

ANALISIS MANAJEMEN MUTU MBTS
YANG TERKAIT DENGAN
MUTU PENERAPAN KEGIATAN
MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS)
PUSKESMAS
DI KABUPATEN BREBES



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan
Mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Minat
Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak

Oleh
SUPARTO HARY WIBOWO
NIM : E4A006057

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2008**

PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :

ANALISIS MANAJEMEN MUTU MBTS
YANG TERKAIT DENGAN MUTU PENERAPAN KEGIATAN MANAJEMEN
TERPADU BALITA SAKIT (MTBS) PUSKESMAS
DI KABUPATEN BREBES

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : SUPARTO HARY WIBOWO
NIM : E4A006057

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 26 Juli 2008
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Dr. Sudiro, MPH., Dr. PH

NIP. 140 145 925

Dra. Atik Mawarni, M. Kes

NIP. 131 918 670

Penguji

Penguji

Dr. Dwi Wastoro Dadiyanto, Sp.A(K)

NIP. 140 119 267

Dr. Laode Budiono, MPH

NIP. 140 135 450

Semarang , 26 Juli 2008
Universitas Diponegoro
Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua Program Studi

Dr. Sudiro, MPH., DR. PH

NIP. 131 252 965

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : SUPARTO HARY WIBOWO

Nim : E4A006057

Konsentrasi : MKIA

Judul Tesis : "**Analisis Manajemen Mutu MTBS Yang Terkait dengan Mutu Penerapan Kegiatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Brebes**".

Dengan ini saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa tesis ini adalah hasil karya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya, pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum / tidak diterbitkan sumbernya dijelaskan dalam daftar tulisan dan daftar pustaka.

Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Semarang, 26 Juli 2008

SUPARTO HARY WIBOWO
NIM : E4A006057

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama Lengkap : SUPARTO HARY WIBOWO

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Tempat Tanggal Lahir : Kebumen , 3 Juli 1967

Alamat : Jln.Raya Banjaratma No.44
Banjaratma Bulakamba Brebes
Telp(0283)6175280 HP(081327045133)

Riwayat Pendidikan : 1. Lulus SD tahun 1979
2. Lulus SMP Negeri I Kebumen tahun 1982
3. Lulus SMA N Kebumen tahun 1985
4. Lulus Dokter Umum tahun 1992
5. Masuk MIKM Undip Semarang tahun 2006

Riwayat Pekerjaan : . Kepala Puskesmas Sitanggal Kabupaten
Brebes

Riwayat Organisasi : Sekretaris IDI Cabang Brebes

KATA PENGANTAR

Puji syukur dan terimakasih kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa karena atas berkat dan karuniaNya sehingga tesis ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya

Dalam penyusunan hingga terwujudnya tesis ini tidak terlepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya terutama kepada yang terhormat :

1. Bapak dr. Sudiro, MPH, Dr.PH selaku Ketua program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro beserta staf yang telah memberikan izin, kesempatan serta dorongan yang tidak ternilai harganya kepada diri penulis
2. Bapak dr. Sudiro, MPH, Dr.PH selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing penulis memberikan masukan-masukan serta arahan-arahan hingga terselesainya tesis ini
3. Ibu Dra Atik Mawarni, M.Kes selaku Pembimbing Kedua yang dengan penuh kesabaran membimbing dan banyak memberikan masukan serta arahan dalam proses pembimbingan kepada penulis hingga tesis ini terwujud
4. Bapak Dr. Dwi Wastoro Dadiyanto, Sp.A(K), selaku penguji dalam uji sidang tesis yang telah banyak membimbing dan memberikan masukan arahan hingga lebih sempurna tesis ini
5. Bapak Dr.H. Laode Budiono, MPH, penguji dalam uji sidang tesis yang juga telah banyak memberikan masukan serta arahan-arahan yang sangat besar artinya.

6. Seluruh Dosen Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang yang telah membekali penulis untuk lebih maju hingga tesis ini dapat terwujud.
7. Bapak Dr.H.Laode Budiono ,MPH selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang.
8. Saudara –saudaraku tercinta, terutama Triana, Yuni, Nungki, Ita, Zulfa, Agus, Basari yang telah memberi dukungan kepada penulis selama belajar di MIKM dan dukungan selama proses penyusunan tesis.
9. Seluruh keluarga besar Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes dan Pemerintah Kabupaten Brebes, terutama teman sejawat Kepala Puskesmas yang selalu memberikan motivasi dan dorongan kepada penulis
10. Orang Tuaku terutama ibuku Sri Murni Sutarmo dan Saudara-saudaraku , istriku dan anak-anakku yang selalu memberikan kasih sayang, perhatian, dan dorongan kepada penulis
11. Semua rekan-rekan mahasiswa MIKM tahun 2006 yang telah memberikan support dan motivasi kepada penulis.

Akhirnya kepada semua pihak yang telah membantu penulis hingga terselesainya tesis ini, semoga segala amal baik akan selalu diterima dan dibalas oleh Tuhan Yang Maha Kuasa.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu pada kesempatan ini penulis mohon kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan di masa mendatang

Semarang,26.Juli 2008

P e n u l i s

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
ABSTRAK.....	xvii
ABSTRACT.....	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Manfaat Penelitian.....	10
E. Keaslian Penelitian	10
F. Ruang Lingkup Penelitian	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13
A. Administrasi Kesehatan.....	13
B. Manajemen Mutu Pelayanan MTBS.....	26
1. Manajemen Mutu.....	26

2. Pelayanan MTBS.....	26
3. Mutu Pelayanan Kesehatan dalam Penerapan MTBS.....	33
4. Manajemen Mutu Strategis pada penerapan MTBS Puskesmas.....	57
C. Manajemen Terpadu Balita Sakit.....	61
1. Proses manajemen Kasus MTBS.....	61
2. Penerapan MTBS.....	75
D. Kerangka Teori.....	79
BAB III METODE PENELITIAN.....	83
A. Variabel Penelitian.....	83
B. Kerangka Konsep Penelitian.....	83
C. Rancangan Konsep Penelitian.....	84
1. Jenis penelitian.....	84
2. Pendekatan waktu pengumpulan data.....	85
3. Metode pengumpulan data.....	85
4. Populasi penelitian.....	86
5. Prosedur pemilihan sampel dan sampel penelitian.....	86
6. Definisi operasional variabel penelitian	87
7. Instrumen penelitian dan cara penelitian.....	89
8. Teknik pengolahan dan analisis data.....	91
D. Jadwal Penelitian.....	92
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	93
A. Keterbatasan Penelitian.....	93
B. Gambaran Umum Daerah Penelitian.....	94

C. Analisis Data Kuantitatif.....	98
1. Diskripsi karakteristik kepala Puskesmas di Kab.Brebes.....	98
2. Diskripsi pengetahuan kepala Puskesmas.....	101
3. Diskripsi sikap kepala Puskesmas.....	105
4. Diskripsi pelaksanaan manajemen mutu di Puskesmas.....	107
D. Analisis Data Kualitatif.....	108
1. Karakteristik Responden.....	108
2. Analisis Data Wawancara Mendalam.....	109
a. Proses Manajemen Kasus MTBS.....	109
b. Proses Manajemen MTBS Puskesmas.....	125
c. Proses Manajemen Koordinasi Implementasi.penerapan MTBS.....	144
d. Proses Manajemen Mutu MTBS.....	150
e. Ketrampilan Petugas Yang Terpelihara.....	159
f. Pola Penerapan Pelayanan MTBS di Puskesmas.....	159
g. Pola Perawatan Balita dengan Methode MTBS.oleh ibu.	160
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	163
A. Kesimpulan.....	163
B. Saran.....	171
DAFTAR PUSTAKA.....	174
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No	Judul Tabel	Halaman
1.1	Cakupan Hasil Kegiatan MTBS di Kabupaten Brebes	3
1.2	Cakupan Hasil Kegiatan MTBM di Kabupaten Brebes	3
1.3	Kunjungan Ulang kasus pneumonia di Kabupaten Brebes	4
1.4	Keaslian penelitian tentang MTBS	11
2.1	Jadwal kunjungan ulang balita 2 bulan sampai 5 tahun	69
2.2	Kapan harus segera kembali pada balita 2 bulan sampai 5 tahun	71
2.3	Jadwal kunjungan ulang bayi 1 hari sampai dengan 2 bulan	71
2.4	Menasehati ibu kapan harus segera dibawa ke petugas kesehatan	72
2.5	Klasifikasi untuk tindak lanjut	74
4.1	Nama Kecamatan dan jumlah desa	96
4.2	Daftar pemilihan Responden	97
4.3	Profil Puskesmas yang terpilih sebagai obyek penelitian	97
4.4	Karakteristik Responden Pengetahuan dan sikap	98
4.5	Distribusi Frekuensi Responden menurut Masa Kerja	98
4.6	Distribusi Frekuensi Responden menurut tingkat Pendidikan	99
4.7	Distribusi Frekuensi berdasarkan pelatihan Manajemen Mutu Responden	99
4.8	Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan pelatihan MTBS	100
4.9	Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan pilihan bagian manajemen mutu yang penting	101
4.10	Prosentase jawaban responden pada variabel pengetahuan Manajemen Mutu	102
4.11	Prosentase jawaban responden pada variabel pengetahuan Pengelolaan sasaran Mutu	103
4.12	Prosentase jawaban responden pada variabel pengetahuan Manajemen Mutu selain Penetapan sasaran	103
4.13	Prosentase jawaban responden pada variabel tentang	

	pengetahuan tentang penerapan Manajemen Mutu	104
4.14	Prosentase jawaban responden pada variabel tentang pengetahuan tentang organisasi yang berkaitan dengan Mutu	105
4.15	Prosentase jawaban jawaban sikap Kognitif positif kepala Puskesmas terhadap Manajemen Mutu	106
4.16	Prosentase jawaban jawaban sikap Afektif kepala Puskesmas positif terhadap Manajemen Mutu	106
4.17	Prosentase jawaban jawaban sikap Konaktif kepala Puskesmas positif terhadap Manajemen Mutu	106
4.18	Prosentase jawaban jawaban pengetahuan responden tentang Pelaksanaan Manajemen Mutu	107
4.19	Karakteristik Responden untuk kepala Puskesmas	108
4.20	Karakteristik Responden untuk triangulasi Manajemen MTBS Puskesmas	108
4.21	Karakteristik responden ibu balita untuk triangulasi tentang pelaksanaan MTBS	109
4.22	Karakteristik peserta Focus Group Discussion	109
4.23	Rekapitulasi Jawaban tentang proses manajerial ketersediaan buku manual	110
4.24	Rekapitulasi Jawaban tentang proses manajerial pengisian formulir	113
4.25	Skor kepatuhan petugas dalam pelayanan MTBS Th.2006	115
4.26	Rekapitulasi Jawaban tentang proses manajerial pemberian KNI	117
4.27	Rekapitulasi Jawaban tentang proses manajerial pemberian tindakan dan pengobatan	119
4.28	Rekapitulasi Jawaban tentang proses manajerial pelaksanaan konseling	121
4.29	Rekapitulasi Jawaban tentang proses manajerial pelayanan tindak lanjut	123
4.30	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang pelaksanaan peraturan	125

4.31	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang pendanaan	129
4.32	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang ketenagaan	131
4.33	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang tempat pelayanan	133
4.34	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang penyediaan sarana	134
4.35	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang pelaporan	136
4.36	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang catatan medis	137
4.37	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang penyediaan sarana Konseling	139
4.38	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang pelatihan	140
4.39	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang kegiatan monitoring	142
4.40	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang penyamaan substansi isi dokumentasi	144
4.41	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang substansi dan cara pendokumentasian kegiatan MTBS	145
4.42	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang substansi pelaporan	146
4.43	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang pola pelayanan dan rujukan program	148
4.44	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang proses manajemen mutu dari segi kepemimpinan	150
4.45	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang pentingnya manajemen mutu	150
4.46	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang keterkaitan manajemen mutu dengan penerapan MTBS	150
4.47	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang Upaya peningkatan kultur yang mendukung mutu	153
4.48	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang upaya peningkatan kinerja organisasi	155
4.49	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang upaya peningkatan ketrampilan analisis	157
4.50	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang pelayanan yang berfokus pada pelanggan	158

4.51	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang ketrampilan petugas yang terpelihara	159
4.52	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang pola penerapan Pelayanan MTBS di Puskesmas	159
4.53	Rekapitulasi wawancara mendalam tentang pola penerapan Pelayanan MTBS di Puskesmas	160
4.54	Rekapitulasi wawancara dengan ibu balita	161

DAFTAR GAMBAR

No	Judul Gambar	Halaman
2.1	UMMC Integrated TQM Model	38
2.2	Organisasi sebagai sebuah sistem	43
2.3	Organisasi sebagai sebuah sistem input-output terbuka	45
2.4	Tugas manajer	48
2.5	Proses manajemen yang dibuat oleh R.Alec Mac Kenzie	49
2.6	Kontinum Kepemimpinan menurut Tannebaum dan Schmidt	52
2.7	Perilaku organisasional jenjang individual	53
2.8	Area overlapping dari MTBS dengan aktivitas program lain	78
2.9	Kerangka Teori	79
3.1	Kerangka Konsep	83
4.1	Peta Kabupaten Brebes	94

DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner Penelitian Pengetahuan dan Sikap Kepala Puskesmas tentang Manajemen Mutu MTBS Puskesmas di kabupaten Brebes
2. Pedoman Wawancara Mendalam dengan Kepala Puskesmas
3. Pedoman Wawancara untuk Triangulasi
4. Lampiran Perijinan
5. Lampiran Data Sekunder yang terkait dengan MTBS
6. Lampiran Hasil Pengolahan Data dengan SPSS
7. Lampiran Foto
8. Berita Acara Perbaikan Tesis

DAFTAR SINGKATAN

BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BGM	: Bawah garis Merah
Buku KIA	: Buku Kesehatan Ibu dan Anak
CFR	: Case Fatality Rate
CM	: Catatan Medis
Cmt	: Case Management
DKK	: Dinas Kesehatan Kabupaten
FGD	: Focus Group Discussion
IMCI	: Integrated Management of Childhood Illness
IPM	: Indeks Pembangunan Manusia
Kasie P2	: Kasie Pencegahan dan Pemberantasan
KHPPIA	: Kelangsungan Hidup Pengembangan Dan Perlindungan Ibu Dan Anak
KIA	: Kesehatan ibu dan Anak
KN	: Kunjungan Neonatal
KNI	: Kartu Nasehat Ibu
LB	: Laporan Bulanan
LPLPO	: Laporan Penerimaan dan Pengeluaran Obat
MDG's	: Millenium Development Goals
MTBM	: Manajemen Terpadu Bayi Muda
MTBS	: Manajemen Terpadu Balita Sakit
N/D	: Naik / Ditimbang
P2M	: Pemberantasan Penyakit Menular
PKD	: Poliklinik Kesehatan Desa
PKM	: Puskesmas
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
QA	: Quality Assurance
SDM	: Sumber Daya Manusia
SKN	: Sistem Kesehatan Nasionalo
SP2TP	: Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu
TQM	: Total Quality Management
UCI	: Universal Child Immunization
UMMC	: University of Michigan Medical Center
Unicef	: United Nations Children's Fund
UPT	: Unit Pelaksana Teknis

ABSTRAK

Suparto Hary Wibowo

Analisis Manajemen Mutu MTBS yang terkait dengan Mutu Penerapan kegiatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Brebes
x, 180 halaman + 63 tabel +11 gambar + 8 lampiran

Untuk meningkatkan kualitas dan akses pelayanan kesehatan bagi bayi baru lahir, bayi dan balita, kegiatan yang dilakukan adalah melalui penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Proses manajemen kasus MTBS dilaksanakan pada anak umur 2 bulan sampai 5 tahun pada balita yang sakit dan manajemen terpadu bayi muda (MTBM) bagi bayi umur 1 hari sampai 2 bulan baik dalam keadaan sehat maupun sakit. Untuk penerapan kegiatan MTBS di Puskesmas diperlukan manajemen mutu yang didukung oleh sistem manajerial yang didukung oleh keterlibatan seluruh manajemen

Jenis penelitian yang digunakan adalah obsevasional yang bersifat kualitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dilakukan dengan wawancara mendalam dan triangulasi serta FGD yang didukung dengan pengumpulan data deskriptif dari sikap dan pengetahuan kepala Puskesmas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan dan sikap kepala Puskesmas tentang manajemen mutu MTBS di kabupaten Brebes masih kurang pada pengetahuan pengelolaan sasaran mutu dan pada pelayanan yang berfokus pada pelanggan. Dari analisis kualitatif disimpulkan bahwa terdapat kelemahan pada proses manajerial penerapan proses manajemen kasus MTBS, kelemahan pada proses manajerial kepala Puskesmas dalam menetapkan sasaran, merencanakan, menghimpun sumber daya, melaksanakan dan mengawasi penerapan MTBS Puskesmas, dan lemahnya manajemen implementasi dan koordinasi lintas program serta lemahnya manajemen mutu pada aspek kepemimpinan, ketidaksamaan kultur, kurangnya ketrampilan analitis dan orang, dan lemahnya kinerja organisasi MTBS di Puskesmas.

Saran yang dapat diberikan untuk mendapatkan mutu penerapan MTBS, agar ketrampilan petugas pelayanan MTBS tetap terpelihara, adalah perlunya pemanfaatan formulir MTBS secara benar dan terus menerus. Dan perbaikan yang berkesinambungan pada faktor manajerial yang masih kurang yaitu pada penerapan proses manajemen kasus MTBS, meningkatkan peran manajerial kepala Puskesmas, dan mengatasi kelemahan faktor pelaksanaan manajemen MTBS, mengatasi adanya kelemahan proses manajemen koordinasi implementasi penerapan MTBS di Kabupaten Brebes dan perlu meningkatkan manajemen mutu penerapan MTBS di Puskesmas. Perlu pelatihan MTBS "*on job training*" pada petugas pelaksana dan lintas program serta pelatihan tentang mutu untuk kepala Puskesmas . Perlu dibentuk tim mutu baik di tingkat Puskesmas maupun Dinas Kesehatan yang khusus meningkatkan mutu penerapan MTBS.

Kata Kunci : MTBS, Manajemen Mutu.

Kepustakaan : 56 (1996-2008)

ABSTRACT

Suparto Hary Wibowo

Quality Management Analysis of the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Related to the Quality of IMCI Implementation at Health Centers in District of Brebes

x, 180 pages + 63 tables +11 figures + 8 enclosures

To improve a quality and access of health services for infant and children under five years old, the activities of an integrated Management of Childhood Illness (IMCI) are performed. The process of IMCI is conducted towards children who are two until five years old and unhealthy. The Integrated Management of Young Baby is performed for a baby who has one day until two months of age with healthy and unhealthy condition. To improve the activities of IMCI at health centers, it needs a quality management supported by managerial system and involvement of all management aspects.

This was observational research using qualitative method and cross sectional approach. Data were collected by in-depth interview, Focus Group Discussion, and structured interview with Head of Health Centers as an informant.

The result of this research shows that knowledge and attitude of informan about the quality management of IMCI in Brebes District are low especially in terms of the management which focuses on quality and providing services which focuses on a customer. Based on result of qualitative analysis, some weaknesses are happened in terms of the managerial process of IMCI implementation, the managerial process of Head of Health Centers in determining a target, making a planning, arranging a source, performing and monitoring the IMCI at health centers, the management of implementation and coordination with cross-program, the quality management of leadership aspect, different culture, and low analytic skill, and the work performance of IMCI organization at health centers.

To obtain a good quality of IMCI implementation, it needs to use IMCI form correctly and continually, improve the implementation of IMCI case management process, and improve a managerial role of Head of Health Centers. Beside that, it needs to improve the coordination process of IMCI implementation in Brebes District, improve the quality management of IMCI implementation at Health Centers, and conduct training of IMCI for health workers and cross-program and training of quality aspect for Head of Health Centers. Furthermore, a team of quality should be formed at the level of Health Centers and Health District Office to improve quality of IMCI implementation.

Key Words : IMCI, Management of Quality.

Bibliography : 56 (1996-2008)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu tujuan pembangunan milenium (*Millenium Development Goals*) tahun 2015 dan Program Nasional bagi Anak Indonesia (PNBAI) adalah untuk menurunkan angka kematian bayi baru lahir, bayi dan anak balita. Arah dan tujuan pembangunan kesehatan yang sama ini telah dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2004-2009.

Dalam pembangunan kesehatan bagi anak, upaya menurunkan angka kematian bayi baru lahir, bayi dan anak balita dilakukan dengan berbagai cara diantaranya program: (1) peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan akses pelayanan kesehatan, (2) peningkatan manajemen program kesehatan, (3) peningkatan kemitraan serta pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam perawatan dan pengenalan tanda bahaya pada bayi baru lahir, bayi dan anak balita.ⁱ

Untuk meningkatkan kualitas dan akses pelayanan kesehatan bagi bayi baru lahir dan bayi dan anak balita kegiatan yang dilakukan melalui penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah suatu program intervensi berisi penjelasan secara rinci penanganan penyakit pada balita. Proses manajemen kasus MTBS dilaksanakan pada anak umur 2 bulan sampai 5 tahun pada balita yang sakit dan pedoman ini telah diperluas mencakup manajemen terpadu bayi muda (MTBM) bagi bayi umur 1 hari sampai 2 bulan baik dalam keadaan sehat maupun sakit. Penanganan balita ini menggunakan suatu bagan yang memperlihatkan langkah langkah dan penjelasan cara pelaksanaannya, sehingga dapat mengklasifikasikan penyakit yang dialami oleh balita, melakukan rujukan secara cepat apabila diperlukan, melakukan penilaian status gizi dan memberikan imunisasi kepada balita yang membutuhkan. Selain itu ibu balita juga diberi konseling tatacara memberi obat di rumah, pemberian nasihat mengenai makanan yang seharusnya diberikan dan memberitahu kapan harus kembali (kunjungan ulang) atau segera kembali untuk mendapatkan pelayanan tindak lanjut.^{ii, iii}

MTBS diadaptasi oleh Departemen Kesehatan RI sejak tahun 1997 dan mulai dilaksanakan di kabupaten Brebes sejak tahun 2002. Kegiatan ini dilakukan dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi di Kabupaten Brebes. Di kabupaten Brebes pada tahun 2005 angka kematian bayi sebesar 192 kasus atau 5,3 per 1000 kelahiran hidup. Angka ini lebih rendah dari tahun 2004 yaitu sebesar 291 kasus atau 8,24 per 1000 kelahiran hidup, namun pada tahun 2006 dilaporkan naik lagi menjadi 279 kasus atau 6,84 per 1000 kelahiran hidup. Untuk kematian balita tahun 2004 sebesar 67 kasus, kemudian turun pada tahun 2005 sebesar 55 kasus, dan pada tahun 2006 dilaporkan kasus kematian balita naik, yang dilaporkan oleh Puskesmas sebesar 95 kasus ditambah yang dilaporkan rumah sakit sebesar 25 kasus.

Gambaran kematian bayi dan balita ini menunjukkan gambaran tingkat permasalahan kesehatan anak dan faktor lingkungan terhadap kesehatan bayi dan balita.^{iv, v}

Upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian bagi bayi dan balita diantaranya dengan kegiatan Manajemen Terpadu Balita sakit (MTBS). Hasil pelaksanaan kegiatan MTBS di Kabupaten Brebes yang berupa cakupan hasil kegiatan pelayanan MTBS balita ditampilkan pada tabel 1.1.dan tabel 1.2.

Tabel 1.1. Cakupan Hasil kegiatan MTBS Puskesmas di Kabupaten Brebes

Tahun	2004	2005	2006
Jumlah balita	174.627	182.722	210.680
Pelayanan	145.499	174.650	189.873
Prosentase	86,6%	95,6 %	90,1 %

Sumber : Seksi Kesga /Data Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes,2007.

Hasil ini masih dibawah target pelayanan MTBS yang seharusnya, yaitu masih kurang dari 100%. Target 100 % cakupan pelayanan MTBS di unit pelayanan Puskesmas Kabupaten Brebes di mulai sejak tahun 2004 , yang kemudian dilanjutkan dengan target 100 % cakupan pada Renstra Dinas Kesehatan Tahun 2006 sampai 2010 . Pada tabel 1.1 terlihat cakupan yang menurun pada tahun 2006. Untuk kegiatan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) pada tabel 1.2, cakupan kegiatan terdapat peningkatan meskipun masih dibawah target .⁵

Tabel 1.2 . Cakupan hasil kegiatan MTBM Puskesmas di Kabupaten Brebes

Tahun	2004	2005	2006
Jumlah Bayi	Tak ada data	33.963	35.919
Cakupan Yan	Tak ada data	33.603	35.865
Prosentase	Tak ada data	98,8	99,8

Sumber : Seksi Kesga /Data Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes,2007

Dari laporan yang dikirimkan oleh Puskesmas tentang kegiatan tindak lanjut pelayanan MTBS pada tabel 1.3, khususnya pada kasus pneumonia tampak bahwa hasil kegiatan kunjungan kembali balita ke unit pelayanan untuk tindak lanjut pada 8 Puskesmas di Kabupaten Brebes menunjukkan sebagian besar balita (65,3 %) tidak berkunjung kembali dan hanya sebagian kecil (11,8 %) yang datang berkunjung sesuai jadwal serta sebanyak 22,8 % datang tidak tepat waktu. Kunjungan ulang ini adalah salah satu nasehat pada konseling MTBS sesuai klasifikasi yang diberitahukan kepada ibu balita setiap kali petugas menyelesaikan pengisian formulir.

Tabel 1.3 .Kunjungan Ulang kasus Pneumonia di Kab.Brebes th. 2006

No	Puskesmas	Kunjungan Baru kasus pneumonia	Kunjungan ulang pneumonia		
			Tidak datang	Datang 2 hari kemudian	Datang > 2 hari
1	PKM.Jagalempeni	104	15 (14,5%)	0	89 (85,5%)

2	PKM.Kluwut	18	18 (100%)	0	0
3	PKM.Kemurang	113	46 (40,7%)	59 (52,2%)	8 (7 %)
4	PKM.Bulakamba	107	94 (87,8%)	9 (8,4%)	4 (3,7%)
5	PKM.Siwuluh	302	204(67,5%)	0	98 (32,4%)
6	PKM.Bojongsari	60	50 (83,3%)	2 (3,3%)	8 (13,3%)
7	PKM. Cikakak	312	237(75,9%)	53 (16,9%)	22 (7%)
8	PKM.Kecipir	25	16 (64%)	0	9 (36%)
	Jumlah	1041	680(65,3%)	123(11,81%)	238(22,8%)

Sumber : Data hasil studi Pendahuluan, 2007 / Seksi Kesga DKK Brebes.

Konseling mengenai cara-cara yang efektif serta dapat dikerjakan untuk mencegah sebagian besar kematian bayi dan balita yang berupa perawatan dan pengawasan terus menerus di unit rawat jalan dengan kunjungan ulang dan tindak lanjut adalah dalam rangka menangani kasus seperti pneumonia, diare, malaria, campak dan gizi buruk yang merupakan penyebab lebih dari 70 % kematian anak umur di bawah 5 tahun . Gambaran kematian bayi dan balita ini menunjukkan gambaran tingkat permasalahan kesehatan anak dan faktor lingkungan terhadap kesehatan bayi dan balita. Mengingat pentingnya proses tindak lanjut ini maka di tempat pelayanan dianjurkan untuk membuat alur khusus untuk kunjungan ulang yang dapat menjaga kesinambungan pengawasan pada bayi dan balita. ^{vi}

Data lain yang ditemukan pada studi pendahuluan di 8 Puskesmas di wilayah Kabupaten Brebes, dalam kegiatan MTBS yaitu semua petugas yang diamati menyatakan masih banyak petugas yang belum dilatih, petugas yang telah lama dilatih tidak di beri penyegaran tentang perkembangan terbaru, petugas merasa kurang bimbingan dan pembinaan, sarana dan formulir kurang, tidak disediakan pojok oralit ataupun ruang konsultasi gizi khusus, serta tidak ada alur khusus untuk kunjungan ulang, dan 5 petugas menyatakan ruang MTBS tidak ada sehingga alur pelayanan masih digabung dengan pelayanan ibu . Untuk kelengkapan pengisian formulir MTBS, semua petugas mengisi formulir dengan tidak lengkap, semua petugas tidak menyiapkan buku bagan sebagai penuntun dan sebagian besar mengutamakan buku bantu sebagai sarana pencatatan serta ditemukan satu puskesmas tidak melayani dengan MTBS saat petugas terlatih tidak datang. Studi diatas menunjukkan bahwa sumber daya dan proses pelayanan yang berhubungan dengan MTBS belum sesuai dengan kaidah pelayanan prima , dimana konsep pelayanan prima Departemen Kesehatan ini dimaknai sebagai pelayanan terbaik dan yang memenuhi standar pelayanan , dipandang dari perspektif pengguna atau donor, perspektif proses pelayanan dan perspektif keuangan. Pelayanan prima ini baru dapat dicapai jika kualitas sumber daya manusianya cukup profesional. ^{vii}

Untuk melihat proses pelayanan MTBS dari perspektif pengguna pada unit pelayanan MTBS , dilakukan studi pendahuluan dengan wawancara untuk mengisi kuesioner kepada 30 ibu balita di 3 tempat pelayanan PKD. Poliklinik Kesehatan Desa sesuai Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 90 Tahun 2005 tentang Pelaksanaan Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) Kabupaten/ Kota

di Provinsi Jawa Tengah yang berada di desa mempunyai kegiatan memberikan pelayanan kesehatan dalam rangka deteksi dini, kegawatdaruratan dan merujuk pasien. Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan dalam gedung bagi anak di PKD merupakan salah satu dari tugas pokok PKD, dengan tenaga teknis yang ada adalah bidan desa.^{viii.ix}

Studi tentang kepuasan pelanggan ini dilakukan dengan menggunakan pedoman Indeks Kepuasan Masyarakat yang diatur melalui Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor KEP/ 25/ M.PAN / 2 / 2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah.

Dari 30 responden ibu balita yang diambil secara acak oleh petugas didapatkan data yang memperlihatkan bahwa sebagian masyarakat masih merasakan adanya unsur pelayanan pada unit pelayanan MTBS yang kurang baik (14, 28 %). Dari seluruh keluhan yang kurang baik tersebut responden menyatakan keluhan terbanyak pada kedisiplinan yang kurang 15 % (9 pernyataan) dan meragukan kemampuan petugas yaitu sebesar masing masing 15 % (9 pernyataan) dan keluhan akan kepastian jadwal pelayanan sebesar 13,3 % (8 pernyataan), kesopanan dan keramahan 11,67% (7 pernyataan) sedangkan sisanya berkaitan dengan kenyamanan, keamanan, kejelasan pelayanan. Keluhan yang dikaitkan dengan kepuasan ibu balita yang datang pada unit Pelayanan MTBS di wilayah kerja Puskesmas akan berpengaruh terhadap mutu unit pelayanan tersebut. Pengukuran tingkat kepuasan ini erat hubungannya dengan mutu produk (barang atau jasa) dan pengukuran aspek mutu ini bermanfaat bagi pimpinan yaitu untuk mengetahui dengan baik bagaimana jalannya atau bekerjanya proses pekerjaan, mengetahui dimana harus melakukan perubahan dalam upaya melakukan perbaikan secara terus menerus untuk memuaskan pelanggan, terutama hal-hal yang dianggap penting oleh para pelanggan serta menentukan apakah perubahan yang dilakukan mengarah ke perbaikan (*improvement*).^x

Dalam aspek mutu, manajemen merupakan kekuatan utama dalam organisasi untuk mengkoordinir sumber daya manusia dan material dalam upaya melakukan perbaikan yang dianggap penting oleh para pelanggan serta menentukan perbaikan yang terus menerus dari perspektif pelanggan.^{xi}

Demikian pula untuk mengurangi defisiensi perencanaan yang mengarah ke pemborosan misalnya penggunaan formulir MTBS dan pemborosan dari sumber daya lain, diperlukan perencanaan yang berorientasi mutu, proses pengendalian yang dilanjutkan dengan perbaikan mutu, pengelolaan sumber daya serta pola penerapan MTBS Puskesmas di Kabupaten Brebes yang diarahkan untuk memenuhi kebutuhan pelanggan internal (petugas MTBS) dan eksternal (ibu balita). Hal ini dilaksanakan dengan manajemen yang diarahkan pada orientasi mutu yang dinamakan manajemen mutu MTBS. Pendekatan manajemen mutu ini akan mengedepankan kepuasan *customer* atau pelanggan dan berdasar pada keterlibatan seluruh anggota organisasi dalam meningkatkan proses, produk, layanan / jasa, serta lingkungan kerjanya dan penekanannya

yaitu pada adanya perbaikan yang terus menerus (*continuous improvement*).^{10,xii,xiii,xiv}

Untuk itu penting untuk menganalisis faktor-faktor manajemen mutu MTBS dikaitkan dengan penerapan MTBS Puskesmas di Kabupaten Brebes .

B. Perumusan Masalah

Dari latar belakang yang telah diuraikan, didapatkan permasalahan pada faktor manajemen berupa belum seluruh sasaran bayi dan balita mendapatkan pelayanan MTBS, masalah dalam merencanakan tersedianya sarana dan prasarana MTBS misalnya pengadaan formulir MTBS/ MTBM dan prasarana lain seperti ruang MTBS. Pada fungsi menghimpun sumber daya, mengorganisir dan pelaksanaan, masalah terlihat dari tidak seragamnya penerapan MTBS di puskesmas dan hanya sebagian puskesmas yang mempunyai ruang khusus MTBS, tidak lengkapnya alur pelayanan seperti tidak tersedianya pojok oralit, pojok gizi, tidak tersedianya alur khusus untuk kunjungan ulang, dan adanya petugas baru yang belum terlatih , permasalahan pengawasan muncul diantaranya kelengkapan pengisian formulir MTBS , pola pelayanan yang kurang baik seperti tidak melayani dengan MTBS saat petugas terlatih tidak datang dan cakupan pelayanan MTBS menurun pada tahun 2006. Masalah petugas terlatih MTBS yang belum di beri refreasing perkembangan terbaru dan adanya petugas yang merasa kurang bimbingan dan pembinaan adalah berkaitan dengan bagaimana manajemen melakukan pengawasan untuk terpeliharanya ketrampilan petugas, sedangkan masalah pengawasan pada perawatan kesehatan yang baik di rumah oleh ibu balita / pengasuh anak sebagai bagian dari kesinambungan pelayanan adalah berupa angka kunjungan ulang yang sangat kecil di hampir semua unit pelayanan puskesmas dan adanya sebagian masyarakat yang masih merasakan unsur pelayanan pada unit pelayanan kurang baik adalah berkaitan dengan mutu pelayanan dari aspek pelanggan.

Dari beberapa hal tersebut diatas, menunjukkan adanya fenomena lemahnya manajemen mutu penerapan MTBS di Kabupaten Brebes .

Belum tercapainya indikator mutu penerapan kegiatan MTBS, yaitu terpeliharanya ketrampilan petugas MTBS, pola penerapan kegiatan pelayanan MTBS dan pola perawatan bayi dan balita yang sesuai MTBS dimasyarakat serta adanya sebagian masyarakat yang masih merasakan unsur pelayanan pada unit pelayanan kurang baik dipengaruhi diantaranya oleh faktor manajemen mutu MTBS di tingkat manajemen Kabupaten dan Puskesmas. Untuk itu timbul pertanyaan penelitian yaitu, “ faktor faktor apa sajakah yang ada pada manajemen mutu MTBS yang terkait pada mutu penerapan kegiatan MTBS puskesmas di Kabupaten Brebes ? “.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menganalisis faktor-faktor manajemen mutu MTBS yang berkaitan dengan mutu penerapan kegiatan MTBS puskesmas di Kabupaten Brebes .

2. Tujuan Khusus

- a) Mengetahui secara diskriptif pengetahuan dan sikap Kepala Puskesmas di kabupaten Brebes tentang manajemen mutu yang berkaitan dengan mutu penerapan kegiatan MTBS puskesmas di Kabupaten Brebes.
- b) Mengetahui gambaran manajemen mutu MTBS di Kabupaten Brebes
- c) Menganalisis faktor-faktor sistem manajerial pada manajemen mutu MTBS yang berkaitan dengan mutu penerapan kegiatan MTBS puskesmas di Kabupaten Brebes.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes

Mendapatkan masukan dan mengetahui unsur unsur manajemen mutu MTBS yang ada yang dapat menjadi pertimbangan untuk meningkatkan mutu penerapan kegiatan MTBS Puskesmas dan agar dapat dijadikan bahan masukan untuk memperbaiki unsur –unsur manajemen mutu di tingkat pengambil keputusan yang masih kurang.

2. Bagi Peneliti

Memperluas pengetahuan dan pengalaman serta menerapkannya dalam tugas kedinasan

3. Bagi Program Studi MIKM UNDIP

Sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan terutama dalam manajemen kebijakan program kesehatan anak dan hasil penelitian ini dapat dikembangkan oleh peneliti lain dari berbagai konsentrasi keilmuan.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian tentang manajemen MTBS telah dilakukan diantaranya oleh Joko Mardiyanto dan Mubasysyr Hasanbasri pada tahun 2004 tentang Evaluasi MTBS di Pekalongan yang berupa penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode penelitian survei dengan pendekatan *cross sectional* dengan variabel pengetahuan, motivasi, ketrampilan petugas, cakupan dan Fatimah Abbas juga pada tahun 2004 yang meneliti tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dengan metode analitik deskriptif dengan rancangan *cross sectional*. Dengan variabel pengetahuan, sikap petugas fasilitas dan kebijakan.^{12, xv, xvi}

Tabel 1. 4. Keaslian penelitian tentang MTBS

	Penelitian ini	Joko (2004)	Fatimah (2004)
Fokus	Analisis faktor faktor yang ada pada manajemen mutu MTBS yang terkait pada mutu penerapan kegiatan MTBS Puskesmas di Kabupaten Brebes	Evaluasi Manajemen Terpadu Balita Sakit di Kabupaten Pekalongan	Faktor-faktor yang berhubungan dengan Pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas dalam Wilayah Kabupaten Sleman
Tempat	Brebes	Pekalongan	Sleman
Jenis Penelitian	Kualitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Penelitian kuantitatif berupa penelitian survei dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Analisis deskriptif dengan rancangan <i>cross sectional</i>
Variabel	Faktor manajerial mutu MTBS	Pengetahuan, motivasi, ketrampilan petugas, cakupan	Pengetahuan dan sikap petugas fasilitas dan kebijakan
Method	Kualitatif	Uji hubungan (Kuantitatif)	Uji hubungan (Kuantitatif)

F. Ruang lingkup

1. Lingkup keilmuan : Bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat yang berhubungan dengan Administrasi Kebijakan Kesehatan khususnya kesehatan ibu dan anak.
2. Lingkup masalah : Manajemen Kebijakan dan Kesehatan Anak.
3. Lingkup sasaran : sasaran penelitian ditujukan kepada tenaga manajerial MTBS di puskesmas (kepala Puskesmas) dan Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes.
4. Lingkup Metode : Penelitian termasuk observasional yang bersifat kualitatif dengan pengumpulan data secara belah lintang atau *cross sectional*. Pendekatan metode pengumpulan data penelitian yang digunakan adalah dengan wawancara mendalam dan FGD serta data sekunder yang didukung data kuantitatif secara diskriptif.
5. Lingkup Tempat : Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kab. Brebes
6. Lingkup Waktu : Awal tahun 2008 sampai dengan juni 2008.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Administrasi Kesehatan

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat yaitu untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat (1) dan Undang-Undang nomor 23 tahun 1992. Pembangunan kesehatan adalah suatu investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia, yang antara lain diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) sehingga dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan dibutuhkan cara pandang dari paradigma sakit ke paradigma sehat, sejalan dengan visi Indonesia Sehat 2010. Visi ini digunakan untuk mencapai sasaran pembangunan kesehatan yang telah dirumuskan. Sasaran pembangunan kesehatan adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat

melalui peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang antara lain tercermin dari indikator dampak (*impact*) tahun 2010 yaitu:

1. Meningkatnya umur harapan hidup dari 66,2 tahun menjadi 70,6 tahun
2. Menurunnya angka kematian bayi dari 35 menjadi 26 per 1000 kelahiran hidup
3. Menurunnya angka kematian ibu melahirkan dari 307 menjadi 226 per 100.000 kelahiran hidup dan
4. Menurunnya prevalensi gizi kurang pada anak balita dari 25,8 persen menjadi 20,0 persen

Untuk mencapai sasaran tersebut, kebijakan pembangunan kesehatan diarahkan pada peningkatan jumlah, jaringan dan kualitas puskesmas , peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan, pengembangan sistem jaminan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin, peningkatan sosialisasi kesehatan lingkungan dan pola hidup sehat, peningkatan pendidikan kesehatan pada masyarakat sejak usia dini serta pemerataan dan peningkatan kualitas fasilitas kesehatan dasar dengan memprioritaskan upaya promotif dan preventif yang dipadukan secara seimbang dengan upaya kuratif dan rehabilitatif. Arah kebijakan dijabarkan dalam program-program pembangunan kesehatan. Dalam Sistem Kesehatan Nasional (SK) tahun 2004 , keberhasilan manajemen pembangunan kesehatan sangat ditentukan antara lain oleh tersedianya data dan informasi kesehatan, dukungan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, dukungan hukum kesehatan serta administrasi kesehatan. Sebagai suatu sistem

SKN terdiri dari sub sistem yaitu subsistem upaya kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, subsistem sumberdaya manusia kesehatan, subsistem obat dan pembekalan kesehatan, subsistem pemberdayaan masyarakat dan subsistem manajemen kesehatan. Administrasi kesehatan sebagai bagian utama subsistem manajemen kesehatan mencakup perencanaan, pelaksanaan, pengendalian dan pengawasan serta pertanggungjawaban pembangunan di berbagai tingkat dan bidang diselenggarakan dengan berpedoman pada asas dan kebijakan desentralisasi, dekonsentrasi dan tugas pembantuan dalam satu Negara Kesatuan Republik Indonesia. Administrasi kesehatan diselenggarakan dengan dukungan kejelasan hubungan administrasi dengan berbagai sektor pembangunan lain serta antar unit kesehatan di berbagai jenjang administrasi pemerintahan. Administrasi kesehatan diselenggarakan dengan mengupayakan kejelasan pembagian kewenangan, tugas dan tanggung jawab antar unit kesehatan dalam satu jenjang yang sama dan di berbagai jenjang administrasi kesehatan.

Penanggung jawab administrasi kesehatan menurut jenjang administrasi pemerintahan adalah Departemen Kesehatan di pusat, Dinas Kesehatan Provinsi di provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten /Kota di kabupaten/kota . Dinas Kesehatan adalah instansi tertinggi dalam satu wilayah administrasi pemerintahan. Departemen Kesehatan berhubungan secara teknis fungsional dengan Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota dan sebaliknya.

Fungsi Departemen Kesehatan adalah mengembangkan kebijakan nasional dalam bidang kesehatan, pembinaan dan bantuan teknis serta pengendalian pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dinas Kesehatan provinsi melaksanakan kewenangan desentralisasi dan tugas dekonsentrasi bidang kesehatan dengan fungsi perumusan kebijakan teknis bidang kesehatan, pemberian perizinan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan serta pembinaan dan bantuan teknis terhadap Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota. Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota melaksanakan kewenangan desentralisasi di bidang kesehatan dengan fungsi perumusan kebijakan teknis kesehatan, pemberian perizinan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan serta pembinaan terhadap UPTD kesehatan.^{xvii,xviii}

Dalam Peraturan Pemerintah RI nomor 41 tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah disebutkan pada pasal (14) bahwa dinas daerah adalah merupakan unsur pelaksana otonomi daerah yang mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan daerah berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan. Dinas daerah yang dipimpin oleh kepala dinas, berkedudukan di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati / Walikota melalui Sekretaris Daerah dan mempunyai tugas untuk menyelenggarakan fungsi perumusan kebijakan teknis, penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum, pembinaan dan pelaksanaan tugas sesuai lingkup tugasnya dan pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati/ Walikota sesuai dengan tugas dan fungsinya. Pada dinas daerah dapat dibentuk unit pelaksana teknis dinas untuk melaksanakan sebagian kegiatan teknis operasional dan / atau

kegiatan teknis penunjang yang mempunyai wilayah kerja satu atau beberapa kecamatan.^{xix}

Untuk penyelenggaraan pemerintahan di daerah, Kabupaten Brebes mempunyai badan yang menyelenggarakan perencanaan pembangunan di daerah yaitu Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Brebes, selanjutnya disebut Bappeda Kabupaten Brebes yang merupakan unsur penunjang Pemerintah Kabupaten Brebes di bidang perencanaan pembangunan. Badan Perencanaan Pembangunan Daerah dipimpin oleh seorang kepala badan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah. Dasar hukum pembentukannya adalah Keputusan Presiden (Keppres) No. 27 Tahun 1980 tentang Pembentukan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah. Keputusan Presiden RI No. 27 tahun 1980 tentang Pembentukan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah yang dilatarbelakangi beberapa pertimbangan yaitu dalam rangka usaha peningkatan keserasian pembangunan di daerah antara pembangunan sektoral dan pembangunan daerah, menjadi perkembangan, keseimbangan, dan kesinambungan pembangunan di daerah yang lebih menyeluruh, terarah dan terpadu. Selanjutnya atas dasar Keppres No. 27 Tahun 1980 menetapkan Pedoman Organisasi dan Tata kerja Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Tingkat I dan Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Tingkat II. Selanjutnya Bappeda mempunyai fungsi merumuskan, mengkoordinasikan kebijakan teknis di bidang perencanaan pembangunan termasuk kerjasama

Unicef dengan Dinas Kesehatan dalam pelaksanaan kegiatan MTBS di Kabupaten Brebes.^{xx}

Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes berdasarkan perda nomor 28 tahun 2000 tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kabupaten Brebes Pasal 29 ayat (2) mempunyai tugas pokok untuk menyelenggarakan sebagian urusan rumah tangga daerah di bidang kesehatan yang menjadi tanggung jawabnya yang diberikan oleh pemerintah daerah.

Dalam menyelenggarakan tugas pokok Dinas Kesehatan mempunyai fungsi :

1. Pelaksanaan pembinaan umum di bidang kesehatan meliputi pendekatan peningkatan (promotif) dan pencegahan(preventif) pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) berdasarkan kebijakan yang ditetapkan oleh Bupati
2. Pelaksanaan pembinaan teknis di bidang upaya kesehatan dasar dan rujukan berdasarkan kebijaksanaan teknis yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan
3. Pelaksanaan pembinaan operasional sesuai dengan kebijaksanaan yang ditetapkan oleh Bupati
4. Perumusan, perencanaan kebijaksanaan teknis pembangunan di bidang kesehatan
5. Pengumpulan dan pengelolaan data serta penyebarluasan informasi data tentang kesehatan

6. Menyelenggarakan kegiatan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan program pembangunan kesehatan .

Dalam menjalankan tugas-tugasnya Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes mempunyai visi yaitu ” Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes sebagai Penggerak Pembangunan Kesehatan Menuju Terwujudnya Brebes Sehat Berkeadilan, Sejahtera dan Mandiri ”

Visi ini dijabarkan menjadi misi Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes tahun 2006-2010 yaitu :

1. Memantapkan manajemen kesehatan yang dinamis dan akuntabel
2. Melaksanakan pembangunan kesehatan dalam skala kabupaten
3. Mendorong kemandirian masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat
4. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau di seluruh kabupaten Brebes.

Dari misi kemudian dijabarkan dalam tujuan Dinas Kesehatan yang akan mengarahkan kepada perumusan sasaran, strategi, kebijakan, program dan kegiatan dalam rangka merealisasi misi. Salah satu kegiatan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan terhadap layanan kesehatan anak yang bermutu ini adalah penerapan MTBS di Kabupaten Brebes .Untuk mendukung kegiatan dapat berjalan baik , diperlukan organisasi pelayanan yang baik di tingkat Kabupaten sampai dengan Puskesmas. Ditingkat

Kabupaten kerjasama dilakukan antara Bapedda dan Dinas Kesehatan dengan Unicef wilayah Jawa Tengah.

Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kabupaten Brebes dalam PERDA Nomor 28 Tahun 2000 bab IV bagian kelima pasal 30, disebutkan bahwa susunan organisasi Dinas Kesehatan terdiri dari :

1. Kepala
2. Wakil Kepala
3. Bagian Tata Usaha
4. Sub Dinas Pelayanan Kesehatan Masyarakat
5. Sub Dinas Pencegahan, Pemberantasan Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
6. Sub Dinas Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat
7. Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD)/SBU
8. Kelompok jabatan Fungsional

Kemudian pada Pasal 31, disebutkan bahwa bagian tata usaha terdiri dari

1. Sub Bagian Bina Program
2. Sub Bagian Umum
3. Sub Bagian Kepegawaian
4. Sub Bagian Keuangan

Sesuai dengan Bab IV Pasal 32, Sub Dinas Pelayanan Kesehatan Masyarakat terdiri dari :

1. Seksi farmasi makanan dan Minuman
2. Seksi Kesehatan Keluarga dan KB
3. Seksi Kesehatan Dasar dan Rujukan
4. Seksi Kesehatan Khusus dan swasta

Sub Dinas Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit dan penyehatan

Lingkungan sesuai Pasal 33 terdiri dari :

1. Seksi Pengamatan dan Pencegahan Penyakit
2. Seksi Pemberantasan Penyakit
3. Seksi Tempat-tempat umum (TTU) dan Pengawasan Pestisida
4. Seksi Pengawasan air dan Penyehatan Lingkungan

Pada pasal 34, disebutkan bahwa Sub Dinas Pemberdayaan Kesehatan

Masyarakat terdiri dari :

1. Seksi Peran serta Masyarakat (PSM) dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)
2. Seksi Pembinaan Gizi Masyarakat
3. Seksi Kesehatan Institusi dan Promosi
4. Seksi Kesejahteraan Sosial dan Penanggulangan Bencana ^{xxi,xxii}

Dalam perda ini, Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota yang bertanggungjawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas berperan menyelenggarakan upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Puskesmas

mempunyai fungsi sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan keluarga dan masyarakat serta pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Upaya kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas terdiri dari upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan. Upaya kesehatan wajib merupakan upaya kesehatan yang dilaksanakan oleh seluruh Puskesmas di Indonesia. Upaya ini memberikan daya ungkit paling besar terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan melalui peningkatan Indeks Pembangunan Manusia (IPM), serta merupakan kesepakatan global maupun nasional. Agar upaya kesehatan dapat terselenggara secara optimal, maka Puskesmas harus melaksanakan manajemen dengan baik.

Manajemen Puskesmas adalah rangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara sistematis untuk menghasilkan luaran puskesmas secara efektif dan efisien. Manajemen Puskesmas tersebut terdiri dari perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban. Seluruh kegiatan diatas merupakan satu kesatuan yang saling terkait dan berkesinambungan. Perencanaan tingkat Puskesmas disusun untuk mengatasi masalah kesehatan yang ada di wilayah kerjanya, baik upaya kesehatan wajib, upaya kesehatan pengembangan maupun upaya penunjang. Instrumen lain dalam rangka menunjang pelaksanaan fungsi dan penyelenggaraan upaya puskesmas selain perencanaan tingkat puskesmas adalah lokakarya mini puskesmas, penilaian kinerja puskesmas dan manajemen sumberdaya termasuk alat, obat, keuangan dan tenaga, serta didukung dengan manajemen sistem

pencatatan dan pelaporan yang disebut Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) dan upaya peningkatan mutu pelayanan (antara lain melalui penerapan *quality assurance*).^{5,xxiii}

Puskesmas dipimpin oleh kepala puskesmas. Sebagai UPT, Puskesmas berperan menyelenggarakan sebagian tugas teknis operasional Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota. Puskesmas mempunyai wilayah kerja sesuai konsep wilayah (desa/ kelurahan atau RW atau Kecamatan) dan secara operasional bertanggung jawab langsung kepada Dinas Kesehatan . Untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan yakni terwujudnya Kecamatan Sehat Menuju Indonesia Sehat, Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat, sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama yang dibantu Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, dan PKD dalam rangka meningkatkan cakupan. Upaya kesehatan tersebut dikelompokkan menjadi dua yakni :

1. Upaya Kesehatan Wajib , berupa :
 - a. Upaya Promosi Kesehatan
 - b. Upaya Kesehatan Lingkungan
 - c. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
 - d. Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat
 - e. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
 - f. Upaya Pengobatan

2. Upaya Kesehatan Pengembangan, yaitu upaya yang ditetapkan berdasarkan permasalahan kesehatan yang ditemukan di masyarakat serta yang disesuaikan dengan kemampuan Puskesmas.

Penyelenggaraan upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan harus menerapkan azas penyelenggaraan Puskesmas secara terpadu. Azas penyelenggaraan tersebut dikembangkan dari ketiga fungsi Puskesmas.

1. Azas Pertanggungjawaban Wilayah

Azas penyelenggaraan Puskesmas yang pertama adalah pertanggungjawaban wilayah. Dalam arti Puskesmas bertanggungjawab meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerjanya. Untuk ini Puskesmas harus melaksanakan berbagai kegiatan, antara lain sebagai berikut :

- a. Menggerakkan pembangunan berbagai sektor tingkat kecamatan sehingga berwawasan kesehatan
- b. Memantau dampak berbagai upaya pembangunan terhadap kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya.
- c. Membina setiap upaya kesehatan strata pertama yang diselenggarakan oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya.
- d. Menyelenggarakan upaya kesehatan strata pertama secara merata dan terjangkau di wilayah kerjanya.

2. Azas Pemberdayaan Masyarakat

Azas penyelenggaraan Puskesmas yang kedua adalah pemberdayaan masyarakat. Puskesmas wajib memberdayakan perorangan, keluarga dan masyarakat, agar berperan aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya Puskesmas. Beberapa kegiatan yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas dalam rangka pemberdayaan masyarakat antara lain :

- a. Upaya kesehatan ibu dan anak: posyandu, polindes, bina keluarga balita.
- b. Upaya pengobatan : posyandu, pos obat desa
- c. Upaya perbaikan gizi :posyandu, keluarga sadar gizi (Kadarzi)
- d. Upaya kesehatan sekolah : dokter kecil , poskestren
- e. Upaya kesehatan lingkungan : kelompok pemakai air
- f. Upaya kesehatan usia lanjut : posyandu usila
- g. Upaya kesehatan kerja: pos upaya kesehatan kerja (Pos UKK)
- h. Upaya kesehatan jiwa : posyandu
- i. Upaya pembinaan pengobatan tradisional
- j. Upaya pembiayaan dan jaminan kesehatan (inovatif) : dana sehat, tabungan ibu bersalin (Tabulin).

3. Azas Keterpaduan

Azas penyelenggaraan Puskesmas yang ketiga adalah keterpaduan. Untuk mengatasi keterbatasan sumberdaya serta diperolehnya hasil optimal, penyelenggaraan setiap upaya Puskesmas harus diselenggarakan

secara terpadu, jika mungkin sejak dari tahap perencanaan. Ada dua macam keterpaduan yang perlu diperhatikan yakni :

a. Keterpaduan lintas program

Keterpaduan lintas program adalah upaya memadukan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan yang menjadi tanggung jawab Puskesmas.

Contoh keterpaduan lintas program antara lain :

- 1) Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) : keterpaduan KIA dengan P2M, gizi, promosi kesehatan, pengobatan.
- 2) Puskesmas Keliling : keterpaduan pengobatan dengan KIA/ KB, gizi, promosi kesehatan, kesehatan gigi.
- 3) Posyandu : keterpaduan KIA dengan KB, gizi, P2M, kesehatan jiwa, promosi kesehatan.

b. Keterpaduan Lintas Sektor

Adalah upaya memadukan penyelenggaraan upaya Puskesmas(wajib, pengembangan dan inovasi) dengan berbagai program dari sektor terkait tingkat kecamatan, termasuk organisasi kemasyarakatan dan dunia usaha. Misalnya upaya kesehatan ibu dan anak : keterpaduan sektor kesehatan dengan camat, lurah/ kepala desa, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, PKK, PLKB.

4. Azas Rujukan

Azas penyelenggaraan Puskesmas yang keempat adalah rujukan. Sebagai sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama, kemampuan yang dimiliki oleh puskesmas terbatas. Padahal Puskesmas berhadapan langsung dengan masyarakat dengan berbagai permasalahan kesehatannya. Untuk membantu Puskesmas menyelesaikan berbagai masalah kesehatan tersebut dan juga untuk meningkatkan efisiensi, maka penyelenggaraan setiap upaya puskesmas (wajib, pengembangan dan inovasi) harus ditopang oleh azas rujukan. Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik, baik secara vertikal dalam arti dari satu strata sarana pelayanan kesehatan ke strata sarana pelayanan kesehatan lainnya, maupun secara horisontal dalam arti antar strata sarana pelayanan kesehatan yang sama. Ada dua macam rujukan yaitu rujukan upaya kesehatan perorangan dan rujukan upaya kesehatan masyarakat .

Untuk terselenggaranya berbagai upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat yang sesuai dengan azas penyelenggaraan Puskesmas perlu ditunjang oleh manajemen puskesmas yang baik. Demikian juga pelaksanaan kegiatan penerapan MTBS di Puskesmas memerlukan pelaksanaan manajemen yang sistematis untuk menghasilkan luaran pelayanan MTBS Puskesmas yang efektif dan efisien yang diselenggarakan secara terkait dan berkesinambungan dan memerlukan adanya perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggungjawaban kegiatan MTBS.

Dalam penyelenggaraan kegiatan , Puskesmas harus menerapkan program kendali mutu. Prinsip program kendali mutu adalah kepatuhan terhadap berbagai standar dan pedoman pelayanan serta etika profesi yang memuaskan pemakai jasa pelayanan. Pengertian kendali mutu adalah upaya yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, obyektif dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan, menetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang tersedia serta menilai hasil yang dicapai dan menyusun saran tindak lanjut untuk meningkatkan mutu pelayanan.^{5, xxiv}

B. Manajemen Mutu Pelayanan MTBS

1. Manajemen Mutu

Kendali mutu pada pelayanan kesehatan adalah sejalan dengan upaya peningkatan mutu, yang dikembangkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang dikenal dengan konsep pelayanan prima. Pelayanan prima diartikan sebagai pelayanan terbaik dan telah memenuhi standar pelayanan yang dipandang dari perpektif pengguna atau donor, perspektif proses pelayanan dan perpektif keuangan, yang dapat dicapai jika kualitas sumber daya manusianya cukup profesional. Pelayanan ini berdasarkan standar mutu untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan pelanggan atau pasien sehingga pelanggan memperoleh kepuasan yang akhirnya dapat meningkatkan kepercayaannya pada pelayanan itu. Dengan

demikian pelayanan prima mempunyai dua kunci standar penting yaitu mutu dan kepuasan pasien.

Istilah mutu banyak diartikan sebagai penyesuaian sepenuhnya terhadap kebutuhan. Kebutuhan-kebutuhan ini merupakan tuntutan pelanggan sepenuhnya, bukan hanya spesifikasi produk atau jasa. Untuk menjaga mutu diterapkan kendali mutu dan jaminan mutu. Kendali mutu adalah sebuah sistem kegiatan yang dirancang untuk menilai mutu produk atau jasa yang dipasok ke pelanggan dengan mengikutsertakan uji-petik dan tehnik perbaikan. Sedangkan jaminan mutu (*quality assurance*) adalah suatu sistem manajemen yang dirancang untuk mengawasi kegiatan-kegiatan pada seluruh tahap (desain produk, produksi, penyerahan produk serta layanan), guna mencegah adanya masalah-masalah mutu dan memastikan bahwa hanya produk yang memenuhi syarat yang sampai ke tangan pelanggan. Jaminan mutu ini akan efektif jika komponennya berjalan yaitu sistem manajemen mutu yang efektif, pemeriksaan berkala atas pelaksanaan sistem untuk memastikan bahwa sistem itu efektif dan peninjauan berkala atas sistem untuk memastikan sistem secara berkesinambungan memenuhi permintaan -permintaan yang terus berubah yang dibebankan kepadanya.^{xxv}

Manajemen diartikan sebagai sekelompok aktivitas, atau suatu proses untuk mengkoordinasi dan mengintegrasikan penggunaan sumber daya guna mencapai tujuan keorganisasian (produktivitas dan kepuasan) melalui

bantuan orang-orang, melalui tehnik-tehnik dan informasi, dan hal tersebut berlangsung dalam sebuah struktur yang terorganisasi^{xxvi}.

Manajemen mutu (*quality management*) mempelajari setiap area dari manajemen operasi dari perencanaan lini produk dan fasilitas, sampai penjadwalan dan monitor hasil. Manajemen mutu berada pada semua dan merupakan bagian dari semua fungsi usaha seperti pemasaran, sumber daya manusia, keuangan dan lain lain.²⁵

Manajemen mutu merupakan suatu pendekatan yang mengedepankan kepuasan customer dan berdasar pada keterlibatan seluruh anggota organisasi dalam meningkatkan proses, produk, layanan / jasa, serta lingkungan kerjanya. Penekanannya yaitu pada adanya perbaikan yang terus menerus (*continuous improvement*). Manajemen mutu merupakan pendekatan sistematis untuk mengenali permasalahan dan peluang yang dapat :

1. meningkatkan produk dan layanan/ jasa bagi customer
(berfokus pada customer)
2. menekankan pada keterlibatan pegawai dan tim kerja
3. menggunakan pengukuran kinerja untuk memusatkan pada hasil
4. mengandalkan interpretasi dan pengumpulan data
5. menyokong manajemen yang berdasar pada fakta dan
6. melibatkan manajemen dan alokasi sumber daya yang efektif dan efisien.

Pelaksanaan manajemen mutu yang berhasil membutuhkan visi, perencanaan dan keterlibatan aktif manajemen tingkat atasnya, perlu ditunjang dengan pelatihan dan pendidikan yang berkelanjutan serta waktu, uang dan personel.

Usaha –usaha yang dilakukan manajemen mutu bermanfaat karena usaha tersebut mampu memperbaiki mutu kerja, kepuasan customer, moral pegawai, mampu meningkatkan produktifitas, memberikan keleluasaan pada pegawai, memangkas birokrasi dengan cara mengurangi duplikasi, merampingkan proses kerja .^{xxvii}

Upaya manajemen mutu dilapangan diterapkan oleh Departemen Kesehatan sebagai upaya peningkatan mutu yang disebut dengan pelayanan prima , yang meliputi aspek aspek berikut :

- a. Kemudahan akses informasi (aspek pengguna)
- b. Pelaksanaan peraturan secara tepat, konsisten dan konsekuen(aspek proses pelayanan)
- c. Pelaksanaan hak dan kewajiban pemberi dan penerima pelayanan (aspek SDM dan kepuasan pelanggan)
- d. Penanganan dan pendokumentasian kegiatan pelayanan dilakukan oleh tenaga yang berwenang/ kompeten (aspek proses dan SDM)
- e. Penciptaan pola pelayanan yang sesuai dengan sifat dan jenisnya sebagai efisiensi dan efektifitas (aspek SDM dan proses pelayanan)

- f. Penetapan tarif sesuai dengan kemampuan masyarakat dengan mekanisme pungutan yang transparan serta adanya pengendalian dan pengawasan yang cermat (aspek finansial dan kepuasan pelanggan)
- g. Tidak ada perbedaan dalam memberikan pelayanan serta pemerataan distribusi cakupan (aspek kepuasan pelanggan)
- h. Kebersihan fasilitas pelayanan dan lingkungan (aspek proses pelayanan)
- i. Sikap ramah dan sopan petugas serta meningkatkan kinerja secara kualitatif dan kuantitatif dengan kapasitas optimal (aspek kepuasan pelanggan dan aspek SDM).⁷

2. Pelayanan MTBS

Arti kata "pelayanan", dalam pelayanan MTBS berarti suatu aktivitas atau serangkaian aktivitas dalam kegiatan penerapan MTBS Puskesmas yang bersifat tidak kasat mata (tidak dapat diraba) yang terjadi sebagai akibat adanya interaksi antara konsumen dengan karyawan atau hal-hal lain yang disediakan oleh Puskesmas sebagai pemberi pelayanan untuk memecahkan permasalahan konsumen/ pelanggan.^{xxviii} Istilah pelayanan ini terkait erat dengan kualitas atau mutu. Menurut Donabedian, kualitas pelayanan adalah suatu pelayanan yang diharapkan digunakan untuk memaksimalkan suatu ukuran yang inklusif dari kesejahteraan pasien, sesudah itu dihitung keseimbangan antara keuntungan yang diraih dan

kerugiannya, yang semuanya itu merupakan penyelesaian proses atau hasil dari pelayanan di seluruh bagian-bagian, yang didasari oleh etika dan tradisi kesehatan yaitu berupaya dengan paling sedikit mengerjakan pelayanan tanpa merugikan. Konsep kualitas/ mutu pelayanan bisa ditinjau dari sudut pasien atau masyarakat, petugas kesehatan dan dari manajer atau administrator atau dapat pula ditinjau dari pendekatan kesehatan masyarakat dan pendekatan institusional.

Dari sudut pasien dan masyarakat, kualitas pelayanan berarti suatu empati, respek dan tanggap akan kebutuhannya, pelayanan harus sesuai kebutuhan mereka, diberikan dengan cara yang ramah pada waktu mereka berkunjung.

Kualitas pelayanan bagi petugas kesehatan berarti bebas melakukan segala sesuatu yang tepat untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien dan masyarakat sesuai dengan ilmu pengetahuan dan ketrampilan yang maju, kualitas peralatan yang baik dan memenuhi standar yang baik.

Bagi manajer dan administrator, fokus pada kualitas akan mendorongnya untuk mengatur staf, pasien dan masyarakat dengan baik.

Dilihat dari pendekatan kesehatan masyarakat, pendekatan ini menyangkut seluruh sistem pelayanan kesehatan dari dasar sampai yang tertinggi dimulai dari polindes, Puskesmas dan seterusnya. Mutu kesehatan disini dilihat dari indikator derajat kesehatan seperti angka kematian bayi, angka kematian balita dan sebagainya. Sedangkan dari pendekatan institusional, pendekatan ini berkaitan dengan mutu pelayanan

kesehatan terhadap perorangan atau institusi atau fasilitas kesehatan. Mutu disini adalah salah satu aspek dari kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.^{xxix}

Dari pendekatan institusional, ada keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : KEP / 25/ M.PAN/2/ 2004 tanggal 24 februari 2004 tentang pedoman umum penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat unit pelayanan instansi pemerintah yang menyebutkan bahwa sebagai tolok ukur untuk menilai kualitas pelayanan adalah berdasarkan kepada kepuasan masyarakat yang dituangkan dalam indeks kepuasan masyarakat. Kepuasan masyarakat atau disebut sebagai kepuasan pelanggan merupakan dimensi penting dari mutu.

Didalam keputusan ini, terdapat 14 unsur yang *relevan, valid* dan *reliable*, sebagai unsur minimal yang harus ada untuk dasar pengukuran indeks kepuasan masyarakat adalah sebagai berikut :

1. Prosedur pelayanan, yaitu kemudahan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat dilihat dari sisi kesederhanaan alur pelayanan.
2. Persyaratan pelayanan, yaitu persyaratan teknis dan administratif yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan sesuai dengan jenis pelayanannya.

3. Kejelasan petugas pelayanan yaitu keberadaan dan kepastian petugas yang memberikan pelayanan (nama, jabatan serta kewenangan dan tanggung jawabnya)
4. Kedisiplinan petugas pelayanan yaitu kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan terutama terhadap konsistensi waktu kerja sesuai ketentuan yang berlaku.
5. Tanggung jawab petugas pelayanan, yaitu kejelasan wewenang dan tanggung jawab petugas dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan.
6. Kemampuan petugas pelayanan, yaitu tingkat keahlian dan ketrampilan yang dimiliki petugas dalam memberikan/ menyelesaikan pelayanan kepada masyarakat.
7. Kecepatan pelayanan, yaitu target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang telah ditentukan oleh unit penyelenggara pelayanan.
8. Keadilan mendapatkan pelayanan, yaitu pelaksanaan pelayanan dengan tidak membedakan golongan / status masyarakat yang dilayani.
9. Kesopanan dan keramahan petugas, yaitu sikap dan perilaku petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat secara sopan dan ramah serta saling menghargai dan menghormati.
10. Kewajaran biaya pelayanan, yaitu keterjangkauan masyarakat terhadap besarnya biaya yang ditetapkan oleh unit pelayanan.

11. Kepastian biaya pelayanan, yaitu kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang telah ditetapkan.
12. Kepastian jadwal pelayanan, yaitu pelaksanaan waktu pelayanan, sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan.
13. Kenyamanan lingkungan, yaitu kondisi sarana dan prasarana pelayanan yang bersih, rapi dan teratur sehingga dapat memberikan rasa nyaman kepada penerima pelayanan.
14. Keamanan pelayanan, yaitu terjaminnya tingkat keamanan lingkungan unit penyelenggara pelayanan atau sarana yang digunakan, sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayanan terhadap resiko-resiko yang diakibatkan dari pelaksanaan pelayanan.^{xxx}

3. Mutu Pelayanan Kesehatan dalam Penerapan MTBS

Mutu pelayanan kesehatan diartikan sebagai tingkat yang hendak dicapai oleh pelayanan kesehatan dengan meningkatkan hasil yang ingin dicapai dan konsisten dengan pengetahuan terkini. Hasil yang akan dicapai dalam penerapan kegiatan MTBS dengan pelayanan yang bermutu diharapkan juga mencapai tingkat kesempurnaan pelayanan sebagaimana definisi Departemen Kesehatan RI. mutu pelayanan kesehatan diartikan sebagai performa atau kinerja yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan. Disatu pihak, performa ini dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk. Di pihak lain, tata cara penyelenggaraan pelayanan telah sesuai

dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan. Berkaitan dengan menjaga mutu pelayanan diatas maka para manajer akan berhadapan dengan situasi krisis, agenda pekerjaan yang saling bertabrakan, memberikan layanan yang efisien dan efektif, mengelola jadwal , kompetensi, beban kerja staf, bekerja dengan anggaran terbatas serta harus akuntabel baik administratif maupun medis. Untuk ini manajer harus mengorganisir, dan mengumpulkan informasi yang dibutuhkan dalam prioritas harian untuk menjamin kelancaran kegiatan pelayanan. Manajer harus memahami bahwa pasien adalah konsumen aktif dilayanan kesehatan, yang meminta pelayanan yang bersifat responsif pada kebutuhan masyarakat, layanan yang mewakili kebutuhan masyarakat, layanan aman dan tepat serta memenuhi harapan masyarakat. Manajer harus memahami bahwa awal dari efektifitas manajemen adalah taat dan tunduk pada regulasi. Monitoring oleh publik pada layanan kesehatan bisa oleh dinas kesehatan, akreditasi layanan kesehatan dan berbagai regulasi lainnya. Regulasi dapat membantu pada semua bagian yang tepat. Pemerintah membantu untuk regulasi layanan kesehatan, institusi regulasi dapat mendefinisikan layanan kesehatan yang bagus, mendefinisikan peran manajer dan mendefinisikan tanggung jawab manajer. Manajer perlu memahami bahwa publik juga memberi impak yang besar pada layanan kesehatan. Manajer juga memerlukan data. Salah satu basis manajemen mutu adalah tujuan informasi dalam bentuk data yang dapat digunakan untuk menilai kemajuan performans departemen, memberi manajer bahan

untuk membangun departemen dengan layanan bagus. Data yang baik juga dapat untuk melakukan evaluasi pemberian layanan, menentukan goal dan harapan peningkatan layanan.

Berkaitan dengan kebutuhan untuk menentukan sejauh mana tingkat performa dari mutu pelayanan, manajemen memerlukan evaluasi. Konsep evaluasi perhatiannya adalah pada pembuktian efektifitas program, berkaitan dengan lingkungan, evaluasi merupakan suatu pertimbangan tentang nilai, didalamnya melibatkan asumsi asumsi kegiatan maupun orang dan standar yang digunakan bergantung pada norma kelayakan daripada aturan yang ketat.^{xxxix}

Donabedian mengelompokkan model evaluasi kedalam tiga komponen yaitu komponen input (struktur), proses dan hasil (outcome).

a. Input (struktur)

Input yang bersifat struktural menunjukkan aspek institusional fasilitas pelayanan kesehatan seperti ukuran, kompleksitas, jumlah dan luasnya unit atau departemen, jumlah dan kualifikasi staf, peralatan medis dan non medis, struktur organisasi serta sistem keuangan dan sistem informasi. Komponen input/ struktur ini terdiri dari input fisik, staf, keuangan dan pengelolaan organisasi. Struktur fisik berupa tanah, gedung, peralatan (baik yang bergerak maupun yang tidak bergerak), kendaraan, furniture, bahan habis pakai, obat, aset pemeliharaan dan lain lain. Struktur staf meliputi jumlah dan kualitas petugas untuk

memberikan dan mendukung pemberian pelayanan misalnya jumlah dan jenis petugas, rasio diantara kelompok petugas, rasio jumlah petugas dengan masyarakat, staf dengan tempat, jenis dan lama pendidikan tambahan serta jumlah staf yang memenuhi kriteria kinerja. Struktur keuangan mengukur ketersediaan dana untuk menjalankan pemberian pelayanan secara tepat, untuk membayar petugas dan karyawan serta membayar pengadaan minimal yang diperlukan dalam rangka pemberian pelayanan. Sedangkan struktur organisasi menunjukkan hubungan otoritas dan tanggung jawab, ciri ciri rancangan organisasi, isu-isu pengelolaan dan pemberdayaan, akuntabilitas, tingkat desentralisasi keputusan, serta membuat dan menentukan jenis keputusan yang dapat didelegasikan.

b. Proses

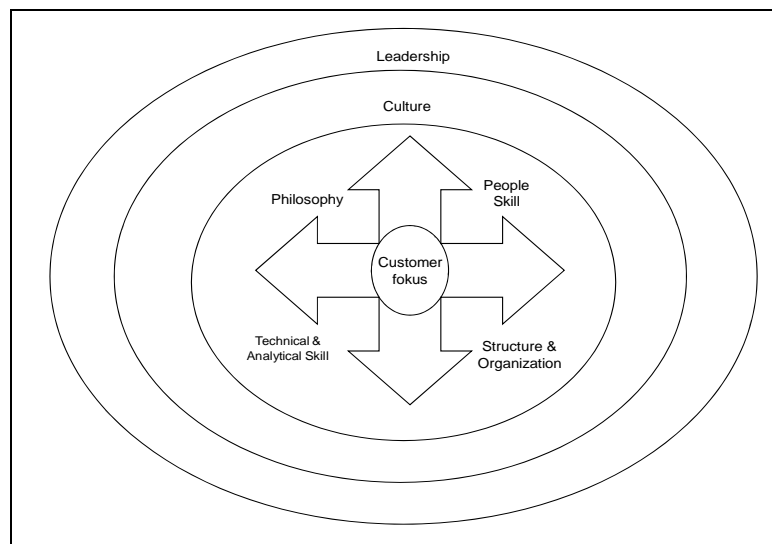
Proses merupakan langkah-langkah yang dikerjakan untuk menjalankan prosedur seperti penyesuaian dengan pedoman praktek, kelayakan, kelengkapan serta relevansi informasi. Proses mentransformasikan input menjadi hasil. Proses menunjukkan apa yang sesungguhnya dilakukan terhadap pelanggan/ pasien untuk mendapatkan pelayanan.

c. Outcome

Adalah hasil-hasil sebagai akibat dari prosedur yang dilakukan. Hasil juga merupakan hasil akhir dari proses perawatan pasien atau ketersediaan input yang tepat waktu. Hasil dapat pula berupa perbaikan pengetahuan, perubahan perilaku pasien dan tingkat kepuasan pasien.²⁹

Rangkaian fungsi dan aktivitas yang diuraikan diatas mengarahkan pada mutu layanan kesehatan yang dikenal dengan *quality assurance*. *Quality assurance* diartikan sebagai tindakan untuk menegakkan proteksi, promosi dan peningkatan mutu layanan kesehatan dalam rangka meningkatkan kemungkinan layanan menjadi lebih baik untuk menuju ke perbaikan yang berkesinambungan atau *continuous improvement*. *Total quality management (TQM)* adalah *quality assurance* yang diperluas dengan upaya terintegrasi yang berfokus pada pelanggan (*customers*) . Tujuan dan kesuksesan organisasi didasarkan kepada kepentingan pelanggan internal dan eksternal. TQM ini mengintegrasikan: fokus pelanggan, falsafah perbaikan yang berkelanjutan, ketrampilan analisis, ketrampilan orang dan struktur atau organisasi dengan lingkungan serta kultur/ budaya internal dan eksternal yang dibuat dan dipengaruhi oleh peran pemimpin (*leadership*) .Untuk implementasinya, terdapat 4 fase dan proses implementasi pada TQM yaitu (1) fase kewaspadaan atau *awareness* yang dimulai dengan membentuk tim untuk menginvestigasi implementasi TQM sampai dengan membangun perencanaan mutu dan jadwal untuk mengukur kemajuan, (2) fase pengetahuan atau *knowledge* , dengan membangun kemampuan manajerial sampai membangun dan

mempublikasi implementasi TQM, (3) fase Implementasi / *Implementation* dimulai review struktur organisasi untuk mutu sampai dengan melakukan *benchmarking*,(4) fase integrasi / *Integration* terdiri dari kegiatan menilai kemajuan dari tiga fase sebelumnya , membangun perluasan goals, mereview kurikulum pendidikan dan melakukan penilaian formal dari proses melalui pelanggan eksternal dan internal (lebih baik menggunakan kriteria dari pihak eksternal yang diakui). Kekuatan TQM berada pada integrasi dan keseimbangan komponen komponen tersebut. Penekanan pada satu bagian dari komponen itu akan menghilangkan manfaat yang potensial dari TQM , seperti pada gambar 2.1, model yang dikembangkan oleh UMMC (*University of Michigan Medical Center*).^{11,xxxii}



Gambar 2.1. UMMC Integrated TQM Model

Sumber : Ellen J.Gaucher dan Richard J.Coffey(1993), *Total Quality in Healthcare*,p. 27 dari University of Michigan Medical Center, Ann Arbor , Mich. Copyright, 1992.

Dalam model tersebut salah satu yang berperan dalam membentuk *Total Quality Management (TQM)* adalah struktur dan organisasi.

Organisasi dalam konsep modern menganut pandangan sistem yang bersifat terbuka, dimana organisasi berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya, bergantung kepada sumber daya, dan dibatasi oleh hal yang mempengaruhinya seperti kebijakan-kebijakan pemerintah yang ada, lingkungan sosial ekonomi dan pendidikan, sumber daya dan ilmu pengetahuan serta teknologi yang tersedia .

Pendekatan sistem dalam manajemen atau organisasi berarti bahwa manajemen atau organisasi pada hakekatnya dipandang sebagai suatu sistem yang terdiri dari unsur-unsur, komponen, elemen atau unit yang saling berhubungan, saling memerlukan, saling bereaksi, saling bergantung dalam mencapai tujuan dan sasaran organisasi.

Pengertian organisasi banyak dikemukakan oleh para ahli. Beberapa pengertian organisasi diantaranya menurut, Dexter Kimball & Dexter Kimball, Jr mengatakan , organisasi merupakan bantuan bagi manajemen, ini mencakup kewajiban-kewajiban merancang satuan-satuan organisasi dan pejabat yang harus melakukan pekerjaan, menentukan fungsi-fungsi mereka dan merinci hubungan-hubungan yang harus ada di antara satuan-satuan dan orang-orang. Organisasi sebagai suatu aktivitas, sesungguhnya adalah cara kerja manajemen. Sedangkan Luther Gulick menyebutkan, organisasi adalah alat saling berhubungan dari satuan-satuan kerja yang memberikannya kepada orang yang ditempatkan di dalam struktur kekuasaan(kewenangan) sehingga pekerjaan dapat dikoordinasikan oleh

perintah atasan kepada bawahan yang menjangkau dari puncak sampai ke bawah dari seluruh badan usaha.²⁹

Setiap organisasi mengalami siklus fase perkembangan. Teori ini dikemukakan oleh Ed Oakley dan Doug Krug dalam *Enlightened Leadership*, dinamakan teori siklus organisasi. Mereka percaya bahwa setiap organisasi apapun mengalami siklus ini. Ada empat periode atau fase dalam siklus yaitu

1. Periode entrepreneurial (pembentukan organisasi)
2. Periode pertumbuhan (awal dan akhir)
3. Krisis
4. Penurunan.

Organisasi yang masuk ke periode krisis, apabila tidak merencanakan untuk intervensi, maka itu merupakan petunjuk bahwa organisasi akan masuk ke periode ulangan, disini penurunan akan tidak terelakkan.

Penurunan organisasi dapat dicegah dengan pembangkitan kewaspadaan, pendekatan pada pelanggan dan pasar, kemauan mengambil resiko, mengubah pola pikir menjadi bersahabat, orientasi mutu dan menyulut kembali semangat entrepreneur serta keterbukaan dan luwes.^{11,32}

Faktor-faktor atau unsur penentu untuk keberhasilan kerja organisasi adalah tujuan, kegiatan-kegiatan, struktur, mekanisme kerja, sumber daya manusia, sumber daya selain manusia, lingkungan kerja dan peran

pimpinan. Secara rinci faktor faktor penentu keberhasilan organisasi dijelaskan sebagai berikut :

1. Tujuan dapat berupa tujuan kebijaksanaan, tujuan program, tujuan sub program dan tujuan kegiatan.
2. Kegiatan-kegiatan meliputi perumusan kegiatan pokok dan kegiatan tambahan yang diperlukan dalam pencapaian tujuan. Berkaitan dengan tugas hak, kewajiban, wewenang, tanggung jawab.
3. Struktur, berarti organisasi terdiri atas bagian-bagian, eselonisasi pimpinan, rentang kendali, rantai komando atau hirarki
4. Mekanisme kerja: disini perlu adanya pembakuan pengertian-pengertian, koordinasi, pendelegasian wewenang, pengambilan keputusan dan sistem informasi manajemen dan komunikasi.
5. Sumber daya manusia: perlu adanya pemilihan tenaga, penempatan tenaga, kualifikasi tenaga, perhitungan kebutuhan tenaga
6. Sumber daya selain manusia: menyangkut penyediaan sarana dan prasarana serta pembiayaan
7. Lingkungan kerja : lingkungan kerja mempengaruhi penampilan organisasi, baik lingkungan internal maupun eksternal
8. Peranan pimpinan : berkaitan dengan kemampuan kepemimpinan, tipe kepemimpinan, kepuasan pegawai, kemampuan berkomunikasi, human relations dan motivasi. ²⁹

Ditinjau dari bagaimana seorang manajer dalam posisi kepemimpinannya agar dapat beroperasi secara efektif dalam semua area adalah harus mempunyai kecakapan. Kecakapan adalah pengetahuan dan keahlian yang diperlukan untuk melaksanakan suatu tugas atau peran tertentu. Ada delapan peran manajerial/ kepemimpinan serta kecakapan yang inti yaitu :

1. Peran direktur

- a) Mengambil inisiatif
- b) Menentukan sasaran
- c) Mendelegasikan secara efektif

2. P`eran produser

- a) Produktivitas dan motivasi pribadi
- b) Memotivasi orang lain
- c) Manajemen waktu dan stess

3. Peran koordinator

- a) Merencanakan
- b) Mengelola dan mendesain
- c) Mengontrol

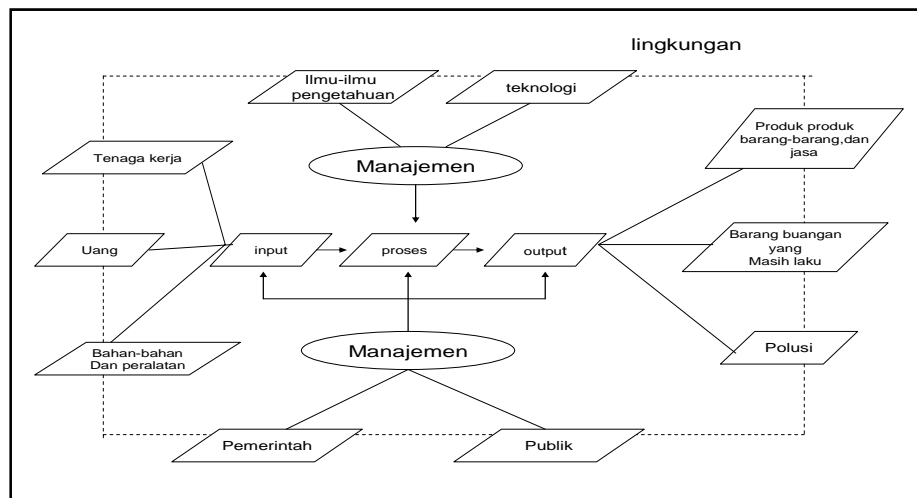
4. Peran pemantau

- a) Mengurangi kelebihan beban informasi
- b) Menganalisis informasi dengan pemikiran yang kritis

- c) Menyajikan informasi; menulis secara efektif
5. Peran mentor
- a) Memahami diri sendiri dan orang lain
 - b) Komunikasi antar pribadi
 - c) Mengembangkan bawahan
6. Peran Fasilitator
- a) Pembentukan Tim
 - b) Pengambilan keputusan yang partisipatif
 - c) Manajemen konflik
7. Peran Inovator
- a) Hidup bersama perubahan
 - b) Pemikiran kreatif
 - c) Mengelola perubahan
8. Peran Broker
- a) Membangun dan mempertahankan sebuah pusat kekuatan
 - b) Merundingkan kesepakatan dan komitmen
 - c) Menyajikan gagasan-gagasan.^{xxxiii,xxxiv}

Pendekatan sistem terhadap kegiatan manajemen, menurut J.Winardi adalah merupakan cara manajer menerapkan manajemen. Disini pihak manajemen mengkoordinasi tiga macam fungsi yaitu input, proses dan output melalui fungsi fungsi penetapan tujuan, pengambilan keputusan dan

pengawasan. Dalam rangka usaha mengkombinasikan fungsi input, proses, output, maka pihak manajemen menerima input dari lingkungan eksternal, sehubungan dengan pengembangan ilmiah dan tehnologikal dan kebijaksanaan pemerintah serta sikap penduduk. Pada gambar 2. 2, tampak bahwa lingkungan merupakan faktor yang menimbulkan pengaruh besar atas fungsi organisasi tetapi yang tidak dapat dikendalikan organisasi tersebut. Garis putus putus menggambarkan, memisahkan sistem dari lingkungannya.^{xxxv}



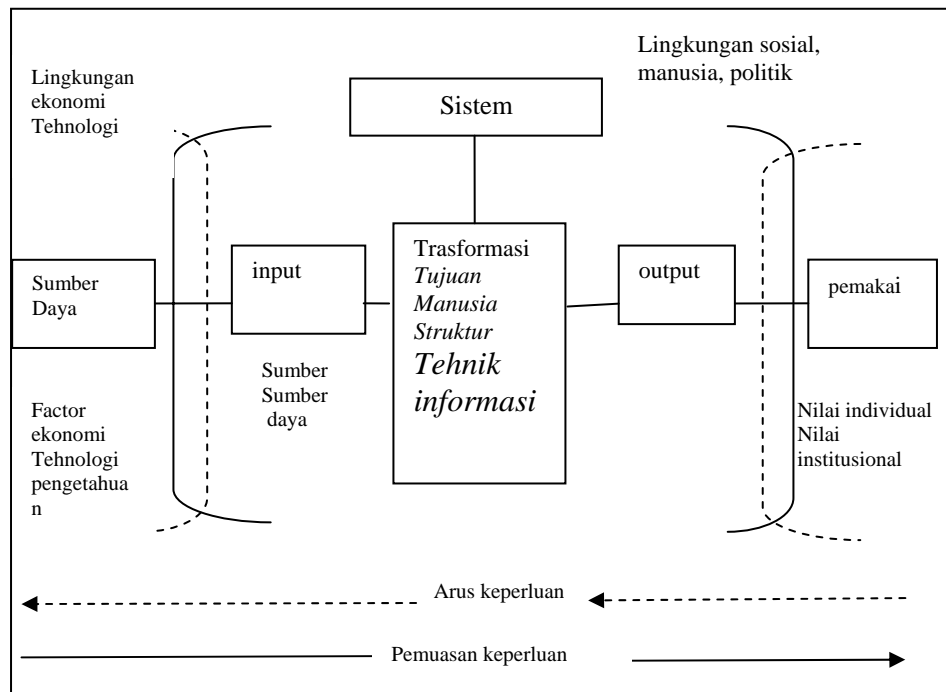
Gambar 2.2. Organisasi sebagai sebuah Sistem.

Sumber : J. Winardi, *Manajemen Perilaku Organisasi* . Jakarta, 2004

Pada gambar 2.3 dijelaskan bahwa organisasi berada dan beraktivitas dalam sebuah lingkungan yang dinamis dan kompleks. Ia berarti sebuah subsistem dari lingkungan. Organisasi harus mempersepsi, merumuskan dan mengevaluasi nilai-nilai sosial manusia dan kendala politik dalam menetapkan sasaran -sasaran dan tujuan keorganisasian, yang terrefleksi dalam output barang dan jasa yang diproduksi melalui proses transformasi.

Proses-proses tersebut memanfaatkan aneka macam sumber daya yang diserap dari bidang-bidang ekonomi, teknologi dalam lingkungan organisasi tersebut. Didalam kerangka dasar input-output ini, elemen-elemen tujuan, manusia struktur, teknik-teknik dan informasi dikoordinasi dan diintegrasikan oleh sistem manajerial, dalam rangka upaya memaksimalkan nilai atau manfaat yang diciptakan oleh organisasi tersebut. Interaksi, negosiasi dan pertukaran antara organisasi dengan lingkungan terjadi pada batas output dan pemakaian dan batas sumber daya dengan input.²⁶

Konsep manajemen berdasarkan sistem berhubungan dengan elemen-elemen atau komponen-komponen pokok sesuatu organisasi yaitu tujuan, teknik, struktur, orang dan informasi dan ia juga berhubungan dengan lima macam dimensi dinamik dari manajemen berdasarkan sistem yaitu mengambil keputusan optimal, mencapai fleksibilitas keorganisasian, mengembangkan sikap-sikap integratif, mempertahankan ketahanan sistem dan mengidentifikasi nilai-nilai adil. Mengidentifikasi dan mengembangkan nilai-nilai adil dalam lingkungan yang kompleks adalah tugas manajemen yang berdasarkan sasaran (*management by objectives*) yang dikaitkan dengan tujuan sistem manajerial.



Gambar 2.3 . Organisasi sebagai sebuah sistem input-output terbuka
 Sumber : Karhi Nisjar & Winardi (1997): *Teori sistem dan Pendekatan Sistem dalam bidang Manajemen,*

Disini sasaran sasaran merupakan mekanisme yang melaksanakan integrasi untuk semua aktifitas manajerial dan membentuk citra sesuatu organisasi. Manajer disini harus menetapkan tujuan-tujuan yang spesifik yang harus dicapai pada masa yang akan datang dan mendorong mereka untuk terus bertanya, apakah lebih banyak lagi yang harus dicapai, ditawarkan sebagai salah satu cara untuk mempertahankan vitalitas dan kreativitas organisasi.

Pengambilan keputusan dipandang dari sudut tertentu merupakan intisari dari manajemen yang memerlukan konsep konsep analitikal dan tehnik-tehnik (*management by techniques*) terutama yang memiliki landasan kuantitatif dan ilmiah dalam rangka memungkinkan optimalnya pemecahan problem manajerial dan pengambilan keputusan

Fleksibilitas organisasi dikaitkan dengan manajemen berdasarkan struktur (*management by structure*) yang merupakan bagian organisasi yang bersifat fundamental bagi manajemen. Alternatif-alternatif dipertimbangkan untuk menjadikan struktur formal menjadi lebih fleksibel dan adaptif, sehubungan dengan kebutuhan-kebutuhan organisasi yang bersangkutan dan untuk menyediakan koordinasi dan integrasi melalui seluruh strukturnya

Pada dimensi mengembangkan sikap-sikap integratif ini berhubungan dengan manajemen berdasarkan manusia (*management by people*). Sumber daya manusia primer suatu organisasi ini, supaya efektif diperlukan upaya kolektif dari manusia dengan mengembangkan sikap integratif oleh semua anggota organisasi guna mencapai harmoni, kerjasama dan hasil yang diinginkan.

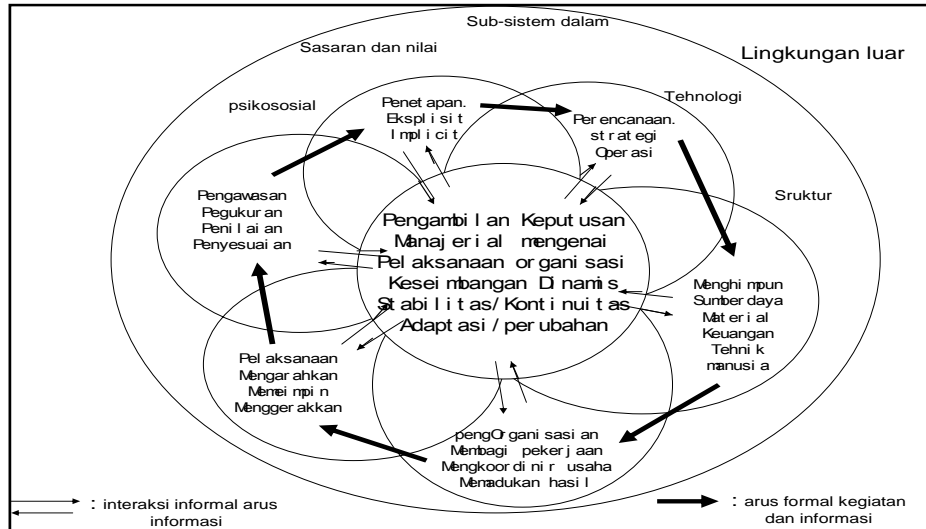
Dimensi yang terakhir adalah mempertahankan ketahanan sistem. Ini berkaitan dengan manajemen berdasarkan informasi (*management by Information*). Kunci untuk mempertahankan suatu organisasi yang luwes, adaptif dan yang dapat bertahan yaitu informasi. Sistem informasi manajemen merupakan sebuah pengembangan penting untuk mempertahankan ketahanan sistem keorganisasian.^{23 , xxxvi}

Manajemen merupakan kekuatan utama dalam organisasi untuk mengkoordinir sumberdaya manusia dan material ,disini para manajer bertanggung jawab untuk pelaksanaan operasionalnya, baik untuk hasil sekarang maupun untuk potensi masa datang. Manajemen memasukkan

unsur kepemimpinan di samping penerapan berbagai keahlian teknis seperti ketrampilan pengambilan keputusan dan perencanaan. Dalam konteks lingkungan luar dan sub sistem organisasi, para manajer melaksanakan fungsi-fungsi dasar dan mempertahankan keseimbangan dinamis. Tugas manajer dapat dilihat dari sudut fungsi-fungsi yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan organisasi. Pada umumnya tugas manajer adalah menentukan apa yang harus dilakukan kendatipun tidak ada kepastian, keanekaragaman, dan banyaknya informasi yang kemungkinan relevan. Menyelesaikan sesuatu melalui sejumlah besar orang yang berbeda-beda, kendatipun hanya sedikit mempunyai kontrol langsung terhadap kebanyakan mereka.

Pada gambar 2. 4, diilustrasikan bahwa memanager adalah suatu yang kompleks. Pada dasarnya ia adalah menyangkut pengambilan keputusan untuk mempertahankan keseimbangan dinamis sementara mencapai tujuan yang menunjukkan sukses adalah prestasi organisasi. Para manajer mungkin secara tidak sadar menempuh proses formal menetapkan sasaran, merencanakan, menghimpun sumber daya, mengorganisir, melaksanakan dan mengawasi. Akan tetapi, fungsi fungsi dasar ini memang harus dilaksanakan. Fungsi-fungsi manajer dalam konteks lingkungan luar dan subsistem adalah sasaran dan nilai, tehnik, struktur dan psikososial. Pengambilan keputusan itu adalah sentral , para manajer mengambil keputusan mengenai beraneka ragam, sebagian bersifat rutin , yang lain bersifat lebih kompleks. Manajer berada di tengah tengah berbagai proses

interaksi yang membutuhkan arus keputusan yang kontinyu untuk memelihara keseimbangan dinamis.



Gambar 2.4. Tugas manajer

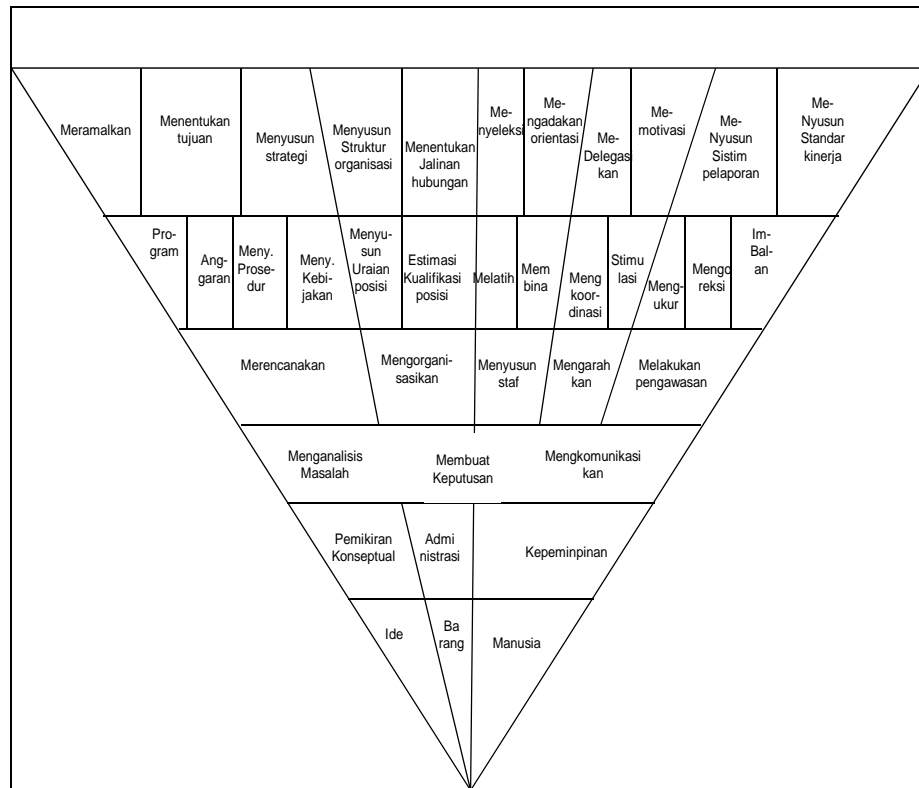
Sumber : Fremont E.Kast & James E..R (2002.) *Organisasi & Manajemen jilid 2.*

Tanda panah tebal menunjukkan arus aktivitas dan informasi yang terjadi pada suatu organisasi baru atau program baru dalam organisasi yang telah ada yang dalam hal ini penetapan sasaran akan dilanjutkan dengan perencanaan, penghimpunan sumber daya, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan. Tanda panah tipis menunjukkan sifat interaktif dan seringkali informal dari fungsi fungsi dalam organisasi yang sedang berjalan.¹²

Proses manajemen menurut R.Alec Mac Kenzie sebagaimana pada gambar 2. 5, memperlihatkan bahwa manajer secara dasar mengelola tiga elemen yaitu : (1) ide (*ideas*), (2) barang (*things*), (3). manusia (*people*) atau 3 M yaitu metode, material dan manusia. Elemen ide , mencerminkan tugas pemikiran konseptual, dimana seseorang merumuskan ide dan

berbagai peluang bisnis yang baru. Elemen barang dilanjutkan dengan administrasi, yaitu rincian dari proses penanganan manajemen. Elemen kepemimpinan, yaitu kegiatan manajemen untuk menimbulkan motivasi karyawan dalam bekerja mencapai tujuan bisnis. Fungsi menganalisis masalah adalah mengumpulkan fakta-fakta dan alternatif pemecahan untuk dievaluasi, bagi keperluan pembuatan keputusan kepada orang-orang yang harus melaksanakan fungsi-fungsi seperti pada gambar tersebut.

Secara berturut-turut fungsi tersebut adalah merencanakan, mengorganisasikan, menyusun staf, mengarahkan, dan melakukan pengawasan. Dalam rangka penyusunan rencana orang harus meramalkan atau menentukan pengaruh penjualan, biaya dan keuntungan yang akan datang. Menyusun tujuan adalah menentukan sasaran yang akan dicapai sebagai akhir, dan menyusun strategi bagaimana cara yang akan dilakukan untuk mencapai hasil akhir.



Gambar 2.5. Proses Manajemen yang dibuat oleh R.Alec MacKenzie
 Sumber : Zulkifli Amsyah : *Manajemen Sistem Informasi* (2001)

Selanjutnya organisasi harus memprogramkan dan menyelesaikan prioritas menurut urutan strategi, menganggarkan atau mengalokasikan sumber dana, menyusun prosedur atau metode standar dan akhirnya menyusun kebijakan dengan peraturan dan ketetapan untuk keperluan menjalankan kegiatan.^{xxxvii}

Komponen berikutnya dalam *total quality management (TQM)* menurut UMMC yang berada pada lingkaran terluar adalah *leadership* atau kepemimpinan. Kepemimpinan menurut George R.Terry adalah kegiatan mempengaruhi orang lain untuk bekerja keras dengan penuh kemampuan untuk tujuan kelompok. Sedangkan dari proses manajemen yang

digambarkan oleh R. Alec Mac Kenzie, elemen kepemimpinan, merupakan kegiatan manajemen untuk menimbulkan motivasi karyawan dalam bekerja mencapai tujuan bisnis. Hal ini mengandung konsekuensi bahwa adanya kepemimpinan karena adanya unsur kepemimpinan. Unsur itu adalah pemimpin, pengikut, organisasi yang bersangkutan, obyektif, tujuan dan sasaran dan lingkungan yang meliputinya.

Berdasarkan tingkatan struktur organisasi dalam masing masing level manager dibedakan menjadi 3 tingkatan yaitu :

1. Manajer puncak (*top manager*)

Manajer puncak atau pucuk pimpinan bertanggung jawab atas seluruh kegiatan dan hasil kegiatan serta proses manajemen organisasi. Biasanya manajer puncak lebih banyak mempunyai tugas membuat perencanaan kebijaksanaan daripada teknis operasional.

2. Manajer menengah (*middle manager*)

Manager menengah ini memimpin sebagian manajer tingkat pertama yang tugasnya menjabarkan kebijakan top manager kedalam program-program.

3. Manajer tingkat pertama (*first line / first level manager*)

Manajer tingkat pertama adalah manajer pada tingkat bawah yang bertugas memimpin langsung para pelaksana atau pekerja melaksanakan supervisi langsung. Manajer ini dituntut lebih banyak

pelaksanaan / teknis operasional dan sedikit membuat kebijakan operasional/ perencanaan pelaksanaan.

Berdasarkan lingkup kegiatan dan tanggung jawabnya dibagi menjadi :

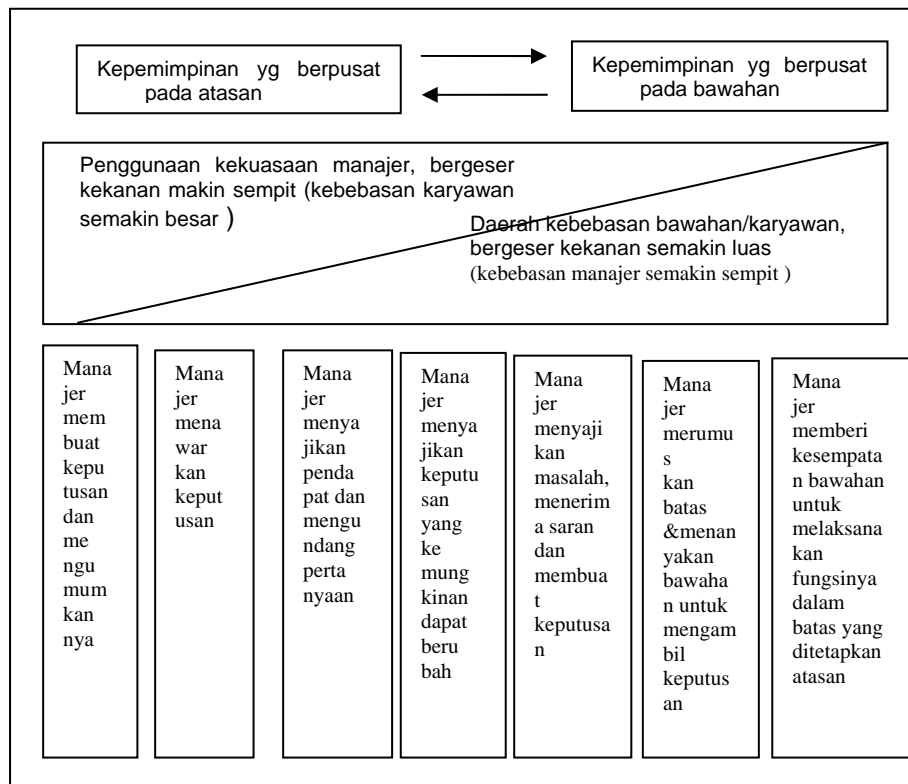
1. Manajer fungsional (*functional manager*)

Manager ini hanya bertanggung jawab pada satu macam kegiatan organisasi.

2. Manajer umum (*general manager*)

Manajer ini bertanggung jawab atas seluruh satuan organisasi. Manajer ini bertanggung jawab atas seluruh kegiatan pemasaran, produksi, keuangan dan sebagainya.²⁹

Gaya kepemimpinan dapat merentang dari pendekatan yang sama sekali otokratik (*boss centered*) sampai pada kebebasan pekerja dalam mengambil keputusan dengan pembatasan-pembatasan yang luas. Dalam dua ujung gaya kepemimpinan yang ekstrim itu terdapat banyak kemungkinan gaya kepemimpinan sebagaimana dilukiskan oleh Tannebaum dan Schmidt sebagaimana pada gambar 2. 6.^{xxxviii}



Gambar 2.6. Kontinum Kepemimpinan menurut Tannebaum dan Schmidt
 Sumber : Soehardi Sigit: *Perilaku Organisasional* (2003 hal : 183)

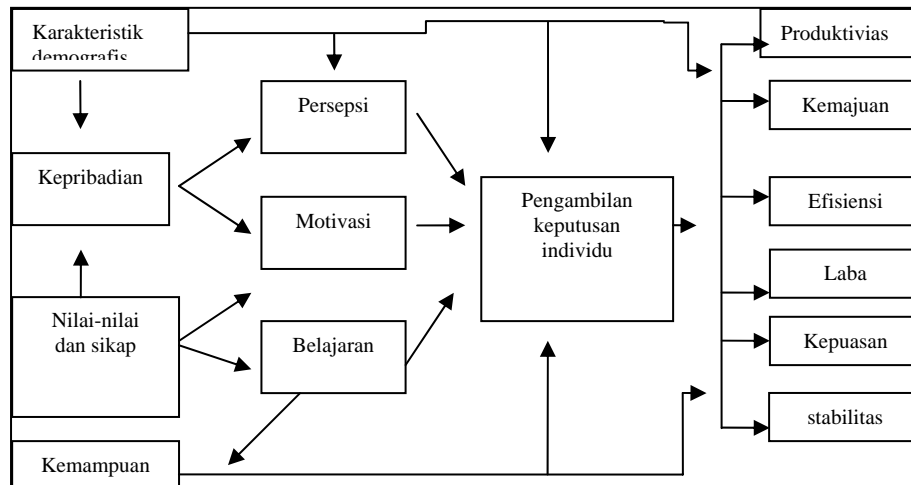
Terdapat tiga Variabel untuk menganalisis gaya kepemimpinan yang efektif pada situasi tertentu yaitu :

- a. Kekuatan-kekuatan yang ada pada diri pemimpin
- b. kekuatan-kekuatan yang ada pada diri bawahan (pengikut-pengikutnya)
- c. kekuatan-kekuatan yang ada pada situasi.

Seorang pemimpin dapat memilih gaya mana yang akan digunakan tergantung pada tiga kekuatan itu, yaitu pada dirinya, pada bawahan dan pada situasinya.

Gaya kepemimpinan dengan pendekatan pada mutu berarti pendekatan pemimpin organisasi yang dipusatkan pada mutu berdasarkan partisipasi semua anggota. Tujuannya adalah memberikan kepuasan pelanggan dalam jangka panjang dan memberikan manfaat bagi anggota dan masyarakat.^{xxxix}

Dalam model perilaku organisasional, pada gambar 2,7, pemimpin selaku individual sebelum bertindak, berperilaku atau melakukan sesuatu terlebih dahulu mengambil keputusan mengenai apa yang akan dilakukannya.



Gambar 2.7. Perilaku (organisasional)jenjang individual
 Sumber: Suhardi Sigit (2003), *perilaku organisasional*,hal 43.

Demikian juga terhadap penerapan kegiatan MTBS di Puskesmas, banyak faktor yang berpengaruh terhadap pengambilan keputusan ini. Faktor ini diantaranya adalah sikap dan belajaran dari sang pemimpin itu. Sikap adalah tanggapan (*response*) yang mengandung komponen-komponen *kognitif*, *afektif* dan *konaktif*, yang dilakukan oleh seseorang terhadap sesuatu obyek atau stimulus dari lingkungan. Kognitif (*cognitive*) adalah sejauh mana tahunya orang tersebut mengenai informasi yang

ditanggapinya itu. Afektif (*affective*) ialah sejauh manakah afeksinya (penilaiannya) kepada obyek yang disikapi mengenai baik-buruknya, menyenangkan-tidaknya, menarik tidaknya, terlepas dari keinginan untuk memilikinya. Konaktif (*conactive*) ialah kecenderungan untuk berbuat (berperilaku) terhadap obyek setelah mengerti (tahu) dan menilai terhadap obyek yang disikapi.

Sedangkan belajaran ialah memperoleh pengalaman berupa pengetahuan (*knowledge*), kemahiran (*skills*), kemampuan (*abilities*), dan sikap (*attitude*) melalui praktik dan perbuatan atau yang diperoleh melalui pengalaman dan lingkungan sosialnya.³⁸

Pengetahuan adalah merupakan hasil “*tahu*”, dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indra mata dan telinga. Pengetahuan merupakan variabel yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan / pengambilan keputusan seseorang, meskipun meningkatnya pengetahuan secara terpisah tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku.

xl,xli

Salah satu komponen yang dipengaruhi oleh kepemimpinan dalam *total quality management* (TQM) adalah kultur/budaya. Budaya atau kultur (*culture*) adalah seperangkat nilai-nilai tim yang dipelajari, keyakinan, standar-standar, pengetahuan, moral, hukum dan perilaku yang disampaikan oleh individu atau masyarakat, yang menentukan bagaimana seseorang bertindak dan memandang dirinya dan yang lain. Dalam

organisasi , budaya organisasi terdiri atas sekumpulan ideologi, simbol dan nilai ini (*core values*) yang kompleks, yang berbagi di seluruh organisasi dan mempengaruhi cara organisasi melakukan bisnis. Terdapat 3 tingkatan budaya , yang pertama disebut tingkatan *artifacts* , yang mencakup setiap hal yang kita lihat, dengar atau rasakan ketika bergabung dengan organisasi. *Artifacts* ini mencakup lingkungan fisik (yaitu lingkungan kerja, misalnya kantor individual); semua perilaku yang dapat dilihat; cara orang-orang berpakaian; ritual dan seremoni; dokumen yang dipublikasikan; teknologi yang digunakan dan sebagainya. Tingkat kedua adalah *expoused values* yaitu apa yang dipercaya suatu organisasi. Misalnya komunikasi terbuka, hal-hal yang dituangkan dalam *corporate misi3n statement* dan lain lain, tingkat ketiga adalah *Basic undelying assumptions* yang secara otomatis diterima (*taken for granted*) anggota organisasi. Misalnya suatu perusahaan dengan mutlak mempercayai bahwa pelanggan harus sudah diperlakukan dengan baik.

Charles Handy telah mengidentifikasi 6 faktor yang mempengaruhi pilihan budaya atau kultur dari suatu organisasi yaitu :

1. *History and ownership* : umur perusahaan, pemilik dan sejarah perusahaan mempengaruhi budayanya misalnya organisasi baru pada umumnya perlu agresif maupun independent (yaitu budaya kekuasaan) atau lentur dan dapat menyesuaikan diri (yaitu budaya tugas) atau mungkin kombinasi dari keduanya.

2. *Size* ; ukuran misalnya perusahaan besar cenderung lebih formal dan cenderung mengembangkan kelompok spesialis yang memerlukan koordinasi sistematis. Akibatnya, perusahaan tersebut cenderung menganut budaya peran (*role cultur*)
3. *Technology* ; teknologi yang mahal dan cepat berubah akan mengakibatkan budaya bertentangan antara peran (*role*) dan tugas (*task*). Investor besar dalam teknologi akan mendorong budaya kearah orientasi peran.Sedangkan teknologi yang berbiaya rendah, misalnya komputer pribadi yang siap tersedia dan berkekuatan , mungkin dengan baik akan mendorong suatu budaya tugas (*task culture*)
4. *Goal and objectives*. Budaya yang berbeda cenderung cocok untuk mengejar sasaran dan tujuan yang berbeda. Misalnya budaya peran (*role culture*) dapat mencapai pertumbuhan dan budaya kekuasaan (*power culture*) memiliki kebutuhan strategik sebagai sasaran (*goal*).
5. *The environment*, lingkungan menurut Charles Handy mencakup lingkungan ekonomi, pasar, kompetisi dan lingkungan geografis dan social yang lebih luas. Perbedaan dalam lingkungan cenderung menguntungkan budaya tugas (*task culture*). Standarisasi cenderung menguntungkan budaya peran (*role culture*) . Ancaman atau bahaya di pasar misalnya paling baik ditangani melalui peran kekuasaan (*power culture*)

6. *People*. Tipe orang tertentu tampaknya senang dan efektif dalam suatu budaya dan akan menjadi tertekan dan tidak efektif pada budaya lain. Charles Handy mengusulkan jalan keluar sebagai berikut : Individu dengan toleransi yang rendah terhadap perbedaan lebih menyukai ketentuan peran yang lebih ketat (*role culture*) demikian juga orang dengan kebutuhan berwawasan yang tinggi . Kemudian Individu dengan intelegensi rendah dan ketrampilan interpersonal rendah tampaknya cocok dengan *role culture*. Pada individu yang keinginan untuk membangun identitas pribadi pada pekerjaan paling tepat dalam *power* dan *task culture*. Demikian juga dampak dari ketrampilan dan bakat individu akan ditandai dalam *power* dan *task culture*.

Karakteristik utama yang menjadi pembeda budaya organisasi adalah :

1. inisiatif individual
2. Toleransi terhadap tindakan beresiko
3. Arah yang diciptakan organisasi secara jelas sasaran dan harapan akan prestasi
4. Integrasi
5. Dukungan dari manajemen , sampai sejauh mana para manajer memberi komunikasi yang jelas, bantuan, serta dukungan terhadap bawahan mereka.
6. Kontrol
7. Identitas

8. Sistem Imbalan
9. Toleransi terhadap konflik
10. Pola komunikasi. ^{xlii}

4. Manajemen Mutu Strategis pada Penerapan MTBS Puskesmas

Untuk menyelenggarakan proses mutu penerapan MTBS diperlukan manajemen mutu strategis. Menurut J.M. Juran manajemen mutu strategis adalah manajemen mutu yang mencakup keseluruhan aktivitas proses manajerial yaitu perencanaan (*planning*), pengendalian atau pengawasan (*control*) dan perbaikan (*improvement*), yang dikenal dengan *Trilogi Juran*: perencanaan mutu (*quality planning*), pengendalian mutu (*quality control*), dan peningkatan mutu (*quality improvement*). Tujuan dari manajemen mutu strategis adalah mencakup pembuatan pedoman tentang tindakan-tindakan (pedoman bagi tindakan manajerial) yang harus dilakukan dalam rangka mencapai sasaran mutu yang keseluruhannya tanpa terkecuali untuk memenuhi kebutuhan pelanggan.

Pendekatan pengelolaan dalam manajemen mutu strategis dari Juran ini terdiri atas :

1. Suatu jenjang sasaran (sasaran utama, ditunjang oleh suatu sasaran di tingkat jenjang yang lebih rendah)
2. Standar metodologi untuk menetapkan dan menyediakan sumber daya yang diperlukan.

3. Infrastruktur, yang mencakup para manajer keuangan dan personalia pendukungnya
4. Proses pengendalian, yang mencakup sistem pengumpulan dan analisis data, pelaporan dan penelaahan kinerja berdasarkan sasaran yang telah ditentukan
5. Pemberian imbalan
6. Partisipasi menyeluruh (sasaran, laporan dan telaah kegiatan dirancang dalam bentuk berjenjang sesuai jenjang organisasi ,sehingga para manajer dapat mendukung manajer tingkat atas dalam mengelola kegiatan)
7. Penyamaan bahasa , dengan memfokuskan pada unit pengukuran utama dan mengkomunikasikan secara jelas.
8. Pelatihan kepada seluruh manajer disemua tingkat dan fungsi untuk mendukung kegiatan.¹⁴

Sasaran mutu adalah suatu target yang diarahkan pada mutu. Suatu sasaran spesifik biasanya dikuantifikasikan dan harus dicapai dalam periode tertentu. Elemen penting yang pertama adalah penentuan sasaran secara umum dan multifungsi. Sasaran mutu berisi sasaran kinerja produk yang menentukan respon produk tersebut terhadap kebutuhan pelanggan seperti ketepatan pelayanan, keramahan dan lain-lain, sasaran berikutnya adalah sasaran daya saing mutu , sasaran peningkatan mutu , sasaran penurunan biaya terbuang akibat mutu jelek yang mencakup sasaran

mengurangi pemborosan akibat adanya produk yang bermutu jelek, dan sasaran kinerja proses makro. Perencanaan mutu untuk proses-proses makro mencakup: (1) penentuan pekerjaan yang harus dilakukan oleh para perencana, (2) penugasan pelaksanaan pekerjaan tersebut kepada tim yang sesuai dan (3) pemanfaatan keahlian modern. Pada awalnya sasaran mutu, secara umum seperti sebuah daftar keinginan . Sasaran ini kemudian diubah menjadi sesuatu yang spesifik berupa tindakan-tindakan apa yang perlu dilakukan untuk mencapai sasaran tersebut, siapa yang harus melakukannya dan seterusnya. Penguraian sasaran berarti pembagian sasaran-sasaran dan pengalokasian sub-sasaran ke tingkat-tingkat yang lebih rendah dan sesuai. Karena sasaran mutu strategis biasanya terdiri atas perencanaan mutu atau proyek peningkatan yang berlingkup luas, maka penguraiannya juga mencakup pembagian sasaran luas ke dalam subsasaran-subsasaran yang dapat dikelola. Setelah sasaran dipecah-pecah, maka sasaran mutu tersebut dialokasikan ke unit unit organisasi yang sesuai. Alokasi ini telah memperjelas tanggung jawab, tetapi tidak menjelaskan tindakan apa yang harus diambil. Tindakan ini harus diidentifikasi, sehingga daftar keinginan tampak mulai menjadi kenyataan.

Setelah dilakukan tahap penetapan standar metodologi selanjutnya adalah dirumuskannya misi oleh setiap unit organisasi atau tim sampai proses pelimpahan telah mencapai sasaran utamanya yang menjadi tanggung jawab masing masing dan menetapkan tindakan-tindakan yang harus dilakukan. Sehingga muncul usulan dari tingkat pelaksana akan

permintaan sumber daya, yang kemudian akan disusul dengan kesepakatan tindakan-tindakan yang harus dilakukan, sumber daya yang harus disediakan dan hasil yang harus dicapai. Proses pelimpahan dengan demikian memungkinkan partisipasi menyeluruh dari mereka yang berada di tingkat bawah. Selain itu, komunikasi terjadi dalam dua arah. Sasaran mutu strategis dapat ditetapkan di tingkat atas. Tingkat-tingkat yang lebih rendah kemudian mengidentifikasi tindakan-tindakan yang bila dilakukan secara bersama sama akan menyebabkan tercapainya sasaran. Untuk melakukan tindakan-tindakan ini diperlukan sumber daya yang penyediaannya dilakukan atas dasar sasaran demi sasaran. Selain itu terdapat pula sumber daya yang diperlukan untuk membentuk dan memelihara sistem manajemen mutu strategis ini. Sumber daya ini mencakup upaya yang diperlukan untuk membangun infrastruktur dasar, termasuk proses untuk menetapkan dan merinci tujuan, mengevaluasi hasil dan memberikan penghargaan kemudian pelatihan dalam pendekatan konseptual dan dalam pengoperasian sistem serta upaya yang diperlukan di semua tingkat, dalam rangka menyelenggarakan sistem secara berkelanjutan. Pelatihan terhadap penerima tentang bagaimana merespon harus dilakukan. Pelatihan ini mempunyai tujuan berupa perubahan perilaku agar dapat merancang kembali rencana yang ada dan melaksanakan proyek peningkatan mutu.

Infrastruktur perlu dibangun untuk melakukan pengendalian yang berupa evaluasi hasil operasi, membandingkan hasil tersebut dengan sasaran dan mengambil tindakan bila dijumpai penyimpangan.

Manajemen puncak secara berkala membahas tentang mutu, sehingga memungkinkan dapat dicapainya sasaran -sasaran mutu. Jika kinerja tidak memenuhi sasaran, maka tindakan manajerial perlu dilakukan seperti pemberian bantuan, pemberian perangsang, dan lain-lain. Bila diperlukan juga akan dilakukan tindakan manajerial kedua yang meliputi penggunaan sistem imbalan untuk memperkuat prioritas yang telah ditetapkan dalam rangka mencapai sasaran mutu strategis. Sasaran utama program imbalan adalah : (1) menarik orang yang berkualifikasi untuk bergabung dalam organisasi; (2) mempertahankan karyawan untuk tetap bekerja (3) memotivasi karyawan mencapai prestasi tinggi. Manajemen mengevaluasi masing masing prestasi baik formal maupun informal. Sebagai akibat evaluasi, memberikan imbalan ekstrinsik. Imbalan akan dinilai oleh individu. Individu juga menerima atau memperoleh imbalan intrinsik dari pekerjaannya. Besarnya imbalan yang sesuai , maka individu akan mencapai tingkat kepuasannya .^{14,34}

C. Manajemen Terpadu Balita Sakit

1. Proses Manajemen Kasus

Tujuan pelayanan kesehatan anak adalah untuk memfasilitasi kesehatan yang optimal dan kesejahteraan bagi anak dan keluarganya. Hal

ini berhubungan dengan aktifitas yang saling berkaitan antara masalah survailans dan manajemen, masalah pencegahan/preventif , promosi kesehatan dan koordinasi pelayanan pada anak dengan kebutuhan khusus. Perhatian tradisional yang berfokus pada diagnosis dan manajemen saat ini telah berkembang dengan skreening penyakit dan mendeteksi tanda tanda dini yang asimtomatik di populasi. Para petugas kesehatan telah mengakui manfaat dari program upaya preventif/ pencegahan. Contohnya adalah program imunisasi massal yang dilanjutkan dengan program imunisasi pada kegiatan rutin , juga program deteksi dini dan pemberdayaan masyarakat dalam pelayanan kesehatan dasar. Penekanan yang terbaru adalah berkaitan dengan konsep promosi kesehatan yang mengutamakan kesehatan yang optimal dan kesejahteraan anak daripada hanya penanganan saat ada masalah. Ilmu kedokteran modern yang semakin pesat telah meningkatkan pada populasi munculnya penyakit -penyakit kronis, *disabilitas*, dan anak anak dengan kebutuhan khusus. Para petugas di pelayanan primer berada pada posisi yang unik yang dihadapkan pada kompleksnya perawatan anak dan perlunya fasilitasi komunikasi secara individual yang melibatkan kasus mereka. Melayani anak bagi para petugas adalah merupakan anugerah sekaligus tantangan yang unik karena dihadapkan keterkaitan antara pengaruh lingkungan dan faktor intrinsik pada diri anak untuk ditelaah faktanya dari aspek kesehatan dan tumbuh-kembangannya. ^{xliii}

Salah satu metode yang dikembangkan untuk perawatan anak yaitu *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)* atau di Indonesia dikenal dengan MTBS, adalah program intervensi dalam penanganan anak terutama balita yang menggunakan suatu algoritme, sehingga dapat mengklasifikasikan penyakit yang dialami oleh balita, melakukan rujukan secara cepat apabila diperlukan, melakukan penilaian status gizi dan memberikan imunisasi kepada balita yang membutuhkan . Selain itu ibu balita juga diberi konseling tatacara memberi obat di rumah, pemberian nasihat mengenai makanan yang seharusnya diberikan dan memberitahu kapan harus kembali (kunjungan ulang) atau segera kembali untuk mendapatkan pelayanan tindak lanjut.^{2,3}

Strategi intervensi MTBS ini didalamnya termasuk konseling bagi ibu untuk memberitahu : kapan ibu harus kembali untuk kunjungan ulang sesuai dengan klasifikasi. Balita di bawa kembali untuk kunjungan ulang merupakan bentuk perawatan balita yang baik di rumah oleh keluarga dan menunjukkan keberhasilan konseling yang dilakukan kepada ibu tentang bagaimana seharusnya perawatan balita di lakukan. Hal ini karena anak sakit perlu datang lagi ke petugas kesehatan untuk pelayanan tindak lanjut . Pada waktu kunjungan ulang, Petugas kesehatan dapat menilai apakah anak membaik setelah diberi obat atau diperlukan diberi tindakan lainnya. Sebagai contoh, beberapa anak mungkin tidak bereaksi atas pemberian antibiotika tertentu atau obat malaria, sehingga diperlukan obat pilihan kedua. Anak dengan diare persisten membutuhkan tindak lanjut untuk

memastikan bahwa diare telah berhenti sama sekali. Anak dengan demam atau infeksi mata perlu dilihat jika keadaannya tidak membaik. Anak dengan masalah pemberian ASI dan makanan memerlukan tindak lanjut untuk memastikan bahwa mereka telah mendapat cukup ASI/ makanan sehingga berat badannya bertambah. Kedatangan anak untuk kunjungan kembali / ulang menunjukkan bahwa konseling yang diberikan dipahami ibu dan ini akan menentukan keberhasilan perawatan anak balita dirumah oleh keluarga dalam pelaksanaan perawatan anak yang baik di rumah.^{3,5}

Untuk menjaga kualitas pelayanan dan meningkatkan ketrampilan, petugas kesehatan dilatih standarisasi MTBS dengan mempelajari materi dasar dan materi inti yang memberikan pengetahuan dan ketrampilan klinis dalam Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) yang terdiri dari : penilaian dan klasifikasi anak sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun, menentukan tindakan, pengobatan, konseling bagi Ibu, tindaklanjut serta tatalaksana bayi muda umur 1 hari sampai 2 bulan (Manajemen Terpadu Bayi Muda/ MTBM) .

Selanjutnya untuk menjaga tetap terpeliharanya ketrampilan petugas akan manajemen pengelolaan paripurna pada balita, pelaksanaan di lapangan di terapkan pada formulir MTBS/MTBM yang berupa ceklist pengamatan untuk membimbing petugas dalam melakukan pelayanan kepada bayi dan balita.^{2,3}

Pelatihan standarisasi MTBS tersebut diatas dilaksanakan selama 6 hari efektif dengan sesi malam (minimal 60 jam pelajaran) , sebagaimana

ketentuan dalam Keputusan Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat Nomor :
KU.03.02/ BI.3/486/2007 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana
APBN Yang dilaksanakan di Propinsi, Kabupaten / Kota Tahun 2007
Program Upaya Kesehatan Masyarakat dan Program Perbaikan Gizi
Masyarakat.¹

Kompetensi yang diharapkan dari pelatihan MTBS adalah petugas kesehatan bisa melaksanakan proses manajemen kasus penanganan balita sakit dan bayi muda di fasilitas pelayanan kesehatan dasar seperti puskesmas, puskesmas pembantu, pondok bersalin , klinik, balai pengobatan maupun melalui kunjungan rumah. Dengan berpedoman pada buku bagan, petugas menangani balita sakit dan bayi muda diantaranya dengan melakukan :

- a. Menilai tanda tanda dan gejala penyakit, status imunisasi, status gizi dan pemberian vitamin A
- b. Membuat klasifikasi
- c. Menentukan tindakan sesuai dengan klasifikasi anak dan memutuskan apakah seorang anak perlu dirujuk
- d. Memberi pengobatan pra rujukan yang penting, seperti dosis pertama antibiotik, vitamin A, suntikan kinin dan perawatan anak untuk mencegah turunnya gula darah serta merujuk anak.
- e. Melakukan tindakan di fasilitas kesehatan (kuratif dan preventif) seperti pemberian oralit, vitamin A dan imunisasi.

- f. Mengajari ibu cara memberi obat di rumah (seperti antibiotik oral atau obat anti malaria) dan asuhan dasar bayi muda
- g. Memberi konseling kepada ibu mengenai pemberian makan pada anak termasuk pemberian ASI dan kapan harus kembali ke fasilitas kesehatan.
- h. Melakukan penilaian ulang dan memberi perawatan yang tepat pada saat anak datang kembali untuk pelayanan tindak lanjut

Dalam melakukan proses manajemen kasus ini , terdapat dua kelompok umur yaitu apabila anak umur 2 bulan sampai 5 tahun , menggunakan bagan ” penilaian dan klasifikasi anak sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun”. Sampai 5 tahun berarti anak belum mencapai ulang tahunnya yang kelima. Kelompok ini termasuk balita umur 4 tahun 11 bulan, akan tetapi tidak termasuk anak yang sudah berumur 5 tahun. Seorang anak yang berumur 3 bulan akan masuk dalam kelompok umur 2 bulan sampai 5 tahun, dan bukan dalam kelompok 1 hari sampai 2 bulan (Proses manajemen kasus dengan formulir MTBS). Apabila anak belum genap berumur 2 bulan, maka ia tergolong bayi muda. Bagan yang digunakan adalah ” Penilaian , klasifikasi dan pengobatan bayi muda umur 1 hari sampai 2 bulan ” Khusus mengenai bayi muda , bagan berlaku untuk bayi muda sakit maupun sehat (Proses manajemen kasus menggunakan formulir MTBM).^{3 ,xliv , xlv}

Dengan menggunakan buku bagan penilaian & klasifikasi anak umur 2 bulan sampai 5 tahun , petugas mempraktikkan ketrampilan sebagai berikut :

1. Menanyakan kepada ibu mengenai masalah yang dihadapi
2. Memeriksa tanda bahaya umum
3. Menanyakan kepada ibu mengenai empat keluhan utama :
 - a) Batuk atau sukar bernafas
 - b) Diare
 - c) Demam
 - d) Masalah telinga

Apabila ada keluhan utama tersebut diatas maka dilanjutkan dengan :

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

Ketrampilan selanjutnya adalah menentukan tindakan dan memberi pengobatan yang dibutuhkan. Pengobatan pada anak sakit dapat dimulai di klinik dan diteruskan dengan pengobatan lanjutan di rumah. Pada beberapa keadaan, anak yang sakit berat perlu di rujuk ke rumah sakit untuk perawatan lebih lanjut. Dalam hal ini perlu dilakukan tindakan pra rujukan sebelum anak di rujuk.

Pada bagian ini petugas mempunyai ketrampilan untuk :

1. Menentukan perlunya dilakukan rujukan segera
2. Menentukan tindakan dan pengobatan pra rujukan
3. Merujuk anak, menjelaskan perlunya rujukan, menulis surat rujukan
4. Menentukan tindakan dan pengobatan untuk anak yang tidak memerlukan rujukan segera
5. Memilih obat yang sesuai dan menentukan dosis dan jadwal pemberian
6. Memberi cairan tambahan untuk diare dan melanjutkan pemberian makan.
7. Memberi imunisasi setiap anak sakit sesuai kebutuhan.
8. Memberi suplemen vitamin A
9. Menentukan waktu untuk kunjungan ulang.^{xlvi}

Petugas kesehatan dilatih menyediakan waktu untuk menasehati ibu dengan cermat dan menyeluruh. Pada bagian ini adalah penting bagi

petugas untuk memahami bahwa praktik menasehati/ konseling bagi ibu adalah diharapkan ibu mampu menerapkan perawatan dirumah dengan baik. Pola perawatan di rumah yang benar merupakan indikator keberhasilan petugas dalam memberikan pemahaman / konseling mengenai masalah kesehatan anak ibu. Sebagai alat komunikasi penggunaan kartu nasehat ibu (KNI) / Buku KIA, akan membantu petugas untuk mempraktikkan konseling pada ibu.

Petugas akan mempraktikkan tugas konseling ini antara lain :

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

Pada tiap akhir kunjungan, petugas akan menjelaskan kapan harus kunjungan ulang. Kadang seorang anak membutuhkan tindak lanjut untuk lebih dari satu masalah. Pada kasus seperti ini, ibu diberitahu kapan waktu terpendek dan pasti ibu harus kembali. Dan dijelaskan juga kemungkinan anak harus kembali lebih awal jika masalah seperti demam menetap. Tabel 2.1 menunjukkan jadwal kunjungan ulang untuk anak 2 bulan sampai 5 tahun. Keterangan waktu yang pasti dan terpendek adalah nasehat yang diberitahukan kepada ibu balita setelah menyelesaikan klasifikasi.

Tabel 2. 1. Jadwal kunjungan ulang balita 2 bulan sampai 5 tahun

Anak dengan	Kunjungan ulang
Pneumonia Disentri Malaria, jika tetap demam Campak dengan komplikasi pada mata atau mulut Mungkin DBD, jika tetap demam Demam: mungkin bukan DBD, jika tetap demam	2 hari
Diare Persisten Infeksi telinga akut Infeksi telinga menahun Masalah pemberian makan Penyakit lain, jika tidak ada perbaikan	5 hari
Anemia	4 minggu (1 bulan)
Berat badan menurut umur sangat rendah (BGM)	4 minggu (1 bulan)

Ada beberapa kunjungan ulang yang berbeda untuk masalah gizi yaitu :

- a) Anak yang mempunyai masalah pemberian makan, dan ibu balita telah dianjurkan untuk melakukan perubahan dalam hal pemberian

makan, kunjungan ulang dalam waktu 5 hari adalah untuk melihat apakah ibu telah melakukan perubahan itu.

- b) Anak yang tampak pucat (anemia), kunjungan ulang dalam 4 minggu untuk memberi tambahan zat besi (yang penting anak dengan anemia akan mendapat zat besi dengan total pemberian untuk 1 bulan dan mendapat tindak lanjut setelah 1 bulan tersebut)
- c) Anak yang menderita BGM, kunjungan ulang dalam waktu 4 minggu / 1 bulan untuk menimbang anak, menilai ulang pemberian makan dan memberi nasehat lebih lanjut sesuai kartu Nasehat Ibu/ KIA.

Jadwal kunjungan ulang ini terdapat dalam kartu nasehat ibu , bersama nasehat kapan harus kembali segera (tabel 2.2). Bagian terpenting dari kapan harus kembali ini, petugas dilatih untuk selalu mengecek pemahaman ibu sebelum ibu meninggalkan klinik. Dalam memberikan nasehat itu petugas dapat menggunakan istilah istilah lokal yang mudah dimengerti ibu . Kartu nasehat ibu menampilkan tanda tanda tersebut dalam bentuk kalimat maupun dalam gambar. Petugas akan melingkari tanda-tanda yang harus diingat ibu. Petugas harus selalu menyadari bahwa kata kata dan nasehat tersebut dimengerti oleh ibu. Jika ibu tidak mengerti, mungkin ibu tidak akan kembali. Jika ibu tidak kembali pada saat anak menderita pneumonia anak mungkin dapat meninggal.

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

Kunjungan ulang	Tanda-tanda
Setiap anak sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak bisa minum atau menyusu 2. Bertambah parah 3. Timbul demam
Anak dengan batuk : bukan Pneumonia, juga kembali jika :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nafas cepat 2. Sukar bernafas
Jika anak Diare, juga kembali jika :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berak bercampur darah 2. Malas minum
Jika anak, mungkin DBD atau Demam : Mungkin bukan DBD, juga kembali jika :	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada tanda tanda perdarahan 2. Ujung ekstremitas dingin 3. Nyeri ulu hati atau gelisah 4. Sering muntah

Dengan demikian, Konseling yang baik diharapkan akan memberikan pemahaman kepada ibu balita akan perawatan balita yang benar dirumah, yang pada akhirnya meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan ibu akan perawatan yang benar bagi balitanya. ^{xlvii}

Tabel. 2.3. Jadwal kunjungan ulang bayi 1 hari sampai dengan 2 bulan

Bayi dengan klasifikasi	Waktu kunjungan ulang
Infeksi bakteri Gangguan pemberian ASI Luka atau bercak putih dimulut (thrust) Hipotermia sedang Diare dehidrasi ringan/ sedang	2 hari
Ikterus fisiologis Berat badan rendah	7 hari

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

1. Segera membawa bayinya kepetugas kesehatan jika timbul tanda penyakitnya bertambah parah

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

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

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

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

Seperti halnya pada balita umur 2 bulan sampai 5 tahun , petugas kesehatan dilatih untuk mempraktekkan ketrampilannya pada bayi 1 hari sampai 2 bulan sebagai berikut :

- a) Menanyakan kepada ibu mengenai masalah yang dihadapi bayi muda
- b) Memeriksa dan mengklasifikasi bayi muda untuk masalah :
 - 1) Kejang
 - 2) Gangguan nafas
 - 3) Kemungkinan infeksi bakteri
 - 4) Ikterus
 - 5) Gangguan saluran cerna
 - 6) Diare

- 7) Kemungkinan berat badan rendah
 - 8) Masalah pemberian ASI
- c) Menentukan status imunisasi pada bayi muda
 - d) Menilai masalah/ keluhan lain pada bayi muda maupun ibu
 - e) Menentukan tindakan (termasuk rujukan) dan memberi pengobatan pada bayi muda
 - f) Memberikan konseling bagi ibu
 - g) Memberikan pelayanan tindak lanjut pada bayi muda. ^{xlvi}

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

Tindak lanjut merupakan hal yang penting. Petugas dianjurkan membuat alur pelayanan khusus untuk kunjungan ulang. Karena petugas telah dilatih untuk menangani apabila bayi atau balita berkunjung ulang

,maka apabila bayi atau balita berkunjung ulang akan dilakukan sebagai berikut,

Petugas akan :

1. Menentukan apakah kunjungan anak adalah kunjungan ulang
2. Jika merupakan kunjungan ulang, menilai tanda tanda yang sesuai dengan petunjuk dalam kotak tindak lanjut (dalam buku bagan) untuk klasifikasi anak sebelumnya.
3. Memilih tindakan dan pengobatan berdasarkan tanda-tanda yang ada pada anak saat kunjungan ulang.
4. Jika anak mempunyai masalah baru, menilai dan mengklasifikasikan anak seperti anak pada kunjungan pertama

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

Tabel 2.5. Klasifikasi untuk dilakukan tindak lanjut

Anak umur 2 bulan sampai 5 tahun	Anak umur 1hari sampai 2 bulan
Kunjungan ulang pneumonia	Kunjungan ulang hipotermia sedang
Kunjungan ulang diare persisten	Kunjungan ulang infeksi bakteri lokal
Kunjungan ulang desentri	Kunjungan ulang ikterus fisiologik
Kunjungan ulang malaria	Kunjungan ulang Diare dehidrasi ringan/ sedang
Kunjungan ulang demam mungkin bukan malaria	Kunjungan ulang berat badan rendah
Kunjungan ulang campak dengan komplikasi mata atau mulut	Kunjungan ulang masalah pemberian ASI
Kunjungan ulang untuk mungkin demam berdarah dengue dan demam: mungkin bukan demam berdarah dengue	Kunjungan ulang luka atau bercak putih(trusth) di mulut
Kunjungan ulang infeksi telinga	
Kunjungan ulang masalah pemberian makan	

Kunjungan ulang anemia Kunjungan ulang BGM (bawah garis merah)	
---	--

Petugas telah dilatih ketrampilan untuk mengetahui sebagai berikut :

1. Jika menemukan klasifikasi kuning berubah menjadi hijau, artinya keadaan bayi muda membaik.
2. Klasifikasi yang tetap kuning berarti keadaan bayi muda tetap.
3. Jika klasifikasi kuning menjadi merah, keadaan bayi muda memburuk

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

Petugas akan merujuk bayi muda sakit jika :

1. Keadaan bayi memburuk atau
 2. Keadaan bayi tetap dan obat pilihan kedua tidak tersedia atau
 3. Petugas khawatir tentang keadaan bayi muda atau
 4. Tidak tahu harus berbuat apa dengan bayi muda.⁴⁸
2. Penerapan MTBS

Disamping ketrampilan yang harus dijaga benar oleh petugas dan pola perawatan di rumah yang benar oleh ibu balita bagi bayi dan balitanya, program MTBS ini juga perlu persiapan untuk penerapannya di Puskesmas.

Penerapan kegiatan MTBS di Puskesmas meliputi :

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

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

Penerapan MTBS pada semua unit pelayanan terdepan yang kontak dengan anak usia 0 - 5 tahun dengan menggunakan MTBS dalam

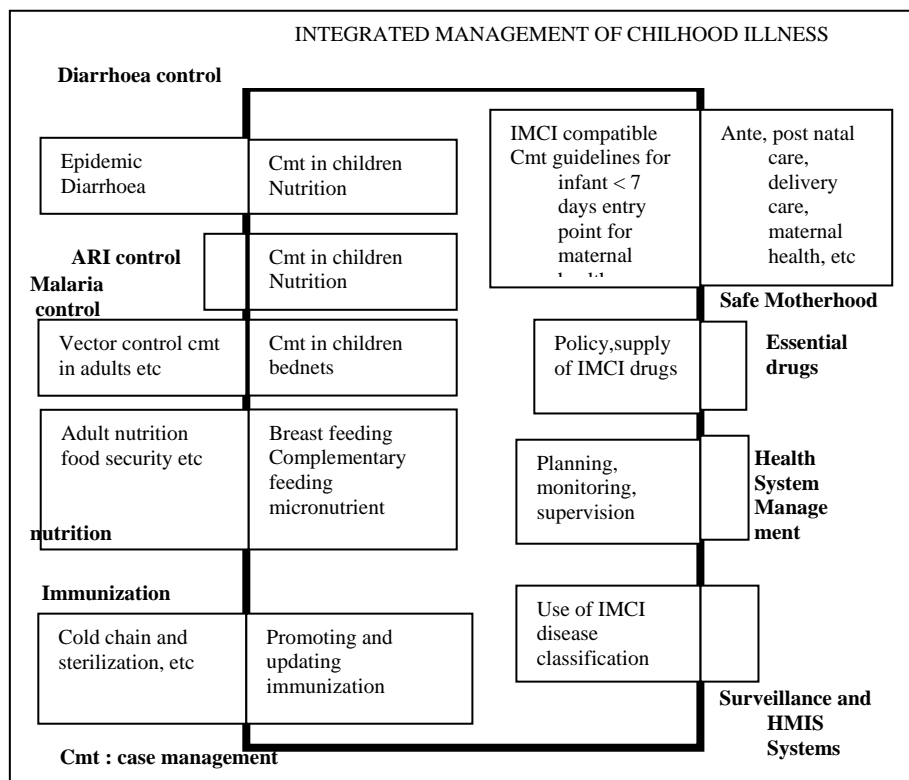
mengelola kesehatan anak , dapat secara preventif mendeteksi adanya kesakitan yang diderita, yang mungkin diperlukan rujukan untuk menyelamatkan jiwa. Juga upaya promotif untuk meningkatkan kesehatan melalui pemberian konseling gizi pada ibunya. Hal ini secara ekonomi akan menghemat biaya dibandingkan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

Penerapan MTBS yang baik dapat membantu melaksanakan paling tidak 18 SPM (Standar Pelayanan Minimal) Kabupaten Tahun 2010 yaitu :

1. KN2 90 % melalui penerapan MTBM
2. BBLR yang dilayani 100 % melalui penerapan MTBM
3. UCI 100 %
4. N/D 85 % dengan konseling gizi
5. BGM <15 % dengan mengatasi masalah pemberian makan
6. Bayi mendapat vitamin A
7. Balita mendapat vitamin A
8. PMT bagi BGM
9. Gizi buruk dilayani
10. Neonatal Risti ditangani
11. Pneumonia yang ditangani
12. Penderita DBD ditangani 100 %
13. CFR DBD < 1 %
14. Penderita diare ditangani 100 %

15. CFR diare < 1/10.000
16. ASI Eksklusif 80 %
17. Keluarga sadar gizi 80 %
18. Malaria ditangani 100 % ^{49,xlix} .

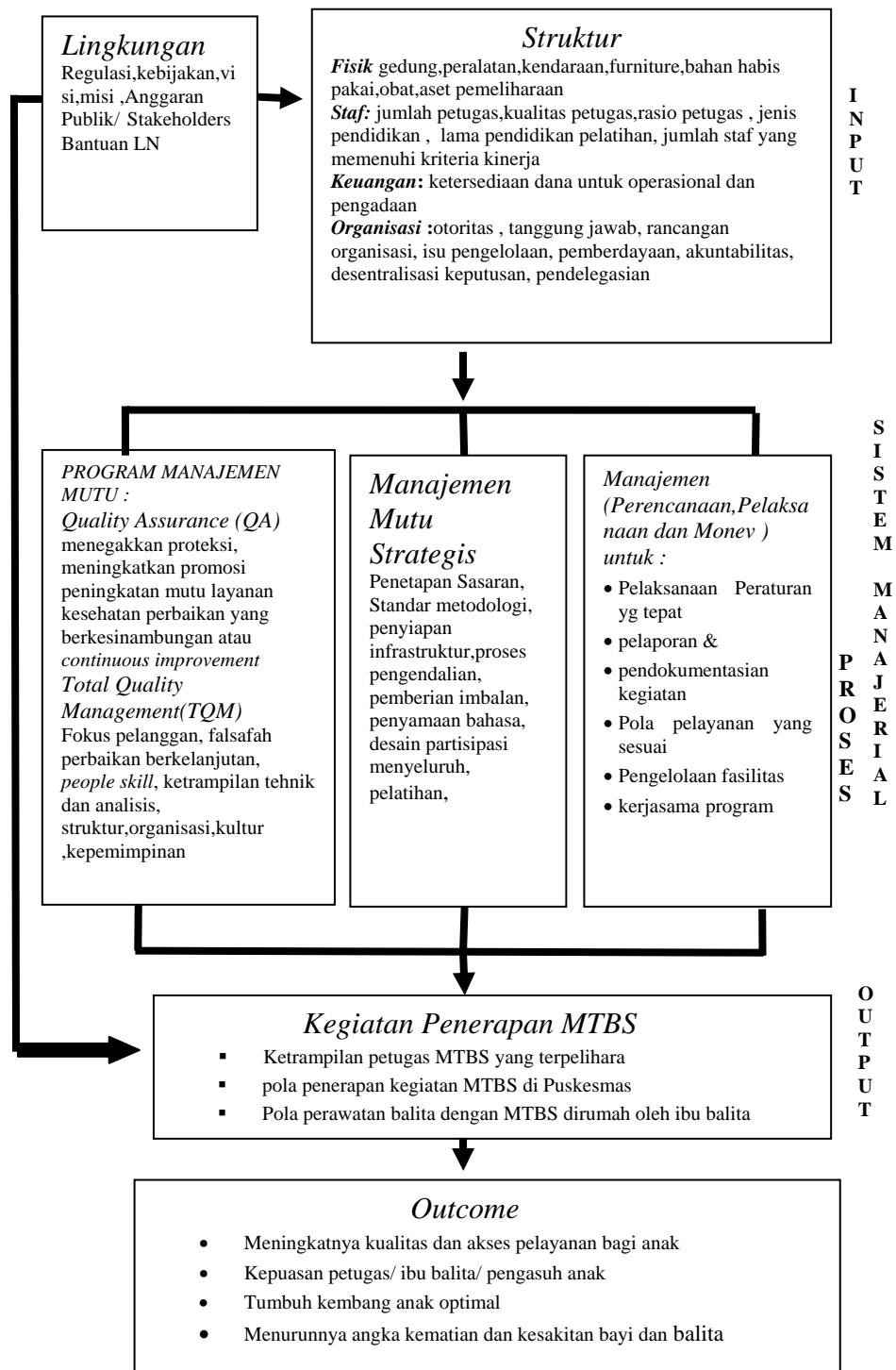
Hal ini karena MTBS / IMCI ini bukan merupakan program yang terpisah namun merupakan program terintegrasi yang secara efektif berkolaborasi dengan program lain seperti *safe-motherhood*, program P2 Diare, ISPA, pneumonia, Malaria, Program Gizi, ASI eksklusif, Program Imunisasi, Promosi Kesehatan, Perencanaan obat, Surveilans dan manajemen serta sistim informasi kesehatan sebagaimana digambarkan pada gambar 2.8, mengenai area overlapping dari MTBS dengan aktivitas program lain . ¹



Gambar 2.8. area overlapping dari MTBS dengan aktivitas program lain
 Sumber : *IMCI Information : Management of childhood illness in developing countries : Rationale for integrated strategy*⁵⁰

Kegiatan yang overlapping ini ditingkat Puskesmas diterapkan dalam bentuk keterpaduan lintas program antara program KIA , P2M, gizi, promosi kesehatan, dan pengobatan yang didukung oleh sistem rujukan, survailans dan manajemen.²⁴

D. Kerangka Teori



Gambar 2.9. kerangka teori: pendekatan sistem (Karhi Nisjar & Winardi, 1997) dalam manajemen dan merancang mutu (Juran, 1996); dan Pelayanan Prima (Depkes)

Pada kerangka teori digambarkan pendekatan sistem dalam manajemen untuk penerapan MTBS berarti bahwa manajemen atau organisasi pada hakekatnya dipandang sebagai suatu sistem yang terdiri dari unsur-unsur, komponen, elemen atau unit yang saling berhubungan, saling memerlukan, saling bereaksi, saling bergantung dalam mencapai tujuan dan sasaran organisasi. Faktor-faktor atau unsur penentu untuk keberhasilan kerja organisasi Puskesmas dalam penerapan MTBS adalah adanya tujuan, kegiatan-kegiatan, struktur, mekanisme kerja, sumber daya manusia, sumber daya selain manusia, lingkungan kerja/ kultur dan peran pimpinan / kepemimpinan . Dalam manajemen penerapan MTBS ini , pelaksanaan manajemen untuk mutu yang berhasil membutuhkan visi , perencanaan dan keterlibatan aktif manajemen tingkat atasnya,dan perlu ditunjang dengan pelatihan dan pendidikan yang berkelanjutan serta waktu, uang dan personel. Pendekatan manajemen mutu strategis dalam penerapan MTBS ini terdiri atas :

1. Suatu jenjang sasaran (sasaran utama , yang ditentukan oleh sasaran tingkat pada jenjang yang lebih rendah)
2. Standar metodologi untuk menetapkan dan menyediakan sumber daya yang diperlukan.
3. Infrastruktur, yang mencakup para manajer keuangan dan personalia pendukungnya

4. Proses pengendalian, yang mencakup sistem pengumpulan dan analisis data, pelaporan dan penelaahan kinerja berdasarkan sasaran yang telah ditentukan
5. Pemberian imbalan
6. Partisipasi menyeluruh (sasaran, laporan dan telaah kegiatan dirancang dalam bentuk berjenjang sesuai jenjang organisasi , sehingga para manajer dapat mendukung manajer tingkat atas dalam mengelola kegiatan)
7. Penyamaan bahasa, dengan memfokuskan pada unit pengukuran utama dan mengkomunikasikan secara jelas.
8. Pelatihan kepada seluruh manajer disemua tingkat dan fungsi untuk mendukung kegiatan

Dalam penerapan MTBS Puskesmas diperlukan program manajemen mutu yaitu *quality assurance* yaitu diartikan sebagai tindakan untuk menegakkan proteksi, promosi dan peningkatan mutu layanan kesehatan dalam rangka meningkatkan kemungkinan layanan menjadi lebih baik untuk menuju ke perbaikan yang berkesinambungan atau *continuous improvement*. Program ini diperluas kepada aspek pelanggan , sebagai program manajemen mutu terpadu (*Total Quality Management*) yang berperan memuaskan pelanggan internal maupun pelanggan eksternal melalui pencegahan dan mengurangi sebab-sebab kesalahan.

Untuk menerapkan mutu dalam pelayanan MTBS juga diperlukan proses manajemen Puskesmas yang terdiri dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring

dan evaluasi yang harus mempertimbangkan untuk menerapkan pelayanan prima Departemen Kesehatan yang mempunyai aspek aspek berikut :

1. Kemudahan akses informasi (aspek pengguna)
2. Pelaksanaan peraturan secara tepat, konsisten dan konsekuen (aspek proses pelayanan)
3. Pelaksanaan hak dan kewajiban pemberi dan penerima pelayanan (aspek SDM dan kepuasan pelanggan)
4. Penanganan dan pendokumentasian kegiatan pelayanan dilakukan oleh tenaga yang berwenang/ kompeten (aspek proses dan SDM)
5. Penciptaan pola pelayanan yang sesuai dengan sifat dan jenisnya sebagai efisiensi dan efektifitas (aspek SDM dan proses pelayanan)
6. Penetapan tarif sesuai dengan kemampuan masyarakat dengan mekanisme pungutan yang transparan serta adanya pengendalian dan pengawasan yang cermat (aspek finansial dan kepuasan pelanggan)
7. Tidak ada pembedaan dalam memberikan pelayanan serta pemerataan distribusi cakupan (aspek kepuasan pelanggan)
8. Kebersihan fasilitas pelayanan dan lingkungan (aspek proses pelayanan)
9. Sikap ramah dan sopan petugas serta meningkatkan kinerja secara kualitatif dan kuantitatif dengan kapasitas optimal (aspek kepuasan pelanggan dan aspek SDM)

Untuk mendukung berjalannya sistem diperlukan input atau unsur unsur program, berupa komponen struktur yang terdiri dari input fisik, staf,

keuangan dan pengelolaan organisasi. Didalam kerangka dasar input-output ini, elemen elemen tujuan, manusia struktur, tehnik-tehnik dan informasi dikoordinasikan dan diintegrasikan oleh sistem manajerial. Interaksi, negosiasi dan pertukaran antara organisasi dengan lingkungan terjadi pada batas output dan pemakai dan batas sumber daya dengan input .

BAB III

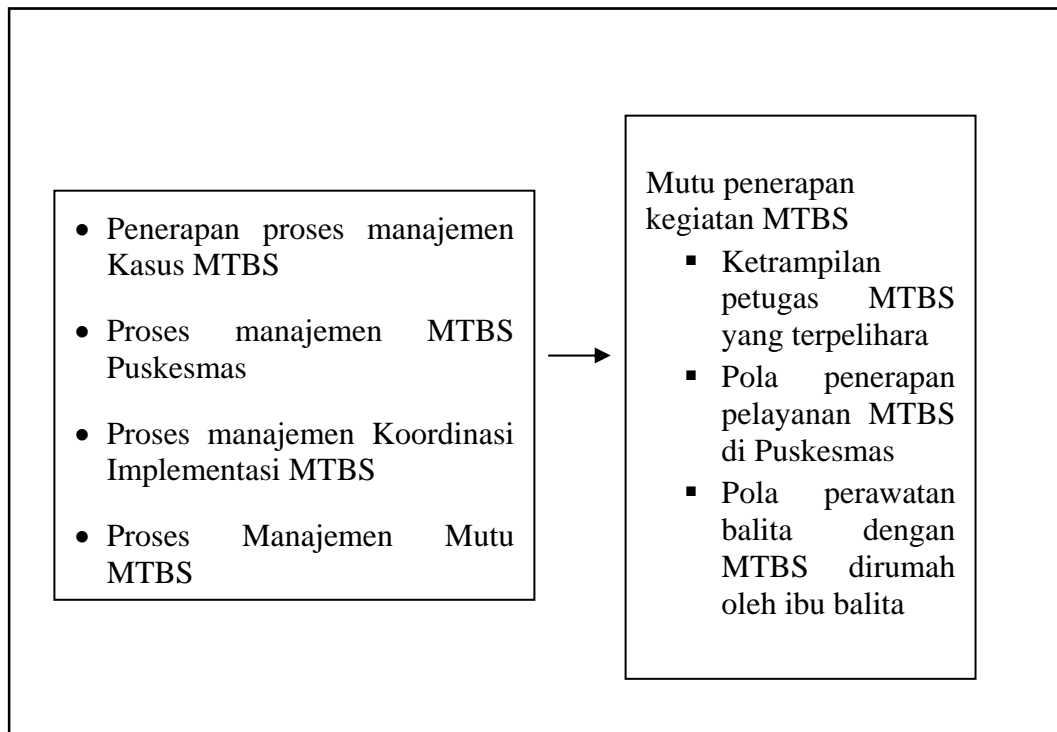
METODOLOGI PENELITIAN

A. Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari :

1. Penerapan proses manajemen kasus MTBS
2. Proses Manajemen MTBS Puskesmas
3. Proses Manajemen Koordinasi Implementasi MTBS
4. Proses Manajemen Mutu MTBS
5. Keterampilan petugas yang terpelihara
6. Pola Penerapan Pelayanan MTBS di Puskesmas
7. Pola Perawatan balita dengan MTBS di rumah oleh Ibu Balita

B. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar. 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Pada kerangka konsep, sebagai hipotesis kerja adalah faktor faktor proses manajerial yang terdiri dari: (1) penerapan proses manajemen kasus, (2) proses manajemen MTBS Puskesmas (3) proses manajemen koordinasi implementasi MTBS, (4) proses manajemen mutu MTBS, kesemuanya mempunyai kaitan untuk tercapainya mutu penerapan kegiatan MTBS puskesmas di Kabupaten Brebes yang berupa (5) ketrampilan petugas MTBS yang terpelihara ,(6) pola penerapan kegiatan MTBS di unit pelayanan MTBS, (7) pola perawatan balita dengan MTBS dirumah oleh ibu balita.

C. Rancangan Konsep Penelitian

1) Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional yang bersifat kualitatif. Alasan pemilihan metode kualitatif karena dengan data kualitatif dapat mengikuti dan memahami alur peristiwa secara kronologis . Pada penelitian kualitatif dimaksudkan untuk mencari penjelasan tentang apa yang muncul pada tempat dan waktu tertentu. Tujuannya adalah untuk mengungkapkan dan menyingkap dan menilai sebab akibat dalam lingkup pikiran orang-orang setempat. Karena penelitian tentang organisasi/ manajemen berarti berhadapan dengan kenyataan yang kompleks maka dengan metode penelitian secara kualitatif diharapkan diperoleh penjelasan yang banyak dan bermanfaat, dan dapat membimbing untuk memperoleh penemuan-penemuan yang tidak terduga sebelumnya , karena metode ini menyajikan secara langsung hakikat hubungan peneliti dan responden dan metode ini lebih peka serta dapat menyesuaikan diri dengan banyak penajaman pengaruh bersama terhadap pola-pola nilai yang dihadapi. Pendekatan fenomenologi digunakan pada metodologi kualitatif sebagai pandangan berfikir yang menekankan pada fokus kepada pengalaman subyektif manusia dan interpretasi dunia, dalam hal ini ingin dipahami bagaimana hal itu muncul untuk dijelaskan pada orang lain.

Phenomenology menerima pengalaman yang ada pada kesadaran diri individu. *Phenomenologist* memelihara intuisi tersebut sebagai hal penting dalam mengembangkan pengetahuan, meskipun arti manusia tidak diartikan dari impresi saja.^{li lii}

Pada penelitian ini data kualitatif didukung oleh data deskriptif yang ditanyakan kepada 28 kepala Puskesmas di Kabupaten Brebes yang berkaitan dengan pengetahuan dan sikap kepala Puskesmas perihal manajemen mutu penerapan MTBS.

2) Pendekatan Waktu Pengumpulan Data

Pendekatan waktu dalam pengumpulan data pada penelitian ini adalah *survey cross sectional* yaitu suatu penelitian dengan cara pendekatan observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*), artinya setiap subyek penelitian hanya diobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap status karakter atau variabel subyek pada saat pemeriksaan. Hal ini tidak berarti bahwa subyek penelitian diamati pada waktu yang sama.⁵² liii,

3) Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara mendalam yang bermaksud menggali lebih dalam topik yang sedang dipersoalkan pada proses wawancara. Wawancara mendalam ini bisa dimaksudkan untuk klarifikasi, mendapatkan tanggapan lebih kritis, untuk mendapatkan penjelasan suatu aspek, refokus untuk alternatif pemecahan dan untuk mendapatkan informasi tentang intensitas perasaan responden dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam. Data primer didapatkan pula dari FGD dimana pewawancara bertanya pada anggota kelompok dengan pertanyaan yang sangat khusus tentang topik sesudah hasil

penelitian dilaksanakan serta data primer tentang pengetahuan dan sikap kepala Puskesmas dengan kuesioner tertutup untuk data deskriptif .
Sebagai sumber data sekunder dilakukan melalui penelusuran dokumen.
Data primer dan sekunder diarahkan kepada mencari informasi mengenai variabel sistem manajerial MTBS . Data pengetahuan dan sikap kepala Puskesmas tentang manajemen mutu yang berkaitan dengan mutu penerapan MTBS Puskesmas di tanyakan dengan kuesioner pertanyaan tertutup kepada 28 kepala Puskesmas di Kabupaten Brebes .

4) Populasi Penelitian

Populasi merupakan keseluruhan subyek penelitian. Sesuai dengan sasaran penelitian ini, maka populasinya adalah tim manajemen MTBS Puskesmas.

5) Prosedur Pemilihan Sampel dan Sampel Penelitian

Subyek dipilih berdasarkan tujuan penelitian (*secara purposive*) yaitu mengetahui faktor faktor manajemen mutu MTBS yang terkait dengan mutu penerapan MTBS di Puskesmas, sehingga yang dipilih menjadi sampel subyek adalah manajemen lini pertama yaitu kepala Puskesmas yang mewakili Puskesmas di Kabupaten Brebes yang terdiri enam Kepala Puskesmas yang mewakili manajer unit Pelayanan MTBS Puskesmas.

Kepala Puskesmas yang dipilih sebanyak 6 orang untuk wawancara mendalam ditentukan dengan kriteria, yang diharapkan dapat mewakili manajemen yang ada di 28 Puskesmas di Kabupaten Brebes.

Untuk membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi dilakukan dengan triangulasi dengan sumber lain yaitu pada pemegang program MTBS Kabupaten, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes, Kasubdin Yankes, Kasie Kesga, Kasie P2M dan Kasie Gizi , fasilitator MTBS Kabupaten, Bappeda dan ibu balita, dan dari fasilitator UNICEF, Koordinator MTBS puskesmas.

Obyek penelitian adalah seluruh data primer dan sekunder yang diperlukan untuk penelitian ini yaitu berbagai data tentang sistem manajerial mutu MTBS yang berkaitan dengan penerapan proses manajemen kasus, proses manajemen MTBS Puskesmas, proses manajemen mutu koordinasi dan implementasi MTBS, proses manajemen mutu MTBS dalam rangka untuk menghasilkan output yang berupa ketrampilan petugas MTBS yang terpelihara, pola penerapan pelayanan MTBS di Puskesmas, pola perawatan balita dengan MTBS dirumah oleh ibu balita.

6) Definisi Operasional variabel Penelitian

- a) Penerapan proses manajemen kasus MTBS adalah bagaimana Kepala Puskesmas melaksanakan komponen manajerial yang berupa penyediaan manual/ buku bagan, pengaturan pengisian formulir MTBS dan MTBM, pengaturan dalam pemberian KNI, pengaturan pemberian tindakan dan pengobatan, pengaturan pelayanan tindak lanjut pada saat

pelaksanaan proses manajemen kasus. Data ditanyakan dengan wawancara mendalam .

- b) Proses Manajemen MTBS Puskesmas adalah upaya Kepala Puskesmas melaksanakan manajemen untuk pelaksanaan peraturan , mengatur pendanaan, ketenagaan, tempat pelayanan, ketersediaan sarana (alat pemeriksaan, formulir, obat), upaya pelaporan , mengatur formulir sebagai catatan medis, mengatur sarana konseling, mengatur pelatihan, mengatur kegiatan monitoring dan penilaian pada pelaksanaan MTBS di Puskesmas. Data ditanyakan dengan wawancara mendalam.
- c) Proses Manajemen Koordinasi Implementasi MTBS meliputi bagaimana upaya kepala Puskesmas dalam penyamaan substansi isi dokumentasi, substansi dan cara pendokumentasian kegiatan, substansi pelaporan, pola pelayanan dan rujukan program. Data ditanyakan dengan wawancara mendalam.
- d) Proses Manajemen Mutu MTBS meliputi bagaimana upaya Kepala Puskesmas dalam meningkatkan pelaksanaan MTBS dari segi :
- kepemimpinan yaitu kejelasan visi , misi, pengarahannya, pembinaan, penyampaian informasi dan pengambilan keputusan pada proses manajemen kasus, manajemen MTBS dan manajemen koordinasi implementasi MTBS, upaya meningkatkan kultur yaitu penyamaan nilai –nilai , norma dan perilaku, upaya peningkatan organisasi yaitu pembagian tugas, wewenang dan tanggung jawab dan penempatan staf untuk tugas pembinaan, fasilitasi, koreksi dan perbaikan, serta upaya meningkatkan ketrampilan analitis dan ketrampilan manusia yaitu kegiatan pengumpulan, pengolahan data kegiatan MTBS dan upaya meningkatkan fokus pada pelanggan yaitu kegiatan yang mengutamakan kepuasan pelanggan. Data proses manajemen mutu MTBS ditanyakan dengan wawancara mendalam

- e) Mutu penerapan kegiatan MTBS adalah output kegiatan yang berupa terpelihara ketrampilan petugas MTBS dalam pelaksanaan MTBS di Puskesmas, terbentuknya suatu pola penerapan pelayanan MTBS di Puskesmas dan terbentuknya pola perawatan balita dengan metode MTBS yang dilakukan oleh ibu balita . Data ditanyakan dengan wawancara mendalam.

7) Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian

Instrumen dan cara penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

- a) Data primer

Diperoleh dengan wawancara mendalam dan triangulasi pada narasumber yang terpilih yaitu :

- 1) Kepala Puskesmas mewakili manajemen lini pertama di wawancarai tentang sistem mutu manajerial penerapan proses manajemen kasus, manajemen MTBS, proses manajemen koordinasi dan implementasi dan manajemen mutu MTBS
- 2) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes diwawancarai tentang kebijakan umum manajemen mutu MTBS
- 3) Kasubdin YanKes tentang sistem mutu manajerial penerapan MTBS Puskesmas di Kabupaten Brebes dan keterkaitan dengan kasie lain.

- 4) Kasie Kesga tentang sistem mutu manajerial penerapan proses manajemen kasus, manajemen MTBS, proses manajemen koordinasi dan implementasi dan manajemen mutu MTBS
- 5) Kasubdin lain yaitu Kasie P2M dan Kasie gizi tentang kerjasama program yang overlapping dan keterkaitan program .
- 6) Fasilitator MTBS Kabupaten tentang sistem mutu manajerial penerapan proses manajemen kasus, manajemen MTBS, proses manajemen koordinasi dan implementasi dan manajemen mutu MTBS
- 7) Bappeda yang membidangi MTBS tentang kebijakan yang mendukung mutu MTBS.
- 8) Ibu balita ditanyakan mengenai pelayanan dengan metode MTBS, sampel diambil secara acak pada 6 puskesmas yang ditunjuk , masing masing puskesmas 1 ibu balita yang telah memeriksakan anaknya dan berkunjung ulang dan anak berusia dibawah 5 tahun.
- 9) Utusan dari Unicef perwakilan Jawa tengah tentang kerjasama Unicef dengan Kabupaten Brebes tentang program MTBS.
- 10) Pemegang Program MTBS Kabupaten dan Puskesmas.

Data primer juga didapatkan dari FGD yang akan dilakukan setelah hasil wawancara mendalam (*indepth*) dan data kuantitatif dihasilkan. Diskusi kelompok terarah ini sebelumnya dibuat dulu protokol untuk *needs assessment* . Kelompok terarah yang berupa

suatu daftar topik atau pertanyaan-pertanyaan terbuka (*open ended*) yang digunakan untuk membimbing diskusi kelompok. Protokol ini harus (a) meliputi topik dalam suatu logika, dikembangkan secara runtut, sehingga terbangun kaitan antara satu dan lainnya ,(b) mengangkat isu-isu open ended yang relevan dan terkait dengan peserta diskusi dan mengundang kelompok untuk membuat respons kolektif ,(c) mengukir/ menyunting topik-topik yang dapat dikelola untuk diteliti dalam satu periode.³¹

b) Data sekunder

Diperoleh dengan mengumpulkan dokumen yang terkait dengan sistem manajemen mutu MTBS yang telah dilakukan dengan mencatat pada formulir isian.

8) Teknik Pengolahan dan Analisis data

a) Analisis Data Kualitatif

Data yang telah dikumpulkan dari wawancara mendalam dan FGD dengan informan diolah kemudian dilakukan analisis data. Analisis data adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, memilah milah menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain. Metode yang digunakan adalah dengan

metode analisis konten (*content analysis*) atau kajian isi. Langkah analisis konten didasarkan pada beberapa hal yaitu :

1. Menyesuaikan materi
2. Aturan analisis yaitu membagi materi kedalam satuan satuan
3. Katagori adalah pusat analisis. Katagori ditemukan dan direvisi di dalam proses analisis
4. Kriteria kredibilitas dan validitas dilakukan secara komprehensif inter-subyektif yaitu dengan jalan membandingkan dengan penelitian lainnya dengan memanfaatkan triangulasi. Untuk memperkirakan reliabiitas inter-kode digunakan cek silang dengan sumber data
5. Analisis isi ini merupakan analisis topik, tiap interview dipilah-pilah menurut topik dan dikelompokkan ke dalam katagori-katagori. Kemudian dilakukan analisis dengan menggunakan formasi matriks untuk berusaha melihat hubungan antara katagori dan menyusun atau memformulasi proposisi tentatif atau istilah lain memformulasi hipotesis.^{51,52,53}

b) Data Kuantitatif

Untuk pengetahuan dan sikap , data diolah dengan SPSS 13 secara deskriptif . Adapun macam analisa data dalam penelitian ini adalah dengan analisis univariat dilakukan terhadap variabel penelitian.

Analisis ini menghasilkan distribusi frekuensi, nilai-nilai ukuran pemusatan (mean, median dan modus) dari masing-masing variabel.

D. Jadwal Penelitian

1. Penelitian dilakukan setelah pengurusan izin yang pada Januari 2008.
2. Penelitian dan FGD pada bulan Maret sampai dengan Juni 2008
3. Penyusunan dan konsultasi serta seminar hasil diseminarkan pada bulan Juni 2008.
4. Pengolahan dan penyusunan laporan bulan Juni 2008.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Keterbatasan Penelitian

Karena Penelitian dalam bidang organisasi berhadapan dengan sesuatu yang kompleks maka penelitian ini tidak akan menganalisis pengaruh faktor faktor manajemen terhadap mutu pelayanan MTBS Puskesmas , namun penelitian ini akan mencoba mengungkap terlebih dulu faktor -faktor yang ada pada lingkup manajemen mutu MTBS terlebih dahulu, diharapkan dengan ini akan ditemukan banyak informasi untuk dilakukan penelitian selanjutnya

Dalam pelaksanaan penelitian ini tidak terlepas dari faktor keterbatasan dan kelemahan. Adapun keterbatasan dan kelemahan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Keterbatasan pada pengumpulan data untuk memperoleh informasi terhadap kegiatan penerapan MTBS Puskesmas. Keterbatasan ini

dikarenakan tidak seluruh Puskesmas mempunyai data yang baik tentang penerapan MTBS dan tidak seluruh Puskesmas memberikan laporan lengkap kegiatan MTBS kepada Dinas Kesehatan kabupaten Brebes.

2. Sampel untuk pengumpulan data dalam usaha untuk menggali sebanyak-banyaknya tentang informasi kegiatan maupun pelaksanaan manajemen mutu hanya diambil 6 kepala puskesmas / informan dari 28 Kepala Puskesmas dan kondisi penelitian hanya berlaku untuk di Kabupaten Brebes, sehingga memungkinkan adanya keterbatasan dalam penelitian ini.
3. Karena faktor keterbatasan dari informan untuk bisa bebas mengeluarkan pendapat dalam pelaksanaan FGD, maka hasil diskusi tidak dapat secara lengkap untuk menghasilkan suatu data dan kesimpulan
4. FGD dilaksanakan hanya sekali saja, dan karena kesibukan masing masing informan maka pelaksanaan FGD dilakukan, pada saat peserta FGD bisa hadir secara lengkap .
5. Karena penelitian manajemen yang diambil mencakup ilmu yang sangat luas, maka pertanyaan yang dipilih peneliti untuk pedoman wawancara tidak mencakup secara rinci dan lengkap.
6. Keterbatasan waktu penelitian, terutama waktu yang diperlukan untuk pengumpulan data , memungkinkan adanya data yang tidak terkumpul dengan baik dan lengkap.

Namun peneliti berusaha untuk mengurangi kekurangan ini dengan cara, apabila ada hal yang masih kurang, peneliti berusaha mengkonfirmasi kembali dengan informan.

B. Gambaran Umum Daerah Penelitian



Gambar 4.1. Peta kabupaten Brebes

Kabupaten Brebes terletak di bagian utara paling barat dari provinsi Jawa Tengah dan terletak di antara $108^{\circ} 41'$ - $109^{\circ} 11' 28,92''$ Bujur Timur dan $6^{\circ} 44, 56' 5''$ – $7^{\circ} 20' 51,48''$ Lintang Selatan. Batas sebelah utara: laut Jawa, sebelah Timur : kabupaten Tegal dan kota Tegal, sebelah selatan: kabupaten Banyumas dan kabupaten Cilacap, sebelah barat: provinsi Jawa Barat.

Ketinggian kabupaten Brebes adalah 1 meter dari permukaan air laut (DPL) di kecamatan Wanasari, 3 meter DPL di ibu kota kabupaten, dan 875 meter DPL di kecamatan Sirampog.

Adapun luas kabupaten Brebes adalah 166.117 Ha, yang terdiri atas lahan sawah (63.471 Ha), dan lahan bukan sawah (102.646 Ha). Lahan bukan sawah antarlain pekarangan/ bangunan (19.066 Ha), tambak/kolam/rawa (7.646 Ha), hutan (52.586 Ha), perkebunan (1.184 Ha).

Jumlah penduduk kabupaten Brebes pada tahun 2004 adalah sebesar 1.722.306 jiwa yang terdiri atas 859.887 jiwa laki-laki dan 862.419 jiwa perempuan. Pertumbuhan penduduk di kabupaten Brebes tahun 2004 sebesar 0,303 %.Kepadatan penduduk dilihat dari luas wilayah pada tahun 2004 adalah 1.038 jiwa/ km 2. Kepadatan penduduk tertinggi ada di kecamatan Jatibarang yaitu 2.385 jiwa / km 2 dan kepadatan terendah ada di kecamatan Salem yaitu 362 jiwa / km 2.

Mata pencaharian penduduk kabupaten Brebes sebagian besar adalah sebagai petani baik petani sendiri maupun buruh tani. Penduduk yang mempunyai mata pencaharian petani sendiri mencapai 29,32 % dan buruh tani sebanyak 40,56 %. Keadaan tanah di kabupaten Brebes yang subur sangat mendukung sektor pertanian ini sehingga jumlah penduduk yang bekerja pada sektor pertanian cukup besar.

Kabupaten Brebes di bagi menjadi 17 Wilayah Kecamatan yang terdiri dari 292 Desa dan 5 Kelurahan, yang seluruhnya merupakan desa/ kelurahan swasembada. Dari jumlah itu dibagi menjadi 1.112 dusun, 1.615 RW/lingkungan dan 8.002 Rukun Tetatangga (RT).

Tabel 4.1. Nama kecamatan dan jumlah desa

No	Kecamatan	Desa	No	Kecamatan	Desa
1.	Salem	21	10	Losari	22
2.	Bantarkawung	18	11.	Tanjung	18
3.	Bumiayu	15	12.	Kersana	13
4.	Paguyangan	12	13.	Bulakamba	19
5.	Sirampog	13	14.	Wanasari	20
6.	Tonjong	14	15.	Songgom	10
7.	Larangan	11	16.	Jatibarang	22
8.	Ketanggungan	21	17	Brebes	23
9..	Banjarharjo	25			

Roda pemerintahan daerah kabupaten Brebes diselenggarakan oleh Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) menurut asas desentralisasi, yaitu penyerahan wewenang pemerintah oleh pemerintah pusat kepada daerah otonom dalam kerangka Negara Kesatuan Republik Indonesia (UU No. 22 Tahun 1999). Pemerintah Daerah Kabupaten Brebes dipimpin Bupati dan Wakil Bupati dengan dibantu oleh Sekretaris Daerah dan perangkat Pemerintah Kabupaten Brebes yang ada.

Sarana kesehatan di Kabupaten Brebes yaitu puskesmas sebanyak 28 buah, RS ada 7 buah, BP / Klinik 9 buah sedangkan praktek dokter 149 buah. Puskesmas di kabupaten Brebes merupakan unit pelaksana teknis dari dinas namun belum diatur dalam perda tersendiri tentang kedudukan puskesmas. Sebagai bagian dari Dinas Kesehatan, Puskesmas melaksanakan tugasnya sebagai UPT.

Jumlah Puskesmas di Kabupaten Brebes dalam perkembangan terakhir akan dikembangkan menjadi 38 buah dari 28 Puskesmas yang ada saat ini terdiri dari 15 Puskesmas Rawat Inap (SK Kepala Dinas Kesehatan No: 440/1090 tanggal 10 april 2007) dan 13 puskesmas non perawatan, Puskesmas Pembantu sebanyak 62 buah dan puskesmas keliling 32 buah dengan Polindes 297 buah. Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas (termasuk pustu dan polindes) sampai Agustus 2007 adalah dokter 90 orang, bidan 449 orang dan perawat 190 orang.

Responden untuk data deskriptif tentang pengetahuan dan sikap Kepala Puskesmas diambil dari seluruh Puskesmas di kabupaten Brebes. Sedangkan

wawancara mendalam untuk manajer lini pertama MTBS di Puskesmas

dilakukan di 6 Puskesmas dengan kriteria sebagai berikut :

Tabel 4. 2. Daftar pemilihan Responden Kepala Puskesmas

Puskesmas	Kriteria
Brebes	Peringkat 1 Puskesmas berprestasi wilayah kecamatan
Siwuluh	Peringkat 1 Puskesmas berprestasi wilayah non kecamatan
Jatibarang	Puskesmas berprestasi peringkat rata-rata wilayah kecamatan
Bojongsari	Puskesmas berprestasi rata-rata wilayah non kecamatan
Cikakak	Peringkat terendah katagori Puskesmas wilayah non kecamatan
Larangan	Puskesmas dengan penilaian MTBS paling baik menurut DKK.

Profil Puskesmas yang terpilih sebagai obyek penelitian adalah :

Tabel 4.3. Profil Puskesmas yang terpilih sebagai obyek penelitian

Puskesmas	Siwuluh	Larangan	Bojongsari	Jatibarang	Cikakak	Brebes
Jumlah Pegawai	40	50	44	95	36	136
Jumlah Dokter	2	2	2	4	1	5
Bidan Puskesmas	7	3	2	14	3	21
Bidan desa	9	12	10	19	12	25
Jumlah Perawat	4	17	13	21	9	24
Jumlah HS	1	1	0	2	0	2
Jumlah Petugas Gi zi Desa Wil.	1 5	1 6	1 8	2 22	1 10	3 23
Jenis PKM	Non R.I	R.I	R.I	R.I	Non R.I	Non R.I

C. Analisis data Kuantitatif

1. Deskripsi Karakteristik Kepala Puskesmas di Kabupaten Brebes

Karakteristik responden meliputi : umur, masa kerja, pendidikan dan pelatihan mutu dan pelatihan standarisasi MTBS dapat dilihat pada tabel 4.4 sampai dengan tabel 4.8.

a. Distribusi Responden menurut Umur

Pada tabel 4.2 terlihat bahwa sebagian kepala Puskesmas (60,7 %) berumur >40 tahun, dan umur kepala Puskesmas termuda berumur 30 tahun serta tertua 58 tahun.

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Responden menurut Umur

Umur	Frekuensi (f)	Prosentase(%)
------	---------------	---------------

<30 tahun	0	0
30 – 39 tahun	11	39,3
>40 tahun	17	60,7
Jumlah	28	100,0

$$\bar{X} = 43,54 \quad \text{Min: } 30 \quad \text{Max: } 58 \quad \text{SD}=7,574$$

Sesuai dengan teori stereotype yang ditulis oleh Gibson bahwa umur merupakan bagian dari variabel individu yang dapat mempengaruhi tindakan manajerial dalam melakukan sesuatu.³⁴

b. Distribusi Responden menurut Masa Kerja

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Masa Kerja Responden

Masa Kerja	Frekuensi (f)	Prosentase(%)
< 8 tahun	11	39,3
8 – 19 tahun	14	50,0
≥ 20 tahun	3	10,7
Jumlah	28	100,0

$$\bar{X} = 9,89 \quad \text{Min : } 1 \quad \text{Max : } 28 \quad \text{SD}=7,608$$

Berdasarkan tabel 4.5 terlihat bahwa sebagian responden (50,0%) dengan masa kerja antara 8 – 19 tahun, sedangkan 11 responden (39,3 %) mempunyai masa kerja kurang dari 8 tahun. Hanya 3 (10,7%) yang mempunyai masa kerja lebih dari atau sama 20 tahun. Hal tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar kepala puskesmas telah cukup lama menjalankan pekerjaan manajemen. Pengalaman bekerja ini banyak memberikan keahlian dan keterampilan kerja.

c. Distribusi Responden menurut Tingkat Pendidikan

Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Pendidikan Terakhir Responden

Pendidikan Terakhir	Frekuensi (f)	Prosentase(%)
Dokter	25	89,3
Dokter gigi	2	7,1
SKM	1	3,6
Jumlah	28	100,0

Dari tabel 4.6. terlihat bahwa kepala Puskesmas di kabupaten Brebes lebih banyak mempunyai latar belakang pendidikan dokter umum sebanyak 25 orang (89,3%), sedangkan yang berlatar belakang pendidikan dokter gigi 2 orang (18,2) dan SKM 1 orang (3,6%).

d. Distribusi Responden menurut Pelatihan yang diikuti

Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Pelatihan Manajemen Mutu Responden

Pelatihan Manajemen Mutu	Frekuensi (f)	Prosentase(%)
Belum Pernah	9	32,1
Pernah	19	67,9
Jumlah	28	100,0

Dari tabel 4.7 terlihat bahwa kepala Puskesmas yang pernah mengikuti pelatihan manajemen mutu sebanyak 19 orang (67,9%) lebih

banyak dari pada yang belum mengikuti pelatihan 9 orang (32,1%). Kondisi tersebut menunjukkan bahwa masih ada sebagian kepala Puskesmas yang belum mempunyai bekal cukup untuk melaksanakan manajemen mutu.

e. Distribusi Responden menurut Pelatihan MTBS

Tabel 4.8. Distribusi Frekuensi Pelatihan MTBS

Pelatihan Manajemen MTBS	Frekuensi (f)	Prosentase(%)
Tidak Pernah	4	14,3
Pernah 1th yll	1	3,6
Pernah 2 th yll	5	17,9
Pernah lebih 3 th. Yll	18	64,3
Jumlah	28	100,0

Pada tabel 4.8 terlihat bahwa sebagian besar 18 (64,3%) kepala puskesmas telah mengikuti pelatihan MTBS lebih dari tiga tahun yang lalu. Sedangkan 4 (14,3%) kepala Puskesmas belum pernah mengikuti pelatihan MTBS. Hal ini merupakan kondisi yang tidak mendukung penerapan pengelolaan mutu strategis sebagaimana yang dijelaskan oleh Juran bahwa untuk pendekatan pengelolaan mutu pelatihan diselenggarakan kepada seluruh tingkat manajer, termasuk kepala Puskesmas seharusnya juga mendapatkan pelatihan. Hal ini dikarenakan dalam penerapan MTBS ini di Puskesmas dan jaringannya, kepala Puskesmas yang sebagian besar adalah dokter, selain sebagai tempat rujukan juga sebagai manajer untuk penerapan MTBS. Untuk itu pelatihan tentang standarisasi MTBS kepada kepala Puskesmas perlu dilakukan. Karena pelatihan pada dasarnya memberi bantuan bagi seseorang untuk menguasai ketrampilan khusus atau bantuan untuk memperbaiki kekurangan dalam melaksanakan pekerjaan. Pelatihan juga dapat dilaksanakan untuk memberi ketrampilan dan pengetahuan baru maupun untuk penyegaran.

2. Deskripsi Pengetahuan Kepala Puskesmas

a. Pengetahuan tentang Pentingnya Manajemen Mutu

Dari 28 kepala Puskesmas, seluruh kepala Puskesmas (100%) menyatakan penting adanya manajemen mutu untuk penerapan MTBS di Puskesmas.

Sebagian besar kepala Puskesmas (85,7%) menyatakan bahwa perencanaan, pengendalian serta peningkatan mutu adalah bagian manajemen mutu yang dianggap penting, sedangkan 4 kepala Puskesmas (14,3%) menganggap hanya perencanaan dan pengendalian mutu yang penting (tabel 4.9). Hal ini menunjukkan sebagian besar

kepala Puskesmas sudah mengetahui keseluruhan tanggung jawab proses manajemen mutu sebagaimana Trilogi Juran yaitu: perencanaan mutu, pengendalian mutu dan peningkatan mutu .¹⁴

Tabel 4.9. Distribusi Frekuensi Jawaban Responden tentang pilihan bagian manajemen mutu yang penting

Pertanyaan bagian manajemen mutu yang penting	Jawaban	
	(f)	(%)
Perencanaan dan pengendalian	4	14,3
Perencanaan dan pengendalian serta peningkatan mutu	24	85,7
Jumlah	28	100

b. Pengetahuan tentang perencanaan Mutu

Untuk pertanyaan tentang pengetahuan manajemen mutu (tabel 4.10.) sebagian besar responden telah menjawab dengan benar untuk pertanyaan tentang perencanaan , pengendalian dan perbaikan mutu. Namun masih banyak responden yang menjawab salah pada pertanyaan tentang perencanaan mutu sebagai salah satu aktifitas untuk memenuhi kebutuhan ibu balita. Hanya 53,6 % responden yang menjawab pertanyaan dengan benar. Demikian juga jawaban responden tentang perencanaan MTBS adalah untuk menentukan kebutuhan pelanggan hanya 75 % responden yang menjawab benar. Hal ini menunjukkan kurangnya pengetahuan kepala Puskesmas tentang perencanaan bagi kebutuhan pelanggan MTBS sebagai suatu bagian dari pengelolaan organisasi secara menyeluruh pada semua dimensi dari produk dan jasa yang penting bagi pelanggan.⁴²

Tabel 4.10. Prosentase Jawaban Responden pada Variabel Pengetahuan Manajemen Mutu

Pertanyaan Pengetahuan Manajemen Mutu	Tidak tahu	Bukan	Ya
	%	%	%

Perencanaan kualitas MTBS			
Aktivitas MTBS untuk kebutuhan ibu balita	25	21,4	53,6
Pengetahuan tentang Siapa Pelanggan MTBS	3,6	10,7	85,7
Manfaat perencanaan mutu bagi pelanggan	7,1	17,9	75
Perencanaan penting untuk menghasilkan produk	7,1	3,6	89,3
Perencanaan penting untuk operasional	7,1	3,6	89,3
Bagaimana Perencanaan mutu yang benar	7,1	3,6	89,3
Pengendalian Mutu			
Manfaat untuk mengukur performa	17,9	0	82,1
Membandingkan dengan standar	14,3	0	85,7
Melakukan tindakan atas penyimpangan	10,7	3,6	85,7
Perbaikan Kualitas			
Meningkatkan ke performa lebih tinggi	3,6	7,1	89,3
Menyiapkan infrastruktur	17,9	82,1	82,1
Menyiapkan kebutuhan spesifik	3,6	3,6	92,9
Fungsi dan tanggung jawab jelas	3,6	0	96,4
Penyediaan sumber sumber,motivasi,pelatihan	3,6	3,6	92,9
Menstimulir adanya perbaikan	3,6	0	96,4
Menyiapkan sistem pengawasan	10,7	21,4	67,9

c. Pengetahuan Kepala puskesmas tentang pengelolaan sasaran

Tentang pengelolaan sasaran (tabel 4.11) sebagian kepala Puskesmas belum mengetahui bahwa perencanaan pengelolaan sasaran mutu diantaranya adalah untuk meningkatkan daya saing mutu (64,3% menjawab benar), dan sasaran peningkatan mutu mencakup sasaran mengurangi pemborosan akibat adanya produk yang bermutu jelek (71,4 % menjawab benar).

Tabel 4.11. Prosentase Jawaban Responden pada Variabel Pengetahuan Pengelolaan sasaran Mutu.

Pertanyaan tentang pengelolaan sasaran	Tidak tahu	Bukan	Ya
	%	%	%
Sasaran kinerja	0	14,3	86,7
Sasaran daya saing	0	35,7	64,3
Sasaran peningkatan kualitas	0	3,6	96,4
Sasaran penurunan biaya terbuang	0	28,6	71,4
Sasaran kinerja proses makro	0	17,9	82,1

d. Pengetahuan tentang komponen manajemen mutu selain sasaran

Tabel 4.12. Prosentase Jawaban Responden Yang Benar pada Variabel Pengetahuan Manajemen Mutu selain penetapan sasaran.

Pertanyaan komponen manajemen mutu selain penetapan sasaran	Tidak tahu %	Bukan %	Benar %
Penetapan standar/ metodologi	0	0	100
Penyiapan infrastruktur	0	0	100
Proses pengendalian	0	0	100
Pemberian Imbalan	0	50	50
Penyiapanstruktur fisikstaf ,keuangan,organisasi	0	3,6	96,4
Desain partisipasi menyeluruh	10,7	89,3	0
Penyamaan bahasa	0	25	75
Pelatihan	0	0	100

Dari tabel 4.12, menunjukkan pengetahuan kepala puskesmas kurang pada manfaat pemberian imbalan (50 % benar), kurang pada pengetahuan tentang penyamaan bahasa (75% benar) pada kegiatan pelaksanaan MTBS dan tidak ada yang menjawab benar pada desain partisipasi yang menyeluruh (0 %). Sasaran utama program imbalan , bagi manajer bermanfaat untuk : (1) menarik orang yang berkualifikasi untuk bergabung dalam organisasi; (2) mempertahankan karyawan untuk tetap bekerja; (3) memotivasi karyawan agar mencapai prestasi tinggi³⁴ .

e. Pengetahuan Kepala Puskesmas tentang penerapan manajemen mutu

Tabel 4.13. Prosentase Jawaban Responden pada Variabel Pengetahuan tentang Penerapan Manajemen Mutu

Pertanyaan	bukan %	Ya %
Sasaran mutu diuraikan menjadi sub sasaran	10,7	89,3
Sasaran dialokasikan ke unit yang sesuai	7,1	92,9

Subsasaran dialokasikan ke unit yang sesuai	14,3	85,7
Subsasaran dialokasikan untuk memperjelas tanggung jawab	10,7	89,3
Ada perumusan misi oleh setiap unit organisasi	3,6	96,4
Tindakan dirumuskan juga oleh unit	0	100
Ada Usulan permintaan sumberdaya dari unit	3,6	96,4
Ada kesepakatan	3,6	96,4
Ada komunikasi manajemen atas dan bawah	3,6	96,4
Ada sumber daya untuk memelihara sistem	0	100
Diperlukan manajemen puncak untuk bahas sasaran	7,1	92,9
Ada bantuan tindakan manajerial,jika tak memenuhi sasaran	7,1	92,9
Penekanan pada pelanggan eksternal dan internal	14,3	85,7

Dari tabel 4.13, terlihat sebagian besar kepala Puskesmas telah mempunyai pengetahuan yang baik tentang penerapan manajemen mutu, hanya sebagian kecil kepala Puskesmas yang belum mengetahui bahwa sasaran mutu diuraikan menjadi sub sasaran(89,3 % benar), subsasaran mutu dialokasikan ke unit yang sesuai(85,7% benar), dan penekanan mutu adalah pada pelanggan eksternal dan internal (85,7% benar)

f. Pengetahuan Kepala Puskesmas tentang organisasi

Adanya siklus yang terjadi dalam suatu organisasi ternyata belum diketahui oleh beberapa kepala Puskesmas (78,6 % yang menjawab benar) sebagaimana terlihat pada tabel 4.14. Pengetahuan tentang siklus organisasi penting oleh karena apabila tidak direncanakan suatu intervensi, maka itu merupakan petunjuk bahwa organisasi akan masuk kepada fase penurunan yang tak dapat dihindarkan. Penurunan ini dapat dicegah diantaranya dengan pembangkitan kewaspadaan, pendekatan pada pelanggan dan kemauan mengambil resiko^{11,32}

Dari tabel 4.14, terlihat juga bahwa sebagian kepala puskesmas belum mengetahui bahwa pelayanan prima juga dilihat dari perpektif keuangan .

Tabel 4.14. Prosentase Jawaban pada Variabel Pengetahuan tentang organisasi yang berkaitan Manajemen Mutu

Pertanyaan Pengetahuan tentang organisasi	Bukan (%)	Ya (%)
Pelayanan prima dari perspektif pengguna	3,6	96,4
Pelayanan prima dari perspektif proses pelayanan	0	100
Pelayanan prima dari perspektif keuangan	32,1	67,9
organisasi mengalami siklus organisasi	21,4	78,6
Cara mencegah penurunan organisasi	3,6	96,4
Arti pendekatan sistem dalam manajemen organisasi	3,6	96,4

3. Deskripsi Sikap Kepala Puskesmas tentang manajemen mutu MTBS

Dari tanggapan yang diberikan oleh kepala Puskesmas sebagai suatu respon / sikap, pada tabel 4.15. secara kognitif atau tanggapan(respons) verbal kepala Puskesmas yang berkaitan sejauh mana tahu-nya mengenai obyek yang ditanggapi berdasarkan pernyataan keyakinan , diketahui masih terdapat sikap yang negative / kurang pada sebagai berikut: kepentingan pelanggan MTBS (75% positif), sikap pada penyamaan bahasa (85,7% positif), sikap pada pemberian imbalan (78,5% positif), sikap tentang pengaruh kultur (71,4% positif), sikap tentang pengaruh kepemimpinan (89,3% positif).

Tabel 4.15. Prosentase Jawaban Sikap Kognitif Kepala Puskesmas tentang Manajemen Mutu

SIKAP KOGNITIF	S (%)	SS (%)	TS (%)	STS (%)
Untuk perbaikan kinerja MTBS	28,6	71,4	0	0
Memenuhi kebutuhan pelanggan	71,4	28,6	0	0
Tentang definisi manajemen mutu	75	25	0	0
Tentang pelanggan MTBS	67,9	7,1	21,4	3,6
perbaikan berkesinambungan	67,9	32,1	0	0
Pada partisipasi menyeluruh	46,4	53,6	0	0

Pada penyamaan bahasa	57,1	28,6	14,3	0
Pada penyediaan infrastruktur	60,7	39,3	0	0
Pada penyediaan struktur fisik dll	71,4	28,6	0	0
Pada pemberian imbalan	57,1	21,4	21,4	0
Pada kebutuhan pelatihan	53,6	46,4	0	0
Pada pelatihan bagi manajemen	78,6	17,9	3,6	0
Pada kebutuhan data	60,7	39,3	0	0
Pada pengaruh kepemimpinan	46,4	42,9	10,7	0
Pada pengaruh kultur	60,7	10,7	28,6	0
Pada perlunya desain partisipasi	78,6	14,3	7,1	0

Ket; S: setuju; SS :sangat setuju;TS: tidak setuju; STS : sangat tidak setuju

Tabel 4.16. Prosentase Jawaban Sikap Afektif Kepala Puskesmas tentang Manajemen Mutu

SIKAP AFEKTIF	S(%)	SS(%)	TS(%)	STS(%)
Sikap afektif pd kepuasan ibu	53,6	3,6	42,9	0
Sikap afektif pada pelanggan	82,1	7,1	10,7	0
Keterlibatan manajemen atas	82,1	17,9	0	0

Ket; S: setuju; SS :sangat setuju;TS: tidak setuju; STS : sangat tidak setuju

Tabel 4.17. Prosentase Jawaban Sikap Konaktif Kepala Puskesmas tentang Manajemen Mutu

SIKAP KONAKTIF	S(%)	SS(%)	TS(%)	STS(%)
Sikap konaktif penerapan MTBS di puskesmas	67,9	14,3	17,9	0
Sikap konaktif membuat pengaruh pada kultur	82,1	10,7	7,1	0
Penerapan gaya kepemimpinan	82,1	10,7	7,1	0
Upaya terus menerus pd mutu	64,3	35,7	0	0
Sikap untuk penyamaan bahasa	82,1	17,9	0	0
Sikap kerjasama lintas program	53,6	46,4	0	0

Ket; S: setuju; SS :sangat setuju;TS: tidak setuju; STS : sangat tidak setuju

Pada sikap afektif / pernyataan perasaan kepala Puskesmas terhadap obyek (tabel 16), terdapat sikap yang negative pada kepuasan ibu balita (57,2 % positif) dan sikap afektif tentang pelanggan dari manajemen (89,2 % positif). Sedangkan sikap yang menunjukkan kecenderungan kepala Puskesmas untuk berbuat / respons konaktif

(tabel 17) masih ada yang bersikap negative pada penerapan MTBS di puskesmas (82,2% positif), sikap negative pada peningkatan kultur (92,8% positif), dan penerapan gaya kepemimpinan (92,8% positif).

4. Diskripsi tentang Pelaksanaan Manajemen Mutu di Puskesmas

Tabel 4.18. Prosentase Jawaban Responden dari Kepala Puskesmas tentang pelaksanaan Manajemen Mutu

Kegiatan Manajemen	Tidak tahu	Belum di Laksanakan	Sudah Malaksanakan Sebagian (%)	Sudah semua (%)
Penerapan manajemen Mutu di PKM	0	32,1	53,6	14,3
Upaya mempengaruhi kultur	0	21,4	67,9	10,7
Gaya kepemimpinan yang diterapkan	0	25	75	0
Upaya terus menerus untuk partisipasi	0	3,6	96,4	0
Penyamaan bahasa untuk penerapan	0	21,4	64,3	14,3
Pelaksanaan Kerjasama lintas program	0	3,6	75	21,4
Ketrampilan analisis sudah dilakukan	0	21,4	71,4	7,1
Analisis data oleh kepala Puskesmas	0	67,9	32,1	0
Laporan proses manajemen kasus	0	0	92,9	7,1
Laporan untuk lintas program	0	53,6	46,4	0
Manfaat analisis data bagi MTBS	0	7,1	75	17,9
Keluhan ibu balita ditindaklanjuti	0	14,3	82,1	0
Pelaksanaan monitoring dan evaluasi	0	3,6	82,1	14,3

Dari tabel 4.18. Sebagian besar Kepala puskesmas menyatakan belum secara keseluruhan melaksanakan kegiatan proses manajemen mutu dan sebagian sudah melaksanakan sebagian kegiatan manajemen mutu .

D. Analisis data Kualitatif

1. Karakteristik Responden

Data kualitatif didapatkan dengan wawancara mendalam kepada 6 orang kepala Puskesmas. Dari hasil wawancara (tabel 4.19) didapatkan rata

rata umur responden adalah 43 tahun, dengan usia termuda 32 tahun dan tertua 55 tahun.

Tabel 4.19.
Karakteristik responden kepala Puskesmas untuk wawancara mendalam

Responden	Umur(th)	Jabatan	Pendidikan	Masa Kerja(th)
R-1a	32	Ka Pusk	Dokter	2
R-1b	46	Ka Pusk	Dokter	14
R-1c	43	Ka Pusk	Dokter	8
R-1d	55	Ka Pusk	Dokter	14
R-1e	37	Ka Pusk	Dokter	5
R-1f	39	Ka Pusk	Dokter	10

Pendidikan responden adalah dokter (6 orang atau 100 %). Lama masa kerja responden bervariasi yaitu 4 orang(66,7%) mempunyai masa kerja antara 8 - 19 tahun sedangkan 2 orang(33,3%) mempunyai masa kerja kurang dari 7 tahun.

Tabel 4.20.
Karakteristik responden untuk triangulasi Manajemen MTBS Puskesmas

Responden	Umur (th)	Jabatan	Unit Kerja	Pendidikan	Masa Kerja(th)
R-2	42	Programer MTBS	DKK	Akbid	4
R-3a	56	Kasie Kesga	DKK	Sarjana	7
R-3b	56	Kasie Gizi	DKK	AkademiGizi	6
R-3c	45	Kasie P2	DKK	S2	7
R-4a	55	Kasubdin yankes	DKK	Dokter	6
R-5	53	Ka.DKK	DKK	S2	7
R-6	53	Kabid Sosbud	Bappeda	Sarjana	6
R-8	37	Fasilitator MTBS	Brebes	dokter	4
R-9	45	Unicef Jateng	Unicef Jateng	Sarjana	5
R-10a	42	Koord.MTBS PKM	Siwuluh	Akbid	20
R-10b	40	Koord.MTBS PKM	Larangan	Akbid	21
R-10c	40	Koord.MTBS PKM	Bojongsari	Bidan D1	20
R-10d	37	Koord.MTBS PKM	Jatibarang	Akbid	16
R-10e	38	Koord.MTBS PKM	Cikakak	Akbid	10
R-10f	53	Koord.MTBS PKM	Brebes	D1	27

Untuk triangulasi dilakukan wawancara kepada pihak-pihak terkait (tabel 4.20 dan tabel 4.21), serta dilakukan FGD (tabel 4.22)

Tabel 4.21. Karakteristik responden ibu balita untuk triangulasi

Responden	Umur(th)	Alamat	Pendidikan
R-7a	22	Siwuluh	SD
R-7b	30	Pamulihan	SD
R-7c	38	Bojongsari	MTS
R-7d	32	Kebon Agung	SMP
R-7e	35	Cigadung	SD

Tabel 4.22. Karakteristik peserta *Focus Group Discussion*

Responden (Kode)	Umur (th)	Jabatan	Unit Kerja	Pendidikan
R-1a	32	Ka Pusk.	Siwuluh	Dokter
R-1b	46	Ka Pusk.	Larangan	Dokter
R-1c	43	Ka Pusk.	Bojongsari	Dokter
R-1d	55	Ka Pusk.	Jatibarang	Dokter
R-1e	37	Ka Pusk.	Cikakak	Dokter
R-1f	49	Ka Pusk.	Brebes	Dokter
R-2	42	Program MTBS Kab.	DKK	Sarjana Muda
R-3a	56	Kasie Kesga	DKK	Sarjana
R-3b	56	Kasie Gizi	DKK	Sarjana Muda
R-3c	45	Kasie P2	DKK	Sarjana
R-4	46	Kasubdin yankes	DKK	Dokter
R-5	53	Ka DKK	DKK	S2
R-8	37	Fasilitator MTBS	Puskesmas	Sarjana
R-9	45	Utusan Unicef Jawa tengah	UNICEF Semarang	Sarjana

2. Analisis data wawancara mendalam

a. Proses Manajemen Kasus MTBS

1) Proses manajerial Penyediaan buku manual MTBS

Pada pelaksanaan perawatan anak sakit atau bayi muda penggunaan buku manual yang berupa buku bagan merupakan pedoman yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk memberikan tindakan dan pengobatan bagi anak sakit . Buku bagan juga berisi pedoman bagi petugas kesehatan untuk menyatukan berbagai pedoman yang terpisah untuk masing masing penyakit kedalam bentuk proses yang lebih komprehensif dan efisien dalam penanganan anak sakit. Dalam buku ini juga diuraikan cara

konseling bagi ibu atau pengasuh anak. Pentingnya penggunaan buku bagan sebagai manual telah disadari oleh kepala Puskesmas (tabel 4.23) dengan merencanakan ketersediaan buku bagan untuk petugas dan ketersediaan pada saat pelayanan. Namun dalam pelaksanaannya, penyediaan buku bagan untuk petugas terdapat keterbatasan jumlah buku dan ada penggunaan edisi buku bagan yang berbeda. Keterbatasan jumlah buku bagan ini ditindaklanjuti oleh sebagian kepala Puskesmas dengan menggandakan dengan sumber dana yang berbeda oleh masing masing puskesmas. Tetapi ada juga kepala Puskesmas yang membiarkan petugas memfotokopi dengan dana sendiri dan sebagian lagi hanya mengandalkan pemberian buku bagan dari Dinas Kesehatan. Hal diatas dibenarkan oleh salah satu koordinator MTBS Puskesmas pada kotak 1.

Kotak 1

“..Untuk bidan ditempat saya sudah mempunyai buku bagan, semuanya kan sudah dilatih, semasa ada dana Askeskin, kepala Puskesmas membuat POA untuk memfotokopi kekurangan, biasanya saya yang menyampaikan kebutuhan itu pada bu dokter , kalau edisi baru, mereka yang dilatih saat ini pasti punya, yang dilatih lebih awal, pakai buku bagan lama, saya ndak tahu apa mereka , menggunakan buku bagan lama atau baru,.tapi memang harusnya pakai buku bagan yang baru, meskipun begitu prinsipnya sama, buku yang baru tak berubah banyak, kalau bu dokter, ngertinya itu harus dilaksanakan sesuai ketentuan..”(R-10a)

“ Buku bagan yang baru, bagi yang sudah dilatih sudah punya dalam satu paket,.kalau yang dilatih pertama, punya buku bagan yang lama, untuk edisi yang sekarang , ya, ada yang memfotokopi sendiri, kan tidak ada dana,.ini saja(alat peraga gizi) hasil iuran bidan...”(R-10f).

Menurut Kasie Kesga Dinas Kesehatan, untuk penyediaan buku

bagan yang berasal dari provinsi jumlahnya memang terbatas

sehingga ada kesepakatan untuk memperbanyak sendiri dengan

dana dari Puskesmas sedang petugas yang telah dilatih mendapatkan buku bagan edisi baru yang terintegrasi dengan paket modul pelatihan (kotak 2).

Kotak 2

“...Karena droping terbatas, buku manual yang baru cetakan tahun 2006 kami berikan kepada Puskesmas ,sementara 1 puskesmas 1 buku manual, diharapkan kepala Puskesmas menggandakan sendiri...”(R3a)

Namun adanya keterbatasan jumlah buku bagan edisi tahun 2006 ini tidak pernah diusulkan penambahannya oleh kepala Puskesmas sebagaimana diungkapkan oleh pemegang program MTBS Kabupaten, sebagaimana kotak 3

Kotak 3

“...Prinsipnya kami membantu kepala puskesmas untuk menyediakan buku ,tetapi sejak awal kesepakatan pada rapat dengan kepala puskesmas usulan pengadaan akan kami usahakan, soal jumlah berapa yang harus disediakan terserah kepala puskesmas yang tahu jumlah pelaksanaannya, meskipun selama ini kepala puskesmas tidak pernah mengusulkan berapa jumlah kebutuhan manual/ buku bagan yang diperlukan. Juga pada saat semua dana puskesmas di tarik ke kabupaten kami selama ini belum menerima pengajuan dari kepala puskesmas. Sehingga penyediaan buku manual dari pemegang program adalah sejumlah yang dilatih diberi satu paket modul terintegrasi ataupun kami beri fotokopinya. Kami belum pernah mencetak manual di tingkat kabupaten..”.(R-2)

Dari wawancara terungkap adanya perbedaan penggunaan buku bagan oleh petugas, sebagian petugas menggunakan buku bagan sebagai pedoman untuk manual pada pelayanan MTBS, sebagian hanya menggunakan ringkasan bagan yang digunakan sebagai pedoman alur pengisian formulir. Hal ini dibenarkan oleh salah satu koordinator MTBS Puskesmas dalam kotak 4

Kotak 4

“...Kepala puskesmas selalu memerintahkan memakai, tapi buku

itu kan..yang dipasang cuma bagannya saja, sebagian besar kan sudah hapal, atau kalau tidak hapal melihat contoh yang di meja...kalau bukunya sendiri jarang digunakan, methodenya yang dipakai..(R-10f)

Perbedaan buku bagan edisi tahun sebelumnya dengan edisi tahun 2006 adalah terutama pada modul 6 manajemen terpadu bayi muda pada Edisi tahun 2002, berisi Manajemen Terpadu Bayi Muda umur 1 minggu sampai 2 bln sedangkan pada edisi tahun 2006 berisi Manajemen Terpadu Bayi Muda umur 1 hari sampai 2 bulan, dan perbedaan lainnya ada pada modul 3, modul tindakan dan pengobatan tentang pemberian obat untuk malaria dan penambahan beberapa obat dalam penatalaksanaan penyakit. Namun demikian secara garis besar, perubahan ini tidak merubah metode MTBS secara umum.

Penggunaan bagan dalam proses manajemen kasus adalah penting karena dalam buku bagan MTBS, proses manajemen kasus disajikan dalam satu seri bagan yang memperlihatkan urutan langkah-langkah berikut penjelasan cara pelaksanaannya. Bagan MTBS merekomendasikan tindakan yang tepat untuk setiap klasifikasi. Pada waktu menerapkan proses ini, memilih suatu klasifikasi dalam bagan sudah mencukupi untuk menentukan tindakan pengobatan anak sakit ⁴⁴.

Dari penyediaan manual buku bagan, penggunaan buku bagan dan mekanisme usulan yang dilakukan oleh kepala Puskesmas

dapat disimpulkan adanya sebagian kepala Puskesmas yang kurang memperhatikan ketersediaan dan membiarkan ketidakseragaman edisi buku manual yang digunakan serta adanya ketidakseragaman mekanisme pemanfaatan buku bagan di masing masing Puskesmas. Disimpulkan juga adanya mekanisme pengelolaan mutu strategis yang belum berjalan yaitu belum adanya usulan dari tingkat pelaksana akan permintaan sumber daya ¹⁴

Dari uraian diatas terlihat terdapat kurangnya pengelolaan manajerial dalam menentukan standar oleh kepala Puskesmas untuk penerapan MTBS Puskesmas.

2) Proses manajerial Pengisian formulir

Pada pelaksanaan proses manajemen kasus MTBS penggunaan formulir dan pengisian secara lengkap sangat menentukan keberhasilan penerapan proses manajemen kasus dalam rangka menangani balita sakit dan bayi muda secara komprehensif di fasilitas pelayanan kesehatan dasar seperti puskesmas, puskesmas pembantu, pondok bersalin, klinik, balai pengobatan maupun kunjungan rumah. Untuk itu kepala puskesmas perlu merencanakan dan menyiapkan cara yang baik untuk pelaksanaan pengisian formulir ini ³. Dari tabel 4.24, terlihat semua kepala Puskesmas telah mewajibkan pengisian formulir MTBS dan MTBM kepada petugas, namun untuk pelaksanaannya kepala Puskesmas

menghadapi beberapa masalah yaitu pada ketidaktaatan penggunaan formulir MTBS dan MTBM berupa pelayanan pada balita dan bayi muda yang sama sekali tidak menggunakan formulir, petugas hanya menggunakan buku bantu atau pengisian formulir tidak lengkap oleh petugas. Menurut koordinator MTBS puskesmas, formulir tidak diisi pada saat banyak pasien berkunjung, petugas seringkali tidak menggunakan formulir tetapi langsung menuliskan klasifikasi pada CM atau pada saat tidak diawasi dan pada saat tidak ada petugas terlatih, formulir MTBS/ MTBM tidak dikerjakan pada saat pelayanan pada balita atau bayi muda (kotak 5)

<p>Kotak 5</p> <p>“.....Semua bidan dan perawat wajib mengisi formulir MTBS sesuai perintah kepala Puskesmas dan programer dari DKK. Tapi kadang memang bidan tidak mengisi formulir itu, sebagai koordinator saya hanya bisa meneruskan perintah...(R-10c)</p> <p>“...Semua bidan yang di puskesmas mengerjakan, tapi ada sih yang tidak, seperti di posyandu,.kalau methodenya kami kerjakan meskipun tanpa formulir, kan sebagian masih ingat,.kepala puskesmas sering tanya, harus dikerjakan...”(R-10e)</p> <p>“...Kalau di puskesmas, bu dokter sering ngontrol, kalau waktu ramai , memang di puskesmas saja ada yang tidak dikerjakan, paling isi klasifikasi, yang di unit-unit, saya kadang ke sana.bersama bu dokter,.masih ada yang tak mengerjakan, harusnya MTBS ataupun MTBM dkerjakan pakai formulir...”(R-10f)</p>

Untuk masalah penggunaan dan pengisian formulir ini telah dilakukan monitoring oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes pada tahun 2006 dengan menggunakan checklist pada 14 puskesmas dengan hasil sebagaimana tabel 4.25. Dari puskesmas yang dilakukan peer-review terlihat bahwa tidak ada petugas puskesmas yang mengisi formulir secara lengkap. Dari skoring kepatuhan ini

terlihat kepatuhan petugas pengisian untuk formulir paling tinggi 98 % lengkap dan terendah mempunyai skor 68,9% lengkap

Tabel 4.25.
Skor kepatuhan petugas dalam pelayanan MTBS Th. 2006

Hasil Monitoring / peer review			
Puskesmas	Skor	Puskesmas	Skor
Siwuluh	61.9%	Sitanggal	95.0%
Bulakamba	81.4%	Kluwut	80.0%
Larangan	62.7%	Sirampog	72.5%
Jagalempeni	66.1%	Kemurang	96.9%
Wanasari	73.8%	Banjarharjo	77.5%
Sidamulya	81.1%	Jatirokeh	80.0%
Bantarkawung	72.1%	Tonjong	98.0%

Berkaitan dengan ketaatan penggunaan dan pengisian formulir, pernah diteliti oleh Mardijanto dan Hasanbasri (2004) dalam penelitian di kabupaten Pekalongan yang menyimpulkan bahwa kinerja pengisian formulir tidak membaik setelah 3 tahun pelaksanaan kegiatan MTBS puskesmas di kabupaten Pekalongan

15

Kepatuhan terhadap pengisian formulir ini penting oleh karena formulir adalah instrumen standar untuk pengumpulan data pelaksanaan MTBS dan untuk pengambilan keputusan sebagaimana dijelaskan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes (kotak6).

Kotak 6

"formulir proses manajemen kasus MTBS yang dilaksanakan oleh petugas, adalah alat (tools) untuk apa ?, alat untuk mencapai apa ?, tujuan kita apa ?, kan merupakan alat untuk mendapatkan data yang akan menjadi informasi untuk pengambilan keputusan " (R-5)

Mengingat pentingnya data dari formulir tersebut, sebagian kepala Puskesmas menyatakan merasa memerlukan tersedianya peraturan dan sanksi dari Puskesmas maupun dari Dinas kesehatan, yang sampai saat ini menurut beberapa kepala Puskesmas belum ada. Selain itu dalam upaya menerapkan kepatuhan petugas pada pengisian formulir MTBS dan MTBM, sebagian kepala Puskesmas mengalami masalah pada kinerja supervisor di Kabupaten yang berupa tidak adanya tindak lanjut penyelesaian dari hasil temuan supervisor tentang tidak dilaksanakannya pengisian formulir oleh petugas. Menurut fasilitator MTBS dikatakan bahwa kegiatan pemantauan tersebut masih terbatas pada monitoring kegiatan proses manajemen kasus dan tindak lanjutnya dilakukan oleh pemegang program MTBS di Kabupaten (kotak 7).

Kotak 7

“.....Untuk puskesmas di kabupaten Brebes, fasilitator, ditugaskan ke puskesmas memantau, pada saat supervisi tingkat Kabupaten biasanya kami melihat proses manajemen kasusnya, kami tidak memantau manajemen kepala puskesmasnya,.hasilnya dilaporkan pada pemegang program, untuk tindak lanjut tergantung kebijakan DKK...(R-8).

Hal ini dibenarkan oleh Kasie Kesga DKK Brebes tentang kegiatan supervisi yang dilakukan oleh kabupaten, hasil yang ditemukan adalah sebagai bahan masukan di tingkat Kabupaten (kotak 8)

Kotak 8

“.....Kalau akan melakukan monitoring dari kabupaten, kami mengumpulkan fasilitator MTBS dan pembagian tugas masing masing, untuk monitoring. Setelah itu hasilnya, disampaikan

pada pertemuan evaluasi di tingkat kabupaten..” (R-3a)

Sedangkan temuan yang ada, diserahkan kepada kepala Puskesmas untuk memonitoring dan memperbaiki kegiatannya bersama koordinator MTBS Puskesmas (kotak 9).

Kotak 9
“.....Diharapkan kepala puskesmas bersama koordinator MTBS menindaklanjuti hasil supervisi itu...(R-2)

Dari uraian diatas terlihat kurangnya manajerial untuk mengkomunikasikan dan menyamakan pelaksanaan proses manajemen kasus MTBS di Puskesmas.

3) Proses manajerial Pemberian KNI

Dari tabel 4.26, disimpulkan bahwa untuk mempersiapkan konseling yang baik, sebagian kepala Puskesmas telah merencanakan dan berusaha menerapkan pemberian kartu Nasehat ibu (KNI) pada saat konseling yang dilakukan oleh petugas. Namun ada sebagian kepala Puskesmas yang kurang perhatian pada pemberian lembar KNI ini. Sebagian lagi merasa adanya inefisiensi penggunaan lembar KNI karena kurangnya pemanfaatan lembar KNI oleh ibu balita dan kepala Puskesmas juga menghadapi ketidaktaatan petugas untuk memberikan lembar KNI pada ibu balita. Hal ini dibenarkan oleh koordinator MTBS bahwa ada sebagian ibu balita yang tidak memanfaatkan lembar KNI, dan ada petugas yang memilih- milih ibu yang akan diberi lembar KNI serta

ada petugas yang tidak memberikan lembar KNI pada saat konseling.(kotak 10)

Kotak 10

“..Lembar KNI kadang diberikan, kadang tidak, ada juga bidan desa yang memberikan tapi khususnya bagi ibu balita yang kelihatan pengalaman,.kalau yang ndak bisa mbaca ya,.tidak dikasih.” (R-10c)

“..Ya,.sering dikasih, lembar KNI,.tapi kadang ibunya saja tidak mau memanfaatkan lembar itu, barangkali tak tau gunanya.atau kurang menarik, .soalnya sering diruang tunggu banyak kertas lembar KNI yang ditinggal,.tidak dibawa pulang ...”(R-10d)

“..Bagaimana, ya, kalau ibu di kasih, lembarnya ditinggal saja di ruang tunggu, kan sayang,.barangkali ibu, ketinggalan atau bagaimana, jadi saya memberinya selektif,.kira-kira ibu yang perlu, aturannya semua diberi, kepala puskesmas , keputusannya ya,.beri saja. ...”(R-10e)

“..

Dari wawancara dengan ibu balita dikemukakan bahwa

sebagian alasan mengapa tidak diberi lembar KNI oleh petugas adalah karena sudah mempunyai buku KIA di rumah(kotak 11).

Kotak 11

“....Tak diberi kertas nasehat , hanya diberi resep untuk ambil obat.kalau kesini .Dirumah ada buku penimbangan...”(R-7C)

Selain ketidaktaatan petugas untuk memberikan lembar KNI , juga disimpulkan bahwa kepala Puskesmas juga menghadapi kurang trampilnya petugas dalam berkomunikasi saat konseling pada MTBS. Hal ini dikemukakan oleh ibu balita yang mendapatkan lembar KNI tetapi tidak diberi tanda mengenai nasehat yang penting dalam lembar tersebut.

Kotak 12

“...di beri lembaran,ini, diberitahu cara makan anak, tapi tidak diberi tanda di lembarnya. Dapat dua, kemarin dapat sekarang dapat lagi, dirumah juga ada buku KIA, lupa ndak dibawa. Biasanya dibawa kalau ada posyandu di lingkungan saya....”(R-7f)

Dari uraian diatas tampak kurangnya proses manajerial kepala Puskesmas untuk mengupayakan partisipasi menyeluruh dari semua proses dalam organisasi penerapan MTBS di Puskesmas.

4) Proses manajerial pemberian tindakan dan pengobatan

Dalam proses manajemen kasus MTBS setelah menilai dan mengklasifikasikan penyakit anak, langkah selanjutnya adalah menentukan tindakan dan memberi pengobatan yang dibutuhkan. Pengobatan anak sakit dapat dimulai di klinik dan diteruskan dengan pengobatan lanjutan di rumah. Pada beberapa keadaan, anak yang sakit berat perlu dirujuk ke rumah sakit untuk perawatan lebih lanjut. Dalam hal ini perlu dilakukan tindakan pra rujukan sebelum anak di rujuk⁴⁶.

Dari hasil wawancara mendalam dengan kepala Puskesmas (tabel 4.27) dapat disimpulkan bahwa semua kepala Puskesmas telah merencanakan dan berusaha menerapkan tindakan dan pengobatan sesuai pedoman MTBS dan MTBM untuk pelayanan balita dan bayi muda di Puskesmas. Berkaitan dengan pemberian obat, sebagian kepala Puskesmas menyatakan telah mengikuti prosedur sesuai MTBS, sedangkan sebagian kepala Puskesmas mengikuti prosedur yang ada dalam buku bagan tetapi masih membiarkan petugas memberikan obat diluar ketentuan dalam MTBS. Hal ini dijelaskan oleh koordinator MTBS Puskesmas

(kotak 13), bahwa pada penentuan tindakan MTBS, bidan/ petugas tetap berupaya mengikuti prosedur MTBS tetapi pada saat pemberian obat, ada sebagian bidan atau petugas yang memberikan obat tambahan.

Kotak 13

"...Kalau tindakan, kita mengacunya mengikuti buku bagan, tapi pengobatannya, kadang ibunya minta sirup, padahal tidak perlu,.kalau seperti itu jadi serba salah, bu dokter, ya memaklumi, tidak kaku sekali..(R-10a)

"...Kalau di Puskesmas, kalau mau minta obat tambahan, saya rujuk ke dokter,.biasanya kami sesuai pelatihan, kadang obat batuk misalnya kesepakatan boleh dikasih GG, tapi kalau ada OBP, ya, bisa dikasih juga,.yang penting kan tidak bahaya."(R-10 b)

"...Kalau di puskesmas, petugas tidak kesulitan..ada dokter, kalau kelihatannya perlu obat diluar ketentuan MTBS, langsung rujuk dokter. Tapi yang di desa, tergantung persediaan obat yang ada di PKD..tapi diusahakan sesuai pelatihan. ..."(R-10 d)

"...Terus terang..kalau bidan hanya memberi sederhana, pasiennya banyak yang tidak kembali, makanya kalau kira-kira agak berat sedikit..obatnya ditambahi..apalagi kalau sudah periksa ke mantri..kalau ke puskesmas kan niatnya mau ketemu dokter, kalau tak ada dokter..kami mengobatinya tak jauh dari ketentuan MTBS tapi ada obat tambahan. ..."(R-10e)

Meskipun demikian ada juga petugas yang mengikuti prosedur dengan merujuk kepada dokter untuk memberikan obat diluar pedoman MTBS. Sedangkan untuk pengobatan yang dilakukan di luar gedung Puskesmas, tergantung tersedianya obat yang ada di petugas

Keadaan ini menunjukkan meskipun sebagian besar kepala Puskesmas telah mengikuti prosedur MTBS tetapi masih ada masalah berupa ketidaktaatan petugas dalam menentukan tindakan pengobatan yang sesuai MTBS dan ketidaktaatan petugas dalam memberi obat sesuai buku manual/ bagan. Masih adanya pemberian

obat yang tidak perlu oleh petugas menunjukkan sebagian kepala Puskesmas membiarkan pemborosan obat yang tidak perlu . Hal ini dijelaskan oleh Kasubdin Yankes bahwa pelaksanaan pengobatan dengan MTBS dapat mengurangi penggunaan obat yang tidak perlu, yang pada akhirnya akan menghemat penggunaan obat (kotak 14),

Kotak 14

“ Diupayakan pemberian obat, sesuai dengan buku bagan., kegiatan MTBS ini, jika dilaksanakan dengan baik, penggunaan obat yang rasional, dan mengurangi pemberian obat yang tidak perlu maka ini akan menghemat pemakaian obat. ...”(R-4)

Selain masalah pemberian obat , beberapa kepala Puskesmas mempunyai masalah berupa perencanaan persediaan obat yang kurang baik bagi pelayanan MTBS. Hal ini terlihat dari terjadinya kekosongan pada ketersediaan obat generik untuk pelayanan MTBS di Puskesmas.

Dari uraian diatas menunjukkan kurangnya proses manajerial kepala Puskesmas pada penetapan sasaran dan upaya partisipasi menyeluruh dari semua jenjang organisasi.

5) Proses manajerial Pelaksanaan Konseling

Dalam pelaksanaan proses manajemen kasus MTBS, proses konseling adalah merupakan rangkaian standar yang harus dikerjakan oleh petugas. Dalam pemberian konseling kepada ibu balita, selain berpedoman pada materi yang ada dalam buku bagan juga menggunakan lembar KNI (Kartu Nasehat Ibu) yang diberikan

kepada ibu, sebagai alat komunikasi. Dari hasil wawancara (tabel 4.28) terlihat, semua kepala Puskesmas telah menyadari pentingnya konseling ini pada pelaksanaan proses manajemen kasus MTBS .

Konseling dilakukan setelah mengobati anak sakit dan setelah mengajari ibu untuk melanjutkan pengobatan di rumah. Pada konseling ini dilakukan penilaian pemberian makan dan menasehati ibu tentang cara pemberian makan pada sebagian besar anak sakit. Kemudian menasehati ibu tentang kapan harus kembali untuk kunjungan ulang dan mengajari tanda-tanda yang menunjukkan kapan harus kembali segera untuk perawatan lebih lanjut sesuai buku bagan.⁴⁷ Pada pelaksanaan di Puskesmas, sebagian kepala puskesmas menghadapi masalah berupa ketidaktaatan petugas untuk memberikan konseling dan ketidakpatuhan untuk menggunakan buku bagan sebagai acuan konseling.

Berkaitan dengan ketidaktaatan petugas, menurut koordinator MTBS Puskesmas, seharusnya konseling dilaksanakan oleh petugas sesuai pelatihan standarisasi MTBS namun pelaksanaannya dilapangan bervariasi, Sebagian bidan mengerjakan konseling sendiri dengan bantuan buku bagan dan lembar KNI, sebagian memberikan konseling seperlunya dengan tidak menggunakan alat bantu komunikasi lembar KNI. Dan sebagian puskesmas menggunakan kerjasama tim untuk memberikan konseling ini

(kotak 16)

Kotak 16

"...Kalau MTBS, ya, ada konselingnya, tapi kalau lagi repot, tempatnya sempit lagi, kami tetap beri konseling secukupnya, bisa konseling oleh bidan, bisa juga rujuk ke Gizi, tapi kalau yang di PKD, selaku koordinator, saya ya, memberitahu saja pada bidan, agar konselingnya dijalankan sendiri..."(R-10a)

"...Konseling sudah kami lakukan, peraturannya memang seperti itu, kalau kepala Puskesmas tidak mengharuskan pakai KNI, kan ada cara lain, banyak brosur, ada buku KIA, tergantung keadaan, kalau kami tak ada waktu, ya rujuk, kalau di Puskesmas tenaganya sedikit..."(R-10e)

"...Kepala puskesmas mengatur, konseling di puskesmas lintas program, diusahakan kalau kasusnya perlu nasehat gizi, dirujuk ke petugas Gizi, tergantung kasusnya, terbanyak sih dikerjakan sendiri....(R-10f)

Ketidakteragaman juga terjadi pada penggunaan alat bantu komunikasi lembar KNI atau buku KIA atau sama sekali tidak menggunakan alat bantu dan terdapat ketidakseragaman rujukan konseling, yang terkait dengan petugas yang melaksanakan konseling yaitu petugas gizi, HS, perawat atau tidak dilakukan rujukan untuk konseling.

Dari wawancara dengan kepala Puskesmas tidak terlihat adanya upaya kepala Puskesmas mengatasi ketidakseragaman cara pemberian dan rujukan konseling bagi ibu balita ini.

Dari uraian diatas terlihat kurangnya pengelolaan manajerial untuk mengkomunikasikan dan kurangnya upaya penyamaan dalam proses manajemen kasus MTBS serta kurangnya partisipasi menyeluruh dari semua jenjang organisasi.

6) Proses manajerial Pelayanan tindak lanjut dalam MTBS

Dari hasil wawancara (tabel 4.29) semua kepala puskesmas telah memerintahkan penanganan tindak lanjut sesuai buku bagan

MTBS, karena penanganan tindak lanjut pada sakit anak merupakan hal yang penting, Dari segi manajerial sebagian kepala Puskesmas telah melakukan monitoring untuk pelaksanaannya. Namun kepala Puskesmas menghadapi masalah pada ketidakpatuhan petugas untuk menggunakan formulir lama yang akan menyebabkan data sakit anak tidak dapat diikuti perkembangannya. Pada penanganan tindak lanjut petugas dapat menilai apakah anak membaik setelah diberi obat atau tindakan lainnya.

Terkait dengan penggunaan formulir baru, menurut bidan koordinator MTBS Puskesmas, masalahnya ada pada bagian loket di Puskesmas, sedangkan pada bidan desa disebabkan karena sebelumnya tidak menggunakan formulir untuk kunjungan pertamanya (kotak 17)

Kotak 17

“...Bu dokter, sekarang mulai, menata ini, soalnya bagian loketnya kadang formulirnya baru terus.,kita kan tidak bisa melihat perkembangannya, kalau di PKD, bidan yang mengerjakan formulir bisa mengikuti perkembangannya, tapi banyak yang formulir tidak dikerjakan, kalau kasus nya berat bidan merujuk, kalau kasusnya masih ringan diberi obat lagi...(R-10e)

Kurang koordinasi antar petugas loket dengan bidan untuk penyimpanan formulir bisa diantisipasi dengan membuat alur pelayanan khusus untuk kunjungan ulang agar formulir dapat di kelola, dan agar ibu senang karena tidak perlu menunggu lama untuk mendapatkan pelayanan ⁶.

Kotak 18

“...Kalau di Puskesmas, loketnya yang memberi CM, kalau ketemu

formulirnya kunjungan ulang bisa dilakukan dengan formulir lama, kepala Puskesmas tidak membuat loket khusus kunjungan ulang. Semua sama, mulai mendaftar lagi di loket. Kalau yang di desa kalau ada kunjungan ulang tidak membaik, kita rujuk ke dokter, perintah kepala puskesmas seperti itu....(R-10a)

Selain itu kepala Puskesmas juga menghadapi masalah kepatuhan ibu balita untuk berkunjung ulang ke Puskesmas dan kesesuaian petugas memberikan konseling untuk kunjungan ulang. Menurut hasil wawancara dengan beberapa ibu balita (kotak 19), kunjungan ulang ke Puskesmas dilakukan tergantung keadaan sakit anak.

Kotak 19

"...Ya, ada nasehat dari bu bidan, kalau masih panas saja 2 hari tak turun periksa ke RS. barangkali tipes. sama diawasi kalau ada bintik bintik darah...(R-7e)

"...kalau belum sembuh, kalau agak membaik saya kembali ke puskesmas, tapi kalau tetap panas langsung ke dokter saja di rumah.."(R-7f)

Dari uraian diatas menunjukkan kurangnya pengelolaan manajerial untuk mengkomunikasikan kegiatan dan kurangnya upaya penyamaan pada pelaksanaan proses manajemen kasus MTBS.

b. Proses manajemen MTBS Puskesmas.

1) Pelaksanaan peraturan

Dalam upaya manajemen puskesmas untuk peningkatan mutu pelaksanaan pelayanan MTBS, salah satu aspek peningkatan mutu adalah pelaksanaan peraturan yang tepat, konsisten dan

konsekuen.⁷ Dari hasil wawancara (tabel 4.30), belum semua kepala Puskesmas mengetahui dasar peraturan untuk pelaksanaan MTBS di Puskesmas.

Terkait dengan peraturan yang dijadikan landasan pelaksanaan MTBS ini Kasubdin YanKes menegaskan bahwa, selaku Unit Pelaksana Teknis (UPT) Puskesmas melaksanakan sebagian tugas dinas, termasuk pelaksanaan program MTBS, sedangkan peraturan untuk mengatur pelaksanaan yang diperlukan keseragaman pelaksanaannya di atur oleh Dinas Kesehatan (kotak 19)

Kotak 19

“..Namanya UPT, melaksanakan sebagian tugas dari dinas, Puskesmas melaksanakan MTBS adalah melaksanakan tugas ini. Kalau penekanan pada hal tertentu, memang perlu diatur, seperti misalnya formulir sebagai catatan medis.. (R-4)

Untuk pelaksanaan MTBS di Puskesmas, ada ketidakseragaman dasar peraturan pelaksanaan MTBS antar Puskesmas. Sebagian kepala Puskesmas membuat peraturan pelaksanaan MTBS melalui kesepakatan dalam lokakarya mini. Sebagian kepala Puskesmas telah membuat SOP sebagai peraturan, sebagian kepala Puskesmas belum membuat SOP. Sebagian kepala Puskesmas menyatakan peraturan untuk pelaksanaan MTBS di Puskesmas adalah hasil lokakarya mini dan peraturan dari DKK. Sebagian kepala Puskesmas mengusulkan adanya peraturan daerah.

Perlunya kesamaan bahasa pada peraturan yang digunakan untuk penerapan MTBS, sejalan dengan upaya peningkatan mutu melalui perencanaan proses makro yang berupa (1) penentuan pekerjaan yang harus dilakukan (2) penugasan untuk pekerjaan tersebut kepada tim yang sesuai (3) pemanfaatan keahlian. Ketiga hal tersebut perlu dituangkan dalam peraturan yang mengatur pelaksanaan manajemen mutu MTBS di puskesmas.¹⁴

Berkaitan dengan dasar peraturan untuk pelaksanaan MTBS di Puskesmas, dijelaskan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes bahwa peraturan yang ada telah jelas dan telah dibuat oleh Dinas Kesehatan Kabupaten sebagai bagian dari kerjasama Pemerintah Kabupaten Brebes dengan Unicef (kotak 20)

Kotak 20

“...Peraturan jelas, Puskesmas adalah pelaksana program di wilayahnya, ada peraturan yang dikeluarkan kepala dinas No. 440/ 0391 tanggal 24 januari 2007 yang mewajibkan semua bidan melaksanakan MTBS dengan mengisi formulir, kita juga melaksanakan perjanjian kerjasama dengan Unicef”(R-5)

Berkaitan dengan hal ini, utusan dari Unicef perwakilan Jawa Tengah memberitahukan adanya dokumen kerjasama yang harus dilaksanakan. Untuk tahun 2008 ini kegiatan MTBS di Kabupaten Brebes bekerjasama dengan UNICEF yaitu dengan dasar kerjasama yang dituangkannya dalam rencana kerja program kerjasama (CPAP/ Country Programme Action Plan) periode 2006-2010 yang sesuai dengan komitmen lembaga PBB di Indonesia sebagaimana di

jabarkan dalam *United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) 2006-2010*, yaitu untuk mendukung pemerintah dalam mewujudkan Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs). Dalam kerjasama ini Unicef memonitoring pelaksanaan MTBS secara individual pada pelaksana / petugas, secara institusional yaitu Dinas Kesehatan, RS dan Puskesmas serta jaringannya serta memonitoring cakupan kegiatan (kotak 21).

Kotak 21

“...Dalam dokumen Unicef ada tiga hal yang menjadi focus perhatian tentang pelaksanaan program ini yaitu pertama pelaksanaan sistem MTBS ini kepada individu yaitu apakah petugas yang dilatih sudah melaksanakan dengan baik dan benar dan kedua institusional yaitu apakah puskesmas, Rumah sakit dan Dinas telah melaksanakan program ini, dan yang ketiga adalah cakupan program yaitu prosentase berapa balita yang diberi pelayanan MTBS dikaitkan dengan menurunnya angka kesakitan dan kematian balita, saat ini (tahun 2008) adalah penghujung dari 3 bulan pertama kerja sama Kabupaten Brebes dengan Unicef untuk anggaran 2008, dalam hal pelaksanaan kerjasama dengan Unicef dan tentang MTBS ini telah menginjak 5 tahun, dan Brebes adalah satu-satunya kabupaten di Indonesia yang telah total coverage..(R-9)

Program kerjasama ini untuk mendukung pemerintah dalam mewujudkan hak-hak anak dan mempercepat pencapaian tujuan dan target Program Nasional bagi Anak Indonesia (PNBAI) dan MDG di tahun 2015. Program-program dan proyek dijabarkan dan dilaksanakan sesuai BCA. *Basic Cooperation Agreement (BCA)* disepakati pada tanggal 17 November 1966.

Dalam dokumen ini koordinasi program di tingkat kabupaten, tanggungjawab perencanaan, pengelolaan dan monitoring terletak pada kantor pemerintah sektoral seperti kantor Dinas Kesehatan yang bekerjasama dengan kantor cabang Unicef. Pada level ini

seluruh aktifitas sektoral dikoordinasikan oleh tim KHPPIA, dibawah pimpinan Bappeda (kotak 22). Bappeda yang melaporkan kepada Dirjen Bangda Depdagri dan berhubungan dengan kantor cabang Unicef^{liv}.

Kotak 22

"...ya, bappeda ikut berperan, dan komit bidang kesehatan, untuk meningkatkan angka harapan hidup dengan meningkatkan kesehatan dasar di puskesmas, kalau yang berkaitan dengan MTBS itu Bappeda bersama DKK kan ada dalam tim KHPPIA..(R-6)

Berkaitan dengan evaluasi kegiatan MTBS, utusan dari Unicef Jawa Tengah mengatakan kegiatan akan dilakukan tinjauan tahunan antara pemerintah dan Unicef, yang kegiatannya adalah pertemuan tahunan untuk perencanaan dan tinjauan seluruh program yang ada dalam kerjasama tersebut. Biasanya dalam kuartal terakhir setiap tahun. Tinjauan tengah program (Mid-Term Review) telah dilaksanakan pada tahun 2008 (kotak 23).

Kotak..23

"...untuk bulan Mei 2008, Brebes di undang untuk memaparkan kinerja MTBS selama ini sebagai kabupaten yang sudah total coverage pada pertemuan Mid Term Review (MTR) di Jakarta....."(R-9)

Di level kabupaten, Dinas Kesehatan melaporkan kepada Bappeda secara teratur dan mengadakan evaluasi kegiatan kesehatan bersama Bappeda dan Unicef (kotak 24).

Kotak 24

"...kami selalu melaporkan kegiatan kepada Bappeda evaluasi, mid term review tahun 2007 kemarin di Salatiga..bappeda ikut evaluasi ini dilakukan setahun 2 kali.....(R-2)

Dari uraian diatas terlihat kurang berjalannya fungsi manajemen untuk mengorganisasikan sumber daya melalui kebijakan yang berupa peraturan dan ketetapan untuk menjalankan kegiatan.

2) Pendanaan

Penyiapan penerapan MTBS di Puskesmas memerlukan identifikasi sumber dana oleh Kepala Puskesmas. Dari hasil wawancara dengan kepala Puskesmas(tabel 4.31), semua kepala Puskesmas telah mengalokasi dana untuk kegiatan MTBS. Namun ada masalah pada ketersediaan dana untuk tahun 2008 ini, berupa tidak ada ketersediaan dana di Puskesmas. Ketersediaan dana ini mempengaruhi alokasi keseragaman sumber dana untuk kegiatan MTBS, sebagian puskesmas menggunakan dana operasional / rutin untuk mencukupi kebutuhan pengadaan formulir dan kartu KNI . Sebagian puskesmas tidak mengalokasikan dana untuk tahun 2008 ini bagi kegiatan MTBS. Adanya ketidakcukupan dana di puskesmas bagi pelaksanaan MTBS, membuat sebagian kepala Puskesmas mengumpulkan dana secara swadaya untuk mendukung penerapan kegiatan MTBS. Hal ini dibenarkan oleh koordinator MTBS Puskesmas bahwa dana untuk kegiatan MTBS tidak tersedia di Puskesmas, sebagian kebutuhan dipenuhi oleh DKK dan sebagian lagi mengusahakan dari sumber dana lain(kotak 25).

Kotak 25

“...Ya,.kepala puskesmas selalu memenuhi, tapi kalau alat peraga ini..kemarin jimpitan dari badan yang menolong *partus*, tujuannya

untuk menambah alat konseling,.tiap rabu, kami mengumpulkan dana ini..”(R-10f)
“...Kalau bu dokter, biasanya mengambil dana dari JPKMM waktu masih ada dana itu, karena dananya tidak ada....kita tidak memfotokopi formulir, kalau formulir yang ada sekarang dari droping (R-10a)

Berkaitan dengan kekurangan dana di Puskesmas dan kebutuhan bantuan pasokan dari DKK, menurut pemegang Program MTBS Kabupaten, dana pelaksanaan kegiatan MTBS adalah dari APBD dan dari Unicef, sedangkan kekurangannya di penuhi oleh Puskesmas (kotak 26).

Kotak 26
“...Apapun kekurangan puskesmas tentang penerapan MTBS di Puskesmas, kami menunggu usulan, kurangnya apa saja ?, dulu disepakati sebagian kekurangan dianggarkan dari dana JPS/ askeskin, tapi kalau dana JPS tak ada, karena ditarik seperti sekarang ini, saya ndak bisa bilang apa apa, disamping itu memang kita belum mengadakan pertemuan lagi untuk tahun ini. Untuk dana dari Unicef memang ada, tapi untuk pelatihan, kami juga mengusulkan dana dari APBD..(R-2)

Berkaitan adanya usulan dari kepala Puskesmas tentang dana operasional MTBS dari APBD, menurut Bappeda dan Kepala Dinas Kesehatan Kab. Brebes bahwa pendanaan program MTBS ini sudah masuk APBD karena sesuai dalam Renstra Kabupaten Brebes (kotak 27).

Kotak 27
“...dana di Bappeda kan sifatnya plafon , dana untuk kegiatan MTBS adalah dana sharing dengan Unicef dan APBD....(R-6)
“...Dana program MTBS itu ada , di Kasi Kesga, dianggarkan APBD tahun ini pun ada, ada langsung untuk MTBS. ini berarti kan pihak menejerial atas sudah memperhatikan.Komitmen yang tinggi dalam perencanaan , hal ini karena sudah masuk ke renstra..(R-5)

Dari hal diatas terlihat lemahnya perencanaan untuk pengadaan anggaran dan lemahnya pengorganisasian serta lemahnya

pengawasan pengalokasian sumber dana untuk pelaksanaan kegiatan MTBS.

3) Ketenagaan

Pada diseminasi informasi awal penerapan MTBS, langkah langkah kepala Puskesmas untuk menjelaskan keterkaitan peran dan tanggung jawab antar petugas sangat penting. Dari hasil wawancara (tabel 4.32), semua kepala Puskesmas telah melakukan perencanaan tersedianya tenaga pada penerapan MTBS di Puskesmas. Dalam persiapan penerapan MTBS di puskesmas ini, kepala Puskesmas mengacu pada modul penerapan MTBS yang di mulai dengan desiminasi informasi kepada seluruh petugas Puskesmas. Informasi yang harus disampaikan termasuk peran dan tanggung jawab petugas puskesmas dalam penerapan MTBS. Dari langkah langkah yang diterapkan dalam MTBS, jelas keterkaitan peran dan tanggung jawab antar petugas sangat erat. Oleh karenanya semua petugas kesehatan di Puskesmas perlu memahami MTBS dan perannya.

Berkaitan dengan ketenagaan dalam penerapan MTBS, ada ketidakseragaman pengaturan ketenagaan antar Puskesmas. Sebagian kepala Puskesmas menugaskan tenaga koordinator MTBS untuk mengkoordinir kegiatan MTBS, sebagian kepala Puskesmas mempunyai koordinator MTBS hanya untuk mengkoordinir pelaporan.

Peran petugas koordinator MTBS dijelaskan oleh bidan koordinator MTBS puskesmas dalam kotak 28.

Kotak 28

"...Kalau di Puskesmas, semua dilibatkan oleh kepala puskesmas untuk pelayanan MTBS, koordinator MTBS membantu kepala Puskesmas mengkoordinir pelaksanaan dan mengawasi pelaksanaannya..kalau di desa bidan kerja sendiri, perawat tak ada yang mengerjakan.MTBS ini sepertinya hanya pekerjaan bidan saja....."(R-10a)

"...Dipuskesmas induk, banyak bidan,.MTBS dikoordinir dokter fasilitator, koordinator MTBS merekap laporan saja, kalau yang di unit, ada bidan dan perawat.tapi tetap yang jalan bidan..kalau kumpul bidan bidan , perawat kan tidak ikut...(R-10f)

Berkaitan dengan pengaturan ketenagaan di Puskesmas dalam penerapan MTBS, pemegang Program MTBS Kabupaten dan Kepala Dinas Kesehatan menyerahkan pengaturan tenaga kepada kepala Puskesmas (kotak 30).

Kotak 29

"....Kami serahkan kepada kepala Puskesmas soal ketenagaan di Puskesmas, kami tidak membahas khusus dengan kepala puskesmas, tapi kami mengharapkan bidan / petugas yang telah dilatih mendesiminasi kepada semua petugas di PKM.."(R-2)

"...kalau kita lihat program itu yang pertama berapa target atau sasarannya, Bagaimana kita melakukan itu dengan metode-metode dengan buku petunjuk yang ada pada pelatihan, siapa yang melakukannya ? petugas kesehatan bidan maupun perawat , bagaimana supaya ini bisa tercapai,.kepala Puskesmas harus bertanggung jawab untuk mensukseskannya ..."(R-5)

Berkaitan dengan ketersediaan tenaga saat pelaksanaan proses manajemen kasus, semua kepala Puskesmas telah merencanakan tersedianya tenaga di setiap unit, namun kepala Puskesmas masih mempunyai tenaga yang belum dilatih MTBS seperti perawat dan bidan baru. Sebagian kepala Puskesmas menyiapkan petugas dari

program lain seperti petugas gizi, petugas HS untuk mendukung kelancaran penerapan MTBS.

Beberapa petugas yang terlibat dalam penerapan MTBS ini adalah perawat, bidan, petugas gizi, petugas imunisasi, petugas obat, pengelola SP2TP, pengelola program P2M, petugas loket dan dokter Puskesmas sebagai rujukan.⁸

Dari pengaturan ketenagaan, ditemukan kurangnya manajerial untuk upaya peningkatan perencanaan ketenagaan, penghimpunan dan pengorganisasian sumber daya ketenagaan.

4) Tempat Pelayanan

Pedoman MTBS yang diterapkan oleh petugas adalah merupakan pedoman perawatan anak sakit yang datang berobat ke fasilitas kesehatan. Pada perkembangannya MTBS ini mencakup manajemen terpadu bayi muda umur 1 hari sampai 2 bulan, baik keadaan sehat maupun sakit yang pelaksanaannya oleh bidan di desa pada saat kunjungan neonatal.³Dari hasil wawancara (tabel 4.33), semua kepala Puskesmas telah merencanakan dan menyediakan tempat pelayanan MTBS/MTBM. Terdapat ketidakseragaman antar Puskesmas, berkaitan dengan penyediaan tempat pelayanan ini. Sebagian kepala Puskesmas memisahkan tempat pemeriksaan MTBS di Puskesmas dari tempat pelayanan

kesehatan ibu. Sedangkan sebagian kepala puskesmas lainnya masih menggabungkan tempat pelayanan dalam satu ruang pelayanan. Untuk tempat pelayanan MTBS di unit jaringan Puskesmas yang lain, ada kepala Puskesmas yang tempat pelayanannya tidak melaksanakan pelayanan MTBS seperti di Pusling dan saat Posyandu. Berkaitan dengan pelaksanaan MTBM oleh bidan desa, seluruh kepala kepala Puskesmas mengatur tempat pelayanan dengan menyesuaikan dengan kondisi setempat. Namun sebagian besar puskesmas masih mengeluhkan tempat pelayanan di Puskesmas yang sempit. Hal ini dibenarkan oleh sebagian koordinator MTBS Puskesmas yang mengatakan bahwa tempat pelayanan masih digabung dengan pelayanan ibu karena ukuran ruang di Puskesmas sempit(kotak 30).

Kotak 30

“...Kalau di Puskesmas, tempatnya masih digabung, ruangnya sempit,.yang didesa /PKD, mengerjakan formulirnya tidak melihat tempat,.kalau bidan kunjungan rumah MTBM, formulirnya diisi langsung di rumah ibu balita...(R-10a)

Mengenai tempat yang sempit, Kasubdin Yankes menjelaskan bahwa dalam perencanaan pembangunan fisik, Dinas Kesehatan telah merancang ruangan untuk pelayanan anak yang memadai untuk penerapan MTBS di Puskesmas (kotak 31).

Kotak 31

“...Semua harus sesuai buku bagan dan modul, kalau untuk kedepannya, semua bangunan yang dirancang untuk puskesmas sudah saya siapkan untuk termasuk tempat poli anak, jadi terpisah. Poli ibu sendiri, poli anak sendiri...(R-4)

Hal diatas menunjukkan lemahnya kemampuan manajerial pada pengelolaan penyiapan struktur fisik.

5) Penyediaan sarana

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam penerapan MTBS adalah persiapan sarana yang berupa penyiapan obat, alat, formulir MTBS dan kartu Nasehat Ibu (KNI). Penyiapan sarana ini harus direncanakan dengan baik karena bila tidak akan mengganggu kelancaran penerapan MTBS. Dari hasil wawancara (tabel 4.34), untuk penyediaan sarana, semua kepala Puskesmas telah merencanakan dan melaksanakan penyediaan sarana untuk pelayanan MTBS puskesmas dan jaringannya. Sebagian besar kepala Puskesmas telah membuat usulan pengadaan sarana pelayanan MTBS kepada DKK, namun usulan ini untuk pengadaan sarana tahunan. Sebagian besar kepala Puskesmas menyatakan sarannya sudah tercukupi dari sumber pengadaan di DKK. Hal ini dibenarkan oleh Kasubdin Yankes bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes telah merencanakan pengadaan sarana kebutuhan untuk memenuhi kebutuhan Puskesmas lewat APBD dan sumber lain (kotak 32)

Kotak 32

“...Dari kasié mengusulkan sarana dari APBD, berupa formulir, kalau alat sesuai perencanaan dari puskesmas, ada pengadaannya sendiri ,sedangkan obat sudah kita pikirkan termasuk obat yang perlu disediakan untuk pelayanan MTBS. Dropingnya dari gudang farmasi secara global sesuai kebutuhan puskesmas...”(R-4)

Berkaitan dengan ketersediaan sarana ini terlihat sebagian besar kepala Puskesmas kurang mempunyai inisiatif untuk meningkatkan sarana pelayanan yang ada. Namun demikian ada sebagian kepala Puskesmas yang menyatakan tidak mempunyai dana untuk pengadaan sarana yang dibutuhkan. Hal ini dijelaskan oleh koordinator MTBS Puskesmas bahwa untuk meningkatkan pelayanan perlu disediakan sarana konseling berupa alat peraga namun dananya pengadaannya tidak ada (kotak 33).

Kotak 33

“...Kepala Puskesmas sudah mengusahakan dengan baik meskipun tempatnya sempit, kalau tempatnya luas alat peraga dan alat bermain anak kami sediakan, Jika ada dana lagi, sarana yang di puskesmas bisa ditambah. Kalau sarana yang di unit, saya mengusulkannya paling banyak kebutuhan formulir, lainnya sudah tersedia seadanya. Kepala Puskesmas memberinya tidak langsung, biasanya bergantian, tergantung dananya, sekarang tak ada dana, kita berjalan seadanya....(R-10f).

Dari uraian diatas terlihat kurangnya pemanfaatan proses manajerial untuk memaksimalkan sumber daya.

6) Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan di Puskesmas yang menerapkan MTBS sama dengan sebelumnya yaitu menggunakan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP). Perubahan yang perlu dilakukan adalah konversi klasifikasi MTBS kedalam kode diagnosis dalam SP2TP.⁸ Dari hasil wawancara dengan kepala Puskesmas (tabel 4.35), semua kepala puskesmas telah

merencanakan dan melaksanakan pelaporan kegiatan MTBS puskesmas. Pelaporan dilakukan setiap bulan untuk kegiatan MTBS dan MTBM. Terkait dengan pelaporan, ada ketidakseragaman petugas yang mengerjakan pelaporan di puskesmas. Sebagian kepala puskesmas menugaskan koordinator MTBS, sebagian lagi menugaskan bagian SP2TP. Hal ini dibenarkan oleh koordinator MTBS Puskesmas (kotak 34) bahwa rekapitulasi dikerjakan oleh koordinator MTBS, untuk LB-1 dikerjakan oleh bagian SP2TP sedangkan koordinator MTBS di Puskesmas lain mengerjakan dan mengirimkan sendiri laporannya ke DKK.

Kotak 34

"...Kalau laporan susahnyarekap dari bidan desa, kepala puskesmas mintanya sebelum tanggal 5, kami seringkali terlambat..tapi saya tetap menagih pada bidan desa, saya melaporkan sendiri ke DKK (R-10a)

"...Laporan dari bidan desa, dikirimkan ke Puskesmas, nanti bagian SP2TP yang mengerjakan.laporan ini kita konversi dulu ke kode di LB- 1, susahnyakalau kita tidak tahu dan tidak ada dokter, maka konversi klasifikasi ke LB 1.saya hanya kira-kira saja. Laporannya sudah sesuai format yang diberi dari DKK ..(R-10c)

Ada ketidakseragaman pengiriman laporan antar Puskesmas.

Sebagian kepala Puskesmas mengirimkan laporan ke Kasie Kesga, sebagian kepala Puskesmas ada yang juga melaporkan kegiatan untuk lintas program.

Dari uraian diatas terlihat lemahnya fungsi pengorganisasian pelaporan kegiatan penerapan MTBS Puskesmas.

7) Catatan medis

Terkait formulir sebagai catatan medis, dari hasil wawancara (tabel 4.36), sebagian kepala Puskesmas merencanakan dan melaksanakannya dengan menggabungkan formulir MTBS dengan CM yang telah ada dalam *family folder*. Dan sebagian kepala Puskesmas tetap menggunakan CM lama yang ada sebagai catatan medis. Perbedaan ini seharusnya tidak perlu terjadi jika peraturan dilaksanakan. Ditegaskan oleh Kasudin Yankes bahwa seharusnya kepala Puskesmas menerapkan formulir sebagai catatan medis karena bidan dalam mengobati anak menerima pelimpahan tugas dari kepala Puskesmas (kotak 35)

Kotak 35

“...Ya, formulir itu ,adalah wujud pelimpahan wewenang pengobatan pada paramedis, jadi catatan medis harus dibuat, mereka kan menerima tugas dari kepala Puskesmas untuk mengobati..(R-4).

Adanya ketidaktaatan dari petugas untuk penerapan formulir MTBS sebagai CM, dikemukakan oleh salah satu koordinator MTBS Puskesmas bahwa meskipun ada surat dari DKK tentang penggunaan formulir MTBS/MTBM sebagai catatan medis namun banyak petugas yang tidak melaksanakan (kotak 36)

Kotak 36

“...Walaupun kepala Puskesmas memberitahu ada surat DKK tentang kewajiban menggunakan sebagai catatan medis yang harus ditandatangani dan dilaksanakan, tapi sebenarnya ini bertambah rumit, jadi kadang tidak dilaksanakan pada formulir, lebih singkat di CM saja...”(R-10c)

Menurut utusan Unicef Jawa Tengah, penggunaan catatan medis adalah merupakan alat dan sekaligus sebagai rekam medis. Namun formulir ini penerapannya dapat dimodifikasi dengan masih mempertahankan format formulir tetapi menggunakan sarana lain untuk pencatatannya (kotak 37).

Kotak 37

“.....Soal penerapan MTBS dengan menggunakan formulir, ini harus kita sadari, bahwa formulir adalah tools adalah alat, sebagai rekam medis, kalau ini bisa dipertahankan, maka kita tidak perlu catatan lain. Tapi kalau menggunakan tulisan langsung ke formulir ada kendala, saya kira sah-sah saja untuk menerapkan isian hasil formulirnya di buku CM, tapi urutannya seperti formulir agar lebih murah. Point-pointnya dimasukkan di buku itu, formulirnya di fotokopi diletakkan dibawah kaca meja. Dengan demikian rekapnya dapat dibuat sesuai formulir, maka tak perlu mencetak formulir.(R—9)

Meskipun penting, tidak ada inisiatif kepala Puskesmas untuk memperbaiki penerapan formulir MTBS sebagai catatan medis (CM). Hal ini disampaikan juga oleh koordinator MTBS Puskesmas bahwa formulir sebagai CM merupakan hal penting karena bisa dijadikan alat bukti, namun kepala Puskesmas tidak mengatur petugas untuk melaksanakannya (kotak 38).

Kotak 38

“.....Kalau dirapat-rapat, memang diberitahu manfaat formulir sebagai alat bukti oleh kepala Puskesmas, kalau ada apa apa, apalagi ini di kota, catatan medis penting, tapi mengawasi bidan sekian banyak ,kan susah,..jadi tergantung mereka sendiri.mau mengerjakan atau tidak....(R-10f)

Dari uraian diatas terlihat lemahnya fungsi kepemimpinan yang mendukung ketaatan pada pelaksanaan peraturan penggunaan formulir sebagai catatan medis.

8) Penyediaan Sarana Konseling

Pada penerapan MTBS, ketersediaan sarana untuk konseling berupa kartu Nasehat Ibu/ Buku KIA bertujuan sebagai alat komunikasi antara petugas dengan ibu balita/ pengasuh bayi. Dari hasil wawancara (tabel 4.37), tidak ada keseragaman antar Puskesmas tentang pengadaan sarana konseling ini. Semua kepala Puskesmas telah merencanakan dan melaksanakan pengadaan sarana konseling berupa lembar KNI pada pelayanan MTBS di Puskesmas dengan dana dari Puskesmas ataupun pengadaan kartu KNI dari DKK. Sebagian kepala Puskesmas menggunakan buku KIA sebagai sarana untuk konseling pada bayi muda. Hal ini dijelaskan oleh koordinator MTBS Puskesmas bahwa penggunaan kartu KNI tetap dilaksanakan dengan pengadaan dari DKK namun ibu balita yang mampu membeli buku KIA diberikan buku KIA. Hal ini adalah karena isi dari buku KIA sebagian bisa digunakan untuk membantu petugas memberi nasehat pada ibu balita/ pengasuh bayi (kotak 39).

Kotak 39

“...Kalau lembar KNI, dropping dari DKK, masih ada, kalau habis kita jarang fotokopi, di PKD juga tidak diberi, kalau tak ada di Puskesmas, kartu KNI menunggu kiriman dari DKK. Biasanya untuk MTBS ya pakai KNI saja, kalau kebetulan ibu belum punya buku KIA, kita menawarkan untuk beli buku KIA, biasanya pengadaan buku KIA di target oleh DKK, kepala Puskesmas tidak pernah mengusulkan pengadaan buku KIA”(R-10a)

Sebagian kepala Puskesmas mengusulkan penggabungan buku KIA dengan KNI .

Buku KIA adalah buku yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI yang bekerja sama dengan *Japan International Cooperation Agency (JICA)* yang berisikan informasi dan materi penyuluhan tentang gizi dan kesehatan ibu dan anak, kartu Ibu Hamil, KMS Balita dan catatan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Buku KIA disimpan di rumah dan dibawa setiap kali ibu atau anak datang ke tempat-tempat pelayanan kesehatan di mana saja untuk mendapatkan pelayanan KIA.^{lv}

Dari uraian diatas terlihat kurangnya pemanfaatan proses manajemen untuk memaksimalkan sumber daya dan lemahnya mekanisme pengambilan keputusan untuk mengorganisasikan sumber daya.

9) Pelatihan

Untuk menjadikan manajemen mutu terselenggara diperlukan banyak pelatihan dalam hal manajemen mutu bagi seluruh tingkat manajemen. Kebutuhan pelatihan ini mempengaruhi seluruh hirarki organisasi¹⁴.

Hal ini telah disadari oleh semua kepala Puskesmas bahwa diperlukan pelatihan standarisasi MTBS bagi petugas pada penerapan MTBS (tabel 4.38). Diperlukannya pelatihan MTBS ini dibenarkan oleh utusan dari Unicef, bahwa dalam rangka *capacity*

building diperlukan pembelajaran untuk dapat melaksanakan dengan tanggung jawab (kotak 40).

Kotak 40

“.....Dalam rangka *capacity building*, dalam sistem pembelajaran MTBS adalah pembelajaran secara androgogi, pembelajaran secara orang dewasa,.Dalam proses pelatihan transfer ilmu dalam rangka *capacity building* ini melewati tahap tahu dulu, kemudian mau meskipun dengan keterpaksaan misalnya harus diperintah oleh kepala dinas dengan surat keputusan untuk menggunakan formulir, baru kemudian sampai tingkat mampu, disini akan berkaitan dengan bagian tanggung jawab, baik secara individu maupun secara institusional, bertanggung jawab kepada puskesmas..(R-9)

Berkaitan dengan pelatihan standarisasi MTBS, sebagian kepala Puskesmas menyatakan, ada kebutuhan legalitas pelaksanaan MTBS dan ada kebutuhan untuk melatih perawat dengan MTBS. Hal ini dikemukakan juga oleh koordinator MTBS Puskesmas bahwa sebagian besar bidan sudah dilatih MTBS, meskipun demikian bagi bidan yang sudah lama dilatih, perubahan pada perkembangan terbaru bisa diikuti dengan latihan di Puskesmas, namun untuk perawat, masih banyak yang belum dilatih dan perlu mendapat sertifikat sebagai bukti ketrampilannya (kotak 41).

Kotak 41

“.....Disini sudah dilatih semua, cuma karena edisinya beda, yang senior pakai bagan yang lama, ikut belajar lagi,.perawat harusnya dilatih.untuk mendapat sertifikat..(R-10c).
“ Pelatihan standarisasi MTBS bagi bidan di DKK, kalau perawat, dan petugas lain bisa dilatih itu bagus,.kita juga mengadakan magang bagi bidan yang baru di puskesmas...(R-10f)

Terkait dengan kebutuhan pelatihan bagi perawat ini Kasie Kesga menjelaskan bahwa pelatihan masih diprioritaskan bagi bidan yang belum dilatih, namun perawat yang ditugaskan untuk melakukan

pelayanan pada anak di Puskesmas bisa diikuti pada pelatihan standarisasi (kotak 42).

Kotak 42

“...Pelatihan MTBS Untuk tahun 2007 dan 2008, bidan pelaksana MTBS dulu yang dilatih ,karena banyak bidan desa yang baru, sedangkan pelatihan untuk perawat perawat menyusul tapi kami prioritaskan untuk perawat yang memang ditugaskan melayani anak dulu.. (R-3a).

Masih banyaknya petugas yang belum dilatih, ditindak-lanjuti oleh sebagian besar kepala Puskesmas dengan mengadakan *training* bagi bidan yang belum dilatih di Puskesmas. Namun sebagian besar kepala Puskesmas tidak pernah mengusulkan peserta pelatihan standarisasi MTBS ke Kabupaten dan tidak ada kepala Puskesmas yang merencanakan pelatihan di bidang mutu.

Menurut pemegang program MTBS Kabupaten dan Kasubdin YanKes (kotak 43), karena dana pelatihan MTBS terbatas sehingga pengaturan pelatihan untuk program diatur oleh pemegang program di Kabupaten, termasuk jenis pelatihan yang diperlukan direncanakan oleh Dinas Kesehatan.

Kotak 43

“...Kami melatih standarisasi, sesuai dengan dana yang ada, untuk tahun ini masih ada dana dari UNICEF dan diusulkan juga dari APBD untuk pelatihan.. pada tahun 2007 telah dibagikan sebanyak 56 buku manual, pada tahun ini masih tersisa 50 lagi untuk pelatihan tahun 2008 ini. ..(R-2)

“....Untuk tahun ini ada dana dari UNICEF, yang untuk kerjasama 2008 , tribulan ke 3, kalau dana tribulan pertama untuk pelatihan supervisi suportif, DKK merencanakan untuk pelatihan MTBS, bagi petugas yang belum..Untuk supervisi suportif saja saya melihat, tidak mungkin 8 fasilitator menjangkau seluruh puskesmas, jadi nanti pelatihan ini akan saya latih ,fasilitator untuk TOT, kemudian yang sudah di TOT melatih fasilitator lain tentang supervisi suportif ini, sehingga jumlah petugas yang akan mensupervisi bisa disebar, dan akan dapat mensupervisi MTBS..(R-4)

Hal diatas menunjukkan lemahnya perencanaan dan lemahnya penyusunan strategi untuk menentukan prioritas sumber daya untuk keperluan menjalankan kegiatan.

10) Kegiatan monitoring/ pemantauan

Dalam proses manajemen, untuk mendapatkan hasil penerapan kegiatan yang efektif dan efisien perlu dilakukan pengawasan dan pengendalian. Demikian juga pada penerapan kegiatan MTBS Puskesmas diperlukan pengawasan dan pengendalian. Dari wawancara (tabel 4.39), semua kepala puskesmas telah merencanakan untuk monitoring pelaksanaan MTBS. Namun peran koordinasi dari kepala Puskesmas dalam bentuk pemantauan untuk kegiatan MTBS ini tidak dikerjakan. Sebagian besar kepala Puskesmas memberikan tugas pada karyawan untuk melakukan monitoring pelaksanaan MTBS. Menurut koordinator MTBS Puskesmas tugasnya adalah untuk mengawasi kegiatan MTBS di desa dan pelaksanaan di Puskesmas, koordinator MTBS juga ditugaskan menyampaikan laporannya kepada kepala Puskesmas (kotak 44)

Kotak 44

"... kepala Puskesmas kadang kadang datang monitoring kalau ada laporan yang kurang baik di desa, monitoring biasanya bersama program lain"(R-10d)

"...Pengawasan oleh koordinator MTBS biasanya soal laporan dari desa, ..bisa juga bidan desanya yang lapor, kalau ada kasus sulit, perlu keputusan , kita lapor kepala puskesmas.."(R-10e)

Dari wawancara dengan kepala Puskesmas dapat disimpulkan bahwa upaya pengendalian MTBS oleh kepala Puskesmas kurang jelas arahnya. Hal yang belum dikerjakan oleh kepala Puskesmas adalah dalam menerapkan pengendalian mutu pada suatu proses belum adanya elemen pengendalian kunci yang berupa sasaran kinerja, sarana untuk mengevaluasi kinerja yang dicapai dan sarana untuk membandingkan kinerja dengan sasaran, sehingga tercipta umpan balik.¹⁴

Hal ini juga menunjukkan kurangnya fungsi kepemimpinan untuk mengkomunikasikan, membuat keputusan dan menganalisis masalah dalam penerapan kegiatan MTBS.

c. Proses Manajemen Koordinasi Implementasi penerapan MTBS.

1) Penyamaan substansi isi dokumentasi

Dalam pelaksanaan penerapan MTBS di Puskesmas, Isi formulir MBTS/MTBM merupakan catatan hasil proses manajemen kasus. Urutan langkah-langkah dan cara pengisiannya sesuai dengan modul atau buku bagan. Isi dari formulir yang telah dikerjakan, adalah berupa rekaman keadaan anak dan tindakan serta pengobatan yang diberikan oleh petugas. Dari hasil wawancara

dengan kepala Puskesmas (tabel 4.40), ada perbedaan konsistensi isi formulir MTBS/MTBM dengan pelaporan di Puskesmas . Perbedaan ini terletak pada format pelaporan yang dikirimkan ke DKK hanya menyebutkan jumlah yang dilayani, klasifikasi dan jumlah yang dirujuk (lampiran 5). Format yang sederhana ini , diikuti oleh petugas di desa sebagai buku bantu sekaligus buku catatan medis , namun data yang seharusnya tertulis di formulir tidak ada, karena formulir tidak dikerjakan. Ketika diminta laporan sesuai dengan format buku bantu petugas bisa mengumpulkan data tersebut, tetapi saat diminta data lain ,yang tidak tercantum pada buku bantu, petugas tidak bisa mendapatkan. Menurut Kasudin Yankes, seharusnya buku bantu yang dibuat oleh petugas adalah sama dengan formulir secara keseluruhan (kotak 45)

Kotak 45

“.....Untuk isi dokumentasi di puskesmas , itu harus sama karena itu standar. Kalau laporan ke DKK, itu hanya sebagian dari isi formulir, jadi tidak bisa pelaksana mengerjakan MTBS dilapangan, hanya menggunakan format laporan saja, mestinya format formulir yang ditulis di buku bantu. Jadi buku bantu itu, tidak beda jauh dengan formulir (R-4)

Hal ini menyebabkan terjadinya kesalahan pada sumber substansi pelaporan di puskesmas, terutama saat konversi klasifikasi yang berubah menjadi kode diagnosis pada laporan LB-1. Perbedaan isi dokumentasi MTBS ini dibenarkan oleh koordinator MTBS sebagaimana di kotak 46.

Kotak 46

“...Dokumen yang di desa, kalau formulirnya ada, ya formulir itu

dokumennya, tentu saja lebih lengkap kalau disimpan bisa dicari datanya. Tapi yang tidak mengerjakan formulir pakainya buku bantu saja, sesuai format laporan, memang beda, tapi sampai ke DKK kan rekapannya saja...”(R-10f)

“...Kalau di desa isi dokumennya di formulir dan buku bantu, Yang pasti ada isinya di buku bantu biasanya rekap klasifikasi dan rujukan untuk MTBS dan MTBM. Data itu kita kumpulkan di Puskesmas jadi rekap yang ke DKK. Kalau petugas lain mau ambil data tentunya terbatas yang ada di rekap itu. Soalnya yang di formulir kan kadang tidak dikerjakan..yang di puskesmas ada arsipnya.susahnya nanti pada konversinya ke LB1..”(R-10a)

Perbedaan sumber dokumentasi antara formulir dan buku bantu adalah berbeda dalam substansi isi dokumentasi yang ada. Dalam formulir MTBS yang terisi dapat terlihat bagaimana proses manajemen kasus dilaksanakan, sedangkan pada buku bantu hanya sebagian dari proses manajemen kasus yang ada yaitu berupa klasifikasi dan rujukan. Tidak ada upaya kepala Puskesmas untuk memperbaiki perbedaan ini. Hal ini menunjukkan lemahnya upaya manajerial untuk penyamaan substansi isi dokumentasi dalam proses manajemen kasus.

2) Substansi dan cara pendokumentasian kegiatan MTBS.

Dari wawancara dengan kepala Puskesmas (tabel 4.41), ada ketidakseragaman media dokumentasi kegiatan MTBS/MTBM antara unit dengan Puskesmas. Menurut koordinator MTBS Puskesmas, ketidaktaatan penggunaan formulir oleh bidan desa serta penggunaan buku bantu saja pada saat pelayanan menjadi penyebab penggunaan media dokumentasi MTBS tidak seragam antar unit dan pelayanan MTBS di Puskesmas (kotak 47).

Kotak 47

“ Isi mtbs mestinya sama..., yang dari desa isinya rekapan , jadi sampai di Puskesmas data itu sudah tidak lengkap, kalau di tanya , apakah bidan desa punya arsip formulir MTBS ?, mereka biasanya hanya punya buku bantu...(R-10e)

Selain media dokumentasi tidak seragam antar unit di Puskesmas, ada ketidakseragaman cara pendokumentasian kegiatan MTBS antar Puskesmas. Dari wawancara mendalam terlihat pula bahwa upaya peningkatan mutu pendokumentasian kegiatan MTBS oleh kepala Puskesmas masih kurang. Hal ini menunjukkan lemahnya manajerial untuk menyamakan substansi dan cara pelaporan antara unit pelayanan yang ada di Puskesmas dan lemahnya pengaturan koordinasi dan cara pendokumentasian kegiatan MTBS antar Puskesmas.

3) Substansi Pelaporan

Dari tabel 4.42, terlihat belum ada keseragaman topik substansi pelaporan di Puskesmas dan antar Puskesmas. Hal ini karena dari unit pelayanan yang mengerjakan formulir, datanya bisa digunakan sebagai sumber laporan, tetapi karena tidak semua unit mengerjakan formulir, maka laporan yang akan dikumpulkan tidak semua bisa dibuat. Dari wawancara disimpulkan pula ada inefektifitas pelaporan lintas program. Sebagian Puskesmas memanfaatkan data formulir untuk laporan kegiatan program lain sedangkan sebagian puskesmas tidak menggunakan formulir sebagai sumber data untuk

lintas program. Hal ini di kemukakan juga oleh beberapa koordinator MTBS Puskesmas sebagaimana kotak 48.

Kotak 48

"...kalau ada masalah gizi ,atau lainnya dari gizi sendiri yang melaporkan. tapi bagian gizi tidak mengambil dari saya. Hanya mencocokkan saja.."(R-10c)

"...dari program lain memang belum ada yang memanfaatkan data. tetapi isinya penting bagi program terkait, jadi kita berikan kepada bagian gizi dan p2 dan kesga.."(R-10e)

Berkaitan dengan inefektifitas pelaporan lintas program Kasie P2 dan Kasie Gizi Kabupaten (kotak 49), mengemukakan pentingnya pengaturan pelaporan di Puskesmas dan pentingnya laporan terpadu karena laporan yang diterima di tingkat Kabupaten diharapkan dari sumber yang sama

Kotak 49

"..Untuk pelaporan mestinya ada pelaporan terpadu yang merupakan kegiatan lintas program yang bersangkutan..(R-3b).

"..Saya kira, petugas di puskesmas mengambil datanya dari bidan. Kami menerima laporan data pneumonia kan sudah dalam bentuk angka global, puskesmas yang memilah-milah sendiri. Mestinya datanya kan sama antara mtbs dan P2 untuk usia dibawah lima tahun. Ini sebetulnya program yang bagus, perlu dibahas lagi untuk keterpaduannya di tingkat kabupaten , harusnya antar subdin mestinya, nanti keputusannya tergantung kepala dinas, Pasti beliau sangat mendukung. Misalnya tentang malaria, sebenarnya daerah kita ini masuk daerah resiko apa? Karena seringnya ditemukan malaria import. Kewaspadaan ini kan , lebih tepat , kalau bidan semua waspada, kan tenaga yang paling banyak di lapangan di Brebes adalah bidan ini.Jadi kalau ada balita panas, tentunya dengan klasifikasi tentang malaria, bisa ditemukan secara dini.....(R-3c)

Pentingnya kerjasama lintas program, ditegaskan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes (kotak 50) bahwa semua tingkat manajemen harusnya mengusahakan adanya kerjasama lintas program dan agar secara bersama-sama mencari jalan keluar

penyelesaian yang terbaik dan secara proaktif mencari dan menganalisis masalah yang ada.

Kotak 50

“...kalau soal sesuatu yang baru, namanya keintegrasian harus perlu proses, perlu waktu, di setiap sektor apapun itu pasti akan mempertahankan aktualisasi sendiri-sendiri, baik ditingkat program, menurut saya mengintegrasikan antara program yang satu dengan yang lain, ini perlu proses, dan perlu koordinasi, diakui hal ini susah, bagaimana organisasi MTBS mendapat manfaat, sesuai jobnya, sesuai tupoksinya, MTBS berada di subdin yankes, kasie-nya Kesga kemudian dilaksanakan oleh Puskesmas, kasie kesga sebagai *leading* sektornya..yang mengkoordinir agar mencapai program yang paling baik, kalau kita sudah menggabungkan antara program tapi semua programmer mempertahankan programnya masing-masing itu yang jadi persoalan. Namun demikian sebenarnya dipuskesmas itu bagaimana kita bisa menganalisis dimana persoalan itu, apa yang mengakibatkan tidak bisa jalan programnya, apakah di P₂M, atau di mana, kita bisa proaktif..”(R-5)

Kondisi diatas menunjukkan lemahnya mekanisme pengaturan pemanfaatan data kegiatan dan kurangnya koordinasi pemanfaatan data dari kegiatan MTBS.

4) Pola pelayanan dan Rujukan Program

Dari wawancara mendalam dengan kepala Puskesmas (tabel 4.43) dapat disimpulkan terdapat perbedaan penerapan pelaksanaan pola pelayanan dan rujukan program antar puskesmas. Perbedaan penerapan ini terjadi karena terkait dengan lintas program. Hal ini diungkapkan oleh Kasubdin Yankes bahwa untuk kegiatan MTBS yang seharusnya bisa dimanfaatkan oleh program yang terkait, sampai saat ini masih menemui hambatan pada keterpaduan program di tingkat Kabupaten, sehingga masing masing programmer membuat kegiatan untuk Puskesmas tidak

mempertimbangkan unsur keterpaduan (kotak 51.). Dari wawancara mendalam terungkap juga ada pola rujukan program dalam Puskesmas yang tidak sepenuhnya di terima oleh kepala Puskesmas. Pola yang tidak sepenuhnya diterima ini berupa cara pengobatan pada unit rawat jalan yang hanya memberikan obat dan tindakan sesuai buku bagan.

Kotak 51

“...Memang saat ini kelihatannya MTBS ini dipegang oleh kasie kesga, harusnya memang tidak seperti itu, selama ini di DKK , untuk MTBS masih sifatnya sosialisasi kepada seksi seksi, atau sub din lain , mestinya program ini melibatkan seksi lain, malah tidak hanya lintas program, bahkan harusnya lintas sector karena butuh keterpaduan.. saat ini masalahnya ada pada mata anggaran, kalau sejak pertama sudah mendapat suatu mata anggaran, maka egonya muncul..itu adalah milik saya....jangan putus asa , ini akan diperbaiki, namun demikian juga untuk seksi lain, diharapkan memiliki rasa bersama , yaitu rasa memiliki bersama terhadap suatu program pelayanan....”(R-4)

Menurut sebagian kepala Puskesmas pola pelayanan dengan MTBS bisa diterapkan pada tempat pelayanan diluar Puskesmas, sedangkan unit pelayanan rawat jalan anak merupakan tempat rujukan dari pelayanan MTBS itu.

Terkait dengan pola pelayanan dan rujukan program yang tidak sepenuhnya diterima oleh sebagian kepala Puskesmas, Kasubdin Yankes (kotak 52) menegaskan perlunya sosialisasi kembali, sesuai buku manual dan modul MTBS yang ada, karena dalam pelayanan MTBS proses manajemen kasus yang ada adalah sangat komprehensif, hanya penerapannya di Puskesmas dan pemanfaatan kegiatan yang belum optimal.

Kotak 52

“...disini saya maksudkan bahwa pelayanan yang ada sekarang ini memang sudah berjalan, tapi apakah di tingkat bawah itu sudah sesuai dengan kandungan yang diharapkan oleh MTBS, maka disini perlu pelaksanaan yang mengarah ke mutu...bisa saja ada pendapat lain,tapi diharapkan buku bagan dan modul yang sudah dilatihkan dipelajari lagi...tatalaksana yang sangat komprehensif saya kira sudah cukup untuk tingkat Puskesmas, kalau ada anggapan yang kurang baik terhadap program ini , mungkin karena kita gagal dalam melakukan sosialisasi..(R-4)

Dari pola pelayanan dan rujukan program yang ada terlihat masih lemahnya sosialisasi dan pengaturan pola pelayanan.

d. Proses manajemen mutu MTBS.

1) Upaya peningkatan melalui kepemimpinan

Peran kepemimpinan dalam peningkatan penerapan kegiatan MTBS Puskesmas sudah seharusnya dilaksanakan dengan seefektif mungkin karena sesuai definisi George R.Terry, kepemimpinan merupakan upaya / kegiatan yang dilaksanakan untuk mempengaruhi orang lain untuk bekerja keras dengan penuh kemampuan untuk tujuan kelompok. Dari hasil wawancara dengan kepala Puskesmas (tabel 4.44), pada aspek kepemimpinan di Puskesmas disimpulkan sebagian kepala Puskesmas masih mengandalkan peran Dinas Kesehatan Kabupaten sebagai pemberi program MTBS, Disamping itu, semua kepala Puskesmas menyatakan perlu adanya manajemen mutu untuk penerapan MTBS di Puskesmas (tabel 4.45), namun untuk menerapkan manajemen mutu sebagian kepala Puskesmas menyatakan perlunya dukungan

dari Dinas kesehatan Kabupaten. Pernyataan pentingnya penerapan manajemen mutu merupakan bentuk keputusan dari kepala Puskesmas selaku pimpinan sebagai tanggapan dari respon / sikap untuk memperbaiki mutu yang timbul dari adanya persepsi, motivasi dan hasil belajar/pengetahuan untuk mencapai produktivitas, kemajuan, efisiensi dan kepuasan pada penerapan kegiatan MTBS di Puskesmas³⁸.

Ketika ditanyakan mengenai keterkaitan manajemen mutu dengan penerapan MTBS (tabel 4.46), sebagian kepala Puskesmas menyatakan bahwa keterkaitannya berupa upaya untuk melakukan perencanaan, pengendalian dan perbaikan / peningkatan pelayanan dengan MTBS di puskesmas supaya lebih baik. Upaya perbaikan ini perlu didukung oleh terbentuknya tim mutu baik di tingkat Puskesmas maupun di tingkat Kabupaten. Tim mutu tingkat Puskesmas sampai saat ini belum ada yang dibentuk, sedangkan tim mutu tingkat kabupaten telah dibentuk dengan SK No.440/917/2008 tanggal 18 Februari 2008 namun kegiatannya belum dikhususkan untuk meningkatkan mutu penerapan MTBS karena tim ini bertugas melaksanakan pembinaan mutu pelayanan terhadap puskesmas dalam rangka persiapan dan pelaksanaan akreditasi Puskesmas. Namun ada sebagian kepala Puskesmas yang menyatakan belum tahu cara memperbaiki pelaksanaan MTBS dengan penerapan

manajemen mutu dan mengharapkan adanya dukungan dari Dinas Kesehatan untuk mengadakan pelatihan tentang mutu.

Terkait dengan kepemimpinan di Puskesmas dari tabel 4.44, dapat disimpulkan sebagian kepala Puskesmas kurang mempunyai inisiatif, peran yang kurang pada inovasi, dan kurang berperan pada tugas pemantauan dan kurang bekerja keras untuk penerapan MTBS di Puskesmas. Hal ini disebabkan tanggung jawab pelaksanaan penerapan MTBS diserahkan kepada kepala Puskesmas sebagai manajer di Puskesmas.

Tanggung jawab kepemimpinan di Puskesmas ditegaskan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes bahwa kepala Puskesmas mempunyai peran penting pada terlaksananya program dan pelaksanaan program di Puskesmas adalah menjadi tanggung jawab kepala Puskesmas (kotak 53).

Kotak 53

“...Bagaimana puskesmas itu sudah kita sampaikan. Itu merupakan bagian manajemen dari pada program keseluruhan. Coba ini setelah dilatih, mereka punya komitmen apa tidak, ya pelaksanaannya, mindset-nya berubah apa tidak, setelah dilatih. Seharusnya kalau kita benar-benar latihan mindset harus berubah. Saya pelatihan 7 minggu di Jepang berubah apa tidak, saya kan berubah, saya sering ngomong dengan dokter-dokter Puskesmas karena dalam pelaksanaan tidak ada komitmen, tidak pernah berubah mindset-nya, sekalipun dilatih mereka seperti dulu, biasanya tidak pernah dituruti, tidak inovatif padahal ini inovasi baru, mindset-nya harus berubah, dulu salah, sekarang harus benar. Bagaimana merubah mindset-nya, pertama perlu reward and punishment, menghargai orang berprestasi menghukum orang yang tidak pernah bekerja. Menurut saya, ini persoalan.. orang ini tidak mau berubah, seperti bagaimana merubah es batu. Kalau es batu yang begini kita rubah, kita harus cairkan dulu. Kebentuk cair baru kita bentuk ke bentuk yang lain, begitu pula orang, pola pikirnya kita harus cairkan dulu, pola pikirnya yang tidak baik itu, ya rutinitas, kita rubah kita bentuk yang baru....(R-5)

Terkait kepala Puskesmas yang kurang berperan , kurang inovatif dan kurang bekerja keras dibenarkan oleh Kasubdin Yankes bahwa ada beberapa kepala Puskesmas yang kurang peduli pada program (kotak 54).

Kotak 54

“...Saya saat ini melihat ada kepala puskesmas yang menyerahkan kegiatan program kepada pelaksana, harusnya tidak begitu, mestinya ikut berperan. Kalau saya lihat, sudah ada kepala puskesmas yang memenuhi harapan saya, tapi ada juga kepala Puskesmas yang bersifat otoriter. Kalau suatu program dikerjakan dengan keterpaksaan, program tetap bisa jalan, tapi pelaksana jalan karena ketakutan, kalau yang memerintah sudah tidak ada, maka program itu akan bubar. Harapan saya semua program mestinya , dilaksanakan dengan rasa *handarbeni*, ikut memiliki dimulai dari kepala puskesmasnya sampai staf..” (R-4)

Upaya peningkatan mutu penerapan MTBS dengan memperbaiki kepemimpinan adalah penting. Menurut Frederick W.Taylor, cara yang paling baik untuk meningkatkan output (hasil produksi) ialah dengan memperbaiki tehnik dan metode yang digunakan oleh pekerja. Dalam hal ini orang (pekerja) dianggap sebagai instrument atau alat yang harus dimanipulasi oleh pemmpin atau manajer.³⁸

Dari uraian diatas terlihat kurangnya peran kepemimpinan dan kurangnya kecakapan dari manajer untuk operasional yang efektif bagi penerapan MTBS Puskesmas.

2) Upaya peningkatan kultur/ budaya yang mendukung mutu

Dari tabel 4.47, upaya peningkatan kultur yang mendukung pelaksanaan MTBS berbeda untuk masing-masing puskesmas.

Masih terdapat ketidaksamaan dalam nilai, norma dan perilaku petugas di puskesmas. Terkait dengan upaya yang dilakukan kepala Puskesmas, sebagian kepala Puskesmas memerlukan adanya peraturan dan sanksi untuk merubah kultur yang kurang mendukung penerapan MTBS. Namun demikian masih ada sebagian kepala Puskesmas tidak berupaya merubah kultur yang sudah ada.

Menurut Kasubdin Yankes, untuk meningkatkan mutu pada penerapan pola pelayanan MTBS di Puskesmas, kepala Puskesmas dapat melakukan penyesuaian terhadap kultur yang ada dengan menyesuaikan dengan kondisi masyarakat sekitarnya, karena karakteristik masyarakat Brebes yang berbeda membentuk kelompok masyarakat yang berbeda pula (kotak 55).

Kotak 55

"..Untuk kabupaten Brebes, sudah sering kali saya katakan pada kepala Puskesmas, bahwa masyarakat Brebes itu terbagi menjadi tiga daerah yang berbeda, dengan sifat masyarakat yang berbeda juga, oleh karena itu segala sesuatunya harus mempertimbangkan itu, memperhatikan sifat mereka , otomatis di pekerjaan juga terbentuk tiga sifat yang berbeda, Kalau menerapkan MTBS secara standard semua mesti sama, karena standard itu baku, tidak bisa diubah kalau bisa memang pendekatan kepala puskesmas bisa sama, tapi kalau tidak bisa, paling tidak kepala puskesmas menyesuaikan dengan keadaan itu. . Karakteristik yang berbeda itu membentuk kelompok, dalam suatu masyarakat, yang karakternya berbeda...saya tidak bisa memaksakan puskesmas kota di pantura, untuk sama dengan yang puskesmas non kecamatan di wilayah tengah, demikian juga mereka, budaya mereka berbeda..budaya perintah tidak akan cocok untuk mereka, jangan dipaksakan budaya perintah kepada pelaksana.."(R-4)

Berkaitan dengan merubah kultur yang tidak mendukung, Kepala Dinas Kesehatan (kotak 56), telah berusaha mempengaruhi

budaya atau kultur petugas di Puskesmas dengan mengadakan evaluasi kinerja dengan penilaian Puskesmas berprestasi untuk menciptakan budaya tugas (*task cultur*)

Kotak 56

“... budaya kerja kita, mari kita kerjakan apa yang dinilai orang baik itukan suatu yang saya lakukan didinas, dinilai orang bagus, harusnya kita begitu. Puskesmas dinilai orang bagus, terus ke bawah lagi bidan, bidan yang bertanggung jawab , apapun yang ditugaskan termasuk MTBS .Budaya yang pertama apa, yaitu budaya kinerja yang bagus dengan parameter yang jelas, itulah kenapa Puskesmas saya minta dinilai dengan puskesmas berprestasi dengan parameter-parameter, itukan merupakan evaluasi kinerja Puskesmas. Lalu kita melihat data dan laporanya benar ,.apa tidak....”(R-5)

Dari upaya manajerial untuk meningkatkan kinerja dengan mempengaruhi kultur terlihat masih lemahnya peran manajerial pada inovasi dan inisiatif untuk mengelola perubahan, membangun dan mempertahankan pusat kekuatan dan lemahnya peran manajerial di Puskesmas untuk memotivasi.dalam rangka penerapan MTBS di Puskesmas.

3) Upaya peningkatan kinerja organisasi

Organisasi adalah alat yang didalamnya terjadi adanya saling berhubungan dari satu satuan kerja, yang memberikan kepada orang yang ditempatkan di dalam struktur kewenangan sehingga pekerjaan dapat dikoordinasikan oleh perintah atasan kepada bawahan yang menjangkau dari puncak sampai ke bawah dari seluruh organisasi. Dari hasil wawancara dengan kepala Puskesmas (tabel 4.48), di dalam penerapan kegiatan MTBS terlihat ada

ketidakseragaman antar kepala puskesmas dalam berupaya meningkatkan kinerja organisasi. Sebagian kepala Puskesmas membutuhkan dukungan dinas untuk peningkatan organisasi pelayanan MTBS di Puskesmas. Namun ada sebagian kepala Puskesmas yang tidak berupaya meningkatkan kinerja organisasi, karena tidak mendapatkan manfaat dari upaya peningkatan organisasi itu. Hal ini menunjukkan bahwa peran manajerial/kepemimpinan sebagian kepala Puskesmas untuk mengorganisasikan dan mengkoordinir kegiatan masih lemah.

Keterkaitan dengan dukungan dari DKK, Kepala Dinas Kesehatan menyampaikan solusi yang disampaikan dalam FGD (kotak 57), yang berupa komitmen Kepala Dinas untuk terus memperbaiki dan meningkatkan program MTBS dan mengajak semua pihak baik di Dinas Kesehatan maupun di Puskesmas untuk menyamakan komitmen pada penerapan MTBS Puskesmas.

Kotak 57

“...MTBS adalah program baru. Program yang mempunyai kaidah-kaidah dan standar, penerapan untuk menjadi ideal perlu proses yang lama, tidak langsung segera jadi. Asal kita punya pegangan bahwa program ini bagus, program harus dijalankan dan kita mengetahui manfaatnya, saya kira program akan berjalan sesuai jalur. Kalau Puskesmas kekurangan dana, tolong seksi terkait menggabungkan..kalau belum ada dana, bisa diusulkan pada anggaran perubahan 2009. Sedangkan sarana, dan peralatan saya kira tidak masalah nanti bisa dipenuhi lewat perencanaan., tinggal menunggu waktu, kalau soal tempat, ruang untuk pelayanan PKM sudah mulai di buat dan dirancang khusus untuk poli anak. Untuk perencanaan obat, ada gudang farmasi merencanakan kan berdasarkan permintaan dari kepala puskesmas, dari laporan tahunan. Oleh karena itu kepala

puskesmas harus evaluasi.

Untuk perawat ya, perlu dilatih minimal ada satu atau dua perawat yang siap dipuskesmas untuk melaksanakan MTBS.

Soal kepatuhan, kepala puskesmas diharapkan bisa mengatasi dan mau tahu, karena program apapun jika atensi kepala puskesmas baik, akan bisa berjalan. Hal hal yang salah ,sudah tahu itu salah jangan dilakukan terus menerus, diperbaiki, mulai sekarang.

Untuk peningkatan penerapan MTBS kepala puskesmas memberitahukan pada bidan koordinator ,rapat rapat bidan desa /bisa juga di rapat IBI untuk yang praktik swasta agar selalu mengingatkan kembali.

Sekali lagi kepala puskesmas selaku manajer di PKM, harus bertanggung jawab secara keseluruhan terhadap pelaksanaan program. Kepala Puskesmas itu kan masuk ke eselon IV, jadi secara struktural, kegiatan manajemennya adalah sedikit, dan lebih banyak kearah tekhnis.

Kasubdin tolong untuk diingatkan kembali, soal MTBS pada semua, bidan, kasie kasie, kasubdin lain, bisa diadakan sosialisasi kembali soal MTBS. Memang saat ini fokusnya kan pada pelaksana yang perlu dilatih untuk pelaksanaannya.

Untuk fasilitator memang tugasnya adalah membantu dalam pelatihan dan melakukan supervisi kegiatan di lapangan.

Program MTBS ini harus terus dipertahankan, bukan sekedar kalau ada dana dari UNICEF saja. Tapi ini merupakan ,sebagai sesuatu yang harus dicapai.

Bahwa program ini telah terbukti membantu menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi, harus kita buktikan. Kita harus punya komitmen yang sama, baik yang ada di dinas maupun di Puskesmas, meski mudah mengatakan soal keterpaduan, ini merupakan sesuatu yang sulit, tapi persoalan keterpaduan ini akan kita terus benahi diharapkan akan menjadi lebih baik untuk masa yang akan datang...”(R-5)

Peningkatan kinerja organisasi dalam pelaksanaan MTBS perlu melibatkan semua sektor. Dukungan dari Unicef dalam rangka kerjasama penerapan MTBS dengan Pemerintah Kabupaten Brebes masih dibutuhkan untuk kegiatan kegiatan yang mendukung mutu penerapan MTBS sebagaimana diungkapkan oleh Utusan dari Unicef dalam kotak 58.

Kotak 58

“...Dukungan Unicef untuk Brebes, kemungkinan masih diperlukan jika melihat komitmen kepala Dinas untuk menjadikan sebagai program rutin, dan akan mengintegrasikan dengan program lain, kemudian untuk berjalan lebih baik persiapan pendukung harus

pula dilakukan diantaranya adalah pelatihan pengelolaan logistic, pelatihan MTBS untuk pengelola program lain, perlu ada sosialisasi bagi kader dan LSM untuk menjadikan sebagai program rutin sehingga ada kontrol di tingkat masyarakat....”(R-9)

Dari uraian diatas terlihat masih lemahnya inisiatif dari manajerial di Puskesmas dan kurangnya kemampuan kepemimpinan untuk meningkatkan upaya kinerja organisasi.

4) Upaya peningkatan ketrampilan analisis dan ketrampilan orang.

Salah satu komponen dalam manajemen mutu termasuk pentingnya ketrampilan yang dimiliki dan kemampuan menganalisis. Dari hasil wawancara (tabel 4.49), untuk penerapan mutu MTBS di Puskesmas, sebagian besar kepala Puskesmas tidak melakukan analisis hasil kegiatan MTBS. Hal ini sebagian disebabkan ada kesulitan dalam analisis data MTBS yang dihadapi kepala Puskesmas misalnya tentang ketersediaan data. Disamping itu, sebagian besar kepala Puskesmas belum mempunyai ketrampilan analisis kegiatan MTBS dan sebagian lagi kurang memperhatikan pentingnya ketrampilan analisis kegiatan MTBS.

Menurut Kasubdin Yankes , analisis data MTBS sederhana telah dilakukan oleh kepala Puskesmas, hanya diperlukan peningkatan ketrampilan analisisnya, namun di tingkat Kabupaten telah tersedia fasilitator MTBS Kabupaten yang bisa membantu kepala Puskesmas untuk memperbaiki kemampuan analitis ini,

hanya saja keterlibatan fasilitator MTBS untuk hal ini masih belum terkoordinir dengan baik (kotak 59).

Kotak 59

'...Puskesmas sudah mengerjakan formulir, data dikumpulkan.sekarang tinggal dibutuhkan untuk apa data itu, kalau datanya terkumpul dengan baik analisis data itu akan mudah dilakukan.kepala Puskesmas saya kira bisa melakukan kalau dukungan dari tingkat Kabupaten, bisa...Fasilitator adalah dianggap orang yang paling ahli didalam MTBS, jadi segala sesuatu yang terkait dengan permasalahan pelatihan, fasilitasi, monitoring dan evaluasi atau pembinaan di tingkat bawah adalah tugas dan wewenangnya fasilitator, sebenarnya saya menghendaki adanya pertemuan tim fasilitator yang menganalisis segala apa saja yang berkaitan dengan ini, jangan sampai ada yang kedaluwarsa kita ndak tahu..."(R-4)

Dari uraian diatas terlihat adanya kurangnya peran koordinasi dan kurangnya peran pemantau untuk mengelola beban informasi dan menyajikan informasi karena kurangnya ketrampilan yang dimiliki para manajerial.

5) Pelayanan yang berfokus pada pelanggan

Dari tabel 4.50.dapat disimpulkan bahwa sebagian besar kepala puskesmas mengalami kesulitan dalam peningkatan pelayanan yang berfokus pelanggan. Ada perhatian yang kurang dari kepala Puskesmas terkait upaya peningkatan kegiatan yang berfokus pada pelanggan. Menurut Kasubdin Yankes salah satu upaya untuk memenuhi kebutuhan pelanggan adalah pemisahan tempat pelayanan (kotak 60).

Kotak 60

"..Untuk peningkatan mutu, kita kedepan harus memikirkan itu, terutama pelaksana, ruang yang terpisah saja itu sudah merupakan wujud perhatian kepala puskesmas kepada pelanggan.."(R-4)

Namun untuk pelaksanaan pelayanan yang berfokus pada pelanggan ini, sebagian kepala Puskesmas mengharapkan adanya dukungan dan arahan dari kabupaten tentang kepuasan pelanggan

Hal ini sesuai dengan definisi tentang manajemen mutu, yang merupakan suatu pendekatan untuk mengedepankan kepuasan customer dan berdasar pada keterlibatan seluruh anggota organisasi dalam meningkatkan proses, produk, layanan / jasa, serta lingkungan kerjanya²⁷.

e. Ketrampilan petugas yang terpelihara

Dari wawancara mendalam dengan kepala Puskesmas disimpulkan bahwa semua kepala Puskesmas menyatakan perlu penggunaan formulir yang benar dan terus menerus supaya tetap terjaga ketrampilan dalam melaksanakan proses manajemen kasus MTBS (tabel 4.51).

Ketrampilan petugas yang baik dan terpelihara dalam melaksanakan proses manajemen kasus merupakan tujuan dari pelatihan standarisasi MTBS yang mengajarkan proses manajemen kasus pada perawat, bidan, dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang menangani balita sakit dan bayi muda di fasilitas pelayanan kesehatan dasar seperti Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Pondok Bersalin, Klinik, Balai Pengobatan maupun kunjungan rumah. Petugas menangani balita sakit dan bayi muda menurut buku bagan.³

f. Pola Penerapan Pelayanan MTBS di Puskesmas

Dari tabel 4.52, dapat disimpulkan semua kepala Puskesmas telah menerapkan pola pelayanan dengan metode MTBS, namun belum ada keseragaman pola penerapan pelayanan MTBS antar Puskesmas. Ada sebagian kepala Puskesmas yang berpendapat berbeda perihal pelayanan dengan MTBS di poli anak Puskesmas dan mengusulkan adanya upaya untuk memperluas cakupan dengan mengadakan pelatihan untuk kader dan meningkatkan pelayanan di Puskesmas induk. Keseragaman ini terkait dengan manajemen koordinasi lintas program di tingkat Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten. Manajemen di sini dibutuhkan untuk mengatur volume dan cakupan pelayanan (*planning, implementation and evaluation*), untuk mengatur sumber daya (*staff, budgets, drugs, equipment, building, information*) dan lintas program (*external relations and partner-including users of services*). Disamping itu dibutuhkan pula manajemen yang baik yaitu tersedianya manajer yang diperlukan, manajer dengan kompetensi yang diperlukan, manajer yang mendukung sistem, dan lingkungan yang mendukung^{lvi}

g. Pola perawatan balita dengan metode MTBS oleh ibu di rumah

Dari wawancara dengan kepala Puskesmas (tabel 4.53), semua kepala Puskesmas menyatakan bahwa cara perawatan balita sakit dan bayi muda dalam buku bagan MTBS cukup memadai untuk dijadikan pedoman perawatan bagi ibu balita/ pengasuh anak di rumah. Namun

diperlukan peningkatan penyampaian informasi dan peningkatan ketrampilan ibu melalui konseling yang baik oleh petugas. Konseling yang diberikan berpedoman pada buku manual / buku bagan MTBS. Menurut fasilitator MTBS Kabupaten selama program MTBS berjalan masalah yang paling banyak adalah kepatuhan petugas dalam menyampaikan isi pesan dalam konseling yang ada pada buku bagan (kotak 61).

Kotak 61

“...dalam buku bagan dan modul MTBS yang sudah diberikan saat pelatihan, isi dari metode MTBS ini bisa diaplikasikan oleh ibu di rumah, karena yang diberikan ilmunya itu petugas, maka petugas harus menyampaikan saat konseling, tiap kali bertemu ibu balita...” (R-8)

Dari wawancara dengan ibu balita (tabel 54) didapatkan bahwa sebagian ibu mengetahui bahwa kunjungannya adalah untuk mengawasi perjalanan penyakit anak. Sebagian ibu berkunjung kembali , sebagai hasil dari konseling yang diberikan petugas. Sebagian ibu balita telah mengetahui bahwa petugas memberikan konseling untuk mengajari cara merawat anak sakit di rumah, namun ibu balita belum memanfaatkan kartu nasehat ibu (KNI). Sebagian besar ibu balita mendapatkan pelayanan dan obat dengan sedikit penjelasan. Sebagian besar konseling tentang obat tidak diterima ibu di ruang anak oleh petugas MTBS, tetapi dari petugas obat. Sebagian besar ibu balita telah menerima konseling dari petugas di poli anak. Sebagian ibu menerima konseling secara langsung, sebagian lagi menerima konseling disertai alat konseling seperti lembar KNI, buku KIA maupun buku manual.

Sebagian besar ibu mempunyai dan memanfaatkan buku KIA untuk petunjuk perawatan anak. Dari wawancara terlihat ibu mengerti bahwa petugas menggunakan metode yang baku untuk memberikan pelayanan pada anak. Semua ibu balita mengetahui bahwa pelayanan anak sakit menggunakan formulir, namun sebagian besar ibu tidak mengetahui metode itu adalah metode MTBS. Demikian juga tentang keberadaan ruang tempat pelayanan anak sebagai ruang MTBS. Hanya sebagian ibu balita yang mengetahui ruang MTBS. Hal ini menunjukkan bahwa sosialisasi tentang MTBS kepada ibu balita belum intensif. Semua ibu balita mengetahui bahwa petugas yang melayani anak adalah bidan. Tetapi sebagian ibu balita tidak mendapat penjelasan tentang ketersediaan petugas yang memberikan pelayanan. Sebagian besar ibu balita menganggap tempat pelayanan merupakan unsur pelayanan yang penting. Namun sebagian besar ibu balita mengeluhkan waktu pelayanan yang lama, ruang yang sempit pelayanan yang kurang terkoordinir dan petugas yang kurang ramah dan tergesa gesa. Sebagian ibu balita menyatakan puas karena tempat yang bersih dan tempat yang terpisah serta adanya fasilitas hiburan. Sebagian besar ibu menyatakan perlunya perbaikan pelayanan untuk anak terutama pada konseling agar pemahaman penanganan anak oleh ibu di rumah dapat dilaksanakan dengan baik. Sebagian besar ibu balita mengharapkan adanya media komunikasi yang lebih baik untuk membantu cara perawatan di rumah seperti media buku KIA.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan tentang faktor-faktor Manajemen Mutu MTBS yang berkaitan dengan Mutu Penerapan Kegiatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Puskesmas di Kabupaten Brebes dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Deskripsi data kuantitatif untuk kelompok responden tentang pengetahuan dan sikap kepala Puskesmas adalah sebagian besar responden kepala Puskesmas (60,7 %) berumur >40 tahun. Sebagian responden (50,0%), mempunyai masa kerja antara 8 – 19 tahun. Kepala Puskesmas di kabupaten Brebes lebih banyak mempunyai latar belakang pendidikan dokter umum sebanyak 25 orang (89,3%). Dari keseluruhan responden , sebanyak 19 orang (67,9%) pernah mengikuti pelatihan manajemen mutu. Sebagian besar 18 (64,3%) kepala Puskesmas telah mengikuti pelatihan MTBS lebih dari tiga tahun yang lalu. Sedangkan 4 (14,3%) responden kepala Puskesmas belum pernah mengikuti pelatihan MTBS.

2. Semua responden (100%) menyatakan penting adanya manajemen mutu untuk penerapan MTBS di Puskesmas. Sebagian besar responden (85,7%) menyatakan bahwa perencanaan, pengendalian serta peningkatan mutu adalah bagian manajemen mutu yang dianggap penting, sedangkan 4 responden(14,3%) menganggap hanya perencanaan dan pengendalian mutu yang penting. Perhatian kepala puskesmas tentang pelanggan masih kurang terlihat dari 53,6% yang menjawab benar bahwa aktivitas perencanaan mutu adalah untuk pelanggan MTBS. Sebagian kepala Puskesmas belum mengetahui bahwa menentukan sasaran mutu diantaranya adalah untuk meningkatkan daya saing mutu (64,3% menjawab benar), dan sasaran peningkatan mutu mencakup sasaran mengurangi pemborosan akibat adanya produk yang bermutu jelek (71,4 % menjawab benar).Pengetahuan kepala Puskesmas kurang pada manfaat pemberian imbalan (50 % benar) sebagai bagian dari pengakuan keahlian yang telah dilakukan petugas pelaksana dan kurang pada pengetahuan tentang penyamaan bahasa pada kegiatan pelaksanaan MTBS (75% benar). Pengetahuan tentang penerapan manajemen mutu kepala Puskesmas sudah baik, hanya sebagian kecil kepala Puskesmas yang belum mengetahui bahwa sasaran mutu diuraikan menjadi sub sasaran (89,3 % benar), subsasaran mutu dialokasikan ke unit yang sesuai (85,7% benar), dan penekanan mutu pada pelanggan eksternal dan internal (85,7% benar).Untuk pengetahuan tentang organisasi, sebagian kepala Puskesmas belum mengetahui adanya siklus yang terjadi dalam suatu organisasi (78,6 % yang menjawab benar) dan sebagian kepala

puskesmas belum mengetahui adanya perspektif keuangan dalam pelayanan prima (67,9% benar).

3. Berdasarkan kategori sikap , masih terdapat sikap yang negative / kurang pada kepentingan pelanggan MTBS (75% positif), sikap pada penyamaan bahasa (85,7% positif), sikap pada pemberian imbalan (78,5% positif), sikap tentang pengaruh kultur (71,4% positif), sikap tentang pengaruh kepemimpinan (89,3% positif). Pada sikap afektif / pernyataan perasaan kepala Puskesmas terhadap obyek pertanyaan, terdapat sikap yang negative pada kepuasan ibu balita (57,2 % positif) dan sikap afektif tentang pelanggan dari manajemen (89,2 % positif). Sedangkan sikap yang menunjukkan kecenderungan kepala puskesmas untuk berbuat (respons konaktif) masih ada yang bersikap negative pada penerapan MTBS di puskesmas (82,2%positif), sikap negative untuk mempengaruhi kultur (92,8% positif), dan sikap negative pada penerapan gaya kepemimpinan (92,8% positif).
4. Sebagian besar Kepala puskesmas menyatakan belum secara keseluruhan melaksanakan kegiatan proses manajemen mutu. Dan ada kepala Puskesmas yang belum melaksanakan kegiatan manajemen mutu .
5. Deskripsi data kualitatif untuk kelompok responden wawancara mendalam adalah wawancara dilakukan kepada kepala Puskesmas sejumlah 6 orang, dengan usia termuda 32 tahun dan tertua 55 tahun. Dari jenis pendidikan semuanya adalah dokter (100 %). Lama masa kerja responden bervariasi

yaitu 4 orang (66,7%) mempunyai masa kerja antara 8 - 19 tahun. Wawancara untuk triangulasi dilakukan pada 6 ibu balita dan 15 responden yang terkait MTBS serta dilakukan FGD yang dihadiri oleh 15 responden yang terpilih.

6. Dari analisis tentang penerapan proses manajemen kasus disimpulkan terdapat kondisi masih lemahnya proses manajerial pengelolaan mutu penerapan proses manajemen kasus MTBS Puskesmas di Kabupaten Brebes yang disebabkan oleh lemahnya manajerial kepala Puskesmas untuk menerapkan standar sesuai buku bagan, mengkomunikasikan, melakukan penyamaan, mengatur upaya partisipasi menyeluruh, dan penetapan sasaran pada proses manajemen kasus MTBS.
7. Dari analisis tentang proses manajemen MTBS disimpulkan adanya kurangnya peran manajerial kepala Puskesmas untuk penetapan sasaran, merencanakan, menghimpun sumber daya, melaksanakan dan mengawasi pada proses penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit di Puskesmas yang disebabkan oleh lemahnya fungsi kepemimpinan Kepala Puskesmas, untuk mengorganisasikan peraturan, sumber daya, struktur, pelaporan, pengambilan keputusan, komunikasi dan penyusunan strategi dalam penerapan MTBS Puskesmas.
8. Dari analisis tentang proses manajemen koordinasi dan implementasi disimpulkan adanya lemahnya proses manajemen koordinasi dengan lintas program di Puskesmas maupun di Dinas Kesehatan dan lemahnya

koordinasi pada implementasi kegiatan serta lemahnya koordinasi pemanfaatan hasil implementasi kegiatan penerapan MTBS Puskesmas di Puskesmas maupun di Dinas Kesehatan.

9. Dari analisis proses manajemen mutu MTBS disimpulkan masih lemahnya pelaksanaan manajemen mutu untuk penerapan kegiatan MTBS Puskesmas yang disebabkan oleh kurangnya peran kepemimpinan kepala Puskesmas, kurangnya kecakapan dari manajer untuk operasional yang efektif baik di Dinas maupun di Puskesmas, kurangnya inovasi, kurangnya inisiatif dan kreatif serta peran pemantau dari kepala Puskesmas.
10. Dari analisis mutu penerapan MTBS untuk ketrampilan petugas yang terpelihara disimpulkan perlunya penggunaan formulir yang benar dan terus menerus supaya tetap terjaga ketrampilan dalam melaksanakan MTBS.
11. Dari analisis mutu penerapan MTBS untuk penerapan pola pelayanan MTBS di Puskesmas disimpulkan perlu keseragaman pola penerapan pelayanan MTBS dan peningkatan pelayanan di Puskesmas induk.
12. Dari analisis mutu penerapan MTBS untuk pola perawatan balita dengan metode MTBS oleh ibu di rumah disimpulkan bahwa metode MTBS pada buku bagan cukup untuk menjadi pedoman perawatan balita di rumah. Namun diperlukan peningkatan penyampaian informasi dan peningkatan ketrampilan ibu melalui konseling oleh petugas. Hal ini disebabkan sebagian ibu balita masih belum mengenal dan memahami pola

pelayanan MTBS yang diterapkan oleh petugas serta masih kurangnya pelayanan petugas yang berfokus pada pelanggan.

13. Keseragaman pola penerapan pelayanan MTBS dan peningkatan pelayanan di Puskesmas induk dilaksanakan agar penggunaan formulir yang benar dan terus menerus dapat memelihara ketrampilan petugas.
14. Penggunaan formulir yang benar dan terus menerus dilaksanakan agar dapat membentuk pola perawatan oleh ibu balita dirumah yang dan meningkatkan ketrampilan ibu melalui konseling serta untuk meningkatkan penyampaian informasi tentang metode perawatan. seperti yang terdapat pada buku bagan MTBS
15. Lemahnya proses manajerial pengelolaan mutu penerapan proses manajemen kasus MTBS Puskesmas di Kabupaten Brebes dengan menentukan standar penerapan sesuai buku bagan, meningkatkan komunikasi, meningkatkan penyamaan, meningkatkan partisipasi menyeluruh semua tingkat manajemen, dan penetapan sasaran MTBS perlu diatasi agar penggunaan formulir yang benar dan terus menerus untuk meningkatkan ketrampilan petugas bisa berjalan.
16. Mengatasi kurangnya peran manajerial kepala Puskesmas untuk penetapan sasaran, merencanakan, menghimpun sumber daya, melaksanakan dan mengawasi pada proses penerapan MTBS di Puskesmas yaitu dengan meningkatkan fungsi kepemimpinan kepala Puskesmas, dan mengorganisasikan peraturan, sumberdaya, struktur, dan pelaporan, meningkatkan peran pengambilan keputusan, komunikasi dan penyusunan

perencanaan strategi dalam penerapan MTBS Puskesmas.adalah dalam rangka mengupayakan penggunaan formulir yang benar dan terus menerus agar bisa memelihara ketrampilan petugas.

17. Lemahnya proses manajemen koordinasi dengan lintas program dan lemahnya koordinasi pada implementasi kegiatan serta lemahnya koordinasi pemanfaatan hasil implementasi kegiatan penerapan MTBS Puskesmas perlu diatasi agar penggunaan formulir yang benar dan terus menerus.dapat memelihara ketrampilan petugas.
18. Lemahnya pelaksanaan manajemen mutu untuk penerapan kegiatan MTBS Puskesmas dilakukan dengan meningkatkan peran kepemimpinan kepala Puskesmas, meningkatkan kecakapan manajer untuk operasional yang efektif baik di Puskesmas maupun di Dinas, meningkatkan inovasi, inisiatif dan kreatifitas serta peran pemantau dari kepala Puskesmas agar penggunaan formulir yang benar dan terus menerus bisa berjalan.
19. Keseragaman pola penerapan pelayanan MTBS dan peningkatan pelayanan di Puskesmas induk dilaksanakan untuk meningkatkan penyampaian informasi tentang metode perawatan balita dirumah yang terdapat pada buku bagan MTBS dan meningkatkan ketrampilan ibu melalui konseling oleh petugas.
20. Lemahnya proses manajerial pengelolaan mutu penerapan proses manajemen kasus MTBS Puskesmas di Kabupaten Brebes perlu diatasi agar ada keseragaman pola penerapan pelayanan MTBS dan peningkatan pelayanan di Puskesmas di Puskesmas induk.

21. Kurangnya peran manajerial kepala Puskesmas untuk penetapan sasaran, merencanakan, menghimpun sumber daya, melaksanakan dan mengawasi pada proses penerapan MTBS di Puskesmas diatasi agar keseragaman pola penerapan pelayanan MTBS dan peningkatan pelayanan di Puskesmas induk bisa berjalan.
22. Lemahnya proses manajemen koordinasi dengan lintas program dan lemahnya koordinasi pada implementasi kegiatan serta lemahnya koordinasi pemanfaatan hasil implementasi kegiatan penerapan MTBS Puskesmas perlu diatasi untuk membuat keseragaman pola penerapan pelayanan MTBS dan meningkatkan pelayanan di Puskesmas induk.
23. Lemahnya pelaksanaan manajemen mutu untuk penerapan kegiatan MTBS Puskesmas perlu diatasi agar keseragaman pola penerapan pelayanan MTBS dan peningkatan pelayanan di Puskesmas induk bisa berjalan.
24. Lemahnya proses manajerial pengelolaan mutu penerapan proses manajemen kasus MTBS Puskesmas di Kabupaten Brebes perlu diatasi dalam rangka peningkatan penyampaian informasi dan peningkatan ketrampilan ibu melalui konseling untuk menerapkan metode MTBS yang ada pada buku bagan agar menjadi pedoman perawatan balita di rumah.
25. Peningkatan penyampaian informasi dan peningkatan ketrampilan ibu melalui konseling untuk menerapkan metode MTBS yang ada pada buku bagan agar menjadi pedoman perawatan balita di rumah oleh petugas bisa berjalan dengan mengatasi kurangnya peran manajerial kepala Puskesmas

untuk penetapan sasaran, merencanakan, menghimpun sumber daya, melaksanakan dan mengawasi pada proses penerapan MTBS di Puskesmas

26. Lemahnya proses manajemen koordinasi dengan lintas program dan lemahnya koordinasi pada implementasi kegiatan serta lemahnya koordinasi pemanfaatan hasil implementasi kegiatan penerapan MTBS Puskesmas perlu diatasi dalam rangka upaya peningkatan penyampaian informasi dan peningkatan ketrampilan ibu melalui konseling oleh petugas untuk menerapkan metode perawatan balita yang ada pada buku bagan MTBS agar menjadi pedoman di rumah.
27. Lemahnya pelaksanaan manajemen mutu untuk penerapan kegiatan MTBS Puskesmas perlu diatasi agar peningkatan penyampaian informasi dan peningkatan ketrampilan ibu melalui konseling untuk menerapkan metode MTBS yang ada pada buku bagan agar menjadi pedoman perawatan balita di rumah bisa berjalan
28. Kurangnya peran manajerial kepala Puskesmas untuk penetapan sasaran, merencanakan, menghimpun sumber daya, melaksanakan dan mengawasi pada proses penerapan MTBS di Puskesmas menyebabkan lemahnya proses manajerial pengelolaan mutu penerapan proses manajemen kasus MTBS Puskesmas di Kabupaten Brebes.
29. Lemahnya proses manajemen koordinasi dengan lintas program dan lemahnya koordinasi pada implementasi kegiatan serta lemahnya koordinasi pemanfaatan hasil implementasi kegiatan penerapan MTBS Puskesmas menyebabkan lemahnya proses manajerial pengelolaan mutu

penerapan proses manajemen kasus MTBS Puskesmas di Kabupaten Brebes

30. Lemahnya pelaksanaan manajemen mutu untuk penerapan kegiatan MTBS Puskesmas menyebabkan lemahnya proses manajerial pengelolaan mutu penerapan proses manajemen kasus MTBS Puskesmas di Kabupaten Brebes.
31. Lemahnya proses manajemen koordinasi dengan lintas program dan lemahnya koordinasi pada implementasi kegiatan serta lemahnya koordinasi pemanfaatan hasil implementasi kegiatan penerapan MTBS Puskesmas disebabkan karena kurangnya peran manajerial kepala Puskesmas untuk penetapan sasaran, merencanakan, menghimpun sumber daya, melaksanakan dan mengawasi pada proses penerapan MTBS di Puskesmas
32. Lemahnya pelaksanaan manajemen mutu untuk penerapan kegiatan MTBS Puskesmas menyebabkan kurangnya peran manajerial kepala Puskesmas untuk penetapan sasaran, merencanakan, menghimpun sumber daya, melaksanakan dan mengawasi pada proses penerapan MTBS di Puskesmas.
33. Lemahnya pelaksanaan manajemen mutu untuk penerapan kegiatan MTBS Puskesmas menyebabkan lemahnya proses manajemen koordinasi dengan lintas program dan lemahnya koordinasi pada implementasi kegiatan serta lemahnya koordinasi pemanfaatan hasil implementasi kegiatan penerapan MTBS Puskesmas.

B. Saran

1. Untuk Dinas Kesehatan Kabupaten

- a. Untuk meningkatkan pengetahuan dan kualitas pelayanan diadakan pelatihan mutu bagi kepala Puskesmas.
- b. Pelatihan standarisasi MTBS dilaksanakan pada pelaksana MTBS dengan cara “ *on the job training* “, dan pelatihan mutu bagi petugas pelaksana MTBS.
- c. Perlu dibentuk tim mutu yang khusus menangani lemahnya manajemen mutu penerapan MTBS dan lemahnya koordinasi lintas program.
- d. Perlu perbaikan berkelanjutan penerapan MTBS di Puskesmas yang melibatkan semua tingkat manajer untuk membentuk pola pelayanan MTBS puskesmas, memelihara ketrampilan petugas dan membentuk pola perawatan balita oleh ibu di rumah.
- e. Pengadaan formulir atau pengaturan kembali sistem pencatatan dan pelaporan yang mendukung penggunaan format yang sesuai formulir MTBS/MTBM.
- f. Pendistribusian sarana yang berkesinambungan agar terjamin ketersediaan formulir MTBS di tempat pelayanan kesehatan serta kelengkapan fasilitas pendukung dalam pelayanan MTBS .
- g. Melaksanakan supervisi secara teratur dan berkala untuk membina mengevaluasi dan monitoring pelaksanaan manajerial proses manajemen kasus MTBS.

- h. Pemanfaatan tenaga fasilitator untuk mendukung terlaksananya penyampaian informasi dan meningkatkan ketrampilan ibu balita dalam perawatan anak di rumah melalui konseling oleh petugas..
- i. Segera melaksanakan supervisi suportif setelah menyepakati keseragaman pola penerapan pelayanan MTBS di Puskesmas dan peningkatan pelayanan di Puskesmas induk.
- j. Dukungan pengaturan penggunaan sumber daya Puskesmas dalam kegiatan MTBS untuk mendukung peran manajerial kepala Puskesmas dalam menetapkan sasaran, merencanakan dan mengawasi pada proses penerapan MTBS di Puskesmas.

2. Untuk Kepala Puskesmas

- a. Membentuk tim Mutu tingkat Puskesmas dan menerapkan mutu dalam pelayanan MTBS Puskesmas.
- b. Meningkatkan pelaksanaan proses manajemen kasus MTBS Puskesmas dan koordinasi lintas program
- c. Meningkatkan peran manajerial kepala Puskesmas
- d. Berupaya meningkatkan kinerja organisasi penerapan MTBS di Puskesmas
- e. Mengatasi lemahnya proses manajemen mutu penerapan MTBS dengan penetapan standar sesuai buku bagan, meningkatkan komunikasi program semua petugas terkait, mengupayakan partisipasi secara menyeluruh, menetapkan sasaran pada proses manajemen kasus, mengorganisasikan peraturan, sumber daya, struktur, mengefektifkan

pengambilan keputusan dan penyusunan rencana strategi, meningkatkan peran kepemimpinan, meningkatkan kecakapan manajerial, berupaya meningkatkan inisiatif, inovasi dan kreatif dalam penerapan MTBS serta meningkatkan peran pemantau dengan menganalisis informasi dengan pemikiran kritis, menyajikan informasi dan menulis secara efektif

DAFTAR PUSTAKA

-
- i. Departemen Kesehatan RI , Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat . *Petunjuk Teknis: Penggunaan dana APBN yang dilaksanakan di Propinsi, Kabupaten/ Kota Program Upaya Kesehatan Masyarakat dan Program Perbaikan Gizi Masyarakat Tahun Anggaran 2007*. Jakarta, 2007
 - ii. World Health Organization. *Integrated Management of Childhood Illness: Global status of Implementation. WHO, Juni 1999*. Dari [http : //www.emro.who.int/cah/MDG-about.htm](http://www.emro.who.int/cah/MDG-about.htm). Download 17 Desember 2006.
 - iii. Departemen kesehatan RI dan WHO . *Modul -1 MTBS: Pengantar* . Dinkes Jateng, 2006
 - iv. Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes. *Profil Kesehatan 2006*. Brebes, 2007
 - v. Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes. *Profil Kesehatan 2005*. Brebes, 2006
 - vi. Departemen kesehatan RI dan WHO . *Modul -5 MTBS : Tindak Lanjut* , Dinkes Jawa Tengah, Semarang 2006.
 - vii. Mukti, A.G. *Strategi Terkini Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan : Konsep dan Implementasi*. Penerbit Pusat Pengembangan Sistem Pembiayaan dan Manajemen Asuransi / Jaminan Kesehatan. FK.UGM, PT. Karya Husada Mukti, Yogyakarta, 2007.
 - viii. Departemen kesehatan RI dan WHO . *Modul -7 MTBS : Pedoman Penerapan MTBS di Puskesmas* , Dinkes Jawa Tengah, Semarang 2006.

-
- ix. Gubernur Jawa Tengah. Peraturan Gubernur Jawa Tengah No. 90 Tahun 2005 tentang Pelaksanaan Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Tengah, Semarang, 2005.
- x. Supranto, J , *Pengukuran tingkat kepuasan pelanggan untuk menaikkan pangsa Pasar* . Cetakan kedua, Rineka Cipta , Jakarta, 2001
- xi. Sudiro. *Bahan kuliah Quality Assurance (QA) dan TQM*. MIKM - PPS UNDIP, Semarang, 2007 .
- xii. Kast, E.F & Rosenzweig J.E. *Organisasi & Manajemen*. Jilid 2 ,Cet ke 5, Peterjemah : Drs.A.Hasymi Ali , Penerbit Bumi Aksara, Jakarta , 2002
- xiii. Shofari, Bambang. *Buku Pegangan Perencanaan Strategis dan Pengukuran Kinerja Organisasi.*, Bapelkes Gombong, 2000.
- xiv. Juran, J.M. *Merancang Mutu* . Buku Kedua, Penterjemah: Bambang Hartono, PT. Pustaka Binaman Prescindo, Jakarta,1996.
- xv. Mardijanto, Dj dan Hasanbasri. M. *Evaluasi Manajemen Terpadu Balita Sakit di Kabupaten Pekalongan*. Dari [http://libmed.ugm.ac.id/?pg=Collection &co=kti](http://libmed.ugm.ac.id/?pg=Collection&co=kti) Lanjut ke [http:// libmed.ugm.ac.id/ showabstract.php](http://libmed.ugm.ac.id/showabstract.php), download 24 Desember 2007.
- xvi. Abbas, Fatimah. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas dalam Wilayah Kabupaten Sleman*. Dari <http://libmed.ugm.ac.id/?pg=Collection&co=kti> Lanjut ke [http:// libmed.ugm.ac.id](http://libmed.ugm.ac.id) , download 24 Desember 2007.
- xvii. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004-2009. [http://www.bappenas.go.id/index.php?module=ContentExpress &func=display&ceid=2050](http://www.bappenas.go.id/index.php?module=ContentExpress&func=display&ceid=2050), Download 24 Desember 2007.
- xviii. Departemen Kesehatan RI . *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 131/ Menkes / SK/V/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional* . Jakarta , 2004

-
- ^{xix}. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2007 tentang organisasi Perangkat Daerah.* Dari http://www.depdagri.go.id/konten.php?nama=ProdukHukum&op=detail_hukum&id=868. Download 24 Desember 2007.
- ^{xx}. *Tupoksi Bappeda.* Dari http://brebeskab.go.id/bappeda/index.php?option=com_content&task=view&id=16&item id=52., Download 24 Desember 2007.
- ^{xxi}. *Peraturan Daerah Kabupaten Brebes Nomor 28 Tahun 2000 tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kabupaten Brebes.* Lembaran daerah kabupaten Brebes No.411 Seri : D No: 23 Tahun 2000.
- ^{xxii}. *Dinas Kesehatan Kab.Brebes. Rencana Strategis (Renstra)Dinas Kesehatan 2006-2010.* Brebes ,2006
- ^{xxiii}. *Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. Pedoman perencanaan tingkat Puskesmas.* Jakarta , 2006.
- ^{xxiv}. *Departemen kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor . 128/ MenKes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat,* Depkes RI,Jakarta, 2004.
- ^{xxv}. *Faure L.M dan Faure M.M. Implementing Total Quality Management,* Times Management Series, Penerbit : Elexmedia Komputindo.
- ^{xxvi}. *Nisjar, Karhi dan Winardi . Teori sistem dan Pendekatan sistem dalam bidang Manajemen,* Penerbit Mandar Maju , Bandung, 1997.
- ^{xxvii}. *Shofari, Bambang. Buku Pegangan Perencanaan Strategis dan Pengukuran Kinerja Organisasi ,* Bapelkes Gombong, 2000.

-
- ^{xxviii}. Ratminto dan Winarsih , A.S. *Manajemen Pelayanan : Pengembangan Model Konseptual , Penerapan Citizen's Charter dan stándar Pelayanan Minimal* , Penerbit Pustaka Pelajar, Yogyakarta, 2005.
- ^{xxix}. Wijono , Djoko. *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*. Airlangga University Press, Surabaya, 1997.
- ^{xxx}. Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara. *Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : KEP / 25/ M.PAN/2/ 2004 tanggal 24 Pebruari 2004 tentang Pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Pelayanan Instansi Pemerintah :*
http://www.menpan.go.id/File_Kebijakan/pedu.pdf. Download 24 Desember 2007.
- ^{xxxi}. Sudiro. *Bahan kuliah Monitoring dan Evaluasi Kesehatan*. MIKM PPS UNDIP, Semarang, 2007.
- ^{xxxii}. Gaucher, E.J dan Coffey, R. J . *Total Quality in Healthcare : From Theory to Practice*. Jossey Bass Inc. Publishers, 350 Sansome Street, San Francisco, California , 1993.
- ^{xxxiii}. Quinn R.E , Faerman S.R, Thompson M.P, McGrath M.R. *Menjadi Seorang Manajer Yang Ahli (Becoming A Master Manager)*. Alih bahasa : Hari Suminto, Editor : Lyndon Saputra, Penerbit Interaksara, Batam, 2000.
- ^{xxxiv}. Gibson, J.L, Ivancevic, J.M, dan Donnely Jh,J. *Organisasi : Perilaku, Struktur, Proses*, Jilid 1. Edisi 8, Alih bahasa: Ir. Nunuk Adiarni MM , Editor : Dr.Lyndon Saputra, Penerbit Binarupa Aksara, Jakarta, 1996.

-
- ^{xxxv}. Winardi, J. *Manajemen Perilaku Organisasi*. Edisi revisi, Prenada Media, Jakarta, 2004.
- ^{xxxvi}. Ruky, A.S. *Sistem Manajemen Kinerja*. PT.Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2002.
- ^{xxxvii}. Amsyah, S. *Manajemen Sistem Informasi*. PT.Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2001.
- ^{xxxviii}. Sigit, S. *Esensi : Perilaku Organisasional*. Edisi 2003, BPFE UST, Yogyakarta, 2003.
- ^{xxxix}. Sunu, P. *Peran SDM dalam Penerapan ISO 9000*. PT.Grasindo : Jakarta, 1999.
- ^{xl}. Notoatmojo, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta, 1996.
- ^{xli}. Green, L.W. and Kreuter, M.W. *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Second Edition, Mayfield Publishing Company, London, 2000.
- ^{xlii}. Tunggal, A.W. *Corporate Culture : Konsep dan Kasus*. Harvarindo, Jakarta, 2006.
- ^{xliii}. Overby, Kim J. *Pediatric Health Supervision dalam: Rudolph's Fundamental of Pediatrics*. editor : Abraham M Rudolph, Robert, K, Kamei, Kim J Overby, Third Edition, Mc.Graw-Hill Companies, Inc. San Francisco, 2002.
- ^{xliv}. Child and Adolescent Health and Development, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. *What is IMCI*. <http://www.emro.who.int/cah/imci-about.htm>, download 17 Desember 2006.

-
- xlv. World Health Organization-UNICEF. *Model Chapter for Textbooks : IMCI, Integrated Management of Childhood Illness*: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/IMCI/WHO_FCH_CAH_00.40.htm, download 17 Agustus 2007.
- xlvi. Departemen Kesehatan RI dan WHO . *Modul -3 MTBS : Menentukan Tindakan dan Memberi Pengobatan* . Dicitak oleh : Dinkes Provinsi Jateng dan DepKes RI, Cetakan tahun 2006
- xlvii. Departemen Kesehatan RI dan WHO . *Modul -4 MTBS : Konseling bagi ibu* . Dicitak oleh : Dinkes Propinsi Jateng dan DepKes RI. Cetakan tahun 2006.
- xlviii. Departemen Kesehatan dan WHO . *Modul -6 MTBS : Manajemen terpadu Bayi muda umur 1 hari sampai 2 bulan* . Dicitak oleh : Dinkes Propinsi Jateng dan DepKes RI, Cetakan tahun 2006.
- xliv. Menteri Kesehatan. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/ MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten / Kota*. Jakarta, 2003
- ¹. World Health Organization-UNICEF . *I M C I Information : Management of childhood illness in developing countries : Rationale for integrated strategy*. WHO, Juni 1999 ,Dari [http : //www.emro.who.int/cah/MDG-about.htm](http://www.emro.who.int/cah/MDG-about.htm), download 17 Desember 2006.
- li. Moleong, L.J. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Edisi Revisi, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung , 2006.
- lii Sudiro. *Materi Kuliah: Metode Kualitatif dalam Penelitian Manajemen Rumah Sakit*. MIKM-PPS, Universitas Diponegoro, Semarang, 2008.

-
- ⁱⁱⁱ. Utarini, Adi. *Materi Kuliah : Metode Penelitian Kualitatif* . Program S3
Kedokteran & Kesehatan Program Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada
,Yogyakarta.
- ^{iv}. Unicef. *Rencana Kerja Program Kerjasama (CPAP) 2006-2010. Program
kerjasama Pemerintah Republik Indonesia dan Unicef, Januari 2006*
- ^{iv}. Departemen Kesehatan RI. *Petunjuk Tehnis Penggunaan Buku Kesehatan Ibu
dan Anak*. Depkes dan JICA. Jakarta, 2003.
- ^{vi}. World Health Organization. Working Paper No.1 : *Strengthening Management
in low-income Countries*. WHO Document Production Services, Genewa,
Switzerland, 2005.