FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PRAKTIK BIDAN DALAM PENGGUNAAN ALGORITMA MANAJEMEN TERPADU BAYI MUDA (MTBM) PADA KUNJUNGAN NEONATAL

(Studi di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016)

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh:

Wahyu Iraningsih
NIM. 6411914002

JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
2016

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Keolahragaan
Universitas Negeri Semarang
Mei 2016

ABSTRAK

Wahyu Iraningsih

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Bidan dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda pada Kunjungan Neonatal di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016

XVII+ 100 halaman + 24 tabel + 2 gambar + 26 lampiran

Algoritma manajemen terpadu bayi muda dapat menurunkan 30-60% kematian bayi. Namun belum semua bidan menerapkannya dalam kunjungan neonatal. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor – faktor yang berhubungan dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal.

Metode penelitian ini berjenis *explanatory research*, menggunakan pendekatan *cross sectional*, dengan populasi adalah bidan desa di wilayah *eks* distrik Cilacap berjumlah 65 orang. Teknik *sampling* secara *purposive* didapat 60 responden. Analisis data univariat dan bivariat dengan uji *chi square*.

Hasil penelitian didapatkan faktor yang berhubungan dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda adalah pengetahuan (p=0,000), sikap (p=0,020), ketersediaan fasilitas (p=0,023), dukungan atasan (p=0,017), masa kerja (p=0,011) dan supervisi (p=0,039). Faktor yang tidak berhubungan adalah umur (p=0,124), status kepegawaian (p=0,586), beban kerja tambahan (p=0,290) dan *reward* (p=0,053).

Saran yang direkomendasikan adalah perlunya pelatihan tatalaksana neonatus, pelimpahan wewenang tertulis pemberian antibiotika injeksi, pemenuhan ketersediaan form bayi muda dan peningkatan apresiasi kinerja bidan.

Kata Kunci : Algoritma; Bayi; Bidan; Praktik

Kepustakaan : 72 (1990-2016)

Public Health Science Department
Faculty of Sport Science
Semarang State University
Mei 2016

ABSTRACT

Wahyu Iraningsih

Factors Related to Midwive's Practice of Using Algorithm of Neonatal Integrated Management in Neonatal Visit (Study in Area of Cilacap Ex-District Cilacap Regency)

XVII + 100 pages + 24 tables + 2 figure + 26 attachments

Algorithm of neonatal integrated management can reduce 30-60 % of infant mortality, but not all midwives use it in neonatal visit. This study aims to identify factors related to midwive's practice of using algorithm of neonatal integrated management in neonatal visit.

This study is explanatory research, using cross sectional approach, with population is midwives in the *ex* district of Cilacap are 65 people. sampling technique is purposive, obtained 60 respondents. Univariate and bivariate data analysis with chi square test.

Result study obtained that factors related to midwive's practice of using algorithm of neonatal integrated management are knowledge (p=0.000), attitude (p=0.020), availability of facilities (p=0.023), support the superior (p=0.017), length of work (p=0.011) and supervision (p=0.039). Factors unrelated are age (p=0.124), employment status (p=0.586), extra work load (p=0.290) and reward (p=0.053).

The proposed recommendation is the need for training of management neonatal, delegation of authority in writing of antibiotics injection, fulfillment of the availability of forms young infant and increase the appreciation performance of midwives.

Keywords : Algorithm; Infant; Midwife; Practice.

Literature : 72 (1990-2015)

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian manapun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam daftar pustaka.

Semarang, Mei 2016

Penulis

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

PENGESAHAN

Telah dipertahankan dihadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang atas nama Wahyu Iraningsih, NIM 6411914002, dengan judul "**Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Praktik Bidan dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) pada Kunjungan Neonatal (Studi di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016)**".

Pada hari : Selasa

Tanggal : 19 Juli 2016

Panitia Ujian

Ketua,	Sekretaris,
Prof. Dr. Tandryo Rahayu, M.Pd	Irwan Budiono, S.KM,M.Kes (Epid)
NIP. 19610320 198403 2 001	NIP. 19751217 200501 1 003

Dewan Penguji		Tanggal Persetujuan
Ketua Penguji	1. Sofwan Indarjo, S.KM., M.Kes NIP. 19760719 200812 1 002	26/7 - 2016
Anggota Penguji	2. Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes NIP. 19591001 198703 2 001	23/7 2016
Anggota Penguji	3. Muhammad Azinar, S.KM., M.Kes NIP. 19820518 201212 1 002	27/7 - 2016

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto :

Hidup adalah semata – mata untuk beribadah kepadaNYA

Persembahan :

1. Kedua orang tuaku
2. Suami dan anak-anakku
3. Sahabat – sahabat terbaikku
4. Guru-guruku
5. Semua Almamaterku

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan karuniaNya sehingga skripsi yang berjudul "Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Praktik Bidan dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) pada Kunjungan Neonatal (Studi di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016)" dapat diselesaikan dengan baik.

Dalam penyusunan skripsi ini, penulis mendapatkan arahan, bimbingan, masukan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi – tingginya kepada yang terhormat:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan beserta seluruh staf yang telah memberikan ijin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang beserta seluruh staf.
3. Bapak Muhammad Azinar, S.KM, M.Kes, pembimbing utama penelitian atas arahan, masukan dan bimbingannya.
4. Bapak Sofwan Indarjo, S.KM, M.Kes selaku penguji I
5. Prof. Dr. dr. Hj. Oktia Woro K.H., M.Kes, selaku penguji II
6. Kepala UPT Puskesmas Kesugihan I, Kesugihan II, Jeruklegi I, Jeruklegi II, Kawunganten dan Bantarsari selaku pimpinan di lokasi penelitian beserta seluruh staf.
7. Para bidan desa di wilayah eks distrik Cilacap Kabupaten Cilacap selaku responden dalam penelitian ini.

8. Para Bidan koordinator kesehatan anak puskesmas di Kabupaten Cilacap atas kerjasama, dukungan dan partisipasi yang baik dalam penyusunan skripsi ini
9. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap selaku pimpinan institusi tempat penulis bekerja yang memberikan ijin mengikuti program tugas belajar dan ijin penelitian beserta seluruh staf.
10. Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementrian Kesehatan RI beserta staf, selaku penyelenggara program tugas belajar yang memfasilitasi pemberian dana bea pendidikan dan penelitian.

Semoga amal baik dari semua pihak selalu diberkahi oleh Tuhan Yang Maha Esa. Penulis menyadari dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu penulis menerima kritik dan saran demi perbaikan skripsi ini.

Semarang, Mei 2016

Penulis

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i

ABSTRAK. ii

ABSTRACT. iii

PERNYATAAN iv

PERSETUJUAN v

MOTO DAN PERSEMBAHAN vi

KATA PENGANTAR. vii

DAFTAR ISI. ix

DAFTAR TABEL. xii

DAFTAR GAMBAR. xv

DAFTAR LAMPIRAN. xvi

BAB I. PENDAHULUAN 1

1.1. Latar Belakang 1

1.2. Rumusan Masalah 5

1.3. Tujuan Penelitian 6

1.4. Manfaat Penelitian 7

1.5. Keaslian Penelitian 8

1.6. Ruang Lingkup Penelitian 9

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA 10

2.1. Kematian Bayi 10

2.2. Kunjungan Neonatal 12

2.3. Algoritma MTBM 15

2.4. Bidan 19

2.5. Praktik Pelayanan Kebidanan 21

2.6. Perilaku 23

2.7. Perilaku Praktik Bidan dalam Penggunaan Algorima Manajemen Bayi Muda dalam Kunjungan Neonatal..... 25

2.8. Kinerja..... 29

2.9. Faktor – faktor yang behubugan dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma MTBM 32

2.10. Kerangka Teori..... 42

BAB III. METODE PENELITIAN 43

3.1. Kerangka Konsep 43

3.2. Variabel penelitian 44

3.3. Hipotesis Penelitian..... 44

3.4. Definisi Operasional..... 46

3.5. Jenis dan rancangan Penelitian..... 48

3.6. Populasi dan Sampel 49

3.7. Sumber Data 50

3.8. Instrumen Penelitian..... 50

3.9. Prosedur Penelitian..... 53

3.10.Teknik Analisis Data..... 54

BAB IV. HASIL PENELITIAN 57

4.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian 57

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

4.2. Hasil Penelitian 59

BAB V. PEMBAHASAN 73

5.1. Pembahasan 73

5.2 Hambatan dan Kelemahan Penelitian 93

BAB VI. SIMPULAN DAN SARAN 94

6.1 Simpulan 94

6.2. Saran 94

DAFTAR PUSTAKA 96

LAMPIRAN 101

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1.1. Penelitian-Penelitian yang Relevan 8

Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel 46

Tabel 4.1. Distribusi Responden Berdasarkan Tempat Kerja 58

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden 59

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Sikap Responden 59

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Ketersediaan Fasilitas 60

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Dukungan Atasan 60

Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Umur Responden 60

Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Masa Kerja Responden 61

Tabel 4.8. Distribusi Frekuensi Status Kepegawaian Responden 61

Tabel 4.9. Distribusi Frekuensi Beban Kerja Tambahan Responden 62

Tabel 4.10. Distribusi Frekuensi Supervisi Oleh Bidan Koordinator Kabupaten dan Puskesmas 62

Tabel 4.11. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Penghargaan/ *Reward* dari Kepala Puskesmas 62

Tabel 4.12. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Praktik Bidan dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda 63

Tabel 4.13. Tabulasi Silang Pengetahuan tentang Manajemen Terpadu Bayi Muda dengan Praktik Bidan dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda pada Kunjungan Neonatal 63

Tabel 4.14. Tabulasi Silang antara Sikap terhadap Manajemen Terpadu Bayi Muda dengan Praktik Bidan Dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda pada Kunjungan Neonatal 64

Tabel 4.15. Tabulasi Silang antara Ketersediaan Fasilitas untuk Kunjungan Neonatal dengan Praktik Bidan Dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda pada Kunjungan Neonatal 65

Tabel 4.16. Tabulasi Silang antara Dukungan Atasan dengan Praktik Bidan Dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda pada Kunjungan Neonatal 66

Tabel 4.17. Tabulasi Silang antara Umur Responden dengan Praktik Bidan Dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda pada Kunjungan Neonatal 67

Tabel 4.18. Tabulasi Silang antara Masa Kerja Responden dengan Praktik Bidan Dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda pada Kunjungan Neonatal 68

Tabel 4.19. Tabulasi Silang antara Status Kepegawaian Responden dengan Praktik Bidan Dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda pada Kunjungan Neonatal 69

Tabel 4.20. Tabulasi Silang antara Beban Kerja Tambahan Responden dengan Praktik Bidan Dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda pada Kunjungan Neonatal 70

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Tabel 4.21. Tabulasi Silang antara Supervisi oleh Bidan Koordinator Kabupaten dan Puskesmas dengan Praktik Bidan Dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda pada Kunjungan Neonatal 71

Tabel 4.22. Tabulasi Silang antara Penghargaan/ *reward* dari Kepala Puskesmas dengan Praktik Bidan Dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda pada Kunjungan Neonatal 72

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1. Kerangka Teori 42

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian 43

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing..... 101

Lampiran 2. Surat Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas dari Fakultas..... 102

Lampiran 3. Surat Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas dari Dinkes Kab Cilacap ke Puskesmas 103

Lampiran 4. *Ethical Clearance* 104

Lampiran 5. Surat Ijin Penelitian dari Fakultas ke Badan Kesbangpol Cilacap 105

Lampiran 6. Surat Ijin Penelitian dari Fakultas ke Dinas Kesehatan Kab Cilacap.. 106

Lampiran 7. Surat Rekomendasi Penelitian dari Badan Kesbangpol Cilacap 107

Lampiran 8. Surat Ijin Penelitian dari Bappeda Cilacap..... 108

Lampiran 9. Surat Ijin Penelitian dari Dinas Kesehatan Kab Cilacap 109

Lampiran 10. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Uji Validitas dan Reliabilitas dari UPT Puskesmas Adipala I 110

Lampiran 11. Daftar Hadir Responden Puskesmas Adipala I..... 111

Lampiran 12. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Uji Validitas dan Reliabilitas dari UPT Puskesmas Adipala II 112

Lampiran 13. Daftar Hadir Responden Puskesmas Adipala II 113

Lampiran 14. Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian 114

Lampiran 15. Daftar Populasi dan Sampel Penelitian 115

Lampiran 16. Lembar Penjelasan Kepada Calon Subyek 116

Lampiran 17. Lembar Persetujuan Responden I 118

Lampiran 18. Lembar Persetujuan Responden II..... 119

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Lampiran 19. Lembar Kuesioner 120

Lampiran 20. Data Responden..... 130

Lampiran 21. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas 132

Lampiran 22. Hasil Uji Normalitas Data 145

Lampiran 23. Hasil Analisis Univariat 146

Lampiran 24. Hasil Analisis Bivariat 149

Lampiran 25. Dokumentasi Pengambilan Data 159

Lampiran 26. Bagan Algoritma MTBM 161

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG MASALAH

Angka Kematian Bayi merupakan salah satu indikator utama dalam keberhasilan pembangunan kesehatan. Berdasarkan hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia sebesar 32/1000 Kelahiran Hidup (KH) dan Angka Kematian Neonatal (AKN) sebesar 19/1000 Kelahiran Hidup (Kemenkes RI, 2014b:87). Kementerian Kesehatan RI menetapkan *goal* untuk menurunkan angka kematian ibu, bayi baru lahir dan lahir mati paling sedikit 50% pada tahun 2030 dari angka tahun 2012. Angka Kematian Neonatal ditargetkan turun menjadi 9/1000 Kelahiran Hidup (Kemenkes RI, 2014a:4).

Jawa Tengah adalah satu provinsi dengan jumlah kematian ibu dan neonatal yang besar (52,6% dari jumlah total kejadian kematian ibu di Indonesia). Angka Kematian Bayi di Jawa Tengah Tahun 2014 sebesar 10,08/1000 Kelahiran Hidup (5666 kasus) dan pada Tahun 2015 turun menjadi 10/1000 Kelahiran Hidup (5571 kasus). Kabupaten Cilacap menempati urutan keempat sebagai penyumbang kematian bayi terbanyak di Jawa Tengah dengan angka kematian sebesar 7/ 1000 Kelahiran Hidup (207 kasus). Wilayah Kabupaten Cilacap dengan kematian bayi tertinggi adalah wilayah eks distrik Cilacap dengan angka kematian 10/1000 Kelahiran Hidup (57 kasus dari 5766 Kelahiran hidup) (Dinkes Cilacap, 2015b).

Penurunan Angka Kematian Bayi sangat tergantung pada penurunan angka kematian neonatal, karena dua pertiga kematian bayi terjadi pada masa neonatal (59,3%). Masalah utama tingginya angka kematian neonatal adalah karena masa neonatus (0-28 hari) merupakan masa kritis dari kehidupan bayi. Pada masa ini terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan dalam rahim menjadi di luar rahim sehingga bayi sangat rentan, mudah menjadi sakit dan jika sakit sulit dikenali. Neonatus yang mengalami gejala sakit dapat cepat memburuk sehingga bila tidak dideteksi dan ditangani dengan adekuat dapat terjadi kematian karena berbagai sebab (Saifudin, A, 2014:133).

Penyebab utama kematian neonatal di Kabupaten Cilacap tidak berbeda dengan penyebab kematian bayi di Indonesia pada umumnya yaitu bayi dengan berat lahir rendah (BBLR) sebesar 38%, *aspiksia* (29%), kelainan *kongenital* (13%) dan infeksi seperti *sepsis*, *meningitis* dan lain-lain (20%) (Dinkes Cilacap, 2015b). Sebagian besar penyebab kematian tersebut merupakan kematian yang dapat dicegah dan diobati dengan biaya murah, mudah dan efektif. Penggunaan algoritma "Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)" pada kunjungan neonatal dinilai *cost effective* serta berkontribusi menurunkan angka kematian neonatus sebesar 30-60% (Kemenkes, 2012:xviii).

Manajemen Terpadu Bayi Muda adalah bagian dari Manajemen Terpadu Balita Sakit yang merupakan pedoman tatalaksana untuk bayi muda (umur kurang dari 2 bulan) baik yang sehat maupun sakit. Penanganan bayi muda, diutamakan pelaksanaannya oleh bidan di desa pada saat kunjungan neonatal (Kemenkes RI, 2013, Modul 1:2). Bidan desa merupakan petugas kesehatan yang ditempatkan di

tiap desa dan bertanggungjawab terhadap pengelolaan dan pembinaan kesehatan masyarakat khususnya dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

Namun kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa tidak semua bidan melaksanakan kunjungan neonatal menggunakan algoritma manajemen terpadu bayi muda. Hasil penelitian kualitatif Jamhariyah (2013) menyebutkan bahwa sebagian besar bidan desa belum melaksanakan kunjungan neonatal sesuai standar, bidan hanya mengukur suhu dan menimbang berat badan saja, tidak membawa peralatan dengan lengkap, tidak mencatat hasil pemeriksaan. Putra Alhafiza (2008) menyebutkan bahwa pada saat kunjungan neonatal bidan hanya membawa *thermos* vaksin berisi vaksin hepatitis B untuk diberikan pada bayi, tidak memberikan penyuluhan pada ibu dengan alasan kurang waktu.

Hasil evaluasi pada 20 bidan desa di 10 puskesmas oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap tahun 2014 menunjukkan bahwa hanya 1 bidan (5%) yang sudah melaksanakan kunjungan neonatal sesuai standar, 13 bidan (65%) belum melakukan penilaian klinik sesuai standar, 6 bidan (30%) tidak membuat klasifikasi sesuai hasil penilaian klinik dan tindakan/ pengobatan belum sesuai standar. Terdapat 3 bidan (15%) tidak memberikan konseling secara benar tentang perawatan neonatus dan pemberian ASI ekslusif (Dinkes Cilacap, 2015b).

Hasil survey pendahuluan penulis tanggal 21 dan 27 Oktober 2015 pada 10 orang bidan desa di Kabupaten Cilacap, didapatkan data bahwa 90% bidan memiliki pengetahuan kurang tentang manajemen terpadu balita sakit. Hanya 30% yang sudah menerapkan pada kunjungan neonatal, 70% bidan belum melaksanakan karena belum paham dan terlalu rumit.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Kemenkes RI (2013, Modul 7) menyatakan hambatan dalam penerapan manajemen terpadu bayi muda dapat disebabkan karena beberapa hal yaitu modul atau komponen tentang penerapan manajemen terpadu tidak dibaca atau dipelajari dengan sungguh-sungguh, kurangnya bimbingan dan dukungan pimpinan puskesmas, jumlah tenaga terlatih tidak sebanding dengan jumlah pasien, bayi baru lahir cukup banyak sehingga kunjungan neonatal tidak maksimal, sementara tugas bidan sangat banyak serta petugas merasa belum percaya diri terhadap kemampuannya dalam menerapkan manajemen terpadu bayi dan balita sakit.

Puspadewi YA (2013) menyatakan bahwa ketersediaan tenaga maupun fasilitas belum terpenuhi, supervisi dari dinas kesehatan maupun puskesmas belum sesuai dengan kebutuhan. Jamhariyah (2013) menyebutkan bidan merasa banyak beban tugas yang harus diselesaikan dan dikerjakan bersamaan, kurangnya supervisi dari bidan koordinator, kurangnya arahan dan perhatian dari pimpinan, disamping itu disampaikan pula bahwa pelayanan kunjungan neonatal tidak maksimal karena bidan masih baru, tidak kerasan dan rata-rata umur masih relatif muda sehingga belum siap mental.

Tantangan utama pelaksanaan manajemen terpadu bayi sakit di fasilitas kesehatan di Mwanza, Tanzania (Kiplagat et al, 2014) adalah cakupan pelatihan petugas kesehatan yang rendah, kurangnya persediaan obat esensial, kurangnya *onsite* mentoring dan kurangnya kursus penyegaran dan pengawasan. Titaley dan Weber (2014:161) menyebutkan hambatan implementasi manajemen terpadu bayi dan balita sakit di Jawa Barat adalah kekurangan tenaga kesehatan, kurangnya obat esensial serta kurangnya pengawasan.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Berdasarkan data dan fenomena diatas, menunjukkan bahwa penerapan algoritma manajemen terpadu bayi muda menemui kendala dan hambatan yang disebabkan oleh berbagai faktor. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk mengkaji lebih dalam faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal baik faktor perilaku indvidu yang mendorong, memudahkan dan menguatkan praktik maupun faktor perilaku kerja (kinerja) baik yang berasal dari dalam diri (*internal*) maupun di luar diri bidan (*eksternal*) khususnya di wilayah *eks* distrik Cilacap Kabupaten Cilacap.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Penurunan angka kematian bayi khususnya kematian neonatal di Indonesia masih jauh dari target yang ditetapkan Kemenkes RI. Kabupaten Cilacap merupakan penyumbang kematian bayi terbesar keempat di Jawa Tengah dengan proporsi kematian neonatal yang tinggi yaitu 69% dari total kematian bayi. Karenanya, upaya penurunan kematian bayi khususnya neonatal harus menjadi perhatian utama. Salah satu upaya intervensinya adalah kunjungan neonatal berkualitas menggunakan algoritma manajemen terpadu bayi muda.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Namun belum semua bidan desa menerapkan praktik tatalaksana neonatus menggunakan algoritma manajemen terpadu bayi muda. Hambatan penerapan manajemen terpadu bayi muda dapat terkait dengan berbagai faktor baik Untuk itu dalam penelitian ini dirumuskan masalah “faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal”.

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di wilayah *eks* distrik Cilacap Tahun 2016.

1.3.2 Tujuan Khusus

1) Menganalisis hubungan pengetahuan bidan tentang manajemen terpadu bayi muda dengan praktik penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di wilayah *eks* distrik Cilacap Tahun 2016.
2) Menganalisis hubungan sikap bidan terhadap manajemen terpadu bayi muda dengan praktik penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di wilayah *eks* distrik Cilacap Tahun 2016.
3) Menganalisis hubungan ketersediaan fasilitas untuk kunjungan neonatal dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di wilayah *eks* distrik Cilacap Tahun 2016.
4) Menganalisis hubungan dukungan atasan terhadap penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di wilayah *eks* distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016.
5) Menganalisis hubungan umur bidan dengan praktik penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di wilayah *eks* distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

6) Menganalisis hubungan masa kerja bidan dengan praktik penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di wilayah *eks* distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016.
7) Menganalisis hubungan status kepegawaian bidan dengan praktik penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di wilayah *eks* distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016.
8) Menganalisis hubungan beban kerja tambahan bidan dengan praktik penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di wilayah *eks* distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016.
9) Menganalisis hubungan supervisi oleh bidan koordinator dengan praktik penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di wilayah *eks* distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016.
10) Menganalisis hubungan penghargaan/ *reward* dari kepala puskesmas dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di wilayah *eks* distrik Cilacap Tahun 2016.

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi tentang perilaku kesehatan khususnya perilaku kerja petugas kesehatan.

1.4.2 Bagi Instansi Pemerintah (Dinkes Kab Cilacap dan Puskesmas)

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam penyusunan perencanaan pembangunan kesehatan guna peningkatan pelayanan kesehatan bayi dan peningkatan kinerja pelayanan ksesehatan.

1.4.3 Bagi Tenaga Kesehatan (Bidan di wilayah *eks* distrik Cilacap)

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dalam meningkatkan kualitas kunjungan neonatal menggunakan algoritma manajemen terpadu bayi muda dalam rangka meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan.

1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan bahan masukan untuk pengembangan penelitian selanjutnya.

1.5 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel. 1.1. Penelitian – penelitian yang relevan dengan penelitian ini

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
1	Analisis Kinerja Bidan desa dalam Pelayanan Neonatus di Puskesmas Kab Lumajang 2013	Jamharyah	Kualitatif deskriptif *crosssectional*	Kualitas, kuantitas, ketepatan waktu, sumber daya, supervise	1) Belum semua melakukan pelayanan neonatus sesuai standar, 2) cakupan pelayanan neonatus belum sesuai target, 3) belum tepat waktu, 4) belum memanfaatkan sumber dana, 5) supervisi masih belum sesuai, 6) hubungan kerja sama belum optimal
2	Faktor terkait Kinerja Bidan dalam Kunjungan Neonatal di Kabupaten Pati Tahun 2012	Ferry R Suryaningtyas	Kuantitatif, *cross sectional*	umur, status perkawinan, masa kerja, pengetahuan, motivasi. supervisi, kepemimpinan, pelatihan, kompensasi dan rekan kerja.	Faktor yang berhubungan dengan kinerja adalah pengetahuan, supervisi, kompensasi dan motivasi kerja
3	Analisis Praktek Bidan pada	Alhafiza Putra	Kualitatif	Supervisi atasan, sarana penunjang,	Masih banyak praktek bidan tidak sesuai dengan standar, penyuluhan tidak baik, praktek kunjungan

Pelayanan Ibu Bersalin dan Bayi di Kab Solok Sumatera Barat Tahun 2008	praktik pencegahan infeksi, praktik pelayanan ibu bersalin dan bayi baru lahir	neonatal tidak baik dan benar, bidan tidak membawa peralatan standar. Faktor pemudah pelayanan adalah kewajiban HB, kewajiban MTBM, Faktor penghambat adalah kualitas penyuluhan kurang, pelatihan kurang.

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut :

1. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah praktik penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda yang pada penelitian tentang kunjungan neonatal sebelumnya belum menjadi fokus dan detail utama penelitian.
2. Penelitian ini menitikberatkan pada faktor perilaku praktik bidan dan perilaku kerja (kinerja) bidan yang berhubungan dengan penggunaan standar algoritma manajemen terpadu bayi muda dan dianalisis secara kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*.

1.6 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.6.1 Ruang Lingkup tempat

Penelitian dilaksanakan di wilayah *eks* distrik Cilacap Kabupaten Cilacap.

1.6.2 Ruang lingkup waktu

Penelitian dilaksanakan pada Bulan Februari - Maret 2016.

1.6.3 Ruang lingkup materi

Lingkup materi dalam penelitian ini adalah materi perilaku dan kinerja petugas kesehatan khususnya bidan dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak, dalam rangka menurunkan angka kematian bayi.

BAB II

LANDASAN TEORI

2.1 Kematian Bayi

2.1.1 Pengertian

Kematian bayi adalah kematian pada bayi setelah kelahiran hidup sampai usia ≤ 1 tahun. Angka ini dianggap sebagai indikator yang baik untuk status kesehatan (Vaughan J.P & Morrow R.H,1993:36). Angka kematian ibu, bayi dan balita merupakan parameter dari keadaaan kesehatan, pelayanan kesehatan dan keadaaan sosial ekonomi dari suatu negara. Kematian bayi dapat dibedakan menjadi kematian perinatal, kematian neonatal dan kematian *post* neonatal.

2.1.1.1 Kematian Perinatal

Kematian perinatal adalah kematian pada bayi lahir mati usia > 22 minggu dan kematian pada bayi lahir hidup usia 0-7 hari. Angka kematian perinatal dapat merefleksikan tingkat kesehatan ibu hamil dan bayi serta standar pelayanan kesehatan (WHO, 2007:35-36).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.1.1.2 Kematian Neonatal

Kematian neonatal adalah kematian pada bayi lahir hidup yang meninggal dalam 28 hari pertama kehidupannya. Kematian neonatal dapat dibagi menjadi kematian neonatal dini (tujuh hari pertama kehidupan) dan kematian neonatal lanjut (lebih dari 7 hari sampai 28 hari). Angka kematian neonatal dini menguasai bagian yang lebih besar dari angka kematian

neonatal (2/3) karena sebagian besar bayi yang meninggal di bulan pertama kehidupan ternyata meninggal pada satu minggu kehidupannya (WHO, 2007:41).

2.1.1.3 Kematian Post Neonatal

Kematian *post* neonatal adalah kematian bayi usia ≥ 28 hari - < 1 tahun. Di negara berkembang, angka ini terutama mencerminkan kematian akibat infeksi dan malnutrisi (Vaughan J.P & Morrow R.H, 1993: 223).

2.1.2 Penyebab

Menurut WHO (2007:42) penyebab kematian neonatal dikelompokkan menjadi penyebab utama dan penyebab akhir. Penyebab utama kematian adalah masalah selama kehamilan maupun persalinan misalnya persalinan sebelum waktu. Penyebab akhir adalah masalah klinis yang terjadi pada saat kematian bayi, misalnya *prematuritas, hipoksia perinatal*, infeksi dan kelainan bawaan.

2.1.3 Determinan Kesehatan Neonatal

Determinan kesehatan neonatal meliputi berbagai faktor yang terkait dengan kesehatan ibu dan kesehatan neonatal.

2.1.3.1 Faktor Kesehatan Ibu

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Faktor ibu yang memperbesar resiko kematian neonatal adalah status sosial ekonomi rendah, tingkat pendidikan ibu rendah, umur resiko, paritas pertama dan kelima atau lebih, gangguan gizi dan anemia, riwayat kehamilan dan persalinan jelek, *inkompatibilitas* darah janin dan ibu (Wiknjosastro, 2010:788).

2.1.3.2 Faktor Kesehatan Bayi

Faktor bayi yang mempengaruhi angka kematian perinatal adalah berat bayi kurang dari 2500 gram atau lebih dari 4000 gram, kehamilan kurang atau lebih bulan, bayi dengan *asphiksia*, infeksi *intrapartum*, riwayat partus lama, trauma kelahiran atau kelainan kongenital (Wiknjosastro, 2010:789).

2.1.4 Upaya Penurunan Angka Kematian Bayi

Menurut Wiknjosastro (2010:789) upaya untuk memperbaiki angka kematian neonatus diperlukan dukungan 5 aspek yaitu kesiapan petugas kesehatan (dokter, bidan, perawat), pelaksanaan rujukan disertai dukungan pemecahan masalah setempat, pelacakan kasus kematian dan pelaksanaan *Medical Audit* kematian neonatal, pemantapan Keluarga Berencana.

2.2 Kunjungan Neonatal

2.2.1 Pengertian Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali selama periode 0-28 hari setelah lahir (sesuai jadwal yang ditetapkan), baik di fasilitas kesehatan maupun kunjungan rumah (Dirjen Binkesmas, 2010:10).

Kunjungan neonatal merupakan salah satu upaya dari strategi memperbaiki status kesehatan masyarakat khususnya melalui pemberdayaan masyarakat, peningkatan akses dan kualitas termasuk sistem rujukan perawatan kesehatan bayi baru lahir (Dirjen Binkesmas, 2010: 4).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.2.2 Tujuan Kunjungan Neonatal

Kunjungan Neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin kelainan atau masalah kesehatan pada neonatus secara komprehensif serta memberikan tindakan pertolongan pada masalah/ kelainan yang dihadapi neonatus dengan memberikan tindakan/ pengobatan atau rujukan (Dirjen Binkesmas, 2010:10).

2.2.3 Waktu Pelaksanaan Kunjungan Neonatal

Jadwal kunjungan neonatal terdiri dari Kunjungan Neonatal I (KN 1) pada 6 jam sampai 48 jam setelah lahir, Kunjungan Neonatal II (KN2) pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7, dan kunjungan Neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari. Neonatus sakit/ bermasalah dapat dikunjungi lebih sering dari jadwal yang ditentukan (Dirjen Binkesmas, 2010:10).

2.2.4 Pelaksana Pelayanan Kunjungan Neonatal

Pelayanan kesehatan neonatus dapat dilaksanakan/ diberikan oleh dokter, bidan atau perawat yang kompeten. Pelaksanaan kegiatan dapat dilaksanakan di Rumah Sakit, Puskesmas dan jaringannya atau melalui kunjungan rumah dengan mengacu pedoman Manajemen Terpadu Balita Sakit pada algoritma bayi muda (Kemenkes RI, 2010:28). Kompetensi yang dibutuhkan oleh petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan neonatus adalah Asuhan Persalinan Normal, Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas, Manajemen Asfiksia dan Berat Bayi Lahir Rendah dan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) (Kemenkes RI, 2010:30).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.2.5 Jenis Pelayanan Kunjungan Neonatal

Pelayanan kesehatan neonatus sesuai standar adalah pelayanan kesehatan dengan mengacu pada algoritma manajemen terpadu bayi muda, konseling pemberian ASI ekslusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, perawatan tali pusat, penyuntikan vitamin K1 dan imunisasi Hepatitis B 0 bila tidak diberikan pada saat lahir (Dirjen Binkesmas, 2010:8).

2.2.6 Persiapan Logistik/ Peralatan yang dibutuhkan

Logistik yang diperlukan adalah (Kemenkes RI, 2013, Modul 7:4):

2.2.6.1 Obat – obatan

1) Vitamin K1 (phytomenadione) injeksi, Vaksin Hepatitis B (HB 0) injeksi
2) Salep mata tetrasiklin 1%/ kloramfenikol 1%, Gentian violet 0,5%
3) Antbiotika : ampisilin injeksi, gentamicin injeksi, Amoksisilin kaplet/ sirup
4) Anti kejang Fenobaarbital/ diazepam injeksi
5) Oralit, Obat untuk ibu : Vitamin A 200.000 IU, tablet besi

2.2.6.2 Peralatan

1) Air bersih, sabun, handuk kering/ cairan pencuci tangan, sarung tangan bersih
2) *Ari timer* atau *stop watch* atau jam dengan jarum detik
3) *Termometer aksila* , Timbangan bayi
4) Alat suntik sekali pakai ukuran 1 ml/cc, 3 cc, 10 cc/5cc
5) Cangkir kecil, sendok, pipet untuk pemberian ASI
6) Stetoskop dan tensi meter dewasa untuk pemeriksaan ibu

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.2.6.3 Formulir pencatatan

1) Bagan Manajemen Terpadu Bayi Muda, Formulir MTBM
2) Form pencatatan/ buku kegiatan bidan, Buku KIA

2.2.6.3 Indikator Kinerja Pelayanan Kesehatan Neonatus

Indikator nasional capaian kinerja pelayanan kesehatan neonatus adalah tercapainya cakupan kunjungan neonatus lengkap dengan target 90% pada tahun 2015 dan 95% pada tahun 2025. Dengan indikator ini dapat diketahui akses/ jangkauan pelayanan kesehatan neonatal, efektifitas dan kualitas pelayanan kesehatan neonatal (Dirjen Binkesmas, 2010:8).

2.3 Algortima Manajemen Terpadu Bayi Muda

2.3.1 Pengertian

Algoritma adalah prosedur sistematis untuk memecahkan masalah, yang berupa urutan logis pengambilan keputusan dalam pemecahan masalah, dengan langkah – langkah pemecahan masalah yang dilakukan secara berurutan, yang satu bagian hanya dapat dilakukan apabila bagian yang mendahuluinya selesai dikerjakan (Depdiknas, Pusat Bahasa, 2013:39).

Algoritma merupakan salah satu pemilihan pola atau bentuk penulisan standar proses. Biasanya tampak sebagai daftar langkah atau beberapa kalimat dalam bentuk paragraf atau sebagai alur layanan yang menggambarkan langkah pendekatan untuk memecahkan persoalan klinis. Contoh algoritma adalah *WHO Child Survival algorithm* atau Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) (Pohan, IS, 2013:33). Manajemen Terpadu Bayi Muda adalah bagian dari Manajemen Terpadu Balita Sakit sebagai

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

strategi pendekatan terpadu kesehatan bayi umur < 2 bulan untuk mengurangi mortalitas, morbiditas dan kecacatan (Kemenkes RI, 2013, Modul 5:1).

2.3.2 Strategi

Strategi manajemen terpadu balita sakit (Kemenkes, 2013, Modul 1) adalah peningkatan keterampilan pemberi layanan dalam tatalaksana kasus, peningkatan sistem kesehatan secara menyeluruh dengan cara menjamin ketersediaan obat esensial serta monitoring dan supervisi serta peningkatan pelayanan kesehatan di tingkat keluarga dan masyarakat

2.3.3 Langkah – langkah Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda

2.3.3.1 Penilaian dan Klasifikasi

Klasifikasi dalam algoritma bayi muda yaitu (Kemenkes RI, 2012:25-26):

1) Warna merah muda yang menunjukkan bahwa bayi sakit berat dan harus dirujuk segera setelah pengobatan pra rujukan.

2) Warna kuning yang berarti bayi dapat berobat jalan dan membutuhkan pengobatan medis spesifik serta nasihat.

3) Warna hijau yang berarti bayi sakit ringan dan cukup diberi nasihat sederhana tentang penanganan di rumah.

Penilaian dan klasifikasi yang dilakukan pada bayi muda sebagai berikut :

1) Menilai kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi berat. Periksa apakah bayi tidak bisa minum atau memuntahkan semua, kejang, nafas

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

dalam 1 menit, tarikan dinding dada, merintih, suhu tubuh, pustul di kulit, mata bernanah dan kemerahan pada pusar.

2) Menilai diare. Jika ibu mengatakan bayi diare, maka lihat keadaan umum bayi (*letargis*, gelisah/ rewel, mata cekung), periksa cubitan kulit perut (*turgor).*

3) Menilai *ikterus*. Jika bayi kuning, umur berapa mulai timbul kuning, lihat apakah warna tinja pucat, tentukan warna kuning sampai di daerah tubuh mana.

4) Menilai kemungkinan berat badan rendah dan atau masalah pemberian ASI. Melakukan penilaian tentang cara menyusui dan memeriksa *rush* atau kelainan pada bibir/ langit-langit, memastikan berat badan bayi menurut umur yang berbeda untuk laki-laki dan perempuan.

5) Menentukan status penyuntikan vitamin K1 dan status imunisasi. Jika belum diberikan maka vitamin K1 dapat diberikan sampai bayi berusia 3 bulan, imunisasi Hepatitis B0 dapat diberikan maksimal bayi berumur 1 minggu.

6) Menanyakan kepada ibu masalah lain pada bayi seperti kelainan kongenital, trauma lahir dan perdarahan tali pusat.

7) Menanyakan keluhan/ masalah ibu yang terkait dengan kesehatan bayinya.

2.3.3.2 Menentukan Tindakan dan Pengobatan

Bayi muda yang termasuk klasifikasi merah memerlukan rujukan segera. Bayi muda dengan klasifikasi kuning dan hijau tidak memerlukan rujukan (Kemenkes RI, 2013, Modul 5:38).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.3.3.3 Tindakan Pra Rujukan

Bayi muda yang membutuhkan rujukan adalah bayi yang mempunyai klasifikasi berat (warna merah pada bagan algoritma). Siapkan rujukan dan jelaskan alasan merujuk bayi, ajari ibu segala sesuatu yang perlu dilakukan selama perjalanan ke tempat rujukan (Kemenkes RI, 2013:Modul 5:39).

2.3.3.5 Pengobatan/ Tindakan yang Tidak Memerlukan Rujukan

Klasifikasi bayi muda yang tidak memerlukan rujukan adalah klasifikasi berwarna kuning dan hijau pada algoritma. Beberapa tindakan/ pengobatan pada bayi muda yang tidak memerlukan rujukan adalah menghangatkan tubuh bayi, mencegah gula darah tidak turun, antibiotik per *oral* yang sesuai, rehidrasi *oral*, mengobati luka dan asuhan dasar bayi muda (Kemenkes RI, 2013, Modul 5:51).

2.3.3.6 Pencatatan

Petugas kesehatan harus menuliskan hasil pemeriksaan pada formulir pencatatan bayi muda dan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (Kemenkes RI, 2012:30).

2.3.3.7 Konseling dan Ketrampilan Komunikasi

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Konseling yang diberikan adalah mengajari ibu cara pemberian obat, pemberian ASI, merawat tali pusat, jadwal imunisasi, kapan segera kembali dan kunjungan ulang (Kemenkes RI, 2013: Modul 5:58-68).

2.3.3.8 Pencegahan Infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi. Tindakan – tindakan pencegahan infeksi saat melaksanakan kunjungan neonatal adalah cuci

tangan sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi, memakai sarung tangan bersih, pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan telah di desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi, pastikan semua pakaian, handuk dan kain yang digunakan sudah dalam keadaan bersih dan hangat. Timbangan, pita pengukur, thermometer dan benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi harus bersih dan hangat. Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat pemeriksaan yang bersih, kering, hangat dan aman (Kemenkes RI, 2012:1).

2.3.4 Hal – Hal yang Menunjang Keberhasilan Penerapan Manajemen Terpadu Bayi Muda

Faktor yang dapat menunjang keberhasilan penerapan Manajemen Terpadu Bayi Muda di Puskesmas adalah (Kemenkes RI, 2013, Modul 7) adalah pengetahuan dan keterampilan petugas, ketersediaan obat, alat dan formulir pencatatan, monitoring pasca pelatihan, pembinaan teknis dan supervisi di Puskesmas serta dukungan, komitmen dari pimpinan Puskesmas dan jajarannya.

2.4 Bidan

2.4.1 Pengertian

Bidan dalam bahasa inggris adalah *midwife* (*mid = together*, *wife = woman*) yang berarti pendamping wanita/ istri. Kata bidan berasal dari bahasa Sansekerta yaitu *wirdhan* artinya wanita bijaksana (Sofyan, M, 2003:111).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

International Confederation of Midwives (ICM) mendefinisikan bidan :

"A midwife is a person who, having been regulary admitted to a midwifery educational program, dully recognized in the country in which it is located, has successfully completed the prescribed course of studies in midwifery and has acquired the requiste qualification to be registered and or legally lincensed to practice midwifery" (Sofyan M, 2003 :71).

Bidan di desa adalah bidan yang ditempatkan dan bertugas di desa, bertanggung jawab kepada kepala puskesmas baik dalam maupun luar jam kerja (Depkes RI, 1990:1). Kedudukan bidan desa di puskesmas adalah sebagai jaringan pelayanan puskesmas yang merupakan unit pelayanan untuk mendukung puskesmas (Kepmenkes RI, No 128 :2004).

Wilayah kerja bidan di desa meliputi 1 (satu) wilayah desa, dan dapat diperbantukan pada desa yang tidak ada bidan. Jumlah penduduk rata-rata 3000 orang (Effendy, 1998:171) atau minimal 500 kepala keluarga dan luas wilayah maksimal 10 km^2. Kriteria desa yang dipilih adalah desa yang belum terjangkau oleh pelayanan Puskesmas/ di luar radius 3-5 km, tidak termasuk desa/ kelurahan di kota (Depkes RI, 1990:17).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.4.2 Tugas Bidan di Desa

2.4.2.1 Tugas pokok (Depkes RI, 1990:4).

1) Melaksanakan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dalam kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas, bayi dan balita serta pelayanan Keluarga Berencana.
2) Mengelola program kesehatan ibu dan anak di wilayah kerjanya.

3) Meningkatkan peran serta masyarakat dalam mendukung termasuk pembinaan dukun bayi dan kader melalui pendekatan kepada tokoh setempat.

2.4.2.2 Tugas Lain/ Tugas Tambahan Bidan di Desa

Bidan melaksanakan tugas lain yang diberikan atasan dalam pelayanan kesehatan sesuai program pemerintah, pendidikan serta pelatihan yang didapat. Tugas lain dilaksanakan tanpa menghambat tugas pokoknya. Tugas lain ini tidak boleh lebih dari 20% dari beban tugas pokoknya (Depkes RI, 1990:5).

2.4.3 Kewenangan Bidan Dalam Pelayanan Kesehatan Neonatus

Kewenangan bidan terkait pelayanan kesehatan bayi baru lahir meliputi asuhan bayi baru lahir (resusitasi, pencegahan *hipotermi*, inisiasi menyusu dini, injeksi vitamin K1, perawatan 0-28 hari), penanganan kegawatdaruratan, rujukan, pemberian surat kelahiran dan kematian (Kemenkes RI, 2010:6).

2.5 Praktik Pelayanan Kebidanan

2.5.1 Pelayanan Kebidanan

Pelayanan kebidanan adalah penerapan ilmu kebidanan melalui asuhan kebidanan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana termasuk kesehatan reproduksi wanita dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan (Sofyan M, 2003:129).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.5.2 Praktik Kebidanan

Praktik kebidanan adalah implementasi dari ilmu kebidanan yang bersifat otonom kepada perempuan, keluarga dan komunitasnya didasari etika dan kode etik bidan (Sofyan M, 2003:129). Untuk menyelenggarakan praktik, bidan wajib memenuhi syarat yang berlaku, yaitu memiliki Surat ijin Kerja Bidan (SIKB) dan Surat Ijin Praktik Bidan (SIPB).

2.5.3 Etika Profesi dalam Praktik Pelayanan Kebidanan

Setiap profesi mempunyai etika profesi atau pernyataan tentang perilaku profesi yang akan menjadi garis besar atau pokok peraturan profesi, penetapan batas-batas apa yang boleh/ tidak boleh dilakukan oleh profesi. Jaminan mutu layanan kesehatan menetapkan etika profesi sebagai kerangka kerja dan tanggung gugat terhadap layanan kesehatan (Pohan, IS, 2013:54).

Bidan memiliki kewajiban moral untuk menerima tanggung jawab menyelenggarakan layanan kesehatan yang bemutu. Kode etik kebidanan memberikan tuntunan bagi bidan untuk melaksanakan praktek kebidanan baik yang berhubungan keluarga, masyarakat, teman sejawat, profesi dan dirinya (Sofyan, M, 2003:74).

2.5.4 Standar Praktik Pelayanan Kebidanan

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Standar merupakan landasan berpijak normatif dan parameter/ alat ukur untuk menentukan tingkat keberhasilan dalam memenuhi kebutuhan klien dan menjamin mutu asuhan yang diberikan. Standar pelayanan kebidanan dibuat sebagai acuan pelayanan di tingkat masyarakat dan diberlakukan bagi semua pelaksana kebidanan.

Dalam melaksanakan praktik kebidanan, bidan harus mengacu pada etika dan kode etik kebidanan, standar profesi bidan, standar praktik bidan, standar pelayanan kebidanan, kompetensi bidan di Indonesia dan Permenkes 1464 Tahun 2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan (Sofyan, M, 2003:146).

2.6 Perilaku

2.6.1 Pengertian Perilaku

Perilaku manusia (*Human Behaviour*) adalah respons atau reaksi terhadap stimulus lingkungan sosial. Satu stimulus dapat menimbulkan lebih dari satu respons yang berbeda dan beberapa stimulus yang berbeda dapat menimbulkan satu respons yang sama (Azwar, S, 2013 :10). Gibson et al (1996) menyatakan bahwa perilaku individu adalah segala sesuatu yang dilakukan seseorang, seperti berbicara, berjalan, berpikir atau tindakan dari suatu sikap.

Perilaku merupakan hasil segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungan yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku juga merupakan respon individu terhadap stimulus yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Respon ini dapat berupa pasif (berfikir, bersikap) maupun aktif (melakukan tindakan).

2.6.2 Perilaku Profesional Bidan

Perilaku merupakan salah satu aspek dalam paradigma kebidanan yang dapat mempengaruhi keberhasilan pelayanan kebidanan, merupakan hasil berbagai pengalaman, interaksi dengan lingkungannya, terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan (Sofyan, M, 2003:18). Perilaku

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

professional bidan dalam praktik pelayanan kebidanan adalah (Sofyan, M, 2003:19):

1) berpegang teguh pada filosofi etika profesi dan aspek legal
2) bertanggung jawab terhadap keputusan klinis yang dibuat
3) Mengikuti perkembangan pengetahuan dan ketrampilan mutakhir
4) Melakukan pencegahan universal/ pencegaan infeksi
5) Konsultasi dan rujukan tepat
6) Menghargai dan memanfaatkan budaya setempat,
7) Kemitraan, ketrampilan komunikasi
8) Bekerjasama dengan petugas kesehatan lain dan
9) Melakukan advokasi terhadap pilihan ibu dalam tatanan pelayanan.

2.6.3 Domain Perilaku

Perilaku merupakan kumpulan berbagai faktor yang saling berinteraksi amat kompleks. Karena itu penting untuk dapat menelaah alasan dibalik perilaku individu, sebelum ia mampu mengubah perilaku tersebut (Wawan dan Dewi, 2011:48). Proses pembentukan atau perubahan perilaku dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor dari dalam dan luar individu.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Faktor yang membedakan respons terhadap stimulus berbeda disebut determinan perilaku, yang dibedakan menjadi dua yaitu (Notoatmojo, 2012:137) :

1). Determinan faktor internal yaitu karakteristik orang yang bersangkutan, bersifat *given* atau bawaan seperti tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin dan sebagainya.

2). Determinan faktor eksternal yakni lingkungan baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik dan sebagainya.

Benyamin Bloom membagi perilaku manusia ke dalam tiga domain/ ranah/ kawasan yakni kognitif, afektif dan psikomotor. Dalam perkembanganya, teori Bloom dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yakni Pengetahuan, Sikap dan Praktik atau Tindakan (Notoatomojo, 2012:138-140).

2.6.4 Teori Perilaku Lawrence Green

Teori Lawrence Green menganalisis perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan dipengaruhi oleh dua faktor pokok yaitu faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor dari luar perilaku (*non behavior causes*). Perilaku terbentuk dari tiga faktor yaitu *predisposing factor* (faktor predisposisi), *enabling factor* (faktor pemudah) dan *reinforcing factor* (faktor penguat). Adapun penjelasan rinci dari masing – masing faktor tersebut adalah sebagai berikut :

2.6.4.1 Faktor - Faktor Predisposisi (Presdiposing Factor)

Faktor predisposisi merupakan faktor yang ada pada diri individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat yang mempermudah atau mempredisposisi individu untuk berperilaku seperti pengetahuan, sikap, tradisi, kepercayaan, sistem nilai yang dianut, keyakinan dan faktor demografi.

2.6.4.2 Faktor - Faktor Pemungkin (Enabling Factor)

Faktor-faktor pemungkin adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan yang dapat mendukung atau

mengurangi perubahan. *Enabling factor* mencakup ketersediaan sumber daya seperti sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan, misalnya tempat pembuangan sampah, ketersediaan makanan bergizi, termasuk fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas, rumah sakit, posyandu atau bidan praktik swasta (Priyoto, 2014:4). Dilaksanakan atau tidak dilaksanakan suatu perilaku ditentukan pula oleh kemudahan akses menuju fasilitas kesehatan, kemampuan/ ketrampilan seseorang, maupun norma-norma atau aturan- aturan yang berlaku.

2.6.4.3 Faktor - Faktor Penguat (Reinforcing Factor)

Faktor penguat terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan, keluarga, kelompok, guru, karyawan, petugas kesehatan, tokoh masyarakat, pengambil keputusan dan lain sebagainya. Faktor - faktor penguat dapat memperkuat/ membantu melanjutkan motivasi dan merubah dengan memberikan umpan balik atau penghargaan. Ini merupakan faktor eksternal dalam tewujudnya perilaku seseorang. Dilaksanakan atau tidak dilaksanakan suatu perilaku ditentukan pula oleh pengaruh orang-orang disekitarnya.

2.7 Perilaku Praktik Bidan dalam Penggunaan Algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda pada Kunjungan Neonatal

Perilaku dalam wujud praktik yaitu tindakan nyata terhadap situasi atau stimulus. Praktik mempunyai beberapa tingkatan yaitu 1) respons terpimpin (*guided response*) yaitu dapat melakukan sesuatu dengan urutan yang benar, 2) mekanisme (*mechanism*) yaitu telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis/sudah merupakan kebiasaan, dan 3) adopsi

(*adoption*) yaitu suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik, sudah dimodifikasi tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut (Notoatmodjo, 2012:143).

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian atau pendapat terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya diharapkan dapat melaksanakan atau mempraktikan apa yang diketahuinya atau disikapinya. Inilah yang disebut praktik (*practice*) kesehatan atau perilaku kesehatan (*overt behavior*) (Notoatmojo, 2012:146).

Perilaku praktik bidan dalam penggunaan algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda pada saat kunjungan neonatal adalah kegiatan praktik/ tindakan yang dilakukan oleh bidan di desa berpedoman pada standar pelayanan yang ditetapkan yaitu algoritma manajemen terpadu bayi muda dalam rangkaian kegiatan kunjungan neonatal sesuai etika dan kode etik profesi bidan.

Adapun langkah-langkah kegiatan dalam praktik penggunaan algoritma meliputi (Kemenkes RI, 2012:25) :

1) Menjaga bayi tetap hangat
2) Memeriksa dan menilai keadaan neonatus
3) Membuat klasifikasi untuk penyakit berat/ infeksi bakteri berat, diare, ikterus, masalah pemberian berat badan dan masalah pemberian ASI
4) Menentukan tindakan/ pengobatan pada bayi muda yang memerlukan rujukan dan melakukan tindakan pra rujukan
5) Menentukan tindakan pada bayi muda yang tidak memerlukan rujukan

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

6) Memeriksa status penyuntikan Vitamin K1 dan imunisasi pada bayi muda
7) Pemberian konseling dan pelayanan tindak lanjut serta
8) Menilai masalah lain pada bayi
9) Pencatatan.

Pengukuran praktik dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari atau bulan yang lalu (*recall*). Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung yakni dengan mengobservasi tindakan responden. Pengukuran praktik juga dapat dilihat dari hasil perilaku (Notoatmojo, 2012:147) seperti perilaku bidan dalam melaksanakan kunjungan neonatal. Pengamatan dilakukan dengan menggunakan daftar tilik (*cheklist*). Jika bidan melakukan 80% atau lebih dari standar yang ditetapkan maka dapat dikatakan perilaku/ praktiknya baik (Dinkesprop Jateng, 2004:22).

Daftar tilik atau *cheklist* digunakan untuk menilai tingkat kepatuhan petugas dalam menggunakan standar layanan kesehatan yang telah disepakati. Daftar tilik atau *cheklist* adalah suatu format atau bentuk kependekan dari standar pelayanan, umumnya berisi kegiatan atau variabel yang penting, dapat diamati serta dapat diukur (Pohan IS, 2013:247-248).

Dalam daftar tilik, pengamat harus mengisi Ya (Y) jika kegiatan itu dikerjakan, Tidak (T) jika kegiatan itu tidak dikerjakan dan Tidak Berlaku (TB) jika variabel itu tidak sesuai dengan kondisi pasien yang sedang mendapat layanan. Kolom isian tidak berlaku (TB), tidak perlu dimasukkan dalam perhitungan tingkat kepatuhan petugas, yang dihitung adalah jumlah

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

jawaban ya dibagi jumlah jawaban ya dan tidak dikali 100% (Pohan, IS, 2013:249).

2.8 Kinerja

2.8.1 Pengertian Kinerja

Siagian (2003:227) mendefinisikan kinerja sebagai suatu keseluruhan kemampuan seseorang untuk bekerja sedemikian rupa sehingga mencapai tujuan kerja secara optimal dan berbagai sasaran yang telah diciptakan dengan pengorbanan yang secara rasio lebih kecil dibandingkan dengan hasil yang dicapai. Kinerja merupakan hasil kerja dari tingkah laku. Pengertian kinerja ini mengaitkan antara hasil kerja dengan tingkah laku. Sebagai tingkah laku, kinerja merupakan aktivitas manusia yang diarahkan pada pelaksanaan tugas organisasi yang dibebankan kepadanya.

2.8.2 Perilaku Kerja

Perilaku kerja adalah semua hal yang dilakukan seseorang dalam lingkungan pekerjaan (Ivancevich, 2007:83). Orang-orang dalam lingkungan kerja dapat mengaktualisasikan dirinya melalui sikap dalam bekerja.

Robbins (2002: 35 dan 39) menekankan pada sikap yang diambil oleh pekerja untuk menentukan apa yang akan dilakukan di tempat kerja. Peraturan Pemerintah No 46 Tahun 2011 menjelaskan perilaku kerja adalah setiap tingkah laku, sikap atau tindakan Pegawai Negeri Sipil sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

. Perilaku individu dalam organisasi merupakan bentuk interaksi antara karakterikstik individu dengan karakteristik organisasi. Karakteristik

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

individu seperti kepribadian, umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, keadaan sosial ekonomi, dan pengalaman akan menentukan perilaku kerja.

2.8.3 Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Menurut Pabundu (2006:122) terdapat dua faktor yang mempengaruhi kinerja karyawan yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal dan faktor eskternal ini merupakan jenis-jenis atribusi yang mempengaruhi kinerja seseorang, yaitu:

2.8.3.1 Faktor Internal

Faktor internal merupakan faktor yang berhubungan dengan kecerdasan, keterampilan, kestabilan emosi, sifat–sifat seseorang, meliputi sifat kepribadian, sifat fisik, keinginan, umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja/ masa kerja, latar belakang budaya dan variabel-variabel personal lainnya. Faktor demografis seperti usia, ras dan gender mempengaruhi perbedaan individu. Perbedaan individu memiliki dampak langsung terhadap perilaku kerja. (Ivancevich, 2007:81-82). Variabel-variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja utama seperti produktivits karyawan, kreativitas dan kinerja.

Dimensi utama dan stabil yaitu usia, etnis, gender, atribut fisik, ras dan orientasi seksual, sedang dimensi keduanya dan dapat berubah yaitu latar belakang pendidikan, status pernikahan, keyakinan agama, kesehatan dan pengalaman kerja (Ivancevich, 2007:83). Perkembangan dalam jenis gender, ras, usia membuat perbedaan nilai, etika kerja dan norma perilaku tampak jelas. Kinerja individu akan tercapai apabila didukung oleh atribut

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

individu (kamampuan, keahlian, latar belakang dan demografi) dan upaya kerja.

2.8.3.2 Faktor Eksternal

Faktor eksternal adalah faktor–faktor yang mempengaruhi kinerja karyawan yang berasal dari lingkungan, meliputi peraturan ketenagakerjaan, keinginan pelanggan, pesaing, kondisi ekonomi, beban kerja, kebijakan organisasi, kepemimpinan, rekan kerja, jenis latihan dan pengawasan/ supervisi, sistem upah dan lingkungan sosial (Ivancevich, 2007:83).

2.8.4 Penilaian Kinerja

Penilaian prestasi kerja (*Perfomance apprasial*) adalah proses organisasi mengevaluasi atau menilai prestasi kerja karyawan, yang dapat memperbaiki keputusan manajemen dan memberikan umpan balik kepada karyawan tentang pelaksanaan kerja mereka (Handoko, TH, 2014:135). Peraturan Pemerintah No 46 tahun 2011 menyebutkan bahwa Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil (PNS) dimaksudkan untuk mewujudkan PNS yang professional dan berkinerja dalam rangka mendukung reformasi birokrasi. Penilaian prestasi kerja PNS terdiri atas unsur sasaran kerja pegawai dan unsur perilaku kerja.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Penilaian dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Observasi langsung terjadi bila penilai secara nyata melihat hasil pelaksanaan kerja. Observasi tidak langsung terjadi bila penilai hanya dapat menilai “tiruan” pelaksanaan kerja nyata (Handoko, TH, 2014:139). Metode penilaian kinerja berorientasi masa lalu dan penilaian berorientasi masa

depan. Tidak ada metode penilaian yang sempurna (Handoko, TH, 2014:151).

2.9 Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Bidan Dalam Penggunaan Algoritma MTBM

2.9.1 Pengetahuan Bidan Tentang Algoritma MTBM

Pengetahuan tidak hanya sekedar hasil dari penginderaan. Pengetahuan pada manusia itu bersifat indrawi dan intelektif. Pengetahuan indrawi diperoleh dari indra (penglihatan, penciuman, perasaan dan perabaan). Intelektif diperoleh dari kemampuan intelektual seperti ingatan dan khayalan. Manusia mengembangkan pengetahuan melalui penalaran. Penalaran merupakan proses berfikir menarik kesimpulan yang berupa pengetahuan (Kemendikbud, 2014:35).

Pengetahuan merupakan ranah kognitif dalam proses pembelajaran. Pengetahuan *(knowledge)* merupakan aspek kognitif yang paling rendah tetapi paling mendasar. Ranah kognitif mengurutkan keahlian berpikir sesuai tujuan yang diharapkan. Taksonomi Bloom baru versi Kreathwohl pada ranah kognitif terdiri dari enam level: *remembering* (mengingat), *understanding* (memahami), *applying* (menerapkan), *analyzing* (menganalisis), *evaluating* (menilai) dan *creating* (mencipta) (Utari, 2014).

Elemen kunci pengetahuan tentang manajemen terpadu bayi muda dibutuhkan bidan untuk memahami pencegahan, identifikasi dan manajemen protokol. Prinsip penting yang harus diketahui bidan adalah seperti cara menggunakan buku bagan/ algoritma, deteksi tanda bahaya,

kode warna dari kategori risiko, format menilai-mengklasifikasikan-tindakan, komunikasi dan pendekatan terpadu (Wood DL, 2010).

Pengetahuan bidan terhadap algoritma manajemen terpadu bayi muda diharapkan dapat memacu bidan menggunakan algoritma manajemen terpadu bayi muda. Suryaningtyas (2012) menyatakan ada hubungan pengetahuan dengan praktik bidan dalam kunjungan neoatal.

2.9.2 Sikap Bidan Terhadap Penggunaan Algoritma MTBM

Sikap bermula dari perasaan suka atau tidak suka terkait kecenderungan seseorang dalam merespons sesuatu/ objek. Sikap juga sebagai ekspresi dari nilai-nilai atau pandangan hidup yang dimiliki oleh seseorang (Utari, R 2014). Sikap terdiri dari tiga komponen, yakni afektif, kognitif, dan konatif/ perilaku. Komponen konatif adalah kecenderungan untuk berperilaku atau berbuat dengan cara-cara tertentu berkenaan dengan kehadiran objek sikap.

Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu 1) menerima (*receiving*), 2) merespons (*responding*), 3) menghargai (*valuing*), 4) bertanggung jawab (*responsible*) (Notoatmodjo, 2012:142). Sikap terhadap suatu perilaku dipengaruhi oleh keyakinan bahwa perilaku tersebut akan membawa hasil yang diinginkan atau tidak. Sikap memiliki arah (setuju atau tidak setuju), mendukung atau tidak mendukung) terhadap suatu objek, sikap memiliki intensitas (kedalaman atau kekuatan). Namun begitu sikap yang tidak memihak atau netral tetap disebut sikap walaupun arahnya tidak positif dan tidak negatif (Azwar, 2013, 88-89). Hasil penelitian Indrawati (2009) menunjukkan ada hubungan antara sikap bidan terhadap praktik.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Pengukuran sikap dapat melalui observasi perilaku, penanyaan langsung dan pengungkapan langsung. Metode pengungkapan sikap dalam bentuk *self report* adalah dengan menggunakan daftar pernyataan - pernyataan yang harus dijawab oleh individu yang disebut sebagai skala sikap (skala *likert*). Skala sikap berupa kumpulan pernyataan mengenai suatu objek sikap dari respon subjek dapat disimpulkan mengenai arah dan intensitas sikap seseorang (Azwar, 2013: 95).

2.9.3 Ketersediaan Fasilitas/ Logistik untuk Kunjungan Neonatal

Ketersediaan berarti kesiapan suatu sarana (tenaga, barang, modal, anggaran) untuk dapat digunakan atau dioperasikan dalam waktu yang telah ditentukan (Depdiknas, Pusat Bahasa, 2013). Hal ini berarti logistik yang tersedia harus dalam keadaan siap pakai, tidak rusak, tidak kadaluarsa dan akurat. Ketrampilan yang tinggi tanpa sarana dan prasarana kerja tidak akan dapat meningkatkan efisiensi, efektivitas dan produktivitas kerjanya.

Persediaan logistik pada tatalaksana manajemen terpadu bayi muda adalah pendukung dalam pemberian pelayanan yang perlu diupayakan agar praktik penerapan manajemen terpadu bayi muda berjalan dengan lancar (Kemenkes RI, 2013, Modul 7). Penilaian terhadap ketersediaan logistik dapat dilakukan dengan pengamatan langsung dan *self assesment*. Tingkat kelengkapan dihitung dengan menggunakan rumus jumlah ya dibagi jumlah ya dan tidak. Ketersediaan dianggap baik bila telah mencapai 80% atau lebih (Dinkesprop Jateng, 2004:22).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.9.4 Dukungan Atasan terhadap Penggunaan Algoritma MTBM

Faktor penguat bagi seorang karyawan/ pegawai yang sangat penting adalah dukungan atasan. Menurut Mc Mahon R (1999:54) semakin besar dukungan atasan terhadap karyawan maka secara otomatis komitmen karyawan terhadap tugasnya akan meningkat. Seorang pimpinan harus mengerti apa yang mendorong seseorang mempergunakan kemampuan dan tenaganya dalam bekerja dan apa yang membuatnya tidak puas dalam bekerja.

Atasan yang baik membantu anggotanya mencapai tujuan dengan memberikan petunjuk yang jelas, pelatihan yang sesuai dan sarana serta prasarana yang diperlukan untuk bekerja. Atasan dimaksud adalah Kepala Puskesmas didampingi oleh bidan koordinator puskesmas. Bidan puskesmas diberi pelimpahan wewenang untuk membina bidan di desa secara klinis profesi bidan.

Dukungan kepala puskesmas dan bidan puskesmas sangat penting dalam hal merencanakan kegiatan, merencanakan kebutuhan obat, alat dan formulir pencatatan, membuat kebijakan dan pelimpahan wewenang agar penerapan manajemen terpadu bayi muda lancar, memberikan sosialisasi, menanyakan kesulitan, memberikan solusi dan optimalisasi fungsi bidan di desa sesuai dengan tugas pokoknya (Kemenkes RI, 2013, Modul 7). Hasil penelitian Suryaningtyas (2012) menunjukkan peran pemipin berhubungan dengan kinerja bidan dalam kunjungan neonatal.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.9.5 Umur Bidan

Umur adalah lama waktu hidup atau ada (sejak dilahirkan atau diadakan) (Depdiknas, Pusat Bahasa, 2013). Semakin tua umur seseorang, maka pengalaman akan bertambah sehingga akan meningkatkan pengetahuannya akan suatu objek (Priyoto, 2014:81).

Dari segi kepercayaan masyarakat, orang dewasa lebih dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaaanya. Hal ini sebagai bagian dari pengalaman dan kematangan jiwa (Wawan dan Dewi, 2011;17). Hasil penelitian Indrawati (2009 :122-123) menunjukkan ada hubungan antara umur bidan dengan penggunaan partograf.

Dessler (1997:48) membagi tahapan umur sehubungan dengan perkembangan karier menjadi 1) tahap penjelajahan (usia ≤ 24 th), 2) tahap penetapan yang dibagi menjadi sub tahap percobaan (usia 25 – 30 tahun) dan sub tahap pemantapan (usia > 30 tahun), 3) tahap pemeliharaan (usia > 60 tahun).

Tahap penetapan sub tahap percobaan adalah masa transisi, masa pencapaian sukses, masa berprestasi. Sub tahap pemantapan merupakan usia transisi dari *Adulthood* ke masa tua Pada masa ini kemampuan fisik dan psikologis seseorang terlihat mulai menurun. Berkaitan dengan tugasnya, maka bidan akan dikelompokkan pada dua kelompok umur yaitu tahap penetapan sub tahap percobaan (usia < 30 tahun) dan sub tahap pemantapan (usia > 30).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.9.6 Masa Kerja Bidan

Masa kerja (lama bekerja) merupakan pengalaman individu yang akan menentukan pertumbuhan dalam pekerjaan dan jabatan. Pengalaman kerja didefinisikan sebagai suatu kegiatan atau proses yang pernah dialami oleh seseorang ketika mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan hidupnya (Depdiknas, Pusat bahasa, 2013). Masa kerja menunjukkan berapa lama seseorang bekerja pada masing-masing pekerjaan atau jabatan. Kepmenkes RI No 857 Tahun 2009 menyebutkan bahwa masa kerja merupakan salah satu variabel dalam menghitung kinerja Sumber Daya Manusia Kesehatan di Puskesmas. Pembobotan dilakukan untuk masa kerja masing-masing individu dengan tujuan memberikan rasa keadilan kepada mereka yang mempunyai masa pengabdian lebih lama.

Pada penilaian kinerja pegawai khususnya bidan PTT, masa kerja bidan PTT adalah 3 tahun, selanjutnya dapat diperpanjang maksimal 2 kali masa bakti dengan satu periode masa bakti adalah 3 tahun. Apabila penilaian kinerja bidan PTT dalam masa bakti 3 tahun pertama baik, maka perpanjangan masa bakti pertama dapat dipertimbangkan. Mengacu pada masa bakti bidan PTT tersebut, maka pada penelitian ini akan digolongkan masa kerja dalam kategori masa kerja ≤ 6 tahun dan > 6 tahun (Permenkes RI No 7 Th 2013).

Semakin lama seseorang bekerja, kemampuan dan pengetahuan praktisnya akan bertambah. Pengetahuan praktis diperoleh melalui pengamatan dan pengalaman langsung. Ketrampilan ini tidak di pelajari melalui sesi pelatihan manual, namun melalui pengalaman menghadapi

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

ratusan persoalan ketika menghadapi pasien, keluarga dan masyarakat (Ivancevich, 2007:87). Hasil penelitian Suryaningtyas (2012) menyatakan masa kerja berhubungan dengan kinerja bidan dalam pelayanan kunjungan neonatal.

2.9.7 Status Kepegawaian Bidan

Status adalah keadaan atau kedudukan orang/ lembaga dalam hubungan dengan masyarakat di sekelilingnya. Pegawai adalah orang yang bekerja pada pemerintah (perusahaan), sekelompok orang yang bekerja sama membantu seorang direktur/ ketua, mengelola sesuatu (Depdiknas, 2013).

Menurut UU No.43 Tahun 1999 Pasal 1 huruf (a) tentang Pokok-Pokok Kepegawaian, Pegawai Negeri Sipil adalah mereka atau seseorang yang telah memenuhi syarat-syarat yang ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan yang berlaku, diangkat oleh pejabat yang berwenang dan diserahi tugas dalam jabatan negeri atau diserahi tugas negeri lainnya yang ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan serta digaji menurut peraturan yang berlaku.

Pegawai Tidak Tetap adalah pegawai yang diangkat untuk jangka waktu tertentu guna melaksanakan tugas pemerintahan dan pembangunan yang bersifat teknis operasional dan administrasi. Bidan sebagai PTT diangkat oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan pekerjaan sebagai bidan dalam pelaksanaan program pemerintah (Permenkes RI No 7 Tahun 2013).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Bidan PNS dan bidan PTT mempunyai kewajiban yang relatif sama, beberapa hal yang membedakan adalah masa penugasan bidan PNS berlaku hingga masa pensiun sedangkan bidan PTT berlaku untuk 3 tahun dan dapat diperpanjang paling banyak untuk 2 (dua) kali masa penugasan. Bidan PTT tidak ada peningkatan jenjang karir/ kepangkatan. Bidan PTT tidak mendapat insentif/ termasuk kenaikan gaji/ gaji ke-13. Hasil penelitian Fatmawati Siti (2014) menyebutkan bahwa status kepegawaian berpengaruh terhadap pencapain desa *Universal Child Immunitation* (UCI) dan non UCI.

2.9.8 Beban Kerja Tambahan Bidan

Tugas Tambahan adalah tugas lain dalam sasaran kinerja pegawai yang ditetapkan (PP No 46 Tahun 2011). Beban kerja adalah sekumpulan atau sejumlah kegiatan yang harus diselesaikan oleh suatu unit organisasi atau pemegang jabatan dalam jangka waktu tertentu. Beban kerja dapat diartikan 1) jumlah pekerjaan/ banyaknya pekerjaan yang harus dilakukan, 2) waktu bekerja yang diharapkan dari pekerja, 3) total jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan.

Ilyas (2004) menyatakan tingginya beban kerja dapat berefek pada penurunan kinerja personel rumah sakit. Keberhasilan yang dirasakan merupakan aspek psikis positif dari tenaga kesehatan yang mampu meringankan beban kerja yang dirasakan.

Perhitungan beban kerja tambahan dilakukan dengan menggunakan pedoman sebagai berikut : 1). Tugas tambahan yang dilakukan dalam 1 tahun sebanyak 1 sampai 3 diberikan nilai 1, 2). Tugas tambahan yang dilakukan dalam 1 tahun sebanyak 4 sampai 6 diberikan nilai 2, 3). Tugas

tambahan yang dilakukan dalam 1 tahun sebanyak 7 atau lebih diberikan nilai 3 (Lampiran PP No 46 Tahun 2011:10). Mengacu pada peraturan tersebut, maka beban kerja tambahan bidan desa dikategorikan dengan beban kerja tambahan normal/ dalam batas maksimal jika bidan desa mendapat tugas tambahan 1- 6 tugas tambahan, dan dikategorikan sebagai beban kerja melebihi maksimal jika beban kerja tambahannya sama dengan 7 atau lebih.

2.9.9 Supervisi oleh Bidan Koordinator Kabupaten dan Puskesmas

Supervisi/ penyeliaan adalah instrumen manajemen yang digunakan oleh petugas yang lebih tahu (bidan koordinator) untuk memastikan bahwa petugas dibawahnya (bidan di desa) melakukan pelayanan sesuai standar yang ditetapkan (Dirjen Binkesmas, 2008:1). Menurut Effendy, N (1998 : 183-184) supervisi adalah upaya pengarahan, memberikan petunjuk, saran-saran dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi pelaksana sehingga meningkatkan daya guna dan hasil guna serta kemampuan pelaksana.

Pembinaan bidan di desa secara teknis dilakukan oleh Puskesmas dan Dinas Kesehatan (Depkes RI, 1990). Pembina yang ditunjuk adalah Bidan koordinator. (Dirjen Binkesmas, 2008:3). Bidan koordinator bertugas untuk melakukan evaluasi program kesehatan ibu dan anak termasuk penilaian terhadap prasarana dan logistik, kinerja klinis dan kinerja manajerial bidan, membantu mengidentifikasi masalah, mencari dan menetapkan solusi serta melaksanakan tindakan koreksi demi meningkatkan mutu pelayanan (Dirjen Binkesmas, 2008:3).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Hasil penelitian Suryaningtyas (2012) menyebutkan supervisi berhubngan dengan kinerja bidan dalam kunjungan neonatal, Haryani F (2014) menyatakan ada koerlasi antara supervisi dengan kepatuhan bidan dalam pelaksanaan manajemen terpadu bayi muda.

2.7.10 Penghargaan/ *reward* dari Kepala Puskesmas

Menurut Ivancevich (2007:286) kompensasi/ penghargaan/ reward merupakan segala bentuk penghargaan atau imbalan yang diberikan oleh perusahaan atas kinerja karyawan yang terdiri atas kompensasi finansial langsung (gaji, insentif, bonus) maupun tidak langsung (jaminan asuransi) dan kompensasi non finasial (tanggung jawab, pengakuan).

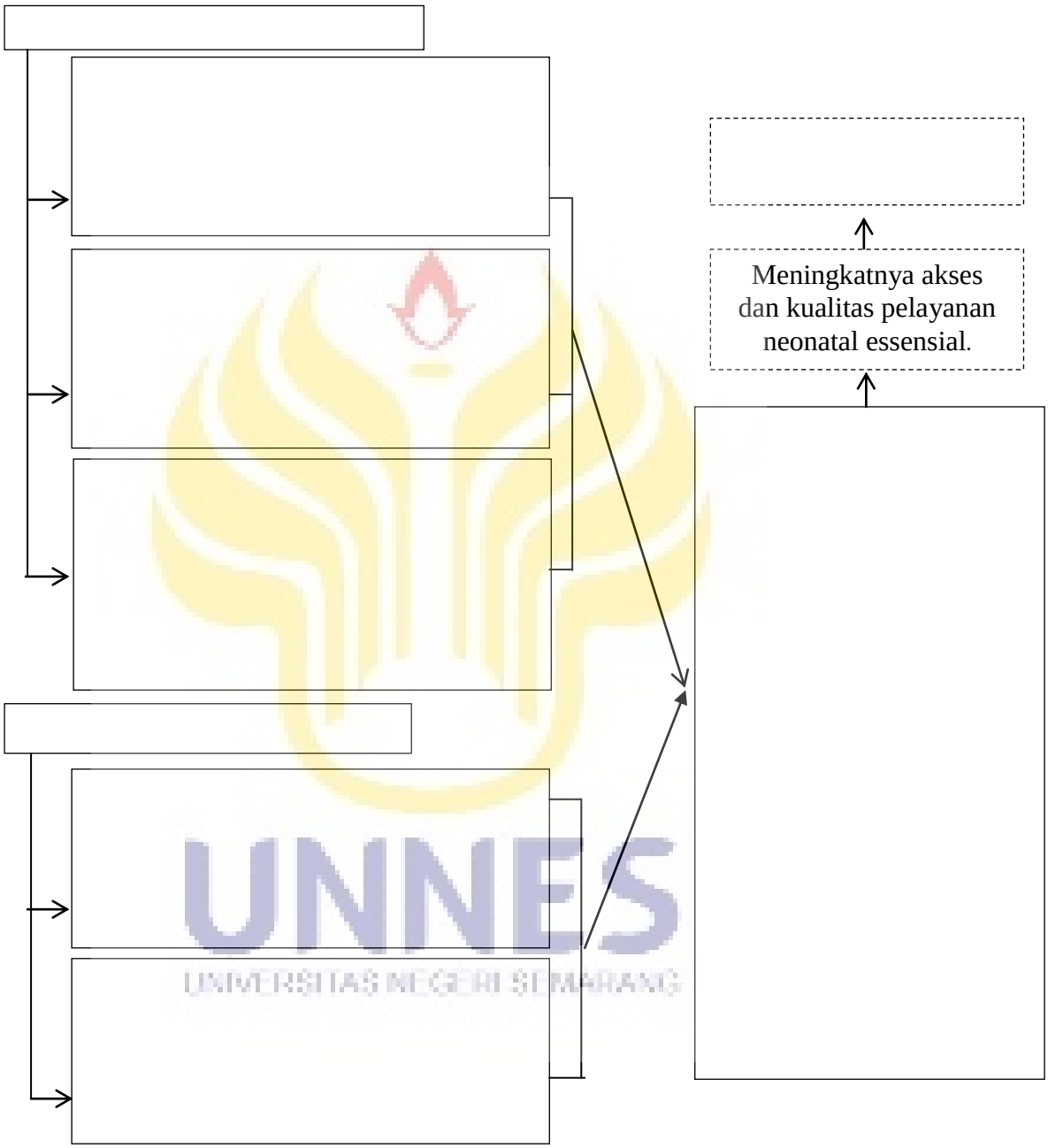
Kepmenkes RI No 857 th 2009 (17-18) menyebutkan bahwa penghargaan terhadap pegawai terdiri dari penghargaan non finasial dan penghargaan finansial. Penghargaan non finansial antara lain kesempatan untuk mengikuti pelatihan/ seminar/ lokakarya dengan didanai oleh puskesmas, Penghargaan finansial meliputi pemberian insetif sesuai dengan anggaran yang tersedia.

Suryaningtyas (2012) menyatakan ada hubungan antara imbalan dengan kinerja bidan kunjungan neonatal. Imbalan yang bisa meningkatkan kepuasan kerja adalah imbalan yang memenuhi rasa keadilan. Kurangnya penghargaan dapat sangat mengecewakana karyawan (Mac Mahon, 1999:55).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

2.10 KERANGKA TEORI

Berdasarkan landasan teori diatas, hubungan faktor – faktor perilaku dan kinerja terhadap praktik bidan dapat digambarkan sebagai berikut:



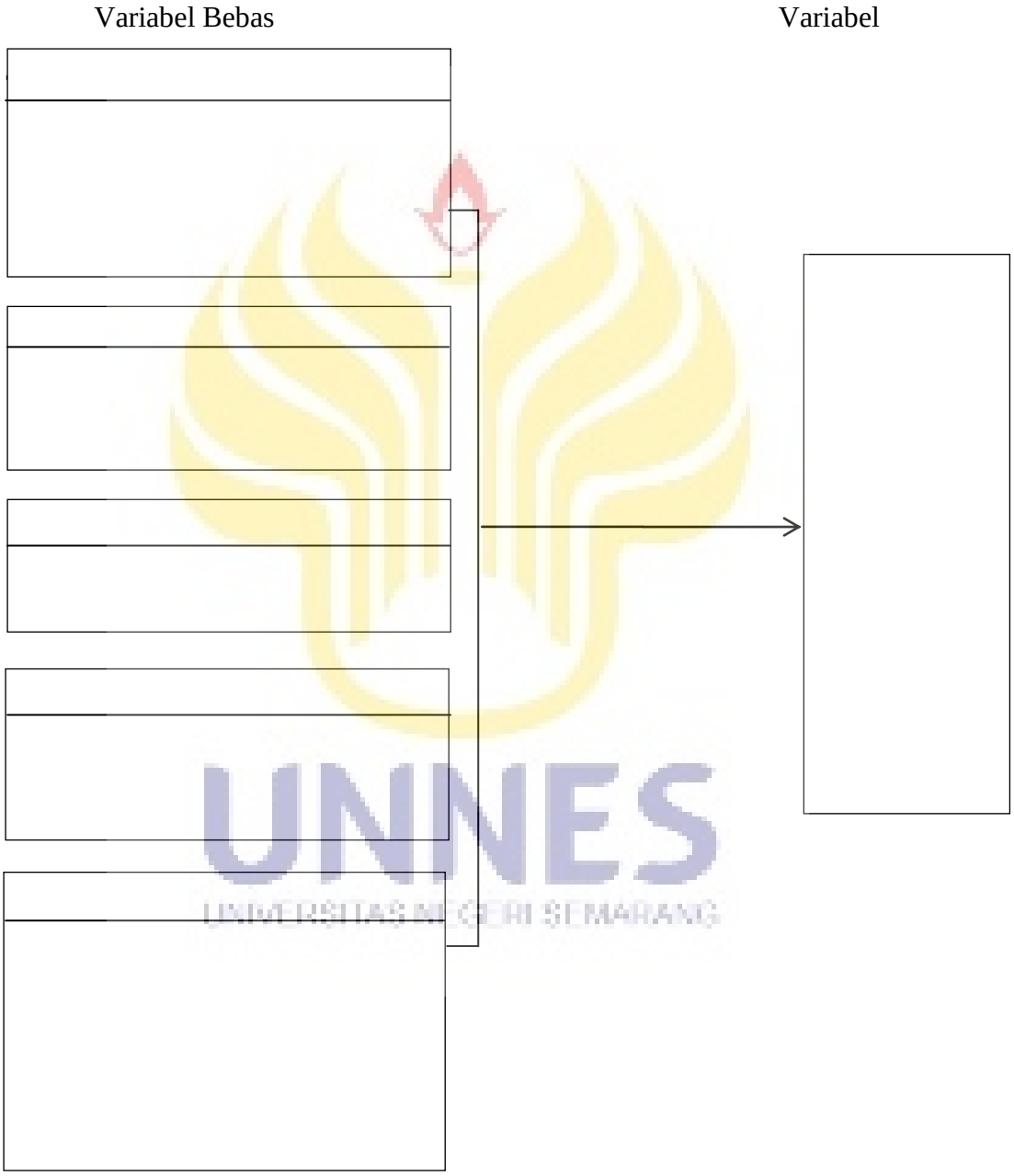
Gambar 2.1. Kerangka Teori : Modifikasi Teori L Green (Notoatmodjo, 2011:110) dan Pabundu (2006:122)

Ket :

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1. KERANGKA KONSEP



Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

3.2 VARIABEL PENELITIAN

1) Variabel Bebas

Variabel bebas (*independen variabel*) dalam penelitian ini meliputi Pengetahuan bidan tentang manajemen terpadu bayi muda, Sikap bidan terhadap manajemen terpadu bayi muda, Ketersediaan Fasilitas untuk kunjungan neonatal, Dukungan Atasan, Umur bidan, Masa Kerja bidan, Status Kepegawaian Bidan, Beban kerja tambahan bidan, Supervisi oleh Bidan Koordinator Kabupaten dan Puskesmas dan penghargaan/ *reward* dari Kepala Puskesmas.

2) Variabel Terikat

Variabel terikat (*dependen variabel*) dalam penelitian ini adalah praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal.

3.3 HIPOTESIS PENELITIAN

1) Ada hubungan pengetahuan bidan tentang manajemen terpadu bayi muda dengan praktik penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016.
2) Ada hubungan sikap bidan terhadap manajemen terpadu bayi muda dengan praktik penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016.
3) Ada hubungan ketersediaan fasilitas kunjungan neonatal dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

kunjungan neonatal di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016.

4) Ada hubungan dukungan atasan dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma Manajemen Terpadu Bayi Muda pada Kunjungan Neonatal di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016

5) Ada hubungan antara umur bidan dengan praktik dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016.

6) Ada hubungan antara masa kerja bidan dengan praktik dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Tahun 2016.

7) Ada hubungan antara status kepegawaian bidan dengan praktik dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Tahun 2016.

8) Ada hubungan antara beban kerja tambahan bidan dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016.

9) Ada hubungan antara supervisi oleh bidan koordinator dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

10) Ada hubungan antara penghargaan/ *reward* kepala puskesmas dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Kabupaten Cilacap Tahun 2016.

3.4 DEFINSI OPERASIONAL DAN SKALA PENGUKURANNYA

Tabel.3.1. Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi	Cara pengukuran dan alat ukur	Kategori	Skala
	Variabel Bebas				
1	Pengetahuan tentang Manajemen Terpadu Bayi Muda	Kemampuan responden untuk menjawab pertanyaan dengan benar tentang tatalaksana neonatus menggunakan manajemen terpadu bayi muda.	wawancara dengan kuesioner pertanyaan 20 soal MCQ, jawaban benar skor 1 jawaban salah skor 0	1) Kurang baik : bila skor jawaban benar < 75% 2) Baik : bila skor jawaban benar > 75% (Wawan&Dewi M, 2011:18)	Ordinal
2	Sikap terhadap Manajemen Terpadu Bayi Muda	Kecenderungan responden untuk menggunakan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada saat kunjungan neonatal	kuesioner menggunakan skala likert, ada14 pernyataan. favorable : skor SS :5, S: 4, R:3, TS :2, STS : 1, unfavorable skor SS: 1, S: 2, R : 3, TS : 4, STS : 5	1) Kurang mendukung : skor < Mean (55) 2) Lebih mendukung : skor ≥ Mean(55) (Azwar, S, 2013:136) data sikap terdistribusi normal sehingga menggunakan nilai mean, yaitu 55,28	Ordinal
3	Ketersediaan fasilitas untuk kunjungan neonatal	Keberadaan obat, alat dan form yang siap digunakan dalam kunjungan neonatal Terpadu Bayi Muda	Observasi cheklist. Isian= ada dan lengkap: skor 1, ada tapi tidak lengkap/ tidak ada : 0	1) Tidak lengkap : skor < 80% 2) Lengkap : skor ≥ 80% (Dinkes Prop Jateng, 2004:22)	Ordinal

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

4	Dukungan atasan terhadap penggunaan algoritma MTBM	Pendapat/ jawaban responden tentang bagaimana upaya-upaya yang telah dilakukan kepala puskesmas dan bikor puskemas selama ini dalam pelaksanaan penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda	Wawancara dengan kuesioner, ada 8 item pertanyaan. Isian jawaban : Ya : skor 1 Tidak : skor 0	1) Kurang mendukung : skor < Median (6) 2) Lebih mendukung : skor ≥ Median (6) Data tidak terdistribusi normal mengunakan nilai median = 6	Ordinal
5	Umur bidan	Jumlah tahun yang dihitung dari rentang waktu sejak petugas dilahirkan sampai penelitian dilakukan yang dikategorikan berdasarkan tahapan pengembangan karier.	wawancara dengan kuesioner	1) Tahap penetapan sub tahap percobaan : usia ≤ 30 tahun 2) Tahap penetapan sub tahap pemantapan : usia > 30 tahun (Dessler, 1997:48)	Ordinal
6	Masa Kerja bidan	Lama kerja bidan dihitung sejak pertama bertugas sampai saat penelitian	wawancara dengan kuesioner	1. ≤ 6 tahun 2. > 6 tahun (Permenkes RI No 7, 2013)	Ordinal
7	Status Kepegawai an bidan	Jenis kepegawaian bidan berdasarkan surat pengangkatan	Wawancara dengan kuesioner	1. PNS 2. PTT/ Non PNS	Nominal
8	Beban kerja tambahan bidan	Jumlah/ banyaknya pekerjaan tambahan yang harus diselesaikan bidan terkait dengan tugas kedinasan di luar tugas pokok dalam 1 tahun	Wawancara dengan kuesioner, jawaban ya skor 1, jawaban tidak skor 0	1) Normal/ dalam batas maksimal : 1- 6 tugas tambahan 2) Melebihi batas maksimal : > 6 tugas tambahan (PP No 46 th 2011)	Ordinal
9	Supervisi oleh bidan koordinator kabupaten dan puskesmas	Jawaban responden tentang kegiatan pembinaan, dan pengawasan yang dilakukan Bikor Kabupaten dan Bikor Puskesmas di tempat tugas bidan desa	wawancara dengan kuesioner ,ada 10 pertanyaan. Isian jawaban ya skor 1, jawaban tidak skor 0	1) Kurang, jika skor < Median (7) 2) Baik, jika skor ≥ Median (7) Data tidak terdistribusi normal mengunakan Median = 7	Ordinal

10	Pengharga an/ *reward* dari kepala puskesmas	Pendapat responden tentang pemberian kompensasi dari kepala puskesmas dalam bentuk finansial dan bentuk penghargaan non finacial seperti pengakuan, promosi, diutus menjadi peserta pelatihan, seminar, workshop, maupun diklat.	Wawancara dengan kuesioner, ada 2 pertanyaan, Isian jawaban Ya, Skor 1, Jawaban tidak skor 0	1) Kurang baik : jika mendapatkan salah satu bentuk *reward* saja atau tidak mendapat kedua bentuk reward 2) Baik : jika mendapat *reward* finansial dan non finansial (Kepmenkes RI No 857 th 2009 :17-18)	Ordinal
	Variabel Terikat				
1	Praktik bidan dalam Peggunaan Algoritma MTBM pada kunjungan Neonatal	Kegiatan bidan pada saat kunjungan neonatal sesuai algoritma MTBM meliputi Penilaian dan klasifikasi, Menentukan tindakan, Pemberian konseling, ketrampilan komunikasi, pencegahan infeksi, dan dokumentasi	Observasi dengan cheklist : jawaban Y diberi skor 1, jawaban T diberi skor 0, Jawaban TB diberi tanda centang (tidak berskor) karena suatu langkah tidak berlaku untuk kasus yang sedang ditangani	Sesuai standar : skor ≥ 80% Tidak sesuai standar : skor < 80% (Dinkesprop Jateng, 2004:22)	Ordinal

3.5 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan pendekatan survey analitik/ penelitian penjelasan (*explanatory research*) yaitu menjelaskan hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat melalui pengujian hipotesis. Metode pendekatan yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu melakukan pengumpulan data yang menyangkut variabel bebas dan variabel terikat pada saat yang bersamaan atau sekaligus.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

3.6 POPULASI DAN SAMPEL PENELITIAN

3.6.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh bidan desa di Wilayah *Eks* Distrik Cilacap Kabupaten Cilacap berjumlah 65 orang.

3.6.2 Sampel

Tehnik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1) Kriteria Inklusi
   a) Bidan di desa yang bertugas di wilayah eks distrik Cilacap.
   b) Memiliki sertifikat registrasi, Surat Ijin Praktik/ Surat Ijin Kerja Bidan
   c) Berpendidikan Diploma III Kebidanan.
   d) Telah mengikuti sedikitnya satu pelatihan yang dipersyaratkan yaitu Pelatihan Asuhan Persalinan Normal, Pelatihan Manajemen asfiksia dan BBLR, Pelatihan Mnajemen Terpadu Bayi Sakit.
   e) Bersedia menjadi responden
2) Kriteria Ekslusi
   a) Bidan di wilayah eks distrik Cilacap yang bukan bidan desa
   b) Bidan di desa yang surat ijin praktik bidan/ surat ijin kerja bidan nya habis dan tidak mengurus proses perpanjangan.
   c) Bidan yang memiliki pendidikan terakhir Diploma I Kebidanan.
   d) Tidak bersedia menjadi responden

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Jumlah populasi yang sudah memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi pada penelitian ini berjumlah 60 orang.

3.7 SUMBER DATA

Sumber data penelitian dalam penelitian ini didapatkan dari data primer dan data sekunder.

3.7.1 Data primer

Data primer merupakan data yang didapatkan oleh peneliti dari responden selama penelitian. Data primer diperoleh dari hasil observasi dan wawancara, pengisian cheklist dilakukan dengan observasi dan wawancara. Kuesioner untuk pertanyaan dan checklist pengamatan sudah ada alternatif jawabannya.

3.7.2 Data sekunder

Data sekunder merupakan diperoleh dari sumber di luar peneliti. Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini adalah form isian bayi muda yang sudah diisi, serta data profil kesehatan Kabupaten Cilacap Tahun 2014 dan 2015.

3.7 INSTRUMEN PENELITIAN

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang digunakan untuk memperoleh data faktor pengetahuan bidan, sikap bidan, dukungan atasan, umur, masa kerja, status kepegawaian, beban kerja tambahan, supervisi oleh bidan koordinator dan penghargaan/ *reward*. Sedangkan untuk variabel bebas ketersediaan fasilitas dan variabel terikat praktik penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda dalam kunjungan neonatal menggunakan *cheklist* sebagai lembar pengamatan.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Instrumen dapat digunakan sebagai alat ukur penelitian jika sudah memenuhi syarat validitas dan reliabilitas, untuk itu instrumen tersebut di uji coba.

3.8.1 Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukan alat ukur tersebut benar-benar mengukur apa yang diukur. Kuesioner diujikan pada bidan di wilayah Kecamatan Adipala Kabupaten Cilacap. Pemilihan lokasi didasarkan karena responden uji coba memiliki karakteristik yang hampir sama dengan responden yang akan diteliti (latar belakang budaya, sosial dan keadaan geografis wilayah kerja). Pengambilan data uji validitas dilaksanakan pada dua lokasi puskesmas di wilayah Kecamatan Adipala yaitu di UPT Puskesmas Adipala I pada tanggal 18 – 19 Februari 2016 dengan jumlah responden sebanyak 19 orang dan di UPT Puskesmas Adipala II pada tanggal 19 – 22 Februari 2016 dengan jumlah responden 16 orang, sehingga jumlah total responden uji coba sebanyak 35 orang.

Pengujian validitas instrumen pada penelitian ini menggunakan bantuan *software* program SPSS versi 16.00 untuk uji nilai r *product moment pearson* dengan taraf signifikansi 5%. Nilai r hitung dibandingkan dengan r tabel, jika r hitung > r tabel, maka butir atau variabel pertanyaan tersebut dinyatakan valid. Karena jumlah responden dalam uji validitas dan reliabilitas penelitian ini adalah 35 orang, maka nilai r tabel adalah 0,344. Variabel yang diuji validitas adalah variabel pengetahuan, sikap, dukungan atasan, beban kerja tambahan, supervisi dan *reward*. Variabel ketersediaan fasilitas dan praktik bidan tidak diujikan karena kuesioner disusun

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

berdasarkan standar baku yang sudah ditetapkan oleh kemenkes dalam pedoman tatalaksana neonatal esensial (Kemenkes, 2012).

Hasil uji validitas variabel pengetahuan dengan jumlah soal 23, ada 3 soal yang tidak valid yaitu soal nomor 5, 8 dan 23. Soal yang tidak valid kemudian dihilangkan dengan pertimbangan masih ada butir soal yang bisa mewakili pertanyaan pada soal nomor 5, 8 dan 23. Jumlah soal pengetahuan yang siap dihitung/ dianalisis kembali berjumlah 20 soal dan semuanya mempunyai nilai r > 0,334 (valid) (Lampiran 33:180).

Uji validitas terhadap variabel sikap dengan jumlah soal 16 didapatkan hasil ada 2 soal yang tidak valid yaitu soal nomor 15 dan 16. Soal yang tidak valid kemudian dihilangkan karena ada butir soal yang dapat mewakili pada soal nomor 12 dan 14. Jumlah pernyataan sikap yang dianalisis kembali berjumlah 14 butir pernyataan dan hasilnya semua nilainya > 0,344 (valid) (Lampiran 33:183).

Uji validitas untuk variabel dukungan atasan dan variabel penghargaan/ *reward* hasilnya semua butir soal valid dengan nilai r > 0,344 (Lampiran 33: 185, 186). Variabel beban kerja didapatkan ada 2 soal yang tidak valid yaitu soal nomor 6 dan 7 dan diganti dengan jawaban isian/ terbuka, yang bisa diisikan sesuai dengan tugas tambahan lain. Hasil uji validitasnya untuk kelima soal tentang beban kerja tambahan adalah nilai r > 0,344 (Lampiran 33: 186)

Uji validitas untuk variabel supervisi didapatkan hasil dari 11 soal terdapat 1 soal yang tidak valid yaitu butir soal nomor 3, soal tersebut

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

kemudian dihilangkan. Setelah di uji validitas kembali, hasilnya semua butir soal > r tabel (valid) (Lampiran 33: 187).

3.8.2 Reliabilitas

Reliabilitas adalah tingkat konsistensi hasil yang dicapai oleh sebuah alat ukur meskipun digunakan secara berulang-ulang pada subjek yang sama atau berbeda. Adapun tolak ukur untuk mempresentasikan derajat reliabilitas adalah dengan menggunakan metode *Alpha Cronbach*. Nilai *Alpha* pada variabel pengetahuan sebesar 0,8746, variabel sikap 0,8538, variabel dukungan atasan 0,8932, variabel supervisi 0,8174, variabel beban kerja 0,9194 dan variabel penghargaan/ *reward* sebesar 0,7544. Hasil ini menunjukkan bahwa semua soal pada kuesioner memiliki reliabilitas yang baik/ tinggi (Lampiran 33:189-192).

3.9 PROSEDUR PENELITIAN

Penelitian ini diawali dengan prosedur perijinan kepada pihak terkait. Setelah semua perijinan selesai, pengambilan data dilakukan ke 6 wilayah puskesmas yang menjadi lokasi penelitian. Peneliti menjelaskan maksud, tujuan dan cara pengisian kuesioner kemudian peneliti melakukan wawancara awal. Responden mengisi kuesioner tersebut dengan didampingi peneliti, untuk *cheklist* ketersediaan alat dan praktik penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda peneliti melakukan wawancara dan observasi langsung dengan responden. Peneliti juga melakukan studi dokumentasi dengan melihat form bayi muda yang telah diisi untuk *cross chek* terhadap pelaksanaan praktik oleh responden.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

3.10 TEKNIK ANALISIS DATA

3.10.1. Pengolahan data

Data yang telah dikumpulkan, dilakukan pengolahan data melalui beberapa tahap kegiatan.

3.10.1.1 Editing

Sebelum diolah data tersebut diteliti terlebih dahulu. Data atau keterangan yang telah dikumpulkan perlu diperiksa kembali dan diperbaiki jika masih ada kesalahan dan keraguan data. Langkah ini dimaksudkan untuk melakukan pengecekan kelengkapan data, kesinambungan dan keseragaman data.

3.10.1.2 Koding

Untuk memudahkan analisis, jawaban responden pada setiap variabel diberi kode. Mengkode jawaban adalah memberikan angka pada tiap jawaban.

3.10.1.3 Entri

Data yang telah dikode kemudian dimasukkan dalam program komputer untuk selanjutnya diolah dengan dengan bantuan *soft ware* .

3.10.1.4 Tabulasi

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Sebagai kelanjutan dari tahap *entry data*, maka dilakukan tabulasi data yaitu mengelompokkan data sesuai dengan variabel dan kategori data penelitian. Tabulasi data yang dilakukan meliputi variabel faktor – faktor yang berhubungan dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda pada kunjungan neonatal.

3.10.2 Analisis Data

Teknik analisis data penelitian ini diolah secara statistik dengan menggunakan program SPSS versi 16.00. Adapun analisisnya sebagai berikut:

3.10.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Dalam penelitian ini hanya menghasilkan distribusi persentase dari tiap variabel.

3.10.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mencari hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat dengan uji statistik yang disesuaikan dengan skala data. Uji statistik yang digunakan adalah uji statistik non parametrik, *chi- square* karena skala data pada penelitian ini adalah kategorik (nominal dan ordinal). Taraf signifikansi yang digunakan adalah 95% dengan menggunakan nilai kemaknaan atau *p* sebesar 5% (Sugiyono, 2005: 104). Syarat uji *chi-square* adalah tidak ada sel dengan nilai *observed* yang bernilai 0 dan sel yang mempunyai nilai *expected* kurang dari 5 maksimal 20% dari jumlah sel. Jika syarat uji *chi-square* tidak terpenuhi, maka uji alternatifnya :

1) Alternatif uji *chi-square* untuk tabel 2 x 2 adalah uji *fisher*.
2) Alternatif uji *chi-square* untuk tabel 2 x K adalah uji *kolmogorov-smirnov*.
3) Alternatif uji *chi-square* untuk tabel selain 2 x 2 dan 2 x K adalah uji penggabungan sel.

Dasar pengambilan keputusan yang dipakai adalah berdasarkan probabilitas. Adapun kriteria hubungan berdasarkan nilai *p value* (*probabilitas*) yang dihasilkan dibandingkan dengan nilai kemaknaan sebagai berikut :

1. Jika $p \leq 0,05$ =Ho ditolak, artinya kedua variabel "ada hubungan".
2. Jika $p > 0,05$ =Ho diterima, artinya kedua variabel "tidak ada hubungan".

Untuk mengetahui besar/ kekuatan hubungan antara variabel dependen dengan variabel independen (antara kehadiran suatu faktor terhadap terjadinya suatu kejadian) digunakan *Prevalence Ratio* (PR) dengan 95% CI (*Confidence Interval*).

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1. SIMPULAN

Dari hasil penelitian faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda di wilayah eks distrik Cilacap Kabupaten Cilacap tahun 2016, dapat disimpulkan :

1) Faktor – faktor yang berhubungan dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda adalah pengetahuan, sikap terhadap manajemen terpadu bayi muda, ketersediaan fasilitas, dukungan atasan, masa kerja dan supervisi oleh bidan koordinator kabupaen dan puskesmas.
2) Faktor – faktor yang tidak berhubungan dengan praktik bidan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda adalah umur, status kepegawaian, beban kerja tambahan dan penghargaan/ *reward* dari kepala puskesmas.

6.2 SARAN

6.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Cilacap dan Puskesmas di wilayah eks distrik Cilacap

1) Dinas Kesehatan perlu meningkatkan pelatihan, *refreshing,* maupun *workshop* tentang manajemen terpadu balita sakit bagi bidan desa.
2) Dinas kesehatan perlu meningkatkan kerjasama dan mengoptimalkan peran organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia dalam pembinaan profesi bidan.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

3) Sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk kunjungan neonatal kususnya formulir pencatatan bayi muda dapat lebih ditingkatkan pemenuhannya oleh Dinas Kesehatan dan Puskesmas.

4) Kepala Puskesmas lebih meningkatkan dukungan dalam penggunaan algoritma manajemen terpadu bayi muda termasuk menuangkan pelimpahan wewenang tindakan pada bayi muda dalam standar prosedur operasional.

5) Bidan Koordinator kabupaten dan Puskesmas lebih meningkatkan kualitas supervisi, pemberian umpan balik dan tindak lanjutnya dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan neonatus oleh bidan di desa.

6) Kepala Puskesmas lebih meningkatkan apresiasi pada keberhasilan karyawan dengan memberikan penghargaan/ *reward* sesuai pedoman pemerintah .

6.2.2 Bagi Responden

1) Responden diharapkan aktif meningkatkan pengetahuan melalui kegiatan *refreshing, workshop,* seminar, kaji buku dan lain sebagainya.

2) Responden lebih meningkatkan keaktifan dalam kegiatan pembinaan yang diselenggarakan oleh organisasi profesi agar terpelihara semangat profesionalisme.

3) Responden lebih meningkatkan kualitas pelayanan neonatus termasuk meningkatkan kualitas konseling kepada ibu dan keluarga.

6.2.3 Bagi Peneliti selanjutnya

1) Peneliti selanjutnya dapat melakukan kajian lebih mendalam terhadap faktor - faktor yang berhubungan dengan variabel independen dan dependen pada penelitian ini.

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

DAFTAR PUSTAKA

Azwar S, 2013, *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*, Pustaka Pelajar Offset, Yogyakarta

Bhandari Nita, e al, 2012, *Effect of implementation of Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI) programme on neonatal and infant mortality: BMJ 2012*; BMJ, March 2012, vol.344, e1634.

Biro Hukum dan Organisasi Setjen Depkes RI, 2008, *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/ kota, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/Menkes/Per/VII/2008*, Jakarta

Depdiknas, Pusat Bahasa, 2013, *Kamus Besar Bahasa Indonesia Edisi keempat*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta

Depkes RI, 1990, *Panduan bidan di Tingkat Desa Bagian II*, Jakarta

Dessler, G, 1997, *Manajemen Sumber Daya Manusia 2*, PT Prenhallindo, Jakarta

Dinkes Cilacap, 2015a, *Profil Kesehatan Kabupaten Cilacap* 2014, Cilacap

Dinkes Cilacap, 2015b, *Laporan Kinerja Program Kesehatan Anak Tahun 2015*

Dinkesprop Jateng, 2004, *Panduan Mutu Pelayanan Kesehatan Maternal*, Bag Proyek PUK-SMPFA Prop Jateng

Dirjen Binkesmas, 2010, *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS – KIA)*, Depkes RI, Jakarta

Dirjen Binkesmas, 2008, *Buku Pedoman Bidan Koordinator*, Depkes RI, Jakarta

Effendy, N, 1998, *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta

Fatkhiyah, 2015, *Motivasi, Supervisi dan Kepatuhan Bidan dalam Mendeteksi Preeklampsia, KEMAS* 10 (2) (2015) 195-202

Fatmawati, Siti, 2014, *Perbedaan FaktorPerilaku bidan Desa UCI* (*Universal Child Immunization*) *dan Non UCI, Jurnal Berkala Epidemiologi, Volume 2 Nomor 1, Januari 2014, hlm. 130-140*

Fikawati Sandra, 2004 *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kesediaan bidan di desa untuk tetap bekerja di Kabupaten Tangerang Propinsi Banten Tahun 2003, Jurnal Makara, Kesehatan*, Vol 8,No 1, Juni 2004, hal 7-13

Fontein Yvonne, 2014, *Dutch Midwives Behavioural Intention of Antenatal Management of Maternal Distress, Midwifery Journal*, Feb 2014, Vol 30, issue 2, Pages 234-241

Gibson, Ivancevich, Donelly, 1996, *Organisasi Perilaku, Struktur, Proses, Jilid I (Edisi V)* Penerbit Erlangga, Jakarta

Goswami Vivek et al, 2006. *Evaluation of Simple Clinical Signs of Illness in Young Infants (0-2 months) and its Correlation with WHO IMCI Algorithm (7 days to 2 months), Indian Pediatrics* 1043 Volume 43, Desember 17 2006

Handoko, TH, 2014, *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*, BPFE, Yogyakarta

Hafsah, 2013, *Pengaruh Variabel Individu, Psikologis dan organisasi terhadap kinerja bidan di RSKD Makasar, Jurnal AKK* Vol 3 No 1 Jan 2014 hal 9-13

Hariyani F, 2014, *Korelasi Motivasi Diri dan Supervisi Bidan koordinator dengan Kepatuhan Bidan dalam Melaksanakan MTBM, Jurnal Husada Mahakam* Volume III No. 8, November 2014, hal .389-442

Husna Arfah, 2009, *Kinerja Bidan di Desa dalam Program jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin*, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 4, No. 1, Agustus 2009

Ilyas, Y. (2004). *Perencanaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit*, UGM

Indrawati, T, 2009, *Pengaruh Umur, Pengetahuan, dan Sikap Bidan Praktik Swasta Pada Penggunaan Partograf Di Kota Semarang, Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia* Vol. 4 / No. 2 / Agustus 2009

Indriany Maya, (2016), *Faktor – faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas kesehatan dalam pelayanan manajemen terpadu balita sakit di Kabupaten Jember*, *URI*: http://repository.unej.ac.id/123456789/72389

Ivancevich, John et all, 2007, *Perilaku dan Manajemen Organisasi Jilid I*, Penerbit Erlangga, Jakarta

Jamhariyah, 2013, *Analisis Kinerja Bidan Desa dalam Pelayanan Neonatus di Kabupaten Lumajang, Jurnal Ikesma*, Vol 9, No 1, Maret 2013, hlm.48-55.

Kemendikbud, 2014, *Materi Pelatihan Implementasi Kurikulum 2013*, Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan RI, Jakarta

Kemenkes RI, 2014, a, *Rencana Aksi Nasional Kesehatan Neonatal*, Jakarta

_____, 2014b, *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*, Jakarta

_____, 2013, *Manajemen Terpadu Balita Sakit Modul 1, 5, 7, dan Buku Bagan*, Kemenkes RI, Jakarta

Kemenkes RI, 2012, *Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*, Direktorat Bina Kesehatan anak, Kemenkes, Jakarta

_____, 2010, *Panduan Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir Berbasis Perlindungan Anak*, Direktorat Anak Khusus, Kemenkes, Jakarta

Keputusan Menteri Kesehatan RI No 128/Menkes/SK/II/2004 Tentang *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*

Keputusan Menteri Kesehatan RI No 857/Menkes/SK/IX/2009 Tentang *Pedoman Penilaian Kinerja Sumber Daya Kesehatan Di Puskesmas*

Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara RI No 75/M.PAN/7/2004 Tentang *Pedoman Perhitungan Kebutuhan Pegawai Negeri Sipil*

Kiplagat et al, 2014, *Factors influencing the implementation of integrated management of childhood illness (IMCI) in Mwanza, Tanzania,Journal of BMC Public Health* 2014, 14:277

Knape et al, 2014, *The association between attendance of midwives and workload of midwives: in the German healthcare system,* BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14:300 http://www.biomedcentral.com/1471-2393

Lee Anne, et al, *2014, Treatment of Infections in Young Infants in Low- and Middle-Income Countries:, PLoS Med* 11(10): e1001741. doi:10.1371/journal.pmed.1001741

Lina L, 2015, *Faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan MTBS di Puskesmas Melintang Rokan Hilir, Jurnal Kebidanan*, Vol 6 No 1 Th 2015

Lysminiar Avil Norista, 2012, *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Praktik Manajemen Data PWS-KIA Oleh Bidan Di Desa di Kabupaten Lamongan, Jurnal Keseatan Masyarakat, Volume 1, Nomor 1, Tahun 2012*

Mardiah, 2011, *Kinerja Bidan Dalam Mendukung Program Inisiasi Menyusu Dini (IMD) di Kota Pekanbaru, Jurnal Kesehatan Masyarakat,* Maret-September 2012, Vol 6 No 2, Hal 62-66

Mc Mahon Rosemary et al, 1999, alih bahasa oleh Kumala P, *Manajemen Pelayanan Kesehatan Pri mer*, EGC, Jakarta

Ndikom Chizoma and Onibokum, 2007, *Knowledge and Beaviour of Nurse/ Midwives in the Prevention of Vertical Transmission of HIV in Oweri, Imo State, Nigeria, Journal BMC Nursing*, 2007: 6:9 doi:10.1186/1472-6955-6-9

Notoatmojo, S, 2012 *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta

Notoatmojo, S, 2011, *Kesehatan Masyarakat, Ilmu dan Seni*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta

Nurhidayati, 2011, *Faktor yang Berhubungan dengan Implementasi Manajemen Terpadu Balita Sakit di Puskesmas Kota Semarang Tahun 2010*, Under Graduates thesis, Universitas Negeri Semarang, available at http://lib.unnes.ac.id/17938/

Pabundu, Tika, 2006, *Budaya Organisasi dan Peningkatan Kinerja* Perusahaan, Jakarta: Cetakan Pertama, PT Bumi Aksara.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 7 Tahun 2013 tentang *Pedoman Pengangkatan dan Penempatan Dokter dan Bidan sebagai PTT*

Peraturan Pemerintah Nomor 46 th 2011 tentang *Penilaian Prestasi Kerja PNS*

Priyoto, 2014, *Teori Sikap dan Perilaku Dalam Kesehatan*, Nuha Medika, Yogyakarta

Pohan, IS, 2013, *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan, Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*, EGC, Jakarta

Putra Alhafizha, 2008 *Analisis Praktek Bidan Pada Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin dan Bayi Baru Lahir, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional* Volume 9 No 1 Agustus 2008, hal 30-38

Puspitarini D, 2013, *Evaluasi Pelaksanaan MTBS Pneumonia di Puskesmas di Kabupaten Lumajang Tahun 2013, Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol. 1, No. 2 September 2013: 291–301

Puspadewi YA, 2013, *Kinerja Bidan Puskesmas Dalam Pelayanan MTBS Di Wilayah Puskesmas Kota Malang, Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes,*Volume IV Nomor 4, Oktober 2013 hal 175-179, ISSN: 2086-3098

Robbins, P.S, 2002, *Prinsip-prinsip Perlaku Organisasi.Edisi 5*, Erlangga, Jakarta

Saifudin, A, 2014, *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, YBPSP, Jakarta

Santi Dwi R, 2012, *Analisis Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Kinerja Bidan Desa dalam Penerapan Manajemen BBLR di Kabupaten Tuban*, Jurnal Sain Med, Vol. 4. No. 1 Juni 2012: 1–6

Septyantie Ulma, 2013, *Hubungan realisasi dana BOK dengan indikator Gizi KIA di Provinsi Jawa Tengah tahun 2012, Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, Vol. 02, No. 4 Desember 2013,hal 215-221

Siagian, SP, 2013, *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta, Bumi Aksara

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

Sofyan, Mustika et all, 2003, *Bidan Menyongsong Masa Depan*, PP IBI, Jakarta

Sugiyono, 2005, *Statistika Untuk Penelitian*, CV Alfabeta, Bandung

Suryaningtyas Ferry, 2012, F*aktor internal dan eksternal terkait dengan Kinerja Bidan Desa Dalam Kunjungan Neonatal, Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forike*s Vol IV No 4, Oktober 2013 hal 180-184, ISSN: 2086-3098

Sutriyani Titin, 2015, *The Influence of Knowledge, Skill and Attitude to Midwife Professionalism of D IV Midwife Educator (Bidan Pendidik), Journal of Health, Medicine and Nursing* Vol.18, 2015 ISSN 2422-8419

Titaley CR, 2014, *Implementation of IMCI in West Java Province, Indonesia, WHO South-East Asia Journal of Public Health*, April–June 2014, 3 (2), page. 161-170

Undang – Undang No 43 Tahun 1999 Tentang Pokok Pokok Kepegawaian

Utari R, 2014, *Taksonomi Bloom*, Pusdiklat KNPK, Jakarta

Vaughan J.P & Morrow R.H, 1993, *Panduan Epidemiologi Bagi Pengelola Kesehatan Kabupaten*, Penerbit ITB, Bandung

Wawan dan Dewi, 2011, *Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*, Nuha Medika, Yogyakarta

Wiknjosastro G dkk, 2010, *Ilmu Kebidanan*, YBPSP, Jakarta

WHO, 2007, *Dibalik Angka Pengkajian Kematian Maternal dan komplikasi untuk mendapatkan kehamilan yang lebih nyaman*, Depkes RI, Jakarta

Wood, DL, 2010, *IMCI revisited, SAJCH June 2010* Vol. 4 No. 2

UNNES
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG