

**EFEKTIVITAS PEMANTAUAN WILAYAH SETEMPAT KESEHATAN IBU
DAN ANAK (PWS-KIA) BERBASIS WEB SEBAGAI ALAT
PENCATATAN DAN PELAPORAN BIDAN**

*THE EFFECTIVENESS OF WEB-BASED MONITORING ON LOCAL
AREA - MOTHER AND CHILD HEALTH (PWS-KIA) AS A TOOL FOR
MIDWIFE RECORDING AND REPORTING*

INDRA S.

NIM: P102171069



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2019**



**EFEKTIVITAS PEMANTAUAN WILAYAH SETEMPAT KESEHATAN IBU
DAN ANAK (PWS-KIA) BERBASIS *WEB* SEBAGAI ALAT
PENCATATAN DAN PELAPORAN BIDAN**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Ilmu Kebidanan

Disusun dan diajukan oleh

INDRA S.

kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2019**



LEMBAR PENGESAHAN TESIS

EFEKTIVITAS PEMANTAUAN WILAYAH SETEMPAT KESEHATAN IBU DAN ANAK (PWS-KIA) BERBASIS WEB SEBAGAI ALAT PENCATATAN DAN PELAPORAN BIDAN

Disusun dan Diajukan Oleh

INDRA S.

NIM-P102171069

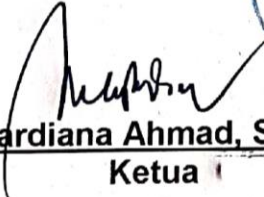
Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis


Pada Tanggal 12 April 2019

UNIVERSITAS HASANUDDIN

Menyetujui

Komisi Penasehat



Dr. Mardiana Ahmad, S.SiT., M.Keb
Ketua


Prof. Dr. Ir. Syafruddin Syarif, MT
Anggota

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Kebidanan

Dekan Sekolah Pascasarjana
Universitas Hasanuddin




Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Si
200604200


Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Si
Nip. 196703081990031001

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN TESIS

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Indra S.

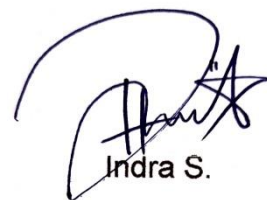
NIM : P102171069

Program Studi : Ilmu Kebidanan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa penelitian tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan data yang digunakan merupakan hasil penelitian saya. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa tesis ini bukan hasil karya saya, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan saya.

Makassar, 9 Mei 2019

Yang menyatakan,



Indra S.



PRAKATA

Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang oleh rahmatnya telah memberikan hikmat dan anugerah besar, sehingga penyusunan proposal ini dapat dilakukan dengan baik.

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) sebagai alat pencatatan dan pelaporan bidan. PWS KIA ini akan membantu tenaga kesehatan (Bidan) dalam melakukan pencatatan dan pelaporan data pelayanan yang telah diberikan.

Selanjutnya, peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang terlibat karena telah memberikan pengetahuan dan ilmu pengetahuan dalam menyusun tesis dengan baik. Khususnya kepada dosen pembimbing yang telah banyak membantu dalam menyelesaikan tesis ini :

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu M.A selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Bapak Prof. Dr. Jamaluddin Jompa selaku Dekan Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar.
3. Ibu. Dr. dr. Sharvianty Arifuddin, Sp.OG(K) selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Ibu Dr. Mardiana Ahmad, S.SiT.,M.Keb selaku Pembimbing I yang telah

bimbing dan mengarahkan peneliti dalam menyelesaikan Tesis ini
dengan penuh ketulusan dan kesabaran.



5. Bapak Prof. Dr. Ir. Syafruddin Syarif, MT selaku Pembimbing II yang telah membimbing dan mengarahkan peneliti dalam menyelesaikan Tesis ini dengan penuh ketulusan dan kesabaran.
6. Dewan Penguji Dr. dr. Nasrudin A.M.,Sp.OG(K)., MARS; Dr. dr. Prihantono., Sp.B.ONK(K). M.Kes; dan Dr. dr. Burhanuddin Bahar, MS yang telah memberikan saran dan masukan demi kesempurnaan penelitian ini.
7. Kepada “iye” (H. Suardi) dan Mama (Hj. Rasdiana) terimakasih yang tak terhingga peneliti ucapkan atas segala kasih sayang dan dukungan yang diberikan kepada peneliti, peneliti menyadari bahwa tak ada yang dapat menyamakan besarnya nilai kasih sayang yang lye’ dan Mama berikan. Peneliti hanya mampu berdoa semoga Allah SWT senantiasa mencurahkan rahmat dan kasih sayang kepada lye’ dan Mama.
8. Kepada saudara peneliti, Andri Suardi, Asriani Manca, Bahcri Suardi, Jussamsi, Citra Suardi, dan Syafri Suardi, serta keponakan Nur Aisyah dan Afif Adzril Andri, terimakasih atas segala dukungan dan kasih sayang yang diberikan kepada peneliti. Semoga Allah SWT senantiasa mencurahkan rahmat dan kasih sayangnya kepada saudara dan keponakan peneliti.
9. Seluruh Staf pengajar S2 Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan bekal ilmu yang sangat bermanfaat

penulis.



10. Kepada seluruh mahasiswi Magister Ilmu Kebidanan Angkatan VI yang senantiasa memberikan dukungan untuk dapat menyelesaikan penelitian ini sehingga dapat wisuda bersama-sama. Terkhusus sahabat-sahabat Meldawati, Rahayu, Muzayyana, Irmawati yang selalu menemani peneliti hingga mencapai tahap ini. Tak lupa pula kepada Kak Sry Wahyuni, Kak Devianti Tandiallo, Juwita, Kak Aliyah dan Saleha yang memberikan berbagai informasi dan masukan kepada peneliti.

Kepada kakak-kakak yang selalu memberikan informasi, dukungan, saran, serta nasihat kepada peneliti. Semoga Allah senantiasa mencurahkan rahmatnya dan segala doa yang dipanjatkan diijabah oleh Allah SWT,, aamiin.

11. Kepada seluruh bidan Polewali Mandar yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan penelitian di wilayah kerjanya.

Terima kasih peneliti ucapkan kepada banyak pihak yang telah membantu dalam pengumpulan data dan informasi sehingga dapat menyelesaikan tesis ini. Akhir kata peneliti mengucapkan Terima Kasih Mohon saran dan masukannya.

Makassar, 9 Mei 2019



Indra S.

ABSTRAK

INDRA S. *Efektivitas Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) berbasis web sebagai Alat Pencatatan dan Pelaporan Bidan (dibimbing oleh Mardiana Ahmad dan Syafruddin Syarif).*

Penelitian ini bertujuan (1) membuktikan PWS KIA berbasis *web* efektif digunakan dalam pencatatan dan pelaporan berdasarkan aspek kemudahan, keamanan, kecepatan, dan relevansi data dan (2) menilai hubungan efektivitas PWS KIA berbasis *web* dengan kecepatan akses internet di wilayah kerja. Penelitian ini bermanfaat bagi bidan dalam melakukan pencatatan dan pelaporan PWS KIA dengan efektif.

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah Puskesmas Massenga, Puskesmas Pekkabata, Puskesmas Matakali, Puskesmas Anreapi, dan Dinas Kesehatan Polewali Mandar. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *one group posttest design*. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *purposive sampling*. Data dianalisis dengan analisis *correlation* berupa *Spearman rho* dengan nilai probabilitas sebesar 0,05.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa *pertama*, PWS KIA berbasis *web* memiliki tingkat efektivitas dengan nilai *mean* sebesar 68.38 dan aspek relevansi data memiliki pengaruh terbesar terhadap efektivitas penggunaannya yakni dengan nilai *mean* sebesar 22.76. Hal ini menunjukkan bahwa efektif digunakan dalam pencatatan dan pelaporan. Kedua, efektivitas PWS KIA berbasis *web* memiliki hubungan yang sangat kuat dengan kecepatan akses internet di wilayah kerja yakni dengan nilai *p value* sebesar 0.000 dan tingkat hubungan yang sangat kuat yang terlihat dari nilai koefisien relasi sebesar 0.858.

Kata Kunci: Pemantauan Wilayah Setempat (PWS), Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), web, Pencatatan, Pelaporan.



ABSTRACT

INDRA S. *The Effectiveness of Web-Based Monitoring of Local Area of Mother and Child Health (PWS-KIA) as a Tool for Midwife Recording and Reporting* (supervised by **Mardiana Ahmad** and **Syafruddin Syarif**)

This study aimed to (1) prove that web-based monitoring of local area of mother and child health was effectively used in recording and reporting based on aspects of ease, security, speed, and data relevance of data, (2) assess the relationship between the effectiveness of web-based monitoring of local area of mother and child health and the speed of internet access in the work area. This research was useful for midwives in doing recording and reporting of monitoring of local area of mother and child health effectively.

The research was carried out in the area of Massenga Health Center, Pekkabata Health Center, Matakali Health Center, Anreapi Health Center, and Polewali Mandar Health Service. The method used in this study was one group post-test design. The sample was selected using purposive sampling technique. The data were analysed using correlation analysis in the form of Spearman *rho* with a probability value of 0.05.

The results of the research indicate that (1) web-based monitoring of local area of mother and child health has a level of effectiveness with a mean value of 68.38 and the data relevance aspect has the greatest effect on the effectiveness of its use with a mean score of 22.76 indicating that it is effectively used in recording and reporting, (2) the effectiveness of web-based monitoring of local area of mother and child health has a very strong correlation with the speed of internet access in the work area, i.e. a *p* value of 0.000 and a very strong correlation level viewed from a relation coefficient value of 0.858.

Key words: monitoring of local area (PWS), mother and child health (KIA), web, recording, reporting



DAFTAR ISI

	Halaman
PRAKATA	v
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian	5
D. Manfaat Penelitian	6
E. Definisi dan Istilah.....	7
F. Ruang Lingkup Penelitian	7
G. Sistematika Penulisan.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Bidan.....	9
B. Pencatatan dan Pelaporan	15
C. Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)	16



D. Internet.....	39
E. Web	42
F. Efektivitas	46
G. Kerangka Teori	47
H. Kerangka Konseptual.....	51
I. Hipotesis	52
J. Definisi Operasional.....	52

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian.....	54
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	54
C. Populasi dan Teknik Sampel	55
D. Instrumen Pengumpulan Data	56
E. Teknik Analisis.....	60
F. Izin Penelitian dan Kelayakan Etik.....	61

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	62
B. Pembahasan.....	66
C. Pengujian Hipotesis	73
D. Keterbatasan Penelitian.....	74

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	75
B. Saran	75

DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR TABEL

nomor	halaman
1. Format Laporan PWS KIA	28
2. Definisi Operasional.....	52
3. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Lama Kerja	63
4. Distribusi Deskriptif Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) Berbasis Web Ditinjau Dari Aspek Kemudahan, Kecepatan, Keamana, Dan Relevansi Data	64
5. Distribusi Frekuensi Kecepatan Akses Internet di Wilayah Kerja	64
6. Hubungan Karakteristik Responden Terhadap Efektivitas Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) Berbasis Web.....	65
7. Hubungan Kecepatan Akses Internet Terhadap Efektivitas Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) Berbasis Web.....	65



DAFTAR GAMBAR

nomor	halaman
1. Grafik PWS KIA	35
2. Kerangka Teori efektivitas Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) berbasis <i>web</i> sebagai alat pencatatan dan pelaporan Bidan	50
3. Kerangka konsep efektivitas Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) berbasis <i>web</i> sebagai alat pencatatan dan pelaporan Bidan	51



DAFTAR LAMPIRAN

nomor	halaman
1. Naskah Penjelasan Untuk Mendapatkan Persetujuan dari Subjek Penelitian	
2. Formulir Persetujuan Mengikuti Penelitian Setelah Mendapatkan Penjelasan	
3. Surat Izin Validitas Kuesioner	
4. Rekomendasi Persetujuan Etik	
5. Surat Izin Penelitian	
6. Formulir Kuesioner	
7. Lembar observasi	
8. Master Tabel Penelitian	
9. Analisis SPSS	



DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Keterangan
ASCII	<i>American Standard Code for Information Interchange</i>
BPM	Bidan Praktik Mandiri
CBR	<i>Crude Birth Rate</i>
CSS	<i>Cascading Style Sheets</i>
HTML	<i>HyperText Markup Language</i>
HTTP	<i>Hyper Text Transfer Protocol</i>
IBI	Ikatan Bidan Indonesia
ICM	<i>International Confederation of Midwives</i>
KB	Keluarga Berencana
KEK	Kekurangan Energi Kronik
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
MTBS	Manajemen Terpadu Balita Sakit
MySQL	<i>My Strustured Query Language</i>
P4K	Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PHP	<i>Hypertext Preprocessor</i>
PUS	Pasangan Usia Subur
PWS	Pemantauan Wilayah Setempat
SDM	Sumber Daya Manusia
	<i>World Elektrik Browser</i>
	<i>World Health Organization</i>



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan alat manajemen pencatatan dan pelaporan guna memantau program KIA di suatu wilayah baik di tingkat Puskesmas maupun Dinas Kesehatan di masing-masing daerah yang dilakukan secara berkelanjutan, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah kerja yang cakupan pelayanan KIAnya masih rendah sehingga mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan lebih memperhatikan dan mencari pemecahan masalahnya. (Ambarwati, 2015; Kurniawan, 2014; Matruty, 2014; Pambudi, 2015;. Senewe, 2010; Sutaip, 2012).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa langkah yang tepat untuk memperoleh angka kematian ibu adalah dengan menindaklanjuti kohor ibu. Dengan demikian, PWS KIA dapat dipandang sebagai surveilens sistem untuk mengukur perkiraan angka kematian ibu dan anak (Kurniasari, 2012; Rani, 2014; Senewe, 2011; Wijayanti, 2016; Winarni, 2015).

PWS KIA sangat bergantung pada sumber daya manusia yang terutama tenaga bidan yang sangat berperan sebagai ujung



tombak kegiatan tersebut. Kegiatan pelaporan pelayanan KIA dilakukan oleh bidan yang bekerja di suatu wilayah, yang secara berjenjang hasil pencatatan oleh Bidan Desa/BPM dilaporkan ke Puskesmas, Puskesmas ke Dinas Kabupaten/Kota, Dinas Kabupaten/Kota ke Dinas Provinsi, dan dari Dinas Provinsi ke Departemen Kesehatan (Harnaningrum, 2014; Kurniasari, 2012; Matruty, 2014; Mubarak, 2017; Sunarwan, 2013; Sutaip, 2012).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Sutaip (2012) menunjukkan sebanyak 29 responden (42%) memiliki laporan data yang kurang baik. Dari aspek ketepatan waktu, pelaporan data pelayanan KIA bulan Maret sebesar 34,31% dan menjadi 32,48% pada bulan April. Penelitian yang dilakukan oleh Rani (2014) menunjukkan kelengkapan data laporan PWS KIA hanya sebesar 61,09%.

Berdasarkan pengalaman peneliti dan hasil wawancara terhadap sejumlah Bidan Desa, yang menjadi kendala dalam pencatatan dan pelaporan PWS KIA adalah banyaknya tugas sehari-hari bidan sehingga terkadang pengumpulan laporan terlambat, adanya kekeliruan pada saat mencatat di laporan PWS karena menggunakan rumus yang biasanya disebabkan juga karena bidan lelah dan mengantuk. Selain itu terkadang bidan tidak menggandakan laporan karena tempat penggandaan yang kurang mendukung sementara laporan harus segera dikumpul. Masalah

yang dialami yaitu bidan meninggalkan tempat pelayanan karena



jika ada pasien yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan, terlebih lagi jika ada pasien yang membutuhkan penanganan segera.

Berdasarkan hasil pengambilan data awal, diperoleh bahwa untuk wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Polewali Mandar, menunjukkan pada bulan Agustus sekitar 42% bidan mengumpulkan laporan tidak tepat waktu, 30% keliru dalam pencatatan, dan 60% bidan yang pencatatannya kurang lengkap, 90% bidan tidak membuat grafik, serta 95% bidan mengeluhkan masalah pencatatan dan pelaporan.

Hasil pengamatan dan wawancara yang dilakukan calon peneliti juga hal tersebut di atas senada dengan hasil penelitian yang mengemukakan bahwa ada beberapa kendala dalam pelaporan data KIA yaitu pelaporan tidak tepat waktu, ketersediaan formulir yang terbatas, bidan desa sudah sibuk dengan tugas sehari-hari yakni melaksanakan pelayanan KIA dan pelayanan kesehatan lainnya, arsip hilang, serta terkadang data yang diinput kurang akurat (Eniyati, 2014; Hakim, 2015; Handoyo, 2008; Harnaningrum, 2014; Herawati, 2016; Kusuma, 2016; Prastika, 2015; Senewe, 2010; Sunarwan, 2013; Sutaip, 2012; Wijayanti, 2016).

Keberadaan data tepat waktu, akurat, lengkap, terpercaya, teratur, dan berkesinambungan sangat diperlukan dalam pengolahan program sebagai upaya mengevaluasi pelayanan dan derajat kesehatan. Dengan

perkembangan komputer dewasa ini, mendayagunakan teknologi informasi dan komunikasi dapat menjadi solusi dari berbagai kendala yang



dialami oleh tenaga kesehatan sebagai upaya dokumentasi dan pengambilan keputusan secara efektif dan efisien sebab data menjadi lebih akurat, lengkap, terpercaya, serta cepat pengolahan dan pengumpulannya, disamping itu tidak perlu tatap muka untuk mengumpulkan laporan sehingga tidak meninggalkan tempat tugas (Constantianus, 2005; Delimayanti, 2007; Fimento, 2013; Hakim, 2015; Hamdani, 2016; Handoyo, 2008; Harnaningrum, 2014; Herawati, 2016; Marwiyanto, 2014; Minardi, 2016; Mubarak, 2017; Purnamasari, 2012; Rahma, 2015; Rasyid, 2016; Rusdiana, 2015; Saleh, 2015; Sutaip, 2012; Tarigan, 2010; Wahyuni, 2015; Wijayanti, 2016; Yanti, 2012).

Penggunaan *software* memudahkan penghitungan dengan menggunakan rumus, sehingga meminimalkan kesalahan penghitungan dan mampu mengefisienkan waktu. *Web Service* adalah sebuah *software* yang dirancang untuk mendukung interoperabilitas interaksi mesin ke mesin melalui sebuah jaringan sehingga sebuah data mudah diakses (Marwiyanto, 2014; Purnamasari, 2012; Septiani, 2010; Wijayanti, 2016).

Sejumlah penelitian mendapatkan bahwa pemanfaatan sistem informasi berbasis *website* dapat mengatasi yang berkaitan dengan pengolahan data, sebab *website* memudahkan dan mempercepat integrasi data sehingga data yang diolah menjadi lebih akurat (Dolu, 2015; Purnamasari, 2012; Septiani, 2010).



Berdasarkan studi pendahuluan dan hasil analisa dari berbagai atas, maka peneliti melakukan penelitian tentang Pemantauan

Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) berbasis *web* sebagai alat pencatatan dan pelaporan Bidan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas, maka yang menjadi rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. “Bagaimana efektifitas dari aspek kemudahan, keamanan, kecepatan, dan relevansi data dalam hal pencatatan dan pelaporan Bidan dengan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) berbasis *web* ?”
2. “Bagaimana hubungan efektivitas pencatatan dan pelaporan bidan menggunakan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) berbasis *web* dengan kecepatan akses internet di wilayah kerja bidan ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Menganalisis efektivitas Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) berbasis *web* sebagai alat pencatatan dan pelaporan Bidan.



2. Tujuan khusus

- a. Membuktikan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) berbasis *web* efektif digunakan dalam pencatatan dan pelaporan dari aspek kemudahan, keamanan, kecepatan, dan relevansi data.
- b. Menilai hubungan efektivitas Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) berbasis *web* dengan kecepatan akses jaringan di wilayah kerja.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan oleh bidan dalam pencatatan dan pelaporan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) di tingkat Pustu, Puskesmas, dan Dinas Kesehatan.

2. Manfaat praktis

a. Bagi Pelayanan Kesehatan.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memudahkan bidan dalam melakukan pencatatan dan pelaporan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) sehingga proses pengumpulannya

tepat dan akurat.



b. Bagi Pemerintah Setempat.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan pihak pemerintah dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan khususnya terkait dengan peningkatan jaringan internet di suatu wilayah kerja.

c. Bagi Peneliti.

Menambah khasanah ilmu pengetahuan dan pengalaman nyata peneliti dalam mengaplikasikan ilmu dan wawasan ilmiahnya mengenai pencatatan dan pelaporan Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) yang memanfaatkan teknologi informasi yang bekerjasama dengan pihak yang ahli dalam bidang IT.

E. Definisi dan Istilah

1. PWS : Pemantauan Wilayah Setempat
2. KIA : Kesehatan Ibu dan Anak
3. WHO : *World Health Organization*
4. *Software* : Perangkat lunak computer
5. *Web/Website* : Halaman dalam internet yang berisi informasi

F. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah pencatatan dan pelaporan A yang dilakukan oleh bidan di wilayah Puskesmas berbasis *web*.



G. Sistematika Penulisan

Secara garis besar, sistematika penulisan usulan penelitian ini yaitu:

BAB I :Pendahuluan mencakup latar belakang, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, definisi dan istilah, ruang lingkup masalah, dan sistematika penulisan.

BAB II :Tinjauan pustaka mencakup tinjauan umum Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak oleh Bidan, tinjauan umum *web*, kerangka teori, kerangka konseptual, hipotesis, dan definisi operasional.

BAB III : Metode penelitian mencakup rancangan penelitian, lokasi dan waktu penelitian, populasi dan sampel, instrument pengumpulan data, alur penelitian, analisis data, izin penelitian dan kelayakan etik.

BAB IV : Hasil dan pemahasan mencakup hasil analisis univariat dan analisis bivariat, pembahasan terhadap hasil analisis variabel penelitian, dan keterbatasan penelitian.

BAB V : Penutup mencakup kesimpulan dan saran.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Bidan

1. Pengertian bidan

Menurut *International Confederation of Midwives (ICM)*, bidan adalah seseorang yang telah mengikuti program pendidikan bidan yang diakui di negaranya, berhasil lulus dari pendidikan tersebut, serta memenuhi kualifikasi untuk didaftar (*register*), dan memiliki surat izin yang sah (lisensi) untuk melakukan praktik kebidanan (Pratiwi, 2016). Sedangkan menurut Ikatan Bidan Indonesia (IBI), Bidan haruslah seorang perempuan yang telah lulus dari pendidikan bidan yang telah diakui pemerintah dan organisasi profesi di wilayah negara Republik Indonesia, serta memiliki kompetensi dan kualifikasi untuk didaftar, disertifikasi, dan atau secara sah mendapat lisensi untuk menjalankan praktik kebidanan (Farelya, 2015; Permenkes no 28, 2017)

Bidan sebagai salah satu tenaga kesehatan yang berperan sebagai pemberi pelayanan terdepan termasuk melakukan pendidikan kesehatan kepada masyarakat, mempunyai kedudukan yang sangat penting sehingga bidan perlu untuk selalu meningkatkan mutu pelayanannya dan keterampilannya. Beberapa upaya untuk meningkatkan pelayanan adalah menjalankan kegiatan sesuai dengan petunjuk



teknis, pedoman dan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Fatkhayah, 2015; Rofi'ah, 2013).

Pelayanan yang diberikan oleh bidan dapat menjadi baik jika terdapat aturan yang menjadi acuan dalam bekerja, dan memiliki keterampilan yang sesuai dalam bidangnya serta ditunjang oleh sarana dan prasarana yang memadai. Di Jepang, Bidan dapat mengelola persalinan normal dan spontan tanpa pengawasan seorang dokter kandungan. Namun, mereka tidak dapat meresepkan pengobatan, seperti agen antibakteri, atau melakukan tes tanpa petunjuk dari dokter medis (Kostania, 2015; Yamaguchi, 2018).

2. Kewajiban, hak, dan wewenang bidan

a. Kewajiban.

Dalam melaksanakan praktik kebidanannya, Bidan berkewajiban untuk menghormati hak pasien, memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan, merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu, meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan, menyimpan rahasia pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan, melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya yang diberikan secara sistematis, mematuhi standar profesi, standar pelayanan,

standar prosedur operasional, melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi, pelaksanaan Asuhan Kebidanan, pelaksanaan Asuhan Keperawatan Kebidanan, pemberian surat rujukan dan surat



keterangan kelahiran, dan meningkatkan mutu pelayanan profesinya. Pelaksanaan kewajiban tersebut harus sesuai dengan standar profesi sehingga setiap tindakan bidan dapat dimintai pertanggungjawabannya (Dewi, 2016; Permenkes no 28, 2017; Turingsih, 2012).

b. Hak.

Dalam melaksanakan praktik kebidanannya, Bidan sebagai subjek hukum memiliki hak untuk memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan pelayanannya sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional, memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari pasien dan/atau keluarganya, melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan kewenangan, dan menerima imbalan jasa profesi (Permenkes 28, 2017; Suryanda, 2017).

c. Wewenang.

Dalam pengelolaan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) yang dapat dinilai dari cakupan Pemantauan KIA , Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana (Kusuma, 2016; Permenkes 28, 2017).



3. Peran dan fungsi bidan

a. Peran.

1) Peran sebagai pelaksana, terdiri dari tugas mandiri, tugas kolaborasi, dan tugas ketergantungan (Syafrudin, 2009; Yanti, 2015)

a) Tugas mandiri, yaitu menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan; memberi pelayanan dasar pranikah pada anak remaja dan dengan melibatkan mereka sebagai klien; memberi asuhan kebidanan kepada klien selama kehamilan normal, masa persalinan dengan melibatkan klien/keluarga, pada bayi baru lahir, pada masa nifas dengan melibatkan klien/keluarga, dan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana, pada wanita dengan gangguan sistem reproduksi dan wanita pada masa klimakterium serta menopause, serta pada bayi dan balita dengan melibatkan keluarga. Pencatatan dan pelaporan asuhan yang telah diberikan juga menjadi tugas bidan (Syafrudin, 2009; Yanti, 2015).

b) Tugas kolaborasi, menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga; memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru



lahir, dan balita dengan risiko tinggi dan pertolongan pertama kegawatdaruratan yang memerlukan tindakan kolaborasi. Bidan membuat catatan dan laporan setiap asuhan yang diberikan (Syafrudin, 2009).

- c) Tugas ketergantungan, yaitu bidan menerapkan manajemen kebidanan setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga; memberi asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir, dan balita dengan risiko tinggi dan kegawatdaruratan. Bidan dalam menjalankan tugas tergantung juga membuat catatan dan laporan seluruh kejadian dan intervensi (Syafrudin, 2009).
- 2) Peran sebagai pengelola, yaitu bidan mengelola asuhan dan pelayanan di setiap tatanan pelayanan kesehatan di institusi dan komunitas. Peran tersebut berupa:
- a) Pengelolaan fasilitas pelayanan, yaitu membuat program pelayanan, mengelola SDM, mengelola alat, mengelola administrasi dan keuangan, mengelola pelayanan, dan membuat laporan: harian, bulanan, triwulan, dan tahunan.
 - b) Mengelola program, yaitu memimpin rapat dan memberikan informasi program, melaksanakan program, evaluasi program, dan membuat laporan.



- c) Penyedia, yaitu menyusun program, membuat instrument, melakukan supervise, dan membuat laporan supervisi (Yanti, 2015).
- 3) Peran sebagai pendidik, yaitu bidan memberi pendidikan kesehatan dan konseling dalam asuhan dan pelayanan kebidanan di setiap tatanan pelayanan kesehatan di institusi dan komunitas, *mentorship*, dan *preceptorship* terhadap calon tenaga kesehatan dan bidan baru (Yanti, 2015).
- 4) Peran sebagai peneliti, yaitu melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun secara kelompok (Syafrudin, 2009).

b. Fungsi.

- 1) Fungsi sebagai pelaksana, yaitu melaksanakan asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, bayi dan balita normal dan patologi, melaksanakan upaya promosi dan prevensi dalam kesehatan reproduksi wanita sepanjang siklus kehidupannya, melaksanakan pelayanan keluarga berencana, serta menggerakkan peran serta masyarakat dalam pelayanan kebidanan (Fithananti, 2013; Yanti, 2015).
- 2) Fungsi sebagai pengelola, yaitu merencanakan dan mengorganisir sumber daya untuk pelaksanaan pelayanan kebidanan, melaksanakan pelayanan kebidanan berdasarkan



- rencana, serta melakukan monitoring dan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kebidanan (Yanti, 2015).
- 3) Fungsi sebagai pendidik, yaitu melaksanakan pendidikan kesehatan dan konseling dalam asuhan dan pelayanan kebidanan, membina kader dan kelompok masyarakat, serta *mentorship* dan *preceptorship* bagi calon tenaga kesehatan dan bidan baru (Fithananti, 2013; Yanti, 2015).
 - 4) Fungsi sebagai peneliti, yaitu bidan melaksanakan penyusunan proposal, pengumpulan data, membantu pengolahan data, dan membantu penyusunan laporan hasil penelitian (Yanti, 2015).

B. Pencatatan dan Pelaporan

Bidan wajib melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan pelayanan yang diberikan. Pencatatan tersebut dilaksanakan dan disimpan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan pelaporannya ditujukan ke puskesmas wilayah setempat (Permenkes 28, 2017).

Pencatatan adalah data tertulis dan merupakan data resmi tentang kondisi kesehatan pasien dan perkembangannya. Pencatatan merupakan bagian penting dalam pengumpulan data yang dilakukan teratur. Pencatatan yang dilakukan setiap hari disebut catatan



harian, sehingga pencatatan yang dilakukan setiap bulan disebut catatan bulanan (Endraswara, 2009; Maternity, 2017; Zain, 2008).

Pelaporan adalah penyampaian informasi tentang kondisi dan perkembangan pasien. Kegiatan pelaporan data secara umum merupakan semua kegiatan tulis menulis yang dicatat dalam format kemudian dikirim dari tingkat Puskesmas ke Dinas Kabupaten /Kota. Dinas Kabupaten/Kota selanjutnya membuat rekapitulasi laporan Puskesmas ke dalam format untuk dikirimkan ke Dinas Provinsi dan Dinas Provinsi selanjutnya membuat rekapitulasi laporan Dinas Kabupaten/Kota ke dalam format untuk dikirim ke Pusat (Maternity, 2017; Sutaip, 2012).

Hal yang mendasari laporan adalah fakta dan data sebab data yang benar-benar akurat, lengkap, terpercaya, teratur dan berkesinambungan, tepat waktu dan mutakhir, sangat dibutuhkan dalam pengolahan program sebagai upaya mengevaluasi derajat kesehatan (Sutaip, 2012).

C. Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA)

1. Pengertian PWS KIA

PWS KIA adalah alat manajemen yang digunakan untuk memantau program KIA di suatu wilayah kerja secara terus-menerus dan pelaksanaannya dapat sesuai dengan standar pelayanan yang ditetapkan, berdasarkan pemantauan tersebut juga dapat dilakukan



tindak lanjut yang cepat dan tepat (Sari, 2017; Winarni, 2015). 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 segera dilakukan tindak lanjut guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Dharmawan, 2015; Matruty, 2014; Pambudi, 2015; Sutaip, 2012; Wijayanti, 2016).

Menurut WHO, surveilans adalah kegiatan sistematis dan berkesinambungan, mulai dari kegiatan mengumpulkan, menganalisis, dan menginterpretasikan data yang selanjutnya menjadi landasan dalam membuat rencana, implementasi, dan evaluasi suatu kebijakan kesehatan masyarakat. Oleh karena itu kegiatan pencatatan dan pelaporan PWS diartikan sama dengan surveilans berupa melaksanakan PWS KIA. Dengan PWS KIA diharapkan cakupan pelayanan dapat ditingkatkan dengan menjangkau seluruh sasaran di suatu wilayah kerja sehingga diharapkan dapat dideteksi sedini mungkin seluruh kasus dengan faktor risiko atau komplikasi agar dapat memperoleh penanganan yang memadai (Rani, 2014; Senewe, 2011; Sutaip, 2012; Wijayanti, 2016).

Hasil PWS KIA juga dapat dipakai sebagai alat advokasi,
...n, informasi dan komunikasi kepada sektor terkait, khususnya
...setempat yang berperan dalam pendataan dan penggerakan



sasaran. Oleh karena itu, PWS KIA dapat digunakan untuk memecahkan masalah teknis dan non teknis. Pelaksanaan PWS KIA akan jauh lebih berhasil jika didukung dengan adanya 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 wilayah puskesmas dan desa/kelurahan yang rawan. Demikian pula hasil analisis PWS KIA di tingkat propinsi dapat digunakan untuk menentukan wilayah kabupaten/kota yang rawan (Kemenkes RI, 2010; Pambudi, 2015).

2. Tujuan kegiatan PWS KIA

a. Tujuan umum.

Terpantaunya cakupan dan mutu pelayanan KIA secara terus-menerus di setiap wilayah kerja (Kemenkes RI, 2010).

b. Tujuan khusus.

- 1) Memantau pelayanan KIA secara Individu.
- 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 (Dharmawan, 2015; Kemenkes RI, 2010; Pambudi, 2015; Rani, 2014; Senewe, 2011; Sutaip, 2012).

4. Indikator PWS KIA

Indikator pemantauan program KIA yang dipakai untuk PWS KIA meliputi indikator yang dapat menggambarkan keadaan kegiatan pokok dalam program KIA. Sasaran yang digunakan adalah berdasarkan kurun waktu 1 tahun dengan prinsip konsep wilayah (misalnya: Untuk provinsi memakai sasaran provinsi, untuk kabupaten memakai sasaran kabupaten (Kemenkes RI, 2010).

a. Akses pelayanan antenatal (cakupan K1).

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 (Kemenkes RI, 2010).

Rumus yang digunakan adalah:

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

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

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

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 provinsi. CBR propinsi dapat diperoleh juga dari buku Data Penduduk Sasaran Program Pembangunan Kesehatan (Kemenkes RI, 2010).

b. Cakupan pelayanan ibu hamil (cakupan K4).

Cakupan K4 adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar, paling sedikit 4 kali dengan waktu 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 1 kali pada trimester ketiga di suatu 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 (Kemenkes RI, 2010).

Rumus yang digunakan adalah :

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

c. Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Pn).

Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan 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 indikator ini menggambarkan kemampuan manajemen program KIA dalam pertolongan persalinan sesuai standar (Kemenkes RI, 2010).

Rumus yang digunakan sebagai berikut :

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



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

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

d. Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan (KF3).

Cakupan pelayanan nifas oleh tenaga kesehatan 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 sampai hari ke-3 (KF1), hari ke-4 sampai hari ke-28 (KF2) dan hari ke-29 sampai 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 menjaring KB pasca persalinan), yang menggambarkan jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan ibu nifas dan KB di samping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun kelangsungan program KIA (Kemenkes RI, 2010).

Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$x = \frac{\text{Jumlah ibu nifas yang telah memperoleh 3 kali pelayanan nifas sesuai standar oleh tenaga kesehatan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu}}{\text{Jumlah sasaran ibu nifas di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

Jumlah sasaran ibu nifas sama dengan jumlah sasaran ibu (Kemenkes RI, 2010).



e. Cakupan pelayanan neonatus pertama (KN 1).

Cakupan pelayanan neonatus pertama 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 (Kemenkes RI, 2010).

Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut :

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

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

$$x = CBR \times \text{jumlah penduduk}$$

f. Cakupan pelayanan kesehatan neonatus 0-28 hari (KN Lengkap).

Cakupan pelayanan kesehatan neonatus lengkap adalah cakupan neonatus yang mendapatkan pelayanan sesuai standar paling sedikit 3 kali dengan distribusi waktu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada hari ke-3 sampai hari ke-7 dan 1 kali pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir

wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. Dengan indikator ini diketahui efektifitas dan kualitas pelayanan kesehatan neonatal (Kemenkes RI, 2010).



Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut :

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

g. Deteksi faktor risiko dan komplikasi oleh masyarakat.

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 (Kemenkes RI, 2010).

Rumus yang digunakan yaitu:

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

h. Cakupan penanganan komplikasi obstetri (PK).

Cakupan penanganan komplikasi obstetri adalah cakupan Ibu komplikasi kebidanan di suatu wilayah kerja pada kurun waktu yang ditangani secara definitif sesuai dengan standar oleh tenaga an 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 (Kemenkes RI, 2010).

Rumus yang dipergunakan :

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

i. Cakupan penanganan komplikasi neonatus.

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

ke tingkat pelayanan yang lebih tinggi (Kemenkes RI, 2010).



Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut:

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

j. Cakupan pelayanan kesehatan bayi 29 hari 12 bulan (kunjungan bayi).

Cakupan pelayanan kunjungan bayi adalah cakupan bayi yang mendapatkan pelayanan paripurna minimal 4 kali yaitu 1 kali pada umur 29 hari sampai 2 bulan, 1 kali pada umur 3 bulan sampai 5 bulan, 1 kali pada umur 6 bulan sampai 8 bulan dan 1 kali pada umur 9 bulan sampai 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 (Kemenkes RI, 2010).

Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut:

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

k. Cakupan pelayanan anak balita (usia 12-59 bulan).

Cakupan pelayanan anak balita adalah cakupan anak balita yang

oleh pelayanan sesuai standar, meliputi pemantauan
uhan minimal 8 kali setahun, pemantauan perkembangan minimal



2 kali setahun, dan pemberian vitamin A 2 kali setahun (Kemenkes RI, 2010).

Rumus yang digunakan adalah:

$$x = \frac{\text{Jumlah anak balita yang memperoleh pelayanan sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh anak balita di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

I. Cakupan pelayanan kesehatan anak balita sakit yang dilayani dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

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 (Kemenkes RI, 2010).

Rumus yang digunakan adalah :

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

Jumlah anak balita sakit yang mendapat pelayanan standar diperoleh dari format pencatatan dan pelaporan MTBS sedangkan jumlah

balita sakit diperoleh dari kunjungan balita sakit yang datang ke Puskesmas (register rawat jalan di Puskesmas) (Kemenkes RI, 2010).



m. Cakupan peserta keluarga berencana aktif (contraceptive prevalence rate)

Cakupan peserta KB aktif adalah cakupan dari peserta KB yang baru dan lama yang masih aktif menggunakan alat dan obat kontrasepsi (alokon) dibandingkan dengan jumlah pasangan usia subur (pasangan yang istrinya berusia 15-49 tahun atau lebih dari 49 tahun tetapi masih menstruasi) 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 digunakan:

$$x = \frac{\text{Jumlah peserta KB aktif di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah seluruh Pasangan Usia Subur (PUS) di suatu wilayah kerja dalam 1 tahun}} \times 100\%$$

5. Pengumpulan, pencatatan, dan pengolahan data

LAPORAN PWS KIA

Indikator Kesehatan Ibu

Bulan :

Puskesmas :

NO	DESA/KEL	Sasaran				K 1				K4				Pel. Persalinan oleh Nakes				Pel. Nifas Oleh Nakes				Pel. Komplikasi Obstetri			
		BUMIL	BULIN	BUMIL RESTI	BUFA S	BLN LALU	BLN INI	ABS %	R	BLN LALU	BLN INI	ABS %	R	BLN LALU	BLN INI	ABS %	R	BLN LALU	BLN INI	ABS %	R	BLN LALU	BLN INI	ABS %	R
1																									
2																									
3																									
4																									



NO	DESA/KEL	Sasaran				Deteksi Risiko Tinggi Oleh Masyarakat					Deteksi Risiko Tinggi Oleh Nakes					Pelayanan KB				
		BUMIL	BAYI	BUMIL RESTI	PUS	BLN LALU	BLN INI	ABS	%	R	BLN LALU	BLN INI	ABS	%	R	BLN LALU	BLN INI	ABS	%	R
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
dst.																				
TOTAL																				

Indikator Kesehatan Anak

Bulan :

Puskesmas :

NO	DESA/KEL	Sasaran			KN1							KN Lengkap (KN3)							Penanganan Komplikasi Neonatus									
		BAYI	NEONATAL RESTI	ANAK BALITA	BLN LALU		BLN INI		ABS	%	R	BLN LALU		BLN INI		ABS	%	R	BLN LALU		BLN INI		ABS	%	R			
1	2	3	4	5	6	7	6+7	8	9	8+9	10	11	12	13	12+13	14	15	14+15	16	17	18	19	18+19	20	21	20+21	22	23
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
dst.																												
TOTAL																												

NO	DESA/KEL	Sasaran			ABS Anak Balita Sakit	Pelayanan Kesehatan Bayi						Pelayanan Kesehatan Balita						Pelayanan Kesehatan Anak Balita											
		BAYI	NEONATAL RESTI	ANAK BALITA		BLN		BLN INI		ABS	%	R	BLN LALU		BLN INI		ABS	%	R	BLN LALU		BLN INI		ABS	%	R			
1	2	3	4	5	6	7	8	7+8	9	10	9+10	11	12	13	14	13+14	15	16	15+16	17	18	19	20	19+20	21	22	21+22	23	24
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
dst.																													
TOTAL																													

Tabel 2.1 Format Laporan PWS KIA

a. Pengumpulan data.

Pengumpulan dan pengelolaan data merupakan kegiatan pokok dari PWS KIA dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak. Data yang dicatat perdesa/kelurahan kemudian dikumpulkan di tingkat puskesmas yang akan dilaporkan sesuai jenjang administrasi. Data

perlu dalam PWS KIA adalah data sasaran dan data pelayanan (Kusnanto dan Kes RI, 2010).



1) Data sasaran

- a) Jumlah seluruh ibu hamil
- b) Jumlah seluruh ibu bersalin
- c) Jumlah ibu nifas
- d) Jumlah seluruh bayi
- e) Jumlah seluruh anak balita
- f) Jumlah seluruh PUS

Data sasaran berasal dari perkiraan jumlah sasaran (proyeksi) yang dihitung berdasarkan rumus. Berdasarkan data tersebut, Bidan di Desa bersama dukun bersalin/bayi dan kader melakukan pendataan dan pencatatan sasaran di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2010).

2) Data pelayanan

a) Jumlah K1

Jumlah seluruh ibu hamil trimester pertama yang mendapat pelayanan kesehatan.

b) Jumlah K4

Jumlah ibu hamil yang mendapat pelayanan kesehatan sebanyak minimal 4 kali sesuai aturan.

c) Jumlah persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan

d) Jumlah ibu nifas yang dilayani 3 kali (KF 3) oleh tenaga kesehatan

e) Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan pada umur 6-48 jam



- f) Jumlah neonatus yang mendapatkan pelayanan kesehatan lengkap (KN lengkap)
- g) Jumlah ibu hamil, bersalin dan nifas dengan faktor risiko/komplikasi yang dideteksi oleh masyarakat
- h) Jumlah kasus komplikasi obstetri yang ditangani
- i) Jumlah neonatus dengan komplikasi yang ditangani
- j) Jumlah bayi 29 hari 12 bulan yang mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 4 kali
- k) Jumlah anak balita (12-59 bulan) yang mendapatkan pelayanan kesehatan sedikitnya 8 kali
- l) Jumlah anak balita sakit yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar
- m) Jumlah peserta KB aktif

Data pelayanan pada umumnya berasal dari register kohort ibu, bayi, anak balita, dan KB (Kemenkes RI, 2010).

b. Pencatatan data.

1) Data sasaran

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 Program Perencanaan Persalinan

Prevensi Komplikasi (P4K) di depan rumahnya. Selain itu data juga dapat diperoleh dengan mengumpulkan data sasaran yang



berasal dari lintas program dan fasilitas pelayanan lain yang ada di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2010).

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 dan rumah serta setiap waktu memperbaiki peta tersebut dengan data baru tentang adanya ibu yang hamil, neonatus, dan anak balita (Kemenkes RI, 2010).

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 ibu yang tidak datang memeriksakan dirinya pada jadwal yang seharusnya, imunisasi yang belum diterima oleh bayi dan balita, serta penimbangan anak. Selain hal tersebut bidan di desa juga mengumpulkan data pelayanan yang berasal dari lintas program dan fasilitas pelayanan lain yang ada di wilayah kerjanya (Kemenkes RI, 2010).



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 Bidan desa 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 (Kemenkes RI, 2010).

Langkah pengolahan data adalah:

- 1) Pembersihan data: melihat kelengkapan dan kebenaran pengisian formulir yang tersedia. Contoh: Melakukan koreksi terhadap laporan yang masuk dari Bidan di desa/kelurahan mengenai duplikasi nama, duplikasi alamat, catatan ibu langsung di K4 tanpa melewati K1.
- 2) Validasi: melihat kebenaran, dan ketepatan data. Contoh: Mencocokkan apabila ternyata K4 dan K1 lebih besar daripada jumlah ibu hamil, jumlah ibu bersalin lebih besar daripada ibu hamil.
- 3) Pengelompokan: sesuai dengan kebutuhan data yang harus dilaporkan. Contoh: Mengelompokkan ibu hamil anemi berdasarkan desa/kelurahan untuk persiapan intervensi, ibu hamil untuk persiapan intervensi (Kemenkes RI, 2010).



Hasil pengolahan data dapat disajikan dalam bentuk:

- 1) Narasi: digunakan untuk menyusun laporan atau profil suatu wilayah kerja, misalnya dalam Laporan PWS KIA yang diserahkan kepada instansi terkait.
- 2) Tabulasi: digunakan untuk menjelaskan narasi dalam bentuk lampiran.
- 3) Grafik: digunakan untuk presentasi dalam membandingkan keadaan antar waktu, antar tempat, dan pelayanan. Sebagian besar hasil PWS disajikan dalam bentuk grafik.
- 4) Peta: digunakan untuk menggambarkan kejadian berdasarkan gambaran geografis (Kemenkes RI, 2010).

d. Pembuatan grafik PWS KIA.

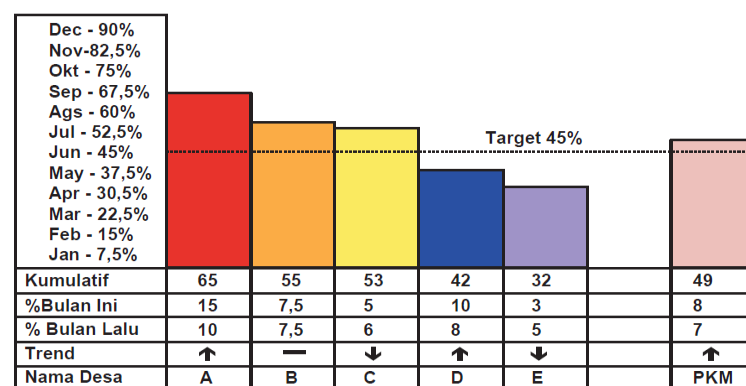
PWS KIA disajikan dalam bentuk grafik dari tiap indikator yang dipakai yang juga menggambarkan pencapaian tiap desa/kelurahan setiap bulan (Kemenkes RI, 2010).

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) (Kemenkes RI, 2010).



Gambar 2.1 Grafik PWS KIA

Langkah-langkah pokok dalam pembuatan grafik PWS KIA:

(Kemenkes RI, 2010)

- 1) Penyiapan data. Data yang diperlukan untuk membuat grafik dari tiap indicator 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.

- a) 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, dan seterusnya pada bulan Juni.

b) Untuk grafik antar waktu, data yang perlu disiapkan adalah data cakupan per bulan

c) 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).

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

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 dan bulan lalu untuk tiap desa/kelurahan dimasukkan ke dalam lajur masing-masing.
- e) Gambar anak panah digunakan 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 (-).

6. 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 munisasi. 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.” (Kemenkes RI, 2010)

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 seluruh Indonesia untuk mendukung pelaksanaan PWS. 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 (Kemenkes RI, 2010).

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

a. Menunjuk petugas pengolahan data di tiap tingkatan, untuk menjaga kelancaran pengumpulan data.

- 1) Data hasil kegiatan dikumpulkan oleh puskesmas kemudian ditabulasi dan dikirim ke dinas kesehatan kabupaten/kota.
- 2) Di puskesmas, PWS KIA disusun per desa/kelurahan sedangkan di dinas kesehatan kabupaten/kota PWS KIA disusun per puskesmas (Kemenkes RI, 2010).

b. Pemanfaatan pertemuan lintas program.

Penyajian PWS KIA pada pertemuan teknis bulanan ditingkat puskesmas (mini lokakarya) dan kabupaten/kota (pertemuan bulanan

esehatan kabupaten/kota), untuk menginformasikan hasil yang dicapai, identifikasi masalah, merencanakan perbaikan, serta un rencana operasional periode berikutnya. Pada pertemuan



tersebut wilayah yang berhasil diminta untuk mempresentasikan upayanya (Kemenkes RI, 2010).

c. 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 motivasidan pergerakan masyarakat sasaran (Kemenkes RI, 2010).

d. 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 (Kemenkes RI, 2010).

D. Internet

1. Pengertian

Internet adalah sebuah sistem informasi besar yang menghubungkan sebuah jaringan komputer oleh *address* yang berbasis *Internet Protocol* (IP), internet mendukung komunikasi dengan menggunakan TDP/IP, menyediakan, menggunakan, dan membuatnya

akses. Internet yang pada mulanya hanya berantung pada er, kini dapat digunakan dengan adanya *wireless* sehingga sangat



mudah dijangkau dan dapat digunakan oleh segala usia, mulai dari kanak-kanak hingga dewasa. Penggunaan internet sangat dipengaruhi oleh kualitas jaringan, yang berhubungan pula dengan besar data yang diakses (Hassan, 2012; Sherlyanita,2016)

2. Faktor-faktor yang memengaruhi kecepatan akses internet

Penggunaan sistem informasi yang berhubungan dengan internet tentu memiliki beberapa faktor yang dapat memengaruhi kualitas aksesnya. Adapun faktor-faktor yang memengaruhi kecepatan akses internet adalah:

a. Unit komputer

Komputer terdiri atas *harddisk*, *Random Access Memory* (RAM), dan *Processor* yang memengaruhi proses kerja komputer tersebut. Bila *harddisk* yang dipakai berkecepatan rendah maka kecepatan akses internetnya juga rendah, begitu juga bila menggunakan RAM atau *Processor* yang kecepatannya rendah, hal tersebut mempengaruhi kecepatan akses internet (Iskandar, 2018).

b. Modem

Modem juga sangat memengaruhi kecepatan akses internet. Modem mempunyai kecepatan yang berbeda-beda. Modem yang terlalu panas akan memengaruhi kecepatan internet (Iskandar, 2018).

c. Jaringan komunikasi yang digunakan untuk akses internet



Layanan *line telephone*, CDMA, GPRS, dan satelit dapat digunakan untuk mengakses internet. Masing-masing layanan tersebut mempunyai kecepatan yang berbeda-beda (Iskandar, 2018).

d. Besar *bandwidth*

Bandwidth adalah luas cakupan frekuensi yang digunakan oleh sinyal dalam medium transmisi. *Bandwidth* biasanya diukur dengan satuan Hertz. Semakin besar *Bandwidth* yang disediakan oleh ISP, maka semakin cepat pula akses internetnya (Iskandar, 2018).

e. Jumlah pengguna yang mengakses server secara bersamaan

Kecepatan akses internet pada waktu tertentu biasanya sangat lambat, ini dikarenakan banyaknya pengguna internet yang mengaksesnya secara bersamaan (Iskandar, 2018).

f. Aplikasi

Aplikasi/program/software yang digunakan untuk mengakses internet juga berpengaruh terhadap kecepatan akses internet, beberapa internet browser yang cepat dan aman penggunaannya yaitu: Internet Explorer, Mozilla Firefox, Opera, Google Chrome, Netscape, Maxthon (Iskandar, 2018).

g. Tempat tinggal atau area (signal)

Lokasi akses internet yang memiliki sinyal yang kuat untuk kartu modem akan memberikan koneksi yang lancar, tetapi belum tentu cepat.

kuat hanya memberikan koneksi yang jarang terputus-putus (Iskandar, 2018).



E. WEB

1. Website

Website adalah salah satu aplikasi yang berisikan dokumen-dokumen baik berupa teks, gambar, suara, animasi, maupun video multimedia yang terdapat dalam sebuah domain yang menggunakan protocol *Hyper Text Transfer Protocol* (HTTP) dan untuk mengaksesnya menggunakan perangkat lunak yang disebut browser (perambah/penelusur). Web yang berjalan pada platform My Structured Query Language (MySQL) -Hypertext Preprocessor (PHP) membuat pengguna dengan mudah memodifikasi proyek multimedia yang sudah ada (Arief, 2011; Cetiner, 2009; Fahrudin, 2011).

Browser adalah aplikasi yang mampu menjalankan dokumen-dokumen web dengan cara menerjemahkannya. Prosesnya dilakukan oleh komponen yang terdapat di dalam aplikasi *browser* yang biasa disebut *web engine* sehingga semua dokumen web ditampilkan dengan cara diterjemahkan. (Suhartanto, 2012)

a. Manfaat *website*:

- 1) Membantu proses pencatatan dan pelaporan data sebab proses pencatatan menjadi lebih cepat dan mudah serta pengelolaan data juga lebih akurat.
- 2) Dapat digunakan sebagai alat rekam medis pasien



- 3) Informasi mudah diakses
- 4) Pemanfaatan perangkat lunak tanpa harus melakukan instalasi di tiap komputer yang digunakan
- 5) Dapat digunakan sebagai alat pengambilan keputusan karena dapat menampilkan cakupan pencapaian (Jayanti, 2012; Maryani, 2015).

2. *HyperText Markup Language (HTML)*

HyperText Markup Language (HTML) merupakan salah satu format yang bisa menampilkan informasi dan daya kreasi yang digunakan dalam pembuatan dokumen dan aplikasi yang berjalan di halaman *web* (Wardani, 2013). Halaman ini dikenal sebagai *web page*. Dokumen HTML merupakan dokumen yang disajikan pada *web browser*. Adapun kode HTML yaitu:

```
" <HTML>
</HTML>
```

Masing-masing baris di atas disebut tag. Tag adalah kode yang digunakan untuk *me-mark-up* (memoles) teks *American Standard Code for Information Interchange (ASCII)* menjadi file HTML. Setiap teks diapit dengan tanda kurung runcing. Ada tag pembuka yaitu <HTML> dan ada tag penutup yaitu </HTML> yang ditandai dengan tanda garis miring di awal tulisannya. Tag di atas memberikan kaidah bahwa yang akan



ditulis di antara kedua tag tersebut adalah isi dari dokumen HTML (Suhartanto,2012).

3. *Hypertext Processor (PHP)*

Hypertext Processor (PHP) digunakan sebagai bahasa *script server-side* dalam pengembangan *web* yang disisipkan dalam dokumen HTML. Penggunaan PHP memungkinkan *Web* dapat dibuat dinamis sehingga maintenance situs *web* tersebut menjadi lebih mudah dan efisien. PHP merupakan *software Open-Source* yang disebar dan dilisensikan secara gratis serta dapat didownload secara bebas dari situs resminya (Suhartanto,2012).

Sintaks PHP atau Sintaks Program/Script ditulis dalam apitan tanda khusus PHP. Ada empat macam pasangan tag PHP yang dapat digunakan untuk menandai blok script PHP (Suhartanto,2012):

1. `<?php.....?>`
2. `<script
language="PHP">.....</script>`
3. `<?.....?>`
4. `<%.....%>`.

4. *My Structured Query Language (MySQL)*



My Structured Query Language (MySQL) adalah salah satu jenis *server* yang sangat terkenal dan banyak digunakan untuk *aplikasi web* dan *database* sebagai sumber dan pengelolaan

datanya. Kepopuleran MySQL antara lain karena MySQL menggunakan *Structured Query Language* (SQL) sebagai bahasa dasar untuk mengakses databasenya sehingga mudah untuk digunakan. MySQL juga bersifat *open source* dan *free* pada berbagai platform kecuali pada windows yang bersifat *shareware*. MySQL didistribusikan dengan lisensi *open source General Public License* (GPL) mulai versi 3.23, pada bulan Juni tahun 2000 (Suhartanto,2012).

4. *Cascading Style Sheets* (CSS)

Cascading Style Sheets (CSS) merupakan sebuah halaman terpisah dari halaman *web* yang digunakan untuk pengaturan komponen *style* seperti font, warna, layout dan sebagainya. CSS bekerja sebagai pelengkap pada HTML. CSS memungkinkan *web developer* untuk memisahkan HTML dari aturan-aturan untuk membentuk tampilan sebuah *website*. Beberapa keuntungan menggunakan CSS, yaitu (Fitriastuti, 2009):

1. Dengan mempergunakan CSS, akan diperoleh file hasil web design lebih kecil. Hal ini karena pengaturan style oleh CSS dibuat secara terpisah dan di import ke dalam file utama. Halaman dengan script yang sedikit berarti akan didapat file yang lebih kecil pula.
2. Penggunaan CSS membuat kecepatan akses jauh lebih cepat. Hal ini berarti juga akan mempercepat akses untuk membuka



halaman website. Selain itu pada waktu membuka pertama kali dari sebuah halaman website yang mempergunakan CSS, maka file CSS yang disimpan sebagai external file juga sebagai *cache* (temporary data) dalam komputer browser dan untuk membuka halaman selanjutnya akan jauh lebih cepat. Hal ini karena file CSS sudah siap (sudah ada dalam komputer browser).

3. Lebih mudah untuk mengontrol style dari seluruh halaman website hal ini terjadi karena sistem hanya perlu merubah satu halaman untuk merubah seluruh style dari sebuah website.

5. *Localhost*

Localhost adalah alamat server lokal yang tidak lain adalah komputer pemakai. *Localhost* adalah sebuah aplikasi yang dapat digunakan untuk membangun *web server* di dalam komputer sehingga pemakai dapat melakukan aktivitas pengembangan *website* (*web development*) di komputer (Nani, 2015).

E. Efektivitas

1. Teori efektivitas

Pengertian efektivitas dalam kamus besar bahasa Indonesia dari kata efektif yang artinya efek, manjur dan mujarab. Efektivitas berasal dari bahasa Inggris yaitu *effective* yang artinya tepat atau



berhasil. Efektivitas menunjukkan tingkat tercapainya suatu tujuan atau usaha dimana suatu usaha dikatakan efektif jika mencapai taraf yang ideal. Kata efektivitas juga merujuk pada ukuran yang menunjukkan sejauh mana sasaran yang telah dicapai (Fajri and Ratu, 2010; Hisyam, 2008).

2. Efektivitas kerja

Terdapat beberapa indikator efektivitas kerja, agar dapat mencapai keberhasilan dari tujuan yang ingin dicapai maka peneliti menentukan indikator keberhasilan antara lain:

a. Kemudahan

Pekerjaan tersebut mudah dilaksanakan atau lancar, dapat pula dikatakan bahwa kegiatan yang dilakukan tidak memerlukan tenaga yang banyak dalam melaksanakannya

b. Kecepatan

Waktu yang digunakan untuk menempuh jarak tertentu, segera mungkin dalam melaksanakan kegiatan.

c. Relevansi

Suatu hubungan dimana berguna secara langsung atau sesuai dengan kebutuhan.

d. Keamanan

Suatu sistem yang dirancang untuk melindungi dari gangguan keamanan (Fajri and Ratu, 2010).



F. Kerangka Teori

PWS KIA memiliki 13 indikator yang merupakan hasil rekapan register KIA yang bersumber dari data sasaran dan data pelayanan. Ketigabelas indikator tersebut meliputi cakupan pelayanan K1, cakupan pelayanan K4, cakupan pelayanan Pn, cakupan pelayanan KF3, cakupan pelayanan KN1, cakupan pelayanan KN lengkap, cakupan deteksi faktor risiko oleh masyarakat, cakupan PK, cakupan penanganan komplikasi neonatus, cakupan pelayanan kesehatan bayi, cakupan pelayanan kesehatan balita, cakupan pelayanan anak balita sakit dengan MTBS, cakupan pelayanan KB. Data rekapan tersebut kemudian dimasukkan ke dalam format PWS KIA dan diperoleh grafik berdasarkan hasil cakupannya. Pencatatan dan pelaporan tersebut dapat dilakukan dengan PWS KIA berbasis website.

PWS KIA merupakan suatu sistem pemantauan cakupan pelayanan KIA yang bertujuan untuk mengetahui lokasi rawan kesehatan ibu dan anak sebagai bentuk pelaksanaan program KIA. Sebab untuk meningkatkan mutu program KIA dinilai dari besarnya cakupan program di masing-masing wilayah kerja. Oleh karena 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 rawan. Dengan diketahuinya lokasi

esehatan ibu dan anak, maka wilayah kerja tersebut dapat lebih
ikan dan permasalahannya dapat diselesaikan.

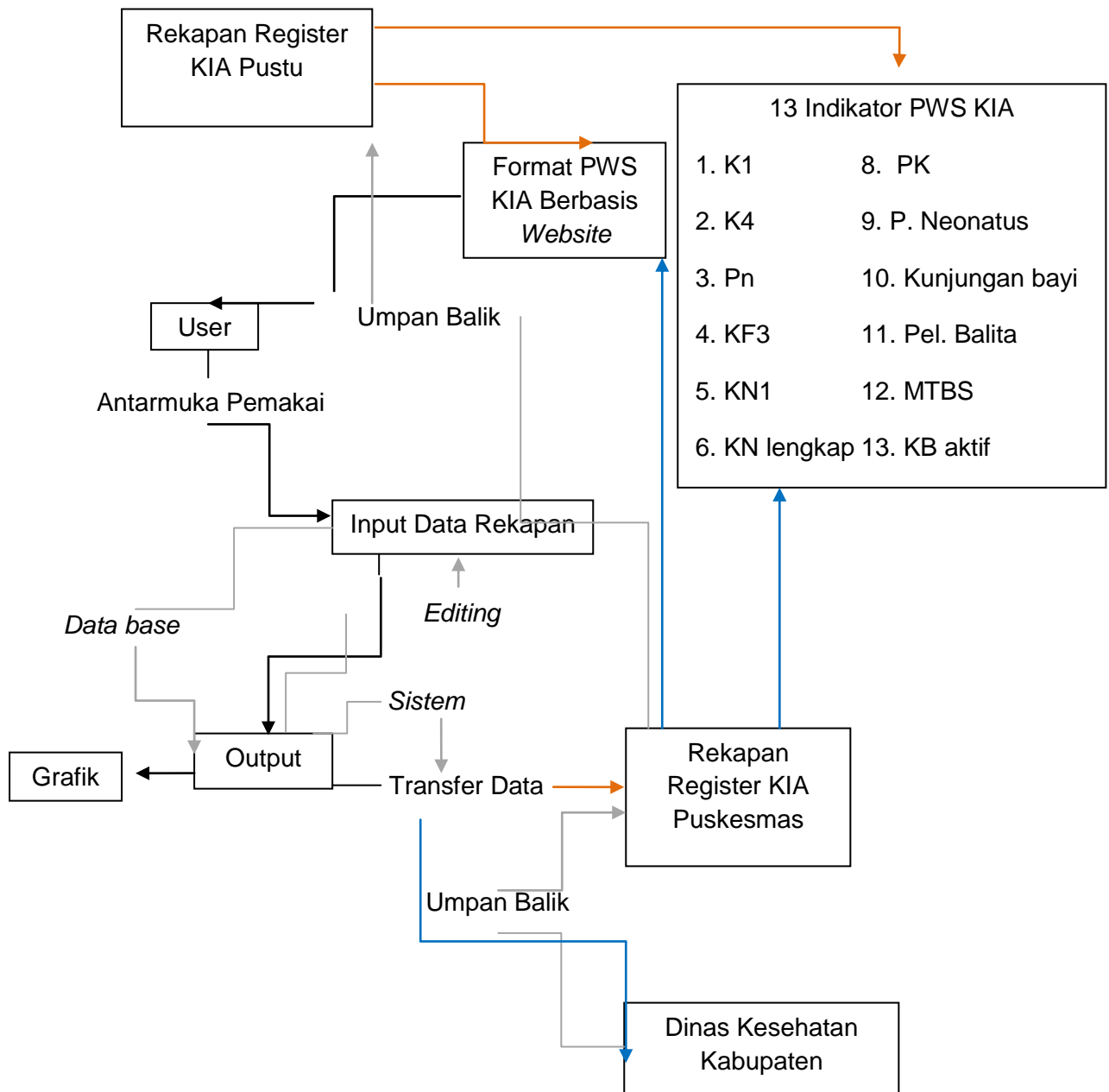


Sampai saat ini, pencatatan dan pelaporan PWS KIA dilakukan secara konvensional. Untuk mempermudah, mempercepat, menjaga keamanan, dan keakuratan data cakupan, maka PWS KIA berbasis *web* diupayakan dapat mencapai tujuan yang diinginkan. PWS KIA berbasis *web* memiliki beberapa komponen yang berperan agar data yang dimasukkan menjadi informasi yang penting dan bermanfaat. Adapun komponen tersebut yaitu user, *web engine*, dan umpan balik.

User merupakan orang yang mengoperasikan sebuah sistem dengan memasukkan data hasil rekapan. Untuk mengubah data hasil rekapan menjadi sesuatu yang diharapkan maka perlu antarmuka pemakai dalam sebuah sistem sehingga data yang dimasukkan akan sesuai dengan kebutuhan user. Selanjutnya data yang diinput tersebut diolah dalam *data base* sehingga menghasilkan output berdasarkan data yang diinput. Namun jika user menyadari adanya kekeliruan dalam proses penginputan setelah output dihasilkan, maka user dapat melakukan kegiatan editing untuk memperbaiki kekeliruan tersebut sehingga aoutput yang dihasilkan sesuai dengan data yang sebenarnya sesuai dengan perintah user. Output tersebut kemudian ditransfer melalui sistem *PHP* ke instansi selanjutnya untuk ditindaklanjuti.



Kerangka Teori

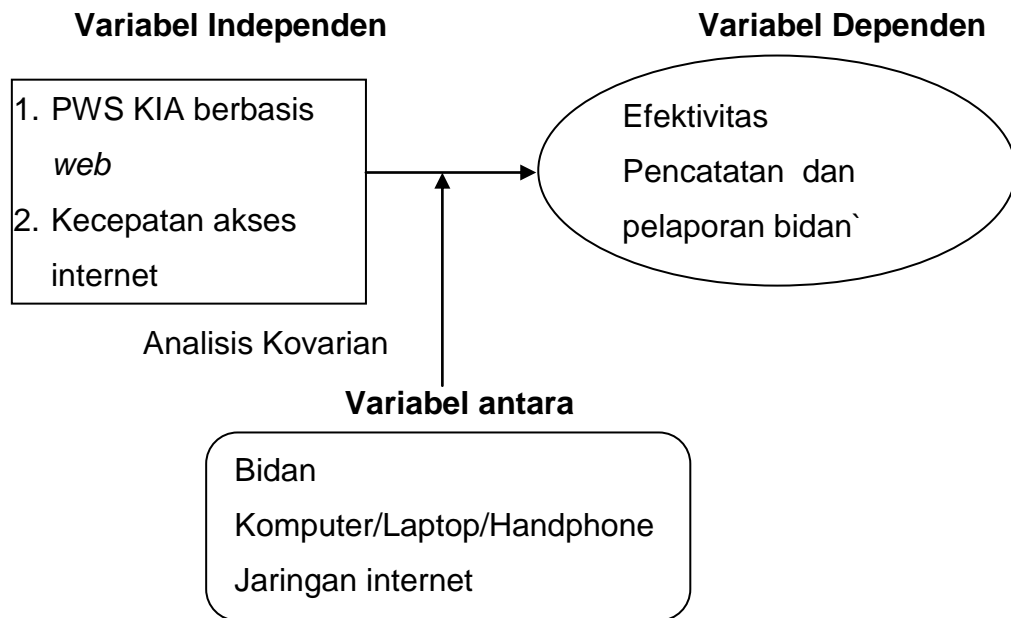


Gambar 2.2. Kerangka Teori efektivitas Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) berbasis web sebagai alat pencatatan dan pelaporan Bidan

adaptasi dari Kemenkes RI, 2010, Maryani, 2015; Oktri, 2013



G. Kerangka Konseptual



Gambar 2.3. Kerangka konsep efektivitas Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) berbasis *web* sebagai alat pencatatan dan pelaporan Bidan

Variabel dalam penelitian ini adalah Format Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) berbasis *web* terhadap pencatatan dan pelaporan PWS KIA oleh Bidan dan akan dilakukan uji hipotesis untuk menilai efektivitas penggunaan dan analisis efektifitas dari aspek kemudahan, keamanan, kecepatan, dan relevansi data serta akses internet terhadap efektivitas pencatatan dan pelaporan bidan menggunakan PWS KIA berbasis *web*. Adapun variabel antara yang merupakan kunci terlaksananya penelitian ini adalah Bidan, perangkat (komputer/Laptop/Handphone), dan jaringan internet. Agar variabel



antara tidak menjadi variabel pengganggu, maka perlu adanya analisis kovarian.

H. Hipotesis

1. Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) berbasis *web* efektif digunakan dalam pencatatan dan pelaporan ditinjau dari aspek kemudahan, keamanan, kecepatan, dan relevansi data.
2. Efektivitas Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS KIA) berbasis *web* berhubungan dengan kecepatan akses internet di wilayah kerja.



I. Definisi Operasional

Tabel 2.2 Definisi operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur/Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	PWS KIA	format yang digunakan badan untuk mencatat dan melaporkan data KIA	-	-	-
2	Web	Pengolahan aplikasi PWS KIA menggunakan jaringan internet	-	-	-
3	Pencatatan dan pelaporan	Tindakan badan terkait data KIA menggunakan format PWS KIA berbasis Web	Observasi	PWS KIA berbasis <i>web</i>	Nominal
4	Efektivitas	Menilai tercapainya tujuan penggunaan PWS KIA berbasis <i>web</i> berdasarkan aspek kemudahan, keamanan, kecepatan, dan relevansi data	Kuesioner sebanyak 15 butir soal <i>pretest</i> dan 15 butir soal <i>posttest</i> (skala likert 5 point)	1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Hampir setuju 4. Satuju 5. Sangat setuju	Ordinal
5	Kecepatan akses internet	Kecepatan <i>upload</i> data dengan satuan Mbps. Pengukurannya menggunakan aplikasi <i>Speedtest</i>	Observasi		Nominal

