



UNIVERSITAS INDONESIA

**SISTEM INFORMASI MANAJEMEN PROGRAM KESEHATAN
IBU DAN ANAK UNTUK Mendukung VERIFIKASI
PROGRAM KELUARGA HARAPAN
DI TINGKAT PUSKESMAS**

TESIS

**EPI EDWAR LUTPI
NPM : 0706309322**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
INFORMATIKA KESEHATAN
DEPOK
DESEMBER 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**SISTEM INFORMASI MANAJEMEN PROGRAM KESEHATAN
IBU DAN ANAK UNTUK MENDUKUNG VERIFIKASI
PROGRAM KELUARGA HARAPAN
DI TINGKAT PUSKESMAS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat**

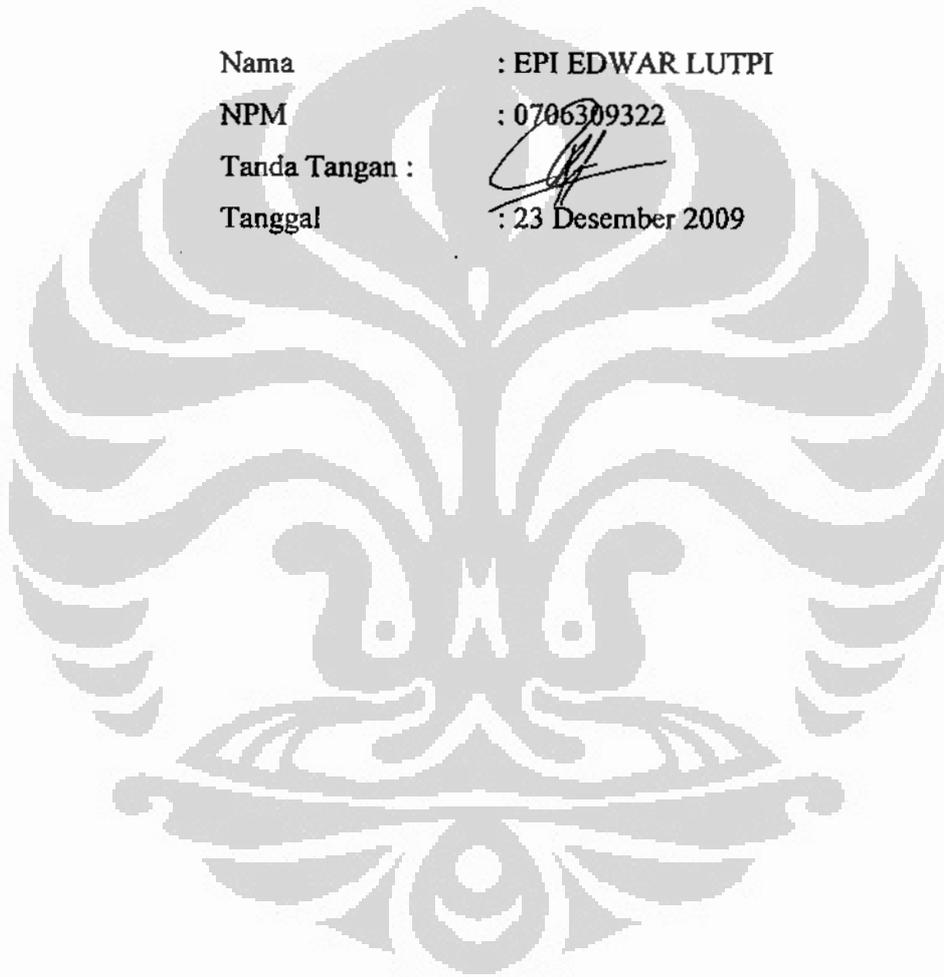
**EPI EDWAR LUTPI
NPM : 0706309322**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
INFORMATIKA KESEHATAN
DEPOK
DESEMBER 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
Telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : EPI EDWAR LUTPI
NPM : 0706309322
Tanda Tangan : 
Tanggal : 23 Desember 2009



SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Epi Edwar Lutpi

NPM : 0706309322

Mahasiswa Program : Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat

Tahun akademik : 2007/2008

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

SISTEM INFORMASI MANAJEMEN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK UNTUK MENDUKUNG VERIFIKASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN DI TINGKAT PUSKESMAS

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Depok, 23 Desember 2009



(Epi Edwar Lutpi)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Epi Edwar Lutpi
NPM : 0706309322
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul tesis : Sistem Informasi Manajemen Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung Verifikasi Program Keluarga Harapan Di Tingkat Puskesmas

Telah berhasil dipertahankan dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

1. Pembimbing : Drs. Sutanto Priyo Hastono M.Kes (.....)
2. Penguji : DR. Tris Eryando MA (.....)
3. Penguji : Ijang Budiana Nur S.KM, M.KM (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 23 Desember 2009

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

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

Nama : Epi Edwar Lutpi
NPM : 07069309322
Program Studi : Ilmu Kesehatan masyarakat
Departemen : Biostatistik
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

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

SISTEM INFORMASI MANAJEMEN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK UNTUK Mendukung Verifikasi Program Keluarga Harapan di Tingkat Puskesmas

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 memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 23 Desember 2009

Yang menyatakan



(Epi Edwar Lutpi)

KATA PENGANTAR

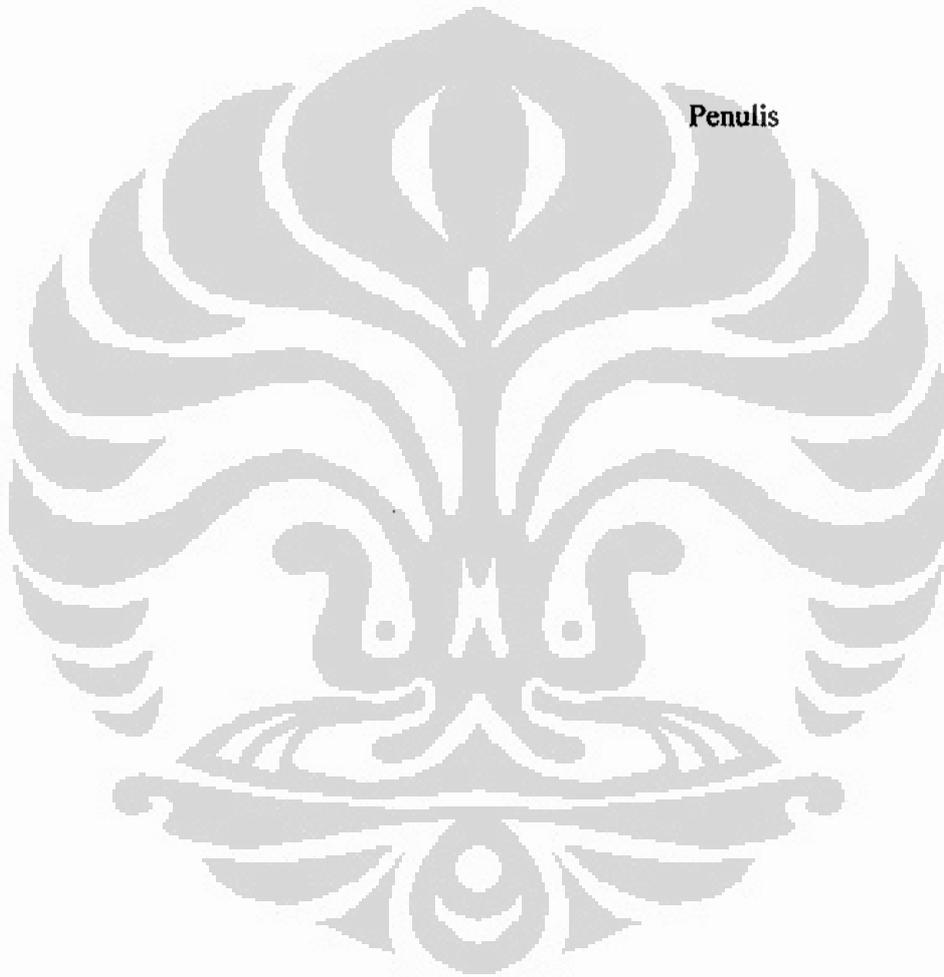
Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Tesis ini. Penulisan Tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Kesehatan Masyarakat Peminatan Informatika Kesehatan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tesis ini. Oleh karena itu saya mengucapkan terima kasih kepada :

- (1) Drs Sutanto Priyo Hastono M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Tesis ini
- (2) DR Tris Eryando MA selaku Penguji dalam yang telah berkenan membantu penulis menyelesaikan Tesis ini
- (3) Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat yang telah memberikan bantuan dana beasiswa sehingga penulis dapat mengikuti program Tugas Belajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- (4) Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya yang telah mengijinkan penulis untuk mengikuti program Tugas Belajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- (5) Istriku Nuraeni AM.Keb dan anak-anakku Faisal Haris, Asti Farida Sufi dan Muhammad Zulfahmi Shidiq yang telah setia dan sabar memberikan dorongan materi dan moril kepada penulis untuk menyelesaikan studi ini
- (6) Teman-teman seperjuangan angkatan 2007 semester genap yang memberikan semangat dalam menyelesaikan studi ini.
- (7) Programmer Eddy Aviansyah, S.Kom, M.Si dan Agus Isro S.Kep, M.KM yang telah membantu merancang program Aplikasi.
- (8) Teman-teman peserta tugas belajar asal Kabupaten Tasikmalaya, Dede Subekti, Aceng Bastari dan Nana Rohana

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Depok, 23 Desember 2009

Penulis



ABSTRAK

Nama : Epi Edwar Lutpi
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Judul : Sistem Informasi Manajemen Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung Verifikasi Program Keluarga Harapan Di Tingkat Puskesmas

Kabupaten Tasikmalaya merupakan salah satu yang ditunjuk sebagai daerah pelaksana program PKH. Kewajiban Peserta PKH adalah membawa anak usia 0-6 tahun ke fasilitas kesehatan untuk melakukan pemantauan tumbuh kembang, imunisasi dan vitamin A. Sedangkan untuk ibu hamil, harus memeriksakan kehamilan, pertolongan persalinan dan kunjungan nifas ke fasilitas pelayanan kesehatan dengan alat pemantauannya berupa verifikasi. Sistem verifikasi program PKH selama ini belum ada atau belum berjalan. Disamping itu terdapat masalah lain, yaitu belum terintegrasinya sistem pencatatan dan pelaporan program kesehatan ibu dan anak, perbaikan gizi dan imunisasi di Puskesmas.

Penelitian ini bertujuan mewujudkan rancangan sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas. Metodologi yang digunakan adalah *operasional design* dengan pendekatan *incremental* model. Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan cara mempelajari berkas pencatatan dan pelaporan serta telaah dokumen. Data primer didapat dengan cara wawancara mendalam (*indepth interview*).

Seluruh data yang diperlukan untuk indikator program keluarga harapan terdapat dalam kohor ibu dan anak yang berasal dari Bidan dan Posyandu, sehingga dengan memperkuat sistem informasi program kesehatan ibu dan anak di tingkat Puskesmas maka seluruh informasi keberhasilan PKH kesehatan dapat diketahui.

Prototype yang dihasilkan dalam penelitian ini dapat menghasilkan indikator proram sesuai dengan standar pelayanan minimal serta dapat mendukung kebutuhan data primer verifikasi PKH kesehatan, namun *prototype* tersebut baru tahap satu, sehingga perlu dikembangkan lagi dengan memasukkan indikator lain, seperti deteksi resiko kehamilan dan persalinan.

Saran dari penelitian ini adalah perlunya dukungan yang kuat dari seluruh pemangku kepentingan untuk dapat terwujudnya pelaksanaan sistem informasi ini, seperti ; komitmen yang kuat dari seluruh pemangku kepentingan, Surat Keputusan Bupati, pelatihan tenaga input dan lain-lain

Kata Kunci:

KIA, PKH, Sistem Informasi

ABSTRACT

Name : Epi Edwar Lutpi
Study Program : Public Health Sciences
Title : Management Information System Of Maternal And Child Program for Support Program Keluarga Harapan Verification At Public Health Center Level

Tasikmalaya Regency is one of the areas designated as Program Keluarga Harapan (PKH) implementers. Participant obligations PKH is bringing children aged 0-6 years to health facility for growth monitoring, immunization and vitamin A. As for pregnant women ; must visit to health care facilities for antenatal care, childbearing and postnatal care with a monitoring tool in the form of verification. PKH program verification systems have not been there or not running. Beside there is another problem, which the system is not integrated for recording and reporting programs maternal and child health, nutrition and immunization in the public health center.

This study to make design of management information system of maternal and child health program for support program keluarga harapan verification's at public health center level. Methodologi's is operational design with Incremental model approach. Secondary data collection is done by studying the file recording and reporting, review of documents. The primary data obtained by indepth interviews

The mother and child cohort derived from the midwife and Posyandu contain all the data needed of PKH indicator's, so by strengthen the system information management of maternal and child health programs at the public health center level so gained PKH success information can be known.

The prototype produced in this study can be issued in accordance with indicator as minimum service standards and can support the needs of primary data PKH verification, but the new prototype only till stage one, which needs to be developed again by including other indicators, such as the detection risk of pregnancy and childbearing.

Tis study a need strong support from all stakeholders to realization of the implementation of these information systems, such as strong commitment from all stakeholders, legal aspect, the training of inputs and others.

Keywords:
KIA, PKH, Information Systems

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN SURAT PERNYATAAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	7
1.4 Tujuan	8
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.6 Ruang Lingkup.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Akses Pelayanan Kesehatan.....	10
2.2 Kemiskinan	12
2.3 Kesehatan Ibu dan Anak.....	13
2.3.1 Pemantauan Wilayah Setempat KIA.....	14
2.3.2 Pelayanan Antenatal.....	15
2.3.3 Pertolongan Persalinan.....	15
2.3.4 Pelayanan Kesehatan Neonatal dan Ibu Nifas.....	15
2.3.5 Indikator Pemantauan.....	16
2.4 Perbaikan Gizi	18
2.5 Imunisasi Dasar	20
2.6 Program Proteksi Sosial.....	21
2.7 Program Keluarga Harapan.....	22
2.7.1 Tujuan PKH.....	23
2.7.2 Manfaat PKH.....	23
2.7.3 Keanggotaan PKH.....	24
2.7.4 Persyaratan PKH.....	25
2.7.5 Besaran Bantuan.....	27
2.7.6 Sanksi.....	28
2.7.7 Verifikasi.....	29
2.7.8 Resertifikasi.....	30
2.7.9 Alur Pemutakiran Data.....	31
2.7.10 Indikator Keberhasilan Program PKH Kesehatan.....	32

2.8	Sistim Informasi.....	32
2.8.1	Sistim Informasi Manajemen.....	35
2.8.2	Sistim Informasi Kesehatan.....	36
2.8.3	Sistim Informasi dan Manajemen Program PKH.....	37
2.8.4	Prototyping.....	43
BAB III KERANGKA KONSEP		
3.1	Kerangka Konsep.....	46
3.2	Definisi Operasional.....	47
BAB IV METODE PENGEMBANGAN SISTEM		
4.1	Metodologi Pengembangan Sistem.....	49
4.1.1	Tahap Analisis.....	50
4.1.2	Tahap Perancangan.....	50
4.1.3	Tahap Pengkodean.....	51
4.1.1	Tahap Ujicoba.....	51
4.2	Lokasi Penelitian.....	52
4.3	Entitas.....	52
4.4	Pengumpulan Data.....	53
4.4.1	Metode Pengumpulan Data.....	53
4.4.2	Instrumen Pengumpulan Data.....	54
4.4.3	Informan Pengumpulan Data.....	55
BAB V HASIL PENELITIAN		
5.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	57
5.1.1	Luas Wilayah dan batas-batas.....	57
5.1.2	Wilayah Administrasi.....	58
5.1.3	Kependudukan.....	60
5.1.1	Kemiskinan.....	60
5.2	Profil Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya.....	60
5.2.1	Umur Harapan Hidup.....	60
5.2.2	Kematian.....	61
5.2.3	Pelayanan Kesehatan.....	63
5.3	Gambaran Umum UPPKH Kabupaten Tasikmalaya.....	64
5.3.1	Tugas dan Tanggung Jawab.....	65
5.3.2	Pembagian Tugas.....	65
5.3.3	Struktur Organisasi.....	67
5.3.4	Unit Pelaksana PKH Kecamatan.....	67
5.3.4	Kepesertaan PKH.....	68
5.4	Analisa Entitas Sistem.....	68
5.5	Analisa Fungsi Tiap Unit.....	70
5.6	Infrastruktur Informasi Teknologi.....	71
5.7	Proses Pencatatan dan Pelaporan.....	72
5.8	Proses Pengolahan Data Kesehatan.....	74
5.9	Indikator Keberhasilan PKH Kesehatan.....	74
5.9.1	Indikator Monitoring.....	74
5.9.2	Indikator Evaluasi.....	75
5.9.3	Indikator Dampak.....	75

5.9.4 Target Pencapaian	75
5.10 Analisa Sistem Informasi Program PKH.....	76
5.10.1 Deskripsi Sistem yang Berjalan.....	76
5.10.2 Analisa Kebutuhan Sistem Informasi.....	78
5.10.3 Peluang Pengembangan Sistem.....	80
5.11 Perancangan Sistem	
5.11.1 Diagram Arus Data.....	82
5.11.2 Integrasi Data.....	86
5.11.3 Algoritma	89
5.11.4 Entitas Relationship Diagram.....	91
5.11.5 Kamus Data.....	91
5.11.6 Rancangan Interface	94
5.12 Uji Prototype.....	103
6.5 Implementasi Sistem.....	103
BAB VI PEMBAHASAN	
6.1 Analisa Sistem	104
6.2 Perbedaan Sistem Lama Dan Baru	109
6.3 Kelebihan dan Kekurangan Sistem Informasi	110
BAB VII KESIMPULAN SARAN	
7.1 Kesimpulan	112
7.2 Saran	113
DAFTAR REFERENSI	115
LAMPIRAN :	
1. Surat Ijin Penelitian dan menggunakan Data	
2. Ijin Penelitian	
3. Instrumen Pengumpulan Data	
4. Petunjuk Manual Penggunaan Prototipe	

DAFTAR TABEL

1.1	Pencapaian Program KIA, Perbaikan Gizi dan Imunisasi.....	4
2.1	Jadwal Pemberian Imunisasi Bayi Lengkap.....	21
2.2	Ringkasan Kewajiban Peserta PKH Kesehatan.....	27
2.3	Skenario Bantuan Biaya Program Keluarga Harapan.....	28
5.1	Kecamatan, Desa dan Puskesmas	59
5.2	Penyebab Kematian Maternal.....	63
5.3	Kepesertaan Program Keluarga Harapan.....	68
5.4	Matriks Hasil Temuan.....	76
5.5	Identifikasi Masalah Pengembangan Sistem Informasi.....	79
5.6	Struktur data UPPKH Kabupaten yang dikirim ke Puskesmas	87
5.7	Struktur data Kunjungan Ibu Yang dikirim Puskesmas	88
5.8	Struktur data Kunjungan Anak Yang dikirim Puskesmas	88
5.9	Struktur Data Tabel Kecamatan.....	92
5.10	Struktur Data Tabel Puskesmas.....	92
5.11	Struktur Data Tabel Desa.....	92
5.12	Struktur Data Tabel Rumah Tangga.....	92
5.13	Struktur Data Tabel Anggota Rumah Tangga.....	93
5.14	Struktur Data Tabel Kunjungan Anak.....	93
5.15	Struktur Data Tabel Kohor Ibu.....	93
5.16	Struktur Data Tabel Persalinan.....	94
5.17	Struktur Data Tabel Kunjungan Nifas.....	94
6.1	Perbedaan Sistem Lama Dan Baru	108

DAFTAR GAMBAR

2.1 Kurva Engel Elastisitas Pendapatan.....	11
2.2 Alur Pemutakhiran Data Program Keluarga Harapan	31
2.3 Konfigurasi Sistem Informasi Manajemen PKH.....	41
3.1 Kerangka Konsep.....	46
4.1 Metodologi pengembangan sistem.....	49
4.2 Entitas Sistem Informasi Manajemen PKH.....	53
5.1 Peta Wilayah Kabupaten Tasikmalaya.....	58
5.2 Umur Harapan Hidup.....	61
5.3 Grafik Kematian Maternal	62
5.4 Struktur Organisasi Manajemen UPPKH Kabupaten.....	67
5.5 Diagram Level Nol.....	83
5.6 Diagram Level 1.....	84
5.7 Diagram Level 2.....	85
5.8 Model Integrasi data.....	86
5.9 Algoritma.....	89
5.10 ERD	91
5.11 Tampilan Awal.....	94
5.12 Tampilan Menu Utama.....	95
5.13 Form Input Rumah Tanga dan Anggota Rumah Tangga.....	95
5.14 Form Input Kunjungan Ibu	96
5.15 Form Input Kunjungan Anak.....	96
5.16 Form Exsport/Import	97
5.17 Form Menu Output	98
5.18 Output Grafik Cakupan K1 Murni Menurut Desa	98
5.19 Output Grafik Cakupan K4 Menurut Desa	99
5.20 Output Grafik Cakupan Linakes Menurut Bulan	99
5.21 Output Grafik Cakupan Linakes Menurut Desa	100
5.22 Output Grafik Cakupan TT Menurut Desa	100
5.23 Output Grafik Cakupan Fe Menurut Desa	101
5.24 Output Data Kunjungan Anak Peserta PKH	102
5.25 Output Data Kunjungan Ibu Hamil Peserta PKH	102

DAFTAR SINGKATAN

AKABA	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
ANC	: Antenatal Care
ART	: Anggota Rumah Tangga
BADIKLIT	: Badan Latihan Dan Pendidikan
BB/U	: Berat Badan per Umur
BBLR	: Bayi Berat Lahir Rendah
BCG	: Baccilus Coulmete Gourin
BPS	: Badan Pusat Statistik
CCT	: Conditional Cash Transfers
DBMS	: Data Base Management System
Depkes	: Departemen Kesehatan
Depsos	: Departemen Sosial
DFD	: Data Flow Diagram
DPT	: Difteri Pertusis Tetanus
ERD	: Entitas Relational Diagram
GK	: Garis Kemiskinan
GKM	: Garis Kemiskinan Makanan
GKNM	: Garis Kemiskinan Non Makanan
IU	: International Unit
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
KIA	: Kesehatan Ibu Dan Anak
KN	: Kunjungan Nifas
MDGs	: Milenium Development Goals
MIS	: Management Informatin System
OS	: Operational System
PHK	: Pemutusan Hubungan Kerja
PKH	: Program Keluarga Harapan
PNPM Mandiri	: Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri

Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
Pusdatin	: Pusat Data Dan Informasi
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
PWS	: Pemantauan Wilayah Setempat
RPJMD	: Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
RTSM	: Rumah Tangga Sangat Miskin
SDLC	: System Development Life Cycle
SDM	: Sumber Daya Manusia
SIM	: Sistem Informasi Manajemen
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
SKRT	: Survey Kesehatan Rumah Tangga
SPM	: Standar Pelayanan Minimal
TKPKRI	: Team Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Republik Indonesia
UHH	: Umur Harapan Hidup
UNFPA	: United Nations Population Funds
UPPKH	: Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Salah satu masalah kesehatan yang mempunyai dampak besar terhadap derajat kesehatan masyarakat adalah status kesehatan ibu dan anak. Menurut United Nations Population Funds (UNFPA) tahun 2008 angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih cukup tinggi yaitu 420 per 100.000 kelahiran hidup. AKI di Indonesia menduduki urutan ketiga tertinggi di Asia Tenggara setelah Laos dan Kamboja.

Terdapat banyak faktor yang berkontribusi terhadap tingginya angka kematian ibu dan anak, antara lain dikarenakan rendahnya akses ibu dan anak terhadap pelayanan kesehatan maternal, data dari badan kesehatan dunia (WHO) yang dikutip UNFPA menyebutkan bahwa angka persalinan yang ditolong tenaga kesehatan di Indonesia sebesar 66 %, lebih rendah dari target Departemen Kesehatan yaitu 80 %. Sementara angka kematian umur Balita pada tahun 2008 adalah 36 untuk laki-laki dan 26 untuk perempuan per 1000 kelahiran hidup (UNFPA, 2008).

Menurut Team Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Republik Indonesia (TKPKRI) tahun 2008, Kemiskinan suatu keluarga sangat terkait dengan tingkat pendidikan, kesehatan, dan nutrisi. Pembangunan selama ini yang lebih ditujukan pada sisi *supply* atau pelayanan dasar kesehatan dan pendidikan belum memberikan dampak yang efektif terhadap peningkatan kualitas sumberdaya manusia, khususnya masyarakat miskin. Rendahnya tingkat pendidikan sebuah rumah tangga miskin menyebabkan mereka tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan dan pendidikan anak-anaknya. Keluarga ini pun tidak mampu menjaga kesehatan ibu mengandung sehingga mengakibatkan tingginya resiko kematian ibu saat melahirkan dan buruknya kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan. Anak-anak keluarga miskin juga banyak yang putus sekolah atau bahkan sama sekali tidak mengenyam bangku sekolah karena harus bekerja membantu mencari nafkah. Tidak adanya intervensi kebijakan untuk perbaikan pendidikan, kesehatan dan nutrisi keluarga miskin akan mengakibatkan

kualitas generasi penerus keluarga miskin selalu rendah dan akhirnya senantiasa terjatuh pada lingkaran setan kemiskinan (www.tkpkri.org.id).

Pada tahun 2007 Pemerintah melakukan uji coba Program Keluarga Harapan (PKH) yang dipersiapkan sebagai cikal bakal sistem penjaminan sosial pada masa depan. PKH dikenal di negara lain dengan istilah *Conditional Cash Transfers* (CCT) atau bantuan tunai bersyarat (Depsos, 2007). Program Keluarga Harapan adalah program yang memberikan bantuan tunai kepada rumah tangga sangat miskin (RTSM) melalui ketentuan dan persyaratan yg terkait dgn upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia, yaitu pendidikan dan kesehatan (Depsos, 2007).

Tujuan Utama PKH adalah untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia terutama pada kelompok masyarakat miskin (Depsos, 2007). Sedangkan tujuan PKH Kesehatan adalah meningkatkan status kesehatan ibu dan anak di Indonesia, khususnya bagi kelompok masyarakat sangat miskin, melalui pemberian insentif untuk melakukan kunjungan kesehatan yang bersifat preventif, yaitu ; pencegahan dan bukan pengobatan, dimana penerima bantuan diwajibkan untuk membawa anak usia 0-6 tahun ke fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan prosedur kesehatan PKH bagi anak. Ibu hamil harus memeriksakan kesehatan diri dan janinnya ke fasilitas kesehatan sesuai dengan prosedur kesehatan PKH bagi ibu hamil (Depsos.2007).

Jumlah penduduk miskin di Indonesia pada bulan Maret 2008 sebesar 34,96 juta atau 15,42 % (BPS, 2008), sedangkan jumlah sasaran Program PKH pada tahun 2007 adalah 387.947 rumah tangga sangat miskin dengan total nilai bantuan sebesar Rp 495,6 miliar (www.depsos.go.id). Pada tahun 2007 PKH dilaksanakan secara terbatas pada beberapa daerah percontohan (pilot) di 7 provinsi yaitu ; Sumatera Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Nusa Tenggara Timur, Gorontalo, dan Sulawesi Utara. Untuk menguji berbagai instrumen dan prosedur, termasuk penyempurnaan penentuan target rumah tangga miskin, pemilihan daerah tersebut berdasar pada kesediaan daerah, indikator kemiskinan multi dimensi seperti jumlah dan prosentase penduduk miskin, jumlah siswa SD ke SMP putus sekolah dan kasus gizi buruk, dan

penilaian terhadap kesiapan sarana dan prasarana kesehatan dan pendidikan (www.tkpri.org).

Kabupaten Tasikmalaya merupakan salah satu dari 11 Kabupaten di Provinsi Jawa Barat yang ditunjuk sebagai daerah pelaksana program PKH. Sebanyak 3 kecamatan di Kabupaten Tasikmalaya yang ditunjuk melaksanakan program PKH pada tahun 2007 yaitu ; Kecamatan Rajapolah, Ciawi dan Sukaraja. Setahun kemudian yaitu tahun 2008 bertambah lima kecamatan. Penambahan yaitu ; Kecamatan Leuwisari, Singaparna, Sariwangi, Sukaratu dan Sukahening. Pada tahun 2009 terdapat penambahan dua kecamatan baru pelaksanaan PKH yaitu kecamatan Salopa dan Sukaresik. sehingga seluruhnya menjadi 10 kecamatan. Sampai dengan bulan November 2009 jumlah rumah tangga sangat miskin (RTSM) yang menjadi peserta PKH yaitu 8.004 RTSM.dengan jumlah bayi 3.117, ibu hamil 263 dan anak usia 0-6 tahun 5881 orang (UPPKH Kab Tasikmalaya, 2008).

Situasi derajat kesehatan masyarakat dapat dilihat, salah satunya dari indikator angka kematian bayi (AKB), angka kematian bayi di Kabupaten Tasikmalaya dari tahun 2005-2008 menunjukkan kecenderungan terus meningkat. AKB tahun 2005 yaitu 8,7 perseribu, 9,4 perseribu pada tahun 2006, 10,2 perseribu pada tahun 2007, dan tahun 2008 sebesar 11,1 perseribu. penyebab kematian bayi berdasarkan laporan data dari Bidang Bina Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya tahun 2008 adalah ; Berat badan lahir rendah (BBLR) 35,71%, infeksi saluran pernapasan akut (ISPA)/Pnemonia 15, 48%, aspirasi 11,01%, tetanus neonatorum 0,30%, aspirasi 17,56% dan lain-lain 19,94%.

Indikator lain untuk mengukur situasi kesehatan masyarakat yaitu angka kematian ibu, dimana pada tahun 2008 kematian ibu maternal di Kabupaten Tasikmalaya sebesar 0,1%, kejadian kematian tersebut diantaranya ; kematian ibu hamil 23,91%, kematian ibu bersalin 52,17% dan kematian ibu nifas 23,91%. Penyebab terbesar kematian ibu ini adalah perdarahan yang mencapai 36,96%. (Profil Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya, 2009)

Kondisi pembangunan kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya menurut profil kesehatan tahun 2008 yang terkait dengan Program PKH Kesehatan yaitu program

kesehatan ibu dan anak, upaya perbaikan gizi dan imunisasi, seperti terlihat pada tabel berikut ini :

Tabel 1.1 Pencapaian Program Kesehatan Ibu dan Anak, Perbaikan Gizi dan Imunisasi di Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2008

No	Indikator	Pencapaian (%)	Target (%)
1	K1	75,13	95
2	K4	64,95	90
3	Linakes	61,35	85
4	KN2	77,18	85
5	Tablet FE	78,29	80
6	Vitamin A Balita	63,72	100
7	D/S	81,09	80
8	Balita BGM	3,43	< 5 %
9	UCI	69,9	80

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya, 2008

Cakupan penimbangan (D/S) yang menggambarkan upaya partisipasi masyarakat terhadap program kesehatan adalah satu-satunya pencapaian yang mencapai target, sedangkan indikator lain seperti program kesehatan ibu dan anak (KIA) serta lainnya dibawah target, situasi ini menggambarkan rendahnya cakupan pelayanan kesehatan. Situasi indikator kesehatan yang rendah, bersama-sama dengan indikator kemiskinan muti dimensi lainnya menjadi dasar bagi pemerintah pusat untuk menjadikan Kabupaten Tasikmalaya sebagai daerah pelaksanaan Program Keluarga Harapan (PKH).

Program PKH direncanakan akan dilaksanakan sebagai upaya yang terus menerus meningkatkan sumber daya manusia bidang pendidikan dan kesehatan sampai dengan tahun 2015 (www.jabar.go.id). Lamanya waktu pelaksanaan program memerlukan sistim pencatatan dan pelaporan yang handal sehingga tujuan program yang direncanakan dapat diikuti perkembangannya dari waktu ke waktu.

Setelah berjalan dua tahun lebih program PKH di Kabupaten Tasikmalaya belum ada satupun RTSM yang mendapatkan sanksi pengurangan bantuan, hal ini bukan berarti semua RTSM melaksanakan komitmen, akan tetapi verifikasi kehadiran anggota rumah tangga untuk pemeriksaan kesehatan di Puskesmas belum ada atau belum berjalan, selanjutnya dalam format verifikasi kesehatan (Form K) sendiri hanya berisi *aktivitas* anggota rumah tangga (ART) untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan jenis tindakan pada fasilitas pelayanan kesehatan bulan tersebut, selain daripada itu format K kurang menyajikan hasil dari status kesehatan ART tersebut. Sebagai contohnya adalah indikator pemantauan status gizi, dimana tidak ada variabel input yang berupa hasil penimbangan ART Balita, dengan demikian status gizi ART tidak bisa diukur. Ketiadaan variabel input hasil penimbangan ini tidak memungkinkan untuk mengukur salah satu tujuan program PKH yaitu mengurangi angka gizi buruk. Selain daripada itu format K bagi ibu hamil hanya berisi pilihan tindakan atau kondisi tertentu seperti pemeriksaan hamil dan nifas tanpa mengisi variabel hasil pemeriksaannya. Kondisi ini tidak akan memunculkan indikator program kesehatan ibu dan anak seperti K1, K4, Linakes dan KN2 yang menjadi acuan pemantauan wilayah setempat program kesehatan ibu dan anak (PWS KIA) yang berjalan saat ini.

Selain daripada itu sistem pencatatan dan pelaporan program kesehatan yang terkait dengan program PKH dalam hal ini KIA, perbaikan gizi dan imunisasi belum terintegrasi karena masih terpisah-pisah. Program KIA misalnya, pencatatan dan pelaporan menggunakan kohor dengan individu sebagai unit analisisnya, demikian juga dengan program imunisasi menggunakan register imunisasi dengan individu sebagai unit analisisnya, sedangkan pada program perbaikan gizi dalam hal ini penimbangan di Posyandu laporannya menggunakan format pelaporan Gizi yang bersifat agregat, yaitu angka-angka jumlah sasaran yang dilayani.

Ketiadaan kegiatan verifikasi kehadiran anggota rumah tangga ke saran pelayanan kesehatan, serta kurang tajamnya format isian verifikasi sebagai dasar perhitungan indikator keberhasilan PKH kesehatan, menyebabkan indikator-indikator tujuan program tidak bisa dipantau. Dampak lain dari kondisi ini adalah

dimungkinkan terjadinya ketidak patuhan anggota rumah tangga terhadap komitmennya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, karena tidak adanya perbedaan sanksi diantara yang memeriksakan dan tidak memeriksakan ke sarana kesehatan. Dampak lain jika indikator tujuan tidak dapat diukur, yaitu pada anggaran bantuan yang dikucurkan, karena seberapapun besarnya biaya yang dikeluarkan oleh program akan habis tanpa ada efek positif bagi RTSM penerima manfaat. Dengan kata lain ketiadaan verifikasi kehadiran bidang kesehatan peserta PKH sebagai bagian dari monitoring dan evaluasi akan berdampak pada pengambil keputusan tidak dapat memantau perkembangan program, dalam buku Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri tahun 2008 disebutkan bahwa monitoring dan evaluasi merupakan instrumen pengelolaan kebijakan publik yang sangat kuat untuk membantu pengambil keputusan dan pelaksana melihat kemajuan dan dampak proyek, program atau kebijakan.

Menurut Patton dalam Andy (2005) ada lima tipe evaluasi implementasi. Intinya adalah tanpa informasi program yang tepat, maka pembuat keputusan akan memiliki keterbatasan kemampuan untuk mengimplementasikan kinerja data atau meningkatkan keberfungsian program. Salah satu tipe evaluasi adalah pengawasan program melalui informasi manajemen berkala (*monitoring program / routine management information*) Cara yang sangat penting dalam pengawasan implementasi program dan biasanya menjadi merupakan tanggung jawab internal evaluator adalah *manajemen information system (MIS) / sistem informasi manajemen*. MIS berisi data-data yang berkaitan dengan aktifitas program yang bersipat rutin.

Berdasarkan paparan diatas maka penulis memandang perlu dikembangkannya suatu sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas yang dapat menyajikan informasi upaya peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak serta dapat menunjang upaya perbaikan manajemen dan pengambil keputusan proram keluarga harapan.

1.2. Rumusan Masalah

Sistem verifikasi program keluarga harapan kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya selama ini belum berjalan atau belum ada, dilain itu belum terintegrasinya sistem pencatatan dan pelaporan kunjungan kesehatan antar program ibu dan anak, perbaikan gizi dan imunisasi di Puskesmas, sehingga indikator pencapaian tujuan program keluarga harapan kesehatan tidak bisa dipantau, dengan demikian perlu dikembangkan suatu sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas.

Secara rinci rumusan masalah dibagi dua yaitu :

1.2.1 Masalah Kesehatan Masyarakat

1.2.1.1. AKI di Indonesia masih cukup tinggi yaitu 420 per 100.000 kelahiran hidup.

1.2.1.2. Rendahnya akses ibu dan anak terhadap pelayanan kesehatan dan asupan gizi yang berhubungan dengan kemiskinan.

1.2.2 Masalah Sistem Informasi

1.2.2.1. Verifikasi kehadiran anggota rumah tangga untuk pemeriksaan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya belum berjalan

1.2.2.2. Sistem pencatatan dan pelaporan program kesehatan di Puskesmas yang terkait dengan Program Keluarga Harapan yaitu kesehatan ibu dan anak, perbaikan Gizi serta Imunisasi belum terintegrasi

1.3. Pertanyaan Penelitian

Yang menjadi pertanyaan penelitian ini adalah :

Bagaimana rancangan sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas yang memungkinkan diterapkan di Kabupaten Tasikmalaya dan mampu mendukung upaya pemantauan dan evaluasi peningkatan kesehatan ibu dan anak program keluarga harapan secara optimal.

1.4. Tujuan

1.4.1. Tujuan Umum

Terwujudnya rancangan sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas yang dapat menyajikan informasi dampak program PKH terhadap upaya peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Terbangunnya rancangan antar muka input, proses dan output sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas
- b. Terbangunnya basis data sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas
- c. Teridentifikasinya indikator sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas

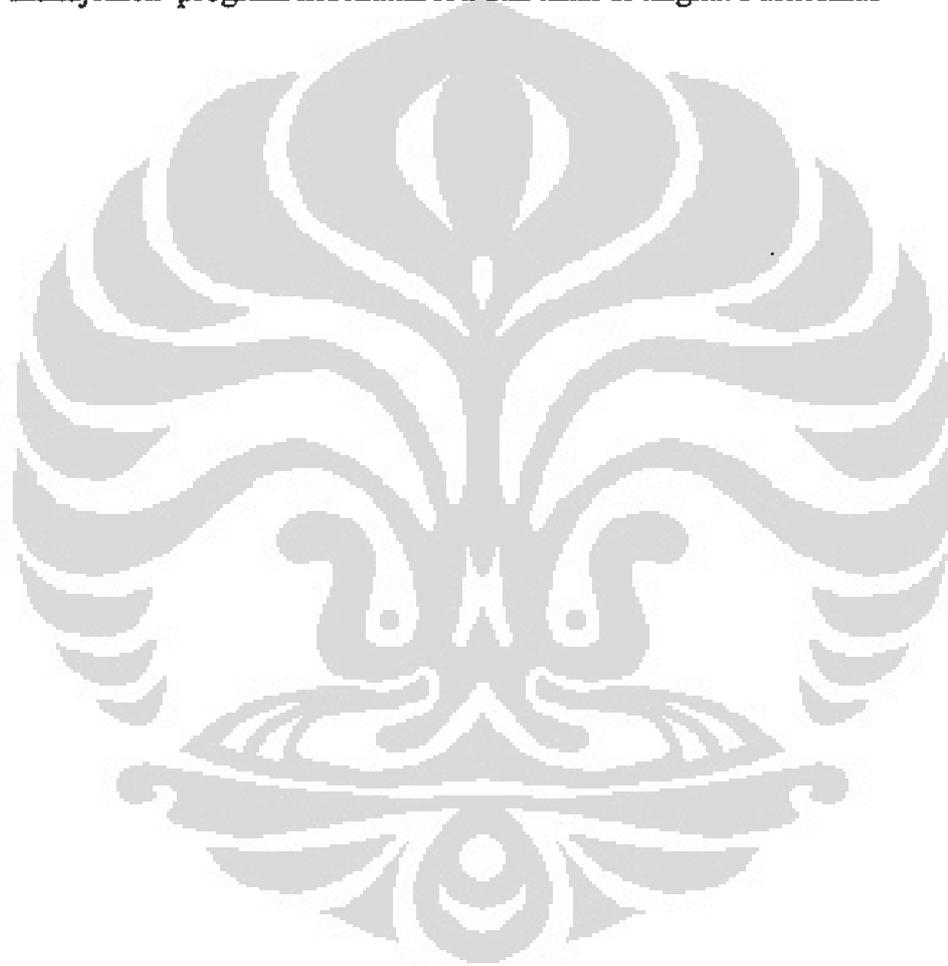
1.5. Manfaat Penelitian

- 1.5.1 Bagi peneliti, dapat menambah pengetahuan, wawasan dan ketrampilan dalam pengembangan sistem informasi
- 1.5.2 Bagi UPPKH Kabupaten Tasikmalaya, dapat memudahkan proses pemantauan program keluarga harapan terutama dalam penilaian monitoring evaluasi program bagi peningkatan derajat kesehatan peserta PKH dengan didapatkannya indikator monitoring dan evaluasi. Selain daripada itu juga berguna sebagai alat verifikasi kunjungan peserta PKH ke sarana kesehatan.
- 1.5.3 Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya berguna sebagai model pencatatan dan pelaporan terpadu program kesehatan ibu dan anak, imunisasi dan perbaikan gizi yang dapat diterapkan diluar peserta PKH.

1.5.4 Bagi Puskesmas berguna sebagai alat manajemen terpadu program kesehatan ibu dan anak, imunisasi dan perbaikan gizi

1.6. Ruang Lingkup

Studi ini dilaksanakan pada Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan (UPPKH) Kabupaten Tasikmalaya tahun 2009. terbatas pada sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak di tingkat Puskesmas



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Akses Pelayanan Kesehatan

Akses dapat diartikan sebagai ukuran yang menggambarkan potensial dan aktual kelompok masyarakat untuk datang ke pelayanan kesehatan (Aday, Andersen, Fleming 1980) selanjutnya Thabrany (2005) menyatakan bahwa akses pada fasilitas pelayanan kesehatan merupakan probabilitas seseorang untuk melakukan kunjungan fasilitas kesehatan. Ukuran akses adalah jumlah orang yang pergi berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan.

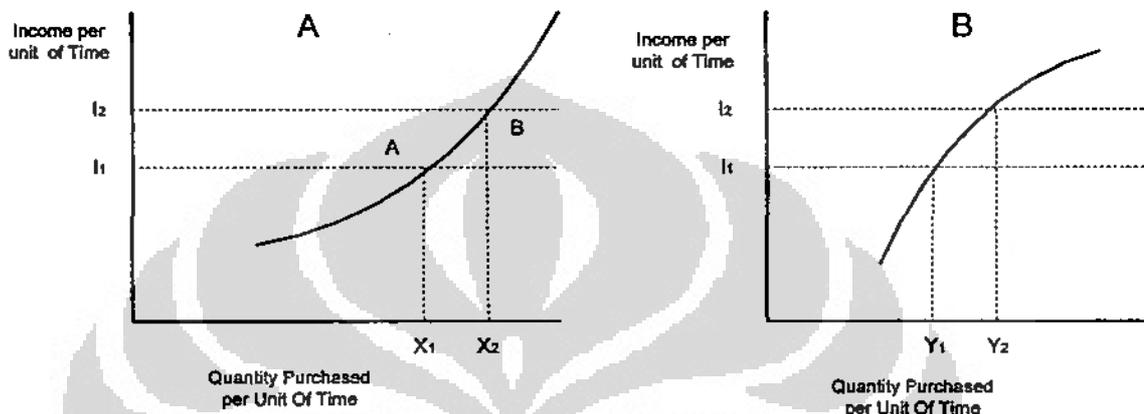
Menurut Aday, Andersen, Fleming (1980) pendekatan dalam studi terhadap akses pelayanan kesehatan dapat digambarkan melalui karakteristik sistem pelayanan kesehatan diantaranya meliputi ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan, distribusi fasilitas pelayanan kesehatan dan karakteristik penduduk beresiko sebagai pengguna fasilitas pelayanan kesehatan yang didalamnya termasuk umur, status kesehatan, pendapatan, asuransi. Kedua karakteristik tersebut mencerminkan kemungkinan atau potensial untuk akses pelayanan kesehatan. Sedangkan ukuran pemanfaatan dan kepuasan merupakan indikator aktual atau akses nyata pelayanan kesehatan.

Akses pelayanan kesehatan merupakan gambaran dari permintaan terhadap pelayanan kesehatan yang dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya biaya pelayanan, selera dari konsumen, pendapatan konsumen dan harga barang lain pengganti (Sorkin, 1977)

Semakin besar bagian pendapatan yang dapat digunakan untuk membeli suatu barang, semakin elastis permintaan terhadap barang tersebut (Soekirno, 2002). Besarnya perubahan permintaan akibat perubahan pendapatan dikenal dengan elastisitas permintaan pendapatan atau elastisitas pendapatan (Soekirno, 2002).

Lebih lanjut sorkin mengilustrasikan hubungan antara permintaan terhadap pelayanan kesehatan dengan pendapatan sebagai berikut

Gambar 2.1 ; Kurva Engel Elastisitas Pendapatan



Sumber : Afan L Sorkin
"Health an Introduction", DC Health and Company, USA 1977

Didalam pelayanan kesehatan, prosentase peningkatan pengeluaran untuk pengobatan lebih rendah dibandingkan prosentase peningkatan pendapatan. Elastisitas pendapatan dalam pelayanan kesehatan tergolong rendah, salah satu penyebab yang membuatnya elastistas pendapatan pelayanan kesehatan adalah pengaruh pendapatan yang tidak tetap atau tidak stabil. Apabila hal ini bisa diatasi maka elastisitas pendapatan dalam pelayanan kesehatan akan meningkat (Feldstein, 1979)

Penyebaran Pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status kesehatan penduduk. Pelayanan kesehatan adalah upaya yang dilakukan dalam rangka memelihara, meningkatkan kesehatan, mencegah, mengobati penyakit, serta memelihara kesehatan yang dilakukan oleh perorangan, kelompok atau organisasi (Levey and Loomba dalam Azwar 1996) Pelayanan kesehatan juga berhubungan dengan ekonomi, salah satu perhatian

ekonomi dalam pelayanan kesehatan adalah tentang penggunaan pelayanan kesehatan (Gani, 1994)

Model utilisasi pelayanan kesehatan menurut Aday dkk dalam Andy (2005) bahwa utilisasi dipengaruhi oleh karakter populasi (individu dan rumah tangga) dan sistem pelayanan kesehatan. Hambatan dalam populasi dan sistem pelayanan harus dikurangi untuk meningkatkan utilisasi, melalui :

- a. Pembiayaan yaitu meringankan biaya yang dikeluarkan oleh pengguna pelayanan dengan cara asuransi kesehatan dan subsidi
- b. Pengorganisasian yaitu memudahkan akses ke pelayanan yang tidak mahal atau lebih memuaskan.

2.2. Kemiskinan

Kemiskinan menjadi isu yang menyita perhatian berbagai kalangan termasuk kesehatan, keterjangkauan pelayanan kesehatan terkait dengan daya beli ekonomi (Pusdatin Depkes, 2008). Menurut survey sosial ekonomi nasional, penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata rata pengeluaran perkapita perbulan dibawah garis kemiskinan (GK) yang terdiri dari garis kemiskinan makanan (GKM) dan garis kemiskinan non makanan (GKNM). Penentuan GKM dilakukan berdasarkan pengeluaran penduduk untuk memenuhi kebutuhan dasar berupa makanan, sedangkan GKNM dilakukan berdasarkan pengeluaran penduduk untuk memenuhi kebutuhan perumahan, sandang, pendidikan dan kesehatan (Pusdatin Depkes, 2008).

Karakteristik kemiskinan yang penting di Indonesia adalah banyaknya penduduk yang penghasilannya berada disekitar garis kemiskinan atau sangat rentan kemiskinan. Status kemiskinan penduduk dikategorikan kedalam beberapa klasifikasi seperti miskin, hampir miskin, hampir tidak miskin dan tidak miskin (BPS, 2008).

Kemiskinan adalah ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran, dengan kata lain kemiskinan dipandang sebagai

ketidakmampuan dari sisi pengeluaran untuk memenuhi kebutuhan makanan dan non makanan yang bersifat mendasar (BPS, 2008)

Kemiskinan suatu keluarga sangat terkait dengan tingkat pendidikan, kesehatan, dan nutrisi (TKPKRI, 2008). Pembangunan selama ini yang lebih ditujukan pada sisi *supply* atau pelayanan dasar kesehatan dan pendidikan belum memberikan dampak yang efektif terhadap peningkatan kualitas sumberdaya manusia, khususnya masyarakat miskin. Rendahnya tingkat pendidikan sebuah rumah tangga miskin menyebabkan mereka tidak mampu memenuhi kebutuhan kesehatan dan pendidikan anak-anaknya. Keluarga ini pun tidak mampu menjaga kesehatan ibu mengandung sehingga mengakibatkan tingginya resiko kematian ibu saat melahirkan, dan buruknya kondisi kesehatan bayi yang dilahirkan. Anak-anak keluarga miskin juga banyak yang putus sekolah atau bahkan sama sekali tidak mengenyam bangku sekolah karena harus bekerja membantu mencari nafkah. Tidak adanya intervensi kebijakan untuk perbaikan pendidikan, kesehatan dan nutrisi keluarga miskin akan mengakibatkan kualitas generasi penerus keluarga miskin selalu rendah dan akhirnya senantiasa terjatuh pada lingkaran setan kemiskinan (TKPKRI, 2008)

Jumlah penduduk miskin di Indonesia pada bulan Maret 2008 sebesar 34,96 Juta (15,42 persen). Pada bulan Maret 2007 sebagian besar (63,52 persen) penduduk miskin berada di daerah pedesaan, sementara pada bulan maret 2008 prosentase ini sama yaitu 63,47 persen (BPS, 2007).

2.3. Kesehatan Ibu dan Anak

Kesehatan ibu dan bayi baru lahir di Indonesia masih jauh dari keadaan yang diharapkan. Jumlah ibu dan bayi yang mati dari sekitar lima juta kehamilan per tahun sekitar 20.000 kehamilan berakhir dengan kematian ibu. Selain itu, kejadian bayi baru lahir mati juga sering terjadi, angka kematian bayi (AKB) baru lahir 25 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1997 dan angka

kematian ibu (AKI) 334 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 (Depkes RI, 2001).

Tingginya angka kematian ibu dilatar belakangi oleh: (1) Banyaknya persalinan yang ditolong oleh dukun sekitar 30 persen, (2) tujuh puluh persen persalinan berlangsung di rumah, sehingga bila terjadi komplikasi yang memerlukan rujukan akan memerlukan waktu yang cukup lama, (3) Derajat kesehatan ibu masih rendah pada saat hamil, bahkan sebelum hamil. Sekitar 40 % ibu hamil menderita anemia, 30 % beresiko kurang energi kronis dan sekitar 65 % ibu hamil dengan keadaan "4 terlalu" yaitu: terlalu muda usianya, terlalu tua usianya, terlalu sering melahirkan dan terlalu banyak anak dan (4) Rendahnya status perempuan yang mengakibatkan keterlambatan pengambilan keputusan di tingkat keluarga untuk mencari pertolongan. Hal ini dikenal dengan "3 terlambat" yaitu terlambat dalam mengenali tanda bahaya dan pengambil keputusan untuk mencari pertolongan berkualitas, terlambat mencapai fasilitas kesehatan dan terlambat mendapatkan pertolongan yang cepat dan tepat di fasilitas pelayanan (Depkes RI, 2003).

Upaya untuk mempercepat penurunan AKI telah dimulai sejak akhir tahun 1980-an melalui *Safe Motherhood Initiative* yang mendapat perhatian besar dan dukungan dari berbagai pihak baik didalam maupun diluar negeri (Depkes RI, 2003).

2.3.1. Pemantauan Wilayah Setempat KIA

Adalah alat manajemen program kesehatan ibu dan anak (KIA) untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah kerja secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah kerja yang cakupan pelayanan KIA-nya masih rendah. Penyajian pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS KIA) juga dapat dipakai sebagai alat motivasi dan komunikasi kepada sektor terkait, khususnya aparat setempat yang berperan dalam pendataan dan penggerakan sasaran agar mendapatkan pelayanan KIA, maupun dalam membantu

memecahkan masalah nonteknis rujukan kasus risiko tinggi (Depkes RI, 2003).

2.3.2. Pelayanan Antenatal

Adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, yang dilaksanakan sesuai standar pelayanan antenatal yang ditetapkan (Depkes R1, 2003). Standar pelayanan minimal "5 T" untuk pelayanan antenatal, yang terdiri atas :

- a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- b. Tekanan darah (ukur)
- c. Tinggi fundus uteri (ukur)
- d. Tetanus toksoid (TT) lengkap (pemberian imunisasi)
- e. Tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan (pemberian)

Ditetapkan pula bahwa frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu sebagai berikut :

- a. Minimal 1 kali pada triwulan pertama
- b. Minimal 1 kali pada triwulan kedua
- c. Minimal 2 kali pada triwulan ketiga

2.3.3. Pertolongan Persalinan

Dalam program KIA dikenal beberapa jenis tenaga yang memberikan pertolongan persalinan kepada masyarakat, jenis tenaga tersebut adalah : Dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, perawat bidan (Depkes R1, 2003).

2.3.4. Pelayanan Kesehatan Neonatal dan Ibu Nifas

Dewasa ini kematian bayi (\pm 60%) terjadi pada usia kurang dari satu bulan. Menurut survei kesehatan rumah tangga (SKRT) tahun 2001, penyebab utama kematian neonatal adalah berat badan lahir rendah (BBLR) sebesar 29%, asfiksia 27% dan tetanus neonatorum 10%. Upaya yang dilakukan untuk mencegah kematian neonatal diutamakan pada pemeliharaan kehamilan sebaik mungkin. Pertolongan persalinan sesuai dengan standar pelayanan dan

perawatan bayi baru lahir yang adekuat termasuk perawatan tali pusat yang *hygienis*. Selain hal tersebut diatas, dilakukan pula upaya deteksi dini dan penanganan neonatal resiko tinggi agar segera dapat diberikan pelayanan yang diperlukan.

Risiko tinggi pada neonatal meliputi :

- a. BBLR (berat lahir kurang dari 2500 gram)
- b. Bayi dengan tetanus neonatarum
- c. Bayi baru lahir dengan asfiksia
- d. Bayi dengan ikterus neonatorum (Ikterus > 10 hari setelah lahir)
- e. Bayi baru lahir dengan sepsis
- f. Bayi lahir dengan berat > 4000 gram
- g. Bayi preterm dan postterm
- h. Berat > 4000 gram
- i. Bayi lahir dengan cacat bawaan
- j. Bayi lahir dengan persalinan dengan tindakan.

2.3.5. Indikator Pemantauan

Beberapa indikator yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan Kabupaten/Kota, antara lain :

2.3.5.1. Akses Pelayanan Antenatal (cakupan K1)

Adalah kunjungan ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan. Indikator akses ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat. Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

$$K_1 = \frac{\text{Jumlah kunjungan baru (K1) ibu hamil}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

2.3.5.2. Cakupan pelayanan ibu hamil (cakupan K4)

Adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang keempat atau lebih, untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan. Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil disuatu wilayah, disamping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA. Rumusnya perhitungannya adalah :

$$K4 = \frac{\text{Jumlah kunjungan ibu hamil keempat (K4)}}{\text{Jumlah sasaran ibu hamil dalam satu tahun}} \times 100\%$$

Target 95 % pada tahun 2015

2.3.5.3. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan

Dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan, dan ini menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan secara profesional. Rumus yang dipergunakan sebagai berikut :

$$\text{Linukes} = \frac{\text{Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan}}{\text{Jumlah sasaran ibu persalinan dalam satu tahun}} \times 100\%$$

Target 90 % pada tahun 2015.

2.3.5.4. Cakupan pelayanan neonatal (KN)

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

$$KN2 = \frac{\text{Jumlah kunjungan neonatal yg mendapat pelayanan kesehatan minimal 2 kali oleh tenaga kesehatan}}{\text{Jumlah seluruh sasaran bayi dalam satu tahun}} \times 100\%$$

Target 80 % pada tahun 2010

2.4. Perbaikan Gizi

Status gizi seseorang adalah keadaan yang dapat memberi petunjuk apakah seseorang itu menderita gizi kurang atau tidak (Depkes 1990). Status gizi seseorang dapat diketahui dengan cara pemeriksaan klinis, biokimia, konsumsi makanan dan antropometri. Cara antropometri merupakan pengukuran tubuh, antara lain berat badan, panjang badan dan lingkaran lengan atas, Cara antropometri lebih mudah dan murah sehingga lebih banyak digunakan untuk pengukuran status gizi masyarakat. Cara ini mempunyai kelemahan yaitu hanya dapat digunakan untuk mengukur status gizi yang berkaitan dengan konsumsi kalori dan protein (Depkes 1990).

Suplementasi vitamin A dosis tinggi 200.000 *standard international* (SI) atau lebih rendah yang dilakukan secara berkala kepada anak dimaksudkan untuk menghimpun cadangan vitamin A dalam hati, agar tidak terjadi kekurangan vitamin A dan akibat buruk yang ditimbulkannya, seperti xeroptalmia, kebutaan dan kematian. Cadangan vitamin A dalam hati ini dapat digunakan sewaktu-waktu bila diperlukan (Depkes 2000).

Pemberian kapsul vitamin A 200.000 SI kepada anak usia 1-5 tahun dapat memberi perlindungan selama 6 bulan, tergantung berapa banyak vitamin A dari makanan sehari-hari dikonsumsi oleh anak dan penggunaannya dalam tubuh (Depkes 2000).

Beberapa indikator standar pelayanan minimal (SPM) penyelenggaraan perbaikan Gizi masyarakat yang bersinggungan dengan program PKH adalah :

2.4.1. Balita Gizi Buruk

Balita Gizi buruk adalah balita gizi buruk yang ditemukan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu :

a. Cara perhitungannya/ rumus :

$$\% \text{ Gizi Buruk} = \frac{\text{Jumlah balita Gizi buruk}}{\text{Jumlah seluruh balita}} \times 100\%$$

2.4.2. Cakupan Balita Mendapat Kapsul Vitamin A 2 Kali Pertahun

Adalah cakupan bayi 6-11 bulan mendapat kapsul Vit A satu kali dan anak umur 12-59 bulan mendapat kapsul vitamin A dosis tinggi dua kali pertahun di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

- a. Cara perhitungannya/ rumus :

$$K 1 = \frac{\text{Jumlah Balita yang mendapat kapsul Vitamin A dosis tinggi}}{\text{Balita yang ada di satu wilayah kerja}} \times 100\%$$

- b. Sumber data: F III Gizi, LB3-Simpus, Kohort Balita dan BPS
c. Target 2010 : 90 % (Depkes 2004)

2.4.3. Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe

Adalah cakupan ibu hamil yang mendapat 90 tablet Fe selama periode kehamilannya disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

- a. Cara perhitungannya/ rumus :

$$Fe\ 90\ Hari = \frac{\text{Jumlah ibu hamil mendapat tablet Fe 90 tablet selama periode kehamilannya}}{\text{Jumlah ibu hamil}} \times 100\%$$

- b. Sumber data: LB3-Simpus, PWS KIA
d. Target 2010 : 90 % (Depkes 2004)

2.4.4. Cakupan Balita Ditimbang

Adalah cakupan balita yang ditimbang disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

- c. Cara perhitungannya/ rumus :

$$\% D/S = \frac{\text{Jumlah Balita yang ditimbang}}{\text{jumlah seluruh Balita}} \times 100\%$$

- d. Sumber data: LB3-Simpus, PWS KIA
e. Target 2010 : 90 % (Depkes 2004)

2.5. Imunisasi Dasar

Program imunisasi di Indonesia memiliki tujuan untuk menurunkan angka kejadian penyakit dan angka kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Secara spesifik program imunisasi di Indonesia memiliki target cakupan imunisasi lengkap minimal 80 % secara merata pada bayi diseluruh desa atau kelurahan pada tahun 2010 (Achmadi, 2006). Jenis imunisasi dasar yang digunakan dalam program pemerintah saat ini adalah :

1. HB berguna untuk mencegah penyakit liver (hati) kronik hingga akut, tersedia dalam kemasan monovalent (Uniject HBTM)
2. BCG bertujuan untuk menimbulkan kekebalan aktif terhadap penyakit tuberculosa (TBC)
3. DTwP (kombo) manfaat pemberian imunisasi ini ialah untuk menimbulkan kekebalan aktif dalam waktu yang bersamaan terhadap penyakit difteria, pertusis (batuk rejan), tetanus dan hepatitis
4. Imunisasi campak diberikan untuk mendapat kekebalan terhadap penyakit campak secara aktif.
5. Imunisasi polio diberikan untuk mendapat kekebalan terhadap penyakit polio secara aktif.

Berikut adalah intisari pemberian imunisasi dasar lengkap bagi bayi

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi Bayi Lengkap
Dengan Menggunakan Vaksin DPT/HB Kombo

Usia	Vaksin	Tempat
Bayi lahir dirumah		
0 Bulan	HB 1	Rumah
1 Bulan	BCG, Polio 1	Posyandu *
2 Bulan	DPT/HB Kombo 1, polio 2	Posyandu *
3 Bulan	DPT/HB Kombo 2, polio 3	Posyandu *
4 Bulan	DPT/HB Kombo 3, polio 4	Posyandu *
9 Bulan	Campak	Posyandu *
Bayi lahir di RS/RB/Bidan Praktek		
0 Bulan	HB 1, BCG, Polio 1	RS/RB/Bidan #
2 Bulan	DPT/HB Kombo 1, polio 2	RS/RB/Bidan #
3 Bulan	DPT/HB Kombo 2, polio 3	RS/RB/Bidan #
4 Bulan	DPT/HB Kombo 3, polio 4	RS/RB/Bidan #
9 Bulan	Campak	RS/RB/Bidan #

Sumber : Pedoman Operasional PKH bagi pemberi pelayanan kesehatan 2008

2.6. Program Proteksi Sosial

Program Proteksi Sosial merupakan program perlindungan sosial yang ditujukan kepada warga negara yang dinyatakan miskin dan diberikan bantuan untuk mempertahankan aspek kehidupan mendasar dengan pengertian sesuai dengan Undang - Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mulai diperundangkan pada tanggal 18 Oktober 2004 dan akan dioperasionalkan pada tanggal 18 Oktober 2009. Undang Undang SJSN bertujuan menindak lanjuti perluasan kepesertaan proteksi sosial bagi seluruh warga negara sesuai dengan amanat dalam Pasal 28-H ayat (3) dan Pasal 34 UUD 1945. Undang - Undang SJSN ini merupakan bagian reformasi dari UU sistem proteksi sosial yang ada untuk tujuan koordinasi/harmonisasi antar sektor sektor ekonomi dan instansi instansi yang memiliki kepentingan dalam penyelenggaraan proteksi sosial. Total implementasi SJSN akan dilakukan

secara bertahap untuk 20-30 tahun ke depan karena ancaman yang dihadapi sekarang hingga 10 tahun ke depan masih terjadi pada pemutusan hubungan kerja (PHK) masal, masyarakat kurang beruntung, penduduk rentan miskin dan terbatasnya lapangan pekerjaan. Indonesia melakukan program proteksi sosial dalam beberapa bentuk, diantaranya program keluarga harapan (PKH), program nasional pemberdayaan masyarakat mandiri (PNPM Mandiri) dan jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) (www.depsos.go.id).

2.7. Program Keluarga Harapan

Program Keluarga Harapan merupakan suatu program penanggulangan kemiskinan. Kedudukan PKH merupakan bagian dari program-program penanggulangan kemiskinan lainnya (Depsos RI). PKH merupakan program lintas Kementerian dan Lembaga, karena aktor utamanya adalah dari Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Departemen Sosial, Departemen Kesehatan, Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Agama, Departemen Komunikasi dan Informatika, dan Badan Pusat Statistik. PKH sebenarnya telah dilaksanakan di berbagai negara, khususnya negara-negara Amerika Latin dengan nama program yang bervariasi. Namun secara konseptual, istilah aslinya adalah *Conditional Cash Transfers (CCT)*, yang diterjemahkan menjadi bantuan tunai bersyarat. PKH adalah suatu program yang memberikan bantuan tunai kepada rumah tangga sangat miskin (RSTM), jika mereka memenuhi persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumberdaya manusia (SDM), yaitu pendidikan dan kesehatan (Depsos, 2007). Lebih lanjut Dirjen Bantuan Jaminan Sosial dalam laporan akuntabilitas kinerja instansi pemerintah bidang sosial tahun 2008 menyatakan bahwa *"Program Keluarga Harapan ini memberikan bantuan kepada rumah tangga sangat miskin dengan memfokuskan pada pemenuhan kebutuhan dasar pendidikan dan kesehatan sehingga bantuan yang diberikan dapat dipergunakan untuk menyekolahkan anak dan pemeriksaan kesehatan untuk Ibu hamil dan Anak balita. Dengan diberikannya bantuan bagi rumah tangga sangat miskin, maka RTSM mempunyai biaya untuk memeriksakan kandungan bagi ibu hamil, dapat*

memeriksa kesehatan bayi/balitanya dan dapat menyekolahkan anaknya".
(www.depsos.go.id,)

2.7.1. Tujuan PKH

Tujuan Utama PKH adalah untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia terutama pada kelompok masyarakat miskin. Tujuan tersebut sekaligus sebagai upaya mempercepat pencapaian target Millenium Development Goals (MDGs). Setidaknya terdapat 5 Komponen MDG's yang secara tidak langsung akan terbantu oleh PKH yaitu: Pengurangan penduduk miskin dan kelaparan, pendidikan dasar, kesetaraan gender, Pengurangan angka kematian bayi dan balita, pengurangan kematian ibu melahirkan. Secara khusus tujuan PKH adalah :

- a. Meningkatkan kondisi sosial ekonomi RTSM
- b. Meningkatkan taraf pendidikan anak RTSM
- c. Meningkatkan status Kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas dan anak di bawah 6 tahun dari RTSM
- d. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi RTSM

2.7.2. Manfaat PKH

- a. Untuk jangka pendek memberikan *income effect* kepada rumah tangga miskin melalui pengurangan beban pengeluaran rumah tangga miskin
- b. Untuk jangka panjang dapat memutus rantai kemiskinan antar generasi melalui :
 - 1) Peningkatan kualitas kesehatan/nutrisi, pendidikan dan kapasitas pendapatan anak dimasa depan (*Price effect* anak keluarga miskin)
 - 2) Memberikan kepastian kepada si anak akan masa depannya (*Unsurance effect*)
- c. Merubah perilaku keluarga miskin yang relatif kurang mendukung peningkatan kesejahteraan akibat antara lain :

- 1) Kurangnya informasi mengenai hak, manfaat, keuntungan dan kesempatan
 - 2) Tingginya biaya tidak langsung (transport, seragam, dll)
 - 3) *Opportuniti cost* (anak bekerja lebih "menguntungkan" daripada sekolah)
- d. Mengurangi pekerja anak dan mencegah turunnya anak-anak bekerja di jalanan, serta mencegah rumah tangga miskin menjadi tuna sosial dan atau penyandang masalah kesejahteraan sosial
 - e. Peningkatan kualitas pelayanan dan barang publik melalui *complementary* perbaikan akses pendidikan dan kesehatan keluarga miskin, penyempurnaan sistem perlindungan sosial dan pelaksanaan desentralisasi (intervensi sekaligus *supply* dan *demand* baik di pusat maupun daerah)
 - f. Mempercepat pencapaian MDGs (melalui peningkatan akses pendidikan, peningkatan kesehatan ibu hamil, pengurangan kematian balita dan peningkatan kesetaraan gender).

2.7.3. Keanggotaan PKH

Sebanyak 7 provinsi telah dipilih sebagai daerah uji coba pelaksanaan PKH, yaitu Sumatera Barat, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Sulawesi Utara, Gorontalo, dan Nusa Tenggara Timur. selanjutnya dipilih sejumlah kabupaten/kota dengan kriteria :

- a. Tingginya angka kemiskinan
- b. Angka gizi buruk dan angka transisi dari SD/MI ke SMP/MTs
- c. Ketersediaan sarana dan prasarana (*supply*) baik pendidikan maupun kesehatan
- d. Adanya komitmen daerah.

Berdasarkan kriteria tersebut, telah dipilih sebanyak 49 kabupaten/kota. Dalam kabupaten/kota terpilih 348 kecamatan secara random sebagai daerah uji coba PKH tahun 2007. Tidak semua kecamatan dalam setiap kabupaten/kota dipilih agar evaluasi terhadap dampak program nantinya dapat dilakukan dengan membanding kecamatan yang melaksanakan PKH dengan yang tidak. Evaluasi tersebut akan dilakukan setelah 2 tahun (Depsos, 2007).

Pemilihan Peserta PKH dilakukan dengan melakukan survei di lokasi program untuk mendapat data rumah tangga miskin. Untuk tahun 2007, survei tersebut dilakukan oleh Badan Pusat statistik (BPS) dengan data dasar yang diambil dari data daftar penerima sumbangan langsung tunai (SLT) kategori sangat miskin dan miskin, dan data pendukung lainnya. Dalam melakukan survei, petugas terdiri atas unsur BPS dan pengawas (Depsos, 2007).

Penetapan calon peserta PKH dilakukan oleh BPS. Selanjutnya diadakan pertemuan awal yang salah satu kegiatan utamanya adalah melakukan klarifikasi data dan penandatanganan komitmen keikutsertaan. Hasil pertemuan tersebut merupakan acuan untuk menetapkan calon peserta PKH menjadi Peserta PKH (Depsos, 2007).

Calon Penerima terpilih harus menandatangani persetujuan bahwa selama mereka menerima bantuan, mereka akan: (1) Menyekolahkan anak 7-15 tahun serta anak usia 16-18 tahun namun belum selesai pendidikan dasar 9 tahun wajib belajar, (2) Membawa anak usia 0-6 tahun ke fasilitas kesehatan sesuai dengan prosedur kesehatan PKH bagi anak dan (3) Untuk ibu hamil, harus memeriksakan kesehatan diri dan janinnya ke fasilitas kesehatan sesuai dengan prosedur kesehatan PKH bagi Ibu Hamil (www.depsos.go.id).

2.7.4. Persyaratan PKH

a. Persyaratan komponen kesehatan:

- 1) Ibu hamil:
 - a) Pemeriksaan kehamilan (min 4 kali) dan mendapatkan suplemen Fe.
 - b) Proses kelahiran yang ditangani tenaga medis
 - c) Kunjungan setelah melahirkan (min 2 kali) untuk penyuluhan kesehatan/ibu menyusui
- 2) Anak usia 0-6 tahun:
 - a) Usia 0–11 bulan mendapat imunisasi komplit (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B) dan pemantauan tumbuh kembang anak setiap bulan
 - b) Usia 6-11 bulan mendapat Vitamin A (2 kali setahun: Februari dan Agustus)
 - c) Usia 12–59 bulan mendapat imunisasi dan pemantauan tumbuh kembang setiap bulan
 - d) Pemantauan tumbuh kembang anak usia pra sekolah (5-6 tahun)

Sesuai dengan tujuan utama PKH Kesehatan yaitu meningkatkan status kesehatan ibu dan anak di Indonesia, khususnya bagi kelompok masyarakat sangat miskin, melalui pemberian insentif untuk melakukan kunjungan kesehatan yang bersifat preventif, yaitu ; pencegahan dan bukan pengobatan (Depsos, 2007).

Seluruh peserta PKH merupakan penerima jasa kesehatan gratis yang disediakan oleh program Askeskin dan program lain yang diperuntukkan bagi orang tidak mampu. Karenanya, kartu PKH bisa digunakan sebagai alat identitas untuk memperoleh pelayanan tersebut. Besaran bantuan tunai untuk peserta PKH bervariasi tergantung jumlah anggota keluarga yang diperhitungkan dalam penerimaan bantuan, baik komponen kesehatan maupun pendidikan. Besaran bantuan ini di kemudian hari bisa berubah sesuai dengan kondisi keluarga saat itu atau bila peserta tidak dapat memenuhi syarat

yang ditentukan. Berikut adalah ringkasan kewajiban peserta PKH kesehatan yang disajikan dalam tabel berikut ini

Tabel 2.2
Ringkasan Kewajiban Peserta PKH Kesehatan

No	Jenis Sasaran	Kewajiban
a	Bayi 0-11 bulan	<ul style="list-style-type: none"> • Timbang badan • Monitor tumbuh kembang • Imunisasi lengkap • Khusus 6-11 bulan vitamin A 100.000 IU
b	Balita (1-5) tahun	<ul style="list-style-type: none"> • Timbang badan • Monitor tumbuh kembang • Vitamin A 200.000 IU; Februari dan Agustus (2X/tahun)
c	Anak (5-6) tahun	<ul style="list-style-type: none"> • Timbang badan • Monitor tumbuh kembang
d	Ibu Hamil	<ul style="list-style-type: none"> • Periksa hamil : 3 bulan sekali K1-K4 • Tablet FE 30 Tablet • Imunisasi TT (Tetanus Toksoid)
e	Ibu Melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> • Ditolong tenaga kesehatan terlatih
f	Ibu Nifas	<ul style="list-style-type: none"> • Diperiksa 3 kali yaitu mg I,IV dan VI
g	Neonatus	<ul style="list-style-type: none"> • Diperiksa 2 x sebulan sebelum umur 28 hari yaitu sekali sejak lahir sampai umur 7 hari (KN 1) dan sekali ketika umur 8-28 hari (KN 2)

Sumber : Pedoman Operasional PKH Bagi Pemberi Pelayanan Kesehatan 2008

2.7.5. Besaran Bantuan

Jumlah bantuan yang diterima rumah tangga sangat miskin bervariasi tergantung kondisi anggota rumah tangga dari yang terendah Rp. 600.000,00 – Rp. 2.200.000,00 per RTSM/Tahun. Selengkapanya disajikan dalam tabel berikut ini.

Tabel 2.3

Skenario Bantuan Biaya Program Keluarga Harapan

Skenario Bantuan	Bantuan per RTSM per tahun
Bantuan tetap	Rp. 200.000,00
Bantuan bagi RTSM yang memiliki:	
a. Anak usia di bawah 6 tahun	Rp. 800.000,00
b. Ibu hamil/menyusui	Rp. 800.000,00
c. Anak usia SD/MI	Rp. 400.000,00
d. Anak usia SMP/MTs	Rp. 800.000,00
Rata-rata bantuan per RTSM	Rp. 1.390.000,00
Bantuan minimum per RTSM	Rp. 600.000,00
Bantuan maksimum per RTSM	Rp. 2.200.000,00

Catatan:

Bantuan terkait kesehatan berlaku bagi RTSM dengan anak di bawah 6 tahun dan/atau ibu hamil/nifas. Besar bantuan ini tidak dihitung berdasarkan jumlah anak. Besar bantuan adalah 16 % rata-rata pendapatan RTSM per tahun. Batas minimum dan maksimum adalah antara 15-25% pendapatan rata-rata RTSM per tahun.

2.7.6. Sanksi

Penangguhan dan pembatalan peserta PKH maupun penangguhan program bagi Kabupaten/Kota dapat saja terjadi. Berikut rinciannya:

- a. Penangguhan sementara berlaku apabila:
 - 1) Peserta PKH tidak memenuhi komitmen yang telah ditentukan untuk 1 kali siklus pembayaran (selama 3 bulan berturut-turut).
 - 2) Peserta PKH tidak mengambil pembayaran untuk 1 kali siklus pembayaran (triwulan).
- b. Pembatalan Kepesertaan
 - 1) RTSM terbukti tidak layak sebagai peserta PKH, melalui antara lain pengaduan yang telah dibuktikan dan pengecekan berkala yang dilakukan oleh pendamping.

- 2) Dalam 3 kali siklus pembayaran berturut-turut (9 bulan) RTSM tidak memenuhi komitmen atau 3 kali siklus tidak mengambil pembayaran.

c. Sanksi Terhadap Pelanggaran Komitmen

Setiap bantuan yang diterima oleh peserta PKH memiliki konsekuensi sesuai komitmen yang ditandatangani ibu penerima pada saat pertemuan awal. Apabila peserta tidak memenuhi komitmennya dalam satu triwulan, maka besaran bantuan yang diterima akan berkurang dengan rincian sebagai berikut:

- 1) Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam satu bulan, maka bantuan akan berkurang sebesar Rp 50,000,00
- 2) Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam dua bulan, maka bantuan akan berkurang sebesar Rp 100,000,00
- 3) Apabila peserta PKH tidak memenuhi komitmen dalam 3 bulan berturut-turut, maka tidak akan menerima bantuan dalam satu periode pembayaran.

Ketentuan di atas berlaku secara tanggung renteng untuk seluruh anggota keluarga penerima bantuan PKH, artinya jika salah satu anggota keluarga melanggar komitmen yang telah ditetapkan, maka seluruh anggota dalam keluarga yang menerima bantuan tersebut akan menanggung akibat dari pelanggaran ini (Depsos, 2008).

2.7.7. *Verifikasi*

Verifikasi sebagai bukti terdaftar bagi peserta PKH komponen kesehatan dilakukan dengan melakukan kunjungan ke Puskesmas terdekat atau jaringannya. Kegiatan ini dilakukan secara rutin sesuai dengan jadwal masing-masing peserta, yaitu:

- a. Ibu hamil sekurang-kurangnya setiap 3 bulan sekali

- b. Ibu nifas sekurang-kurangnya setiap 1 bulan setelah dua bulan melahirkan
- c. Bayi usia 0-11 bulan sekurang-kurangnya setiap 1 bulan sekali
- d. Anak usia 1-6 tahun sekurang-kurangnya setiap 3 bulan sekali

Verifikasi kehadiran dilakukan pada pemeriksaan berikutnya yang dilakukan di pusat layanan kesehatan terdekat dengan tempat tinggal peserta, baik Puskesmas maupun jaringannya. Dalam melakukan *verifikasi*, petugas kesehatan mencatat berdasarkan KETIDAKHADIRAN peserta dalam pemeriksaan ataupun kunjungan berikutnya (Depsos, 2007). Pencatatan *verifikasi* kehadiran anggota RTSM Komponen Kesehatan menggunakan *form K*.

2.7.8. *Resertifikasi*

Kepesertaan RTSM dalam PKH diharapkan meningkatkan kualitas keluarga RTSM tersebut, sehingga mereka tidak akan selamanya menjadi peserta atau penerima bantuan PKH. Untuk itu dalam rancangan PKH disusun *exit strategy* yang dilakukan melalui *resertifikasi*. Data yang diperoleh dari hasil *resertifikasi* akan digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk menetapkan keberlanjutan kepesertaan dalam PKH. Proses *resertifikasi* dilakukan setiap tiga tahun, sebanyak-banyaknya 2 (dua) kali selama kepesertaan suatu RTSM dalam PKH. Tahap *resertifikasi* tersebut adalah sebagai berikut:

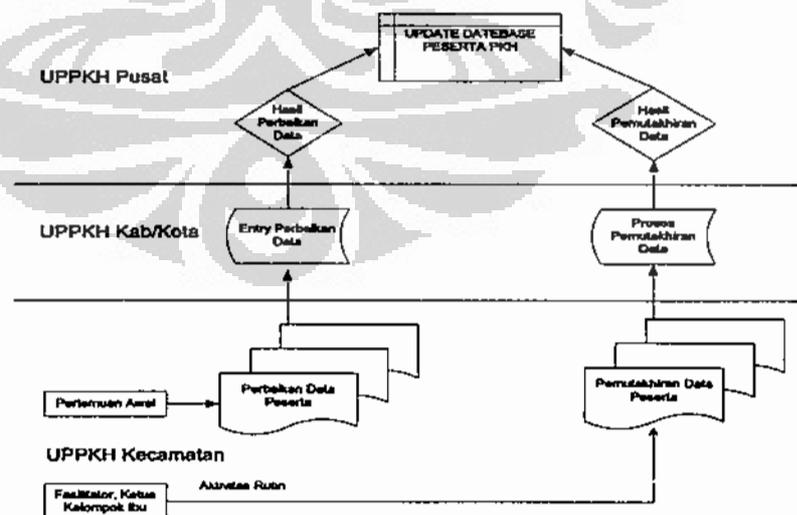
- a. *Resertifikasi* pertama dilakukan ketika kepesertaan PKH berlangsung selama 3 tahun. Apabila hasil *resertifikasi* tahap ini menunjukkan bahwa suatu RTSM masih berstatus miskin, maka RTSM tersebut akan tetap menerima bantuan. Namun apabila hasil *resertifikasi* mengindikasikan bahwa RTSM sudah mampu, maka status kepesertaan PKH akan dihentikan. Pengalaman negara lain menunjukkan bahwa pada *resertifikasi* pertama baru sekitar 15 persen dari total penerima bisa keluar dari program.

- b. *Resertifikasi* tahap kedua dilakukan ketika kepesertaan PKH berlangsung sampai dengan 6 tahun. Jika dalam *resertifikasi* tahap kedua suatu RTSM masih dalam status miskin, maka rumah tangga tersebut akan dikoordinasikan untuk bergabung dengan program perlindungan sosial lainnya, seperti antara lain asuransi kesejahteraan sosial (Askesos), program pemberdayaan keluarga fakir miskin, program pemberdayaan masyarakat, dan program-program pembangunan lainnya yang terkait. Sedangkan jika hasil *resertifikasi* mengindikasikan peserta sudah tidak miskin, maka mereka secara otomatis akan keluar dari status kepesertaan PKH (Depsos, 2008).

2.7.9. Alur Pemutakhiran Data

Alur pemutakhiran data yang dibuat sebagai dampak perubahan data peserta hasil verifikasi baik pada pertemuan awal maupun pertemuan rutin antara peserta dan Pendamping dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.2
Alur Pemutakhiran Data Program Keluarga Harapan



Sumber : Mekanisme PKH Depsos 2007

2.7.10. Indikator Keberhasilan Program PKH Bidang Kesehatan

Untuk melihat tingkat keberhasilan terhadap pencapaian tujuan, indikator yang digunakan akan lebih terfokus yaitu :

- a. Setiap ibu hamil diperiksa oleh bidan, minimal 4 kali pemeriksaan selama masa kehamilannya.
- b. Setiap proses kelahiran ditangani oleh tenaga bidan atau dokter
- c. Setiap ibu yang melahirkan mendapatkan perawatan nifas dan perawatan bayinya oleh bidan atau dokter, minimal 2 kali perawatan setelah proses kelahiran.
- d. Setiap bayi usia 12 bulan ke bawah mendapatkan imunisasi standar secara lengkap
- e. Setiap anak 6 sampai 59 bulan mendapatkan vitamin A, dua kali dalam setahun
- f. Setiap anak balita ditimbang sebulan sekali secara rutin (www.tkpki.org).

2.8. Sistem Informasi

Sistem Informasi adalah suatu cara yang sudah tertentu untuk menyediakan informasi yang dibutuhkan oleh organisasi untuk beroperasi dengan cara yang sukses dan untuk organisasi bisnis dengan cara yang menguntungkan.

Sistem informasi adalah *entity* (kesatuan) formal yang terdiri dari berbagai sumber daya fisik maupun logika, dari organisasi ke organisasi, sumber daya-sumber daya ini disusun atau distrukturkan dengan berbagai cara yang berlainan karena organisasi dan sistem informasi merupakan sumber daya-sumber daya yang bersifat dinamis, dengan demikian struktur organisasi yang dibuat saat ini bisa jadi harus dimodifikasi keesokan harinya. Jadi kita memerlukan konsep yang secara logis dapat menggambarkan struktur sistem

informasi, yang dipresentasikan oleh semua sumber daya fisiknya, untuk berbagai ukuran sistem informasi di dalam bermacam-macam tipe organisasi.

Tujuan sistem informasi ini adalah untuk menyediakan dan mensistematikkan informasi yang merefleksikan seluruh kejadian atau kegiatan yang diperlukan untuk mengendalikan operasi-operasi organisasi. Sedangkan kegiatannya adalah mengambil, mengolah, menyimpan dan menyampaikan informasi yang diperlukan untuk terjadinya komunikasi yang diperlukan untuk mengoperasikan seluruh aktifitas di dalam organisasi.

Dalam suatu sistem informasi terdapat komponen-komponen seperti :
(Kadir, 2003)

- a. Perangkat keras (*hardware*) adalah mencakup peranti-peranti fisik seperti komputer dan printer
- b. Perangkat lunak (*software*) adalah atau program sekumpulan instruksi yang memungkinkan perangkat keras untuk dapat memproses data.
- c. Prosedur adalah sekumpulan aturan yang dipakai untuk mewujudkan pemrosesan data dan pembangkitan keluaran yang dikehendaki.
- d. Orang adalah semua pihak yang bertanggung jawab dalam pengembangan sistem informasi, pemrosesan dan penggunaan keluaran sistem informasi.
- e. Basis data (*data base*) adalah sekumpulan tabel, hubungan dan lain-lain yang berkaitan dengan penyimpanan data.
- f. Jaringan komputer dan komunikasi data adalah sistem penghubung yang memungkinkan sumber (*resources*) dipakai secara bersamaan atau diakses oleh sejumlah pemakai.

Sistem informasi didefinisikan sebagai kumpulan elemen yang saling berhubungan satu sama lain yang membentuk satu kesatuan untuk mengintegrasikan data, memproses dan menyimpan serta mendistribusikan informasi (Sutedjo, dalam Lahay 2009). John Burch dan Gary Grudnitski dalam Jogiyanto, HM, tahun 1999 mengemukakan bahwa sistem informasi terdiri dari komponen-komponen yang disebutnya dengan istilah blok bangunan (*building*

block), yaitu blok masukan (*input blok*), blok model (*model block*), blok keluaran (*output block*), blok teknologi (*technology block*), blok basis data (*database block*) dan blok kendali (*controls block*). Sebagai suatu sistem keenam blok tersebut saling berinteraksi satu sama lainnya membentuk satu kesatuan untuk mencapai sasarannya.

- a. Blok masukan adalah input mewakili data yang masuk ke dalam sistem informasi. Input disini termasuk metode-metode dan media untuk menangkap data yang akan dimasukkan, yang dapat berupa dokumen-dokumen dasar.
- b. Blok model adalah terdiri dari kombinasi prosedur, logika dan model matematik yang akan memanipulasi data input dan data yang tersimpan di basis data dengan cara yang sudah tertentu untuk menghasilkan keluaran yang diinginkan.
- c. Blok keluaran adalah produk dari sistem informasi adalah keluaran yang merupakan informasi yang berkualitas dan dokumentasi yang berguna untuk semua tingkatan manajemen serta semua pemakai sistem.
- d. Blok teknologi adalah merupakan kotak alat (*tool box*) dalam sistem informasi. Teknologi digunakan untuk menerima input, menjalankan model, menyimpan, dan mengakses data, menghasilkan dan mengirimkan keluaran dan membantu pengendalian dari sistem secara keseluruhan. Teknologi terdiri dari tiga bagian utama, yaitu teknisi (*humanware* atau *brainware*), perangkat lunak (*software*) dan perangkat keras (*hardware*).
- e. Blok basis data (*database*) adalah merupakan kumpulan dari data yang saling berhubungan satu dengan lainnya, tersimpan di perangkat keras komputer dan digunakan perangkat lunak untuk memanipulasinya. Data perlu disimpan dalam basis data untuk keperluan penyediaan informasi lebih lanjut. Data didalam basis data perlu diorganisasikan sedemikian rupa, supaya informasi yang dihasilkan berkualitas. Organisasi data yang

baik juga berguna untuk efisiensi kapasitas penyimpanan. Basis data diakses atau dimanipulasi dengan menggunakan perangkat lunak paket yang disebut dengan DBMS (*Database Management Systems*).

- f. Blok kendali adalah banyak hal yang merusak sistem informasi, seperti misalnya bencana alam, api, temperatur, air, kecurangan, kesalahan, kegagalan sistem itu sendiri, dan lain sebagainya. Beberapa pengendalian perlu dirancang dan diterapkan untuk meyakinkan bahwa hal-hal yang dapat merusak sistem dapat dicegah ataupun bila terlanjur terjadi kesalahan dapat langsung diatasi.

2.8.1. Sistem Informasi Manajemen

Monitoring proyek merupakan suatu teknik untuk mengikuti kegiatan-kegiatan proyek. Pengertian monitoring adalah proses dan penganalisaan informasi yang sistemis dan kontinyu tentang suatu kegiatan proyek dan menemu kenali kekuatan-kekuatan dan kelemahan-kelemahan pelaksanaannya agar dapat melakukan tindakan koreksi untuk perbaikan proyek selanjutnya (Bapenas, 1999)

Antara monitoring dan evaluasi keduanya merupakan proses kegiatan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditargetkan untuk mampu menmaksudkan tujuan program tersebut. Agar tidak terjadi penyimpangan atau hambatan, maka peranan monitoring dan evaluasi saling melengkapi dan menyempurnakan demi tercapainya target yang sesuai dengan perencanaan yang telah ditentukan.

Menurut Patton dalam Andy (2005) ada lima tipe evaluasi implementasi. Intinya adalah tanpa informasi program yang tepat, maka pembuat keputusan akan memiliki keterbatasan kemampuan untuk mengimplementasikan kinerja data atau meningkatkan keberfungsian program. Salah satunya adalah tersebut adalah pengawasan program melalui informasi manajemen berkala /monitoring program (*routine management information*).

Cara yang sangat penting dalam pengawasan implementasi program dan biasanya menjadi merupakan tanggung jawab internal evaluator adalah sistem informasi manajemen/*management information system* (MIS). MIS berisi data-data yang berkaitan dengan aktifitas program yang bersipat rutin. Data tersebut misalnya tentang *intake* klien, tingkat partisipasi, tingkat penyelesaian program, beban kasus, karakteristik klien, dan biaya program. MIS memiliki perangkat keras dan lunak (*hardware and software*) yang bereaksi dan saling memberikan pengaruh jangka panjang terhadap program.

2.8.2. Sistem Informasi Kesehatan

Menurut Departemen Kesehatan terdapat berbagai sistem informasi kesehatan yang sudah berkembang sejak lama, sistem-sistem informasi kesehatan tersebut antara lain adalah : sistem informasi puskesmas, sistem informasi rumah sakit, sistem surveilans terpadu, sistem kewaspadaan pangan dan gizi, sistem informasi obat, sistem informasi sumber daya manusia, sistem informasi Ilmu Pengetahuan Teknologi (IPTEK) kesehatan/jaringan penelitian dan pengembangan kesehatan (Depkes RI dalam Lahay, 2009).

Penyelenggaraan sistem informasi kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip :

- a. Informasi kesehatan mencakup seluruh data yang terkait dengan kesehatan, baik yang berasal dari sektor kesehatan ataupun dari berbagai sektor pembangunan.
- b. Informasi kesehatan mendukung proses pengambilan keputusan di berbagai jenjang administrasi kesehatan.
- c. Informasi kesehatan disediakan sesuai dengan kebutuhan informasi untuk mengambil keputusan.
- d. Informasi kesehatan yang disediakan harus akurat dan disajikan secara cepat dan tepat waktu, dengan mendayagunakan teknologi informasi dan komunikasi.

- e. Pengolahan informasi kesehatan harus dapat memadukan pengumpulan data secara rutin (pencatatan dan pelaporan) dan cara nonrutin (survei dan lain-lain).
- f. Akses terhadap informasi kesehatan harus memperhatikan aspek kerahasiaan yang berlaku dibidang kesehatan dan kedokteran (Depkes RI dalam Lahay, 2009).

2.8.3. Sistem Informasi dan Manajemen Program Keluarga Harapan

Sistem informasi manajemen program keluarga harapan (SIM PKH) meliputi pembuatan dan pengembangan aplikasi di unit penyelenggara program keluarga harapan (UPPKH) pusat yang dapat diakses langsung sampai tingkat Kabupaten/Kota, sebagai ujung tombak proses teknologi informasi di tingkat daerah. Fungsi SIM UPPKH Kabupaten/Kota adalah memastikan bahwa semua data dan informasi yang terkait dengan pelaksanaan PKH dikelola dengan baik. SIM UPPKH Kabupaten/Kota bertanggung jawab dalam proses *scanning* dan data *entry* hasil *verifikasi* komitmen peserta, data *analysis* dan pelaporan atas memenuhi komitmen peserta dan lainnya sesuai kebutuhan. SIM UPPKH Kabupaten/Kota menjalankan tugas-tugas antara lain:

- a. Berkoordinasi dengan UPPKH pusat dan mitra kerja yang telah ditunjuk Departemen Sosial RI dalam menyediakan fasilitas komputer dan perangkat pendukungnya bagi keperluan pelaksanaan SIM PKH di Kabupaten/Kota masing-masing.
- b. Berkoordinasi dan melakukan supervisi kepada tenaga operator dan *entry* (yang disiapkan oleh mitra kerja) dalam melakukan *entry* data yang terkait dengan pelaksanaan PKH dari mulai *entry* formulir validasi, formulir *verifikasi* pelayanan, data pengaduan masyarakat, pemutakhiran data dan data lain yang terkait.
- c. Mengelola dan menyimpan data yang terkait dengan pelaksanaan PKH, baik dalam bentuk *hardcopy* maupun *softcopy*

- d. Berkoordinasi dan berkorespondensi melalui *email* dengan SIM UPPKH pusat terkait dengan pelaksanaan tugas dan tanggung jawabnya.
- e. Melaksanakan *backup* data dan pengamanan terhadap data dan sistem
- f. Menyediakan media informasi bagi masyarakat dan penanganan pengaduan masyarakat
- g. Mengadministrasikan dan menyimpan dokumen yang diterima dengan baik dan benar oleh UPPKH Kabupaten/Kota.
- h. Melaksanakan operasional SIM PKH dengan fasilitas yang telah di sediakan.
- i. Menjaga dan mengamankan fasilitas SIM PKH.
- j. Bersama kordinator UPPKH Kabupaten/Kota berkoordinasi dengan para pendamping dalam mengumpulkan formulir validasi hasil pertemuan awal.
- k. Bersama koordinator dan ketua UPPKH Kabupaten/Kota berkoordinasi dengan PT Pos berkaitan dengan pengumpulan formulir *verifikasi* dari lembaga pendidikan dan Puskesmas beserta jaringannya

2.8.3.1. Alur Pengelolaan Data PKH

Pelaksanaan PKH mencakup sejumlah data penting yang perlu dikelola dengan baik, di tingkat UPPKH Kabupaten/Kota data yang dikelola antara lain sebagai berikut:

- a. Daftar nama, alamat dan jumlah RTSM calon peserta PKH

Data ini diolah dan dicetak oleh SIM UPPKH Pusat berdasarkan data dari Badan Pusat statistik (BPS). Daftar tersebut dikirim oleh PT Pos ke masing-masing UPPKH Kabupaten/Kota. Data ini digunakan untuk menyusun jadwal pertemuan awal di masing-masing desa/kecamatan, selain daripada itu data ini berguna juga untuk menulis dan mengirimkan undangan pertemuan awal ke setiap RTSM calon peserta PKH.

b. Daftar nama ibu hamil/ibu nifas bayi balita dan anak usia sekolah

Data ini diolah dan dicetak oleh SIM UPPKH Pusat berdasarkan data dari BPS. Daftar tersebut dikirim oleh PT Pos ke masing-masing UPPKH Kabupaten/Kota. Data ini digunakan untuk menyusun rencana jadwal kunjungan masing-masing ibu hamil (Bumil), ibu nifas (Bufas), Bayi dan Balita ke Puskesmas dan jaringannya

c. Daftar formulir validasi

Data ini diolah dan dicetak oleh SIM UPPKH Pusat berdasarkan data dari BPS. Daftar tersebut dikirim oleh PT Pos ke masing-masing UPPKH Kabupaten/Kota. Data ini digunakan untuk melakukan validasi data RTSM. Validasi dilakukan oleh pendamping kepada masing-masing RTSM pada saat pertemuan awal.

d. Data jadwal kunjungan masing-masing RTSM.

Untuk memudahkan pemantauan tentang kepatuhan RTSM teradap protokol kesehatan, maka masing-masing RTSM akan diberikan jadwal kunjungan ke masing-masing fasilitas kesehatan. Data ini akan diolah oleh SIM UPPKH Pusat berdasarkan data hasil validasi dan hasil pertemuan awal. Selanjutnya data tersebut dicetak dan dikirim oleh PT Pos ke masing-masing UPPKH Kabupaten/Kota untuk diserahkan ke masing-masing RTSM melalui pendamping.

e. Daftar formulir verifikasi

Formulir verifikasi diolah oleh SIM UPPKH Pusat berdasarkan data hasil Validasi. Data formulir tersebut kemudian akan diserahkan kepada PT Pos oleh UPPKH Pusat. Selanjutnya PT Pos mencetak dan mengirimkan formulir verifikasi ke masing-masing Puskesmas dan lembaga pendidikan yang memberikan pelayanan peserta PKH. Puskesmas dan jaringannya serta lembaga pendidikan mengisi formulir *verifikasi* tersebut berdasarkan kehadiran peserta PKH.

Setelah diisi oleh masing masing *provider* kemudian diambil oleh petugas PT Pos dan diserahkan ke UPPKH Kabupaten/Kota.

f. Data hasil pengaduan masyarakat

Data hasil pengaduan masyarakat diperoleh dari pengaduan yang diterima oleh pendamping maupun UPPKH Kabupaten/Kota baik yang diperoleh dari peserta PKH maupun dari bukan peserta PKH.

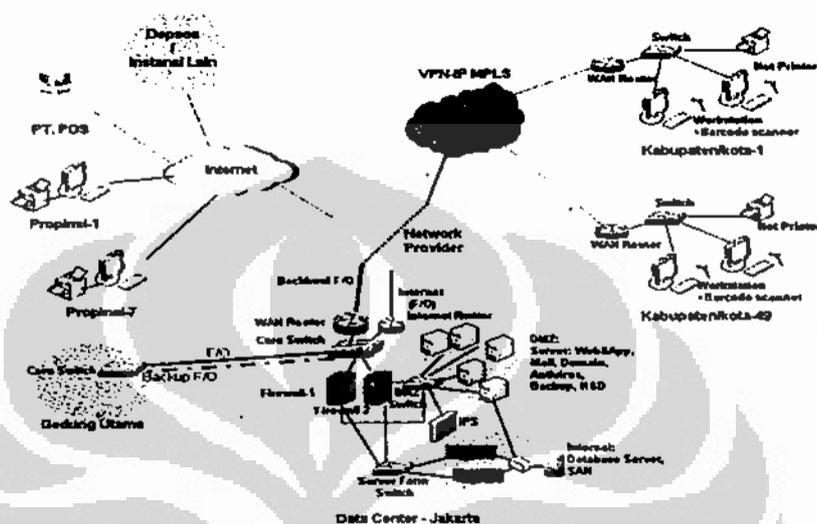
g. Data hasil pemutakhiran

Pemutakhiran data dilakukan secara rutin jika terjadi perubahan status peserta PKH baik yang terkait dengan informasi kelairan, kematian, perubahan alamat, perubahan nama penerima dan sebagainya.

2.8.3.2. Gambaran SIM PKH Pusat dan Kabupaten/Kota

Sistem informasi manajemen program keluarga harapan (SIM PKH) dirancang sedemikian rupa agar dapat membantu pelaksanaan PKH secara baik antara lain ; *validasi, verifikasi, pemutakhiran data* peserta PKH, dan pengaduan masyarakat baik peserta PKH maupun masyarakat umum. SIM PKH akan mengolah semua aktivitas *database* peserta PKH. SIM PKH akan bersifat *online* dalam artian semua peserta PKH dapat melihat dan memonitoring kegiatan dan informasi PKH seperti yang terlihat dalam gambar berikut ini.

Gambar 2.3 Konfigurasi Sistem Informasi Manajemen
Program Keluarga Harapan



Gambar Konfigurasi SIM - PKH

2.8.3.3. Mekanisme SIM PKH

a. Undangan Peserta PKH

Setelah mendapatkan data RTSM PKH dari BPS, UPPKH pusat akan memerintahkan pendamping untuk melakukan validasi data tersebut untuk dijadikan data calon peserta PKH, selanjutnya data RTSM ini dicetak oleh PT Pos Indonesia untuk kemudian dikirim ke calon peserta PKH. UPPKH pusat akan mengirimkan undangan kepada calon peserta PKH untuk dapat mengikuti/menghadiri pertemuan awal yang akan difasilitasi oleh pendamping di tingkat kecamatan.

b. Validasi

Pada pertemuan awal yang dilaksanakan ditingkat kecamatan, calon peserta PKH akan mendapatkan formulir yang berisi tentang data-data keluarga seperti nama kepala keluarga, nama ibu, nama anak, usia, alamat rumah, alamat sekolah, alamat penyedia layanan kesehatan (Puskesmas, Posyandu, Pustu, dll), formulir ini juga akan menjelaskan secara singkat PKH, dan persyaratan-persyaratan yang harus dipenuhi oleh peserta PKH. Para calon peserta PKH diminta untuk mengoreksi/mengecek tentang data keluarganya. Apabila ada kesalahan data keluarga, maka dilakukan validasi oleh pendamping. Data keluarga yang sudah divalidasi selanjutnya diinput ke data *center* untuk menjadi *master data base* peserta PKH.

a. Entry data/input data

Proses input data ini akan dilakukan di kantor UPPKH Kabupaten/Kota. Penginputan ini meliputi validasi data peserta PKH, perubahan, pemutakhiran data serta pengaduan PKH baik oleh peserta PKH maupun masyarakat umum.

c. Verifikasi

Setiap bulan, peserta PKH ini dilakukan *verifikasi* baik untuk bidang kesehatan dan pendidikan. *Verifikasi* ini dilakukan di UPPKH Kabupaten/Kota oleh operator SIM PKH. *Verifikasi* ini dilakukan untuk menginput data-data yang tidak memenuhi persyaratan (*not compliance*). Hasil *verifikasi* ini akan menentukan jumlah bantuan yang akan diterima oleh peserta PKH periode berikutnya. Hal ini sangat penting dan dibutuhkan kehati-hatian dari operator sim PKH dalam melakukan proses *verifikasi* ini.

d. Pemutakhiran data

Dalam berjalannya PKH, banyak ditemukan perubahan-perubahan data peserta PKH. Hal ini bisa terjadi apabila peserta PKH pindah alamat, bertambah usia anak dari balita masuk sekolah dasar, meninggal dan lainnya

e. Pengaduan PKH

Apabila ditemukan permasalahan yang timbul dari PKH ini, baik peserta PKH maupun masyarakat umum dapat melakukan pengaduan ke UPPKH Kabupaten/Kota.

f. Kartu Penerima

Setiap peserta PKH akan diberikan kartu peserta/penerima bantuan PKH. Kartu ini juga akan dilengkapi *barcode* yang berisi tentang data peserta PKH.

g. Laporan

Semua petugas pendamping dan pelaksana PKH baik di UPPKH Pusat maupun di UPPKH Kabupaten/Kota diharuskan membuat laporan kegiatan setiap bulan sekali.

2.8.4. Prototyping

Prototyping merupakan suatu pendekatan yang membuat suatu model yang memperlihatkan fitur-fitur suatu produk, layanan atau sistem usulan. Cara seperti ini telah bisa dilakukan dalam manufaktur; misalnya membuat model mobil sebelum mobil sesungguhnya dibuat. Langkah-langkah *prototype* adalah sebagai berikut :

- a. Mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan dasar pemakai. Dalam hal ini perancang sistem bekerja dengan pemakai untuk menangkap informasi dasar yang diperlukan pemakai.

- b. Mengembangkan sebuah *prototype*. Perancang sistem menciptakan sebuah *prototype* dengan cepat dengan menggunakan perangkat lunak. *Prototype* dapat hanya mencakup fungsi-fungsi yang paling penting atau mencakup seluruh sistem.
- c. Menggunakan *prototype*. Pada tahap ini, pemakai diminta untuk bekerja dengan sistem untuk menentukan cocok atau tidaknya *prototype* terhadap kebutuhan pemakai dan diharapkan pemakai memberi saran-saran untuk perbaikan *prototype*.
- d. Memperbaiki dan meningkatkan *prototype*. *Prototype* diperbaiki sesuai dengan semua perubahan yang diminta atau disarankan oleh pemakai. Setelah diperbaiki, langkah c dan d dilakukan secara terus menerus sampai pemakai merasa puas (Kadir & Triwahyuni, 2003).

Prototype dapat berdiri sebagai metode pengembangan tersendiri, tetapi juga dapat menjadi bagian dari *System Development Life Cycle* (SDLC). Beberapa versi SDLC yang lebih baru seringkali menyertakan *prototype* sebagai alternatif atau suplemen dalam tahapan analisis dan desain sistem. Dalam banyak kasus, *prototype* lebih digunakan untuk mendukung SDLC dari pada untuk menggantikannya.

Penggunaan metode *prototype* dalam pengembangan sistem akan lebih cepat dan lebih mudah dibandingkan dengan pendekatan SDLC yang memakan waktu lebih lama untuk menghasilkan spesifikasi yang sangat rinci sebelum pemakai dapat mengevaluasi sistem. Kelebihan lain dari penggunaan metode *prototype* adalah pendefinisian kebutuhan pemakai menjadi lebih baik karena keterlibatan pemakai yang lebih intensif, dapat meningkatkan kepuasan pemakai, memperkecil kesalahan dan kesalahan segera terdeteksi oleh pemakai, pemakai memiliki kesempatan lebih banyak dalam meminta perubahan-perubahan, dari segi biaya metode *prototype* dapat menghemat biaya 10%-20% dibandingkan menggunakan SDLC.

Disamping kelebihan tersebut, penggunaan metode *prototype* memiliki kelemahan yaitu ; *prototype* hanya bisa berhasil jika pemakai bersungguh-

sungguh dalam menggarap *prototype*, kemungkinan dokumentasi terabaikan karena pengembang lebih berkonsentrasi pada pengujian dan pembuatan *prototype*, dari segi waktu yang pendek kemungkinan sistem dibuat tidak lengkap dan bahkan kurang teruji. Selain itu, karena didalam pembuatan *prototype* sering terjadi pengulangan maka jika pengulangan tersebut terlalu banyak ada kemungkinan pemakai menjadi jenuh dan memberikan reaksi *negatif*. Kelemahan lain adalah apabila tidak terkelola dengan baik, *prototype* menjadi tidak pernah berakhir, hal ini disebabkan permintaan terhadap perubahan terlalu mudah untuk dipenuhi (Kadir, 2003)



BAB III

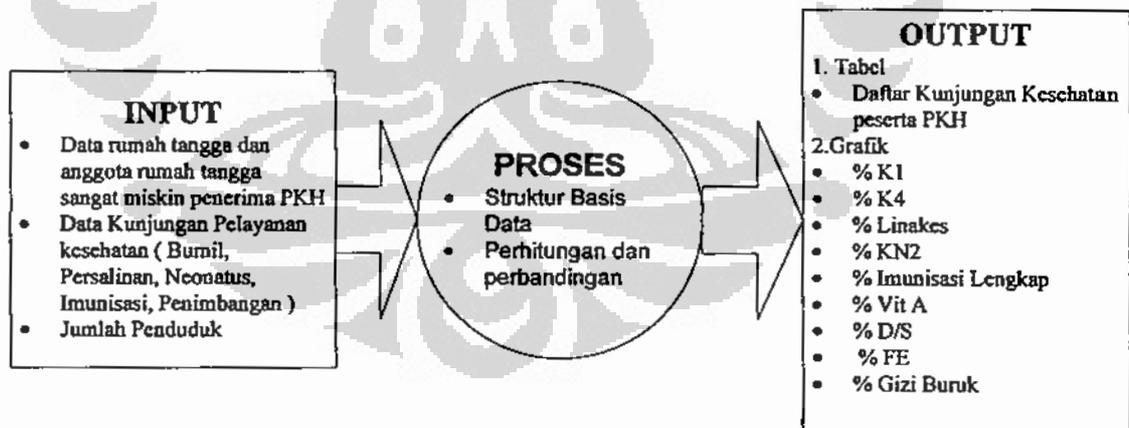
KERANGKA KONSEP

3.1. Kerangka Konsep

Sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas ini akan dikembangkan untuk melakukan pemantauan program kesehatan ibu dan anak (KIA), gizi dan imunisasi serta untuk mendukung program PKH Kesehatan. Pengembangan sistem informasi ini berdasarkan teori pada tinjauan pustaka, Kerangka pikir menggunakan pendekatan sistem terdiri dari komponen masukan – proses – keluaran.

Gambar 3.1

Kerangka Konsep Sistem Informasi Manajemen Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung Verifikasi Program Keluarga Harapan Di Tingkat Puskesmas



3.2. Definisi Operasional

3.2.1. Komponen Input

a. Data Rumah Tangga sangat miskin penerima PKH

Data peserta program keluarga harapan yang meliputi nama kepala keluarga, anggota rumah tangga, ibu/wanita pengurus rumah tangga, jumlah dan umur anggota rumah tangga, beserta jenis sasaran (Hamil, bayi, 1-6 tahun).

b. Data Kunjungan Pelayanan Kesehatan

Meliputi kunjungan pemeriksaan ibu hamil *antenatalcare* (ANC), kunjungan persalinan, kunjungan nifas, imunisasi, penimbangan 0-59 Bln dan Pemberian Vit A.

c. Jumlah Penduduk

Adalah jumlah penduduk perdesa yang dikeluarkan oleh Badan Pusat Statistik.

3.2.2. Komponen Proses

a. Struktur Basis Data

Susunan kumpulan *file-file* yang mempunyai kaitan satu sama lain sehingga membentuk satu basis data yang dapat menghasilkan informasi-informasi yang diperlukan oleh pengguna.

b. Perhitungan dan perbandingan

Tatanan dalam sistem yang bekerja mengolah data dengan cara membuat perhitungan dan perbandingan sesuai dengan variabel *numerator* dan *denominator*

3.2.3. Komponen Keluaran

a. Tabel

Daftar Kehadiran peserta PKH pada pelayanan kesehatan beserta jenis tindakan yang diberikan

b. Grafik

- 1) Prosentase K4 adalah kunjungan ibu hamil untuk pemeriksaan kehamilan minimal 1 kali pada trisemester I, 1 kali pada trisemester II dan 2 kali pada trisemester III diantara ibu yang bersalin
- 2) Prosentase Linakes adalah proporsi ibu melahirkan ditolong tenaga kesehatan diantara ibu bersalin pada periode yang sama
- 3) Prosentase KN 2 adalah kunjungan neonatus 0-28 hari ke fasilitas kesehatan diantara semua bayi 0-28 hari pada periode yang sama
- 4) Prosentase Imunisasi lengkap adalah proporsi bayi 12 bulan yang telah mendapat 5 imunisasi dasar diantara seluruh bayi 12 bulan pada periode yang sama
- 5) Prosentase Vit A adalah proporsi anak usia 6-59 bulan yang telah mendapat Vit A diantara seluruh anak 6-59 bulan
- 6) Prosentase Gizi Buruk adalah perbandingan antara bayi dan balita yang menderita gizi buruk dengan seluruh bayi dan balita pada periode yang sama
- 7) Prosentase Fe adalah proporsi ibu hamil yang mendapat tablet Fe 90 tablet diantara seluruh ibu hamil
- 8) Prosentase D/S adalah proporsi balita yang ditimbang diantara seluruh balita

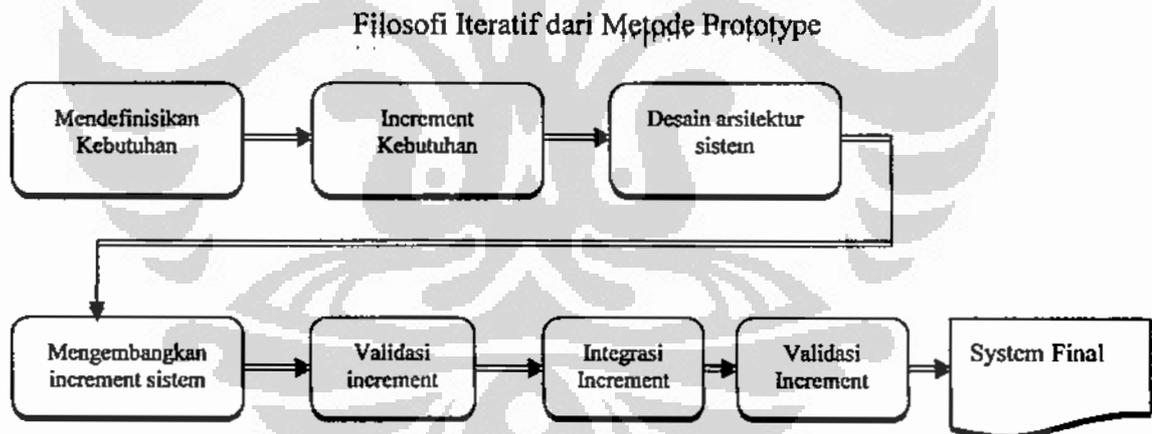
BAB IV METODE PENGEMBANGAN SISTEM

Metode pengembangan sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan ditingkat Puskesmas meliputi beberapa tahapan yaitu langkah pengembangan sistem dan perancangan sistem.

4.1 Metodologi Pengembangan Sistem

Pada pengembangan sistem informasi ada beberapa metodologi yang dipakai. Pada sistem ini penulis menggunakan metodologi operasional desain dengan pendekatan *incremental* model, yang menggabungkan elemen – elemen dalam model urutan linear/ *System Development Life Cycle* (SDLC) dengan filosofi *iteratif* dari metoda *prototipe*.

Gambar 4.1 Metodologi Pengembangan Sistem Menggunakan SDLC



Menurut Jugiyanto (2003) Suatu prototipe adalah bentuk dasar atau model awal dari suatu system atau bagian dari suatu system. Setelah dioperasikan, *prototipe* ditingkatkan terus sesuai dengan kebutuhan pemakai sistem yang juga meningkat.

Sedangkan *prototyping* adalah proses pengembangan suatu *prototipe* secara cepat untuk digunakan terlebih dahulu dan ditingkatkan terus menerus

sampai didapatkan sistem yang utuh. Proses pengembangan sistem ini yaitu dengan membuat prototype atau model awal, mencobanya, meningkatkannya dan mencobanya lagi dan meneruskannya sampai mendapatkan sistem yang lengkap.

Tahapan yang dilakukan dalam model *incremental* meliputi tahap analisis, perancangan, pengkodean dan tahap uji coba.

4.1.1. Tahap Analisis

Tahapan analisis adalah tahapan dimana sistem yang sedang berjalan dipelajari dan sistem pengganti atau pengembangan diusulkan. Pada tahap ini merupakan fase pengembangan dalam pembangunan sistem informasi yang utamanya difokuskan pada masalah dan persyaratan-persyaratan bisnis/sistem informasi, terpisah dari teknologi apapun yang dapat atau akan digunakan untuk mengimplementasikan solusi pada masalah tersebut.

Kegiatan yang akan dilakukan pada tahap ini adalah :

- a. Identifikasi indikator keberhasilan PKH kesehatan
- b. Identifikasi masalah pada sistem
- c. Identifikasi kebutuhan informasi

4.1.2. Tahap Perancangan

Perancangan sistem merupakan tahap lanjutan 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 sebagai berikut :

- 1) Pembuatan bagan alir data (*flow chart*), digunakan untuk mengetahui aliran data yang masuk, apakah berupa data laporan atau data analisis, sehingga dengan mudah dapat diolah menjadi informasi.
- 2) Diagram konteks, dibuat berdasarkan masukan, proses dan keluaran, sehingga secara garis besar dapat diketahui siapa saja sebagai pemberi/sumber data, siapa pengolah data dan siapa pengguna data.

- 3) Pembuatan diagram arus data / *data flow diagram* (DFD), untuk menggambarkan proses perhitungan dan manipulasi data hingga menghasilkan informasi secara detail dan terinci.

b. Perancangan Basis Data

1) Pembuatan Kamus Data

Pembuatan kamus data bertujuan untuk memudahkan pengolah dan pengguna sistem informasi mencari komponen data atau unit data yang diperlukan.

2) Pembuatan Hubungan Entitas (ERD)

Pembuatan hubungan antar entitas atau disebut dengan *entity relational diagram* (ERD) bertujuan agar pemakai dapat mengetahui hubungan sistem yang dibuat, sehingga mempermudah permasalahan program pada tiap *entitas*.

c. Pembuatan Prototipe

- 1) Pembuatan rancangan masukan dan keluaran (*interface*) yaitu bentuk *entry data, report, query* dalam sistem menu.
- 2) Pembuatan dokumentasi/panduan penggunaan aplikasi (*user manual*), agar prototipe lebih mudah dipahami oleh pemakai.

4.1.3. Tahap Pengkodean

Pada tahap pengkodean ini dilakukan penerjemahan dari rancangan ke dalam bahasa pemrograman yang dapat dimengerti oleh mesin (komputer).

4.1.4. Tahap Ujicoba

Uji coba dilakukan terhadap *prototype* yang dihasilkan pada pengembangan sistem ini. Metoda yang digunakan dalam uji coba *prototype* ini menggunakan pendekatan *static testing, functional testing, dan performance testing* sesuai dengan metoda pengembangan sistem yang digunakan, yaitu pada tiap tahap model *incremental* (analisis, perancangan dan pengkodean).

Komponen yang diuji adalah sebagai berikut :

- a. Komponen persyaratan dokumen, meliputi diagram arus data, kamus data dan bagan alir sistem.
- b. Komponen rancangan *input*, meliputi pengujian pengendalian *input* dan kemudahan dalam penggunaan.
- c. Komponen rancangan proses, meliputi pengujian terhadap prosedur sistem operasi, konsistensi dan kehandalan perangkat yang digunakan, fungsi dari fasilitas yang digunakan, *fleksibilitas* dan model yang digunakan.
- d. Komponen rancangan sistem *database*, meliputi pengujian terhadap kejelasan fungsi dari entitas dan atribut serta kapasitas *database* yang dimiliki.

4.2 Lokasi Penelitian

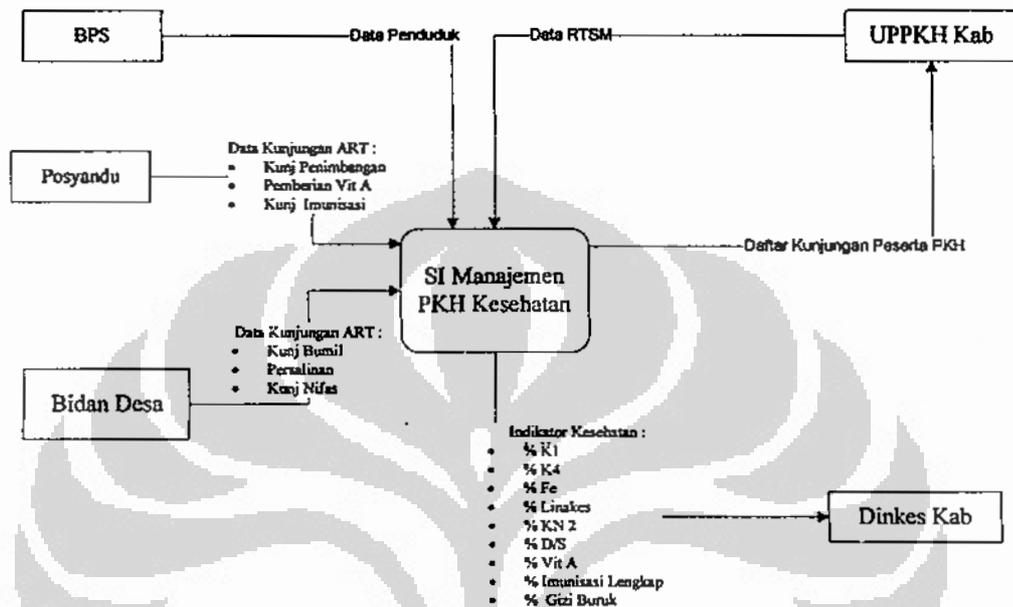
Sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak ini dikembangkan ditingkat puskesmas di wilayah proyek program keluarga harapan Kabupaten Tasikmalaya

4.3 Entitas

Entitas adalah unit/pihak/organisasi/institusi yang memiliki keterkaitan langsung dengan sistem yang akan dikembangkan, yang menjadi entitas dalam sistem ini adalah Bidan Desa dan Posyandu, UPPKH Kabupaten, BPS, merupakan entitas sumber sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan ditingkat Puskesmas dan entitas tujuan adalah tingkat administrasi di atasnya dalam hal pelaporan program yaitu UPPKH Kabupaten dan Dinas Kesehatan.

Kerangka dasar entitas sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan ditingkat Puskesmas dapat dilihat pada diagram konteks berikut ini:

Gambar 4.2. Entitas Sistem Informasi Manajemen Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung Verifikasi Program Keluarga Harapan Ditingkat Puskesmas



4.4 Pengumpulan Data

4.4.1. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan cara mempelajari berkas pencatatan dan pelaporan, telaah dokumen. Sedangkan data primer didapat dengan cara wawancara mendalam (*indepth interview*).

a. Telaah Dokumen

Telaah dokumen dilakukan untuk mengidentifikasi dokumen yang berhubungan dengan pengembangan sistem informasi manajemen program keluarga harapan kesehatan Kabupaten Tasikmalaya yang telah dilaksanakan. Dokumen yang ada ditelaah beberapa dokumen, diantaranya kesesuaian, akurasi data, kelengkapan item data pada formulir pelaporan dan frekuensi pelaporan selama setahun.

b. Wawancara Mendalam

Wawancara mendalam dilakukan untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam terhadap orang – orang terkait kegiatan program keluarga harapan. Prinsip dari wawancara mendalam adalah untuk mengetahui proses, hambatan dan kendala pelaksanaan kegiatan serta menampung saran-saran demi untuk perbaikan sistem yang akan dikembangkan.

4.4.2. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini diadaptasi dari instrumen penelitian "*Addressing The Gaps Of Social Protection Programs From Policy To Various Community-Based Service Levels In Indonesia*" yang dilakukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI) Tahun 2009 setelah dilakukan modifikasi seperlunya untuk memperoleh data-data :

- a. *Checklist* dan pedoman telaah dokumen yang berisi tentang:
 - 1) Jenis dokumen yang ditelaah
 - 2) Suborganisasi untuk mendapatkan data
 - 3) Substansi dokumen yang ditelaah
- b. Pedoman wawancara mendalam dengan topik
 - 1) Mekanisme dan alur pencatatan pelaporan kegiatan program kesehatan ibu dan anak
 - 2) Proses pengelolaan data kegiatan program keluarga harapan.
 - 3) Sistem informasi program keluarga harapan

Tabel 4.1

**Matrik Instrumen Pengumpulan Data Sistem Informasi Manajemen Program
Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung Verifikasi
Program Keluarga Harapan Ditingkat Puskesmas**

NO	AREA OBSERVASI	METODE	INSTRUMEN	SUMBER DATA
1	INPUT			
a	Tupoksi UPPKH	Wawancara	Form Org.1	Ka UPPKH Kab Buku Pedoman PKH
b	Entitas sistem	Wawancara	Form Pronet	Ka UPPKH Kab Kadinkes Ka Puskesmas
c	Fungsi tiap Unit	Wawancara	Kuesioner 1.a Kuesioner 1.b Kuesioner 1.c Kuesioner 1.d Form F	Ka UPPKH Kab Ka Dinkes Koord Pendamping Ka Puskesmas
d	Infrastruktur IT	Wawancara	Form IT	SI UPPKH Puskesmas
2	PROSES			
	Pencatatan dan pelaporan	Checlist	Form A.1 Form A.2	Puskesmas Pendamping
3	OUTPUT			
	Indikator minimal	Wawancara	Form IND.1 Form IND 1.a	Ka UPPKH kab Laporan UPPKH

4.4.3. Informan Pengumpulan Data

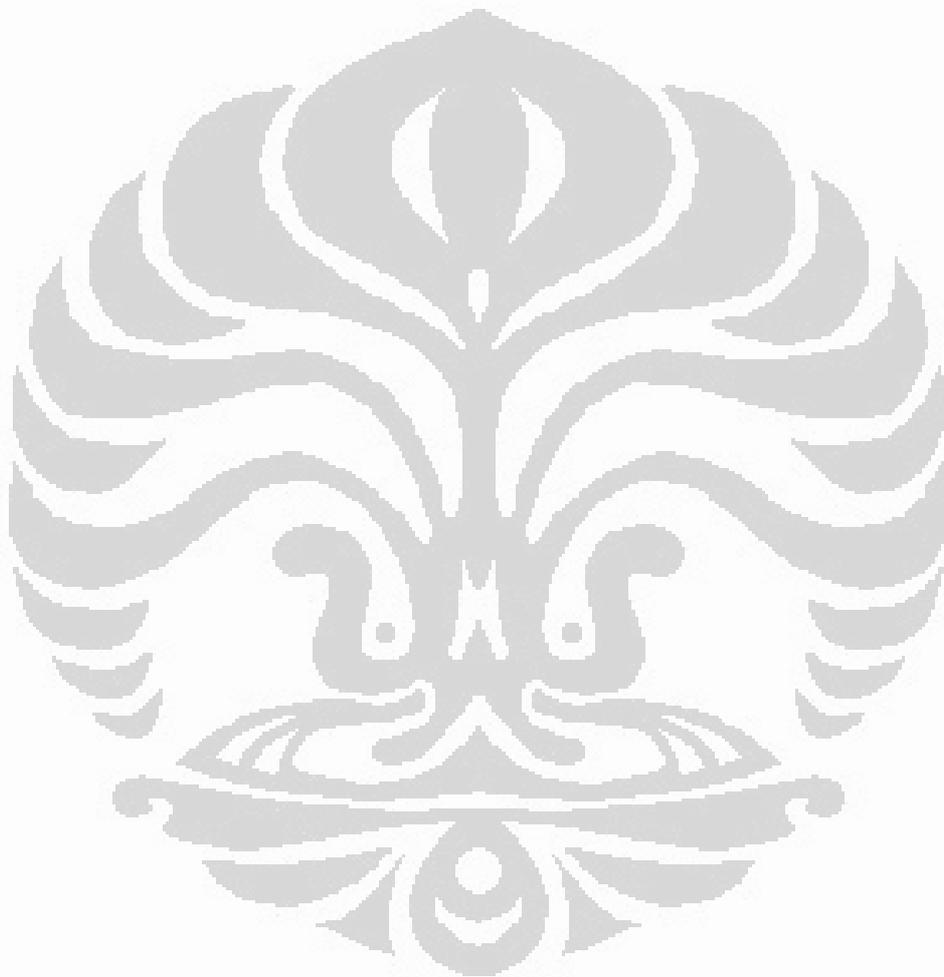
Informan adalah orang yang menjadi responden untuk mendapatkan data tentang pengembangan sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan ditingkat Puskesmas. Gambaran tersebut terdiri dari proses alur pelaporan dan pelaksanaan manajemen program keluarga harapan.

Informan dipilih sesuai dengan prinsip kesesuaian dan kecukupan. Informan di tingkat UPPKH Kabupaten Tasikmalaya, Pendamping, Dinas Kesehatan dan Puskesmas

Kriteria untuk Informan yang berasal dari UPPKH Kab Tasikmalaya adalah yang telah bertugas minimal 1 tahun dan memahami

Universitas Indonesia

tentang kegiatan Program Keluarga Harapan. Sedangkan informan yang berasal dari Dinas Kesehatan dan Puskesmas adalah minimal 3 Tahun dan menguasai bidang tugasnya.



Universitas Indonesia

BAB V

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian didasarkan pada hasil analisis terhadap sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak dengan telaah dokumen dan wawancara mendalam terhadap beberapa informan di Sekretariat UPPKH Kabupaten Tasikmalaya, Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya dan beberapa Puskesmas serta informasi lain yang berkaitan dengan program keluarga harapan kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya.

5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

5.1.1. Luas Wilayah dan Batas-batas

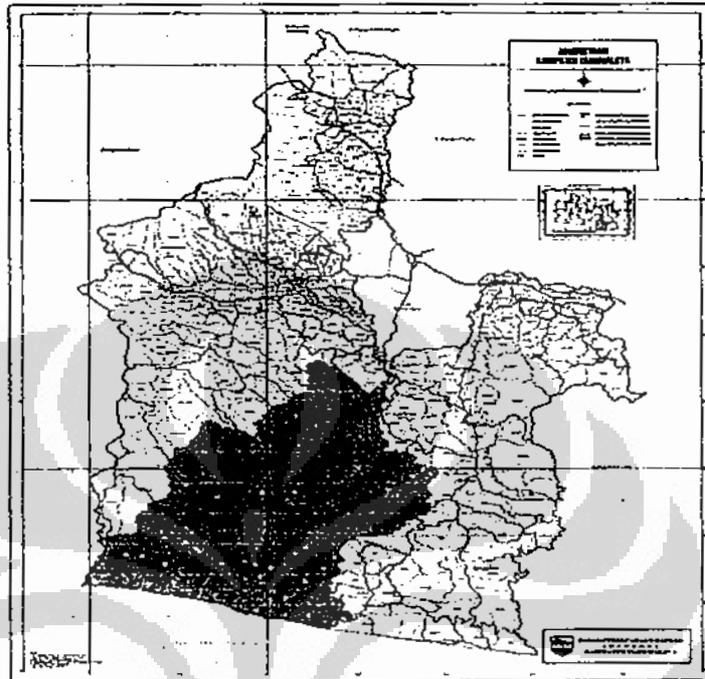
Kondisi geografis Kabupaten Tasikmalaya terdiri dari wilayah pegunungan, bukit, dataran dan pantai. Letak wilayahnya berbatasan dengan beberapa kabupaten dan laut, yaitu :

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Ciamis dan Majalengka.
- b. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Ciamis.
- c. Sebelah Selatan berbatasan dengan Samudra Hindia.
- d. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Garut.

Secara geografis terletak antara 107° 56' BT - 108°8' BT dan 7° 10' LS - 7° 49' LS dengan jarak membentang antara Utara Selatan terjauh 75 Km dan antara arah Barat Timur 56,25 Km. Luas keseluruhan sebesar 2.563,35 Km². Sebagian besar wilayahnya berada pada ketinggian antara 0 - 1.500 m diatas permukaan laut yang membentang dari arah utara dan yang terendah kearah selatan.

Sebagian kecil wilayahnya yaitu 0,81 % berada pada ketinggian diatas 1.500 m, keadaan iklim umumnya bersifat tropis dan beriklim sedang dengan rata-rata suhu di dataran rendah antara 20°-34° C dan di dataran tinggi berkisar 18°-22° C. Curah hujan rata-rata 2,072 mm/tahun, jumlah hari hujan rata-rata 82 hari (www.tasikmalayakab.go.id).

Gambar 5.1
Peta Wilayah Kabupaten Tasikmalaya



Sumber : Bapeda Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2009

5.1.2. Wilayah Administrasi

Wilayah administrasi pemerintahan Kabupaten Tasikmalaya Sejak tahun 2001 selepas pemekaran wilayah dengan Kota Tasikmalaya terdiri dari 39 Kecamatan dan 351 desa. Berikut adalah tabel daftar Kecamatan, Puskesmas dan jumlah Desa di Kabupaten Tasikmalaya

Tabel 5.1
Kecamatan, Desa dan Puskesmas di Kabupaten Tasikmalaya
Tahun 2009

No	Nama Kecamatan	Jumlah Puskesmas	Jumlah Desa
1	CIPATUJAH	1	15
2	KARANGNUNGGAL	1	14
3	CIKALONG	1	13
4	PANCATENGAH	1	11
5	CIKATOMAS	1	9
6	CIBALONG	1	6
7	PARUNGPONTENG	1	8
8	BANTARKALONG	1	8
9	BOJONGASIH	1	6
10	CULAMEGA	1	5
11	BOJONGGAMBIR	1	10
12	SODONGHILIR	1	12
13	TARAJU	1	9
14	SALAWU	1	12
15	PUSPAHIANG	1	8
16	TANJUNGGAJA	1	7
17	SUKARAJA	1	8
18	SALOPA	1	9
19	JATIWARAS	1	11
20	CINEAM	1	10
21	KARANGJAYA	1	4
22	MANONJAYA	1	12
23	GUNUNGTANJUNG	1	7
24	SINGAPARNA	2	10
25	MANGUNREJA	1	6
26	SUKARAME	1	6
27	CIGALONTANG	1	16
28	LEUWISARI	1	7
29	PADAKEMBANG	1	5
30	SARIWANGI	1	8
31	SUKARATU	1	8
32	CISAYONG	1	13
33	SUKAHENING	1	7
34	RAJAPOLAH	1	8
35	JAMANIS	1	8
36	CIAWI	1	11
37	KADIPATEN	1	6
38	PAGERAGEUNG	1	10
39	SUKARESİK	1	8
	J U M L A H	40	351

Sumber : RPJMD Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2009

5.1.3. Kependudukan

Jumlah penduduk Kabupaten Tasikmalaya pada tahun 2008 yaitu sebanyak 1.839.682 jiwa yang terdiri dari penduduk laki-laki sebanyak 914.510 jiwa (49,71%) dan perempuan sebanyak 925.172 jiwa (50,29%). Apabila dibandingkan dengan jumlah penduduk pada tahun 2007 yaitu sebesar 1.792.092 jiwa, maka terdapat peningkatan jumlah penduduk sebesar 2,59%.

Untuk penambahan penduduk sejak tahun 2004 sampai dengan tahun 2008 rata-rata pertambahan penduduk berkisar antara 3% sampai dengan 5%, prosentase pertambahan penduduk tahun 2008 sebesar 2,66% dari 1.792.092 jiwa tahun 2007 menjadi 1.839.682 jiwa pada tahun 2008 (Sumber : Suseda Propinsi Jawa Barat tahun 2008 dalam Profil Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya tahun 2009).

5.1.4. Kemiskinan

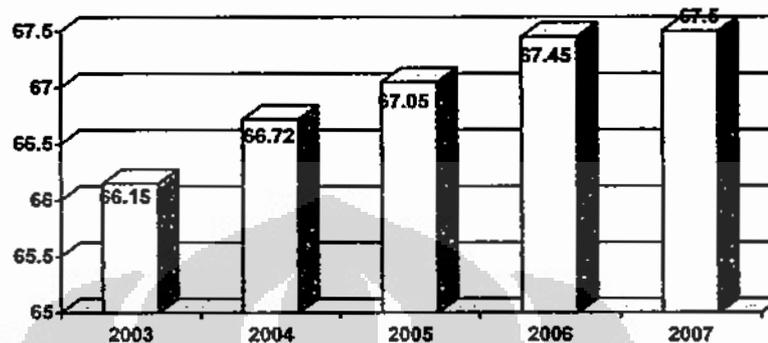
Dari 1,6 juta jiwa penduduk, sebanyak 432 ribu jiwa (26,20%) masuk dalam kategori miskin. Penduduk miskin pada tahun 2005 kembali mengalami kenaikan *signifikan*, setelah menurun dari tahun 2002, hal ini disebabkan oleh kenaikan bahan bakar minyak (BBM) yang hampir mencapai 100%. Kenaikan BBM tersebut secara tajam menurunkan kemampuan daya beli masyarakat, sehingga banyak masyarakat yang semula disekitar garis kemiskinan turun turun dibawah garis kemiskinan dan meningkatkan jumlah penduduk miskin (*RPJMD Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2009*).

5.2. Profil Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya

5.2.1 Umur Harapan Hidup

Angka umur harapan hidup (UHH) di Kabupaten Tasikmalaya diperoleh dari hasil survei indek pembangunan manusia (IPM) Tahun 2007, dengan perincian dalam lima tahun terakhir sebagai berikut :

Gambar 5.2
Umur Harapan Hidup Kabupaten Tasikmalaya
Tahun 2003 s/d 2007



Sumber : Profil Kesehatan Kab. Tasikmalaya

UHH di Kabupaten Tasikmalaya dalam lima tahun terakhir trendnya cenderung terus meningkat, hal ini mengindikasikan bahwa upaya kesehatan yang dilakukan cukup berhasil. Namun demikian bila dilihat dari prosentase peningkatannya yang relatif kecil yaitu rata-rata per tahunnya hanya 0,67% (Profil Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya tahun 2008).

5.2.2 Kematian

5.2.2.1 Angka Kematian Kasar

Angka Kematian Kasar Kabupaten Tasikmalaya menunjukkan sebesar 3,56 per 1.000 penduduk pada tahun 1997, dan ini masih berada jauh di bawah rata-rata propinsi Jawa Barat menurut Sensus Penduduk 1990 ataupun menurut BPS Propinsi Jawa Barat tahun 1997.

5.2.2.2 Kematian Bayi

Situasi angka kematian bayi (AKB) di Kabupaten Tasikmalaya dari tahun 2005-2008 menunjukkan kecenderungan terus meningkat Untuk tahun 2005 yaitu 8,7 perseribu kelahiran hidup tahun 2006 9,4 perseribu dan tahun 2007 yaitu 10,2 perseribu, sedangkan untuk tahun 2008 sebesar 11,1 perseribu

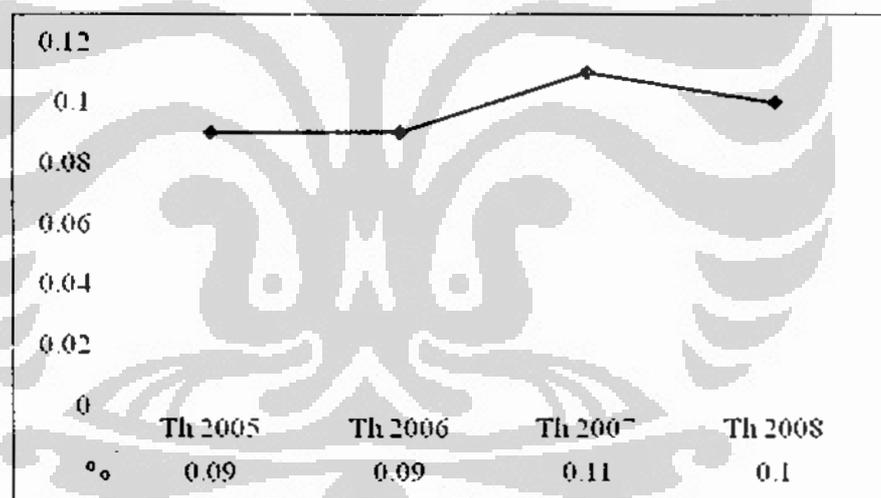
5.2.2.3 Angka Kematian Anak Balita.

Untuk tahun 2007 angka kematian balita adalah 21 anak dari jumlah balita 216.046, atau sebesar 0,06 per 1.000 balita, sedangkan untuk tahun 2008 meningkat, dari jumlah balita 219.036 angka kematian balita adalah 24 anak atau sebesar 0,11 per 1.000 balita.

5.2.2.4 Angka Kematian Ibu

Angka kematian ibu bersalin *maternal mortality rate* (MMR) dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2008 disajikan dalam bentuk Grafik dan Tabel berikut ini :

Gambar 5.3
Grafik Kematian Maternal di Kabupaten Tasikmalaya
Tahun 2005-2008



Sumber bahan : Profil Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya Thn 2008

Tabel 5.2
Penyebab Kematian Maternal di Kabupaten Tasikmalaya
Tahun 2005-2008

Penyebab Kematian	TAHUN							
	2005		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Perdarahan	13	43.33	14	48.28	21	40.38	17	36.96
Eklamsia	0	0	7	24.14	10	19.23	10	21.74
Insfeksi	3	10.00	1	3.45	0	0	3	6.52
Hipertensi	2	6.67	0	0	0	0	0	0
KET	8	26.67	0	0	0	0	0	0
EKL	1	3.33	0	0	0	0	0	0
Lainnya	3	10.00	7	24.14	21	40.38	16	34.78
Jumlah	30	100	29	100	52	100	46	100

Sumber bahan : Profil Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya Thn 2008

5.2.3 Pelayanan Kesehatan

Akses pelayanan ibu hamil pada kunjungan pemeriksaan kehamilan dari 49.004 orang ibu hamil yang ada di Kabupaten Tasikmalaya pada tahun 2008, telah melakukan pemeriksaan kehamilan pada kunjungan pertama (K1) sebesar 75,31% dan kunjungan berikutnya (K4) sebesar 64,95%. Dibandingkan dengan taun 2007 menunjukkan penurunan cakupan program, khususnya untuk K4 dari tahun sebelumnya sebesar 66,20%, sementara itu jumlah bidan dari tahun ke tahun terus bertambah.

Proses persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan pada tahun 2008 yaitu sebesar 61,35%. Angka cakupan pertolongan persalinan ini mengalami peningkatan bila dibanding setahun sebelumnya yaitu tahun 2007 yang hanya mencapai 58,13%. Kondisi ini berbanding terbalik dengan jumlah desa ditempati bidan, karena dari jumlah desa sebanyak 351 telah ditempati bidan desa sebanyak 90% telah terisi oleh bidan desa (Profil Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya, 2008).

Cakupan kunjungan neonatal pada tahun 2008 yaitu sebesar 77,78% dari jumlah neonatus sebanyak 41.746 orang, bila dibanding tahun sebelumnya maka terjadi kenaikan yaitu pada tahun 2007 yang hanya mencapai 71,85%.

Universitas Indonesia

Cakupan pemberian vitamin A untuk tahun 2008 pada Balita sebesar 63,72% dan untuk ibu nifas sebesar 70,77%. Terjadi kenaikan cakupan apabila dibandingkan dengan tahun 2007, dimana pada balita sebesar 58,86% dan pada ibu nifas mencapai 65,97%.

Cakupan pemberian Fe pada ibu hamil yang mendapatkan 90 tablet Fe pada tahun 2008 sebesar 78,29% sedangkan untuk tahun 2007 pencapaiannya hanya 78,82%, angka ini masih dibawah angka target yang diharapkan yaitu 90%, dengan demikian kenaikan yang didapat selama satu tahun terlalu kecil hanya berkisar 0,53%, masih jauh dari hasil yang diharapkan.

Jumlah Balita yang ditimbang untuk tahun 2008 sebesar 81,09 %, terjadi penurunan apabila dibandingkan dengan tahun 2007 yang mencapai 99,78%.

Balita yang beratnya dibawah garis merah terjadi penurunan yang cukup drastis dari semula tahun 2007 sebesar 13,06% menjadi 3,43% untuk tahun 2008, begitu pula untuk gizi baik terlihat adanya kenaikan dari 86,76% tahun 2007 menjadi 90,12% untuk tahun 2008.

Cakupan desa *universal child immunisation* (UCI) pada tahun 2008 relatif masih rendah yakni baru 69% menurun dibandingkan dengan tahun 2007 yang mencapai 73,22%. (Profil Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya tahun 2008)

5.3. Gambaran Umum Unit Pelaksana Program Keluarga Harapan Kabupaten Tasikmalaya

Unit pelaksana program keluarga harapan (UPPKH) Kabupaten merupakan kunci untuk mensukseskan pelaksanaan PKH dan akan menjadi saluran informasi terpenting antara UPPKH kecamatan dengan UPPKH Pusat serta tim koordinasi provinsi dan tim koordinasi Kabupaten (Depsos, 2008).

5.3.1 Tugas Dan Tanggung jawab

- a. Menyediakan informasi terkait dengan program PKH kepada peserta PKH, pemberi pelayanan dan masyarakat umum

- b. Menerima pengaduan dan permintaan terkait dengan program, melakukan data *entri* atas semua pengaduan yang diterima serta membantu penyelesaian yang dapat dilakukan di tingkat Kecamatan dan Kabupaten /Kota
- c. Melakukan dan menerima data entri atas (i) klarifikasi data peserta, (ii) pemutakhiran data peserta dan (iii) hal-hal lain yang ditetapkan kemudian
- d. Menerima dan melakukan *scanning* dan data *entri verifikasi* komitmen peserta PKH dan data lainnya sesuai kebutuhan
- e. Bertanggung jawab atas pelaksanaan sosialisasi kepada masyarakat yang menjadi peserta PKH dan pelaksanaan sosialisasi lainnya jika dibutuhkan
- f. Berkoordinasi dengan Badan Pendidikan Latihan (Badiklit) untuk memastikan pelaksanaan pelatihan bagi (i) UPPKH Kecamatan dan (ii) pemberi pelayanan kesehatan dan pemberi pelayanan pendidikan
- g. Berkoordinasi dengan pihak terkait untuk memantau ketersediaan fasilitas kesehatan dan pendidikan serta tim Koordinasi Kabupaten
- h. Memfasilitasi pelaksanaan kegiatan monitoring PKH
- i. Memberikan laporan kegiatan bulanan kepada UPPKH Pusat dan Tim Koordinasi Kabupaten
- j. Tugas-tugas teknis lain

5.3.2 Pembagian Tugas

Pelaksanaan peran UPPKH Kabupaten tidak lepas dari peran serta UPPKH secara keseluruhan, pembagian tugas dan tanggung jawab dari masing-masing petugas pada UPPKH Kabupaten meliputi :

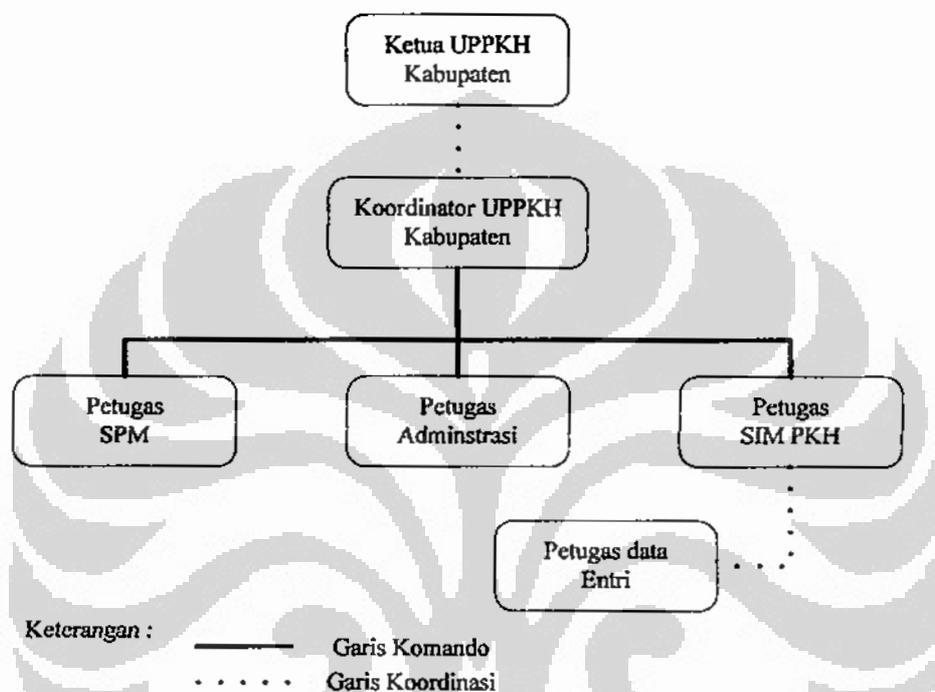
- a. Ketua UPPKH Kabupaten merupakan unsur tim sekretariat koordinasi PKH Kabupaten yang diambil dari Dinas Sosial Kabupaten Tasikmalaya. Tugas pokok dan tanggung jawabnya ; bertanggung jawab dalam menyediakan berbagai informasi PKH dan memastikan terlaksananya sosialisasi PKH, Pelatihan PKH bagi seluruh pemangku kepentingan, koordinasi dengan tim Koordinasi

Kabupaten agar Pemerintah Daerah memastikan ketersediaan fasilitas kesehatan dan pendidikan di tingkat Kabupaten, mempersiapkan laporan kegiatan berdasarkan informasi dari anggota UPPKH lainnya serta hasil berbagai kegiatan ketua. Ketua UPPKH bertanggung jawab langsung kepada Ketua Sekretariat Tim Koordinasi Kabupaten/Kota

- b. Koordinator UPPKH Kabupaten, tugas pokok dan tanggung jawabnya ; bertanggung jawab dalam mengelola operasional UPPKH Kab/Kota dan memantau pelaksanaan Tugas sistem informasi manajemen (SIM) PKH, Administrasi sistem pengaduan masyarakat (SPM) dan *entry data*, bertanggung jawab kepada ketua UPPKH Kabupaten
- c. SIM PKH, tugas pokok dan tanggung jawabnya ; proses pemutakhiran data, proses *scanning* dan *data entry* hasil *verifikasi* komitmen peserta, data analisis dan pelaporan atas pemenuhan komitmen peserta lainnya sesuai dengan kebutuhan.
- d. Sistem pengaduan masyarakat (SPM), tugas pokok dan tanggung jawabnya ; mengelola pengaduan terkait dengan program dan membantu penyelesaian permasalahan yang dapat dilakukan di tingkat kecamatan dan kabupaten, data analisis dan pelaporan atas pengaduan dan penyelesaian pengaduan sesuai kebutuhan
- e. Administrasi, tugas pokok dan tanggung jawabnya ; memfasilitasi pelaksanaan UPPKH Kecamatan termasuk monitoring pelaksanaan tugas fasilitator, memantau penggunaan formulir dan pesan formulir jika dibutuhkan, memastikan semua data penerima dan non penerima disimpan dengan baik, bersih, mudah diakses kembali jika dibutuhkan
- f. Data *entry*/operator Komputer SIM PKH, tugas pokok dan tanggung jawabnya ; memasukan data *klarifikasi*, pemutakhiran, persetujuan penerima dan *verifikasi* ke dalam SIM

5.3.3 Struktur Organisasi

Gambar 5.4 Struktur Organisasi
Manajemen UPPKH Tingkat Kabupaten



Sumber ; Depsos 2008

5.3.4 Unit Pelaksana PKH Kecamatan

Personel UPPKH kecamatan terdiri dari atas pendamping PKH, jumlah pendamping PKH disesuaikan dengan peserta PKH yang terdaftar dikecamatan bersangkutan, satu orang pendamping akan mendampingi sekitar 375 RTSM peserta PKH

Dalam pelaksanaan tugas sehari-hari UPPKH Kecamatan bertanggung jawab kepada UPPKH Kabupaten dan berkoordinasi dengan Camat. Tugas dan tanggung jawab UPPKH Kecamatan secara umum adalah melaksanakan tugas pendampingan kepada rumah tangga sangat miskin peserta PKH

5.3.5 Kepesertaan PKH

Berikut adalah kepesertaan program keluarga harapan Kabupaten Tasikmalaya tahun 2009

Tabel 5.3
Kepesertaan Program Keluarga Harapan
Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2009

No	Kecamatan	RTSM		Bayi		Bumil		Balita	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1	Ciawi	1,369	17.10	473	15.17	30	11.41	914	15.54
2	Leuwisari	779	9.73	313	10.04	21	7.98	564	9.59
3	Rajapolah	572	7.15	268	8.60	16	6.08	380	6.46
4	Salopa	745	9.31	323	10.36	18	6.84	718	12.21
5	Sariwangi	571	7.13	275	8.82	16	6.08	449	7.63
6	Singaparna	745	9.31	315	10.11	38	14.45	574	9.76
7	Sukahening	963	12.03	290	9.30	27	10.27	645	10.97
8	Sukaraja	810	10.12	311	9.98	38	14.45	510	8.67
9	Sukaratu	801	10.01	304	9.75	41	15.59	630	10.71
10	Sukaresik	649	8.11	245	7.86	18	6.84	497	8.45
Jumlah		8,004	100	3,117	100	263	100	5,881	100

Sumber : UPPKH Kabupaten Tasikmalaya

5.4. Analisa Entitas Sistem

5.4.1. Posyandu

Merupakan entitas input yang akan mensuplai data kunjungan kesehatan anggota rumah tangga sangat miskin berupa data penimbangan, imunisasi yang didapat dan kunjungan pemeriksaan kehamilan. Sumber data ini berasal dari dokumentasi kegiatan pelayanan antara lain :

- a. Buku register penimbangan R/I/Gizi yang memuat variabel identitas anak yang ditimbang, bulan kunjungan penimbangan, berat badan, dan variabel pemberian vitamin A.
- b. Buku register ibu hamil yang memuat variabel identitas ibu hamil dan bulan kunjungan pelayanan kehamilan

- c. Buku register imunisasi R//Imunisasi yang memuat variabel identitas anak dan bulan pemberian imunisasi dan jenis imunisasi yang diberikan

5.4.2. Polindes/Bidan Desa

Merupakan entitas input yang akan mensuplai data kunjungan kesehatan, berupa kunjungan ibu hamil, persalinan, nifas dan neonatus. Data yang didokumentasikan adalah

- a. Kohort Ibu yang berguna untuk memantau keadaan ibu sejak kehamilan sampai dengan akhir kehamilannya. Kohor ibu memuat variabel kunjungan ibu hamil, pemberian tablet Fe, Imunisasi TT, persalinan dan nifas
- b. Kohort Bayi berguna untuk memantau keadaan bayi sejak lahir sampai dengan umur satu tahun, memuat variabel identitas bayi, kondisi N1, N2, resiko tinggi, penanganan resiko tinggi dan catatan tanggal kunjungan setiap bulan.
- c. Kohort Balita berguna untuk memantau keadaan anak dari mulai umur 12 bulan sampai 59 Bulan, memuat variabel identitas anak hasil penimbangan dan tanggal kunjungan setiap bulan.

5.4.3. Puskesmas

Merupakan entitas input dan tempat pengolahan data kunjungan ibu, bayi dan balita yang berada di bagian kesehatan ibu anak (KIA) dengan menggunakan pemantauan wilayah setempat (PWS). Data PWS berasal dari Bidan Desa yang diolah sedemikian rupa sehingga menghasilkan indikator cakupan KIA dan disajikan dalam bentuk Grafik kecenderungan dari waktu ke waktu. Saat ini jumlah bidan (non bidan desa) di Puskesmas induk rata-rata lebih dari dua orang.

5.4.4. Dinas Kesehatan

Merupakan entitas output yang menerima laporan kegiatan pelayanan yang berasal dari Puskesmas berupa indikator program kesehatan yang terkait dengan PKH. Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya tersebar di tiga lokasi, yaitu ; Sebagian besar berada Jl Tanuwijaya, Bidang Pencegahan Penyakit Menular di Jl Cieunteung Gede, Bidang Pelayanan Kesehatan dan Unit Farmasi berada di Jl SL Tobing Tasikmalaya.

5.4.5. UPPKH Kabupaten

Merupakan entitas input sekaligus entitas output yang berperan mensuplai data dasar RTSM penerima manfaat program PKH dan menerima laporan kunjungan kesehatan yang berasal dari *verifikasi* Puskesmas berupa Form K, selain daripada itu UPPKH merupakan entitas output dari indikator program PKH

5.5. Analisa Fungsi Tiap Unit

5.5.1. Posyandu

Adalah unit kesehatan berbasis masyarakat yang menjalankan fungsi pelayanan kesehatan dasar dengan 5 program kesehatan yaitu ; kesehatan ibu dan anak, perbaikan gizi, imunisasi, kesehatan lingkungan dan promosi kesehatan. Posyandu juga merupakan salah satu jaringan Puskesmas tempat pelayanan kesehatan dasar yang ada di hampir setiap rukun warga (RW) dan kedesunan. Kaitannya dengan PKH adalah merupakan pemberi pelayanan Kesehatan bagi anggota rumah tangga miskin penerima bantuan yaitu pelayanan pemeriksaan kehamilan, imunisasi dasar dan pemantauan tumbuh kembang balita.

5.5.2. Polindes/Bidan Desa

Adalah jaringan Puskesmas yang tersebar di tiap desa yang memberikan pelayanan kesehatan bagi Ibu hamil, bersalin, nifas dan neonatus.

5.5.3. Puskesmas

Merupakan penyedia pelayanan kesehatan di tingkat Kecamatan yang mempunyai jaringan di setiap desa, yaitu Polindes/Bidan Desa dan Posyandu.

5.5.4. Dinas Kesehatan

Merupakan induk organisasi dari Puskesmas yang ada di wilayah kabupaten dan bertanggung jawab kepada Bupati dengan fungsi koordinasi bagi penyediaan pelayanan kesehatan yang berkualitas

5.5.5. UPPKH Kabupaten

Dibentuk di setiap Kabupaten/kota dimana program keluarga harapan dilaksanakan. UPPKH Kabupaten merupakan kunci untuk mensukseskan pelaksanaan PKH dan akan menjadi saluran informasi terpenting antara UPPKH kecamatan dengan UPPKH Pusat serta tim koordinasi provinsi dan tim koordinasi kabupaten

5.6. Infrastruktur Informasi Teknologi

Pada UPPKH Kabupaten Tasikmalaya terdapat empat buah unit komputer yang terhubung secara online dengan UPPKH Pusat dengan spesifikasi prosesor Intel Pentium IV, OS XP, barcode reader, 3 unit Printer dan satu buah laptop. Koneksi jaringan dengan UPPKH pusat menggunakan jaringan Speedy PT Telkom. Petugas SIM PKH terdiri dari empat orang tenaga operator *entry data* lulusan D3, bersifat tenaga kontrak dan bekerja paruh waktu.

Jaringan *local area network* yang menggunakan teknologi *wireless* terdapat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya, jaringan ini hanya menghubungkan komputer pada setiap unit yang ada di Kantor Dinas Kesehatan yang ada di jalan Tanuwijaya Tasikmalaya saja, sedangkan Bidang P2M di Jl Cieunteung dan Bidang Farmasi di Jl SL Tobing dan 40 Puskesmas yang tersebar di 39 Kecamatan belum terkoneksi langsung dengan kantor Dinas Kesehatan di Jl Tanuwijaya.

10 Puskesmas yang menjadi daerah program PKH rata-rata mempunyai dua set perangkat komputer dengan spesifikasi intel Pentium IV yang digunakan secara umum untuk seluruh kegiatan Puskesmas.

5.7. Proses Pencatatan dan pelaporan PKH Kesehatan

Dari hasil wawancara diketahui bahwa sumber data yang digunakan Program Keluarga Harapan Kesehatan di UPPKH Kabupaten Tasikmalaya adalah berasal dari Posyandu dan Bidan Desa/Polindes. Seperti diutarakan oleh beberapa nara sumber

"setiap bulan kami melakukan kunjungan ke RTSM untuk mengetahui kunjungan RTSM ke Posyandu atau bidan" (Informan 1)

" sumber pengisian data, awalnya data dari Posyandu dulu yang diarsipkan oleh Bidan " (Informan 6)

Keterangan ini diperkuat oleh pernyataan ketua UPPKH Kabupaten Tasikmalaya

"...Bidan Desa, dari Bidan desa kita mempunyai data verifikasi yang kita sodorkan, atas namanya ini, ibunya ini, balitanya ini. Berapa kali datang ke Posyandu, apa aja yang sudah diimunisasikan " (Informan 1).

Instrumen pengumpulan datanya menggunakan form *Verifikasi Kesehatan* (Form K) yang dicetak setiap bulan oleh SIM PKH dan disebarkan oleh pendamping PKH untuk diisi oleh Bidan Desa.

" Tehniknya itu kalau di Pedoman oleh PT POS, pada pelaksanaannya POS ini kadang-kadang hanya sampai ke Kecamatan tidak sampai ke desa, nantinya kerja kami semakin lambat. Kami mempunyai inisatif untuk mengirimkan dan menyalurkannya ke Bidan Desa." (Informan 2).

Form K *Verifikasi* PKH Komponen Kesehatan Ibu hamil, Nifas dan Balita berisikan data ART RTSM lengkap dengan status sasaran umur dan jenis tindakan. Frekuensi pengisian Form K adalah sebulan sekali

" di form itu ada beberapa jenis hal tindakan atau perlakuan pemeriksaan kehamilan, vaksin yang diberikan, penimbangan. Oleh bidan itu ditulis jenis perlakuan yang didapat oleh RTSM kemudian dimasukkan ke dalam database, nanti aplikasinya itu akan berubah,..eh.....besarnya skenario bantuan" (Informan 2).

Pengisian Form K kunjungan kesehatan ART RTSM dilakukan oleh pendamping berdasarkan kunjungan pendamping ke RTSM atau laporan ketua Kelompok RTSM yang *dicrosscek* ke Posyandu dan bidan desa serta diketahui oleh Kepala Puskesmas .

"Setiap bulan kami mencatat kunjungan ART ke Posyandu atau Bidan dan selanjutnya dipindahkan ke formulir verifikasi.Setiap bulan kami mengcrosscek data ke bidan desa".

(Informan 4)

"PKH membawa formatnya, di Puskesmas hanya registrasi saja"

(Informan 6)

Masalah yang berkaitan dengan pencatatan dan pelaporan program Program Keluarga Harapan Kesehatan di UPPKH Kabupaten Tasikmalaya adalah ketidak tersedian form K sebelum November 2009.

"belum pernah bikin, karena belum baru keterima minggu-minggu ini jadi belum pernah laporan" (Informan 6)

Masalah lain yang berkaitan dengan pencatatan dan pelaporan program Program Keluarga Harapan Kesehatan di UPPKH Kabupaten Tasikmalaya adalah ketidak tahuan Puskesmas mengenai data dasar peserta PKH pada tahun 2007 dan 2008. sehingga menyulitkan Puskesmas untuk mem-*verifikasi* kunjungan kesehatan ART RTSM

Baru minggu ini kami menerima data penerima PKH. Kemarin-kemarinmah boro-boro, ngak ada (Informan 7)

Sampai saat ini kami dan Puskesmas belum menerima data penerima PKH (Informan 5)

5.8. Proses Pengolahan data PKH Kesehatan

Alur pelaporan berdasarkan hasil wawancara mendalam diketahui bahwa proses pengolahan data laporan yang berasal dari Posyandu dan Bidan Desa yang telah ditandatangani Kepala Puskesmas langsung dimasukkan pada SIM PKH oleh petugas data entri di UPPKH Kabupaten sehingga seluruh pengolahan dan analisa data dilakukan oleh sistem yang dikendalikan oleh PKH Pusat. Proses pengolahan data kesehatan belum berjalan sebagaimana mestinya karena proses *verifikasi* belum berjalan

"Belum bisa di aplikasinya..untuk kesehatan belum, sistemnya masih dilakukan pembaharuan." (Informan 3)

Berdasarkan modul SIM PKH UPPKH Kabupaten akan mendapat laporan eksekutif, laporan Standar dan laporan *adhoc*, frekuensi laporan yang terdapat dalam SIM PKH bisa dicetak dalam dokumen PDF dan *Ms excell* setiap bulan.

5.9. Indikator Keberhasilan PKH Kesehatan

Berdasarkan Buku Pedoman Umum PKH Tahun 2008 terdapat beberapa Indikator yang terkait dengan komponen kesehatan yang terbagi kedalam indikator monitoring dan indikator evaluasi

5.9.1. Indikator Monitoring

- a. Prosentase anak penerima bantuan usia 0-6 tahun yang tidak dapat memenuhi komitmen sesuai protokol kesehatan yang ditentukan setiap 3 bulan berdasarkan Kabupaten/Kota dan Kecamatan
- b. Prosentase anak ibu hamil yang tidak dapat memenuhi yang ditentukan setiap 3 bulan berdasarkan Kabupaten/Kota dan Kecamatan.

5.9.2. Indikator Evaluasi

- a. Cakupan Imunisasi bagi anak usia kurang dari 1 tahun peserta PKH menurut Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Puskesmas
- b. Cakupan distribusi tablet vitamin A anak usia kurang dari 1 tahun peserta PKH menurut Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Puskesmas
- c. Cakupan Pemantauan tumbuh kembang bagi anak usia kurang dari 1 tahun peserta PKH menurut Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Puskesmas
- d. Cakupan distribusi tablet Fe bagi ibu hamil peserta PKH menurut Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Puskesmas
- e. Cakupan pelayanan antenatal care (K1-K4) bagi ibu hamil menurut Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Puskesmas
- f. Cakupan proses persalinan ibu peserta PKH yang dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih menurut Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Puskesmas
- g. Cakupan pelayanan *postnatal care* bagi ibu peserta PKH menurut Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Puskesmas

5.9.3. Indikator Dampak

- a. Berkurangnya kasus gizi buruk pada anak-anak usia balita setelah 4 tahun pelaksanaan program
- b. Meningkatkan konsumsi makanan berenergi dan berprotein setelah 2 tahun pelaksanaan program

5.9.4. Target Pencapaian

- a. Cakupan Imunisasi bagi anak usia kurang dari 1 tahun mencapai 95 % setelah 2 tahun pelaksanaan program
- b. Cakupan distribusi tablet vitamin A anak usia kurang dari 1 tahun mencapai 95 % setelah 2 tahun pelaksanaan program.
- c. Cakupan monitoring berat badan mencapai 95 % setelah 2 tahun pelaksanaan program
- d. Prosentase ibu hamil yang mendapatkan tablet Fe 90 tablet mencapai 90 % setelah 2 tahun pelaksanaan program atau 100 % setelah 4 tahun pelaksanaan program

- e. Prosentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan *antenatal care* sebanyak 4 kali paling sedikit 80 % setela 2 tahun dan 90 % setelah 4 tahun pelaksanaan program
- f. Prosentase ibu melahirkan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih 90 % setelah 2 tahun pelaksanaan program atau 100 % setela 4 tahun pelaksanaan program
- g. Prosentase ibu yang mendapatkan pelayanan *postnatal care* mencapai 90 % setelah 2 tahun pelaksanaan program atau 100 % setelah 4 tahun pelaksanaan program

5.10. Analisis Sistem Informasi Program PKH

5.10.1. Deskripsi Sistem yang Berjalan

Proses pencatatan dan pelaporan manajemen PKH Kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya yang berjalan saat ini disajikan dalam bentuk tabel matrik sebagai berikut :

Tabel 5.4

Matriks Hasil Temuan

Sistem Informasi Manajemen Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung verifikasi Program Keluarga Harapan Di Tingkat Puskesmas

No.	Uraian	TEMUAN
1.	Sumber data	<ul style="list-style-type: none"> a. Sumber data dari Polindes/Bidan desa yang didokumentasikan dalam Kohor ibu, kohor bayi dan kohor Balita, selain daripada itu didapat dari register Penimbangan balita (R/I/Gizi) dan register imunisasi (R/I/Imunisasi) b. Kunjungan sasaran di Bidan dan Posyandu tidak dipisahkan dan tidak dibedakan antara peserta PKH dan non PKH, karena tidak ada variabel yang mencantumkan jenis kepesertaan PKH, Jamkesmas dan lain-lain c. Terdapat redudansi pencatatan hasil penimbangan bayi dan balita di Posyandu (R/I/Gizi) dengan kohor bayi dan kohor balita yang dikelola oleh Bidan
2	Cara Pengambilan data	Pengambilan data <i>verifikasi</i> kunjungan ART PKH kesehatan dilakukan oleh pendamping dengan melacak kunjugan ART ke Posyandu dan Bidan desa. Selain itu dengan cara pelaporan aktif ketua kelompok PKH

Universitas Indonesia

No.	Uraian	TEMUAN
		dengan memanfaatkan pertemuan kelompok peserta PKH untuk selanjutnya di <i>crosscek</i> ke Bidan desa dan <i>diverifikasi</i> oleh kepala Puskesmas
3	Instrumen	<p>a. Menggunakan dengan Form K yang berisi kegiatan kunjungan dan tindakan yang diberikan oleh penyedia layanan kesehatan, sebelum tahun 2009 form K hanya berisi pilihan tindakan yang bersifat paket dan belum terperinci secara lengkap mengenai tindakan yang didapat oleh peserta PKH.</p> <p>b. Tahun 2007 dan 2008 Jumlah dan distribusi form K tidak merata dan tersosialisasi baik kepada penyedia layanan kesehatan, akibatnya kegiatan <i>verifikasi</i> belum bisa dilaksanakan</p> <p>c. Tahun 2009 Form K mengalami modifikasi dengan membuat pilihan yang lebih banyak dan terperinci mengenai tindakan yang didapat peserta PKH dan mulai ada pendistribusian form K oleh pendamping kepada bidan dan kepala Puskesmas</p>
4	Alur pelaporan	<p>a. Data kunjungan ibu hamil, persalinan dan nifas didapat di Polindes/Bidan desa yang terdokumentasi dalam kohor ibu termasuk didalamnya pemberian tablet Fe dan imunisasi TT</p> <p>b. Data Kunjungan neonatus, didapat di Polindes/Bidan desa yang terdokumentasi dalam Kohor bayi dan kohor balita termasuk didalamnya data penimbangan dan pemberian Vitamin A</p> <p>c. Data Kunjungan penimbangan anak 0-59 bln, didapat di Posyandu yang terdokumentasi dalam R/I/Gizi termasuk didalamnya data penimbangan dan pemberian vitamin A</p> <p>d. Data Imunisasi, didapat Posyandu yang terdokumentasi pada register imunisasi</p> <p>e. Pendamping mengisi form K berdasarkan laporan ketua kelompok sesuai dengan catatan yang ada di Bidan/Polindes serta Posyandu yang di <i>crosscek</i> ke Bidan Desa</p> <p>f. Pendamping memverifiaksi kunjungan ART RTSM dengan persetujuan kepala Puskesmas</p> <p>g. Setiap bulan form K disetorkan oleh pendamping kepada petugas <i>entry</i> data di sekretariat UPPKH Kabupaten yang terhubung secara <i>online</i> dengan UPPKH Pusat</p>
5	Proses pengolahan data	<p>a. SIM PKH dibuat dalam aplikasi PHP dengan <i>webbase</i> dimana servernya berada di kantor pusat Departemen Sosial</p>

No.	Uraian	TEMUAN
		b. Input data PKH dilakukan oleh tenaga khusus di UPPKH Kabupaten c. Proses pengolahan data <i>verifikasi</i> dilakukan oleh UPPKH pusat untuk selanjutnya dihitung pencapaian cakupan program
6	Penyajian data	Sesuai dengan dokumen user manual SIM PKH, Penyajian data kesehatan terdapat dalam menu laporan yang terdapat dalam sistim informasi PKH dalam bentuk dokumen PDF dan Excell
7	Informasi yang dihasilkan	Selama pengamatan berlangsung penulis tidak melihat indikator pencapaian karena input <i>verifikasi</i> kesehatan belum berjalan
8	Pemanfaatan informasi	Informasi cakupan PKH kesehatan baru sebatas konsumsi ketua UPPKH Kabupaten
9	Faktor Pendukung	a. Tersedianya infrastruktur IT baru sebatas pada UPPKH Kabupaten yang memiliki 4 set komputer dan terhubung secara online dengan UPPKH Pusat b. Di 10 Puskesmas lokasi Program PKH minimal terdapat 2 set komputer yang dipakai berbagai macam keperluan sehingga tidak terdapat komputer khusus yang dipergunakan untuk menunjang program KIA, imunisasi dan perbaikan gizi.
10	Harapan pengembangan SI	Sistem informasi manajemen hendaknya dapat dilaksanakan pada tingkat Puskesmas dan menghasilkan indikator manajemen kesehatan dalam bentuk grafik dan laporan secara otomatis

5.10.2. Analisis Kebutuhan Sistem Informasi Program PKH Kesehatan

Hasil pengamatan dan wawancara mendalam didapatkan keterangan masalah dan analisis kebutuhan Sistem Informasi Program PKH Kesehatan, antara lain pada input, proses dan output

Mekanisme dan alur pencatatan pelaporan kegiatan program PKH Kesehatan didapatkan kendala, yaitu tidak adanya form K *verifikasi* kesehatan, sehingga *verifikasi* belum bisa dilakukan. Baru pada bulan November 2009 masalah ini sudah terselesaikan namun pengisian form oleh Bidan desa belum bisa dilaksanakan karena belum adanya sosialisasi cara pengisian.

Tersebar nya data kunjungan kesehatan ART RTSM di Posyandu dan Bidan desa serta belum terintegrasinya data kunjungan sasaran menyebabkan

Universitas Indonesia

pencatatan berulang pada register Posyandu dan Kohor yang ada di Bidan. Selain daripada itu, Kohor (ibu, bayi dan balita) yang ada di bidan desa harus dicatat ulang pada kohor yang sama dan disimpan di Puskesmas, sehingga terkesan tidak efektif.

Pelaporan program KIA, imunisasi dan perbaikan gizi dilaksanakan secara masing-masing oleh pengelola program di Puskesmas sehingga peluang untuk tidak sinkronnya antara masing-masing program.

Tabel 5. 5

Identifikasi Masalah Sistem Informasi Manajemen Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung Verifikasi Program Keluarga Harapan Di Tingkat Puskesmas

Input	Proses	Output
1. Tahun 2007 dan 2008 Data dasar RTSM penerima bantuan PKH tidak diterima Puskesmas	1. Kohor ibu, bayi dan balita dibuat 2 rangkap untuk disimpan di Bidan desa dan Puskesmas sehingga membebani bidan	1. Belum dihasilkannya indikator kesehatan dikarenakan verifikasi kesehatan belum berjalan
2. Form K verifikasi kunjungan kesehatan baru diterima oleh Puskesmas pada bulan November 2009	2. Pencatatan dan pengolahan data program KIA, gizi, imunisasi di Puskesmas dibuat secara manual sehingga menyita waktu dan ketrampilan khusus dari bidan desa	2. Indikator PKH kesehatan menekankan pada proses, sedangkan indikator dampak yaitu status gizi anak balita ART RTSM tidak dapat dihasilkan karena tidak ada variabel input di Form K
3. Beban kerja bidan terlalu banyak sehingga tidak memungkinkan untuk mencatat dan mendokumentasikan verifikasi kunjungan ART RTSM	3. Pelaporan Program KIA, imunisasi dan perbaikan gizi dilaksanakan oleh masing-masing program sehingga memungkinkan untuk tidak sinkronnya data antar program	3. Indikator cakupan Vitamin A hanya terbatas pada anak usia kurang dari satu tahun, padahal sasaran pemberian Vit A adalah anak 6-59 Bulan.
4. Pencatatan kunjungan KIA, Gizi dibuat secara umum sehingga tidak memuat jenis peserta PKH, jamkesmas dll	4. Pengolahan data dilakukan terpusat oleh SIM PKH dan tidak ada <i>feed back</i> ke Dinas Kesehatan dan Puskesmas	
5. Terdapat pencatatan ganda untuk variabel hasil penimbangan antara R/I/Gizi dan	5. Penyajian laporan kesehatan pada modul SIM PKH berupa dokumen	

Input	Proses	Output
kohor bayi, balita 6. Tidak ada insentif khusus bagi Puskesmas dan jaringannya untuk melakukan <i>verifikasi</i> kunjungan ART RTSM 7. Input data <i>verifikasi</i> belum dilaksanakan di SIM PKH 8. Form K berubah ubah dari waktu ke waktu dan belum disosialisasikan kepada Bidan dan Keder Posyandu 9. Modul <i>Verifikasi</i> kesehatan hanya memuat 2 macam kode tindakan kesehatan, hal ini belum sesuai dengan form K 10. Belum terkoneksi jaringan Puskesmas dan Dinas Kesehatan serta UPPKH Kab Tasikmalaya 11. Belum adanya komputer khusus untuk pencatatan dan pelaporan program KIA, Imunisasi dan gizi di Puskesmas	excell dan PDF	

5.10.3. Peluang pengembangan Sistem

Berdasarkan pada uraian deskripsi sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak, PKH Kesehatan yang berjalan saat ini dan kebutuhan terhadap sistem informasi program PKH kesehatan, serta aplikasi ini akan dilaksanakan di tingkat Puskesmas, maka peluang pengembangan sistem Informasi pencegahan dan pemberantasan Program PKH Kesehatan adalah sebagai berikut:

Universitas Indonesia

a. Sumber daya manusia

Proses pencatatan dan pelaporan data program KIA, gizi dan imunisasi di Puskesmas selama ini telah berjalan yang merupakan bagian dari program Puskesmas, dalam hal ini merupakan kegiatan rutin yang tidak memerlukan tenaga pelaksana yang khusus untuk melakukan pemasukan data karena pelaporan Program PKH Kesehatan ini merupakan laporan harian.

b. Material

Sarana fasilitas pendukung pelaksanaan pencatatan dan pengolahan data yang diperlukan yaitu komputer, selama ini Puskesmas minimal mempunyai 2 unit komputer yang digunakan untuk kegiatan rutin, apabila tidak ada dana khusus untuk pengadaan komputer baru, maka solusinya adalah dengan penjadwalan ulang pemakaian komputer untuk pemasukan dan pengolahan data.

Pembuatan alat bantu/tools yaitu perangkat lunak yang dapat membantu proses pemasukan dan pengolahan data yang bersifat basis data merupakan hal yang utama dalam pengembangan sistem informasi program kesehatan ibu dan anak di tingkat Puskesmas

c. Sumber dana (*money*)

Aplikasi dari sistem pencatatan dan pelaporan terpadu program KIA, imunisasi dan perbaikan gizi yang terintegrasi dengan program PKH Kesehatan dapat dimasukkan ke dalam anggaran rutin program. Kebutuhan dana hanya pada pengembangan database dan pelatihan staf Puskesmas dalam penggunaan software aplikasi.

d. Pengelolaan (*management*)

Manajemen sangat mendukung terhadap pengembangan sistem ini. Namun demikian masih diperlukan dukungan dari Team Koordinasi penanggulangan kemiskinan yang berada dibawah pemerintah daerah dan Dinas Kesehatan agar aplikasi ini dapat dilaksanakan di tingkat Puskesmas.

e. Teknologi (*technology*)

Pengembangan sistem Program PKH Kesehatan ini menggunakan program khusus *software* basis data.

Selain ke-5 unsur di atas, hal yang perlu diperhatikan adalah *hierarki* sistem informasi ini dalam sistem informasi kesehatan dinas kesehatan Kabupaten Tasikmalaya, diharapkan nantinya sistem informasi program terpadu antara KIA, imunisasi dan perbaikan gizi nantinya akan merupakan subsistem dari sistem informasi kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya.

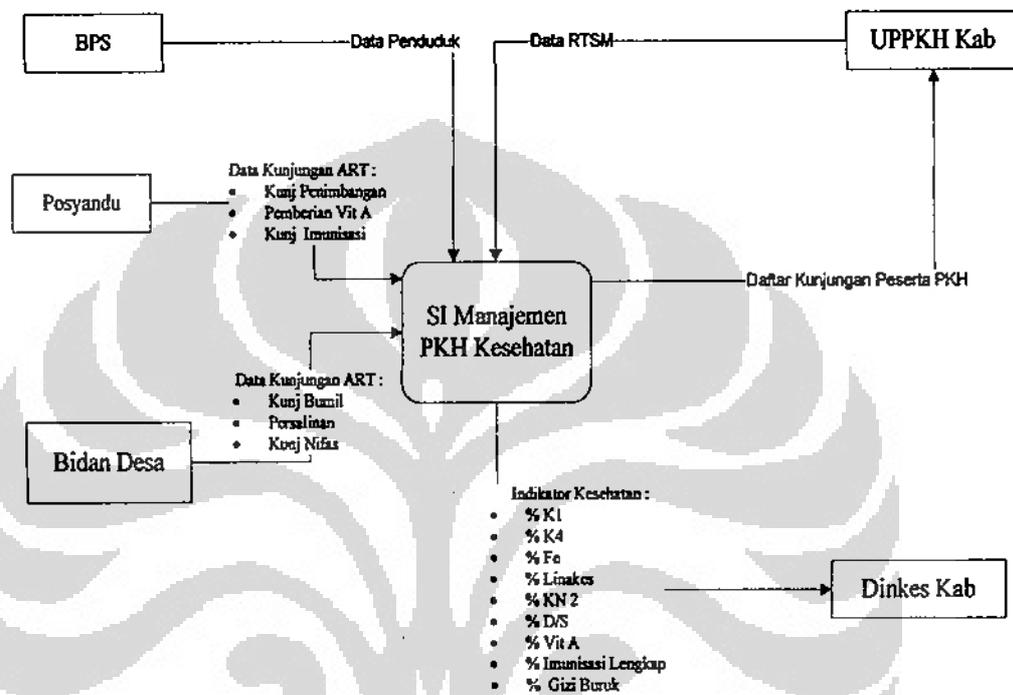
5.11. Perancangan Sistem

5.11.1. Diagram Arus Data (*data flow diagram/DFD*)

Diagram arus data pengembangan sistem informasi manajemen Program PKH Kesehatan dibuat untuk menggambarkan hubungan antar entitas terhadap sistem, berkaitan dengan arus data yang masuk dan informasi yang keluar dari sistem. Diagram arus data pengembangan sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi PKH kesehatan menggunakan tahapan *data flow diagram*

a. Diagram Level Nol

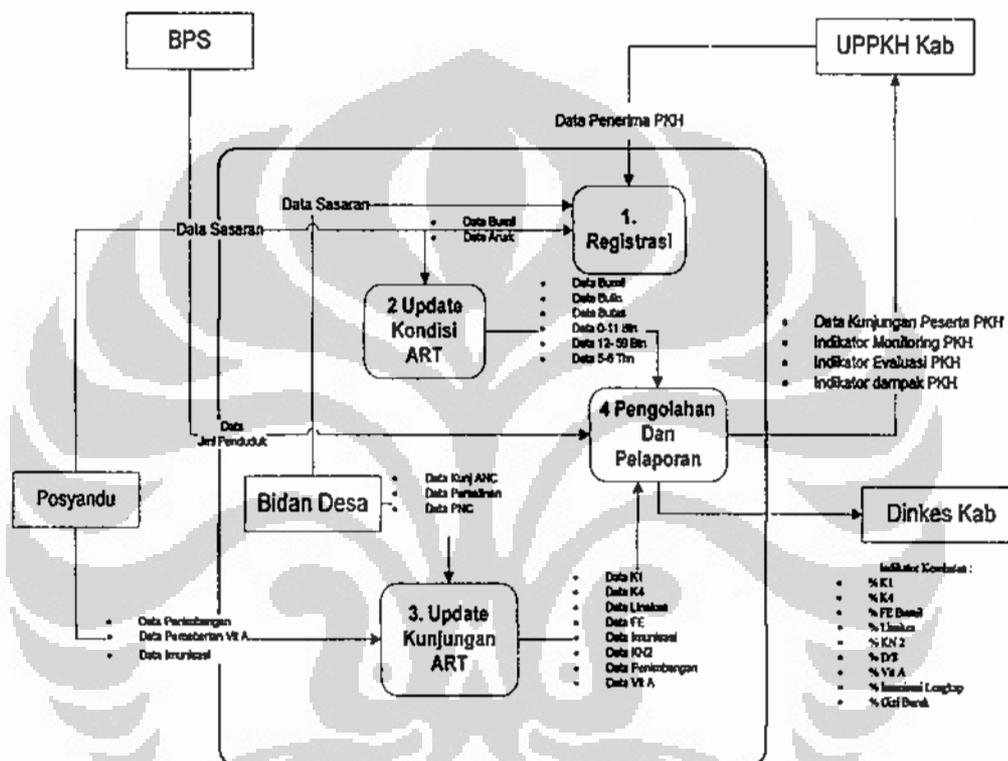
Gambar 5.5
Diagram Level Nol Sistem Informasi Manajemen
Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung Verifikasi Program
Keluarga Harapan Ditingkat Puskesmas



b. Diagram Level Satu

Gambar 5.6

**Diagram Level 1 Sistem Informasi Manajemen
Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung Verifikasi Program
Keluarga Harapan Ditingkat Puskesmas**



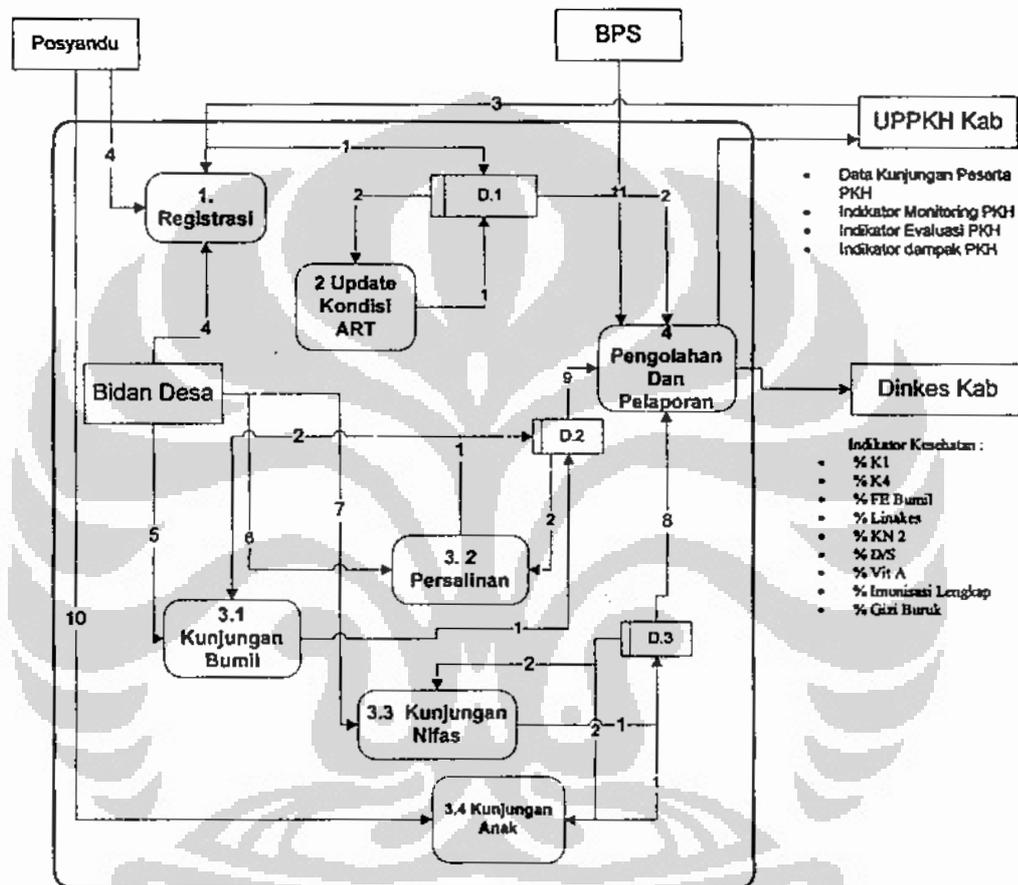
Keterangan Gambar :

- a) - - - Area Puskesmas
- b) Entitas Input adalah BPS, UPPKH Kabupaten, Posyandu dan Bidan Desa
- c) Entitas Output adalah Dinas kesehatan Kabupaten dan UPPKH Kabupaten

a. Diagram Level Dua

Gambar 5.7

**Diagram Level 2 Sistem Informasi Manajemen
Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung Verifikasi Program
Keluarga Harapan Ditingkat Puskesmas**



Keterangan gambar :

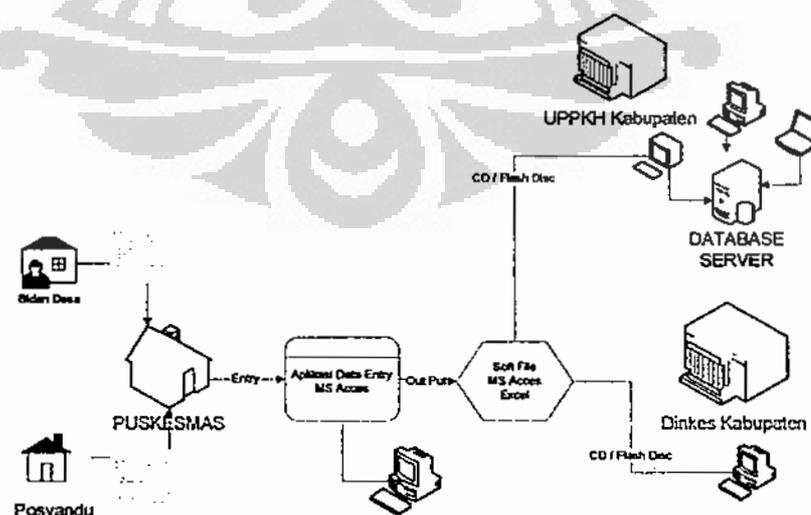
- a) --- : Area Puskesmas
 b) D1 : Storage rumah tangga dan anggota rumah tangga
 c) D2 : Storage kohor ibu
 d) D3 : Storage kohor Anak
 e) 1 : Simpan
 f) 2 : Baca
 g) 3 : Data Peserta PKH

- h) 4 : Data sasaran
- i) 5 : Data kunjungan hamil
- j) 6 : Data kunjungan persalinan
- k) 7 : Data kunjungan nifas
- l) 8 : Data kunjungan anak (penimbangan, Imunisasi, Vit A)
- m) 9 : Data hasil kunjungan (K1, K4, Fe 90, TT, Linakes, KN)
- n) 10 : Data hasil kunjungan Imunisasi, Vit A
- o) 11 : Data Jumlah Penduduk perdesa

5.11.2. Integrasi Data

Sistim informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak ini dirancang untuk bisa integrasi dengan sistim informasi lain yang berkaitan dengan program kesehatan yaitu SIM PKH, SPPP dan Sistim informasi kesehatan lain yang menghasilkan keluaran *file digital* yang siap *diexport* dan dibaca oleh sistem informasi lain. Berikut gambaran mekanisme *sharing data* dan hubungan antar entitas sistem pada aplikasi data input dapat digambarkan seperti dibawah ini :

Gambar 5.8
Model Integrasi Data Sistem Informasi Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung Verifikasi Program Keluarga Harapan Ditingkat Puskesmas



Laporan pelayanan ibu hamil, persalinan dan nifas oleh bidan desa dan laporan penimbangan, vit A dan imunisasi dari Posyandu dikirim setiap bulan ke Puskesmas melalui formulir tertentu, selanjutnya diolah menggunakan aplikasi *entry data* berbasis *spreadsheet* di Puskesmas serta dikeluarkan output indikator dalam bentuk tabel dan grafik sebagai bahan manajemen program. Sedangkan laporan rinci peserta PKH yang melakukan kunjungan kesehatan dikirim melalui *soft file Ms Excell* ke UPPKH Kabupaten sebagai bahan verifikasi kesehatan. Dinas Kesehatan akan menerima laporan dari Puskesmas mengenai program KIA, imunisasi dan perbaikan gizi melalui *soft file Ms Excell*.

Proses *sharing data* dalam diagram tersebut bisa dilaksanakan apabila terdapat kondisi sebagai berikut :

- a) Terdapat Surat Keputusan Bupati sebagai payung hukum
- b) *File extension* sasaran PKH Kesehatan yang dikirim UPPKH Kabupaten dikirim ke Puskesmas berformat Ms excell atau Ms Acces
- c) Struktur file yang akan dikirim oleh UPPKH Kabupaten ke Puskesmas memuat variabel struktur keluarga dan anggota rumah tangga

Tabel 5.6 Struktur Data UPPKH Kabupaten
Yang Dikirim Ke Puskesmas

No	Nama Field	Jenis Data	Format
1	Nomer Peserta PKH	Text	15 digit
2	Nama KK	Text	
3	Nama Anggota RT	Text	
4	Tanggal lahir	Date/Time	dd/mm/yy
5	Jenis Kelamin	Text	Kode 0, 1
6	Hubungan KK	Text	Kode 1,2,3,4
7	Alamat	Text	
8	RT	Text	3 digit
9	RW	Text	3 digit
10	IDDesa	Text	6 digit

Struktur file yang akan dikirim oleh Puskesmas ke UPPKH Kabupaten memuat variabel jenis tindakan yang diterima oleh anggota rumah tangga.

Tabel 5.7 Struktur Data Kunjungan Ibu Yang Dikirim Ke Puskesmas Ke UPPKH Kabupaten

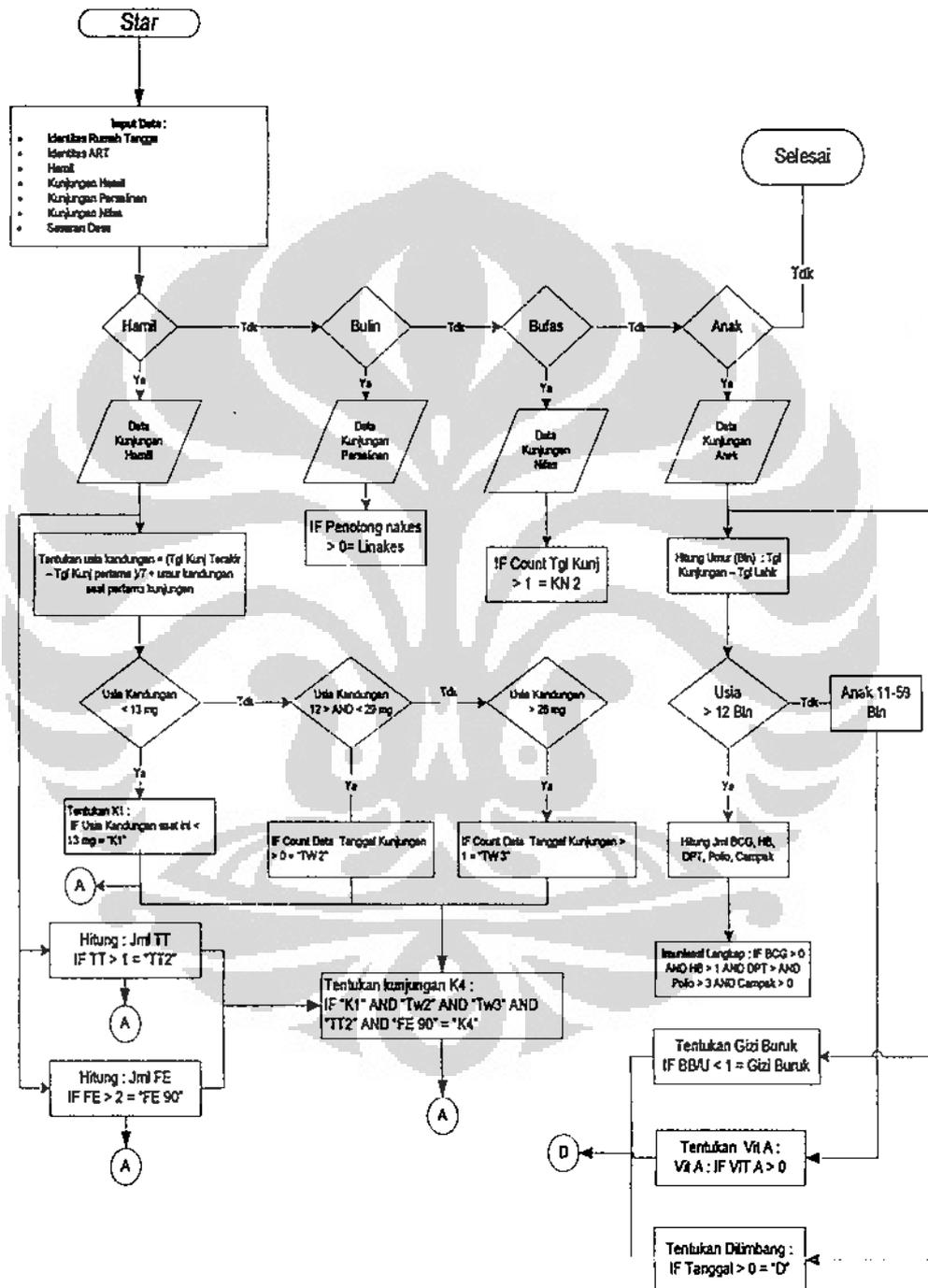
No	Nama Field	Jenis Data	Format
1	Nomer Peserta PKH	Text	15 digit
2	Nama Anggota RT	Text	
3	Tanggal kunjungan	Date/Time	dd/mm/yy
4	Ditimbang/Tensi	Yes/No	
5	TT	Yes/No	
6	Fe	Yes/No	
7	Linakes	Yes/No	
8	KunjunganNifas	Yes/No	

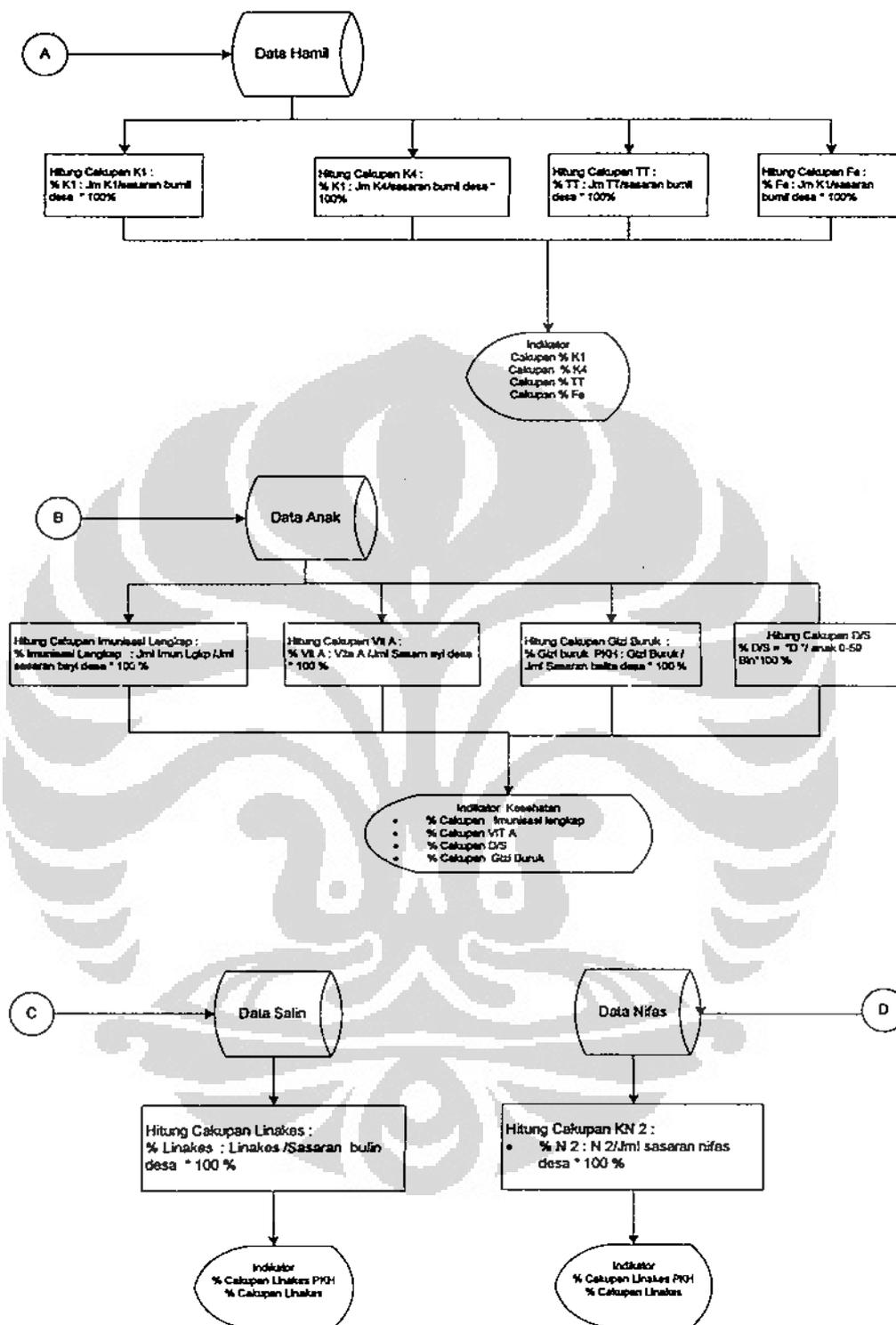
Tabel 5.8 Struktur Data Kunjungan Anak Yang Dikirim Puskesmas Ke UPPKH Kabupaten

No	Nama Field	Jenis Data	Format
1	Nomer Peserta PKH	Text	15 digit
2	Nama Anggota RT	Text	
3	Tanggal kunjungan	Date/Time	dd/mm/yy
4	BB	Numerik	
5	BCG	Yes/No	
6	HB	Yes/No	
7	DPT	Yes/No	
8	Polio	Yes/No	
9	Campak	Yes/No	
10	Vit A	Yes/No	

5.11.3. Algoritma

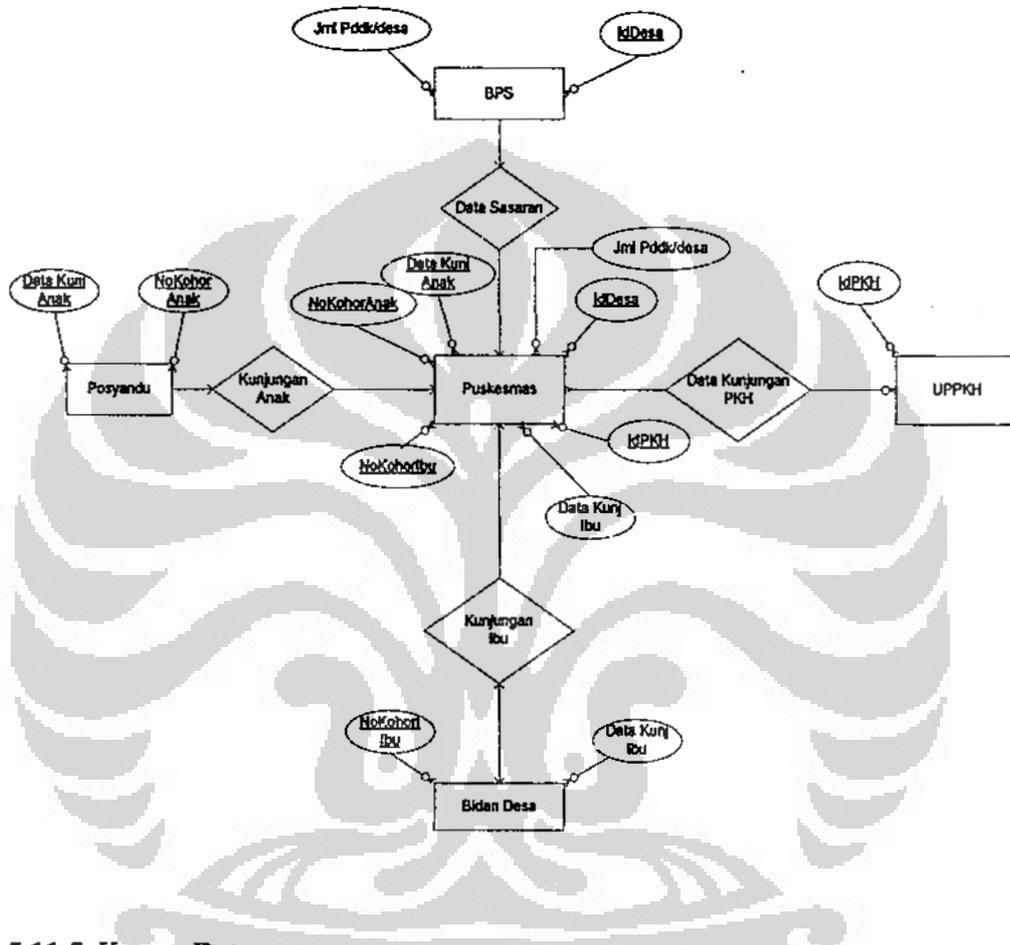
Gambar 5.9
 Algoritma Sistem Informasi Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk
 Mendukung Verifikasi Program Keluarga Harapan Ditingkat Puskesmas





5.11.4. Entitas Relationship Diagram

Gambar 5.10
Gambar ERD Sistem Informasi Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung Verifikasi Program Keluarga Harapan Ditingkat Puskesmas



5.11.5. Kamus Data

Kamus data pada tahap desain sistem digunakan sebagai alat komunikasi antar analisis sistem dengan pengguna sistem, khususnya tentang informasi yang dibutuhkan untuk merancang input, output dan basis datanya.

Tabel berikut ini menyajikan tentang kamus data yang digunakan dalam perancangan sistem.

Tabel 5.9
Struktur Data Tabel Kecamatan

No.	Field Name	Data Type
1	Kode Kecamatan	Text
2	NamaKecamatan	Text
3	Kode Kabupaten	Text

Tabel 5.10
Struktur Data Tabel Puskesmas

No.	Field Name	Data Type
1	KodePuskesmas	Text
2	NamaPuskesmas	Text
3	KodeKecamatan	Text

Tabel 5.11
Struktur Data Tabel Desa

No.	Field Name	Data Type
1	Kode Desa	Text
2	Nama Desa	Text
3	KodePuskesmas	Text
4	Jml Penduduk	Number
5	Jml Sasaran Bumil	Number
6.	Jml Sasaran Bufas	Number
7	Jml Sasaran Neonatus	Number
8	Jml Sasaran Bayi	Number
9	Jml Sasaran Balita	Number

Tabel 5.12
Struktur Data Tabel Rumah Tangga

No.	Field Name	Data Type
1	Kode Rumah Tangga	Text
2	Nama Penanggung Jawab	Text
3	Kode Desa	Text
4	Alamat	Text
5	RT	Text
6	RW	Text
7	No RTSM	Text

Tabel 5.13
Struktur Data Tabel Anggota Rumah Tangga

No.	Field Name	Data Type/Width
1	Kode ART	Autonumber
2	Nama	Text
3	Tanggal Lahir	Date/Time
4	JenisKelamin	Text
5	Kode hubungan dgn KK	Text
6	Kode Jamkesmas	Text
7	Kode Rumah Tangga	Text

Tabel 5.14
Struktur Data Tabel Kunjungan Anak

No.	Field Name	Data Type/Width
1	ID	Autonumber
2	Tanggal	Date/Time
3	BB	Number
4	BCG	Text
5	DPT	Text
6	HB	Text
7	Polio	Text
8	Campak	Text
9	Vit A	Text
10	Kode ART	Text

Tabel 5.15
Struktur Data Tabel Kohor Ibu

No.	Field Name	Data Type/Width
1	No Kohor Ibu	Autonumber
2	Tanggal Pertama Berkunjung	Date/Time
3	Hamil Ke	Number
4	Jarak Kehamilan < 2 Thn	Yes/No
5	TB	Text
6	Usia Kandungan waktu Kunjungan pertama	Number
7	Kode ART	Text
8	Keterangan	Text

Tabel 5.16
Struktur Data Tabel Persalinan

No.	Field Name	Data Type/Width
1	IDSalin	Autonumber
2	Tanggal	Date/Time
3	Penolong Persalinan Nakes	Yes/No
4	Kondisi Ibu	Yes/No
5	Kondisi Anak	Text
6	Kode ART	Text

Tabel 5.17
Struktur Data Tabel Kunjungan Nifas

No.	Field Name	Data Type/Width
1	IDNifas	Autonumber
2	Tanggal	Date/Time
3	Kondisi	Yes/No
4	Kode ART	Text

5.11.6. Rancangan Interface

Perancangan Basis Data yaitu merancang pengelolaan berbagai data yang disimpan dalam *file* tersebut sehingga satu dengan yang lain dapat dihubungkan.

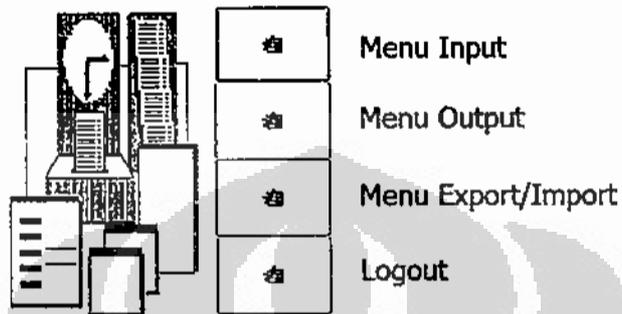
5.11.6.1. Rancangan Form Menu Utama

Gambar 5.11
Tampilan Awal



Gambar 5.12
Tampilan Menu Utama

SISTEM INFORMASI PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK
UNTUK MENSUPPORT PROGRAM PKH



5.11.6.2. Rancangan Form Input

Pada Menu pilihan input terdapat 3 form input, yaitu:

- a. Input Rumah Tangga dan Anggota Rumah Tangga

Gambar 5.13

Form Input Rumah Tangga dan Anggota Rumah Tangga

IDRT:
 NAMA: ELANG M
 ALAMAT: KP. SUKAMAJU RT 001 RW 005
 RT/RW:
 IDDESA: 271003 SUKAMENAK

Anggota Rumah Tangga

IDART	IDRT	NOPESERTA	NAMAART	HUB	JN
32062710019001201	320627100190012	320627100190012	ELANG M	1	1
32062710019001202	320627100190012	320627100190012	ELANG MARYATIN		2
32062710019001203	320627100190012	320627100190012	DIAN	3	2
32062710019001204	320627100190012	320627100190012	NUR SAIDAH	3	2
32062710019001205	320627100190012	320627100190012	DEPI ALPIANI	3	2
32062710019001206	320627100190012	320627100190012	ANANG ABD	7	1
32062710019001207	320627100190012	320627100190012	FITRI	7	2
	320627100190012				

Record: 1 of 7 Search:

b. Input Kunjungan Ibu

Gambar 5.14
Form Input Kunjungan Ibu

NoKohortibu: []

NAMAART: DEDEH

Umur: 19

NAMAOK: DADANG KARTIWA

ALAMAT: KP SINDANG HARJA

NAMADESA: SUKARESIK

Tglperiksa: 1/5/2009

UraKehamilan: 12 Minggu

HamilKe: 36

JarakKehamilan > ZITH: Ya

TB: Cn

ResikoTinggi: []

Pemanganan Resi: []

Deteksi Faktor Resiko: []

[Hamil Baru] [Serpan] [Cari] [Keluar]

Kunjungan Hamil Persalinan Nipas

FormKunjunganIbuSekarang

IDKunjHamil: [] [Tambah Data]

NoKohortibu: []

Tanggal: 12/22/2009 [Simpan]

TerasBB TT FE

Record: H 1 of 6 [] [] [] [] Search

IDKunjHamil	NoKohortibu	Tanggal
1	1	1/5/2009
14	1	2/5/2009
26	1	3/11/2009
32	1	4/8/2009
38	1	5/20/2009
44	1	6/16/2009
#	(New)	1

Record: H 1 of 6 [] [] [] [] Search

c. Input Kunjungan Anak

Gambar 5.15
Form Input Kunjungan Anak

NoKohor Anak: []

IDKunjAnak: 459

NAMAART: HENDRI LESTIAN Bin

ADE JENAL

Tanggal Kunjungan: 2/6/2009

BB: 3.5

Imunisasi: BCG HB DPT Polio Campak

Vitamin A

ID	Nc	Tgl	BB	Bt	HB	DP	Polio	Cai	Vit A
459	1	2/6/2009	3.5	1	1				
911	1	3/9/2009	3.3		1	1	1		
* ####	1								

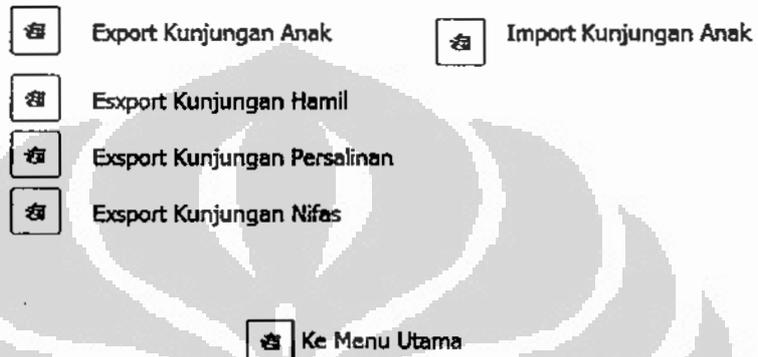
Record: K 1 of 2 [] [] [] [] Search

5.11.6.3. Rancangan Form Exsport/Import

Gambar 5.16
Form Export/Import

SISTEM INFORMASI PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK
UNTUK MENSUPPORT PROGRAM PKH

Menu Export/Import:

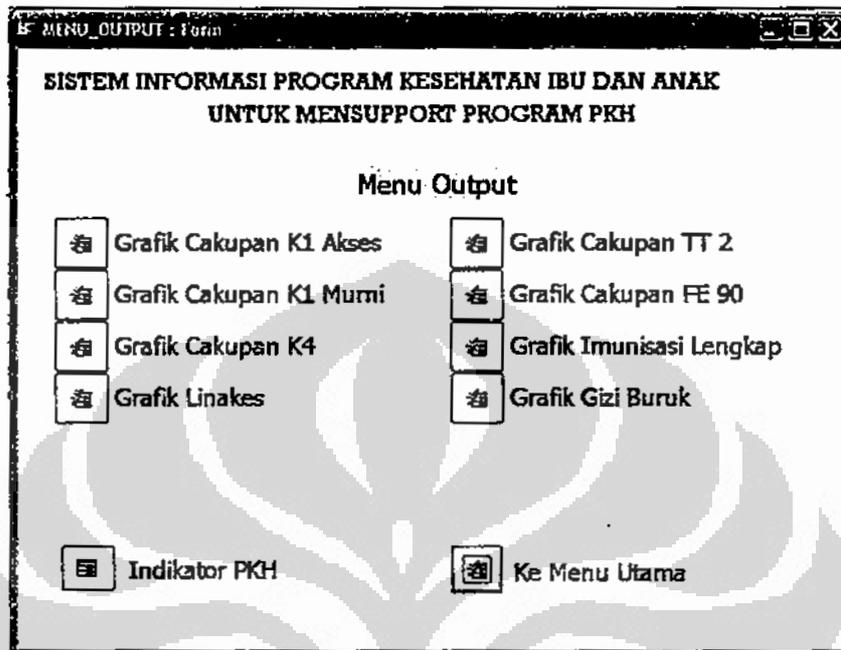


5.11.6.4. Rancangan Form Output

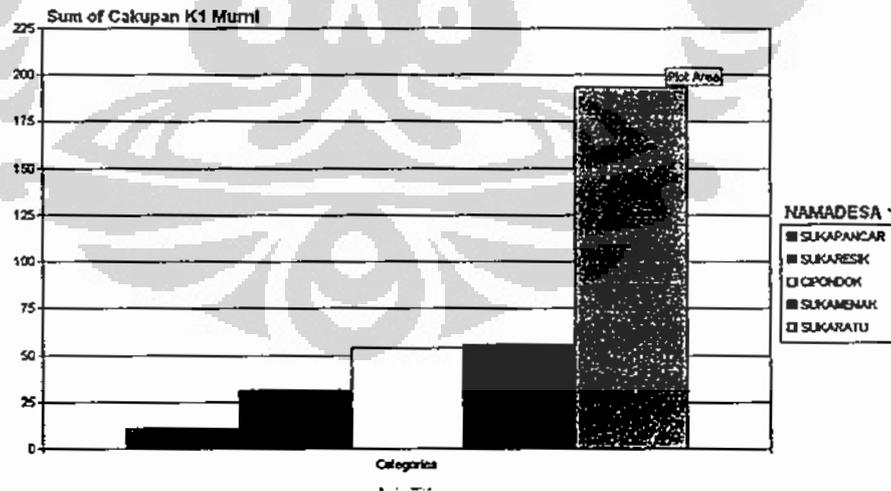
Pada menu pilihan data terdapat beberapa Grafik, antara lain :

- a. Cakupan K1 Akses
- b. Cakupan K1 Murni
- c. Cakupan K4
- d. Cakupan Linakes
- e. Cakupan TT2
- f. Cakupan Fe
- g. Cakupan Imunisasi Lengkap
- h. Cakupan Gizi Buruk
- i. Indikator PKH

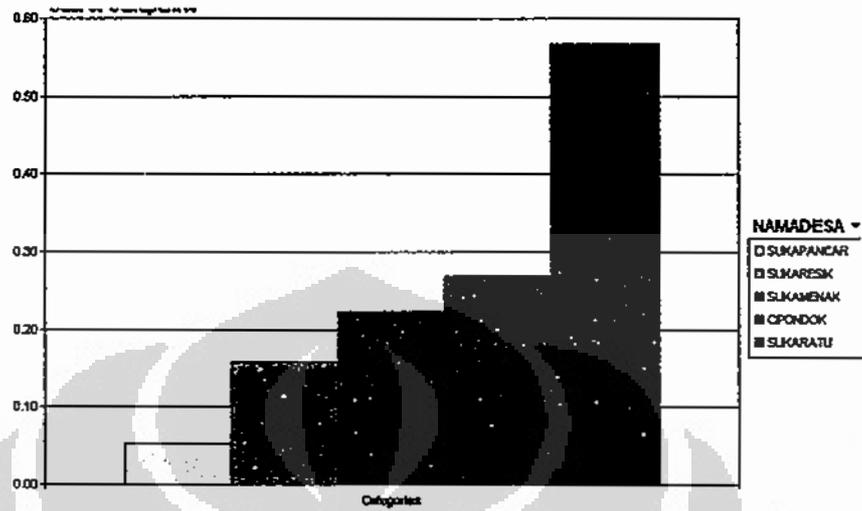
Gambar 5.17
Form Menu Output



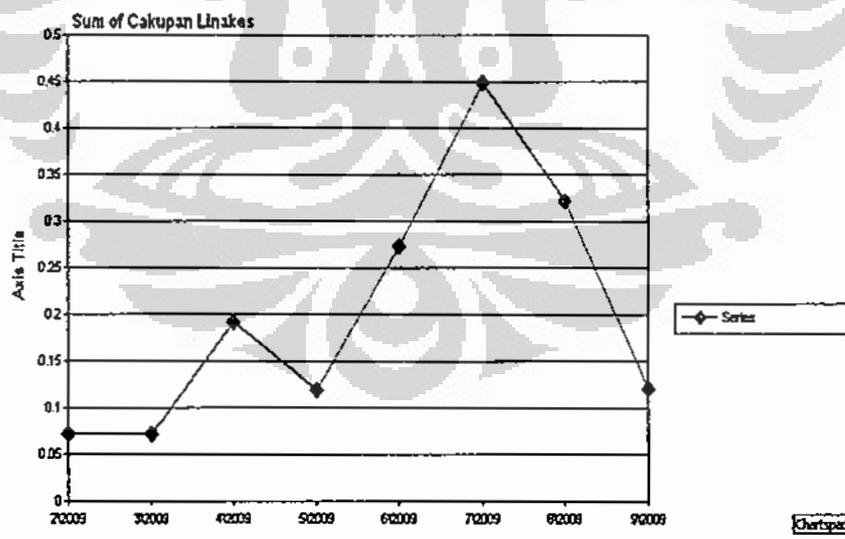
Gambar 5.18
Output Grafik Cakupan K1 Murni Menurut Desa



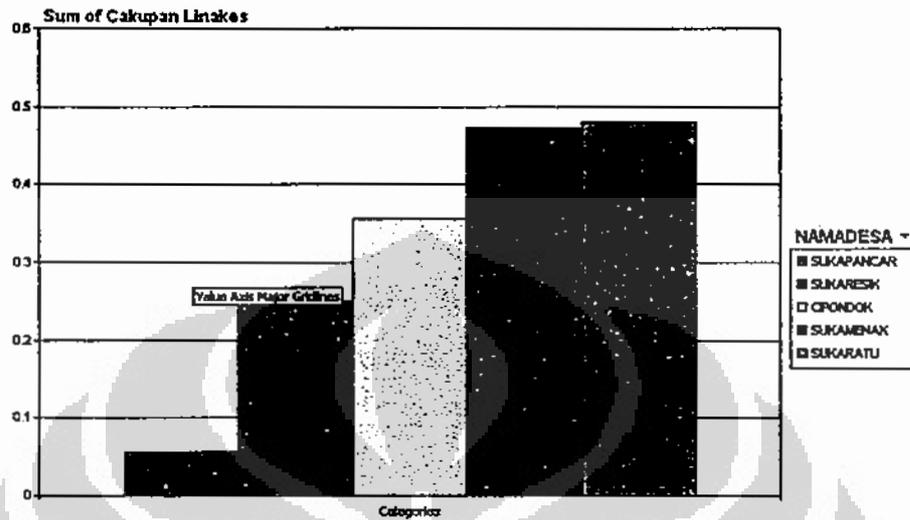
Gambar 5.19
Output Grafik Cakupan K4 Menurut Desa



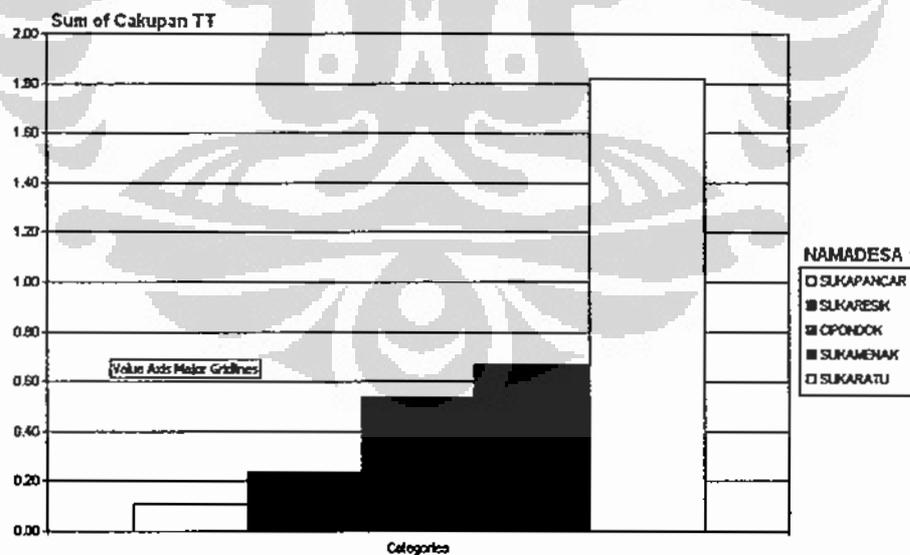
Gambar 5.20
Output Grafik Cakupan Linakes Menurut Bulan



Gambar 5.21
Output Grafik Cakupan Linakes Menurut Desa

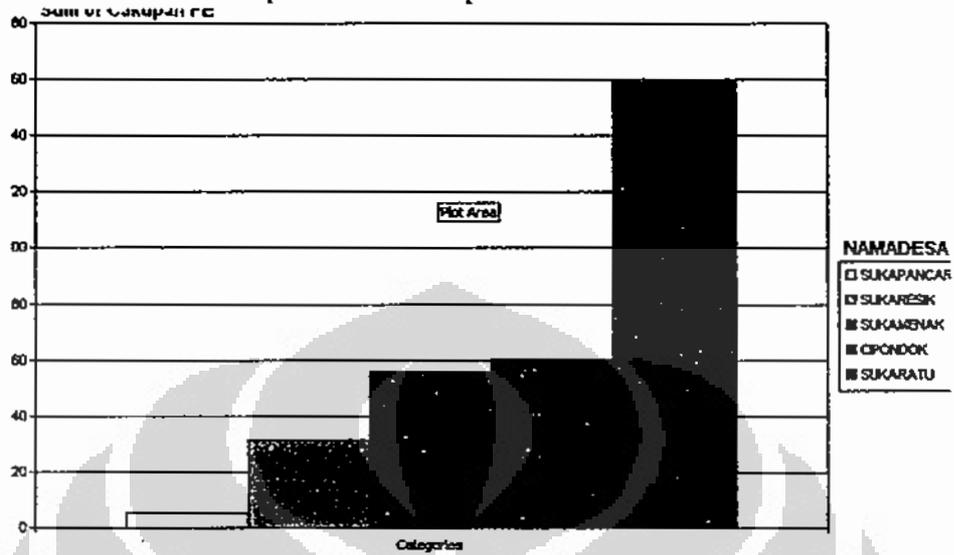


Gambar 5.22
Output Grafik Cakupan TT Menurut Desa



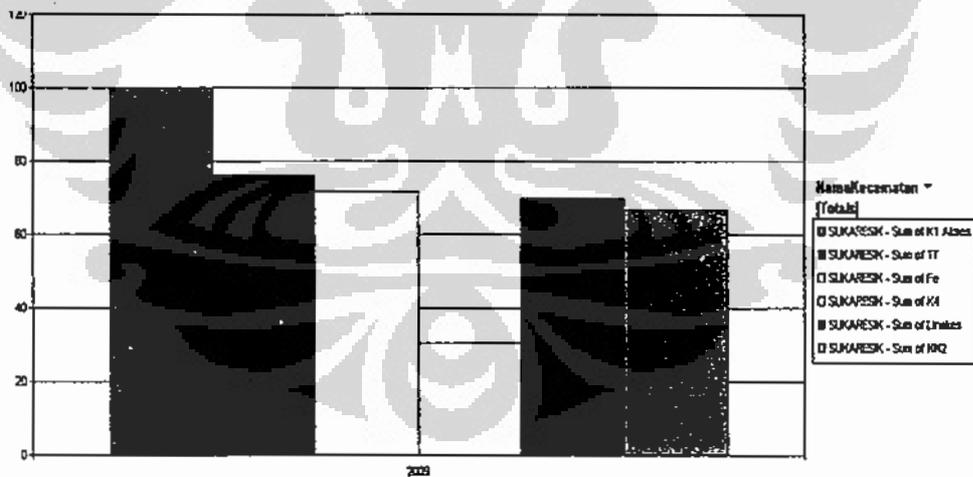
Gambar 5.23

Output Grafik Cakupan Fe Menurut Desa



Gambar 5.24

Output Data Indikator PKH Menurut Puskesmas



Gambar 5.27
Output Data Kunjungan Ibu Bersalin Peserta PKH

NOPEERTA	Unakes Bayi hidup	Unakes Bayi Mati	Abortus	Bulan
3206271003902	12b			7/2009
3206271007902	12b			7/2009
3206271002902				7/2009
3206271005901	12b			9/2009
3206271005903				6/2009
3206271005901	12b			8/2009
3206271005901	12b			8/2009
3206271005901		12c		4/2009
3206271005901				2/2009
3206271005904	12b			7/2009
3206271002902	12b			7/2009
3206271002904				7/2009
3206271002904	12b			7/2009
3206271003904	12b			7/2009
3206271003900				7/2009
3206271005901			12	7/2009
3206271002902		12c		7/2009
3206271004901				7/2009
3206271005900	12b			7/2009
3206271005901	12b			7/2009
3206271002903				8/2009
3206271003900	12b			8/2009
3206271004900	12b			8/2009
3206271005900				7/2009
3206271005901			12	8/2009

5.12. Uji Prototype

Pengujian sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas ini akan diuji di laboratorium komputer Jurusan Biostatistika dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, dengan penentuan *Hardware*, *Software*, dan Sumber Daya Pendukung lain. Pada pengembangan sistem ini digunakan *software* pendukung untuk basis data dan bahasa pemrograman.

5.13. Implementasi Sistem

Implementasi dari diterapkannya *system aplikasi entry data* ini adalah :

- Terdapat perangkat komputer dengan spesifikasi minimal Prosesor Pentium III
- Operating Sistem minimal windows 98
- Terdapat aplikasi *Microsoft Excell 2003* atau *Ms Acces 2003*
- Terdapat *CD Writer* atau *Fort USB*
- Terdapat tenaga *entry data* yang telah diberi pelatihan khusus

BAB VI PEMBAHASAN

6.1 Analisa Sistem

Hasil Pengamatan dan wawancara mengenai pelaksanaan program kesehatan ibu dan anak, serta program PKH kesehatan di Kabupaten Tasikmalaya ternyata terdapat beberapa masalah dalam mekanisme alur pencatatan dan pelaporan, proses pengolahan data dan pelaksanaan manajemen program. Pembahasan difokuskan kepada proses input, pengolahan data dan output informasi yang dapat digunakan untuk melakukan manajemen program, terutama dalam pengembangan sistem dan pemecahan masalah di tingkat Puskesmas.

6.1.1 Kebutuhan Informasi

Kebutuhan informasi keberhasilan program PKH Kesehatan dapat dilihat dari tujuan khusus PKH yaitu : meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas dan anak dibawah 6 tahun dari RTSM, selain daripada itu adalah meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan, khususnya bagi RTSM (Depsos 2008), akan tetapi proses bisnis program PKH adalah pemberian insentif dan bimbingan bagi RTSM untuk melakukan kunjungan kesehatan dengan alat kontrol kunjungan kesehatan ialah verifikasi. Meskipun dalam tujuan disebutkan meningkatkan pelayanan kesehatan, akan tetapi program PKH tidak menyentuh sisi *supply* namun bergerak pada sisi *demand* oleh karena itu informasi yang diperlukan oleh program PKH adalah seberapa besar akses RTSM terhadap pelayanan kesehatan, oleh sebab itu informasi yang dibutuhkan itu harus tercermin dalam indikator cakupan.

Terdapat sejumlah indikator yang terdiri dari indikator monitoring, evaluasi dan dampak PKH yang berkaitan dengan program kesehatan. Indikator evaluasi PKH sebagian besar adalah mirip dengan program kesehatan selama ini, antara lain ; cakupan imunisasi, vitamin A, tumbuh

kembang balita, tablet Fe, pelayanan *antenatal care*, proses persalinan dan pelayanan *postnatal care*. Perbedaan yang mendasar dari cara perhitungannya adalah *denumerator* PKH berasal dari sasaran PKH itu sendiri, sedangkan pada program KIA *denumerator* yang digunakan adalah sasaran proyeksi yang didapat dengan cara memperhitungkan angka tertentu terhadap jumlah penduduk. Indikator-indikator tersebut merupakan indikator proses yang mencerminkan akses, antara lain :

- a. Indikator K1 merupakan indikator akses untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat.
- b. Indikator K4 merupakan indikator proses yaitu untuk mengetahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil disuatu wilayah, disamping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan proram kesehatan ibu dan anak.
- c. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, dengan indikator ini dapat diperkirakan proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan, sehingga indikator ini menggambarkan kemampuan manajemen program.
- d. Cakupan vitamin A 2 Kali pertahun merupakan indikator input mengenai asupan nutrisi untuk menghimpun cadangan vitamin A dalam hati.
- e. Cakupan tablet Fe merupakan indikator input mengenai asupan zat besi bagi ibu hamil.
- f. Cakupan D/S adalah indikator proses yang menggambarkan peran serta masyarakat terhadap program kesehatan.
- g. Cakupan imunisasi lengkap adalah indikator output mengenai pelayanan imunisasi.
- h. Cakupan gizi buruk adalah indikator dampak yang menggambarkan kondisi rawan gizi.

Salah satu tujuan program PKH adalah mengurangi angka gizi buruk merupakan indikator dampak yang digambarkan dengan prosentase gizi buruk, namun pada format verifikasi kesehatan tidak terlihat input datanya. Solusi untuk masalah ini adalah mengganti jenis data dari nominal (ditimbang/tidak) menjadi ratio sehingga selain dapat dilihat hadir tidaknya dipenimbangan juga dapat dipantau status gizinya, dengan cara membandingkan berat badan dalam kilogram dengan umur dalam bulan.

Melihat kesamaan indikator antara program kesehatan ibu dan anak, imunisasi dan perbaikan gizi dengan indikator program keluarga harapan kesehatan maka dipandang perlu untuk memperkuat sistem informasi kesehatan ibu dan anak di tingkat Puskesmas, sehingga luaran dari sistem ini dapat digunakan oleh program keluarga harapan. Sistem informasi kesehatan ibu dan anak di tingkat Puskesmas perlu dibuat terbuka untuk bisa berintegrasi dengan sistem informasi lain dengan menambahkan variabel jenis kepesertaan program jaminan sosial lain diluar PKH, antara lain ; Jamkesmas, Asuransi Kesehatan dan lain-lain sehingga dikemudian hari sistem ini dapat mengantisipasi kebutuhan data berdasarkan jenis kepesertaan sasaran ibu dan anak

6.1.2 Struktur Data

Indikator yang menjadi tolok ukur monitoring, evaluasi program PKH memerlukan data primer dari individu, yaitu kunjungan ART RTSM setiap bulan dan tindakan yang didapat. Khusus mengenai pemantauan tumbuh kembang anak 0-6 tahun datanya berasal dari Posyandu dengan pertanyaan apakah anak tersebut ditimbang bulan ini atau tidak, padahal kalau ditambahkan satu variabel hasil penimbangan maka tujuan mengurangi angka gizi buruk dapat dipantau, ole sebab itu maka perlunya penambahan variabel berat badan anak dalam satuan kilogram. Struktur data SIM PKH saat ini merupakan kesatuan antara pengurus PKH dan anggota rumah tangga, sehingga diperlukan suatu sistem pencatatan program kesehatan ibu dan anak dengan model *Family Folder*

6.1.3 Sumber Data

Sumber data yang digunakan verifikasi kunjungan kesehatan peserta PKH seluruhnya terdapat pada kohor ibu dan anak yang berasal dari Bidan Desa dan Posyandu. Pada kohor ibu dan anak tidak terdapat variabel input mengenai jenis sasaran, seperti peserta PKH, Jamkesmas, Askes dan lain-lain. Solusi dari masalah ini adalah dengan menambahkan variabel tersebut, sehingga kohor ibu bisa terintegrasi dengan program lain.

6.1.4 Proses Pengambilan Data

Proses pengambilan data verifikasi kunjungan kesehatan peserta PKH yang diambil secara langsung dari bidan desa kurang tepat karena bidan bukan merupakan bagian dari UPPKH Kabupaten, melainkan ada dibawah organisasi Puskesmas, solusi dari masalah ini adalah dikembalikan ke Puskesmas yang menjadi otoritas kesehatan paling bawah di wilayah kecamatan dengan terlebih dahulu memperkuat sistem informasi program kesehatan ibu dan anak. Verifikasi kunjungan peserta PKH Kesehatan cukup dilakukan dengan membuat output data primer dalam bentuk *soft file* sehingga kebutuhan data sistem informasi program keluarga harapan dapat dipenuhi oleh sistem informasi program kesehatan ibu dan anak di tingkat Puskesmas. Apabila dikemudian hari sistem ini dapat benar-benar diterapkan dilapangan, maka akan dapat menghemat biaya dan waktu verifikasi, seperti ; pencetakan form verifikasi (form K), input data dan biaya operasional lain yang berkaitan dengan kegiatan verifikasi

6.1.5 Proses Pengolahan Data

Proses pengolahan data kohor ibu dan anak selama ini dibuat secara manual sehingga dirasa membebani kerja Bidan desa, oleh karena itu perlu dibuatkan sistem *aplikasi entry* data kunjungan kesehatan ibu dan anak, perbaikan gizi dan imunisasi secara terintegrasi yang memungkinkan dijalankan di tingkat Puskesmas. Pergeseran kebiasaan dari cara manual ke

otomasi perlu disosialisasikan secara dini sehingga terbentuk sikap kerja yang rutin. Perlu diingat sistem yang dikembangkan tidak menghilangkan catatan harian kunjungan sasaran ke tempat pelayanan akan tetapi setelah data kunjungan ibu dan anak di input kedalam sistem maka otomatis proses pengolahan dan pembuatan output akan dilakukan oleh sistem, dengan demikian keuntungan lainnya adalah dapat menghemat waktu bagi bidan dan pengolah data untuk membuat perhitungan cakupan kegiatan dan kesalahan visualisasi grafik pencapaian.

6.1.6 Proses Komunikasi Data

Proses komunikasi data selama ini dibuat secara manual yang melibatkan sejumlah form kertas, dirasa menambah berat kerja Bidan dan petugas *entry* data di sekretariat UPPKH Kabupaten, oleh karena itu aplikasi yang dikembangkan harus memungkinkan adanya transportasi data dalam bentuk *soft file* dengan merancang struktur data luaran yang sesuai dan dapat dibaca oleh SIM PKH, untuk itu dipilih format data *Ms Excell*. Alasan pemilihan format ini karena sesuai dengan program *PHP Webbased* yang digunakan oleh SIM PKH.

6.1.7 Sumber Daya

Terdapat beberapa masalah pada Sumber daya kesehatan yang terbatas untuk mendukung aplikasi *entry* data, antara lain :

- a) Perangkat keras komputer di Puskesmas yang digunakan bersama sama dengan program lain diluar program kesehatan ibu dan anak, solusinya adalah dengan membuat jadwal ulang penggunaan komputer, bisa berdasarkan hari dalam seminggu ataupun tanggal tertentu pada setiap bulan
- b) Tidak adanya tenaga khusus *entry* data, solusinya adalah memaksimalkan tenaga bidan yang ada di Puskesmas dengan

- terlebih dahulu diberikan pelatihan khusus penggunaan aplikasi komputer
- c) Tidak adanya koneksi internet yang menghubungkan Puskesmas dengan Dinas Kesehatan dan UPPKH Kabupaten bisa disiasati, dengan cara pengiriman *soft file* dalam media penyimpanan seperti *compact disk* maupun *flash disk*, dengan demikian aplikasi yang dibangun harus disertai fasilitas ekspor impor data.

6.2 Perbedaan Sistem Lama dan Baru

Sistem Informasi Program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas mempunyai perbedaan dari sistem sebelumnya, seperti yang tertera pada tabel 6.1 dibawah ini :

Tabel 6.1
Perbedaan Sistem Lama Dan Baru

Aspek	Sistem Yang Berjalan	Pengembangan
Input	<ul style="list-style-type: none"> Melibatkan banyak catatan sebelum dicatat dalam kohor Terjadi duplikasi kohor di bidan dan Puskesmas Laporan KIA, imunisasi dan perbaikan gizi dibuat terpisah Verifikasi PKH dilakukan sampai ke bidan dan posyandu 	<ul style="list-style-type: none"> Kohor ibu dan bayi cukup ada di bidan Hasil penimbangan, vit A dan imunisasi dibuat terintegrasi dengan kohor anak Verifikasi PKH dikeluarkan dalam bentuk <i>soft file</i> oleh sistem
Proses	<ul style="list-style-type: none"> Analisis data masih harus diolah secara manual, dan membutuhkan beberapa buku register antara lain kohor ibu 	<ul style="list-style-type: none"> Pencatatan, Penyimpanan dan pengolahan data dilakukan secara

Aspek	Sistem Yang Berjalan	Pengembangan
	<p>dan anak, register Gizi dan register imunisasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> Analisa data sudah berbentuk grafik kecenderungan dalam satu bulan, tabel laporan perbulan, dibuat secara manual pada kertas grafik 	<p>otomatis oleh sistem</p> <ul style="list-style-type: none"> grafik kecenderungan cakupan program menurut desa dibuat otomatis oleh sistem
Output	Laporan bulanan KIA, imunisasi dan gizi direkap secara manual dalam bentuk tabel	Output laporan bulanan akan tercetak secara otomatis oleh sistem

6.3 Kelebihan dan Kekurangan Sistem Informasi

Sistem Informasi Program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas mempunyai kekurangan dan kelebihan sebagai berikut :

6.3.1. Kelebihan

- Input data bisa dilakukan dalam *interface* input maupun dibuat dalam tabel *excell* yang *user friendly* bagi pengelola program kesehatan di Puskesmas
- Pengolahan data dan output laporan bisa dilakukan dengan cepat
- Sistem yang dikembangkan sangat sederhana sehingga masih terbuka untuk dikembangkan dan diperluas
- Dapat dikembangkan ditingkat desa apabila sarana dan prasarannya memungkinkan
- Kegiatan verifikasi PKH kesehatan cukup dilakukan dengan mengcopy output tabel kunjungan ibu dan anak sehingga dapat menghemat biaya dari pembuatan dan form verifikasi dan kegiatan lain yang berhubungan dengan verifikasi.

6.3.2. Kekurangan

- a. Indikator yang digunakan merupakan indikator pelayanan minimal dan mempunyai keterkaitan dengan program keluarga harapan sehingga tidak semua indikator program kesehatan ibu dan anak termasuk dalam sistem, antara lain deteksi resiko dini kehamilan dan penanganan komplikasi serta sistem rujukan.
- b. Belum semua indicator output yang direncanakan dapat dihasilkan yaitu indikator gizi buruk karena beberapa keterbatasan.
- c. Diperlukan tenaga *entry* data yang terlatih.
- d. Bila terjadi kesalahan memasukan data maka keluaran yang dihasilkan juga akan mengalami kesalahan.
- e. *Prototype* yang dihasilkan penelitian ini masih berupa *prototype* tahap satu sehingga perlu dikembangkan lebih lanjut terutama dalam hal *interface* input yang perlu disesuaikan dengan kenyamanan calon pengguna.

BAB VII

KESIMPULAN SARAN

Dari hasil penelitian dan analisis sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak. yang telah diuraikan pada bab sebelumnya maka dapat ditarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

7.1. KESIMPULAN

7.1.1. Telah dihasilkan *prototype* tahap satu sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas yang dapat mensuplai data kunjungan peserta PKH Kesehatan dari Puskesmas ke UPPKH Kabupaten berupa *soft file* data primer kunjungan peserta PKH ke sarana kesehatan setiap bulannya.

7.1.2. Telah tersusunnya rancangan antar muka sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas yang berbasis komputer yang terdiri dari :

- a. Input sebanyak 4 buah yaitu ; data dasar desa, rumah tangga dan anggota rumah tangga, kunjungan ibu dan kunjungan anak.
- b. Proses ; terdiri dari sejumlah *query* yang akan memproses data sedemikian rupa menjadi informasi yang dibutuhkan.
- c. Output yaitu ; 8 buah grafik indikator program kesehatan ibu dan anak serta 2 buah tabel kunjungan kesehatan anggota rumah tangga peserta PKH.

7.1.3. Telah terbangunnya basis data sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas berbasis program *spreadsheet*.

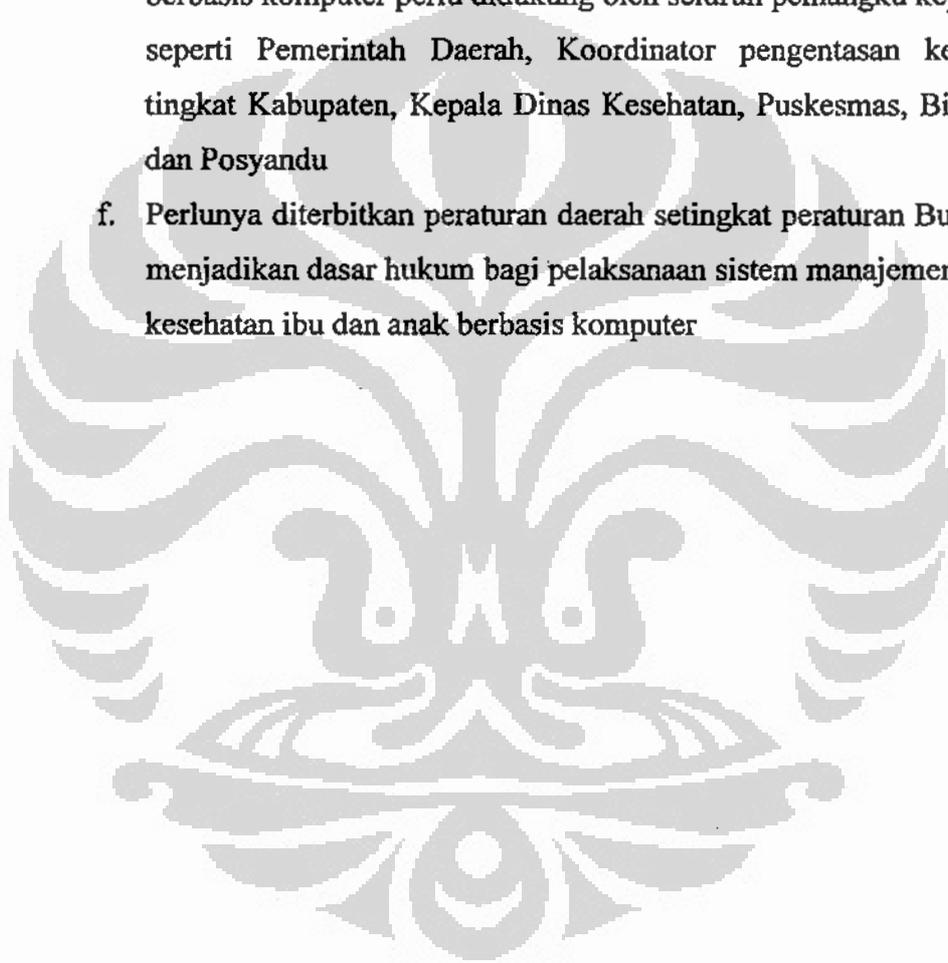
7.1.4. Telah teridentifikasinya indikator sistem informasi manajemen program kesehatan ibu dan anak untuk mendukung verifikasi program keluarga harapan di tingkat Puskesmas yang terdiri dari ;

- a. Prosentase anak penerima bantuan usia 0-6 tahun yang tidak dapat memenuhi komitmen sesuai protokol kesehatan yang ditentukan setiap 3 bulan berdasarkan desa.
- b. Prosentase anak ibu hamil yang tidak dapat memenuhi yang ditentukan setiap 3 bulan berdasarkan desa.
- c. Cakupan Imunisasi bagi anak usia kurang dari 1 tahun peserta PKH berdasarkan desa.
- d. Cakupan distribusi tablet vitamin A berdasarkan desa.
- e. Cakupan pemantauan tumbuh kembang (D/S) berdasarkan desa.
- f. Cakupan distribusi tablet Fe bagi ibu hamil berdasarkan desa.
- g. Cakupan pelayanan antenatal care (K1-K4) bagi ibu hamil berdasarkan desa.
- h. Cakupan proses persalinan ibu peserta PKH yang dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih berdasarkan desa.
- i. Cakupan pelayanan *postnatal care* bagi ibu berdasarkan desa
- j. Cakupan gizi buruk berdasarkan desa.

7.2. SARAN

- a. *Prototype* yang dihasilkan masih berupa *prototype* sederhana dan baru tahap satu, oleh karena itu diharapkan kedepan ada peneliti lain yang mengembangkan *prototype* ini sehingga bisa langsung diaplikasikan dilapangan.
- b. Pengembangan sistem informasi terbatas pada program kesehatan yang berkaitan dengan sasaran PKH, diharapkan kedepan ada upaya untuk melakukan pengembangan sistem informasi dengan penambahan variabel lain yang dibutuhkan program kesehatan maternal seperti deteksi resiko kehamilan dan persalinan.

- c. Perlu komitmen yang kuat di tingkat Puskesmas untuk bisa melaksanakan program ini karena dituntut pelaksanaan input data yang kontinyu yang berasal dari Bidan dan Posyandu
- d. Perlu dilakukan pelatihan bagi bidan Puskesmas sebagai petugas input data
- e. Pelaksanaan sistem manajemen program kesehatan ibu dan anak berbasis komputer perlu didukung oleh seluruh pemangku kepentingan seperti Pemerintah Daerah, Koordinator pengentasan kemiskinan tingkat Kabupaten, Kepala Dinas Kesehatan, Puskesmas, Bidan Desa dan Posyandu
- f. Perlunya diterbitkan peraturan daerah setingkat peraturan Bupati yang menjadikan dasar hukum bagi pelaksanaan sistem manajemen program kesehatan ibu dan anak berbasis komputer



DAFTAR REFERENSI

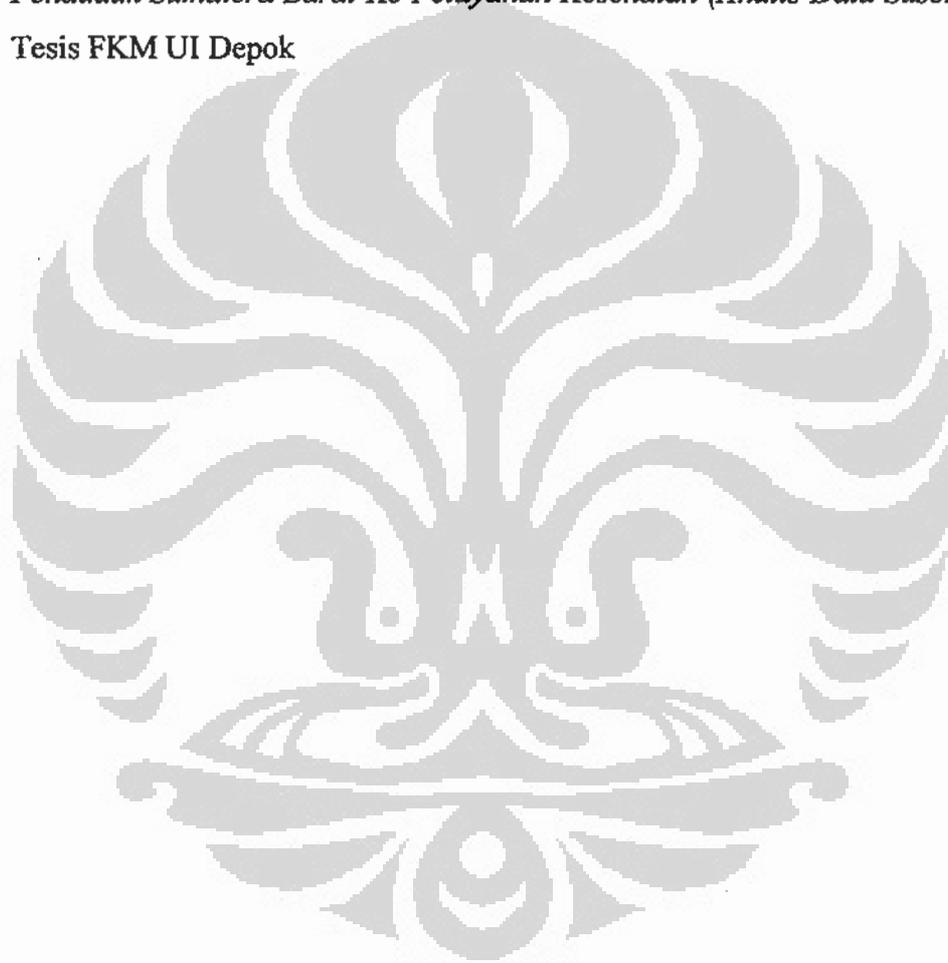
- Achmadi, Fahmi Umar. (2006). *Imunisasi, mengapa perlu ?* Jakarta : Penerbit Buku Kompas
- Azwar, Azrul. (1996). *Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu*. Jakarta : Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia
- Badan Pusat Statistik (2009). *Daftar Kode Kabupaten, Kecamatan dan Kelurahan di Kabupaten Tasikmalaya*, www.bps.go.id
- Bapeda Kab Tasikmalaya (2009). *Peta Wilayah Kabupaten Tasikmalaya*, JPG File
- Biro Pusat Statistik (2008). *Data Strategis BPS*, Jakarta
- Brauw, Alan de & Hoddinot Jhon (2008). *Must Cash Conditional Transfer Programs be Conditioned to be Effective ?*. IFPRI Discussion Paper 00757
- Departemen Kesehatan RI (1999). *Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial*, Jakarta
- _____ (2003). *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak*, Jakarta
- _____ (2004). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota*
- _____ (2004). *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal (SPM) Penyelenggaraan Perbaikan Gizi Masyarakat*, Jakarta
- _____ (2007). *Buku Kesehatan Ibu dan Anak*, Jakarta
- _____ (2009). *Direktori Puskesmas*, www.depkes.go.id
- Departemen Sosial RI. (2008). *Pedoman Umum PKH 2008*, Jakarta
- _____ (2007). *Buku Pendamping PKH*, Jakarta
- _____ (2007)., *Pedoman Operasional Sistem Informasi manajemen PKH (SIM PKH) Kabupaten/Kota*, Jakarta
- _____ (2007). *Buku Kelembagaan PKH*, Jakarta
- _____ (2007). *Buku Pedoman PKH Bagi Penyedia Pelayanan Kesehatan*, Jakarta

Dokumen User manual Sistem Informasi Program Keluarga

Harapan

- Dinas Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya. (2008). *Propile Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya Tahun 2008*
- Eric Butow, (2007). *User Interface Design*, Publisher Addison Wesley Profesional
- Feldstein, 1979, *ealth care ecomonics*, Jhon Lanley & sons, New York
- Gani, Ascobat (1994). *Aspek Ekonomi Pelayanan Kesehatan*. Cermin Dunia Kedokteran, Edisi Khusus 90. 34-35, Jakarta
- Jugiyanto (2005). *Analisa dan Design Sistem Informasi*, Penerbit Andy Yogyakarta
- Lahay, Rasnila, 2009. *Pengembangan Sistem Informasi Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit DBD Berbasis Wilayah di Kota Bekasi Tahun 2009*. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok
- Kadir (2003). *Pengenalan Sistem Informasi*, Penerbit Andi Yogyakarta
- Kadir, A & TriwahyuninCH, Terra, (2003). *Pengenalan Tehnologi Informatika*, Penerbit Andi Yogyakarta
- Markum A.H (1987). *Imunisasi*, FKUI Jakarta 1987
- Pemerintah Kabupaten Tasikmalaya. (2007). PDF File, tersedia di www.tasikmalaya.go.id
- Pemerintah Provinsi Jawa Barat (2009). *Program Keluarga Harapan*, Pdf file, www.jabar.go.id
- Pusdatin Depkes RI (2007). *Profil Kesehatan Indonesia 2006*, Jakarta 2007
- Sorkin Alan L (1977). *Health Economics An Introduction* D.C Health and Company USA 1977.
- Supariasa, I Dewa Nyoman, & Bakri. Bachyar, & Fajar. Ibnu (2001). *Penilaian Status Gizi*. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Ulfah Andy. (2005). *Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberdayaan Masyarakat Miskin / Prasejahtera (PMM/P) di Kecamatan Ujung Kota Pare-Pare tahun 2004*. Tesis Fisip UI Depok
- UNDP. (2002). *Handbook on Monitoring and Evaluating for Result*, New York

- Whitten Jeffery L et al (2004). *Metode Desain dan Analisis system edisi 6* , (Tim Penerbit Andi , Penerjamah) Penerbit Andi Yogyakarta 2004
- World Bank (2008). *Conditional Cash Transfers (CCT) Are They a Viable approach to Improve Child health in Poor Country ?*
- World Bank. (2008). *Monitoring and Evaluation, some tool, Methods and approachs*
- Yuswandi Arry (2006). *Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Akses Penduduk Sumatera Barat Ke Pelayanan Kesehatan (Analisis Data Susenas 2004)*
Tesis FKM UI Depok



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

KAMPUS BARU UNIVERSITAS INDONESIA DEPOK 16424, TELP. (021) 7864975, FAX. (021) 7863472

No : 6061 /PT.02.H5.FKMUI/1/2009
Lamp. : --
Tgl : Ijin penelitian dan menggunakan data

9 November 2009

Kepada Yth.
Sekretariat UPPKH
Kabupaten Tasikmalaya
Jl. Mayor Utarya
Tasikmalaya

Sehubungan dengan penulisan tesis mahasiswa Program Magister Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia mohon diberikan ijin kepada mahasiswa kami :

Nama : Epi Edwar Lutpi
NPM : 0706309322
Thn. Angkatan : 2007/2008
Peminatan : Informatika Kesehatan
Departemen : Biostatistik

Untuk melakukan penelitian dan menggunakan data yang akan dianalisis kembali dalam penyusunan tesis dengan judul, "*Sistem Informasi Manajemen Program Keluarga Harapan Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya*".

Selanjutnya Unit Akademik terkait atau mahasiswa yang bersangkutan akan menghubungi Institusi Bapak/Ibu. Namun, jika ada informasi yang dibutuhkan dapat menghubungi sekretariat Departemen Biostatistik dinomor telp. (021) 7863473.

Wakil Dekan FKMUI,



(Signature)
Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH
NIP. 19720825 199702 1 002

Tembusan:

- Penimbang tesis
- Arsip



Lampiran 2

PEMERINTAH KABUPATEN TASIKMALAYA
KANTOR KESATUAN BANGSA DAN LINMAS
Jalan RAA Wiratanuningrat No 24 Telp (0265) 331308
TASIKMALAYA

Tasikmalaya, 12 Nopember 2009

Nomor : 070 / 480 / KBL
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. 1. Kepala Dinas Kesehatan
2. Sekretariat UPPKH
Kabupaten Tasikmalaya
di-
TASIKMALAYA

- I Membaca : Surat dari Dekan Program Magister Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Depok, tanggal 9 Nopember 2009 Nomor: 6062 / PT.02.H5.FKMUI / 1 / 2009, perihal tersebut pada pokok surat di atas.
- II Mengingat :
1. Peraturan Daerah Kabupaten Tasikmalaya Nomor 08 Tahun 2004 tentang Pembentukan Organisasi Badan dan Kantor Daerah Kabupaten Tasikmalaya;
 2. Keputusan Bupati Nomor 33 Tahun 2005 tentang Uraian Tugas Unit Kantor Kesatuan Bangsa dan Linmas Kabupaten Tasikmalaya;
 3. Surat Keputusan Gubernur Jawa Barat Nomor : 300/ SK 1215 Huk /1990, tentang cara memperoleh ijin atau rekomendasi Kegiatan yang berkaitan dengan pembinaan ketontraman dan Ketertiban umum di Propinsi Jawa Barat.

Maka setelah kami mengadakan wawancara langsung dengan yang bersangkutan pada prinsipnya kami tidak keberatan dan bersama ini kami hadapkan :

Nama : EPI EDWAR LUTPI
Pekerjaan : Mahasiswa, NPM: 0706309322 Peminatan : Informatika Kesehatan
Alamat : Kp. Cimuta Rt. 16 RW03 Desa Cigadog Kecamatan Leuwisari Kabupaten Tasikmalaya 48464
Maksud / Tujuan : Mengadakan Penelitian untuk Penyusunan Tesis
Lamanya : dari tanggal 12 Nopember s.d 31 Desember 2009
Banyaknya Peserta : 1 (satu) orang
Tema : *"Sistem Informasi Manajemen Program Keluarga Harapan Kesehatan Masyarakat"*
Penanggung Jawab : Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH

KETENTUAN – KETENTUAN YANG PERLU DITAATI :

1. Kegiatan tersebut tidak mengganggu keamanan dan ketertiban sosial politik;
2. Mentaati segala peraturan dan Perundang – undangan yang berlaku;
3. Menjaga tata tertib dan menghindari pernyataan baik lisan maupun tulisan yang sifatnya dapat mengganggu, menyinggung dan menghina Bangsa, Negara maupun Agama;
4. Yang bersangkutan terlebih dahulu melapor kepada Kepala Wilayah / Instansi yang di kunjungi.
5. Diakhir penelitian agar dilaporkan ke Kantor Kesatuan Bangsa dan Linmas;
6. Penyimpangan dari ketentuan tersebut di atas izinnnya akan dicabut kembali dan atau dinyatakan batal.



Tembusan :

1. Yth. Bapak Bupati Tasikmalaya:
Melalui Yth. Bapak Sekda Kabupaten Tasikmalaya;
2. Yth. Kepala BAPPEDA Kabupaten Tasikmalaya
3. Yth. Kepala Kantor Perpustakaan dan Arsip Daerah Kab. Tasikmalaya;
4. Yth. Dekan Program Magister FKM Universitas Indonesia Depok;
5. Yth. Yang Bersangkutan.

**SISTEM INFORMASI MANAJEMEN PROGRAM KESEHATAN IBU
DAN ANAK UNTUK Mendukung Verifikasi Program
KELUARGA HARAPAN DI TINGKAT PUSKESMAS**

INSTRUMEN PENGUMPULAN DATA



**EPI EDWAR LUTPI
NPM : 0706309322**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
DESEMBER 2009**

(Lanjutan)

Matriks Instrumen Pengumpulan Data Sistem Informasi Manajemen Program
Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung Verifikasi Program Keluarga Harapan
Di Tingkat Puskesmas

NO	AREA OBSERVASI	METODE	INSTRUMEN	SUMBER DATA
1	INPUT			
a	Tupoksi UPPKH	Wawancara	Form Org.1	Ka UPPKH Kab Buku Pedoman PKH
b	Entitas system	Wawancara	Form Pronet	Ka UPPKH Kab Kadinkes Ka Puskesmas
c	Fungsi tiap Unit	Wawancara	Kuesioner 1.a Kuesioner 1.b Kuesioner 1.c Kuesioner 1.d Form Org.2	Ka UPPKH Kab Ka Dinkes Koord Pendamping Ka Puskesmas
d	Infrastruktur IT	Wawancara	Form IT	SI UPPKH Puskesmas
2	PROSES			
	Pencatatan dan pelaporan	Checlist	Form A.1 Form A.2	Puskesmas Pendamping
3	OUTPUT			
	Indikator minimal	Wawancara	Form IND.1 Form IND 1.a	Ka UPPKH kab Laporan Tahunan UPPKH



Kuesioner
Sistem Informasi Manajemen Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung
Verifikasi Program Keluarga Harapan Di Tingkat Puskesmas

Tahap Pembukaan Wawancara :

1. *Ucapan terimakasih kepada informan atas kesediaannya diwawancarai*
2. *Perkenalkan diri dan jelaskan topik wawancara serta tujuan wawancara dilakukan.*
3. *Jelaskan bahwa tidak ada jawaban yang salah atau benar, tetapi informan bebas menyampaikan pendapat, pengalaman, harapan, atau saran-saran yang berkaitan dengan topik wawancara.*
4. *Catat dan rekam seluruh pembicaraan.*
5. *Mintalah waktu lain jika informan hanya memiliki waktu yang terbatas saat itu.*

DATA UMUM

Nama Informan :

Jabatan :

Masa Kerja :

Tanggal wawancara :

1. Apakah kegiatan manajemen program PKH Kesehatan sudah berlangsung?
2. Jenis-jenis informasi apa saja yang dihasilkan dari kegiatan program ini (baik dalam bentuk dokumen ataupun laporan lainnya)?
3. Dari laporan diatas, apakah informasi untuk perkembangan program sudah dapat dihasilkan?
4. Bagaimana pemanfaatan data dan informasi yang selama ini telah berjalan?
5. Apakah informasi yang dihasilkan sudah akurat dan tepat waktu ?

Input:

1. Bagaimana metode pengumpulan data dan informasi yang dibutuhkan untuk program PKH Kesehatan ?
2. Dari mana saja sumber data dan informasi yang ada?
3. Apa saja bentuk sumber data dan informasi yang ada?
4. Bagaimana frekuensi pengumpulan data dan informasinya?
5. Siapa saja yang memanfaatkan data/informasi yang tersedia selama ini?

Output:

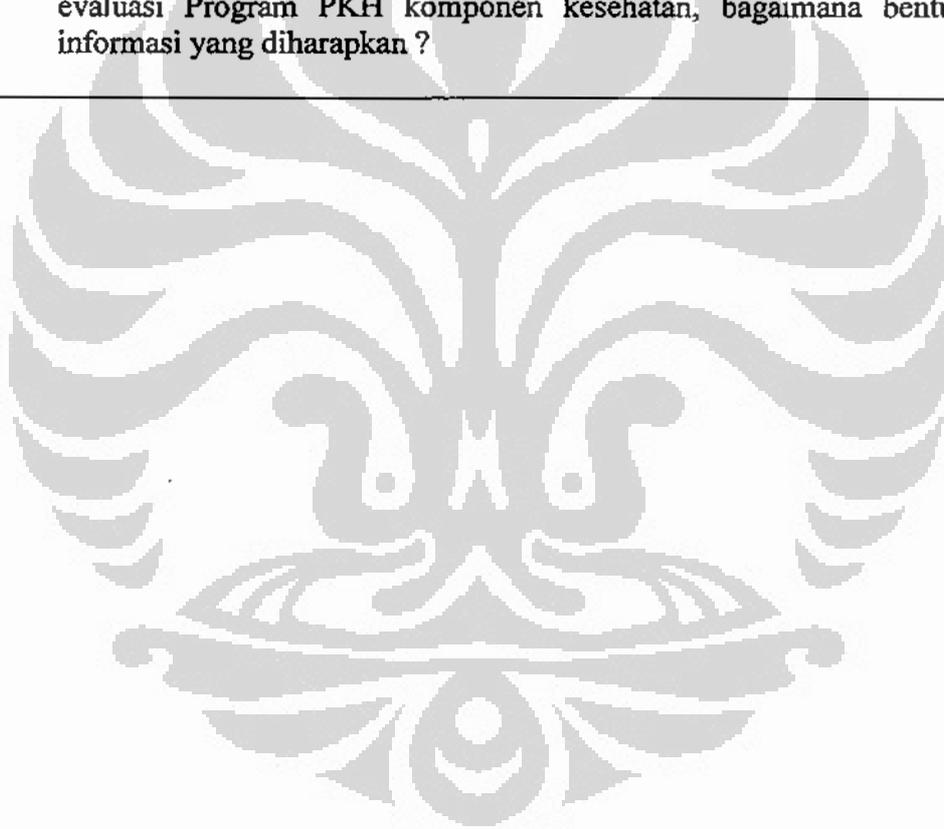
1. Data apa saja yang dibutuhkan setiap unit?
2. Apakah data/informasi yang dihasilkan sudah dimanfaatkan untuk

(Lanjutan)

- menunjang pelaksanaan manajemen (perencanaan, monitoring dan evaluasi ?
3. Bagaimana pemanfaatan data dan informasi dari tiap unit selama ini ?
 4. Menurut pendapat bapak, apakah data/informasi yang dihasilkan sistem informasi Program PKH yang ada saat ini sudah bisa dipakai untuk melihat dampak program terhadap peningkatan derajat kesehatan peserta PKH ?

Proses

1. Mengenai validasi kehadiran peserta PKH di fasilitas pelayanan kesehatan, apakah sudah berjalan sebagaimana mestinya ?
2. Apa saja kendala yang ditemui dilapangan terkait dengan validasi Kehadiran peserta PKH yang dilakukan oleh Puskesmas ?
3. Bagaimana keakurasian dan ketepatan waktu data hasil validasi tersebut ?
4. Jika dimungkinkan dilakukan pengembangan sistem informasi monitoring dan evaluasi Program PKH komponen kesehatan, bagaimana bentuk sistem informasi yang diharapkan ?



Universitas Indonesia



Kuesioner

Sistem Informasi Manajemen Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung
Verifikasi Program Keluarga Harapan Di Tingkat Puskesmas

DATA UMUM

Nama Informan :

Jabatan :

Masa Kerja :

Tanggal wawancara :

1. Bagaimana sistim pencatatan dan pelaporan Program PKH komponen kesehatan selama ini ?
2. Darimana Sumber data untuk pencatatan dan pelaporan Program PKH komponen kesehatan didapat selama ini ?
3. Mengenai Validasi kehadiran peserta PKH di fasilitas pelayanan kesehatan, apakah sudah berjalan sebagaimana mestinya ?
4. Apa saja kendala yang ditemui dilapangan terkait dengan Validasi Kehadiran peserta PKH yang dilakukan oleh Puskesmas ?
5. Jika dimungkinkan dilakukan pengembangan sistim informasi monitoring dan evaluasi Program PKH komponen kesehatan, bagaimana bentuk sistim informasi yang diharapkan ?



Kuesioner

Sistem Informasi Manajemen Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung
Verifikasi Program Keluarga Harapan Di Tingkat Puskesmas

DATA UMUM

Nama Informan :

Jabatan :

Masa Kerja :

Tanggal wawancara :

1. Apa peran dan fungsi dinas kesehatan dalam program keluarga harapan ?
2. Bagaimana keterlibatan dinas kesehatan dalam monitoring dan evaluasi program keluarga harapan komponen kesehatan selama ini ?
3. Adakah mekanisme monitoring dan evaluasi Program PKH komponen kesehatan yang dilakukan dinas kesehatan selama ini
4. Bagaimana bentuk monitoring dan evaluasi Program PKH komponen kesehatan yang dilakukan dinas kesehatan selama ini ?
5. Data/Informasi apa saja yang dibutuhkan untuk monitoring dan evaluasi Program PKH komponen kesehatan ?
6. Darimana Sumber data untuk monitoring dan evaluasi Program PKH komponen kesehatan didapat selama ini ?
7. Menurut penilaian bapak mengenai kedudukan Puskesmas sebagai pihak yang melakukan Validasi kehadiran peserta PKH di fasilitas pelayanan kesehatan, apakah sudah berjalan sebagaimana mestinya ?
8. Apa saja kendala yang ditemui dilapangan terkait dengan Validasi Kehadiran peserta PKH yang dilakukan oleh Puskesmas ?
9. Jika dimungkinkan dilakukan pengembangan sistim informasi monitoring dan evaluasi Program PKH komponen kesehatan, bagaimana bentuk sistim informasi yang diharapkan ?

Kuesioner 1.d : Kepala UPTD Puskesmas



Kuesioner

Sistem Informasi Manajemen Program Kesehatan Ibu Dan Anak Untuk Mendukung
Verifikasi Program Keluarga Harapan Di Tingkat Puskesmas

1. Bagaimana sistim pencatatan dan pelaporan Program PKH komponen kesehatan selama ini ?
2. Darimana Sumber data untuk pencatatan dan pelaporan Program PKH komponen kesehatan didapat selama ini ?
3. Bagaimana sistim pencatatan dan pelaporan Program program Kesehatan Ibu dan anak selama ini ?
4. Bagaimana sistim pencatatan dan pelaporan Program perbaikan Gizi (Penimbangan di Posyandu, Pemberian Vit A) selama ini ?
5. Bagaimana sistim pencatatan dan pelaporan Program Imuniasi selama ini ?
6. Mengenai Validasi kehadiran peserta PKH di fasilitas pelayanan kesehatan, yang dilakukan oleh Puskesmas selama ini, apakah sudah berjalan sebagaimana mestinya ?
7. Apa saja kendala yang ditemui dilapangan terkait dengan Validasi Kehadiran peserta PKH yang dilakukan oleh Puskesmas ?
8. Jika dimungkinkan dilakukan pengembangan sistim informasi monitoring dan evaluasi Program PKH komponen kesehatan, bagaimana bentuk sistim informasi yang diharapkan ?

(Lanjutan)

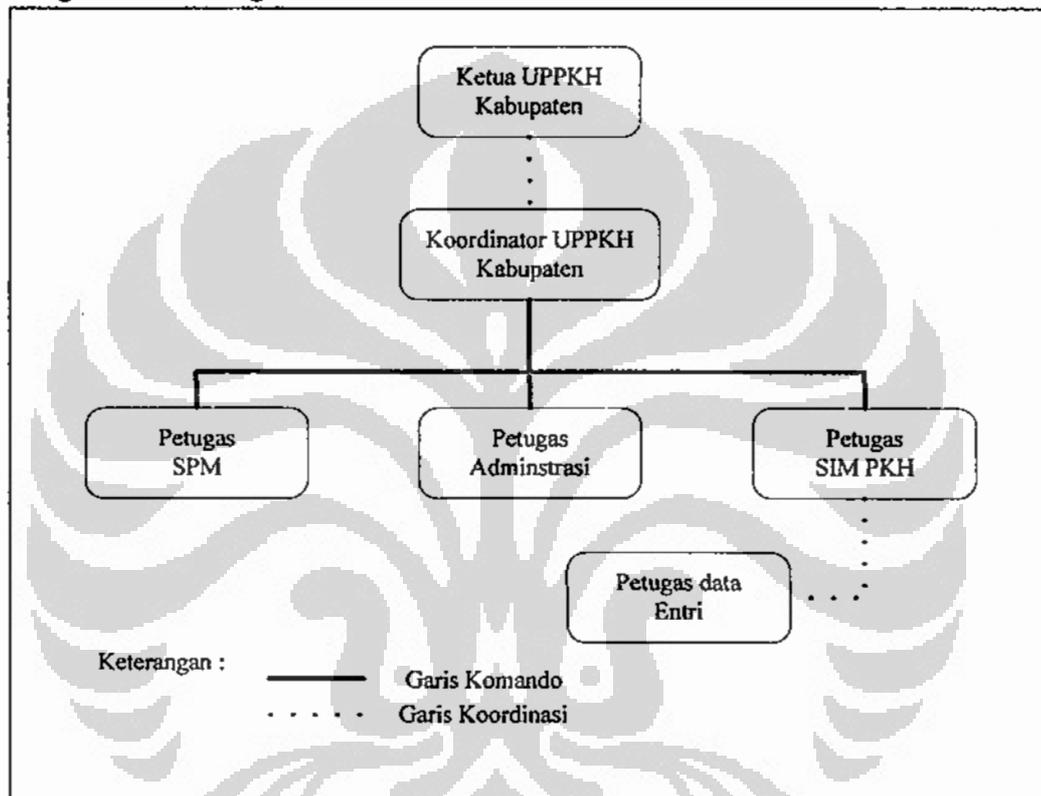
Org.1

DESKRIPSI STRUKTUR, TUPOKSI, KEWENANGAN UPPKH KABUPATEN TASIKMALAYA

Tanggal : 14 November 2009

Sumber Informasi : Buku Kelembagaan PKH (Depsos, 2008).

Bagan Struktur Organisasi



Pembagian Tugas

Pembagian tugas dan tanggung jawab dari masing-masing petugas pada UPPKH Kabupaten yang meliputi :

- a. Ketua UPPKH Kabupaten merupakan unsur tim sekretariat koordinasi PKH Kabupaten yang diambil dari Dinas Sosial Kabupaten Tasikmalaya. Tugas pokok dan tanggung jawabnya : bertanggung jawab dalam menyediakan berbagai informasi PKH dan memastikan terlaksananya : sosialisasi PKH, Pelatihan PKH bagi seluruh pemangku kepentingan, koordinasi dengan tim Koordinasi

Universitas Indonesia

(Lanjutan)

Kabupaten agar Pemda memastikan ketersediaan fasilitas kesehatan dan pendidikan di tingkat Kabupaten, mempersiapkan laporan kegiatan berdasarkan informasi dari anggota UPPKH lainnya serta hasil berbagai kegiatan ketua. Dalam menjalankan tugasnya ketua UPPKH bertanggung jawab langsung kepada Ketua Sekertariat Tim Koordinasi Kabupaten/Kota

- b. Koordinator UPPKH Kabupaten tugas pokok dan tanggung jawabnya : bertanggung jawab dalam mengelola operasional UPPKH Kab/Kota dan memantau pelaksanaan Tugas SIM PKH, Administrasi SPM dan entry data, bertanggung jawab kepada ketua UPPKH Kabupaten
- c. SIM PKH tugas pokok dan tanggung jawabnya : proses pemutakhiran data, proses scanning dan data entry hasil verifikasi komitmen peserta, data analisis dan pelaporan atas pemenuhan komitmen peserta lainnya sesuai dengan kebutuhan.
- d. Sistem pengaduan masyarakat (SPM) tugas pokok dan tanggung jawabnya : mengelola pengaduan terkait dengan program dan membantu penyelesaian permasalahan yang dapat dilakukan di tingkat kecamatan dan kabupaten, data analisis dan pelaporan atas pengaduan dan penyelesaian pengaduan sesuai kebutuhan
- e. Administrasi tugas pokok dan tanggung jawabnya : memfasilitasi pelaksanaan UPPKH Kecamatan termasuk monitoring pelaksanaan tugas fasilitator, memantau penggunaan formulir dan pesan formulir lagi jika dibutuhkan, memastikan semua data penerima dan non penerima disimpan dengan baik, bersih, mudah diakses kembali jika dibutuhkan
- f. Data entry/operator Komputer SIM PKH tugas pokok dan tanggung jawabnya : memasukan data klarifikasi, pemutakhiran, persetujuan penerima dan verifikasi ke dalam SIM

Universitas Indonesia

(Lanjutan)

Form : Pronet

KONFIRMASI JEJARING ENTITAS

Konfirmasikan fisibilitas berbagai bentuk alur (tambahkan jika ada pola lain),
Identifikasi sumber daya pendukungnya (sdm, sarana prasarana, budget dan aspek legal)

Mekanisme :

NO	HUBUNGAN ENTITAS	MEKANISME
1	UPPKH Kabupaten - Puskesmas	1. Setiap tahun mengirimkan Data dasar penerima PKH ke Puskesmas
2	Posyandu - Puskesmas	2. Setiap bulan melaporkan kunjungan, penimbangan dan Imunisasi Anak 0-59 Bulan melalui Format F I Gizi 3. Setiap bulan Februari dan Desember Posyandu melaporkan ke Puskesmas pemberian Vitamin A 4. Puskesmas merekap hasil kegiatan Posyandu di register F III Gizi 5. Puskesmas merekap hasil kegiatan Imunisasi di register Imunisasi
3	Bidan- Puskesmas	1. Setiap bulan melaporkan hasil kegiatan pelayanan melalui kohor ibu dan anak mengenai kunjungan : Ibu hamil, persalinan, nifas, neonatus. 2. Puskesmas mencatat ulang kohor ibu dan anak berdasarkan desa 3. Puskesmas merekap hasil K1, K1 Murni, K4, Linakes, KN2 dan deteksi resiko hamil, salin dan nifas 4. Analisa data di Puskesmas berupa PWS

Universitas Indonesia

(Lanjutan)

		KIA
4	Puskesmas- Dinas Kesehatan	Setiap bulan melaporkan kegiatan KIA, Penimbangan, Imunisasi dan Gizi melalui format LB 3: <ol style="list-style-type: none">1. Hal 1 berisi laporan Bulanan KIA/KB2. Hal 2 berisi laporan Bulanan Gizi3. Hal 3 berisi laporan Bulanan pemberantasan Pencegahan Penyakit (termasuk Imunisasi) Dinas Kesehatan merekap hasil LB 3 di bagian Perencanaan, sedangkan PWS KIA di seksi KIA
5	Pendamping PKH - Posyandu	Setiap bulan pendamping PKH mengisi verifikasi kunjungan peserta PKH anak dan mengcrosscheknya ke Posyandu memakai Form K
6	Pendamping PKH- Bidan	Setiap bulan pendamping PKH mengisi verifikasi kunjungan peserta PKH Ibu dan mengcrosscheknya ke Bidan memakai Form K
7	Pendamping PKH- Puskesmas	Setiap bulan pendamping PKH mengisi verifikasi kunjungan peserta PKH Ibu dan anak serta memverifikasinya ke Puskesmas memakai Form K
8	Pendamping PKH- UPPKH Kabupaten	Setiap bulan pendamping PKH mengirimkan Form K verifikasi kesehatan ke UPPKH Kabupaten

Catatan Diskusi:

1. Mekanisme no 1 baru berjalan bulan November 2009
2. Mekanisme no 6 tidak sesuai dengan buku pedoman PKH karena seharusnya verifikasi kesehatan cukup dilakukan ke tingkat Puskesmas

Universitas Indonesia

Analisis Fungsionalitas

Nama Unit Kerja : UPPKH Kabupaten
 Tanggal : 14, 15 November 2009
 Sumber Informasi : Buku Pedoman PKH, Observasi dan Wawancara dgn Koordinator UPPKH, Petugas Administrasi

Fungsi Unit Kerja:

No.	Fungsi	Keterangan
1.	Verifikasi data Kunjungan Kesehatan	

Prosedure (Proses Bisnis) dalam Menjalankan Fungsi (Deskripsi pada lembar tersendiri):

No.	Fungsi	Prosedur Menjalankan Fungsi
1	Verifikasi data Kunjungan Kesehatan	Pengambilan data verifikasi kunjungan ART PKH kesehatan dilakukan oleh pendamping dengan melacak kunjungan ART ke Posyandu dan Bidan desa. Selain itu dengan cara pelaporan aktif ketua kelompok PKH dengan memanfaatkan pertemuan kelompok peserta PKH untuk selanjutnya di cross check ke Bidan desa dan diverifikasi oleh kepala Puskesmas

Informasi dan Format yang Dibutuhkan Unit Kerja:

No.	Fungsi	Informasi yang dibutuhkan	Format Informasi (Grafis, Tabel, Teks, Printed Document, dll)	Sumber Data	Data yang dihasilkan
1	Verifikasi data Kunjungan Kesehatan	Kunjungan : 1. Ibu Hamil 2. Ibu Melahirkan 3. Ibu Nifas 4. Anak 0-6 Tahun	Printed Document isian Form K	Puskesmas	1. Indikator ibu yang memenuhi komitmen 2. Indikator anak yang memenuhi komitmen

Sistem Informasi (Eksternal/Internal) terkait yang ada

No.	Nama Sistem	Instituis pengelola	Fungsi	Informasi yang dihasilkan	Aplikasi dalam sistem	Terintegrasi ke Sistem Lain	Sistem Basis Data yang digunakan (Data dan Format Data)
1.	SIM PKH	UPPKH Pusat	1. Validasi 2. Verifikasi 3. Perubahan Data Pokok	Updating Data sanksi	Ada Tdk jalan	Tidak	PHP Webbase

Sumber Data/Informasi Eksternal

No.	Variabel	Institusi Asal	Fungsi	Cara Perolehan	Format dan Struktur Data	Bentuk (Elektronik/Hardcopy)
1.	Verifikasi kunjungan RTSM	Puskesmas	Mengetahui jumlah kepatuhan kewajiban protokol Kesehatan	Kunjungan Pendamping	No dan nama peserta PKH serta tindakan yang diberikan pada bulan tersebut	Format isian

Analisis Fungsionalitas

Nama Unit Kerja : Puskesmas
 Tanggal : 24 dan 30 November 2009
 Sumber Informasi : Observasi dan Wawancara dgn Kepala Puskesmas

Fungsi Unit Kerja:

No.	Fungsi	Keterangan
1.	Pencatatan dan Pelaporan Program KIA	

Prosedure (Proses Bisnis) dalam Menjalankan Fungsi (Deskripsi pada lembar tersendiri):

No.	Fungsi	Prosedur Menjalankan Fungsi
1	Pencatatan dan Pelaporan Program KIA	Setiap bulan menerima laporan kegiatan Program KIA, Posyandu, Imunisasi dan Gizi dan merekapitasinya kemudian dicatat ke Form LB 3 Analisa dilakukan secara manual

Informasi dan Format yang Dibutuhkan Unit Kerja:

No.	Fungsi	Informasi yang dibutuhkan	Format Informasi (Grafis, Tabel, Teks, Printed Document, dll)	Sumber Data	Data yang dihasilkan
1	Pencatatan dan Pelaporan Program KIA	Kunjungan : 1. Penimbangan 2. Imunisasi 3. ANC 4. PNC	Tabel Kohor ibu dan anak	Posyandu Bidan Desa	1. % D/S 2. % Imunisasi 3. % K1 Akses 4. % K1 Murni 5. % K4 6. % Linakes 7. % KN2 8. % Vit A 9. % Gizi Buruk

Sistem Informasi (Eksternal/Internal) terkait yang ada

No.	Nama Sistem	Instituis pengelola	Fungsi	Informasi yang dihasilkan	Aplikasi dalam sistem	Terintegrasi ke Sistem Lain	Sistem Basis Data yang digunakan (Data dan Format Data)
1.	PWS KIA	Puskesmas	Pemantauan program KIA	Cakupan Pelayanan	Tdk ada	Tidak	Tabel Design

Sumber Data/Informasi Eksternal

No.	Variabel	Institusi Asal	Fungsi	Cara Perolehan	Format dan Struktur Data	Bentuk (Elektronik/Hardcopy)
1.	Jumlah Penduduk per Desa	BPS	Mengetahui jumlah Sasaran Bumi, Bulin, Bufas, Neo, Bayi dan balita	Publikasi	No dan nama Desa serta jumlahPenduduk	Printed Document

Infrastruktur Teknologi Informasi

Nama Unit Kerja : UPPK Kabupaten Tasikmalaya
 Tanggal : 20 November 2009
 Sumber Informasi : Observasi

Personal Komputer

No.	Spesifikasi PC	Jumlah PC	Fungsi	Terkoneksi LAN/WAN
1.	Desktop Proesor Pentium IV Dual Core, RAM 1 GB	4	Entry data	Ya
2.	Laptop Core 2 Duo RAM 1 GB	1	Administrasi	Ya

Sistem jaringan Komputer

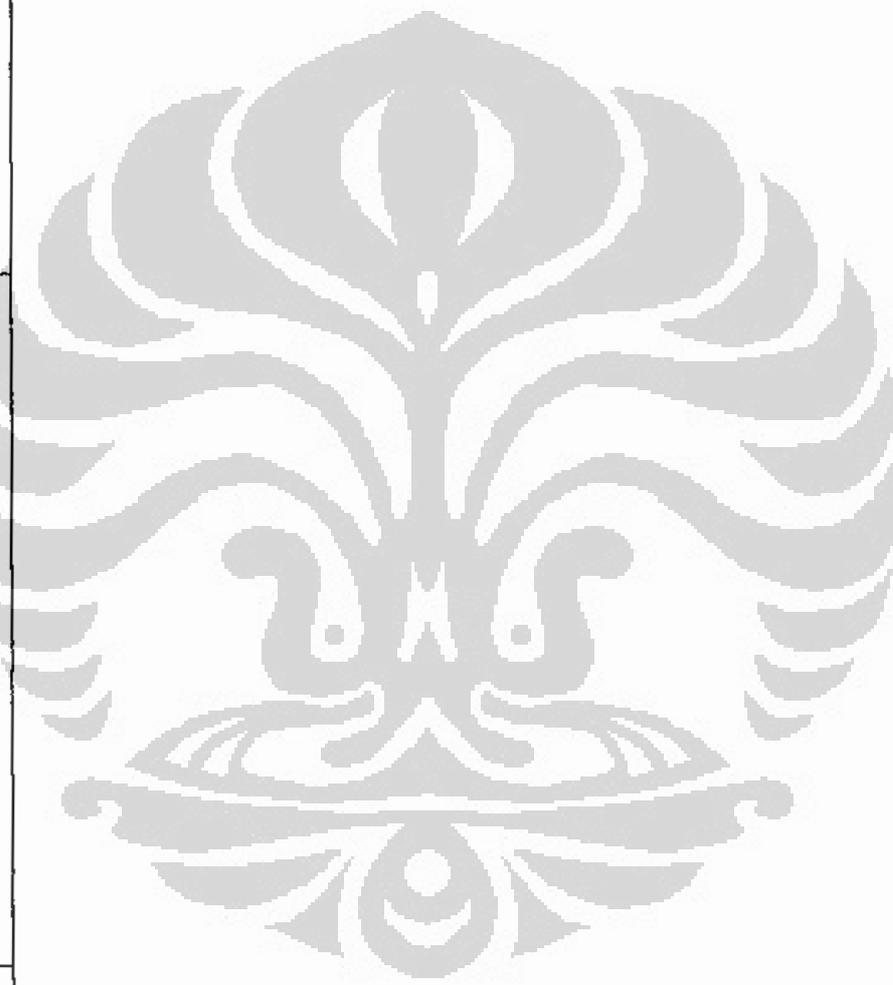
No.	Nama Peralatan	Spesifikasi	Jumlah	Status
1.	Hub		1	Ok
2.	Switch			
3.	Modem		1	Ok

Koneksi ke Institusi Lain/Internet/WAN

No.	Institusi yang dikoneksi	Teknik Koneksi (Modem PSTN, Speedy, dll)	Data yang dikirim
1.	UPPKH Pusat	Speedy	Validasi RTSM Verifikasi ART Update Kondisi ART

SDM Pengelola IT

No.	Tenaga	Lulusan	Status
1.	Operator IT	D III	Rekanan
2.	Petugas ADM	S 1 Komputer	Kontrak
3.			



Infrastruktur Teknologi Informasi

Nama Unit Kerja : UPTD Puskesmas Singaparna
 Tanggal : 19 November 2009
 Sumber Informasi : Observasi

Personal Komputer

No.	Spesifikasi PC	Jumlah PC	Fungsi	Terkoneksi LAN/WAN
1.	Desktop Prosesor Pentium IV, RAM 512 MB	1	Adminstrasi	Tidak
2.	Desktop Prosesor AMD Turon, RAM 256 MB	2	Program Bersama	Tidak
3	Desktop P III, RAM 126 MB	1	Program Bersama	Tidak

Form : IT

Infrastruktur Teknologi Informasi

Nama Unit Kerja : UPTD Puskesmas Leuwisari
Tanggal : 23 November 2009
Sumber Informasi : Observasi

Personal Komputer

No.	Spesifikasi PC	Jumlah PC	Fungsi	Terkoneksi LAN/WAN
2.	Desktop Prosesor AMD Turon, RAM 256 MB	2	Program Bersama	Tidak

Infrastruktur Teknologi Informasi

Nama Unit Kerja : Bag Jamkesmas Dinkes Kab Tasikmalaya
Tanggal : 14 November 2009
Sumber Informasi : Observasi

Personal Komputer

No.	Spesifikasi PC	Jumlah PC	Fungsi	Terkoneksi LAN/WAN
1.	Desktop Prosesor Pentium IV, RAM 512 MB	2	Adminstrasi	Tidak
2.	Laptop P III	1	Program Bersama	LAN

(Lanjutan)

Form IND 1.a

Tabulasi Untuk Mengidentifikasi Data Berdasarkan Indikator Keberhasilan Program PKH Kesehatan Kabupaten Tasikmalaya

SASARAN POKOK	INDIKATOR	BATASAN OPERASIONAL	DATA POKOK	RINCIAN DATA	SUMBER DATA	METODE PENGUMPULAN
Meningkatkan status Kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas dan anak di bawah 6 tahun dari RTSM	Persentase anak penerima bantuan usia 0-6 tahun yang tidak dapat memenuhi komitmen sesuai protokol kesehatan yang ditentukan setiap 3 bulan berdasarkan Kabupaten/Kota dan Kecamatan	Adalah perbandingan antara jumlah anak peserta PKH umur 0-6 Tahun yang tidak berkunjung selama 3 Bulan berturut turut dengan jumlah anak peserta PKH umur 0-6 Tahun	1. Data Kunjungan Anak ke pelayanan Kesehatan 2. Data Seluruh ART PKH umur 0-6 tahun	(Jml anak peserta PKH 0-6 thn yg tidak berkunjung ke sarana kesehatan : Jml anak peserta PKH 0-6 thn) * 100 %	1. Puskesmas 2. Data Anggota Rumah Tangga PKH	Verifikasi
	Persentase ibu hamil yang tidak dapat memenuhi yang ditentukan berdasarkan Kabupaten/Kota dan Kecamatan	Adalah perbandingan antara jumlah Ibu hamil PKH yang tidak berkunjung selama 3 Bulan berturut turut dengan jumlah ibu hamil PKH	1. Data Kunjungan Ibu hamil ke pelayanan Kesehatan 2. Data Seluruh ibu hamil PKH	(Jml ibu hamil peserta PKH yg tidak berkunjung ke sarana kesehatan : Jml ibu hamil peserta PKH) * 100 %	1. Puskesmas 2. Data ibu hamil PKH	Verifikasi
	Cakupan Imunisasi bagi anak usia	Adalah perbandingan antara	1. Data imunisasi	(Jml anak peserta PKH > 1 thn yg	1. Kohor anak Puskesmas	Verifikasi

Universitas Indonesia

(Lanjutan)

SASARAN POKOK	INDIKATOR	BATASAN OPERASIONAL	DATA POKOK	RINCIAN DATA	SUMBER DATA	METODE PENGUMPULAN
	kurang dari 1 tahun peserta PKH menurut Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Puskesmas	jumlah anak > 1 Tahun yang diimmunisasi lengkap dengan jumlah anak > 1 tahun peserta PKH	2. Data ART PKH umur > 1 tahun	tlh diimmunisasi lengkap : Jml anak > 1 thn peserta PKH) * 100 %	2. Data anak PKH	
	Cakupan distribusi Tablet Vitamin A anak usia kurang dari 1 tahun peserta PKH menurut Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Puskesmas	Adalah perbandingan antara jumlah anak > 1 Tahun yang mendapat Vit A dengan jumlah anak > 1 tahun peserta PKH	1. Data Kunjungan Vit A 2. Data Seluruh ART PKH umur > 1 tahun	(Jml anak peserta PKH > 1 thn yg Mendapat Vit A : Jml anak > 1 thn peserta PKH) * 100 %	1. Kohor anak Puskesmas 2. Data anak PKH	Verifikasi
	Cakupan Pemantauan tumbuh kembang bagi anak usia 0-6 tahun peserta PKH menurut Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Puskesmas	Adalah perbandingan antara jumlah anak 0-6 Tahun yang dipantau tumbuh kembang dengan jumlah anak 0-6 tahun peserta PKH	1. Data Penimbangan 2. Data Seluruh ART PKH umur 0-6 tahun	(Jml anak peserta PKH 0-6 thn yang ditimbang : Jml anak > 0-6 thn peserta PKH) * 100 %	1. Kohor anak Puskesmas 2. Data anak PKH	Verifikasi
	Cakupan distribusi tablet FE bagi ibu hamil peserta PKH menurut	Adalah perbandingan antara jumlah ibu hamil peserta PKH	1. Data Fe 2. Data Ibu Hamil Peserta PKH	(Jml ibu hamil peserta PKH yg mendapat tablet Fe 90 : Jml ibu	1. Kohor ibu Puskesmas 2. Data anak PKH	Verifikasi

Universitas Indonesia

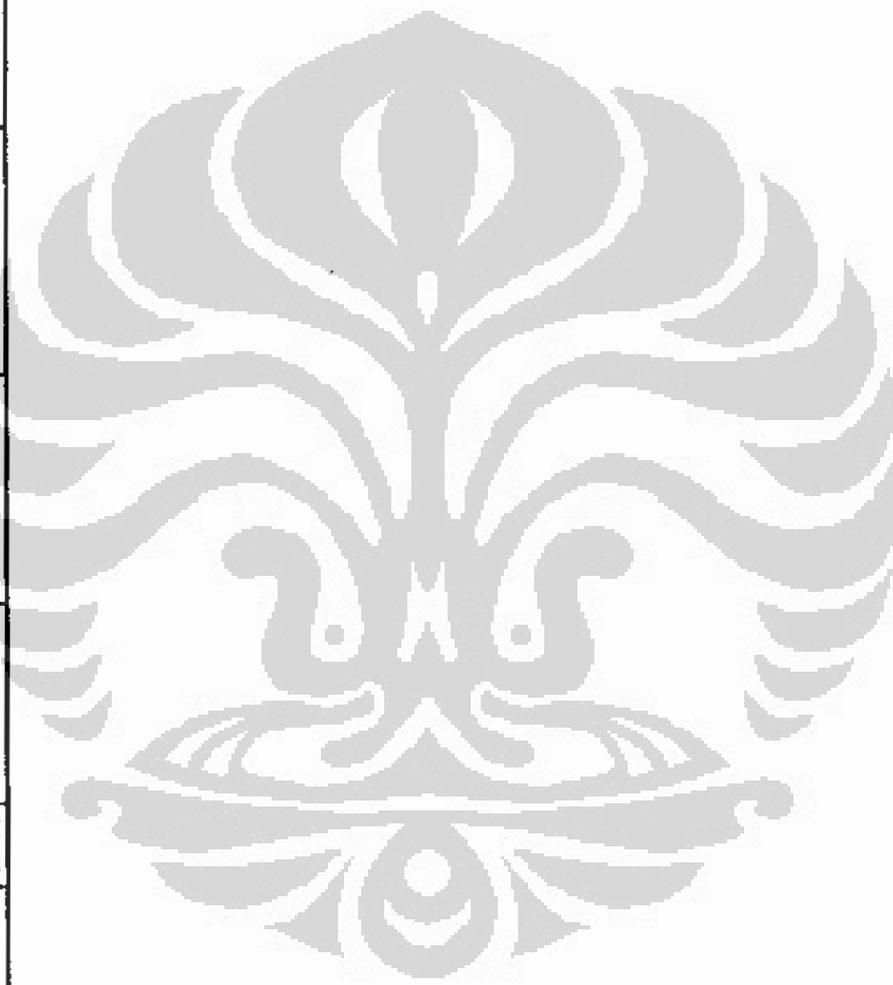
(Lanjutan)

SASARAN POKOK	INDIKATOR	BATASAN OPERASIONAL	DATA POKOK	RINCIAN DATA	SUMBER DATA	METODE PENGUMPULAN
	Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Puskesmas	mendapat Fe 90 tablet dengan jumlah ibu hamil peserta PKH	1. Data K1-K4 2. Data Ibu Hamil Peserta PKH	hamil peserta PKH) * 100 %		
	Cakupan pelayanan antenatal care (K1-K4) bagi ibu hamil menurut Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Puskesmas	Adalah perbandingan antara jumlah (K1-K4) ibu hamil peserta PKH dengan jumlah ibu hamil peserta PKH	1. Data K1-K4 2. Data Ibu Hamil Peserta PKH	(Jml K1-K4 ibu hamil peserta PKH : Jml ibu hamil peserta PKH) * 100 %	1. Kohor ibu Puskesmas 2. Data anak PKH	
	Cakupan proses persalinan ibu peserta PKH yang dibantu oleh tenaga kesehatan terlatih menurut Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Puskesmas	Adalah perbandingan antara jumlah ibu bersalin peserta PKH ditolong tenaga kesehatan dengan jumlah ibu bersalin peserta PKH	1. Data Persalinan 2. Data Ibu Bersalin Peserta PKH	(Jml ibu bersalin peserta PKH yg ditolong tenaga kesehatan : Jml ibu bersalin peserta PKH) * 100 %	1. Kohor ibu Puskesmas 2. Data anak PKH	Verifikasi
	Cakupan pelayanan postnatal care bagi ibu peserta PKH menurut Kabupaten/Kota, Kecamatan dan	Adalah perbandingan antara jumlah ibu nifas peserta PKH diperiksa 2 kali dengan jumlah ibu	1. Data Kunjungan Nifas 2. Data Ibu Nifas Peserta PKH	(Jml ibu nifas yang berkunjung min 2 kali : Jml ibu nifas peserta PKH) * 100 %	1. Kohor ibu Puskesmas 2. Data anak PKH	Verifikasi

Universitas Indonesia

(Lanjutan)

SASARAN POKOK	INDIKATOR	BATASAN OPERASIONAL	DATA POKOK	RINCIAN DATA	SUMBER DATA	METODE PENGUMPULAN
	Puskesmas	nifas peserta PKH				



Universitas Indonesia



UNIVERSITAS INDONESIA

PETUNJUK MANUAL PENGGUNAAN PROTOTIPE
SISTEM INFORMASI MANAJEMEN PROGRAM KESEHATAN IBU DAN
ANAK UNTUK MENDUKUNG VERIFIKASI PROGRAM KELUARGA
HARAPAN DI TINGKAT PUSKESMAS



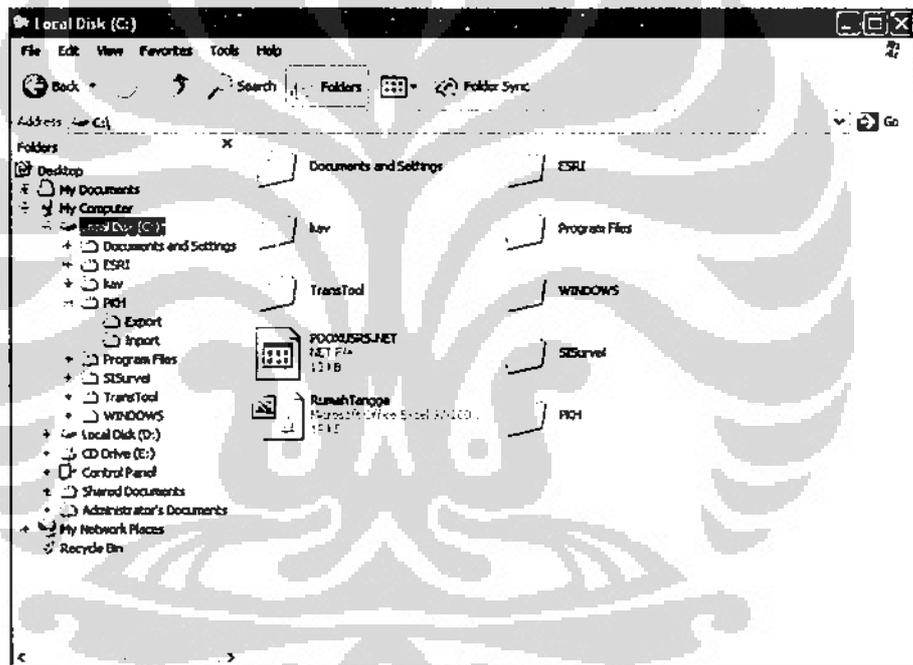
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

PETUNJUK MANUAL

SISTEM INFORMASI PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK UNTUK MENDUKUNG VERIFIKASI PROGRAM KELUARGA HARAPAN DI TINGKAT PUSKESMAS

A. INSTALASI

1. Sebelum digunakan perlu dibuatkan dahulu folder PKH dan subfolder ekspor, impor di C yang berguna untuk menampung file yang akan diekspor dan mengisi file excell yang akan diimport dengan susunan : C/ PKH/ Ekspor dan C/ PKH/ Import, seperti dalam gambar berikut ini :



2. Copy file KIAPKH.mdb kedalam folder C/PKH
3. Buatlah shortcut KIAPKH di desktop dengan cara ; klik kanan di desktop-new-shortcut-browse-localdisk C-PKH, lalu tekan OK
4. Prototype siap digunakan

(Lanjutan)

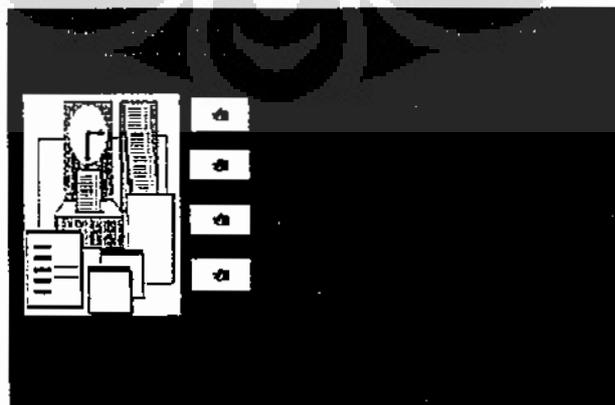
B. MENU UTAMA

1. Klik shortcut KIAPKH di desktop, maka akan tampil menu awal



2. Jika computer anda menggunakan Office 2007 keatas maka pada security warning klik Option –enable this content
3. Klik Log In maka anda akan dibawa ke menu Password

4. Ketik user name epi dan Password epi1234 tekan OK, jika berhasil maka akan tampil menu utama



(Lanjutan)

5. Pada menu awal terdapat 4 pilihan yaitu ;
 - a. Menu input : untuk memasukan data dasar rumah tangga, kohor dan kunjungan
 - b. Menu output : untuk melihat cakupan kegiatan dan laporan baik berupa tabel dan grafik
 - c. Menu exsport dan import : untuk menerima dan mengirimkan data dalam bentuk file excel
 - d. Menu logout : untuk keluar dari aplikasi

C. MENU INPUT

1. Klik menu input maka akan terlihat tampilan 3 menu input yaitu :
 - a. Input rumah tangga dan anggota rumah tangga
 - b. Input kunjungan ibu (Hamil, persalinan dan nifas)
 - c. Input kunjungan anak (Penimbangan, Imunisasi dan vitamin A)
 - d. Ke menu utama : Kembali kehalaman utama

SISTEM INFORMASI PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK
UNTUK MENSUPPORT PROGRAM PKH

Menu Input

- Input Rumah Tangga Dan Anggota Rumah Tangga
- Input Kunjungan Ibu
- Input Kunjungan Ansk

Ke Menu Utama

(Lanjutan)

2. Input rumah tangga dan anggota rumah tangga

Fungsi halaman ini adalah untuk memasukan data rumah tangga dan anggota rumah tangga berikut identitasnya

IDART	IDRT	NOPESEKTA	NAMAART	HUBUNGAN	JI
32062710019001201	320627100190012	320627100190012	ELANG M	1	1
32062710019001202	320627100190012	320627100190012	ELANG MARYATI	1	2
32062710019001203	320627100190012	320627100190012	DIAJI	3	2
32062710019001204	320627100190012	320627100190012	HUR SAIDAH	3	2
32062710019001205	320627100190012	320627100190012	DEPI ALPIAJI	3	2
32062710019001206	320627100190012	320627100190012	ALHAG ABD	7	1
32062710019001207	320627100190012	320627100190012	FITRI	7	2
*	320627100190012				

3. Input kunjungan ibu

Terdiri dari 1 halaman kohor ibu yang harus diisi apabila mulai didiagnosa sebagai ibu hamil, apabila akan menginput data kunjungan, tempatkan kursor pada kolom nokohoribu lalu tekan enter, maka identitas ibu akan otomatis terlihat

IDKunjHamil	NoKohoribu	Tanggal
1	1	1-6-20
14	1	2-5-20
25	1	3-11-20
32	1	4-8-20
38	1	5-20-20
44	1	6-16-20
224	1	

(Lanjutan)

- a. Kunjungan Ibu Hamil : Klik Subfolder Kunjungan hamil - klik tambah data - isi tanggal dengan memilih combo box yang tersedia- klik tanda centang(√) terhadap pilihan tindakan (periksa tensi, Imunisasi TT dan Fe) - klik simpan

Kunjungan Hamil Parsalin Nipas

Parsalin

ID Swin
Nama Ibu
Tanggal
Penolong
Keadaan Bayi

Tambah
Simpan

Record: 1 of 1

- b. Kunjungan persalin : Klik Subfolder persalinan - klik tambah - isi tanggal dengan memilih combo box yang tersedia- pilih penolong dan keadaan bayi dengan combo box yang tersedia - klik simpan

Kunjungan Nifas

Nifas

ID Swin
Nama Ibu
Tanggal
Keadaan Nifas Sehat

Tambah
Simpan

Record: 1 of 1

- c. Kunjungan nifas : Klik Subfolder nifas - klik tambah data - isi tanggal dengan memilih combo box yang tersedia- klik tanda centang(√) terhadap pilihan kondisi ibu sehat - klik simpan

4. Input kunjungan anak

NoKohorAnak: [] IDKunjAnak: []
NAMAART: HENDRI LESTIAN Bin: ADE JENAL
Tanggal Kunjungan: 2/6/2009
BB: 3.5
Imunisasi: BCG HB DPT Polio Campak
Vitamin A

ID	Nc	Tgl	BB	Bt	HB	DP	Polio	Cat	Vit A
459	1	2/6/2009	3.5	1	1				
911	1	3/9/2009	3.3		1	1	1		
* #####	1								

Record: 11 1 of 2 Search

Pada input kunjungan anak hanya perlu diisi :

- Masukan no kohor anak, maka identitas anak dan riwayat kunjungan akan otomatis terlihat
- Memilih tanggal kunjungan (terdapat pilihan combo Box)
- Isikan Berat badan anak dalam kilogram pada kolom BB
- klik tanda (\checkmark) pada Imunisasi yang diberikan
- klik tanda (\checkmark) Tombol vitamin A (hanya aktif bila tanggal yang dimasukan terdapat pada bulan Februari dan Agustus)

(Lanjutan)

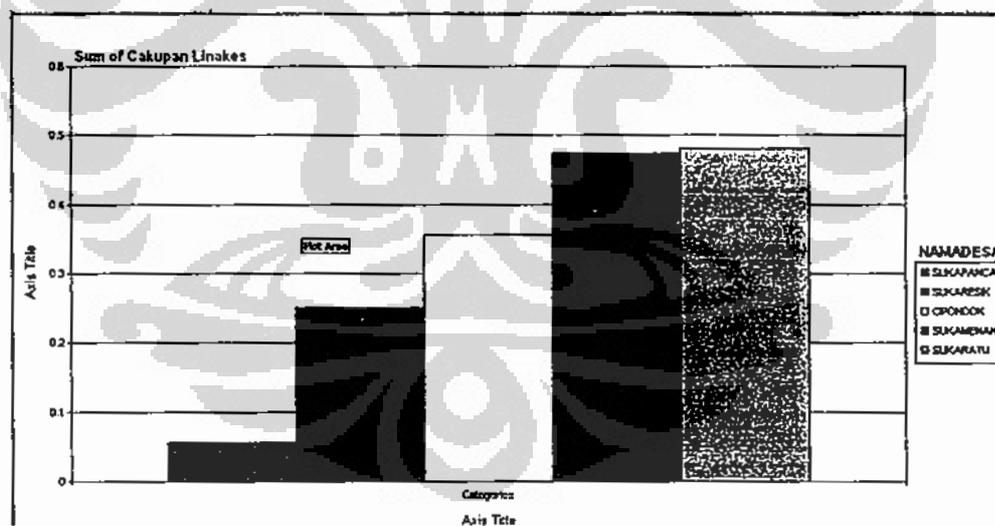
D. MENU OUTPUT

Klik menu output maka akan terlihat tampilan 7 menu output yaitu :

1. Output cakupan K1 Akses
2. Output cakupan K1 Murni
3. Output cakupan K4
4. Output cakupan Linakes
5. Output cakupan TT 2 Kali
6. Output cakupan Fe 90 tablet
7. Output cakupan Imunisasi Lengkap
8. Output cakupan Gizi Buruk

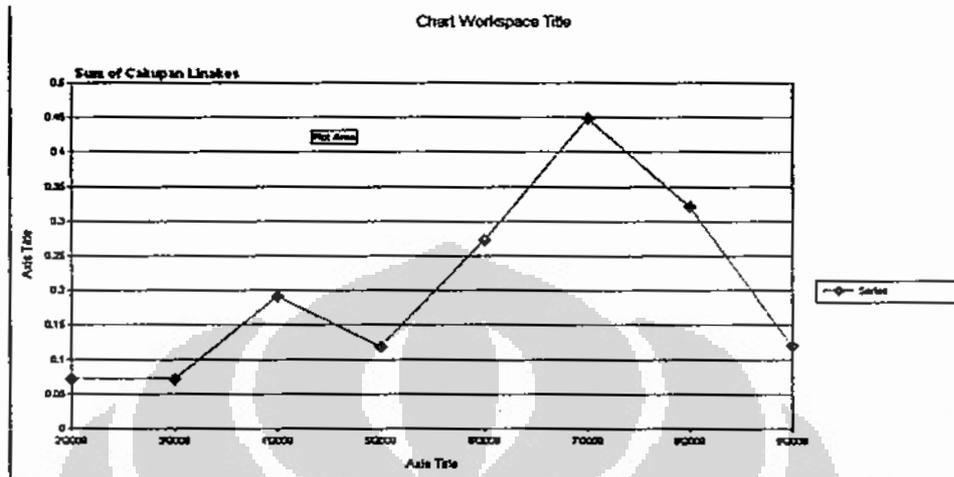
Sebagai contoh cakupan Linakes, Klik cakupan Linakes-klik pilihan (cakupan perdesa/ perbulan), maka akan keluar tampilan

- a. Cakupan menurut desa



(Lanjutan)

b. Cakupan menurut bulan



E. MENU EKSPORT/ IMPORT

Klik menu Ekspor/Import maka akan terlihat tampilan 6 menu Ekspor/Import yaitu :

SISTEM INFORMASI PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK
UNTUK MENSUPPORT PROGRAM PKH

Menu Export/Import

- Export Kunjungan Anak
- Import Kunjungan Anak
- Export Kunjungan Hamil
- Import Kunjungan Hamil
- Export Kunjungan Persalinan
- Export Kunjungan Nifas
- Ke Menu Utama

1. Ekspor Kunjungan Anak
2. Ekspor Kunjungan Hamil
3. Ekspor Kunjungan Persalinan
4. Ekspor Kunjungan Nifas
5. Import Kunjungan Anak
6. Import Kunjungan Ibu

(Lanjutan)

Untuk menu eksport dikhususkan bagi peserta Program Keluarga Harapan ; klik salah satu pilihan eksport- maka akan muncul pesan (eksport sudah terlaksana)



lihat di C/PKH/Eksport- file siap dicopy ke CD/Flash Disk dan dikirim ke UPPKH Kabupaten

Untuk menu import dikhususkan bagi peserta Program Keluarga Harapan ;
Terlebih dahulu siapkan file excel yang akan dieksport
Simpan di C/PKH/Import
klik salah satu pilihan Import- maka akan muncul pesan (Import sudah terlaksana)

