oleh :

Pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang berdasarkan pada *standard operating procedure* (SOP) pengobatan ISPA yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI , sehingga setiap petugas yang memberi pengobatan, diharapkan sesuai dengan SOP.

Petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang adalah petugas dengan latar belakang pendidikan medis dan paramedis (terdiri dari bidan dan perawat), yang bekerja secara profesional.

Sebagian besar petugas pelaksana pernah mengikuti pelatihan tatalaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskemas.

C. Hubungan Jenis Kelamin Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas

Jenis kelamin ikut menentukan kinerja seseorang, sehingga dalam pekerjaan – pekerjaan tertentu akan lebih cocok bila dilakukan oleh wanita dan sebaliknya. Pandangan terhadap situasi dan kondisi kerja antara pria dan wanita relatif mempunyai perbedaan.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa diantara 54 petugas pria terdapat 51,9 % yang rasional dan diantara 39 petugas wanita terdapat 56,4 % yang tidak rasional dalam pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas serta petugas yang rasional dalam pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang pada petugas pelaksana dengan jenis kelamin pria (51,9 %) lebih banyak daripada petugas wanita (43,6 %).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA Pneumonia pada balita di Puskesmas, hal ini sependapat dengan pendapat Muchlas (1994) yang menyatakan bahwa dalam berbagai penelitian dapat dikatakan bahwa secara umum tidak ada perbedaan yang signifikan antara jenis kelamin dengan produktivitas kerja dan bertentangan dengan pendapat Gibson (1994) yang menyatakan bahwa yang mempengaruhi kinerja seseorang faktor demografis yang meliputi umur, etnis, jenis kelamin.

Robbins (2001) berpendapat bahwa perbedaan yang nyata antara pria dan wanita yang berpengaruh terhadap kinerja adalah tidak ada perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas atau kemampuan belajar. Sementara itu wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang dan harapan untuk sukses walaupun perbedaan itu sangat kecil.

D. Hubungan Masa Kerja Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas

Masa kerja adalah lamanya bekerja, berkaitan erat dengan pengalaman – pengalaman yang telah didapat selama menjalankan tugas. Mereka yang berpengalaman dipandang lebih mampu dalam melaksanakan tugas, makin lama masa kerja seseorang kecakapan mereka akan lebih baik, karena sudah dapat menyesuaikan diri dengan pekerjaannya.

Handoko (1987) menyatakan bahwa semakin lama karyawan, mereka cenderung lebih terpuaskan dengan pekerjaannya karena alasan yang menjadi dasar adalah mereka dapat menyesuaikan diri dan lebih berpengalaman. Tetapi ada beberapa faktor yang mempengaruhi prestasi kerja antara lain beban kerja yang berlebihan, desakan waktu dan kualitas supervisi yang jelek. Sementara Green (1987) menyatakan bahwa masa kerja merupakan salah satu faktor predisposisi terhadap kinerja.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa diantara 49 petugas pelaksana yang memiliki masa kerja baru (kurang dari 5 tahun) terdapat 51 % yang rasional dan diantara 17 petugas pelaksana dengan masa kerja lama (lebih dari 10 tahun) terdapat 35,3 % yang rasional, sementara itu diantara petugas pelaksana yang rasional dalam memakai obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas, petugas dengan masa kerja baru (51 %) lebih banyak jika dibandingkan dengan petugas bermasa kerja lama (lebih dari 10 tahun) yaitu sejumlah 35,3 %.

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang nyata antara masa kerja dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas. Hasil yang sama juga didapatkan dari

penelitian yang dilakukan oleh Sudarwati (1998) bahwa masa kerja tidak berpengaruh terhadap Tingkat Kepatuhan Petugas Immunisasi terhadap standar / SOP pada pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas di wilayah Kota Semarang.

E. Hubungan Pendidikan Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas

Upaya untuk tercapainya kesuksesan di dalam bekerja dituntut pendidikan yang sesuai dengan jabatan yang dipegangnya (LAN RI, 1993). Petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas wilayah Kota Semarang mempunyai latar belakang pendidikan yang berbeda antara lain dokter umum, Sarjana Kesehatan Masyarakat, Sarjana Keperawatan, D IV Kebidanan , D III Kebidanan, DIII keperawatan, SPK dan bidan. Tingginya pendidikan petugas disebabkan karena adanya kemudahan bagi petugas Puskesmas untuk melanjutkan pendidikan dengan menggunakan biaya sendiri. Hal ini sesuai buku pedoman ketrampilan dan penatalaksanaan penyakit ISPA pada anak balita (Depkes RI, 2000) yang menyatakan bahwa tenaga yang diberi wewenang dan tanggung jawab dalam pengobatan ISPA pneumonia pada balita adalah tenaga medis dan paramedis yang terlatih.

Menurut Sujak (1990) predisposing factor merupakan gambaran mutu sumber daya manusia, dan dapat ditingkatkan melalui pendidikan (*education*). Pendidikan lebih menekankan pada pengetahuan, sikap dan ketrampilan baru, yang akan melengkapi individu dalam melaksanakan tugas pekerjaan baru atau yang berbeda dengan tugas pekerjaan yang sedang menjadi tanggung jawabnya.

Kenyataan menunjukkan bahwa baik di negara – negara industri yang sudah maju maupun di negara dunia ketiga, tingkat pendidikan formal para warga masyarakat semakin tinggi. Makin tingginya tingkat pendidikan formal tersebut antara lain akibat pada peningkatan harapan dalam hal karier dan perolehan pekerjaan serta penghasilan. Akan tetapi di sisi lain, lapangan kerja yang tersedia tidak selalu sesuai dengan tingkat dan jenis pengetahuan serta ketrampilan yang dimiliki pekerja.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa diantara 39 petugas pelaksana yang berpendidikan sedang terdapat 66,7 % yang rasional dalam memakai obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dan diantara 24 petugas pelaksana yang berpendidikan tinggi terdapat 39,1 % yang rasional. Sementara itu petugas pelaksana yang rasional dalam pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas pada pendidikan sedang (66,7 %) lebih tinggi dibandingkan dengan petugas yang berpendidikan tinggi dan rendah.

Tidak semua petugas berpendidikan tinggi dalam memberikan pengobatan / peresepan rasional, hal ini terjadi karena sudah ada beberapa petugas yang semula berpendidikan DIII melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi (Sarjana Kesehatan Masyarakat , D IV Kebidanan dan Sarjana Keperawatan)

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pendidikan petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang. Hal ini sependapat dengan As'ad (1995) yang menyatakan bahwa karakteristik yang mempengaruhi prestasi kerja adalah bakat, intelegensia, pendidikan, motivasi, kepribadian serta pengetahuan mengenai pekerjaannya. Hal ini juga didukung oleh pendapat

Green (1978), bahwa pendidikan merupakan salah satu faktor yang menjadi dasar untuk melaksanakan tindakan.

F. Hubungan Pelatihan Petugas Pelaksana Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas

Menurut Sujak (1990) predisposing factor merupakan gambaran mutu sumber daya manusia, dan dapat ditingkatkan melalui pelatihan (*training*). Pelatihan menekankan pada peningkatan pengetahuan, sikap dan ketrampilan untuk melaksanakan tugas pekerjaan yang sedang menjadi tanggung jawab petugas.

Menurut Departemen Kesehatan RI (1990) pelatihan adalah suatu upaya sistematis untuk mengembangkan sumber daya manusia baik perorangan, kelompok maupun organisasi yang diperlukan untuk tugas pada waktu sekarang dan untuk menyiapkan masa depan yang ditujukan untuk menyelesaikan masalah tugas pekerjaan masa itu. Sedangkan menurut Trisnantoro, dkk (1996) pelatihan / diklat adalah suatu proses yang sistematis untuk mengembangkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang diperlukan seseorang dalam melaksanakan tugasnya serta diharapkan akan dapat mempengaruhi kinerja baik bagi orang yang bersangkutan maupun bagi organisasinya.

Pelatihan dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan berbagai ketrampilan dan teknik pelaksanaan kerja tertentu (Handoko, 1998), sedang Gomes (1999) mengemukakan definisi pelatihan adalah suatu kegiatan pembelajaran dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan untuk memperbaiki kinerja pekerja pada suatu pekerjaan tertentu yang menjadi

tanggung jawabnya atau berkaitan dengan pekerjaan menjadi lebih baik dan efektif.

Jenis pelatihan yang pernah diikuti seseorang yang berhubungan dengan bidang pekerjaannya akan dapat mempengaruhi ketrampilan dan sikap mentalnya serta akan meningkatkan kepercayaannya pada kemampuan dirinya, hal ini tentu akan berpengaruh positif terhadap kinerja karyawan yang bersangkutan. Para pegawai harus dididik secara sistematis jika mereka akan melaksanakan pekerjaannya dengan baik (Manulang, 1987)

Seperti yang diungkapkan oleh Tjiptono bahwa salah satu dari unsur yang paling fundamental dari pengembangan individu adalah pengembangan personil secara terus menerus. Salah satu cara untuk mengembangkan personil adalah dengan mengadakan pelatihan

Tujuan pelatihan adalah untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap karyawan serta meningkatkan kualitas dan produktivitas organisasi secara keseluruhan sehingga organisasi menjadi lebih kompetitif. Dengan kata lain, tujuan pelatihan adalah meningkatkan kinerja dan pada gilirannya akan meningkatkan daya saing.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa diantara 37 petugas pelaksana yang memiliki pelatihan cukup terdapat 67,6 % yang rasional dalam pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dan diantara 32 petugas pelaksana yang memiliki pelatihan kurang terdapat 31,3 % yang rasional. Sementara itu petugas pelaksana yang rasional dalam pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas pada pelatihan cukup (67,6 %) lebih tinggi dari petugas yang memiliki pelatihan baik (41,7 %) dan kurang (31,3 %).

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pelatihan petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang, hal ini sesuai dengan pendapat Green (1987) yang menyatakan bahwa kinerja seseorang / organisasi ditentukan oleh pengetahuan seseorang sebagai predisposing faktor .

Tidak semua petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang yang memiliki pelatihan yang baik mampu melakukan persepan / pengobatan yang rasional, hal ini disebabkan karena petugas belum pernah mengikuti pelatihan tentang pengobatan rasional khususnya pada pengobatan ISPA pneumonia pada balita, pelatihan yang pernah diikuti adalah pelatihan pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dan beberapa pelatihan yang sifatnya menunjang pekerjaannya sebagai pelaksana pengobatan ISPA pneumonia seperti pelatihan penyusunan SOP dan lain – lain.

Sehubungan hal tersebut diatas, Puskesmas perlu mengadakan pelatihan tentang rasionalitas pengobatan khususnya pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

Menurut Handoko (1987) bahwa para karyawan yang sudah berpengalaman perlu belajar dan menyesuaikan diri dengan kebijakan dan prosedur yang baru. Mereka memerlukan latihan dan pengembangan untuk mengerjakan tugas – tugasnya secara sukses.

G. Hubungan Kepatuhan Petugas Pelaksana Terhadap SOP Pengobatan ISPA Pneumonia Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas

Kepatuhan petugas yang tinggi hanya dapat terwujud jika karyawan memiliki kemampuan, keterampilan dan pengetahuan yang dituntut oleh pekerjaan sebagai petugas pelaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas. Disamping kemampuan, keterampilan dan pengetahuan, kompetensi karyawan memerlukan sumber daya (bahan, metode, dan mesin) yang diperlukan untuk melaksanakan kompetensi tersebut. Penyediaan sumber daya ini merupakan tanggung jawab manajemen untuk memungkinkan pemanfaatan secara optimum kompetensi karyawan . (Ken Blanchard,1998)

Spiegel & Torres (1997) menyatakan bahwa ada empat kemampuan karyawan yang harus dipertimbangkan oleh seorang pimpinan apabila ingin memberikan pendelegasian wewenang kepada karyawan antara lain (1) kemampuan teknis yang dimiliki oleh setiap orang untuk menyelesaikan tugasnya, (2) kemampuan setiap orang untuk memadukan kerjanya dengan orang lain demi mencapai tujuan bersama (3) kemampuan orang mengelola orang lain dan (4) kesesuaian bentuk tim dan fungsi yang dijalankannya.

Berdasarkan hasil FGD dapat diketahui bahwa untuk mengukur kepatuhan petugas pelaksana terhadap SOPkan pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang digunakan tingkat kepatuhan petugas terhadap standar (SOP) pengobatan ISPA anak balita, yang pengukurannya dilakukan setiap tiga bulan sekali. Hasil pemantauan tingkat kepatuhan petugas terhadap standar pada bulan Desember 2003 menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan petugas terhadap standar rata – rata cukup baik (berkisar antara 80

sampai dengan 95 %) sehingga dapat dikatakan bahwa kepatuhan petugas pelaksana dalam pengobatan ISPA pneumonia adalah cukup baik.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa diantara 38 petugas pelaksana yang memiliki kepatuhan cukup terdapat 68,4 % yang rasional dalam pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dan diantara 23 petugas pelaksana yang memiliki kepatuhan tinggi terdapat 39,1 % yang rasional. Petugas pelaksana yang rasional dalam pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang pada petugas dengan kepatuhan cukup (68,4 %) lebih tinggi dibandingkan dengan petugas pelaksana yang memiliki kepatuhan baik (39,1 %) dan kurang (31,3 %)

Tidak semua petugas dengan kepatuhan yang tinggi melakukan peresepan atau pengobatan ISPA pneumonia pada balita adalah rasional, hal ini disebabkan karena di dalam SOP belum ada item pernyataan tentang peresepan / pengobatan yang rasional. Sehingga perlu dilakukan revisi SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dengan menambah item pernyataan tentang pengobatan / peresepan yang rasional.

Di samping itu ada beberapa petugas yang kepatuhan terhadap standar rendah, hal ini disebabkan karena ada beberapa pernyataan yang seharusnya tidak perlu misalnya :

1. Menanyakan apakah anak batuk ?, pernyataan ini dianggap tidak perlu karena ada tidaknya batuk dapat dilihat langsung dari kondisi pasien
2. Menanyakan apakah ada kesulitan bernafas ? pernyataan ini dianggap tidak perlu karena dapat melihat dari kondisi pasien langsung
3. Menanyakan adanya demam atau panas ? pernyataan ini dianggap tidak perlu karena dapat dilakukan pengukuran suhu tubuh. Yang perlu

ditanyakan bukan ada tidaknya batuk melainkan kapan mulai batuk dan sudah berapa lama.

Untuk itu, perlu dilakukan revisi SOP tatalaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

Hasil uji *chi square* menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara kepatuhan petugas pelaksana terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang. Hal ini sependapat dengan Timple yang menyatakan bahwa kemampuan karyawan menentukan kinerja. Karyawan yang tidak memiliki kemampuan yang diperlukan untuk melakukan pekerjaan mungkin tidak mampu menghasilkan kinerja yang baik. Pendapat ini didukung oleh John Child (dalam Gibson, 1990) yang menyatakan bahwa keefektifan individu mencakup kemampuan, keahlian, pengetahuan, sikap, motivasi dan stres.

Untuk meningkatkan kepatuhan petugas diperlukan adanya pelatihan. Selama ini petugas hanya mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah dan Dinas Kesehatan Kota Semarang sehingga belum semua petugas (khususnya bidan yang bekerja di KIA) mendapatkan pelatihan tentang penatalaksanaan pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas. Untuk itu Puskesmas perlu menyelenggarakan pelatihan sendiri. Untuk menentukan jenis pelatihan yang dibutuhkan karyawan untuk meningkatkan kemampuannya atau kepatuhannya terhadap standar diperlukan *need assesement*.

H. Hubungan Pengetahuan Petugas Pelaksana Tentang Pengobatan ISPA Pneumonia Dengan Rasionalitas Pemakaian Obat Penyakit ISPA Pneumonia Pada Balita Di Puskesmas

Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber, misalnya media massa, media elektronik, buku petunjuk, media poster, kerabat dekat dan sebagainya. Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinan tersebut. Notoatmodjo (1993) mengatakan bahwa pengetahuan merupakan resultan dari akibat proses penginderaan terhadap suatu obyek. Penginderaan tersebut sebagian besar berasal dari penglihatan dan pendengaran. Pengukuran atau penilaian pengetahuan pada umumnya dilakukan melalui tes atau wawancara dengan alat bantu kuesioner berisi materi yang ingin diukur dari responden.

Pengetahuan menurut Notoatmodjo (1993) adalah merupakan hasil dari tahu, hal ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan diperoleh dari proses belajar, yang dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai dengan keyakinan yang diperoleh. berasal dari berbagai sumber seperti; media elektronik, media massa dan lain-lain.

Berdasarkan hasil FGD terhadap 10 orang Kepala Puskesmas wilayah Kota Semarang dapat diketahui bahwa pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas rata – rata adalah cukup. Banyak hal yang diupayakan kepala Puskesmas untuk meningkatkan pengetahuan petugas, antara lain (1) memberikan kesempatan kepada petugas yang pernah dilatih untuk menyebarkan pengetahuannya pada teman yang

belum pernah mengikuti pelatihan, (2) melakukan desiminasi pengetahuan tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas di rapat bulanan Puskesmas, (3) menyediakan buku atau bacaan tentang pengobatan ISPA pneumonia yang dapat dibaca oleh petugas setiap saat dan (4) secara rutin diadakan pertemuan untuk membahas hasil supervisi dan permasalahan yang dihadapi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa diantara 37 petugas pelaksana yang memiliki pengetahuan yang cukup terdapat 64,9 % yang rasional dalam pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dan diantara 25 petugas pelaksana yang memiliki pengetahuan yang tinggi terdapat 44 % yang rasional. Sementara itu petugas pelaksana yang rasional dalam pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas pada petugas dengan pengetahuan cukup (64,9 %) lebih tinggi jika dibandingkan dengan petugas pelaksana dengan pengetahuan tinggi (44 %) dan kurang (32,3 %).

Hasil uji *chi square* menyatakan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan petugas pelaksana dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang. Hal ini sependapat dengan Timple yang menyatakan bahwa ada salah satu faktor yang menjadi penentu kinerja karyawan adalah pengetahuan yang diperlihatkan karyawan untuk menyelesaikan pekerjaan. Meskipun karyawan memiliki tingkat ketrampilan untuk melakukan pekerjaan mereka tidak akan bekerja dengan baik bila hanya sedikit pengetahuan atau tidak ada pengetahuan sama sekali. Tingkat ketrampilan berhubungan dengan apa yang dapat dilakukan karyawan sedang pengetahuan berkait dengan apa yang akan dilakukan karyawan.

Pendapat yang sama dikemukakan oleh Ilyas (1999) dan Gibson (1994) ada beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja seseorang, diantaranya adalah pengetahuan. Sementara Handoko (1998) berpendapat bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi prestasi kerja karyawan adalah: motivasi, kepuasan kerja, tingkat stress, kondisi fisik pekejaan, sistem kompensasi, desain pekerjaan, aspek ekonomi, teknis dan perilaku karyawan yang terdiri dari pengetahuan, sikap dan keterampilan.

Sementara itu Departemen Kesehatan RI menyatakan bahwa kurangnya bekal pengetahuan dan keterampilan di bidang farmakologi klinik, kurang yakinan petugas pelaksana pengobatan akan diagnosis yang ditegakkannya, tekanan pasien agar petugas pelaksana memenuhi permintaannya, keterbatasan waktu yang dimiliki petugas pelaksana dalam melayani pasien, generalisasi yang keliru tentang efek obat atas dasar pengalaman yang terbatas daripada atas dasar bukti ilmiah akan mendorong ke arah persepan yang berlebihan atau kurang yang berakibat pada pengobatan yang tidak rasional.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Secara bivariat, terdapat hubungan yang nyata antara pendidikan (*p-value* : 0,010), pelatihan (*p-value* : 0,008), kepatuhan petugas terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia (*p-value* : 0,005) dan pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas (*p-value* : 0,024), dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.
2. Tidak terdapat hubungan yang nyata antara jenis kelamin (*p-value* : 0,431), umur petugas pelaksana (*p-value* ; 0,727) dan masa kerja petugas pelaksana (*p-value* : 0,489) dengan rasionalitas pemakaian obat penyakit ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas Kota Semarang.
3. Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan bahwa yang melaksanakan pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas adalah dokter umum, perawat dan bidan, berdasarkan buku penatalaksanaan ISPA anak balita yang dikeluarkan Departemen Kesehatan RI tahun 2000
4. Pada umumnya Kepala Puskesmas menyatakan kriteria pemakaian obat ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas berdasarkan buku bimbingan keterampilan dalam tatalaksana penderita ISPA akut pada anak yang dikeluarkan Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan

Penyehatan Lingkungan Pemukiman Departemen Kesehatan RI tahun 2000 yang kemudian dijabarkan dalam *standard operating procedure* (SOP) pengobatan ISPA pada Balita.

5. Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan persepsian ISPA pneumonia pada balita kurang rasional. Walaupun setiap petugas dalam memberikan pemeriksaan dan pengobatan balita penderita ISPA pneumonia sesuai dengan SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dan di dalam SOP terlihat jelas tatalaksana pengobatan ISPA pneumonia pada balita namun di dalam SOP tidak dijelaskan secara rinci item tentang pemberian persepsian / pengobatan yang rasional
6. Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan melakukan supervisi terhadap pengobatan ISPA pneumonia dan dilakukan setiap hari, karena Kepala Puskesmas juga sebagai dokter di poliklinik umum sehingga setiap kali ada petugas yang tidak patuh terhadap SOP ditegur dan diberi penjelasan. Setiap tiga bulan sekali, Kepala Puskesmas bersama dengan tim QA Puskesmas memantau Kepatuhan Petugas Terhadap Standar (SOP) tatalaksana ISPA pneumonia pada balita dan hasilnya rata – rata mereka memiliki kepatuhan yang cukup khususnya petugas yang berpengalaman.
7. Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan cara mereka mengukur kepatuhan petugas pelaksana terhadap SOP pengobatan ISPA pneumonia adalah dengan melihat tingkat kepatuhan petugas terhadap standar (SOP) pengobatan ISPA pneumonia pada balita

8. Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan , rata – rata pengetahuan petugas pelaksana tentang pengobatan ISPA pneumonia adalah cukup baik, kecuali pada petugas yang baru bekerja di Puskesmas.
9. Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan , rata – rata tingkat pengetahuan, sikap dan keterampilan petugas pelaksana dalam pengobatan terhadap anak balita yang menderita penyakit ISPA pneumonia adalah cukup baik, walaupun belum semua petugas dilatih, tetapi petugas yang pernah di latih, baik oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah maupun Dinas Kesehatan Kota Semarang akan membagi pengetahuan yang dimilikinya kepada petugas yang lain
10. Sebagian besar Kepala Puskesmas menyatakan Puskesmas belum pernah mengadakan pelatihan dengan mendatangkan pelatih dari luar karena tidak ada biaya untuk pelatihan

B. Saran

1. Dinas Kesehatan Kota Semarang

- a. Perlu diterbitkan kebijakan tentang bagaimana mendayagunakan tenaga yang ada untuk melaksanakan pengobatan ISPA pneumonia pada anak balita di Puskesmas
- b. Perlu diterbitkan kebijakan tentang pengobatan pada penyakit ISPA pneumonia dengan dibedakan antara pneumonia yang disebabkan karena virus dan pneumonia yang disebabkan karena bakteri, jamur dan lain – lain, sehingga perlu pemakaian obat alternatif sebagai pengganti

dari jenis antibiotika yang menjadi standar pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas.

- c. Perlu dilaksanakan pelatihan rasionalitas pengobatan bagi petugas medis maupun paramedis di Puskesmas
- d. Melengkapi item atau butir pernyataan standar pelayanan / SOP pengobatan ISPA pneumonia pada balita di Puskesmas dengan item atau butir pernyataan tentang penggunaan obat yang rasional.

2. Puskesmas Kota Semarang

- a. Puskesmas perlu melakukan *need assesment* pelatihan sehingga dapat diketahui pelatihan yang menjadi kebutuhan petugas, dan tidak mengandalkan pelatihan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi maupun Dinas Kesehatan Kota Semarang
- b. Pemantauan atau supervisi lebih ditingkatkan dan tidak hanya melihat tingkat kepatuhan petugas terhadap standar (SOP) tapi juga melihat rasionalitas pemakaian obat.
- c. Pemeriksaan, diagnosis dan terapi terhadap anak balita yang menderita ISPA pneumonia sebaiknya dilakukan oleh dokter. Tugas paramedis hanya membantu pada saat pemeriksaan pendahuluan, anamnesis serta konseling.

DAFTAR PUSTAKA

- Abramson, J.H., 1991. *Metode Survei Dalam Kedokteran Komunitas, Pengantar Epidemiologi dan Evaluatif*, Edisi Ketiga,. Gadjahmada University Press, Yogyakarta
- Agus, MT., 1992. *Manajemen Sumber Daya Manusia*., Ghalia, Jakarta.
- Anief, M. 1984, *Ilmu Farmasi*, Ghalia Indonesia, Jakarta
- Arikunto, S., 2000. *Manajemen Penelitian*., Rineka Cipta, Jakarta.
- Atmosoeprapto, K., 2002. *Empower Your Human Resources (Berdayakan Sumber Daya Manusia Anda)*., PT Elex Media Komputindo, Jakarta.
- Azwar, S., 1997. *Reliabilitas dan Validitas Cetakan II*., Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
-, 2003. *Metode Penelitian*., Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Bennet , F.J., 1987. *Diagnosa Komunitas dan Program Kesehatan*., Penerjemah Andi Harsono, Yayasan Esentia Medika, Jakarta.
- Bhutta, T. I.,1997, *The Continuing Need for Rational Selection and Use of Drugs, General Policy Issues*, WHO Drug Information, 11 (4) : 232 – 233
- Biro Pusat Statistik., 2000. *Pemerataan Pendapatan dan Pola Konsumsi Penduduk Jawa Tengah*, tidak dipublikasikan
-, 2000. *Statistik Sosial dan Kependudukan Jawa Tengah, Hasil Sussenas*, tidak dipublikasikan
- Blanchard, K; dkk., 1998. *Empowerment Takes More Than A Minute (Pemberdayaan Memerlukan Waktu Lebih Dari Semenit)*., Penerbit Interaksara, Batam Centre.
- Departemen Kesehatan RI, 1992, *Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas*, Depkes RI, Jakarta, tidak dipublikasikan

Departemen Kesehatan RI, 1998a, *Materi Pelatihan Penggunaan Obat yang Rasional Untuk Dokter Puskesmas*, Dit.Jen. POM Dep.Kes. RI., Jakarta, tidak dipublikasikan

....., 1998b, *Daftar Obat Essensial Nasional*, Dit.Jen POM Dep.Kes.RI, Jakarta, tidak dipublikasikan

....., 2000, *Pedoman Pengelolaan Obat Daerah Kabupaten/Kota*, Ditjen POM Depkes RI, Jakarta, tidak dipublikasikan

....., 2001, *Pedoman Pengobatan Dasar di Puskesmas*, Dep.Kes.RI., Jakarta

....., 1989. Lokakarya Ekonomi Kesehatan, Perumusan dan Implikasi di Indonesia,. Cimacan, 9 – 11 Oktober 1989, tidak dipublikasikan

....., 1997. *Pelatihan Pengembangan Program Jaminan Mutu bagi TOT Tingkat Propinsi*,. Dirjen Binkesmas, Jakarta, tidak dipublikasikan

....., 1997. *Penyeliaan / Supervisi Program Jaminan Mutu Terpadu Pelayanan Kesehatan Dasar*,. Dirjen Binkesmas, Jakarta, tidak dipublikasikan

Dwiprahasto, I., dkk., 1999, *Modul Manajemen Obat*, Magister Manajemen Pelayanan Kesehatan, UGM, Yogyakarta

Fasehun, F., 1997, The Antibacterial Paradox : Essential Drugs, Effectiveness, and Cost, *Bulletin of the WHO*, 77 (3): 211-6

Finkelstein, J.A., dkk., 2000, Antimicrobial Use in Defined Population of Infants and Young Children, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154 : 395-400

Flahault, D., 1998. *The Supervision of Health Personnel at District Level*,. World Health Organization, Geneva.

Ghozali , I., 2001. *Aplikasi Analisis Multivariat Dengan Program SPSS*,. Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang.

- Grand, A.L., dkk, 1999, Review Article : *Intervention Research in rational Use of Drugs*, Health Policy and Planning, 14 (2) : 89 - 102
- Green, L.W., 1980. *Health Education Planning, a diagnostic approach*,. The John Hopkins University, Mayfield Publishing, USA.
- Guisrafe,H.,dkk., 1995, From research to public health intervention I, Impact of an educational strategy for physicions to improve treatment practises of common diseases, *Archives of Medical Research*, vol 26, pp S31-S39
- Gurajati, D., dkk., 1995. *Ekonometrika Dasar*, Erlangga, Jakarta.
- Handoko , T. Hani, 1995, *Manajemen Edisi 2*, BPFE, Yogyakarta
- Hasan , I., 1999. Pokok – Pokok Materi Statistik 2 (Statistik Inferensi), Bumi Aksara, Jakarta.
- Holden, J. dkk., 1996, The Quality of Prescribing in General Practice , *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9 (5) : 17-21
- Ibrahim, B., 2000. TQM Panduan Untuk Menghadapi Persaingan Global,. Djambatan, Jakarta.
- Jacobalis, S., 2000. *Beberapa Teknik Dalam Manajemen Mutu*, Manajemen Rumah Sakit, Universitas Gadjahmada, Yogyakarta
- Junadi, P., 1995. *Pengantar Analisis Data*,. Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.
- Kristin , E., Dwiprahasto, I., Thobari, J. A., dan Irmawanto, P., 1998, Laporan Studi Data Dasar Pengelolaan dan Penggunaan Obat di Dua Kotamadya Propinsi Kalimantan Timur, Studi Pendahuluan Pokja Pengelolaan dan Penggunaan Obat Ditjen POM Depkes RI, Bagian Farmakologi Fak. Kedokteran UGM, Yogyakarta
- Lembaga Administrasi Negara RI., 1993. *Analisa Jabatan*,. Jakarta, tidak dipublikasikan

- Levy, B.S., 1982, *Microbial resistance to antibiotics*, An evolving and persistent problem. In : Anonymous. Good antimicrobial prescribing . Alacent review, Alacent Ltd., London.
- Luthan , F., 1995. *Organization Behavior*,. Mc Graw-Hill International Editions, Management an Organization Series, Singapore,
- Mangkuatmodjo, S., 1999. *Pengantar Statistik*,. Penerbit Rineka Cipta, Jakarta,
- Masri, S., dkk., 1989. *Metode Penelitian Survey*,. Lembaga Penelitian, Pendidikan dan Penerangan Ekonomi dan Sosial, Jakarta.
- Muchlas, M., 1994. *Perilaku Organisasi*,. PT. Karipta, Yogyakarta.
- Nasution., 2000. *Metode Research (Penelitian Ilmiah)*,. PT. Bumi Aksara, Jakarta
- Notoatmodjo, S., 1993. *Metodologi Penelitian Kesehatan*,. PT. Rineka Cipta, Jakarta.
-, S., 1993. *Pengantar Pendidikan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*,. Andi Offset, Yogyakarta.
- Prawitasari, J.E., dkk., 1996, Interactional Group Discussion : Results of A Controlled Trial Using A Behavioral Intervention to Reduce the Use of Injection in Public Health Facilities, Soc. Sci. Med. 42 (8): 1177 – 1183
- Quick, J.D., dkk., 1997, *Managing Drug Supply*, Second Edition, Revised and Expandet, Kumari Press, West Hartford
- Robbins , S.P., 1996. *Organizational Behavior Concept, Controversies, Applications*,. Prentice Hall.Inc, Englewood Cliffs.
- Robbins, S., 2001. *Perilaku Organisasi*,. Prentice Hall, Inc., New Jersey, Jilid 2
- Ruthetford, 2001, Infections Pneumonia, http://kidshealth.org/parent/infections/bacterial_viral/pneumonia_p3.html
- Santoso, B., 1991, *Masalah Ketidakrasionalan Pemakaian Obat*, Lembaran obat dan pengobatan, Tahun V nomor 1, hal 1-6

- Santoso, S., 2000. *SPSS- Mengolah Data Statistik Secara Profesional*,. Elex Media Komputindo, Jakarta
- Sastramihardja, H.S., 1997, *Penggunaan Obat Yang Rasional di Tempat Pelayanan Kesehatan*, *Majalah Kedokteran Indonesia*, 47 (10) : 532-537
- Shah, I, 2003, *Pneumonia in Children*, [http ://www.pediatriconcall.com](http://www.pediatriconcall.com).
- Siegel, S., 1994. *Statistik Non Parametrik*,. PT Gramedia, Jakarta
- Smet, 1994, *Psikologi Kesehatan*, PT. Gramedia Widiasarana, Indonesia, 343 h.
- Spiegel & Torres, 1997, *Membangun dan Mempertahankan Tim Kerja Yang Tangguh*. PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Sudigdo, S dkk I., 1995. *Dasar – Dasar Metodologi Penelitian Klinis*,. Bagian Ilmu Kesehatan Anak, FK-UI, Jakarta
- Sudjana., 1997. *Statistik Untuk Ekonomi dan Niaga, Edisi Ketiga*,.Tarsito, Bandung
- Sudrajad, S,W., 1987. *Statistika Nonparametrik, Suatu Tafsiran dari Nonparametric Statistics for Behavioral Sciences*,. Amrico, Bandung
- Sugiyono., 1999. *Metode Penelitian Bisnis*,. CV. Alfabeta, Bandung
- Suryawati, S., 1997, *Masalah Penggunaan Obat dan Kerangka Upaya Perbaikannya, Rapat Konsultasi Direktorat Pengawasan Obat Dit,Jen.POM Dep..Kes. RI, 30 Juni – 2 Juli 1997*, Jakarta
- Sutisna., 2001. *Perilaku Konsumen dan Perilaku Pemasaran*,. Cetakan Pertama,. PT. Remaja Rosda Karya, Jakarta
- Sutrisna, B., 1996, *Pengaruh Surat Perintah dan Supervisi Aktif Terhadap Penurunan Penggunaan Antibiotika Pada Pengelolaan dan Pengobatan Kasus Balita Batuk-Pilek Bukan Pneumonia*, *Jurnal Kedokteran YARSI*, September, Vol. 4 (3) : 47-59
- WHO, 1987, *Conference of Experts on the rational use of drugs, Nairobi : report on the rational use of drugs*, WHO, Geneva

WHO/DAP., 1993, *How to Investigate Drug Use in Health Facilities, Selected Drug Use Indicators, Action Programme on Essential Drugs*, Genewa

Wijaya, IR., 2000. *Analisis Statistik dengan Program SPSS 10.0*,.Alfabeta, Bandung

Wijono, D., 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Teori, Strategi dan Aplikasi*,. Volume 1; Airlangga University Press, Surabaya

Zimbardo, dkk, 1991, *Marketing Service : Competing through Quality*, New York : Free Press