

EVALUASI MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT DI KABUPATEN PEKALONGAN

EVALUATION OF THE INTEGRATED MANAGEMENT OF CHILDHOOD ILLNESS PROGRAM IN PEKALONGAN DISTRICT OF CENTRAL JAVA

Djoko Mardijanto¹ dan Mubasysyir Hasanbasri²

¹Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah

²Magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan,
Universitas Gajah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: The Central Java Province introduced Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) program since year 2000. Our study attempts to examine the performance of IMCI practiced by *puskesmas* health workers during the last three year of implementation in Pekalongan district.

Data and Method: This study took place in four government health centers of Pekalongan District. The study used a case study design with field work taking place in August to November 2004. The data sources were (1) the health centers' reports, (2) IMCI reporting forms, and (3) in-depth interview to the Head of CDC Section of DOH, IMCI program coordinator, health center managers, and midwives and nurses taking care of sick child.

Findings: Although, there is a tendency of improvement in treatment rationality in treating coughs, health workers have not been able to follow classification of child conditions and keep record as expected. We also documented lack of continuing education and training for new health workers. The lack of socialization of the implementation of IMCI practice toward mothers have created misunderstanding among mothers in regard to the longer time needed for their child treatment to do a more comprehensive evaluation of the child.

Conclusion: The implementation of IMCI relies so much on the health workers trained in the beginning of the program. Continuous management supports from the health center managers and district health offices for its implementation and the IMCI continuing education are believed as the key issues to further maintain this practice.

Keywords: integrated management of childhood illness, IMCI, management support, supervisor, government health centre.

PENGANTAR

Pendekatan program perawatan balita sakit di negara-negara berkembang termasuk Indonesia, yang dipakai selama ini adalah program intervensi secara terpisah untuk masing-masing penyakit. Program intervensi dilaksanakan secara vertikal, antara lain pada program pemberantasan penyakit infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), program pemberantasan penyakit diare, program pemberantasan penyakit malaria, dan penanggulangan kurang gizi. Penanganan yang terpisah seperti ini akan menimbulkan masalah kehilangan peluang dan putus pengobatan pada pasien yang menderita penyakit lain selain penyakit yang dikeluhkan dengan gejala yang sama atau hampir sama.^{1,2}

Untuk mengatasi kelemahan program atau metode intervensi tersebut, pada tahun 1994 WHO

dan UNICEF mengembangkan suatu paket yang memadukan pelayanan terhadap balita sakit dengan cara memadukan intervensi yang terpisah tersebut menjadi satu paket tunggal yang disebut Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). IMCI yang oleh WHO dikembangkan di negara-negara Afrika dan India telah berhasil memberikan keterampilan terhadap tenaga kesehatan yang bertugas di pelayanan kesehatan dasar. Keterampilan tersebut antara lain meliputi bagaimana cara melakukan klasifikasi penyakit, menilai status gizi, melakukan pengobatan secara benar, melakukan proses rujukan dengan cepat dan benar dan juga dapat menjadikan pengurangan biaya pada pelayanan kesehatan.³

Pada tahun 1997 IMCI mulai dikembangkan di Indonesia dengan nama Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) yaitu berupa suatu program

yang bersifat menyeluruh dalam menangani balita sakit yang datang ke pelayanan kesehatan dasar. Di Indonesia, MTBS masih menjadi sesuatu yang baru bagi tenaga-tenaga kesehatan terutama yang berada di pelayanan kesehatan dasar. Oleh karena itu akan terus dikembangkan sehingga dapat menjadi standar dalam menangani balita sakit di pelayanan dasar dalam rangka menurunkan angka kematian bayi dan balita. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) menangani balita sakit menggunakan suatu algoritme, program ini dapat mengklasifikasi penyakit-penyakit yang diderita secara tepat, mendeteksi semua penyakit yang diderita oleh balita sakit, melakukan rujukan secara cepat apabila diperlukan, melakukan penilaian status gizi dan memberikan imunisasi kepada balita yang membutuhkan. Selain itu, bagi ibu balita juga diberikan konseling mengenai tata cara memberikan obat kepada balitanya di rumah, pemberian nasihat mengenai makanan yang seharusnya diberikan kepada balita tersebut dan memberi tahu kapan harus kembali ataupun segera kembali untuk mendapat pelayanan tindak lanjut, sehingga MTBS merupakan paket komprehensif yang meliputi aspek preventif, promotif, kuratif maupun rehabilitatif.⁴

Seperti biasa program di puskesmas adalah program yang dibuat oleh Departemen Kesehatan pusat melalui tahap-tahap yang rasional yang membuktikan program itu layak diterapkan. Penerapan MTBS di Provinsi Jawa Tengah dilaksanakan sejak tahun 1997 dengan daerah uji coba di Kabupaten Purworejo dan Klaten. Dari hasil uji coba ini kemudian MTBS dikembangkan di Pekalongan, Jepara, Banjarnegara, dan Kebumen melalui proyek ICDC, di Kabupaten Tegal, dan Kabupaten Grobogan tahun 2000, serta di Kendal, Kebumen, Blora, Cilacap, Rembang, Jepara, Pemalang, dan Brebes tahun 2001.

Penerapan MTBS didahului dengan membangun komitmen di tingkat kabupaten dan memberikan pelatihan kepada petugas. Petugas yang dilatih adalah dokter spesialis anak di rumah sakit, pemegang program di kabupaten, dokter puskesmas, perawat, bidan puskesmas. Mekanisme pelayanan MTBS di kabupaten adalah dokter spesialis anak sebagai tempat rujukan, petugas kabupaten sebagai supervisor, petugas puskesmas dan jajarannya sebagai tempat pelayanan. Dengan demikian akan terjadi mekanisme pelayanan terpadu yang terintegrasi dan diharapkan akan dapat memberikan daya ungkit terhadap penurunan angka kematian bayi dan balita.

Yang menjadi alasan mengapa penelitian ini dilakukan adalah bagaimana kelangsungan hidup program ini di puskesmas? Apakah program yang

bagus dan yang dianggap dapat memecahkan masalah kesehatan anak dan *misopportunity* ini dapat betul-betul memenuhi sasaran dan apakah kegiatan-kegiatan yang mendukung pelaksanaan MTBS itu telah menjadi bagian rutin dari manajemen puskesmas dan dinas kesehatan. Berangkat dari hal itu, penelitian ini bermaksud mempelajari kinerja MTBS selama 3 tahun penerapan di Pekalongan. Kami berasumsi bahwa jika program baru seperti MTBS berjalan dengan baik, maka kita dapat mengharapkan kinerja dari tahun ke tahun akan paling sedikit tetap atau makin baik.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini mengambil tempat di 4 puskesmas-Kedungwuni, Kajen 1, Sragi 1, dan Paninggaran-di Pekalongan Jawa Tengah. Karena sejak awal merupakan daerah percobaan dalam MTBS, kami menganggap empat puskesmas ini dianggap sebagai kesatuan yang mewakili Kabupaten Pekalongan. Studi ini memakai disain studi kasus Yin, R.K. Riset Studi Kasus Disain dan Metode, Jakarta.⁵ Kerja lapangan dilakukan bulan Agustus sampai dengan November 2004.

Penelitian ini hanya dilakukan pada penatalaksanaan pneumonia dikarenakan angka kesakitan balita yang tinggi di unit rawat jalan puskesmas. Sumber data yang dianalisis dalam penelitian ini adalah laporan kabupaten untuk mendapatkan informasi tentang cakupan Pneumoni dan rasio kotrimoksazol, formulir MTBS untuk mendapatkan informasi mengenai klasifikasi, tingkat keparahan, penentuan tindakan, dan kelengkapan pengisian formulir yang kemudian digunakan untuk menilai standar tata laksana penatalaksanaan pneumonia, dan wawancara mendalam terhadap Kepala seksi P2ML dan programmer ISPA di dinas kesehatan kabupaten, kepala puskesmas dan petugas puskesmas untuk mengetahui kebijakan-kebijakan dalam pelaksanaan tata laksana Pneumonia, pelatihan, pengawasan atau supervisi, dan penghargaan yang dilaksanakan. Seorang asisten peneliti direkrut untuk mengambil informasi pasien dengan keluhan batuk di empat puskesmas di atas untuk tahun 2001 hingga 2003.

Variabel penelitian mencakup beberapa hal. Ketepatan penilaian dan klasifikasi penyakit dilakukan dengan membandingkan tindakan petugas kesehatan dalam melakukan penilaian dan menentukan klasifikasi terhadap balita sakit dengan algoritma MTBS, yang terdiri dari tanda bahaya umum dan keluhan batuk atau sukar bernafas. Ketepatan tindakan diukur dari catatan penyakit yang dikaitkan dengan tindakan petugas kesehatan

dalam menentukan tindakan terhadap balita sakit sesuai klasifikasinya dengan standar MTBS. Kelengkapan pengisian formulir adalah tindakan petugas kesehatan dalam mengisi formulir MTBS, mulai dari identitas anak sampai dengan keluhan batuk. Mutu pelayanan adalah standar tidaknya tata laksana pneumonia yang meliputi penilaian, klasifikasi dan pengobatan atau tindak lanjut yang sesuai dengan standar medis (*gold standard*). Dikatakan standar jika penderita Pneumonia diklasifikasi dengan benar dan diberi pengobatan secara standar. Rasio kotrimoksasol adalah dosis kotrimoksasol yang diberikan oleh petugas kesehatan dibandingkan dengan dosis yang seharusnya menurut penatalaksanaan Pneumoni.

Tabel 1. Kasus Keluhan Batuk yang Dipelajari di 4 Puskesmas Tahun 2001-2003

Puskesmas	Tahun			Seluruh Kasus
	2001	2002	2003	
KedungWuni	17	8	12	37
Kajen 1	19	50	60	129
Sragi 1	4	9	5	18
Paninggaran	2	20	5	27
Total	42	87	82	211

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Kabupaten Pekalongan adalah salah satu dari 4 kabupaten yang merupakan daerah uji coba MTBS dengan dana ADB dengan menggunakan langkah-langkah pelaksanaan secara lengkap. Diawali dengan beberapa kegiatan pada tahun 1999 yaitu diseminasi informasi dan pemahaman MTBS ke Kabupaten, kemudian dilanjutkan dengan lokakarya. Pada awal tahun 2000 dilakukan survei data dasar implementasi berupa yaitu adaptasi lokal mengenai pola penyakit, pola pemberian makan dan istilah lokal sebagai dasar penyusunan modul dan kartu nasehat ibu yang dilanjutkan dengan kegiatan survei penilaian pelayanan kesehatan di puskesmas dan pertemuan telaah instrumen supervisi dan pemantauan MTBS. Selanjutnya dilakukan lokakarya fasilitator dan pertemuan pemantapan pelaksanaan uji coba. Kemudian dilanjutkan dengan orientasi uji coba bagi pengelolaan program tingkat kabupaten, dokter puskesmas, dan petugas pelaksana pelayanan di Kedungwuni, Kajen 1, Sragi 1, dan Paninggaran.

Pada awal pelaksanaan MTBS, tidak semua balita sakit ditangani dengan tata laksana MTBS, mulai dengan 25% balita sakit, 50% dan selanjutnya 100% balita sakit ditangani dengan tata laksana MTBS hingga sekarang. Dari 4 puskesmas

tersebut semuanya belum memiliki ruang MTBS tersendiri, masih menyatu dengan poliklinik KIA. Formulir pencatatan dari bagian pendaftaran diserahkan kepada petugas masih dalam keadaan kosong, formulir tersebut menyatu dengan kartu status pasien. Selanjutnya petugas melakukan tata laksana balita sakit mulai dari identitas pasien, tanda bahaya umum, penilaian dan klasifikasi hingga menentukan tindakan, yaitu menentukan obat atau menulis resep. Petugas kemudian meminta ibu balita untuk mengambil obat lebih dahulu ke ruang obat atau apotek. Setelah mendapat obat, ibu balita diminta kembali ke petugas tersebut, untuk selanjutnya dijelaskan cara memberikan obat kepada balita sakit dengan meminumkan dosis pertamanya. Adakala hal ini tidak dilakukan bila pasien terlalu banyak. Di Puskesmas Kajen 1, sebelum ibu balita diminta ke apotik petugas MTBS menjelaskan terlebih dahulu obat apa saja nanti yang akan diberikan dan bagaimana caranya. Petugas MTBS juga memberikan konseling bagaimana cara merawat anak sakit di rumah dan cara memberikan konseling bagaimana cara merawat anak sakit di rumah dan cara pemberian makannya sesuai kondisi dan kelompok umurnya. Di Puskesmas Kajen 1, konseling diserahkan kepada petugas yang berada di ruang klinik sanitasi. Kepada ibu balita, petugas juga menjelaskan tentang kunjungan ulang dan kapan ibu harus segera kembali membawa balita sakitnya ke puskesmas, seperti tercantum pada kartu nasehat ibu.

Pada tahun 2002 pelaksanaan MTBS di Kabupaten Pekalongan dikembangkan secara bertahap dan sekarang ini seluruh puskesmas sudah melaksanakan MTBS. Pelatihan tersebut menggunakan dana APBD II dengan difasilitasi oleh fasilitator baik dari tingkat nasional, Provinsi dan kabupaten. Monitoring evaluasi pelaksanaan di Provinsi Jawa Tengah yang telah dilaksanakan secara rutin untuk sebagian kabupaten/kota secara terpadu oleh sebuah tim yang terdiri dari Dinkes Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, dinkes kesehatan kabupaten/kota, kepala puskesmas, dan tenaga kesehatan pelaksana di puskesmas. Monitoring evaluasi tersebut bertujuan untuk mengetahui kendala atau permasalahan yang timbul selama pelaksanaan MTBS. Untuk sebagian kabupaten/kota monitoring dilaksanakan oleh tim dari kabupaten/kota dan puskesmas. Dalam monitoring evaluasi tersebut ditemukan beberapa permasalahan antara lain: ada ketidakterersediaan sementara dalam formulir MTBS kurang mencukupi, misalnya: ARI *timer*, kartu nasehat ibu, dan format penilaian, tenaga puskesmas yang

dilatih MTBS masih sebagian, kurangnya penyebaran informasi ke masyarakat, sehingga terjadi komplain karena lamanya waktu pelayanan dan masih kurangnya keterampilan, dan kepatuhan petugas dalam melaksanakan tata laksana MTBS.

Tabel 2. Presentase Kinerja yang Memenuhi Standar MTBS di Empat Puskesmas Pekalongan tahun 2001-2003

	2001	2002	2003	Seluruh Kasus
Kelengkapan Pengisian				
Kedungwuni	0	75.0	100	75.0
Kajen1	84.2	70.0	58.6	66.4
Sragi1	50.0	30.0	0.	25.0
Paninggaran	50.0	44.0	83.3	51.5
Total	66.7	59.6	59.1	60.4
Penilaian Klasifikasi				
Kedungwuni	76.5	87.5	100	86.5
Kajen1	100	96.0	88.3	93.0
Sragi1	75.0	100	100	94.4
Paninggaran	100	80.0	100	85.2
Total	88.1	80.0	75.0	91.0
Mutu Pelayanan				
Kedungwuni	89.5	100	100	94.9
Kajen1	89.5	98.3	95.7	96.0
Sragi1	16.7	30.0	37.5	29.2
Paninggaran	100	64.0	83.3	69.7
Total	80.4	83.5	90.6	85.7
Tata laksana Pneumonia				
Kedungwuni	76.5	87.5	100	86.5
Kajen1	89.5	94.0	83.3	88.4
Sragi1	0	33.3	20.0	25.0
Paninggaran	100	65.0	100	74.1
Total	76.2	80.5	83.0	80.6

Belum semua formulir diisi dengan lengkap. Petugas kesehatan sering tidak mencantumkan suhu tubuh balita sakit, hal ini dikarenakan petugas menganggap suhu tubuh dapat diukur dengan cara lain misalnya anamnesa dan diraba. Kadangkala petugas kesehatan juga tidak mencatatkan berat badan anak, padahal berat badan tersebut sangat penting terutama pada saat menentukan dosis obat yang harus diberikan. Ada beberapa petugas kesehatan yang tidak menanyakan berapa lama anak batuk dan menghitung napas dalam 1 menit, padahal hal tersebut sebagai dasar penilaian napas cepat dan pada akhirnya menjadi dasar dalam penentuan klasifikasi. Bahkan petugas kesehatan terkadang tidak menulis tindakan yang diberikan pada balita sakit. Bila melihat tabel di atas, perilaku pengisian formulir tidak membaik. Demikian pula dalam hal mengklasifikasi keluhan. Dari periode tiga tahun pengamatan, kinerja yang sesuai standar justru menurun. Tetapi dalam hal mutu pelayanan dan tata laksana pneumonia, terdapat perbaikan dari sisi yang memenuhi standar. Tabel 3 menyajikan rasio katrimoksasol menurut puskesmas dan tahun.

Tabel 3. Rasio Kotrimoksasol

Puskesmas	Rasio Kotrimoksasol		
	2001	2002	2003
Kedungwuni	1.36	1.12	1.10
Kajen 1	1.38	1.12	1.04
Sragi 1	1.91	1.81	0.82
Paninggaran	1.10	0.49	3.02
Kabupaten	0.83	1.08	1.03

Sesuai dengan ketentuan program P2 ISPA, rasio normal berkisar 0.9-1.1. Empat puskesmas yang diteliti memperlihatkan pemakaian kotrimoksasol yang tidak rasional. Rasio penggunaan kotrimoksasol dapat menunjukkan rasional tidaknya penggunaannya kotrimoksasol yang diberikan pada balita sakit. Masih ditemukan pada beberapa kasus dimana antibiotik diberikan pula pada balita sakit dengan klasifikasi bukan pneumonia. Padahal menurut program, antibiotik hanya diberikan pada klasifikasi pneumonia dan pneumonia berat. Untuk klasifikasi bukan pneumonia hanya diberi obat pelega tenggorokan saja.

Kehadiran dokter yang mengerjakan MTBS rasanya memadai karena dengan semikian mereka bisa memberikan bimbingan dan supervisi ke tenaga kesehatan yang dikhawatirkan adalah ketidaktahuan sama sekali tentang MTBS dapat membuat resistensi pelaksanaannya di puskesmas oleh dokter. Bidan tampaknya merupakan tulang punggung dalam pelaksanaan MTBS. Terdapat 75% bidan di empat puskesmas yang melaksanakan MTBS, meskipun baru setengah dari seluruh bidan di sana mendapat pelatihan. Rendahnya persentase perawat yang terlibat dalam praktik MTBS dibandingkan bidan bisa dipahami karena perawat tidak lebih langsung berurusan dengan ibu dan anak. Meski demikian adanya perawat paham tentang MTBS sangat perlu mengingat pentingnya mereka menjadi pemberi informasi kepada ibu pengguna puskesmas. (Tabel 4).

Pengetahuan petugas dalam penatalaksanaan pneumonia dengan cara MTBS pada umumnya baik, tetapi tidak diikuti dengan motivasi mereka. Hal ini berkaitan dengan supervisi kepala puskesmas yang belum maksimal. Selain itu juga karena tidak adanya penghargaan yang diberikan sehubungan dengan telah dilakukannya tata laksana pneumonia dengan pendekatan MTBS. Hal ini perlu diwaspadai oleh jajaran kesehatan di tingkat puskesmas, kabupaten, provinsi, maupun pemerintah pusat. Karena apabila hal ini dibiarkan berlarut-larut dapat menyebabkan menurunnya mutu pelayanan kesehatan pada umumnya khususnya tata laksana pneumonia dengan MTBS. (Tabel 5).

Tabel 4. Sumber Daya Manusia yang Mendukung Pelaksanaan MTBS

Tenaga Kesehatan	Kedungwuni	Kajen 1	Sragi 1	Paninggaran	Total	%
Dokter	2	4	2	2	10	
- Mengerjakan MTBS	2	2	1	0	5	50.0
- Mendapat pelatihan	1	1	1	0	3	33.0
Perawat	6	26	4	8	44	
- Mengerjakan MTBS	6	2	2	0	10	22.7
- Mendapat pelatihan	2	2	2	2	8	18.2
Bidan	10	14	8	15	47	
- Mengerjakan MTBS	10	6	4	15	35	74.5
- Mendapat pelatihan	6	5	4	10	25	53.2

Tabel 5. Pengetahuan dan Motivasi Petugas MTBS di Empat Puskesmas 2004

	Kedungwuni	Kajen 1	Sragi 1	Paninggaran	Seluruh Responden
Pengetahuan	14.3	87.5	83.3	55.6	60
Motivasi	42.9	87.5	66.7	37.5	58.0

Tingkat motivasi petugas terlatih MTBS di masing-masing puskesmas juga sangat bervariasi. Puskesmas Kajen 1 mempunyai petugas dengan tingkat motivasi tinggi yaitu masing-masing 87,5%. Puskesmas Paninggaran mempunyai petugas dengan tingkat motivasi kategori kurang paling tinggi yaitu 62,5%. Petugas terlatih MTBS di 4 puskesmas mendapat pelatihan MTBS tidak secara bersamaan. Petugas terlatih MTBS tersebut ada yang mendapat pelatihan di tingkat Provinsi maupun kabupaten.

DANA DAN SARANA

Tidak ada dana khusus untuk menunjang pelaksanaan MTBS. Rata-rata puskesmas masih mengharapkan bantuan sarana dan prasarana dari tingkat kabupaten bahkan Provinsi. Terutama untuk pengadaan formulir MTBS dan ARI *timer*. Sarana penunjang cukup tersedia sehingga penatalaksanaan pnemonia dengan MTBS dapat berjalan baik dan maksimal. Sarana tersebut meliputi tenaga paramedis dan medis terlatih MTBS yang mengerjakan tata laksana MTBS, alat bantu hitung napas, barang cetakan yang antara lain meliputi formulir MTBS dan Kartu Nasehat Ibu serta obat-obatan.

Karena tidak ada dana khusus untuk menunjang pelaksanaan MTBS yang dialokasikan oleh puskesmas sampai saat ini, maka Dinas Kesehatan Kabupaten, Dinas Kesehatan Provinsi, dan Departemen Kesehatan RI masih berusaha mengalokasikan dana untuk memenuhi sarana tersebut. Namun selalu dijelaskan kepada pihak puskesmas bahwa hal tersebut tidak dapat berlangsung terus menerus sehingga diharapkan

sedikit demi sedikit puskesmas dapat memenuhi kebutuhan sarana penunjang tersebut sendiri. Saat ini sarana penunjang cukup tersedia, sehingga penatalaksanaan pnemonia dapat berjalan baik dan maksimal. Sarana tersebut meliputi tenaga paramedis dan medis terlatih, yang mengerjakan tata laksana MTBS, alat bantu hitung napas, barang cetakan berupa pencatatan formulir kartu nasehat ibu dan penyediaan obat-obatan.

PENGAWASAN DAN PENGHARGAAN

Pada umumnya pengawasan atau supervisi rutin dilakukan di awal pelaksanaan MTBS baik oleh kepala puskesmas, petugas Kabupaten maupun Provinsi. Dengan berjalannya waktu kegiatan tersebut frekuensinya semakin berkurang bahkan di Puskesmas Paninggaran dan Puskesmas Kedungwuni sekarang ini sudah jarang dilakukan bahkan oleh kepala puskesmasnya. Untuk Puskesmas Kajen pengawasan atau supervisi masih terus dilakukan oleh kepala puskesmas secara rutin, sedangkan di Puskesmas Sragi 1 hal tersebut masih dilakukan tapi tidak terjadwal secara rutin. Tidak ada penghargaan ataupun imbalan secara materiil yang diberikan bagi petugas yang melakukan tata laksana MTBS. Penghargaan yang diberikan lebih berupa pujian dan perhatian baik dari kepala puskesmas, petugas Kabupaten, petugas Provinsi, dan petugas dari Pusat.

Kepala puskesmas memegang peranan yang sangat penting dalam rangka supervisi pelaksanaan tata laksana pnemonia dengan MTBS, oleh karena kepala puskesmaslah yang berhubungan langsung dengan petugas pelaksana.

Pada umumnya pengawasan atau supervisi telah dilakukan oleh semua kepala puskesmas dengan frekuensi yang berbeda. Untuk kepala puskesmas yang belum terlatih MTBS mempunyai sedikit kendala dalam melaksanakan pengawasan atau supervisi tersebut, karena belum mengetahui secara rinci apa itu MTBS. Kendala juga ditemukan apabila ada pergantian kepala puskesmas, karena perhatian yang tidak sama besar terhadap pelaksanaan MTBS.

KESIMPULAN DAN SARAN

Evaluasi ini menyimpulkan bahwa pelaksanaan MTBS telah berjalan bergantung pada petugas yang sudah pernah dilatih. Kinerja proses seperti kelengkapan pengisian formulir dan pembuatan klasifikasi keluhan terjadi tidak bertambah baik selama periode tiga tahun. Meskipun mutu pelayanan dan pengelolaan pneumonia bertambah baik, angka rasio kotrimoksazol belum menggembirakan. Hasil seperti ini, menurut kami terkait dengan dukungan manajemen yang lemah di tingkat puskesmas maupun dinas kesehatan

Perlu supervisi secara rutin lebih baik dari tingkat puskesmas dalam hal ini kepala puskesmas maupun dari tingkat Kabupaten, Provinsi bahkan Pusat. Sarana dan prasarana yang menunjang pelaksanaan tata laksana pneumonia dengan MTBS harus selalu tercukupi. Bagi Puskesmas, beberapa hal ini perlu (1) meningkatkan penggandaan formulir MTBS dan Kartu Nasehat Ibu, (2) meningkatkan sosialisasi MTBS bagi petugas puskesmas sesuai dengan kompetensi dan uraian tugasnya, dan (3) perlunya diadakan refreshing MTBS bagi petugas pelaksana MTBS. Dinas kesehatan perlu membuat suatu kebijakan kesehatan tentang pelayanan kesehatan pada balita sakit di puskesmas dengan menggunakan

pendekatan MTBS, karena hal ini diperlukan sebagai pedoman bagi pimpinan puskesmas dalam menetapkan kebijakan pelayanan di puskesmas. Departemen Kesehatan perlu membuat suatu kebijakan kesehatan tentang pelayanan kesehatan pada balita sakit di puskesmas dengan menggunakan pendekatan MTBS, karena hal ini diperlukan sebagai pedoman bagi Provinsi dan kabupaten/kota dalam rangka otonomi daerah dan untuk menetapkan standar pelayanan minimal KIA di puskesmas. Perlu penyempurnaan daftar tilik pemantauan tata laksana MTBS yang variabel pengamatannya tidak terlalu banyak tetapi dapat mencakup indikator keberhasilan. Bagi peneliti yang akan datang, perlunya meneliti semua variabel yang berhubungan. Disain penelitian sebaiknya menggunakan *kohort* atau eksperimental. Daftar tilik penilaian tingkat kepatuhan perlu dikaji kembali.

KEPUSTAKAAN

1. Anonim. Integrated Management of the Childhood Illness, WHO, UNICEF, Geneva. 1998.
2. Anonim. Laporan Hasil Kegiatan Program Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut Pada Pelaksanaan PELITA V, Ditjen PPM-PLP, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta. 1994.
3. Parkin, B.A., et.al. Evaluation of an algoritma for integrated management of childhood illness in an area of Kenya with high malaria transmission, Bulletin of the WHO. 1997.
4. Soerjono, A., Puskesmas Manajemen Terpadu Balita Sakit di Kabupaten Purworejo, Yogyakarta. 1997.
5. Yin, R.K. Riset Studi Kasus Desain dan Metode, Terjemahan. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta. 1987.