



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI MANAJEMEN
SUPERVISI PENCATATAN DAN PELAPORAN
KIA TERPADU DI KABUPATEN
MALANG, PASURUAN DAN PANDEGLANG
TAHUN 2010**

TESIS

**NONY PARMAWATY
0906503143**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JANUARI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI MANAJEMEN
SUPERVISI PENCATATAN DAN PELAPORAN
KIA TERPADU DI KABUPATEN
MALANG, PASURUAN DAN PANDEGLANG
TAHUN 2010**

TESIS

Diajukan sebagaisalah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat

**NONY PARMAWATY
0906503143**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JANUARI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Nony Parmawaty

NPM : 0906503143

Program : Pascasarjana

Tahun Akademik : 2009/2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan Dan
Pelaporan KIA Terpadu di Kabupaten Malang, Pasuruan Dan Pandeglang
Tahun 2010**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 3 Januari 2011



Nony Parmawaty

PANITIA SIDANG UJIAN TESIS MAGISTER
PROGRAM PASCASARJANA UNIVERSITAS INDONESIA

Depok, 3 Januari 2011

Ketua



(Dr. Pandu Riono MPH., Ph.D)

Anggota



(Martya Rahmaniati S.Si., M.Si)



(Popy Yuniar SKM., M.M)



(dr. Kodiat Juarsa M.Kes.)



(dr. Siti Nurul Qomariyah M.Kes)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia.

Depok, 3 Januari 2011

Komisi Pembimbing

Ketua



(Dr. Pandu Riono MPH., Ph.D)

Anggota



(Martya Rahmaniati S.Si., M.Si)

HALAMAN PENGESAHAN

Manuskrip ini diajukan oleh :

Nama : Nony Parmawaty
NPM : 0906503143
Program Studi : Pascasarjana
Judul Tesis : **Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Supervisi
Pencatatan Dan Pelaporan KIA Terpadu di Kabupaten Malang,
Pasuruan Dan Pandeglang Tahun 2010**

Telah sesuai dengan tesis yang disusun dan dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Pascasarjana, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Mengetahui
Pembimbing Utama,



(Dr. Pandu Riono MPH., Ph.D)

Depok, 3 Januari 2011
Yang Menyatakan,



(Nony Parmawaty)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur Penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena dengan rahmat dan karunia-Nya Penulis dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul *Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu Kabupaten* lebih cepat dari waktunya.

Dalam menyusun hasil penelitian ini, tentunya tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Untuk itu Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada dr.Pandu Riono, MPH.,Ph.D., selaku dosen pembimbing akademis atas bimbingan dan perhatiannya sejak dari pembuatan proposal penelitian sampai kepada pembuatan akhir tesis ini.

Penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada ibu Martya Rahmaniati, S.Si.,M.Si., selaku dosen pembimbing dua sekaligus sekaligus dosen penguji pada sidang tesis yang telah memberikan masukan dan saran untuk pembuatan tesis ini. Terima kasih kepada Popy Yuniar M.Kes., M.M., dr.Kodiat Juarsa M.Kes., dan dr.Siti Nurul Qomariyah M.Kes., selaku penguji sidang tesis.

Terima kasih kepada dr.Kodiat Juarsa, M.Kes., kepala Puskesmas Cimanuk selaku dosen pembimbing lapangan atas masukan dan bantuannya dalam hal pengumpulan data dan informasi penting lainnya untuk kesempurnaan penelitian ini. Terima kasih kepada bidan Eva Nurifala Amd., dan seluruh staff Puskesmas Cimanuk yang telah memberika masukan dan tukar pendapat untuk kesempurnaan penelitian ini.

Terima kasih kepada ibu Hj.Eni, selaku kepala seksi Kesehatan Keluarga, Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang, atas bantuan dan kerjasamanya dalam hal pengumpulan data dan informasi penting lainnya.

Kepada kedua orang tua, terima kasih atas kasih sayang, perhatian dan doanya yang tiada henti untuk keberhasilan anak-anaknya. Terima kasih kepada kakak, adik dan seluruh keluarga besar atas kasih sayang dan perhatiannya. Terima kasih untuk dua krucil manisku, Anya dan Tita, yang telah menjadi sumber kebahagiaan dan kekuatan kami, yang dengan kesabaran dan pengertian kekanakannya telah memungkinkan Penulis untuk melaksanakan tugas dan

mencapai cita-citanya. Terima kasih tak terhingga untuk suami tercinta, Bayu Aji, atas restu, kasih sayang, dukungan dan doanya yang terlalu banyak sehingga seluruh proses studi sampai penulisan tesis ini dapat berjalan lancar dan mudah.

Terima kasih untuk seluruh rekan-rekan seperjuangan, calon-calon Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, kekhususan Informasi Kesehatan, yang telah memberikan masukan, tukar pendapat dan dukungan untuk penelitian ini.

Terima kasih untuk seluruh staff pengajar dan staff Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah membantu kelancaran penelitian ini.

Tidak lupa pula Peneliti mengucapkan terima kasih untuk seluruh pihak yang telah membantu kelancaran penelitian ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu. Semoga semua bantuan yang telah diberikan dicatat sebagai amal ibadah dan mendapat balasan yang lebih baik dari Allah SWT.

Penulis menyadari bahwa masih terdapat berbagai kekurangan dalam penulisan akhir penelitian ini. Oleh karenanya, Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan di masa yang akan datang. Semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Depok, 3 Januari 2011

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Nony Parmawaty
NPM : 0906503143
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Program : Pascasarjana Kesehatan Masyarakat
Departemen : Biostat Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

demikian demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan Dan
Pelaporan KIA Terpadu di Kabupaten Malang, Pasuruan Dan Pandeglang
Tahun 2010**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, 3 Januari 2011

Yang Menyatakan,



(Nony Parmawaty)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Nony Parmawaty
Tempat dan Tanggal Lahir : Tangerang, 10 Oktober 1979
Agama : Islam
Alamat Rumah : Perumahan Bumi Parta Wijaya Blok D3
RT/RW Kelurahan Kedaung,
Kecamatan Ciputat, Tangerang Selatan
Alamat Kantor : JHPIEGO Indonesia
Jl. Prapanca Raya No.15, Kebayoran Lama
Jakarta Selatan 12150

Riwayat Pendidikan

2009—2010 : Program Pascasarjana, FKM-UI Peminatan
Informasi Kesehatan, Depok
1998—2002 : Program Sarjana, FKM-UI Peminatan
Kesehatan Lingkungan, Depok
1995—1998 : SMUN 4 Tangerang
1993—1995 : SMPN 1 Tangerang
1987—1993 : SDN 1 Tangerang

Riwayat Pekerjaan

2010—Sekarang : M&E Team Leader. MCHIP Program,
JHPIEGO Indonesia
2010 : Peneliti. PUSKA UI
2006—2010 : M&E Manager. Health Service Program -
USAID
2003—2004 : HSE Coordinator. PT. Pratama Abadi
Industri
2002—2003 : Store Manager. BOSTON Pharmacy,
PT. Matahari Putra Prima

Karya Tulis

- 2010 : “*Strengthening Active Surveillance in MCH-LAM and Local Health Planning Activities at the Community Level 2010*” Studi Kasus kabupaten Malang dan Pasuruan.
- 2002 : Hubungan Variasi Iklim dengan Kasus Malaria di Propinsi Jawa Tengah Tahun 1997—2001



**PROGRAM PASCA SARJANA UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN INFORMASI KESEHATAN**

Tesis, Depok, Januari 2011

Nony Parmawaty

Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu di Kabupaten Malang, Pasuruan dan Pandeglang Tahun 2010

xxii + 104 halaman, 10 tabel, 24 gambar, 10 lampiran

ABSTRAK

Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) adalah alat manajemen untuk memantau program KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat.

Pelaksanaan kegiatan PWS KIA yang telah berjalan selama ini masih bersifat surveilans pasif. Data yang dicatat dan dikumpulkan adalah data hasil surveilans pasif yaitu sasaran dan pelayanan ibu hamil dan bayi pada pelayanan kesehatan saja dan tidak berbasis kewilayahan. Kualitas data yang dijadikan masukan kepada sistem merupakan hal yang juga penting. Masukan data yang diharapkan adalah data yang valid dengan memperkuat aspek penelusuran dan survailans aktif yang dilakukan oleh elemen kesehatan dibantu elemen masyarakat dengan basis wilayah. Dari masukan data yang berkualitas dapat menghasilkan analisis data yang berkualitas. Oleh karenanya maka perlu dikembangkan sistem supervisi sebagai suatu instrumen manajemen yang mengkoreksi dan mengendalikan masukan dan proses yang jelas terkait dengan mutu data. Penguatan sistem supervisi akan menggiring proses pencatatan dan pelaporan dilaksanakan sesuai standar. Bersama dengan instrumen manajemen lainnya, pemantauan dan evaluasi, supervisi menjadi tumpuan perbaikan mutu pelayanan secara berkesinambungan

Metodologi yang digunakan adalah pendekatan sistem yang terdiri dari analisis sistem, perancangan sistem, perancangan basis data dan tahap uji coba. Pengembangan sistem menggunakan data sekunder kabupaten Malang dan Pasuruan. Kemudian sistem yang diajukan diujicobakan di kabupaten Pandeglang untuk mendapat masukan demi kesempurnaan sistem. Analisis data penelitian dilakukan dengan cara penggabungan analisis dari seluruh metode yang dilakukan.

Berdasarkan hasil kajian data sekunder dan hasil wawancara, diketahui bahwa sistem supervisi tingkat desa perlu dikembangkan. Saran dari tingkat desa, puskesmas dan kabupaten mengenai kemungkinan pengembangan sistem telah dimanfaatkan untuk melihat kemungkinan penggunaan sistem dan penyempurnaan sistem.

Pada sistem yang diajukan, supervisi dilakukan dengan menggunakan daftar tilik dengan tahap kegiatan yang terdiri dari orientasi, kajian mandiri, verifikasi, rencana tindak lanjut perbaikan dan evaluasi hasil. Informasi daftar tilik kemudian dimasukkan ke aplikasi perangkat lunak untuk diolah datanya. Hasil pengolahan perangkat lunak akan memberikan informasi wilayah prioritas berdasarkan tingkat kepatuhan yang ditunjukkan dengan kode warna tertentu.

Penelitian yang telah dilakukan di tiga kabupaten terpilih telah menghasilkan rancangan sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu di kabupaten yang dapat mengoreksi dan mengendalikan input dan proses yang dapat menghasilkan data dan informasi yang berkualitas sehingga diharapkan dapat membantu meningkatkan sistem perencanaan program KIA.

Daftar Bacaan : 40 (1997—2009)

Kata kunci: supervisi, sistem informasi, pemantauan wilayah setempat, KIA

**UNIVERSITY OF INDONESIA POSTGRADUATE PROGRAM
THE FACULTY OF PUBLIC HEALTH
PUBLIC HEALTH SCIENCE STUDY PROGRAM
HEALTH INFORMATION MAJOR**

Thesis, Depok, January 2011

Nony Parmawaty

Developing the District Level Management Information System on
Integrated MCH Recording and Reporting Supervision in Malang,
Pasuruan and Pandeglang District in 2010

xxii + 104 pages, 10 tables, 24 figures, 10 appendices

ABSTRACT

Maternal and Child Health Local Area Monitoring (MCH - LAM) is a management tool to monitor the MCH program continuously in a particular area for immediate and appropriate follow up. The current LAM activities are still passive surveillance. Data collected through passive surveillance record pregnant women and newborn; the data are facility-based, not area-based. Data quality that serve as input for the system is also important. Input data are expected to be valid to strengthen active surveillance and tracking by health providers and community members in the area. Quality input will generate quality analysis. Therefore it is considered necessary to develop a supervision system as one of the management tool to correct and control inputs and process to provide quality data. Stronger supervision system will align recording and reporting to comply to standard. Together with other management tool, the monitoring and evaluation tool, supervision become the core of continuous quality improvement in health services.

Methodology used in this study is system approach that consists of system analysis, system design, database design and pilot testing. Development of the system uses secondary data from Malang and Pasuruan districts. The system was

then pilot tested in Pandeglang district to get input for finalization. Data were analyzed by combining all analysis result from the methodologies used in this study. Secondary data review and in-depth interview found that recording and reporting system at village level should be developed. Input from village, puskesmas and district levels on system feasibility has been utilized to see possibility of usage and refinement of the system.

In the proposed system design, supervision is conducted using checklist containing steps of activities including orientation, self-assessment, verification, plan of action and continuous result evaluation. Information from the checklist is inputted into the software for data processing. The software output will yield information on priorities areas based on compliance result shown in color coding.

The study was conducted in three districts and produced design of district level integrated MCH recording and reporting supervision system. The system is useful to correct and control input and process of recording and reporting mechanism and will produce valid data and information to improve maternal and neonatal program planning.

References : 40 (1997—2009)

Keyword: supervision, information system, local area monitoring, MCH

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	
PERNYATAAN PERSETUJUAN	
KATA PENGANTAR	
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH AKADEMIS	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
ABSTRAK	
DAFTAR ISI	
DAFTAR TABEL	
DAFTAR GAMBAR	
DAFTAR SINGKATAN	
DAFTAR LAMPIRAN	

BAB I	PENDAHULUAN	
1.1	Latar Belakang	1
1.2	Rumusan Masalah	
1.2.1	Permasalahan Kesehatan Masyarakat	4
1.2.2	Permasalahan Sistem Informasi Kesehatan.....	5
1.3	Pertanyaan Penelitian	6
1.4	Tujuan Penelitian	
1.4.1	Tujuan Umum	6
1.4.2	Tujuan Khusus	6
1.5	Manfaat Penelitian	
1.5.1	Manfaat Bagi Program KIA	7
1.5.2	Manfaat Bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat	7
1.6	Ruang Lingkup Penelitian	7
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	
2.1	Kontes Sistem Informasi Kesehatan dan Aktif Surveilans	8
2.2	Program Kesehatan Ibu dan Anak	
2.2.1	Prinsip Pengelolaan Program KIA	14
2.2.2	Program KIA Terpadu Kabupaten Malang dan Pasuruan.....	14
2.2.3	Indikator Pemantauan Program KIA	16
2.3	Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)	
2.3.1	Pengertian PWS-KIA.....	23
2.3.2	Tujuan PWS-KIA.....	23
2.4	Sistem Pencatatan dan Pelaporan Tingkat Puskesmas (SP2TP)	
2.4.1	Pengertian SP2TP.....	24

2.4.2	Ruang Lingkup SP2TP	25
2.4.3	Mekanisme Pencatatan SP2TP	25
2.4.4	Mekanisme Pelaporan SP2TP	26
2.5	Supervisi Fasilitatif Program KIA	
2.5.1	Pengertian Supervisi Fasilitatif	27
2.5.2	Bidan Koordinator sebagai Penyelia Fasilitatif	27
2.5.3	Langkah Supervisi Fasilitatif	28
2.6	Gerakan Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga	
2.6.1	Pengertian dan Tujuan PKK	30
2.6.2	POKJA IV PKK	30
2.6.3	Administrasi PKK	31
2.7	Posyandu	
2.7.1	Pengertian dan Tujuan Posyandu	31
2.7.2	Sistem Informasi Posyandu	32
2.8	Sistem Informasi	
2.8.1	Sistem	32
2.8.2	Informasi	33
2.8.3	Sistem Informasi Manajeme.....	35
BAB III	KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1	Kerangka Konsep Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan Program KIA Terpadu	37
3.2	Definisi Operasional	
3.2.1	Masukan	38
3.2.2	Proses	40
3.2.3	Keluaran	40
BAB IV	METODOLOGI PENGEMBANGAN SISTEM	
4.1	Entitas Sistem	
4.1.1	Entitas Sumber	41
4.1.2	Entitas Proses	42
4.1.3	Entitas Tujuan	42
4.2	Metodologi Pengembangan Sistem	
4.2.1	Tahap Analisis Sistem	43
4.2.2	Perancangan Sistem	44
4.2.3	Perancangan Basis Data	45
4.2.4	Tahap Uji Coba	45
4.3	Lokasi dan Waktu Penelitian	46
4.4	Sumber Informasi Penelitian	
4.3.1	Pengumpulan Data	47
4.3.2	Instrumen Pengumpulan Data	49
4.3.3	Pengolahan dan Analisis Data	50
4.5	Matriks Kebutuhan Informasi	50

BAB V	HASIL PENELITIAN	
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	
5.1.1	Gambaran Umum Kabupaten Malang dan Pasuruan	52
5.1.2	Gambaran Umum Kabupaten Pandeglang	53
5.2	Sistem Yang Berjalan	
5.2.1	Pencatatan dan Pelaporan Data	57
5.2.2	Pengolahan dan Analisis Data	60
5.2.3	Tindak Lanjut	61
5.2.4	Sistem Supervisi	62
5.2.5	Pemanfaatan Data	62
5.3	Analisis Kebutuhan Sistem	64
5.4	Peluang Pengembangan Sistem	65
5.5	Pengembangan Sistem Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu	
5.5.1	Prinsip Dasar Kegiatan Supervisi	69
5.5.2	Tujuan Kegiatan Supervisi	70
5.5.3	Daftar Tilik Supervisi	70
5.5.4	Tahap Kegiatan Supervisi	72
5.5.5	Sumber Data Supervisi	74
5.6	Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu	
5.6.1	Alur Organisasi Sistem	74
5.6.2	Diagram Alir Sistem	75
5.6.3	Diagram Alir Data	76
5.6.4	Rancangan Aplikasi Sistem	78
BAB VI	PEMBAHASAN	
6.1	Analisis Sistem Yang Berjalan	
6.1.1	Pencatatan dan Pelaporan Data	86
6.1.2	Pengolahan dan Analisis Data.....	87
6.1.3	Tindak Lanjut	87
6.1.4	Sistem Supervisi	88
6.1.5	Pemanfaatan Data	90
6.2	Pengembangan Sistem Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu	
6.2.1	Prinsip Dasar Kegiatan Supervisi	90
6.2.2	Tahap Kegiatan Supervisi	91
6.2.3	Sumber Data Supervisi	92
6.3	Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu	
6.3.1	Analisis Organisasi	93
6.3.2	Rancangan Aplikasi Sistem	94
6.3.3	Kelebihan dan Kelemahan Sistem.....	95

BAB VII	KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1	Kesimpulan	97
7.2	Saran	98
DAFTAR PUSTAKA	101



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Lokasi Penelitian	47
Tabel 4.2	Responden Terpilih Studi Kasus	48
Tabel 4.3	Responden Terpilih Uji Coba Sistem	49
Tabel 4.4	Matriks Kebutuhan Informasi	51
Tabel 5.1	Karakteristik Kesehatan Kabupaten Malang dan Pasuruan Tahun 2009.....	53
Tabel 5.2	Fasilitas Kesehatan Kabupaten Pandeglang Tahun 2009	54
Tabel 5.3	Karakteristik Kesehatan Kabupaten Pandeglang dan Kecamatan Cimanuk Tahun 2009	56
Tabel 5.4	Peluang Pengembangan Sistem	66
Tabel 5.5	Hasil Wawancara Mendalam	67
Tabel 6.1	Jumlah Indikator Pencatatan dan Pelaporan di Dalam Daftar Tilik Supervisi Fasilitatif Program KIA.....	89



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Program KIA Terpadu Kabupaten	15
Gambar 2.2	Modul Sistem	33
Gambar 2.3	Pengolahan Data Menjadi Informasi	34
Gambar 2.4	Hubungan Data dan Tujuan Organisasi	36
Gambar 3.1	Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu	38
Gambar 4.1	Entitas Pengembangan Sistem Manajemen Informasi Pencatatan dan Pelaporan Program KIA Terpadu	41
Gambar 4.2	Kebutuhan Bertahap Pengembangan Sistem	43
Gambar 4.3	Tahapan SDLC Menurut Pressman	43
Gambar 5.1	Wilayah Kabupaten Malang dan pasuruan, Propinsi Jawa Timur.....	52
Gambar 5.2	Wilayah Kabupaten Pandeglang, Propinsi Banten	54
Gambar 5.3	Alur Pencatatan dan Pelaporan Data KIA Kabupaten	59
Gambar 5.4	Sistem Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu	69
Gambar 5.5	Rangkaian Kegiatan Supervisi	72
Gambar 5.6	Alur Organisasi Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu	75
Gambar 5.7	Diagram Alir Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu	76
Gambar 5.8	Diagram Alir Data Tingkat Nol Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu	77
Gambar 5.9	Diagram Alir Data Tingkat Dasar Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu	78
Gambar 5.10	Tampilan Menu Utama Perangkat Lunak	79
Gambar 5.11	Tampilan Menu Masukan Per Desa Untuk Enam Siklus Supervisi.....	80
Gambar 5.12	Tampilan Form Masukan Data Supervisi Per Desa Per Siklus	81
Gambar 5.13	Tampilan Menu Lihat Data Untuk Memilih Nama Desa dan Jenis Siklus	82
Gambar 5.14	Tampilan Keluaran Menu Lihat Data	83
Gambar 5.15	Tampilan Keluaran Hasil Rekapitulasi Dalam Bentuk Tabel	84
Gambar 5.16	Tampilan Keluaran Hasil Rekapitulasi Dalam Bentuk Grafik	85

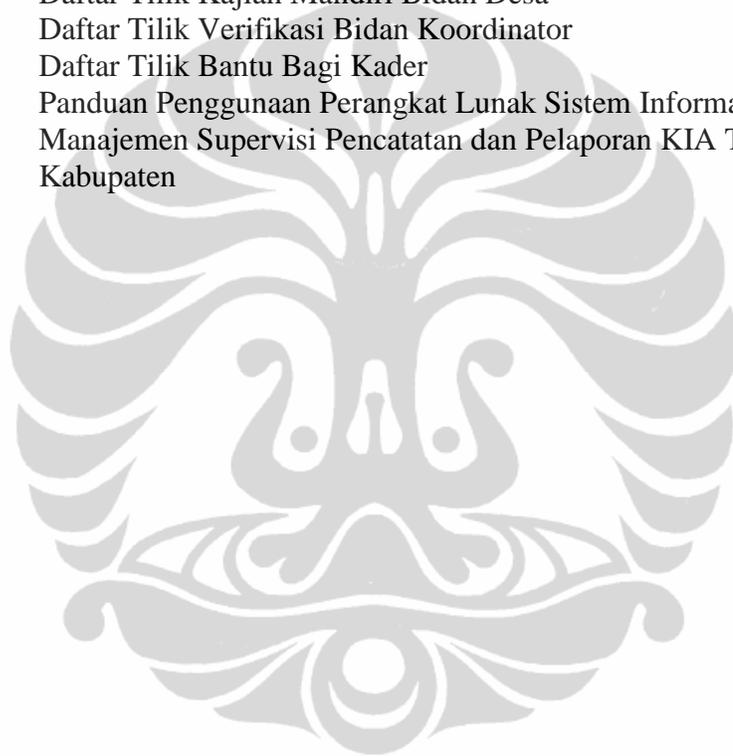
DAFTAR SINGKATAN

ADD	:	Anggaran Dana Desa
AKB	:	Angka Kematian Bayi
AKBA	:	Angka Kematian Balita
AKI	:	Angka Kematian Ibu
AKN	:	Angka Kematian Neonatus
APBDes	:	Anggaran Pendapatan dan Belanja Desa
ATK	:	Alat Tulis Kantor
Bappeda	:	Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah
Bikor	:	Bidan Koordinator
CBR	:	<i>Crude Birth Rate</i>
Dasolin	:	Dana sosial bersalin
Depkes	:	Departemen Kesehatan
DTPS	:	<i>District Team Problem Solving</i>
GBHN	:	Garis-garis Besar Haluan Negara
HSP	:	<i>Health Services Program</i>
Jamkesmas	:	Jaminan Kesehatan Masyarakat
KB	:	Keluarga Berencana
KIA	:	Kesehatan Ibu dan Anak
KLB	:	Kejadian Luar Biasa
KMS	:	Kartu Menuju Sehat
KN1	:	Kunjungan neonatus pertama
KTP	:	Kartu Tanda Penduduk
KTT	:	Konferensi Tingkat Tinggi
LAM	:	<i>Local Area Monitoring</i>
LAMAT	:	<i>Local Area Monitoring and Tracking</i>
MDG/TPM	:	<i>Millinium Development Goals/ Tujuan Pembangunan Milenium</i>
MTBS	:	Manajemen Terpadu Balita Sakit
Musrenbang	:	Musyawaharah Perencanaan dan Pembangunan
P4K	:	Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PBB	:	Perserikatan Bangsa-Bangsa
PK	:	Penanganan Komplikasi
PKK	:	Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga
Pn	:	Persalinan oleh tenaga kesehatan
PNPM	:	Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat
POKJA	:	Kelompok Kerja
Polindes	:	Pos Bersalin Desa

Posyandu	:	Pos Pelayanan Terpadu
PPWS-KIA	:	Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak
PUS	:	Pasangan Usia Subur
Puskesmas	:	Pusat Kesehatan Masyarakat
PWS-KIA	:	Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak
RKK	:	Rekam Kesehatan Keluarga
SDKI	:	Survey Demografi Kesehatan Indonesia
SIK	:	Sistem Informasi Kesehatan
SIM	:	Sistem Informasi Manajemen
SIMPUS	:	Sistem Informasi Puskesmas
SIP	:	Sistem Informasi Posyandu
SKPD	:	Satuan Kerja Perangkat Daerah
SP2TP	:	Sistem Pencatatan dan Pelaporan Tingkat Puskesmas
Tabulin	:	Tabungan ibu bersalin
TB	:	Tuberkulosis
UNICEF	:	United Nation Children's Fund
USAID	:	<i>United States Agency for International Development</i>
WHO	:	World Health Organization
WUS	:	Wanita Usia Subur

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penelitian Terkait Pencatatan dan Pelaporan PWS-KIA
- Lampiran 2. Format Sistem Informasi Posyandu (SIP) Kabupaten Malang dan Pasuruan
- Lampiran 3. Pedoman Wawancara Mendalam Tingkat Desa
- Lampiran 4. Pedoman Wawancara Mendalam Tingkat Puskesmas
- Lampiran 5. Pedoman Wawancara Mendalam Tingkat Kabupaten
- Lampiran 6. Lembar Observasi Puskesmas
- Lampiran 7. Daftar Tilik Kajian Mandiri Bidan Desa
- Lampiran 8. Daftar Tilik Verifikasi Bidan Koordinator
- Lampiran 9. Daftar Tilik Bantu Bagi Kader
- Lampiran 10. Panduan Penggunaan Perangkat Lunak Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu Kabupaten



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Millennium Development Goals (disingkat MDGs) dalam bahasa Indonesia diterjemahkan sebagai Tujuan Pembangunan Milenium (TPM). Tujuan Pembangunan Milenium merupakan paradigma pembangunan global yang disepakati secara internasional oleh 189 negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) dalam Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium PBB bulan September 2000 silam. Majelis Umum PBB kemudian melegalkannya ke dalam Resolusi Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa Nomor 55/2 tanggal 18 September 2000 Tentang Deklarasi Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (A/RES/55/2. *United Nations Millennium Declaration*) (Bappenas, 2007).

MDGs menempatkan pembangunan manusia sebagai fokus utama pembangunan serta memiliki tenggat waktu dan kemajuan yang terukur. Secara ringkas, arah pembangunan yang disepakati secara global meliputi: (1) menghapuskan kemiskinan dan kelaparan berat; (2) mewujudkan pendidikan dasar untuk semua orang; (3) mempromosikan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan; (4) menurunkan kematian anak; (5) meningkatkan kesehatan ibu; (6) melawan penyebaran HIV/AIDS, dan penyakit kronis lainnya (malaria dan tuberkulosa); (7) menjamin keberlangsungan lingkungan; dan (8) mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan (Bappenas, 2007).

Target MDG untuk kematian ibu dan anak berdasarkan MDGs adalah pada tahun 2015 diharapkan AKI menurun sebesar tiga-perempatnya dan AKB menurun sebesar dua-pertiganya dalam kurun waktu 1990—2015. Ini berarti AKI harus diturunkan dari 450 menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup, AKB dari 68 menjadi 171 per 1.000 kelahiran hidup, AKBA 97 menjadi 23 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 (Bappenas, 2004).

Untuk mencapai target MDG yang telah ditetapkan, aspek peningkatan mutu pelayanan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) diharapkan menjadi prioritas di tingkat kabupaten/kota. Peningkatan mutu program KIA dapat dinilai dari besarnya cakupan program di masing-masing wilayah kerja. Untuk itu, besarnya

cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah kerja perlu dipantau secara terus-menerus, agar diperoleh gambaran yang jelas mengenai wilayah kerja yang paling rawan.

Dengan mengetahui lokasi rawan kesehatan ibu dan anak, maka wilayah kerja tersebut dapat lebih diperhatikan untuk pemecahan masalahnya. Untuk memantau cakupan pelayanan KIA tersebut dilakukan melalui sistem pencatatan KIA terpadu melalui sistem Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) yang lebih fokus kepada kegiatan aktif surveilans (UNICEF, 2007).

Dalam era pembangunan, keberadaan data dan informasi memegang peran yang sangat penting. Data yang benar-benar akurat, terpercaya, teratur, berkesinambungan, tepat waktu dan mutakhir, sangat diperlukan dalam pengelolaan program dan proyek serta kegiatan yang dilakukan. Untuk dapat merencanakan dan memantau serta mengevaluasi pelaksanaan program dengan baik, sangat diperlukan tersedianya seperangkat data dan informasi yang baik pula (Depkes, 1996).

Sesuai dengan GBHN 1993 telah mengamanatkan tentang perlunya dibangun suatu sistem informasi yang terpadu dalam rangka meningkatkan daya guna manajemen pembangunan. Dengan demikian, sistem informasi perlu dikembangkan dalam rangka mendukung kelancaran proses manajemen institusi kesehatan pemerintah di berbagai jejang administrasi, termasuk di tingkat Puskesmas.

Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) adalah alat manajemen untuk memantau program KIA di suatu wilayah kerja secara terus-menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat. Program KIA yang dimaksud meliputi pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita. Kegiatan PWS KIA terdiri dari pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data serta penyebarluasan informasi ke penyelenggara program dan pihak/instansi terkait dan tindak lanjut (UNICEF, 2007).

Pelaksanaan kegiatan PWS KIA yang telah berjalan selama ini masih bersifat surveilans pasif. Data yang dicatat dan dikumpulkan adalah data hasil surveilans pasif yaitu sasaran dan pelayanan ibu hamil dan bayi pada pelayanan kesehatan saja dan tidak berbasis kewilayahan. Koordinasi bidan dan kader serta elemen masyarakat lain masih lemah dalam melaksanakan program kesehatan pada umumnya, dan kesehatan ibu dan anak pada khususnya (WHO, 2004).

Sampai saat ini telah banyak dilakukan penelitian untuk mengembangkan sistem informasi PWS KIA pada beberapa kabupaten. Sistem informasi yang pernah dikembangkan adalah lebih kepada sisi keluaran sistem yaitu pengolahan dan penyajian data. Kelebihan pengembangan sistem sebelumnya yaitu telah menghasilkan pemetaan dalam bentuk penyajian data berupa tabel atau grafik untuk beberapa indikator KIA (Lampiran 1).

Kelemahan pengembangan sistem sebelumnya belum menekankan kepada kualitas masukan data dan proses kegiatan PWS KIA sendiri. Sementara kualitas data yang dijadikan masukan kepada sistem merupakan hal yang juga penting. Masukan data yang diharapkan adalah data yang valid dengan memperkuat aspek penelusuran dan surveilans aktif yang dilakukan oleh elemen kesehatan dibantu elemen masyarakat dengan basis wilayah. Dari masukan data yang berkualitas dapat menghasilkan analisis data yang berkualitas. Oleh karenanya maka pada sistem informasi yang dikembangkan ini selanjutnya akan menyempurnakan dan mendukung serta memperbaiki kualitas masukan data.

Disadari bahwa sebagian besar faktor mutu layanan yang rendah terkait dengan proses yang kurang baik, maka sistem supervisi menjadi penting untuk menuntun petugas agar dapat memperbaiki proses ke arah perbaikan mutu. Hal ini juga sesuai dengan prinsip belajar sambil melaksanakan (*learning by doing*) dimana seseorang akan memahami langkah atau proses setelah dilibatkan dan melihat apa yang terjadi di dalam proses tersebut (Depkes, 2008).

Supervisi fasilitatif merupakan salah satu bentuk supervisi yang dilakukan oleh bidan koordinator untuk memastikan bahwa bidan desa melakukan pelayanan sesuai standar yang ditetapkan. Di dalam melaksanakan supervisi, pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu penilaian yang dilakukan untuk melihat kinerja bidan desa secara manajerial. Indikator pencatatan dan pelaporan yang dinilai di

dalam supervisi fasilitatif terdiri dari enam indikator keluaran. Dapat dilihat bahwa sistem supervisi yang ada tidak dapat menilai indikator masukan dan proses dari kegiatan pencatatan dan pelaporan KIA

Litelatur menunjukkan masih kurangnya sistem supervisi khususnya untuk kegiatan terkait pencatatan dan pelaporan data KIA. Oleh karenanya, maka Penulis merasa penting untuk mengembangkan sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu di kabupaten Malang, Pasuruan dan Pandeglang. Supervisi dengan menggunakan daftar tilik akan berfungsi sebagai suatu instrumen manajemen yang mengoreksi dan mengendalikan masukan dan proses yang jelas terkait dengan mutu data. Penguatan sistem supervisi akan menggiring proses pencatatan dan pelaporan dilaksanakan sesuai standar. Bersama dengan instrumen manajemen lainnya, pemantauan dan evaluasi, supervisi menjadi tumpuan perbaikan mutu pelayanan secara berkesinambungan.

1.2 Rumusan Masalah

1.2.1 Permasalahan Kesehatan Masyarakat

Kematian ibu karena kehamilan, persalinan, dan nifas di Indonesia masih tetap tinggi meskipun telah menunjukkan tanda-tanda penurunan. Data Survei Demografi Kesehatan Indonesia memperlihatkan penurunan AKI selama 20 tahun terakhir dari 390 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1990-1994, 334 tahun 1993—1997, 307 tahun 1998—2002, menjadi 228 tahun 2007—2008. Demikian dengan Angka Kematian Neonatus (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) masih tinggi untuk wilayah Indonesia. Berdasarkan data SDKI 2007/2008, pada tahun 2008 di Indonesia AKB mencapai 34 Per 1.000 kelahiran hidup, AKN mencapai 19 per 1.000 kelahiran hidup, dan AKABA mencapai 44 per 1.000 kelahiran hidup (SDKI, 2007).

Masalah Angka Kematian Ibu yang tinggi sudah menjadi perhatian pemerintah Indonesia sejak lama, segera setelah kemerdekaan. Berbagai upaya untuk meningkatkan kesehatan ibu telah dilakukan mulai dari pelatihan dukun bayi, pendidikan bidan untuk ditempatkan di desa, pengembangan klinik Kesehatan Ibu dan Anak, rumah sakit, puskesmas, posyandu, dan pondok bersalin,

Gerakan Sayang Ibu sampai dengan *Making Pregnancy Safer*. Meskipun banyak kemajuan, masih banyak pula kekurangan di sana sini yang perlu diatasi. Sejauh ini, akses terhadap pelayanan gawat darurat obstetrik dan neonatal masih belum memadai, dan angka kematian ibu masih tinggi (IMMPACT, 2004).

Tingginya jumlah kematian ibu dan anak masih relatif tinggi dikarenakan berbagai faktor termasuk angka kelahiran di rumah, terutama di daerah desa dan terpencil, yang sering tidak ditolong oleh tenaga kesehatan. Sebagian besar kematian banyak terjadi pada saat kelahiran atau masa nifas. Rendahnya pengetahuan masyarakat terhadap tanda bahaya pada kehamilan, menambah penyebab terlambatnya pencarian pertolongan kegawatdaruratan persalinan dan masa nifas. Kondisi ini semakin diperparah dengan terbatasnya sarana transportasi sehingga menjadi kendala menjangkau fasilitas kesehatan (ibid).

1.2.2 Permasalahan Sistem Informasi Kesehatan

Data KIA dilaporkan secara bertahap mulai dari tingkat desa, kecamatan, kabupaten, propinsi selanjutnya ke tingkat nasional. Di tingkat desa, bidan desa bertanggungjawab untuk melakukan pencatatan dan pelaporan data KIA untuk sektor kesehatan. Data kematian yang tersedia umumnya tidak dapat menggambarkan tren dan situasi kematian ibu sesungguhnya, bahkan hasil studi menunjukkan angka kematian lebih tinggi daripada yang diduga selama ini. Kondisi ini menyebabkan data kematian yang ada tidak dapat digunakan sebagai dasar untuk menilai efektifitas dan efisiensi strategi upaya meningkatkan kesehatan ibu.

Supervisi fasilitatif merupakan salah satu instrumen manajemen yang digunakan oleh bidan koordinator untuk memastikan bahwa bidan desa melakukan pelayanan sesuai standar yang ditetapkan. Pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu indikator yang dinilai di dalam supervisi fasilitatif dengan enam indikator keluaran saja untuk penilaiannya. Dapat dilihat bahwa sistem supervisi yang ada tidak dapat menilai indikator masukan dan proses dari kegiatan pencatatan dan pelaporan KIA. Oleh karenanya, masih diperlukan sistem supervisi yang dapat mengendalikan indikator masukan dan proses sehingga akan menggiring perbaikan mutu data.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Sejauh mana sistem supervisi dibutuhkan oleh kabupaten dalam memastikan proses pencatatan dan pelaporan KIA terpadu di kabupaten?
2. Bagaimana sistem supervisi dilakukan untuk sistem pencatatan dan pelaporan KIA terpadu di kabupaten?
3. Indikator apa saja yang dikembangkan dalam sistem supervisi pencatatan dan pelaporan terpadu kabupaten?
4. Apakah sistem informasi manajemen supervisi yang dibangun dapat diterapkan di kabupaten?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Terbentuknya sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu di kabupaten yang dapat mengoreksi dan mengendalikan masukan dan proses yang dapat menghasilkan data dan informasi yang berkualitas sehingga dapat membantu meningkatkan sistem perencanaan program kesehatan ibu dan anak.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui tingkat kebutuhan kabupaten terhadap sistem informasi supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu.
2. Mengembangkan sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu di kabupaten.
3. Mengembangkan instrumen daftar tilik yang berisi indikator kegiatan supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu.
4. Mengembangkan perangkat lunak sistem informasi supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu yang dapat digunakan untuk mengolah data hasil kegiatan supervisi.
5. Memperoleh saran dari Polindes, Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten untuk penyempurnaan sistem informasi supervisi

pencatatan dan pelaporan KIA terpadu berdasarkan uji coba yang dilakukan di kabupaten.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Bagi Program KIA

Sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu merupakan alat manajemen untuk pengawasan kegiatan pencatatan dan pelaporan KIA terpadu dengan fokus aktif surveilans di suatu wilayah kerja secara terus menerus sehingga dapat dihasilkan data yang berkualitas sehingga dapat membantu meningkatkan sistem perencanaan program kesehatan ibu dan anak.

1.5.2 Manfaat Bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Merupakan referensi tambahan terhadap pelaksanaan pencatatan dan pelaporan KIA yang dapat dimanfaatkan untuk sektor kesehatan maupun lintas sektor lainnya.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Kegiatan pencatatan dilakukan berjenjang dari tingkat desa, kecamatan, kabupaten, propinsi dan pusat dengan masing-masing fokus utama pada setiap tingkatan. Demikian juga kegiatan supervisi perlu dilakukan mengikuti sistem tersebut, yaitu supervisi tingkat desa sampai pusat. Namun karena keterbatasan yang ada, maka sistem supervisi pada penelitian ini hanya akan mencakup tingkat desa. Sistem yang dikembangkan akan terbatas pada fungsinya untuk mengendalikan indikator masukan dan proses saja dan tidak untuk menguji apakah instrumen mampu mencakup seluruh data sasaran program KIA.

Ruang lingkup penelitian ini dibatasi berdasarkan data sekunder yang diperoleh dari penelitian studi kasus mengenai pencatatan dan pelaporan KIA terpadu di kabupaten Malang dan Pasuruan. Sistem yang dikembangkan kemudian dilakukan uji coba di kabupaten Pandeglang pada tahun 2010.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konteks Sistem Informasi Kesehatan dan Aktif Surveilans

Deklarasi Alma Ata WHO yang berlaku pada tahun 1978 menjelaskan visi global dari "kesehatan untuk semua pada tahun 2000" melalui apa yang disebut pendekatan perawatan kesehatan dasar yaitu berupa pemberian akses yang memadai untuk pelayanan kesehatan dasar di semua negara. Kemudian, dalam rangka mencapai tujuan ini, peran kunci didelegasikan kepada Sistem Informasi Kesehatan melalui peningkatan alokasi sumber daya dan penetapan prioritasnya (Lippeveld et al. 2000). Sebuah sistem kesehatan basis kabupaten untuk memastikan pengelolaan dan koordinasi pelayanan kesehatan secara desentralisasi diadvokasikan sebagai sarana yang sesuai untuk pengembangan SIK (Lippeveld dkk. 2000: WHO 1994).

Pada tanggal 16-19 November 2004, WHO mengadakan lokakarya Penguatan Sistem Informasi Layanan Kesehatan Ibu dan Perawatan Anak di Fiji, Jepang. Dalam lokakarya tersebut disebutkan bahwa mengukur angka kematian ibu dan anak merupakan suatu tantangan, kadang-kadang bisa menjadi sulit dan kompleks. Masalah kurangnya pelaporan dan kesalahan klasifikasi masih tetap menjadi masalah utama bagi negara-negara dalam membangun basis informasi yang baik. Di sisi lain, di negara-negara yang menjadi prioritas, terjadi perbedaan sistem pencatatan informasi vertikal atas data informasi kesehatan ibu dan anak, selain itu hanya sedikit informasi yang digunakan untuk supervisi dan pengambilan keputusan, yang disebabkan karena kurangnya kemampuan untuk menginterpretasikan dan memanfaatkan data.

Juga ditekankan pentingnya memiliki sistem pemantauan yang efektif untuk pelayanan kesehatan ibu dan anak, data dengan kualitas yang baik untuk sistem surveilans, dan perlunya pengelola yang terlatih dalam menggunakan informasi tersebut untuk mengidentifikasi apa yang bisa dilakukan untuk mencegah kematian yang tidak perlu. Kegiatan pemantauan kesehatan Ibu dan anak sebagai suatu proses berkelanjutan dan sistematis, analisis dan interpretasi data kesehatan ibu dan anak adalah panduan penting dalam proses penggambaran

dan pemantauan terhadap kesehatan ibu dan anak. Proses surveilans adalah proses penerjemahan data menjadi informasi (WHO, 2005).

Tujuan surveilans adalah untuk mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan prioritas dan faktor-faktor risikonya dalam suatu populasi; untuk membantu meningkatkan kinerja pelayanan kesehatan; untuk mengembangkan intervensi baru dan strategi, dan untuk mengevaluasi efektivitas tindakan yang dilakukan dan strategi penanganannya. Data hasil surveilans dapat digunakan untuk bahan studi kasus oleh tenaga kesehatan, untuk manajemen kesehatan ibu dan anak oleh koordinator kesehatan, untuk alokasi sumber daya kesehatan oleh otoritas kesehatan, untuk pembangunan ekonomi oleh para pembuat kebijakan dan untuk penelitian ibu dan anak oleh para peneliti (ibid).

Seperti yang tertulis di *Eastern Mediterranean Health Journal*, surveilans didefinisikan sebagai pengumpulan data secara sistematis yang “berkelanjutan”, analisis dan interpretasi data dan distribusi kepada mereka yang memerlukan. Ini dapat diartikan sebagai penyebaran informasi hasil dari pengawasan yang benar dilakukan kepada mereka yang merencanakan program kesehatan masyarakat; kepada mereka yang mengembangkan kebijakan lokal, regional, nasional dan bahkan kebijakan internasional; kepada mereka yang melaksanakan kegiatan perbaikan kesehatan masyarakat; kepada publik, yang membutuhkan informasi, dalam rangka untuk mengevaluasi praktek kesehatan di masyarakat, dan bagi mereka yang membutuhkan informasi untuk kepentingan pribadi atas kesehatan dan kesejahteraannya (Losos, 1996).

Kegiatan pemantauan program KIA dilakukan melalui kegiatan surveilans aktif. Surveilans aktif dilakukan dengan mempergunakan data dari kelompok sasaran tertentu atau kelompok jaringan bersama-sama untuk tujuan tertentu. Kelompok atau jaringan tersebut biasanya mencakup bagian dari populasi. Surveilans aktif dapat menghasilkan informasi yang lebih awal, lengkap dan tepat waktu, tetapi metodologi yang dilakukan harus dikembangkan dan diinterpretasikan dengan baik. Salah satu kekurangan surveilans aktif adalah memerlukan banyak dana untuk menjalankannya (Losos, 1996).

Selain pentingnya peranan informasi dalam mencapai tujuan MDG dalam kesehatan ibu dan anak, saat ini ada hal lain yang perlu diperhatikan yaitu kualitas

sistem informasi kesehatan dari suatu negara. Penerapan desentralisasi pembaharuan juga menemukan sejumlah tantangan baru untuk memperbaiki sistem informasi kesehatan di Indonesia. Sistem informasi kesehatan bervariasi dari satu daerah dengan distrik lainnya dan satu Puskesmas dengan Puskesmas lainnya.

Penelitian ini juga mencatat variasi dalam interpretasi beberapa indikator dan definisi kasus, pendekatan non-sistematis untuk menjamin kualitas data, dan duplikasi kegiatan pengumpulan data antara berbagai tingkat sistem kesehatan. Meninjau kesulitan-kesulitan sistemik ini, penelitian merekomendasikan pemfokusan dalam meningkatkan surveilans aktif dan pelacakan ketersediaan layanan KIA dengan melibatkan masyarakat. Ada juga sistem berjalan yang dapat diikuti-sertakan dengan upaya ini di tingkat desa, seperti Sistem Informasi Posyandu, yang mengumpulkan data yang sama tetapi lemah dalam komponen pelacakan aktif (Yokoyama, 2009).

Sistem Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) di Indonesia mempunyai sejarahnya sendiri. Pada 1987 - 1988, Pemantauan Wilayah Setempat pertama kali dikembangkan untuk kesehatan ibu dan anak di Indonesia. Program ini bertujuan untuk terus memantau cakupan pelayanan KIA pada tingkat tertentu (Puskesmas / Kecamatan) dari suatu sistem Kesehatan, untuk mendapatkan gambaran yang lebih jelas dan mengidentifikasi kelompok yang paling rentan dalam suatu wilayah. Dari 1990—1997, PWS diimplementasikan secara nasional dan sejak saat itu digunakan tidak hanya untuk kesehatan, tetapi juga untuk sektor lainnya. Antara 1998 dan 2006, dengan adanya desentralisasi dan otonomi daerah yang meningkat untuk mengelola pelayanan kesehatan, pemantauan melalui PWS sering tidak dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan. Kualitas data yang telah dikumpulkan sebelumnya sering terhambat oleh analisis yang buruk dan sering tidak dilaporkan. Akses terhadap pelayanan yang berkualitas dalam kesehatan ibu dan bayi baru lahir di Indonesia juga dibatasi oleh koordinasi yang buruk antara berbagai tingkat sistem kesehatan dan kurangnya sistem pelacakan yang efektif untuk memantau tersampainya pelayanan yang pokok bagi wanita hamil dan menyusui (UNICEF, 2008).

Di Indonesia, penerapan reformasi desentralisasi menemui sejumlah tantangan baru dalam meningkatkan pelayanan sistem pelayanan kesehatan, dan khususnya dalam hal menggerakkan upaya nasional yang terkoordinasi untuk mencapai target kesehatan. Sejak tahun 1998, hampir semua otoritas untuk pemberian pelayanan, kecuali untuk perumusan kebijakan, telah didelegasikan ke tingkat kabupaten dan provinsi. Tantangan utamanya adalah belum sempurnanya atau ketidak-jelasan definisi dari desentralisasi dalam banyak hal, dan terjadinya duplikasi dan kerancuan tentang peran dan tanggung jawab pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten (Ahmad & Thebault Weiser, 2006, p. 11-12). Masalah ini nampak jelas dan merupakan tantangan yang dihadapi dalam sistem informasi kesehatan wilayah, khususnya tumpang tindih dan duplikasi dalam pelaporan, kurangnya kejelasan tentang peran dan tanggung jawab dalam pelaporan dan analisa. Kualitas dari data kesehatan masih merupakan tantangan utama untuk perencanaan berbasis-bukti dan penyusunan anggaran di tingkat kabupaten (Zinner, 2008). Pada semua tingkat, salah satu tantangan yang paling banyak ditemukan dalam proses ini yaitu tetap pada kualitas data yang tersedia tentang ibu, bayi dan kematian anak-anak. Setidaknya beberapa pejabat Dinas Kesehatan Kabupaten menyadari bahwa angka yang mereka pakai dalam hal pelaporan adalah angka kematian dibawah perkiraan yang cukup signifikan jumlahnya (ibid).

Salah satu tantangan yang sering ditemukan adalah tidak adanya data dari fasilitas kesehatan swasta. Selain itu, secara nasional hampir 52 persen kelahiran terus berlangsung di luar fasilitas kesehatan, dan lebih dari seperempat dari seluruh kelahiran tidak dibantu oleh seorang tenaga kesehatan yang terlatih, hal ini menggenapkan tantangan lebih lanjut untuk pelaporan kepada sektor publik (DHS Ukur, 2008). Dalam satu wilayah, Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (Bappeda) menyatakan keraguan bahwa data yang digunakan selama DTPS merupakan cerminan kebutuhan nyata di tingkat desa. Kualitas data juga memiliki implikasi bagi kesehatan dan isu KIA yang diprioritaskan (Zinner, 2008).

Untuk membantu meningkatkan system pemantauan aktif terhadap cakupan pelayanan KIA, UNICEF telah mengembangkan suatu sistem

Pemantauan Wilayah Setempat/*Local Area Monitoring and Tracking* (LAMAT) dengan menambahkan komponen "Penelusuran/Tracking". Sistem LAMAT dalam KIA adalah perangkat manajemen untuk memantau dan menelusuri program KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus untuk memungkinkan tindakan lanjutan dilakukan untuk meningkatkan pemberian layanan individual. Ini adalah proses dinamis yang terdiri dari kegiatan pengumpulan data, analisis data dan respon data. Hasil akhirnya adalah untuk memberikan informasi yang akurat yang mengarah langsung untuk langkah yang merupakan tanggung jawab tenaga kesehatan (UNICEF, 2008).

Pada tingkat individu dan masyarakat, informasi dibutuhkan untuk manajemen klinik yang efektif dan untuk menilai sejauh mana layanan yang ada sudah memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat. Di tingkat wilayah, informasi kesehatan memungkinkan perencana dan pengelola kesehatan untuk mengambil keputusan terkait efektifitas fungsi fasilitas kesehatan dan sistem kesehatan secara keseluruhan. Pada tingkat yang lebih tinggi, informasi kesehatan dibutuhkan untuk pengambilan kebijakan strategis dan alokasi sumber daya. Meninjau dari performa jalannya sistem informasi kesehatan saat ini, informasi yang tersedia belum cukup memadai untuk pengambilan keputusan yang efektif (AbouZahr C, 2005, P.2).

Pengambilan keputusan yang berkenaan dengan kesehatan publik sangat tergantung pada ketersediaan data yang akurat dan tepat waktu. Peran dari sistem ini adalah untuk menghasilkan, menganalisa dan menyebarluaskan data yang tersedia (ibid., hal.1).

Pendekatan berbasis masyarakat terhadap perencanaan pelayanan kesehatan pokok sangatlah penting untuk mengembangkan dan mempertahankan program kesehatan ibu dan anak. Metode perencanaan daerah menanggapi tiga kecenderungan dalam perencanaan kesehatan masyarakat. Pertama, adanya peningkatan kepentingan dalam pengembangan sistem desentralisasi pelayanan kesehatan primer (Collins 1995: WHO 1996). Desentralisasi mengharuskan perencana kesehatan mengumpulkan informasi lokal untuk mengembangkan strategi dan mengalokasikan sumber daya. Kedua, adanya pergeseran ke arah integrasi program kesehatan ibu dan anak. Pendekatan terpadu dirancang untuk

menangani semua masalah penting dalam kesehatan ibu dan anak pada saat yang sama. Ketiga, adanya peningkatan kesadaran akan perlunya melibatkan masyarakat setempat dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan (Rifkin, 1996), dan untuk mengembangkan alat untuk meningkatkan partisipasi masyarakat (Chambers, 1994a, 1994b, 1994c) (Bhattacharyya & Murray, 2000).

Sebuah studi kasus dalam perencanaan kesehatan wilayah dan pembaharuan desentralisasi di tiga kabupaten (Sumedang, Kediri dan Deli Serdang) yang dilakukan di Indonesia, pada tahun 2008, menunjukkan bahwa hasil kerja dan kegiatan di tingkat kecamatan dan kegiatan musrenbang tingkat kabupaten dikritik karena sering kali tidak memadai karena kurangnya hubungan langsung dengan keputusan alokasi sumber daya yang baik, di tingkat desa. Musrenbang telah terbukti menjadi sarana potensial yang efektif untuk advokasi alokasi dana anggaran desa untuk mendukung prioritas kegiatan lokal (Zinner, 2008).

Tim Kesehatan Desa memiliki kemampuan untuk mempengaruhi sumber anggaran dana desa melalui kegiatan musrenbang untuk mendukung program-program berbasis masyarakat yang didukung Kementerian Kesehatan. Kualitas data kesehatan dan analisisnya, dan penggunaan data kesehatan dalam kegiatan perencanaan lokal, sangat penting dalam meningkatkan efektifitas program KIA.

Penguatan sistem informasi kesehatan dari segi kualitas data juga harus dikaitkan dengan analisis sistematis, yang kemudian dapat digunakan untuk merencanakan dan penerapan tindakan perbaikan. Mengingat kendala dalam seluruh sistem informasi kesehatan wilayah, serta sifat desentralisasi pelayanan kesehatan di Indonesia, intervensi tingkat lokal yang memperkuat kemampuan penyedia lokal dan relawan kesehatan, tidak hanya mengumpulkan data yang lebih baik, tetapi menggunakannya untuk merencanakan program, tampaknya sangat sesuai.

Dalam hal penggunaan sumber daya yang ada untuk memperluas cakupan pelayanan, justru masyarakat dan penyedia lokal yang mungkin berada dalam posisi terbaik untuk menggunakan langsung data surveilans secara aktif. Oleh karena itu, dokumentasi lebih lanjut dari pendekatan inovatif untuk memperkuat sistem informasi kesehatan di tingkat terendah dan informasi yang terhubung

dengan perencanaan dapat memberikan kontribusi penting bagi pengetahuan dasar mengenai bagaimana memperbaiki KIA di Indonesia.

2.2 Program Kesehatan Ibu dan Anak

2.2.1 Prinsip Pengelolaan Program KIA

Berdasarkan Pedoman PWS KIA (Depkes, 2009), Pengelolaan program KIA bertujuan memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pemantapan pelayanan KIA dewasa ini diutamakan pada kegiatan pokok sebagai berikut :

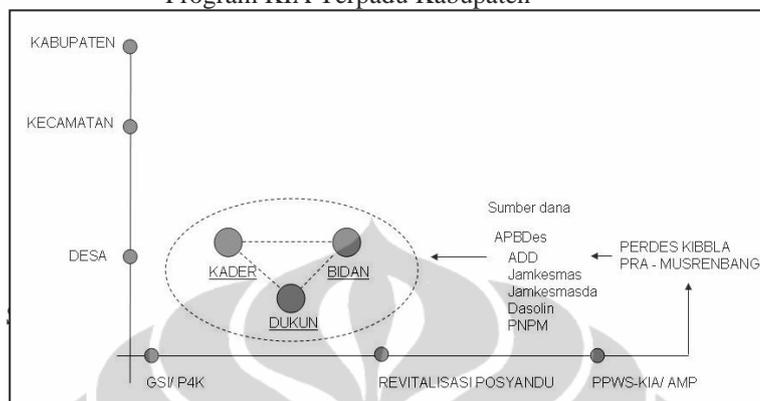
1. Peningkatan pelayanan antenatal sesuai standar bagi seluruh ibu hamil di semua fasilitas kesehatan.
2. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan kompeten diarahkan ke fasilitas kesehatan.
3. Peningkatan pelayanan bagi seluruh ibu nifas sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
4. Peningkatan pelayanan bagi seluruh neonatus sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
5. Peningkatan deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.
6. Peningkatan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus secara adekuat dan pengamatan secara terus-menerus oleh tenaga kesehatan.
7. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh bayi sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
8. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi seluruh anak balita sesuai standar di semua fasilitas kesehatan.
9. Peningkatan pelayanan KB sesuai standar.

2.2.2 Program KIA Terpadu Kabupaten Malang dan Pasuruan

Wilayah kerja program KIA terdapat pada semua tingkatan yaitu tingkat desa, kecamatan dan kabupaten. Untuk wilayah desa, diharapkan segala kegiatan

akan digerakkan oleh kader PKK yang tergabung dalam Tim Kesehatan Desa bekerjasama dengan bidan desa (HSP, 2009).

Gambar 2.1
Program KIA Terpadu Kabupaten



Melalui kegiatan kemitraan bidan desa dan dukun, maka dukun pun memiliki peran yang sama penting dengan kader untuk membantu bidan di dalam mendukung program KIA. Demikian juga dengan keterlibatan perangkat desa dan masyarakat akan menentukan keberhasilan program KIA di tingkat desa.

Program KIA terpadu memiliki fokus pada kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak, termasuk bayi baru lahir, seperti pemeriksaan kehamilan, persalinan oleh nakes, kunjungan neonatus, pelaksanaan kontrasepsi pasca persalinan dan sebagainya (HSP, 2009)

Sumber dana untuk kegiatan kesehatan di tingkat desa dapat berasal dari sumber APBDesa, ADD, swadaya seperti Tabulin dan Dasolin, Jamkesmas, atau sumber lain seperti PNPM. Dalam hubungannya dengan pencatatan dan pelaporan program KIA, musrenbang desa merupakan salah satu kegiatan dimana desa dapat menyusun perencanaan dan mengajukan penganggaran kegiatan KIA dengan menggunakan data PWS-KIA.

2.2.3 Indikator Pemantauan Program KIA

Seperti dikutip dari Pedoman PWS-KIA (Depkes, 2009) indikator pemantauan program KIA yang dipakai untuk PWS KIA meliputi indikator yang dapat menggambarkan keadaan kegiatan pokok dalam program KIA. Sasaran yang digunakan dalam PWS KIA berdasarkan kurun waktu 1 tahun dengan prinsip konsep wilayah, misalnya untuk provinsi memakai sasaran provinsi, untuk kabupaten memakai sasaran kabupaten.

2.2.3.1 Akses pelayanan antenatal (cakupan K1)

Cakupan K1 adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Indikator akses ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat. Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

Jumlah sasaran ibu hamil dalam 1 tahun dapat diperoleh melalui **Proyeksi**, dihitung berdasarkan perkiraan jumlah ibu hamil dengan menggunakan rumus :

$$1,10 \times \text{angka kelahiran kasar (CBR)} \times \text{jumlah penduduk}$$

Angka kelahiran kasar (CBR) yang digunakan adalah angka terakhir CBR kabupaten/kota yang diperoleh dari kantor perwakilan Badan Pusat Statistik (BPS) di kabupaten/kota. Bila angka CBR kabupaten/kota tidak ada maka dapat digunakan angka terakhir CBR propinsi. CBR propinsi dapat diperoleh juga dari buku Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan 2007 – 2011.

2.2.3.2 Cakupan pelayanan ibu hamil (cakupan K4)

Cakupan K4 adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit empat kali dengan distribusi waktu 1 kali pada trimester ke-1, 1 kali pada trimester ke-2 dan 2 kali pada trimester ke-3 disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan), yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah, di samping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA. Rumus yang dipergunakan adalah :

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal minimal 4 kali sesuai standar oleh tenaga kesehatan disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil disuatu wilayah dalam 1 tahun}} \times 100$$

2.2.3.3 Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn)

Cakupan Pn adalah cakupan ibu bersalin yang mendapat pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan, di suatu wilayah kerja dalam kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan dan ini menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan sesuai standar. Rumus yang digunakan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah sasaran ibu bersalin disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

Jumlah sasaran ibu bersalin dalam 1 tahun dihitung dengan menggunakan rumus :

$$1,05 \times \text{angka kelahiran kasar (CBR)} \times \text{jumlah penduduk}$$

2.2.3.4 Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (KF3)

Cakupan KF3 adalah cakupan pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam – 3 hari, 8 – 14 hari dan 36 – 42 hari setelah bersalin di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan nifas secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan), yang menggambarkan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu nifas, di samping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA. Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut :

<p><i>Jumlah ibu nifas yang telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar oleh tenaga kesehatan disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu</i></p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p><i>Jumlah sasaran ibu nifas di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun</i></p>	<p>X 100</p>
---	---------------------

Jumlah sasaran ibu nifas sama dengan jumlah sasaran ibu bersalin.

2.2.3.5 Cakupan pelayanan neonatus pertama (KN 1)

Cakupan KN1 adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada 6 - 48 jam setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui akses/jangkauan pelayanan kesehatan neonatal. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

<p><i>Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada 6 – 48 jam setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu</i></p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p><i>Jumlah seluruh sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun</i></p>	<p>X 100</p>
--	---------------------

Jumlah sasaran bayi bisa didapatkan dari perhitungan berdasarkan jumlah perkiraan (angka proyeksi) bayi dalam satu wilayah tertentu dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$\text{Jumlah sasaran bayi} = \text{Crude Birth Rate} \times \text{jumlah penduduk}$$

2.2.3.6 Cakupan pelayanan kesehatan neonatus 0 – 28 hari (KN Lengkap).

Cakupan KN Lengkap adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar paling sedikit tiga kali dengan distribusi waktu 1 kali pada 6 – 48 jam, 1 kali pada hari ke 3 – hari ke 7 dan 1 kali pada hari ke 8 – hari ke 28 setelah lahir disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui efektifitas dan kualitas pelayanan kesehatan neonatal. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah neonatus yang telah memperoleh 3 kali pelayanan kunjungan neonatal sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

2.2.3.7 Deteksi faktor risiko dan komplikasi oleh Masyarakat

Deteksi faktor risiko dan komplikasi oleh masyarakat adalah cakupan ibu hamil dengan faktor risiko atau komplikasi yang ditemukan oleh kader atau dukun bayi atau masyarakat serta dirujuk ke tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Masyarakat disini, bisa keluarga ataupun ibu hamil, bersalin, nifas itu sendiri.

Indikator ini menggambarkan peran serta dan keterlibatan masyarakat dalam mendukung upaya peningkatan kesehatan ibu hamil, bersalin dan nifas.

Rumus yang dipergunakan :

$$\frac{\text{Jumlah ibu hamil yang berisiko yang ditemukan kader atau dukun bayi atau masyarakat di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{20\% \times \text{jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah dalam 1 tahun}} \times 100$$

2.2.3.8 Cakupan Penanganan komplikasi Obstetri (PK)

Cakupan PK adalah cakupan Ibu dengan komplikasi kebidanan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu yang ditangani secara definitif sesuai dengan standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Penanganan definitif adalah penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap kasus komplikasi kebidanan.

Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara professional kepada ibu hamil bersalin dan nifas dengan komplikasi. Rumus yang dipergunakan :

<p style="text-align: center;"><i>Jumlah komplikasi kebidanan yang mendapatkan penanganan definitif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu</i></p> <hr style="border: 0.5px solid black;"/> <p style="text-align: center;"><i>20% x jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun</i></p>	X 100
---	--------------

2.2.3.9 Cakupan Penanganan komplikasi neonatus

Cakupan penanganan komplikasi neonatus adalah cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani secara definitif oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Penanganan definitif adalah pemberian tindakan akhir pada setiap kasus komplikasi neonatus yang pelaporannya dihitung 1 kali pada masa neonatal. Kasus komplikasi yang ditangani adalah seluruh kasus yang ditangani tanpa melihat hasilnya hidup atau mati.

Indikator ini menunjukkan kemampuan sarana pelayanan kesehatan dalam menangani kasus – kasus kegawatdaruratan neonatal, yang kemudian ditindaklanjuti sesuai dengan kewenangannya, atau dapat dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

$$\frac{\text{Jumlah neonatus dengan komplikasi yang mendapat penanganan definitif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{15\% \times \text{jumlah sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

2.2.3.10 Cakupan pelayanan kesehatan bayi 29 hari – 12 bulan (Kunjungan bayi)

Cakupan kunjungan bayi adalah cakupan bayi yang mendapatkan pelayanan peripurna minimal 4 kali yaitu 1 kali pada umur 29 hari – 2 bulan, 1 kali pada umur 3 – 5 bulan, dan satu kali pada umur 6 – 8 bulan dan 1 kali pada umur 9 – 11 bulan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui efektifitas, continuum of care dan kualitas pelayanan kesehatan bayi. Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut:

$$\frac{\text{Jumlah bayi yang telah memperoleh 4 kali pelayanan kesehatan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

2.2.3.11 Cakupan pelayanan anak balita (12 – 59 bulan)

Cakupan anak balita adalah cakupan anak balita (12 – 59 bulan) yang memperoleh pelayanan *sesuai standar*, meliputi pemantauan pertumbuhan minimal 8x setahun, pemantauan perkembangan minimal 2 x setahun, pemberian vitamin A 2 x setahun. Rumus yang digunakan adalah :

$$\frac{\text{Jumlah anak balita yg memperoleh pelayanan sesuai standar disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh anak balita disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

2.2.3.12 Cakupan Pelayanan kesehatan anak balita sakit yang dilayani dengan MTBS

Adalah cakupan anak balita (umur 12 – 59 bulan) yang berobat ke Puskesmas dan mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar (MTBS) di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Rumus yang digunakan adalah :

$$\frac{\text{Jumlah anak balita sakit yg memperoleh pelayanan sesuai tatalaksana MTBS di Puskesmas di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh anak balita sakit yang berkunjung ke Puskesmas disuatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

Jumlah anak balita sakit diperoleh dari kunjungan balita sakit yang datang ke puskesmas (register rawat jalan di Puskesmas). Jumlah anak balita sakit yang mendapat pelayanan standar diperoleh dari format pencatatan dan pelaporan MTBS

2.2.3.13 Cakupan Peserta KB aktif (Contraceptive Prevalence Rate)

Adalah cakupan dari peserta KB yang baru dan lama yang masih aktif menggunakan alat dan obat kontrasepsi (alokon) dibandingkan dengan jumlah pasangan usia subur di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Indikator ini menunjukkan jumlah peserta KB baru dan lama yang masih aktif memakai alokon terus-menerus hingga saat ini untuk menunda, menjarangkan kehamilan atau yang mengakhiri kesuburan. Rumus yang dipergunakan:

$$\frac{\text{Jumlah peserta KB aktif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh PUS di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100$$

2.3 Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)

2.3.1 Pengertian PWS-KIA

Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) adalah alat manajemen untuk melakukan pemantauan program KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat. Program KIA yang dimaksud meliputi pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita. Kegiatan PWS-KIA terdiri dari pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data serta penyebarluasan informasi ke penyelenggara program dan pihak/instansi terkait untuk tindak lanjut. (Depkes, 2007).

Definisi dan kegiatan PWS tersebut sama dengan definisi surveilens. Menurut WHO, surveilens adalah suatu kegiatan sistematis berkesinambungan, mulai dari kegiatan mengumpulkan, menganalisis dan menginterpretasikan data yang untuk selanjutnya dijadikan landasan yang esensial dalam membuat rencana, implementasi dan evaluasi suatu kebijakan kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, pelaksanaan surveilens dalam kesehatan ibu dan anak adalah dengan melaksanakan PWS-KIA.

Dengan PWS-KIA diharapkan cakupan pelayanan dapat ditingkatkan dengan menjangkau seluruh sasaran di suatu wilayah kerja. Dengan terjangkaunya seluruh sasaran maka diharapkan seluruh kasus dengan faktor risiko atau komplikasi dapat ditemukan sedini mungkin agar dapat memperoleh penanganan yang memadai.

2.3.2 Tujuan PWS-KIA

Tujuan umum PWS-KIA adalah terpantaunya cakupan dan mutu pelayanan KIA secara terus-menerus di setiap wilayah kerja. Sementara, tujuan khusus PWS-KIA adalah sebagai berikut:

1. Memantau pelayanan KIA secara individu melalui Kohort
2. Memantau kemajuan pelayanan KIA dan cakupan indikator KIA secara teratur (bulanan) dan terus menerus.

3. Menilai kesenjangan pelayanan KIA terhadap standar pelayanan KIA.
4. Menilai kesenjangan pencapaian cakupan indikator KIA terhadap target yang ditetapkan.
5. Menentukan sasaran individu dan wilayah prioritas yang akan ditangani secara intensif berdasarkan besarnya kesenjangan.
6. Merencanakan tindak lanjut dengan menggunakan sumber daya yang tersedia dan yang potensial untuk digunakan.
7. Meningkatkan peran aparat setempat dalam penggerakan sasaran dan mobilisasi sumber daya.
8. Meningkatkan peran serta dan kesadaran masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan KIA.

2.4 Sistem Pencatatan dan Pelaporan Tingkat Puskesmas (SP2TP)

Berdasarkan Panduan Sistem Informasi Puskesmas (Depkes, 2003), maka SP2TP memiliki pengertian, ruang lingkup, mekanisme pencatatan dan mekanisme pelaporan sebagai berikut.

2.4.1 Pengertian SP2TP

Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS) adalah suatu tatanan manusia atau peralatan yang menyediakan informasi untuk membantu proses manajemen Puskesmas untuk mencapai sasaran kegiatannya. Sumber informasi utama SIMPUS adalah SP2TP, sedangkan informasi lain yang ada berperan sebagai pelengkap (Depkes, 2003).

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Tingkat Puskesmas (SP2TP) adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan data umum, sarana, tenaga dan upaya pelayanan kesehatan di Puskesmas yang telah disederhanakan sesuai Keputusan Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat No.590/BM/DJ/Info/V/96 tentang Penyederhanaan SP2TP.

2.4.2 Ruang Lingkup SP2TP

Pelaksanaan SP2TP menganut konsep wilayah kerja Puskesmas. Oleh karena itu mencakup semua kegiatan yang dilakukan oleh Puskesmas (Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, termasuk Bidan Desa).

Jenis data yang dikumpulkan dan dicatat dalam SP2TP adalah seluruh kegiatan di Puskesmas yang meliputi data:

1. Umum dan demografi di wilayah Puskesmas
2. Ketenagaan di Puskesmas
3. Sarana yang dimiliki Puskesmas
4. Kegiatan pokok Puskesmas yang dilakukan di dalam dan di luar gedung Puskesmas.

2.4.3 Mekanisme Pencatatan SP2TP

Kegiatan pokok Puskesmas baik yang dilakukan di dalam gedung maupun di luar gedung Puskesmas, Puskesmas Tempat Tidur dan Puskesmas Pembantu serta Bidan Desa, harus dicatat. Dengan demikian perlu adanya mekanisme pencatatan yang baik, formulir yang cukup serta cara pengisian yang benar dan teliti.

Formulir pencatatan SP2TP terdiri dari:

1. Rekam Kesehatan Keluarga (RKK) atau disebut "Family Folder"
2. Kartu Tanda Pengenal (KTP)
3. Kartu Rawat Jalan
4. Kartu Rawat Tinggal
5. Kartu Penderita Kusta
6. kartu Indeks Penyakit Khusus Kusta
7. Kartu Penderita TB Paru
8. Kartu Indeks
9. Penyakit Khusus TB Paru
10. Kartu Ibu dan Kartu Anak
11. KMS Balita, KMS anak sekolah, KMS ibu hamil dan KMS usila
12. Kartu Tumbuh Kembang Balita

13. Kartu Rumah
14. Register (42 jenis Register)

2.4.4 Mekanisme Pelaporan SP2TP

Pelaporan terpadu Puskesmas menggunakan tahun kalender yaitu dari bulan Januari sampai dengan Desember dalam tahun yang sama. Sesuai dengan Keputusan Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat No.590/BM/DJ/Info/V/96 diberlakukan formulir laporan yang baru. Sedangkan untuk kebutuhan Dati II dan Dati I diberikan kesempatan mengembangkan variabel laporan sesuai dengan kebutuhan, dengan memperhatikan kemampuan/beban kerja petugas di Puskesmas.

Formulir laporan SP2TP terdiri dari:

1. Laporan dari Puskesmas ke Dati II
 - a. Laporan Bulanan
 - 1) Data Kesakitan (LB 1)
 - 2) Data Obat-obatan (LB 2)
 - 3) Gizi, KIA, imunisasi dan Pengamatan Penyakit Menular (LB 3)
 - 4) Data Kegiatan Puskesmas (LB 4)
 - b. Laporan Sentinel
 - 1) Laporan Bulanan Sentinel LB1S
 - 2) Laporan Bulanan Sentinel LB2S
 - c. Laporan Tahunan
 - 1) Data Dasar Puskesmas (LT-1)
 - 2) Data Kepegawaian (LT-2)
 - 3) Data Peralatan (LT-3)

2. Laporan dari Dati II ke Dati I dan Pusat

Laporan dari Dati II dikirimkan ke Dinas Kesehatan Dati I dan Pusat (Ditjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat) dalam disket/rekapitulasi dari laporan SP2TP. Laporan ini terdiri dari:

- a. Laporan Triwulan
 - 1) Hasil entri data/rekapitulasi laporan LB1
 - 2) Hasil entri data/rekapitulasi laporan LB2
 - 3) Hasil entri data/rekapitulasi laporan LB3
 - 4) Hasil entri data/rekapitulasi laporan LB4
- b. Laporan Tahunan
 - 1) Hasil entri data/rekapitulasi laporan LT-1
 - 2) Hasil entri data/rekapitulasi laporan LT-2
 - 3) Hasil entri data/rekapitulasi laporan LT-3
- c. Laporan Kejadian Luar Biasa dan wabah
Laporan ini mengacu kepada Petunjuk Laporan KLB dan wabah serta Keputusan Direktur Jenderal PPM & PLP No.451-I/PD.03.04.IS/1991 tentang Pedoman Penyelidikan dan Penanggulangan KLB.

2.5 Supervisi Fasilitatif Program KIA

2.5.1 Pengertian Supervisi Fasilitatif

Didalam Buku Acuan Supervisi Fasilitatif Program KIA (Depkes 2008), dijelaskan pengertian, prinsip dan metode supervisi fasilitatif. Supervisi merupakan terjemahan dari *supervision* yang berasal dari dua suku kata "*super*" (lebih) dan "*vision*" (pandangan). Supervisi adalah instrumen manajemen yang digunakan oleh petugas yang lebih tahu (bidan koordinator) untuk memastikan bahwa petugas dibawahnya (bidan di desa) melakukan pelayanan sesuai standar yang ditetapkan.

2.5.2 Bidan Koordinator Sebagai Penyelia Fasilitatif

Tugas dan fungsi bidan koordinator sangat terkait dengan fungsi supervisi, dibanding dengan fungsi pemantauan dan evaluasi yang lebih banyak merupakan tugas dan fungsi jabatan di atasnya (kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten). Bidan koordinator berperan sebagai penyelia terhadap bidan di wilayah kerjanya terutama terhadap bidan di desa. Supervisi yang baik adalah supervisi yang dijalankan secara efektif dan bersifat fasilitatif, tidak mengagetkan

atau mencari-cari kesalahan. Supervisi fasilitatif menuntut bidan koordinator mempunyai keterampilan dalam komunikasi, membantu memecahkan masalah, membangun kerjasama tim serta membimbing dan mengarahkan bidan yang diseliannya ke arah praktek terbaik dan memenuhi standar (Depkes, 2008).

2.5.3 Langkah Supervisi Fasilitatif

Dalam supervisi bidan koordinator dapat menerapkan beberapa cara untuk menilai kemampuan dan keterampilan serta kepatuhan bidan yang diselia. Langkah bidan koordinator dalam supervisi fasilitatif adalah:

1. Pra-supervisi
2. Kegiatan Supervisi
 - a. Orientasi

Orientasi pemahaman konsep, metode pelaksanaan dan penjelasan daftar tilik yang ditetapkan melalui kajian mandiri dan verifikasi. Pada saat ini juga dilakukan kesepakatan tentang jadwal dan operasional kegiatan supervisi.
 - b. Kajian Mandiri

Pelaksanaan kajian mandiri dengan menggunakan daftar tilik dilakukan oleh bidan desa di wilayah kerjanya. Bidan koordinator bersama tim juga melakukan kajian mandiri terhadap program KIA dengan menggunakan daftar tilik yang ada.
 - c. Verifikasi

Verifikasi dilakukan oleh bidan koordinator terhadap bidan di wilayah kerjanya dengan menggunakan daftar tilik yang telah diisi terlebih dahulu oleh bidan desa. Bidan koordinator melakukan verifikasi untuk setiap komponen yang dianggapnya perlu diverifikasi kebenaran dan kelengkapan pengisiannya. Bidan koordinator kemudian melakukan rekapitulasi hasil verifikasi untuk tiap fasilitas dan memberikan bimbingan untuk proses yang tidak memenuhi standar.
 - d. Pertemuan bulanan

Pertemuan bulanan membicarakan hasil verifikasi baik tingkat kepatuhan terhadap standar maupun hal-hal yang tidak memenuhi

standar. Pada pertemuan ini juga dilakukan rencana tindak lanjut untuk mengatasi ketidakpatuhan.

e. Upaya peningkatan mutu

Berdasarkan temuan dari hasil penilaian daftar tilik, baik bidan koordinator maupun bidan deselia membuat perencanaan peningkatan mutu layanan. Hasil pencapaian dan peningkatan yang dilakukan akan dibicarakan pada pertemuan berkala periode selanjutnya.

Daftar tilik digunakan sebagai alat bantu di dalam kegiatan supervisi fasilitatif. Daftar tilik terdiri dari 286 indikator yang terbagi menjadi enam bagian indikator, yaitu:

1. Struktur fisik ruang (6 indikator)
2. Perlengkapan dalam ruang (16 indikator)
3. Pelayanan imunisasi (25 indikator)
4. Pelayanan ISPA (44 indikator)
5. Pelayanan Diare (41 indikator)
6. Pelayanan antenatal, postnatal dan anak (154 indikator)

Indikator pencatatan dan pelaporan merupakan sub bagian di dalam setiap indikator supervisi fasilitatif KIA. Dari keseluruhan 286 indikator di atas, terdapat 23 indikator pencatatan dan pelaporan. Tujuh dari 23 indikator pencatatan dan pelaporan terkait khusus dengan pelayanan antenatal, postnatal dan anak.

2.6 Gerakan Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK)

Untuk dapat memahami tugas dan fungsi kader di dalam kegiatan pencatatan dan pelaporan, berikut ini akan disampaikan beberapa referensi mengenai gerakan PKK, termasuk pengertian, tujuan, kelompok kerja dan administrasi PKK.

Berdasarkan hasil rapat kerja nasional yang dituangkan di dalam buku Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga Tim Penggerak Pusat (Depdagri,

2005), disampaikan bahwa pengertian, tujuan dan kegiatan PKK adalah seperti yang disampaikan berikut.

2.6.1 Pengertian dan Tujuan PKK

Gerakan Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga selanjutnya disingkat PKK, adalah gerakan nasional dalam pembangunan masyarakat yang tumbuh dari bawah yang pengelolaanya dari, oleh dan untuk masyarakat menuju terwujudnya keluarga yang beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, berakhlak mulia dan berbudi luhur, sehat sejahtera, maju dan mandiri, kesetaraan dan keadilan gender serta kesadaran hukum dan lingkungan.

Sasaran gerakan PKK adalah keluarga, baik di pedesaan maupun perkotaan yang perlu ditingkatkan dan dikembangkan kemampuan dan kepribadiannya dalam bidang:

1. Mental spiritual meliputi sikap dan perilaku sebagai irisan hamba Tuhan, anggota masyarakat dan warga negara yang dinamis serta bermanfaat, berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945.
2. Fisik material meliputi pangan, sandang, papan, kesehatan, kesempatan kerja yang layak serta lingkungan hidup yang sehat dan lestari melalui peningkatan pendidikan, pengetahuan dan keterampilan.

2.6.2 POKJA IV PKK

POKJA IV yang mengelola program kesehatan, kelestarian lingkungan hidup dan perencanaan sehat, mempunyai tugas:

1. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran serta kemampuan keluarga tentang kesehatan dan gizi berimbang agar tetap sehat dan produktif dengan tujuan menurunkan angka kesakitan dan kematian dalam keluarga.
2. Meningkatkan kesadaran untuk hidup bersih dan sehat serta melestarikan lingkungan hidup.
3. Meningkatkan pengetahuan tentang tatalaksana keuangan dan sarana yang dimiliki keluarga untuk kepentingan masa depan dan meningkatkan pemantapan pelaksanaan keluarga berencana untuk mewujudkan keluarga berkualitas.

Berdasarkan tugas yang telah dirinci di atas, maka prioritas program POKJA IV meliputi kesehatan, kelestarian lingkungan hidup dan perencanaan sehat.

2.6.3 Administrasi PKK

Administrasi PKK adalah suatu kegiatan yang mempunyai ruang lingkup catatan-catatan yang berhubungan dengan pengorganisasian Tim Penggerak PKK beserta dokumentasinya di setiap jenjang. Kegiatan ini meliputi Administrasi Umum, Administrasi Keuangan, Pelaporan, Pendataan dan Pengarsipan.

Pendataan dilakukan dengan mengumpulkan data akurat yaitu data nyata, relatif baru, dan diambil dari sumber data yang dapat dipercaya. Sumber data dari kelompok Dasawisma adalah keluarga-keluarga anggota kelompok Dasawisma. Sumber data Tim Penggerak PKK Pusat adalah penjumlahan dari data laporan PKK Provinsi. Data dimanfaatkan sebagai bahan penyusunan rencana kerja dan evaluasi.

2.7 Posyandu

2.7.1 Pengertian dan Tujuan Posyandu

Berdasarkan Buku Pedoman Posyandu (Dinkesprop Jawa Timur, 2005), Posyandu merupakan bentuk peran serta masyarakat di bidang kesehatan, yang dikelola oleh Kader dengan sasaran seluruh masyarakat. Sasaran Posyandu yaitu kelompok bayi, anak balita, ibu hamil, ibu melahirkan, ibu nifas, ibu menyusui dan Pasangan Usia Subur (PUS).

Tujuan Posyandu adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan bayi, balita, ibu dan pasangan usia subur. Mengingat pentingnya Posyandu, maka diharapkan setiap kelompok yang terdapat 80—100 balita perlu untuk membentuk 1 (satu) Posyandu. Jadi Posyandu merupakan wadah milik masyarakat, dikelola oleh masyarakat dan untuk masyarakat.

Kegiatan Posyandu dilaksanakan melalui Langkah Lima Meja. Meja Satu adalah pendaftaran ibu hamil, Meja Dua adalah penimbangan balita, Meja Tiga

adalah pencatatan buku KIA/KMS, Meja Empat adalah penyuluhan dan Meja Lima adalah pelayanan kesehatan.

2.7.2 Sistem Informasi Posyandu

Sistem Informasi Posyandu (SIP) adalah seperangkat alat pencatatan yang dapat memberikan informasi tentang kegiatan, kondisi dan perkembangan di setiap Posyandu. SIP terdiri dari tujuh macam format yang dapat lebih menyederhanakan dan memudahkan kader dalam melakukan pencatatan. (lihat lampiran 2)

Dengan adanya SIP, kader dapat mengetahui permasalahan yang ada di Posyandu sehingga dapat digunakan sebagai dasar dalam mengembangkan kegiatan sesuai dengan kebutuhan sasaran. Selain itu, juga dapat memberikan informasi kondisi Posyandu, sehingga bisa dimanfaatkan oleh pengelola Posyandu dalam melakukan pembinaan.

2.8 Sistem Informasi

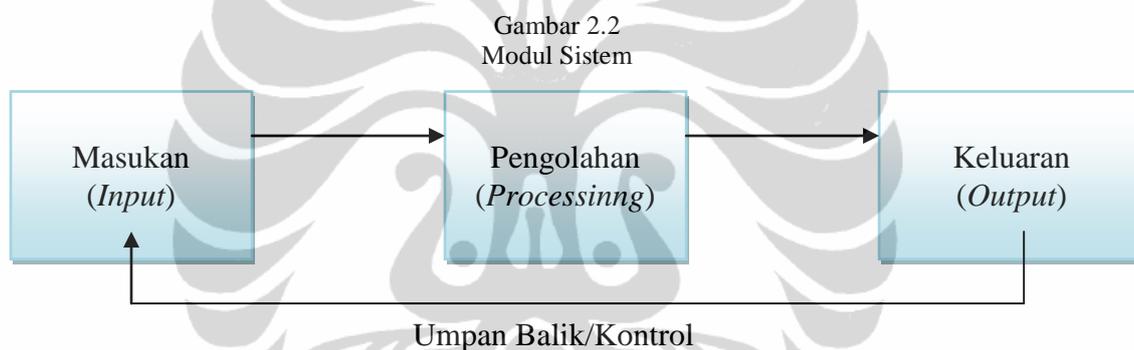
2.8.1 Sistem

Terdapat definisi sistem dari beberapa ahli, seperti yang dikutip dari oleh Harry Fangidae, SKM, MHS didalam Modul Disain dan Aplikasi Sistem Informasi Kesehatan (2003), beberapa pengertian sistem adalah :

1. Sistem adalah suatu grup dari elemn-elemn baik berbentuk fisik maupun non-fisik yang menunjukkan kumpulan saling berhubungan diantaranya dan berinteraksi bersama-sama menuju satu atau lebih tujuan, sasaran atau akhir dari suatu sistem (J.Alexander)
2. Sistem adalah suatu kesatuan yang terdiri dari dua atau lebih komponen atau subsistem yang berinteraksi untuk mencapai suatu tujuan. (Barry E.Cushing)
3. Suatu sistem secara fisik adalah kumpulan dari elemn-elemen yang beroperasi bersama-sama untuk menyelesaikan suatu sasaran (Gordon B.Davis).

4. Sistem adalah suatu jaringan kerja dari prosedur-prosedur yang saling berhubungan, berkumpul bersama-sama untuk melakukan suatu kegiatan atau untuk menyelesaikan suatu sasaran tertentu (Jerry Fitzgerald et. all).
5. Sistem sebagai perangkat elemen yang digabungkan satu sam lainnya untuk suatu tujuan bersama (McLeod, Jr).

Untuk tujuan pemakaian sistem dalam Sistem Informasi Manajemen (SIM), modul sistem pada gambar berikut adalah contoh yang jelas mengenai hubungan dari elemen-elemen yang secara bersama-sama membentuk satu kesatuan yang disebut sistem. Modul sistem terdiri dari empat elemen subsistem yaitu Masukan, Pengolahan, Keluaran, Umpan Balik/Kontrol (Amsyah, 1997)



Sumber: Robert G.Murdick (1997)

2.8.2 Informasi

Sebelum memahami pengetahuan informasi, perlu terlebih dahulu memahami pengertian data. Seperti yang dikutip dari oleh Harry Fangidae, SKM, MHS didalam Modul Disain dan Aplikasi Sistem Informasi Kesehatan (2003), data didefinisikan sebagai:

1. Data adalah merupakan sumber dari informasi.
2. Data adalah kenyataan yang menggambarkan suatu kejadian-kejadian (*event*) dan kesatuan nyata (*fact and entity*).
3. Kejadian-kejadian adalah suatu yang terjadi pada saat tertentu.
4. Kesatuan nyata adalah suatu obyek nyata seperti tempat, benda dan orang-orang yang betul-betul ada dan terjadi.

5. Data dicatat atau direkam dalam bentuk angka, huruf, simbol, gambar, bunyi atau kombinasinya.

Gambar 2.3
Pengolahan Data Menjadi Informasi



Sumber: Horry Fangidae, SKm, MHS (2003)

Masih dari sumber yang sama, disebutkan definisi informasi dari beberapa ahli yaitu :

1. Informasi adalah data yang telah diolah ke dalam suatu bentuk, yang berguna bagi penerimanya dan nyata, atau berupa nilai yang dapat dipahami di dalam keputusan sekarang maupun yang akan datang (Gordon B.Davis)
2. Informasi menunjukkan hasil dari pengolahan data yang diorganisasikan dan berguna kepada orang yang menerimanya (Barry E.Cushing)

Kualitas informasi tergantung pada tiga hal, yaitu informasi harus akurat, tepat waktu dan relevan.

1. **Akurat** - berarti suatu informasi harus bebas dari kesalahan-kesalahan dan tidak bias atau menyesatkan. Juga berarti informasi harus jelas mencerminkan maksudnya. Informasi dari suatu sumber informasi sampai ke penerima, kemungkinan akan banyak terjadi gangguan (*noise*) yang dapat mengubah atau merusak informasi tersebut.
2. **Tepat pada waktunya** – berarti informasi yang datang kepada penerima tidak boleh terlambat. Karena informasi merupakan dasar atau landasan di dalam pengambilan suatu keputusan.
3. **Relevan** – berarti informasi yang disampaikan mempunyai manfaat untuk pemakainya. Relevansi informasi untuk tiap-tiap orang/pemakai satu dengan lainnya dapat berbeda.

Kegunaan informasi adalah untuk mengurangi hal ketidakpastian di dalam proses pengambilan keputusan tentang suatu keadaan. Untuk mendapatkan kegunaan atau manfaat informasi tentu harus dikeluarkan sejumlah biaya. Nilai suatu informasi ditentukan dari dua hal, yaitu manfaat dan biaya untuk mendapatkannya. Suatu informasi dikatakan bernilai apabila manfaatnya sepadan atau lebih besar atau lebih efektif dibandingkan dengan biaya yang harus dikeluarkan untuk mendapatkannya.

Pekerjaan informasi adalah pekerjaan yang meliputi pengumpulan data, penyebaran data dengan meneruskannya ke unit lain, atau langsung diolah menjadi informasi, kemudian informasi tersebut diteruskan ke unit lain. Pada unit kerja yang baru informasi tadi dapat langsung digunakan atau dapat juga dianggap sebagai data (baru) untuk diolah lagi menjadi informasi sesuai keperluan unit bersangkutan. Informasi tersebut, bila perlu atau sesuai prosedur, dapat diteruskan ke unit lain.

2.8.3 Sistem Informasi Manajemen

Sistem Informasi Manajemen (SIM) berasal dari kata *Management of Information System* (MIS). MIS mempelajari cara-cara mengelola pekerjaan informasi dengan menggunakan pendekatan sistem yang berdasarkan prinsip-prinsip manajemen.

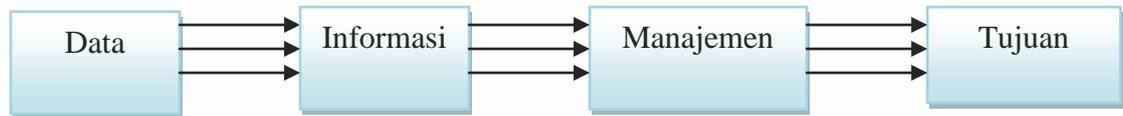
Tujuan suatu MIS adalah menyajikan informasi untuk pengambilan keputusan pada perencanaan, pemrakarsaan, pengorganisasian, pengendalian kegiatan operasi subsistem suatu perusahaan dan menyajikan sinergi organisasi pada proses.

MIS merupakan kegiatan pendukung (*supporting*) dalam organisasi, karena itu diperlukan oleh semua unit organisasi dan berada pada semua unit kerja yang ada di organisasi.

Manajemen adalah proses kegiatan mengelola sumber daya manusia, material dan metode (3M; *Men, Material, Method*) berdasarkan fungsi-fungsi manajemen agar tujuan dapat tercapai secara efisien dan efektif. Fungsi-fungsi

manajemen disebutkan dengan jumlah dan istilah yang bervariasi oleh masing-masing pakar manajemen yaitu Fayol, Terry, Gullick, Siagian, dan sebagainya.

Gambar 2.4
Hubungan Data dan Tujuan Organisasi



Sumber: drs. Zulkifli Amsyah, MLS (1997)



BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan Program KIA Terpadu

Seperangkat daftar tilik (*checklist*) supervisi untuk tingkat polindes yang berisi standar masukan dan proses akan disusun. Daftar tilik ini akan digunakan untuk penyelia untuk melakukan supervisi kepada yang diselia. Perangkat lunak sistem informasi manajemen yang telah dibangun, kemudian akan diuji-cobakan di kabupaten Pandeglang. Uji coba dilakukan untuk memperoleh saran dari setiap tingkat, baik dari Polindes, Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten untuk pengembangan dan penyempurnakan program.

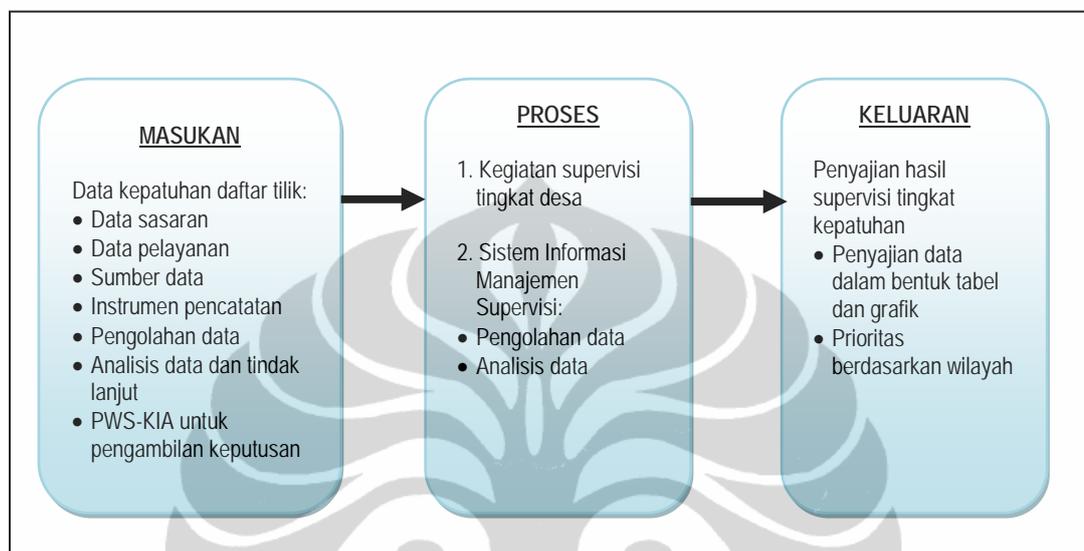
Informasi daftar tilik berupa nilai kepatuhan (*compliance rate*) terhadap standar masukan dan proses. Bentuk pertanyaan di dalam daftar tilik adalah pertanyaan YA dan TIDAK. Selanjutnya informasi ini akan dimasukkan kedalam perangkat lunak sistem.

Perangkat lunak sistem yang dimaksud adalah Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan program KIA Terpadu. Perangkat lunak sebagai sistem database yang akan membantu pengguna program untuk mengolah dan menganalisis data hasil supervisi sehingga dapat memudahkan penyajian dan intepretasi data.

Kerangka konsep penelitian terdiri dari masukan, proses dan keluaran sistem (lihat gambar 3.1). Masukan sistem adalah data kepatuhan daftar tilik yang dihasilkan dari kegiatan supervisi yang dilakukan oleh bidan koordinator kepada bidan desa. Masukan sistem berupa daftar tilik kemudian masuk ke tahap proses sistem yaitu kegiatan supervisi dan sistem informasi manajemen supervisi. Sistem informasi manajemen supervisi akan membantu dan mempercepat proses pengolahan dan analisis data tingkat kepatuhan. Setelah data kepatuhan diproses, maka akan menghasilkan sistem berupa hasil pengolahan data yang disajikan dalam bentuk tabel dan grafik yang dapat memberikan informasi prioritas berdasarkan wilayah. Informasi mengenai prioritas wilayah akan membantu Puskesmas sebagai pengguna data untuk dapat menentukan wilayah yang perlu

mendapat prioritas utama untuk mendapat bimbingan dan menentukan rencana tindak lanjut perbaikan.

Gambar 3.1
Sistem Informasi Manajemen
Supervisi Sistem Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu



3.2 Definisi Operasional

3.2.1 Masukan

- 1) Daftar tilik adalah daftar cek yang berisi minimum standar kegiatan pencatatan dan pelaporan program KIA terpadu yang harus dilaksanakan yang akan menggambarkan tingkat kepatuhan. Daftar tilik yang dikembangkan terdiri dari tiga jenis, yaitu Daftar Tilik Lembar Kajian Mandiri Bidan Desa (terdiri dari 61 indikator), Daftar Tilik Lembar Verifikasi Bidan Koordinator (terdiri dari 61 indikator) dan Daftar Tilik Bantu Bagi Kader (terdiri dari 36 indikator).
- 2) Data sasaran adalah data target kegiatan KIA yang berada di wilayah kerjanya, terdiri dari jumlah seluruh ibu hamil, jumlah seluruh ibu bersalin, jumlah ibu nifas, jumlah bayi, jumlah anak balita, jumlah Pasangan Usia Subur (PUS).

- 3) Data pelayanan adalah data hasil kegiatan bidan desa yang dikumpulkan dari wilayah kerjanya, terdiri dari jumlah K1, K4, persalinan yang ditolong tenaga kesehatan, ibu nifas yang dilayani tiga kali (KF3) oleh tenaga kesehatan, neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan, deteksi komplikasi oleh masyarakat, komplikasi obstetri dan neonatus yang ditangani dan peserta KB aktif.
- 4) Sumber data adalah sumber informasi untuk data sasaran dan pelayanan, yang dapat berasal dari register kohort ibu, register kohort bayi, register kohort anak balita dan register kohort KB.
- 5) Instrumen pencatatan adalah formulir yang digunakan untuk melakukan pencatatan data sasaran dan data pelayanan, yang terdiri dari buku KIA, Kartu Ibu, Kartu Balita dan stiker P4K.
- 6) Pengolahan data program KIA terdiri dari pembersihan data, validasi data dan pengelompokan data.
- 7) Analisis data dan tindak lanjut program KIA dapat dilakukan dengan sederhana atau lanjut, data yang dianalisis adalah data register ibu, bayi dan balita untuk melihat cakupan.
- 8) PWS-KIA untuk pengambilan keputusan adalah pemanfaatan PWS-KIA secara teratur dan terus-menerus pada semua siklus pengambilan keputusan untuk memantau penyelenggaraan program KIA, di semua tingkatan administrasi pemerintah, baik yang bersifat teknis program maupun yang bersifat koordinatif non teknis dan lintas sektoral.
- 9) Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) adalah alat manajemen untuk melakukan pemantauan program KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat. Program KIA yang dimaksud meliputi pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita. Kegiatan PWS KIA terdiri dari pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data serta penyebarluasan informasi ke penyelenggara program dan pihak/instansi terkait untuk tindak lanjut.

3.2.2 Proses

- 1) Supervisi tingkat desa adalah instrumen manajemen yang digunakan oleh Puskesmas untuk memastikan kegiatan pencatatan dan pelaporan program KIA terpadu dilakukan sesuai dengan standar.
- 2) Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan Program KIA adalah sistem database yang akan membantu proses pengolahan dan analisis data hasil supervisi kegiatan pencatatan dan pelaporan sehingga dapat memudahkan penyajian dan interpretasi data.
- 3) Pengolahan data supervisi terdiri dari pembersihan data, validasi data dan pengelompokan data hasil supervisi.
- 4) Analisis adalah suatu pemeriksaan dan evaluasi dari suatu informasi yang sesuai dalam menyeleksi suatu tindakan yang terbaik dari berbagai macam alternatif variasi.

3.2.3 Keluaran

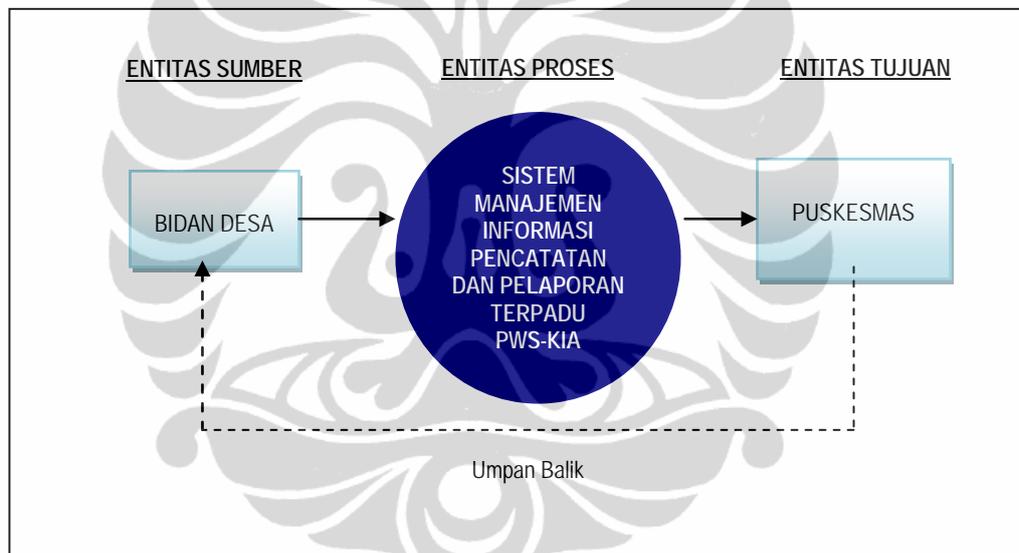
- 1) Penyajian data adalah hasil pengolahan dan analisis data sistem supervisi yang disajikan dalam bentuk:
 - a. Tabel yang digunakan untuk menjelaskan narasi;
 - b. Grafik yang digunakan untuk membandingkan antar waktu, antar tempat dan pelayanan; dan
- 2) Prioritas berdasarkan wilayah adalah penentuan prioritas hasil analisis data dengan kriteria tertentu:
 - a. Prioritas 1 adalah polindes dengan kriteria rendah yaitu polindes yang memiliki tingkat kepatuhan hasil supervisi di bawah 50%.
 - b. Prioritas 2 adalah polindes dengan kriteria sedang yaitu polindes yang memiliki tingkat kepatuhan hasil supervisi antara 50—75%.
 - c. Prioritas 3 adalah polindes dengan kriteria tinggi yaitu polindes yang memiliki tingkat kepatuhan hasil supervisi di atas 75%.

BAB IV METODOLOGI PENGEMBANGAN SISTEM

4.1 Entitas Sistem

Entitas sangat diperlukan dalam sebuah sistem informasi karena bertujuan untuk memberi arah dari mana data diambil dan kemana data ditujukan. (Al Fatta, 2005). Entitas pada pengembangan sistem manajemen informasi pencatatan dan pelaporan program KIA terpadu di kabupaten terdiri dari entitas sumber, entitas proses dan entitas tujuan.

Gambar 4.1
Entitas Pengembangan Sistem Manajemen Informasi
Supervisi Pencatatan dan Pelaporan Program KIA Terpadu



4.1.1. Entitas Sumber

Entitas sumber berfungsi sebagai sumber data dalam pengembangan sistem ini. Dapat dilihat pada gambar di atas, entitas sumber adalah bidan desa yang berfungsi sebagai sumber data. Data dihasilkan dari kegiatan supervisi tingkat desa dengan menggunakan daftar tilik yang dikembangkan. Kegiatan supervisi dilakukan oleh bidan koordinator kepada bidan desa. Kemudian data tingkat kepatuhan hasil kegiatan supervisi akan dikirimkan oleh bidan desa ke sistem informasi.

4.1.2. Entitas Proses

Entitas proses merupakan bentuk interaksi antara entitas sumber dengan melakukan pengumpulan, pengolahan dan analisis data untuk menghasilkan informasi yang dialirkan ke entitas tujuan. Entitas proses pada model pengembangan sistem ini berada pada Program Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas.

4.1.3. Entitas Tujuan

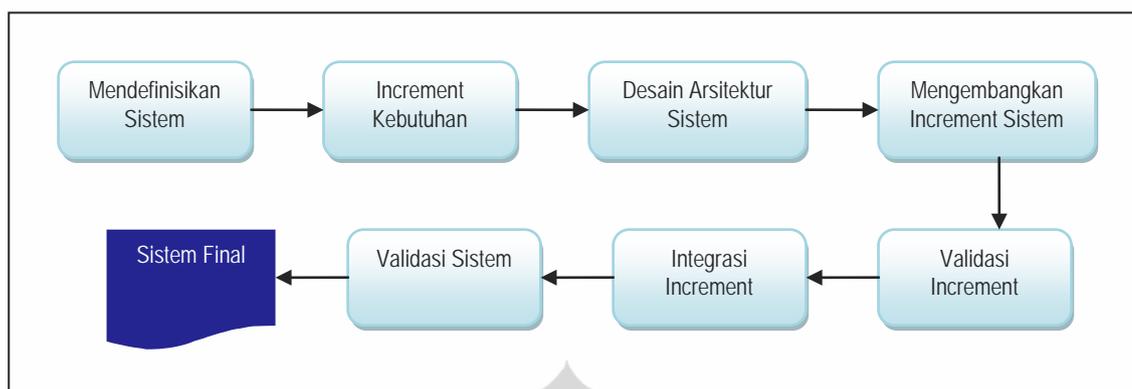
Entitas tujuan berfungsi menerima informasi hasil keluaran sistem. Entitas tujuan pada model pengembangan sistem ini adalah bidan koordinator dan kepala Puskesmas. Bidan koordinator sebagai pengelola program KIA yang melaksanakan supervisi, sementara Kepala Puskesmas berperan dalam mengambil keputusan dalam rangka monitoring dan evaluasi program KIA di tingkat desa.

Informasi yang diterima oleh entitas tujuan berguna untuk dijadikan umpan balik ke desa sebagai dasar pelaksanaan sistem supervisi pencatatan dan pelaporan program KIA terpadu. Entitas tujuan akan memberikan umpan balik kepada entitas sumber sebagai upaya koreksi dan rekomendasi untuk perbaikan apabila ditemukan adanya kesenjangan data.

4.2 Metodologi Pengembangan Sistem

Metode yang digunakan dalam pengembangan sistem ini adalah metode kebutuhan bertahap dan interaktif. Metode kebutuhan bertahap adalah suatu model yang menggabungkan elemen-elemen dalam urutan *System Development Life Cycle/SDLC* (lihat gambar 4.2).

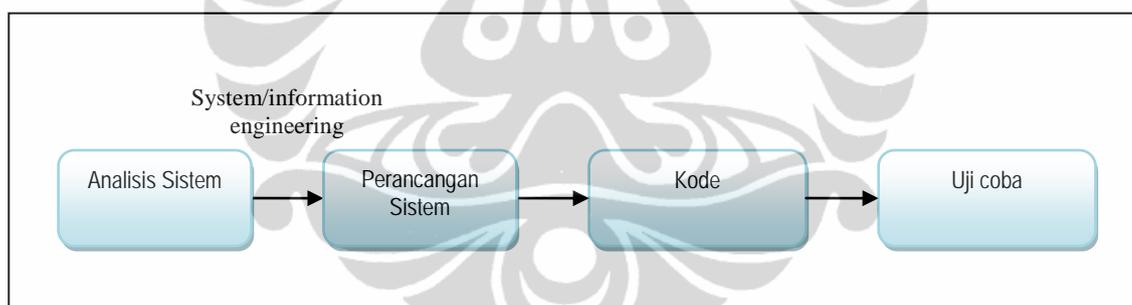
Gambar 4.2
Kebutuhan Bertahap Pengembangan Sistem



Sumber: Pressman dalam Al Fatta, 2005

Menurut Pressman (Al Fatta, 20005) tahapan yang dilakukan dalam pengembangan sistem menggunakan metode kebutuhan bertahap meliputi empat tahapan SDLC (gambar 4.3).

Gambar 4.3
Tahapan SDLC menurut Pressman



Sumber: Pressman dalam Al Fatta, 2005

4.2.1 Tahap Analisis Sistem

Pada tahap ini dilakukan kegiatan analisis terhadap sistem informasi pencatatan dan pelaporan program KIA terpadu, dengan mengamati prosedur, sistem pencatatan data, aliran data dan permasalahan yang ada.

Pada tahap ini juga akan dilakukan diskusi antara peneliti dengan pengguna sistem untuk mendiskusikan permasalahan yang ada di dalam sistem dengan metode wawancara mendalam. Kegiatan yang akan dilakukan adalah:

- a. Identifikasi penyebab masalah pada sistem berdasarkan alur organisasi, baik secara vertikal maupun horizontal.
- b. Identifikasi kebutuhan informasi dan penetapan indikator yang diperlukan dalam pengembangan sistem.
- c. Pengkajian bentuk keluaran (*output*) yang diharapkan oleh pengguna sistem.
- d. Penyusunan instrument yang digunakan dalam menghasilkan keluaran yang diharapkan.
- e. Pengkajian proses transformasi data dan instrument yang akan digunakan menjadi keluaran yang diinginkan.

4.2.2 Perancangan Sistem

Perancangan sistem merupakan tahap lanjut dari hasil analisis sistem, meliputi rangkaian kegiatan sebagai berikut:

- a. Pembuatan pemodelan
Model yang akan dirancang harus mempunyai daya dukung terhadap kebutuhan sistem informasi, untuk itu diperlukan tahapan kegiatan yang meliputi:
 - 1) Pembuatan bagan alir data, digunakan untuk mengetahui aliran data yang masuk, baik berupa data laporan maupun data analisis, sehingga dengan mudah dapat diolah menjadi informasi.
 - 2) Diagram konteks, dibuat berdasarkan masukan, proses dan keluaran sistem. Secara garis besar dapat diketahui siapa saja yang menjadi sumber data, siapa yang mengolah dan siapa pengguna.
 - 3) Pembuatan diagram detail, untuk menggambarkan proses perhitungan dan manipulasi data sehingga menghasilkan informasi secara rinci.
- b. Perancangan basis data
Untuk mendapatkan rancangan model yang akurat sesuai kebutuhan sistem, diperlukan beberapa komponen pendukung yaitu:

- 1) Pengumpulan jenis data; pada tahap ini sumber data dikumpulkan dalam suatu kelompok data berdasarkan jenisnya agar mudah untuk membuka dan mengakses data serta dapat disimpan secara teratur.
- 2) Normalisasi data; dimaksudkan untuk membentuk analisis untuk mengurangi terjadinya duplikasi data dan mengidentifikasi data-data yang digunakan dan untuk melihat kekurangan dan kelebihan dari data yang sudah ada.
- 3) Pembuatan kamus data; bertujuan untuk memudahkan pengolah dan pengguna sistem informasi mencari komponen data atau unit data yang diperlukan.
- 4) Pembuatan hubungan entitas (ERD) antar tabel; bertujuan agar pengguna dapat mengetahui hubungan sistem yang dibuat sehingga mempermudah penemuan permasalahan program pada tiap entitas.

c. Pembuatan rancangan sistem

Pada tahap ini peneliti akan merancang sebuah rancangan sistem sesuai dengan hasil identifikasi kebutuhan pengguna sistem. Langkah-langkah perancangan sistem terdiri dari:

- 1) Pembuatan rancangan masukan dan keluaran (*interface*) yaitu bentuk entry data dan laporan dalam sistem menu.
- 2) Membuat panduan penggunaan perangkat lunak (*user manual*) agar rancangan sistem lebih mudah dipahami sehingga lebih mudah digunakan.

4.2.3 Perancangan Basis Data

Kegiatan dalam perancangan basis data adalah membuat struktur basis data melalui proses normalisasi. Proses normalisasi dimaksudkan untuk menghindari terjadinya data yang ganda.

4.2.4 Tahap Uji Coba

Komponen yang akan diuji adalah sebagai berikut:

- 1) Komponen persyaratan dokumen, meliputi diagram alur data, bagan alir sistem dan panduan penggunaan perangkat lunak.

- 2) Komponen rangkaian kegiatan supervisi tingkat desa yang akan dilakukan oleh pengguna sistem pada setiap tingkatan.
- 3) Komponen perangkat lunak sistem supervisi yang terdiri dari rancangan masukan, proses dan keluaran data.

4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

Pengembangan sistem menggunakan data sekunder hasil salah satu penelitian studi kasus yang dilakukan oleh *Health Services Program (HSP)* – USAID. HSP merupakan program pengembangan kapasitas yang didanai oleh USAID selama tahun 2005—2010. HSP bekerjasama dengan Kementerian Kesehatan memberikan bantuan teknis kepada kabupaten untuk mendukung pencapaian target MDG untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu, bayi dan balita melalui paket intervensi yang efektif berdasarkan bukti (*evidence-based intervention*). HSP bekerja di 6 propinsi pada 31 kabupaten di seluruh Indonesia. Kegiatan KIA terpadu kabupaten merupakan salah satu intervensi yang telah dilaksanakan di kabupaten Malang dan Pasuruan melalui penguatan sistem Penelusuran dan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PPWS-KIA).

Di kabupaten Malang dan Pasuruan, program HSP secara keseluruhan dilaksanakan pada seluruh Puskesmas (39 Puskesmas) dan 70% desa (228 desa) di kabupaten Malang dan seluruh Puskesmas (33 Puskesmas) dan 23% desa (84 desa) di kabupaten Pasuruan. Penguatan PPWS-KIA difokuskan pada Puskesmas dan desa terpilih di kedua kabupaten tersebut. Di kabupaten Malang, PPWS-KIA difokuskan pada 7 Puskesmas dengan 46 desa, sementara di Pasuruan difokuskan pada 6 Puskesmas dan 13 desa.

Pada bulan April 2010, HSP telah melaksanakan sebuah studi kasus tentang PPWS-KIA yang bertujuan mendokumentasikan dan memberikan gambaran yang komprehensif tentang bagaimana pencatatan dan pelaporan terpadu KIA dilaksanakan di wilayah kabupaten Malang dan Pasuruan, dimana Penulis berperan sebagai peneliti utama.

Pada penelitian ini, sistem informasi manajemen supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu dikembangkan berdasarkan hasil temuan-temuan pada

studi kasus tersebut. Kemudian pengembangan sistem supervisi yang diajukan sebagai hasil penelitian ini akan dilakukan uji coba di kabupaten Pandeglang untuk mendapatkan masukan demi kesempurnaan sistem.

Lokasi uji coba pengembangan sistem supervisi pencatatan dan pelaporan program KIA terpadu akan dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Pandeglang pada tingkat desa, puskesmas dan kabupaten. Kabupaten Pandeglang terpilih sebagai kabupaten uji coba karena telah menerapkan PPWS-KIA. Uji coba sistem akan dilakukan pada bulan Desember 2010 di tingkat desa pada salah satu kecamatan di kabupaten Pandeglang.

Keseluruhan lokasi penelitian berdasarkan studi kasus kabupaten Malang dan Pasuruan serta lokasi uji coba sistem di kabupaten Malang dan Pasuruan terdiri dari lima Puskesmas dan enam desa (lihat tabel 4.1)

Tabel 4.1
Lokasi Penelitian

Penelitian	Kabupaten	Puskesmas	Desa	Data
1. Studi kasus	1. Malang	1. Dau 2. Tumpang 3. Kalipare	1. Petungsewu 2. Pulungdowo 3. Sukowilangun	Data sekunder
	2. Pasuruan	4. Winongan	4. Winongan kidul	
2. Uji coba sistem	3. Pandeglang	5. Cimanuk	5. Rocek 6. Kadumadang	Data primer

4.4 Sumber Informasi Penelitian

4.3.1 Pengumpulan Data

1. Data Sekunder

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, penelitian ini menggunakan data sekunder hasil studi kasus PPWS-KIA kabupaten Malang dan Pasuruan. Informasi mengenai tahap kegiatan pencatatan dan pelaporan KIA terpadu kabupaten diperoleh berdasarkan hasil studi kasus ini. Data sekunder digunakan untuk memperoleh informasi mengenai proses pengumpulan dan pencatatan data, pengolahan data, analisis data, tindak lanjut berdasarkan data dan pemanfaatan data. Data studi kasus digunakan sebagai dasar pengembangan sistem informasi

supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu kabupaten. Metode yang digunakan di dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan studi kualitatif melalui wawancara mendalam. Pemilihan responden dilakukan secara purposif sample yaitu memilih responden yang terlibat di dalam proses pencatatan dan pelaporan KIA terpadu. Responden berasal dari tingkat desa, kecamatan dan kabupaten (lihat tabel 4.2).

Tabel 4.2
Responden Terpilih Studi Kasus

Tingkat	Responden	Total (orang)
Desa (4 desa)	Bidan Desa	4
	Kader	4
	Kepala Desa	4
	TOMA/TOGA	4
	Dukun	4
Kecamatan (4 Puskkesmas)	Kepala Puskesmas	4
	Bidan Koordinator	4
	Data Operator	4
	PKK Kecamatan	4
Kabupaten	Kepala Dinas Kesehatan	1
	Kepala Seksi Kesehatan Ibu dan Anak (dan/atau staff)	1

2. Data Primer

Sistem informasi manajemen supervisi yang telah dikembangkan kemudian akan diuji-cobakan di kabupaten Pandeglang. Uji coba dilakukan untuk memperoleh informasi mengenai identifikasi kebutuhan, saran dan masukan kemungkinan penerapan sistem demi kesempurnaan sistem. Informasi tersebut akan didapat dari setiap tingkatan yaitu tingkat desa, Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten. Metode pengumpulan data akan dilakukan dengan menggunakan metode kualitatif pada desa dan kecamatan terpilih di kabupaten Pandeglang.

Pengumpulan data kualitatif akan dilakukan dengan cara:

- a. Wawancara mendalam kepada pihak-pihak yang terlibat langsung di dalam sistem pencatatan dan pelaporan program KIA terpadu.
- b. Observasi terhadap lingkungan pekerjaan
- c. Observasi terhadap pendukung sistem dan pelaksanaan kegiatan.

- d. Telaah dokumen yang berhubungan dengan kebijakan organisasi, prosedur standar operasional kegiatan, perencanaan program KIA dan dokumentasi sistem

Sama halnya dengan pemilihan responden pada studi kasus Malang dan Pasuruan, maka pemilihan responden pada uji coba sistem di kabupaten Pandeglang dilakukan dengan metode purposif sample, yaitu sumber informasi diperoleh dari orang-orang yang terlibat pada kegiatan pencatatan dan pelaporan KIA terpadu sehingga dapat diminta keterangan yang berkaitan dengan topik penelitian, dengan pertimbangan pemenuhan kriteria kesesuaian (*appropriate*) dan kecukupan (*adequate*). Responden berasal dari tingkat desa, puskesmas dan kabupaten (lihat tabel 4.3).

Tabel 4.3
Responden Terpilih Uji Coba Sistem

Tingkat	Responden	Total (orang)
Desa (2 desa)	Bidan Desa	2
	Kader	2
Kecamatan (1 Puskesmas)	Kepala Puskesmas	1
	Bidan Koordinator	1
Kabupaten	Kepala Dinas Kesehatan	1
	Kepala Seksi Kesehatan Ibu dan Anak (dan/atau staff)	1

4.3.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang dimaksud adalah instrumen pengumpulan data primer di kabupaten Pandeglang untuk memperoleh informasi yang diharapkan, yaitu terdiri dari:

- a. Pedoman wawancara mendalam dengan topik: Identifikasi kebutuhan SIM supervisi dan uji coba kemungkinan penerapan sistem, masalah dalam sistem, penggunaan komputer, peluang pengembangan sistem dan keluaran sistem yang diinginkan.
- b. Alat perekam akan digunakan untuk merekam proses wawancara. Selain itu peneliti juga akan menulis hal-hal penting pada kuesioner.
- c. Dokumentasi pencatatan dan pelaporan dari Puskesmas dan PKK, tentang kelengkapan data.

4.3.3 Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan cara penggabungan analisis dari temuan-temuan dari seluruh metode yang dilakukan yaitu wawancara, observasi dan telaah dokumen yang dihasilkan dari data sekunder maupun data primer. Hasil wawancara akan direkap dan dimasukkan kedalam sistem komputerisasi. Pengolahan data kuantitatif akan dibantu dengan menggunakan perangkat lunak pengolahan data analisis.

4.5 Matriks Kebutuhan Informasi

Kebutuhan informasi untuk penelitian ini mencakup beberapa indikator jenis informasi pada setiap tingkatan sesuai tahapan kegiatan pencatatan dan pelaporan data KIA terpadu. Indikator yang dimaksud yaitu pencatatan dan pelaporan data, pengolahan dan analisis data, tindak lanjut dan pemanfaatan data. Di setiap tingkatan, data dikumpulkan dari narasumber yang telah ditentukan berdasarkan metodologi penelitian (lihat tabel 4.4).

Tabel 4.4
Matriks Kebutuhan Informasi

No	Variabel	Narasumber			Jenis Data	Metodologi
		Tingkat desa	Tingkat kecamatan	Tingkat kabupaten		
A Analisis Sistem Yang Berjalan (Data Sekunder Kabupaten Malang dan Pasuruan)						
1	Pencatatan dan pelaporan data	<input type="checkbox"/> Bidan desa <input type="checkbox"/> Kader	<input type="checkbox"/> Ka.pusk <input type="checkbox"/> Bidan koord <input type="checkbox"/> PKK Kec	<input type="checkbox"/> Kadinkes <input type="checkbox"/> Sie KIA <input type="checkbox"/> Sie evapor <input type="checkbox"/> PKK Kab	Data Sekunder	<ul style="list-style-type: none"> Review data sekunder
2	Pengolahan dan analisis data	<input type="checkbox"/> Bidan desa <input type="checkbox"/> Kader	<input type="checkbox"/> Ka.pusk <input type="checkbox"/> Bidan koord <input type="checkbox"/> PKK Kec	<input type="checkbox"/> Kadinkes <input type="checkbox"/> Sie KIA <input type="checkbox"/> Sie evapor <input type="checkbox"/> PKK Kab	Data Sekunder	<ul style="list-style-type: none"> Review data sekunder
3	Tindak lanjut	<input type="checkbox"/> Bidan desa <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Dukun <input type="checkbox"/> Kepala desa <input type="checkbox"/> TOMA/TOGA	<input type="checkbox"/> Ka.pusk <input type="checkbox"/> Bidan koord <input type="checkbox"/> PKK Kec	<input type="checkbox"/> Kadinkes <input type="checkbox"/> Sie KIA <input type="checkbox"/> Sie evapor <input type="checkbox"/> PKK Kab	Data Sekunder	<ul style="list-style-type: none"> Review data sekunder
4	Pemanfaatan data	<input type="checkbox"/> Bidan desa <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Dukun <input type="checkbox"/> Kepala desa <input type="checkbox"/> TOMA/TOGA	<input type="checkbox"/> Ka.pusk <input type="checkbox"/> Bidan koord <input type="checkbox"/> PKK Kec	<input type="checkbox"/> Kadinkes <input type="checkbox"/> Sie KIA <input type="checkbox"/> Sie evapor <input type="checkbox"/> PKK Kab	Data Sekunder	<ul style="list-style-type: none"> Review data sekunder
B Pengembangan dan Uji Coba Sistem (Data Primer Kabupaten Pandeglang)						
5	Identifikasi kebutuhan SIM-Supervisi	<input type="checkbox"/> Bidan desa <input type="checkbox"/> Kader	<input type="checkbox"/> Ka.pusk <input type="checkbox"/> Bidan koord	<input type="checkbox"/> Kadinkes <input type="checkbox"/> Sie KIA	Data Primer	<ul style="list-style-type: none"> Wawancara mendalam Observasi
6	Uji coba sistem	<input type="checkbox"/> Bidan desa <input type="checkbox"/> Kader	<input type="checkbox"/> Ka.pusk <input type="checkbox"/> Bidan koord	<input type="checkbox"/> Kadinkes <input type="checkbox"/> Sie KIA <input type="checkbox"/> Sie evapor	Data Primer	<ul style="list-style-type: none"> Wawancara mendalam Observasi

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Kabupaten Malang dan Pasuruan

Kabupaten Malang dan Pasuruan adalah dua kabupaten yang terpilih pada penelitian ini dengan menggunakan data sekunder studi kasus yang pernah dilakukan oleh *Health Services Program* (HSP). Kabupaten Malang dan Pasuruan terletak di propinsi Jawa Timur.

Gambar 5.1
Wilayah Kabupaten Malang dan Pasuruan, Propinsi Jawa Timur



Dilihat dari beberapa indikator kesehatan (lihat tabel 5.1), kabupaten Malang mempunyai infratuktur dan tenaga kesehatan yang lebih banyak dibandingkan kabupaten Pasuruan.

Tabel 5.1
Karakteristik Kesehatan Kabupaten Malang dan Pasuruan Tahun 2009

Indikator	Kabupaten Malang ¹⁾	Kabupaten Pasuruan ²⁾
Status Kesehatan		
Kelahiran hidup	39,554	24,183
Jumlah kematian bayi	147	78
Jumlah kematian balita	16	21
Jumlah kematian ibu	24	24
Fasilitas Kesehatan		
RS pemerintah	1	1
RS swasta	7	0
RS Jiwa	2	0
Puskesmas dengan tempat perawatan	21	15
Puskesmas tanpa tempat perawatan	13	18
Pustu	93	72
Puskesmas keliling	55	0
Klinik bersalin swasta	61	8
Apotek	60	24
Sumber Daya Manusia		
Bidan dan perawat	1,748	331
Dokter umum	136	62
Dokter spesialis	128	0

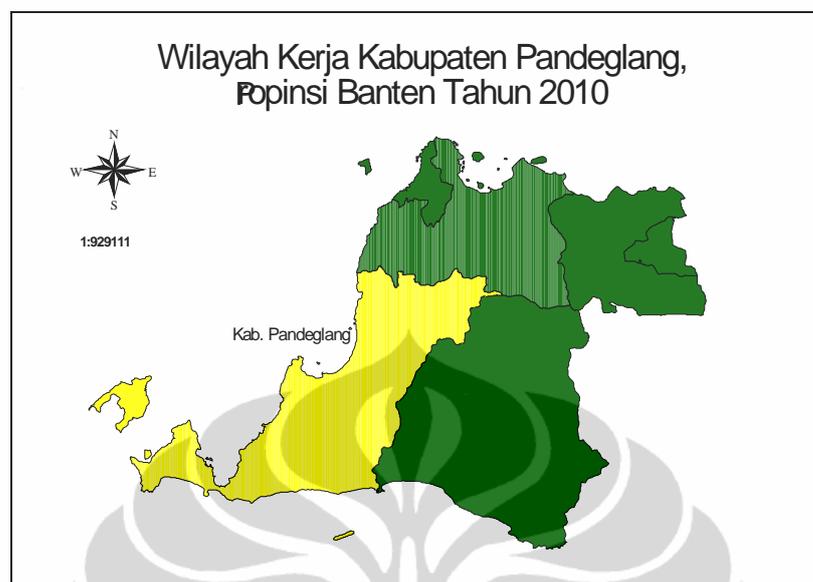
Sumber: 1)Profil Kesehatan Kabupaten Malang, 2009;
2)Profil Kesehatan Kabupaten Pasuruan, 2009

5.1.2 Gambaran Umum Kabupaten Pandeglang

5.1.2.1 Kabupaten Pandeglang

Kabupaten Pandeglang merupakan salah satu kabupaten yang terletak di propinsi Banten (lihat gambar 5.2). Wilayah administrasi kabupaten Pandeglang terdiri dari 35 kecamatan dengan 322 desa dan kelurahan. Berdasarkan data BPS tahun 2009, luas wilayah sebesar 2.746,89 km² dan jumlah penduduk sebanyak 1.156.730 orang. Jumlah penduduk miskin sebanyak 165.242 orang (14,49%).

Gambar 5.2
Wilayah Kabupaten Pandeglang, Propinsi Banten



Sumber: Bakorsurtanal, 2009

Pencapaian program KIA di kabupaten Pandeglang dapat dilihat melalui angka kematian ibu, bayi dan balita. Sepanjang tahun 2008, terdapat 41 kematian ibu, 51 kasus kematian bayi dan tidak ada kematian balita. Berdasarkan profil Kesehatan Kecamatan Kabupaten Pandeglang, kabupaten Pandeglang memiliki satu Rumah Sakit Umum, 36 puskesmas, 1,689 posyandu dengan 1,084 bidan dan perawat (lihat tabel 5.2).

Tabel 5.2
Fasilitas Kesehatan Kabupaten Pandeglang Tahun 2009

Indikator	Jumlah
Fasilitas Kesehatan	
Rumah Sakit Umum	1
Puskesmas dengan tempat perawatan	6
Puskesmas non perawatan	30
Puskesmas pembantu	58
Pos kesehatan desa (poskesdes)	46
Posyandu	1,689
Sumber Daya Manusia	
Bidan dan perawat	1,084
Dokter umum	78

Sumber: Profil Kesehatan Kabupaten Pandeglang, 2009

5.1.2.2 Desa dan Kecamatan Cimanuk

Lokasi yang terpilih untuk uji coba sistem adalah kabupaten Pandeglang, yaitu di kecamatan Cimanuk. Uji coba sistem supervisi tingkat desa melibatkan Puskesmas dan desa. Dua desa yang dipilih pada uji coba di kecamatan Cimanuk yaitu desa Rocek dan desa Kadubungbang. Kecamatan Cimanuk memiliki keadaan tanah yang subur dengan curah hujan yang cukup sehingga hampir sebagian besar daerahnya tidak kesulitan mendapatkan air.

Wilayah kecamatan meliputi perbukitan dan daratan dengan luas 23,64 km². Akses jalan yang menghubungkan antara ibukota kecamatan dengan desa-desa di wilayah kecamatan Cimanuk berupa jalan beraspal yang dapat dilalui oleh kendaraan roda dua dan roda empat, dengan waktu tempuh yang terjauh adalah sekitar 30 menit atau berjarak 10 kilometer dari ibukota kecamatan.

Puskesmas Cimanuk terletak di Desa Batubantar Kecamatan Cimanuk, berjarak kurang lebih 10 kilometer ke arah selatan dari ibukota kabupaten Pandeglang. Puskesmas Cimanuk memiliki cakupan 11 desa dengan 154 RT dan 48 RW.

Jumlah penduduk kecamatan Cimanuk sebesar 39.649 jiwa dengan kepadatan penduduk 1,67 per km². Jumlah penduduk miskin kecamatan Cimanuk sebesar 14.458 jiwa atau sekitar 36,5% dari total jumlah penduduk. Desa dengan penduduk miskin terbanyak yaitu desa Cimanuk yaitu sebesar 2.270 jiwa (16%) , sedangkan jumlah penduduk miskin paling sedikit yaitu desa Kadumandang yaitu sebesar 849 jiwa.

Upaya penyelamatan ibu dan anak melalui program KIA, menunjukkan cakupan yang cukup baik untuk K1 tingkat kecamatan yaitu 89%. Tetapi sebaliknya, kualitas pelayanan KIA masih sangat rendah pada cakupan K4 tingkat kecamatan (21%). Pencapaian program KIA dapat dilihat melalui angka kematian ibu, bayi dan balita. Sepanjang tahun 2008, tidak ada kematian ibu dan balita di kecamatan Cimanuk, sementara jumlah kematian bayi sebanyak 3 bayi (lihat tabel 5.3).

Tabel 5.3
Karakteristik Kesehatan Kabupaten Pandeglang Dan Kecamatan Cimanuk Tahun 2009

Indikator	Kabupaten Pandeglang ¹⁾	Kecamatan Cimanuk ²⁾
Populasi		
Jumlah penduduk	1.156.730	39.649
Jumlah penduduk miskin	545.301	14.458
Angka Kematian		
Kelahiran hidup	25.575	801
Jumlah kematian bayi	51	3
Jumlah kematian ibu	41	0
Pelayanan Kesehatan		
Cakupan K1	95%	89%
Persalinan dengan tenaga kesehatan	79%	83%
KB Aktif	82%	65%
Cakupan K4	75%	21%

Sumber: 1) Profil Kesehatan Kabupaten Pandeglang, 2009;
2) Profil Kesehatan Kecamatan Cimanuk, 2009

5.2 Analisis Sistem Yang Berjalan

Seperti yang disampaikan di dalam metodologi penelitian, bahwa Pengembangan sistem menggunakan data sekunder hasil salah satu penelitian studi kasus yang dilakukan oleh *Health Services Program (HSP) –USAID*. Studi kasus ini bertujuan mendokumentasikan dan memberikan gambaran yang komprehensif tentang bagaimana pencatatan dan pelaporan terpadu KIA dilaksanakan di wilayah kabupaten Malang dan Pasuruan. Kedua kabupaten adalah kabupaten terpilih yang mendapat bantuan teknis untuk sistem Penelurusan dan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PPWS-KIA). PPWS-KIA merupakan program Kementerian Kesehatan yang dibantu pengembangannya oleh UNICEF dengan nama *Local Area Monitoring and Tracking (LAMAT)*. Bantuan teknis untuk kedua kabupaten diberikan oleh Health Services Program (HSP) yang didanai oleh USAID (*United States Agency for International Development*) selama tahun 2009 sampai 2010.

5.2.1 Pencatatan dan Pelaporan Data

Berdasarkan temuan hasil studi kasus diketahui bahwa terdapat beberapa sistem pencatatan dan pelaporan yang tumpang tindih di kabupaten. Beberapa diantaranya adalah sistem pencatatan posyandu yang dikenal dengan nama Sistem Informasi Posyandu (SIP), dengan sistem pencatatan sektor kesehatan PWS-KIA (Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak) yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Kabupaten dan dilaksanakan oleh Puskesmas.

Pencatatan dan pelaporan kegiatan KIA dimulai di tingkat desa yang dilakukan oleh bidan desa. Pada empat desa sampel di kabupaten Malang dan Pasuruan, bidan desa dan kader mengadakan pertemuan setelah kegiatan Posyandu (pertemuan pascayandu) untuk saling berbagi informasi dan pemutakhiran data. Pada pertemuan pascayandu, bidan desa meminta daftar ibu hamil, bayi dan anak yang tidak datang periksa ke posyandu dan mengidentifikasikannya sebagai *drop-out*. Bidan desa bersama dengan kader akan melakukan kunjungan rumah bagi ibu, bayi dan anak *drop-out* untuk memastikan bahwa mereka telah mendapatkan pelayanan KIA yang seharusnya. Bidan desa dan kader melakukan surveilans aktif dengan dukungan dari desa, termasuk kepala desa, tokoh agama, tokoh masyarakat dan dukun yang tergabung didalam Forum Masyarakat Desa (FMD). Masyarakat berperan dalam memastikan bahwa seluruh ibu hamil, bayi dan balita mendapatkan pelayanan yang seharusnya, bersalin di tenaga dan fasilitas kesehatan. Pada beberapa desa, peraturan desa dibuat sebagai bentuk komitmen desa untuk kegiatan KIA.

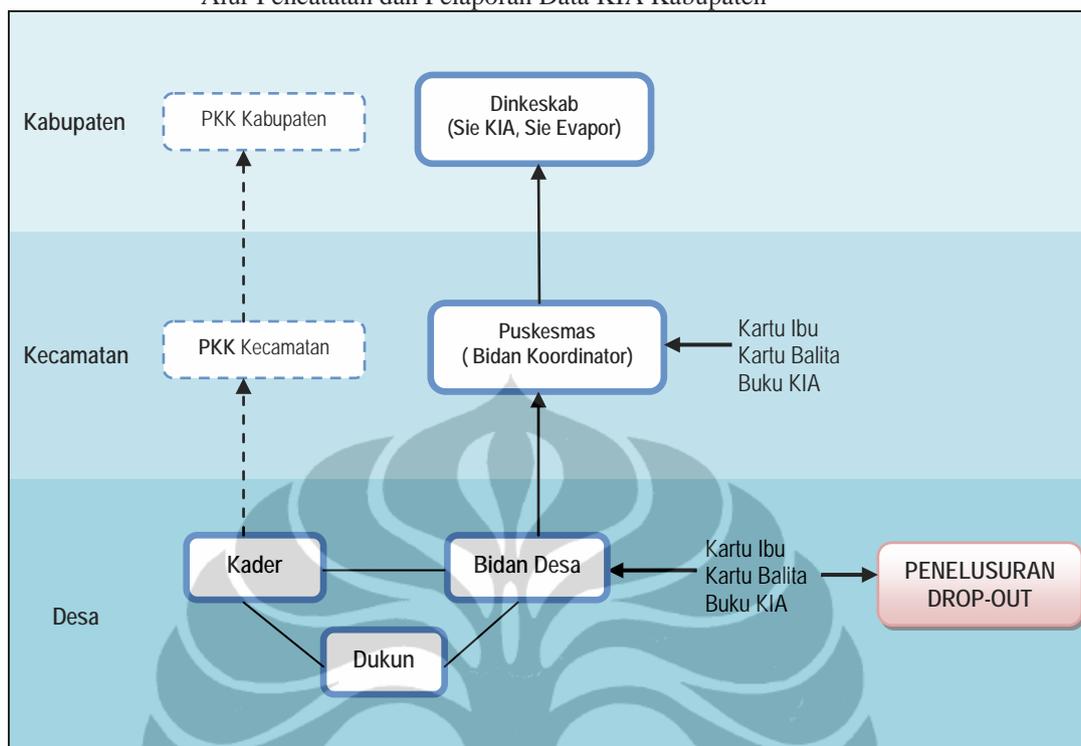
Di sektor kesehatan, bidan desa melaporkan data KIA dengan menggunakan formulir PWS-KIA setiap bulan pada minggu keempat kepada Puskesmas selanjutnya Dinkeskab. Tiga dari empat puskesmas sampel di kabupaten Malang dan Pasuruan, data KIA langsung dilaporkan kepada bidan koordinator. Pada satu puskesmas yang lain, data KIA dilaporkan kepada tim SP2TP yang kemudian baru dilaporkan ke bidan koordinator. Di tingkat kabupaten, data KIA dilaporkan oleh Puskesmas ke Dinas Kesehatan Keluarga bagian unit Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dibawah seksi Kesehatan Keluarga. Sementara di sektor non-kesehatan, kader melaporkan data KIA dengan menggunakan format SIP kepada PKK Kecamatan setiap tahun pada minggu

keempat Desember, selanjutnya ke PKK Kabupaten. Mekanisme pencatatan dan pelaporan tertuang di dalam Buku Pedoman Administrasi yang diterbitkan oleh Kementerian Dalam Negeri.

Buku KIA berperan penting di dalam kegiatan pencatatan dan pelaporan, karena merupakan catatan pelayanan yang sudah diterima oleh ibu, bayi atau anak. Selain sebagai instrumen pencatatan, buku KIA juga bermanfaat sebagai media promosi kesehatan. Seorang ibu di salah satu desa sampel menyatakan bahwa buku KIA sangat bermanfaat untuk memberikan informasi terkait kesehatan ibu. Dengan membaca buku KIA, ibu menjadi tahu tanda bahaya kehamilan dan persalinan. Buku KIA juga memberikan informasi lengkap tentang semua hasil pemeriksaan. Dari empat desa sampel, hanya satu desa yang memiliki yang telah memiliki cakupan buku KIA 100% untuk ibu hamil, bayi dan anak balita. Sementara pada tiga desa lainnya, cakupan buku KIA hanya 80—90% untuk sasaran. Kurangnya cakupan ini diakui bidan desa karena kurangnya distribusi buku KIA dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kabupaten.

Berdasarkan penjelasan di atas, diketahui bahwa sistem pencatatan dan pelaporan di kabupaten dilakukan baik oleh sektor kesehatan maupun non-kesehatan (lihat gambar 5.3).

Gambar 5.3
Alur Pencatatan dan Pelaporan Data KIA Kabupaten



Keterangan:
 - Dashed box: Rutinitas pelaporan satu tahun sekali
 - Solid box: Rutinitas pelaporan satu bulan sekali

Untuk tingkat kepatuhan pelaporan, diperoleh hasil bahwa empat desa yang menjadi sampel di kabupaten Malang dan Pasuruan melaporkan data KIA secara rutin kepada Puskesmas. Hanya satu desa yang melaporkan data KIA melewati batas waktu pelaporan pada minggu keempat. Sementara pada tingkat kabupaten, diperoleh hasil bahwa seluruh Puskesmas yang menjadi sampel di kabupaten Malang dan Pasuruan melaporkan secara rutin dan dalam batas waktu pada minggu keempat. Tidak ada sanksi khusus yang diberikan pada tingkat Puskesmas dan Kabupaten untuk keterlambatan pelaporan.

Akurasi data adalah ketepatan dan kesesuaian data yang dilaporkan antar jenjang. Pada studi kasus ini data yang digunakan untuk mengecek akurasi data adalah Maret 2010. Berdasarkan hasil studi kasus diperoleh hasil bahwa dua dari tiga desa memiliki tingkat akurasi data 100% dibandingkan dengan data

Puskesmas. Demikian juga pada tingkat kabupaten, akurasi data yang dilaporkan Puskesmas adalah 100% dibandingkan dengan data bidan desa.

5.2.2 Pengolahan dan Analisis Data

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengolahan data telah dilakukan di setiap tingkatan. Dari empat desa yang menjadi sampel di kabupaten Malang dan Pasuruan, bidan desa melakukan rekapitulasi data dari kohort ibu, bayi dan anak ke format PWS-KIA. Bidan desa dibantu dengan kader melakukan analisis sederhana, yaitu dengan membuat grafik atau tabel yang menggambarkan kesimpulan pencapaian beberapa indikator KIA pada waktu tertentu. Untuk kegiatan hasil Posyandu, kader juga menyusun grafik SKDN.

Di tingkat Puskesmas, pengolahan data dilakukan oleh bidan koordinator yaitu dengan melakukan rekapitulasi terhadap data desa yang diterimanya. Pada puskesmas yang menggunakan software PWS-KIA, maka data yang diterima dari desa kemudian dimasukkan dan direkapitulasi secara komputerisasi. Secara rutin setiap bulannya, bidan koordinator mengkomunikasikan hasil analisis data KIA kepada kepala Puskesmas. Kepala Puskesmas bersama dengan bidan koordinator melakukan analisis data. Analisis yang dilakukan di tingkat Puskesmas adalah analisis lebih lanjut, misalnya dengan membandingkan pencapaian beberapa indikator untuk melihat kesenjangan data dan pelayanan.

Sebelum adanya penguatan program KIA, data analisis tidak dilaksanakan secara rutin setiap bulannya di tingkat desa dan Puskesmas. Satu orang bidan koordinator dari puskesmas di Pasuruan menyatakan bahwa sebelumnya analisis data hanya dilakukan oleh puskesmas. Sementara pada tingkat desa, bidan desa hanya mengumpulkan, mencatat dan merekapitulasi untuk kepentingan pelaporan tanpa adanya analisis data.

Di tingkat kabupaten, data yang diterima oleh unit KIA direkapitulasi dan dianalisis untuk tingkat kabupaten. Analisis data berupa matriks dan tabel per puskesmas. Data yang sudah direkapitulasi juga kemudian dilaporkan kepada unit Perencanaan dan Pelaporan untuk dikumpulkan dengan data dari unit lain, yang kemudian akan diolah menjadi Profil Kesehatan Kabupaten pada akhir tahun.

Untuk sektor non-kesehatan, PKK kecamatan melakukan rekapitulasi data dari laporan yang diterima dari kader di tingkat desa, namun tidak melakukan analisis data. Pada beberapa kesempatan, PKK kecamatan bekerjasama dengan Puskesmas untuk mendiskusikan dan memberikan umpan balik kepada desa. Demikian juga pada tingkat kabupaten, PKK kabupaten melakukan rekapitulasi data dari laporan yang diterima dari PKK kecamatan dengan tingkat analisis yang rendah, kemudian melaporkan data ke pusat.

5.2.3 Tindak Lanjut

Identifikasi drop-out adalah salah satu hasil analisis data yang dihasilkan pada setiap tingkatan. Drop-out KIA didefinisikan sebagai target sasaran ibu hamil, bayi baru lahir atau anak yang tidak mendapatkan pelayanan sesuai dengan waktu tertentu, kesenjangan cakupan K4 dibandingkan K1, kesenjangan K4 dengan persalinan oleh tenaga kesehatan, kesenjangan persalinan oleh tenaga kesehatan dengan kunjungan nifas.

Di tingkat desa, pada pertemuan pascayandu dimana bidan desa dan kader saling mengecek data, maka diperoleh daftar sasaran yang tidak datang ke posyandu. Dari daftar ini, kemudian kader melakukan kunjungan rumah untuk memastikan dan mengajak sasaran mendapatkan pelayanan sesuai dengan waktunya. Kunjungan rumah juga bisa dilakukan oleh bidan desa untuk langsung memberikan pelayanan. Kelemahan yang masih ditemukan adalah bahwa baik bidan desa dan kader belum memiliki rencana tertulis untuk rencana kunjungan rumah bagi sasaran KIA tersebut.

Di tingkat desa, data yang sudah terkumpul juga sebagai bahan informasi yang akan didiskusikan di dalam pertemuan dengan masyarakat dan aparat desa. Biasanya ada masukan atau saran yang diberikan, terutama dari kepala desa untuk menyelesaikan masalah kesehatan ibu dan anak yang terjadi desa tersebut

Di tingkat kecamatan, dari hasil rekapitulasi data KIA desa diperoleh jumlah drop-out. Informasi ini digunakan oleh bidan koordinator untuk memberikan umpan balik kepada bidan desa pada pertemuan bulanan puskesmas. Di kabupaten Pasuruan yang telah menggunakan sistem komputersasi, maka

informasi drop-out sudah bisa diketahui di tingkat Puskesmas berdasarkan nama dan alamat.

Secara umum, kepala Puskesmas bertanggungjawab untuk memberikan umpan balik kepada desa melalui bidan koordinator. Belum ada umpan balik tertulis dari Puskesmas ke desa, tetapi umpan balik diberikan kepada desa secara verbal melalui pertemuan bulanan puskesmas dengan seluruh desa, yang biasa disebut minilokakarya (minilok) puskesmas.

Di tingkat kabupaten, informasi drop-out hanya diketahui dalam rekapitulasi jumlah. Kemudian informasi ini digunakan sebagai bahan umpan balik dari Dinkeskab kepada Puskesmas dalam pertemuan rutin bulanan.

5.2.4 Sistem Supervisi

Sistem supervisi yang telah berjalan di kabupaten Malang dan Pasuruan sudah dilaksanakan dengan mekanisme dan instrumen yang terstandar. Sistem supervisi yang digunakan adalah supervisi fasilitatif yang terdiri dari supervisi tingkat Puskesmas dan Polindes. Supervisi tingkat Puskesmas dilaksanakan oleh Unit KIA kepada Puskesmas. Sementara supervisi tingkat Polindes dilaksanakan oleh bidan koordinator kepada bidan desa. Supervisi mencakup supervisi terhadap kinerja klinis dan manajerial untuk Asuhan Persalinan dan Program KIA.

Berdasarkan hasil studi kasus, masih terdapat kelemahan di dalam sistem supervisi yang telah dilakukan pada puskesmas dan desa sampel di kabupaten Malang dan Pasuruan, walaupun jadwal kegiatan supervisi sudah disusun di tingkat Dinkeskab dan Puskesmas, tetapi dalam pelaksanaannya masih belum dilakukan secara rutin.

5.2.5 Pemanfaatan Data

Pemanfaatan data KIA yang telah dikumpulkan sebagai bahan diskusi pada pertemuan bulanan dan masukan pada proses perencanaan di setiap tingkatan. Selain itu, data KIA juga digunakan sebagai bahan pertimbangan usulan kegiatan pada proses musrenbang. Musrenbang (musyawarah perencanaan pembangunan) yaitu sebuah proses perencanaan nasional yang terdiri dari tahap musrenbangdes (musrenbang tingkat desa), musrenbangcam (musrenbang tingkat

kecamatan), forum SKPD (Satuan Kerja Perangkat Daerah) musrenbangkab (musrenbang kabupaten), dilanjutkan musrenbang propinsi dan pusat.

Di empat desa yang menjadi sampel, data digunakan sebagai bahan diskusi pada pertemuan bulanan dengan masyarakat. Pertemuan biasanya dilaksanakan pada minggu ketiga atau keempat di balai desa yang dihadiri oleh bidan desa, kader, tim Desa Siaga tokoh masyarakat, tokoh agama, kepala desa dan ibu-ibu hamil. Pada pertemuan ini dibahas isu atau masalah terkait kesehatan terutama kesehatan ibu dan anak. Salah satu bidan desa menyatakan bahwa pertemuan ini sangat bermanfaat karena dapat meningkatkan kepedulian masyarakat kepada masalah kesehatan yang kemudian sangat berpengaruh terhadap dukungan masyarakat.

Di tingkat desa, selain sebagai bahan pertemuan bulanan desa, data KIA juga digunakan sebagai dasar pertimbangan usulan kegiatan pada proses musrenbangdes yaitu suatu forum konsensus tahunan yang dihadiri oleh masyarakat dan aparat desa untuk mengidentifikasi prioritas kegiatan yang akan didanai oleh anggaran desa (APBDes). Prioritas kegiatan disusun berdasarkan prioritas masalah yang ada di suatu desa. Pada tahap inilah data KIA bermanfaat sebagai informasi dasar yang dapat menggambarkan situasi kesehatan, terutama kesehatan ibu dan anak. Pada empat desa penelitian, data KIA digunakan dalam proses musrenbangdes untuk menggambarkan masalah kesehatan yang kemudian menentukan prioritas kegiatan desa.

Baik di Malang maupun Pasuruan, data KIA di tingkat kecamatan digunakan sebagai bahan diskusi pada pertemuan bulanan yang dilakukan di Puskesmas yang dihadiri oleh bidan koordinator, kepala puskesmas dan bidan desa. Pada pertemuan ini, hasil analisis data berupa grafik atau tabel ditampilkan untuk melihat kinerja setiap desa dan menentukan tindak lanjut yang diperlukan. Satu Puskesmas di Pasuruan telah menggunakan data KIA pada pertemuan bulanan lintas sektor, yaitu Lokakarya Kecamatan yang dihadiri oleh Puskesmas, Pemerintah Daerah, PKK, KB dan Pemberdayaan Perempuan. Kepala Puskesmas menyatakan pendapatnya bahwa pertemuan ini merupakan pertemuan potensial untuk meningkatkan kepedulian dan dukungan lintas sektor terhadap kesehatan.

Selain untuk diseminasi dengan lintas sektor, data KIA digunakan sebagai dasar penentuan prioritas dan kegiatan di empat puskesmas tersebut. Seperti halnya proses musrenbangdes, maka perencanaan tingkat Puskesmas pun menggunakan data KIA untuk melihat masalah kesehatan di tingkat kecamatan yang kemudian akan menentukan jenis prioritas kegiatan yang akan dilakukan.

Di tingkat kabupaten, penggunaan data KIA tidak berbeda jauh dengan tingkat desa dan kecamatan. Data KIA digunakan pada pertemuan bulanan di Dinas Kesehatan Kabupaten yang dihadiri oleh seksi KIA, kepala Dinas, kepala Puskesmas dan bidan koordinator. Selain itu juga, sama halnya dengan puskesmas, data KIA digunakan sebagai dasar pertimbangan untuk menentukan kegiatan melalui proses perencanaan lokal DTSPS (*District Team Problem Solving*).

Hasil wawancara mendalam mencakup informasi untuk seluruh jenis variabel yang telah diidentifikasi pada kebutuhan informasi (lihat tabel 5.5).

5.3 Analisis Kebutuhan Sistem

Berdasarkan analisis sistem yang berjalan di kabupaten Malang dan Pasuruan, maka dapat diketahui bahwa terdapat beberapa proses kegiatan pencatatan dan pelaporan data KIA yang belum dilaksanakan sesuai dengan Pedoman PWS-KIA.

1. Cakupan buku KIA belum 100% pada tiga desa sampel di kabupaten Malang dan Pasuruan (80—90% untuk sasaran).
2. Analisis tidak dilaksanakan secara rutin setiap bulannya di tingkat desa dan Puskesmas. Analisis data hanya dilakukan oleh puskesmas, sementara pada tingkat desa, bidan desa hanya mengumpulkan, mencatat dan merekapitulasi untuk kepentingan pelaporan tanpa adanya analisis data.
3. Belum adanya rencana tertulis untuk rencana kunjungan rumah yang dilakukan bidan desa dan kader untuk sasaran KIA yang teridentifikasi sebagai drop-out.
4. Kegiatan supervisi fasilitatif belum dilakukan secara rutin walaupun jadwal kegiatan supervisi sudah disusun di tingkat Dinkeskab dan Puskesmas.

Dengan melihat sistem pencatatan dan pelaporan yang berjalan, maka perlu dikembangkan sistem supervisi yang dapat mengoreksi dan mengendalikan masukan dan proses yang dapat menghasilkan data dan informasi yang berkualitas sehingga dapat membantu meningkatkan sistem perencanaan program kesehatan ibu dan anak.

Demikian dengan melihat hasil wawancara mendalam yang dilakukan pada kabupaten uji coba yaitu kabupaten Pandeglang, responden tingkat desa, puskesmas dan kabupaten menyatakan bahwa sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu perlu untuk dikembangkan.

Didukung dengan penjelasan di dalam latar belakang dan tinjauan pustaka bahwa belum semua kabupaten melakukan kegiatan pencatatan dan pelaporan KIA terpadu, maka lebih memperjelas bahwa sistem supervisi mutlak diperlukan untuk dapat menggiring kepada perbaikan mutu data.

Kegiatan kegiatan supervisi yang dikembangkan perlu mencakup seluruh tahap kegiatan pencatatan dan pelaporan program KIA sesuai dengan hasil analisis sistem yang berjalan di kabupaten Malang dan pasuruan. Pengendalian masukan dan proses pada tahap kegiatan pencatatan dan pelaporan terdiri dari pencatatan, pengolahan, analisis, tindak lanjut dan pemanfaatan data dituangkan ke dalam indikator-indikator di dalam daftar tilik.

5.4 Peluang Pengembangan Sistem

Identifikasi kebutuhan sistem diperoleh berdasarkan hasil wawancara dengan responden di kabupaten Pandeglang pada Dinas Kesehatan Kabupaten, Puskesmas Cimanuk dan dua desa yang berada di bawah Puskesmas Cimanuk, yaitu desa Rocek dan Kadumadang. Uji coba sistem dilakukan di dua desa terpilih tersebut, yaitu dengan melakukan uji coba pengisian kajian mandiri oleh bidan desa dan verifikasi oleh bidan koordinator. Selanjutnya data hasil supervisi dimasukkan ke dalam perangkat lunak sistem.

Dalam uji coba sistem, saran dan masukan diperoleh dari responden. Bidan desa menganggap sistem yang dikembangkan bagus sekali untuk membantu bidan desa mengingat standard apa saja yang perlu dilakukan di dalam proses pencatatan dan pelaporan. Bidan desa menganggap bahwa pada awalnya sistem

yang baru diperkenalkan akan membingungkan, tetapi jika sudah menjadi rutinitas akan menjadi sangat bermanfaat. Di tingkat Puskesmas, baik bidan koordinator dan kepala Puskesmas sangat mendukung pengembangan sistem ini, terutama jika indikator penilaian bisa disesuaikan dengan kondisi lokal masing-masing Puskesmas atau Kabupaten. Demikian halnya di tingkat kabupaten, Dinas Kesehatan Kabupaten mengatakan bahwa belum adanya sistem supervisi pencatatan pelaporan yang khusus untuk KIA. Kepala seksi KIA mengatakan bahwa sistem ini dapat diterapkan tidak hanya di Puskesmas Cimanuk saja, tetapi di puskesmas lain di kabupaten Pandeglang.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi di kabupaten Pandeglang, dapat disimpulkan bahwa sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu dapat dikembangkan di kabupaten tersebut, dengan melihat beberapa peluang yang dimiliki oleh kabupaten meliputi sumber daya manusia, ketersediaan perangkat, sumber dana, sistem supervisi yang telah berjalan dan aspek manajemen yang ada (lihat tabel 5.4).

Tabel 5.4
Peluang Pengembangan Sistem

Variabel	Kondisi yang ada	Peluang pengembangan
Sumber daya manusia	Adanya tenaga di Puskesmas yang berperan sebagai data operator	Sudah tersedia tenaga data operator untuk memasukkan data hasil daftar tilik supervisi ke dalam perangkat lunak sistem supervisi untuk pengolahan data.
Perangkat	Adanya komputer di setiap Puskesmas yang dapat dimanfaatkan oleh seluruh program sesuai dengan kebutuhan	Sudah tersedia komputer yang dapat dimanfaatkan untuk perangkat lunak sistem supervisi dalam melakukan pengolahan data.
Sumber dana	Khususnya di puskesmas Cimanuk, adanya alokasi alat tulis untuk pengadaan tinta, kertas, dana pembinaan kader dan bidan desa untuk pencatatan dan pelaporan data KIA	Sudah tersedia dana untuk pelatihan pencatatan dan pelaporan KIA bagi kader dan bidan. Puskesmas dapat menyediakan hasil cetak rekapitulasi data supervisi untuk seluruh desa dengan menggunakan alokasi dana alat tulis.
Sistem Supervisi	Terdapat mekanisme dan instrumen standar untuk pelaksanaan supervisi fasilitatif Terdapat jadwal bintek Puskesmas ke desa	Sudah ada sistem supervisi yang berjalan di kabupaten untuk sistem supervisi yang melibatkan bidan koordinator dan bidan desa yang dapat dimanfaatkan untuk digabungkan dengan sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA.

Variabel	Kondisi yang ada	Peluang pengembangan
Manajemen	Pengelolaan laporan KIA hanya dilaksanakan oleh penanggung jawab laporan PWS-KIA, dalam hal ini bidan koordinator dan kepala Puskesmas. Selama ini belum ada sistem supervisi khusus pencatatan dan pelaporan data KIA	Sistem supervisi dibutuhkan oleh penanggungjawab laporan PWS-KIA untuk memastikan data yang dikumpulkan adalah data yang valid dan akurat.

Seluruh hasil wawancara telah memberikan informasi sesuai dengan kebutuhan, baik di tingkat desa, tingkat puskesmas maupun tingkat kabupaten. Rangkuman hasil wawancara mendalam (lihat tabel 5.5) menggambarkan kesimpulan yang diperoleh untuk setiap variabel.

Tabel 5.5
Hasil Wawancara Mendalam

Variabel	Responden 1	Responden 2	Responden 3	Kesimpulan
Pencatatan dan pelaporan data	<p>“Setiap kegiatan Posyandu berakhir, kami selalu mengadakan pertemuan untuk saling mengecek data, pesertanya bidan desa dan kader”.</p> <p>“Setiap ada ibu hamil baru, kader memberitahu bidan desa dan mencatatnya di dalam buku Bantu Kader, mulai menghitungnya sebagai sasaran”.</p>	<p>“Laporan diterima dari desa setiap bulannya, tanggal 5 paling lambat”.</p> <p>“Desa yang terlambat memberikan laporan, akan diberikan peringatan”.</p> <p>“Buku KIA merupakan instrumen penting dalam membantu proses pencatatan”.</p>	<p>“Laporan diterima dari Puskesmas setiap bulan, tanggal 10 paling lambat”.</p> <p>“80% Puskesmas melaporkan tepat waktu kepada sie KIA”.</p>	Pencatatan dan pelaporan dilakukan secara berjenjang dari desa ke puskesmas dengan waktu pelaporan yang sudah disepakati.
Pengolahan dan analisis data	<p>“Setiap bulan kader menyusun grafik SKDN”.</p> <p>“Bidan desa membuat grafik cakupan pelayanan KIA dan menempelnya di dinding Polindes”.</p>	<p>“Analisa yang dilakukan Puskesmas lebih lanjut dari analisa desa, yaitu membandingkan cakupan antar indikator”.</p> <p>“Sistem komputerisasi mempermudah Puskesmas melakukan analisis”.</p>	<p>“Kabupaten biasanya melakukan rekapitulasi laporan dari Puskesmas untuk bisa memberi umpan balik kepada Puskesmas”.</p>	Pengolahan dan analisis data dilakukan di setiap jenjang. Analisis sederhana dilakukan di tingkat desa dan analisis lanjut dilakukan di tingkat Puskesmas.

Variabel	Responden 1	Responden 2	Responden 3	Kesimpulan
Tindak lanjut	<p>“Bidan desa atau kader melakukan kunjungan rumah untuk ibu hamil, bayi atau balita yang tidak datang ke Posyandu”.</p>	<p>“Sistem komputerisasi mempermudah melakukan analisa drop-out”.</p> <p>“Puskesmas mengadakan pertemuan bulanan dengan bidan desa setiap bulan untuk membahas data KIA dan memberi umpan balik”.</p>	<p>“Dinkeskab bekerjasama dengan Puskesmas untuk meningkatkan cakupan dengan melakukan identifikasi drop-out”.</p> <p>“Biasanya ada pertemuan bulanan bidan koordinator kabupaten (sie.KIA) dengan bidan koordinator Puskesmas”.</p>	Identifikasi drop out merupakan salah satu hasil analisis yang perlu tindak lanjut.
Pemanfaatan data	<p>“Data KIA digunakan di dalam proses pra-musrenbang desa dan musrenbang desa”.</p> <p>“Dalam pertemuan bulanan dengan masyarakat di Forum Masyarakat Desa, saya sebagai bidan desa merasa lebih percaya diri membicarakan masalah kesehatan karena ada dukungan data”.</p>	<p>“Data KIA digunakan untuk melengkapi tabel 1A-D dalam proses PTP untuk mengetahui prioritas masalah”.</p> <p>“Data KIA bermanfaat sebagai sumber data dalam Rakor kecamatan dengan pihak lintas sektor”.</p>	<p>“Proses DTPS saat ini semakin jelas arahnya, karena pengenalan masalah dilakukan dengan melihat data”.</p>	Data sudah dimanfaatkan untuk perencanaan lokal dan digunakan pada pertemuan bulanan masing-masing tingkatan.
Identifikasi kebutuhan SIM-Supervisi	<p>“Awalnya memang membingungkan dan memberatkan, tetapi jika sudah menjadi rutinitas, akan bermanfaat sekali”.</p>	<p>“Sistem ini akan bagus sekali, apalagi jika indikator lebih fleksible disesuaikan kondisi lokal masing-masing kabupaten”.</p>	<p>“Sampai saat ini belum ada sistem supervisi semacam ini. Jika bisa diterapkan, akan bagus sekali jika puskesmas lain bisa mejalankan”.</p>	Sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA belum ada dan penting untuk dikembangkan.
Uji coba sistem	<p>“Beberapa indikator di dalam daftar tilik perlu disesuaikan dengan kondisi lokal” .</p>	<p>“Sistem dan <i>software</i> ini kelihatan bagus sekali karena khusus untuk pencatatan KIA saja”.</p>	<p>“Sebisa mungkin <i>software</i> yang diperkenalkan harus mudah penggunaannya”.</p>	

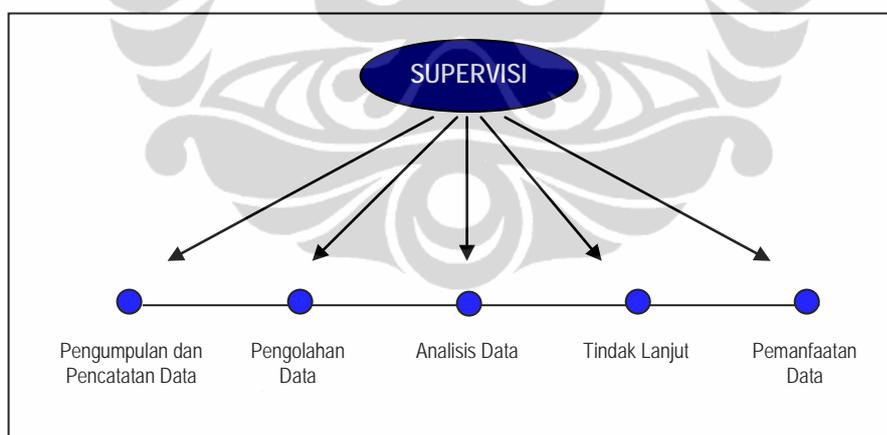
5.5 Pengembangan Sistem Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu

5.5.1 Prinsip Dasar Kegiatan Supervisi

Pendekatan supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu adalah terarah, sistematis dan berbasis data. Daftar tilik sebagai standar kegiatan membuat upaya peningkatan kualitas pencatatan dan pelaporan data program menjadi lebih jelas dan terarah. Basis data yang dihasilkan menggambarkan tingkat kepatuhan terhadap standar dan merupakan ukuran kinerja yang jelas.

Kegiatan supervisi dilakukan pada seluruh tahap kegiatan pencatatan dan pelaporan program KIA mulai pencatatan, pengolahan, analisis, tindak lanjut dan pemanfaatan data (gambar 5.4). Disadari bahwa sebagian besar faktor mutu yang rendah terkait dengan proses yang kurang baik, maka diharapkan dengan dilakukannya sistem supervisi pada kegiatan pencatatan dan pelaporan program KIA akan meningkatkan mutu data.

Gambar 5.4
Sistem Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu



Sistem supervisi diperlukan untuk menuntun petugas pada setiap tahap kegiatan untuk memperbaiki masukan dan proses ke arah perbaikan mutu. Sesuai dengan yang sudah dipaparkan pada bab pendahuluan bahwa dalam implementasinya, supervisi dimulai dengan pengembangan daftar tilik sebagai standar masukan dan proses, dilanjutkan dengan tahap penilaian terhadap standar

dalam bentuk kajian mandiri, verifikasi dan rekapitulasi. Sesuai dengan kegiatan pencatatan dilakukan berjenjang dari tingkat desa sampai pusat, demikian juga kegiatan supervisi perlu dilakukan mengikuti sistem tersebut, yaitu supervisi tingkat desa sampai pusat.

Metode yang digunakan dalam pendekatan supervisi bertumpu pada pendekatan perbaikan mutu. Tiga tahap pendekatan mutu adalah upaya pengembangan standar (*quality standard*); upaya penilaian mutu (*quality measurement*); dan upaya peningkatan mutu (*quality improvement*).

5.5.2 Tujuan Kegiatan Supervisi

Supervisi sebagai suatu instrumen manajemen yang bertujuan untuk mengoreksi dan mengendalikan masukan dan proses kegiatan pencatatan dan pelaporan sehingga dapat memperbaiki kualitas data program yang dikumpulkan. Penguatan sistem supervisi akan menggiring kegiatan pencatatan dan pelaporan dilaksanakan sesuai standar. Bersama dengan instrumen manajemen lainnya, maka supervisi pencatatan dan pelaporan menjadi tumpuan perbaikan mutu pelayanan secara keseluruhan.

5.5.3 Daftar Tilik Supervisi

Daftar tilik adalah kumpulan indikator yang merupakan kegiatan yang harus dilakukan berdasarkan Pedoman Pelaksanaan PWS-KIA yang disepakati sebagai alat ukur tingkat kepatuhan terhadap standar tertentu. Daftar tilik digunakan sebagai alat bantu sehingga proses supervisi dapat dilakukan secara terukur dan sistematis. Semakin baik tingkat kepatuhan yang diperoleh dari hasil perhitungan daftar tilik, maka diharapkan akan semakin baik kualitas data program KIA yang dicatat dan dilaporkan karena proses pencatatan dan pelaporan dilaksanakan sesuai standar.

Daftar tilik yang dikembangkan untuk supervisi ini terdiri dari tiga jenis daftar tilik yaitu Lembar Untuk Kajian Mandiri Bidan Desa (Lampiran 7), Lembar Untuk Verifikasi Bidan Koordinator (Lampiran 8) dan Daftar Tilik Bantu Untuk Kader (Lampiran 9). Daftar Tilik Kajian Mandiri digunakan dan diisi oleh bidan desa pada tahap kajian mandiri yaitu dengan melakukan penilaian pribadi

terhadap indikator. Sementara Daftar Tilik Verifikasi digunakan dan diisi oleh bidan koordinator untuk melakukan pengecekan hasil kajian mandiri.

Masing-masing indikator memiliki indikator yang sama dengan jumlah 61 indikator yang terbagi di dalam delapan topik penilaian. Topik penilaian di dalam daftar tilik yaitu terdiri dari:

1. Sumber daya manusia (lima indikator)
2. Pengumpulan data sasaran (tujuh indikator)
3. Pengumpulan data pelayanan (dua belas indikator)
4. Sumber data (lima indikator)
5. Instrumen pencatatan (sepuluh indikator)
6. Pengolahan data (tiga belas indikator)
7. Analisis data dan tindak lanjut (lima indikator)
8. Pelembagaan PWS-KIA (empat indikator)

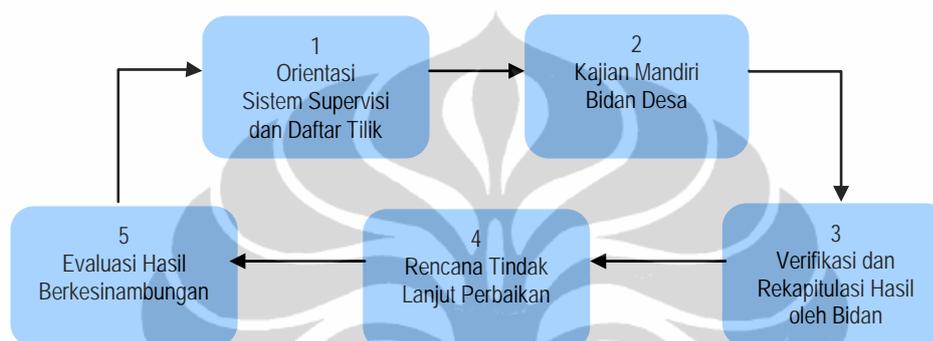
Untuk mendukung kegiatan pencatatan dan pelaporan secara komprehensif, maka selain daftar tilik supervisi yang sudah dikembangkan, daftar tilik bantu juga dikembangkan bagi kader (Lampiran 9). Daftar tilik bantu ini berfungsi sebagai alat bantu yang dapat digunakan oleh kader untuk memastikan bahwa kader sudah melakukan kegiatan sesuai dengan masukan dan proses yang seharusnya sehingga dapat mendukung proses pencatatan dan pelaporan KIA terpadu. Karena sifatnya sebagai alat bantu saja, maka informasi di dalam Daftar Tilik Bantu Kader bukan informasi utama, sehingga pengolahan datanya tidak menggunakan perangkat lunak sistem. Daftar tilik bantu bagi kader terdiri dari 36 indikator yang terbagi di dalam 6 topik penilaian. Topik penilaian di dalam daftar tilik yaitu terdiri dari:

1. Sumber daya manusia (lima indikator)
2. Pengumpulan data sasaran (tujuh indikator)
3. Pengumpulan data pelayanan (lima indikator)
4. Instrumen pencatatan (sepuluh indikator)
5. Analisis dan Tindak Lanjut (enam indikator)
6. Pelembagaan PWS-KIA (tiga indikator)

5.5.4 Tahap Kegiatan Supervisi

Sistem supervisi yang dikembangkan akan dilaksanakan dalam lima tahap rangkaian kegiatan yang terdiri dari orientasi sistem supervisi, kajian mandiri bidan desa, verifikasi oleh bidan koordinator, rencana tindak lanjut perbaikan dan evaluasi hasil berkesinambungan. (lihat gambar 5.5).

Gambar 5.5
Rangkaian Kegiatan Supervisi



5.5.4.1 Orientasi

Pada tahap awal pelaksanaan supervisi, perlu dilakukan orientasi untuk memberikan pemahaman konsep, metode, pelaksanaan dan penjelasan daftar tilik yang akan digunakan pada kajian mandiri dan verifikasi. Orientasi diberikan oleh penyelia (bidan kordinator) kepada yang diselia (bidan desa). Pada saat ini juga dilakukan kesepakatan tentang jadwal dan operasional kegiatan supervisi. Kegiatan orientasi dilakukan di masing-masing desa, bisa dilakukan bersamaan dengan kegiatan lain ketika Bidan Kordinator berkunjung ke Polindes. Namun demikian, bisa juga orientasi dilakukan khusus terpisah di suatu tempat dimana bidan koordinator melakukan orientasi untuk seluruh bidan desa di satu tempat.

5.5.4.2 Kajian Mandiri

Langkah kedua kegiatan supervisi adalah kajian mandiri yang dilakukan bidan desa di wilayah kerjanya, dalam hal ini di tingkat desa. Dengan menggunakan daftar tilik, bidan desa mengkaji kesesuaian seluruh kegiatan pencatatan dan pelaporan yang sudah dilakukannya, apakah telah sesuai dengan standar pada seluruh indikator daftar tilik. Bidan desa kemudian melakukan

rekapitulasi untuk dapat melihat tingkat kepatuhan. Instrumen yang digunakan di dalam tahap kajian mandiri adalah Daftar Tilik Lembar Kajian Mandiri Untuk Bidan Desa.

5.5.4.3 Verifikasi

Setelah bidan desa melakukan kajian mandiri, maka tahap selanjutnya adalah verifikasi yang dilakukan oleh bidan koordinator terhadap bidan desa di wilayah kerjanya. Bidan koordinator melakukan verifikasi untuk setiap komponen yang dianggap perlu diverifikasi kebenaran dan kelengkapan pengisiannya. Bidan koordinator kemudian melakukan rekapitulasi hasil verifikasi untuk melihat tingkat kepatuhan dengan menggunakan perangkat lunak sistem supervisi. Informasi prioritas wilayah akan membantu bidan koordinator untuk dapat memberikan bimbingan (mentoring) sesuai kebutuhan, terutama untuk proses yang tidak memenuhi standar. Instrumen yang digunakan di dalam tahap verifikasi adalah Daftar Tilik Lembar Verifikasi Untuk Bidan Koordinator.

5.5.4.4 Rencana Tindak Lanjut Perbaikan

Kegiatan selanjutnya adalah menentukan rencana tindak lanjut untuk mengatasi ketidakpatuhan. Kegiatan ini dilakukan pada pertemuan bulanan antara bidan desa dan bidan koordinator di tingkat Puskesmas. Bidan koordinator memberikan umpan balik dan membantu memecahkan kesulitan yang dihadapi dalam menerapkan standar yang berlaku. Bidan yang diselia didorong untuk selalu mempelajari kembali standar kegiatan pencatatan dan pelaporan.

5.5.4.5 Evaluasi Hasil Berkesinambungan

Hasil pencapaian dan peningkatan yang dilakukan akan dibicarakan pada pertemuan berkala periode selanjutnya. Kegiatan supervisi yang dilakukan secara berkala akan mengarahkan perbaikan proses kegiatan pencatatan dan pelaporan yang dilakukan di tingkat desa untuk dapat menghasilkan data program KIA yang berkualitas. Data yang berkualitas sebagai masukan yang baik pada perencanaan program KIA yang pada akhirnya akan memberi dampak pada penurunan angka kematian ibu dan anak di wilayah kerjanya.

5.5.5 Sumber Data Supervisi

Sumber data yang digunakan dalam kegiatan supervisi terutama instrumen daftar tilik. Beberapa instrumen pencatatan dan pelaporan digunakan untuk dapat melengkapi daftar tilik supervisi yaitu laporan bulanan PWS KIA, register kohort ibu, register kohort bayi, register kohort anak, kartu ibu, kartu bayi, kartu balita, buku KIA dan seluruh instrumen Sistem Informasi Posyandu terkait data kesehatan ibu hamil, bayi dan anak.

5.6 Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu

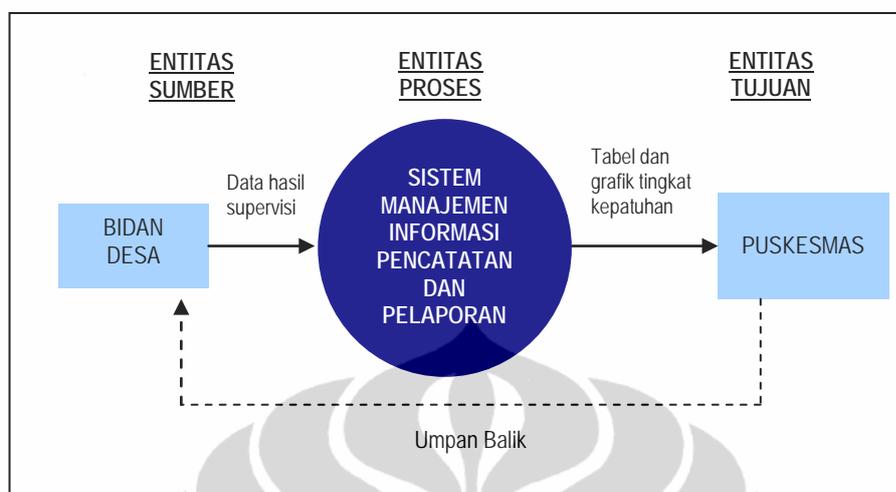
5.6.1 Alur Organisasi Sistem

Entitas pada pengembangan sistem ini terdiri dari entitas sumber, entitas proses dan entitas tujuan (lihat gambar 5.6). Entitas sumber pada sistem ini adalah tingkat desa yaitu berupa data hasil supervisi tingkat Polindes dengan menggunakan daftar tilik. Yang dimaksud desa pada sistem ini adalah bidan desa sebagai bidan yang diselia. Kemudian data dari entitas sumber dikirimkan ke sistem informasi.

Entitas proses pada sistem ini adalah proses pengumpulan, pengolahan dan analisis data hasil supervisi. Pengolahan data dilakukan secara komputerisasi dengan menggunakan perangkat lunak yang menghasilkan data analisis hasil supervisi dalam bentuk tabel atau grafik . Entitas proses pada model pengembangan sistem ini berada pada Program KIA tingkat Puskesmas.

Sedangkan entitas tujuan pada sistem ini adalah Puskesmas, yaitu bidan kordinator sebagai pengelola program KIA tingkat Puskesmas dan kepala Puskesmas yang bertanggungjawab atas wilayah desa yang berada di bawahnya. Data digunakan sebagai untuk melihat kinerja kegiatan pencatatan dan pelaporan data program KIA tingkat desa. Informasi yang diterima Puskesmas juga digunakan sebagai umpan balik dan membantu memecahkan kesulitan yang dihadapi dalam menerapkan standar yang berlaku.

Gambar 5.6
Alur Organisasi Sistem Informasi Manajemen
Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu

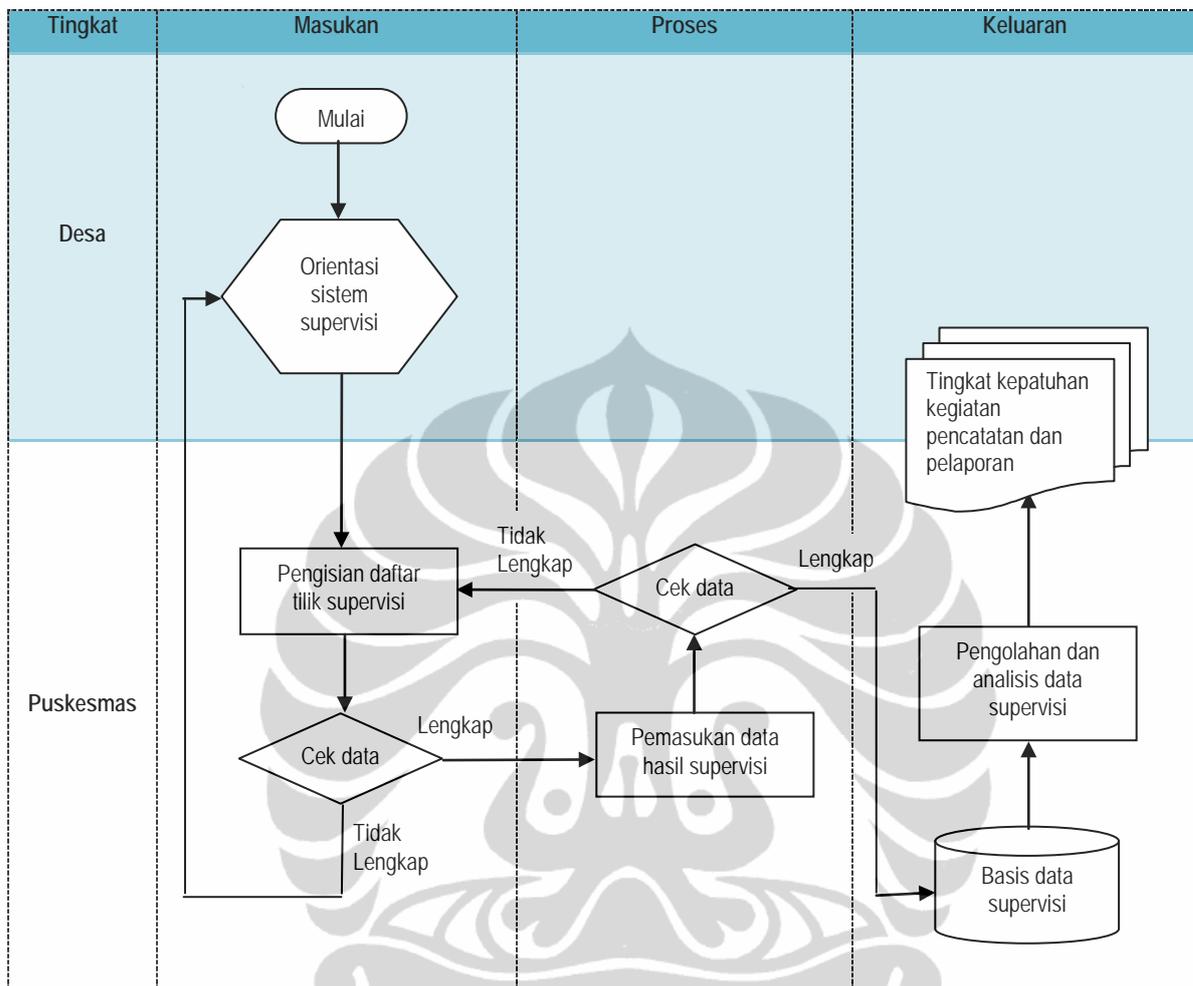


5.6.2 Diagram Alir Sistem

Bagan alir sistem menggambarkan aliran data dan informasi di dalam sistem informasi manajemen pencatatan dan pelaporan KIA terpadu. Sesuai dengan kegiatan supervisi yang melibatkan tingkat desa dan Puskesmas, maka diagram alir sistem dibangun mengikuti sistem tersebut (lihat gambar 5.7).

Sistem supervisi terdiri dari tahap masukan, proses dan keluaran sistem yang berjalan di tingkat desa dan puskesmas. Di tingkat desa, sistem supervisi dimulai dengan orientasi sistem supervisi dan daftar tilik yang diberikan oleh bidan koordinator kepada bidan desa di wilayah (desa) masing-masing. Selanjutnya pengisian daftar tilik dilakukan oleh bidan desa pada tahap kajian mandiri dan oleh bidan koordinator pada tahap verifikasi. Di tingkat puskesmas, data di dalam daftar tilik yang sudah terisi lengkap akan diproses dengan menggunakan perangkat lunak sistem dan tersimpan sebagai basis data sistem. Basis data supervisi akan diolah menjadi keluaran sistem berupa penyajian data dalam bentuk tabel dan grafik yang dapat memberikan informasi wilayah prioritas. Selanjutnya keluaran sistem berupa tingkat kepatuhan kegiatan pencatatan dan pelaporan akan dimanfaatkan oleh bidan koordinator untuk menyusun tindak lanjut perbaikan dan evaluasi hasil berkelanjutan bagi bidan desa.

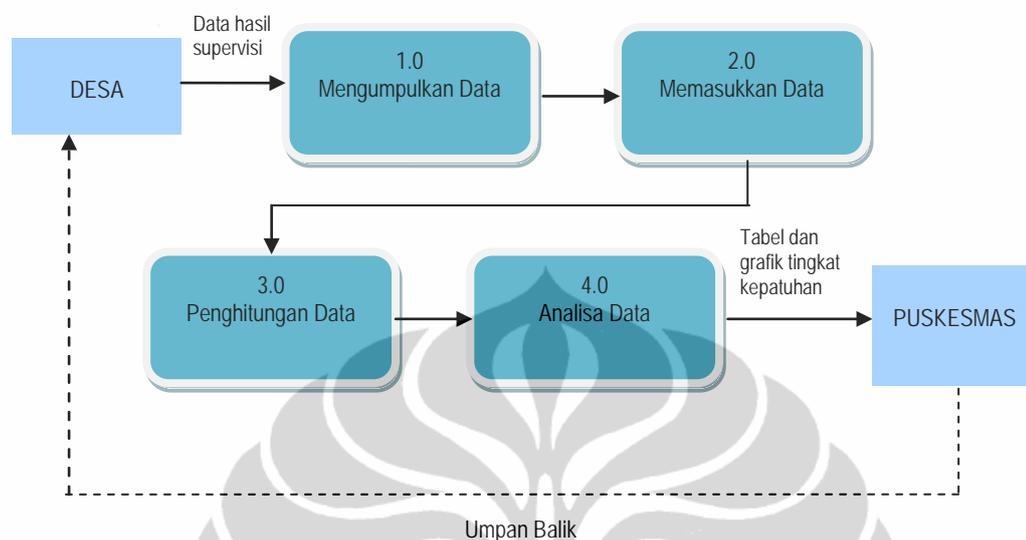
Gambar 5.7
Diagram Alir Sistem Informasi Manajemen
Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu



5.6.3 Diagram Alir Data

Berdasarkan alur organisasi sistem pada gambar 5.1 di atas, maka diagram alir data kegiatan supervisi kemudian diuraikan menjadi diagram alir data tingkat nol dan selanjutnya diagram alir data tingkat 1. Diagram alir data tingkat nol mengurai sistem ke dalam tahapan lebih detail, yang menunjukkan bahwa sistem supervisi terdiri dari empat tahapan yaitu mengumpulkan data, memasukkan data, penghitungan data dan analisa data (lihat gambar 5.8).

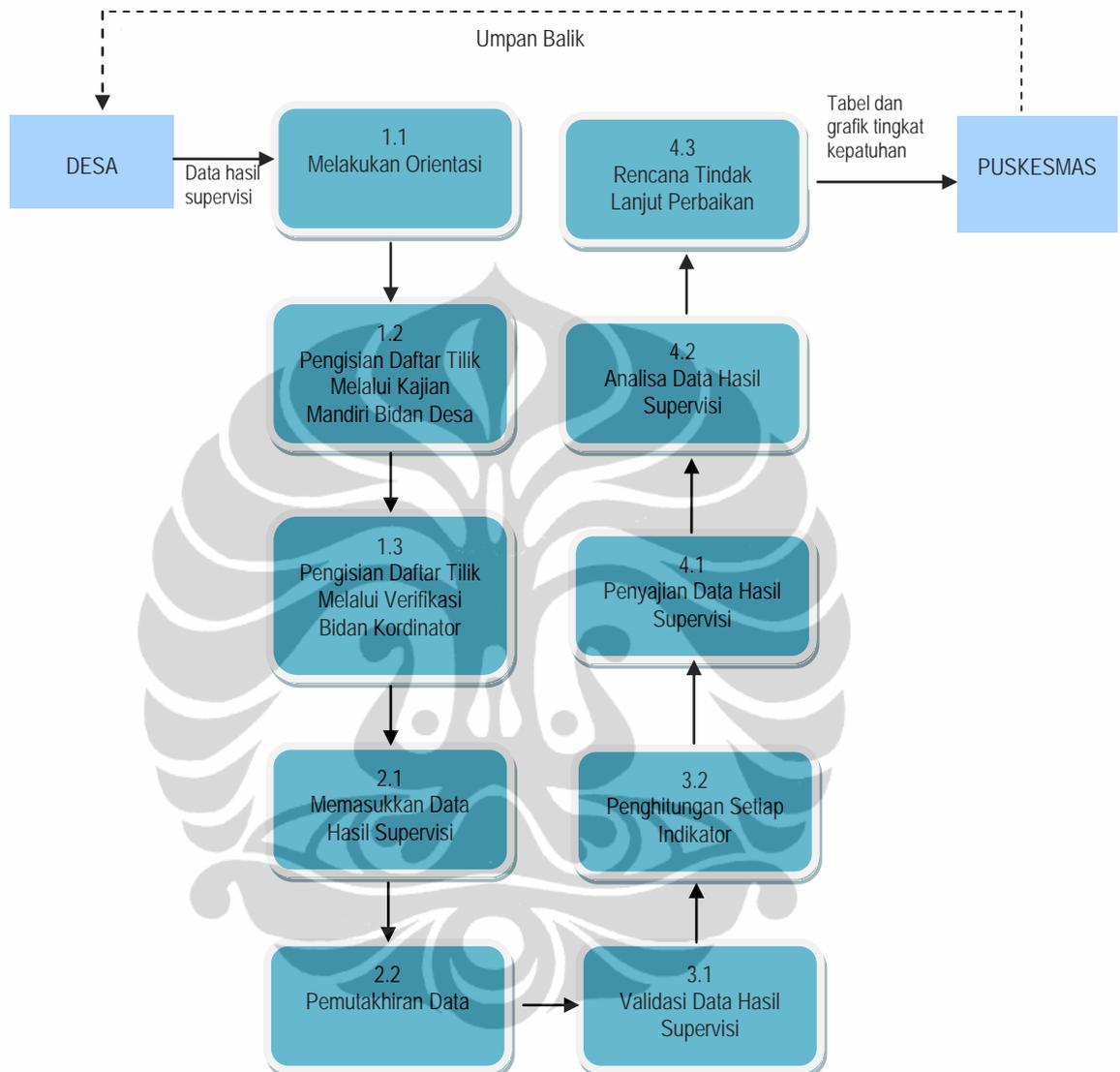
Gambar 5.8
Diagram Alir Data Tingkat Nol Sistem Informasi Manajemen
Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu



Berdasarkan diagram alir data tingkat nol di atas, kemudian sistem diurai menjadi diagram alir data tingkat satu atau disebut diagram tingkat dasar. Diagram alir data tingkat satu menjelaskan lebih rinci proses-proses yang terjadi pada kegiatan supervisi (lihat gambar 5.9).

Tahap kegiatan mengumpulkan data terdiri dari orientasi, pengisian daftar tilik kajian mandiri oleh bidan desa dan pengisian daftar tilik verifikasi oleh bidan koordinator. Tahap kegiatan memasukkan data terdiri dari memasukkan data hasil supervisi dan pemutakhiran data. Tahap penghitungan data terdiri dari validasi data hasil supervisi dan penghitungan setiap indikator. Sementara tahap analisa data terdiri dari penyajian data, analisa data dan menyusun rencana tindak lanjut perbaikan.

Gambar 5.9
Diagram Alir Data Tingkat Dasar Sistem Informasi Manajemen
Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu



5.6.4 Rancangan Perangkat Lunak Sistem

5.6.4.1 Menu Utama

Perangkat lunak sistem (*prototype*) yang dikembangkan bertujuan untuk mempermudah dan mempercepat proses pengolahan data hasil supervisi sehingga tercapai efektifitas dan efisiensi sistem informasi yang dapat digunakan sebagai bahan monitoring dan evaluasi serta penyusunan rencana tindak lanjut. Perangkat lunak terbagi atas tiga bagian yaitu bagian keterangan, bagian masukan data dan

bagian keluaran data (lihat gambar 5.10). Bagian masukan data terdiri dari menu masukan data hasil supervisi untuk seluruh desa dan seluruh siklus. Sedangkan bagian keluaran data berisi hasil pengolahan dan analisis data yang terdiri dari menu lihat data, analisis dalam bentuk tabel dan analisis dalam bentuk grafik. Masing-masing keluaran data dapat dipilih berdasarkan desa atau siklus. Panduan penggunaan perangkat lunak sistem telah disusun untuk mempermudah pengguna dalam menggunakan perangkat lunak (lihat lampiran 10).

Gambar 5.10
Tampilan Menu Utama Perangkat Lunak



5.6.4.2 Menu Masukan Data

Menu masukan data merupakan form yang disediakan untuk memasukkan dan merekam data hasil supervisi untuk seluruh desa dan seluruh siklus supervisi. Form masukan dibuka dengan cara memilih salah satu nama desa, kemudian akan muncul tampilan pilihan jenis siklus supervisi (gambar 5.11). Perangkat lunak menyediakan enam siklus supervisi dalam satu tahun, yaitu dengan anggapan bahwa setiap siklus dilakukan dalam dua sampai enam bulan.

Gambar 5.11
Tampilan Menu Masukan Per Desa Untuk Enam Siklus Supervisi

The screenshot displays a web-based menu for data entry. At the top, there is a header with the system name and location: 'SISTEM INFORMASI MANAJEMEN SUPERVISI PENCATATAN DAN PELAPORAN KIA' and 'Puskesmas Cimanuk, Kabupaten Pandeglang, Propinsi Banten'. Below this is a sub-header 'MASUKKAN DATA SUPERVISI'. The main content area prompts the user to 'Pilih jenis siklus supervisi pada Desa Batubantar'. A large blue button labeled 'DESA BATUBANTAR' is at the top. Below it are six smaller blue buttons arranged in a 3x2 grid, labeled 'Siklus I', 'Siklus II', 'Siklus III', 'Siklus IV', 'Siklus V', and 'Siklus VI'. At the bottom right, there is a red button labeled 'Kembali Ke MENU UTAMA' with a small icon of a person and a plus sign.

Setelah memilih jenis siklus supervisi, maka form masukan data akan muncul (lihat gambar 5.12). Pada form ini, data supervisi per desa per siklus langsung dimasukkan pada bagian kotak-kotak berwarna kuning. Data yang dimaksud yaitu sesuai dengan data yang perlu untuk diolah yaitu data hasil verifikasi bidan koordinator.

Gambar 5.12
Tampilan Form Masukan Data Supervisi Per Desa Per Siklus

Menu Sebelumnya
Kembali Ke MENU UTAMA

DAFTAR TILIK SUPERVISI PENCATATAN DAN PELAPORAN KIA TINGKAT DESA
Isilah kolom yang berwarna kuning
Benarkan nilai 1 bila jawaban YA (Y) dan 0 bila jawaban TIDAK (T)

Desa : Batubantar
 Siklus : Pertama
 Bulan : 11-Des-10

1.0 Sumber Daya Manusia	Hasil
1.1 Ada tenaga kader minimal 5 orang	
1.2 Ada tenaga bidan desa sebagai pelayanan kesehatan	
1.3 Kader sudah mendapat orientasi pencatatan dan pelaporan KIA	
1.4 Bidan desa sudah mendapat orientasi pencatatan dan pelaporan KIA	
1.5 Ada bukti kemitraan bidan desa dengan dukun dalam melaksanakan program KIA	

2.0 Pengumpulan Data Sasaran	Hasil
2.1 Ada bukti pencatatan jumlah seluruh ibu hamil	
2.2 Ada bukti pencatatan jumlah seluruh ibu bersalin	
2.3 Ada bukti pencatatan jumlah ibu nifas	
2.4 Ada bukti pencatatan jumlah seluruh bayi	
2.5 Ada bukti pencatatan jumlah seluruh anak balita	
2.6 Ada bukti pencatatan jumlah seluruh PUS	
2.7 Ada bukti pencatatan jumlah seluruh WPUS	

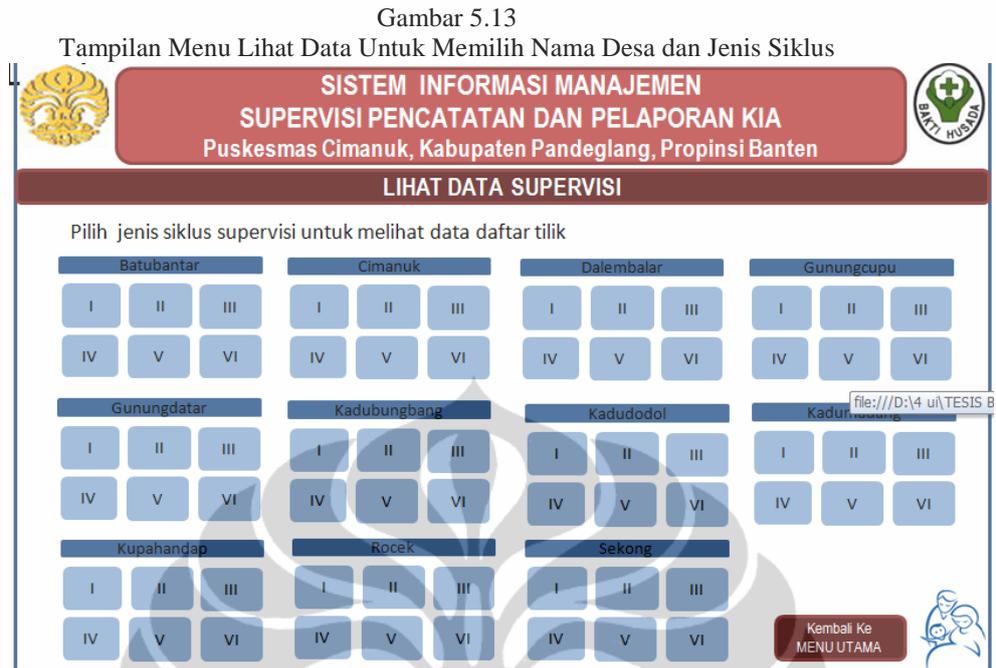
3.0 Pengumpulan Data Pelayanan	Hasil
3.1 Ada bukti pencatatan jumlah K1	
3.2 Ada bukti pencatatan jumlah K4	
3.3 Ada bukti pencatatan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan	
3.4 Ada bukti pencatatan jumlah ibu nifas yang dilayani 3 kali (KF3) oleh tenaga kesehatan	
3.5 Ada bukti pencatatan jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur 6—48 jam	
3.6 Ada bukti pencatatan jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan lenokap (KN Lenokap)	

5.6.4.3 Menu Keluaran Data

Menu masukan data merupakan form yang disediakan untuk melihat hasil pengolahan dan analisis data. Menu masukan terdiri dari tiga bagian yaitu menu Lihat Data, Lihat Tabel dan Lihat Grafik. Data hasil supervisi seluruh desa dan seluruh siklus yang sudah dimasukkan akan disimpan di dalam sistem basis data, kemudian perangkat lunak akan melakukan pengolahan dan analisis data sesuai dengan permintaan berdasarkan menu keluaran data yang dipilih.

1. Menu Lihat Data

Menu Lihat Data berfungsi untuk melihat data supervisi verifikasi bidan koordinator yang sudah dimasukkan dan direkam ke dalam perangkat lunak. Data yang dapat dilihat bisa dipilih berdasarkan nama desa dan jenis siklus, dengan cara memilih langsung nama desa dan jenis siklus di dalam menu Lihat Data (lihat gambar 5.13)



Setelah memilih jenis siklus supervisi pada desa yang diinginkan, maka informasi data supervisi akan muncul dengan bentuk tabel yang sama dengan form isian data supervisi di awal, tetapi data tidak bisa diganti (lihat tabel 5.14). Jika ingin mengganti data di dalam form ini, maka dilakukan dengan memilih menu masukan data seperti yang dijelaskan sebelumnya.

Gambar 5.14
Tampilan Keluaran Menu Lihat Data

1.0 Sumber Daya Manusia		Hasil
1.1	Ada tenaga kader minimal 5 orang	0
1.2	Ada tenaga bidan desa sebagai pelayanan kesehatan	0
1.3	Kader sudah mendapat orientasi pencatatan dan pelaporan KIA	0
1.4	Bidan desa sudah mendapat orientasi pencatatan dan pelaporan KIA	0
1.5	Ada bukti kemitraan bidan desa dengan dukun dalam melaksanakan program KIA	0
2.0 Pengumpulan Data Sasaran		Hasil
2.1	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh ibu hamil	0
2.2	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh ibu bersalin	0
2.3	Ada bukti pencatatan jumlah ibu nifas	0
2.4	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh bayi	0
2.5	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh anak balita	0
2.6	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh PUS	0
2.7	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh WPUS	0
3.0 Pengumpulan Data Pelayanan		Hasil
3.1	Ada bukti pencatatan jumlah K1	0
3.2	Ada bukti pencatatan jumlah K4	0
3.3	Ada bukti pencatatan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan	0
3.4	Ada bukti pencatatan jumlah ibu nifas yang dilayani 3 kali (KF3) oleh tenaga kesehatan	0
3.5	Ada bukti pencatatan jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur 6—48 jam	0
3.6	Ada bukti pencatatan jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan lengkap (KN Lengkap)	0
3.7	Ada bukti pencatatan jumlah ibu hamil, bersalin dan nifas dengan faktor resiko/komplikasi yang dideteksi oleh masyarakat	1

2. Menu Lihat Tabel

Menu Lihat Data berfungsi untuk melihat hasil pengolahan dan analisis data dalam bentuk tabel (lihat gambar 5.15). Data akan diolah menjadi data rekapitulasi yang dapat dipilih berdasarkan nama desa atau jenis supervisi. Informasi yang disajikan akan menunjukkan wilayah prioritas berdasarkan tingkat kepatuhan hasil supervisi. Selain penjelasan pada kolom wilayah prioritas, kode warna juga digunakan di dalam tabel ini. Kode warna merah menunjukkan prioritas 1 yaitu desa dengan tingkat kepatuhan per supervisi yang kurang dari 50%, kode warna kuning menunjukkan prioritas 2 yaitu desa dengan tingkat kepatuhan diantara

50—75%, sedangkan kode warna merah menunjukkan prioritas 3 yaitu desa dengan tingkat kepatuhan diatas 75%.

Gambar 5.15
Tampilan Keluaran Hasil Rekapitulasi Dalam Bentuk Tabel

REKAPITULASI TINGKAT KEPATUHAN						
DAFTAR TILIK SUPERVISI PENCATATAN DAN PELAPORAN KIA TINGKAT DESA						
Desa Batubantar						
Tanggal Cetak :		05 Januari 2011				
Siklus Supervisi	Tanggal Supervisi	Nilai Harapan	Nilai Aktual	Tingkat Kepatuhan (%)	Wilayah Prioritas	Nilai Per Komponen
Siklus I	12 Desember 2010	64	36	56,3	Prioritas 2	lihat tabel
Siklus II	06 Januari 2011	64	21	32,8	Prioritas 1	lihat tabel
Siklus III	02 Februari 2011	64	61	95,3	Prioritas 3	lihat tabel
Siklus IV	00 Januari 1900	64	0	0,0	Prioritas 1	lihat tabel
Siklus V	00 Januari 1900	64	0	0,0	Prioritas 1	lihat tabel
Siklus VI	00 Januari 1900	64	0	0,0	Prioritas 1	lihat tabel
Total		384	118	30,7		

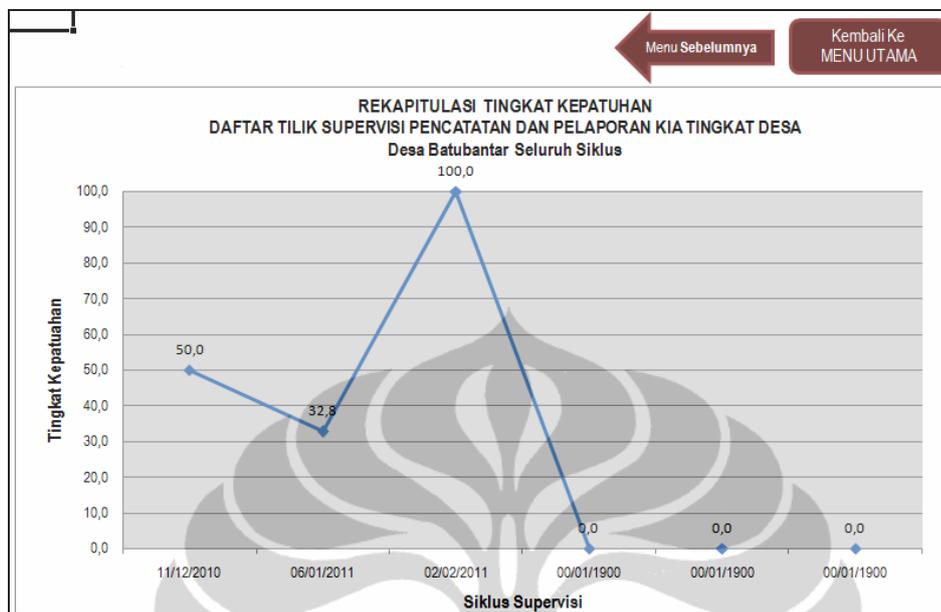
Disusun oleh: Cimanuk, 05 Januari 2011
Mengetahui

Penanggung Jawab Program KIA: **Bidan Eva**
Kepala Puskesmas Cimanuk: **dr. Kodiat Juarsa**

3. Menu Lihat Grafik

Menu Lihat Grafik berfungsi untuk melihat hasil pengolahan dan analisis data dalam bentuk grafik (lihat gambar 5.16). Sama halnya dengan menu keluaran tabel, maka data yang sudah dimasukkan akan diolah menjadi data rekapitulasi yang dapat dipilih berdasarkan nama desa atau jenis supervisi. Gambar 5.16 menunjukkan tampilan keluaran hasil rekapitulasi data supervisi dalam bentuk grafik.

Gambar 5.16
Tampilan Keluaran Hasil Rekapitulasi Dalam Bentuk Grafik



BAB VI PEMBAHASAN

6.1 Analisis Sistem Yang Berjalan

Analisis sistem untuk sistem yang berjalan telah menjelaskan alur dan proses di dalam kegiatan pencatatan dan pelaporan data, pengolahan dan analisis data, tindak lanjut dan pemanfaatan data. Dengan mengetahui sistem yang berjalan di kabupaten, maka akan diketahui pula kekuatan dan kekurangan sistem yang dapat berhubungan dengan sistem supervisi yang dikembangkan.

6.1.1 Pencatatan dan Pelaporan Data

Pada ketiga kabupaten, laporan KIA merupakan alat pemantauan untuk melihat cakupan tiap wilayah. Hasil pemantauan tersebut dimanfaatkan untuk dapat melakukan tindak lanjut dengan segera, terutama untuk cakupan program yang rendah atau wilayah dengan status cakupan yang buruk. Perbedaan waktu pelaporan terjadi di tingkat Puskesmas, yaitu di kabupaten Pandeglang laporan dari desa ke Puskesmas tidak dilakukan satu bulan sekali seperti halnya pada kabupaten Malang dan Pasuruan, tetapi laporan dilakukan langsung paling lambat satu minggu sesudah kegiatan Posyandu dilakukan dengan menyerahkan Kartu Ibu dan Kartu Bayi untuk dimasukkan ke dalam perangkat lunak laporan PWS-KIA.

Kelemahan yang masih ada di Puskesmas Cimanuk ini yaitu belum adanya bukti atau absensi penyerahan data dari bidan desa ke Puskesmas. Selama ini data operator hanya memberi tanda rumput (v) pada kartu ibu atau kartu bayi yang sudah dimasukkan datanya. Namun bidan desa sendiri tidak menyimpan bukti catatan bahwa laporan sudah diserahkan ke Puskesmas.

Keberhasilan kegiatan pencatatan dan pelaporan turut dipengaruhi oleh pengetahuan dan pengertian pelaku kegiatan terhadap standar, alur dan mekanisme sistem pencatatan. Oleh karenanya sosialisasi tentang standar, alur dan mekanisme pencatatan menjadi penting, termasuk di dalamnya yaitu pengenalan instrumen dan formulir-formulir yang digunakan. Untuk Puskesmas

Cimanuk, pelatihan penyegaran sistem pencatatan dan pelaporan sudah dilakukan untuk bidan desa dan kader walaupun tidak rutin.

6.1.2 Pengolahan dan Analisis Data

Pengolahan dan analisis data merupakan salah satu tahap yang penting dalam proses pencatatan dan pelaporan data KIA terpadu. Di kabupaten Malang dan Pasuruan, pengolahan dan analisis data dilakukan baik di tingkat desa maupun di tingkat Puskesmas. Sementara di kabupaten Pandeglang, pengolahan dan analisis data hanya dilakukan di tingkat Puskesmas secara komputerisasi. Bidan desa tidak melakukan rekapitulasi dan analisa data. Hasil dari data yang sudah dimasukkan ke dalam perangkat lunak PWS-KIA, akan menghasilkan pengolahan dan analisa data desa. Hasil analisa ini disampaikan pada pertemuan bulanan Puskesmas dengan bidan desa.

Sistem yang berjalan di Puskesmas Cimanuk yang tidak mewajibkan bidan desa melakukan pengolahan dan analisa data, merupakan sistem yang bisa lebih baik menjaga originalitas data. Ditambah lagi, bahwa Puskesmas tidak memberikan data sasaran estimasi per desa kepada bidan desa, mendorong desa untuk melakukan surveilans aktif sebaik mungkin demi mencapai sasaran maksimal. Dengan sistem ini, tidak akan ada desa yang perlu mengganti atau menyesuaikan data cakupan dengan target yang diharuskan. Data sasaran estimasi per desa yang hanya diketahui oleh Puskesmas tersebut mendekati angka cakupan aktual per desa. Hal ini dapat menunjukkan bahwa surveilans aktif dan kemitraan bidan dan dukun di tingkat desa sudah berjalan dengan baik.

6.1.3 Tindak Lanjut

Identifikasi drop-out adalah salah satu hasil analisis data yang dihasilkan pada setiap tingkatan. Di ketiga kabupaten, angka drop-out di tingkat desa diketahui dari hasil pertemuan pascayandu dimana bidan desa dan kader saling mengecek data. Bidan desa dan kader langsung melakukan kunjungan rumah untuk drop-out yang teridentifikasi ini. Namun kelemahannya bahwa bidan desa tidak memiliki bukti tercatat tindak lanjut. Selama ini bidan desa tidak membuat perencanaan tertulis. Hal ini menjadi salah satu perhatian Puskesmas untuk

diperbaiki di masa akan datang. Akan disusun semacam buku visum bagi bidan desa yang tujuannya untuk melatih bidan desa mendokumentasikan kegiatan dan hasil kegiatannya.

Data desa yang sudah dikumpulkan di tingkat Puskesmas, kemudian direkapitulasi dan dianalisis secara komputerisasi. Umpan balik diberikan oleh Puskesmas dalam pertemuan bulanan rutin dengan bidan desa. Puskesmas sudah melakukan analisa lanjut dengan membandingkan antar indikator untuk melihat kinerja bidan desa lebih lanjut. Namun karena keterbatasan dana, maka Puskesmas tidak bisa rutin memberikan hasil cetak analisis data desa, misalnya dalam bentuk tabel atau grafik. Hal ini menyebabkan beberapa desa tidak mempunyai hasil analisis desanya. Puskesmas akan memberikan hasil cetak analisis sesuai permintaan bidan desa berdasarkan kebutuhan. Biasanya, desa akan meminta hasil cetak bila membutuhkan hasil analisis untuk dibahas di dalam pertemuan Desa Siaga di tingkat desa.

6.1.4 Sistem Supervisi

Supervisi fasilitatif merupakan salah sistem supervisi yang telah berjalan di kabupaten Malang dan Pasuruan. Supervisi fasilitatif merupakan program nasional, oleh karenanya telah dilaksanakan dengan mekanisme dan instrumen yang terstandar. Sistem supervisi yang digunakan adalah supervisi fasilitatif yang terdiri dari supervisi tingkat Puskesmas dan Polindes. Supervisi tingkat Puskesmas dilaksanakan oleh Unit KIA kepada Puskesmas. Sementara supervisi tingkat Polindes dilaksanakan oleh bidan koordinator kepada bidan desa. Supervisi mencakup supervisi terhadap kinerja klinis dan manajerial untuk Asuhan Persalinan dan Program KIA.

Di dalam melaksanakan supervisi fasilitatif, daftar tilik digunakan sebagai alat bantu yang terdiri dari 286 indikator yang terbagi menjadi enam bagian indikator struktur fisik ruang, perlengkapan dalam ruang, pelayanan imunisasi, pelayanan ISPA, pelayanan diare, pelayanan antenatal, postnatal dan anak. Indikator pencatatan dan pelaporan merupakan sub bagian di dalam setiap indikator supervisi fasilitatif KIA (Depkes, 2008).

Dari keseluruhan 286 indikator di atas, terdapat 23 indikator pencatatan dan pelaporan (lihat tabel 6.1).

Tabel 6.1
Jumlah Indikator Pencatatan dan Pelaporan
di Dalam Daftar Tilik Supervisi Fasilitatif Program KIA

No	Variabel	Total Keseluruhan Indikator	Jumlah indikator terkait pencatatan dan pelaporan
1.0	Struktur fisik ruang	6	0
2.0	Perlengkapan dalam ruang	16	0
3.0	Pelayanan imunisasi	25	4
4.0	Pelayanan ISPA	44	6
5.0	Pelayanan Diare	41	6
6.0	Pelayanan antenatal, postnatal dan anak	154	7
	TOTAL	286	23

Terkait dengan pelayanan antenatal, postnatal dan anak, terdapat tujuh dari 23 indikator pencatatan dan pelaporan secara keseluruhan. Indikator ini berupa indikator keluaran untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan, terdiri dari:

1. Ada rekam medis ibu, neonatal, bayi, anak balita dan KB, Kartu Anak (DDTK), formulir MTBS, formulir MTBM yang diisi dengan lengkap dan benar.
2. Ada register harian hasil pelayanan kesehatan.
3. Kohort ibu, kohort bayi dan kohort anak balita dan prasekolah yang diisi dengan benar.
4. Ada pencatatan kasus-kasus yang dirujuk
5. Ada PWS-KIA yang terisi tiap bulannya beserta rencana tindak lanjut penanganan masalah yang ditemukan.
6. Ada arsip laporan bulanan (LB1 penyakit, KIA, LB3 Gizi, dll)
7. Pengiriman laporan bulanan sebelum tanggal 5 setiap bulannya.

Maka dengan adanya pengembangan sistem supervisi pencatatan, maka akan lebih melengkapi sistem supervisi yang telah ada. Hal ini dikarenakan indikator yang terdapat di dalam sistem supervisi pencatatan dan pelaporan tidak hanya terdiri dari indikator keluaran saja, tetapi juga termasuk indikator masukan dan proses terkait kegiatan pencatatan dan pelaporan KIA terpadu dengan penguatan surveilans aktif di tingkat desa. Indikator yang terdapat di dalam daftar

Universitas Indonesia

tilik supervisi pencatatan dan pelaporan terdiri dari 61 indikator dengan topik sumber daya manusia, pengumpulan data sasaran, pengumpulan data pelayanan, sumber data, instrumen pencatatan, pengolahan data, analisis data dan tindak lanjut, dan pelembagaan PWS-KIA (lihat lampiran 7 dan 8).

Daftar tilik bantu bagi kader melengkapi daftar tilik supervisi tingkat desa di dalam sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu. Daftar tilik bantu kader disusun untuk mempermudah kader memahami tugas dan fungsinya di dalam proses pencatatan dan pelaporan sehingga tujuan untuk menghasilkan data dan informasi yang berkualitas yang dapat mendukung sistem perencanaan program KIA dapat tercapai.

6.1.5 Pemanfaatan Data

Pemanfaatan data KIA yang telah dikumpulkan sebagai bahan diskusi pada pertemuan bulanan dan masukan pada proses perencanaan disetiap tingkatan. Di ketiga kabupaten, data digunakan sebagai bahan diskusi pada pertemuan bulanan dengan masyarakat. Selain itu, di tingkat desa data KIA digunakan untuk menyusun rencana kegiatan dan anggaran desa. Demikian juga di tingkat Puskesmas, data KIA sudah dimanfaatkan untuk menyusun rencana kegiatan tahunan Puskesmas. Sementara di tingkat kabupaten, data KIA dimanfaatkan untuk menyusun rencana tahunan kabupaten.

6.2 Pengembangan Sistem Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu

6.2.1 Prinsip Dasar Kegiatan Supervisi

Seringkali orang tidak bisa membedakan pengertian supervisi, pemantauan dan evaluasi. Padahal ketiga instrumen manajemen tersebut mempunyai fungsi yang berbeda. Supervisi mempunyai perhatian terhadap pemenuhan standar masukan (*input*) dan proses. Sementara pemantauan (*monitoring*) lebih terfokus pada penilaian terhadap standar hasil langsung (*output*) atau hasil antara. Adapun kegiatan evaluasi terfokus pada hasil akhir (*outcome*) dan dampak (*impact*) (Depkes, 2008).

Indikator yang digunakan di dalam supervisi, pemantauan dan evaluasi berbeda jenisnya. Supervisi menggunakan indikator yang sangat spesifik, misalnya ada bukti pencatatan jumlah ibu bersalin. Pemantauan menggunakan indikator yang lebih besar, misalnya cakupan ibu yang bersalin ditolong oleh tenaga kesehatan. Sementara evaluasi menggunakan indikator yang tidak spesifik, misalnya persentase bidan desa yang mendapat kunjungan supervisi.

6.2.2 Tahap Kegiatan Supervisi

Dalam implementasinya, supervisi dimulai dengan pengembangan daftar tilik sebagai usulan standar masukan dan proses, dilanjutkan dengan tahap penilaian terhadap standar dalam bentuk kajian mandiri, verifikasi dan rekapitulasi. Langkah selanjutnya adalah pembuatan perencanaan secara mandiri sebagai upaya peningkatan mutu. Langkah-langkah ini dilakukan dalam sebuah siklus yang berkesinambungan (Depkes, 2008).

Kegiatan supervisi yang terdiri dari empat tahapan merupakan pendekatan terarah, sistematis dan berbasis data. Daftar tilik sebagai instrumen yang digunakan di dalam kegiatan supervisi berisi standar pelayanan, membuat upaya peningkatan mutu menjadi lebih jelas dan terarah. Daftar tilik akan menghasilkan tingkat kepatuhan terhadap standar sehingga merupakan ukuran kinerja yang jelas. Metode kajian mandiri membuat kegiatan supervisi tidak lagi menakutkan seperti metode supervisi tradisional, karena objek selia mengetahui dengan jelas apa yang akan dinilai. Dalam kegiatan verifikasi berlangsung proses bimbingan dan supervisi yang efektif dan fasilitatif. Pelaksanaan dan penilaian berkala akan menjamin upaya peningkatan mutu secara sistematis dan berkesinambungan.

Keberhasilan kegiatan supervisi sangat dipengaruhi oleh peran bidan koordinator sebagai penyelia. Pada dasarnya, seorang bidan koordinator harus mampu untuk menjalankan perannya sebagai fasilitator karena memang inilah yang menjadi aktifitas utama pada kegiatan supervisi. Fasilitator diharapkan dapat membantu sekelompok orang yang bekerjasama untuk mencapai tujuan yang diinginkan melalui upaya-upaya pemberdayaan dan percepatan proses kerja dan kemampuan untuk mengambil keputusan yang tepat.

Dalam pelaksanaannya nanti, sistem supervisi ini masih membutuhkan dokumen pendukung pelaksanaan program termasuk Buku Panduan Kegiatan, Buku Daftar Tilik beserta penjelasan operasional, Buku Pegangan bagi Bidan Koordinator, buku Pegangan bagi Bidan Desa, Buku Panduan Perangkat Lunak SIM-Supervisi dan lain sebagainya. Buku penjelasan definisi operasional perlu untuk disusun agar pelaksana program memahami indikator dengan baik dan benar.

Kegiatan supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu dapat dilaksanakan dengan menggunakan sistem yang ada, misalnya bintek Puskesmas. Pada umumnya, setiap Puskesmas telah mempunyai program dan dana untuk melakukan bintek ke desa oleh bidan koordinator. Pada kesempatan inilah, bidan koordinator dapat menggunakan daftar tilik supervisi pencatatan dan pelaporan sebagai instrumen yang digunakan untuk menilai kinerja bidan desa secara manajerial.

6.2.3 Sumber Data Supervisi

Pada kegiatan supervisi, beberapa instrumen pencatatan dan pelaporan digunakan sebagai sumber data. Instrumen utama yaitu daftar tilik, beberapa instrumen lain digunakan untuk melihat kemampuan dan keterampilan serta kepatuhan bidan yang diselia. laporan bulanan PWS KIA, register kohort ibu, register kohort bayi, register kohort anak, kartu ibu, kartu bayi, kartu balita, buku KIA dan seluruh instrumen Sistem Informasi Posyandu terkait data kesehatan ibu hamil, bayi dan anak. Beberapa cara-cara penilaian dapat dilakukan untuk menilai sumber data supervisi, yaitu melalui:

1. Pengamatan langsung terhadap fasilitas sarana dan prasarana yang berhubungan dengan kegiatan pencatatan dan pelaporan berdasarkan daftar tilik;
2. Kajian dokumen terkait data sasaran dan hasil pelayanan kesehatan berupa laporan bulanan PWS KIA, register kohort ibu, register kohort bayi, register kohort anak, kartu ibu, kartu bayi, kartu balita, buku KIA dan seluruh instrumen Sistem Informasi Posyandu terkait data kesehatan ibu hamil, bayi dan anak;

3. Wawancara langsung dengan bidan desa.

Pada beberapa kabupaten, kondisi lokal akan mempengaruhi format instrumen pencatatan. Maka definisi instrumen pada daftar tilik dapat mengikuti kondisi lokal tersebut. Sebagai contoh, berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa Puskesmas Cimanuk kabupaten Pandeglang tidak memiliki kohort ibu, tetapi Kartu Ibu yang dikumpulkan setiap kali Posyandu yang kemudian dimasukkan datanya pada sistem komputerisasi, berfungsi sama dengan kohort ibu. Dengan demikian bidan desa di wilayah Puskesmas Cimanuk telah memiliki kohort ibu yang telah berfungsi dengan baik.

6.3 Pengembangan Sistem Informasi Manajemen Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu

6.3.1 Analisis Organisasi

Organisasi yang menjadi tujuan pengembangan sistem ini adalah Puskesmas. Daftar tilik yang dikembangkan di dalam sistem ini mengikuti Pedoman Pelaksanaan PWS-KIA, dimaksudkan agar Puskesmas mampu melakukan supervisi kepada bidan desa untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan data KIA. Indikator di dalam daftar tilik dapat dikembangkan sesuai dengan kondisi lokal masing-masing wilayah. Kegiatan supervisi ini akan meningkatkan pengawasan Puskesmas kepada bidan desa dalam melaksanakan tugas di desa pada umumnya.

Peran bidan koordinator telah dikembangkan tidak hanya melakukan pembinaan aspek klinis medis terhadap bidan desa di wilayah kerjanya, namun juga mencakup aspek manajerial program KIA. Sehingga menjadi keharusan bagi seorang bidan koordinator untuk menguasai secara teknis kedua bidang ini. Peran bidan koordinator di dalam supervisi pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu aspek manajerial program KIA, dimana bidan koordinator harus mampu membina seluruh bidan desa di wilayahnya untuk melakukan pencatatan dan pelaporan program KIA sesuai dengan standar.

Agar bidan koordinator menjadi penyelia yang efektif dan fasilitatif, maka dibutuhkan pengetahuan dan keterampilan supervisi, antara lain:

1. Mengetahui konsep, kerangka pikir dan metode supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu;
2. Mengetahui cara pengisian, verifikasi dan rekapitulasi daftar tilik;
3. Mampu menyusun perencanaan tindak lanjut perbaikan berdasarkan tingkat kepatuhan hasil supervisi;
4. Mampu melakukan analisis terhadap evaluasi hasil kegiatan supervisi yang dilakukan secara berkala untuk pendekatan perbaikan mutu secara berkesinambungan;
5. Memiliki kepemimpinan diri dan kepemimpinan publik;
6. Memiliki komunikasi interpersonal dan metode kerja dalam kelompok kecil;
7. Mampu menumbuhkan motivasi dan kerangka berpikir positif;
8. Mampu memberi umpan balik secara konstruktif dan interaktif.

6.3.2 Rancangan Perangkat Lunak Sistem

6.3.2.1 Menu Utama

Pengembangan perangkat lunak sistem informasi manajemen supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu kabupaten dipandang perlu, karena dengan sistem ini data akan dikumpulkan, dicatat, direkam secara sistematis dan disimpan di dalam perangkat lunak. Perangkat lunak sistem akan memberikan kemudahan, kecepatan dan efisiensi pengolahan data hasil supervisi.

Sistem informasi yang dikembangkan dirancang dengan pemrograman visual untuk mengolah data seluruh desa yang ada di Puskesmas Cimanuk. Basis data merupakan suatu kelompok informasi yang terkait dalam suatu sistem pengolahan data yang dapat menghasilkan suatu informasi secara cepat. Kedua hal ini ditampilkan di dalam Menu Utama perangkat lunak sistem dalam dua bagian yaitu bagian masukan data dan keluaran data.

6.3.2.2 Formulir Masukan

Formulir masukan disediakan untuk seluruh desa dalam enam siklus supervisi untuk satu tahun, dengan pertimbangan supervisi akan dilaksanakan dalam dua bulan sekali. Proses pemasukan data akan dilakukan oleh bidan koordinator sebagai pembina program KIA. Keterbatasan dalam formulir masukan ini adalah bahwa perangkat lunak sistem hanya dapat digunakan di kecamatan Cimanuk dengan nama desa yang sudah ditentukan.

6.3.2.3 Formulir Keluaran

Formulir keluaran terdiri dari bagian melihat data yang sudah dimasukkan, hasil rekapitulasi dalam bentuk tabel dan grafik. Informasi pada formulir keluaran dapat dipilih berdasarkan nama desa dan jenis siklus supervisi. Dari hasil rekapitulasi, dapat diperoleh informasi prioritas wilayah berdasarkan tingkat kepatuhan hasil supervisi.

6.3.3 Kelebihan dan Kelemahan Sistem

6.3.3.1 Kelebihan Sistem

1. Sistem supervisi yang dikembangkan merupakan sistem terarah, sistematis dan berbasis data akan memastikan masukan dan proses dalam kegiatan pencatatan dan pelaporan KIA terpadu sesuai dengan pedoman yang berlaku sehingga dapat menjaga mutu data.
2. Tahap kegiatan supervisi yang terdiri dari kegiatan orientasi, kajian mandiri, verifikasi, rencana tindak lanjut perbaikan dan evaluasi hasil merupakan sistem supervisi yang akan membuat sistem supervisi tidak menakutkan, karena objek selia mengetahui dengan jelas apa yang akan dinilai.
3. Daftar tilik yang dikembangkan memudahkan bidan koordinator dalam melakukan supervisi karena berisi indikator-indikator yang jelas.
4. Dengan dikembangkannya perangkat lunak pengolahan data, maka pengolahan data hasil supervisi dapat dilakukan dengan cepat sehingga umpan balik dapat diberikan oleh Puskesmas kepada desa dengan

cepat pula. Hal ini sangat mendukung perencanaan dan pengambilan keputusan.

5. Penyajian informasi wilayah prioritas akan menghasilkan wilayah daerah rawan berdasarkan indikator supervisi pencatatan dan pelaporan KIA.
6. Sistem supervisi sudah dilakukan uji coba di kabupaten sehingga sudah lebih jelas kemungkinannya untuk diimplementasikan di kabupaten

6.3.3.2 Kelemahan Sistem

Masih merupakan sistem pertama yang dikembangkan sehubungan dengan sistem supervisi pencatatan dan pelaporan sehingga masih membutuhkan masukan untuk kesempurnaan sistem secara keseluruhan.

1. Perangkat lunak yang dikembangkan masih menggunakan Microsoft excel sehingga masih memiliki banyak keterbatasan sebagai penyimpanan basis data.
2. Ketidaklengkapan laporan akan mempengaruhi hasil pengolahan data karena data tidak dapat dianalisis dengan sempurna.

BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN

Penelitian yang telah dilakukan di tiga kabupaten terpilih telah menghasilkan rancangan sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu di kabupaten yang dapat mengoreksi dan mengendalikan masukan dan proses yang dapat menghasilkan data dan informasi yang berkualitas sehingga diharapkan dapat membantu meningkatkan sistem perencanaan program KIA. Berikut ini kesimpulan dan saran yang dihasilkan dari penelitian ini.

7.1 Kesimpulan

1. Pengembangan sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu dibutuhkan oleh kabupaten sehingga dapat dikembangkan dengan melihat beberapa peluang yang dimiliki oleh kabupaten, termasuk sumber daya, perangkat, sumber dana dan manajemen.
2. Sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu kabupaten yang dikembangkan untuk menuntun petugas pada setiap tahap kegiatan untuk memperbaiki masukan dan proses ke arah perbaikan mutu, memiliki beberapa tahap dalam rangkaian kegiatannya yaitu orientasi, kajian mandiri, verifikasi, tindak lanjut perbaikan dan evaluasi hasil.
3. Daftar tilik digunakan sebagai alat bantu di dalam sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu sebagai alat bantu sehingga proses supervisi dapat dilakukan secara terukur dan sistematis. Daftar tilik yang dikembangkan terdiri dari tiga jenis yaitu Daftar Tilik Untuk Kajian Mandiri Bidan Desa, Daftar Tilik Untuk Verifikasi Bidan Koordinator dan Daftar Tilik Bantu Untuk Kader.
4. Perangkat lunak sistem informasi dikembangkan sebagai penyempurna sistem supervisi secara keseluruhan bertujuan untuk mempermudah dan mempercepat proses pengolahan data hasil supervisi dengan

memberikan informasi wilayah prioritas berdasarkan hasil tingkat kepatuhan masing-masing desa per siklus supervisi, sehingga tercapai efektifitas dan efisiensi sistem informasi yang dapat digunakan sebagai bahan monitoring dan evaluasi serta penyusunan rencana tindak lanjut.

5. Sistem supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu kabupaten yang dihasilkan pada penelitian ini telah dilakukan uji coba di kabupaten Pandeglang pada salah satu puskesmas terpilih, sehingga saran dan masukan yang diperoleh telah dimanfaatkan untuk kesempurnaan sistem.

7.2 Saran

7.2.1 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten

Diharapkan sistem informasi manajemen supervisi pencatatan dan pelaporan KIA dapat menjadi alat monitoring dan evaluasi untuk program KIA bagi Dinas Kesehatan Kabupaten dan dapat diterapkan di seluruh Puskesmas di wilayah kabupaten Pandeglang.

7.2.2 Bagi Puskesmas Cimanuk

1. Diharapkan sistem informasi manajemen supervisi pencatatan dan pelaporan KIA dapat menjadi alat monitoring dan evaluasi untuk program KIA bagi Puskesmas Cimanuk.
2. Hendaknya Puskesmas dapat memanfaatkan sistem yang ada untuk melaksanakan kegiatan supervisi pencatatan dan pelaporan KIA terpadu, misalnya bintek Puskesmas. Pada kesempatan inilah, bidan koordinator dapat menggunakan daftar tilik supervisi pencatatan dan pelaporan sebagai instrumen yang digunakan untuk menilai kinerja bidan desa secara manajerial.

3. Perlunya pelatihan penyegaran yang lebih rutin untuk bidan desa dan kader untuk melakukan pencatatan dan pelaporan data KIA sehingga kegiatan pencatatan dan pelaporan dapat dilakukan sesuai standard.
4. Adanya bukti atau absensi penyerahan Kartu Ibu dan Kartu Bayi-Balita dari bidan desa ke Puskesmas yang disimpan oleh Bidan Desa.
5. Adanya suatu format untuk mencatat seluruh kegiatan yang dilakukan bidan desa, termasuk mencatat rencana dan hasil tindak lanjut penelusuran drop-out.
6. Puskesmas harus mampu memberikan bimbingan kepada desa untuk menggunakan data KIA dalam proses perencanaan kegiatan dan anggaran di tingkat desa.

7.2.3 Bagi Program KIA

1. Dengan dihasilkannya informasi wilayah prioritas desa berdasarkan tingkat kepatuhan, hendaknya Puskesmas, khususnya bidan koordinator, dapat lebih intensif membimbing Bidan Desa agar kegiatan pencatatan dan pelaporan KIA dilakukan sesuai dengan standar yang ditentukan.
2. Diperlukan sosialisasi tentang standar, alur dan mekanisme pencatatan, termasuk di dalamnya yaitu pengenalan instrumen dan formulir-formulir yang digunakan karena keberhasilan kegiatan pencatatan dan pelaporan turut dipengaruhi oleh pengetahuan dan pengertian pelaku kegiatan terhadap standar, alur dan mekanisme sistem pencatatan. Kegiatan dapat berupa pelatihan penyegaran yang dilakukan rutin pada waktu tertentu.

7.2.3 Bagi Peneliti

1. Karena sistem supervisi ini masih merupakan sistem pertama yang dikembangkan, maka masih memerlukan pengembangan dan penyempurnaan lebih lanjut dari peneliti selanjutnya

2. Perangkat lunak yang dikembangkan masih menggunakan Microsoft Excel yang masih memiliki banyak keterbatasan sebagai penyimpanan basis data, sehingga memberikan keleluasan peneliti selanjutnya untuk mengembangkan sistem ini dengan menggunakan perangkat lunak yang lebih baik.



DAFTAR PUSTAKA

- AbouZahr, C. and Boerma, T. 2005.
Health Information Systems: the Foundation of Public Health. Theme Papers:
Bulletin of the World Health Organization 83:578-583.
- Amsyah, Zulkifli, Drs., MLS. 1997
Manajemen Sistem Informasi. Jakarta: PT.Gramedia Pustaka Utama.
- Amsyah, Zulkifli, Drs., MLS. 2005
Manajemen Sistem Informasi. Jakarta: PT.Gramedia Pustaka Utama.
- Al Fatta, Hanif. 2005
*Analisis dan Perancangan Sistem Informasi untuk Keunggulan Bersaing
Perusahaan dan Organisasi Modern*. Yogyakarta: Penerbit Andi.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2007, November.
Laporan Pencapaian Millennium Development Goals Indonesia 2007.
Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. 2007, Desember.
*Kita Suarakan MDGs (Millenium Development Goals) Demi Pencapaiannya
di Indonesia 2007/2008*. Jakarta: Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.
- Badan Pusat Statistik. 2008.
Survey Demografi Kesehatan Indonesia 2007-2008. Jakarta: Badan Pusat
Statistik.
- Bhattacharyya, K. and Murray, J. (2000). *Community Assessment and Planning for
Maternal and Child Health Programs: A Participatory Approach in Ethiopia*.
Human Organization, Vol.59, No.2: the Society for Applied Anthropology.
- Braa, J., et all. (2004, September). *Networks of Action: Sustainable Health
Information Systems Across Developing Countries*. MIS Quarterly, Vol.28,
No.3, Special Issue on Action Research in Information System, pp.337-362:
Management Information Systems Research Center, University of Minnesota.
- Departemen Kesehatan. 2003.
*Panduan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas . Buku I: Konsep Dasar
Sistem Informasi Manajemen dan Pencatatan dan Pelaporan Terpadu
Puskesmas (SP2TP)*. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Departemen Kesehatan. 2003.

Panduan Sistem Informasi Manajemen Puskesmas . Buku 2-Seri A: Batasan Operasional SP2TP. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Departemen Kesehatan. 2003.

Panduan Sistem Informasi Puskesmas . Buku 2-Seri B: Panduan Pengisian Form Pencatatan SP2TP. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Departemen Kesehatan. 2003.

Panduan Sistem Informasi Puskesmas . Buku 2-Seri C: Panduan Pengisian Form Pelaporan SP2TP. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Departemen Kesehatan. 2003.

Panduan Sistem Informasi Puskesmas . Buku 2-Seri D: Kodifikasi Puskesmas, Daftar Kematian, Indeks Kelas Terapi dan Daftar Singkatan. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Departemen Kesehatan. 2003.

Panduan Sistem Informasi Puskesmas . Buku 3: Panduan Data Analysis dan Penggunaan Data SP2TP. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Departemen Kesehatan. 2007

Panduan Pelaksanaan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA). Jakarta: Departemen Kesehatan

Departemen Kesehatan, 2008

Penyeliaan Fasilitatif Program Kesehatan Ibu dan Anak. Buku Acuan. Jakarta: Departemen Kesehatan

Departemen Kesehatan, 2008

Daftar Tilik Penyeliaan Fasilitatif Asuhan Persalinan. Tingkat Polindes. Jakarta: Departemen Kesehatan

Direktorat Jenderal Pemberdayaan Masyarakat dan Desa (PMD). 2005.

Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga (PKK) Tim Penggerak Pusat: Hasil Rapat Kerja Nasional VI PKK. Jakarta: Departemen Dalam Negeri

Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur. 2005

Buku Pegangan Posyandu. Surabaya: Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur.

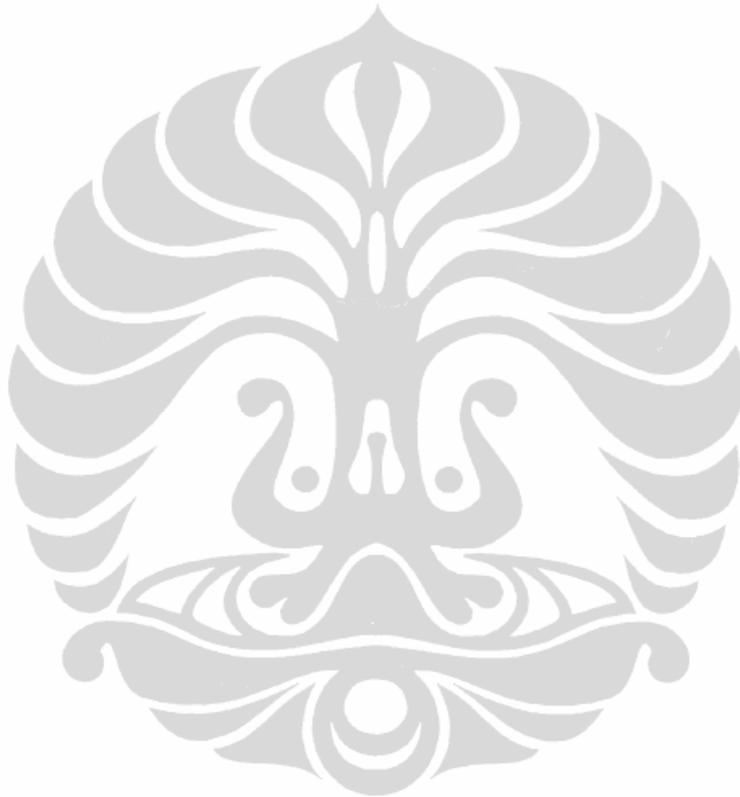
- Eryando, Tris. 2007.
Kumpulan Mata Kuliah Sistem Informasi Kesehatan. Depok. (tidak diterbitkan)
- Eryando, Tris. 2007.
Kumpulan Mata Kuliah Teori dan Aplikasi Pengumpulan Data. Depok. (tidak diterbitkan)
- Goodman, L.A. (1961). "Snowball Sampling". *Analysis of Mathematical Statistics* 32:148-170. Cited from www.wikipedia.com.
- HSP-USAID, 2009.
Panduan Pemberdayaan Masyarakat: Dalam Rangka Penyelenggaraan Program KIBBLA Terpadu Tingkat Kabupaten. Jakarta: HSP-USAID.
- Horry Fangidae, SKM, MHS. 2003
Modul Kuliah: Disain dan Aplikasi Sistem Informasi Kesehatan. Depok: FKMUI.
- IMMPACT, 2007
Laporan Hasil Penelitian IMMPACT Indonesia. Depok: PUSKA FKM-UI
- Kabupaten Pandeglang, 2009
Profil Kesehatan Kabupaten Pandeglang Tahun 2009. Pandeglang
- Losos, Joseph Z. 1996.
Routine and Sentinel Surveillance Methods. Eastern Mediterranean Health Journal, Vol 2, Issue 1, page 46-50.
- Mc.Leod, Jr, Raymond, Schell. 2005
Management Information System. Diterjemahkan oleh Hendra Teguh, S.E.Ak. Jakarta: PT. Indeks.
- Murdick, Robert G., et.all. 1997
Sistem Informasi Untuk Manajemen Informasi. Edisi Ketiga.. Jakarta: Erlangga.
- Noralou P. Roos, et all. 1995.
A Population-Based Health Information System. Medical Care Volume 33, Number 12 pp DS12-DS20: Lippincott-Raven Publishers.
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2002.
Health Research Methodology (Revision Edition). Jakarta: Rineka Cipta.

- Puskesmas Cimanuk, 2009
Profil Kesehatan Kecamatan Cimanuk Tahun 2009. Pandeglang: Puskesmas Cimanuk
- UNICEF. 2008.
Final Report: Local Area Monitoring and Tracking. The Novel Approach to Improve Maternal and Child Health Information System. Jakarta: UNICEF.
- United Nations. 2008.
The Millenium Development Goals Report 2008. New York: United Nations.
- Wiliamson, L., et all. 1994.
Developing a District Health Information System in South Africa: A social Process ot Technical Solution? HISP: University of Western Cape, Cape Town, South Africa.
- World Health Organization. 2002.
Target Kesehatan Dalam Tujuan Pembangunan Millenium: Pembahasan terhadap Indikator. Jakarta: World Health Organization.
- World Health Organization. 2004, September.
Report: Workshop o Strengthening Health Information System for Maternal and Child care Services in the Pacific Island Countries. Fiji: Regional Office for the Western Pacific.
- Yuhefizard, S.Kom. 2008.
Database Management Menggunakan Ms.Access 2003. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Zinner, B. 2008, August.
It Takes A Village: A Case Stdy in District Health Planning and Decentralization Reform in Indonesia. Jakarta: Health Services Program-USAID.

Lampiran 1. Penelitian Terkait Pencatatan dan Pelaporan PWS-KIA

No	Penulis	Judul	Tahun	Hasil Penelitian
1	Darni, Evi (Universitas Indonesia)	Pengembangan Sistem Informasi PWS-KIA berbasis Sistem Informasi Geografis (SIG) Dinas Kesehatan Aceh Barat Tahun 2008	2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Otomasi proses analisa cakupan KIA (K1, K4, PN, KN, DRT, KF) dengan output peta prioritas ▪ Prototype aplikasi sistem informasi program KIA di puskesmas untuk Dinkes Aceh Barat
2	Muryanto (Universitas Indonesia)	Pengembangan sistem informasi program kesehatan Ibu dan Anak di kabupaten Sanggau	2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gambaran kinerja program KIA (Antenatal, PN, KN, kematian ibu, kematian neonatal, kesehatan bayi, anak balita dan pra-sekolah, data dasar tingkat kabupaten) kab Sanggau ▪ Prototype sistem informasi kinerja program KIA
3	Mulyatno, Asep Zaki (Universitas Indonesia)	Pengembangan sistem informasi geografis Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak kabupaten Majalengka Tahun 2005	2006	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prototype sistem informasi geografis (SIG) PWS KIA di kab Majalengka
4	Nasution, Yusran (Universitas Indonesia)	Pengembangan Sistem evaluasi program pelayanan KIA dengan analisis spasial di Dinas Kesehatan Kota Tangerang	2006	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistem evaluasi program KIA dengan analisis spasial berdasarkan wilayah kerja puskesmas ▪ Prototype informasi tematik ketersediaan layanan KIA, kebutuhan pelayanan KIA dan cakupan pelayanan KIA (K1 akses, K4, PN, KN)
5	Budiman, Ronny (Universitas Indonesia)	Pengembangan sistem informasi manajemen program kesehatan maternal dan neonatal di kabupaten Banggai Kepulauan Tahun 2004	2005	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tersusunnya format pencatatan yang efektif dan efisien dalam menunjang sistem informasi manajemen program kesehatan maternal dan neonatal di kabupaten Banggai Kepulauan ▪ Prototype sistem informasi manajemen program kesehatan maternal dan neonatal
6	Gracediani, Lily (Universitas Indonesia)	Evaluasi pengelolaan program KIA di puskesmas Alahan Panjang kabupaten Solok Tahun 2003	2004	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gambaran input, proses dan output cakupan K4 di Puskesmas Alahan Panjang Kabupaten Solok ▪ Mengetahui penyebab rendahnya cakupan K4
7	Hartati, Emilya (Universitas Indonesia)	Pengembangan Sistem Informasi KIA di Dinas Kesehatan Kota Bekasi Berbasis Data Puskesmas Tahun 2004	2004	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prototype sistem informasi KIA (Kunjungan bumil, ibu hamil yang dirujuk, persentase ibu hamil yang dirujuk per K4, persalinan oleh tenaga kesehatan, kematian ibu, kematian bayi) kota Bekasi

8	Setyani (Universitas Indonesia)	Pengembangan sistem informasi evaluasi program KIA di kabupaten Pandeglang Tahun 2004	2004	<ul style="list-style-type: none">▪ Prototype aplikasi sistem informasi evaluasi program KIA (K1, K4, PN, KN) di puskesmas untuk kabupaten Pandeglang▪ Pemetaan untuk melihat cakupan program KIA
---	---------------------------------------	--	------	--



Lampiran 2. Format Sistem Informasi Posyandu (SIP) Kabupaten Malang dan Pasuruan

No	Format	Isi Catatan	Cara Pengisian
1	Catatan Ibu Hamil, Kelahiran, Kematian Bayi dan Kematian Ibu Hamil.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Catatan dasar mengenai sasaran Posyandu. 	<p>Setiap bulan oleh Kader Dasawisma diserahkan kepada:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ketua kelompok PKK RW/Dusun/Lingkungan melalui kelompok RT. ▪ Tembusan kepada Kader Posyandu di wilayah setempat.
2	Register Bayi di wilayah kerja Posyandu.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemberian pil besi ▪ Pemberian vit A ▪ Pemberian oralit ▪ Tanggal imunisasi ▪ Bayi meninggal 	Setiap bulan oleh Kader Posyandu 1 lembar format untuk 1 tahun.
3	Register Anak di wilayah kerja Posyandu.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemberian pil besi ▪ Pemberian vit A 	Setiap bulan oleh Kader Posyandu 1 lembar format untuk 1 tahun.
4	Register Ibu Hamil di wilayah kerja Posyandu.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Daftar bumil ▪ Umur kehamilan ▪ Pemberian pil tambah darah ▪ Pemberian kapsul yodium imunisasi ▪ Pemeriksaan kehamilan ▪ Resiko kehamilan ▪ Tanggal dan penolong kelahiran ▪ Data bayi hidup dan meninggal ▪ Data ibu meninggal 	Dilakukan oleh Kader Posyandu selama 1 tahun.
5	Register WUS-PUS di wilayah kerja Posyandu.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Daftar wanita dan suami istri yang bisa punya kemungkinan anak/hamil 	Dilakukan oleh Kader Posyandu selama 1 tahun.
6	Data pengunjung Posyandu, kelahiran dan kematian bayi dan ibu hamil, melahirkan/nifas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jumlah pengunjung (bayi, balita, WUS, PUS, Bumil, ibu menyusui, bayi lahir dan meninggal) ▪ Jumlah petugas yang hadir (kader Posyandu, kader PKK, PLKB, tenaga kesehatan) 	Dilakukan oleh Kader Posyandu setiap bulan setelah hari buka Posyandu atau setiap ada kegiatan.
7	Data hasil kegiatan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jumlah bumil yang diperiksa dan mendapat zat 	Dilakukan oleh Kader

	Posyandu.	besi <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jumlah ibu menyusui ▪ Peserta KB yang dilayani ▪ Penimbangan balita ▪ Balita yang punya KMS ▪ Balita dengan timbangan baik dan BGM ▪ Balita yang mendapat vit.A, sirup besi, diimunisasi serta yang diare ▪ Jumlah KMS yang dibagikan 	Posyandu setiap bulan setelah hari buka Posyandu atau setiap ada kegiatan.
--	-----------	--	--



Lampiran 3. Pedoman Wawancara Mendalam Tingkat Desa

Lembar Untuk Desa: Bidan Desa dan Kader

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM PENCATATAN DAN PELAPORAN PROGRAM KIA TERPADU KABUPATEN PANDEGLANG

Data Informan Nama : _____ Umur : _____ Pendidikan : _____ Jabatan : _____ Lama menjabat : _____ Desa : _____	Tujuan pengambilan data dengan Puskesmas: 1. Mengetahui persamaan dan perbedaan kegiatan pencatatan dan pelaporan data KIA dengan kabupaten Malang dan Pasuruan 2. Mengetahui sistem umpan balik yang telah berjalan 3. Mengetahui kebutuhan bidan desa dan kader akan sistem supervisi 4. Mengetahui efektifitas penerapan sistem aplikasi supervisi
Petunjuk Wawancara: 1. Perkenalkan diri dan jelaskan topik wawancara dan tujuan wawancara dilakukan 2. Jelaskan bahwa tidak ada salah atau benar. Responden bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan dan saran berkaitan dengan topic wawancara. Jelaskan bahwa informasi yang disampaikan responden sangat berharga. Informasi akan bersifat rahasia. 3. Wawancara dimulai ketika responden sudah bersedia dan siap diwawancarai. Ucapkan terima kasih atas kesediannya diwawancarai. 4. Rekam seluruh pembicaraan dan catat seluruh poin penting. 5. Minta waktu lain jika responden mempunyai waktu terbatas saat ini	

I. Pertanyaan Pembuka

1. Bagaimana proses pengumpulan data KIA yang sudah dilakukan di desa ini sampai ke Puskesmas? (bagaimana alur, mekanisme pencatatan dan pelaporan)
2. Bagaimana proses pengolahan dan analisis data KIA yang dilakukan ditingkat desa? Oleh siapa? Apa bentuk hasil analisis?
3. Bagaimana tindak lanjut berdasarkan data dilakukan?
4. Bagaimana mekanisme umpan balik yang diterima dari desa? Bagaimana prosesnya? Berapa kali frekuensinya?
5. Ceritakan pemanfaatan data KIA yang sudah dikumpulkan oleh desa?

II. Kebutuhan Sistem Supervisi

1. Bagaimana sistem supervisi dapat bermanfaat untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan?
2. Apakah sudah ada sistem supervisi yang dilakukan? Bagaimana mekanisme sistem supervisi tersebut?
3. Hambatan apa yang ada dalam kegiatan supervise/pengawasan?
4. Bagaimana mengatasi hambatan yang ada dalam kegiatan supervisi?
5. Saran apa yang bisa anda berikan untuk kegiatan supervisi?

III. Uji Coba Sistem

1. Apakah indikator pada ceklist mudah dipahami? Apakah dapat diisi?
2. Apakah anda merasakan ada manfaat dari sistem ini?
3. Kesulitan apa yang ditemui dalam menggunakan sistem?
4. Saran apa yang bisa anda berikan untuk penyempurnaan sistem?

Lampiran 4. Pedoman Wawancara Mendalam Tingkat Puskesmas

Lembar Untuk Dinkeskab: Bidan Koordinator dan Kepala Puskesmas

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM PENCATATAN DAN PELAPORAN PROGRAM KIA TERPADU KABUPATEN PANDEGLANG

Data Informan Nama : _____ Umur : _____ Pendidikan : _____ Jabatan : _____ Lama menjabat : _____	Tujuan pengambilan data dengan Puskesmas: 1. Mengetahui persamaan dan perbedaan kegiatan pencatatan dan pelaporan data KIA dengan kabupaten Malang dan Pasuruan 2. Mengetahui sistem umpan balik yang telah berjalan 3. Mengetahui kebutuhan Puskesmas akan sistem supervisi 4. Mengetahui efektifitas penerapan sistem aplikasi supervisi
Petunjuk Wawancara: 1. Perkenalkan diri dan jelaskan topik wawancara dan tujuan wawancara dilakukan 2. Jelaskan bahwa tidak ada salah atau benar. Responden bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan dan saran berkaitan dengan topic wawancara. Jelaskan bahwa informasi yang disampaikan responden sangat berharga. Informasi akan bersifat rahasia. 3. Wawancara dimulai ketika responden sudah bersedia dan siap diwawancarai. Ucapkan terima kasih atas kesediannya diwawancarai. 4. Rekam seluruh pembicaraan dan catat seluruh poin penting. 5. Minta waktu lain jika responden mempunyai waktu terbatas saat ini	

I. Pertanyaan Pembuka

1. Bagaimana proses pengumpulan data KIA yang sudah dilakukan di Puskesmas ini? (bagaimana alur, mekanisme pencatatan dan pelaporan)
2. Bagaimana proses pengolahan dan analisis data KIA yang dilakukan ditingkat Puskesmas?
3. Bagaimana tindak lanjut berdasarkan data dilakukan?
4. Bagaimana mekanisme umpan balik yang diberikan kepada desa? Bagaimana prosesnya? Berapa kali frekuensinya?
5. Bagaimana mekanisme umpan balik yang diterima dari Dinkeskab? Bagaimana prosesnya? Berapa kali frekuensinya?
6. Ceritakan pemanfaatan data KIA yang sudah dikumpulkan oleh Puskesmas?

II. Kebutuhan Sistem Supervisi

1. Bagaimana sistem supervisi dapat bermanfaat untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan?
2. Apakah sudah ada sistem supervisi yang dilakukan? Bagaimana mekanisme sistem supervisi tersebut?
3. Hambatan apa yang ada dalam kegiatan supervise/pengawasan?
4. Bagaimana mengatasi hambatan yang ada dalam kegiatan supervisi?
5. Saran apa yang bisa anda berikan untuk kegiatan supervisi?

III. Uji Coba Sistem

1. Apakah indikator pada ceklist mudah dipahami? Apakah dapat diisi?
2. Apakah sistem aplikasi supervisi (software) mudah diunduh? Mudah digunakan?
3. Apakah menu pada software bermanfaat? Ceritakan?
4. Kesulitan apa yang ditemui dalam menggunakan aplikasi sistem?
5. Saran apa yang bisa anda berikan untuk penyempurnaan sistem?

Lampiran 5. Pedoman Wawancara Mendalam Tingkat Kabupaten

Lembar Untuk Dinkeskab: Kasie KIA dan Kepala Dinkes

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM PENCATATAN DAN PELAPORAN PROGRAM KIA TERPADU KABUPATEN PANDEGLANG

Data Informan Nama : _____ Umur : _____ Pendidikan : _____ Jabatan : _____ Lama menjabat : _____	Tujuan pengambilan data dengan Puskesmas: 1. Mengetahui persamaan dan perbedaan kegiatan pencatatan dan pelaporan data KIA dengan kabupaten Malang dan Pasuruan 2. Mengetahui sistem umpan balik yang telah berjalan 3. Mengetahui kebutuhan Puskesmas akan sistem supervisi 4. Mengetahui efektifitas penerapan sistem aplikasi supervisi
Petunjuk Wawancara: 1. Perkenalkan diri dan jelaskan topik wawancara dan tujuan wawancara dilakukan 2. Jelaskan bahwa tidak ada salah atau benar. Responden bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan dan saran berkaitan dengan topic wawancara. Jelaskan bahwa informasi yang disampaikan responden sangat berharga. Informasi akan bersifat rahasia. 3. Wawancara dimulai ketika responden sudah bersedia dan siap diwawancarai. Ucapkan terima kasih atas kesediannya diwawancarai. 4. Rekam seluruh pembicaraan dan catat seluruh poin penting. 5. Minta waktu lain jika responden mempunyai waktu terbatas saat ini	

I. Pertanyaan Pembuka

1. Bagaimana proses pengumpulan data KIA yang sudah dilakukan di kabupaten ini? (bagaimana alur, mekanisme pencatatan dan pelaporan)
2. Bagaimana proses pengolahan dan analisis data KIA yang dilakukan ditingkat kabupaten?
3. Bagaimana tindak lanjut berdasarkan data dilakukan?
4. Bagaimana mekanisme umpan balik yang diberikan kepada Puskesmas? Bagaimana prosesnya? Berapa kali frekuensinya?
5. Bagaimana mekanisme umpan balik yang diberikan kepada desa ? Bagaimana prosesnya? Berapa kali frekuensinya?
6. Ceritakan pemanfaatan data KIA yang sudah dikumpulkan oleh kabupaten?

II. Kebutuhan Sistem Supervisi

1. Bagaimana sistem supervisi dapat bermanfaat untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan?
2. Apakah sudah ada sistem supervisi yang dilakukan ? Bagaimana mekanisme sistem supervisi tersebut?
3. Hambatan apa yang ada dalam kegiatan supervise/pengawasan?
4. Bagaimana mengatasi hambatan yang ada dalam kegiatan supervisi?
5. Saran apa yang bisa anda berikan untuk kegiatan supervisi?

III. Uji Coba Sistem

1. Apakah indikator pada ceklist mudah dipahami? Apakah dapat diisi?
2. Apakah sistem aplikasi supervisi (software) mudah diunduh? Mudah digunakan?
3. Apakah menu pada software bermanfaat? Ceritakan?
4. Kesulitan apa yang ditemui dalam menggunakan aplikasi sistem?
5. Saran apa yang bisa anda berikan untuk penyempurnaan sistem?

Lampiran 6. Lembar Observasi Puskesmas

Lembar Observasi Puskesmas

(Lakukan penilaian pada lokasi dimana data direkap dan disimpan)

Nama Puskesmas :
Kabupaten:

OBSERVASI					
No	Perangkat Keras	Deskripsi	Jumlah	Kualitas	
				Berfungsi	Tidak berfungsi
1	Komputer (termasuk CPU, HD, RAM, OS)	Dengan spesifikasi <ul style="list-style-type: none"> • Processor Pentium III • memory 256 Mb • Hard drive 40 GB • CD Rom • Monitor with resolution 1024 × 800 • USB (LAMAT requirement) 			
		Ada tanpa spesifikasi di atas			
2	Unit Back-up Data	Contoh CD, floppy, zip			
3	Printers				
4	Modems				
5	UPS				
6	Generators				
7	Regular telephone				
8	Access to the internet				
9	Sumber listrik				
10	Panduan perawatan komputer				
11	Tempat penyimpanan dokumen hard copy	Contoh gudang, lemari khusus			
12	Tempat penyimpanan dokumen soft copy	Contoh lemari, laci CD			
13	Data operator khusus untuk PWS-KIA				
14	Data operator umum				

CATATAN

Lampiran 7. Daftar Tilik Kajian Mandiri Bidan Desa

DAFTAR TILIK

SUPERVISI PENCATATAN DAN PELAPORAN PROGRAM KIA

TINGKAT DESA

Lembar Untuk Kajian Mandiri Bidan Desa

NAMA DESA	:
KECAMATAN	:
KABUPATEN	:
TANGGAL	:
PENYELIA	:

BERIKAN PENILAIAN SENDIRI TERHADAP KOMPONEN PELAYANAN DIBAWAH INI DENGAN MEMBERI TANDA RUMPUT (V) PADA KOLOM YA(Y) ATAU TIDAK (T). KEMUDIAN ISI KOLOM NILAI AKTUAL DENGAN MENJUMLAH JAWABAN YA (Y).

1.0	SUMBER DAYA MANUSIA	Hasil		Keterangan
		Y	T	
1.1.	Ada tenaga Kader minimal 4 orang per posyandu			
1.2.	Ada tenaga bidan desa sebagai pelayan kesehatan			
1.3.	Kader sudah mendapat orientasi pencatatan dan pelaporan KIA			
1.4.	Bidan desa sudah mendapat orientasi pencatatan dan pelaporan KIA			
1.5.	Ada bukti kemitraan bidan desa dengan dukun dalam melaksanakan program KIA			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Kajian Mandiri		
		Nilai Harapan		5

2.0	PENGUMPULAN DATA SASARAN	Hasil		Keterangan
		Y	T	
2.1.	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh ibu hamil			
2.2.	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh ibu bersalin			
2.3.	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh ibu nifas			
2.4.	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh bayi			
2.5.	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh anak balita			
2.6.	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh PUS			
2.7.	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh WUS			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Kajian Mandiri		
		Nilai Harapan		7

3.0	PENGUMPULAN DATA PELAYANAN	Hasil		Keterangan
		Y	T	
3.1.	Ada bukti pencatatan jumlah K1			
3.2.	Ada bukti pencatatan jumlah K4			
3.3.	Ada bukti pencatatan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan			
3.4.	Ada bukti pencatatan jumlah ibu nifas yang dilayani 3 kali (KF3) oleh tenaga kesehatan			
3.5.	Ada bukti pencatatan jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur 6—48 jam			
3.6.	Ada bukti pencatatan jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan lengkap (KN Lengkap)			
3.7.	Ada bukti pencatatan jumlah ibu hamil, bersalin dan nifas dengan faktor resiko/komplikasi yang dideteksi oleh masyarakat			
3.8.	Ada bukti pencatatan jumlah kasus komplikasi obstetri yang ditangani			
3.9.	Ada bukti pencatatan jumlah neonatus dengan komplikasi yang ditangani			
3.10.	Ada bukti pencatatan jumlah bayi 29 hari – 12 bulan yang mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 8 kali			
3.11.	Ada bukti pencatatan jumlah anak balita sakit yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar			
3.12.	Ada bukti pencatatan jumlah peserta KB aktif			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Kajian Mandiri		
		Nilai Harapan		12

4.0	SUMBER DATA	Hasil		Keterangan
		Y	T	
4.1.	Register Ibu diisi dengan benar			
4.2.	Register Bayi diisi dengan benar			
4.3.	Register Balita diisi dengan benar			
4.4.	Register PUS-WUS diisi dengan benar			
4.5.	Register kohort KB diisi dengan benar			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Kajian Mandiri		
		Nilai Harapan		5

5.0	INSTRUMEN PENCATATAN	Hasil		Keterangan
		Y	T	
5.1.	Seluruh sasaran ibu hamil mempunyai Kartu Ibu			
5.2.	Seluruh sasaran bayi mempunyai Kartu Bayi			
5.3.	Seluruh sasaran anak dan balita mempunyai Kartu Balita			

5.4.	Seluruh sasaran ibu hamil mendapatkan buku KIA			
5.5.	Seluruh sasaran bayi dan anak balita mendapatkan buku KIA			
5.6.	Buku KIA disimpan oleh masing-masing ibu			
5.7.	Buku KIA selalu diisi setiap kali ibu periksa			
5.8.	Buku KIA dibawa oleh setiap ibu ke Posyandu			
5.9.	Buku KIA diisi oleh kader atau bidan desa setiap ibu mendapat pelayanan di Posyandu			
5.10.	Seluruh ibu hamil mendapat stiker P4K			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Kajian Mandiri		
		Nilai Harapan		10

6.0	PENGOLAHAN DATA	Hasil		Keterangan
		Y	T	
6.1.	Ada bukti pelaporan kepada Puskesmas			
6.2.	Ada peta sasaran KIA yang diperbaharui dalam 3 bulan terakhir			
6.3.	Ada bukti hasil pengolahan data dalam bentuk tabulasi			
6.4.	Ada bukti hasil pengolahan data dalam bentuk grafik			
6.5.	Grafik cakupan antenatal kesatu (K1)			
6.6.	Grafik cakupan antenatal keempat (K4)			
6.7.	Grafik cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn)			
6.8.	Grafik cakupan kunjungan nifas (KF)			
6.9.	Grafik penanganan komplikasi obstetrik (PK)			
6.10.	Grafik penanganan komplikasi neonatal (NK)			
6.11.	Grafik cakupan kunjungan bayi (KBy)			
6.12.	Grafik cakupan pelayanan anak balita (KBal)			
6.13.	Grafik cakupan pelayanan KB (CPR)			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Kajian Mandiri		
		Nilai Harapan		13

7.0	ANALISIS DATA DAN TINDAK LANJUT	Hasil		Keterangan
		Y	T	
7.1.	Ada bukti hasil analisis data ibu			
7.2.	Ada bukti hasil analisis data bayi			

7.3.	Ada bukti pembuatan diagram balok SKDN Balita			
7.4.	Ada kunjungan rumah yang dilakukan kader dan bidan desa untuk <i>drop-out</i> yang teridentifikasi			
7.5.	Ada bukti tindak lanjut untuk <i>drop-out</i> yang teridentifikasi			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Kajian Mandiri		
		Nilai Harapan	5	

8.0	PELEMBAGAAN PWS-KIA	Hasil		Keterangan
		Y	T	
8.1.	Ada bukti pertemuan rutin antara kader dan bidan desa untuk melihat kelengkapan data			
8.2.	Ada bukti pertemuan rutin dengan Puskesmas untuk membahas hasil data yang dikumpulkan			
8.3.	Ada bukti pertemuan rutin dengan masyarakat untuk mendapat dukungan dalam pemecahan masalah			
8.4.	Ada bukti penggunaan data untuk perencanaan tingkat desa			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Kajian Mandiri		
		Nilai Harapan	4	

REKAPITULASI TINGKAT KEPATUHAN DAFTAR TILIK TINGKAT DESA
Lembar Untuk Kajian Mandiri Bidan Desa

No	Komponen	Nilai Harapan	Nilai Aktual	Tingkat Kepatuhan (%)
1.0	Sumber Daya Manusia	5		
2.0	Pengumpulan Data Sasaran	7		
3.0	Pengumpulan Data Pelayanan	12		
4.0	Sumber Data	5		
5.0	Instrumen Pencatatan	10		
6.0	Pengolahan data	13		
7.0	Analisis dan Tindak Lanjut	5		
8.0	Pelembagaan PWS-KIA	4		
	Total	65		

Lampiran 8. Daftar Tilik Verifikasi Bidan Koordinator

DAFTAR TILIK

SUPERVISI PENCATATAN DAN PELAPORAN PROGRAM KIA

TINGKAT DESA

Lembar Untuk Verifikasi Bidan Koordinator

NAMA DESA	:
KECAMATAN	:
KABUPATEN	:
TANGGAL	:
PENYELIA	:

BERIKAN PENILAIAN SENDIRI TERHADAP KOMPONEN PELAYANAN DIBAWAH INI DENGAN MEMBERI TANDA RUMPUT (V) PADA KOLOM YA(Y) ATAU TIDAK (T). KEMUDIAN ISI KOLOM NILAI AKTUAL DENGAN MENJUMLAH JAWABAN YA (Y).

1.0	SUMBER DAYA MANUSIA	Hasil		Keterangan
		Y	T	
1.1.	Ada tenaga Kader minimal 4 orang per posyandu			
1.2.	Ada tenaga bidan desa sebagai pelayan kesehatan			
1.3.	Kader sudah mendapat orientasi pencatatan dan pelaporan KIA			
1.4.	Bidan desa sudah mendapat orientasi pencatatan dan pelaporan KIA			
1.5.	Ada bukti kemitraan bidan desa dengan dukun dalam melaksanakan program KIA			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Verifikasi		
		Nilai Harapan		5

2.0	PENGUMPULAN DATA SASARAN	Hasil		Keterangan
		Y	T	
2.1.	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh ibu hamil			
2.2.	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh ibu bersalin			
2.3.	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh ibu nifas			
2.4.	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh bayi			
2.5.	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh anak balita			
2.6.	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh PUS			
2.7.	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh WUS			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Verifikasi		
		Nilai Harapan		7

3.0	PENGUMPULAN DATA PELAYANAN	Hasil		Keterangan
		Y	T	
3.1.	Ada bukti pencatatan jumlah K1			
3.2.	Ada bukti pencatatan jumlah K4			
3.3.	Ada bukti pencatatan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan			
3.4.	Ada bukti pencatatan jumlah ibu nifas yang dilayani 3 kali (KF3) oleh tenaga kesehatan			
3.5.	Ada bukti pencatatan jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur 6—48 jam			
3.6.	Ada bukti pencatatan jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan lengkap (KN Lengkap)			
3.7.	Ada bukti pencatatan jumlah ibu hamil, bersalin dan nifas dengan faktor resiko/komplikasi yang dideteksi oleh masyarakat			
3.8.	Ada bukti pencatatan jumlah kasus komplikasi obstetri yang ditangani			
3.9.	Ada bukti pencatatan jumlah neonatus dengan komplikasi yang ditangani			
3.10.	Ada bukti pencatatan jumlah bayi 29 hari – 12 bulan yang mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 8 kali			
3.11.	Ada bukti pencatatan jumlah anak balita sakit yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar			
3.12.	Ada bukti pencatatan jumlah peserta KB aktif			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Verifikasi		
		Nilai Harapan		12

4.0	SUMBER DATA	Hasil		Keterangan
		Y	T	
4.1.	Register Ibu diisi dengan benar			
4.2.	Register Bayi diisi dengan benar			
4.3.	Register Balita diisi dengan benar			
4.4.	Register PUS-WUS diisi dengan benar			
4.5.	Register kohort KB diisi dengan benar			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Verifikasi		
		Nilai Harapan		5

5.0	INSTRUMEN PENCATATAN	Hasil		Keterangan
		Y	T	
5.1.	Seluruh sasaran ibu hamil mempunyai Kartu Ibu			
5.2.	Seluruh sasaran bayi mempunyai Kartu Bayi			
5.3.	Seluruh sasaran anak dan balita mempunyai Kartu Balita			
5.4.	Seluruh sasaran ibu hamil mendapatkan buku KIA			

5.5.	Seluruh sasaran bayi-balita mendapatkan buku KIA			
5.6.	Buku KIA disimpan oleh masing-masing ibu			
5.7.	Buku KIA selalu diisi setiap kali ibu periksa			
5.8.	Buku KIA dibawa oleh setiap ibu ke Posyandu			
5.9.	Buku KIA diisi oleh kader atau bidan desa setiap ibu mendapat pelayanan di Posyandu			
5.10.	Seluruh ibu hamil mendapat stiker P4K			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Verifikasi		
		Nilai Harapan	10	

6.0	PENGOLAHAN DATA	Hasil		Keterangan
		Y	T	
5.1.	Ada bukti pelaporan kepada Puskesmas			
5.2.	Ada peta sasaran KIA yang diperbaharui dalam 3 bulan terakhir			
5.3.	Ada bukti hasil pengolahan data dalam bentuk tabulasi			
5.4.	Ada bukti hasil pengolahan data dalam bentuk grafik			
5.5.	Grafik cakupan antenatal kesatu (K1)			
5.6.	Grafik cakupan antenatal keempat (K4)			
5.7.	Grafik cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn)			
5.8.	Grafik cakupan kunjungan nifas (KF)			
5.9.	Grafik penanganan komplikasi obstetrik (PK)			
5.10.	Grafik penanganan komplikasi neonatal (NK)			
5.11.	Grafik cakupan kunjungan bayi (KBy)			
5.12.	Grafik cakupan pelayanan anak balita (KBal)			
5.13.	Grafik cakupan pelayanan KB (CPR)			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Verifikasi		
		Nilai Harapan	13	

7.0	ANALISIS DATA DAN TINDAK LANJUT	Hasil		Keterangan
		Y	T	
7.1.	Ada bukti hasil analisis data ibu			
7.2.	Ada bukti hasil analisis data bayi			

7.3.	Ada bukti pembuatan diagram balok SKDN Balita			
7.4.	Ada kunjungan rumah yang dilakukan kader dan bidan desa untuk <i>drop-out</i> yang teridentifikasi			
7.5.	Ada bukti tindak lanjut untuk <i>drop-out</i> yang teridentifikasi			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Verifikasi		
		Nilai Harapan	5	

8.0	PELEMBAGAAN PWS-KIA	Hasil		Keterangan
		Y	T	
6.1.	Ada bukti pertemuan rutin antara kader dan bidan desa untuk melihat kelengkapan data			
6.2.	Ada bukti pertemuan rutin dengan Puskesmas untuk membahas hasil data yang dikumpulkan			
6.3.	Ada bukti pertemuan rutin dengan masyarakat untuk mendapat dukungan dalam pemecahan masalah			
6.4.	Ada bukti penggunaan data untuk perencanaan tingkat desa			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Verifikasi		
		Nilai Harapan	4	

REKAPITULASI TINGKAT KEPATUHAN DAFTAR TILIK TINGKAT DESA
Lembar Untuk Kajian Mandiri Bidan Desa

No	Komponen	Nilai Harapan	Nilai Aktual	Tingkat Kepatuhan (%)
1.0	Sumber Daya Manusia	5		
2.0	Pengumpulan Data Sasaran	7		
3.0	Pengumpulan Data Pelayanan	12		
4.0	Sumber Data	5		
5.0	Instrumen Pencatatan	10		
6.0	Pengolahan data	13		
7.0	Analisis dan Tindak Lanjut	5		
8.0	Pelembagaan PWS-KIA	4		
	Total	65		

Lampiran 9. Daftar Tilik Bantu Bagi Kader

DAFTAR TILIK BANTU BAGI KADER PENCATATAN DAN PELAPORAN PROGRAM KIA

NAMA DESA	:
KECAMATAN	:
KABUPATEN	:
TANGGAL	:
PENYELIA	:

BERIKAN PENILAIAN SENDIRI TERHADAP KOMPONEN PELAYANAN DIBAWAH INI DENGAN MEMBERI TANDA RUMPUT (V) PADA KOLOM YA(Y) ATAU TIDAK (T). KEMUDIAN ISI KOLOM NILAI AKTUAL DENGAN MENJUMLAH JAWABAN YA (Y).

1.0	SUMBER DAYA MANUSIA	Hasil		Keterangan
		Y	T	
1.1.	Ada tenaga Kader minimal 4 orang			
1.2.	Kader sudah mendapat orientasi pencatatan dan pelaporan KIA			
1.3.	Ada bukti kemitraan bidan desa dengan dukun dalam melaksanakan program KIA			
Total Nilai Y (YA)		Hasil Penilaian		
		Nilai Harapan		3

2.0	PENGUMPULAN DATA SASARAN	Hasil		Keterangan
		Y	T	
2.2.	Kader membantu bidan desa mencatat jumlah seluruh ibu hamil			
2.3.	Kader membantu bidan desa mencatat jumlah seluruh ibu bersalin			
2.4.	Kader membantu bidan desa mencatat jumlah seluruh ibu nifas			
2.5.	Kader membantu bidan desa mencatat jumlah seluruh bayi			
2.6.	Kader membantu bidan desa mencatat jumlah seluruh anak balita			
2.7.	Kader membantu bidan desa mencatat jumlah seluruh PUS			
2.8.	Kader membantu bidan desa mencatat jumlah seluruh WUS			
Total Nilai Y (YA)		Hasil Penilaian		
		Nilai Harapan		7

3.0	PENGUMPULAN DATA PELAYANAN	Hasil		Keterangan
		Y	T	
3.1.	Kader membantu bidan desa mencatat jumlah ibu hamil yang sudah periksa hamil			
3.2.	Kader membantu bidan desa mencatat jumlah jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan			

3.3.	Kader membantu bidan desa mencatat jumlah ibu nifas yang sudah dilayani 3 kali oleh tenaga kesehatan			
3.4.	Kader membantu bidan desa mencatat jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan			
3.5.	Kader membantu bidan desa mencatat jumlah peserta KB aktif			
Total Nilai Y (YA)		Hasil Penilaian		
		Nilai Harapan		5

4.0	INSTRUMEN PENCATATAN	Hasil		Keterangan
		Y	T	
4.1.	Kader membantu memastikan seluruh ibu hamil mempunyai Kartu Ibu			
4.2.	Kader membantu memastikan seluruh bayi mempunyai Kartu Bayi			
4.3.	Kader membantu memastikan seluruh anak mempunyai Kartu Balita			
4.4.	Kader membantu bidan desa mendistribusikan buku KIA kepada ibu hamil			
4.5.	Kader membantu bidan desa mendistribusikan buku KIA kepada bayi-balita			
4.6.	Kader membantu memastikan Buku KIA disimpan oleh masing-masing ibu			
4.7.	Kader membantu bidan desa mengisi Buku KIA setiap kali ibu periksa			
4.8.	Buku KIA dibawa oleh setiap ibu ke Posyandu			
4.9.	Buku KIA diisi oleh kader atau bidan desa setiap ibu mendapat pelayanan di Posyandu			
4.10.	Kader memastikan seluruh ibu hamil mendapat stiker P4K			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Verifikasi		
		Nilai Harapan		10

5.0	ANALISIS DATA DAN TINDAK LANJUT	Hasil		Keterangan
		Y	T	
5.1.	Kader berbagi data kepada bidan desa dengan rutin			
5.2.	Kader membuat dan memperbaharui peta sasaran KIA setiap bulan			
5.3.	Kader membuat diagram balok SKDN Balita			
5.4.	Kader mampu memahami hasil pengolahan data KIA dalam bentuk tabulasi			
5.5.	Kader mampu memahami hasil pengolahan data KIA dalam bentuk grafik			
5.6.	Kader membantu bidan desa melakukan kunjungan rumah untuk drop-out yang teridentifikasi			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Verifikasi		
		Nilai Harapan		6

6.0	PELEMBAGAAN PWS-KIA	Hasil		Keterangan
		Y	T	
6.1.	Kader dan bidan desa melakukan pertemuan rutin untuk melihat kelengkapan data			
6.2.	Kader bersama dengan bidan desa melakukan pertemuan rutin dengan masyarakat untuk mendapat dukungan pemecahan masalah			
6.3.	Kader memastikan perencanaan tingkat desa telah menggunakan data KIA yang dikumpulkan			
Total Nilai Y (YA)		Nilai Verifikasi		
		Nilai Harapan		3

REKAPITULASI TINGKAT KEPATUHAN DAFTAR TILIK TINGKAT DESA
Lembar Untuk Kajian Mandiri Bidan Desa

No	Komponen	Nilai Harapan	Nilai Aktual	Tingkat Kepatuhan (%)
1.0	Sumber Daya Manusia	5		
2.0	Pengumpulan Data Sasaran	7		
3.0	Pengumpulan Data Pelayanan	5		
4.0	Instrumen Pencatatan	10		
5.0	Analisis dan Tindak Lanjut	6		
6.0	Pelembagaan PWS-KIA	3		
	Total	36		

Lampiran 10. Panduan Penggunaan Perangkat Lunak Sistem Informasi Manajemen
Supervisi Pencatatan dan Pelaporan KIA Terpadu Kabupaten



PANDUAN PEGGUNAAN
PERANGKAT LUNAK SISTEM
INFORMASI MANAJEMEN
SUPERVISI PENCATATAN DAN
PELAPORAN KIA TERPADU
KABUPATEN

Desember 2010

Disusun Oleh:
NONY PARMAWATY

PROGRAM MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA

2010

DAFTAR ISI

BAGIAN 1 INFORMASI UMUM

1. Latar Belakang
2. Tujuan

BAGIAN 2 MENU UTAMA

BAGIAN 3 MENU MASUKAN DATA

1. Memilih nama desa
2. Memilih siklus supervisi
3. Mengisi formulir data supervisi

BAGIAN 4 MENU KELUARAN DATA

A. Melihat Hasil Rekam Data

1. Memilih jenis siklus pada desa yang diinginkan
2. Lihat data

B. Melihat Hasil Rekapitulasi Dalam Bentuk Tabel

1. Rekapitulasi per desa untuk setiap jenis siklus
2. Rekapitulasi per siklus untuk seluruh desa

C. Melihat Hasil Rekapitulasi Dalam Bentuk Grafik

1. Rekapitulasi per desa untuk setiap jenis siklus
2. Rekapitulasi per siklus untuk seluruh desa

BAGIAN 1

INFORMASI UMUM

Latar Belakang

Supervisi sebagai suatu instrumen manajemen yang bertujuan untuk mengoreksi dan mengendalikan masukan dan proses kegiatan pencatatan dan pelaporan sehingga dapat memperbaiki kualitas data program yang dikumpulkan. Penguatan sistem supervisi akan menggiring kegiatan pencatatan dan pelaporan dilaksanakan sesuai standar. Bersama dengan instrumen manajemen lainnya, maka supervisi pencatatan dan pelaporan menjadi tumpuan perbaikan mutu pelayanan secara keseluruhan.

Kegiatan supervisi dilakukan pada seluruh tahap kegiatan pencatatan dan pelaporan program KIA mulai pencatatan, pengolahan, analisis, tindak lanjut dan pemanfaatan data. dalam implementasinya, supervisi dimulai dengan pengembangan daftar tilik sebagai standar masukan dan proses, dilanjutkan dengan tahap penilaian terhadap standar dalam bentuk kajian mandiri, verifikasi dan rekapitulasi.

Perangkat lunak sistem informasi dikembangkan sebagai penyempurna sistem supervisi secara keseluruhan bertujuan untuk mempermudah dan mempercepat proses pengolahan data hasil supervisi dengan memberikan informasi wilayah prioritas berdasarkan hasil tingkat kepatuhan masing-masing desa per siklus supervisi.

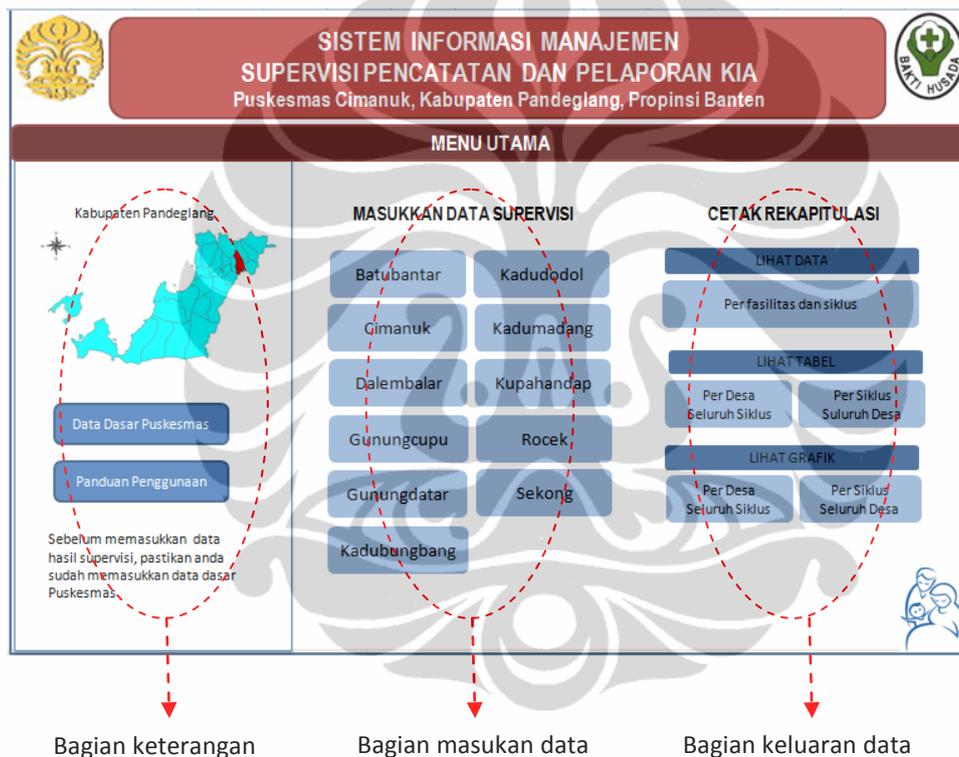
Tujuan

Perangkat lunak sistem (*prototype*) yang dikembangkan bertujuan untuk mempermudah dan mempercepat proses pengolahan data hasil supervisi sehingga tercapai efektifitas dan efisiensi sistem informasi yang dapat digunakan sebagai bahan monitoring dan evaluasi serta penyusunan rencana tindak lanjut.

BAGIAN 2

MENU UTAMA

Langkah pertama untuk dapat menggunakan sistem ini adalah dengan membuka terlebih dahulu file Supervisi RR KIA.xls. Cara membuka file yaitu dengan menyorot dan klik satu kali pada logo file. Kemudian akan muncul tampilan Menu Utama sistem. Menu Utama sistem terdiri dari tiga bagian yaitu bagian keterangan, bagian masukan data dan bagian keluaran data.



1. Bagian masukan data terdiri dari menu masukan data hasil supervisi untuk seluruh desa dan seluruh siklus.
2. Bagian keluaran data berisi hasil pengolahan dan analisis data yang terdiri dari menu Lihat Data, Lihat Tabel dan Lihat Grafik.
3. Bagian keterangan terdiri dari gambar peta kabupaten Pandeglang, Data Dasar Puskesmas dan Panduan Penggunaan

BAGIAN 3

MENU MASUKAN DATA

Fungsi menu masukan data adalah untuk memasukkan dan menambah data data hasil supervisi untuk setiap desa pada setiap siklus.

Langkah untuk memasukkan data yaitu:

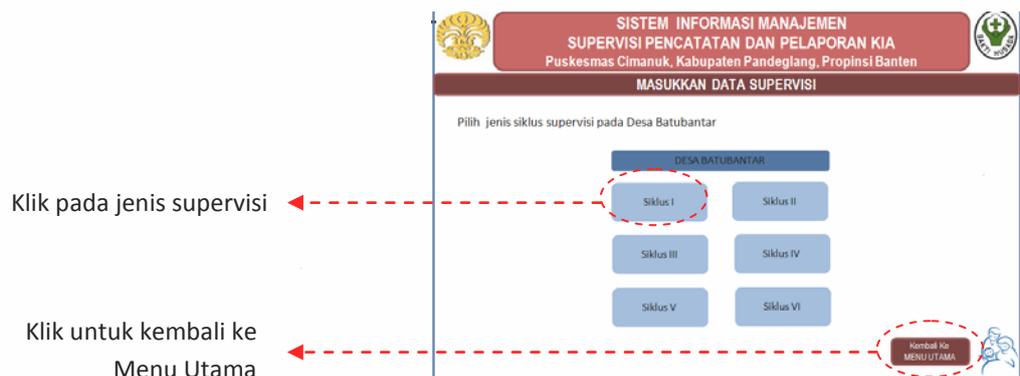
4. Memilih nama desa

Memilih nama desa dengan cara klik salah satu nama desa yang diinginkan pada Menu Masukan Data di bawah bagian Masukkan Data Supervisi, misalnya klik nama desa Batubantar.



5. Memilih siklus supervisi

Setelah memilih nama desa, maka akan muncul menu pilihan jenis siklus supervisi. Bagian ini yaitu untuk memilih siklus supervisi ke berapa di suatu desa yang ingin dimasukkan datanya. Klik pada menu jenis supervisi yang diinginkan, misalnya Siklus I.



6. Mengisi formulir data supervisi

- Setelah mengklik jenis supervisi, maka formulir isian data akan muncul.
- Pada formulir ini, bagian yang diisi hanya pada kolom yang berwarna kuning pada kolom Hasil.
- Masukkan data hasil supervisi. Berikan nilai 1 untuk jawaban Y (Ya) dan 0 untuk jawaban T (Tidak). Sistem ini dilengkapi kunci nilai data, artinya bahwa selain nilai 1 dan 2, data tidak dapat dimasukkan dan kotak peringatan akan muncul.
- Setelah selesai memasukkan data, jangan lupa untuk menyimpan data.
- Untuk kembali ke Menu Utama, klik tombol 'Kembali Ke Menu Utama'.

Klik untuk kembali ke Menu sebelumnya

Klik untuk kembali ke Menu Utama

Bagian untuk memasukkan data

DAFTAR TILIK SUPERVISI PENCATATAN DAN PELAPORAN KIA TINGKAT DESA

Isilah kolom yang berwarna kuning
Berikan nilai 1 bila jawaban YA (Y) dan 0 bila jawaban TIDAK (T)

Desa : Batubantar
Siklus : /Pertama
Bulan : 11-Des-10

1.0 Sumber Daya Manusia		Hasil
1.1	Ada tenaga kader minimal 5 orang	
1.2	Ada tenaga bidan desa sebagai pelayanan kesehatan	
1.3	Kader sudah mendapat orientasi pencatatan dan pelaporan KIA	
1.4	Bidan desa sudah mendapat orientasi pencatatan dan pelaporan KIA	
1.5	Ada bukti kemitraan bidan desa dengan dukun dalam melaksanakan program KIA	
2.0 Pengumpulan Data Sasaran		Hasil
2.1	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh ibu hamil	
2.2	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh ibu bersalin	
2.3	Ada bukti pencatatan jumlah ibu nifas	
2.4	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh bayi	
2.5	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh anak balita	
2.6	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh PUS	
2.7	Ada bukti pencatatan jumlah seluruh WPUS	
3.0 Pengumpulan Data Pelayanan		Hasil
3.1	Ada bukti pencatatan jumlah K1	
3.2	Ada bukti pencatatan jumlah K4	
3.3	Ada bukti pencatatan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan	
3.4	Ada bukti pencatatan jumlah ibu nifas yang dilayani 3 kali (KF3) oleh tenaga kesehatan	
3.5	Ada bukti pencatatan jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur 6—48 jam	
3.6	Ada bukti pencatatan jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan lenokao (KN Lenokao)	

BAGIAN 4

MENU KELUARAN DATA

Fungsi menu keluaran data adalah untuk melihat hasil rekam dan rekapitulasi data yang sudah dimasukkan dalam bentuk formulir data supervisi, tabel dan grafik.

A. Melihat Hasil Rekam Data

Langkah untuk melihat rekam data:

3. Memilih jenis siklus pada desa yang diinginkan

- Seluruh data yang sudah dimasukkan dan direkam, dapat ditampilkan kembali dalam bentuk formulir daftar tilik supervisi.
- Pada bagian ini data yang ditampilkan tidak dapat diubah. Untuk mengganti data, maka dilakukan dari menu masukan data.
- Data yang akan ditampilkan dapat dipilih berdasarkan desa dan jenis siklus supervisi dengan cara klik nama supervisi pada bagian nama desa yang dipilih.
- Pada contoh gambar, misalnya ingin melihat data siklus 3 pada desa Gunungcupu.

SISTEM INFORMASI MANAJEMEN SUPERVISI PENCATATAN DAN PELAPORAN KIA
Puskesmas Cimanuk, Kabupaten Pandeglang, Propinsi Banten

LIHAT DATA SUPERVISI

Pilih jenis siklus supervisi untuk melihat data daftar tilik

Batubantar	Cimanuk	Dalembar	Gunungcupu
I II III	I II III	I II III	I II III
IV V VI	IV V VI	IV V VI	IV V VI

Gunungdatar	Kadubungbang	Kadudodol	Kadur
I II III	I II III	I II III	I II III
IV V VI	IV V VI	IV V VI	IV V VI

Kupahandap	Rocek	Sekong
I II III	I II III	I II III
IV V VI	IV V VI	IV V VI

Kembali Ke MENU UTAMA

Pilih jenis siklus supervisi pada salah satu desa yang diinginkan

Klik untuk kembali ke Menu Utama

4. Lihat data

- Setelah mengklik jenis supervisi, maka formulir tampilan data akan muncul. Pada bagian ini, akan ditampilkan data hasil supervisi yang sudah dimasukkan. Jika data belum dimasukkan maka seluruh bagian kolom abu-abu akan menunjukkan angka 0.
- Untuk kembali ke Menu Utama, klik tombol 'Kembali Ke Menu Utama'.

Klik untuk kembali ke Menu sebelumnya

Klik untuk kembali ke Menu Utama

Bagian tampilan data

DAFTAR TILIK SUPERVISI PENCATATAN DAN PELAPORAN KIA TINGKAT DESA	
Desa :	Batubantar
Siklus :	Pertama
Bulan :	11-DES-10
1.0 Sumber Daya Manusia	
	Hasil
1.1 Ada tenaga kader minimal 5 orang	0
1.2 Ada tenaga bidan desa sebagai pelayanan kesehatan	0
1.3 Kader sudah mendapat orientasi pencatatan dan pelaporan KIA	0
1.4 Bidan desa sudah mendapat orientasi pencatatan dan pelaporan KIA	0
1.5 Ada bukti kemitraan bidan desa dengan dukun dalam melaksanakan program KIA	0
2.0 Pengumpulan Data Sasaran	
	Hasil
2.1 Ada bukti pencatatan jumlah seluruh ibu hamil	0
2.2 Ada bukti pencatatan jumlah seluruh ibu bersalin	0
2.3 Ada bukti pencatatan jumlah ibu nifas	0
2.4 Ada bukti pencatatan jumlah seluruh bayi	0
2.5 Ada bukti pencatatan jumlah seluruh anak balita	0
2.6 Ada bukti pencatatan jumlah seluruh PUS	0
2.7 Ada bukti pencatatan jumlah seluruh WPUS	0
3.0 Pengumpulan Data Pelayanan	
	Hasil
3.1 Ada bukti pencatatan jumlah K1	0
3.2 Ada bukti pencatatan jumlah K4	0
3.3 Ada bukti pencatatan jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan	0
3.4 Ada bukti pencatatan jumlah ibu nifas yang dilayani 3 kali (KF3) oleh tenaga kesehatan	0
3.5 Ada bukti pencatatan jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur 6-48 jam	0
3.6 Ada bukti pencatatan jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan lengkap (KN Lengkap)	0
3.7 Ada bukti pencatatan jumlah ibu hamil, bersalin dan nifas dengan faktor resiko/komplikasi yang dideteksi oleh masyarakat	1

B. Melihat Hasil Rekapitulasi Dalam Bentuk Tabel

3. Rekapitulasi per desa untuk setiap jenis siklus

Langkah untuk melihat keluaran data:

a. Memilih menu

Seluruh data yang sudah dimasukkan dan direkam, akan diolah dan ditampilkan kembali dalam bentuk tabel rekapitulasi untuk seluruh jenis siklus supervisi (siklus I sampai siklus VI) pada desa terpilih dengan cara klik menu 'Lihat Tabel: Per Desa Seluruh Siklus'.



Klik untuk melihat rekapitulasi tabel per desa untuk seluruh siklus

b. Pilih nama desa

Setelah mengklik menu lihat tabel per desa seluruh siklus, maka akan muncul pilihan nama desa. Pilih salah satu nama desa.



Klik untuk memilih nama desa

Klik untuk kembali ke Menu Utama

c. Lihat data

Setelah mengklik menu lihat tabel per desa seluruh siklus, maka akan muncul tabel rekapitulasi yang menunjukkan data seluruh siklus (Siklus I-Siklus VI). Informasi yang ditampilkan juga menunjukkan wilayah prioritas untuk hasil supervisi pada siklus tertentu:

- Warna merah, menunjukkan prioritas 1 untuk hasil supervisi <50%
- Warna kuning, menunjukkan prioritas 2 untuk hasil supervisi 50—75%
- Warna hijau, menunjukkan prioritas 3 untuk hasil supervisi >75%

Klik untuk kembali ke Menu sebelumnya

Klik untuk kembali ke Menu Utama

Siklus Supervisi	Tanggal Supervisi	Nilai Harapan	Nilai Aktual	Tingkat Kepatuhan (%)	Wilayah Prioritas
Siklus I	11 Desember 2010	64	45	70,3	Prioritas 2
Siklus II	06 Januari 2011	64	21	32,8	Prioritas 1
Siklus III	02 Februari 2011	64	61	95,3	Prioritas 3
Siklus IV	00 Januari 1900	64	0	0,0	Prioritas 1
Siklus V	00 Januari 1900	64	0	0,0	Prioritas 1
Siklus VI	00 Januari 1900	64	0	0,0	Prioritas 1
Total		384	127	33,1	

Infomasi wilayah prioritas

Jenis seluruh siklus

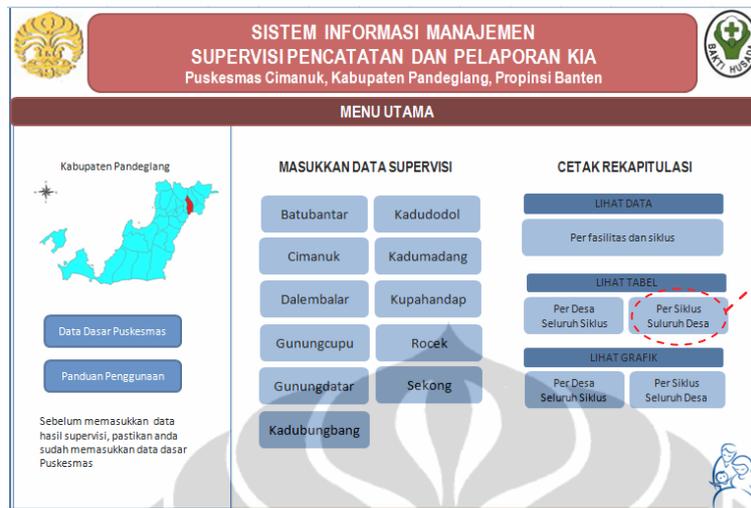
4. Rekapitulasi per siklus untuk seluruh desa

Langkah untuk melihat keluaran data:

a. Memilih menu

Seluruh data yang sudah dimasukkan dan direkam, akan diolah dan ditampilkan kembali dalam bentuk tabel rekapitulasi untuk seluruh jenis

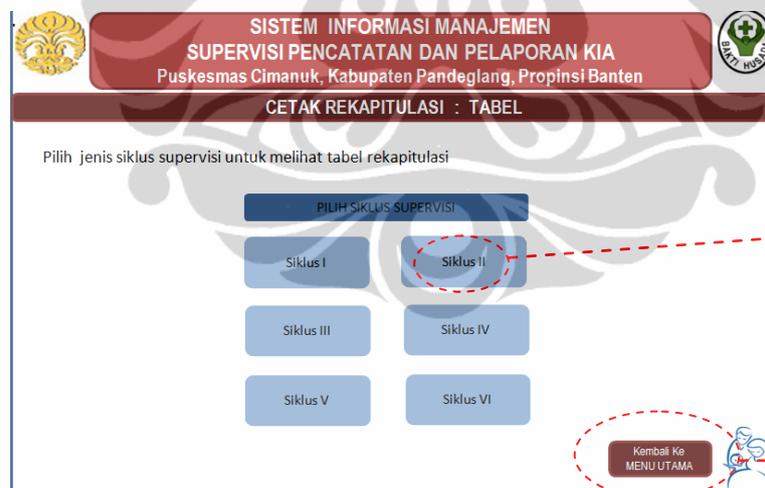
siklus supervisi (siklus I sampai siklus VI) pada desa terpilih dengan cara klik menu 'Lihat Tabel: Per Siklus Seluruh Desa'.



Klik untuk melihat rekapitulasi tabel per siklus untuk seluruh desa

b. Pilih jenis supervisi

Setelah mengklik menu lihat tabel per siklus seluruh desa, maka akan muncul pilihan nama jenis supervisi. Pilih salah satu jenis supervisi.



Klik untuk melihat rekapitulasi tabel per siklus untuk seluruh desa

Klik untuk kembali ke Menu Utama

c. Lihat data

Setelah mengklik menu lihat tabel per siklus seluruh desa, maka akan muncul tabel rekapitulasi yang menunjukkan data seluruh desa pada siklus tertentu. Informasi yang ditampilkan juga menunjukkan wilayah prioritas untuk hasil supervisi pada desa tertentu:

- Warna merah, menunjukkan prioritas 1 untuk hasil supervisi <50%
- Warna kuning, menunjukkan prioritas 2 untuk hasil supervisi 50—75%
- Warna hijau, menunjukkan prioritas 3 untuk hasil supervisi >75%

Klik untuk kembali ke Menu sebelumnya Klik untuk kembali ke Menu Utama

REKAPITULASI TINGKAT KEPATUHAN
DAFTAR TILIK SUPERVISI PENCATATAN DAN PELAPORAN KIA TINGKAT DESA
 Siklus Pertama Seluruh Desa

Tanggal Cetak : 17 Desember 2010

Nama Desa	Tanggal Supervisi	Nilai Harapan	Nilai Aktual	Tingkat Kepatuhan (%)	Wilayah Prioritas
Batubantar	11 Desember 2010	64	45	70,3	Prioritas 2
Cimanuk	05 Januari 2010	64	1	1,6	Prioritas 1
Dalembalar	15 Desember 2010	64	0	0,0	Prioritas 1
Gunungcupu	12 Desember 2010	64	0	0,0	Prioritas 1
Gunungdatar	02 Desember 2010	64	0	50,0	Prioritas 2
Kadubungbang	03 Desember 2010	64	0	0,0	Prioritas 1
Kadudodol	04 Desember 2010	64	29	45,0	Prioritas 1
Kadumadang	05 Desember 2010	64	1	1,6	Prioritas 1
Kupahandap	06 Desember 2010	64	0	30,0	Prioritas 3
Rocek	07 Desember 2010	64	0	78,0	Prioritas 3
Sekong	10 Desember 2010	64	0	0,0	Prioritas 1
Total		704	76	10,8	

Cimanuk, 17 Desember 2010
Mengetahui

Disusun oleh

Penanggung Jawab Program KIA

Bidan Eva

Kepala Puskesmas Cimanuk

dr. Kodiat Juarsa

Nama seluruh desa

Infomasi wilayah prioritas

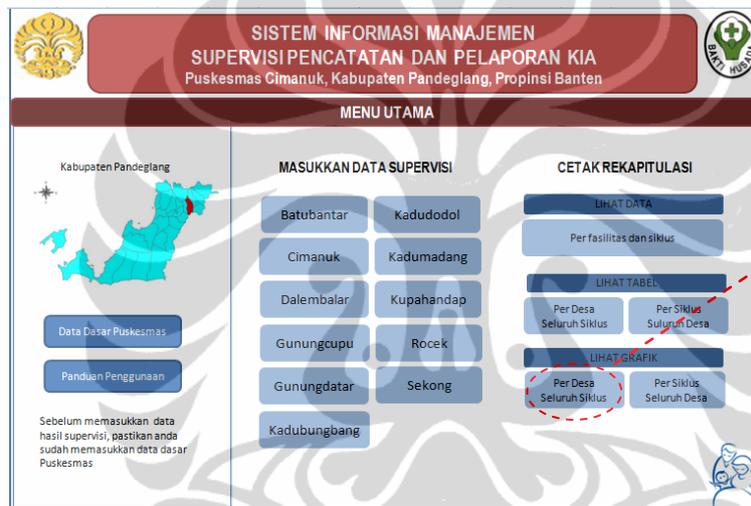
C. Melihat Hasil Rekapitulasi Dalam Bentuk Grafik

3. Rekapitulasi per desa untuk setiap jenis siklus

Langkah untuk melihat keluaran data:

a. Memilih menu

Seluruh data yang sudah dimasukkan dan direkam, akan diolah dan ditampilkan kembali dalam bentuk grafik rekapitulasi untuk seluruh jenis siklus supervisi (siklus I sampai siklus VI) pada desa terpilih dengan cara klik menu 'Lihat Grafik: Per Desa Seluruh Siklus'.



b. Pilih nama desa

Setelah mengklik menu lihat grafik per desa seluruh siklus, maka akan muncul pilihan nama desa. Pilih salah satu nama desa.



c. Lihat data

Setelah mengklik menu lihat grafik per desa seluruh siklus, maka akan muncul grafik rekapitulasi yang menunjukkan data seluruh siklus (Siklus I-Siklus VI).

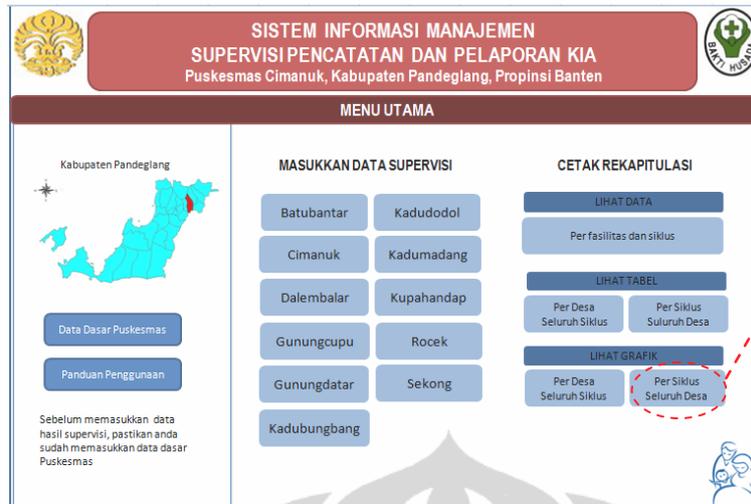


4. Rekapitulasi per siklus untuk seluruh desa

Langkah untuk melihat keluaran data:

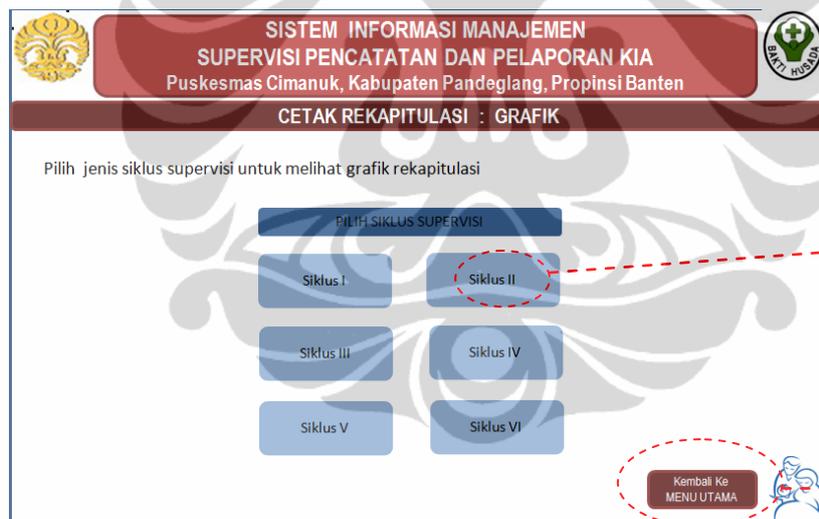
a. Memilih menu

Seluruh data yang sudah dimasukkan dan direkam, akan diolah dan ditampilkan kembali dalam bentuk grafik rekapitulasi untuk seluruh jenis siklus supervisi (siklus I sampai siklus VI) pada desa terpilih dengan cara klik menu 'Lihat Grafik: Per Siklus Seluruh Desa'.



b. Pilih jenis supervisi

Setelah mengklik menu lihat tabel per siklus seluruh desa, maka akan muncul pilihan nama jenis supervisi. Pilih salah satu jenis supervisi.



c. Lihat data

Setelah mengklik menu lihat grafik per siklus seluruh desa, maka akan muncul tabel rekapitulasi yang menunjukkan data seluruh desa pada siklus tertentu. Informasi yang ditampilkan juga menunjukkan wilayah prioritas untuk hasil supervisi pada desa tertentu:

Klik untuk kembali ke Menu sebelumnya

Klik untuk kembali ke Menu Utama

