

PENGUATAN  
PENGUKURAN  
KESEHATAN IBU  
HAMIL DAN BAYI  
BARU LAHIR  
UKURAN BERBASIS  
FASILITAS

LAPORAN TEKNIS  
OKTOBER 2015



**USAID**  
DARI RAKYAT AMERIKA

**EMAS**

Menyelamatkan Ibu dan Bayi Baru Lahir



## DAFTAR ISI

<b>1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>2. MENDEFINISIKAN KEBUTUHAN PENGUKURAN KIB (MNH).....</b>	<b>1</b>
Kebutuhan pengukuran KIB .....	2
Berbagai tantangan pencatatan dan pelaporan fasilitas.....	2
<b>3. PENDEKATAN EMAS UNTUK PENGUATAN PENGUKURAN DAN PENGGUNAAN DATA KIB.....</b>	<b>3</b>
<b>4. PERBAIKAN PENGUKURAN DAN PENGGUNAAN DATA KIB DI BERBAGAI FASILITAS.....</b>	<b>5</b>
Buku register baku.....	5
Lokakarya dan poster Data untuk Pengambilan Keputusan (D4D).....	6
<b>5. HASIL—MENGAPA PENGUKURAN KIB PENTING .....</b>	<b>6</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>8</b>



## 1. PENDAHULUAN

Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk mengakhiri kematian ibu hamil dan bayi baru lahir yang dapat dicegah. Namun, kemampuan pemerintah Indonesia untuk menilai kemajuan berbagai kebijakan dan strategi untuk mempercepat penurunan kematian menghadapi berbagai tantangan seperti data yang kurang dapat diandalkan dan relevan di tiap tingkat sistem kesehatan. Sistem informasi kesehatan memang ada, namun penggunaannya menghadapi tantangan seperti keprihatinan mengenai kualitas data (misalnya masalah kelengkapan dan keandalan) dan terbatasnya jumlah informasi yang relevan untuk pemantauan berbagai praktik atau kinerja berlandaskan bukti kesehatan ibu atau bayi baru lahir.

Sebuah tinjauan tahun 2013 menyimpulkan, “sistem informasi kesehatan di Indonesia yang tidak memadai berhubungan, paling tidak, dengan keterbatasan sumber data berbasis fasilitas.” (Reducing Maternal and Neonatal Mortality in Indonesia, The Data Conundrum, 2013).

Berbagai upaya saat ini di Kementerian Kesehatan, termasuk daftar indikator KIB yang diperluas dan sebuah sistem pelaporan *online* akan mendukung sistem pelaporan, walaupun keduanya masih dalam tahap awal pengenalan.

Apa yang diketahui tentang kesehatan ibu dan bayi baru lahir (KIB) terutama berdasarkan data survei vs informasi kesehatan rutin. Sementara survei berbasiskan populasi, seperti SKDI atau studi khusus yang menghasilkan informasi yang berarti, hasilnya tidak seberguna di tingkat fasilitas atau provinsi dan tidak dilakukan dengan frekuensi yang memadai untuk pengambilan keputusan.

Laporan teknis ini menggambarkan bagaimana EMAS telah memperkuat pengukuran dan penggunaan data KIB di rumah sakit dan puskesmas.



**“...salah satu hambatan utama pengembangan program peningkatan kinerja terkait kehamilan adalah kurangnya data yang tepat dan dapat diandalkan mengenai kinerja ini dan penyebab langsung dan tidak langsungnya serta dampak intervensi yang berupaya untuk meningkatkan kinerja ini. Tanpa ketersediaan data berbasis nasional dan tepat serta frekuensi yang sering, kemampuan rumah sakit, wilayah geografis, atau daerah politik untuk membandingkan kinerja ini dengan entitas yang serupa menjadi terbatas dan perbaikan yang seharusnya sulit diverifikasi. Tanpa data yang membandingkan entitas ini, kinerja sekarang dengan yang kinerja yang dicapai secara historis, dampak program yang baru diperkenalkan atau intervensi tidak dapat dievaluasi, dan perbaikan yang berkelanjutan akan terbukti sulit dipahami. Data seharusnya mencerminkan akuntabilitas penyedia layanan kepada publik dan relevan, dapat dimengerti, serta berguna untuk masyarakat setempat.”**

—Reducing Maternal and Neonatal Mortality in Indonesia, 2013

## 2. MENDEFINISIKAN KEBUTUHAN PENGUKURAN KIB

Program lima tahun yang didanai USAID- Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS)<sup>1</sup> mulai pada tahun 2011 dengan tujuan mendukung 450 fasilitas kesehatan di 30 daerah di Indonesia yang mempunyai proporsi kematian ibu dan bayi baru lahir tertinggi. Program EMAS, bertujuan salah satunya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir di puskesmas dan rumah sakit.

<sup>1</sup> EMAS adalah kemitraan lima organisasi—Jhpiego (mitra utama), Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan (LKBK), Muhammadiyah, Save the Children, dan RTI International. Dari 2011–2016, EMAS bekerja dengan paling sedikit 150 rumah sakit (baik pemerintah maupun swasta) dan 300 puskesmas di provinsi Sumatera Utara, Banten, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur dan Sulawesi Selatan. Tiga tujuan EMAS adalah: 1. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kegawatdaruratan ibu dan bayi baru lahir di rumah sakit dan puskesmas; 2. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas sistem rujukan antara puskesmas dan rumah sakit; dan 3. Memperkuat akuntabilitas di antara pemerintah, masyarakat dan sistem kesehatan. Untuk informasi lebih lanjut, kunjungi [emasindonesia.org](http://emasindonesia.org)

Peningkatan tata kelola klinis (CG) merupakan prinsip mendasar yang menuntun upaya penguatan fasilitas EMAS. Dalam konteks CG, pengukuran dan akuntabilitas menjadi tema kunci dan dioperasionalkan melalui analisis, visualisasi, dan penggunaan data untuk pemantauan kinerja dan pengambilan keputusan.

EMAS sebagai sebuah program, fasilitas kesehatan yang didukung oleh EMAS, dan para pemangku kepentingan yang berkomitmen meningkatkan kinerja KIB memerlukan informasi yang tersedia secara rutin mengenai cakupan intervensi KIB berlandaskan bukti juga kinerja kesehatan terkait untuk memantau dan menilai secara tepat apakah intervensi mencapai dampak yang mereka inginkan. Satu set ukuran KIB (lihat di bawah), diprioritaskan awalnya di dalam program sebagai indikator kunci untuk pelayanan rutin dan kegawatdaruratan KIB. Berbagai ukuran ini dinilai baik dalam fasilitas sendiri maupun lintas wilayah geografis untuk memantau kinerja sepanjang waktu, dimana dibutuhkan tingkat standarisasi.

Ketersediaan sistem data fasilitas tidak mungkin menghasilkan informasi yang dibutuhkan dan berlaku sebagai pendorong aktivitas penguatan pengukuran KIB.

## Kebutuhan pengukuran KIB

### Perawatan rutin

- Persentase kelahiran hidup yang menyusui dalam satu jam setelah kelahiran
- Persentase ibu yang menerima uterotonik pada persalinan tahap ketiga

### Perawatan untuk komplikasi

- Persentase ibu yang melahirkan prematur (24–34 minggu) yang menerima paling sedikit satu dosis antenatal kortikosteroid.
- Persentase kasus PE/E parah yang menerima paling sedikit satu dosis magnesium sulfat ( $MgSO_4$ )
- Persentase kasus rujukan PE/E parah yang menerima paling sedikit satu dosis  $MgSO_4$  sebelum dirujuk
- Persentase rujukan kasus bayi yang terduga terinfeksi parah yang menerima paling sedikit satu dosis antibiotik sebelum dirujuk

### Kinerja kesehatan

- Rasio kematian ibu hamil institusional
- Tingkat kematian kasus tingkat rumah sakit untuk komplikasi kandungan, termasuk PPH, PE/E parah, sepsis
- Tingkat kematian bayi baru lahir dini
- Tingkat kematian bayi baru lahir institusional

## Berbagai tantangan pencatatan dan laporan fasilitas

EMAS mendukung baik puskesmas maupun rumah sakit umum dan swasta. Kunjungan ke tempat fasilitas dilakukan untuk memahami dan meninjau berbagai sumber daya primer dan sekunder, pertimbangan kualitas data, berbagai praktik pencatatan dan pelaporan saat ini, berbagai formulir dan perangkat yang digunakan, dan arus serta penggunaan informasi.

Ditemukan bahwa buku register data yang digunakan baik persalinan dan kelahiran serta bangsal ibu dan anak tidak baku, melainkan dibuat oleh setiap fasilitas untuk mencari informasi sesuai kepentingan. Buku register yang disediakan oleh Kemenkes ada (tetapi tidak diobservasi dalam penggunaannya) Staf rumah sakit melaporkan bahwa buku register tidak melacak elemen data yang cukup, sehingga fasilitas mengambil inisiatif untuk membuat sendiri, buku register yang ditulis tangan. Buku register berbagai fasilitas beragam dalam hal elemen data yang dirunut dan bagaimana informasi dicatat. Buku register yang dibuat fasilitas tidak selalu memetakan berbagai formulir pelaporan Kemenkes keseluruhan untuk melacak layanan KIB (Formulir RL3.4 dan 3.5). Staf menghabiskan waktu yang cukup banyak hingga dua kali lipat untuk memasukkan informasi ke buku register yang berbeda-beda. Mayoritas fasilitas tidak menggunakan data dari buku register ini untuk analisis atau pengambilan keputusan.

Dalam pembicaraan dengan staf dinas kesehatan kabupaten dan provinsi, diketahui bahwa rumah sakit didorong melaporkan dengan menggunakan format pelaporan Kemenkes, tetapi tidak selalu diwajibkan dan sebagai hasilnya menjadi tidak teratur atau tidak lengkap. Pelaporan oleh puskesmas pada dinas kesehatan kabupaten lebih lengkap dan puskesmas menggunakan buku register yang baku sebagai bagian dari upaya pemantauan wilayah lokal. Namun bahkan di antara puskesmas, buku register yang ditulis tangan masih digunakan di puskesmas untuk mengetahui karakteristik dan kinerja kepentingan klien tambahan.

### 3. PENDEKATAN EMAS UNTUK PENGUATAN PENGUKURAN DAN PENGGUNAAN DATA KIB

Penguatan sistem informasi kesehatan dan penggunaan data di rumah sakit dan puskesmas semula bukan merupakan target program EMAS. Namun, ketika berbagai tantangan praktik pencatatan data dan penggunaan data di tingkat fasilitas yang ada lebih dipahami, pengenalan proses dan perangkat untuk memperkuat bidang ini menjadi tugas yang signifikan bagi tim monitoring dan evaluasi (M&E) EMAS. Upaya tim M&E untuk memperkuat pengukuran dan penggunaan data KIB telah dituntun oleh berbagai prinsip berikut:

- **Melengkapi dan memperkuat SIK Pemerintah Indonesia:** Berbagai formulir yang ada dan proses pelaporan ditinjau dengan fasilitas kesehatan dan staf Dinkes untuk memahami arus informasi dari fasilitas kesehatan ke dinas kabupaten dan provinsi Kemenkes serta Kemenkes. EMAS melibatkan berbagai pemangku kepentingan kunci di tingkat fasilitas kesehatan dan dinas kesehatan kabupaten untuk membuat dan menguji coba perangkat dan untuk memastikan bahwa pencatatan dan pelaporan paralel tidak diperkenalkan.
- **Menyederhanakan pencatatan data untuk staf fasilitas sembari memberdayakan mereka untuk menggunakan informasi:** Buku register cetak dengan format baku menyederhanakan pelaporan rutin serta mengurangi praktik pencatatan ganda. Penggunaan informasi yang dikumpulkan secara teratur melalui aktivitas tata kelola klinis, seperti dasbor klinis, tinjauan kematian, poster D4D, dll memberdayakan fasilitas agar semakin menggunakan informasi untuk menilai kualitas perawatan dan memantau bangsal/unil mereka sendiri atau kinerja fasilitas.
- **Memastikan relevansi dan penggunaan informasi yang dikumpulkan:** EMAS sengaja dalam mengidentifikasi elemen data untuk memasukkan dalam buku register baku dengan fokus pada menciptakan ukuran yang dapat menilai cakupan intervensi kunci dan kinerja kesehatan, contohnya penyebab tingkat kematian kasus obstetri spesifik dan tingkat kematian bayi baru lahir yang masih sangat baru.
- **Memperbaiki kualitas data dan ketersediaan data untuk memfasilitasi penggunaan data:** Data perlu cukup berkualitas sehingga analisis dan rekomendasi dapat dipercaya dan dapat mendukung pengambilan keputusan. Penilaian kualitas data rutin dan kunjungan bulanan oleh



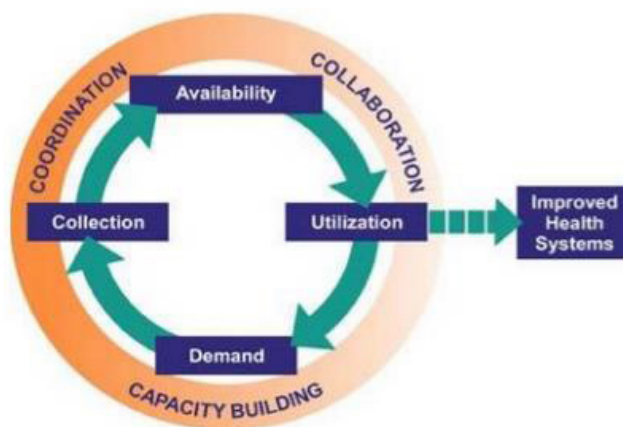
staf EMAS menitikberatkan pentingnya beragam dimensi kualitas data. (Lihat **Gambar 1 dan 2**) Perangkat yang digunakan untuk memvisualisasikan informasi (contohnya dasbor klinis dan poster D4D) membantu memastikan pengukuran kinerja dapat dilihat dan tersedia.

- **Memberlakukan perbaikan yang layak dan berkelanjutan:** Staf EMAS memperkenalkan perangkat dan proses yang murah bagi fasilitas dan staf dinkes untuk memastikan setiap perbaikan dapat berkelanjutan oleh sistem dan sumber daya pemerintah Indonesia.

**Gambar 1. Elemen kualitas data (MEASURE, 2008)**



**Gambar 2. Siklus penggunaan data (MEASURE Evaluation, 2012)**





## 4. PERBAIKAN PENGUKURAN DAN PENGGUNAAN DATA KIB DI BERBAGAI FASILITAS

### Buku register baku

Untuk mendukung fasilitas dalam praktik pencatatan dan pelaporan rutin, buku register cetak yang baku dibuat. Kumpulan buku register semula dibuat setelah mengumpulkan beberapa contoh (buku register) tulisan tangan dari beberapa fasilitas untuk memahami kumpulan informasi yang optimal dan memperhitungkan arus pasien dalam sebuah fasilitas.

Selain memasukkan elemen data yang secara rutin dilacak dan diprioritaskan oleh fasilitas, buku register memperkenalkan elemen data yang diperlukan untuk melengkapi formulir Kemenkes 3.4 dan 3.5 dan melaporkan berbagai praktik berlandaskan bukti kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Berbagai kode disertakan untuk meminimumkan banyaknya penulisan dan membakukan input. Baris ringkasan juga ditambahkan pada setiap halaman untuk memfasilitasi hasil agregat untuk perhitungan indikator.

Kotak 1 menggambarkan 7 buku register yang dirancang untuk mencatat pemantauan kinerja kesehatan ibu dan bayi baru lahir: empat untuk rumah sakit dan tiga untuk puskesmas

#### Kotak 1: Buku register baku

##### Buku register rumah sakit

- Buku register bangsal persalinan dan kelahiran
- Buku register bangsal pasca persalinan
- Buku register kematian ibu
- Buku register kematian bayi baru lahir

##### Buku register puskesmas

- Buku register ibu dan bayi baru lahir
- Buku register kematian ibu
- Buku register kematian bayi baru lahir

Buku register diuji coba di puskesmas serta rumah sakit umum dan swasta selanjutnya dimutakhirkan berdasarkan umpan balik fasilitas untuk memastikan kemudahan penggunaan, relevansi, dan penerimaan. Di tingkat nasional, Tim M&E EMAS juga menyebarkan rancangan uji coba buku register dengan para kolega Kemenkes. Bekerjasama dengan fasilitas kesehatan, serta pemangku kepentingan tingkat provinsi dan kabupaten, EMAS merancang sebuah strategi untuk memperkenalkan buku register baku. Lokakarya sensitisasi satu hari dilaksanakan di setiap kabupaten. Selama lokakarya ini staf fasilitas dan dinas kesehatan ditunjukkan buku register dan dijelaskan cara penggunaannya. EMAS menawarkan buku register sebagai perangkat untuk membantu fasilitas dengan praktik pencatatan dan pelaporan, tetapi tidak mewajibkan penggunaannya sebagai bagian partisipasi program.

Buku register ini telah menjadi keberhasilan bagi mayoritas semua fasilitas yang didukung EMAS yang secara aktif menggunakannya. Di beberapa kabupaten, Dinkes telah menggunakan dana mereka sendiri untuk biaya memproduksi dan menyebarkan buku register ke berbagai fasilitas yang tidak didukung EMAS.

**Gambar 3. Staf fasilitas kesehatan meninjau buku register baku**



## Lokakarya data untuk pengambilan keputusan dan poster D4D

Ketika berbagai fasilitas telah menggunakan buku register, ketersediaan data membaik. Untuk membantu fasilitas mengkonversi elemen data ini menjadi informasi yang bermanfaat, Lokakarya Data for Decision-Making (D4D) diperkenalkan pada tahun 3 program EMAS. Lokakarya D4D 2 hari dilaksanakan di tingkat kabupaten. Pada hari pertama, para penyedia layanan rumah sakit membawa buku register mereka dan menggunakan data mereka sendiri untuk menghitung indikator KIB (lihat daftar ukuran KIB di atas). Poster dinding D4D yang besar digunakan untuk menargetkan kinerja bulanan dan untuk mengamati tren sepanjang waktu. Berbagai isu kualitas data juga diperjelas ketika data divisualisasikan. Pada hari kedua lokakarya, kepemimpinan fasilitas dan perwakilan dari dinas kesehatan kabupaten datang untuk meninjau dan membahas kinerja fasilitas tentang praktik berlandaskan bukti KIB kunci.

Lokakarya D4D pada mulanya hanya digunakan untuk rumah sakit karena volume data mereka yang lebih besar. Atas permintaan dinas kesehatan kabupaten, lokakarya sehari untuk puskesmas diadakan karena Dinkes merasa forum untuk menganalisis, memvisualisasikan dan membahas kinerja penting untuk semua penyedia layanan.

Mulai September 2015, lebih dari staf 70 rumah sakit dan 217 puskesmas telah berpartisipasi di lokakarya D4D di seluruh kabupaten yang didukung EMAS.

**Gambar 4. Universitas Mini Jawa Barat dimana staf fasilitas berbagai pengalaman menggunakan buku register EMAS dan poster Data untuk Pengambilan Keputusan**



## 5. HASIL—MENGAPA PENGUKURAN KIB PENTING

Pengenalan terhadap buku register baku juga pelacakan terhadap indikator KIB yang sebelumnya tidak dipantau, membutuhkan kurva pembelajaran (*learning curve*) dan waktu untuk menghasilkan informasi yang dapat diandalkan. Ketika sistem datang telah matang dan data lebih sering digunakan, kualitas data membaik.

Pada bidang intervensi yang didukung EMAS, analisis data ini menunjukkan perbaikan yang signifikan dalam persentase klien yang menerima intervensi berlandaskan bukti sebagaimana dijelaskan pada Tabel 1 dan 2. Di antara rumah sakit Fase 1 dan Fase 2, kemungkinan klien menerima intervensi KIB di antara dua titik waktu lebih tinggi setelah dukungan EMAS. Yang paling terlihat, kemungkinan menerima kortikosteroid antenatal (ACS) dan  $MgSO_4$  untuk kasus PE/E yang parah meningkat baik di rumah sakit fase 1 dan 2. Untuk ACS, kemungkinan perempuan melahirkan prematur dan menerima paling sedikit satu dosis ACS 4,15 kali lebih tinggi di rumah sakit fase 1 (perbandingan 2013 dengan 2015) dan 2,41 kali lebih tinggi di rumah sakit Fase 2 (perbandingan antara 2014 dan 2015). Untuk ibu hamil penderita PE/E yang parah, kemungkinan menerima paling sedikit satu dosis  $MgSO_4$  11,4 kali lebih tinggi untuk fasilitas Fase 1 dan 3,05 kali lebih tinggi untuk fasilitas Fase 2 pada periode yang sama. Data pada waktu yang lebih awal tidak digunakan sebagai titik perbandingan karena data tersebut tidak cukup dapat diandalkan dan kenaikan dalam jumlah seringkali mencerminkan pencatatan yang lebih baik vs perbaikan yang nyata dalam pemberian intervensi.

**Tabel 1. Intervensi KIB di 22 rumah sakit Fase 1: 2013 dibandingkan dengan 2015**

	Jumlah klien yang memenuhi syarat (Juli-Sept 2013)	Jumlah klien yang memenuhi syarat (Juli-Sept 2015)	Rasio kemungkinan	95% CI	p-value
<b>Perawatan rutin</b>					
Menyusui dalam satu jam*	10.023	9470	1,25	(0,80- 1,96)	0,329
Pemberian Uterotonic*	10.296	9597	10,6	(1,29- 88,5)	<b>0,028</b>
<b>Perawatan untuk komplikasi</b>					
Pemberian ACS**	494	517	4,15	(1,76-9,78)	<b>0,001</b>
Pemberian MgSO <sub>4</sub> untuk PE/E**	1036	935	11,4	(3,53- 36,8)	<b>&lt;.001</b>
Pemberian MgSO <sub>4</sub> untuk kasus rujukan PE/E	797	773	3,12	(1,42-7,01)	<b>0,005</b>
Pemberian antibiotik untuk kasus rujukan bayi baru lahir terinfeksi	186	140	2,66	(1,13-6,29)	<b>0,025</b>

\*\*22 fasilitas termasuk; model regresi dua tingkat untuk data kelompok dengan standar error yang disesuaikan dengan korelasi fasilitas;  $p \leq 0.05$  tingkat signifikansi.

**Tabel 2. Cakupan intervensi KIB di 42 RS Fase: 2014 dibandingkan dengan 2015**

	Jumlah klien yang memenuhi syarat (April-Juni 2014)	Jumlah klien yang memenuhi syarat (Juli-Sept 2015)	Rasio kemungkinan	95% CI	p-value
<b>Perawatan rutin</b>					
Menyusui dalam satu jam	13930	14666	1,90	(1,36-2,66)	<b>&lt;.001</b>
Pemberian uterotonik	14855	15610	24,9	(7,48- 82,9)	<b>&lt;.001</b>
<b>Perawatan dengan komplikasi</b>					
Pemberian ACS	1523	798	2,41	(1,48-3,94)	<b>&lt;.001</b>
Pemberian MgSO <sub>4</sub> untuk PE/E	1613	1729	3,05	(1,74- 5,36)	<b>&lt;.001</b>
Pemberian MgSO <sub>4</sub> untuk kasus rujukan PE/E	1247	1293	2,70	(1,92-3,78)	<b>&lt;.001</b>
Pemberian antibiotik untuk kasus rujukan bayi baru lahir terinfeksi *	309	122	1.10	(0.55-2.21)	0.784

\*\*42 fasilitas termasuk; model regresi dua tingkat untuk data kelompok dengan standar error yang disesuaikan dengan korelasi fasilitas;  $p \leq 0.05$  tingkat signifikansi.

\*41 fasilitas dimasukkan ke dalam analisis untuk indikator ini karena hilangnya data dalam satu fasilitas

## DAFTAR PUSTAKA

Proses pengukuran penguatan diinformasikan dan dipandu terutama oleh tiga dokumen:

MEASURE Evaluation. 2008. *Routine Data Quality Assessment Tool (RDQA): Guidelines for Implementation*

MEASURE Evaluation. 2012. *Improving Data Use in Decision Making*

National Academy of Sciences. 2013. *Reducing Maternal and Neonatal Mortality in Indonesia: Saving Lives, Saving the Future*. Washington, DC: National Academies Press (US)