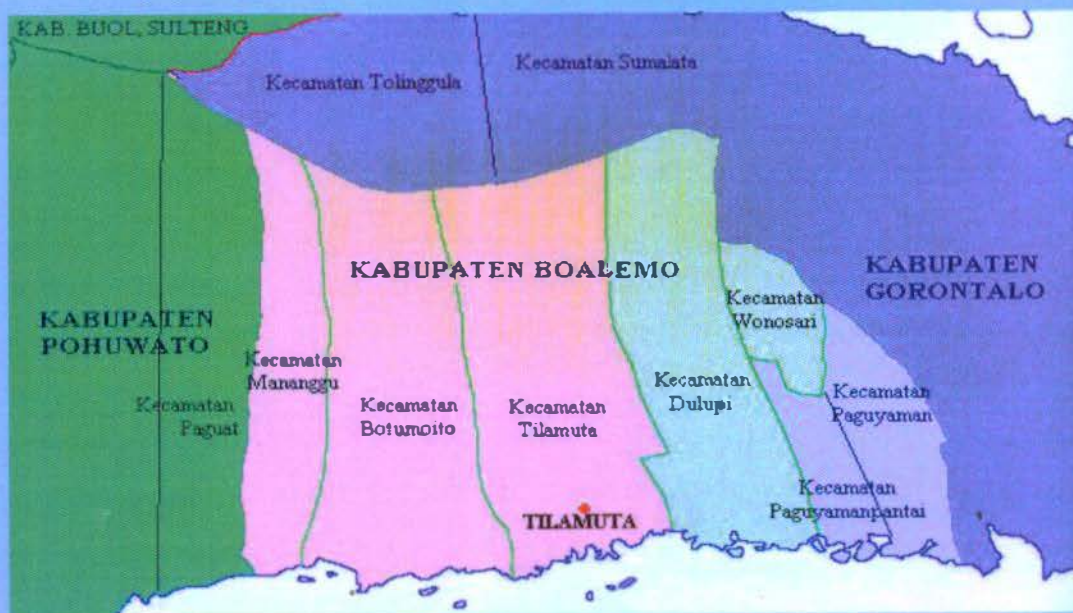


LAPORAN AKHIR RISET
PENDAMPINGAN PDBK DAN
PEMBERDAYAAN KETUA DASA WISMA
DALAM UPAYA PENINGKATAN STATUS GIZI
BALITA DAN IPKM
DI KABUPATEN BOALEMO
GORONTALO



Budi Setyawati
Bunga Christitha Rosha
Sutriyani Lumula

BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN RI



KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segenap puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah Sang Maha Pengasih dan Penyayang, sehingga kami dapat menyelesaikan penulisan Laporan Hasil Riset Operasional PDBK 2012 yang berjudul "Pendampingan PDBK dan Pemberdayaan Kader Dasa Wisma dalam Upaya Peningkatan Status Gizi Balita dan IPKM di Kabupaten Boalemo, Gorontalo".

Terima kasih sebesar-besarnya dan setulus-tulusnya kami ucapkan kepada berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah memberikan bimbingan, dorongan, bantuan dan berbagai masukan, baik dalam pelaksanaan penelitian maupun dalam penyelesaian penyusunan Laporan penelitian ini.

Kami menyadari bahwa penulisan Laporan Hasil Riset Operasional PDBK 2012 ini masih jauh dari sempurna. Oleh karenanya, kritik dan saran membangun sangat kami harapkan.

Akhir kata, semoga Laporan Hasil Riset Operasional PDBK 2012 yang berjudul "Pendampingan PDBK dan Pemberdayaan Kader Dasa Wisma dalam Upaya Peningkatan Status Gizi Balita dan IPKM di Kabupaten Boalemo, Gorontalo" dapat bermanfaat dan menambah khasanah ilmu pengetahuan.

Semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan Rahmat, Keberkahan dan Hidayah-Nya atas kita semua. Amien.

Jakarta, 27 Desember 2012

Tim Penulis

Budi Setyawati
Bunga Christitha R
Sutriyani Lumula



**PENDAMPINGAN PDBK DAN PEMBERDAYAAN KETUA DASA WISMA DALAM UPAYA
PENINGKATAN PEMANTAUAN STATUS GIZI BALITA DAN IPKM
DI KABUPATEN BOALEMO, GORONTALO**

Budi Setyawati¹, Bunga Christitha Rosha¹, Sutriyani Lumula²

Pendahuluan : Kabupaten Boalemo, Gorontalo,, termasuk daerah bermasalah kesehatan (DBK) dan berada pada peringkat ke-411 dari 440 kabupaten/kota di Indonesia berdasarkan nilai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). Penimbangan balita rutin setiap bulan di Posyandu merupakan upaya memantau status gizi dan pertumbuhan balita. Ditemui cakupan penimbangan balita (D/S) yang rendah (42,8%). Pendampingan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) diarahkan membantu daerah mengurai penyulit, mereformulasikan kebijakan, program dan kegiatan sehingga mampu meningkatkan indikator IPKM dan perbaikan kondisi kesehatan masyarakat DBK. Ketua Dasa Wisma bertanggungjawab mengawasi kondisi pada 10 rumahtangga.

Tujuan : Mengkaji apakah pendampingan PDBK dan pemberdayaan Ketua Dasa Wisma dapat meningkatkan cakupan penimbangan balita (D/S) dalam upaya peningkatan pemantauan status gizi balita dan IPKM di Kabupaten Boalemo. Penelitian dilakukan tahun 2012. Penelitian ini adalah penelitian kualitatif-kuantitatif. Pengumpulan data menggunakan kuesioner *self assesment*, wawancara mendalam, FGD dan pengamatan. Informan dipilih berdasar keterwakilan informasi yang dipelajari. Ada 90 informan yang terdiri dari pelbagai elemen masyarakat (pegawai Dinas Kesehatan, pegawai Puskesmas, Tenaga Pelaksana Gizi, Bidan, Kader Posyandu, Ketua Dasa Wisma, PKK, tokoh masyarakat, tokoh agama, ibu balita. Hasil : Upaya keluar dari DBK dan meningkatkan peringkat IPKM dilakukan dengan beragam cara, ada yang sifatnya 'emergence' maupun mengoptimalkan upaya yang telah ada. Pemberdayaan Ketua Dasa Wisma merupakan salah satu upaya meningkatkan dan mengefektifkan infrastruktur sosial yang telah ada. Pemberdayaan diupayakan dengan beragam cara : penilaian kinerja; pemberian insentif; pembinaan oleh Tim Penggerak PKK; penyegaran materi kesehatan dan pelibatan dalam kegiatan oleh Puskesmas. Tugas utama Ketua Dasa Wisma dalam penimbangan adalah memberitahu dan memfasilitasi balita dalam 10 rumah dalam pengawasannya mengikuti penimbangan. Keaktifan Ketua Dasa Wisma beragam mulai dari sangat aktif sampai kurang aktif. Secara umum nampak perubahan ditingkat individu namun belum kuat terinternalisasi. Porsi terbesar tim kerja dalam kategori *forming*. *Team work* saat ini lebih baik dibandingkan sebelumnya, tetapi perubahannya tidak drastis dan belum solid. Budaya organisasinya juga belum menunjukkan perubahan berarti. Terlihat adanya pelibatan intens berbagai *stake holder* diluar bidang kesehatan dalam pemecahan masalah dan pencapaian cakupan indikator kesehatan.

Kesimpulan : Beragam upaya dilakukan dalam meningkatkan peringkat IPKM dan keluar dari DBK, baik 'emergence' maupun pengoptimalan usaha yang telah berjalan. Perubahan ditingkat individu belum kuat terinternalisasi. *Team work* saat ini lebih baik dibandingkan sebelumnya walau perubahannya tidak drastis. Terlihat pelibatan intens berbagai *stake holder* diluar bidang kesehatan. Salah satu cara dalam meningkatkan cakupan D/S, dengan memberdayakan Ketua Dasa Wisma. Partisipasi yang beragam pada keterlibatan Ketua Dasa Wisma. Cakupan D/S di Boalemo yang stabil dan cukup tinggi (80%) merefleksikan 'Makna di balik angka' menggambarkan beragam upaya dan kerja keras bersama untuk mencapai tujuan bersama, yakni kondisi kesehatan masyarakat yang lebih baik.

Kata kunci : *penimbangan, D/S, Dasa Wisma, PDBK, IPKM*

¹: Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat ²: dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo.

SUSUNAN TIM PENELITI

Ketua Tim Peneliti

- a. Nama : Budi setyawati, SP, MPH
- b. Jabatan : Peneliti Pertama
- c. Instansi/kantor/lembaga : Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat
- d. Alamat Kantor : Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta
- e. Telp/Fax : 4261088/126-4245386
- f. Alamat rumah : Kp. Jati Rt 09/01 No. 35, Jatinegara Kau m, Jaktim 13250
- g. Telp/HP : 0812 – 29494859

Penditi

- a. Nama : Bunga Christitha Rosha,S.Sos, MSi
- b. Jabatan : Peneliti Pertama
- c. Instansi/kan tor/lembaga : Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat
- d. Alamat Kantor : Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta
- e. Telp/Fax : 4261088/126-4245386
- f. Alamat rumah : Jl. keahlian no.8 Pondok Gede Bekasi
- g. Telp/HP : 0857– 80168808

Peneliti non fungsio nal local

- a. Nama : Sutriyani Lumula, S.ST
- b. Jabatan : Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat
- c. Instansi/kantor/lembaga : Dinas Kese hatan Kabupaten Boalemo
- d. Alamat Kan tor : Kabupaten Boalemo
- e. Telp/Fax : -
- f. Alamat rumah : Kabupaten Boalemo
- g. Telp/HP : 0852-32677247

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR	i
ABSTRAK	ii
DAFTAR ANGGOTA TIM PENELITI	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Pertanyaan Penelitian	3
II. TUJUAN PENELITIAN	4
A. Tujuan Umum	4
B. Tujuan Khusus	4
III. MANFAAT PENELITIAN	4
IV. METODE PENELITIAN	5
A. Kerangka Pikir Penelitian	5
B. Kerangka Konsep Penelitian	5
C. Tempat dan Waktu Penelitian.....	6
D. Jenis dan Desain Penelitian.....	6
E. Populasi dan Sampel.....	6
F. Kriteria Inklusi dan Eksklusi	6
G. Definisi Operasional	9
H. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data.....	11
I. Bahan dan Prosedur Kerja	12
J. Manajemen dan Analisis Data	13
K. Pertimbangan Izin Penelitian	18
L. Pertimbangan Etik Penelitian	18
V. HASIL.....	19
VI. PEMBAHASAN.....	54
VII. KESIMPULAN DAN SARAN	62
VIII. UCAPAN TERIMA KASIH.....	63
IX. DAFTAR PUSTAKA.....	64

DAFTAR TABEL

	Halaman
TABEL 1	2
2	9
3	29

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
GAMBAR : 1	5
2	5
3	19
4	20
5	21
6	22
7	23
8	23
9	24
10	35
11	36
12	37
13	41
14	42
15	43
16	43

DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

DAFTAR PERTANYAAN UNTUK WAWANCARA MENDALAM DAN FGD	
KUESTIONER A (INSTRUMEN INDIVIDU DAN WILAYAH PERUBAHAN)	
KUESTIONER B (INSTRUMEN WILAYAH TINDAKAN)	
KUESTIONER C (INSTRUMEN PERUBAHAN TIM KERJA)	
KUESTIONER D (INSTRUMEN BUDAYA ORGANISASI)	
PERSETUJUAN ETIK	

I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sumber daya manusia (SDM) adalah investasi berharga dalam pembangunan. Oleh karena itu SDM haruslah berkualitas yang dicirikan dengan fisik yang tangguh, mental kuat, sehat dan menguasai ilmu pengetahuan dan teknologi. Salah satu indikator untuk menilai kualitas sumber daya manusia adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM ditentukan oleh tiga faktor utama, yaitu pendidikan, ekonomi dan kesehatan yang sangat erat kaitannya dengan status gizi masyarakat (Depkes, 2006). Berdasarkan laporan UNDP, pada tahun 2007 pencapaian IPM Indonesia menempati peringkat ke-111 dari 182 negara di dunia (UNDP, 2009). Di Indonesia terdapat Indeks Pembangunan Kesehatan Manusia (IPKM) sebagai indikator yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan masyarakat. Setiap Kabupaten dan Kota di berikan ranking dari yang terendah sampai tertinggi sesuai dengan kondisi derajat kesehatan masyarakatnya. Nilai IPKM ini dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yakni Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) dan survei Potensi desa (Podes) (Kemenkes, 2010).

Kabupaten Boalemo, Gorontalo merupakan salah satu kabupaten di wilayah Indonesia bagian tengah yang memiliki IPKM rendah sehingga masuk dalam salah satu daerah bermasalah kesehatan. Kabupaten Boalemo memiliki nilai IPKM sebesar 0,371624 dan menempatkannya pada peringkat ke-411 dari 440 kabupaten/kota di Indonesia dan merupakan kabupaten dengan kemiskinan yang tinggi sebesar 29,21% (Kemenkes, 2011).

Dari sembilan Indikator IPKM Mutlak (skor 5) menunjukkan terdapat masalah gizi yang tinggi, proporsi rumah tangga dengan akses air bersih dan sanitasi lingkungan yang rendah, dan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, KN1, imunisasi lengkap, dan penimbangan anak yang rendah. Berikut disajikan indikator IPKM mutlak di Kabupaten Boalemo.

Tabel 1. Indikator IPKM Mutlak Kabupaten Boalemo, Gorontalo.

No	Indikator	Persentase
1	Prevalensi Balita Gizi Buruk dan Kurang	24,32
2	Prevalensi Balita Pendek dan Sangat Pendek	41,16
3	Prevalensi Balita Kurus dan Sangat Kurus	12,74
4	Proporsi Rumah Tangga dengan Akses Air Bagus	9,89
5	Proporsi Rumah Tangga dengan Akses Sanitasi Bagus	21,11
6	Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan	52,10
7	Cakupan Kunjungan Neonatus Pertama (KN1)	43,59
8	Cakupan Imunisasi Lengkap	24,06
9	Penimbangan Anak	42,80

Tabel diatas memperlihatkan terdapat masalah/gangguan gizi yang tinggi pada balita di Kabupaten Boalemo. Masalah gizi tersebut adalah : prevalensi balita gizi buruk dan kurang (24,32%), prevalensi balita pendek dan dan sangat pendek (41,16%) dan prevalensi balita kurus dan sangat kurus (12,74%).

Masalah gizi/gangguan gizi pada anak usia balita (bawah lima tahun) akan berdampak pada kualitas kehidupannya setelah dewasa (Butte, et al. 2000). Oleh karenanya keadaan gizi yang baik merupakan prasarat utama dalam mewujudkan sumberdaya yang berkualitas (Depkes, 2007). Apalagi masalah/gangguan gizi pada periode dua tahun pertama kehidupan, pada masa ini terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, dimana gangguan pada pertumbuhan pada masa ini bersifat permanen dan tidak dapat dipulihkan (Depkes, 2007).

Pendampingan penanggulangan daerah bermasalah kesehatan (PDBK) diarahkan untuk membantu daerah mengurai/menghilangkan setiap penyulit untuk meningkatkan kegiatan pelayanan inovatif yang mampu meningkatkan setiap indikator IPKM. PDBK diharapkan pula dapat mereformulasikan kebijakan, program dan kegiatan yang menyebabkan perbaikan kondisi keseliatan di masyarakat DBK. Sehingga terjadi peningkatan yang bermakna atas derajat kesehatan masyarakat Indonesia secara keseluruhan dengan kesenjangan antar daerah yang semakin kecil (Kemenkes, 2011).

Kalakarya PDBK yang merupakan bagian dari Pendampingan PDBK Kabupaten Boalemo telah dilaksanakan pada tahun 2011. Dalam kegiatan Kalakarya PDBK, yang

diikuti oleh jajaran pemerintahan Kabupaten Boalemo dan masyarakat (dinas kesehatan, kader, tokoh masyarakat dan lintas sektor) dilakukan dialog permasalahan kesehatan di Kabupaten Boalemo. Kalakarya tersebut menghasilkan sebuah komitmen bersama untuk mendapatkan jumlah keseluruhan balita di wilayah Boalemo dan menaikkan cakupan balita yang di timbang (D/S).

Pemerintah daerah Kabupaten Boalemo telah melakukan beberapa upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Salah satunya melalui kerjasama dengan Ketua Dasa Wisma. Dasa Wisma sebagai bagian dari kegiatan Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK). Ketua Dasa Wisma bertanggung jawab atas 10 rumah tangga binaannya, salah satu kegiatannya ialah memantau dan memotivasi untuk meningkatkan derajat kesehatan keluarga.

Program Dasa Wisma di Boalemo ini menarik untuk dikaji, terutama kaitan antara upaya pemberdayaan kader dasa wisma kaitannya dengan komitmen hasil dialog di kalakarya yaitu menaikkan cakupan balita yang di timbang (D/S).

Penelitian ini berusaha mengkaji apakah pendekatan PDBK dapat mereformulasikan kebijakan, program dan kegiatan yang menyebabkan perbaikan kondisi kesehatan masyarakat. Selain itu, penelitian ini juga berupaya mengkaji pemberdayaan Ketua Dasa Wisma, keterlibatan masyarakat setempat serta melihat apakah hasilnya berkaitan dengan peningkatan derajat kesehatan, khususnya peningkatan status gizi (balita) dan IPKM di Kabupaten Boalemo, Gorontalo.

B. Pertanyaan Penelitian

Umum :

Apakah pendampingan PDBK dan pemberdayaan Ketua Dasa Wisma dapat meningkatkan cakupan penimbangan balita (D/S) dalam upaya peningkatan status gizi balita dan IPKM ?

Khusus :

1. Apakah pendampingan PDBK dan pemberdayaan Ketua Dasa Wisma dapat merubah kesadaran dan perilaku individu sehingga dapat meningkatkan cakupan penimbangan balita (D/S) ?

2. Apakah pendampingan PDBK dan pemberdayaan Ketua Dasa Wisma dapat merubah *team work* sehingga dapat meningkatkan cakupan penimbangan balita (D/S) ?
3. Apakah pendampingan PDBK dan pemberdayaan Ketua Dasa Wisma dapat melibatkan *stake holder* sehingga dapat meningkatkan cakupan penimbangan balita (D/S) ?

II. TUJUAN PENELITIAN

A. Tujuan Umum :

Mengkaji pendampingan PDBK dan pemberdayaan Ketua Dasa Wisma pada upaya meningkatkan cakupan penimbangan balita (D/S) dalam upaya peningkatan status gizi balita dan IPKM

B. Tujuan Khusus :

1. Mengkaji pendampingan PDBK dan pemberdayaan Ketua Dasa Wisma dengan cakupan penimbangan balita (D/S)
2. Mengkaji pendampingan PDBK dan pemberdayaan Ketua Dasa Wisma dengan perubahan kesadaran dan perilaku individu dalam upaya peningkatan cakupan penimbangan balita (D/S).
3. Mengkaji pendampingan PDBK dan pemberdayaan Ketua Dasa Wisma dengan perubahan *team work* dalam upaya peningkatan cakupan penimbangan balita (D/S).
4. Mengkaji pendampingan PDBK dan pemberdayaan Ketua Dasa Wisma dengan pelibatan *stake holder* dalam upaya peningkatan cakupan penimbangan balita (D/S).

III. MANFAAT PENELITIAN

1. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan dan sebagai bahan pertimbangan bagi Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi Gorontalo dan Dinas Kesehatan Boalemo dalam upaya peningkatan derajat

kesehatan masyarakat pada umumnya dan kebijakan program gizi pada khususnya.

2. Bagi peneliti, penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan dengan adanya data rekaman pada proses pendampingan PDBK dan inspirasi untuk penelitian selanjutnya.
3. Bagi masyarakat, hasil penelitian berupa rekaman proses pendampingan PDBK di Boalemo diharapkan dapat menjadi acuan bagi pelaksanaan pendampingan di daerah lain, disaat lain melalui program lain.

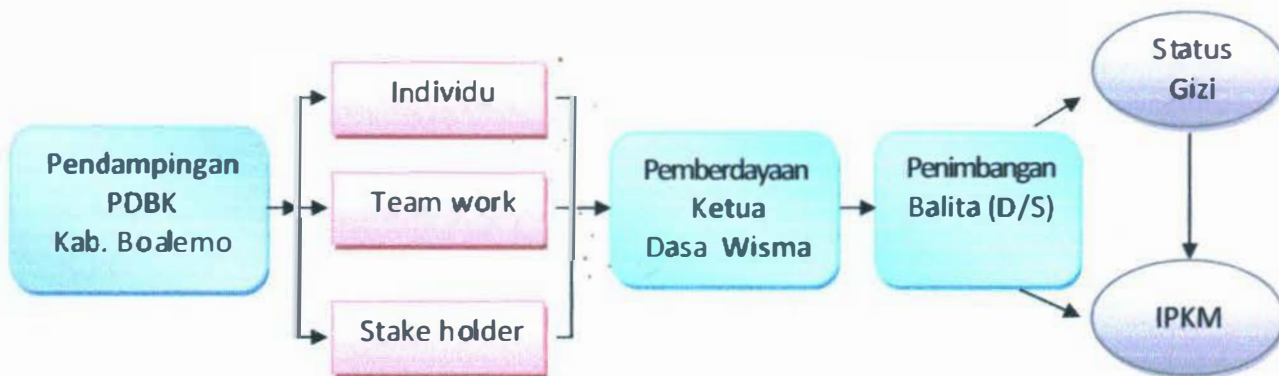
IV. METODA PENELITIAN

A. Kerangka Pikir Penelitian



Gambar 1 Kerangka Pikir Penelitian

B. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2 Kerangka Konsep Penelitian

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo, Gorontalo. Penelitian ini dilaksanakan dalam 8 bulan yakni bulan Juni-Desember 2012.

D. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kualitatif-kuantitatif yang bersifat studi kasus dengan observasi partisipatif. Kualitatif : FGD, indepth interview dan self assesment.

E. Populasi dan Sampel

Populasi:

Adalah petugas kesehatan, Ketua Dasa Wisma, pamong pemerintahan, tokoh masyarakat dan agama serta ibu-ibu balita di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo.

Sampel/Informan:

Pemilihan sampel/informan serta jumlahnya didasarkan pada keterwakilan informasi yang ingin dipelajari. Sampel dipilih dengan cara *purposive random sampling*. Sampel dalam penelitian ini adalah Kepala, Sekretaris, Kepala Bidang, pemegang program dan Staff Dinas Kesehatan Boalemo; Kepala, Sekretaris, Tenaga Pelaksana Gizi (TPG), Bidan Koordinator, Bidan Desa, dan staff puskesmas; Ketua/Wakil Ketua Tim PKK tingkat Kabupaten, Ketua Pokja, Tim Penggerak PKK tingkat kecamatan dan desa; Camat dan staff kecamatan; Kepala Desa, Sekretaris Desa, Kepala Dusun; Kader Posyandu; Ketua Dasa Wisma; Tokoh Masyarakat; Tokoh Agama; serta ibu balita. Total keseluruhan sampel/informan yang diwawancarai baik melalui Focus Group Discussion (FGD) maupun Indepth Interview adalah sebanyak 90 orang.

F. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria Inklusi :

a. Tokoh masyarakat :

Seseorang yang secara formal atau pun informal diakui "ketokohnya" oleh masyarakat wilayah setempat dikarenakan pengaruh, wibawa, sikap pro-

rakyat yang ditunjukkan, demokratis (bisa menerima saran atau masukan), dan berdomisili secara tetap/permanen di wilayah tersebut.

b. Tokoh agama :

Seseorang yang secara informal diakui "ketokohnya" sebagai pemuka agama oleh masyarakat wilayah setempat dan berdomisili secara tetap/permanen di wilayah tersebut.

c. Ketua penggerak PKK :

Seseorang yang menjabat sebagai ketua penggerak PKK di wilayah tersebut.

d. Kepala dinas kesehatan :

Seseorang yang menjabat sebagai Kepala Dinas Kabupaten Boalemo.

e. Staf Dinas Kesehatan :

Seseorang yang bekerja dalam Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo dan terkait dengan informasi yang diperlukan dalam penelitian ini.

f. Camat :

Seseorang yang menjabat sebagai camat di lokasi penelitian terpilih.

g. Staf Kecamatan :

Seseorang yang bekerja di kecamatan dan terkait dengan informasi yang diperlukan dalam penelitian ini.

h. Kepala Desa :

Seseorang yang menjabat sebagai kepala desa di lokasi penelitian terpilih.

i. Pamong Desa :

Seseorang yang bekerja di desa dan terkait dengan informasi yang diperlukan dalam penelitian ini.

j. Kader Dasa Wisma :

Seseorang yang memiliki status sebagai kader Dasa Wisma dan terkait dengan informasi yang diperlukan dalam penelitian ini.

k. Tenaga Pelaksana Gizi :

Seseorang yang menjabat sebagai tenaga pelaksana gizi di puskesmas dalam lokasi penelitian terpilih.

I. Bidan :

Seseorang yang menjabat sebagai bidan di puskesmas dalam lokasi penelitian terpilih dan terkait dengan informasi yang diperlukan dalam penelitian ini.

Kriteria Eksklusi :

a. Tokoh masyarakat :

Seseorang yang secara formal atau pun informal diakui "ketokohnya" oleh masyarakat wilayah setempat dikarenakan pengaruh, wibawa, sikap pro-rakyat yang ditunjukkan, demokratis (bisa menerima saran atau masukan), berdomisili secara tetap/permanen di wilayah tersebut namun tidak bersedia diwawancarai.

b. Tokoh agama :

Seseorang yang secara informal diakui "ketokohnya" sebagai pemuka agama oleh masyarakat wilayah setempat namun tidak bersedia diwawancarai.

c. Ketua penggerak PKK :

Seseorang yang menjabat sebagai ketua penggerak PKK di wilayah terpilih namun tidak bersedia diwawancarai.

d. Kepala dinas kesehatan :

Seseorang yang menjabat sebagai Kepala Dinas bukan di Kabupaten Boalemo.

e. Staf Dinas Kesehatan :

Seseorang yang bekerja dalam Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo namun tidak terkait dengan informasi yang diperlukan dalam penelitian ini.

f. Camat :

Seseorang yang menjabat sebagai camat bukan di lokasi penelitian terpilih.

g. Staf Kecamatan :

Seseorang yang bekerja di kecamatan di daerah penelitian terpilih namun tidak terkait dengan informasi yang diperlukan dalam penelitian ini.

h. Kepala Desa :

Seseorang yang menjabat sebagai kepala desa bukan di lokasi penelitian terpilih.

- i. Pamong Desa :
Seseorang yang bekerja di desa dalam wilayah kerja terpilih, namun tidak terkait dengan informasi yang diperlukan dalam penelitian ini.
- j. Kader Dasa Wisma :
Seseorang yang memiliki status sebagai kader Dasa Wisma dalam wilayah kerja terpilih, namun tidak bersedia di wawancarai.
- k. Tenaga Pelaksana Gizi :
Seseorang yang menjabat sebagai tenaga pelaksana gizi di puskesmas tetapi tidak bersedia di wawancarai.
- l. Bidan :
Seseorang yang menjabat sebagai bidan di puskesmas dalam lokasi penelitian terpilih namun namun tidak bersedia di wawancarai.

G. Definisi Operasional

Tabel 2. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1	Pendampingan PDBK	Adalah pendampingan dalam rangka dialog untuk penyamaan persepsi dan penyelesaian masalah bersama melalui kegiatan kalakarya kabupaten.
2	Perubahan kesadaran dan perilaku/tindakan individu	Adalah adanya perubahan kesadaran individu pelaku yang diukur dari keahlian dan kemampuan, sikap dan keyakinan, kesadaran dan kepekaan. Perubahan dalam perilaku/tindakan individu pelaku yang diukur dari gagasan penuntun; teori, metode dan alat; dan inovasi.
3	Perubahan <i>team work</i>	<i>Team work</i> adalah kerjasama dalam mewujudkan tujuan bersama diantara kader Dasa Wisma yang dinilai berdasarkan kuesioner <i>self assessment</i> kuesioner perubahan tim kerja dan FGD. Perubahan <i>team work</i> dinilai dari : menikmati bekerjasama, saling percaya, saling menerima, mengatasi

		masalah kelompok secara musyawarah, menerima kritik membangun, bersemangat bekerja, dll yang dinilai berdasarkan skor dari pertanyaan yang diajukan.
4	Pelibatan <i>stakeholder</i>	adalah pelibatan pihak yang terkait langsung/tidak langsung dan pelibatan pihak yang diperlukan perannya dalam upaya peningkatan cakupan penimbangan balita dalam peningkatan status gizi. Pelibatan <i>stake holder</i> dilihat dari bantuan baik material maupun immaterial. Pelibatan <i>stake holder</i> di gali melalui FGD maupun wawancara mendalam.
5	Pemberdayaan kader Dasa Wisma	Upaya-upaya yang dilakukan oleh untuk meningkatkan kinerja kader Dasa Wisma. Upaya tersebut meliputi upaya untuk melakukan perubahan kesadaran dan perilaku individu, perubahan team work maupun pelibatan <i>stake holder</i> .
	Cakupan penimbangan balita (d/s)	Cakupan penimbangan balita (d/s) adalah perbandingan antara kehadiran/banyaknya balita yang ditimbang dari keseluruhan balita di wilayah tersebut.
	Status gizi	Status gizi balita adalah keadaan balita yang digambarkan dalam BB/U atau BB/TB. Dari nilai BB/U atau BB/TB tersebut akan dibandingkan dengan standar yang berlaku, sehingga dapat diketahui apakah balita tersebut masuk dalam kategori gizi buruk, kurang, normal maupun lebih.
	IPKM	Indikator komposit dari berbagai indikator. Dalam penelitian ini, indikator utama dengan bobot besar yang menjadi perhatian utama yakni : cakupan penimbangan balita dan status gizi balita.

H. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

a. Kuesioner PDBK

- A. Self Assesment Perubahan Individu Wilayah Perubahan
- B. Self Assesment Perubahan Individu Wilayah Tindakan
- C. Self Assesment Perubahan Tim Kerja
- D. Self Assesment Budaya Organisasi
- E1. Catatan/Rekaman Pelaku/pengamat Dalam Proses Pendampingan
- E2. PROBING Perubahan Individu Wilayah Tindakan Jika Ada masalah TEMATIK.
- F. Kuesioner Data Sekunder Input – Dampak
- G. Kuesioner Kebijakan, Program.

b. Kuesioner FGD (*Focus Group Discussion*)

Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan observasi, wawancara, FGD dan pengisian kuesioner *self assesment*.

- Observasi dilakukan oleh peneliti, baik peneliti pusat maupun peneliti daerah sebagai bagian dari rekaman proses pengamatan. Observasi dilakukan oleh peneliti pusat dan lokal dan juga dilakukan oleh pendamping PDBK.
- wawancara mendalam : dilakukan pada sampel yang menjadi pengambil kebijakan ataupun sampel yang dipandang perlu untuk di wawancarai secara mendalam. Kegiatan ini dilaksanakan dalam tiga kali waktu pengamatan selama penelitian. Wawancara mendalam dilakukan pada Kepala Dinas Kesehatan (Dinkes), Sekretaris Dinkes, Kepala Bidang, Pemegang Program dan Staff Dinkes, Camat, Kepala Desa, Kepala Dusun, Ketua/Wakil Tim Penggerak PKK Tingkat Kabupaten, Tim Penggerak PKK tingkat kecamatan dan desa, Kepala dan Sekretaris Puskesmas, Staff Puskesmas, Tenaga Pelaksana Gizi (TPG), Bidan Koordinator, Bidan Desa,

Kader Posyandu, dan Ketua Dasa Wisma. Wawancara mendalam dilakukan untuk melengkapi data untuk menjawab tujuan.

- FGD (Focus Group Discussion) : terbagi dalam empat kelompok diskusi yaitu kelompok diskusi Kader posyandu, kelompok diskusi Ketua Dasa Wisma, kelompok diskusi ibu balita dan kelompok diskusi *stake holder* diluar kesehatan (staff kecamatan, kepala desa/staff kepala desa, ketua PKK, tokoh masyarakat, tokoh agama). Wawancara dengan teknik FGD dilakukan untuk melengkapi data untuk menjawab tujuan.
- Pengisian kuesioner *self assessment* dilakukan dalam 4 kali dalam rentang penelitian. Pelaksanaannya yaitu : saat pertama dan ke-dua kali peneliti pusat datang untuk pengumpulan data ke Boalemo, selanjutnya saat peneliti daerah menyebarkan kuesioner bersamaan dengan pertemuan di Dinas Kesehatan, dan terakhir saat Kalakarya Booster PDBK di tahun 2012. Pengisian kuesioner *self assesment* dilakukan oleh beragam latar belakang yakni : Kepala Dinas Kesehatan (Dinkes), Sekretaris Dinkes, Kepala Bidang, Pemegang Program dan Staff Dinkes, Camat, Kepala Desa, Kepala Dusun, Ketua/Wakil Tim Penggerak PKK Tingkat Kabupaten, Tim Penggerak PKK tingkat kecamatan dan desa, Kepala dan Sekretaris Puskesmas, Staff Puskesmas, Tenaga Pelaksana Gizi (TPG), Bidan Koordinator, Bidan Desa, Kader Posyandu, dan Ketua Dasa Wisma. Pengisian kuesioner *self assesment* dilakukan untuk melengkapi data untuk menjawab tujuan.

I. Bahan dan Prosedur Kerja

Bahan Kerja

Bahan kerja dalam penelitian ini adalah alat-alat tulis, tape recorder yang digunakan untuk merekam hasil wawancara dan kuesioner *self assesment* dan kuesioner yang dijadikan pedoman dalam melakukan wawancara serta perangkat komputer dan software spss untuk mengolah data.

Prosedur kerja

Prosedur kerja yang akan dilakukan meliputi tahapan kerja sebagai berikut :

- ❖ Persiapan Penelitian (Februari – Mei 2012)

1. Pembuatan protokol dan kuesioner penelitian final.
2. Pengurusan etik di Komisi Etik Penelitian Badan Litbangkes.
 - ❖ Pengurusan Izin (Mei 2012)
 - ❖ Pengurusan izin di Depdagri (Departemen Dalam Negeri), dan tembusannya di kirim ke daerah untuk dimintakan izinnya.
 - ❖ Pengumpulan Data (Juni-Desember 2012)
Pengumpulan data/Pengamatan berkala (dilakukan tiga kali dalam setahun setahun oleh peneliti pusat dan setiap bulan oleh peneliti daerah).
 - ❖ Pengolahan dan Analisis Data (Mei -Desember 2012)
Pembuatan transkrip wawancara, pengolahan dan analisis data dilakukan setelah pengamatan berkala dilaksanakan.
 - ❖ Penggabungan hasil pengolahan dan analisis data pengamatan berkala menjadi sebuah hasil yang utuh dilakukan pada akhir tahun.
 - ❖ Penulisan laporan hasil penelitian (November-Desember 2012).

J. **Manajemen dan Analisis Data**

Untuk data yang sifatnya kualitatif berupa wawancara (FGD dan wawancara mendalam) dilakukan analisis deskriptif menggunakan transkrip hasil wawancara dan menyusun matriksnya. Selanjutnya diambil kesimpulan jawaban sesuai dengan pertanyaan/tujuan penelitian ini. Selain itu peneliti juga berfungsi sebagai pengamat yang juga memberikan penilaian berdasarkan apa yang dilihat dan apa yang dirasakannya.

Untuk data yang sifatnya kuantitatif berupa pengisian kuesioner *Self Assesment*, data akan dientry, dicleaning dan dilakukan pengolahan data dengan perintah (*syntax*) yang telah ditentukan dengan menggunakan program SPSS. Hasil perhitungan selanjutnya dilakukan pembobotan untuk mendapatkan hasil akhir.

Kombinasi hal diatas (berupa rekaman pendapat dan hasil penilaian dari pengisian kuesioner serta pengamatan) dikombinasikan untuk dapat menjelaskan fenomena yang terjadi di Kabupaten Boalemo, Gorontalo.

Analisis pada wilayah lingkaran perubahan dan segitiga tindakan pada individu dilakukan pada responden/informan dengan berbagai latar belakang yang mengisi formulir pertanyaan A,B,C,D. Hasilnya analisis dianggap merupakan hasil agregat pada wilayah Kabupaten Boalemo, Gorontalo.

Untuk wilayah lingkaran perubahan maka yang dinilai adalah :

1. Keahlian dan kemampuan yang terdiri atas :

- Berfikir strategis (kemampuan merumuskan masalah serta memadukan dengan kepentingan tugasnya agar tercipta pelaksanaan yang realistik dan berkelanjutan, baik jangka panjang maupun pendek) yang terdiri atas level sebagai berikut :

- Level 0 : Datang hanya karena undangan
- Level 1: Bekerja dengan kurang berpikir logik dan realistik
- Level 2: Bekerja dengan berpikir konkrit, praktis, berdasar rencana
- Level 3: Bekerja dengan Berpikir analitik, operasional dan jangka pendek
- Level 4: Bekerja dengan berpikir secara strategik/konseptual dengan rencana

jangka panjang.

2. Sikap dan Keyakinan yang terdiri atas :

- Integritas (melaksanakan tugas dedasari atas kematangan emosional, persepsi yang realistik, prinsip kerja yang sesuai dengan organisasi) yang terdiri atas level sebagai berikut :

- Level 0 : Datang hanya karena undangan
- Level 1: Bekerja dengan azas komitmen
- Level 2: Bekerja sesuai aturan dan memerlukan pengawasan
- Level 3: Bekerja mendahulukan kepentingan umum/organisasi
- Level 4: Bekerja dengan menciptakan situasi kondusif untuk pencapaian tujuan

- Orientasi kualitas (kemampuan menciptakan gagasan dan cara baru untuk pemecahan masalah di tempat tugasnya untuk mencapai hasil ayng efektif dan efisien) yang terdiri atas level sebagai berikut :

- Level 0 : Datang hanya karena undangan
 - Level 1: Bekerja dengan mengabaikan kualitas
 - Level 2: Bekerja sesuai dengan kualitas minimum
 - Level 3: Bekerja untuk menghasilkan kualitas yang diharapkan
 - Level 4: Bekerja untuk mencapai kualitas ekstra ordinary.
3. Kesadaran dan Kepekaan yang terdiri atas :
- Kepedulian (memahami permasalahan dan faktor-faktor yang berkaitan dengan tugasnya, memahami lingkungan yang terlibat dengan tugasnya, bersedia meningkatkan kualitas kerja di tempat tugasnya) yang terdiri atas level sebagai berikut :
 - Level 0 : Datang hanya karena undangan
 - Level 1: Bekerja dengan kurang merasakan dan memahami situasi lingkungan.
 - Level 2: Bekerja dengan memahami dan merasakan situasi lingkungan
 - Level 3: Bekerja dengan memahami situasi lingkungan serta memberikan respon
 - Level 4: Bekerja dengan Proaktif terhadap kebutuhan lingkungan
 - Komunikasi (kemampuan memberi dan menerima informasi, untuk mendapatkan gagasan yang lebih baik atau mendapat dukungan yang baik dalam pelaksanaan tugasnya) yang terdiri atas level sebagai berikut :
 - Level 0 : Datang hanya karena undangan
 - Level 1: Bekerja dengan berkomunikasi yang kurang efektif
 - Level 2: Bekerja dengan berkomunikasi bersifat satu arah
 - Level 3: Bekerja dengan berkomunikasi bersifat dua arah
 - Level 4: Bekerja dengan berkomunikasi secara persuasif atau partisipatif

Untuk wilayah segitiga tindakan maka yang dinilai adalah :

1. Gagasan penuntun, yang terdiri atas :
 - Kepemimpinan (kemampuan menggerakkan orang dan memanfaatkan sumberdaya untuk bersama memecahkan masalah dalam melaksanakan tugas mencapai tujuan organisasi) yang terdiri atas level sebagai berikut :

- Level 0 : Datang hanya karena undangan
 - Level 1: Bekerja dengan memberikan instruksi teknis operasional
 - Level 2: Bekerja dengan menghimpun gagasan untuk mencapai target
 - Level 3: Bekerja dengan menghimpun gagasan untuk memecahkan masalah
 - Level 4: Bekerja dengan menghimpun gagasan menghadapi masalah jangka panjang.
2. Inovasi yang terdiri atas :
- Kreatifitas (kemampuan menciptakan gagasan untuk pemecahan masalah di bidang tugasnya, mulai dari perencanaan sampai pencapaian hasil yang efektif dan efisien) yang terdiri atas level sebagai berikut :
 - Level 0 : Datang hanya karena undangan
 - Level 1: Bekerja dengan berpikir imitatif/ hanya mencontoh
 - Level 2: Bekerja dengan berpikir rutin
 - Level 3: Bekerja dengan berpikir efektif-efisien
 - Level 4: Bekerja dengan berpikir mencari peluang
3. Teori, Metode dan Alat (dari kuesioner B) yang terdiri atas :
- Melakukan analisis masalah (mengidentifikasi masalah dan analisis akar penyebab masalah).
 - Melakukan formulasi solusi masalah (mengidentifikasi alternatif penyelesaian masalah, menetapkan solusi masalah).
 - Melaksanakan program/kegiatan (melakukan persiapan pelaksanaan dan melaksanakan program/kegiatan).
 - Melakukan pemantauan/monitoring-evaluasi (melakukan pemantauan dan evaluasi program/kegiatan).

Perubahan Tim Kerja (Kuesioner C)

1. Forming
2. Storming
3. Norming
4. Performing

Pada kuesioner A yakni pada : variabel berfikir strategis, integritas, orientasi kualitas, kepedulian, komunikasi, kepemimpinan dan kreatifitas; maka nilai persentase tiap-tiap level akan dikalikan bobotnya. Untuk level 0, nilai persentasenya dikalikan dengan 1; level 1, nilai persentasenya dikalikan 2; nilai persentase level 2 dikalikan 3; persentase level 3 dikalikan 4; dan nilai persentase level 4 dikalikan 5. Selanjutnya untuk tiap variabel dijumlahkan nilai dari masing-masing level untuk mendapatkan jumlah nilai total. Jumlah nilai total akan di bagi 500 lalu dikalikan 100%. Rumus umumnya adalah sebagai berikut :

$$\text{Persentase (\%)} \text{ per level X bobot lalu Jumlah total nilai /500 X 100\%}$$

Pada kuesioner B yang memuat variabel : analisis masalah, formulasi solusi masalah, melaksanakan program/kegiatan dan monitoring evaluasi; nilai persentase tiap-tiap level akan dikalikan bobotnya. Untuk level 1, nilai persentasenya dikalikan 1; nilai persentase level 2 dikalikan 2; persentase level 3 dikalikan 3; . Selanjutnya untuk tiap variabel dijumlahkan nilai dari masing-masing level untuk mendapatkan jumlah nilai total. Jumlah nilai total akan di bagi 300 lalu dikalikan 100%. Rumus umumnya adalah sebagai berikut :

$$\text{Persentase (\%)} \text{ per level X bobot lalu Jumlah total nilai /300 X 100\%}$$

Pada kuesioner C yang memuat variabel perubahan tim kerja yang terdiri dari : forming, storming, norming dan performing; nilai persentase tiap-tiap level akan dikalikan bobotnya. Untuk level 1, nilai persentasenya dikalikan 1; nilai persentase level 2 dikalikan 2; persentase level 3 dikalikan 3; . Selanjutnya untuk tiap variabel dijumlahkan nilai dari masing-masing level untuk mendapatkan jumlah nilai total. Jumlah nilai total akan di bagi 300 lalu dikalikan 100%. Rumus umumnya adalah sebagai berikut :

$$\text{Persentase (\%)} \text{ per level X bobot lalu Jumlah total nilai /300 X 100\%}$$

K. Pertimbangan Izin Penelitian

Perizinan dimintakan kepada Departemen Dalam Negeri. Selanjutnya izin melaksanakan penelitian juga dimintakan kepada Pemerintahan Kabupaten Boalemo, dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo, Puskesmas dan Posyandu yang terpilih untuk di wawancarai.

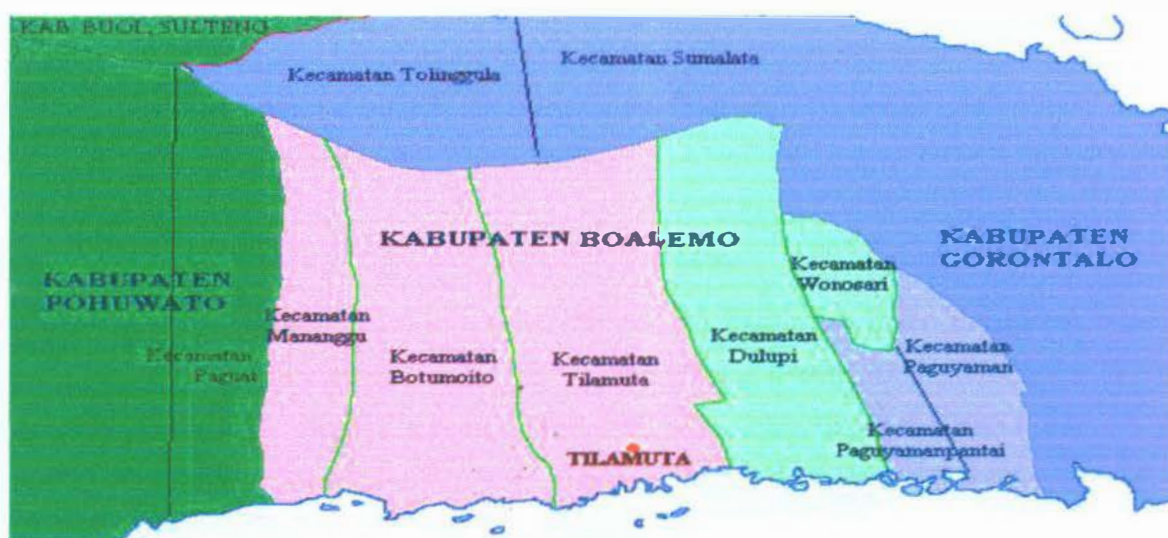
L. Pertimbangan Etik Penelitian

Penelitian ini menggunakan manusia sebagai subjek penelitian. Oleh karenanya dimintakan persetujuan etik penelitian dari Komisi Etik Penelitian Badan Litbang Kesehatan. Sebelum penelitian dimula dimintakan persetujuan dari subjek penelitian setelah yang bersangkutan mendapatkan penjelasan dari peneliti.

V. HASIL

Karakteristik Wilayah Kabupaten Boalemo

Kabupaten Boalemo terletak antara 122,8⁰-122,38⁰ Bujur Timur dan 0,30'-1,00' Lintang Selatan. Ibukota Kab. Boalemo adalah Tilamuta. Keadan geografis Kabupaten Boalemo terdiri atas pegunungan, daerah pertanian dan pesisir pantai dengan luas 2300,90 Km² atau 20,55% dari luas Propinsi Gorontalo, dengan rata-rata ketinggian daerah 30,14 m Dpl (diatas permukaan laut). Kabupaten boalemo berbatasan dengan Kab. Gorontalo utara dan timur, Teluk Tomini di selatan, Kab. Pahuwato di sebelah Barat. Saat ini Kabupaten Boalemo terdiri atas 7 Kecamatan dan 82 desa. Jarak Kab. Boalemo ke ibukota propinsi Gorontalo adalah 108 km. Jarak kecamatan terjauh (Kec. Paguyaman pantai) ke kota Kab.Boalemo adalah 70 km. Kecamatan yang ada di Kab. Boalemo yaitu : Paguyaman, Wonosari, Paguyaman Pantai, Dulupi, Tilamuta, Botumoito dan Mananggu. Kesemua kecamatan dapat dijangkau dengan kendaraan roda empat maupun roda dua, namun ada pula desa-desa yang sulit dijangkau. Desa-desa tersebut terdapat di Kecamatan Paguyaman, Paguyaman Pantai, Wonosari dan Dulupi.



Gambar 3. Peta Kabupaten Boalemo

Jumlah penduduk Boalemo pada Maret 2011 menurut BPS (Badan pusat Statistik) sebanyak 129.253 jiwa yang terdiri dari laki-laki 65.867 jiwa dan perempuan 63.386

jiwa. Tingkat kepadatan rata-rata penduduk sebesar 56,2 jiwa/km². Sebanyak 36% tergolong miskin (60.048 jiwa).

Tingkat pendidikan sebagian besar penduduk (66,94%) adalah tamat SD. Sebanyak 38,84% termasuk keluarga miskin. Sebanyak 57,4% penduduk 15 tahun keatas bekerja disektor pertanian, kehutanan, perburuan dan perikanan.

Mayoritas pemeluk agama di Kabupaten Boalemo adalah Islam. Pemeluk Islam adalah sebesar 96,65 %, Kristen Protestan 1,32 %, Kristen Katolik 0,12 %, Hindu 1,92 % dan pemeluk Agama Budha tidak ada.

Di wilayah Kabupaten Boalemo, sarana pelayanan kesehatan yang ada meliputi satu buah RSUD yaitu RSUD Tani Nelayan dan 10 buah puskesmas induk yang terdiri dari 3 puskesmas perawatan dan 7 puskesmas rawat jalan. Puskesmas pembantu (Pustu) sebanyak 34 buah, 15 polindes, 148 posyandu, 10 puskesmas keliling darat, 3 puskesmas keliling laut, 11 ambulans, 2 apotik, dan 2 toko obat.

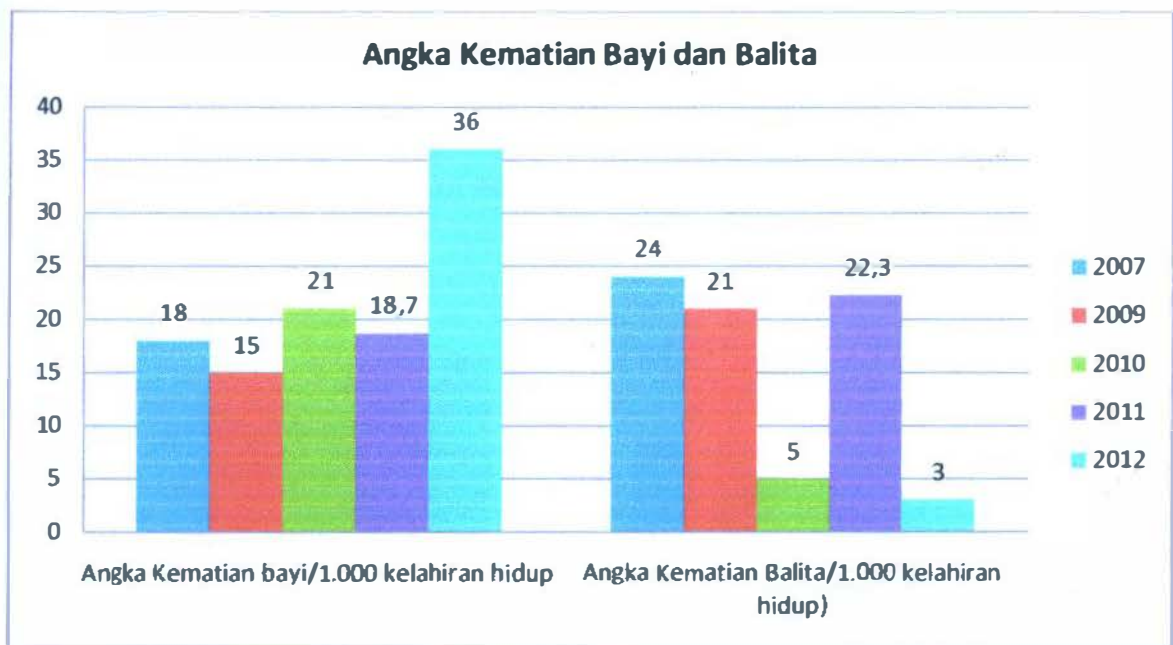
Tenaga kesehatan sebagian besar berada di puskesmas (50,56%), rumah sakit (10,22%) dan di dinas kesehatan (9,22%). Rasio dokter 22/100.000 penduduk, dokter gigi 5/100.000, bidan 58/100.000, perawat 128/100.000, dan tenaga kesehatan masyarakat 22/100.000 penduduk..

Di tahun 2011 anggaran kesehatan untuk kab. Boalemo 9,05% dari total anggaran APBD. Sumber pembiayaan kesehatan keseluruhan meliputi 86,71% berasal dari APBD dan 13,29% berasal dari APBN.

Situasi Derajat Kesehatan dan Upaya Pelayanan Kesehatan

Situasi derajat kesehatan penduduk Boalemo, disajikan sebagian pada tulisan ini. Penyajian menggunakan data sejak tahun 2007 (titik penilaian IPKM), 2009, 2010, 2011 dan 2012 (sampai dengan bulan September/Oktober 2012). Data di peroleh dari Profil Kesehatan Kabupaten Boalemo, format laporan F3, ataupun format laporan lainnya.

Dari hasil rekapitulasi laporan puskesmas atau bidan di desa oleh Seksi KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo, terlihat bahwa sampai dengan bulan September 2012, angka kematian bayi (AKB) adalah sebesar 36/1000 kelahiran hidup, sedangkan angka kematian balita adalah sebesar 3/1000 kelahiran hidup. Sedangkan angka kematian bayi (AKB) per 1000 kelahiran hidup pada tahun-tahun sebelumnya juga dapat dilihat pada Gambar dibawah ini.



(Sumber : Profil Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo)

Gambar 4. Angka Kematian Bayi dan Balita di Boalemo

Target MDG'S tahun 2011 untuk angka kematian bayi sebesar 17/1000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi (AKB) Kabupaten Boalemo tahun 2011 adalah 18,7/1000 kelahiran hidup, ini menunjukkan bahwa angka kematian bayi di Boalemo belum mencapai target MDG'S akan tetapi jika dibandingkan dengan data angka kematian bayi tahun 2010 sebesar 21/1000 kelahiran hidup menunjukkan penurunan angka kematian bayi. Namun terjadi lonjakan yang berarti pada AKB pada tahun 2012 (tercatat sampai bulan September 2012).

Angka Kematian Balita Kabupaten Boalemo Tahun 2011 adalah 22,3/ 1000 kelahiran hidup atau 56 balita mati dari 2.516 kelahiran hidup. Sedangkan angka kematian balita per September 2012 sebesar 3/1000 kelahiran hidup. Terlihat penurunan berarti dari angka kematian balita pada tahun 2012 dibandingkan tahun 2011, dan juga mencapai target MDG'S bahkan di bawah target MDG'S 2012 yang sebesar 10/1000 kelahiran hidup. Umumnya penyebab kematian bayi adalah *asfiksia*, *BBLR*, dan penyakit infeksi seperti *pneumonia* dan diare.

Pada Gambar di bawah disajikan angka kematian ibu maternal yakni angka kematian pada ibu hamil, ibu bersalin dan nifas per 100.000 kelahiran hidup di

Kabupaten Boalemo. Nilai ini didapatkan dari hasil rekapitulasi laporan puskesmas atau bidan di desa oleh Seksi KIA Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo.



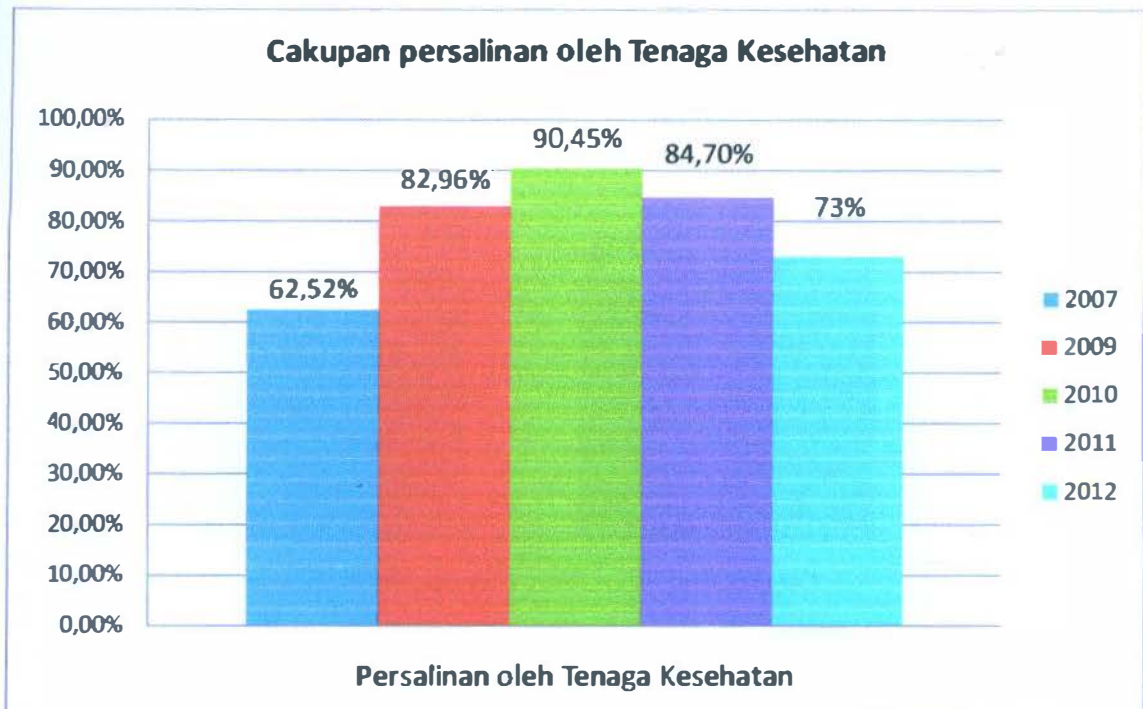
(Sumber : Profil Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo)

Gambar 5. Angka Kematian Ibu Maternal di Boalemo

Sepanjang tahun 2011 terdapat 9 kematian ibu maternal dari 2.516 kelahiran hidup (angka kematian ibu sebesar 357.7/100.000 kelahiran hidup) meningkat drastis dibandingkan pada tahun 2010 (angka kematian ibu 145/100.000 kelahiran hidup). Namun angka kematian ibu (AKI) menurun lagi di tahun 2012, menjadi 205/100.000 kelahiran hidup (tercatat sampai September 2012). Jika dibandingkan Target Indonesia pada angka kematian ibu yang sebesar 118/100.000 kelahiran hidup, maka angka kematian ibu di Boalemo masih belum mencapai target.

Penyebab kematian ibu utamanya oleh adanya perdarahan dan infeksi. Faktor lain yang menyebabkan kematian ibu antara lain karena kurangnya pengetahuan ibu tentang resiko kehamilan, masih banyak ibu hamil yang mencari pertolongan dukun, perilaku masyarakat yang memaksa pulang sebelum sembuh total, daerah yang sulit transpotasinya, sarana transportasi puskesmas yang tidak memadai serta peralatan medis puskesmas yang belum lengkap.

Berikut disajikan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di wilayah Kabupaten Boalemo, Gorontalo.

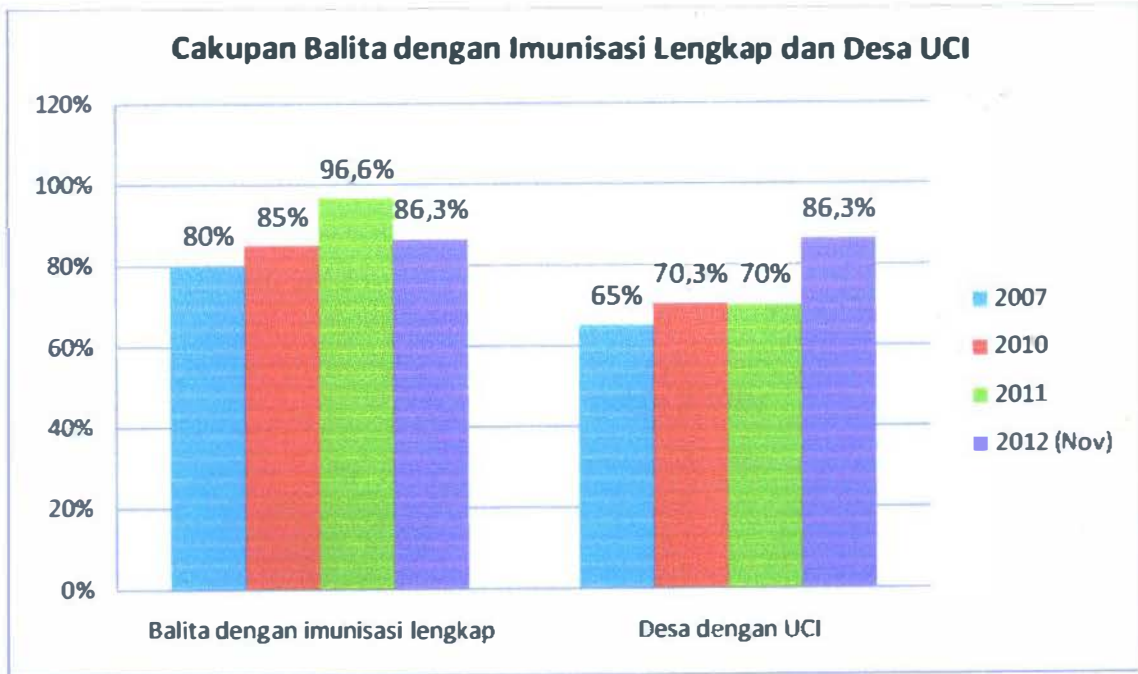


(Sumber : Profil Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo)

Gambar 6. Cakupan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Boalemo

Pada Gambar 6 tampak bahwa setelah tahun 2007 pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan semakin meningkat. Peningkatannya mendekati sepertiga sampai setengah cakupan pada 2007. Pada tahun 2007, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan hanya 62,52%. Selanjutnya meningkat hingga 82,96% di tahun 2009. Pada tahun 2010 meningkat kembali menjadi 90,45%. Tahun 2011 sedikit menurun menjadi 84,7% . Selanjutnya di tahun 2012, tercatat sampai dengan September 2012, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan baru mencapai 73%.

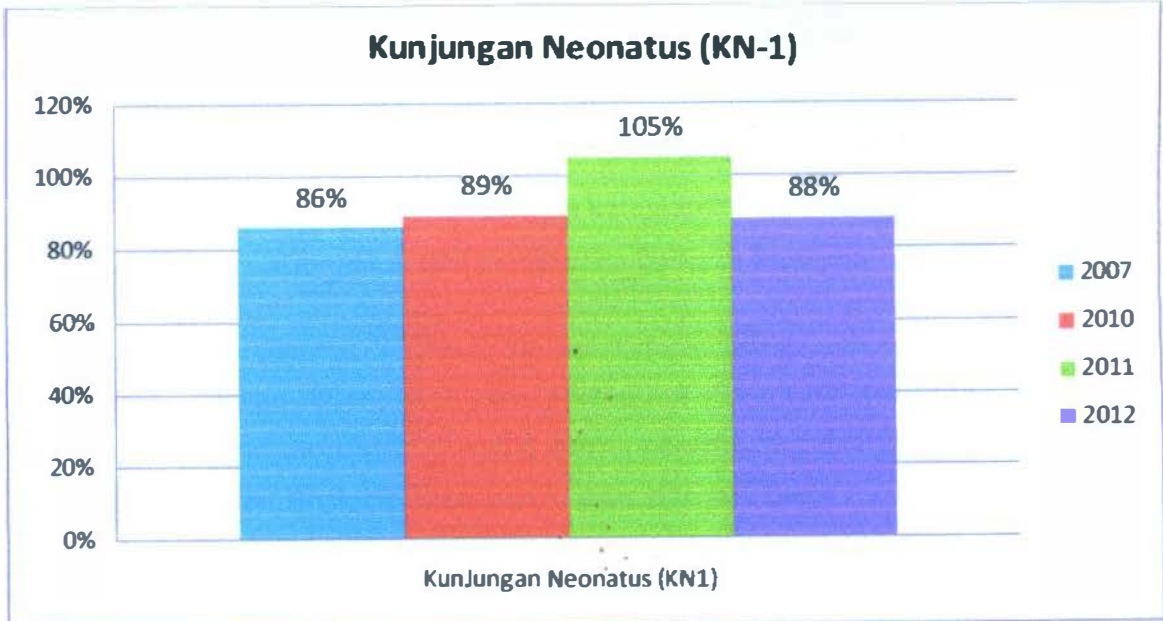
Pada Gambar 7 diberikan informasi tentang persentase balita dengan imunisasi lengkap dan desa yang telah UCI (universal coverage immunization). Secara umum tampak pada Gambar 7 terjadi peningkatan persentase balita yang mendapatkan imunisasi lengkap maupun desa UCI. Walaupun balita dengan imunisasi lengkap agak menurun pada tahun 2012 dibandingkan pada tahun 2011.



(Sumber : Profil Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo)

Gambar 7. Cakupan Balita dengan Imunisasi lengkap dan desa UCI

Pada Gambar di bawah ini disajikan persentase kunjungan neonatus (KN-1)



(Sumber : Profil Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo)

Gambar 8. Kunjungan Neonatus (KN-1)

Terlihat pada Gambar diatas bahwa kunjungan neonatus (KN-1) telah tinggi sejak 2007 sampai dengan 2012.

Pada gambar berikut disajikan situasi status gizi buruk pada balita di Boalemo (Gambar 9). status gizi buruk tersebut disajikan dalam bentuk persentase banyaknya balita yang menderita gizi buruk/banyaknya balita yang ada di Boalemo. Data diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo yang meliputi data pada tahun 2007, 2010, 2011 dan 2012.



(Sumber : Profil Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo)

Gambar 9. Gizi Buruk pada Balita di Boalemo

Terlihat pada Gambar 9 diatas, kecenderungan penurunan drastis sejak tahun 2007 sampai dengan tahun 2012 pada persentase jumlah gizi buruk pada balita di Kabupaten Boalemo, Gorontalo. Terlihat bahwa persentase balita yang mengalami gizi buruk di Kabupaten Boalemo menurun drastis dari 4% pada 2007 menjadi 2,3% di tahun 2009, 1,3% di tahun 2010, 0,6% ditahun 2011 dan hanya 0,23% sampai dengan Oktober 2012.

Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK)

Kalakarya PDBK

Dimulai dengan kegiatan Kalakarya Regional untuk wilayah Indonesia Timur yang dilaksanakan pada 21-24 Maret 2011. Kalakarya Regional tersebut diadakan oleh Badan Litbang Kesehatan yang mengundang seluruh kabupaten yang termasuk daerah bermasalah kesehatan (DBK) di Provinsi : Gorontalo, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara dan Sulawesi Tengah. Pada pertemuan tersebut diundang Kepala Dinas Kesehatan (Kadinkes) tingkat provinsi didampingi satu orang pejabat eselon 3 di provinsi. Diundang pula perwakilan kabupaten yang termasuk DBK, dimana untuk tiap kabupaten tersebut diundang : Kadinkes tingkat Kabupaten, satu orang pejabat eselon 3 di kabupaten, 1 orang perwakilan dokter PKM dan 2 orang perwakilan bidan koordinator di puskesmas. Kalakarya Regional ini untuk mensosialisasikan tentang IPKM, sistem rangking IPKM, daerah bermasalah kesehatan (DBK) dan penanggulangan daerah bermasalah kesehatan (PDBK).

Selanjutnya Provinsi Gorontalo berinisiatif mengadakan Kalakarya Tingkat Provinsi Gorontalo pada tanggal 13 Juni 2011. Kegiatan ini mengundang Kepala Dinas Tingkat Kabupaten, Kepala Bidang, satu orang perwakilan Seksi Gizi/KIA, dan lintas sektor seperti dari BKKBN, BPS, Gubernur, Asisten Gubernur, Bappeda, dan lain-lain. Pada kegiatan ini lebih banyak diundang jajaran tenaga kesehatan.

Kalakarya Kabupaten Boalemo, Gorontalo dilaksanakan pada tanggal 12 Juli 2011. Kalakarya tingkat Kabupaten Boalemo mengundang seluruh kepala dinas, kepala badan dan kepala kantor di wilayah kerja Kabupaten Boalemo, selain itu diundang juga seluruh camat (7 Kecamatan). Kepala Desa (82 desa) dan LSM yang bergerak dibidang kesehatan. Diundang pula Kepala Puskesmas dan pengelola program (11 puskesmas). Di dinas kesehatan diundang Kadinkes, wakil kadinkes, kepala seksi, dan pengelola program. Selain itu dihadiri oleh bupati yang menjabat pada saat itu (pak Iwan Bokings Alhm) dan wakilnya, pak La Ode Haimuddin. Diundang pula nara sumber dari tim pendamping pusat yakni dari Kementerian Kesehatan dan Badan penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Pak Sawidjan, Pak didik Budi, Pak Anorital, dan lainnya) serta tim pengamat pusat dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan yang

mencatat dan mengamati kegiatan tersebut yang kemudian menuangkannya dalam rekaman pengamatan.

Informasi yang didapat pada Kalakarya 2011 adalah Boalemo termasuk dalam daerah bermasalah kesehatan (DBK) dan menempati urutan ke-411 dari 460 kabupaten pada peringkat IPKM. Selain itu terdapat perbedaan antara besaran/cakupan pencapaian indikator antara data profil dan hasil Riskesdas 2007. Rendahnya IPKM Boalemo tentu saja mengagetkan tidak saja jajaran kesehatan namun juga pemerintah daerah Kabupaten Boalemo, terutama bupati Boalemo. Hal ini di karenakan mereka tidak menyangka daerahnya termasuk DBK dengan rangking yang rendah pula. Padahal Kabupaten Boalemo mendapatkan sederet penghargaan di bidang kesehatan. Diantara penghargaan tersebut adalah Award MDG'S dari majalah Gatra untuk pemda yang mempunyai perhatian terhadap MDG'S, penghargaan Manggaia Karya Bhakti Husada Arutala untuk kategori pemerintah yang *concern* terhadap kesehatan (2009), peringkat enam lomba PHBS tingkat nasional, Citra Pelayanan Prima untuk RS Tani dan Nelayan, serta menjadi pembicara dalam PNPM dan GSC (generasi sehat cerdas), dan lain-lain.

Kalakarya bersamaan waktunya dengan pertemuan pemerintah daerah, sehingga Bupati dan para Camat tidak ikut kegiatan Kalakarya sampai selesai, hanya sampai pemaparan peringkat IPKM Boalemo. Sebelum pergi, bupati berpesan untuk mencari cara mengatasi masalah tersebut (membuat IPKM Boalemo meningkat). Yang mengikuti kegiatan Kalakarya sampai selesai adalah wakil bupati yang akan merespon arahan bupati.

Kesepakatan/komitmen bersama hasil dialog PDBK adalah keinginan untuk memperbaiki peringkatnya dari 411 ke peringkat 100-an. Komitmen lainnya yang menjadi kesepakatan bersama antar lintas sektor merencanakan strategi dan apa yang akan dilakukan. Langkah awal adalah mencari data *riil* di wilayah pada kelompok sasaran yang telah disepakati yakni bayi, balita, dan ibu hamil dengan cara *sweeping* bersama-sama dengan ujung tombak : Kader Posyandu dan Ketua Dasa Wisma. Dahulu, terdapat perbedaan jumlah sasaran pada laporan yang berbeda untuk sasaran yang sama. Data *riil* tersebut diharapkan merevisi dan membuat kesamaan jumlah sasaran pada laporan yang berbeda, misalnya jumlah balita menjadi sama antara yang ada di laporan PKK dan di laporan Posyandu. Kesepakatan bersama lainnya ialah membentuk tim dengan memanfaatkan infrastruktur sosial yakni terutama Kader

Posyandu dan Ketua Dasa Wisma yang mendapat insentif daerah agar indikator yang terkait dengan PDBK bisa ditingkatkan.

Dua hari setelah Kalakarya diadakan rapat di Dinas Kesehatan (Dinkes) menindak lanjuti kesepakatan pada Kalakarya. Yang diundang pada saat itu adalah jajaran dinkes beserta puskesmas. Puskesmas diberi waktu dua minggu untuk turun lapang mengadakan sweeping dan melaporkannya.

Tindak lanjut dari kesepakatan tersebut adalah, beberapa saat setelah Kalakarya PDBK 2011 dikeluarkan surat dari Bupati yang ditujukan ke Camat untuk mengambil langkah-langkah dalam rangka penanggulangan DBK. Tindak lanjut surat Bupati tersebut, selanjutnya di beberapa puskesmas terbentuk tim relawan kesehatan (berdasar SK Camat). Sedangkan di Dinkes diintensifkan Tim Pendamping tingkat Kabupaten yang telah terbentuk untuk mendampingi puskesmas-puskesmas binaannya.

Setelah mengetahui peringkat IPKM, indikator apa saja untuk menyusun IPKM tersebut, indikator-indikator yang perlu penanganan untuk meningkatkan IPKM Boalemo maka Dinas Kesehatan sebagai *core leading* yang dibantu SKPD (Satuan Kerja Perangkat Daerah) lainnya menyiapkan strategi untuk upaya peningkatan IPKM. Strategi tersebut bisa berupa program/terobosan baru, bisa pula hal yang telah lama berjalan namun dioptimalkan kembali pelaksanaannya.

Kalakarya Booster PDBK dilaksanakan pada tanggal 22 November 2012. Kegiatan ini dihadiri oleh jajaran Dinas Kesehatan yakni : Kepala dan Wakil Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo, para Kepala Bidang, Kepala Seksi dan para Pemegang Program. Kegiatan ini juga mengundang semua Puskesmas yang ada, dengan lima orang perwakilan untuk tiap puskesmas (Kepala, Pemegang Program, Bidan Koordinator, dan lainnya). Nara sumber yang datang adalah Roy Nusa dan drg Lely dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan serta pengamat PDBK untuk Kabupaten Boalemo yakni Budi Setyawati dan Bunga CH Rousha. Kalakarya kali ini lebih merupakan *capacity building* bagi tenaga kesehatan. Materi kegiatan ini adalah *refresh* kembali tentang apa dan bagaimana PDBK, indikator utama yang paling berpengaruh dalam indikator penilaian IPKM yang bisa menjadi daya ungkit pencapaian peningkatan indikator lainnya. Misalnya pada kegiatan penimbangan balita bisa diketahui status gizi buruk,

pendek, kurus maupun gizi kurang pada balita dan selanjutnya balita yang bermasalah tersebut bisa segera ditangani.

Fenomena Emergence dan Upaya Keluar dari DBK (Daerah Bermasalah Kesehatan)

Berikut disampaikan fenomena 'Emergence' dan upaya keluar dari daerah bermasalah kesehatan di Kabupaten Boalemo, Gorontalo.

Tabel 3. Fenomena Emergence dan Upaya Keluar dari DBK di Kabupaten Boalemo

No.	Komponen	Kategori	Tahap	Dampak Positif
1	Pencarian data riil (bayi, balita, bumil) di lapangan	case finding	Post Kalakarya	terkumpul data riil bayi, balita, ibu hamil
2	Pembentukan tim pendamping PDBK di Dinkes untuk pembinaan pada Puskesmas	case holding	Post Kalakarya	meningkatkan monitoring evaluasi di PKM
3	Sosialisasi DBK, IPKM dan mengajak berupaya bersama untuk keluar dari daerah DBK dan meningkatkan rangking IPKM	case holding	Post Kalakarya	meningkatkan semangat dan meningkatkan capaian indikator kesehatan
4	MoU antara Kadinkes, Diknas dan KBPP tentang pelaksanaan Posyandu di PAUD	case finding	Post Kalakarya	Cakupan D/S meningkat
5	Optimalisasi mini lokakarya triwulan di Puskesmas dengan melibatkan lintas sektor seperti camat, Kapolsek, Danramil, PNPM, KUA, Diknas cabang, PKK, tokoh masyarakat, tokoh agama, Kader Posyandu, Dasa Wisma, dll	case finding	Post Kalakarya	Cakupan D/S meningkat, capaian indikator kesehatan lain juga meningkat
6	Pembentukan tim relawan di wilayah kecamatan (wilayah kerja Puskesmas)	case finding	Post Kalakarya	Cakupan D/S meningkat, capaian indikator kesehatan lain juga meningkat
7	Kader Posyandu bertanggung jawab pada 'Balita Binaannya'	case finding	Post Kalakarya	Cakupan D/S meningkat
8	Pendekatan ke Tim Penggerak PKK untuk mendukung bidang kesehatan	case holding	Pre Kalakarya	Cakupan D/S meningkat, capaian indikator kesehatan lain juga meningkat
9	Pembinaan terhadap pramuka Saka Bakti Husada	case finding	Pre Kalakarya	Cakupan D/S meningkat, capaian indikator kesehatan lain juga meningkat
10	Program DACIL (daerah terpencil), salah satu upaya pelayanan jemput bola di	case finding	Pre Kalakarya	Cakupan D/S meningkat, capaian

	wilayah terpencil			indikator kesehatan lain juga meningkat
11	Penyuluhan kesehatan berbasis keagamaan	case holding	Pre Kalakarya	Cakupan D/S meningkat, capaian indikator kesehatan lain juga meningkat
12	Kerjasama dengan PNPM di tingkat desa dalam pemberian PMT berbasis bahan makanan lokal, dan penyediaan pembiayaan transportasi ibu hamil menuju pelayanan kesehatan saat akan melahirkan	case holding	Pre Kalakarya	Cakupan D/S meningkat, persalinan nakes meningkat, AKI & AKB menurun
13	Kerjasama dengan kantor sosial PMD dalam program PKH (program keluarga Harapan) yang sasarannya adalah ibu hamil	case holding	Pre Kalakarya	Cakupan D/S meningkat, persalinan nakes meningkat, AKI & AKB menurun
14	Pembinaan dukun oleh Puskesmas dalam bentuk kemitraan dukun-bidan sebagai tenaga kesehatan	case finding	Pre Kalakarya	Persalinan nakes meningkat, AKB & AKI menurun
15	AMP (audit maternal perinatal) merupakan audit penyebab kematian ibu yang melahirkan, yang dilaksanakan melalui 2 jalur yakni jalur sosial dan jalur petugas kesehatan	case holding	Pre Kalakarya	Persalinan nakes meningkat, AKB & AKI menurun
16	Program P ₄ K (program Perencanaan Persalinan dan pencegahan Komplikasi) dimana dibuat kesepakatan antara ibu hamil, bidan dan keluarga yang diketahui oleh kepala desa	case holding	Pre Kalakarya	Persalinan nakes meningkat, AKB & AKI menurun
17	Program GSI (Gerakan Sayang Ibu) dalam kegiatan ini ibu hamil diberi tanda di depan rumah, diperhatikan kesehatannya & mendapat bantuan saat akan melahirkan	case holding	Pre Kalakarya	Persalinan nakes meningkat, AKB & AKI menurun
18	Program GDSM (Gerakan Desa Sehat Mandiri), Dinkes akan berkantor di Puskesmas terpilih selama 2 hari untuk pelayanan masyarakat dan pembinaan staff)	case holding	Pre Kalakarya	Capaian indikator kesehatan meningkat, kemampuan staff kesehatan meningkat
19	Pengobatan gratis bagi masyarakat	case finding	Pre Kalakarya	Capaian indikator kesehatan meningkat
20.	Perawatan gratis bagi balita penderita gizi buruk di TFC (Therapeutic Feeding Center)	case finding	Pre Kalakarya	Gizi buruk tertangani

Fenomena Emergence

Fenomena 'Emergence' adalah fenomena yang muncul secara spontan yang terjadi setelah Kalakarya yang terekam dalam pengamatan yang dilakukan oleh tim peneliti. Fenomena Emergence tersebut adalah program inovatif yang diharapkan bersinergi dengan program lain yang telah ada/berjalan di Boalemo sehingga dapat meningkatkan peringkat IPKM. Fenomena 'Emergence' tersebut antara lain adalah :

- a. Pencarian data riil di lapangan, terutama jumlah bayi, balita dan ibu hamil. Hal ini dilakukan dengan sebutan 'Densus' ataupun 'sweeping'. Data riil yang terkumpul dijadikan acuan dalam penentuan sasaran. Pada sasaran yang sama seringkali ditemui jumlah sasaran tersebut berbeda pada format yang berbeda. Oleh karena itulah, data riil hasil 'Densus' dijadikan acuan jumlah riil sasaran pada format laporan yang berbeda. Sehingga ada kesamaan dan konsistensi jumlah sasaran yang sama walaupun dalam format yang berbeda.
- b. Pembentukan tim pendamping PDBK di Dinkes untuk pembinaan pada puskesmas. Pembentukan tim pendamping ini dilakukan untuk dapat memberikan masukan agar kinerja pelayanan di Puskesmas menjadi lebih baik dan pencapaian indikator menjadi lebih baik.
- c. Mensosialisasikan tentang DBK, IPKM dan upaya bersama untuk keluar dari daerah DBK dan meningkatkan rangking IPKM. Sosialisasi dilakukan disetiap kegiatan Dinas Kesehatan, mulai dari sering diingatkan pada saat upacara/apel pagi, saat kunjungan ke puskesmas/daerah, serta acara-acara rapat ataupun pertemuan. Biasanya yang disampaikan adalah rangking awal (IPKM tahun 2007), capaian indikator saat itu (berdasar Riskesdas 2007) dan capaian sekarang (data program terakhir) serta mengingatkan untuk berusaha bersama meningkatkan capaian indikator yang lebih baik.
- d. MoU antara Kadinkes, Diknas dan KBPP (Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan) tentang pelaksanaan Posyandu di PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini). Kerjasama juga dilakukan dengan BKB (Bina Keluarga Balita). Kerjasama ini dimaksudkan untuk meningkatkan cakupan D/S penimbangan balita. Kerjasama dimaksudkan agar balita yang ikut PAUD, pada

saat berlangsungnya Posyandu dapat di bawa ke Posyandu untuk ditimbang, kegiatan ini dilakukan sejak 2011. Saat ini, ditahun 2012, diadakan kerjasama untuk mengadakan Posyandu di PAUD. Hal ini dimaksudkan terutama pada sasaran anak balita usia 3 tahun keatas.

- e. Mengoptimalkan mini lokakarya (minilok) triwulanan di Puskesmas dengan melibatkan lintas sektor terkait di wilayah kerja puskesmas tersebut dengan mengundang camat, Kapolsek, Danramil, PNPM, KUA, Diknas cabang dinas, PKK, tokoh masyarakat, tokoh agama, Kader Posyandu, Ketua Dasa Wisma, dll. Dahulu minilok bersifat satu arah yakni Puskesmas memberikan informasi dan hadirin hanya mendengarkan. Kini, dicoba dibudayakan dialog antara Puskesmas dengan undangan yang hadir. Puskesmas mengulas tentang masalah kesehatan dan lintas sektor juga memaparkan pula apa bantuan yang bisa mereka lakukan. Selanjutnya dibuatlah "rekomendasi kesepakatan" yang akan dievaluasi tiap 3 bulan sekali. Selain itu, lintas sektor secara bergantian mendapat kesempatan berbicara di depan forum minilok.
- f. Pembentukan tim relawan di wilayah kecamatan (dengan SK camat) sudah terbentuk di beberapa puskesmas. Tim relawan terdiri dari lintas sektor.
- g. Setiap Kader Posyandu bertanggung jawab pada 'Balita Binaannya'. Yang dimaksud diatas adalah : setiap desa terdapat 5 Kader Posyandu, semua Kader Posyandu bertanggung jawab atas semua balita di desa tersebut dalam hal penimbangan. Maka diadakan pembagian tanggung jawab ke tiap-tiap kader, setiap kader bertanggung jawab atas sejumlah tertentu balita di wilayah tanggung jawabnya. Mereka harus mengetahui setiap nama dan alamat (*by name, by address*) balita tersebut, bertanggung jawab atas penimbangan rutinnnya dan mengetahui keadaan kesehatannya.

Upaya keluar dari DBK (Daerah Bermasalah Kesehatan)

Upaya lain selain 'emergence' yang sebenarnya telah berjalan dan juga dapat merupakan bagian dari upaya untuk keluar dari DBK (Daerah Bermasalah Kesehatan) antara lain adalah :

- a. Pendekatan ke Tim Penggerak PKK, adanya staff dinas yang menjadi ketua Pokja IV memungkinkan kegiatan PKK mendukung bidang kesehatan. Adanya hubungan dekat sejak dulu juga membuat dana honor kader posyandu dan Ketua Dasa Wisma dititip/dilekatkan pada Dinkes sehingga memungkinkan Dinkes untuk mengontrol cara kerja dan 'menitipkan' pesan kesehatan untuk disampaikan pada masyarakat. Tiap kader posyandu mendapatkan honor sebesar Rp.210.000 perbulan sedangkan ketua kader mendapatkan Rp.50.000 per bulan. Honor dibayarkan tiap tiga bulan sekali setelah kader dan ketua Dasa Wisma menyerahkan laporan kinerja yang berisi format isian yang telah diisi lengkap.
- b. Mengintensifkan pembinaan pramuka khususnya pada peminatan Saka Bakti Husada. Setiap minggunya, selain mendapat pembinaan materi kepramukaan, mereka juga dibina dengan muatan kesehatan oleh Dinkes maupun Puskesmas. Sampai saat ini telah 1000 siswa mendapatkan pembinaan. Mereka juga turut dilibatkan Dinkes bila ada kegiatan dilapangan. Diharapkan dengan pembinaan kesehatan, minimal dapat menerapkan pada diri sendiri, dapat menyampaikan pada keluarga dan masyarakat disekelilingnya, dan membantu Puskesmas menyebarkan informasi. Mereka juga diharapkan melaporkan ke puskesmas bila ada masalah kesehatan di wilayah mereka tinggal.
- c. Program DACIL (daerah terpendil). Merupakan salah satu upaya pelayanan jemput bola di wilayah terpencil. Program ini dilakukan di desa terpencil, dimana diberikan hiburan (pemutaran film ataupun musik) pada malam hari yang diselingi dengan penyuluhan. Selanjutnya keesokan harinya diadakan pelayanan gratis ditempat. Kegiatan ini melibatkan lintas program dan lintas sektor.
- d. Penyuluhan kesehatan berbasis keagamaan. Program ini adalah memberi pembinaan dan materi kesehatan pada para pemuka agama. Sehingga diharapkan para pemuka agama dapat menyampaikan pesan kesehatan pada saat mereka berhutbah baik di masjid maupun gereja. Saat ini telah dicoba diterapkan sistem kontrak penyuluhan di majelis taklim. Para pemuka agama menyampaikan pesan kesehatan di majelis taklim di sela-sela ceramahnya. Mereka mendapatkan honor yang bisa diambil setelah menyerahkan dokumen laporan ke Dinkes. Selain itu, diadakan kerjasama dengan kepala KUA dan

imam-imam masjid dengan memberi pelatihan agar saat mereka menjalankan tugasnya dapat menyelipkan pesan kesehatan.

- e. Kerjasama dengan PNPM (Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat) di tingkat desa. Kerjasama yang dilakukan tidak sama untuk tiap daerah. Salah satu bentuk kerjasama tersebut yaitu dalam hal pemberian PMT berbasis bahan makanan lokal. Pihak puskesmas memberikan materi teknis pelatihan, sedangkan PNPM memfasilitasi biayanya. Untuk kegiatan PMT, Puskesmas juga mengeluarkan dana BOK untuk kegiatan PMT. Kerjasama lainnya dalam hal pembuatan peta kondisi tiap keluarga dalam satu desa. Di dalam peta tersebut ditandai mana keluarga yang memiliki balita dan ibu hamil. Selain itu PNPM terlibat dalam hal penyediaan pembiayaan transportasi ibu hamil menuju pelayanan kesehatan saat akan melahirkan.
- f. Pembentukan tim relawan di wilayah kecamatan (dengan SK camat) sudah terbentuk di beberapa PKM. Tim relawan terdiri dari lintas sektor.
- g. Kerjasama dengan kantor sosial PMD yaitu pada PKH (program keluarga harapan) dimana pada program tersebut sasarannya adalah ibu hamil. Aksi akan dikolaborasi (akan dilakukan, dalam proses pembicaraan).
- h. Kemitraan bidan-dukun. Ada pembinaan dukun oleh Puskesmas agar terjalin kerjasama yang baik antara dukun dengan tenaga kesehatan. Kegiatan ini mulai dijalankan di tahun 2006. Pada rumah dukun dipasang papan nama. Bilamana dukun mengantarkan ibu hamil yang datang padanya untuk diperiksa oleh bidan, dari mulai hamil sampai melahirkan maka akan mendapatkan jasa sebesar Rp. 50.000,- untuk setiap satu orang ibu hamil yang diambil dari jasa bidan dan Rp. 75.000,- sebagai dana transport yang bersumber dari APBD .
- i. AMP (audit maternal perinatal). Kegiatan ini merupakan audit terhadap penyebab kejadian kematian pada ibu yang melahirkan. Audit dilaksanakan melalui 2 jalur yakni jalur sosial dan jalur petugas kesehatan. Pada jalur sosial, anggota masyarakat (kelurga, suami, Ketua Dasa Wisma, dukun, Kader Posyandu, Camat, PKK, Kepala Dusun, Kepala Desa, pendong persalinan, dll) ditanyakan agar mereka merasa ikut bertanggung jawab. Pada jalur petugas kesehatan, tenaga kesehatan yang menolong persalinan yang bersangkutan akan ditanyakan oleh dokter ahli.
- j. Program P₄K (program Perencanaan Persalinan dan pencegahan Komplikasi). Dibuat kesepakatan antara ibu hamil, bidan dan keluarga yang diketahui oleh

kepala desa. Kesepakatan tersebut mencakup : perencanaan tempat bersalin, siapa yang akan menolong persalinan, siapa pendamping dari keluarga, perencanaan darimana pembiayaan persalinan dan siapa pendonor darah apabila dibutuhkan. Pada rumah ibu hamil di beri penanda stiker P4K.

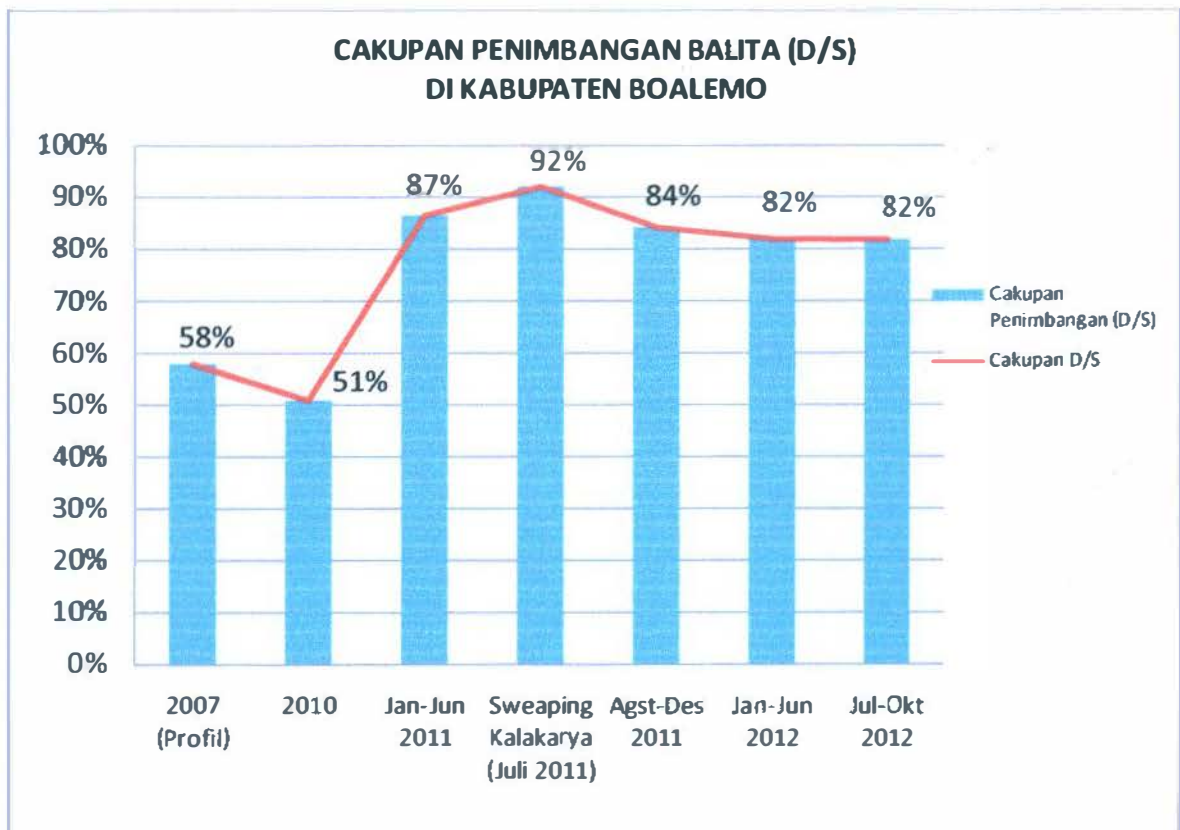
- k. Program GSI (Gerakan Sayang Ibu). Pada kegiatan ini, seluruh ibu hamil harus mempunyai tanda. pada ibu hamil resiko tinggi/resti diberi bendera berwarna merah di depan rumah. Sedangkan dirumah ibu hamil tidak resiko tinggi diberi stiker penanda pada rumahnya. Kegiatan ini melibatkan lintas sektor yakni Kades, Dasa Wisma, Kader Posyandu, tokoh masyarakat dan tokoh agama serta jajaran pemerintahan. Hal ini dimaksudkan agar semua yang ada di daerah tempat ibu hamil berada, baik pemerintahan desa, kader maupun masyarakat dapat memantau sang ibu sejak hamil sampai melahirkan dengan selamat. Pada program ini, ibu yang bersalin dirumah tidak dibantu tenaga kesehatan maka keluarga akan diberikan denda. Besarnya denda berbeda tergantung kesepakatan. Besaran denda berkisar antara Rp. 500.000,- sampai Rp. 1.000.000,-, dimana besarnya denda akan ditanggung bersama oleh Kelurga, Desa dan tenaga kesehatan.
- l. Program GDSM (Gerakan Desa Sehat Mandiri). Program GDSM merupakan program unggulan yang dilaunching pada Juli 2012. Gerakan ini direncanakan dua kali dalam sebulan, Puskesmas bergiliran sebagai tuan rumah. Dinas kesehatan akan membawa semua staff yang juga merupakan perwakilan semua bidang untuk berkantor dan apel harian di puskesmas sasaran selama dua hari. Hari pertama dilakukan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Hari kedua akan dilakukan pembinaan staff puskesmas (bimbingan teknis, mori toring dan evaluasi) pada semua bidang program secara bersamaan agar pembinaan menjadi lebih efektif. Selain itu pembinaan dimaksudkan agar pelayanan dan visualisasi/ manajemen data menjadi terstandar.
- m. Pengobatan gratis bagi masyarakat Boalemo yang telah diberlakukan sejak lama. Selain itu jika ada balita penderita gizi buruk dapat dirawat gratis TFC (Therapeutic Feeding Center), dan diberikan transportasi dan biaya hidup bagi penunggu balita tersebut.

Program diatas merupakan program generik Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo yang pada pelaksanaannya dimodifikasi/diperkaya secara berbeda (spesifik) oleh tiap wilayah kecamatan/puskesmas.

Hal yang menarik adalah untuk masalah kematian ibu bersalin. Di Boalemo terdapat upaya yang sangat sungguh-sungguh, baik dari dinas kesehatan maupun dari masyarakat untuk berupaya mencegah kematian pada ibu bersalin. Hal ini dimulai sejak dari ibu terdeteksi hamil. Dimulai dengan pemasangan stiker dirumah keluarga yang terdapat ibu hamil dan pemasangan berndera merah di halaman rumah ibu hamil dengan resiko tinggi. Selanjutnya bagi ibu hamil yang KEK (kurang energi kalori) di berikan PMT, sehari sebelum pelaksanaan imunisasi ibu diinformasikan untuk datang, jika tidak datang ke Posyandu akan didatangi kerumahnya untuk dipantau kenaikan berat badannya, kesehatannya terpantau oleh Ketua Dasa Wisma tempatnya tinggal, apabila ibu hamil menggunakan/periksa ke dukun, dukun juga akan membawanya ke bidan/tenaga kesehatan untuk diperiksa, ada kesepakatan perencanaan melahirkan (tempat, waktu pembiayaan, pendamping dan donor darah jika perlu) antara ibu hamil dan keluarga yang diketahui oleh tenaga kesehatan (bidan) dan pamong desa. Begitu pula bila ibu hendak melahirkan, terutama ibu hamil resti (resiko tinggi) telah tersedia ambulans yang siap membawa ibu ke pelayanan kesehatan terdekat atau rumah sakit.

Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) dan dan Cakupan penimbangan Balita (D/S)

Selanjutnya pada Gambar 10 disajikan cakupan penimbangan balita (D/S), yakni besaran persentase banyaknya balita yang ditimbang dibandingkan dengan jumlah balita keseluruhan di Boalemo. cakupan penimbangan balita (D/S) yang disajikan meliputi sejak tahun 2007, 2010, semester I (Januari-Juni) 2011, sesaat setelah melakukan kesepakatan bersama untuk melakukan pencarian data riil pada balita, bayi dan bumil (*sweeping*), semester II (Agustus-Desember) 2011, semester I (Januari-Juni) 2012, dan semester II (Juli-Oktober) 2012.

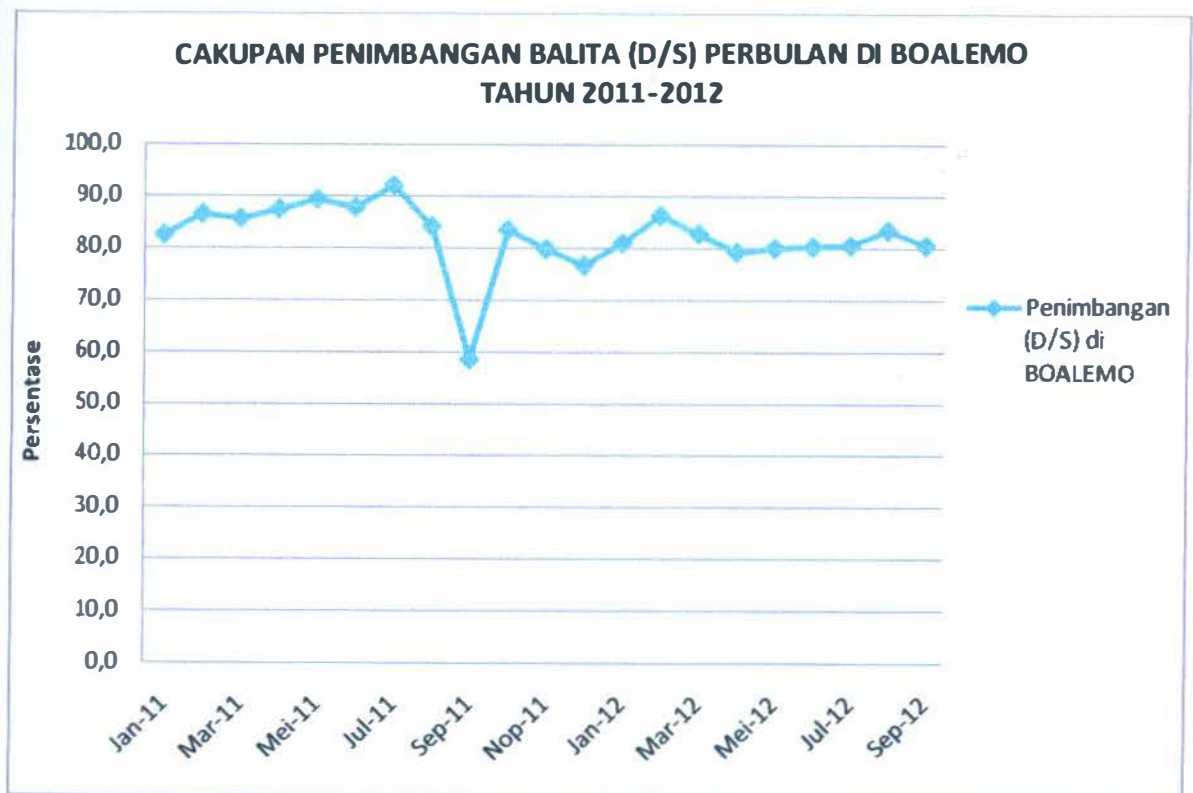


(Sumber : Profil Kesehatan, Dinas Kesehatan Boalemo & Laporan F3 Gizi Kab. Boalemo)

Gambar 10. Profil Cakupan Penimbangan (D/S) di Kabupaten Boalemo

Gambar diatas memperlihatkan bahwa cakupan penimbangan balita dari keseluruhan balita yang ada (D/S) di Kabupaten Boalemo, tidak menunjukkan perbedaan yang berarti baik pada tahun 2007 maupun tahun 2010, yakni hanya sekitar setengah dari jumlah balita yang ada di Boalemo yang ditimbang. Namun sejak 2011 sampai data terakhir berhasil dikumpulkan (Oktober 2012) terlihat grafik yang konsisten yakni sekitar 4 dari 5 balita selalu ditimbang tiap bulannya. Cakupan penimbangan balita (D/S) paling tinggi (92%) didapatkan pada Juli 2011.

Jika pada gambar sebelumnya menyajikan data cakupan penimbangan (D/S) berupa nilai rata-rata per semester (rata-rata untuk enam bulan). Maka gambar yang tersaji di bawah ini (Gambar 11) adalah cakupan penimbangan balita perbulan di tahun 2011-2012.

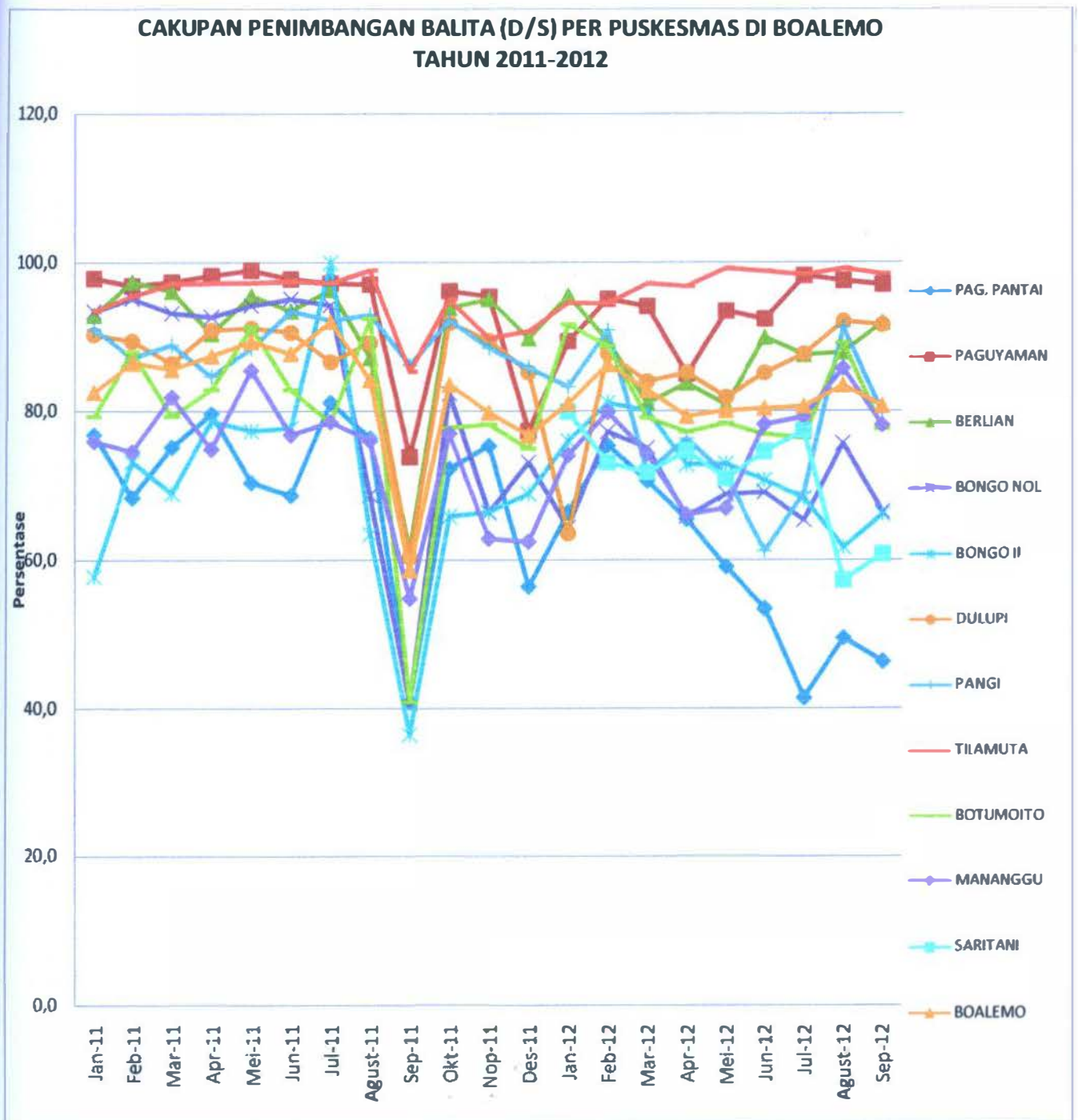


(Sumber : Laporan F3 Gizi Kabupaten Boalemo tahun 2011-2012)

**Gambar 11. Cakupan Penimbangan Balita (D/S) Perbulan
di Kabupaten Boalemo Tahun 2011-2012**

Dari Gambar diatas terlihat bahwa secara umum cakupan penimbangan balita (D/S) perbulan di Kabupaten Boalemo turun naik di sekitar nilai 80%. Akan tetapi di bulan September 2011 terlihat penurunan pada cakupan penimbangan balita (D/S) yang sangat berarti sehingga sampai mendekati 60%. Jika dicermati, maka Pada Gambar 9 juga dapat ditemui cakupan penimbangan balita (D/S) tertinggi, yakni pada bulan Juli 2011, dengan nilai cakupan D/S sebesar 92%.

Pada Gambar sebelumnya di sajikan cakupan penimbangan balita (D/S) per bulan di Boalemo. Selanjutnya Pada Gambar 10 di sajikan cakupan penimbangan balita (D/S) pada setiap Puskesmas (11 puskesmas) yang ada di Kabupaten Boalemo setiap bulannya pada tahun 2011-2012.



(Sumber : Laporan F3 Gizi Kabupaten Boalemo tahun 2011-2012)

Gambar 12. Cakupan Penimbangan Balita (D/S) per Puskesmas perbulan di Kabupaten Boalemo, Gorontalo

Pada gambar diatas terlihat cakupan penimbangan balita (D/S) pada tiap-tiap puskesmas perbulan yang ada di Kabupaten Boalemo, Gorontalo. Terlihat terdapat

variasi yang cukup beragam dari berbagai Puskesmas yang ada di Kabupaten Boalemo. Ada Puskesmas yang konsisten memiliki cakupan penimbangan yang tinggi, ada yang konsisten rendah, ada yang cakupannya fluktuatif (naik turun ataupun turun naik). Hal yang menarik adalah semua puskesmas mengalami penurunan drastis dalam D/S pada bulan September 2011.

Pemberdayaan Ketua Dasa Wisma dan Upaya peningkatan Cakupan Penimbangan Balita (D/S)

Hal unik di Kabupaten Boalemo, Gorontalo adalah pemberian insentif pada kader Posyandu dan Ketua Dasa Wisma. Pemberian insentif ini merupakan bagian mengefektifkan infrastruktur sosial yang ada terutama kader Posyandu dan Ketua Dasa Wisma. Ketua Dasa Wisma yang bertanggungjawab mengawasi keadaan pada 10 rumah.

Hal unik di Kabupaten Boalemo, Gorontalo adalah pemberian insentif pada kader Posyandu dan Ketua Dasa Wisma. Bermula dari Bupati Boalemo yang lama (Iwan Bokings Almh.) pada saat 2010 menganggarkan pengadaan program 'Gerbang Dhuha' singkatan dari Gerakan Membangun Dusun Sehat. Lalu ketua Tim Penggerak PKK membuat tiga buah buku yakni : buku pink isinya terkait dengan kesehatan/jasmani; putih terkait dengan rohani; biru terkait dengan ekonomi. Buku-buku tersebut berisi format-format pendataan tentang kondisi masyarakat. Ketua Dasa Wisma bertugas mengisi format tersebut berdasarkan kondisi riil yang dihimpun dari 10 rumah yang menjadi binaannya. Data-data dasar tersebut pada akhirnya dikumpulkan di Kabupaten dan menjadi data dasar sebagai acuan perencanaan semua instansi terkait di wilayah kerja Boalemo. Selanjutnya setiap kader Posyandu dan Ketua Dasa Wisma mendapatkan insentif. Pemberian insentif ini merupakan bagian mengefektifkan infrastruktur sosial yang telah ada.

Sistem penjaringan data dasar mulai dari bawah (oleh Ketua Dasa Wisma di 10 rumah yang menjadi tanggungjawabnya), termasuk didalamnya data dasar tentang keadaan kesehatan ataupun permasalahan kesehatan di masyarakat. Sistem penjaringan dari bawah berbasis Dasa Wisma. Jika Dasa Wisma menemukan masalah

kesehatan diantara 10 rumah tangga tanggungjawabnya, maka ia akan melaporkannya pada Kader Posyandu yang terdapat di desa tersebut. Selanjutnya Kader Posyandu akan melaporkannya kepada petugas kesehatan (biasanya bidan) dan Kepala Desa.

Pemberian insentif pada Ketua Dasa Wisma didasarkan pada penilaian kinerjanya. Kinerjanya dinilai dari keaktifan dan pengisian format data dasar. Penilaian dilakukan oleh kepala desa dan tim penggerak PKK. Jika kinerjanya dianggap jelek maka pemberian insentif ditunda sementara waktu. Dana insentif berasal dari dana APBD (anggaran Pendapatan Belanja Daerah). Dana tersebut dilekatkan dalam Dinas Kesehatan. sehingga pemberian insentif dikeluarkan melalui Dinas Kesehatan atas persetujuan/seizin kepala desa dan tim penggerak PKK. Pemberian insentif dilakukan tiap tiga bulan sekali, bersamaan dengan pemberian insentif Kader Posyandu, yang dilakukan di tiap-tiap kecamatan pada saat rapat bulanan PKK di tingkat kecamatan. Saat pemberian insentif akan berkumpul wakil dari Dinas Kesehatan, Ketua dan Tim Penggerak PKK tingkat Kabupaten, Kecamatan dan Desa, Ketua Dasa Wisma dan Kader posyandu.

Pemberdayaan terhadap ketua Dasa Wisma, utamanya dibidang kesehatan, dilakukan dengan beragam cara. Mulai dari pemberian insentif yang menggerakkan Ketua Dasa Wisma secara langsung maupun tidak langsung terlibat dalam lingkup bidang kesehatan (pencarian data dasar, pelaporan kondisi kesehatan, dan lain-lain). Ditingkat Tim Penggerak PKK Kabupaten Boalemo, ketua Kelompok Kerja (Pokja) IV yang membawahi bidang kesehatan adalah staff Dinas Kesehatan sehingga memungkinkannya memasukkan materi kesehatan dan penekanannya. Demikian pula insentif yang dilekatkan ke Dinas Kesehatan (Dinkes) memungkinkan Dinkes juga turut mengontrol cara kerja dan 'menitipkan' pesan kesehatan untuk disampaikan pada masyarakat.

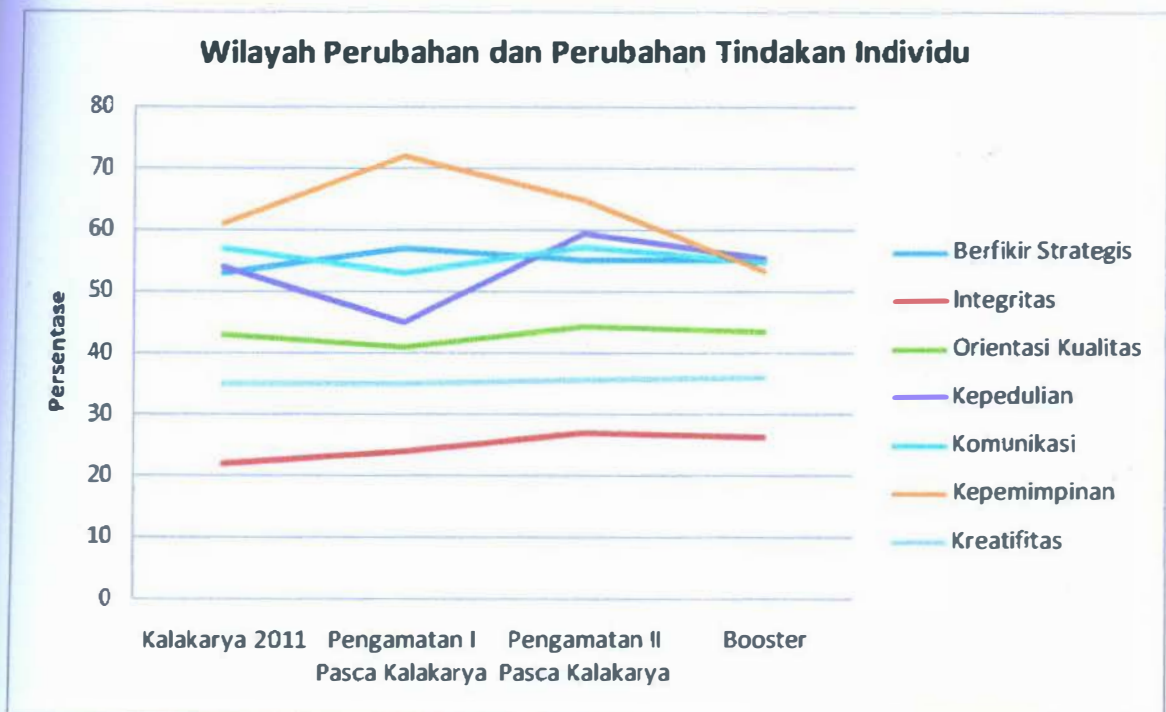
Pemberdayaan terhadap Ketua Dasa Wisma utamanya dalam bentuk pembinaan. Ketua Dasa Wisma secara struktur berada di bawah Kepala Desa dan Tim Penggerak PKK tingkat Desa. Pembinaan utama dilakukan oleh tim penggerak PKK. Pembinaan bertingkat mulai pada tingkat desa, tingkat kecamatan dan tingkat kabupaten. Biasanya bersamaan dengan rapat bulanan di kecamatan saat pemberian insentif,

diawali dengan evaluasi dan materi pembinaan, yang salah satu materinya adalah materi kesehatan. Pokja IV dengan anggaran PKK, pada 2012 mengadakan *pilot project* 'Posyandu binaan PKK' yakni Posyandu yang diperbaiki dan dilaksanakan sesuai dengan standar, sehingga dapat menjadi percontohan pada Posyandu lain.

Pembinaan juga dilakukan oleh jajaran kesehatan. Pembinaan oleh jajaran kesehatan utamanya dilakukan oleh puskesmas. Puskesmas mengadakan pembinaan bagi Ketua Dasa Wisma yang ada di wilayahnya walaupun tidak se-intens pembinaan terhadap Kader Posyandu. Pembinaan bisa berupa pelatihan maupun penyegaran, pemberian informasi terbaru, mengikutsertakan dalam minilok (minilokakarya) bulanan di Puskesmas serta selalu di pertegas agar bidan atau kader Posyandu untuk berkoordinasi dengan Ketua Dasa Wisma dan Kepala Desa dan pamong desa lainnya dalam setiap kegiatannya. Hal ini dilakukan agar masyarakat juga merasa memiliki program dibidang kesehatan, tidak hanya jajaran tenaga kesehatan saja. Selain itu, dinas kesehatan juga seringkali mengikut sertakan Ketua Dasa Wisma dalam kegiatan jumbara tiap dua tahun sekali, walaupun tidak melibatkan semua Ketua Dasa Wisma, yang berisi materi penyegaran kesehatan dan kegiatan yang mempererat hubungan silaturahmi.

Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan dan Perubahan Tingkat Individu, Tim Kerja dan Budaya organisasi

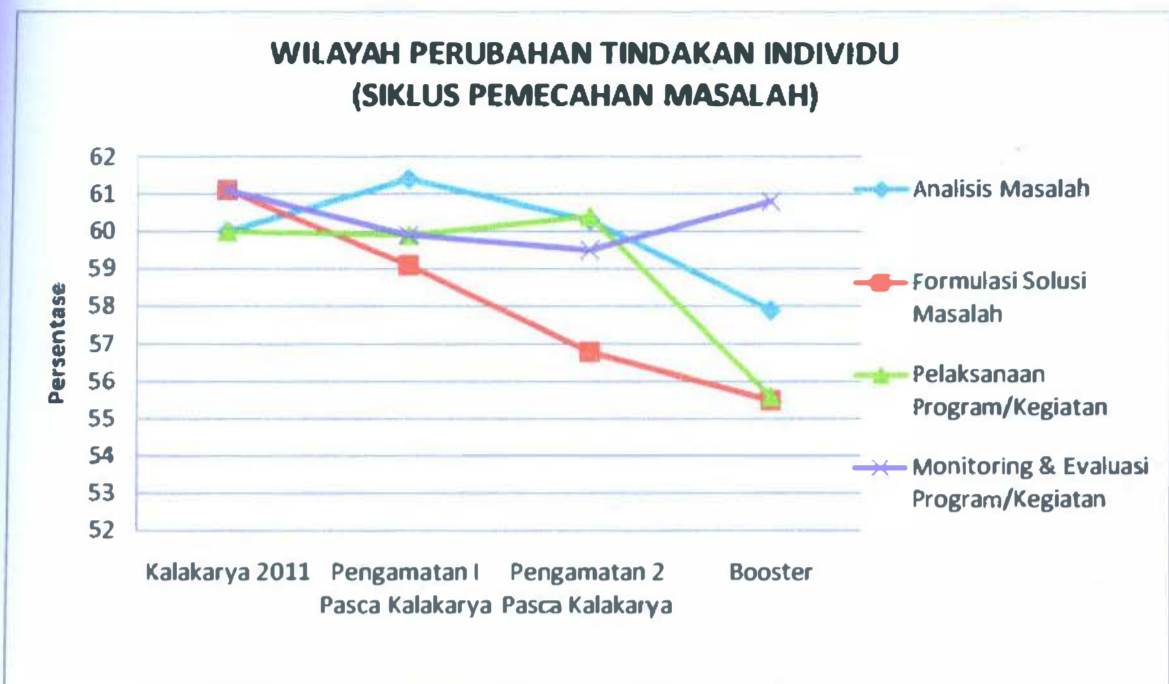
Hasil analisis pada wilayah perubahan individu dan wilayah perubahan tindakan individu merupakan hasil agregat di wilayah Kabupaten Boalemo, Gorontalo. Hasil ini berasal dari analisis penilaian pengisian kuesioner yang disebarkan pada responden yang berdomisili di Kabupaten Boalemo, dengan berbagai latar belakang. Hasil analisis ini disajikan pada Gambar 13 dan 14.



Gambar 13. Wilayah Perubahan dan Perubahan Tindakan Individu

Pada Gambar 13 tampak bahwa variabel integritas menunjukkan adanya sedikit peningkatan dititik Kalakarya Booster 2012 dibanding saat pengumpulan data awal (Kalakarya 2011). Variabel berfikir strategis, orientasi kualitas, komunikasi dan kreatifitas tidak menunjukkan perubahan berarti sejak Kalakarya 2011 sampai dengan Kalakarya Booster 2012. Variabel kepedulian sempat menurun saat dititik pengamatan I Pasca Kalakarya, tetapi kemudian naik lagi melebihi titik awalnya. Variabel kepemimpinan pada pengamatan I pasca Kalakarya juga sempat naik tinggi, namun turun lagi lebih rendah daripada titik awal.

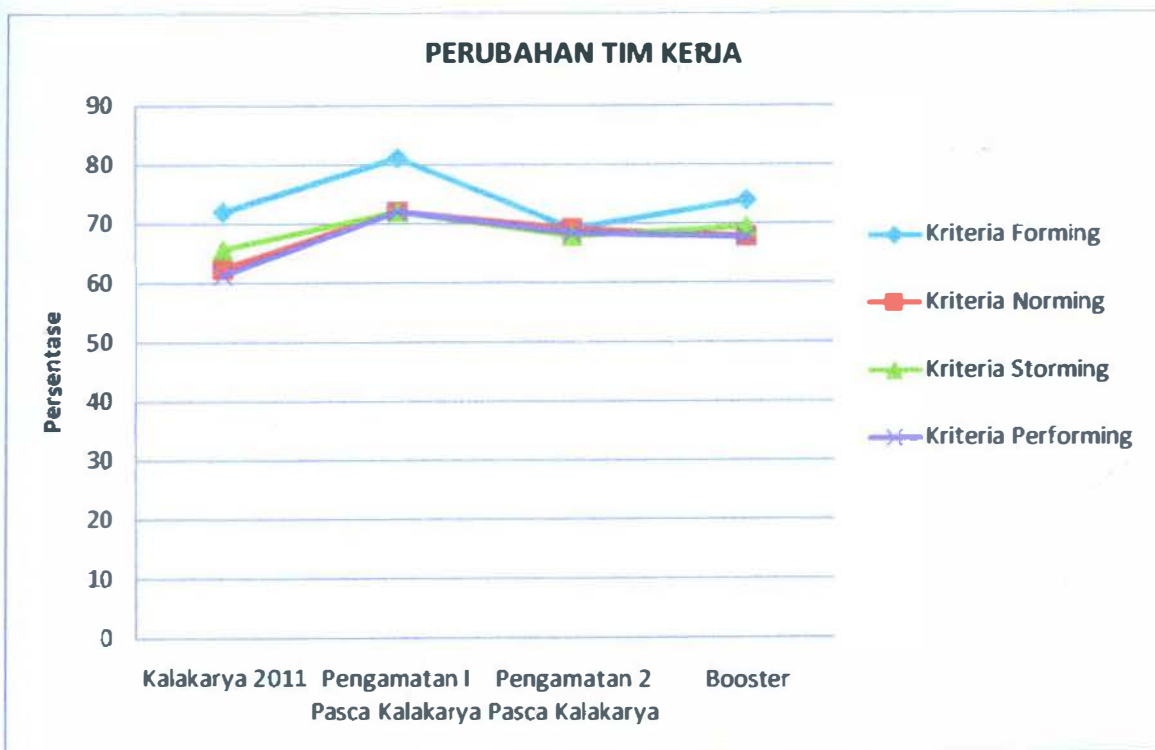
Pada Gambar 14 disajikan siklus pemecahan masalah yang merupakan bagian dari wilayah perubahan tindakan individu yang diamati.



Gambar 14. Wilayah Perubahan Tindakan Individu (Siklus Pemecahan Masalah)

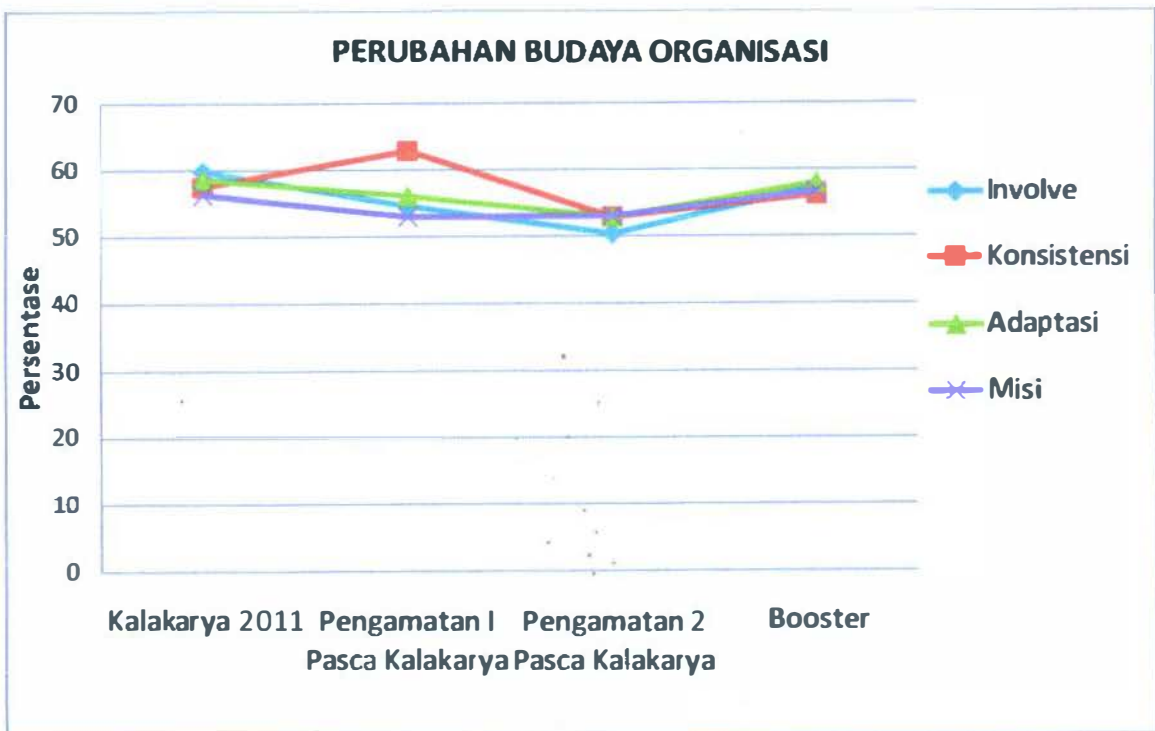
Pada gambar diatas, tampak bahwa terlihat kecenderungan/trend menurun pada analisis masalah, formulasi solusi masalah, dan pelaksanaan program/kegiatan. Penurunan tersebut ada yang perlahan namun juga ada yang drastis. Penurunan bervariasi antara 2-15 persen. Hal unik terlihat dari kegiatan monitoring evaluasi. Jika pada semua variabel yang telah disebut diatas menunjukkan penurunan, maka pada variabel monitoring evaluasi yang tadinya menurun kemudian meningkat, sehingga pada saat Kalakarya Booster 2012 nilainya mendekati nilai di titik semula (Kalakarya 2011).

Pada Gambar 15 tampak bahwa kriteria forming memiliki prosentase terbesar dibandingkan kriteria lainnya (norming, storming, dan performing). Semua kriteria (forming, norming, storming, dan performing) meningkat saat pengamatan 1 pasca Kalakarya, penurunan saat pengamatan 2 pasca Kalakarya dan meningkat saat Kalakarya Booster dan menunjukkan sedikit lebih tinggi dibanding saat Kalakarya 2011. Berikut disajikan Gambar 15.



Gambar 15. Perubahan Tim Kerja

Budaya organisasi yang dinilai adalah involve, konsistensi, adaptasi dan misi. Hal ini dapat dilihat pada Gambar 16



Gambar 16. Perubahan Budaya Organisasi

Gambar diatas mempertunjukkan bahwa untuk involve, konsistensi, adaptasi dan misi, kedudukan titik awal dan titik akhir tidaklah jauh berbeda/hampir samawalaupun terlihat ada peningkatan pada pengamatan 1 pasca Kalakarya, penurunan saat pengamatan ke-2 pasca Kalakarya dan meningkat lagi saat Kalakarya Booster.

Jika Tabel diatas didapatkan dari analisis kuantitatif, maka berikut ini adalah hasil dari wawancara (berupa *focus group discussion* ataupun *indepth interview*) untuk perubahan individu, team work (tim kerja), dan pelibatan *stake holder*.

Perubahan di tingkat Individu

Secara umum tampaknya kesadaran masyarakat terhadap masalah kesehatan sudah cukup baik, namun masih saja ada yang sedikit kurang peduli. Hal ini dikemukakan oleh salah satu informan yang berprofesi sebagai dokter :

"kesadaran masyarakat Boalemo kurang, biasanya karena pendidikan, ekonomi, paling banyak ekonomi"

Dalam peningkatan cakupan penimbangan balita (D/S) dibutuhkan peningkatan kesadaran individu dalam hal ini ibu untuk memahami urgensi penimbangan balita. Pemahaman tentang urgensi penimbangan tampaknya telah cukup lama difahami ibu. Urgensi dari penimbangan adalah untuk memantau berat badan anak yang juga merupakan penggambaran status gizi anak. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh salah satu informan ibu balita :

"supaya kita tau mbak berapa kekurangan berat badan anak kita"

Ketika ditanyakan lebih lanjut pertanyaan mengenai penyebab turunnya berat badan anak, hampir semua informan menjawab karena anak sakit. Hal ini dikuatkan oleh salah seorang informan ibu balita :

" kalau anak sakit, dia jadi tidak mau makan, nafsu makannya berkurang....."

Kemudian dilanjutkan pertanyaan mengenai penyebab naiknya berat badan anak, sebagian besar informan menjawab karena anak terpenuhi asupan gizinya. Hal ini

Sejalan dengan pernyataan salah satu informan ibu balita yang juga merupakan istri dari Kepala Desa Tilamuta :

"anaknya sehat atau tidak sedang sakit, makanan yang diberikan sehat sehingga gizinya terpenuhi"

Setelah kesadaran akan urgensi penimbangan terbentuk, maka perilaku individu biasanya akan mengikuti kesadaran tersebut yaitu dengan aksi melakukan penimbangan anak. Kemudian pertanyaan yang kami ajukan untuk menjangring hal tersebut adalah apakah ibu rutin menimbang anak? Hampir seluruh Ibu balita menjawab rutin menimbang anak. Hal tersebut seperti yang dituturkan oleh salah satu informan Ibu balita :

" rutin menimbang di posyandu satu bulan sekali"

Akan tetapi tidak selamanya perilaku penimbangan tersebut dilakukan. Hal ini karena Ibu terbentur oleh hambatan-hambatan yang merintanginya untuk melakukan perilaku tersebut. Hambatan tersebut bisa karena faktor budaya dan kepercayaan adat setempat, seperti yang diceritakan oleh salah satu informan ibu balita :

"kata orang tua kalau hari penimbangannya (posyandu) jatuh pada hari kelahiran anak, maka anak gak boleh dibawa keluar rumah, takut sakit. Jadi gak ditimbang dulu"

Alasan lainnya karena pekerjaan ibu, di ladang. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh salah satu informan ibu balita :

"pekerjaan saya bercocok tanam, kalau ada penimbangan, biasanya saya masih di ladang untuk bekerja"

Pernyataan diatas dikuatkan oleh jawaban salah satu Ketua Dasa Wisma yang kami tanyakan tentang alasan ketidakhadiran ibu balita pada saat penimbangan di posyandu, beliau berujar :

"ibunya bekerja di ladang dan jaraknya jauh kalau mau ke posyandu"

Kondisi kesehatan anak juga merupakan alasan penyebab anak tidak ditimbang. Hal ini seperti yang diungkapkan informan ibu balita :

"kalau anak saya sakit, saya tidak bawa ke posyandu, karena kalau dia disuntik (imunisasi), nanti malamnya tambah ponos"

Ketidakhadiran ibu dan balita saat penimbangan yang kemudian diteruskan dengan *sweeping* oleh Kader Posyandu dan Ketua Dasa Wisma ke rumah-rumah balita yang tidak hadir disayangkan oleh salah satu informan di Dinas Kesehatan :

*" kalau kita melakukan *sweeping* nanti akan terbiasa dengan *sweeping*, saya kurang setuju dengan *sweeping*. Sebenarnya itu tidak pemberdayaan masyarakat. Kalau pemberdayaan masyarakat itu bagaimana caranya mereka datang sendiri"*

Perubahan Kesadaran dan perilaku juga ditunjukkan oleh individu Kader Posyandu dan Ketua Dasa Wisma dalam meningkatkan cakupan penimbangan (D/S). Perubahan kesadaran tersebut bisa dilihat dari motivasi mereka terlibat menjadi Kader Posyandu dan Ketua Dasa Wisma. Ketika kesadaran tersebut terbangun dari rasa ingin belajar dan bermanfaat maka motivasi yang terbangun pun bersifat motivasi yang positif. Hal ini seperti yang dituturkan informan Kader Posyandu :

"Jadi Kader Posyandu membuat saya memiliki kegiatan di luar rumah, aktif di posyandu juga membuat saya belajar banyak hal dan mendapat banyak kenalan baru..."

"bisa meningkatkan kesehatan dan membantu pelayanan kesehatan masyarakat"

Tapi ada juga Kader Posyandu dan Ketua Dasa Wisma yang kesadarannya masih rendah sehingga motivasinya pun tidak ada dalam menjalani perannya sebagai Kader Posyandu dan Ketua Dasa Wisma. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan salah satu Ketua Dasa Wisma :

"saya jadi Ketua Dasa Wisma karena disuruh sama ibu kades, gak enak buat menolaknya..... motivasi saya gak ada motivasi apa-apa....hehehehe"

Pemerintah daerah Kabupaten Boalemo pun berinisiatif untuk memberikan insentif kepada Kader Posyandu dan Ketua Dasa Wisma untuk meningkatkan kinerja mereka. Hampir semua informan Kader Posyandu dan Ketua Dasa Wisma menyatakan dengan adanya insentif ini mereka merasa senang dan akan akan melakukan tugas dengan baik. Seperti yang diungkapkan informan Ketua Dasa Wisma :

"Senang bu ada insentif nya, lumayan buat tambah-tambah dapur..."

Bagi sebagian kecil Kader Posyandu dan Ketua Dasa Wisma yang memiliki kesadaran yang cukup tinggi untuk terlibat dalam penimbangan, jika dihadapkan pada

kondisi tidak mendapatkan insentif sepeserpun maka komitmen mereka tetap terjaga dengan baik. Hal ini tertuang dari pertanyaan yang diajukan jika tidak ada insentif, apakah masih mau terlibat menjadi Kader Posyandu atau Ketua Dasa Wisma. Salah satu informan kader posyandu menjawab :

“tetap mau bu, ada atau tidak ada insentif saya mau aktif di posyandu...”

Kesadaran juga terbentuk dari pengetahuan individu mengenai tugas pokok apa yang harus dikerjakan sehingga dengan pengetahuan tersebut Kader Posyandu dan Ketua Dasa Wisma dapat berperan aktif dalam peningkatan pencapaian cakupan penimbangan (D/S). Hampir semua responden ibu Kader Posyandu mengetahui tugas mereka sebagai petugas yang melakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan pada saat posyandu. Hal ini sesuai dengan jawaban salah satu informan ibu Kader Posyandu :

“tugas saya menimbang dan mengukur anak kemudian mencatat hasil penimbangan”

Pertanyaan mengenai tugasnya juga ditanyakan kepada Ketua Dasa Wisma. Semua informan Ketua Dasa Wisma menjawab tugas pokok mereka adalah pendataan di 10 rumah tangga yang mereka ampu serta sebagai corong informasi jika ada kegiatan penimbangan di posyandu. Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan salah satu informan Ketua Dasa Wisma :

“tugas kami mendata 10 rumah tangga itu, mendata macam-macam, berapa jumlah anak balita, berapa yang sakit, juga memberitahukan ibu kalau ada posyandu”

Di tingkat individu yang diamati/diwawancarai pada para petugas kesehatan di Dinas Kesehatan terlihat masih belum maksimalnya kesadaran yang terbentuk. Ini tercermin dari penggalan wawancara sebagai berikut :

“kesadaran pegawai kalau di dinas belum maksimal”

“ini juga perlu perubahan mindset petugas kesehatan, mindset yang kemarin ini harus berubah...bagaimana kepeduliannya terhadap program”

“semangatnya tetap ada, cuma inovasi setiap individu atau pemegang program kayaknya masih kurang, mungkin butuh perhatian lagi”

Salah satu upaya untuk meningkatkan kesadaran individu yang telah dilakukan adalah sebagai berikut. Menurut salah satu Kepala Seksi di lingkungan Dinas Kesehatan

"di sini memang dipacu setiap pengelola, dan selalu dievaluasi bagaimana hasil kerjanya"

Perubahan Team Work (Tim Kerja)

Team work (tim kerja) yang terbentuk diantara para petugas kesehatan tampaknya sudah cukup baik, namun perlu ditingkatkan lagi. Inilah sebagian pendapat mereka tentang team work dikalangan mereka. Menurut informan yang juga sebagai Kepala Puskesmas dan juga beberapa staff Dinkes :

"team work sudah solid karena sudah terbiasa turun dan rutin"

"Kalau melihat teamwork punya kecenderungan kenaikan 'kan kalau dengan kata-kata 'kan iya soya katakan naik. Naik itu berapa 'kan susah penyebarannya..."

"pada kegiatan-kegiatan pelayanan untuk meningkatkan indikator-indikator yang ingin dicapai. Kegiatan itu dilaksanakan secara bersama..."

Sedangkan salah satu Kepala seksi di Dinas Kesehatan dan salah satu staff menuturkan tentang kondisi dan upaya teamwork sebagai berikut :

"untuk team work internal, Ada saling koordinasi antara Dinas dan Puskesmas, disamping itu ada jadwal rutin untuk pelaksanaan semacam, kita turun bintek, monev, semuanya. Kendalanya saat kita bentuk teamwork itu proporsinya tidak sesuai"

"Evaluasi program, dua kali pertemuannya. Pertama, di Dinas Kesehatan, dibicarakan bersama dengan pengelola setiap program, apa cakupannya, apa masalahnya, jadi bisa dilihat apa tindakan yang dilakukan. Hasil dari kesepakatan itu besak atau lusanya mengundang masing-masing Puskesmas. Jadi masing-masing bisa mengoreksi, juga supaya Puskesmas mengetahui masalahnya yang ada masing-masing. Karena Puskesmas kerja di lapangan, mereka juga bisa melihat tindakan apa yang harus dilakukan"

Sedangkan menurut Sekretaris Dinas Kesehatan hal-hal yang dapat membangun team work di Dinas Kesehatan adalah sebagai berikut :

"karena semua program ada kekuatan untuk membangun teamwork. Pertama, mempunyai komitmen yang sama, buik Kabid, Kasie dan jajaran di bawahnya. Berikutnya, Kabid memang memiliki karakter yang berbeda, tapi kekompakkan tetap jalan karena ditunjang dengan pendidikan yang memadai, boleh dikato semua Kabid

itu pendidikannya S2 dengan latar belakang pendidikan yang berbeda, juga Kasi sebagian ada yang sudah S2. Yang sangat membantu adalah penegasan disiplin, evaluasi terhadap kehadiran melalui apel pagi dan sore setiap hari. Tujuannya supaya terbentuk mental yang bagus, dan tiap hari disampaikan pesan-pesan, apakah pembinaan atau apa saja, sehingga didapat berbagai metode dalam sistem kerja. Di tingkat bawah melalui bimtek atau surat resmi. Berawal dulu dari Dinas, yang sekarang juga sudah berjalan di Puskesmas”

Pelibatan Stake Holder

Pelibatan *Stake Holder* lintas sektor dalam upaya keluar dari Daerah Bermasalah Kesehatan dan peningkatan nilai dan peringkat IPKM telah diamanatkan sejak Kalakarya PDBK tahun 2011 di Kabupaten Boalemo, Gorontalo. Hal ini tertuang dengan amanat Bupati saat itu yang menunjuk Dinkes sebagai leading yang akan didukung oleh SKPD lainnya.

Berikut adalah rangkuman pendapat dan komentar dari beragam informan dengan beragam latar belakang tentang hubungan kerjasama ataupun pelibatan *stake holder* diluar dari jajaran kesehatan.

Menurut staff KIA :

“pelibatan lintas sektor Monakes untuk upaya peningkatan IPKM ada dalam bentuk P4K. Sekarang lewat ayahanda (kepala dusun) baru lapor sama kita. Itu kita kasih stiker, jadi kita tahu, itu yang pertama. Di stiker itu tertulis nama ibu, umru kehamilan berapa, di situ kita juga tahu dia punya tabungan, Tabulin (tabungan ibu bersalin), golongan darah. Yang kedua, pengadaan rumah tunggu. Jodi kalau di rumah itu ada yang hamil, kita bisa tahu oh di rumah ini ada yang hamil dari stiker itu ditempel di depan rumah”

Kepala Desa :

“peran pemerintahan desa dalam meningkatkan kesehatan: program mingguan, pembinaan kebersihan. Terus bila add program mendapat dukungan penuh dari pemerintah desa seperti Posyandu”

Kepala Puskesmas :

“kerja sama dengan pihak luar, lintas sektoral: PKK, tokoh masyarakat, tokoh agama, majelis taklim. Kalau ada penyuluhan kesehatan selalu kasih tahu tokoh agama, seperti Puskesmas Tilamuta dengan majelis taklim 2 minggu sekali”

Kader posyandu :

“kerja sama lintas sektor dengan PKK, apalagi yang namanya yang menyangkut angka kematian bayi, selalu bekerja sama dengan tokoh masyarakat atau tokoh agama.

Kepala dusun juga yang mengajak ke Posyandu, dengan sukarela mengangkut orang sakit"

Seksi gizi :

"kerja sama lintas sektor itu di bagian gizi, bekerja sama dengan Badan Ketahanan Pangan, dalam bentuk sistem kewaspadaan pangan, survei konsumsi, dan sebagainya"

Kepala Puskesmas :

"untuk menjadikan AKI-nya nol, selama ini melakukan MoU antara Puskesmas, pemerintah kecamatan, desa, dan dukun bayi dengan bidan desa, setiap persalinan harus ditangani tenaga kesehatan dan sedapat mungkin di sarana pelayanan kesehatan. Memberikan reward kepada dukun-dukun yang berperan aktif untuk memberikan informasi-informasi terutama yang menyangkut persalinan"

Camat :

"masalah kinerja aparat kecamatan dalam rangka melayani kepada masyarakat, kepedulian pada masyarakat; masalah tugas dan fungsi poksinya masing-masing ini sudah polo yang dibuat, sehingga ada rasa hubungan emosional antara pemerintah kecamatan, pemerintah kabupaten, pemerintah desa masyarakat yang dekat dengan Daso Wisma, mereka ada hubungan moral"

Tim Penggerak PKK Kabupaten :

"perhatian pemerintah difokuskan pada peningkatan kesehatan yang ditunjang dengan respon masyarakat Penerapan program dari tiap-tiap SKPD harus mengacu kepada peningkatan derajat kesehatan, harus ada program yang benar-benar menyentuh masyarakat. Mengoptimalkan kader Posyandu dan kader dasawisma yang ada di desa untuk lebih proaktif dan responsif terhadap program-program Tim Penggerak PKK maupun Pemda melalui program Dinkes"

Salah seorang Kepala Bidang di Dinkes :

"keterlibatan lintas sektor yang lebih besar, seperti penimbangan"

Kadinkes :

"justru dari mereka (SKPD diluar Dinkes) yang menawarkan bergabung dari penyuluhan untuk penanggulangan gizi, ketahanan pangan. KKBPP (Kantor Keluarga Berencana dan Pemberdayaan Perempuan) sudah integrasi, istilahnya integrasi BKB (Bina Keluarga Balita), kemudian PAUD dan Posyandu. Sebenarnya konsepnya sudah tahun kemarin, itu sudah ada MoU antara Kepala Diknas, Dinkes dengan KKBPP. Tujuan salah satunya untuk D/S-nya itu, Boalemo masuk dalam program PKH (Program Keluarga Harapan), berkolaborasi karena di PKH itu antara lain sasarannya ibu hamil"

Kepala dinas Kesehatan juga menuturkan untuk keberhasilan peningkatan kondisi kesehatan di masyarakat, yang dicerminkan dengan peningkatan cakupan indikator kesehatan maka yang harus diperhatikan adalah :

Lima K (5 K)

"K pertama, komunikasi. Komunikasi ini penting apa yang mau kita sampaikan, rencana apa yang mau kita buat harus kita sampaikan. Dia bisa vertikal, bisa juga horisontal. K yang kedua, koordinasi, kalau kita tidak ada koordinasi kita sendiri yang jalan. K yang ketiga, konsultasi, tidak hanya dari bawah ke atas, tapi bisa juga horisontal. Dengan konsultasi itu kita mau bertanya kepada orang yang lebih tahu. K yang keempat, kolaborasi. Kolaborasi tadi sudah menggaet sektor-sektor lain, seperti Dinas Sosial yang memiliki program "Keluarga Harapan" dimana ada kesehatan, fasilitator PNPM. Untuk penanganan gizi buruk, diutamakan dengan pemberian makanan tambahan (PMT)"

VI. PEMBAHASAN

Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) dan dan Cakupan penimbangan Balita (D/S)

Cakupan penimbangan balita (D/S) tertinggi terlihat saat bulan Juli 2011 yakni sebesar 92%. Jika dirunut kebelakang maka pada bulan Juli 2011 adalah saat setelah keluar komitmen bersama pada saat Kalakarya PDBK tingkat Kabupaten untuk mengadakan *densus/sweaping* mencari jumlah riil sasaran (bayi, balita dan ibu hamil) di Boalemo. Cakupan terendah pada September 2011 yakni sebesar 58,6%, keadaan ini terjadi bertepatan dengan adanya persiapan Idul Fitri oleh ibu balita, Kader Posyandu maupun Ketua Dasa Wisma.

Cakupan penimbangan balita (D/S) tahun 2007 sebesar 58% (Profil Boalemo, 2007), sedangkan menurut Riskesdas 2007, cakupan D/S hanya 42,8% (Depkes, 2008). Terlihat pula cakupan 2007-2010 tidaklah jauh berbeda, yakni hanya sekitar separuh dari jumlah balita di Boalemo yang ditimbang. Namun di tahun 2011 grafik meningkat drastis, sekitar 4 dari 5 balita ditimbang tiap bulannya dan itu terlihat konsisten sampai bulan Oktober 2012, data terakhir yang bisa diperoleh saat pengumpulan data.

Meningkatnya cakupan penimbangan (D/S) balita secara signifikan pada tahun 2011 dapat disebabkan oleh berbagai hal. Hal utama adalah pemberian insentif pada kader posyandu dan ketua Dasa Wisma sejak 2011 oleh pemerintah daerah Kabupaten Boalemo yang dipimpin oleh bapak Iwan Bokings (almh). Pemberian insentif ini dilakukan oleh satu-satunya kabupaten di Gorontalo. Insentif tersebut kini sejumlah Rp. 210.000/bulan untuk kader posyandu dan Rp. 50.000/bulan untuk Ketua Dasa Wisma. Salah satu tanggungjawab Ketua Dasa Wisma yakni memfasilitasi kegiatan penimbangan balita dengan cara memberitahu secara aktif balita dalam 10 rumah binaannya untuk datang ke Posyandu saat hari penimbangan tiba. Dari semua wilayah Provinsi Gorontalo, hanya Kabupaten Boalemo saja yang memberikan insentif pada Kader posyandu dan Ketua Dasa Wisma. Hal lain adalah *sweaping* (mendatangi kerumah balita) oleh kader Posyandu yang kadang dibantu Ketua Dasa Wisma untuk melakukan penimbangan jika pada saat penimbangan di Posyandu balita tidak hadir. Selain itu peningkatan cakupan penimbangan disebabkan juga karena sebelumnya

sasaran semua balita dilihat dari proyeksi, sedangkan mulai 2011 sasaran semua balita adalah riil pada jumlah balita yang ada di wilayah tersebut.

Cakupan penimbangan yang konsisten sejak tahun 2011 sampai saat ini (rata-rata cakupan D/S di tingkat Kabupaten Boalemo sekitar 80%) merupakan komposit dari berbagai upaya yang dilakukan. 'Makna di balik angka' pencapaian cakupan D/S sekitar 80% tersebut adalah adanya kerjasama dari berbagai komponen yang ada, baik dari jajaran tenaga kesehatan maupun non kesehatan. Upaya yang saling bersinergi tersebut menghasilkan kondisi cakupan yang konsisten cukup tinggi. Penjelasan upaya yang saling bersinergi dapat dijelaskan sebagai berikut : Kader Posyandu dan Puskesmas biasanya telah membuat jadwal penimbangan di tiap Posyandu selama setahun. Jadwal tersebut akan diberikan pada Ketua Dasa Wisma dan pamong desa dan Kepala Desa. Sebelum kegiatan kader akan berkeliling memberitahu dan mengundang ibu untuk datang menimbang anaknya, kegiatan ini juga seringkali dibantu Ketua Dasa Wisma memberitahu adanya penimbangan ke ibu yang memiliki balita di wilayah yang jadi tanggung jawabnya. Sehari sebelum pelaksanaan penimbangan/sesaat sebelum penimbangan diadakan pengumuman lewat pengeras suara di masjid/surau. Selain itu di beberapa desa ada yang memiliki kebijakan tidak akan membantu mengurus surat jaminan kesehatan ataupun tidak diberi pelayanan di puskesmas jika ibu balita tidak menimbang anaknya. Namun keadaan ini hendaklah tidak membuat cepat berpuas diri namun harus ditingkatkan lagi.

Jika dilihat lebih lanjut dalam tiap Puskesmas tiap bulannya, maka cakupan D/S menunjukkan kadang ada peningkatan dan kadang ada penurunan. Ada berbagai kondisi (umum maupun khas pada kelompok masyarakat tertentu) yang membuat cakupan penimbangan balita (D/S) turun/mengalami hambatan naik antara lain adalah : jangkauan ke Posyandu yang jauh dan jarak antar rumah yang berjauhan sehingga membuat masalah ibu balita ke Posyandu dan Kader Posyandu melakukan sweaping dari rumah kerumah; ada keluarga balita yang memiliki huma/kebun yang jauh dari pemukiman, seringkali keluarganya dibawa dan tidak bisa ikut penimbangan; banyak keluarga balita hanya sebagai buruh tani, adanya musim panen (tebu) membuat mereka harus berpindah sementara dari rumah-rumah mereka ke barak-

barak sekitar perkebunan tebu, sehingga anak balitanya tidak ditimbang; bagi kelompok masyarakat Bajo, ibu balita seringkali membantu suaminya menangkap ikan di laut; kondisi voltase yang turun naik membuat cool chain tempat menyimpan vaksin di puskesmas rusak, sehingga tidak bisa melakukan imunisasi karena ketiadaan vaksin, padahal pelaksanaan penimbangan di barengi dengan imunisasi di Posyandu, jika tidak ada penyuntikan imunisasi, ibu balita tidak mau menimbang anaknya; kondisi topografi (medan) yang sulit juga menghambat pencapaian cakupan yang tinggi; balita yang telah lengkap imunisasinya juga biasanya tidak mau lagi datang ke Posyandu.

Pemberdayaan Ketua Dasa Wisma dan Upaya peningkatan Cakupan Penimbangan Balita (D/S)

Pemberdayaan Ketua Dasa Wisma adalah salah satu upaya untuk meningkatkan dan mengefektifkan infrastruktur sosial (terutama kader posyandu dan ketua Dasa Wisma). Utamanya seiring dengan pemberian insentif maka Ketua Dasa Wisma mestilah mengumpulkan lembaran format yang harus diisi tentang beragam kondisi di 10 rumah di bawah pengawasannya yang juga akan menentukan penilaian atas kinerjanya. Pembinaan terutama dilakukan oleh tim penggerak PKK, yang berjenjang mulai tingkat desa, kecamatan sampai kabupaten. Untuk bidang kesehatan, pembinaan terutama dilakukan oleh tim penggerak PKK Pokja IV (membawahi bidang kesehatan). Selain itu, pembinaan juga dilakukan oleh puskesmas, dinas kesehatan, dan tenaga kesehatan (bidan, TPG, dan lain-lain).

Pemberdayaan Ketua Dasa Wisma hubungannya dengan bidang kesehatan lebih pada bagaimana membuat Ketua Dasa Wisma perhatian (care) terhadap masalah kesehatan yang terjadi. Misalnya : mengetahui masalah kesehatan apa saja yang terjadi pada 10 rumah dalam pengawasannya (ibu hamil, bayi, balita, warga yang sakit), apa yang mesti dilakukannya (melaporkan kejadian/keadaan kesehatan pada tenaga kesehatan). Hal ini penting dalam upaya mengetahui secara dini apa masalah kesehatan yang terjadi sehingga pemecahannya/penanggulangannya juga dapat dilakukan secara dini.

Pemberdayaan Ketua Dasa Wisma hubungannya dengan penimbangan balita adalah upaya agar Ketua Dasa Wisma memberi perhatian (*care*) terhadap kegiatan penimbangan di Posyandu. Perhatian tersebut dalam bentuk memberitahu/mengingatkan/menfasilitasi ibu yang memiliki balita dalam lingkup sepuluh rumah dibawah pengawasannya untuk menimbangkan balita-nya. Selain itu juga agar Ketua Dasa Wisma berkoordinasi/ memberitahu petugas kesehatan, kader dan kepala desa bila ada masalah kesehatan pada balita (gizi kurang, gizi buruk dan penyakit serius). Walaupun bukan kewajiban, diharapkan pula Ketua Dasa Wisma turut berpartisipasi dalam kegiatan penimbangan dan membantu Kader Posyandu dalam kegiatan *sweeping*. Seperti telah di sebutkan pada bab hasil, pemberdayaan tersebut dalam bentuk pembinaan oleh Tim Penggerak PKK, Puskesmas maupun tenaga kesehatan (terutama bidan dan TPG). Pembinaan tidak hanya dalam bentuk pengayaan materi, namun juga dalam kegiatan yang mengikat hati dan kebersamaan (misalnya kegiatan jumbara, libur bersama, memberi *reward* bagi yang kinerjanya baik dan pelibatan dalam kegiatan yang diselenggarakan puskesmas).

Pemberdayaan Ketua Dasa Wisma telah dijalankan sebelum kegiatan Kalakarya PDBK. Setelah adanya PDBK secara resmi (adanya pembentukan tim pendamping PDBK) maka kegiatan pemberdayaan Ketua Dasa Wisma lebih dioptimalkan. Perlu dicatat bahwa pemberdayaan dan pelibatan Ketua Dasa Wisma adalah salah satu dari banyak upaya untuk mengentaskan Kabupaten Boalemo untuk meningkatkan IPKM-nya dan mengentaskannya dari kelompok daerah bermasalah kesehatan.

Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan, Perubahan Individu, Team Work dan Pelibatan Stake Holder

Perubahan Individu

Adanya upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, upaya Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan dan meningkatkan rangking IPKM, secara umum, sedikit banyak telah membuat perubahan ditingkat individu pelaku (khususnya tenaga kesehatan). Namun tampaknya perubahan ditingkat individu ini belum terinternalisasi secara kuat. Hal ini terlihat dari hasil analisis kuantitatif tentang

perubahan individu dan perubahan tindakan individu. Dari analisis ini teridentifikasi Perubahan kearah lebih baik terlihat pada kreatifitas, integritas, kepedulian dan kegiatan monitoring/evaluasi program/kegiatan.

Mulai adanya perubahan ini juga terlihat dari hasil analisis kualitatif. Dari wawancara mendalam diketahui adanya perubahan ditingkat individu, utamanya pada tenaga kesehatan, dipicu terutama oleh adanya informasi kondisi IPKM Boalemo dan ajakan yang disampaikan terus menerus dan ditiap kesempatan oleh jajaran Dinas Kesehatan (saat apel/upacara, pertemuan, bimbingan teknis dan monitoring-evaluasi) untuk berupaya meningkatkan kinerja dan IPKM. Selain itu, perubahan individu tampaknya terkondisikan oleh sistem yang dicoba diterapkan. Misalnya kedisiplinan dalam kehadiran, pelaksanaan kegiatan dan pembuatan laporan serta intensnya bimbingan teknis dan monitoring-evaluasi. Jika perubahan ditingkat individu tenaga pelaksana kesehatan sudah terinternalisasi dengan kuat maka akan merembes ke pelaksana di bawahnya/binaannya.

Pada Ketua Dasa Wisma, tampaknya secara umum perubahan ditingkat individu lebih dipicu oleh pemberian insentif yang mulai di berlakukan pada tahun 2011. Pemberian insentif yang disertai tanggungjawab untuk menunjukkan kinerja yang baik berdasarkan keaktifan dan kelengkapan format laporan bulanan yang harus diisi. Selain insentif, perubahan ditingkat individu pada Ketua Dasa Wisma juga dipicu oleh pembinaan yang dilakukan secara bertingkat oleh tim Penggerak PKK terutama Pokja IV. Pembinaan juga dilakukan oleh puskesmas, yang selain menambah wawasan kesehatan pada Ketua Dasa Wisma, juga membuat mereka merasa memiliki dengan pelibatan mereka dalam kegiatan puskesmas (Minilokakarya, silaturahmi, pemberian reward/hadiah, dan lain sebagainya).

Kontribusi Ketua Dasa Wisma terhadap kegiatan penimbangan berbeda-beda, ada yang tidak hanya sebatas memberitahu adanya kegiatan penimbangan, namun membantu pelaksanaannya dan melakukan *sweeping* bersama Kader, Posyandu. Adapula Ketua Dasa Wisma yang kurang menunjukkan keaktifan dalam pengisian format laporan dan kegiatan penimbangan balita. Hal ini dikarenakan kurangnya kesadaran akan tugas, rendahnya pendidikan yang dimiliki dan kurangnya kepedulian.

Perubahan *Team Work*

Pada analisis secara kuantitatif terlihat bahwa pada semua titik pengamatan sejak saat Kalakarya PDBK Kabupaten di tahun 2011 hingga saat Kalakarya PDBK Booster tahun 2012, belum menunjukkan perubahan berarti dalam tim kerja/*team work* dimana porsi terbesar tim kerja masih dalam kategori forming. Selain itu dalam budaya organisasinya juga masih belum menunjukkan perubahan yang berarti dalam semua variabel yang dinilai (misi, adaptasi, *involve*/pelibatan dan konsistensi). Hal ini dapat dikarenakan perubahan membutuhkan waktu dalam prosesnya dan tidak dapat segera terlihat.

Pada hasil wawancara mendalam, terutama di dinas Kesehatan, ditemui kesamaan pernyataan bahwa kondisi *team work*/kerja sebagai sebuah tim saat ini lebih baik dibandingkan saat sebelumnya walaupun perubahannya tidaklah drastis. Kerja sebagai tim yang lebih baik ditemui tidak hanya pada petugas dalam satu program, bidang, lintas bidang, maupun antara Dinas Kesehatan dengan Puskesmas dan jajarannya. Hal ini terjadi dengan pengoptimalan sistem dan manajemen yang telah berjalan sejak dulu, serta pengawasan, evaluasi dan *follow up* yang sedikit memaksa *team work* menjadi lebih solid.

Upaya membangun *team work* diantaranya dilakukan dengan penyampaian pesan untuk meningkatkan cakupan indikator saat apel/upacara pagi/sore. Selain itu duduk bersama untuk pemaparan hasil cakupan, permasalahan tiap program serta *sharing* masukan saat evaluasi kegiatan, dan selanjutnya mengundang perwakilan Puskesmas untuk memaparkan masalah bersama tersebut agar semua paling tidak mengetahui permasalahan di masing-masing program dan wilayah dan saling berbagi pengalaman menyelesaikan masalah tersebut. Adanya pengawasan, evaluasi dan *follow up* tampaknya membuat *team work* menjadi lebih solid karena adanya tekanan untuk mencapai sesuatu secara bersama (misalnya capaian indikator yang diharapkan meningkat).

Khusus untuk pencapaian cakupan penimbangan balita (D/S) yang diharapkan meningkat, *team work* digalang baik secara horisontal maupun vertikal. Secara horisontal yakni sesama pemegang program gizi ataupun lintas program yang

berkaitan dengan kegiatan Posyandu, sesama petugas Puskesmas yang ikut dalam pelaksanaan Posyandu (Tenaga Pelaksana Gizi, Bidan, Juru Suntik, dan lain-lain). Secara vertikal yakni hubungan kerja tim antara tenaga kesehatan pemegang program yang berkaitan dengan Posyandu di Dinas Kesehatan Boalemo, tenaga pelaksana ditingkat Puskesmas dan lapangan (Kader Posyandu, Ketua Dasa Wisma).

Pelibatan *Stake Holder*

Pelibatan dan kerjasama dengan *stake holder* (para pemegang kebijakan/orang yang berpengaruh/orang yang ditokohkan) yang diperlukan perannya dan terkait langsung ataupun tidak langsung dalam pencapaian cakupan berbagai indikator kesehatan mutlak diperlukan. Hal ini dikarenakan masalah kesehatan bukanlah melulu domain orang kesehatan. namun masalah kesehatan juga sangat berhubungan dan dipengaruhi oleh faktor lain selain kesehatan misalnya faktor ekonomi, sosial, budaya maupun agama. Oleh karenanyalah peran non nakes (tenaga kesehatan) sangatlah penting dalam menunjang keberhasilan pencapaian indikator kesehatan.

Kebijakan utama Kepala dinas Boalemo adalah melibatkan peran serta berbagai *stake holder* diluar bidang kesehatan dalam pemecahan masalah dan pencapaian cakupan indikator kesehatan. Hal ini dimaksudkan agar para *stake holder* merasa terlibat, dilibatkan dan merasa bahwa masalah kesehatan adalah masalah bersama yang harus dipecahkan bersama dan juga menjadi bagian dari tanggungjawabnya. Apalagi Dinas Kesehatan telah di tunjuk oleh Bupati Boalemo sebagai *leader* dalam upaya peningkatan IPKM dan peringkat IPKM yang harus didukung oleh SKPD (Satuan Kerja Perangkat Daerah) lain sebagai *stake holder* yang juga akan membantu upaya diatas sesuai dengan kewenangan yang dimilikinya.

Ada banyak *stake holder* yang dilibatkan dan ada banyak bentuk pelibatannya dalam upaya peningkatan IPKM dan peringkat IPKM Boalemo. Hal ini telah diceritakan sebelumnya pada bab hasil. Tampaknya pelibatan ini cukup efektif untuk mendongkrak pencapaian cakupan indikator kesehatan.

Demikian pula dalam kegiatan bulanan penimbangan balita di Posyandu, ada banyak pihak yang terlibat dari tenaga kesehatan maupun non tenaga kesehatan.

Banyak pula yang membantu baik materiil maupun non materiil terhadap kesuksesan kegiatan tersebut. Walaupun bentuk bantuan dan intensitas-nya berbeda-beda tergantung situasi dan kondisi setempat. Ada yang tingkat kesadaran dan bantuannya tinggi, namun adapula yang masih alakadarnya. Hal ini terangkum dan dapat dibaca pada bab hasil.

Hal menarik dan umum terjadi di Boalemo adalah jika balita sering tidak ditimbang oleh orangtuanya, maka Kepala Desa setelah dilapor oleh Kader Posyandu akan menegur orangtua balita tersebut dan menanyakan alasan ketidakhadirannya dalam penimbangan. Hal tersebut adalah bentuk dukungan dan menjadi dorongan penguat bagi kehadiran balita dalam kegiatan penimbangan. Selain itu, disebagian tempat diberikan juga PMT (Pemberian Makanan Tambahan) sebagai daya tarik. Terobosan inovatif untuk meningkatkan cakupan penimbangan yang dicoba dilakukan adalah bekerjasama dengan ibu balita adalah penyelenggaraan ulangtahun bersama di Posyandu dimana biaya ulangtahun dibagi habis pada orangtua yang anaknya berulangtahun. Menyelenggarakan Posyandu di kegiatan PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini), pemberian makanan tambahan berbasis makanan lokal di Posyandu yang merupakan kerjasama antara PNPiM, PKK dan bidang kesehatan adalah bentuk lain terobosan inovatif lain yang coba diterapkan. Itu semua dicoba dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan kehadiran balita untuk ditimbang di Posyandu sehingga meningkatkan cakupan penimbangan selain *sweeping* (melakukan penimbangan di rumah balita yang tidak hadir ke Posyandu).

Terlihat angka cakupan pada semua indikator meningkat dibanding tahun 2007 dan cakupan D/S yang stabil dikisaran 80% sejak tahun 2011 hingga saat ini. 'Makna di balik angka' cakupan yang cukup tinggi dan konstan tersebut adalah menggambarkan adanya beragam upaya dan kerja keras yang dilakukan bersama untuk mencapai tujuan bersama, yakni kondisi kesehatan masyarakat yang lebih baik. Namun perlu diperhatikan bahwa angka ini akan diuji dengan hasil pengumpulan data berbasis komunitas pada Riskesdas 2013.

VII. KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Upaya Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan dan meningkatkan peringkat IPKM dilakukan dengan beragam cara. Upaya yang dilakukan ada yang sifatnya 'emergence' maupun mengoptimalkan upaya yang telah ada dan berjalan lama.

Pemberdayaan Ketua Dasa Wisma adalah salah satu upaya untuk meningkatkan dan mengefektifkan infrastruktur sosial yang telah ada. Pemberdayaan dilakukan dengan beragam cara mulai dengan penilaian kinerja berdasarkan keaktifan dan pengisian lembaran format isian; pemberian insentif; pembinaan berjenjang oleh Tim Penggerak PKK; dan pembinaan, penyegaran materi kesehatan dan pelibatan dalam kegiatan oleh Puskesmas. Tugas utama Ketua Dasa Wisma dalam kegiatan penimbangan adalah memberitahukan dan memfasilitasi balita dalam 10 rumah dalam pengawasannya untuk mengikuti penimbangan. Keaktifan peran serta Ketua Dasa Wisma dalam bidang kesehatan pada umumnya dan penimbangan pada khususnya beragam mulai dari sangat aktif sampai kurang aktif.

Dalam upaya keluar dari Daerah Bermasalah Kesehatan, secara umum telah nampak adanya perubahan ditingkat individu secara walaupun belum terinternalisasi secara kuat. Penilaian menunjukkan porsi terbesar tim kerja masih dalam kategori forming. Seiring dengan berjalannya waktu, *team work* saat ini lebih baik dibandingkan saat sebelumnya, walupun perubahannya tidaklah drastis dan belum terlalu solid. Budaya organisasinya juga belum menunjukkan perubahan berarti dalam semua variabel yang dinilai (misi, adaptasi, *involve*/pelibatan dan konsistensi). Hal ini dapat dikarenakan perubahan membutuhkan waktu dalam prosesnya dan tidak dapat segera terlihat. Saat ini terlihat pula pelibatan intens berbagai *stake holder* diluar bidang kesehatan dalam pemecahan masalah dan pencapaian cakupan indikator kesehatan. Hal ini dimaksudkan agar para *stake holder* merasa terlibat, dilibatkan dan merasa bahwa masalah kesehatan adalah masalah bersama yang harus dipecahkan bersama dan juga menjadi bagian dari tanggungjawabnya.

Angka cakupan penimbangan (D/S) di Boalemo yang stabil dan cukup tinggi (80%) merefleksikan Makna di balik angka' yang menggambarkan adanya beragam upaya dan kerja keras yang dilakukan bersama untuk mencapai tujuan bersama, yakni kondisi kesehatan masyarakat yang lebih baik.

Saran

Beragam upaya yang telah dilakukan oleh pemerintah daerah Kabupaten Boalemo untuk keluar dari Daerah yang Bermasalah Kesehatan dan meningkatkan peringkat IPKM-nya telah menunjukkan hasil positif pada beberapa capaian indikator terutama cakupan penimbangan balita (D/S). Namun hal itu hendaklah tidak membuat cepat berpuas diri. Ada banyak hal yang perlu terus dibenahi dan dioptimalkan untuk mencapai hasil maksimal yakni derajat kesehatan masyarakat yang meningkat yang tercermin dari indikator IPKM yang akan kembali dinilai pada Riskesdas 2013.

VIII. UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada :

1. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI yang telah memberikan fasilitas pada penelitian ini.
2. Para fasilitator/nara sumber/pendamping yang telah berbagi ilmu dan pengalaman.
3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo beserta seluruh jajarannya yang telah bekerjasama dalam penelitian ini.
4. Para informan yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah sukarela berpartisipasi dalam kegiatan penelitian ini.

IX. DAFTAR PUSTAKA

- Butte NF, Wong WW, Hopkins JM, Smith E, Ellis KJ. 2000. Infant Feeding Mode affect Early Growth and Body Composition. *J.Pediatrics*. 106 : 1355-1366.
- [DEPKES] Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2006. Rencana Strategis Departemen Kesehatan Tahun 2005-2009. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- [DEPKES] Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. Pedoman Strategis KIE Keluarga Sadar Gizi (KADARZI). Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
- [KEMENKES] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2010. Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat IPKM. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- [KEMENKES] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. Buku Saku. Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- [KEMENKES] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. Buku I. Pedoman Umum Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) : Kementerian Kesehatan RI.
- [KEMENKES] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. Buku II. Pedoman Pelaksanaan Pendampingan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) : Kementerian Kesehatan RI.
- [KEMENKES] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. Buku III. Daftar Pertanyaan yang Sering Ditanyakan dan Jawabannya tentang Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) : Kementerian Kesehatan RI.
- UNDP United Nations Development programme. 2009. *Human Development Report 2004-2009*. UNDP
- Profil Kabupaten Boalemo [Internet]. Terdapat dalam : id.wikipedia.org/wiki/Kabupaten_Boalemo . Diakses 16 Februari 2012.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo. 2007. Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo 2007.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo. 2009. Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo 2009.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo. 2010. Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo 2010.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo. 2011. Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo 2011.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Boalemo. 2012. Laporan F-III Gizi 2012.

X. LAMPIRAN

I. Arahan Pertanyaan untuk wawancara mendalam dan FGD (Focus Group Discussion)

KELOMPOK 1 : KADER DASA WISMA

KELOMPOK 2 : TOMA-TOGA

KELOMPOK 3 : IBU BALITA

KELOMPOK 4 : PETUGAS KESEHATAN

KELOMPOK 1 : KADER DASA WISMA

1. Sudah berapa lama ibu bertugas sebagai kader/ketua Dasa Wisma?
2. Apa motivasi ibu dalam menjalankan tugas ?
3. Apakah ada kepuasan yang ibu rasakan sebagai kader Dasa Wisma ? Jika ya, apa bentuk kepuasan tersebut ?
4. Apakah menurut ibu ada penghargaan dari masyarakat/pemerintahan setempat terhadap tugas yang ibu jalankan ? Jika ya, dalam bentuk apa dan berapa besarnya ?
5. Tugas apa saja yang dilakukan selaku kader Dasa Wisma ?
6. Apakah tugas tersebut dilakukan secara rutin ?
7. Bagaimana mekanisme pelaksanaan tugas tersebut ?
8. Adakah kerjasama dengan pihak lain/lintas sektor dalam upaya peningkatan kesehatan ?
9. Adakah kerjasama dengan pihak lain dalam upaya peningkatan kesadaran orangtua untuk menimbangkan balita ke Posyandu ?
10. Bagaimana mekanisme kerjasama dan pembagian tugas antara kader dasa wisma dan kader posyandu ?
11. Apakah yang ibu lakukan agar keluarga yang mempunyai balita menimbangkan secara rutin anaknya ?
12. Adakah orangtua yang tidak rutin menimbangkan anaknya ke Posyandu ? apa alasannya ?
13. Dibandingkan sebelumnya apakah terjadi perubahan jumlah balita yang ditimbang ?
14. Jika naik, apa yang menyebabkan ?
15. Jika turun, apa yang menyebabkan ?
16. Jika tetap, apa yang menyebabkan ?
17. Menurut bapak/ibu, apakah manfaat dari penimbangan bayi secara rutin ?
18. Menurut ibu apakah ada hubungan antara ditimbang secara rutin dengan peningkatan status gizi balita ? Jika ya, bagaimana penjelasannya.....

19. Apakah Diantara balita di wilayah tugas ibu yang rutin ditimbang, berapa banyak yang mengalami kenaikan berat, tetap atau berkurang berat badannya ?
20. Mengapa hal diatas terjadi ? (mengalami kenaikan, tetap, ataupun berkurang berat badannya)

KELOMPOK 2 : TOMA / TOGA

1. Apakah bapak/ibu Pernah ikut Kalakarya PDBK di Kab. Boalemo tahun 2011 ?
2. **Jika pernah**, informasi apa saja yang bapak/ibu dapatkan ?
3. Apa saja kesepakatan/komitmen bersama hasil dialog di PDBK ?
4. Apakah yang telah bapak/ibu dilakukan sebagai tindakan dari kesepakatan tersebut ?
5. Bagaimana hasil dari tindak lanjut tersebut ?
6. Menurut bapak/ibu, apakah Kalakarya PDBK di tahun 2011 dapat meningkatkan kesadaran bersama agar kondisi kesehatan masyarakat menjadi lebih baik ?
7. **(Semua responden)** Bagaimana situasi kesehatan masyarakat saat sekarang ini ?
8. Menurut bapak/ibu, Apakah toma/toga dilibatkan pemerintah dalam upaya peningkatan kesehatan ?, jika Ya bagaimana bentuk pelibatan tersebut ?
9. Apa peran Bapak/ibu dalam upaya kesehatan ?
10. Menurut Bapak/Ibu, apa alasan balita harus ditimbang/datang ke Posyandu ?
11. Untuk orangtua yang tidak membawa anaknya ke Posyandu, menurut bapak/ibu apa alasannya ?
12. Upaya apa yang bapak/ibu telah lakukan lakukan agar orangtua mau menimbang anak ke Posyandu ?
13. Menurut bapak/ibu cara apa yang harus ditempuh untuk meningkatkan status gizi balita
14. Apakah bapak/ibu pernah mendengar mengenai dasa wisma? jelaskan
15. Menurut bapak/ibu, apa saja peranan kader/ketua dasa wisma ?
16. Menurut bapak/ibu, apakah keberadaan dasa wisma dapat memotivasi ibu dalam peningkatan keadaan kesehatan?

KELOMPOK 3: IBU BALITA

1. Apakah ibu memanfaatkan posyandu secara rutin sebulan sekali? Berikan alasan
2. Jenis pelayanan yang dimanfaatkan di posyandu?
3. Menurut Ibu, apa alasan balita harus ditimbang di posyandu secara rutin ?
4. Menurut ibu cara apa yang harus ditempuh untuk meningkatkan status kesehatan dan gizi anak?
5. Apakah ibu pernah mendengar mengenai dasa wisma? jelaskan

6. Menurut ibu, bagaimana peran Kader Posyandu/Ketua Dasa Wisma ?
7. Menurut ibu keberadaan dasa wisma dapat memotivasi ibu dalam hal kesehatan ?
8. Menurut bu, bagaimana peran kader/ketua dasa wisma dalam peningkatan upaya kesehatan?

KELOMPOK 4 : PETUGAS KESEHATAN

1. Apakah bapak/ibu Pernah ikut Kalakarya PDBK di Kab. Boalemo tahun 2011 ?
2. **Jika pernah**, informasi apa saja yang bapak/ibu dapatkan ?
3. Apa saja kesepakatan/komitmen bersama hasil dialog di PDBK ?
4. Apakah yang telah bapak/ibu dilakukan sebagai tindakan dari kesepakatan tersebut ?
5. Bagaimana hasil dari tindak lanjut tersebut ?
6. Menurut bapak/ibu, apakah Kalakarya PDBK di tahun 2011 dapat meningkatkan kesadaran bersama agar kondisi kesehatan masyarakat menjadi lebih baik ?
7. Menurut bapak/ibu apakah Kalakarya PDBK 2011 dapat meningkatkan team work ?
8. Apa sajakah tupoksi bapak/ibu ?
9. Apa yang telah bapak ibu lakukan dalam upaya peningkatan kesehatan di masyarakat ?
10. Apakah ada jalinan kerjasama lintas sektor/toma-toga dalam upaya peningkatan kesehatan di masyarakat ?
11. Apa sajakah yang bapak/ibu lakukan dalam meningkatkan cakupan d/s ?
12. Menurut bapak/ibu bagaimana peran kader dasa wisma dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat ?
13. Menurut bapak/ibu bagaimana peran kader dasa wisma dalam meningkatkan cakupan d/s ?

PERTANYAAN INDEPTH INTERVIEW UNTUK CAMAT, LURAH

1. Apakah bapak/ibu Pernah ikut Kalakarya PDBK di Kab. Boalemo tahun 2011 ?
2. **Jika pernah**, informasi apa saja yang bapak/ibu dapatkan ?
3. Apa saja kesepakatan/komitmen bersama hasil dialog di PDBK ?
4. Apakah yang telah bapak/ibu dilakukan sebagai tindakan dari kesepakatan tersebut ?
5. Bagaimana hasil dari tindak lanjut tersebut ?
6. Menurut bapak/ibu, apakah Kalakarya PDBK di tahun 2011 dapat meningkatkan kesadaran bersama agar kondisi kesehatan masyarakat menjadi lebih baik ?
7. Menurut bapak/ibu apakah Kalakarya PDBK 2011 dapat meningkatkan team work

8. Bagaimana situasi kesehatan masyarakat saat sekarang ini ?
9. Menurut bapak/ibu , Apa yang harus dilakukan supaya keadaan kesehatan di masyarakat meningkat ?
10. Apa saja yang telah dilakukan di wilayah kerja bapak agar keadaan kesehatan meningkat ?
11. Apa peran Bapak/ibu dalam upaya kesehatan ?
12. Adakah bantuan yang berbentuk material dan non material ? sebutkan
13. Menurut bapak/ibu, Apakah toma/toga dilibatkan oleh pemerintah/dinas kesehatan dalam upaya peningkatan kesehatan ?, jika Ya bagaimana bentuk pelibatan tersebut ?
14. Menurut Bapak/Ibu, apa alasan balita harus ditimbang/datang ke Posyandu ?
15. Untuk orangtua yang tidak membawa anaknya ke Posyandu, menurut bapak/ibu apa alasannya ?
16. Upaya apa yang bapak/ibu telah lakukan lakukan agar orangtua mau menimbang anaknya ke Posyandu ?
17. Menurut bapak/ibu cara apa yang harus ditempuh untuk meningkatkan status gizi balita?
18. Apakah bapak/ibu pernah mendengar mengenai dasa wisma? jelaskan
19. Menurut bapak/ibu, apa saja peranan kader/ketua dasa wisma ?
20. Menurut bapak/ibu, apakah keberadaan ketua dasa wisma dapat memotivasi ibu dalam peningkatan keadaan kesehatan?

PERTANYAAN INDEPTH INTERVIEW UNTUK KETUA PENGGERAK PKK

1. Apakah bapak/ibu Pernah ikut Kalakarya PDBK di Kab. Boalemo tahun 2011 ?
2. Jika pernah, informasi apa saja yang bapak/ibu dapatkan ?
3. Apa saja kesepakatan/komitmen bersama hasil dialog di PDBK ?
4. Apakah yang telah bapak/ibu dilakukan sebagai tindakan dari kesepakatan tersebut ?
5. Bagaimana hasil dari tindak lanjut tersebut ?
6. Menurut bapak/ibu, apakah Kalakarya PDBK di tahun 2011 dapat meningkatkan kesadaran bersama agar kondisi kesehatan masyarakat menjadi lebih baik ?
7. Menurut bapak/ibu apakah Kalakarya PDBK 2011 dapat meningkatkan team work ?
8. Bagaimana situasi kesehatan masyarakat saat sekarang ini ?
9. Menurut bapak/ibu , Apa yang harus dilakukan supaya keadaan kesehatan di masyarakat meningkat ?
10. Apa saja yang telah dilakukan di wilayah kerja bapak agar keadaan kesehatan meningkat ?
11. Apa peran Bapak/ibu dalam upaya kesehatan ?

12. Adakah bantuan yang berbentuk material dan non material ? sebutkan
13. Apakah yang ibu lakukan agar ketua kader dasa wisma meningkat kinerjanya (semangat kerjanya) ? terutama dalam dalam hal penimbangan ?
14. Menurut Bapak/Ibu, apa alasan balita harus ditimbang/datang ke Posyandu ?
15. Untuk orangtua yang tidak membawa anaknya ke Posyandu, menurut bapak/ibu apa alasannya ?
16. Upaya apa yang bapak/ibu telah lakukan lakukan agar orangtua mau menimbang anaknya ke Posyandu ?
17. Menurut bapak/ibu cara apa yang harus ditempuh untuk meningkatkan status gizi balita

A

INSTRUMEN INDIVIDU WILAYAH PERUBAHAN

SELF ASSESSMENT

Nama	Umur:	Jenis Kelamin:
Unit Kerja/Jabatan		
Tempat	Kabupaten:	Propinsi:

Dibawah ini terdapat pernyataan perubahan individu dalam wilayah perubahan anda dalam melaksanakan Peran dan Tugas Pokok sebagai Pendamping maupun Pelaksana (aktor) Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK).

Baca dan pahami baik-baik setiap pernyataan, kemudian anda diminta untuk mengemukakan apakah pernyataan-pernyataan tersebut, sesuai dengan diri anda, dengan cara memberi tanda silang (x) pada salah satu pilihan kotak jawaban yang tersedia.

Pilihan jawaban tersebut adalah:

1. = Sangat Tidak Setuju
2. = Tidak setuju
3. = Setuju
4. = Sangat Setuju

Setiap orang dapat mempunyai jawaban yang berbeda, karena itu pilihlah jawaban yang paling sesuai dengan anda, dengan demikian tidak ada jawaban yang dianggap salah. Kesesuaian jawaban anda adalah tahap proses pembelajaran dalam PDBK, yaitu tentang Organisasi Pembelajaran, IPKM, PDBK, dan pendampingan

Kode Kues	NO	Pernyataan	PENILAIAN*				Skor
			1	2	3	4	
A1	1	Merasa belum dapat memahami lingkungan tugas/pekerjaan dalam mendukung kinerja tim PDBK					
B12	2	Dapat menggunakan kemampuan personal untuk mempengaruhi penentu kebijakan, merumuskan kebijakan yang berpihak pada PDBK					
C12	3	Mampu menjabarkan isu- isustrategis ke dalam rencana jangka panjang PDBK					
D1	4	Lebih banyak bekerja dengan berpedoman pada cara-cara baku atau yang lama					
E12	5	Selalu Dapat mendorong dan menciptakan konsep baru, yang inovatif dalam mendorong peningkatan kinerja organisasi dalam PDBK					
F1	6	Biasanya dapat membandingkan pekerjaan dengan prestasi orang lain adalah pekerjaan sia-sia					
G12	7	merasa kurang yakin mengembangkan program PDBK sesuai kebutuhan dan sumberdaya yang tersedia					
A2	8	Selama ini lebih suka mengerjakan tugas/pekerjaan yang menjadi tanggungjawab langsung/sendiri					
B11	9	Mampu mengelola perbedaan pendapat dalam keterbatasan sumber daya menjadi hal yang positif untuk menurunkan IPKM					
C11	10	Merasa sulit melakukan analisis kebijakan yang ada dalam menyusun rencana jangka panjang PDBK					
D2	11	Selama ini lebih sering melaksanakan tugas berdasar masalah dan pedoman teknis yang telah ditentukan					

Kode Jawab	NO	Pernyataan	PENILAIAN*				Skor
			1	2	3	4	
E11	12	Mampu menggali dan mengadaptasikan konsep baru dalam meningkatkan kinerja PDBK					
F2	13	Tidak selalu mempersiapkan diri secara khusus dalam melaksanakan tugas di unit kerja					
G11	14	Merasa mampu mengajak keterlibatan orang lain membantu, agar dapat memperoleh hasil PDBK yang optimal					
A3	15	Lebih banyak bertugas/bekerja untuk kepentingan program di unit kerja sendiri					
B10	16	Tidak yakin dapat menyampaikan gagasan dengan jelas dan persuasif agar pemangku kepentingan mengambil peran dalam PDBK					
C10	17	Mampu menterjemahkan visi organisasi menjadi rencana operasional dalam pencapaian PDBK					
D3	18	Merasa akan mengalami kesulitan, jika mengerjakan pekerjaan tanpa dukungan dana yang cukup					
E10	19	Kurang mampu merangkum gagasan, dari berbagai sudut pandang, dalam menyelesaikan masalah rendahnya IPKM					
F3	20	Mengembangkan perencanaan secara fokus dan rinci, adalah pekerjaan yang sulit dan hanya buang waktu saja					
G10	21	Merasa mampu merencanakan PDBK dengan baik, untuk dapat melaksanakannya dengan berhasil-guna					
A4	22	Mampu tenggang rasa, ber toleransi terhadap perbedaan-perbedaan yang ada dalam melaksanakan tugas/pekerjaan					
B9	23	Mampu menggalang dan mengajak masyarakat lokal berpartisipasi dalam pelaksanaan PDBK					
C9	24	Biasanya kurang mampu mencoba pendekatan baru dalam mempercepat pencapaian PDBK					
D4	25	Kurang mampu mendorong lahirnya gagasan/ide baru untuk mencapai upaya menaikkan IPKM					
E9	26	Dapat memilih cara pendekatan yang tepat untuk menyelesaikan masalah berdasar akar penyebab masalah dalam PDBK					
F4	27	Lebih senang bekerja untuk program yang telah jelas tujuan dan targetnya					
G9	28	Dapat dengan cepat menintegrasikan PDBK sebagai bagian dari tuntutan pekerjaan secara fungsional					
A5	29	Selalu dapat bereaksi dan menyesuaikan diri terhadap situasi yang sedang berkembang di lingkungan tugas/pekerjaan untuk mendukung PDBK					
B8	30	Selalu Terbuka menerima gagasan dan menghormati pendapat orang lain, demi kepentingan pencapaian tujuan PDBK					
C8	31	Mampu mengaitkan tugas operasional dengan analisis IPKM dalam perencanaan PDBK					
D5	32	Dengan pengetahuan yang dimiliki mampu mengembangkan PDBK sesuai dengan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia					
E8	33	Biasanya bila menggunakan cara penanganan yang berbeda, dari yang selama ini dilakukan, mendapat tantangan yang sulit diatasi					
F5	34	Melaksanakan pekerjaan sesuai dengan standar prosedur yang telah ditetapkan, adalah cara kerja yang akan sesuai kebutuhan local					
G8	35	Selalu dapat mengutamakan kepentingan organisasi dari kepentingan pribadi dalam pelaksanaan PDBK					
A6	36	Dapat memahami keraguan dalam beradaptasi terhadap kebiasaan kerja di lingkungan tugas/pekerjaan untuk melaksanakan PDBK					

Catatan: Skor diisi oleh pengamat

Kode Kues	NO	Pernyataan	PENILAIAN*				Skor
			1	2	3	4	
B7	37	Merasa yakin mampu mendorong setiap pembicaraan/diskusi sehingga terjalin pembicaraan yang terfokus pada indikator mutlak dalam upaya menaikkan IPKM					
C7	38	Meragukan kemampuan dalam Memahami konsekuensi sebab-akibat dari masalah yang dihadapi dalam menurunkan IPKM					
D6	39	Mampu memberikan dukungan terhadap kesuksesan PDBK, tanpa memindahkan tanggungjawab					
E7	40	Selama ini belajar dari keberhasilan dan kegagalan atas pengalaman kerja yang telah dilakukan					
F6	41	Pemantauan dan evaluasi terhadap proses kerja yang telah ditetapkan, adalah cara kerja yang efektif untuk mencapai tujuan					
G7	42	Kurang yakin mampu bekerja menurunkan IPKM dengan menggunakan sumber daya yang tersedia					
A7	43	Memiliki perhabaian dan kesediaan untuk saling membantu dalam tugas/pekerjaan dalam satu tim kerja di PDBK					
B6	44	Kurang mampu mengalang pembicaraan/diskusi sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai dalam PDBK					
C6	45	Mampu melakukan analisis akar penyebab rendah IPKM, untuk menyusun visi keluar dari DBK					
D7	46	Masih meragukan kemampuan mendorong keterlibatan orang/sector lain, bekerja sebagai tim PDBK yang sinergik					
E6	47	Lebih suka menghasilkan gagasan atau cara kerja, sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan					
F7	48	Sering merasa canggung berada dalam kelompok yang tidak menunjukkan prestasi kerja					
G6	49	Tetap dapat bekerja dengan prestasi baik, walaupun tanpa pengawasan dari pimpinan					
A8	50	Selalu dapat menyatakan penghargaan terhadap kontribusi/bantuan orang lain dalam bekerjasama menurunkan IPKM					
85	51	Selama ini bila menghadiri pertemuan mampu mengutarakan pendapat pada berbagai tingkatan pertemuan di tempat kerja					
C5	52	Mampu menguraikan proses kerja ke dalam tugas dan aktivitas spesifik dalam upaya menurunkan IPKM					
D8	53	Merasa mampu menyusun tujuan dan langkah-langkah pencapaian im kerja PDBK sesuai dengan kearifan local					
E5	54	Selama ini cenderung melaksanakan kegiatan dengan mengejar target yang telah ditentukan					
F8	55	Memiliki kemampuan untuk memberikan masukan terhadap perbaikan dan pengembangan program PDBK sesuai dengan sumber daya yang tersedia					
G5	56	Selama ini senang melakukan pekerjaan yang telah di sertai dengan petunjuk pelaksanaan yang jelas					
A9	57	Biasanya kalau bekerja dan menyelesaikan tugas/pekerjaan untuk tetap tepat waktu/tanpa menunda					
B4	58	Kritik dan saran orang lain tentang prestasi kerja, sebaharnya tidak selamanya diperlukan					
C4	59	Mampu memilah informasi sesuai kebutuhan dengan fokus masalah IPKM dalam PDBK					
D9	60	Tidak yakin dapat memberikan arahan yg jelas terhadap komitmen yang sudah disepakati dalam meningkatkan IPKM					
E4	61	Lebih sering menggunakan cara-cara baku atau sesuai dengan petunjuk teknis dalam memecahkan masalah					

Catatan: Skor diisi oleh pengamat

Kode Kues	NO	Pernyataan	PENILAIAN*				Skor
			1	2	3	4	
F9	62	Sebaiknya secara teratur dilakukan diskusi hasil kerja PDBK secara lokal, agar dapat segera di adaptasikan dengan kebutuhan dan kemampuan lokal					
G4	63	Bekerja dengan berpegang teguh pada aturan, yang telah ditetapkan untuk dilaksanakan					
A10	64	Bertindak dan melaksanakan tugas/pekerjaan belum berdasar analisis akar penyebab masalah					
B3	65	Biasanya terasa takut dan tertekan bila harus berbicara/diakusi dengan orang yang mempunyai posisi lebih "di atas"					
C3	66	Merasa menurunkan IPKM dengan pendekatan immaterial, menjadi tidak logis dan pertimbangannya kurang realistic					
D10	67	Tidak yakin mampu mendorong dilakukannya realokasi atau redistribusi sumber daya utk mendukung pelaksanaan meningkatkan IPKM					
E3	68	Kurang suka pada tugas/pekerjaan yang menuntut ide atau gagasan baru					
F10	69	Belajar dari pengalaman tempat lain mengembangkan PDBK, adalah cara mempercepat proses pembelajaran					
G3	70	Dalam bekerja biasanya sangat mempertimbangkan ketersediaan dana pendukung yang cukup					
A11	71	Selalu berusaha untuk menindak lanjuti situasi yang merupakan kendala kunci dalam pelaksanaan PDBK					
B2	72	Dalam berkomunikasi teguh pada pendirian dan tidak mudah terpengaruh oleh pendapat orang lain					
C2	73	Lebih dipengaruhi perasaan takut gagal, daripada pengharapan untuk sukses menurunkan IPKM					
D11	74	Mampu melakukan advokasi kepada penentu kebijakan untuk mengambil keputusan yang memihak kepada PDBK					
E2	75	Cenderung tidak mencari alternatif dalam pemecahan masalah, dari apa yang dikerja selama ini					
F11	76	Terasa sulit Mendorong akuntabilitas dan transparansi manajemen organisasi dalam mengembangkan PDBK					
G2	77	Merasa mampu untuk terus menerus mengerjakan sesuatu yang tidak langsung dilihat hasilnya					
A12	78	Merasa yakin mampu mendorong pihak lain atau mitra kerja meningkatkan kualitas tugas/pekerjaannya mencapai tujuan PDBK					
B1	79	Masih mengalami kesulitan menyampaikan pendapat pada orang lain, walaupun pendapat itu sesuai dengan fakta yang dibutuhkan					
C1	80	Belum terbiasa memilah informasi yang di perlukan dalam upaya menurunkan IPKM					
D12	81	Selama ini tidak ada kesulitan menggalang kerjasama antar sektor agar PDBK menjadi pendekatan yang berkelanjutan					
E1	82	Lebih suka mencontoh cara kerja yang selama ini digunakan, walau dengan hasil yang sama saja					
F12	83	Mampu mendorong tumbuhnya budaya kerja immaterial untuk menghasilkan kualitas kerja di PDBK					
G1	84	dalam melakukan pekerjaan, selalu percaya diri dan tidak tergantung pada orang lain					

Catatan: Skor diisi oleh pengamat

B**INSTRUMEN INDIVIDU WILAYAH TINDAKAN****SELF ASSESSMENT**

Nama	Umur:	Jenis Kelamin:
Unit Kerja/Jabatan		
Tempat	Kabupaten:	Propinsi:
TEMATIK		

Dibawah ini terdapat pernyataan perubahan individu dalam wilayah tindakan anda dalam melaksanakan Peran dan Tugas Pokok sebagai Pendamping maupun Pelaksana (aktor) Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK), berdasar tematik terpilih

Baca dan pahami baik-baik setiap pernyataan, kemudian anda diminta untuk mengemukakan apakah pernyataan-pernyataan tersebut, sesuai dengan diri anda, dengan cara memberi tanda silang (x) pada salah satu pilihan kotak jawaban yang tersedia.

Pilihan jawaban tersebut adalah:

1. = Sangat Tidak Setuju
2. = Tidak setuju
3. = Setuju
4. = Sangat Setuju

Setiap orang dapat mempunyai jawaban yang berbeda, karena itu pilihlah jawaban yang paling sesuai dengan anda, dengan demikian tidak ada jawaban yang dianggap salah. Kesesuaian jawaban anda adalah tahap proses pembelajaran dalam PDBK, yaitu tentang Organisasi Pembelajaran, IPKM, PDBK, dan pendampingan

NO	Pernyataan	PENILAIAN*				Skor
		1	2	3	4	
1	Mengenal jenis-jenis permasalahan dalam PDBK					
2	Menelaah determinan penyebab masalah IPKM					
3	Menelaah kelengkapan data penunjang identifikasi masalah IPKM					
4	Mengumpul data penunjang identifikasi masalah IPKM					
5	Mengolah dan menganalisis data penunjang penyebab masalah IPKM					

6	Menelaah dan menganalisis penyebab masalah IPKM					
7	Menentukan akar penyebab masalah IPKM Melakukan studi pustaka/dokumen tentang akar penyebab masalah IPKM					
8	Menelaah pendekatan yang relevan digunakan sebagai Solusi PDBK					
9	Menganalisis alternatif solusi masalah, dari berdasar indikator IPKM					
10	Menyusun spesifikasi dan asumsi alternatif solusi masalah PDBK					
11	Menentukan kriteria alternatif solusi masalah PDBK					
12	Menentukan solusi berdasar analisis hambatan PDBK					
13	Menentukan solusi PDBK berdasar ketenagaan yang tersedia					
14	Menentukan solusi PDBK berdasar Sumber daya yang tersedia					
15	Menentukan solusi PDBK berdasarkan dukungan mitra kerja potensial					
16	Menyusun rencana dan tujuan kerja PDBK dengan daya ungkit menaikkan IPKM					
17	Mengalokasikan anggaran PDBK yang sesuai dengan kebutuhan					
18	Menganalisis sumber-sumber pembiayaan lainnya dalam mendukung PDBK					
19	Melakukan analisis lingkungan strategis yang dibutuhkan untuk Pelaksanaan PDBK					
20	Sinkronisasi kebijakan dan penganggaran yang ada dengan PDBK					
21	Memproses pengambil Kebijakan operasional PDBK					
22	Membentuk tim kerja yang solid dan sinergik dalam Tim PDBK					
23	Melaksanakan program/kegiatan secara terpadu ke dalam PDBK					
24	Menentukan metode dan indikator monitoring kegiatan PDBK					
25	Menyusun instrumen dan Rencana pelaksanaan monitoring kegiatan PDBK					
26	Melaksanakan dan menyimpulkan hasil monitoring kegiatan PDBK					
27	Merumuskan saran tindakan korektif terhadap pelaksanaan PDBK					
28	Menentukan metode dan indikator evaluasi PDBK					
29	Menyusun instrumen dan Rencana pelaksanaan Evaluasi PDBK					
30	Melaksanakan, Menentukan dan merumuskan pencapaian tujuan PDBK					
31	Merumuskan rekomendasi terhadap rencana selanjutnya PDBK					
32	Mengenal jenis-jenis permasalahan dalam PDBK					



INSTRUMEN PERUBAHAN TIM KERJA

SELF ASSESSMENT

Nama	Umur:	Jenis Kelamin:
Unit Kerja/Jabatan		
Tempat	Kabupaten:	Propinsi:

Dibawah ini terdapat pernyataan Perubahan Tim Kerja PDBK anda dalam melaksanakan Peran dan Tugas Pokok sebagai Pendamping maupun Pelaksana (aktor) Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK).

Baca dan pahami baik-baik setiap pernyataan, kemudian anda diminta untuk mengemukakan apakah pernyataan-pernyataan tersebut, sesuai dengan diri anda, dengan cara memberi tanda silang (x) pada salah satu pilihan kotak jawaban yang tersedia.

Pilihan jawaban tersebut adalah:

1. = Sangat Tidak Setuju
2. = Tidak setuju
3. = Setuju
4. = Sangat Setuju

Setiap orang dapat mempunyai jawaban yang berbeda, karena itu pilihlah jawaban yang paling sesuai dengan anda, dengan demikian tidak ada jawaban yang dianggap salah. Kesesuaian jawaban anda adalah tahap proses pembelajaran dalam PDBK, yaitu tentang Organisasi Pembelajaran, IPKM, PDBK, dan pendampingan

Kode Kues	NO	Pernyataan	PENILAIAN				Skor
			1	2	3	4	
F	1	Kita telah mempunyai komitmen antar sektor terkait untuk memastikan PDBK dapat berjalan sesuai dengan harapan					
S	2	Kita selalu dapat melaksanakan kegiatan PDBK, sesuai dengan perencanaan yang telah disusun secara efisien dan efektif					
P	3	Tim PDBK senantiasa dapat menjaga kebersamaan dan bekerja sama untuk berhasil meningkatkan IPKM					
N	4	Tim PDBK telah mengembangkan dan mempunyai naskah Rencana Tindak Lanjut PDBK sesuai dengan kebutuhan dan sumberdaya local					
F	5	TIM kerja PDBK, sangat percaya diri melaksanakan kegiatan, sesuai tugas masing-masing					
N	6	Tim dapat merumuskan Visi dan tujuan PDBK, serta dapat segera menerapkan untuk mencai visi dan tujuan tersebut					
S	7	Pimpinan kami berupaya untuk selalu teratur membimbing dan membantu menyelesaikan tugas PDBK					
P	8	Tim PDBK tidak menggunakan aturan baku, tetapi selalu dapat mencoba aturan baru sesuai dengan kebutuhan dan kemajuan PDBK					
S	9	Tim PDBK memperoleh banyak idea kreatif dalam PDBK, tapi belum dapat menerimanya karena tidak coba memahami secara utuh pikiran orang lain					
F	10	Anggota tim kerja PDBK masih saling tidak percaya satu sama lain dan lebih banyak memantau kerjaan orang lain					

Catatan: Skor diisi oleh pengamat

Kode Kues	NO	Pernyataan	PENILAIAN				Skor
			1	2	3	4	
N	11	Pimpinan memastikan untuk selalu fokus dalam melaksanakan PDBK, agar tidak hilang waktu dan kesempatan menaikkan IPKM					
P	12	Kita dalam tim kerja PDBK, menikmati bekerjasama, senang dan produktif dalam melaksanakan tugas/pekerjaan					
N	13	Dalam Tim PDBK terjadi saling menerima, sehingga saling percaya menerima dan melaksanakan tugas satu sama lain anggota tim kerja					
P	14	Pimpinan demokratis dalam menerima masukan dan usul, sehingga mampu mendorong kerjasama tim kerja PDBK					
F	15	Tim selalu dapat mendefinisikan tujuan dan kegiatan apa yang perlu diselesaikan dalam PDBK, sesuai dengan kebutuhan dan sumberdaya lokal					
S	16	Sebagian anggota tim kerja PDBK masih memiliki pikiran mereka sendiri mengenai cara dan tujuan yang akan dicapai					
P	17	Tim PDBK selalu bekerja dalam suasana saling menerima kelebihan dan kekurangan sesama anggota sebagaimana adanya					
F	18	Tim dapat saling melaksanakan tugas-tugas khusus dalam tim kerja PDBK untuk berkinerja optimal					
N	19	Tim kerja PDBK selalu berupaya mencapai keselarasan dengan menghindari perdebatan dalam mempercepat naiknya IPKM					
S	20	Melaksanakan tugas-tugas PDBK yang sangat berbeda dengan apa yang kita pikir akan terasa sangat sulit untuk diselesaikan					
F	21	Banyak pembahasan teoretis dalam melaksanakan PDBK akan membuat beberapa anggota tim kurang sabar					
P	22	Tim Kerja PDBK, biasanya mampu mengatasi masalah kelompok secara musyawarah dan mufakat					
S	23	Tim kerja PDBK masih sering berdebat walau pada dasarnya sudah sama-sama setuju setuju					
N	24	Tim kerja PDBK sering tergoda untuk mengerjakan lebih banyak dari tujuan yang ingin dicapai					
N	25	Tim kerja PDBK dapat saling menyatakan dan menerima kritik untuk membangun					
P	26	Tim Kerja PDBK masih Sulit Mencapai Tujuan menurunkan IPKM dengan menggunakan sumberdaya yang tersedia					
F	27	Terdapat hubungan dekat dan saling percaya antara anggota tim kerja PDBK					
S	28	Tim PDBK masih membuat merencanakan kegiatan yang sebenarnya tidak dapat dicapai					
F	29	Walaupun tidak memahami 100% tujuan PDBK, kita bersemangat dan bangga bekerja dalam tim kerja PDBK					
N	30	Tim sering berbagi masalah pribadi satu dengan yang lain dalam tim kerja PDBK					
S	31	Masih ada penolakan tugas dan saran perbaikan di antara anggota Tim PDBK					
P	32	Dalam melaksanakan tugas tim PDBK yang banyak berhasil					

D**INSTRUMEN BUDAYA ORGANISASI****SELF ASSESSMENT**

Sumber Informasi	
Lokasi	
Tanggal	

Kami sangat berterima kasih atas kesediannya untuk membantu kami mengisi kuesioner ini. Sebelum melakukannya, ada beberapa hal yang kami sampaikan perihal penelitian ini sebagai berikut;

1. Kuesioner didasarkan pada teori budaya organisasi (Denison's organizational culture survey). Ada 4 faktor yang akan dilihat sesuai dengan teori tersebut yaitu;
 - a. *Involvement* (perlibatan); bagaimana organisasi melibatkan semua orang sehingga ada pemberdayaan (empowerment), suasana kerjasama dan peningkatan kapabilitas
 - b. *Consistency* (konsisten); Sejauh mana pimpinan dan staf konsisten terhadap kesepakatan peraturan, konsensus dan organisasi sangat mudah untuk melakukan koordinasi dan integrasi.
 - c. *Adaptability* (kemampuan beradaptasi) yaitu kemampuan beradaptasi dengan perubahan, pembelajaran organisasi dan mengutamakan kepentingan masyarakat.
 - d. *Mission* (Misi);

Semua komponen diatas akan dapat tercermin dalam kuesioner ini.

2. Kuesioner ini merupakan kuesioner yang bersifat penilaian sendiri atau self-assessment, namun diperlukan kejujuran dan keterbukaan dalam mengisinya.
3. Kuesioner ini menggunakan metode pemilihan skala (likert-scale) dimana bapak/ibu hanya diminta melingkari skala penilaian (dari 1 s/d 4) tentang apa yang dirasa/dialami sesuai dengan pernyataan yang diberikan
4. Kejujuran dalam memberikan penilaian tentang apa adanya sangat diharapkan, sebab penelitian ini dalam rangka memperbaiki serta meningkatkan kepemimpinan dan manajemen kita bersama

No	Pernyataan Kepedulian	PENILAIAN*			
		1	2	3	4
1	Di instansi saya, semua pegawai terlibat dalam perencanaan menanggulangi Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK)				
2	Di instansi saya, informasi tentang Daerah Bermasalah Kesehatan disebabkan secara luas.				
3	Di Instansi saya, tidak setiap orang dapat memperoleh informasi yang dibutuhkan.				
4	Di Instansi saya, secara aktif selalu didorong bekerja-sama antar bagian/seksi untuk mengidentifikasi masalah DBK				
5	Di Instansi saya, pegawai bekerja seolah mereka merupakan bagian satu tim.				
6	Di Instansi saya, wewenang didelegasikan agar pegawai dapat mengambil inisiatif sendiri.				
7	Di instansi saya, kemampuan pegawai dianggap sebagai faktor yang penting untuk kemajuan organisasi.				
8	Para pimpinan menyatukan tindakan dengan perkataan mereka.				
9	Di Instansi saya, ada kode etik yang memandu perilaku kita yang menjelaskan apa yang benar dan salah				
10	Di Instansi saya, mudah untuk mencapai konsensus, bahkan dalam berbagai masalah yang sulit termasuk Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK)				
11	Di Instansi saya, ada kesepakatan yang jelas tentang cara melakukan yang benar dan cara melakukan yang salah dalam melaksanakan PDBK				
12	Pegawai dari berbagai bagian organisasi yang berbeda memiliki perspektif yang sama untuk menyelesaikan DBK				
13	Di Instansi saya, tidak mudah untuk mengkoordinasikan proyek-proyek dengan berbagai bagian yang berbeda.				
14	Di Instansi saya, segala sesuatu dilakukan dengan amat fleksibel dan mudah diubah.				
15	Instansi saya akan menyempurnakan terus menerus dan mempraktekkan cara-cara kerja yang baru dalam mencari solusi Daerah Bermasalah Kesehatan.				
16	Bagian-bagian lain di instansi saya, jarang bekerja-sama untuk melakukan perubahan.				
17	Di Instansi Saya, kepentingan masyarakat sering kali diprioritaskan.				
18	Di instansi saya, ada tujuan dan arah yang bersifat jangka panjang.				
19	Ada strategi yang jelas untuk masa depan instansi saya				
20	Para pemimpin saya menetapkan sasaran-sasaran yang ambisius.				

*Keterangan:

1:tidak pernah; 2:jarang; 3:sering; 4:selalu

PERSETUJUAN ETIK (ETHICAL APPROVAL)

Nomor : KE.01/TEC/ 11/2012

Yang bertanda tangan di bawah ini, Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan Badan Litbang Kesehatan, setelah dilaksanakan pembahasan dan penilaian, dengan ini memutuskan protokol penelitian yang berjudul:

"Pendampingan PDBK dan Pemberdayaan Kader Dasa Wisma Dalam Upaya Peningkatan Status Gizi Balita dan IPKM di Kabupaten Boalemo, Gorontalo"

yang mengikutsertakan manusia sebagai subyek penelitian, dengan Ketua Pelaksana / Peneliti Utama :

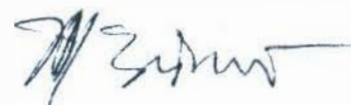
Budi Setyawati, SP., MPH.

dapat disetujui pelaksanaannya. Persetujuan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan batas waktu pelaksanaan penelitian seperti tertera dalam protokol

Pada akhir penelitian, laporan pelaksanaan penelitian harus diserahkan kepada KEPK-BPPK. Jika ada perubahan protokol dan / atau perpanjangan penelitian, harus mengajukan kembali permohonan kajian etik penelitian (amandemen protokol).

Jakarta, 20 Mei 2012

Ketua
Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Badan Litbang Kesehatan,



Prof. Dr. M. Sudomo