

LAPORAN AKHIR**MODEL SURVEILANS-RESPONS KIA PADA REVO CENTER
DALAM RANGKA REVOLUSI KESEHATAN IBU DAN ANAK
DI KABUPATEN BELU**

Tim Peneliti:
Widjiartini, SKM., M.Kes
Hanani M Laumalay

**BADAN LITBANG-KEMENTRIAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
2012**

LAPORAN AKHIR

**MODEL SURVEILANS-RESPONS KIA PADA REVO CENTER
DALAM RANGKA REVOLUSI KESEHATAN IBU DAN ANAK
DI KABUPATEN BELU**

Tim Peneliti:
Widjiartini, SKM., M.Kes
Hanani M Laumalay

**BADAN LITBANG-KEMENTRIAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN
PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
2012**

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	
PUSPUSAKAAN	
Tanggal :	28-6-2013
No. Buku :	
No. Raks :	28 PDBK

Daftar Isi

Keterangan	Halaman
Lembar Judul	i
Daftar Isi	1
Abstrak	2
Ringkasan Penelitian	3
BAB 1 Pendahuluan	5
Masalah Penelitian	10
Manfaat Penelitian	13
BAB 2 Tujuan Penelitian	14
a. Tujuan Umum	14
b. Tujuan Khusus	14
BAB 3 Metode Penelitian	15
BAB 4 Hasil Pengumpulan data dan Pembahasan	19
a. Gambaran Umum	19
b. Kegiatan	20
c. Proses Pelaksanaan Sistem Surveilans Respons KIA	33
d. Perubahan	52
BAB V Simpulan dan Saran	53
Daftar Kepustakaan	55
Lampiran	56

RINGKASAN PENELITIAN

Nusa Tenggara Timur (NTT) merupakan salah satu propinsi yang mempunyai angka kematian ibu tinggi setelah NTB dan NTT juga berada diposisi paling bawah pada Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). Tahun 2007 angka kematian ibu di NTT mencapai 307 per 100.000 (DHS, 2007). Dengan data tersebut pemerintah provinsi selain menindak lanjuti peraturan gubernur no.34 tahun 2006 tentang penerapan Standar Pelayanan Minimal Urusan Wajib Bidang Kesehatan Provinsi NTT juga dikeluarkannya Peraturan Gubernur No.42 tahun 2009 tentang Revolusi Kesehatan Ibu dan Anak berikut buku pedomannya dalam rangka percepatan penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir..

Terkait dengan upaya menurunkan angka kematian ibu, pelayanan kesehatan yang komprehensif sangatlah diperlukan. Beberapa hal yang penting dalam kesehatan ibu adalah informasi selama kehamilan, mulai ibu diketahui hamil kemudian persalinan, setelah melahirkan dan juga kesehatan anak yang baru dilahirkan ibu.

Belu merupakan salah satu kabupaten di NTT berdasarkan hasil Riskesdas 2007 sebanyak 92,5% ibu pernah memeriksakan kehamilannya. Angka tersebut cukup bagus, namun bagaimana dengan kualitas pelayanan yang diterima saat datang memeriksakan kehamilannya tersebut. 57,8% ibu juga mendapatkan pelayanan pengukuran tinggi badan , sebagian besar ibu mengaku tidak diberikan imunisasi TT dan tablet Fe juga tidak diukur berat badannya. 13.5% pemeriksaan tekanan, 16.2% pemeriksaan tinggi fundus (perut) , 40% dilakukan pemeriksaan hemoglobin 74.3% pemeriksaan urine 74.3 Untuk kunjungan Neonatal (KN1) sebanyak 53.8% dan KN2 sebanyak 35.0%. Pada laporan tahunan program kesehatan keluarga Dinas Kabupaten Belu tahun 2010 menunjukkan bahwa 85,89% ibu melakukan K1 namun di K4 terjadi penurunan menjadi sebesar 62,06%. Sebanyak 33,25% diberikan TT1 dan TT2 sebanyak 29,08%, Fe1 dan Fe3 76,16% dan 70,18%. Persalinan ditolong nakes 72,56%, Kunjungan Nifas pertama, kedua dan ketiga sebesar 78,56%, 70,81 dan 71,03. Kunjungan neonatus (KN) 1 dan 2 sebesar 82,5% dan 78,6%. Terakhir data kematian ibu di tahun 2010 terdapat 20 dari 9213 ibu meninggal, bayi lahirmati sebanyak 128 dari 7272 bayi yang dilahirkan.

Secara Umum apakah pendekatan model surveilans respons KIA melalui **revo center dalam rangka revolusi kehatan ibu dan anak** mampu merubah /meningkatkan perilaku Individu, team work, institusi dan masyarakat dalam upaya meminimmalkan angka kematian Ibu atau bayi.

Penelitian ini merupakan *Operational Research* dengan pendekatan data kualitatif. Tempat penelitian adalah Kabupaten Belu

Simpulan

1. Pendekatan model **surveilans respons KIA melalui revo center** mampu merubah individu pendamping meskipun belum seperti yang diharapkan
2. Pendekatan model **surveilans respons KIA melalui revo center** belum mampu merubah team work dalam rangka Revolusi KIA di Kabupaten Belu (belum semua institusi terkait berperan serta)
3. Pendekatan model **surveilans respons KIA melalui revo center** sudah dapat merubah institusi Kesehatan dalam rangka Revolusi KIA di Kabupaten Belu meskipun belum semua.

4. Pendekatan model surveilans respons KIA melalui **revo center** sudah merubah stakeholders kesehatan dalam rangka Revolusi KIA di Kabupaten Belu namun belum optimal
5. Pendekatan model surveilans respons KIA melalui **revo center** merubah kebijakan, program dan kegiatan untuk perbaikan kondisi kesehatan dalam rangka Revolusi KIA
6. Pendekatan model surveilans respons KIA melalui **revo center** merubah tingkat lapangan (puskesmas, desa, dan masyarakat di Belu berupa aktifnya desa siaga
7. Pendekatan model surveilans respons KIA melalui **revo center** belum merubah dampak (peningkatan akses pelayanan KIA dan perbaikan kondisi kesehatan) dan dapat mempengaruhi status kesehatan wilayah (SPM, IPKM dan MDG)?

Saran

1. Pelaksanaan Surveilans Respons KIA dalam revolusi KIA agar optimal dan mendapat dukungan institusi terkait perlu SK Bupati
2. Peninjauan kembali hari Rawat Ibu Nifas di Puskesmas mungkin diperpanjang untuk adaptasi bayi.
3. Optimalisasi SDM, SD yang ada melalui bimbingan teknis .
4. Optimalisasi desa siaga.

BAB I PENDAHULUAN

MODEL SURVEILANS RESPONS KIA PADA REPRO CENTER DALAM RANGKA REVOLUSI KEHATAN IBU DAN ANAK DI KABUPATEN BELU

1. LATAR BELAKANG

Kesehatan adalah hak asasi Manusia (Deklarasi PBB 1948) dan UU no 39 tahun 1999 tentang HAM pada bab II pasal 8 yang dinyatakan pada pasal 1 “ setiap orang berhak untuk hidup, mempertahankan hidup, meningkatkan taraf hidupnya, pasal 2 dinyatakan : Setiap orang berhak hidup tentram, aman, damai , bahagia, sejahtera lahir dan batin, pasal 3 dikatakan: *setiap orang berhak atas lingkungan hidup yang baik dan sehat* “ Sebagaimana juga tertuang dalam dalam UUD 1945 “ Setiap orang (warga Negara dalam kerangka NKRI) dari Sabang sampai Merauke berhak untuk menjadi sehat.

Indonesia merupakan salah satu negara yang menyepakati MDGs akan dicapai pada 2015. MDGs di Indonesia erat kaitannya dengan Standar Pelayanan Minimal di bidang kesehatan. Pemerintah pusat memulai dengan PP No. 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal. Kemudian Peraturan Menteri Kesehatan No.741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Bidang Kesehatan di Kab/Kota dan Kepmenkes No. 828/MENKES/SK/IX/2008 tentang petunjuk teknis standar Pelayanan Bidang Kesehatan di Kabupaten.

Kesehatan ibu sangatlah penting, karena pentingnya kesehatan ibu merupakan salah satu indikator di bidang kesehatan terkait dengan MDGs yaitu menurunkan angka kematian ibu. Tahun 2007 angka kematian ibu di Indonesia tergolong masih cukup tinggi yaitu mencapai 228 per 100.000 kelahiran. Berdasarkan Sasaran Pembangunan Milenium atau Millenium Development Goal (MDG), dan juga dalam Standar Pelayanan Minimal di bidang kesehatan kematian ibu ditetapkan pada angka 103 per 100.000 kelahiran.

Nusa Tenggara Timur (NTT) merupakan salah satu propinsi yang mempunyai angka kematian ibu tinggi setelah NTB dan NTT juga berada diposisi paling bawah pada Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). Tahun 2007 angka kematian ibu di NTT mencapai 307 per 100.000 (DHS, 2007). Dengan data tersebut pemerintah provinsi selain menindak lanjuti peraturan gubernur no.34 tahun 2006 tentang penerapan Standar

Pelayanan Minimal Urusan Wajib Bidang Kesehatan Provinsi NTT juga dikeluarkannya Peraturan Gubernur No.42 tahun 2009 tentang Revolusi Kesehatan Ibu dan Anak berikut buku pedomannya dalam rangka percepatan penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir.. Terkait dengan upaya menurunkan angka kematian ibu, pelayanan kesehatan yang komprehensif sangatlah diperlukan. Beberapa hal yang penting dalam kesehatan ibu adalah informasi selama kehamilan, mulai ibu diketahui hamil kemudian persalinan, setelah melahirkan dan juga kesehatan anak yang baru dilahirkan ibu. Belu merupakan salah satu kabupaten di NTT berdasarkan hasil Riskesdas 2007 sebanyak 92,5% ibu pernah memeriksakan kehamilannya. Angka tersebut cukup bagus, namun bagaimana dengan kualitas pelayanan yang diterima saat datang memeriksakan kehamilannya tersebut. 57,8% ibu juga mendapatkan pelayanan pengukuran tinggi badan , sebagian besar ibu mengaku tidak diberikan imunisasi TT dan tablet Fe juga tidak diukur berat badannya. 13.5% pemeriksaan tekanan, 16.2% pemeriksaan tinggi fundus (perut) , 40% dilakukan pemeriksaan hemoglobin 74.3% pemeriksaan urine 74.3 Untuk kunjungan Neonatal (KN1) sebanyak 53.8% dan KN2 sebanyak 35.0%. Pada laporan tahunan program kesehatan keluarga Dinas Kabupaten Belu tahun 2010 menunjukan bahwa 85,89% ibu melakukan K1 namun di K4 terjadi penurunan menjadi sebesar 62,06%. Sebanyak 33,25% diberikan TT1 dan TT2 sebanyak 29,08%, Fe1 dan Fe3 76,16% dan 70,18%. Persalinan ditolong nakes 72,56%, Kunjungan Nifas pertama, kedua dan ketiga sebesar 78,56%, 70,81 dan 71,03. Kunjungan neonatus (KN) 1 dan 2 sebesar 82,5% dan 78,6%. Terakhir data kematian ibu di tahun 2010 terdapat 20 dari 9213 ibu meninggal, bayi lahir mati sebanyak 128 dari 7272 bayi yang dilahirkan.

Seperti telah kita ketahui bersama masalah-masalah tersebut tidak akan dapat diselesaikan sendiri oleh jajaran dinas kesehatan namun harus diatasi bersama dengan lintas sektor terutama dengan pemerintahan desa dan juga masyarakatnya sendiri. selain letaknya yang dekat dengan tempat tinggal mereka posyandu juga merupakan tempat yang terbanyak dikunjungi balita dan juga ibunya untuk melakukan penimbangan Data riskesdas 2007 juga menunjukan bahwa hampir semua balita (92,6 %) disini melakukan penimbangan di posyandu dan 53,9% balita punya KMS (kartu menuju sehat). Menurut Ka seksi kesehatan keluarga dinkes Belu, posyandu disana juga memberikan pelayanan

ANC. Artinya, peran posyandu sangatlah strategis selain dalam memantau perkembangan gizi balita dan kelengkapan imunisasinya juga dalam memonitoring kesehatan ibu. Melalui surat edaran Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah mengenai Pedoman Umum Revitalisasi Posyandu nomor 411.3/1116/SJ tahun 2001 dijelaskan Sesungguhnya kita memiliki teknologi untuk mengatasinya, yakni bila Posyandu dapat memberikan pelayanan ibu hamil dan menyusui. Pelayanan diberikan oleh tenaga kesehatan baik oleh Bidan Desa maupun tenaga Kesehatan dari Puskesmas di Meja V saat Posyandu buka. Pelayanan ibu hamil, berupa : Pemeriksaan kehamilan, pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil yang mengalami KEK, pemberian tablet tambah darah dan penyuluhan gizi dan kesehatan reproduksi. Pada ibu menyusui diberikan pelayanan berupa ; Pemberian Vit. A, pemberian Makanan Tambahan, pelayanan nifas dan pemberian tablet tambah darah, penyuluhan tentang pemenuhan gizi selama menyusui, pemberian ASI eksklusif, perawatan nifas dan perawatan bayi baru lahir dan pelayanan KB (**SE Mendagri dan Otda Nomor : 411.3/1116/SJ Tanggal : 13 Juni 2001 tentang Pedoman Umum Revitalisasi Posyandu**

Pelayanan kesehatan yang komprehensif merupakan hal yang penting dalam upaya menurunkan angka kematian ibu. Didalamnya merupakan indikator untuk mengetahui proses upaya tersebut. Seperti informasi pelayanan kesehatan selama kehamilan , mulai ibu diketahui hamil (K1 – K4), kemudian persalinan, setelah melahirkan dan juga kesehatan anak yang baru dilahirkan ibu dan semua kegiatan ini juga posyandu melakukan.

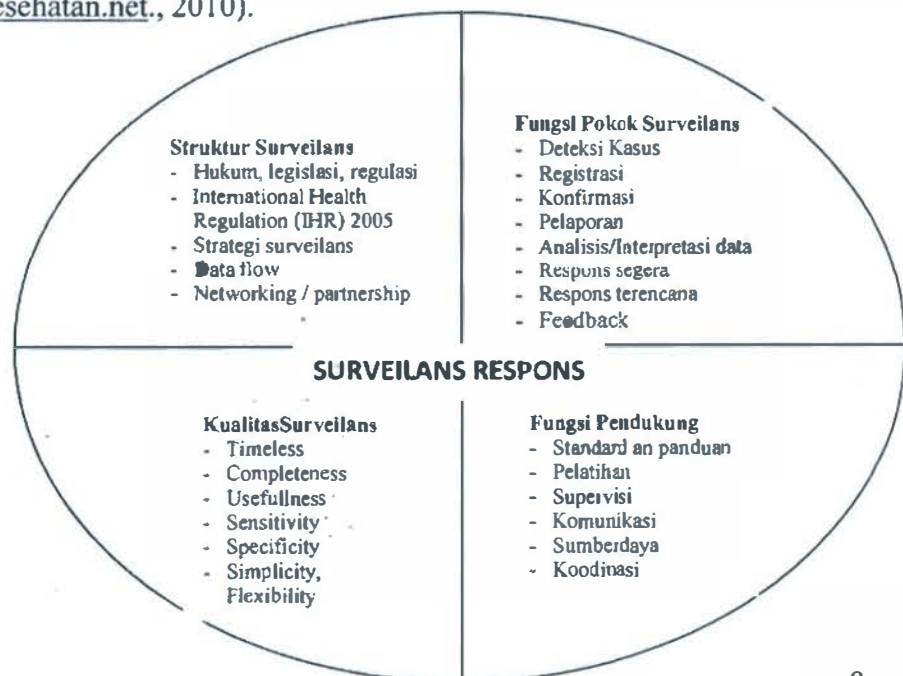
Untuk mengetahui itu semua diperlukan suatu monitoring kesehatan ibu yang komprehensif. Dalam kegiatan KIA di Posyandu tugas kader adalah melakukan pendaftaran, penimbangan, mencatat pelayanan ibu dan anak dalam buku KIA, menggunakan buku KIA sebagai bahan penyuluhan, dan melaporkan penggunaan buku KIA kepada petugas kesehatan. Jika semua itu dilakukan sebenarnya monitoring sudah berjalan dan harusnya kesehatan ibu menjadi lebih baik. Sudah banyak penelitian yang membuktikan bahwa ada pengaruh kepemilikan buku KIA dengan kelengkapan ANC, pertolongan persalinan dengan linakes, pemeriksaan masa nifas dan pemeriksaan neonatal. Namun mengapa akses ibu terhadap pelayanan kesehatan KIA masih kurang dan akhirnya berakibat angka kematian yang tetap tinggi. Oleh karna itu peneliti

bermaksud untuk melakukan studi dalam rangka mendapatkan “**model surveilans respons**” **kia pada revo center dalam rangka revolusi kehatan ibu dan anak di kabupaten Belu**

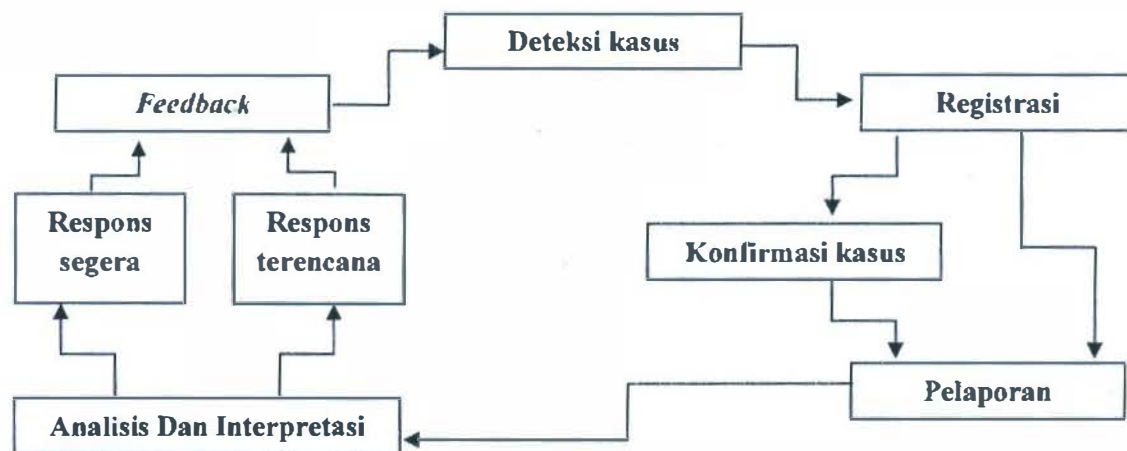
Menurut definisi WHO yang digunakan SubDit Surveilans Epidemiologi Departemen Kesehatan RI, surveilans adalah proses pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data secara sistematis dan terus menerus serta penyebaran informasi kepada unit yang membutuhkan untuk dapat mengambil tindakan (www.surveilans.org, 2010). Dalam proses ini yang dikedepankan dalam surveilans epidemiologi atau surveilans kesehatan masyarakat ini adalah analisis data secara terus menerus, dan ini belum tepat, karena bisa saja data yang dianalisis merupakan data lama. Menurut Sanusi R (www.desentralisasikesehatan.net, 2010), dari definisi surveilans kesehatan masyarakat ini seolah terfokus pada pihak yang mengolah data. Mengutip definisi surveilans kesehatan Thacker dan Berkelman, menurut Sanusi R lebih tepat, karena definisi tersebut berbunyi surveilans kesehatan masyarakat adalah pengumpulan, analisis dan penafsiran data outcome specific secara terus menerus dan sistematis untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi upaya kesehatan masyarakat.

Apriyatmoko, R, menjelaskan bahwa kerangka surveilans respons WHO merupakan suatu sistem yang terintegrasi dengan delapan fungsi pokok yang harus dilakukan dengan dukungan fungsi pendukung juga dukungan struktur surveilans yang bila semua berjalan baik akan mencapai mutu surveilans yang ditargetkan.

(www.desentralisasikesehatan.net, 2010).



Dalam fungsi pokok surveilans, respons segera berupa koreksi terhadap program pengendalian penyakit yang sedang berjalan atau pengadaan program pengendalian penyakit-penyakit yang baru muncul/muncul kembali. Respons terencana berupa program pengendalian penyakit tahun anggaran berikut. Sehingga gambaran pelaksanaan surveilans respons adalah sebagai berikut.



Gambar 2. Delapan langkah surveilans respons

Delapan langkah surveilans ini harapannya akan dilakukan oleh dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota. Dari delapan langkah ini yang sering bermasalah adalah aspek konfirmasi dan menjadi poin penting. Surveilans dapat dibagi menjadi surveilans aktif dan surveilans pasif. Surveilans aktif menuntut para pemegang kebijakan untuk mengamati hasil laporan surveilans dengan mengamati tren penyakit yang telah dilaporkan. Surveilans pasif adalah dasar sistem surveilans yaitu pelaporan. Menurut Apriyatmoko, R jika surveilans respons dilakukan, akan memberikan kontribusi besar bagi daerah, tetapi selama ini yang terjadi di daerah menunjukkan bahwa surveilans belum digunakan para pengambil kebijakan. Sehingga dalam konteks desentralisasi, menjadi tantangan bagi dinas kesehatan bagaimana melakukan surveilans respons di level provinsi dan kabupaten/kota. (www.desentralisasikesehatan.net, 2010).

Dasar hukum kebijakan surveilans respons adalah UU no 32 tahun 2004 tentang Pemerintah daerah, PP no 38/2007 pengganti PP 25/2000 tentang pembagian urusan pemerintahan antara pemerintah, pemerintah provinsi dan pemerintah kabupaten/kota, ,

PP 41 2007, pengganti PP 08/2003 tentang organisasi perangkat daerah, PP 65/2005 tentang pedoman penyusunan dan penerapan standar pelayanan minimal, Keputusan Menteri Kesehatan no 276/2008 tentang Pedoman Teknis Pengorganisasian Dinas Kesehatan Daerah, Keputusan Menteri Kesehatan no 1116/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans, Keputusan Menteri Kesehatan no 1479/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Penyakit Menular dan & Penyakit Tidak Menular, Keputusan Menteri Kesehatan nomer 564/2006 tentang Desa Siaga dan Permenkes 741/2008 tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan kabupaten/kota.

a. Masalah Penelitian

Masalah yang perlu diantisipasi dalam penyelenggaraan sistem surveilans ini adalah seperti beberapa kasus seperti yang dikemukakan berikut ini. Tidak semua sumber data terlibat aktif (institusi swasta kurang terlibat), kuantitas sumber daya manusia di setiap tingkatan pelayanan tidak sama, sedangkan berdasarkan kualitas belum sesuai standar kompetensi epidemiolog, kemampuan analisis kurang, kemampuan diagnosis kasus oleh dokter tidak sama, sarana belum merata, pembiayaan dari sumber dana APBD lemah. Selain itu, belum semua pemangku kepentingan di masing-masing tingkatan pelayanan kesehatan memahami atau berorientasi sistem surveilans. Hal ini mengakibatkan respon yang lambat sehingga penyakit terlihat setelah ada kasus/kejadian luar biasa. Kemampuan advokasi kurang sehingga sistem surveilans dianggap alien. Belum terbentuk komitmen bersama dan masih terkesan adanya ego program walau semua program sudah ada prosedur kerja tetap tapi belum terintegrasi. Situasi eksternal yang kurang mendukung adalah kondisi politis, surveilans epidemiologi non fisik, peraturan keuangan yang kaku, dukungan media masa kurang berhubungan dengan peringkat dibesar-besarkan, rakyat kecil sakit tidak diperhatikan. Hal lain adalah permenkes yang belum ditindak lanjuti di tingkat provinsi dan kabupaten/kota dengan peraturan daerah atau peraturan bupati/walikota sedangkan PP 41/2007 mempunyai berbagai versi wadah pengelolaan surveilans epidemiologi.

b. Topik Penelitian

Sistem surveilans respons KIA perlu selalu dikembangkan agar mampu mendukung upaya/penurunan angka kematian IBU di Indonesia pada umumnya dan di NTT (Belu) masih merupakan masalah utama kesehatan masyarakat, disamping mulai meningkatnya masalah infeksi menular seksual dan HIV.

Tujuan surveilans respons KIA pada dasarnya adalah surveilans pada kelompok berisiko, namun perlu juga dikembangkan pada kelompok yang rentan (ibu rumah tangga). KIA memerlukan pengamatan atau deteksi dini yang terus menerus karena merupakan salah satu upaya dalam menurunkan AKI dan AKB. Merupakan monitoring tingkat kedaruratan melalui analisa kesakitan bila mungkin kematian. Memberikan informasi yang mengikuti trend insidens, faktor risiko dan *case fatality rate* (CFR) penyakit guna deteksi dan penanggulangan dini kejadian luar biasa. Juga menjamin alokasi sumber daya pada kelompok rawan

Kabupaten Belu mempunyai IPKM 0,459197, sehingga ranking nasional ke 304. Dengan jumlah penduduk 371.995, jumlah penduduk miskin 21,02%, gikur 33,88 %, apakah karena kekurangan gizi atau karena penyakit infeksi yang menyertai ?

Data pemantauan tumbuh kembang balita dan pemantauan Ibu Hamil adakah penyakit infeksi yang menyertai ?

c. Pertanyaan Penelitian

Secara Umum apakah pendekatan model **surveilans respons KIA melalui revo center dalam rangka revolusi kehatan ibu dan anak** mampu merubah /meningkatkan perilaku Individu, team work, institusi dan masyarakat dalam upaya meminimalkan angka kematian Ibu atau bayi.

Secara Khusus

8. Apakah pendekatan model **surveilans respons KIA melalui revo center** mampu merubah individu pendamping (tingkat pusat, propinsi dan kabupaten Belu
9. Apakah pendekatan model **surveilans respons KIA melalui revo center** mampu merubah team work dalam rangka Revolusi KIA di Kabupaten Belu
10. Apakah pendekatan model **surveilans respons KIA melalui revo center** mampu merubah institusi Kesehatan dalam rangka Revolusi KIA di Kabupaten Belu

11. Apakah pendekatan model surveilans respons KIA melalui **revo center** mampu merubah stakeholders kesehatan dalam rangka Revolusi KIA di Kabupaten Belu
12. Apakah pendekatan model surveilans respons KIA melalui **revo center** mampu merubah kebijakan, program dan kegiatan yang relevan untuk perbaikan kondisi kesehatan dalam rangka Revolusi KIA
13. Apakah pendekatan model surveilans respons KIA melalui **revo center** mampu merubah tingkat lapangan (puskesmas, desa, dan masyarakat di Belu?
14. Apakah pendekatan pendekatan model surveilans respons KIA melalui **revo center** mampu merubah dampak (peningkatan akses pelayanan KIA dan perbaikan kondisi kesehatan) dan dapat mempengaruhi status kesehatan wilayah (SPM, IPKM dan MDG)?

d. Pertimbangan Fokus Penelitian

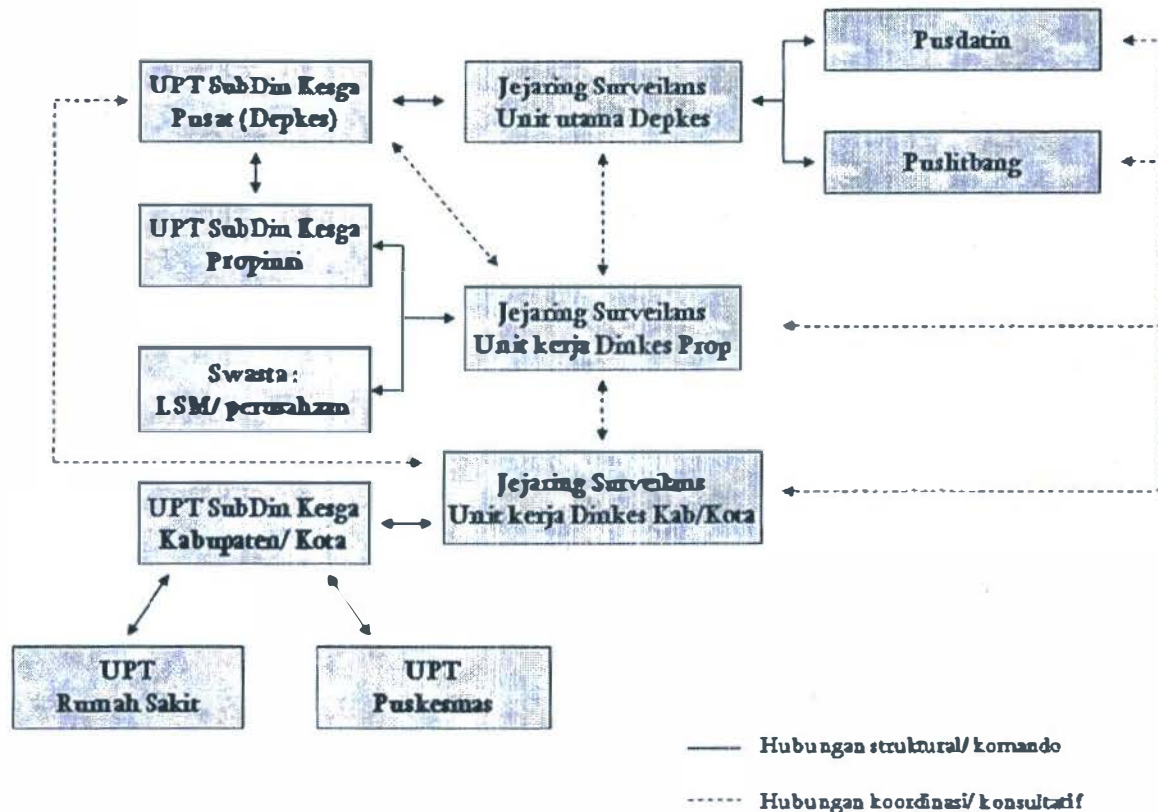
Surveilans menjadi salah satu topik penting terkait desentralisasi kesehatan, terutama dalam pembagian peran antara pusat dan daerah. Apriyatmoko, R mengemukakan bahwa pemahaman mengenai aktivitas surveilans masih dipersepsikan secara berbeda oleh tiap pihak dan ada yang beranggapan bahwa aktivitas surveilans hanya sampai analisis data. (www.desentralisasikesehatan.net., 2010)

Menurut Trinantoro (www.desentralisasikesehatan.net., 2010), dalam era desentralisasi ini, terbit peraturan terkait surveilans seperti PP 38/2007, PP 41/2007 dan Kepmenkes 267/2008. PP no 38/2007 mengatur masalah pembagian urusan pemerintahan antara pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten/kota. PP no 41/2007 mengatur tentang organisasi perangkat daerah. Untuk mendukung peraturan-peraturan yang telah diterbitkan sebelumnya, pemerintah pusat mengeluarkan kepmenkes no 267/2008 yang merupakan pedoman teknis pengorganisasian dinas kesehatan di daerah. Dalam kepmenkes tersebut, surveilans diharapkan sebagai unit pelaksana teknis (UPT) dinas dengan nama Balai Data, Surveilans dan Informatika kesehatan. Dalam kepmenkes ini juga diupayakan agar surveilans bukan hanya milik P3 namun menjadi pusat rujukan data bidang dan seksi lain.

Maka diperlukan pengembangan sistem surveilans respons dengan menggunakan hasil pencatan dan pelaporan KIA dengan memperhatikan kepmenkes no 1116/2003

tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans dengan bagan sebagai berikut (dengan contoh kesehatan keluarga), dan pada akhirnya terbentuk jejaring-jejaring surveilans.

Data KIA diharapkan diperoleh dari instansi pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta.



Gambar 3. Bagan Sistem Surveilans pada Kepmenkes no 1116/2003

MANFAAT PENELITIAN

Hasil penelitian ini diharapkan dapat

- Meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil
- Meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu nifas dan bayinya
- Diharapkan tokoh yang terlibat dalam upaya pelayanan kesehatan ibu lebih peduli dan memahami sehingga data tersebut dapat mereka gunakan
- Sebagai bahan masukan bagi pengambil kebijakan untuk menjadi alternatif pemecahan masalah pada kesehatan ibu

BAB II TUJUAN PENELITIAN

TUJUAN PENELITIAN

Umum mengamati perubahan yang terjadi dengan adanya pendekatan surveilans respons pada Revo Center dalam rangka Revolusi KIA terhadap perilaku Individu(aktor), team work, institusi dan masyarakat pada di Belu

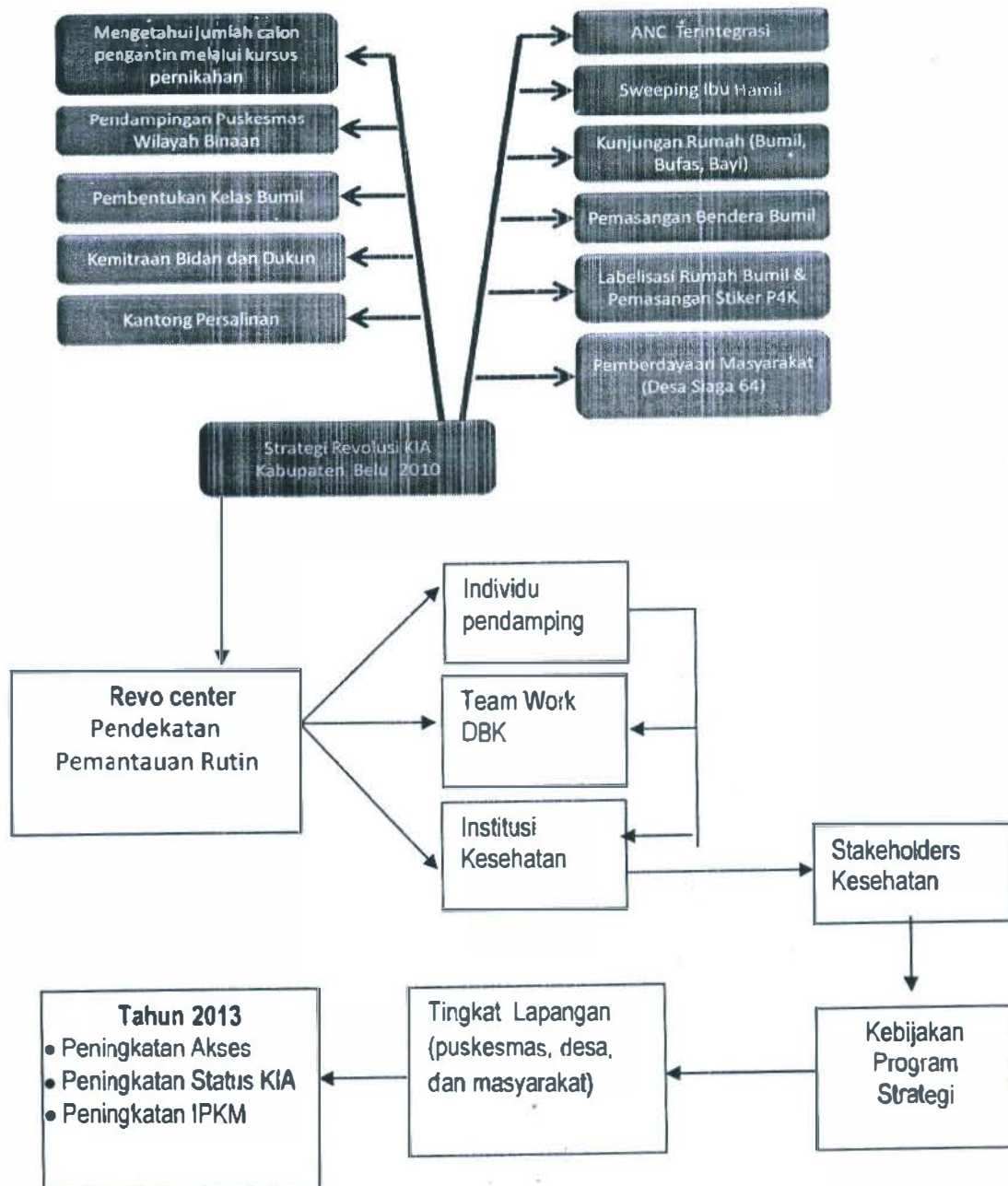
Secara Khusus

1. Mengamati perubahan yang terjadi dengan adanya pendekatan surveilans respons pada Revo Center dalam rangka Revolusi Kesehatan Ibu dan Anak pada individu (aktor) pendamping (tingkat pusat, propinsi dan kabupaten)
2. Mengamati perubahan yang terjadi dengan adanya pendekatan surveilans respons pada Revo Center dalam rangka Revolusi kesehatan Ibu dan Anak pada team work di Belu
3. Mengamati perubahan yang terjadi dengan adanya pendekatan surveilans respons pada Revo Center dalam rangka Revolusi kesehatan Ibu dan Anak pada institusi kesehatan (dinas kes propinsi/ kabupaten) di Belu
4. Mengamati perubahan yang terjadi dengan adanya pendekatan surveilans respons pada Revo Center dalam rangka Revolusi kesehatan Ibu dan Anak pada stakeholders kesehatan di Belu
5. Mengamati perubahan yang terjadi dengan adanya pendekatan surveilans respons pada Revo Center dalam rangka Revolusi kesehatan Ibu dan Anak pada kebijakan, program dan kegiatan yang relevan untuk perbaikan kondisi kesehatan pada berbagai institusi di Bellu
6. Mengamati perubahan yang terjadi dengan adanya pendekatan surveilans respons pada Revo Center dalam rangka Revolusi kesehatan Ibu dan Anak pada tingkat lapangan (puskesmas, desa, dan masyarakat) pada tingkat propinsi dan kabupaten di Belu
7. Mengamati semua perubahan yang berdampak pada peningkatan akses pelayanan KIA dan perbaikan kondisi kesehatan dapat mempengaruhi perubahan pada status kesehatan wilayah (SPM, IPKM dan MDG)

BAB III

METODE PENELITIAN

a. Kerangka Pikir Sistem Informasi



b. Definisi Operasional

Sistem surveilans epidemiologi menurut Kepmenkes no 1116/2003 adalah : "...tatanan prosedur penyelenggaraan surveilans epidemiologi yang terintegrasi antara unit-unit penyelenggaraan surveilans dengan laboratorium, sumber-sumber data, pusat penelitian, pusat kajian dan penyelenggara program kesehatan, meliputi tata hubungan surveilans epidemiologi antar wilayah kabupaten/kota, provinsi / pusat ".Sistem Monitoring":

Pendataan Ibu Hamil : Kegiatan yang dilakukan oleh kader posyandu dalam rangka mengumpulkan atau membuat daftar ibu hamil, ibu melahirkan, ibu menyusui, bayi baru lahir diwilayah posyandunya dengan melakukan kunjungan rumah

Pelayanan komprehensif : Pelayanan kesehatan ibu mulai dari diketahui kehamilannya, persalinan, nifas dan kunjungan neonatal dari anak yang dilahirkannya

Buku Registrasi : Buku yang digunakan oleh kader untuk mencatat data pelayanan kesehatan komprehensif yang diterima oleh ibu hamil, ibu melahirkan, ibu menyusui, bayi baru lahir diwilayah posyandunya

Kader : Orang yang bertugas melakukan pendaftaran, penimbangan, mencatat pelayanan ibu dan anak dalam buku KIA, menggunakan buku KIA sebagai bahan penyuluhan, dan melaporkan penggunaan buku KIA kepada petugas kesehatan

Posyandu : Upaya kesehatan bersumber daya masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat yang memberikan upaya pelayanan kesehatan masyarakat yang meliputi lima program prioritas yaitu KB, kesehatan ibu dan anak, gizi, imunisasi dan penanggulangan diare

Bidan : adalah seorang wanita yang telah mengikuti program pendidikan bidan dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku

Bidan Koordinator KIA : Bidan yang bertugas sebagai koordinator KIA diwilayah kerja puskesmas

Buku KIA : adalah buku yang digunakan untuk mencatat perkembangan kesehatan ibu hamil setiap memeriksa kesehatannya, buku ini bisa dipegang oleh ibu tersebut atau kader nya

Buku Kohort : adalah buku besar dengan format khusus yang digunakan untuk mencatat perkembangan kesehatan ibu hamil setiap memeriksa kesehatannya, buku ini bisa dipegang oleh bidan

15. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan di Kabupaten Belu pada bulan April sampai dengan Nopember 2012.

16. Jenis Penelitian

Penelitian ini adalah riset operasional untuk mengamati perubahan yang terjadi oleh karena dilaksanakannya surveilans respons pada revo center dalam rangka Revolusi KIA di Kabupaten Belu.

17. Disain Penelitian

Disain penelitian ini adalah kroseksiional dengan kualitatif study

18. Populasi dan Sampel

Responden adalah pemegang program Kesehatan Keluarga (ibu dan anak), program kesehatan ibu dan anak, promosi kesehatan, kepala puskesmas, bidan, Kepala desa dan Kader.

19. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam dan FGD. Pemilihan informan dilakukan secara purposif.

Review literatur mengenai kebijakan terkait dengan kesehatan ibu dan anak juga Surveilans respons KIA

Untuk petugas teknis akan dilakukan FGD.

20. Bahan dan Prosedur Kerja

Bahan

Bahan untuk melakukan wawancara mendalam, dialog dan data sekunder akan dikembangkan oleh tim peneliti dalam bentuk panduan ngan paradan instrumen

terstruktur, dan kemudian akan dilakukan ujicoba, sehingga instrumen yang terbentuk dapat lebih sempurna dan dapat diaplikasikan di lapangan.

Prosedur Kerja

- a. Studi kepustakaan
- b. FGD dengan para pengelola revo center (Dinas Kesehatan dan Institusi terkait mulai kabupaten sampai dengan masyarakat, 3 group a 15 orang dengan 2 kali pertemuan)
- c. Pengembangan Rancangan Model pendekatan model surveilans respons KIA melalui **revo center dalam rangka revolusi kehatan ibu dan anak**
- d. Perbaikan Rancangan Model surveilans respons KIA melalui **revo center dalam rangka revolusi kehatan ibu dan anak**
- e. Mengamati perubahan yang terjadi dengan adanya pelaksanaan pendekatan model surveilans respons KIA melalui **revo center dalam rangka revolusi kehatan ibu dan anak**
- f. Pendampingan untuk memahami pendekatan model surveilans respons KIA melalui **revo center dalam rangka revolusi kehatan ibu dan anak**
- g. Perbaikan Model surveilans respons KIA melalui **revo center dalam rangka revolusi kehatan ibu dan anak**

Pengembangan model surveilans respons KIA melalui revo center dalam rangka revolusi kehatan ibu dan anak

Dari hasil kepustakaan, diskusi dengan narasumber yang kemudian dilanjutkan dengan hasil RTD, maka akan didapatkan rancangan sistem monitoring. Dari Rancangan yang dibuat setelah diimplementasikan akan ditemukan kelebihan dan kekurangan, dikaitkan dengan hasil FGD maka akan didapatkan rancangan model sistem monitoring yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan kesehatan ibu di kabupaten Belu.

BAB IV HASIL PENGUMPULAN DATA DAN PEMBAHASAN

1. Gambaran Umum Profil Tempat Penelitian

Lingkup Geografis



Gambar 01 : Gambaran Geografis Kabupaten Belu

Kabupaten Belu terletak di sebelah Timur wilayah Negera Tenggara Timur, mempunyai luas wilayah 2.445,57 Km² yang terletak pada koordinat 124⁰–126⁰ Lintang Selatan, berada pada persimpangan Negera Timor Leste serta pada titik silang antara Kabupaten Flores Timur dan Kabupaten TTU, dengan batas wilayah :

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| Sebelah Utara | : Selat Ombai |
| Sebelah Selatan | : Laut Timor |
| Sebelah Timur | : Negera Timor Leste |
| Sebelah Barat | : Kabupaten TTU dan TTS. |

Wilayah administrasi terbagi menjadi 24 Kecamatan, 12 Kelurahan dan 196 Desa. Bentuk topografi Kabupaten Belu merupakan daerah datar berbukit-bukit hingga pegunungan dengan sungai-sungai yang mengalir ke utara dan selatan mengikuti arah kemiringan lerengnya, yang banyak digunakan penduduk untuk pertanian. Kabupaten Belu dengan temperatur rata-rata 24-34°C beriklim tropis, dan umumnya berubah tiap

setengah tahun berganti dari musim kemarau dan musim penghujan, dengan musim kemarau yang lebih dominan. Musim hujan yang sangat singkat dimulai dari bulan Januari sampai dengan bulan Mei. Keadaan musim seperti ini tidak merata untuk seluruh wilayah kabupaten Belu, curah hujan tertinggi terdapat di daerah wilayah selatan. Letak geografis yang lebih dekat dengan Australia dibanding Asia, membuat Kabupaten Belu memiliki curah hujan rendah.

Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Belu mempunyai 24 Puskesmas Non Poned, 4 Puskesmas Poned dan 51 Puskesmas Pembantu, 14 Poskesdes dan 2 Rumah Sakit Ponek, 4 Rumah Sakit Non Ponek, 136 Polindes dan 2 PRG

2. Kegiatan :

Untuk menekan jumlah kematian di Kabupaten Belu melakukan Revolusi KIA dengan reformasi Puskesmas melalui pendekatan KIBBLA (Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir) Revolusi KIA mengacu pada Kebijakan Nasional, Kebijakan Tingkat Propinsi dan Kebijakan Tingkat Kabupaten.

Kebijakan program KIBBLA adalah mendekatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat, yang terfokus pada 3 pesan kunci Making Pregnancy Safer (MPS) yakni :

1. Setiap persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih
2. Setiap komplikasi Obstetric dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat
3. Setiap WUS mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.

Kebijakan Tingkat Propinsi tercantum pada PERGUB No. 42 TAHUN 2009 Tentang REVOLUSI KIA yang secara rinci menguraikan hak dan kewajiban Ibu, Bayi dan Petugas Kesehatan.

Adapun Kegiatan Pelayanan meliputi :

a. Pelayanan Kesehatan Ibu

1. ANC sesuai standar (112) dan terintegrasi (10T)
2. Penjarangan Risiko tinggi, Penanganan Komplikasi & Rujukan
3. Program Perencanaan Persalinan & Pencegahan Komplikasi yang melibatkan masyarakat (P4K)

4. Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Kompeten di Fasilitas Kesehatan Memadai
5. Pemantauan masa nifas (Kf min 3x)
6. Standar Operasional Prosedur (SOP)

b. Pelayanan Kesehatan Anak :

1. Pelayanan Neonatal , Bayi & Balita Esensial
2. SDIDTK
3. MTBS
4. Penanganan & Rujukan Neonatal Risti/ Komplikasi

c. Pelayanan Keluarga Berencana termasuk KB Pasca Salin

Keluarga berencana merupakan strategi yang efektif untuk menurunkan kematian ibu. Dalam kondisi terbatasnya sumber daya masyarakat, keluarga berencana lebih mudah dilaksanakan dari pada intervensi lain. Penggunaan alat kontrasepsi membantu menghindarkan ibu dari kehamilan yang tak diinginkan, dengan berkurangnya kehamilan tak diinginkan, mengurangi risiko kematian ibu akibat persalinan dan aborsi, dengan penggunaan alat kontrasepsi seorang wanita terhindar dari risiko kematian akibat kehamilan, persalinan dan nifas.

Didalam revolusi KIA merupakan strategi pasca salin.

d. Sistem pemantauan berjenjang termasuk melalui REVO CENTER MOBILE .

Merupakan system informasi/Surveilans respons dalam pemantauan secara ketat pelaksanaan Revolusi KIA melalui Revo Center meliputi :

- Data pemantauan secara ketat Bumil yang akan melahirkan untuk dilakukan pendampingan dengan kantong persalinan mobile (HP)
- Pengumpulan data dari hasil pengawasan ketat bayi baru lahir sampai hari ke 3 setelah lahir
- Hasil laporan rutin bulanan / PWS KIA /Surveilans kematian IBU dan Anak

Pelayanan Penunjang meliputi:

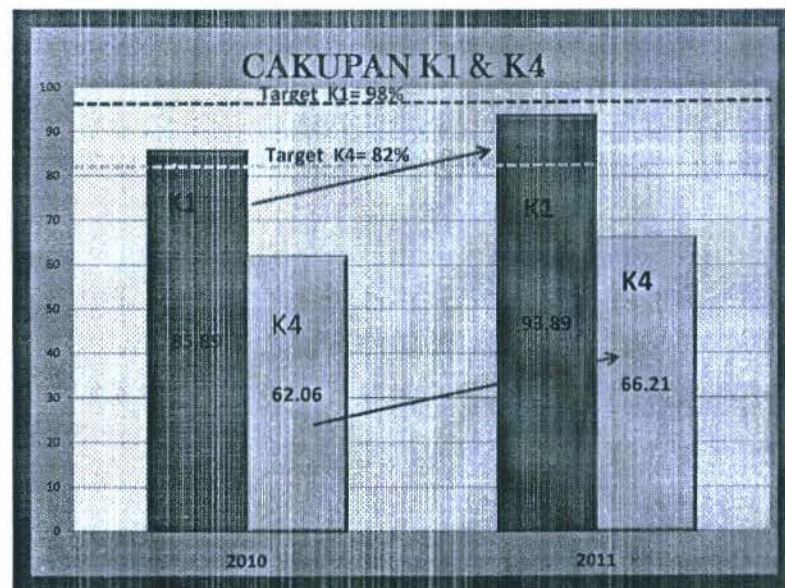
- a. Pembentukan dan penguatan desa siaga
- b. Peningkatan kapasitas petugas (Pertemuan AMP dan Diskusi Refleksi Kasus)

pelayanan kesehatan bayi 29 hari – 12 bulan (kunjungan bayi), k) Cakupan pelayanan anak balita, l) Cakupan pelayanan anak balita sakit yang dilayani dengan MTBS, m) Cakupan peserta KB aktif (Contraceptive Prevalence Rate).

a. Ante Natal Care (ANC)

Secara kualitas pelayanan antenatal terus diperbaiki, seperti ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya minimal 4 kali atau mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar 1-1-2. Pelayanan ANC mencakup 7 T : a) Timbang berat dan ukur tinggi badan, b) Ukur tekanan darah, c) Ukur tinggi fundus uteri, d) Skrining status imunisasi Tetanus dan pemberian TT bila diperlukan, e) Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan, f) Temu wicara (komunikasi interpersonal dan konseling), g) Test laboratorium sederhana (Hb, Protein urine) dan atau berdasarkan indikasi (HbsAg, Sifilis, HIV, Malaria, TBC).

Pencapaian K1 dan K4 di Kabupaten Belu tahun 2010 dibanding tahun 2011 dapat dilihat dalam gambar berikut :



Gambar 02 : Gambaran Cakupan K1 dan K4 Kabupaten Belu tahun 2010 dan tahun 2011

Cakupan K1 dan K4 apabila dibandingkan antara tahun 2010 dan tahun 2011 terjadi kenaikan namun apabila dibandingkan dengan target, pencapaian tersebut masih dibawah target

b. Ibu Hamil Risiko Tinggi (Bumil Risti)

Penjaringan dini kehamilan adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil dengan risiko tinggi, dengan menggunakan kartu skor risiko tinggi untuk menentukan tingkat risiko dan rencana tindak lanjutnya. Penemuan ibu hamil risiko tinggi tidak hanya dilakukan oleh petugas kesehatan tetapi juga oleh masyarakat/ kader sebagai wujud partisipasi dalam mendukung program KIA.

Penilaian tingkat resiko pada kehamilan dilakukan dengan mengisi kartu “Skor Poedji Rochjati”. Kartu skor ini dapat digunakan bagi semua ibu hamil dalam kondisi normal maupun dalam kondisi ibu hamil dengan keluhan, pada kondisi ibu hamil dengan keluhan harus diulang minimal setiap bulan atau sesuai dengan perubahan keluhan. Pelaksanaan skrining atau deteksi risiko tinggi ibu hamil belum terlaksana dengan baik karena keterbatasan pemahaman petugas dan ketersediaan kartu skor. Pelaksanaan deteksi risiko tinggi terhadap ibu hamil dan penggunaan kartu skor di Kabupaten Belu tahun 2010 dibanding tahun 2011 adalah sebagai berikut.



Gambar 03 : Gambaran Cakupan Risti dan Komplikasi Maternal serta Rujukan Kabupaten Belu tahun 2010 dan tahun 2011

c. Pencegahan Malaria dalam Kehamilan (PMDK)

Salah satu penyebab kematian ibu adalah penyakit malaria, kematian ibu di Kabupaten Belu dengan penyebab malaria tahun 2010 sebanyak 1 kss.

Pencegahan malaria dalam kehamilan dilaksanakan bidan berkoordinasi dengan Program Pencegahan Penyakit Menular (P3M). Oleh karena Kabupaten Belu merupakan daerah endemis malaria, maka setiap ibu yang diketahui hamil dilakukan pemeriksaan darah untuk memastikan positif/tidaknya seorang ibu hamil menderita malaria. Profilaksis malaria diberikan kepada ibu hamil yang terbukti melalui hasil pemeriksaan laboratorium (Serositif malaria +).

d. Persalinan oleh Tenaga Kesehatan

Kondisi ideal yang diharapkan dari berbagai upaya yang telah dilakukan adalah semua ibu hamil melakukan persalinan di puskesmas pada 2010, tetapi kenyataan menunjukkan rencana tersebut belum terlaksana dengan baik karena berbagai hambatan. Belum semua persalinan normal dilakukan di puskesmas karena keterbatasan sumber daya yang dimiliki masyarakat termasuk biaya transportasi.

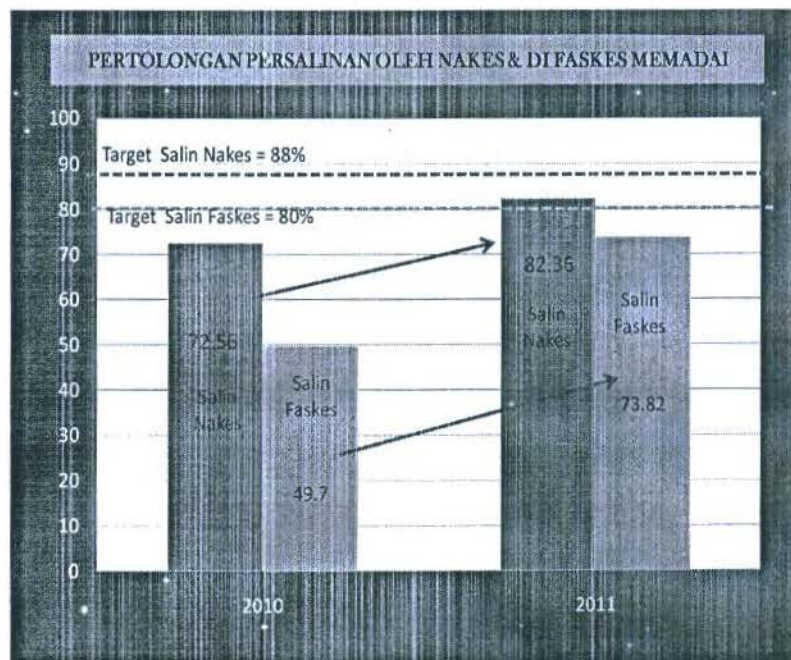
Perencanaan persalinan dilakukan bersama ibu hamil dan keluarga, namun pelaksanaannya oleh bidan belum optimal. Hal ini berkaitan dengan tidak tersedianya biaya transportasi kunjungan rumah dalam rangka konseling dan perencanaan persalinan sekaligus penandatanganan amanat persalinan bersama suami. Pemahaman bumil/ keluarga/ masyarakat yang rendah antara lain dibuktikan dengan pembagian stiker P4K tidak ditempelkan di depan rumah yang memiliki ibu hamil.

Rendahnya pemahaman dan kepedulian tersebut diperburuk dengan terbatasnya kewenangan sektor kesehatan dalam menjamin ketersediaan dana, sarana dan fasilitas untuk memberikan pelayanan kesehatan berkualitas, hal ini dibuktikan dengan kurangnya usulan/ rencana kegiatan berkaitan dengan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan pada tingkat musyawarah rencana pembangunan desa (Musrenbangdes) ataupun ditingkat musyawarah rencana pembangunan kecamatan (Musrenbangcam).

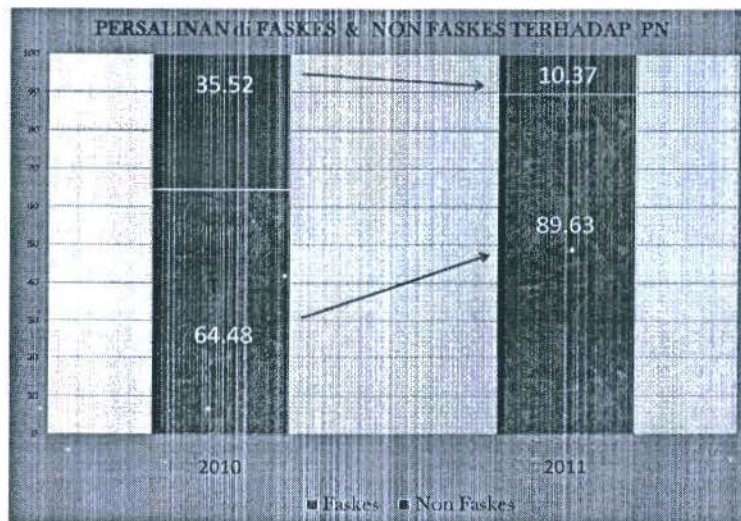
P4K dilakukan untuk memantau secara intensif kondisi ibu hamil agar dapat merencanakan persalinan aman dan selamat, serta bayi yang dilahirkan sehat.

Kegiatan P4K dan persalinan ditolong oleh bidan tahun 2010 dan tahun 2011 sebagai berikut.

Sesuai dengan amanat revolusi KIA, diharapkan seluruh persalinan dilakukan pada fasilitas pelayanan kesehatan (Puskesmas) dan ditolong oleh tenaga kesehatan berkompeten seperti dokter spesialis kebidanan, dokter umum dan bidan.



Gambar 05 : Gambaran Cakupan Pertolongan Persalinan oleh Nakes dan Faskes Kabupaten Belu tahun 2010 dan tahun 2011



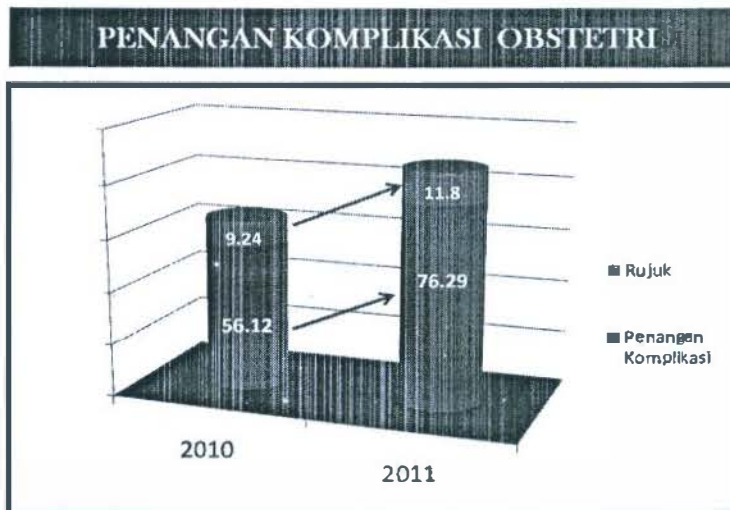
Gambar 05 : Gambaran Persalinan di Faskes dan Non Faskes terhadap Persalinan Normal Kabupaten Belu tahun 2010 dan tahun 2011

e. Penanganan Komplikasi Maternal & Neonatal

1) Komplikasi Maternal

Indikator ini menunjukkan kemampuan manajemen KIA dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan termasuk sarana 4 (empat) Puskesmas Penanganan Obstetric Neonatal Esensial Dasar (PONED) yang sudah aktif menangani kasus gawat darurat kebidanan (hamil, bersalin dan nifas) yang kemudian ditindak lanjuti sesuai dengan kewenangannya, dan bila perlu dirujuk ke Rumah Sakit Penanganan Obstetric Neonatal Esensial Komprehensif (PONEK).

Mengingat bahwa setiap ibu beresiko untuk mengalami komplikasi obstetri, maka mereka perlu mempunyai akses terhadap pelayanan kegawatdaruratan obstetric sehingga risiko kematian ibu dapat dicegah. Kebanyakan komplikasi tidak dapat dicegah dan diperkirakan sebelumnya, namun tidak berarti bahwa komplikasi tidak dapat ditangani. Penanganan komplikasi maternal dapat terlihat pada gambar

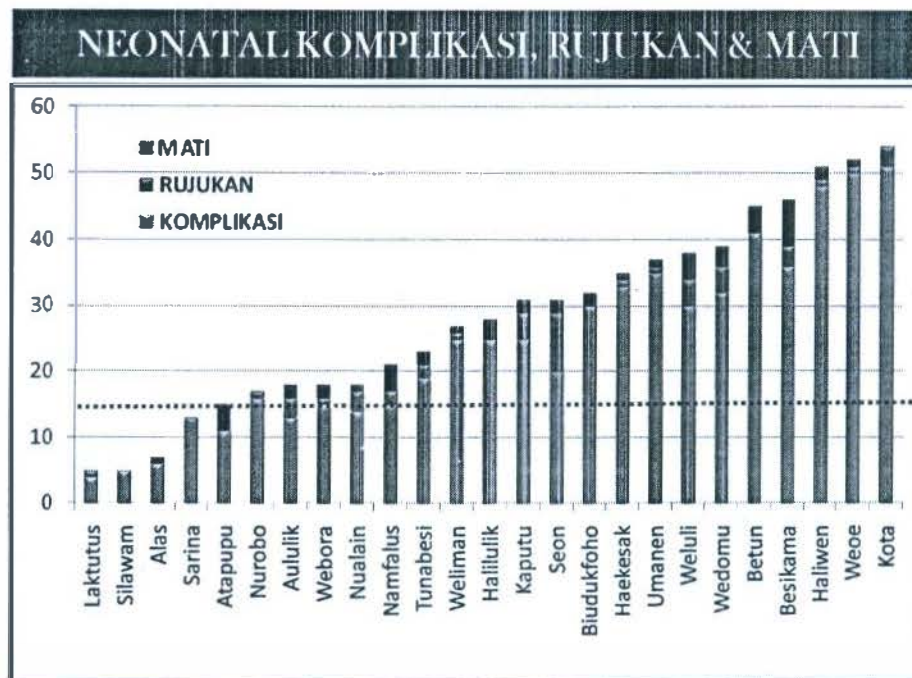


Gambar 06: Gambaran Cakupan Penanganan Komplikasi Obstetrik Kabupaten Belu tahun 2010 dan tahun 2011

2). Komplikasi Neonatal

Penanganan komplikasi neonatus menunjukkan kemampuan sarana pelayanan kesehatan dalam menangani kasus-kasus kegawatdaruratan neonatal, yang kemudian ditindaklanjuti sesuai dengan kewenangannya atau dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.

Kasus komplikasi Neonatal yang ditangani baru mencapai 43,31%, walaupun target SPM yang ditetapkan tahun 2010 sebesar 80%. Rendahnya cakupan komplikasi neonatal berdampak pada meningkatnya risiko kematian bayi. disebabkan karena pencatatan dan pelaporan yang tidak akurat. Seperti halnya penanganan komplikasi maternal, kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan untuk pelayanan kesehatan bayi baru lahir dirasakan belum memenuhi standar. Sebagai contoh, tabung dan sungkup untuk penanganan bayi asfiksia tersedia di setiap puskesmas, namun penggunaannya belum optimal atau bidan belum rampil menggunakannya.

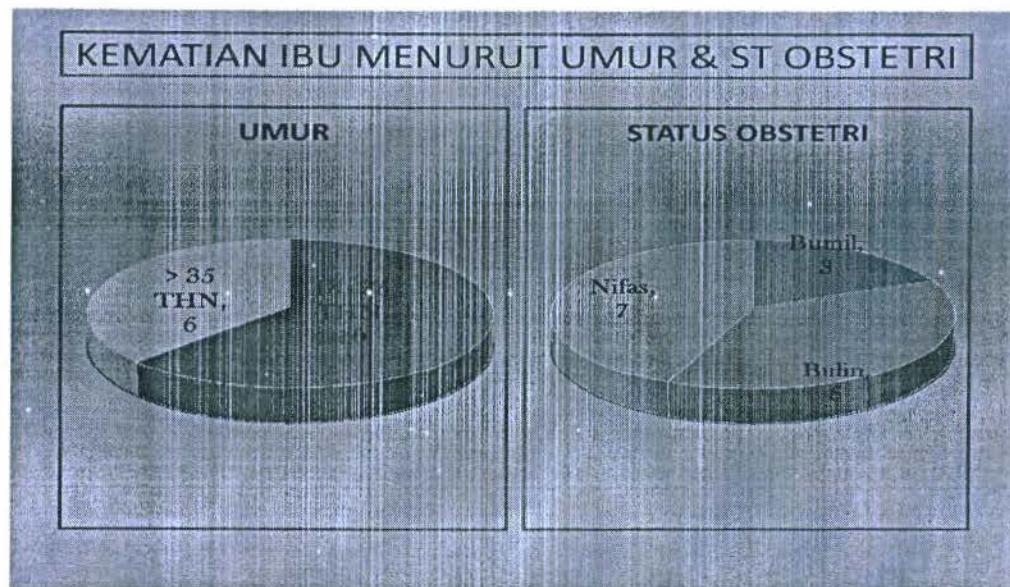


Gambar 07: Gambaran Cakupan Penanganan Neonatal Komplikasi, Rujukan dan meninggal Kabupaten Belu tahun 2011

f. Kematian Maternal dan Neonatal

1) Kematian Maternal

Kematian maternal adalah kematian wanita hamil atau dalam 42 hari setelah persalinan, tanpa memandang lama dan tempat terjadinya kehamilan yang disebabkan oleh atau dipicu oleh kehamilannya atau penanganan kehamilannya, tetapi bukan karena kecelakaan. Jumlah kematian Ibu pada Tahun 2010 sebanyak 20 kasus, dengan penyebab kematian adalah perdarahan 7 kasus (35%), Infeksi 5 kasus (25%), Eklamsi post partum 2 kasus (10%), lain-lain 6 kasus (30%), atau dikategorikan sebagai penyebab langsung yaitu terjadi pada saat persalinan disertai komplikasi, dan penyebab tidak langsung karena rendahnya status gizi (anemia), rendahnya status kesehatan dan adanya faktor resiko kehamilan pada ibu

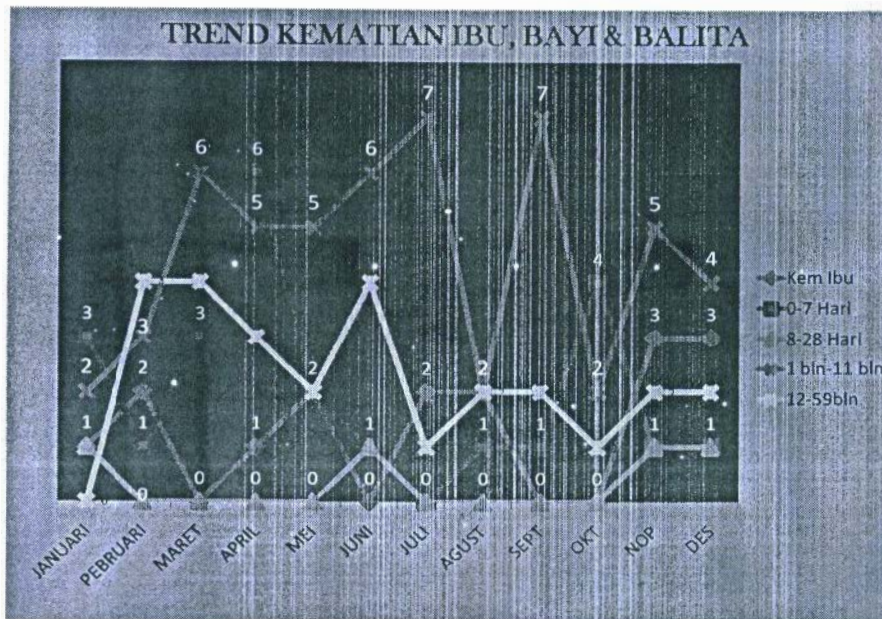


Gambar 08: Gambaran Kematian Ibu menurut Umur dan Status Obstetri
Kabupaten Belu tahun 2011

1) Kematian Bayi.

Kematian bayi baru lahir erat hubungannya dengan kurang baiknya penanganan komplikasi obstetric saat persalinan serta rendahnya status kesehatan ibu. Deteksi dan penanganan bayi risiko tinggi termasuk memberikan asuhan khusus terhadap bayi-bayi risiko tinggi merupakan intervensi esensial yang harus dilakukan untuk menurunkan angka kematian bayi.

Kematian Neonatal (0-28 hr) sebanyak 45 kasus, kematian bayi (29hr-11bln) sebanyak 32 kasus, dengan penyebab kematian terbesar adalah asfiksia, BBLR. Sebagian besar penyebab kematian bayi dan balita adalah masalah yang terjadi pada bayi baru lahir / neonatal (0-28 hr). Masalah neonatal ini meliputi asfiksia, BBLR, dan infeksi. Sedangkan diare dan pneumonia merupakan penyebab kematian pada bayi dan balita. Penyebab tidak langsung kematian bayi dan balita dilihat dari sisi kebutuhan (demand) antara lain adalah sosial ekonomi yang rendah, pendidikan ibu, kondisi sosial budaya yang tidak mendukung, kedudukan dan peran perempuan yang tidak mendukung, akses sulit, serta perilaku perawatan bayi dan balita yang tidak sehat. Sementara ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan yang belum merata, pembiayaan pelayanan KIA yang belum memadai.

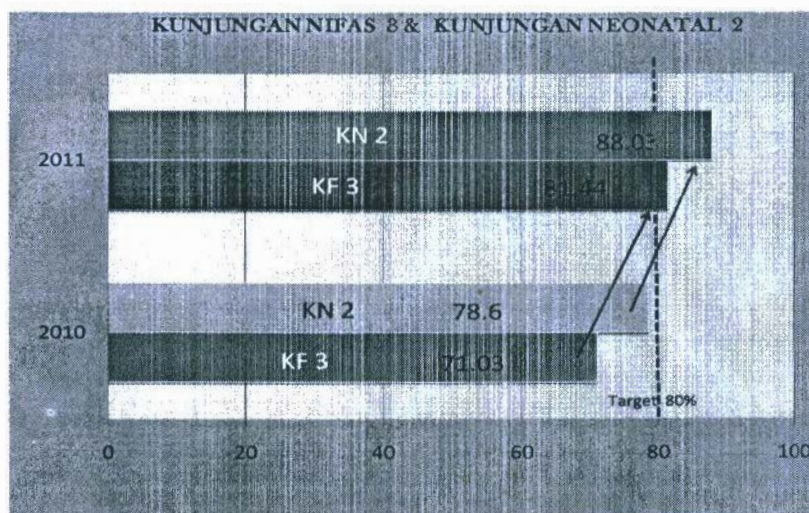


Gambar 09: Trend Kematian Ibu Bayi dan Balita Kabupaten Belu tahun 2011

g. Cakupan Pelayanan Nifas

Salah satu strategi pelayanan kesehatan dalam menurunkan angka kematian ibu dan anak adalah memperbaiki dan meningkatkan kunjungan pasca salin. Cakupan pelayanan nifas adalah cakupan pelayanan kepada ibu dalam masa 6 jam sampai 42 hari pasca salin. Sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam -3 hari (Kf 1), 8-14 hari (Kf2), dan 36-42 hari (Kf 3) setelah bersalin.

Kunjungan ibu nifas tahun 2010 dan 2011 dapat di lihat pada gambar di bawah.



Gambar 10 : Kunjungan Nifas dan Neonatal Kabupaten Belu tahun 2011

h. Status Gizi Balita

Status gizi adalah keadaan tubuh yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dengan kebutuhan. Status gizi dipengaruhi oleh konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi didalam tubuh, bila tubuh memperoleh cukup zat gizi dan digunakan secara efisien maka akan tercapai status gizi yang optimal.

Untuk penentuan status gizi pada balita salah satunya dilakukan melalui pengukuran antropometri. Ada beberapa indikator yang digunakan dalam penentuan status gizi balita, diantaranya indikator berat badan menurut umur (BB/U) dan indikator berat badan menurut tinggi badan atau panjang badan (BB/TB atau BB/PB) berikut ini akan disajikan data hasil pengukuran status gizi balita berdasarkan 2 indikator tersebut.

Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator BB/U

Indikator BB/U menunjukkan secara sensitif status gizi saat ini (saat pengukuran) karena mudah berubah, indikator ini sensitif untuk melihat perubahan status gizi dalam jangka waktu pendek.

Tabel 2 : PWS Gizi Kabupaten Belu tahun 2009 – 2012

URAIAN		TAHUN							
		2009		2010		2011		2012 (Jan-Sep)	
		Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
Parameter	S	39.552		37.492		34.065		33.539	
	K	37.800		33.447		30.531		31.470	
	D	31.945		31.369		28.741		28.132	
	D"	27.706		27.882		25.650		25.414	
	N	15.444		15.549		15.355		15.456	
Indikator	K/S		95,6		89,2		89,6		93,53
	D/S		80,8		83,7		84,4		83,88
	N/D"		48,3		55,8		60,6		60,82
	N/S		39,0		41,5		45,6		46,08
Status Gizi BB/U	Lebih					5	0,02	18	0,06
	Baik	19.155	60,0	19.351	61,9	18.779	65,34	19.381	68,89
	Kurang	11.180	35,0	10.262	32,71	8.713	30,32	7.597	27,00
	Buruk	1.610	5,0	1.756	5,60	1.244	4,33	1.136	4,04
Status Gizi BB/TB a' PB	Gemuk							30	
	Normal							1.114	
	Kurus							234	
	Kurus Sekali							68	
2T						2.010	6,99	1.771	6,3
Balita BGM		3.452	10,8	3.314	10,6	2.083	6,11	1495	5,31
Jumlah Puskesmas		21		23		28		33	

3. Proses pelaksanaan sistem surveilans respon KIA

Surveilans merupakan sistem merubah data menjadi informasi yang dibutuhkan untuk upaya penanggulangan masalah kesehatan. Definisi surveilans menurut WHO merupakan proses pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data secara sistematis dan terus menerus serta penyebaran informasi kepada unit yang membutuhkan untuk dapat mengambil tindakan. Thacker dan Berkelman mendefenisikan surveilans sebagai upaya pengumpulan, analisis dan interpretasi data yang dilakukan secara terus menerus dan sistematis untuk perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi upaya kesehatan masyarakat.

Surveilans KIA merupakan pemantauan melalui pengumpulan data secara terus menerus dan sistematis untuk memberikan gambaran kejadian KIA dan faktor yang berpengaruh terhadap perkembangan KIA tersebut. Data yang telah dikumpulkan kemudian dianalisis untuk menghasilkan informasi yang digunakan untuk kegiatan penanggulangan masalah KIA

Hasil *round tabel discussion* juga menunjukkan adanya permasalahan pada sistem surveilans KIA yang sedang berjalan. Masalah tersebut meliputi pencatatan dan pelaporan yang kurang lengkap dan sering terlambat. Juga saluran dari sistem tersebut

"Masalah pencatatan dan pelaporan masalah klasik yang terus berlangsung artinya kelengkapan juga menjadi masalah untuk surveilans KIA". (KIA)

"...laporannya sering terlambat alasannya karena banyaknya laporan, belum ditunjang sistem yang bagus masih manual...". (KIA)

"...sering kita (P2 Dinas Kesehatan Kabupaten) minta data tapi data itu tidak bisa dari swasta makanya kita ingin tanya sejauh mana mengadakan pendekatan pada swasta kalau kita minta data melalui instansi kan belum ada jaminan kadang-kadang kita sudah ada kerjasama ternyata tetap tidak masuk perlu lagi semacam komitmen di tingkat propinsi kita tidak perlu membuat program kalau tidak diawali dengan komitmen untuk bersama selama ini kan belum ada sistemnya untuk pap smear ini kalau memang di minta datanya cepat masuk dari manapun siapa nanti yang bertanggungjawab". (Belu)

Masalah sistem juga ditemui pada kegiatan *revo center*. Masalah sistem yang ditemui pada kegiatan *revo center* adalah kualitas sumber daya manusia yang memberikan dampak pada kegiatan pencatatan dan pelaporan kegiatan KIA. Masalah sistem lainnya adalah belum tersedianya format standar untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan serta pengolahannya.

Kompleksitas permasalahan KIA menuntut adanya penambahan informasi yang dibutuhkan oleh sistem. Surveilans KIA yang berjalan hanya mengumpulkan data KIA dari Ibu RISTI melalui PWS KIA.

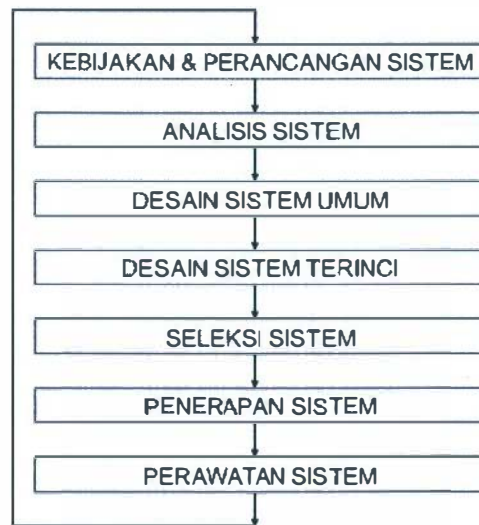
Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi permasalahan yang terjadi pada sistem yang sedang berjalan adalah melalui pengembangan sistem. Jogyanto

mendefinisikan pengembangan sistem sebagai suatu upaya untuk menyusun atau membuat sistem yang dapat memperbaiki atau bahkan mengganti sistem yang telah ada. Kebutuhan akan pengembangan sistem disebabkan atas beberapa alasan. Alasan tersebut dapat berupa adanya permasalahan yang terjadi pada pelaksanaan sistem dan adanya tuntutan kebutuhan informasi yang lebih luas terhadap sistem yang sedang berjalan.

Pendekatan yang dilakukan untuk pengembangan sistem adalah pendekatan sistem. Pendekatan sistem merupakan suatu proses pemecahan masalah secara sistematis. Pendekatan sistem memberikan kerangka kerja untuk memahami proses pemecahan masalah. Pendekatan sistem juga merupakan metodologi sistem dasar yang berisi tahapan untuk pengembangan sistem (McLeod, 2001).

Pengembangan sistem berdasarkan pendekatan sistem dilakukan melalui beberapa tahap. Jogiyanto membagi tahapan pengembangan sistem ini diawali dengan perencanaan sistem, penerapan, pemeliharaan kemudian dilakukan monitoring dan evaluasi. Jika ditemui adanya permasalahan maka pengembangan sistem kembali dimulai dari tahap awal yaitu tahap perencanaan. Proses ini merupakan suatu siklus yang disebut dengan siklus hidup pengembangan sistem atau *Sistem Development Life Cycle* (SDLC). McLeod membagi tahapan SDLC menjadi tahap analisis, tahap rancangan, tahap penerapan dan tahap penggunaan. Tahapan SDLC disajikan pada gambar 2.

Gambar 2. Tahapan Siklus Hidup Pengembangan Sistem (*Sistem Development Life Cycle*)



Sumber: Analisis dan Disain Sistem Informasi. Jogiyanto, 1999

Pengembangan sistem surveilans respon KIA melalui Revo center berdasarkan SDLC terbagi menjadi dua kegiatan utama, yaitu analisis sistem dan desain sistem. Analisis sistem menurut Jogiyanto didefinisikan sebagai penguraian sistem informasi yang utuh ke dalam bagian komponennya untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi

permasalahan yang terjadi pada sistem tersebut. Analisis sistem juga mengidentifikasi kebutuhan sistem sehingga dapat diusulkan perbaikan sistem.

Kegiatan yang dilakukan pada analisis sistem adalah menguraikan sistem berdasarkan komponen atau unsur sistem. Unsur sistem meliputi masukan, proses, keluaran, kontrol, balikan dan lingkungan sistem. Masukan adalah bahan dan sumber daya yang diperlukan bagi sistem untuk bekerja sesuai fungsinya. Masukan atau *input* meliputi sumber daya manusia, dana, materi, perlengkapan, peralatan dan metode. Proses atau *process* adalah unsur sistem berupa aktifitas dan kegiatan yang mengolah sehingga dihasilkan keluaran. Keluaran atau *output* adalah hasil kerja langsung dari suatu sistem yang nyata dan dapat diukur. Balikan atau *feedback* adalah unsur sistem yang berfungsi untuk memperbaiki alih bentuk masukan menjadi keluaran sehingga keluaran yang dihasilkan mempunyai nilai yang sesuai dengan tujuan dan standar yang ditetapkan. Kontrol atau *control* adalah unsur sistem yang berfungsi untuk mengatur dan mengendalikan kerja sistem agar berjalan sesuai dengan tujuannya, sedangkan lingkungan sistem adalah tempat sistem tersebut berada (Siregar, 1992).

Desain sistem merupakan tahapan pengembangan sistem setelah dilakukan analisis sistem. Kegiatan yang dilakukan desain sistem meliputi pendefinisian kebutuhan fungsional, rancang bangun implementasi, deskripsi sistem, perencanaan dan pengaturan elemen sistem serta konfigurasi komponen perangkat keras dan lunak yang dibutuhkan oleh sistem.

Analisis sistem surveilans respon KIA menggunakan data Revo Center

Surveilans Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan salah satu komponen kegiatan penanggulangan kematian Ibu. Kegiatan surveilans secara umum terdiri dari beberapa komponen sistem surveilans. Komponen sistem surveilans tersebut meliputi pengumpulan data, kompilasi, analisis, interpretasi, umpan balik dan diseminasi informasi (Thacker, 2000). Surveilans KIA telah dilakukan oleh jajaran dinas kesehatan baik di puskesmas, kabupaten/kota maupun propinsi.

"Kalau dari protap kementerian kesehatan setiap puskesmas melaporkan KIA melalui PWS KIA". (Sub Din KIA)

"Karena program terpadu lainnya tapi di seluruh puskesmas dan rumah sakit tercatat namanya surveilans terpadu penyakit". (Belu)

"Mengenai surveilans Penyakit sudah berjalan ada formnya sendiri sedangkan untuk KIA melalui PWS KIA ". (Belu)

Pengumpulan data

Pengumpulan data surveilans KIA meliputi dua pendekatan. Pendekatan tersebut adalah berdasarkan diagnosis dan berdasarkan lokasi surveilans. Pengumpulan data berdasarkan diagnosis meliputi diagnosis sindrom dan diagnosis etiologis. Pengumpulan data berdasarkan lokasi surveilans terdiri dari pelaporan universal yang meliputi seluruh propinsi dan pelaporan kasus secara sentinel. Pengumpulan data rutin oleh puskesmas

dilakukan melalui sistem pelaporan rutin dengan menggunakan diagnosis KIA secara sindrom. Pelaporan sentinel dilakukan oleh rumah sakit berdasarkan pelaporan etiologis.

Pengumpulan data rutin dilakukan setiap bulan di puskesmas dan UPK dinas kesehatan. Pengumpulan data rutin memberikan informasi secara terus menerus sehingga mampu menghasilkan informasi kecenderungan kasus KIA di suatu tempat. Pengumpulan data dari puskesmas dan UPK selanjutnya dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota. Dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan analisis dan rekapitulasi lalu hasilnya dilaporkan ke dinas kesehatan propinsi. Dinas kesehatan propinsi melakukan analisis dan rekapitulasi hasil dari dinas kesehatan kabupaten/kota lalu melaporkan secara rutin setiap bulan ke kementerian kesehatan. Form pengumpulan data rutin KIA disajikan pada gambar 3.

Pengumpulan data rutin perlu ditunjang oleh pendekatan lain yang mampu menghasilkan informasi kejadian KIA pada lokasi tertentu. Pengumpulan data pada lokasi tertentu disebut dengan pengumpulan data sentinel. Sentinel dapat diartikan sebagai gardu jaga. Surveilans sentinel merupakan pemantauan pada lokasi khusus sebagai gardu jaga untuk memantau prevalensi penyakit tertentu. Tujuan surveilans sentinel adalah untuk menentukan proporsi kejadian KIA pada kasus yang diperiksa dan menentukan distribusi jenis IMS yang ada. Tujuan pengumpulan data KIA melalui sentinel juga untuk menentukan karakteristik penderita KIA dan melihat kecenderungan kasus KIA pada lokasi sentinel (Depkes, 2004).

Pelaksanaan surveilans sentinel dapat dilakukan berdasarkan komunitas (*community-based*) atau klinis (*clinical-based*). Pengumpulan data KIA melalui sentinel dilakukan pada lokasi khusus yang disebut *sentinel-site*. Lokasi sentinel atau *sentinel-site* untuk KIA meliputi rumah sakit, klinik KIA dan lokalisasi. Surveilans sentinel dilaksanakan secara *unlinked-anonymous* dimana darah yang diperiksa ditandai dengan kode bukan dengan nama pemilik darah. Penerapan *unlinked-anonymous* dilakukan untuk mengurangi bias partisipasi (Depkes, 2004).

Surveilans sentinel KIA dilakukan bersamaan dengan surveilans sentinel KIA. Surveilans sentinel KIA dilakukan pada kelompok risiko tinggi dan memenuhi kriteria untuk lokasi sentinel atau *sentinel site*. Kriteria untuk *sentinel-site* adalah kelompok atau tempat yang dapat diidentifikasi, mudah dijangkau dan pada kelompok yang memiliki prevalensi KIA tinggi atau mempunyai perilaku risiko tinggi. Kriteria lain yang disarankan untuk *sentinel site* adalah terjaminnya kesinambungan survei, kecukupan jumlah sampel dan tersedianya layanan kesehatan pada kelompok tersebut (Depkes, 2004). Format yang digunakan untuk surveilans sentinel KIA disajikan pada gambar 4.

Form pengumpulan data sentinel KIA dan menunjukkan bahwa data jenis penyakit KIA dan yang dikumpulkan adalah sifilis. Data yang dapat diperoleh dari kegiatan surveilans sentinel tersebut adalah *sentinel site*, jenis kelamin, kelompok umur, jumlah KIA yang diperiksa dan jumlah kejadian KIA. Pemeriksaan KIA

pada pengumpulan data rutin dan sentinel dilakukan dengan mengambil spesimen. Spesimen tersebut dapat berupa urin, duh tubuh (sekret) urethra, duh tubuh (sekret)

vagina maupun darah. Spesimen tersebut dikirim ke laboratorium terpilih untuk mendeteksi kasus KIA. yang terjadi. Pengiriman spesimen ke laboratorium menggunakan form pengiriman spesimen yang disajikan pada gambar 5.

Kompilasi, Analisis dan Interpretasi Data Surveilans KIA

Kompilasi data surveilans KIA dilakukan untuk melihat kelengkapan data dan menghindari duplikasi data. Kompilasi dilakukan secara manual maupun menggunakan komputer. Kompilasi dilakukan menurut informasi epidemiologi yang meliputi orang, tempat dan waktu. Kompilasi data dilakukan untuk menjamin kualitas data surveilans KIA

. Unsur penting untuk menilai kualitas data surveilans KIA adalah kelengkapan, validitas dan ketepatan waktu.

Analisis data pelaporan rutin dilakukan secara bulanan dan tahunan. Analisis bulanan dilakukan untuk mendapatkan informasi tentang kecenderungan kejadian KIA

menurut wilayah, jenis kelamin, kelompok umur, jenis pelayanan dan tempat pelaporan. Analisis tahunan dibuat untuk pelaporan kasus tahunan. Analisis tahunan dilakukan untuk menghasilkan informasi tentang kecenderungan tahunan kejadian KIA

menurut wilayah, jenis kelamin, kelompok umur, jenis pelayanan dan tempat pelaporan.

Analisis data surveilans sentinel untuk melihat kecenderungan prevalensi KIA pada tiap lokasi sentinel. Prevalensi KIA

pada tiap lokasi sentinel dibedakan berdasarkan kelompok sentinel dan waktu pelaksanaan sentinel. Hasil analisis surveilans sentinel KIA

disajikan dalam bentuk narasi dan grafik.

Interpretasi data surveilans sentinel dilakukan setiap tahun. Interpretasi menggunakan data dari berbagai sumber yang meliputi pengumpulan data KIA serta data perilaku.

Diseminasi informasi

Diseminasi informasi pada kegiatan surveilans KIA terbagi menjadi dua kegiatan. Kegiatan pertama adalah diseminasi informasi kepada sumber data yang disebut dengan umpan balik atau *feedback*. Umpan balik diberikan oleh dinas kesehatan propinsi kepada sumber data surveilans KIA yaitu dinas kesehatan kabupaten/kota. Umpan balik berisi alternatif pemecahan masalah yang ada di kabupaten/kota dan masukan serta saran untuk meningkatkan kinerja sistem yang berjalan.

Kegiatan diseminasi informasi juga diberikan kepada supra sistem. Diseminasi informasi kepada supra sistem disebut dengan laboran. Laporan diberikan dinas kesehatan propinsi ke kementerian kesehatan. Isi laporan meliputi hasil kegiatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi program.

Data Flow Diagram Surveilans KIA yang sedang berjalan

Analisis sistem surveilans KIA yang sedang berjalan bertujuan untuk mendapatkan deskripsi sistem dengan cara menguraikan sistem surveilans berdasarkan komponen surveilans. Komponen sistem surveilans meliputi pengumpulan data, kompilasi, analisis, interpretasi, umpan balik dan diseminasi informasi. Untuk mendapatkan gambaran yang utuh arus data dan informasi antar komponen sistem dibutuhkan alat bantu berupa notasi atau diagram. Salah satu diagram yang dapat menggambarkan aliran dan arus data dan informasi pada suatu sistem adalah Data Flow Diagram atau diagram arus data.

Data Flow Diagram atau DFD mendeskripsikan sistem dalam bentuk grafik sehingga menggambarkan hubungan atau relasi fungsional dan prosedural antar bagian yg terdapat dalam sistem. Diagram ini dapat digunakan untuk menggambarkan sistem yang sedang berjalan dan sistem baru yang akan dikembangkan. Diagram yang digunakan untuk menggambarkan sistem yang sedang berjalan disebut dengan *Physical Data Flow Diagram* atau diagram arus data fisik, sedangkan DFD untuk menggambarkan sistem yang akan dikembangkan adalah *Logical Data Flow Diagram* atau diagram arus data logika (Jogiyanto, 1999).

Pembuatan DFD surveilans KIA yang sedang berjalan diawali dengan pembuatan *context diagram* atau diagram konteks. Diagram konteks merupakan gambaran sistem secara umum. Diagram konteks berisi masukan dasar, proses sistem secara umum dan keluaran (Kendall, 2006).

Diagram konteks sistem surveilans KIA yang sedang berjalan pada gambar 6 menunjukkan institusi yang berperan dalam memberi masukan dan menerima keluaran sistem. Institusi yang berperan memberikan masukan meliputi puskesmas, klinik kesehatan, rumah sakit, *sentinel site* dan dinas kesehatan kabupaten/kota. Institusi puskesmas, klinik kesehatan dan rumah sakit berperan dalam upaya pencatatan dan pelaporan rutin surveilans KIA sedangkan masukan *sentinel site* diperoleh dari surveilans sentinel. Data dari institusi tersebut dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota untuk dianalisis dan direkapitulasi. Hasil analisis dinas kesehatan kabupaten/kota kemudian dilaporkan ke sistem surveilans KIA yang ada di propinsi. Hasil proses sistem surveilans KIA di propinsi selanjutnya diberikan umpan balik ke sumber data dan laporan ke supra sistem. Sumber data surveilans KIA di dinas kesehatan propinsi yaitu dinas kesehatan kabupaten/kota, sedangkan supra sistem yaitu kementerian kesehatan.

Diagram konteks surveilans IMS yang sedang berjalan perlu dikembangkan untuk mendapatkan gambaran yang lebih rinci tentang alur data dan proses sistem yang berjalan. Diagram yang lebih rinci dari sistem disebut dengan DFD diagram level 0 atau *parent process*.

Data yang diperoleh dari pengumpulan data rutin dianalisis dan direkapitulasi oleh dinas kesehatan kabupaten/kota kemudian dikirim ke dinas kesehatan propinsi. Dinas kesehatan propinsi menggabungkan dengan data kejadian KIA dari kegiatan surveilans. Data KIA melalui surveilans sentinel meliputi *sentinel site*, jenis kelamin, jumlah Kematian Ibu, bayi dan Bayi baru lahir. Hasil analisis data dari laporan rutin dan sentinel di diseminasikan ke sumber data dan supra sistem.

Desain sistem surveilans respon KIA menggunakan data yang ada Revo Center

Desain sistem merupakan tahapan setelah analisis sistem dalam siklus hidup pengembangan sistem. Desain sistem merupakan kegiatan deskripsi sistem baru yang akan dikembangkan. Sistem yang akan dikembangkan ini diharapkan memenuhi kebutuhan pemakai sistem.

Ruang lingkup dan batasan pengembangan sistem adalah penggunaan sistem di tingkat dinas kesehatan propinsi. Hal ini sesuai dengan ruang lingkup penelitian yaitu pengembangan sistem surveilans KIA menggunakan data di Revo center di tingkat Kabupaten. Pengembangan sistem yang dilakukan berdasarkan atas pustaka, studi dokumen dan hasil *round table discussion*.

Tujuan desain sistem adalah perancangan sistem surveilans KIA menggunakan data di Revo Center. Sistem yang baru diharapkan mampu mendapatkan data dan menghasilkan informasi tentang kejadian KIA

Data yang dibutuhkan oleh surveilans KIA dari kegiatan *Revo center* meliputi data karakteristik dan data kejadian KIA. Data karakteristik yang dibutuhkan adalah kelompok umur, alamat, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan dan riwayat kesehatan.

Pengumpulan data sistem surveilans KIA dari kegiatan *pap smear* terdiri dari pengumpulan data rutin, pengumpulan data KIA dari kegiatan *pap smear* dan pengumpulan data KIA dari sentinel. Pengumpulan dan pelaporan data rutin tetap dilakukan oleh puskesmas, klinik kesehatan dan rumah sakit. Bagi puskesmas, klinik dan rumah sakit yang melakukan kegiatan *pap smear* menyertakan hasil temuan KIA dari kegiatan *pap smear* ke dalam laporan rutin. Hasil laporan rutin dan KIA dari kegiatan *pap smear* dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota.

Institusi BKKBN, laboratorium dan LSM yang melaksanakan *pap smear* diminta untuk melaporkan temuan kejadian KIA dari kegiatan *pap smear* yang dilakukan ke dinas kesehatan kabupaten/kota. Dinas kesehatan kabupaten/kota akan melakukan analisis dan rekapitulasi hasil temuan kejadian KIA dari kegiatan *pap smear* yang dilaporkan oleh institusi tersebut bersama dengan kejadian KIA dari kegiatan *pap smear* pada laporan rutin. Hasil analisis dan rekapitulasi dari dinas kesehatan kabupaten/kota kemudian dilaporkan ke dinas kesehatan propinsi.

Dinas kesehatan propinsi akan mendapatkan informasi yang lebih luas tentang kejadian IMS di masyarakat. Kasus IMS yang dilaporkan oleh puskesmas, klinik kesehatan dan rumah sakit melalui laporan rutin akan dilengkapi dengan kasus IMS dari kegiatan *pap smear*. Laporan kasus IMS pada lokasi khusus diperoleh dari kegiatan sentinel. Kasus IMS yang dilaporkan tersebut dilengkapi dengan temuan IMS pada kegiatan *pap smear* yang dilakukan oleh institusi lain yang melaksanakan *pap smear* yaitu BKKBN, laboratorium dan LSM. Sasaran kasus IMS pada laporan rutin dan sentinel adalah kelompok risiko tinggi, sedangkan temuan IMS dari kegiatan *pap smear* adalah pada kelompok risiko rendah yaitu ibu rumah tangga.

Aktor Pengelola dan Pelaksana Kebijakan

Prinsip umum surveilans adalah kegiatan pengalihan data menjadi informasi yang dapat digunakan untuk upaya penanggulangan masalah kesehatan. Kegiatan surveilans melibatkan institusi yang berperan sebagai pelayanan kesehatan dan otoritas kesehatan. Prinsip dasar surveilans disajikan pada gambar 11.

Gambar 11. Prinsip dasar surveilans epidemiologi



Institusi yang berperan sebagai otoritas kesehatan dalam kegiatan surveilans adalah kementerian kesehatan. Kementerian kesehatan sebagai otoritas kesehatan memiliki kewenangan untuk membuat kebijakan berupa peraturan, pedoman dan prosedur tetap pelaksanaan surveilans yang dilaksanakan secara nasional.

Unit pada kementerian kesehatan yang berperan penting dalam kebijakan surveilans adalah unit surveilans epidemiologi. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan mengatur peran unit surveilans epidemiologi pusat, propinsi dan kabupaten. Peran unit surveilans epidemiologi pusat adalah mengatur penyelenggaraan surveilans epidemiologi nasional, menyusun pedoman pelaksanaan surveilans epidemiologi nasional dan menyelenggarakan manajemen surveilans epidemiologi nasional. Unit surveilans epidemiologi pusat juga berperan untuk melakukan pembinaan dan asistensi teknis, monitoring dan evaluasi serta pengembangan kompetensi sumber daya manusia surveilans epidemiologi nasional.

Kewenangan pelaksanaan surveilans di tingkat propinsi berada di unit surveilans tingkat propinsi. Peran unit surveilans tingkat propinsi adalah melaksanakan surveilans epidemiologi nasional di wilayah propinsi, menyelenggarakan manajemen surveilans epidemiologi propinsi dan membuat pedoman teknis operasional surveilans epidemiologi sesuai dengan pedoman yang berlaku.

Unit surveilans kabupaten/kota berperan dalam pelaksanaan surveilans di wilayah kabupaten/kota. Peran unit surveilans kabupaten/kota berikutnya adalah

menyelenggarakan manajemen surveilans epidemiologi serta melakukan monitoring dan evaluasi.

Hasil *round table discussion* menyebutkan unit dinas kesehatan yang berperan sebagai koordinator pelaksanaan surveilans IMS menggunakan data *pap smear* adalah P2.

"Kalau menurut tupoksinya adalah P2". (Belu)

"...kalau dulu Kesga tapi sekarang kembali ke P2". (Belu)

"...kalau *leading sector* KIA ada di Kesga dia hanya mendapat laporan kalau ada tunjangan data seperti itu atau data *pap smear* itu tidak apa-apa Kesga tidak menjalankan program *pap smear* yang ada program IMS laporan terkait IMS ke P2". (Belu)

Pelaksanaan surveilans KIA menggunakan data *Revo center* membutuhkan dukungan dan kerjasama antar institusi dan komponen masyarakat yang terkait dengan surveilans tersebut. Hasil *round table discussion* menyebutkan beberapa institusi dan komponen masyarakat yang dapat berperan dalam surveilans IMS dari kegiatan *pap smear*. Komponen tersebut meliputi institusi pemerintah, swasta, ikatan profesi, lembaga swadaya masyarakat maupun komponen masyarakat. Institusi pemerintah yang melaksanakan adalah dinas kesehatan, BKKBN dan rumah sakit pemerintah. Institusi swasta adalah rumah sakit swasta dan laboratorium swasta. Ikatan profesi adalah Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Lembaga swadaya masyarakat yang melaksanakan *pap smear* adalah Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) dan Yayasan kanker Indonesia (YKI). Komponen masyarakat yang ikut berperan dalam kegiatan *pap smear* adalah PKK.

Institusi dan komponen masyarakat yang dapat memberikan data dan informasi epidemiologi diatur oleh Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1479/Menkes/SK/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu. Kepmenkes tersebut menyebutkan bahwa jejaring surveilans epidemiologi adalah pertukaran data dan informasi epidemiologi, analisis dan peningkatan kemampuan surveilans epidemiologi. Jejaring tersebut terdiri dari jaringan kerjasama antara unit surveilans dengan penyelenggara kesehatan, laboratorium dan unit penunjang lainnya.

4. Isi Kebijakan yang Mengatur Pelaksanaan Surveilans Respon

Isi kebijakan yang mengatur pelaksanaan surveilans respon KIA dari kegiatan KIA merupakan *policy memoranda* yang dibuat berdasarkan hasil *round table discussion*, studi pustaka dan studi dokumen.

Issue Utama

- i. Kasus IMS telah terjadi pada kelompok risiko rendah. Data departemen kesehatan tahun 2005 menyebutkan bahwa pada 312 perempuan klien KB di Jakarta terdapat kejadian klamidia sebanyak 9%, gonorea 1% dan herpes genitalis 3%. Pada 599 perempuan hamil di Surabaya didapat infeksi virus herpes simpleks sebesar 9,9%, klamidia 8,2%, trikhomonas 4,8 %, gonore 0,8% dan sifilis 0,7%. Angka kejadian infeksi HPV pada ibu rumah tangga dengan umur kurang dari 35 tahun cukup tinggi dan mempunyai hubungan yang signifikan. Analisis data di PKBI Jawa Timur 2004-2009 menunjukkan peningkatan kasus IMS melalui pemeriksaan pap-smear pada ibu rumah tangga. Hasil penelitian Wahyuni (2006) menemukan bahwa prevalensi infeksi HPV 16/18 dengan PCR (*polymerase chain reaction*) pada ibu rumah tangga adalah 30.7% dan dengan *pap smear* didapatkan 91,3%-nya disertai peradangan infeksi lain.
- ii. Data *pap smear* dapat menunjukkan kejadian IMS. Kegiatan *pap smear* adalah salah satu alat skrining untuk kanker serviks yang juga dapat menentukan infeksi dan inflamasi mulut rahim (Depkes, 2007). Data hasil pap smears dapat menunjukkan infeksi yang ditularkan melalui perilaku seksual. Beberapa patogen berkaitan erat dengan kanker serviks uteri, terutama *virus papiloma humanus* (HPV), *virus herpes simplex* tipe HH (HSV II), *sitomegalovirus humanus* (HCMV), klamidia dan erosi portio.
- iii. Sejumlah penelitian yang bermakna menunjukkan bahwa IMS yang menyebabkan ulkus seperti herpes simpleks dan sifilis meningkatkan risiko menularkan dan tertular HIV. Penelitian yang diterbitkan dalam jurnal AIDS edisi 1 juni 2009 menyebutkan bahwa HPV juga meningkatkan risiko infeksi HIV (Highleyman, 2009).
- iv. Angka kasus AIDS pada ibu rumah tangga lebih tinggi dari WPS (data KPAN dan KPA Kota Surabaya, 2010)

Opsi Kebijakan

1. Fokus upaya pencegahan dan mengatasi penyebaran penyakit IMS diperluas bukan hanya pada kelompok risiko tinggi saja namun juga memperhatikan kelompok risiko rendah.
2. Pemanfaatan data dan informasi dari berbagai kegiatan yang bertujuan untuk deteksi dini IMS dan HIV/AIDS pada kelompok risiko rendah
3. Memperkuat sistem surveilans epidemiologi IMS dan HIV/AIDS sebagai upaya pemantauan terus menerus pada masalah kesehatan masyarakat
4. Meningkatkan kualitas sumber daya surveilans meliputi sumber daya manusia, dana, material dan metode surveilans
5. Memperkuat jejaring sistem surveilans yang dapat menjamin pertukaran informasi tentang IMS dan HIV/AIDS
6. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan surveilans termasuk fungsi kontrol terhadap kualitas data

Rekomendasi

1. Pengembangan sistem surveilans IMS yang mampu mengumpulkan dan melakukan analisis kejadian IMS pada kelompok risiko rendah
2. Penggunaan data IMS dari kegiatan *pap smear* sebagai salah satu sumber data surveilans IMS pada kelompok risiko rendah
3. Melakukan sosialisasi tentang IMS dan HIV/AIDS berikut upaya pencegahannya untuk meningkatkan kesadaran, pengetahuan, sikap dan tindakan masyarakat serta menurunkan stigma

5. Faktor Kontekstual yang Mempengaruhi Kebijakan

Faktor kontekstual yang mempengaruhi sistem mengacu pada faktor sistemik, politik, ekonomi, sosial, nasional dan internasional yang memiliki pengaruh pada kebijakan kesehatan. Leichter dalam Buse mengelompokkan faktor tersebut dalam empat kelompok. Kelompok tersebut adalah faktor situasional, faktor struktural, faktor budaya dan faktor internasional.

Faktor situasional merupakan kondisi yang dapat mempengaruhi kebijakan. Kondisi yang mempengaruhi kebijakan terkait pelaksanaan surveilans IMS dari kegiatan *pap smear* adalah kejadian IMS pada kelompok risiko rendah yaitu ibu rumah tangga. Data departemen kesehatan tahun 2005 menyebutkan bahwa pada 312 perempuan klien KB di Jakarta terdapat kejadian klamidia sebanyak 9%, gonorea 1% dan herpes genitalis 3%. Pada 599 perempuan hamil di Surabaya didapat infeksi virus herpes simpleks sebesar 9,9%, klamidia 8,2%, trikhomonas 4,8 %, gonore 0,8% dan sifilis 0,7%. Angka kejadian infeksi HPV pada ibu rumah tangga dengan umur kurang dari 35 tahun cukup tinggi dan mempunyai hubungan yang signifikan. Analisis data di PKBI Jawa Timur 2004-2009 menunjukkan peningkatan kasus IMS melalui pemeriksaan *pap-smear* pada ibu rumah tangga. Hasil penelitian Wahyuni (2006) menemukan bahwa prevalensi infeksi HPV 16/18 dengan PCR (*polymerase chain reaction*) pada ibu rumah tangga adalah 30.7% dan dengan *pap smear* didapatkan 91,3%-nya disertai peradangan infeksi lain.

Faktor struktural yang mempengaruhi kebijakan merupakan kondisi dari masyarakat yang relatif tidak berubah. Faktor ini meliputi faktor politik, faktor ekonomi dan peran serta masyarakat. Faktor struktural yang mempengaruhi kebijakan surveilans IMS dari kegiatan *pap smear* diidentifikasi dari *round table discussion*.

Kegiatan *pap smear* telah dilakukan oleh institusi pemerintah dan swasta meliputi puskesmas, rumah sakit, klinik kesehatan dan laboratorium. Komponen masyarakat juga ikut berperan dalam pelaksanaan *pap smear*. Komponen masyarakat yang berperan adalah PKK dan LSM seperti PKBI dan YKI.

"Pada waktu kami (PKK) tugas di kabupaten kami mengajak para PNS untuk periksa masih sangat sulit untuk mencari peserta, untuk memotifasi kami jadi contoh langsung malu dan mereka rasa takut". (Bali)

"Kami (BKKBN) sudah melakukan kegiatan pap smear, jadi PKBI yang ngolah kami melaksanakan pap smear pada pasien yang melakukan KB IUD atau memang akseptor yang menggunakan 2 atau 3 tahun". (Bandung)

"Kami (Puskesmas Jakarta Barat) bekerja sama dengan rumah sakit Darmas akan melakukan pemeriksaan pap smear kami di puskesmas yang tidak mampu kalau yang pingin pap smear kita kumpulkan dulu 50 orang YKI yang melakukan ada program PKTP Penanggulangan Kanker Terpadu Paripurna)...". (Jakarta)

"Kami (PKK) di propinsi tidak langsung kita bekerja sama dengan BKKBN tapi dengan tujuan KB-nya sambil memasang KB kita juga melakukan pap smear termasuk IBI juga program IFA-nya". (Jawa Timur)

Sasaran surveilans IMS yang berjalan adalah kelompok risiko tinggi dan belum mengakomodasi kejadian IMS pada kelompok risiko rendah. Data penelitian telah menunjukkan kejadian IMS pada kelompok risiko rendah termasuk pada ibu rumah tangga. Kesadaran pentingnya data dan informasi kejadian IMS pada ibu rumah tangga telah dirasakan oleh masyarakat.

"...IMS untuk wanita banyak dari suaminya yang risiko tinggi, pap smear tidak menutup kemungkinan ibu-ibu rumah tangga totalnya lebih banyak". (Bali)

"...untuk HIV belum sampai ke pap smear memang ibu rumah tangga meningkat lebih dari 35 % sejauh ini IMS yang ada di Blitar kasus masuk lalu di obati belum ada selama ini belum masuk memang penting untuk ibu rumah tangga perlu juga masuk ada sistem untuk ibu rumah tangga". (Jawa Timur)

"...informasi ini bagus sekali supaya PKBI di daerah selain untuk resiko tinggi pap smear juga sedangkan untuk ibu rumah tangga belum terjangkau jadi kalau PKBI belum masuk bisa di masukkan rencana dari Global Fund termasuk pap smear untuk ibu-ibu rumah tangga karena kasus ini di daerah sekaligus kabupaten kota intensitasnya tinggi sekali untuk ibu rumah tangga >35%". (Jawa Timur)

Faktor budaya juga berperan dalam penerapan surveilans IMS dari kegiatan pap smear. Pelaksanaan surveilans IMS menggunakan data pap smear merupakan hal yang baru. Penyakit IMS merupakan penyakit yang masih menimbulkan stigma di masyarakat. Oleh karena itu penerapan sistem ini perlu adanya persiapan meliputi sosialisasi, manajemen sistem dan dukungan logistik.

"...kalau sekarang IMS nya sendiri sedangkan untuk pemeriksaan pap smear dari penggerak PKK yang lebih gencar akan tetapi tidak terkover kalau ada dana baru di kerjakan mungkin kita setiap tahun kita adakan sosialisasi kemudian ada pengambilan itu mungkin ke depannya kalau sekarang perlu sosialisasi IMS dan

pap smear-nya ini menyangkut seksual karena menurut masyarakat dia sudah ketakutan karena menyangkut hubungan suami istri". (Bali)

"Selama ini kalau ada permintaan mungkin dalam hasil IMS yang positif mungkin bisa kita laporkan perlu sosialisasi mungkin ada formnya kirim atau di fax ke mana diminta oleh siapa dan kegunaannya untuk apa kalau di beri tahu mereka akan senang". (Jawa Timur)

"...ada tatanan khusus dengan tenaga yang khusus selain itu alat yang cukup untuk program pap smear". (Bandung)

"Harus dipikirkan logistik, biaya pap-smear, kesulitan mengumpulkan data, kalau bisa menggunakan petugas perempuan, ada standarisasi pelaksanaan dan kemampuan konseling untuk petugas layanan pap-smear." (Kepulauan Riau)

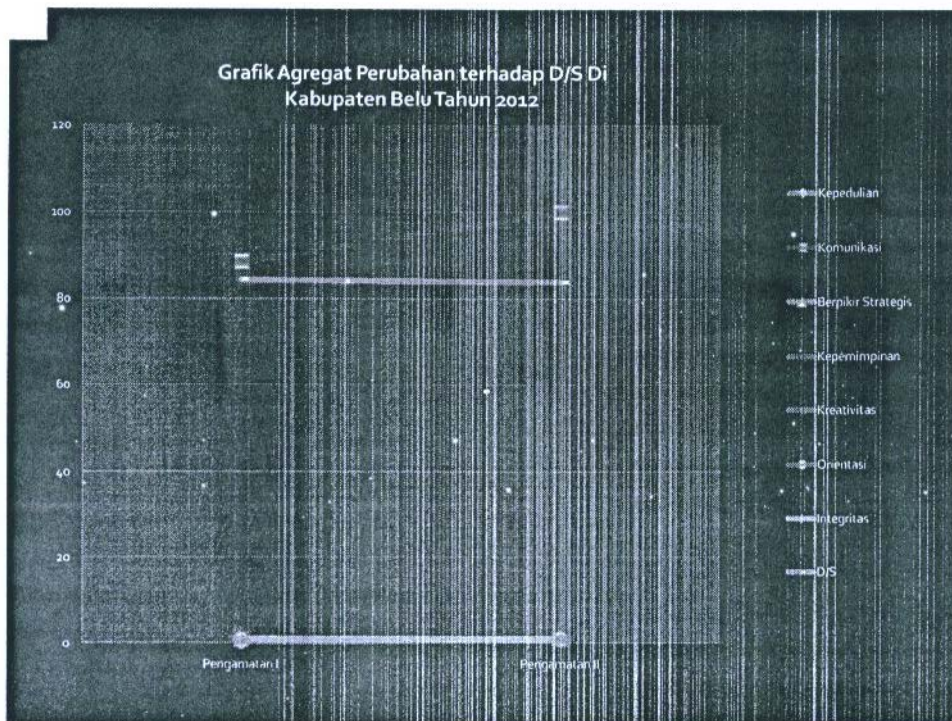
"Belum semua wanita di Jakarta mau melakukan pap smear mungkin perlu sosialisasi saja belum sadar itu penting agak sulit melakukan pap smear belum semua puskesmas melakukan pap smear semua puskesmas wajib melakukan pap smear". (Jakarta)

"Harus ada pelatihan dulu dan tenaganya harus terlatih, bisa perawat atau bidan biasanya petugas BKIA". (Jakarta)

Pelaksanaan surveilans epidemiologi yang efektif dipengaruhi oleh hubungan dan koordinasi yang baik antara pelaksana surveilans dengan komponen masyarakat yang dilayani sebagai sasaran surveilans. Jenis surveilans pada penyakit yang menimbulkan membutuhkan pendekatan kepada masyarakat sehingga menimbulkan kepercayaan bagi masyarakat untuk ikut serta berperan dalam sistem surveilans tersebut (Snider dan Stroup, 2000).

Surveilans epidemiologi yang berjalan diharapkan memberi manfaat bagi masyarakat. Surveilans bukan hanya untuk penelitian kesehatan namun juga harus memberikan dampak positif bagi masyarakat. Hak-hak masyarakat yang ikut serta dalam pelaksanaan surveilans juga harus dilindungi. Hak tersebut meliputi kerahasiaan status kesehatan, keamanan terhadap risiko yang mungkin timbul dari pelaksanaan surveilans (Snider dan Stroup, 2000).

4 Perubahan



Dari hasil analisis di atas terlihat suatu pola yang sangat menarik yaitu fenomena meningkat dan menurunnya indikator cakupan D/S di salah satu sisi dan di sisi lain terjadi pula fenomena konstruk Kepedulian sebagai cerminan dari konsep Kepekaan dan Kesadaran baru. Akan tetapi ke 2 fenomena ini belum tentu bisa dikatakan sebagai suatu kejadian yang 'causal-effect'. Di antara ke 2 sisi fenomena tersebut yang diukur pada time frame yang sama, terdapat pula kegiatan-kegiatan yang secara sekuensial tampaknya bisa sebagai 'jembatan emas' untuk menghubungkan ke 2 fenomena kembar tersebut. Namun kegiatan yang lebih cenderung ke arah gerakan tersebut, untuk masing-masing kabupaten bervariasi, meskipun ada pula yang sama. Oleh karena itu di dalam pembahasan ini sebagai bahan penjelasan diambil gerakan spesifik dari beberapa kabupaten / kota.

Pada kabupaten Belu, dimana hasil cakupan D/S meningkat setelah dilakukan Gerakan Revolusi KIA Dialog kalakarya dan pelaksanaan komitmen 'densus 89,5' (Gambar 3.1), tampaknya berkaitan dengan proses dialog yang terjadi dalam kalakarya. (Tertuang di output 2. Red), Situasi itu menjadikan suatu kondisi 'dekonstruksi pikiran lama' dengan memaparkan data profil mereka sendiri (yg nota bene hasil kerja mereka)

sehingga bisa menyentuh konsep diri (Self Concept) masing-masing peserta kalakarya. Dengan tersentuhnya self concept ini maka bisa menjadi 'tersinggung'. Akibat dari ketersinggungan ini memberikan ekspresi yang berbeda-beda, ada yang merasa malu dan pada akhirnya menyadari kalau kondisi tersebut perlu segera diselesaikan bersama, ada pula yang mencari penyaluran kesalahannya dengan melimpahkan ke orang lain atau sector lain (mencari kambing hitam).

Kondisi yang demikian ini dapat dijelaskan dengan pendckatan beberapa teori yang ada. Menurut Senge (1990), terdapat keterbatasan dalam pembelajaran organisasi, (*Learning Disability*) salah satunya adalah 'musuh ada di luar sana'. Hal ini berarti setiap kritikan ataupun masukan cenderung pelampiasannya mencari orang lain yang disalahkan, bukan lagi mencoba menginstrospeksi diri. Lutz (1988) yang dikutip Shiraev dan Levy (2012) mengatakan bahwa *anger* (marah) sering menimbulkan tendensi untuk diarahkan ke orang lain. Akan tetapi interpretasi emosi sesuai norma kultur dimana mereka tinggal. Dalam kultur kolektivis, kemarahan dianggap sebagai kondisi yang dibutuhkan untuk menjaga keharmonisan masyarakat yang saling bergantung (Markus dan Kitayama, 1994 dalam Shiraev dan Levy (2012)). Sejalan dengan pemikiran itu, menurut Matsumoto (1996) mengatakan bahwa secara kontinum konsep diri terbagi menjadi 2 (dua) jika dilihat berdasarkan kultur masyarakat. Di dalam kultur Individualisme (dunia Barat) lebih menekankan pada atribut internal, personal, kemampuan individu, sering disebut sebagai konsep diri *Independent Construal of Self*, sehingga jika suatu keberhasilan yang dicapai diasumsikan sebagai keberhasilan individu. Sedangkan di dalam kultur kolektivisme (Dunia Timur), budaya menekankan nilai kolektifisme perasaan antar manusia dengan lainnya. Dirinya dinilai sebagai Mikrokosmos dan lingkungannya sebagai Makrokosmos. Individu mematuhi dan memlihara keterikatan dengan individu lainnya. Sering disebut sebagai konsep diri *Interdependent Construal of Self*, sehingga jika suatu keberhasilan yang dicapai bila individu tersebut mampu memenuhi kebutuhan komunitasnya dan menjadi bagian penting dalam hubungan dengan komunitas. Keberhasilan itu diasumsikan sebagai keberhasilan kolektif. Di dalam *Contagion Theories* (Teori Penularan) oleh Burt dan Eisenberg (1990), dikatakan bahwa emosi itu menular secara tidak sadar dan otomatis. Orang akan mudah tertular perilaku orang lain dalam situasi social massa. Proses

penularan emosional itu terjadi ketika sebuah penerima berinteraksi dengan pengirim, ia melihat ekspresi emosional pengirim, penerima secara otomatis menirunya. Melalui proses umpan balik aferen, pengirim menjadi merasakan emosinya penerima, sehingga mengarah ke konvergensi emosional. Faktor yang menentukan tingkat konvergensi emosional dalam suatu kelompok / gerombolan adalah: stabilitas keanggotaan, mood peraturan/norma, saling ketergantungan tugas dan saling ketergantungan social. Disamping itu sifat keterbukaan mengirim dan menerima perasaan dari anggota kelompok / gerombolan, demografi juga akan mempengaruhi intensitas penularan emosional. Selanjutnya dalam pendekatan Teori Perilaku Kolektif (*Collective Behaviour Theories*) oleh Locher (2002) dan John Lofland (2003), disebutkan bahwa perilaku kolektif mencakup 4 jenis yang berbeda, yaitu: Kerumunan (Crowd), Massa (Mass), Publik (Public) dan Gerakan Sosial (Social Movement). Pada dasarnya gerakan social mencakup beberapa konsep, yakni: orientasi tujuan pada perubahan, ada tingkatan tertentu dalam suatu organisasi, aksi kolektif di luar lembaga atau di dalam lembaga.

Dari gambaran pendekatan beberapa teori tersebut di atas, maka secara sekuensial akan dapat dijelaskan lebih runtut fenomena-fenomena yang telah terjadi. Diambil contoh pada kabupaten LOMBOK UTARA. Ketika dialog dilakukan saat kalakarya, baik antara tenaga kesehatan dan Non kesehatan (kades, kader dll) situasi emosional terjadi awalnya pada beberapa kepala desa dan tenaga kesehatan. Paparan dengan ekspresi ketidakpercayaan fasilitator terhadap data balita gizi kurang buruk yang dilaporkan (jumlahnya terlalu sedikit dibandingkan hasil Riskesdas) membuat jajaran tenaga kesehatan emosional, seolah jerih kerja selama ini tidak ada harganya dan keadaan ini secara otomatis menular ke peserta lainnya, terutama para kepala desa. saling menyalahkan terjadi. Mereka berkeinginan tim fasilitator pusat untuk langsung memberikan solusinya, akan tetapi sengaja tidak dilakukan, agar solusi tersebut keluar dari pemikiran local. Hal inilah yang memicu emosional yang terus menjalar ke segenap peserta. Proses ini dijelaskan dengan **pendekatan Contagion Theori dan Learning Disabilities** di atas.

Kemudian mereka berkeinginan untuk membuktikan bahwa apa yang disampaikan oleh fasilitator pusat itu salah. Muncullah kondisi emosional yang mulai konvergen, menyatu untuk menciptakan 'musuh bersama', dari kondisi ini para peserta

kalakarya mulai meningkat kepekaan dan kesadaran nya dalam memandang suatu masalah kesehatan di kabupatennya (sbg contoh balita gikurbur), kemudian mempunyai sikap dan keyakinan baru serta keahlian dan kemampuan baru. pada akhirnya melahirkan sebuah komitmen bersama untuk segera membuktikan kalau semua itu salah. Pasca kalakarya, muncullah ide dan kreativitas local dalam melaksanakan komitmen tersebut. Gerakan pengosongan puskesmas, pembentukan tim desa dengan ketuanya kepala dcsa, pembagian wilayah binaan untuk masing-2 kepala seksi Dinkes kabupaten. Kesemuanya itu merupakan persiapan untuk melakukan gerakan social (social movement) dalam upaya menangkap balita yang belum tercover di posyandu untuk ditimbang. Gerakan yang sering disebut 'sweeping' atau Densus 89,5, ini merupakan perubahan kepedulian yang meningkat karena telah menyadari dan peka terhadap masalah kesehatan di kabupaten yang selanjutnya diikuti perilaku kolektif antara tenaga kesehatan dan non kesehatan. Proses ini dijelaskan dengan pendekatan **teori Deep Learning Cycle (Lingkaran perubahan abadi dan Segitiga Tindakan)** dan **teori Collective Behaviour** di atas.

Active Case Finding:

Strategi	Kegiatan	Uraian
• Peningkatan Kualitas dan Kuantitas Pelayanan	Pelayanan Neonatal, Bayi dan Balita MTBS Penanganan dan Rujukan Neonatal Risti dan komplikasi	Case Finding hanyalah pasif case finding melalui pelayanan yang ada pelayanan Neonatal, Bayi / Balita, dan MTBS. Sistem informasi yang ada di Revo Center hanya berpihak pada Ibu, sedangkan sistem informasi Neonatal, Bayi dan Balita hanya melalui PWS. Hasil dari PWS KIA, angka kematian bayi baru lahir, bayi maupun talita cukup tinggi dikarenakan faskes yang kurang mendukung, kondisi geografis yang sulit faktor sosek yang rendah. Dari PWS Gizi, ditemukan anak BGM 5,3%, Gizi buruk 4,04% Gizi kurang 27% Untuk melihat seberapa besar partisipasi Masyarakat dengan nilai D/S yang kelihatannya semakin meningkat.
• Meningkatkan Peran serta Masyarakat melalui Fasilitasi kegiatan Posyandu	Promotip/Penyuluhan Preventif dengan penggerakan Imunisasi Penimbangan setiap Posyandu Buka	

Case Holding:

Strategi	Kegiatan	Uraian
Peningkatan Kualitas dan Kuantitas Pelayanan Neonatal, Bayi dan Balita yang sakit/risti.	MTBS dan rujukan neonatal dan bayi risti dan komplikasi Optimalisasi Pantli GIZI	Bayi dan Balita sakit ditangani dengan MTBS oleh Puskesmas. Untuk balita Gizi kurang diberikan PMT oleh Puskesmas dimana balita tersebut tinggal. Sedangkan untuk Balita Gizi buruk dan ada penyakit pryerita dirujuk dan dirawat di Pantli Gizi. Di Kabupaten Belu ada dua pantli gizi yaitu: TFC Haliwen dan Betun.
Meningkatkan Peran serta Masyarakat	Fasilitasi terbentuknya desa siaga.	Mendorong masyarakat untuk berdirinya desa Siaga.

Hasil dari tindakan kolektif tersebut membuat mereka makin menyadari bahwa selama ini ternyata masih banyak balita giburkur yang belum dilaporkan dan 'bersembunyi' di balita yang belum tertimbang. Dengan 'tertangkapnya' hampir seluruh sasaran yang ada di kabupaten, maka dapat segera diketahui seberapa besar masalah gizi balita di kabupaten Lombok Utara. Seperti yang terlihat pada gambar 3.3 di atas. Keberhasilan memperoleh gambaran masalah gizi balita sesungguhnya di kabupaten ini merupakan keberhasilan kolektif dari nakes dan non nakes. Proses inilah yang dijelaskan oleh teori Konsep Diri menurut Matsumoto, yaitu: **Interdependence Construal of Self** di atas.

Keberhasilan kolektif dengan hampir seluruh sasaran balita ditemukan dan ditimbang (*active case finding*) berdampak makin banyaknya gizi kurang buruk diketemukan, dan jumlahnya mendekati jumlah estimasi Riskesdas. Di awal pertemuan dilaporkan dalam profil gizi kurang buruk sebanyak 904 balita, namun hasil aksi bersama (*collective action*) nakes dan non nakes dilaporkan 3.075 balita (estimasi Riskesdas 5.858 balita). Kenyataan yang dihadapi ini makin menumbuh kembangkan kohesivitas dari kelompok tersebut untuk bersatu dan menyelesaikan masalah giburkur di kahupaten

secara bersama-sama. Proses ini dapat dijelaskan dengan pendekatan teori **Kohesivitas Kelompok dari Festinger, Kurt Lewin (Widmeyer, Brawley dan Carron,1992)**

Aktivitas 'case holding' yang dilakukan seperti Gerakan Sejuta Telur, Pemanfaatan dana CSR untuk PMT, Pemanfaatan dana PNPM Generasi Cerdas merupakan suatu bentuk kreativitas local yang bersumber dari meningkatnya aspek Kepedulian (konsep Kepekaan dan Kesadaran Baru) masing-masing anggota dan elemen kabupaten. Kondisi ini mengakibatkan rasa 'belongingness' (ikut memiliki) yang merupakan esensi dari Kohesivitas kelompok meningkat pula. Sehingga muncul suatu kekuatan kebersamaan yang tinggi dalam menyelesaikan masalah-masalah social yang dihadapi. **Kohesivitas, menurut Keneth Dion (1992)** adalah konstruk multidimensional yang membentuk kekuatan social, rasa untuk bersatu, kemampuan kelompok untuk bekerja sebagai tim. Terbukti bahwa gerakan sejuta telur tersebut mendapatkan kritikan tajam dari para pemangku kepentingan seperti DPRD, bahkan sempat termuat dalam surat kabar local provinsi kalau gerakan tersebut memalukan jajaran Pemerintahan Daerah karena diibaratkan 'Mengemis' dan Pemerintah Daerah (Dinas Kesehatan) dinilai gagal dalam menjalankan tugasnya. Akan tetapi karena tingkat kohesivitas kelompok Nakes dan Non Nakes di kabupaten tersebut sudah meningkat maka terjadilah hal yang sebaliknya, yaitu DPRD dinilai selama ini kurang peka terhadap masalah rakyatnya, hingga menimbulkan protes keras dari masyarakat yang mempunyai keluarga balita gizi kurang buruk.

Pada hasil analisis gambar 3.4 dan 3.5 di antara time frame sweeping dan prebooster terlihat fenomena yang sama yaitu kecenderungan menurun. Kondisi ini terjadi ketika dialog kalakarya dan aksi bersama tidak dilakukan. Cakupan D/S menurun diikuti gambaran aspek kepedulian yang menurun pula. Selanjutnya setelah dilakukan booster kalakarya dengan dialog, maka gambaran cakupan D/S kembali meningkat. Dari kondisi yang demikian ini tampaknya dialog dan aksi bersama merupakan intervensi yang akan meningkatkan cakupan tersebut. Oleh karena itu perlu untuk dibudayakan agar kondisi cakupan D/S tidak menjadi menurun.

Sebenarnya peluang untuk melaksanakan Dialog dan aksi bersama tersebut di kabupaten sangat besar. Seperti adanya pertemuan mikroplaning bulanan untuk internal di puskesmas dan tribulanan di level lintas sector. Demikian juga di SKPD non

kesehatan, mereka pun juga mempunyai pertemuan bulanan hingga tingkat desa, tinggal bagaimana mensinkronkan pertemuan-pertemuan tersebut sebagai wahana dialog dalam menumbuhkan komitmen bersama serta aksi bersama.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

1. Pendekatan model **surveilans respons KIA melalui revo center** mampu merubah individu pendamping meskipun belum seperti yang diharapkan
2. Pendekatan model **surveilans respons KIA melalui revo center** belum mampu merubah team work dalam rangka Revolusi KIA di Kabupaten Belu (belum semua institusi terkait berperan serta)
3. Pendekatan model **surveilans respons KIA melalui revo center** sudah dapat merubah institusi Kesehatan dalam rangka Revolusi KIA di Kabupaten Belu meskipun belum semua.
4. Pendekatan model **surveilans respons KIA melalui revo center** sudah merubah stakeholders kesehatan dalam rangka Revolusi KIA di Kabupaten Belu namun belum optimal
5. Pendekatan model **surveilans respons KIA melalui revo center** merubah kebijakan, program dan kegiatan untuk perbaikan kondisi kesehatan dalam rangka Revolusi KIA
6. Pendekatan model **surveilans respons KIA melalui revo center** merubah tingkat lapangan (puskesmas, desa, dan masyarakat di Belu berupa aktifnya desa siaga
7. Pendekatan model **surveilans respons KIA melalui revo center** belum merubah dampak (peningkatan akses pelayanan KIA dan perbaikan kondisi kesehatan) dan dapat mempengaruhi status kesehatan wilayah (SPM, IPKM dan MDG)?

Saran

1. Pelaksanaan Surveilans Respons KIA dalam revolusi KIA agar optimal dan mendapat dukungan institusi terkait perlu SK Bupati
2. Peninjauan kembali hari Rawat Ibu Nifas di Puskesmas mungkin diperpanjang untuk adaptasi bayi.
3. Optimalisasi SDM, SD yang ada melalui bimbingan teknis .
4. Optimalisasi desa siaga.

DAFTAR PUSTAKA

- Buse K, Nicholas Mays, Gilt Walt, *Making Health Policy, Understanding Public Health*
- Departemen Kesehatan RI, Keputusan Menteri Kesehatan no 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans
- Departemen Kesehatan, RI, 1998, Prosedur Tetap Surveilans Sentinel HIV, Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman, Jakarta
- Departemen Kesehatan, RI, 2000, Pedoman dan Prosedur Tetap Surveilans Infeksi Menular Seksual, Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. 2005. Kebijakan Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia. Jakarta. Kerja sama dengan UNFPA
- Jogiyanto, 1999, Analisis dan Disain Sistem Informasi, Penerbit Andi, Yogyakarta
- Kendall, E. Kenneth, Julie E. Kendall, 2006, Analisis dan Perancangan Sistem, edisi kelima, jilid 1, PT Indeks, Jakarta
- McLeod, Raymond, Jr, 2001, Management Information Sistem, Seventh Edition, Edisi Bahasa Indonesia, edisi ketujuh, jilid 1, Pearson Education Asia Pte. Ltd. dan PT Prenhallindo, Jakarta
- National Seminar & Workshop. 2008. *Strengthening Surveillance System in the Era of Decentralization & The International Health Regulation 2005*, Denpasar, 11nd April, 2008
- Pelatihan Pengembangan Sistem Surveilans-Respons Pemerintah Daerah Pasca Desentralisasi. 2008. Pertemuan tahunan ke 7 Desentralisasi Kesehatan 2008. Yogyakarta. PMPK UGM www.desentralisasikesehatan.net 2 Oktober 2010
- Pembukaan Pleno Seminar Tujuh Tahun Desentralisasi Kesehatan. 2007. Pertemuan Tahunan ke 7 Desentralisasi Kesehatan 2008. Yogyakarta. PMPK UGM. www.desentralisasikesehatan.net 2 Oktober 2010
- Siregar, Kemal, 1992, Sistem dan Pendekatan Sistem, Jurusan Kependudukan dan Biostatistika Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta
- Thacker, S.B., 2000, History of Public Health surveillance, dalam: Teutch, S.M., R.E., Churchil (eds): Principle and Practice of Public Health Surveillance, Second Edition, Oxford University Press Inc, New York

Lampiran

PANDUAN PENGUMPULAN DATA
PENGEMBANGAN SISTEM SURVEILANS-RESPONS MENGGUNAKAN DATA HASIL *PAP SMEAR*
UNTUK
DETEKSI DINI INFEKSI MENULAR SEKSUAL PADA IBU RUMAH TANGGA

Propinsi :

Kab/Kota :

Informan :

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

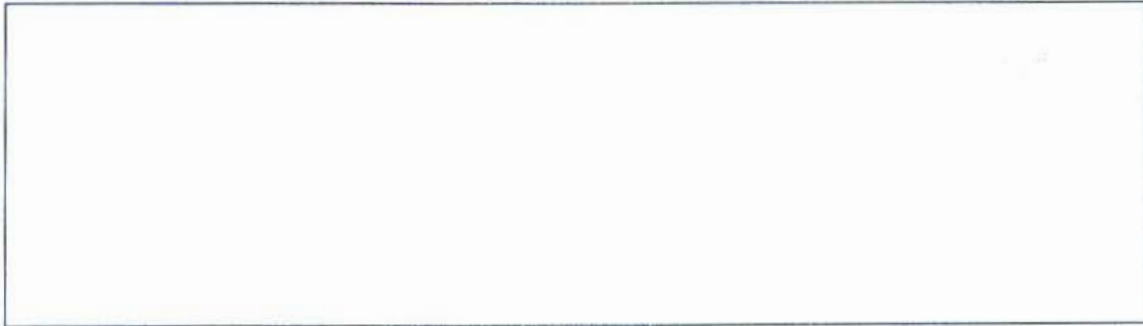
8.

9.

.....

ANALISIS KEBIJAKAN SURVEILANS IMS YANG SEDANG BERJALAN

Tujuan sistem pencatatan dan pelaporan IMS dan Pap Smear (dapat dibandingkan dengan yang tertulis dalam SOP):



INPUT

Jenis kegiatan	SDM (termasuk aktor)		Panduan		Form	Data
	Jumlah	Kompetensi	SOP	Metode		
Deteksi Kasus						(Kebutuhan dan jenis data)
Pengumpulan data						
Konfirmasi						
Analisis data						
Laporan						
Repon Segera						
Respon Terencana						
Feedback						
MONEV						

Penentu kebijakan surveilans IMS:

Penanggung jawab kegiatan:

Sumber dana yang digunakan untuk melaksanakan kegiatan:

PROSES

Aktifitas yang dilakukan dalam kegiatan surveilans IMS yang sedang berjalan

Pengumpulan data *(termasuk metode dan frekuensi)*

Deteksi kasus:

Analisis data:

Respon segera:

Respon terencana:

Laporan:

Feedback:

Koordinasi:

Monitoring dan evaluasi

OUTPUT

Keluaran dan hasil kegiatan surveilans IMS yang sedang berjalan

Informasi yang dihasilkan:

Indikator yang dihasilkan:

Kegiatan yang dilakukan berdasarkan informasi hasil kegiatan ini:

(manfaat kegiatan surveilans IMS)

Permasalahan terkait sistem pelaksanaan program IMS:

(termasuk masalah terkait sistem, dukungan, etik, sosial, budaya dan politik)

Evaluasi sistem surveilans IMS berdasarkan atribut surveillans:

1. Simplicity

- kemudahan pelaksanaan surveilans
- frekuensi pelatihan staf terkait pelaksanaan surveilans IMS
- Jumlah institusi pengguna informasi hasil kegiatan surveilans (kegunaan informasi)
- Definisi kasus, pelaksanaan dan kemudahan
- Penggunaan laboratorium

2. Flexibility

- perubahan yang terjadi pada pelaksanaan sistem surveilans
- dampak perubahan terhadap biaya, tenaga dan waktu

3. Accesibility

- Jumlah instirusi atau organisasi yang terlibat dalam pelaksaasn surveilans
- kelengkapan laporan
- Ketepatan waktu pelaporan

4. Sensitifity

- Estimasi kasus IMS
- Penemuan kasus IMS

5. Positive Predictive Value

- Konfirmasi kasus

6. Representativeness

- Kejadian peristiwa kesehatan dalam periode waktu tertentu
- Distribusi kejadian menurut tempat dan orang

7. Timeliness

- Kecepatan waktu penemuan kasus hingga dilakukan tindakan dan umpan balik

8. Data Quality

- Persentase jawaban kosong dan "tidak tahu"

9. Stability

- Jumlah kejadian tak terjadwal
- Jumlah kejadian kerusakan sistem/komputer
- Biaya yang dikeluarkan untuk memperbaiki kerusakan sistem (hardware, software, service dan waktu yang dibutuhkan)

Data IMS

Sumber Data	Indikator

Data pap smear

Sumber Data	Indikator

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENANGGULANGAN IMS

1. Data kasus IMS per bulan sampai dengan saat ini
2. Kebijakan penanggulangan IMS
3. Strategi yang telah disusun
4. Program yang telah dilakukan
5. Hasil implementasi kebijakan

PERAN DAN TANGGUNG JAWAB PEMERINTAH DAERAH

1. Kewenangan daerah
2. Peran pemerintah daerah dalam penanggulangan IMS
3. Koordinasi antar sektor

ANALISIS PENGEMBANGAN KEBIJAKAN SURVEILANS RESPON MENGUNAKAN DATA PAP-SMEAR

DESAIN SISTEM

Model sistem yang akan dikembangkan

Harapan informan/institusi terkait jenis data dan informasi yang dapat menunjang keberhasilan program:

(termasuk solusi sistem dan dukungan pemda dan stakeholder)

Indikator	Jenis Data	Sumber data	Pengumpulan Data		Form
			Metode	Petugas	

Komponen	Metode	Hardware	Software	SDM (aktor)
Pengumpulan data	{metode dan frekuensi}			
Deteksi kasus				
Analisis data				
Respon segera				
Respon terencana				
Laporan				
Feedback				
Koordinasi				
Monitoring				
Evaluasi				

Kompetensi khusus dalam pengumpulan data:

Pembuatan SOP yang dapat digunakan sebagai bahan pengembangan kebijakan:

Penentu kebijakan surveilans IMS menggunakan data pap-smear:

Penanggung jawab kegiatan surveilans IMS menggunakan data pap-smear:

Dana yang digunakan untuk melaksanakan surveilans IMS menggunakan data pap-smear:

Pelaku penyusun atau pengelola kebijakan kebijakan

Individu	Group	Organisasi

Permasalahan terkait sistem pelaksanaan program IMS menggunakan data pap-smear:

(termasuk masalah terkait sistem, dukungan, etik, sosial, budaya dan politik)

Solusi dan dukungan terkait pelaksanaan surveilans IMS menggunakan data pap-smear:

Tabel 1. Analisis situasi keadaan kesehatan di Kabupaten Belu tahun 2009-2012

No.	Uraian	Tahun 2009	Tahun 2010	Tahun 2011	Tahun 2012
1	Jumlah penduduk	388.689	352.400	354.676	
2	Jumlah PUS	47.282	47.169		
3	Jumlah PUS Miskin	43.595	43.073		
4	Jumlah KB	33.576	35.381		
5	Jumlah Bumil	9.601	9.652	8.917	
6	Jumlah Bumil KEK	1.362		2.818	
6	Jumlah yang punya buku KIA	8.049	6.128		
7	Jumlah K1	7.231	8.290	8.917	
8	Jumlah K4	5.509	5.990		
9	Jumlah TT1	3.233	3.209		
10	Jumlah TT2	3.638	2.807		
11	Jumlah TT5	719	1.153		
12	Jumlah Bumil Konseling PMTCT		2		
13	Jumlah Ibu Yang melahirkan	6.659	9.213		
14	Jumlah Persalinan oleh Nakes	5.841	6.685		
15	Jumlah persalinan Non Nakes				
16	Jumlah Kematian Ibu	19	20	16	
	Kematian dg Perdarahan	9	7		
	Kematian dg Malaria	2			
	Kematian dg infeksi	1	5		
	Kematian dg eklamsia post partum	3	2		
	Kematian dg penyebab lain-lain	4	6		
17	Lahir hidup	6.578	7.272	7.730	
18	BBLR	181			
19	Lahir mati	56	128	160	
20	Kematian Neonatal(0-6 hr)	61	30		
21	Kematian Neonatal(7-28 hr)	11	15		
22	Kematian Neonatal (< 1 bln)	72	45		
	- Kematian dgn. Asfeksia	13	22		
	- Kematian dgn. BBLR	28	9		
	- Kematian dengan Pneumoni	4			
	- Lain-lain	27	15		
23	Kematian Bayi (29-11 bl)	11	32	82	
	- Dgn. Pneumonia	7	16		
	- Dg Malaria	1			
	- Dgn. Diare		4		
	- Lain-lain	4	12		
24	Kematian Balita (1-5 th)	11	42	112	
	- Dgn. Malaria	2	3		
	- Dgn. Diare	3	2		
	- Pneumonia	2	7		
	- Lain-lain	4	30		
25	Cakupan Kunjungan Nifas				
	- KF1	6.528			

	- KF2	6.003			
	- KF3	5.556			
26	Cakupan Kunjungan Neonatus				
	- KN1	6.238			
	- KN2	6.229			
27	Jumlah Puskesmas	21	23	28	33