

Analisis Implementasi Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) Terhadap Kualitas Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit di Puskesmas Kota Padang

Ria Anggraini¹, Finny Fitri Yani², Rosfita Rasyid³

^{1,2,3}Kesehatan Masyarakat, Universitas Andalas, Jl. Limau Manis, Padang Sumatera Barat 25163, Indonesia
Email: anggrainiria272@gmail.com¹, finny_fy@yahoo.com², rosfitarasyid135ros@gmail.com³

Abstrak

Salah satu tujuan pembangunan SDG'S (*Sustainable Development Goals*) tahun 2030 dan Program Nasional Bagi Anak Indonesia (PNBAI) adalah untuk menurunkan angka kematian bayi baru lahir, bayi dan anak balita. Salah satu upaya dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian balita yaitu melalui pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS). Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan *metode purposive sampling* yang di lakukan di puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya. Dengan melihat dari komponen sistem yaitu *input* dan proses. Pengumpulan data pada penelitian dilakukan dengan wawancara mendalam. Pada komponen *input*, yaitu kepatuhan petugas, petugas telah melaksanakan sesuai alur yang ditentukan puskesmas dan mengisi formulir MTBS meskipun belum optimal di karenakan adanya rolling petugas. Sarana dan prasarana, meski di rasa cukup namun masih ada peralatan dan obat yang tidak ada dalam menunjang pelaksanaan MTBS, ruangan belum terpisah. Belum ada pendanaan secara khusus terkait pelaksanaan MTBS. Belum ada penilaian dari hasil supervisi. Monev dilakukan pada saat Lokmin dan belum optimal dilakukan. Belum tersedia mekanisme *punishment* dan *reward*. Pada komponen proses, pada aspek tatalaksana tidak ditemukan mekanisme pemberian konseling pada ibu balita, serta belum adanya *feedback* dari pelaporan pelaksanaan MTBS dari puskesmas.

Kata Kunci: MTBS, kesakitan balita, implementasi, puskesmas

Implementation Analysis Of Integrated Management Of Childhood Illness (IMCI) On Service Quality Of Integrated Management Services Of Childhood Illness in Padang's Public Health Centers

Abstract

One of the development goals of the SDG'S (*Sustainable Development Goals*) in 2030 and the National Program for Indonesian Children (PNBAI) is to reduce the mortality rate of newborns, infants and children under five. One of the efforts to reduce the morbidity and mortality rate of children under five is through the Integrated Management of Toddler Sickness (MTBS) approach. This research is a qualitative research with purposive sampling method which was carried out at Puskesmas of Nanggalo and Lubuk Buaya. By looking at the system components, namely input and process. Data collection in the study was carried out by conducting in-depth interviews. In the input component, namely officer compliance, officers have carried out according to the path determined by the puskesmas and filled out the IMCI form although it is not optimal due to the rolling of officers. Facilities and infrastructure, even though they are considered sufficient, there are still equipment and drugs that are not available to support the implementation of IMCI, the rooms are not separated. There is no specific funding related to the implementation of IMCI. There has been no assessment of the results of supervision. Monev is carried out during Lokmin and has not been optimally carried out. There is no punishment and reward mechanism yet. In the process component, in the management aspect, there is no mechanism for providing counseling to mothers of children under five, and there is no feedback from reporting on the implementation of IMCI from the puskesmas.

Keywords: IMCI, toddler morbidity, implementation, puskesmas

PENDAHULUAN

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

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

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

Secara umum, ada beberapa penyakit utama yang menjadi penyebab kematian bayi dan balita. Pada kelompok bayi (0-11 bulan), dua penyakit terbanyak sebagai penyebab kematian bayi adalah penyakit diare sebesar 31,4% dan pneumonia 24%, sedangkan untuk balita, kematian akibat diare sebesar 25,2%, pneumonia 15,5%, Demam Berdarah *Dengue*

(DBD) 6,8% dan campak 5,8% (Risikesdas, 2017). Salah satu upaya dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian balita antara lain melalui peningkatan keterampilan tenaga kesehatan dalam menangani balita sakit, terutama bagi bidan dan perawat di puskesmas sebagai lini depan pelayanan kesehatan di masyarakat. Peningkatan keterampilan tersebut dilaksanakan melalui pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) (Prasetyawati, 2012).

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

Kota Padang memiliki layanan kesehatan tingkat pertama yaitu sebanyak 23 Puskesmas. Semua Puskesmas telah menerapkan prosedur MTBS dalam pelayanan Balita Sakit. Puskesmas Lubuk Buaya merupakan puskesmas dengan jumlah balita terbanyak di kecamatan Koto Tangah yaitu sebanyak 3.126 balita dengan cakupan pelayanan kesehatan balita sebanyak 2.972 (95,1%) serta memiliki catatan kematian anak sebanyak 12 orang. Hal ini membuat Puskesmas Lubuk Buaya menduduki urutan pertama sebagai puskesmas dengan angka kematian anak paling banyak di Kota Padang

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

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

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

Penelitian yang dilakukan di Puskesmas Jawa Barat menunjukkan bahwa hanya 2/3 Puskesmas yang memberikan pelayanan MTBS pada seluruh balita yang datang ke Puskesmas. Masalah ini berkaitan dengan kekurangan Sumber daya manusia

(SDM) kesehatan yang terlatih MTBS, kurangnya sarana prasarana mendukung termasuk obat/peralatan/infrastruktur, pengawasan, program promosi dalam puskesmas dan rendahnya kesadaran masyarakat tentang pelaksanaan MTBS (Titaley et al., 2014). Firdaus et al. (2013) menyatakan bahwa Implementasi MTBS di Puskesmas Kabupaten Pasuruan kurang berjalan karena tidak semua petugas MTBS mendapatkan pelatihan, jumlah petugas tidak sebanding dengan jumlah balita yang berkunjung, belum adanya alokasi dana yang cukup, supervisi masih bersifat umum serta tidak ada tindak lanjut.

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

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

Berdasarkan hasil penelitian diatas menunjukkan bahwa implementasi pelaksanaan MTBS di Indonesia masih belum sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan. Untuk itu, penulis tertarik untuk melakukan analisis implementasi pelayanan MTBS puskesmas di Kota Padang yaitu di

puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya dengan melihat dari komponen sistem yaitu *input* dan *proses* yang merupakan bagian penting yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan dari pelayanan MTBS itu sendiri.

Berdasarkan masalah di atas, Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis kualitas pelayanan MTBS di Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya.

METODE PENELITIAN

Pendekatan yang digunakan dalam desain penelitian ini ialah metode penelitian kualitatif. Selanjutnya, untuk menggali informasi lebih mendalam terkait implementasi pelayanan MTBS di Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya dilakukan studi kualitatif berdasarkan variabel-variabel yang termuat dalam pendekatan sistem yaitu *input* dan *proses*. Pendekatan kualitatif ini bertujuan untuk menggali informasi lebih mendalam mengenai bagaimana implementasi pelayanan MTBS yang diperoleh dari proses pengumpulan data melalui sumber informan yakni pelaksana MTBS. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Nanggalo Kecamatan Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya. Pemilihan Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya dalam penelitian adalah karena kedua puskesmas tersebut memiliki jumlah angka kematian bayi dan balita cukup tinggi serta adanya perbedaan cakupan pelayanan dibandingkan dengan puskesmas lain di Kota Padang. Dalam penelitian dengan pendekatan kualitatif, informan merupakan istilah pengganti dari populasi pada penelitian kuantitatif. Informan adalah orang yang dapat memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian (Moleong, 2012). Pemanfaatan Informan dalam penelitian ini bertujuan agar dalam waktu yang terbatas peneliti dapat menjangkau banyak informasi. Oleh sebab itu, informan yang dipilih pada penelitian ini merupakan orang yang dapat dipercaya dan kompeten sebagai sumber data yang valid sehubungan dengan objek penelitian. Informasi yang akan dikumpulkan menggunakan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan kepala puskesmas, petugas MTBS (Ka. KIA, dokter, bidan/perawat). Informasi mengenai informan penelitian disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Informan Penelitian

	Informan	Jumlah	Kode
MTBS Puskesmas Nanggalo	Kepala	1	If.1
	Puskesmas		
	Kepala KIA	1	If.2
	Dokter	1	If.3
	Perawat /Bidan	1	If.4
MTBS Puskesmas Lubuk Buaya	Kepala	1	If.5
	Puskesmas		
	Kepala KIA	1	If.6
	Dokter	1	If.7
	Perawat /Bidan	1	If.8

Jenis data yang digunakan pada penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dengan cara melakukan wawancara mendalam dengan petugas pelaksana pelayanan MTBS di puskesmas objek penelitian. Pewawancara dapat memperdalam suatu informasi yang spesifik yang muncul dari informan tetapi tidak terdapat dalam panduan wawancara. Hal ini bertujuan untuk menemukan masalah lebih terbuka dan informan dapat mengemukakan pendapat atau idenya. Sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh dari telaah dokumen yaitu berupa pelaporan pelaksanaan, SOP, dokumen anggaran, dokumen monitoring dan evaluasi, serta data lain yang relevan dengan pelaporan pelaksanaan kegiatan program MTBS di puskesmas.

Selanjutnya, teknik pengumpulan data pada desain penelitian kualitatif menggunakan pendekatan metode triangulasi. Triangulasi merupakan sebuah teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data. Pendekatan metode triangulasi menggunakan triangulasi teknik yakni peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Adapun teknik yang dimaksud ialah sebagai berikut: 1). Pengumpulan data dengan observasi; 2). Pengumpulan data dengan wawancara; 3). Pengumpulan data dengan telaah dokumen.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengambilan data primer kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam (*Indepth Interview*) kepada 8 informan, telaah dokumen dan observasi mengenai

implementasi manajemen terpadu balita sakit di Puskesmas Kota Padang Tahun 2020. Informan pada penelitian ini terdiri dari kepala puskesmas sebagai pimpinan puskesmas, penanggungjawab KIA, Bidan dan dokter pelaksana MTBS. Karakteristik dari informan yang dilakukan wawancara mendalam dapat dilihat pada Tabel 2 dibawah ini:

Tabel 2. Karakteristik Informan Wawancara Mendalam

Kode Informan	Jenis Kelamin	Umur	Jabatan
If.1	Perempuan	38 tahun	Kepala Puskesmas Nanggalo
If.2	Perempuan	38 tahun	Kepala KIA Puskesmas Nanggalo
If.3	Perempuan	37 tahun	Dokter Puskesmas Nanggalo
If.4	Perempuan	35 tahun	Bidan Puskesmas Nanggalo
If.5	Perempuan	37 tahun	Kepala Puskesmas Lubuk Buaya
If.6	Perempuan	45 tahun	PJKIA Puskesmas Lubuk Buaya
If.7	Perempuan	35 tahun	Dokter Puskesmas Lubuk Buaya
If.8	Perempuan	42 tahun	Bidan Puskesmas Lubuk Buaya

Berdasarkan wawancara mendalam kepada informan di Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya bahwa kepatuhan petugas Puskesmas dalam menjalankan standar prosedur MTBS telah dilakukan sesuai pedoman pada buku MTBS (pengisian formulir dan tatalaksana MTBS). Namun, adanya *rolling* petugas MTBS sehingga dapat mempengaruhi kepatuhan petugas maupun kualitas pelayanan dalam menjalankan seluruh prosedur MTBS. Padahal, kompetensi petugas MTBS menjadi hal penting dalam pelaksanaan kepatuhan petugas.

- If.1 "Sosialisasi sudah dilakukan harapannya sudah sesuai prosedur"
- If.2 "Selama pandemi ini, kita melibatkan poli infeksi untuk pelayanan, formulir juga sudah disediakan disana (lokakarya belum semua dilakukan untuk petugas)"
- If.3 "Mulai dari pendaftaran, lalu langsung masuk ke poli anak, dari petugas seperti bidan, anamnesa, pengisian formulir MTBS sampai nanti tata pelaksanaannya"
- If.4 "berpedoman pada buku MTBS"
- If.5 "alurnya memang sesuai format MTBS"
- If.6 "dilaksanakan prosedur yang ada di MTBS"
- If.7 "PJ KIA sudah, namun terkadang digantikan oleh petugas lainnya"
- If.8 "dilakukan sesuai dengan yang diajukan dalam blanko MTBS tersebut"

Kepatuhan petugas dalam menjalankan seluruh prosedur pelaksanaan MTBS merupakan wujud dari pengetahuan dan keterampilan yang memadai oleh petugas tersebut. Pengetahuan merupakan hasil dari suatu pengamatan tentang objek tertentu. Pengetahuan merupakan faktor yang penting untuk sikap dan tindakan seseorang. Pengetahuan meliputi beberapa hal, antara lain: tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi (Notoatmodjo, 2005). Seseorang petugas yang memiliki pengetahuan tentang MTBS, maka petugas tersebut mengetahui, memahami, kemudian dapat mengaplikasikan, menganalisis, menyintesis, dan mengevaluasi penerapan MTBS pada balita sakit.

- If.1 "Sudah tersedia (blanko hingga obat-obatan dasar)"
- If.2 "Obat-obatan disini ada, namun beberapa obat yang tersedia tidak digunakan lagi"
- If.3 "Untuk 100% mendukung itu belum, karena masih banyak sarana dan prasarana yang kurang"
- If.4 "Sarana ada dan mendukung"
- If.5 "Sarana dan prasarana mendukung"
- If.6 "Sudah"
- If.7 "Sudah"
- If.8 "Pemeriksaan fisik kita punya sarana dan prasarana yang disiapkan Puskesmas ditiap-tiap ruangan"

Hasil wawancara mendalam dengan informan mendapatkan bahwa sarana dan prasarana dalam menjalankan standar prosedur MTBS telah cukup tersedia,. Meskipun informan juga menyebutkan bahwa terdapat obat-obatan yang tidak tersedia, peralatan yang dulunya ada namun telah rusak dan hal ini di dukung dengan hasil observasi menggunakan daftar tilik yang di lakukan oleh peneliti terdapat beberapa obat dan peralatan pendukung pelaksanaan MTBS tidak tersedia. Seperti Kapsul Tetrasikline, Tablet Klorokuin, Tablet Primakuin, ACT, dan Suntikan (Penicilin Procain, Artemeter, Phenobarbital).

- If.1 "Dana khusus tidak ada, namun pelayanan pendanaan dari BLUD"
- If.2 "Untuk alat-alat dari BLUD. Namun tiap pemegang program mengajukan ke tim perencanaan dan apa saja yang kurang"
- If.3 "Khusus MTBS tidak ada (keuangan bagian poli anak sudah mencakup untuk MTBS dan remaja)"
- If.4 "diminta langsung ke puskesmas bagian aset"

- ada juga yang langsung disampaikan ke pemegang program anak”.
- If.5 “Jadi sumber pendanaan berasal dari DAK non fisik untuk kegiatan”
- If.6 “Kurang tahu”
- If.7 “Dana khusus tidak ada, namun cetak blanko pendanaan dari BLUD”
- If.8 “dana satkes dari BLUD dan JKN”

Hasil analisis wawancara mendalam terhadap informan menunjukkan bahwa belum ada alokasi pendanaan khusus pelaksanaan MTBS pada tingkat puskesmas. Selama ini mekanisme pendanaan pelaksanaan MTBS di puskesmas dilakukan melalui bagian perencanaan/BAK/BLUD/JKN. Merujuk Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 70 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Masyarakat pasal 10 dinyatakan bahwa pendanaan terhadap penyelenggaraan MTBS-M ini bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara, anggaran pendapatan dan belanja daerah atau sumber lainnya yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Permenkes tersebut menegaskan adanya alokasi pendanaan MTBS dari anggaran daerah. Lebih lanjut, hasil telaah dokumen tidak menemukan anggaran khusus yang digunakan untuk kegiatan pelayanan MTBS.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan menunjukkan bahwa supervisi pelaksanaan prosedur MTBS dilakukan oleh tim audit mutu internal puskesmas dan dilaksanakan pada saat lokmin bulanan/tahunan. Selain itu, supervisi juga dilakukan oleh dinas kesehatan kota padang melalui bimbingan teknis (bimtek) Namun demikian, pelaksanaan bimtek belum optimal karena tidak ada penilaian dan bimtek hanya melalui WA karena mengurangi kontak fisik karena kondisi pandemi covid-19. Padahal supervisi di perlukan agar kompetensi petugas MTBS tetap terjaga sehingga kualitas pelayanan MTBS dapat di tingkatkan. Kondisi ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Suparmi et al. (2018) dimana dari 20 puskesmas yang diteliti secara acak di regional bagian timur didapatkan bahwa sebesar 90% puskesmas telah terlatih MTBS, namun hanya 15% yang dilakukan *monitoring* pasca pelatihan. Hanya 25% puskesmas yang mendapatkan supervisi dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan MTBS.

- If.1 “Awalnya hanya sosialisasi, namun kemudian dilakukan workshop”
- If.2 “Bimtek dari DKK (1- 2 kali setahun) karena kondidi covid hanya di lakukan melalui WA”
- If.3 “Masih kurang”
- If.4 “Ada, namun jarang melakukan penilaian (DKK)”
- If.5 “Ada dari dinas kesehatan kota”
- If.6 “Ada tim mutu, MTBS ini termasuk dalam indikator mutu untuk puskesmas”
- If.7 “supervisi dari BKK, MUTU dan kapus”
- If.8 “Disini kita ada melakukan audit internal oleh tim mutu puskesmas”

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan menunjukkan bahwa monitoring dan evaluasi pelaksanaan prosedur MTBS berupa penyusunan laporan kegiatan setiap bulan. Monev dilakukan pada saat Lokmin dan oleh pimpinan puskesmas. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi tersebut kurang diperhatikan karena terkendala pandemi covid-19. Sedangkan berdasarkan telaah dokumen, tidak ditemukan daftar tilik/checklist tentang monitoring dan evaluasi MTBS. Selain itu, *feedback*/umpan balik laporan dari Dinas Kesehatan Kota Padang juga belum optimal. Kondisi ini tidak jauh berbeda dengan kondisi 20 puskesmas di regional wilayah timur, dimana hanya 20% puskesmas yang mendapatkan *feedback* dari kabupaten/kota.

- If.1 “Dimasa covid kurang diperhatikan, biasanya di lokmin”
- If.2 “Pada laporan bulanan”
- If.3 “Biasa dilakukan 1x3 bulan oleh pimpinan”
- If.4 “lokmin setiap bulan, triwulan maupun setiap tahunnya”
- If.5 “Biasanya dilakukan di lokmin (tetapi sebelumnya pengelola program atau koordinator program memonev terlebih dahulu)”
- If.6 “Rasanya tidak ada. Namun pimpinan juga melakukan kontrol setiap hari”
- If.7 “Penilaian kinerja dilakukan oleh pimpinan”
- If.8 “Evaluasi dilakukan pada saat lokmin”

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan menunjukkan bahwa belum tersedia mekanisme *punishment* dan *reward* pada pelaksanaan khusus MTBS di puskesmas. Puskesmas belum memiliki mekanisme khusus mengenai reward dan punishment bagi petugas MTBS yang telah menjalankan prosedur MTBS sebagaimana mestinya. Sistem reward hanya diberikan secara umum terkait kinerja individu dalam menjalankan tupoksi di puskesmas.

Semestinya, hal ini menjadi penting untuk dilakukan bagi seluruh puskesmas agar seluruh petugas MTBS terdorong dan termotivasi untuk menjalankan seluruh prosedur MTBS sesuai bagan dan buku pedoman MTBS. Temuan penelitian ini juga didukung dengan hasil penelitian Purwanti (2010) di puskesmas Bayumas tahun 2010 dimana puskesmas tidak adanya *reward* terhadap keberhasilan atau *punishment* terhadap pelanggaran pelaksanaan MTBS. Padahal, fenomena dilapangan petugas MTBS juga dibebani dengan beban kerja yang tinggi karena selain pelayanan masih dibebani dengan tugas – tugas administrasi lainnya. Sehingga, mekanisme *reward* semestinya dibutuhkan untuk memotivasi petugas MTBS dalam menjalankan seluruh prosedur.

- If.1 “Kalau terkhususkan untuk MTBS itu tidak ada”
 If.2 “belum ada”
 If.3 “Belum ada”
 If.4 “Selama ini belum ada”
 If.5 “Untuk *punishment* biasanya kami bekerja berdasarkan target”
 If.6 “Selama ini belum ada sistem *reward* yang diberikan oleh pihak puskesmas”
 If.7 “Tidak ada khusus untuk MTBS”
 If.8 “Tidak ada”

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan menunjukkan bahwa Tatalaksana pelaksanaan MTBS dilakukan sesuai lembar MTBS dengan kisaran waktu pelayanan antara 5 – 15 menit untuk setiap pasien yang berobat. Tidak ditemukan jawaban mekanisme pemberian konseling pada ibu balita, pemeriksaan vitamin A dan status imunisasi. Sedangkan berdasarkan telaah dokumen terkait tatalaksana implementasi MTBS di puskesmas Kota Padang Tahun 2020, terdapat buku bagan MTBS yang digunakan sebagai pedoman pelaksanaan MTBS, terdapat alur yang jelas terkait pelayanan anak dan belum adanya Kartu Nasihat Ibu (KNI).

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan menunjukkan bahwa pelaporan pelaksanaan MTBS dilakukan setiap bulan melalui buku register yang kemudian dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kota. Namun demikian, selama ini belum ada *feedback* dari Dinas Kesehatan terkait laporan yang disampaikan. Kondisi ini tidak jauh berbeda dengan kondisi 20 puskesmas di regional wilayah timur, dimana hanya 20% puskesmas

yang mendapatkan *feedback* dari kabupaten/kota.

SIMPULAN

Pada komponen input yakni kepatuhan petugas dalam menjalankan standar prosedur MTBS telah dilakukan sesuai dengan pedoman buku MTBS. Sarana dan prasarana utama maupun penunjang pelayanan MTBS seperti formulir MTBS cukup, obat dan peralatan masih ada yang tidak tersedia, ruangan MTBS masih ada yang tidak terpisah dengan ruangan ibu. Belum ada pendanaan secara khusus terkait pelaksanaan MTBS di Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya. Supervisi pelaksanaan prosedur MTBS telah dilakukan melalui audit internal, kepala puskesmas dan bimtek dari dinas kesehatan kota padang, namun belum optimal dilakukan karena tidak adanya penilaian dan kondisi pandemi covid-19. Pelaksanaan monitoring dan evaluasi prosedur MTBS belum optimal dilakukan. Belum tersedia mekanisme *punishment* dan *reward* pada pelaksanaan khusus MTBS di Puskesmas Nanggalo dan Puskesmas Lubuk Buaya.

Selanjutnya, pada komponen proses disimpulkan bahwa tatalaksana pengklasifikasikan penyakit telah sesuai dilakukan berdasarkan buku pedoman MTBS, Pelaporan pelaksanaan MTBS dilakukan oleh puskesmas setiap hari melalui buku register yang kemudian tiap bulannya dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kota.

Dinas kesehatan perlu menyusun penilaian terkait kegiatan supervisi yang dilakukan di puskesmas. Dinas kesehatan perlu membuat mekanisme umpan balik berdasarkan laporan MTBS dari masing-masing puskesmas. Umpan balik tersebut dilakukan dengan tujuan agar puskesmas memperoleh *feedback* dari hasil pelaporannya. Umpan balik dapat berupa infografis/buletin yang dikhususkan terkait pelaksanaan MTBS.

Puskesmas perlu menyusun pendanaan yang dialokasikan khusus pada pelayanan MTBS di puskesmas. Selanjutnya, puskesmas perlu meningkatkan sarana penunjang pelaksanaan MTBS di tingkat puskesmas. Ketersediaan seluruh obat-obatan di tingkat puskesmas merupakan hal penting untuk terus menekan angka kesakitan dan kematian anak khususnya di Kota Padang. Disisi lain, puskesmas perlu menyusun mekanisme khusus mengenai *reward* dan *punishment* kepada

petugas pelaksana MTBS di tingkat puskesmas. Penelitian selanjutnya agar dapat melakukan penelitian komponen *output* dari implementasi manajemen terpadu balita sakit (MTBS).

UCAPAN TERIMAKASIH

Terimakasih kepada Kepala Puskesmas Nanggalo dan Kepala Puskesmas Lubuk Buaya yang telah memberikan izin penelitian sehingga penelitian ini dapat dilaksanakan. Selanjutnya, terimakasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Padang yang mensupport proses izin pelaksanaan penelitian di puskesmas di Kota Padang.

DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Kota Padang. (2018). Profil Kesehatan Kota Padang Tahun 2018. *Pemerintah Kota Padang*, 53(9), 1689–1699.
- Hasibuan, I. I., L. Namora Lumongga., dan M. T. (2018). Studi Kajian dan Penerapan Kegiatan Mutu Terpadu Balita Sakit di Puskesmas Labuhan Rasoki, Kecamatan Kota Padang Sidempuan Tahun 2018. *Jurnal Kesehatan Ceadum*, 1(3), 52–60.
- Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2017. Badan LitBang. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (n.d.).
- Moleong, L. J. (2012). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Remaja Rosdakarya.
- Prasetyawati, A. (2012). *Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Nuha Medika.
- Purwanti, S. (2010). Analisis Pengaruh Karakteristik Individu, Fasilitas, Supervisi, Dan Motivasi Terhadap Kinerja Petugas Pelaksana Pelayanan Rogram Mtbs (Manajemen Terpadu Balita Sakit) Di Kabupaten Banyumas Tahun 2010. Universitas Jendral Soedirman. *Skripsi*.
- Puspitarini, D., & Hendrati, L. Y. (2013). Evaluasi Pelaksanaan MTBS Pneumonia di Puskesmas di Kabupaten Lumajang Tahun 2013. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 1(2), 291–301.
- Suparmi, S., Maisya, I. B., Rizkianti, A., Sari, K., Rosha, B. C., Amaliah, N., Pambudi, J., Wiryawan, Y., Putro, G., Soekotjo, N. E. W., Daisy, L., & Sari, M. (2018). Pelayanan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) pada Puskesmas di Regional Timur Indonesia. *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 28(4), 271–278. <https://doi.org/10.22435/mpk.v28i4.125>
- Titaley, C., Jusril, H., Ariawan, I., Soeharno, N., Setiawan, T., & Weber, M. (2014). Challenges to the implementation of the integrated management of childhood illness (IMCI) at community health centres in West Java province, Indonesia. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 3(2), 161. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.206732>