

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu tujuan pembangunan SDG'S (*Sustainable Development Goals*) tahun 2030 dan Program Nasional Bagi Anak Indonesia (PNBAI) adalah untuk menurunkan angka kematian bayi baru lahir, bayi dan anak balita. Dimana berdasarkan target SDG'S, pada tahun 2030 mampu mengakhiri kematian yang dapat dicegah pada bayi baru lahir dan balita, yaitu kematian neonatal setidaknya menjadi kurang dari 12/1000 kelahiran dan kematian balita menjadi serendah 25/1000 kelahiran (Kemenkes RI, 2015). Arah dan tujuan pembangunan kesehatan tersebut juga dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2015-2019.

Hasil survei demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 menunjukkan bahwa trend angka kematian bayi dan balita mengalami penurunan dari tahun ke tahun. Untuk kematian bayi dari 68 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1991 menjadi 24 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2017. Sedangkan untuk angka kematian balita dari 97 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1991 menjadi 32 kematian per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2017. Meskipun demikian, negara Indonesia masih harus bekerja keras khususnya para tenaga kesehatan dalam menurunkan angka kematian bayi dan balita sehingga dapat mencapai target SDG'S 2030 (SDKI, 2017).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Barat menunjukkan bahwa pada tahun 2017 terdapat 752 kasus angka kematian bayi dan meningkat menjadi 771 kasus pada tahun 2018. Sedangkan pada tahun 2019, terhitung sampai bulan Juni terdapat 282 kasus angka kematian neonatal dan 124 kasus angka kematian balita. Dimana Kota Padang merupakan salah satu kota dengan angka kematian bayi tertinggi dari beberapa Kota lainnya di Sumatera Barat, yaitu pada tahun 2019 tercatat 79 kasus kematian neonatal dan 116 kasus kematian balita (Profil Kesehatan Kota Padang, 2019).

Secara umum, ada beberapa penyakit utama yang menjadi penyebab kematian bayi dan balita. Pada kelompok bayi (0-11 bulan), dua penyakit terbanyak sebagai penyebab kematian bayi adalah penyakit diare sebesar 31,4% dan pneumonia 24%, sedangkan untuk balita, kematian akibat diare sebesar 25,2%, pneumonia 15,5%, Demam Berdarah Dengue (DBD) 6,8% dan campak 5,8% (Risksedas, 2007). Salah satu upaya dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian balita antara lain melalui peningkatan keterampilan tenaga kesehatan dalam menangani balita sakit, terutama bagi bidan dan perawat di puskesmas sebagai lini depan pelayanan kesehatan di masyarakat. Peningkatan keterampilan tersebut dilaksanakan melalui pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) (Prasesyawati, 2012).

Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) merupakan suatu pendekatan terhadap balita sakit yang dilakukan secara terpadu dengan memadukan pelayanan promosi, pencegahan, serta pengobatan terhadap lima penyakit penyebab utama kematian pada bayi dan balita di Negara berkembang yaitu pneumonia, diare,

campak, dan malaria serta malnutrisi. Proses manajemen kasus MTBS dilaksanakan pada anak umur 2 bulan sampai 5 tahun pada balita yang sakit dan pedoman ini telah diperluas mencakup manajemen terpadu bayi muda (MTBM) bagi bayi umur 1 hari sampai 2 bulan baik dalam keadaan sehat maupun sakit. Penerapan MTBS terhadap balita sakit ini menggunakan suatu bagan yang memperlihatkan langkah-langkah dan penjelasan cara pelaksanaannya, sehingga dapat mengklasifikasikan penyakit yang dialami oleh balita, melakukan rujukan secara cepat apabila di perlukan, melakukan penilaian status gizi dan memberikan imunisasi kepada balita yang membutuhkan. Selain itu, ibu balita juga di beri konseling tatacara memberi obat di rumah, pemberian nasihat mengenai makanan yang seharusnya diberikan dan memberitahukan kapan harus kembali (kunjungan ulang) atau segera kembali untuk pelayanan tindak lanjut (Kemenkes RI, 2015).

Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan yang paling dasar dan terdepan dalam mewujudkan komitmen peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, serta pelayanan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan termasuk didalamnya penerapan MTBS (Mubarak, 2009). Puskesmas mempunyai tanggungjawab atas kesehatan dasar yang komprehensif dan menyeluruh serta berkualitas di wilayah kecamatan. Kualitas pelayanan erat kaitannya terhadap pemenuhan kebutuhan yang sesuai harapan pasien, terjangkau dan terstandar. Kualitas layanan yang ditawarkan di fasilitas layanan kesehatan

berpengaruh terhadap penerimaan layanan kesehatan dan penggunaan fasilitas dipusat layanan.

Di Sumatera Barat sendiri, Program Kemitraan Fakultas Kedokteran Universitas Andalas dengan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2019) melakukan evaluasi terhadap Model Sistem Rujukan Balita Sakit di Provinsi Sumatera Barat dimana salah satu Kota yang di pilih sebagai sampel penelitian yaitu Kota Padang. Hasil evaluasi tersebut menunjukkan beberapa fenomena diantaranya yaitu: 1) rendahnya motivasi petugas dalam pengisian formulir MTBS, ketidaksamaan pengetahuan petugas terkait MTBS dan Keluhan waktu pelayanan yang lama jika dengan metode MTBS (segi SDM); 2) alat penunjang MTBS tidak lengkap, lembar balik dan status tidak di sediakan dan Poli KIA masih bercampur dengan Poli ibu (segi sarana dan prasarana); 3) tidak menjadikan MTBS sebagai program prioritas (segi kebijakan); 4) Proses rujukan dan pengembalian rujukan tidak tercatat dengan baik, monitoring dan evaluasi lemah di tingkat Puskesmas dan Kabupaten, serta belum adanya tindak lanjut dari evaluasi kegiatan/program (segi proses).

Kota Padang memiliki layanan kesehatan tingkat pertama yaitu sebanyak 24 Puskesmas. Semua Puskesmas telah menerapkan prosedur MTBS dalam pelayanan Balita Sakit. Puskesmas Lubuk Buaya merupakan puskesmas dengan jumlah balita terbanyak di kecamatan Koto Tengah yaitu sebanyak 3.126 balita dengan cakupan pelayanan kesehatan balita sebanyak 2.972 (95,1%) serta memiliki catatan kematian anak sebanyak 12 orang. Hal ini membuat Puskesmas Lubuk Buaya menduduki

urutan pertama sebagai puskesmas dengan angka kematian anak paling banyak di Kota Padang pada tahun 2020. Hal ini berbeda dengan kondisi Puskesmas Nanggalo. Puskesmas Nanggalo memiliki jumlah balita sebanyak 925 balita dengan cakupan pelayanan kesehatan balita sebanyak 705 (76,2%) serta catatan kematian anak sebanyak 1 orang di Tahun 2020 (Profil Kesehatan Kota Padang, 2021).

Berdasarkan data tersebut, maka angka cakupan pelayanan kesehatan balita pada Puskesmas Lubuk Buaya lebih tinggi dibandingkan Puskesmas Nanggalo akan tetapi terdapat kesenjangan pada angka kematian anak yaitu angka kematian anak di Lubuk Buaya lebih banyak dibanding dengan Puskesmas Nanggalo. Kondisi ini diduga dapat disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya ialah kualitas pelayanan kesehatan. Salah satu bentuk pelayanan kesehatan anak di tingkat puskesmas adalah pelayanan MTBS. Pelayanan MTBS itu sendiri berfungsi menurunkan angka kesakitan dan angka kematian pada balita. Dimana, seluruh puskesmas di Kota Padang wajib menerapkan prosedur pelayanan MTBS dalam pelayanan kesehatan balita. Hal ini dilakukan dengan harapan agar penerapan pelayanan MTBS yang optimal dapat mengurangi angka kesakitan dan angka kematian pada balita.

Sebagaimana amanat keputusan Menpan No.63 Tahun 2003 bahwa ukuran keberhasilan penyelenggaraan pelayanan (termasuk pelayanan kesehatan) ditentukan oleh tingkat kepuasan penerima pelayanan. Kepuasan penerima pelayanan dicapai apabila penerima pelayanan memperoleh pelayanan sesuai dengan yang dibutuhkan dan diharapkan. Keterampilan petugas, sarana prasarana pendukung dan tatalaksana pelayanan terhadap pelayanan mempengaruhi intervensi layanan karena kualitas

layanan berpengaruh positif terhadap kepuasan pelanggan yang ditandai dengan frekuensi kunjungan ibu balita dalam memeriksakan balitanya ke fasilitas layanan kesehatan tersebut. Selanjutnya, penerapan MTBS akan efektif jika ibu/keluarga segera membawa balita sakit ke petugas kesehatan yang terlatih serta mendapatkan pengobatan yang tepat. Karena itu, implementasi pelaksanaan MTBS yang sesuai standar dapat berpengaruh terhadap kualitas layanan MTBS.

Beberapa penelitian mengenai implementasi pelaksanaan MTBS di puskesmas telah banyak dikaji. Salah satunya yaitu penelitian yang dilakukan oleh Suparmi et al. (2018) dengan tujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan MTBS di 10 kabupaten/kota di regional timur (n=20 puskesmas). Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 20 Puskesmas yang telah dilakukan observasi dan *assessment* menunjukkan sebagian besar (80%) Puskesmas regional wilayah timur telah melaksanakan MTBS, namun hanya 25% Puskesmas yang menjangkau seluruh balita. Secara keseluruhan kepatuhan petugas dalam pelaksanaan MTBS masih rendah yaitu sebesar 50,9%. Begitu pula kepatuhan petugas dalam pengisian formulir secara keseluruhan menunjukkan hasil yang masih rendah yaitu 55%.

Penelitian yang dilakukan di Puskesmas Jawa Barat menunjukkan bahwa hanya 2/3 Puskesmas yang memberikan pelayanan MTBS pada seluruh balita yang datang ke Puskesmas. Masalah ini berkaitan dengan kekurangan Sumber daya manusia (SDM) kesehatan yang terlatih MTBS, kurangnya sarana prasarana mendukung termasuk obat/peralatan/infrastruktur, pengawasan, program promosi dalam puskesmas dan rendahnya kesadaran masyarakat tentang pelaksanaan MTBS (Titaley

et al., 2014). Firdaus et al. (2013) menyatakan bahwa Implementasi MTBS di Puskesmas Kabupaten Pasuruan kurang berjalan karena tidak semua petugas MTBS mendapatkan pelatihan, jumlah petugas tidak sebanding dengan jumlah balita yang berkunjung, belum adanya alokasi dana yang cukup, supervisi masih bersifat umum serta tidak ada tindak lanjut.

Penelitian serupa juga ditemukan oleh Hasibuan et al. (2019) terkait penerapan mutu MTBS di Puskesmas Labuhan Rasoki Kota Padang Sidempuan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pelaksanaan MTBS belum seperti yang diharapkan, alur pelaksanaan MTBS yang tidak sesuai dengan modul MTBS, penilaian dan klasifikasi balita sakit tidak dilakukan secara keseluruhan, tindak lanjut untuk anak sakit tidak terlaksana, masih kurangnya sarana, prasarana dan peralatan untuk pelaksanaan MTBS dan masih kurangnya tenaga kesehatan yang terlatih sehingga tidak ada tim MTBS.

Selanjutnya, penerapan MTBS di puskesmas Kota Gorontalo juga menunjukkan hasil yang tidak jauh berbeda. Penelitian yang dilakukan oleh Sudirman dan Ali (2015) menemukan bahwa dari 10 Puskesmas di Kota Gorontalo 4 Puskesmas tidak memiliki klinik MTBS, 2 Puskesmas yang tidak memiliki kartu nasehat ibu dan 4 Puskesmas yang tidak memiliki anggaran untuk khusus MTBS. Selain itu, lemahnya proses manajemen koordinasi lintas program dan koordinasi implementasi kegiatan penerapan MTBS juga masih terjadi di Puskesmas wilayah Kabupaten Brebes (Wibowo, 2008).

Selanjutnya, penelitian serupa yang dilakukan oleh Puspitarini dan Hendrati (2013) di Kabupaten Lumajang yang dilakukan dengan pengamatan langsung untuk mengetahui langsung alur pelayanan dan keterpaduan pelayanan. Hasil penelitian menunjukkan hasil bahwa alur pelayanan di salah satu puskesmas belum sesuai dengan pola MTBS serta belum terintegrasinya pelayanan yang diberikan pada balita sakit. Sedangkan kepatuhan terhadap standar di salah satu puskesmas tercatat baik yaitu 85% sedangkan puskesmas yang lain tercatat kurang yaitu $< 60\%$. Pelaksanaan MTBS kurang mendapat dukungan dari Dinas Kesehatan baik kecukupan sarana dan prasarannya maupun kegiatan supervisi yang masih harus ditingkatkan (Puspitarini dan Hendrati, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa implementasi pelaksanaan MTBS di Indonesia masih belum sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Hal ini berpengaruh terhadap kualitas pelayanan dari pelayanan MTBS itu sendiri. Oleh karena itu, upaya peningkatan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan di puskesmas perlu dilakukan secara berkesinambungan. Untuk itu, penulis tertarik untuk melakukan analisis implementasi pelayanan MTBS puskesmas di Kota Padang yaitu di Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya dengan melihat dari komponen sistem yaitu *input* dan *proses* yang merupakan bagian penting yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan dari pelayanan MTBS itu sendiri. Sedangkan untuk komponen output tidak diteliti dalam penelitian ini karena adanya kondisi *social distance* (pandemi covid-19).

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah di atas, maka dibuat rumusan masalah penelitian yaitu bagaimana kualitas pelayanan MTBS berdasarkan komponen *input* dan *proses* di Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya di Kota Padang.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui dan menganalisis kualitas pelayanan MTBS di Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis:

- a. Aspek kepatuhan petugas (*input*) di Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya.
- b. Aspek sarana dan prasarana (*input*) di Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya.
- c. Aspek pendanaan (*input*) di Puskesmas Lubuk Buaya dan Puskesmas Nanggalo.
- d. Aspek supervisi (*input*) di Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya.

- e. Aspek monitoring dan evaluasi (*input*) di Puskesmas Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya.
- f. Aspek sistem *punishment* dan *reward* (*input*) di Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya.
- g. Aspek tatalaksana MTBS (*proses*) di Puskesmas yang menerapkan Lubuk Buaya dan Puskesmas Nanggalo.
- h. Aspek pencatatan dan pelaporan MTBS (*proses*) di Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat memberikan masukan sekaligus menambah khasanah ilmu pengetahuan dan literatur dalam dunia akademis, khususnya tentang implementasi MTBS terhadap kualitas pelayanan MTBS itu sendiri.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan dalam peningkatan kualitas implementasi pelayanan MTBS bagi Puskesmas Lubuk Buaya dan Nanggalo.

