

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rendahnya kualitas pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh masalah dalam keterampilan petugas kesehatan, sistem kesehatan dan praktek di keluarga dan komunitas. Perlu adanya integrasi dari ketiga faktor diatas untuk memperbaiki kesehatan anak tersebut sehingga tercipta peningkatan derajat kesehatan anak. Perbaikan kesehatan anak dapat dilakukan dengan memperbaiki manajemen kasus anak sakit, memperbaiki gizi, memberikan imunisasi, mencegah trauma, mencegah penyakit lain dan memperbaiki dukungan psikososial (Soenarto, 2009).

Undang-undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, dimana yang di maksud dengan kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Derajat kesehatan yang optimal akan di lihat dari unsur kualitas hidup serta unsur-unsur moralitas yang mempengaruhi seperti mordibilitas dan status gizi. Kualitas hidup yang digunakan sebagai indikator adalah angka kelahiran hidup, sedangkan untuk mortalitas adalah angka kematian bayi per 1.000 kelahiran hidup, angka kematian balita per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian ibu per 100.000 persalinan.

Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) dapat diatasi melalui peningkatan mutu pelayanan kesehatan terhadap balita sakit (Depkes RI, 2008). Angka kematian bayi dan anak masih merupakan masalah yang serius secara gloal terutama di Negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia. Hampir dua kali lipat rata-rata angka kematian bayi dan anak jika dibandingkan dengan empat Negara yaitu Malaysia, Thailand, Srilangka dan Republik Rakyat Cina (RRC) (BPPN, 2009).

Berdasarkan Laporan Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2012 didapatkan Angka Kematian Anak (AKA) di bawah lima tahun 40 kematian per 1000 kelahiran hidup. Penyebab utama angka kesakitan dan kematian anak usia kurang dari lima tahun di Indonesia adalah infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), pneumonia, diare, dan demam. Dari 16.380 anak yang disurvei 5% dilaporkan menunjukkan gejala ISPA, 31% mengalami demam, dan 14% diare (SDKI, 2012). Hal ini masih jauh dari tujuan MDGs ke 4 yang menyebutkan bahwa target angka kematian balita diharapkan turun mencapai dua per tiga dari 1000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Statistic Indonesia, 2012).

AKB di Kabupaten Banyumas tahun 2014 sebesar 9,04 per 1000 kelahiran hidup, kondisi tersebut mengalami penurunan dibandingkan tahun 2013 sebesar 12,34 per 1000 kelahiran hidup. AKABA di kabupaten Banyumas pada tahun 2014 sebesar 10,3 per 1000 kelahiran hidup, mengalami penurunan disbanding tahun 2013 AKABA sebesar 13,33 per 1000 kelahiran hidup (Dinkes Kabupaten Banyumas, 2014).

Di Kabupaten Banyumas telah dilaksanakan pelatihan kader tentang MTBS-M di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Selatan dan Implementasi telah telah dilaksanakan pada 3 bulan terakhir mulai bulan November sampai dengan Januari 2016 oleh team trainer dari petugas kesehatan Puskesmas Purwokerto Selatan terhadap 60 kader yang di random dari 600 random dari 7 desa di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Selatan.

Tahun 1994 WHO dan UNICEF mengembangkan suatu paket pegangan klasifikasi dan komprehensif, memadukan intervensi yang terpisah tersebut menjadi suatu paket tunggal yaitu Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). MTBS adalah suatu paket program komprehensif

baik promotif maupun kuratif melalui pendekatan pelayanan balita sakit rawat jalan. MTBS mengidentifikasi penyakit yang ada secara akurat, mengkombinasikan pengobatan semua penyakit tersebut, merujuk penyakit yang berat secara cepat, menilai status gizi dan imunisasi serta menangani dan memberikan konseling bagi ibu tentang perawatan anak balita di rumah, member pedoman nasihat pemberian makan dan kapan harus kembali segera dan kapan harus kembali untuk tindak lanjut. Banyak penulis telah meneliti masing-masing komponen telah diketahui dapat meningkatkan kualitas pelayanan terutama di tingkat pelayanan dasar.

WHO telah mengakui bahwa pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) sangat cocok diterapkan di Negara-negara berkembang dalam upaya menurunkan angka kematian, kesakitan dan kecacatan pada bayi dan balita bila dilaksanakan dengan lengkap dan baik. Karena pendekatan MTBS tergolong lengkap untuk mengantisipasi penyakit-penyakit yang sering menyebabkan kematian pada balita di dunia. Dikatakan lengkap karena meliputi upaya preventif (pencegahan penyakit), perbaikan gizi, upaya promotif (berupa konseling) dan upaya kuratif (pengobatan) (WHO, 2005). Indonesia merupakan Negara pertama di Asia Tenggara yang menerapkan MTBS sejak tahun 1997. Sejak itu penerapan MTBS di Indonesia berkembang secara bertahap dengan up-date buku bagan MTBS dilakukan secara berkala sesuai perkembangan program kesehatan di Departemen Kesehatan dan ilmu kesehatan anak melalui Ikatan

Dokter Anak Indonesia (IDAI). Up-date buku bagan MTBS direvisi terakhir kali oleh Departemen Kesehatan RI pada tahun 2008 (Dirjen Bina Kesehatan Anak, 2012).

Pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kualitas dan cakupan pelayanan MTBS di puskesmas, namun cakupan

pelayanan MTBS cenderung bervariasi di setiap daerah. Dalam hal ini Departemen Kesehatan Republik Indonesia mengupayakan strategi pelayanan MTBS secara komprehensif. Dalam upaya tersebut mengarah pada peningkatan kualitas sumber daya manusia, peningkatan manajemen pelayanan dan evaluasi cakupan MTBS termasuk supervise yang dilakukan oleh Puskesmas maupun Dinas Kesehatan (Hanafiah, 2008).

MTBS bukan merupakan suatu program kesehatan tetapi suatu pendekatan keterpaduan dalam tatalaksana bayi dan balita sakit yang datang berobat ke fasilitas rawat jalan di pelayanan kesehatan dasar. Sasaran MTBS adalah anak umur 0-5 tahun dan dibagi menjadi dua kelompok sasaran, yaitu kelompok usia 1 hari sampai 2 bulan, dan kelompok usia 2 bulan sampai 5 tahun. MTBS mencakup upaya perbaikan manajemen penatalaksanaan terhadap penyakit seperti imunisasi, pemberian vitamin K, vitamin A dan konseling pemberian Air Susu Ibu (ASI) atau makanan. MTBS digunakan sebagai standar pelayanan bayi dan balita sakit sekaligus sebagai pedoman bagi tenaga keperawatan khususnya di fasilitas pelayanan kesehatan dasar (Depkes RI, 2008).

Penyakit-penyakit terbanyak pada balita yang dapat ditatalaksanakan dengan MTBS adalah penyakit yang menjadi penyebab utama kematian, antara lain pneumonia, diare, malaria, campak dan kondisi yang diperberat oleh masalah gizi (malnutrisi dan anemia). Langkah pendekatan pada MTBS adalah dengan menggunakan algoritma sederhana yang digunakan oleh perawat dan bidan untuk mengatasi masalah kesakitan pada balita. Bank dunia, 193 melaporkan bahwa MTBS merupakan intervensi yang cost effective untuk mengatasi masalah kematian balita yang disebabkan oleh infeksi pernafasan akut (ISPA), diare, campak, malaria, kurang gizi yang sering merupakan kombinasi dari keadaan tersebut (KemenKes RI, 2011).

Penyelenggaraan MTBS-M tidak mengesampingkan kewajiban pemerintah daerah untuk memenuhi kebutuhan sumber daya kesehatan. Penyelenggaraan MTBS-M bertujuan untuk meningkatkan akses pelayanan balita sakit di tingkat masyarakat pada daerah yang sulit akses terhadap pelayanan kesehatan. Daerah sulit akses sebagaimana dimaksud dilakukan pada kelompok masyarakat yang tidak mendapat sumber daya kesehatan yang berkesinambungan, kelompok masyarakat dengan kendala sosial budaya dan kelompok masyarakat dengan kendala geografis, transportasi dan musim (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 70 tahun 2013).

Menurut Solikhah (2015), kesadaran publik menuju akses pelayanan kesehatan keterlibatan diperlukan partisipasi aktif masyarakat dalam perawatan kesehatan neonatal bayi dan balita melalui upaya Manajemen Terpadu balita Sakit (MTBS) di masyarakat. Kasus infeksi pernafasan, diare dan gizi buruk masih merupakan masalah yang perlu diselesaikan. Tujuannya untuk menggambarkan kesehatan anak-anak dari pelaksanaan hasil MTBS dan kemungkinan melibatkan masyarakat melalui kemampuan kader dalam pengelolaan anak-anak sakit.

Keberhasilan penurunan angka kesakitan dan kematian anak, membutuhkan partisipasi aktif dan kerjasama baik antara petugas kesehatan dan masyarakat. Meskipun, praktik pada rumah tangga dan masyarakat memiliki tanggung jawab besar untuk memberikan perawatan kepada anak mereka, penanganan dalam kesehatan anak, gizi, pertumbuhan dan perkembangan masih banyak kasus (CORE, 2003). Indonesia menekankan perlunya pelaksanaan komponen dari strategi MTBS-M yang berkaitan dengan perbaikan praktik pada rumah tangga yang memiliki dampak positif untuk pertumbuhan dan perkembangan serta kelangsungan hidup anak. Pada tingkat keluarga perbaikan gizi dan

upaya pencegahan, perilaku pencarian kesehatan yang sesuai, serta pelaksanaan pengobatan yang tepat. Intervensi gizi yang cost-effective, layak dan dapat diterapkan, yaitu pemberian ASI eksklusif selama kurang lebih 6 bulan yang bersifat melindungi, meningkatkan, dan mendukung peningkatan gizi, pemberian makanan pelengkap yang sesuai dengan melanjutkan pemberian ASI selama 2 tahun, penyediaan asupan gizi memadai saat anak sakit dan menderita gizi buruk, serta penyediaan asupan vitamin A, zat besi dan yodium yang memadai. Strategi utama untuk mencapai hasil ini mencakup penggalakan

ASI eksklusif, pemantauan tumbuh kembang anak, serta peningkatan komunikasi untuk perubahan perilaku. Kondisi saat ini 18,4% balita masih mengalami kekurangan gizi, sementara kekurangan gizi mikro, seperti ditunjukkan oleh konsumsi vitamin A pada anak usia 6-59 bulan selama 6 bulan terakhir turun menjadi 75% dari tahun 2002/2003 menjadi 68,5% di tahun 2007 (BAPPENAS, 2010).

Keberhasilan menurunkan angka kematian balita tidak hanya membutuhkan ketersediaan fasilitas kesehatan dengan tenaga kesehatan yang terlatih baik, tetapi juga membutuhkan partisipasi aktif dari keluarga dan masyarakat. Masalah kesehatan balita dapat dicegah dan ditangani mulai dari keluarga yaitu perilaku Ibu yang berkaitan dengan pelaksanaan MTBS-M. Kader telah melaksanakan MTBS-M kepada keluarga dengan balita sakit di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Selatan.

B. Rumusan Masalah

Angka kematian anak masih cukup tinggi, walaupun mengalami penurunan dari tahun ke tahun. Keberhasilan menurunkan angka kematian balita tidak hanya membutuhkan ketersediaan fasilitas kesehatan dengan tenaga kesehatan yang terlatih baik, tetapi juga membutuhkan partisipasi

aktif dari keluarga dan masyarakat. Masalah kesehatan balita yang berkaitan dapat di cegah dan ditangani mulai dari keluarga yaitu perilaku ibu yang berkaitan dengan pelaksanaan MTBS-M. Berdasarkan latar belakang di atas, rumusan masalah yang dapat diambil adalah Respon Ibu Terhadap implementasi tatalaksana anak sakit oleh kader di Wilayah kerja puskesmas

Purwokerto Selatan.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

- a. Mengetahui keberadaan kader di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Selatan.
- b. Mengetahui peran kader di Wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Selatan.
- c. Mengetahui harapan terhadap peran kader di wilayah kerja Puskesmas Purwokerto Selatan.
- d. Mengetahui peran kader sekarang di bandingkan dengan sebelumnya.
- e. Mengetahui peran kader dalam memberikan pelayanan kesehatan jika menemui anak sakit.
- f. Mengetahui seberapa penting keberadaan kader untuk membantu masyarakat terutama pada anak bayi dan balita.

2. Tujuan Khusus

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui respon ibu terhadap implementasi Tata Laksana Anak Sakit oleh Kader di Wilayah Kerja Puskesmas Purwokerto Selatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi peneliti

Menambah ilmu pengetahuan tentang bagaimana respon seorang ibu terhadap tatalaksana anak sakit.

2. Bagi responden

Memberikan gambaran mengenai tatalaksana anak sakit pada ibu rumah tangga yang memiliki balita.

3. Bagi tenaga kesehatan

Sebagai bahan evaluasi dalam pemberian layanan kesehatan yang sesuai kepada ibu yang memiliki balita sakit dengan acuan pelaksanaan MTBS-M kepada ibu rumah tangga.

4. Bagi ilmu pengetahuan

Mengembangkan dan menambah ilmu pengetahuan di bidang kesehatan dan dapat berguna sebagai referensi bagi yang hendak meneliti lebih lanjut mengenai respon ibu terhadap implementasi tatalaksana anak sakit.

E. Penelitian Terkait

Penelitian yang berjudul respon ibu terhadap implementasi tatalaksana anak sakit oleh kader belum pernah dilakukan sebelumnya.

Hasil penelitian yang relevan dengan penelitian ini :

1. Penelitian oleh Solikhah, U. *et al* (2015) yang berjudul “*Integrated management of childhood illness training needs on cadre for improve family and community capacity in simple handling of respiratory infection, diarrhoea, and less nutrition in children*”. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif. Teknik pengambilan sampel digunakan teknik total sampling. Jumlah responden sebanyak 605. Dari hasil penelitian, analisis menunjukkan bahwa 54% dari puskesmas belum tercapai angka kematian cakupan bayi dan balita. 5 dari 10 kasus pasien yang mengunjungi kader setelah lima hari demam, diare kasus endemik (46,5%), pneumonia (21,4%), malnutrisi (7.82%)

dukungan sumber daya aktif untuk terlibat dalam masyarakat. Kader menimbang kegiatan setiap bulan, cakupan MTBS serendah 37%. Dibutuhkan pelatihan kader MTBS di masyarakat sebagai langkah yang melibatkan masyarakat dalam pencapaian pelayanan kesehatan yang optimal. Terutama berfokus pada isu-isu masyarakat. Selain itu, kader sebagai pendamping dari keluarga dan masyarakat untuk menyelesaikan masalah kesehatan anak.

2. Penelitian oleh Agha Ajmal, *et al* (2007) yang berjudul “*Eight key household practices of Integrated Management of Childhood Illnesses*

(IMCI) amongst mothers of children aged 6 to 59 months in Gambat, Sindh, Pakistan”. Penelitian ini menggunakan pendekatan cross sectional. Teknik pengambilan sampel digunakan teknik random sampling. Jumlah responden sebanyak 54 responden. Dari hasil penelitian, pendidikan ibu-ibu rendah, beberapa ibu-ibu tahu tentang pemberian makanan apabila anak terkena diare, sangat sedikit ibu-ibu yang memberikan ASI eksklusif, mendapatkan imunisasi dan mencuci tangan sebelum memasak.

3. Penelitian oleh Basalem, O.H., *et al* (2009) yang berjudul “*Qualitative study on the Community Perception of the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Implementation in Lahej, Yamen*”.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian cross sectional. Teknik pengambilan sampel digunakan teknik random sampling. Dari hasil penelitian, kelompok sadar MTBS memiliki pemimpin masyarakat dengan mengungkapkan ketidakpastian. Persepsi positif masyarakat terhadap layanan kesehatan harus memainkan peran yang lebih aktif. Para ibu menekankan mata pencaharian dan kemiskinan dan kondisi lingkungan yang mempengaruhinya.

4. Penelitian oleh Bryce, J. *et al* (2005) yang berjudul “*Programmatic pathways to child survival: result of a multy-country evaluation of Integrated Management of Childhood Illness*”. Dari hasil penelitian, strategi MTBS berhasil diperkenalkan di mayoritas unit besar negara dengan moderat untuk tingkat tinggi kematian anak pada periode 1996-2001.
5. Penelitian oleh Schellenberg, J.A., *et al* (2004) yang berjudul “*The effect of Integrated Management of Childhood Illness on observed quality of care of under-fives in rural Tanzania*”. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian cross sectional. Teknik pengambilan sampel digunakan teknik random sampling. Jumlah sampel 20 responden. Dari hasil penelitian, bahwa anak-anak yang terlibat pada MTBS-M menerima perawatan dengan baik daripada yang tidak.
6. Azhari (2012) dengan judul “Analisis Pola Asuh Ibu Terhadap Perilaku Psikososial Sibling Rivalry Pada Anak Usia Prasekolah sdi TK Nusa Indah Kecamatan Wanareja Kabupaten Cilacap”. Jenis penelitian yang digunakan adalah desain penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional dengan pengambilan sampel dilakukan dengan tehnik total sampling. Hasil analisis menunjukkan karakteristik responden berdasarkan umur sebagian besar antara 20-35 tahun (68.8%), berpendidikan SMA (65.6%) dan tidak bekerja (59.4%); sebagian hasil disebut menunjukkan tingkat pengetahuan ibu dapat dikatakan cukup memadai; sebagian besar anak usia pra sekolah memiliki perilaku psikososial sibling rivalry di TK Nusa Indah Kecamatan Wanareja Kabupaten Cilacap (62.5%); hasil penelitian menunjukkan terdapat pengaruh pola asuh orang tua terhadap perilaku psikososial sibling rivalry pada anak usia prasekolah dengan nilai ($p < 0,014$).

7. Kurniawan (2012) dengan judul “Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kepatuhan Petugas dalam Pelayanan MTBS di Puskesmas Kabupaten Purbalingga”. Jenis penelitian yang digunakan adalah desain penelitian analitik dengan pendekatan cross sectional dengan pengambilan sampel dilakukan dengan teknik total sampling. Hasil analisis responden mempunyai tingkat pengetahuan baik mengenai kepatuhan dalam pelayanan MTBS sebesar (72.2%), petugas yang memiliki pendidikan sudah sesuai standar kompetensi sebesar (91.7%), petugas memiliki pendapat tentang beban kerja berat sebesar (63.9%), responden yang memanfaatkan pelatihan sudah baik sebesar (63.9%), dan responden yang kurang patuh dalam melaksanakan pelayanan MTBS sebesar (75.0%); ada hubungan antara tingkat pengetahuan petugas dengan tingkat kepatuhan dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Kabupaten Purbalingga dengan p value 0,009; tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan petugas dengan tingkat kepatuhan dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Kabupaten Purbalingga dengan p value 0,1; ada hubungan yang bermakna antara beban kerja dengan tingkat kepatuhan dalam pelayanan MTBS di Puskesmas Kabupaten Purbalingga dengan p value 0,014.