

## Research Article

# Penemuan kasus pneumonia secara pasif dengan pendekatan MTBS pada balita di Puskesmas

*Case study of implementation pneumonia prevention and control program: case finding on the children under five years old at puskesmas by IMCI approach*

Sri Maya Guswahyuni<sup>1</sup>, Djauhar Ismail<sup>1</sup>, Sri Mujiyanto<sup>2</sup>

### Abstract

**Dikirim:**  
7 Mei 2019

**Diterbitkan:**  
25 Juni 2019

**Purpose:** This study aims to evaluate the Prevention and Control program for ARI Pneumonia through pneumonia case finding activities for toddlers in Kerinci District health centers. **Methods:** This study is an evaluation research used qualitative methods with a case study program implementation plan, located at Sungai Tutung Health Center, Kerinci District, Jambi Province, using a logic model program theory with evaluation steps referring to the program evaluation framework recommended by the Center For Disease Control and Prevention. Interviews were conducted on 15 informants including triangular informants. Key informants are primary health care providers who are associated with ARI pneumonia. **Results:** The results of the study, the case-findings of pneumonia cases passively was not optimal because it did not meet the standard of cough testing and IMCI approach. Lack of knowledge, low motivation, and weakness, monitoring, and evaluation from the health office are obstacles to ARI pneumonia programs in addition to budget or funding limitations. **Conclusions:** The recommendation is to allocate a budget for the P2 ISPA program, facilitate the improvement of knowledge and skills for P2 ISPA Primary health care officers, establish cross-program and cross-sector cooperation in expanding the reach of P2 ISPA program in the finding of pneumonia cases in toddlers in health centers.

**Keywords:** case finding; pneumonia; ARI; primary health care

<sup>1</sup> Departemen Biostatistik, Epidemiologi, dan Kesehatan Populasi, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

<sup>2</sup> Departemen Ilmu Kesehatan Anak, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

<sup>3</sup> Pusat Kesehatan Reproduksi, Universitas Gadjah Mada

## PENDAHULUAN

Upaya pokok dalam mencegah kematian anak karena pneumonia antara lain adalah menemukan dan melakukan tatalaksana standar pada kasus pneumonia. Cakupan penemuan pneumonia pada balita di Indonesia sampai dengan tahun 2014 berkisar 20%-30%. Pada tahun 2015 meningkat menjadi 63,5% dan tahun 2016 menjadi 65,27%. Peningkatan ini disebabkan oleh perubahan angka perkiraan kasus yang semula sebesar 10%, kemudian turun menjadi 3,55%. Pada tahun 2017 penemuan pneumonia mencakup 447.431 kasus (46,3%) yang terdiri dari pneumonia berat dan ringan, dan 965.559 dari penemuan tersebut merupakan pneumonia pada balita [1].

Jambi salah satu provinsi yang setiap tahunnya terkena paparan asap akibat kebakaran hutan dan lahan, dan ini tentu sangat mempengaruhi kejadian ISPA di provinsi Jambi. Persentase kasus ISPA di Jambi dalam tiga tahun berturut-turut adalah 30,4 % (2013), 34,1% (2014) dan 35,3% pada tahun 2015 [2]. Pada tahun 2013 penemuan penderita pneumonia di Jambi mencapai 5.489 kasus (17,20 %). Pada tahun 2014 angka tersebut mengalami penurunan, yaitu 4.286 kasus (14,5%), sedangkan pada tahun 2015 meningkat menjadi 6.873 kasus dengan cakupan 21,19% dengan uraian: Kota Jambi 44,1%, Kabupaten Muaro Jambi (40,5%) dan Kabupaten Bungo (34,5%). Penemuan kasus pneumonia terendah terdapat pada Kabupaten Tanjab Timur dan Kabupaten Kerinci yaitu 0% [2].

Menurut Chan dan Lake (2013) diare dan pneumonia memiliki determinan risiko yang sama antara lain cakupan pemberian ASI eksklusif, status gizi rendah, dan BBLR [3]. Di Kabupaten Kerinci, cakupan ASI eksklusif sebesar 46,5%, presentasi bayi dengan BBLR sebesar 7,6%, kejadian diare 1,8%, dan kejadian ISPA 38,8%. Kendati demikian, persentase kejadian pneumonia tidak ditemukan di Kabupaten Kerinci.

Penelitian yang dilakukan oleh Bjonstrad *et al*, 2015 tentang *Determining the quality of IMCI pneumonia care in Malawian children* mendapatkan hasil pelaksanaan IMCI di Malawi sangat rendah. Dari 695 total pengamatan terhadap petugas kesehatan dalam memeriksa pasien, hanya 274 (39,4%) memenuhi kriteria pneumonia IMCI. Dari enam belas indikator pemeriksaan nafas yang dilakukan pada 695 pasien, hanya 6 orang yang dilakukan lengkap sesuai dengan standar pemeriksaan. Diagnosa pneumonia berat yang seharusnya ditegakkan pada 13 orang anak, ternyata hanya 2 orang yang didiagnosa dengan benar. Kesalahan klasifikasi dilakukan petugas kesehatan pada 527 (75,8%) pasien, hanya 168 (24,2%) orang dari 695 pasien yang diperiksa diklasifikasikan dengan benar yaitu pasien yang seharusnya pneumonia tidak diklasifikasikan sebagai pneumonia [4].

Choiriyah & Anggraini (2015) mengevaluasi input sistem surveilans penemuan penderita pneumonia balita

di puskesmas. Mereka mendapatkan hasil bahwa jumlah tenaga P2 ISPA, input berupa ketersediaan sarana dan prasarana, dan metode pelaksanaan surveilans penemuan penderita pneumonia sudah sesuai dengan pedoman yang ada. Hanya, alokasi dana untuk program P2 ISPA belum maksimal [5]. Sedangkan Putriarti dan Suparwati (2015) menganalisis sistem manajemen ISPA di puskesmas. Mereka mendapatkan hasil input dari program P2 ISPA di puskesmas Pegandan belum optimal, terbatasnya jumlah SDM untuk program P2 ISPA, tidak ada pelatihan bagi petugas dan tidak tersedianya sarana KIE di puskesmas serta pedoman yang belum sepenuhnya dipahami oleh petugas [6].

Dari penelitian sebelumnya dapat diketahui bahwa faktor input dan proses sangat berperan dalam pelaksanaan program pokok pencegahan dan pengendalian ISPA pneumonia pada balita. Hingga saat ini belum ada penelitian yang berhubungan dengan pencegahan dan pengendalian ISPA khususnya pada kegiatan penemuan kasus pneumonia di Kerinci. Peneliti berpendapat perlu dilakukan evaluasi program P2 ISPA khususnya pada kegiatan penemuan kasus pneumonia di Kabupaten Kerinci.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan proses pelaksanaan penemuan kasus pneumonia pada balita secara aktif dan pasif di Puskesmas Kabupaten Kerinci, menganalisis hambatan pelaksanaan kegiatan pelaksanaan penemuan kasus pneumonia pada balita di Puskesmas.

## METODE

Penelitian ini adalah penelitian evaluasi menggunakan metode kualitatif dengan rancangan studi kasus implementasi program, menggunakan kerangka teori evaluasi model logika dengan langkah penelitian mengacu *kepada program evaluation framework* yang direkomendasikan oleh Center For Disease Control and Prevention. Wawancara dilakukan kepada 15 orang informan. Informan kunci adalah provider di puskesmas yang terkait pengelolaan program pneumonia, observasi dan telaah dokumen digunakan untuk melengkapi informasi yang telah diperoleh.

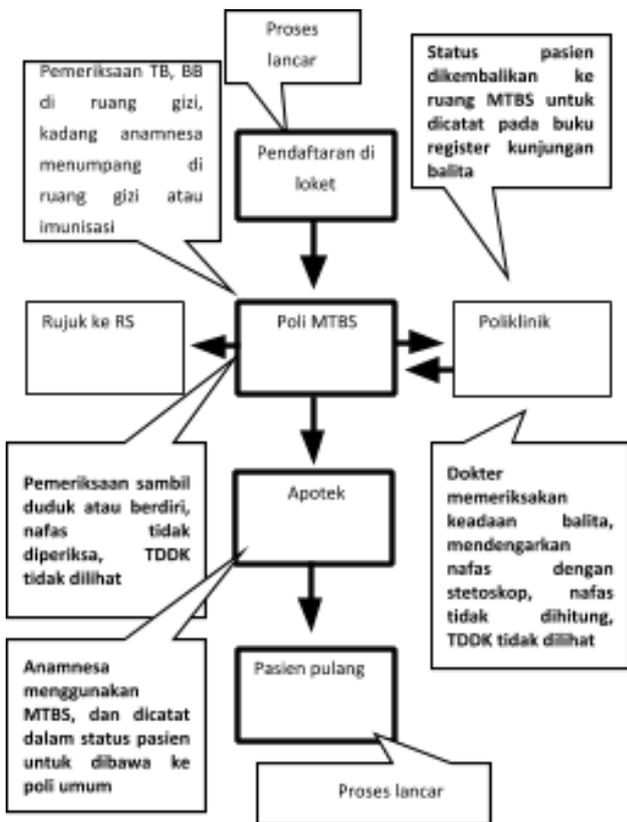
## HASIL

Penelitian dilakukan di puskesmas Sungai Tutung berdasarkan hasil pertemuan dengan stakeholder dinas kesehatan kabupaten Kerinci, karena memenuhi tiga dari lima faktor risiko yang terkait terjadinya pneumonia pada balita yaitu ASI Eksklusif, cakupan imunisasi campak dan kunjungan ISPA. Hasil dari penelitian ini akan ditampilkan hanya lingkup penemuan pneumonia secara pasif.

## Penemuan kasus pneumonia secara pasif

### Alur pelayanan balita sakit

Alur pelayanan balita sakit dimulai dari pendaftaran di loket sampai balita



Gambar 1. Alur pelayanan balita sakit dan kegiatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan di puskesmas

Beberapa pernyataan dari informan mengenai alur pemeriksaan ditampilkan mulai dari pemeriksaan di poli MTBS yaitu sebagai berikut:

*Pertama pasien tu kito timbang, timbang berat badannya, terus dianamnesa hmm hmm catat di formulir MTBS ooo...sudah semuanya kito anamnesa, kalau panas kito ukur suhu badannya, eee...setelah semuanya selesai baru diantar ke ruangan dokter, kayakmano (sambil melihat informan 1) ke poli..poli umum kak. (HF, SH).*

Setelah dilakukan anamnesa terus hasilnya dicatat di formulir MTBS dan status pasien

*catat nama pasien, tanggal lahir, namo ibu, alamat, terus berat badan, tanyo apo keluhannyo, sudah berapo lamo sakitnyo, terus tanyo riwayat imunisasi (SH, HF).*

Formulir MTBS tinggal di poli MTBS, sedangkan status pasien diberikan ke poli dan tidak ada stempel ISPA.

*kami biasonyo MTBS kami kasih kesitu (poli tempat pelayanan balita) terus ini sering hilang, jadi dak ado kami koyak lagi dari sini dak (dilepaskan dari eksamplarnya) (SH, HF).*

Setelah di poli MTBS pasien di ikuti ke poli umum untuk melihat bagaimana pemeriksaan dilakukan, hasil yang didapatkan adalah dokter tidak melakukan penghitungan nafas namun melakukan auskultasi pernafasan menggunakan stetoskop, hal ini diperkuat dari triangulasi dari informasi ibu balita yang mendampingi anaknya.

Timbang berat badan samo tinggi..panjang badan, terus diperikso perutnyo (keluhan balita, batuk, pilek, muntah) (MM).

Ditanyo bae sakit apo, timbang badan di depan (maksudnya ruang gizi) terus diantar ke ruang dokter (poliklinik umum), diperikso dadonyo, alat dimasukkan dalam baju, nasehatnyo jangan makan kerupuk, permen dan banyak minum (DM).

Petugas kesehatan tidak melakukan konseling pada pasien dengan keluhan batuk, bagaimana tanda-tanda kewaspadaan dini bila terjadi pasien sesak nafas. Kemudian diajukan pertanyaan kenapa tidak dilakukan pemeriksaan nafas pada balita batuk, demam, maka jawaban informan sebagai berikut.

*Susah jugo kak..anaknyo tu kadang rewel jadi mak nyo nak cepat pulo (HF)*

*Anak rewel dan tidak ada sesak nafas (TIN, YL)*

*“ya karena balita itu tidak dapat diperiksa, balita harus ditidurkan kadang rewel tempat tidur dipakai sedangkan pasien antri banyak) (SH)*

Observasi dilakukan pada proses pemeriksaan balita sakit oleh petugas MTBS dan dokter pada sepuluh orang balita yang memiliki keluhan utama batuk disertai demam, observasi menggunakan ceklis yaitu, apakah petugas menanyakan tanda bahaya umum, dan memeriksa balita batuk atau sukar bernafas (menghitung nafas dan melihat Tarikan Dinding Dada Kedalam). Hasil observasi ditemukan dari sepuluh orang balita yang diobservasi tidak satupun dilakukan penghitungan nafas dan melihat tarikan dinding dada ke dalam.

Selain alasan susah melakukan pemeriksaan karena anak rewel dan ibu ingin cepat maka ada keadaan lain yang menyebabkan susah dilakukan pemeriksaan nafas yaitu keterbatasan ruangan untuk melakukan pemeriksaan pada balita sakit.

*Yo..disini ruangan sempit jugo, pasien banyak..pasien ibu hamil, pasien balita..jadi payah (susah mau menghitung nafas) (SH)*

*Yo kadang kalau hari rabu kan setelah nimbang numpang sekalian di gizi, dak tu numpang disebelah (ruang imunisasi) kan rabu buka imunisasi (HF)*

Selain itu keadaan ruangan yang sempit juga diperparah dengan hadirnya sembilan orang petugas setiap hari di puskesmas didalam satu ruangan. Keadaan ini karena kebijakan puskesmas dalam mengatasi

keterbatasan ruangan dengan menggabung pelayanan MTBS, KIA dan KB pada satu ruangan. Penanggungjawab puskesmas menyadari bahwa keterbatasan ruangan merupakan kendala dalam memberikan pelayanan yang optimal

Ini sebenarnya banyak yang bisa direkomendasikan ya pertama dari sisi sarana, sarana kan sangat minim. Itu contohnya ruangan persalinan itu sangat tidak layak yang berada di depan WC itu, kecil lagi, ini sangat tidak layak (BA).

### **Alasan mengapa pneumonia tidak ditemukan di puskesmas**

Petugas MTBS mengatakan bahwa pasien sesak nafas dengan gejala pneumonia tidak pernah datang ke puskesmas dan itu bukanlah tanggungjawab mereka mendiagnosa pasien pneumonia atau tidak, mereka hanya melakukan anamnesa saja.

“yo paling batuk-batuk biasa, dak ado yang sampai sesak datang kesini (HF)  
Kami anamnesa bae, dokter yang nemukan (SH)

Sedangkan informan lain mengatakan bahwa karena jarak rumah sakit dengan wilayah kerja puskesmas yang dekat dan fasilitas puskesmas yang kurang memadai membuat pasien langsung membawa anaknya ke rumah sakit, sebagaimana pernyataan berikut.

“tapi kemungkinan masalahnya mungkin orang ni kan karena lebih dekat dengan rumah sakit umum daerah, mungkin kan kalo orang balita ini kan orang pengen cepet lah penanganannya sedangkan kita nggak punya UGD 24 jam gitu kan kak (sambil menunjukan tempat tidur IGD yang bergabung dengan poli) (TIN)  
Kalo pneumoni di puskesmas tu mungkin dak do ditemukan kareno kalo anaknya batuk sesak tu langsung dibawa ke rumah sakit makanya gak ditemukan di puskesmas (YI)

Setelah dilakukan triangulasi kepada salah seorang ibu balita sakit yang berkunjung ke puskesmas maka didapatkan data bahwa pertolongan pertama jika anaknya sakit yaitu mendatangi bidan desa, atau puskesmas, namun jika anak terlihat sesak nafas atau sakit parah ibu akan membawa anaknya langsung ke rumah sakit, sebagaimana kutipan wawancara berikut.

Yo kalau belum parah nian yo biasonyo bawa ke bidan desa gitu, kalau parah nian baru ke rumah sakit (MM).

### **Pencatatan dan pelaporan**

Di Puskesmas Sungai Tutung, untuk pemeriksaan balita sakit, Puskesmas menggunakan formulir MTBS dan lembar status pasien. Formulir MTBS digunakan oleh bidan pada saat pertama kali pasien dilayani dengan menanyakan semua komponen yang ada pada format MTBS. Sedangkan status pasien rawat jalan digunakan

oleh dokter. Alur pelayanannya adalah pasien datang ke ruang KIA. Setelah di-anamnesa pasien diarahkan ke poliklinik umum untuk diperiksa dan diberikan resep obat oleh dokter. Pada saat ke poliklinik, formulir MTBS tidak dibawa namun menggunakan lembar status pasien yang telah disiapkan pada loket pendaftaran. Hal ini didapat dari hasil wawancara, observasi dan pengecekan dokumen rawat jalan. Hasil wawancara sebagai berikut ;

Kami pakai MTBS kak, nanti dicatat disini (status pasien rawat jalan) baru antar ke ibuk (dokter) sudah tu hasilnyo kami salin di register kak (HRF)  
Kami memeriksonyo..sudah semua langsung ke dokter, dokter yang ngasih resep..sudah tu catat diagnosa samo obatnyo disini (catatan kunjungan ruangan MTBS) (SH)

Pada pemeriksaan balita di poli umum, dokter tidak menggunakan stempel ISPA maupun formulir MTBS karena dokter merasa lebih nyaman dan praktis menggunakan status pasien, sebagaimana hasil wawancara berikut.

Kalau di poli kami menggunakan status pasien kak kalo status pasien udah jelas semuanya nanti tuh orangnya nanti yang membawakan kesana (ke poli MTBS kembali), menurut aku ya lebih enak menggunakan status pasien..Iyaa kak kalau MTBS hanya hari itu kan kak jadi ngga bisa lihat perkembangan penyakitnya, kan orang itu gak datang kesini tiap hari kan kak (TIN)

Hasil observasi yang dilakukan formulir status pasien rawat jalan sudah tertera keluhan utama, vital sign, dan ada tempat untuk menuliskan terapi dari dokter dan status ini digunakan secara terus menerus pada pasien yang sama. Sedangkan informasi yang didapat dari penanggungjawab program dinas kesehatan mengatakan bahwa prosedur pemeriksaannya harus menggunakan stempel ISPA, pernyataannya sebagai berikut.

Iyaa ado stempel ispa kan setelahnya melaksanakan MTBS itu kan dikasih stempel ispa, nah itulah yang dikasih ke dokter. Bahwa hasil dari MTBS ini kan dak disitu kan ada lengkap semuanya ada segala macam nah disitulah dokter bisa menegakkan diagnosa (LM).

Dari hasil wawancara juga didapatkan bahwa pada laporan bulanan kunjungan balita sakit tidak ada kolom untuk mencatat hasil klasifikasi pemeriksaan balita sakit. Kolom yang tersedia hanya berupa lampiran kegiatan MTBS yaitu kolom nomor, kegiatan dan desa. Format laporan lainnya juga tidak mengharuskan adanya pencatatan klasifikasi balita batuk.

Laporan yang langsung ISPA ituh dak do yang dengan gejala..pneumoni dan presentasenyo itulah kayak itu, misalnya dak pneumoni 1 dak langsung persentasinyo lah sudah dirumusnyo, kalau laporan poli umum orang tu pakai P-care tu lain pulo diagnosanyo,

payahlah pokoknya. Kalau aku ngambek yang dari MTBS bae karena disitu hasil dari poli kan dicatat jugo di buku register MTBS (YK)

(tidak ada laporan yang langsung ISPA dengan gejala, yang ada pneumonia dan persentasenya, seperti itu, misalnya kan pneumoni 1 jadi persentase sudah langsung ada dirumusnya, kalau laporan di poli umum mereka pakai P-care kalau itu lain pula diagnosanya, susahlah pokoknya, kalau saya ambil yang dari MTBS saja karena disana catatan dari poli juga dicatat di buku register)

Buku register untuk mencatat hasil pemeriksaan balita dari poli umum terdiri dari tanggal datang, nama/ nama orang tua, nomor kartu, jenis kelamin, berat badan, umur, alamat, kode diagnosa, keluhan, terapi, dan keterangan.

Hasil wawancara ini di triangulasikan dengan penanggungjawab program KIA dan program gizi dinas kesehatan tentang hasil pelayanan MTBS di puskesmas dan pelaporannya.

Di puskesmas tu ado laporan PWS KIA yang f (format lampiran) berapa tu Cuma menggambarkan berapa balita yang dilayani MTBS bae, harusnya ado lampiran lagi untuk hasil klasifikasi balita yang dilayani, tapi selamo kakak di dinas (4 tahun) ini dak ado orang puskesmas ngirim itu (EV)

Hasil dari kegiatan penemuan pneumonia secara pasif tidak dapat dicatat di laporan kunjungan MTBS karena format laporannya tidak sesuai.

### **Perilaku masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan**

Perilaku masyarakat di wilayah Puskesmas Sungai Tutung menurut petugas kesehatan yang ada di puskesmas dan masyarakat yang diwawancara mereka datang ke puskesmas pada hari-hari tertentu guna untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. sebagaimana hasil wawancara berikut;

Sini pasien tu paling banyak hari Senin samo Rabu, itu pulo kebiasaan masyarakat sini jadi kalau awak nak penelitian nyari pasien bayak hari Rabu samo Senin lah datang (BA)  
Hari Rabu yang banyak tu karno ado jugo yang mau di imunisasi, dari dulu nian sini Rabu dak tu senin (RD)

Perilaku datang pada hari Rabu ini sudah lama terjadi tapi tidak tahu pasti kapan dimulainya. Alasannya kemungkinan karena pada hari Rabu ada pelayanan imunisasi di puskesmas untuk semua jenis vaksin. Berdasarkan hasil observasi peneliti pada hari Rabu didapatkan kenyataan bahwa pelayanan di ruang KIA, MTBS dan KB (digabungkan jadi satu ruangan) dimulai pada pukul 08.30 wib dan selesai pada pukul 12.00 WIB dengan ibu hamil yang ANC 14 orang dan balita 5 orang. Jumlah pasien total 19 orang, dengan rentang waktu pelayanan 3,5 jam (210 menit) jadi masing-masing orang

mendapatkan waktu 11,05 menit, dimulai dari masuk ruangan, anamnesa pemeriksaan fisik sampai konseling.

### **Pengelolaan petugas yang tidak menguntungkan**

Setiap harinya ada kurang lebih sepuluh orang yang melayani pasien KIA, MTBS dan KB oleh bidan yang ada di puskesmas termasuk bidan desa yang disuruh datang ke puskesmas secara bergantian. Hal ini merupakan kebijakan kepala dinas kesehatan terdahulu dengan alasan bahwa bidan desa juga harus datang ke puskesmas untuk melayani pasien seperti PNS lainnya. Hasil dari wawancara didapatkan sebagai berikut;

Di dalam ruangan ni satu bidan koordinator, 5 bidan desa, KB 1, MTBS 2, awak tengoklah ruangan ni.. banyak isinyo (bidan) 9 orang sehari (SH)  
"jadi 9 kak, o yo ado yang cuti satu kak, (.nama bides) jadi 10 se ruangan (HRF)  
"yo adek-adek ni disuruh masuk 3 kali dalam seminggu piket di puskesmas, ini dari pak (kadis yg sebelum sekarang) dulu..jadi rame lah (RD)

Tujuan awalnya dengan banyaknya petugas kesehatan ini dapat melengkapi kekurangan tenaga dalam pengelolaan pelayanan yang ada di puskesmas.

### **Pengetahuan tentang program ISPA pneumonia**

Berdasarkan hasil wawancara, terdapat fenomena unik yaitu informan menyatakan bahwa belum ada sosialisasi program ISPA. Kendati demikian, terdapat informan lain yang mengatakan bahwa beliau pernah mengikuti pelatihan MTBS. Pelatihan MTBS itu juga bagian dari penemuan kasus pneumonia dan tatalaksana penyakit pada anak. Informasi ini memberi kesan ada hal yang terpisah antara program ISPA dan pelatihan MTBS. Kemungkinan besar penyebab pemeriksaan yang tidak standar adalah kurangnya pengetahuan petugas tentang pneumonia dan program ISPA. Hal ini dapat diketahui dari hasil wawancara berikut.

Sosialisasi program ISPA belum pernah sih kak, tapi MTBS pernah dulu di dinas (TIN)  
Sosialisasi program ISPA dak pernah, MTBS jugo idak (SH)  
Sosialisasi program ISPA pneumonia dari dinas dak ado (ED)

Dari hasil wawancara ini, dilakukan triangulasi kepada pengelola ISPA dinas kesehatan dan pengelola MTBS dinas kesehatan, dengan hasil sebagai berikut :

Kurang paham apo yang menjadi indikator program ISPA (MZ)  
Pelatihan MTBS tiap tahun ado, tahun 2017 ado pesertanyo bidan, tahun 2018 dak ado, cuma provinsi ado ngadakan biaso pesertanyo tim, ado bidan, dokter dan perawat. Di tempat kito ratao-rato semua puskesmas sudah dilatih Cuma yo dak semua bidan, pelaksana peltatihannyo kito (seksi KIA) orang P2 dak pernah ikut (EB)

Dari hasil wawancara dapat diketahui bahwa informan yang pernah mengikuti pelatihan MTBS tidak terpapar dengan program ISPA yang ada di puskesmas.

## **BAHASAN**

### **Alur pelayanan balita sakit**

Pelayanan balita sakit di puskesmas Sungai Tutung sudah sesuai dengan alur pelayanan yang ditetapkan oleh puskesmas, kesenjangan ditemukan hanya pada proses pelayanan di poli MTBS dan poli umum. Konsep alur pelayanan balita sakit di Puskesmas Sungai Tutung adalah, setiap balita sakit harus diperiksa dan dilayani oleh dokter agar kualitas pelayanan tetap terjaga dan pasien merasa puas karena bertemu dengan dokter. Oleh karena itu, pasien balita yang datang ke poli MTBS hanya di-anamnesa, diukur tinggi dan berat badannya kemudian diarahkan ke poli umum. Hal ini hanya akan memperpanjang prosedur pelayanan balita untuk langsung dilayani dokter, karena yang dilakukan di poli MTBS juga bisa dilakukan oleh petugas yang ada di poli umum. Hasil anamnesa yang dilakukan di poli MTBS juga tidak digunakan sebagai penunjang pemeriksaan di poli umum karena tidak ada stempel ISPA atau formulir MTBS yang dikirim ke poli umum sebagai instrumen pendukung pemeriksaan pasien untuk menjangkir pneumonia pada balita. Hal ini mengharuskan dokter untuk kembali melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik pada balita.

Pemborosan waktu pelayanan yang berupa biaya, waktu tambahan tapi tidak menambahkan nilai, gerakan pekerja yang tidak menambahkan nilai, dan proses inspeksi yang terus menerus tanpa menambah nilai dimasukkan kedalam kategori pemborosan yang harus dihindari dalam sebuah produksi [7]. Alur pelayanan kesehatan di puskesmas disusun oleh puskesmas sendiri dengan tujuan memberikan informasi serta kemudahan bagi masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan di puskesmas [8]. Evaluasi pelaksanaan MTBS di Lumajang mendapatkan hasil bahwa alur pelayanan pada salah satu puskesmas belum sesuai dengan pola MTBS serta belum terintegrasinya pelayanan yang diberikan pada balita sakit [9].

### **Pengetahuan petugas kesehatan tentang program ISPA pneumonia**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa petugas kesehatan di puskesmas Sungai Tutung memiliki pengetahuan yang rendah tentang program ISPA pneumonia, petugas MTBS tidak mengetahui bahwa pelaksanaan MTBS merupakan salah satu cara untuk menemukan kasus pneumonia pada balita di puskesmas. Hal ini disebabkan oleh mereka belum pernah mengikuti sosialisasi, maupun pelatihan mengenai program ISPA pneumonia, baik yang dilaksanakan oleh pengelola ISPA puskesmas maupun dari dinas kesehatan. Penelitian

yang dilakukan oleh Sando, Kiswanto dan Almasyah (2018) tentang Pelaksanaan Program Pencegahan dan pengendalian ISPA di puskesmas, menemukan bahwa tidak adanya peningkatan dan pengembangan SDM menyebabkan kurangnya tenaga terlatih, baik untuk tatalaksana pneumonia melalui pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) maupun dalam pelaksanaan autopsi verbal [10]. Sedangkan Prabawa dan Azinar (2018) menyatakan bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan praktik penemuan pneumonia balita oleh bidan adalah pengetahuan, tugas rangkap, lama memegang program dan dukungan kepala puskesmas [11].

Pengetahuan petugas kesehatan tentang program ISPA pneumonia harus ditingkatkan dengan cara memberikan sosialisasi dan/atau pelatihan tentang program ISPA. Pelatihan ini berguna agar petugas kesehatan di puskesmas mengetahui bahwa penemuan kasus pneumonia dapat dilakukan dengan pelaksanaan MTBS. Agar lebih efektif dan komprehensif, pelaksanaan sosialisasi maupun pelatihan sebaiknya dilakukan secara terintegrasi, yaitu dengan menginternalisasikan keterpaduan program ISPA dan KIA melalui pendekatan MTBS. Yarber dkk (2015) melakukan evaluasi tentang pelaksanaan pelatihan untuk meningkatkan kapasitas petugas kesehatan masyarakat dalam mengambil keputusan berbasis bukti. Hasil penelitiannya bahwa 88% responden setuju memperoleh pengetahuan dengan subjek yang baru, sebanyak 85% responden menginginkan peningkatan pengetahuan sesuai dengan pekerjaan mereka, dan 75% responden setuju untuk mengikuti pelatihan apa saja untuk mendukung pengambilan keputusan ilmiah di tempat kerja [12]. Di Kabupaten Kerinci, pelatihan MTBS dilaksanakan setiap tahunnya baik oleh dinas kesehatan kabupaten maupun provinsi. Rata-rata, dari setiap puskesmas sudah ada bidan yang ikut pelatihan MTBS. Penerapan MTBS dengan baik dapat meningkatkan upaya penemuan kasus secara dini, memperbaiki manajemen, dan tatalaksana kasus. Agar pelaksanaan MTBS dapat dilaksanakan dengan baik, maka efektivitas pelatihan perlu dikaji lebih dalam tentang intervensi, sasaran metode dan pengawasan yang lebih ketat [4,12].

### **Motivasi petugas**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tenaga kesehatan di puskesmas Sungai Tutung menunjukkan motivasi yang rendah hal ini disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya yaitu pembagian tugas dan wewenang atau kegiatan program yang belum jelas, adanya penolakan pegawai dalam melaksanakan tugas dan instruksi dari pimpinan puskesmas, serta menempatkan diri pada posisi mengalah untuk menghindari konflik karena tidak puas dengan kinerja teman sejawat. Data ini adalah secara umum yang didapatkan bukan terbatas hanya pada provider P2 ISPA puskesmas. Motivasi yang lebih spesifik

ditujukan kepada petugas kesehatan untuk melakukan pemeriksaan nafas pada balita. Petugas kesehatan tidak melakukan pemeriksaan nafas bukan berarti mereka tidak tahu cara melakukannya namun terlebih karena secara individu, petugas kesehatan tersebut tidak memiliki motivasi untuk melaksanakan tindakan yang sesuai prosedur.

Motivasi dapat diartikan sebagai kesediaan individu dalam menerapkan dan mempertahankan upaya menuju tujuan organisasi. Untuk mendapatkan kinerja yang diinginkan, tidak cukup hanya mengandalkan ketersediaan tenaga dan kompetensi saja. Kinerja sektor kesehatan sangat bergantung pada motivasi tenaga kesehatan, pelayanan kesehatan yang diberikan, efisiensi dan kesetaraan, semua hal ini dapat dilakukan dengan kesediaan tenaga kesehatan atau pegawai dalam melaksanakan tugas mereka [13].

Penelitian yang dilakukan oleh Mbindyo, P. et al (2009) tentang pengaruh kontekstual terhadap motivasi petugas kesehatan di rumah sakit distrik di Kenya, memperoleh hasil bahwa lingkungan kerja yang kondusif dengan manajemen yang efektif dapat memodifikasi dampak kekurangan sumber daya. Dukungan pimpinan dan komunikasi efektif dapat memupuk hubungan kerja yang baik antar petugas kesehatan. Pemberian insentif lokal secara tepat dan pelaksanaan proses penilaian kinerja dapat menangani harapan pekerja dalam hal promosi. Atribut organisasi seperti ini dapat menyelesaikan faktor-faktor terkait demotivasi tingkat nasional seperti skema layanan yang buruk dan motivasi individu untuk selalu mempertahankan standar profesional [14,15]. Motivator utama tenaga kesehatan yang berkaitan dengan tanggung jawab pelatihan disamping gaji, dipengaruhi oleh manajemen kinerja seperti adanya uraian tugas, pengawasan atau supervisi, pendidikan berkelanjutan dan sistem penilaian kinerja [14].

Agar motivasi tenaga kesehatan terbentuk dan dipertahankan dengan baik maka penting untuk diterapkan hubungan komunikasi yang baik antara pimpinan dan staf dengan cara meningkatkan frekuensi dan kualitas pertemuan baik formal maupun informal, dalam konteks pembahasan program maupun masalah kepegawaian. Penunjukan penanggungjawab program berdasarkan kinerja pegawai dan seleksi internal puskesmas dapat menimbulkan rasa bahwa jabatan yang diemban mendapatkan pengakuan dari staf lainnya. Pembinaan dan pengawasan berkala perlu dilakukan oleh tim mutu puskesmas dan eksternal dari dinas kesehatan. Ada mekanisme yang tepat dalam menetapkan poin kinerja pada pembagian dana kapitasi puskesmas, pertimbangan mendapatkan Tunjangan Perbaikan Penghasilan (TPP) untuk pegawai sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan, serta penilaian angka kredit jabatan fungsional yang sesuai dengan kinerja yang diperoleh. Adanya pengembangan karir yang jelas dan

kesempatan dipromosikan berdasarkan prestasi yang dicapai oleh setiap pegawai.

### **Perilaku pemeriksaan nafas**

Perilaku yang tidak sesuai dengan standar pemeriksaan balita batuk ditunjukkan oleh pelaksana MTBS dan petugas pemeriksa balita sakit di puskesmas. Perilaku ini tentu berimplikasi pada target cakupan penemuan kasus pneumonia pada balita secara aktif dan pasif. Alasan tidak melakukan pemeriksaan nafas yang dikemukakan oleh informan adalah karena ruangan pemeriksaan yang tidak nyaman, sempit dan digunakan oleh tiga kegiatan sekaligus yaitu KIA, MTBS dan KB. Dengan demikian, pasien merasa tidak nyaman, rewel, dan ingin segera mengakhiri pemeriksaan. Pemeriksaan balita sering menumpang di ruang gizi atau ruang imunisasi jika antrian pasien menumpuk.

Beberapa penelitian membuktikan bahwa sarana prasarana yang kurang memadai menyebabkan kegiatan dari intensifikasi program ISPA pneumonia tidak berjalan dengan efektif [10]. Penelitian lain menunjukkan hasil yang serupa, yaitu ada hubungan antara sikap, motivasi dan fasilitas dengan kinerja petugas kesehatan [10,16], sedangkan sarana prasarana berpengaruh besar terhadap kualitas pelayanan dan kualitas pelayanan berpengaruh terhadap kepuasan pasien [17].

Oleh karena itu untuk mengatasi masalah sarana ruangan yang tidak memadai dalam pemeriksaan balita karena ruangan MTBS digunakan bersama pasien ibu hamil dan KB, maka untuk mengatasi hal tersebut perlu adanya kebijakan untuk penambahan ruangan jika memungkinkan atau menggabungkan pelaksanaan pelayanan balita pada satu ruangan dengan program yang terkait. Kemungkinan yang dapat dilakukan di puskesmas Sungai Tutung adalah poli MTBS di gabung dengan poli gizi, MTBS digabung dengan poli umum yang melayani anak dan lansia.

### **Pencatatan dan pelaporan**

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa pencatatan dan pelaporan ISPA di puskesmas belum optimal. Hal ini disebabkan oleh kurang lengkapnya sumber input laporan ISPA dari catatan kunjungan pasien di poli MTBS. Catatan kunjungan balita tidak memuat semua informasi yang dibutuhkan dalam aplikasi laporan seperti, informasi mengenai jumlah balita dengan keluhan batuk atau sukar bernafas, jumlah balita yang dihitung nafasnya, dan jumlah balita yang diklasifikasikan pneumonia dan didiagnosa pneumonia. Sedangkan, pada catatan kunjungan informasi yang tersedia hanya nomor, nama, nama orang tua, umur, alamat, jaminan kesehatan, kode diagnosa, dan pengobatan.

Pencatatan dan pelaporan rutin ditujukan untuk menilai perkembangan cakupan kasus pneumonia serta untuk meningkatkan pelayanan pneumonia di

fasilitas pelayanan kesehatan. Pelaporan ISPA juga digunakan sebagai dasar dari perencanaan program tahun berikutnya. Kesukaran bernapas dicatat dalam register puskesmas. Semua balita dengan gejala batuk atau kesukaran bernapas dilakukan perhitungan frekuensi napas dan dilihat ada tidaknya tarikan dinding dada bagian bawah kedalam (TDDK). Dari hasil hitung napas dan TDDK, kemudian dilakukan klasifikasi (pneumonia, pneumonia berat, dan batuk bukan pneumonia) atau didiagnosis berdasarkan manifestasi klinis, hasil perhitungan napas dan ada tidaknya TDDK serta klasifikasi/diagnosis dicatat dalam status penderita, yang kemudian dipindahkan/dicatat kembali dalam register harian ISPA atau register puskesmas [18].

Agar pencatatan dapat memenuhi input laporan ISPA yang diinginkan, perlu dilakukan perbaikan format pencatatan yang memuat indikator pelaporan ISPA dan hasil yang lengkap terhadap pelayanan MTBS. Penelitian yang dilakukan oleh Putriarti, Suparwati dan Wiganti (2015) menyatakan hal berbeda bahwa pencatatan dan pelaporan ISPA terkendala tenaga yang tidak bisa mengoperasikan *software* laporan ISPA [6], sedangkan Aryani, Baroya dan Ariyanto (2018) menyatakan bahwa media KIE, media pencatatan dan pelaporan dan kegiatan pencatatan dan pelaporan tidak berhubungan dengan cakupan penemuan pneumonia [19,20].

#### **Pengelolaan petugas yang tidak menguntungkan**

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan bahwa petugas yang piket setiap hari di poli MTBS berjumlah 9 orang yang terdiri dari 2 orang petugas MTBS, 1 orang petugas KB dan 6 orang bidan untuk pelayanan ANC. Pada hari Rabu dan Senin, 9 orang petugas akan melayani paling sedikit 12 orang pasien dan paling banyak 17-18 orang. Pada hari biasa selain Senin dan Rabu jumlah pasien berkisar antara 5 sampai 9 orang. Teknis pelaksanaannya semua petugas ada dalam ruangan melayani pasien. Khusus untuk petugas MTBS masing-masing petugas melakukan anamnesa kepada pasien. Hal ini akan menyebabkan pasien merasa tidak nyaman karena pasien balita dan pasien ibu hamil dilayani pada waktu bersamaan sehingga balita menjadi rewel dan ibu balita ingin cepat-cepat mengakhiri pelayanan, karena dalam ruangan menjadi ramai.

Penting sekali menjaga ketenangan anak selama pemeriksaan, sebab anak yang menangis atau gelisah bisa mengaburkan tanda-tanda penyakitnya [19]. Pada standar pemeriksaan batuk pada anak hal-hal penting yang harus diperhatikan adalah menjalin komunikasi yang baik dengan ibu agar ibu mengerti apa yang ditanyakan dan dapat menjawab dengan baik, memberikan waktu yang cukup kepada ibu untuk menjawab pertanyaan. Dalam mengemban tugas pokok dan fungsi, perlu disusun pengorganisasian yang jelas di Puskesmas, sehingga setiap karyawan yang memegang posisi baik pimpinan,

Tabel 1. Jadwal Pelayanan Balita di Puskesmas

Hari	Pelayanan balita di puskesmas
Senin	Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
Selasa	MTBS, Imunisasi
Rabu	MTBS
Kamis	MTBS, Pemantauan Tumbuh kembang dan pemberian makanan tambahan
Jumat	MTBS, Penyuluhan dan konseling tumbuh kembang balita
Sabtu	MTBS, Kelas ibu balita

penanggung jawab maupun pelaksana akan melakukan tugas sesuai dengan tanggung jawab dan kewenangan yang diberikan.

Jumlah bidan yang relatif banyak dalam ruangan MTBS, KIA dan KB bisa juga dilibatkan dalam kegiatan lapangan bagi program lain yang membutuhkan untuk menutupi keterbatasan pegawai. Menjalin kerjasama atau kemitraan dengan bidan desa untuk melaksanakan program kesehatan ibu dan anak di wilayah kerja seperti imunisasi, penyuluhan gizi dan kunjungan rumah dapat diterima dengan baik dalam masyarakat [21].

#### **Alasan petugas tidak menemukan pneumonia di puskesmas**

*Perilaku masyarakat memanfaatkan puskesmas pada hari-hari tertentu*

Masyarakat wilayah kerja puskesmas Sungai Tutung lebih banyak datang ke puskesmas pada hari Senin dan Rabu. Hari senin lebih banyak dikunjungi oleh orang dewasa dan lansia. Hari rabu lebih banyak dikunjungi oleh ibu hamil, bayi dan balita. Kebiasaan ini mungkin disebabkan oleh imunisasi di puskesmas dilakukan hari rabu. Secara teknis kebiasaan ini dapat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil dan balita di puskesmas. Upaya untuk mendorong masyarakat agar datang setiap membutuhkan pelayanan kesehatan tanpa melihat hari Senin dan Rabu perlu dilakukan untuk pemerataan kualitas pelayanan dengan cara merubah jadwal kegiatan imunisasi, membuat kegiatan yang berhubungan dengan kesehatan dan pelayanan balita ada setiap hari sehingga timbul keinginan masyarakat untuk datang tanpa melihat hari tertentu. Contoh jadwal pelayanan kesehatan balita di puskesmas terdapat di Tabel 1.

Teori perubahan perilaku kesehatan dengan menggunakan model ekologi. Model ekologi yaitu memungkinkan intervensi atau cara dilakukan pada setiap tingkatan sasaran akan menghasilkan perubahan pola, frekuensi, intensitas maupun perilaku seseorang yang dilakukan secara spesifik yang melibatkan lingkungan<sup>(23)</sup>. Target dari perubahan perilaku secara spesifik ini yaitu melakukan intervensi lingkungan dan pelayanan di puskesmas agar masyarakat dapat berkunjung tanpa memperhatikan hari. Perubahan lingkungan ini harus disosialisasikan dan didukung oleh

berbagai lintas program dan lintas sektor. Pihak yang paling efektif untuk melakukan sosialisasi dan advokasi kepada masyarakat adalah tokoh masyarakat, PKK, dan kader kesehatan. Kader sebagai perantara pelayanan kesehatan masyarakat ditempatkan pada posisi penting karena memahami isu dari masalah kesehatan dan lingkungan sosial masyarakat, kemudian kader juga dapat mengasimilasi program kesehatan kepada sasaran kesehatan dengan baik [24].

#### *Jumlah kunjungan balita di puskesmas sedikit*

Sasaran program ISPA pneumonia di puskesmas Sungai Tutung sebanyak 1.357 balita (10% dari jumlah penduduk) sedangkan target penemuan sebanyak 48 (3,5% dari sasaran) kasus pneumonia. Jumlah desa wilayah kerja puskesmas Sungai Tutung yaitu 17 desa, jika masing-masing desa dibagi rata target penemuan kasus pneumonia pada balita, maka setiap desa mendapatkan 2,82 atau 3 orang balita per desa per tahun. Sedangkan, rata-rata kunjungan balita ke puskesmas perhari berkisar antara 2-3 balita dengan kunjungan terbanyak pada hari Rabu dan Senin mencapai 5-7 balita.

Berdasarkan hitungan jumlah sasaran dibandingkan dengan jumlah kunjungan balita setahun maka, target penemuan pneumonia 3,5% dapat tercapai jika pelaksanaannya optimal. Meskipun demikian upaya lain yang perlu dilakukan untuk mencapai target penemuan balita maka kegiatan lapangan perlu dilakukan dengan mengaktifkan peran serta kader dalam kegiatan Manajemen Balita Sakit Berbasis Masyarakat [22], menjalin kerjasama dengan jejaring puskesmas serta membuat jalur koordinasi penemuan balita sampai ke rumah sakit umum Mayjen H.A.Thalib Kerinci [18].

#### *Masyarakat lebih memilih rumah sakit dibandingkan puskesmas*

Alasan yang dikemukakan oleh tenaga kesehatan tentang tidak ditemukannya pneumonia di puskesmas adalah karena masyarakat langsung membawa anaknya ke rumah sakit jika penyakitnya parah karena jarak antara rumah sakit dengan puskesmas relatif dekat (lama tempuh 15 menit jika menggunakan kendaraan roda dua), dan karena puskesmas tidak memiliki IGD yang memadai. Orang tua terlebih dahulu akan melakukan pengobatan sendiri baik dengan menggunakan obat tradisional maupun obat-obatan yang dibeli dari warung atau apotik ketika penyakit yang diderita anak dirasa ringan berdasarkan asumsi pribadi. Namun apabila sakit yang diderita tergolong sakit berat atau sakitnya masih belum sembuh setelah diobati sendiri, baru akan dibawa ke Puskesmas atau Bidan untuk mendapat pengobatan lebih lanjut. Kemudian orang tua melakukan pencarian pengobatan langsung kepada petugas medis baik Bidan maupun Puskesmas ketika anak mereka mengalami masalah kesehatan baik sakit ringan maupun berat [23].

Hal ini dilakukan karena persepsi dari orang tua yang menganggap bahwa petugas medis yang telah mendapat pendidikan secara formal lebih memiliki kompetensi dalam mengobati sebuah penyakit [24]. Penelitian tersebut sejalan dengan hasil wawancara triangulasi yang dilakukan kepada Informan (MM) bahwa jika anak sakit akan dibawa ke bidan atau perawat yang ada di desanya, kemudian baru di bawa ke puskesmas, jika anak kelihatan penyakitnya parah baru kemudian dibawa ke rumah sakit. Penelitian yang dilakukan oleh Muh. Ryman Napirah, Abd. Rahman, Agustina Tony (2016) menyatakan terdapat hubungan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan persepsi masyarakat tentang kesehatan, tingkat pendidikan dan pendapatan keluarga. Sedangkan persepsi masyarakat tentang kualitas pelayanan tidak berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan [24]. Berdasarkan hasil wawancara informan kunci, jarak ke rumah sakit yang dekat dan IGD yang belum berjalan secara optimal menjadi alasan tidak ditemukannya pneumonia di puskesmas. Hal ini tidak sesuai dengan dua hasil penelitian yang diceritakan sebelumnya, namun bertolak belakang dengan penelitian di Uganda tentang pencarian perawatan anak-anak sakit dengan pneumonia adalah sebanyak 60% orang tua akan mencari rumah sakit untuk perawatan anaknya dan hanya 16-18% yang membawa anaknya ke praktik pribadi, faktor usia anak jika usia anak <2 tahun maka hasil yang didapatkan lebih signifikan dan status anak bungsu. Anak-anak dari rumah tangga yang berada, 9,5 kali lebih mungkin membawa anaknya ke rumah sakit. Tempat tinggal perkotaan-pedesaan tidak secara signifikan terkait dengan pencarian perawatan, setelah mengendalikan usia dan jenis kelamin anak, pengasuh pendidikan dan kekayaan [25]. Angka kematian anak karena pneumonia di Indonesia lebih tinggi pada bayi dibandingkan kelompok umur 1-4 tahun [1], maka tidak ditemukannya pneumonia di puskesmas bukan berarti tidak ada pneumonia dalam masyarakat, karena masyarakat langsung membawa anaknya ke rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan.

## **SIMPULAN**

Implementasi Program P2 ISPA dalam kegiatan penemuan kasus pneumonia secara pasif di puskesmas Sungai Tutung belum berjalan secara optimal karena petugas tidak melakukan pemeriksaan batuk sesuai dengan standar seperti yang tertera pada formulir MTBS. Tidak berjalannya program P2 ISPA pada kegiatan penemuan kasus pneumonia pada balita secara pasif dikarenakan kurangnya pengetahuan petugas karena belum pernah mengikuti pelatihan atau workshop, serta rendahnya motivasi dalam memberikan pelayanan terbaik. Keterbatasan ruangan pemeriksaan balita sakit menyebabkan pemeriksaan tidak dilakukan sesuai standar.

Petugas MTBS dan petugas yang melayani balita sakit sebaiknya mengikuti setiap pelatihan atau workshop yang berkaitan dengan program P2 ISPA di puskesmas serta meningkatkan motivasi dan melaksanakan pelayanan kesehatan balita sakit yang sesuai standar. Penanggungjawab puskesmas seharusnya membuat uraian tugas petugas sesuai dengan kompetensinya dan melakukan evaluasi secara berkala; membuat usulan kepada dinas kesehatan supaya dilakukan workshop atau pelatihan manajemen puskesmas kepada seluruh penanggungjawab program puskesmas; mengoptimalkan sistem pencatatan dan pelaporan program ISPA pneumonia

di puskesmas; dan membuat usulan kepada dinas kesehatan supaya dilakukan workshop atau pelatihan manajemen puskesmas kepada seluruh penanggungjawab program puskesmas. Dinas Kesehatan diharapkan melakukan supervisi, monitoring dan evaluasi program P2 ISPA secara berkala di puskesmas; memfasilitasi peningkatan kemampuan petugas melalui pelatihan atau workshop program P2 ISPA; serta menyusun dan memastikan kesempatan pengembangan karir berjenjang baik dalam jabatan fungsional maupun struktural, sebagai pengakuan prestasi yang telah dicapai pegawai sesuai dengan aturan dan perundangan yang berlaku.

---

## Abstrak

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi program Pencegahan dan Pengendalian untuk Pneumonia ISPA melalui kegiatan penemuan kasus pneumonia untuk balita di pusat kesehatan Kabupaten Kerinci. **Metode:** Penelitian ini adalah penelitian evaluasi yang menggunakan metode kualitatif dengan rencana implementasi program studi kasus, yang berlokasi di Puskesmas Sungai Tutung, Kabupaten Kerinci, Provinsi Jambi, menggunakan teori model program logika dengan langkah-langkah evaluasi mengacu pada kerangka evaluasi program yang direkomendasikan oleh Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit. Wawancara dilakukan pada 15 informan termasuk informan segitiga. Informan kunci adalah penyedia layanan kesehatan primer yang terkait dengan pneumonia ISPA. **Hasil:** Hasil penelitian, temuan kasus pneumonia secara pasif tidak optimal karena tidak memenuhi standar pengujian batuk dan pendekatan IMCI. Kurangnya pengetahuan, motivasi yang rendah, dan kelemahan, pemantauan, dan evaluasi dari dinas kesehatan merupakan hambatan bagi program pneumonia ISPA selain keterbatasan anggaran atau pendanaan. **Simpulan:** Rekomendasi ini adalah untuk mengalokasikan anggaran untuk program P2 ISPA, memfasilitasi peningkatan pengetahuan dan keterampilan untuk P2 ISPA petugas kesehatan primer, membangun lintas program dan kerjasama lintas sektor dalam memperluas jangkauan program P2 ISPA di Temuan kasus pneumonia pada balita di pusat kesehatan.

**Kata kunci:** penemuan kasus; pneumonia; ISPA; perawatan kesehatan primer

---

## PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia 2017. 2018.
2. Dinkes Provinsi Jambi. Profil Kesehatan Provinsi Jambi. 2016. Available: [http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL\\_KES\\_PROVINSI\\_2015/05\\_JAMBI\\_2015.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/profil/PROFIL_KES_PROVINSI_2015/05_JAMBI_2015.pdf)
3. Chan M, Lake A. Integrated action for the prevention and control of pneumonia and diarrhoea. *The Lancet*. 2013. pp. 1436–1437. doi:10.1016/s0140-6736(13)60692-3
4. Bjornstad E, Preidis GA, Lufesi N, Olson D, Kamthunzi P, Hosseinipour MC, et al. Determining the quality of IMCI pneumonia care in Malawian children. *Paediatrics and International Child Health*. 2014. pp. 29–36. doi:10.1179/2046905513y.0000000070
5. Choiriyah S, Anggraini DN. Evaluasi input sistem surveilans penemuan penderita pneumonia balita di puskesmas. 1. 2015;4. doi:10.15294/ujph.v4i4.9689
6. Putriarti RT, Suparwati A, Wigati PA. Analisis sistem manajemen program P2 ISPA di Puskesmas Pegandan Kota. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*. 2015;3: 85–94.
7. Sutherland J. Meningkatkan Produktifitas dua kali lipat dalam waktu setengahnya saja. Sleman Yogyakarta: PT Bentang Pustaka; 2018.
8. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. 2015.
9. Diah Puspitarini, Lucia Yovita Hendrati. Evaluasi pelaksanaan mtbs pneumonia di puskesmas di Kabupaten Lumajang tahun 2013. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 2013;1: 291–301.
10. Sando W, Kiswanto K, Alamsyah A. The Implementation of Diseases Control for Acute Respiratory Infection (DC-ARI) Program's at Sungai Pakning's Public Health Centre, Bengkalis Regency. *Jurnal Kesehatan Komunitas*. 2018;4: 102–111.
11. Prabawa HE, Azinar M. Faktor - faktor yang berhubungan dengan praktik penemuan pneumonia balita oleh bidan. 1. 2017;6: 148–154.
12. Yarber L, Brownson CA, Jacob RR, Baker EA, Jones E, Baumann C, et al. Evaluating a train-the-trainer approach for improving capacity for evidence-based decision making in public health. *BMC Health*

- Services Research. 2015. doi:10.1186/s12913-015-1224-2
13. Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science & Medicine*. 2002. pp. 1255–1266. doi:10.1016/s0277-9536(01)00094-6
  14. Dieleman M, Gerretsen B, van der Wilt GJ. Human resource management interventions to improve health workers' performance in low and middle income countries: a realist review. *Health Res Policy Syst*. 2009;7: 1–13.
  15. Mbindyo P, Gilson L, Blaauw D, English M. Contextual influences on health worker motivation in district hospitals in Kenya. *Implementation Science*. 2009. doi:10.1186/1748-5908-4-43
  16. Wahyudi A, Salham M, Kadri A. Faktor yang berhubungan dengan kinerja petugas kesehatan pelayanan manajemen terpadu balita sakit di Puskesmas Kamonji Kota Palu. *Jurnal Kolaboratif Sains*. 2018;1. doi:10.31934/jom.v1i1.352
  17. Yunari I. Pengaruh sarana prasarana dan kualitas pelayanan terhadap kepuasan pasien (studi pada pasien rawat jalan unit Poliklinik IPDN Jatinangor). 2017 [cited 31 Dec 2019]. Available: <https://www.semanticscholar.org/paper/PENGARUH-SARANA-PRASARANA-DAN-KUALITAS-PELAYANAN-Yunari/dad880b332a72ab84717addf10aa950f8827363b>
  18. Ditjen P2P. Pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi saluran pernapasan akut. 2016.
  19. Ditjen P2PL. Pedoman Tatalaksana Pneumonia Pada Balita. 2015.
  20. Aryani MP, Baroya N, Ariyanto Y. The Implementation of Acute Respiratory Infection (ARI) Controlling Programme and The Coverage of Pneumonia Findings among Under-Five Children. *Unnes J Public Health*. 2018;3: 1–10.
  21. Arifada AY, Rochmah TN. Analisis Sistem Kemitraan dalam Program Imunisasi Berdasarkan Peran Perangkat Desa, Bidan Desa, dan Masyarakat. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. 2015;3: 139–150.
  22. Ditjen Bina Gizi dan KIA. Manajemen Terpadu Balita Sakit Berbasis Masyarakat (MTBS-M). 2014.
  23. Kurniawan A. Perilaku pencarian pengobatan oleh orang tua yang memiliki anak usia balita (studi fenomenologi perilaku pencarian pengobatan oleh orang tua dengan anak usia balita di Desa Karanggedang, Kecamatan Sumpiuh, Kabupaten Banyumas). masters, Universitas Sebelas Maret. 2017. Available: <https://eprints.uns.ac.id/33731/>
  24. Napirah MR, Rahman A, Tony A. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Tambarana Kecamatan Poso Pesisir Utara Kabupaten Poso. *Jurnal Pengembangan Kota*. 2016. p. 29. doi:10.14710/jpk.4.1.29-39
  25. Noordam AC, Carvajal-Velez L, Sharkey AB, Young M, Cals JWL. Correction: Care Seeking Behaviour for Children with Suspected Pneumonia in Countries in Sub-Saharan Africa with High Pneumonia Mortality. *PLOS ONE*. 2015. p. e0126997. doi:10.1371/journal.pone.0126997