

Penilaian Kualitas Data Rutin Program Kesehatan Ibu dan Anak dengan *Routine Data Quality Assessment (RDQA)*

Yuliastari

Informatika Kesehatan Ilmu Kesehatan Masyarakat,
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
andrebabakan@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Sistem informasi kesehatan memiliki peranan yang sangat penting dalam pencatatan dan pelaporan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA). Tidak berjalannya sistem informasi kesehatan akan sangat menyulitkan kegiatan monitoring, evaluasi, dan perencanaan program KIA.

Metode : Penelitian ini dilakukan dengan cara systematic review terhadap 3 penelitian akademik sebelumnya yang bertujuan untuk menganalisis implementasi sistem penjaminan mutu data rutin program PWS KIA. Ketiga penelitian tersebut dilakukan dengan metode penelitian kualitatif. Subyek penelitian petugas yang bertanggungjawab mengelola data rutin KIA di puskesmas dan Dinas kesehatan. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi dokumen menggunakan ceklist sesuai dengan Routine Data Quality Assessment (RDQA) tools. Analisis dilakukan dengan pendekatan content analysis.

Hasil : penelitian systematic review menunjukkan penjaminan mutu data rutin KIA dalam hal komponen dan standar, pemantauan ketepatan waktu pelaporan dan data yang harus dilaporkan sudah dilakukan oleh Petugas pengelola data PWS KIA di puskesmas dan Dinas Kesehatan sesuai dengan pedoman yang ada.

Kesimpulan : Berdasarkan hasil penelitian terhadap data terkait indikator kesehatan anak yang diukur melalui dimensi kualitas data akurasi, konsistensi dan kelengkapan data merekomendasikan data cakupan imunisasi campak sebagai indikator yang paling berkualitas dalam menggambarkan kesehatan anak

Kata kunci : Routine Data Quality Assessment (RDQA), PWS KIA, Pencatatan dan Pelaporan, Mutu data.

ABSTRACT

Background : The health information system has a very important role in recording and reporting Monitoring Local Regional Maternal and Child Health (MCH PWS). No passage of the health information system will greatly complicate the activities of monitoring, evaluation, and program planning of maternal and child health.

Method: The research was done by systematic review of the three previous academic research that aims to analyze the implementation of quality assurance system of routine data PWS KIA program. All three studies were conducted with qualitative research methods. The research subject officer who is responsible for managing KIA routine data in health centers and health authorities. The data collection is done by in-depth interviews and observation checklist according to the document using the Routine Data Quality Assessment (RDQA) tools. The analysis was performed by content analysis approach.

Result: of the research showed systematic review of data quality assurance routines KIA in terms of components and standards, monitoring the timeliness of reporting and data that should be reported has been done by the data managers PWS KIA officer at the health centers and the Department of Health in accordance with the existing guidelines.

Conclusion : Based on the results of research on child health indicators related data measured by the dimension of the quality of data accuracy, consistency and completeness of data recommends measles immunization coverage data as the best indicator of quality in describing the health of children.

Keywords : Routine Data Quality assessment (RDQA), PWS KIA, Recording and Reporting, Data Quality

PENDAHULUAN

Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) merupakan salah satu usaha pemerintah pusat dan daerah untuk merekam suatu kegiatan atau program dengan menggunakan data yang berkelanjutan dan terupdate secara berkala dan terus menerus. Seperti halnya Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) yang 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. Karena kasus kematian pada Ibu dan Bayi di Indonesia sangatlah memprihatinkan¹

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012², Angka Kematian Ibu di Indonesia masih tinggi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini sedikit menurun meskipun tidak terlalu signifikan jika dibandingkan dengan SDKI Tahun 1991, yaitu sebesar 390 per 100.000 kelahiran hidup. Target MDG's ke-5 adalah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Namun ternyata berdasarkan hasil evaluasi capaian MDGs tahun 2015 ternyata gagal menurunkan AKI. Hal ini menjadi sangat sulit karena hingga Tahun 2007 saja AKI di Indonesia masih 228 per 100.000 kelahiran hidup. Sebagai perbandingan AKI di Negara Malaysia dan Thailand pada tahun yang sama sebesar 30 dan 24 per 100.000 kelahiran penduduk. Dan hal ini merupakan cermin bagi Pemerintah Indonesia untuk lebih sungguh-sungguh meniadakan AKI di negeri ini.

Berdasarkan Kepmenkes RI No.1383/Menkes/SK/IX/2005 Tahun 2005³, Tentang Penyusunan Rencana Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025, Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, yang ditunjukkan oleh indikator dampak, yaitu : Meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) dari 69 tahun pada tahun 2005 menjadi 73,7 tahun pada tahun 2025; Menurunnya Angka Kematian Bayi dari 32,3 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 15,5 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2025; Menurunnya Angka Kematian Ibu dari 262 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 74 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2025; Menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita dari 26% pada tahun 2005 menjadi 9,5% pada tahun 2025.

Berdasarkan target RPJP Kepmenkes RI tersebut di atas 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. Pelaporan data kesehatan ibu dan anak telah berjalan secara berjenjang mulai dari bidan desa, puskesmas, dinas kesehatan kabupaten/kota, dinas kesehatan provinsi, dan kementerian. Namun di beberapa kabupaten kota masih sering ditemukan keterlambatan pengiriman data dikarenakan satu dan lain hal¹.

Data yang digunakan untuk menilai keberhasilan program maupun sebagai pertanggungjawaban terhadap kesepakatan global seperti SDGs harus memiliki kualitas yang baik. Data yang berkualitas jika data tersebut memiliki akurasi yang baik dan konsistensi yang tinggi. Sehingga diperoleh data yang benar-benar menggambarkan keadaan yang sesuai dengan

keadaan sesungguhnya di lapangan.

Berbagai metode untuk menilai kualitas data telah banyak dikembangkan, diantaranya *Data Quality Audit* (DQA), *Routine Data Quality Assessment* (RDQA), *Data Quality Assessment and Adjustment* (DQAA), dan *Data Quality Self Assessment* (DQS). Hampir semua alat yang dikembangkan untuk menilai kualitas data menggunakan teknik yang hampir sama, umumnya alat tersebut menilai kelengkapan, akurasi, dan konsistensi data. Pendekatan yang dipilih untuk menilai kualitas data pada penelitian ini adalah RDQA. RDQA dipilih karena metode dan *tools*nya sederhana dan telah diadopsi dan dikembangkan oleh beberapa penelitian untuk mengukur kualitas data.

RDQA *tools* merupakan *tools* yang bertujuan untuk : Melakukan pemeriksaan cepat dari kualitas data yang dilaporkan dan kemampuan sistem manajemen data dalam mengumpulkan, mengelola, dan melaporkan kualitas data; Menyusun

rencana aksi untuk mengimplementasikan pengukuran yang benar untuk memperkuat pengelolaan data dan sistem pelaporan dan meningkatkan kualitas data; dan Memantau secara periodik, kapasitas dan kinerja sistem manajemen data dan sistem pelaporan untuk menghasilkan data yang berkualitas. Metode RDQA ini juga diadopsi oleh Kementerian Kesehatan dengan mengembangkan Penilaian Mandiri Kualitas Data Rutin (PMKDR).

Manuskrip ini disusun dengan pendekatan *systematic review* pada 3 (tiga) penelitian terdahulu yang meneliti kualitas data rutin program dengan menggunakan *Routine Data Quality Assessment* (RDQA). Keunggulan menggunakan pendekatan *systematic review* ini adalah mendapatkan temuan yang valid dan dapat diaplikasikan dari beberapa penelitian sebelumnya pada suatu fenomena yang spesifik⁴.

Tabel 1. Dimensi Penelitian RDQA

No	Nama Peneliti, Tahun	Judul Penelitian	Tujuan	Metode	Variabel
1	Cahya Tri Purnami, Sutopo Patria Jati, 2011 (Prosiding FIKI, 2015)	Implementasi Sistem Penjaminan Mutu Data Rutin (Studi Kasus Pada Program Kesehatan Ibu dan Anak di Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo)	Menganalisis Implementasi Sistem Penjaminan Mutu Data Rutin KIA di DKK Wonosobo.	Metode penelitian kualitatif, subyek penelitian petugas pengelola program KIA di DKK Wonosobo. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi dokumen menggunakan RDQA. Analisis dilakukan dengan pendekatan <i>content analysis</i>	Sumber daya, Kelengkapan data, Ketepatan Waktu, Akurasi data, dan Konsistensi data
2	Dian Sulistyowati, 2013 (Tesis)	Model Penilaian Kualitas Data Rutin Pada Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kota Bogor	Menilai Program Kesehatan Ibu dan Kesehatan Anak melalui pendekatan kerangka kerja RDQA	Metode penelitian kualitatif dengan teknik pengumpulan informasi wawancara mendalam dan observasi dokumen, dengan <i>tools asesment</i> menggunakan pendekatan RDQA	Kualitas data, yakni kelengkapan, akurasi dan konsistensi. Untuk variabel ketepatan waktu, dan integritas tidak diperoleh pendukung
3	Rifqi Utari, 2013 (Skripsi)	Analisis Implementasi Program Penjaminan Kualitas Data PWS	Tujuan penelitian untuk menganalisis implementasi program penjaminan	Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif.	Komunikasi, sumber daya, motivasi, kepemimpinan, supervisi kelengkapan data,

KIA Di Puskesmas Kabupaten Brebes	kualitas data PWS KIA	Pengumpulan data dilakukan dengan <i>indepth interview</i> pada informan utama, yaitu bidan koordinator dan kepala	ketepatan waktu, akurasi data, dan konsistensi data
		Puskesmas di 8 Puskesmas yang telah didampingi. Uji validitas dengan triangulasi sumber kepada bidan desa di 8 Puskesmas yang didampingi dan seksi Kesehatan Keluarga (Kesga) Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes.	

METODE

Penelitian ini merupakan *systematic review* dengan sumber data berasal dari 3 penelitian yang berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pada penelitian yang dilakukan oleh Cahya Tri Purnami dan Sutopo Patria Jati⁵, penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif yang dilaksanakan di Bagian Kesehatan Keluarga DKK Wonosobo. Semua petugas yang terlibat dalam sistem penjaminan mutu data rutin KIA sebagai subyek penelitian, Kepala Seksi KIA dipilih sebagai informan utama sedangkan informan triangulasi adalah Kepala Bagian Kesehatan Keluarga dan Petugas Pengelola Data KIA. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam menggunakan panduan wawancara dan pengisian angket oleh semua informan di DKK Wonosobo dan observasi pada dokumen-dokumen pendukung sistem jaminan mutu data rutin KIA berdasarkan standar penilaian mutu data-RDQA tools. Metode analisis data hasil wawancara mendalam dengan menggunakan pendekatan "*content analysis*"⁶. Pada penelitian yang dilakukan oleh Dian Sulistyowati⁶, metode penelitian kualitatif dengan teknik pengumpulan informasi wawancara mendalam dan observasi dokumen, dengan *tools asesment* menggunakan pendekatan RDQA. Pada Kota Bogor dipilih dua Puskesmas yang terletak di bagian utara dan selatan Kota Bogor. Informan yang digunakan staf pengelola program di puskesmas (3 orang), staf pengelola program di dinas kesehatan (1 orang).

Teknik wawancara yang dilakukan adalah wawancara bebas terpimpin, dimana pada pembicaraan tetap terarah secara tegas dan mengarah sehingga lebih fleksibel dan arahnya lebih jelas⁷. Sedangkan pada penelitian yang dilakukan oleh Rifqi Utari⁸, penelitian ini merupakan penelitian *pre and post* pada 8 puskesmas dari 10 puskesmas yang telah mendapatkan pendampingan dalam mengaplikasikan *Routine Data Quality Assessment* (RDQA). Peneliti menggunakan metode penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Pengumpulan data dilakukan dengan *indepth interview* pada informan utama, yaitu bidan koordinator dan kepala Puskesmas di 8 Puskesmas yang telah didampingi. Uji validitas dengan triangulasi sumber kepada bidan desa di 8 Puskesmas yang didampingi dan Seksi Kesehatan Keluarga (Kesga) Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes

HASIL DAN PEMBAHASAN

Komponen sumber daya merupakan hal yang utama dalam mewujudkan mutu data. Notoatmodjo (2005)⁹ dalam penelitian pertama, Cahya Tri Purnami dan Sutopo Patria Jati⁵, pengelola data KIA telah ditunjuk oleh Dinas Kesehatan dan memiliki tugas pokok dan fungsi, yaitu membantu membuat laporan tentang KIA dari Puskesmas. Namun demikian pengelola data belum sesuai latarbelakang pendidikan tetapi

ditentukan berdasarkan kemampuan mengoperasikan komputer.

Dalam menjamin informasi yang bermutu, tidak hanya diperlukan kemampuan komputer tetapi juga kemampuan pengelolaan data, statistik dan epidemiologi¹⁰. Oleh sebab itu pemberian pelatihan dan sertifikasi yang sesuai menjadi hal yang penting juga. Dalam penelitian ini diketahui petugas yang mengelola data KIA

sangat terbatas dalam kemampuan statistik dan pengecekan kualitas data yaitu sebesar 64%. Petugas mempunyai motivasi tetapi sangat kurang kompetensinya dalam menginterpretasi dan menggunakan data. Untuk itu secara umum tanggung jawab yang harus dilaksanakan oleh pemerintah adalah menetapkan standar dalam pengelolaan Sistem Informasi Kesehatan¹¹.

Tabel 2. Hasil dan Pembahasan Penelitian RDQA

No	Nama Peneliti, Tahun	Judul Penelitian	Tujuan	Variabel	Sampel	Hasil dan Pembahasan
1	Cahya Tri Purnami, Sutopo Patria Jati, 2011 (Jurnal)	Implementasi Sistem Penjaminan Mutu Data Rutin (Studi Kasus Pada Program Kesehatan Ibu dan Anak di Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo)	Menganalisis Implementasi Sistem Penjaminan Mutu Data Rutin KIA di DKK Wonosobo.	Sumber daya manusia, Indikator, Manajemen data, Integrasi data, Sarana prasarana, Penyebarluasan informasi, Penggunaan data, kelengkapan, akurasi dan konsistensi, ketepatan waktu, dan integritas	Informan : Kasie. KIA Informan triangulasi : Kabag. KIA, Pelaksana KIA	Sumber daya manusia telah ada namun belum memiliki kompetensi pengelolaan data, statistik dan epidemiologi Indikator sudah ada dalam format pelaporan rutin mencakup untuk derajat kesehatan, masalah kesehatan, sumber daya kesehatan, kinerja upaya kesehatan. Manajemen data sudah baik dalam hal pelaksanaan : sumber data (<i>input</i>), pengolahan data (<i>proses</i>), produk informasi, dan penyebaran informasi (<i>output</i>) telah berjalan dengan baik km telah menjadi tupoksi, namun belum terdapat SOP untuk manajemen data ini mulai dari <i>input</i> , <i>proses</i> , hingga <i>output</i> data belum ada proses perencanaan yang dilakukan untuk pengelolaan data dalam memenuhi kebutuhan internal maupun eksternal Integrasi data melalui pembuatan <i>form</i> data yang baku dan seragam telah dilakukan mulai dari Puskesmas, Dinkes kab/kota hingga Dinkes provinsi Sarana prasarana pendukung telah memadai Penggunaan data khusus data KIA telah digunakan dalam pembuatan Profil Kesehatan Kabupaten. Selain itu data telah digunakan dalam dua penilaian, yaitu kualitas data dan penilaian kinerja program KIA
2	Dian Sulistyowati, 2013 (Tesis)	Model Penilaian Kualitas Data Rutin Pada Program Kesehatan Ibu dan Anak melalui	Menilai Program Kesehatan Ibu dan Anak melalui	Kualitas data yang dinilai, yaitu kelengkapan, akurasi dan konsistensi. Untuk dimensi kualitas data	Informan Puskesmas : 6 orang (3 orang masing-	Hasil penilaian kualitas data ini merupakan gambaran kualitas data pada saat penelitian ini berlangsung dan hanya menggambarkan keadaan di dua Puskesmas yang diteliti di Kota Bogor sehingga tidak dapat

	dan Anak di Kota Bogor	pendekatan kerangka kerja RDQA	lainnya seperti ketepatan waktu, dan integritas tidak didapatkan data yang tepat sehingga tidak diukur dalam penelitian ini.	masing PKM)	menggambarkan keadaan keseluruhan di Kota Bogor.	
3	Rifqi Utari, 2013 (Skripsi)	Analisis Implementasi Program Penjaminan Kualitas Data PWS KIA Di Puskesmas Kabupaten Brebes	Tujuan penelitian untuk menganalisis implementasi program penjaminan kualitas data PWS KIA	Komunikasi, sumber daya, motivasi, kepemimpinan, supervisi Kelengkapan data, ketepatan waktu, akurasi data, dan konsistensi data	Informan utama : Bidan koordinator dan Ka. PKM di 8 PKM Triangulasi : bidan desa di 8 PKM dan pemegang program di seksi KIA Dinkes	Hasil penelitian menunjukkan bahwa implementasi program penjaminan kualitas data PWS KIA di Puskesmas Kabupaten Brebes sudah berjalan baik. Sebagian besar pendampingan masih digunakan. Kecenderungan faktor yang mendukung adalah faktor komunikasi, dari aspek mekanisme penyampaian informasi terkait PWS KIA dan alur pelaporan data PWS KIA yang sudah terpola baik dan tepat waktu. Faktor pendukung lainnya adalah ada tenaga khusus yang mendukung kinerja bidan koordinator dan kerjanya sudah optimal. Faktor lainnya yaitu motivasi pimpinan dalam bekerja dan menjamin kualitas data PWS KIA. Pelibatan bidan desa dalam perencanaan, pemberian <i>reward and punishment</i> , pengawasan program, pengecekan data-data, dan kepedulian terhadap bawahan termasuk faktor kepemimpinan yang mendukung. Faktor pendukung yang terakhir adalah supervisi bidan koordinator dan kepala Puskesmas. Kecenderungan faktor yang menghambat adalah faktor sumber daya bukan manusia, yaitu kurangnya fasilitas komputer dan faktor kepemimpinan, yaitu tidak adanya penjelasan deskripsi pekerjaan di awal pengangkatan.

Untuk menjamin bahwa semua sumber data yang diperlukan mendukung ketersediaan data/ laporan secara lengkap dan tepat waktu maka petugas pengelola data KIA di DKK membuat suatu formulir yang berisi checklist Laporan Kinerja Program KIA Puskesmas pada tiap bulan. Hasil jawaban informan utama maupun informan triangulasi diperoleh kesimpulan yang sama, yaitu Kinerja Puskesmas tidak hanya dilihat dari cakupannya saja tetapi juga dari waktu pelaporan dan jenis laporannya. DKK Wonosobo sudah menyepakati bahwa tenggang waktu pelaporan diberikan batasan maksimal sebelum tanggal 5 pada bulan berikutnya. Dalam pedoman tersebut

juga dituliskan siapa saja yang harus membuat laporan beserta alur pelaporannya sesuai dengan kewenangan dan jenis pelayanan dalam program KIA dan ditujukan bagi semua tingkatan, pencatatan hasil pelayanan menggunakan dokumen sumber dan formulir yang sama untuk semua tingkat pelayanan.

Standarisasi laporan yang telah baku mulai dari Puskesmas hingga Dinas Kesehatan Provinsi dinilai penting untuk menjaga data agar tidak terduplikasi dan tidak menyulitkan petugas di lapangan untuk mengisi berulang-ulang pada pertanyaan yang sama. Hasil observasi yang dilakukan terbukti dalam membuat laporan sudah

menggunakan formulir yang sama (terintegrasi) untuk semua Puskesmas dan saat DKK harus melaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah juga sudah menggunakan formulir yang sudah baku dari Provinsi. Prosedur tertulis yang mengatur penyimpanan/dokumentasi sudah ada, namun langsung tertulis dalam tupoksi petugas pengelola data, sedangkan prosedur tertulis untuk penghapusan dokumen sumber belum tersedia. Penyimpanan data bertujuan agar data tidak hilang, rusak dan pada saat dibutuhkan dapat tersedia dengan cepat¹¹.

Dalam hal menjamin informasi bebas dari kesalahan, diperlukan suatu prosedur pengecekan kualitas data, prosedur mengelola data yang terlambat dilaporkan, data yang tidak konsisten, data yang hilang⁵. Dari hasil observasi, tidak ditemukan adanya prosedur yang menjelaskan kegiatan tersebut secara tertulis atau dalam bentuk dokumentasi, namun dari hasil wawancara diperoleh informasi bahwa petugas pengelola data sudah melaksanakan hal tersebut, karena sudah menjadi tugas pokok dan fungsinya. Mekanisme penyebaran data/informasi menggunakan acuan Pedoman PWS KIA, jadi tidak ada aturan tertulis secara khusus. Dalam mekanisme tersebut dijelaskan mengenai pengguna data/informasi, jenis data / laporan yang dibutuhkan oleh masing-masing pengguna, periode waktu dan cara penyebarluasannya.

Berdasarkan hasil wawancara diperoleh informasi bahwa semua data dikelola oleh satu orang penanggungjawab. Proses (koordinasi, penilaian, perencanaan dan penentuan prioritas pengelolaan data/informasi). Koordinasi dan penilaian dalam pengelolaan data dengan melakukan pembuatan kode standar data dan informasi di tempat pelayanan yang sudah ada dalam pedoman dan didokumentasikan. Koordinasi juga sudah dilakukan antara

Puskesmas dengan DKK dalam hal metode penyebarluasan data/informasi program KIA masing-masing institusi tersebut sudah memberikan data/informasi atas permintaan dan kebutuhannya, koordinasi dalam format pelaporan dan frekuensi laporan sesuai kebutuhan dan cara penyampaian data/informasi termasuk apabila perlu adanya interpretasi/klarifikasi data. Dalam penelitian ini belum menemukan informasi secara spesifik tentang bagaimana proses perencanaan yang dilakukan untuk pengelolaan data dalam memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal. Monitoring penggunaan kode dan definisi yang digunakan di tempat pelayanan biasanya dilakukan pada saat pertemuan rutin monitoring evaluasi.

Hasil wawancara dan observasi diperoleh penjelasan bahwa untuk pengelolaan data khusus untuk program KIA sudah didukung oleh komputer, printer dan fasilitas komunikasi data untuk pengiriman data. Hasil pengelolaan data ini juga dimanfaatkan oleh pengelola data SIK misalnya untuk membuat profil.

Perangkat keras merupakan peralatan yang digunakan untuk pengumpulan data, pengolahan dan penyajian serta komunikasi data, berupa kartu, buku register, formulir laporan, jaringan komputer dan media koneksi. Sedangkan perangkat lunak adalah kumpulan program komputer berisi instruksi untuk menjalankan proses pengelolaan data¹⁰.

Penggunaan data untuk mendukung Keputusan, data digunakan untuk 2 (dua) penilaian, yaitu kualitas data dan kinerja dalam program KIA. Mutu data dan penilaian mutu data yang efektif dibutuhkan dalam mengevaluasi dampak intervensi di pelayanan kesehatan. Dalam mewujudkan data yang bermutu diperlukan mekanisme yang ditujukan pada proses

pengumpulan, pengiriman, penyimpanan dan analisis data. Proses tersebut memerlukan dukungan SDM. Masih ditemukannya petugas yang melaporkan kurang tepat waktu dengan alasan karena banyaknya tugas rangkap, misalnya beban di bagian lain yang menyita waktu diluar pelayanan (contoh : sebagai bendahara). Dalam hal kinerja petugas dilihat dari cakupan indikator pelayanan yang belum sesuai karena masalah penentuan sasaran yang tidak tepat sehingga tiap akhir tahun dilakukan validasi. Salah satu yang menjadi penyebabnya karena kegiatan surveilan yang belum berjalan dengan baik.

Menurut penelitian Dian (2013)⁶, Kualitas Data yang dinilai pada penelitian ini mencakup dimensi utama kualitas data, yakni kelengkapan, akurasi dan konsistensi, ketepatan waktu, dan integritas. Range data yang dikumpulkan tingkat kelengkapannya berkisar antara 41,67% sampai dengan 100%. Pada observasi di lapangan ketidaklengkapan data disebabkan oleh pengarsipan data yang masih kurang baik. Terutama di Puskesmas, belum ada tata cara penyimpanan arsip yang baik dan belum adanya prosedur penyimpanan salinan data yang telah dilaporkan ke Dinas Kesehatan.

Akurasi diukur dengan melihat dan menjumlahkan data yang ada di Puskesmas dan dibandingkan dengan Data Rekapitulasi di ke Dinas Kesehatan. *Cut of Point* yang ditentukan sesuai dengan rekomendasi WHO adalah : *Accurate*, jika rasio akurasi dari hasil verifikasi berada di antara 85%-114% ; *Under-reported* jika rasio akurasi dari hasil verifikasi > 115% ; *Over-reported* jika rasio akurasi dari hasil verifikasi < 85%. Pada penilaian kualitas data Tabel di atas merupakan penghitungan akurasi rasio dari variabel kesehatan ibu yang diteliti.

Konsistensi dibagi menjadi dua, yaitu konsistensi dari waktu ke waktu dan konsistensi

antar indikator. Konsistensi dari waktu ke waktu dihitung selisih rasio antara data tahun pengamatan (dalam hal ini tahun 2011) dan rata-rata data tahun 2008-2010. Konsistensi antar indikator yang dihitung adalah indikator yang datanya lengkap pada tempat pengamatan. Konsistensi antar indikator diukur dengan membandingkan numerator dan denominator dari indikator yang diteliti, jika ada salah satu tempat pengamatan yang memiliki hasil tidak konsisten pada pengukuran konsistensi antar indikator, maka hasilnya disimpulkan indikator tersebut tidak konsisten.

Pada penghitungan konsistensi dari waktu ke waktu memperlihatkan bahwa data untuk cakupan kunjungan bumil K-4 merupakan indikator yang lengkap datanya dan memperlihatkan konsistensi untuk kedua Puskesmas dan juga konsisten pada saat diukur konsistensi antar indikator.

Hasil wawancara menunjukkan masih adanya perbedaan persepsi dalam mencatat data K1 murni dan K1 akses. Hal yang demikian tentu saja dapat membuat data menjadi terhitung dua kali. Sehingga indikator cakupan kunjungan ibu hamil ke satu (K-1) menjadi kurang sensitif menggambarkan upaya kesehatan ibu dari segi kualitas data.

Ketepatan waktu untuk masing-masing indikator ibu tidak dapat diperoleh informasinya satu persatu dikarenakan laporan data terkait kesehatan ibu ada pada satu laporan sehingga waktu pelaporan untuk seluruh indikator disamakan. Hasil wawancara dengan narasumber di Puskesmas menyatakan bahwa pengelola program di Puskesmas selalu mengirimkan data paling lambat tanggal 5 pada bulan berikutnya. Hasil wawancara dengan pengelola program di dinas kesehatan menyatakan bahwa setiap bulannya masih terjadi keterlambatan pengiriman data. Sekitar 20-25% dari 24 Puskemas yang ada di Kota Bogor masih belum mengirimkan data tepat waktu. Hasil wawancara inipun tidak dapat dilakukan verifikasi

dikarenakan tidak adanya catatan tanggal pengiriman data di Dinas Kesehatan Kota Bogor.

Pada data kesehatan anak yang diambil juga memperlihatkan hasil bahwa hampir semua data tidak didapatkan dengan lengkap. Range data yang dikumpulkan tingkat kelengkapannya berkisar antara 45,45% sampai dengan 86,36%.

Pada data bulanan tahun 2011 yang diambil pada Puskesmas Utara didapatkan bahwa 4 dari 22 indikator (19,05%) data didapatkan dengan lengkap dan pada Puskesmas Selatan didapatkan 3 dari 21 indikator (14,29%) data didapatkan lengkap.

Data pada kesehatan anak yang didapatkan tidak lengkap dikarenakan permasalahan yang sama dengan data kesehatan ibu, dimana petugas kesulitan menyediakan data yang disebabkan oleh arsip yang tidak tersimpan dengan baik.

Pada penilaian kualitas data dimensi akurasi untuk kesehatan anak, data yang dinilai hanya numerator dari setiap indikator karena laporan data bulanan dari Puskesmas yang dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kota Bogor yang didapatkan dalam penelitian ini berbentuk angka absolut. Data yang lengkap kemudian dimasukkan ke penilaian akurasi. Pada tabel berikut akan tergambar hasil pengukuran kualitas data dimensi akurasi yang dibagi menjadi dua bagian yaitu data yang mendukung indikator kesehatan ibu dan kesehatan anak di Puskesmas Utara dan Puskesmas Selatan sepanjang tahun 2011.

Penilaian kualitas sistem pelaporan dilakukan dengan mengadopsi *RDQA Tools*. Hasil wawancara mengenai kualitas sistem pencatatan pelaporan di Dinas Kesehatan Kota Bogor dan Puskesmas di wilayah kerjanya memperlihatkan bahwa Proses Manajemen Data memiliki nilai paling rendah diantara kriteria penilaian lainnya di tingkat Puskesmas, sedangkan integrasi dengan sistem pelaporan nasional memiliki nilai yang paling tinggi. Untuk proses manajemen data di tingkat kota

juga memiliki nilai paling rendah, sedangkan baik kriteria penilaian integrasi dengan sistem pelaporan nasional maupun kriteria penilaian definisi indikator dan pedoman pelaporan sama-sama memiliki nilai paling tinggi.

Menurut penelitian Hasil penelitian Rifqi Utari⁸, menunjukkan bahwa implementasi program penjaminan kualitas data PWS KIA di Puskesmas Kabupaten Brebes sudah berjalan baik. Sebagian besar pendampingan masih digunakan. Kecenderungan faktor yang mendukung adalah faktor komunikasi, dari aspek mekanisme penyampaian informasi terkait PWS KIA dan alur pelaporan data PWS KIA yang sudah terpola baik dan tepat waktu. Faktor pendukung lainnya adalah ada tenaga khusus yang mendukung kinerja bidan koordinator dan kinerjanya sudah optimal. Faktor lainnya yaitu motivasi pimpinan dalam bekerja dan menjamin kualitas data PWS KIA. Keterlibatan bidan desa dalam perencanaan, pemberian reward and punishment, pengawasan program, pengecekan data-data, dan kepedulian terhadap bawahan termasuk faktor kepemimpinan yang mendukung. Faktor pendukung yang terakhir adalah supervisi bidan koordinator dan kepala Puskesmas. Kecenderungan faktor yang menghambat adalah faktor sumber daya bukan manusia yaitu kurangnya fasilitas komputer dan faktor kepemimpinan yaitu tidak adanya penjelasan deskripsi pekerjaan di awal pengangkatan.

KESIMPULAN

Kesimpulan yang didapatkan dari penelitian Penilaian Kualitas Data Rutin Program Kesehatan Ibu Dan Anak adalah sebagai berikut :

1. Akurasi dan konsistensi dari data pada penelitian sangat dipengaruhi oleh kelengkapan data yang dikumpulkan
2. Berdasarkan hasil penelitian terhadap data terkait indikator kesehatan ibu yang diukur

- melalui dimensi kualitas data akurasi, konsistensi dan kelengkapan data merekomendasikan data cakupan kunjungan ibu hamil ke empat (K-4) sebagai indikator yang paling berkualitas dalam menggambarkan kesehatan ibu
3. Berdasarkan hasil penelitian terhadap data terkait indikator kesehatan anak yang diukur melalui dimensi kualitas data akurasi, konsistensi dan kelengkapan data merekomendasikan data cakupan imunisasi campak sebagai indikator yang paling berkualitas dalam menggambarkan kesehatan anak
 4. Proses manajemen data merupakan komponen fungsi yang memiliki nilai paling rendah diantara lima komponen fungsi
 5. Pengelolaan atau penyimpanan arsip manual, belum adanya prosedur data, dan belum adanya *Standard Operating Procedures* (SOP) untuk pencatatan dan pelaporan data merupakan penyebab utama ketidaklengkapan data.

REKOMENDASI

1. Perlu adanya penyeragaman formulir pelaporan KIA yang baku mulai dari pusat hingga daerah
2. Membuat SOP untuk pencatatan dan pelaporan terkait perbaikan kualitas data dimensi kelengkapan, ketepatan waktu, dan integritas,
3. Perlunya peningkatan kompetensi pengelola data KIA dalam hal manajemen, pengolahan data KIA
4. Perlunya melakukan penilaian mutu data sebagai salah indikator penilaian kinerja di tingkat Puskesmas
5. Melakukan *monitoring* dan evaluasi yang lebih menyeluruh mengenai kualitas data yang didapatkan dari daerah dan memberikan umpan baik ke daerah
6. Penelitian ini dapat dikembangkan untuk

indikator pada program lain dan juga daerah lain, sehingga jika penelitian serupa lebih banyak dilaksanakan, akan memperkaya khasanah keilmuan mengenai kualitas data dan sistem pelaporan

7. Dalam mewujudkan data yang bermutu diperlukan mekanisme yang ditujukan pada proses pengumpulan, pengiriman, penyimpanan dan analisis data. Proses tersebut memerlukan dukungan SDM,
8. Masih ditemukannya petugas yang melaporkan kurang tepat waktu dengan alasan karena banyaknya tugas rangkap, misalnya beban di bagian lain yang menyita waktu diluar pelayanan (contoh : sebagai bendahara),
9. Dalam hal kinerja petugas dilihat dari cakupan indikator pelayanan yang belum sesuai karena masalah penentuan sasaran yang tidak tepat sehingga tiap akhir tahun dilakukan validasi.

KEPUSTAKAAN

1. Kemenkes RI, 2010. Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA). Jakarta, 2010. Sumber : <http://www.gizikia.depkes.go.id/wp-content/uploads/downloads/2013/08/Pedoman-PWS-KIA.pdf>. Diunduh 12 April 2016
2. Kemenkes RI, 2013. Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012. Sumber : <http://chnrl.org/pelatihan-demografi/SDKI-2012.pdf>. Diunduh 23 Maret 2016.
3. Kemenkes RI, 2005. Kepmenkes RI No.1383/Menkes/SK/IX/2005 Tahun 2005 Tentang Penyusunan Rencana Jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025. Sumber : <http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream/123456789/1297/1/KMK1383-0905.pdf>. Diunduh 24 Maret 2016.
4. Adisasmito, Wiku. 2007. *Faktor Risiko Diare Pada Bayi dan Balita di Indonesia: Systematic Riview Penelitian Akademik Bidang Kesehatan Masyarakat*. [Online] Tersedia di : <http://journal.ui.ac.id/index.php/health/article/viewFile/212/208>.

5. Cahya Tri Purnami, Sutopo Patria Jati, 2011. Implementasi Sistem Penjaminan Mutu Data Rutin. (Studi Kasus Pada Program Kesehatan Ibu dan Anak di Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo). Prosiding FIKI P.11.2015. Sumber : www.fiki2015.uny.ac.id. Diunduh 14 Maret 2016.
6. Dian Sulistyowati, 2013. Model Penilaian Kualitas Data Rutin Pada Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kota Bogor. Sumber : www.lib.ui.ac.id. Diunduh : 10 April 2016.
7. Riyanto, Agus, SKM., M.Kes. (2011). Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan. Yogyakarta: Andi
8. Rifqi Utari, 2013. Analisis Implementasi Program Penjaminan Kualitas Data PWS KIA Di Puskesmas Kabupaten Brebes. Sumber : www.lib.undip.ac.id. Diunduh : 01 Maret 2016.
9. Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo. Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Cet. ke-2, Mei. Jakarta : Rineka Cipta. 2003.
10. WHO. 2008. Framework and Standards for Country Health Information System Second Edition. Avenue Appia Geneva Switzerland. Diunduh dari <http://www.healthmetricsnetwork.org>. pada tanggal 02 Maret 2016.
11. Sugiyono. Memahami Penelitian Kualitatif. Alfabeta. Bandung. 2013
12. Departemen Kesehatan RI. Indikator Indonesia Sehat 2010. Jakarta. 2010. Sumber : <https://arali2008.files.wordpress.com/2008/10/pedoman-indikator-indonesia-sehat-20101.pdf>. Diunduh pada 22 Maret 2016.
13. Departemen Kesehatan RI. (2015). Renstra Kemenkes RI 2015-2019. Sumber : www.depkes.go.id/resources/download/info-publik/Renstra-2015.pdf. Diunduh 20 April 2016.