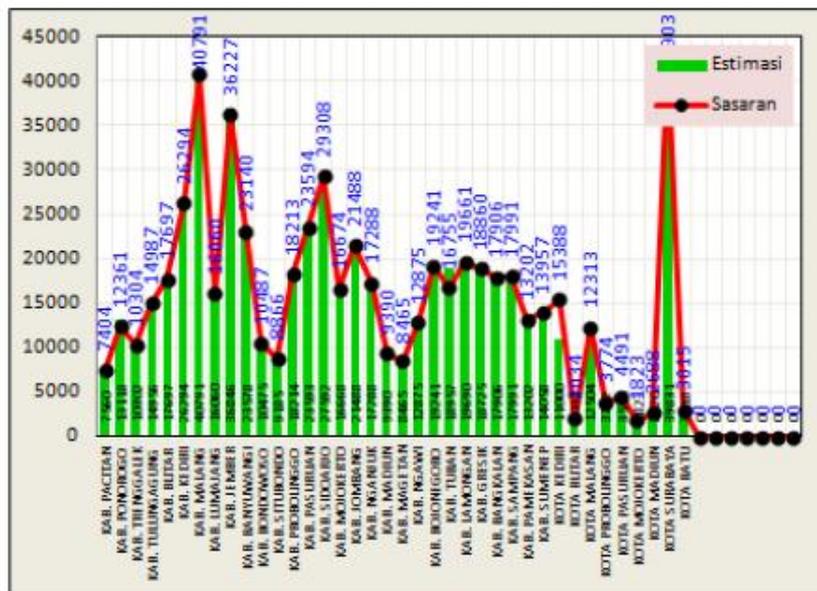




MODUL

Penilaian Mandiri Kualitas Data Rutin (PMKDR) Sistem Informasi Kesehatan



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
TAHUN 2013

Katalog dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI

Indonesia. Kementerian Kesehatan. Pusat Data dan Informasi. Modul - TOT Penilaian Mandiri Kualitas Data Rutin (PMKDR) Sistem Informasi Kesehatan. Jakarta. Kementerian Kesehatan 2012. *1. Data Quality Self-Assessment 2. Routine Data Quality Assessment 3. Health Information System 4. Monitoring and Evaluation*

draft

KATA PENGANTAR

draft

DAFTAR ISI

| | | |
|--|--|----|
| Kata Pengantar | | 3 |
| Daftar Isi | | 4 |
| Daftar Tabel | | 6 |
| Daftar Formulir | | 7 |
| Daftar Gambar | | 8 |
| | | |
| BAGIAN I. KURIKULUM PELATIHAN PMKDR | | 9 |
| | | |
| Bab I | Pendahuluan | |
| | A Latar Belakang | 10 |
| | B Filosofi Pelatihan | 10 |
| Bab II | Peran, Fungsi, dan Kompetensi | |
| | A Peran | 11 |
| | B Fungsi | 11 |
| | C Kompetensi | 11 |
| Bab III | Tujuan Pelatihan | |
| | A Tujuan Umum | 12 |
| | B Tujuan Khusus | 12 |
| Bab IV | Peserta, Pelatih, dan Penyelenggara | |
| | A Peserta | 12 |
| | B Pelatih | 12 |
| | C Penyelenggara | 13 |
| Bab V | Struktur Program | |
| | A Materi Dasar | 13 |
| | B Materi Inti | 13 |
| | C Materi Penunjang | 13 |
| | D Garis-garis Besar Program Pembelajaran | 14 |
| Bab VI | Diagram Proses Pembelajaran | 20 |
| Bab VII | Proses dan Metode Pembelajaran | |
| | A Proses Pembelajaran | 21 |
| | B Metode Pembelajaran | 21 |
| | C Rincian Rangkaian Alir Proses Pelatihan | 22 |
| Bab VIII | Evaluasi dan Sertifikasi Pelatihan | |
| | A Evaluasi Pelatihan | 24 |
| | B Sertifikat | 25 |
| | C Penutup | 25 |

| | | |
|-------------------------------------|---|-----|
| BAGIAN II. MATERI PELATIHAN | | 26 |
| Materi Dasar 1 | Sistem Informasi Kesehatan | 27 |
| | 1 Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan | 29 |
| | 2 Manajemen Data dan Informasi | 34 |
| Materi Inti 1 | Pengukuran Mandiri Kualitas Data Melalui Telaah Laporan | 38 |
| | 1 Konsep PMKDR | 41 |
| | 2 Pengukuran Kelengkapan Data dan Ketepatan Waktu Mealpor | 44 |
| | 3 Pengukuran Akurasi Data | 49 |
| | 4 Pengukuran Konsistensi Internal Data | 51 |
| | 5 Pengukuran Konsistensi Eksternal Data | 54 |
| | Petunjuk Latihan | 58 |
| | Petunjuk Latihan dengan Aplikasi PMKDR | 60 |
| Materi Inti 2 | Pengukuran Kualitas Data Melalui Verifikasi Data | 70 |
| | 1 Konsep Akurasi, Metode verifikasi, dan Pemilihan Unit yang diverifikasi | 73 |
| | 2 Pengukuran akurasi rasio | 75 |
| | 3 Pengukuran <i>over-reporting</i> dan <i>under-reporting</i> | 82 |
| | 4 Pemanfaatan Nilai Rasio Akurasi | 84 |
| | 5 Petunjuk Latihan | 85 |
| | 6 Petunjuk Praktek Lapangan | 90 |
| Materi Inti 3 | Pengukuran Kualitas Data Melalui Penilaian Sistem Pemantauan dan Evaluasi (Monev) | 92 |
| | 1 Konsep Pemantauan dan Evaluasi (Monev) | 97 |
| | 2 Teknik Penilaian Struktur, fungsi dan kapasitas sistem | 99 |
| | 3 Teknik Pengukuran Ketersediaan Indikator dan Pedoman | 101 |
| | 4 Teknik Pengukuran Pengumpulan data dan Keterdesiaaan Formulir Pencatatan/Pelaporan Data Rutin | 103 |
| | 5 Teknik Pengukuran Pengolahan dan Analisis Data | 105 |
| | 6 Teknik Pengukuran Kelengkapan dan Ketepatan Laporan | 107 |
| | 7 Teknik Pengukuran dan Pemanfaatan Data dan Informasi | 108 |
| | 7 Cara Menyusun Laporan Hasil Penilaian Sistem Pemantauan dan Evaluasi (Monev) | 109 |
| BAGIAN III. MATERI PENUNJANG | | 120 |
| Materi Penunjang 1 | <i>Building Learning Commitment (BLC)</i> | 120 |
| Materi Penunjang 2 | Rencana Tindak Lanjut (RTL) | 125 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|-----|
| Tabel 1. Kelengkapan Laporan Bulanan Program TB | 46 |
| Tabel 2. Contoh ukuran konsistensi internal menurut jenis program | 52 |
| Tabel 3. Indikator penilaian kualitas data program TB | 58 |
| Tabel 4. Indikator Penilaian Kualitas Data Program Imunisasi | 58 |
| Tabel 5. Indikator Penilaian Kualitas Data Program KIA | 59 |
| Tabel 6. Indikator Penilaian Kualitas Data Program Gizi | 59 |
| Tabel 7. Indikator PMKDR Telaah Laporan Program TB | 62 |
| Tabel 8. Contoh penilaian akurasi pada 6 Puskesmas di 3 Kabupaten Bunga | 78 |
| Tabel 9. Penghitungan Rasio Akurasi Hasil Verifikasi Data | 79 |
| Tabel 10. Perhitungan Rasio Akurasi Hasil Verifikasi Data Kab dan PKM | 80 |
| Tabel 11. Perhitungan Rasio Akurasi Level Nasional | 81 |
| Tabel 12. Contoh Rencana Tindak Lanjut Berdasarkan Hasil Penilaian Kualitas Data TB Melalui Verifikasi Data | 83 |
| Tabel 13. Jenis Program Kesehatan dan Indikator | 90 |
| Tabel 14. Formulir Pelaporan Menurut Jenis Program | 104 |
| Tabel 15. Penilaian Sistem Pemantauan dan Evaluasi | 109 |
| Tabel 16. Contoh Rencana Tindak Lanjut di Puskesmas A | 110 |
| Tabel 17. Contoh Rencana Tindak Lanjut di Puskesmas B | 110 |
| Tabel 18. Formulir Checklist Monev | 114 |
| Tabel 19. Probing penggalan informasi | 115 |

DAFTAR FORMULIR

| | |
|---|----|
| Formulir 1. Lembar Verifikasi Akurasi Data di Tingkat Puskesmas | 77 |
| Formulir 2. Lembar Verifikasi Akurasi Data di Tingkat Kabupaten | 77 |
| Formulir 3. Lembar Verifikasi Akurasi Data di Tingkat Provinsi | 78 |

draft

DAFTAR GAMBAR

| | | |
|--------------|---|----|
| Gambar 1.1 | Diagram Proses Pembelajaran | 20 |
| Gambar 2.1 | Siklus data dan informasi | 34 |
| Gambar 2.2 | Skema Langkah Pelaksanaan | 44 |
| Gambar 2.3a | Kelengkapan dan Ketepatan Waktu Melapor Capaian CNR Kasus Baru TB | 47 |
| Gambar 2.3b. | Kelengkapan dan Ketepatan Waktu Melapor Linakes | 47 |
| Gambar 2.3c. | Kelengkapan Provinsi Melapor Data KIA | 48 |
| Gambar 2.4a. | Data Capaian CNR Kasus Baru TB menurut Provinsi | 50 |
| Gambar 2.4b. | Data Imunisasi DPT3/DPT-HB3 | 50 |
| Gambar 2.5 | Rasio Capaian CNR Kasus Baru TB dibandingkan 2008-2010 | 52 |
| Gambar 2.6. | Rasio Jumlah pasien baru TB (semua tipe) yang di evaluasi dan Jumlah pasien pasien baru TB (semua tipe) | 53 |
| Gambar 2.7. | Rasio Jumlah Sasaran dibandingkan angka proyeksi | 55 |
| Gambar 2.8. | Rasio Cakupan Imunisasi Laporan Rutin dibanding hasil Survei | 55 |
| Gambar 2.9 | Perbandingan Cakupan K1 Data Rutin dengan Hasil Survei | 56 |
| Gambar 2.10. | Perbandingan Cakupan Linakes dengan Hasil Survei | 60 |
| Gambar 2.11 | Menu Utama Aplikasi PMKDR | 61 |
| Gambar 2.12 | Tampilan Security Macro | 61 |
| Gambar 2.13 | Input Tahun Pelaksanaan PMKDR | 62 |
| Gambar 2.14 | Tampilan Input Data Fasilitas | 61 |
| Gambar 2.15 | Tampilan Status Input Data | 62 |
| Gambar 2.16. | Input Data Temuan Kasus per Triwulan | 63 |
| Gambar 2.17 | Input Data Program Per Bulan | 63 |
| Gambar 2.18 | Contoh output kelengkapan dan ketepatan CNR Kasus Baru TB | 64 |
| Gambar 2.19 | Contoh output kelengkapan dan ketepatan laporan imunisasi | 64 |
| Gambar 2.20 | Contoh output akurasi (data Pencilan) CNR Kasus Baru TB | 64 |
| Gambar 2.21 | Contoh output konsistensi internal laporan CNR Kasus Baru TB | 65 |
| Gambar 2.22a | Contoh output rasio konsistensi data sasaran kasus TB per PKM | 67 |
| Gambar 2.22b | Contoh output rasio konsistensi Data Capaian CNR Kasus Baru TB | 67 |
| Gambar 2.23 | Cakupan data rutin vs hasil survei | 67 |
| Gambar 2.24 | Menu edit grafik | 68 |
| Gambar 2.25 | Menu merubah range data | 68 |
| Gambar 2.26 | Menu merubah range axis | 68 |
| Gambar 2.27 | Menu meruba data source | 69 |
| Gambar 2.28 | Akurasi Data pasien baru TB (Semua tipe) | 82 |
| Gambar 2.29 | Tampilan Menu Utama Verifikasi | 85 |
| Gambar 2.30 | Tampilan muka input data fasilitas Kab/Provini Aceh | 86 |
| Gambar 2.31 | Tampilan Layar Verifikasi | 86 |
| Gambar 2.32 | Tampilan layar Pemilihan Input Data Laporan Triwulan | 86 |
| Gambar 2.33 | Tampilan input laporan | 87 |
| Gambar 2.34 | Tampilan Layar Verifikasi data yang telah terisi | 87 |
| Gambar 2.35 | Tombol Verifikasi | 87 |
| Gambar 2.36 | Tampilan pemilihan unit yang diverifikasi | 88 |
| Gambar 2.37 | Tampilan pemilihan unit yang diverifikasi dan target penduduk | 88 |
| Gambar 2.38 | Tampilan verifikasi 2 level | 88 |
| Gambar 2.39 | Tampilan grafik akurasi data pasien baru TB (semua tipe) | 89 |
| Gambar 2.40 | Tampilan fasilitas edit grafik | 89 |
| Gambar 2.41 | Komponen identifikasi penilaian Monev | 99 |

| | | |
|--------------|---|-----|
| Gambar 2.42 | Contoh spiderweb Penilaian Monev TB | 109 |
| Gambar 2.43. | Panduan awal penggunaan Penilaian Monev | 112 |
| Gambar 2.44. | Tampilan link unit yang akan diverifikasi | 112 |
| Gambar 2.45. | Tampilan checklist hasil penilaian | 113 |
| Gambar 2.46 | Output spider web | 113 |

draft

**BAGIAN I. KURIKULUM
PELATIHAN PMKDR**

draft

A. Latar Belakang

Kualitas data kesehatan Indonesia masih rendah. Hasil penilaian (*Assesment*) terhadap Sistem Informasi Kesehatan (SIK) Indonesia yang dilakukan oleh *Health Metrics Network* (HMN) bekerjasama dengan Pusdatin Kementerian Kesehatan pada tahun 2007. Adapun hasil penilaian menunjukkan hasil yang tidak adekuat untuk sumber daya (47%), indikator (61%), sumber data (51%), kualitas data (55%), penggunaan dan diseminasi data (57%) serta manajemen data (35%).

Mengacu pada hasil penilaian HMN tersebut, maka perlu upaya untuk meningkatkan kemampuan Sumber Daya Manusia untuk melakukan sistem pemantauan kualitas data dan informasi kesehatan.

Saat ini telah berkembang metode Penilaian Mandiri Kualitas Data Rutin (PMDKR), adalah suatu metode yang dirancang untuk staf pengolah data program kesehatan pada tingkat nasional, provinsi, atau kabupaten/kota dalam menilai kualitas data rutin dan meningkatkan kualitas data. PMKDR meliputi: kelengkapan, keakuratan, konsistensi, dan kualitas komponen sistem pemantauan program.

Mengingat pentingnya masalah kualitas data bagi perencanaan kesehatan maka dibuatlah kurikulum pelatihan PMKDR, sehingga pengelola SIK dan Program Kesehatan mampu untuk melaksanakan penilaian kualitas data secara mandiri.

B. Filosofi Pelatihan

Pelatihan ini diselenggarakan berdasarkan pendekatan:

1. Pembelajaran orang dewasa (*Adult Learning*), yakni proses pelatihan diselenggarakan dengan memerhatikan hak peserta selama pelatihan, antara lain:
 - a. Dihargai keberadaannya selama menjadi peserta pelatihan.
 - b. Didengarkan dan dihargai pengalamannya terkait dengan materi pelatihan.
 - c. Dipertimbangkan setiap ide dan pendapatnya, sejauh berada di dalam konteks pelatihan.
 - d. Mendapatkan 1 paket bahan belajar yaitu modul pelatihan PMKDR
 - e. Mendapatkan pelatih profesional yang dapat memfasilitasi dengan berbagai metode, melakukan umpan balik, dan menguasai materi pelatihan.
 - f. Melakukan refleksi dan memberikan umpan balik secara terbuka.
 - g. Melakukan evaluasi (terhadap penyelenggara maupun fasilitator) dan dievaluasi tingkat pemahaman dan kemampuannya terkait dengan materi pelatihan.

2. Berbasis kompetensi (*Competency Based*), yakni selama proses pelatihan peserta diberikan kesempatan untuk mengembangkan keterampilan langkah demi langkah menuju pencapaian kompetensi yang diharapkan di akhir pelatihan.
3. Belajar sambil berbuat (*Learning By Doing*), yang memungkinkan peserta untuk:
 - a. Mendapat kesempatan untuk belajar sambil berbuat (melakukan sendiri) dari setiap materi pelatihan. Hal tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan metode pembelajaran dimana peserta lebih aktif terlibat seperti antara lain: diskusi kelompok, studi kasus, dan latihan (*exercise*) baik secara individu maupun kelompok.
 - b. Melakukan pengulangan ataupun perbaikan yang dirasa perlu untuk mencapai kompetensi yang ditetapkan.

BAB II

PERAN, FUNGSI DAN KOMPETENSI

A. Peran

Sebagai **pengelola SIK dan program** di tingkat pusat, propinsi dan Kabupaten/Kota.

B. Fungsi

Dalam menjalankan perannya maka peserta memiliki **fungsi menilai kualitas data rutin** untuk SIK dan Program untuk menyediakan data yang berkualitas.

C. Kompetensi

Setelah selesai mengikuti pelatihan, peserta memiliki kompetensi yaitu mampu:

1. Mengukur kualitas data rutin melalui **telaah laporan rutin**
2. Mengukur kualitas data rutin melalui **verifikasi data**
3. Mengukur kualitas data rutin melalui **penilaian sistem pemantauan dan evaluasi** (monev)

BAB III TUJUAN PELATIHAN

A. Tujuan Umum

Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu melakukan penilaian mandiri kualitas data rutin (PMKDR) di tingkat pusat, propinsi, Kabupaten/Kota.

B. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti pelatihan, peserta mampu:

1. Mengukur kualitas data rutin melalui telaah laporan rutin
2. Mengukur kualitas data rutin melalui verifikasi data
3. Mengukur kualitas data rutin melalui penilaian sistem pemantauan dan evaluasi (monev)

BAB IV PESERTA, PELATIH, DAN PENYELENGGARA

A. Peserta

1. Kriteria peserta:
 - a. Tingkat Pusat: Pusdatin, Pengelola Program TB, Malaria, HIV, Imunisasi, Gizi, dan program kesehatan Ibu dan Anak atau Pusdiklat
 - b. Tingkat Provinsi: Petugas SIK dan Pengelola program TB, Malaria, HIV, Gizi, dan program kesehatan Ibu dan Anak atau Bapelkes
 - c. Pendidikan minimal S1
 - d. Mampu mengoperasikan komputer
 - e. Peserta masih akan bekerja dalam tugasnya minimal 2 tahun ke depan
2. Jumlah peserta dalam 1 kelas maksimal 30 orang

B. Pelatih

Kriteria:

1. Memiliki kemampuan kediklatan yaitu telah mengikuti pelatihan calon widyaiswara atau AKTA atau *Training of Trainer* (TOT) atau pelatihan bagi tenaga pelatih program kesehatan (TPPK).
2. Pendidikan S1 atau minimal setara dengan kriteria peserta, dengan tambahan keahlian di bidang materi yang diajarkan
3. Memahami kurikulum pelatihan PMKDR
4. Menguasai materi yang disampaikan sesuai dengan Garis Besar Program Pembelajaran (GBPP) yang ditetapkan dalam kurikulum pelatihan

C. Penyelenggara

Penyelenggaraan pelatihan adalah Pusdatin, berkoordinasi dengan Ditjen PP&PL, Ditjen Gizi dan KIA Kementerian Kesehatan RI.

BAB V STRUKTUR PROGRAM

Untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan maka disusunlah materi yang akan diberikan secara rinci pada tabel berikut:

| NO | MATERI | WAKTU | | | JML |
|----|--|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | T | P | PL | |
| A | MATERI DASAR: | | | | |
| | 1. Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan | 1 | - | - | 1 |
| | 2. Manajemen Data dan Informasi | 2 | | | 2 |
| | Sub total | 3 | - | - | 3 |
| B | MATERI INTI: | | | | |
| | 1. Pengukuran kualitas data rutin melalui telaah laporan rutin | 4 | 10 | - | 14 |
| | 2. Pengukuran kualitas data rutin melalui verifikasi data | 2 | 6 | 6 | 14 |
| | 3. Pengukuran kualitas data rutin melalui sistem pemantauan dan evaluasi (monev) | 2 | 6 | 6 | 14 |
| | Sub total | 8 | 22 | 12 | 42 |
| C | MATERI PENUNJANG: | | | | |
| | 1. <i>Building Learning commitment</i> (BLC) | - | 3 | - | 3 |
| | 2. Rencana Tindak Lanjut (RTL) | - | 2 | - | 2 |
| | Sub total | - | 5 | - | 5 |
| | JUMLAH | 11 | 29 | 10 | 50 |

Catatan: T = Teori; P = Penugasan; PL = Praktik Lapangan;
waktu 1 (satu) jam pelatihan (Jpl) = 45 menit

D. GARIS-GARIS BESAR PROGRAM PEMBELAJARAN

Nomor : Materi Dasar

Materi : Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan

Waktu : 3 Jpl (T = 3 Jpl, P = 0 Jpl, PL = 0 Jpl)

| Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) | Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK) | Pokok Bahasan/Sub Pokok Bahasan | Metode | Media dan Alat bantu | Referensi |
|--|--|---|--|---|---|
| Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu memahami kebijakan SIK | Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu menjelaskan: 1. Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan 2. Manajemen Data dan Informasi | 1. Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan: a. Visi dan Misi b. Kebijakan dan Prinsip c. Organisasi dan Tugas dan Fungsi (Tusi) Pusat Data dan Informasi d. Konsep/Model SIK terintegrasi 2. Manajemen Data dan Informasi: a. Pengumpulan data b. Pengolahan dan analisa data c. Pelaporan data d. Pemanfaatan data dan informasi | <ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya jawab | <ul style="list-style-type: none"> • Tayang <i>power point</i> • LCD • Laptop • Flipchart • White board • Modul | <ul style="list-style-type: none"> • SK pengelola SIK • Pedoman SIK • Roadmap SIK • Renstra SIK |

Nomor : Materi Inti 1
Materi : Pengukuran kualitas data rutin melalui telaah laporan
Waktu : 16 Jpl (T = 4 Jpl, P = 12 Jpl, PL = 0 Jpl)

| Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) | Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK) | Pokok Bahasan/Sub Pokok Bahasan | Metode | Media dan Alat bantu | Referensi |
|---|--|--|--|---|---|
| Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu mengukur kualitas data rutin melalui telaah laporan | Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu: 1. Menjelaskan konsep PMKDR 2. Mengukur kelengkapan data dan ketepatan waktu melapor 3. Mengukur akurasi data 4. Mengukur konsistensi internal data 5. Mengukur konsistensi eksternal data | 1. Konsep PMKDR a. Tujuan b. Manfaat PMKDR c. Ruang lingkup dan Metode PMKDR 2. Pengukuran kelengkapan data dan ketepatan waktu melapor 3. Pengukuran akurasi data 4. Pengukuran konsistensi internal data 5. Pengukuran konsistensi eksternal data | <ul style="list-style-type: none"> • Ceramah Tanya Jawab • Latihan memasukkan data ke aplikasi Program PMKDR | <ul style="list-style-type: none"> • Tayang <i>power point</i> • LCD • Laptop • Flipchart • White board • Panduan latihan • Aplikasi Program PMKDR • Panduan Aplikasi Program PMKDR | <ul style="list-style-type: none"> • Juknis PMKDR • WHO. 2005. <i>The Immunization Data Quality Self-Assessment (DQS) Tools.</i> • WHO. 2012. <i>Guide to The Data Quality Report Card Indicator (Draft May 2012).</i> |

Nomor : Materi Inti 2
Materi : Pengukuran kualitas data rutin melalui verifikasi data
Waktu : 13 Jpl (T = 2Jpl, P =6 Jpl, PL = 5 Jpl)

| Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) | Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK) | Pokok Bahasan/ Sub Pokok Bahasan | Metode | Media dan Alat bantu | Referensi |
|--|---|---|---|---|--|
| Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu mengukur kualitas data rutin melalui verifikasi data | Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu: <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan konsep verifikasi dan akurasi data Menghitung rasio akurasi data rutin Menghitung over reporting dan under reporting | <ol style="list-style-type: none"> Konsep verifikasi, akurasi data, dan pemilihan unit yang diverifikasi Penghitungan rasio akurasi data rutin Penghitungan over reporting dan under reporting | <ul style="list-style-type: none"> Ceramah Tanya jawab Latihan memasukan data ke aplikasi Program PMKDR Praktek Lapangan | <ul style="list-style-type: none"> Tayang <i>power point</i> LCD Laptop Flipchart White board Panduan latihan Aplikasi Program PMKDR Panduan Praktek Lapangan | <ul style="list-style-type: none"> Juknis PMKDR |

Nomor : Materi Inti 3

Materi : Pengukuran kualitas data rutin melalui penilaian sistem pemantauan dan evaluasi (monev)

Waktu : 13 Jpl (T = 2Jpl, P =6 Jpl, PL = 5 Jpl)

| Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) | Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK) | Pokok Bahasan/Sub Pokok Bahasan | Metode | Media dan Alat bantu | Referensi |
|---|---|---|---|--|--|
| Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu mengukur kualitas data rutin melalui penilaian sistem pemantauan dan evaluasi (monev) | Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu: 1. Menjelaskan konsep Monev 2. Mengukur struktur, fungsi dan kapasitas sistem monev 3. Mengukur ketersediaan indikator program kesehatan (TB, Imunisasi, Gizi, KIA,dll) 4. Mengidentifikasi ketersediaan formulir pelaporan data rutin program kesehatan (TB, Imunisasi, Gizi, KIA,dll) 5. Mengukur | 1. Konsep Monev 2. Teknik penilaian struktur, fungsi dan kapasitas sistem monev 3. Teknik penilaian ketersediaan indikator program kesehatan (TB, Imunisasi, Gizi, KIA,dll) 4. Teknik penilaian ketersediaan formulir pelaporan data rutin program kesehatan (TB, Imunisasi, Gizi, KIA,dll) 5. Teknik penilaian pengolahan dan analisa data 6. Teknik penilaian pemanfaatan data dan informasi 7. Cara menyusun laporan hasil penilaian kualitas data | <ul style="list-style-type: none">• Ceramah• Tanya jawab• Latihan memasukkan data ke program aplikasi Excell• Praktek Lapangan | <ul style="list-style-type: none">• Tayang <i>power point</i>• LCD• Laptop• Flipchart• White board• Juknis PMKDR• Panduan latihan• Aplikasi Program PMKDR | <ul style="list-style-type: none">• Kemenkes, Petunjuk Teknis Penilaian Mandiri Kualitas Data Rutin• Feuerstein, M-T, 1990, Evaluating Development and Community Programmes with Participants, Macmillan, London and Basingstoke• Rossi, P.H., and H.E. Freeman, 1993, Evaluation, a System Approach 5, Sage Publication, Newbury Park – London – New Delhi.• Lazenbatt A., 2002, The Evaluation Handbook for Health Professionals, Routledge, London and New York. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | pengolahan dan analisa data 6. Mengukur pemanfaatan data dan informasi 7. Menyusun laporan hasil penilaian kualitas data | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

draft

Nomor : Materi Penunjang. 1
Materi : *Building Learning Commitment (BLC)*
Waktu : 3 Jpl (T = 0 Jpl, P = 3 Jpl, PL= 0 Jpl)

| Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) | Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK) | Pokok Bahasan/Sub Pokok Bahasan | Metode | Media dan Alat bantu | Referensi |
|--|--|--|---|--|---|
| Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu membangun komitmen belajar selama proses pembelajaran. | Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu: 1. Melakukan perkenalan dan pencairan diantara peserta, fasilitator dan panitia 2. Merumuskan kesepakatan tentang harapan peserta terhadap pelatihan, nilai, norma, keawatiran mencapai harapan dan kontrol kolektif yang disepakati bersama sebagai komitmen belajar 3. Menetapkan organisasi kelas | 1. Perkenalan dan pencairan diantara peserta, fasilitator dan panitia 2. Perumusan kesepakatan tentang harapan peserta terhadap pelatihan, nilai, norma, keawatiran mencapai harapan dan kontrol kolektif yang disepakati bersama sebagai komitmen belajar 3. Organisasi kelas | <ul style="list-style-type: none"> • Brain Storming • Diskusi kelompok • Permainan | <ul style="list-style-type: none"> • Flipchart • Spidol • Lembar permainan • White Board • Lembar diskusi | <ul style="list-style-type: none"> • Saeful Zaman, Dyan R.Helmi, dan Gibasa Team. Games Kreatif Pilihan untuk Meningkatkan Potensi Diri dan Kelompok. Gagas Media, Jakarta 2010. • Hendri Bun. 300 Games Kreatif. Gradien Mediatama, Yogyakarta 2010. |

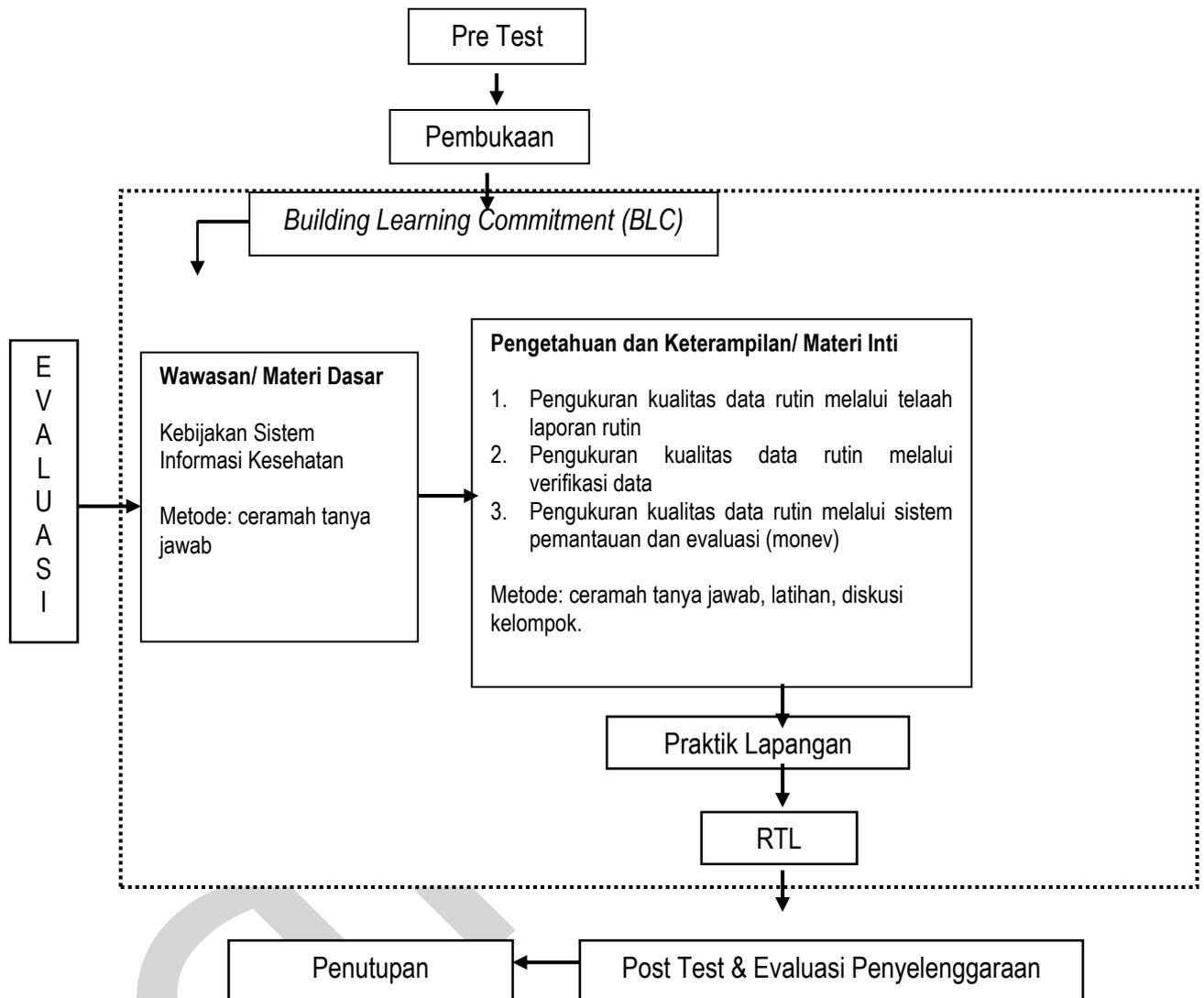
Nomor : Materi Penunjang 2

Materi : Rencana Tindak Lanjut (RTL)

Waktu : 2 Jpl (T = 0 Jpl, P = 2 Jpl, PL= 0 Jpl)

| Tujuan Pembelajaran Umum (TPU) | Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK) | Pokok Bahasan/Sub Pokok Bahasan | Metode | Media dan Alat bantu | Referensi |
|--|---|---|---|--|---|
| Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu menyusun rencana tindak lanjut berupa rencana perbaikan kualitas data dan integrasi PMKDR ke dalam kegiatan rutin. | Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu: 1. Menjelaskan konsep RTL 2. Membuat rencana perbaikan kualitas data 3. Membuat rencana integrasi PMKDR ke dalam kegiatan rutin | 1. Konsep RTL: a. Pengertian b. Tujuan/manfaat c. Format 2. Rencana perbaikan kualitas data 3. Rencana integrasi PMKDR ke dalam kegiatan rutin | <ul style="list-style-type: none">• Ceramah tanya jawab• Latihan | <ul style="list-style-type: none">• Tayang <i>power point</i>• LCD• Laptop• Flipchart• White board• Spidol• Panduan latihan• Format RTL | <ul style="list-style-type: none">• BPPSDM Kesehatan Rencana Tindak Lanjut, Modul TOT Napza, Pusdiklat SDM Kesehatan Jakarta 2009• Ditjen PP dan PL, Depkes RI; Rencana tindak Lanjut; Kurmod Surveilans; Subdit Surveilans; Jakarta; 2008 |

BAB VI DIAGRAM PROSES PEMBELAJARAN



Gambar 1.1 Diagram Proses Pembelajaran

BAB VII

PROSES DAN METODE PEMBELAJARAN

A. Proses pembelajaran

Proses pembelajaran dilaksanakan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Dinamisasi dan penggalian harapan peserta serta membangun komitmen belajar diantara peserta.
2. Penyiapan peserta sebagai individu atau kelompok yang mempunyai pengaruh terhadap perubahan perilaku dalam menciptakan iklim yang kondusif dalam melaksanakan tugas.
3. Penjajagan awal peserta dengan memberikan pre-test.
4. Pembahasan materi kelas.
5. Praktik kelas dalam bentuk penugasan-penugasan dan praktik lapangan.
6. Penjajagan akhir peserta dengan memberikan post-test.

Dalam setiap pembahasan materi inti, peserta dilibatkan secara aktif baik dalam teori maupun penugasan, dimana:

1. Fasilitator mempersiapkan peserta untuk siap mengikuti proses pembelajaran.
2. Fasilitator menjelaskan tentang tujuan pembelajaran yang akan dicapai pada setiap materi.
3. Fasilitator dapat mengawali proses pembelajaran dengan:
 - a. Penggalian pengalaman peserta.
 - b. Penjelasan singkat tentang seluruh materi.
 - c. Penugasan dalam bentuk individual atau kelompok.
4. Setelah semua materi disampaikan, fasilitator dan atau peserta dapat memberikan umpan balik terhadap isi keseluruhan materi yang diberikan.
5. Sebelum pemberian materi berakhir, fasilitator dan peserta dapat membuat rangkuman dan atau pembulatan.

B. Metode Pembelajaran

Metode pembelajaran ini berdasarkan pada prinsip:

1. Orientasi kepada peserta meliputi latar belakang, kebutuhan dan harapan yang terkait dengan tugas yang dilaksanakan.
2. Peran serta aktif peserta sesuai dengan pendekatan pembelajaran.
3. Pembinaan iklim yang demokratis dan dinamis untuk terciptanya komunikasi dari dan ke berbagai arah.

Oleh karena itu metode yang digunakan selama proses pembelajaran diantaranya adalah:

1. Ceramah singkat dan tanya jawab.
2. Curah pendapat, untuk penjajagan pengetahuan dan pengalaman peserta terkait dengan materi yang diberikan.
3. Penugasan berupa: diskusi, dan latihan

C. Rincian Rangkaian Alir Proses Pembelajaran

Rincian rangkaian alir proses pembelajaran adalah sebagai berikut:

1. Pre-test

Pre test diberikan kepada peserta sebelum materi diberikan.

2. Pembukaan

Proses pembukaan pelatihan meliputi beberapa kegiatan berikut:

- a. Laporan ketua penyelenggara pelatihan.
- b. Pengarahan dari pejabat yang berwenang tentang latar belakang perlunya pelatihan.
- c. Perkenalan peserta secara singkat.

3. Membangun komitmen belajar

Kegiatan ini ditujukan untuk mempersiapkan peserta dalam mengikuti proses pelatihan. Kejadiannya antara lain:

- a. Penjelasan oleh fasilitator tentang tujuan pembelajaran dan kegiatan yang akan dilakukan dalam materi membangun komitmen belajar.
- b. Perkenalan antara peserta dan para fasilitator dan panitia penyelenggara pelatihan, dan juga perkenalan antar sesama peserta. Kegiatan perkenalan dilakukan dengan permainan, dimana seluruh peserta terlibat secara aktif.
- c. Mengemukakan kebutuhan/harapan, kekhawatiran dan komitmen masing-masing peserta selama pelatihan.
- d. Kesepakatan antara para fasilitator, penyelenggara pelatihan dan peserta dalam berinteraksi selama pelatihan berlangsung, meliputi: pengorganisasian kelas, kenyamanan kelas, keamanan kelas, dan yang lainnya.

4. Pengisian pengetahuan/wawasan

Setelah materi Membangun Komitmen Belajar, kegiatan dilanjutkan dengan memberikan materi kebijakan Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan sebagai dasar pengetahuan/wawasan yang sebaiknya diketahui peserta dalam pelatihan ini.

5. Pemberian pengetahuan dan ketrampilan

Pemberian materi berupa pengetahuan dan ketrampilan tentang Pengukuran kualitas data rutin melalui telaah laporan rutin, Pengukuran kualitas data rutin melalui verifikasi data, Pengukuran kualitas data rutin melalui sistem pemantauan dan evaluasi (monev) mengarah pada kompetensi keterampilan yang akan dicapai oleh peserta.

Penyampaian materi dilakukan dengan menggunakan berbagai metode yang melibatkan semua peserta untuk berperan serta aktif dalam mencapai kompetensi tersebut, yaitu metode tanya jawab, diskusi kelompok, dan latihan.

Peserta melakukan evaluasi terhadap fasilitator yang dilakukan tiap hari dengan cara *me-review* kegiatan proses pembelajaran yang sudah berlangsung, ini sebagai umpan balik untuk menyempurnakan proses pembelajaran selanjutnya.

Di samping itu juga dilakukan proses umpan balik dari pelatih ke peserta berdasarkan penilaian penampilan peserta, baik di kelas maupun di lapangan.

6. Praktik lapangan

Praktik lapangan bertujuan untuk mengaplikasikan pengetahuan dan ketrampilan yang didapat di kelas. Kegiatan praktik lapangan antara lain:

- Mengidentifikasi data yang diperlukan untuk telaah laporan rutin,
- Mengumpulkan data untuk diverifikasi dan **dihitung rasio akurasi. Jika ditemukan data tidak akurat, langsung diberi umpan balik untuk perbaikan**
- Mengumpulkan data untuk menilai kualitas sistem pemantauan dan evaluasi (monev)

7. Rencana Tindak Lanjut (RTL)

Masing-masing peserta menyusun rencana tindak lanjut berupa rencana perbaikan kualitas data dan integrasi PMKDR ke dalam kegiatan rutin

8. Post-test dan evaluasi penyelenggaraan

Post test diberikan setelah seluruh materi diberikan. Kemudian dilanjutkan dengan evaluasi terhadap penyelenggara (sarana, fasilitas, panitia, dll).

9. Penutupan

Acara penutupan dapat dijadikan sebagai upaya untuk mendapatkan masukan dari peserta ke penyelenggara dan fasilitator untuk perbaikan pelatihan yang akan datang.

BAB VIII

EVALUASI DAN SERTIFIKASI PELATIHAN

A. EVALUASI PELATIHAN

Evaluasi yang dilakukan dalam proses pelatihan, yaitu:

1. Evaluasi terhadap peserta

Yaitu evaluasi yang dilakukan terhadap peserta pelatihan melalui:

- a. Penjajakan awal melalui *pre test*.
- b. Pemahaman pembelajaran terhadap materi yang telah diterima (*post test*).

2. Evaluasi terhadap fasilitator

Evaluasi ini dimaksudkan untuk mengetahui seberapa jauh penilaian yang menggambarkan tingkat kepuasan peserta terhadap kemampuan pelatih/fasilitator dalam menyampaikan pengetahuan dan atau ketrampilan kepada peserta dengan baik, dapat dipahami dan diserap oleh peserta, meliputi:

- a. Penguasaan materi
- b. Ketepatan waktu
- c. Sistematis penyajian
- d. Penggunaan metode dan alat Bantu diklat
- e. Empati, gaya dan sikap terhadap peserta
- f. Penggunaan bahasa dan volume suara
- g. Pemberian motivasi belajar kepada peserta
- h. Pencapaian TIU
- i. Kesempatan Tanya jawab
- j. Kemampuan menyajikan
- k. Kerapihan pakaian
- l. Kerjasama tim pengajar

3. Evaluasi terhadap penyelenggara

Evaluasi dilakukan oleh peserta pelatihan terhadap penyelenggara pelatihan. Obyek evaluasi adalah pelaksanaan administrasi dan akademis, meliputi:

- a. Tujuan pelatihan.
- b. Relevansi program pelatihan dengan tugas.
- c. Manfaat setiap materi pembelajaran bagi pelaksanaan tugas.
- d. Manfaat pelatihan bagi instansi.
- e. Mekanisme pelaksanaan pelatihan.
- f. Hubungan peserta dengan penyelenggara pelatihan.

- g. Pelayanan kesekretariatan terhadap peserta.
- h. Pelayanan akomodasi dan lain-lain.
- i. Pelayanan konsumsi.
- j. Pelayanan kesehatan.
- k. Pelayanan kepustakaan.
- l. Pelayanan komunikasi dan informasi.

B. SERTIFIKAT

Setiap peserta yang telah menyelesaikan proses pembelajaran ini minimal 95% dari keseluruhan jumlah jam pembelajaran akan diberikan sertifikat yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI.

C. PENUTUP

Standar kurikulum ini merupakan acuan minimal yang harus dipenuhi dalam pelatihan PMKDR pengelola SIK dan Program Kesehatan, kemungkinan penambahan materi sesuai kebutuhan dapat dilakukan dengan tidak mengurangi JPL.

BAGIAN II. MATERI PELATIHAN PMKDR

draft

MATERI DASAR

KEBIJAKAN SISTEM INFORMASI KESEHATAN

I. DESKRIPSI SINGKAT

Pembuat kebijakan di bidang kesehatan seringkali mengalami kesulitan dalam hal pengambilan keputusan yang tepat karena keterbatasan atau ketidaktersediaan data dan informasi yang akurat, lengkap, dan tepat waktu. Data dan informasi merupakan sumber daya yang sangat strategis bagi suatu organisasi dalam melaksanakan prinsip-prinsip manajemen modern serta dalam proses pengambilan keputusan.

Kebutuhan akan data dan informasi yang handal disediakan melalui penyelenggaraan sistem informasi kesehatan, yaitu dengan cara pengumpulan, pengolahan, analisis data serta penyajian informasi. Saat ini Sistem Informasi Kesehatan (SIK) masih terfragmentasi serta belum mampu menyediakan informasi yang handal.

Sehubungan dengan hal tersebut maka perlu dikembangkan sistem informasi kesehatan nasional dan daerah yang terpadu/terintegrasi dan mampu menghasilkan data/informasi yang akurat, lengkap, dan tepat waktu.

Sistem informasi kesehatan terintegrasi adalah sistem informasi kesehatan yang menyediakan mekanisme saling hubung antar sub sistem informasi dengan berbagai cara yang sesuai dengan keperluannya, sehingga data dari satu sistem secara rutin dapat melintas/mengalir, menuju atau diambil oleh satu atau lebih sistem yang lain.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu memahami kebijakan SIK

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu menjelaskan:

1. Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan
2. Manajemen Data dan Informasi

III. POKOK BAHASAN

Pokok Bahasan 1. Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan:

- a. Visi dan Misi
- b. Kebijakan dan Prinsip
- c. Organisasi dan Tugas dan Fungsi (Tusi) Pusat Data dan Informasi

- d. Konsep/Model SIK terintegrasi:
 - Pengertian
 - Model SIK baru (manual, transisi, komputerisasi, data agregat, data disagregat)

Pokok Bahasan 2 Manajemen Data dan Informasi:

- a. Pengumpulan data
- b. Pengolahan dan analisa data
- c. Pelaporan data
- d. Pemanfaatan data dan informasi

IV. METODE

- Ceramah
- Tanya jawab

V. MEDIA DAN ALAT BANTU

- Tayang *power point*
- LCD
- Laptop
- Flipchart
- White board
- Modul

VI. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran materi ini.

Langkah 1. Pengkondisian

1. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
2. Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang *power point*.

Langkah 2. Pembahasan Materi Kebijakan SIK

Fasilitator menyampaikan materi tentang kebijakan SIK, menggunakan bahan tayang *power point*, *flipchart*, *white board*, dan spidol.

Langkah 3. Pembahasan Materi Manajemen Data dan Informasi

Fasilitator menyampaikan materi tentang pengumpulan data, pengolahan dan analisa data, pelaporan data dan pemanfaatan data dan informasi pengolahan data dan informasi, menggunakan bahan tayang *power point, flipchart, white board*, dan spidol.

Langkah 4. Rangkuman

Fasilitator merangkum materi yang telah disampaikan yaitu:

1. Kebijakan Sistem Informasi Kesehatan
2. Manajemen Data dan Informasi

VII. URAIAN MATERI

POKOK BAHASAN 1. KEBIJAKAN SISTEM INFORMASI KESEHATAN

Keadaan kesehatan Indonesia telah meningkat selama 10 tahun terakhir. Pertumbuhan kekayaan nasional dan investasi dalam pelayanan sosial telah menghasilkan keuntungan besar bagi kesehatan masyarakat. Dengan telah ditetapkannya UU no 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, sistem pemerintahan di Indonesia berubah dari terpusat menjadi bentuk terdesentralisasi. Selain itu terdapat hak dan wewenang daerah otonom untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Hal ini mendorong daerah untuk mengembangkan dan melakukan sendiri upaya kesehatan termasuk pembangunan sistem informasi kesehatan (SIK).

Secara struktural tidak ada hubungan langsung antara Pusat, Propinsi maupun Kabupaten/Kota, hal ini menyebabkan aliran data dan informasi dari Kabupaten/Kota ke Propinsi dan pusat yang sebelumnya telah berjalan lancar menjadi seakan terputus dan terfragmentasi. Kebutuhan akan data dan informasi yang sangat dibutuhkan dalam penyelenggaraan manajemen dan pengambilan keputusan di Dinkes Propinsi dan pusat menjadi sangat sulit diperoleh karena kab/kota tidak merasa mempunyai kewajiban melaporkan berbagai hasil pelaksanaan kegiatan dan data ke Propinsi maupun Pusat (Kewajiban hanya kepada Bupati/Walikota).

Permasalahan SIK terjadi pada pembagian peran pemerintah pusat, propinsi dan kabupaten/kota termasuk di dalamnya adalah masalah pembiayaan khususnya untuk kegiatan operasional. Selain itu, terdapat pula permasalahan pada harmonisasi kebijakan dan sinkronisasi pelaksanaan kebijakan oleh Dinas Kesehatan serta manajemen pelayanan kesehatan. Permasalahan SIK yang sangat krusial adalah adanya kebutuhan terhadap data dan informasi yang akurat tetapi belum dapat terakomodasi karena ternyata sistem informasi

kesehatan yang berjalan pada saat ini masih belum dapat menghasilkan data yang akurat, lengkap dan tepat waktu.

Berbagai masalah penyelenggaraan sistem informasi kesehatan antara lain sering terjadinya *Redundancy* data, duplikasi kegiatan, dan tidak efisiennya penggunaan sumber daya. Hal ini karena adanya "*overlapping*" kegiatan dalam pengumpulan dan pengolahan data di setiap unit kerja di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Selain itu kegiatan pengelolaan data/informasi belum terintegrasi dan terkoordinasi dengan baik, belum adanya persepsi yang sama di antara para penyelenggara pelayanan kesehatan terutama penyelenggara sistem informasi kesehatan tentang sistem informasi kesehatan. Berbagai permasalahan yang dihadapi SIK tersebut perlu menjadi perhatian dan dilakukan upaya untuk perbaikan dan penguatannya.

A. VISI DAN MISI

❖ VISI

Dalam upaya pengembangan dan penguatan Sistem Informasi Kesehatan untuk mendukung visi Kementerian Kesehatan "masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan", maka perlu ditetapkan visi SIK yaitu:

Terwujudnya sistem informasi kesehatan terintegrasi dalam mendukung proses manajemen kesehatan untuk menuju masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan

❖ MISI

Dalam mendukung visi Kementerian Kesehatan sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategis Kementrian Kesehatan tahun 2010-2014, telah ditetapkan 4 Misi untuk mencapai visi tersebut, yaitu 1). Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani; 2). Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata bermutu dan berkeadilan; 3). Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan, 4). Menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik.

Guna mendukung misi kementerian kesehatan dan untuk mencapai visi sistem informasi kesehatan, maka ditetapkan **misi dari sistem informasi kesehatan sebagai berikut:**

1. Memperkuat sumber daya sistem informasi kesehatan dengan memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi.
2. Memperkuat indikator kesehatan agar dapat menggambarkan derajat kesehatan masyarakat.

3. Memperkuat sumber data dan membangun jejaringnya dengan semua pemangku kepentingan termasuk swasta dan masyarakat madani.
4. Meningkatkan pengelolaan data kesehatan yang meliputi pengumpulan, penyimpanan, dan analisis data, serta diseminasi informasi.
5. Memperkuat kualitas data kesehatan dengan menerapkan jaminan kualitas dan sistem pengendaliannya.
6. Meningkatkan penggunaan data dan informasi untuk penyelenggaraan upaya kesehatan yang efektif dan efisien serta untuk mendukung tata kelola pemerintahan yang baik.

B. KEBIJAKAN DAN PRINSIP

❖ Kebijakan

Penyelenggaraan Misi dalam rangka mencapai Visi diatas perlu diperhatikan rambu-rambu dalam koridor kebijakan sebagai berikut:

1. Pengembangan kebijakan dan standar dilaksanakan dalam rangka mewujudkan sistem informasi kesehatan (SIK) yang terintegrasi.
2. Pengembangan dan penyelenggaraan SIK dilakukan dengan melibatkan seluruh pemangku kepentingan termasuk lintas sektor dan masyarakat madani.
3. Penetapan kebijakan dan standar SIK dilakukan dalam kerangka desentralisasi di bidang kesehatan.
4. Penguatan manajemen SIK pada semua tingkat sistem kesehatan dititik-beratkan pada ketersediaan standar operasional yang jelas, pengembangan dan penguatan kapasitas SDM, dan pemanfaatan TIK, serta penguatan advokasi bagi pemenuhan anggaran.
5. Pengembangan SDM pengelola data dan informasi kesehatan dilaksanakan dengan menjalin kerjasama dengan perguruan tinggi dan lintas sektor terkait serta terpadu dengan pengembangan SDM kesehatan lainnya.
6. Peningkatan penyelenggaraan sistem pengumpulan, penyimpanan, diseminasi dan pemanfaatan data/ informasi dalam kerangka kebijakan manajemen data satu pintu.
7. Pengembangan Bank Data Kesehatan harus memenuhi berbagai kebutuhan dari pemangku-pemangku kepentingan dan dapat diakses dengan mudah, serta memperhatikan prinsip-prinsip kerahasiaan dan etika yang berlaku di bidang kesehatan dan kedokteran.
8. Peningkatan kerjasama lintas program dan lintas sektor untuk meningkatkan statistik vital melalui upaya penyelenggaraan

Registrasi Vital di seluruh wilayah Indonesia dan upaya inisiatif lainnya.

9. Penguatan eHealth dilakukan dalam menuju upaya pengumpulan data disaggregate/individu.
10. Peningkatan budaya penggunaan data melalui advokasi terhadap pimpinan di semua tingkat dan pemanfaatan forum-forum informatika kesehatan yang ada.
11. Peningkatan penggunaan *eHealth* dan *Telemedicine* untuk mengatasi masalah infrastruktur, komunikasi, dan kekurangan sumberdaya manusia dalam sistem kesehatan.

❖ Prinsip

Pengembangan dan penguatan SIK dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip sebagai berikut:

- Pemanfaatan TIK.
Pemanfaatan TIK diperlukan untuk mendukung sistem informasi dalam proses pencatatan data agar dapat meningkatkan akurasi data dan kecepatan dalam penyediaan data untuk diseminasi informasi dan untuk meningkatkan efisiensi dalam proses kerja serta memperkuat transparansi.
- Keamanan dan Kerahasiaan data.
Sistem Informasi yang dikembangkan dapat menjamin keamanan dan kerahasiaan data.
- Standarisasi.
Agar SIK terstandar perlu menyediakan pedoman nasional untuk pengembangan dan pemanfaatan TIK.
- Integrasi.
SIK yang dikembangkan dapat mengintegrasikan berbagai macam sumber data, termasuk pula dalam pemanfaatan TIK.
- Kemudahan Akses.
Data dan informasi yang tersedia mudah diakses oleh semua pemangku kepentingan.
- Keterwakilan.
Data dan informasi yang dikumpulkan harus dapat ditelusuri lebih dalam secara individual dan *aggregate*, sehingga dapat menggambarkan perbedaan gender, status sosial ekonomi, dan wilayah geografi.

- Etika, integritas dan kualitas.

Pengumpulan Data dan informasi harus berlandaskan pada etika dan menjunjung tinggi integritas serta memperhatikan kualitas data dan informasi yang dihasilkan.

C. Organisasi dan Tugas dan Fungsi (Tusi) Pusat Data dan Informasi

❖ Tugas

Tugas dari Pusdatin adalah: (1) Melaksanakan pengelolaan statistik kesehatan; (2) Analisis dan diseminasi informasi, serta; (3) Pengembangan sistem informasi dan bank data.

❖ Fungsi Pusdatin adalah

1. Penyusunan kebijakan teknis, rencana dan program di bidang data dan informasi kesehatan;
2. Pelaksanaan pengumpulan, pengolahan dan penyajian statistik kesehatan;
3. Analisis dan diseminasi informasi;
4. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan pelaksanaan tugas di bidang data dan informasi;
5. Pengembangan sistem informasi dan bank data; dan
6. Pelaksanaan administrasi pusat

D. Konsep/Model SIK terintegrasi

❖ Pengertian

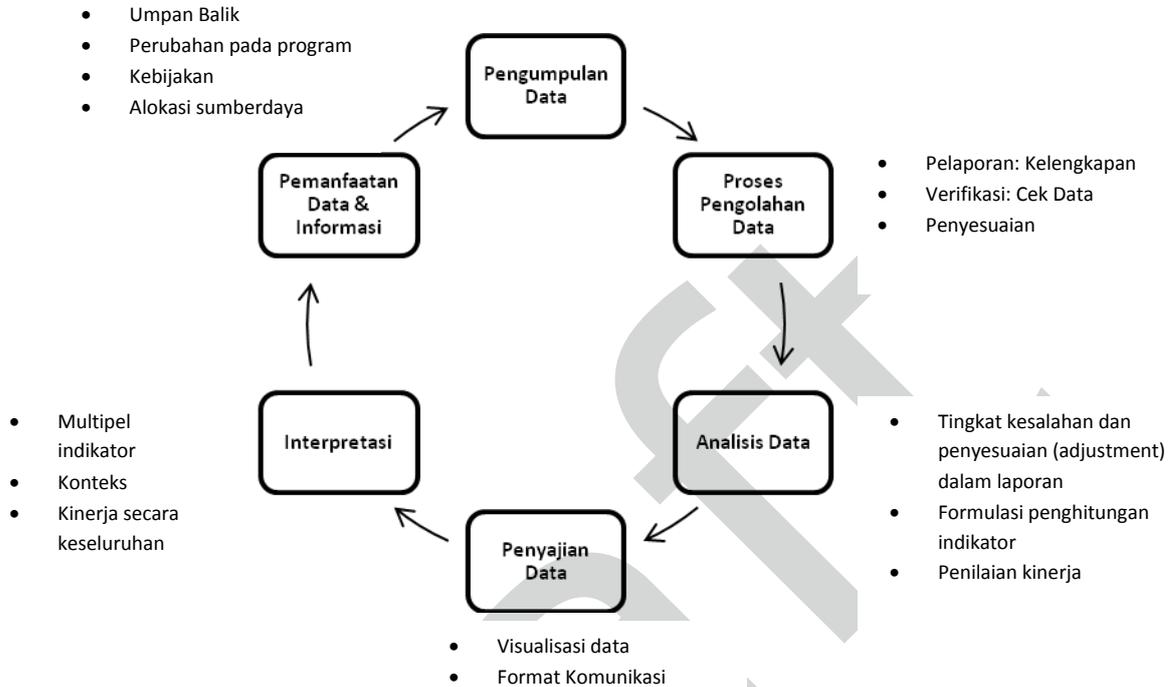
SIK yang terintegrasi adalah sistem informasi yang menyediakan mekanisme saling hubung antar sub sistem informasi dengan berbagai cara yang sesuai. Dengan demikian data dari satu sistem secara rutin dapat mengalir, menuju atau diambil oleh satu atau lebih sistem yang lain

❖ Model SIK Terintegrasi

SIK terintegrasi yang berbasis elektronik adalah pengembangan SIK yang akan diadopsi untuk meringankan beban pencatatan dan pelaporan petugas kesehatan di lapangan. Dengan SIK terintegrasi, data entri hanya perlu dilakukan satu kali, data yang sama akan disimpan secara elektronik, dikirim dan kemudian diolah. Fasilitas pelayanan kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta wajib menyampaikan laporan sesuai standar dataset minimal dengan jadwal yang telah ditentukan.

POKOK BAHASAN 2. MANAJEMEN DATA DAN INFORMASI

A. Siklus Data dan Informasi



Gambar 2.1. Siklus data dan informasi

Sumber: WHO. 2005. *Data Quality Assessment and Adjustment for Routine Data: For Annual Health Statistics Reporting*. Health Statistics and Informatics Departemen, WHO.

Pada gambar 2.1. menunjukkan siklus data dan informasi. **Langkah pertama** dimulai dari pengumpulan data (*data collecting*), yang didasari oleh seperangkat indikator penting yang diperlukan untuk pemantauan dan evaluasi program. Adanya pedoman standar pengumpulan data, yang meliputi indikator, definisi indikator, format-format pencatatan pelaporan sangat penting untuk menghindari kesalahan dalam proses pengumpulan data. **Langkah kedua** adalah pengolahan data (*data processing*), termasuk disini penilaian kualitas data (kelengkapan laporan dan verifikasi/pemeriksaan kualitas data) dan penyesuaian-penyesuaian yang dilakukan. **Langkah ketiga** adalah analisis data (*data analyzing*). Pada kenyataannya, pengolahan dan analisis data sering berjalan beriringan, karena hasil analisis data akan memberikan gambaran tentang masalah kualitas data. Permasalahan kualitas data ini perlu diselesaikan terlebih dahulu sebelum hasil analisis final dilaporkan.

Langkah keempat adalah penyajian hasil analisis data (*data presentation*), melalui visualisasi dalam tabel, grafik, peta dan lainnya. **Langkah kelima** adalah interpretasi dari semua hasil (*data interpretation*). Hal ini melibatkan perbandingan berbagai indikator, penilaian kecenderungan/*trend* dan target

dalam skala yang lebih luas, mengkaji faktor-faktor kontekstual untuk dapat menjelaskan kecenderungan dan epidemiologi. **Langkah keenam** adalah penggunaan hasil analisis untuk perubahan program, kebijakan, dan alokasi sumber daya.

Kualitas data terkait erat dengan siklus data dan informasi. Pengujian kualitas data utamanya adalah mengkaji sejauh mana data yang ada telah memenuhi kebutuhan pengguna. Sebuah aspek penting dari hal ini adalah sejauh mana data telah di sosialisasikan sesuai dan relevan untuk semua orang yang terkait, termasuk pembuat kebijakan, yang berhubungan dengan kesehatan perencana dan manajer, dan masyarakat sipil. Sosialisasi juga harus mencakup umpan balik kepada sumber data (pengumpul, pengolah dan penganalisis data), terutama untuk data yang dihasilkan melalui pelaporan rutin. Idealnya, pihak yang terlibat dalam pengolahan dan analisis data rutin juga harus dilibatkan dalam penggunaan data untuk proses perencanaan dan manajemen program kesehatan.

B. Teknik Pengumpulan Data

Data untuk pemantauan dan evaluasi dapat dikumpulkan dari berbagai sumber dan dapat dikumpulkan dengan berbagai cara, antara lain sebagai berikut:

1. **Angket**, merupakan teknik pengumpulan data yang bersifat searah karena responden mengisi jawaban pada instrumen yang diberikan. Ini berarti responden berpendidikan tinggi minimal dapat membaca menulis.
2. **Wawancara**, teknik ini merupakan teknik yang paling banyak dipakai, tidak mempersyaratkan pendidikan responden, bersifat interaksi dua arah antara pewawancara dengan responden dan menggunakan instrumen/kuesioner dengan pertanyaan terstruktur.
3. **Observasi**, seringkali beberapa fenomena/gejala di sekitar kita yang tidak dapat tanyakan, tetapi dapat diukur lewat pengamatan/observasi. Contohnya: menilai ketrampilan bidan dalam melakukan pemasangan IUD, apakah sesuai dengan standar pelayanan medis.
4. **Review Dokumen**, melakukan pencatatan data dari dokumentasi kegiatan atau program yang ada

C. Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian penting dari rangkaian kegiatan SIK. Setelah dilakukan pengumpulan data, seringkali orang bingung “mau diapakan data yang telah terkumpul?, Bagaimana cara mengolahnya dengan baik dan cepat, tidak dientri berulang-ulang, sehingga bisa dibuat laporan sesuai dengan format yang sudah ditentukan dengan segera?”. Untuk itu data

yang masih mentah (raw data) perlu diolah dan dianalisis sedemikian rupa sehingga menjadi informasi yang akhirnya dapat digunakan untuk membuat laporan ataupun menghasilkan informasi kesehatan.

Agar pengolahan dan analisis data menghasilkan informasi yang benar, paling tidak ada empat tahapan dalam pengolahan data yang harus dilalui, yaitu:

1. *Editing*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir apakah jawaban yang ada di formulir sudah:

- a. Lengkap: semua pertanyaan sudah terisi jawabannya
- b. Jelas: jawaban pertanyaan apakah tulisannya cukup jelas terbaca.
- c. Relevan: jawaban yang tertulis apakah relevan dengan pertanyaan
- d. Konsisten: apakah antara beberapa pertanyaan yang berkaitan isi jawabannya konsisten, misalnya antara pertanyaan usia dengan pertanyaan jumlah anak. Bila dipertanyaan usia terisi 15 tahun dan di pertanyaan jumlah anak 9, ini berarti tidak konsisten.

2. *Coding*

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Misalnya untuk variabel pendidikan dilakukan coding 1 = SD, 2 = SMP, 3 = SMU dan 4 = PT. Jenis kelamin: 1 = laki-laki dan 2 = perempuan, dsb. Kegunaan dari coding adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada saat entry data.

3. *Processing*

Setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-entry dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-entry data dari Formulir atau Kuesioner ke paket program komputer. Ada bermacam-macam paket program yang dapat digunakan untuk pemrosesan data dengan masing-masingnya mempunyai kelebihan dan kekurangan. Salah satu paket program yang sudah umum digunakan untuk entry data adalah paket program Excel.

4. *Cleaning*

Cleaning (pembersihan data) merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-entry apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat kita meng-entry ke komputer. Misalnya untuk variabel pendidikan ada data yang bernilai 7, mestinya berdasarkan coding yang ada pendidikan kodenya hanya antara 1 s.d. 4 (1=SD, 2=SMP, 3=SMU dan 4=PT). Contoh lain misalnya dalam variabel status perkawinan terisi data 1 (misalnya 1=belum kawin) dan dalam variabel jumlah anak terisi nilai 5, hal ini berarti ada data yang salah (tidak konsisten) karena statusnya belum kawin tetapi mempunyai anak 5.

Ketidakkonsistenan data juga bisa terlihat dari perbandingan antara peserta KB dengan metode kontrasepsi atau usia dengan jumlah anak. Misalnya jumlah peserta KB ada 20 orang tetapi total jenis alat kontrasepsi utama yang dipakai ada 24 orang, artinya perlu kehati-hatian dalam melihat kecocokan antara jumlah peserta KB dengan jenis alat kontrasepsi. Contoh lainnya orang yang berumur 24 tahun memiliki anak 9 orang, artinya perlu kehati-hatian dalam melihat kecocokan antara usia ibu dengan jumlah anak.

VIII. REFERENSI

1. Pusdatin, Rencana Strategis Sistem Informasi Kesehatan 2010-2014. Jakarta, 2010
2. Pusdatin, Roadmap Sistem Informasi Kesehatan

MATERI INTI 1

Teknik Penilaian Mandiri Kualitas Data Melalui Telaah Laporan

I. DESKRIPSI SINGKAT

PMKDR adalah seperangkat metode untuk menilai kualitas data rutin secara mandiri. Metode penilaian ini dapat digunakan di setiap jenjang administrasi (Pusat, Provinsi, dan Kabupaten/Kota). **Target pengguna PMKDR adalah** para pengelola program kesehatan dan tenaga SIK di setiap jenjang administrasi. Semua Program Kesehatan yang memiliki data rutin dapat mengaplikasikan metode PMKDR.

Tujuan akhir PMKDR adalah terintegrasinya kegiatan PMKDR dengan sistem informasi kesehatan nasional/daerah dalam upaya peningkatan kualitas data rutin.

PMKDR terdiri dari 3 metode: 1) Telaah Laporan; 2) Verifikasi Data; 3) Penilaian sistem pemantauan dan evaluasi. Ketiga metode tersebut idealnya dilaksanakan secara berurutan, pada materi inti 1 ini akan diuraikan Teknik Penilaian Mandiri Kualitas data melalui telaah laporan.

Teknik Penilaian Mandiri Kualitas data melalui telaah laporan adalah suatu proses dan mekanisme untuk memantau dan menilai 3 komponen kualitas data dari laporan rutin yang dikirimkan, yang mencakup: **Kelengkapan data, Akurasi data, dan Konsistensi data.**

Kelengkapan data adalah seberapa lengkap data dilaporkan oleh semua unit atau fasilitas yang seharusnya melapor sesuai periode waktu pelaporan (bulanan atau triwulan). **Akurasi data adalah** seberapa akurat data yang dilaporkan terhadap angka sebenarnya. **Konsistensi data adalah** seberapa konsisten data yang dilaporkan dibandingkan dengan indikator lainnya atau dibandingkan hasil survei. Pada kondisi normal, data tidak jauh berubah dan tidak ada pencilan dari waktu ke waktu, dikenal dengan konsistensi internal. Sedangkan konsistensi eksternal adalah seberapa sesuai data sasaran program dibandingkan dengan sasaran proyeksi, dan seberapa sesuai hasil cakupan dibandingkan dengan hasil survei.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu mengukur kualitas data rutin melalui telaah laporan rutin

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu:

1. Menjelaskan konsep PMKDR
2. Mengukur kelengkapan data dan ketepatan waktu melapor
3. Mengukur akurasi data rutin
4. Mengukur konsistensi internal data rutin
5. Mengukur konsistensi eksternal data rutin

III. POKOK BAHASAN

Pokok Bahasan 1. Konsep PMKDR

Pokok Bahasan 2. Pengukuran kelengkapan data

Pokok Bahasan 3. Pengukuran akurasi data

Pokok Bahasan 4. Pengukuran konsistensi internal data

Pokok Bahasan 5. Pengukuran konsistensi eksternal data

IV. METODE

- Ceramah
- Tanya jawab
- Latihan

V. MEDIA DAN ALAT BANTU

- Tayang *power point*
- LCD
- Laptop
- Flipchart
- White board
- Panduan Latihan
- Aplikasi Program PMKDR
- Panduan Aplikasi Program PMKDR

VI. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran materi ini.

Langkah 1. Pengkondisian Pengkondisian

Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri fasilitator dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, dan materi yang akan disampaikan.

Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan beserta perkiraan lama waktunya dengan menggunakan bahan tayang *power point*.

Langkah 2. Pembahasan Materi Konsep PMKDR

Fasilitator memberikan materi tentang konsep PMKDR, menggunakan bahan tayang *power point*, *flipchart*, *white board*, dan spidol. Materi yang akan disampaikan mencakup konsep PMKDR yaitu:

1. Tujuan PMKDR
2. Manfaat PMKDR
3. Ruang Lingkup dan Metode PMKDR

Setelah fasilitator memberikan materi, beri kesempatan kepada peserta untuk melakukan tanya jawab tentang konsep PMKDR

Langkah 3. Pembahasan Materi Pengukuran Kelengkapan Data dan Ketepatan Waktu Melapor

Fasilitator memberikan materi tentang pengukuran kelengkapan data, mencakup:

1. Pengukuran kelengkapan fasilitas atau unit yang melapor
2. Pengukuran ketepatan waktu dalam melapor

Setelah fasilitator memberikan materi, peserta diberi kesempatan untuk melakukan tanya jawab. Setelah tanya jawab peserta mengerjakan latihan pengukuran kelengkapan fasilitas yang melapor dan ketepatan waktu melapor data laporan program menggunakan aplikasi Program PMKDR yang sudah tersedia.

Langkah 4. Pembahasan Materi Pengukuran Akurasi Data

Fasilitator memberikan materi tentang pengukuran akurasi data rutin, mencakup: pengukuran ada atau tidaknya data pencilan.

Setelah fasilitator memberikan materi, peserta diberi kesempatan untuk melakukan tanya jawab. Setelah tanya jawab peserta mengerjakan latihan pengukuran akurasi data rutin laporan program menggunakan aplikasi Program PMKDR yang sudah tersedia.

Langkah 5. Pengukuran Konsistensi Internal Data

Fasilitator memberikan materi tentang pengukuran konsistensi internal data rutin, mencakup:

1. Pengukuran konsistensi rasio dari tahun ke tahun
2. Pengukuran konsistensi rasio antar indikator

Setelah fasilitator memberikan materi, peserta diberi kesempatan untuk melakukan tanya jawab. Setelah tanya jawab peserta mengerjakan latihan pengukuran konsistensi rasio dari tahun ke tahun dan konsistensi rasio antar indikator data laporan program menggunakan aplikasi Program PMKDR yang sudah tersedia.

Langkah 6. Pengukuran Konsistensi Eksternal Data

Fasilitator memberikan materi tentang pengukuran konsistensi eksternal data rutin, mencakup:

1. Konsistensi jumlah sasaran program dibandingkan dengan data estimasi
2. Konsistensi cakupan data rutin dibandingkan dengan data survei

Setelah fasilitator memberikan materi, peserta diberi kesempatan untuk melakukan tanya jawab. Setelah tanya jawab peserta mengerjakan latihan pengukuran konsistensi data jumlah sasaran program dan konsistensi cakupan data rutin program dibandingkan data survei menggunakan aplikasi Program PMKDR yang sudah tersedia.

Langkah 7. Rangkuman

Fasilitator merangkum materi yang telah disampaikan yaitu Pengukuran Kualitas Data Rutin Melalui Telaah Laporan yang mencakup:

1. Pengukuran kelengkapan data rutin
2. Pengukuran akurasi data rutin
3. Pengukuran konsistensi internal data rutin
4. Pengukuran konsistensi eksternal data rutin

VII. URAIAN MATERI

POKOK BAHASAN 1. KONSEP PMKDR

Berdasarkan hasil penilaian (*Assesment*) terhadap Sistem Informasi Kesehatan (SIK) Indonesia yang dilakukan oleh *Health Metrics Network* (HMN) bekerjasama dengan Pusdatin Kementerian Kesehatan pada tahun 2007 didapatkan bahwa kualitas data kesehatan Indonesia masih rendah.

Hasil penilaian menunjukkan skor: sumber daya (47%), indikator (61%), sumber data (51%), **kualitas data (55%)**, penggunaan dan diseminasi data (57%) serta manajemen data (35%).

Mengacu pada hasil penilaian HMN tersebut, maka perlu upaya untuk meningkatkan dan memperkuat kualitas data rutin. Penguatan kualitas data rutin sangat dipengaruhi oleh sistem pemantauan kualitas data dan informasi kesehatan secara berkala. Sehingga diperlukan sebuah metode untuk melakukan pemantauan kualitas data secara mandiri dan dilaksanakan secara regular.

Penilaian Mandiri Kualitas Data Rutin (PMDKR) adalah suatu metode yang dirancang untuk memantau kualitas data secara mandiri dan dilaksanakan secara regular. PMKDR menilai data hasil pencatatan dan pelaporan rutin cakupan program kesehatan mulai dari puskesmas, kabupaten/kota, provinsi dan pusat yang penilaiannya meliputi: kelengkapan, keakuratan, konsistensi, dan kualitas sistem pemantauan dan evaluasi.

PMKDR dapat berperan dalam menjamin kualitas data rutin yang dikumpulkan dari berbagai sumber, baik komunitas maupun fasilitas pelayanan kesehatan. Data yang berkualitas tersebut selanjutnya dapat digunakan untuk membantu pengambil keputusan untuk perencanaan dan menentukan prioritas program kesehatan.

PMKDR menunjang sistem pemantauan yang bersifat periodik dan berkesinambungan. Dengan menggunakan PMKDR, maka penyimpangan rencana semula dapat dikenali sedini mungkin, juga dapat diukur efektifitas dan efisiensi pelaksanaan program kesehatan. Seyogyanya, PMKDR terintegrasi ke dalam Sistem Kesehatan Nasional.

TUJUAN PMKDR

A. Tujuan Umum PMKDR

Meningkatkan kualitas data sehingga data dapat menjadi landasan bukti/fakta, yang dapat dimanfaatkan untuk mendukung sistem pemantauan dan evaluasi dan perencanaan serta pengambilan kebijakan.

B. Tujuan Khusus PMKDR

1. Meningkatkan kualitas data.
2. Menerapkan penilaian laporan data rutin, verifikasi data, dan penilaian sistem pemantauan dalam pengukuran kualitas data.
3. Meningkatkan akurasi dan kelengkapan data program kesehatan untuk tindakan lanjut di setiap jenjang administrasi.

MANFAAT PMKDR

1. Tersedianya data yang valid dan akurat.
2. Tersedianya informasi yang valid untuk perencanaan.
3. Tersedianya informasi yang valid untuk melakukan intervensi program kesehatan.
4. Tersedianya informasi untuk tindak lanjut program kesehatan.
5. Peningkatan sistem informasi kesehatan.

RUANG LINGKUP DAN METODE PMKDR

PMKDR meliputi 3 metode penilaian yaitu:

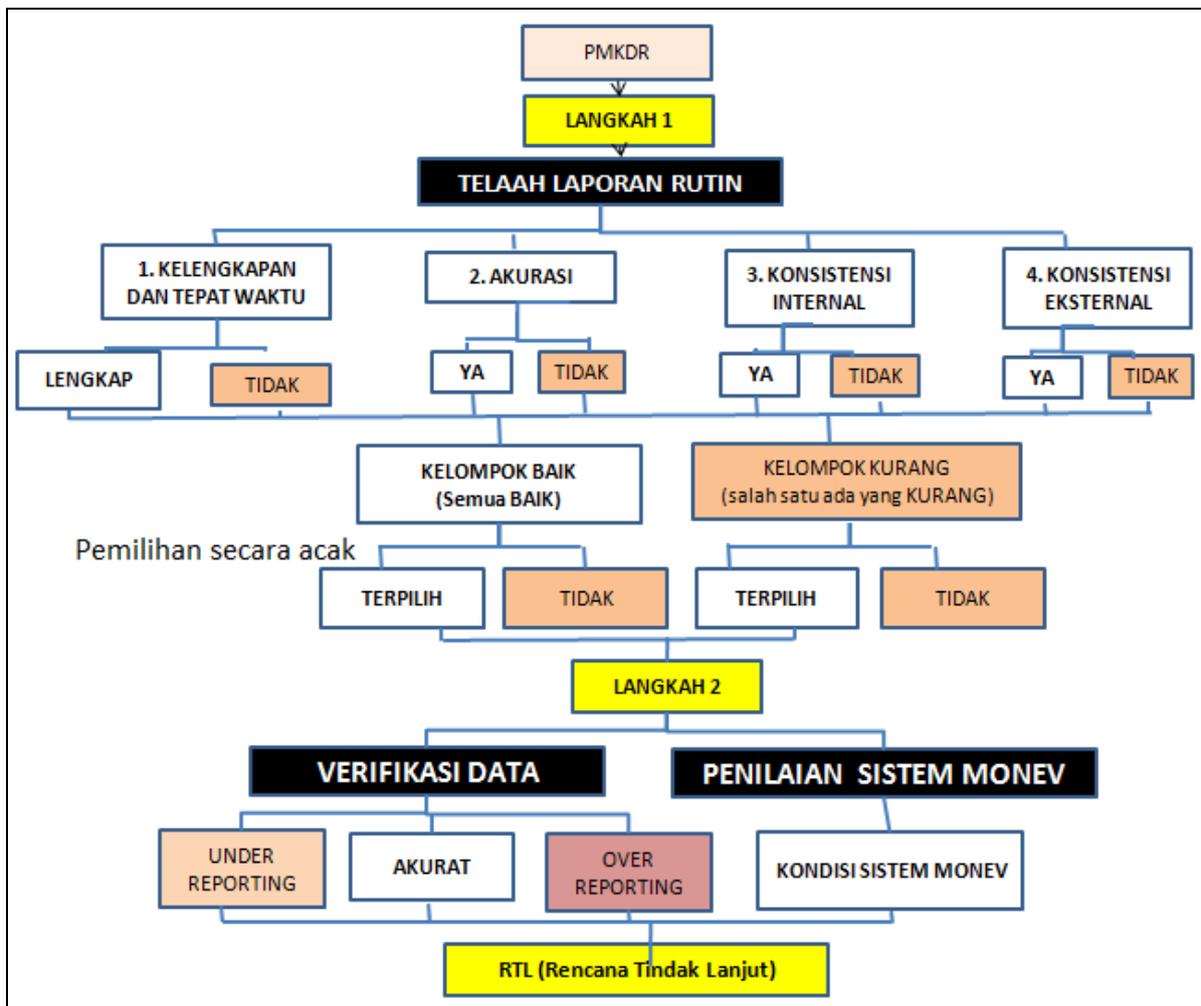
- **Penilaian Kualitas Data di tempat terhadap laporan rutin program** → Telaah Laporan rutin (*Desk Review*) dalam hal kelengkapan, akurasi, dan konsistensinya.
- **Verifikasi Data** → Penilaian akurasi antara data yang dikumpulkan dibandingkan dengan data yang dilaporkan.
- **Penilaian Sistem Pemantauan** → Penilaian komponen sistem pemantauan sesuai dengan komponen penilaian sistem pemantauan dan evaluasi.

Target pelaksana penilaian kualitas data ditujukan untuk petugas yang mengumpulkan, mengelola dan menganalisis data program kesehatan di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota/kota.

Hasil penilaian dan analisis kualitas data dilanjutkan dengan mengidentifikasi semua kekuatan (*strengths*) dan kelemahan (*weaknesses*) sistem pemantauan dan evaluasi pada lokasi sumber data yang dinilai. Rekomendasi harus dapat dilaksanakan dan lebih diutamakan dalam hal peningkatan akurasi, ketepatan, dan kelengkapan data serta perbaikan kualitas sistem pemantauan dan evaluasi untuk tindakan lebih lanjut.

Periode Waktu pelaksanaan penilaian kualitas data melalui telaah laporan dilakukan sesuai dengan jenjang administrasi, sedangkan penilaian kualitas data melalui verifikasi data ke unit sumber data dilakukan **setahun** sekali. Penilaian dilakukan terhadap data/laporan satu tahun terakhir dan terhadap sistem pemantauan dan evaluasi yang mempengaruhi kualitas datanya.

Integrasi PMKDR dilakukan di dalam kegiatan manajemen dan analisis data pada saat kegiatan pemantauan evaluasi, pemutakhiran data, supervisi, dan bimbingan teknis program kesehatan secara rutin.



Gambar 2.2. Skema Langkah Pelaksanaan PMKDR

Dari Gambar 2.2 terlihat bahwa PMKDR terdiri dari 3 komponen besar yaitu 1. Telaah Laporan Rutin, 2. Verifikasi Data, dan 3. Penilaian Sistem Monev. Telaah laporan rutin dilakukan terhadap semua unit (provinsi, kab/kota, puskesmas) sedangkan verifikasi data dilakukan terhadap beberapa unit yang dipilih secara acak. Jika sumberdaya memungkinkan, verifikasi data dilakukan terhadap semua unit.

POKOK BAHASAN 2. PENGUKURAN KELENGKAPAN DATA DAN KETEPATAN WAKTU MELAPOR

Kegiatan penilaian kualitas data melalui telaah laporan rutin dilakukan dengan cara menilai kualitas data dari laporan rutin (bulanan atau triwulan) yang telah dikirim secara berjenjang dari unit di bawahnya atau tingkat yang lebih rendah (seperti Puskesmas ke Kabupaten/kota/Kota, Kabupaten/kota/Kota ke Provinsi, dan Provinsi ke Pusat).

Kegiatan telaah laporan dilakukan setiap saat sepanjang waktu dan tidak membutuhkan kunjungan ke lapangan. Petugas penilai kualitas data hanya melakukan kalkulasi atau perhitungan sederhana dan menyajikan indikator penilaian kualitas data berupa tabel dan grafik.

Penyajian berupa tabel dan grafik dianalisis berdasarkan standar dan skor penilaian sesuai dengan indikator yang ditetapkan. WHO telah mengembangkan beberapa komponen indikator penilaian kualitas data melalui telaah laporan seperti dibawah ini:

1. **Kelengkapan** data, yang terdiri dari dua indikator yaitu 1) jumlah unit atau fasilitas yang melapor dibandingkan dengan jumlah unit atau fasilitas yang seharusnya melapor dan 2) Ketepatan waktu dalam melapor.
2. **Akurasi** data, yang terdiri dari dua indikator yaitu tidak adanya data pencilan.
3. **Konsistensi** data mencakup konsistensi internal dan konsistensi eksternal. Konsistensi internal terdiri dari 2 indikator yaitu 1) konsistensi data dari tahun ke tahun, dan 2) konsistensi antar indikator (misalnya K1 dengan K4, DPT1 dengan DPT3, atau K1 dengan DPT1). Konsistensi eksternal terdiri dari 2 indikator yaitu 1) Konsistensi data target sasaran program dengan data estimasi, dan 2) konsistensi data cakupan program dengan data survei.

Masing-masing indikator kelengkapan data akan diuraikan definisi, cara perhitungan, standar (kualitas baik atau kurang), dan cara penyajian serta interpretasi sebagai berikut.

1. Kelengkapan fasilitas atau unit yang melapor

Definisi Laporan dikirim oleh semua unit atau fasilitas yang seharusnya melapor

Perhitungan Jumlah unit atau fasilitas (provinsi, kabupaten/kota, atau puskesmas) yang melapor dalam periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah unit atau fasilitas yang seharusnya melapor dalam periode waktu yang sama (dalam satuan %)

Rumus
$$\frac{\text{Jumlah_unit_yang_melapor}}{\text{Jumlah_unit_yang_seharusnya_melapor}} * 100\%$$

Standar **Kualitas Baik** $\geq 80\%$ unit atau fasilitas melapor

2. Ketepatan Waktu dalam Melapor

Definisi Laporan dikirim tepat waktu* (sesuai periode pelaporan, bulanan atau triwulan)

Perhitungan Jumlah laporan yang tepat waktu dibagi dengan jumlah bulan dalam periode waktu yang sama (dalam satuan %)

Rumus
$$\frac{\text{Jumlah_laporan_yang_tepat_waktu}}{\text{Jumlah_bulan_laporan}} * 100\%$$

Standar **Kualitas Baik** $\geq 80\%$ laporan tepat waktu

* Definisi tepat waktu mengacu pada standar yang sudah berlaku di Indonesia (laporan bulanan dikirim paling lambat tanggal 5 oleh puskesmas, tanggal 10 oleh kab/kota, dan tanggal 15 oleh provinsi)

Contoh Penyajian Pengukuran Kelengkapan dan Ketepatan Waktu Melapor

Tabel 1. Kelengkapan Laporan Bulanan Program TB di Provinsi Bunga

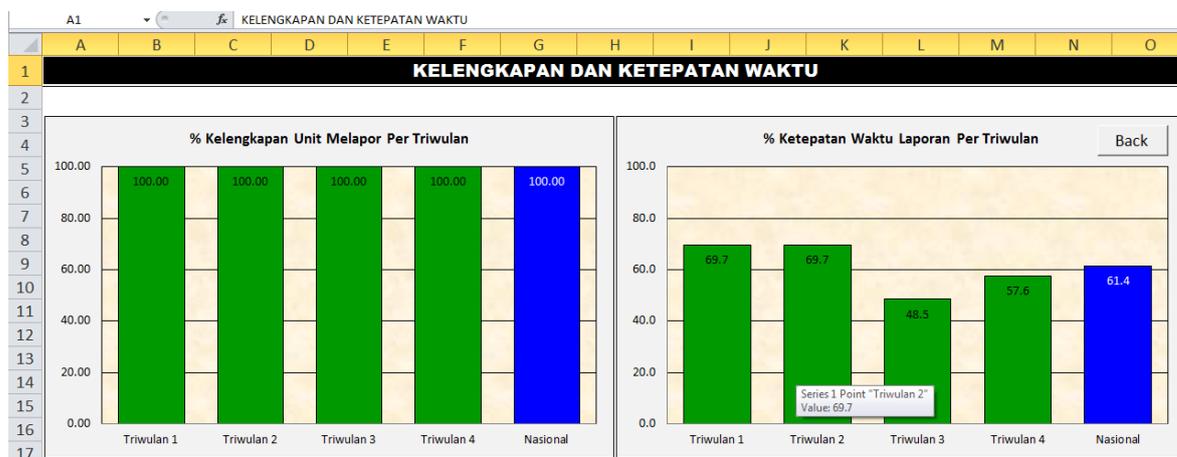
| No | Indikator | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | Keterangan 2011 |
|----|---|-------|-------|-------|-------|--|
| 1 | Kelengkapan kabupaten/kota yang melapor | 81.0% | 90.5% | 85.7% | 95.2% | Kabupaten/kota yang tidak melapor: Kab. Sukamaju |
| 2 | Ketepatan waktu melapor | 83.3% | 75.0% | 79.2% | 83.3% | Kabupaten/kota yang ketepatan waktunya <80%: 1. Kab. Merak, 2. Kab. Melati, 3. Kab. Safir |

Keterangan: Jumlah Kabupaten/kota (n = 21)

Interpretasi

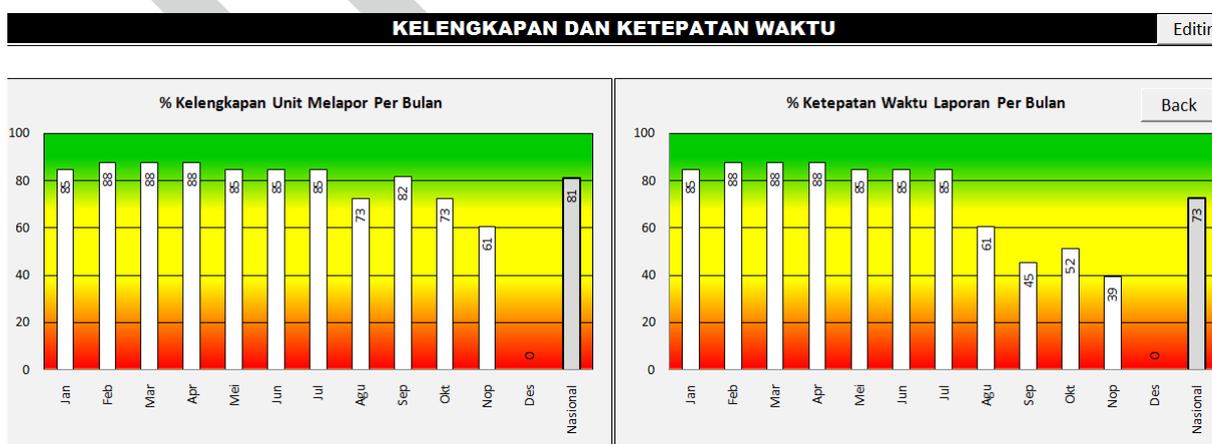
Tabel 1. memperlihatkan kelengkapan laporan bulanan program TB di Provinsi Bunga. Pada tahun 2011, dari 21 Kabupaten/kota/Kota sebanyak 95,2% (20 kabupaten) mengirimkan laporan program TB. Terjadi peningkatan dari tahun 2010 (85.7%). Pada tahun 2011 hanya ada satu kabupaten/kota yang tidak melapor yaitu Kab.Sukamaju. Kegiatan penilaian sistem pemantauan dan evaluasi perlu dilakukan di Kab.Sukamaju untuk mengetahui lebih rinci masalah pelaporannya.

Ketepatan waktu melapor di tahun 2011 hanya mencapai 83,3%, dari 21 kabupaten/kota ada 3 kabupaten/kota yang ketepatan waktu melapornya dibawah 80% yaitu Kab.Merak, Kab.Melati, dan Kab.Safir.



Gambar 2.3a. Kelengkapan dan Ketepatan Waktu Provinsi Melaporkan Capaian CNR Kasus baru TB Per Triwulan

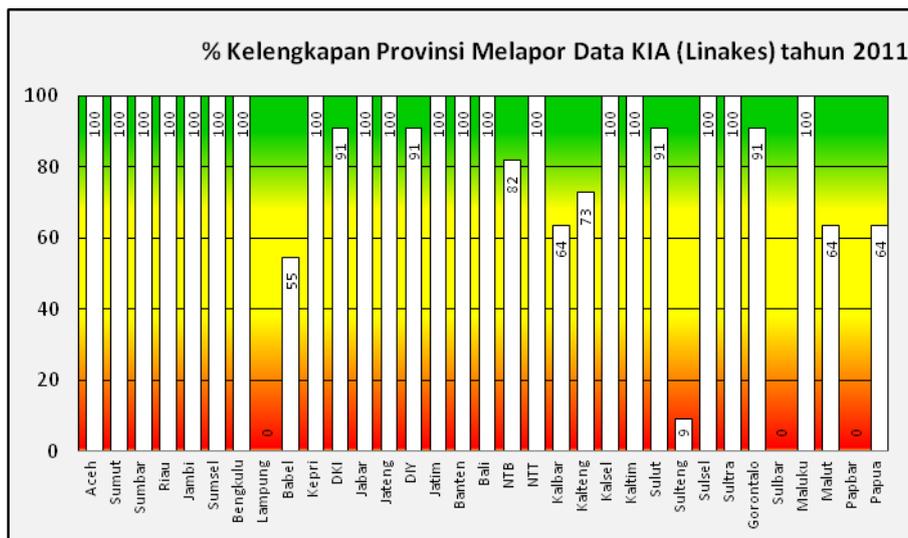
Gambar 2.3a memperlihatkan kelengkapan dan ketepatan waktu provinsi melaporkan capaian CNR Kasus Baru TB. Semua provinsi melaporkan capaian CNR Kasus Baru TB setiap triwulan sepanjang tahun 2011 (100%). Namun ketepatan waktu melapor masih rendah, triwulan-1 sebesar 69,7%, triwulan-2 sebesar 69,7%, triwulan-3 sebesar 48,5%, dan triwulan-4 sebesar 57,6%. Secara nasional ketepatan waktu melapor adalah 61,4%.



Gambar 2.3b. Kelengkapan dan Ketepatan Waktu Melapor Data Persalinan Tenaga Kesehatan Per Bulan

Gambar 2.3b memperlihatkan kelengkapan dan ketepatan waktu Unit melaporkan data cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan berkompeten (PN atau Linakes) per bulan. Kelengkapan unit melapor bervariasi antara 61 % pada bulan Nopember sampai 85% pada bulan Januari. Secara Nasional kelengkapan unit melapor sudah mencapai 81%.

Ketepatan waktu melapor bervariasi dari 39% pada bulan November sampai 85% pada bulan Januari. Secara nasional ketepatan waktu melapor mencapai 73%.



Gambar 2.3c. Kelengkapan Provinsi Melapor Data KIA (Linakes) sampai November 2011

Gambar 2.3c memperlihatkan kelengkapan provinsi melaporkan data Persalinan dengan Tenaga Kesehatan (Linakes) sampai bulan November 2011. Ada 3 provinsi yang sama sekali tidak pernah melapor yaitu 1. Lampung, 2. Sulbar, dan 3. Papua Barat.

POKOK BAHASAN 3. PENGUKURAN AKURASI DATA

Pengukuran akurasi data dihitung dari satu indikator yaitu ada atau tidaknya data pencilan. Indikator ini akan diuraikan definisinya, cara perhitungan, standar (kualitas baik atau kurang), dan cara penyajian serta interpretasi sebagai berikut.

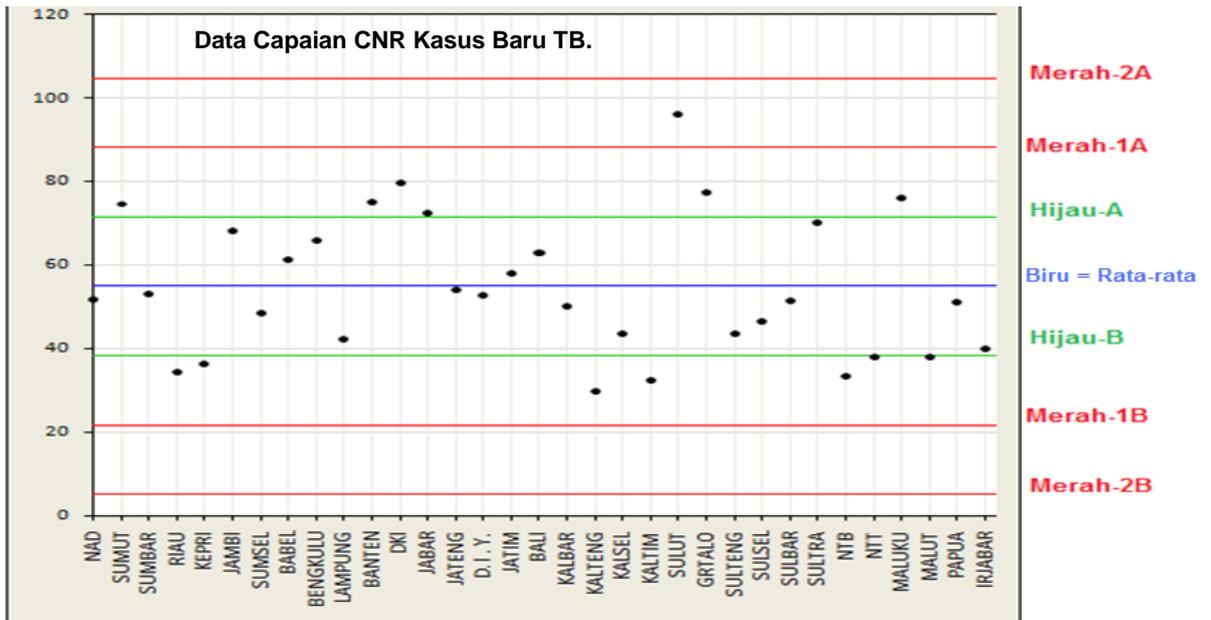
Data pencilan

| | |
|--------------------|---|
| Definisi | Data yang dilaporkan sangat jauh berbeda dibandingkan dengan nilai rata-rata setelah dikeluarkan nilai nol dan data yang hilang |
| Perhitungan | Ada data pencilan yang melebihi ± 2 -SD atau melebihi ± 3 -SD |
| Rumus | $SD = \sqrt{\frac{\sum(x_i - \bar{x})^2}{n-1}}$ <p>x_i = Nilai yang dilaporkan \bar{x} = Rata-rata semua nilai n = Jumlah data</p> <p>SD = Standar Deviasi</p> |
| Standar | Kualitas Baik: 0% atau tidak ada data pencilan Kualitas Sedang: ada data pencilan lebih dari 2 Standar Deviasi Kualitas Kurang: ada data pencilan lebih dari 3 Standar Deviasi |

Catatan:

1. Data pencilan dapat terjadi jika program tidak berjalan dengan optimal, sehingga cakupan terlalu rendah.
2. Data pencilan dapat pula terjadi jika ada wabah atau KLB atau penyakit yang dipengaruhi oleh musim, sehingga laporan terlalu tinggi.
3. Untuk memastikan penyebab data pencilan harus dilakukan verifikasi data.

Contoh Penyajian Pengukuran Akurasi Data



Keterangan:

Biru = Rata-rata

Hijau-A = Rata-rata + 1SD

Merah-1A = Rata-rata + 2SD

Merah-2A = Rata-rata + 3SD

Hijau-B = Rata-rata - 1SD

Merah-1B = Rata-rata - 2SD

Merah-2B = Rata-rata - 3SD

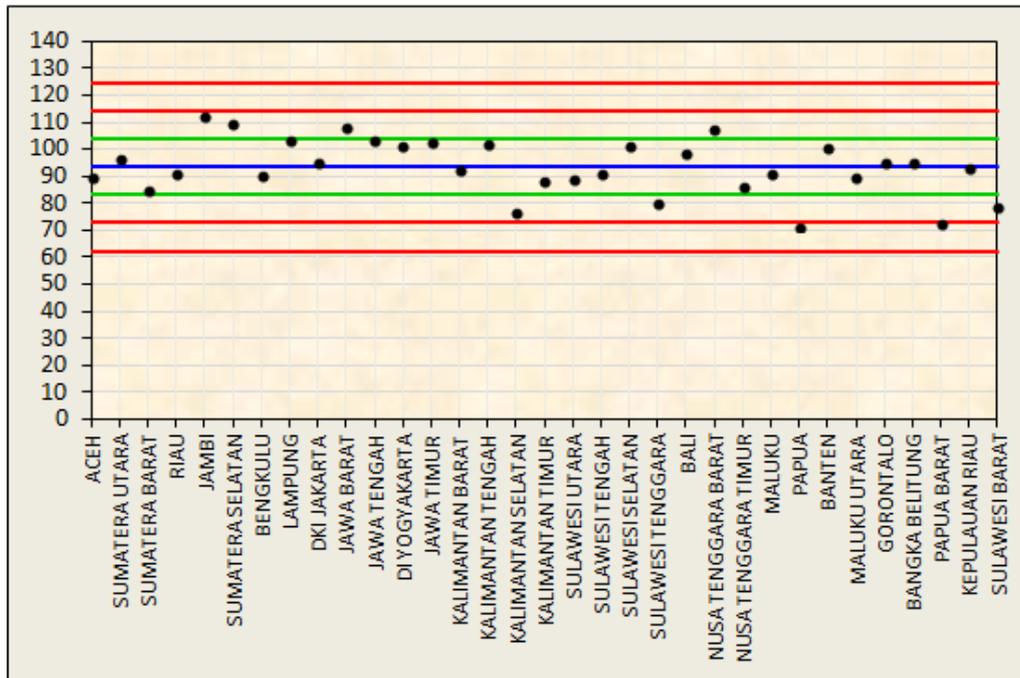
Gambar 2.4a. Data Capaian CNR TB Menurut Provinsi tahun 2011

Interpretasi

Gambar 2.4a memperlihatkan capaian CNR Kasus Baru TB menurut Provinsi tahun 2011. Dari 33 Provinsi, rata-rata capaian CNR Kasus Baru TB adalah 55 per 100.000 penduduk (lihat garis warna Biru). Sebagian besar capaian CNR Kasus Baru TB berkisar antara 40 sampai 70 per 100.000 penduduk (Garis Hijau). Ada satu provinsi yang capaian CNR Kasus Baru TB nya sangat tinggi karena berada di atas 2 SD (di atas garis merah-1) yaitu Sulawesi Utara. Untuk memastikan akurasi datanya, perlu dilakukan verifikasi terhadap data di Sulut (yang terlalu tinggi di atas 2 SD) dan terhadap wilayah yang memiliki data yang terlalu rendah di bawah 2 SD.

AKURASI dan KONSISTENSI INTERNAL

Data Pencilan Cakupan Indikator 1



Gambar 2.4b. Data Imunisasi DPT3/DPT-HB3 Menurut Provinsi tahun 2012

Interpretasi

Gambar 2.4b memperlihatkan cakupan imunisasi DPT3/DPT-HB3 menurut Provinsi tahun 2012. Dari 33 Provinsi, rata-rata cakupan imunisasi adalah 94% (garis Biru). Sebagian besar (72,7% provinsi) capaian imunisasi berkisar antara 80% sd 105% (Garis Hijau). Ada 2 provinsi yang cakupan imunisasi DPT-HB3nya sangat rendah yaitu Papua dan Papua Barat.

POKOK BAHASAN 4. PENGUKURAN KONSISTENSI INTERNAL

Pengukuran konsistensi internal terdiri dari 2 indikator yaitu 1) konsistensi cakupan dari tahun ke tahun dan 2) konsistensi satu indikator dengan indikator lainnya.

1. Konsistensi cakupan dari tahun ke tahun

Definisi Angka cakupan tidak mengalami perubahan sangat tajam dari tahun ke tahun

Perhitungan Angka cakupan tahun ini dibagi dengan rata-rata cakupan 3 tahun sebelumnya (dalam satuan Rasio)

Rumus
$$\frac{\text{Angka_cakupan_tahun_ini}}{\text{Rata-rata_cakupan_3_tahun_sebelumnya}}$$

Standar **Kualitas Baik** Jika **rasio berkisar 0,67 sd 1,33**
(selisih rasio tidak melebihi $\pm 33\%$ dari rata-rata 3 tahun sebelumnya)

Catatan:

1. Ketidakkonsistenan data dapat terjadi jika program tidak berjalan dengan optimal sehingga cakupan tahun ini menurun tajam
2. Ketidakkonsistenan data dapat pula terjadi jika ada penambahan sangat mendasar pada sumberdaya (tenaga dan peralatan) sehingga cakupan tahun ini meningkat tajam
3. Untuk memastikan penyebab ketidak konsistenan data harus dilakukan verifikasi data.

2. Konsistensi antar indikator

Definisi Kesesuaian suatu indikator dengan indikator lainnya, misalnya membandingkan rasio jumlah absolut evaluasi pasien baru TB (kasus BTA positif, BTA negatif dan ekstra Paru) dengan jumlah absolut pasien baru TB (kasus BTA positif, BTA negatif dan ekstra Paru) yang diobati.

Perhitungan **Jumlah** absolut pasien baru TB (kasus BTA positif, BTA negatif dan ekstra Paru) yang dievaluasi dibagi dengan jumlah absolut pasien baru TB (kasus BTA positif, BTA negatif dan ekstra Paru) yang diobati

Rumus
$$\frac{\text{Jumlah_absolut_pasien_TB_Baru_dievaluasi}}{\text{Jumlah_absolut_pasien_TB_Baru_diobati}}$$

Standar **Kualitas Baik** Jika **selisih rasio tidak lebih dari 33%**

dibanding rasio rata-rata di wilayah tersebut

Berbagai contoh ukuran konsistensi internal menurut jenis program dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2. Contoh ukuran konsistensi internal menurut jenis program

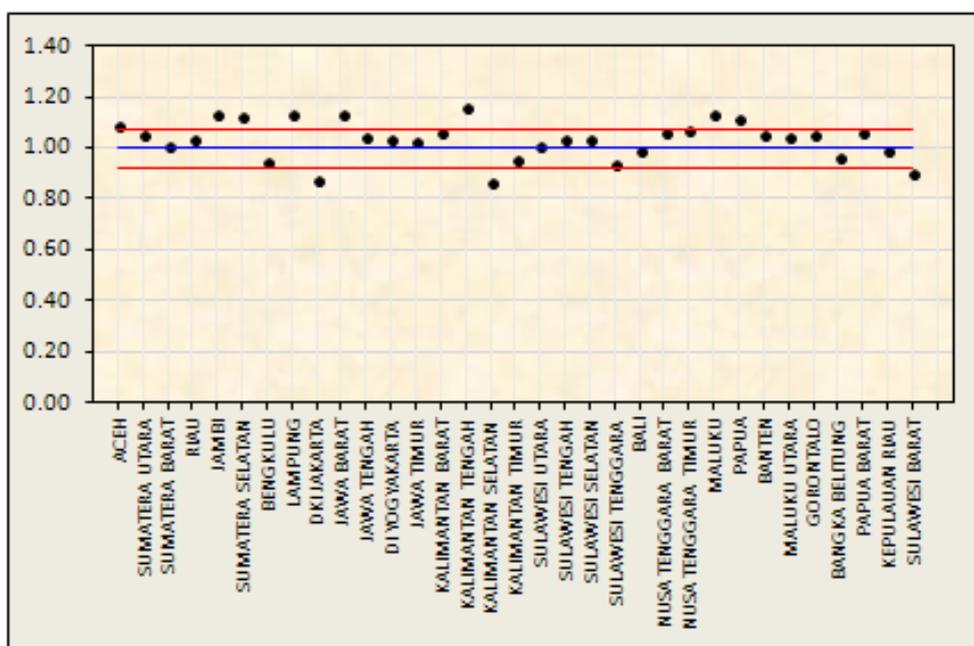
| Jenis Program | Konsistensi dari tahun ke tahun | Konsistensi antar indikator |
|----------------|--|---|
| Tuberkulosis | Capaian CNR kasus baru TB dalam 3 tahun terakhir | Jumlah (absolut) pasien baru TB yang dievaluasi dan jumlah (absolut) pasien baru TB yang diobati. |
| Malaria | Cakupan API dalam 3 tahun terakhir | Jumlah (absolut) kasus malaria yang diobati dan jumlah (absolut) kasus Malaria positif (+). |
| Diare | Cakupan Pelayanan Diare dalam 3 tahun terakhir | Jumlah (absolut) penderita Diare balita yang mendapat oralit dan jumlah (absolut) penderita Diare balita yang tercatat. |
| Kesehatan Ibu | Cakupan PN dalam 3 tahun terakhir. | Jumlah (absolut) Bumil yang mendapat pelayanan PN dan jumlah (absolut) Bumil yang mendapat pelayanan K4. <u>Atau:</u> jumlah absolut bumil mendapatkan pelayanan dengan jumlah absolut bumil yang mendapat pelayanan Fe3. <u>Atau:</u> jumlah absolut bumil mendapatkan pelayanan Fe3 dengan jumlah absolut bumil yang mendapat pelayanan K4. |
| Kesehatan Anak | Cakupan KN1 dalam 3 tahun terakhir. | Jumlah bayi (absolut) mendapat pelayanan KN1 dan jumlah bayi (absolut) mendapat pelayanan KN lengkap. |
| Imunisasi | Cakupan DPT3 atau DPT/HB (3) dalam 3 tahun terakhir. | Jumlah (absolut) balita mendapat imunisasi DPT3 atau DPT/HB (3) dan DPT1. |
| Gizi | Cakupan Balita Ditimbang D/S dalam 3 tahun terakhir. | Jumlah absolut D (Balita yang ditimbang) dan S (semua sasaran Balita). |
| HIV AIDS | Jumlah pasien yang mendapat ARV dalam 3 tahun terakhir | Jumlah pasien (absolut) yang mendapat ARV dan jumlah pasien HIV positif yang memenuhi syarat (<i>eligible</i>). |

Catatan:

Pemilihan indikator untuk diperbandingkan merupakan hasil kesepakatan. Indikator tersebut dapat diganti sesuai kebutuhan masing-masing program.

Contoh Penyajian Hasil Pengukuran Konsistensi dari Tahun ke Tahun

Rasio Konsistensi Cakupan Indikator 1 Data 3 Tahun Terakhir



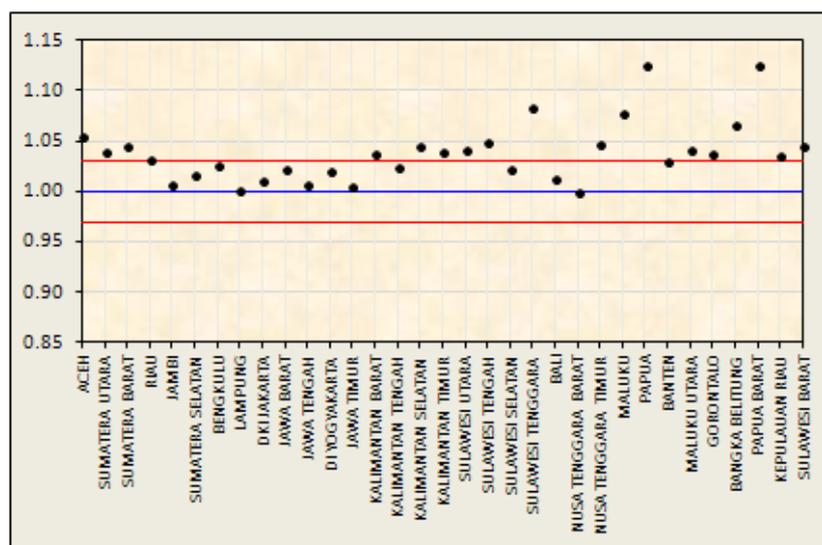
Gambar 2.5. Rasio cakupan imunisasi DPT-HB3 tahun 2012 terhadap rata-rata cakupan DPT-HB3 dalam 3 tahun terakhir (2009-2011)

Interpretasi

Dari gambar 2.5 terlihat rasio cakupan imunisasi DPT-HB3 tahun 2012 terhadap rata-rata cakupan DPT-HB3 dalam 3 tahun terakhir (2009-2012). Ada 7 provinsi yang cakupan imunisasi DPT-HB3 nya meningkat (di atas 33% dari nilai rata-rata 3 tahun sebelumnya) yaitu Jambi, Sumatera Selatan, Lampung, Jawa Barat, Kalimantan Tengah, Maluku dan Papua. Ada pula 3 provinsi yang cakupan imunisasi DPT-HB3 nya menurun (di bawah 33% dari nilai rata-rata 3 tahun sebelumnya) yaitu DKI Jakarta, Kalimantan Selatan dan Sulawesi Barat. Perlu dilakukan verifikasi data terhadap provinsi-provinsi tersebut.

Contoh Penyajian Hasil Pengukuran Konsistensi Antar Indikator

Rasio Cakupan Indikator 1 dan Indikator 2



Gambar 2.6. Rasio Cakupan Imunisasi DPT-HB3 Terhadap Cakupan Imunisasi DPT-HB1

Interpretasi

Dari gambar 2.6 terlihat bahwa rasio cakupan imunisasi DPT-HB3 dan DPT-HB1 pada tahun 2012. Ada 18 provinsi yang rasionya melebihi 33% dari nilai rata-rata yaitu Aceh, Sumatera Utara, Sumatera Barat, Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, NTT, Maluku, Papua, Maluku Utara, Gorontalo, Bangka Belitung, Papua Barat, Kep Riau dan Sulawesi Barat. Perlu dilakukan verifikasi data pada provinsi-provinsi tersebut.

POKOK BAHASAN 5. PENGUKURAN KONSISTENSI EKSTERNAL

Pengukuran konsistensi eksternal terdiri dari 2 indikator yaitu 1) konsistensi data sasaran program dibandingkan dengan data proyeksi BPS/Pusdatin dan 2) konsistensi data cakupan dari laporan rutin dibandingkan dengan data survei.

1. Konsistensi data sasaran program

Definisi Kesesuaian jumlah absolut sasaran program dengan angka proyeksi BPS/Pusdatin (misalnya: sasaran bayi)

Perhitungan Jumlah sasaran (bayi) dari laporan rutin dibagi dengan jumlah sasaran (bayi) dari angka proyeksi oleh BPS atau Pusdatin (dalam satuan rasio)

Rumus
$$\frac{\text{Jumlah_absolut_ (bayi)_sasaran_program}}{\text{Jumlah_absolut_ (bayi)_data_proyeksi}}$$

Standar **Kualitas Baik: Jika rasio berkisar 0,67 sd 1,33**
(selisih rasio tidak melebihi $\pm 33\%$ dari angka proyeksi, sumber: WHO)

2. Konsistensi data cakupan program

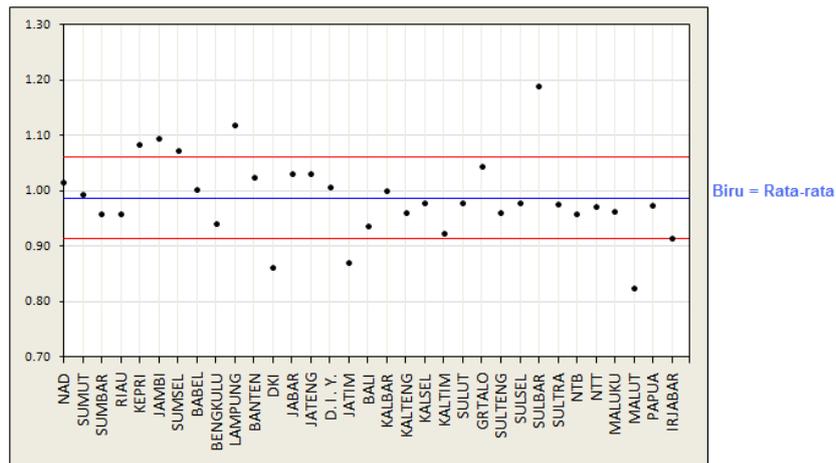
Definisi Kesesuaian cakupan program dari laporan rutin dengan cakupan hasil survei

Perhitungan Cakupan program dari laporan rutin dibagi dengan cakupan hasil survei pada periode waktu yang sama (dalam satuan rasio)

Rumus
$$\frac{\text{Cakupan_program_dari_laporan_rutin_ (pada_waktu_tertentu)}}{\text{Cakupan_program_dari_hasil_survei_ (pada_periode_waktu_ yang_ sama)}}$$

Standar **Kualitas Baik: Jika rasio berkisar 0,67 sd 1,33**
(selisih rasio tidak melebihi $\pm 33\%$ dari angka proyeksi)

Contoh Penyajian Hasil Penilaian Konsistensi Eksternal Data Sasaran Program

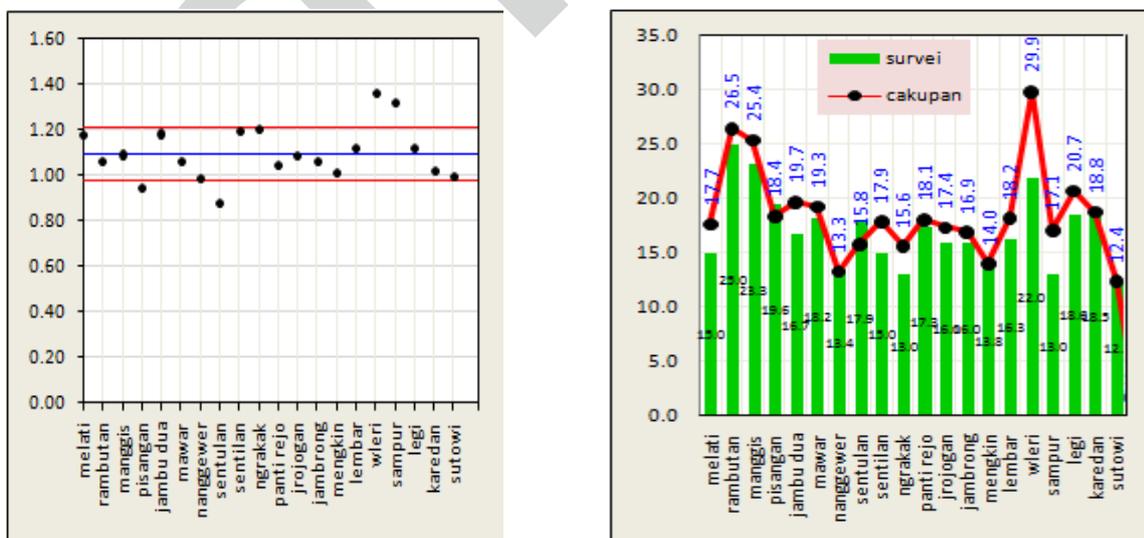


Gambar 2.7. Rasio Jumlah Sasaran Bayi Dibanding Angka Proyeksi

Interpretasi

Pada gambar 2.7 terlihat bahwa rata-rata rasio jumlah sasaran bayi dibanding angka proyeksi adalah 0,98 artinya Masih ada 5 provinsi yang jumlah sasaran bayinya melebihi angka proyeksi (di atas 33% dari nilai rata-rata) yaitu Kepri, Jambi, Sumsel, Lampung, dan Sulbar. Serta ada 3 provinsi yang sasaran bayinya terlalu rendah (di bawah 33% dari nilai rata-rata) yaitu DKI, Jatim, dan Malut. Provinsi yang memiliki rasio terlalu tinggi atau terlalu rendah harus diverifikasi agar diketahui penyebabnya dan dilakukan koreksi.

Contoh Penyajian Hasil Penilaian Konsistensi Eksternal Data Cakupan Program

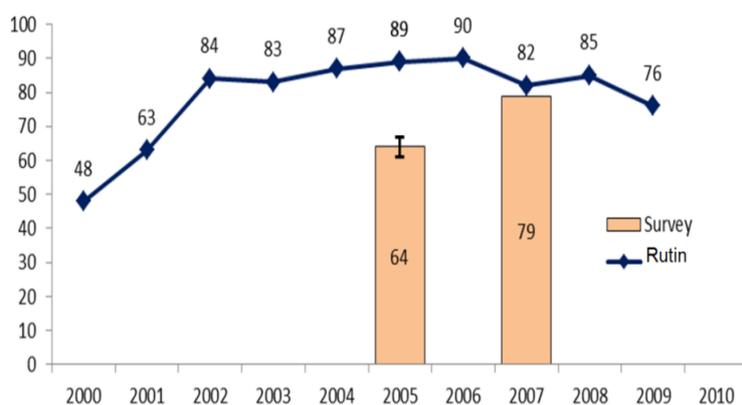


Gambar 2.8. Rasio Cakupan Imunisasi laporan rutin dibanding hasil survei di Provinsi X tahun 2010

Interpretasi

Gambar 2.8 memperlihatkan rasio cakupan imunisasi DPT3/DPT-HB3 hasil laporan rutin tahun 2010 dibanding hasil survei Riskesdas tahun 2010. Rata-rata rasio adalah sekitar 1,10 artinya cakupan imunisasi laporan rutin lebih tinggi 10% dari data survei. Ada 2 kabupaten yang memiliki rasio melebihi 33% dari nilai rata-rata (di atas garis merah) yaitu Wleri dan Sempur.

Ada pula dua kabupaten yang memiliki rasio dibawah 33% dari nilai rata-rata (di bawah garis merah) yaitu Pisangan dan Sentulan. Keempat kabupaten tersebut termasuk kategori kurang baik kualitas datanya dan perlu dilakukan penilaian terhadap sistem pemantauan dan evaluasi untuk mengetahui penyebab terlalu tingginya perbedaan data rutin dengan hasil survei.

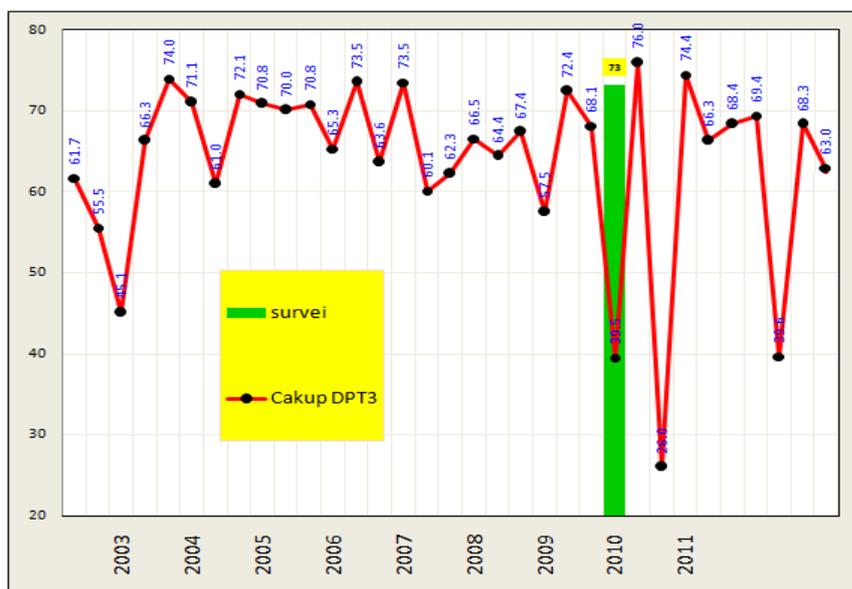


Gambar 2.9. Perbandingan Cakupan K1 Data Rutin dengan Hasil Survei di Wilayah X

Perbandingan data rutin dengan hasil survei tidak selalu dapat dilakukan setiap tahun, karena survei tidak rutin dilakukan tiap tahun. Gambar 2.9 menyajikan perbandingan data rutin dengan data survei tahun 2005 dan 2007.

Interpretasi

Gambar 2.9 memperlihatkan perbandingan cakupan K1 (kunjungan ibu hamil pertama kali) dari laporan rutin dengan hasil survei. Data survei hanya tersedia pada tahun 2005 dan 2007. Dari gambar terlihat bahwa pada tahun 2005 cakupan K1 dari data rutin lebih tinggi dibandingkan dengan K1 hasil survei, namun pada tahun 2007 cakupan K1 hampir sama antara data rutin dengan data survei. Hal ini menunjukkan kualitas data rutin cukup baik.



Gambar 2.10. Perbandingan Cakupan Linakes Data Rutin dengan Hasil Survei di 33 Provinsi

Gambar 2.10 memperlihatkan perbandingan cakupan Linakes (Bersalin dengan tenaga kesehatan) dari laporan rutin tahun 2011 (data 33 provinsi) dibandingkan dengan data survei Riskesdas 2010 (angka Indonesia). Dari grafik terlihat bahwa cakupan linakes tahun 2011 dari laporan data rutin tidak jauh berbeda dengan cakupan linakes hasil survei Riskesdas 2010.

VIII. PETUNJUK LATIHAN MATERI INTI 1

PETUNJUK LATIHAN MATERI INTI 1.

PENILAIAN KUALITAS DATA RUTIN MELALUI TELAHAH LAPORAN

TUGAS PESERTA:

1. Sebagai petugas program TB di tingkat Kabupaten/Kota anda ditugaskan untuk menilai kualitas data program TB (kelengkapan, keakuratan, dan konsistensi) sesuai dengan indikator pada tabel berikut.

Tabel 3. Indikator Penilaian Kualitas Data: Program TB

| Nama Program: TB | | Indikator Kunci: CNR |
|------------------|--|------------------------------------|
| No | Indikator Kualitas Data | Standar Kualitas Data Baik |
| 1.a | % Kelengkapan fasilitas atau unit yang melapor | ≥80% |
| 1.b | % Ketepatan waktu melapor penemuan Kasus baru TB (semua tipe) | ≥80% |
| 2. | % Data pencilan capaian CNR kasus baru TB | 0% |
| 3.a | Konsistensi capaian CNR kasus baru TB dalam 3 tahun terakhir | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 3.b | Konsistensi rasio jumlah absolut pasien baru TB (kasus BTA positif, BTA negatif dan ekstra Paru) yang dievaluasi dengan jumlah absolut pasien baru TB (kasus BTA positif, BTA negatif dan ekstra Paru) yang diobati. | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 4 | Konsistensi capaian CNR kasus baru TB dengan data hasil survei | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |

Keterangan:

CNR= *Case Notification Rate* (Angka Notifikasi kasus): angka yang menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan dan tercatat diantara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu.

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru TB yang dilaporkan} \times 100.000}{\text{Jumlah penduduk}}$$

Note:

Jumlah pasien baru TB bersumber dari TB.03 UPK dan TB.07

2. Sebagai petugas program Imunisasi di tingkat Kabupaten/Kota anda ditugaskan untuk menilai kualitas data program Imunisasi (kelengkapan, keakuratan, dan konsistensi) sesuai dengan indikator pada tabel berikut.

Tabel 4. Indikator Penilaian Kualitas Data: Program Imunisasi

| Nama Program: Imunisasi | | Cakupan DPT3/DPT-HB3 |
|-------------------------|--|------------------------------------|
| No | Indikator Kualitas Data | Standar Kualitas Data Baik |
| 1.a | % Kelengkapan fasilitas atau unit yang melapor | ≥80% |
| 1.b | % Ketepatan waktu melapor DPT3/DPT-HB3 | ≥80% |
| 2. | % Data pencilan cakupan DPT3/DPT-HB3 | 0% |
| 3.a | Konsistensi cakupan DPT3/DPT-HB3 dalam 3 tahun terakhir | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 3.b | Konsistensi jumlah bayi mendapat imunisasi DPT3/DPT-HB3 dengan jumlah bayi mendapat imunisasi DPT1/DPT-HB1 | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 4.a | Konsistensi jumlah sasaran bayi | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 4.b | Konsistensi cakupan DPT3/DPT-HB3 dengan data hasil survei | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |

Keterangan:

DPT1/DPT-HB1 = imunisasi DPT yang pertama (DPT1 yang diberikan bersama imunisasi Hepatitis yang pertama melalui vaksin kombinasi) pada bayi (0 – 11 bulan)

DPT3/DPT-HB3 = imunisasi DPT yang ketiga (yang diberikan bersama imunisasi Hepatitis yang ketiga) pada bayi (0 – 11 bulan)

3. Sebagai petugas program KIA di tingkat Kabupaten/Kota anda ditugaskan untuk menilai kualitas data Program Kesehatan Ibu (kelengkapan, keakuratan, dan konsistensi) sesuai dengan indikator pada tabel berikut.

Tabel 5. Indikator Penilaian Kualitas Data: Program Kesehatan Ibu

| Nama Program: Kesehatan Ibu | | Cakupan Linakes (PN) |
|-----------------------------|--|------------------------------------|
| No | Indikator Kualitas Data | Standar Kualitas Data Baik |
| 1.a | % Kelengkapan fasilitas atau unit yang melapor | ≥80% |
| 1.b | % Ketepatan waktu melapor laporan Linakes (PN) | ≥80% |
| 2. | % Data penciliran cakupan PN | 0% |
| 3.a | Konsistensi cakupan PN dalam 3 tahun terakhir | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 3.b | Konsistensi jumlah bulin yang mendapat pelayanan PN dengan jumlah bumil yang mendapat pelayanan K4 | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 4.a | Konsistensi jumlah sasaran ibu hamil | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 4.b | Konsistensi cakupan PN dengan data hasil survei | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |

Keterangan:

Linakes (PN) = Persalinan ditolong tenaga kesehatan yang berkompeter/terlatih (bidan, dokter, atau SpOG).

K4 = Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal (ANC) sesuai standar paling sedikit empat kali, dengan distribusi pemberian pelayanan yang dianjurkan adalah minimal 1 kali pada triwulan pertama, 1 kali pada triwulan kedua dan 2 kali pada triwulan ketiga umur kehamilan.

4. Sebagai petugas program KIA di tingkat Kabupaten/Kota anda ditugaskan untuk menilai kualitas data Program Kesehatan Anak (kelengkapan, keakuratan, dan konsistensi) sesuai dengan indikator pada tabel berikut.

Tabel 5. Indikator Penilaian Kualitas Data: Program KIA

| Nama Program: Kesehatan Anak | | Cakupan KN1 |
|------------------------------|---|------------------------------------|
| No | Indikator Kualitas Data | Standar Kualitas Data Baik |
| 1.a | % Kelengkapan fasilitas atau unit yang melapor | ≥80% |
| 1.b | % Ketepatan waktu melapor laporan KN1 | ≥80% |
| 2. | % Data penciliran cakupan KN1 | 0% |
| 3.a | Konsistensi cakupan KN1 dalam 3 tahun terakhir | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 3.b | Konsistensi jumlah bayi yang mendapat pelayanan KN1 dengan jumlah bayi yang mendapat pelayanan KN Lengkap | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 4.a | Konsistensi jumlah sasaran bayi | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 4.b | Konsistensi cakupan KN1 dengan data hasil survei | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |

Keterangan:

KN1 = Pelayanan kesehatan neonatal dasar, kunjungan ke-1 pada rentang waktu 6 – 24 jam setelah bayi lahir.

KN lengkap = Pelayanan kesehatan neonatal dasar meliputi ASI eksklusif, pencegahan infeksi berupa perawatan mata, tali pusat, pemberian vitamin K1 injeksi bila tidak diberikan pada saat lahir, pemberian imunisasi hepatitis B1 (yang pertama) bila tidak diberikan pada saat lahir, dan manajemen terpadu bayi muda, yang dilakukan sesuai standar sedikitynya 3 kali pada rentang waktu 6-24 jam setelah lahir, pada 3-7 hari dan pada 7-28 hari setelah lahir yang dilakukan di fasilitas kesehatan maup[un kunjungan rumah.

5. Sebagai petugas Program Gizi di tingkat Kabupaten/Kota anda ditugaskan untuk menilai kualitas data Program Gizi (kelengkapan, keakuratan, dan konsistensi) sesuai dengan indikator pada tabel berikut.

Tabel 6. Indikator Penilaian Kualitas Data: Program Gizi

| Nama Program: Gizi | | Cakupan D/S |
|--------------------|--|------------------------------------|
| No | Indikator Kualitas Data | Standar Kualitas Data Baik |
| 1.a | % Kelengkapan fasilitas atau unit yang melapor | $\geq 80\%$ |
| 1.b | % Ketepatan waktu melapor laporan D/S | $\geq 80\%$ |
| 2. | % Data pencilan cakupan D/S | 0% |
| 3.a | Konsistensi cakupan D/S dalam 3 tahun terakhir | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 3.b | Konsistensi jumlah balita ditimbang (D) dengan jumlah semua balita (S) | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 4.a | Konsistensi jumlah sasaran Balita | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 4.b | Konsistensi cakupan D/S dengan data hasil survei | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |

Keterangan:

D/S= Jumlah Balita **ditimbang** dibagi dengan jumlah **Seluruh** Balita di wilayah tersebut (dalam %)
No 4.b hanya relevan untuk tingkat Provinsi atau Pusat yang memiliki data survei

6. Sebagai petugas Program Pengendalian Malaria di tingkat Kabupaten/Kota anda ditugaskan untuk menilai kualitas data Program Pengendalian Malaria (kelengkapan, keakuratan, dan konsistensi) sesuai dengan indikator pada tabel berikut.

Tabel 6. Indikator Penilaian Kualitas Data: Program Pengendalian Malaria

| Nama Program: Pengendalian Malaria | | Angka MoPI dan API |
|------------------------------------|--|------------------------------------|
| No | Indikator Kualitas Data | Standar Kualitas Data Baik |
| 1.a | % Kelengkapan fasilitas atau unit yang melapor | $\geq 80\%$ |
| 1.b | % Ketepatan waktu melapor angka MoPI | $\geq 80\%$ |
| 2. | % Data pencilan angka API | 0% |
| 3.a | Konsistensi angka API dalam 3 tahun terakhir | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 3.b | Konsistensi jumlah kasus malaria diobati dengan jumlah kasus malaria positif | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 4.a | Konsistensi jumlah sasaran penduduk | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 4.b | Konsistensi angka API dengan data hasil survei | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |

Keterangan:

MoPI= *Monthly Parasite Incidence*, angka kesakitan malaria (berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium) per 1000 penduduk dalam 1 bulan (dinyatakan dalam satuan permil)

API= *Annual Parasite Incidence*, angka kesakitan malaria (berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium) per 1000 penduduk dalam 1 tahun (dinyatakan dalam satuan permil)

7. Sebagai petugas Program Pengendalian Diare di tingkat Kabupaten/Kota anda ditugaskan untuk menilai kualitas data Program Pengendalian Diare (kelengkapan, keakuratan, dan konsistensi) sesuai dengan indikator pada tabel berikut.

Tabel 6. Indikator Penilaian Kualitas Data: Program Pengendalian Diare

| Nama Program: Pengendalian Diare | | Cakupan Pelayanan Diare |
|----------------------------------|--|------------------------------------|
| No | Indikator Kualitas Data | Standar Kualitas Data Baik |
| 1.a | % Kelengkapan fasilitas atau unit yang melapor | $\geq 80\%$ |
| 1.b | % Ketepatan waktu melapor cakupan pelayanan diare | $\geq 80\%$ |
| 2. | % Data pencilan cakupan pelayanan diare | 0% |
| 3.a | Konsistensi cakupan pelayanan diare dalam 3 tahun terakhir | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 3.b | Konsistensi jumlah penderita diare balita yang mendapat oralit dengan jumlah penderita diare yang tercatat | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 4.a | Konsistensi jumlah sasaran penduduk | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |
| 4.b | Konsistensi cakupan pelayanan diare dengan data hasil survei | Selisih rasio tidak lebih dari 33% |

TUGAS PESERTA:

1. Peserta melakukan input data laporan rutin sesuai dengan programnya (TB, KIA, Gizi, Imunisasi, dll) untuk menilai kelengkapan, keakuratan, dan konsistensi data ke dalam aplikasi program PMKDR
2. Peserta melihat hasil output dan mengcopy tabel/grafik dari program Excel ke program Word
3. Peserta membuat laporan dan kesimpulan hasil penilaian kualitas data rutin

Petunjuk Latihan Aplikasi Program PMKDR

A. Tahap Persiapan

1. Peserta dapat menggunakan aplikasi apabila menggunakan **Microsoft Excel minimum 2007. Proses instalasi cukup dengan mengcopy file aplikasi PMKDR, dan ditaruh di folder C:/PMKDR**
2. **Persiapan Data** : Sebelum menggunakan aplikasi PMKDR, ada beberapa data yang harus dipersiapkan terlebih dahulu, yaitu:
 - i. Daftar unit/fasilitas
 - ii. Jumlah Penduduk
 - iii. Data rutin bulanan : data cakupan tiap bulan (untuk periode 1 tahun)
 - iv. Data rutin tahunan : data sasaran ; data cakupan 3 tahun terakhir; Data survey (jika ada)
 - v. Data hasil verifikasi
 - vi. Data hasil penilaian sistem pemantauan dan evaluasi

3. Persiapan Aplikasi

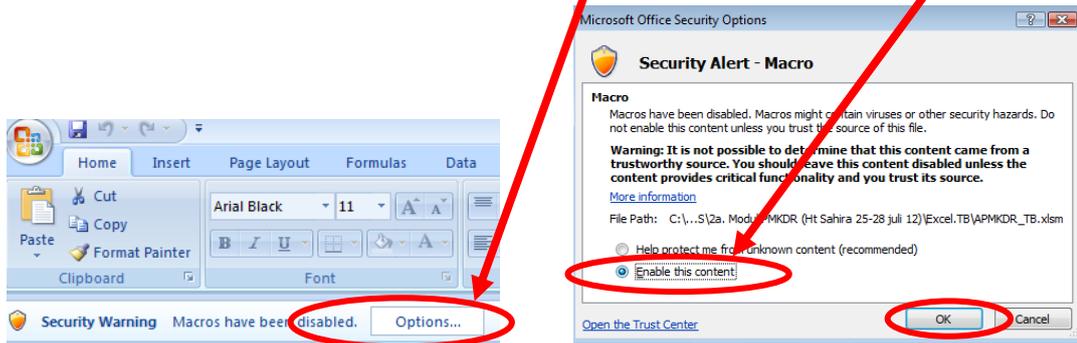
- a. Sebelum memulai penggunaan aplikasi PMKDR, perlu diperhatikan beberapa petunjuk yang terdapat dalam **PANDUAN AWAL PENGGUNAAN** aplikasi yang terdapat pada bagian kanan bawah menu utama

Panduan Awal
Penggunaan
aplikasi PMKDR →



Gambar 2.11. Tampilan Menu Utama Aplikasi PMKDR

- b. **Aktifkan Macro**, dengan cara klik “**Option**”. Pindahkan pilihan dari “*Help protect me from unknown content (recommended)*” ke “**Enable this content**”, kemudian klik tombol “**OK**”



Gambar 2.12 Tampilan Security Macro yang Harus Diaktifkan

- c. Masukan tahun/periode PMKDR
d. Masukan jumlah data fasilitas atau unit sesuai jenjang administrasi yang akan dinilai (Puskesmas, Kab/Kota, atau Provinsi), pada menu yang tersedia, misalnya pilih 21 Puskesmas.



Gambar 2.13. Tampilan Input Tahun/Periode PMKDR

- e. Masukan Data fasilitas dengan mengklik tombol **Data Fasilitas**



Gambar 2.14. Tampilan Input Data Fasilitas

- f. Masukkan nama Puskesmas atau Kab/Kota atau Provinsi (sesuai jenjang administrasi), sampai 21 unit. Unit dan jenjang administratif seperti tertera pada tabel berikut:

| Level | Unit |
|----------------|--------------------------|
| Kabupaten/Kota | Puskesmas |
| Provinsi | Dinas Kesehatan Kab/Kota |
| Pusat | Dinas Kesehatan Provinsi |

Hingga Status Input Data berubah dari “Belum sesuai” menjadi “OK”

The image shows two screenshots of a data entry application. The left screenshot shows a table with columns 'No', 'Unit/Fasilitas/Satker', 'Status Input Data', and 'Back'. The 'Unit/Fasilitas/Satker' column contains 'kab/kota', '1 melati', '2 rambutan', '3 manggis', '4 pisang', '5 jambu dua', '6 mawar', '7 nanggwer', '8 sentulan', and '9 sentilan'. The 'Status Input Data' column for the first row is 'Jumlah unit yang diinput belum sesuai! (21)'. The right screenshot shows the same table, but the 'Status Input Data' for the first row is 'ok'. Blue arrows indicate the transition from the first state to the second.

Gambar 2.15. Tampilan Input Data unit/fasilitas dan status input data

Input nama Puskesmas atau Kab/Kota atau Provinsi cukup satu kali saja

Tabel 7. Indikator PMKDR telaah laporan program TB

| No | Indikator Kualitas Data Program TB |
|-----|--|
| 1.a | % Kelengkapan fasilitas atau unit yang melapor |
| 1.b | % Ketepatan waktu melapor penemuan kasus baru TB |
| 2. | % Data pencilaan capaian CNR |
| 3.a | Konsistensi capaian CNR dalam 3 tahun terakhir |
| 3.b | Konsistensi jumlah evaluasi kasus baru TB (semua tipe) dengan jumlah kasus baru TB (semua tipe) yang diobati |
| 4 | Konsistensi capaian CNR dengan data survei |

Untuk menjawab Latihan PMKDR telaah laporan Program TB, ikuti langkah-langkah berikut.

1. Menghitung **kelengkapan dan keakuratan data** (Indikator 1.a, 1.b, dan 2) lihat pada Tabel 5. Klik *button* “**Input Data Laporan**” dan masukkan data per Tri wulan khusus program TB seperti berikut. (*Program Gizi, KIA, dan Imunisasi tersedia input per bulan*)



| TRIWULAN-1 (JAN-MAR) | | Tanggal Laporan Masuk | Jml Penduduk (triwulanan) | Jml Kasus TB (semua tipe) yang diobati | Jml Kasus Evaluasi TB (semua tipe) |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|--|------------------------------------|
| No | Unit/Fasilitas/Satker | | | | |
| 1 | KAB. PACITAN | 09/04/12 | 1.500 | 699 | 650 |
| 2 | KAB. PONOROGO | 08/04/12 | 1.500 | 1.156 | 1.109 |
| 3 | KAB. TRENGGALEK | 10/04/12 | 1.500 | 842 | 791 |

Data program TB yang perlu diinput adalah:

- 1) Tanggal laporan masuk, 2) Jumlah penduduk 3) Jumlah kasus TB (semua tipe) yang diobati, 3) Jumlah evaluasi kasus TB (semua tipe)

Gambar 2.16. Input Data Laporan Temuan/Pengobatan Kasus Per Triwulan

2. Input data program KIA, Gizi, dan Imunisasi per bulan seperti berikut.



| JANUARI | | Tanggal Laporan Masuk | Sasaran Bayi (bulanan) | Jml Bayi Diimunisasi DPT1 | Jml Bayi Diimunisasi DPT3/DPT-HB3 |
|---------|-----------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| No | Unit/Fasilitas/Satker | | | | |
| 1 | KAB. PACITAN | 01/02/11 | 617 | 699 | 650 |
| 2 | KAB. PONOROGO | 08/02/11 | 1030 | 1156 | 1109 |
| 3 | KAB. TRENGGALEK | 10/02/11 | 859 | 842 | 791 |
| 4 | KAB. TULUNGAGUNG | 09/02/11 | 1249 | 1326 | 1193 |

Gambar 2.17. Input Data Program Per Bulan

Data program KIA yang perlu diinput adalah: 1) Tanggal laporan masuk, 2) Sasaran Ibu Bersalin, 3) Sasaran Ibu Hamil, 4) K1, 5) K4, dan 6) Linakes

Data program Gizi yang perlu diinput adalah: 1) Tanggal laporan masuk, 2) Jumlah Sasaran Balita, 3) Balita memiliki KMS, dan 4) Balita Ditimbang

Data program Imunisasi yang perlu diinput adalah: 1) Tanggal laporan masuk, 2) Sasaran Bayi, 3) DPT1 atau DPT-HB(1), dan 4) DPT3 atau DPT-HB(3).

3. Setelah selesai memasukkan data, klik tombol Back.
4. Untuk menampilkan Output, klik menu Output.

Back



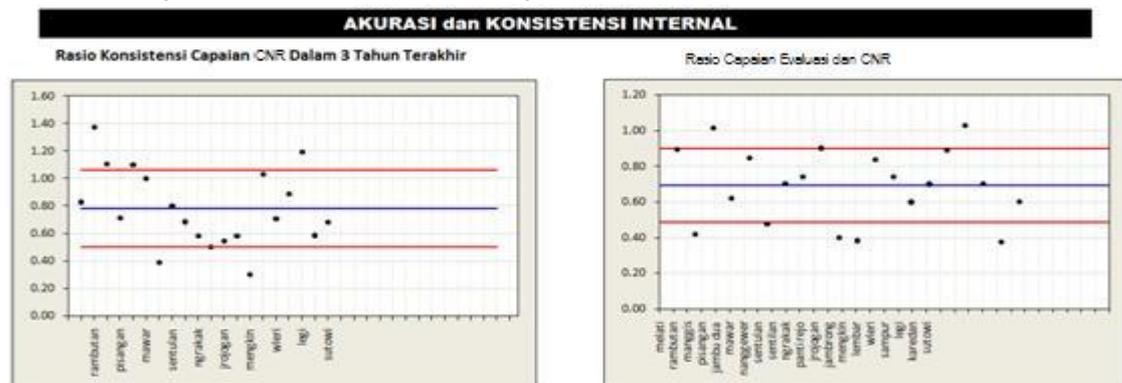
5. Menghitung **konsistensi internal** (Indikator 3.a dan 3.b), silakan klik *button* “**Input Data CNR kasus baru TB 3 th sebelumnya**” dan masukkan data **3 tahun sebelumnya**, seperti berikut.

| No | Unit/Fasilitas/Satker | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----|-----------------------|------|------|------|------|
| 1 | melati | 25.6 | 34.9 | 35 | 17.7 |
| 2 | rambutan | 25.0 | 11.8 | 21 | 26.5 |
| 3 | manggis | 5.4 | 46.0 | 13 | 25.4 |
| 4 | pisangan | 30.6 | 7.9 | 3 | 18.4 |
| 5 | jambu dua | 33.7 | 10.6 | 9 | 19.7 |
| 6 | mawar | 16.1 | 22.4 | 19 | 19.3 |

Jika tahun ini adalah tahun 2012, maka capaian CNR kasus baru TB tahun 2012 tidak perlu diinput lagi karena sudah muncul secara otomatis (*dihitung oleh komputer dari data yang telah diinput saat pengukuran kelengkapan dan ketepatan waktu melapor*). Anda hanya perlu memasukkan capaian CNR kasus baru TB tiga tahun sebelumnya, yaitu tahun 2009, 2010, dan 2011. (*Jika tahun ini adalah 2010, maka anda harus merubah setting tahun pada komputer menjadi 2010*)

- Setelah selesai memasukkan data, klik tombol Back.
- Untuk menampilkan Output, klik menu Output.

Contoh output konsistensi internal laporan CNR kasus baru TB :



Gambar 2.21 Contoh output konsistensi internal laporan CNR kasus baru TB

Selain menampilkan konsistensi dari tahun ke tahun (rasio akurasi dalam 3 tahun terakhir) pada grafik kiri-atas, juga ditampilkan konsistensi antar indikator yakni jumlah keberhasilan pengobatan (sembuh + pengobatan lengkap) dengan jumlah kasus baru TB pada grafik kanan-atas. (*Input data jumlah keberhasilan pengobatan dan jumlah kasus baru TB diambil secara otomatis oleh komputer pada saat menginput data untuk mengukur kelengkapan dan ketepatan waktu melapor*).

Dari grafik di atas (sebelah kiri) terlihat bahwa ada 6 Puskesmas yang capaian CNR Kasus Baru TB tahun 2012 masuk kategori kurang baik dibandingkan dengan capaian 3 tahun terakhir. Ada 4 puskesmas yang capaiannya terlalu tinggi dan 2 puskesmas capaiannya terlalu rendah dibandingkan dengan capaian 3 tahun terakhir.

Dari grafik di atas (sebelah kanan) terlihat pula ada 6 Puskesmas yang data capaian SR dan CNR Kasus Baru TB masuk kategori kurang baik. Ada 2 puskesmas yang rasionya terlalu tinggi dan 4 puskesmas rasionya terlalu rendah.

6. Menghitung **konsistensi eksternal** (Indikator 4.a dan 4.b), silakan klik *button* **“Input Data CNR Kasus Baru TB 3 th sebelumnya”** dan masukkan data **sasaran bayi (estimasi)** dan data **cakupan hasil survei**, seperti berikut.

| No | Unit/Fasilitas/Satker | Jml Sasaran Bayi (estimasi) | Cakupan DPT3/DTP3 (survei) Berdasarkan Unit | Referensi Survei Berdasarkan Tahun |
|----|-----------------------|-----------------------------|---|------------------------------------|
| 1 | melati | 381 | 15.0 | |
| 2 | rambutan | 461 | 25.0 | |
| 3 | manggis | 545 | 23.3 | 200 |
| 4 | pisangan | 600 | 19.6 | |
| 5 | jambu dua | 312 | 16.7 | |
| 6 | mawar | 609 | 18.2 | 200 |
| 7 | hanggewer | 406 | 13.4 | |
| 8 | sentulan | 503 | 17.9 | |
| 9 | sentulan | 365 | 5.0 | 2005 |

Tersedia 2 pilihan untuk memasukkan data survei:

1. Jika survei tersedia pada tahun yang sama dengan tahun pelaporan, masukkan cakupan hasil survei pada kolom (I)
2. Jika survei dilakukan pada tahun yang berbeda dengan tahun pelaporan, masukkan tahun survei di kolom (J) dan hasil survei di kolom (K)

- Setelah selesai memasukkan data, klik tombol Back.
- Untuk menampilkan Output, klik menu Output.

Back

APLIKASI PENILAIAN KUALITAS DATA RUTIN

Input Data CDR: 3 Th Sebelumnya dan Sasaran Kasus

Input Data Laporan: Temuan/Pengobatan Kasus per Tri Wulan

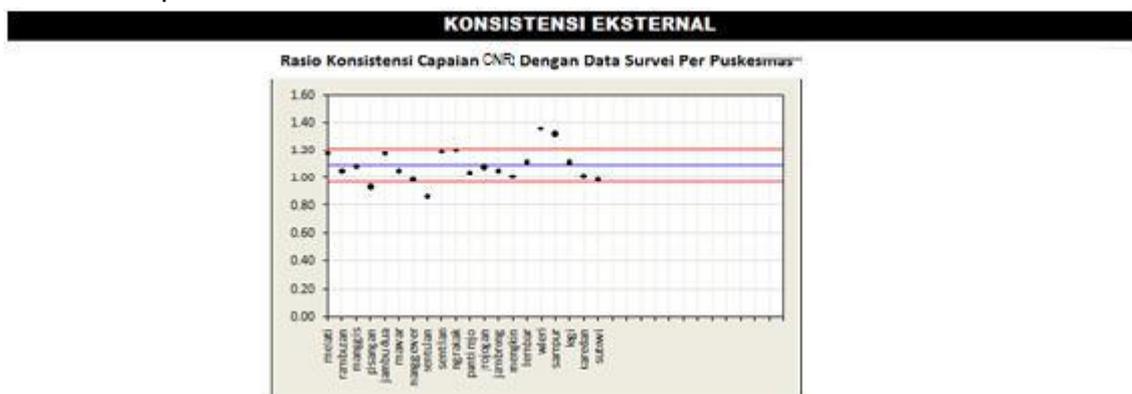
Telaah Laporan

Panduan:

1. Input data 3 tahun terakhir = untuk melihat konsistensi CDR rerata 3 tahun sebelumnya & sasaran suspek
2. Input data per bulan = data administrasi laporan dan jumlah kasus per bulan yang dilaporkan tiap unit/fasilitas

Output Telaah

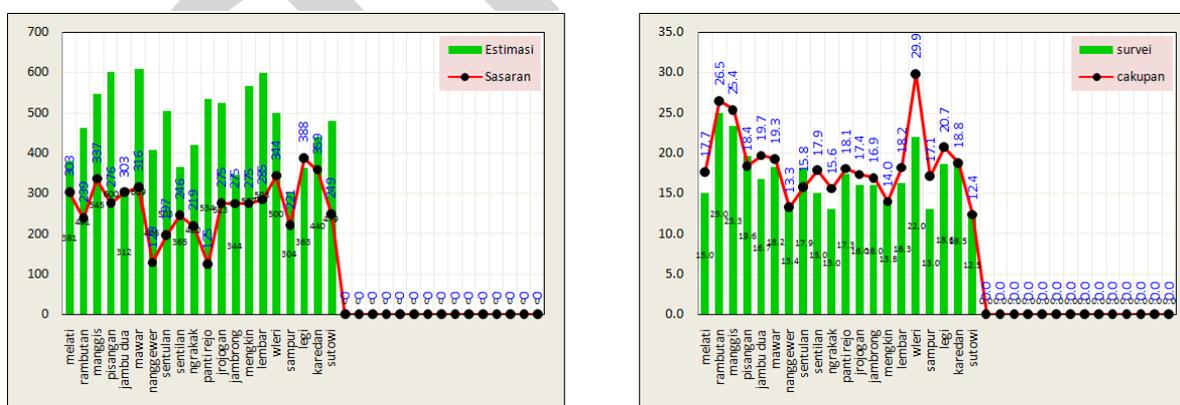
Contoh output konsistensi eksternal data CNR Kasus Baru TB :



Gambar 2.22 Contoh Output Rasio Konsistensi Data Capaian CNR Dengan Data Survei Per Puskesmas

Dari gambar 2.22 terlihat bahwa ada 4 Puskesmas yang data cakupan CNR Kasus Baru TB masuk kategori kurang baik dibandingkan dengan hasil survei. Ada 2 puskesmas yang cakupannya terlalu tinggi yakni Wleri dan Sampur dan 2 puskesmas cakupannya terlalu rendah yakni Pisangan dan Sentulan.

Selain menampilkan rasio konsistensi eksternal yang selisih rasionya lebih 33% dari rata-rata rasio di kabupaten/kota (seperti gambar di atas), juga di tampilkan angka riil dari nilai yang diperbandingkan, yaitu cakupan data rutin vs hasil survei (seperti gambar 2.24.)

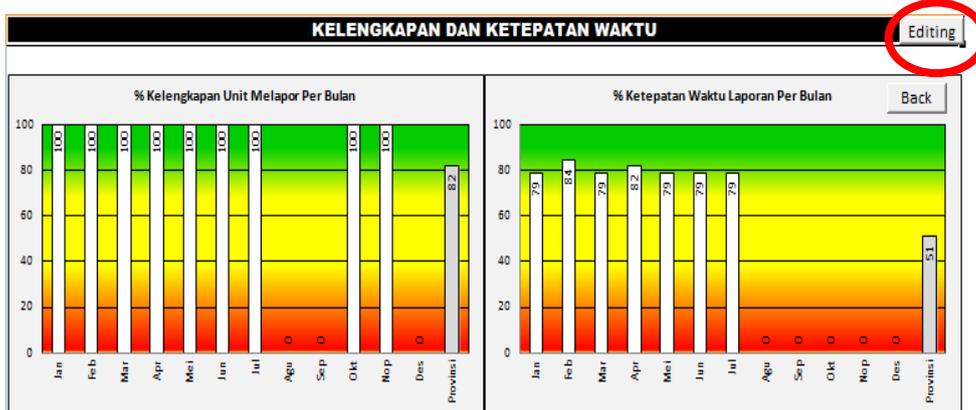


Gambar 2.23. Cakupan data rutin vs hasil survei

EDITING GRAFIK

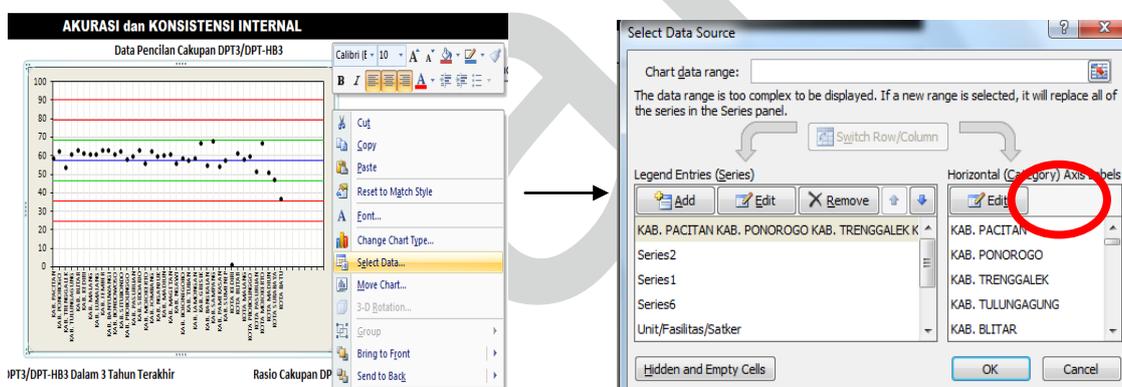
Jika tampilan output atau grafik tidak sesuai dengan kebutuhan dan perlu dimodifikasi, maka dapat dilakukan editing dengan cara mengklik tombol editing.

Editing dapat dilakukan untuk menyesuaikan : judul, sumbu X atau Y, Jenis grafik, menyesuaikan jumlah unit/fasilitas pada sumbu X agar tampak proporsional, dan mengedit keterangan pada grafik. Grafik yang telah siap dapat di pindahkan kedalam laporan.



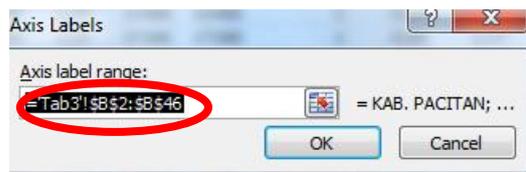
Gambar 2.24. Menu edit grafik

1. Klik kanan pada grafik yang akan diedit, pilih select data dan akan muncul tampilan seperti gambar 32 kemudian klik edit untuk merubah range data



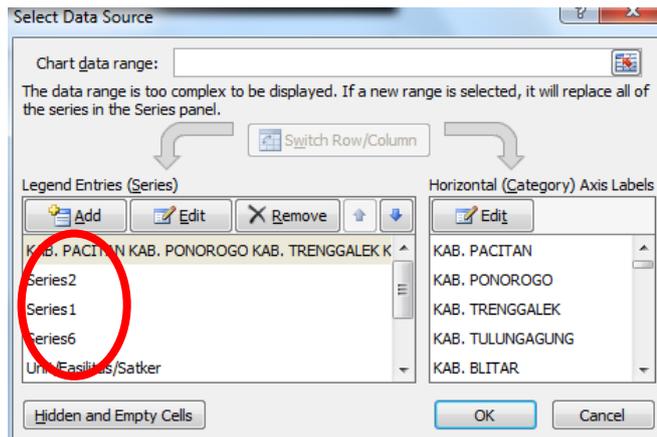
Gambar 2.25. Menu merubah range data

2. Pada tampilan terlihat data kabupaten sebanyak 46 buah. Jika akan disesuaikan jumlah kabupaten, maka rubah range data sesuai kebutuhannya. Misal, kabupaten yang ada hanya 10, maka dirange data nya diganti 10



Gambar 2.26. Menu merubah range axis

3. Ganti untuk seluruh series yang ada



Gambar 2.27. Menu merubah *Data Source*

REFERENSI

1. WHO. 2005. *The Immunization Data Quality Self-Assesment (DQS) Tools*.
2. WHO. 2012. *Guide to The Data Quality Report Card Indicator* (Draft May 2012).
3. Kementerian Kesehatan. 2012. *Petunjuk Teknis Penilaian Mandiri Kualitas Data Rutin*. Pusat Data dan Informasi (Draft Agustus 2012).

MATERI INTI 2

Pengukuran Kualitas Data Melalui Verifikasi Data

I. DESKRIPSI SINGKAT

Teknik Penilaian Mandiri Kualitas Data melalui metode verifikasi adalah suatu proses pemeriksaan tentang keakuratan data, melalui perhitungan rasio antara data yang masuk dari sumber data dengan data yang dilaporkan ke jenjang yang lebih tinggi.

Metode verifikasi dilakukan dengan cara memeriksa data langsung ke sumber data secara berjenjang. Pemeriksaan tentang keakuratan data di Pusat dilakukan dengan cara menghitung ulang data jumlah cakupan yang masuk dari provinsi kemudian dibandingkan dengan jumlah cakupan yang dilaporkan ke pusat. Sedangkan .Pemeriksaan tentang keakuratan data di Provinsi dilakukan dengan cara menghitung ulang data jumlah cakupan yang masuk dari Kabupaten/Kota kemudian dibandingkan dengan jumlah cakupan yang dilaporkan ke Provinsi. Demikian halnya dengan pemeriksaan tentang keakuratan data di kabupaten/Kota dilakukan dengan cara menghitung ulang data jumlah cakupan yang masuk dari buku register puskesmas, buku pelayanan dalam gedung, dan laporan swasta, kemudian dibandingkan dengan dengan jumlah cakupan yang dilaporkan ke kabupaten.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu mengukur kualitas data rutin melalui verifikasi data

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu:

1. Menjelaskan konsep verifikasi dan akurasi data
2. Menghitung rasio akurasi data rutin
3. Mengukur *over-reporting* dan *under-reporting*

III. POKOK BAHASAN

Pokok Bahasan 1. Konsep akurasi, verifikasi data, dan pemilihan unit yang diverifikasi

Pokok Bahasan 2. Penghitungan rasio akurasi data rutin

Pokok Bahasan 3. Penghitungan *over-reporting* dan *under-reporting*

IV. METODE

- Ceramah
- Tanya jawab
- Latihan
- Praktek Lapangan

V. MEDIA DAN ALAT BANTU

- Tayang *power point*
- LCD
- Laptop
- Flipchart
- White board
- Aplikasi Program PMKDR
- Panduan Aplikasi Program PMKDR
- Panduan Latihan
- Panduan praktek lapangan

VI. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran materi ini.

Langkah 1. Pengkondisian

Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri fasilitator dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, dan materi yang akan disampaikan.

Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan beserta perkiraan lama waktunya dengan menggunakan bahan tayang *power point*.

Langkah 2. Pembahasan Materi Konsep akurasi, verifikasi data, dan pemilihan unit yang diverifikasi

Fasilitator memberikan materi tentang Konsep akurasi, verifikasi data, dan pemilihan unit yang akan diverifikasi. Setelah fasilitator memberikan materi, peserta diberi kesempatan untuk melakukan tanya jawab. Setelah tanya jawab peserta mengerjakan latihan pengukuran konsep akurasi dan verifikasi data.

Langkah 3. Pembahasan Materi Penghitungan Rasio Akurasi Data Rutin

Fasilitator memberikan materi tentang pengukuran akurasi data rutin, mencakup:

Verifikasi data di tingkat Puskesmas dilakukan oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota dengan cara membandingkan akurasi data cakupan program yang masuk ke puskesmas dengan data cakupan program yang dilaporkan oleh Puskesmas ke Dinas Kesehatan kabupaten/kota (Pergunakan formulir 1).

Verifikasi data di tingkat kabupaten/kota dilakukan oleh Dinas Kesehatan provinsi dengan cara membandingkan data laporan cakupan program yang masuk dari puskesmas ke kabupten/kota dengan data cakupan program yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan kabupaten/kota ke provinsi (Pergunakan formulir 2).

Verifikasi data di tingkat provinsi dilakukan oleh pusat dilakukan dengan cara membandingkan akurasi data laporan cakupan program yang masuk dari kabupaten ke provinsi dengan data cakupan program yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan provinsi ke pusat (Pergunakan formulir 3).

Setelah fasilitator memberikan materi, peserta diberi kesempatan untuk melakukan tanya jawab. Setelah tanya jawab peserta mengerjakan latihan penghitungan rasio akurasi dengan menggunakan program aplikasi PMKDR yang sudah tersedia.

Langkah 4. Pembahasan Materi Penghitungan *over-reporting* dan *under-reporting*

Fasilitator memberikan materi tentang hasil pengukuran verifikasi, seperti **Akurat** yaitu hasil verifikasi sama dengan data yang dilaporkan atau selisihnya tidak lebih dari 15%. **Over-reporting**: Jika data hasil verifikasi lebih rendah 15% dari data yang dilaporkan. **Under-reporting**: Jika data hasil verifikasi lebih tinggi 15% dari data yang dilaporkan.

Setelah fasilitator memberikan materi, peserta diberi kesempatan untuk melakukan tanya jawab. Setelah tanya jawab peserta mengerjakan latihan pengukuran verifikasi data menggunakan aplikasi program PMKDR yang sudah tersedia.

Langkah 5. Rangkuman

Fasilitator merangkum materi yang telah disampaikan yaitu Pengukuran Kualitas Data Rutin Melalui Verifikasi data rutin yang mencakup:

1. Konsep verifikasi dan akurasi data
2. Pengukuran Akurasi Data
3. Pengukuran *over-reporting* dan *under-reporting*

VII. URAIAN MATERI

POKOK BAHASAN 1. KONSEP AKURASI, METODE VERIFIKASI, DAN PEMILIHAN UNIT YANG DIVERIFIKASI

Akurasi adalah ukuran yang menghitung seberapa dekat nilai hasil pengukuran dengan nilai sebenarnya (*true value*) atau nilai yang dianggap benar (*accepted value*). Akurasi dapat dihasilkan apabila pengetahuan dan keterampilan petugas memadai dengan sumber data yang cukup.

Metode verifikasi data merupakan mekanisme untuk mengetahui keakuratan data. Verifikasi dilakukan dengan melihat data langsung ke fasilitas pelayanan kesehatan yang membuat pelaporan. Verifikasi bertujuan untuk melakukan cross check data secara cepat, sehingga dapat diketahui akurasi data yang dilaporkan. Verifikasi dilakukan dengan cara menghitung ulang data dari buku register, buku pelayanan dalam gedung, dan laporan swasta, kemudian membandingkannya dengan jumlah cakupan yang dilaporkan.

Pemilihan unit yang diverifikasi di Tingkat Puskesmas

Idealnya verifikasi data dilakukan terhadap semua puskesmas yang ada di kabupaten/kota tersebut, namun karena keterbatasan sumber daya dan waktu, maka verifikasi data dapat dilakukan dengan memilih beberapa puskesmas secara acak, diundi, dikocok, atau dilotre. Pemilihan puskesmas dilakukan dengan cara berikut:

1. Memilih secara acak sejumlah 3-6 dari total puskesmas yang ada.
atau
2. Memilih secara acak sejumlah 3-6 puskesmas dari hasil telaah laporan yang dikelompokkan menurut katagori baik atau kurang (dari katagori baik dipilih 3-6 puskesmas dan dari katagori kurang dipilih 3-6 puskesmas).

Catatan:

Jika Puskesmas yang masuk dalam salah satu kategori (baik atau kurang) berjumlah kurang atau sama dengan 3 Puskesmas, maka semua puskesmas tersebut diverifikasi datanya.

Pemilihan unit yang diverifikasi di Tingkat Kabupaten/Kota

Idealnya verifikasi dilakukan terhadap keseluruhan kabupaten/kota yang ada di provinsi tersebut, namun karena keterbatasan sumber daya dan waktu, maka verifikasi data dilakukan di beberapa kabupaten/kota saja yang dipilih secara acak, diundi, dikocok, atau dilotre.

Pemilihan kabupaten/kota dilakukan dengan cara berikut:

1. Memilih secara acak sejumlah 3-6 dari total kabupaten/kota yang ada.
atau
2. Memilih secara acak sejumlah 3-6 kabupaten/kota dari hasil *desk review* yang dikelompokkan menurut katagori baik ataupun kurang (Dari katagori baik dipilih 3-6 kabupaten/kota dan dari katagori kurang dipilih 3-6 kabupaten/kota)

Catatan:

Jika kabupaten/kota yang masuk dalam salah satu kategori (baik atau kurang) berjumlah kurang atau sama dengan 3 kabupaten/kota, maka semua kabupaten/kota tersebut diverifikasi datanya.

Pemilihan unit yang diverifikasi di Tingkat Provinsi

Idealnya verifikasi data dilakukan terhadap keseluruhan provinsi yang ada, namun karena keterbatasan sumber daya dan waktu, maka verifikasi data dilakukan di beberapa provinsi saja yang dipilih secara acak, diundi, dikocok, atau dilotre. Pemilihan provinsi dapat dilakukan melalui alternatif berikut:

1. Memilih secara acak sejumlah 3-6 provinsi.
atau
2. Memilih secara acak sejumlah 3-6 provinsi dari hasil *desk review* yang dikelompokkan menurut katagori baik ataupun kurang. Dari katagori baik dipilih 3-6 provinsi dan dari katagori kurang dipilih 3-6 provinsi)

Catatan:

Jika provinsi yang masuk dalam salah satu kategori (baik atau kurang) berjumlah kurang atau sama dengan 3 provinsi, maka semua provinsi tersebut diverifikasi datanya.

POKOK BAHASAN 2. PENGUKURAN AKURASI DATA

Pengukuran akurasi data dilakukan dengan cara menghitung rasio akurasi. Rasio akurasi adalah perbandingan antara data hasil cakupan program yang dihitung ulang dari sumber data yang masuk di tiap jenjang (numerator), dibandingkan dengan data yang dilaporkan ke tingkat yang lebih tinggi (denominator), dalam satuan persen.

Contoh Perhitungan Rasio Akurasi di tingkat Puskesmas:

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru TB di register TB.03 UPK (yang sudah dijumlah dari berbagai sumber) selama periode waktu tertentu di Puskesmas}}{\text{Jumlah pasien baru TB yang **dilaporkan** Puskesmas di TB.03 UPK ke kabupaten/kota selama periode waktu yang sama}} \times 100$$

Contoh Perhitungan Rasio Akurasi di tingkat Kabupaten/Kota:

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru TB pada register TB.03 yang masuk ke kabupaten/kota (yang sudah dijumlah dari berbagai sumber) selama periode waktu tertentu ditingkat Kab.}}{\text{Jumlah pasien baru TB yang **dilaporkan** kabupaten/kota di TB.07 ke Provinsi selama periode waktu yang sama}} \times 100$$

Contoh Perhitungan Rasio Akurasi di tingkat Provinsi:

$$\frac{\text{Jumlah pasien baru TB yang ada pada rekap TB.07 dari masing-masing kab/kota yang masuk ke provinsi (yang sudah dijumlah dari berbagai sumber) selama periode waktu tertentu ditingkat Provinsi}}{\text{Jumlah pasien baru TB yang **dilaporkan provinsi di TB.07 ke pusat** selama periode waktu yang sama}} \times 100$$

Formulir Penilaian Akurasi Data

Formulir untuk penilaian akurasi data digunakan formulir 1, 2, dan 3. Formulir 1 digunakan untuk memverifikasi data laporan Puskesmas. Formulir 2 digunakan untuk memverifikasi data laporan yang dikirim oleh kabupaten/kota. Formulir 3 digunakan untuk memverifikasi data laporan yang dikirim oleh provinsi

Formulir 1. Lembar Verifikasi Akurasi Data di Tingkat Puskesmas

Nama Kabupaten/Kota:.....

Nama Puskesmas:.....

Nama Program:.....

| Indikator yang di verifikasi (contoh: Kasus TB yg diobati, Program TB) | | Bulan | | | | | | | | | | | | Jumlah | |
|--|---|-------|-----|-----|-------|-----|------|------|------|-----|-----|-----|-----|--------|--|
| | | Jan | Feb | Mar | April | Mei | Juni | Juli | Agus | Sep | Okt | Nov | Des | | |
| A | Jumlah (absolut) pasien baru TB pada kartu TB.01 atau register TB.03 UPK yang dicatat di Puskesmas | | | | | | | | | | | | | | |
| B | Jumlah (absolut) pasien baru TB pada kartu TB.01 atau register TB.03 UPK yang dicatat dari sumber lain (RS, klinik, dll) | | | | | | | | | | | | | | |
| C | Total pasien baru TB (A + B) | | | | | | | | | | | | | | |
| D | Jumlah (absolut) pasien baru TB yang dilaporkan Puskesmas ke kabupaten/kota (TB.03) | | | | | | | | | | | | | | |
| Rasio verifikasi (C/D) | | | | | | | | | | | | | | | |

Formulir 2. Lembar Verifikasi Akurasi Data di Tingkat Kabupaten/Kota

Nama Provinsi:.....

Nama Kabupaten/Kota:.....

Nama Program:.....

| Indikator yang di verifikasi (contoh: Kasus TB yg diobati, Program TB) | | Bulan | | | | | | | | | | | | Jumlah | |
|--|---|-------|-----|-----|-------|-----|------|------|------|-----|-----|-----|-----|--------|--|
| | | Jan | Feb | Mar | April | Mei | Juni | Juli | Agus | Sep | Okt | Nov | Des | | |
| A | Jumlah (absolut) pasien baru TB (semua tipe) pada TB.03 UPK yang dilaporkan oleh Puskesmas | | | | | | | | | | | | | | |
| B | Jumlah (absolut) pasien baru TB (semua tipe) pada TB.03 UPK yang dilaporkan dari sumber lain (rumah sakit, klinik, dll) | | | | | | | | | | | | | | |
| C | Total pasien baru TB (semua tipe) (A + B) | | | | | | | | | | | | | | |
| D | Jumlah (absolut) pasien baru TB (semua tipe) yang dilaporkan kabupaten/kota ke Provinsi (TB.07) | | | | | | | | | | | | | | |
| Rasio verifikasi (C/D) | | | | | | | | | | | | | | | |

Formulir 3. Lembar Verifikasi Akurasi Data di Tingkat Provinsi

Nama Provinsi:.....

Nama Program:.....

| Indikator yang di verifikasi (contoh: Kasus TB yg diobati, Program TB) | | Hitung Ulang Jml (Abs) Layanan Indik. 1 Indik Utama yg ditelaah | | | | | | | | | | Jumlah |
|---|--|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--------|
| | | A | B | C | D | E | | | | | | |
| A | Jumlah (absolut) pasien baru TB pada rekap TB.07 yang dilaporkan oleh Kab/Kota | | | | | | | | | | | |
| B | Jumlah (absolut) pasien baru TB pada rekap TB.07 yang dilaporkan dari sumber lain (rumah sakit, klinik, dll) | | | | | | | | | | | |
| C | Total pasien baru TB (A + B) | | | | | | | | | | | |
| D | Jumlah (absolut) pasien baru TB yang dilaporkan Provinsi ke Pusat (TB.07) | | | | | | | | | | | |
| Rasio verifikasi (C/D) | | | | | | | | | | | | |

Verifikasi data puskesmas dilakukan untuk mendapatkan gambaran kualitas data di tingkat kabupaten/kota. Idealnya verifikasi data dilakukan pada semua Puskesmas di Kabupaten/Kota. Jika verifikasi tidak dapat dilakukan pada semua puskesmas karena keterbatasan sumber daya dan waktu, maka verifikasi data dapat dilakukan dengan memilih beberapa puskesmas secara acak.

Jika verifikasi dilakukan dengan memilih beberapa puskesmas, maka **tidak diperbolehkan** menjumlahkan langsung akurasi rasio untuk mendapatkan gambaran kabupaten, tetapi **harus dilakukan pembobotan**. Pembobotan perlu dilakukan karena **jumlah penduduk** di tiap-tiap puskesmas sangat bervariasi. Berikut adalah contoh perhitungan manual untuk pembobotan. Dalam program aplikasi PMKDR, pembobotan telah dilakukan secara otomatis, sehingga anda tidak perlu melakukan pembobotan lagi.

Pada Tabel 8 ditampilkan hasil penilaian verifikasi data di 6 puskesmas yang dipilih secara acak di suatu Kabupaten beserta contoh penghitungan rasio akurasi di Kabupaten.

Tabel 8. Contoh Penghitungan Rasio Akurasi di Kabupaten Bunga

| No | Puskesmas | Cakupan program dari register PKM (Penghitungan ulang) | Cakupan program (yang dilaporkan PKM) | Rasio akurasi PKM | Target Sasaran Program | Bobot PKM di Kabupaten | Rasio Akurasi Terbobot |
|-------|-------------|--|---------------------------------------|-------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | A | B | C | D (B/C) | E | F (E/Total E) | G (D x F) |
| 1 | Puskesmas A | 315 | 336 | 94% | 447 | 34.76% | 32.67% |
| 2 | Puskesmas B | 280 | 275 | 102% | 321 | 24.96% | 25.46% |
| 3 | Puskesmas C | 125 | 154 | 81% | 151 | 11.74% | 9.51% |
| 4 | Puskesmas D | 120 | 139 | 86% | 200 | 15.55% | 13.37% |
| 5 | Puskesmas E | 60 | 54 | 111% | 81 | 6.30% | 6.99% |
| 6 | Puskesmas F | 78 | 79 | 99% | 86 | 6.69% | 6.62% |
| Total | | | | | 1.286 | 100.00% | 94.63% |

Keterangan:

PKM = Puskesmas

Perhitungan Rasio Akurasi:

1. Hitung Rasio Akurasi masing-masing Puskesmas = kolom D = (kolom B/kolom C)
Misalnya Rasio Akurasi Puskesmas A = $315/336 = 94\%$
2. Hitung Bobot masing-masing Puskesmas = kolom F = (E/ Total E)
Misalnya Bobot Puskesmas A = $447/1.286 = 34,76\%$
3. Hitung Rasio Akurasi Terbobot masing-masing Puskesmas = kolom G = D x F
Misalnya Rasio Akurasi Terbobot Puskesmas A = $94\% \times 34,76\% = 32,67\%$
4. Rasio Akurasi Kabupaten = Total kolom G = Penjumlahan Rasio Akurasi Terbobot masing-masing Puskesmas

Verifikasi Data Dari Pusat ke Level Puskesmas

PMKDR yang telah dikembangkan dengan program aplikasinya adalah metode PMKDR satu level, artinya penilaian kualitas data hanya dilakukan terhadap sumber data satu level di bawah unit yang bersangkutan, yaitu pusat menilai data propinsi, provinsi menilai data kabupaten/kota, dan kabupaten/kota menilai data Puskesmas.

Pada metode verifikasi data, apabila ada kebutuhan khusus untuk melakukan verifikasi data pada berbagai level sekaligus, misalnya pusat ingin melakukan verifikasi data dari level Puskesmas, sampai ke Kabupaten/Kota, dan Provinsi, maka perhitungan rasio akurasi harus dilakukan secara berjenjang pula, sebanyak level yang diverifikasi seperti contoh berikut:

1. Per Kabupaten dilakukan verifikasi data di 3 Puskesmas
2. Per Provinsi dilakukan verifikasi data di 3 Kabupaten
3. Di tingkat nasional dilakukan verifikasi data di 3 Provinsi

Berikut merupakan langkah-langkah penghitungan Rasio Akurasi sampai Tingkat Nasional.

Tabel 9. Penghitungan Rasio Akurasi Hasil Verifikasi Data Puskesmas di Kabupaten-1

| No | Puskesmas | Cakupan program dari register PKM (Penghitungan ulang) | Cakupan program (yang dilaporkan PKM) | Rasio akurasi PKM | Target Penduduk PKM | Bobot PKM dalam sample kabupaten/kota | Rasio Akurasi Terbobot |
|-------|-------------|--|---------------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------------------------|------------------------|
| A | B | C | D (B/C) | E | F (E/Total E) | G (D x F) | |
| 1 | Puskesmas A | 400 | 336 | 119% | 447 | 48.64% | 57.90% |
| 2 | Puskesmas B | 280 | 275 | 102% | 321 | 34.93% | 35.56% |
| 3 | Puskesmas C | 125 | 154 | 81% | 151 | 16.43% | 13.34% |
| Total | | | | | 919 | 100.00% | 106.81% |

Keterangan: PKM = Puskesmas

Langkah-langkah Penghitungan Rasio Akurasi di Level Kabupaten:

1. Hitung Rasio Akurasi masing-masing Puskesmas = kolom D = (kolom B/kolom C).
Misalnya Rasio Akurasi Puskesmas A = $400/336 = 119\%$
2. Hitung Bobot masing-masing Puskesmas = kolom F = (E/ Total E) .
Misalnya Bobot Puskesmas A = $447/919 = 48,64\%$
3. Hitung Rasio Akurasi Terbobot masing-masing Puskesmas = kolom G = DxF
Misalnya Rasio Akurasi Terbobot Puskesmas A = $119\% \times 48,64\% = 57,9\%$
4. Rasio Akurasi Kabupaten = Total kolom G
= Penjumlahan Rasio Akurasi Terbobot masing-masing Puskesmas
= **106,81%**

Dari Tabel 9 didapatkan rasio akurasi Kabupaten-1 dari hasil verifikasi data di 3 Puskesmas adalah 106.8%. Dengan cara yang sama, hitung rasio akurasi di Kabupaten lainnya, misalnya setelah dihitung hasil dirangkum sbb:

- Rasio Akurasi di Kabupaten-1 adalah = 106.8%
- Rasio Akurasi di Kabupaten-2 adalah = 94,7%
- Rasio Akurasi di Kabupaten-3 adalah = 90,0%

Tabel 10. Penghitungan Rasio Akurasi Hasil Verifikasi Data Kabupaten dan Puskesmas di Provinsi-1

| No | Kab | Cakupan program (Hasil verifikasi) | Cakupan Program (Laporan) | Rasio akurasi Kab | Target Penduduk | Bobot Kab | Rasio Akurasi Kab terbobot | Rasio Akurasi Kab dari verifikasi PKM | Total Rasio Akurasi Kab terbobot |
|-------|-------|------------------------------------|---------------------------|-------------------|-----------------|-----------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| A | B | C | D (B/C) | E | F (E/Total E) | G (D x F) | H* | I (G x H) | |
| 1 | Kab A | 1250 | 1500 | 83% | 5 000 | 23.81% | 19.84% | 106.81% | 21.19% |
| 2 | Kab B | 2500 | 2750 | 91% | 7 000 | 33.33% | 30.30% | 94.71% | 28.70% |
| 3 | Kab C | 2500 | 3000 | 83% | 9 000 | 42.86% | 35.71% | 90.00% | 32.14% |
| Total | | | | | 21 000 | 100.00% | 85.86% | | 82.03% |

Keterangan:

* Kolom H diambil dari perhitungan verifikasi Puskesmas di masing-masing Kabupaten hasil perhitungan Tabel 9

Langkah-langkah Penghitungan Rasio Akurasi di Level Provinsi:

1. Hitung Rasio Akurasi masing-masing Kabupaten = kolom D = (kolom B/kolom C), Misalnya Rasio Akurasi Kabupaten A = $1250/1500 = 83\%$
2. Hitung Bobot masing-masing Kabupaten = kolom F = (E/ Total E)
Misalnya Bobot Kabupaten A = $5.000/21.000 = 23,81\%$
3. Hitung Rasio Akurasi Terbobot masing-masing Kabupaten = kolom G = D x F
Misalnya Rasio Akurasi Terbobot Kabupaten A
= $83\% \times 23,81\%$
= $19,84\%$
4. Hitung Total Rasio Akurasi Kabupaten Terbobot = kolom I = G x H
Misalnya Total Rasio Akurasi Terbobot Kabupaten A
= $18,84\% \times 106,81\%$
= $21,19\%$
5. Hitung Rasio Akurasi Provinsi = Total kolom I
= Penjumlahan Total Rasio Akurasi Terbobot masing-masing Kabupaten
= **82,03%**

Dari Tabel 10 didapatkan Rasio Akurasi Provinsi-1 dari hasil verifikasi data di 3 kabupaten dan verifikasi data di 3 Puskesmas masing-masing kabupaten, adalah = 82.03%. Dengan cara yang sama dihitung rasio akurasi di Provinsi lainnya, misalnya setelah dihitung hasil dirangkum sbb:

- Rasio Akurasi di Provinsi-1 adalah = 82,03%
- Rasio Akurasi di Provinsi-2 adalah = 105,0%
- Rasio Akurasi di Provinsi-3 adalah = 110,0%

Tabel 11. Penghitungan Rasio Akurasi Level Nasional

| No | Provinsi | Cakupan program (Hasil verifikasi) | Cakupan Program (Laporan) | Rasio akurasi provinsi | Target Penduduk | Bobot provinsi | Rasio Akurasi Provinsi terbobot | Rasio Akurasi Provinsi dari verifikasi data Kab | Total Rasio Akurasi Prov terbobot |
|----|----------|------------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------|----------------|---------------------------------|---|-----------------------------------|
| A | B | C | D (B/C) | E | F (E/Total E) | G (D x F) | H* | I (G x H) | |
| 1 | Prov A | 10,000 | 12,000 | 83% | 50,000 | 22.73% | 18.94% | 82.03% | 15.54% |
| 2 | Prov B | 15,000 | 20,000 | 75% | 70,000 | 31.82% | 23.86% | 105.0% | 25.06% |
| 3 | Prov C | 20,000 | 22,000 | 91% | 100,000 | 45.45% | 41.32% | 110.0% | 45.45% |
| | | | | | 220,000 | | | | 86.05% |

Keterangan:

* Kolom H diambil dari perhitungan verifikasi data Kabupaten di masing-masing Provinsi hasil penghitungan Tabel 2

Langkah-langkah Penghitungan Rasio Akurasi di Level Nasional:

1. Hitung Rasio Akurasi masing-masing Provinsi = kolom D = (kolom B/kolom C)
Misalnya Rasio Akurasi Provinsi A = 10,000/12,000
= **83%**
2. Hitung Bobot masing-masing Provinsi = kolom F = (E/ Total E)
Misalnya Bobot Provinsi A = 50.000/220.000
= **22,73%**
3. Hitung Rasio Akurasi Terbobot masing-masing Provinsi = kolom G = D x F
Misalnya Rasio Akurasi Terbobot Provinsi A
= 83% x 22,73%
= **18,94%**
4. Hitung Total Rasio Akurasi Provinsi Terbobot = kolom I = G x H
Misalnya Total Rasio Akurasi Terbobot Provinsi A
= 18,94% x 82,03%
= 15,54%
5. Hitung Rasio Akurasi Nasional = Total kolom I
= Penjumlahan Total Rasio Akurasi Terbobot masing-masing Provinsi
= **86,05%**

Dari Tabel 11 didapatkan Rasio Akurasi di level Nasional adalah 86.36%.

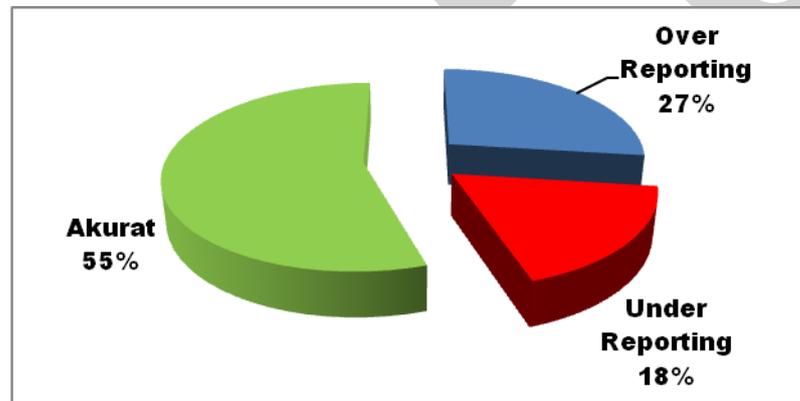
POKOK BAHASAN 3. PENGUKURAN OVER-REPORTING DAN UNDER-REPORTING

Tiga kemungkinan hasil verifikasi data adalah:

1. **Akurat:** Jika data hasil verifikasi sama dengan data yang dilaporkan atau selisihnya tidak lebih dari 15%.
2. **Over-reporting:** Jika data hasil verifikasi lebih rendah 15% atau lebih dari data yang dilaporkan.
3. **Under-reporting:** Jika data hasil verifikasi lebih tinggi 15% atau lebih dari data yang dilaporkan.

Sumber: WHO

Hasil verifikasi data disajikan dalam bentuk grafik lingkaran sebagai berikut:



Gambar 2.28. Akurasi Data TB (semua tipe)

Telah dilakukan verifikasi data pasien baru TB terhadap 11 Provinsi yang dipilih secara acak. Hasil verifikasi menunjukkan keakuratan data pasien baru TB (semua tipe) sebesar 55% atau hanya 6 provinsi yang mempunyai data yang akurat, sisanya 27% over-reporting dan 18% under-reporting.

Hasil penilaian Kualitas data dibuat dalam bentuk laporan yang dilengkapi dengan Saran dan Rencana Tindak Lanjut sebagai rencana untuk menindaklanjuti hasil penilaian kualitas data. Contoh rencana tindak lanjut sebagai berikut.

Tabel 12. Contoh Rencana Tindak Lanjut Berdasarkan Hasil Penilaian Kualitas Data TB Melalui Verifikasi Data di Provinsi X

| Kelemahan yg teridentifikasi | Usulan kegiatan untuk perbaikan | Penanggung jawab | Waktu pelaksanaan |
|--|--|-------------------------|--|
| Rasio akurasi di Kab. Flamboyan hanya 80% (<i>over-reporting</i>) | Diusulkan kepada penanggung jawab program TB di Provinsi X untuk menghitung ulang cakupan TB dan hasilnya diumpan balikkan ke Kab. Flamboyan | Program TB | Pemberian umpan balik dilakukan paling lambat April 2012 |
| Rasio akurasi di Kab. Kenanga adalah 120% (<i>under-reporting</i>) | Diusulkan kepada penanggung jawab program TB di Provinsi X untuk menghitung ulang data TB dan hasilnya diumpan balikkan ke Kab. Kenanga | Program TB | Pemberian umpan balik dilakukan paling lambat April 2012 |

POKOK BAHASAN 4. PEMANFAATAN NILAI RASIO AKURASI

Rasio akurasi menggambarkan seberapa akurat data yang dilaporkan, setelah diverifikasi ke sumber datanya. Akurasi rasio yang tepat adalah 100%. Jika rasio akurasi lebih dari 100% hal ini berarti data (cakupan) hasil verifikasi lebih besar dibanding data (cakupan) yang dilaporkan, laporan *under-reporting*. Sebaliknya, jika rasio akurasi kurang dari 100% hal ini berarti data (cakupan) hasil verifikasi lebih kecil dibanding data (cakupan) yang dilaporkan, laporan *over-reporting*.

Bila terdapat laporan yang *under-* atau *over-reporting*, maka laporan cakupan yang sebenarnya dapat dikoreksi dengan menggunakan nilai rasio akurasi, menggunakan rumus berikut:

$$\text{Cakupan sebenarnya} = \text{Cakupan yang dilaporkan} \times \text{Nilai rasio akurasi}$$

Sebagai contoh, bila cakupan persalinan dengan tenaga kesehatan dilaporkan sebesar 80% dan nilai rasio akurasi sebesar 110% (laporan *under-estimate*), maka cakupan persalinan dengan tenaga kesehatan yang sebenarnya (setelah dikoreksi)

$$= 80\% \times 110\% = 88\%.$$

Sebaliknya, bila cakupan persalinan dengan tenaga kesehatan dilaporkan sebesar 80% dan nilai rasio akurasi sebesar 90% (laporan *over-estimate*), maka cakupan persalinan dengan tenaga kesehatan yang sebenarnya (setelah dikoreksi)

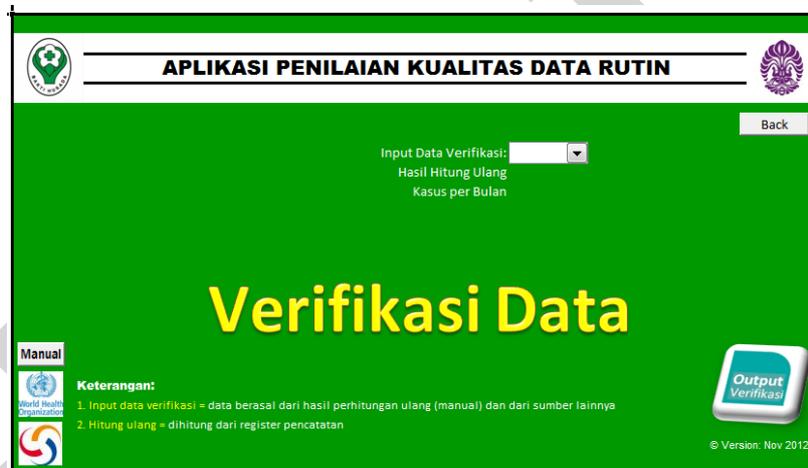
$$= 80\% \times 90\% = 72\%.$$

PETUNJUK LATIHAN MATERI INTI 2

PETUNJUK LATIHAN MATERI INTI 2 PMKDR MELALUI VERIFIKASI DATA

Verifikasi data hanya dilakukan pada unit yang telah mengirimkan data rutin kemudian dipilih secara acak, diundi, dilotre, atau dikocok berdasarkan hasil telaah laporan. Berikut ini akan diuraikan tahapan pengolahan data hasil verifikasi dengan menggunakan aplikasi program PMKDR, mulai data input sampai penyajian output. Input data bulanan atau triwulan sudah dibedakan sesuai jenis programnya, untuk Program TB tersedia input triwulan, sedangkan program lainnya (KIA, Gizi, dan Imunisasi) tersedia input bulanan.

1. Aktifkan Aplikasi Program PMKDR (Penilaian Mandiri Kualitas Data Rutin), , klik *button* “**Verifikasi Data**” pada *dashboard* Menu Utama, sehingga muncul menu berikut. Sehingga muncul gambar berikut.



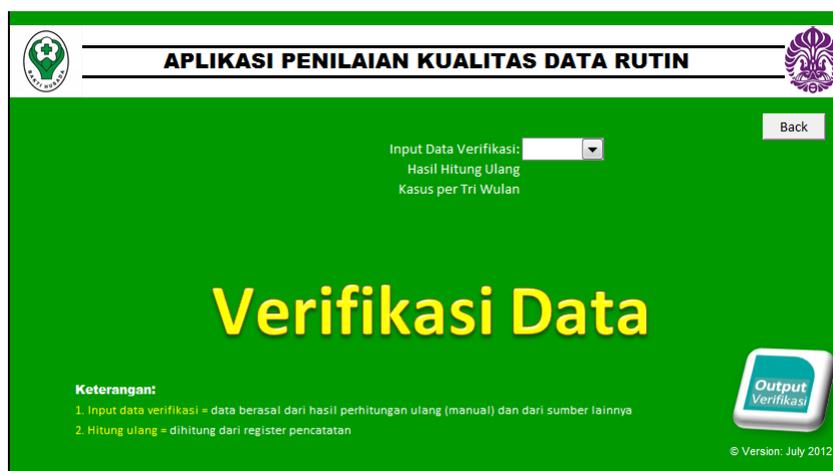
Gambar 2.29. Tampilan menu utama verifikasi

2. Langkah berikutnya, **Pastikan Data Fasilitas sudah diisi**. Berikut adalah tampilan Daftar Nama Fasilitas atau unit yang sudah terisi, menggunakan data Provinsi Aceh

| No | Unit/Fasilitas/Satker | Status Input Data | Back |
|----|-----------------------|-------------------|------|
| | kab/kota | | |
| 1 | Aceh Selatan | ok | |
| 2 | Aceh Timur | | |
| 3 | Aceh Barat | | |
| 4 | Pidie | | |
| 5 | Bireuen | | |
| 6 | Aceh Utara | | |
| 7 | Gayo Lues | | |
| 8 | Nagan Raya | | |
| 9 | Aceh Jaya | | |
| 10 | Kota Sabang | | |

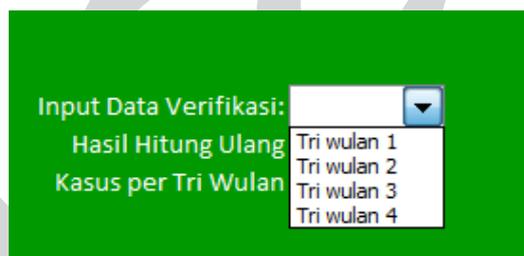
Gambar 2.30. Tampilan muka input data fasilitas Kab/Kota di Provinsi Aceh

3. Langkah berikutnya adalah **mengaktifkan tombol verifikasi data** yang kemudian memunculkan layar seperti gambar 6, yang tersedia input data Triwulan untuk Program TB dan input data bulanan untuk program lain seperti KIA, Gizi, Imunisasi, dll tersedia input data Bulanan.



Gambar 2.31 Tampilan layar Verifikasi Data

4. Kemudian pilihlah laporan triwulan mana yang akan diperiksa. **Catatan** Aplikasi ini menghitung secara agregat. Apabila anda telah mengisi data triwulan 1 dan 2, jumlah yang dihitung adalah jumlah agregat dari kedua data triwulan 1 dan 2. (*Apabila hanya ingin memverifikasi data untuk triwulan 2 saja, maka data triwulan 1 harus dihapus*).



Gambar 2.32. Tampilan layar untuk pemilihan input data laporan triwulan

5. Setelah memilih input data laporan triwulan, maka akan ditampilkan form kosong seperti tampilan berikut.

| TRIWULAN-1 (JAN-MAR) | | Tanggal Laporan Masuk | Jml Penduduk (triwulanan) | Jml Kasus TB (semua tipe) yang diobati | Jml Kasus Evaluasi TB (semua tipe) | Back-TL | Hitung Ulang Jml Kasus TB (semua tipe) yang diobati | | Back-VD |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|--|------------------------------------|---------|---|-----------------------------|-----------|
| No | Unit/Fasilitas/Satker | | | | | | Dari Register Pencatatan | Dari Sumber /Faskes Lainnya | |
| 1 | | | | | | | | | triwulan1 |
| | | | | | | | | | triwulan2 |
| | | | | | | | | | triwulan3 |
| | | | | | | | | | triwulan4 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Gambar 2.33. Tampilan input laporan yang masih kosong

Lakukan input data **laporan rutin** pada form sebelah kiri

Lakukan input data **hasil verifikasi** (hitung ulang) pada form sebelah kanan

6. Gambar 2.34. Menunjukkan data sudah diisi. Khusus untuk tanggal yang penting adalah tanggal saja (bulan dan tahun otomatis menyesuaikan). Apabila data sudah terisi penuh, tekan tombol **Back**, agar dapat muncul menu output.

| A | B | F | G | H | I | J |
|----|-----------------------|---|---------|---|-------------|-------|
| No | Unit/Fasilitas/Satker | Jumlah Kasus TB (semua tipe) yang diobati | Back-TL | Hitung Ulang Jml kasus TB (semua tipe) yang diobati | | Back- |
| | | | | Register PKM | Sumber Lain | |
| 1 | Aceh Selatan | 78 | | 67 | 12 | |
| 2 | Aceh Timur | 35 | | 33 | 7 | |
| 3 | Aceh Barat | 45 | | 45 | 19 | |
| 4 | Pidie | 55 | | 55 | 27 | |
| 5 | Bireuen | 78 | | 47 | 10 | |
| 6 | Aceh Utara | 66 | | 56 | 30 | |
| 7 | Gayo Lues | 46 | | 46 | 20 | |
| 8 | Nagan Raya | 34 | | 34 | 0 | |
| 9 | Aceh Jaya | 73 | | 73 | 23 | |
| 10 | Kota Sabang | 56 | | 56 | | |

Gambar 2.34. Tampilan layar verifikasi data yang telah terisi

7. Langkah berikutnya tekan tombol output



Gambar 2.35 Tombol Output Verifikasi Data

8. Hasil output **belum keluar**, karena unit yang diverifikasi belum dipilih dan belum diinput target penduduk. Anda harus memilih unit yang diverifikasi terlebih dahulu dan input target penduduk. Pada panduan ini contohnya ada 10 kab/kota yang diverifikasi.

| No | Unit/Fasilitas/Satker | Target Penduduk | Rekap Hasil Hitung Ulang Data | Data Yang Dilapor | Rasio Akurasi | Bobot | Rasio Akurasi1 | Akurasi Kumulatif | Kategori Unit | Kategori Kumulatif | Grafik | Back |
|----|-----------------------|-----------------|-------------------------------|-------------------|---------------|---------|----------------|-------------------|---------------|--------------------|--------|------|
| | kab/kota | 0 | | | | | | #DIV/0! | | | | |
| 1 | Aceh Selatan | | 79 | 78 | 1.01 | #DIV/0! | #DIV/0! | | akurat | | | |
| 2 | | | #N/A | #N/A | | | | | | | | |
| 3 | Aceh Selatan | | #N/A | #N/A | | | | | | | | |
| 4 | Aceh Timur | | #N/A | #N/A | | | | | | | | |
| 5 | Aceh Barat | | #N/A | #N/A | | | | | | | | |
| 6 | Pidie | | #N/A | #N/A | | | | | | | | |
| 7 | Bireuen | | #N/A | #N/A | | | | | | | | |
| 8 | Aceh Utara | | #N/A | #N/A | | | | | | | | |
| 9 | Gayo Lues | | #N/A | #N/A | | | | | | | | |
| 10 | Nagan Raya | | #N/A | #N/A | | | | | | | | |
| 11 | | | #N/A | #N/A | | | | | | | | |

Gambar 2.36 Tampilan pemilihan unit yang diverifikasi

9. Langkah berikutnya adalah anda harus mengisi target penduduk dahulu. Target penduduk dibutuhkan untuk menghitung bobot (gambar 2.33). Apabila data telah terisi barulah hasil perhitungan muncul.

| No | Unit/Fasilitas/Satker | Target Penduduk | Rekap Hasil Hitung Ulang Data | Data Yang Dilapor | Rasio Akurasi | Bobot | Rasio Akurasi1 | Akurasi Kumulatif | Kategori Unit | Kategori Kumulatif |
|----|-----------------------|-----------------|-------------------------------|-------------------|---------------|---------|----------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| | provinsi | 2611759 | | | | | | 118.59 | | under reporting |
| 1 | Aceh Selatan | 215,285 | 79 | 78 | 1.01 | 0.08243 | 8.35 | | akurat | |
| 2 | Aceh Timur | 395,669 | 40 | 35 | 1.14 | 0.1515 | 17.31 | | akurat | |
| 3 | Aceh Barat | 227,184 | 64 | 45 | 1.42 | 0.08699 | 12.37 | | under reporting | |
| 4 | Pidie | 422,557 | 82 | 55 | 1.49 | 0.16179 | 24.12 | | under reporting | |
| 5 | Bireuen | 426,089 | 57 | 78 | 0.73 | 0.16314 | 11.92 | | over reporting | |
| 6 | Aceh Utara | 567,696 | 86 | 66 | 1.30 | 0.21736 | 28.32 | | under reporting | |
| 7 | Gayo Lues | 93,456 | 66 | 46 | 1.43 | 0.03578 | 5.13 | | under reporting | |
| 8 | Nagan Raya | 148,691 | 34 | 34 | 1.00 | 0.05693 | 5.69 | | akurat | |
| 9 | Aceh Jaya | 79,532 | 96 | 73 | 1.32 | 0.0305 | 4.00 | | under reporting | |
| 10 | Kota Sabang | 35,600 | 56 | 56 | 1.00 | 0.0136 | 1.36 | | akurat | |

Gambar 2.37. Tampilan pemilihan unit yang diverifikasi dan target penduduk sudah terisi

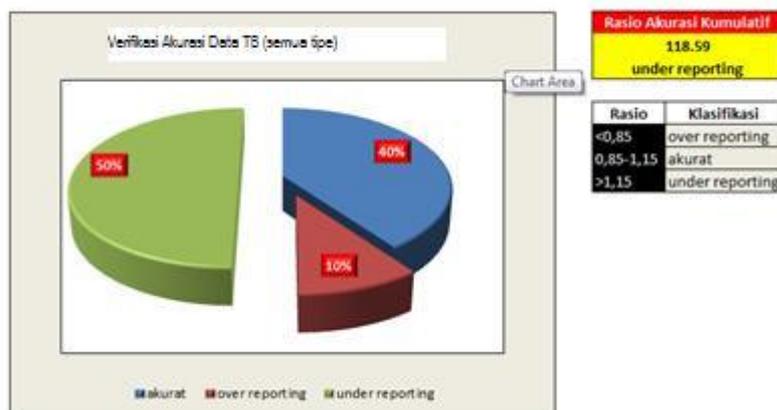
Catatan : verifikasi dapat dilakukan 2 level, misal pusat ingin langsung melakukan verifikasi ke Puskesmas. Maka tampilan akan tampil % rasio akurasi kumulatif 1 level dibawahnya, seperti terlihat pada gambar berikut:

| No | Unit/Fasilitas/Satker | Target Penduduk | Hasil Hitung Ulang Data (by register) | Data Yang Dilapor | Rasio Akurasi | Bobot | Rasio Akurasi (Kumulatif) | % Rasio Akurasi Kumulatif 1 Level Dibawahnya | Kategori Unit | Kategori Kumulatif |
|----|-----------------------|-----------------|---------------------------------------|-------------------|---------------|-------|---------------------------|--|---------------|--------------------|
| | tk kab/kota | 3850000 | | | | | 76,12% | | | overreporting |
| 1 | KAB. PACITAN | 700000 | 4213 | 4358 | 96,7% | 0,18 | 0,18 | 100,00 | akurat | |
| 2 | KAB. PONOROGO | 400000 | 7948 | 7754 | 102,5% | 0,10 | 0,11 | 100,00 | akurat | |

Gambar 2.38. Tampilan verifikasi 2 level

10. Tampilan grafik dapat dimunculkan dengan menekan tombol grafik (gambar 2.35). Pada tampilan tersebut muncul rasio akurasi kumulatif dari 10 kab/kota

yang diverifikasi. Akurasi kumulatif merupakan hasil yang diangkat ditingkat Provinsi. Besaran klasifikasi terlihat dalam besaran/irisan potongan pada grafik lingkaran.

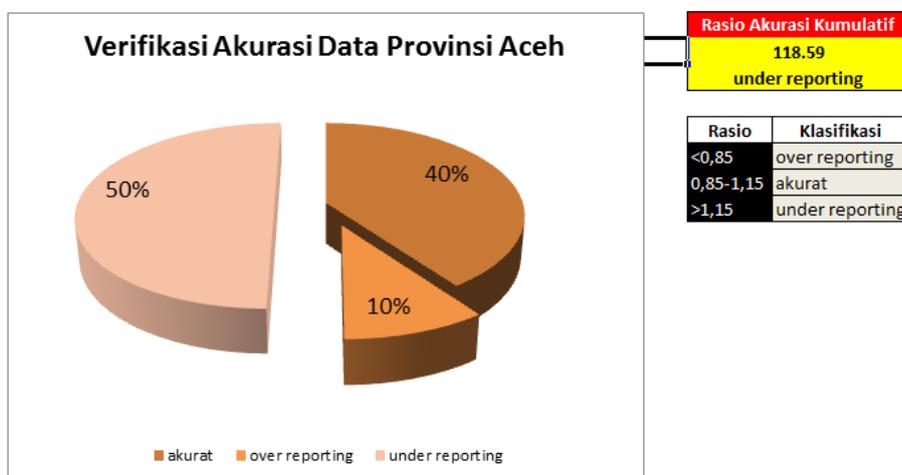


Gambar 2.39. Tampilan grafik akurasi data TB (semua tipe)

Pada aplikasi program PMKDR terdapat fasilitas untuk mengedit yang memungkinkan anda mengubah warna dan judul pada grafik tersebut.



Gambar 2.40. Tampilan fasilitas untuk mengedit



Gambar 2.40. Tampilan grafik yang telah diedit

VIII. PETUNJUK PRAKTEK LAPANGAN MATERI INTI 2

PETUNJUK PRAKTEK LAPANGAN MATERI INTI 2 PMKDR MELALUI VERIFIKASI DATA

Praktek lapangan verifikasi data dilakukan pada unit yang telah mengirimkan data rutin dan terpilih secara acak, diundi, dilotre, atau dikocok. Berikut ini akan diuraikan tahapan melakukan praktek lapangan.

1. Peserta memilih unit (Puskesmas, Kabupaten/Kota, atau Provinsi) yang akan diverifikasi datanya secara acak berdasarkan hasil telaah laporan rutin. Masing masing dipilih 3-6 unit dari kategori kualitas baik dan 3-6 unit dari kategori kurang.
2. Peserta menggunakan lembar formulir verifikasi data (Formulir 1 untuk puskesmas, formulir 2 untuk kabupaten, formulir 3 untuk provinsi). Jenis data atau indikator kunci yang akan diverifikasi disesuaikan dengan jenis programnya. Berikut adalah jenis program kesehatan dan indikator kunci.

Tabel 13. Jenis program Kesehatan dan indikator kuncinya

| No | Nama Program | Indikator Kunci |
|----|------------------------------|----------------------------------|
| 1 | Tuberkulosis (TB) | Capaian CNR |
| 2 | Gizi | Cakupan D/S |
| 3 | Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) | Persalinan Tenaga Kesehatan (PN) |
| 4 | Imunisasi | Cakupan DPT3/DPT-HB3 |

3. Peserta melakukan observasi dan menghitung ulang angka cakupan atau capaian program TB/KIA/Imunisasi/Gizi di tingkat puskesmas, kabupaten atau provinsi. Jangan lupa menghitung jumlah penduduk di puskesmas, kabupaten, atau provinsi.
4. Tata cara memverifikasi data adalah:
 - a. Memperkenalkan diri dan rombongan kepada Kepala Puskesmas/Dinkes Kab/Kota/Provinsi
 - b. Menyampaikan maksud dan tujuan berkunjung ke Puskesmas/Dinkes Kab/Kota/Provinsi
 - c. Menilai kualitas data rutin melalui **verifikasi data**, dengan tahapannya sbb:
 - Meminta petugas memperlihatkan data (D/S, PN, CNR TB, DPT3) untuk diverifikasi
 - Menghitung ulang data tersebut sekaligus melihat sumber data dan arsip laporan.
5. Menginput data hasil verifikasi kedalam aplikasi program PMKDR

6. Peserta melihat hasil output dan mengcopy dari program Excel ke program Word
7. Peserta membuat laporan dan kesimpulan hasil penilaian verifikasi data

IX. REFERENSI

Kementerian Kesehatan. Pusat Data dan Informasi. Petunjuk Teknis Penilaian Mandiri Kualitas Data Rutin (Juknis PMKDR)

WHO. 2005. *The Immunization Data Quality Self-Assesment (DQS) Tools*.

WHO. 2012. *Guide to The Data Quality Report Card Indicator (Draft May 2012)*.

draft

MATERI INTI 3

TEKNIK PENILAIAN SISTEM PEMANTAUAN DAN EVALUASI

I. DESKRIPSI SINGKAT

Penilaian kualitas sistem pemantauan dan evaluasi merupakan suatu proses untuk menilai beberapa komponen dalam sistem pemantauan dan evaluasi melalui kunjungan lapangan dan observasi.

Metode penilaian kualitas sistem pemantauan dan evaluasi dilakukan dengan cara menilai masing-masing dimensi pada sistem tersebut, yang difokuskan pada dimensi input, proses, dan output. Dimensi-dimensi tersebut kemudian diterjemahkan dalam beberapa pertanyaan dan komponen observasi.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu mengukur sistem pemantauan dan evaluasi (monev).

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu:

1. Menjelaskan konsep pemantauan dan evaluasi
2. Mengukur struktur, fungsi dan kapasitas sistem pemantauan dan evaluasi
3. Mengukur ketersediaan indikator dan pedoman
4. Mengukur pengumpulan data dan ketersediaan formulir pencatatan/pelaporan data rutin indikator program
5. Mengukur pengolahan dan analisis data
6. Mengukur kelengkapan dan ketepatan waktu pelaporan
7. Mengukur pemanfaatan data dan informasi
8. Membuat penyajian laporan hasil penilaian sistem pemantauan dan evaluasi

I. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan dan sub pokok bahasan untuk semua jenjang sebagai berikut:

Pokok Bahasan 1. Konsep pemantauan dan evaluasi (Monev)

Pokok Bahasan 2. Teknik pengukuran struktur, fungsi dan kapasitas sistem pemantauan dan evaluasi/monev

Pokok Bahasan 3. Teknik pengukuran ketersediaan indikator dan pedoman

Pokok Bahasan 4. Teknik pengukuran pengumpulan data dan ketersediaan formulir pencatatan/pelaporan data rutin indikator program

Pokok Bahasan 5. Teknik pengukuran pengolahan dan analisis data

Pokok Bahasan 6. Teknik pengukuran kelengkapan laporan dan ketepatan waktu pelaporan

Pokok Bahasan 7. Teknik pengukuran pemanfaatan data dan informasi

Pokok Bahasan 8. Cara menyusun laporan hasil penilaian sistem pemantauan dan evaluasi (Monev)

II. METODE

- Ceramah
- Tanya jawab
- Latihan
- Praktek Lapangan

III. MEDIA DAN ALAT BANTU

- Tayang *power point*
- LCD
- Laptop
- Flipchart
- White board
- Juknis PMKDR
- Panduan Latihan
- Panduan Praktek Lapangan
- Aplikasi *Program* PMKDR

IV. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut disampaikan langkah-langkah kegiatan dalam proses pembelajaran materi ini.

Langkah 1. Pengkondisian:

Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan. Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.

Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan beserta perkiraan lama waktunya, sebaiknya dengan menggunakan bahan tayang.

Langkah 2. Pembahasan Materi Konsep Pemantauan dan Evaluasi

Fasilitator memberikan materi tentang konsep pemantauan dan Evaluasi, menggunakan bahan tayang *power point, flipchart, white board*, dan spidol mencakup:

- a. Pengertian Pemantauan dan Evaluasi.
- b. Tujuan penilaian sistem pemantauan dan evaluasi.
- c. Indikator dan definisi yang digunakan dalam penilaian sistem pemantauan dan evaluasi.
- d. Cara menghitung nilai kualitas dari setiap indikator.

Setelah fasilitator memberikan materi, beri kesempatan kepada peserta untuk melakukan tanya jawab tentang materi konsep pemantauan dan evaluasi.

Langkah 3. Pembahasan Materi Teknik Pengukuran Struktur, Fungsi dan Kapasitas Sistem Pemantauan dan Evaluasi

Fasilitator memberikan materi tentang teknik pengukuran struktur, fungsi dan kapasitas sistem pemantauan dan evaluasi, yang mencakup 4 pertanyaan sebagai berikut:

- a) Ketersediaan struktur yang menaungi tim yang memiliki tugas melakukan pengumpulan, pengolahan dan analisis data
- b) Ketersediaan staf yang memiliki tugas dan fungsi untuk melakukan pengumpulan, pengolahan dan analisis data
- c) Ketersediaan *Standard Operating Procedure* (SOP) untuk melakukan pengumpulan, pengolahan dan analisis data
- d) Penyelenggaraan pelatihan atau peningkatan kapasitas bagi staff yang bertugas melakukan pengumpulan, pengolahan dan analisis data

Setelah fasilitator memberikan materi, peserta akan melakukan tanya jawab dan latihan menggunakan *checklist* pengukuran struktur, fungsi dan kapasitas sistem pemantauan dan evaluasi yang sudah tersedia dalam aplikasi Program PMKDR.

Langkah 4. Pembahasan Materi Teknik Pengukuran Ketersediaan Indikator dan Pedoman

Fasilitator memberikan materi tentang teknik ketersediaan indikator dan pedoman, yang mencakup 4 pertanyaan sebagai berikut:

- a) Kejelasan indikator yang dilengkapi dengan definisi operasional, formulasi perhitungan dan sumber data.
- b) Ketersediaan pedoman pencatatan dan pembuatan laporan.
- c) Pelaporan yang dibuat sesuai dengan pedoman pelaporan, termasuk kelengkapan pengisian variabel.
- d) Prosedur pengecekan laporan oleh atasan langsung sebelum laporan dikirim.

Setelah fasilitator memberikan materi, peserta akan melakukan tanya jawab dan latihan menggunakan *checklist* pengukuran ketersediaan indikator dan pedoman pelaporan program yang sudah tersedia dalam aplikasi Program PMKDR.

Langkah 5. Pembahasan Materi Teknik Pengukuran Pengumpulan Data dan Ketersediaan Formulir Pencatatan/Pelaporan Program

Fasilitator memberikan materi tentang teknik pengukuran pengumpulan data dan ketersediaan ketersediaan formulir pelaporan data rutin indikator program, yang mencakup 4 pertanyaan sebagai berikut:

- a) Ketersediaan formulir pencatatan/pelaporan data.
- b) Ketersediaan pedoman pengisian formulir pencatatan/pelaporan.
- c) Kesesuaian pengisian formulir pencatatan/pelaporan dengan format yang ditentukan dalam pedoman.
- d) Ketersediaan identitas petugas dan tanggal pengisian formulir pencatatan/pelaporan.

Setelah fasilitator memberikan materi, peserta akan melakukan tanya jawab dan latihan menggunakan *checklist* pengukuran pengumpulan data dan ketersediaan formulir pelaporan data rutin indikator program yang sudah tersedia dalam aplikasi Program PMKDR.

Langkah 6. Pembahasan Materi Teknik Pengukuran Pengolahan dan Analisis Data

Fasilitator memberikan materi tentang teknik pengukuran pengolahan dan analisis data, yang mencakup 4 pertanyaan sebagai berikut:

- a) Ketersediaan panduan dan prosedur untuk pengolahan data (termasuk pengolahan data secara terkomputerisasi).

- b) Ketersediaan panduan analisis data (termasuk panduan analisis data secara terkomputerisasi).
- c) Kesesuaian hasil analisis data dengan panduannya.
- d) Penyelenggaraan pelatihan pengolahan dan analisis data.

Setelah fasilitator memberikan materi, peserta akan melakukan tanya jawab dan latihan menggunakan *checklist* teknik pengukuran pengolahan dan analisis data yang sudah tersedia dalam aplikasi Program PMKDR.

Langkah 7. Pembahasan Materi Teknik Pengukuran Kelengkapan Laporan dan Ketepatan waktu Pelaporan

Fasilitator memberikan materi tentang teknik pengukuran kelengkapan laporan dan ketepatan waktu pelaporan, yang mencakup 4 pertanyaan sebagai berikut:

- a) Kelengkapan laporan sesuai dengan jenis formulir pelaporan yang tertera dalam standar
- b) Penanggungjawab kelengkapan laporan
- c) Ketepatan waktu pelaporan.
- d) Tindak lanjut jika data yang dilaporkan tidak lengkap.

Setelah fasilitator memberikan materi, peserta akan melakukan tanya jawab dan latihan menggunakan *checklist* teknik pengukuran pengolahan dan analisis data yang sudah tersedia dalam aplikasi Program PMKDR.

Langkah 8. Pembahasan Materi Teknik Pengukuran Pemanfaatan Data dan Informasi

Fasilitator memberikan materi tentang teknik pengukuran pemanfaatan data dan informasi program, yang mencakup 4 pertanyaan sebagai berikut:

- a) Penggunaan data/informasi pada pertemuan koordinasi program.
- b) Penyebaran informasi kepada masyarakat dan pemangku kepentingan
- c) Ketersediaan mekanisme dan umpan balik
- d) Integrasi sistem pencatatan dan pelaporan dengan Sistem Kesehatan Daerah/Sistem Kesehatan Nasional.

Setelah fasilitator memberikan materi, peserta diberi kesempatan untuk melakukan tanya jawab. Setelah tanya jawab peserta mengerjakan latihan menggunakan *checklist* pengukuran ketersediaan formulir pelaporan data rutin indikator program yang sudah tersedia dalam aplikasi Program PMKDR.

Langkah 9. Cara menyusun laporan hasil penilaian sistem pemantauan dan evaluasi (Monev)

Laporan hasil penilaian sistem pemantauan dan evaluasi dilakukan dengan cara menyajikan hasil penilaian berupa: a) tabel rekapitulasi hasil penilaian kualitas dari 6 komponen, yaitu: (1) Pengukuran struktur, fungsi dan kapasitas sistem monev, (2) Pengukuran ketersediaan indikator dan

pedoman pelaporan program, (3) Pengukuran pengumpulan data dan ketersediaan formulir pelaporan data rutin indikator program, (4) Pengukuran pengolahan dan analisis data, (5) Pengukuran kelengkapan dan ketepatan waktu pelaporan dan (6) Pengukuran pemanfaatan data dan informasi; b) diagram jaring laba-laba (*spiderweb*).

Setelah menyajikan hasil, dilanjutkan dengan membuat tabel Rencana Tindak Lanjut untuk menindaklanjuti dan memperbaiki komponen sistem yang belum optimal.

Langkah 10. Rangkuman

Fasilitator merangkum materi yang telah disampaikan yaitu penilaian sistem pemantauan dan evaluasi dilakukan melalui pengukuran 6 komponen, yaitu:

1. Pengukuran struktur, fungsi dan kapasitas sistem monev
2. Pengukuran ketersediaan indikator dan pedoman pengumpulan, pengolahan dan pelaporan program
3. Pengukuran pengumpulan data dan ketersediaan formulir pencatatan/pelaporan data rutin
4. Pengukuran pengolahan dan analisis data
5. Pengukuran kelengkapan dan ketepatan laporan
6. Pengukuran pemanfaatan data dan informasi

Setiap komponen terdiri dari 4 pertanyaan yang akan dinilai kualitasnya (melalui lembar *checklist*). Hasil penilaian sistem pemantauan dan evaluasi diinput ke program aplikasi Program PMKDR, kemudian hasilnya disajikan dalam grafik *spider-web*.

V. URAIAN MATERI

POKOK BAHASAN 1. KONSEP PEMANTAUAN DAN EVALUASI (MONEV)

Pengertian: Penilaian kualitas sistem pemantauan dan evaluasi merupakan suatu

proses untuk menilai beberapa komponen dalam sistem pemantauan dan evaluasi melalui kunjungan lapangan dan observasi.

Tujuan: Penilaian ini bertujuan untuk memastikan sistem pemantauan dan evaluasi berjalan dengan baik agar dapat melakukan pengolahan dan analisis data dengan akurat dan menghasilkan kualitas data yang baik.

Metode: Metode penilaian kualitas sistem pemantauan dan evaluasi dilakukan dengan cara menilai masing-masing komponen pada sistem

tersebut, yang difokuskan pada dimensi input, proses, dan output. Dimensi-dimensi tersebut kemudian diterjemahkan dalam beberapa pertanyaan dan komponen observasi.

Indikator Penilaian Kualitas Sistem Pemantauan dan Evaluasi

Indikator penilaian kualitas sistem pemantauan dan evaluasi dikembangkan berdasarkan pada 6 komponen observasi yang akan diukur yaitu:

1. Struktur, Fungsi dan Kapasitas dalam Pemantauan dan Evaluasi
2. Indikator dan Pedoman Pelaporan
3. Pengumpulan Data dan Ketersediaan Formulir
4. Pengolahan dan Analisis Data
5. Kelengkapan pelaporan dan ketepatan waktu pelaporan
6. Pemanfaatan Informasi

Penghitungan Nilai Kualitas

Penghitungan nilai kualitas dilakukan melalui pengukuran kuantitatif dan member komponen observasi berisi 4 pertanyaan, setiap pertanyaan diberi nilai nol (0) atau satu (1) sesuai ketentuan berikut:

Setiap pertanyaan diberi nilai nol (0) atau satu (1) sesuai ketentuan berikut:

Nilai nol (0) diberikan jika jawaban atau hasil pengamatan tidak sesuai/tidak seluruhnya berlaku atau tidak bisa membuktikan ketersediaan dokumen

Nilai satu (1) diberikan jika jawaban atau hasil pengamatan sesuai atau bisa dilakukan dengan baik

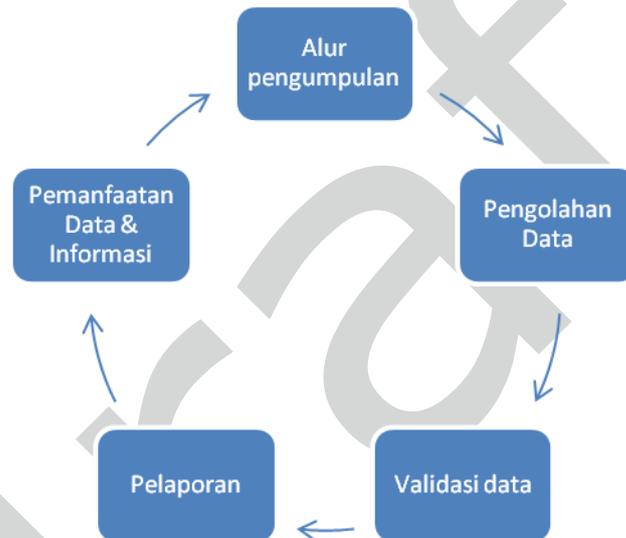
Setelah itu hitung **Total Skor** masing-masing komponen sebagai berikut:

Total Skor = Penjumlahan nilai dari seluruh pertanyaan

POKOK BAHASAN 2. TEKNIK PENGUKURAN STRUKTUR, FUNGSI DAN KAPASITAS SISTEM PEMANTAUAN DAN EVALUASI/MONEV

Sebelum mengidentifikasi komponen monev secara spesifik, perlu terlebih dahulu ditanyakan kepada narasumber di puskesmas/dinas kesehatan hal-hal berikut:

- Alur pengumpulan data/laporan (sumber data)
- Pengolahan data (memasukan data, menjumlahkan, merekapitulasi)
- Validasi data,
- Pelaporan dan
- Pemanfaatan informasi



Gambar 2.41 Komponen Identifikasi Penilaian Sistem Monev

Alur pengumpulan data, metode pengolahan data, pencatatan dan pelaporan serta pemanfaatan data dan informasi bisa berbeda-beda di setiap program (TB, KIA, Gizi, Imunisasi, dan lainnya). Sehingga petugas yang akan menilai kualitas sistem monitoring dan evaluasi harus benar-benar memiliki pemahaman yang baik terlebih dahulu tentang program kesehatan yang akan dinilainya.

Pengertian pengukuran struktur, fungsi dan kapasitas sistem pemantauan dan evaluasi: adalah identifikasi untuk melihat ketersediaan, penentuan tugas dan fungsi serta kemampuan tenaga (SDM) untuk melakukan pemantauan kualitas data

Pertanyaan untuk mengukur struktur, fungsi dan kapasitas sistem pemantauan dan evaluasi adalah sebagai berikut:

1. *“Apakah didalam stuktur organisasi terdapat satuan kerja yang bertugas untuk pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pelaporan?”*
(catatan: jika tidak tersedia strukturnya, identifikasi dimana fungsi tersebut tersedia, ada diunit mana)

Definisi/interpretasi: Apakah dalam struktur organisasi di Puskesmas/Dinkes Kab/Dinkes Prov secara tertulis terdapat unit yang bertugas untuk melakukan pengumpulan data rutin, pengolahan data, validasi dan pelaporan.

2. *“Apakah tersedia staff beserta deksripsi pekerjaan yang melakukan pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pelaporan?”*

Definisi/interpretasi: Apakah pada unit yang dinilai Puskesmas/Dinkes Kab/Dinkes Prov tersedia **secara tertulis** deskripsi pekerjaan bagi staf yang bersangkutan untuk melakukan pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pelaporan?

3. *“Apakah tersedia Standard Operating Procedure (SOP) bagi petugas untuk melakukan pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pelaporan?”*
(catatan: **cek dokumen SOP** yang digunakan)

Definisi/interpretasi: Apakah pada unit yang dinilai, Puskesmas, Dinkes Kab/kota, Dinkes Prov **secara tertulis** tersedia dokumen tentang tata cara bagi petugas untuk melakukan pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pelaporan.

4. *“Apakah pernah dilakukan pelatihan manajemen data bagi staff yang melakukan pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pelaporan?”*

Definisi/interpretasi: pertanyaan cukup jelas

Setiap pertanyaan diberi nilai nol (0) atau satu (1) sesuai ketentuan berikut:

- Nilai nol (0) diberikan jika jawaban atau hasil pengamatan tidak sesuai/tidak seluruhnya berlaku atau tidak bisa membuktikan ketersediaan dokumen
- Nilai satu (1) diberikan jika jawaban atau hasil pengamatan sesuai atau bisa dilakukan dengan baik

Jika dalam pengamatan terdapat hasil yang tidak tersedia atau tidak dilakukan, maka dilakukan wawancara lebih lanjut (*probing*) untuk menggali penyebabnya.

POKOK BAHASAN 3. TEKNIK PENGUKURAN KETERSEDIAAN INDIKATOR DAN PEDOMAN

Pengertian pengukuran ketersediaan indikator dan pedoman adalah Identifikasi untuk melihat ketersediaan dokumen yang berisi indikator kunci yang dilengkapi dengan definisi operasional, dan dokumen petunjuk pengumpulan data, pengolahan data dan pembuatan pelaporan di tingkat Puskesmas/Kabupaten/kota/Provinsi.

Pertanyaan untuk mengukur ketersediaan indikator dan pedoman adalah sebagai berikut:

1. *“Apakah tersedia definisi operasional, formulasi perhitungan dan sumber data untuk data yang dikumpulkan?”*

Definisi/interpretasi: Apakah pada unit yang dinilai, Puskesmas, Dinkes Kab/kota, Dinkes Prov tersedia dokumen tertulis definisi operasional dari data yang dikumpulkan. Selain itu apakah tersedia juga cara penghitungan data (misal: untuk rekapitulasi), serta identifikasi darimana data yang dikumpulkan berasal.

2. *“Apakah tersedia pedoman pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pembuatan laporan?”*

Definisi/interpretasi: Apakah pada unit yang dinilai, Puskesmas, Dinkes Kab/kota, Dinkes Prov tersedia **dokumen tertulis** yang berisi tata cara atau panduan pengumpulan data, pengolahan, validasi dan pembuatan laporan (lakukan cek dokumen pedoman).

3. *“Apakah data yang dikumpulkan sudah sesuai dengan definisi operasional dalam pedoman?”*

Definisi/interpretasi: Apakah data yang dikumpulkan pada unit yang dinilai, Puskesmas, Dinkes Kab/kota, Dinkes Prov sesuai dengan definisi operasional yang tertera dalam pedoman?

4. *“Sebelum dikirim apakah laporan dinilai/dicek oleh atasan langsung?”*

Definisi/interpretasi: Apakah sebelum data dikirim atau dilaporkan telah dinilai atau dicek oleh atasan langsung/yang berwenang?. (*cek bukti laporan telah dinilai, misal terdapat paraf atau tanda tangan*).

Setiap pertanyaan diberi nilai nol (0) atau satu (1) sesuai ketentuan berikut:

- Nilai nol (0) diberikan jika jawaban atau hasil pengamatan tidak sesuai/tidak seluruhnya berlaku atau tidak bisa membuktikan ketersediaan dokumen
- Nilai satu (1) diberikan jika jawaban atau hasil pengamatan sesuai atau bisa dilakukan dengan baik

Jika dalam pengamatan terdapat hasil yang tidak tersedia atau tidak dilakukan, maka dilakukan wawancara lebih lanjut (*probing*) untuk menggali penyebabnya.

draft

POKOK BAHASAN 4. TEKNIK PENGUKURAN PENGUMPULAN DATA DAN KETERSEDIAAN FORMULIR PENCATATAN/PELAPORAN DATA RUTIN

Pengertian pengukuran pengumpulan data dan ketersediaan formulir pelaporan data rutin adalah identifikasi untuk melihat ketersediaan formulir pengumpulan data dan melihat apakah proses pengumpulan dan pengolahan data sudah sesuai standar.

Pertanyaan untuk mengukur pengumpulan data dan ketersediaan formulir pelaporan data rutin indikator program adalah sebagai berikut:

1. *“Apakah tersedia formulir pencatatan/pelaporan data?”*

Definisi/interpretasi: Pada unit di Puskesmas diidentifikasi ketersediaan lembar formulir yang digunakan untuk mencatat data rutin (cek jenis formulir yang tersedia). Jika ada salah satu jenis formulir tidak tersedia (dari yang seharusnya tersedia, lihat tabel 9) maka dinilai 0. Pada unit di Dinkes Kab/kota, Dinkes Prov diidentifikasi ketersediaan lembar formulir pelaporan/rekapitulasi data, jika ada salah satu jenis formulir tidak tersedia (dari yang seharusnya tersedia, lihat tabel 9) maka dinilai 0.

2. *“Apakah tersedia **pedoman** pengisian formulir pencatatan/pelaporan”*

Definisi/interpretasi: Apakah untuk mengisi formulir pencatatan data tersebut dilengkapi dengan **pedoman** atau **petunjuk pengisian formulir**? (cek pedoman pengisian)

3. *“Apakah pengisian formulir pencatatan/pelaporan sudah sesuai dengan pedoman?”*

Definisi/interpretasi: Apakah dalam pengisian formulir, data yang dicatat sudah sesuai dengan definisi dalam pedoman atau petunjuk pencatatan data? (*diberikan keterangan jika tidak: apakah yang dicatat lebih lengkap atau kurang*)

4. *“Apakah terdapat identitas petugas dan waktu pengisian formulir?”*

Definisi/interpretasi: Apakah pada formulir pencatatan/pelaporan tertera nama petugas yang berwenang dan waktu (tanggal, bulan dan tahun) data dikumpulkan/dilaporkan?

Setiap pertanyaan diberi nilai nol (0) atau satu (1) sesuai ketentuan berikut:

- Nilai nol (0) diberikan jika jawaban atau hasil pengamatan tidak sesuai/tidak seluruhnya berlaku atau tidak bisa membuktikan ketersediaan dokumen
- Nilai satu (1) diberikan jika jawaban atau hasil pengamatan sesuai atau bisa dilakukan dengan baik

Jika dalam pengamatan terdapat hasil yang tidak tersedia atau tidak dilakukan, maka dilakukan wawancara lebih lanjut (*probing*) untuk menggali penyebabnya.

Formulir pelaporan yang ditanyakan menyesuaikan dengan Formulir pelaporan di masing-masing program, sebagai berikut.

Tabel 14. Formulir Pelaporan Menurut Jenis Program

| No | Jenis Program | Formulir Pelaporan | | |
|----|------------------------------|--|--|--|
| | | Tingkat Puskesmas | Tingkat Kab/Kota | Tingkat Provinsi |
| 1 | Tuberkulosis (TB) | TB.01 sampai TB.06, serta TB.09, dan TB.10 | TB.03, TB.07, TB.08, TB.11, TB.12, TB.13 | TB.07, TB.08, TB.11, TB.12, TB.13, |
| 2 | Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) | Kohort ibu, bayi, & Balita, PWS-KIA, LB3 | Rekap Kohort, PWS-KIA dan LB3 | PWS-KIA, LB3, dan Format bantu F1-8 (ibu), dan F1-7 (anak) |
| 3 | Gizi | F/III/Gizi, PWS-Gizi dan dan LB3 | F/I/Gizi, PWS-Gizi, dan LB3 | F/I/Gizi, PWS-Gizi, dan LB3 |
| 4 | Imunisasi | PWS-Imunisasi dan LB3 | PWS-Imunisasi dan LB3 | PWS-Imunisasi dan LB3 |
| 5 | dst | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |

Keterangan: PWS: Pemantauan Wilayah Setempat, LB3: Laporan Bulanan (3)

POKOK BAHASAN 5. TEKNIK PENGUKURAN PENGOLAHAN DAN ANALISIS DATA

Pengertian pengukuran pengolahan dan analisis data adalah identifikasi untuk melihat apakah pengolahan dan analisa data dilakukan sesuai standar.

Pertanyaan untuk mengukur pengolahan dan analisis data adalah sebagai berikut:

1. *“Apakah tersedia panduan dan prosedur untuk pengolahan data?” (jika sudah terkomputerisasi, maka diidentifikasi panduan mengolahan data secara terkomputerisasi)*

Definisi/interpretasi: Apakah tersedia **panduan atau pedoman** bagi petugas untuk melakukan tahapan **pengolahan data** (misal melakukan verifikasi, rekapitulasi, penghitungan cakupan,dll). Jika pengolahan data sudah dilakukan dengan menggunakan komputer, apakah tersedia juga panduan atau pedomannya bagi petugas pengelola data ? (cek buku pedoman pengolahan data secara manual atau terkomputersasi)

2. *“Apakah tersedia panduan analisis data?” (jika sudah terkomputerisasi, maka diidentifikasi juga panduan analisis data secara terkomputerisasi)*

Definisi/interpretasi: Apakah tersedia **panduan atau pedoman** bagi petugas untuk melakukan tahapan **analisis data** (analisis sederhana, misal melakukan perbandingan cakupan antar wilayah). Jika analisis data sudah dilakukan dengan menggunakan komputer, apakah tersedia juga panduan atau pedomannya bagi petugas pengelola data ? (cek buku pedoman analisis data secara manual atau terkomputersasi)

3. *“Apakah analisis data sudah dilakukan sesuai dengan panduannya?”*

Definisi/interpretasi: Apakah analisis data yang dilakukan sudah sesuai dengan panduan analisis dalam pedoman ? (cek kesesuaian antara analisis yang dibuat dengan yang tertera dalam buku pedoman)

4. *“Apakah sudah pernah dilakukan pelatihan analisis data bagi staf pengelola data ?”*

Definisi/interpretasi: Apakah staf pengelola data pernah mengikuti pelatihan analisis data?

Setiap pertanyaan diberi nilai nol (0) atau satu (1) sesuai ketentuan berikut:

- Nilai nol (0) diberikan jika jawaban atau hasil pengamatan tidak sesuai/tidak seluruhnya berlaku atau tidak bisa membuktikan ketersediaan dokumen
- Nilai satu (1) diberikan jika jawaban atau hasil pengamatan sesuai atau bisa dilakukan dengan baik

Jika dalam pengamatan terdapat hasil yang tidak tersedia atau tidak dilakukan, maka dilakukan wawancara lebih lanjut (*probing*) untuk menggali penyebabnya.

draft

POKOK BAHASAN 6. TEKNIK PENGUKURAN KELENGKAPAN LAPORAN DAN KETEPATAN WAKTU PELAPORAN

Pengertian pengukuran kelengkapan laporan dan ketepatan waktu pelaporan: adalah identifikasi untuk melihat kelengkapan jenis dan variabel data serta ketepatan waktu pelaporan.

Pertanyaan untuk mengukur kelengkapan dan ketepatan waktu pelaporan adalah sebagai berikut:

1. *“Apakah laporan tersebut sudah lengkap?, sesuai dengan jenis formulir pelaporan yang tertera dalam standar (misal : LB 1, LB 2, LB 3, LB 4)” ?*

Definisi/interpretasi: Apakah seluruh jenis laporan yang tertera dalam standar sudah lengkap dilaporkan?

2. *Apakah data disetiap jenis laporan yang dilaporkan sudah terisi dengan lengkap?*

Definisi/interpretasi: Apakah seluruh variabel data didalam format laporan sudah terisi seluruhnya dengan lengkap

3. *“Apakah laporan yang dilaporkan sesuai dengan ketentuan waktu yang telah ditetapkan?”*

Definisi/interpretasi: Apakah laporan dikirimkan sesuai dengan ketentuan yang ada, sehingga diterima oleh tepat pada waktunya

4. *“Apakah ada tindak lanjut jika data yang dilaporkan tidak terisi dengan lengkap”*

5. Definisi/interpretasi: Tindakan apa yang dilakukan jika laporan yang diterima tidak terisi dengan lengkap

Setiap pertanyaan diberi nilai nol (0) atau satu (1) sesuai ketentuan berikut:

- Nilai nol (0) diberikan jika jawaban atau hasil pengamatan tidak sesuai/tidak seluruhnya berlaku atau tidak bisa membuktikan ketersediaan dokumen
- Nilai satu (1) diberikan jika jawaban atau hasil pengamatan sesuai atau bisa dilakukan dengan baik

Jika dalam pengamatan terdapat hasil yang tidak tersedia atau tidak dilakukan, maka dilakukan wawancara lebih lanjut (*probing*) untuk menggali penyebabnya.

POKOK BAHASAN 7. TEKNIK PENGUKURAN PEMANFAATAN DATA DAN INFORMASI

Pengertian pengukuran pemanfaatan data dan informasi program: adalah identifikasi untuk melihat sejauhmana informasi dimanfaatkan untuk perencanaan, pemantauan, dan evaluasi, dan umpan balik.

Pertanyaan untuk mengukur pemanfaatan data dan informasi program adalah sebagai berikut:

1. *“Apakah data/informasi digunakan pada pertemuan-pertemuan koordinasi?”*

Definisi/interpretasi: Apakah data dan informasi yang telah dihasilkan digunakan oleh Puskesmas, Dinas Kesehatan Kab/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi dan Pusat (*misalnya pada tingkat PKM → data digunakan pada pertemuan musrenbang atau lokakarya mini (Lokmin)*) (*catatan: cek dokumen, notulensi, bahan paparan*)

2. *Apakah informasi (hasil data rutin yang diolah dan dianalisis) dipublikasi pada masyarakat atau pemangku kepentingan?*

Definisi/interpretasi: Apakah data dan informasi yang telah dihasilkan oleh Puskesmas, Dinas Kesehatan Kab/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi dan Pusat diinformasikan kepada masyarakat atau pemangku kepentingan yang lain (*misalnya pada tingkat PKM → informasi ditempel dipapan informasi ; di tingkat Dinas Kesehatan Kab/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi dan Pusat informasi dipublikasi melalui website*) (*catatan: cek bentuk publikasi yang tersedia*)

3. *“Apakah terdapat umpan balik dari data/informasi yang dilaporkan?”*

Definisi/interpretasi: Apakah ada umpan balik dari data/informasi yang dilaporkan?. Contohnya: apakah ada umpan balik dari dinas Kesehatan Kab/Kota kepada Puskesmas terhadap data yang dilaporkan

4. *“Apakah sistem pencatatan dan pelaporan sudah terintegrasi (terhubung secara langsung) dengan Sistem Informasi Kesehatan Daerah/Nasional?”*

Definisi/interpretasi: Apakah sistem pencatatan/pelaporan yang ada (misal: Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas/SP3) dapat terkoneksi secara langsung (*online*) dengan sistem informasi yang ada di dinas kesehatan kabupaten/kota, begitu pula dengan umpan balik pada tingkat selanjutnya.

Setiap pertanyaan diberi nilai nol (0) atau satu (1) sesuai ketentuan berikut:

- Nilai nol (0) diberikan jika jawaban atau hasil pengamatan tidak sesuai/tidak seluruhnya berlaku atau tidak bisa membuktikan ketersediaan dokumen

- o Nilai satu (1) diberikan jika jawaban atau hasil pengamatan sesuai atau bisa dilakukan dengan baik

POKOK BAHASAN 8. CARA MENYUSUN LAPORAN HASIL PENILAIAN SISTEM PEMANTAUAN DAN EVALUASI (MONEV)

Laporan hasil penilaian sistem pemantauan dan evaluasi terdiri dari penyajian hasil penilaian berupa tabel rekapitulasi hasil penilaian kualitas dari 5 komponen dan grafik jaring laba-laba. Setelah penyajian hasil, dilanjutkan dengan membuat Rencana Tindak Lanjut

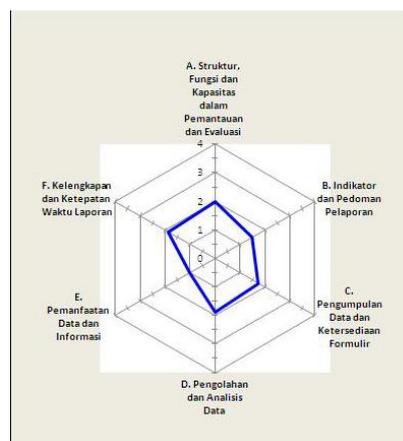
Contoh penyajian penilaian komponen sistem pemantauan dan evaluasi adalah sebagai berikut.

Tabel 15. Penilaian Sistem Pemantauan dan Evaluasi di Kabupaten Kenanga

| No | Nama Puskesmas | I | II | I | IV | V | VI |
|----|----------------|--|-----------------------------------|---|------------------------|---|------------------|
| | | Struktur, Fungsi & Kemampuan Pemantauan & Evaluasi | Indikator dan Petunjuk Penggunaan | Formulir Pengumpulan Data dan Pelaporan | Proses Pengolahan Data | Kelengkapan dan Ketepatan waktu Pelaporan | Pemanfaatan Data |
| 1 | Puskesmas | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Puskesmas | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 |

Pada tabel 15. terlihat hasil penilaian 6 komponen penilaian sistem pemantauan dan evaluasi. Di Puskesmas A komponen yang belum optimal adalah struktur, fungsi dan kemampuan pemantauan dan evaluasi, proses pengolahan dan analisis data, serta kelengkapan dan ketepatan waktu pelaporan. Sementara itu, di Puskesmas B, komponen yang belum optimal adalah proses pengolahan dan analisis data.

Hasil penilaian pada tabel diatas kemudian disajikan dalam bentuk grafik jaring laba-laba, sehingga dapat lebih jelas teridentifikasi 6 komponen berdasarkan skor penilaiannya. Berikut adalah contoh penyajian penilaian sistem pemantauan dan evaluasi dengan grafik jaring laba-laba.



Gambar 2.42 Contoh spider web Penilaian Sistem Pemantauan dan Evaluasi Program TB

INTERPRETASI:

Pada gambar 2.42 terlihat penyajian *spider web* hasil penilaian 6 komponen penilaian sistem pemantauan dan evaluasi di Puskesmas A. Komponen yang belum optimal adalah struktur, fungsi dan kemampuan pemantauan dan evaluasi, proses pengolahan dan analisis data serta kelengkapan dan ketepatan laporan. (DIGANTI → BILA NILAI <3 BURUK)

Setelah mendapatkan gambaran hasil penilaian sistem, langkah selanjutnya adalah membuat rencana tindak lanjut untuk perbaikan sistem.

Tabel 16. Contoh Rencana Tindak Lanjut Puskesmas A

| Kelemahan yg teridentifikasi | Usulan penguatan sistem | Penanggung jawab | Waktu pelaksanaan |
|--|--|---------------------------------|-------------------|
| Tidak ada panduan/petunjuk pengolahan data secara tertulis | Usulan kepada DKK untuk membuat <i>Standar Operating Procedure</i> | Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota | Mei 2012 |
| Tidak ada tugas dan fungsi petugas yang melakukan review terhadap validitas dan akurasi data | Usulan kepada DKK untuk dibuatkan SOP bagi petugas yang melakukan review terhadap validitas dan akurasi data | Kasi SIK | Mei 2012 |
| Tidak ada pedoman tertulis tentang pencatatan dan pelaporan | Usulan kepada DKK untuk membuat SOP pencatatan dan pelaporan | Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota | Mei 2012 |

Tabel 17. Contoh Rencana Tindak Lanjut Puskesmas B

| Kelemahan yg teridentifikasi | Ukuran penguatan system | Penanggung jawab | Waktu pelaksanaan |
|--|--|---------------------------------|-------------------|
| Tidak tersedia panduan analisis data | Usulan kepada Dinas untuk menyediakan petunjuk/panduan analisis data secara tertulis | Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota | Mei 2012 |
| Hasil analisis data tidak sesuai dengan panduannya | Akan diadakan pelatihan analisis data bagi petugas di tingkat puskesmas | Kasi SIK | Mei 2012 |

V. REFERENSI

Kemenkes, Petunjuk Teknis Penilaian Mandiri Kualitas Data Rutin

Feuerstein, M-T, 1990, *Partners in Evaluation, Evaluating Development and Community Programmes with Participants*, Macmillan, London and Basingstoke.

Rossi, P.H., and H.E. Freeman, 1993, *Evaluation, a System Approach 5*, Sage Publication, Newbury Park – London – New Delhi.

Lazenbatt A., 2002, *The Evaluation Handbook for Health Professionals*, Routledge, London and New York.

draft

VI. PETUNJUK LATIHAN MATERI INTI 3

PETUNJUK LATIHAN MATERI INTI 3. PENILAIAN KUALITAS DATA RUTIN MELALUI PENILAIAN SISTEM PEMANTAUAN DAN EVALUASI

1. Peserta membuka aplikasi PMKDR, perhatikan panduan awal penggunaan aplikasi



Gambar 2.43. Tampilan panduan awal Penilaian Monev PMKDR

2. Peserta memilih *button* “**Sistem Monev**” pada *dashboard* Menu Utama
3. Fasilitas yang akan dinilai akan secara otomatis tersedia (*link* dengan unit yang diverifikasi)

| KOMPONEN PENILAIAN SISTEM PEMANTAUAN | Maks Sampel: 8 Unit | Manual | Clear | Output | Back | |
|---|---------------------|---------------|-----------------|-------------------|------------|-------------|
| blank/kosong=Tidak ✓=Ya | | | | | | |
| A. Struktur, Fungsi dan Kapasitas dalam Pemantauan dan Evaluasi | KAB. PAOTAN | KAB. PONOROGO | KAB. TRENGGALEK | KAB. TULLUNGAGUNG | KAB. BUTAR | KAB. KEDIRI |

Gambar 2.44 Tampilan link unit yang dinilai

4. Peserta memberikan penilaian untuk setiap komponen sistem pemantauan sesuai dengan kondisi yang ada. Peserta memberikan tanda ✓ untuk hasil pengamatan yang tersedia dan jika hasil pengamatan tidak tersedia atau tidak dapat menunjukkan dokumentasi, maka tidak perlu memberikan tanda. Penilaian ini dilakukan untuk 5 komponen pada seluruh unit yang dinilai.

| A. Struktur, Fungsi dan Kapasitas dalam Pemantauan dan Evaluasi | melati | pisangan | rambutan | mawar |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Apakah tersedia struktur yang menaungi tim review (jika tidak tersedia strukturnya, fungsinya ada di unit mana) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Apakah tersedia staff yang memiliki tugas dan fungsi melakukan review terhadap validitas dan akurasi data | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Apakah tersedia Standard Operating Procedure (SOP) untuk melakukan review terhadap kualitas data (validitas dan akurasi data) & cek dokumen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Apakah pernah dilakukan pelatihan atau peningkatan kapasitas bagi staff yang bertugas melakukan review terhadap kualitas data | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Indikator dan Pedoman Pelaporan | | | | |
| 1. Apakah tersedia Pedoman Pelaporan, termasuk pedoman indikator yang dilengkapi dengan definisi operasional, formulasi perhitungan dan sumber data | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Apakah tersedia Pedoman Pelaporan | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Apakah pelaporan yang dilakukan telah sesuai dengan pedoman pelaporan | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Sebelum dikirim apakah laporan dinilai/dicek oleh atasan langsung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C. Pengumpulan Data dan Ketersediaan Formulir | | | | |
| 1. Apakah tersedia pedoman pengisian formulir | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Apakah tersedia formulir pencatatan data | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Apakah cara pengisian formulir sudah sesuai dengan format yang ditentukan dalam pedoman (diberikan keterangan : jika tidak apakah yang dicatat lebih lengkap atau) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Apakah terdapat identitas petugas dan tanggal pengisian formulir | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Pengolahan dan Analisis Data | | | | |
| 1. Apakah tersedia panduan dan prosedur untuk pengolahan data (jika sudah terkomputerisasi, maka panduan pengolahan data secara terkomputerisasi) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Apakah tersedia panduan analisis data (jika sudah terkomputerisasi, maka panduan analisis data secara terkomputerisasi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Apakah hasil analisis data sudah sesuai dengan panduannya | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Apakah pernah mengikuti pelatihan pengolahan dan analisis data bagi petugas | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Check list jika hasil pengamatan sesuai/tersedia

Biarkan kosong jika hasil pengamatan tidak tersedia

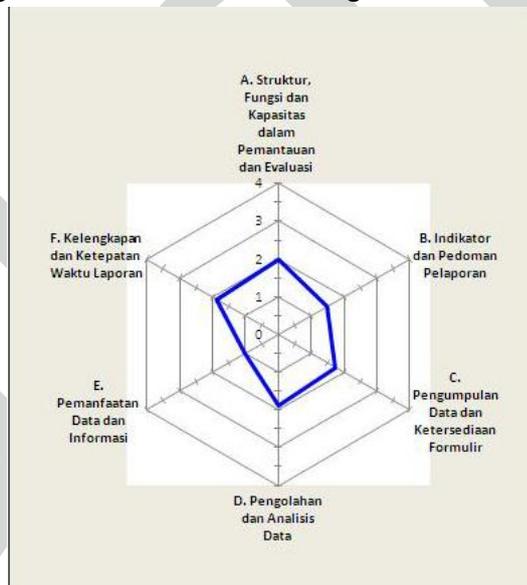
Gambar 2.45. Tampilan check list hasil pengamatan

Setelah selesai mengisi seluruh hasil penilaian, peserta dapat melihat penyajian data berupa grafik spider web dengan cara mengklik *button output*



Untuk mengeluarkan output grafik spider web

5. Tampilan grafik yang dihasilkan adalah sebagai berikut:



Gambar 2.46. Output spider web

Grafik bisa di edit atau dilengkapi judulnya dan dicopy paste ke Ms Word apabila anda telah mengklik menu button Editing.

VII. PETUNJUK PRAKTEK LAPANGAN MATERI INTI 3

PETUNJUK PRAKTEK LAPANGAN MATERI INTI 3 PMKDR MELALUI PENILAIAN SISTEM PEMANTAUAN DAN EVALUASI (Monev)

Praktek lapangan penilaian sistem Monev dilakukan pada unit yang telah terpilih pada verifikasi data. Pelaksanaan penilaian sistem Monev dilakukan bersamaan dengan verifikasi data.

1. Peserta menggunakan lembar *checklist* untuk memberikan penilaian dari 6 komponen sistem pemantauan dan evaluasi, seperti berikut:

Tabel 18. Formulir checklist penilaian sistem pemantauan dan evaluasi

| KOMPONEN PENILAIAN SISTEM PEMANTAUAN DAN EVALUASI | Ya=1 | Tidak=0 |
|---|------|---------|
| A. Struktur, Fungsi dan Kapasitas dalam Pemantauan dan Evaluasi | | |
| 1. Apakah didalam stuktur organisasi terdapat satuan kerja yang bertugas untuk pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pelaporan? | | |
| 2. Apakah tersedia staff beserta deksripsi pekerjaan yang melakukan pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pelaporan? | | |
| 3. Apakah tersedia Standard Operating Procedure (SOP) bagi petugas untuk melakukan pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pelaporan? (catatan: cek dokumen SOP yang digunakan) | | |
| 4. Apakah pernah dilakukan pelatihan manajemen data bagi staff yang melakukan pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pelaporan? | | |
| <i>Jika dalam pengamatan terdapat hasil yang tidak tersedia atau tidak dilakukan, maka lakukan probing untuk menggali penyebabnya</i> | | |
| B. Indikator dan Pedoman Pelaporan | | |
| 1. Apakah tersedia definisi operasional, formulasi perhitungan dan sumber data untuk data yang dikumpulkan? | | |
| 2. Apakah tersedia pedoman pembuatan laporan? | | |
| 3. Apakah data yang dikumpulkan sudah sesuai dengan definisi operasional dalam pedoman? | | |
| 4. Sebelum dikirim apakah laporan dinilai/dicek oleh atasan langsung? | | |
| <i>Jika dalam pengamatan terdapat hasil yang tidak tersedia atau tidak dilakukan, maka lakukan probing untuk menggali penyebabnya</i> | | |
| C. Pengumpulan Data dan Ketersediaan Formulir | | |
| 1. Apakah tersedia formulir pencatatan/pelaporan data? | | |
| 2. Apakah tersedia pedoman pengisian formulir pencatatan/pelaporan | | |
| 3. Apakah pengisian formulir pencatatan/pelaporan sudah sesuai dengan pedoman? | | |
| 4. Apakah terdapat identitas petugas dan waktu pengisian formulir? | | |
| <i>Jika dalam pengamatan terdapat hasil yang tidak tersedia atau tidak dilakukan, maka lakukan probing untuk menggali penyebabnya</i> | | |
| D – Pengolahan dan Analisis Data | | |
| 1. Apakah tersedia panduan dan prosedur untuk pengolahan data?" (jika sudah terkomputerisasi, maka diidentifikasi juga panduan mengolah data secara terkomputerisasi) | | |
| 2. Apakah tersedia panduan analisis data?" (jika sudah terkomputerisasi, maka diidentifikasi juga panduan analisis data secara terkomputerisasi) | | |
| 3. Apakah hasil analisis data sudah sesuai dengan panduannya? | | |
| 4. Apakah sudah pernah dilakukan pelatihan analisis data bagi staf pengelola data ? | | |
| <i>Jika dalam pengamatan terdapat hasil yang tidak tersedia atau tidak dilakukan, maka lakukan probing untuk menggali penyebabnya</i> | | |

| F—Kelengkapan Laporan dan Ketepatan Waktu Pelaporan | | |
|---|--|--|
| 1. Apakah laporan yang dilaporkan lengkap?, sesuai dengan jenis formulir pelaporan yang tertera dalam standar (misal : LB 1, LB 2, LB 3, dll) ? | | |
| 2. Apakah data disetiap jenis laporan dilaporkan dengan terisi dengan lengkap? | | |
| 3. Apakah laporan yang dilaporkan sesuai dengan ketentuan waktu yang telah ditetapkan? | | |
| 4. Apakah ada tindak lanjut jika data yang dilaporkan tidak lengkap ? | | |
| <i>Jika dalam pengamatan terdapat hasil yang tidak tersedia atau tidak dilakukan, maka lakukan probing untuk menggali penyebabnya</i> | | |
| E– Pemanfaatan Data dan Informasi | | |
| 1. Apakah data/informasi digunakan pada pertemuan-pertemuan koordinasi? | | |
| 2. Apakah informasi (hasil data rutin yang diolah dan dianalisis) dipublikasi pada masyarakat atau pemangku kepentingan? | | |
| 3. Apakah terdapat umpan balik dari data/informasi yang dilaporkan? | | |
| 4. Apakah sistem pencatatan dan pelaporan sudah terintegrasi (terhubung secara langsung) dengan Sistem Informasi Kesehatan Daerah/Nasional? | | |
| <i>Jika dalam pengamatan terdapat hasil yang tidak tersedia atau tidak dilakukan, maka lakukan probing untuk menggali penyebabnya</i> | | |

2. Peserta melakukan observasi dan wawancara dengan petugas masing-masing program (TB, KIA, Gizi, Imunisasi, dll) untuk menilai sistem pemantauan dan evaluasi program. Jika dalam pengamatan terdapat hasil yang tidak tersedia atau tidak dilakukan, maka lakukan *probing* untuk menggali penyebabnya secara lebih dalam. Beberapa *probing* yang ditanyakan lebih dalam dari setiap pertanyaan adalah sebagai berikut:

Tabel 19. Probing untuk menggali penilaian sistem pemantauan dan evaluasi

| PROBING UNTUK MENGGALI SETIAP KOMPONEN PERTANYAAN DALAM PENILAIAN SISTEM PEMANTAUAN DAN EVALUASI |
|---|
| A. Struktur, Fungsi dan Kapasitas dalam Pemantauan dan Evaluasi |
| PERTANYAAN 1: Apakah didalam stuktur organisasi terdapat satuan kerja yang bertugas untuk pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pelaporan? |
| Probing : (a) Bagaimana satuan kerja tersebut mendeskripsikan pekerjaannya (<i>job description</i>) (secara tertulis untuk pekerjaan tersebut); (b) bagaimana upaya untuk mengatasi kendala tersebut? (c) Apabila satuan kerja tidak ada dalam struktur organisasi, bagaimana melakukan tugas pengumpulan data, pengolahan data, validasi data (siapa dan apa yang bertugas); (d) Apabila satuan kerja tidak memiliki secara khusus struktur organisasi, bagaimana kendala yang terjadi selama ini dalam pengumpulan data, pengolahan data dan validasi data? (sumber, besar dan penanganan kendala) |
| PERTANYAAN 2: Apakah tersedia staff beserta deksripsi pekerjaan yang melakukan pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pelaporan? |
| Probing: (a) Berapa Jumlah staf yang tersedia untuk pengumpulan, pengolahan data dan validasi; (b) Menurut bapak/ibu bagaimana jumlah tenaga tersebut? (jumlah, kemampuan atau keahlian, kecukupan); (c) Bagaimanakah bentuk deskripsi pekerjaan tersebut?(ketersediaan, kejelasan dalam dokumen tertulis?); (d) Bagaimanakah staf tersebut dalam bekerja (sesuai dengan dokumen?) |
| PERTANYAAN 3: Apakah tersedia Standard Operating Procedure (SOP) bagi petugas untuk melakukan pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pelaporan? (catatan: cek dokumen SOP yang digunakan) |
| Probing : (a) Bagaimana SOP digunakan (apakah ada penulisan nama standar atau pedoman yang digunakan; (b) Tuliskan juga tahun terbit pedoman tersebut; (c) siapa yang mengeluarkan pedoman tersebut; (d) Apakah ada sosialisasi SOP |
| PERTANYAAN 4: Apakah pernah dilakukan pelatihan manajemen data bagi staff yang melakukan pengumpulan data, pengolahan data, validasi dan pelaporan? |
| Probing : (a) Bagaiman pelatihan manajemen data yang pernah dilakukan (jenis, frekuensi dalam satu tahun, siapa saja yang dilatih) ; (b) Apakah pelatihan dilakukan secara rutin? (c) Kapan pelatihan |

terakhir dilaksanakan; **(d)** siapa yang menyelenggarakan pelatihan; **(e)** Bagaimana tenaga yang telah dilatih untuk melaksanakan tugasnya? (apakah ada kendala, apakah terkena mutasi atau rotasi, apakah mendapat dukungan dari atasan, saran untuk menghilangkan kendala)

B. Indikator dan Pedoman Pelaporan

PERTANYAAN 5: Apakah tersedia definisi operasional, formulasi perhitungan dan sumber data untuk data yang dikumpulkan?

Probing : **(a)** Bagaimana DO yang digunakan untuk data yang dikumpulkan? (sumbernya, formulasi, kendala memperoleh, kendala menggunakan?); **(b)** Bagaimana cara mengantisipasi kendala yang timbul karena sulit memperoleh pada pengumpulan data (usulan untuk menghilangkan kendala tersebut); **(c)** Bagaimana cara mengantisipasi kendala yang timbul karena kesulitan dalam menghitung (usulan untuk menghilangkan kendala tersebut)

PERTANYAAN 6: Apakah tersedia pedoman pembuatan laporan?

Probing : **(a)** Bagaimanakah dalam pembuatan laporan? (apakah ada pedoman yang digunakan, judul, diterbitkan oleh siapa, tahun); **(b)** Bagaimanakah petunjuk penyajian format laporan dipedoman tersebut? (mudah diikuti, bahasanya mudah dimengerti, terdapat contoh laporan); **(c)** Bagaimanakah kendala yang ditemukan selama pembuatan laporan (ada atau tidak, mengatasinya, usulan untuk menghilangkan kendala tersebut)

PERTANYAAN 7: Apakah data yang dikumpulkan sudah sesuai dengan definisi operasional dalam pedoman?

Probing : **(a)** Jika tidak, data yang dikumpulkan apa saja (tuliskan); **(b)** apa yang menyebabkan perbedaan tersebut, ; **(c)** apakah terdapat DO lain yang digunakan (jelaskan), **(d)** Bagaimanakah keputusan membuat pelaporan apabila terjadi DO tidak sesuai dengan pedoman?

PERTANYAAN 8: Sebelum dikirim apakah laporan dinilai/dicek oleh atasan langsung?

Probing : **(a)** Siapa yang biasaya menilai laporan sebelum dikirimkan/didistribusikan; **(b)** Apa saja yang biasanya dinilai; **(c)** berapa lama biasanya waktu untuk menilai laporan tersebut sampai dikembalikan lagi untuk di perbaiki; **(d)** Jika atasan langsung berhalangan atau tidak berada ditempat siapa yang melakukan penilaian

C. Pengumpulan Data dan Ketersediaan Formulir

PERTANYAAN 9: Apakah tersedia formulir pencatatan/pelaporan data?

Probing : **(a)** Siapa yang bertanggung jawab untuk penyediaan formulir pencatatan?; **(b)** Siapa yang bertanggung jawab untuk penyediaan formulir rekap pelaporan (bulanan/triwulan/tahunan); **(c)** Apakah pernah terjadi kekurangan formulir pencatatan; **(d)** jika terjadi kekurangan formulir tersebut bagaimana cara mengatasinya; **(e)** Apakah variabel yang tersedia dalam blanko formulir pencatatan / pelaporan yang ada sudah sesuai dengan kebutuhan, misal ada kebutuhan variabel yang perlu dicatat atau dilaporkan tetapi belum tersedia dalam blanko tersebut; **(f)** Jika tidak sesuai dengan kebutuhan, bagaimana cara mengantisipasinya?; **(g)** Bagaimana usulan untuk menghilangkan kendala tersebut?

PERTANYAAN 10: Apakah tersedia pedoman pengisian formulir pencatatan/pelaporan

Probing : **(a)** Bagaimanakah dalam pengisian formulir pencatatan dan pelaporan? (apakah ada pedoman yang digunakan, judul, diterbitkan oleh siapa, tahun); **(b)** Bagaimanakah petunjuk pengisian formulir pencatatan dan pelaporan? (mudah diikuti, bahasanya mudah dimengerti, terdapat contoh mengisi dan mencatat data); **(c)** Bagaimanakah kendala yang ditemukan selama mengisi formulir pencatatan dan pelaporan (ada atau tidak, mengatasinya, usulan untuk menghilangkan kendala tersebut)

PERTANYAAN 11: Apakah pengisian formulir pencatatan/pelaporan sudah sesuai dengan pedoman?

Probing : **(a)** Apakah data yang dicatat sesuai dengan pedomannya (apabila tidak apa yang dilakukan, bagaimana usulan untuk menghilangkan kendala tersebut); **(b)** Bagaimana kendala yang sering timbul karena pengisian pada formulir pencatatan dan pelaporan (apakah yang dilakukan untuk mengantisipasi, mengatasi kendala tersebut)

PERTANYAAN 12: Apakah terdapat identitas petugas dan waktu pengisian formulir?

Probing : **(a)** Siapa yang berhak untuk mengisi formulir?; **(b)** Apakah identitas petugas mutlak ada pada pengisian formulir?; **(c)** Apabila petugas tidak mengisi identitas pada waktu mengisi formulir apakah pencatatan tersebut dianggap sah; **(d)** Siapakah yang bertanggung jawab terhadap pengisian identitas petugas?; **(e)** Bagaimana tindakan yang dilakukan apabila ada petugas yang tidak mengisi identitasnya.

(f) kendala apa yang sering timbul dalam hal pengisian identitas petugas dan bagaimana cara mengatasinya?

D – Pengolahan dan Analisis Data

| |
|---|
| <p>PERTANYAAN 13: Apakah tersedia panduan dan prosedur untuk pengolahan data?" (jika sudah terkomputerisasi, maka diidentifikasi juga panduan mengolah data secara terkomputerisasi)</p> <p>Probing : (a) Judul panduan dan prosedur untuk pengolahan data; (b) siapa yang mengeluarkan panduan tersebut; (c) apakah ada sosialisasi untuk memaparkan isi dari panduan tersebut?; (d) bagaimana jika tidak tersedia panduan, apa yang menjadi acuan petugas dalam mengolah data; (e) hal apa yang sering menjadi kendala petugas dalam mengolah data; (f) Bagaimana cara mengatasi kendala tersebut</p> |
| <p>PERTANYAAN 14: Apakah tersedia panduan analisis data?" (jika sudah terkomputerisasi, maka diidentifikasi juga panduan analisis data secara terkomputerisasi)</p> <p>Probing : (a) Judul panduan dan prosedur untuk analisis data; (b) siapa yang mengeluarkan panduan tersebut; (c) apakah ada sosialisasi untuk memaparkan isi dari panduan tersebut?; (d) bagaimana jika tidak tersedia panduan, apa yang menjadi acuan petugas dalam menganalisis data; (e) hal apa yang sering menjadi kendala petugas dalam mengolah data?; (f) Bagaimana cara mengatasi kendala tersebut</p> |
| <p>PERTANYAAN 15: Apakah hasil analisis data sudah sesuai dengan panduannya?</p> <p>Probing : (a) Apakah petugas mengikuti tahapan membuat analisis sesuai yang tertera dalam buku panduan; (b) jika tidak, apa kendalanya? Bagaimana cara mengatasinya; (c) Apakah petugas tidak memahami tahapannya?; (d) bagaimana memberikan umpan balik pada petugas ybs?</p> |
| <p>PERTANYAAN 16: Apakah sudah pernah dilakukan pelatihan analisis data bagi staf pengelola data ?</p> <p>Probing : (a) Apa nama pelatihannya; (b) siapa saja yang dilatih; (c) kapan terakhir pelatihan diselenggarakan; (d) Apakah pelatihan dilakukan secara rutin; (e) apakah ada mekanisme untuk mengajarkan atau memaparkan kembali hasil yang didapat dari pelatihan pada petugas yang lain; (f) Kendala apa yang sering muncul sehubungan dengan pelatihan analisis data dan bagaimana cara mengantisipasinya</p> |
| <p>E—Kelengkapan Laporan dan Ketepatan Waktu Pelaporan</p> |
| <p>PERTANYAAN 17: Apakah laporan tersebut sudah lengkap?, sesuai dengan jenis formulir pelaporan yang tertera dalam standar (misal : LB 1, LB 2, LB 3, LB 4) ?</p> <p>Probing: (a) : Siapa yang bertanggung jawab pada kelengkapan laporan tersebut (misal : LB 1, LB 2, LB 3, LB 4) ; (b) Apakah ada mekanisme untuk mengecek kelengkapan pada laporan tersebut (misal : LB 1, LB 2, LB 3, LB 4) (c) Apakah ada dan kapan pertemuan untuk mengecek kelengkapan laporan tersebut (misal : LB 1, LB 2, LB 3, LB 4) : (d) Apakah ada kendala untuk mengecek kelengkapan laporan; (e) Bagaimana cara mengantisipasinya?; (f) Bagaimana usulan untuk memperbaikinya?</p> |
| <p>PERTANYAAN 18: Apakah data di setiap jenis laporan dilaporkan dengan terisi dengan lengkap?</p> <p>Probing: (a) : Siapa yang bertanggung jawab pada kelengkapan isi laporan tersebut (misal : LB 1, LB 2, LB 3, LB 4) ; (b) Apakah ada mekanisme untuk mengecek kelengkapan isi laporan tersebut (misal : LB 1, LB 2, LB 3, LB 4) (c) Apakah ada dan kapan pertemuan untuk mengecek kelengkapan isi laporan tersebut (misal : LB 1, LB 2, LB 3, LB 4) : (d) Apakah ada kendala untuk mengecek kelengkapan isi laporan; (e) Bagaimana cara mengantisipasinya?; (f) Bagaimana usulan untuk memperbaikinya?</p> |
| <p>PERTANYAAN 19: Apakah laporan yang dilaporkan sesuai dengan ketentuan waktu yang telah ditetapkan?</p> <p>Probing: (a) : Siapa yang bertanggung jawab pada ketepatan mengirim laporan tersebut (misal : LB 1, LB 2, LB 3, LB 4) ; (b) Apakah ada mekanisme untuk mengecek ketepatan pengiriman laporan tersebut (misal : LB 1, LB 2, LB 3, LB 4) (c) Apakah ada dan kapan pertemuan untuk mengecek ketepatan pengiriman laporan tersebut (misal : LB 1, LB 2, LB 3, LB 4) : (d) Apakah ada kendala untuk mengecek ketepatan pengiriman laporan; (e) Bagaimana cara mengantisipasinya?; (f) Bagaimana usulan untuk memperbaikinya?</p> |
| <p>PERTANYAAN 20: Apakah ada tindak lanjut jika data yang dilaporkan tidak lengkap ?</p> |
| <p>F– Pemanfaatan Data dan Informasi</p> |
| <p>PERTANYAAN 21: Apakah data/informasi digunakan pada pertemuan-pertemuan koordinasi?</p> <p>Probing: (a) Apakah ada data atau informasi yang biasa digunakan untuk pertemuan koordinasi (data atau informasi apa saja, sumber, frekuensi); (b) Siapa yang biasa menggunakan informasi tersebut; (c) pada pertemuan apa saja informasi tersebut biasa digunakan; (d) apakah ada kebutuhan data yang diperlukan pada saat pertemuan, namun tidak tersedia (misalnya : kesulitan mencari data, data belum diolah); (e) Bagaimana cara mengantisipasinya?; (f) Bagaimana usulan untuk memperbaikinya?</p> |
| <p>PERTANYAAN 22: Apakah informasi (hasil data rutin yang diolah dan dianalisis) dipublikasi pada masyarakat atau pemangku kepentingan?</p> <p>Probing : (a): Bagaimana bentuk / media publikasinya? (fact sheet, flyer, dll?); (b) frekuensi publikasi; (c) Siapa yang bertanggung jawab pada publikasi tersebut?</p> |
| <p>PERTANYAAN 23: Apakah terdapat umpan balik dari data/informasi yang dilaporkan?</p> |

Probing: (a) Siapa yang memberikan umpan balik; **(b)** Bagaimana bentuk umpan baliknya?; **(c)** Kendala apa saja yang sering kali timbul terkait dengan umpan balik dan bagaimana cara mengantisipasinya?; **(d)** Bagaimana usulan untuk memperbaiki mekanisme umpan balik

PERTANYAAN 24: Apakah sistem pencatatan dan pelaporan sudah terintegrasi (terhubung secara langsung) dengan Sistem Informasi Kesehatan Daerah/Nasional?

Probing: (a) Apakah sistem informasi kesehatan daerah/nasional sudah ada ditempat anda?; **(b)** Apakah sistem tersebut sudah digunakan dalam kegiatan apa saja (misal, pengumpulan data, pengisian data, pengolahan data, analisis data dan pelaporan); **(c)** Data apa saja yang sudah dapat dikomunikasikan secara online; **(d)** Apakah informasi tersebut dapat diakses secara online antar unit maupun unit kerja di atasnya (misal Dinas Kesehatan); **(e)** Bagaimana ketersediaan infrastrukturnya; **(f)** Jika sudah terhubung secara online kendala apa saja yang sering; **(g)** Bagaimana mengatasi kendala tersebut

3. Peserta menginput data hasil penilaian sistem pemantauan dan evaluasi kedalam aplikasi program PMKDR.
4. Peserta melihat hasil output dan mengcopy dari program Excel ke program Word.
5. Peserta membuat laporan dan kesimpulan hasil penilaian sistem pemantauan dan evaluasi.

BAGIAN III.
MATERI PENUNJANG

draft

MATERI PENUNJANG 1

BUILDING LEARNING COMMITMENT (BLC)

I. DESKRIPSI SINGKAT

Building Learning Commitment (BLC) merupakan semacam “kontrak belajar” yang dilakukan di awal pembelajaran. Kegiatan ini berguna untuk mencari kesepakatan norma diantara seluruh pihak yang terlibat. Kesepakatan norma pembelajaran diperlukan untuk menunjang tercapainya iklim pembelajaran yang kondusif karena masing-masing pihak akan terikat oleh kesepakatan norma bersama. Selain itu BLC juga merupakan suatu proses pembelajaran untuk mempersiapkan peserta guna mengikuti proses belajar secara individual, kelompok dan menyeluruh yang mengubah diri ke arah positif baik secara intelektual maupun emosional

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum (TPU)

Setelah selesai mengikuti materi ini, peserta mampu mengaplikasikan konsep “membangun komitmen belajar” atau kesepakatan serta motivasi belajar.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus (TPK)

Setelah selesai mengikuti materi ini, peserta mampu:

1. Mengetahui seluruh peserta dan panitia penyelenggara
2. Menjelaskan tujuan pelatihan yang diikutinya
3. Menguraikan harapannya dalam mengikuti pelatihan
4. Menyusun bersama tentang nilai dan norma yang akan diterapkan selama pelatihan

III. POKOK BAHASAN dan SUB POKOK BAHASAN

Pokok bahasan dalam materi ini meliputi:

Pokok Bahasan 1: Perkenalan antara peserta, fasilitator dan panitia pelaksana

Pokok Bahasan 2: Penjelasan tujuan pelatihan

Pokok Bahasan 3: Tahapan

Pokok Bahasan 4: Harapan pembelajaran

Pokok Bahasan 5: Nilai dan norma

IV. METODE, MEDIA, dan ALAT BANTU

A. Metode

- Ceramah
- Tanya Jawab
- Curah Pendapat
- Permainan
- Diskusi Kelompok

B. MEDIA dan ALAT BANTU

- Bahan tayang (slide power point)
- Laptop/LCD
- Modul
- White Board
- Flipchart
- Spidol
- Lembar permainan

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut merupakan langkah-langkah kegiatan pembelajaran:

Langkah 1: Pengkondisian

- Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat.
- Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan.
- Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
- Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan dengan menggunakan bahan tayang, alat Bantu dan permainan.

Langkah 2: Perkenalan antara peserta, fasilitator dan panitia pelaksana

Fasilitator menjelaskan tentang pentingnya untuk saling kenal antara satu peserta dengan peserta yang lain dan antara fasilitator dengan peserta, serta antara peserta, fasilitator dengan panitia pelaksana. Menggunakan game

Langkah 3: Penjelasan tujuan pelatihan

Fasilitator menjelaskan tentang pentingnya tujuan pelatihan sebelum pelatihan dimulai. Penjelasan dengan cara ceramah menggunakan bahan tayangan power point dan tanya jawab

Langkah 4: Tahapan

Fasilitator menjelaskan tentang tahapan-tahapan BLC. Penjelasan dengan cara ceramah menggunakan bahan tayangan power point, tanya jawab dan diskusi

Langkah 5: Harapan pembelajaran

Fasilitator menjelaskan tentang pentingnya menggali harapan pembelajaran dari para peserta pelatihan. Penjelasan dengan cara ceramah menggunakan bahan tayangan power point, tanya jawab dan diskusi

Langkah 6: Nilai dan norma

Fasilitator menjelaskan tentang perlunya mengenalkan nilai dan norma selama pelaksanaan pelatihan kepada peserta pelatihan. Penjelasan dengan cara ceramah menggunakan bahan tayangan power point, tanya jawab, dan diskusi

VI. URAIAN MATERI

POKOK BAHASAN 1: PERKENALAN ANTARA PESERTA, FASILITATOR DAN PANITIA PELAKSANA

Pemaparan Identifikasi diri

Banyak metoda yang dapat digunakan dalam kegiatan ini, salah satu diantaranya dilakukan dengan berdiri melingkar termasuk pelatih/fasilitator untuk memperkenalkan diri beserta identitas lainnya seperti nama, asal instansi, jabatan, rumah tinggal, status keluarga dan lainnya sesuai kesepakatan kelas.

Setelah selesai pelatih/fasilitator secara random dapat meminta beberapa anggota kelas untuk menyebutkan nama-nama anggota kelas yang baru saja diperkenalkan, hal ini berguna untuk mempercepat penghafalan identitas paling tidak hafal nama

POKOK BAHASAN 2: PENJELASAN TUJUAN PELATIHAN

Tujuan pelatihan disampaikan dengan bahasa yang jelas, sederhana dan lugas, agar peserta pelatihan dapat menangkap dan memahami tujuan yang ingin dicapai dengan mengikuti pelatihan ini

POKOK BAHASAN 3: TAHAPAN BLC

Tahapan pelaksanaan BLC adalah sebagai berikut:

- Climate Setting: Melakukan kegiatan “ice breaking” untuk membangun suatu team lerning yang kompak
- Learning Style Inventory: Dimaksud agar masing – masing individu dalam tim dapat mengenali dirinya sendiri yaitu dalam hal gaya belajarnya
- Learning Commitment: agar kumpulan individu dalam tim mampu membangun komitmen bersama dalam proses pembelajaran

- Learning Disability: dimaksudkan agar peserta memahami kendala kemampuan belajar baik secara individu maupun tim

Learning Style Inventory (LSI):

- Menguraikan cara anda “belajar dan memberikan gambaran tentang bagaimana anda menghadapi ide2, situasi dari hari ke hari
- Kita memahami bahwa setiap orang mempunyai cara belajar yang berbeda – beda.
- Iventarisasi ini membantu anda untuk mengerti apa arti gaya belajar untuk anda dan akan membantu anda untuk mengerti dengan lebih baik

Learning Commitment:

Komitmen = kesepakatan

Janji atau kesanggupan yang pasti untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu

Learning Disability:

- Saya adalah posisi saya (*I am my position*)
- Musuh di luar sana (*The enemy is out there*)
- Ilusi dalam mengambil keputusan (*The illusion of taking charge*)
- Terpaku atas peristiwa-peristiwa (*The fixation of events*)
- Perumpamaan kodok rebus (*The parable of the boiled frog*)
- Kesalahpahaman dalam mengambil pelajaran dari pengalaman (*The delusion of learning from experience*)
- 7 Mitos tim manajemen (*The myth of the management team*)

POKOK BAHASAN 4: HARAPAN PEMBELAJARAN

Inventarisasi harapan pembelajar selama mengikuti pembelajaran baik dari segi substansi materi, proses pembelajaran, setelah selesai pelatihan dan hal-hal lain yang dianggap perlu

POKOK BAHASAN 5: NILAI DAN NORMA

Nilai adalah ukuran tentang kebaikan atau kebenaran yang dipraktikkan dalam kehidupan individu maupun organisasi.

Norma adalah aturan (baik tertulis atau tidak tertulis) agar nilai-nilai dapat diwujudkan dengan baik dalam kehidupan individu maupun organisasi.

Dalam bahasan ini dilakukan diskusi untuk menyepakati nilai dan norma apa saja yang perlu diterapkan selama pelatihan berlangsung agar menghasilkan dinamika pembelajaran yang optimal. Selain menyepakati kontrol kolektif

sebagai tindakan sanksi (kolektif) yang dijatuhkan kepada pihak-pihak yang tidak mematuhi kesepakatan nilai/norma kelas.

Selanjutnya supaya proses belajar dapat mencapai tujuan maka dilakukan komitmen bersama yaitu janji/kesanggupan bersama yang dilandasi oleh nilai, norma serta kendali yang ditentukan bersama dalam mencapai sesuatu yang diinginkan

VII. REFERENSI

Kemkes RI-Badan PPSDM Kesehatan, Pusdiklat Aparatur, Kurikulum dan Modul Pelatihan Tenaga Pelatih Program Kesehatan (TPPK), 2012

draft

VIII. LAMPIRAN

- Panduan permainan

MATERI PENUNJANG 2 RENCANA TINDAK LANJUT (RTL)

I. Deskripsi Singkat

Rencana Tindak Lanjut (RTL) adalah suatu upaya atau kegiatan yang dilakukan oleh peserta pelatihan setelah kegiatan pelatihan selesai. RTL sebaiknya dibuat secara spesifik dan realistis sesuai tanggung jawabnya (Wiyoto dan Rahmat, 2008). RTL juga merupakan bentuk komitmen dari para *stakeholder* untuk melakukan kegiatan-kegiatan yang tertuang dalam RTL tersebut. RTL dilaksanakan pasca pelatihan agar dapat memberikan dampak yang signifikan dalam meningkatkan kemampuan peserta pelatihan (USAID, 2010).

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu menyusun perencanaan untuk meningkatkan Pemantauan Mandiri Kualitas Data Rutin (PMKDR)

Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mengikuti materi ini, peserta mampu

1. Menjelaskan pengertian dan ruang lingkup RTL
2. Menjelaskan unsur-unsur RTL
3. Menjelaskan langkah-langkah penyusunan RTL
4. Menyusun RTL untuk pelatihan/kegiatan yang akan diselenggarakan di Instansi masing-masing

III. POKOK BAHASAN dan SUB POKOK BAHASAN

Pokok Bahasan 1: Pengertian dan ruang lingkup RTL

Pokok Bahasan 2: Unsur-unsur RTL

Pokok Bahasan 3: Langkah-langkah Penyusunan RTL

Pokok Bahasan 4: RTL untuk integrasi PMKDR ke dalam kegiatan rutin yang dilaksanakan di instansi masing-masing mulai dari Pusat, Prov dan Kab/kota

IV. METODE, MEDIA, dan ALAT BANTU

A. Metode

- Penjelasan singkat
- Diskusi Kelompok
- Pleno

B. MEDIA dan ALAT BANTU

- Bahan tayang (slide power point)
- Laptop
- LCD
- Modul
- White Board
- Flipchart
- Spidol
- Lembar penugasan
- Lembar permainan

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Berikut merupakan langkah-langkah kegiatan pembelajaran:

Langkah 1: Pengkondisian

- Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat.
- Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas, mulailah dengan perkenalan.
- Perkenalkan diri dengan menyebutkan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
- Sampaikan tujuan pembelajaran materi ini dan pokok bahasan yang akan disampaikan dengan menggunakan bahan tayang, alat Bantu dan permainan bila diperlukan.

Langkah 2: Pengertian dan ruang lingkup RTL

Fasilitator memberikan materi tentang pengertian dan ruang lingkup RTL, menggunakan bahan tayang *power point*, *flipchart*, *white board*, dan spidol

Pengertian: Rencana tindak lanjut merupakan penjabaran rencana kerja operasional yang terfokus pada pemecahan masalah prioritas. Rencana tindak lanjut disusun berdasarkan prioritas masalah yang ditemui dalam program kesehatan yang perlu mendapatkan perbaikan

Ruang Lingkup: Rencana tindak lanjut PMKDR terdiri dari dua hal utama, yaitu perbaikan terhadap komponen kualitas data dan integrasi PMKDR dalam kegiatan rutin.

Selain itu agar hasil pelatihan ini dapat memberikan dampak yang bermakna terhadap peningkatan mutu SDM, maka perlu diadakan usaha-usaha nyata pasca pelatihan yang dituangkan dalam Rencana Tindak Lanjut (RTL).

Langkah 3: Unsur-unsur RTL

Fasilitator memberikan penjelasan dan pengertian tentang unsur-unsur RTL

Langkah 4: Langkah-langkah Penyusunan RTL

Fasilitator memberikan penjelasan tentang langkah-langkah penyusunan RTL

Langkah 5. RTL untuk integrasi PMKDR ke dalam kegiatan rutin yang dilaksanakan di instansi masing-masing mulai dari Pusat, Prov dan Kab/kota

Fasilitator mengajak peserta secara berkelompok untuk membuat RTL tentang integrasi

PMKDR ke dalam kegiatan rutin yang dilaksanakan mulai dari Pusat, Prov dan Kab/Kota

VI. URAIAN MATERI

Pokok Bahasan 1. Pengertian dan Ruang Lingkup RTL

Pokok Bahasan 2. Unsur-unsur RTL

Pokok Bahasan 3. Langkah-langkah penyusunan RTL untuk perbaikan kualitas data

Pokok Bahasan 4. Pembahasan rencana integrasi PMKDR ke dalam kegiatan rutin yang dilaksanakan di instansi masing-masing mulai dari Pusat, Prov dan Kab/Kota

V. URAIAN MATERI

POKOK BAHASAN 1: PENGERTIAN DAN RUANG LINGKUP RTL

RTL merupakan cerminan komitmen dari peserta pelatihan untuk melaksanakan kegiatan kongkret setelah pelatihan selesai. Hasil dari pelaksanaan RTL dapat menjadi acuan peserta dalam mengimplementasikan hasil pelatihan yang sudah didapat.

Selain itu, agar hasil pelatihan ini dapat memberikan dampak yang bermakna terhadap peningkatan mutu SDM, maka perlu diadakan usaha-usaha nyata pasca pelatihan yang dituangkan dalam Rencana Tindak Lanjut (RTL).

POKOK BAHASAN 2: UNSUR-UNSUR RTL

Menurut Wiyoto dan Rahmat (2008), dalam menyusun Rencana Tindak Lanjut pada umumnya akan mencakup hal-hal sebagai berikut:

- **"Apa"**, yaitu menyangkut jenis kegiatan yang dapat dilakukan di dalam kegiatan sehari-hari di tempat kerjanya.
- **"Bagaimana"**, yaitu cara atau langkah-langkah yang harus ditempuh sehingga apa dapat terlaksana dengan baik dan benar.
- **"Siapa"**, yaitu menyebutkan pihak terkait (stakeholder) siapa saja yang harus dan perlu dilibatkan dalam melakukan kegiatan tindak lanjut. masyarakat, staf yang lain atau pimpinan lembaga.
- **"Kapan"**, yaitu menjelaskan dan menguraikan tentang batasan waktu kapan akan dimulai dan kapan akan berakhir.
- **"Dimana"**, yaitu menyebutkan dimana kegiatan tersebut akan dilakukan. Apakah akan dilakukan di lapangan dengan guru dan perangkat sekolah lainnya atautkah akan dilakukan di tempat kerjanya atau di unit kerjanya sendiri, di unit yang lain atau akan diterapkan di luar lembaga lain yang terlibat di dalamnya.

POKOK BAHASAN 3: LANGKAH-LANGKAH PENYUSUNAN RTL

Langkah-langkah penyusunan RTL yang terdiri dari:

- a) Identifikasi masalah faktor penghambat, seperti sumber daya, legitimasi, masalah dan kemungkinan penyelesaiannya
- b) Penentuan tujuan dan sasaran
- c) Mobilisasi sumber daya
- d) Mengembangkan pilihan strategi
- e) Operasionalisasi
- f) Implementasi

Langkah 5. RTL untuk integrasi PMKDR ke dalam kegiatan rutin yang dilaksanakan di instansi masing-masing mulai dari Pusat, Prov dan Kab/kota

Pengertian Integrasi PMKDR: Integrasi adalah suatu upaya yang melibatkan beberapa unsur ke dalam kegiatan bersama secara efektif untuk mencapai suatu tujuan yang diharapkan (integrasi pelaksanaan). Kegiatan PMKDR merupakan kegiatan rutin dan dapat bergabung dengan kegiatan pemantauan dan evaluasi, dan bimbingan teknis.

Tujuan Integrasi PMKDR: Integrasi PMKDR ke dalam program rutin bertujuan untuk meningkatkan kualitas data secara efektif dan efisien, serta berkelanjutan.

Metode Integrasi PMKDR: Pada tahap awal pengembangan PMKDR, Pusat Data dan Informasi menginisiasi upaya untuk peningkatan kualitas data dengan memilih program dan indikator kunci untuk dinilai kualitas datanya. Pada tahap selanjutnya diharapkan masing-masing program dapat mengembangkan dan mengaplikasikan PMKDR untuk indikator lainnya.

Setiap Program Mengintegrasikan PMKDR ke dalam kegiatan **monitoring dan evaluasi** dan/atau kegiatan **bimbingan teknis** dengan cara menggabungkan kegiatan PMKDR ke dalam kegiatan **manajemen data** di masing-masing program dan SIK di setiap jenjang (Pusat, Provinsi, Kab/kota) pada saat:

1. **Kegiatan pemantauan dan evaluasi,**
2. **Kegiatan bimbingan teknis, dan**
3. **Kegiatan pematkhiran data**

Idealnya petugas yang melakukan kegiatan PMKDR sudah mendapatkan pelatihan tentang PMKDR. Namun demikian, setiap staf program dan petugas SIK yang sudah memahami PMKDR dan memahami program yang akan dinilai dapat melakukan kegiatan PMKDR

Pembentukan Tim Penilai Kualitas Data

Dalam menjaga kualitas data, perlu dibentuk tim penilai di setiap tingkatan:

- Tim penilai kualitas data Dinas Kesehatan kab/kota
- Tim penilai kualitas data Dinas Kesehatan provinsi
- Tim penilai kualitas data tingkat pusat

Kriteria tim penilai antara lain:

- Memiliki SK (surat keputusan) sebagai anggota tim penilai
- Telah mengikuti orientasi Petunjuk Teknis PMKDR
- Mewakili program yang akan dinilai

Pemanfaatan PMKDR

1. Meningkatkan kepercayaan para pengambil kebijakan terhadap kualitas data rutin
2. Meningkatkan penggunaan data rutin sebagai dasar untuk perencanaan dan menentukan prioritas program
3. Mengurangi ketergantungan pada data survei, sehingga terjadi efisiensi anggaran untuk survei yang tidak perlu
4. Setiap publikasi data dan informasi (seperti profil kesehatan), data yang disajikan diberikan tanda bintang dengan keterangan "Data telah dinilai kualitasnya dengan kelengkapan sekian %, keakuratan sekian % dan

konsistensi sekian %". Agar pengguna data mengetahui seberapa jauh kualitas data yang akan digunakannya.

5. Mendukung sistem kesehatan nasional (SKN).

Lampiran-1
Formulir Isian RTL

| Keg. Utama | Rincian Keg | Penanggung Jawab | | Sumber Daya/ Dana | Jadwal | | Alat Kontrol |
|------------|-------------|------------------|-----------|-------------------|--------|---------|--------------|
| | | Utama | Pendukung | | Mulai | Selesai | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

draft