

MANAJEMEN PEMANTAUAN WILAYAH SETEMPAT KESEHATAN IBU DAN ANAK (PWS-KIA) KABUPATEN SUKABUMI JAWA BARAT TAHUN 2007

Felly Philipus Senewe,¹ Yuana Wiryawan¹

ABSTRACT

System of local area monitoring for maternal and child health is a management tool on maternal and child health program in order to monitor coverages of the maternal and child health services in a work area continuously executing prompt and right action in work areas with low coverages of the services since 1990's. The general objective of the study was to determine system of local area monitoring for maternal and child health to achieve surveillance system of child life expectancy in Sukabumi District. Data were collected by in-depth interview to health staffs: coordinator midwives, heads of health centers and focus group discussion among village midwives. Activities of the maternal and child health program in Sukabumi District were conducted well. The local area monitoring for maternal and child health were also conducted but there were obstacles as lack of midwives in some health centers and villages. The other obstacles were difficult geographic areas, limited health staffs either in health centers or in villages. There were many health staffs having double duties. Some midwives did not have enough instruments and training on maternal and child health, either. But there were resources as community, community participation, high other sectors partnership. Besides the roles of traditional birth attendants were still high. It suggested addition of midwives in villages by midwife contract program or prioritizing midwife academies for children or grandchildren of traditional birth attendants, conduct training on maternal and child health program or local area monitoring for maternal and child health in new villages, equip enough instruments and infrastructures for midwives in villages, conduct refreshing on maternal and child health program and also local area monitoring for health center coordinator midwives.

Key words: local area monitoring, maternal and child health, health center management, village midwives

ABSTRAK

Sistem Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) sebagai alat manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah kerja secara terus-menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah kerja yang cakupan pelayanan KIA nya masih rendah telah diterapkan program sejak tahun 1990an. Secara umum tujuan penelitian untuk mengetahui Sistem PWS-KIA menuju sistem surveilans kelangsungan hidup anak di Kabupaten Sukabumi. Metode cara indepth interview petugas kesehatan (bidan koordinator dan kepala puskesmas) dan focus group discussion (FGD) pada bidan di desa. Hasilnya pelaksanaan kegiatan program kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Sukabumi sudah berjalan dengan baik. Pelaksanaan PWS-KIA sudah dilaksanakan tetapi masih terdapat beberapa kendala yaitu di beberapa Puskesmas dan di desa masih kekurangan tenaga bidan di desa. Kendala yang lain yaitu faktor geografis yang cukup sulit, tenaga yang terbatas baik di Puskesmas maupun di desa. Masih banyak tenaga kesehatan yang bertugas rangkap. Beberapa tenaga bidan yang kurang peralatan dan belum mengikuti pelatihan KIA. Potensi yang dimiliki yaitu sumber daya masyarakat, peran masyarakat dan keterlibatan sektor lain cukup tinggi. Peran dukun bayi/paraji masih sangat besar. Disarankan perlu penambahan tenaga bidan di desa dengan program bidan kontrak atau program prioritas sekolah bidan untuk anak atau cucu paraji/dukun bayi, pelatihan program KIA atau PWS-KIA bagi tenaga bidan di desa yang baru, melengkapi dengan sarana dan prasarana yang memadai untuk bidan di desa, refreshing untuk program KIA dan PWS-KIA untuk Bidan Koordinator Puskesmas.

Kata kunci: PWS-KIA, Manajemen puskesmas, Bides

Naskah masuk: 22 Desember 2009, Review 1: 23 Desember 2009, Review 2: 23 Desember 2009, Naskah layak terbit: 30 Desember 2009

¹ Peneliti, Pusat Penelitian dan Pengembangan Ekologi dan Status Kesehatan. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan – Departemen Kesehatan RI. Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta Indonesia.

PENDAHULUAN

Berdasarkan hasil kajian Angka Kematian Ibu dan Anak di Indonesia menunjukkan besaran AKI di Indonesia berkisar 307–461 per 100.000, Angka Kematian Balita 54–64 per 1000, Angka Kematian Bayi 35–42 per 1000.⁴ Bila dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya, AKI dan AKA di Indonesia relatif masih tinggi. Kecenderungan AKI dan AKB memberikan prospek penurunan yang kurang menggembirakan. Kalau kesepakatan global MDGs ingin direalisasi, pencapaian AKI akhir 2015 tidak akan terpenuhi. Pencapaian AKI tahun 2015 hanya dapat menurunkan 52–55% dari keadaan 1990, masih jauh dari kesepakatan menurunkan tiga perempatnya sesuai dengan target MDGs sedangkan pencapaian AKB tahun 2015 hanya dapat menurunkan 53–73% dari keadaan 1990.²

Berbagai intervensi untuk menurunkan AKI dan AKA telah dilakukan oleh Depkes sejak tahun 1980-an melalui program *Safe Motherhood Initiative* yang mendapat perhatian besar dan dukungan dari berbagai pihak, baik dalam dan luar negeri. Pemantapan dan peningkatan program kesehatan ibu dan anak telah menjadi prioritas utama. Berbagai upaya meningkatkan kemampuan pengelola program KIA menuju percepatan penurunan AKI telah dilakukan. Secara konseptual, pada tahun 1990-an telah diperkenalkan lagi upaya untuk menajamkan strategi dan intervensi dalam menurunkan AKI yaitu *Making Pregnancy Safer* (MPS) yang dicanangkan oleh pemerintah pada tahun 2000.^{1,4,9}

Kebijakan desentralisasi menuntut pimpinan Kabupaten/Kota dan jajarannya mampu untuk merencanakan, memprioritaskan kegiatan serta memantau dampaknya dengan memanfaatkan data lokal yang tersedia serta sumber daya yang ada. Sehubungan dengan penerapan sistem desentralisasi maka pelaksanaan strategi MPS di daerahpun diharapkan dapat lebih terarah dan sesuai dengan permasalahan setempat. Adanya keragaman daerah di Indonesia menurut demografi dan geografi, maka kegiatan program kesehatan ibu dan anak (KIA) akan beragam pula. Agar pelaksanaan program KIA berjalan lancar, aspek peningkatan mutu pelayanan program KIA tetap diharapkan menjadi kegiatan prioritas utama baik ditingkat puskesmas maupun di tingkat kabupaten/kota. Peningkatan mutu program KIA juga dinilai dari besarnya cakupan program.^{5,8}

Sistem Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) sebagai alat management program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah kerja secara terus-menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah kerja yang cakupan pelayanan KIA nya masih rendah telah diterapkan program sejak tahun 1990an. Dengan demikian PWS-KIA dapat dipandang juga sebagai surveilens sistem untuk mengukur perkiraan AKI dan AKA. Sesuai anjuran WHO untuk mendapatkan AKI yang paling baik adalah menindak lanjuti kohor ibu hamil. Sayangnya sampai saat ini PWS-KIA belum dimanfaatkan secara optimal yang terbukti dengan masih tingginya AKI dan AKA.⁷

Dengan pengembangan sistem pencatatan PWS-KIA diharapkan dapat diperoleh data dasar untuk penghitungan AKA sampai di tingkat kabupaten/kota. Dengan demikian kebutuhan daerah dalam mendapatkan AKA sampai tingkat kabupaten sehubungan dengan tuntutan kebutuhan desentralisasi juga dapat terpenuhi. Pertimbangan (*justification*) fokus penelitian adalah sistem Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) sebagai alat management program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah kerja secara terus-menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap wilayah kerja yang cakupan pelayanan KIA nya masih rendah telah diterapkan program sejak tahun 1990 an. Dengan demikian PWS-KIA dapat dipandang juga sebagai surveilens sistem untuk mengukur perkiraan AKI dan AKA. Sesuai anjuran WHO untuk mendapatkan AKI yang paling baik adalah menindaklanjuti kohort ibu hamil. Sayangnya sampai saat ini PWS-KIA belum dimanfaatkan secara optimal yang terbukti dengan masih tingginya AKI dan AKA.⁷ Untuk itu kami mengusulkan fokus penelitian pada pengembangan model sistem surveilens kelangsungan hidup ibu dan anak berdasarkan potensi PWS-KIA.

Secara umum tujuan penelitian adalah untuk mengetahui Sistem PWS-KIA menuju Sistem Surveilens Kelangsungan Hidup Anak di Kabupaten Sukabumi tahun 2006. Secara khusus: 1) untuk mengetahui potensi dan kendala manajemen program KIA, 2) untuk mengetahui potensi dan kendala pelaksanaan PWS-KIA dan 3) untuk mendapatkan data kelangsungan hidup ibu dan anak berbasis masyarakat. Manfaat penelitian adalah untuk sistem

surveilans kelangsungan hidup ibu dan anak sebagai alat manajemen dalam upaya mendapatkan besaran AKA di tingkat kabupaten, dan sebagai dukungan “evidence data” yang melandasi kebijakan dan intervensi penurunan AKI dan AKA.

METODE

Penelitian dilakukan di Kabupaten Sukabumi Provinsi Jawa Barat Maret sampai dengan Desember tahun 2006. Disain penelitian secara potong lintang dan studi evaluasi untuk pengembangan. Sampel indepth interview untuk provider sebanyak 10 orang yaitu Kepala Dinkes Kab. Subdin Yankesmas, Seksi KIA, Bidan Koordinator Kabupaten, Subbidang Pencatatan dan pelaporan dan TU, beberapa Kepala Puskesmas, Bidan Koordinator di Puskesmas, dan Bidan di Desa. Sampel Puskesmas yaitu 30% dari total Puskesmas yang ada di Kab. Sukabumi. Jumlah Puskesmas sebanyak 57 Puskesmas dikali 30% didapati sebanyak **19 Puskesmas**. Pada 19 Puskesmas ini akan dilakukan kunjungan lapangan dan dilakukan diskusi kelompok pada Bidan di Desa (Bides). Sampel untuk *Focus group discussion* (FGD) dilakukan di 19 wilayah kerja Puskesmas. Peserta FGD adalah bidan di desa dalam 1 puskesmas. FGD dilakukan pada 19 Puskesmas terpilih. Instrumen: untuk data kualitatif menggunakan cara *indepth interview* dan *focus group discussion* (FGD).

Cara Pengumpulan data dilakukan secara kualitatif (Indepth dan FGD). Mengumpulkan data sekunder di institusi Dinas kesehatan dan sektor terkait. Pengumpulan data Kualitatif dengan melakukan *Indepth interview* pada Kepala Puskesmas dan pengelola program KIA di Puskesmas. Selanjutnya dilakukan FGD pada petugas Puskesmas. FGD ini dimaksudkan untuk mengetahui persepsi dari bidan di desa mengenai kesehatan ibu dan anak serta ibu yang melahirkan.

Pengumpulan data sekunder yaitu untuk semua Puskesmas dalam wilayah kerja Kabupaten Sukabumi sebanyak 57 Puskesmas akan dikumpulkan rekapitulasi data Kohort Register Ibu atau Register Kohort Anak dalam tahun terakhir (2004–2005), Laporan PWS-KIA, profil setiap Puskesmas untuk 1 tahun terakhir, profil Dinas Kesehatan tahun terakhir. Pengumpulan data sekunder di masing-masing Puskesmas oleh bidan di Puskesmas. Sedangkan di Dinas Kesehatan oleh Pengelola program KIA/Koordinator Bidan¹³ di Dinas

Kesehatan. Variabel yang diukur/digali dari informan yaitu pada pengumpulan data primer secara FGD dan Indepth interview, sedangkan pengumpulan data sekunder melalui data profil kesehatan ibu dan anak di Dinkes Kab. Analisis data kualitatif hasil diskusi kelompok terarah dan wawancara mendalam diolah melalui teknik “content analysis” berdasarkan temuan atau makna.

HASIL

Manajemen program KIA di Dinas Kesehatan dan Puskesmas

Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Dinas Kesehatan Kabupaten Sukabumi merupakan bagian kegiatan dasar dari pelayanan kesehatan dasar, yang meliputi kesehatan ibu, bayi baru lahir, bayi, anak, remaja, wanita usia subur, usia lanjut dan keluarga berencana. Dalam rangka untuk memperluas jangkauan, upaya peningkatan pelayanan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat maka telah dilaksanakan pembinaan langsung kepada petugas kesehatan (dokter dan bidan), meningkatkan kerja sama program lintas sektor serta pelatihan baik terhadap tenaga kesehatan maupun tenaga bukan kesehatan.

Untuk melaksanakan kegiatan program KIA di bidang pelayanan kesehatan dasar tahun 2005 Dinas Kesehatan Kab. Sukabumi telah mendapat dukungan sumber biaya dari Dana Alokasi Umum (DAU), APBD I Provinsi Jawa Barat dan PHP 2. Sumber dana APBD I difokuskan pada pembiayaan pelatihan tenaga bidan, transport bidan dan dana raksa desa. Mengenai ketenagaan maka tenaga kesehatan di Kab. Sukabumi sampai tahun 2005 jumlah tenaga dokter spesialis kebidanan dan kandungan sebanyak 3 orang, dokter spesialis anak sebanyak 2 orang, dokter umum sebanyak 56 orang, jumlah Bidan Puskesmas sebanyak 48 orang, dan Bidan di desa sebanyak 194 orang. Sarana kesehatan di Kab. Sukabumi sampai tahun 2005 terdiri dari Rumah sakit sebanyak 3 buah, RS dengan PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif) sebanyak 2 buah, Puskesmas DTP PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) sebanyak 5 buah, Puskesmas PONEK sebanyak 4 buah, Puskesmas Non DTP sebanyak 93 buah dan Puskesmas Pembantu sebanyak 93 buah. Sarana pencatatan pelaporan

untuk tahun 2005 telah didistribusikan pencatatan dan pelaporan KIA dari dana DAU untuk Puskesmas yaitu kartu Ibu, KMS Bumil, register kohort bayi dan register kohort ibu. Sarana alat dan obat-obatan untuk menunjang kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan bayi tahun 2005 di Kab. Sukabumi yang dibiayai dari dana APBD I, telah didistribusikan alat kesehatan Asuhan Persalinan Normal (APN) Kit sebanyak 5 set dan obat-obatan penanganan gawat darurat kebidanan dan neonatal berupa Oksitosin, cairan Ringer lactat, MgSO₄, alkohol, kasa steril dan yodium yang didistribusikan pada semua Puskesmas di Kab. Sukabumi. Untuk kesehatan anak telah didistribusikan alat kesehatan gigi sederhana berupa cermin besar, gelas, sikat gigi, pasta gigi, kaca mulut dan pinset. Alat tersebut didistribusikan pada 10 sekolah dasar dan taman kanak-kanak.¹²

Kegiatan untuk menunjang proses pelayanan KIA di Kab Sukabumi yaitu pertemuan Bidan Koordinator (Bikor) Puskesmas¹³. Kegiatan dilaksanakan pada 56 bidan koordinator Puskesmas, berupa pertemuan untuk mengevaluasi program KIA tahun sebelumnya dan untuk penyusunan rencana kegiatan KIA tahun berikutnya. Pertemuan juga melakukan pembahasan atas pencatatan dan pelaporan KIA yang disesuaikan dengan standar pelayanan minimal KIA yang harus dicapai oleh Kab. Sukabumi pada tahun 2005.

Kegiatan lain yaitu pertemuan bidan di desa yang dilakukan selama 4 kali pertemuan dalam satu tahun. Pertemuan ini juga untuk mengevaluasi pelaksanaan program KIA tahun 2004 dan evaluasi program KIA tahun yang berjalan. Dilanjutkan dengan sosialisasi pembentukan Desa Siaga sehingga para Bidan dapat mengetahui konsep dan langkah pembentukan desa siaga. Ada juga kegiatan lain yaitu pemilihan bidan desa teladan yang bertujuan untuk meningkatkan motivasi kerja dan prestasi kerja dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara optimal. Juga kegiatan Rapat kerja pengelola kesehatan anak dan remaja yang bertujuan untuk memantapkan dan meningkatkan kinerja tim pembina UKS Kabupaten dan Kecamatan dalam upaya peningkatan kesehatan anak di sekolah. Peserta rapat kerja terdiri lintas program dan lintas sektor terkait. Kegiatan lain yaitu pertemuan pengelola kesehatan anak dan remaja yang berada di Puskesmas. Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pengelola kesehatan anak dan remaja di Puskesmas dalam pembinaan dan pengembangan kesehatan

anak dan remaja meliputi trias UKS dan perilaku hidup bersih sehat di tatanan sekolah. Pertemuan lain yaitu pertemuan para koordinator usia lanjut di Puskesmas. Pertemuan ini untuk mengevaluasi program Usila dan pembinaan kelompok Posbindu (Pos pembinaan usia lanjut) serta lomba paduan suara antar lansia. Kegiatan lain yaitu penjangkaran anak usia sekolah, pelatihan pencegahan infeksi bagi perawat, pelatihan *on the job training* asuhan persalinan normal (OTJT APN) dan pelatihan *contraceptive technology up date* (CTU).¹²

Pelaksanaan program PWS-KIA di Puskesmas

Pelaksanaan PWS-KIA baru berarti bila dilengkapi dengan tindak lanjut berupa perbaikan dalam pelaksanaan pelayanan KIA, intensifikasi penggerakan sasaran dan mobilisasi sumber daya yang diperlukan dalam rangka meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan KIA. PWS-KIA dikembangkan untuk intensifikasi manajemen program di tingkat Puskesmas. Walaupun demikian hasil rekapitulasinya ditingkat Kabupaten dapat dipakai untuk menentukan Puskesmas yang rawan/bermasalah.⁷

Indikator pemantauan program KIA yang dipakai untuk PWS-KIA meliputi indikator yang dapat menggambarkan keadaan kegiatan pokok dalam program KIA. Indikator pemantauan dalam PWS-KIA adalah akses pelayanan antenatal (cakupan K1), cakupan ibu hamil (cakupan K4), cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, penjangkaran (deteksi) ibu hamil berisiko oleh masyarakat, penjangkaran (deteksi) ibu hamil berisiko oleh tenaga kesehatan, dan cakupan pelayanan neonatal (KN) oleh tenaga kesehatan. Cakupan K1 yang menggambarkan pemerataan pelayanan KIA sedangkan cakupan K4 yang menggambarkan efektivitas pelayanan KIA. Pengumpulan dan pengolahan data merupakan kegiatan pokok dari PWS-KIA. Data yang dicatat per desa dan kemudian dikumpulkan di tingkat Puskesmas akan dilaporkan sesuai jenjang administrasi. Data yang diperlukan untuk mendukung pelaksanaan PWS-KIA adalah jumlah seluruh ibu hamil, ibu bersalin, bayi usia kurang 1 bulan, seluruh bayi, cakupan K1, cakupan K4, ibu hamil berisiko, cakupan penolong persalinan oleh tenaga profesional dan data bayi yang mendapat pelayanan minimal 2 kali (KN). Sumber data dapat dari register kohort ibu dan register kohort bayi, laporan dari dokter/bidan swasta, dan laporan fasilitas lain.

Wawancara mendalam dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Sukabumi

Program PWS KIA di Sukabumi sudah ada dan telah berjalan dengan baik. Sebab PWS KIA dapat memantau kesehatan ibu dan bayi/neonatus di suatu wilayah untuk perencanaan ke depan dari segala aspek. Di tingkat kecamatan dan desa, meski jumlah tenaga bidan masih kurang (menurut Kadinkes, dari 352 desa sebanyak 172 desa belum mempunyai bidan), sedang paraji seluruhnya berjumlah hampir 1000 orang, namun pelaksanaan PWS KIA tetap berjalan. Dari hasil PWS KIA di kecamatan dan desa diketahui bahwa jumlah persalinan yang ditolong tenaga kesehatan masih rendah. Yang bertanggung jawab mengenai PWS KIA: Di desa: Bidan desa, di kecamatan/puskesmas: bidan koordinator, dan di kabupaten/dinkes: Kepala seksi kesehatan ibu dan anak (KIA). Sosialisasi program PWS KIA di Sukabumi sudah dilakukan secara berjenjang, dari Dinkes sampai Puskesmas dilakukan tiap tahun, materinya mengenai cara pembuatan grafik cakupan dan target dan melakukan perbandingan laporan dengan kondisi sebenarnya. Selain itu juga dilakukan monitoring dan evaluasi program PWS KIA, yang dilakukan 2–3 kali setahun dengan di bawah koordinasi Kasubdin Yankes.

Hambatan dalam pelaksanaan PWS KIA antara lain kondisi geografis secara wilayah yang cukup luas, SDM belum memadai karena tenaga bidan masih kurang, pemahaman dari setiap unsur program belum sama, dan sarana & prasarana misalnya fasilitas transportasi untuk bides/bidan koordinator masih kurang, sehingga tidak dapat menjangkau daerah yang sulit. Upaya yang dilakukan: penyediaan “bidan kontrak” melalui kerja sama dengan sekolah bidan di Sukabumi, memberikan beasiswa pendidikan bidan desa yang diutamakan pada anak/keluarga paraji dengan harapan setelah ditempatkan tidak pindah ke desa lain.

Mekanisme alur pelaporan PWS KIA yaitu bides ke Puskesmas (dibuat rekap dan tembusannya untuk Kepala desa, lalu diteruskan ke Dinas Kesehatan (pengelola ada di subdin yankes yang membuat rekap laporan puskesmas secara keseluruhan untuk jadi laporan tahunan. Ketersediaan form mencukupi, dan sosialisasinya setahun sekali melalui pelatihan. Ketersediaan dana program PWS KIA sudah tercakup dalam program kesehatan ibu dan anak.

Kebijakan program PWS KIA adalah penting dan sangat bermanfaat dalam rangka pemantauan status kesehatan ibu dan anak di Sukabumi, program PWS KIA sangat menunjang “goal” yang akan dicapai pada saat yang akan datang, karena itu perlu: *refreshing/training* untuk bidan mengenai PWS KIA paling tidak setahun 4 kali, perlu ada peninjauan kembali modul yang ada, dan perlu ada kesinambungan kegiatan yang saling menguatkan. Kesimpulan tenaga kesehatan (Kepala Dinas Kabupaten Sukabumi) ialah program PWS-KIA secara umum sudah berjalan cukup baik. Kendala cukup dirasakan adalah kurangnya tenaga bidan, jumlah persalinan oleh nakes masih rendah, wilayah kerja luas, pemahaman tiap program belum sama, fasilitas transportasi bides/bikor masih kurang. Sosialisasi program PWS-KIA sudah dilakukan secara berjenjang tiap tahun. Monitoring dan evaluasi dilakukan 2–3 kali setahun di bawah koordinasi Kasubdin Yankes. Upaya yang sudah dilakukan adalah “bidan kontrak” kerja sama dengan sekolah bidan, dan memberikan beasiswa pendidikan bides, diutamakan pada keluarga paraji. Alur pelaporan PWS-KIA dari bides ke puskesmas kemudian ke dinas kesehatan. Ketersediaan form mencukupi dan pelatihan setahun sekali. Ketersediaan dana program dinilai sudah cukup. Kebijakan berkaitan PWS-KIA yang perlu dilakukan: *training* bidan minimal 4 kali setahun, peninjauan/perbaikan modul yang sudah ada, dan kesinambungan kegiatan.

Wawancara mendalam dengan para Kepala Puskesmas di 19 Puskesmas

Hasil wawancara mendalam dengan kepala puskesmas menggambarkan bahwa umumnya program PWS-KIA di Puskesmas sudah berjalan dengan baik. Mengenai pengetahuan tentang apa yang dimaksud dengan PWS-KIA dan programnya hampir semua Kepala Puskesmas sudah mengetahui walaupun demikian sangat bervariasi pengetahuannya dan masih ada juga beberapa pimpinan Puskesmas yang tidak menguasai secara mendalam akan program PWS-KIA tersebut. Kematian ibu/anak di wilayah kerja disebabkan beberapa faktor: sarana/prasarana pelayanan kurang berjalan baik, wilayah tempat tinggal sulit, kurangnya sarana transportasi, persalinan masih banyak ditolong paraji, kurangnya tenaga bidan, tingkat pelayanan bidan hanya 20% sehingga masyarakat jarang respon, tabungan ibu bersalin (tabulin) tidak berhasil karena kesadaran masyarakat

turun. Semua puskesmas sudah menggunakan buku KIA tapi pemahaman petugasnya belum semua sama karena belum semua mendapat pelatihan. Petugas kurang termotivasi karena penghasilan/insentif kurang menunjang dan tidak sesuai dengan beban kerja. Buku KIA mempermudah pembuatan pencatatan/ pelaporan register ibu hamil (bisa terlihat ada yang risti atau tidak) agar tidak ada kekeliruan; menangkap K4, N2 dari kohort bayi. Tidak ada masalah dalam buku KIA, kalau kurang bukunya difotocopy sendiri.

Kendala dan potensi: Sudah mengetahui tentang PWS KIA tetapi hanya kegiatannya, Dalam 3 tahun terakhir ada beberapa desa yang tidak ada Bides. Dari 14 desa hanya 8 desa yang ada bides. Dalam 2 tahun terakhir ada Bikor Puskesmas yang melanjutkan sekolah dan sekaligus tugas rangkap juga sebagai Bides, Untuk desa yang tidak ada bides maka semua bumil dan bayi kumpul di kantor desa untuk diperiksa atau ditimbang oleh bidan dari Puskesmas. Kadang-kadang posyandu dibantu oleh perawat atau kader dan yang memeriksa adalah Bikor, Akhir Juli 06 mendapat tambahan 3 bides. Wilayah kerja 6 desa dan semua sudah ada bides yang baru 3 desa, Tahun 2005 2 bayi meninggal karena kembar siam dan tahun 2006 tidak ada, Jumlah pegawai Puskesmas 26 orang terdiri dari: 15 PNS, 6 TTK, 4 TKS dan 1 PTT, Ada 1 desa yang tinggal 1 orang DSOG yang tugas di RSUD Sekarwangi tapi melayani ibu hamil melahirkan di kliniknya tetapi jika ada kasus risti akan dirujuk ke RSUD. Puskesmas rawat inap dan melayani 24 jam (2 shift), fasilitas 5 TT, Mekanisme laporan setiap tanggal 30 ada pertemuan 1 meja di Puskesmas untuk membuat laporan. Laporan dari Pembina Desa (perawat atau bides) yang melakukan kunjungan ke posyandu, Tidak ada masalah pencatatan dan pelaporan hanya ada sedikit terlambat ke Dinkes kadang tanggal 8 atau 10, 80% semua bumil di wilayah kerja Puskesmas yang tercover dalam PWSKIA, Insentif untuk kader baru 6 bulan jalan. Setiap desa ada pertemuan kader. Kader diberikan uang jika laporan masuk. Ada desa tertentu tidak dapat dipantau karena tidak ada bidan di desa, Buku untuk tiap kader: data posyandu dan data bumil diserahkan ke puskesmas untuk direkap, Paraji setiap bulan melapor ke Puskesmas ada form khusus dan insentif khusus, Ada pencatatan pertolongan persalinan, BBL atau lahir hidup dan mati, Pelaporan tidak masalah. Lambat merekap karena tidak ada tenaga, Diharapkan semua bumil, bayi, bulin nifas dapat tercover semua dilaporan tersebut, Tidak ada

kendaraan dinas (Pusling) ambulans. Hanya motor dinas.

Kesimpulan pada kepala Puskesmas adalah hasil wawancara mendalam dengan ke-4 kepala puskesmas menggambarkan bahwa umumnya program PWS-KIA berjalan dengan baik. Kematian ibu/anak di wilayah kerja disebabkan beberapa faktor: sarana/prasarana pelayanan kurang berjalan baik, wilayah tempat tinggal sulit, kurangnya sarana transportasi, persalinan masih banyak ditolong paraji, kurangnya tenaga bidan, tingkat pelayanan bidan hanya 20% sehingga masyarakat kurang respon, tabulin tidak berhasil karena kesadaran masyarakat turun. Semua puskesmas sudah menggunakan buku KIA tapi pemahaman petugasnya belum semua sama karena belum semua mendapat pelatihan. Petugas kurang termotivasi karena penghasilan/insentif kurang menunjang dan tidak sesuai dengan beban kerja.

Wawancara mendalam dengan para Bidan Koordinator (Bikor) di Puskesmas

Pada umumnya semua puskesmas sudah melaksanakan pencatatan dan pelaporan rutin yang berhubungan dengan program pelayanan KIA. Pencatatan dan pelaporan rutin dilakukan sebulan sekali oleh Bikor yang kemudian meneruskan ke kepala puskesmas di mana terakhir laporan dikirim ke dinas kesehatan kabupaten. Format laporan didapat dari dinas kesehatan, namun jenis formulir dianggap terlalu banyak. Bahkan di beberapa puskesmas, pendistribusian formulir pencatatan dan pelaporan dari dinas kesehatan masih belum lancar. Ada beberapa Bikor perlu refreshing untuk pencatatan dan pelaporan PWS-KIA. Ada sebagian bides di beberapa puskesmas belum pernah mendapat pelatihan khusus tentang sistem pencatatan dan pelaporan KIA. Sebagian besar Bikor juga merangkap tugas lain di puskesmas, sehingga mereka mengaku waktu untuk membuat laporan menjadi kurang. Masalah peralatan, sarana dan prasarana pelayanan khususnya pelayanan KIA dianggap masih sangat kurang. Sementara di semua puskesmas, pendistribusian buku KIA masih sangat terbatas. Diharapkan ke depan jumlah bidan di Puskesmas dapat ditambah supaya bidan tidak merangkap tugas sehingga dapat melakukan pencatatan dan pelaporan dengan lebih baik, atau ada petugas khusus yang melakukan pencatatan dan pelaporan. Juga sebaiknya format pelaporan disederhanakan dan diseragamkan di semua

puskesmas. Disamping itu peralatan dan fasilitas pelayanan KIA supaya dilengkapi. Pelatihan khusus mengenai sistem pencatatan dan pelaporan serta pelatihan penyegaran perlu dilaksanakan lebih sering.

Jika terjadi kematian ibu/anak di wilayah Sukabumi lebih disebabkan karena sarana/prasarana pelayanan yang kurang berjalan dengan baik; sulitnya wilayah tempat tinggal; sulitnya sarana transportasi; banyak persalinan ditolong paraji; kurangnya tenaga bidan; tingkat pelayanan bidan hanya 20% sehingga masyarakat kurang respon; tabulin tidak berhasil karena kesadaran masyarakat turun. Hampir semua puskesmas sudah menggunakan buku KIA tetapi pemahaman petugasnya belum semua sama karena belum semua mendapat pelatihan; petugas tidak disiplin/kurang termotivasi karena penghasilan kurang menunjang/tidak sesuai dengan beban kerjanya. Buku KIA mempermudah pembuatan pencatatan/pelaporan register ibu hamil (bisa terlihat ada yang risti atau tidak) agar tidak ada kekeliruan; menangkap K4, N2 dari kohort bayi. Tidak ada masalah dalam buku KIA, kalau kurang bukunya difotocopy tapi kendala pada warna. Jika difotocopy buku KIA jadi tidak menarik karena hanya hitam putih tidak berwarna.

Wawancara mendalam dan FGD dengan para Bidan di Desa (Bides)

Semua kegiatan di posyandu dan di tempat praktek bidan di rekap, dikirim ke puskesmas melalui Bidan koordinator (Bikor) tiap akhir bulan (kecuali kasus luar biasa seperti kematian langsung ke lokasi kejadian). Semua kegiatan dicatat di buku register umum, kemudian dipindahkan ke buku kohort ibu/bayi. Kegiatan di posyandu adalah K1, K4, deteksi risti nakes, deteksi risti oleh masyarakat, persalinan dan kunjungan neonatus ke tenaga kesehatan. Untuk mencatat kegiatan di posyandu menggunakan buku bantu, ibu nifas dicatat di buku bantu kemudian dimasukkan dalam buku kohort ibu/bayi. Bidan kit, tidak semua bides mendapat bidan kit, hanya bidan PTT yang mendapat dan hanya sekali yaitu waktu pertama kali ditugaskan sebagai bidan PTT, sedangkan bidan PNS tidak dapat. Setelah itu untuk keperluan sendiri beli sendiri, juga kalau ada yang rusak beli sendiri. Peralatan habis pakai seperti untuk pemeriksaan Hb dibagikan setahun sekali. Peralatan tidak memadai, sarana tidak lengkap dan fasilitas di Pustu kurang baik.

Jika terjadi kesalahan dalam menjalankan profesi siapa yang berwenang mengambil tindakan secara administratif. Tindakan administratif dilakukan oleh Bikor dan Ka puskesmas dan kalau tidak bisa diatasi baru ke dinas kesehatan. Dalam menjalankan profesi secara hukum mendapat perlindungan dari ikatan IBI dan Kepala Puskesmas. Format pencatatan/pelaporan diperoleh dari format pencatatan/pelaporan diperoleh dari Dinas Kesehatan dikirim ke puskesmas kemudian ke bidan desa. Sedangkan formulir-formulir kegiatan posyandu diperoleh dari puskesmas. Pelatihan Sistem Pencatatan/pelaporan, belum pernah ada pelatihan secara khusus, hanya dilatih di Dinas Kesehatan. Tapi dengan membaca petunjuk saja sudah cukup. Hampir semua bides di puskesmas Gegerbitung pernah dapat pelatihan, cuma waktunya bergiliran. Topik yang diajarkan adalah tentang pengisian buku KIA, partografi, kohort ibu/bayi. Tempatnya di dinas kesehatan selama 1 hari. Bides dari puskesmas Sagaranten menjawab pelatihan tidak dapat, hanya evaluasi setahun sekali.

Supervisi atau kunjungan, bikor puskesmas melakukan pembinaan selama 1 hari, setahun yang lalu, kadang-kadang pembinaan oleh Ka puskesmas. Bides dari puskesmas Gegerbitung mengatakan bahwa pembinaan seperti pemeriksaan buku kohort suka dilakukan dengan cara orang dari dinas kesehatan datang atau bides yang diundang untuk evaluasi program. Pembinaan dari Yankes dinas kesehatan dan dinas kesehatan provinsi. Evaluasi oleh puskesmas seminggu sekali sekalian membahas kegiatan lain.

Selain melakukan tugas pokok, jenis layanan Bides lainnya. Pelayanan KIA, ANC, KB dan ibu nifas, pelayanan bayi dan balita; Pertolongan kegawatdaruratan, Imunisasi (termasuk imunisasi pasangan pengantin), pembinaan lansia, pembinaan pasangan usia subur, ISPA, diare, UKS, Gizi, P2M, penyuluhan di posyandu, pengobatan ringan, rujukan ke puskesmas/RSU, dan lain-lain. Juga bides menyampaikan bahwa mereka membantu menurunkan AKI dan AKB, selain itu juga masalah Pra-nikah, pokja IV, PKK dan pembinaan lansia. Cara menangani persalinan risiko tinggi. Jika mungkin ditangani sendiri dulu; jika tidak mungkin dikirim ke puskesmas Poned atau RSU Syamsudin di Sukabumi yang berjarak 40 km dari puskesmas Purabaya. Sedangkan di desa Sirnasari menuju RSU Sekarwangi atau Bunut hanya dengan menyewa kendaraan umum seharga Rp 300.000,-.

Sejak hamil muda sudah bisa dilihat tanda-tandanya, kalau bisa ditanggulangi, konsultasi dengan bikor. Tergantung tingkat risikonya kalau absolut sebaiknya langsung dirujuk.

Rekapitulasi laporan KIA oleh Bides dilakukan setiap akhir bulan Bides melakukan rekapitulasi PWS-KIA dari buku Kohort (dipisah-pisah K1, K4, linakes), disampaikan ke Kepala desa melalui PKK, kemudian dikirim ke puskesmas dan arsip posyandu masing-masing. Rekapitulasi laporan KIA oleh petugas puskesmas. Bikor mengumpulkan laporan bulanan dari Bides kemudian dibantu para Bides membuat rekapan ke lembar PWS puskesmas. Sesudah itu di analisis untuk menentukan cakupan sudah memenuhi target atau belum, dan dilaporkan ke Dinas Kesehatan, yang lain arsip di puskesmas.

Hambatan dalam pencatatan/pelaporan KIA. Bides yaitu dari puskesmas Pabuaran dan Nyalindung menyatakan tidak ada hambatan, namun 1 bides dari puskesmas Purabaya menyampaikan bahwa di puskesmasnya hanya ada 2 bides di mana 1 bides sudah akan pindah, sementara yang dilayani cukup banyak sehingga banyak pekerjaan yang dirangkap. Bides dari desa Sukamanah dan Karangreja menyampaikan bahwa pencatatan yang dilakukan kurang lengkap, karena banyak kewajiban lain dan jam kerjanya tidak menentu, harus siap melayani selama 24 jam. Tidak sempat lakukan pencatatan, sebaiknya ada laporan harian. Bides mengatakan hambatan pembuatan laporan disebabkan karena kurangnya buku KIA, SKDN dan fasilitas lainnya. Jika persalinan ditolong paraji (dukun), laporan suka terlambat. Tapi kalau paraji sudah bermitra, bisa cepat dan mudah dalam merekap laporan. Bides desa Bumiwangi menyampaikan bahwa program pengiriman buku KIA terlambat karena jangkauannya jauh, jadi laporannya juga agak terlambat karena wilayah jangkauannya luas.

PEMBAHASAN

Dalam penelitian ini ada beberapa keterbatasan penelitian yaitu pertanyaan untuk mengukur kematian anak dan pola penyebab kematian pada orang dewasa sangat tergantung pada daya ingat keluarga atau ibu anak tersebut.

Manajemen Sistem Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)

Sumber daya

Salah satu upaya pemerintah dalam menurunkan AKI dan AKB adalah melakukan upaya peningkatan kualitas pelayanan dengan melakukan *in-service training* atau *on the job training* asuhan persalinan khususnya asuhan persalinan normal (APN) bagi semua bidan. Pada tahun 2005 di kabupaten Sukabumi¹² baru ada 150 orang bidan yang mendapatkan pelatihan APN. Untuk meningkatkan kinerja staf Puskesmas dan bidan di desa dilakukan monitoring dan evaluasi secara berjenjang 2–3 kali per tahun.

Untuk sarana dan prasarana, target IS 2010 di setiap Kabupaten terdapat 4 puskesmas penanganan obstetrik neonatal emergensi dasar (PONED). Kab. Sukabumi tahun 2005 sudah memenuhi target tersebut dengan 4 puskesmas dengan PONED. Sementara dari Rumah Sakit dengan penanganan obstetrik neonatal emergensi komprehensif (PONEK) baru 2 dari 3 RS yang ada sementara ditargetkan semua rumah sakit dengan PONEK. APN kit baru ada 5 set dari jumlah puskesmas sebanyak 56 puskesmas yang diharapkan semua puskesmas dilengkapi APN kit. Oksitoksin yang diperlukan untuk mempercepat persalinan tahap kala III sudah dilengkapi, demikian juga dengan larutan MgSO₄ untuk pengobatan kejang pada ibu dengan eklampsia sudah di distribusi ke setiap puskesmas.

Target Indonesia Sehat 2010 (IS 2010) ratio dokter dengan jumlah penduduk adalah 40: 100.000 penduduk, dengan jumlah penduduk di Kab. Sukabumi tahun 2005 sebesar 2.274.899 (2005) maka diharapkan jumlah dokter umum sebanyak 910 orang. Dalam profil Kesehatan kab Sukabumi tahun 2005 tercatat sebanyak 236 orang dokter umum, dengan demikian ratio dokter umum dengan jumlah penduduk baru sebesar 10 : 100.000 penduduk. Selisih kekurangan dokter umum sebanyak 674 orang berarti di Kab Sukabumi masih dibutuhkan tenaga dokter umum sebanyak 674 orang. Ratio bidan dengan jumlah penduduk adalah 100:100.000, dan ditargetkan semua desa ada bidan. Dari jumlah desa 348 di kab. Sukabumi, hanya memenuhi sekitar 50%

ada bidan, misalnya di salah satu Puskesmas yang dikunjungi dari 14 desa hanya terdapat 8 bidan didesa. Dari jumlah bidan di desa sebanyak 189 orang atau 54% ada bidan di desa.

Sistem pencatatan dan pelaporan

Dari wawancara mendalam dengan staf Dinkes disebutkan sistem pencatatan pelaporan telah dilakukan secara berjenjang dan lintas sektoral. Bidan di desa mencatat diformat yang tersedia kemudian rekap laporan ke Puskesmas dan tembusan ke kepala Desa dan Puskesmas merekap dan meneruskan ke Dinkes. Laporan ke dinkes dilakukan tiap bulan. Walaupun disebutkan juga oleh staf puskesmas bahwa laporan KIA juga telah mencakup laporan dari masyarakat seperti dari dukun dan kader. Tampaknya belum semua laporan dari masyarakat tercakup (*underreporting*), misalnya cakupan pertolongan persalinan oleh nakes dari data rutin (2005) menyebutkan sebesar 57% sementara dari hasil studi di masyarakat hanya 43% (2006). Dari hasil observasi terdapat beberapa pencatatan data yang *overlapping*, misalnya ada beberapa data terdata di laporan PWS KIA juga ada di LB 3, sehingga ini dinilai tidak efisien.

Sistem Rujukan

Sistem rujukan kasus kebidanan dan kandungan dari bidan di desa ke Puskesmas atau ke RS telah berjalan dengan baik walaupun dengan kasus yang masih terbatas. Pemerintah juga memberikan dukungan dana untuk kasus-kasus ibu yang dengan risiko tinggi adanya komplikasi kehamilan atau persalinan. Dukungan dana dari sistem rujukan setiap tahun ada peningkatan. Kendala dan hambatan untuk proses rujukan kasus risiko tinggi adalah faktor jarak ke sarana kesehatan yang cukup jauh, sarana transportasi yang masih terbatas atau kurang.

Potensi dan kendala manajemen PWS KIA

Potensi yang ada untuk melaksanakan kegiatan program KIA di bidang pelayanan kesehatan dasar tahun 2005 Dinas Kesehatan Kab. Sukabumi yakni telah mendapat dukungan sumber biaya dari Dana Alokasi Umum (DAU), APBD I Provinsi Jawa Barat dan PHP 2. Sumber dana APBD I difokuskan pada pembiayaan pelatihan tenaga bidan, transport bidan dan dana raksa desa. Sarana pencatatan pelaporan untuk tahun 2005 telah didistribusikan pencatatan dan pelaporan KIA dari dana DAU untuk Puskesmas yaitu kartu Ibu, KMS Bumil, register kohort bayi dan

register kohort ibu. Pertemuan bidan di desa yang dilakukan selama 4 kali pertemuan dalam satu tahun. Pertemuan ini juga untuk mengevaluasi pelaksanaan program KIA tahun 2004 dan evaluasi program KIA tahun yang berjalan. Dilanjutkan dengan sosialisasi pembentukan Desa Siaga sehingga para Bidan dapat mengetahui konsep dan langkah pembentukan desa siaga. Beberapa pelatihan kesehatan ibu dan anak untuk bidan di Puskesmas dan bidan di desa. Dukungan masyarakat dalam program pemantauan wilayah setempat untuk kesehatan ibu dan anak misalnya peran kepala desa atau pengurus RT/RW dan partisipasi masyarakat dalam ambulans desa, donor darah dan pembentukan pos bersalin desa (polindes).

Kendala/hambatan dalam pelaksanaan PWS KIA: Geografis secara wilayah yang cukup luas, SDM belum memadai karena tenaga bidan masih kurang, pemahaman dari setiap unsur program belum sama, dan sarana dan prasarana misalnya fasilitas transportasi untuk bides/bidan koordinator masih kurang, sehingga tidak dapat menjangkau daerah yang sulit. Upaya yang dilakukan: penyediaan "bidan kontrak" melalui kerja sama dengan sekolah bidan di Sukabumi, memberikan beasiswa pendidikan bidan desa yang diutamakan pada anak/keluarga paraji dengan harapan setelah ditempatkan tidak pindah ke desa lain. Sampai sekarang ini di kab. Sukabumi penggunaan form kohort bayi masih belum digunakan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

- Secara umum pelaksanaan kegiatan program kesehatan ibu dan anak di Kab. Sukabumi sudah berjalan dengan baik. Walaupun demikian masih ada beberapa Puskesmas yang belum berjalan secara optimal.
- Pelaksanaan PWS-KIA sudah dilaksanakan tetapi masih terdapat beberapa kendala yaitu di beberapa Puskesmas dan di desa masih kekurangan tenaga bidan di desa.
- Kendala yang lain yaitu faktor geografis yang cukup sulit, tenaga yang terbatas baik di Puskesmas maupun di desa.
- Masih banyak tenaga kesehatan yang bertugas rangkap artinya bertanggung jawab untuk beberapa kegiatan atau program.

- Beberapa tenaga bidan yang kurang peralatan dan belum mengikuti pelatihan KIA.
- Beberapa potensi yang dimiliki yaitu sumber daya masyarakat dan peran masyarakat cukup tinggi. Keterlibatan sektor lain juga cukup baik.
- Peran dukun bayi/paraji masih sangat besar untuk ibu hamil baik periksa maupun penolong persalinan.

Saran

- Perlu penambahan tenaga bidan di desa dengan program bidan kontrak atau program prioritas sekolah bidan untuk anak atau cucu paraji/dukun bayi.
- Perlu pelatihan program KIA atau PWS-KIA bagi tenaga bidan di desa yang baru.
- Perlu dilengkapi dengan sarana dan prasarana yang memadai untuk bidan di desa.
- Perlu refreshing untuk program KIA dan PWS-KIA untuk Bidan Koordinator Puskesmas.
- Perlu dilengkapi dengan sarana dan prasarana yang lebih memadai atau diganti alat-alat KIA yang sudah rusak.
- Perlu penambahan tenaga kesehatan khusus untuk pencatatan dan pelaporan KIA.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami menghaturkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada: Kepala Puslitbang Ekologi dan Status Kesehatan Balitbangkes, Ketua PPI P3ESK, Ketua Komisi Etik Badan Litbangkes, Kadis Kesehatan Kab. Sukabumi Jabar dan staf, KaBPS Kab. Sukabumi dan staf, para 19 KaPuskesmas, Bikor, dan bidan di desa, serta Bapak/Ibu yang telah memberikan bantuan kami ucapkan banyak terima kasih.

DAFTAR KEPUSTAKAAN

- Bisara D, Supraptini & Afifah T. 2003. 'Status Gizi Wanita Usia Subur (WUS) dan Baiita di Indonesia menurut data SKRT 2001', *Buletin Penelitian Kesehatan*, vol. 31 no. 3, hal 143–154.
- Biro Pusat Statistik. 2003. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002–2003*, BPS, Jakarta.
- Djaja S, Soemantri S & Irianto J. 2003. 'Perjalanan transisi epidemiologi di Indonesia dan implikasi penanganannya, studi mortalitas - Survei kesehatan rumah tangga (1986–2001)', *Buletin Penelitian Kesehatan*, vol.31 No. 3, hal. 119–131.

- Indonesia Departemen Kesehatan, Direktorat Bina Kesehatan Keluarga D itjen Binkesmas. 1997. *Pedoman Tugas Bidan Puskesmas sebagai Bidan Koordinator*, Depkes, Jakarta.
- Indonesia Departemen Kesehatan, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. 2004. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*, Departemen Kesehatan, Jakarta.
- Laporan SKRT. 2001. *Studi Tindak Lanjut Ibu Hamil (Deskripsi awal dari WH1)* 2002, Badan Litbangkes., Jakarta.
- Laporan Studi Mortalitas. 2001. *Pola Penyakit Penyebab Kematian di Indonesia* 2002, Badan Litbangkes., Jakarta.
- McCarthy J & Deborah M. 1992. 'A framework for analyzing the determinants of maternal mortality', *studies of Family Planning*, vol. 23, no. 1, hal. 23–33.
- Mosley WH & Lincoln CC. 1984. 'An analytical framework for study of child survival in developing countries', *Population and Development Reviews*, no.10 (suppl), hal. 22–45.
- Senewe FP & Afifah T. 2004. 'Status Mortalitas Baiita di daerah tertinggal tahun 2004', *Jurnal Ekologi Kesehatan*, vol. 5, no. 1, hal. 394–402.
- Senewe FP, Djaja S, Wiryawan Y & Pradono J. 2006. 'Kesehatan anak dan bayi baru lahir di Kota Bekasi tahun 2002', *Jurnal Ekologi Kesehatan Puslitbang Ekologi & Status Kesehatan*, vol. 5, no. 1, hal. 361–364.
- Senewe FP, Pangaribuan L & Pritasari K. 2006. 'Status Morbiditas Balita di daerah tertinggal tahun 2004', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, vol. 9, no. 2, April, hal. 82–92.
- Senewe FP & Sandjaja. 2006. 'Status Gizi Balita di daerah tertinggal tahun 2004-Kajian Data SKRT 2004', *Jurnal Penelitian Gizi & Makanan*, vol. 29, no. 1, Juni, hal. 16–20.
- Setyowati T. dkk. 1999. *Laporan penelitian: Protap pencatatan/pelaporan kematian maternal di Puskesmas*. Pusat Penelitian dan Pengembangan Ekologi Kesehatan, Jakarta.
- Soemantri S. dkk. 2004. *Kajian Kematian Ibu dan Anak di Indonesia*, Badan Litbangkes, Jakarta.
- Soemantri S. 1997. *Angka Kematian Ibu di Indonesia: Telaah berbagai sumber data, pendekatan pengukuran dan hasil pengukuran*, Puslitbang Ekologi Kesehatan, Jakarta.
- Soemantri S. dkk. 1997. *Laporan penelitian: Pedoman Menghitung Angka Kematian Ibu (AKI)*, Puslitbang Ekologi Kesehatan, Jakarta.
- Sukabumi Dinas Kesehatan Kabupaten, Seksi Yankesdas. 2006. *Laporan Tahunan Pelayanan Kesehatan Dasar tahun 2005*, Dinas Kesehatan, Kabupaten Sukabumi.

Manajemen PWS-KIA Kabupaten Sukabumi Jawa Barat (Felly Philipus Senewe, Yuana Wiryawan)

Sukabumi Dinas Kesehatan Kabupaten, Tim Penyusun
Profil Kesehatan. 2006. *Profil Kesehatan Kabupaten
Sukabumi tahun 2005*, Dinas Kesehatan, Kabupaten
Sukabumi.

United Nations Development Program. 2003. *Human
Development Report 2003. Millenium Development*

*Goals (MDGs): a compact among nations to end human
poverty*, Oxford University Press, New York.

World Health Organization. 2000. *Making Pregnancy
Safer (MPS). A Health sector strategy for reducting
maternal and perinatal morbidity and mortality*.
WHO SEARO, New Delhi.