

FAKTOR DOMINAN YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS) DI SELURUH PUSKESMAS KOTA TASIKMALAYA JAWA BARAT

Asep Setiawan¹, Budiman², Chatarina³

¹ Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UMTAS

² Program Studi Kesehatan Masyarakat Stikes A. Yani Cimahi

³ Program Studi Keperawatan Stikes A. Yani Cimahi

ABSTRAK

WHO dan UNICEF memiliki indikator pelaksanaan MTBS, antara lain indikator keterampilan petugas, dukungan manajemen, dan indikator tingkat kepuasan pengantar terhadap pelayanan yang diberikan. Dalam pelaksanaan MTBS di Puskesmas Kota Tasikmalaya ada yang belum mencapai target dalam penanganan balita sakit. Tujuan penelitian ini bertujuan Mengetahui faktor dominan yang mempengaruhi pelaksanaan MTBS di seluruh Puskesmas Kota Tasikmalaya. Penelitian ini merupakan jenis penelitian survey analitik dengan desain penelitian cross sectional. Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh petugas pelaksanaan MTBS yang berjumlah 106. Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan lembar observasi. Analisa data yang digunakan adalah Regresi Linier Sederhana untuk bivariat dan Analisis Faktor untuk multivariate. Hasil penelitian ada tiga faktor yaitu Faktor 1 (Kepemimpinan dan Kemampuan Petugas Kesehatan) terdiri dari pengetahuan, dukungan pimpinan, supervise, kelengkapan pengisian formulir. Faktor 2 (Internal petugas kesehatan dan Pendukung) terdiri dari sikap, motivasi, kelengkapan obat. Faktor 3 (Sarana dan Prasarana) terdiri dari keberadaan poli dan kelengkapan alat. Faktor dominan yang mempengaruhi pelaksanaan MTBS yaitu supervise, sikap petugas kesehatan, kelengkapan alat untuk pelaksanaan MTBS. Berdasarkan hasil penelitian direkomendasikan bahwa untuk bisa berjalannya MTBS di puskesmas perlu untuk lebih di tingkatkan supervisi fasilitatif oleh dinas kesehatan dan pimpinan puskesmas, melakukan refreasing peningkatan kepatuhan atau sikap dari pelaksana MTBS dan membuat anggaran khusus untuk melengkapi peralatan MTBS.

Kata kunci : faktor dominan, kelengkapan alat, pelaksanaan MTBS, sikap supervisi.

Pendahuluan

Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu target pencapaian dari *Millenium Development Goals* (MDGs) target 4 yaitu menurunkan angka

kematian bayi (AKB) dan target 5 yaitu menurunkan Angka Kematian Balita (AKABA) yang telah berakhir sampai tahun 2015, setelah itu kemudian dikembangkan menjadi program pembangunan berkelanjutan atau *Sustainable Development Goals*

(SDGs) dengan target pencapaian sampai tahun 2030, tepatnya pada tujuan 3 dari 17 tujuan SDG's yaitu kesehatan yang baik; menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia. Kondisi ibu dan anak yang sehat merupakan salah satu tujuan dari SDGs adapun tujuan SDGs ke-3 yaitu pada 2030 mengakhiri kematian bayi dan balita. Targetnya adalah menurunkan angka kematian neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian balita 25 per 1.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2015).

Sekitar 5,9 juta anak di bawah usia 5 tahun meninggal pada tahun 2015, kondisi ini mengalami penurunan sejak 1990 – 2015 yang semula 12 juta. Lebih dari setengah dari kematian anak ini karena kondisi yang sebenarnya bisa dicegah atau diobati dengan mendapatkan akses yang mudah atau pelayanan tingkat dasar dan dengan tindakan atau intervensi terjangkau. Adapun sebagian besar penyebab kematian pada anak di bawah 5 tahun adalah komplikasi kelahiran prematur, pneumonia, asfiksia lahir, diare dan malaria. Serta sekitar 45% dari seluruh

kematian anak terkait dengan kondisi gizi buruk (WHO, 2016).

World Health Organization (WHO) dan *United Nations Children's Fund* (UNICEF) mengembangkan suatu strategi/pendekatan yang dinamakan Manajemen Terpadu Balita Sakit (selanjutnya disingkat MTBS) atau *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)*. Indonesia telah mengadopsi pendekatan MTBS sejak tahun 1996 dan implementasinya dimulai tahun 1997.

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti melalui wawancara dan observasi pada kepala puskesmas, perawat dan bidan yang bertugas di empat Puskesmas diperoleh data bahwa alur pelaksanaan MTBS sudah dilaksanakan, 1 puskesmas belum ada petugas yang mendapatkan pelatihan MTBS padahal di puskesmas tersebut sudah ada ruangan khusus pemeriksaan dengan tata laksana MTBS, 1 puskesmas belum memiliki ruang MTBS khusus sehingga alur pelayanan masih digabung dengan ruang KIA/KB tapi sudah ada petugas kesehatan yang sudah mengikuti pelatihan. 2 puskesmas sudah mempunyai ruangan khusus MTBS tapi 1 puskesmas dalam pelaksanaannya dilakukan oleh dokter.

Kelengkapan alat – alat penunjang pelaksanaan MTBS dari keempat puskesmas tersebut 2 puskesmas dikatakan lengkap dan 2 puskesmas belum lengkap. Dukungan dari pimpinan terhadap program pelaksanaan MTBS semua pimpinan dari keempat puskesmas tersebut sangat mendukung. Untuk supervisi dari dinas kesehatan dan kepada puskesmas pernah dilakukan walaupun waktunya tidak menentu dan sifatnya supervisi umum tidak spesifik untuk evaluasi pelaksanaan MTBS.

Metode

Desain dalam penelitian ini menggunakan cross sectional. Populasi pada penelitian ini adalah petugas pelaksana MTBS (perawat, bidan dan dokter) di puskesmas Kota Tasikmalaya yang berjumlah 106 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah total sampel yaitu seluruh populasi dijadikan sampel. Jadi sampel dalam penelitian ini berjumlah 106.

Hasil Penelitian

1. Distribusi faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan MTBS di Puskesmas Wilayah Kota Tasikmalaya

Tabel 1.1. Distribusi faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan MTBS di Puskesmas Wilayah Kota Tasikmalaya

No	Faktor	Jumlah	Persentase
1.	Pengetahuan		
	a. Baik	26	24,5
	b. Cukup	77	72,6
	c. Kurang	3	2,8
2.	Sikap		
	a. Positif	47	44,3
	b. Negatif	59	55,7
3.	Motivasi		
	a. Tinggi	45	42,5
	b. Rendah	61	57,5
4.	Keberadaan Poli MTBS		
	a. Ada	14	66,7
	b. Tidak ada	7	33,3
5.	Kelengkapan Alat		
	a. Lengkap	15	71,4

	b. Lengkap sebagian	6	28,6
	c. Tidak lengkap	0	0
6.	Kelengkapan obat		
	a. Lengkap	0	0
	b. Lengkap sebagian	21	100
	c. Tidak lengkap	0	0
7.	Dukungan pimpinan		
	a. Mendukung	50	50
	b. Kurang mendukung	50	50
8.	Supervisi		
	a. Sesuai	54	50,9
	b. Tidak sesuai	52	49,1
9.	Kelengkapan pengisian formulir		
	a. Sesuai	47	44,3
	b. Tidak sesuai	59	55,7

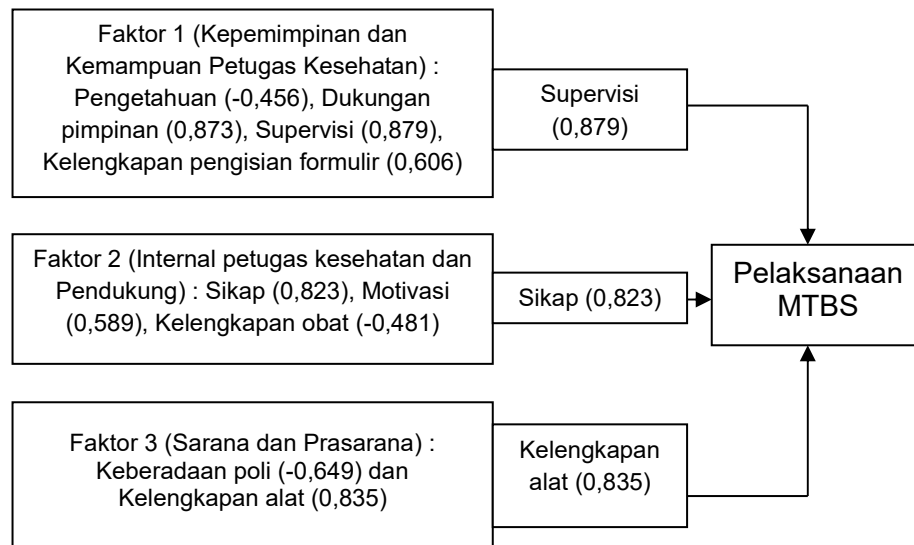
2. Pembentukan kelompok faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan MTBS di Puskesmas Wilayah Kota Tasikmalaya

Tabel 1.2 Pembentukan kelompok faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan MTBS di Puskesmas Wilayah Kota Tasikmalaya

Pembentukan Faktor	p-value
Faktor-1 Kepemimpinan & kemampuan petugas kesehatan	
▪ Pengetahuan	-0,456
▪ Dukungan pimpinan	0,876
▪ Supervisi	0,879
▪ Kelengkapan pengisian formulir	0,606
Faktor-2 Internal petugas kesehatan & pendukung	
▪ Sikap	0,823
▪ Motivasi	0,589
▪ Kelengkapan obat	0,481
Faktor-3 Sarana dan prasarana	
▪ Keberadaan poli	0,469
▪ Kelengkapan alat	0,835

3. Skema penemuan faktor dominan yang mempengaruhi pelaksanaan MTBS di Puskesmas Wilayah Kota Tasikmalaya

Skema 4.1. Penemuan faktor Dominan yang Mempengaruhi Pelaksanaan MTBS Model ABC (Asep, Budiman, Chatarina) di Seluruh Puskesmas Kota Tasikmalaya Jawa Barat



Pembahasan

Faktor 1 (Kepemimpinan dan Kemampuan Petugas Kesehatan) terdiri dari pengetahuan, dukungan pimpinan, supervise, kelengkapan pengisian formulir. Hal ini berarti petugas kesehatan melaksanakan MTBS di puskesmas karena mempunyai pengetahuan tentang MTBS, adanya dukungan pimpinan puskesmas, suka dilakukannya supervise oleh dinas kesehatan dan oleh pimpinan puskesmas serta berusaha untuk melengkapi pengisian formulir MTBS.

Faktor dominan dari faktor pertama adalah supervise (0,879). Hasil penelitian menunjukkan bahwa supervise

pelaksanaan MTBS yang mengatakan sesuai sebanyak 54 orang (50,9 %) artinya selama ini supervise yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan ataupun pimpinan puskesmas sudah dianggap sesuai dengan yang diharapkan. Hal ini sesuai dengan analisis faktor yang menunjukkan bahwa variabel supervise mempunyai korelasi yang positif, artinya semakin sesuai supervise dilakukan oleh dinas kesehatan dan kepala puskesmas maka pelaksanaan MTBS oleh petugas pelaksana akan terus dilaksanakan. Untuk memastikan pelaksanaan MTBS di puskesmas kepala puskesmas dan dokter harus selalu memonitor secara

berkala implementasi penerapan MTBS di puskesmas dan jaringannya (Depkes RI, 2015). Kondisi nyata yang terjadi di lapangan menunjukkan bahwa kelemahan dari pelaksanaan program apapun di puskesmas yaitu lemahnya pengawasan dengan cara supervise ini jarang dilakukan oleh pihak terkait.

Pemantauan dan pengawasan penerapan MTBS di puskesmas diantaranya dengan supervise fasilitatif yang merupakan bagian dari pemantauan dan pengawasan yang bersifat langsung, kegiatan sistematis untuk memastikan secara detail penerapan MTBS, apakah pemberi pelayanan melaksanakan MTBS sesuai standar, bagaimana penerapan MTBS di puskesmas. Pelaksana dari supervise fasilitatif ini adalah kepala dan dokter puskesmas dibantu oleh bidaan koordinator terhadap tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan MTBS di puskesmas dan jaringannya. Penanggung jawab program terkait MTBS dinas kesehatan kota/kabupaten dan profesi (IDI, IBI, PPNI). Waktu pelaksanaannya bisa rutin yaitu dilaksanakan 2 kali dalam satu tahun atau sewaktu artinya supervise pasca pelatihan dan pasca orientasi (4-6 minggu). Kepala puskesmas dan dokter

sebaiknya melakukan supervise fasilitatif sesering mungkin untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan anak di puskesmas. Kegiatan supervise fasilitatif bisa juga dikombinasikan dengan supervise program lain atau kegiatan distribusi logistic (Depkes RI, 2015).

Pengawasan, evaluasi, bimbingan dapat berupa supervisi dari dinas kesehatan, umpan balik dalam bentuk tertulis, dan pertemuan monitoring dan evaluasi yang dikelola oleh dinkes. Secara Nasional puskesmas menerima pengawasan, evaluasi, bimbingan dan supervisi untuk pelayanan ibu dan anak adalah 51,5 % menerima kunjungan dan 48 % tidak menerima kunjungan (Rifakes, 2011).

Menurut WHO keberhasilan pelaksanaan MTBS akan terhambat jika tidak ditunjang oleh dukungan kepemimpinan dan kebijakan dari pusat serta pengawasan yang rutin/sesuai. Penelitian Steinhardt CL *et al.* (2015) Pentingnya pengawasan tenaga kesehatan akan lebih meningkatkan kinerja dalam penanganan balita sakit yang datang berobat dengan menggunakan pendekatan MTBS. Rowe *et al* (2012) Tren kinerja petugas kesehatan setelah menerapkan MTBS

hasilnya tidak menemukan bukti bahwa kinerja menurun selama 3 tahun setelah pelatihan MTBS. Namun, pengawasan kinerja lebih penting diidentifikasi setelah pelatihan MTBS supaya bisa bertahan. Venkatachalam J, *et al* (2012) pengawasan dan pemantauan sangat penting untuk pelaksanaan suatu program.

Hilary Rhode (2014) Dampak pelatihan terhadap kemampuan perawat pada penggunaan pedoman MTBS secara signifikan lebih baik dalam penggunaan pedoman MTBS ($p < 0,05$): memeriksa imunisasi (68% vs 93%), membuat penilaian lengkap (62% vs 100%), resep obat yang benar (50% vs 85 %) dan dosis yang tepat (42% vs 85%). Penelitian Ameena E Goga dan Lulu M Mühe (2011) Tantangan pelaksanaan MTBS hasilnya tantangan yang paling umum adalah biaya tinggi dan waktu yang lama dalam pelaksanaannya, kurangnya tenaga kesehatan terlatih, masih adanya perbedaan pendapat tentang peran MTBS dalam meningkatkan kesehatan anak, kurangnya dukungan kebijaksanaan, adanya perubahan peraturan dan kurangnya fasilitator yang terampil/ terlatih. Negara- Negara dalam mengatasi tantangan tersebut

diantaranya mengintensifkan pelatihan, mengembangkan perencanaan strategis dengan program lain, peningkatan advokasi. Tantangan yang paling umum untuk tindak lanjut pelaksanaan MTBS diantaranya kurangnya dana (93.1% responden), dana tidak memadai untuk supervisi atau perencanaan (75,9% dan 44,8% masing-masing), kurangnya dana untuk kunjungan pasien (41,4%), kurang terlatihnya dari supervisor (41,4%) dan alat bantu pekerjaan yang tidak memadai (27,6%). Negara dalam menindaklanjuti tantangan ini dengan menggunakan strategi kunjungan pengawasan rutin.

Penelitian Nguyen D *et al*, (2013) Pelatihan dapat meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan pelaksana MTBS dengan hasil secara keseluruhan bahwa tenaga kesehatan pelaksana MTBS yang terlatih dapat membuat klasifikasi penyakit pada anak sakit dengan benar (RR = 1,93, 95% CI: 1,66-2,24).

Faktor 2 (Internal petugas kesehatan dan Pendukung) terdiri dari sikap, motivasi, kelengkapan obat. Petugas pelaksana MTBS mau melaksanakan MTBS di puskesmas karena mempunyai sikap yang positif, mempunyai motivasi yang tinggi serta

didukung oleh kelengkapan obat-obat yang lengkap. Faktor dominan dari faktor dua adalah sikap (0,823). Hasil penelitian menunjukkan petugas kesehatan pelaksana MTBS sebagian besar mempunyai sikap negatif sebanyak 59 orang (55,7 %). Hasil dari analisis faktor menunjukkan variabel sikap mempunyai korelasi positif, semakin positif sikap petugas pelaksana MTBS maka akan semakin giat untuk melaksanakan MTBS. Sikap merupakan pernyataan evaluatif terhadap objek, orang, atau peristiwa (Stepan 2007 dalam Riyanto dan Budiman, 2013). Evaluasi atau penilaian oleh petugas kesehatan terhadap MTBS yang positif akan berdampak akan semakin tingginya tanggung jawab dari petugas tersebut dan siap untuk menanggung resiko apabila tidak melaksanakan MTBS sesuai standar. Kondisi ini akan berdampak pada keberhasilan pelaksanaan MTBS di puskesmas karena dengan semakin bertanggungjawab petugas terhadap tugasnya sebagai pelaksana MTBS maka akan semakin berjalan dengan baik pelaksanaan MTBS di puskesmas.

Penelitian Ahmed HM, et al. (2010) tentang kepatuhan pelaksanaan MTBS, mengungkapkan bahwa sebagian besar

petugas pelaksana ini merasa algoritma MTBS memakan waktu, dan lebih memilih untuk menggunakan protocol lain walaupun setelah mempunyai kompetensi dasar dan keyakinan dalam algoritma. Kepatuhan rendah juga diamati di beberapa negara lain. Satu studi dievaluasi kepatuhan terhadap pedoman MTBS di Afrika Selatan, dan menemukan bahwa setelah 32 bulan pelatihan, kurang dari 2% dari petugas kesehatan mengacu pada pedoman MTBS dalam melaksanakan tatalaksana balita sakit. Juga, hanya 12% dari petugas MTBS terlatih ini ditemukan untuk memeriksa tanda-tanda bahaya umum dalam setiap anak, dan hanya 18% yang dinilai semua gejala utama dalam setiap anak. Temuan serupa dilaporkan di Bangladesh di mana anak-anak sering tidak sepenuhnya dinilai atau benar dirawat di fasilitas dengan MTBS oleh petugas terlatih .

Hasil penelitian Swapna D Kakoty dan Priyanka Das (2016) menemukan kurangnya kepatuhan dalam penggunaan pedoman MTBS dalam mengelola balita sakita oleh petugas pelaksana. Salah satu penyebabnya adalah kurangnya pengawasan.

Hasil penelitian Rowe A. *et al.* (2009) pentingnya pengawasan dari

pimpinan dalam pelaksanaan MTBS dalam hal ini akan meningkatkan koordinasi, keterampilan petugas, manajemen pelaksanaan, motivasi dan sikap petugas. Lange S *et al.* (2013) Kurangnya pengetahuan bukan satu satunya yang dapat mempengaruhi pelaksanaan MTBS tapi motivasi dan kondisi fisik dari petugas yang masih kurang untuk dapat mematuhi pedoman MTBS hal ini berasal disebabkan oleh kurangnya motivasi intrinsic. Penelitian Azza A. El Mahalli, Ola A. Akl (2011) Pengaruh penggunaan MTBS terhadap pemberian pengobatan pada anak, hasilnya pilihan obat yang benar, dosis, bentuk sediaan, cara pemberian secara signifikan lebih tinggi di klinik mengadopsi MTBS (89,3%, 87,3%, 91,3%, dan 91,3%, masing-masing) daripada di klinik tidak mengadopsi MTBS (masing-masing 78%).

Faktor 3 (Sarana dan Prasarana) terdiri dari keberadaan poli dan kelengkapan alat. Tenaga kesehatan yang bertugas sebagai pelaksana MTBS akan terus melaksanakan tugasnya apabila ditunjang oleh kelengkapan alat dan keberadaan poli atau ruang periksa khusus MTBS yang ada di puskesmas.

Faktor dominan dari faktor dua

adalah kelengkapan alat (0,835). Hasil penelitian menunjukkan kelengkapan alat menunjukkan sebagian besar dikategorikan lengkap yaitu ada 15 puskesmas (71,4 %). Artinya sebagian puskesmas kelengkapan alat baik bahan habis pakai dan alat kesehatan sudah sesuai yang diharapkan untuk mendukung pelaksanaan MTBS. Hasil analisis faktor menunjukkan alat mempunyai korelasi yang positif, artinya semakin lengkap alat maka petugas MTBS akan melaksanakan penanganan anak balita sakit di puskesmas dengan pendekatan MTBS.

Menurut WHO lemahnya system kesehatan ditingkat pusat akan mempengaruhi pelaksanaan MTBS di suatu negara, apalagi kalau tidak ditunjang tidak memiliki fasilitas yang baik, ketersediaan peralatan yang kurang, kelengkapan obat-obatan yang tidak lengkap, system rujukan yang kurang, kurangnya supervise/pengawasan yang teratur dan kurangnya kinerja petugas pelaksana MTBS.

Penelitian Mugala N, *et al* (2010) Hambatan petugas kesehatan dalam penggunaan pedoman HIV dalam algoritma MTBS hasilnya 83% dari responden mengatakan mereka tidak

memiliki kesulitan dalam mengikuti HIV diadaptasi pedoman MTBS. 17% mengatakan mereka memiliki kesulitan. Dari mereka yang mengaku mengalami kesulitan (60%) mengalami kesulitan dalam penilaian HIV. Hasil FGD menunjukkan kesulitan dalam penilaian HIV hal ini disebabkan waktu penilaian yang lama, kurangnya tempat yang khusus untuk pemeriksaan dan adanya stigma yang negative baik dari pengasuh atau petugas kesehatan. Pelayanan puskesmas berbasis MTBS sangat baik jika pelaksanaan MTBS dilakukan oleh petugas dengan kualitas pendidikan dan pengetahuan SDM yang baik serta didukung oleh sarana dan prasarana di puskesmas (Hidayati dan Wahyono, 2011).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Husni, dkk (2012) yang meneliti tentang gambaran pelaksanaan MTBS umur 2 bulan – 5 tahun, yang memperoleh hasil penelitian yaitu keberhasilan pelaksanaan MTBS sangat di pengaruhi oleh tersedianya SDM dan ketersediaan sarana prasarana di puskesmas.

Penelitian Edwar *et al.* (2012) menyatakan bahwa peningkatan pelaksanaan MTBS bisa dipengaruhi

oleh ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih, pengetahuan petugas, tersedianya klinik/poli khusus dan pengawasan. Kalu N *et al.* (2016) mengidentifikasi penggunaan alat saat pemeriksaan anak dengan pneumonia dimana alat –alat yang harus tersedia diantaranya stetoskop, timer pernapasan, thermometer, oksimeter. Mohan P *et al.* (2011) penilaian penerapan MTBS di India menunjukkan bahwa kurangnya pengawasan dan kelengkapan peralatan MTBS akan mempengaruhi kinerja petugas yang terlatih dalam melaksanakan MTBS. Evaluasi dibanyak Negara juga ditemukan kurangnya dukungan system kesehatan terhadap pelaksanaan MTBS.

Penelitian Ahmed HM, et al. (2010) kelengkapan alat dan kelengkapan obat akan lebih meningkat penggunaannya dengan penggunaan pedoman MTBS. Satu studi di Cina menemukan bahwa penggunaan timbangan anak-anak meningkat dari 28% menjadi 91%, perangkat waktu dari 89% menjadi 97%. Hal ini menunjukkan bahwa kelengkapan alat harus tersedia dalam pelaksanaan MTBS.

Simpulan

Pelaksanaan MTBS di seluruh puskesmas wilayah kota Tasikmalaya dipengaruhi oleh tiga faktor yang terbentuk yaitu kepemimpinan dan kemampuan petugas kesehatan, internal petugas kesehatan dan pendukung, serta sarana dan prasarana.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed MH *et al.* (2010) *National implementation of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): Policy constraints and strategies*, *Health Policy*
- Ameena E Goga and Lulu M Muhe. (2011) *Global challenges with scale-up of the integrated management of childhood illness strategy: results of a multi-country survey*, Goga and Muhe *BMC Public Health*
- Azza A. El Mahalli, Ola A. Akl (2011) *Effect of adopting integrated management of childhood illness guidelines on drug use at a primary health care center: A case study from Egypt*, *Journal of Family and Community Medicine*.
- Budiman, (2011). *Penelitian Kesehatan Buku pertama*. Bandung : PT Refika Aditama.
- Depkes RI. (2015). *Buku Bagan Manajemen Terpadu Balita Sakit*. Jakarta : Kementrian Kesehatan RI.
- Edward A *et al.* (2012) *The association of health workforce capacity and quality of pediatric care in Afghanistan*, *international Journal for Quality in Health Care*.
- Kalu N *et al.* (2016) *Implementation of World Health Organization Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) Guidelines for the Assessment of Pneumonia in the Under 5s in Rural Malawi*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2012). *Riset Fasilitas Kesehatan Puskesmas Tahun 2011*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan, (2015). *Pedoman Peningkatan Penerapan MTBS*. Jakarta; Kmenterian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2015*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Mohan P *et al.* (2011) *Assessment of Implementation of Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness in India, Bangladesh* : International Centre For Diarrhoeal Disease Research.
- Mugala N *et al.* (2010) *Barriers to implementation of the HIV guidelines in the IMCI algorithm among IMCI trained health workers in Zambia*, *BMC Pediatrics*.
- Nguyen CR, *et al.* (2013) *Does Integrated management of childhood illness (IMCI) training improve the skills of health workers? A systematic review and meta-analysis*. *PLoS One*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2016, *Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*, Jakarta :Depkes RI

- Riyanto, (2012). *Penerapan Analisis Multivariat Dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rhode Hilary (2014) *The effect of an automated integrated management of childhood illness guideline on the training of professional nurses in the Western Cape, South Africa*, Stellenbosch University, Tygerberg, South Africa.
- Rowe K et al. (2009) *The rise and fall of supervision in a project designed to strengthen supervision of Integrated Management of Childhood Illness in Benin*, The London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- _____ (2012) *Trends in health worker performance after implementing the Integrated Management of Childhood Illness strategy in Benin*, Tropical Medicine and International Health
- Swapna D Kakoty dan Priyanka Das, (2016) *Appraisal of integrated management of neonatal and childhood illness program in two districts of Assam*. Department of Community Medicine, Fakhruddin Ali Ahmed Medical College, Barpeta, Assam, India.
- Steinhardt C et al (2015) *Predictors of health worker performance after Integrated Management of Childhood Illness training in Benin: a cohort study*, BMC Health Services Research
- WHO, UNICEF, (2012) *Care for Child Development. Improving the care for young children*. Geneva: World Health Organization
- Venkatachalam J, et al (2012) *Evaluation of IMNCI practices among health care providers in a district of North India*. J Dent Med Sci.