



## KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur kami panjatkan Kehadirat Tuhan yang Maha Esa atas berkat dan bimbingan Nya, maka laporan hasil penelitian ini dapat diselesaikan dengan baik. Penelitian dengan judul Penguatan Peran Bidan Melalui Dialog dalam Upaya Melaksanakan Revolusi KIA di Kabupaten Manggarai Barat Nusa Tenggara Timur (NTT) tahun 2012, sudah diselesaikan, walaupun sebenarnya masih banyak masalah yang belum diperoleh, hal ini karena minimnya sumber daya yang memadai sehingga banyak masalah kesehatan yang belum dapat diselesaikan dengan baik. Melalui Dialog dengan para Bidan di Puskesmas banyak hal yang diperoleh tentang masalah kesehatan Ibu dan anak, dan oleh karena itu peran pendampingan dalam kegiatan PDBK berdampak positif untuk informasi masalah kesehatan kepada Pusat dari daerah yang mengalami masalah kesehatan.

Beberapa temuan dalam penelitian ini dipaparkan sesuai dengan hasil dialog bersama tim peneliti daerah. Hasil ini merupakan hasil cakupan pelaksanaan Program Kesehatan pengembangan yang sesuai dengan indikator IPKM yang mengacu pada Indonesia Sehat 2015 dengan standar Pelayanan Minimal. Oleh karena itu pendampingan dengan cara penelitian selama jangka waktu yang pendek, tidak dapat menghasilkan indikator yang sempurna, oleh karena itu diperlukan instrumen penunjang yang dapat membantu kabupaten dalam mengembangkan diri kearah yang lebih baik dalam upaya melaksanakan Revolusi KIA di Kabupaten Manggarai Barat Nusa Tenggara Timur (NTT).

Jakarta, 04 Desember 2012

Peneliti

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan  
**PERPUSTAKAAN**  
Tanggal : 21-6-2013  
No. Induk : 21  
No. Klas : 21  
PDBK

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	i
DAFTAR ISI .....	ii
DAFTAR TABEL .....	iii
DAFTAR GAMBAR .....	iv
IDENTITAS KETUA PELAKSANA .....	v
JUDUL PENELITIAN .....	v
RINGKASAN EKSEKUTIF .....	1
ABSTRAK .....	2
A. PENDAHULUAN .....	3
B. MANFAAT PENELITIAN .....	6
C. TUJUAN .....	6
1. Tujuan Umum .....	6
2. Tujuan Khusus .....	6
D. METODA PENELITIAN .....	7
1. Kerangka Pikir PDBK .....	7
2. Tempat dan Waktu Penelitian .....	7
3. Jenis Penelitian .....	7
4. Desain Penelitian .....	7
5. Populasi dan Sampel .....	8
6. Sampel Penelitian .....	8
7. Variabel Penelitian .....	8
E. INSTRUMEN PENELITIAN, INDIKATOR OUTPUT .....	9
F. ALUR KERJA PENELITIAN .....	13
1. Identifikasi Indikator Output .....	13
2. Outcome Yang Diharapkan .....	13
G. HASIL PENELITIAN .....	14
Tabel 1 : Persentase Perbandingan Indikator Riskesdas dengan Profil dan Data Nasional .....	14
Tabel 2 : Hubungan Antara Jumlah Bayi Lahir dengan Kematian .....	15
Tabel 3 : Jumlah Sasaran Bayi dengan Penimbangan .....	15
Tabel 4 : Hubungan Antara Jumlah Bayi Lahir Pemberian Asi Eksklusif .....	16
Tabel 5 : Hubungan Antara Ibu Hamil dengan Kematian Ibu Bersalin .....	17
Tabel 6 : Hubungan Antara Ibu Hamil dan bayi Lahir Hidup .....	19
Tabel 7 : Hubungan Antara Status Gizi dan Jumlah Bayi .....	20
Gambar 1 : Penyebab Kematian Bayi .....	21
Gambar 2 : Kemauan Ibu Nifas Memberi Asi Eksklusif Kepada Bayinya .....	22
Gambar 3 : Ibu Hamil VS BBLR & BGM .....	23
H. HASIL PENGAMATAN KUESIONER PDBK .....	24
1. Analisis Masalah .....	24
2. Analisis Forlah .....	24
3. Analisis Pelaksana .....	25
4. Analisis Monitoring .....	25
5. Analisis Level 1,2,3 Pengamatan .....	26
6. Analisis Kepedulian .....	26
7. Analisis Berfikir Strategis .....	26
I. KOLOM EMERGENCE KABUPATEN MANGGARAI BARAT NTT .....	27
J. PEMBAHASAN .....	28
K. KESIMPULAN .....	29
L. DAFTAR KEPUSTAKAAN .....	30
M. UCAPAN TERIMA KASIH .....	31
DAFTAR LAMPIRAN .....	32

## DAFTAR TABEL

No	Nama	Halaman
Tabel 1	Persentase Perbandingan Indikator Riskesdas dengan Profil dan Data Nasional.....	14
Tabel 2	Hubungan Antara Jumlah Bayi Lahir dengan Kematian.....	15
Tabel 3	Jumlah Sasaran Bayi dengan Penimbangan.....	15
Tabel 4	Hubungan Antara Jumlah Bayi Lahir Pemberian Asi Eksklusif.	16
Tabel 5	Hubungan Antara Ibu Hamil dengan Kematian Ibu Bersalin....	17
Tabel 6	Hubungan Antara Ibu Hamil dan bayi Lahir Hidup.....	19
Tabel 7	Hubungan Antara Status Gizi dan Jumlah Bayi.....	20

## DAFTAR GAMBAR

No	Nama	Halaman
Gambar 1	Penyebab Kematian Bayi.....	21
Gambar 2	Kemauan Ibu Nifas Memberi Asi Eksklusif Kepada Bayinya.....	22
Gambar 3	Ibu Hamil VS BBLR & BGM.....	23

## 1. IDENTITAS KETUA PELAKSANA

- a. Nama : Merryani Girsang, SSi, MSc
- b. Jabatan : Peneliti Madya
- c. Instansi/ Kantor/ Lembaga : PBTDK Badan Litbangkes Jakarta
- d. Alamat Kantor : Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta
- e. Tel/Fax : 4261088/126-4245386
- Email : merry@litbang.depkes.go.id
- e. Alamat Rumah : Jl. Husada V No 75 Pondok Gede Jati Bening

## 2. JUDUL PENELITIAN

**Pengutan peran bidan melalui dialog dalam upaya melaksanakan “Revolusi KIA” di Kabupaten Manggarai Barat Nusa Tenggara Timur (NTT)**

### **Daftar Nama Anggota Tim Peneliti**

- 1. Merryani Girsang, SSi.,MSc. (Jakarta) Ketua Pelaksana Penelitian
- 2. Ruben Waduwila, SKM . (Waikabubak) Pembantu Peneliti
- 3. Lili Puji Astuti, Amd.Keb. (Manggarai Barat) Pembantu Non Fungsional Peneliti Daerah

## Ringkasan Eksekutif

Salah satu masalah yang dihadapi pada daerah bermasalah kesehatan, adalah kurangnya dialog antara program dan jajaran kesehatan yang melakukan pelaksanaan ditingkat puskesmas dan tingkat posyandu. Hal inilah salah satu penyebab tidak meratanya informasi yang diperoleh dari tingkat pusat hingga dilapangan. Untuk itu perlu dilakukan penelitian, untuk menggali permasalahan di daerah bermasalah kesehatan. Salah satu kegiatan yang dilakukan adalah dengan melakukan pendampingan pada Bidan dan pelayan kesehatan, melalui Dialog dengan judul Penguatan peran Bidan melalui Dialog, dalam upaya melaksanakan Revolusi KIA. Dialog adalah sebuah komunikasi dua arah menuju *share meaning* untuk mendapatkan sebuah keputusan yang disepakati bersama, inilah yang akan dikembangkan dan dilaksanakan untuk meningkatkan nilai IPKM (Indek Pembangunan Kesehatan Masyarakat) pada tahun-tahun yang akan datang, sehingga permasalahan gizi buruk bukan lagi menjadi masalah di Kabupaten Manggarai Barat.

Upaya Revolusi KIA adalah untuk melihat dan mengamati terjadinya perubahan IPKM (Indek Pembangunan Kesehatan Masyarakat) terkait pendampingan dalam dialog serta monitoring status gizi dalam rangka meningkatkan pengetahuan gizi dan perubahan perilaku pelayanan kesehatan secara berkesinambungan.

Salah satu penyebab rendahnya gizi di Kabupaten Manggarai Barat, adalah karena rendahnya pendidikan para pelayan kesehatan di berbagai lini, ini dibuktikan dengan angka buta huruf yang cukup tinggi sebesar 96,51%, angka ini melebihi angka melek huruf nasional 91,55%. Sementara itu anggaran untuk pendidikan juga sangat rendah, jika dibandingkan dengan penghasilan hanya sebesar Rp.2.587.844 perkapita pertahun (Profil Kes, 2006). Anggaran biaya kesehatan di NTT tidak mencukupi, terutama untuk pembangunan infra struktur masih jauh dari harapan yaitu sarana kesehatan masyarakat, seperti gedung perkantoran dan sarana puskesmas masih belum terjangkau.

Angka kematian bayi cukup tinggi di Kabupaten Labuan Bajo, sebesar 68 orang dari 4.390 kelahiran hidup atau 15,49/1000 Kelahiran Hidup. Angka kematian Balita (AKABA) juga cukup tinggi yaitu sebanyak 15 orang pada tahun 2010 yaitu (3,42/1.000) Kelahiran Hidup. Tingginya kematian ini disebabkan oleh tingginya pertolongan persalinan oleh dukun di rumah, dan rendahnya penanganan dan rujukan komplikasi obstetri oleh tenaga kesehatan, serta masih rendahnya pelayanan ANC (*Ante Natal Care*). Kematian ibu bersalin sebanyak 10 orang pada beberapa puskesmas yaitu sebesar (296,13/100.000) angka ini meningkat setiap tahun. Oleh karena itu Revolusi KIA menjadi Indikator utama dalam menuntaskan masalah Kesehatan di NTT (Nusa Tenggara Timur).

## **Abstrak**

Penelitian dengan Judul Penguatan peran Bidan melalui Dialog dalam upaya melaksanakan “Revolusi KIA” di Kabupaten Manggarai Barat Nusa Tenggara Timur (NTT), bertujuan menilai perubahan sikap dan perilaku individu seperti Bidan sebagai pelaksana program dan ibu hamil sebagai penerima pelayanan kesehatan, dengan pendampingan melalui pengamatan perubahan sikap dan kesadaran dalam menjalankan pelayanan kesehatan. Indikator digunakan kuesioner PDBK dan FGD serta Tematik penelitian kepada bidan dan ibu hamil. Penelitian dilakukan mulai bulan Mei hingga bulan Desember tahun 2012. Sampel penelitian adalah Semua Bidan dan bumil yang berada pada dua puskesmas yang lokasinya berjauhan satu sama lainnya. Disain penelitian adalah Non intervensi explorative: yaitu penelitian tanpa intervensi, dengan sumber data kuesioner ABCDEF, data primer, hasil FGD/ observasi lapangan dan hasil indeph interview dan data sekunder dari profil 2010-2011, 2012 serta laporan F3 dan data penimbangan bayi. Analisa hasil kualitatif dan kuantitatif

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa jumlah kematian bayi baru lahir masih tinggi >50% dan jumlah bayi yang BBLR juga masih tinggi sebesar >25% dan diikuti dengan jumlah kematian ibu tinggi di Propinsi NTT sebesar 554/100.000 populasi pada tahun 2004 hasil Surkesnas. Beberapa hasil dialog dengan bidan diperoleh informasi, bahwa kematian ibu tinggi karena memang belum ada Rumah sakit di kabupaten ini, ibu yang mengalami masalah waktu nifas maupun saat melahirkan harus dibawa ke Roteng, karena rumah sakit satu-satunya yang ada terletak di Kabupaten Ruteng dimana jarak tempuh 5-8 jam dari kabupaten Manggarai Barat. Inilah salah satu masalah besar di kabupaten ini, yang menjadi penyebab kematian ibu melahirkan tinggi. Walau sudah dicanangkan Revolusi KIA tapi sarana dan prasarana masih belum memadai, sehingga masalah kematian ibu dan bayi belum bisa ditanggulangi dengan baik di Kabupaten Manggarai Barat.

**Kata kunci:** *PDBK, Dialog, Bidan Bumil, Revolusi KIA.*

## A. PENDAHULUAN

Kabupaten Manggarai Barat adalah salah satu kabupaten dari 33 propinsi di Indonesia. Kabupaten ini berada di propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), berdasarkan data hasil penelitian Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar) tahun 2007 diperoleh data IPKM (Indek Pembangunan Kesehatan Masyarakat) terhadap gizi kurang sebesar 30,10%, pendek sebesar 52,19%, kurus sebesar 18,32%, ketersedianya air bersih sebesar 22,09%, sanitasi lingkungan sebesar 5,96%, KNI (Kunjungan neonatal sebesar 30,00%, imunisasi hanya sebesar 47,70% dan timbang bayi sebesar 51,99%. Kabupaten Manggarai Barat terdiri dari 7 kecamatan, 121 desa/ kelurahan dan jumlah penduduk sebesar 221,430 jiwa pada tahun 2010, Wilayah ini mempunyai data kemiskinan sebesar 27,96%. Wilayah Manggarai Barat terletak dibagian katulistiwa pada bagian barat pulau Flores, dan terbanyak berpendidikan SD 96,51% dan tertinggi SLTA.

Berdasarkan data tersebut maka Indikator IPKM di Propinsi Manggarai Barat NTT masuk dalam 9 indikator utama dengan skor 5 yang masuk dalam katagori gizi buruk (PDBK,2011). IPKM merupakan gambaran dari keberhasilan dan kesenjangan antar daerah, dan kesenjangan yang terjadi bukan hanya kesenjangan antara daerah timur dan barat (*region disparity*) tetapi juga kesenjangan antar propinsi serta kesenjangan antar kabupaten/kota di satu propinsi.

Letak geografis Indonesia antar pulau merupakan kekayaan negara akan tetapi permasalahan yang dihadapi oleh masyarakat bervariasi dan sangat spesifik, dan gambaran tersebut digambarkan dengan peringkat IPKM yang dapat memperlihatkan kecendrungan yang mengarah kepada faktor ketidakadilan pemerataan kesehatan di seluruh Indonesia, hal ini membuat beberapa kabupaten di Indonesia menunjukkan angka kemiskinan yang bervariasi, terutama masalah kesehatan karena jauhnya jangkauan kesehatan yang tidak berkeadilan. Hal tersebut tergambar dari bobot nilai IPKM terendah pada 20 kabupaten, salah satunya adalah kabupaten *Manggarai Barat* nilai IPKM 0,32121 termasuk ranking 427 yang mempunyai masalah kesehatan.

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025 yang memiliki lima tujuan pokok. Salah satu tujuan pokok dari RPJPN adalah terwujudnya bangsa yang berdaya saing untuk mencapai masyarakat yang lebih makmur dan sejahtera, dengan salah satu indikasinya yaitu peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM). ([www.indonesia.go.id](http://www.indonesia.go.id)), karena salah satu indikator yang digunakan untuk menilai kualitas SDM adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM), dimana ditentukan oleh 3 faktor utama, yaitu pendidikan, kesehatan dan ekonomi yang sangat erat kaitannya dengan status gizi

masyarakat (DepKes, 2006). Riskesdas 2007 dan 2010 memperlihatkan *underweight* sebesar 18,4% dan 17,9 %, prevalensi *stunting* sebesar 36,8% dan 35,6%, dan prevalensi *wasting* sebesar 18,4% dan 17,9%, hal inilah yang membuktikan bahwa permasalahan gizi buruk di Indonesia sudah menjadi masalah bangsa.

Beberapa faktor yang mempengaruhi rendahnya tingkat konsumsi dan gizi di Manggarai Barat, adalah masalah kondisi dan situasi masyarakat, dimana daerah tersebut masih mengalami kesulitan air, kesulitan makanan bergizi, karena daerahnya berbukit-bukit dan berbatuan, sehingga sulit buat masyarakat melakukan pertanian dan bercocok tanam. Pada umumnya masyarakat adalah nelayan, karena lokasi pulau dikelilingi oleh pulau dan semua pulau tersebut itu satu dengan yang lain saling berjauhan, hal inilah yang membuat pemerataan penghasilan yang tidak merata. Akibat tidak meratanya penghasilan, maka daya beli masyarakat miskin semakin rendah, terutama pada masalah kebutuhan makan sehari-hari, itulah salah satu penyebab rendahnya gizi pada bayi dan balita di Kabupaten manggarai Barat.

“Revolusi Kesehatan Ibu dan Anak (Revolusi KIA)”, adalah salah satu kegiatan yang sedang dikembangkan di Propinsi NTT, ini dilaksanakan melalui optimalisasi pemenuhan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang memadai dan diperuntukkan bagi pelayanan kesehatan ibu dan bayi. Kegiatan Revolusi KIA adalah salah satu komitmen bersama antar lembaga kesehatan melalui program peningkatan kesehatan di tiap-tiap daerah, hal ini dilaksanakan untuk memperbaiki status gizi bayi dan balita. Angka kematian merupakan salah satu indikator status kesehatan dimasyarakat. Angka Kematian ibu (AKI), angka kematian Bayi (AKB), dan angka Kematian anak Balita (AKABA), serta angka harapan hidup (AHH) ditetapkan sebagai indikator-indikator dalam menuju Indonesia Sehat (Depkes 2003). Dasar terbentuknya Revolusi KIA adalah untuk strategi kebijakan yang langsung kepada sasaran, terutama kepada Ibu yang melahirkan dan bayi baru lahir melalui pendekatan bahwa, Semua Persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih pada fasilitas kesehatan yang memadai. Inilah yang disebut Revolusi KIA.

Penelitian ini bertujuan hanya untuk pendampingan kepada petugas kesehatan, yaitu bidan dan kader kesehatan, dimana dalam penelitian ini akan diperoleh data pemberian asi eksklusif dan monitoring status gizi.

Perubahan sikap dan tindakan pejabat dan petugas terkait diukur secara kuantitatif dengan menggunakan kuesioner yang telah ditentukan. Perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku bidan, kader posyandu, tokoh masyarakat dan ibu-ibu diukur secara kualitatif dengan pengumpulan data secara indepth dan FGD. Analisis data dilakukan dengan cara kualitatif dan kuantitatif. Analisis kuantitatif untuk melihat perubahan sikap, tindakan, program, kebijakan yang diperoleh dari kuesioner ABCDEFG pada responden pejabat dan petugas terkait. Metode yang digunakan

dalam penelitian ini adalah *Metode Triangulasi*. Pada hakekatnya metode ini merupakan pendekatan multi metode yang dilakukan peneliti pada saat mengumpulkan dan menganalisis data. Dimana ide utamanya adalah fenomena yang diteliti dapat difahami dengan baik, sehingga diperoleh kebenaran yang nyata, dan jika diamati dengan cermat dan dipandang dari berbagai sudut pandang, maka akan dimungkinkan perolehan kebenaran yang handal., oleh karena itu triangulasi adalah usaha untuk mengecek kebenaran data, atau informasi yang diperoleh oleh peneliti dari berbagai sudut pandang yang berbeda, dengan cara mengurangi sebanyak mungkin bias yang terjadi pada saat analisis dan pengumpulan data.

Analisis kualitatif untuk melihat perubahan pengetahuan, sikap dan perilaku seluruh informan mulai dari pejabat, petugas pelaku, tokoh masyarakat dan masyarakat terkait dari hasil wawancara mendalam, FGD dan pengamatan selama tahap pengumpulan data, dan hasil temuan penelitian akan membantuantisipasi kelayakan data hasil Risesdas tahun 2013.

Manfaat penelitian dapat menjadi model pemberdayaan melalui dialog dalam upaya perbaikan status gizi balita di Kabupaten Manggarai Barat. Dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan dan masukan bagi Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan Propinsi NTT serta Dinas Kesehatan di Kabupaten untuk kebijakan dan program perbaikan status gizi. masyarakat terutama ibu balita dapat meningkatkan pengetahuan tentang status gizi, dan diperoleh kebijakan dalam pemecahan masalah Revolusi KIA di Kabupaten Manggarai Barat. Tujuan khusus dalam penelitian adalah pendampingan dengan cara FGD kepada bidan dan bumil dengan menggali respon pelayanan kesehatan terhadap situasi kesehatan dan kinerja (Dinkes, Puskesmas, Posyandu, Poskesdes/ Polindes). *Need assesment* dan memberikan arahan untuk peningkatan masalah gizi dalam upaya melaksanakan Revolusi KIA di manggarai Barat. Data hasil penelitian akan dianalisis dengan pendekatan kuantitatif ,scoring dan pembobotannya. Analisis kualitatif dilakukan berdasarkan data kualitative dari hasil pendampingan di Kabupaten Manggarai Barat.

## B. MANFAAT PENELITIAN

1. Diperoleh model pemberdayaan melalui dialog dalam upaya perbaikan status gizi balita di Kabupaten Manggarai Barat.
2. Diharapkan akan bermanfaat sebagai bahan pertimbangan dan masukan bagi Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan di Kabupaten Manggarai Barat dalam program peningkatan status gizi melalui dialog untuk masalah Revolusi KIA di Kabupaten Manggarai Barat.
3. Bagi peneliti dapat digunakan sebagai model untuk penelitian lanjutan, sebagai pendekatan dan pendampingan dalam upaya kesehatan yang berkeadilan bagi daerah terpencil.

## C. TUJUAN

### 1. Tujuan Umum :

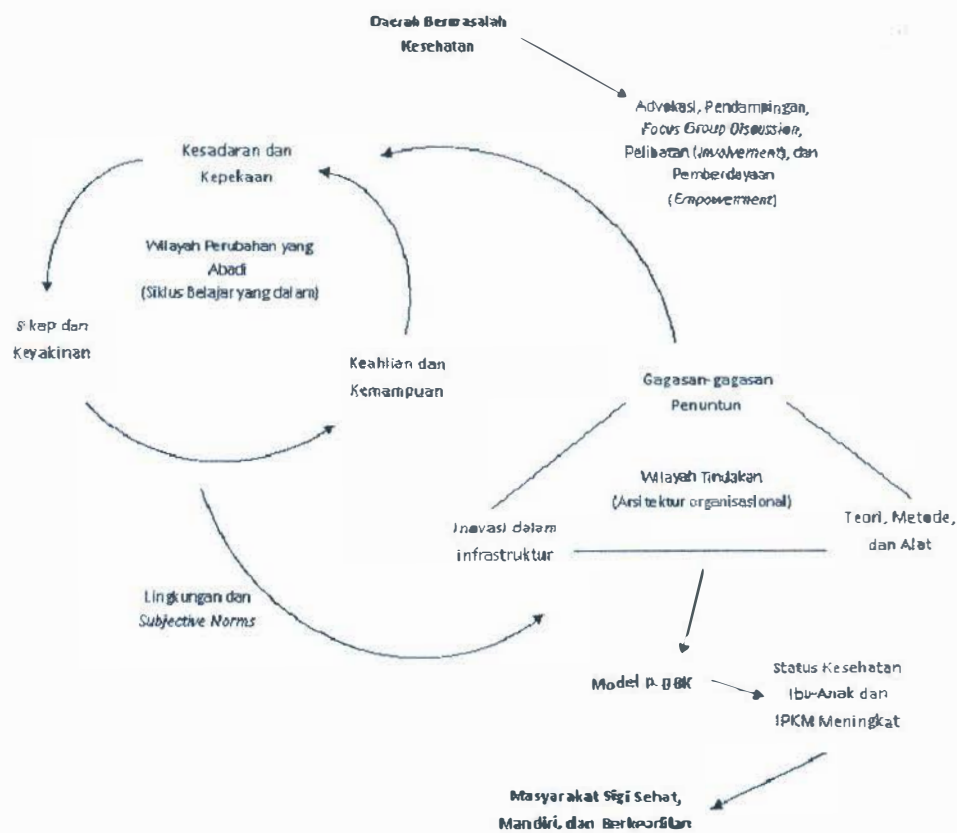
Penguatan Peran Bidan melalui dialog pemecahan masalah dalam Upaya pendampingan untuk meningkatkan status gizi balita dan pengetahuan bumil sesuai dengan pelaksanaan Revolusi KIA di Manggarai Barat

### 2. Tujuan Khusus :

1. Melakukan pendampingan dan pengamatan kinerja petugas kesehatan di puskesmas,serta memberi masukan melalui berdialog terhadap analisis situasi pelayanan kesehatan yang sedang berjalan .
2. Melakukan evaluasi melalui instrumen pdbk pada program kesehatan serta individu yang terlibat dalam pelaksanaannya dan *need assesment*
3. Memperoleh data status gizi bayi dan balita serta melakukan analisis faktor resiko internal dan eksternal untuk mengetahui tindak lanjut penelitian.
4. Menyampaikan alternatif intervensi yang sesuai dengan local spesifik dalam upaya meningkatkan Revolusi KIA
5. Menilai perubahan sikap dan perilaku individu (bidan sebagai pelaksana program),ibu hamil sebagai penerima pelayanan kesehatan dan menilai perubahan sikap dan kesadaran di tingkat Puskesmas dengan menggunakan kuesioner PDBK dan FGD.

## D. METODA PENELITIAN

### 1. Kerangka Pikir PDBK



Gambar 1 Kerangka pikir penelitian

### 2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kabupaten Manggarai Barat Propinsi Nusa Tenggara Timur dengan melibatkan 2 puskesmas di Kabupaten Manggarai Barat. Penelitian ini akan dilaksanakan dalam 8 bulan pada tahun 2012

### 3. Jenis Penelitian:

Operasional kuantitatif and kualitatif study

### 4. Disain Penelitian:

Non intervensi explorative: yaitu penelitian tanpa intervensi, melalui upaya penggalian beberapa permasalahany ang terjadi berdasarkan data Riskesdas 2007, yaitu adanya masalah status gizi pada balita serta pendampingannya. Penggalian status gizi buruk akan memberikan layanan dan manfaat untuk pengembangan program KIA di Kabupaten Manggarai Barat.

## 5. Populasi dan Sampel

Tenaga kesehatan yang bertugas di Puskesmas di Kabupaten Manggarai Barat.

## 6. Sampel penelitian:

Bidan di puskesmas → Kepala puskesmas, Pelaksana gizi, Tenaga posyandu → Bidan desa

Ibu hamil → ibu dengan usia kehamilan trimester 1, di puskesmas dan di lingkungan masyarakat

## 7. Variabel penelitian sbb:

No	Variabel	Kuesioner (A,B,C,D,E,F,G)
1.	Perubahan Sikap Fasyankes terhadap program KIA (kemampuan dasar )	Kuesioner (A) Kuesioner:..B
2.	Perubahan Kesadaran dan kinerja Puskesmas	Kuesioner:..A
3.	Polindes dan bidan bekerja sama	Kuesioner:..E.
4.	Pengetahuan Bidan/perawat meningkat	Kuesioner:.. A.
5.	Prilaku dan kebijakan pelaksana program	Kuesioner:..F
6.	Perubahan pengetahuan meningkat	Kuesioner:..A
7.	Pemberian Asi eksklusif meningkat	Kuesioner:..A.
8.	Perilaku ibu hamil meningkat (terkait ASI)	Kuesioner:..A..
9.	Status balita membaik km kinerja bidan baik	Kuesioner:..C
10.	Adanya peningkatan IPKM pd 2013?	Kuesioner:..(A,B,C,D,E,F)
11.	Hasil FGD bidan/kader/bumil	Kuesioner:..G
12.	Pengetahuan tentang budaya di Fasyankes	Kuesioner:..D
13.	Terjadi dialog dan aksi diantara kedua kelompok	Kuesioner: E
14.	Tematik hasil pendampingan FGD	Diskusi kelompok
15.	Adanya data D/S di PKM	Hasil penimbangan
16.	dll	Pengamatan dan dialog

### **E. Instrumen penelitian, Indikator *Output* dan Cara Pengumpulan Data**

1). Instrumen dalam penelitian ini terdiri dari kuesioner, yang akan digunakan dalam wawancara dan pengamatan. Penggunaan kuesioner untuk mengukur perubahan individu, kelompok maupun institusi. Formula kuesioner sebagai alat ukur digunakan dalam penelitian ini, dengan harapan tidak terjadi kesalahan sistematik antar daerah penelitian, karena sudah menjadi acuan dalam penelitian PDBK menggunakan kuesioner yang sama pada tiap kabupaten di daerah yang mengalami masalah kesehatan (DBK).

Selama masa pendampingan di lapangan, peneliti juga melakukan pencatatan pada log book, ini dilakukan pada saat turun ke lapangan atau pada saat supervisi. Melakukan FGD dipuskesmas, pada saat inilah peneliti melakukan diskusi karena pada saat yang bersamaan peneliti juga melakukan fungsi ganda, yaitu sebagai pengumpul data dan sebagai supervisor lapangan. Data kuesioner yang telah diisi akan dikumpulkan dan di entry di pusat oleh Balitbangkes. Keseluruhan proses pengukuran menggunakan alat ukur yang berbeda sesuai dengan kebutuhan pengukuran. Alat ukur tersebut diantaranya adalah:

Kuesioner PDBK, kuesioner PSP tentang KIA, Status gizi dan tumbuh kembang dan pedoman *Focus Group Discussion (FGD)*. Kuesioner perubahan individu adalah kuesioner: A. Kuesioner Kemampuan Dasar adalah kuesioner : B, Kuesioner Kerjasama adalah kuesioner. C. Kuesioner Budaya adalah kuesioner. D. Kuesioner Proses dialog dan koleksi Aksi menggunakan kuesioner E. Kuesioner Kebijakan Program adalah kuesioner F. Kuesioner Data Sekunder Input dan Output adalah kuesioner G. Kuesioner FGD untuk Ibu hamil dan ceklist kegiatan monev. Sedangkan cara pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, FGD dan pengisian kuesioner. Kuesioner A, B, C, D digunakan secara self assesment dengan pendekatan kuantitatif. Kuesioner E digunakan secara pengamatan dengan pendekatan kualitatif. Sedangkan kuesioner F digunakan dengan cara wawancara. Kuesioner G digunakan dengan menggali data sekunder. Penggunaan kuesioner-kuesioner tersebut disesuaikan dengan alur dan strategi kegiatan pendampingan PDBK.

Cara pendampingan dengan mengamati dan mengukur proses, dengan melakukan advokasi dan sosialisasi IPKM kepada daerah (propinsi dan kabupaten). Menjelaskan kepada daerah penelitian tentang arti dan makna IPKM, sehingga daerah tersebut diindikasikan daerah bermasalah kesehatan. Pengamatan dan pengukuran dilakukan saat sebelum (pre) pertemuan tim peneliti memberi penjelasan menggunakan kuesioner: ABCDG.

Setelah daerah penelitian merespon arti dari IPKM, maka peneliti harus siap memberi jawaban, jika terjadi respon positif atau respon negatif, yang berupa penolakan atau setuju dengan IPKM yang dipaparkan. Untuk itu peran pendampingan sangat diperlukan, dengan memanfaatkan LO (*Learning Organisation*). Dalam hal ini digunakan kuesioner E. Jika sudah ada kesepakatan dan menerima hasil IPKM dengan segala keberadaannya, maka dilakukan identifikasi masalah, dengan bekerjasama dengan tim (peneliti pusat/Kabupaten) melakukan konsensus atas prioritas masalah. Hasil temuan IPKM dihubungkan dengan status Gizi, KIA dan dengan indikator lingkungan melalui data sekunder. Poin-3 ini akan menghasilkan peta masalah dan alternatif model pemecahannya. (Pada saat pendampingan digunakan kuesioner E).

Jika terjadi penolakan hasil IPKM, maka kegiatan advokasi melibatkan seluruh jajaran mulai dari desa, kecamatan dan kabupaten, pendekatan melalui LO, agar kabupaten dapat menerima keadaan. Setelah IPKM sudah disetujui, langkah selanjutnya melakukan pemilihan Model Intervensi. Pada keadaan ini wajib melibatkan stakeholder dari Pemda pada tiap daerah, agar model Intervensi yang diperoleh merupakan *local specific*, dan terintegrasi dengan rencana jangka panjang (*integrated planning*) dengan disertai dukungan legalitas politik yang kuat. Model tersebut akan dapat terlaksana tahun berikutnya. (Pada saat pertemuan dengan kuesioner E)

Langkah selanjutnya menyusun kebutuhan sumber daya untuk intervensi melalui pembiayaan yang ada. Diusahakan melalui sumber APBN dan APBD daerah. Untuk program melalui hibah dan grant, dan hibah melalui grant melalui Litbang yang diusulkan oleh Peneliti pendamping, anggaran penelitian melalui satker dari (satuan kerja) (Untuk pemenuhan ini digunakan kuesioner E). Pelaksanaan Implementasi model, yang dilakukan oleh aktor daerah (*front-line workers*), melalui puskesmas dan bidan desa kepada masyarakat. Intervensi dilakukan dengan dengan tepat, sehingga dapat meningkatkan kesehatan dan status gizi di Kabupaten Manggarai Barat. Hasil pengukuran dari penelitian ini akan dilihat berdasarkan Riskesdas 2013, dengan mendapatkan adanya peningkatan IPKM atau tidak dari masing-masing daerah di Kabupaten Manggarai Barat. (kuesioner: E, F, G).

Pendampingan dilakukan dalam upaya meningkatkan pemberian asi eksklusif dan monitoring status gizi, baik melalui dialog langsung ataupun melalui komunikasi jarak jauh. oleh bidan di Puskesmas terpilih.

2). Identifikasi Indikator *Output*, dalam penelitian ini adalah adanya perubahan sikap dan perilaku bidan dan ibu hamil terhadap pemberian asi eksklusif dan pemantauan status gizi balita serta adanya perubahan sikap, keyakinan dan kinerja Puskesmas terkait dengan data kurang gizi. *outcome* penelitian meningkatnya nilai status gizi dan kinerja bidan, dengan harapan ada penurunan angka gizi buruk/kurang pada bayi balita melalui pemberian asi eksklusif oleh ibu-ibu kepada bayinya, setelah pendampingan dan monitoring selama tiga kali dalam kurun waktu penelitian.

Jadwal penelitian Mulai bulan Mei hingga Desember 2012, sesuai dengan besaran dana penelitian selama penelitian di Kabupaten Manggarai Barat Nusa Tenggara Timur (NTT)..

3). Alur kegiatan di lapangan adalah sbb:

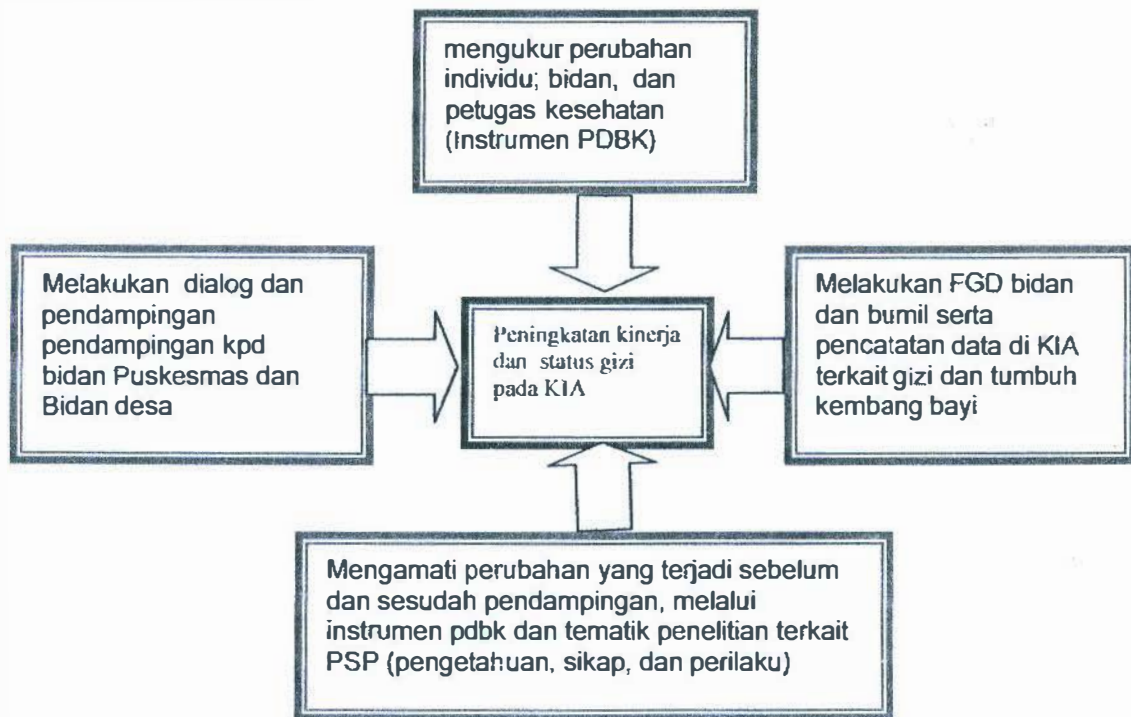
Alur kegiatan pendampingan dan penggunaan kuesioner adalah sebagai berikut:

1. Mengamati dan mengukur proses, dengan melakukan advokasi dan sosialisasi IPKM kepada daerah (propinsi dan kabupaten). Menjelaskan kepada daerah penelitian tentang arti dan makna IPKM, sehingga daerah tersebut diindikasikan daerah bermasalah kesehatan. Pengamatan dan pengukuran dilakukan saat sebelum (pre) pertemuan tim peneliti memberi penjelasan menggunakan kuesioner: ABCDG.
2. Setelah daerah penelitian merespon arti dari IPKM, maka peneliti harus siap memberi jawaban, jika terjadi respon positif atau respon negatif, yang berupa penolakan atau setuju dengan IPKM yang dipaparkan. Untuk itu peran pendampingan sangat diperlukan, dengan memanfaatkan LO (*Learning Organisation*). Dalam hal ini digunakan kuesioner E.
3. Jika sudah ada kesepakatan dan menerima hasil IPKM dengan segala keberadaannya, maka dilakukan identifikasi masalah, dengan bekerjasama dengan tim (peneliti pusat/Kabupaten) melakukan konsensus atas prioritas masalah. Hasil temuan IPKM dihubungkan dengan status Gizi, KIA dan dengan indikator lingkungan melalui data sekunder. Poin-3 ini akan menghasilkan peta masalah dan alternatif model pemecahannya. (Pada saat pendampingan digunakan kuesioner E).

Jika terjadi penolakan hasil IPKM, maka kegiatan advokasi melibatkan seluruh jajaran mulai dari desa, kecamatan dan kabupaten, pendekatan melalui LO, agar kabupaten dapat menerima keadaan.

4. Setelah IPKM sudah disetujui, langkah selanjutnya Melakukan pemilihan Model Intervensi. Pada keadaan ini wajib melibatkan stakeholder dari Pemda pada tiap daerah, agar model Intervensi yang diperoleh merupakan *local specific*, dan terintegrasi dengan rencana jangka panjang (*integrated planning*) dengan disertai dukungan legalitas politik yang kuat. Model tersebut akan dapat terlaksana tahun berikutnya. (Pada saat pertemuan dengan kuesioner E)
5. Langkah selanjutnya menyusun kebutuhan sumber daya untuk intervensi melalui pembiayaan yang ada. Diusahakan melalui sumber APBN dan APBD daerah. Untuk program melalui hibah dan grant, dan hibah melalui grant melalui Litbang yang diusulkan oleh Peneliti pendamping, anggaran penelitian melalui satker dari (satuan kerja) (Untuk pemenuhan ini digunakan kuesioner E)
6. Pelaksanaan Implementasi model, yang dilakukan oleh aktor daerah (*front-line workers*), melalui puskesmas dan bidan desa atau RSUD kepada masyarakat. Intervensi dilakukan dengan dengan tepat, sehingga dapat meningkatkan kesehatan dan status gizi di Kabupaten Manggarai Barat. Hasil intervensi akan diukur melalui Riskesdas 2013. Hasil temuan tersebut akan di analisis apakah terjadi peningkatan IPKM pada masing-masing daerah di Kabupaten Manggarai Barat. (kuesioner: E, F, G).
7. Hasil analisis pada tahun 2013 akan memperlihatkan, apakah ada peningkatan IPKM atau tidak. Analisis akan diuji melalui studi kasus melalui penelitian Pengembangan Model dan terjadi peningkatan, demikian juga pada model yang tidak ada peningkatan IPKM.
8. Pendampingan dilakukan dalam upaya meningkatkan pemberian asi eksklusif dan monitoring status gizi, baik melalui dialog langsung melalui komunikasi jarak jauh. Pengamatan menggunakan kuesioner PDBK, dengan cara memberikan kuesioner untuk diisi langsung oleh bidan di Puskesmas terpilih.
9. Memberikan kuesioner Pengetahuan, sikap dan praktek untuk diisi oleh bidan sebelum dan sesudah pendampingan, selanjutnya dilakukan FGD kepada bidan dan bumil di puskesmas Labuan Bajo dan Puskesmas Wae Nakeng.

## F. Alur kerja penelitian



### 1. Identifikasi Indikator *Output*

Indikator output dalam penelitian ini adalah adanya perubahan sikap dan perilaku bidan dan ibu hamil terhadap pemberian asi eksklusif dan pemantauan status gizi balita serta adanya dialog yang berkesinambungan untuk perubahan sikap, keyakinan dan kinerja Puskesmas terkait dengan kurang gizi dalam menunjang Revolusi KIA di Kabupaten Manggarai Barat.

### 2. Outcome yang diharapkan

*Outcome* penelitian ini adalah meningkatnya daya saing antar bidan untuk menurunnya angka gizi buruk/kurang melalui pemberian asi eksklusif oleh ibu-ibu kepada bayinya serta adanya dukungan perhatian dari Kemenkes sebagai tindak lanjut penelitian dalam monitoring status gizi bayi balita.

## G. Hasil Penelitian

Tabel 1. Persentase perbandingan Indikator Riskesdas dengan Profil dan Data Nasional

No	Indikator	Riskesdas 2007	Data Profil Tahun 2010	Data Nasional
1	Persalinan Nakes	21,38%	72,03%	21,38%
2	KN1	42,03%	91,00%	74,94%
3	KN2	34,04%	89,48%	-
4	Penimbangan balita .4-6x	69,06%	89,95%	82,41%
5	Gizi buruk balita	37,96%	1,01%	82,41%
6	Gizi kurang balita	33,06%	15,84%	19,75%
7	Pemberian asi eksklusif	-	33,15%	76,86%
8	Imunisasi laki- laki	42,0%	-	-
9	Imunisasi percmpuan	39,06%	-	-
10	Pencapaianuci/Universalchild Imunization	-	97,0%	-

Tabel -1 memperlihatkan adanya perbedaan nyata antara hasil profil dan hasil penelitian Riskesdas 2007, seperti terlihat dalam gambar ,tahun 2010 persalinan nakes 72,03% lebih tinggi dibandingkan dengan data Riskesdas sebesar 21,38%, ini memeperlihatkan tingginya persalinan yang tidak sebanding dengan fasilitas pelayanan kesehatan antar sektor di semua lini pelayanan kesehatan,hal ini dilihat dari data gizi buruk yang tinggi anantara tahun 2010 sebesar 37,96% dan data profil lebih kecil dari sstandar nasional. Pemberian asi eksklusif masih rendah pada segala bidang kesehatan di kabupaten maggarai barat.

Jika dilihat pada Tabel-2 hubungan anatar jumlah bayi lahir dan kematian terlihat lebih tinggi pada puskesmas Wae Nakeng dan Puskesmas Rekasesebesar 25%, diantara kematian tersebut lebih banyak karena gizi rendah, dan rendahnya pengetahuan ibu dalam pemberian makanan tambahan, sementara daerah tersebut masih jaub dari kemakmuran mata pencaharian, karena masyarakat umumnya nelayan dan tidak semua yang mampu dapat menjadi nelayan berhasil, dan kebanyakan hanya sebagai kuli.Inilah salah satu kendala di daerah ini, sementara daerah ini sudah menjadi wilayah primadona bagi kaum turis dalam dan luar negeri, hal ini karena pulau nya yang indah dengan alam laut yang sangat menarik untuk dikunjungi. Hal ini berbanding terbalik dengan kondisi masyarakat pada umumnya.

**Tabel 2. Hubungan antara jumlah bayi lahir dengan kematian**

<b>Puskesmas</b>	<b>Umur Bayi Terbanyak &gt;2-5th</b>	<b>Lahir hidup</b>	<b>Lahir mati</b>	<b>Jumlah Pneumonia</b>
Nagalili	822	355	3	215
Wai Nakeng	4612	690	25	28
Rekas	971	288	25	0
Golowelu	2297	318	9	0
Labuan Bajo	2152	996	3	0

Jika dilihat dari gambaran dan situasi di Kabupaten Manggarai Barat, disini masih belum ada Rumah Sakit yang sangat diperlukan oleh masyarakat. Yang ada hanya puskesmas, dan beberapa puskesmas belum cukup semua fasilitas yang dibutuhkan oleh masyarakat. Misalnya jika ada Ibu yang akan melahirkan dan mengalami komplikasi berat, maka ibu tersebut tidak bisa langsung ditangani di puskesmas setempat, terpaksa dibawa dengan mobil ambulance ke Ruteng yaitu salah satu Kabupaten terdekat yang sudah ada RS nya, padahal perjalanan ini memakan waktu anatar 5-8jam dengan kendaraan roda empat. Akibatnya banyak terjadi kegagalan dalam penanganan ibu melahirkan, karena sering terjadi shock ketika diperjalanan dan akhirnya membawa kematian bagi ibu yang malang tersebut.

**Tabel 3. Jumlah Sasaran Bayi dengan Penimbangan**

<b>Puskesmas</b>	<b>Jumlah Sasaran bayi</b>	<b>Ditimbang</b>	<b>Tidak Ada /hilang</b>	<b>BGM</b>
Nagalili	315	-	-	78
Wai Nakeng	704	-	-	47
Rekas	288	-	-	-
Golowelu	318	318	0	106
Labuan Bajo	1092	915	915	0

Hasil pendampingan dari pengamatan pdkb dari lima puskesmas dari data dinkes diperoleh data yang tidak lengkap, karena jumlah sasaran dan data timbang bayi tidak dilengkapi dalam laporan buku yang sempat kami amati pada saat pendampingan di Puskesmas tersebut.

**Tabel 4. Hubungan antara jumlah bayi lahir Pemberian Asi eksklusif**

<b>Puskesmas</b>	<b>Jumlah Sasaran bayi</b>	<b>Diberi Asi</b>	<b>Tidak Diberi Asi</b>	<b>BGM</b>
Nagalili	315	163	152	78
Wai Nakeng	704	528	176	47
Rekas	288	259	29	-
Golowelu	318	128	190	106
Labuan Bajo	1092	1002	90	0

Tabel 4 memperlihatkan adanya kesenjangan diantara lima puskesmas yang diamati, dimada seperti terlihat bahwa Puskesmas di Labuan Bajo data sasaran bayi lebih tinggi jika dibandingkan dengan sasaran bayi timbang pada Puskesmas Nagalili, Wae Nakeng, Rekas dan Jumlah sasaran lebih tinggi di puskesmas labuan Bajo sebesar 1092 bayi dan pemberian asi eksklusif tidak berimbang hanya 90 bayi yang dapat asi eksklusif hingga pada saat pengamatan. Dalam upaya perbaikan gizi masyarakat, pada hakikatnya adalah pelayanan masalah gizi yang sering dikaitkan dengan faktor rendah pengetahuan dan kemiskinan. Salah satu upaya dalam perbaikan gizi adalah pemberian Asi eksklusif, yaitu saat bayi baru dilahirkan sebaiknya asi langsung diberikan, karena ini merupakan makanan langsung yang sangat kaya akan gizi dan diperlukan oleh bayu pada saat awal mula kehidupannya. Pemberian asi diperlukan sejak lahir hingga umur 6 bulan perlu diberikan, karena pada saat ini bayi masih rentan, dan asi merupakan kekebalan pada tubuhnya dan mencegah terjadinya penyakit infeksi.

Berdasarkan data hasil pengamatan ternyata masih rendah tingkat kesadaran ibu-ibu dalam pemberian asi eksklusif dan menyusui bayinya ,padahal di Kabupaten manggarai Barat sudah dilaksanakan kegiatan Perbaikan Gizi masyarakat yang tertuang dalam salah satu kegiatan pada Revolusi KIA, diantaranya: adalah

1. Peningkatan sumber daya manusia melalui kegiatan pelatihan Konselor ASI pada sarana kesehatan yang ada.
2. Kebijakan pemberian asi meliputi Inisiasi Menyusui Dini(IMD), Asi eksklusif, sarana pelayanan kesehatan Sayang ibu dan Bayi
3. Pelayanan diluar gedung : melakukan konseling ASI bagi pengunjung posyandu atau kelompok penimbangan yang dilakukan oleh konselor (Bidan dan Ahli gizi)
4. Tindak lanjut dalam penanganan Asi dan pemantauan dan monitoring.

Dari beberapa hasil diskusi melalui dialog dengan Bidan diperoleh informasi, bahwa ada penyebab yang selama ini memang salah penanganan, yaitu ibu-ibu yang baru melahirkan pada umumnya hanya mau datang ke pelayanan kesehatan jika masih ada Program Istimewa, artinya adalah jika masih ada program “GRATIS” yang diberikan oleh puskesmas kepada ibu-ibu tersebut, maka banyaklah ibu yang hadir. Misalnya imunisasi gratis, Pemberian makanan tambahan gratis, pemberian penimbangan gratis dengan pemberian susu gratis, maka inilah yang menjadi incaran kaum ibu, padahal jika tidak ada program gratis maka ibu tersebut tidak akan datang membawa bayinya ke pelayanan kesehatan. Inilah menjadi masalah selain jarak tempuh antara desa ke perkotaan masih menjadi kendala, dan umumnya kaum bapak tidak pernah ambil pusing masalah kaum ibu, semua urusan anak dibebankan kepada ibu sendiri, dan kendalanya adalah jika sang ibu tidak memiliki pengetahuan dan pendidikan rendah, maka komplitleh masalah yang dihadapi kaum ibu.

**Tabel 5. Hubungan Antara Ibu Hamil dengan Kematian Ibu Bersalin**

Puskesmas	Ibu 20-35 th hamil	Kematian ibu	Kematian Ibu bersalin	Kematian Ibu nifas
Nagalili	602	0	0	0
Wai Nakeng	774	-	-	-
Rekas	318	-	-	-
Golowelu	498	0	1	0
Labuan Bajo	1335	0	3	0

Angka kematian ibu di Propinsi NTT sebesar 554/100.000 penduduk (Surkesnas, 2004)

Data tabel tersebut diatas memperlihatkan tidak adanya terdata data kematian ibu, karena ini adalah data tahun 2012, demikian juga pada data profil tidak terdapat kematian ibu, sementara hasil pengamatan di puskesmas Golowelu ada kematian 1 orang ibu hamil sebelum melahirkan, dan sebesar 3 orang ibu meninggal di puskesmas Labuan Bajo.

Menurut hasil dialog bersama dokter kepala puskesmas dan bidan di tempat ini membenarkan data yang kami temukan tersebut, padahal di dalam buku profil kesehatan tahun 2011 belum ada data kematian tercetak. Menurut dokter kepala puskesmas sambil menuturkan, kematian itu terbanyak karena keterlambatan pertolongan oleh nakes, dimana tempat tinggal ibu hamil tersebut cukup jauh dari lokasi kesehatan dan memerlukan jarak

tempuh yang cukup jauh. Dari keterangan dokter puskesmas, dikatakan kematian bukan karena pelayanan kesehatan yang terlambat, tapi masalah jarak dan pengetahuan ibu terhadap kesehatan masih rendah, dan umumnya ibu yang tinggal di pedesaan masih percaya kepada Dukun bayi untuk pertolongan persalinan, sementara dukun di desa sebagian belum pernah mendapat pelatihan, inilah kendala yang paling besar dihadapi di kabupaten ini.

Satu orang ibu meninggal karena ibu tinggal jauh dari pelayanan kesehatan, yaitu di pulau Rinca, disana belum ada fasilitas kesehatan yang memadai, bahkan puskesmas tidak ada, ceritanya si ibu hamil yang sudah pernah datang ke Puskesmas labuan Bajo untuk periksa hamil, ketika itu hamilnya sudah >8 bulan, makanya Bidan dari puskesmas Lab Bajo sudah meminta si Ibu tinggal di kota saja yang dekat dengan puskesmas, dan cari keluarga dekat, hal ini disampaikan karena ibu tersebut mengalami kelainan, diantaranya gizi kurang dan berat badan rendah serta hb juga >12mg HB, makanya si ibu dianjurkan tinggal di kota saja. Karena si ibu menolak tetap mau balik ke Rinca, dan pada suatu malam yang larut si ibu merasa mules dibagian bawah perutnya, dan dia yakin akan melahirkan bayinya, dan pada waktu itu suaminya sedang melaut dan tidak ada dirumah pada waktu si ibu merasa mules yang berkepanjangan. Pada waktu itu si ibu keluar rumah sambil mencari orang yang mungkin bisa membantunya mencari kapal nelayan mengantarkan ke kota (puskesmas) di Lab Bajo, tapi tidak ada laki-laki yang bisa membantunya membawa keperahu, karena malam semakin larut, beberap tetangga datang mencari pertolongan, dan ada seorang bapak yang mau menolong mengantarkan ke kota, walau pada malam itu laut agak berombak, tapi sang bapak tetap melaju perahunya. Belum sampai separih perjalanan bahan bakar perahu habis dan perahu terombang-ambing ditengah laut sambil mencari pertolongan.

Singkatnya akhirnya perahu jalan juga dengan bahan bakar seadanya dari nelayan yang kebetulan lewat memberi bantuan, maka perahupun melaju ke kota dan pada saat itu sang ibu yang sedang berjuang melawan hidup matinya tidak bisa menahan rasa sakitnya karena perdarahan terjadi diatas perahu, dan ibu ini akhirnya menghembuskan nafasnya diatas perahu menjelang pagi di laut Flores yang indah. Data kematian bertambah di kabupaten ini seiring dengan bertambahnya jumlah kehamilan yang tidak diinginkan oleh kaum ibu di Kabupaten ini.

**Tabel 6. Hubungan Antara Ibu Hamil dan Bayi Lahir Hidup**

<b>Puskesmas</b>	<b>Ibu 20-35 th hamil</b>	<b>Bayi lahir</b>	<b>Berat bayi meningkat</b>	<b>BGM</b>
Nagalili	602	355	4	78
Wai Nakeng	774	690	34	159
Rekas	318	288	18	81
Golowelu	498	318	10	106
Labuan Bajo	1335	996	16	47

Tabel 6 memperlihatkan tingginya kemamilan ibu berusia produktif, dimana usia kehamilan rata-rata yang terdata umur 20-35 tahun, kebanyakan ibu ini sudah berkali-kali melahirkan bayinya. Kalau dilihat dari data diatas (tabel 6) pada umumnya jumlah ibu hamil tidak sebanding dengan jumlah bayi yang dilahirkan, hal ini berdasarkan data dan hasil pengamatan kebanyakan ibu hamil yang sudah diperiksa di pelayanan kesehatan, banyak juga yang melahirkan kepada dukun didesanya.

Data diatas memperlihatkan angka bayi dengan Bawah Garis Merah (BGM) cukup memperhatikan, karena data ini adalah data hasil pengamatan langsung di lokasi penelitian, maka besar kemungkinan ibu melahirkan kepada dukun, sayangnya data dan jumlah dukun yang ikut dilatih belum ada datanya pada profil Dinkes yang saya peroleh.

Selain data tersebut diatas masih ada data yang belum diperoleh dari profil, yaitu data timbang bayi secara berkala belum terdata dengan baik, oleh karena itu kami memperoleh data penimbangan dari laporan bulanan puskesmas yang memang sulit diperoleh. Ini menunjukkan kesenjangan antara dinkes dengan puskesmas dan posyandu masih belum berjalan dengan baik. Hal ini juga disampaikan oleh bidan dan perawat yang bekerja di puskesmas yang kami kunjungi.

Hasil FGD dengan bidan juga kami peroleh, bahwa fasilitas kesehatan diberbagai sarana pelayanan kesehatan masih minim, dan itulah sebabnya ada bidan yang melakukan operasi sunat menggunakan benang jahit rumah tangga. Ternyata ini juga menjadi penyebab tingginya kasus infeksi kemaluan pada anak yang baru mendapat operasi sunat.

Selain hasil FGD yang kami peroleh juga data rendahnya pengetahuan para bidan karena program Dinkes masih belum diperoleh anggaran untuk peningkatan pendidikan.

**Tabel 7. Hubungan antara status gizi dan jumlah bayi**

<b>Puskesmas</b>	<b>Jumlah bayi</b>	<b>Gizi lebih</b>	<b>Gizi baik</b>	<b>Gizi buruk</b>
Nagalili	2406	-	1561	229
Wai Nakeng	4153	-	-	49
Rekas	273	-	-	0
Golowelu	315	-	-	-
Labuan Bajo	979	0	0	0

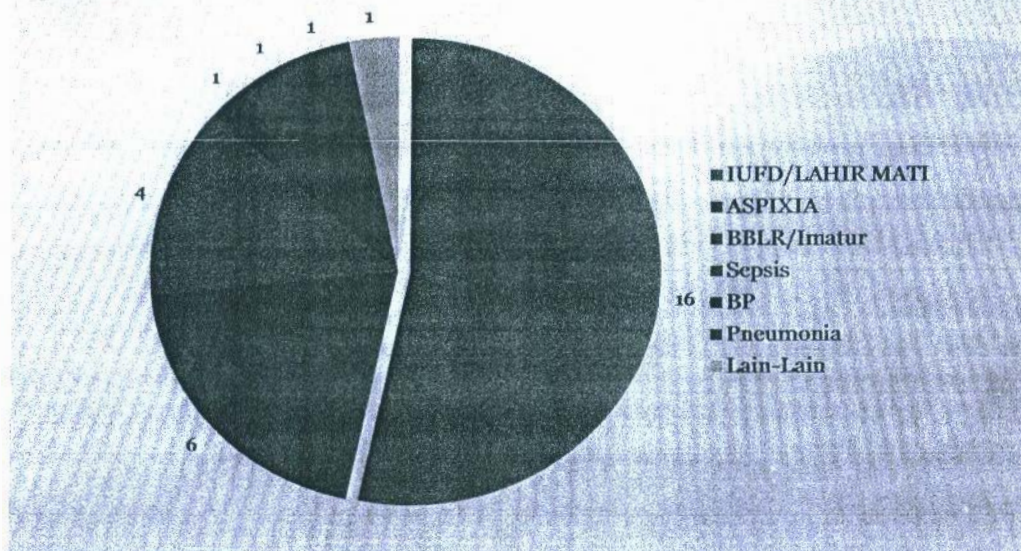
Dari Tabel -7 diperoleh data gizi buruk meningkat pada puskesmas Nagalili sebesar 229 anak terdapat dalam laporan puskesmas. Sementara itu di puskesmas Wae nakeng sebanyak 49 anak mengalami gizi buruk, hal ini berbeda dengan data di puskesmas Labuan Bajo, ini terbukti adanya perbedaan yang nyata anatar puskesmas yang terjauh dan puskesmas perkotaan mengalami perbedaan dalam penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan.

Status gizi dipengaruhi secara langsung oleh tingkat asupan gizi dan kondisi infeksi dan aktifitas penyakit. Faktor – faktor penyebab gizi buruk sangat kompleks dan ini dilatar belakangi oleh kemiskinan. Dalam perogram perbaikan kondisi gizi di masyarakat tidak semudah yang kita informasikan, karena banyak hal yang mempengaruhi kondisi ini, jika asupan makanan tambahan tidak ada pasti karena miskin, miskin karena tidak ada harta yang bisa dijadikan sebagai tambahan penghasilan. Upaya mengatasi masalah kemiskinan memerlukan waktu yang cukup panjang dengan hasil relatif sulit untuk diperhitungkan. Hanya beberapa upaya yang bisa dilasanakan diantaranya:

- Intervensi PMT-Pemulihan
- PMT Penyuluhan

Ini sudah diupakan melalui program kerjasama dengan NGO yang ada di daerah, dan sebagian dan sangat sedikit bisa mengatasi masalah gizi buruk di Kabupaten ini. Upaya ini sudah dilakukan dan bekerja sama dengan lintas program dan Dinas Kesehatan setempat, dimana perogram ini sedikit banyaknya sudah memberikan kontribusi yang baik bagi program gizi dan status gizi pada ibu bayi dan balita.

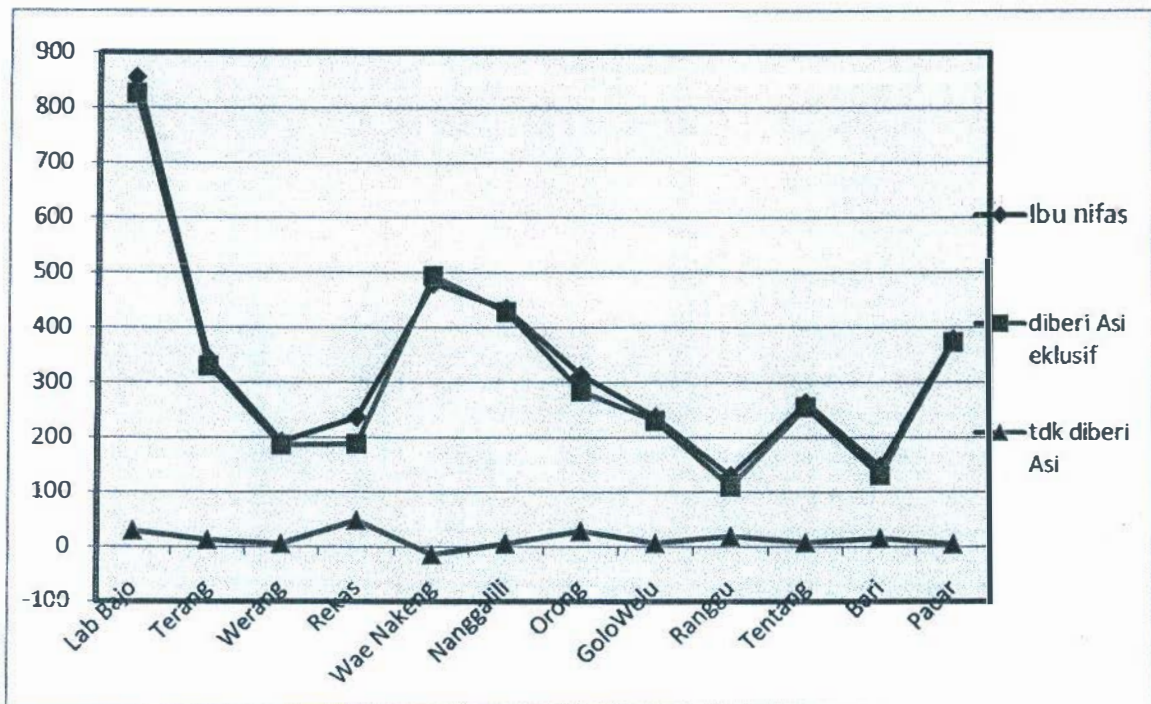
## PENYEBAB KEMATIAN BAYI



**Gambar 1. Penyebab Kematian bayi tertinggi di Kab Manggarai Barat**

Gambar -1 diatas diperoleh dari hasil pengamatan dan dialog dengan Bidan di Puskesmas, pada lokasi penelitian, dimana data memperlihatkan hasil yang sangat bervariasi antara beberapa puskesmas. Salah satu contoh puskesmas yang berhasil kami peroleh adalah tingginya kasus pada bayi lahir hidup (Gambar-1), hal ini yang menjadi masalah kesehatan di kabupaten ini, dan masalah ini diantaranya karena tingginya masalah gizi buruk yang tidak dapat hanya ditangani oleh bidan dan kepala puskesmas saja. Ini adalah penyebab tingginya kasus kemiskinan di kabupaten ini, seperti yang sudah diutarakan diatas, semua kasus sama pada tiap kecamatan, dan inilah yang seharusnya diperhatikan oleh stagholder di program kesehatan. Jika masalah ini kami bicarakan apakah pimpinan. Dana dan anggaran Kabupaten yang masih sangat rendah membuat masalah ini belum bisa ditanggulangi.

Data Dinkes pada kematian Bayi sebesar 68 orang pada tahun 2010 dan sebesar 63orang (14,1/1000 KH), angka ini menunjukkan masih tingginya kematian bayi di kabupaten ini,walaupun indikator Indonesia sehat masih memenuhi syarat, akan tetapi kematian yang tidak dikehendaki masih menjadi pola pikir yang perlu dipertimnangkan dalam menuju suksesnya programRevolusi Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Manggarai Barat ini.

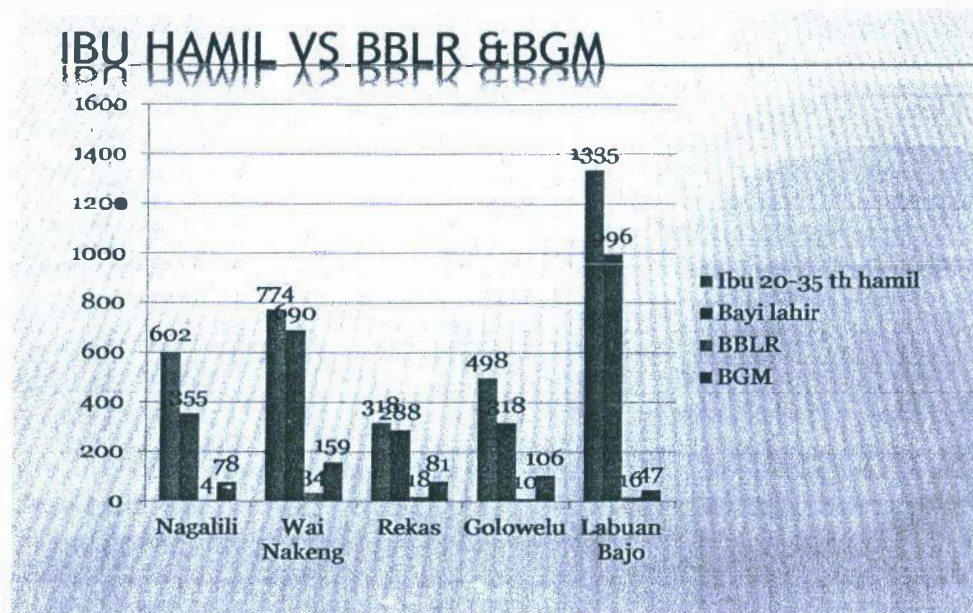


**Gambar 2. Kemauan Ibu nifas memberi Asi eksklusif kepada bayinya**

Gambar -2 memperlihatkan kesenjangan perilaku ibu yang memberikan Asinya kepada bayi yang baru dilahirkan, hal ini terlihat ada variasi antara kelompok puskesmas, dimana terlihat di puskesmas di Lab Bajo tingkat pemberian Asi kepada bayi cukup memadai, dan menyusul puskesmas Wae Nakeng yang memang selalu menjadi puskesmas percontohan untuk semua program di kabupaten ini.

Bayi yang tidak diberi Asi eksklusif tinggi di puskesmas Wae Nakeng, Nagalili dan puskesmas Pacar, dari beberapa informasi diperoleh kenapa ini bisa terjadi, ternyata hasil dialog dengan Bidan mengatakan bahwa, ibu yang baru melahirkan enggan memberikan Asinya kepada bayinya, karena umumnya sang ibu setelah melahirkan tidak sempat menyusui bayinya, karena mereka sudah harus mencari nafkah yaitu ke pasar berjualan ikan, ke ladang mencangkul sementara anak bayinya ditinggal di rumah bersama anaknya yang lain.

Permasalahan pemberian Asi kepada bayi ternyata bukan suatu yang perlu bagi ibu-ibu yang baru melahirkan bayinya, hal ini perlu ditindak lanjuti dengan program upaya perbaikan gizi dengan memberi penyuluhan kepada Bidan dan Bumil. Dan salah satu tugas dalam pengamatan PDBK ini adalah memberi pengetahuan tentang perlunya Asi (air susu ibu) diberikan kepada bayi, yang sudah kami sampaikan melalui kegiatan FGD kepada bidan dan bumil .



**Gambar 3. Ibu Hamil VS BBLR & BGM**

Gambar -3 dalam grafik ini memperlihatkan data ibu hamil yang didata berdasarkan buku KMS dan data hasil pengamatan selama di Kabupaten, ternyata gambaran bayi yang masih BGM masih tinggi di WaeNakeng dibandingkan dengan puskesmas Labuan Bajo.

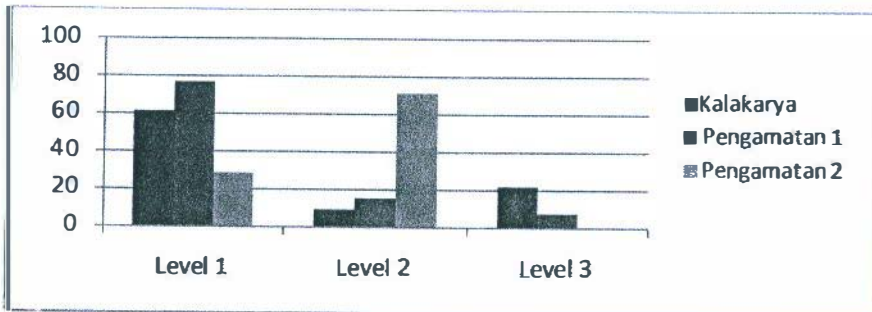
Beberapa masalah yang diperoleh dari data tersebut adalah, rendahnya kemauan ibu untuk memelihara bayinya, karena umumnya kelahiran bayi pertama dan bayi selanjutnya sering jaraknya sangat dekat, sehingga ibu tidak sempat memberikan makanan tambahan kepada bayinya, sang ibu sudah hamil lagi.

Beberapa upaya pelayanan yang sudah diberikan kepada ibu dipuskesmas melalui program kesehatan, dari mulai pemberian vaccinasi tetanus toxoid (TT) serta pemberian tablet besi kepada ibu hamil pada pelayanan antenatal K1 dan K4 sudah dilaksanakan, akan tetapi masih perlu monitoring secara berkala dilakukan oleh bidan. Sementara beberapa kendala adalah karena bidan masih banyak yang pendidikannya rendah, sehingga pengetahuan tentang upaya perbaikan gizi tidak semua materi yang diberikan dapat diserap dengan baik.

## H. HASIL PENGAMATAN KUESIONER PDBK

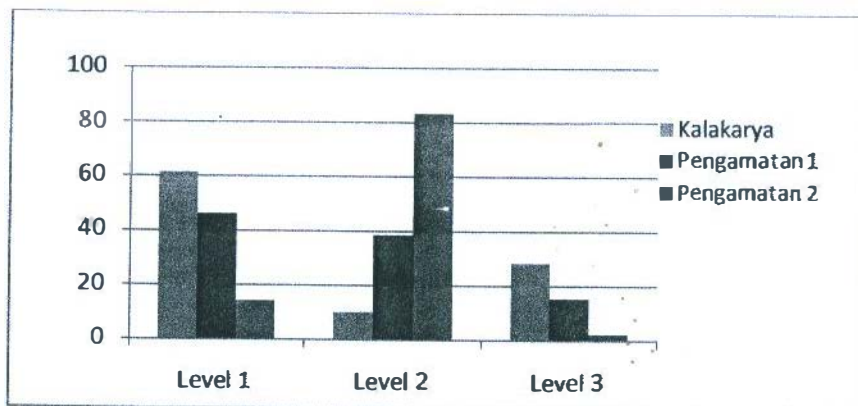
### 1. Analisis Masalah

Level	Pengamatan 1	Pengamatan 2	Pengamatan 3
Level 1	61,4	76,9	28,6
Level 2	18,8	30,8	142,8
Level 3	65,7	23,1	0
	145,9	130,8	171,4
nilai	0,486333	0,436	0,571333333



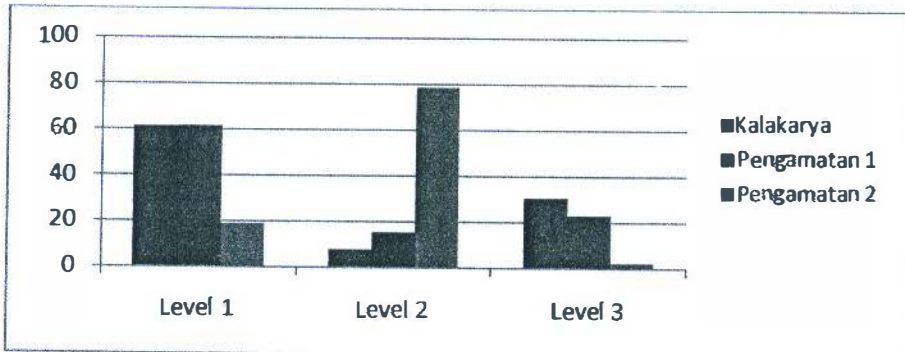
### 2. Analisis Forlah

Level	Pengamatan 1	Pengamatan 2	Pengamatan 3
Level 1	61,4	46,2	14,3
Level 2	20,4	77	166,6
Level 3	84,9	46,2	7,2
	166,7	169,4	188,1
nilai	0,555667	0,564666667	0,627



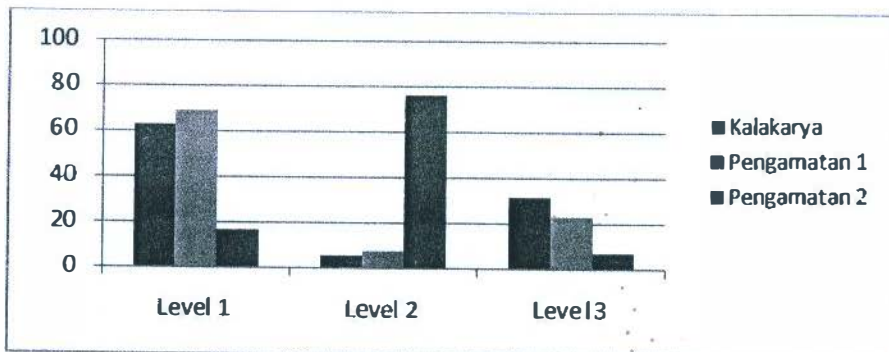
### 3. Analisis Pelaksana

Pelaks_st1			
	Pengamatan 1	Pengamatan 2	Pengamatan 3
Level 1	61,4	61,5	19
Level 2	15,8	30,8	157,2
Level 3	92,1	69,3	7,2
	169,3	161,6	183,4
nilai	0,564333	0,538666667	0,611333333



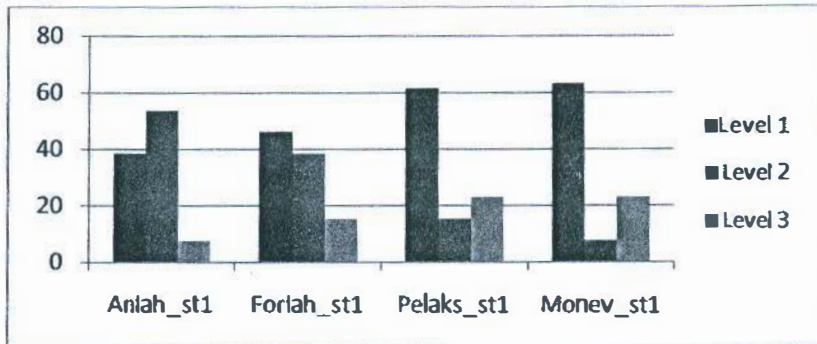
### 4. Analisis Monitoring

Monev_st1			
Level	Pengamatan 1	Pengamatan 2	Pengamatan 3
Level 1	63	69,2	16,7
Level 2	11	15,4	152,4
Level 3	94,5	69,3	21,3
	168,5	153,9	190,4
nilai	0,561667	0,513	0,634666667



5. Analisis level 1,2,3 Pengamatan

	Level 1	Level 2	Level 3
Anlah_st1	38,5	53,8	7,7
Forlah_st1	46,2	38,5	15,4
Pelaks_st1	61,5	15,4	23,1
Monev_st1	63,2	7,7	23,1



6. Analisis Kepedulian

	Pengamatan 1	Pengamatan 2	Pengamatan 3
Level 0	84,3	84,6	42,9
Level 1	0	0	0
Level 2	46,2	46,2	7,2
Level 3	0	0	28,4
Level 4	0	0	238
	130,5	130,8	316,5
	0,261	0,2616	0,633

7. Berpikir starategis

	Kalakarya	Pengamatan 1	Pengamatan II
Level 0	0	53,8	47,6
Level 1	15,4	30,8	9,6
Level 2	46,2	30,8	28,5
Level 3	61,6	30,8	9,6
Level 4	307,5	77	178,5
	430,7	223,2	273,8
	0,8614	0,4464	0,5476



## J. Pembahasan

Dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, dan upaya mewujudkan Visi dan Misi Kementerian Kesehatan tentang Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Untuk upaya tersebut salah satu program yang dicanangkan oleh Propinsi Nusa Tenggara Timur(NTT) adalah Revolusi KIA.

Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) disalah satu kabupaten di Manggarai Barat menurut data Riskesdas termasuk kabupaten dengan persentase kemiskinan yang cukup tinggi yaitu sebesar 27,96%, sehingga berpotensi besar masalah gizi buruk yaitu *underweight* (30,10%), *stunting* (52,19 persen) dan *wasting* (18,32 persen) (Kemenkes, 2011), walaupun dalam rentang waktu tahun 2007-2010 prevalensi *underweight*, *stunting*, dan *wasting* kurang lebih 1 persen. Permasalahan ini disebabkan oleh banyaknya faktor yang mempengaruhinya, diantaranya: tingkat konsumsi yang rendah, sanitasi lingkungan yang tidak memadai, pemantauan pertumbuhan yang kurang baik, pemberian imunisasi yang tidak lengkap, dan sebagainya. Dialog adalah sebuah komunikasi dua arah menuju *share meaning* untuk mendapatkan sebuah keputusan yang disepakati bersama, inilah yang sudah kami kembangkan melalui pendampingan PDBK, walaupun penelitian ini singkat hanya dalam kurun waktu 8 bulan, akan tetapi informasi yang penting tentang kematian bayi, kematian ibu hamil dan gizi buruk sudah dapat diperoleh penyebabnya, dan dengan adanya program Revolusi KIA di Kabupaten Manggarai Barat, diharapkan akan ada perbaikanyang lebih baik pada tahun-tahun kedepan.

## **K. Kesimpulan**

Dari beberapa hasil dialog yang perlu ditindak lanjuti adalah :

- Perlunya diberikan informasi kepada Dinkes setempat terkait peningkatan pendidikan bagi Bidan dan petugas Program pada Dinkes dan puskesmas setempat
- Monitoring dan evaluasi tidak dapat dilakukan dengan baik, hal ini terkait dengan rendahnya pendapatan daerah untuk mengembangkan program didaerahnya, terutama kaitannya dengan gizi buruk, kematian ibu hamil dan jarak pelayanan kesehatan dengan masyarakat perlu ada kebijakan dari Bupati dan Kadinkes Propinsi NTT, agar ada kebijakan pemeberian alat transportasi berikut maintenance nya untuk pengangkutan masyarakat yang butuh pertolongan kesehatan dari kecamatan ke tempat pelanan kesehatan.
- Perlu ldilakukan penelitian yang berkelanjutan, untuk mendapatkan data kohord pada beberapa puskesmas, karena penelitian pada dua puskesmas tidak bisa menunjukkan gambaran yang sebenarnya, untuk itu perlu tindak lanjut DBK dan pengamatan yang lebih bijak didalam program Kemenkes demi berlanjutnya Revolusi KIA di Kabupaten manggarai Barat.

## L. DAFTAR KEPUSTAKAAN

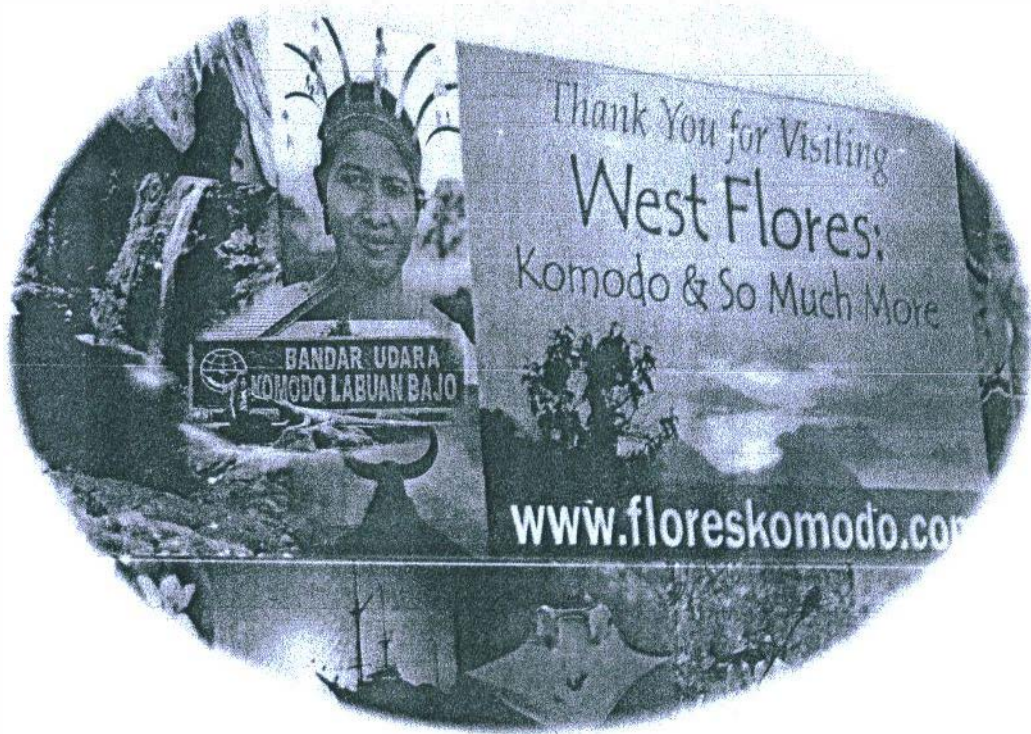
1. Pedoman Pengamat PDBK2011, Kementerian Kesehatan Badan Litbangkes, 2011
2. Balitbangkes. Panduan Penyusunan Proposal-Protokol, Penilaian Proposal dan Laporan Akhir Penelitian. Jakarta, Tahun 2006.
3. Kemenkes RI,2011. Buku saku Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan.
4. Kemenkes RI. Buku I. Pedoman Umum Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) Tahun 2011.
5. Kemenkes RI. Buku II, Pedoman Pelaksanaan Pendampingan Penanggulangan Daerah Kesehatan (PDBK), Tahun 2011.
6. Menuju Persalinan aman dan Bayi Baru lahir Sehat, Perkumpulan Perinatologi Indonesia (Perinasia), Jakarta 2011.
7. Masoara, S. 2003. Manfaat ASI untuk bayi, ibu dan keluarga. Program Manajemen Laktasi, Jakarta: Perkumpulan Perinatologi Indonesia.
8. *The Ministry of Health Republic of Indonesia, 1999. Nutrition and Immunization Status of Women and Children in Indonesia.*
9. Pelatihan Manajemen Laktasi, Perkumpulan Perinatologi Indonesia (Perinasia), Jakarta 2011.
10. Depkes RI. 2003. Pedoman Umum Gizi Seimbang (Panduan untuk Petugas)
11. Profil Kesehatan Tahun 2010, Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang, 2010.
12. Riskesdas 2007. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar. Tahun 2007.
13. Soekirman. 2005. Perlu Paradigma Baru Untuk Menanggulangi Masalah Gizi makro di Indonesia. <http://www.gizi.net/makalah/download/prof-soekirman.pdf>
14. Litbangkes. 2011. Buku 1 Pedoman Umum Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) Kemenkes RI.

## **M. Ucapan TerimaKasih**

Kami mengucapkan terima kasih kepada Kepala Badan Litbangkes yang sudah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan penelitian didaerah DBK (Daerah Bermasalah Kesehatan). Juga tak lupa kami berterimakasih kepada Suhu PDBK, dr.Triono Soendoro,Ph.D,atas bimbingan yang diberikan kepada kami semua peneliti PDBK.

Kepada Kepala Dinas kesehatan Kabupaten Manggarai Barat beserta anggota struktural dan staff yang sudah membantu dalam lancarnya penelitian ini, kami berterimakasih.

## LAMPIRAN - LAMPIRAN





BUPATI MANGGARAI BARAT  
KEPUTUSAN BUPATEN MANGGRAI BARAT  
NOMOR :     / KEP/HK/2011  
TENTANG  
PEMBENTUKAN TIM PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN (PDBK)  
TINGKAT KABUPATEN MANGGARAI BARAT  
TAHUN 2011

**BUPATI MANGGARAI BARAT,**

- Menimbang :
- b. bahwa dalam rangka mempercepat peningkatan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) di Kabupaten / Kota, sehingga terjadi percepatan peningkatan derajat kesehatan yang ditunjukkan dengan percepatan peningkatan IPKM secara nasional di masa yang akan datang dengan mengembangkan kegiatan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK);
  - a. bahwa untuk melaksanakan kegiatan sebagaimana dimaksud pada huruf a perlu membentuk Tim Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK);
  - b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan huruf b, maka perlu menetapkan Keputusan Bupati Manggarai Barat tentang Pembentukan Tim Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK);

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Manggarai Barat di Propinsi Nusa Tenggara Barat (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 No.38 , Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia No.4271);
  2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
  3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
  4. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);
  5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 574/Menkes/SK/VI/2000, Tentang Kebijakan Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010;
  6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.951/Menkes/SK/VI/2000, tentang Upaya Kesehatan Dasar di Puskesmas;
  7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.651/Menkes/SK/III/2011, Tentang Tim Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan 28 Maret 2011

8. Peraturan Daerah Kabupaten Manggarai Barat No.1 Tahun 2011, Tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Manggarai Barat Tahun 2011 ( Lembaran Daerah Kabupaten Manggarai Barat no.1 seri A);
9. Peraturan Bupati Manggarai Barat No. 1 Tahun 2011, tentang Penjabaran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Manggarai Barat Tahun Anggaran 2011;

**MEMUTUSKAN :**

Membentuk Tim Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan Tingkat kabupaten Manggarai Barat, dengan susunan anggota sebagaimana tercantum pada lampiran yang merupakan bagian

Menetapkan : yang tidak terpisahkan dengan keputusan ini.

KESATU :

Tim sebagaimana dimaksud dalam dictum pertama keputusan ini mempunyai peran dan tugas mendukung, melaksanakan, memantau dan mengevaluasi keglatan PDBK

KEDUA :

Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan dengan ketentuan akan ditinjau kembali sebagaimana mestinya, apabila di

KETIGA :

kemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya

Mengakat penelitia daerah selama penelitian, dan turut berpartisipasi dalam kegisatan penelitian PDBK

Lampiran : KEPUTUSAN BUPATI MANGGARAI BARAT

NOMOR : /KEP/HK/2011

TANGGAL : 01 NOVEMBER 2011

**SUSUNAN KEANGGOTAAN TIM PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH  
KESEHATAN (PDBK)  
KABUPATEN MANGGARAI BARAT**

<b>No</b>	<b>Nama</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Kedudukan Dalam Tim</b>
1	Drs. Agustinus Ch. Dula	Bupati Manggarai Barat	Pelindung
2	dr. I Gusti Ngurah Harijaya	Kepala Dinas Kesehatan	Penanggung Jawab
3	Martina Mara Tibo, S.IP	Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan	Ketua
4	Yovita Nasvia	Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar	Sekretaris I
	Hanto Martinus	Kasubag Penyusunan Program dan Pelaporan	Sekretaris II
5	Makarius Nggangu, SKM	Kepala Bidang Penanggulangan Masalah Kesehatan	Anggota
6	Anselmus Wandur, SKM	Kepala Bidang PSDM	Anggota
7	Paulus Mami, SKM	Kepala Bidang JAMSARKES	Anggota
8	Bergitha Erna Fernandes	Kepala Puskesmas Wae Nakeng	Anggota
9	Fatima Melani Raming	Ketua IBI	Anggota
10	Karolina O Jemat	Bidan puskesmas Labuan Bajo	Anggota
11	Narus E. Krispiana	Bidan Puskesmas Rekas	Anggota

Diundangkan di Labuan Bajo  
Pada tanggal 06 Agustus 2011

SEKRETARIS DAERAH KABUPATEN MANGGARAI  
BARAT,

MBON ROFINUS

BERITA DAERAH KABUPATEN MANGGARAI BARAT  
TAHUN 2011 NO. 306

Ditetapkan di Labuan Bajo  
Pada tanggal 06 Agustus 2011

BUPATI MANGGARAI BARAT,

AGUSTINUS CH. DULA

Data IPKM hasil Riskedas

Kab/Kota	IPKM	Rank Nas	Penduduk	% miskin
1. Sumba Barat	0,377430	406	108.977	42,74
2. Sumba Timur	0,357076	422	218,354	39,08
3. Kupang	0,416146	370	358,527	31,32
4. Timor Tengah Selatan	0,386755	399	445,759	37,43
5. Timor Tengah Utara	0,450906	313	222,099	30,12
6. Belu	0,459197	304	371,995	21,02
7. Alor	0,390217	395	191,825	28,49
8. Lembata	0,477881	264	111,311	34,45
9. Flores Timur	0,522098	197	231,293	14,38
10. Sikka	0,503398	227	307,858	19,15
11. Ende	0,449823	316	260,845	20,33
12. Ngada	0,501934	231	142,305	17,28
13. Manggarai	0,283220	437	281,010	31,41
14. Rote Ndao	0,385605	401	116,091	28,26
15. <i>Manggarai Barat</i>	<i>0,321211</i>	<i>427</i>	<i>209,970</i>	<i>27,96</i>
16. Kola Kupang	0,643858	32	283,644	7,50



KEMENTERIAN DALAM NEGERI  
REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan Medan Merdeka Utara No. 7 Telp.(021) 3450038, Fax (021) 3454270, Jakarta, 10110

Jakarta, 21 September 2012

Nomor : 070/ 3242.DI  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Rekomendasi Penelitian

Kepada  
Yth. Gubernur Nusa Tenggara Timur  
u.p. Kepala Badan Kesbangpol dan Linmas.

Dalam rangka memperlancar pelaksanaan kegiatan penelitian, bersama ini terlampir disampaikan Rekomendasi Penelitian Nomor 070/3018.D.I Tanggal 7 September 2012 atas nama Merryani Girsang, S.Si, M.Sc, dkk., dengan judul proposal Penguatan Peran Bidan Melalui Dialog Dalam Upaya Melaksanakan Revolusi KIA di Kabupaten Manggarai Barat di Provinsi Nusa Tenggara Timur, untuk dapat ditindaklanjuti.

Demikian untuk menjadi maklum dan terima kasih.

a.n. DIREKTUR JENDERAL  
KESATUAN BANGSA DAN POLITIK  
SEKRETARIS DJEN,

  
H. A. RACHMAN, M.Sc., M.Si.  
Pembina Utama Madya (IV/d)  
NIP. 19520918 198003 1 001

Tembusan:

Yth. Bapak Dirjen Kesbangpol, sebagai laporan.



KEMENTERIAN DALAM NEGERI  
REPUBLIK INDONESIA

REKOMENDASI PENELITIAN  
NOMOR 070/3018.DI

- a. Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 316), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 168);
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
- b. Menimbang : Surat Kepala Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan Direktur Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor HK.01.01/III/5066/2012 Tanggal 27 Agustus 2012 Perihal Permohonan Ijin Penelitian.

MENTERI DALAM NEGERI, memberikan rekomendasi kepada:

- a. Nama/Obyek : Merryani Girsang, S.Si, M.Sc, dkk.
- b. Jabatan/Tempat/ Identitas : Peneliti Utama/ Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560/ No. KTP 3275085908530008, Telp. 021-4244375, 4259860, 4244693, 0818124851;
- c. Untuk : 1) Melakukan penelitian, dengan proposal berjudul Penguatan Peran Bidan Melalui Dialog Dalam Upaya Melaksanakan Revolusi KIA di Kabupaten Manggarai Barat;
- 2) Lokasi penelitian: Provinsi Nusa Tenggara Timur (1 provinsi);
- 3) Waktu/Lama penelitian: September 2012 s.d. Januari 2013 (5 bulan);
- 4) Anggota tim peneliti: Ruben Wadu Wila, SKM, dan Lili Puji Astuti.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk digunakan seperlunya.

Jakarta, 7 September 2012

a.n. MENTERI DALAM NEGERI  
DIREKTUR JENDERAL  
KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

