



618.24  
Ind  
p

**PEDOMAN  
PEMANTAUAN WILAYAH SETEMPAT  
KESEHATAN IBU DAN ANAK  
(PWS-KIA)**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat  
Direktorat Bina Kesehatan Ibu  
JAKARTA  
2010**

Cetakan tahun 2010

Katalog dalam terbitan Departemen Kesehatan.

618.24    Indonesia. Departemen Kesehatan. Direktorat  
Ind        Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.  
p        Pedomam Pemantauan Wilayah Setempat  
         Kesehatan Ibu dan Anak. -- Jakarta :  
         Departemen Kesehatan, 2009

**TIM PENYUSUN BUKU PEDOMAN PEMANTAUAN WILAYAH  
SETEMPAT KESEHATAN IBU DAN ANAK  
EDISI TAHUN 2009**

**Pelindung :**

dr. Budihardja, DTM&H, MPH  
Masyarakat

dr. Sri Hermiyanti, M.Sc

dr. Fatni Sulani, DTM&H, MSi

Dirjen Bina Kesehatan

Direktur Bina Kesehatan Ibu

Direktur Bina Kesehatan Anak

**Penyusun :**

***Direktorat Bina Kesehatan Ibu :***

dr. Lukas C. Hermawan, M.Kes

dr. Lukman Hendro Laksmono, MBA

dr. Trisnawati G. Loho, MHP

dr. Dedi R. Kuswenda, M.Kes

dr. Aragar Putri, MRDM

dr. Andy Yussianto

Adriati Adnan, SKM

dr. Ilhamy, SpOG

dr. Imran Pambudi

dr. J. Prastowo N, MHA

dr. Gita Maya, MHA

dr. Wara Pertiwi, MA

Kasubdit Bina Kesehatan Ibu  
Bersalin dan Nifas

Kasubdit Bina Keluarga  
Berencana

Kasubdit Bina Kesehatan Ibu  
Hamil

Kasubdit Bina Kesehatan  
Maternal dengan

Pencegahan Komplikasi

Kasubdit Bina Perlindungan  
Kesehatan Reproduksi

Kasie Standarisasi Subdit Bina  
Kesehatan Ibu Bersalin dan  
Nifas

Kasie Bimbingan dan Evaluasi  
Subdit Bina Kesehatan Ibu  
Bersalin dan Nifas

Kasie Standarisasi Subdit Bina  
Kesehatan Ibu Hamil

Kasie Standarisasi Subdit Bina  
Kesehatan Maternal dengan  
Pencegahan Komplikasi

Kasie Standarisasi Subdit Bina  
Keluarga Berencana

Kasie Bimbingan Dan Evaluasi  
Subdit Bina Perlindungan  
Kesehatan Reproduksi

Kasie Bimbingan dan Evaluasi  
Subdit Bina Kesehatan Ibu  
Hamil

dr. Anantha Dian Tiara	Kasie Bimbingan dan Evaluasi Subdit Bina Kesehatan Maternal dengan Pencegahan Komplikasi
Ferinawati, SKM, MPH	Kasie Bimbingan dan Evaluasi Subdit Bina Keluarga Berencana
dr. Christine P Manurung	Kasie Standarisasi Subdit Bina Perlindungan Kesehatan Reproduksi
Isti Ratnaningsih, MA dr. Marliza Elmida	Kasubag TU Staf Subdit Bina Kesehatan Ibu Bersalin dan Nifas
dr. Savaart Hutagalung	Staf Subdit Bina Kesehatan Ibu Bersalin dan Nifas
drg. Silfia Kijanto	Staf Subdit Bina Kesehatan Ibu Bersalin dan Nifas
Ingrat Padmosari, AMD	Staf Subdit Bina Kesehatan Ibu Bersalin dan Nifas
Ikbal, SAP	Staf Subdit Bina Kesehatan Ibu Bersalin dan Nifas
dr. Yuli Farianti	Staf Subdit Bina Kesehatan Maternal dengan
Pencegahan	
Gunarmi, SKM	Komplikasi Staf Subdit Bina Kesehatan Ibu Hamil

***Direktorat Bina Kesehatan Anak***

dr. Kirana Pritasari, MQIH dr. Erna Mulati, MSC, CMFM	Kasubdit Bina Kesehatan Bayi Kasubdit Bina Kesehatan Anak Balita
dr. Mujadid	Staf Subdit Bina Kesehatan Bayi,
dr. KM Taufik	Staf Subdit Bina Kesehatan Anak Balita
dr. Made Diah Bayi	Staf Subdit Bina Kesehatan

***Seditjen Binkesmas***

Kuning Triadi, SKM, M.Kes

Kasubag Data,  
Seditjen Bina Kesehatan  
Masyarakat

***Direktorat Pelayanan Medik Spesialistik***

drg. Yusi Sulistianti

Subdit RSU Non Pendidikan

***UNICEF :***

dr. Endang Widyastuti (konsultan)

dr. Budi Subianto (konsultan)

dr. Agus Suwandono

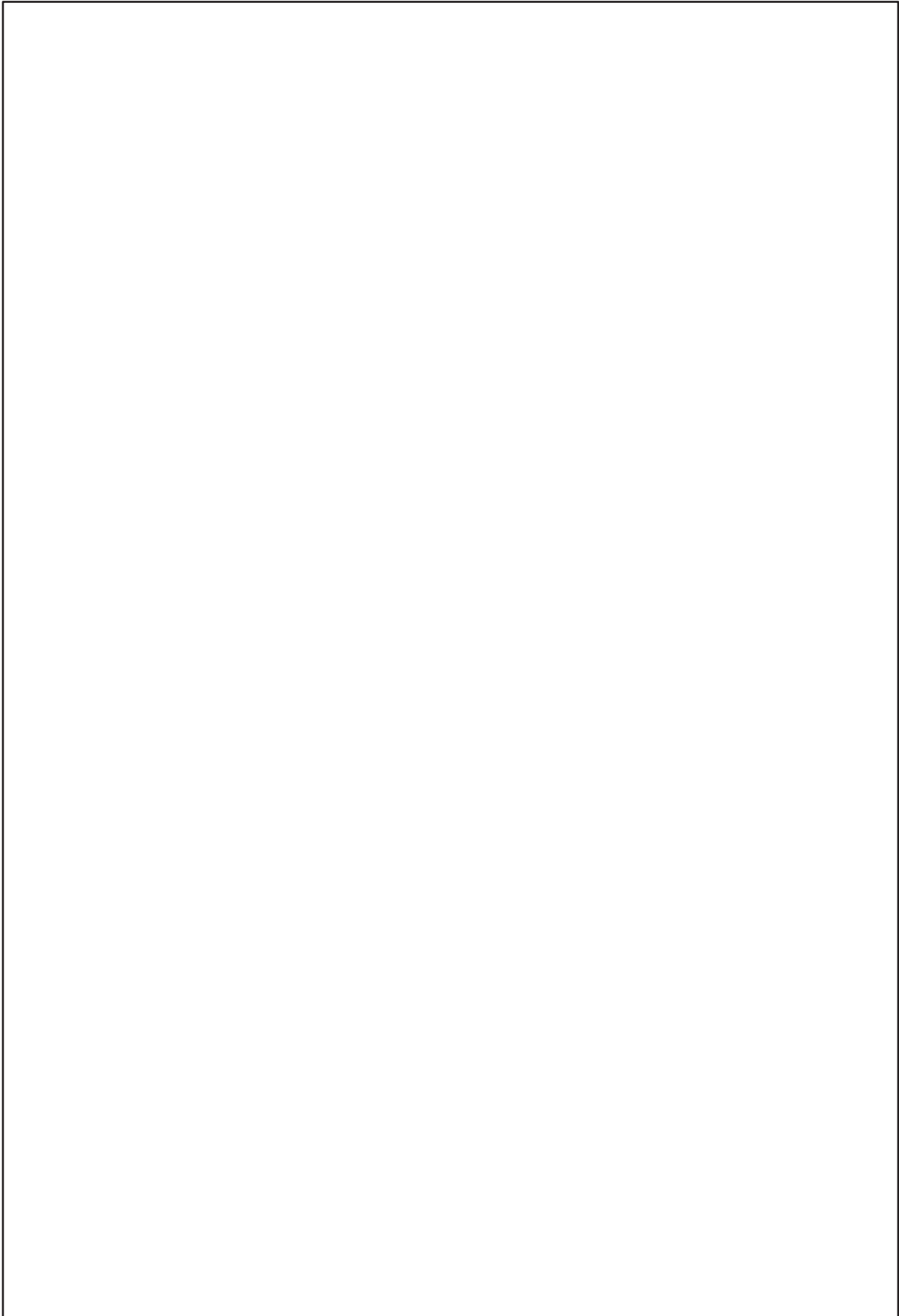
***Dinkes DKI Jakarta***

Hapsah

***Editor :***

dr. Lukas C Hermawan, M.Kes

dr. Andy Yussianto





MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

## **KATA SAMBUTAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

Pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berdasarkan perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, serta pengutamaan dan manfaat dengan perhatian khusus pada penduduk rentan antara lain ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut (manula), dan keluarga miskin.

Perhatian khusus harus diberikan terhadap peningkatan kesehatan ibu termasuk bayi baru lahir, bayi dan balita dengan menyelenggarakan berbagai upaya terobosan yang didukung oleh kemampuan manajemen tenaga pengelola dan pelaksana program KIA.

Dalam rangka meningkatkan kemampuan pengelola dan pelaksana program KIA pada tingkat kabupaten/kota dan Puskesmas, pengelola program KIA harus mampu mengolah data KIA guna memperkuat manajemen program, sebagai bahan perencanaan dan monitoring program KIA di Kabupaten/ Kota.

Sebagian besar data KIA sudah tersedia di lapangan walaupun ada keterbatasan beberapa data yang terkait dengan kematian ibu dan anak serta penyebabnya. Namun demikian data KIA tersebut sering kali belum atau tidak digunakan untuk membuat perencanaan, monitoring dan evaluasi program KIA berdasarkan data .

Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) merupakan program nasional yang telah dilaksanakan sejak tahun 1990-an. Sampai saat ini seluruh kabupaten/kota telah melaksanakan secara rutin dan melaporkan ke pusat melalui propinsi. Seiring dengan

perjalanan waktu dan hasil temuan di lapangan ternyata sebagian besar kabupaten/kota belum melaksanakan PWS-KIA sesuai dengan tujuan yang ada dalam PWS-KIA yaitu sebagai alat pemantauan pelaksanaan program KIA.

Untuk itu diperlukan penguatan manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA yaitu dengan mereformasi Buku pedoman PWS-KIA yang telah ada, dalam rangka meningkatkan dan memantapkan jangkauan dan mutu pelayanan KIA.

Saya menyambut gembira dengan diterbitkannya Buku Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat (PWS-KIA) yang telah direformasi, dan Saya minta buku ini digunakan sebagai pedoman dan acuan bagi para pelaksana program KIA di seluruh Indonesia.

Dalam kesempatan ini, Saya ucapkan terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam keseluruhan proses penyusunan reformasi Buku Pedoman PWS-KIA ini.

Semoga buku ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan KIA dalam mendukung upaya percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir, serta balita di Indonesia.

Jakarta, Juli 2009  
Menteri,  
  
Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP (K)







## **KATA PENGANTAR**

### **DIREKTUR JENDERAL BINA KESEHATAN MASYARAKAT**

Dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan anak di Indonesia, sistem pencatatan dan pelaporan merupakan komponen yang sangat penting. Selain sebagai alat untuk memantau kesehatan ibu hamil, bayi baru lahir, bayi dan balita, juga untuk menilai sejauh mana keberhasilan program serta sebagai bahan untuk membuat perencanaan di tahun tahun berikutnya.

Sistem pencatatan dan pelaporan dimulai dengan mencatat seluruh ibu hamil, bayi baru lahir, bayi dan Balita yang ada di suatu desa. Secara berjenjang, hasil pencatatan tersebut dilaporkan oleh Bidan di Desa ke Puskesmas, Puskesmas ke Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Kabupaten/Kota ke Dinkes Propinsi dan Dinkes Propinsi ke Depkes. Pada tingkat Puskesmas dan Kabupaten, analisis yang dilakukan adalah menilai hasil cakupan kunjungan ibu hamil, persalinan oleh tenaga kesehatan, kunjungan nifas, penanganan komplikasi obstetrik dan neonatal, cakupan pelayanan KB, kunjungan neonatal, kunjungan bayi dan kunjungan balita. Termasuk dalam analisis tersebut adalah menentukan prioritas masalah dan penyelesaiannya. Hasil dari keseluruhan proses tersebut disampaikan pada sektor - sektor terkait untuk tindak lanjut sesuai dengan tingkat pelayanan di desa, kecamatan dan kabupaten/kota.

Oleh karena itu untuk memantau pemantapan cakupan program KIA telah dilakukan reformasi Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA). Dengan penyempurnaan pedoman tersebut, langkah-langkah kegiatan program dapat lebih diarahkan ke

wilayah prioritas yang paling perlu untuk mendapatkan peningkatan pelayanan. PWS-KIA juga merupakan alat manajemen yang penting untuk dipergunakan oleh sektor lain yang terkait, khususnya aparat pemerintah daerah setempat.

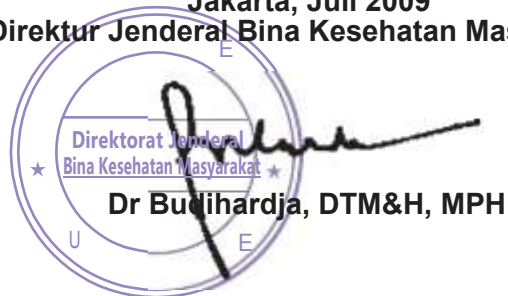
Buku Pedoman PWS-KIA yang telah disempurnakan ini sudah seharusnya digunakan sebagai acuan bagi para pengelola program KIA, sehingga dapat meningkatkan cakupan KIA secara optimal.

Terbitnya buku Pedoman PWS-KIA yang telah disempurnakan ini merupakan reformasi buku Pedoman PWS-KIA 2004 dengan maksud untuk memperkuat kembali fungsi PWS-KIA.

Saya ucapkan terima kasih dan penghargaan kepada para penyusun buku yang telah memberikan dukungan dalam pengembangan buku pedoman PWS-KIA ini. Semoga buku pedoman ini dapat digunakan sebaik-baiknya.

**Jakarta, Juli 2009**

**Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat**



## DAFTAR ISI

<b>Sambutan Menteri Kesehatan Republik Indonesia</b>	<b>i</b>
<b>Kata Pengantar Direktur Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat</b>	<b>iii</b>
<b>Daftar Isi</b>	<b>v</b>

### **Bab I Pendahuluan**

A. Latar Belakang	1
B. Pengertian	4
C. Tujuan	5

### **Bab II Prinsip Pengelolaan Program Kesehatan Ibu dan Anak ( KIA )**

A. Pelayanan Antenatal	7
B. Pertolongan Persalinan	8
C. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas	9
D. Pelayanan Kesehatan Neonatus	10
E. Deteksi Dini dan penanganan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat	11
F. Penanganan Komplikasi Kebidanan	13
G. Pelayanan neonatus dengan komplikasi	14
H. Pelayanan Kesehatan Bayi	15
I. Pelayanan kesehatan anak balita	16
J. Pelayanan KB Berkualitas	18

### **Bab III Indikator Pemantauan**

A. Akses Pelayanan Antenatal (Cakupan K1)	19
B. Cakupan Pelayanan Ibu Hamil (Cakupan K4)	20
C. Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan (Pn)	20
D. Cakupan Pelayanan Nifas oleh Tenaga Kesehatan (KF3)	21
E. Cakupan Pelayanan Neonatus Pertama (KN1)	22
F. Cakupan Pelayanan Kesehatan Neonatus 0-28 hari (KN Lengkap)	23
G. Deteksi Faktor Risiko dan Komplikasi oleh Masyarakat	23
H. Cakupan Penanganan Komplikasi Obstetri (PK)	24

I. Cakupan Penanganan Komplikasi Neonatus	24
J. Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi 29 hari - 12 bulan (Kunjungan Bayi)	25
K. Cakupan Pelayanan Anak Balita (12 - 59 bulan)	25
L. Cakupan Pelayanan Kesehatan Anak Balita Sakit yang Dilayani dengan MTBS	25
M. Cakupan Peserta KB Aktif (Contraceptive Prevalence Rate)	26

#### **Bab IV Pengumpulan, Pencatatan dan Pengolahan Data KIA**

A. Pengumpulan Data	27
B. Pencatatan Data	28
C. Pengolahan Data	32
D. Pembuatan Grafik PWS KIA	33

#### **Bab V Analisis, Penelusuran Data Kohort, dan Rencana Tindak Lanjut**

A. Analisis	36
B. Penelusuran Data Kohort	39
C. Rencana Tindak Lanjut	43

#### **Bab VI Pelembagaan PWS KIA**

A. Langkah langkah dalam pelembagaan PWS KIA	52
B. Pemanfaatan Indikator Pemantauan	53
C. Pembinaan melalui supervisi	53

#### **Bab VII Pelaksanaan dan Pelaporan PWS KIA**

A. Pelaksanaan PWS KIA	54
B. Pemantauan dan Pelaporan	60

#### **Lampiran**

# BAB I. PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) telah dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 1985. Pada saat itu pimpinan puskesmas maupun pemegang program di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota belum mempunyai alat pantau yang dapat memberikan data yang cepat sehingga pimpinan dapat memberikan respon atau tindakan yang cepat dalam wilayah kerjanya. PWS dimulai dengan program Imunisasi yang dalam perjalanannya, berkembang menjadi PWS-PWS lain seperti PWS-Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) dan PWS Gizi.

Pelaksanaan PWS imunisasi berhasil baik, dibuktikan dengan tercapainya *Universal Child Immunization (UCI)* di Indonesia pada tahun 1990. Dengan dicapainya cakupan program imunisasi, terjadi penurunan AKB yang signifikan. Namun pelaksanaan PWS dengan indikator Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) tidak secara cepat dapat menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) secara bermakna walaupun cakupan pelayanan KIA meningkat, karena adanya faktor-faktor lain sebagai penyebab kematian ibu (ekonomi, pendidikan, sosial budaya, dsb). Dengan demikian maka PWS KIA perlu dikembangkan dengan memperbaiki mutu data, analisis dan penelusuran data.

Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Neonatus (AKN), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA) merupakan beberapa indikator status kesehatan masyarakat. Dewasa ini AKI dan AKB di Indonesia masih tinggi dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya. Menurut data **Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007**, AKI 228 per 100.000 kelahiran hidup, AKB 34 per 1.000 kelahiran hidup, AKN 19 per 1.000 kelahiran hidup, AKABA 44 per 1.000 kelahiran hidup.

Penduduk Indonesia pada tahun 2007 adalah 225.642.000 jiwa dengan CBR 19,1 maka terdapat 4.287.198 bayi lahir hidup. Dengan AKI 228/100.000 KH berarti ada 9.774 ibu meninggal per tahun atau 1 ibu meninggal tiap jam oleh sebab yang berkaitan dengan kehamilan,

persalinan dan nifas. Besaran kematian Neonatal, Bayi dan Balita jauh lebih tinggi, dengan AKN 19/1.000 KH, AKB 34/1.000 KH dan AKABA 44/1.000 KH berarti ada 9 Neonatal, 17 bayi dan 22 Balita meninggal tiap jam.

Berdasarkan kesepakatan global (*Millenium Development Goals/MDGs, 2000*) pada tahun 2015 diharapkan Angka Kematian Ibu menurun sebesar tiga-perempatnya dalam kurun waktu 1990-2015 dan Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita menurun sebesar dua-pertiga dalam kurun waktu 1990-2015. Berdasarkan hal itu Indonesia mempunyai komitmen untuk menurunkan Angka Kematian Ibu menjadi 102/100.000 KH, Angka Kematian Bayi dari 68 menjadi 23/1.000 KH, dan Angka Kematian Balita 97 menjadi 32/1.000 KH pada tahun 2015.

Penyebab langsung kematian Ibu sebesar 90% terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan (SKRT 2001). Penyebab langsung kematian Ibu adalah perdarahan (28%), eklampsia (24%) dan infeksi (11%). Penyebab tidak langsung kematian Ibu antara lain Kurang Energi Kronis/KEK pada kehamilan (37%) dan anemia pada kehamilan (40%). Kejadian anemia pada ibu hamil ini akan meningkatkan risiko terjadinya kematian ibu dibandingkan dengan ibu yang tidak anemia. Sedangkan berdasarkan laporan rutin PWS tahun 2007, penyebab langsung kematian ibu adalah perdarahan (39%), eklampsia (20%), infeksi (7%) dan lain-lain (33%).

Menurut **RISKESDAS 2007**, penyebab kematian neonatal 0-6 hari adalah gangguan pernafasan (37%), prematuritas (34%), sepsis (12%), hipotermi (7%), kelainan darah/ikterus (6%), postmatur (3%) dan kelainan kongenital (1%). Penyebab kematian neonatal 7-28 hari adalah sepsis (20,5%), kelainan kongenital (19%), pneumonia (17%), *Respiratori Distress Syndrome/RDS* (14%), prematuritas (14%), ikterus (3%), cedera lahir (3%), tetanus (3%), defisiensi nutrisi (3%) dan *Suddenly Infant Death Syndrome/SIDS* (3%). Penyebab kematian bayi (29 hari-1 tahun) adalah diare (42%), pneumonia (24%), meningitis/ensefalitis (9%), kelainan saluran cerna (7%), kelainan jantung kongenital dan hidrosefalus (6%), sepsis (4%), tetanus (3%) dan lain-lain (5%). Penyebab kematian balita (1-4 tahun) adalah diare (25,2%), pneumonia (15,5%), *Necrotizing Enterocolitis E.Coli/NEC* (10,7%), meningitis/ensefalitis (8,8%), DBD (6,8%), campak (5,8%), tenggelam (4,9%) dan lain-lain (9,7%).

Upaya untuk mempercepat penurunan AKI telah dimulai sejak akhir tahun 1980-an melalui program **Safe Motherhood Initiative** yang mendapat perhatian besar dan dukungan dari berbagai pihak baik dalam maupun luar negeri. Pada akhir tahun 1990-an secara konseptual telah diperkenalkan lagi upaya untuk menajamkan strategi dan intervensi dalam menurunkan AKI melalui **Making Pregnancy Safer (MPS)** yang dicanangkan oleh pemerintah pada tahun 2000. Sejak tahun 1985 pemerintah merancang **Child Survival (CS)** untuk penurunan AKB. Kedua Strategi tersebut diatas telah sejalan dengan Grand Strategi DEPKES tahun 2004.

**Rencana Strategi Making Pregnancy Safer (MPS) terdiri dari 3 pesan kunci dan 4 strategi.**

**Tiga pesan kunci MPS adalah :**

1. Setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.
2. Setiap komplikasi obsetri dan neonatal mendapat pelayanan yang adekuat.
3. Setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap upaya pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.

**Empat strategi MPS adalah :**

1. Peningkatan kualitas dan akses pelayanan kesehatan Ibu dan Bayi dan Balita di tingkat dasar dan rujukan.
2. Membangun kemitraan yang efektif.
3. Mendorong pemberdayaan perempuan, keluarga dan masyarakat.
4. Meningkatkan Sistem Surveilans, Pembiayaan, Monitoring dan informasi KIA.

**Rencana Strategi Child Survival (CS) terdiri dari 3 pesan kunci dan 4 strategi.**

**Tiga pesan kunci CS adalah:**

1. Setiap bayi dan balita memperoleh pelayanan kesehatan dasar paripurna.
2. Setiap bayi dan balita sakit ditangani secara adekuat.
3. Setiap bayi dan balita tumbuh dan berkembang secara optimal.

**Empat strategi CS adalah:**

1. Peningkatan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu, bayi baru lahir dan balita yang berkualitas berdasarkan bukti ilmiah

2. Membangun kemitraan yang efektif melalui kerjasama lintas program, lintas sektor dan mitra lainnya dalam melakukan advokasi untuk memaksimalkan sumber daya yang tersedia serta memantapkan koordinasi perencanaan kegiatan MPS dan *child survival*.
3. Mendorong pemberdayaan wanita dan keluarga melalui kegiatan peningkatan pengetahuan untuk menjamin perilaku yang menunjang kesehatan ibu, bayi baru lahir dan balita serta pemanfaatan pelayanan kesehatan yang tersedia.
4. Mendorong keterlibatan masyarakat dalam penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu, bayi baru lahir dan balita.

Sehubungan dengan penerapan sistim desentralisasi dan memperhatikan PP 38/2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dan PP 41/2007 tentang Struktur Organisasi Pemerintah di Daerah, maka pelaksanaan strategi MPS di daerahpun diharapkan dapat lebih terarah dan sesuai dengan permasalahan setempat. Dengan adanya variasi antar daerah dalam hal demografi dan geografi maka kegiatan dalam program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) perlu disesuaikan.

Agar pelaksanaan program KIA dapat berjalan lancar, aspek peningkatan mutu pelayanan program KIA tetap diharapkan menjadi kegiatan prioritas ditingkat Kabupaten/Kota. Peningkatan mutu program KIA juga dinilai dari besarnya cakupan program di masing-masing wilayah kerja. Untuk itu, besarnya cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah kerja perlu dipantau secara terus menerus, agar diperoleh gambaran yang jelas mengenai kelompok mana dalam wilayah kerja tersebut yang paling rawan. Dengan diketahuinya lokasi rawan kesehatan ibu dan anak, maka wilayah kerja tersebut dapat lebih diperhatikan dan dicarikan pemecahan masalahnya. Untuk memantau cakupan pelayanan KIA tersebut dikembangkan sistem Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA).

## **B. Pengertian**

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



pelayanan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi, dan balita. Kegiatan PWS KIA terdiri dari pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data serta penyebarluasan informasi ke penyelenggara program dan pihak/instansi terkait untuk tindak lanjut.

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

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

Penyajian PWS KIA juga dapat dipakai sebagai alat advokasi, informasi dan komunikasi kepada sektor terkait, khususnya aparat setempat yang berperan dalam pendataan dan penggerakan sasaran. Dengan demikian PWS KIA dapat digunakan untuk memecahkan masalah teknis dan non teknis. Pelaksanaan PWS KIA akan lebih bermakna bila ditindaklanjuti dengan upaya perbaikan dalam pelaksanaan pelayanan KIA, intensifikasi manajemen program, penggerakan sasaran dan sumber daya yang diperlukan dalam rangka meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan KIA. Hasil analisis PWS KIA di tingkat puskesmas dan kabupaten/kota dapat digunakan untuk menentukan puskesmas dan desa/kelurahan yang rawan. Demikian pula hasil analisis PWS KIA di tingkat propinsi dapat digunakan untuk menentukan kabupaten/kota yang rawan.

### **C. Tujuan**

#### **Tujuan umum :**

Terpantaunya cakupan dan mutu pelayanan KIA secara terus-menerus di setiap wilayah kerja.

**Tujuan Khusus :**

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

## **BAB II**

### **PRINSIP PENGELOLAAN PROGRAM KIA**

Pengelolaan program KIA bertujuan memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pemantapan pelayanan KIA dewasa ini diutamakan pada kegiatan pokok sebagai berikut :

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

#### **A. Pelayanan Antenatal**

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam **Standar Pelayanan Kebidanan (SPK)**. Pelayanan antenatal sesuai standar meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik (umum dan kebidanan), pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus, serta intervensi umum dan khusus (sesuai risiko yang ditemukan dalam pemeriksaan). Dalam penerapannya terdiri atas:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
2. Ukur tekanan darah.

3. Nilai Status Gizi (ukur lingkaran lengan atas).
4. Ukur tinggi fundus uteri.
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
6. Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.
7. Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
8. Test laboratorium (rutin dan khusus).
9. Tatalaksana kasus
10. Temu wicara (konseling), termasuk Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.

Pemeriksaan laboratorium rutin mencakup pemeriksaan golongan darah, hemoglobin, protein urine dan gula darah puasa. Pemeriksaan khusus dilakukan di daerah prevalensi tinggi dan atau kelompok berisiko, pemeriksaan yang dilakukan adalah hepatitis B, HIV, Sifilis, malaria, tuberkulosis, kecacingan dan thalasemia.

Dengan demikian maka secara operasional, pelayanan antenatal disebut lengkap apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan serta memenuhi standar tersebut. Ditetapkan pula bahwa frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu pemberian pelayanan yang dianjurkan sebagai berikut :

- **Minimal 1 kali pada triwulan pertama.**
- **Minimal 1 kali pada triwulan kedua.**
- **Minimal 2 kali pada triwulan ketiga.**

Standar waktu pelayanan antenatal tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi.

**Tenaga kesehatan yang berkompeten memberikan pelayanan antenatal** kepada Ibu hamil adalah : dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

## **B. Pertolongan Persalinan**

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan adalah pelayanan persalinan yang aman yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten. Pada kenyataan di lapangan, masih terdapat penolong

persalinan yang bukan tenaga kesehatan dan dilakukan di luar fasilitas pelayanan kesehatan. Oleh karena itu secara bertahap seluruh persalinan akan ditolong oleh tenaga kesehatan kompeten dan diarahkan ke fasilitas pelayanan kesehatan.

Pada prinsipnya, penolong persalinan harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut :

1. Pencegahan infeksi
2. Metode pertolongan persalinan yang sesuai standar.
3. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.
4. Melaksanakan Inisiasi Menyusu Dini (IMD).
5. Memberikan Injeksi Vit K 1 dan salep mata pada bayi baru lahir.

**Tenaga kesehatan yang berkompeter memberikan pelayanan pertolongan persalinan** adalah : dokter spesialis kebidanan, dokter dan bidan.

### **C. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas**

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan sesuai standar pada ibu mulai 6 jam sampai 42 hari pasca bersalin oleh tenaga kesehatan. Untuk deteksi dini komplikasi pada ibu nifas diperlukan pemantauan pemeriksaan terhadap ibu nifas dan meningkatkan cakupan KB Pasca Persalinan dengan melakukan kunjungan nifas minimal sebanyak 3 kali dengan ketentuan waktu :

- ▮ **Kunjungan nifas pertama pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan.**
- ▮ **Kunjungan nifas ke dua dalam waktu hari ke-4 sampai dengan hari ke-28 setelah persalinan.**
- ▮ **Kunjungan nifas ke tiga dalam waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan.**

Pelayanan yang diberikan adalah :

1. Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu.
2. Pemeriksaan tinggi fundus uteri (invulusi uterus).
3. Pemeriksaan lochia dan pengeluaran per vaginam lainnya.
4. Pemeriksaan payudara dan anjuran ASI eksklusif 6 bulan.
5. Pemberian kapsul Vitamin A 200.000 IU sebanyak dua kali , pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul Vitamin A pertama.

#### 6. Pelayanan KB pasca salin

adalah pelayanan yang diberikan kepada Ibu yang mulai menggunakan alat kontrasepsi langsung sesudah melahirkan (sampai dengan 42 hari sesudah melahirkan).

**Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan ibu nifas** adalah : dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

#### **D. Pelayanan Kesehatan Neonatus**

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas kesehatan maupun melalui kunjungan rumah.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus :

1. Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6 48 Jam setelah lahir.
2. Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir.
3. Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan/masalah kesehatan pada neonatus. Risiko terbesar kematian neonatus terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, minggu pertama dan bulan pertama kehidupannya. Sehingga jika bayi lahir di fasilitas kesehatan sangat dianjurkan untuk tetap tinggal di fasilitas kesehatan selama 24 jam pertama.

Pelayanan Kesehatan Neonatal dasar dilakukan secara komprehensif dengan melakukan pemeriksaan dan perawatan Bayi baru Lahir dan pemeriksaan menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) untuk memastikan bayi dalam keadaan sehat, yang meliputi :

1. Pemeriksaan dan Perawatan Bayi Baru Lahir
  - ┆ Perawatan Tali pusat
  - ┆ Melaksanakan ASI Eksklusif
  - ┆ Memastikan bayi telah diberi Injeksi Vitamin K1
  - ┆ Memastikan bayi telah diberi Salep Mata Antibiotik
  - ┆ Pemberian Imunisasi Hepatitis B-0

## 2. Pemeriksaan menggunakan pendekatan MTBM

- ▮ Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI.
- ▮ Pemberian Imunisasi Hepatitis B0 bila belum diberikan pada waktu perawatan bayi baru lahir
- ▮ Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan Buku KIA.
- ▮ Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

**Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan neonatus** adalah : dokter spesialis anak, dokter, bidan dan perawat.

### **E. Deteksi dini faktor risiko dan komplikasi kebidanan dan neonatus oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat.**

Deteksi dini kehamilan dengan faktor risiko adalah kegiatan yang dilakukan untuk menemukan ibu hamil yang mempunyai faktor risiko dan komplikasi kebidanan. Kehamilan merupakan proses reproduksi yang normal , tetapi tetap mempunyai risiko untuk terjadinya komplikasi. Oleh karenanya deteksi dini oleh tenaga kesehatan dan masyarakat tentang adanya faktor risiko dan komplikasi, serta penanganan yang adekuat sedini mungkin, merupakan kunci keberhasilan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi yang dilahirkannya.

Faktor risiko pada ibu hamil adalah :

1. Primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun.
2. Anak lebih dari 4.
3. Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang dari 2 tahun.
4. Kurang Energi Kronis (KEK) dengan lingkaran lengan atas kurang dari 23,5 cm, atau penambahan berat badan < 9 kg selama masa kehamilan.
5. Anemia dengan kadar Hemoglobin < 11 g/dl.
6. Tinggi badan kurang dari 145 cm, atau dengan kelainan bentuk panggul dan tulang belakang
7. Riwayat hipertensi pada kehamilan sebelumnya atau sebelum kehamilan ini.

8. Sedang/pernah menderita penyakit kronis, antara lain : tuberkulosis, kelainan jantung-ginjal-hati, psikosis, kelainan endokrin (Diabetes Mellitus, Sistemik Lupus Eritematosus, dll), tumor dan keganasan
9. Riwayat kehamilan buruk: keguguran berulang, kehamilan ektopik terganggu, mola hidatidosa, ketuban pecah dini, bayi dengan cacat kongenital
10. Riwayat persalinan dengan komplikasi : persalinan dengan seksio sesarea, ekstraksivakum/ forseps.
11. Riwayat nifas dengan komplikasi : perdarahan paska persalinan, Infeksi masa nifas, psikosis post partum (post partum blues).
12. Riwayat keluarga menderita penyakit kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital.
13. Kelainan jumlah janin : kehamilan ganda, janin dampit, monster.
14. Kelainan besar janin : pertumbuhan janin terhambat, Janin besar.
15. Kelainan letak dan posisi janin: lintang/oblique, sungsang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu.

**Catatan : penambahan berat badan ibu hamil yang normal adalah 9 – 12 kg selama masa kehamilan**

Komplikasi pada ibu hamil, bersalin dan nifas antara lain :

1. Ketuban pecah dini.
2. Perdarahan pervaginam :
  - ┌ Ante Partum : keguguran, plasenta previa, solusio plasenta
  - ┌ Intra Partum : robekan jalan lahir
  - ┌ Post Partum : atonia uteri, retensio plasenta, plasenta inkarserata, kelainan pembekuan darah, subinvolusi uteri
3. Hipertensi dalam Kehamilan (HDK): Tekanan darah tinggi (sistolik > 140 mmHg, diastolik > 90 mmHg), dengan atau tanpa edema pretibial.
4. Ancaman persalinan prematur.
5. Infeksi berat dalam kehamilan : demam berdarah, tifus abdominalis, sepsis.
6. Distosia: persalinan macet, persalinan tak maju.
7. Infeksi masa nifas.

Sebagian besar kematian ibu dapat dicegah apabila mendapat penanganan yang adekuat di fasilitas pelayanan kesehatan. Faktor waktu dan transportasi merupakan hal yang sangat menentukan dalam merujuk kasus risiko tinggi. Oleh karenanya deteksi faktor risiko pada



ibu baik oleh tenaga kesehatan maupun masyarakat merupakan salah satu upaya penting dalam mencegah kematian dan kesakitan ibu.

Faktor risiko pada neonatus adalah sama dengan faktor risiko pada ibu hamil. Ibu hamil yang memiliki faktor risiko akan meningkatkan risiko terjadinya komplikasi pada neonatus. Deteksi dini untuk Komplikasi pada Neonatus dengan melihat tanda-tanda atau gejala-gejala sebagai berikut :

1. Tidak Mau Minum/menyusu atau memuntahkan semua
2. Riwayat Kejang
3. Bergerak hanya jika dirangsang/Letargis
4. Frekwensi Napas  $\leq 30$  X/menit dan  $\geq 60$ x/menit
5. Suhu tubuh  $\leq 35,5$  C dan  $\geq 37,5$  C
6. Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat
7. Merintih
8. Ada pustul Kulit
9. Nanah banyak di mata
10. Pustul kemerahan meluas ke dinding perut.
11. Mata cekung dan cubitan kulit perut kembali sangat lambat
12. Timbul kuning dan atau tinja berwarna pucat
13. Berat badan menurut umur rendah dan atau ada masalah pemberian ASI
14. BBLR : Bayi Berat Lahir Rendah  $< 2500$  gram
15. Kelainan Kongenital seperti ada celah di bibir dan langit-langit.

Komplikasi pada neonatus antara lain :

1. Prematuritas dan BBLR (bayi berat lahir rendah  $< 2500$  gr)
2. Asfiksia
3. Infeksi Bakteri
4. Kejang
5. Ikterus
6. Diare
7. Hipotermia
8. Tetanus neonatorum
9. Masalah pemberian ASI
10. Trauma lahir, sindroma gangguan pernapasan, kelainan kongenital, dll.

## **F. Penanganan Komplikasi Kebidanan**

Penanganan komplikasi kebidanan adalah pelayanan kepada ibu dengan komplikasi kebidanan untuk mendapat penanganan definitif

sesuai standar oleh tenaga kesehatan kompeten pada tingkat pelayanan dasar dan rujukan. Diperkirakan sekitar 15-20 % ibu hamil akan mengalami komplikasi kebidanan. Komplikasi dalam kehamilan dan persalinan tidak selalu dapat diduga sebelumnya, oleh karenanya semua persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan agar komplikasi kebidanan dapat segera dideteksi dan ditangani.

Untuk meningkatkan cakupan dan kualitas penanganan komplikasi kebidanan maka diperlukan adanya fasilitas pelayanan kesehatan yang mampu memberikan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi secara berjenjang mulai dari polindes/poskesdes, puskesmas mampu PONEK sampai rumah sakit PONEK 24 jam.

Pelayanan medis yang dapat dilakukan di Puskesmas mampu PONEK meliputi :

1. Pelayanan obstetri :
  - a. Penanganan perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas.
  - b. Pencegahan dan penanganan Hipertensi dalam Kehamilan (pre-eklamsi dan eklamsi)
  - c. Pencegahan dan penanganan infeksi.
  - d. Penanganan partus lama/macet.
  - e. Penanganan abortus.
  - f. Stabilisasi komplikasi obstetrik untuk dirujuk dan transportasi rujukan.
2. Pelayanan neonatus :
  - a. Pencegahan dan penanganan asfiksia.
  - b. Pencegahan dan penanganan hipotermia.
  - c. Penanganan bayi berat lahir rendah (BBLR).
  - d. Pencegahan dan penanganan infeksi neonatus, kejang neonatus, ikterus ringan sedang .
  - e. Pencegahan dan penanganan gangguan minum .
  - f. Stabilisasi komplikasi neonatus untuk dirujuk dan transportasi rujukan.

#### **G. Pelayanan neonatus dengan komplikasi**

Pelayanan Neonatus dengan komplikasi adalah penanganan neonatus dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan dan kematian oleh dokter/bidan/perawat terlatih di polindes, puskesmas, puskesmas PONEK, rumah bersalin dan rumah sakit pemerintah/swasta.

Diperkirakan sekitar 15% dari bayi lahir hidup akan mengalami komplikasi neonatal. Hari Pertama kelahiran bayi sangat penting, oleh karena banyak perubahan yang terjadi pada bayi dalam menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam rahim kepada kehidupan di luar rahim. Bayi baru lahir yang mengalami gejala sakit dapat cepat memburuk, sehingga bila tidak ditangani dengan adekuat dapat terjadi kematian. Kematian bayi sebagian besar terjadi pada hari pertama, minggu pertama kemudian bulan pertama kehidupannya.

Kebijakan Departemen Kesehatan dalam peningkatan akses dan kualitas penanganan komplikasi neonatus tersebut antara lain penyediaan puskesmas mampu PONEC dengan target setiap kabupaten/kota harus mempunyai minimal 4 (empat) puskesmas mampu PONEC.

Puskesmas PONEC adalah puskesmas rawat inap yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONEC siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin dan nifas serta kegawatdaruratan bayi baru lahir dengan komplikasi baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa, Puskesmas dan melakukan rujukan ke RS/RS PONEK pada kasus yang tidak mampu ditangani.

Untuk mendukung puskesmas mampu PONEC ini, diharapkan RSU Kabupaten/Kota mampu melaksanakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK) yang siap selama 24 jam. Dalam PONEK, RSU harus mampu melakukan pelayanan emergensi dasar dan pelayanan operasi seksio sesaria, perawatan neonatus level II serta transfusi darah.

Dengan adanya puskesmas mampu PONEC dan RS mampu PONEK maka kasus kasus komplikasi kebidanan dan neonatal dapat ditangani secara optimal sehingga dapat mengurangi kematian ibu dan neonatus.

#### **H. Pelayanan Kesehatan Bayi**

Pelayanan kesehatan bayi adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada bayi setidaknya 4 kali, selama periode 29 hari sampai dengan 11 bulan setelah lahir.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan bayi :

1. Kunjungan bayi satu kali pada umur 29 hari – 2 bulan.
2. Kunjungan bayi satu kali pada umur 3 – 5 bulan.
3. Kunjungan bayi satu kali pada umur 6 – 8 bulan.
4. Kunjungan bayi satu kali pada umur 9 – 11 bulan.

Kunjungan bayi bertujuan untuk meningkatkan akses bayi terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi sehingga cepat mendapat pertolongan, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit melalui pemantauan pertumbuhan, imunisasi, serta peningkatan kualitas hidup bayi dengan stimulasi tumbuh kembang. Dengan demikian hak anak mendapatkan pelayanan kesehatan terpenuhi. Pelayanan kesehatan tersebut meliputi :

- Pemberian imunisasi dasar lengkap (BCG, Polio 1,2,3,4, DPT/HB 1,2,3, Campak) sebelum bayi berusia 1 tahun.
- Stimulasi deteksi intervensi dini tumbuh kembang bayi (SDIDTK).
- Pemberian vitamin A 100.000 IU (6 - 11 bulan).
- Konseling ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI, tanda-tanda sakit dan perawatan kesehatan bayi di rumah menggunakan Buku KIA.
- Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

**Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan bayi** adalah : dokter spesialis anak, dokter, bidan dan perawat.

### **I. Pelayanan kesehatan anak balita**

Lima tahun pertama kehidupan, pertumbuhan mental dan intelektual berkembang pesat. Masa ini merupakan masa keemasan atau golden period dimana terbentuk dasar-dasar kemampuan keindraan, berfikir, berbicara serta pertumbuhan mental intelektual yang intensif dan awal pertumbuhan moral. Pada masa ini stimulasi sangat penting untuk mengoptimalkan fungsi-fungsi organ tubuh dan rangsangan pengembangan otak. Upaya deteksi dini gangguan pertumbuhan dan perkembangan pada anak usia dini menjadi sangat penting agar dapat dikoreksi sedini mungkin dan atau mencegah gangguan ke arah yang lebih berat .

Bentuk pelaksanaan tumbuh kembang anak di lapangan dilakukan dengan mengacu pada pedoman Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Tumbuh Kembang Anak (SDIDTK) yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan di puskesmas dan jajarannya seperti dokter, bidan perawat, ahli gizi, penyuluh kesehatan masyarakat dan tenaga kesehatan lainnya yang peduli dengan anak.

Kematian bayi dan balita merupakan salah satu parameter derajat kesejahteraan suatu negara. Sebagian besar penyebab kematian bayi dan balita dapat dicegah dengan teknologi sederhana di tingkat pelayanan kesehatan dasar, salah satunya adalah dengan menerapkan **Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)**, di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Bank Dunia, 1993 melaporkan bahwa MTBS merupakan intervensi yang cost effective untuk mengatasi masalah kematian balita yang disebabkan oleh Infeksi Pernapasan Akut (ISPA), diare, campak, malaria, kurang gizi dan yang sering merupakan kombinasi dari keadaan tersebut.

Sebagai upaya untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian balita, Departemen Kesehatan RI bekerja sama dengan WHO telah mengembangkan paket pelatihan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) yang mulai dikembangkan di Indonesia sejak tahun 1996 dan implementasinya dimulai 1997 dan saat ini telah mencakup 33 provinsi.

Pelayanan kesehatan anak balita meliputi pelayanan pada anak balita sakit dan sehat. Pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan sesuai standar yang meliputi :

1. Pelayanan pemantauan pertumbuhan minimal 8 kali setahun yang tercatat dalam Buku KIA/KMS. Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran berat badan anak balita setiap bulan yang tercatat pada Buku KIA/KMS. Bila berat badan tidak naik dalam 2 bulan berturut-turut atau berat badan anak balita di bawah garis merah harus dirujuk ke sarana pelayanan kesehatan.
2. *Stimulasi Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK)* minimal 2 kali dalam setahun. Pelayanan SDIDTK meliputi pemantauan perkembangan motorik kasar, motorik halus, bahasa, sosialisasi dan kemandirian minimal 2 kali setahun (setiap 6 bulan). Pelayanan SDIDTK diberikan di dalam gedung (sarana pelayanan kesehatan) maupun di luar gedung.
3. Pemberian Vitamin A dosis tinggi (200.000 IU), 2 kali dalam setahun.
4. Kepemilikan dan pemanfaatan buku KIA oleh setiap anak balita
5. Pelayanan anak balita sakit sesuai standar dengan menggunakan pendekatan MTBS.

## J. Pelayanan KB Berkualitas

Pelayanan KB berkualitas adalah pelayanan KB sesuai standar dengan menghormati hak individu dalam merencanakan kehamilan sehingga diharapkan dapat berkontribusi dalam menurunkan angka kematian Ibu dan menurunkan tingkat fertilitas (kesuburan) bagi pasangan yang telah cukup memiliki anak (2 anak lebih baik) serta meningkatkan fertilitas bagi pasangan yang ingin mempunyai anak.

Pelayanan KB bertujuan untuk menunda (merencanakan) kehamilan. Bagi Pasangan Usia Subur yang ingin menjarangkan dan/atau menghentikan kehamilan, dapat menggunakan metode kontrasepsi yang meliputi :

- KB alamiah (sistem kalender, metode amenore laktasi, coitus interruptus).
- Metode KB hormonal (pil, suntik, susuk).
- Metode KB non-hormonal (kondom, AKDR/IUD, vasektomi dan tubektomi).

Sampai saat ini di Indonesia cakupan peserta KB aktif (*Contraceptive Prevalence Rate/CPR*) mencapai 61,4% (SDKI 2007) dan angka ini merupakan pencapaian yang cukup tinggi diantara negara-negara ASEAN. Namun demikian metode yang dipakai lebih banyak menggunakan metode jangka pendek seperti pil dan suntik. Menurut data SDKI 2007 akseptor KB yang menggunakan suntik sebesar 31,6%, pil 13,2 %, AKDR 4,8%, susuk 2,8%, tubektomi 3,1%, vasektomi 0,2% dan kondom 1,3%. Hal ini terkait dengan tingginya angka putus pemakaian (DO) pada metode jangka pendek sehingga perlu pemantauan yang terus menerus. Disamping itu pengelola program KB perlu memfokuskan sasaran pada kategori PUS dengan **4 terlalu (terlalu muda, tua, sering dan banyak)**.

Untuk mempertahankan dan meningkatkan cakupan peserta KB perlu diupayakan pengelolaan program yang berhubungan dengan peningkatan aspek kualitas, teknis dan aspek manajerial pelayanan KB. Dari aspek kualitas perlu diterapkan pelayanan yang sesuai standard dan variasi pilihan metode KB, sedangkan dari segi teknis perlu dilakukan pelatihan klinis dan non-klinis secara berkesinambungan. Selanjutnya aspek manajerial, pengelola program KB perlu melakukan revitalisasi dalam segi analisis situasi program KB dan sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan KB.

**Tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan KB** kepada masyarakat adalah : dokter spesialis kebidanan, dokter, bidan dan perawat.

## **BAB III INDIKATOR PEMANTAUAN**

Indikator pemantauan program KIA yang dipakai untuk PWS KIA meliputi indikator yang dapat menggambarkan keadaan kegiatan pokok dalam program KIA, seperti yang diuraikan dalam BAB II.

Sasaran yang digunakan dalam PWS KIA berdasarkan kurun waktu 1 tahun dengan prinsip konsep wilayah (misalnya: Untuk provinsi memakai sasaran provinsi, untuk kabupaten memakai sasaran kabupaten).

### **A. Akses Pelayanan Antenatal (cakupan K1)**

Adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Indikator akses ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat.

Rumus yang dipakai untuk perhitungannya adalah :

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

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

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

Angka kelahiran kasar (CBR) yang digunakan adalah angka terakhir CBR kabupaten/kota yang diperoleh dari kantor perwakilan Badan Pusat Statistik (BPS) di kabupaten/kota. Bila angka CBR kabupaten/kota tidak

ada maka dapat digunakan angka terakhir CBR propinsi. CBR propinsi dapat diperoleh juga dari buku Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan 2007 – 2011 (Pusat Data Kesehatan Depkes RI, tahun 2007).

**Contoh :** untuk menghitung perkiraan jumlah ibu hamil di desa/kelurahan X di kabupaten Y yang mempunyai penduduk sebanyak 2.000 jiwa dan angka CBR terakhir kabupaten Y 27,0/1.000 penduduk, maka :

$$\text{Jumlah ibu hamil} = 1,10 \times 0,027 \times 2.000 = 59,4.$$

Jadi sasaran ibu hamil di desa/kelurahan X adalah 59 orang.

#### **B. Cakupan pelayanan ibu hamil (cakupan K4)**

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

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

Rumus yang dipergunakan adalah :

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

#### **C. Cakupan Persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn)**

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



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

Rumus yang digunakan sebagai berikut :

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

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

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

**Contoh :** untuk menghitung perkiraan jumlah ibu bersalin di desa/kelurahan X di kabupaten Y yang mempunyai penduduk sebanyak 2.000 penduduk dan angka CBR terakhir kabupaten Y 27,0/1.000 penduduk maka :

$$\text{Jumlah ibu bersalin} = 1,05 \times 0,027 \times 2.000 = 56,7.$$

Jadi sasaran ibu bersalin di desa/kelurahan X adalah 56 orang.

#### **D. Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (KF3)**

Adalah cakupan pelayanan kepada ibu pada masa 6 jam sampai dengan 42 hari pasca bersalin sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 6 jam s/d hari ke-3 (KF1), hari ke-4 s/d hari ke-28 (KF2) dan hari ke-29 s/d hari ke-42 (KF3) setelah bersalin di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

Dengan indikator ini dapat diketahui cakupan pelayanan nifas secara lengkap (memenuhi standar pelayanan dan menepati waktu yang ditetapkan serta untuk menjangkau KB Pasca Persalinan), yang menggambarkan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu nifas, Keluarga Berencana di samping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA.

Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut :

*Jumlah ibu nifas yang telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar oleh tenaga kesehatan disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu*

$$\frac{\text{Jumlah sasaran ibu nifas di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah sasaran ibu nifas di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Jumlah sasaran ibu nifas sama dengan jumlah sasaran ibu bersalin.

### **E. Cakupan Pelayanan Neonatus Pertama (KN 1)**

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

Dengan indikator ini dapat diketahui akses/jangkauan pelayanan kesehatan neonatal.

Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

*Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada 6 - 48 jam setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu*

$$\frac{\text{Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar pada 6 - 48 jam setelah lahir di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh sasaran bayi di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

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

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

Contoh : untuk menghitung jumlah perkiraan bayi di suatu desa Z di Kota Y Propinsi X yang mempunyai penduduk sebanyak 1.500 jiwa dan angka CBR terakhir Kota Y 24,8/1.000 penduduk, maka :

$$\text{Jumlah bayi} = 0,0248 \times 1500 = 37,2.$$

Jadi sasaran bayi di desa Z adalah 37 bayi.

#### **F. Cakupan Pelayanan Kesehatan Neonatus 0 – 28 hari (KN Lengkap).**

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

Dengan indikator ini dapat diketahui efektifitas dan kualitas pelayanan kesehatan neonatal.

Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

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

#### **G. Deteksi faktor risiko dan komplikasi oleh Masyarakat**

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

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

Rumus yang dipergunakan :

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

## H. Cakupan Penanganan Komplikasi Obstetri (PK)

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

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

Rumus yang dipergunakan :

$$\frac{\text{Jumlah komplikasi kebidanan yang mendapatkan penanganan definitif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{20\% \times \text{jumlah sasaran ibu hamil di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

## I. Cakupan Penanganan Komplikasi Neonatus

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

Indikator ini menunjukkan kemampuan sarana pelayanan kesehatan dalam menangani kasus kasus kegawatdaruratan neonatal, yang kemudian ditindaklanjuti sesuai dengan kewenangannya, atau dapat dirujuk ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi.

Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

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

#### **J. Cakupan Pelayanan Kesehatan Bayi 29 hari – 12 bulan (Kunjungan Bayi)**

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

Dengan indikator ini dapat diketahui efektifitas, continuum of care dan kualitas pelayanan kesehatan bayi.

Rumus yang dipergunakan adalah sebagai berikut :

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

#### **K. Cakupan Pelayanan Anak Balita (12 – 59 bulan).**

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

Rumus yang digunakan adalah :

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

#### **L. Cakupan Pelayanan Kesehatan Anak Balita Sakit yang dilayani dengan MTBS**

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

Rumus yang digunakan adalah :

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

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

#### **M. Cakupan Peserta KB aktif (*Contraceptive Prevalence Rate*)**

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

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

Rumus yang dipergunakan:

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

Keterangan :

PUS : Pasangan yang istrinya berusia 15-49 tahun atau lebih dari 49 tahun masih menstruasi.

## **Bab IV**

# **PENGUMPULAN, PENCATATAN DAN PENGOLAHAN DATA KIA**

### **A. Pengumpulan Data**

Pengumpulan dan pengelolaan data merupakan kegiatan pokok dari PWS KIA. Data yang dicatat per desa/kelurahan dan kemudian dikumpulkan di tingkat puskesmas akan dilaporkan sesuai jenjang administrasi. Data yang diperlukan dalam PWS KIA adalah Data Sasaran dan Data Pelayanan. Proses pengumpulan data sasaran sebagai berikut:

#### 1. Jenis data

Data yang diperlukan untuk mendukung pelaksanaan PWS KIA adalah Data sasaran :

- Jumlah seluruh ibu hamil
- Jumlah seluruh ibu bersalin
- Jumlah ibu nifas
- Jumlah seluruh bayi
- Jumlah seluruh anak balita
- Jumlah seluruh PUS

Data pelayanan :

- Jumlah K1
- Jumlah K4
- Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan
- Jumlah ibu nifas yang dilayani 3 kali (KF 3) oleh tenaga kesehatan
- Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur 6 – 48 jam
- Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan lengkap (KN lengkap)
- Jumlah ibu hamil, bersalin dan nifas dengan faktor risiko/komplikasi yang dideteksi oleh masyarakat
- Jumlah kasus komplikasi obstetri yang ditangani
- Jumlah neonatus dengan komplikasi yang ditangani
- Jumlah bayi 29 hari – 12 bulan yang mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 4 kali
- Jumlah anak balita (12 – 59 bulan) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 8 kali
- Jumlah anak balita sakit yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
- Jumlah peserta KB aktif

## 2. Sumber data

Data sasaran berasal dari perkiraan jumlah sasaran (proyeksi) yang dihitung berdasarkan rumus yang diuraikan dalam BAB III. Berdasarkan data tersebut, Bidan di Desa bersama dukun bersalin/bayi dan kader melakukan pendataan dan pencatatan sasaran di wilayah kerjanya.

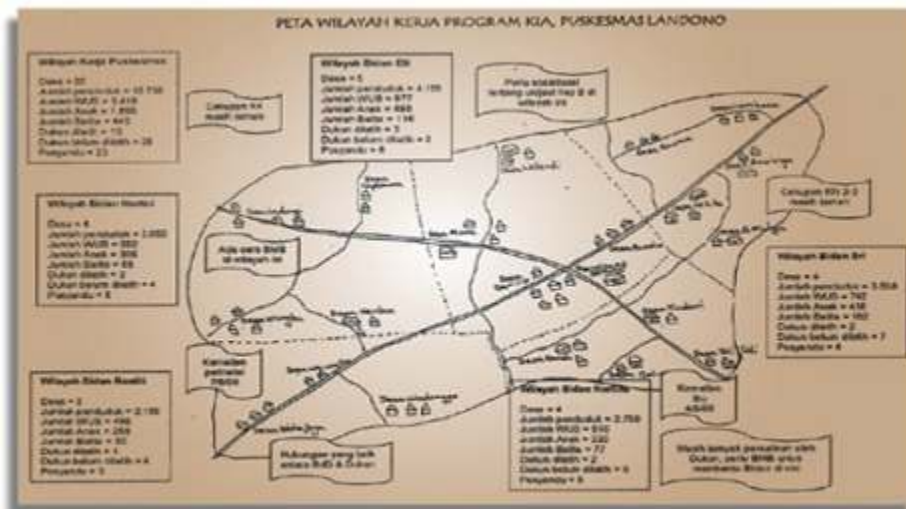
Data pelayanan pada umumnya berasal dari :

- Register kohort ibu
- Register kohort bayi
- Register kohort anak balita
- Register kohort KB

## B. Pencatatan Data

### 1. Data Sasaran

Data sasaran diperoleh sejak saat Bidan memulai pekerjaan di desa/kelurahan. Seorang Bidan di desa/kelurahan dibantu para kader dan dukun bersalin/bayi, membuat peta wilayah kerjanya yang mencakup denah jalan, rumah serta setiap waktu memperbaiki peta tersebut dengan data baru tentang adanya ibu yang hamil, neonatus dan anak balita.



Gambar peta desa/kelurahan



Data sasaran diperoleh bidan di desa/kelurahan dari para kader dan dukun bayi yang melakukan pendataan ibu hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir, bayi dan anak balita dimana sasaran tersebut diberikan buku KIA dan bagi ibu hamil dipasang stiker P4K di depan rumahnya. Selain itu data sasaran juga dapat diperoleh dengan mengumpulkan data sasaran yang berasal dari lintas program dan fasilitas pelayanan lain yang ada di wilayah kerjanya.



*Buku KIA*



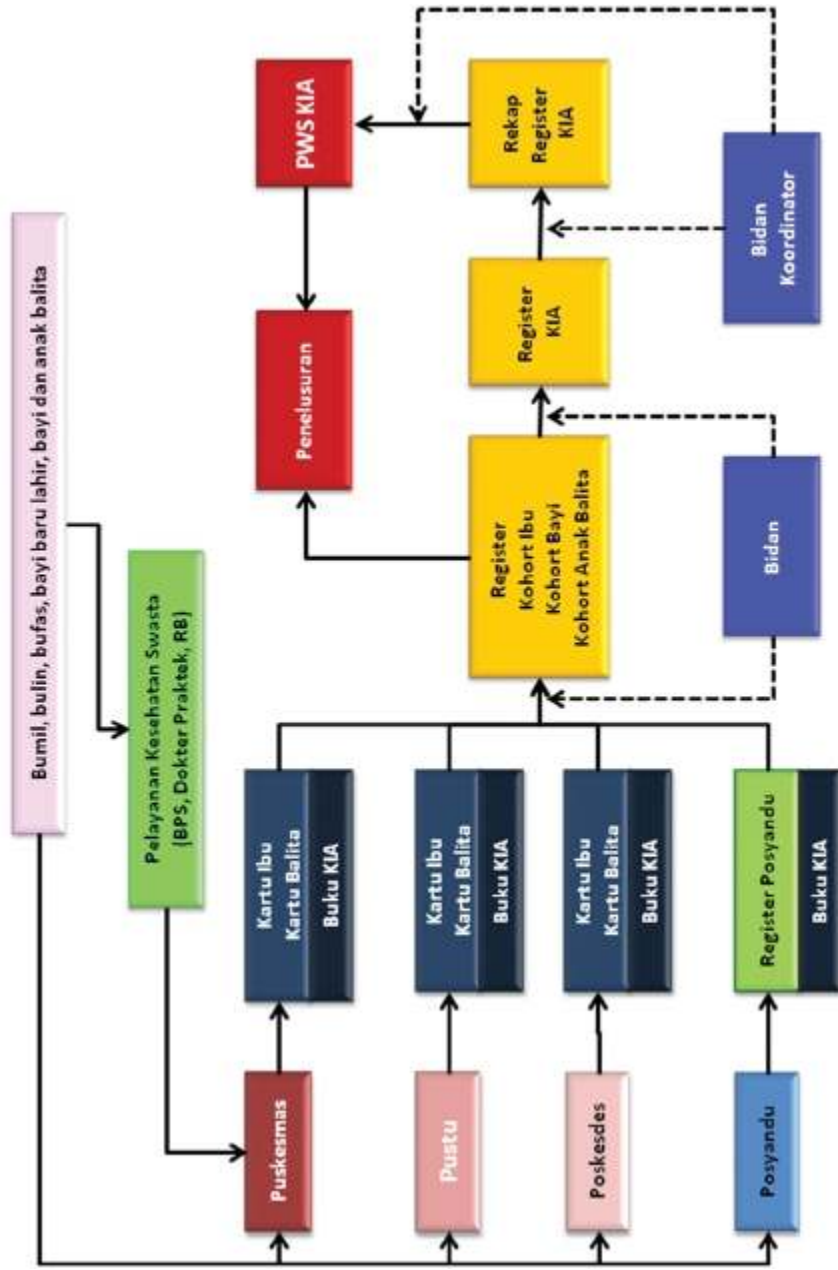
stiker P4K

## 2. Data Pelayanan

Bidan di desa/kelurahan mencatat semua detail pelayanan KIA di dalam kartu ibu, kohort Ibu, kartu bayi, kohort bayi, kohort anak balita, kohort KB, dan buku KIA. Pencatatan harus dilakukan segera setelah bidan melakukan pelayanan. Pencatatan tersebut diperlukan untuk memantau secara intensif dan terus menerus kondisi dan permasalahan yang ditemukan pada para ibu, bayi dan anak di desa/kelurahan tersebut, antara lain nama dan alamat ibu yang tidak datang memeriksakan dirinya pada jadwal yang seharusnya, imunisasi yang belum diterima para ibu, penimbangan anak dan lain lain.

Selain hal tersebut bidan di desa juga mengumpulkan data pelayanan yang berasal dari lintas program dan fasilitas pelayanan lain yang ada di wilayah kerjanya.

## DIAGRAM ALUR PENCATATAN PELAYANAN KIA OLEH BIDAN



### C. Pengolahan Data

Setiap bulan Bidan di desa mengolah data yang tercantum dalam buku kohort dan dijadikan sebagai bahan laporan bulanan KIA. Bidan Koordinator di Puskesmas menerima laporan bulanan tersebut dari semua BdD dan mengolahnya menjadi laporan dan informasi kemajuan pelayanan KIA bulanan yang disebut PWS KIA. Informasi per desa/kelurahan dan per kecamatan tersebut disajikan dalam bentuk grafik PWS KIA yang harus dibuat oleh tiap Bidan Koordinator.

**Langkah pengolahan data adalah : Pembersihan data, Validasi dan Pengelompokan.**

- 1. Pembersihan data** : melihat kelengkapan dan kebenaran pengisian formulir yang tersedia.
- 2. Validasi** : melihat kebenaran dan ketepatan data.
- 3. Pengelompokan** : sesuai dengan kebutuhan data yang harus dilaporkan.

Contoh :

- **Pembersihan data** : *Melakukan koreksi terhadap laporan yang masuk dari Bidan di desa/kelurahan mengenai duplikasi nama, duplikasi alamat, catatan ibu langsung di K4 tanpa melewati K1.*
- **Validasi** : *Mecocokkan apabila ternyata K4 & K1 lebih besar daripada jumlah ibu hamil, jumlah ibu bersalin lebih besar daripada ibu hamil.*
- **Pengelompokan** : *Mengelompokkan ibu hamil anemi berdasarkan desa/kelurahan untuk persiapan intervensi, ibu hamil dengan KEK untuk persiapan intervensi.*

**Hasil pengolahan data dapat disajikan dalam bentuk : Narasi, Tabulasi, Grafik dan Peta.**

- 1. Narasi** : dipergunakan untuk menyusun laporan atau profil suatu wilayah kerja, misalnya dalam Laporan PWS KIA yang diserahkan kepada instansi terkait.
- 2. Tabulasi** : dipergunakan untuk menjelaskan narasi dalam bentuk lampiran.
- 3. Grafik** : dipergunakan untuk presentasi dalam membandingkan keadaan antar waktu, antar tempat dan pelayanan. Sebagian besar hasil PWS disajikan dalam bentuk grafik.
- 4. Peta**: dipergunakan untuk menggambarkan kejadian berdasarkan gambaran geografis.

Puskesmas yang sudah menggunakan komputer untuk mengolah data KIA maka data dari kartu-kartu pelayanan bidan di desa/kelurahan,

dimasukkan ke dalam komputer sehingga proses pengolahan data oleh bidan di desa/kelurahan dan bidan koordinator Puskesmas akan terbantu dan lebih cepat.

#### **D. Pembuatan Grafik PWS KIA**

PWS KIA disajikan dalam bentuk grafik dari tiap indikator yang dipakai, yang juga menggambarkan pencapaian tiap desa/kelurahan dalam tiap bulan.

Dengan demikian tiap bulannya dibuat 13 grafik, yaitu :

1. Grafik cakupan kunjungan antenatal ke-1 (K1).
2. Grafik cakupan kunjungan antenatal ke-4 (K4).
3. Grafik cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn).
4. Grafik cakupan kunjungan nifas (KF).
5. Grafik deteksi faktor risiko/komplikasi oleh masyarakat.
6. Grafik penanganan komplikasi obstetrik (PK).
7. Grafik cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1).
8. Grafik cakupan kunjungan neonatal lengkap (KNL).
9. Grafik penanganan komplikasi neonatal (NK).
10. Grafik cakupan kunjungan bayi (KBy).
11. Grafik cakupan pelayanan anak balita (KBal).
12. Grafik cakupan pelayanan anak balita sakit (BS).
13. Grafik cakupan pelayanan KB (CPR).

Semuanya itu dipakai untuk alat pemantauan program KIA, sedangkan grafik cakupan K4, PN, KF/KN, PK, NK, KBy, KBal dan grafik cakupan pelayanan KB (CPR) seperti telah diuraikan dalam Bab III, dapat dimanfaatkan juga untuk alat advokasi dan komunikasi lintas sektor.

Di bawah ini dijabarkan cara membuat grafik PWS KIA untuk tingkat puskesmas, yang dilakukan tiap bulan, untuk semua desa/kelurahan. Bagi bidan di desa akan sangat penting apabila dapat membuat grafik cakupan dari PWS KIA diatas di tingkat Poskesdes/Polindes yang diupdate setiap bulannya. Sedangkan untuk puskesmas, penyajian ke 13 cakupan dalam bentuk grafik maupun angka akan sangat berguna untuk keperluan analisa PWS lebih lanjut.

Langkah-langkah pokok dalam pembuatan grafik PWS KIA :

## 1. Penyiapan Data

Data yang diperlukan untuk membuat grafik dari tiap indikator diperoleh dari catatan kartu ibu, buku KIA, register kohort ibu, kartu bayi, kohort bayi serta kohort anak balita per desa/kelurahan, catatan posyandu, laporan dari perawat/bidan/dokter praktik swasta, rumah sakit bersalin dan sebagainya.

- Untuk **grafik antar wilayah**, data yang diperlukan adalah data cakupan per desa/kelurahan dalam kurun waktu yang sama  
*Misalnya : untuk membuat grafik cakupan K4 bulan Juni di wilayah kerja Puskesmas X, maka diperlukan data cakupan K4 desa/kelurahan A, desa/kelurahan B, desa/kelurahan C, dst pada bulan Juni.*
- Untuk **grafik antar waktu**, data yang perlu disiapkan adalah data cakupan per bulan
- Untuk **grafik antar variabel** diperlukan data variabel yang mempunyai korelasi misalnya : **K1, K4 dan Pn**

## 2. Penggambaran Grafik.

Langkah langkah yang dilakukan dalam menggambarkan grafik PWS KIA (dengan menggunakan contoh indikator cakupan K1) adalah sebagai berikut :

- a. Menentukan target rata rata per bulan untuk menggambarkan skala pada garis vertikal (sumbu Y).  
*Misalnya : target cakupan ibu hamil baru (cakupan K1) dalam 1 tahun ditentukan 90 % (garis a), maka sasaran rata rata setiap bulan adalah*

$$\frac{90\%}{12 \text{ bulan}} \times 100$$

Dengan demikian, maka sasaran pencapaian kumulatif sampai dengan bulan Juni adalah (6 x 7,5 %) = 45,0% (garis b).

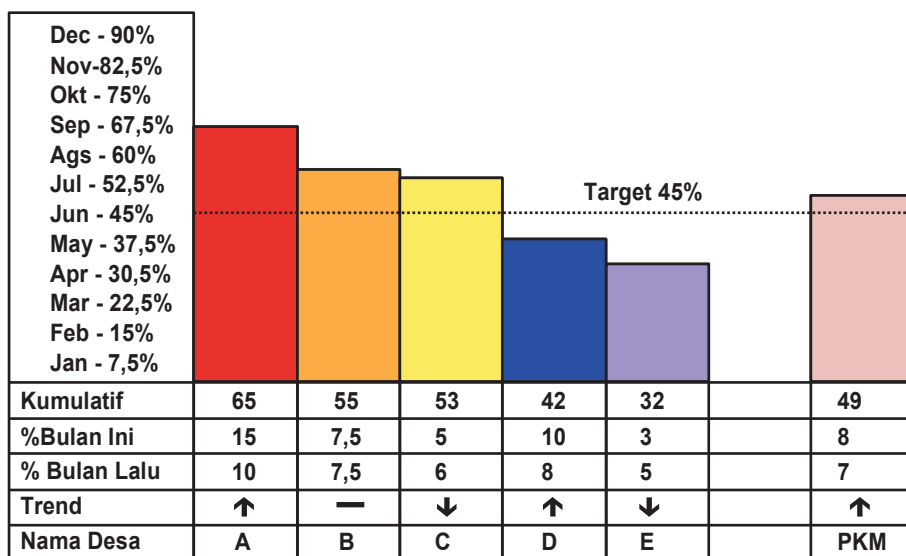
- b. Hasil perhitungan pencapaian kumulatif cakupan K1 per desa/kelurahan sampai dengan bulan Juni dimasukkan ke dalam jalur % kumulatif secara berurutan sesuai peringkat. Pencapaian tertinggi di sebelah kiri dan terendah di sebelah kanan, sedangkan pencapaian untuk puskesmas dimasukkan ke dalam kolom terakhir (lihat contoh grafik).
- c. Nama desa/kelurahan bersangkutan dituliskan pada lajur desa/kelurahan (sumbu X), sesuai dengan cakupan kumulatif masing-masing desa/kelurahan yang dituliskan pada butir b diatas.

- d. Hasil perhitungan pencapaian pada bulan ini (Juni) dan bulan lalu (Mei) untuk tiap desa/kelurahan dimasukkan ke dalam lajur masing-masing.
- e. Gambar anak panah dipergunakan untuk mengisi lajur tren. Bila pencapaian cakupan bulan ini lebih besar dari bulan lalu, maka digambar anak panah yang menunjuk ke atas. Sebaliknya, untuk cakupan bulan ini yang lebih rendah dari cakupan bulan lalu, digambarkan anak panah yang menunjukkan kebawah, sedangkan untuk cakupan yang tetap / sama gambarkan dengan tanda (-).

Berikut ini adalah contoh grafik PWS KIA hasil perhitungan tersebut di atas.

*Contoh Grafik PWS*

Cara perhitungan untuk keduabelas indikator yang lainnya sama dengan perhitungan seperti contoh diatas.



*Contoh Grafik PWS*

Cara perhitungan untuk keduabelas indikator yang lainnya sama dengan perhitungan seperti contoh diatas.

## BAB V

### ANALISIS, PENELUSURAN DATA KOHORT DAN RENCANA TINDAK LANJUT

#### A. Analisis

**Analisis** adalah suatu pemeriksaan dan evaluasi dari suatu informasi yang sesuai dan relevant dalam menyeleksi suatu tindakan yang terbaik dari berbagai macam alternatif variasi. Analisis yang dapat dilakukan mulai dari yang sederhana hingga analisis lanjut sesuai dengan tingkatan penggunaannya. Data yang di analisis adalah data register kohort ibu, bayi dan anak balita serta cakupan.

#### 1. Analisis Sederhana

Analisis ini membandingkan cakupan hasil kegiatan antar wilayah terhadap target dan kecenderungan dari waktu ke waktu. Analisis sederhana ini bermanfaat untuk mengetahui desa/kelurahan mana yang paling memerlukan perhatian dan tindak lanjut yang harus dilakukan.

Selain di Puskesmas, analisis ini dapat juga dilakukan oleh Bidan di Desa dimana Bidan di Desa dapat menilai cakupan indikator PWS KIA di desanya untuk menilai kemajuan desanya. Di Poskesdes seorang Bidan di Desa dapat membuat grafik cakupan indikator PWS KIA sehingga dia bisa mengikuti perkembangan dan menindaklanjutinya.

#### **Contoh analisis sederhana**

*Analisis dari grafik cakupan ibu hamil baru (akses) pada pemantauan bulan Juni 2008 dapat digambarkan dalam matriks seperti dibawah ini.*

Desa/ Kelurahan	Cakupan Terhadap Target		Terhadap Cakupan Bulan Lalu			Status Desa/ Kelurahan
	Diatas	Dibawah	Naik	Turun	Tetap	
A	+		+			Baik
B	+				+	Baik
C	+			+		Kurang
D		+	+			Cukup
E		+		+		Jelek

*Contoh Analisis Sederhana*



Dari matriks diatas dapat disimpulkan adanya 4 macam status cakupan desa/kelurahan, yaitu :

**i. Status baik**

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan diatas target yang ditetapkan untuk bulan Juni 2008, dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat atau tetap jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu.

Desa/kelurahan-desa/kelurahan ini adalah desa/kelurahan A dan desa/kelurahan B. Jika keadaan tersebut berlanjut, maka desa/kelurahan-desa/kelurahan tersebut akan mencapai atau melebihi target tahunan yang ditentukan.

**ii. Status kurang**

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan diatas target bulan Juni 2008, namun mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu.

Desa/kelurahan dalam kategori ini adalah desa/kelurahan C, yang perlu mendapatkan perhatian karena cakupan bulan lalu ini hanya 5% (lebih kecil dari cakupan bulan minimal 7,5%). Jika cakupan terus menurun, maka desa/kelurahan tersebut tidak akan mencapai target tahunan yang ditentukan.

**iii. Status cukup**

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan dibawah target bulan Juni 2008, namun mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang meningkat jika dibandingkan dengan cakupan bulan lalu.

Desa/kelurahan dalam kategori ini adalah desa/kelurahan D, yang perlu didorong agar cakupan bulanan selanjutnya tidak lebih daripada cakupan bulanan minimal 7,5%. Jika keadaan tersebut dapat terlaksana , maka desa/kelurahan ini kemungkinan besar akan mencapai target tahunan yang ditentukan.

**iv. Status jelek**

Adalah desa/kelurahan dengan cakupan dibawah target bulan Juni 2008, dan mempunyai kecenderungan cakupan bulanan yang menurun dibandingkan dengan bulan lalu. Desa/kelurahan dalam kategori ini adalah desa/kelurahan E, yang perlu diprioritaskan untuk pembinaan agar cakupan bulanan selanjutnya dapat ditingkatkan diatas cakupan bulanan minimal agar dapat mengejar kekurangan target sampai bulan Juni, sehingga dapat pula mencapai target tahunan yang ditentukan.

## 2. Analisis Lanjut (Tabulasi Silang/Cross Tabulation)

Analisis ini dilakukan dengan cara membandingkan variabel tertentu dengan variabel terkait lainnya untuk mengetahui hubungan sebab akibat antar variabel yang dimaksud.

Contoh :

- K1 dibandingkan dengan K4
- K1 dibandingkan dengan Pn
- Pn dibandingkan dengan KF dan KN
- Jumlah Ibu Hamil Anemia dibandingkan dengan K1 dan K4
- KN1 dibandingkan dengan Jumlah Hep B Uniject
- Dll

Contoh :

Desa/ Kelurahan	Cakupan KI	Cakupan K4	Cakupan Pn	Keterangan
A	70%	60%	50%	DO K4
B	80%	70%	55%	DO Pn

*Analisis grafik PWS KIA KI, K4, Pn*

Apabila Drop Out (DO) K1 - K4 lebih dari 10% berarti wilayah tersebut bermasalah dan perlu penelusuran dan intervensi lebih lanjut. Drop Out tersebut dapat disebabkan karena ibu yang kontak pertama (K1) dengan tenaga kesehatan, kehamilannya sudah berumur lebih dari 3 bulan. Sehingga diperlukan intervensi peningkatan pendataan ibu hamil yang lebih intensif.

Contoh analisis indikator bayi

- Pn dibandingkan dengan Kn
- Kn 1 dibandingkan dengan Imunisasi HB 0
- Kn lengkap dibandingkan dengan Nk
- KBy dibandingkan dengan imunisasi campak dan Vit A 6-11 bulan
- Dll

Contoh : pencapaian pelayanan kesehatan desa A tahun 2009

Desa/ Kelurahan	Pn	Kn 1	Kn lengkap	Neonatus Komplikasi	KB y	Vit A 6-11 i	Imunisasi	Imunisasi	Ket
A	75 %	80%	60%	25%	60%	80%	55%	65%	DO Kn lengkap Inefektifitas Kn 1, Kn lengkap KBy tidak mencapai target

Pencapaian Kn 1 melebihi Pn mengindikasikan kinerja yang baik karena semua bayi yang lahir ditolong tenaga kesehatan telah dicakup ditambah bayi yang lahir tidak ditolong tenaga kesehatan, dalam hal ini bidan telah melaksanakan penelusuran sasaran. Tetapi pelaksanaan Kn 1 masih belum memenuhi standar cakupan imunisasi HB 0 lebih rendah sehingga perlu ditelusuri kendalanya apakah karena kealpaan bidan atau karena manajemen logistik.

Drop out Kn lengkap menunjukkan penurunan kinerja bidan, ditambah lagi cakupan neonatus komplikasi lebih rendah dari Kn lengkap yang mengindikasikan kualitas pelayanan Kn belum memenuhi standar manajemen terpadu bayi muda yang dapat mendeteksi tanda bahaya.

Pencapaian kunjungan bayi disamping belum mencapai target, juga menunjukkan pelayanan kesehatan di desa ini belum berkesinambungan antara KIA, Gizi dan imunisasi sehingga perlu juga ditelusuri kendalanya kenapa kunjungan bayi rendah padahal cakupan imunisasi lengkap dan vitamin A sudah baik dimana sasaran program adalah sama.

## **B. Penelusuran Data Kohort**

Penelusuran adalah proses pengamatan seseorang atau obyek yang bergerak dalam kurun waktu dari lokasi tertentu. Penelusuran dilakukan dalam rangka :

1. Mengidentifikasi kasus/masalah secara individu selama masa hamil, bersalin, masa nifas, neonatus, bayi dan balita. Masalah yang ditelusuri :
  - Perkembangan kesehatan setiap ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, bayi dan anak balita
  - Kesiapan perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi setiap ibu hamil
  - Faktor risiko dan komplikasi ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, bayi baru lahir dan anak balita
  - Menilai kualitas pelayanan yang diberikan
  - Kematian ibu dan bayi

## 2. Membangun perencanaan berdasarkan masalah yang spesifik

Seorang bidan harus mencatat setiap ibu hamil, bayi baru lahir (neonatus), bayi dan anak balita, yang ada di desanya. Sehingga setiap bulan dia dapat melakukan analisis dan penelusuran data di desanya. Bidan harus mengaitkan data dari kohort ibu, kohort bayi dan kohort anak balita untuk pendataan sadaran maupun cakupan pelayanan, jika jumlah sasaran bayi di wilayahnya tidak sesuai dengan sasaran bayi, perlu ditelusuri apakah ada kematian, ada persalinan di tolong tenaga kesehatan luar wilayah atau ada bayi baru pindah atau sebab yang lain. Notifikasi risiko tinggi pada ibu hamil selain perlu lebih diperhatikan ibunya juga bayinya, dalam tatalaksana dan rencana tindak lanjut juga memperhatikan bayinya, jika dideteksi gawat janin, prematur atau BBLR harus disarankan persalinan di fasilitas yang memadai.

Analisis dan penelusuran data kohort yang dapat dilakukan oleh bidan untuk meningkatkan kinerja bidan, contohnya :

### 1. Dari data kohort ditemukan :

- a. Ibu T, 19 tahun, punya jamkesmas, hamil anak pertama, HPHT tanggal 21 Februari 2008, taksiran partus tanggal 7 September 2008, rencana persalinan oleh bidan, tempat persalinan di rumah, pendamping persalinan suami, transportasi dari suami, donor darah dari suami, datang ANC pertama kali tanggal 25 April 2008 pada usia 9 minggu, dengan hasil pemeriksaan BB 37 kg, Tekanan Darah 90/60 dan LILA 22 cm dan anemia. Hasil pemeriksaan dicatat dalam buku KIA. Tanggal 15 April 2008 keguguran ditolong oleh dukun.
- b. Ibu Tar, 39 tahun, termasuk masyarakat miskin, tidak punya jamkesmas, hamil anak ke 6, pernah melahirkan 5 anak dan semuanya hidup. Rencana persalinan oleh bidan, tempat persalinan di rumah, pendamping persalinan suami, sudah memiliki transportasi dan calon donor darah. Datang ANC pertama kali tanggal 4 Julil 2008 pada usia 22 minggu, dengan hasil pemeriksaan BB 45 kg, LILA 23 cm, Tekanan Darah 130/80, TFU 20 cm, taksiran berat janin 1240, denyut jantung janin 140, status imunisasi T1, anemia, dilakukan injeksi TT. Hasil pemeriksaan dicatat dalam buku KIA.

Analisis dari 2 contoh data dari kohort di atas adalah sebagai berikut :

Contoh Kasus	Masalah	Rencana Tindak Lanjut
Ibu T, umur 19 thn, G1, HPHT 1/2/08, mempunyai P4K, rencana tempat persalinan di rumah, periksa ANC 1 pd mg ke 9 BB 37 kg, TD 90/60, Anemia, LILA 22 Tanggal 15/4/08 keguguran, ditolong dukun di rumah	G1A1, usia terlalu muda Rencana persalinan di rumah Status gizi kurang Anemia Abortus ditolong dukun	Kunjungan rumah segera Perbaiki status gizi (berikan PMT dan konseling gizi, libatkan masyarakat untuk mendukung) Atasi anemia (berikan tab Fe) Konseling tunda kehamilan (libatkan suami) sampai usia > 20 tahun dan status gizi nya baik
Ibu Tar, masyarakat miskin, tidak punya jamkesmas, 39 tahun, G6 P5 H5, P4K lengkap, rencana tempat persalinan di rumah, ANC 1 pada usia kehamilan 22 mg, LILA 23, Anemia.	Terlalu tua, terlalu banyak Tempat persalinan di rumah ANC 1 trimester 2 Status gizi kurang Anemia Belum punya KTM/Jamkesmas	Pantau kehamilan dengan ANC teratur (tiap bulan) Perbaiki status Gizi (PMT, konsul gizi, libatkan masyarakat untuk mendukung) Berikan tablet Fe Pastikan mendapatkan Jamkesmas Rencanakan persalinan di RS (untuk melakukan kontak dan persiapan komplikasi) Konseling KB kontak (libatkan suami)

2. Contoh analisis dan penelusuran data kohort bayi dan anak balita yang dapat dilakukan oleh bidan untuk meningkatkan kinerja berdasarkan data dari register kohort :
- a. Bayi D umur 6 hari, kehaliran di bidan swasta, kunjungan neonatal 1 oleh bidan wilayah diberikan vit K 1 tetapi belum HB 0, bayi belum mempunyai buku KIA.

- b. Bayi Y umur 6 bulan, kelahiran di bidan wilayah, asuhan BL lengkap, kunjungan neonatal lengkap, sudah kunjungan bayi I, sudah imunisasi BCG, Polio 1, DPT-HB 1, Polio 2, DPT-HB 3 dan Polio 4.

Analisis dari 2 contoh data dari kohort di atas adalah sebagai berikut :

Contoh Kasus	Masalah	Rencana Tindak Lanjut
Bayi D umur 6 hari, kelahiran di bidan swasta, asuhan bayi baru lahir tidak lengkap, kunjungan neonatal 1 oleh bidan wilayah diberikan vit K1 tetapi belum HB 0, bayi belum mempunyai buku KIA.	Asuhan bayi baru lahir tidak sesuai standar. Buku KIA tidak sampai pelayanan swasta	Kunjungan neonatal ke-2 segera, dengan persiapan vaksin HB 0. Lapor kepala puskesmas tentang belum terpenuhinya standar pelayanan asuhan bbi di bidan swasta Usul kepala puskesmas untuk : - Sosialisasi standar asuhan BBL. - Memenuhi ketersediaan buku KIA di fasilitas swasta dan koordinasi laporan.
Bayi Y umur 6 bulan, kelahiran di bidan wilayah, asuhan BBL lengkap, kunjungan neonatal lengkap, sudah kunjungan bayi I, sudah imunisasi BCG, Polio 1, DPT-B 1, Polio 2, DPT-HB 2 dan Polio 3. Umur 4 bulan riwayat batuk pilek berobat ke bidan luar wilayah.	Missed opportunity imunisasi DPT-HB3 dan Polio 4 karena bayi sakit batuk pilek.	Kunjungan bayi ke-2 segera dengan koodinasi bagian imunisasi untuk pelaksanaan imunisasi DPT-HB 3 dan Polio 4. Lapor kepala puskesmas dan usul : - Untuk orientasi MTBS bagi bidan di desa yang belum dilatih. - Memperkuat pelaksanaan PWS imunisasi.

3. Contoh analisis cakupan pelayanan dari data kohort :

Jumlah bumil sampai bulan Juni	K1	K4	Taksiran persalinan	Pn
24	23	6	2	5
Bentuk pertanyaan sederhana untuk bidan menganalisa	Siapa ibu yang tidak K1?	Dari ibu yang K1 siapa ibu yang tidak K4?	Siapa ibu yang akan melahirkan bulan ini?	Dari ibu yang K4 siapa yang ibu yang tidak Pn

*Contoh analisis cakupan pelayanan dari data kohort ibu*

Jumlah bayi sampai dengan bulan Juni	Kn 1	Kn lengkap	Neonatus dengan komplikasi yang ditangani	K By
24	10	7	2	8
Bentuk pertanyaan sederhana untuk bidan menganalisa	Siapa neonatus yang belum Kn 1? Apa jenis pelayanan yang belum didapatkan, Vit K1 atau HB 0 atau konseling menyusui	Dari neonatus yang sudah Kn 1 siapa yang belum Kn lengkap? Apa jenis pelayanan yang belum didapatkan?	Siapa neonatus risiko tinggi yang belum terlayani Kn?	Dari bayi yang belum Kby 1 atau Kby 2 atau Kby 3 atau Kby 4 bagaimana status gizi masing-masing bayi? bagaimana status imunisasi masing-masing bayi? apa jenis pelayanan yang belum didapatkan?

*Contoh analisis cakupan pelayanan dari data kohort bayi*

Analisis seperti ini dinamakan analisis penelusuran per individu yang dapat membantu Bidan meningkatkan kinerja dan apa yang harus dilakukan untuk bulan depan terutama untuk meningkatkan cakupan Persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn), Kunjungan neonatal, kunjungan bayi atau indikator lainnya.

Pada sasaran bayi terdapat sedikit perbedaan penelusuran, karena tiap indikator program bayi menetapkan interval waktu untuk dipatuhi misalnya seorang neonatus dimasukkan cakupan Kn1 jika

diberikan layanan Kn1 pada umur 6-48 jam setelah lahir, jika umur 3 hari belum mendapatkan Kn 1 maka pelayanan yang disusulkan akan dimasukkan cakupan Kn 2 atau jika sudah umur 8 hari maka dimasukkan cakupan Kn 3. Maka penelusuran yang dilakukan tidak bisa untuk mengejar cakupan per indikator jika melebihi interval waktu yang ditetapkan, melainkan untuk mengejar jenis pelayanan yang harus didapatkan bayi misalnya neonatus umur 4 hari belum Kn 1 dan pada kelahirannya belum dapat vitamin K1 dan Hepatitis B1, maka neonatus tersebut dimasukkan cakupan Kn2 sekaligus diberikan pelayanan vitamin K1 dan imunisasi HB 0.

### C. Rencana Tindak Lanjut

Bagi kepentingan program, analisis PWS KIA ditujukan untuk menghasilkan suatu keputusan tindak lanjut teknis dan non-teknis bagi puskesmas. Keputusan tersebut harus dijabarkan dalam bentuk rencana operasional jangka pendek untuk dapat menyelesaikan masalah yang dihadapi sesuai dengan spesifikasi daerah.

#### 1. Rencana tindak lanjut tingkat bidan di desa

Setelah menganalisa data yang didapatkan di wilayah kerjanya, setiap bulan bidan di desa membuat perencanaan berdasarkan hasil analisisnya masing-masing yang akan didiskusikan pada acara minilokakarya tiap bulan. Rencana tersebut termasuk juga rencana logistic.

Jumlah bumil sampai bulan Juni	K1	K4	Taksiran persalinan	Pn
24	23	6	2	5
Rencana Bulan Juli	Bekerja sama dengan kader dan dukun bayi untuk mencari ibu hamil baru dan sisa ibu hamil bulan lalu yang belum di periksa secara lengkap	Memastikan ibu K1 yang seharusnya sudah memasuki K4 agar melakukan pemeriksaan K4 dan untuk persiapan lebih lanjut ke persalinan yang aman	Mempersiapkan diri untuk menolong persalinan yang akan terjadi pada bulan Juli dan sekaligus mempersiapkan obat obatan untuk persiapan persalinan dan kegawat daruratan	Mengkaji dan menindaklanjuti keadaan dari satu ibu yang K4 tetapi tidak Pn, memastikan agar tidak terjadi lagi pertolongan yang tidak ditolong oleh tenaga kesehatan

*Contoh Rencana Tindak Lanjut Bagi Bidan Desa untuk ibu hamil*



Jumlah bayi sampai dengan bulan Juni	Kn 1	Kn lengkap	Neonatus dengan komplikasi yang ditangani	K By
24	10	7	2	8
Rencana Bulan Juli	Mencari kelahiran baru : - Koordinasi dengan bidan luar wilayah - Kemitraan dengan kader, dukun	Memastikan Kn1 mendapatkan Kn2 dan Kn3 Kunjungan neonatus yang tidak tercakup Kn 1 atau Kn2 atau Kn3 untuk memberikan jenis pelayanan yang belum didapatkan (Vit K1, HB 0, dll)	Membuat atau memperbarui peta neonatus risiko tinggi Pemeriksaan Manajemen Terpadu Bayi Muda untuk neonatus risiko tinggi yang tidak tercakup Kn1 atau Kn2 atau Kn3	Kunjungan bayi segera untuk status gizi tidak naik, imunisasi belum lengkap, belum Vit A Kemitraan dengan kader untuk mengajak bayi yang belum Kby 1, 2, 3, 4 datang ke posyandu

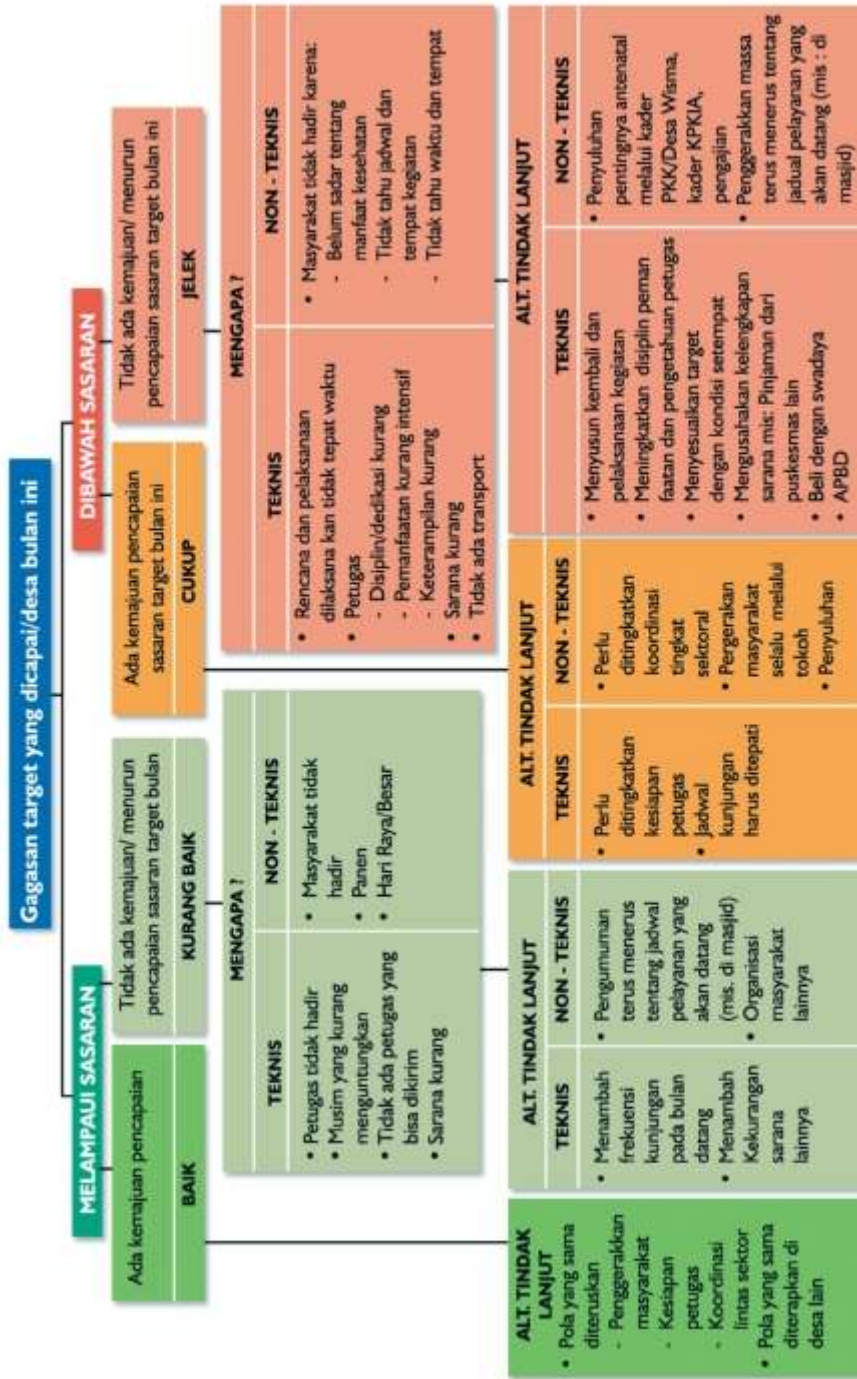
*Contoh Rencana Tindak Lanjut Bagi Bidan Desa untuk neonatus*

2. Kepala Puskesmas dan bidan koordinator harus mampu melihat masalah dan membuat perencanaan tindak lanjut berdasarkan masalah yang ada. Tabel di bawah adalah contoh intervensi yang dilakukan Puskesmas yang didiskusikan pada saat pertemuan bulanan dengan bidan di desa dengan melihat jumlah cakupan di desa.

**TABEL RENCANA TINDAK LANJUT TINGKAT PUSKESMAS**

No	Nama desa	Angka Absolut PKM				Cakupan Puskesmas				RENCANA INTERVENSI
		# Pddk	Bumil	Bulin	Neonatus	K1	Cakupan (%)			
							K4	Pn	KN1	
1	A	441	12	11	11	108	83	-	-	Perbaiki sistem pencatatan dan pelaporan PWS-KIA (validasi data). Mengusahakan agar setiap persalinan dibawa ke Puskesmas/Poskesdes 36. Kunjungan oleh bidan/dokter pada setiap bufas dan neonatus Memberikan hadiah pada bumil yang bersalin di tenaga kesehatan Berkordinasi dengan tokoh masyarakat agar tiap persalinan ditolong nakes
2	B	357	10	9	9	80	60	11	11	Mengusahakan bumil sedini mungkin datang ke tenaga kesehatan Mengusahakan agar setiap persalinan dibawa ke Puskesmas/Poskesdes 1. Kunjungan rumah oleh bidan/dokter pada setiap bumil, bufas dan neonatus Memberikan hadiah pada bumil yang bersalin di tenaga kesehatan Berkordinasi dengan tokoh masyarakat agar tiap persalinan ditolong nakes
3	C	427	12	11	11	117	67	182	182	Perbaiki sistem pencatatan dan pelaporan PWS-KIA (validasi data). Bumil dan bulin di luar wilayah yang mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tersebut tetap dilaporkan ke dinas kesehatan Kabupaten/Kota. 136. Kunjungan oleh tenaga kesehatan pada Bumil • Berkordinasi dengan tokoh masyarakat dan kader agar bumil periksa ke nakes secara teratur
4	D	443	12	12	11	133	33	-	-	Perbaiki sistem pencatatan dan pelaporan PWS-KIA (validasi data). • Bumil dan bulin di luar wilayah yang mendapatkan pelayanan di fasilitas kesehatan tersebut tetap dilaporkan ke dinas kesehatan Kabupaten/Kota • Mengusahakan agar setiap persalinan dibawa ke Puskesmas/Poskesdes 27. Kunjungan oleh bidan/dokter pada setiap bufas dan neonatus • Memberikan hadiah pada bumil yang bersalin di tenaga kesehatan • Berkordinasi dengan tokoh masyarakat dan kader agar setiap bumil periksa teratur dan bersalin oleh nakes

## Contoh lain dari SKEMA ALTERNATIF TINDAK LANJUT

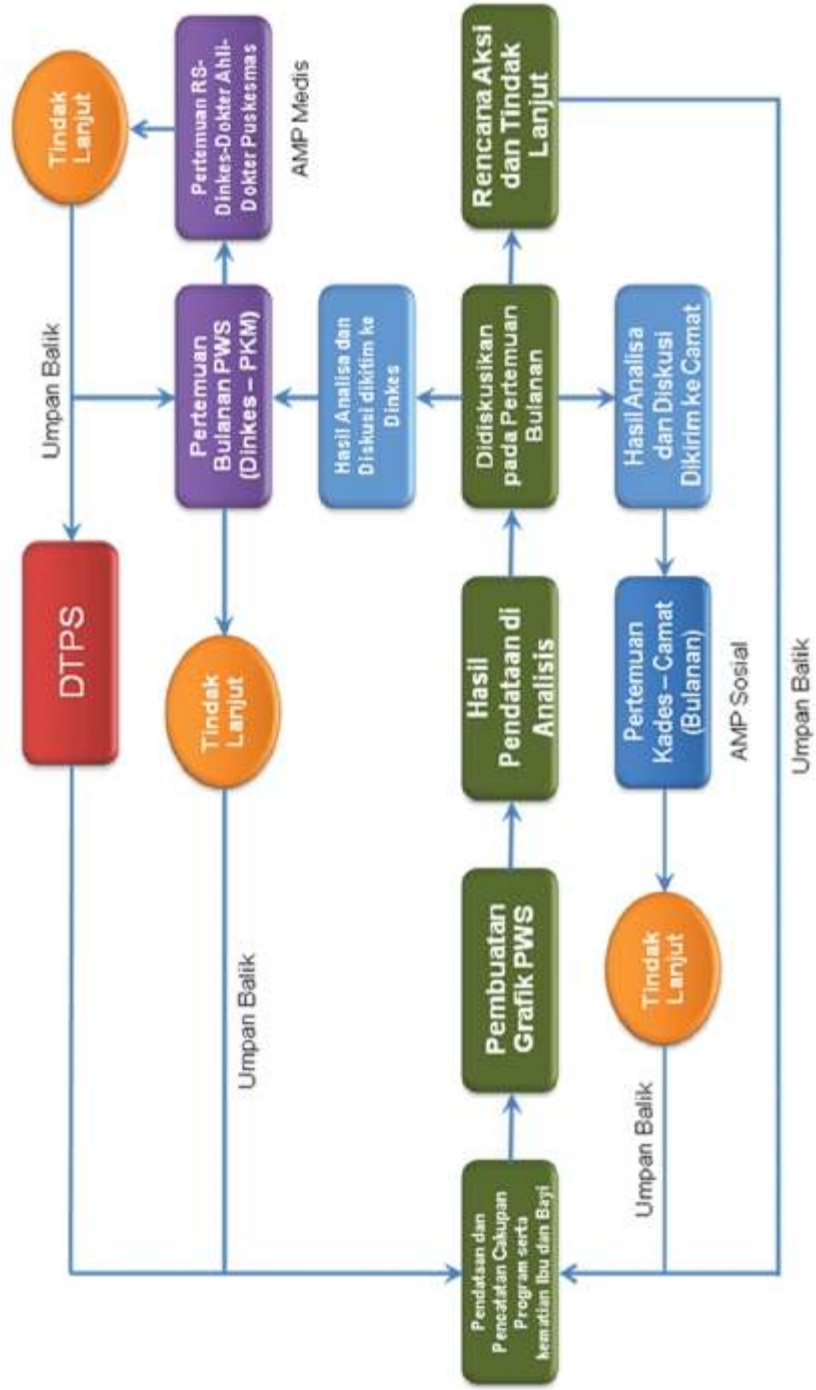


Rencana operasional tersebut perlu dibicarakan dengan semua pihak yang terkait :

1. Bagi desa/kelurahan yang berstatus baik atau cukup, pola penyelenggaraan pelayanan KIA perlu dilanjutkan, dengan beberapa penyesuaian tertentu sesuai kebutuhan antara lain perbaikan mutu pelayanan.
2. Bagi desa/kelurahan berstatus kurang dan terutama yang berstatus jelek, perlu prioritas intervensi sesuai dengan permasalahan.
3. Intervensi yang bersifat teknis (termasuk segi penyediaan logistik) harus dibicarakan dalam pertemuan minilokakarya puskesmas dan/atau rapat dinas kesehatan kabupaten/kota (untuk mendapat bantuan dari kabupaten/kota).
4. Intervensi yang bersifat non-teknis (untuk motivasi, penggerakan sasaran, dan mobilisasi sumber daya di masyarakat) harus dibicarakan pada rapat koordinasi kecamatan dan/atau rapat dinas kesehatan kabupaten/kota (untuk mendapat bantuan dari kabupaten/kota).

Diagram di bawah menunjukkan alur pengolahan, analisis dan pemanfaatan PWS KIA.

**ALUR PENCATATAN, PENGOLAHAN DAN PEMANFAATAN DATA PWS KIA**



Alur pengolahan data, analisis dan pemanfaatan data PWS KIA  
di tingkat Puskesmas

**Umpan Balik :**

- Umpan Balik dari Puskesmas : 1 bulan sekali
- Umpan Balik dari Kabupaten/Kota : 1 bulan sekali
- Umpan Balik dari Propinsi : 3 - 6 bulan sekali
- Umpan Balik dari Pusat : 6 - 12 bulan sekali

## **BAB VI**

### **PELEMBAGAAN PWS KIA**

Pelembagaan PWS KIA adalah pemanfaatan PWS KIA secara teratur dan terus menerus pada semua siklus pengambilan keputusan untuk memantau penyelenggaraan program KIA, di semua tingkatan administrasi pemerintah, baik yang bersifat teknis program maupun yang bersifat koordinatif nonteknis dan lintas sektoral.

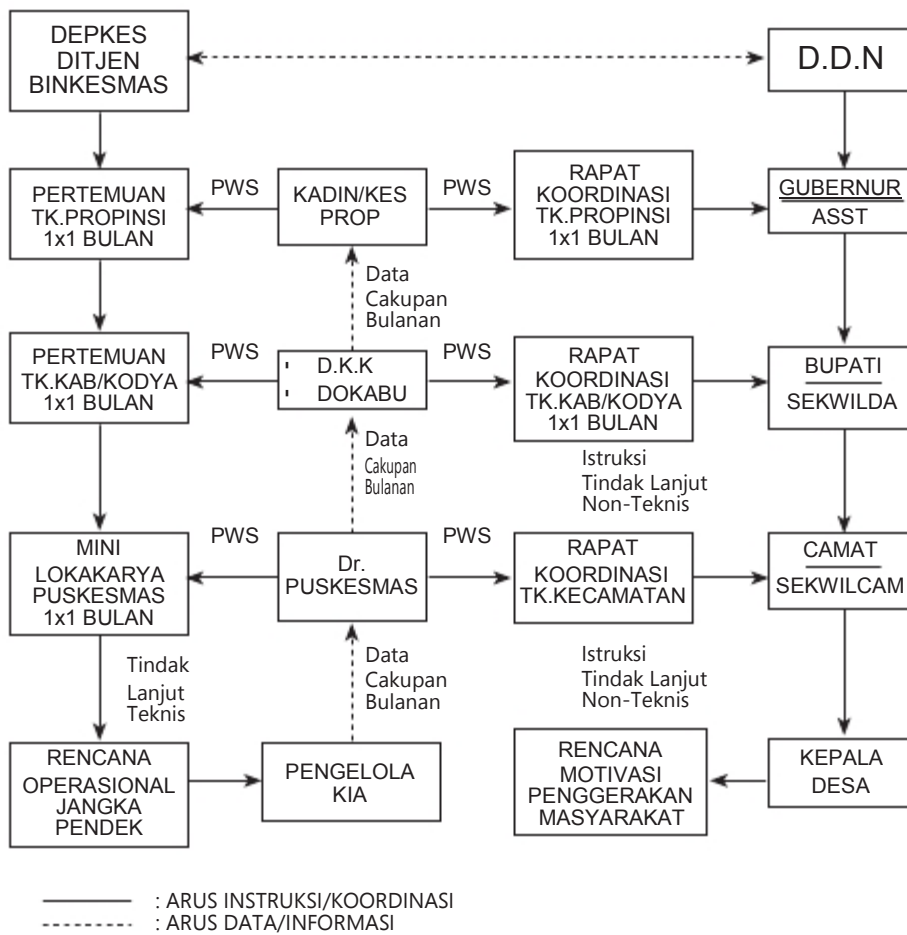
Pada akhirnya pemanfaatan PWS KIA harus merupakan bagian integral dari manajemen operasional program KIA sehari-hari. Dalam suatu pertemuan di Jakarta pada tahun 1989, Bapak Menteri Kesehatan menyatakan :

*Dari pengamatan saya selama ini, PWS sangat sesuai dengan kebutuhan kita sebagai alat pemantau sederhana bagi program imunisasi. Konsep tersebut dapat juga diterapkan untuk program-program lain. Maka saya instruksikan kepada semua Kepala Dinas Kesehatan untuk melembagakan pemakaian PWS tersebut, dalam penyelenggaraan program-program.*

Disamping itu, telah diterbitkan pula surat edaran *Menteri Dalam Negeri No. 44 0/13 00/PUOD tanggal 10 April 1990*, kepada semua Gubernur KDH dan semua Bupati/Walikota/madya seluruh Indonesia untuk mendukung pelaksanaan PWS. Dalam surat tersebut dilampirkan pula Diagram PWS seperti dibawah ini :

**BERDASARKAN SURAT EDARAN DIREKTUR JENDERAL PUOD  
 NOMOR : 440/1300/PUOD  
 TANGGAL : 10 APRIL 1990  
 DIAGRAM  
 PEMANTAUAN WILAYAH SETEMPAT  
 BAGI IMUNISASI**

**Langkah-langkah Pelembagaan PWS KIA  
 Menggunakan Pola Yang Sama**





Sesuai PP No. 34 th 2004 tentang Otonomi Daerah diharapkan pelebagaan PWS KIA dilakukan mulai tingkat desa, kabupaten/kota sehingga PWS KIA dapat dijadikan bahan masukan musrenbang desa dan kabupaten/kota.

#### **A. Langkah langkah dalam pelebagaan PWS KIA**

Dalam upaya pelebagaan PWS KIA dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

##### **1. Penunjukkan petugas pengolahan data di tiap tingkatan, untuk menjaga kelancaran pengumpulan data.**

- | Data hasil kegiatan dikumpulkan oleh puskesmas ditabulasikan kemudian dikirimkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota.
- | Di puskesmas disusun PWS KIA tingkat puskesmas (per desa/kelurahan) dan di dinas kesehatan kabupaten/kota disusun PWS KIA tingkat kabupaten/kota (per puskesmas).

##### **2. Pemanfaatan pertemuan lintas program**

Penyajian PWS KIA pada pertemuan teknis bulanan ditingkat puskesmas (mini lokakarya) dan kabupaten/kota (pertemuan bulanan dinas kesehatan kabupaten/kota), untuk menginformasikan hasil yang telah dicapai, identifikasi masalah, merencanakan perbaikan serta menyusun rencana operasional periode berikutnya. Pada pertemuan tersebut wilayah yang berhasil diminta untuk mempresentasikan upayanya.

##### **3. Pemantauan PWS KIA untuk meyakinkan lintas sektoral**

PWS disajikan serta didiskusikan pada pertemuan lintas sektoral ditingkat kecamatan dan kabupaten / kota, untuk mendapatkan dukungan dalam pemecahan masalah dan agar masalah operasional yang dihadapi dapat dipahami bersama, terutama yang berkaitan dengan motivasi dan penggerakan masyarakat sasaran.

##### **4. Pemanfaatan PWS KIA sebagai bahan Musrenbang desa dan kabupaten/kota**

Musrenbang adalah suatu proses perencanaan di tingkat desa dan kabupaten/kota. Bidan di desa dapat memberikan masukan berdasarkan hasil PWS KIA kepada tim musrenbang.

## **B. Pemanfaatan Indikator Pemantauan**

Dalam upaya melibatkan lintas sektor terkait, khususnya para aparat setempat, dipergunakan indikator indikator yang terpilih untuk menggambarkan wilayahnya yaitu :

1. Cakupan K4, yang menggambarkan kualitas pelayanan KIA
2. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (PN), yang menggambarkan tingkat keamanan persalinan.
3. Cakupan penanganan komplikasi kebidanan.
4. Cakupan kunjungan nifas/neonatus.
5. Cakupan penanganan komplikasi neonatus.
6. Cakupan kunjungan bayi.
7. Cakupan kunjungan balita.
8. Cakupan pelayanan KB aktif.

Penyajian indikator indikator tersebut kepada lintas sektor ditujukan sebagai alat advokasi, informasi dan komunikasi dalam menyampaikan kemajuan maupun permasalahan operasional program KIA, sehingga para aparat dapat memahami program KIA dan memberikan bantuan sesuai kebutuhan.

Indikator pemantauan ini dapat dipergunakan dalam berbagai pertemuan lintas sektor di semua tingkat administrasi pemerintah secara berkala dan disajikan setiap bulan, untuk melihat kemajuan suatu wilayah. Bagi wilayah yang cakupannya masih rendah diharapkan lintas sektor dapat menindak lanjuti sesuai kebutuhan dengan menggerakkan masyarakat dan menggali sumber daya setempat yang diperlukan.

## **C. Pembinaan melalui supervisi**

Supervisi yang terarah dan berkelanjutan merupakan sistem pembinaan yang efektif bagi pelebagaan PWS. Dalam pelaksanaannya supervisi dilaksanakan dengan pengisian checklist yang akan digunakan dalam supervisi ditingkat puskesmas dan kabupaten, untuk kemudian dianalisis dan ditindaklanjuti.

## **BAB VII PELAKSANAAN DAN PELAPORAN PWS KIA**

### **A. Pelaksanaan PWS KIA**

Proses yang perlu dilakukan dalam penerapan PWS KIA dimulai dengan langkah-langkah sosialisasi, fasilitasi dan evaluasi yang diikuti dengan tindak lanjut sesuai kebutuhan.

#### **1. Pelaksanaan PWS KIA di Tingkat Propinsi**

Langkah    langkah atau urutan yang dilaksanakan meliputi :

##### **A. Pertemuan orientasi :**

Pertemuan ini merupakan pertemuan dengan tujuan :

- Menyamakan persepsi mengenai PWS KIA
- Menentukan kebijaksanaan propinsi dalam pelaksanaan PWS KIA
- Merencanakan Fasilitasi tingkat kabupaten/kota dan puskesmas
- Menyusun mekanisme pemantauan kegiatan, dll

Pihak yang terlibat meliputi :

- Subdinas/Bidang yang menangani KIA dari Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota.
- Subdinas/Bidang yang menangani Puskesmas dan RS dari Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota.
- Subdinas/Bidang yang menangani Pengendalian Penyakit dari Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten/Kota.

**Selain itu, pertemuan juga dapat melibatkan RSU.** Hal ini penting karena PWS KIA mempunyai pendekatan wilayah. Dengan demikian semua pelayanan KIA dari fasilitas pelayanan di luar puskesmas pun perlu dilibatkan agar dapat diketahui cakupan pelayanan KIA oleh tenaga kesehatan.

##### **B. Pertemuan Sosialisasi :**

Fokus pertemuan ini adalah untuk lintas sektor di tingkat Propinsi, dengan tujuan untuk sosialisasi tentang PWS KIA, menyepakati peran lintas sektor dalam PWS KIA dan menyusun mekanisme pemantauan kegiatan.

Pihak yang terlibat meliputi :

- Dinas Kesehatan
- BAPPEDA
- Badan Pembangunan Masyarakat Desa
- Badan PP dan KB

**C. Fasilitas :**

Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan bantuan teknis berupa kunjungan ke lapangan atau pertemuan di kabupaten/kota dan puskesmas. Petugas provinsi dibekali untuk dapat memfasilitasi petugas kabupaten/kota dan puskesmas. Peserta terdiri dari unsur-unsur lain dari dinas kesehatan kabupaten/kota seperti : Gizi, Imunisasi, Yankes, Yanfar, P2PL, dll.

Setiap kali fasilitasi, sebaiknya peserta sekitar 30 orang.

Materi fasilitasi :

- Pedoman PWS KIA
- Kebijakan Program KIA
- Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar
- Perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan kegiatan

**D. Evaluasi /Tindak lanjut :**

Kegiatan ini bertujuan untuk menilai kemajuan cakupan program KIA dan merencanakan kegiatan tindak lanjut.

**2. Pelaksanaan PWS KIA Di Tingkat Kabupaten**

Langkah langkah atau urutan yang dilaksanakan meliputi :

**a. Pertemuan orientasi :**

Pertemuan ini merupakan pertemuan dengan tujuan :

- Menyamakan persepsi mengenai PWS KIA
- Menentukan kebijaksanaan propinsi dalam pelaksanaan PWS KIA
- Merencanakan Fasilitas tingkat kabupaten/kota dan puskesmas
- Menyusun mekanisme pemantauan kegiatan, dll

Pihak yang terlibat meliputi :

- Subdinas/Bidang yang menangani KIA dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- Subdinas/Bidang yang menangani Puskesmas dan RS dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

- Subdinas/Bidang yang menangani Pengendalian Penyakit dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- Kepala Puskesmas dan Bidan Koordinator

**Selain itu, pertemuan juga dapat melibatkan RSU dan Unit Pelayanan Kesehatan Swasta.** Hal ini penting karena PWS KIA mempunyai pendekatan wilayah. Dengan demikian semua pelayanan KIA dari fasilitas pelayanan di luar puskesmas pun perlu dilibatkan agar dapat diketahui cakupan pelayanan KIA oleh tenaga kesehatan.

**b. Pertemuan Sosialisasi :**

Fokus pertemuan ini adalah untuk lintas sektor tingkat kabupaten/kota, dengan tujuan untuk sosialisasi tentang PWS KIA, menyepakati peran lintas sektor dalam PWS KIA dan menyusun mekanisme pemantauan kegiatan.

Pihak yang terlibat meliputi :

- Dinas Kesehatan
- BAPPEDA
- Biro Pembangunan Masyarakat Desa
- Biro PP dan KB

**c. Fasilitasi :**

Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan bantuan teknis berupa kunjungan ke lapangan atau pertemuan di puskesmas. Petugas kabupaten/kota dibekali untuk dapat memfasilitasi petugas puskesmas.

Materi fasilitasi :

- Pedoman PWS KIA
- Kebijakan Program KIA
- Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar
- Perencanaan, pelaksanaan dan pemantauan kegiatan

**d. Evaluasi /Tindak lanjut :**

Kegiatan ini bertujuan untuk menilai kemajuan cakupan program KIA dan merencanakan kegiatan tindak lanjut.

### 3. Pelaksanaan PWS KIA di Tingkat Puskesmas

Langkah langkah atau urutan yang dilaksanakan meliputi :

#### a. Pertemuan reorientasi

Pertemuan ini merupakan pertemuan dengan tujuan :

- Menyamakan persepsi mengenai PWS KIA
- Sosialisasi kebijaksanaan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan PWS KIA
- Merencanakan Fasilitasi ke Desa
- Menyusun mekanisme pemantauan kegiatan, dll

Pihak yang terlibat meliputi :

- Bidan di Desa
- Bidan Koordinator
- Pengelola Program KIA
- Kepala Puskesmas
- Petugas Gizi
- P2PL
- Data Operator
- Farmasi

#### b. Pertemuan Sosialisasi

Fokus pertemuan ini adalah untuk lintas sektor tingkat kecamatan dan desa, dengan tujuan untuk sosialisasi tentang PWS KIA, menyepakati peran lintas sektor dalam PWS KIA dan menyusun mekanisme pemantauan kegiatan.

Pihak yang terlibat meliputi :

- Puskesmas
- Camat
- Kepala Desa
- Dewan Kelurahan
- LKMD
- PKK
- Koramil
- Polsek

**c. Memfasilitasi Bidan di Desa :**

Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan bantuan teknis berupa kunjungan ke lapangan atau pertemuan di Desa. Petugas Puskesmas memfasilitasi Bidan di Desa dan lintas sector terkait.

Materi fasilitasi :

- Pedoman PWS KIA
- Pedoman Pelayanan Kebidanan Dasar
- Kebijakan Program KIA
- Perencanaan pelaksanaan dan pemantauan kegiatan

**d. Implementasi PWS KIA Puskesmas.**

Puskesmas melaksanakan kegiatan PWS KIA melalui pengumpulan, pengolahan, analisis, penelusuran dan pemanfaatan data PWS KIA sesuai dengan yang diterangkan pada pembahasan sebelumnya. Termasuk dalam implementasi PWS KIA di Puskesmas adalah pemanfaatan PWS KIA dalam Lokakarya Mini, Pertemuan Bulanan Kecamatan dan Musrenbangcam.

**e. Tindak lanjut :**

Kegiatan ini bertujuan untuk menindaklanjuti hasil hasil pembahasan implementasi PWS KIA di tingkat puskesmas .

**4. Pelaksanaan PWS KIA di Tingkat Desa**

Langkah langkah urutan pelaksanaan meliputi :

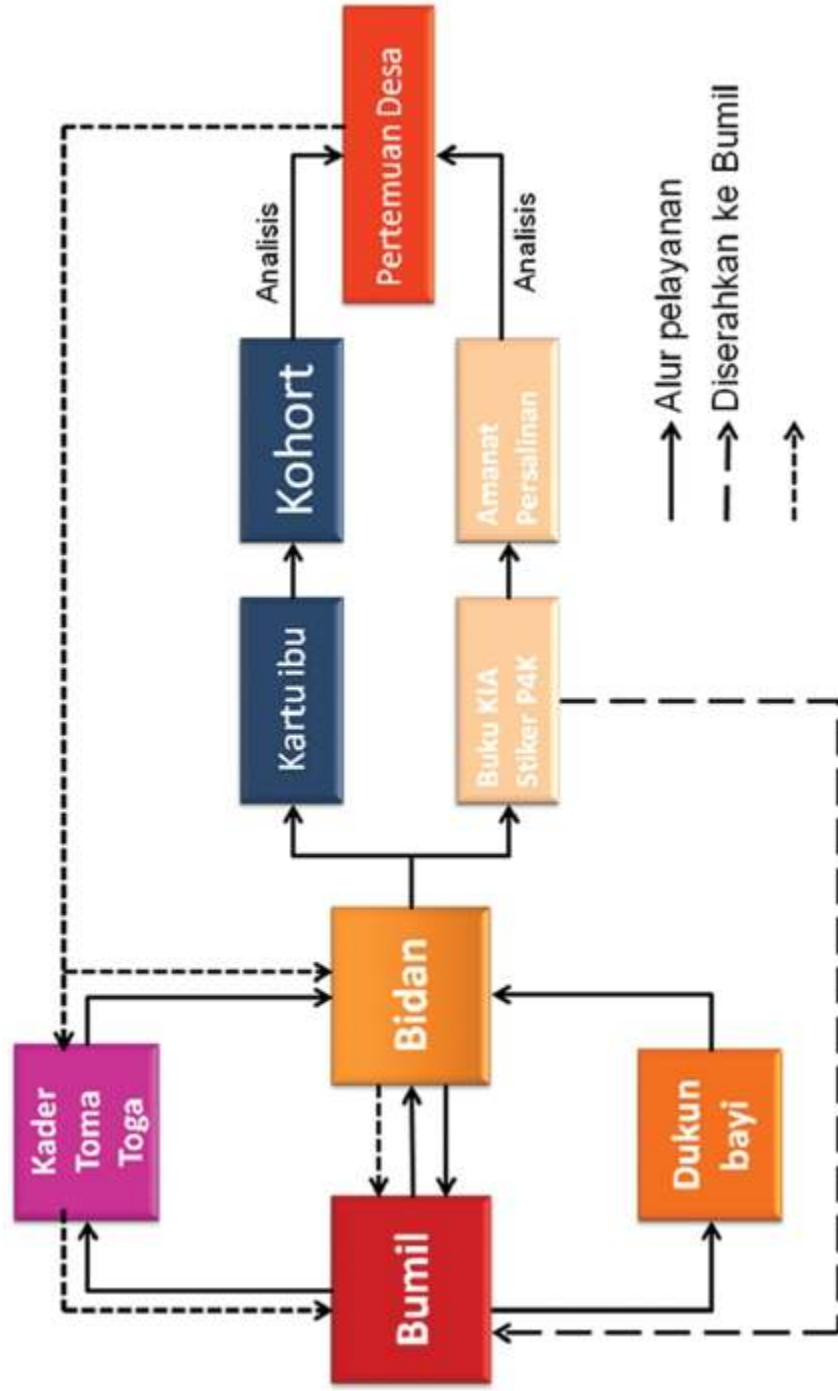
**a. Implementasi PWS KIA oleh Bidan di Desa**

Bidan Di Desa melaksanakan kegiatan PWS KIA melalui pengumpulan, pengolahan, analisis, penelusuran dan pemanfaatan data PWS KIA sesuai dengan yang diterangkan pada pembahasan sebelumnya. Termasuk dalam implementasi PWS KIA di Tingkat Desa adalah pemanfaatan PWS KIA untuk dibahas dalam Lokakarya Mini Puskesmas, Pertemuan Bulanan Desa dan Musrenbangdes.

**b. Tindak lanjut :**

Kegiatan ini bertujuan untuk menindaklanjuti hasil hasil pembahasan implementasi PWS KIA di tingkat puskesmas dan desa.

# ALUR REGISTRASI BUMIL OLEH BIDAN DI DESA





## **B. Pemantauan dan Pelaporan**

Pemantauan kegiatan PWS KIA dapat dilakukan melalui laporan kegiatan PWS KIA bulanan dengan melihat kelengkapan data PWS KIA berikut dengan :

1. Hasil Analisis indikator PWS KIA, antara lain : grafik hasil cakupan, hasil penelusuran dll
2. Rencana tindak lanjut berupa jadwal rencana kegiatan

Data PWS KIA yang dilaporkan dimasing masing tingkatan adalah :

1. Di tingkat Desa untuk dilaporkan ke Puskesmas setiap bulan :
  - Register KIA
  - Rekapitulasi Kohort KB
2. Di tingkat puskesmas untuk dilaporkan ke Dinas Kesehatan kabupaten/kota setiap bulan :
  - LB 3 KIA
  - LB 3 Gizi
  - LB 3 Imunisasi
  - Rekapitulasi Kohort KB
3. Di tingkat kabupaten/propinsi untuk dilaporkan ke Dinas Kesehatan Propinsi/Departemen Kesehatan setiap 3 bulan :
  - Lampiran 1 berisi laporan pelayanan antenatal care
  - Lampiran 2 berisi laporan pelayanan persalinan dan nifas
  - Lampiran 3 berisi laporan sarana pelayanan kesehatan dasar
  - Lampiran 4 berisi laporan kematian ibu dan neonatal
  - Lampiran 5 berisi laporan sarana pelayanan kesehatan rujukan
  - Lampiran 6 berisi laporan pelayanan Antenatal yang terintegrasi dengan program lain seperti PMTCT pada Ibu penderita HIV/AIDS dan malaria dalam kehamilan
  - Lampiran 7 berisi laporan Keluarga Berencana
  - Lampiran 8 berisi laporan diagnosa dan tindakan pasien terhadap perempuan dan anak yang mengalami kekerasan.

Untuk mempermudah mendapatkan laporan dari tingkat bidan di desa, Puskesmas, kabupaten, maupun propinsi, kini proses pencatatan, pengolahan dan pelaporan dapat dilakukan secara komputerisasi yang prosesnya dimulai dari tingkat bidan di desa. Proses komputerisasi ini merupakan proses pengisian kartu ibu dan kartu bayi secara langsung dari lapangan yang dilakukan oleh bidan di desa dan diserahkan kepada data operator di tingkat puskesmas.

Setelah data masuk di tingkat Puskesmas dan di olah secara komputerisasi, Bidan di desa, Bidan koordinator dan kepala Puskesmas dapat dengan mudah dan langsung melihat data secara cepat setiap bulan dan menggunakan data tersebut untuk meningkatkan kualitas program KIA.

Laporan yang keluar dari tingkat puskesmas akan diproses sedemikian rupa pula untuk dapat menjadi konsumsi di tingkat kabupaten, propinsi dan pusat. Secara lengkap proses operasional sistim komputerisasi dari PWS KIA ini dapat dilihat pada modul operasional komputerisasi PWS KIA yang ada di dalam Software PWS KIA.

## ANGKA KELAHIRAN KASAR (CBR) MENURUT PROPINSI

Propinsi	2010	2015
NAD	19.8	19.8
Sumatra Utara	19.6	19.6
Sumatra Barat	20.3	20.3
Riau	21.7	21.7
Jambi	19.2	19.2
Sumatra Selatan	19	19
Bengkulu	18.8	18.8
Lampung	18.2	18.2
Kep. Bangka Belitung	18	18
DKI Jakarta	19.2	19.2
Jawa barat	18	18
Jawa tengah	16.8	16.8
DI Jogjakarta	11.9	11.9
Jawa Timur		
Banten	20.5	20.5
Bali	14.4	14.4
Nusa Tenggara Barat		
Nusa tenggara Timur	19.8	19.8
Kalimantan Barat	19.7	19.7
Kalimantan Tengah	16.8	16.8
Kalimantan Selatan	18.3	18.3
Sulawesi Utara	14.8	14.8
Sulawesi tengah	18.7	18.7
Sulawesi Selatan	18.2	18.2
Sulawesi tenggara	17.5	17.5
Gorontalo	18.2	18.2
Maluku	21.5	21.5
Maluku Utara	22.2	22.2
Papua	20.1	20.1
Indonesia		

Sumber : SUSENAS 2004

## Jadwal Imunisasi Dasar

UMUR	VAKSIN
0 - 7 hari	HB 0
1 bulan	BCG, Polio 1
2 bulan	DPT / HB1, Polio 2
3 bulan	DPT / HB2, Polio 3
4 bulan	DPT / HB3, Polio 4
9 bulan	Campak

## Jadwal Imunisasi (lanj)

IMUNISASI ANAK SEKOLAH	PEMBERIAN IMUNISASI	DOSIS
Kelas 1	DT Campak	0,5 cc 0,5 cc
Kelas 2	TT	0,5 cc
Kelas 3	TT	0,5 cc

IMUNISASI	PEMBERIAN IMUNISASI	SELANG WAKTU PEMBERIAN MINIMAL	MASA PERLINDUNGAN	DOSIS
TT WUS	T1	-	-	0,5 cc
	T2	4 minggu setelah T1	3 Tahun	0,5 cc
	T3	6 Bulan setelah T2	5 Tahun	0,5 cc
	T4	1 Tahun setelah T3	10 Tahun	0,5 cc
	T5	1 Tahun setelah T4	25 Tahun	0,5 cc