



EVALUASI IMPLEMENTASI EPIDEMIOLOGI SISTEM SURVEILANS PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK (KIA) KABUPATEN PANGKEP

Asni Hasanuddin¹, Fidrotin Azizah², Rony Setianto³, Ardiansah Hasin⁴, Hasliani⁵

^{1,4}Universitas Indonesia Timur, asnihasanuddin87@gmail.com

^{2,3}Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rajekwesi Bojonegoro, fidrotin.azizah@gmail.com

⁵Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Amanah Makassar, hasliani2828@gmail.com

Info Artikel : Diterima Desember 2022; Disetujui Januari 2023 ; Publikasi Januari 2023

ABSTRAK

Krisis ekonomi yang melanda seluruh negara di dunia saat terjadi pandemi Covid 19 terhadap outcome kehamilan, namun penelitian yang dilakukan dalam tiga tahun terakhir menunjukkan bahwa bayi yang lahir dari ibu yang mengalami KEK mempunyai rata-rata berat badan lahir 2.568 gram atau 390,9 gram lebih rendah dibandingkan dengan ibu yang tidak mengalami KEK. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kelemahan dan kebutuhan sistem surveilans KIA di Kabupaten Pangkep. Meliputi cara pengumpulan data surveilans KIA, pengolahan analisis dan penyajian data, cara penyebarluasan dan cara pemanfaatan data hasil surveilans KIA. Berdasarkan hasil evaluasi tersebut dapat disimpulkan bahwa sistem surveilans program KIA di Kabupaten Pangkep pada umumnya sudah berjalan baik, beberapa yang masih perlu ditingkatkan adalah kemampuan petugas KIA dalam hal Analisa data, penyampaian umpan balik dan ketepatan waktu pelaporan.

Kata kunci: Surveilans, Evaluasi Program Kesehatan, Ibu dan Anak

ABSTRACT

Although there is no specific research that documents the effects and economic crisis that hit all countries in the world when the Covid 19 pandemic occurred on pregnancy outcomes, research conducted over three decades shows that it is clear that babies born to mothers who experience CED have an average weight birth weight 2,568 grams or 390.9 grams lower than mothers who do not experience CED. This study aims to determine the weaknesses and needs of the MCH surveillance system in the Pangkep District. Includes methods for collecting MCH surveillance data, analyzing and presenting data, dissemination, and utilization of MCH surveillance data. Based on the results of this evaluation, it can be concluded that the surveillance system for the MCH program in Pangkep Regency is generally running well, some of which still need to be improved are the ability of MCH officers in terms of data analysis, submission of feedback and timely reporting

Keywords: Surveillance, Health Program Evaluation, Mother and Child

PENDAHULUAN

Angka kurang gizi pada ibu hamil memberikan kontribusi terhadap tingginya angka BBLR di Indonesia oleh karena itu BKIA harus lebih memperhatikan golongan umur tersebut dan menginsafkan para orangtua untuk memberikan pemahaman bahwa pengawasan teratur anak usia 1 sampai 5 tahun sama pentingnya dengan pengawasan bayi.

Sehubungan dengan hal tersebut para ibu dan keluarga serta masyarakat harus diikutseratakan

sebagai subyek dalam BKIA secara optimal dapat mencapai tujuannya.¹

Program KIA di Kabupaten Pangkep mencakup jumlah laporan persalinan, nifas, laporan imunisasi, penyuluhan gizi, kursus dukun bayi, laporan kunjungan rumah, pelayanan KB, baik yang di rumah sakit, puskesmas, rumah bersalin, pobindes maupun dukun bayi. Surveilans KIA selama ini dilaksanakan, lebih bersifat hanya untuk memenuhi pengisian data laporan instansi Kesehatan di tingkat pusat saja belum disajikan serta dianalisa dengan baik

apalagi di desiminasikan informasinya kepada yang membutuhkan, maka diperlukan usaha untuk peningkatan mutu data dan informasi epidemiologi agar perencanaan hingga evaluasi terkoordinir dengan baik demi peningkatan kualitas hasil analisis kajian data surveilans baik ketepatan waktu dan sensitivitas laporan.²

Surveilans KIA merupakan kegiatan terus menerus untuk mengumpulkan, mengolah, menganalisis dan menginterpretasi data KIA, sehingga dihasilkan informasi untuk menganalisis Tindakan tertentu. Pada pelaksanaannya Surveilans KIA dilaksanakan melalui kegiatan pemeriksaan bayi sampai umur satu tahun, pemeriksaan anak sampai umur 6 tahun, pertolongan persalinan, pemberian suntikan imunisasi dasar dan ulangan, pemberian pendidikan kesehatan masyarakat, kunjungan rumah, pelayanan KB, pemantauan ibu hamil dan ibu bersalin.³

Untuk mencapai tujuan KIA tersebut harus diupayakan agar semua ibu sebelum dan sedang hamil, serta sesudah melahirkan dapat diperiksa kesehatannya secara teratur dan kontinyu, semua bayi sejak lahir sampai umur 6 tahun dapat diawasi kesehatannya dengan tindakan pengobatan serta tindakan pencegahan agar bayi bayi tersebut tidak jatuh sakit, memberikan pendidikan Kesehatan kepada masyarakat terutama pada orangtua dan para ibu, disamping itu dukungan masyarakat adalah syarat mutlak tercapainya kesejahteraan masyarakat.⁴

Secara garis besar kegiatan utama surveilans KIA dikelompokkan menjadi 3 kegiatan utama yaitu pengumpulan data, kompilasi analisa dan interpretasi data serta penyebarluasan kepada yang membutuhkan. Pada tingkat puskesmas data yang dikumpulkan adalah jumlah pemeriksaan bayi sampai umur 1 tahun, jumlah pemeriksaan anak sampai umur 6 tahun, jumlah pemberian suntikan imunisasi dasar dan ulangan, jumlah kunjungan bayi balita dan bumil, jumlah ibu hamil dengan factor risiko, jumlah persalinan, jumlah kunjungan ibu hamil yang ke 4, jumlah BBLR, jumlah kematian maternal perinatal dan jumlah bayi lahir hidup dan mati.^{5,6} Pada akhir bulan puskesmas melaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten (DKK) dengan format laporan kemudian data yang diperoleh disajikan dalam bentuk grafik, analisa dan interpretasi sederhana dilakukan oleh puskesmas untuk evaluasi kegiatan lalu data yang telah dianalisa sederhana tersebut di umpan balikkan ke lintas program dan lintas sectoral yang membutuhkan setiap bulan.⁷

Pada tingkat Kabupaten, DKK tidak melakukan pengumpulan data secara langsung tetapi menerima laporan data dari semua puskesmas dan Rumah Sakit, data yang terkumpul selanjutnya dikompilasi, dianalisa diinterpretasi secara sederhana, penyebarluasan data berupa umpan balik dilakukan oleh Kabupaten/DKK dan disampaikan kepada Puskesmas/RS serta instansi yang membutuhkan.

MATERI DAN METODE

Evaluasi system surveilans KIA hanya dibatasi pada tingkat Kabupaten/DKK, dan puskesmas saja. Penelitian ini adalah penelitian evaluasi tingkat puskesmas dan tingkat kabupaten dengan cara pada tingkat puskesmas dilakukan pengisian kuesioner oleh bidan pengelola KIA puskesmas, bidan desa, bidan/RB swasta, dukun bayi serta pengamatan data sekunder. Evaluasi tingkat kabupaten pengisian kuesioner oleh Kepala seksi KIA DKK, kepala sub seksi KIA dan kepala sub seksi gizi dan pengamatan data sekunder. Unsur unsur yang di evaluasi adalah pengumpulan data, pengolahan data, penyajian data, Analisa data, umpan balik, pemanfaatan data, kelengkapan laporan, ketepatan waktu laporan dan alur laporan, kemudian dilakukan pembobotan dan penetapan strata.⁸

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penanganan KIA

Semua responden (100%) mengumpulkan data sasaran (ibu hamil, ibu bersalin, bayi), kunjungan bumil (K1 dan K4), ibu hamil risiko tinggi, neonatus, laporan persalinan dan BBLR. Jenis form pengumpulan data yang digunakan, semua (100%) responden menyebutkan LB3, rekapan laporan PWS KIA, register kohor ibu hamil. Register kohor bayi, laporan persalinan oleh dukun dan sebanyak 96,67% menggunakan form persalinan swasta. Periode pengumpulan data dilakukan harian (80%), mingguan (33,33%), bulanan (80%), tribulanan (50%), tahunan (58%) dan insidental (30%). Sedangkan tenaga pengumpul data terdiri dari perawat (96,67%), bidan (100%), pekarya (60% dukun (96,67%), dan kader atau dasa wisma (73,33%).

Pengumpulan Data

Dalam upaya pengumpulan data program KIA, semua (100%) responden petugas KIA melakukannya terutama ditingkat puskesmas. Form yang digunakan untuk pengumpulan data adalah LB3(Laporan kegiatan puskesmas SP2TP), register kohor ibu hamil, register kohor bayi dan laporan persalinan dukun, sedangkan laporan data persalinan swasta juga hamper semuanya (96,76%) dilakukan oleh petugas KIA. Ini berarti sumber data untuk BBLR dan program KIA lainnya cukup memadai. Periode pengumpulan data dilakukan secara harian (80%) terutama untuk di puskesmas, seperti kohor ibu hamil/bayi, sedangkan mingguan (33,3%) untuk KIA, persalinan oleh dukun dan register kohor ibu hamil/bayi: bulanan (90%) untuk laporan LB3, PWS-KIA dan laporan persalinan dukun tribulan (50%) untuk PWS-KIA kohor ibu hamil dan bayi, kartu KIA tahunan (56,67%) untuk LB3,PWS-KIA dan stratifikasi puskesmas.

Pengolahan Data

Data KIA terkumpul pada umumnya diolah berdasarkan nama desa (93,33%), umur (80%) dan bulanan atau tahun (93,33%). Alat bantu yang digunakan pada umumnya berupa buku rekapitulasi

dan form bantu rekapitulasi. Pengolahan data dilakukan oleh petugas KIA sudah cukup memadai, mengingat distribusi data yang ada berdasarkan variable epidemiologis yaitu orang, tempat, dan waktu.⁹

Penyajian Data dan Analisa Data

Bentuk penyajian data pada umumnya berupa grafik (86,67%) dan sedikit yang menggunakan peta/map. Analisa data Sebagian besar (70%) telah dilakukan di puskesmas oleh kepala puskesmas (70%) dan petugas KIA (90%). Bentuk Analisa yang sering digunakan cakupan program (76%). Keterlibatan kepala puskesmas tetap memantau pelaksanaan program KIA diwilayahnya.

Umpan Balik

Sekitar tiga per empat (76%) dari data yang telah dianalisa diumpukan balikkan, terutama untuk data PWS-KIA (80%), BBLR (70%), perinatal (60%) dan maternal (78%). Kebanyakan umpan balik dilakukan tiap bulan dan tribulan masing masing (66%), yang dilakukan secara tertulis (70%) maupun lisan dalam bentuk pertemuan rutin di puskesmas.

Kelengkapan dan Ketepatan Waktu Laporan

Laporan program KIA yang berasal dari LB3 dan PWS-KIA pada umumnya sudah teratur dan waktunya terlambat terlalu lama, terutama untuk laporan LB3 dan PWS KIA pada umumnya sudah

teratur dan waktunya terlambat terlalu lama, terutama untuk laporan LB3 13 hari pada bulan berikutnya. Sedangkan keterlambatan laporan PWS-KIA (94,24%) yaitu antara 10-30 hari bulan berikutnya, oleh laporan PWS-KIA tidak hanya angka absolut yang dilaporkan tetapi juga disertai persentase cakupan dari tiap desa wilayah puskesmas yang bersangkutan. Dengan demikian perhatian kabupaten terhadap masalah KIA di puskesmas menjadi lebih besar yang pada akhirnya dapat diupayakan penataan sistem surveilans KIA di semua Puskesmas.

Alur Laporan

Alur laporan data KIA khususnya BBLR di tingkat puskesmas sudah memadai. Hal ini terlihat dengan keterlibatan masyarakat dan swasta dalam upaya pengumpulan informasi dari mereka. Demikian pula bila konsep dan wilayah untuk program KIA dapat berjalan di semua puskesmas maka dapat diketahui jumlah ibu hamil yang ada diwilayahnya dan upaya pemantauan selanjutnya sampai ibu melahirkan.

Adapun hasil pembobotan kriteria penilaian dari unsur surveilans yang dievaluasi tampak pada table berikut:

Tabel 1. Stratifikasi Sistem Surveilans KIA Berdasarkan Pembobotan di Dinas Kesehatan Kabupaten Pangkep

No	Unsur yang Dinilai	Bobot	Kriteria
1.	Pengumpulan Data	5	Baik
2.	Pengolahan data	5	Baik
3.	Penyajian data	5	Baik
4.	Analisa data	3	Sedang
5.	Umpan Balik	3	Sedang
6.	Pemanfaatan data	5	Baik
7.	Kelengkapan laporan	5	Baik
8.	Ketepatan Laporan	3	Sedang
	Total Pembobotan	34	

Sistem Surveilans KIA Kabupaten Pangkep di stratifikasikan : "Sedang"

Keterangan :

Baik : 5-6

Sedang : 3-4

Buruk : 1-2

Rencana Intervensi

Aspek yang di intervensi adalah kemampuan petugas KIA dalam hal menganalisa data dimana petugas perlu dibekali kemampuan untuk menganalisa data program KIA, setelah selesai pembekalan diharapkan petugas mampu melakukan Analisa data dengan baik. Dalam hal umpan balik petugas dibekali kemampuan agar mampu memberikan umpan balik program, baik lintas program maupun untuk lintas sectoral.¹⁰ Metode intervensi yang digunakan adalah

on the job training, sedangkan untuk petugas KIA puskesmas dilatih oleh petugas kabupaten yang telah dilatih sebelumnya (pelatihan berjenjang).

Evaluasi intervensi dilakukan secara sesaat (output pelatihan) dan Longitudinal (outcome pelatihan).

PENUTUP

Berdasarkan hasil analisis maka dapat disimpulkan bahwa system surveilans program KIA di Kabupaten Pangkep pada umumnya sudah berjalan baik, yaitu dalam aspek pengumpulan data KIA, pengolahan data, penyajian data, pemanfaatan data

dan kelengkapan laporan. Beberapa aspek yang perlu ditingkatkan adalah kemampuan Analisa data , penyampaian umpan balik dan ketepatan waktu laporan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hasanuddin A, Djais AI, Dwiningsih A, Yuswatiningsih E. Malnutrition Screening in Pangkep District, South Sulawesi, Indonesia. 2020;6.
2. Hasanuddin A, Syarif J, Nindrea RD. The Evaluation of Needs and Weaknesses of The Immunization Program in Kodingareng and Barranglompo Island, Makassar City, South Sulawesi, Indonesia. 2022;9.
3. Verani JR, Baqui AH, Broome CV, Cherian T, Cohen C, Farrar JL, et al. Case-control vaccine effectiveness studies: Preparation, design, and enrollment of cases and controls. *Vaccine*. 2017 Jun 5;35(25):3295–302.
4. Hasanuddin A. Siklus Gizi Kehidupan. Tohar Media; 2021.
5. Oliveira D, Pereira F, Martins M do R, Castro R, Cordeiro L, Fronteira I. A systematic review of the maternal and neonatal complications in hepatitis B infection. *J Clin Virol Off Publ Pan Am Soc Clin Virol*. 2020 Dec;133:104680.
6. Syarif J, Hasanuddin A. Correlation of Maternal Knowledge and Attitudes Towards Serology Screening Management for Pregnant Women at the Wisata Hospital of the Indonesia Timur University. :6.
7. Leo O, Cunningham A, Stern PL. Vaccine immunology. *Perspect Vaccinol*. 2011 Aug;1(1):25–59.
8. Oktafiana Manurung. Relationship of Competency of Midwife with Management Management of Newbirth Asphysisia in the RegionService Work Health Deli Serdang. *Int J Community Serv IJCS*. 2020 Dec 30;1(2):91–102.
9. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 22;2015(7):CD007007.
10. Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav*. 2016 Jan;77:153–66.