



Kementerian Kesehatan  
Republik Indonesia

613.043.2

Ind

P

# Pedoman Penyelenggaraan MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT BERBASIS MASYARAKAT (MTBS-M)



Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak  
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

2014

Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

613.042.2

Ind

p

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI.  
Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.  
**Pedoman Penyelenggaraan Manajemen Terpadu  
Balita Sakit Berbasis Masyarakat (MTBS-M).**  
Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. 2014

ISBN 978-602-235-475-8

1. Judul I. INFANT CARE  
II. CHILD CARE III. CHILD HEALTH SERVICES

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**



**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**NOMOR 70 TAHUN 2013**

**TENTANG**

**PENYELENGGARAAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT**

**BERBASIS MASYARAKAT**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,**

- Menimbang : a. bahwa kesulitan akses pelayanan kesehatan pada beberapa daerah di Indonesia menyebabkan masih tingginya kematian neonatal, bayi, dan anak balita;
- b. bahwa dalam rangka pemberian akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat pada beberapa daerah kesulitan akses di Indonesia, perlu melibatkan peran serta aktif masyarakat dalam pelayanan kesehatan neonatal, bayi dan anak balita berdasarkan standar dan ketentuan yang berlaku;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penyelenggaraan Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Masyarakat;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 109, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4235);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia

- Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
  4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 828/Menkes/SK/IX/2008 tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
  5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 35 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 741);
  6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2011 tentang Pedoman Pengintegrasian Layanan Sosial Dasar di Pos Pelayanan Terpadu (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 288);

#### MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PENYELENGGARAAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT BERBASIS MASYARAKAT.

#### Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan :

1. Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Masyarakat yang selanjutnya disingkat MTBS-M adalah pendekatan pelayanan kesehatan bayi dan anak balita terintegrasi dengan melibatkan masyarakat sesuai standar Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

2. Bayi Muda adalah bayi dengan rentang usia mulai dari baru lahir hingga sebelum genap berusia 2 (dua) bulan.
3. Balita adalah bayi berusia 2 (dua) bulan hingga sebelum genap berusia 5 (lima) tahun.

#### Pasal 2

Penyelenggaraan MTBS-M tidak mengesampingkan kewajiban pemerintah daerah untuk memenuhi kebutuhan sumber daya kesehatan.

#### Pasal 3

- (1) Penyelenggaraan MTBS-M bertujuan untuk meningkatkan akses pelayanan Balita sakit di tingkat masyarakat pada daerah yang sulit akses terhadap pelayanan kesehatan.
- (2) Daerah sulit akses sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada :
  - a. kelompok masyarakat yang tidak mendapatkan sumber daya kesehatan yang berkesinambungan;
  - b. kelompok masyarakat dengan kendala sosial budaya; dan/ atau
  - c. kelompok masyarakat dengan kendala geografis, transportasi, dan musim.

#### Pasal 4

- (1) Penentuan daerah sulit akses sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ditetapkan oleh Bupati/Walikota atas usulan dari Kepala Dinas Kesehatan setempat.
- (2) Kepala Dinas Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dalam mengusulkan daerah sulit akses harus terlebih dahulu melakukan pemetaan.
- (3) Penetapan daerah sulit akses oleh Bupati/Walikota sekurang-kurangnya memuat Kecamatan sulit akses penyelenggara MTBS-M.

#### Pasal 5

- (1) Pelayanan MTBS-M dilakukan oleh kader setempat yang telah mendapatkan pelatihan sebagai pelaksana.
- (2) Dalam melakukan pelayanannya, kader pelaksana MTBS-M sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus di bawah pengawasan tenaga kesehatan yang berasal dari Puskesmas pelaksana MTBS setempat.
- (3) Tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai supervisor.

## Pasal 6

Puskesmas pelaksana MTBS setempat dan dinas kesehatan kabupaten/kota harus melakukan supervisi secara berkala terhadap pelaksanaan MTBS-M.

## Pasal 7

- (1) Penyelenggaraan upaya kesehatan MTBS-M dilakukan melalui kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, dan/atau kuratif terbatas.
- (2) Pelayanan kuratif terbatas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berakhir setelah pelayanan kesehatan di daerah penyelenggara MTBS-M tersebut telah dilakukan oleh tenaga kesehatan.
- (3) Dalam hal daerah penyelenggara MTBS-M sudah dinyatakan bukan sebagai daerah sulit akses pelayanan kesehatan, penyelenggaraan MTBS-M harus berakhir dan pelaksanaan pelayanan kesehatan oleh kader pelaksana difokuskan hanya pada kegiatan promotif dan preventif termasuk mempromosikan perilaku pencarian pertolongan kesehatan dan perawatan balita di rumah.

## Pasal 8

- (1) Ketentuan lebih lanjut mengenai penyelenggaraan MTBS-M sebagaimana tercantum dalam Lampiran Pedoman Penyelenggaraan MTBS-M yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.
- (2) Pedoman penyelenggaraan MTBS-M sebagaimana dimaksud pada ayat (1) digunakan sebagai acuan bagi Pemerintah, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, organisasi profesi, organisasi sosial dan keagamaan serta lembaga swadaya masyarakat yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan ibu dan anak.

## Pasal 9

Pembinaan dan Pengawasan terhadap Penyelenggaraan MTBS-M dilaksanakan oleh Menteri, gubernur, bupati/walikota, dan kepala dinas kesehatan kabupaten/kota dengan mengikutsertakan organisasi profesi dan masyarakat sesuai kewenangan masing-masing.

## Pasal 10

Pendanaan terhadap Penyelenggaraan MTBS-M ini bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah atau sumber lainnya yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 11

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 11 November 2013  
MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,



NAFSIAH MBOI

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 10 Desember 2013  
MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Amir Syamsudin', is written over the text of the Minister of Law and Human Rights.

AMIR SYAMSUDIN

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2013 NOMOR 1437







## DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

1. ADD : Alokasi Dana Desa
2. AKABA : Angka Kematian Balita
3. AKB : Angka Kematian Bayi
4. APBD : Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
5. APBN : Anggaran Pendapatan Belanja Nasional
6. AKN : Angka Kematian Neonatus
7. BBLR : Bayi Berat Lahir Rendah
8. BPS : Badan Pusat Statistik
9. CTPS : Cuci Tangan Pakai Sabun
10. DOEN : Daftar Obat Esensial Nasional
11. DPT-HB3 : Difteri Pertusis Tetanus-Hepatitis B3
12. DTPS : *District Team Problem Solving*
13. IMD : Inisiasi Menyusu Dini
14. KIA : Kesehatan Ibu dan Anak
15. KPKIA : Kelompok Peminat Kesehatan Ibu dan Anak
16. LB1 : Laporan bulanan data kesakitan
17. LPLPO : Laporan Pemakaian dan Lembar Permintaan Obat
18. LiST : *Lives Saved Tool*
19. MDGs : *Millenium Development Goals*
20. MMD : Musyawarah Masyarakat Desa
21. MP-ASI : Makanan Pendamping ASI
22. MTBS : Manajemen Terpadu Balita Sakit
23. MTBS-M : Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis Masyarakat
24. Musrenbang : Musyawarah Perencanaan Pembangunan
25. PKK : Pendidikan Kesejahteraan Keluarga
26. PLA : *Participatory Learning and Action*
27. POA : *Plan Of Action*
28. PMBA : Pemberian Makan pada Bayi dan Anak
29. PNPM : Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat
30. Podes : Potensi Desa
31. PPIA : Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak
32. PUS : Pasangan Usia Subur
33. RDT : *Rapid Diagnostic Test*
34. REACH : *Reaching for Equity and Access in Child Health*
35. Rifaskes : Riset Fasilitas Kesehatan
36. Riskesdas : Riset Kesehatan Dasar
37. RPK : Rencana Peningkatan Kompetensi
38. SAM : Service Availability Mapping
39. SDM : Sumber Daya Manusia
40. SIK : Sistem Informasi Kesehatan
41. SMD : Survey Masyarakat Desa



## UCAPAN TERIMA KASIH

Pedoman Penyelenggaraan Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis Masyarakat (MTBS-M) disusun sebagai acuan bagi Pemerintah, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, organisasi profesi, organisasi sosial dan keagamaan serta lembaga swadaya masyarakat yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan ibu dan anak khususnya di daerah yang sulit akses.

Penyusunan pedoman ini melibatkan Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan lembaga mitra, lintas sektor dan lintas program terkait, organisasi profesi, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten terkait dan telah dilakukan uji coba di Kabupaten Berau, Provinsi Kalimantan Timur.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada semua pihak yang terlibat dalam pembahasan selama penyusunan pedoman ini, yaitu kepada Dinas Kesehatan Provinsi Aceh, Jawa Tengah, Kalimantan Timur, Maluku, NTT, Papua, Dinas Kesehatan Kabupaten Bireun, Brebes, Buru, Timor Tengah Selatan, Kutai Timur, Berau, dan Jayawijaya, UNICEF, WHO, ChildFund, Wahana Visi Indonesia, MCHIP, Mercy Corps, PB IDI, PP IDAI, PRES FKM UI, Bappenas, dan lintas program terkait.

Direktur Bina Kesehatan Anak



dr. Jane Soepardi



## KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa dengan kuasa-Nya juga kita dapat menyelesaikan Pedoman Penyelenggaraan Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis Masyarakat (MTBS-M).

Upaya pencapaian target MDG 4 dalam menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) mengalami perlambatan dalam 10 tahun terakhir. Berdasarkan SDKI, pada tahun 1991, AKB 68/1000 Kelahiran Hidup (KH) dan AKABA 97/1000 KH; tahun 2007 AKB 34/1000 KH dan AKABA 44/1000 KH serta tahun 2012 AKB 32/1000 KH dan AKABA 40/1000 KH. Untuk mencapai target AKB 23/1000 KH dan AKABA 32/1000 KH pada akhir tahun 2015 diperlukan berbagai upaya percepatan yang terbukti efektif dan teruji implementasinya di lapangan.

Dari hasil analisis laporan pencapaian MDG Indonesia tahun 2011, upaya percepatan penurunan angka kematian bayi dan balita perlu difokuskan terutama pada peningkatan akses dan kualitas pelayanan neonatal, menurunkan prevalensi dan kematian yang disebabkan oleh diare dan pneumonia, mengurangi dan menanggulangi gizi kurang dan gizi buruk serta meningkatkan cakupan imunisasi campak.

Intervensi yang dilakukan untuk menurunkan kematian neonatal, bayi, dan balita meliputi intervensi baik di tingkat keluarga dan masyarakat, di tingkat pelayanan kesehatan dasar serta di tingkat pelayanan kesehatan rujukan. Intervensi di tingkat keluarga dan masyarakat bagi daerah yang memiliki masalah dengan akses pelayanan kesehatan memerlukan pemberdayaan/peran serta aktif masyarakat sesuai dengan standar yang terdapat dalam Permenkes No. 70 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis Masyarakat (MTBS-M).

Fokus kegiatan MTBS-M diantaranya mempromosikan perilaku pencarian pertolongan kesehatan, perawatan balita di rumah dan pelatihan kepada anggota masyarakat yaitu kader untuk melakukan pengobatan sederhana kasus bayi muda dan balita sakit (diare, pneumonia, demam untuk malaria, dan masalah bayi baru lahir).

Agar dapat menyelenggarakan MTBS-M sesuai dengan kondisi dan kebutuhan daerah masing-masing, maka dibutuhkan Pedoman Penyelenggaraan Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis Masyarakat (MTBS-M) yang disusun sebagai acuan bagi Pemerintah, pemerintah daerah provinsi, pemerintah daerah kabupaten/kota, organisasi profesi, organisasi sosial dan keagamaan serta lembaga swadaya masyarakat yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Kami mengucapkan terima kasih pada semua pihak yang telah berkontribusi terhadap tersusunnya pedoman ini. Kami menyadari bahwa pedoman ini masih kurang sempurna, sehingga saran dan masukan untuk upaya perbaikan sangat kami harapkan.

Direktur Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak

  
dr. Anung Sugihantono, M.Kes



## SAMBUTAN

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Pertama-tama marilah kita memanjatkan puji syukur ke hadirat Allah SWT, bahwa atas rahmat dan hidayah-Nya, kita dapat menyelesaikan penyusunan buku Pedoman Penyelenggaraan Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis Masyarakat.

Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan bahwa angka kematian neonatal (AKN), angka kematian bayi (AKB) dan angka kematian balita (AKABA) mengalami stagnan atau sedikit menurun dibandingkan hasil SDKI 2007 Target MDGs adalah menurunkan angka kematian balita (AKABA) dua pertiganya menjadi 32 per 1000 kelahiran hidup dan angka kematian bayi (AKB) menjadi 23 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Hal ini berarti bahwa Indonesia harus berupaya keras untuk mencapai target MDG 4 pada tahun 2015.

Sesuai amanat Undang Undang nomor 23 tahun 2002, dalam pemenuhan hak anak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, Kementerian Kesehatan RI telah melakukan berbagai upaya. Salah satu permasalahan dalam pelayanan adalah disparitas yang disebabkan masalah geografis, ketersediaan ketenagaaan dan sarana. Untuk ini perlu kebijakan yang berkeadilan dan pemerataan (*equity*) dalam memprioritaskan langkah untuk menjangkau daerah sulit dan anak dari keluarga miskin terlebih dahulu. Salah satu upaya adalah peningkatan pemberdayaan masyarakat terhadap kesehatan terutama di daerah yang sulit akses terhadap pelayanan kesehatan dengan meningkatkan peran serta kader, tokoh masyarakat dan tokoh agama).

MTBS-M merupakan pendekatan pelayanan kesehatan balita terintegrasi yang bertujuan untuk meningkatkan akses terhadap perawatan esensial bayi muda dan tatalaksana balita sakit di tingkat masyarakat, fokus pada preventif, promotif dan deteksi dini penyakit. Sebagaimana mandat dalam UUD 1945, anak mempunyai hak untuk hidup, tumbuh & berkembang serta mendapatkan perlindungan dari kekerasan & diskriminasi.

Akhir kata, saya mengharapkan dengan disusunnya pedoman ini dapat memberi manfaat sebagai acuan Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten dan Kota dalam perencanaan, penerapan, monitoring dan evaluasi MTBS-M.

Wabillahi taufiq walhidayah.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Menteri Kesehatan Republik Indonesia

dr. Nafsiah Mboi, Sp.A, MPH





## DAFTAR ISI

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA	i
DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN	vii
UCAPAN TERIMA KASIH	ix
KATA PENGANTAR	xi
S A M B U T A N	xiii
DAFTAR ISI	xv
BAB I    PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. INDIKATOR KELANGSUNGAN HIDUP ANAK	3
C. TUJUAN	3
D. SASARAN DAN TARGET	4
BAB II    MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT BERBASIS MASYARAKAT	5
A. PRINSIP DASAR	5
B. PAKET INTERVENSI DALAM MTBS-M	5
C. KERANGKA BERPIKIR PELAKSANAAN MTBS-M	7
D. RUANG LINGKUP PENERAPAN MTBS-M	8
E. ANALISIS SITUASI PENGEMBANGAN MTBS-M	10
BAB III    PERSIAPAN PENERAPAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT BERBASIS MASYARAKAT	15
A. MEMPERSIAPKAN KELENGKAPAN DOKUMEN PENDUKUNG	15
1. DASAR HUKUM	15
2. PETUNJUK TEKNIS	15
3. INSTRUKSI KERJA	15
4. STANDAR KOMPETENSI	16
5. HAL-HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN KADER PELAKSANA MTBS-M	18
B. MEMPERSIAPKAN STRUKTUR KELEMBAGAAN	19
C. LANGKAH - LANGKAH PERSIAPAN PENERAPAN MTBS-M	22
D. MEMPERSIAPKAN LOGISTIK	24
BAB IV    PELAKSANAAN MTBS-M	27
A. SOSIALISASI MTBS-M	27
B. PELATIHAN BAGI PELAKSANA MTBS-M	27
C. PENERAPAN MTBS-M	28
D. SUPERVISI SUPORTIF	29

E. PENYEGARAN KOMPETENSI BERKALA BAGI KADER PELAKSANA MTBS-M	31
F. MONITORING PENYELENGGARAAN MTBS-M	31
G. EVALUASI MTBS-M	33
BAB V    PENCATATAN DAN PELAPORAN	35
BAB VI    PENGEMBANGAN DAN PERLUASAN MTBS-M	37
A. PRINSIP PENGEMBANGAN DAN PERLUASAN	37
B. LANGKAH-LANGKAH PENGEMBANGAN DAN PERLUASAN MTBS-M	38
BAB VII    PENUTUP	41
REFERENSI	43
LAMPIRAN 1 : CONTOH PEMETAAN	45
LAMPIRAN 2 : CONTOH KODE ETIK KADER MTBS-M di PAPUA	50
LAMPIRAN 3 : SUPERVISI	51
LAMPIRAN 4 : FORMAT PENILAIAN KOMPETENSI KADER	55
LAMPIRAN 5 : FORMAT PENCATATAN DAN PELAPORAN	56
LAMPIRAN 6 : CONTOH FORMULIR RUJUKAN DAN UMPAN BALIK RUJUKAN	62
KONTRIBUTOR	63

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Indonesia telah menunjukkan kemajuan yang signifikan dalam penurunan angka kematian balita (AKABA) sejak tahun 1990, meskipun trend penurunan menunjukkan perlambatan dalam beberapa tahun terakhir yaitu 40 kematian per 1000 kelahiran hidup (KH) dan angka kematian bayi (AKB) 32 per 1000 KH pada tahun 2012 (SDKI 2012).

Sebanyak 15 (lima belas) dari 33 (tiga puluh tiga) propinsi di Indonesia mempunyai AKABA lebih tinggi dari angka rata-rata nasional, berkisar dari 42 per 1000 kelahiran hidup di Provinsi Kepulauan Riau kemudian 115 per 1000 kelahiran hidup di Provinsi Papua (SDKI 2012). Hal ini menunjukkan perbedaan yang besar secara nasional dan adanya tantangan besar untuk menjawab isu keadilan (*equity issue*). Angka kematian balita di kuintil termiskin dalam populasi 3,6 kali lebih tinggi dibandingkan dalam kuintil terkaya (Utomo et al., 2011). Pada era desentralisasi, pengukuran angka kematian berbasis kabupaten telah menjadi isu, terutama dimana sistem pencatatan vital tidak berfungsi dan kelahiran tidak tercatat (Heywood and Choi, 2010). Bahkan dalam satu provinsi pun terdapat disparitas yang cukup signifikan antar kabupaten (Risikesdas 2007).

Sekitar 36% dari kematian balita di Indonesia disebabkan oleh masalah bayi baru lahir (neonatal) diantaranya asfiksia, Berat Badan Lahir Rendah, kelahiran prematur, infeksi bayi baru lahir, diikuti oleh diare 17,2%, pneumonia 13,2%. Pada bayi baru lahir (0-28 hari), 78,5 % kematian terjadi pada minggu pertama kehidupan (Risikesdas, 2007). Gizi kurang pada masa kehamilan dan kanak-kanak merupakan penyumbang jumlah kesakitan lebih dari sepertiga kematian secara global (UNICEF, 2010).

Penanganan kondisi tersebut di atas seharusnya dilakukan oleh tenaga medis yaitu dokter, namun di Indonesia masih banyak desa yang tidak punya akses ke pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter. Pemerintah dan pemerintah daerah mendukung bidan/perawat bekerja sama dengan dukun untuk melaksanakan pertolongan persalinan yang aman dan perawatan bayi baru lahir yang baik. Bidan/perawat juga diberi wewenang tertentu untuk memberikan penanganan penyakit pada balita melalui Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

Data Potensi Desa (PODES) tahun 2011 menunjukkan bahwa 15% desa di Indonesia tidak mempunyai akses kepada tenaga kesehatan. Beberapa negara dengan situasi yang sama telah membuktikan bahwa pemberdayaan masyarakat seperti kader dan dukun dapat dilatih untuk mengenali tanda bahaya umum,

perawatan esensial bayi baru lahir dan penyakit-penyakit utama penyebab kematian balita seperti pneumonia, diare atau malaria. Pelatihan tersebut juga mencakup penanganan penyakit sederhana lainnya serta keterampilan untuk merujuk ke tenaga kesehatan.

Perawatan esensial bayi baru lahir termasuk promosi Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif terbukti dapat mencegah penyakit-penyakit tersebut di atas dan dapat memastikan status gizi serta daya tahan tubuh bayi yang optimal.

Berdasarkan laporan ilmiah Lancet 2005 *Millenium Project* 2005, penanganan pneumonia dengan antibiotik serta penanganan diare dengan oralit dan zink mempunyai dampak besar menurunkan AKABA. Meskipun demikian proporsi balita yang menerima penanganan antibiotika untuk kasus pneumonia di Indonesia tidak diketahui. Pemberian zink dan oralit sudah dilakukan di hampir seluruh daerah di Indonesia seiring dimasukkannya zink dalam Daftar Obat Esensial Nasional 2010 untuk pengobatan diare namun penanganan diare dengan oralit saja tahun 2007 hanya sekitar 35% dari balita diare (BPS, 2008).

Hasil survei Baseline Program *Reaching for Equity and Access in Child Health* (REACH) di 4 (empat) kabupaten di Indonesia tahun 2011 (Kabupaten Jayawijaya, Kabupaten Buru, Kabupaten Timor Tengah Selatan dan Kabupaten Brebes) menunjukkan cakupan pemberian hanya ASI saja dalam 24 jam terakhir pada bayi usia 0-6 bulan adalah sebesar 52.2%. Tetapi cakupan ini menurun tajam menjadi 13.2% jika pemberian hanya ASI saja ditambah dengan melakukan IMD dan memberikan kolostrum. Balita yang menderita diare dalam 2 minggu terakhir adalah 13.75% dan yang mendapatkan pengobatan hanya oralit 57.7%, hanya zink 10.45% dan mendapatkan oralit ditambah zink sebesar 2.75%. Sementara itu cakupan balita pneumonia yang mendapatkan antibiotik sebesar 22.15%.

Kematian ibu, bayi baru lahir, bayi dan anak balita serta balita gizi kurang saling terkait dengan penyebab-penyebab dasar seperti masalah ketahanan-pangan (*Food-Insecurity*), buta huruf pada wanita, kehamilan pada usia muda, melahirkan bayi yang tidak sehat termasuk bayi berat lahir rendah. Penyebab dasar lainnya adalah pola pemberian makan yang kurang baik, higiene yang buruk, akses air bersih dan sanitasi yang tidak memadai, diskriminasi dan kurang diutamakannya ibu dan anak terhadap akses pelayanan kesehatan dan gizi. Diskriminasi dapat disebabkan oleh kemiskinan, marginalisasi secara geografi dan politik, sumber daya kesehatan yang kurang, tidak responsif serta tidak sesuai dengan budaya lokal (UNICEF, 2010).

Upaya penurunan angka kematian bayi baru lahir, bayi dan anak balita merupakan prioritas utama Kementerian Kesehatan dalam mendukung pencapaian tujuan pembangunan milenium (MDGs) yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014. Salah satu strateginya

adalah pemberdayaan masyarakat dalam perawatan bayi baru lahir, deteksi dini penyakit balita serta meningkatkan dukungan agar rujukan dapat berjalan sedini mungkin.

## **B. INDIKATOR KELANGSUNGAN HIDUP ANAK**

Intervensi inti yang menjadi indikator keberhasilan kelangsungan hidup anak meliputi:

1. Perlindungan tetanus neonatorum
2. Persalinan tenaga kesehatan
3. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)
4. Kunjungan neonatal pertama
5. ASI Eksklusif
6. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)
7. Imunisasi DPT-HB3
8. Cakupan imunisasi campak
9. Balita yang tidur di bawah kelambu berinsektisida
10. Pemberian oralit dan zinc pada balita diare
11. Balita yang mendapat pengobatan malaria
12. Rumah tangga yang memiliki akses fasilitas sanitasi
13. Rumah tangga yang memiliki akses air bersih

## **C. TUJUAN**

1. Tujuan Umum:  
Meningkatkan akses pelayanan balita sakit di tingkat masyarakat yang sesuai standar.
2. Tujuan Khusus:
  - a. Tersedianya pedoman operasional untuk perencanaan dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dengan MTBS-M
  - b. Tersedianya kebijakan dan terjadinya koordinasi yang mendukung penyelenggaraan serta pengembangan pendekatan MTBS-M
  - c. Meningkatnya kemampuan dan keterampilan pelaksana pelayanan di tingkat masyarakat beserta supervisor dan penanggung jawab program Kesehatan Ibu dan Anak dalam tatalaksana dan manajemen pelayanan kesehatan dengan pendekatan MTBS-M

- d. Menjamin kualitas pelayanan kesehatan anak yang semakin meningkat, terbukti dan berkesinambungan
- e. Meningkatkan keterlibatan masyarakat dan pelaksana MTBS-M dalam mendukung penyelenggaraan MTBS-M.
- f. Meningkatkan kemitraan dan kerjasama jejaring kesehatan ibu dan anak dalam pemenuhan sisi kebutuhan (*demand*) pelayanan serta pencarian pertolongan kesehatan.

#### **D. SASARAN DAN TARGET**

##### 1. Sasaran :

- a. Sasaran langsung; dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, organisasi profesi, organisasi sosial dan keagamaan serta Lembaga Swadaya Masyarakat yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan ibu dan anak.
- b. Sasaran tidak langsung; balita, orang tua balita, pengasuh balita, keluarga dan masyarakat

##### 2. Target:

Setiap pemerintah daerah kabupaten/kota yang memiliki dimensi kesulitan akses dan penyediaan pelayanan kesehatan di tingkat desa/kelurahan.

## **BAB II**

### **MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT BERBASIS MASYARAKAT**

#### **A. PRINSIP DASAR**

Pendekatan pelayanan kesehatan dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit berbasis Masyarakat dilaksanakan dengan prinsip dasar:

1. Menjalin kemitraan antara fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dengan masyarakat yang dilayaninya.
2. Meningkatkan akses ketersediaan pelayanan dan informasi kesehatan yang memadai di tingkat masyarakat.
3. Memadukan promosi perilaku sehat dalam keluarga yang sangat penting untuk kelangsungan hidup dan tumbuh kembang anak.

#### **B. PAKET INTERVENSI DALAM MTBS-M**

Dengan melaksanakan MTBS-M, pendekatan pelayanan kesehatan untuk kelangsungan hidup anak diharapkan akan mendukung peningkatan cakupan intervensi-intervensi promotif dan kuratif sebagai berikut:

1. Promosi perilaku sehat dan pencarian pertolongan kesehatan
2. Inisiasi Menyusu Dini dan ASI Eksklusif
3. Menjaga kehangatan untuk semua bayi baru lahir
4. Perawatan metoda kanguru untuk bayi berat lahir rendah (BBLR)
5. Perawatan tali pusat pada bayi baru lahir
6. CTPS (Cuci Tangan Pakai Sabun)
7. Pemakaian kelambu
8. Pemberian ASI hingga 2 tahun atau lebih disertai Makanan Pendamping (MP) ASI
9. Pemberian salep antibiotika untuk infeksi pada bayi baru lahir
10. Pemberian oralit dan zinc untuk balita yang menderita diare
11. Pemberian antibiotika yang tepat untuk pneumonia (kotrimoksazol sebagai pilihan pertama)
12. Pemberian terapi kombinasi berbasis artemisinin untuk malaria

Intervensi-intervensi tersebut di atas dikemas dalam paket-paket pelayanan sesuai prinsip *continuum of care* mulai dari bayi lahir hingga sebelum genap berusia lima tahun.

<b>Paket MTBS-M bayi muda umur 0 – 2 bulan</b>	
1.	Perawatan esensial bayi baru lahir ( <i>essential newborn care</i> )
2.	Pengenalan tanda bahaya bayi baru lahir serta persiapan rujukan
3.	Penatalaksanaan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)
4.	Penatalaksanaan infeksi pada bayi baru lahir
<b>Paket MTBS-M balita umur 2 bulan – 5 tahun</b>	
1.	Pengenalan tanda bahaya balita serta persiapan rujukan
2.	Penatalaksanaan diare
3.	Penatalaksanaan pneumonia
4.	Penatalaksanaan demam

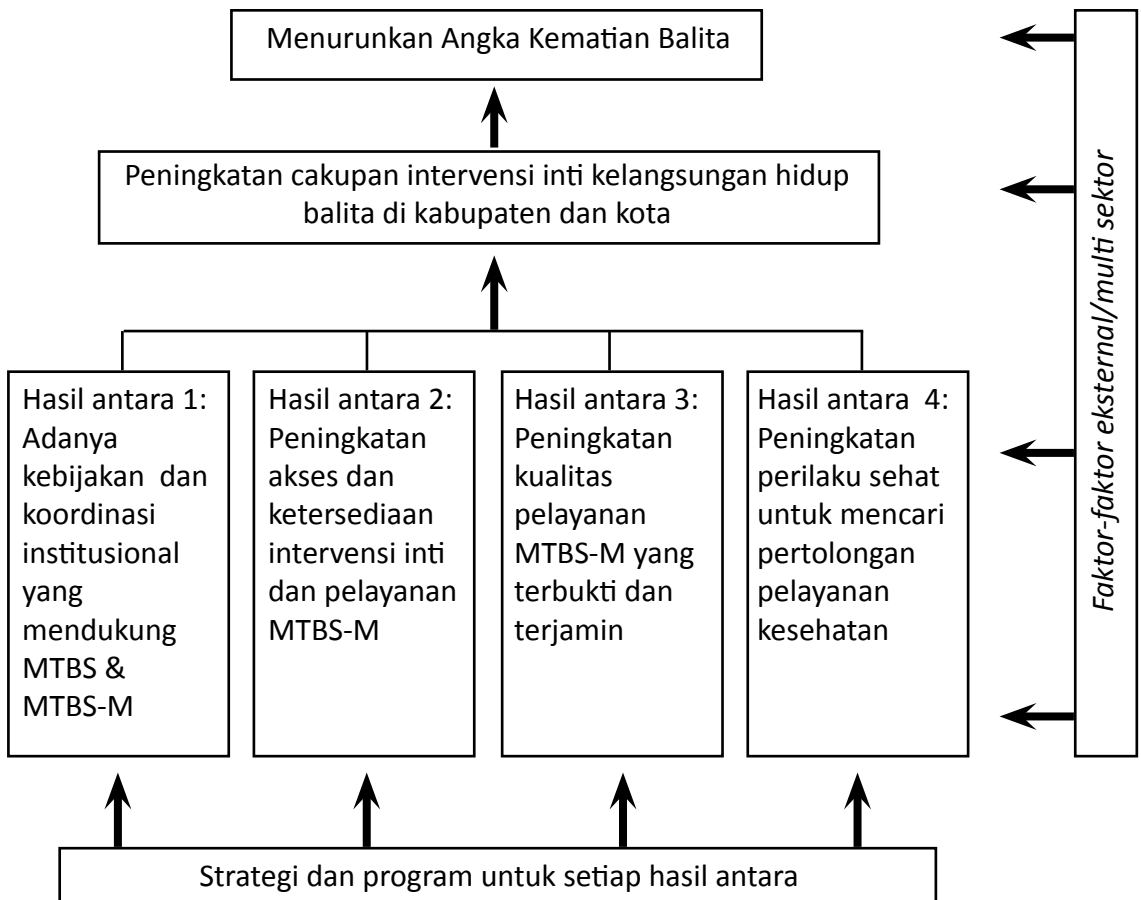
*Catatan* : paket dapat dilaksanakan pada daerah sulit akses yang membutuhkan pelayanan kesehatan dengan pendekatan MTBS-M disesuaikan dengan keadaan dan kondisi daerah sulit akses seperti yang tercantum dalam Bab II sub bab D Ruang Lingkup Penerapan MTBS-M.



### C. KERANGKA BERPIKIR PELAKSANAAN MTBS-M

Dalam pelaksanaan MTBS-M diperlukan strategi-strategi dan program untuk mencapai hasil-hasil antara:

**GRAFIK 1. KERANGKA KONSEP PELAKSANAAN MTBS-M**



Sumber: Kerangka Pelaksanaan MTBS-M Global, Montreaux 2010

#### **D. RUANG LINGKUP PENERAPAN MTBS-M**

Perencanaan dan penyelenggaraan MTBS-M di daerah kabupaten/kota merupakan bagian dari Rencana Aksi Nasional kelangsungan hidup anak.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dengan pendekatan MTBS-M diterapkan pada daerah sulit akses di kabupaten/kota. Dengan fokus kegiatan untuk mempromosikan perilaku pencarian pertolongan kesehatan, perawatan balita di rumah dan pelatihan kepada anggota masyarakat yaitu kader untuk melakukan pengobatan sederhana kasus bayi muda dan balita sakit (diare, pneumonia, demam untuk malaria, dan masalah bayi baru lahir). Kader tersebut harus dipilih oleh masyarakat dan dilatih untuk menangani masalah-masalah kesehatan perorangan atau masyarakat serta bekerja dalam hubungan yang amat dekat dengan tempat-tempat pemberian pelayanan kesehatan

Penentuan wilayah dengan keterbatasan pelayanan kesehatan ditetapkan melalui surat keputusan Bupati dan Walikota yang mengacu pada kriteria kelompok masyarakat umum sebagai berikut:

1. Kelompok masyarakat yang tidak mendapatkan sumber daya kesehatan yang berkesinambungan.

Di beberapa wilayah Indonesia jumlah sumber daya tenaga kesehatan masih terbatas dan sebarannya tidak merata. Perbandingan antara fasilitas pelayanan kesehatan dasar dengan jumlah tenaga kesehatan masih belum sesuai, hal ini menyebabkan pelayanan kesehatan tidak dapat berjalan secara berkesinambungan. Banyak daerah yang belum menganggarkan biaya operasional maupun penyediaan logistik yang cukup untuk dapat mendukung pelayanan kesehatan dasar bagi anak dan ibu secara rutin.

Dengan keterbatasan sumber daya, maka pendekatan yang dilakukan adalah melalui keterpaduan pelayanan dan melibatkan peran serta masyarakat.

2. Kelompok masyarakat dengan kendala sosial budaya

Kelompok masyarakat yang memiliki akses ke fasilitas pelayanan kesehatan namun tidak memanfaatkan, karena :

- a. Masalah sosioekonomi dan sosiokultural, misalnya adanya budaya bahwa bayi yang belum berumur 40 hari tidak boleh keluar rumah, sehingga orang tua tidak mau membawa bayinya ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan.
- b. Ketidaktahuan masyarakat tentang pelayanan kesehatan, manfaat serta akibat yang akan timbul bila anak tidak mendapatkan pertolongan kesehatan.
- c. Kelompok masyarakat yang hidup secara berpindah-pindah.
- d. Kelahiran anak yang tidak terdaftar dan / atau tidak diinginkan.

Pada kelompok ini sangat dibutuhkan keterlibatan lintas sektor, antropolog, organisasi masyarakat, tokoh masyarakat termasuk tokoh agama, dan tokoh adat dalam rangka pendekatan, pendidikan, dan penyebarluasan informasi tentang pelayanan kesehatan.

3. Kelompok masyarakat dengan kendala geografis, transportasi dan musim.

Di Indonesia banyak daerah yang sulit dijangkau oleh pelayanan kesehatan dasar rutin seperti wilayah pegunungan, pedalaman, dan rawa-rawa; pulau kecil/gugus pulau dan daerah pesisir; atau daerah perbatasan dengan negara lain, baik darat maupun pulau-pulau kecil terluar. Hambatan lain dikarenakan kondisi ketersediaan transportasi umum dan rutin yang digunakan baik darat, laut maupun udara (hanya 1 kali seminggu); waktu tempuh memerlukan waktu pulang-pergi lebih dari 6 jam perjalanan; hanya tersedia transportasi dengan pesawat udara untuk mencapai lokasi; transportasi yang ada sewaktu-waktu terhalang kondisi iklim/cuaca (seperti musim angin, gelombang, dan lain-lain) atau tidak tersedia transportasi umum.

Di beberapa daerah sulit ini, mungkin terdapat fasilitas pelayanan kesehatan tapi tanpa tenaga profesional, sarana dan prasarana yang sangat minim atau memang lokasinya sangat jauh dari tempat tinggal penduduk. Untuk masyarakat yang tinggal di daerah kepulauan maupun pegunungan, tenaga kesehatan dapat saja kesulitan menjangkau daerah tersebut untuk memberikan pelayanan kesehatan pada musim-musim tertentu akibat cuaca yang buruk.

Pelayanan kesehatan dengan pendekatan MTBS-M merupakan pendekatan pelayanan kesehatan balita yang harus didukung oleh pemerintah daerah, dalam hal ini terutama oleh dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota.

Dalam melaksanakan pelayanan kesehatan dengan pendekatan MTBS-M, Kader pelaksana tidak boleh memperlakukan pelayanan yang diberikannya sebagai praktek perseorangan/mandiri.

Tata laksana kasus di luar paket intervensi MTBS-M yang telah ditetapkan, harus dirujuk kader pelaksana MTBS-M ke fasilitas pelayanan kesehatan dasar.

**MTBS-M TIDAK DAPAT DIJALANKAN SEBAGAI  
PRAKTIK PERSEORANGAN**

## E. ANALISIS SITUASI PENGEMBANGAN MTBS-M

Dalam Pengembangan pelayanan MTBS-M, sangat diperlukan pemetaan ketersediaan pelayanan kesehatan dan pembentukan kelompok kerja MTBS-M di tingkat nasional, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota. Hasil pemetaan diperlukan dalam rangka memastikan bahwa daerah yang bersangkutan merupakan daerah sulit akses terhadap pelayanan kesehatan.

Analisis situasi yang dilakukan meliputi :

### 1. Pemetaan ketersediaan pelayanan kesehatan.

Pemetaan ketersediaan pelayanan kesehatan dilakukan untuk analisis situasi yaitu menggambarkan ketersediaan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), tenaga kesehatan, jenis Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), distribusi penyakit atau kesakitan pada balita, dan aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kesehatan untuk melihat jangkauan wilayah kerja fasilitas pelayanan kesehatan dan jangkauan pelayanan kader kesehatan.

Pemetaan dilakukan sebagai referensi dalam perencanaan dan pengembangan MTBS-M termasuk di dalamnya rencana adopsi, penetapan desa, penetapan paket intervensi dan mekanisme rujukan balita sakit. Pemetaan juga bisa digunakan untuk pemantauan, evaluasi pelayanan MTBS-M, pemutakhiran data ketersediaan pelayanan kesehatan, pengambilan keputusan strategis terkait penempatan tenaga kesehatan, distribusi logistik dan pembiayaan.

Metode yang dapat digunakan untuk pemetaan di antaranya adalah metode *Service Availability Mapping* (SAM) dan *Participatory Learning and Action* (PLA).

#### a. Pemetaan Tingkat Nasional.

Pemetaan ketersediaan pelayanan di pemerintah daerah provinsi beserta pemetaan mitra kerja dapat dilakukan melalui analisis data sekunder yang diperoleh dari survey Podes, Risesdas, Rifaskes, dan hasil studi lainnya serta kompilasi profil kesehatan dari setiap provinsi. Analisis yang dilakukan meliputi ketersediaan tenaga, ketersediaan infrastruktur, jarak atau waktu tempuh masyarakat ke fasilitas kesehatan terdekat, dan jenis pelayanan kesehatan yang tersedia.

Pemetaan mitra kerja di tingkat nasional dapat berkoordinasi dengan pusat Kerjasama Luar Negeri Kementerian Kesehatan dan kementerian/ lembaga terkait (Kementerian Perencanaan dan Pembangunan Nasional (PPN)/Bappenas, Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Sosial, Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dan Kementerian Dalam Negeri). Pemetaan dapat dilakukan melalui survey sederhana dengan mengajukan surat atau

email kepada pimpinan tiap-tiap kementerian/lembaga untuk mengetahui jenis kegiatan terkait kesehatan anak yang dilaksanakan di daerah pendampingan.

*(Contoh matriks pemetaan dapat dilihat di lampiran1)*

Hasil pemetaan tersebut diharapkan mampu membantu dalam penentuan pemerintah daerah provinsi prioritas penerima dana pemerintah pusat dan koordinasi mitra kerja di tingkat nasional untuk mendukung pelaksanaan MTBS-M.

b. Pemetaan Tingkat Provinsi.

Pemetaan ketersediaan pelayanan kesehatan pemerintah daerah kabupaten/kota beserta pemetaan mitra kerja non pemerintah, organisasi masyarakat, Lembaga Swadaya Masyarakat, dan lembaga keagamaan yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan. Pemetaan ketersediaan pelayanan kesehatan dapat dilakukan melalui analisis data sekunder yang bersumber dari hasil survey seperti di tingkat Pusat. Pemetaan mitra kerja di tingkat pemerintah daerah provinsi dapat berkoordinasi dengan bappeda, dinas sosial, biro kesejahteraan rakyat (kesra) pemda, badan pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak serta lintas sektor terkait. Pemetaan dapat dilakukan melalui survey sederhana dengan mengajukan surat atau email kepada pimpinan tiap-tiap lembaga untuk mengetahui jenis kegiatan terkait kesehatan anak yang dilaksanakan di daerah pendampingan.

*(Contoh matriks pemetaan dapat dilihat di lampiran 1).*

Hasil pemetaan tersebut diharapkan mampu membantu menentukan pemerintah daerah kabupaten/kota prioritas dalam penerima dana APBD Provinsi dan koordinasi mitra kerja di tingkat pemerintah daerah provinsi untuk mendukung penyelenggaraan MTBS-M.

c. Pemetaan Tingkat Kabupaten dan Kota.

Pemetaan ketersediaan pelayanan kesehatan di kecamatan/puskesmas beserta mitra kerja potensial dapat dilakukan melalui survey ketersediaan pelayanan (*Service Availability Mapping*), analisis data sekunder yang diperoleh dari survey potensi desa (Podes) dan kompilasi profil kesehatan dari setiap puskesmas, hasil-hasil studi dan lain-lain. Analisis yang dilakukan meliputi ketersediaan tenaga, infrastruktur, jarak tempuh masyarakat ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat, jenis fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia. Pemetaan mitra kerja di tingkat kabupaten dan kota dapat berkoordinasi dengan BAPPEDA, dinas sosial, bagian kesra pemda sesuai dengan sistem perencanaan yang sudah ada seperti DTPS di kabupaten/kota masing-masing. Hasil analisis

bisa diperoleh melalui rapat koordinasi pimpinan tiap-tiap lembaga untuk mengetahui jenis kegiatan terkait kesehatan anak yang dilaksanakan di daerah pendampingan.

(Contoh matriks pemetaan dapat dilihat di lampiran 1).

d. Pemetaan Tingkat Kecamatan/Puskesmas.

Pemetaan meliputi cakupan pelayanan di tingkat desa dan kelurahan sesuai paket intervensi kelangsungan hidup anak, ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan. Kegiatan ini dapat dilaksanakan melalui lokakarya mini.

e. Pemetaan Tingkat Desa dan Kelurahan.

Pemetaan meliputi kelompok sasaran (ibu hamil, ibu menyusui, ibu bersalin, dan balita), sebaran UKBM, tenaga sukarela (kader, dukun), tokoh agama, tokoh masyarakat, tokoh adat, dan sumber daya setempat lainnya. Dalam pemetaan ini dilakukan pula identifikasi berbagai hambatan dalam akses pelayanan kesehatan, kendala perilaku dan non perilaku, sosial budaya dan kendala geografis dan faktor lain yang berpengaruh. Pemetaan ini dapat dilakukan dengan metode *Participatory Learning and Action* (PLA) yang melibatkan masyarakat bersama kader. Kegiatan ini umumnya dikenal dengan Survey Mawas Diri (SMD).

Hasil pemetaan atau SMD digunakan untuk menetapkan masalah prioritas, merumuskan upaya-upaya mengatasi masalah tersebut, menetapkan kriteria dan jumlah kader MTBS-M dibandingkan terhadap sebaran kelompok sasaran. Hasil SMD disampaikan melalui Musyawarah Masyarakat Desa (MMD).

**Untuk perencanaan MTBS-M, pemetaan dilakukan secara mandiri oleh kabupaten dan kota, termasuk pemetaan di tingkat kecamatan dan desa/kelurahan tanpa harus menunggu hasil pemetaan di tingkat provinsi dan nasional.**

2. Membentuk kelompok kerja MTBS-M.

Berdasarkan hasil pemetaan mitra kerja di atas, perlu dibentuk kelompok kerja di tingkat nasional, provinsi, kabupaten/kota dengan penanggungjawabnya adalah sektor kesehatan.

a. Tingkat Nasional.

Kelompok kerja tingkat nasional bertugas menetapkan kebijakan dan strategi pelaksanaan dan pengembangan MTBS-M, menyusun pedoman

operasional untuk perencanaan dan pelaksanaan MTBS-M, melakukan pemetaan ketersediaan pelayanan kesehatan tingkat nasional, melaksanakan analisis situasi, menyusun rencana kerja pencapaian tujuan strategis sesuai kerangka konsep MTBS-M, dan melakukan monitoring dan evaluasi kemajuan pelaksanaan MTBS-M.

b. Tingkat Provinsi.

Kelompok kerja tingkat provinsi bertugas menetapkan kebijakan dan strategi lokal dalam pelaksanaan dan pengembangan MTBS-M, termasuk mengembangkan pelaksanaan MTBS-M ke kabupaten/kota lainnya, melakukan pemetaan ketersediaan pelayanan kesehatan dan analisis situasi tingkat provinsi, mendampingi proses perencanaan kabupaten/kota dalam pencapaian tujuan strategis sesuai kerangka konsep MTBS-M, dan melakukan monitoring dan evaluasi kemajuan pelaksanaan MTBS-M.

c. Tingkat Kabupaten/Kota.

Kelompok kerja tingkat kabupaten dan kota bertugas menetapkan kebijakan dan strategi daerah dalam pelaksanaan dan pengembangan MTBS-M, termasuk mengembangkan pelaksanaan MTBS-M di kecamatan maupun desa/kelurahan lainnya, melakukan pemetaan ketersediaan pelayanan kesehatan dan analisis situasi serta melaksanakan supervisi, monitoring dan evaluasi kemajuan pelaksanaan MTBS-M di tingkat kabupaten dan kota, tingkat kecamatan, tingkat desa dan kelurahan.

Kelompok kerja kabupaten/kota juga mendampingi puskesmas dalam pelaksanaan lokakarya mini, perencanaan desa/kelurahan (rencana aksi masyarakat) serta menjalin kemitraan dengan Musyawarah Pimpinan Kecamatan (Muspika), Pembinaan Kesejahteraan Keluarga (PKK), tokoh agama, tokoh masyarakat, tokoh adat, dan lain-lain.





### **BAB III**

## **PERSIAPAN PENERAPAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT BERBASIS MASYARAKAT**

Sebelum melaksanakan MTBS-M, perlu dipersiapkan dasar hukum, petunjuk teknis dan kelengkapan dokumen pendukung lain seperti instruksi kerja, standar kompetensi termasuk hal-hal yang harus diperhatikan kader pelaksana MTBS-M. Tersedianya kelengkapan dokumen pendukung diharapkan dapat mewujudkan pelayanan MTBS-M yang berkualitas. Disamping itu perlu disusun langkah-langkah persiapan termasuk peran dari masing-masing tingkatan mulai dari tingkat provinsi sampai ke tingkat desa/kelurahan, serta mempersiapkan logistik yang dibutuhkan.

#### **A. MEMPERSIAPKAN KELENGKAPAN DOKUMEN PENDUKUNG**

##### **1. DASAR HUKUM**

Surat Keputusan Bupati/Walikota tentang kecamatan sulit akses terhadap pelayanan kesehatan. Sementara itu Penunjukan Puskesmas Pelaksana MTBS dan desa/kelurahan MTBS-M dilakukan oleh Kepala dinas kesehatan.

##### **2. PETUNJUK TEKNIS**

Beberapa petunjuk teknis yang perlu disiapkan adalah petunjuk teknis penatalaksanaan:

- a. Batuk pada balita
- b. Diare pada balita
- c. Demam untuk malaria pada balita
- d. Infeksi pada bayi baru lahir
- e. Perawatan metoda kanguru untuk BBLR
- f. Perawatan tali pusat untuk bayi baru lahir
- g. Monitoring paska latih bagi pelaksana MTBS-M
- h. Supervisi suportif
- i. Pelatihan dan peningkatan kinerja pelaksana MTBS-M

##### **3. INSTRUKSI KERJA**

Instruksi kerja berisikan langkah-langkah yang harus dilakukan oleh pelaksana MTBS-M terkait dengan paket MTBS-M termasuk langkah-langkah tata laksana setiap klasifikasi. Namun apabila pelaksana mengalami kendala baca tulis, instruksi kerja ini dipegang oleh supervisor dan diberikan dalam bentuk bimbingan berkala kepada pelaksana.

Adapun dokumen instruksi kerja yang diperlukan terdiri dari:

- a. Bagan alur tatalaksana kasus untuk pelaksana.
- b. Pengenalan tanda bahaya umum.
- c. Pemberian kotrimoksazol.
- d. Pemberian cairan tambahan dengan oralit.
- e. Pemberian tablet zinc.
- f. Pemeriksaan demam dengan menggunakan tes diagnostik cepat (*Rapid Diagnostic Test/RDT*).
- g. Pemberian antibiotik pada bayi baru lahir.
- h. Pemberian salep mata pada bayi baru lahir.
- i. Perawatan tali pusat pada bayi baru lahir.
- j. Perawatan metoda kanguru untuk BBLR.
- k. Pelaksanaan rujukan.

#### **4. STANDAR KOMPETENSI**

Dalam pelayanan MTBS-M diperlukan standar kompetensi pelaksana MTBS-M, yaitu:

- a. Mampu memahami konsep waktu, sehingga di beberapa daerah diperlukan pelatihan khusus mengenai penentuan umur anak, bayi muda (0-2 bulan) dalam “minggu” dan balita (2 bulan-5 tahun) dalam “bulan”.
- b. Mampu mengidentifikasi:
  - 1) Empat tanda bahaya umum pada balita sakit, yaitu tidak bisa minum/menyusu, memuntahkan semua, kejang, bergerak hanya jika disentuh; dan melakukan rujukan bila didapati salah satu dari tanda bahaya tersebut.
  - 2) Tanda atau gejala penyakit pneumonia, diare dan demam pada balita dengan melakukan penilaian, yaitu:
    - a) Menghitung napas dan melihat tarikan dinding dada ke dalam.
    - b) Mengidentifikasi diare 14 hari (2 minggu) atau lebih.
    - c) Mengidentifikasi minum dengan lahap atau tidak bisa minum dan cubitan kulit perut kembali lambat.
    - d) Mengidentifikasi demam dengan meraba atau menggunakan termometer serta menggunakan RDT pada daerah endemis malaria.

- 3) Mampu menentukan klasifikasi penyakit pada balita sakit, yaitu:
  - a) Klasifikasi Batuk Bukan Pneumonia dan Pneumonia.
  - b) Klasifikasi Diare Tanpa Dehidrasi dan Diare Dengan Dehidrasi.
- 4) Mampu menentukan tindakan yang tepat sesuai dengan klasifikasi, yaitu:
  - a) Menasihati ibu cara menyiapkan pelega tenggorokan dan pereda batuk yang aman untuk balita dengan klasifikasi Batuk Bukan Pneumonia.
  - b) Memberi kotrimoksazol sebelum merujuk balita dengan klasifikasi pneumonia di daerah sulit akses.
  - c) Memberi oralit dan tablet zinc pada balita dengan klasifikasi diare tanpa dehidrasi sedangkan pada bayi muda hanya diberikan oralit.
  - d) Memberi kotrimoksazol sebelum merujuk balita dengan diare berdarah di daerah sulit akses.
  - e) Memberi nasihat perawatan bayi muda di rumah, antara lain: cara menghangatkan tubuh bayi, merawat tali pusat, menyusui bayi dengan baik dan meningkatkan produksi ASI.
  - f) Melaksanakan Perawatan Metode Kanguru (PMK) pada bayi dengan berat badan lahir kurang dari 2.500 gram tanpa tanda bahaya.
  - g) Memotivasi ibu untuk kunjungan ulang sesuai klasifikasi dan merujuk segera apabila kondisi anak memburuk saat kunjungan ulang.
- 5) Mampu merujuk segera:
  - a) Bayi muda yang memiliki salah satu dari tanda atau gejala: tidak mau menyusu atau memuntahkan semuanya, ada riwayat kejang, bergerak hanya jika disentuh, bernapas cepat 60 kali atau lebih per menit, suhu  $> 37,5^{\circ}\text{C}$  atau  $< 35,5^{\circ}\text{C}$ , merintih, ada tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat, mata bernanah, ada pustul di kulit, pusar kemerahan atau bernanah, diklasifikasikan diare dengan dehidrasi, bayi kuning atau berubah menjadi kebiruan, terdapat luka di mulut atau celah bibir/langit-langit atau kondisi bayi muda bertambah parah ketika kunjungan ulang.
  - b) Balita yang memiliki salah satu dari tanda bahaya umum, diklasifikasikan pneumonia atau diare dengan dehidrasi, diare 14 hari atau lebih, diare berdarah, RDT memberikan hasil positif,

demam  $\geq 38,5$  °C atau kondisi balita bertambah parah ketika kunjungan ulang.

- c) Semua balita yang menunjukkan gejala-gejala sakit di luar materi pelatihan MTBS-M.
- 6) Mampu melakukan tindakan yang diperlukan sebelum merujuk bayi muda, yaitu:
  - a) Menasihati ibu cara menjaga bayi tetap hangat selama perjalanan.
  - b) Jika bayi masih bisa menelan, meminta ibu untuk tetap menyusui bayinya atau memberi ASI perah untuk mencegah agar gula darah tidak turun.
  - c) Menulis surat rujukan.
- 7) Mampu mengisi formulir tatalaksana balita sakit dan bayi muda.
- 8) Mampu melakukan pencatatan penggunaan dan permintaan logistik.

## **5. HAL-HAL YANG HARUS DIPERHATIKAN KADER PELAKSANA MTBS-M**

Beberapa hal yang harus ditaati oleh kader pelaksana MTBS-M diantaranya adalah:

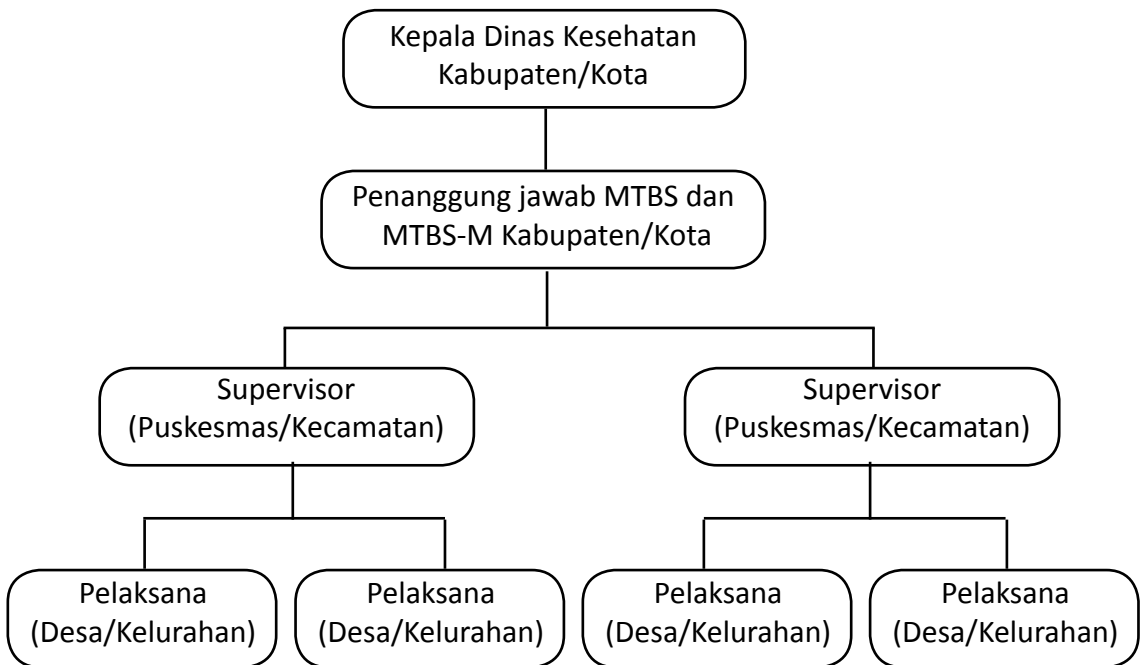
- a. Berkomitmen untuk melayani masyarakat.
- b. Memperhatikan kebutuhan yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat yang dilayani.
- c. Menjaga hubungan baik dengan pelaksana MTBS-M lain.
- d. Menilai, menyuluh dan mengobati sesuai pedoman yang diberikan.
- e. Tidak melakukan tindakan yang tidak tercantum dalam pedoman atau yang tidak di dapat dalam pelatihan (modul).
- f. Tidak menuntut imbalan dari klien
- g. Selalu menghargai klien dan keluarganya.
- h. Tidak melakukan perbuatan yang dapat melanggar hukum.
- i. Tidak memberikan obat kepada balita sakit yang tidak diperiksa.

Hal tersebut di atas adalah beberapa ketentuan yang harus dipatuhi kader pelaksana MTBS-M dan dapat dikembangkan serta disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing pemerintah daerah.

*(Contoh kode etik pelaksana MTBS-M di salah satu daerah dapat dilihat di lampiran 2)*

## B. MEMPERSIAPKAN STRUKTUR KELEMBAGAAN

Struktur kelembagaan di tingkat Kabupaten dan Kota adalah sebagai berikut :



Keterangan:

1. Penanggungjawab di tingkat kabupaten dan kota adalah yang bertanggung jawab terhadap program KIA atau program P2.
2. Supervisor tergabung dalam tim yang meliputi:
  - a. Kepala puskesmas.
  - b. Bidan koordinator.
  - c. Perawat kesehatan masyarakat.
  - d. Pengelola program: ISPA, diare, malaria, imunisasi, MTBS.
  - e. Dokter puskesmas.

Jumlah anggota tim disesuaikan dengan jumlah desa dan kelurahan binaan, minimal 2 orang.

3. Pelaksana MTBS-M tingkat desa dan kelurahan adalah kader kesehatan.

Secara singkat, uraian tugas dari penanggung jawab MTBS-M di kabupaten/kota, supervisor di masing-masing kecamatan/puskesmas serta pelaksana MTBS-M di desa dan kelurahan dapat dilihat dalam tabel berikut ini:

	<b>Perencanaan</b>	<b>Pelaksanaan</b>	<b>Pemantauan</b>	<b>Penilaian</b>
Penanggung jawab kabupaten	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan kajian kebutuhan dan analisis situasi.</li> <li>2. Mengidentifikasi pihak-pihak yang bertanggungjawab dalam pengembangan MTBS-M.</li> <li>3. Pembentukan Tim MTBS-M di kabupaten, terintegrasi/ sebagai bagian tim MTBS.</li> <li>4. Memastikan kecukupan alat, obat dan instrumen MTBS-M melalui mekanisme perencanaan kabupaten.</li> <li>5. Penyusunan kerangka acuan dan rancangan anggaran.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertemuan tim MTBS-M dengan pihak-pihak yang bertanggungjawab dalam pengembangan MTBS-M, LP/LS.</li> <li>2. Penentuan desa pelaksanaan.</li> <li>3. Pemilihan supervisor dan pelaksana MTBS-M.</li> <li>4. Melakukan adaptasi paket pelayanan MTBS-M.</li> <li>5. Melaksanakan pelatihan supervisor.</li> <li>6. Pelatihan pelaksana MTBS-M</li> <li>7. Melakukan tindak lanjut apabila ada kejadian ikutan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melaksanakan supervisi terhadap supervisor <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelaksanaan pelatihan</li> <li>• Supervisi terhadap pelaksana MTBS-M</li> <li>• Pelaksanaan mentoring di fasilitas</li> <li>• Ketersediaan alat, obat dan instrumen</li> <li>• Kompetensi MTBS</li> </ul> </li> <li>2. Pertemuan tinjauan kemajuan pelaksanaan MTBS-M <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kebijakan</li> <li>• Akses pelayanan</li> <li>• Kualitas pelayanan</li> <li>• Kebutuhan dan pencarian pelayanan.</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi cakupan intervensi-intervensi utama MTBS-M di kabupaten.</li> <li>2. Evaluasi dampak MTBS-M terhadap jumlah kematian secara absolut.</li> <li>3. Analisis kesenjangan cakupan sebagai input untuk perencanaan kesehatan di kabupaten tahun selanjutnya.</li> </ol>

Supervisor	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perencanaan jadwal pelatihan.</li> <li>2. Perencanaan kunjungan supervisi.</li> <li>3. Perencanaan mentoring pelaksana MTBS-M.</li> <li>4. Perencanaan pemenuhan kebutuhan dan distribusi alat, obat dan instrumen.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memfasilitasi pelatihan pelaksana MTBS-M.</li> <li>2. Melakukan kunjungan supervisi minimal sekali dalam 3 bulan.</li> <li>3. Melaksanakan mentoring di fasilitas pelayanan minimal sekali dalam 3 bulan.</li> <li>4. Mendistribusikan alat, obat dan instrumen kepada pelaksana MTBS-M.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penggunaan alat, obat dan instrumen sesuai standar</li> <li>2. Kompilasi laporan bulanan pelaksanaan MTBS-M</li> <li>3. Pemantauan kepuasan klien.</li> <li>4. Pertemuan tinjauan kemajuan pelaksanaan MTBS-M tingkat puskesmas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dukungan desa</li> <li>• Balita sakit ditemukan</li> <li>• Ketepatan penanganan dan rujukan.</li> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penilaian cakupan balita sakit ditangani berdasarkan standar MTBS-M.</li> <li>2. Penilaian ketersediaan obat.</li> <li>3. Penilaian kelengkapan dan ketepatan pencatatan dan pelaporan.</li> <li>4. Penilaian ketepatan penanganan dan rujukan.</li> </ol>
Pelaksana MTBS-M	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendata sasaran balita.</li> <li>2. Menetapkan waktu permintaan obat ke puskesmas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menemukan kasus balita sakit.</li> <li>2. Klasifikasi tanda dan gejala.</li> <li>3. Melakukan tindakan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasehat</li> <li>• Pengobatan</li> <li>• Rujukan</li> <li>• Tindak lanjut</li> </ul> </li> <li>4. Melakukan Kunjungan ke rumah untuk bayi baru lahir.</li> <li>5. Mencatat semua temuan dan tatalaksana dalam lembar pencatatan balita sakit.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencatat kunjungan balita sakit ke dalam register.</li> <li>2. Mencatat kunjungan bayi baru lahir.</li> <li>3. Mencatat penggunaan obat.</li> <li>4. Mencatat kasus dirujuk.</li> <li>5. Mencatat kasus meninggal</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah balita ditemui.</li> <li>2. Jumlah balita sakit ditangani.</li> <li>3. Jumlah balita sakit yang melaksanakan kunjungan ulang</li> </ol>

## C. LANGKAH - LANGKAH PERSIAPAN PENERAPAN MTBS-M

1. Tingkat pemerintah daerah Provinsi
  - a. Membentuk kelompok kerja MTBS-M tingkat provinsi.
  - b. Membuat pemetaan ketersediaan pelayanan kesehatan kabupaten dan kota serta pemetaan mitra kerja potensial di tingkat provinsi.
  - c. Menetapkan kebijakan dan strategi lokal/daerah dalam pelaksanaan dan pengembangan MTBS-M.
  - d. Merencanakan alokasi biaya APBD dan dana dekonsentrasi untuk mendukung pelaksanaan MTBS-M.
2. Tingkat pemerintah daerah Kabupaten/Kota
  - a. Melakukan kajian kebutuhan dan analisis situasi bagi pelaksanaan dan pengembangan MTBS-M di kabupaten kota.
  - b. Menetapkan kebijakan dan strategi daerah dalam pelaksanaan dan pengembangan MTBS-M.
  - c. Membentuk kelompok kerja atau tim MTBS-M kabupaten kota yang terintegrasi atau sebagai bagian dari tim MTBS.
  - d. Membuat pemetaan ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kecamatan atau puskesmas serta pemetaan mitra kerja potensial di tingkat kabupaten dan kota.
  - e. Menyusun rencana kerja anggaran dan kerangka acuan kegiatan.
  - f. Mempersiapkan kebutuhan alat/bahan dan logistik.
  - g. Menentukan paket pelayanan kesehatan bayi dan balita dalam pendekatan MTBS-M sesuai dengan kebutuhan, kemampuan dan kondisi wilayah setempat, berdasarkan analisis sebab kematian yang dilaporkan dan prevalensi kasus serta kajian formatif dan prioritas kebutuhan pelayanan kesehatan di daerah.
  - h. Melaksanakan lokakarya adaptasi modul sesuai konteks wilayah bila masih dibutuhkan adaptasi, dengan cara:
    - 1) Mengundang tim MTBS-M kabupaten untuk lokakarya adaptasi modul
    - 2) Melaksanakan uji lapangan yang melibatkan tokoh masyarakat, kader, supervisor dan puskesmas.
    - 3) Mengundang provinsi untuk dukungan teknis finalisasi dalam rangka adaptasi modul.
    - 4) Mempersiapkan petunjuk teknis pelayanan MTBS-M dan kelegkapan dokumen pendukung lainnya.
    - 5) Merencanakan alokasi biaya untuk mendukung pelaksanaan MTBS-M:



- 6) Fungsi pengawalan rencana anggaran yang sudah diusulkan dalam DTPS ke dalam musrenbang tingkat kabupaten sampai provinsi.
- 7) Memberikan dukungan teknis penyusunan Perda pelaksanaan MTBS-M kepada dinas kesehatan kabupaten.
- 8) Memberikan dukungan teknik penyusunan RKPD kepada tim perencanaan dan anggaran dinas kesehatan.

3. Tingkat Kecamatan atau Puskesmas.

Beberapa kegiatan puskesmas yang harus dilakukan dalam rangka persiapan pelaksanaan dan pengembangan MTBS-M di wilayah kerjanya, antara lain:

- a. Bersama tim kabupaten/kota menetapkan daerah awal pelaksanaan dan pengembangan MTBS-M dengan mempertimbangkan:
  - 1) Komitmen kepala wilayah.
  - 2) Ketersediaan kader atau tenaga kesehatan yang menetap di desa atau kelurahan.
  - 3) Kemampuan daerah dan ketersediaan tenaga untuk melaksanakan supervisi.
- b. Menetapkan supervisor dan pelaksana MTBS-M yang memenuhi kriteria dan standar kompetensi di daerah terpilih.
- c. Menyusun rencana kerja, anggaran dan kebutuhan logistik MTBS-M.
- d. Memanfaatkan lokakarya mini puskesmas untuk menggalang tim dan memperoleh dukungan perencanaan pelaksanaan MTBS-M.
- e. Mempersiapkan puskesmas sebagai tempat rujukan MTBS-M dari masyarakat di wilayah kerjanya.

4. Persiapan di tingkat Desa dan Kelurahan.

- a. Bersama dengan tim puskesmas menetapkan pelaksana MTBS-M yang sesuai dengan kriteria dan standar kompetensi.
- b. Mengalokasikan dana untuk transport pelaksana MTBS-M dan rujukan.
- c. Mempersiapkan pemetaan atau SMD termasuk penyiapan tenaga pelaksana dan penetapan waktu pelaksanaan.
- d. Melakukan sosialisasi MTBS-M dan promosi perilaku sehat kepada masyarakat, antara lain dengan membuat papan informasi atau melalui kunjungan rumah, pertemuan-pertemuan di desa dan kelurahan, di tempat ibadah atau di forum masyarakat lainnya.
- e. Melaksanakan MMD sebagai sarana umpan balik.

Catatan:

- 1) Dana lintas sektor tingkat desa dapat diperoleh melalui forum MMD.
- 2) Fungsi pengawalan dimulai dari musrenbang desa sampai musrenbang kabupaten.
- 3) Fungsi advokasi pada saat musrenbang kecamatan.
- 4) Penyusunan POA Alokasi Dana Desa (ADD) dan PNPM, bila tersedia.

#### D. MEMPERSIAPKAN LOGISTIK

Dalam rangka mendukung pelaksanaan pelayanan MTBS-M perlu disiapkan obat, peralatan dan berbagai formulir. Penyiapan logistik ini harus direncanakan, karena apabila tidak disiapkan dengan baik akan mengganggu kelancaran penerapan MTBS-M.

Perhitungan logistik untuk kebutuhan tahunan dan bulanan dilakukan oleh supervisor bersama tim penanggung jawab MTBS-M di tingkat kabupaten/kota berdasarkan prevalensi penyakit atau perhitungan yang ditetapkan oleh lintas program terkait.

##### 1. Penyiapan Obat dan Alat.

Obat-obatan yang dibutuhkan dalam pelayanan MTBS-M meliputi oralit, zinc, paracetamol, gentamycin injeksi, salep mata, gentian violet dan kotrimoksazol untuk daerah sulit akses. Sedangkan peralatan yang diperlukan adalah ARI timer, timbangan bayi, termometer serta alat dan bahan untuk tes diagnostik cepat atau RDT.

Kebutuhan oralit dan tablet zinc dapat ditentukan berdasarkan jumlah penderita diare yang datang, sedangkan perkiraan jumlah penderita diare dihitung berdasarkan perkiraan penemuan penderita, angka kesakitan diare dan jumlah penduduk di suatu wilayah.

Contoh menghitung kebutuhan oralit dan zinc:

$$\text{Kebutuhan Oralit} = \text{Target penemuan penderita Diare} \times 6 \text{ bungkus} + \text{cadangan} - \text{stok}$$

Keterangan :

$$\text{Target penemuan penderita Diare balita} = 20\% \times \text{angka kesakitan diare balita} \times \text{jumlah balita}$$

Angka kesakitan diare balita ( 2010) = 1,3 kali pertahun.

Proporsi jumlah balita = 10 % jumlah penduduk.

Cadangan = ± 10 % dari kebutuhan.

Maka perkiraan kebutuhan oralit pada balita =

$$20\% \times 1,3 \times \text{jumlah balita} \times 6 \text{ bungkus} + \text{cadangan} - \text{stok}$$

Keterangan :

$$\text{Kebutuhan Zinc tablet} = \text{Target penemuan penderita Diare} \times 10 \text{ tab} + \text{cadangan} - \text{stok}$$

$$\text{Target penemuan penderita Diare balita} = 20\% \times \text{angka kesakitan diare balita} \times \text{jumlah balita}$$

Angka kesakitan diare balita ( 2010)	=	1,3 kali pertahun.
Proporsi jumlah balita	=	10 % jumlah penduduk.
Cadangan	=	± 10 % dari kebutuhan.

Maka perkiraan kebutuhan Zinc tablet pada balita =

$$20\% \times 1,3 \times \text{jumlah balita} \times 10 \text{ tablet} + \text{cadangan} - \text{Stok}$$

(Sumber: Buku Pedoman Pengendalian Penyakit Diare tahun 2011 dan Buku Saku Lintas Diare untuk petugas kesehatan tahun 2011).

## 2. Penyiapan Formulir.

Formulir pencatatan MTBS-M merupakan instrumen pencatatan bagi penatalaksanaan kasus batuk atau sukar bernapas, diare dan demam pada balita sakit, serta instrumen pencatatan untuk bayi muda terkait tanda bahaya, tatalaksana bayi berat lahir rendah, tatalaksana infeksi dan perawatan esensial pada bayi baru lahir.

Penyiapan formulir pencatatan MTBS-M perlu dilakukan untuk memperlancar pelayanan. Jumlah keseluruhan kunjungan balita sakit per bulan merupakan perkiraan kebutuhan formulir MTBS-M untuk balita selama satu bulan, sedangkan kebutuhan formulir MTBS-M untuk bayi muda dapat dihitung berdasarkan perkiraan jumlah bayi baru lahir di wilayah kerja puskesmas karena sasaran tersebut akan dikunjungi oleh bidan melalui kunjungan neonatal.



## **BAB IV**

### **PELAKSANAAN MTBS-M**

MTBS-M dilaksanakan terlebih dahulu di desa/kelurahan terpilih sesuai kriteria dengan mempertimbangkan sumber daya yang dimiliki. Selanjutnya pemerintah daerah kabupaten/kota dan puskesmas pelaksana MTBS setempat dapat mengembangkan MTBS-M di desa/kelurahan lain yang ada di wilayah kerjanya sesuai kebutuhan dengan mengikuti langkah-langkah penerapan awal.

#### **A. SOSIALISASI MTBS-M**

Pendekatan MTBS-M disosialisasikan di tingkat kabupaten/kota, kecamatan atau puskesmas sampai ke tingkat desa/kelurahan dengan menghadirkan unsur-unsur lintas program, lintas sektor serta pengampu wilayah (tokoh agama, tokoh masyarakat, tokoh adat, dll).

Tujuan sosialisasi adalah memberikan informasi atau pemahaman tentang konsep, manfaat dan implikasi penyelenggaraan MTBS-M terhadap sistem kesehatan sehingga diperoleh dukungan penerapan MTBS-M di lapangan.

#### **B. PELATIHAN BAGI PELAKSANA MTBS-M**

Pelatihan tatalaksana balita sakit di masyarakat diawali dengan pelatihan fasilitator provinsi dan kabupaten/kota yang diharapkan akan mampu melatih supervisor di tingkat kecamatan/puskesmas yang selanjutnya diharapkan mampu melakukan pelatihan terhadap kader pelaksana MTBS-M di tingkat desa dan kelurahan.

Tujuan pelatihan bagi kader pelaksana MTBS-M adalah agar peserta mempunyai keterampilan memberikan pelayanan atau perawatan dasar kepada balita sakit dan bayi muda di desa/kelurahan wilayah kerjanya sesuai dengan SOP/ algoritme/bagan klasifikasi MTBS-M bagi pelaksana MTBS-M yang akan diadopsi oleh pemerintah daerah kabupaten kota.

Proses pelatihan disusun berdasarkan kompetensi yang harus dicapai oleh peserta latih. Calon kader pelaksana MTBS-M dilatih oleh fasilitator MTBS-M dengan kompetensi bukan hanya mengetahui materi MTBS-M tapi juga mampu mengkomunikasikan materi MTBS-M sehingga peserta pelatihan memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan yang baik untuk dapat memberikan pelayanan pada balita sesuai standar.

Pedoman pelatihan dibuat sedemikian rupa sehingga memudahkan proses belajar mengajar yang disusun berdasarkan bukti efektivitas suatu pelatihan sejenis dan upaya membangun motivasi dalam kegiatan belajar. Dengan demikian, setiap target kompetensi dari kader pelaksana MTBS-M diharapkan akan diterjemahkan

menjadi pokok-pokok bahasan. Target kompetensi dari pelaksana MTBS-M dapat dilihat pada halaman 16.

Adapun pokok-pokok bahasan dalam pelatihan dijabarkan menjadi tujuan instruksional dengan mempertimbangkan metode cara belajar orang dewasa yang meliputi 3 hal yaitu:

1. Pembekalan materi per pokok bahasan, dilakukan dengan metode ceramah dan tanya jawab dengan menggunakan bahan presentasi, video, kartu jodoh dan metaplan maupun flip chart. Bagian ini dilakukan untuk memastikan peserta pelatihan mendapatkan pengetahuan tentang materi MTBS-M.
2. Internalisasi materi per pokok bahasan, yang dilakukan dengan studi kasus, diskusi kelompok, permainan, bermain peran, praktek simulasi dan kunjungan lapangan. Bagian ini dilakukan untuk membangun motivasi dan meningkatkan sikap peserta pelatihan terkait materi MTBS-M.
3. Umpan balik materi per pokok bahasan yang dilakukan dalam bentuk kuis/pertanyaan ataupun resume butir-butir penting yang harus diingat, disampaikan oleh fasilitator. Bagian ini dilakukan untuk memastikan bahwa peserta pelatihan mendapatkan keterampilan sesuai target yang harus dicapai dalam pelatihan ini.

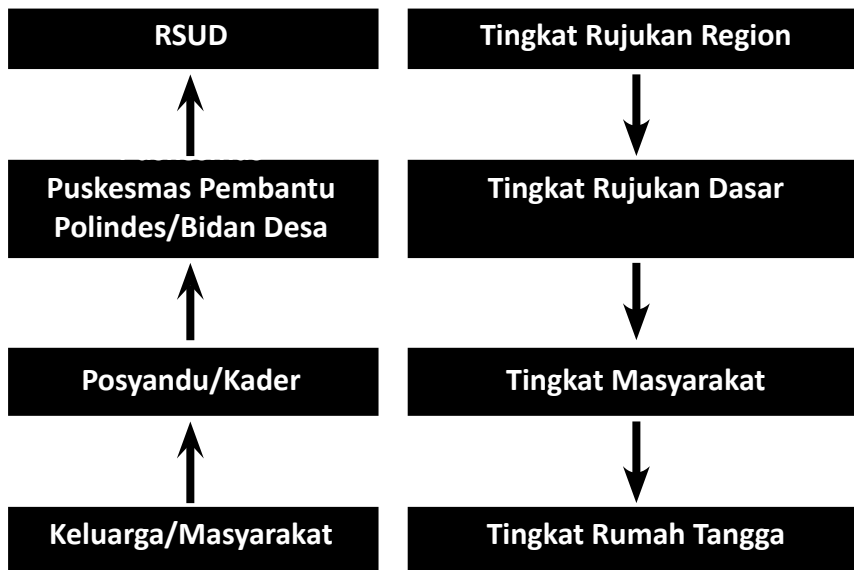
### **C. PENERAPAN MTBS-M**

Penerapan MTBS-M perlu didukung dengan penyiapan logistik yang terdiri dari obat, peralatan kerja (formulir tatalaksana kasus, dll.). Pemenuhan kebutuhan logistik tersebut dilakukan melalui:

- Pencatatan pemakaian dan permintaan obat serta peralatan kerja oleh pelaksana MTBS-M.
- Penyusunan laporan pemakaian dan permintaan obat serta peralatan kerja dari puskesmas ke dinas kesehatan (digabungkan dengan LPLPO puskesmas secara keseluruhan).
- Supervisi ke lapangan untuk melihat ketersediaan obat dan peralatan kerja pelaksana MTBS-M oleh supervisor.

Pelaksana MTBS-M melakukan penilaian, klasifikasi dan tindakan pada balita sakit dan bayi muda sesuai materi yang diterima saat pelatihan. Pada kondisi balita tidak dapat ditangani sendiri, kader pelaksana MTBS-M dapat memberikan pertolongan pertama sebelum merujuk. Rujukan dari tingkat rumah tangga secara berjenjang sampai ke Rumah Sakit Umum Daerah dapat dilakukan sebagaimana bagan alur rujukan di bawah ini.

## BAGAN ALUR RUJUKAN



Apabila rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan dasar tidak dimungkinkan, misalnya karena diluar jam kerja puskesmas atau jarak ke puskesmas lebih jauh dibanding ke rumah sakit, maka pasien dapat langsung dirujuk ke rumah sakit. Surat rujukan dari puskesmas dapat segera disusulkan setelah pasien ditangani.

**Keterlibatan tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan lainnya, sangat diharapkan dalam memberikan dukungan pelaksanaan pelayanan MTBS-M.**

### D. SUPERVISI SUPORTIF

Supervisi suportif diartikan sebagai kegiatan untuk melihat kinerja individu atau institusi dalam melaksanakan suatu program dengan tujuan:

1. Peningkatan kinerja dan kualitas melalui kegiatan yang sistematis, terarah, berbasis data, memberdayakan tenaga pelaksana secara berkesinambungan.
2. Penguatan sistem supervisi dari pelayanan dasar di tingkat desa dan puskesmas hingga tingkat kabupaten kota.

Langkah-langkah supervisi suportif dari puskesmas/kecamatan ke pelaksana MTBS-M adalah:

1. Menjelaskan maksud dan tujuan supervisi suportif.
2. Mengamati lingkungan dan suasana kerja pelaksana MTBS-M.
3. Melakukan pengamatan ketersediaan obat, alat penunjang pemeriksaan dan formulir pencatatan MTBS-M.

4. Melakukan pengamatan terhadap petugas MTBS-M pada saat sedang melaksanakan pelayanan MTBS-M atau dengan menggunakan skenario kasus.
5. Mencermati kelengkapan dan ketepatan pengisian formulir pencatatan MTBS-M yang sudah diisi.
6. Mengisi dengan lengkap ceklis supervisi dengan memberi tanda pada bagian-bagian identifikasi masalah pelaksanaan, tindakan dan memberikan rekomendasi hasil supervisi.
7. Memberi pujian terhadap pelayanan MTBS-M yang sudah dilakukan dengan baik dan benar. Apabila ada kekurangan, supervisor memberi saran untuk perbaikan dengan cara bersahabat.
8. Melakukan wawancara kepada orang tua atau pengasuh balita, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan pemimpin lokal untuk mendapatkan umpan balik pelayanan MTBS-M yang dilakukan oleh pelaksana.
9. Melengkapi laporan supervisi setiap bulan dan menyerahkan ke dinas kesehatan setempat.
10. Menandatangani register pelaksana MTBS-M saat melakukan kunjungan.

Adapun langkah-langkah supervisi suportif Tim MTBS kabupaten/kota meliputi:

1. Menjelaskan maksud dan tujuan supervisi suportif.
2. Mendengarkan laporan tentang pelaksanaan MTBS-M di wilayah kerja puskesmas.
3. Melakukan kajian terhadap ketepatan dan kelengkapan dokumen supervisi.
4. Mengidentifikasi hambatan dan tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaan MTBS-M.
5. Menggali dan menyepakati pemecahan masalah dari hambatan dan tantangan yang ditemukan.
6. Menyepakati topik utama yang akan dibahas pada pertemuan selanjutnya.
7. Melengkapi kembali obat-obatan dan stok logistik jika diperlukan.
8. Melakukan pemeriksaan silang ke salah satu desa atau kelurahan MTBS-M dengan menggunakan ceklist supervisi.

*( Contoh format supervisi dapat dilihat pada lampiran 3).*



## E. PENYEGARAN KOMPETENSI BERKALA BAGI KADER PELAKSANA MTBS-M

Berdasarkan hasil supervisi terhadap kader pelaksana MTBS-M, supervisor memberikan rekomendasi untuk perbaikan kompetensi yang tertuang dalam Rencana Peningkatan Kompetensi (RPK). Apabila diketahui bahwa sebagian besar kader pelaksana MTBS-M membutuhkan peningkatan kompetensi yang sama, maka diperlukan pelatihan penyegaran.

Apabila hasil supervisi terhadap kader pelaksana MTBS-M dalam kurun waktu satu tahun menunjukkan hasil yang kurang, maka supervisor berkewajiban melakukan evaluasi terhadap kader pelaksana MTBS-M yang bersangkutan (lihat Lampiran 3). Apabila kompetensi kader pelaksana MTBS-M tersebut sudah tidak mungkin ditingkatkan lagi, maka direkomendasikan untuk mengganti yang bersangkutan dengan tenaga terlatih yang baru.

## F. MONITORING PENYELENGGARAAN MTBS-M

Monitoring penyelenggaraan MTBS-M mengacu pada kerangka konsep "*Bottleneck analysis*" WHO terhadap berbagai determinan sistem pelayanan kesehatan yang meliputi:

1. Kebijakan dan koordinasi
2. Alokasi dana dan penganggaran
3. Ketersediaan alat dan bahan
4. Ketersediaan sumber daya manusia kesehatan
5. Akses geografis
6. Cakupan pelayanan

Langkah-langkah monitoring MTBS-M adalah sebagai berikut:

1. Menentukan determinan yang akan dimonitor dalam periode pelaksanaan yang telah ditentukan.

Determinan yang akan dimonitor dalam penyelenggaraan MTBS-M mengacu pada paket intervensi MTBS-M terpilih yang meliputi: perawatan bayi baru lahir esensial, inisiasi menyusui dini dan ASI Eksklusif, penatalaksanaan kasus diare, pneumonia dan demam untuk malaria. Selanjutnya untuk setiap intervensi, diperlukan analisis terhadap determinan sistem pelayanan kesehatan berdasarkan data terkini.

Determinan	Pertanyaan analisis untuk setiap intervensi
1. Kebijakan dan koordinasi	Apakah ada kebijakan yang mendukung pelaksanaan intervensi terpilih? Apakah ada badan/instansi/lembaga yang mengkoordinasikan kegiatan MTBS-M?

2. Alokasi dana dan penganggaran	Apakah tersedia alokasi anggaran untuk MTBS-M? Berapa anggaran yang dialokasikan untuk kegiatan MTBS-M? Apakah ada alokasi anggaran untuk supervisi pelaksanaan MTBS-M?
3. Ketersediaan alat dan bahan	Apakah seluruh puskesmas di wilayah pelaksanaan MTBS-M mempunyai ketersediaan alat dan bahan untuk intervensi terpilih? Apakah seluruh pelaksana MTBS-M mempunyai ketersediaan alat dan bahan untuk intervensi terpilih?
4. sumber daya manusia kesehatan	Apakah tersedia kader pelaksana MTBS-M di desa? Apakah tersedia fasilitator pelaksanaan MTBS-M di kabupaten? Apakah tersedia supervisor di tingkat puskesmas? Apakah tersedia supervisor di tingkat kabupaten?
5. Akses geografis	Berapakah proporsi ideal ketersediaan tenaga pelaksana MTBS-M dibandingkan: a. Jumlah balita b. Jumlah kepala keluarga c. Jumlah penduduk
6. Cakupan pelayanan	Berapakah cakupan terkini kunjungan atau penggunaan awal dari pelayanan intervensi terpilih: a. Kunjungan neonatus pertama b. Inisiasi Menyusu Dini c. Promosi ASI Eksklusif d. Kasus balita sakit yang ditangani pelaksana MTBS-M
	Berapakah cakupan terkini kunjungan ulang atau penggunaan lanjutan dari intervensi yankes terpilih: a. Kunjungan neonatus kedua b. Bayi 0-6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif c. Jumlah ibu yang mendapatkan konseling menyusui d. Balita sakit yang diklasifikasi
	Berapakah cakupan berkualitas terkini dari pelayanan intervensi terpilih: a. Kunjungan neonatus lengkap b. Jumlah bayi yang mendapat ASI Eksklusif selama 6 bulan c. Kualitas konseling menyusui d. Balita sakit yang mendapat pengobatan sesuai dengan tingkat pelayanan.

Sumber data diperoleh dari formulir tatalaksana kasus, register MTBS-M, kohort bayi dan anak balita, LB1, kartu ibu, kartu bayi, buku KIA, dan lain-lain.

Pengumpulan data tersebut dapat dilakukan melalui pelaporan rutin dan lokakarya mini puskesmas. Dalam keadaan dimana data rutin tidak tersedia, maka perlu dilaksanakan pengambilan data primer melalui survey.

2. Merencanakan kajian tengah tahunan untuk mengidentifikasi hambatan pelaksanaan dan mengawasi perubahannya sesuai konsep analisis penyelesaian masalah.
  - a. Mengukur besarnya hambatan dari sisi pemberi layanan, antara lain:
    - 1) Dukungan kebijakan
    - 2) Kecukupan alokasi dana
    - 3) Keterampilan SDM
    - 4) Penyebaran SDM
  - b. Mengukur besarnya hambatan dari sisi kebutuhan/penerima manfaat, seperti:
    - 1) Pemanfaatan pelaksana MTBS-M oleh masyarakat
    - 2) Kepatuhan pasien terhadap kunjungan ulang
  - c. Menganalisis kinerja manajemen program dalam melaksanakan lokakarya mini, manajemen keuangan, jaminan kesehatan dan Sistem Informasi Kesehatan (SIK).
3. Menyusun rencana perbaikan atau penyesuaian penyelenggaraan MTBS-M melalui forum DTPS. Forum ini diharapkan menghasilkan prioritas dan strategi penyelesaian masalah, seperti advokasi kepada pengambil keputusan dan tokoh masyarakat.
4. Menyesuaikan indikator, intervensi dan strategi pelaksanaan MTBS-M pada periode selanjutnya apabila sulit terukur atau tidak terjadi perbaikan.

## **G. EVALUASI MTBS-M**

Evaluasi dilakukan untuk melihat keluaran dan dampak positif ataupun negatif dari penyelenggaraan MTBS-M berdasarkan indikator-indikator yang telah disepakati. Hasil evaluasi dapat dijadikan bahan pembelajaran untuk melakukan perbaikan dan pengembangan MTBS-M berikutnya. Evaluasi oleh Dinas Kesehatan Provinsi, dan kabupaten/kota dapat dilakukan bersama-sama, paling cepat setahun setelah pelaksanaan.

Prinsip evaluasi MTBS-M adalah mengetahui relevansi terhadap program nasional, dampak terhadap penurunan jumlah kematian bayi baru lahir dan balita, efektivitas kemitraan dan pengelolaan sumber daya, kesinambungan ketersediaan sumber dana, serta perubahan cakupan intervensi efektif.



## **BAB V**

### **PENCATATAN DAN PELAPORAN**

Kader pelaksana MTBS-M mencatat tatalaksana kasus pada formulir tata laksana balita sakit atau bayi muda, kemudian memasukkan ke lembar register MTBS-M dan Buku KIA. Selanjutnya petugas puskesmas memindahkan catatan tersebut ke dalam buku kohort bayi atau kohort anak balita sebagai pelayanan MTBS.

Supervisor melaporkan seluruh rangkaian proses dan hasil penyelenggaraan kegiatan MTBS-M sebagai informasi untuk pembelajaran bagi pihak-pihak yang berkepentingan, yang diambil dari kader pelaksana MTBS-M sesuai dengan jadwal supervisi. Laporan yang telah disusun diketahui oleh kepala puskesmas, dan dikirimkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota setempat minimal 3 (tiga) bulan sekali, kemudian secara berjenjang ke dinas kesehatan provinsi dan akhirnya ke Kementerian Kesehatan.



## **BAB VI**

### **PENGEMBANGAN DAN PERLUASAN MTBS-M**

#### **A. PRINSIP PENGEMBANGAN DAN PERLUASAN**

Pengembangan dan perluasan kegiatan MTBS-M dimaknai sebagai penguatan kegiatan pada daerah binaan awal (target pertama) dan perluasan penyelenggaraan MTBS-M untuk daerah binaan baru. Pada saat memulai perencanaan, pemerintah daerah kabupaten/kota membuat rencana perluasan dan pengembangan MTBS-M yang dimulai dari wilayah pelaksanaan awal dan dikembangkan ke wilayah lainnya.

Untuk menambah daerah binaan dimulai dengan mempertimbangkan desa/kelurahan sulit akses terhadap pelayanan kesehatan, tetapi memiliki potensi masyarakat dan mampu dijangkau oleh tenaga kesehatan saat melakukan supervisi. Hal ini dimaksudkan supaya fondasi kegiatan MTBS-M dapat kuat tertanam untuk setiap tahap pengembangan dan perluasan. Daerah-daerah perluasan tersebut dapat menjadi “jembatan” untuk perluasan penyelenggaraan MTBS-M ke desa/kelurahan sulit akses lain hingga akhirnya seluruh wilayah pemerintah daerah kabupaten/kota tersebut akan terjangkau pelayanan kesehatan melalui pendekatan MTBS-M.

Perencanaan penguatan dan perluasan ini sangat terkait dengan hasil proses monitoring dan evaluasi. Beberapa hal yang penting diperhatikan dalam pengembangan dan perluasan kegiatan MTBS-M :

1. Komitmen untuk bermitra.

Tim MTBS-M di tingkat pemerintah daerah kabupaten/kota dan kecamatan menggalang kemitraan untuk penguatan kegiatan dan penambahan daerah penyelenggaraan MTBS-M dan menjembatani kemitraan untuk daerah binaan baru.

2. Penguatan struktur pelaksana MTBS-M

Kelembagaan kegiatan MTBS-M di tingkat desa/kelurahan dan kecamatan harus cukup kuat sebagai bahan masukan untuk perencanaan penguatan kegiatan dan perluasan penyelenggaraan di daerah sulit akses selanjutnya.

3. Analisis hasil monitoring dan evaluasi.

Tim pengelola MTBS-M di tingkat pemerintah daerah kabupaten/kota dan kecamatan perlu menganalisis hasil monitoring dan evaluasi. Apabila indikator kegiatan yang ditetapkan pada sistem evaluasi menunjukkan perkembangan yang baik dan penyelenggaraan MTBS-M dapat berjalan dalam sistem yang telah ditetapkan, maka proses penguatan kegiatan dan perluasan daerah penyelenggaraan dapat dimulai.

## B. LANGKAH-LANGKAH PENGEMBANGAN DAN PERLUASAN MTBS-M

Dasar untuk menentukan langkah pengembangan dan perluasan kegiatan MTBS-M, adalah sebagai berikut:

### 1. Peningkatan kualitas penyelenggaraan MTBS-M

Peningkatan kualitas penyelenggaraan MTBS-M dilakukan dengan pendekatan jaminan mutu pelayanan yaitu melakukan dengan benar, mulai dari mendefinisikan, merencanakan, menilai, memantau dan menjamin mutu pelayanan MTBS-M yang dilakukan. Dalam menentukan jaminan mutu pelayanan perlu ditetapkan indikator kualitas pelaksanaan yang dimonitor secara berkala (lihat tabel pada bab monitoring dan evaluasi).

Proses supervisi adalah kunci dari pendekatan jaminan mutu pelayanan dan dapat menjamin hal-hal berikut ini :

- a. Pelaksanaan manajemen kasus dan mobilisasi masyarakat berjalan lebih efektif
- b. Pelaksanaan manajemen kasus berjalan lebih aman dan terpantau
- c. Petugas termotivasi dan terjaga kemampuannya
- d. Logistik tersalurkan secara memadai dan tepat waktu
- e. Meningkatnya kepercayaan masyarakat dalam memanfaatkan pelayanan
- f. Menjadi dasar penguatan dan perluasan kegiatan selanjutnya.

Bila pada evaluasi ditemukan indikator yang belum berjalan dengan baik, maka penguatan terhadap komponen pelaksanaan harus dijalankan kembali melalui pembinaan dan mentoring kegiatan di lapangan atau di fasilitas pelayanan kesehatan oleh pengelola program MTBS-M.

### 2. Meningkatkan kebutuhan terhadap layanan MTBS-M.

Kegiatan MTBS-M meliputi dua jenis pelayanan yaitu promosi praktik kunci kesehatan di rumah tangga dan manajemen kasus balita sakit. Masyarakat harus diberi informasi yang jelas tentang kedua jenis pelayanan tersebut, sehingga memunculkan kebutuhan masyarakat terhadap layanan ini.

Usaha-usaha yang perlu dilakukan pengelola MTBS-M dan petugas kesehatan untuk meningkatkan kebutuhan terhadap layanan MTBS-M adalah:

- a. Tim supervisor MTBS-M mengkaji ulang hasil asesmen awal apakah pelayanan yang diberikan sesuai dengan prioritas.
- b. Tim supervisor MTBS-M perlu memperkenalkan kepada masyarakat siapa kader pelaksana yang ditunjuk dan menjelaskan tugas serta meminta dukungan kemitraan dengan sistem pemerintahan desa/kelurahan.
- c. Tim supervisor MTBS-M membantu mencari jalan keluar terhadap tantangan yang dihadapi kader pelaksana dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan pendekatan MTBS-M di masyarakat.



- d. Petugas kesehatan mensosialisasikan layanan MTBS-M dan siapa pelaksana MTBS-M yang dapat membantu masyarakat.

Peningkatan kebutuhan terhadap layanan MTBS-M juga dinilai dalam indikator program termasuk menilai tingkat kepuasan masyarakat.

### 3. Menentukan efektivitas dan kegunaan kegiatan MTBS-M

Keluaran dan dampak kegiatan MTBS-M terhadap penurunan angka kematian dan kesakitan, serta peningkatan kualitas kesehatan masyarakat secara keseluruhan dapat digunakan sebagai bahan advokasi. Keluaran dan dampak dapat diukur melalui survey di tingkat rumah tangga. Hal ini mungkin membutuhkan waktu lama dan biaya tinggi. Alternatif lain pengukuran keluaran dan dampak ini dapat menggunakan data peningkatan cakupan pelayanan yang dimasukkan ke dalam program komputer seperti *Lives Saved Tool* (LiST).

Langkah-langkah pengembangan dan perluasan MTBS-M adalah:

- a. Mempertimbangkan dan menentukan secara tepat apakah akan memperluas wilayah cakupan atau menambah paket layanan pada suatu wilayah.
- b. Menganalisis kesiapan untuk melakukan pengembangan dan perluasan berdasarkan:
  - 1) Kesiapan sistem pendukung kegiatan, tenaga, petugas, pelatihan, dan ketersediaan logistik
  - 2) Dukungan pemangku kebijakan.
  - 3) Perencanaan penganggaran program.
- c. Menjalankan rencana penguatan dan perluasan kegiatan dengan menggunakan pengalaman proses kegiatan yang telah sukses berjalan dengan memperhatikan prinsip-prinsip berikut :
  - 1) Memperluas secara bertahap untuk memastikan bahwa paket yang sedang diperluas tidak kehilangan komponen yang penting.
  - 2) Melanjutkan pembinaan di daerah percontohan untuk advokasi dan dasar dukungan.
  - 3) Dimulai dari paket pelayanan MTBS-M yang telah berjalan sukses dan dapat memberikan contoh pelaksanaan.
  - 4) Menjalin kemitraan sesuai kebutuhan dan pastikan setiap mitra baru memiliki visi yang sama.
  - 5) Menggunakan sumber daya serta sistem yang sudah ada dan sedang berjalan.
  - 6) Melakukan monitoring terhadap proses dan keluaran pengembangan dan perluasan.
  - 7) Mengantisipasi hal-hal di luar perencanaan.



## **BAB VII PENUTUP**

Pemerintah menjamin pelayanan kesehatan bayi dan anak balita sesuai standar termasuk di daerah sulit akses dalam rangka pemenuhan hak anak. Berbagai upaya untuk pemenuhan pelayanan kesehatan seperti ketersediaan sumber daya manusia kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, serta obat dan alat kesehatan.

Untuk daerah yang sulit akses terhadap pelayanan kesehatan bayi dan anak balita, perlu dilakukan peningkatan peran serta masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat dengan upaya kesehatan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, dan/atau kuratif terbatas (perawatan esensial bayi baru lahir, mengenali tanda bahaya umum pada penyakit-penyakit utama penyebab kematian balita seperti pneumonia, diare atau malaria, penanganan sederhana serta kemampuan merujuk ke tenaga kesehatan).

Buku ini diharapkan dapat digunakan oleh pemerintah daerah sebagai salah satu strategi untuk memberikan pelayanan kesehatan bayi dan anak balita di daerah yang sulit akses melalui kegiatan MTBS-M sesuai dengan kondisi dan kebutuhan daerah masing-masing.



## REFERENSI

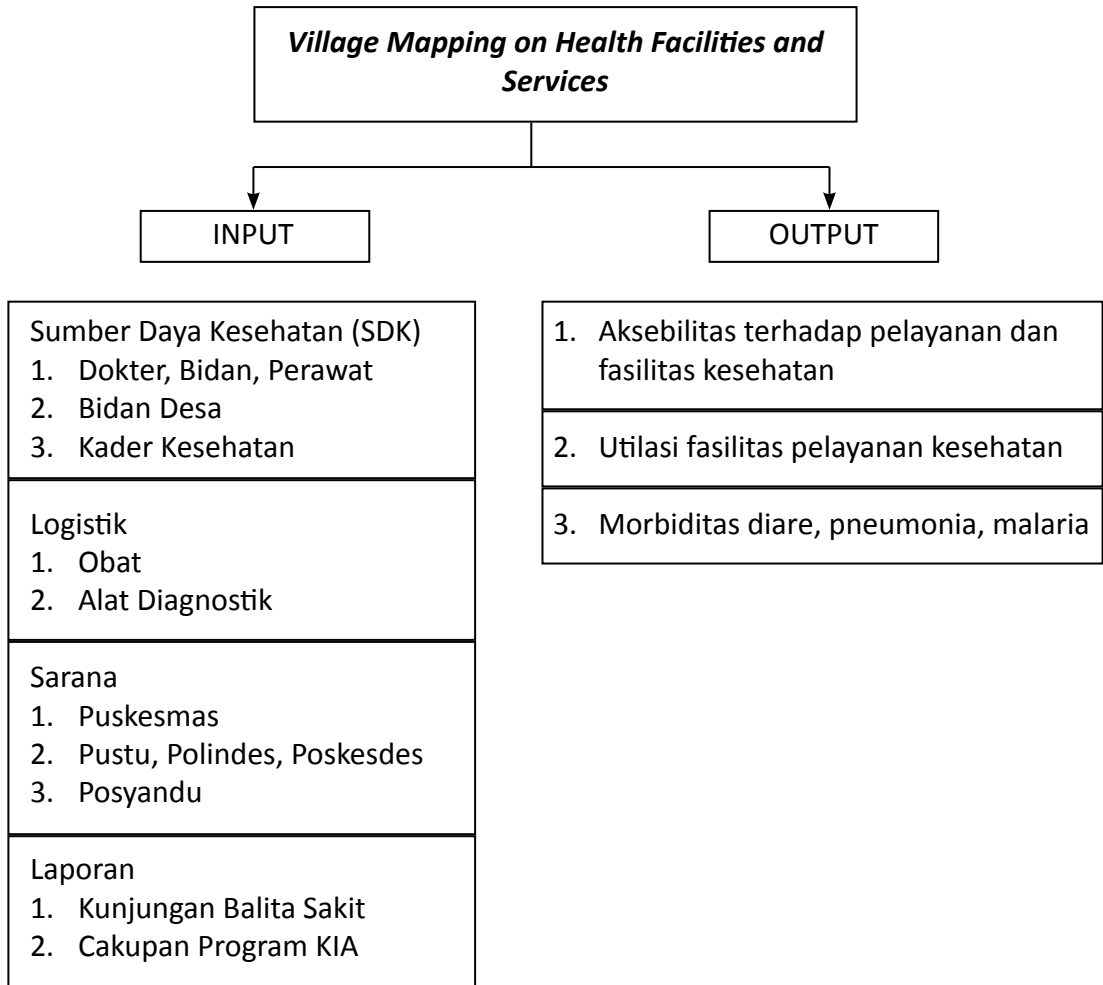
1. BPS 2008. Indonesia Demographic and Health Survey 2007. Calverton, Maryland, USA: BPS and Macro International.
2. Brian Sriprahastuti, Analisis Kebijakan Pemberdayaan Masyarakat untuk Penanganan Balita Sakit oleh Kader, Program Studi S3 Kesehatan Masyarakat , Universitas Indonesia, 2011
3. Brian Sriprahastuti, Analisis Situasi Masalah Balita Sakit di Kabupaten TTS dan Alternatif Pemecahan masalahnya, Program Studi S3 Kesehatan Masyarakat , Universitas Indonesia,2011
4. Brian Sriprahastuti, Studi Kualitatif Motivasi Ibu untuk membawa Balita Sakit Berobat ke Puskesmas di Kabupaten TTS, Program Studi S3 Kesehatan Masyarakat , Universitas Indonesia, 2010
5. ChildFund, Buku Pedoman Pelaksanaan Supervisi terhadap Kader dan Penyelia MTBS-M, 2012
6. ChildFund, Buku Pegangan Pelatih Pelatihan Penanganan Balita Sakit oleh Masyarakat, 2012
7. ChildFund, Buku Pegangan Peserta Pelatihan Penanganan Balita Sakit oleh Masyarakat, 2012
8. ChildFund, Laporan Pelaksanaan Service Availability Mapping, 2011
9. HEYWOOD, P. & CHOI, Y. 2010. Health system performance at the district level in Indonesia after decentralization. BMC Int Health Hum Rights, 10, 3.
10. KEMENKES 2009. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007.
11. SOEMANTRI, S., LUBIS, A., AFIFAH, T. & HAPSARI, D. 2009. ANALYSIS OF DATA SETS RELATED TO NEONATAL AND CHILD HEALTH ((Evidence from Household Surveys). Jakarta: World Health Organization.
12. UNICEF 2010. Narrowing the Gaps to Meet the Goals. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF).
13. UTOMO, B., SUCAHYA, P. K. & UTAMI, F. R. 2011. Priorities and realities: addressing the rich-poor gaps in health status and service access in Indonesia. Int J Equity Health, 10, 47.



## LAMPIRAN

### LAMPIRAN 1 : CONTOH PEMETAAN

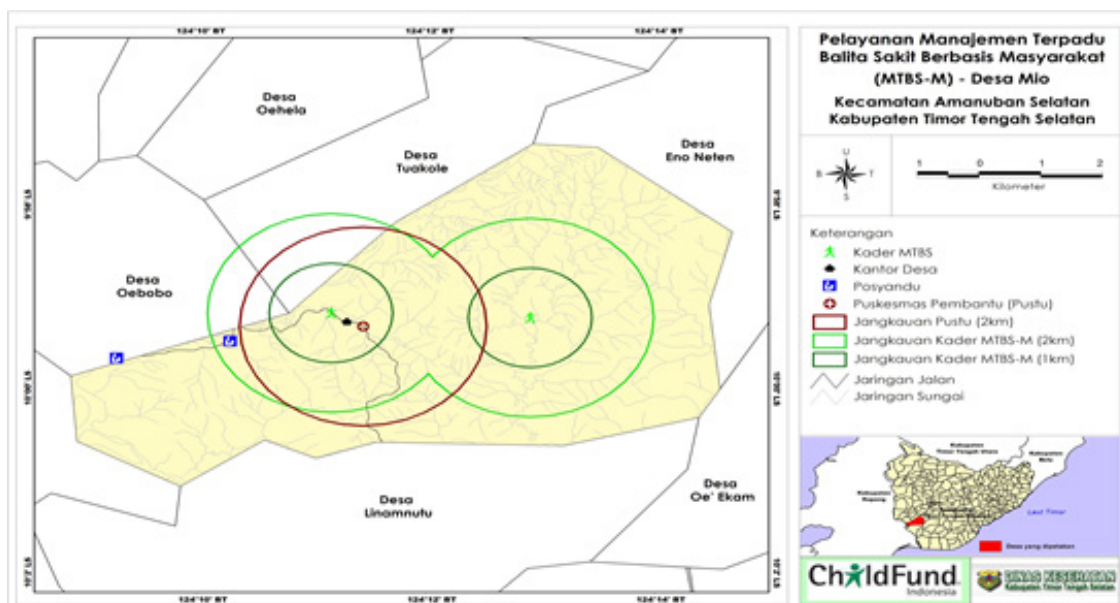
#### 1. Kerangka Konsep Pemetaan Ketersediaan Layanan Kesehatan



Sumber : ChildFund Indonesia, 2011

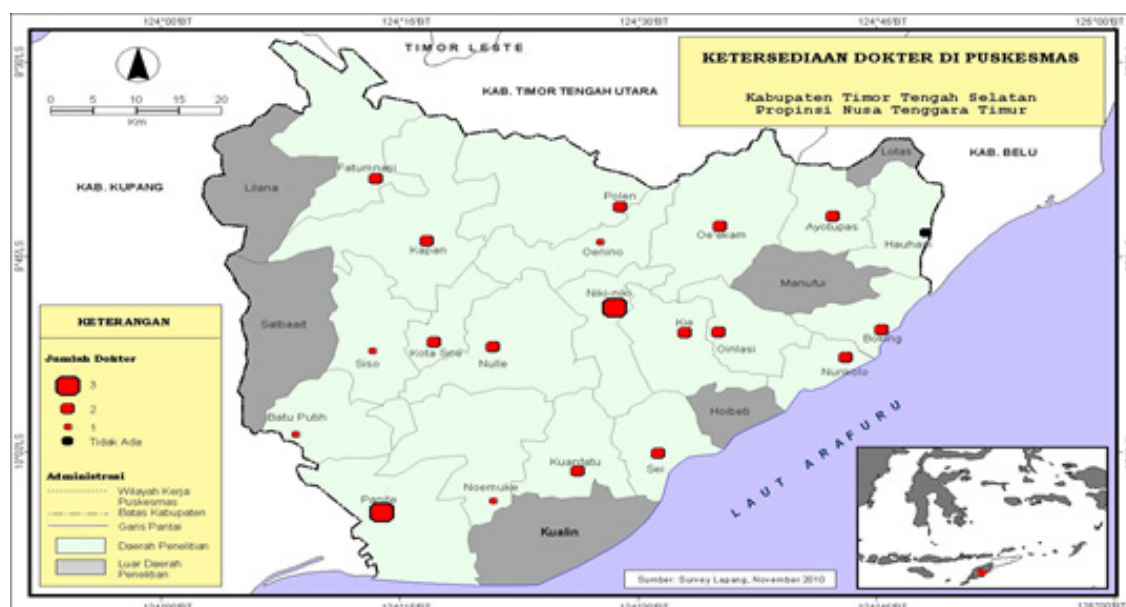
Modifikasi kerangka konsep SAM dilakukan oleh Brian Sriprahastuti

## 2. Peta Kunjungan Kasus Diare 20 Puskesmas di Kabupaten TTS



Sumber: Laporan Midterm-REACH ChildFund, 2012

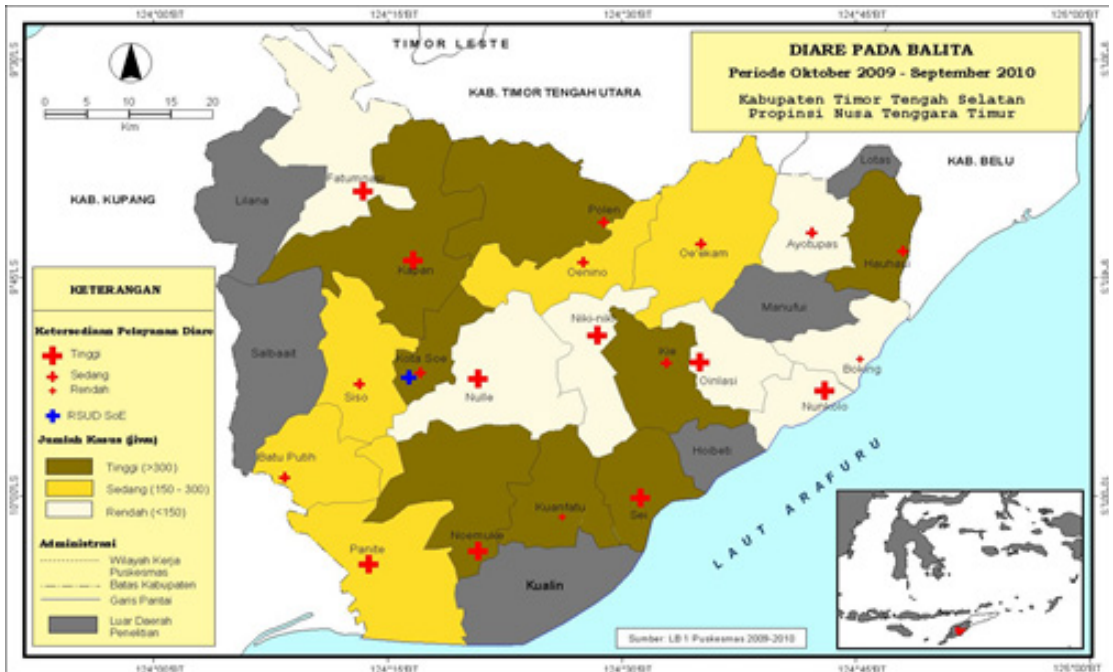
## 3. Peta Ketersediaan dokter di 20 Puskesmas di Kabupaten TTS



Sumber: Laporan SAM ChildFund, 2011

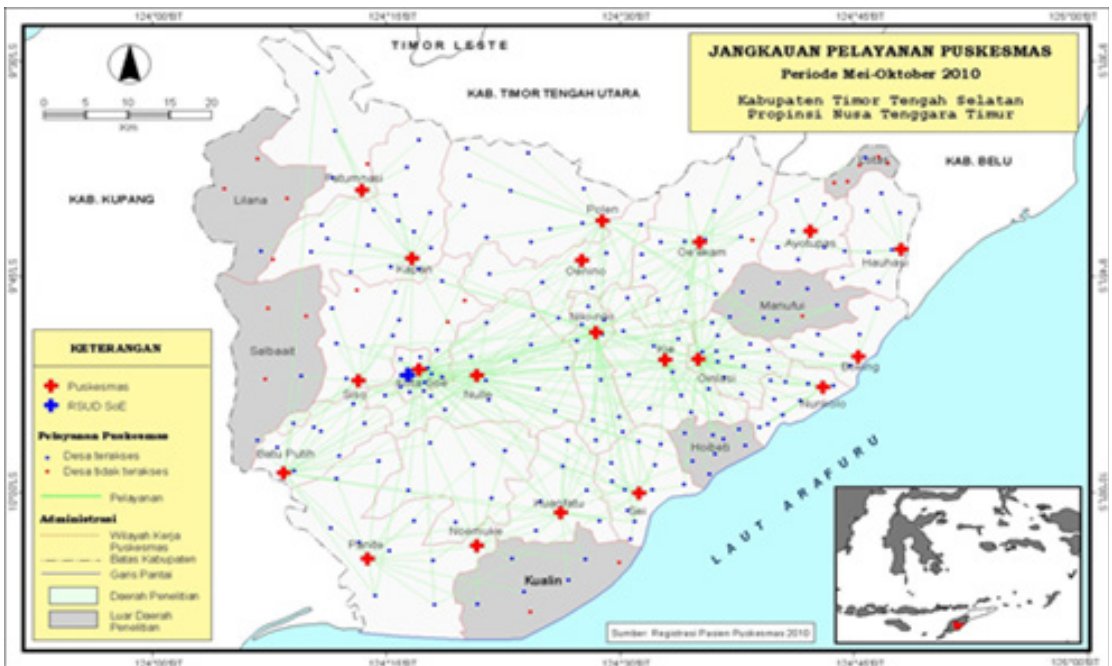


#### 4. Peta Kunjungan Kasus Diare 20 Puskesmas di Kabupaten TTS



Sumber: Laporan SAM ChildFund, 2011

#### 5. Peta Jangkauan Pelayanan Puskesmas terhadap 240 desa di Kabupaten TTS



Sumber: Laporan SAM ChildFund, 2011

Keterangan :

Pemetaan dengan metode SAM di kabupaten TTS, 240 desa dikategorikan berdasarkan akses pelayanan di puskesmas dalam periode waktu 6 bulan dengan 6 kriteria sebagai berikut :

1. Tidak ada akses sama sekali (tidak ada kunjungan ke puskesmas, tidak ada bidan desa)
2. Akses sangat terbatas (tidak ada kunjungan puskesmas, ada bidan desa tapi tidak tinggal di tempat)
3. Akses terbatas (tidak ada kunjungan ke puskesmas, ada bidan desa tinggal di tempat)
4. Akses cukup (ada kunjungan ke puskesmas, tidak ada bidan desa)
5. Akses baik (ada kunjungan ke puskesmas, ada bidan desa tapi tidak tinggal di tempat)
6. Akses sangat baik (ada kunjungan ke puskesmas, ada bidan desa tinggal di tempat/ siaga)

## 6. Variabel pemetaan ketersediaan layanan kesehatan

Variabel	Kriteria	Kelas
Sumber Daya Kesehatan	Adanya ketersediaan dokter, bidan koordinator dan perawat di puskesmas; tenaga kesehatan Penanggung Jawab Desa di semua desa dan minimal 5 kader di semua posyandu di wilayah kerja Puskesmas dalam 6 bulan terakhir	1. Dibawah minimal 2. Minimal 3. Baik 4. Sangat Baik
Logistik	Adanya ketersediaan obat dan bahan/alat diagnostik dalam 6 bulan terakhir untuk pemeriksaan dan pengobatan balita sakit Pneumonia, Diare dan Malaria yang dibuktikan dengan Laporan Permintaan dan Penggunaan Obat (LPLPO)	1. Dibawah minimal 2. Minimal 3. Baik 4. Sangat Baik
Pelayanan Pengobatan	Ada aktivitas pemeriksaan dan pengobatan setiap hari kerja di Puskesmas dalam 6 bulan terakhir yang dibuktikan dengan laporan kunjungan pasien puskesmas	1. Dibawah minimal 2. Minimal 3. Baik 4. Sangat Baik
Promosi Kesehatan	Ada kegiatan promosi ASI dilakukan dalam 6 bulan terakhir yang dibuktikan dengan laporan kegiatan dan kehadiran peserta	1. Dibawah minimal 2. Minimal 3. Baik 4. Sangat Baik
Pelayanan P2M	Ada Pelayanan Penemuan Kasus dan Pengobatan Pneumonia, Diare dan Malaria pada balita yang dibuktikan dengan adanya laporan bulanan dalam 6 bulan terakhir	1. Dibawah minimal 2. Minimal 3. Baik 4. Sangat Baik
Pelayanan Kesling	Adanya Pelayanan Kesehatan Lingkungan untuk pencegahan penyakit ISPA, diare dan malaria yang dibuktikan dengan adanya laporan Program Kesling dalam 6 bulan terakhir ( 9 indikator Rumah Sehat: pencahayaan, atap, dinding, Jamban Keluarga, sarana air bersih, ventilasi udara, lantai, tempat sampah, sarana pembuangan air limbah)	1. Dibawah minimal 2. Minimal 3. Baik 4. Sangat Baik
Pelayanan Perbaikan Gizi Masyarakat	Adanya Pelayanan Perbaikan Gizi Masyarakat dalam 6 bulan terakhir yang dapat dibuktikan dengan Laporan Bulanan Program Gizi (vitamin A, TTD, PMT bumil, PMT balita gizi buruk)	1. Dibawah minimal 2. Minimal 3. Baik 4. Sangat Baik
Pelayanan Kesehatan Anak	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada pelayanan Lima Imunisasi Lengkap (BCG, DPT, Polio, Campak).</li> <li>2. Ada pelayanan kesehatan neonatal( imunisasi Hb0, pemberian vit K inj, kunjungan neonatal)</li> <li>3. Ada pelayanan persalinan di fasilitas kesehatan yang dibuktikan dengan adanya partograph terisi dan laporan kunjungan ibu bersalin dalam 6 bulan terakhir</li> <li>4. Ada pelayanan obstetrik neonatal emergensi dasar yang dibuktikan dengan adanya laporan kunjungan dan penatalaksanaan PONED dalm 6 bulan terakhir</li> <li>5. Ada pelayanan MTBS yang dibuktikan dengan adanya register balita sakit dan laporan bulanan MTBS dalam 6 bulan terakhir</li> </ol>	1. Dibawah minimal 2. Minimal 3. Baik 4. Sangat Baik

Modifikasi variable SAM dilakukan oleh Brian Sriprahastuti

## LAMPIRAN 2 : CONTOH KODE ETIK KADER MTBS-M DI PAPUA

### KODE ETIK KADER

1. Berkomitmen untuk melayani masyarakat dikampungnya dan tidak membedakan
2. Tidak mengonsumsi obat-obatan terlarang (narkoba) dan tidak minum alkohol atau minuman keras lainnya (minuman lokal)
3. Tidak main judi, merokok, makan pinang, aibon pada saat pelayanan kesehatan
4. Tidak meminta bayaran atas layanan kesehatan dan status PNS
5. Tidak melakukan tindakan yang tidak tercantum / didapat dalam pelatihan
6. Melihat, menyuluh dan mengobati sesuai panduan yang diberikan
7. Memperhatikan kebutuhan yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat yang dilayani
8. Memberitahukan kepada tokoh masyarakat dan puskesmas bila melakukan perjalanan keluar kampung
9. Tidak memberikan obat kepada ibu yang tidak membawa anaknya yang sakit
10. Selalu menjaga kerahasiaan pasien
11. Selalu menghargai pasien dan keluarga pasien
12. Menjaga kekerabatan dengan kader lain
13. Menjaga kebersihan diri (mandi), berpakaian bersih, rapi dan sopan
14. Tidak mengajarkan materi pengobatan yang diajarkan selama pelatihan kepada orang lain kecuali kepada sesama kader yang mengikuti pelatihan.

### LAMPIRAN 3 : SUPERVISI

#### Daftar Tilik Supervisi Kader

Tanggal : _____		Kampung : _____				
Nama Pengawas : _____		Nama Kader : _____				
Indikator	No	Topik	Centang masing-masing			
			A. Tersedia		B. Tidak kadaluwarsa dan tidak rusak?	
			YA	TIDAK	YA	TIDAK
Ketersediaan dan kualitas obat dan alkes	1.	Kontrimoksazol anak/dewasa				
	2.	Oralit				
	3.	Zinc				
	4.	ARI timer berfungsi				
	5.	*RDT				
	6.	Parasetamol anak/dewasa				
	7.	Termometer berfungsi				
		<b>Indikator rangkuman ketersediaan Obat dan Alkes</b>				
	A.	Ketersediaan Obat dan Alkes? (kriteria untuk YA: no. 1-4 kolom A harus semua dicentang. * 1-5 YA untuk daerah malaria)	YA	TIDAK	YA	TIDAK
	B.	Kualitas Obat dan Alkes? (kriteria untuk YA : No. 1-4 kolom B harus semua dicentang. * 1-5 YA untuk daerah malaria)	YA	TIDAK	YA	TIDAK
	<b>No.</b>	<b>Topik</b>	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>	<b>KOMENTAR</b>	
Penyimpanan obat dan alkes	8.	Tempat penyimpanan bebas dari rayap dan serangga				
	9.	Tempat penyimpanan aman dan terkunci				
	10.	Obat-obatan terlindungi dari sinar matahari langsung				
	11.	Obat-obatan disimpan dalam suhu yang sesuai				
	C.	Penyimpanan Obat dan Alkes? (Kriteria untuk YA: no. 8-11 kolom YA harus semua dicentang)	YA	TIDAK		
	<b>No.</b>	<b>Topik</b>	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>	<b>KOMENTAR</b>	
Ketersediaan perlengkapan	12.	Buku bergambar kader tersedia				
	13.	Blanko kosong lembar pengobatan tersedia				
	14.	Blangko kosong surat rujukan tersedia				
	D.	Ketersediaan perlengkapan? (Kriteria untuk YA: No. 12-14 Kolom YA harus semua dicentang)	YA	TIDAK		
	<b>No.</b>	<b>Topik</b>	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>	<b>KOMENTAR</b>	
Lembar pengobatan lengkap & konsisten	15.	Kasus 1 : Lembar pengobatan lengkap dan konsisten				
	16.	Kasus 2 : Lembar pengobatan lengkap dan konsisten				
	17.	Kasus 3 : Lembar pengobatan lengkap dan konsisten				
	18.	Kasus 4 : Lembar pengobatan lengkap dan konsisten				
	19.	Kasus 5 : Lembar pengobatan lengkap dan konsisten				
	E.	Lembar pengobatan lengkap & konsisten (kriteria untuk YA: Minimal 3 dari 5 kasus dicentang YA)	YA	TIDAK		
	<b>No.</b>	<b>Topik</b>	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>	<b>KOMENTAR</b>	
Pengetahuan tatalaksana balita sakit (Kasus No. : .....)	20.	Tanya umur anak?				
	21.	Tanya, lihat, dan periksa SEMUA tanda bahaya?				
	22.	Tanya penyakit anak?				
	23.	Menghitung jumlah napas benar jika batuk? (+/- nafas permenit dibandingkan standar (pengawas, video))				
	24.	Klasifikasi penyakit benar?				
	25.	Tepat memutuskan diobati atau dirujuk?				
	26.	Memberikan tindakan pengobatan dan dosis yang tepat (termasuk pemberian dosis pertama)				
	27.	Memberikan konseling yang baik? (pesan tepat termasuk lama pemberian obat DAN kapan harus kembali)				
	F.	Pengetahuan tata laksana balita sakit? (Kriteria untuk YA: No. 20-27 kolom YA harus semua dicentang)	YA	TIDAK		
		<b>No.</b>	<b>Topik</b>	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>	<b>KOMENTAR</b>
Rangkuman	28.	Obat, alkes dan perlengkapan tersedia dan kualitas baik: YA/TIDAK (lingkari). (Kriteria untuk YA: A, B, C, D harus YA) Jika "TIDAK", berikan komentar apa yang telah anda lakukan dan apa lagi yang perlu dilakukan.				
	29.	Kader memenuhi standar kompetensi: YA/TIDAK (lingkari). (kriteria untuk YA: E dan F harus YA) Jika "TIDAK", berikan komentar apa yang telah anda lakukan dan apa lagi yang perlu dilakukan.				

<b>Tujuan</b>	:	Untuk memandu supervisor pada saat melakukan supervisi kepada kader. Daftar titik ini mencakup pemantauan ketersediaan obat dan alkes, ketersediaan perlengkapan, kualitas pelayanan, dan kompetensi kader.		
<b>Diisi oleh</b>	:	Supervisor kader	<b>Frekuensi</b>	Tiap 1 bulan
<b>Dilaporkan ke</b>	:	Dinas Kesehatan	<b>Frekuensi</b>	Tiap 1 bulan
<b>Register terkait dengan</b>	:	<u>Langsung</u> : Laporan Bulanan Kader, Laporan Pengobatan Kader (LPLPO) <u>Pendukung</u> : Skenario kasus		
<b>Menjawab Indikator</b>	<b>Penggunaan</b>	:	Ada atau Tidak ada	
	<b>Akses</b>	:	Kader terpilih menyediakan pelayanan MTBS-M, obat dan pemeriksaan malaria.	
	<b>Kuallitas</b>	:	Ketersediaan obat dan alkes, penyimpanan obat dan alkes, kualitas obat dan alkes, lembar pengobatan yang lengkap dan konsisten, pengetahuan tentang tatalaksana kasus, menghitung jumlah nafas	
	<b>Permintaan</b>	:	Tidak ada	
	<b>Lingkungan</b>	:	Tidak ada	
<p>Daftar tilik ini dirancang untuk membantu supervisor dalam menilai kompetensi dasar kader dan sistem pendukung MTBS-M (misalnya ketersediaan obat dan alkes, dll). Hanya komponen utama dari kompetensi dasar dan sistem pendukung MTBS-M yang dinilai dalam daftar tilik ini sehingga supervisor bisa memfokuskan pada komponen utama ini dalam mendampingi kader. Daftar tilik ini memberikan informasi yang bisa digunakan untuk pemantauan program dan pengambilan keputusan.</p> <p>Didalam alat bantu ini, kolom yang paling kiri berisi tentang indikator-indikator kunci. Kolom berikutnya menjelaskan tentang kriteria yang harus dipenuhi supaya bisa “lulus” dari masing-masing indikator. Baris yang berwarna abu-abu pada bagian bawah dari masing-masing indikator merangkum indikator berdasarkan kriteria kelulusan yang ditentukan (lulus atau gagal). Informasi ini akan dimasukkan didalam laporan bulanan. Daftar tilik supervisi ini diajarkan didalam pelatihan supervisor dan idealnya juga kepada kader sehingga mereka menyadari komponen yang ditekankan dalam supervisi.</p> <p>Penilaian tentang pengetahuan tata laksana balita sakit yang benar sebaiknya dilakukan oleh orang yang memiliki latar belakang klinis. Penilaian tatalaksana balita sakit dapat menggunakan skenario kasus jika kasus nyata tidak ada.</p> <p>Supervisor kader harus merangkum hasil supervisi untuk setiap kader dalam laporan bulanan supervisor dan mengirimkan salinannya ke Dinas Kesehatan.</p>				

## Cara Pengisian

Kunjungan supervisi sebaiknya direncanakan dan kader yang akan disupervisi sebaiknya tahu bahwa supervisor dari puskesmas akan datang mengunjunginya. Sebaiknya jadwal kunjungan disesuaikan dengan jadwal posyandu sehingga supervisor bisa sekaligus melakukan pelayanan kesehatan pada saat posyandu (misal imunisasi) dan kemungkinan untuk bisa bertemu dengan kader lebih besar.

Supervisor sebaiknya memperkenalkan diri dan menyapa dengan ramah

### Bagian A dan B: Ketersediaan dan Kualitas Obat

Minta ijin kepada kader supaya anda bisa melihat kotak obat dan alat perlengkapan kesehatan.

Lakukan pengamatan terhadap ketersediaan obat-obatan dan alkes sesuai yang ada didaftar tilik:

- Berikan tanda centang dikolom “Tersedia” jika masing-masing obat dan alkes tersebut ada.

- Berikan tanda centang dikolom “Tidak kadaluarsa dan tidak rusak” jika masing-masing obat dan alkes (RDT) belum masuk didalam tanggal kadaluarsa yang tertera dibungkus obat dan obat dan alkes dalam keadaan baik (tidak rusak).  
Contoh: Pemeriksaan dilakukan pada 11 September 2011, maka obat dianggap tidak kadaluarsa jika tanggal kadaluarsanya adalah 12 september 2011. Jika tanggal kadaluarsanya obat adalah 11 september 2011 maka obat ini sudah kadaluarsa.  
SYARAT: Obat dikatakan tersedia jika stok yang ada mencukupi untuk mengobati 5 orang pasien lagi

Isi dibagian komentar jika ada keterangan penting yang perlu dituliskan, terutama terkait dengan :

- Alasan kenapa obat atau alkes tidak tersedia
- Alasan kenapa obat, RDT atau Alkes kadaluarsa atau rusak atau tidak berfungsi

Isi Indikator rangkuman untuk bagian pertama ini sesuai dengan kriteria yang tertulis

### **Bagian C : Penyimpangan Obat dan Alkes**

Pada saat memeriksa ketersediaan dan kualitas obat, supervisor juga mengamati tempat penyimpanan obat dan alkes tersebut:

- Berikan tanda centang pada kolom YA jika keadaan yang diamati sesuai dengan masing-masing komponen yang ada (No. 8 - No. 11)
- Berikan tanda centang di kolom TIDAK jika keadaan yang diamati tidak sesuai dengan masing-masing komponen yang ada (No. 8 - No. 11)
- Yang dimaksud dengan obat disimpan pada suhu yang sesuai, contohnya obat disimpan jauh dari api

Isi indikator rangkuman untuk bagian ini sesuai dengan kriteria yang tertulis

### **Bagian D: Ketersediaan perlengkapan**

Minta ijin kepada kader supaya anda bisa melihat buku bergambar, lembar pengobatan, dan lembar rujukan. Syarat : Ketersediaan lembar pengobatan minimal untuk 5 pasien. Lakukan pengamatan terhadap ketersediaan dokumen ini sesuai yang tertulis di daftar tilik:

- Berikan tanda centang di kolom YA jika dokumen yang dimaksud ada minimal untuk 5 pasien
- Berikan tanda centang dikolom TIDAK jika dokumen yang dimaksud tidak ada atau hanya tersedia untuk kurang dari 5 pasien

### **Bagian E: Kelengkapan dan Konsistensi Lembar Pengobatan**

Minta ijin kepada kader supaya anda bisa melihat kumpulan lembar pengobatan yang ada sejak satu bulan terakhir. Ambil secara acak lima (5) lembar pengobatan dari kumpulan lembar pengobatan yang ada. Dari 5 lembar pengobatan yang terpilih, usahakan untuk mendapatkan variasi klasifikasi sehingga mencakup semua klasifikasi penyakit yang sudah diajarkan ke kader (batuk, batuk dengan nafas cepat, tanda bahaya, demam, diare)

Dari masing-masing lembar pengobatan, lihat:

- Apakah kader mengisi lembar pengobatan dengan lengkap : identitas pasien, menulis tanggal lahir dan umur anak dengan benar, memeriksa tanda bahaya dan komponen lainnya sesuai dengan kasusnya.
- Apakah konsisten antara masing - masing komponen di dalam lembar pengobatan ini ?

Kasus	Konsistensi
Anak umur 2-12 bulan dengan batuk dan jumlah nafas 40 x permenit. Pada bagian nafas cepat kelompok umur 2-12 bulan diconteng	<b>TIDAK</b>
Anak umur 1-5 tahun dengan batuk dan jumlah nafas 45x permenit. Pada bagian nafas cepat kelompok umur 1-5 tahun dicentang. Pada bagian pengobatan dicentang batuk dengan nafas cepat dan kotrimoksazol untuk umur 1-5 tahun	<b>YA</b>

Contoh:

Isi indikator rangkuman untuk bagian ini sesuai dengan kriteria yang tertulis (YA, jika 3 dari 5 kasus lengkap dan konsisten)

### **Bagian F: Pengetahuan tatalaksana balita sakit**

Untuk menilai pengetahuan kader tentang tatalaksana balita sakit bisa menggunakan kasus nyata atau skenario kasus.

Isi rangkuman bagian ini sesuai kriteria yang ditulis.

### **Rangkuman**

Didalam rangkuman terdapat dua komponen yang dilaporkan:

1. Sistem pendukung MTBS-M (ketersediaan dan kualitas obat, alkes, dan perlengkapan)

Untuk menentukan sistem pendukung MTBS-M, kriteria dibawah ini bisa dipakai:

Indikator rangkuman bagian A (ketersediaan obat dan alkes) harus YA

**DAN**

Indikator rangkuman bagian B (kualitas obat dan alkes) harus YA

**DAN**

Indikator rangkuman bagian C (penyimpanan obat dan alkes) harus YA

**DAN**

Indikator rangkuman bagian D (ketersediaan perlengkapan) harus YA

Jika salah satu dari indikator rangkuman A,B,C,D adalah TIDAK, maka sistem pendukung MTBS - M belum berjalan baik dan supervisor perlu melihat penyebab dari masalah ini dan mencari jalan keluar bersama dengan kader atau tingkat yang lebih tinggi (Puskesmas, Dinkes).

2. Kapasitas Kader

Untuk menentukan kompetensi kader, kriteria dibawah ini bisa dipakai:

Kader dikategorikan kompeten jika:

Indikator rangkuman bagian E (lembar pengobatan lengkap dan konsisten) harus YA

**DAN**

Indikator rangkuman bagian F (pengetahuan tatalaksana balita sakit) harus YA

Jika salah satu atau dua dari indikator rangkuman E dan F adalah TIDAK maka kader belum kompeten dan perlu mendapat pendampingan intensif.



**LAMPIRAN 4 : FORMAT PENILAIAN KOMPETENSI KADER**

<b>Penilaian Kompetensi Dasar</b>		
<p><b>Nama Kader</b> : _____</p> <p><b>Nama Penguji</b> : _____</p> <p><b>PENILAIAN TATALAKSANA KASUS</b></p>	<p><b>Tanggal mulai pelatihan</b> : _____</p> <p><b>Tanggal selesai pelatihan</b> : _____</p>	
<p>INSTRUKSI : Tuliskan YA, TIDAK, atau TA (Tidak Ada) untuk masing-masing kompetensi</p>	<p style="text-align: center;"><b>Lingkari jenis kasus</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Klasifikasi Penyakit :</b></p> <p>_____</p> <p>I. Observasi klinis</p> <p>II. Skenario kasus</p> <p>III. Kasus video</p> <p style="text-align: center;"><b>Komentar/Observasi</b></p>
<b>No.</b>	<b>Kompetensi</b>	
1.	Tanya identitas anak (nama DAN umur DAN jenis kelamin)	
2.	Tanya, Lihat, Periksa SEMUA tanda bahaya	
3.	Tanya masalah anak dan berapa lama	
4.	Jika batuk, hitung jumlah nafas (+/- napas per menit standar)	
5.	Klasifikasi penyakit dengan benar	
6.	Tepat memutuskan apakah diobati atau dirujuk?	
7.	Memberikan tindakan pengobatan dan dosis yang tepat? (termasuk pemberian dosis pertama)	
8.	Memberikan konseling yang baik? (pesan tepat termasuk lama pemberian obat DAN kapan harus kembali)	
	<b>Jumlah YA dan TA</b>	
<p><b>RANGKUMAN PENILAIAN DAN REKOMENDASI</b></p> <p>1. Nilai keseluruhan (nilai maksimal 8): _____</p> <p>2. Klasifikasi nilai kompetensi (centang salah satu)</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 8 : Kader kompeten  <input type="checkbox"/> 6-7 : Perlu tambahan pendamping dilapangan  <input type="checkbox"/> 0-5 : Perlu pendampingan dan supervisi intensif                 </p>		





## REGISTER BAYI BARU LAHIR DENGAN BERAT BADAN LAHIR RENDAH (BBLR)

Desa :  
 Nama Kader :  
 No. HP :

No	Nama Ibu	Alamat Ibu	Umur Ibu	Kehamilan ke-	Bayi anak ke-	Tanggal Lahir	Jenis persalinan	BBL	Jenis kelamin	Tanggal mulai PMK	BB pada saat PMK	Kunjungan ke-1		Kunjungan ke-2		Kunjungan ke-3		Kunjungan ke-4		Berhenti PMK	
												Tgl	BB	Tgl	BB	Tgl	BB	Tgl	BB		Tgl
						Hari/bulan/tahun	Normal/operasi/lainnya	gram	Laki-laki/perempuan	Hari/bulan/tahun	gram		Tgl	BB	Tgl	BB	Tgl	BB	Tgl	BB	

Hanya diisi bila bayi BBLR telah mendapatkan PMK sebelumnya di Rumah Sakit dan Melanjutkan di rumah

Tanggal dipulangkan	BB Pada saat dipulangkan	Lamanya di RS	Status saat dipulangkan	Penyebab meninggal	Antibiotik diberikan	Komplikasi
Hari/bulan/tahun	gram		Dirujuk, pulang sendiri, hidup atau meninggal	Pneumonia, sepsis, lainnya	Ya/tidak	Misalnya sepsis, sesak, lainnya



**LAPORAN BULANAN UNTUK ANAK USIA 2 - 59 BULAN**

Nama Supervisor : \_\_\_\_\_  
 Nama Fasilitas Kesehatan : \_\_\_\_\_

Bulan : \_\_\_\_\_  
 Kecamatan/Kabupaten : \_\_\_\_\_

Tanggal	Nama Bidan/Kader	Desa	Kelompok Umur (bulan)	Jenis Kelamin	Kunjungan	R D T	Tanda Bahaya				Klasifikasi	Rujuk	Jadwal Kunjungan Ulang selanjut nya (Tanggal)	Jadwal Kunjungan Ulang selanjut nya (Tanggal)	Pelaksanaan Rujukan Di Hari Perlama?	Bidan/Kader mendapatkan pengawasan bulan ini (Y/T)	Kualitas					Keterangan															
							Tidak Bisa Minum atau MeneTEK	Memuntahkan semunya	Riwayat kejang	Bergerak hanya jika disentuh							Tarkan Dinding Dada ke Dalam	Pneumonia	Diare	Disentri	Demam Bukan Malara		Malara	Manajemen Kasus	Konsistensi Pengobatan	Kwalitas Register	Logistik	Ketersediaan Obat	Manajemen Masyarakat								
			1-11	Laki-laki	Perempuan	Kedua Berkurnya	Positif	Negatif	Tidak Diperiksa	Tidak Bisa Minum atau MeneTEK	Memuntahkan semunya	Riwayat kejang	Bergerak hanya jika disentuh	Tarkan Dinding Dada ke Dalam	Pneumonia	Diare	Disentri	Demam Bukan Malara	Malara				Y	T	Y	Y	Y	T									
			11-40	Laki-laki	Perempuan	Kedua Berkurnya	Positif	Negatif	Tidak Diperiksa	Tidak Bisa Minum atau MeneTEK	Memuntahkan semunya	Riwayat kejang	Bergerak hanya jika disentuh	Tarkan Dinding Dada ke Dalam	Pneumonia	Diare	Disentri	Demam Bukan Malara	Malara				Y	T	Y	Y	Y	T									
<b>Total</b>																																					

**LAPORAN BULANAN SUPERVISOR**

Jumlah total kader yang dilatih MTBS-M : \_\_\_\_\_

Nama pengawas : \_\_\_\_\_

Kecamatan/Kabupaten : \_\_\_\_\_

Puskesmas : \_\_\_\_\_

Bulan : \_\_\_\_\_

Tulis jumlah pasien atau tanda centeng sesuai dengan kolom yang tersedia

Nama Kader	Kampung	Kader lapor bulan ini			Umur (Jumlah)			Jenis kelamin (Jumlah)		Klasifikasi (Jumlah)								Rujuk (Jumlah)	Kunjungan lanjutan (Jumlah)		Meninggal (Jumlah)			Kader dikunjungi bulan ini		Obat & perlengkapan ada		Kompetensi kader baik									
		Ya	Tidak		0-2 bin	2-1 bin	1-5 thn	Laki-laki	Perempuan	Tanda bahaya	Batuk tanpa napas cepet	Batuk dengan Napas cepet	Mencoret kurang dari 14 hari	Mencoret lebih dari 14 hari	Mencoret berdarah	Demam	Malaria	Ya	Tidak	0-2 bin	2-1 bin	1-5 thn	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Baik	Tidak Baik									
Total																																					

Yang melaporkan,  
Supervisor

Mengetahui,  
Kepala Puskesmas

NIK : \_\_\_\_\_

NIK : \_\_\_\_\_

## LAMPIRAN 6 : CONTOH FORMULIR RUJUKAN DAN UMPAN BALIK RUJUKAN

### Formulir Rujukan dan Umpan Balik Rujukan

Tenaga Kesehatan/Kader harus mengisi semua bagian yang kosong,

1. Formulir Rujukan Tenaga Kesehatan/Kader (disimpan oleh tenaga kesehatan/kader)

Nama Pasien : \_\_\_\_\_ Usia : \_\_\_\_\_ laki-laki/perempuan

Nama Pengasuh & Hubungannya dengan anak : \_\_\_\_\_

Desa/Kec : \_\_\_\_\_ Tanggal Rujukan : \_\_\_\_\_ Pukul : \_\_\_\_\_

Dirujuk ke (Nama Fasilitas Kesehatan) : \_\_\_\_\_

Keluhan Utama : \_\_\_\_\_

Klasifikasi : \_\_\_\_\_

Pengobatan yang diberikan : \_\_\_\_\_

Pengenal Darurat diberikan : Ya/Tidak

2. Formulir Rujukan Tenaga Kesehatan/Kader (disimpan di fasilitas kesehatan)

Nama Petugas Kesehatan/Kader yang merujuk : \_\_\_\_\_

Nama Pasien : \_\_\_\_\_ Usia : \_\_\_\_\_ laki-laki/perempuan

Nama Pengasuh & Hubungannya dengan anak : \_\_\_\_\_

Desa/Kec : \_\_\_\_\_ Tanggal Rujukan : \_\_\_\_\_ Pukul : \_\_\_\_\_

Dirujuk ke (Nama Fasilitas Kesehatan) : \_\_\_\_\_

Diagnosis dan Klasifikasi : \_\_\_\_\_

Pengobatan yang diberikan : \_\_\_\_\_

3. Formulir Umpan Balik Tenaga Kesehatan/Kader (dikembalikan Kepada Tenaga kesehatan/Kader Oleh Keluarga)

Nama Pasien : \_\_\_\_\_ Usia : \_\_\_\_\_ laki-laki/perempuan

Nama Pengasuh & Hubungannya dengan anak : \_\_\_\_\_

Desa/Kec : \_\_\_\_\_ Nama Tenaga Kesehatan/Kader yang merujuk : \_\_\_\_\_

Fasilitas Kesehatan (Nama) : \_\_\_\_\_

Dirujuk Pada (Tanggal) : \_\_\_\_\_ Tiba Pada Tanggal : \_\_\_\_\_ Pukul : \_\_\_\_\_

Kondisi Pasien Pada Saat Dirujuk (Tiba) : \_\_\_\_\_

Diagnosis dan Klasifikasi : \_\_\_\_\_

Pengobatan yang diberikan : \_\_\_\_\_

Instruksi Terhadap Tenaga Kesehatan/Bidan yang merujuk : \_\_\_\_\_

Tanggal Kunjungan Ulang : \_\_\_\_\_

Umpan Balik Oleh (Nama dan Jabatan) : \_\_\_\_\_



## KONTRIBUTOR

- dr. Kirana Pritasari, MQIH (Kemenkes RI)  
dr. Rinni Yudhi Pratiwi, MPET (Kemenkes RI)  
dr. Erna Mulati, MScCMFM (Kemenkes RI)  
dr. H. Eni Gustina, MPH (Kemenkes RI)  
Sundoyo, SH, MKM, MH (Kemenkes RI)  
Nuryani, SKM (Kemenkes RI)  
Widiawati, SKM, MKM (Kemenkes RI)  
dr. Worowidjat (Kemenkes RI)  
dr. Siti Nadia Tarmizi, M.Epid (Kemenkes RI)  
Purwanta SH, MH (Kemenkes RI)  
drg. Rini Noviani, M.Kes (Kemenkes RI)  
Danti Kamalia, SH (Kemenkes RI)  
Lucky Isti Gupitasari, SH (Kemenkes RI)  
Arif Awaludin Ashar, SGz (Kemenkes RI)  
drg. Kartini Rustandi, M.Kes (Kemenkes RI)  
dr. Leni Yusriaty (Kemenkes RI)  
dr. Minerva TS (Kemenkes RI)  
dr. Yullita Evarini, MARS (Kemenkes RI)  
dr. Maria Sondang Margaret (Kemenkes RI)  
dr. Karnely Herlena (Kemenkes RI)  
dr. Yetty MP Silitonga (Kemenkes RI)  
dr. Mujaddid, MMR (Kemenkes RI)  
Asteria Unik Prawati, SKM, M.Kes (Kemenkes RI)  
Eli Zabet, SKM, M.Kes (Kemenkes RI)  
dr. Nindya Savitri, MKM (Kemenkes RI)  
drg. R. Edi Setiawan, MKM (Kemenkes RI)  
dr. Melda Gloria Manurung (Kemenkes RI)  
dr. Lovely Daisy, MKM (Kemenkes RI)  
dr. Farsely Mranani (Kemenkes RI)  
dr. Berta Pasaribu, MARS (Kemenkes RI)  
R. Danu Ramaditya (Kemenkes RI)  
dr. Hasnani, M.Kes (Dinkes Prov Aceh)  
dr. Sulasmi Yeddi, MHSM (Dinkes Prov Aceh)  
dr. Yuswanti, M.Kes (Dinkes Prov Jawa Tengah)  
Rita Novianingrum, SKM, M.Kes (Dinkes Prov Jateng)  
Nur Asiyah (Dinkes Prov Kaltim)  
Meliana (Dinkes Prov Kaltim)  
Jekie L Pasande (Dinkes Prov NTT)  
Joyce Tibuluji, SKM, M.Kes (Dinkes Prov NTT)  
Johana Rahail, M.Kes (Dinkes Prov Maluku)  
Halimah Marasabessy, SKM, M.Kes (Dinkes Prov Maluku)
- drg. Josep R. Radyatmaka, M.Kes, MH (DinkesProv Papua)  
dr. Mariana (Dinkes Prov Papua)  
drg. Agnes Ang (Dinkes Prov Papua)  
dr. Amir Addani, M.Kes (Dinkes Kab Bireun)  
Hadi Alawi, SKM (Dinkes Kab Brebes)  
dr. Rudi Pangarsaning Utami (Dinkes Kab Brebes)  
Drs. Moch. Agus Wakhid, M.Kes (Dinkes Kab Brebes)  
Berince S.S Yalla, SKM, M.Kes (Dinkes Kab TTS)  
dr. Hosianni In Rantau (Dinkes Kab TTS)  
Robinson Limohay (Dinkes Kab TTS)  
Sitina Mashita Marasabessy (Dinkes Kab Buru)  
drg. Theresia Hendrajani (Dinkes Kutai Timur)  
dr. Halijah Yasin (Dinkes Kab Berau)  
dr. Fran Daud Ranto (Dinkes Kab Jayawijaya)  
Agustinus Aronggear, AmdKep (Dinkes Kab Jayawijaya)  
Oliphina Rumbekwan, AmdKep (Dinkes Kab Jayawijaya)  
Agustina Parrangan (Dinkes Kab Jayawijaya)  
Agus Ginanjar (Bappenas)  
Prof. Dr. dr. Nasrin Kodim, MPH (PRES FKM UI)  
dra. Oktarinda, MSI (FKM UI)  
Dr.dr. Rahmat Sentika, SpA, MARS (PB IDI)  
dr. Martin Weber, PhD (WHO)  
dr. Hanny Roespandi (WHO)  
dr. Irfan Riswan (WHO)  
dr. Budhi Setiawan, MPH (UNICEF)  
dr. Ratih Woelandaroe, MSc (UNICEF)  
dr. Bobby Marwal Syahrizal, MPH (UNICEF)  
Armunanto, SKM, MPH (UNICEF)  
dr. Vama Chrisnadarmani, MPH (UNICEF NTT)  
dr. Fachmi Sinurat (MCHIP)  
Mia Pesik (MCHIP)  
dr. H. Sakkar (MCHIP)  
dr. Fitria Razali (MCHIP)  
dr. Riza Septiani (MCHIP)  
dr. Sri Kusuma Hartani (Mercy Corps)  
dr. Fransiska E. Mardiananingsih, MPH (Mercy Corps)  
dr. Sigit Sulisty, MPH (WVI)  
dr. Nurlily Bethesda Sinaga, MKM (WVI)  
dr. Anastasia Asyilia (WVI)  
DR. dr. Brian Sriprahastuti, MPH (ChildFun)



ISBN 978-602-235-475-8



9 786022 135475 8

