

**PENERAPAN MANAJEMEN TERPADU
BALITA SAKIT (MTBS) DI PUSKESMAS
WAGIR SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN
MUTU PELAYANAN KESEHATAN
MASYARAKAT**

SKRIPSI

Diajukan untuk Menempuh Salah Satu Syarat Ujian Sarjana
pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya

**AULIA PREGA ANNA
0310310020-31**



**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK
KONSENTRASI ADMINISTRASI PEMBANGUNAN
2008**

TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul : "Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Wagir sebagai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Masyarakat".

Disusun oleh : Aulia Prega Anna

NIM : 0310310020

Fakultas : Ilmu Administrasi

Jurusan : Administrasi Publik

Konsentrasi : Administrasi Pembangunan

Malang, 1 April 2008

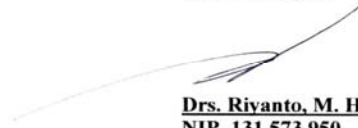
Komisi Pembimbing

Pembimbing I,



Drs. Irwan Noor, MA
NIP. 131 570 387

Pembimbing II,



Drs. Rivanto, M. Hum
NIP. 131 573 950

TANDA PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan majelis penguji skripsi, Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya, pada :

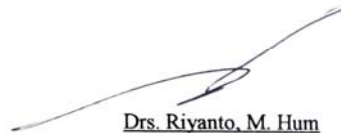
Hari : Selasa
Tanggal : 13 Mei 2008
Jam : 10.00 WIB
Skripsi atas nama : Aulia Prega Anna
Judul : "Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Wagir sebagai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Masyarakat".

dan dinyatakan lulus

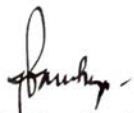
MAJEELIS PENGUJI



Drs. Irwan Noor, MA
Ketua



Drs. Riyanto, M. Hum
Anggota



Dr. Bambang Supriyono, MS
Anggota



Dr. Ratih Nur Pratiwi, M.Si
Anggota

MOTTO

There can be miracle when you believe.
Though hope is frail, it's hard to kill.
(Mariah Carey / Whitney Houston)

“Sukses berjalan dari satu kegagalan ke kegagalan yang lain
tanpa kita kehilangan semangat”
(Abraham Lincoln)

Everyone can be a winner,
unless they become the second entry

“Kepuasan terletak pada usaha, bukan hasil.
Berusaha dengan keras adalah kemenangan yang hakiki”
(Mahatma Gandhi)

RINGKASAN

Aulia Prega Anna, 2008, **Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Di Puskesmas Wagir sebagai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Masyarakat**, Drs.Irwan Noor MA, Drs.Riyanto M.Hum, 85 hal.

Kesehatan merupakan salah satu bagian dari investasi sumber daya manusia untuk mencapai kesejahteraan masyarakat (*welfare society*) pada masyarakat dan pemerintahan di suatu negara. Kondisi kesehatan masyarakat Indonesia secara umum dapat dilihat dari status kesehatan dan gizi masyarakatnya, meliputi; angka kematian bayi dan balita, kematian ibu melahirkan, prevelensi (penderita penyakit) gizi kurang dan umur harapan hidup. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya; faktor lingkungan, perilaku, dan pelayanan kesehatan.

Upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian diwujudkan dengan memberikan pelayanan berkualitas melalui bagan pedoman dan program terpadu tata laksana penanganan penyakit pada balita melalui Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di tingkat puskesmas. MTBS diperkenalkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Malang pada 28 unit Puskesmas di Kabupaten Malang. Berdasarkan laporan yang diterima Dinkes, Puskesmas Wagir merupakan salah satu Puskesmas dengan cakupan pelayanan MTBS rendah.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan penerapan MTBS di Puskesmas Wagir dan menganalisis mutu pelayanan kesehatan masyarakat Puskesmas Wagir. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan metodologi kualitatif.

Mekanisme pelayanan MTBS di Puskesmas Wagir dilaksanakan dengan dua cara yaitu pada Puskesmas dan pada Ruang Praktek bidan-bidan desa. Hasil penerapan MTBS di Puskesmas Wagir sudah dilaksanakan dengan baik, terbukti petugas dapat mendiagnosis lebih dari satu penyakit pada satu pasien anak. Kendala-Kendala dalam penerapan MTBS adalah kurangnya kas Puskesmas untuk ketersediaan logistik, pelayanan MTBS membutuhkan waktu yang lebih lama, serta kesulitan dalam penyusunan laporan.

Pelayanan kesehatan Puskesmas Wagir dapat dikatakan bermutu pada pembatasan atas upaya yang telah dilakukan, dimana pihak Puskesmas Wagir telah memenuhi standar pelayanan minimal yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan yang meliputi tenaga pelaksanaan dan sarana. Tetapi pada pembatasan derajat kepuasan pengguna layanan MTBS, pelayanan kesehatan Puskesmas Wagir dapat dikatakan tidak bermutu karena tidak memenuhi lima unsure indeks kepuasan sesuai dengan kepmenpan no.25 tahun 2004.

Saran peneliti pada penerapan MTBS di puskesmas wagir antara lain; menetapkan anggaran untuk logistik dari dana operasional, membuat alur pelayanan yang sesuai dengan buku pedoman penerapan MTBS, pelayanan

MTBS dilaksanakan hanya di gedung puskesmas saja, menggunakan fasilitas puskesmas (sarana dan prasarana) untuk keperluan penyusunan laporan, memberi sosialisasi kepada orang tua pasien tentang pentingnya pelayanan MTBS, serta diadakan pemantauan secara langsung ke lapangan oleh Dinas Kesehatan untuk melihat proses pelaksanaan MTBS yang telah berjalan.



SUMMARY

Aulia Prega Anna, 2008, **Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) In Puskesmas Wagir (Wagir's Public Health Center) as The effort of Improvement Public Health Service Quality**. Advisor 1, Drs.Irwan Noor MA. Advisor 2, Drs.Riyanto M.Hum, 85 pages.

Health is one of the wide part from investment of Human Resource to reach the welfare society at public and government at State. The Indonesian health seems from health and nutrition status of public, it covers: baby and balita mortality, death of mother bears, prevalence malnutrition and a spark of life age. That condition influenced by various factors, between it; environmental factor, behavior, and health service.

The effort to grow the death and painfulness number is realized by giving service with quality through guidance schema and handling managers integrated program of disease at balita through MTBS in level of Puskesmas. MTBS introduced by Public Health Service of Malang Sub Province by 28 units Puskesmas in Malang Sub Province. Based on report that received by Public Health Service of Malang Sub Province, Puskesmas Wagir is one of Puskesmas with low service coverage of MTBS.

The purpose of this research are to describe of applying of MTBS in Puskesmas Wagir and to analyse the quality of public health service in Puskesmas Wagir. This research applies descriptive research type with qualitative methodologies.

Service mechanism of MTBS in Puskesmas Wagir is executed with two ways, there are at Puskesmas and at the countryside midwives' rooms. The result of applying of MTBS in Puskesmas Wagir have been executed carefully, proven of officer can diagnose multiple disease by one patient. The difficulties in applying of MTBS is lack of cash Puskesmas for availability of logistics, service of MTBS requires longer time, and difficulty in compilation of report.

Health service of Puskesmas Wagir can be told is certifiable at the demarcation to effort which has been done, which is Puskesmas Wagir has fulfilled minimum service standard that applied to measure quality of service covering execution energy and supporting facilities. At the demarcation degree of satisfaction of MTBS consumer service, the public health service of Puskesmas Wagir can also told certifiable because has fulfilled five satisfaction dimensions referring to code of ethics and standard services, although not all the MTBS consumers satisfies.

The suggestion for applying MTBS in Puskesmas Wager are : makes capital fixed from the operational capital for logistics, makes service mechanism same as orientation book, MTBS service only apply at Puskesmas, using the

facility to put up the report, makes parents to understand about the important MTBS service, and also the directly controlling from Dinas Kesehatan.



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Di Puskesmas Wagir sebagai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar Sarjana Ilmu Administrasi Publik pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada yang terhormat:

- 1) Bapak Prof. Dr. Suhadak, MA, selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
- 2) Bapak Prof. Drs. Solichin A.W, Ph.D, selaku Ketua Jurusan Administrasi Publik Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
- 3) Bapak Drs. Irwan Noor, MA dan Bapak Drs. Riyanto, M.Hum selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, saran dan masukan dengan sabar sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan lancar.
- 4) Bapak dan Ibu Dosen yang telah berkenan memberikan ilmu dengan sabar dan ikhlas, semoga dapat menjadi ilmu yang bermanfaat bagi kami.
- 5) Kedua Orangtuaku juga adik-adikku tercinta yang telah memberikan kasih sayang, doa dan semangat serta dukungan materil dan moril yang tiada henti.
- 6) Drg. Wiwien Windrati selaku Kepala Puskesmas Wagir yang telah memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian di Puskesmas Wagir.
- 7) Ibu Bibit selaku Pengelola Program KIA di Puskesmas Wagir.
- 8) Ibu Sri Utami selaku Petugas Pelaksana MTBS di Puskesmas Wagir.
- 9) Staf Puskesmas Wagir; Staf Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.

Demi kesempurnaan skripsi ini, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan. Semoga karya skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Malang, 1 april 2008

Aulia Prega Anna

DAFTAR ISI

Halaman

MOTTO	
TANDA PENGESAHAN	
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI	
RINGKASAN	i
SUMMARY	iii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	8
B. Perumusan masalah	8
C. Tujuan Penelitian	8
D. Kontribusi Penelitian	8
E. Sistematika Pembahasan	9
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Pembangunan	10
B. Pelayanan Publik	14
C. Pelayanan Kesehatan	17
D. Mutu Pelayanan	20
E. Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS)	30
F. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)	32
BAB III. METODE PENELITIAN	41
A. Jenis Penelitian	41
B. Fokus Penelitian	41
C. Lokasi dan Situs Penelitian	42
D. Sumber Data	43
E. Teknik Pengumpulan Data	43
F. Instrumen Penelitian	44
G. Teknik Analisa Data	45
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	46
A. Penyajian data	46
1. Gambaran umum puskesmas wagir	46
1.1 Riwayat singkat dan letak puskesmas	46
1.2 Visi dan misi puskesmas	46
1.3 Keadaan petugas dan staf puskesmas	47
1.4 Sarana dan prasana puskesmas	47
1.5 Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di puskesmas wagir	48



1.6 Keadaan masyarakat kecamatan wagir	50
2. Pelaksanaan MTBS di puskesmas wagir.....	51
2.1 Prosedur penerapan MTBS	51
2.2 Susunan pelaksana MTBS	55
2.3 Mekanisme pelayanan.....	57
2.4 Mekanisme pelaporan	60
2.5 Hasil penerapan pelayanan.....	62
2.6 Kendala-kendala penerapan MTBS	67
3. Mutu pelayanan kesehatan puskesmas wagir.....	68
3.1 Pembatasan Pada Upaya Yang Telah Dilakukan.....	68
3.2 Pembatasan Pada Derajat Kepuasan Penggunaan Jasa Layanan.....	72
B. Pembahasan	74
1. Pembahasan Tentang Puskesmas Wagir	74
2. Pembahasan Data terhadap Penerapan MTBS	75
3. Pembahasan Mutu Pelayanan.....	80
BAB V. PENUTUP	86
A. Kesimpulan	86
B. Saran.....	87

DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR TABEL

No	Judul	Hal.
1	Sarana dan Tenaga Kesehatan Kabupaten Malang	6
2	Tingkat pendidikan petugas dan staf puskesmas wagir	47
3	Sarana dan prasarana puskesmas	48
4	Hasil kegiatan pelayanan kesehatan puskesmas wagir	49
5	Jumlah penduduk kecamatan wagir	50
6	Mata pencarian masyarakat kecamatan wagir	51
7	Laporan penerapan MTBS tribulan II tahun 2007	61
8	Laporan penerapan MTBM tribulan II tahun 2007	62
9	Diagnosa MTBS tribulan II tahun 2007	63
10	Diagnosa MTBM tribulan II tahun 2007	64
11	Daftar petugas pelaksana MTBS	68
12	Daftar obat yang dipakai dalam pelaksanaan MTBS	69
13	Daftar obat yang dipakai dalam pelaksanaan MTBS	70



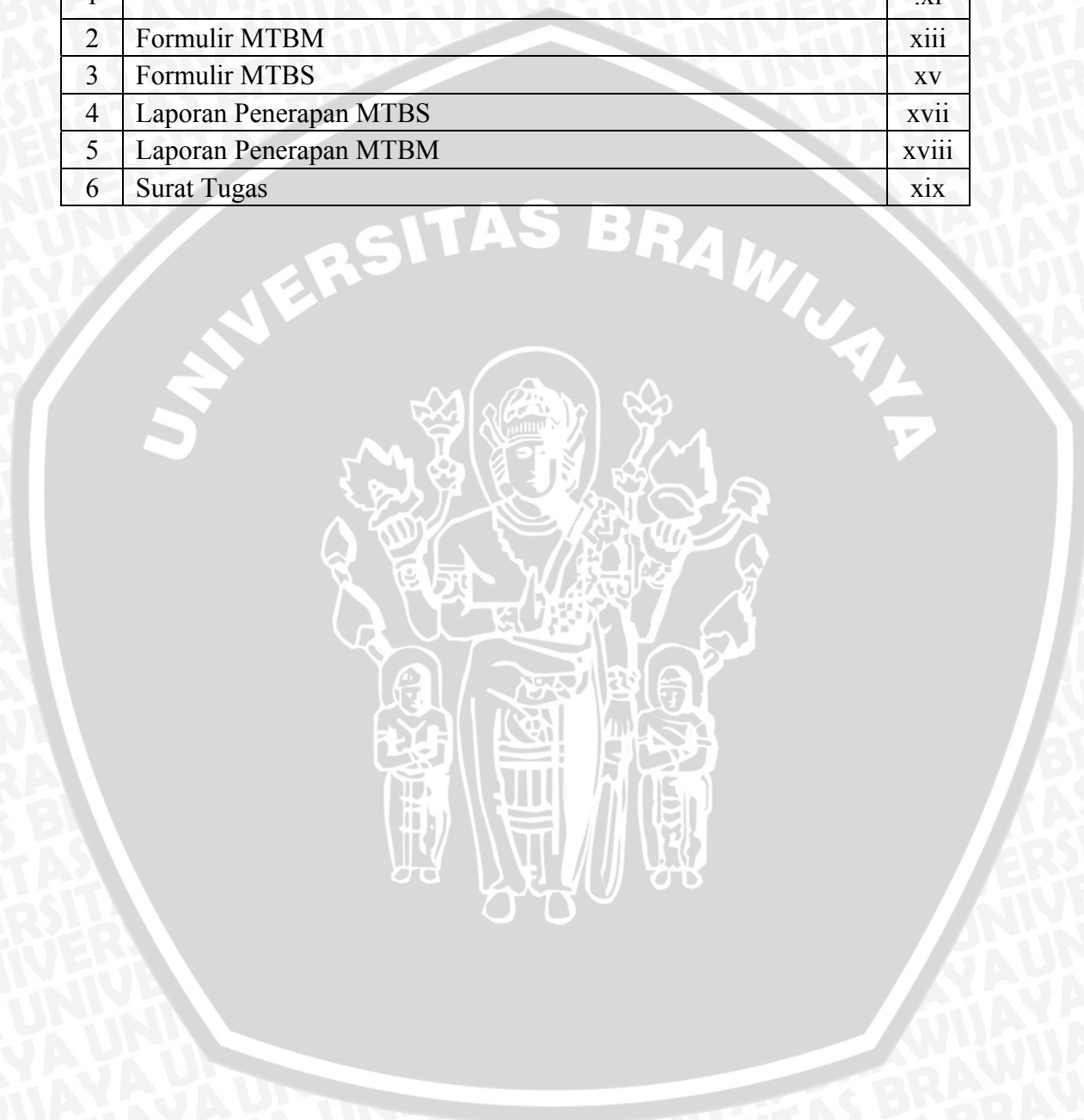
DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Hal.
1	Model I alur pelayanan MTBS di puskesmas	36
2	Model II alur pelayanan MTBS di puskesmas	37
3	Model III Alur pelayanan MTBS di puskesmas	38
4	Skema Tim Pelaksana MTBS di Puskesmas Wagir	52
5	Alur pelayanan MTBS di Puskesmas Wagir	56



DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul	Hal.
1	Kartu Nasihat Ibu	.xi
2	Formulir MTBM	xiii
3	Formulir MTBS	xv
4	Laporan Penerapan MTBS	xvii
5	Laporan Penerapan MTBM	xviii
6	Surat Tugas	xix



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembukaan Undang Undang Dasar 1945 alinea 4 (empat) disebutkan “untuk membentuk suatu pemerintah negara Indonesia yang melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia”. Dengan kata lain pemerintah Indonesia merupakan penyelenggara pelayanan publik yang bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat dalam rangka menciptakan kesejahteraan masyarakat Indonesia. Penyelenggaraan pelayanan publik dapat diklasifikasikan kedalam dua kategori utama yaitu, pelayanan kebutuhan dasar dan pelayanan umum. Pelayanan kebutuhan dasar meliputi kesehatan, pendidikan dasar, dan bahan kebutuhan pokok masyarakat, sedangkan pelayanan umum meliputi pelayanan administratif, pelayanan barang dan pelayanan jasa (Mahmudi, 2005. h. 230)

Kesehatan adalah salah satu kebutuhan dasar masyarakat yang merupakan hak asasi dan dilindungi oleh Undang Undang Dasar 1945. Kesehatan merupakan salah satu bagian yang luas dari investasi sumber daya manusia untuk mencapai kesejahteraan masyarakat (*welfare society*) pada masyarakat dan pemerintahan di suatu negara. Kesehatan berhubungan dengan kemiskinan, dan kemiskinan berkaitan erat dengan kesejahteraan, dengan kata lain kesehatan merupakan faktor utama untuk mencapai kesejahteraan masyarakat. Pemenuhan kebutuhan dibidang kesehatan merupakan suatu kebutuhan yang sifatnya urgen dan setiap orang berhak untuk mendapatkannya.

Salah satu fungsi utama pemerintah adalah sebagai penyelenggara pelayanan publik dan berkewajiban untuk menjamin kesehatan dasar penduduknya, sekaligus juga menghapus kemiskinan dengan cara pemeratakan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan yang seluas-luasnya. Hal ini sesuai dengan Pasal 28H ayat 1, Undang Undang Dasar 1945 yang berbunyi ”.....setiap orang berhak hidup

Perkembangan pelayanan kesehatan masyarakat Indonesia mengalami banyak perubahan paradigma dan perbaikan, yang semula terbatas pada upaya pengobatan saja, berubah menjadi upaya pencegahan. Hal ini dapat dilihat ketika bangsa Indonesia merdeka, tanggung jawab pemerintah hanya sebatas untuk melindungi masyarakat dari gangguan kesehatan dan program yang dikembangkan pada saat itu hanya mencakup hal-hal yang sangat dibutuhkan masyarakat (*public health essential*). Seiring berjalannya waktu, program-program yang dilaksanakan terus berkembang yang diwujudkan dengan dibentuknya Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA), Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS), Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), serta diperkenalkannya Sistem Kesehatan Nasional (SKN), bahkan dirumuskannya Undang-Undang Pokok Kesehatan pertama yaitu Undang-Undang No.9 Tahun 1960 dan Undang-Undang Pokok Kesehatan yang baru yaitu Undang-Undang No.23 Tahun 1992. Implikasi dari perubahan-perubahan dibidang kesehatan adalah dengan adanya pergeseran paradigma yang semula hanya terbatas pada upaya pengobatan (*medical care*) menjadi upaya hidup sehat (*health care*) yang meliputi pengenalan hidup sehat serta upaya pencegahan (*promotif and preventif*).

Kesungguhan Pemerintah dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan yang mampu menjangkau sampai seluruh pelosok Indonesia, diwujudkan dalam pembangunan kesehatan yang telah berhasil menyediakan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan secara merata diseluruh Indonesia, selama 30 tahun terakhir. Meliputi pembangunan fasilitas kesehatan dasar, yaitu Puskesmas yang diperkuat dengan Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling, sampai tahun 2000 telah tersedia 7.234 unit Puskesmas dan 21.115 unit Puskesmas Pembantu (Kompas, 19 Juni 2004). Ini dikarenakan Puskesmas memiliki peranan penting dalam pembangunan kesehatan, dimana merupakan satu kesatuan unit fungsional pertama dan terdekat dengan masyarakat yang berfungsi untuk memberikan pelayanan dan membina peran serta masyarakat.

Perbaikan dibidang kesehatan juga diupayakan secara berkesinambungan melalui program-program pembangunan kesehatan, sesuai dengan Undang-Undang No.23 Tahun 1992 yang menyebutkan bahwa “.....pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan

hidup sehat bagi setiap orang agar tercipta derajat kesehatan optimal”. Upaya Pembangunan Kesehatan ini, dimulai dengan mendidik masyarakat untuk hidup sehat dengan cara berperilaku sehat di lingkungan yang sehat. Sedangkan dalam hal Pelayanan Kesehatan, yang harus dipenuhi antara lain; ketersediaan obat-obatan dan perbekalan kesehatan, tenaga kesehatan, pembiayaan dan manajemen kesehatan serta mutu pelayanan kesehatan.

Pada seminar peningkatan mutu (*Quality Assurance*, 1998. h. II) dijelaskan bahwa upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan menjadi sangat penting, hal ini dikarenakan:

1. Undang-Undang No 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan harus dilaksanakan sesuai standar profesi;
2. Pelayanan kesehatan yang memenuhi standar kualitas akan memberikan dampak nyata terhadap peningkatan pelayanan kesehatan;
3. Dengan berhasilnya pembangunan yang dilaksanakan selama Pembangunan Jangka Panjang I, telah meningkatkan kesadaran masyarakat akan kebutuhan pelayanan kesehatan yang semakin berkualitas;
4. Semakin disadari bahwa biaya pelayanan yang bermutu justru akan lebih murah dibandingkan dengan pelayanan yang tidak bermutu;
5. Pelayanan yang memperhatikan mutu akan memberikan kepuasan baik kepada konsumen pelayanan maupun pemberi layanan.

Disamping itu sejak tahun 1986 pemerintah Indonesia telah menerapkan Gugus Kendali Mutu (GKM) pada Rumah Sakit, Puskesmas dan unit pelayanan kesehatan yang lain. Perbaikan mutu pelayanan rumah sakit mulai diperkenalkan melalui pendekatan Gugus Kendali Mutu pada pelatihan manajemen rumah sakit yang diselenggarakan oleh Pusat Pendidikan dan Latihan Pegawai Departemen Kesehatan RI. Pada awal tahun 1994 diperkenalkan pendekatan Manajemen Mutu Terpadu (*Total Quality Management*) yang lebih komprehensif untuk mendukung upaya perbaikan mutu pelayanan rumah sakit. Sedangkan pelayanan kesehatan dasar pada Puskesmas, diperkenalkan program Jaminan Mutu (*Quality Assurance*) pada tahun 1995 di Propinsi Jawa Barat, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan barat, Kalimantan Tengah dan Sumatra Barat, melalui Proyek Kesehatan IV (*Health Project IV*). Sedangkan di Yogyakarta pengenalan ini dilakukan melalui *Provincial Health Project I* dengan tiga tahapan, yaitu; analisis sistem, supervisi dan pembinaan, serta pendekatan tim (Koentjoro, 2007. h. 1)

Upaya perbaikan mutu semakin berkembang pada tahun 1998 melalui Proyek Kesehatan V (*Health Project V*) yang diwujudkan dalam Manajemen Kinerja (*Performance Management*) sebagai upaya lanjutan dari program perbaikan mutu sebelumnya yang tidak hanya menekankan pada perbaikan proses saja, tetapi juga pada pengukuran indikator kerja sebagai dasar untuk melakukan perbaikan proses yang berkesinambungan. Upaya tersebut didukung dengan program akreditasi dan penerapan sistem manajemen mutu (Koentjoro, 2007. h.2).

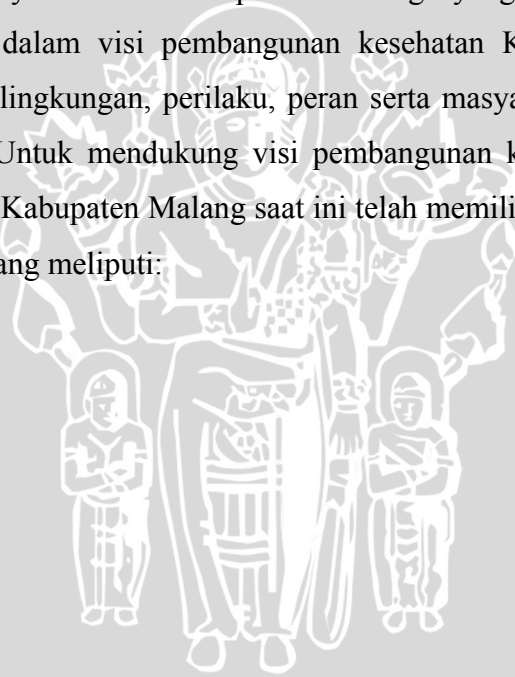
Kondisi kesehatan masyarakat Indonesia secara umum dapat dilihat dari status kesehatan dan gizi masyarakatnya, meliputi; angka kematian bayi dan balita, kematian ibu melahirkan, prevalensi (penderita penyakit) gizi kurang dan umur harapan hidup. Kondisi tersebut dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya; faktor lingkungan, perilaku, dan pelayanan kesehatan (Badan Pembangunan Nasional, 2007).

Upaya perbaikan kesehatan telah memberikan hasil peningkatan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia, dimana angka kematian bayi dan balita pada tahun 1997 menurun dari 36 menjadi 35 per 100 ribu kelahiran hidup. Sedangkan pada tahun 2001-2003, angka kematian ibu melahirkan menurun dari 334 pada tahun 1997 menjadi 307 per 100ribu pada tahun 2002-2003, umur harapan hidup meningkat dari 65,8 (Sensus Kesehatan Nasional, 1999) menjadi 66,2 (tahun 2003). Selain itu prevalensi gizi kurang (*underweight*) pada anak balita menurun dari 34,4 persen (%) pada tahun 1999 menjadi 27,5 persen (%) pada tahun 2004 (Badan Pembangunan Nasional, 2007). Penurunan angka kematian yang terkecil yaitu pada bayi dan balita, dimana menurut hasil survei tentang kematian balita di negara berkembang pada tahun 1995 diperoleh data 11,6 juta balita meninggal akibat ISPA (19%), campak (7%), malaria (5%) dan lain-lain (32%) (PMPT-IDAI, 1998). Sedangkan hasil penelitian tahun 2005 masih ditemukan 4 juta kematian akibat infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) terutama pneumonia merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian pada bayi dan anak balita (Hatta, 2005).

Upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi dan balita ditingkat kesehatan dasar sudah dilaksanakan selama ini, yaitu dengan pedoman penatalaksanaan beberapa penyakit secara terpisah sebagai acuan petugas

kesehatan dalam penanganan balita sakit, misalnya ; pedoman pengobatan malaria, pedoman tatalaksana ISPA, maupun pedoman penanganan diare. Namun, kadangkala terjadi kesulitan akibat banyaknya pedoman terpisah yang harus digunakan petugas kesehatan pada saat penanganan balita dengan beberapa jenis penyakit, atau terdapat penyakit yang saling berkaitan. Berdasarkan hal tersebut, maka Departemen Kesehatan, WHO, dan UNICEF membentuk Bagan Pedoman dan Program Terpadu Tata Laksana penanganan penyakit pada balita melalui Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) ditingkat Puskesmas. Melalui MTBS petugas puskesmas mengetahui cara menyatukan berbagai pedoman terpisah menjadi lebih komprehensif dan efisien dalam penanganan anak sakit.

Salah satu daerah yang berkomitmen untuk terus memajukan kesehatan masyarakat di daerahnya adalah Kabupaten Malang. yang mana komitmen tersebut telah tertulis dalam visi pembangunan kesehatan Kabupaten Malang yaitu: ”.....terwujudnya lingkungan, perilaku, peran serta masyarakat untuk hidup sehat dan produktif”. Untuk mendukung visi pembangunan kesehatan tersebut, maka Dinas Kesehatan Kabupaten Malang saat ini telah memiliki beberapa sarana dan tenaga kesehatan yang meliputi:



Tabel 1
Sarana dan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Malang

Sarana Kesehatan	Jumlah (unit)	Tenaga Kesehatan	Jumlah (orang)
RS. Umum pemerintah	2	Dokter	248
RS. Umum swasta	6	Dokter gigi	71
RS. Bersalin	8	Dokter spesialis	95
RS. Jiwa	1	Dokter keluarga	1
RS. Bedah	1	Perawat & Bidan	1609
Puskesmas	38	Tenaga farmasi	27
Puskesmas pembantu	72	Tenaga sanitarian	45
Puskesmas keliling	33	Tenaga kesehatan masyarakat	20
Polindes	238	Tenaga gizi	55
Posyandu balita	1740	Tenaga keteknisan medik	97
Posyandu usila	455		
Balai pengobatan	21		
Apotek	49		
Praktek dokter	151		
Bidan praktek swasta	24		

Sumber: [Profil Kesehatan Kabupaten Malang 2007](#)

Berdasarkan data pada tahun 2006, kepadatan penduduk Kabupaten Malang sebanyak 2.233.130 jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk 1,14 persen (%) per tahun. Angka kelahiran total pada tahun 2006 sebanyak 44.107, dengan angka kematian bayi sebanyak 59 (1,32 per seribu kelahiran hidup) dan angka kematian balita sebanyak 28 (0,62 per seribu kelahiran hidup) (Dinkes Kab Malang, 2007. h. 6-16). Jadi angka kematian bayi dan balita merupakan jumlah yang kecil apabila dibandingkan dengan angka kelahiran total, tetapi perlu mendapatkan perhatian yang serius dari Pemerintah Kabupaten Malang dalam upaya penanganannya dengan menerapkan pendekatan terpadu untuk mengetahui secara dini penyakit-penyakit yang dapat menyebabkan kematian pada balita.

Upaya ini diwujudkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Malang yang dimulai dari memperkenalkan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), dan diimplementasikan pada 28 unit Puskesmas. MTBS merupakan pedoman dalam penanganan balita pada pelayanan lini depan, yang lebih komprehensif dan diharapkan dapat memberikan pelayanan yang lebih efektif nantinya. Dengan menerapkan MTBS diharapkan puskesmas memberikan pelayanan berkualitas yang nantinya memberikan kontribusi yang cukup besar untuk dapat

mendiagnosis penyakit anak seperti pneumonia, diare, malaria, campak dan malnutrisi yang apabila tidak tertangani dengan benar akan menyebabkan kematian

Berdasarkan Laporan Penerapan MTBS pada tahun 2006 dari seluruh puskesmas Kabupaten Malang, jumlah balita sakit yang berkunjung ke puskesmas sebanyak 8754, sedangkan yang mendapat pelayanan MTBS hanya sebanyak 1137 (12,99%). Jumlah ini dapat dikatakan rendah, tetapi Dinkes Kabupaten Malang tidak menerapkan patokan khusus tentang besar persentasi kunjungan balita yang ditangani dalam penerapan MTBS pada tiap puskesmas. Sebagai pedoman, Departemen Kesehatan Republik Indonesia memberikan acuan dalam pentahapan awal penerapan MTBS adalah sebagai berikut :

- a. Puskesmas yang memiliki kunjungan balita sakit ≤ 10 orang per hari, maka pelayanan MTBS dapat diberikan langsung kepada seluruh balita sakit
- b. Puskesmas yang memiliki kunjungan balita sakit 11-20 orang per hari, maka diberikan pelayanan MTBS kepada 50% kunjungan pada tahap awal dan setelah 6 bulan pertama diharapkan seluruh balita sakit mendapatkan pelayanan MTBS
- c. Puskesmas yang memiliki kunjungan balita sakit 21-50 orang per hari, maka diberikan pelayanan MTBS kepada 25% kunjungan pada tahap awal dan setelah 6 bulan pertama diharapkan seluruh balita sakit mendapatkan pelayanan MTBS.

Berdasarkan data yang diterima oleh Dinkes Kabupaten Malang, yaitu pada Laporan Penerapan MTBS Tribulan II tahun 2007, salah satu puskesmas dengan cakupan MTBS rendah adalah Puskesmas Wagir. Dimana dalam periode tiga bulan, terdapat 165 pasien balita tetapi hanya 27 yang ditangani secara MTBS (16%). Dari jumlah tersebut dapat diperkirakan bahwa jumlah rata-rata pasien ± 2 orang per hari, tetapi dari jumlah tersebut tidak semua pasien mendapatkan pelayanan secara MTBS.

Berdasarkan latar belakang diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terhadap penerapan MTBS di Puskesmas Wagir. Untuk itu peneliti mengambil judul "Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Wagir sebagai Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Masyarakat.

B. Perumusan masalah

1. Bagaimana penerapan MTBS di Puskesmas Wagir sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan masyarakat?
2. Bagaimana mutu pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas Wagir?

C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis penerapan MTBS di Puskesmas Wagir sebagai upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan masyarakat.
2. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis mutu pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas Wagir.

D. Kontribusi Penelitian

a. Manfaat Praktis

1. Bagi Peneliti
 - a) Sebagai masukan dan pengalaman dalam melakukan penelitian
 - b) Memberikan wawasan dan gambaran tentang penerapan MTBS di puskesmas
2. Bagi Puskesmas
 - a) Untuk jangka pendek adalah sebagai bahan masukan dan evaluasi tentang penerapan MTBS yang nantinya diharapkan mampu meningkatkan cakupan bagi pelayanan MTBS di puskesmas
 - b) Untuk jangka panjang adalah sebagai bahan asupan bagi petugas pelaksana di puskesmas agar dapat menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan.

3. Bagi Dinas Kesehatan

Sebagai bahan evaluasi terhadap keberhasilan program MTBS

b. Manfaat Teoritik

Sebagai masukan untuk penelitian selanjutnya serta sebagai perbandingan bagi penelitian selanjutnya.

E. Sistematika Pembahasan

Penulisan ini secara keseluruhan terdiri dari 5 bab, masing-masing bab dibagi menjadi sub bab pembahasannya, untuk lebih jelasnya secara terperinci adalah sebagai berikut :

BAB I : Sebagai Pendahuluan, memuat tentang latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian dan kontribusi penelitian serta diakhiri dengan sistematika pembahasan.

BAB II: Merupakan kajian teoritik yang berisi tentang pelayanan publik, pelayanan kesehatan, mutu pelayanan, puskesmas, dan MTBS .

BAB III: metode penelitian yang terdiri dari jenis penelitian, fokus penelitian, sumber data, teknik pengumpulan data, instrumen penelitian serta teknik analisis data.

BAB IV: Berupa hasil dan pembahasan, yaitu penyajian data yang meliputi deskripsi wilayah penelitian, fokus dan situs penelitian, berikutnya berupa analisa dan interpretasi data dari fokus penelitian

BAB V: Merupakan Penutup, yang berisikan beberapa kesimpulan dari isi skripsi dan beberapa saran yang dikemukakan yang berkaitan dengan isi skripsi.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Pembangunan

1. Konsep Pembangunan

Pembangunan yang dilakukan suatu Negara pada dasarnya untuk mencapai kesejahteraan yaitu melalui pertumbuhan ekonomi, perubahan sosial dan modernitas bangsa guna peningkatan kualitas hidup manusia untuk menuju kehidupan yang lebih baik

Pengertian Pembangunan (Soekartawi, 1990. h.8) adalah pertumbuhan dan pemerataan. Pertumbuhan yang dimaksud adalah pertumbuhan ekonomi yang lebih baik sedangkan pemerataan meliputi pemerataan pembangunan, keadilan dan lain-lain-lain.

Sedangkan pengertian lain dari pembangunan adalah proses perubahan sistem yang direncanakan dan pertumbuhan menuju ke arah perbaikan yang berorientasi pada modernitas, *national building*, dan kemajuan sosial ekonomi (Syamsi, 1986. h.4).

Tjokrowinoto (Suryono, 2004. h.21) menyimpulkan beberapa makna pembangunan, yaitu:

- a. Pembangunan sebagai proses perubahan sosial menuju ketataran kehidupan masyarakat yang lebih baik
- b. Pembangunan sebagai upaya manusia yang sadar, terencana dan melembaga
- c. Pembangunan sebagai proses social yang bebas nilai (*value free*)
- d. Pembangunan memperoleh sifat dan konsep transcendental, sebagai *metadisciplinary phenomenon*, bahkan memperoleh bentuk sebagai ideologi, *the ideology of developmentalism*
- e. Pembangunan sebagai konsep yang sarat nilai (*value loaded*) menyangkut proses pencapaian nilai yang dianut suatu bangsa secara makin meningkat
- f. Pembangunan menjadi *culture specific, situation specific, dan time specific*.

2. Pembangunan Berkelanjutan

Pembangunan merupakan proses yang dilakukan terus menerus menuju kehidupan yang lebih baik, yang biasa dikenal dengan Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development*)

Menurut komisi dunia untuk lingkungan dan pembangunan / *World Commission On Environment And Development* (Hadi, 2005. h.2), Pembangunan Berkelanjutan didefinisikan sebagai pembangunan yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan generasi sekarang tanpa mengorbankan kemampuan generasi yang akan datang untuk memenuhi kebutuhan sendiri. Terdapat dua konsep utama dari definisi ini, konsep yang pertama adalah konsep tentang kebutuhan (*needs*) dimana kebutuhan didasarkan pada kebutuhan materi dan kebutuhan non-materi, yang kedua adalah konsep tentang keterbatasan (*limitation*) dari kemampuan lingkungan untuk memenuhi kebutuhan generasi sekarang yang akan datang.

Dari definisi di atas, menurut Jacob dkk (Hadi, 2005. h.43-44) beberapa hal yang harus dipenuhi dalam mencapai pembangunan meliputi:

- a. Pemenuhan kebutuhan manusia (*fulfillment of human needs*) atau pemenuhan kebutuhan dasar
 1. Kebutuhan materi
 2. Kebutuhan non-materi
- b. Memelihara integritas ekologi (*maintance of ecological integrity*) atau pemeliharaan lingkungan
 1. Konservasi
 2. Mengurangi konsumsi
- c. Keadilan sosial (*social equity*)
 1. Keadilan masa depan
 2. Keadilan masa kini
- d. Kesempatan menentukan nasib sendiri (*self determination*)
 1. Masyarakat mandiri
 2. Partisipatori demokrasi

Berdasarkan Konsep Pembangunan Berkelanjutan diatas pembangunan harus memenuhi syarat-syarat sebagai berikut (Hadi, 2005. h.5-6):

- a. Pembangunan itu sarat nilai, dalam arti ia harus diorientasikan untuk mencapai tujuan ekologis, sosial dan ekonomi
- b. Pembangunan itu membutuhkan perencanaan dan pengawasan yang seksama pada semua tingkat
- c. Pembangunan itu menghendaki pertumbuhan kualitatif setiap individu dan masyarakat
- d. Pembangunan membutuhkan pengertian dan dukungan semua pihak bagi terselenggaranya keputusan yang demokratis
- e. Pembangunan membutuhkan suasana yang terbuka, jujur, dan semua pihak yang terlibat senantiasa memperoleh informasi yang aktual

Dari penjelasan diatas maka dapat disimpulkan bahwa Pembangunan Berkelanjutan (*Sustainable Development*) adalah pembangunan secara kualitatif baik individu dan masyarakat bertujuan untuk memenuhi kebutuhan baik secara ekologis, sosial dan ekonomi.

3. Pembangunan Kesehatan

Kesehatan adalah salah satu kebutuhan dasar yang merupakan hak asasi dan dilindungi oleh Undang Undang Dasar 1945. Kesehatan merupakan salah satu bagian dari investasi sumber daya manusia untuk mencapai kesejahteraan (*welfare society*) di dalam masyarakat dan pemerintahan suatu negara. Dimana kesehatan merupakan investasi dalam meningkatkan Sumber Daya Manusia dan produktivitas bangsa sesuai UU no.23 tahun 1992 tentang kesehatan ”pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal”, yang merupakan tanggung jawab pemerintah dalam menyelenggarakannya dengan dukungan dari masyarakat.

Pembangunan kesehatan yang dimaksud adalah pencapaian Visi Indonesia Sehat 2010, dimana hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal, ditandai dengan penduduk yang hidup dalam lingkungan dengan perilaku yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan bermutu secara adil dan merata di seluruh wilayah indonesia. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan memberikan prioritas kepada upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyagahan

penyakit disamping penyembuhan dan pemulihan kesehatan (Rahmat, 2004. h.48)

Untuk menunjang seluruh upaya pembangunan kesehatan diperlukan tenaga yang mempunyai sikap nasional, etis dan profesional, berdisiplin, kreatif, berilmu dan terserta memegang teguh etika profesi. Tenaga kesehatan dan tenaga penunjang ditingkatkan kualitas, kemampuan serta persebarannya agar merata dan dapat mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan (Rahmat, 2004. h.49)

Pemerintah sebagai penyelenggara pembangunan kesehatan terus melakukan upaya berkesinambungan dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui perbaikan-perbaikan untuk ketersediaan obat-obatan dan perbekalan kesehatan, tenaga kesehatan, pembiayaan dan manajemen kesehatan serta mutu pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang terus menuntut perbaikan mendorong adanya reformasi di bidang kesehatan, yang mengubah paradigma kesehatan dari Paradigma Sakit menjadi Paradigma Sehat, salah satu wujudnya adalah Visi Indonesia Sehat 2010.

Paradigma sehat menurut Visi Indonesia Sehat 2010, menyatakan untuk dapat mewujudkan masyarakat sehat diperlukan:

- a. *Medical care* ke *health care*
- b. *Fragmentated* program ke *integrated* program
- c. Pergeseran *need* ke *demand*
- d. Pergeseran dari pemerintah ke swasta
- e. Pergeseran pola pembayaran yang selama ini *fee for service* harus bergeser "pra upaya"
- f. Pergeseran pengertian kesehatan adalah "komoditi konsumtif jangka pendek" menjadi "investasi jangka panjang"

Sedangkan paradigma hidup sehat H.L Blum (Muninjaya, 2004. h.13) menjelaskan terdapat empat faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, meliputi:

- a. Faktor perilaku

Faktor perilaku merupakan faktor yang paling dominan pengaruhnya pada kesehatan seseorang atau keluarga dimana perilaku manusia susah dikendalikan bahkan cenderung mengendalikan.

b. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan meliputi sosial, ekonomi, politik dan fisik, faktor lingkungan menempati posisi kedua karena lingkungan merupakan dampak dari perilaku manusia.

c. Faktor pelayanan kesehatan

Faktor ini bertujuan meningkatkan derajat kesehatan yang lebih optimal dan menciptakan lingkungan hidup yang lebih sehat dan dinamis (keseimbangan *Human ecology*).

d. Faktor genetik

Faktor genetik dipengaruhi oleh Sumber Daya Alam dan sistem budaya masyarakat setempat, yang pada akhirnya akan memberikan pengaruh terhadap program kependudukan.

B. Pelayanan Publik

Pengertian pelayanan publik menurut Keputusan MenPAN No.63/Kep/M.PAN/7/2003 dapat diartikan sebagai segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh instansi sebagai upaya pemenuhan kebutuhan organisasi, masyarakat, instansi pemerintah dan badan hukum maupun sebagai pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pelayanan publik yang umumnya didambakan oleh masyarakat (Moenir, 2002. h.47) adalah :

1. Adanya kemudahan dalam pengurusan kepentingan dengan pelayanan yang cepat
2. Memperoleh pelayanan yang wajar tanpa gerutuan, sindiran atau dengan kata lain yang semacam itu yang nadanya mengarah pada permintaan sesuatu baik untuk alasan dinas atau untuk kesejahteraan
3. Mendapatkan perlakuan yang sama dalam pelayanan terhadap kepentingan yang sama
4. Pelayanan yang jujur dan harus tenang.

1. Asas Pelayanan Publik

Dalam upaya memberikan pelayanan publik secara optimal, penyedia pelayanan publik harus memperhatikan asas-asas pelayanan publik. Asas pelayanan publik (Mahmudi, 2005. h.234) yaitu :

(a) Transparansi

Penyelenggaraan pelayanan publik bersifat terbuka, mudah dimengerti dan diterima oleh pemakai jasa pelayanan, serta mudah diakses oleh semua pihak yang membutuhkan

(b) Akuntabilitas

Penyelenggaraan pelayanan publik harus sesuai dengan aturan dan ketentuan yang nantinya dapat dipertanggung jawabkan baik kepada pemerintah maupun pemakai jasa pelayanan

(c) Kondisional

Penyelenggaraan pelayanan publik harus mendorong peran serta masyarakat dengan memperhatikan situasi, keadaan dan kemampuan baik pemberi maupun pemakai layanan dengan tetap memegang aturan yang berlaku

(d) Partisipatif

Penyelenggaraan pelayanan publik harus mendorong peran serta masyarakat dengan memperhatikan aspirasi, kebutuhan serta harapan masyarakat

(e) Tidak diskriminatif

Penyelenggaraan pelayanan publik tidak membedakan pemakai jasa layanan, tidak ada unsur paksaan maupun tekanan

(f) Keseimbangan hak dan kewajiban

Penyelenggaraan pelayanan publik harus dapat memenuhi hak dan kewajiban baik pemberi maupun pemakai jasa layanan

2. Prinsip-Prinsip Pelayanan Publik

Dalam upaya pelayanan secara optimal, selain asas-asas pelayanan publik harus diperhatikan, penyedia pelayanan publik juga harus memenuhi prinsip-prinsip pelayanan publik. Menurut KepmenPAN No.63/KEP/M/PAN/7/2003 tentang pedoman umum penyelenggaraan pelayanan publik, terdapat 10 prinsip pelayanan publik yang meliputi :

(a) Kesederhanaan

Prosedur yang tidak berbelit-belit, mudah dilaksanakan, mudah dipahami dan diterima oleh masyarakat, yang menimbulkan rasa puas dan bahagia dalam menerima pelayanan

(b) Kejelasan

Prosedur yang jelas meliputi persyaratan teknis dan administratif, menyelesaikan keluhan dan rincian pelayanan publik serta tata cara pembayaran yang jelas, yang nantinya akan mempermudah masyarakat dalam hal teknis administratif serta mengurangi resiko yang nantinya akan merugikan masyarakat.

(c) Kepastian waktu

Pelaksanaan pelayanan dalam kurun waktu yang telah ditentukan, masyarakat diberikan kepastian lamanya proses pelayanan sehingga tidak menimbulkan pertanyaan oleh masyarakat

(d) Akurasi

Produk pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan, benar dan tepat sesuai dengan kebutuhan dan permintaan masyarakat dan proses yang sah sesuai dengan aturan yang ditentukan

(e) Kelengkapan sarana dan prasarana

Terjadinya sarana dan prasarana kerja, peralatan dan pendukung lain yang memadai termasuk penyediaan sarana teknologi telekomunikasi dan informatika (telematika)

(f) Keamanan

Proses, produk dan pejabat pelayanan publik yang ditunjuk memberikan rasa aman dan kepastian hukum dalam pelayanan publik, tidak ada intimidasi berupa paksaan maupun tekanan kepada masyarakat

(g) Kemudahan akses

Proses pelayanan publik harus memudahkan masyarakat, dimana Tempat dan lokasi serta sarana pelayanan yang memadai, mudah dijangkau, dapat memanfaatkan telekomunikasi dan informatika

(h) Kedisiplinan, kesopanan dan keramahan

Dalam poses pelayanan publik petugas penyedia layanan memiliki disiplin, sopan santun, ramah, serta memberikan pelayanan dengan sepenuh hati.

(i) Kenyamanan

Pelayanan yang memberikan rasa nyaman dengan penataan Lingkungan pelayanan yang diatur dengan rapi, tertib dan teratur disediakan ruang tunggu dan fasilitas pendukung lain seperti tempat ibadah, toilet dan tempat parkir yang teratur.

C. Pelayanan Kesehatan

Kesehatan merupakan faktor utama kesejahteraan masyarakat yang hendak dicapai oleh pemerintah melalui pelayanan kesehatan. Sebagaimana telah disebutkan dalam UU No.23 Tahun 1992 pasal 1 yaitu “Setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan dilakukan pemerintah dan masyarakat”. Dalam hal ini pemerintah sebagai penyelenggara pelayanan publik harus dapat menjamin hak masyarakat untuk hidup sehat dengan memberikan pelayanan kesehatan secara adil, merata, memadai, terjangkau dan berkualitas dan masyarakat juga mempunyai tanggung jawab yang sama dengan cara berperan serta dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

1. Aspek Pelayanan Kesehatan

Untuk mengetahui keberhasilan pelaksanaan pelayanan kesehatan, pemerintah melalui Depkes telah menetapkan indikator keberhasilan pelayanan sektor kesehatan , dalam SKN (Sistem Kesehatan Nasional) yang meliputi (Muninjaya, 1999. h.44) :

(a) Derajat Kesehatan

Keberhasilan pelayanan kesehatan masyarakat terwujud dari derajat kesehatan optimal yang hidup dalam perilaku dan lingkungan sehat

(b) Upaya Kesehatan

Keberhasilan pelayanan kesehatan tergantung dari upaya kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah yang bekerjasama dengan masyarakat

(c) Demografi

Keberhasilan pelayanan kesehatan dapat terlihat kondisi, susunan, jumlah dan perkembangan penduduknya.

(d) Perilaku Penduduk Terhadap Kesehatan

Keberhasilan pelayanan kesehatan tergantung dari kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat

(e) Pengadaan Sumber Daya

Keberhasilan pelayanan kesehatan tergantung dari ketersediaan fasilitas yang memadai termasuk didalamnya adalah sumber daya manusia, sumber daya dana, serta teknologi dan informasi

(f) Pemanfaatan Sumber Daya

Keberhasilan pelayanan kesehatan tergantung dari keefektifan penggunaan sumber daya yang tersedia.

(g) Kesepakatan Kebijakan

Keberhasilan pelayanan kesehatan tergantung dari kebijakan yang telah ditentukan, untuk menghindari penyimpangan dalam prosedur pelayanan

(h) Potensi Organisasi Kemasyarakatan

Keberhasilan pelayanan kesehatan tergantung dari adanya kontrol dari masyarakat sendiri yang biasanya melalui wadah organisasi masyarakat. Hal ini dilakukan ssebagai kontrol masyarakat dalam terhadap pelayanan publik

(i) Lingkungan.

Keberhasilan pelayanan kesehatan tergantung dari kondisi masyarakat, dimana upaya-upaya pelayanan yang lain juga didukung dengan lingkungan yang sehat.

2. Prinsip Pelayanan Kesehatan

Untuk mencapai keberhasilan pelaksanaan pelayanan kesehatan, selain memperhatikan aspek pelayanan kesehatan, juga harus memenuhi prinsip-prinsip pelayanan kesehatan (Koentjoro, 2007. h.6), yang meliputi :

(a) Hubungan berkesinambungan

Pelayanan kesehatan bersifat responsif terhadap pelanggan kapan saja dibutuhkan, bukan sekedar kunjungan tatap muka.

(b) Customized

Pelayanan kesehatan yang peduli terhadap kebutuhan, nilai dan harapan pelanggan.

(c) Pasien sebagai sumber pengendali

Pasien diberikan kesempatan untuk ikut mengendalikan keputusan-keputusan dalam upaya penyembuhan.

(d) Kemudahan akses

Catatan medis bukan hanya milik lembaga pelayanan kesehatan tetapi merupakan informasi yang dapat diakses kapan saja oleh pasien

(e) Berdasar bukti

Keputusan klinis yang diambil harus berdasarkan bukti klinis untuk menghindari kesalahan tindakan medis (*medical error*)

(f) Keamanan

Pelayanan kesehatan memiliki jaminan kesehatan untuk mencegah kejadian yang tidak diharapkan (*adverse events*) maupun tindakan kesalahan medis (*medical error*)

(g) Transparan

Pelayanan kesehatan dapat menyediakan informasi terbuka kepada pasien dan keluarganya

(h) Antisipasi kebutuhan

Pelayanan kesehatan tidak hanya reaktif terhadap petugas, tetapi juga dapat mengantisipasi kebutuhan pasien dan mampu menyediakan pelayanan yang dibutuhkan

(i) Kerjasama antar petugas

Pelayanan kesehatan bersifat kompleks dan melibatkan berbagai praktisi klinis serta berbagai disiplin ilmu kedokteran dan ilmu kesehatan

D. Mutu Pelayanan

1. Pengertian mutu pelayanan

Kualitas atau yang biasa disebut dengan mutu adalah keadaan fisik, fungsi dan sifat suatu produk bersangkutan yang dapat memenuhi selera dan kebutuhan pengguna dengan memuaskan, sesuai dengan nilai yang telah dikeluarkan (Prawirosentono, 2001. h.6) Sedangkan pengertian lain dari kualitas pelayanan publik (Pasuraman, 2002. h.22) adalah sampai seberapa jauh perbedaan antara kenyataan dan harapan para pelanggan atas pelayanan yang mereka terima.

Kualitas atau mutu memiliki berbagai pengertian. Diantara banyak pengertian tersebut yang dianggap cukup penting (Azwar, 1996. h.34) adalah:

- a. Mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati (Winstone Dictionary, 1956)
- b. Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program (Donabedian, 1980)
- c. Mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri dari suatu barang atau jasa yang didalamnya terkandung sekaligus pengertian rasa aman atau pemenuhan kebutuhan para pengguna (Dim ISO 8402, 1986)
- d. Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan (Crosby, 1984)

Dengan kata lain kualitas pelayanan dapat diartikan sebagai ukuran yang dipakai untuk memberikan penilaian baik atau tidaknya pelayanan yang diterima oleh pemakai jasa layanan.

2. Ukuran mutu pelayanan

Hakikat dasar penyelenggaraan pelayanan adalah untuk memenuhi tuntutan dan harapan para pemakai jasa layanan. Dimana apabila tuntutan dan harapan tersebut terpenuhi, dapat dikatakan sebagai pelayanan berkualitas.

Pada umumnya ketidakpuasan pemakai jasa layanan terhadap pelaksanaan pelayanan tertuju pada (Moerir, 1995. h.184):

- (a) Adanya dugaan terjadi penyimpangan dalam pelaksanaan (pemutarbalikan urutan dan pengurangan hak)
- (b) Adanya sikap dan tingkah laku dalam pelaksanaan tugas atau pekerjaan yang dirasa tidak sesuai dengan budaya bangsa Indonesia yang berfalsafah Pancasila
- (c) Kurang adanya disiplin petugas terhadap jadwal atau waktu yang telah ditentukan
- (d) Penjelasan masalah yang berlarut-larut, tidak ada kepastian kapan akan selesai
- (e) Ada kelalaian dalam penggunaan bahan, pengerjaan barang tidak sesuai dengan permintaan atau standar
- (f) Produk yang dihasilkan kurang atau tidak memenuhi standar yang telah disepakati bersama
- (g) Aturan itu sendiri dianggap merugikan, memberatkan, atau dirasa mengurangi atau mengabaikan hak mereka
- (h) Tidak ada tanggapan yang layak terhadap keluhan yang telah disampaikan

Menurut Fitzsimmons (Sedarmayanti, 2004. h.90), diungkapkan bahwa kualitas pelayanan merupakan sesuatu yang kompleks sehingga untuk menentukan sejauh mana kualitas pelayanan, dapat dilihat dari lima dimensi, yaitu :

- (a) *Reliability*, kemampuan untuk memberikan secara tepat dan benar jenis pelayanan yang telah dijanjikan kepada konsumen atau pelanggan
- (b) *Responsiveness*, kesadaran atau keinginan untuk membantu konsumen dalam memberikan pelayanan yang cepat

- (c) *Assurance*, yaitu pengetahuan, wawasan, kesopansantunan, kepercayaan diri pemberi layanan, serta respek terhadap konsumen
- (d) *Empathy*, kemauan pemberi layanan untuk melakukan pendekatan, memberi perlindungan, serta berusaha untuk mengetahui keinginan dan kebutuhan konsumen
- (e) *Tangibles*, penampilan para pegawai dan fasilitas fisik lainnya, seperti peralatan atau perlengkapan yang menunjang pelayanan.

Untuk menimbulkan kepuasan pemakai jasa layanan, kualitas pelayanan harus diperhatikan oleh penyedia pelayanan. Untuk mengukur sejauh mana kualitas pelayanan menurut Maxwell (Supriyono, 2001. h.22) dapat dilihat dari :

- (a) **Tepat dan Relevan**
Pelayanan yang sesuai dengan porsinya dan tepat sasaran, sehingga memenuhi preferensi harapan dan kebutuhan individu atau masyarakat
- (b) **Tersedia dan Terjangkau**
Pelayanan yang selalu ada saat dibutuhkan dan dapat dijangkau oleh semua kalangan
- (c) **Menjamin Keadilan, Terbuka dan Memberi Perlakuan yang sama**
Pelayanan yang memberikan kesamaan kepada pelanggan dari semua kalangan
- (d) **Dapat Diterima**
Pelayanan yang dapat memberikan kemudahan, kenyamanan dan kemudahan sehingga mudah diterima oleh masyarakat
- (e) **Ekonomis, Efektif dan Efisien**
Pelayanan yang dapat diandalkan, cepat, dan tepat sasaran, serta dapat dijangkau oleh semua lapisan masyarakat

Untuk mengukur sejauh mana kualitas pelayanan diberikan batasan. Terdapat dua batasan kualitas atau mutu pelayanan (Azwar, 1996. h.37), yaitu:

(a) Pembatasan pada derajat kepuasan pengguna jasa layanan

Hal ini dilakukan untuk menghindari adanya unsur subyektifitas yang nantinya mempersulit pelaksanaan program menjaga kualitas, tujuannya adalah untuk memberikan kepuasan pengguna layanan

(b) Pembatasan pada upaya yang telah dilakukan

Hal ini dilakukan untuk melindungi kepentingan pemakai jasa pelayanan, yang pada umumnya awam terhadap tindakan medis. Upaya yang ditetapkan harus sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan. Dengan kata lain, dalam mutu pelayanan kesehatan tercakup kesempurnaan tata cara penyelenggaraan pelayanan

Pelayanan publik dapat dikatakan berkualitas apabila pelayanan yang diberikan menimbulkan kepuasan terhadap pemakai jasa layanan dan sebaliknya pelayanan tidak berkualitas apabila pelayanan yang diberikan menimbulkan ketidakpuasan terhadap pemakai jasa layanan.

2. Standar Pelayanan

Menurut PP 102/2000 pengertian standar (Koentjoro 2007. h.25) adalah :

Spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan termasuk tata cara dan metode yang disusun berdasarkan konsensus semua pihak yang terkait dengan mengikuti syarat-syarat keselamatan, keamanan, kesehatan, lingkungan hidup, perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta pengalaman, yakni untuk perkembangan masa kini dan yang akan datang untuk memperoleh manfaat yang sebesar-besarnya.

Sedangkan dalam UU No. 23/1992 pasal 53 ayat 2 disebut bahwa standar adalah pedoman yang harus dipergunakan sebagai petunjuk dalam menjalankan profesi dengan baik. Dari pengertian-pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa Pengertian standar adalah spesifikasi teknis atau sesuatu yang dibakukan dalam melakukan kegiatan.

Jenis standar menurut Donabedian (Koentjoro, 2007. h.26) adalah :

1. Standar Struktur, yaitu sumber daya manusia, uang, material, peralatan dan mesin
2. Standar Proses, yaitu tahapan kegiatan yang dilaksanakan dalam pelayanan
3. Standar Hasil, yakni hasil-hasil (*outcome*) yang diharapkan.

(a) Standar Pelayanan Publik

Penyelenggaraan pelayanan publik harus berdasarkan standar tertentu. Standar pelayanan publik wajib dimiliki untuk menjamin pelayanan yang berkualitas. Sedangkan pengertian standar pelayanan publik (Mahmudi, 2005. h.236) adalah ukuran atau persyaratan baku yang harus dipenuhi dalam penyelenggaraan pelayanan publik dan wajib ditaati oleh Pemberi Pelayanan (Pemerintah) dan atau Pengguna Pelayanan (Masyarakat).

Syarat standar pelayanan (Azwar, 1996. h.37) adalah :

- (1) Bersifat jelas
- (2) Masuk akal
- (3) Mudah dimengerti
- (4) Dapat dicapai
- (5) Absah
- (6) Meyakinkan
- (7) Mantap, spesifik eksplisit

Standar pelayanan menurut keppmenpan no.63 tahun 2003, ang telah diganti dengan keppmenpan no.26 tahun 2004, menyatakan bahwa pelayanan yang baik adalah pelayanan yang mampu memberikan transparansi dalam pelayanan publik yang meliputi:

1. Manajemen dan Penyelenggaraan Pelayanan Publik

Meliputi kebijakan, perencanaan, pelaksanaan, pengawasan dan pengendalian dalam pelayanan publik

2. Prosedur Pelayanan

Rangkaian proses atau tata kerja yang berkaitan satu sama lain sehingga menunjukkan adanya tahapan secara jelas dan pasti, serta cara-cara yang ditempuh, meliputi kesederhanaan, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan dilaksanakan, serta diwujudkan

3. Persyaratan Teknis dan Administratif

Pelayanan yang diselenggarakan memenuhi persyaratan teknis dan administratif

4. Rincian Biaya Pelayanan

Adanya kesesuaian antara biaya yang dibayar dengan biaya yang diteapkan, serta keterjangkauan masyarakat terhadap biaya yang dibebankan

5. Waktu Penyelesaian

Ketepatan pelaksanaan waktu pelayanan sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan

6. Pejabat Yang Berwenang dan Beranggung Jawab

Terdapat keberadaan dan kepastian petugas, adanya kejelasan wewenang dan tanggung jawab petugas, serta adanya kesungguhan petugas dalam memberikan pelayanan

7. Lokasi Pelayanan

Pada saat penyelenggaraan pelayanan petugas memberikan kenyamanan lingkungan sekitar

8. Janji Pelayanan

Adanya ketepatan dalam memberi pelayanan yang meliputi kepastian biaya maupun jadwal pelayanan

9. Standar Pelayanan

Penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar yang telah ditentukan

10. Informasi Pelayanan

Pelayanan yang diberikan memiliki keterbukaan akses untuk memperoleh informasi bagi siapapun, terutama bagi pengguna layanan

Standar yang digunakan dalam pelayanan publik berfungsi untuk memberikan arah bertindak bagi penyedia pelayanan publik. Cakupan standar yang harus ditetapkan dalam pelayanan publik (Mahmudi, 2005: h.237) meliputi :

(1) Prosedur Pelayanan

Penetapan standar prosedur pelayanan yang dibakukan sebagai pedoman pelaksanaan pelayanan publik termasuk di dalamnya prosedur pengaduan

(2) Waktu Penyelesaian

Penetapan standar prosedur pelayanan publik, sejak pengajuan permohonan sampai penyelesaian pelayanan, termasuk pengaduan.

(3) Biaya Pelayanan

Penetapan standar biaya atau tarif pelayanan sesuai dengan kebutuhan pelayanan, termasuk rincian yang ditetapkan dalam proses

(4) Produk Pelayanan

Penetapan standar produk jasa pelayanan sesuai dengan tarif yang telah ditentukan

(5) Sarana dan Prasarana

Penetapan standar fasilitas pelayanan memadai yang diberikan dalam proses pelaksanaan pelayanan

(6) Kompetensi Tugas Pemberi Pelayanan

Penetapan standar kompetensi petugas pemberi pelayanan berdasarkan pengetahuan, keahlian, keterampilan, sikap dan perilaku yang dibutuhkan

(b) Standar Pelayanan Kesehatan

Menurut Schroeder (Koentjoro, 2007. h.25), keberadaan standar dalam pelayanan kesehatan akan memberikan manfaat antara lain mengurangi variasi proses, merupakan persyaratan profesi dan dasar untuk mengukur mutu. Dengan kata lain, penetapan standar akan menjamin keselamatan pasien dan petugas penyediaan pelayanan.

Karakteristik standar pelayanan kesehatan (Koentjoro, 2007. h.27) :

1. Valid
2. Efektifitas biaya
3. Dapat dikembangkan (*reproducible*)
4. Dapat dipercaya (*reliable*)
5. Representatif

6. Dapat diterapkan (*applicable*)
7. Fleksibel
8. Jelas (*clear*)
9. Didokumentasikan dengan baik
10. Dikaji ulang secara berkala (*updating*)

Dalam Pelayanan kesehatan terdapat standar pelayanan minimal, dimana pengertian standar pelayanan minimal (Mahmudi, 2005. h.240) adalah suatu standar dengan batas minimal tertentu untuk mengukur kinerja pelaksanaan kewenangan wajib yang harus dilaksanakan oleh pemerintah pusat dan daerah, yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat.

Standar pelayanan minimal yang digunakan dalam pelayanan kesehatan meliputi :

(1) Standar Persyaratan Minimal

Merupakan keadaan minimal yang harus dipenuhi untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan medis yang bermutu, yang terdiri dari :

a. Standar Masukan

Standar pelayanan yang meliputi tenaga pelaksana, sarana, jenis dan jumlah spesifikasi serta dana alokasi penggunaan

b. Standar Lingkungan

Standar pelayanan yang dipakai yang terdiri dari garis kebijakan yang digunakan, struktur dan pola organisasi serta sistem manajemen.

c. Standar Proses

Standar pelayanan yang mencakup pada tindakan medis dan tindakan non medis.

(2) Standar Penampilan Minimal

Standar penampilan minimal menunjuk pada penampilan pelayanan medis yang dapat diterima. Dimana merujuk pada

unsur keluaran (*standart of output*) atau standar penampilan yang terdiri :

- a. Penampilan aspek medis yang menyangkut kepuasan pasien terhadap pelayanan medis
- b. Penampilan aspek nonmedis

3. Dimensi Kepuasan

Pelayanan yang baik adalah pelayanan yang mampu memberikan kepuasan, rasa aman dan nyaman serta pelayanan yang tepat sasaran bagi para pemakai jasa pelayanan. Menurut kepmenpan no.25 tahun 2004, unsure indeks kepuasan masyarakat adalah:

1. Prosedur Pelayanan

Kemudahan tahapan pelayanan dilihat dari sisi kesederhanaan alur

2. Persyaratan Pelayanan

Persyaratan teknis dan administrative yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan yang sesuai jenis pelayanannya

3. Kejelasan Petugas Pelayanan

Keberadaan dan kepastian petugas pemberi pelayanan yang antara lain; nama, jabatan, kewenangan dan tanggung jawab petugas

4. Kedisiplinan Petugas

Kesungguhan petugas terutama terhadap konsisten waktu kerja

5. Tanggung Jawab Petugas

Kejelasan wewenang dan tanggung jawab petugas dalam penyelenggaraan dan penyelesaian pelayanan

6. Kemampuan Petugas Pelayanan

Tingkat keahlian dan keterampilan yang dimiliki oleh petugas

7. Kecepatan Pelayanan

Target waktu pelayanan dapat diselesaikan dalam waktu yang ditentukan

8. Keadilan Mendapatkan Pelayanan

Pelaksanaan pelayanan tidak membedakan golongan atau status

9. Kesopanan dan Keramahan Petugas

Sikap dan perilaku petugas secara sopan dan ramah serta saling menghargai dan menghormati

10. Kewajiban Biaya Pelayanan

Keterjangkauan biaya pelayanan

11. Kepastian Biaya Pelayanan

Kesesuaian antara iaya pelayanan dengan biaya yang ditetapkan

12. Kepastian Jadwal Pelayanan

Pelaksanaan waktu pelayanan sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan

13. Kenyamanan Lingkungan

Kondisi sarana dan prasarana yang bersih, rapid an teratur sehingga memberi rasa nyaman

14. Keamanan Pelayanan

Terjaminnya tingkat keamanan lingkungan, unit penyelenggaraan pelayanan, ataupun sarana yang digunakan sehingga masyarakat merasa tenang untuk mendapatkan pelayanan terhadap resiko yang diakibatkan dari pelayanan yang diberikan

Dimensi Kepuasan dalam pelayanan kesehatan (Azwar, 1996. h.36) adalah

- (a) Kepuasan yang mengacu pada penerapan kode etik dan standar pelayanan.

Dalam hal ini ukuran kepuasan pasien hanya terbatas pada penerapan kode etik serta standar pelayanan saja. Pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan yang bermutu apabila terdapat penerapan kode etik atau standar pelayanan, dengan ukuran-ukurannya:

- 1) Hubungan dokter dan pasien
- 2) Kenyamanan pelayanan, bukan hanya fasilitas tetapi juga sikap serta tindakan pelaksana
- 3) Kebebasan melakukan pilihan
- 4) Efektivitas pelayanan
- 5) Keamanan tindakan

(b) Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan.

Pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan yang bermutu apabila penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan dapat memuaskan pasien. Dimana ukuran pelayanan kesehatan bermutu bersifat luas, karena didalamnya tercakup penilaian pasien terhadap :

- 1) Ketersediaan layanan (*available*)
- 2) Kewajaran pelayanan (*appropriate*)
- 3) Kesenambungan pelayanan (*continue*)
- 4) Penerimaan pelayanan (*acceptable*)
- 5) Ketercapaian pelayanan (*achievable*)
- 6) Efisiensi pelayanan (*efficiency*)
- 7) Efektivitas pelayanan (*effectiveness*)

E. Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Puskesmas merupakan satu kesatuan unit fungsional pertama dan terdekat dengan masyarakat yang memegang peranan penting dalam pembangunan kesehatan, membina peran serta masyarakat, dan memberikan pelayanan kepada masyarakat yang ada di wilayah kerjanya (Azwar, 1996. h.119).

1. Cakupan Wilayah Kerja Puskesmas

Pada mulanya wilayah kerja puskesmas ditetapkan hanya ada satu di kecamatan, tetapi seiring dengan berkembangnya jaman dengan semakin padatnya pertumbuhan penduduk dan berkembang juga kemampuan yang dimiliki oleh pemerintah untuk membangun puskesmas, maka ditetapkan wilayah kerja puskesmas didasarkan pada jumlah penduduk dikecamatan dengan kepadatan dan mobilitasnya. Dua sampai tiga puskesmas dapat saja didirikan disatu wilayah kecamatan, pada umumnya satu puskesmas mempunyai penduduk binaan antara 30-50 ribu jiwa.

Berdasarkan penetapan diatas, maka puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat yang berdomisili di wilayah kerjanya, yang bersifat menyeluruh dan meliputi aspek *promotive*, *preventive*, *curative*, dan *rehabilitative*.

2. Asas Pengelolaan Puskesmas

Sebagai sarana pelaksanaan kesehatan terdepan dan terdekat dengan rakyat, maka pengelolaan program kerja puskesmas berpedoman pada empat asas pokok (Azwar, 1996. h.120-121), yaitu :

(a) Asas Pertanggung Jawaban Wilayah

Penyelenggaraan program kerja didasarkan pada tanggung jawab menyediakan pelayanan kepada masyarakatnya yang mencakup wilayah kerjanya.

(b) Asas Peran Serta Masyarakat

Penyelenggaraan program kerja juga harus didukung peran serta masyarakat sebagai sasaran pelayanan sehingga terjadi sinergi antara penyedia layanan dan penerima layanan.

(c) Asas Keterpaduan

Penyelenggaraan program kerja juga didasarkan pada program-program kesehatan lain sebagai pendukung.

(d) Asas Rujukan

Penyelenggaraan program kerja didasarkan pada asas rujukan yang mana sebagai tempat tujuan apabila puskesmas tidak mampu menangani suatu masalah kesehatan.

3. Tugas Pokok Puskesmas

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan puskesmas harus mengikuti pedoman yang ada agar tidak keluar dari aturan yang telah ditentukan. Berdasarkan Pedoman Kerja Puskesmas Jilid 1:1999, tugas pokok puskesmas meliputi :

- a. Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya
- b. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat
- c. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Jenis Usaha Pelayanan Puskesmas

Pelayanan kesehatan bersifat menyeluruh yang meliputi aspek kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan), dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan).

Kegiatan puskesmas didasarkan pada program pokok pelayanan kesehatan WHO yang disebut *Basic Seven*, yang terdiri dari *Maternal And Child Health Care (MCHC)*, *Environment Sanitation (ES)*, *Health Education (HE)*, *Simple Laboratory*, *Communication Disease Control (CDC)*, dan *Simple Statistic*. Selain itu, untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat di wilayah kerjanya, menurut Muninjaya (1999, h.83-84) dalam menjalankan fungsinya puskesmas memiliki beberapa usaha pokok pelayanan (*basic health care service*) yang meliputi program sebagai berikut :

- (a) Kesehatan ibu dan anak
- (b) Keluarga Berencana
- (c) Pemberantasan penyakit menular
- (d) Peningkatan gizi
- (e) Kesehatan lingkungan
- (f) Pengobatan
- (g) Penyuluhan kesehatan masyarakat
- (h) Laboratorium
- (i) Kesehatan sekolah
- (j) Perawatan kesehatan masyarakat
- (k) Kesehatan jiwa
- (l) Kesehatan gigi

F. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

1. Pengertian Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

MTBS merupakan salah satu sistem dari upaya peningkatan mutu pelayanan yang lebih dikhususkan untuk menurunkan angka kematian bayi dan balita. Pengertian MTBS (DepKes RI, 2002. h.12) adalah merupakan suatu pendekatan keterpaduan dalam tata laksana balita sakit yang berobat ke fasilitas rawat jalan pelayanan kesehatan dasar. MTBS juga meliputi

upaya kuratif terhadap ISPA, diare, campak, malaria, infeksi telinga, malnutrisi dan upaya promotif serta preventif yang meliputi imunisasi, pemberian vitamin A dan konseling pemberian makanan.

Kegiatan pokok yang ada di puskesmas sebanyak 20 kegiatan. MTBS merupakan salah satu dari upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak, yang dilaksanakan oleh tenaga fungsional (Effendy N, 1998. h.42), yang meliputi :

- a. Pemeliharaan kesehatan ibu hamil, melahirkan, dan menyusui serta bayi, anak balita dan anak prasekolah
- b. Memberikan nasehat tentang makanan guna mencegah gizi buruk karena kekurangan protein, kalori dan kekurangan lainnya serta bila ada pemberian makanan tambahan, vitamin dan mineral
- c. Pemberian nasehat tentang perkembangan anak dan cara stimulasinya
- d. Imunisasi TT pada ibu hamil dan imunisasi lain pada bayi
- e. Pelayanan keluarga berencana kepada pasangan usia subur dengan perhatian khusus pada mereka yang dalam keadaan bahaya karena melahirkan anak berkali-kali dan golongan ibu beresiko tinggi
- f. Penyuluhan kesehatan melalui berbagai aspek dalam mencapai tujuan program kesehatan ibu dan anak (KIA)
- g. Pengobatan bagi bayi, ibu, dan balita serta anak prasekolah untuk penyakit ringan
- h. Kunjungan rumah untuk mencari ibu dan anak yang memerlukan pemeliharaan, memberikan penerangan dan pendidikan tentang kesehatan dan untuk mengadakan pemantauan pada mereka yang lalai mengunjungi puskesmas, dan meminta agar mereka melakukan kunjungan ulang kepuskesmas
- i. Pengawasan dan bimbingan kepada taman kanak-kanak dan para dukun bayi.

2. Pelaksanaan MTBS

MTBS disusun dalam bagan yang merupakan langkah-langkah kegiatan yang berurutan, seperti pada Formulir MTBS dan kartu nasehat ibu (KNI). Menurut buku pedoman pelaksanaan MTBS, langkah-langkah tersebut (Depkes 2006, h.2) adalah sebagai berikut :

- (a) Menilai dan membuat klasifikasi anak sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun

Menilai berarti mengidentifikasi kriteria atau indikator alamnese (wawancara) dan pemeriksaan fisik terhadap tanda dan gejala yang sesuai dengan yang tercantum pada bagan MTBS, sedangkan Klasifikasi merupakan kategori yang digunakan untuk menentukan tindakan

- (b) Tindakan dan memberi pengobatan

Tindakan yang diambil adalah sesuai dengan setiap klasifikasi dari bagan sedangkan Mengobati anak berarti memberi pengobatan di tempat pelayanan kesehatan

- (c) Konseling Bagi Ibu

Konseling bagi ibu meliputi cara pemberian makanan sebelum anak sakit, memberikan obat dan merawat anak dirumah sehubungan dengan sakit yang dideritanya. Upaya preventif yang dapat dilakuakn sehubungan dengan keadaan anak, serta kapan harus membawa anak kembali ketempat pelayanan kesehatan untuk kunjungan ulang.

- (d) Pelayanan tindak lanjut

Menentukan tindakan dan pengobatan pada saat anak datang untuk kunjungan ulang

3. Alur Pelayanan MTBS

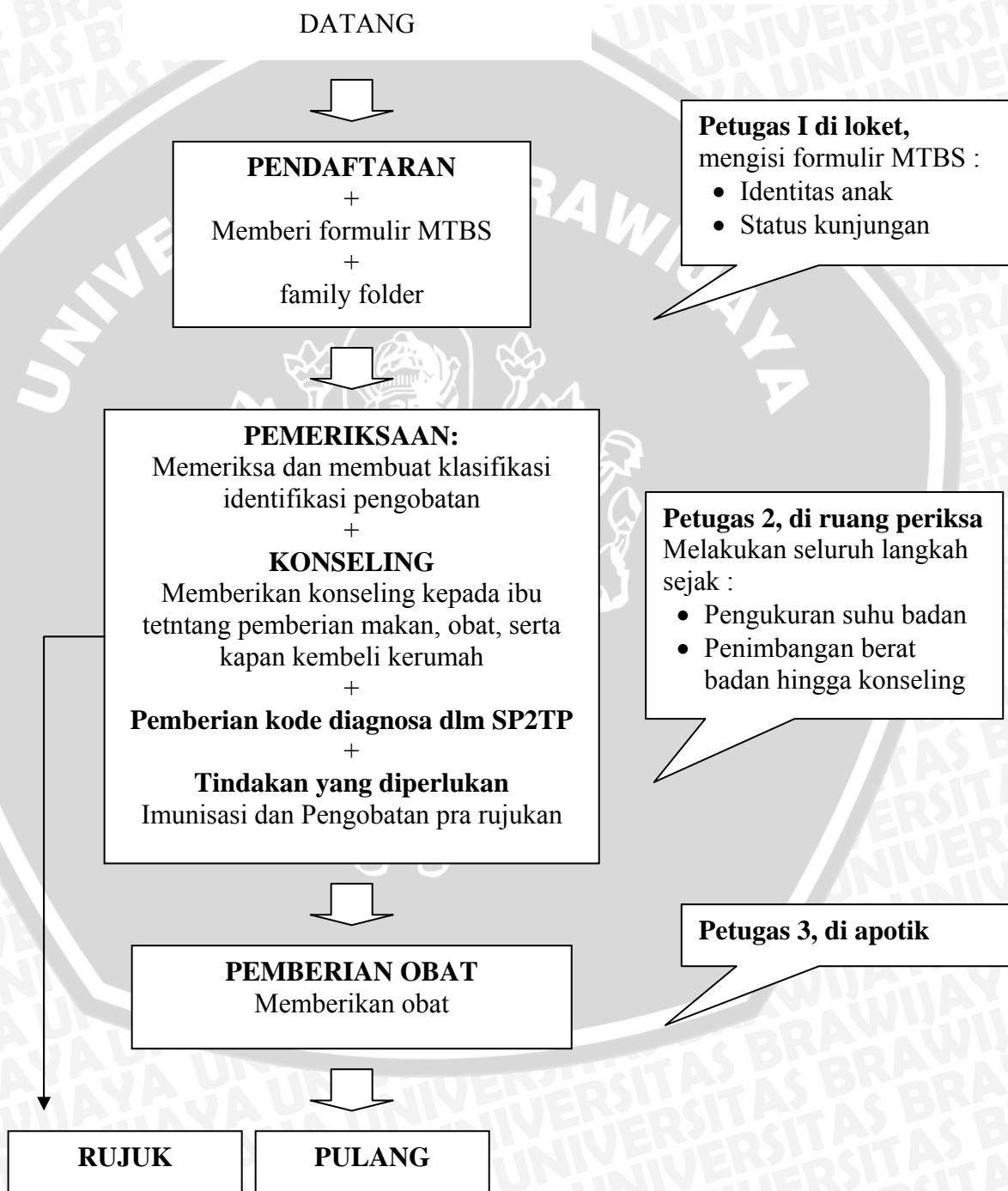
Untuk menerapkan MTBS di fasilitas rawat jalan di puskesmas, dimana penyesuaian alur pelayanan diperlukan untuk memperlancar pelayanan. Penyesuaian alur pelayanan MTBS disusun dengan memahami langkah-langkah pelayanan yang akan diterima oleh balita sakit, yaitu sejak penderita

datang hingga mendapatkan pelayanan lengkap yang meliputi ; pendaftaran, pemeriksaan dan konseling, tindakan yang diperlukan, pemberian obat, serta rujukan (apabila diperlukan). Alur pelayanan MTBS menggunakan model ban berjalan.

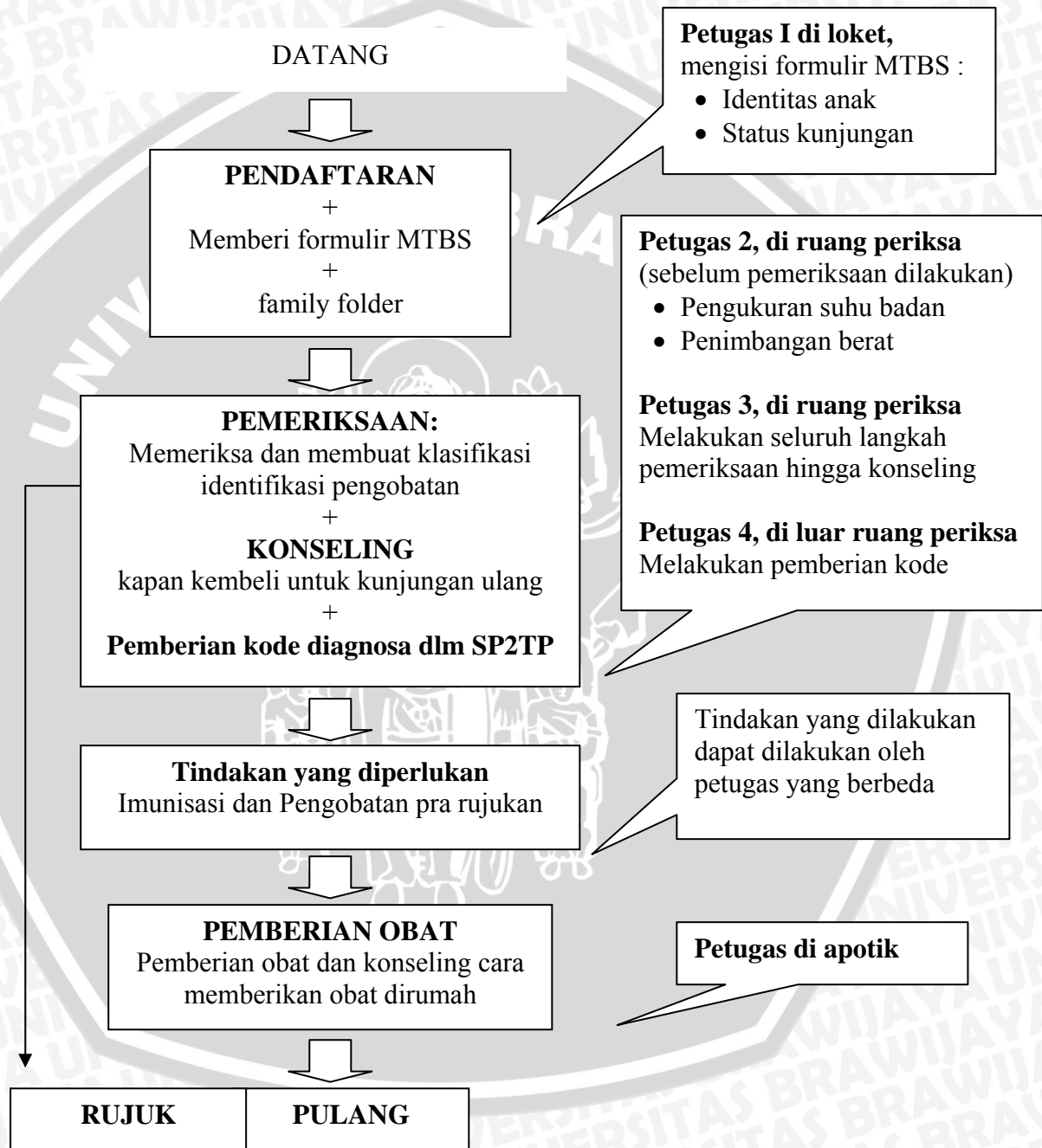


Tiga Model Ban Berjalan.

Gambar 1
Model I Alur Pelayanan MTBS di Puskesmas



Gambar 2
Model II Alur Pelayanan MTBS di Puskesmas



UNIVERSITAS BRAWIJAYA



4. Pencatatan dan Pelaporan Hasil Pelayanan

Pelaporan yang diserahkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten terdiri dari dua laporan, yaitu Laporan Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan Laporan Penerapan Terpadu Balita Muda (MTBM). Pencatatan dan pelaporan di puskesmas yang menerapkan MTBS, sama dengan pencatatan dan pelaporan puskesmas lain yaitu menggunakan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP).

(a) Pencatatan Hasil Pelayanan

Pencatatan hasil pelayanan yaitu kunjungan, hasil pemeriksaan hingga penggunaan obat tidak memerlukan pencatatan khusus. Pencatatan yang telah ada di puskesmas digunakan sebagai alat pencatatan. Pencatatan yang dapat digunakan adalah :

1. Register kunjungan
2. Register rawat jalan
3. Register kohort bayi
4. Register kohort balita
5. Register imunisasi
6. Register malaria, DBD, Diare, ISPA, gizi, dll
7. Register obat

Bila masih ada alat pencacatan lain yang digunakan oleh program, maka dapat pula digunakan. Pencatatan hasil pelayanan kedalam register disesuaikan dengan kegunaan register tersebut.

(b) Pelaporan Hasil Pelayanan

Jenis pelaporan yang digunakan (Depkes RI, 2000) adalah :

1. Laporan bulanan 1 per laporan bulanan data kesakitan (LB1)
2. Laporan pemakaian dan lembar permintaan obat (LPLPO)
3. Laporan bulanan gizi, KIA, Imunisasi, dan P2M
4. Laporan mingguan diare
5. Laporan kejadian luar biasa.

Dari seluruh laporan yang ada, laporan bulanan 1 per laporan bulanan data kesakitan (LB1) adalah laporan yang memerlukan perhatian khusus,

hasil pemeriksaan dalam MTBS dituliskan dalam bentuk klasifikasi penyakit, sedangkan pelaporan yang ada dalam bentuk diagnosis.

5. Klasifikasi Balita Sakit

Pelaksanaan MTBS menggunakan bagan dari departemen kesehatan RI yang digunakan untuk menilai dan mengklasifikasikan anak sakit umur 2 bulan sampai 5 tahun, sehingga tidak ada permasalahan anak yang terlewatkan. Klasifikasi penyakit dalam bagan MTBS (Depkes RI, 2006. h.13-90), antara lain :

- a. Batuk atau sukar bernapas, terdiri dari ;
 - 1) Pneumonia berat
 - 2) Pneumonia
 - 3) Pneumonia ringan
- b. Diare, terdiri dari ;
 - 1) Diare dengan dehidrasi berat
 - 2) Diare dengan dehidrasi sedang atau ringan
 - 3) Diare tanpa dehidrasi
 - 4) Diare persisten berat
 - 5) Diare persisten
 - 6) Desentri
- c. Demam
 - 1) Campak dengan komplikasi berat
 - 2) Campak dengan komlikasi mata atau mulut
 - 3) Campak tanpa komlikasi
 - 4) Demam berdarah dengue berat
 - 5) Demam berdarah dengue
 - 6) Demam bukan DB
- d. Masalah telinga
 - 1) Mastoiditis
 - 2) Infeksi telinga akut
 - 3) Infeksi telinga menahun
 - 4) Tidak ada infeksi telinga
- e. Status gizi
 - 1) Gizi buruk atau anemia berat
 - 2) Anemia atau BGM (Bawah Garis Merah)
 - 3) Tidak anemia atau tidak BGM

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif dengan metodologi kualitatif. Adapun pengertian dari metodologi deskriptif menurut Nazir (1988, h.63) adalah suatu metode dalam meneliti status sekelompok manusia, suatu obyek, suatu saat kondisi, suatu sistem pemikiran ataupun suatu kelas peristiwa dalam masa sekarang. Tujuan penelitian deskriptif adalah untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki.

Menurut Bogdan dan Taylor, (Moleong, 2001, h.3) Metode Kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan deskripsi berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati.

Jenis penelitian ini digunakan karena peneliti hendak mendeskripsikan fenomena yang terjadi di Puskesmas Wagir sehubungan dengan penerapan MTBS dalam upaya pelayanan kesehatan masyarakat, serta mengkaji dan menganalisa permasalahan yang terjadi dalam penerapan program tersebut.

B. Fokus Penelitian

Fokus penelitian adalah hal yang dijadikan pusat perhatian dalam penelitian sehingga memudahkan dalam menentukan data yang akan diperlukan untuk suatu penelitian.

MTBS merupakan program yang diperkenalkan oleh Dinkes Kabupaten Malang sebagai upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas di tingkat puskesmas yang bertujuan untuk mencegah kematian balita. Sesuai dengan judul yang digunakan, maka fokus penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Penerapan MTBS di Puskesmas Wagir, yang meliputi:
 - a. Prosedur pelaksanaan MTBS oleh puskesmas wagir
 - b. Tim pelaksana MTBS di puskesmas wagir

- c. Mekanisme pelayanan MTBS di puskesmas wagir
 - d. Mekanisme pelaporan pelaksanaan pelayanan MTBS kepada Dinkes kabupaten malang
 - e. Hasil penerapan MTBS
 - f. Kendala-kendala yang muncul dalam penerapan MTBS
2. Batasan Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas Wagir Dalam Menerapkan MTBS
- a. Pembatasan pada upaya yang telah dilakukan, dimana mutu pelayanan diukur menggunakan standar pelayanan minimal yang terdiri dari;
 - (1) Tingkat pendidikan petugas
 - (2) Ketersediaan sarana
 - b. Pembatasan pada derajat kepuasan pengguna layanan, dimana mutu pelayanan diukur menggunakan lima unsur Indeks Kepuasan Masyarakat.

C. Lokasi dan Situs Penelitian

Lokasi penelitian adalah lokasi dimana penelitian melakukan penelitian, Lokasi penelitian adalah Puskesmas Wagir. Pemilihan lokasi ini berdasarkan data dari laporan penerapan MTBS seluruh puskesmas yang diterima oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, yang memiliki cakupan rendah dalam pelayanan MTBS.

Sedangkan Situs penelitian adalah tempat dimana sebenarnya peneliti melakukan penelitian guna memperoleh data maupun informasi berkaitan dengan masalah yang akan diteliti. Situs dalam penelitian ini adalah:

1. Ruang pemegang program KIA
2. Ruang periksa bidan desa

D. Jenis dan Sumber Data

Sumber data ini adalah sumber data yang akan dipergunakan dalam kegiatan penelitian yang menyangkut orang atau informan yang dipilih secara sengaja oleh peneliti sebagai narasumber karena dianggap menguasai bidang permasalahan, termasuk didalamnya sumber data secara tertulis. Sumber data tersebut meliputi:

1. Data Primer adalah yang diperoleh langsung oleh peneliti dari sumbernya yaitu dari informan atau responden yang berupa perkataan-perkataan dan tindakan orang yang diwawancarai atau diamati. Sumber data dalam penelitian ini terdiri dari aparaturnya pemegang program MTBS, pelaksanaan MTBS, dan orang tua dari balita sakit.

Sebagai sumber data primer adalah sebagai berikut

- a. Ibu bibit selaku pengelola bidang KIA
- b. Ibu sri utami selaku pelaksana MTBS
- c. Ny.Lihana, ibunda dari pasien Gilang
- d. Ny.Ika, ibunda dari pasien anak Andin
- e. Ny.Jumiati, ibunda dari pasien anak Rita
- g. Ny.Winarti, ibunda dari pasien anak Indah

Data diambil melalui Teknik Wawancara (*interview*), sedangkan bentuk wawancara yang digunakan adalah bebas terpimpin yaitu dengan mempersiapkan terlebih dahulu pertanyaan-pertanyaan sebagai pedoman dengan masih dimungkinkannya adanya variasi pertanyaan yang disesuaikan dengan situasi ketika wawancara berlangsung.

2. Data Sekunder

Adalah data atau informasi yang diperoleh secara tidak langsung yang dapat dijadikan sebagai sumber tambahan. Dapat berupa data tertulis, dokumen-dokumen mengenai kecamatan wagir, buku laporan tahunan 2006 Laporan Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan Laporan Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBM) serta yang berkaitan dengan obyek penelitian.

E. Teknik Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut :

1. Wawancara adalah mengumpulkan data dengan cara tanya jawab sepihak yang dikerjakan secara sistematis dan berlandaskan pada tujuan penelitian. Wawancara dilakukan untuk menggali informasi sebanyak-banyaknya untuk mengungkapkan proses pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui MTBS sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan. Yang bertindak sebagai narasumber adalah: Pengelola Program KIA, pelaksana MTBS dan ibu-ibu dari balita sakit.
2. Dokumentasi adalah mempelajari laporan-laporan, catatan dokumen dan buku pedoman yang berkaitan dengan subyek penelitian. Data ini merupakan jenis data sekunder yaitu seperti Laporan Tahunan 2006, Buku Pedoman Penerapan MTBS (Modul 1-7), Laporan Penerapan MTBS, Laporan Penerapan MTBM.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian ini menunjuk pada alat yang digunakan dalam mengumpulkan data dalam penelitian. Adapun instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Pedoman wawancara (*interview guide*), memberikan pedoman untuk mempermudah wawancara agar tidak menyimpang dari masalah yang diteliti.
2. *Field Note*, berupa buku catatan lapangan yang dipergunakan untuk mencatat informasi uraian yang bersifat nonverbal yang diperoleh selama penelitian.

G. Teknik Analisa Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif, seperti yang diungkapkan Sugiyono (2005, h.91) berlangsung pada saat pengumpulan data, dan setelah

peneliti melakukan pengumpulan data. Jadi, analisis data tidak hanya dilakukan setelah semua data yang diperlukan terkumpul.

Tahapan analisis data dalam penelitian ini menurut Millles dan Huberman (Sugiyono, 2005, h.91-99) antara lain sebagai berikut:

1. Reduksi data (*data reduction*) adalah proses pemilihan, pemberian fokus, penyederhanaan, abstraksi dan transformasi data. Kegiatan reduksi data ini bertujuan untuk memperoleh gambaran yang lebih jelas dan memudahkan peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya.
2. Penyajian data (*data display*) adalah susunan informasi yang terorganisir, yang memungkinkan penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Bentuk penyajian data yang paling umum adalah teks uraian, bagan, hubungan antar kategori, *flowcart*, dan sebagainya.
3. Penarikan kesimpulan (*verification*). Kesimpulan akhir baru ditarik setelah tidak ditemukan informasi lagi berkaitan dengan kasus yang diteliti. Kemudian kesimpulan yang telah ditarik akan diverifikasi, baik dengan kerangka berpikir peneliti maupun dengan catatan lapangan yang ada, sehingga tercapai konsensus pada tingkat optimal pada peneliti dengan sumber-sumber informasi dengan kolega peneliti, yang akhirnya akan diperoleh validitas dan akuratisasinya

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Penyajian Data

1. Gambaran Umum Puskesmas Wagir

1.1 Riwayat Singkat dan Letak Puskesmas Wagir

Puskesmas kecamatan wagir berdiri pada tahun 1989 yang dibangun oleh Pemda sebagai ganti dari puskesmas wagir yang dulunya berada pada wilayah pengembangan kota. Puskesmas wagir terletak di Jalan Raya Pandanrejo No.61, Kecamatan Wagir. Kepala puskesmas yang pernah menjabat di puskesmas wagir antara lain :

- a. Dr. Heny Chandrawati
- b. Dr. Uncahyo
- c. Dr. Bachtiar Azhari
- d. Dr. I Ketut Gelgel
- e. Drg. Ricard Halim Subrata
- f. Dr. Moch. Achmad
- g. Dr. Subianto
- h. Drg. Wiwien Windrati

1.2 Visi dan Misi Puskesmas Wagir

Visi :

Terwujudnya pelayanan kesehatan yang optimal menuju masyarakat sehat dan Visi Indonesia Sehat 2010

Misi :

- a. Peningkatan mutu dan manajemen kesehatan
- b. Peningkatan jangkauan pelayanan
- c. Peningkatan kesehatan keluarga
- d. Pencegahan penyakit menular dan kesehatan lingkungan
- e. Peningkatan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat serta perilaku hidup bersih dan sehat
- f. Peningkatan pengembangan SDM secara professional

1.3 Keadaan Petugas dan Staf Puskesmas Wagir

Berdasarkan laporan tahunan puskesmas pada tahun 2007, petugas dan staf puskesmas wagir secara keseluruhan berjumlah 31 orang, yang terdiri dari petugas medis dan non medis. Antara lain terdiri dari 1 orang Dokter Umum, 2 orang Dokter Gigi, 4 orang Perawat, 14 orang Bidan, dan 6 orang Tenaga Non Medis.

Dari jumlah keseluruhan petugas dan staf puskesmas wagir, tingkat pendidikan yang dimiliki oleh masing-masing petugas adalah sebagai berikut

Tabel 2
Tingkat Pendidikan Petugas Dan Staf Puskesmas Wagir

Petugas Puskesmas	Tingkat Pendidikan					Jumlah
	S2	S1	D3	SLTA	< SLTA	
Dokter umum	1					1
Dokter gigi	2					2
Perawat		2	1	1		4
Bidan			14	2		16
Tenaga nonmedis	1		2	1		4

Sumber : puskesmas wagir

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa tingginya tingkat pendidikan dari dokter, bidan, perawat, dan tenaga medis maupun nonmedis, yang memudahkan dalam disposisi dan pelaksanaan tugas masing-masing, sehingga tidak terjadi tumpang tinduh tanggung jawab.

1.4 Sarana dan Prasarana Puskesmas Wagir

Untuk mendukung program-program puskesmas, diperlukan sarana dan prasarana yang memadai dalam menunjang kegiatan pelayanan terhadap masyarakat guna meningkatkan mutu pelayanan. Sarana dan prasarana puskesmas wagir meliputi:

Tabel 3
Sarana dan Prasarana Puskesmas Wagir

Sarana dan Prasarana		keterangan
Gedung	Puskesmas induk	1
	Puskesmas pembantu	3
	Polindes	8
Tranportasi	Roda dua	3
	Roda empat	1
Radio Medik		1
Telepon		1
Alat-alat medis	Bidan KID	Lengkap
	Dental KID	1

Sumber : Puskesmas Wagir

Dari tabel diatas menunjukkan banyaknya sarana yang dimiliki oleh puskesmas wagir, dimana sarana yang tersedia tersebut merupakan penunjang dalam untuk memberikan pelayanan yang semaksimal mungkin kepada masyarakat.

1.5 Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan kesehatan di Puskesmas Wagir

Berdasarkan laporan tahunan puskesmas wagir pada periode 2006, dapat diketahui kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat di puskesmas, puskesmas pembantu, polindes, pesyandu, dan pelayanan kesehatan lain baik di dalam maupun diluar gedung puskesmas. Sesuai dengan misi puskesmas untuk memberikan dan memperluas jangkauan pelayanan dengan mutu terbaik.

Berikut daftar kegiatandan hasil pelayanan kesehatan puskesmas wagir.

Tabel 4
Hasil kegiatan pelayanan kesehatan

	Tahun 2005	Tahun 2006
I. Morbiditas		
a. penderita malaria	-	-
b. TB paru positif	4 orang	12 orang
c. AFP	-	-
d. Demam Berdarah	4 kasus	41 kasus
II. Status Gizi		
a. Balita dg Gizi Buruk	18 anak	21 anak
b. Desa Rawan Gizi	-	-
III. kondisi lingkungan		
a. Rumah sehat	Survey 3 desa	Tidak ada survey
b. Tempat-tempat umum	26 TTU	46TTU
IV. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat	3 desa	6 desa
V. Askes Dan Mutu Pelayanan Kesehatan		
a. Penduduk yg berkinjung ke puskesmas	89.781	120.781
b. Penggunaan obat generik berlogo	100%	100%
VI. Pelayanan Kesehatan		
a. Desa mencapai UCI	10	12 desa
b. Pertolongan persalinan	879	969
VII. Kejadian Luar Biasa (KLB)	-	-
VIII. Faktor KEK		
Bayi dg pemberian ASI eksklusif	217	177
IX. Pemeriksaan Gigi dan Mulut (murid SD/MI)	127	179
X. Kelompok pekerja yg mendapat pelayanan kesehatan	0%	0%
XI. keluarga yg dilayani di puskesmas	100%	100%
XII. Sumber Daya Kesehatan		
a. Peserta ASKES	581	596
b. Peserta JPKM (jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat)	1017	1017
XIII. Manajemen Kesehatan	Semua dokumen puskesmas terdata, baik pada rencana kerja (POA), laporan tahunan, maupun profil kesehatan	

Sumber : Laporan Tahunan UPTD Puskesmas Wagir

Dari tabel diatas dapat diketahui kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan yang telah dilakukan oleh puskesmas wagir beserta hasilnya. Dari hasil yang telah dicapai dapat diketahui mutu pelayanan kesehatan, dimana berdasarkan data diatas masih banyak yang harus diperbaiki sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan

Salah satu upaya peningkatan mutu yang harus dilakukan adalah pada kasus gizi buruk pada balita, dimana pada tahun 2006 kasus yang ditemukan meningkat dari kasus yang ditemukan pada tahun 2005. hal tersebut membutuhkan penanganan yang serius mengingat apabila tidak tertangani dengan benar dapat menyebabkan kematian. Oleh karena itu sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan puskesmas kepada masyarakat, salah satu cara yang digunakan adalah dengan menerapkan manajemen terpadu balita sakit (MTBS) yang merupakan program terpadu tata laksana penanganan penyakit pada balita.

1.6 Keadaan Masyarakat Kecamatan Wagir

Kecamatan wagir memiliki masyarakat dengan latar belakang usia yang beragam. Tabel dibawah ini menunjukkan jumlah penduduk kecamatan wagir, dari tabel dapat diketahui jumlah balita yang ada di kecamatan wagir yang merupakan sasaran dari program MTBS yang diterapkan di puskesmas.

Tabel 5
Jumlah penduduk kecamatan wagir

Jumlah	Orang dewasa	Anak-anak		
		Bayi	Balita	Anak-anak
74628	48.946	1139	5626	18917

Sumber : Puskesmas Wagir

Data diatas menunjukkan bahwa jumlah bayi dan balita tidak sampai separuh dari jumlah anak-anak, tetapi perlu mendapatkan perhatian yang serius dari pemerintah melalui Dinas Kesehatan dengan memperkenalkan MTBS sebagai program terpadu tata laksana

penanganan penyakit pada balita, untuk mengetahui secara dini penyakit-penyakit yang menyebabkan kematian pada bayi dan balita.

Dari segi mata pencarian, sebagian besar masyarakatnya merupakan bekerja disektor swasta, yaitu buruh pabrik (60%), penggarap sawah (20%), PNS (10%), dan lain-lain (10%). Adapun perincian masyarakat kecamatan wagir adalah sebagai berikut :

Tabel 6
Mata pencaharian Masyarakat kecamatan wagir

Mata pencaharian	Jumlah
Pekerja Pabrik	43.780
Petani	15.598
PNS	7.438
Lain-lain	7.812

Sumber : Puskesmas Wagir

Dari tabel dapat diketahui bahwa sebagian besar mata pencaharian masyarakat yang menunjukkan kesiapan dalam menunjang pelaksanaan dari program MTBS yang diterapkan puskesmas.

2. Pelaksanaan MTBS Di Puskesmas Wagir

2.1 Prosedur Penerapan MTBS Di Puskesmas Wagir

Puskesmas yang akan menerapkan MTBS dalam pelayanan kepada balita sakit membutuhkan persiapan sebelumnya yang meliputi pengiriman wakil untuk seminar dan pelatihan, diseminasi informasi tentang MTBS kepada seluruh petugas puskesmas, penyiapan obat dan alat.

a) Seminar dan Pelatihan

Upaya memperkenalkan MTBS kepada seluruh puskesmas kabupaten malang, Dinas Kesehatan Kabupaten Malang memberikan sosialisasi MTBS dengan mengadakan seminar dan pelatihan yang dihadiri oleh wakil dari puskesmas masing-masing.

1) Tujuan Seminar dan Pelatihan

Seminar dan pelatihan yang diadakan oleh dinkes kabupaten malang bertujuan untuk mengajarkan proses manajemen kasus kepada perawat, bidan, dokter dan tenaga kesehatan lain untuk menangani balita sakit yang difasilitasi kesehatan dasar seperti puskesmas, puskesmas pembantu, pondok bersalin, klinik, balai pengobatan, maupun melalui kunjungan rumah. Proses manajemen kasus disajikan dalam bentuk bagan, yang didalamnya juga meliputi :

- a. Menilai tanda-tanda dengan gejala penyakit, status imusisasi, status gizi dan pemberian vitamin A
- b. Membuat klasifikasi
- c. Menentukan tindakan sesuai dengan klasifikasi anak dan memutuskan apakah seorang anak perlu dirujuk
- d. Memberi pengobatan prarujukan yang penting, seperti dosis pertama antibiotik, vitamin A, suntikan kinin dan perawatan anak untuk mencegah turunnya gula darah serta merujuk anak
- e. Melakukan tindakan di fasilitas kesehatan (kuratif dan preventif) seperti pemberian oralit, vitamin A dan Imunisasi
- f. Mengajari ibu cara memberi obat dirumah
- g. Memberi konseling kepada ibu mengenai pemberian makanpada anak termasuk pemberian asi dan kapan harus kembali ke fasilitas kesehatan
- h. Melakukan penilaian ulang dan memberi perawatan yang tepat pada saat anak datang kembali untuk pelayanan tindak lanjut

2) Metode dan Materi Pelatihan

Hari pertama seminar dan pelatihan selain buku bagan, peserta dibagikan satu set modul yang menjelaskan setiap langkah MTBS yang didalamnya terdapat latihan-latihan yang

dapat membantu petugas, yaitu berupa informasi klinis yang menjelaskan anak sakit berupa foto dan video.

Hari kedua yang dilaksanakan pada pagi sampai tengah hari, dimana peserta mengunjungi Rumah Sakit dan puskesmas untuk mempraktekkan pendekatan MTBS. Peserta dibimbing untuk melakukan praktek klinis yang diantaranya adalah menilai, membuat klasifikasi, menangani balita sakit, serta mengajari ibu cara cara merawat anaknya dirumah. Selama praktek klinis peserta didampingi dan dibimbing oleh fasilitator

Pada akhir pelatihan, peserta memperoleh pemngalaman dan keterampilan dalam menangani balita sakit sesuai dengan bagan MTBS sehingga mampu menerapkannya ditempat kerja masing-masing.

b) Diseminasi Informasi MTBS kepada Seluruh Petugas Puskesmas

Upaya menerapkan MTBS di puskesmas yang merupakan suatu pendekatan keterpaduan tata laksana balita sakit, merupakan upaya promotif dan preventif yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian bayi dan balita. Dari langkah-langkah yang harus diterapkan dalam MTBS, terdapat keterkaitan peran dan tanggung jawab antar petugas yang sangat erat. Dengan kata lain seluruh petugas perlu mengetahui dan memahami MTBS serta perannya untuk memperlancar penerapannya.

Penyebaran informasi kepada seluruh petugas puskesmas dilakukan melalui kegiatan diseminasi yang dilaksanakan oleh petugas yang telah menghadiri seminar dan dilatih MTBS. Kegiatan ini dihadiri oleh seluruh petugas puskesmas yang meliputi perawat, bidan, petugas gizi, petugas imunisasi, petugas obat, pengelola SP2TP, dan pengelola P2M, petugas loket dan lain-lain informasi yang harus disampaikan adalah konsep

umum MTBS, peran dan tanggung jawab petugas puskesmas dalam penerapan MTBS.

c) **Penyiapan Logistik**

Persiapan yang dilakukan puskesmas dalam menerapkan MTBS adalah meliputi persiapan obat dan alat, formulir MTBS serta kartu nasehat ibu (KNI). Pengadaan formulir dan kartu nasehat ibu diperoleh puskesmas dari dana operasional dan dana lain, sehingga memperlancar pelayanan MTBS di puskesmas

1) **Penyiapan Obat Dan Alat**

Langkah-langkah penyiapan obat dan alat yang dilakukan oleh puskesmas antara lain :

- a. melakukan penilaian terhadap ketersediaan obat dan alat yang adadi puskesmas, yang didasarkan pada pemakaian dan kebutuhan 6 bulan sebelumnya dengan menggunakan laporan pemakaian dan lembar permintaan obat (LPLPO), sedangkan ketersediaan alat ditentukan dengan tersedianya alat tersebut dalam keadaan baik atau dapat digunakan
- b. menambahkan jumlah obat yang masih kurang dan mengusulkan obat yang belum ada
- c. mempersiapkan alat pendukung seperti timer yang biasa digunakan dalam program ISPA
- d. menyediakan obat dan alat bantu di ruang periksa seperti obat dalam bentuk tablet, sirup, vitamin A, salep mata, gentian violet, oralit, gelas, sendok, teko tempat air, tensimeter dan manset serta alat atau model konseling pemberian makan

2) **Penyiapan Formulir MTBS dan Kartu Nasehat Ibu (KNI)**

Langkah-langkah dalam penyiapan formulir MTBS dan KNI antara lain :

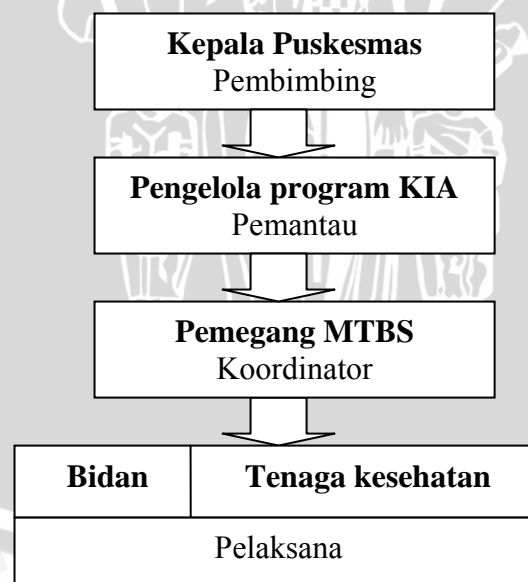
- a. melakukan penghitungan jumlah kunjungan balita sakit per hari dan per bulan, dimana jumlah kunjungan balita

- sakit secara keseluruhan adalah perkiraan kebutuhan formulir MTBS secara satu bulan
- mempersiapkan pencetakan KNI dengan menghitung banyaknya jumlah kunjungan balita sakit dalam sebulan
 - mempersiapkan formulir MTBS dan KNI untuk memenuhi kebutuhan tiga bulan pertama, selama tahap awal penerapan MTBS.

2.2 Susunan Tim Pelaksana MTBS

Dalam penerapan MTBS di puskesmas, kepala puskesmas membentuk tim pelaksana yang terdiri dari kepala puskesmas sebagai pembimbing pelaksanaan program, pemegang program KIA sebagai pemantau pelaksanaan MTBS, pemegang program MTBS sebagai koordinator, dan seluruh bidan desa sebagai pelaksana. Berikut skema tim pelaksana MTBS

Gambar 4
Skema Tim Pelaksana MTBS



Sumber : Data Diolah

Melalui skema tim pelaksana, dapat dilihat gambaran secara skematis mengenai hubungan kerjasama antar petugas serta kejelasan tugas dan tanggungjawab dari masing-masing petugas pelaksana MTBS di puskesmas, sehingga penerapan MTBS lebih efektif dan terarah dalam upaya mencapai tujuan. Kekuasaan dan tanggung jawab terletak pada satu pimpinan, yaitu kepala puskesmas, sebagai puncak pimpinan yang berkoordinasi dengan pengelola program KIA untuk mengawasi pelaksanaan pelayanan MTB di puskesmas, sedangkan pemegang MTBS berkoordinasi dengan petugas-petugas pelaksana dalam upaya memberikan pelayanan MTBS.

Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh ibu Sri Utami, salah satu bidan pelaksana yang menjadi peserta seminar dan pelatihan MTBS di dinkes kabupaten

“Pada saat program diturunkan dari Dinas, saya bertanggungjawab untuk mensosialisasikan MTBS untuk kemudian dibentuk tim pelaksana dengan kepala puskesmas sebagai pembimbing, sehingga ada kejelasan tugas” (Wawancara pada tanggal 22 Januari 2008)

Secara terperinci tugas dari masing-masing petugas antara lain :

- a. Kepala Puskesmas sebagai Pembimbing
 1. Bertanggungjawab atas pelaksanaan MTBS di puskesmas
 2. Ikut mengawasi pelaksanaan pelayanan MTBS bersama dengan pengelola program KIA
 3. Memberikan bimbingan kepada seluruh petugas pelaksana MTBS di puskesmas
- b. Pengelola program KIA sebagai Pemantau
 1. Mengawasi pelayanan MTBS bersama dengan kepala puskesmas
 2. Mengawasi pemakaian logistik seperti obat dan alat serta formulir MTBS dan KNI

3. Mengadakan diskusi dengan petugas pelaksana MTBS tentang pekerjaan dan kesulitan-kesulitan yang ditemui untuk kemudian diajukan usul-usul perbaikan
 4. Membantu penyelesaian semua surat-surat yang berkenaan dengan KIA atas persetujuan dan dibawah pengawasan kepala puskesmas
- c. Pemegang MTBS sebagai Koordinator
1. Mengkoordinasi dan mengolah laporan-laporan MTBS dari bidan-bidan pelaksana MTBS
 2. Mengusahakan laporan MTBS yang oleh bidan untuk dibuat dengan sebaik-baiknya dan tepat pada waktunya untuk diserahkan pada pengelola program KIA
 3. Meneruskan semua surat edaran yang perlu diteruskan kepada bidan-bidan pelaksana MTBS
- d. Bidan-bidan sebagai Pelaksana
1. Memeriksa, membuat klasifikasi penyakit dan memberikan pengobatan
 2. Memberikan penerangan dan nasehat tentang pemberian obat dan makanan dirumah
 3. Membuat laporan pelayanan mtbs untuk diserahkan kepada koordinator MTBS

2.3 Mekanisme Pelayanan MTBS di puskesmas

Mekanisme pelayanan MTBS di puskesmas dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kepada masyarakat, dilaksanakan dengan dua cara yaitu pada puskesmas dan pada ruang praktek para bidan desa

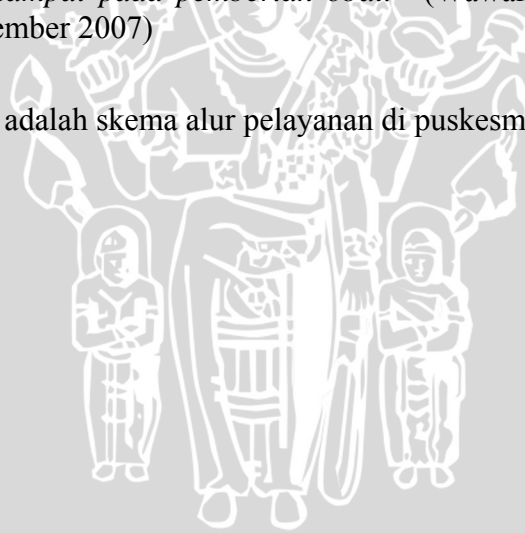
Pelayanan MTBS di puskesmas yaitu melalui beberapa langkah mulai dari penderita datang hingga mendapatkan pelayanan yang lengkap, adalah sebagai berikut penderita datang ke loket untuk, melakukan pendaftaran yang kemudian diberikan formulir MTBS dan Kartu Nasehat Ibu (KNI) untuk diisi dengan identitas anak dan status kunjungan, kemudian dilakukan pemeriksaan oleh setelah petugas

mengisi formulir MTBS yang digunakan sebagai pedoman untuk memeriksa, membuat klasifikasi penyakit serta identifikasi pengobatan. Setelah dilakukan pemeriksaan diberikan kode diagnosa dalam Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) dan dilanjutkan dengan tindakan yang diperlukan seperti pengobatan pra rujukan serta imunisasi, langkah selanjutnya pemberian konsuling kepada ibu tentang pemberian obat dan makanan dirumah dan mengisi KNI, langkah terakhir adalah pemberian obat.

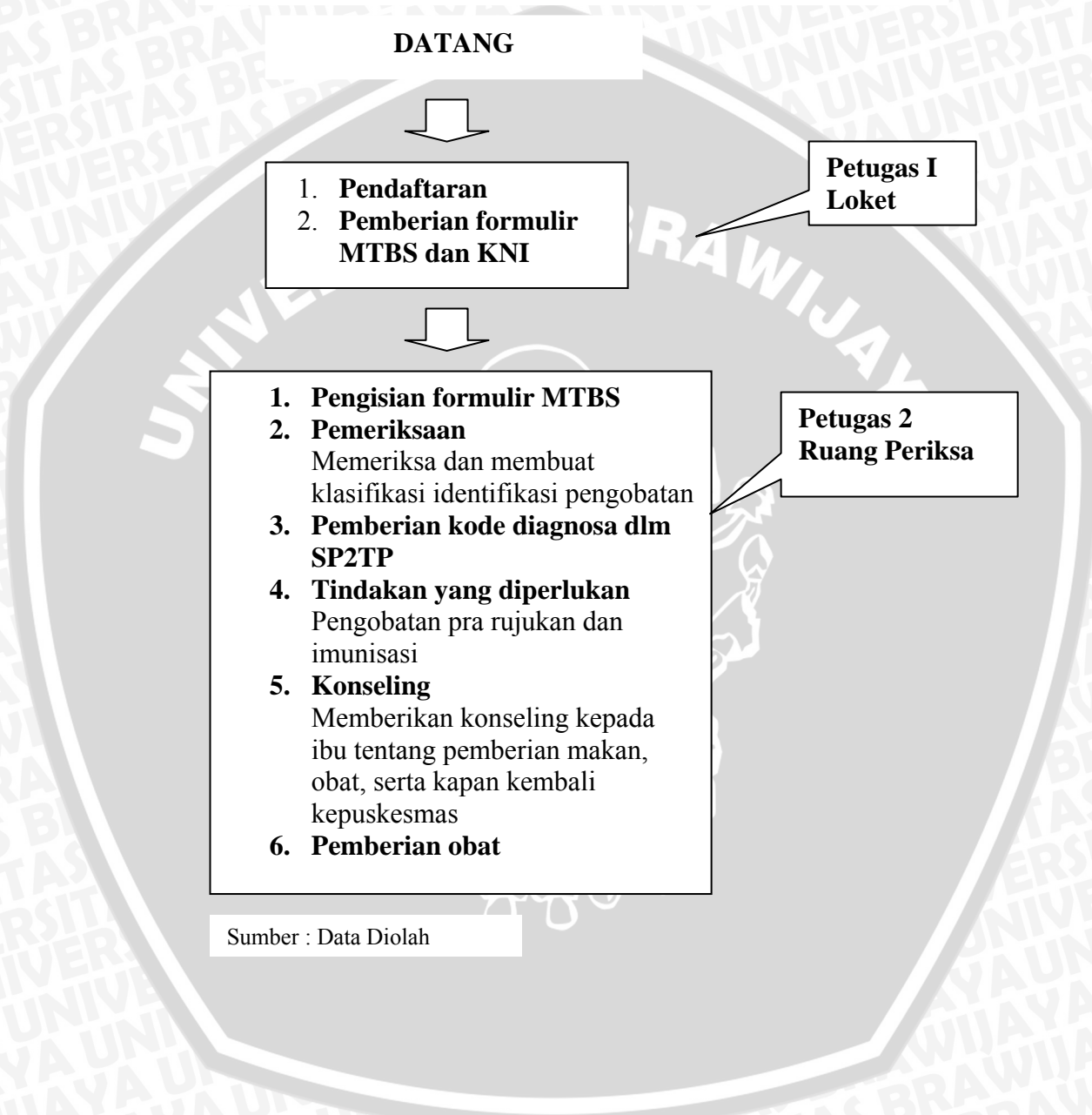
Hal tersebut sesuai dengan yang diungkapkan oleh Ibu Bibit, Pengelola Program KIA;

“Alur pelayanan MTBS di puskesmas melalui dua langkah, dimana petugas pertama dibagian loket melakukan pendaftaran dan memberikan formulir MTBS dan KNI. Kemudian proses pelayanan pada petugas ke dua, mulai dari pengisian formulir MTBS sampai pada pemberian obat.” (Wawancara pada tanggal 27 Desember 2007)

Berikut adalah skema alur pelayanan di puskesmas wagir



Gambar 5
Alur Pelayanan MTBS di Puskesmas Wagir



Sumber : Data Diolah



Sedangkan alur pelayanan MTBS yang dilakukan oleh bidan-bidan desa di ruang praktiknya adalah mulai pasien datang sampai mendapatkan pelayanan yang lengkap ditangani sendiri oleh masing-masing bidan sendirian. Pada saat penderita datang bidan melakukan pendaftaran dan mengisi formulir MTBS untuk mengisi identitas anak dan status kunjungan, kemudian dilakukan pemeriksaan dengan membuat klasifikasi penyakit dan identifikasi pengobatan dan pemberian kode diagnosa, memberikan konseling kepada ibu serta memberikan obat. Kesemua langkah dilaksanakan sendirian oleh masing-masing bidan desa tanpa bantuan petugas lain untuk memudahkan pelayanan MTBS.

Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh ibu Sri Utami sebagai salah satu bidan pelaksana MTBS

“Seluruh kegiatan pelayanan masuk dalam kolom dua pada bagan alur pelayanan, karena keseluruhan proses dikerjakan sendiri mulai dari pendaftaran sampai pemberian obat” (Wawancara pada tanggal 22 Januari 2008).

2.4 Mekanisme Pelaporan

Dalam pelaksanaan MTBS, diperlukan laporan untuk dipertanggung jawabkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Malang yang menaungi langsung puskesmas.. laporan penerapan MTBS dilakukan secara tribulan, yang disusun oleh seluruh petugas pelaksana MTBS baik di puskesmas maupun bidan desa. Laporan tersebut kemudian dikoordinir untuk kemudian direkab oleh bagian pengelola program KIA. Dengan persetujuan kepala puskesmas laporan tersebut diserahkan ke dinas kesehatan kabupaten

Hal tersebut sesuai dengan yang diungkapkan oleh ibu Bibit, pengelola program KIA;

“Sistem pelaporan MTBS direkab setiap tiga bulan, dikumpulkan dari seluruh bidan desa yang merupakan perwakilan dari tiap desa. Tapi kadangkala terjadi kesilitan pada saat penyerahan laporan agar tepat waktu mengingat kondisi dan jarak antar desa yang terlalu jauh” (Wawancara pada tanggal 27 Desember 2007)

Laporan tersebut sekaligus merupakan bukti fisik pertanggung jawaban kepada dinas kesehatan kabupaten sebagai institusi langsung diatas puskesmas. Laporan tersebut terdiri dari :

- a. Laporan Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), yaitu pelaporan yang digunakan untuk pncatatan pasien anak di bawah lima tahun (1-5 tahun)
- b. Laporan Penerapan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), yaitu pelaporan yang digunakan untuk pencatatan pasien bayi usia kurang dari satu tahun (<1 tahun)

Berikut adalah laporan penerapan MTBS dan MTBM pada tribulan II tahun 2007

Tabel 7
Laporan penerapan MTBS tribulan II tahun 2007

Desa	Jumlah yang diperiksa	Jumlah yang di MTBS	%
Pandanlandun	12	2	
Gondowangi	14	2	
Sidorahayu	13	5	
Sitirejo	10	2	
Mendalanwangi	17	2	
Parang argo	19	2	
Dalisodo	10	2	
Jedong	18	2	
Pandanrejo	16	2	
Petungsewu	10	2	
Sumbersuko	16	2	
Sukodadi	10	2	
Jumlah	165	27	16 %

Sumber : Puskesmas Wagir

Tabel 8
Laporan penerapan MTBM tribulan II tahun 2007

Desa	Jumlah yang diperiksa	Jumlah yang di MTBS	%
Pandanlandun	9	3	
Gondowangi	17	3	
Sidorahayu	12	9	
Sitirejo	9	3	
Mendalanwangi	16	3	
Parang argo	11	3	
Dalisodo	8	3	
Jedong	9	3	
Pandanrejo	8	3	
Petungsewu	9	3	
Sumbersuko	8	3	
Sukodadi	8	3	
Jumlah	124	42	35 %

Sumber : Puskesmas Wagir

2.5 Hasil Penerapan Pelayanan MTBS di Puskesmas

Tujuan dari program MTBS yang diperkenalkan oleh departemen kesehatan untuk diterapkan ke seluruh puskesmas di Indonesia adalah upaya pencegahan dini dari penyakit yang menyebabkan kematian pada anak, dimana masih banyak ditemukan kasus kematian balita pada Negara yang sedang berkembang. Tujuan ini dapat tercapai apabila terdapat kerjasama antar pihak-pihak terkait, baik dari Dinas kesehatan kabupaten sebagai instansi yang berhubungan langsung dengan puskesmas, kepala puskesmas sebagai pimpinan puncak puskesmas, serta tim pelaksana MTBS lainnya

Penerapan MTBS di puskesmas kecamatan wagir, tidak hanya dilaksanakan oleh tim pelaksana program MTBS, dimana tidak hanya diterapkan pada puskesmas induk saja tetapi juga dilaksanakan oleh

bidan-bidan desa di druang prakteknya. Jenis laporan yang digunakan dalam penerapan MTBS adalah laporan per tribulan yang terdiri dari dua jenis yaitu Laporan Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan Laporan Penerapan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM).

Penerapan MTBS di puskesmas wagir sudah dilaksanakan dengan baik oleh petugas, terbukti dengan adanya MTBS petugas kesehatan dapat mendiagnosa lebih dari satu penyakit pada satu penderita, sedangkan sebelum adanya pelayanan MTBS pemeriksaan hanya difokuskan pada keluhan yang diderita tanpa memeriksa kemungkinan adanya penyakit lain yang menyertai.

Berikut ini adalah diagnosa MTBS dan MTBM tribulan II tahun 2007

Tabel 9
Diagnosa MTBS tribulan II tahun 2007

Desa	Jml di MTBS	PNEUMONI	BATUK bukan PNEUMUNI	DIARE tanpa DEHIDRASI	DEMAM bukan MALARIA
Pandanlandun	2	1		1	
Gondowangi	2		1	1	
Sidorahayu	5	2	1	1	1
Sitirejo	2		1	1	2
Mendalanwangi	2		2		1
Parang argo	2		2		
Dalisodo	2		2		1
Jedong	2		2		1
Pandanrejo	2			1	
Petungsewu	2		2		
Sumbersuko	2	1	2	1	1
Sukodadi	2				
Jumlah	27	4	17	6	7

Sumber : Data Diolah

Tabel 10
Diagnosa MTBM tribulan II tahun 2007

Desa	Jml di MTBM	Fisiologis	Berat badan rendah Mslh pemberian ASI berat	Berat badan rendah Tidak ada mslh pemberian ASI
Pandanlandun	3	1	1	2
Gondowangi	3	1		3
Sidorahayu	9	2		9
Sitirejo	3			3
Mendalanwangi	3			3
Parang argo	3			3
Dalisodo	3	1		3
Jedong	3			3
Pandanrejo	3			3
Petungsewu	3			3
Sumbersuko	3	1		3
Sukodadi	3	1		3
Jumlah	42	7	1	41

Sumber : Data Diolah

Adanya program MTBS ini adalah sebagai upaya pencegahan dan pengobatan (kuratif dan preventif) terhadap ISPA, diare, campak, malaria, infeksi telinga dan malnutrisi yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian bayi dan balita. Selain utuk upaya promptif dan preventif, MTBS juga meliputi konseling bagi ibu untuk pemberian obat dan makanan dirumah, serta untuk melakukan kunjungan ulang. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh ibu Sri Utami, peserta seminar dan pelatihan MTBS di Dinkes Kabupaten;

“Tujuan penerapan MTBS menurut seminar dan pelatihan adalah memberikan pelayanan yang berkualitas yang juga akan memberikan kontribusi yang cukup besear untuk mencegah terjadinya kematian balita karena pneumonia, diare, malaria, campak dan malnutrisi, serta gangguan neonatal dan perinatal”.
(Wawancara pada tanggal 22 Januari 2008)

Pada dasarnya terdapat beberapa faktor yang harus diperhatikan dalam pencapaian tujuan MTBS secara maksimal, antara lain :

- a. Faktor Komunikasi
 1. Pengetahuan petugas kesehatan sebagai pelaksana program MTBS
 2. Perlunya sosialisasi tentang MTBS kepada seluruh petugas puskesmas
 3. Pemahaman buku pedoman oleh seluruh pelaksana program
- b. Faktor Sumber Daya
 1. Perlunya pelatihan petugas pelaksana MTBS
 2. Dukungan yang cukup dari petugas lapangan
 3. Perlunya kelengkapan alat dan pendataan pelaksanaan program
- c. Faktor Disposisi
 1. Kesesuaian pedoman dengan pelaksanaan tugas dilapangan
 2. Perlunya ketepatan pelaporan
 3. Perlunya ketepatan waktu petugas dalam pendataan dan pengerjaan
- d. Faktor birokrasi
 1. perlunya tata aturan sesuai buku pedoman sebagai acuan penerapan MTBS
 2. penempatan tenaga sesuai dengan kemampuan
 3. perlunya koordinasi antar tim pelaksana
 4. adanya struktur organisasi yang jelas dan berurutan

Apabila keempat faktor tersebut dapat dilaksanakan, maka tujuan program MTBS dapat tercapai dengan maksimal, baik dalam memberikan pelayanan yang berkualitas maupun dalam memberikan kontribusi untuk mencegah terjadinya kematian pada balita.

2.6 Kendala-kendala dalam penerapan MTBS

Hambatan yang sering dihadapi puskesmas wagir dalam pelaksanaan MTBS adalah :

- a. Kurangnya kas puskesmas untuk ketersediaan logistik untuk formulir MTBS dan KNI pihak puskesmas menggandakan secara swadaya dengan cara disablon atau dicopy menggunakan dana operasional puskesmas
- b. Pelayanan MTBS membutuhkan waktu yang lebih lama Pengisian formulir MTBS menyebabkan waktu yang dibutuhkan dalam pemeriksaan lebih lama dari biasa, dan tidak maksimal dalam pemberian konseling mengingat yang ditangani adalah anak-anak
- c. Kendala dalam penyusunan laporan Laporan penerapan MTBS terdiri dari dua jenis yaitu MTBS dan MTBM, dimana setiap tribulan direkab dari seluruh laporan yang diserahkan oleh bidan-bidan tiap desa dan kadangkala terjadi keterlambatan penyerahan laporan mengingat jarak antar desa.

Upaya yang dilakukan oleh pihak puskesmas untuk menyelesaikan masalah ini adalah dengan membuat anggaran tersendiri untuk penyediaan formulir MTBS dan KNI dari dana operasional puskesmas, sedangkan pelayanan dengan waktu yang lama dapat diupayakan pembagian kerja antar patugas puskesmas maupun dengan menerapkannya pada tiap bidan desa, dalam sistem pelaporan diupayakan kerjasama dalam penyusunan laporan antara pelaksana MTBS dengan pengelola program KIA yang dihubungkan oleh koordinator, yaitu pemegang MTBS. Hambatan-hambatan tersebut dapat diminimalisir apabila tiap unsur dari tim pelaksana saling memahami tugas dan kewajiban masing-masing.

MTBS merupakan salah satu kebijakan pemerintah kabupaten malang di bidang kesehatan, dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat di tingkat pelayanan terdekat dengan masyarakat yaitu puskesmas. Adanya program ini bertujuan untuk memberikan pelayanan terpadu sebagai upaya kuratif dan preventif dari penyakit yang menyebabkan kematian pada balita. Dengan

melayani balita sakit secara MTBS dapat memudahkan petugas medis dalam mendiagnosa penyakit balita secara tepat dan berupaya untuk memberikan pengobatan secara benar, sehingga tujuan meminimalkan angka kematian balita dapat tercapai.

3. Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas Wagir

Hakikat dasar dari penyelenggaraan pelayanan adalah memenuhi tuntutan dan harapan pemakai jasa layanan. Dimana apabila tuntutan dan harapan tersebut dipenuhi maka dapat dikatakan sebagai pelayanan yang berkualitas. Dengan kata lain kualitas atau mutu pelayanan dapat diartikan sebagai ukuran yang dipakai untuk memberikan penilaian baik atau tidaknya pelayanan yang diterima oleh pemakai jasa layanan. Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan merupakan hal yang penting, hal ini dikarenakan pelayanan yang memperhatikan mutu akan memberikan kepuasan baik kepada konsumen pelayanan maupun pemberi layanan

MTBS merupakan salah satu upaya pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas yang akan memberikan kontribusi yang cukup besar untuk mencegah kematian balita karena pneumonia, diare, malaria, campak dan malnutrisi, serta gangguan perinatal dan neonatal.

Terdapat dua batasan kualitas pelayanan (Azwar, 1996, h.37), yaitu:

1. Pembatasan pada upaya yang telah dilakukan
2. Pembatasan pada derajat kepuasan pengguna layanan

3.1 Pembatasan pada Upaya yang Telah Dilakukan

MTBS merupakan program dari Dinas Kesehatan Kabupaten Malang yang merupakan upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan diterapkan diseluruh puskesmas kabupaten malang sebagai program terpadu tata laksana dari upaya pencegahan dan pengobatan dalam penanganan balita sakit yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian bayi dan balita

Salah satu wujud komitmen puskesmas wagir dalam meningkatkan pelayanan kesehatan adalah dengan memberikan pelayanan MTBS

pada penanganan balita sakit. Dalam upaya pelaksanaannya, puskesmas wagir mengirimkan salah seorang bidan sebagai wakil untuk mengikuti seminar dan pelatihan MTBS di Dinkes Kabupaten. Wakil yang dikirimkan tersebut memiliki tanggungjawab untuk menyampaikan semua informasi tentang MTBS kepada seluruh petugas puskesmas terutama petugas dibidang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), yang nantinya akan memberikan pelayanan MTBS dalam penanganan balita sakit

Pada diseminasi informasi MTBS, dibentuk tim pelaksana yang terdiri dari pembimbing, pemantau, koordinator dan petugas pelaksana. Puskesmas wagir memilih orang-orang yang berkompeten dibidangnya. Dimana pemilihan petugas pelaksana MTBS disesuaikan dengan bidangnya serta tingkat pendidikan para petugas. Berikut ini adalah daftar petugas dengan tingkat pendidikan dan program yang dipegang.

Tabel 11
Daftar Petugas Pelaksana MTBS

No	Nama	Posisi pd struktur	Bidang	Tgkt pendidikan
1	Kepala puskesmas	Pembimbing	GILUT (gigi dan mulut)	S2
2	Pengelola program KIA	Pemantau	KIA	S1
3	Pemegang MTBS	Koordinator	KIA	S1
4	Petugas medis dan bidan-bidan desa	Pelaksana	KIA	S1/D3

Sumber : Data Diolah

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa puskesmas wagir mengupayakan semaksimal mungkin pelaksanaan MTBS dengan menunjuk orang-orang yang ahli dibidangnya, dengan harapan petugas yang dipilih sebagai tim pelaksana mampu menyerap informasi tentang

MTBS secara cepat dan tepat, mengingat MTBS merupakan cakupan dari bidang KIA, sehingga pelayanan MTBS dapat segera dilaksanakan dan tujuan dari program MTBS dapat terwujud.

Upaya selanjutnya pada pelaksanaan MTBS adalah dengan mempersiapkan logistik yang berupa obat dan alat serta formulir MTBS dan Kartu Nasehat Ibu (KNI). Berikut ini adalah daftar obat dan alat yang digunakan oleh puskesmas wagir sebagai persiapan dalam pelaksanaan MTBS.

Tabel 12
Daftar obat yang dipakai dalam pelaksanaan MTBS

No	Nama obat	No	Nama obat
1	Kotrimoksazol (tablet dewasa/anak dan sirup)	14	Tetrasiklin atau Kloramefikol salep mata
2	Amoksilin (sirup/tablet)	15	Gentian violet 1%
3	Kaplet ampisilin	16	Sirup besi (sulfas ferosus)
4	Kapsul tetrasiklin	17	Vitamin A (200.000UI dan 100.000UI)
5	Tablet kina	18	Tablet pirantel pamoat
6	Tablet klorokuin	19	Aqua bides untuk pelarut
7	Tablet primakuin	20	Oralit 200cc
8	Tablet sulfadoksin perimetamin (fansidar)	21	Cairan infuse, dextrose 5%, NaCl
9	Diazepam suppositoria	22	Alkohol 70%
10	Suntikan ampisilin	23	glicerin
11	suntikan feobarbital	24	Povidone Iodone
12	Parasetamol (tablet/sirup)	25	Diazepam injeksi (5 mg dan 10 mg)
13	Tablet nistatin		

Sumber : Data Diolah

Seluruh obat ada dalam tabel tersebut disediakan oleh gudang farmasi Dinkes Kabupaten Malang, dimana secara umum obat-obatan yang digunakan dalam MTBS telah termasuk dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dan laporan pemakaian dan lembar permintaan obat (LPP0) yang biasa digunakan di puskesmas saat ini.

Beberapa obat seperti Asam Nalidiksate, Suntikan Kloramfenikol, Suntikan Gentamisin, dan Suntikan Kinin belum ada di puskesmas.

Tabel 13
Daftar alat yang dipakai dalam pelaksanaan MTBS

No	Nama Alat
1	Timer ISPA dan arloji dengan jarum detik
2	Gelas, sendok dan teko (digunakan di pojok oralit)
3	Sempit dan jarum suntik
4	Timbangan bayi
5	Thermometer
6	Kasa/kapas
7	Pipa lambung (nasogastic tube)
8	Alat penumbuk obat
9	Alat pengisap lendir

Sumber : Data Diolah

Dari tabel diatas diketahui bahwa kelengkapan alat yang digunakan dalam penerapan MTBS oleh puskesmas wagir sudah tersedia dengan baik, walaupun terdapat beberapa alat yang belum tersedia selain itu terdapat pula alat yang jumlahnya terbatas. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh ibu Sri Utami, wakil dari seminar dan pelatihan MTBS di Dinkes kabupaten;

“Timer ISPA yang ada hanya satu buah, itupun hany saya yang punya, karena saya yang mengikuti pelatihan, sedangkan untuk petugas pelaksana yang lain menggunakan arloji dengan jarum detik untuk menghitung jumlah denyut jantung” (Wawancara pada tanggal 22 Januari 2008)

Upaya selanjutnya dalam penerapan MTBS adalah penyiapan formulir MTBS dan kartu nasehat ibu (KNI), dimana pada saat seminar dan pelatihan hanya diberikan satu bendel formulir MTBS dan KNI untuk kemudian digandakan sendiri oleh pihak puskesmas secara swadaya dengan menggunakan dana operasional puskesmas.

3.2 Pembatasan pada Derajat Kepuasan Pengguna Layanan

Upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan melalui MTBS di puskesmas wagir bertujuan untuk memberikan kepuasan pengguna layanan, sekalipun berorientasi individu, tetapi ukuran yang dipakai bersifat rata-rata. Hal di atas telah diupayakan oleh pihak puskesmas sebagai penyedia layanan, dimana pelayanan yang diberikan bersifat aktif dan dinamis, karena sasarannya adalah manusia.

Penanganan balita sakit dengan MTBS membutuhkan waktu yang relatif lebih lama dibandingkan dengan penanganan secara biasa. Hal ini disebabkan pelayanan MTBS diharuskan untuk mengisi formulir MTBS yang berisi 62 pertanyaan yang terdiri dari 10 pertanyaan yang menyangkut identitas anak dan 52 pertanyaan tentang keluhan yang diderita. Banyaknya pertanyaan yang harus dijawab dalam formulir MTBS menyebabkan ibu dari pasien anak mengalami kebingungan dengan prosedur penanganan balita sakit yang baru. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Ny.Winarti, ibunda dari pasien bayi Indah yang berusia 9 bln;

“Penanganan anak sakit sekarang ini ruwet, saya tidak mengerti dengan pengisian formulir tadi, Mau berobat saja harus mengisi pertanyaan-pertanyaan yang banyak. Selesai lama, anak saya keburu nangis” (Wawancara pada tanggal 8 Agustus 2007)

Hal yang sama juga disampaikan Ny.Jumiati, ibunda dari pasien anak Rita yang berusia 15 bln

“Saya kurang begitu ngerti sama pertanyaan-pertanyaan tadi, cuma batuk pilek saja harus nunggu lama buat jawab pertanyaan dulu” (Wawancara pada tanggal 8 Agustus 2007)

Pendapat yang ssenada juga didapat dari Ny.Lihana, ibunda dari pasien anak gilang yang berusia 5 bln;

“Saya tidak mau menjawab pertanyaan-pertanyaan tadi, anak saya nangis terus, karena masih berusia 5 bln kena batuk pilek. Jadi ibu dokter mengerti waktu saya menolak mengisi formulir tadi” (Wawancara pada tanggal 2 September 2007)

Berdasarkan pernyataan-pernyataan diatas dapat diketahui bahwa ibunda dari pasien anak kurang begitu berminat dengan pelayanan MTBS mengingat banyaknya waktu yang dibutuhkan. Tetapi tidak jarang juga ibu-ibu lebih menyukai pelayanan MTBS seperti yang diungkapkan oleh Ny.Nganti, ibunda dari pasien anak Andin yang berusia 2 th;

“Saya lebih suka anak saya ditangani dengan MTBS, saya kan tidak tahu apakah diare anak saya disertai penyakit lain atau tidak. Jadi diperiksa seperti ini saya lebih lega, karena bisa diketahui adanya penyakit-penyakit lain” (Wawancara pada tanggal 2 September 2008)

Adanya perbedaan pendapat tadi telah diantisipasi sebelumnya oleh pihak puskesmas dalam membuat kebijakan. Mengingat jumlah pasien yang harus ditangani, jumlah petugas, dan jumlah waktu yang dibutuhkan, maka tidak memungkinkan apabila semua pasien ditangani secara MTBS, sedangkan laporan pertanggungjawaban kepada Dinkes harus diserahkan setiap 3 bulan, sehingga kebijakan yang diambil oleh pihak puskesmas adalah dengan menerapkan pelayanan MTBS tidak hanya pada pasien yang berkunjung ke puskesmas saja tetapi juga pada pasien yang berkunjung pada bidan-bidan desa.

Penanganan balita sakit pada secara MTBS pada bidan desa, kebanyakan hanya diterapkan pada pasien anak dengan kondisi serius,

tetapi tidak sedikit juga yang diterapkan pada pasien anak dengan kondisi sedang, bahkan kadangkala diperiksa MTBS tanpa sepengetahuan ibunya mengingat kebanyakan ibu dari pasien anak terlalu meremehkan pentingnya menjawab pertanyaan dalam formulir MTBS. hal ini seperti yang diungkapkan oleh ibu Sri utami, bidan pelaksana MTBS;

“Pertanyaan-pertanyaan dalam formulir MTBS saya tanyakan kepada ibu dari pasien anak dengan kondisi serius, balita sakit dengan kondisi sedang juga saya MTBS walaupun kadang ibunya tidak tahu” (Wawancara pada tanggal 22 Januari 2008)

Pernyataan-pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar ibu dari pasien-pasien anak kurang begitu puas dengan adanya pelayanan MTBS mengingat lamanya waktu yang dibutuhkan.

Berdasarkan data-data yang ada dapat disimpulkan bahwa, puskesmas wager memiliki cakupan MTBS rendah tidak hanya dikarenakan keengganan orang tua pasien yang dilayani secara MTBS, tetapi juga karena petugas tidak menuliskan laporan penanganan balita walaupun sudah ditangani secara MTBS.

B. Pembahasan

1. Pembahasan Terhadap Puskesmas Wagir

Berdasarkan penyajian data, jumlah petugas dan staf puskesmas wagir sebanyak 31 orang, dengan tingkat pendidikan antara lain SLTA, D3, S1 dan S2. seluruh petugas terdiri dari petugas medis dan non medis. Dimana untuk disposisi dan pelaksanaan tugas disesuaikan dengan tingkat pendidikan masing-masing. Hal ini sudah sesuai dengan aspek pelayanan kesehatan menurut Muninjaya, dimana salah satu indikatornya adalah pengadaan dan pemanfaatan Sumber Daya. Dalam hal ini Sumber Daya Manusia termasuk salah satunya.

Dalam kegiatan pelayanan terhadap masyarakat, puskesmas wagir memiliki sarana dan prasarana yang lengkap dan memadai sebagai upaya mendukung program-program puskesmas. Salah satunya adalah alat transportasi, puskesmas wagir memiliki 3 unit motor dan 1 unit

ambulance. Namun fasilitas ini kurang dimaksimalkan dalam pelaksanaan program MTBS, hal tersebut terbukti dengan masih seringnya terjadi keterlambatan penyerahan laporan dari tiap desa yang diakibatkan jauhnya jarak antar desa, sehingga koordinator MTBS kesulitan untuk meakukan rekapitulasi laporan yang akan diserahkan kepada Dinkes secara tepat waktu. Hal ini disebabkan petugas hanya menunggu laporan-laporan tersebut terkumpul dan tidak berusaha untuk mengambil seluruh laporan dari petugas tiap desa dengan memanfaatkan sarana yang sudah tersedia.

Berdasarkan hasil kegiatan pelayanan puskesmas wagir pada tahun 2005 dan 2006, terdapat beberapa peningkatan maupun beberapa penurunan prestasi. dimana salah satunya adalah peningkatan jumlah balita dengan gizi buruk dari tahun 2005 ke tahun 2006. hal ini perlu mendapatkan perhatian yang serius dari pihak puskesmas, yang salah satunya adalah melalui MTBS yang merupakan upaya pencegahan dan pengobatan (kuratif dan preventif) terhadap ISPA, diare, campak, malaria dan malnutrisi, yang apabila tidak tertangani dengan benar dapat menyebabkan kematian.

Data jumlah penduduk kecamatan wagir yang berjumlah 74.628 orang merupakan jumlah yang cukup besar, dengan prosentase mata pencaharian masyarakatnya yang sebagian besar merupakan pekerja pabrik (60%) dan petani (20%). Dari segi mata pencaharian dapat diperkirakan tingkat pendidikan masyarakatnya. Hal ini memiliki pengaruh yang kuat dalam menunjang pelaksanaan MTBS, dimana sebagian besar orang tua pasien kurang berwawasan luas sehingga tidak menginginkan anaknya ditangani secara MTBS akibat lamanya waktu yang dibutuhkan untuk prosedur pelayanannya. Hal ini juga ditunjang karena orang tua pasien kurang mengetahui pentingnya anak mereka ditangani secara MTBS, yang merupakan pencegahan secara dini penyakit-penyakit yang dapat menyebabkan kematian sehingga dapat ditangani secara tepat dan benar.

2. Pembahasan Terhadap Penerapan MTBS Di Puskesmas Wagir

Pelaksanaan MTBS di puskesmas Wagir telah digambarkan pada penyajian data, dimana pelaksanaan MTBS ini merupakan program dari

Dinas Kesehatan Kabupaten Malang untuk memberikan pelayanan yang berkualitas yang akan memberikan kontribusi dalam pencegahan dini dari Pneumonia, diare, malaria, campak, malnutrisi serta gangguan peinatal atau neonatal sebagai upaya untuk mengurangi angka kematian pada balita yang diterapkan oleh seluruh puskesmas yang ada di Kabupaten Malang.

Pelaksanaan program MTBS diawali dengan memperkenalkan terlebih dahulu kepada puskesmas-puskesmas tertentu pada tahap pertama yaitu tahun 2005 MTBS baru diterapkan kepada dua puskesmas sebagai percontohan, kemudian pada tahap berikutnya yaitu pada tahun 2006 diterapkan pada 28 puskesmas dengan kedua puskesmas tersebut sebagai fasilitator, sedangkan pada tahun 2007 MTBS mulai diperkenalkan kepada seluruh puskesmas yang ada di Kabupaten Malang dimana sosialisasi program MTBS dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Malang melalui kegiatan-kegiatan seminar dan pelatihan yang dihadiri oleh wakil dari tiap puskesmas. Peserta seminar dan pelatihan program MTBS tidak hanya memperoleh pengetahuan tentang MTBS tetapi juga memperoleh pelatihan singkat untuk menangani balita yang sakit dengan menggunakan metode yang sesuai dengan pedoman penanganan balita yang tertera pada bagan alur pelayanan MTBS.

Wakil yang telah dikirim untuk mengikuti seminar dan pelatihan MTBS selanjutnya mengemban tugas untuk memberikan pengetahuan atau mensosialisasikan kepada seluruh petugas puskesmas, khususnya petugas-petugas yang nantinya akan melaksanakan pelayanan MTBS, langkah awal sosialisasi yakni dengan memberikan penjelasan tentang MTBS yang menyangkut tujuan dan sasaran yang dilakukan dengan menggunakan *hand out* yang disertai dengan contoh peragaan yang dilakukan oleh petugas yang menjadi wakil untuk seminar tersebut. Setelah diadakan sosialisasi, dibentuk tim pelaksana untuk memudahkan dalam proses pelaksanaan MTBS. Tim pelaksana dibentuk pada saat diadakan sosialisasi dengan Kepala Puskesmas sebagai pembimbing dibantu oleh pengelola program KIA serta seluruh Bidan desa sebagai pelaksanan yang secara langsung diharapkan dengan adanya tim pelaksanan ini dapat

memperjelas tanggung jawab dan tugas dari masing-masing pihak untuk meminimalisir tumpang tindih tanggung jawab.

Langkah selanjutnya setelah sosialisasi MTBS adalah persiapan logistik yang terdiri dari kelengkapan obat dan alat serta ketersediaan formulir MTBS dan Kartu Nasihat Ibu (KNI). Persediaan obat dengan cara memanfaatkan obat-obat pokok yang selama ini sudah ada di puskesmas dengan menambahkan beberapa obat yang belum ada dalam daftar buku pedoman yang didapatkan dari bantuan Gudang Farmasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. Untuk kelengkapan alat digunakan alat-alat perikasa yang biasa digunakan untuk memeriksa pasien serta ditambahkan beberapa alat berupa “pengukur detak jantung” yang diperoleh pada saat seminar dan pelatihan. Sedangkan pada formulir MTBS dan Kartu Nasihat Ibu (KNI), diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Malang yang kemudian digandakan sendiri oleh pihak puskesmas dengan cara dicopy atau dicetak dipercetakan dengan menggunakan dana operasional puskesmas sendiri.

Dinas Kesehatan Kabupaten Malang tidak memberikan parameter yang jelas dalam pencapaian target program MTBS ini. Tiap puskesmas hanya diberikan beberapa buku pedoman yang berisikan acuan-acuan pentahapan awal dalam penerapan MTBS. Hal ini menyebabkan pihak puskesmas harus menerapkan kebijakannya sendiri, hal ini dikarenakan adanya perbedaan kondisi dari tiap-tiap puskesmas, terutama dari kondisi masyarakatnya. Penentuan kebijakan sendiri oleh tiap puskesmas mengakibatkan rendahnya keinginan untuk mencapai target yang maksimal, dimana pihak puskesmas menunggu ditetapkan target yang jelas Dinas Kesehatan Kabupaten Malang terlebih dahulu baru mengupayakan pencapaian target yang semaksimal mungkin dalam penerapan program MTBS. Selama penetapan awal petugas hanya menerapkan pelayanan MTBS hanya kepada beberapa pasien tertentu saja yaitu kondisi pasien anak yang parah, sedangkan pasien anak dengan penyakit yang biasa saja diperiksa tanpa menggunakan prosedur yang tercantum dalam bagan pelaksanaan program MTBS. Hal ini dikarenakan

sulitnya menghadapi pasien anak-anak dengan kondisi yang berbeda-beda dan rumitnya prosedur pengisian bagan MTBS yang berisi beberapa daftar pertanyaan, dimana kadangkala petugas kesulitan membujuk pasien anak-anak, sementara Orang tuanya menjawab pertanyaan dari formulir MTBS. hal tersebut dilakukan tidak hanya untuk keperluan diagnosa penyakit anak tetapi juga untuk keperluan laporan. Hal ini juga menjadikan kesulitan tersendiri dalam penyusunan laporan dimana kadangkala kesalahan bukan hanya pada ketidakbersediaan orangtua pasien untuk mengisi bagan-bagan MTBS mengingat kondisi anak yang sedang sakit, tetapi juga karena petugas yang tidak menuliskan laporan walaupun pasien sudah dilayani secara MTBS.

Alur pelayanan MTBS di puskesmas Wagir tidak menggunakan model-model seperti tercantum pada buku pedoman penerapan MTBS, dimana terdapat tiga Model Ban Berjalan yang alur-alurnya disesuaikan dengan jumlah pasien balita yang datang berkunjung dan dilayani oleh beberapa petugas kesehatan yang berbeda. Puskesmas wagir menggunakan dua cara dalam penerapan MTBS, cara pertama pelayanan MTBS dilakukan di puskesmas yang dikerjakan oleh dua orang petugas, dimana satu petugas berada di loket pendaftaran untuk memberikan formulir dan KNI. Sedangkan cara kedua, MTBS diterapkan pada ruang praktek para bidan desa, seluruh langkah yang ada dalam alur pelayanan MTBS dikerjakan seorang diri oleh tiap bidan desa, tanpa petugas tambahan seperti pada buku pedoman penerapan MTBS.

Pemantauan program MTBS bisa dilakukan dengan melihat langsung ke puskesmas atau melalui laporan-laporan yang dikirimkan tiap *triwulan*. Pemantauan ini dilakukan dengan memfokuskan pada organisasi dan manajemen pelaksana, mekanisme pelaksanaan, dampak dan manfaat dari pelayanan MTBS, serta permasalahan yang timbul dan upaya penyelesaiannya yang dilakukan dalam pelaksanaan MTBS di puskesmas. Pemantauan ini menjadi satu hal yang penting yakni untuk memantau pertimbangan dalam pelaksanaan program ini ditiap puskesmas. Pemantauan seharusnya dilakukan secara berkesinambungan dan secara

terus menerus demi maksimalnya pelaksanaan MTBS. Selama ini pemantauan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Malang pada puskesmas Wagir hanya dari laporan pertanggung jawaban dari pihak puskesmas tanpa adanya pantauan langsung, hal ini mengakibatkan pihak puskesmas tidak dapat mengetahui benar atau tidaknya proses penerapan MTBS yang selama ini berjalan. Seharusnya pemantauan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Malang secara langsung dengan melihat proses pelayanan MTBS di puskesmas untuk mengetahui kendala-kendala yang dihadapi puskesmas dalam penerapan dilapangan.

Laporan dilakukan oleh puskesmas setiap *triwulan* yang diserahkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, laporan ini berisi laporan pertanggung jawaban puskesmas mengenai pelaksanaan MTBS yang meliputi laporan bulanan 1 (LB 1), laporan pemakaian dan lembar permintaan obat (LPPO), laporan bulanan gizi, KIA, imunisasi P2M (LB3), laporan mingguan diare, dan laporan kejadian luar biasa, pelaporan ini sebagai bukti pertanggung jawaban pihak puskesmas terhadap penerapan MTBS. Kesulitan pihak puskesmas pada saat penyusunan laporan adalah terhambatnya pengumpulan laporan dari tiap bidan desa yang menerapkan MTBS di ruang praktek masing-masing, selain itu kesulitan lain yang dihadapi dalam penyusunan laporan pada awal penerapan MTBS adalah adanya keterlambatan Dinkes mengirimkan contoh draf atau bagan laporan penerapan MTBS. Hal ini menyebabkan keterlambatan pihak puskesmas dalam mengirimkan laporan kepada Dinkes kabupaten malang

MTBS merupakan program pemerintah sebagai upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan berkualitas yang terdiri dari pencegahan dan pengobatan, dimana nantinya dapat memberikan kontribusi yang cukup besar untuk mencegah kematian balita. Hal ini mengingat masih ditemukannya sekitar 4 juta kasus kematian yang disebabkan oleh penyakit ISPA terutama pneumonia. Komitmen pemerintah ini diwujudkan melalui dinas kesehatan kabupaten yang diteruskan ke puskesmas-puskesmas sebagai pelayan kesehatan yang terdekat dengan masyarakat. Upaya

peningkatan kualitas kesehatan menjadi sangat penting seperti yang tertuang dalam dokumen Seminar *Quality Assurance*, karena pelayanan kesehatan yang memenuhi standar kualitas akan memberikan dampak nyata terhadap peningkatan pelayanan kesehatan dan pelayanan yang memperhatikan mutu akan memberikan kepuasan baik kepada pengguna layanan maupun pemberi layanan.

Hal-hal tersebut sesuai dengan upaya pembangunan kesehatan yang diwujudkan melalui Visi Indonesia Sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal, ditandai dengan penduduk yang hidup dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan yang bermutu secara adil dan merata di seluruh wilayah Indonesia

3. Pembahasan Terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas Wagir

MTBS sebagai program pemerintah yang bertujuan untuk mencegah kematian balita karena pneumonia, diare, malaria, campak dan malnutrisi, serta gangguan perinatal dan neonatal yang merupakan upaya untuk memberikan pelayanan yang berkualitas di tiap puskesmas. Penerapan MTBS pada puskesmas wagir disebut bermutu atau tidak, diberikan dua batasan kualitas pelayanan (Azwar, 1996, h.37)

a. Pembatasan pada upaya yang telah dilakukan

Komitmen puskesmas wagir untuk terus meningkatkan mutu pelayanan di puskesmas wagir telah sesuai dengan telah diwujudkan, salah satunya dengan memberikan pelayanan MTBS. Untuk mengukur mutu pada upaya yang telah dilakukan, digunakan standar pelayanan kesehatan. Dimana keberadaan standar dalam pelayanan kesehatan menurut Scroeder dalam Koentjoro (2007, h.25) akan memberikan manfaat antara lain mengurangi variasi proses, merupakan persyaratan profesi dan dasar untuk mengukur mutu.

Standar pelayanan yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan adalah standar pelayanan kesehatan minimal (Mahmudi, 2005, h.240), yang terdiri dari:

- a. Standar persyaratan minimal
- b. Standar penampilan minimal

Sedangkan standar pelayanan yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan dalam penerapan MTBS di puskesmas wagir adalah standar persyaratan minimal, yang meliputi;

1. Tenaga Pelaksana

Pelaksanaan MTBS membentuk tim yang terdiri dari 12 orang petugas yang sebagian besar memegang program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang menguasai bidangnya. Dari tim ini terdiri dari 2 orang Dokter, 7 orang Bidan, dan 3 orang Tenaga Medis

Pembagian tugas pada tim pelaksana sudah dilakukan dengan sangat baik oleh puskesmas wagir, dimana kepala puskesmas bertindak sebagai pembimbing, pengelola bidang KIA membawahi pemegang MTBS sekaligus sebagai pemantau, pemegang program MTBS bertindak sebagai koordinator pelaksana, sedangkan para bidan bertindak sebagai pelaksana lapangan yang merupakan orang-orang ahli dibidangnya dan menguasai seluk beluk KIA sehingga pemilihan bidan-bidan sebagai pelaksana lapangan sudah tepat, serta 3 orang tenaga medis lain berada pada ruang administrasi, untuk memberikan pelayanan pada saat pendaftaran dengan memberikan formulir MTBS dan KNI

2. Sarana

Penyiapan logistik dalam pelaksanaan MTBS terdiri dari ketersediaan formulir MTBS dan KNI, serta obat dan alat. Penanganan balita sakit dengan pengisian formulir MTBS dan KNI diperoleh dari dinkes kabupaten satu bendel untuk kemudian digandakan sendiri secara swadaya oleh pihak puskesmas dengan menggunakan dana operasional. Hal ini menjadikan hambatan tersendiri bagi pihak puskesmas, mengingat kadangkala terjadi kekurangan dana kas, sehingga penyediaan formulir MTBS dan KNI secara swadaya dirasa membebani pihak puskesmas.

Untuk ketersediaan obat dan alat, puskesmas memperoleh dari gudang farmasi. Beberapa obat tidak tersedia di puskesmas dalam penerapan MTBS tidak menjadikan hambatan bagi pihak puskesmas dalam memberikan pelayanan kepada balita sakit, mengingat obat-obat tersebut merupakan obat pilihan kedua. Sedangkan untuk alat semua tersedia lengkap, hanya saja timer ISPA hanya dimiliki oleh satu orang petugas saja yaitu petugas yang mengikuti seminar dan pelatihan MTBS di Dinkes Kabupaten, sedangkan petugas lain menggunakan arloji dengan jarum detik untuk menghitung denyut jantung.

Berdasarkan analisa pengukuran mutu dengan menggunakan standar pelayanan diatas, penerapan MTBS dapat dinilai sudah baik dan memenuhi standar pelayanan kesehatan. Sehingga pelayanan kesehatan di puskesmas wagir dapat dinilai berkualitas.

b. Pembatasan pada derajat kepuasan pengguna layanan

Penerapan MTBS di puskesmas wagir tidak menimbulkan kepuasan dari pengguna layanan. Sebagian besar ibu-ibu dari balita sakit lebih menyukai anaknya ditangan secara biasa daripada dilayani secara MTBS selain itu mereka mengeluhkan lamanya waktu yang dibutuhkan untuk menangani anak secara MTBS, yang disebabkan tiap-tiap formulir MTBS berisi 62 pertanyaan.

Hal ini mengakibatkan tidak semua ibu dari balita sakit bersedia anaknya dilayani secara MTBS, mengingat usia anak yang masih dibawah 5 tahun dengan kondisi yang sakit, sehingga tidak memungkinkan untuk berlama-lama. Tetapi adakalanya juga ibu dari balita sakit lebih bersedia anaknya ditangani secara MTBS untuk mengetahui kondisi anak yang lebih lengkap serta adanya kemungkinan penyakit lain yang menyertai sehingga dapat diberikan pencegahan secara dini. Hal ini tergantung dari kesadaran orang tua masing-masing dengan keinginan untuk memberikan yang terbaik bagi anak-anaknya. Oleh karena itu sudah semestinya pihak puskesmas memberikan sosialisasi kepada orang tua dari balita sakit tentang

pentingnya penanganan balita sakit dengan MTBS sebagai upaya pengobatan dan pencegahan dari penyakit yang diderita atau penyakit lain yang mungkin menyertai untuk mencegah kematian pada balita

Untuk mengukur bermutu atau tidaknya pelayanan MTBS di puskesmas wagir digunakan unsur indeks kepuasan masyarakat menurut kepmenpan no.25 tahun 2004, dimana dalam penerapannya tidak memenuhi beberapa unsure yang antara lain;

1. Prosedur Pelayaann

Pelaksanaan MTBS seharusnya dibuat terpisah dengan pelayanan-pelayanan kesehatan yang lain. Hal ini dikarenakan MTBS merupakan manajemen terpadu yang merupakan program khusus dari dinas kesehatan. Berdasarkan pengamatan yang tealh dilakukan, pelayanan MTBS dilakukan bersamaan dengan pelayanan kesehatan yang lain, sehingga terlihat pada petugas I diloket mengalami kesulitan, dimana seharusnya pasien diberi formulir untuk kemudian dilakukan wawancara oleh petugas tersebut. Wawancara untuk menjawab pertanyaan pada formulir tidak dapat dilakukan mengingat petugas masih harus memberikan pelayanan untuk pasien-pasien yang lain, hal ii menyebabkan orang tua pasien harus mengisi sendiri formulir tersebut, yang pada akhirnya mereka meminta agar anaknya ditangani dengan cara biasa saja. Prosedur seperti ini tidak sesuai dengan yang ada pada buku pedoman penerapan MTBS

2. Kedisiplinan Petugas

Tidak adanya pemantauan dari dinkes untuk proses pelaksanaan MTBS di puskesmas, menyebabkan puskesmas menentukan kebijakannya sendiri. Dimana seharusnya pada program MTBS yang merupakan pendekatan terpadu dibentuk tim khusus untuk pelayanan MTBS, tetapi hal ini tidak dilakukan mengingat terbatasnya jumlah petugas yang ada, sehingga pelayanan MTBS dilaksanakan bersamaan dengan pelayanan kesehatan yang lain. Hal ini menggambarkan

ketidakdisiplinan petugas untuk melaksanakan alur yang sesuai dengan pedoman

3. Tanggung Jawab Petugas

Pelayanan MTBS yang dijadikan satu dengan pelayanan kesehatan yang lain di puskesmas mengakibatkan kerancuan tanggung jawab petugas, dimana tidak ada kejelasan wewenang dan tanggung jawab petugas. Berdasarkan pedoman dinkes, pelaksanaan MTBS dibentuk tim khusus yang terdiri dari petugas I di loket, petugas II di ruang periksa, sedangkan petugas III di apotek, sehingga terdapat kejelasan tugas dan tanggung jawab antara petugas MTBS dengan petugas pelayanan kesehatan lain yang ada di puskesmas

4. Kemampuan Petugas Pelayanan

Tidak dikhususkannya petugas yang melayani MTBS menimbulkan kesulitan pada petugas loket, dimana selain memberilakan pelayanan untuk pasien lain juga harus melayani pasien MTBS. Hal tersebut menyebabkan petugas tidak dapat melakukan tugasnya secara maksimal.

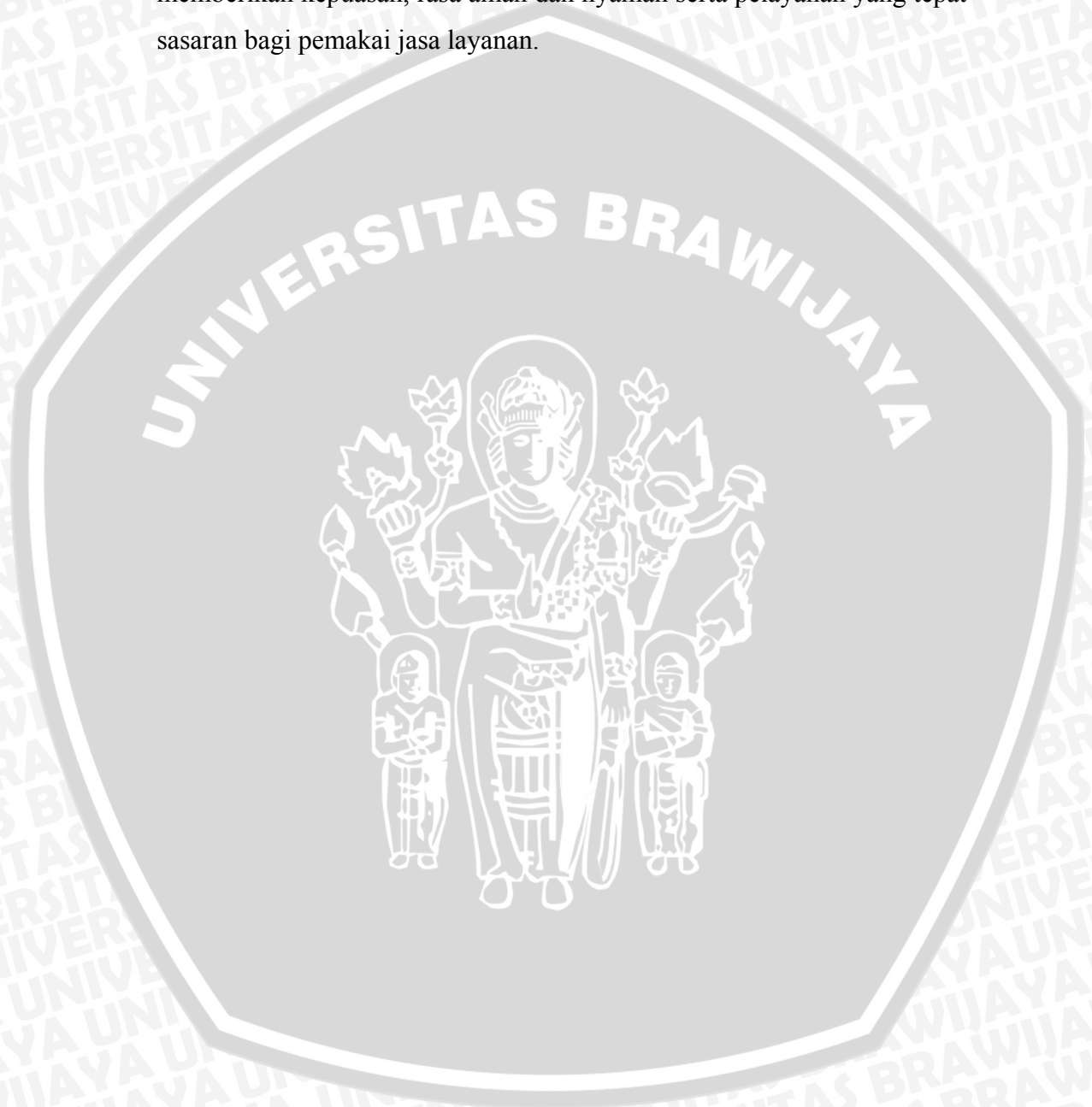
5. Kecepatan Pelayanan

Adanya pelayanan MTBS yang tidak dipisahkan menyebabkan lamanya waktu yang dibutuhkan untuk penanganan balita. Hal ini terjadi karena jumlah pertanyaan yang ada pada formulir MTBS sebanyak 62 buah. Sehingga pelayanan MTBS terganjal masalah lamanya waktu yang dibutuhkan karena petugas loket selain melayani pasien lain juga harus melayani pasien MTBS

6. Keadilan Mendapatkan Pelayanan

Berdasarkan data yang diperoleh, pelayanan MTBS di puskesmas wagir hanya dilakukan pada pasien dengan kondisi serius. Seharusnya pelayanan MTBS diberikan kepada seluruh pasien balita dengan kondisi apapun, karena tidak menutup kemungkinan penyakit yang ringan nantinya juga berkaitan dengan penyakit lain yang dapat menyebabkan kematian

Penerapan MTBS dipuskesmas wagir tidak memenuhi enam unsur indeks kepuasan masyarakat, sehingga menurut batasan derajat kepuasan, pelayanan MTBS di puskesmas wagir dapat dikatakan tidak berkualitas. Dimana pelayanan yang berkualitas adalah pelayanan yang mampu memberikan kepuasan, rasa aman dan nyaman serta pelayanan yang tepat sasaran bagi pemakai jasa layanan.



BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Empat juta kematian akibat Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) terutama pneumonia merupakan penyebab utama kesakitan dan kematian pada bayi dan anak balita.
2. Upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian diwujudkan dengan memberikan pelayanan berkualitas melalui bagan pedoman dan program terpadu tata laksana penanganan penyakit pada balita melalui Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di tingkat puskesmas.
3. MTBS diperkenalkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Malang pada 28 unit Puskesmas di Kabupaten Malang. Berdasarkan laporan yang diterima Dinkes, Puskesmas Wagir merupakan salah satu Puskesmas dengan cakupan pelayanan MTBS rendah.
4. Prosedur Penerapan MTBS di Puskesmas Wagir meliputi pengiriman wakil untuk seminar dan pelatihan, diseminasi informasi tentang MTBS kepada seluruh petugas Puskesmas, penyiapan obat dan alat.
5. Susunan tim pelaksana tim MTBS terdiri dari Kepala Puskesmas sebagai pembimbing pelaksanaan, pengelola bidang KIA sebagai pemantau pelaksanaan MTBS, pemegang program MTBS sebagai koordinator program MTBS dan seluruh bidan pelaksana serta tenaga medis sebagai pelaksana lapangan.
6. Mekanisme pelayanan MTBS di Puskesmas Wagir dilaksanakan dengan dua cara yaitu pada Puskesmas dan pada Ruang Praktek bidan-bidan desa, tidak seperti yang tercantum pada buku pedoman penerapan MTBS.
7. Mekanisme pelaporan MTBS ke Dinas Kesehatan Kabupaten Malang diserahkan dalam dua bentuk laporan yaitu Laporan Penerapan MTBS dan Laporan Penerapan MTBM setiap tribulan.
8. Hasil dari penerapan MTBS di Puskesmas Wagir sudah dilaksanakan dengan baik, terbukti petugas dapat mendiagnosis lebih dari satu penyakit pada satu pasien anak.

9. Kendala-Kendala dalam penerapan MTBS adalah kurangnya kas Puskesmas untuk ketersediaan logistik, pelayanan MTBS membutuhkan waktu yang lebih lama, serta kesulitan dalam penyusunan laporan.
10. puskesmas wagir memiliki cakupan rendah diakibatkan sebagian dari orang tua pasien enggan anaknya dilayani secara MTBS, selain itu juga sebagian dari petugas tidak menuliskan laporan walaupun sudah memberikan pelayanan secara MTBS
11. Pelayanan kesehatan Puskesmas Wagir dapat dikatakan bermutu pada pembatasan atas upaya yang telah dilakukan, dimana pihak Puskesmas Wagir telah memenuhi standar pelayanan minimal yang digunakan untuk mengukur mutu pelayanan yang meliputi tenaga pelaksanaan dan sarana.
12. Pada pembatasan derajat kepuasan pengguna layanan MTBS, pelayanan kesehatan Puskesmas Wagir dapat dikatakan tidak bermutu karena tidak memenuhi enam unsur indeks kepuasan masyarakat sesuai dengan keppmenpan no.25 tahun 2004

B. Saran

1. Membuat anggaran tetap untuk ketersediaan logistik MTBS pada anggaran operasional Puskesmas, sehingga tidak mengalami kekurangan kas pada saat membutuhkan formulir dan kartu nasehat ibu secara mendadak.
2. Alur pelayanan MTBS disesuaikan dengan buku pedoman penerapan MTBS untuk mempersingkat waktu pelayanan. Dimana pada buku pedoman terdapat tiga model ban berjalan pada alur pelayanan MTBS yang disesuaikan dengan jumlah kunjungan.
3. Membentuk tim yang sesuai dengan kemampuan petugas, dan membuat alur pelayanan MTBS secara terpisah dengan petugas yang berbeda pula dengan pelayanan-pelayanan kesehatan yang lain, sehingga alur pelayanan sesuai dengan pedoman dari Dinkes.
4. petugas melaporkan setiap pasien yang ditangani secara MTBS, sehingga terdapat kesesuaian antara jumlah pasien yang datang dengan jumlah pasien yang dilayani dengan MTBS

5. Memberikan sosialisasi kepada orang tua pasien tentang pentingnya penanganan balita sakit secara MTBS, untuk mengetahui dan mendiagnosis penyakit balita secara dini, sebagai upaya mencegah kematian pada balita.
6. Diadakan pemantauan langsung lapangan oleh dinkes secara berkesinambungan untuk mengawasi pelaksanaan MTBS, sehingga dapat diketahui benar atau tidaknya proses yang sudah berjalan serta dapat ditemukan kendala-kendala apa saja yang terjadi di lapangan

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul, 1996. *Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu*. Jakarta : Yayasan Penerbit IDI
- Depkes RI, 2006. *Pedoman Penerapan MTBS di Puskesmas*. Jakarta.
- _____ . *Pengantar MTBS*. Jakarta
- _____ . *Penilaian dan Klasifikasi Anak Sakit Umur 2 Bulan Sampai 5 Tahun*. Jakarta.
- Dinkes Kabupaten Malang, 2007. *Profil Kesehatan Kabupaten Malang*. Malang.
- Hadi, S.P. 2005. *Dimensi Lingkungan Perencanaan Pembangunan*. Yogyakarta : Gajahmada University Press
- Koentjoro, Tjahjono, 2007. *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta : Penerbit Andi.
- Mahmudi, 2005. *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta : YKPN.
- Moenor, HAS, 2002. *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Jakarta : Bumi Aksara
- Moleong, Lexy J, 2001. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung : RR Karya.
- Muninjaya, 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran IDI.
- Nazir, 1998. *Metode Penelitian*. Jakarta : Ghalia Indonesia.
- Parasuraman, 2002. Materi Kuliah Manajemen Pelayanan Publik Untuk Program Pascasarjana. Malang : FIA Unibraw
- Prawirosentono, Suryadi, 2007. *Filosofi Baru Tentang Manajemen Mutu Terpadu*. Jakarta : Bumi Aksara.
- Sedarmayanti, 2003. *Good Governance (Kepemerintahan yang Baik) Dalam Rangka Otoda*. Bandung : Mandar Maju.
- Soekartawi, 1990. *Prinsip Dasar Perencanaan Pembangunan : Dengan Pokok Bahasan Khusus Perencanaan Pembangunan Daerah*. Jakarta : Rajawali Press
- Sugiyono, 2005. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung : Alfabeta.
- Supriyono, Bambang. 2001. *Responsivitas Dan Akuntabilitas sektor Public*. Jurnal Administrasi Negara Vol I No.2. Malang : FIA Unibraw
- Suryono, Agus. 2004. *Pengantar Teori Pembangunan*. Malang : UM-Press

Syamsi, Ibnu. 1986. pokok-pokok kebijaksanaan, perencanaan, pemrograman, dan penganggaran pembangunan tingkat ansional dan regional. Jakarta : CV rajawali

Tim PMPT-IDAI, 1998. *Pedoman Pendidikan Medik Pediatrikterpadu*. Jakarta.

Artikel Kompas Tanggal 19 Juni 2004

Dokumen Seminar Quality Assurance (QA), 1998.

Undang-Undang:

Amandemen Undang-Undang Dasar 1945.

Undang-Undang No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan.

Kepmenpan No.63 Tahun 2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik.

Kepmenpan No.25 Tahun 2004 tentang Unsur Indeks Kepuasan Masyarakat

Kepmenpan No.26 Tahun 2004 tentang Transparansi Pelayanan Publik

Internet

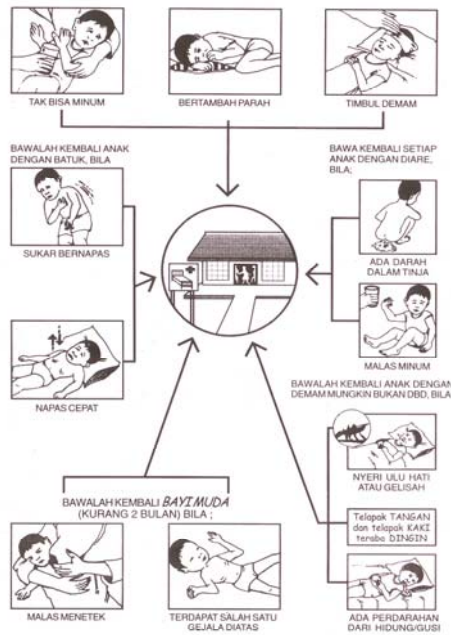
Bapenas, 2007. "Peningkatan Akses Masyarakat Terhadap Layanan Kesehatan Yang Lebih Berkualitas" diakses pada tanggal 2 April 2007 di <http://www.bapenas.go.id>

Hatta, 2005. "Hubungan Imunisasi Campak dengan Kejadian Pneumonia pada Balita di Kabupaten Ogan Komering Ulu Sumatera Selatan" diakses pada tanggal 21 September 2007 di <http://digilib.litbang.depkes.go.id>

Lampiran 1
Kartu Nasihat Ibu

KAPAN KEMBALI SEGERA

BAWALAH KEMBALI SETIAP ANAK SAKIT, BILA :



Nama : _____ L/P Tgl. lahir : _____

Alamat : _____

BAWALAH KARTU INI BILA KE PUSKESMAS

PEMBERIAN CAIRAN :

▶ Pada Setiap Balita Sakit :

- Sering beri ASI
- Tingkatkan pemberian cairan. Beri kuah sayur, atau air matang

▶ Pada tiap Balita dengan diare Memberi cairan dapat menyelamatkan hidupnya !

- Beri cairan tambahan berikut ini sebanyak mungkin pada anak :
 - Oralit
 - Makanan cair seperti ; kuah sayur, air tajin
 - Air matang
- Berilah ASI lebih sering dan lebih lama setiap kali pemberian
- Teruskan memberi cairan tambahan sampai DIARE berhenti



Lampiran 1.2

Anjuran makanan selama anak sakit maupun dalam keadaan sehat

Sampai umur 6 bulan	Umur 6 sampai 9 bulan	Umur 9 sampai 12 bulan	Umur 12 sampai 24 bulan	Umur 2 tahun atau lebih
				
<ul style="list-style-type: none"> • Berikan Air Susu Ibu (ASI) sesuai keinginan anak, paling sedikit 8 kali sehari, pagi, siang maupun malam. • Jangan diberikan makanan atau minuman lain selain ASI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Teruskan pemberian ASI • Mulai memberi makanan pendamping ASI seperti bubur susu, pisang dan pepaya lumat, hakis, air jeruk, air tomat, saring. • Makanan pendamping ASI diberikan 2 kali sehari. • Secara bertahap sesuai pertambahan umur berikan bubur tim lumer ditambah kuning telur/ayam/ikan/tempe/tahu/daging sapi wortel/bayam/kacang hijau/santan/miyak • Beri makanan selingan 2 kali sehari (bubur kacang hijau, pisang, biskuit, naga sari, dab) diantara waktu makan 	<ul style="list-style-type: none"> • Teruskan pemberian ASI • Kenalkan makanan keluarga secara bertahap, dimulai dari bubur nasi, nasi tim sampai makanan keluarga • Tambahkan telur/ayam/ikan/tempe/tahu/daging sapi wortel/bayam/kacang hijau/santan/miyak • Berikan 3 kali sehari, setiap kali makan : Umur 9 bln : 9 sdt makan 10 bln : 10 sdt makan 11 bln : 11 sdt makan • Beri makanan selingan 2 kali sehari (bubur kacang hijau, pisang, biskuit, naga sari, dab) diantara waktu makan 	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan Air Susu Ibu (ASI) sesuai keinginan anak. • Berikan nasi lembik yang ditambah telur ayam / ikan / tempe / tahu / daging sapi / wortel / bayam / kacang hijau / santan / miyak. • Berikan makanan tersebut 3x sehari. • Berikan juga makanan selingan 2x sehari diantara waktu makan seperti : bubur kacang hijau, pisang, biskuit, nagesari dab. <div style="text-align: center;">  </div>	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan makanan yang biasa dimakan oleh keluarga 3 kali sehari yang terdiri dari nasi, lauk pauk, sayur dan buah. • Berikan juga makanan yang bergizi sebagai selingan 2x sehari seperti : = Biskuit = Nagesari • Pemberian makanan selingan dilakukan diantara waktu makan makanan pokok. <div style="text-align: center;">  </div>

 Cuciilah tangan anda sebelum menyiapkan makanan anak.
 Gunakan bahan makanan yang baik dan aman, peralatan masak yang bersih dan cara memasak yang benar.

Anjuran makanan untuk anak dengan DIARE PERSISTEN

- Jika masih mendapatkan ASI, berikan lebih sering dan lebih lama, siang dan malam.
- Jika anak mendapatkan susu selain ASI :
 - gantikan dengan meningkatkan pemberian ASI atau
 - gantikan setengah bagian susu dengan bubur nasi ditambah tempe
 - **Jangan diberi susu kental manis.**
- Untuk makanan lain, ikuti anjuran makan yang sesuai dengan umur anak.



Lampiran 2.1

Formulir Bayi Muda Umur 1 Hari Sampai 2Bulan (MTBM).

Form MTBM Hal. 1/2

No. Register Bayi : _____

Kab. _____ Puskesmas _____ Polindes _____

FORMULIR BAYI MUDA UMUR 1 HARI SAMPAI 2 BULAN

Tanggal : _____
 Nama bayi : _____ Nama Orang-Tua : _____ Alamat : _____
 Umur : _____ Berat badan : _____ gram Suhu tubuh : _____ °C
 Tanyakan: Bayi ibu sakit apa ? _____ Kunjungan pertama ? _____ Kunjungan ulang ? _____

PENILAIAN (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN KEJANG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ada riwayat kejang. • Terdapat tanda/gejala kejang : <ul style="list-style-type: none"> - tremor dengan atau tanpa kesadaran menurun - menangis melengking tiba-tiba - gerakan yang tidak terkendali pada mulut, mata atau anggota gerak - mulut mencucu - kaku seluruh tubuh dengan atau tanpa rangsangan 		
<p>MEMERIKSA GANGGUAN NAPAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Napas berhenti lebih dari 20 detik. • Hitung napas dalam 1 menit. ____ kali/menit. <ul style="list-style-type: none"> - Ulangi jika ≥ 60 kali/menit, hitung napas kedua ____ kali/menit. Napas cepat. - Napas lambat (<30). • Bayi tampak biru. • Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat. • Pernapasan cuping hidung. • Bayi merintih. 		
<p>MEMERIKSA HIPOTERMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu tubuh < 36°C; antara 36°C - 36,4°C. • Seluruh tubuh terasa dingin disertai: <ul style="list-style-type: none"> - mengantuk/letargis. - ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras(sklerema). • Kaki/ tangan terasa dingin disertai gerakan bayi kurang dari normal. 		
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN INFEKSI BAKTERI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi mengantuk/letargis atau tidak sadar. • Ada kejang disertai salah satu tanda/gejala infeksi lainnya. • Ada gangguan napas. • Malas minum/tidak bisa minum dengan atau tanpa muntah. • Ada bagian tubuh bayi berwarna merah dan mengeras(sklerema). • Ubin-ubin cembung. • Suhu tubuh > 37,5°C atau tubuh terasa panas. • Suhu tubuh < 36°C atau tubuh terasa dingin disertai tanda/gejala infeksi lainnya. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Pustul kulit: apakah sedikit atau banyak/parah? • Mata bermanah: apakah sedikit atau banyak? • Nanah keluar dari telinga. • Pustul kemerahan; apakah meluas sampai ke kulit perut atau bermanah? • Pustul berbau busuk? 		
<p>MEMERIKSA IKTERUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi kuning. Kuning, timbul pada 2 hari pertama setelah lahir, • Kuning pada umur 3-<14 hari • Kuning ditemukan pada umur 14 hari atau lebih • Kuning pada bayi lahir kurang bulan • Tinja berwarna pucat. • Kuning sampai lutut/siku atau lebih. 		
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN GANGGUAN SALURAN CERNA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bayi muntah <ul style="list-style-type: none"> - Muntah segera setelah minum. Muntah berulang. Muntah warna hijau. • Bayi gelisah/revuel dan perut kembung atau tegang. • Tereba benjolan masa di perut. • Air liur berlebihan atau keluar terus-menerus. • Bayi belum buang air besar dalam 24 jam terakhir (**). • Periksa lubang anus dengan menggunakan termometer(**). - Tidak terdapat lubang anus. • Ada darah dalam tinja tanpa disertai diare. <p>**) Penilaian ini khusus untuk bayi dalam 48 jam pertama setelah lahir.</p>		



Lampiran 2.2


Form MTBM Hal. 2/2

No. Register Bayi : _____

Kab. _____ Puskesmas _____

Polindes _____

..

PENILAIAN (lingkarilah semua tanda/gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN/PENGOBATAN
<p>APAKAH BAYI MENDERITA DIARE ? Ya _____ Tidak _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sudah diare selama _____ hari • Keadaan umum bayi : <ul style="list-style-type: none"> - Letargis atau tidak sadar. - Gelisah atau rewel. • Mata cekung • Cubitan kulit perut kembalinya : <ul style="list-style-type: none"> - Sangat lambat (> 2 detik) - Lambat • Ada darah dalam tinja tanpa disertai gangguan saluran cerna. 		
<p>MEMERIKSA KEMUNGKINAN BERAT BADAN RENDAH DAN/ATAU MASALAH PEMBERIAN ASI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berat lahir : _____ g*) <ul style="list-style-type: none"> - Bayi lahir sangat kecil atau berat lahir < 2000 g*) - Bayi lahir kecil atau berat lahir 2000 g - < 2500 g*) • Berat badan menurut umur : <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan menurut umur di bawah garis merah (BGM) - Berat badan menurut umur pada pita kuning KMS - Tidak ada masalah berat badan rendah • Bayi tidak bisa minum ASI • Ibu mengalami kesulitan dalam pemberian ASI ? • Apakah bayi diberi ASI ? Ya _____ Tidak _____ <ul style="list-style-type: none"> - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? _____ kali. • Apakah bayi biasanya diberi makanan/minuman lain selain ASI ? Ya _____ Tidak _____ <ul style="list-style-type: none"> - Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? _____ kali. - Alat apa yang digunakan untuk memberi minum bayi ? _____ • Ada luka atau bercak putih (thrush) di mulut • Ada celah bibir/langit-langit <p>-----</p> <p>JIKA BAYI : ada kesulitan pemberian ASI, diberi ASI < 8 kali dalam 24 jam, diberi makanan/minuman lain selain ASI, atau berat badan rendah menurut umur DAN tidak ada indikasi dirujuk ke rumah sakit.</p> <p>LAKUKAN PENILAIAN TENTANG CARA MENETEKI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir ? <ul style="list-style-type: none"> - Jika TIDAK, minta ibu meneteki bayinya. - Jika YA, minta ibu untuk menunggu dan memberitahu saudara jika bayi sudah mau menetek lagi <p>Amati pemberian ASI dengan seksama Bersihkan hidung yang tersumbat, jika menghalangi bayi menetek..</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lihat apakah bayi melekat dengan baik. Dagu bayi menempel payudara ibu - mulut bayi terbuka lebar - bibir bawah bayi membuka keluar - areola bagian atas ibu tampak lebih banyak <p>Tidak melekat sama sekali - tidak melekat dengan baik - melekat dengan baik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lihat apakah posisi bayi benar : Seluruh badan bayi tersangga dengan baik - kepala dan tubuh bayi lurus - badan bayi menghadap ke dada ibunya - badan bayi dekat ke ibunya <p>posisi tidak benar - posisi benar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lihat dan dengar apakah bayi mengisap dalam dan efektif : Bayi mengisap dalam, teratur, diselingi istirahat - hanya terdengar suara menelan <p>Tidak mengisap sama sekali - tidak mengisap dengan efektif - mengisap dengan efektif</p> <p>*) Penilaian ini khusus untuk bayi umur 1 hari - 28 hari.</p>		
<p>MEMERIKSA STATUS KEBUTUHAN PEMBERIAN PROFILAKSIS VIT K1 INJEKSI Ya _____ Tidak _____</p>		<p>Pemberian Vit K1 hari ini _____</p>
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI (lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini) Hepatitis B1 _____ BCG _____</p>		<p>Imunisasi yang diberikan hari ini : _____</p>
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN LAIN</p>		<p>Nasihati ibu kapan harus kembali segera Kembali kunjungan ulang : _____ hari</p>
<p>MEMERIKSA MASALAH / KELUHAN IBU</p>		

(_____)
NIP./NRPTT :



Lampiran 3.1

Tatalaksana Balita Sakit Umur 2 Bulan Sampai 5 Tahun (MTBS)

TATALAKSANA BALITA SAKIT UMUR 2 BULAN SAMPAI 5 TAHUN
(Puskesmas)

Tanggal kunjungan : _____

Nama anak : _____ Umur : _____ Berat badan : _____ kg. Suhu badan : _____ °C

TANYAKAN : Anak ibu sakit apa? _____ Kunjungan pertama? _____ Kunjungan ulang?

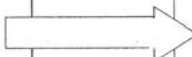

PENILAIAN (lingkarilah semua gejala yang ditemukan)

KLASIFIKASI

TINDAKAN

PENILAIAN (lingkarilah semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN
<p>MEMERIKSA TANDA-TANDA BAHAYA UMUM</p> <ul style="list-style-type: none"> Tak bisa minum atau menetek Memuntahkan semuanya Kejang Letargis atau tidak sadar 	<p>Ada tanda bahaya umum? Ya _____ Tidak _____</p> <p>Ingatlah adanya tanda bahaya umum dalam menentukan klasifikasi</p>	<p>Ingatlah untuk merujuk setiap anak yang mempunyai tanda bahaya umum</p>
<p>APAKAH ANAK BATUK ATAU SUKAR BERNAPAS ? Ya _____ Tidak _____</p> <ul style="list-style-type: none"> Sudah berapa lama _____ hari Hitung napas dalam 1 menit. _____ kali per menit. Napas cepat? Lihat adanya tarikan dinding dada Dengar adanya stridor 		
<p>Apakah Anak Diare ? Ya _____ Tidak _____</p> <ul style="list-style-type: none"> Sudah berapa lama ? _____ hari Apakah ada darah dalam tinja (beraknya berdarah) ? Lihat keadaan umum anak. Apakah Anak : Letargis atau tidak sadar? Gelisah atau rewel? Lihat apakah matanya cekung? Beri anak minum. Apakah : Tidak bisa minum atau malas minum? Haus, minum dengan lahap? Cubit kulit perut. Apakah kembalinya: Sangat lambat (lebih dari 2 detik)? 		
<p>APAKAH ANAK DEMAM ? Ya _____ Tidak _____ (anamnesis/teraba panas/suhu 37,5° C atau lebih)</p> <p>JIKA YA : Tentukan daerah Risiko Malaria : Tinggi, Rendah atau Tanpa Risiko Malaria. Jika daerah Risiko Rendah atau Tinggi atau tanpa risiko Malaria, tanyakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah anak dibawa berkunjung keluar dari daerah ini dalam 2 minggu terakhir? <i>Jika Ya</i>, apakah ke daerah Risiko Rendah atau Tinggi Malaria? Sudah berapa lama anak demam? _____ hari Jika lebih dari 7 hari, apakah demam terjadi setiap hari? Apakah anak pernah mendapat klorokuin dalam 2 minggu terakhir? Apakah anak menderita campak dalam 3 bulan terakhir ? Lihat dan raba adanya kaku kuduk Lihat adakah pilek Lihat tanda-tanda CAMPAK: - Ruam kemerahan di kulit yang menyeluruh dan - Salah satu dari : batuk, pilek atau mata merah. 		<p>Sediaan darah diambil ? ya _____ tidak _____</p>
<p>Jika anak sakit campak saat ini atau dalam 3 bulan terakhir :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lihat adakah luka di mulut <i>Jika Ya</i>, apakah dalam atau luas ? Lihat adakah nanah keluar dari mata Lihat adakah kekeruhan pada kornea 		
<p>Klasifikasikan Demam berdarah jika demam kurang dari 7 hari</p> <ul style="list-style-type: none"> Apakah ada perdarahan dari hidung atau gusi yang berat? Apakah anak muntah? Jika ya: Apakah sering? Apakah muntahnya berdarah atau seperti kopi? Apakah berak berwarna hitam? Apakah ada nyeri ulu hati atau Perhatikan tanda tanda syok : Ujung ekstremitas teraba dingin dan nadi teraba lemah atau tak teraba Lihat adanya perdarahan dari hidung atau gusi yang berat Lihat adanya bintik perdarahan di kulit (petekie) Jika ada dan tidak ada gejala lain dari 		

Lampiran 3.2

PENILAIAN (lingkari semua gejala yang ditemukan)	KLASIFIKASI	TINDAKAN
<p>APAKAH ANAK MEMPUNYAI MASALAH TELINGA ? Ya _____ Tidak _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah ada nyeri telinga ? • Adakah nanah/cairan keluar dari telinga ? Jika ya, sudah berapa lama ? _____ hari • Lihat adanya nanah/cairan keluar dari telinga. • Raba adanya pembengkakan yang nyeri di belakang telinga 		
<p>MEMERIKSA STATUS GIZI DAN ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lihat apakah anak tampak sangat kurus • Lihat adanya keputihan pada telapak tangan. Apakah : Sangat pucat ? Agak pucat ? • Lihat adanya pembengkakan di kedua kaki. • Tentukan berat badan menurut umur. BGM _____ Tidak BGM _____ 		
<p>MEMERIKSA STATUS IMUNISASI ANAK (Lingkari imunisasi yang dibutuhkan hari ini)</p> <p>BCG Hep B1 Hep B2 Hep B3</p> <p>DPT1 DPT2 DPT3 Campak</p> <p>Polio1 Polio2 Polio3 Polio4</p>		<p>Imunisasi yang diberikan hari ini : _____</p>
<p>MEMERIKSA PEMBERIAN VITAMIN A PADA ANAK Dibutuhkan Vitamin A : Ya _____, Tidak _____</p>		<p>Apakah diberikan Vitamin A hari ini? Ya _____ Tidak _____</p>
<p>MENILAI MASALAH/KELUHAN LAIN</p>		
<p>LAKUKAN PENILAIAN PEMBERIAN MAKAN ANAK jika anak ANEMIA atau BGM atau UMUR ANAK < 2 TAHUN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah ibu menetekki anak ini ? Jika ya, berapa kali dalam 24 jam ? _____ kali. Apakah juga menetekki di malam hari ? Ya _____ Tidak _____ • Apakah anak mendapat makanan atau minuman lain ? Jika ya, makanan atau minuman apa ? Ya _____ Tidak _____ <p>Berapa kali sehari ? _____ kali. Alat apa yang digunakan untuk memberi makan/minum anak ? _____</p> <p>Jika kasus BGM : Berapa banyak makanan/minuman diberikan ? _____</p> <p>Apakah anak mendapat makanan tersendiri ? _____. Siapa yang memberi makan dan bagaimana caranya ? _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selama sakit ini apakah ada perubahan pemberian makan ? Ya _____ Tidak _____. Jika ya, bagaimana ? _____ 	<p>Masalah pemberian makan : _____</p>	<p>Nasihat pemberian makan : _____</p>
<p>Nasihati ibu kapan harus kembali segera. Kembali kunjungan ulang : _____ hari</p>		



Lampiran 4


Laporan Penerapan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

LAPORAN PENERAPAN MENEJEMEN TERPADU BALITA SAKIT / MTBS
PUSKESMAS TRIBULAN II TAHUN 2007

NO	JUMLAH YANG DIPERIKSA	JUMLAH YANG DI MTBS	%	BATUK SESAK			DIARE					DEWAM BUKAN MALARIA	CAMPAK	DBD	
				PNEUMONI BERAT	PNEUMONI	BATUK BKN PNEUMONI	DEHIDRASI BERAT	DEHIDRASI RINGAN	TANPA DEHIDRASI	CIARE PERSISTEN	DESENTRI			DEMAM BKN MALARIA	DBD
	165	27		-	1	17	-	-	6	-	-	7	-	-	-

Mengetahui,
Kepala Puskesmas

NIP. 190 170 672

Pengelola Program KIA

NIP. 190 170 888



Lampiran 5

Laporan Penerapan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)

LAPORAN PENERAPAN MANAJEMEN TERPADU BAYI MUDA / MTBM
 PUSKESMAS
 TRIBULAN II TAHUN 2007

NO	JUMLAH YANG DIPERIKSA	JUMLAH YANG DI MTBM	KEJANG	GANGGUAN NAFAS	HYPOTERM			INFEKSI BAKTERI		ALTERASI		GANGGUAN SALURAN CERNA	DAIRI					BB RENDAH / MASALAH PEMERIAN ASI			
					BERAT	SEDANG	SISTEM	MUNDING LOKAL	LOKAL	PATOLOGIS	FISIOLOGIS		DEHIDRASI BERAT	DEHIDRASI RINGAN	TANPA DEHIDRASI	DIARE PERSISTEN	SESETRI	BBR / MSL PEMASI BERAT	BBR / MSL PEMASI BERAT	BB TDK RENDAH TDK ADA MSL	TDK ADA MSL PEB ASI
	129	42	-	-	-	-	-	-	-	-	?	-	-	-	-	-	-	1		91	

Mengetahui,
 Kepala Puskesmas

 NIP.

Fengelola Program KIA

 NIP. 120116.380



Lampiran 6.1

Surat Tugas



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
DINAS KESEHATAN KABUPATEN
 Jalan: Panji No.120 ☎ (0341) - 393732 - 393731 - 393730
MALANG

Nomor : 070/1984/421.101/2007
 Sifat :
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Penelitian

Malang, 4 September 2007
 Kepada
 Yth. Dekan Fakultas Ilmu Administrasi
 Universitas Brawijaya
 Di
 MALANG

Menindaklanjuti surat saudara Nomor : 4230/J10.1.14/PG/2007 Tanggal 24 Juli 2007 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini kami **Memberikan Rekomendasi / Ijin** kepada :

AULIA PREGA ANNA

NIM : 0310310020

Untuk melaksanakan Penelitian dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul :

” PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS MELALUI MTBS (STUDI PADA PUSKESMAS DENGAN CAKUPAN MTBS RENDAH)”.

Lokasi : Puskesmas Wagir Kabupaten Malang
 Waktu : 2 Bulan

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang;
2. Segera melapor kepada pejabat setempat;
3. Setelah selesai harap segera melapor kembali ke Dinas Kesehatan Kabupaten Malang cq. Seksi Perencanaan Program Bidang Penyusunan Program.
4. Surat Rekomendasi / Ijin ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan di atas.

Demikian atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN

 dr. MUHAMMAD FAUZI, MSi
 Pembina Utama Muda
 NIP. 140 172 276

Tembusan Yth.

1. Kepala Puskesmas Wagir

Lampiran 6.2



PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
BADAN KESBANG DAN LINMAS KABUPATEN MALANG
 Jalan KH. Agus Salim No. 7 Telp. (0341) 366260 Fax. 366260
MALANG - 65119

SURAT KETERANGAN

Untuk melakukan Survey / Research/ Magang / KKN

Nomor : 072 / 382- / 421.206 / 2007

Menunjuk : Surat dari Ketua Jurusan Administrasi Publik FIA Universitas Brawijaya Malang Nomor : 3932/J.10.1.14/PG/2007 tanggal 12 Juli 2007 perihal pra survey.

Dengan ini kami TIDAK KEBERATAN dilaksanakannya kegiatan survey, oleh :

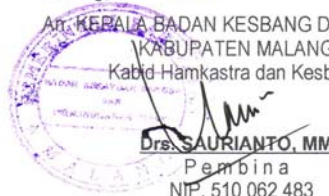
Nama / Instansi : **AULIA PREGA ANA** / Mhs. FIA UNBRAW Malang.
 Alamat : Jl. Mayjen Haryono No. 163 Malang.
 Tema / Survey / Research : Survey.
 Daerah / Tempat kegiatan : Dinas Kesehatan Kabupaten Malang.
 Lamanya : 16 Juli s/d 16 September 2007.
 Pengikut : -

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan Gubernur Jawa Timur Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Propinsi Jawa Timur / Bupati Malang;
2. Sesampainya ditempat supaya melaporkan kepada Pejabat setempat;
3. Setelah selesai mengadakan kegiatan harap segera melapor kembali ke Bupati Malang Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Malang;
4. Surat Keterangan ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut di atas.

Malang, 16 Juli 2007

An. KEPALA BADAN KESBANG DAN LINMAS
 KABUPATEN MALANG
 Kabid Hamkastra dan Kesbang



Tembusan

- Yth. 1. Sdr. ketua Jurusan Administrasi Public FIA Universitas Brawijaya Malang.
 2. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Malang.
 3. Sdr. Mhs ybs.
 4. Arsip



PEDOMAN WAWANCARA

A. Wawancara dengan pengelola bidang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

1. Alur pelayanan MTBS di puskesmas wagir
2. Sistem pelaporan penerapan MTBS
3. Kendala dalam penyusunan laporan

B. Wawancara dengan salah satu pelaksana MTBS

1. Sosialisasi dalam pelayanan MTBS di wilayah puskesmas wagir
2. Alur pelayanan pada ruang praktek masing-masing bidan desa
3. Tujuan dari penerapan MTBS
4. Kelengkapan obat dan alat dalam pelaksanaan MTBS
5. Kebijakan untuk membatasi pelayanan MTBS pada pasien

C. Wawancara dengan orang tua pasien

1. Prosedur pelayanan MTBS di puskesmas wagir
2. Penanganan balita sakit yang lebih disukai oleh orang tua pasien
3. Kebijakan yang mengharuskan orang tua pasien untuk mengisi formulir