

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Angka kematian balita diseluruh negara pada tahun 2011 mencapai 6,9 juta jiwa, tercatat 1900 kematian balita dalam sehari dan 800 kematian balita setiap jam. Sekitar 80% kematian balita terjadi dinegara-negara berkembang. (*World Health Organization, 2012*). Indonesia sebagai salah satu negara yang berkembang mempunyai masalah yang serius secara global tentang angka kematian bayi dan balita. Angka kematian bayi (AKB) di indonesia mencapai 34/1.000 kelahiran hidup, angka kematian balita (AKBA) 44/1.000 kelahiran hidup dan angka kematian anak umur satu sampai lima tahun mencapai 10/1.000 kelahiran hidup (SDKI, 2007).

Millennium Development Goals (MDGS) dalam tujuan yang ke empat menurunkan angka kematian balita (AKBA) hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990-2015. Sehingga pada tahun 2015 dapat mencapai angka kematian bayi menjadi 17/1.000 kelahiran hidup dan angka kematian balita 23/1.000 kelahiran hidup (Dep.Kes RI, Jakarta 2008).

Sebagian besar kematian itu disebabkan oleh penyakit infeksi, Infeksi Saluran Pernafasan (ISPA), diare, malaria, kekurangan gizi dan campak dengan komplikasinya atau gabungan dari penyakit itu (SDKI, 2003).

Penyakit infeksi bakteri, penyakit infeksi saluran pernafasan (ISPA) dan pneumonia pada balita tahun 2008 pada Daerah Istimewa Yogyakarta

(DIY) sebanyak 97.621 kasus. Meliputi pneumonia sebesar 1.388 balita dan non pneumonia 970.233 balita (Dep.Kes Bantul, 2005). Pada tahun 2010 penyakit pneumonia di kabupaten bantul mencapai 434 kasus dan pada tahun 2011 penyakit pneumonia pada balita meningkat menjadi 606 kasus (Profil Kes. Bantul, 2012).

Infeksi bakteri merupakan salah satu penyebab terjadinya diare (Dep.Kes, 2005). Badan statistik menunjukkan bahwa setiap tahun diare menyerang 50 juta penduduk Indonesia dan 2/3 nya adalah pada balita dengan korban meninggal sekitar 600.000 jiwa (Widjaja, 2002). Gejala diare biasanya timbul yang diawali dengan gelisah, nafsu makan berkurang atau tidak ada serta demam (Ngastiyah, 2003).

Wabah demam berdarah dengue (DBD) masih menyerang seluruh daerah di Indonesia, baik daerah perkotaan maupun pedesaan. Wabah DBD juga menyerang pada orang dewasa, anak-anak dan bayi serta balita, sehingga tidak sedikit penderita tersebut meninggal dunia.(Santoso, 2003). Berdasarkan Data Riset Kesehatan Dasar (Rikerdas, 2007) kematian balita di Indonesia akibat demam berdarah (DBD) mencapai 6,8%.

Di Indonesia malnutrisi masih menjadi suatu permasalahan termasuk di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Prevalensi status gizi balita berdasarkan berat badan per tinggi badan (BB/TB) di Daerah Istimewa Yogyakarta menunjukkan prevalensi status gizi balita sangat kurus 2,6% dan kurus 6,5% (KemenKes 2012). Pada tahun 2010 angka kejadian balita gizi buruk berturut-turut di Kabupaten di DIY adalah: Kulonprogo 0,88%, Bantul

0,58%, Gunung Kidul 0,70%, Sleman 0,66% dan kota Yogyakarta 1,01% dari 17.676 balita yang ditimbang (Profil DIY, 2010).

Masalah kekurangan gizi, baik zat gizi makro maupun zat gizi mikro pada bayi dan anak-anak di Indonesia saat ini masih tinggi. Beberapa kasus kekurangan zat gizi mikro mempunyai penyebab yang sama karena kekurangan zat gizi mikro lainnya. Sehingga kekurangan zat gizi mikro yang satu dapat memperburuk kekurangan zat gizi lainnya yang dapat menyebabkan anemia. (Munoz, et al., 2000; Schmidt, 2002; Zlotkin, et al., 2003). Prevalensi anemia pada bayi dan balita di Indonesia mencapai 40,5% (SKRT, 2004).

Upaya *World Health Organization* (WHO) dan Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Dep.kes RI) untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan secara global adalah dengan mengenakan *Sick Child Initiative* (SCI) atau *Intergted Management Of Childhood Illness* (IMCI) yaitu langkah-langkah pengambilan keputusan dalam mengelola anak balita sakit. Dalam usaha meningkatkan cakupan penemuan dan meningkatkan tatalaksana penyakit yang mengancam kehidupan pada anak balita Dep.Kes telah menerapkan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di unit pelayanan kesehatan dasar (Dep.Kes RI, 2008 dan WHO).

Pelayanan kesehatan adalah fungsi yang paling terlihat dari setiap sistem kesehatan, baik untuk pengguna dan masyarakat umum, dimana mencakup semua layanan yang berhubungan dengan diagnosis dan pengobatan penyakit, atau promosi, pemeliharaan dan pemulihan kesehatan

baik layanan kesehatan pribadi dan non-pribadi (WHO, 2012). Pusat kesehatan masyarakat Puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan dasar pada masyarakat dan perawat merupakan salah satu tenaga kesehatan. Dalam pemberian pelayanan kesehatan tersebut ada beberapa program yang dijalankan oleh puskesmas, salah satu adalah programnya adalah pemberantasan penyakit menular. Program ini mempunyai tujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan angka kematian akibat penyakit menular (Dep.kes RI, 2002).

Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) merupakan suatu manajemen melalui pendekatan terintegrasi/terpadu dalam tatalaksana balita sakit yang datang di pelayanan kesehatan, baik mengenai beberapa klasifikasi penyakit, status gizi, status imunisasi maupun penanganan balita sakit tersebut dan konseling yang diberikan (Wijaya, 2009). MTBS mengintegrasikan perbaikan sistem kesehatan, manajemen kasus, praktek kesehatan oleh keluarga dan masyarakat, dan hak anak (Soenarto, 2009).

Klasifikasi bukan merupakan diagnosis penyakit yang spesifik. Setiap klasifikasi penyakit mempunyai nilai suatu tindakan sesuai dengan klasifikasi tersebut. Tiap klasifikasi mempunyai warna dasar, yaitu merah (penanganan segera atau perlu dirujuk), kuning (pengobatan spesifik di pelayanan kesehatan), dan hijau (perawatan di rumah) sesuai dengan urutan keparahan penyakit (Depkes RI, 2008; Surjono, 1998). Tiap klasifikasi menentukan karakteristik pengelolaan balita sakit. Bagan pengobatan terdiri dari petunjuk cara komunikasi yang baik dan efektif dengan ibu untuk memberikan obat

dan dosis pemberian obat, baik yang harus diberikan di klinik maupun obat yang harus diteruskan di rumah. Alur konseling merupakan nasihat perawatan termasuk pemberian makan dan cairan di rumah dan nasihat kapan harus kembali segera maupun kembali untuk tindak lanjut (Surjono , 1998).

Manajemen terpadu balita sakit di kenalkan di Kabupaten Bantul sejak tahun 2001 pemantapan dan pemantauan pelaksanaan baru dimulai pada tahun 2010. Perawat di Kabupaten Bantul belum semuanya mengerti tentang MTBS, masih sedikit yang menerapkan dan tidak mengerti cara penerapannya. Akibatnya penatalaksaaannya tidak tepat sesuai penyakit yang anak derita.

Untuk itu penulis ingin mengetahui tingkat pengetahuan perawat tentang pengklasifikasian penyakit dengan menggunakan format Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Bantul Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah pengetahuan perawat tentang pengklasifikasian penyakit dengan menggunakan format Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) ” di Puskesmas Kabupaten Bantul Yogyakarta

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan perawat dalam pengklasifikasian penyakit dalam format Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya tingkat pengetahuan perawat tentang pengklasifikasian penyakit pneumonia.
- b. Diketuainya tingkat pengetahuan perawat tentang pengklasifikasian penyakit diare.
- c. Diketuainya tingkat pengetahuan perawat tentang pengklasifikasian penyakit demam.
- d. Diketuainya tingkat pengetahuan perawat tentang pengklasifikasian penyakit masalah telinga.
- e. Diketuainya tingkat pengetahuan perawat tentang pengklasifikasian status gizi.
- f. Diketuainya tingkat pengetahuan perawat tentang pengklasifikasian anemia.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi puskesmas

Manfaat penelitian ini dapat mengetahui tingkat pengetahuan perawat puskesmas tentang pengklasifikasian penyakit sehingga dapat memberikan solusi yang tepat.

2. Manfaat bagi peneliti

Penelitian ini dapat menambah ilmu pengetahuan peneliti tentang Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dalam keperawatan anak.

3. Manfaat bagi institusi

Dari hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan kepada institusi tentang pembelajaran keperawatan anak. Sehingga mahasiswa ilmu keperawatan dapat menggunakan format Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) tersebut secara tepat dan benar.

E. Penelitian Terkait

Berdasarkan hasil penelusuran penelitian dengan judul “Tingkat pengetahuan perawat tentang pengklasifikasian penyakit dengan menggunakan format Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) di Puskesmas Kabupaten Bantul Yogyakarta” belum pernah dilakukan, tetapi penelitian yang terkait pernah ada yaitu :

1. Faridah, 2009 “Analisa faktor – faktor yang berpengaruh terhadap motivasi kerja petugas pelaksana manajemen terpadu balita sakit (MTBS) di Puskesmas kota Surabaya” Jenis penelitian *observasional* dengan

metode survey dan pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel 42 orang responden yaitu dokter, perawat dan bidan di Puskesmas Kota Surabaya. Hasil penelitian menunjukkan persepsi kompensasi kurang baik (54,8%), persepsi kondisi kerja kurang baik (47,6%), persepsi kebijaksanaan kurang baik (50%), persepsi supervisi kurang baik (42,9%), persepsi pekerjaan itu sendiri kurang baik (33,3%) dan persepsi motivasi kerja kurang baik (54,8%). Perbedaan dengan penelitian ini adalah berhubungan dengan tingkat pengetahuan perawat secara umum maupun secara peraitem penyakit dalam format (MTBS).

2. Mukaromah, 2005 "hubungan perilaku petugas manajemen terpadu balita sakit dalam program P2ISPA cakupan pneumonia di puskesmas kab. Kebumen "jenis penelitian yang di gunakan adalah *survey explanatory* dengan pendekatan studi *cross sectional*. Sample pada penelitian ini sebesar 25 dari 35 petugas P2_ISPA di Puskesmas Kabupaten Kebumen yang di ambil secara acak. Analisa data digunakan *Chi Square* dengan *Confident interval* (CI) 95%. Perbedaan dengan penelitian ini adalah berhubungan dengan tingkat pengetahuan perawat secara umum maupun secara peraitem penyakit dalam format (MTBS).
3. Faridah (2009) "Analisis Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Motivasi Kerja Petugas Pelaksana Manajemen Terpadu Balita sakit (MTBS) di Puskesmas Kota Surabaya". Jenis penelitian ini menggunakan observasional dengan metode survey pendekatan *cross sectional*. Jumlah sample 42 orang responden yaitu dokter, perawat, dan Puskesmas di kota

Surabaya. Hasil penelitian menunjukkan persepsi kurang baik (54,8%), persepsi kondisi kerja kurang baik (47,6%), persepsi kebijaksanaan kurang baik (50%), persepsi supervise kurang baik (42,9%), persepsi pekerjaan itu sendiri kurang baik (33,3%) dan persepsi motivasi kerja kurang baik (54,8%) hasil analisis bivariante menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi kondisi kerja, persepsi kebijaksanaan dan persepsi supervisi pelaksanaan program MTBS dengan motivasi kerja petugas pelaksana MTBS di Puskesmas Surabaya ($p < 0,05$). Perbedaan dengan penelitian ini adalah berhubungan dengan tingkat pengetahuan perawat secara umum maupun secara peraitem penyakit dalam format (MTBS).