

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Indikator derajat kesehatan suatu negara dapat ditunjukkan oleh angka kematian neonatal, kematian bayi dan balita.¹ Angka Kematian Bayi (AKB) ini sangat penting karena tingginya AKB menunjukkan rendahnya kualitas perawatan selama kehamilan, saat persalinan, masa nifas, status gizi dan penyakit infeksi.¹

Data *World Health Organization* (WHO) menunjukkan setiap tahun lebih dari 12 juta anak di negara berkembang meninggal sebelum ulang tahunnya yang kelima. Kematian tersebut 70% diantaranya disebabkan karena pneumonia, diare, malaria, campak, gizi buruk atau kombinasi dari keadaan tersebut di atas.¹

Di Indonesia, berdasarkan Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI 2007), Angka Kematian Neonatal di Indonesia sebesar 19/1000 kelahiran hidup, Angka Kematian Bayi (AKB) mencapai 34/1000 kelahiran hidup, Angka Kematian Balita (AKABA) mencapai 44/1000 kelahiran hidup.¹ Angka tersebut diatas cukup tinggi jika dibandingkan dengan target AKB yang harus dicapai Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) tahun 2009 yaitu 26/1000 kelahiran hidup, dan AKABA yaitu 36/1000 kelahiran hidup.² Data Profil Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur menunjukkan angka kematian bayi tahun 2008 sebesar 32,2/1000 kelahiran hidup, hal tersebut cukup menggembirakan karena telah terjadi penurunan AKB dari tahun 2007 sebesar 32,9/1000 kelahiran hidup. Akan tetapi penurunan tersebut tidak diikuti dengan penurunan kematian balita, kematian balita justru mengalami

peningkatan dari 45/1000 kelahiran hidup tahun 2007 menjadi 46/kelahiran hidup di tahun 2008.³

Permasalahan tingginya angka kematian bayi dan balita harus segera ditangani salah satunya adalah dengan meningkatkan kualitas dan akses pelayanan kesehatan bagi bayi baru lahir, bayi, dan anak balita.¹ Pada tahun 1992 *World Health Organization* (WHO) mulai mengembangkan cara yang cukup efektif serta dapat dikerjakan untuk mencegah sebagian besar penyebab kematian bayi dan balita, yakni melalui program “*Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI)” atau dikenal sebagai program Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) untuk diterapkan dan direplikasikan di negara-negara yang mempunyai AKB di atas 40 per 1000 kelahiran hidup. Hal inilah yang menyebabkan WHO merekomendasikan untuk melaksanakan program MTBS yang diadaptasikan sesuai dengan permasalahan kesehatan bayi dan balita di Indonesia. Indonesia telah mengadopsi pendekatan MTBS sejak tahun 1996 dan implementasinya dimulai tahun 1997.⁴ Di dalam model MTBS pemberi pelayanan adalah Puskesmas.

MTBS merupakan suatu pendekatan keterpaduan dalam tatalaksana balita sakit yang datang berobat ke fasilitas rawat jalan pelayanan kesehatan dasar yang meliputi upaya kuratif, promotif dan preventif yang bertujuan untuk menurunkan AKB dan AKABA karena penyakit tersebut.⁵

Program MTBS dilakukan pada bayi usia 2 bulan sampai dengan 5 tahun.⁴ Selanjutnya untuk menunjang program MTBS, WHO memperkenalkan 1 set buku pedoman MTBS. Buku Pedoman MTBS ini menggunakan suatu bagan yang memperlihatkan langkah-langkah serta penjelasan cara pelaksanaannya, sehingga dapat menilai, membuat klasifikasi, memberi pengobatan, konseling, kunjungan ulang serta pelayanan tindak lanjut.⁶ Inti dari kegiatan MTBS adalah melihat balita secara utuh (komprehensif) sehingga petugas bisa menentukan diagnosa

apakah balita sakit atau tidak serta melaksanakan kebiasaan petugas dalam berfikir terpadu dan menyeluruh.⁷

Penerapan MTBS didahului dengan membangun komitmen di tingkat Kabupaten dengan pelatihan petugas. Petugas yang dilatih yakni dokter spesialis, dokter Puskesmas, bidan, perawat, dimana dokter spesialis sebagai rujukan, petugas Kabupaten (Kasie Kesga) sebagai supervisor, petugas MTBS sebagai tempat pelayanan. Dengan demikian akan terjadi mekanisme pelayanan terpadu yang terintegrasi dan diharapkan akan memberi daya ungkit terhadap penurunan kematian bayi dan balita.⁴ Indikator keberhasilan program MTBS adalah 100% bayi dan balita sakit mendapatkan pelayanan MTBS.⁷

Angka kematian bayi (AKB) di Kabupaten Pasuruan tahun 2007, 2008, 2009 berturut-turut sebesar 6,81/1000 kelahiran hidup, 4,46/1000 kelahiran hidup dan 4,82/1000 kelahiran hidup. Sedangkan kematian balita mengalami kenaikan, adapun rincian kematian balita di Pasuruan tahun 2007 sebesar 5,2/2000 kelahiran hidup, tahun 2008 sebesar 5,4/1000 kelahiran hidup dan tahun 2009 sebesar 6,1/1000 kelahiran hidup. Dari kematian tersebut diketahui penyebab kematian antara lain karena gizi buruk, pneumonia, DBD, diare serta infeksi.^{8,9,10}

Saat ini penerapan MTBS telah mencakup 33 propinsi di Indonesia.¹¹ Sebagai gambaran Puskesmas yang telah berhasil menerapkan MTBS salah satunya adalah Puskesmas Tanah Lot yang terletak di Kalimantan Selatan. Di Puskesmas Tanah Lot keterampilan dan kepatuhan petugas terbilang baik. Tahun 2001 Puskesmas Tanah Lot bisa menurunkan 20% kejadian diare, hal ini karena petugas lebih cepat melakukan pengobatan balita yang terkena dengan berpedoman pada buku bagan MTBS.¹² Contoh lain Puskesmas yang berhasil menerapkan MTBS adalah Puskesmas Ngunut di Kabupaten Tulungagung tahun 2003. Keterampilan dan kepatuhan petugas terbilang baik dalam menerapkan MTBS, setelah penerapan MTBS berlangsung 6 bulan, jumlah kunjungan balita sakit yang dilayani dengan

pendekatan MTBS langsung bisa 100% Karena telah tercapai kelancaran pelayanan, serta diupayakan penambahan jumlah petugas yang dapat menangani secara MTBS.⁷

Program MTBS di Kabupaten Pasuruan dilaksanakan dalam rangka menurunkan kematian bayi dan balita di Kabupaten Pasuruan. Program ini mulai diuji cobakan tahun 2005 dan masih sebatas sosialisasi kepada petugas MTBS belum sampai pelaksanaan di lapangan, hal ini dikarenakan pada waktu tersebut yang menjabat sebagai Kasie Kesga pensiun sehingga program MTBS berhenti, kemudian bulan April 2006 diganti oleh Kasie Kesga yang baru dan mulailah disosialisasikan kembali program MTBS dengan mengadakan pelatihan dimana masing-masing Puskesmas diwakili oleh 1 orang tenaga medis (dokter) dan 2 orang tenaga paramedis (bidan, perawat). Di wilayah Kabupaten Pasuruan sendiri terdapat 33 Puskesmas yang tersebar di 24 Kecamatan. Puskesmas yang menerapkan MTBS mengalami peningkatan, dari 16 Puskesmas (48,48%) tahun 2006, menjadi 17 Puskesmas (51,52%) di tahun 2008.

Cakupan MTBS Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan tahun 2007 adalah 32,91% dan tahun 2008 adalah 30,77%. Dari jumlah tersebut ditemukan kasus antara lain; pneumonia (17,64%), diare (8,65%), infeksi