

Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada Puskesmas di Regional Timur Indonesia

Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Services at Health Center in Eastern Region of Indonesia

Suparmi^{1*}, Iram Barida Maisya¹, Anissa Rizkianti¹, Kencana Sari¹, Bunga Christitha Rosha¹, Nurillah Amaliah¹, Joko Pambudi¹, Yuana Wiryawan¹, Gurendro Putro², Noor Edi Widya Soekotjo², Lovely Daisy³, Mayang Sari³

¹Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta, Indonesia

²Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta, Indonesia

³Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan RI, Jln. HR Rasuna Said Blok X.V Kav 4-9 Jakarta Selatan

*Korespondensi Penulis: suparmi@litbang.depkes.go.id

Submitted: 18-07-2018; Revised: 25-10-2018; Accepted: 12-12-2018

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v28i4.125>

Abstrak

Penurunan angka kematian balita masih menjadi target pembangunan kesehatan di Indonesia. Salah satu upaya yang dapat dilakukan antara lain meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan dalam menangani balita sakit, melalui pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan MTBS di 10 Kabupaten/Kota terpilih di regional timur, dengan jumlah sampel 20 puskesmas yang dipilih secara acak. Secara total, 40 pasien balita diobservasi pada saat mendapatkan pelayanan MTBS di puskesmas. Selain itu, dilakukan asesmen kelengkapan pengisian dari 200 formulir MTBS balita yang pernah datang ke puskesmas dalam kurun waktu seminggu sebelum survei. Informasi terkait dengan ketersediaan peralatan untuk mendukung pelayanan MTBS dikumpulkan melalui observasi secara langsung di 20 puskesmas terpilih dibantu dengan formulir *check list*. Hasil analisis menunjukkan bahwa 80% puskesmas di regional timur telah melaksanakan MTBS, namun hanya 25% puskesmas yang menjangkau seluruh balita. Sebesar 90% puskesmas telah terlatih MTBS, namun hanya 15% yang dilakukan *monitoring* pasca pelatihan. Hanya 25% puskesmas yang mendapatkan supervisi dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan MTBS. Hasil observasi pada saat pelayanan MTBS pada balita menunjukkan, skor kepatuhan pelaksanaan MTBS yang terendah adalah konseling (25,8%) dan tertinggi adalah asesmen diare (73,8%). Hasil observasi pengisian formulir MTBS menunjukkan, skor terendah pada pengisian pemberian makan (30,4%) dan kunjungan ulang (30,8%). Sementara itu, fasilitas rehidrasi oral untuk diare dilaporkan belum memadai, karena hanya tersedia di 50% puskesmas. Perlu adanya *monitoring* dan supervisi terhadap kepatuhan petugas serta peningkatan ketersediaan peralatan dan sarana/prasarana pendukung dalam pelaksanaan MTBS.

Kata kunci: MTBS; puskesmas; *monitoring*; petugas kesehatan

Abstract

The decline in under-five mortality remains target of health development in Indonesia. One effort that can be done, among others, is to improve the skills of health workers in dealing with sick children through the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). This study aims to evaluate the implementation of IMCI in 10 selected districts/cities in Eastern Region of Indonesia with a sample of 20 puskesmas selected randomly. In total 40 under-five children were observed when receiving IMCI services at the puskesmas. In addition, an assessment of the completeness of filling out of 200 forms of IMCI under-five children who had

come to the puskesmas a week before the survey was conducted. Information related to the availability of equipment to support IMCI services is collected through direct observation in 20 selected puskesmas assisted by a check list form. The results showed that 80% of puskesmas in the eastern region have implemented IMCI, but only 25% of puskesmas reaching all the under-five children. As many as 90% of puskesmas have been trained for IMCI, however only 15% have been monitored post-training. Only 25% of puskesmas received supervision from the District Health Office in implementing IMCI. The observation results at the IMCI service for children under five showed that, the lowest score for compliance with IMCI was counseling (25.8%) and the highest was diarrhea assessment (73.8%). The results of observing the IMCI forms showed that the lowest score was feeding practice (30.4%) and repeat visits (30.8%). Meanwhile, oral rehydration facilities for diarrhea are reported to be inadequate, because they are only available at 50% of puskesmas. There needs to be monitoring and supervision of officer compliance and increasing the availability of supporting equipment and facilities/infrastructure in the implementation of IMCI.

Keywords: IMCI; public health center; monitoring; health providers

PENDAHULUAN

Kematian balita merupakan salah satu indikator penting yang menunjukkan derajat kesehatan masyarakat. Secara global, kematian balita mengalami penurunan sebesar 59% sejak tahun 1990 ke 2013 dengan rerata penurunan sebesar 2,8%. Indonesia memiliki kemajuan yang lebih pesat dalam penurunan kematian balita dengan rerata penurunan sebesar 4,4%.¹

Hasil *Preliminary Report* Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan bahwa angka kematian balita di Indonesia sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup,² menurun bila dibandingkan dengan tahun 2012 sebesar 40 per 1.000 kelahiran hidup.³ Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007, penyebab utama kematian balita adalah diare (25%) dan pneumonia (15%), sedangkan penyebab utama kematian bayi adalah diare (42%) dan pneumonia (24%).⁴ Penelitian *Sample Registration System* (SRS) tahun 2014 menunjukkan hasil yang berbeda dimana penyebab utama kematian anak balita adalah diare (17,2%) dan pneumonia (12,9%). Sedangkan penyebab utama kematian bayi adalah asfiksia (18,3%), disusul dengan penyakit pneumonia (8,7%).⁵

Salah satu upaya dalam menurunkan angka kematian balita antara lain melalui peningkatan keterampilan tenaga kesehatan dalam menangani balita sakit, terutama bagi bidan dan perawat di puskesmas sebagai lini depan pelayanan kesehatan di masyarakat. Peningkatan keterampilan tersebut dilaksanakan melalui pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa MTBS dapat menurunkan kematian balita. Penelitian di Benin menunjukkan bahwa MTBS efektif dalam menurunkan kematian balita.⁶ Implementasi MTBS di Mesir dapat menurunkan 84% kematian balita di fasilitas kesehatan dalam kurun waktu 1999 sampai dengan

2007.⁷ Penelitian lain di Malawi menunjukkan implementasi MTBS dapat menurunkan kematian ibu dengan rerata penurunan 5,4%.⁸

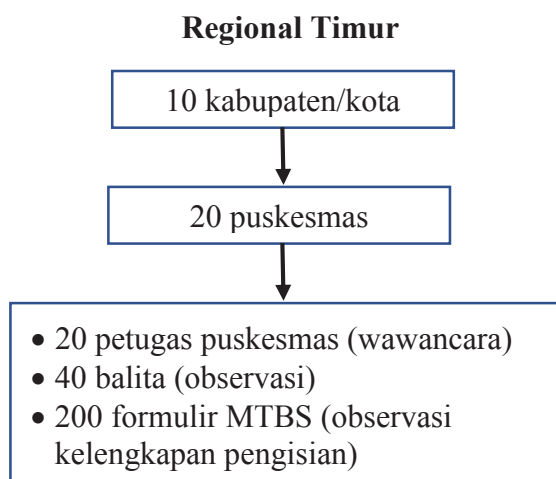
Metode MTBS telah dikembangkan di Indonesia sejak tahun 1997 melalui kerjasama antara Kementerian Kesehatan RI, World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF), dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). MTBS bukan merupakan program kesehatan, tetapi suatu standar pelayanan dan tata laksana dalam menangani balita sakit yang datang ke pelayanan kesehatan tingkat dasar (puskesmas). Penerapan MTBS meliputi tiga komponen utama, yaitu peningkatan keterampilan petugas kesehatan, peningkatan dukungan sistem kesehatan, serta peningkatan praktik keluarga dan masyarakat dalam perawatan balita sakit di rumah. Puskesmas dikatakan telah menerapkan MTBS apabila telah melaksanakan pendekatan MTBS minimal 60% dari jumlah kunjungan balita di puskesmas tersebut.⁹

Kebijakan MTBS telah berjalan hampir dua dekade dan banyak pihak telah berkontribusi dalam pelaksanaan MTBS, termasuk pelatihan dan penyegaran MTBS. Berdasarkan data Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2011, sekitar 80% puskesmas telah melaksanakan kegiatan MTBS.¹⁰ Namun, implementasinya sangat bervariasi di tiap provinsi, dari 38,4% di Papua sampai dengan 98,2% di Bali.¹⁰ Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Pusat Kajian UI menunjukkan hanya 57% puskesmas yang menjangkau ke seluruh balita.¹¹ Oleh sebab itu, perlu dilakukan evaluasi terkait pelaksanaan MTBS di Puskesmas pada regional timur Indonesia.

METODE

Penelitian ini dilakukan menggunakan desain potong lintang (*cross sectional*) dan dianalisis untuk melihat gambaran pelayanan

MTBS pada puskesmas di regional timur Indonesia. Pengumpulan data dilaksanakan pada bulan November 2016 yang meliputi Provinsi Nusa Tenggara Timur, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat, dan Papua. Setiap provinsi dipilih secara acak satu kabupaten dan satu kota, sehingga terpilih Kota Kupang, Kabupaten Manggarai Barat, Kota Ambon, Kabupaten Maluku Tenggara Barat, Kota Ternate, Kabupaten Morotai, Kota Sorong, Kabupaten Manokwari, Kota Jayapura, dan Kabupaten Jayawijaya.



Gambar 1. Sampel Penelitian Pelaksanaan MTBS di Puskesmas

Populasi dalam penelitian ini adalah semua puskesmas di lokasi terpilih. Subjek penelitian adalah 20 puskesmas yang dipilih secara acak dari 10 kabupaten/kota terpilih. Pada masing-masing puskesmas, dipilih dua orang pasien balita yang datang ke pelayanan MTBS. Secara keseluruhan, diperoleh 40 balita yang diobservasi. Selanjutnya, fasilitator MTBS melakukan pengamatan terhadap tenaga kesehatan untuk menilai kesesuaian dengan tata laksana MTBS. Fasilitator MTBS adalah tenaga kesehatan berpengalaman yang melatih dalam pelatihan MTBS nasional. Selain itu, tim peneliti juga melakukan penilaian terhadap sepuluh formulir MTBS yang telah terisi dari pasien yang datang ke puskesmas dalam kurun waktu seminggu sebelum pengumpulan data berlangsung. Sehingga diperoleh 200 formulir MTBS yang diobservasi. Informasi terkait dengan ketersediaan peralatan untuk mendukung pelayanan MTBS dikumpulkan melalui observasi secara langsung di 20 puskesmas terpilih dibantu dengan formulir *check list*.

Skor kepatuhan tata laksana MTBS dan skor kepatuhan pengisian kuesioner dihitung

dalam persen. Sebagai contoh, asesmen balita demam terdiri atas 26 poin pertanyaan yang selanjutnya dari pertanyaan tersebut dibuat persentase skor asesmen balita demam. Setelah dilakukan *skoring*, selanjutnya data dianalisis secara deskriptif dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan rerata.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan bahwa pada saat wawancara, 80% puskesmas di regional timur melaksanakan pendekatan MTBS kepada balita. Namun, hanya 25% puskesmas yang melayani MTBS kepada seluruh balita sakit yang datang ke puskesmas. Sebesar 90% puskesmas di regional timur pernah mendapatkan pelatihan MTBS, namun hanya 15% yang mendapatkan *monitoring* pasca pelatihan. Selain itu, hanya 25% puskesmas di regional timur yang mendapatkan supervisi oleh dinas kesehatan kabupaten/kota terkait pelaksanaan MTBS.

Tabel 2 menunjukkan secara keseluruhan skor kepatuhan petugas dalam pelaksanaan MTBS masih rendah, yaitu sebesar 50,9%. Skor terendah adalah kepatuhan petugas dalam memberikan konseling kepada pasien, sebesar 25,8%. Skor petugas dalam menentukan tindakan/pengobatan (37,6%) dan asesmen demam (37,8%) juga masih rendah. Petugas di puskesmas cenderung patuh dalam tata laksana asesmen diare, dengan skor kepatuhan 73,8%.

Tabel 3 menunjukkan bahwa secara keseluruhan skor kepatuhan petugas dalam pengisian formulir MTBS masih rendah, yaitu sebesar 55,0%. Skor tertinggi kepatuhan petugas dalam pengisian formulir di bagian identitas anak (80,8%), asesmen masalah telinga (79,4%) dan asesmen diare (79,2%). Skor terendah adalah kepatuhan petugas dalam pengisian formulir terkait pemberian makanan (30,4%), kunjungan ulang (30,8%) dan pemeriksaan status gizi (33,8%).

Untuk menunjang pelaksanaan MTBS diperlukan ketersediaan fasilitas dan peralatan yang memadai. Tabel 4 menunjukkan bahwa 45% puskesmas sudah mempunyai ruang khusus MTBS. Sebesar 85% puskesmas telah memiliki pedoman MTBS dan 90% puskesmas memiliki buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dengan jumlah yang cukup untuk seluruh sasaran balita. Ketersediaan register rawat jalan sebesar 85%, namun hanya 55% puskesmas yang memiliki formulir pencatatan MTBS dalam jumlah yang cukup.

Tabel 1. Gambaran Pelaksanaan Program MTBS di Puskesmas

Komponen	Persentase (n=20)
Pelatihan MTBS	
Pernah mengikuti pelatihan MTBS	90,0
Pelatihan di tingkat kabupaten/kota	60,0
Pelatihan di tingkat puskesmas	5,0
Ada <i>monitoring</i> pasca pelatihan	15,0
Pelaksanaan MTBS	
Saat ini melaksanakan MTBS	80,0
Tata laksana MTBS untuk seluruh pasien balita	25,0
Pencatatan menggunakan formulir MTBS	75,0
<i>Monitoring</i> dan evaluasi	
Supervisi oleh kabupaten/kota	25,0
Umpan balik laporan dari kabupaten/kota	20,0

Tabel 2. Skor Kepatuhan Tata Laksana MTBS pada Balita di Regional Timur

Komponen	Persentase (n=40)
Identitas anak	88,5
Tanda bahaya umum	50,3
Batuk / sukar bernapas	72,2
Diare	73,8
Demam	37,8
Masalah telinga	58,8
Memeriksa status gizi	51,2
Memeriksa anemia	42,8
Status imunisasi dan vitamin A	57,2
Masalah / Keluhan Lain	40,0
Pemberian makan	42,9
Menentukan tindakan / pengobatan	37,6
Konseling	25,8
Total skor kepatuhan pelaksanaan MTBS	50,9

Tabel 3. Skor Kepatuhan Pengisian Formulir MTBS pada Balita

Komponen	Persentase (n=200)
Identitas anak	80,8
Tanda bahaya umum	76,7
Batuk / sukar bernapas	71,1
Diare	79,2
Demam	73,9
Masalah telinga	79,4
Memeriksa status gizi	33,8
Memeriksa anemia	41,5
Status imunisasi	56,3
Pemberian vitamin A	43,9
Masalah/Keluhan Lain	37,7
Pemberian makan	30,4
Kunjungan ulang	30,8
Total skor pengisian form MTBS	55,0

Tabel 4. Ketersediaan Fasilitas dan Alat Pendukung Pelayanan MTBS di Puskesmas

Komponen	Persentase (n=20)
Ketersediaan fasilitas pelayanan MTBS	
Tersedia ruang khusus MTBS	45,0
Tersedia bagan MTBS sebagai pedoman	85,0
Cukup tersedia KMS balita/buku KIA	90,0
Cukup tersedia formulir pencatatan MTBS	55,0
Cukup tersedia register rawat jalan	85,0
Ketersediaan fasilitas rehidrasi oral aktif	
Ada pojok rehidrasi oral aktif	50,0
Tersedia meja dan kursi	40,0
Tersedia gelas, sendok dan tempat air	50,0
Cukup tersedia air matang	60,0
Oralit tersedia setiap hari	80,0
Tersedia WC umum	85,0
Ketersediaan fasilitas imunisasi	
Tersedia lemari es yang berfungsi baik	90,0
Termometer lemari es berfungsi baik	80,0
Suhu lemari es selalu antara 2-8oC	75,0
Tersedia kartu grafik suhu	60,0
Cukup tersedia alat suntik sekali pakai	100,0
Tersedia kit anafilaktik syok siap pakai	30,0
Tersedia <i>safety box</i>	85,0

Tabel 4 menunjukkan bahwa ketersediaan pojok rehidrasi oral aktif di puskesmas sebesar 50,0%. Namun, masih ada sekitar 20% puskesmas yang tidak memiliki oralit setiap hari. Masih ada sekitar 15% puskesmas yang tidak memiliki WC umum. Sebagian besar puskesmas tidak memiliki meja dan kursi pada pojok rehidrasi oral aktif (60%). Sedangkan untuk ketersediaan gelas, sendok, dan tempat air sebesar 50%. Masih ada 10% puskesmas dengan lemari es tidak berfungsi dengan baik, serta terdapat 20% puskesmas yang tidak memiliki termometer dan 40% tidak memiliki kartu grafik suhu.

PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan 80% puskesmas di regional timur telah melaksanakan MTBS, namun hanya 25% puskesmas yang melayani MTBS kepada seluruh balita sakit yang datang ke puskesmas. Temuan ini lebih rendah dibanding hasil penelitian Pusat Kajian UI di Provinsi Jawa Barat, yaitu sebesar 57% Puskesmas telah melayani MTBS ke seluruh balita.¹¹

Salah satu kunci keberhasilan penerapan MTBS adalah kepatuhan petugas dalam melakukan pemeriksaan balita sakit dengan mengikuti

standar yang telah ditentukan. Kepatuhan petugas dalam tata laksana MTBS sangat penting, sehingga balita yang sakit tidak hanya didiagnosis menurut keluhan tetapi dapat didiagnosis secara menyeluruh. Secara keseluruhan, skor kepatuhan petugas dalam pelaksanaan MTBS di regional timur sebesar 50,9%. Hal ini menunjukkan bahwa baru separuh dari tata laksana pelayanan MTBS yang dilaksanakan oleh petugas. Beberapa faktor penentu kepatuhan petugas antara lain keikutsertaan pelatihan MTBS terstandar,¹² tingkat pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan,¹³ serta supervisi atau pengawasan dari kepala puskesmas maupun dinas kesehatan kabupaten/kota.¹⁴

Sebesar 90% puskesmas pernah mendapatkan pelatihan MTBS, namun hanya 15% yang mendapatkan *monitoring* pasca pelatihan. Selain itu, hanya 25% puskesmas yang mendapatkan supervisi oleh dinas kesehatan kabupaten/kota terkait pelaksanaan MTBS. Oleh sebab itu, untuk meningkatkan pelayanan MTBS di puskesmas perlu meningkatkan *monitoring* dan supervisi terhadap petugas baik oleh dinas kesehatan kabupaten/kota maupun supervisi fasilitatif dari kepala puskesmas. Selain itu, pelatihan kepada petugas pelaksana MTBS juga

diperlukan, baik melalui pelatihan terstandar oleh fasilitator MTBS maupun kalakarya di tingkat puskesmas.

Kepatuhan petugas dalam tata laksana asesmen balita demam sebesar 37,8%. Kepatuhan petugas dalam pemeriksaan demam ini sangat penting dalam upaya menanggulangi terjadinya malaria, terutama pada wilayah endemis yang banyak ditemukan di regional timur. Studi di Kabupaten Sentani, Papua, menemukan bahwa rendahnya keterampilan petugas akibat kurangnya pelatihan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kesesuaian pelaksanaan MTBS.¹⁵

Kelengkapan dalam pengisian formulir MTBS juga merupakan salah satu indikator kepatuhan petugas puskesmas dalam tata laksana MTBS. Kelengkapan pengisian lembar formulir MTBS sangat penting karena formulir tersebut merupakan instrumen standar dalam pengumpulan data pelaksanaan MTBS dan pengambilan keputusan dalam rangka menangani balita sakit secara komprehensif. Formulir yang telah diisi selanjutnya dijadikan satu ke dalam map folder status/rekam medik pasien balita, sehingga dokter dapat membaca secara detail hasil observasi yang telah dilakukan oleh bidan. Selain itu, dapat diketahui tindakan yang perlu dilakukan apabila balita melakukan kunjungan ulang. Namun, studi ini menunjukkan bahwa hanya separuh puskesmas (55%) yang lengkap dalam pengisian formulir MTBS. Hasil ini lebih tinggi bila dibandingkan penelitian di Karanganyar pada tahun 2016 hanya 45,5% yang lengkap pengisian formulir MTBS.¹⁶

Persentase skor kepatuhan petugas dalam pengisian formulir MTBS cukup rendah dalam kunjungan ulang, sebesar 30,8%. Hal ini menunjukkan bahwa masih sedikit petugas puskesmas yang memberikan informasi tentang pentingnya kunjungan ulang. Konseling tentang kunjungan ulang penting untuk menginformasikan tanda-tanda atau gejala apa yang mengharuskan ibu atau keluarga untuk segera membawa ke tenaga kesehatan.¹⁷ Sebagai contoh, anak dengan diagnosis pneumonia disarankan untuk melakukan kunjungan ulang dua hari setelah pemeriksaan. Selain itu, perlu diinformasikan bahwa bila anak napas cepat atau sukar bernapas harus segera dibawa ke tenaga kesehatan.⁹

Beberapa hal yang menyebabkan ketidaklengkapan pengisian formulir MTBS antara lain adalah: a) kurangnya pengawasan

dari kepala puskesmas maupun dinas kesehatan kabupaten/kota; b) kurang jelasnya *reward* dan *punishment* yang menyebabkan rendahnya motivasi dan kepatuhan petugas dalam mengisi formulir MTBS; c) kurangnya pemahaman petugas tentang pentingnya kelengkapan pengisian formulir; serta d) banyaknya pasien dan kegiatan yang harus ditangani oleh petugas sehingga petugas tidak memiliki cukup waktu untuk mengisi formulir MTBS.^{16,18}

Di sisi sarana dan prasarana, hanya 55% puskesmas melaporkan cukup tersedia formulir MTBS. Beberapa puskesmas bahkan masih menggunakan formulir MTBS yang dilaminating, kemudian dihapus apabila ada pasien balita yang datang selanjutnya. Hal ini tentu menghambat pelaksanaan MTBS, karena fungsi MTBS untuk diagnosa yang komprehensif untuk kunjungan yang selanjutnya tidak dapat terpenuhi.

Fasilitas pendukung pelayanan MTBS lain yang dilaporkan hanya sedikit tersedia di puskesmas adalah fasilitas rehidrasi oral aktif untuk pasien balita diare, seperti pojok rehidrasi oral aktif, meja dan kursi serta alat minum, dengan skor berkisar antara 33% hingga 58%. Pojok rehidrasi oral aktif dapat berupa ruangan khusus di puskesmas yang digunakan oleh petugas untuk mempromosikan rehidrasi oral kepada ibu dan keluarga pasien, termasuk menganjurkan bagaimana cara menyiapkan oralit dan berapa banyak oralit yang harus diminum oleh pasien.¹⁹ Sarana dan prasarana yang belum lengkap dinilai sebagai salah satu hambatan utama dalam pemberian pelayanan MTBS yang memadai dan sesuai standar.^{20,21} Oleh sebab itu, perlu peningkatan ketersediaan sarana dan prasarana MTBS yang sesuai standar untuk mendukung pemenuhan kualitas pelayanan MTBS di puskesmas.

KESIMPULAN

Sebagian besar puskesmas di regional timur Indonesia telah menjalankan pelayanan MTBS, namun hanya sebagian kecil saja yang melayani seluruh balita sakit. Rendahnya kepatuhan petugas dalam tata laksana dan pengisian formulir MTBS di beberapa komponen pelayanan, serta kurang memadainya fasilitas dan sarana prasarana pendukung menjadi faktor yang patut menjadi perhatian penting dalam upaya mencapai keberhasilan penerapan MTBS di regional timur Indonesia. Oleh sebab itu, untuk meningkatkan pelayanan MTBS diperlukan

monitoring dan supervisi untuk meningkatkan kepatuhan petugas dalam tata laksana pelayanan. Di sisi lain, pemerintah daerah perlu meningkatkan ketersediaan dan menjamin standarisasi peralatan, sarana, dan prasarana MTBS yang digunakan di puskesmas.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada UNICEF yang telah membiayai penelitian ini. Terima kasih juga penulis sampaikan kepada Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan dan fasilitator MTBS yang telah membantu pelaksanaan penelitian ini, serta memberikan masukan dan tanggapan yang memperkaya temuan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wang H, Liddell CA, Coates MM, Mooney MD, Levitz CE, Schumacher AE, et al. Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014;384(9947):957–79.
2. Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Kementerian Kesehatan. Preliminary report survei demografi dan kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: BPS; 2017.
3. Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS), National Population and Family Planning Board (BKKBN), Kementerian Kesehatan (Kemenkes—MOH) and ICF International . Indonesia Demographic and Health Survey 2012. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2013.
4. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI. Riset kesehatan dasar 2007. Jakarta: Badan Litbang Kesehatan; 2008.
5. Centre for Community Empowerment Health Policy and Humanities. Sample registration system 2014. Jakarta: Centre for Community Empowerment Health Policy and Humanities; 2015.
6. Rowe AK, Onikpo F, Lama M, Osterholt DM, Deming MS. Impact of a malaria-control project in Benin that included the Integrated Management of Childhood Illness strategy. *Am J Public Health*. 2011;101(12):2333–41.
7. Rakha MA, Abdelmoneim ANM, Farhoud S, Pièche S, Cousens S, Daelmans B, et al. Does implementation of the IMCI strategy have an impact on child mortality? A retrospective analysis of routine data from Egypt. *BMJ Open*. 2013;3(1):1–9.
8. Kanyuka M, Ndawala J, Mleme T, Chisesa L, Makwemba M, Amouzou A, et al. Malawi and Millennium Development Goal 4: A Countdown to 2015 country case study. *Lancet Glob Heal*. 2016;4(3):e201–14.
9. Departemen Kesehatan RI . Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 2008.
10. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI. Laporan riset fasilitas kesehatan (Rifaskes) 2011. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2011.
11. Titaley C, Jusril H, Ariawan I, Soeharno N, Setiawan T. Challenges to the implementation of the integrated management of childhood illness (IMCI) at community health centres in West Java province, Indonesia. 2014;3(June):161–70.
12. Rowe AK, Rowe SY, Holloway KA, Ivanovska V, Muhe L, Lambrechts T. Does shortening the training on Integrated Management of Childhood Illness guidelines reduce its effectiveness? A systematic review. Vol. 27, *Health Policy and Planning*. 2012. p. 179–93.
13. Thi D, Nguyen K, Leung KK, McIntyre L, Ghali WA, Sauve R. Does Integrated Management of Childhood Illness IMCI Training Improve the Skills of Health Workers ? A Systematic Review and Meta-Analysis. 2013;8(6).
14. Banek K, Nankabirwa J, Maiteki-Sebuguzi C, Diliberto D, Taaka L, Chandler CIR, et al. Community case management of malaria: Exploring support, capacity and motivation of community medicine distributors in Uganda. *Health Policy Plan*. 2015;30(4):451–61.
15. Zainuri A. Faktor-faktor yang mempengaruhi tidak terlaksananya manajemen terpadu balita sakit di puskesmas Sentani kota kabupaten Jayapura tahun 2013. *J Kebijak Kesehat Indones*. 2014;3(3):115–23.
16. Radiyanti DCA, Wijayanti AC, Purwanti SKM. Hubungan motivasi dan sikap bidan dengan kelengkapan pengisian lembar MTBS di Puskesmas Kabupaten Karanganyar. Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2016.
17. Departemen Kesehatan RI. Manajemen

- Terpadu Balita Sakit (MTBS) Modul 1-7. Jakarta: Departemen Kesehatan; 2008.
18. Indarwati F. Perspektif perawat tentang manajemen terpadu balita sakit di puskesmas wilayah Kabupaten Bantul Yogyakarta. *Muhammadiyah J Nurs.* 2014;1(2):93–8.
 19. Indriani RA. Analisis pelaksanaan program diare di Puskesmas Medan Deli Kecamatan Medan Deli Tahun 2014. Universitas Sumatera Utara; 2014.
 20. Puspitarini D, Hendrati LY. Evaluasi pelaksanaan MTBS pneumonia di puskesmas di Kabupaten Lumajang Tahun 2013. *J Berk Epidemiol.* 2013;1(2):291–301.
 21. Wahyono B. Pelayanan puskesmas berbasis manajemen terpadu balita sakit dengan kejadian pneumonia balita. *J Kesehat Masy.* 2011;7(1):35–40.