

# Perbaikan Sistem Monitoring Evaluasi Program Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Brebes

*by* Sulistiyani Sulistiyani

---

**Submission date:** 10-Oct-2019 03:58PM (UTC+0700)

**Submission ID:** 1189938644

**File name:** H-30.pdf (752.5K)

**Word count:** 7481

**Character count:** 47706

Bidang Ilmu: 351/Kesehatan Masyarakat

LAPORAN  
RISET PENGEMBANGAN & PENERAPAN (RPP)  
(PNBP)



**PERBAIKAN SISTEM MONITORING EVALUASI PROGRAM  
MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS) PADA  
FASILITAS KESEHATAN DI KABUPATEN BREBES**

Tahun ke 2 dari rencana 2 tahun

TIM PENGUSUL

Dra.Dewi Rostyaningsih, MSi (0005056005)

Dr. Dra. Sulistiyani, M.Kes (004106607)

Dr.dr.Sutopo Patria Jati, MM, MKes (0012076606)

Nikie Astorina, Y.D., SKM.MKes (0614068801)

PUSAT PENELITIAN GENDER  
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
NOVEMBER  
2017

## HALAMAN PENGESAHAN

- 1. Judul Penelitian** :Perbaikan Sistem Monitoring Evaluasi Program Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Brebes
- 2. Bidang Penelitian** :Kesehatan Masyarakat
- 3. Ketua Peneliti**
- a. Nama Lengkap : Dra. Dewi Rostyaningsih, MSi  
b. Jenis Kelamin : Perempuan  
c. Gol./NIP / NIDN : IIIId/196005051988032001/0005056005  
d. Fakultas/Jurusan :Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik  
e. Pusat Penelitian : Puslit Gender LPPM UNDIP  
f. Alamat kantor/Telpon/Faks/Email : Puslit Gender Gdng ICT It6 LPPM UNDIP  
g. HP/E-mail : 085727625256 / dewi\_sabowo@yahoo.co.id
- 4. Anggota Peneliti** :1. Dr. Dra. Sulistiyani, MKes - 0004106607  
2. Dr.dr.Sutopo Patria Jati, SKM, M.Kes - 001207660  
3. Nikie Astorina YD, SKM, MKes - 0614068801
- 5. Waktu Penelitian** : Tahun ke 2 dari rencana 2 tahun
- 6. Pembiayaan :**
- a Tahun kedua : Rp 50.000.000,-  
d. Biaya dari instansi lain : -

Semarang, November 2017

Mengetahui,  
Ketua Puslit Gender LPPM UNDIP

Ketua Peneliti

Dr.Dra.Sulistiyani, MKes.  
NIP. 196809111993032013

Dra. Dewi Rostyaningsih, MSi  
NIP. 196005051988032001

Menyetujui  
Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat  
Universitas Diponegoro

Prof. Dr. rer. nat. Heru Susanto, ST.,MM.,MT.  
NIP. 197505291998021001

## BAB I. PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar bagi setiap orang yang pemenuhannya menjadi tanggungjawab bersama antara individu, keluarga, masyarakat dan pemerintah. Status kesehatan masyarakat suatu negara mengindikasikan tingkat kesejahteraan negara tersebut. Keberhasilan berbagai program pembangunan bangsa diukur dari keberhasilan pembangunan kesehatan yang diselenggarakannya. Untuk menilai derajat kesehatan suatu bangsa WHO dan berbagai lembaga Internasional lainnya menetapkan beberapa alat ukur atau indikator, seperti morbiditas penyakit, mortalitas kelompok rawan seperti bayi, balita dan ibu saat melahirkan. Alat ukur yang paling banyak dipakai oleh negara-negara didunia adalah, usia harapan hidup (*life expectancy*), Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB). Angka-angka ini pula yang menjadi bagian penting dalam membentuk indeks pembangunan manusia atau *Human Development Index* (HDI), yang menggambarkan tingkat kemajuan suatu bangsa. (Helmizar, 2014)

Peningkatan kesehatan ibu di Indonesia, yang merupakan Tujuan Pembangunan Milenium (MDG) kelima, berjalan lambat dalam beberapa tahun terakhir. Berdasarkan SDKI 2007 Indonesia telah berhasil menurunkan Angka Kematian Ibu dari 390/100.000 kelahiran hidup (1992) menjadi 334/100.000 kelahiran hidup (1997). Selanjutnya turun menjadi 228/100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2008), tetap tinggi di atas 200 selama dekade terakhir, meskipun telah dilakukan upaya-upaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu. Hal ini bertentangan dengan negara-negara miskin di sekitar Indonesia yang menunjukkan peningkatan lebih besar pada MDG kelima. (UNICEF, 2012) Bappenas memperkirakan bahwa pada tahun 2015, AKI di Indonesia masih akan berkisar di angka 163. Indonesia tertinggal jauh dari Malaysia dan Thailand yang angka AKInya masingmasing 30 dan 24,6 dan lebih mendekati tingkat AKI Vietnam (150), Filipina (230), dan Myanmar (380). (GOI-UNICEF, 2000)

Selain itu, setiap tiga menit, di manapun di Indonesia, satu anak balita meninggal dunia. Setiap jam, satu perempuan meninggal dunia ketika melahirkan atau karena sebab-sebab yang berhubungan dengan kehamilan. (UNICEF, 2012)

Pembangunan kesehatan yang tercantum pada Renstra Kemenkes pada periode 2015-2019 yaitu Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran pokok RPJMN 2015-2019 salah satunya pada poin pertama adalah meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak. Hal tersebut mengindikasikan bahwa kesehatan ibu dan anak menjadi prioritas pembangunan kesehatan karena masih tingginya angka kematian ibu dan bayi serta anak di Indonesia. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015)

Pada Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia tingkat kematian bayi di Indonesia masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN, yaitu 4,6 kali lebih tinggi dari Malaysia, 1,3 kali lebih tinggi dari Filipina, dan 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand.<sup>3</sup> Sebagian besar kematian anak di Indonesia saat ini terjadi pada masa baru lahir (neonatal), bulan pertama kehidupan. Kemungkinan anak meninggal pada usia yang berbeda adalah 19 per seribu selama masa neonatal, 15 per seribu dari usia 2 hingga 11 bulan dan 10 per seribu dari usia satu sampai lima tahun. Seperti di negara-negara berkembang lainnya yang mencapai status pendapatan menengah, kematian anak di Indonesia karena infeksi dan penyakit anak-anak lainnya telah mengalami penurunan, seiring dengan peningkatan pendidikan ibu, kebersihan rumah tangga dan lingkungan, pendapatan dan akses ke pelayanan kesehatan. Kematian bayi baru lahir kini merupakan hambatan utama dalam menurunkan kematian anak lebih lanjut. Sebagian besar penyebab kematian bayi baru lahir ini dapat ditanggulangi. (UNICEF, 2012)<sup>4</sup>

Capaian Kinerja Pembangunan Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013-2018 dari 14 Indikator, sudah tercapai 8 indikator, akan tercapai 5 indikator dan yang perlu perhatian khusus adalah 1 indikator yakni Angka Kematian Ibu (AKI), sedangkan indikator Bidang Kesehatan ada 22 indikator, diantaranya 11 indikator yang sudah tercapai, 8 indikator akan tercapai dan yang perlu perhatian khusus 3 indikator yaitu Cakupan Pemberian MP ASI, Cakupan Yankesdas/Rujukan Pasien Maskin. Trend angka kematian ibu di Jawa Tengah saat ini mengalami peningkatan sejak tahun 2010, dimana tahun 2014 sebesar 126,55 per 100.000

kelahiran hidup, dengan kasus tertinggi terdapat pada Kabupaten Brebes, Kabupaten Tegal, Grobogan, Pemalang dan Kabupaten Pekalongan. Trend Angka Kematian Bayi mengalami penurunan sejak tahun 2012 sebesar 10,75 sedangkan tahun 2014 sebesar 10,08 per 1000 kelahiran hidup. Trend Angka Kematian Balita, juga mengalami sedikit penurunan sejak tahun 2012 sebesar 11,85 dan tahun 2014 sebesar 11,54 per 1000 kelahiran hidup. (Dinkes Povinsi Jateng, 2015)

Kabupaten Brebes masih menempati posisi tertinggi di Provinsi Jawa Tengah untuk Angka Kematian Ibu sebesar 184,4 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2013 yang mengalami peningkatan dari tahun 2012 sebesar 150 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian terbanyak ada di Puskesmas Sitanggal sebanyak 5 kematian dibandingkan dengan 10 puskesmas lain yang tidak terdapat kematian ibu. Sedangkan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Brebes, yang dilaporkan oleh Puskesmas tahun 2013 sebesar 10,6 per 1000 kelahiran hidup. AKB mengalami penurunan dari tahun 2012 sebesar 14,9 per 1000 kelahiran hidup. Namun AKB di Kabupaten Brebes masih tinggi jika dibandingkan capaian AKB di Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012 sebesar 11,85. (Dinkes Provinsi Jateng, 2013)

Angka Kematian Balita (AKABA) di Kabupaten Brebes pada tahun 2013 dilaporkan sebesar 2,1 per 1000 kelahiran hidup. Angka ini naik dibandingkan dengan tahun 2012 sebesar 1,6 per 1000 kelahiran hidup. Jika dilihat dari indikator Usia Harapan Hidup sebagai salah satu indikator derajat kesehatan bahwa di Kabupaten Brebes yaitu 68,36 tahun pada tahun 2013 yang naik dari tahun 2012 sebesar 68,26 dan tahun 2012 sebesar 67,69. Hal tersebut menunjukkan bahwa taraf hidup di Kabupaten Brebes semakin baik dilihat dari kesehatan. (DKK Brebes, 2014)

Berdasarkan data tersebut, menunjukkan bahwa AKABA dan AKB di Kabupaten Brebes masing tinggi. Dalam rangka peningkatan kualitas dan akses pelayanan kesehatan bagi bayi dan balita , kegiatan yang dilakukan dengan penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). MTBS diadaptasi dari WHO oleh Depkes RI sejak tahun 1997 kemudian mulai dilaksanakan di Kabupaten Brebes sejak tahun 2002.

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan suatu strategi untuk mengurangi mortalitas dan morbiditas dikaitkan dengan penyebab utama penyakit

pada balita (anak umur di bawah lima tahun). Namun pada kenyataannya AKABA dan AKB di Kabupaten Brebes mengalami kenaikan meskipun sudah menerapkan program MTBS sejak tahun 2002. Sebuah penelitian yang dilakukan di 14 puskesmas di wilayah Kabupaten Brebes hasil monitoring dan evaluasi Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes pada tahun 2006 menunjukkan bahwa dalam kegiatan MTBS dalam pengisian kelengkapan formulir MTBS, semua petugas mengisi formulir dengan tidak lengkap. Kepatuhan terhadap pengisian formulir penting karena formulir merupakan instrumen standar untuk pengumpulan data pelaksanaan MTBS dan untuk pengambilan keputusan. (Suparto, 2008)

Hal tersebut mengindikasikan bahwa perlu adanya *Need Assessment* berkaitan dengan perbaikan instrumen standar untuk formulir kegiatan MTBS dan pelatihan petugas puskesmas maupun penyegaran petugas puskesmas terhadap perkembangan terbaru terkait standar tools dari kegiatan MTBS. Seorang balita sakit dapat ditangani dengan pendekatan MTBS oleh Petugas kesehatan yang telah dilatih. Petugas memakai tool yang disebut Algoritma MTBS untuk melakukan penilaian/pemeriksaan dengan cara menanyakan kepada orang tua/wali, apa saja keluhan-keluhan/masalah anak kemudian memeriksa dengan cara 'lihat dan dengar' atau 'lihat dan raba'. Setelah itu petugas akan mengklasifikasikan semua gejala berdasarkan hasil tanya-jawab dan pemeriksaan. Berdasarkan hasil klasifikasi penyakit, petugas akan menentukan tindakan/pengobatan, misalnya anak dengan klasifikasi Pneumonia Berat atau Penyakit Sangat Berat akan dirujuk ke dokter Puskesmas.

Monitoring dan evaluasi yang teratur sangat penting untuk pelacakan sistematis kemajuan pelaksanaan MTBS dan merupakan bagian dari perencanaan program dan siklus implementasi. Konteks monitoring MTBS secara sederhana adalah proses meninjau bagaimana kegiatan MTBS yang telah dilakukan untuk mengidentifikasi dan memecahkan masalah dapat dilaksanakan secara efektif. Tanpa mengumpulkan dan menganalisis data pada implementasi, manajer sulit untuk mengetahui apakah kegiatan sedang berlangsung sudah seperti yang direncanakan atau tidak. Data pemantauan digunakan untuk meningkatkan kegiatan yang tidak berjalan baik dan untuk mempertahankan kegiatan yang sudah berjalan baik. Hasil evaluasi ini dapat digunakan untuk membuat rencana strategis.

*Need Assessment* untuk perbaikan instrumen standar untuk monitoring evaluasi kegiatan MTBS, yang kemudian hasilnya akan digunakan untuk mengembangkan tools baru. Berdasarkan permasalahan diatas, pentingnya *Need Assesment* yang dilakukan untuk melakukan perbaikan tools Algoritma MTBS dan mengembangkan tools hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan di puskesmas dalam rangka menurunkan angka kematian bayi dan angka kematian balita di Kabupaten Brebes.

Luaran yang diharapkan akan dihasilkan dalam penelitian ini adalah artikel ilmiah yang akan diterbitkan dalam jurnal ilmiah terakreditasi KEMAS dengan judul artikel: “Analisis Kebutuhan Perbaikan Monev MTBS di fasilitas Kesehatan Kabupaten Brebes” dan draft instrument monitoring evaluasi program MTBS pada pelayanan kesehatan di Kabupaten Brebes.

## **B. Rumusan Masalah**

Monitoring dan evaluasi program merupakan satu metode untuk mengetahui dan menilai efektivitas suatu program dengan membandingkan kriteria yang telah ditentukan atau tujuan yang ingin dicapai dengan hasil yang dicapai. Kondisi yang ada di Kabupaten Brebes terkait dengan pelaksanaan MTBS yang masih memiliki banyak kelemahan seperti yang sudah disebutkan di atas dan output yang diinginkan dari pelaksanaan MTBS seperti AKB dan AKBA di Kabupaten Brebes masih cukup tinggi jika dibandingkan dengan target Jawa Tengah, maka sangat perlu dilakukannya kegiatan monitoring dan evaluasi untuk pelaksanaan MTBS di Kabupaten Brebes. Kegiatan evaluasi yang perlu dilakukan yaitu dalam hasil manajerial dan terkait dengan tool MTBS yang sudah diterapkan di Kabupaten Brebes sejak tahun 2002.

Pelaksanaan kegiatan MTBS di tingkat pelayanan kesehatan dasar di Kabupaten Brebes, selama ini sudah dilakukan monitoring dan evaluasi, akan tetapi di Kabupaten Brebes belum ada kegiatan monitoring dan evaluasi yang baku dengan instrumen dan satandar baku dalam penilaiannya. Sehingga sangatlah perlu untuk dilakukan *need assessment* untuk menilai kebutuhan pembuatan system monitoring dan evaluasi MTBS yang mudah diterapkan dalam pelaksanaan MTBS di tingkat fsilitas kesehatan dasar.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari studi ini adalah Perbaikan Sistem Monitoring dan Evaluasi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada fasilitas kesehatan di Kabupaten Brebes, Provinsi Jawa Tengah.

#### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus di tahun kedua adalah:

- a. Sosialisasi draf perbaikan sistem monitoring dan evaluasi MTBS pada fasilitas kesehatan di Kabupaten Brebes.
- b. Uji Coba penerapan draf perbaikan sistem monitoring dan evaluasi MTBS pada fasilitas kesehatan di Kabupaten Brebes.
- c. Review hasil uji coba penerapan draf perbaikan system monitoring dan evaluasi MTBS pada fasilitas kesehatan di Kabupaten Brebes.
- d. Penyempurnaan draf perbaikan system monitoring dan evaluasi MTBS di Kabupaten Brebes di Kabupaten Brebes pada fasilitas kesehatan di Kabupaten Brebes.

### **D. Keutamaan Penelitian**

Kegiatan Program MTBS di kabupaten Brebes telah dilaksanakan sejak tahun 2002, namun AKABA dan AKB di Kabupaten Brebes tahun 2014 masih tinggi yaitu untuk AKB 10,6 per 1000 kelahiran hidup dan AKBA 2,1 per 1000 kelahiran hidup, merupakan wilayah dengan AKB dan AKABA tertinggi di Jawa Tengah. Selain itu kegiatan monitoring dan evaluasi program MTBS juga telah dilakukan.

Monitoring dan evaluasi adalah penilaian berkala kemajuan menuju sasaran. Ini adalah cara untuk mencari tahu bagaimana baik strategi MTBS ini mengalami kemajuan dalam meningkatkan cakupan intervensi dan kesehatan status anak di bawah lima tahun. Monitoring dan evaluasi harus membantu menentukan strategi apa yang bekerja atau tidak bekerja dan membantu untuk mendeteksi dan memecahkan masalah yang terjadi. Hasil monitoring dan evaluasi digunakan untuk perencanaan strategis. Dengan system monitoring dan evaluasi yang baik maka akan mendukung pada penerapan program MTBS yang semakin baik, karena

system dapat menunjukkan kekurangan dalam pelaksanaan program MTBS di Kabupaten Brebes.

Oleh karena itu, sangatlah penting untuk dilakukan penelitian guna mengetahui permasalahan dalam program MTBS khususnya sistem monitoring dan evaluasi dari program MTBS pada fasilitas kesehatan di Kabupaten Brebes, untuk menelaah terkait system monitoring dan evaluasi MTBS yang sudah dilakukan, sehingga dapat diketahui kelebihan dan kekurangan system yang sudah ada, agar dapat dilakukan perbaikan program MTBS yang dilakukan fasilitas kesehatan, yang diharapkan dapat menurunkan AKB dan AKABA di Kabupaten Brebes.

#### **E. Temuan/ inovasi yang ditargetkan**

Tersedia sistem monitoring dan evaluasi program MTBS pada fasilitas pelayanan kesehatan yang merupakan perbaikan/revisi dari sistem monitoring dan evaluasi yang ada sebelumnya, sebagai upaya untuk mendukung penerapan MTBS dan memperbaiki kinerja program MTBS serta mendukung penurunan angka kematian bayi dan balita.(AKB dan AKABA) di Kabupaten Brebes.

#### **F. Luaran Penelitian**

Luaran penelitian yang diharapkan adalah didapatkannya produk berupa draf sistem monitoring dan evaluasi MTBS yang telah disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan di wilayah penelitian. Selain itu luaran penelitian yang penting adalah dihasilkannya publikasi di jurnal nasional terakreditasi antara lain dalam Jurnal KEMAS.

## **BAB II. TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Bayi dan Balita**

#### **1. Bayi**

Masa bayi dimulai dari usia 0-12 bulan yang ditandai dengan pertumbuhan dan perubahan fisik yang cepat disertai dengan perubahan dalam kebutuhan zat gizi (Notoatmodjo, 2007). Selama periode ini, bayi sepenuhnya tergantung pada perawatan dan pemberian makan oleh ibunya.

Nursalam, dkk (2005) mengatakan bahwa tahapan pertumbuhan pada masa bayi dibagi menjadi masa neonatus dengan usia 0-28 hari dan masa pasca

neonatus dengan usia 29 hari-12 bulan. Masa bayi merupakan bulan pertama kehidupan kritis karena bayi akan mengalami adaptasi terhadap lingkungan, perubahan sirkulasi darah, serta mulai berfungsinya organ-organ tubuh, dan pada pasca neonatus bayi akan mengalami pertumbuhan yang sangat cepat (Perry & Potter, 2005).

## **2. Balita**

Balita adalah masa anak mulai berjalan dan merupakan masa yang paling hebat dalam tumbuh kembang, yaitu pada usia 1 sampai 5 tahun. Masa ini merupakan masa yang penting terhadap perkembangan kepandaian dan pertumbuhan intelektual. (Mitayani, 2010)

Balita adalah anak yang berumur 0-59 bulan, pada masa ini ditandai dengan proses pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat. Balita adalah istilah umum bagi anak usia 1-3 tahun (batita) dan anak prasekolah (3-5 tahun). Saat usia batita, anak masih tergantung penuh kepada orang tua untuk melakukan kegiatan penting, seperti mandi, buang air dan makan. Perkembangan berbicara dan berjalan sudah bertambah baik. Namun kemampuan lain masih terbatas. (Sutomo, 2010)

## B. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

### 1. Definisi MTBS

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dalam bahasa Inggris yaitu Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) adalah suatu manajemen melalui pendekatan terintegrasi/terpadu dalam tatalaksana balita sakit yang datang di pelayanan kesehatan, baik mengenai beberapa klasifikasi penyakit, status gizi, status imunisasi maupun penanganan balita sakit tersebut dan konseling yang diberikan (Surjono et al.; Wijaya, 2009; Depkes RI, 2008). Materi MTBS terdiri dari langkah penilaian, klasifikasi penyakit, identifikasi tindakan, pengobatan, konseling, perawatan di rumah dan kapan kembali untuk tindak lanjut. MTBS bukan merupakan suatu program kesehatan tetapi suatu pendekatan/cara menatalaksana balita sakit. Sasaran MTBS adalah anak umur 0-5 tahun dan dibagi menjadi dua kelompok sasaran yaitu kelompok usia 1 hari sampai 2 bulan dan kelompok usia 2 bulan sampai 5 tahun (Depkes RI, 2008). Kegiatan MTBS merupakan upaya yang ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di unit rawat jalan kesehatan dasar seperti puskesmas. World Health Organization (WHO) telah mengakui bahwa pendekatan MTBS sangat cocok diterapkan negara-negara berkembang dalam upaya menurunkan kematian, kesakitan dan kecacatan pada bayi dan balita. MTBS telah digunakan di lebih dari 100 negara dan terbukti dapat menurunkan angka kematian balita, memperbaiki status gizi, meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan, memperbaiki kinerja petugas kesehatan, memperbaiki kualitas pelayanan dengan biaya lebih murah. (Soenarto, 2009)

Materi MTBS terdiri dari langkah penilaian, klasifikasi penyakit, identifikasi tindakan, pengobatan, konseling, perawatan di rumah dan kapan kembali. Bagan penilaian anak sakit terdiri dari petunjuk langkah untuk mencari riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik. Klasifikasi dalam MTBS merupakan suatu keputusan penilaian untuk penggolongan derajat keparahan penyakit. Klasifikasi bukan merupakan diagnosis penyakit yang spesifik. Setiap klasifikasi penyakit mempunyai nilai suatu tindakan sesuai dengan klasifikasi tersebut. Tiap klasifikasi mempunyai warna dasar, yaitu merah (penanganan

segera atau perlu dirujuk), kuning (pengobatan spesifik di pelayanan kesehatan), dan hijau (perawatan di rumah) sesuai dengan urutan keparahan penyakit (Depkes RI, 2008; Surjono, et al, 1998). Tiap klasifikasi menentukan karakteristik pengelolaan balita sakit. Bagan pengobatan terdiri dari petunjuk cara komunikasi yang baik dan efektif dengan ibu untuk memberikan obat dan dosis pemberian obat, baik yang harus diberikan di klinik maupun obat yang harus diteruskan di rumah. Alur konseling merupakan nasihat perawatan termasuk pemberian makan dan cairan di rumah dan nasihat kapan harus kembali segera maupun kembali untuk tindak lanjut (Surjono et al, 1998).

Kegiatan MTBS memiliki 3 komponen khas yang menguntungkan, yaitu:

- Meningkatkan ketrampilan petugas kesehatan dalam tatalaksana kasus balita sakit (selain dokter, petugas kesehatan non-dokter dapat pula memeriksa dan menangani pasien apabila sudah dilatih);
- Memperbaiki sistem kesehatan (perwujudan terintegrasinya banyak program kesehatan dalam 1 kali pemeriksaan MTBS);
- Memperbaiki praktek keluarga dan masyarakat dalam perawatan di rumah dan upaya pencarian pertolongan kasus balita sakit (meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam pelayanan kesehatan).

(Wijaya, 2009; Depkes RI, 2008)

WHO telah mengeluarkan suatu pegangan bagan MTBS generik. MTBS generik ini dimaksudkan untuk dapat dipergunakan oleh sebagian besar negara berkembang dengan kematian bayi lebih dari 40 menganjurkan kepada setiap negara yang akan menerapkan MTBS untuk melakukan adaptasi sesuai dengan kondisi negara setempat. Untuk itu, WHO telah mengeluarkan pedoman guna pelaksanaan proses adaptasi tersebut. Adaptasi MTBS tersebut diharapkan meliputi beberapa tujuan, yaitu:

- Kasus yang dimasukkan pada bagan MTBS sebaiknya merupakan penyebab kematian dan kesakitan yang tinggi; tetapi bukan berarti semua kondisi pediatrik yang menjadi penyebab dibawanya anak tersebut ke klinik. Hal ini tidak mungkin untuk dicakup semuanya, mengingat semakin banyaknya materi MTBS maka waktu kursus juga akan semakin panjang dan beban petugas kesehatan juga akan banyak. Beban yang banyak akan

menyebabkan pemahaman kurang dan semakin sulitnya nanti dalam penerapan.

- Adaptasi MTBS untuk penanganan kasus di rawat jalan dibuat supaya aman dan efektif dan pembelajarannya efektif. Adaptasi MTBS harus mempertimbangkan supaya jumlah anak yang dirujuk ke rumah sakit berkurang, mengingat tidak semua daerah mudah melakukan rujukan terutama pada rujukan yang dilakukan di daerah-daerah yang terpencil dan fasilitas rawat inap yang terbatas.

Adaptasi sebaiknya menyediakan pedoman dengan menggunakan sedikit mungkin tandan gejala klinis untuk membuat klasifikasi dan penanganan yang tepat; sebaiknya dihindari menggunakan kombinasi dari beberapa kondisi yang dapat membingungkan petugas kesehatan. Tiga prinsip adaptasi tersebut harus selalu dipertimbangkan pada setiap proses adaptasi yang akan dilakukan oleh setiap negara. Petugas kesehatan seharusnya dapat menguasai seluruh materi MTBS tersebut. Sesuai dengan anjuran WHO, materi MTBS harus disampaikan dalam 11 hari efektif. (WHO, 1996)

Dilihat dari *cost-effective child health strategy included in the basic package of essential health services* maka model MTBS yang dikembangkan di hampir seluruh negara berkembang maka pilihan termurah dari aspek pembiayaan kesehatan anak adalah MTBS pada pelayanan kesehatan dasar seperti di Puskesmas dan beberapa Posyandu yang sudah maju dan rutin melakukan kegiatan pemantauan status gizi dan kesehatan anak balita.

Selanjutnya MTBS juga mampu sebagai *emphasizes capacity building at district level - facilitates decentralization* di hampir seluruh Puskesmas di setiap Kecamatan. Di samping itu MTBS juga *potential cost savings through (rational use of drugs, reduces missed opportunities, and pooling of resources)*. Artinya MTBS mampu menghemat pembelian obat, menurunkan tingkat kesalahan pemeriksaan dan dapat merupakan penggabungan sumberdaya pelayanan kesehatan anak balita sakit di Puskesmas.

Menurut Lesley Bamford dari National Department of Health tahun 2008 yang mengatakan bahwa *Comprehensive approach to the care of the ill child, which attempts to ensure appropriate and combined treatment of the five major*

*diseases*. Artinya MTBS di hampir seluruh Negara berkembang merupakan pelayanan kesehatan anak balita sakit secara komprehensif karena dapat mengkombinasikan pemeriksaan lima penyakit yang dominant diderita anak balita. Namun dalam perkembangannya ada sembilan penyakit yang harus dicegah pada anak balita.

## 2. Penerapan MTBS

Banyak negara berkembang sedang melaksanakan reformasi sistem kesehatan, seringkali mengikutsertakan desentralisasi manajemen, termasuk tanggung jawab untuk pelatihan dan pengadaan obat. Penekanan dari penerapan MTBS pada peningkatan sumber daya manusia di tingkat Dati II, sesuai dan dapat berkontribusi pada aspek tersebut dari reformasi sistem kesehatan. Aspek lain dari reformasi sistem kesehatan yang dipromosikan di beberapa negara adalah “pelayanan esensial” atau suatu paket kegiatan minimum, dan merupakan suatu dasar pemikiran yang kuat untuk memasukkan MTBS dalam pendekatan tersebut. MTBS juga dapat memantapkan aspek reformasi yang lain yaitu memperbaiki kualitas pelayanan dan meningkatkan hasil guna pendanaan.

1 Penerapan kegiatan MTBS di Puskesmas, adalah sebagai berikut:

- 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. 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).

### **3. Penatalaksanaan MTBS**

Gambaran singkat penanganan balita sakit memakai pendekatan MTBS, seorang balita sakit dapat ditangani dengan pendekatan MTBS oleh petugas kesehatan yang telah dilatih. Petugas memakai tool yang disebut Algoritma MTBS untuk melakukan penilaian/ pemeriksaan dengan cara: menanyakan kepada orang tua/wali, apa saja keluhan-keluhan/ masalah anak kemudian memeriksa dengan cara 'lihat dan dengar' atau 'lihat dan raba'. Setelah itu petugas akan mengklasifikasikan semua gejala berdasarkan hasil tanyajawab dan pemeriksaan. Berdasarkan hasil klasifikasi, petugas akan menentukan jenis tindakan/ pengobatan, misalnya anak dengan klasifikasi pneumonia berat atau penyakit sangat berat akan dirujuk ke dokter puskesmas, anak yang imunisasinya belum lengkap akan dilengkapi, anak dengan masalah gizi akan dirujuk ke ruang konsultasi gizi, dst.

Gambaran pendekatan MTBS yang sistematis dan terintegrasi tentang hal-hal yang diperiksa pada pemeriksaan. Ketika anak sakit datang ke ruang pemeriksaan, petugas kesehatan akan menanyakan kepada orang tua/wali secara berurutan, dimulai dengan memeriksa tanda-tanda bahaya umum, kemudian petugas akan melihat/memeriksa apakah anak tampak letargis/ tidak sadar, dan selanjutnya petugas kesehatan akan menanyakan keluhan utama lain. Berdasarkan hasil penilaian hal-hal tersebut di atas, petugas akan

mengklasifikasi keluhan/penyakit anak, setelah itu melakukan langkah-langkah tindakan/ pengobatan yang telah ditetapkan dalam penilaian/ klasifikasi.

### Penatalaksanaan Balita usia 1 hari s/d 2 bulan

#### Memeriksa tanda bahaya umum

- Apakah anak kejang?
- Apakah anak mengalami gangguan nafas?
- Apakah terdapat Hipotermi
- Apakah terdapat kemungkinan infeksi bakteri
- Apakah terdapat ikterus?
- Apakah terdapat gangguan saluran cerna?
- Apakah Bayi Diare?
- Apakah Berat Badan rendah/ ada masalah pemberian ASI?

#### Identifikasi/ Klasifikasi Masalah dan Penatalaksanaan

Perlu dirujuk segera

Perlu dirujuk segera tetapi tdk memungkinkan

Tidak perlu dirujuk

Konseling Ibu

Gambar 1. Penatalaksanaan MTBS Balita usia 1 hari s.d. 2 bulan

### Penatalaksanaan Balita usia 2 bulan s/d 5 tahun

#### Memeriksa tanda bahaya umum

- Apakah anak bisa minum/ menetek?
- Apakah anak selalu memuntahkan semua makanan?
- Apakah anak kejang?
- Apakah anak letargis/ tidak sadar?

#### Tanyakan keluhan utama

- Apakah anak batuk/ sukar bernafas?
- Apakah anak menderita diare?
- Apakah anak demam?
- Apakah anak mempunyai masalah telinga?

#### Periksa Status Gizi dan Anemia

#### Identifikasi/ Klasifikasi Masalah dan Penatalaksanaan

Gambar 1. Penatalaksanaan MTBS Balita usia 2 bulan s.d. 5 tahun

### **1** C. Sejarah Penerapan MTBS di Indonesia

Strategi MTBS mulai diperkenalkan di Indonesia oleh WHO pada tahun 1996. Pada tahun 1997 Depkes RI bekerjasama dengan WHO dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) melakukan adaptasi modul MTBS WHO. Modul tersebut digunakan dalam pelatihan pada bulan November 1997 dengan pelatih dari SEARO. Sejak itu penerapan MTBS di Indonesia berkembang secara bertahap dan *up-date* modul MTBS dilakukan secara berkala sesuai perkembangan program kesehatan di Depkes dan ilmu kesehatan anak melalui IDAI. (Wijaya, 2009)

Hingga akhir tahun 2009, penerapan MTBS telah mencakup 33 provinsi, namun belum seluruh Puskesmas mampu menerapkan karena berbagai sebab: belum adanya tenaga kesehatan di Puskesmasnya yang sudah terlatih MTBS, sudah ada tenaga kesehatan terlatih tetapi sarana dan prasarana belum siap, belum adanya komitmen dari Pimpinan Puskesmas, dll. Menurut data laporan rutin yang dihimpun dari Dinas Kesehatan provinsi seluruh Indonesia melalui Pertemuan Nasional Program Kesehatan Anak tahun 2010, jumlah Puskesmas yang melaksanakan MTBS hingga akhir tahun 2009 sebesar 51,55%. Puskesmas dikatakan sudah menerapkan MTBS bila memenuhi kriteria sudah melaksanakan (melakukan pendekatan memakai MTBS) pada minimal 60% dari jumlah kunjungan balita sakit di Puskesmas tersebut. (Wijaya, 2009)

### D. Latar Belakang Perlunya Penerapan MTBS di Indonesia

Menurut data hasil Survei yang dilakukan sejak tahun 1990-an hingga saat ini (SKRT 1991, 1995, SDKI 2003 dan 2007), penyakit/masalah kesehatan yang banyak menyerang bayi dan anak balita masih berkisar pada penyakit/masalah yang kurang-lebih sama yaitu gangguan perinatal, penyakit-penyakit infeksi dan masalah kekurangan gizi. (Wijaya, 2009)

Sedangkan penyebab kematian bayi dan anak balita menurut Riskesdas 2007, pada kelompok bayi (29 hari - 11 bulan) dan kelompok anak balita (12 bulan - 59 bulan) ada dua penyebab kematian tersering yaitu diare dan pneumonia.

Penyakit-penyakit penyebab kematian tersebut pada umumnya dapat ditangani di tingkat Rumah Sakit, namun masih sulit untuk tingkat Puskesmas. Hal ini disebabkan antara lain karena masih minimnya sarana/peralatan diagnostik dan

obat-obatan di tingkat Puskesmas terutama Puskesmas di daerah terpencil yang tanpa fasilitas perawatan, selain itu seringkali Puskesmas tidak memiliki tenaga dokter yang siap di tempat setiap saat. Padahal, Puskesmas merupakan ujung tombak fasilitas kesehatan yang paling diandalkan di tingkat kecamatan. Kenyataan lain di banyak provinsi, keberadaan Rumah Sakit pada umumnya hanya ada sampai tingkat kabupaten/kota sedangkan masyarakat Indonesia banyak tinggal di pedesaan. (Wijaya, 2009)

Berdasarkan kenyataan (permasalahan) di atas, pendekatan MTBS dapat menjadi solusi yang jitu apabila diterapkan dengan benar (ketiga komponen diterapkan dengan maksimal). Pada sebagian besar balita sakit yang dibawa berobat ke Puskesmas, keluhan tunggal jarang terjadi. Menurut data WHO, tiga dari empat balita sakit seringkali memiliki beberapa keluhan lain yang menyertai dan sedikitnya menderita 1 dari 5 penyakit tersering pada balita yang menjadi fokus MTBS. Hal ini dapat diakomodir oleh MTBS karena dalam setiap pemeriksaan MTBS, semua aspek/kondisi yang sering menyebabkan keluhan anak akan ditanyakan dan diperiksa. (Wijaya, 2009)

Menurut laporan Bank Dunia (1993), MTBS merupakan jenis intervensi yang paling *cost effective* yang memberikan dampak terbesar pada beban penyakit secara global. Bila Puskesmas menerapkan MTBS berarti turut membantu dalam upaya pemerataan pelayanan kesehatan dan membuka akses bagi seluruh lapisan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang terpadu.

#### **E. Monitoring dan Evaluasi**

Monitoring dan evaluasi adalah kegiatan monitoring dan evaluasi yang ditujukan pada suatu program yang sedang atau sudah berlangsung. Monitoring sendiri merupakan aktivitas yang dilakukan pimpinan untuk melihat, memantau jalannya organisasi selama kegiatan berlangsung, dan menilai ketercapaian tujuan, melihat factor pendukung dan penghambat pelaksanaan program. Dalam monitoring (pemantauan) dikumpulkan data dan dianalisis, hasil analisis diinterpretasikan dan dimaknakan sebagai masukan bagi pimpinan untuk mengadakan perbaikan.

Evaluasi adalah proses untuk mengidentifikasi masalah, mengumpulkan data dan menganalisis data, menyimpulkan hasil yang telah dicapai, menginterpretasikan hasil menjadi rumusan kebijakan, dan menyajikan informasi (rekomendasi) untuk pembuatan keputusan berdasarkan pada aspek kebenaran hasil evaluasi.

Kaufman dan Thomas (1998) telah mengemukakan adanya 7 Model monitoring dan Evaluasi Program seperti berikut ini:

1. *Goal-oriented Evaluation Model* (Model Evaluasi berorientasi Tujuan), oleh Tyler

Adalah model evaluasi yang paling awal, dikembangkan mulai tahun 1961, memfokuskan pada pencapaian tujuan pendidikan "sejauh mana tujuan pembelajaran yang telah ditentukan dapat tercapai. Indikator pencapaian tujuan ditunjukkan oleh prestasi belajar siswa, kinerja guru, efektivitas PBM, kualitas layanan prima.

2. *Goal-free Evaluation Model* (Model Evaluasi Bebas Tujuan), oleh Scriven.

Adalah evaluasi yang tidak didasarkan pada tujuan yang ingin dicapai dari program kegiatan. Evaluasi bebas tujuan (goal free evaluation) berorientasi pada pihak eksternal, pihak konsumen, stake holder, dewan pendidikan, masyarakat.

Evaluasi model goal free, fokus pada adanya perubahan perilaku yang terjadi sebagai dampak dari program yang diimplementasikan, melihat dampak sampingan baik yang diharapkan maupun yang tidak diharapkan, dan membandingkan dengan sebelum program dilakukan. Evaluasi juga membandingkan antara hasil yang dicapai dengan besarnya biaya yang dikeluarkan untuk program tersebut atau melakukan cost benefit analysis.

3. *Formatif-summatif Evaluation Model* oleh Scriven.

Evaluasi model ini dikembangkan oleh Michael Scriven, dengan membedakan evaluasi menjadi dua jenis: evaluasi formatif dan evaluasi summatif.

- a. Evaluasi formatif, bersifat internal berfungsi untuk meningkatkan kinerja lembaga, mengembangkan program/personal, bertujuan untuk mengetahui perkembangan program yang sedang berjalan (in-progress). Monitoring

dan supervisi, termasuk dalam kategori evaluasi formatif, dilakukan selama kegiatan program sedang berlangsung, dan akan menjawab berbagai pertanyaan:

- 1) Apakah program berjalan sesuai rencana?
- 2) Apakah semua komponen berfungsi sesuai dengan tugas masing-masing?
- 3) Jika tidak apakah perlu revisi, modifikasi?

b. Evaluasi sumatif, dilakukan pada akhir program, bertujuan untuk mengetahui keberhasilan program yang telah dilaksanakan, memberikan pertanggung-jawaban atas tugasnya, memberikan rekomendasi untuk melanjutkan atau menghentikan program pada tahun berikutnya. Evaluasi akan dapat menjawab pertanyaan

- 1) Sejauh mana tujuan program tercapai?
- 2) Perubahan apa yang terjadi setelah program selesai?
- 3) Apakah program telah dapat menyelesaikan masalah?
- 4) Perubahan perilaku apa yang dapat ditampilkan, dilihat dan dirasakan setelah selesai mengikuti pelatihan?.

4. Countenance Evaluation Model (Model Evaluasi) oleh Stake

Evaluasi memfokuskan pada program pendidikan, untuk mengidentifikasi tahapan proses pendidikan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Menurut Stake ada 3 tahapan program: Antecedent phase, Transaction phase, dan Outcomes phase. Pada setiap tahapan, akan mengungkapkan (describe) dua hal: Apa yang diinginkan (intended) dan Apa yang terjadi (observed).

5. CIPP Evaluation Model (Model Evaluation CIPP) oleh Stufflebeam.

CIPP singkatan dari Context, Input, Process, Product, adalah model evaluasi yang berorientasi pada pengambilan keputusan. Menurut Stufflebeam, "Evaluation is the process of delineating, obtaining, and providing useful information for judging alternative decision making". Stufflebeam menggolongkan evaluasi menjadi 4 jenis ditinjau dari alternatif keputusan yang diambil dan tahapan program yang dievaluasi. Dari empat tahapan evaluasi tersebut, setiap tahapan evaluasi adanya informasi pembuatan keputusan: (1)

Evaluasi Context, (2) Evaluasi Input, (3) Evaluasi Process, (4) Evaluasi product.

6. *CSE-UCLA Evaluation Model (Center for the Study of Evaluation, University of California at Los Angeles)*

Evaluasi model CSE-UCLA hampir sama dengan model CIPP, termasuk kategori evaluasi yang komprehensif. Evaluasi CSE-UCLA melibatkan 5 tahapan evaluasi: Perencanaan, Pengembangan, Pelaksanaan, Hasil, dan Dampak.

7. *Discrepancy Evaluation Model (DEM) oleh Provus.*

Evaluasi model Discrepancy dikembangkan oleh Malcom Provus, focus pada perbandingan hasil evaluasi dengan performansi standar yang telah ditentukan. Hasil evaluasi digunakan untuk pengambilan kebijakan tentang program yang telah dilaksanakan: akan ditingkatkan, akan dilanjutkan, atau dihentikan. Provus mengatakan "Evaluation is the process of (a) agreeing upon program standar, (b) determining whether a discrepancy exist between some aspect of the program, and (c) using discrepancy information to identify the weaknesses of the program".

## **F. Ruang Lingkup Monitoring dan evaluasi Program**

Sebagai suatu proses untuk menghasilkan dan menyajikan informasi guna mendukung pengambilan keputusan, evaluasi program dilakukan sejalan dengan tahapan program yang akan dievaluasi. Cakupan evaluasi meliputi empat aspek: (1) perencanaan, (2) pelaksanaan, (3) hasil program, dan (4) dampak. Setiap tahapan menggunakan jenis evaluasi dan pendekatan evaluasi yang berbeda.

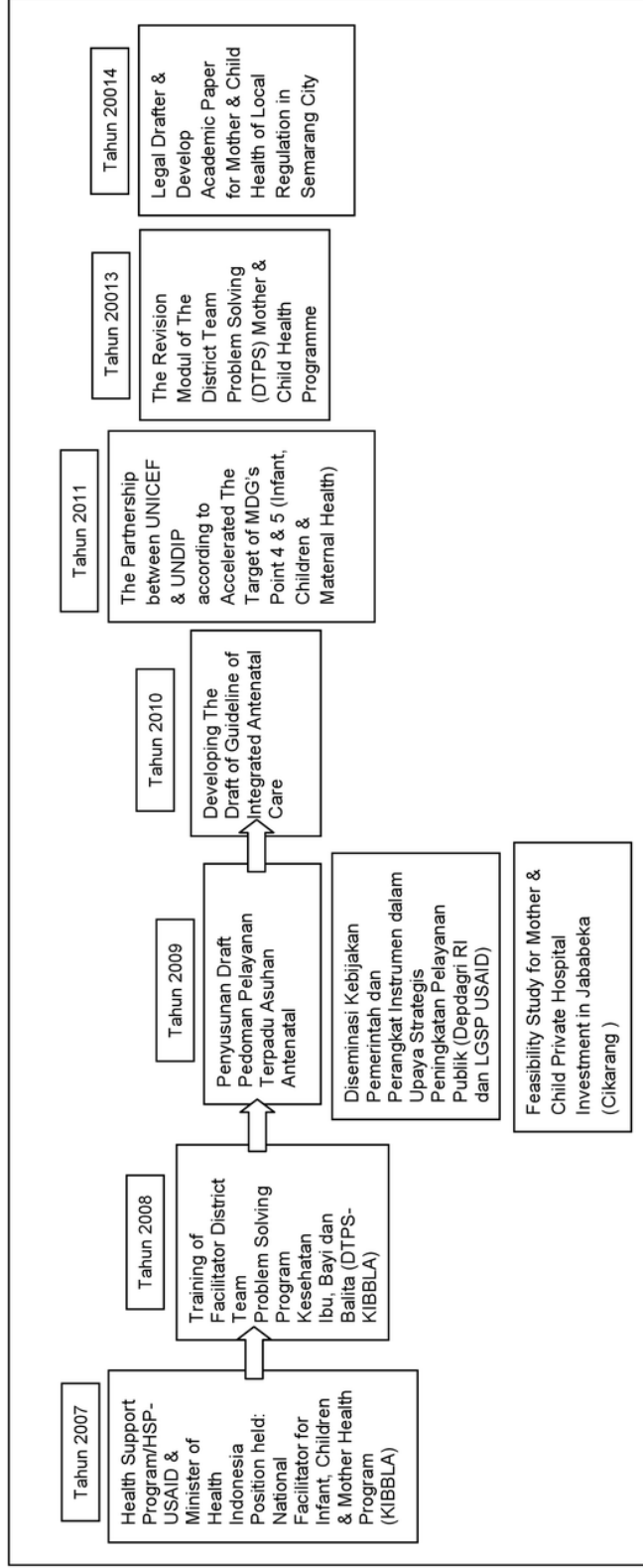
1. Perencanaan program, meliputi:

- a. kondisi lembaga yang akan dievaluasi (kontekstual)
- b. tujuan program yang akan dievaluasi
- c. isi program kegiatan yang akan dievaluasi
- d. jenis dan model evaluasi yang diterapkan
- b. metodologi yang digunakan: desain, variabel, teknik sampling, instrumen, analisis data, diseminasi hasil,

- c. strategi pelaksanaan evaluasi: personal yang terlibat (siapa evaluator, siapa target evaluasi); waktu pelaksanaan evaluasi (berapa lama, dan kapan evaluasi dilaksanakan); fasilitas diperlukan (sarana, prasarana, dan alat); dana diperlukan (berapa jumlahnya dan dari mana sumbernya); instrumen yang digunakan (untuk mengukur ketercapaian tujuan)
  - d. jenis evaluasi: Needs Assessment, Analisis SWOT, Feasibility study, Analisis Futuristik, Job Analisis, Inventory
2. Pelaksanaan program
- a. Kemampuan (kriteria) yg dimiliki pelaksana program
  - b. Keterlaksanaan: partisipasi personal dalam pelaksanaan program, bagaimana kesesuaian jadwal dengan rencana, bagaimana pemanfaatan masukan, bagaimana penyelenggaraan program, berapa persen keterlaksanaan dari yang direncanakan.
  - c. Refleksi dan umpan balik
  - d. Jenis evaluasi yang diterapkan: monitoring, supervisi, evaluasi proses, evaluasi formatif, evaluasi sumatif.
3. Hasil program
- Hasil yg telah dicapai oleh peserta kegiatan (prosentase dari program keseluruhan) pada saat program selesai dilakukan misalnya: penguasaan oleh peserta sesuai kriteria, hasil yang dicapai sesuai tujuan, kualitas (prestasi belajar, keterampilan karyawan), produktivitas, efektivitas program kegiatan, efisiensi penggunaan fasilitas dan sumber dana.
4. Dampak program
- a. Dampak yang direncanakan dari hasil program (intended effect) seperti perubahan perilaku, tersalurnya lulusan, meningkatnya kinerja peserta pelatihan, kedisiplinan meningkat setelah selesai pelatihan, perubahan perilaku disiplin meningkat, meningkatnya animo masuk ke perguruan tinggi, keberhasilan karir.
  - b. Dampak yang tidak direncanakan (unintended side effect) seperti terjadinya PHK terhadap sejumlah karyawan, kesenjangan sosial di masyarakat, timbul stress di kalangan mahasiswa, siswa, karyawan sebagai akibat dari kebijakan yang diterapkan

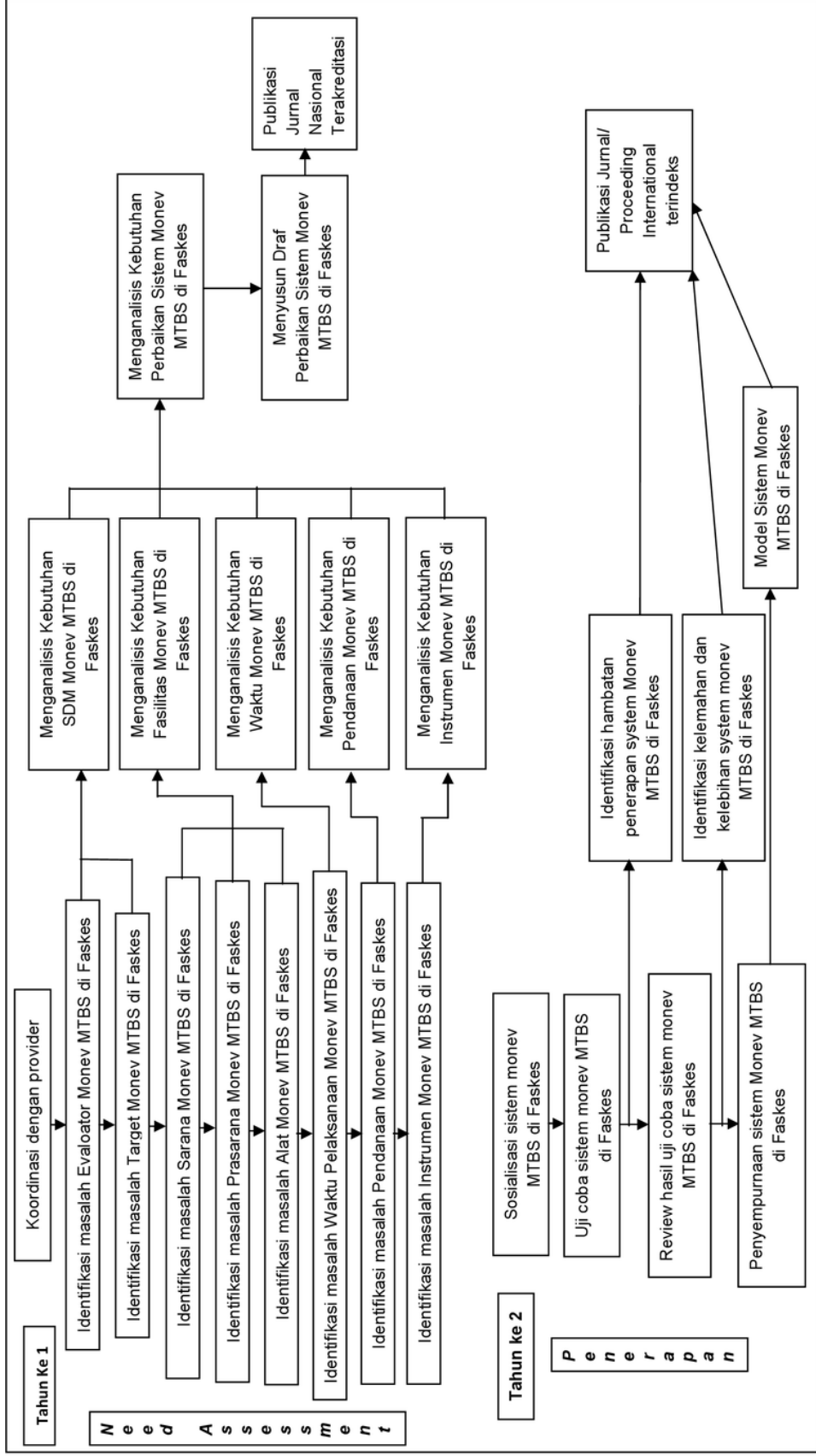
### G. Alur Penelitian Yang Telah Dilakukan

Kegiatan yang telah dilakukan sebelumnya yang berhubungan dengan penelitian yaitu:



### BAB III. METODE PENELITIAN

G. Diagram Alir Penelitian



## H. Populasi dan Sampel

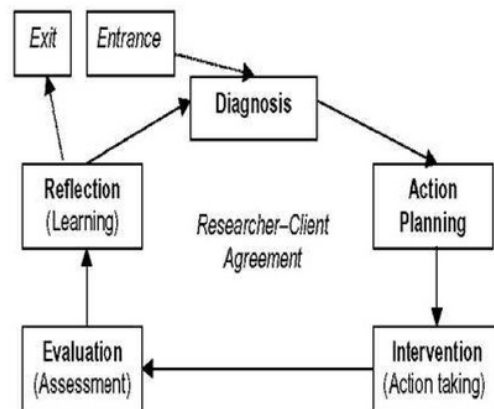
Populasi dalam penelitian ini adalah keseluruhan pelayanan kesehatan dasar (puskesmas) yang ada di Kabupaten Brebes yaitu 38 puskesmas. Sampel untuk penelitian ini 2 (dua) puskesmas yang diambil secara acak. Sampel dipilih secara acak kemudian akan dilakukan *need assessment* di 2 (dua) puskesmas yang ditunjuk sebagai sampel penelitian. Sedangkan responden penelitian ini adalah kepala DKK, pemegang program MTBS di DKK, kepala puskesmas dan seluruh petugas kesehatan yang terlibat dalam pelaksanaan MTBS di 2 (dua) puskesmas yang ditunjuk sebagai sampel.

## I. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian tindakan atau *action research* dengan pendekatan kualitatif, yaitu penelitian perbandingan terhadap kondisi dan akibat dari berbagai bentuk tindakan sosial; tipe penelitian ini menggunakan “langkah spiral” yang terdiri atas perencanaan, tindakan dan penemuan fakta dari hasil tindakan (dalam Hien, 2009). Sedangkan O’Brein (2001) memahami *action research* sebagai “learning by doing” dengan analogi bahwa sekelompok orang yang mengalami masalah akan melakukan sesuatu untuk memecahkan masalah tersebut, mereka kemudian melihat bagaimana hasil yang mereka capai atas usahanya dalam mengatasi masalah dan jika mereka tidak puas dengan hasil yang mereka capai maka mereka dapat melakukannya lagi.

Di tahun ke dua, dilakukan uji coba draft monitoring dan evaluasi MTBS di 2 puskesmas Brebes dan Puskesmas Kaligangsa di Kabupaten Brebes. Selanjutnya dilakukan FGD dari responden kemudian dilanjutkan dengan wawancara dari questioner terbuka terhadap para subyek/responden penelitian. Analisis terhadap input, diantaranya meliputi sumber daya manusia, sarana prasarana, pedoman dan pendanaan. Analisis proses, meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan penilaian. Analisis output, meliputi luaran penelitian dengan membandingkan kondisi sebelum dan sesudah *action research*.

Berikut tahapan penelitian tindakan (*action research*) yang dapat ditempuh yaitu :  
(Davison, Martinsons & Kock (2004) lihat Gambar berikut : Siklus *action research*,  
(Davison, Martinsons & Kock, 2004)



Davison, Martinsons & Kock (2004), membagi *Action research* dalam 5 tahapan yang merupakan siklus, yaitu :

1. Melakukan diagnosa (*diagnosing*)

Diagnosis sudah dilakukan dari hasil *Need Assessment* sebelumnya terhadap Kepala Puskesmas dan Petugas Puskesmas di Kabupaten Brebes yang terlibat dalam pelaksanaan MTBS.

2. Membuat rencana tindakan (*action planning*)

Peneliti dan partisipan/ DKK Brebes bersama-sama memahami kebutuhan perbaikan draf Tools monitoring dan evaluasi kegiatan MTBS bagi Kepala Puskesmas dan Petugas Puskesmas di Kabupaten Brebes kemudian dilanjutkan dengan menyusun rencana tindakan yang tepat untuk memenuhi kebutuhan penyusunan Tools tersebut.

3. Melakukan tindakan (*action taking*)

Peneliti dan partisipan bersama-sama mengimplementasikan rencana tindakan yaitu berupa penyusunan draft instrumen monitoring dan evaluasi kegiatan MTBS dan ujicoba pada sasaran (petugas kesehatan di tingkat pelayanan kesehatan dasar) seperti yang telah disusun dalam *action plan*.

4. Melakukan evaluasi (*evaluating*)

Setelah masa implementasi (*action taking*) dianggap cukup kemudian peneliti bersama partisipan melaksanakan evaluasi hasil dari implementasi tadi, dalam tahap ini akan dinilai keefektifan draf instrumen atau Tools monitoring dan

evaluasi kegiatan MTBS dalam memenuhi kebutuhan penatalaksanaan kegiatan MTBS dari Kepala Puskesmas dan Petugas Puskesmas di Kabupaten Brebes.

#### 5. Pembelajaran (*learning*)

Tahap ini merupakan bagian akhir siklus yang telah dilalui dengan melaksanakan review tahap-pertahap sampai dengan penelitian ini dapat berakhir. Metode yang digunakan adalah menganalisis munculnya hambatan di masing-masing tahapan dan upaya mengatasinya.

#### J. Subyek Penelitian

Dalam penelitian ini sebagai subyek penelitian adalah Bidan Puskesmas, Kepala Puskesmas dan Kasie Kesga dan Pelaksana Monev MTBS dari DKK Kabupaten Brebes.

#### K. Instrumen dan Cara Penelitian

Pengumpulan data primer dilakukan dengan FGD (*Focus Group Discussion*) terhadap para responden, institusi terkait kegiatan MTBS. Untuk mendapatkan informasi penggunaan draft monev MTBS yang baru diuji coba di Kabupaten Brebes. Dilanjutkan dengan wawancara menggunakan kuesioner penelitian untuk mengetahui permasalahan penerapan instrument monitoring evaluasi terhadap pelaksanaan MTBS di pelayanan kesehatan dasar. Wawancara dilakukan dengan menggunakan pertanyaan terbuka, dibantu alat tulis dan *voice recorder* untuk mencatat dan merekam informasi yang diperoleh. Data sekunder diperoleh melalui pengamatan langsung ke Dinas Kesehatan dan Puskesmas.

#### BAB IV. HASIL PENELITIAN

Kegiatan penelitian tahun ke 2 telah berjalan, dan telah dilakukan perbaikan instrument money MTBS berdasarkan hasil workshop/FGD yang telah dilakukan bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes.



Foto 1. Peserta FGD



Foto 2. Kegiatan FGD membahas perbaikan instrument



Foto 3. Tim Peneliti memberikan arahan diskusi



Foto 4. Peserta FGD memberikan masukkannya untuk perbaikan instrument

No	Pernyataan	Ya	Tidak	Keterangan
1	Apakah pernyataan			
2	Apakah pernyataan cukup untuk			
3	Apakah pernyataan yang berkaitan			
4	Apakah pernyataan yang berkaitan			
5	Apakah pernyataan yang berkaitan			
6	Apakah pernyataan yang berkaitan			
7	Apakah pernyataan yang berkaitan			
8	Apakah pernyataan yang berkaitan			
9	Apakah pernyataan yang berkaitan			
10	Apakah pernyataan yang berkaitan			
11	Apakah pernyataan yang berkaitan			
12	Apakah pernyataan yang berkaitan			
13	Apakah pernyataan yang berkaitan			
14	Apakah pernyataan yang berkaitan			
15	Apakah pernyataan yang berkaitan			
16	Apakah pernyataan yang berkaitan			
17	Apakah pernyataan yang berkaitan			
18	Apakah pernyataan yang berkaitan			
19	Apakah pernyataan yang berkaitan			
20	Apakah pernyataan yang berkaitan			
21	Apakah pernyataan yang berkaitan			
22	Apakah pernyataan yang berkaitan			
23	Apakah pernyataan yang berkaitan			
24	Apakah pernyataan yang berkaitan			
25	Apakah pernyataan yang berkaitan			
26	Apakah pernyataan yang berkaitan			
27	Apakah pernyataan yang berkaitan			
28	Apakah pernyataan yang berkaitan			
29	Apakah pernyataan yang berkaitan			
30	Apakah pernyataan yang berkaitan			
31	Apakah pernyataan yang berkaitan			
32	Apakah pernyataan yang berkaitan			
33	Apakah pernyataan yang berkaitan			
34	Apakah pernyataan yang berkaitan			
35	Apakah pernyataan yang berkaitan			
36	Apakah pernyataan yang berkaitan			
37	Apakah pernyataan yang berkaitan			
38	Apakah pernyataan yang berkaitan			
39	Apakah pernyataan yang berkaitan			
40	Apakah pernyataan yang berkaitan			
41	Apakah pernyataan yang berkaitan			
42	Apakah pernyataan yang berkaitan			
43	Apakah pernyataan yang berkaitan			
44	Apakah pernyataan yang berkaitan			
45	Apakah pernyataan yang berkaitan			
46	Apakah pernyataan yang berkaitan			
47	Apakah pernyataan yang berkaitan			
48	Apakah pernyataan yang berkaitan			
49	Apakah pernyataan yang berkaitan			
50	Apakah pernyataan yang berkaitan			
51	Apakah pernyataan yang berkaitan			
52	Apakah pernyataan yang berkaitan			
53	Apakah pernyataan yang berkaitan			
54	Apakah pernyataan yang berkaitan			
55	Apakah pernyataan yang berkaitan			
56	Apakah pernyataan yang berkaitan			
57	Apakah pernyataan yang berkaitan			
58	Apakah pernyataan yang berkaitan			
59	Apakah pernyataan yang berkaitan			
60	Apakah pernyataan yang berkaitan			
61	Apakah pernyataan yang berkaitan			
62	Apakah pernyataan yang berkaitan			
63	Apakah pernyataan yang berkaitan			
64	Apakah pernyataan yang berkaitan			
65	Apakah pernyataan yang berkaitan			
66	Apakah pernyataan yang berkaitan			
67	Apakah pernyataan yang berkaitan			
68	Apakah pernyataan yang berkaitan			
69	Apakah pernyataan yang berkaitan			
70	Apakah pernyataan yang berkaitan			
71	Apakah pernyataan yang berkaitan			
72	Apakah pernyataan yang berkaitan			
73	Apakah pernyataan yang berkaitan			
74	Apakah pernyataan yang berkaitan			
75	Apakah pernyataan yang berkaitan			
76	Apakah pernyataan yang berkaitan			
77	Apakah pernyataan yang berkaitan			
78	Apakah pernyataan yang berkaitan			
79	Apakah pernyataan yang berkaitan			
80	Apakah pernyataan yang berkaitan			
81	Apakah pernyataan yang berkaitan			
82	Apakah pernyataan yang berkaitan			
83	Apakah pernyataan yang berkaitan			
84	Apakah pernyataan yang berkaitan			
85	Apakah pernyataan yang berkaitan			
86	Apakah pernyataan yang berkaitan			
87	Apakah pernyataan yang berkaitan			
88	Apakah pernyataan yang berkaitan			
89	Apakah pernyataan yang berkaitan			
90	Apakah pernyataan yang berkaitan			
91	Apakah pernyataan yang berkaitan			
92	Apakah pernyataan yang berkaitan			
93	Apakah pernyataan yang berkaitan			
94	Apakah pernyataan yang berkaitan			
95	Apakah pernyataan yang berkaitan			
96	Apakah pernyataan yang berkaitan			
97	Apakah pernyataan yang berkaitan			
98	Apakah pernyataan yang berkaitan			
99	Apakah pernyataan yang berkaitan			
100	Apakah pernyataan yang berkaitan			

Foto 5. Instrument money yang menjadi bahan diskusi

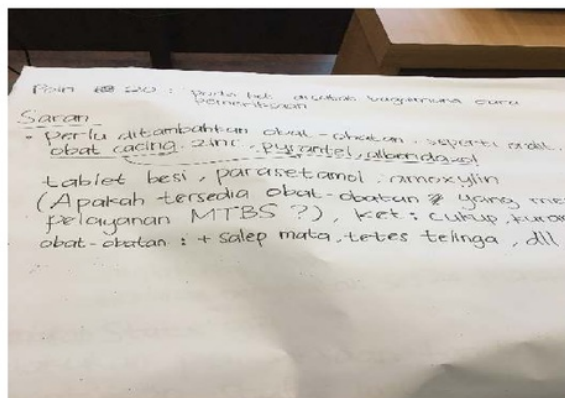


Foto 6. Salah satu hasil diskusi FGD untuk perbaikan instrument



Foto 7. Indepth Interview terhadap responden

Hasil uji coba instrument yang dilakukan di Puskesmas Kaligangsa dan Puskesmas Brebes didapatkan bahwa instrument sudah cukup baik, Berikut adalah masukan-masukan yang ditindaklanjuti :

a. Instrumen terdiri dari 5 bagian yaitu :

1) Identifikasi Petugas

Terdiri dari pertanyaan NO 2, 3, 4, 5. Model tabel sebagai berikut :

A. Identifikasi Petugas

No	Penilaian	Ya	Tidak	Keterangan
1.				
Dst				

Di dalam butir pertanyaan nomer 5 sebaiknya dijadikan 2 pertanyaan yaitu :

5. Apakah petugas yang melayani MTBS/MTBM pernah mendapatkan pelatihan terkait MTBS/MTBM? Jika jawaban ya maka tulis dalam keterangan : Kapan tahun terakhir mendapatkan pelatihan?

No	Penilaian	Ya	Tidak	Keterangan
6.	Siapa petugas yang pernah mendapatkan pelatihan terkait MTBS/MTBM?			
	a. Dokter	√		
	b. Bidan	√		
	c. Petugas gizi		√	

A. Sarana dan Prasarana (Di Dalam ruang MTBS)

Terdiri dari pertanyaan NO 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16. Dengan model tabel sebagai berikut

No	Penilaian	Ada		Tidak ada	Keterangan
		Jumlah	Kondisi		
1.					
dst					

B. Sarana dan Prasarana (Di Dalam ruang MTBM atau di Apotek)

Terdiri dari pertanyaan no 17 tentang obat-obatan yang tidak bisa terjawab di ruang MTBS sehingga petugas monev harus ke ruang apotek dengan model tabel sebagai berikut

No	Penilaian	Jenis obat		Ketersediaan			Ket
		Sirup	Tablet	Cukup	Kurang	Tidak ada	
1.							
dst							

C. Tindakan pelayanan

Terdiri dari pertanyaan NO 1- 23 dalam kuesioner B, dengan tabel sebagai berikut :

No	Penilaian	Ya	Tidak	Keterangan
1.				
dst				

Instrument money yang telah dihasilkan ini telah dilakukan uji coba dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan dari petugas dan hasil observasi kondisi dilapangan.

INSTRUMENT MONEV MTBS/ MTBM				
No	Penilaian	Ya	Tidak	Keterangan
<b>A. Sarana Prasarana</b>				
1.	Apakah tersedia ruang khusus pelayanan MTBS/ MTBM?			
2.	S siapa petugas yang melayani MTBS/			
	a. Dokter			
	b. Petugas Gizi			
	c. Bidan			
3.	Berapa jumlah petugas yang melayani MTBS/ MTBM?			
	a. 1			
	b. 2			
	c. 3			
	d. >3			
4.	Apakah petugas yang melayani MTBS/ MTBM pernah terpapar materi MTBS/			
	a. Dokter			
	b. Petugas Gizi			
	c. Bidan			
5.	a. Apakah petugas yang melayani MTBS/ MTBM pernah mendapatkan pelatihan terkait MTBS/ MTBM?			
	b. Jika ya, kapan tahun terakhir mendapatkan pelatihan?			
6.	S siapa petugas yang pernah mendapatkan pelatihan terkait MTBS/ MTBM?			
	a. Dokter			
	b. Bidan			
	c. Petugas Gizi			
	d. lain-lain			
7.	Bila formulir MTBS/ MTBM tidak cukup untuk semua pasien yang datang, apakah petugas mencatat pasien yang hadir tanpa adanya form MTBS/ MTBM?			berapa jumlahnya?
8.	Apakah ada pojok oralit?			
<b>B. Tindakan Pelayanan</b>				
1.	Apakah petugas menanyakan identitas pasien (nama, nama orang tua, umur)?			
2.	Apakah petugas menimbunng hadan havi/halita?			

Foto 8. Formulir Moneyv MTBS hasil perbaikan

## **BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN**

### **Simpulan**

Pada penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Instrument monev MTBS hasil perbaikan dan uji coba telah dihasilkan
2. Waktu pelaksanaan monev dijadwalkan satu tahun sekali
3. Jumlah SDM pelaksana monev masih kurang sehingga pelaksanaan monev MTBS digabung dengan kegiatan lain

### **Saran**

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan diatas dapat disarankan sebagai berikut:

1. Formulir Monev MTBS untuk dapat menjadi acuan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes dalam melaksanakan monev MTBS pada fasilitas kesehatan di Kabupaten Brebes
2. Perlu penambahan SDM pelaksana Monev MTBS agar monev MTBS dapat berjalan tepat waktu

## DAFTAR PUSTAKA

- Balitbangkes. 2008. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2007.
7. Sutomo. 2010. Menu Sehat Alami untuk Batita dan Balita. Jakarta : Demedia.
- Davison, R.M, Martinsons, M.G., Kock, N. 2004. Journal International Systems. Journal ;Principles of Canonical action Research 14, 65-86.
- Depkes RI. 2008. Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2013. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2012.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. 2015. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2014.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes. 2014. Profil Kesehatan Kabupaten Brebes tahun 2013.
- GOI-UNICEF, 2000. Challenges for a New Generation: The Situation of Children and Women in Indonesia. Jakarta.
- Helmizar. 2014. Evaluasi Kebijakan Jaminan Persalinan (Jampersal) Dalam Penurunan Angka Kematian Ibu Dan Bayi Di Indonesia. Semarang. Jurnal Kesehatan Masyarakat 9 Volume 2 : Hal 197-205.
- Hien, Trinh T T., 2009. "Why is action research suitable for education?". VNU Journal of Science, Foreign Languages 25 (2009) 97-106, <http://www.proquest.umi.com>. 8 Maret 2016
- James A, O'Brien. 2001. Introduction To Information System, Essential For The Internetworked E-business Enterprise (10 th ed.). The McGraw-Hill Companies, Inc
- Kaufman, R., & Thomas, S. 1980. Evaluation without fear. New York: New Viewpoint
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015- 2019. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 02.02/MENKES / 52/ 2015
6. Itayani dan Sartika, Wiwi. 2010. Buku Saku Ilmu Gizi. Trans Info Media, Jakarta.
- Moerdiyanto. Teknik Monitoring Dan Evaluasi (Monev) Dalam Rangka Memperoleh Informasi Untuk Pengambilan Keputusan Manajemen. <http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/penelitian/Drs.%20Moerdiyanto,%20M.Pd./ARTIKEL%20MONEV.pdf>. 1 Maret 2016
- 8
- Notoatmodjo, S. 2007. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta : Rineka Cipta
- Nursalam, dkk. 2005. Asuhan keperawatan bayi dan anak (untuk perawat dan bidan) Edisi 8 1. Jakarta: Salemba Medika
- Perry & Potter. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik. Volume 1. Edisi 4. Jakarta : EGC.
- Soenarto, Yati. MTBS: Strategi Untuk Meningkatkan Derajat Kesehatan Anak. Disampaikan pada Simposium Pediatri TEMILNAS 2009 Surakarta 01 Agustus 2009. 2
- Suparto, HS. 2008 Analisis Manajemen Mutu Mbts Yang Terkait Dengan Mutu Penerapan Kegiatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (Mtbs) Puskesmas Di Kabupaten Brebes. <http://eprints.undip.ac.id/18689/>. 5 Maret 2016

- Surjono, Achmad. Endang DL, Alan R. Tumbelaka, et al.1998. Studi Pengembangan Puskesmas Model Dalam Implementasi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Dalam: <http://www.chnrl.net/publikasi/pdf/MTBS.pdf>. 9 Maret 2016
- UNICEF Indonesia. 2012. Ringkasan Kajian Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta. Unicef Indonesia.
- WHO. Setember 1996. Management of childhood illness: Adaptation Guide. Working Draft – Version 2a.
- WHO. 2002. Overview of IMCI strategy and implementation. Department Child and Adolescent Health and Development. Jeneva
- Wijaya, Awi M. 2009. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). [http://infodokterku.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=37:manajemen-terpadu-balita-sakit-mtbs&catid=27:helathprograms&Itemid=44](http://infodokterku.com/index.php?option=com_content&view=article&id=37:manajemen-terpadu-balita-sakit-mtbs&catid=27:helathprograms&Itemid=44). 1 Maret 2016

**Lampiran 1.**

**SUSUNAN ORGANISASI TIM PENELITI DAN PEMBAGIAN TUGAS**

	NAMA	NIDN	BIDANG ILMU	ALOKASI WAKTU (jam/minggu)	URAIAN TUGAS
1.	Dra. Dewi Rostyaningsih, MSi	005056005	Ilmu komunikasi	5	--Koordinasi dan persiapan lokasi -Membuat instrumen questioner -menganalisis hasil wawancara -pembuatan draft modul -pembuatan laporan
2	Dr. Dra. Sulistiyani, MKes	004106607	Kesehatan Masyarakat	5	-Menganalisis hasil wawancara -pembuatan draft modul -pembuatan laporan
3.	Nikie Astorina, Y.D., SKM, MKes	614068801	Kesehatan Masyarakat	5	-perijinan -Analisa data -pembuatan laporan
4.	Dr.dr.Sutopo Patria Jati, MM, MKes	012076606	Kesmas, Kebijakan Kesehatan	5	-membantu Koordinasi -pembuatan draft modul -Analisa data -pembuatan laporan

Lampiran 2.

### KETERSEDIAAN SARANA DAN PRASARANA

(1) Ruang Kerja dan Ruang Pertemuan

Penelitian akan dilakukan dengan menggunakan ruang kerja dan ruang pertemuan yaitu :

- a. Ruang Puslit Gender LPPM UNDIP
- b. Ruang Pertemuan DKK Brebes
- c. Ruang Kepala Puskesmas

(2) Peralatan utama:

No	Nama Alat	Lokasi	Kegunaan	Kondisi
1	Komputer	Ruang Puslit Gender	Pembuatan proposal, surat, instrumen questioner, analisa data, pembuatan draft monev	Baik
2	Printer	LPPM UNDIP	Mencetak dokumen proposal, surat, questioner, laporan, draft monev	Baik
3	Papan Tulis/White Board	Ruang Puslit Gender, Ruang Pertemuan DKK Brebes Ruang Kepala Puskesmas	Koordinasi Pertemuan, Penjelasan kegiatan	Baik
4	LCD Projector	LPPM UNDIP Ruang Pertemuan DKK Brebes	Paparan kegiatan	Baik

# Perbaikan Sistem Monitoring Evaluasi Program Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Brebes

## ORIGINALITY REPORT

18%

SIMILARITY INDEX

18%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

3%

STUDENT PAPERS

## PRIMARY SOURCES

1	<a href="http://amythie.blogspot.com">amythie.blogspot.com</a> Internet Source	3%
2	<a href="http://manajeriiialpuskesmas.blogspot.com">manajeriiialpuskesmas.blogspot.com</a> Internet Source	2%
3	<a href="http://jtit.polije.ac.id">jtit.polije.ac.id</a> Internet Source	2%
4	<a href="http://dinkesjatengprov.go.id">dinkesjatengprov.go.id</a> Internet Source	2%
5	<a href="http://singgih-karoto.weebly.com">singgih-karoto.weebly.com</a> Internet Source	2%
6	<a href="http://code.com">code.com</a> Internet Source	2%
7	<a href="http://edoc.site">edoc.site</a> Internet Source	2%
8	<a href="http://eprints.ums.ac.id">eprints.ums.ac.id</a> Internet Source	2%



Exclude quotes Off

Exclude matches < 2%

Exclude bibliography Off