



LAPORAN PENELITIAN

Penyusun:

**PROGRAM STUDI S1 KEBIDANAN DAN
PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA**

LAPORAN PENELITIAN



**GAMBARAN KINERJA BIDAN DALAM PELAKSANAAN MTBS DI
PUSKESMAS TANAH KALI KEDINDING**

TIM PENGUSUL

**Rachmawati Ika S., S.ST., M.Kes
Syuhrotut Taufiqoh
Siti Hadijah, Amd.Keb**

**(0723117502)
(0728078806)**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA
TAHUN 2020-2021**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : Gambaran Kinerja Bidan dalam pelaksanaan MTBS di Puskesmas Tanah Kali Kedinding

Jumlah Dana : Rp. 6.300.000,-

Ketua Peneliti
Nama Lengkap : Rachmawati Ika Sukarsih, S.ST., M.Kes

a. NIDN : 0723117502

b. Jabatan Fungsional : Asisten ahli

c. Program Studi : S1 Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan

d. Nomor Hp : 085648397056

e. Alamat email : Ika.rachmawatiarif2311@gmail.com

Anggota Peneliti (1)

a. Nama Lengkap : Syuhrotut Taufiqoh, S.ST., M.Keb

b. NIDN : 0728078806

c. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Surabaya

Anggota Peneliti (2)

a. Nama Lengkap : Hani Habibah, S.SiT., M.M

b. Instansi : IBI Surabaya

Anggota Peneliti (3)

a. Nama Lengkap : Aryunani, S.ST., M.Kes

b. NIDN : 0717027903

c. Instansi : Universitas Muhammadiyah Surabaya

Anggota Peneliti (3)

a. Nama Lengkap : Revin Eka, Amd,Keb

b. Instansi : Puskesmas Tanah Kali Kedinding

Anggota Mahasiswa (1)

a. Nama Lengkap : Hafidatillah Altamirano

b. NIM : 20191664032

c. Perguruan Tinggi : Universitas Muhammadiyah Surabaya

Surabaya, 2 September 2020

Mengetahui,
Dekan FPM UMSurabaya



Dr. Nur Mukarromah, S.KM., M.Kes
NIDN. 0713067202

Ketua Peneliti

Rachmawati Ika Sukarsih, S.ST., M.Kes
NIDN. 0723117502

Menyetujui,
Ketua PPM UMSurabaya



Dede Nasrullah, S.Kep.Ns., M.Kep
NIDN. 0727098702

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmat dan hidayah Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini yang berjudul “:Gambaran Kinerja Bidan dalam Pelaksanaan MTBS di Puskesmas Tanah Kali Kedinding” sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan tugas Tri Dharma Perguruan Tinggi.

Dengan segala kerendahan hati, penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang setinggi- tingginya kepada yang terhormat :

1. Dr. dr. Sukadiono, M.M, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Surabaya yang telah memberikan persetujuan dan fasilitas kegiatan pengabdian melalui LPPM yang terus semakin berkembang
2. Dr. Nur Mukarromah, S.KM., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya yang telah memberikan persetujuan dalam pengabdian ini
3. Kepala Puskesmas Tanah kali Kedinding Surabaya yang telah memberikan ijin sebagai tempat pengambilan data dalam penetian ini

Semoga penelitian ini memberikan manfaat kepada semua pihak.

Surabaya, September 2020
Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMBUNG DEPAN.....	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
INTISARI	v
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	3
BAB III TUJUAN DAN MANFAAT	11
BAB IV METODE PENELITIAN	12
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	13
KESIMPULAN.....	18
DAFTAR PUSTAKA	

ABSTRACT

Background: Management of sick toddlers in basic health services is carried out through the Integrated Management of Sick Toddlers (MTBS) approach including curative, promotive and preventive efforts. MTBS aims to reduce infant and toddler mortality. Purpose: to determine the patient's description (age, gender, weight, height/length, visits, complaints) and assess the implementation of MTBS according to the MTBS chart. Research Methods: This study uses a descriptive type of research with a Cross Sectional design. The subjects of this study came from a secondary source, namely the MTBS format of patients who visited the MTBS poly totaling 50 samples, determined based on simple random sampling. The instrument used is an instrument made by the researcher himself based on the MTBS algorithm. Research Results: The results of this study showed that the overall patients who visited were toddlers, most of the women with more first visits, and most had moderate complaint rates (≥ 2 - < 5). The overview of MTBS implementation for MTBS assessment is mostly complete (85%), classification is 100% appropriate, action/treatment is appropriate complete, and for overall counseling there is. The availability of facilities and infrastructure is obtained.. Conclusion Monitoring, evaluation and supervision need to be improved to provide quality MTBS

Keywords: Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)

ABSTRAK

Latar Belakang: Penatalaksanaan balita sakit di pelayanan kesehatan dasar dilakuakn melalui pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) meliputi upaya kuratif, promotif dan preventif. MTBS bertujuan untuk menurunkan angka kematian bayi dan balita. **Tujuan:** untuk mengetahui gambaran pasien (usia, jenis kelamin, berat badan, tinggi/panjang badan, kunjungan, keluhan) dan menilai pelaksanaan MTBS sesuai bagan MTBS. **Metode Penelitian:** Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan rancangan Cross Sectional. Subjek penelitian ini berasal dari sumber sekunder yaitu format MTBS pasien yang berkunjung ke poli MTBS berjumlah 50 sampel, ditentukan berdasarkan simple random sampling. Instrumen yang digunakan merupakan instrumen yang dibuat oleh peneliti sendiri berdasarkan algoritma MTBS. **Hasil Penelitian:** Hasil penelitian ini menunjukkan keseluruhan pasien yang berkunjung merupakan kategori balita, sebagian besar perempuan dengan kunjungan pertama lebih banyak, dan sebagian besar memiliki tingkat keluhan sedang (≥ 2 - < 5). Gambaran pelaksanaan MTBS untuk penilaian MTBS sebagian besar lengkap (85%), klasifikasi 100% sesuai, tindakan/ pengobatan sesuai lengkap, dan untuk konseling keseluruhan ada. Ketersediaan sarana dan prasarana didapatkan lengkap. Kinerja Bidan 80% baik. **Kesimpulan** Monitoring, evaluasi dan supervisi perlu ditingkatkan untuk memberikan pelayanan MTBS yang berkualitas.

Kata Kunci: Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

BAB 1

PENDAHULUAN

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) atau *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) adalah pendekatan yang terintegrasi atau terpadu dalam tatalaksana balita sakit dengan fokus pada kesehatan anak usia 0-59 bulan atau balita yang dilaksanakan secara menyeluruh. MTBS mulai diperkenalkan di Indonesia oleh WHO pada tahun 1996. Pada tahun 1997 depkes RI bekerja sama dengan WHO dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) melakukan adaptasi modul MTBS WHO. Modul tersebut digunakan dalam pelatihan pada bulan November 1997 dengan pelatihan SEARO. 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. Hasil Survei Demografi dan

Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan bahwa angka kematian balita di Indonesia sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup. Jumlah ini menurun dibandingkan tahun 2012 sebesar 40 per 1.000 kelahiran hidup. 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%). Di Indonesia seluruh provinsi telah menerapkan MTBS, namun belum semua puskesmas melaksanakannya, karena masih terbatasnya tenaga kesehatan yang terlatih. Menurut data dari Dinas Kesehatan Sulawesi Tengah penyebab kematian anak balita terbanyak saat ini masih diakibatkan oleh pneumonia (ISPA).

Belum semua bidan dilatih MTBS, kinerja Bidan Puskesmas dalam pelayanan MTBS belum dilaksanakan sesuai standar pelayanan MTBS baik dari persiapan alat, pemberian pelayanan dan penerapan jadwal pelayanan MTBS, ketersediaan tenaga dan fasilitas belum memenuhi, serta pemanfaatan alat belum semuanya dimanfaatkan. Kebutuhan supervisi belum sesuai dengan kebutuhan Bidan Puskesmas yaitu terjadwal dan rutin berkaitan dengan kegiatan pelayanan MTBS. Ketidaktercapaian target ini kemungkinan banyak dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya kurangnya pelatihan MTBS untuk bidan, kurangnya pengalaman kerja dalam melaksanakan MTBS di lingkungan kerja,

kurangnya fasilitas yang mendukung kebutuhan pelaksanaan MTBS di Puskesmas dan kurangnya dukungan supervisi sehingga mempengaruhi pelaksanaan MTBS di setiap Puskesmas. MTBS dalam pelaksanaannya ditentukan oleh sumber daya manusia (petugas puskesmas/ pelaksana program), tatalaksana pelayanan, dan sarana pendukung. Sampai saat ini pelaksanaan MTBS masih perlu dikembangkan secara bertahap dan berkelanjutan agar jaminan pelayanan MTBS berkualitas dan mencakup sasaran yang luas

Program MTBS merupakan suatu pendekatan yang dibuat untuk mengatasi masalah ini, namun dalam perjalannya belum dapat mencapai tujuannya sehingga program ini perlu diteliti melalui beberapa komponen seperti input, proses, output yang secara keseluruhan membentuk suatu kesatuan pelayanan yang bermutu terhadap balita sakit.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

2.1.1 Pengertian

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) adalah modul yang secara rinci menjelaskan penanganan balita sakit yang datang ke fasilitas kesehatan (Syafrudin & Hamidah, 2009). Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) atau Integrated Management of Childhood Illness (IMCI dalam Bahasa Inggris) merupakan suatu pendekatan yang terintegrasi atau terpadu dalam tatalaksana balita sakit usia 0-5 tahun secara menyeluruh (Maryunani, 2014). Menurut Maryunani (2014): (1) Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan suatu bentuk manajemen yang dilakukan secara terpadu, tidak terpisah; (2) Dikatakan ‘terpadu dan terintegrasi’ karena bentuk manajemen atau pengelolaannya dilaksanakan secara Bersama dan penanganan kasusnya tidak terpisah-pisah, yang meliputi manajemen anak sakit, pemberian nutrisi, pemberian imunisasi, pencegahan penyakit, dan promosi untuk tumbuh-kembang; (3) Disamping itu juga, pelaksanaan MTBS yang terpadu ini sangat cocok untuk balita yang berobat ke puskesmas.

2.1.2 Sejarah Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

WHO dan UNICEF meresmikan Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) pada pertengahan tahun 1990 untuk meningkatkan kelangsungan hidup bayi di negaranegara berkembang karena setiap 1.000 kelahiran angka kematian bayi mencapai lebih dari 40 bayi dan menyediakan pelayanan terintegrasi diantaranya adalah pencegahan, pengobatan, serta perawatan pada balita yang sakit. Kemudian strategi diperluas termasuk perawatan bayi baru lahir atau usia dibawah satu minggu yang mengalami sakit, dan secara berkala memperbarui pengetahuan teknis mengenai IMCI ini untuk kemajuan pendekatan ini dalam rangka mengurangi angka kematian bayi. Lebih dari 100 negara mengadopsi IMCI dan mengimplementasikan nya baik secara keseluruhan atau sebagian. Terdapat tiga komponen dalam IMCI yakni meningkatkan ketrampilan tenaga kesehatan, memperkuat sistem kesehatan, serta meningkatkan praktik dari keluarga dan komunitas. IMCI terbukti berkontribusi untuk mengurangi angka kematian anak pada era Millennium Development Goals (MDGs), penelitian pada saat itu juga membuktikan bahwa IMCI bila di terapkan pada fasilitas kesehatan dan komunitas mampu mengurangi 15% angka kematian anak (Boschi Pinto et al., 2018). Indonesia juga mengadopsi dan mengimplementasikan pendekatan IMCI dimulai pada tahun 1997, dalam Bahasa Indonesia disebut sebagai pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit

(MTBS) (R, Maita, Saputri, & Yulviana, 2014). Menurut info Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009, dalam Rekawati, Chriswardani, & Arso, 2012 : 72) jumlah puskesmas di Indonesia yang sudah menerapkan MTBS pada tahun 2009 yakni 51,9% dari total puskesmas yang tersebar di seluruh Indonesia. Dengan kriteria penatalaksanaan menggunakan MTBS minimal 60% dari jumlah kunjungan balita sakit. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2009 dari 933 puskesmas yang tersebar di Jawa Timur, puskesmas yang sudah melaksanakan MTBS adalah 692 puskesmas, tetapi hanya sedikit puskesmas yang sudah memenuhi kriteria penatalaksanaan MTBS yakni 0,7%. Dari sekian banyak puskesmas di Jawa Timur yang menerapkan MTBS, tetapi pada kenyataannya masih sedikit puskesmas yang menerapkan MTBS sesuai kriteria.

2.1.3 Materi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Penilaian Anak Sakit Umur 2 Bulan Sampai 5 Tahun dengan memeriksa tanda bahaya umum dan menanyakan keluhan utama seperti apakah anak sukar bernafas, menderita diare, serta mempunyai masalah telinga. Penilaian bayi muda umur kurang dua bulan dengan memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi, memeriksa apakah bayi ikterus, apakah bayi diare, memeriksa status HIV, memeriksa kemungkinan bayi dengan berat badan rendah, serta masalah pada pemberian ASI (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Terdapat klasifikasi dalam buku bagan MTBS, yang dimaksud klasifikasi pada buku bagan MTBS bukan klasifikasi penyakit, tetapi klasifikasi penggolongan derajat keparahan yang dialami balita sakit. Warna pada klasifikasi untuk penggolongan derajat keparahan balita sakit yakni: warna merah yang berarti anak memerlukan penanganan segera atau perlu dirujuk, warna kuning anak memerlukan pengobatan spesifik pada layanan kesehatan, serta warna hijau yang berarti anak hanya memerlukan perawatan di rumah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Terdapat tiga tindakan inti dalam buku bagan MTBS diantaranya pengobatan, pada pengobatan ini petugas MTBS mengkomunikasikan kepada ibu bagaimana cara pemberian obat kepada anak ketika di rumah (dosis dan obat apa yang harus di minum). Yang kedua adalah konseling, konseling bertujuan untuk memberikan edukasi mengenai cara pemberian obat lokal, mengajari ibu cara menyusui yang baik, cara meningkatkan produksi ASI, dan edukasi lain mengenai penanganan balita sakit ketika di rumah. Yang ketiga adalah perawatan di rumah dan kapan kembali, tindakan yang dilakukan pada tindakan ini hampir sama dengan konseling, mengedukasi ibu mengenai perawatan balita sakit di rumah dan kapan seharusnya kunjungan berikutnya ke Puskesmas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

2.1.4 Algoritma MTBS untuk Balita Demam

Ibu yang mengantarkan anaknya ke Puskesmas, ketika dilakukan pemeriksaan oleh petugas kesehatan, pertama petugas kesehatan yang melakukan penatalaksanaan MTBS akan memeriksa tanda bahaya umum yang terjadi pada anak, kedua berdasarkan keluhan utama yang didapatkan dari anamnesis kepada ibu atau pemeriksaan yang dilakukan oleh petugas didapatkan hasil bahwa keluhan utama adalah demam, ketiga yang ketiga petugas melakukan anamnesis kepada ibu mengenai gejala yang dialami anak dan petugas kesehatan melakukan pemeriksaan dengan cara lihat dan periksa untuk mengetahui klasifikasi demam yang dialami balita, serta yang terakhir penentuan tindakan yang harus diberikan oleh petugas kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

**PENILAIAN, KLASIFIKASI DAN TINDAKAN / PENGOBATAN
BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN SAMPAI 5 TAHUN**

TANYAKAN PADA IBU MENGENAI MASALAH ANAKNYA

Tanyakan apakah kunjungan pertama atau kunjungan ulang untuk masalah tersebut.
 * Jika kunjungan pertama, lakukan penilaian sesuai bagan berikut.
 * Jika kunjungan ulang, gunakan petunjuk pada pelayanan tindak lanjut

MEMERIKSA TANDA BAHAYA UMUM

TANYAKAN:	LIHAT dan DENGAR :		GEJALA	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
<ul style="list-style-type: none"> Apakah anak bisa minum atau menyusu ? Apakah anak memuntahkan semua makanan dan/atau minuman ? Apakah anak pernah kejang selama sakit ini ? 	<ul style="list-style-type: none"> Apakah anak rewel atau gelisah, letargis atau tidak sadar ? Apakah anak mengalami kejang saat ini ? Apakah terdengar stridor* ? Apakah anak tampak biru (sianosis) ? Apakah ujung tangan dan kaki pucat dan dingin ? 	<p>Perlu penanganan SEGERA</p>	<p>Terdapat salah satu atau lebih tanda berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tidak bisa minum atau menyusu. Memuntahkan semua makanan dan/atau minuman Pernah atau sedang mengalami kejang Rewel atau gelisah. Letargis atau tidak sadar Ada stridor Tampak biru (sianosis) Ujung tangan dan kaki pucat dan dingin 	<p>PENYAKIT SANGAT BERAT</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bila sedang kejang beri diazepam Bila ada stridor pastikan tidak ada sumbatan jalan napas Bila ada stridor, sianosis, dan ujung tangan dan kaki pucat dan dingin berikan oksigen 3 - 5 liter/menit melalui nasal prong dengan perangkat oksigen standar (tabung O2 dan humidifier) Cegah agar gula darah tidak turun Jaga anak tetap hangat RUJUK SEGERA

* Untuk memeriksa stridor, anak harus dalam keadaan tenang

Seorang anak dengan tanda bahaya umum memerlukan penanganan **SEGERA**, selesaikan seluruh penilaian secara cepat dan lakukan

TANYAKAN KELUHAN UTAMA :

Apakah anak menderita batuk atau sukar bernapas ?

JIKA YA,	TANYAKAN :	LIHAT, DENGAR, dan PERIKSA :		GEJALA	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
<p>Berapa lama?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Hitung napas dalam 1 menit * Lihat apakah ada tarikan dinding dada ke dalam Lihat dan dengar adanya wheezing Periksa dengan pulse oxymeter (jika ada) untuk menilai saturasi oksigen 	<p>Klasifikasikan BATUK atau SUKAR BERNAPAS</p>	<p>ATAU</p> <ul style="list-style-type: none"> Saturasi Oksigen < 90% 	<p>PNEUMONIA BERAT</p>	<ul style="list-style-type: none"> Beri Oksigen maksimal 2-3 liter/menit dengan menggunakan nasal prong. Beri dosis pertama antibiotik yang sesuai RUJUK SEGERA ** 	
<p>Umur anak :</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 bulan - <12 bulan 12 bulan - <5 tahun 	<p>Napas cepat apabila :</p> <ul style="list-style-type: none"> 50 kali atau lebih per menit 40 kali atau lebih per menit 	<p>ANAK HARUS TENANG</p>	<ul style="list-style-type: none"> Napas cepat 	<p>PNEUMONIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Beri Amoksisilin 2x sehari selama 3 hr *** Beri pelega tenggorokan dan pereda batuk yang aman Obati wheezing bila ada Apabila batuk > 14 hari rujuk untuk pemeriksaan lanjutan Nasihati kapan kembali segera Kunjungan ulang 2 hari 	
<p>Dimaksud dengan RUJUK disini adalah ke Dokter Puskesmas, Puskesmas Perawatan atau Rumah Sakit</p> <p>Tatalaksana wheezing pada pneumonia berat dilakukan di fasilitas kesehatan rujukan, kecuali untuk rujukan yang membutuhkan waktu yang lama.</p>			<ul style="list-style-type: none"> Tidak ada tanda-tanda Pneumonia Berat maupun Pneumonia 	<p>BATUK BUKAN PNEUMONIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Beri pelega tenggorokan dan pereda batuk yang aman Obati wheezing bila ada Apabila batuk > 14 hari rujuk untuk pemeriksaan batuk karena sebab lain. Apabila batuk > 21 hari rujuk untuk pemeriksaan TB. untuk pemeriksaan lanjutan Apabila wheezing berulang rujuk untuk pemeriksaan lanjutan. Nasihati kapan kembali segera Kunjungan ulang 2 hari jika tidak ada perbaikan 	

* Hitung nafas dengan menggunakan ARI sound timer
 ** Jika rujukan tidak memungkinkan, langani anak sesuai dengan pedoman nasional rujukan pneumonia atau sebagaimana pada Buku Saku Tatalaksana Anak di RS
 *** Pemberian amoksisilin oral untuk 5 hari dapat digunakan pada pasien dengan napas cepat tanpa tarikan dinding dada ke dalam pada daerah HIV meluas / terkonsentrasi.

2.1.5 Sasaran Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Sasaran MTBS adalah anak usia 0-5 tahun yang dibagi menjadi dua kelompok yakni: Kelompok usia satu hari sampai dua bulan atau biasa disebut bayi muda dan kelompok usia dua bulan sampai lima tahun (Maryunani, 2014). Pelayanan Kesehatan yang diberikan pada penatalaksanaan MTBS tidak hanya untuk anak sakit, tetapi juga 15 kepada anak sehat yaitu pemberian imunisasi. Sasaran MTBS pada anak balita di layanan kesehatan tingkat dasar yakni untuk mengurangi angka kematian balita (Maternity, Putri, & Aulia, 2017).

2.1.6 Tujuan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Terdapat dua tujuan dari Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), tujuan yang pertama yakni tujuan secara umum yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan yang sering terjadi pada balita dan mengurangi angka kematian balita, serta memberikan kontribusi terhadap pertumbuhan dan perkembangan kesehatan anak. Tujuan yang ke dua, yakni tujuan secara luas yang bertujuan untuk menilai tanda-tanda dan gejala penyakit, status imunisasi, status gizi, dan pemberian vitamin A, membuat klasifikasi, menentukan tindakan yang sesuai dengan klasifikasi dan menentukan apakah anak perlu dirujuk, memberi pengobatan pra-rujukan, seperti dosis pertama antibiotic, vitamin A, dan perawatan anak untuk mencegah menurunnya gula darah dengan pemberian air gula, serta mencegah hipotermia. Pada tujuan secara luas juga dilakukan tindakan di fasilitas kesehatan berupa tindakan (preventif dan kuratif), seperti imunisasi, tablet zinc, dan oralit, mengedukasi ibu cara pemberian obat dirumah dan asuhan dasar bayi muda, serta melakukan penilaian ulang dan memberi tindakan pada saat anak kembali untuk pelayanan tindak lanjut (Maryunani, 2014).

2.1.7 Strategi Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Strategi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) membutuhkan kerjasama antara petugas kesehatan, keluarga, dan masyarakat. Dengan kerjasama antara ketiga pihak tersebut, maka MTBS memungkinkan keikutsertaan orang tua anak dan masyarakat dalam peningkatan derajat kesehatan. Strategi menurut WHO mencakup tiga komponen yakni: Penatalaksanaan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada balita di fasilitas kesehatan. Yang dimaksud terpadu adalah penanganan kasus tidak terpisah-pisah, meliputi manajemen balita sakit, pemberian imunisasi, pencegahan penyakit, dan promosi untuk tumbuh kembang. Komponen yang kedua yakni penguatan sistem kesehatan berupa obat-obatan dan alat yang mendukung untuk penatalaksanaan MTBS di fasilitas kesehatan. Komponen ketiga yakni bekerjasama dengan komunitas atau keluarga dan masyarakat untuk praktik MTBS, tujuannya agar penatalaksanaan MTBS dapat maksimal (Eastwood, 2018). Dengan tiga komponen strategi tersebut MTBS dapat dikatakan bahwa pendekatan yang lengkap.

2.1.8 Hambatan-Hambatan Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

Meskipun penerapan MTBS sudah lama di Indonesia tetapi masih ada beberapa hambatan dalam penerapan MTBS, contohnya terbatasnya jumlah tenaga kesehatan yang dapat mengikuti pelatihan MTBS, sedangkan jumlah Puskesmas yang tersebar di Indonesia sekitar 7.500 Puskesmas. Dalam satu kali penyelenggaraan pelatihan MTBS, jumlah peserta yang dapat mengikuti pelatihan hanya 30-40 tenaga kesehatan yang di bagi menjadi 3 sampai 4 kelas yang pelatihannya diadakan selama enam hari, dalam satu tahun Kementerian Kesehatan RI menyelenggarakan pelatihan sebanyak 10 kali. Artinya dalam satu tahun petugas yang dapat mengikuti pelatihan MTBS kurang lebih hanya 300-400 orang, sedangkan setiap Puskesmas minimal dua orang yang harus memahami mengenai penatalaksanaan menggunakan MTBS (Maryunani, 2014). Seiring bertambahnya jumlah penduduk setiap tahun, maka terdapat peningkatan jumlah Puskesmas juga di Indonesia. Data Kementerian Kesehatan RI jumlah Puskesmas di Indonesia dari tahun 2013 sampai dengan tahun 2017 terus mengalami peningkatan, jumlah Puskesmas pada tahun 2017 mencapai 9.825 Puskesmas yang tersebar di Indonesia (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Dengan bertambahnya jumlah Puskesmas setiap tahunnya juga termasuk dalam hambatan penetalaksanaan MTBS, karena semakin banyaknya petugas kesehatan yang harus dilatih, tetapi pengadaan pelatihan hanya 10 kali dalam satu tahun. Hambatan lain yakni perpindahan tenaga kesehatan yang telah mengikuti pelatihan, serta kurang lengkapnya sarana dan prasarana pendukung untuk penatalaksanaan MTBS (Maryunani, 2014).

2.1.9 Dampak Negatif Tidak Dilakukan MTBS

Mengingat sebelum dilakukannya pendekatan MTBS angka kematian anak tergolong tinggi khususnya di negara berkembang, jika tidak dilakukan pendekatan MTBS besar kemungkinan kejadian tersebut terulang kembali. Dampak yang terjadi selain angka kematian yang tinggi pada anak yaitu tidak diketahui bahwa anak mengalami gizi buruk karena tidak adanya pemantaun gizi pada anak, penanganan gizi buruk kurang baik. Tidak terlaksananya atau kurang lengkapnya konseling yang di berikan kepada ibu untuk pemberian makan dan ASI kepada anak, yang akan berakibat kurangnya gizi pada anak (Maryunani, 2014). Serta yang terakhir tidak terdiagnosisnya lima penyakit yang sering dialami oleh anak, seperti pada penelitian yang dilakukan di Puskesmas Kabupaten Kebumen akibat kurang maksimalnya petugas kesehatan dalam melakukan pendekatan MTBS, maka anak terlambat di diagnosis terkena pneumonia (Silviana et al., 2015).

2.1.10 Manfaat Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit

Manfaat dalam penerapan MTBS pada negara berkembang yakni menurunkan angka kematian, karena dapat mengkombinasikan pemeriksaan lima penyakit yang dominan diderita oleh balita, serta terdapat sembilan penyakit yang harus dicegah pada balita. Dilakukan pemantauan status gizi pada balita untuk mencegah terjadinya kekurangan gizi, pada balita yang sudah terdiagnosis gizi buruk, maka pada bagan MTBS terdapat langkah memperbaiki status gizi, kemudian konseling kepada ibu mengenai pemberian makanan pada anak, pemberian ASI (Air Susu Ibu). Meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan. Adanya buku bagan MTBS dapat menurunkan tingkat kesalahan pemeriksaan oleh tenaga kesehatan (Maryunani, 2014).

2.2 Kinerja

2.2.1 Pengertian

Kinerja merupakan hal yang sangat penting dan harus diperhatikan oleh seluruh manajemen, baik pada tingkatan organisasi kecil maupun besar. Hasil kerja yang dicapai oleh organisasi atau karyawan adalah bentuk pertanggungjawaban kepada organisasi dan publik. Kinerja dalam menjalankan fungsinya tidak berdiri sendiri, melainkan selalu berhubungan dengan kepuasan kerja karyawan dan tingkat besaran imbalan yang diberikan, serta dipengaruhi oleh keterampilan, kemampuan dan sifat-sifat individu. Jika kinerja personel diberi penghargaan, maka kemungkinan akan mendorong tingginya usaha personel atau karyawan untuk menghasilkan kinerja. Sedangkan jika kinerja karyawan tidak diberi penghargaan maka kemungkinan akan menyebabkan rendahnya usaha personel untuk menghasilkan kinerja. Menurut Moehariono (2012:95), kinerja atau performance merupakan sebuah penggambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu program kegiatan atau kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, visi, dan misi organisasi yang dituangkan dalam suatu perencanaan strategis suatu organisasi. Sedangkan menurut Rivai (2013:604), kinerja merupakan suatu istilah secara umum yang digunakan sebagian atau seluruh tindakan atau aktivitas dari suatu organisasi pada suatu periode dengan suatu referensi pada sejumlah standar seperti biaya masa lalu yang diproyeksikan dengan dasar efisiensi, pertanggungjawaban atau akuntabilitas manajemen dan semacamnya. Deskripsi dari kinerja menyangkut tiga komponen penting, yaitu: tujuan, ukuran dan penilaian. Penentuan tujuan dari setiap unit organisasi merupakan strategi untuk meningkatkan kinerja. Tujuan ini akan memberi arah dan memengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap setiap personel.

2.2.2 Pengukuran Kinerja

Keberhasilan pencapaian strategi perlu diukur, karena pengukuran merupakan aspek kunci dari manajemen kinerja atas dasar bahwa apabila tidak diukur maka tidak akan dapat

meningkatkan (Dharma, 2012:93). Oleh karena itu sasaran strategik yang menjadi basis pengukuran kinerja perlu ditentukan ukurannya, dan ditentukan inisiatif strategik untuk mewujudkan sasaran tersebut. Sasaran strategik beserta ukurannya kemudian digunakan untuk menentukan target yang akan dijadikan basis penilaian kinerja, untuk menentukan penghargaan yang akan diberikan kepada personel, tim atau unit organisasi. Menurut Whittaker dalam Moeheriono (2012:72), pengukuran kinerja merupakan suatu alat manajemen yang digunakan untuk meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan akuntabilitas, serta untuk menilai pencapaian tujuan dan sasaran (goal and objectives). Sedangkan menurut Moeheriono (2012:96), pengukuran kinerja (performance measurement) mempunyai pengertian suatu proses penilaian tentang kemajuan pekerjaan terhadap tujuan dan sasaran dalam pengelolaan sumber daya manusia untuk menghasilkan barang dan jasa, termasuk informasi atas efisiensi serta efektivitas tindakan dalam mencapai tujuan organisasi. Dengan demikian dibutuhkan suatu pengukuran kinerja yang dapat digunakan sebagai landasan untuk menilai kemajuan yang telah dicapai dibandingkan dengan tujuan yang telah ditetapkan, sekaligus sebagai alat komunikasi dan alat manajemen untuk memperbaiki kinerja organisasi. Dari beberapa definisi yang telah dikemukakan, maka dapat disimpulkan bahwa pengukuran kinerja merupakan proses penilaian tentang kemajuan pekerjaan yang dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawab masing-masing dalam upaya mencapai tujuan organisasi. Namun, pengukuran kinerja sangat bergantung dengan indikator kinerja yang digunakan. Indikator kinerja adalah ukuran kuantitatif dan kualitatif yang telah disepakati dan ditetapkan, yang menggambarkan tingkat pencapaian suatu sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan. Indikator kinerja harus merupakan sesuatu yang akan dihitung dan diukur serta digunakan sebagai dasar untuk menilai atau melihat tingkat kinerja, baik dalam tahap perencanaan, tahap pelaksanaan maupun tahap setelah kegiatan selesai dan berfungsi.

2.2.2 Tujuan dan Manfaat Pengukuran kinerja

Tujuan pengukuran kinerja adalah untuk menghasilkan data yang kemudian apabila data tersebut dianalisis secara tepat akan memberikan informasi yang akurat bagi manajemen dalam pengambilan keputusan untuk meningkatkan kinerja perusahaan. Sedangkan manfaat sistem pengukuran kinerja yang baik menurut Yuwono (2008:29) adalah :

1. Menelusuri kinerja terhadap harapan pelanggan sehingga akan membawa perusahaan lebih dekat pada pelanggannya dan membuat seluruh orang yang dalam organisasi terlibat dalam upaya memberikan kepuasan pelanggan.
2. Memotivasi pegawai untuk melakukan pelayanan sebagai mata rantai pelanggan dan pemasok internal.

3. Mengidentifikasi berbagai pemborosan sekaligus mendorong upaya-upaya pengurangan terhadap pemborosan tersebut (reduction of waste).
4. Membuat tujuan strategis yang biasanya masih kabur menjadi lebih konkret sehingga mempercepat proses pembelajaran organisasi.
5. Membangun konsensus untuk melakukan suatu perubahan dengan memberi “reward” atas perilaku yang diharapkan tersebut.

BAB 3

TUJUAN DAN MANFAAT

3.1 Tujuan

3.1.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran Kinerja bidan dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Tanah Kali Kedinding

3.1.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik responden
2. Mengidentifikasi penatalaksanaan MTBS di Puskesmas Tanah Kali Kedinding Surabaya

3.2 Manfaat

3.2.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan peneliti mengenai kinerja bidan dalam penatalaksanaan MTBS

3.2.2 Manfaat Praktis

1. Sebagai bahan referensi untuk meningkatkan kinerja dalam melaksanakan MTBS
2. Sebagai masukan bagi bidan untuk dapat memberikan edukasi penatalaksanaan MTBS
3. Sebagai acuan bagi rekan peneliti lain dalam penelitian selanjutnya yang mengambil tema tentang penatalaksanaan MTBS

BAB 4

METODE

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini dilakukan dengan metode deskriptif. Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan untuk membuat gambaran atau mendeskripsikan suatu keadaan secara obyektif (Notoatmojo, 2010). Penelitian ini melakukan observasi karakteristik ibu nifas yang melakukan pijat oksitosin.

Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian *cross-sectional* adalah suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasional, atau pengumpulan data. Penelitian *cross-sectional* hanya mengobservasi sekali saja dan pengukuran dilakukan terhadap variabel subjek pada saat penelitian (Notoatmojo, 2010).

4.2 Populasi, Sampel dan Sampling

Subjek penelitian ini berasal dari sumber sekunder yaitu format MTBS pasien yang berkunjung ke poli MTBS berjumlah 50 sampel, ditentukan berdasarkan simple random sampling.

4.3 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah kinerja bidan dalam penatalaksanaan MTBS

4.3 Lokasi Penelitian

Lokasi Penelitian ini adalah di Puskesmas Tanah Kali Kedinding Surabaya

4.4 Proses Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan merupakan instrumen yang dibuat oleh peneliti sendiri berdasarkan algoritma MTBS. Penelitian ini dimana peneliti melakukan studi dokumentasi atau penilaian pada format MTBS yang ada di Puskesmas Tanah Kali kedinding. Data penelitian disajikan dalam bentuk penyajian komposisi dan frekuensi dari sampel. Data yang disajikan pada awal hasil analisa adalah berupa gambaran atau deskripsi mengenai sampel, dimana penjelasan disertai ringkasan dari deskripsi yang utama. Hal ini dilakukan untuk membantu pembaca lebih mengenal karakteristik dari responden dimana data penelitian tersebut diperoleh.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik Responden

Penelitian ini dilakukan pada melalui data sekunder lembar MTBS.

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik responden yang dilakukan screening MTBS

Karakteristik	f	%
Usia Anak (tahun)		
2	23	38
3	12	20
4	11	18
5	4	24
Jenis Kelamin		
Perempuan	32	53
Laki-laki	28	47
Kunjungan		
Pertama	42	70
Ulang	18	30

Tabel 1 menunjukkan bahwa Sebagian besar responden dalam usia 2 tahun sebanyak 23%, 53% berjeniskelamin perempuan, kunjungan pertama sebanyak 70%.

2. Pelaksanaan MTBS

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Pelaksanaan MTBS di Puskesmas Tanah Kali Kedinding Surabaya

Kategori	Frekuensi	Presentasi(%)
Penilaian MTBS		
Lengkap	52	87
Tidak lengkap	8	13
Klasifikasi MTBS		
Sesuai	60	100
Tidak sesuai	0	0
Kesesuaian Tindakan pengobatan		
Sesuai	60	100
Tidak sesuai	0	0
Jumlah	60	100

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa penilaian MTBS mayoritas lengkap sebanyak 87%., klasifikasi MTBS 100% sesuai, kesesuaian Tindakan pengobatan 100% sesuai.

Ketersediaan sarana untuk mendukung pelaksanaan MTBS sangat mendukung dan lengkap.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Karakteristik dan kinerja BIDAN di Puskesmas Tanah Kali kedinding Surabaya.

Karakteristik	n	%
Usia (tahun)		
21-25	4	25
>25	12	75
Pendidikan		
D3	10	63
D4	6	37
Kesesuaian pelayanan MTBS dengan pedoman kerja		
Sesuai	16	100
Tidak sesuai	0	0

Tabel 3 menunjukkan sebanyak 16 bidan yang diteliti sebagian besar responden berusia >25 tahun sebanyak 75%. Berdasarkan pendidikan memperlihatkan bahwa sebagian besar responden berpendidikan D-III Kebidanan sebanyak 63%. Kesesuaian pelayanan MTBS dengan pedoman kerja 100% sesuai.

5.2 PEMBAHASAN

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan bahwa Sebagian besar responden dalam usia 2 tahun sebanyak 23%, 53% berjeniskelamin perempuan, kunjungan pertama sebanyak 70%. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Pudjiastuti, 2002) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara ketersediaan sarana prasarana dalam tatalaksana MTBS di puskesmas DKI Jakarta. Pada pelaksanaan perawatan anak sakit, penggunaan buku manual yang berupa buku pedoman yang digunakan oleh tenaga kesehatan untuk memberikan tindakan dan pengobatan bagi anak sakit. Buku bagan juga berisi pedoman bagi petugas kesehatan untuk menyatukan berbagai pedoman yang terpisah untuk masing-masing penyakit kedalam bentuk proses yang lebih komprehensif dan efisien dalam pelayanan anak sakit Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa penilaian MTBS mayoritas lengkap sebanyak 87%., klasifikasi MTBS 100% sesuai, kesesuaian Tindakan pengobatan 100% sesuai. Ketersediaan sarana untuk mendukung pelaksanaan MTBS sangat mendukung dan lengkap.

Dalam proses manajemen kasus MTBS setelah menilai dan mengklasifikasikan penyakit anak, langkah selanjutnya adalah menentukan tindakan dan memberi pengobatan yang dibutuhkan. Pengobatan anak sakit dapat dimulai dari pusat pelayanan kesehatan

pertama dan diteruskan dengan pengobatan lanjut dirumah. Pada beberapa keadaan, anak yang sakit berat perlu dirujuk ke rumah sakit untuk perawatan lebih lanjut. Dalam hal ini perlu dilakukan tindakan pra rujukan sebelum anak dirujuk (Depkes RI, 2008). Sebagian besar puskesmas dalam menangani balia sakit masih menggunakan metode konvensional sehingga semua pasien yang datang ditangani secara umum tanpa melihat statusnya. Petugas mengungkapkan bahwa tidak ada waktu untuk menggunakan formulir MTBS karena banyak pasien dan kegiatan yang harus ditangani. Jika menggunakan formulir MTBS, waktu yang digunakan untuk melayani pasien tidak akan cukup, karena 1 pasien memerlukan waktu sekitar 10-15 menit. Dengan demikian petugas mengatakan bahwa sebisa mungkin menerapkan sesuai dengan prosedur MTBS. Dalam pelaksanaannya, petugas MTBS belum berjalan secara efektif. Kondisi tersebut dialami oleh sebagian besar puskesmas di Kota Semarang, karena berbagai kendala antara lain terbatasnya jumlah tenaga yang dilatih MTBS, perpindahan tenaga yang sudah dilatih, kurang lengkapnya sarana dan prasarana pendukung.

Secara garis besar puskesmas yang menerapkan MTBS alur pelayanannya adalah setelah mendaftar di loket pasien, pasien balita sakit dibawa status dan formulir pencatatan MTBS. Ini yang membedakan dimana formulir MTBS tidak disertakan. Kemudian pasien menuju ruang MTBS untuk diperiksa oleh petugas. Pemeriksaan dimulai dengan melakukan penilaian yang dilanjutkan dengan pembuatan klasifikasi yang diikuti dengan tindakan. Konseling menjadi langkah selanjutnya dan menjadi bagian tak terpisahkan dari alur MTBS. Petugas menentukan konseling apa yang diperlukan saat pemeriksaan, misalnya perlu diberikan konseling kesehatan lingkungan, gizi, atau imunisasi dan juga cara perawatan anak di rumah. Menilai dan membuat klasifikasi penyakit dilakukan dengan beberapa kegiatan antara lain dengan memeriksa tanda bahaya umum. Tanda bahaya umum dapat terjadi pada penyakit apapun dan tidak dapat membantu menentukan jenis penyakit secara spesifik. Hanya dapat dengan satu tanda bahaya umum saja, sudah cukup untuk menunjukkan bahwa penyakit itu berat, sehingga sebelum melakukan penilaian setiap penyakit, penting memeriksa beberapa tanda bahaya umum seperti tidak bisa minum, memuntahkan semuanya, kejang, serta tidak sadar. Setelah beberapa tahap kegiatan diatas, kemudian dilakukan kegiatan untuk menentukan jenis tindakan atau pengobatan yang perlu dilakukan. Tindakan ini berarti menentukan tindakan dan member pengobatan yang sesuai.

Untuk menentukan tindakan atau pengobatan bagi penyakit anak maka kolom tindakan harus di lengkapi mulai dari penilaian, tanda atau gejala, klasifikasi dan tindakan yang

akan di lakukan. Langkahnya adalah merujuk anak, memberikan obat yang sesuai, mengajari ibu cara memberikan obat di rumah, mengajari ibu cara mengobati infeksi lokal di rumah, nasehat perawatan di rumah tanpa obat dan meningkatkan kesehatan anak. Kemudian pelayanan pada balita yang datang untuk tidak lanjut menggunakan kotak-kotak yang sesuai klasifikasi anak sebelumnya. Jika anak mempunyai masalah baru lakukan penilaian, klasifikasi dan tindakan terhadap masalah baru tersebut seperti pada bagan penilaian dan klasifikasi. Keterpaduan pelayanan yang di lakukan praktik MTBS menunjukan suatu kerja tim yang kompak dan fleksibel dengan dipandu buku panduan atau formulir MTBS menggambarkan bahwa MTBS merupakan suatu system pelayanan kesehatan.

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa penilaian MTBS mayoritas lengkap sebanyak 87%., klasifikasi MTBS 100% sesuai, kesesuaian Tindakan pengobatan 100% sesuai. Ketersediaan sarana untuk mendukung pelaksanaan MTBS sangat mendukung dan lengkap.

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa penilaian MTBS mayoritas lengkap sebanyak 87%., klasifikasi MTBS 100% sesuai, kesesuaian Tindakan pengobatan 100% sesuai. Ketersediaan sarana untuk mendukung pelaksanaan MTBS sangat mendukung dan lengkap. Proses ini lebih memfokuskan pada aktifitas program MTBS. Hal-hal yang dilihat dari penerapan proses ini yaitu proses berjalannya program 79 MTBS. Dalam proses manajemen kasus MTBS setelah menilai dan mengklasifikasikan penyakit anak, langkah selanjutnya adalah menentukan tindakan dan memberi pengobatan yang dibutuhkan. Pengobatan anak sakit dapat dimulai dari pusat pelayanan kesehatan pertama dan diteruskan dengan pengobatan lanjut dirumah. Pada beberapa keadaan, anak yang sakit berat perlu dirujuk ke rumah sakit untuk perawatan lebih lanjut.

Dalam hal ini perlu dilakukan tindakan pra rujukan sebelum anak dirujuk (Depkes RI, 2008). Sebagian besar puskesmas dalam menangani balia sakit masih menggunakan metode konvensional sehingga semua pasien yang datang ditangani secara umum tanpa melihat statusnya. Petugas mengungkapkan bahwa tidak ada waktu untuk menggunakan formulir MTBS karena banyak pasien dan kegiatan yang harus ditangani. Jika menggunakan formulir MTBS, waktu yang digunakan untuk melayani pasien tidak akan cukup, karena 1 pasien memerlukan waktu sekitar 10-15 menit. Dengan demikian petugas mengatakan bahwa sebisa mungkin menerapkan sesuai dengan prosedur MTBS.

Tabel 3 menunjukkan sebanyak 16 bidan yang diteliti sebagian besar responden berusia >25 tahun sebanyak 75%. Berdasarkan pendidikan memperlihatkan bahwa

sebagian besar responden berpendidikan D-III Kebidanan sebanyak 63%. Kesesuaian pelayanan MTBS dengan pedoman kerja 100% sesuai.

Menurut Azwar(1999), pedoman kerja mempunyai peranan yang cukup penting, karena standar dipakai sebagai bahan bandingan. Pengertian standar pada dasarnya menurut pada tingkat ideal tercapai yang diinginkan. Untuk memandu para pelaksana program menjaga mutu agar tetap berpedoman pada standar yang telah ditetapkan, maka disusun pedoman atau petunjuk pelaksana. Standar profesi menurut UU Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan tentang penjelasan pasal 53 ayat (2) dinyatakan bahwa standar profesi adalah pedoman yang harus digunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi secara baik.

BAB 6

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Dari hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Tanah Kali Kedinding Surabaya, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Sebagian besar responden dalam usia 2 tahun sebanyak 23%, 53% berjeniskelamin perempuan, kunjungan pertama sebanyak 70%.
2. Penilaian MTBS mayoritas lengkap sebanyak 87%., klasifikasi MTBS 100% sesuai, kesesuaian Tindakan pengobatan 100% sesuai. Ketersediaan sarana untuk mendukung pelaksanaan MTBS sangat mendukung dan lengkap.
3. Kesesuaian pelayanan MTBS dengan pedoman kerja 100% sesuai.

5.2 SARAN

Perlunya meningkatkan monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan untuk meningkatkan kinerja bidan

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmadi, U.F. 2014. Pengembangan & Model Pembelajaran Tematik Intergratif. Jakarta: Presentasi Pustaka Publisher.
- Azrul Azwar, 1996, Pengantar Administrasi Kesehatan, Jakarta: Binarupa Aksara.
- Budioro, B.2002. Pengantar Administrasi Kesehatan Masyarakat, Badan penerbit UNDIP, Semarang.
- Depkes RI. 2006. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), Modul 1 – 7, Edisi 2
- Dirjen Kesehatan RI . 2006. Manajemen Terpadu Balita Sakit Modul 2 Penilaian dan Klasifikasi Anak Umur 2 Bulan Sampai 5 Tahun. Jakarta:
- Depkes RI . 2006. Manajemen Terpadu Balita Sakit Modul 3 Menentukan Tindakan Dan Memberi Pengobatan. Jakarta:
- Depkes RI . 2006. Manajemen Terpadu Balita Sakit Modul 7 Pedoman Penerapan MTBS di Puskesmas. Jakarta: Depkes RI .
- Depkes RI. 2008. Laporan Analisis Determinan Penyakit Menular Langsung (Pneumonia, Thypus/ Parathypus, Hepatitis) Hubungannya dengan Mordibilitas Di Indonesia. Jakarta: Depkes RI
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. 2014. Profil Kesehatan Kota Semarang 2014, Semarang: Dinkes Kota Semarang
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. 2014. Profil Kesehatan Kota Semarang Angka Kejadian Pneumonia 2014. Semarang: Dinkes Kota Semarang.
- Dirjen P2M dan PL Departemen Kesehatan RI. 2001. Pedoman Promosi Penanggulangan Pneumonia Balita. Jakarta: DepKes RI
- Effendi F, dan Makhfudi. 1998. Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Praktik dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Jakarta
- Hidayat. 2008. Pengantar Ilmu Kesehatan Anak Untuk Pendidikan Kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.
- Imbalo S, Pohon. 2007. Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan, Dasar-Dasar, Pengertian, dan Jakarta, 2005
- Laela Zumrotin Mukaromah. 2005. Hubungan Prilaku Petugas Manajemen Terpadu Balita Sakit Dalam Program P2ISPA Dengan Cakupan Pneumonia Di Puskesmas Kabupaten Kebumen. Skripsi. Program Sarjana Universitas Diponegoro
- Mann, C.J.D. 2011. A New Era for State Medicaid, and Children's Health Insurance Measurement. *Ademic Pediatrics*, 11: S87-S88
- Misnadiarly. 2008. Penyakit Infeksi Saluran Napas Pneumonia pada Balita, Orang Dewasa, Usia lanjut. Jakarta: Pustaka Obor Populer.

- N Raharjoe, dkk. 2008. Buku ajar Respirilogi Anak. Jakarta: Badan Penerbit IDAI Organisasi. Edisi ketujuh, Jilid 1, Erlangga, 2006. Nasir, A. 2011. Metode Penelitian. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Nurjazuli dan Retno Widyaningtyas. 2009. Faktor Risiko Dominan Kejadian Pneumonia Pada Balita. <http://jurnalresporologi.org/jurnal/April09/Artikel%20NURJAZULI.pdf>. Diakses 8 Agustus 2010.
- Palfrey, J.S. and Brei, T.J. 2011. Children's Health Care Providers, and Health Care Quality Penerapan. Jakarta: EGCPediatrics, 11: S95-S96
- Prabu. 1996. Etiologi Pneumonia agen Penyebab Infeksi. Jakarta: Universitas Indonesia, 2012. hlm 37.
- Prasetyawati. 2012. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Yogyakarta: Nuha Medika. Profile of Bacterial Pneumonia during Hajj. Indian J Med Res, 133: 510- 513.
- Programs.Academy. Puskesmas Halmahera. 2015 Profil Kesehatan Puskesmas Halmahera Tahun 2014. Semarang: Riangulasi dan Keabsahan Data Dalam Penelitian, penelitian/. Diakses pada tanggal 9 Juni 2015 Robbins,
- Stepen. 2008. Organisasi Behavior, Tenth Edition (Perilaku Organisasi Edisi ke sepuluh). Jakarta: Salemba Empat.
- Rosyidah Munawarah. 2008. Hubungan Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Diare dengan Kesembuhan Diare Akut pada Balita di Puskesmas 1Kartasura. Skripsi. Program Sarjana Universitas Muhammadiyah Kartasura.
- Rowe et Al. 2009. Handbook of Pharmaceutical Excipients, 6th Ed, The Pharmaceutical Press, London.
- Soekidjo Notoatmodjo. 2005. Pendidikan , Pengetahuan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta Rosdakarya. hlm. 189
- Soenarto. S.S. 2011. Vaksin Rotavirus Untuk Pencegahan Pneumonia. Buletin jendela data dan informasi kementerian Kemenkes RI, II 2011, pp-33-38.
- Sudarmayanti. 2001. Sumber Daya Manusia dan Produktifitas Kerja: Bandung: Mandar Maju.
- Sugiono, 2012. Metode Penelitian Kuantitatif , Kualitatif dan R& D hlm. 246- 252
- Nusa Putra dan Ninin Dwilestari. 2012. "Penelitian Kualitatif: pendidikan Anak Usia Dini", Jakarta: Rajagrafindo Persada
- Sugiono. 2009. Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif dan R&D), Bandung: Alfabeta, cet. IX, hlm. 329
- Sugiyono, 2008. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D, Bandung: ALFABETA, cet. IV , hlm. 244 Supriasa. 2002. Penilaian staus gizi. Jakarta: Buku Kedokteran EGC

WHO. 2005. Pneumonia Mortality in 2005.<http://www.who.int>. Akses tanggal 3 April 2016.

Wibowo, Suparto, Hary. 2008. Analisis Manajemen Mutu MTBS yang terkait dengan Mutu Penerapan Kegiatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Kabupaten Brebes Semarang: Universitas Diponegoro.

Wijono. 2002. hubungan Antara Karakteristik dan Kepuasan Kerja Supervisor Pasaraya Semarang. Salatiga: Fakultas Psikologi Satya Wacana.

Wiwiek Pudjiastuti. 2002. Analisis Kepatuhan Petugas Puskesmas Terhadap Manajemen Tatalaksana MTBS. Tesis. Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.

LAMPIRAN

1. Rincian Gaji dan Upah				
No	Uraian	Jam	Honor/Jam	Jumlah
		Kerja/Minggu	(Rp)	(Rp)
I.	Ketua	10 jam x 1	45.000	450.000
2.	Anggota	10 jam x 1	35.000	350.000
3.	Pembantu Teknis Lapangan	6 jam x 1	30.000	180.000
		Jumlah biaya		980.000
2. Bahan Habis Pakai dan Peralatan				
No.	Bahan	Volume	Biaya Satuan	Biaya (Rp)
1	Kertas HVS 80 gram			
	A4	2 rim	50.000	100.000
2	Tinta Refill Printer HP 360	2 buah	120.000	240.000
3	Alat Tulis Bolpoint	5 bh	7.000	35.000
4	Materai	5 bh	7.000	35.000
5	sovenir	16 bh	30.000	480.000
6	Konsumsi dan snack	20 bh	50.000	1.000.000
		Jumlah biaya		1.890.000
3. Rincian Pengumpulan dan Pengolahan data, laporan, publikasi seminar dan lain-lain				
No	Komponen	Volume	Biaya Satuan (Rp)	Jumlah (Rp.)
1	Perizinan	1	200.000	200.000
2	Pengumpulan dan pengolahan data	1	230.000	230.000
3	Penyusunan laporan	3	100.000	300.000
4	Desiminasi/seminar	1	300.000	300.000
5	Publikasi/jurnal	1	500.000	500.000
		Jumlah biaya		1.530.000
4. Perjalanan				
Material	Tujuan	Kuantitas	Jumlah (Rp)	
Ketua	a.Pengorganisasian persiapan kegiatan	8 kali	1.100.000	
	b.Pendampingan Pendidikan dari UM Surabaya			
	c.Evaluasikegiatan, dll			
Anggota	a.Pengorganisasian persiapan kegiatan	8 kali	800.000	
	b.Pendampingan Pendidikan dari UM Surabaya			
	c.Evaluasikegiatan			
	SUB TOTAL		1.900.000	
		Total		6.300.000

Lampiran Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	BULAN Ke-					
		1	2	3	4	5	6
1	Mengadakan pertemuan awal antara ketua dan tim pembantu peneliti						
2	Menetapkan rencana jadwal kerja dan Menetapkan pembagian kerja						
3	Menetapkan desain penelitian dan Menentukan instrument penelitian						
4	Menyusun proposal dan Mengurus perijinan penelitian						
5	Mempersiapkan, menyediakan bahan dan peralatan penelitian						
6	Melakukan Penelitian						
7	Melakukan pemantauan atas pengumpulan data, Menyusun dan mengisi format tabulasi, Melakukan analisis data, Menyimpulkan hasil analisis, Membuat tafsiran dan kesimpulan hasil serta membahasnya						
8	Menyusun Laporan Penelitian						