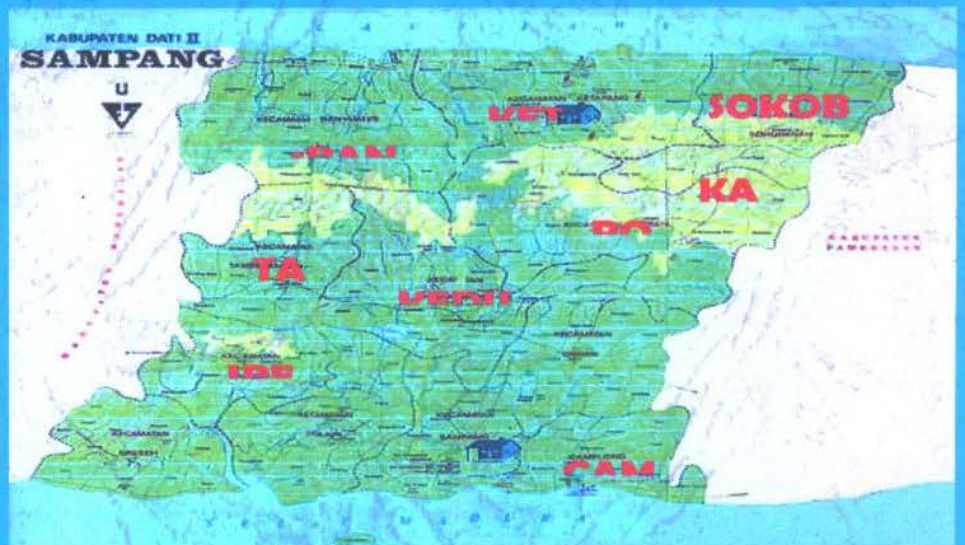


PENGARUH PENDAMPINGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN (DBK) TERHADAP PERAN ASOSIASI KEPALA DESA (AKD) DALAM PENINGKATAN KINERJA POSYANDU DI KABUPATEN SAMPANG, JAWA TIMUR



Oleh :

*Vita Kartika M
Tety Rachmawati
M.Maman Firmansyah*





SUSUNAN TIM PENELITI :

1. Ir. Vita Kartika M.MKes

2. dr. Tety Rachmawati. MSi

Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat :

3. Muhammad Maman Firmansyah. SKM

Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang :

Batas Penelitian dan Pengumpulan Kesehatan

PERPUSTAKAAN

Tanggal : 26-6-2013

No. Induk : _____

No. Klass : 33

PDPK

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur yang mendalam kepada Allah Tuhan Yang Maha Esa akhirnya tersusun Laporan Akhir dari Riset Operasional (RO) dan Tematik Program Penanggulangan daerah Bermasalah Kesehatan (P-DBK) yang telah dilaksanakan di kabupaten Sampang, Jawa Timur.

Setelah melalui proses pendampingan dan pengamatan yang secara intens dari mulai bulan September 2011 hingga November 2012, di kabupaten Sampang dengan tujuan membantu daerah mengurai/menghilangkan setiap penyulit untuk meningkatkan kegiatan-kegiatan pelayanan inovatif yang mampu mendorong peningkatan setiap indikator mutlak dan peningkatan derajat kesehatan serta semakin membaiknya nilai IPKM Sampang.

Dalam kesempatan ini juga tidak lupa diucapkan rasa hormat dan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada para narasumber yang telah memberikan kesempatan kepada kami sebagai pendamping, pengamat juga sebagai peneliti dalam menggali dan menambah ilmu melalui wejangan, saran dan masukan yang sangat berharga untuk bekal kami dalam melaksanakan pendampingan di daerah serta dalam menganalisis data hingga penyusunan laporan ini.

Rasa terimakasih ini juga kami haturkan kepada Bapak Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang beserta staf yang berkenan memberikan izin untuk pelaksanaan kegiatan pendampingan hingga selesai, juga kepada peneliti lokal (bpk M.Maman F), serta para Kepala Puskesmas dan para Bidan yang berada di Puskesmas lokasi penelitian, kami juga sangat mengucapkan terimakasih atas kerjasama dan bantuannya dalam memberikan informasi & data2 yang diperlukan.

Selanjutnya kepada bapak Camat, Kepala Desa, Kepala Dusun, dan Kader yang telah membantu dalam kelancaran kegiatan dan sudi meluangkan waktunya untuk berdiskusi dan berdiaolg bersama kami selama pengamatan & pendampingan, kami juga ucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya.

Akhirnya, kami juga mengucapkan mohon maaf yanbg sebesar-besarnya jika ada kesalahan baik sengaja maupun tidak sengaja selama kegiatan berlangsung. Akhirnya, kami berharap semoga laporan ini dapat memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi yang membutuhkannya, Amin.

ABSTRAK

Program PDBK diharapkan sebagai upaya terobosan (*extra ordinary*) untuk memecah kebuntuan (*debottlenecking*) dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di kabupaten Sampang yang berdasarkan ranking Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) tahun 2011 berada pada urutan ke 426. Untuk itu kabupaten Sampang ikut bergabung dalam program P-DBK dengan melakukan intervensi program berupa pengembangan model pendampingan PDBK dari Pusat dan Provinsi. Model pendampingan tersebut dimulai dengan mengadakan suatu '**Kalakarya**' atau pertemuan akbar pada bulan September 2011 dengan metode diskusi dan dialog untuk membahas masalah kesehatan terutama yang berkaitan dengan pencapaian indikator kesehatan (indikator mutlak IPKM) dan mencari solusi masalah yang ada di kabupaten Sampang. Kalakarya tersebut melibatkan 100 orang peserta yang dihadiri oleh Bapak Bupati, Dinas Kesehatan Sampang (Kepala Dinas dan staf), Kepala Puskesmas dan para Bidan Puskesmas & Polindes, Lintas Sektor (DinSOS & BKKBN), dan tenaga non kesehatan (Camat, Kepala Desa, Kader dan Tokoh masyarakat, juga ORMAS (FKPPM) dan LSM.

Kalakarya tersebut menghasilkan kesepakatan bersama (sebagai rencana tindak lanjut) antara tenaga kesehatan (Dinas & Puskesmas) dengan tenaga non kesehatan (kepala Desa, kepala Dusun, dan kader) untuk melakukan aksi nyata berupa "Operasi Timbang Balita" yang dilakukan secara serentak di semua Posyandu di kabupaten Sampang pada bulan Oktober 2011. Dalam proses pendampingan juga dilakukan pengamatan atas interaksi yang terjadi di kalangan tenaga kesehatan dan non-kesehatan baik di level Kabupaten, Kecamatan dan Desa(Posyandu) .

Penelitian dilakukan pada bulan September tahun 2011 sampai bulan November tahun 2012 di kabupaten Sampang, Jawa Timur yang dilakukan di tujuh Puskesmas terpilih (dari 21), yaitu: Puskesmas Banyuanyar, Kamoning, Sreseh, Kedundung, Camplong dan Robatal.

Desain penelitian berupa riset operasional (RO-PDBK) dan penelitian tematik dengan melakukan pengamatan secara berkala sebanyak 4x selama pendampingan berlangsung. Variabel yang diamati dikembangkan dari konsep wilayah perubahan (lingkaran) dan wilayah tindakan (segitiga). Konsep wilayah perubahan terdiri dari konstruk kepedulian, komunikasi, orientasi kualitas, integritas, berfikir strategis, kepemimpinan dan kreatifitas, sedangkan konsep wilayah tindakan terdiri dari konstruk identifikasi masalah, pengembangan pemecahan masalah alternatif, pengembangan program/ kegiatan intervensi, implementasi, pemantauan, penilaian dan replikasi. Pendekatan yang dilakukan dalam penelitian ini adalah gabungan antara pendekatan kuantitatif dan pendekatan kualitatif.

Dari hasil riset operasional PDBK menunjukkan bahwa kegiatan Operasi Timbang Balita yang dilakukan secara serentak di semua Posyandu oleh tenaga kesehatan di tingkat Dinas dan Puskesmas dan tenaga non kesehatan (Kepala Desa, Kepala Dusun, Pak RT dan kader Posyandu) ternyata berhasil mendongkrak tingkat partisipasi masyarakat (D/S) di

kabupaten Sampang menjadi 80,01%, sekaligus menjaring kasus balita gizi kurang & buruk sebanyak 12.100 balita.

Hasil lain yang diperoleh dari pendampingan adalah terjadinya replikasi Kalakarya di tingkat Puskesmas yang dilanjutkan hingga di tingkat desa. Kalakarya di tingkat Puskesmas dilakukan untuk mengevaluasi dan membahas hasil program yang telah dijalankan oleh masing2 Puskesmas dalam mencapai indikator kesehatan seperti cakupan D/S yang masih rendah (<60%), cakupan kunjungan ibu hamil (K1&K4), kunjungan neonatus (KN1), imunisasi dasar lengkap pada balita. Demikian juga dengan Kalakarya di tingkat Desa, sebagai tindak lanjut dari pembahasan evaluasi program capaian indikator di Puskesmas, yaitu capaian indikator di tingkat Posyandu yang masih rendah seperti tingkat partisipasi masyarakat (D/S) yang. Dalam pertemuan tersebut, juga dilakukan diskusi dan dialog mencari faktor penyebab masalah serta alternatif solusi yang disesuaikan dengan kondisi di masing2 Posyandu.

Dari pengamatan yang telah dilakukan secara berkala, menunjukkan bahwa pendampingan PDBK di kabupaten Sampang telah menumbuhkan terjadinya perubahan individu di wilayah kesadaran & kepedulian, dan wilayah tindakan serta di wilayah kerjasama tim yang diwujudkan dengan terlaksananya kesepakatan bersama pada Kalakarya untuk melakukan operasi timbang balita yang melibatkan semua jajaran kesehatan dan non kesehatan. Munculnya ide dari tim Dinas kesehatan untuk mereplikasi Kalakarya di tingkat Puskesmas dan Desa juga sebagai pembuktian terjadinya proses pendampingan dan bimbingan dari tim Dinas Kesehatan kepada jajarannya di tingkat yang paling bawah yaitu Posyandu yang berfungsi sebagai ujung tombak pelaksana kegiatan program. Terlaksananya Program "SMS Bayi Sehat" dan beberapa pertemuan/rapat koordinasi untuk evaluasi program pencapaian indikator kesehatan baik di tingkat Dinas dan Puskesmas hingga di tingkat Posyandu, juga membuktikan terjadinya proses pendampingan dan bimbingan dari tim Dinas Kesehatan kepada jajarannya dalam menuju upaya perbaikan pencapaian indikator mutlak IPKM Sampang.

Untuk itu masih diperlukan pendampingan dalam beberapa tahun ke depan sebagai motivator dari luar yang dapat mendampingi dan membantu perjalanan Kabupaten Sampang ke depan sampai terjadi situasi yang stabil sehingga dapat mencapai perbaikan indikator mutlak IPKM di masa mendatang.

Daftar Isi

JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
ABSTRAK	iii
DAFTAR ISI	iv
I. PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1-2
B. Topik Kegiatan	3
C. Pertimbangan Focus Justification) Bidang Kegiatan	3
D. Manfaat	3
E. Tujuan Umum dan Khusus.....	4
F. Pertanyaan Penelitian	4-5
II. METODE	6
A. Hipotesis	6
B. Kerangka Konsep	6
C. Tempat dan Waktu	7
D. Disain Penelitian	7
E. Sasaran	7
F. Variabel	8
G. Instrumen	8
H. Cara Pengumpulan Data.	9
I. Analisis Data	10
III. HASIL DAN PEMBAHASAN	11
I. Hasil RO PDBK	11
A. Capaian Indikator Mutlak	11
1. Proporsi Balita Ditimbang.....	11
2.Upaya Pelayanan Kesehatan.....	16
B. Pendampingan PDBK	17
C. Analisis Kuesioner PDBK (ABCD)	17
D. Fenomena Emergence Gizi.....	30
II. Hasil Penelitian Tematik PDBK.....	37
1. Kondisi Posyandu	37
2. Permasalahan Posyandu.....	39
3. Pelaksanaan Operasi Timbang Balita	41
4. Kinerja Posyandu	44
5.peran AKD, Kepala Desa, Kepala Dusun & Kader	46
IV. KESIMPULAN	49
SARAN	50
DAFTAR PUSTAKA	51
LAMPIRAN.....	52

Daftar Gambar

No.	Judul	Halaman
1.	Jumlah Balita Ditimbang Tahun 2010-2012.....	12
2.	Cakupan D/S Tahun 2006-2012	13
3.	Balita Gizi Buruk tahun 2010-2012.....	14
4.	Balita Gizi Buruk yang Ditangani.....	15
5.	Faktor Penyebab Gizi Buruk.....	15
6.	Indikator Upaya Kesehatan Tahun 2006-2011.....	16
7.	Indikator Wilayah Perubahan.....	20
8.	Indikator Wilayah Perubahan VS Indikator Mutlak.....	22
9.	Indikator Individu Wilayah Tindakan	23
10.	Indikator Wilayah Tindakan VS Indikator Mutlak.....	24
11.	Perubahan Kerjasama Tim.....	26
12.	Perubahan Kerjasama Tim VS Indikator Mutlak.....	27
13.	Perubahan Budaya organisasi.....	28
14.	Perubahan Budaya organisasi VS Indikator Mutlak.....	29
15.	Strata Posyandu Tahun 2011	38

Daftar Tabel

1.	Matriks Fenomena Emergence Gizi	31
----	---------------------------------------	----

Daftar Grafik

1.	Cakupan D/S pada saat Kalakarya.....	30
2.	Cakupan Balita Gizi Buruk Paska Kalakarya.....	35

Daftar Lampiran

1.	Kuesioner E-Catatan/Rekaman pelaku/Pengamat.....	52
2.	Hasil Diskusi Kelompok (FGD) dengan Kepala Dusun.....	56
3.	Matriks Instrumen PDBK.....	57

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada tahun 2011 telah dilaksanakan program Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (P-DBK). Program tersebut telah tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan nomor 27 tahun 2012, yaitu tentang Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK). Dalam PerMenKes tersebut, disebutkan bahwa P-DBK menjadi salah satu upaya reformatif dan akseleratif dalam Rencana Startegis Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014, di samping upaya reformatif dan akseleratif lainnya.

Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (P-DBK) adalah upaya kesehatan terfokus, terintegrasi, berbasis bukti, dilakukan secara bertahap di daerah yang menjadi prioritas bersama kementerian terkait, dalam jangka waktu tertentu dan sampai mampu mandiri dalam menyelenggarakan kewenangan pemerintah di bidang kesehatan seluas-luasnya.

Arah utama P-DBK yaitu upaya membantu daerah untuk mengurai atau menghilangkan setiap penyulit untuk meningkatkan kegiatan pelayanan inovatif yang mampu mendorong peningkatan setiap indikator pembangunan kesehatan masyarakat (IPKM), dengan memprioritaskan pencapaian indikator : peningkatan Usia Harapan Hidup (UHH) disamping Indeks Pendidikan dan Indeks Kemampuan Ekonomi. IPKM juga merupakan indeks yang pertama kali dapat menggambarkan capaian indikator tingkat kesehatan masyarakat di setiap kabupaten/kota di Indonesia. Oleh karena itu, IPKM digunakan untuk melihat capaian indikator kesehatan terutama indikator mutlak, diantaranya adalah: jumlah balita, yang ditimbang, jumlah balita yang menderita gizi kurang & buruk, persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (LINAKES) dan cakupan imunisasi dasar pada balita.

Berdasarkan kriteria IPKM, terdapat 10 Provinsi yang mempunyai lebih dari 50% dari jumlah kabupaten/kotanya masuk dalam daerah prioritas. Provinsi inilah yang kemudian ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sebagai Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK).

Untuk itu diperlukan program P-DBK sebagai upaya terobosan (extra ordinary) untuk memecah kebuntuan (debottlenecking) dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di berbagai kabupaten/kota dengan ranking IPKM yang relatif rendah dan angka kemiskinan yang tinggi.

Salah satu wilayah di Indonesia yang mempunyai nilai IPKM rendah adalah kabupaten Sampang, Jawa Timur yang nilai IPKM nya berada pada ranking ke 426. Sejalan dengan hal tersebut, pada tahun 2011 dilakukan program PDBK di kabupaten Sampang. Program tersebut, diharapkan sebagai upaya untuk membantu kabupaten Sampang dalam mengurai/menghilangkan setiap penyulit untuk meningkatkan kegiatan-kegiatan pelayanan inovatif yang mampu mendorong peningkatan indikator IPKM, terutama indikator kesehatan mutlak. Dengan demikian program P-DBK ini diharapkan juga sebagai percepatan pencapaian Millenium (MDG's) tahun 2015 diantaranya adalah : penurunan angka kematian bayi & balita/AKB (Reduce child mortality) dan meningkatkan kesehatan reproduksi (Penurunan AKI) (Improve maternal health).

Sebagai tindak lanjut dari keikutsertaan kabupaten Sampang ke dalam program P-DBK maka pada tahun 2011 dilakukan intervensi P-DBK di kabupaten Sampang dengan pengembangan model pendampingan dari Pusat dan Provinsi untuk memfasilitasi percepatan pencapaian penanggulangan DBK. Pendampingan merupakan inti dari PDBK, karena dengan pendampingan tersebut diharapkan dapat mengurai dan mengidentifikasi permasalahan yang berkaitan dengan indikator kesehatan di kabupaten Sampang, sehingga dapat ditemukan solusi untuk mengatasinya pelaksanaan kegiatan yang kreatif inovatif atau terobosan dengan menggerakkan ujung tombak pelayanan kesehatan.

Pendampingan PDBK dilakukan untuk menggerakkan dan menstimulasi serta mendorong daerah agar berperan aktif dalam melakukan mentoring (pembimbingan), nurturing(pembinaan) dan katalisator serta penghubung baik di tingkat Kabupaten, Kecamatan dan Desa dalam upaya meningkatkan nilai IPKM di kabupaten Sampang. Sehingga menjadi daerah non DBK dalam waktu mendatang. Proses pendampingan yang dilakukan di kabupaten Sampang telah menghasilkan suatu '**Kalakarya**' atau

pertemuan akbar dengan mengundang beberapa lintas sector terkait dan juga tim darti tingkat : Pusat, Propinsi, Kabupaten, Kecamatan hingga di tingkat Desa.

Oleh karena itu pelaksanaan P-DBK di kabupaten Sampang diharapkan dapat menjawab pertanyaan yang tercantum dalam rumusan masalah di bawah ini .

B. Topik Penelitian

Topik penelitian adalah: Implementasi Program PDBK dalam bentuk pendampingan melalui pengamatan & dialog sebagai upaya terobosan (*extra ordinary*) untuk memecah kebuntuan (*debottlenecking*) dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di kabupaten Sampang dalam rangka peningkatan indikator IPKM tahun 2013.

C. Pertimbangan Focus (Justification) Bidang Kegiatan

Nilai IPKM di Kabupaten Sampang berada di bawah rata-rata nasional. (ke 426). Keadaan ini tercermin pada capaian beberapa indikator mutlak pada tahun 2011, prevalensi balita gizi kurang sebesar 17,32% dan gizi buruk 5,25%, cakupan balita ditimbang (D/S) sebesar 61,33%, dan cakupan desa/kelurahan UCI sebesar 48,92%. Berdasarkan data tersebut maka perlu adanya kegiatan pendampingan dalam rangka menurunkan angka prevalensi gizi buruk dan peningkatan cakupan D/S pada indikator mutlak. Dengan demikian diharapkan dapat meningkatkan nilai IPKM pada tahun mendatang

D. Manfaat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

1. Bagi penentu kebijakan

Sebagai masukan untuk para pembuat kebijakan dalam upaya peningkatan ranking IPKM di kabupaten Sampang terutama yang berkaitan dengan indikator kesehatan (mutlak).

2. Bagi pelaksana kebijakan

Sebagai masukan dalam meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan indikator IPKM dan mempercepat pencapaian MDG's di tahun 2015

E. Tujuan

Umum :

Mengkaji proses pendampingan/pengamatan PDBK yang berkaitan dengan upaya pencapaian indikator mutlak IPKM di tahun mendatang.

Khusus :

1. Mengukur pengaruh pendampingan PDBK terhadap perubahan individu (meliputi kepedulian, komunikasi, kepemimpinan, integrasi, orientasi kualitas, kreativitas dan berfikir logis) baik di tingkat kabupaten, kecamatan dan desa
2. Mengukur pengaruh perubahan individu dalam menimbulkan perubahan team work baik di tingkat kabupaten, kecamatan dan desa
3. Mengukur pengaruh perubahan individu dan team work dalam menimbulkan perubahan pada institusi kesehatan (di kabupaten Sampang)
4. Mengukur pengaruh perubahan individu, team work dan institusi kesehatan terhadap upaya pencapaian indikator mutlak IPKM Sampang

F. Pertanyaan penelitian :

Apakah pendampingan PDBK dapat menimbulkan perubahan pada individu, team work dan institusi kesehatan dalam upaya pencapaian indikator mutlak IPKM di kabupaten Sampang ?

Secara lebih rinci adalah:

1. Apakah terjadi pengaruh pendampingan PDBK terhadap perubahan individu (meliputi kepedulian, komunikasi, kepemimpinan, integrasi, orientasi kualitas, kreativitas dan berfikir logis) baik di tingkat kabupaten, kecamatan dan desa ?
2. Apakah pengaruh perubahan individu dapat menimbulkan perubahan team work baik di tingkat kabupaten, kecamatan dan desa ?
3. Apakah pengaruh perubahan individu dan team work dapat menimbulkan perubahan pada institusi kesehatan (di kabupaten Sampang) ?
4. Apakah ada pengaruh dari perubahan individu, team work dan institusi kesehatan terhadap upaya pencapaian indikator mutlak IPKM kabupaten Sampang ??

BAB II

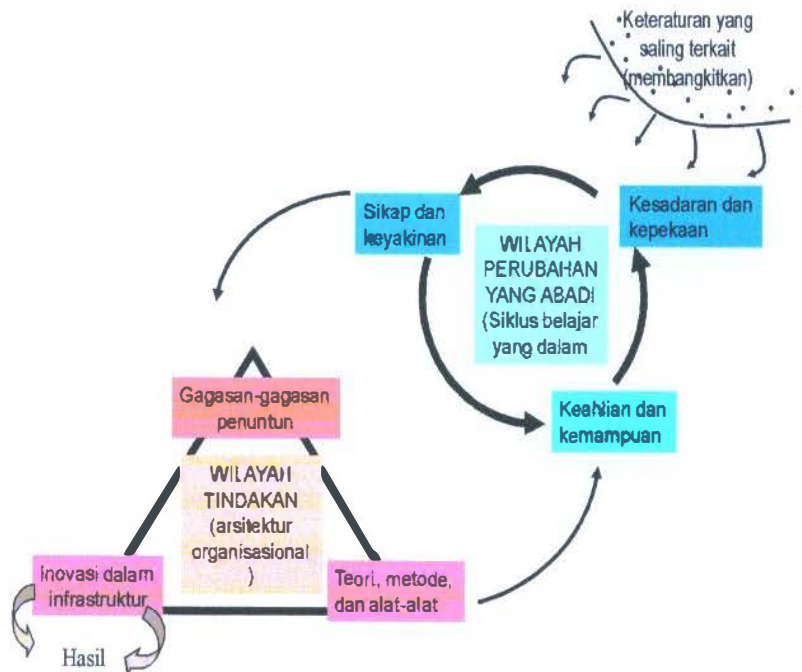
METODE

A. Hipotesis :

Pendampingan P-DBK menyebabkan perubahan pada individu, team work dan institusi kesehatan baik di tingkat kabupaten, kecamatan dan desa dalam upaya pencapaian indicator mutlak IPKM kabupaten Sampang

B. Kerangka Konsep :

Gambar 1. Kerangka Konsep PDBK (Sikap dan Tindakan)



Keterangan:

Di dalam suatu organisasi pembelajaran, proses perubahan individu akibat suatu impuls yang diterimanya akan mempengaruhi Lingkaran Wilayah Perubahan Abadi. Di dalam siklus lingkaran tersebut impuls akan masuk mempengaruhi ranah kesadaran dan kepekaan, kemudian jika terjadi kesadaran dan kepekaan maka selanjutnya akan

mempengaruhi sikap dan keyakinan. Sikap dan keyakinan yang baru tersebut akan mempengaruhi keahlian dan kemampuan. Begitulah siklus ini terus berjalan dan mempengaruhi Segitiga Wilayah Tindakan. Di dalam siklus Segitiga Tindakan Gagasan Penuntun mendorong individu bisa ber Inovasi dengan menggunakan pendekatan teori atau metode yang ada, atau bahkan sebaliknya inovasi dalam infrastruktur akan menghasilkan teori / metode baru. Siklus Lingkaran Perubahan Abadi dan Segitiga Tindakan ini secara terus menerus bergerak.

C. Tempat dan Waktu

Pendampingan PDBK dilakukan di kabupaten Sampang, Jawa Timur di beberapa kecamatan terpilih yaitu: Banyuwang, Kamoning, Sreseh, Kedundung, Camplong, dan Robatal. Dari masing-masing kecamatan tersebut selanjutnya dipilih Puskesmas yang berada di wilayah kerja kecamatan tersebut, yaitu : Puskesmas Banyuwang, Kamoning, Sreseh, Kedundung, Camplong dan Robatal. Pendampingan juga dilakukan di salah satu Posyandu yang ada di wilayah kerja masing-masing Puskesmas terpilih. Pendampingan dilakukan pada bulan April sampai dengan November 2012.

D. Desain :

Dalam Riset Operasional PDBK dan penelitian tematik, pendampingan dilakukan secara observasional dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pendampingan dilakukan dengan cara dialog dan pengamatan.

Oleh karena itu, semua kegiatan & peristiwa yang terjadi selama proses pendampingan diamati dan dicatat ke dalam log book (buku catatan pengamat). Selama pendampingan juga dilakukan pengisian kusioner untuk mengukur perubahan sikap dan tindakan (ABCD) yang terjadi di tingkat kabupaten, kecamatan dan desa.

E. Sasaran

Sasaran pendampingan adalah jajaran tenaga kesehatan baik di tingkat kabupaten (Dinas Kesehatan) dan kecamatan (Puskesmas) juga tenaga non kesehatan di tingkat Desa/Posyandu (Kepala Desa, Kepala Dusun, Kader Posyandu). Sasaran di

dalam pendampingan ini disebut sebagai Aktor perubahan. Sasaran tersebut ditentukan atas dasar relevansinya dengan tujuan pendampingan ..

G. Variabel

Variabel yang diukur dalam pendampingan adalah perubahan individu, team work, institusi kesehatan pada jajaran kesehatan di tingkat kabupaten & kecamatan juga jajaran non kesehatan di tingkat desa.

Variabel yang diukur adalah :

1. Perubahan individu : kompetensi dasar dan kompetensi fungsional yang merupakan komposit variabel dengan aspek integritas, kepedulian, komunikasi, berpikir strategis, kepemimpinan, kreativitas, orientasi kualitas.
2. Perubahan team work : kerjasama tim (storming, forming, Norming, Performing)
3. Perubahan institusi (organisasi) : budaya organisasi, yang meliputi aspek pelibatan (Involvement), konsistensi (Consistency), kemampuan beradaptasi (adaptability) dan misi (mission). Pada level Proses Perubahan Organisasi, variabel yang diukur adalah: 10 langkah dialog (sadar akan adanya masalah, identifikasi dan pelibatan pemimpin dan stakeholder, penyamanan dan penajaman persepsi, kebutuhan berbagi dan ekspresi individu, visi, status saat ini, seting tujuan, pilihan aksi, consensus pada aksi, dan rencana aksi.)

H. Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam pendampingan ini adalah kuesioner A,B,C,D,E yang mengakomodir pendekatan kuantitatif & kualitatif. Selain kuesioner juga digunakan catatan pengamatan (log book) yang mengakomodir pendekatan kualitatif.

Bentuk kuesioner PDBK terdiri dari:

- A. Self Assesment : Individu Wilayah Perubahan
- B. Self Assesment : Individu Wilayah Tindakan

C. Self Assesment : Perubahan Tim Kerja

D. Self Assesment :Budaya Organisasi

E1. :Catatan/Rekaman Pelaku/pengamat Dalam Proses Pendampingan

Kuesioner A,B,C,D digunakan secara self assesment dengan pendekatan kuantitatif dan kuesioner E digunakan secara pengamatan dengan pendekatan kualitatif. Untuk melengkapi data/informasi yang diperlukan juga digunakan alat perekam audio dan video

I. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data&informasi dilakukan pada saat kegiatan pendampingan dengan menggunakan instrumen P-DBK (kuesioner ABCDE). Pengumpulan data dilakukan dengancara membagi kuesioner tersebut kepada sasaran di tingkat Kabupaten (Kepala Dinas dan staf), Kecamatan (Kepala Puskesmas & Bidan) juga tenaga non kesehatan seperti : Kepala Camat, Kepala Desa, kepala Dusun, dan para kader Posyandu.

Pada saat pendampingan juga dilakukan pengamatan terhadap pelaksanaan kegiatan Posyandu, dan dialog kepada petugas Posyandu (kader dan kepala Dusun) dan para bidan desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas terpilih. Dalam penelitian ini juga dilakukan pengumpulan data sekunder tentang cakupan indikator mutlak kesehatan baik di Dinas Kesehatan maupun di Puskesmas yang terkait dengan tujuan penelitian.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara/dialog, Diskusi kelompok (*FGD*) dan *pengamatan*. Untuk perubahan individu, team work dan institusi dilakukan pengumpulan data menggunakan kuesioner dan pengamatan, sedangkan untuk perubahan proses dalam organisasi dilakukan dengan pengamatan dan catatan pelaku/pengamat.

J. Analisis Data

Analisis dilakukan pada data&informasi yang diperoleh dari pengisian kuesioner ABCDE selama pendampingan berlangsung. Analisis yang dilakukan disesuaikan dengan pendekatan yang dilakukan yaitu pendekatan kuantitatif dengan menggunakan scoring dan sekaligus pembobotannya, sedangkan untuk pendekatan kualitatif dilakukan secara 'content analysis' dan interpretasi text.

Struktur kuesioner PDBK dalam menggali data terdiri dari 3 type, yaitu: (1) Kuesioner Self Assesment (2) Kuesioner Pengamatan dan catatan pelaku (3) Kuesioner Data sekunder. Untuk kuesioner self assessment mengimplementasikan konsep Lingkaran perubahan abadi dan segitiga tindakan, dimana terbagi menjadi kuesioner A,B,C,D. Kuesioner A dan C yang mengukur sikap dan keyakinan, kesadaran dan kepekaan, ketrampilan dan kemampuan serta kerjasama team, dikembangkan sesuai metode Gudman, sedangkan kuesioner B dan D yang mengukur Tindakan dan budaya organisasi, dikembangkan dengan metode Likert.

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab Hasil dan Pembahasan akan dipaparkan hasil penelitian yang dilakukan dari riset operasional (RO) PDBK dan penelitian tematik selama pendampingan dilakukan di kabupaten Sampang.

I. HASIL RISET OPERASIONAL(RO) PDBK

A. CAPAIAN INDIKATOR MUTLAK

1. Proporsi Balita Ditimbang

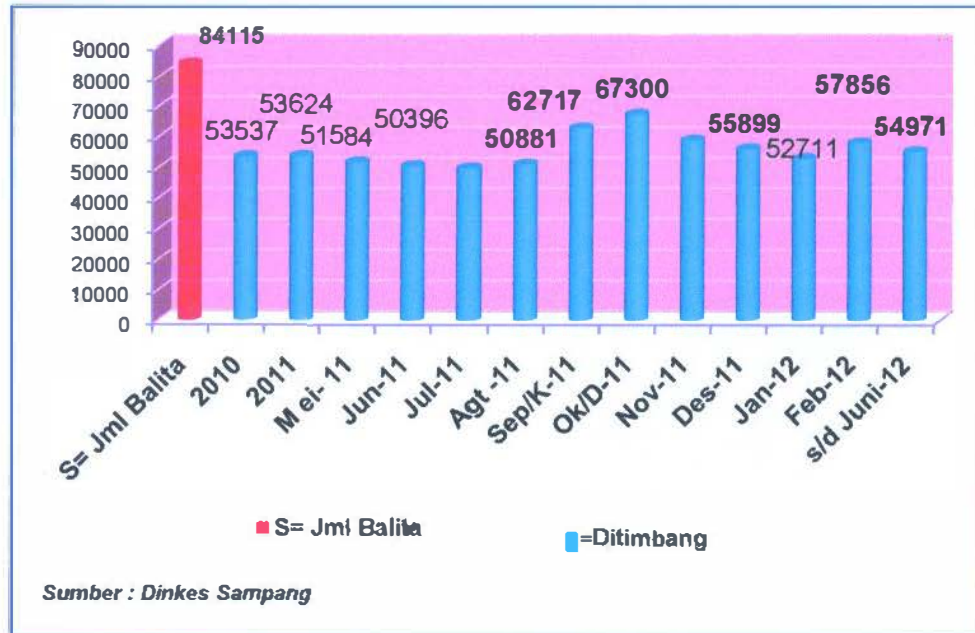
Indikator mutlak IPKM digunakan untuk menilai capaian indikator kesehatan di kabupaten Sampang. Pendampingan PDBK yang dilakukan diharapkan dapat memberikan semangat dan menjadi motivasi pada petugas kesehatan dan non kesehatan di kabupaten Sampang untuk melakukan aksi nyata secara bersama-sama guna mendongkrak pencapaian indikator mutlak yang meliputi : tingkat partisipasi masyarakat (D/S), Prevalensi balita gizi buruk dan kurang, pendek dan sangat pendek, kurus dan sangat kurus (Giburkur), Cakupan kunjungan neonatus, Cakupan imunisasi dasar , dan Persalinan dengan tenaga kesehatan (LINALES).

Hasil pendampingan PDBK yang sudah dilaksanakan sebagai aksi nyata adalah operasi timbang atau pekan penimbangan balita yang dilakukan secara serentak di semua Posyandu. Pelaksanaan kegiatan tersebut diawali dengan pendataan (sweeping) pada bayi & balita yang dilanjutkan dengan penimbangan bayi & balita di masing-masing Posyandu . Kegiatan ini merupakan kegiatan dalam mewujudkan langkah nyata untuk menggapai salah satu indikator mutlak IPKM yaitu cakupan penimbangan balita yang terlihat pada jumlah balita yang ditimbang secara rutin di Posyandu..

Jumlah balita (S- Proyeksi) pada tahun 2010 hingga 2012 adalah 84.115 jiwa. Penentuan sasaran proyeksi ini diambil dari data Sensus Penduduk tahun 2000. Dari sejumlah balita tersebut tidak semuanya yang ditimbang secara rutin di Posyandu. Gambaran jumlah balita yang ditimbang pada tahun 2010, dan mulai bulan Mei

hingga Desember 2011 hingga bulan Januari dan Februari 2012 dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar. 1. Jumlah Balita Ditimbang Tahun 2010-2012

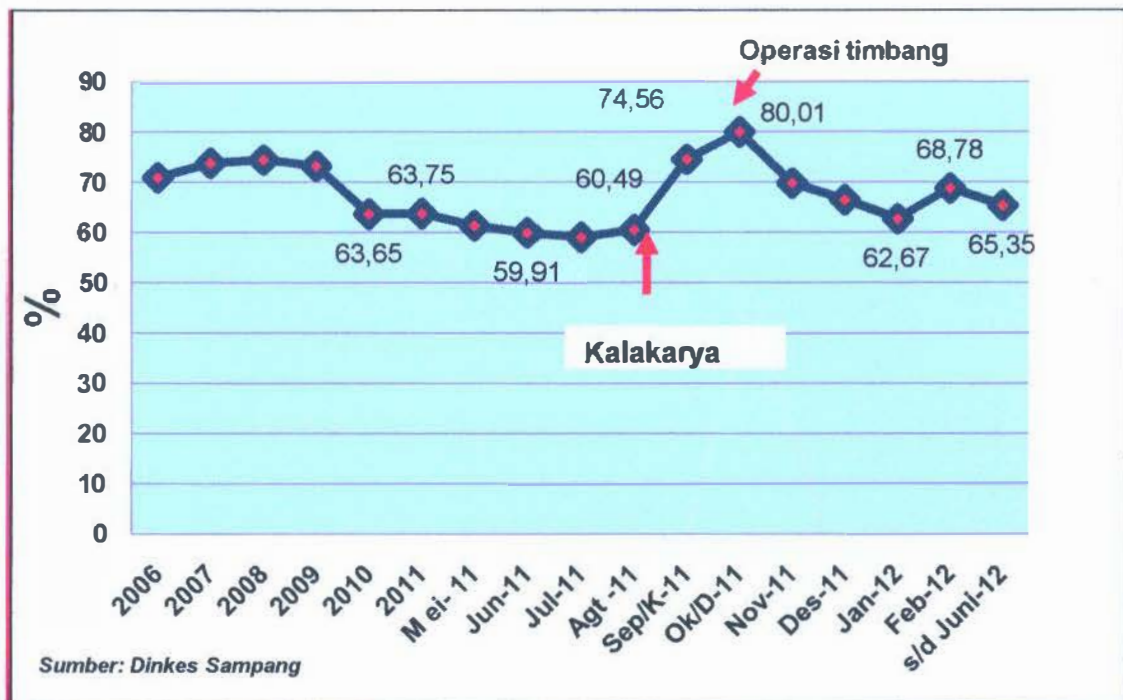


Dari gambar di atas terlihat bahwa jumlah balita yang ditimbang (D) mengalami pengurangan dari tahun 2010 hingga bulan Agustus 2011. Selanjutnya, pada bulan September balita yang ditimbang meningkat dan Oktober merupakan puncak tertinggi dengan jumlah 67.300, balita yang ditimbang. Hal ini terjadi karena pada bulan september 2011 dilaksanakan Kalakarya di kabupaten Sampang yang ditindaklanjuti dengan pekan penimbangan. Setelah itu jumlah balita ditimbang kembali mengalami penurunan hingga dengan bulan Juni 2012.

Untuk mengetahui lebih jelas capaian jumlah balita yang ditimbang setiap bulan di Posdyandu maka akan dianalisis tingkat partisipasi masyarakat (D/S) dari tahun 2006 sampai 2012. Dari pergerakan capaian D/S dapat dilihat bahwa pergerakan D/S pada tahun 2006 mulai menurun hingga tahun 2010 yaitu menjadi 63.65%, yang akhirnya pada tahun 2011 mencapai 63,75%. Selanjutnya pada tahun 2011, dari bulan Mei hingga Agustus, % D/S mengalami penurunan sedikit demi sedikit yang akhirnya di bulan September mulai bergerak naik sebesar 74,56% dan menaik tajam pada bulan Oktober menjadi 80,01 %, namun pada bulan-bulan

berikutnya mengalami penurunan kembali hingga 66,46% di bulan Desember 2011. Selanjutnya pada bulan Januari 2012 ternyata % D/S menurun kembali sampai 62,67%, walaupun pada bulan Februari naik menjadi 68,78% namun sampai bulan Juni 2012, menurun kembali menjadi 65,35% (lihat gambar 2)

Gambar 2. Cakupan D/S Tahun 2006 – 2012



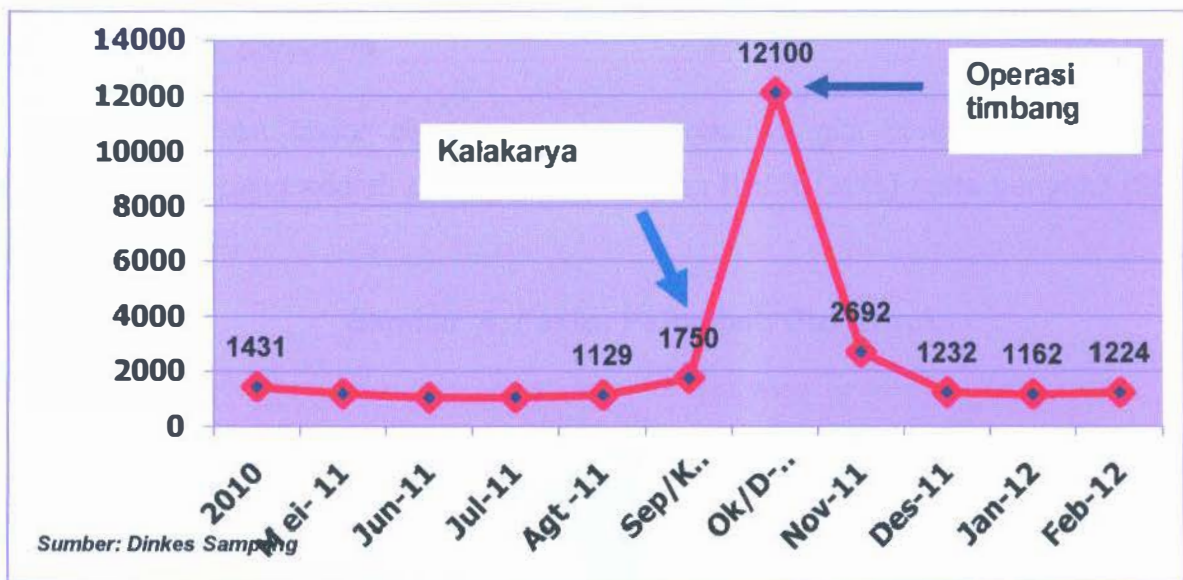
Jika dilihat dari pergerakan cakupan D/S tersebut, terjadinya penurunan di tahun 2010 dan 2011 dari bulan Mei hingga Agustus menggambarkan berkurangnya balita yang ditimbang di Posyandu pada tahun tersebut. Namun yang perlu dicermati adalah terjadinya kenaikan D/S pada bulan September dan Oktober tersebut, karena pada bulan September telah dilakukan Kalakarya (pertemuan akbar) sebagai salah satu kegiatan pendampingan PDBK, yang bertujuan untuk mengevaluasi capaian indikator kesehatan di kabupaten Sampang.

Dalam pertemuan tersebut terjadi dialog untuk membahas capaian indikator yang masih dibawah target sehingga baik para pembuat kebijakan, pelaksana dan pengguna kebijakan mempunyai visi dan misi yang sama untuk meningkatkan capaian indikator mutlak IPKM. Oleh karena itu pada bulan Oktober dilakukan

operasi timbang/pekan penimbangan balita secara serentak disemua Posyandu dan ternyata kegiatan tersebut berhasil meningkatkan cakupan D/S menjadi 80,01%, namun pada awa tahun 2012 turun lagi menjadi 62,67% kemudian pada bulan Februari sedikit mengalami peningkatan kembali menjadi 68,78%.

Adanya kenaikan D/S di bulan Februari disebabkan karena pada bulan tersebut ada pembagian kapsul vitamin A (program), dan sampai dengan bulan Juni mengalami penurunan kembali menjadi 65,35%. Hasil kegiatan operasi timbang balita tidak saja meningkatkan cakupan D/S, namun juga menemukan kasus balita gizi buruk & kurang menjadi 12.100 balita (Gambar 3).

Gambar. 3 Balita Gizi Buruk Tahun 2010-2012

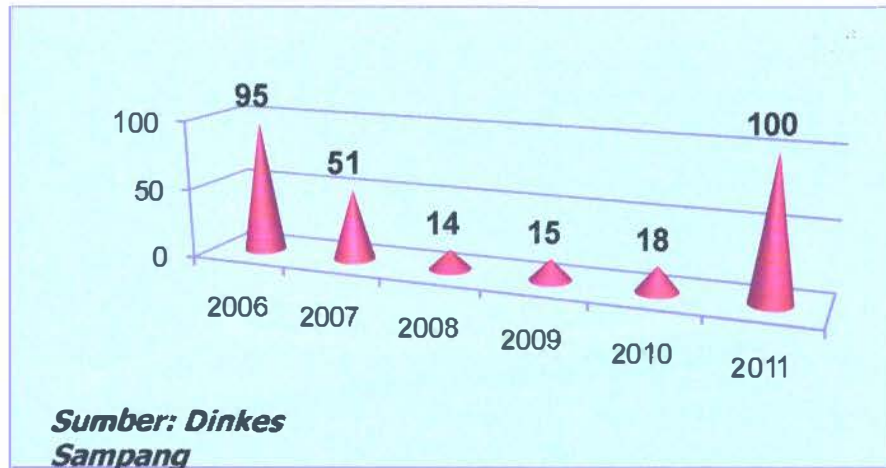


Pada gambar di atas terlihat bahwa jumlah balita gizi buruk yang ditemukan pada tahun 2010 sebanyak 1431 balita. Jumlah tersebut mulai berkurang pada bulan Mei hingga Agustus tahun 2011, namun jumlah tersebut mulai meningkat pada bulan September sebesar 1750 balita dan naik secara tajam pada bulan Oktober menjadi 12.100 balita. Peningkatan balita gizi buruk tersebut, karena pada bulan tersebut diadakan pelacakan (sweeping) yang dilanjutkan dengan penimbangan semua bayi & balita ysecara serentak di kabupaten Sampang .

Balita gizi buruk yang ditangani pada tahun 2011 jumlah sebanyak 100 balita, jumlah ini meningkat 5 kali lipat dibandingkan tahun 2010(20 balita). Jumlah balita

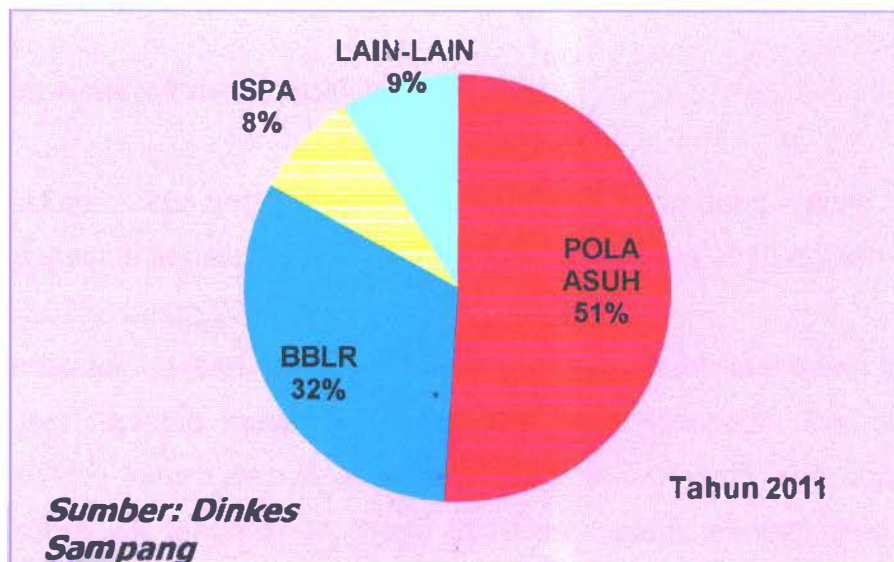
gizi buruk yang ditangani dari tahun 2006 hingga 2011 dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 4. Balita Gizi Buruk yang Ditangani Tahun 2006 - 2011



Berdasarkan faktor penyebab utama terjadinya gizi buruk pada balita di kabupaten Sampang adalah pola asuh (51%) dan BBLR (32%) serta penyakit ISPA (8%). (Gambar 5).

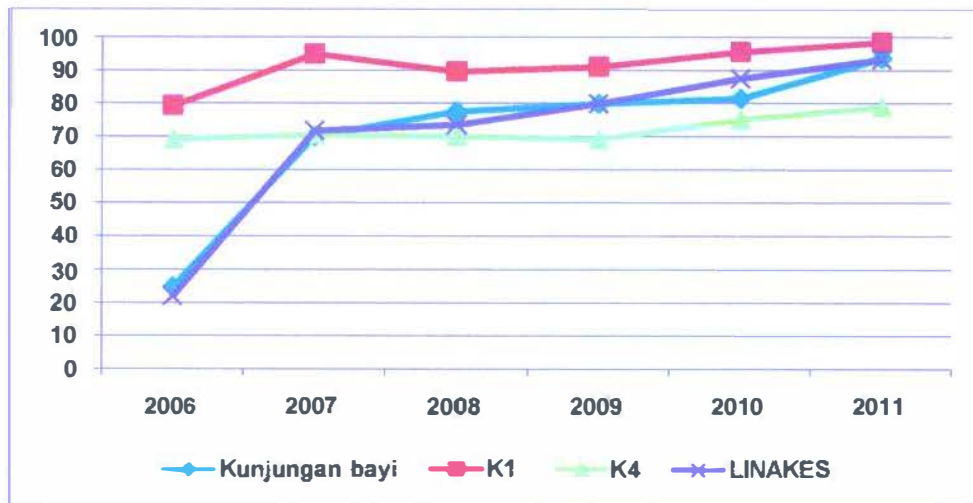
Gambar 5. Faktor Penyebab Gizi Buruk



2. Upaya Pelayanan Kesehatan:

Pencapaian indikator upaya pelayanan kesehatan yang termasuk di dalam indikator mutlak IPKM di antaranya adalah Kunjungan Bayi, pelayanan kesehatan pada ibu hamil (K1&K4), dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dari tahun 2006 hingga 2011 disajikan dalam gambar di bawah ini.

Gambar 6. Indikator Upaya Kesehatan Tahun 2006-2011



Dari gambar tersebut menunjukkan bahwa :

Cakupan kunjungan bayi di Kabupaten Sampang dalam 2 tahun terakhir mengalami kenaikan yaitu berturut-turut dari tahun 2010 adalah 81,54% menjadi 93,62% tahun 2011.

Indikator K1 dan K4 untuk mengukur pelayanan kesehatan pada ibu (Antenatal Care) selama masa kehamilan oleh tenaga kesehatan. Dari gambar di atas menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan pada ibu hamil di triwulan I (K1) meningkat semenjak tahun 2007. Pada 2010 mengalami peningkatan sebesar 96,64%, dan menjadi 98,5% pada tahun 2011. Demikian juga dengan K4 yang mengalami peningkatan pada tahun 2011 menjadi 79% dari 75,1 (tahun 2010).

Indikator persalinan oleh tenaga kesehatan ini mengukur penyelenggaraan pelayanan persalinan pada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Pelayanan persalinan ibu hamil oleh tenaga kesehatan di

kabupaten Sampang mulai tahun 2006 (21,94%) meningkat tajam menjadi 87,67% (2010) dan meningkat lagi menjadi 93,31% pada tahun 2011.

Terlihat peningkatan yang sangat tajam dalam pertolongan persalinan dari tahun 2006 ke tahun 2007, dimana pada tahun 2007 antara jumlah ibu hamil yang melakukan pemeriksaan K4 dan ibu hamil yang bersalin di tenaga kesehatan jumlahnya mendekati sama. Setelah tahun 2007 yaitu tahun 2008 sampai dengan 2011 jumlah ibu hamil yang bersalin di tenaga kesehatan jumlahnya selalu lebih tinggi dari jumlah K4 nya dengan gap > 10%. Dari hasil pengamatan kemungkinan hal ini terjadi dapat disebabkan karena tingkat mobilitas masyarakat Sampang sangat tinggi, dimana banyak keluarga di sampang yang bekerja di luar Sampang, sehingga pada waktu hamil tidak melakukan ANC di wilayah puskesmas di Sampang, tapi ketika melahirkan mereka ulang ke kampung halamannya. Kondisi ini menyebabkan K4 tidak tercatat di Posyandu di wilayah Sampang tapi persalinannya tercatat, sehingga K4 menjadi lebih rendah dari Linakesnya. Keadaan ini juga terjadi pada pencatatan pada penimbangan bayi. Bayi yang tercatat ketika lahir setelah itu akan dibawa orangtuanya merantau dan tidak ditimbang di wilayah posyandu.

B. PENDAMPINGAN P-DBK

Program P-DBK di kabupaten Sampang dimulai dengan proses pendampingan. Dengan adanya pendampingan dalam kurun waktu kurang lebih 1 tahun diharapkan terjadi peningkatan nilai IPKM di kabupaten tersebut. Pelaksanaan pendampingan dipantau secara terus menerus sesuai dengan prosedur penelitian operasional yang bertujuan untuk mengidentifikasi, mengurai dan mengatasi masalah pelayanan kesehatan di kabupaten Sampang. Pelaksanaan pendampingan P-DBK disesuaikan dengan program kesehatan yang sudah ada di dinas kesehatan. Pendampingan diharapkan menjadi suatu terobosan yang kreatif dan inovatif dengan menggerakkan ujung tombak pelayanan kesehatan, terutama untuk kegiatan yang berkaitan dengan peningkatan indikator kesehatan (mutlak) guna perbaikan ranking IPKM kabupaten Sampang di masa mendatang.

Pendamping adalah tim yang mendampingi daerah dalam menuju perubahan yang diinginkan. Tim pendamping terdiri dari tim pusat yang terdiri dari eselon-1 dan eselon-2, tim pendamping dari Litbangkes (Pusat Humaniora Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat) yang bertugas di kabupaten Sampang ada 2 orang dan 1 orang dari level kabupaten adalah staf dari Dinas Kesehatan kabupaten Sampang. Di dalam proses pendampingan termasuk juga perolehan informasi yang dilakukan dengan berbagai cara, yang sesuai dengan spesifik daerah. Salah satu hasil pendampingan yang telah dilakukan di kabupaten Sampang adalah terlaksananya 'Kalakarya' atau pertemuan akbar yang mengundang beberapa lintas sektor dan juga pihak "Bhakti Husada" mulai dari level Propinsi, Kabupaten dan kecamatan bahkan desa.

Kalakarya di kabupaten Sampang dilakukan pada hari Selasa, 13 September 2011, bertempat di Gedung Aula PKK-KAB.SAMPANG. Peserta kalakarya terdiri dari para tenaga kesehatan baik dari level Pusat, Propinsi, Kabupaten (Dinkes) dan kecamatan (Puskesmas), lintas sektor (Dinsos, BKKBN), juga tenaga non kesehatan (Bupati, Camat, kepala Desa & Lurah dan para kader serta tokoh agama), organisasi masyarakat (FKMPP) dan LSM. Kalakarya diadakan untuk mencari solusi masalah kesehatan di kabupaten Sampang berdasarkan indikator mutlak IPKM. Kalakarya tersebut dipimpin langsung oleh Kepala Dinas Kesehatan. Hasil dari kalakarya adalah suatu komitmen sebagai rencana aksi atau tindak lanjut (RTL) untuk mewujudkan peningkatan indikator mutlak yang salah satunya adalah capaian kunjungan balita ke Posyandu. Untuk mewujudkan RTL tersebut, maka dilakukan suatu gerakan yang dinamakan: Operasi Penimbangan Balita (Pekan Penimbangan) yang dilakukan secara serentak di kabupaten Sampang. Penimbangan tersebut dilakukan pada bulan Oktober 2011 yang dimulai dengan pendataan (sweeping) balita berdasarkan nama dan alamat (*byname, by address*) di semua Posyandu. Pekan penimbangan dipimpin oleh Kepala Dinas beserta seluruh jajaran tenaga kesehatan baik di level kabupaten (Dinkes) maupun level kecamatan (Puskesmas) yang melibatkan seluruh Kepala Puskesmas dan bidan yang dibantu oleh beberapa kader Posyandu.

Penanggulangan DBK di kabupaten Sampang dimulai dari pendampingan yang menghasilkan **Kalakarya P-DBK di level Kabupaten**. Selanjutnya dari kalakarya tersebut akhirnya berhasil mewujudkan pelaksanaan **Operasi Timbang Balita** yang dilakukan secara serentak di kabupaten Sampang. Untuk

memperdalam hasil pemantauan dan evaluasi terhadap capaian indikator mutlak IPKM, maka di masing-masing Puskesmas dilakukan replikasi kalakarya yang diadakan di level Puskesmas dan desa yang dinamakan dengan **Kalakarya Puskesmas dan Kalakarya Desa**.

Kalakarya Puskesmas diprioritaskan pada 7 (tujuh) Puskesmas yang mempunyai cakupan % D/S yang rendah (<60%) yaitu Puskesmas: Camplong, Robatal, Sreseh, Kedundung, Tamberu Barat, Batu Lenger, dan Torjun. Kalakarya Puskesmas bertujuan untuk membahas permasalahan yang berkaitan dengan cakupan %D/S yang rendah dan mencari solusi atas permasalahan yang terjadi. Setelah kalakarya Puskesmas dilanjutkan dengan kalakarya yang dilakukan di tingkat desa yaitu di Posyandu yang ada di wilayah kerja Puskesmas tersebut. Kalakarya di level Kabupaten, Puskesmas dan Desa ini bertujuan untuk memperluas **“tingkat kesadaran” dan wawasan** “ terutama pada petugas kesehatan maupun non kesehatan dalam meningkatkan upaya kesehatan terutama yang terkait dengan pencapaian indikator mutlak IPKM. Rentetan kegiatan P-DBK ini diharapkan sebagai upaya untuk mengkaji, membahas dan membantu mencari solusi masalah-masalah kesehatan terutama yang berhubungan dengan capaian indikator mutlak IPKM agar Sampang bisa keluar dari daerah DBK..

C. ANALISIS KUESIONER PDBK (ABCD)

Kuesioner self assessment mengimplementasikan konsep lingkaran perubahan abadi dan segitiga tindakan, dimana terbagi menjadi kuesioner A,B,C,D. Kuesioner A dan C yang mengukur sikap dan keyakinan, kesadaran dan kepekaan, ketrampilan dan kemampuan serta kerjasama team dikembangkan dengan menggunakan metode Gudman, sedangkan kuesioner B dan D yang mengukur tindakan dan budaya organisasi, dikembangkan dengan menggunakan metode Likert.

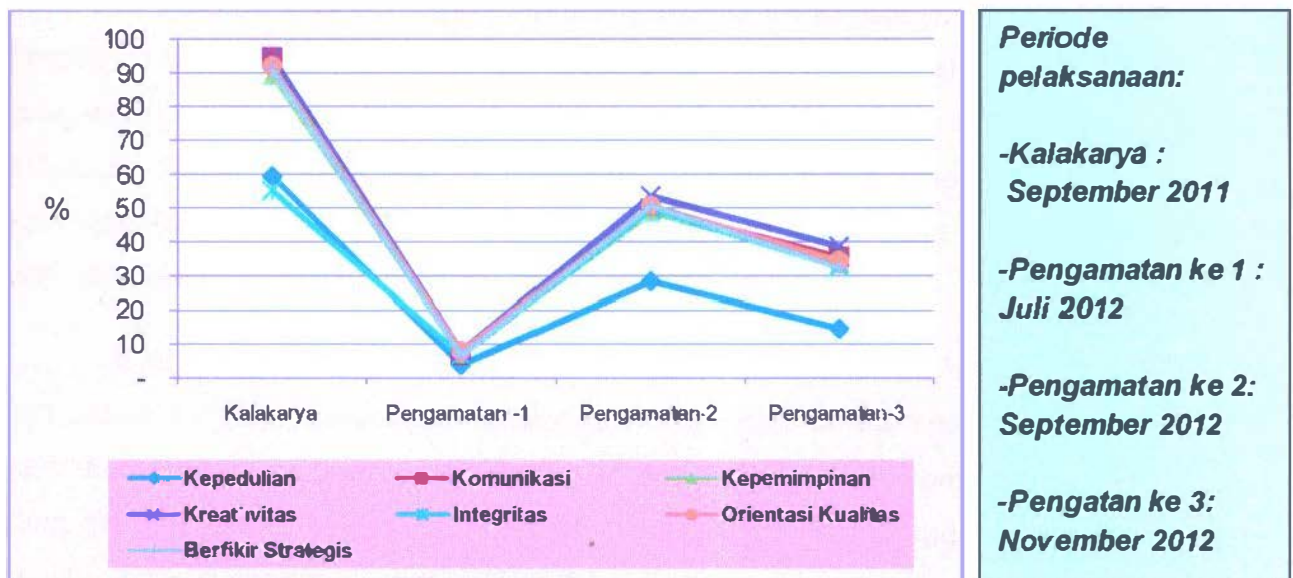
1. Kuesioner A (Individu Wilayah Perubahan)

Di dalam kuesioner individu wilayah perubahan mengandung 7 (tujuh) nilai yaitu :

1. Kepedulian
2. Komunikasi
3. Berfikir strategis
4. Kepemimpinan
5. Kreativitas
6. Orientasi kualitas
7. Integritas

Hasil pengukuran perubahan pada individu selama pendampingan dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar . 7. Individu Wilayah Perubahan



Pada gambar tersebut terlihat bahwa pada saat kalakarya (2011) yang dimulai semua nilai yang membangun perubahan individu berada di atas 50%, artinya tingkat kepedulian, komunikasi, kepemimpinan, kreativitas, orientasi logis, integritas dan berfikir strategis dari individu yang diukur sudah cukup bagus. Pada saat Kalakarya peserta yang datang sebagian besar adalah tenaga kesehatan baik di tingkat kabupaten (Ka.Dinas & staf) juga di tingkat kecamatan

(Ka.Puskesmas & Bidan). Sedangkan jumlah peserta dari tenaga non nakes (Kepala Camat, Ketua ORMAS, Kepala Desa, Kader lebih sedikit.

Setelah kalakarya, pendampingan baru dimulai lagi pada saat pengamatan ke satu (thn 2012), yang hasilnya semua nilai individu mengalami penurunan yang tajam. Penurunan semua nilai individu pada periode ini kemungkinan disebabkan karena pada periode tersebut mulai muncul masalah2/ konflik2 yang terjadi di kabupaten Sampang, baik yang berkaitan dengan masalah pemerintahan, politik dan agama. Selain itu juga karena periode waktu antara kalakarya dengan pelaksanaan pengamatan yang terlalu jauh (7 bln), sehingga kurang terjadi kembali koordinasi yang intens antara dengan pengamat dengan petugas di Dinas, Puskesmas, dan Posyandu.

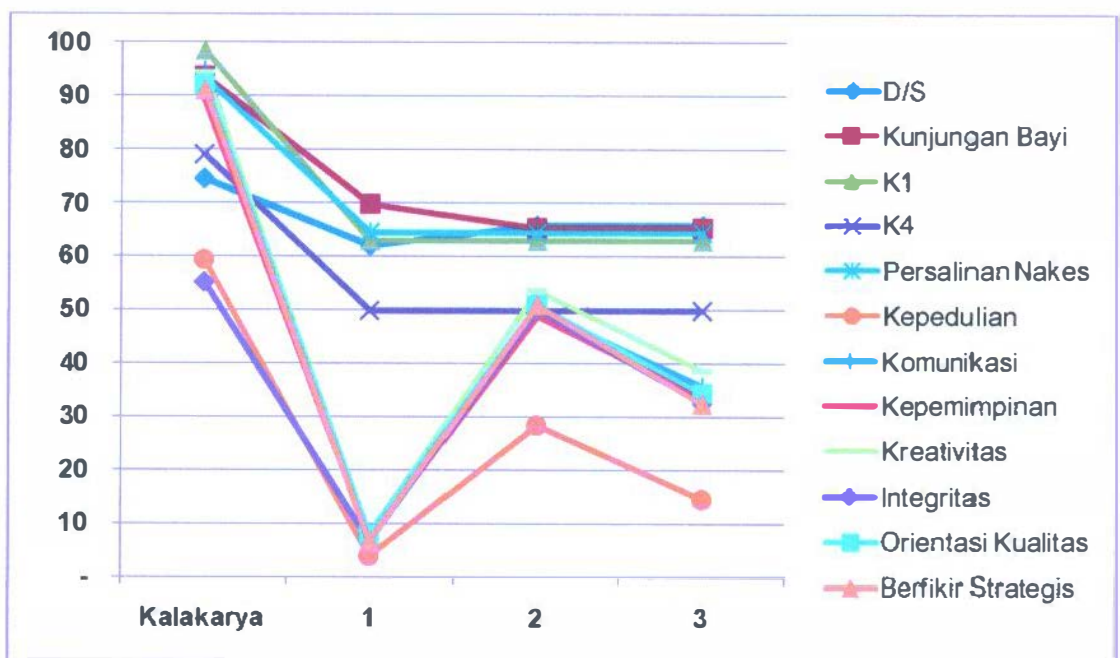
Selanjutnya setelah dilakukan pendampingan kembali pada pengamatan ke dua, semua nilai individu kembali meningkat. Keadaan ini disebabkan karena pada periode tersebut banyak sekali dilaksanakan kegiatan program kesehatan yang berkaitan dengan pencapaian indikator mutlak IPKM baik yang dilakukan di tingkat Dinas maupun Puskesmas (seperti rapat koordinasi si tingkat lintas program, pertemuan evaluasi program dg jajaran Puskesmas, dll). Kegiatan2 tersebut, dapat menjadi pemicu semangat bagi tenaga kesehatan baik di kalangan Dinas kesehatan dan Puskesmas untuk melaksanakan program yang berkaitan dengan capaian indikator mutlak IPKM.

Pada pengamatan ke 3, terjadi penurunan kembali pada semua nilai perubahan individu, keadaan ini bisa saja disebabkan karena kondisi geografis yang kurang mendukung pada saat itu karena mulai musim kemarau panjang yang menyebabkan kekeringan sehingga masyarakat kesulitan mendapatkan air bersih). Kondisi seperti ini memicu kondisi yang kurang menyenangkan sehingga menyebabkan terjadinya perubahan pada penurunan semua nilai individu.

Jika dikaitkan antara pencapaian indikator mutlak yaitu : % D/S, kunjungan balita, kunjungan ibu hamil (K1&K4), dan LINAKES dengan hasil pengukuran perubahan di wilayah individu selama pendampingan ternyata menunjukkan kondisi yang sinergis, dimana pada saat terjadi penurunan terhadap pencapaian indikator mutlak tersebut, pada wilayah perubahan individu juga menurun. Hal ini menggambarkan bahwa perubahan yang terjadi pada individu baik pada petugas

kesehatan maupun non kesehatan di tingkat kabupaten, kecamatan dan desa dapat berpengaruh pada kegiatan yang dilakukan terhadap upaya pencapaian indikator mutlak seperti pada pelaksanaan kegiatan penimbangan yang berkaitan dengan tingkat partisipasi masyarakat (%D/S), penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada ibu hamil (K1&K4, dan LINAKES) juga pada kunjungan bayi. Keterkaitan antara pencapaian indikator mutlak dengan perubahan individu dapat terlihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 8. Indikator Mutlak VS Perubahan Individu



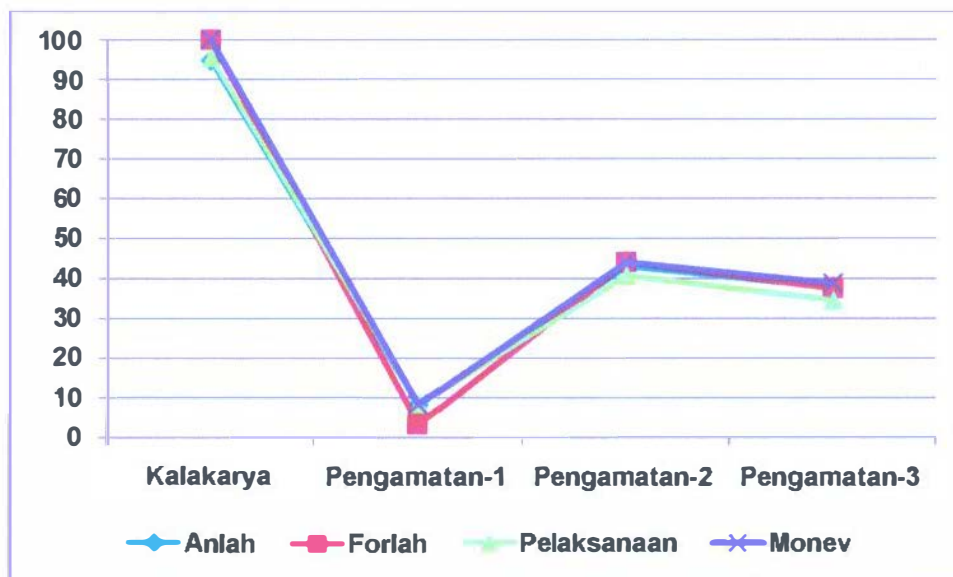
2. Kuesioner B (Individu Wilayah Tindakan)

Di dalam kuesioner perubahan Individu Wilayah Tindakan ini mengandung 4 (empat) nilai yaitu :

1. Analisis masalah (Anlah)
2. Formulasi masalah (Forlah)
3. Pelaksanaan
4. Monev

Kuesioener B untuk mengukur individu dalam wilayah tindakan, yang tercermin pada saat menganalisa suatu masalah dan memformulasikan solusi masalah, melaksanakan formula solusi masalah yang dibuat dan melakukan monitoring & evaluasi kegiatan yang dilakukan untuk solusi masalah. Hasil pengukuran individu wilayah tindakan selama pendampingan dapat dilihat pada gambar 9 di bawah ini :

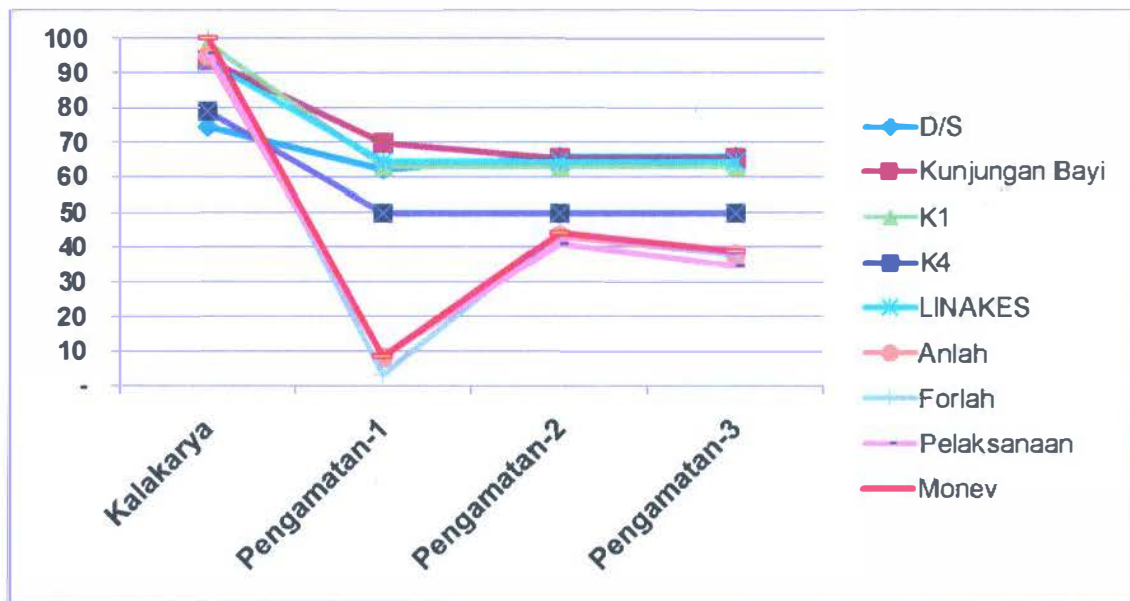
Gambar 9. Individu Wilayah Tindakan



Hasil pengukuran individu di wilayah tindakan dalam menganalisa masalah, memformulasikan solusi masalah serta pelaksanaan dan evaluasi kegiatan mempunyai pola yang sama dengan individu di wilayah perubahan. Dari hasil pengukuran selama pendampingan menunjukkan bahwa terjadi perubahan individu di wilayah tindakan pada saat periode pengamatan pertama ke pengamatan ke dua, walaupun pada pengamatan ke tiga perubahan tersebut mulai menurun kembali.

Jika perubahan individu di wilayah tindakan dikaitkan dengan pencapaian indikator mutlak (% D/S, K1 & K4, dan LINA KES) maka hasilnya dapat dilihat pada gambar 10 di bawah ini.

Gambar 10. Individu Wilayah Tindakan VS Indikator Mutlak



Dari gambar di atas terlihat bahwa perubahan individu di wilayah tindakan terkait dengan upaya pencapaian indikator mutlak mengalami penurunan setelah kalakarya dilakukan hingga pengamatan pertama. Pada saat yang sama, pencapaian indikator mutlak juga mengalami penurunan. Keadaan ini terjadi karena terdapat jarak yang terlalu jauh (gap waktu) antara periode kalakarya (thn 2011) dan pengamatan pertama pada tahun 2012. Terjadinya gap waktu tersebut memicu tumbuhnya beberapa faktor kendala yang menjadi penghambat pelaksanaan program yang terkait dengan pencapaian indikator mutlak IPKM baik di tingkat kabupaten, kecamatan dan desa. Selanjutnya pada periode pengamatan pertama dan ke dua, mulai terjadi peningkatan perubahan tindakan individu dalam menggapai upaya pencapaian indikator mutlak, namun peningkatan tersebut belum dapat mendorong kenaikan indikator mutlak karena tidak di dorong dengan perubahan tindakan individu di wilayah tindakan yang juga mengalami penurunan pada periode tersebut.

Di Level Individu perubahan yang cukup terlihat adalah di aspek Kesadaran dan Kepekaan baru tentang kepedulian, sikap dan keyakinan baru tentang integritas, keahlian dan kemampuan baru serta gagasan penuntun mengenai kepemimpinan. Secara kualitatif dengan wawancara mendalam perubahan apa yang terjadi adalah pengakuan kepala dinas kesehatan dan kepala puskesmas dan bidan bahwa

pelaksanaan program yang berkaitan dengan pencapaian indikator mutlak sudah dilakukan sesuai dengan perencanaan, namun belum sesuai dengan yang diharapkan. Sehingga pencapaian output nya juga belum sesuai dengan target, artinya masih ada program yang cakupannya belum bisa 100% terutama untuk cakupan D/S di beberapa Puskesmas masih ada yang rendah (< 60%). Dari hasil wawancara dengan kepala dusun (pak Apel), juga menyatakan bahwa di Posyandu binaannya, tidak selalu balita tidak datang ke penimbangan kalau balita tersebut ada di tempat, yang menjadi permasalahan adalah jika balita tersebut dibawa oleh orangtuanya ke luar dari kabupaten Sampang (Surabaya, Kalimantan, Jakarta) maka otomatis balita tersebut tidak bisa datang untuk ditimbang. Terjadinya tingkat mobilitas yang tinggi di kabupaten Sampang menjadi salah satu penyebab belum terjadinya perubahan di level individu.

Dengan dilaksanakannya Kalakarya membuka kesadaran dan kepedulian pada petugas kesehatan baik di tingkat Kabupaten (Dinas & staf), Kecamatan (Ka.Puskesmas & Bidan) juga tenaga non kesehatan (Kepala Dusun dan kader) untuk melaksanakan kegiatan/program yang lebih baik yang dimulai dengan pendataan dan pelacakan (sweeping) pada sasaran program kesehatan (Balita juga Ibu hamil)

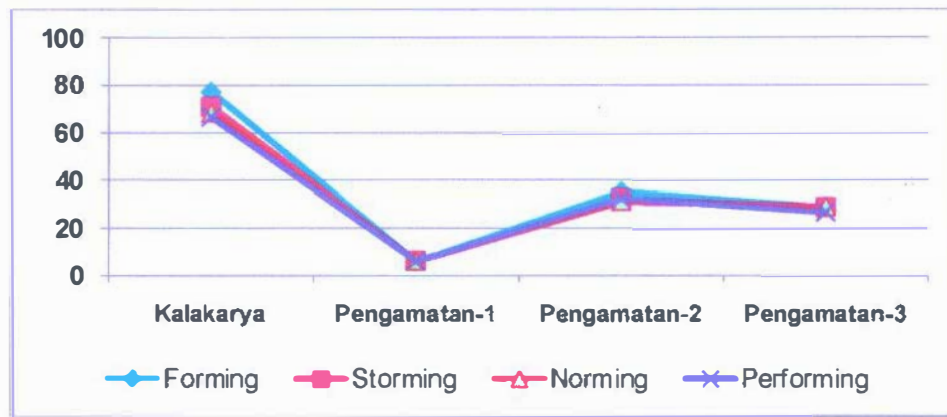
3. Kuesioner C (Perubahan kerja tim)

Di dalam kuesioner C ini mengukur perubahan yang terjadi pada tim kerja yang mengandung 4 (empat) nilai yaitu :

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

Hasil pengukuran perubahan pada kerja tim selama pendampingan dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar .11. Perubahan Kerjasama Tim

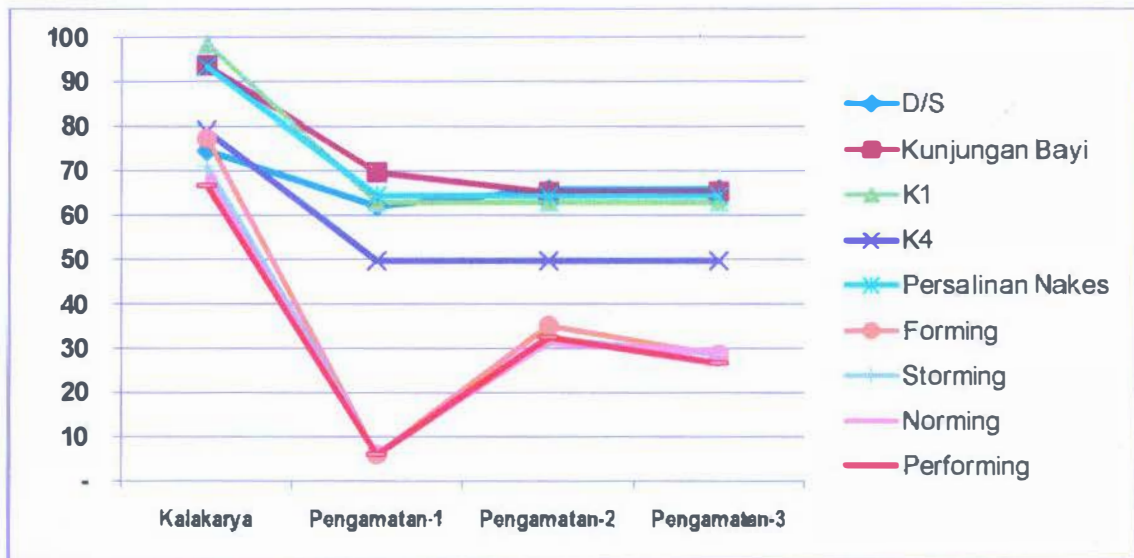


Di level kerjasama tim, perubahan yang terjadi baik pada fase forming, norming, performing dan storming. Setelah kalakarya, terjadi penurunan kerja sama tim dibandingkan pada saat pengamatan pertama hingga ke tiga, namun pada periode pengamatan pertama ke pengamatan ke dua mulai terjadi perubahan kerja sama tim walaupun kenaikannya baru sekitar 20%. Secara kualitatif terlihat bahwa setelah dilakukan kalakarya mulai terbentuk tim yang menangani program khusus yang dilakukan terkait dengan pencapaian indikator mutlak IPKM baik di kabupaten maupun di desa.

Hal ini dapat terlihat dengan terjadinya replikasi kalakarya di tingkat Kabupaten yang akhirnya dilanjutkan dengan kalakarya di tingkat Puskesmas dan Desa. Dalam kegiatan tersebut terjadi pembagian tugas diantara tim kabupaten (Dinas) dalam mengadakan evaluasi program ke tingkat Puskesmas. Demikian juga selanjutnya dari tim Puskesmas mengadakan evaluasi program hingga ke tingkat Posyandu.

Jika dilihat hubungan antara perubahan kerjasama tim dengan pencapaian indikator mutlak ternyata perubahan kerjasama tim belum bisa meningkatkan upaya dalam peningkatan pencapaian indikator mutlak karena tidak saja memerlukan upaya yang besar namun juga harus didukung dengan peningkatan kualitas sumberdaya manusia sebagai penggerak dalam semua kegiatan tersebut. Gambar an hubungan antara perubahan kerjasama tim dalam pencapaian indikator mutlak dapat dilihat pada di bawah ini.

Gambar 12. Perubahan Kerjasama Tim dan Indikator Mutlak



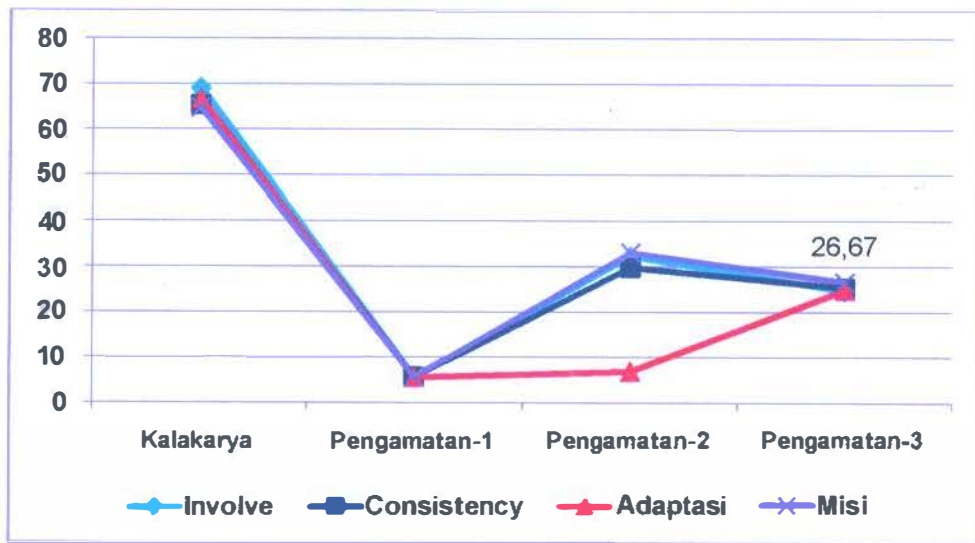
4. Kuesioner D (Budaya Organisasi)

Pada kuesioner budaya organisasi mengandung 4 (empat) nilai yaitu :

1. Involve (keterlibatan) : Bagaimana organisasi melibatkan semua orang sehingga terbentuk pemberdayaan, suasana kerjasama, dan peningkatan kapabilitas
2. Consistency (Konsistensi) : Sejauh mana pimpinan dan staf konsisten terhadap kesepakatan peraturan, konsensus dan untuk melakukan koordinasi & integrasi
3. Adaptasi (adaptasi) : beradaptasi dengan perubahan, pembelajaran organisasi & mengutamakan kepentingan masyarakat
4. Misi (misi)

Hasil pengukura pada budaya organisasi selama pendampingan dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

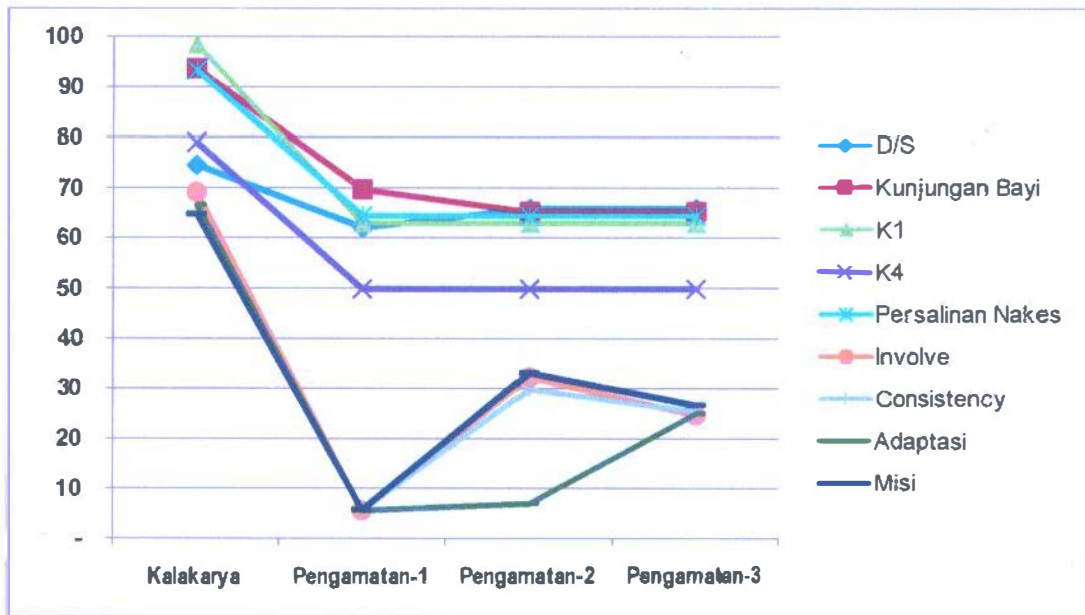
Gambar 13. Perubahan Budaya Organisasi



Di level budaya organisasi, perubahan yang terjadi terdapat pada aspek keterlibatan (involvement), konsistensi (Consistency), adaptasi (adaptability) dan misi (mission). 3 aspek terakhir berubah menjadi positif sedangkan pada aspek adaptasi belum menampakkan perubahan dari pengamatan pertama ke pengamatan dua, namun pada pengamatan ke tiga justru mengalami peningkatan yang tajam menjadi 26,67%. Namun secara kualitatif perubahan yang terjadi setelah kalakarya adalah diberlakukannya pembagian tim di jajaran kesehatan kabupaten (Dinas) berdasarkan daerah binaan. Seluruh staf Dinas mulai dari Kepala bidang dan kepala seksi diberikan daerah binaan masing-masing sesuai dengan wilayah kerja Kecamatan/Puskesmas (21 Puskesmas).

Perubahan budaya organisasi yang terjadi selama pendampingan walaupun sudah mulai terjadi di tingkat kabupaten (tim Dinas), namun belum dapat meningkatkan pencapaian indikator mutlak IPKM. Hubungan antara perubahan budaya organisasi dan pencapaian indikator mutlak dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar. 14. Perubahan Budaya Organisasi VS Indikator Mutlak



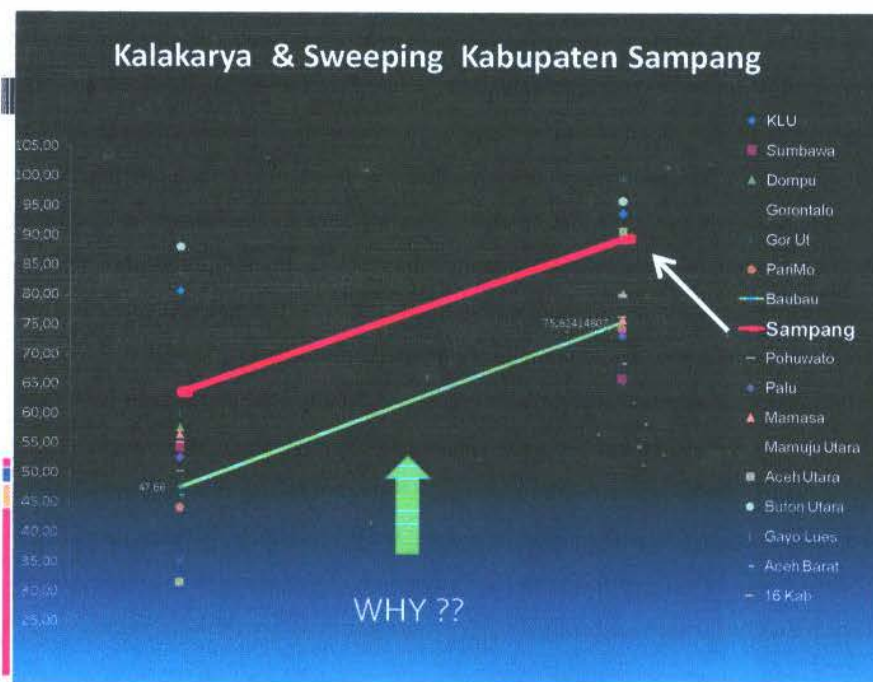
Dari hasil di atas gambaran secara keseluruhan yang terjadi adalah adanya perubahan baik pada level individu, kerjasama tim dan budaya organisasi, setelah kalakarya dan setelah pengamatan pertama. Kendati secara kuantitatif perubahan yang terjadi tidaklah begitu besar, namun jika ditelusuri secara kualitatif perubahan yang terjadi terlihat jelas. Hal ini menunjukkan bahwa sudah mulai terjadi proses perubahan di wilayah individu baik di jajaran kesehatan (Dinas & Puskesmas) maupun non kesehatan (kepala dusun & kader), namun masih berjalan dengan pelan belum tampak nyata. Perubahan tersebut masih memerlukan dukungan baik yang kuat baik secara spirituil maupun materiil dengan rentang waktu yang tidak sebentar agar terjadi peningkatan upaya dalam mencapai indikator mutlak IPKM di masa mendatang.

D. FENOMENA “EMERGENCE “ GIZI

Fenomena “ **Emergence**” gizi, menggambarkan semua kejadian dan peristiwa yang terjadi selama proses pendampingan dengan cara pendekatan kualitatif. Fenomena tersebut diliput selama proses pendampingan, yaitu pada saat kalakarya hingga pengamatan pertama sampai terakhir. Fokus utama di dalam fenomena tersebut adalah ‘permasalahan gizi’ yang merupakan salah satu dari indikator mutlak IPKM. Untuk mendapatkan fenomena yang terjadi maka selama pendampingan dilakukan pengamatan dengan cara observasi dan dialog serta wawancara mendalam kepada beberapa narasumber yang terkait dengan permasalahan tersebut. Untuk memperoleh informasi yang lebih lengkap, juga dilakukan diskusi kelompok (FGD) dengan kelompok masyarakat di tingkat desa yaitu kepala dusun (Pak Klebun) dan para kader yang bertugas sebagai tenaga pelaksana gizi di tingkat desa (Posyandu).

Fenomena pertama yang perlu digali adalah terjadinya peningkatan partisipasi masyarakat (D/S) selama pendampingan yaitu pada saat dimulainya kalakarya hingga dilakukan pengamatan yang pertama sampai akhir. Kalakarya dilakukan pada bulan September tahun 2011, sedangkan pengamatan baru dimulai pada tahun 2012, yaitu bulan Juli (ke 1), September-Oktober (2), dan November (ke 3). Untuk memperjelas fenomena gizi yang terjadi selama pendampingan pada saat dan setelah kalakarya dapat dilihat grafik cakupan D/S di bawah ini :

Grafik 1. Cakupan D/S Pada Saat Kalakarya



Grafik di atas menunjukkan fenomena peningkatan tingkat partisipasi masyarakat (D/S) di kabupaten Sampang pada saat Kalakarya dan mulai dilakukan pengamatan. Mengapa pada terjadi fenomena tersebut setelah ada kalakarya ? Pertanyaan tersebut dapat dijelaskan dengan kejadian yang terjadi selama periode tersebut seperti yang tercantum di dalam matriks berikut ini :

Tabel 1. Matriks Fenomena Emergence Gizi

No	Periode	Peristiwa/Kejadian	Kategori	Dampak
1	Kalakarya (September 2011)	<p>1. Pertemuan akbar yang digelar dengan mengundang semua jajaran kesehatan baik di tingkat Kabupaten (Dinas), Kecamatan (Puskesmas) dan tenaga non kesehatan (Bupati, Camat, Kepala Desa, Kader, ORMAS, dan LSM)</p> <p>2. Tujuan kegiatan : Evaluasi terhadap pencapaian indikator mutlak IPKM di kab. Sampang. kesepakatan antara tenaga kesehatan (tingkat Dinas dan Puskesmas) dengan tenaga non kesehatan untuk mengadakan "Operasi Timbang " atau Pekan Penimbangan Balita</p>	Case Finding (penemuan kasus)	Pendataan dan pelacakan (sweeping) bayi & balita berdasarkan nama dan alamat.
2	Operasi Timbang (Oktober, 2011)	<p>1. Sebagai tindak lanjut dari kalakarya, tepatnya sebulan setelah kalakarya dilaksanakan. Kegiatan ini merupakan penimbangan pada bayi & balita yang dilakukan secara serentak setelah dilakukan pendataan & pelacakan.</p> <p>2. Kegiatan ini melibatkan seluruh tenaga nakes baik di level Kabupaten (Dinas) maupun Kecamatan (Puskesmas) dan dibantu oleh tenaga Non Nakes (Kepala Desa, Kepala Dusun, dan Kader Posyandu)</p>	Case Finding (penemuan kasus)	<p>1. Hasil kegiatan ini meningkatkan % D/S menjadi 80%.</p> <p>2. Menjaring kasus balita gizi buruk, sehingga ditemukan sebanyak 12.100 balita dengan gizi buruk.</p>

No	Periode	Peristiwa/Kejadian	Kategori	Dampak
3	Setelah Kalakarya (Januari, 2012)	<ol style="list-style-type: none"> 1. "SMS Balita Sehat " merupakan terobosan tim Dinas Sampang untuk menyampaikan informasi yang berkaitan dengan upaya dalam menjangkit kejadian: bayi baru lahir, pertolongan persalinan pd ibu, dan kematian Ibu & bayi, dan bayi BBLR (berat badan lahir rendah) yang disampaikan lewat jaringan seluler (SMS). 2. Program ini sekaligus berfungsi sebagai " <i>up date</i> " data sasaran balita & cakupan LINAKES 3. Informasi yg disampaikan dlm SMS berisi: 1. Data ibu : (nama & umur ibu, nama & umursuami, kondisi ibu setelah melahirkan, penolong persalinan) , 2. Data bayi : (nama bayi, kondisi bayi saat dilahirkan, berat badan lahir) 4. SMS dibuat oleh bidan penolong persalinan diasampaikan bagian Programmer Dinas untuk dicatat dan dimasukkan dalam data 	Case Finding (penemuan kasus)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil kegiatan ini untuk memperbarui pendataan bayi baru lahir dan sekaligus juga ibu bersalin. 2. Meningkatkan indikator : cakupan D/S dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (LINAKES)
4	Pengamatan ke I (Juli, 2012)	<p>"Evaluasi PDBK" :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat koordinasi jajaran kesehatan di level Kabupaten (Dinas) dan kecamatan (Puskesmas) yg dipimpin oleh Ka. Dinkes. 2. Rapat tsb sbg evaluasi capaian indikator mutlak (D/S, K1&K4, LINAKES, dan imunisasi dasar lengkap balita) di masing2 Puskesmas 	Case Holding (penanganan kasus)	Mencari faktor penyebab masalah dan mencari alternatif solusi masalah untuk peningkatan capaian indikator mutlak

No	Periode	Peristiwa/Kejadian	Kategori	Dampak
5.	Pengamatan ke II (September-Oktober 2012)	<p>"Kalakarya Puskesmas" adalah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertemuan yg dilakukan oleh Ka.Dinkes & staf dengan seluruh jajaran tenaga kesehatan di level Puskesmas (Ka.PKM) & Bidan yang mempunyai daerah binaan/BIDES, dan jajaran non kesehatan (Camat, Kepala Desa, Kepala Dusun, Kader Posyandu dan TOMA) 2...Kalakarya Puskesmas bertujuan untuk evaluasi program terhadap capaian indikator mutlak IPKM (akupan D/S, K1&K4, LINAKES, Imunisasi dasar lengkap pd balita) . 	Case Holding (penanganan kasus)	<p>Mencari faktor penyebab masalah dan mencari alternatif solusi masalah untuk peningkatan capaian indikator mutlak di tingkat Puskesmas</p> <p>Kalakarya ini dilanjutkan hingga di level desa</p>
6.	Pengamatan ke III (November, 2012)	<p>"Kalakarya Desa" adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertemuan yg dilakukan oleh Kepala Puskesmas dan para bidan PKM & BIDES dengan tenaga pelaksana POsyandu (Kepala Dusun & Kader) untuk mengevaluasi cakupan D/S di masing2 Posyandu di wilayah kerja Puskesmas/desa (Posyandu binaan). 2...Pertemuan dilakukan untuk mengetahui berbagai masalah yg berkaitan dg cakupan D/S di Posyandu serta mencari solusi pemecahannya 	Case Holding (penanganan kasus)	<p>Mencari faktor penyebab masalah dan mencari alternatif solusi masalah untuk peningkatan capaian indikator mutlak di tingkat Desa/Posyandu</p> <p>Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan cakupan D/S di tingkat Desa/Posyandu.</p>

Dari semua peristiwa yang terjadi di sepanjang periode kalakarya di tahun 2011 hingga mulai dilakukan pengamatan di tahun 2012, menjadi fenomena emergence selama pendampingan. Fenomena emergence ini memperlihatkan suatu proses yang mulai dan sedang terjadi baik pada perubahan individu di wilayah kesadaran dan tindakan maupun pada wilayah kerjasama tim.

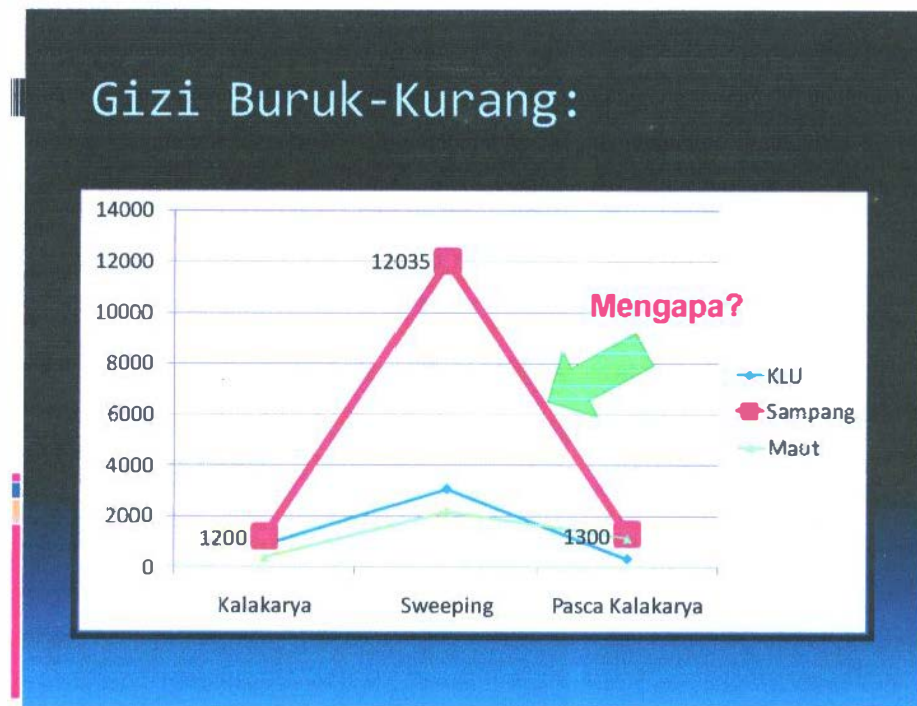
Dengan pendekatan kualitatif, proses perubahan tersebut dapat dilihat pada setiap peristiwa yang terjadi di masing-masing periode. Perubahan kesadaran individu di wilayah kesadaran dan kepedulian terlihat ketika pelaksanaan kalakarya, di dalam pertemuan tersebut semua individu yang terlibat di dalam program kesehatan mulai menyadari ada "masalah" pada pencapaian indikator kesehatan yang belum mencapai target sehingga IPKM di kabupaten Sampang berada pada ranking ke 426.

Selanjutnya, dari perubahan individu di wilayah kesadaran & keyakinan kemudian mulai muncul perubahan individu di wilayah tindakan yaitu terwujudnya kegiatan operasi timbang/pekan penimbangan balita secara serentak yang dilakukan oleh semua individu di jajaran kesehatan (Dinas&Puskesmas) yang dibantu dengan tenaga non kesehatan (Kepala desa, kepala dusun dan kader Posyandu). Terlaksananya kegiatan tersebut juga menunjukkan mulai terjadinya perubahan individu di wilayah kerjasama tim. Oleh karena itu pada kegiatan pekan penimbangan ini dapat meningkatkan tingkat partisipasi masyarakat (D/S) menjadi 80%.

Walaupun sudah mulai muncul perubahan individu di wilayah kesadaran & keyakinan, tindakan dan kerjasama tim, namun belum semua individu yang mengalami perubahan tersebut. Sayangnya dalam berproses menuju perubahan tersebut, belum didukung dengan perubahan pada nilai-nilai budaya organisasinya misalnya: belum semua individu yang terlibat dalam kegiatan/program kesehatan, juga belum adanya konsistensi aturan pada pelaksanaan program. Keadaan ini menyebabkan individu merasa kesulitan dalam beradaptasi yang akhirnya melemahkan semangat dan misi individu dalam berpartisipasi terhadap kegiatan/program kesehatan yang sudah direncanakan. Rentetan proses perubahan yang terjadi tersebut menjadi faktor pendukung penurunan capaian tingkat partisipasi masyarakat (D/S) setelah dilaksanakan Kalakarya & operasi timbang atau pada saat mulai dilakukan pengamatan (ke 1 s/d 3).

Fenomena emergence gizi lain yang bisa dikaji selama pendampingan di kabupaten Sampang adalah : Peningkatan kasus balita gizi buruk. Fenomena tersebut dapat dilihat pada grafik berikut ini:

Grafik 2. Cakupan Balita Gizi Buruk Paska Kalakarya



Dari grafik di atas terlihat bahwa setelah dilakukan operasi timbang yang dilakukan dengan pelacakan (sweeping) maka terjadi penurunan pada kasus balita gizi buruk. Peristiwa ini bisa terjadi karena :

Dari kegiatan Operasi Timbang ditemukan kasus balita gizi kurang & buruk (Giburkur) sebanyak 12.100 balita. Balita kasus gizi buruk tersebut terjaring pada saat pelacakan/sweeping operasi timbang yg dilanjutkan dg penimbangan bayi & balita secara serentak di semua Posyandu. Kegiatan ini dilakukan oleh tenaga nakes baik di level Kabupaten (Dinas) maupun Kecamatan (Puskesmas) dan dibantu oleh tenaga Non Nakes (Kepala Desa, Kepala Dusun, dan Kader Posyandu).

Dari data operasi timbang tersebut kemudian dilakukan validasi data, berdasarkan status gizi balita menggunakan indeks berat badan menurut umur

(BB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) oleh tenaga gizi (TPG) yang dibantu kader Posyandu. Dari hasil validasi, menunjukkan bahwa tidak semua kasus balita giberkur yang ditemukan tersebut mempunyai status gizi buruk.

Penanganan kasus balita giberkur diberikan hanya pada balita giberkur dari hasil validasi, namun dari sejumlah tersebut tidak semua yang dapat ditangani oleh Dinas, karena keterbatasan dana. Prioritas penanganan kasus balita giberkur ditentukan berdasarkan data dari Puskesmas yaitu: kondisi balita (komplikasi penyakit) dan kondisi ekonomi orangtua, sehingga dari kasus balita giberkur tersebut, ada 2 kelompok yaitu kelompok mandiri apabila balita giberkur tersebut penanganannya dipercayakan kepada orangtua balita, namun tetap ada pemantauan dari petugas Puskesmas dengan cara mengadakan kunjungan ke rumah.

Balita giberkur yang ditangani oleh Dinas melalui Puskesmas adalah balita giberkur yang mempunyai komplikasi penyakit dan kondisi ekonomi orangtuanya yang tidak mampu. Penanganan yang diberikan oleh Puskesmas berupa pengobatan terhadap penyakit yang diderita dan pemberian makanan tambahan (PMT) pemulihan selama 90 hari. Setelah balita sudah sehat/normal kembali, maka balita tersebut tidak mendapat bantuan PMT lagi, sehingga pemenuhan konsumsi makannnya sepenuhnya menjadi tanggungjawab orangtuanya kembali. Namun dari sejumlah kasus yang ada, ternyata setelah dikembalikan ke orangtuanya, ternyata balita tersebut kembali menjadi gizi buruk. Hal ini disebabkan karena tidak terpenuhinya asupan zat gizi balita baik secara kuantitas dan kualitas, kurang memadainya pola asuh yang diberikan oleh orangtua seperti (tingkat kebersihan diri & lingkungan) sehingga menyebabkan balita sering sakit (ISPA, diare, dll) yang akhirnya status gizinya jatuh kembali menjadi buruk. Balita yg kembali menjadi gizi buruk inilah yg terpantau sebagai balita giberkur (yang dilaporkan). Keadaan inilah yang menyebabkan jumlah balita giberkur setelah periode operasi timbang menjadi menurun/berkurang.

Selanjutnya untuk menggali lebih dalam informasi yang berkaitan dengan permasalahan gizi dari hasil dialog & wawancara selanjutnya dilaporkan ke dalam formulir E (terlampir).

II. HASIL PENELITIAN TEMATIK

Di dalam hasil penelitian tematik ini akan dilaporkan hasil pendampingan PDBK yang dilakukan dengan pendekatan kualitatif yang digunakan untuk mendukung dan melengkapi informasi yang diperoleh dari riset operasional PDBK. Sesuai dengan judul penelitian tematik yang dilakukan yaitu: **"Pengaruh Pendampingan Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) Terhadap Peran Asosiasi Kepala Desa (AKD) Dalam Peningkatan Kinerja Posyandu di Kabupaten Sampang. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk :** Mengkaji peran Kepala Desa yang tergabung dalam AKD dalam upaya peningkatan kinerja di Posyandu. Sehingga penelitian ini diharapkan **dapat menjawab pertanyaan (RQ) , yaitu :** " Bagaimana dukungan dan komitmen dari kepala desa (yang tergabung dalam AKD) dan tenaga pelaksana Posyandu yang terkait dengan upaya peningkatan kinerja Posyandu "??.

Pelaksanaan penelitian tematik ini dilakukan bersamaan dengan riset operasional (RO) PDBK, sehingga waktu, tempat dan sasaran dipilih dalam penelitian ini sama dengan yang dipilih dalam RO PDBK. Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara yang mendalam (indepth interview) dan dialog dengan narasumber dari jajaran Dinas dan Puskesmas (bagian KIA & Gizi), juga diskusi kelompok (FGD) dengan kelompok tenaga pelaksana Posyandu di desa yaitu kepala dusun (pak Apel dan kader). Secara keseluruhan pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kualitatif yang difokuskan pada kondisi Posyandu beserta permasalahannya yang ada di masing-masing wilayah kerja Puskesmas terpilih yaitu Puskesmas Kamoning, Banyuanyar, dan Camplong.

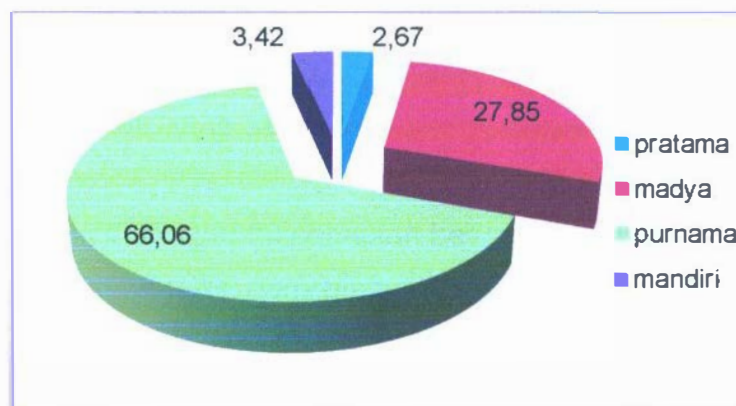
1. KONDISI POSYANDU

Keberadaan Posyandu sangat diperlukan dalam mendekatkan upaya promotif dan preventif kepada masyarakat, utamanya terkait dengan upaya peningkatan status gizi masyarakat serta upaya kesehatan ibu dan anak. Peran dan dukungan Pemerintah kepada Posyandu melalui Puskesmas sangat penting untuk memfasilitasi pelaksanaan berbagai kegiatan kesehatan di Posyandu.

Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar, utamanya untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Jumlah posyandu di Kabupaten Sampang menurut hasil kompilasi data dari Puskesmas pada tahun 2010 berjumlah 904, dan pada tahun 2011 meningkat menjadi 937. Dari 937 Posyandu tersebut terbagi atas beberapa strata yaitu strata Pratama (1 Posyandu), Madya (441 Posyandu), Purnama (445 Posyandu), dan Mandiri (17 Posyandu). Sebaran Posyandu berdasarkan stratanya dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

Gambar 15. Strata Posyandu Tahun 2011



Secara lengkap kondisi Posyandu tersebut sebagai berikut :

1. Dari 904 Posyandu, 520 Pos (57,5%) telah memiliki SK Organisasi Posyandu dan 332 Pos (36,7%) belum memiliki SK Organisasi Posyandu.
2. Sebagian besar telah memiliki struktur organisasi Posyandu yaitu sebesar 601 Pos (66,5%) sedangkan sisanya 251 (27,8%) belum ada struktur organisasinya.
3. Sebagian besar di dalam pertemuan musyawarah desa tidak ada pembahasan maupun disinggung rencana pengembangan posyandu dan evaluasi pelaksanaan Posyandu. Dari telaah menunjukkan sebesar 76,7% Posyandu

tidak ada rencana pengembangan Posyandu yang dibahas di setiap pertemuan musyawarah desa.

4. Sebagian besar Posyandu telah memiliki rencana kerja rutin, jadwal kegiatan, pembagian tugas kader, dan rencana menu PMT.
5. Hanya sebagian kecil (10,6%) sarana perlengkapan Posyandu adafah hasil swadaya masyarakat, sebagian lagi (19,5%) berupa pinjaman dan sebagian besar (43,3%) bantuan pemerintah.
6. Sebanyak 55,6% Posyandu telah memiliki system pencatatan berupa: Buku KIA/KMS, Absensi Kader, dan Buku Kegiatan, sedangkan 30,4% telah menerapkan Sistem Informasi Posyandu (SIP). Meskipun begitu, masih banyak Posyandu yang tidak menggunakan register posyandu meski buku nya ada. Mereka lebih cenderung mencatat di buku lain kemudian disalin setelah kegiatan.
7. Sebesar 56,1 % Posyandu telah memiliki sarana penyuluhan tapi tidak lengkap.
8. 53,9% Posyandu tidak memiliki anggaran dari APBDesa / Kelurahan dan 35,4% tidak memiliki anggaran dana dari swadaya warganya.
9. Masih banyak Posyandu yang frekuensi buka nya kurang dari 10 kali per tahun yaitu sebesar 22,8%.
10. Kegiatan penyuluhan di Posyandu sebagian besar belum berjalan.
11. 31,2% Posyandu tidak memiliki penyajian data di Posyandu.

2. PERMASALAHAN POSYANDU

Kegiatan Posyandu selalu dilakukan di setiap dusun yang ada di wilayah kerja Puskesmas,. Posyandu biasanya diadakan di rumah kepala dusun (Pak Apel) yang ada di setiap desa. Kegiatan yang dilakukan di Posyandu dimulai dengan pendataan, penimbangan dan pencatatan hasil ke KMS balita. Kegiatan Posyandu ini dilaksanakan oleh kader dan dibantu oleh pak apel beserta bidan yang membina desa tersebut.

Selama pendampingan juga dilakukan pengamatan di beberapa Posyandu yang berada di desa Taman Sereh di wilayah kerja Puskesmas Kamoning Kecamatan Kamoning dan di desa Madupat yang berada di wilayah kerja Puskesmas Camplong, Kecamatan Camplong. Selain pengamatan, juga dilakukan

wawancara dengan kader, bidan dan pak dusun juga dialog dengan masyarakat yang datang ke Posyandu tersebut.

Dari hasil pengamatan menunjukkan bahwa belum semua masyarakat di dusun tersebut yang memanfaatkan Posyandu. Hal ini terlihat dari capaian tingkat partisipasi masyarakat di ke dua Posyandu tersebut baru mencapai 60%. Berdasarkan data Dinas Kesehatan menunjukkan bahwa tingkat partisipasi masyarakat (D/S) di kabupaten Sampang pada bulan Januari sampai dengan September 2012 sebesar 65,35%, sedangkan tahun 2011 adalah 63,75%. Dengan capaian D/S tersebut menggambarkan bahwa tingkat partisipasi masyarakat untuk datang ke Posyandu masih belum optimal. Tidak optimalnya tingkat partisipasi masyarakat ke Posyandu tersebut, disebabkan oleh beberapa masalah yang sering ditemukan di Posyandu, antara lain yaitu :

- a. Masyarakat sebagian besar belum paham fungsi, peran, dan manfaat Posyandu sehingga tidak merasa memiliki.
- b. Masih ada beberapa Posyandu yang terletak jauh dari pemukiman masyarakat dan sasaran balita.
- c. Masih ada Kader yang tingkat keterampilannya belum sesuai dengan kualitas yang standar (masih ada kader yang tuna aksara).
- d. Masyarakat masih berorientasi untuk mendapat bantuan makanan (PMT) jika datang ke Posyandu .

Dari hasil diskusi dengan para kepala dusun dan para kader serta bidan desa di Posyandu Madupat terungkap bahwa rendahnya cakupan sasaran balita yang ditimbang disebabkan karena ada beberapa balita yang dibawa oleh orang tua nya pergi merantau. Terjadinya tingkat mobilitas yang tinggi dari masyarakat untuk keluar dari Sampang ke wilayah atau kota lain bahkan ke Propinsi lain seperti ke Surabaya, Jakarta dan Kalimantan ini disebabkan karena mudahnya akses (jembatan Suramadu) untuk keluar dan masuk ke Sampang, sehingga menyebabkan sebagian masyarakat yang mempunyai usaha atau mata pencaharian di luar Sampang. Keadaan ini mengakibatkan jumlah sasaran balita yang ditimbang tidak dapat memenuhi target yang diharapkan sehingga berakibat juga terhadap tingkat partisipasi masyarakat (D/S) yang rendah.

Dampak lain yang terjadi adalah jumlah balita yang status gizinya berada di bawah garis merah (BGM) pada bulan-bulan tertentu juga meningkat. Hal ini disebabkan karena masyarakat mempunyai kebiasaan untuk kembali merantau dari kota atau propinsi lain pada bulan2 tertentu (misalnya bulan Haji, bulan Ramadhan) dengan membawa balitanya. Namun sayang balita tersebut ada juga yang dengan kondisi sedang sakit atau bahkan dengan status gizi yang BGM, karena kurang mendapat perawatan dan pola asuh yang memadai selama diajak pergi merantau. Akibatnya pada bulan2 tersebut cakupan balita BGM di kabupaten Sampang menjadi meningkat. Tidak jarang pula balita dengan status BGM ini mengalami sakit yang berkepanjangan (ISPA, diare) sehingga nafsu makannya berkurang, sehingga kondisi kesehatannya mulai menurun yang akhirnya berakibat pada penurunan status gizi menjadi kurang bahkan buruk.

Kemudahan akses untuk keluar masuk ke Sampang, tidak hanya berakibat pada rendahnya capaian sasaran balita yang ditimbang dan bertambahnya balita yang BGM namun juga pada rendahnya cakupan kunjungan ibu hamil dalam pelayanan pemeriksaan kehamilan (K1&K4). Kondisi ini yang menjadi salah satu faktor penyebab rendahnya indikator mutlak IPKM di kabupaten Sampang.

3. PELAKSANAAN “OPERASI TIMBANG BALITA”

Hasil pengamatan terhadap kinerja Posyandu dimulai dari pasca Kalakarya yang menghasilkan kesepakatan bersama antara jajaran tenaga kesehatan dan non kesehatan untuk mengadakan “ Operasi Timbang Balita” yang dilakukan secara serentak. Pada kegiatan ini seluruh jajaran kesehatan dan non kesehatan berkoordinasi melakukan kegiatan tersebut, sehingga cakupan balita yang ditimbang mengalami peningkatan. Keadaan ini berakibat pada peningkatan capaian D/S di masing2 Puskesmas sehingga pada bulan oktober 2011 capaian D/S mengalami peningkatan menjadi 80,01%. Dari kegiatan tersebut dapat menjaring balita dengan status gizi kurang dan buruk sebanyak 12.100 balita. Proses pelaksanaan kegiatan operasi timbang balita sebagai berikut :

Kegiatan dilaksanakan secara serentak di seluruh Posyandu yang ada di Kabupaten Sampang dengan rincian pelaksanaan sebagai berikut:

1. Seluruh Kabid dan Kasie Dinas Kesehatan sebagai pendamping Puskesmas sesuai tanggung jawabnya melakukan pertemuan dengan seluruh petugas Puskesmas untuk sosialisasi, pemberian motivasi, dan cek kelengkapan dan keberadaan perlengkapan yang diperlukan.
2. Tim penimbangan Posyandu membuka Posyandu bersama kader sesuai jadwal yang telah ditentukan antara 19 September – 05 Oktober 2011.
3. Sosialisasi menggunakan pengeras suara di masjid dan musholah untuk melakukan ajakan kepada masyarakat agar membawa balitanya ke Posyandu untuk ditimbang.
4. Untuk menarik kunjungan masyarakat ke Posyandu, Tim Penimbangan menyediakan PMT Penyuluhan berupa biskuit.
5. Tim Penimbangan bersama kader mengajak, menimbang, dan melakukan pencatatan sesuai format yang telah ditentukan sebelumnya.
6. Masyarakat ditunggu sehari penuh untuk menimbang balitanya di Posyandu. Kemudian jika masih ada sasaran yang belum tertimbang maka akan dilakukan sweeping selama 2 hari berikutnya. Sweeping dilakukan dengan mengunjungi rumah sasaran dibantu dengan kader Posyandu per puluhan (Dasa Wisma).
7. Data hasil penimbangan dikumpulkan masing-masing bidan desa untuk dirapikan, dicek kelengkapannya kemudian disatukan di Puskesmas untuk dihitung status gizinya menggunakan Tabel Z-Score dan Aplikasi Z-Score sesuai Standar WHO-NCHS.
8. Puskesmas melakukan analisa awal sederhana atas capaian penimbangan yang telah dilakukan untuk kemudian dikumpulkan ke Dinas Kesehatan. Hasil pencatatan yang ada di Posyandu dikumpulkan semua ke Dinas Kesehatan untuk dianalisa lebih lanjut berdasarkan standar yang ada.

Dari pelaksanaan operasi timbang balita di lapangan ditemui beberapa hambatan dan kesulitan sebagai berikut:

1. Masih banyak lintas sektor khususnya Kepala Desa dan tokoh masyarakat yang tidak peduli dengan kegiatan ini.

2. Sasaran balita banyak yang tidak bisa ditemukan karena ikut orang tua-nya urban ke Surabaya dan luar negeri sebagai TKI.
3. Banyak orang tua balita yang tidak hapal tanggal lahir balita nya sehingga susah menentukan umur balita (dikira-kira).
4. Petugas kesehatan di Posyandu masih banyak yang menulis hasil penimbangan di buku lain bukan register posyandu yang telah ada.
5. Banyak petugas pelaksana di lapangan yang mengeluhkan jauhnya kesenjangan antara jumlah sasaran proyeksi dengan jumlah sasaran real di wilayah tersebut meski telah dilakukan upaya sweeping maksimal.
6. Kader posyandu masih banyak yang belum bisa baca tulis sehingga menghambat pencatatan.
7. Alat timbang dirasa tidak ergonomis sehingga menyulitkan ketika penimbangan.
8. Banyak masyarakat yang memilih bekerja daripada membawanya ke Posyandu karena dirasa dengan bekerja, penghasilan mereka terjaga.
9. Masih banyak petugas kesehatan yang belum mampu melakukan pendekatan dengan baik kepada lintas sector seperti Kepala Desa, Tokoh Masyarakat, dan Pimpinan Agama yang ada.
10. Masih banyak lintas sektor yang karena rasa superioritasnya menjadikannya tidak peduli terhadap kegiatan ini meski telah dilakukan pendekatan.

Beberapa hal menarik dari pendekatan yang dilakukan dalam pelaksanaan pendataan dan penimbangan balita di Kabupaten Sampang:

1. Bidan desa yang kebetulan masih keluarga tokoh masyarakat di desa tersebut dengan memanfaatkan hal itu menjadikannya mudah menjangkau seluruh sasaran balita yang ada.
2. Melakukan pengumuman dan ajakan pendataan dan penimbangan balita melalui pengeras suara di masjid-masjid dan musholah yang ada di wilayah tersebut.
3. Karena yang menjadi kader adalah "Bu Nyai" atau istri dari ustadz/kyai di wilayah tersebut akhirnya banyak masyarakat yang mau diajak untuk menimbang balitanya ke Posyandu.

4. KINERJA POSYANDU

Pengamatan terhadap kinerja Posyandu dilakukan selama pendampingan. Kinerja Posyandu yang teramati dalam penelitian ini meliputi capaian tingkat partisipasi masyarakat (D/S) dan cakupan status giz balita. Berikut ini merupakan hasil kegiatan pekan penimbangan balita di Kabupaten Sampang yang sekaligus sebagai gambaran kinerja Posyandu yaitu :

A. Cakupan D/S :

Hasil penimbangan menunjukkan bahwa capaian D/S Proyeksi 2011 Kabupaten Sampang setelah kegiatan pekan penimbangan sebesar 80,01%, sedangkan untuk capaian D/S Riil 2011 sebesar 95,04%. Capaian D/S tersebut belum dapat mencapai target yang seharusnya 100%.

Dari hasil kegiatan tersebut diketahui terdapat 7 (tujuh) Puskesmas yang pencapaian D/S Proyeksi 2011 nya dibawah 80% yaitu Puskesmas Sreseh, Ketapang, Banjar, Bringkoning, Camplong, Kedundung, dan Banyuates bahkan ada 1 (satu) Puskesmas yang hanya mencapai D/S Proyeksi 2011 nya 57,61% yaitu Puskesmas Banjar.

Rendahnya capaian D/S Puskesmas Banjar tidak terlepas dari kesulitan-kesulitan geografis yang dijumpai ketika pendataan dan penimbangan balita. Perlu diketahui juga kondisi pemukiman warga terpisah/tidak berkumpul pada suatu koloni. Seperti pada umumnya di wilayah pedesaan di Sampang, penduduk membangun rumahnya sendiri-sendiri terpisah satu sama lain. Hal ini lah yang menyulitkan petugas dan kader ketika sweeping dari rumah ke rumah. Selain itu beberapa posyandu terletak di wilayah yang susah dijangkau dari Puskesmas dan oleh masyarakat. Namun kesulitan ini sudah diklarifikasi kepada Puskesmas Banjar untuk diberikan solusi seperti, advokasi kepada pemerintahan desa dan kecamatan untuk melakukan gerakan terpadu yang lebih intensif untuk menjangkau seluruh sasaran guna meningkatkan cakupan D/S mereka. Tim Kabupaten juga akan turun secara periodik untuk mendampingi Puskesmas Banjar.

Selain itu ada pula beberapa Puskesmas yang capaiannya melampaui 100% yaitu ada 5 Puskesmas, dengan pencapaian tertinggi Puskesmas Batulenger sebesar 120,42%. Untuk Puskesmas dengan capaian yang jauh melebihi dari 100% bisa diakibatkan karena pada saat penimbangan dan pendataan banyak warganya

yang kembali dari perantauan sehingga terjadi pembengkakan cakupan. Perlu diketahui bahwa masyarakat Sampang termasuk memiliki mobilitas urbanisasi yang cukup tinggi dengan merantau ke kota-kota besar bahkan luar negeri sebagai TKI. (tenaga kerja Indonesia)

Dalam laporan ini kami sampaikan dua jenis sasaran yaitu Sasaran Proyeksi 2011 dan Sasaran Riil 2011. Sasaran Riil 2011 ini kami peroleh dari data bidan desa yang mencatat dan mendata balita binaan wilayahnya pada saat itu. Kedua sasaran ini memang mengalami perbedaan angka namun masih dalam batas standart deviasi 5-10%.

2. Cakupan Status Gizi :

Dari hasil penimbangan yang dilakukan kemudian ditentukan nilai status gizinya menggunakan aplikasi dengan memasukkan data berdasarkan nama & alamat, umur, berat badan, dan tinggi/panjang badan. Status gizi tersebut ditentukan berdasarkan standar WHO 2005. Indikator status gizi yang dipakai ada 3 yaitu, BB/U (berat badan menurut umur), TB/U (tinggi badan menurut umur), dan BB/TB (berat badan menurut tinggi badan).

Berdasarkan indikator BB/U, balita di kabupaten Sampang yang memiliki status gizi sangat kurus sebanyak 4,18%, kurus 13,80%, dan yang normal 80,23%, sedangkan yang gizi lebih sebesar 1,80%. Meski sebagian besar balita status gizinya normal, namun yang menjadi kewaspadaan adalah masaih ada sebanyak 13,8% balita yang kurus. Status gizi kurus merupakan ambang batas gizi buruk, sedangkan yang harus segera ditangani adalah balita dengan satatus gizi sangat kurus dan gizi Lebih.

Berdasarkan indikator TB/U, diketahui bahwa sebanyak 11,92% balita di Kabupaten Sampang dengan status gizi sangat pendek, 16,40% yang pendek, 68,84% normal, dan 2,84% yang tingi. Tingginya cakupan balita dengan status gizi sangat pendek dan pendek menunjukkan bahwa terdapat masalah pertumbuhan balita di Kabupaten Sampang.

Berdasarkan indikator BB/TB menunjukkan bahwa sebagian besar balita di Kabupaten Sampang memiliki status gizi normal yaitu sebanyak 82,78%, namun masih terdapat balita dengan status gizi sangat kurus (3,38%) dan kurus (7,92%) dan yang berstatus gizi gemuk sebanyak 5,92% Ke tiga kelompok balita inilah yang harus menjadi perhatian dan diwasapadai untuk dilakukan upaya penangannya.

Dalam melakukan penilaian status gizi ini ada beberapa hambatan yang ditemui antara lain:

- a. Petugas pelaksana di lapangan masih belum memahami perbedaan pengukuran antara tinggi badan dengan panjang badan.
- b. Sebagian masyarakat banyak yang tidak mau hadir ke Posyandu karena takut disuntik.
- c. Adanya double counting balita sehingga harus melakukan cleaning data sehingga menjadikan proses rekap serta penilaian status gizi menjadi sedikit lama.

5. Peran AKD, Kepala Desa, Kepala Dusun dan Kader

Dari hasil pendampingan yang dilakukan selama pelaksanaan program PDBK di kabupaten Sampang, telah berhasil membuat replikasi kakakarya di kabupaten menjadi kalakarya di tingkat Puskesmas hingga di tingkat desa atau Posyandu. Dalam kalakarya di tingkat Puskesmas fokus permasalahan yang dibahas antara lain tentang tingkat partisipasi masyarakat (D/S) yang masih belum optimal (60%), juga indikator mutlak yang lain yaitu capaian K1 & K4 serta imunisasi dasar lengkap pada balita. Permasalahan tersebut selanjutnya ditindak lanjuti hingga di tingkat desa atau Posyandu yang berada di wilayah kerja Puskesmas yang mempunyai capaian D/S yang masih rendah.

Oleh karena itu di dalam kegiatan kalakarya di tingkat dasa (Posyandu), dilakukan diskusi kelompok (FGD) dengan para pelaksana kegiatan Posyandu, yaitu dengan para kader dan pak dusun (apel) yang lebih banyak berperan dalam melaksnakan kegiatan Posyandu di Desa.

Hasil diskusi tersebut menggambarkan bahwa kegiatan Posyandu di desa telah dilakukan sesuai dengan pedoman pelaksanaan Posyandu, yaitu setiap sebulan secara rutin dilakukan penimbangan pada balita di Posyandu. Pelaksanaan kegiatan sebagian besar dilakukan di rumah pak dusun (pak Apel) yang dibantu dengan para kader. Kader yang terpilih dalam pelaksanaan kegiatan sebagian besar biasanya masih kerabat dari pak Apel, sehingga mereka lebih mudah melakukan koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan. Peran pak dusun ini sangat besar sekali, karena pak dusun ini juga dikenal oleh masyarakat sebagai tokoh masyarakat, sehingga dalam menjalankan tugasnya pak dusun lah yang memberitahukan jadwal

Berdasarkan hasil diskusi tersebut menggambarkan bahwa pada kegiatan Posyandu yang membantu para kader di lapangan adalah kepala dusun (pak Apel) yang terkadang juga ada ibu kepala desa (ibu klebun) yang datang hanya melihat pelaksanaan kegiatan. Kepala Desa (pak Klebun) biasanya hanya sekedar mengetahui saja tentang pelaksanaan Posyandu, karena lebih fokus untuk kegiatan di luar yang lebih bersifat ke infrastruktur dan pembangunan fisik seperti pembangunan jalan, jembatan, dll.

Keadaan ini juga sesuai dengan hasil wawancara dengan Kepala Bidang Pemerintahan Desa di kantor Pemerintah Daerah (PEMDA) yaitu bapak Patah, sebagai berikut :

" Bagaimana menurut bapak tentang AKD di kab Sampang ini? Apakah dalam AKD ini ada program kesehatan"??

"Menurut saya, bahwa Asosiasi Kepala Desa (AKD) merupakan wadah organisasi dari para kepala desa di kabupaten Sampang. Tujuan didirikannya AKD ini untuk mempermudah koordinasi dan komunikasi dari para kepala Desa jika ada usulan pendapat dari warganya atau pemecahan masalah yang sedang terjadi di masyarakat Sampang. Kalo organisasi AKD ini mulai dibentuk pada tahun 2010, namun programnya masih lebih dominan ke pembangunan fisik yang masih banyak dibenahi di Sampang ini adalah jalan yang menghubungkan antar desa terutama desa2 di pelosok yang berada di pegunungan. Tentu saja dengan kegiatan ini maka proporsi untuk pembangunan fisik lebih besar daripada untuk kesehatan, malah sepertinya belum ada ya,"

"Menurut bapak, apakah Kepala Desa di sini terlibat dalam pelaksanaan Posyandu?"

"Ya kan Posyandu itu sasarannya adalah ibu-ibu dan anak balita, jadi kalo untuk pelaksanaan Posyandu itu, sebagian besar pak Klebun tidak langsung berperan ke Posyandu, kalo mendukung ya pastilah namun biasanya ibu klebun yang langsung turun ke Posyandu. Kalo sejauh mana bu klebun terlibat di dalam Posyandu, saya kurang mengerti tapi yang pasti yang pak klebun tidak langsung turun membantu kegiatan Posyandu hanya mendukung saja yang sudah dilakukan hampir di semua desa ini."

Dari wawancara dan hasil diskusi tersebut menunjukkan bahwa para Kepala Desa telah memberikan dukungan dalam melaksanakan Posyandu, walaupun belum dapat berperan langsung terlibat dalam pelaksanaannya, namun ibu Klebun justru yang turun langsung ke Posyandu dalam memberikan dukungan dan komitmen bersamaan dengan para kepala dusun (pak Apel) dan kader.

Dengan demikian pertanyaan penelitian (RQ) di dalam penelitian tematik ini sudah terjawab melalui hasil wawancara dan diskusi di atas, yaitu kepala desa bersama ibu sudah memberikan dukungan dalam pelaksanaan Posyandu, walaupun belum secara maksimal.

pelaksanaan Posyandu yang dilakukan dengan cara melalui speaker di mesjid2 atau ada juga yang melakukannya dengan langsung memberitahukan ke warganya yang dibantu dengan kader. Hampir di semua wilayah desa di kabupaten Sampang, pelaksanaan Posyandu ini dilakukan pada pagi hari, dengan jadwal yang berbeda2 di masing2 Posyandu. Berikut beberapa 'cuplikan' hasil diskusi dengan kepala dusun (pak Apel) dan tokoh masyarakat di desa Taman Sereh, Kecamatan Kamoning sebagai berikut :

Fasilitator : "Bagaimana dukungan dan komitmen dari Kepala & aparat desa terhadap pelaksanaan Posyandu di sini "?

Narasumber (Bapak Nasiril) :

"Di sini kegiatan Posyandu itu selalu dilakukan di rumah pak apel, dibantu dengan kader2, dan Petugas dari Puskesmas yaitu Bu Bidan. Kalo pak klebun itu biasanya memberikan dukungan penyelenggaraan kegiatan saja, biasanya kan ibu klebun yang suka datang ke Posyandu, sedangkan pak klebun itu urusannya lebih banyak di luar Posyandu, kan sudah diserahkan ke saya dan kader juga bu bidan. Nanti saya yang melaporkan hasil kegiatan ke pak Klebun."

Fasilitator : "Bagaimana peran bapak sebagai kepala dusun dalam pelaksanaan Posyandu" ?

Narasumber (Pak Bakri):

"Ya kalo ada Posyandu itu, saya mengabari masyarakat lewat halo2(speaker), terus kalo setelah selesai kegiatan, saya tanya ke kader, sudah dapat berapa?, tanya bu bidan juga, siapa yg tidak datang, jadi kita semua tahu, kan kader sama bu bidan punya catatannya."

Fasilitator: " Bagaimana cara bapak sebagai kepala dusun, supaya warga bapak mau datang ke Posyandu "?

Narasumber (Bapak Mujari,):

" Ya kita sudah tau kan ada kegiatan Posyandu, jadi kita memberi pengumuman pake Speker untuk woro-woro memanggil masyarakat. Kan setiap Posyandu sudah ada tanggal tetap ada di Posyandu., jadwalnya sudah ada , tiap apel dan bidan yg sudah tahu. Makanya Apel harus halo2 untuk memberitahu supaya masyarakat datang ke Posyandu. Biasanya kalo bu bidan atau apel tidak bisa datang karena ada keperluan, maka jadwal Posyandunya di undur.

Nah yang jadi masalah itu, Kalo listrik padam, kan jadinya tidak bisa di halo2, maka saya Berangkat ke kampung2 untuk memberi tahu jadwal Posyandu ke masyarakat. "

BAB IV.

KESIMPULAN & SARAN

1. Pendampingan PDBK yang menghasilkan kalakarya di tingkat Kabupaten yang direplikasi menjadi Kalakarya di tingkat Puskesmas dan Desa. Terwujudnya kalakarya menumbuhkan perubahan individu di wilayah kesadaran dan keyakinan yang akhirnya dapat mewujudkan perubahan individu di wilayah tindakan.
2. Tumbuhnya perubahan individu di wilayah tindakan memicu timbulkan perubahan di wilayah kerjasama tim yang terwujud pada kegiatan operasi timbang balita/pekan penimbangan balita secara serentak sebagai hasil kerjasama tim Dinas dengan Puskesmas juga para tenaga non kesehatan (Kepala RT, kepala Desa & Dusun serta kader Posyandu)
3. Kegiatan operasi timbang balita yang dilakukan secara serentak, selain dapat meningkatkan tingkat partisipasi masyarakat (D/S) menjadi 80%, juga menjanging dan menemukan kasus balita gizi kurang & buruk menjadi 12.100 balita.
4. Munculnya indikator individu wilayah perubahan dan wilayah tindakan, serta meningkatnya kerjasama tim belum dapat menyebabkan perubahan institusi dinas kesehatan dan Puskesmas serta tenaga non kesehatan kearah yang lebih baik.
5. Terjadinya perubahan individu di wilayah kesadaran & kepedulian, tindakan serta kerjasama tim ternyata belum bisa dikaitkan dengan upaya pencapaian indikator mutlak IPKM di kabupaten Sampang.
6. Cakupan D/S berdasarkan Proyeksi 2011 Kabupaten Sampang setelah pekan penimbangan sebesar 80,01%, sedangkan berdasarkan sasaran Riil 2011 sebesar 95,04%.
7. Puskesmas dengan cakupan D/S terendah yaitu Puskesmas Banjar sebesar 57,61%, sedangkan tertinggi yaitu Puskesmas Batulenger sebesar 120,42%.
8. Kepedulian dan peran aktif lintas sektor masih rendah.
9. Berdasarkan standar WHO 2005 indikator BB/U, balita di Kabupaten Sampang memiliki *status gizi sebagai berikut:*
 - a. Berat Badan (BB) Sangat Kurus: 4,18%
 - b. Berat Badan (BB) Kurus : 13,80%
 - c. Berat Badan (BB) Normal : 80,23%
 - d. Berat Badan (BB) Lebih : 1,80%

10. Berdasarkan standar WHO 2005 indikator TB/U, balita di Kabupaten Sampang memiliki status gizi sebagai berikut:
- | | |
|------------------|----------|
| a. Sangat Pendek | : 11,92% |
| b. Pendek | : 16,40% |
| c. Normal | : 68,84% |
| d. Jangkung | : 2,84% |
11. Berdasarkan standar WHO 2005 indikator BB/TB, balita di Kabupaten Sampang memiliki status gizi sebagai berikut:
- | | |
|-----------------|----------|
| a. Sangat Kurus | : 3,38% |
| b. Kurus | : 7,92% |
| c. Normal | : 82,78% |
| d. Gemuk | : 5,92% |

SARAN

1. Pergerakkan di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang yang di dorong dengan munculnya individu di wilayah perubahan perlu terus di dorong dan di tularkan pada lingkungan kerjanya. Pergerakkan *ini On the right track* dan memerlukan kesinambungan jangka panjang untuk menimbulkan perubahan sehingga dapat mendongkrak IPKM.
2. Pergerakkan di tingkat kecamatan dan Desa yang mulai menggeliat dengan turunnya tim kabupaten perlu ditindak lanjuti, perlu diciptakan suatu sistim yang akan terus bergerak dengan tidak terpengaruh situasi politis dan pergantian pimpinan di wilayah Sampang.
3. Tim pendamping diperlukan untuk beberapa tahun ke depan sebagai motivator dari luar yang dapat mendampingi dalam perjalanan ke depan sampai terjadi situasi yang stabil sehingga dapat berjalan secara mandiri.
4. Pekan penimbangan secara serentak harus tetap dilaksanakan untuk tahun mendatang minimal 1 (satu) tahun sekali.

DAFTAR PUSTAKA

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014, Jakarta, 2010.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia: Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS Indonesia-Tahun 2007, Jakarta, 2008.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Buku I: Pedoman Umum Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK), Jakarta, 2011.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Buku II: Pedoman Pelaksanaan Pendampingan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK), Jakarta, 2011

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Buku III: Daftar Pertanyaan Yang Sering Ditanyakan dan Jawabannya tentang Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK), Jakarta, 2011

Buku Pedoman Pelaksanaan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) Jilid I,II,III. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. Jakarta.

LAMPIRAN

1.. Kuesioner E (CATATAN/REKAMAN PELAKU/PENGAMAT DALAM PROSES PENDAMPINGAN PDBK) di Kabupaten Sampang

Dialog	Kalakarya Kabupaten	Kalakarya Puskesmas	Kalakarya Desa
<i>I. DIALOG</i>			
<i>A. Pertemuan sebagai wadah dialog selama pendampingan</i>			
<i>1. Berlangsungnya pertemuan</i>			
<i>a. Inisiator pertemuan</i>	<i>KaDinkes</i>	<i>Ka. Dinkes</i>	<i>Ka. Puskesmas</i>
<i>b. Jumlah peserta</i>	<i>100 org</i>	<i>50 org</i>	<i>20 org</i>
<i>c. Peserta</i>	<i>Bupati, Kadinkes, Direktur RS, Unsur Dinkes, Camat, Kapuskesmas dan staf, Bidan Desa, Kades, Kader, Ibu PKK, ORMAS, LSM</i>	<i>Kadinkes, Camat, Kapuskesmas dan staf, Bidan Desa, Kades, Kader, Ibu PKK</i>	<i>unsur Dinkes, Kapuskesmas Camat, dan staf, Bidan Desa, Kades, Kader, Ibu PKK</i>
<i>. Berlangsungnya Dialog</i>	<p><i>suasana dialog lancar/mengalir. Pembicara memancing keterlibatan peserta dialog dengan pertanyaan kpd peserta</i></p> <p><i>suasana dialog selanjutnya mulai tegang setelah pendamping menyampaikan tentang IPKM. Peserta saling menanyakan saling melemparkan tanggung jawab ke pihak lain.</i></p>	<p><i>suasana dialog lancar/mengalir. Tidak tertalu banyak terjadi perdebatan karena pada saat dialog peserta didominasi oleh Bidan desa</i></p> <p><i>Hambatan :</i></p> <p><i>Ruangan yaang terlalu sesak dan padat, sehingga kurang nyaman. Banyak peserta yg duduk di belakang tidak memperhatikan narasumber yg di depan karena terlalu banyak sehingga suara narasumber atau peserta dialog yang menyampaikan</i></p>	<p><i>Suasana dialog berjalan lancar. Narasumber mampu membuat diskusi berlangsung hangat dan memancing keterlibatan peserta. Suasana awalnya agak tegang, tapi lambat laun menjadi lebih santai.</i></p> <p><i>ampaknya peserta sudah mulai sedikit memahami IPKM dan PDBK serta indikator-indikator sasarannya.</i></p>

		pendapat tidak terlalu jelas.	
<i>. Kemampuan dialog</i>			
<i>. Kemampuan mendengar</i>	<p><i>kemampuan tidak menyela pembicaraan & mendengarkan hingga seseorang selesai berbicara/menyampaikan pandangan</i></p> <p><i>eserta mampu mendengarkan pembicara tanpa menyela. Peserta mendengarkan penjelasan yang disampaikan oleh pembicara dengan penuh perhatian.</i></p>	<p><i>suasana dialog lancar/mengalir, namun lebih didominasi oleh narasumber. Peserta banyak memberikan tanggapan karena sebagian besar peserta adalah tenaga kesehatan staf, dinas, Kepala PKM, bidan PKM, bidan desa</i></p>	<p><i>peserta dialog bersedia mendengarkan penjelasan dari narasumber. Beberapa peserta terpancing untuk mengeluarkan pendapat atau jawaban atas pertanyaan-pertanyaan narasumber. Beberapa peserta di bagian belakang kurang memperhatikan dialog yang terjadi.</i></p>
<i>. Kemampuan menerima keragaman atau perbedaan pendapat</i>	<i>Peserta cukup terbuka untuk menerima pendapat orang lain, dan mengakui adanya permasalahan yang harus dihadapi bersama-sama</i>	<i>Peserta cukup terbuka untuk menerima pendapat orang lain, dan mengakui adanya permasalahan yang harus dihadapi bersama-sama</i>	<i>Tidak banyak terjadi perbedaan pendapat yang tajam, baik antar peserta maupun antar peserta dengan narasumber.</i>
<i>3. kesiapan menahan asumsi:</i>			
<i>- menahan diri untuk tidak cepat menilai orang lain/pandangan dari pembicara lain</i>	<i>peserta mampu menahan diri untuk tidak cepat menilai orang lain/pandangan dari pembicara lain</i>	<i>peserta mampu menahan diri untuk tidak cepat menilai orang lain/pandangan dari pembicara lain</i>	<i>peserta mampu menahan diri terhadap pendapat orang lain atau pendapat narasumber.</i>
<i>menahan diri untuk tidak memaksakan pandangan sendiri</i>	<i>peserta mampu menahan diri untuk tidak memaksakan pandangan sendiri</i>	<i>peserta mampu menahan diri untuk tidak memaksakan pandangan sendiri</i>	<i>para peserta mampu menahan untuk tidak memaksakan pandangan sendiri kepada orang lain.</i>
<i>b. Suasana Dialog</i>			
<i>. Gambaran umum berlangsungnya dialog</i>	<i>Suasana dialog lancar/mengalir. Pembicara mampu memancing keterlibatan peserta dialog sehingga peserta merasa</i>	<i>Suasana dialog lancar/mengalir, namun lebih didominasi oleh Ka dinkes. Peserta banyak</i>	<i>suasan dialog berlangsung lancar, walaupun demikian, hanya beberapa peserta saja yang</i>

	dilibatkan dalam dialog	memberikan tanggapan karena sebagian besar peserta adalah bidan desa yang	mendominasi dialog.
. Keterlibatan peserta dialog	keterlibatan peserta dialog : pasif, aktif, banyak/sedikit yang berbicara, dominasi	aktif, terjadi dialog & diskusi yang bersemangat	beberapa org yang terlibat aktif, lainnya pasif.
. Siapa yang memberikan pendapat dan pendapat yang dikemukakan	<p>PKM: kurang pengertian mengenai KN1. yang bertanggung jawab bidan.</p> <p>Bides (1): pendidikan ibu rendah, lokasi jauh dari tenaga kesehatan, pelayanan petugas yang kurang. kendala: bila melakukan kunjungan seringkali ibu-ibu sudah pergi ke sawah.</p> <p>bu PKK: kunjungan ke desa untuk menyampaikan pentingnya kegiatan penimbangan di posyandu.</p> <p>Bides (2): kendala bila memberikan penyuluhan tapi ibu hamil tidak memiliki kesadaran. bides merasa sudah memberi penyuluhan tapi ibu hamil tidak mau menerima sehingga bides tidak bisa memaksa.</p> <p>Camat(1): masyarakat tidak sadar karena bidan kurang pendekatan terhadap masyarakat.</p> <p>Dinkes (3): bides kurang bisa menjangkau semua bumil karena kekurangan tenaga.</p> <p>Bides (4): masyarakat menerima pada saat</p>	<p>BIDES (1): Untuk meningkatkan cakupan balita ditimbang, maka bides melakukan sub pos penimbangan</p> <p>Bides (2): Ada kelompok kader dan petugas kesehatan yang lain. jadi bides tidak menimbang sendiri.</p> <p>Kades: Hanya satu orang yang bekerja. seharusnya semua orang ikut mendayung agar tujuan cepat tercapai. yang menimbang bayi seharusnya semua tim dalam posyandu.</p>	<p>Kapuskes: Gizi kurang/buruk, balita pendek, balita kurus, KN1, Linakes, Penimbangan, dan Imunisasi</p> <p>Staf Dinkes : Balita yg datang di timbang di Posyandu tidak sesuai dg sasaran. Bagaimana solusinya??</p> <p>Bidan : Sudah dicoba untuk mengadakan posyandu di wilayah yg jauh yg tdk dapt dijangkau masy namun bagaimana dg honor kader?</p>

	<p>penyuluhan tetapi yang disertai dengan pmt. bila tidak ada pmt masyarakat tidak mau datang pada saat penyuluhan/ penimbangan.</p> <p>Ka.PKM : sistem pelaporan dulu dengan sekarang beda. dulu tidak ada pelaporan, sekarang ada pelaporan yang bagus sehingga KN1 menjadi rendah. kepala puskesmas selalu memberi surat ke desa bila akan melakukan kegiatan ke desa. kepala puskesmas merasa belum ada kerjasama dan dukungan dari desa.</p> <p>Kadnkes (1): angka IPKM tidak akan berubah bila tidak ada tindakan/langkah kongkrit. tidak perlu saling menyalahkan tetapi perlu kesadaran masing-masing dalam melaksanakan tugas demi keberhasilan bersama.</p>		
. Topik/syu atau masalah yang dibahas	D/S, KN1, K1&K4, Gizi kurang dan buruk, imunisasi	D/S, K1&K4, N1, Gizi kurang dan buruk, imunisasi	D/S, Gizi Kurang dan Buruk

I HASIL DISKUSI KELOMPOK (FGD) KEPALA DUSUN(APEL)

HARI/TANGGAL :SABTU, 8 SEPTEMBER 2012

**TEMPAT : DESA TAMAN SEREH, PUSKESMAS
KAMONENG.KAB.SAMPANG, JAWA TIMUR**

I. TUJUAN FGD :

a). Tujuan Umum

Mengkaji pendapat dari peserta FGD (para Apela) mengenai kinerja Posyandu di desa Taman Sereh

b). Tujuan Khusus

1. Mengkaji pendapat dari peserta FGD mengenai dukungan, komitmen dan peran dari Kepala Desa dan jajarannya di masyarakat terhadap pelaksanaan Posyandu di desa Taman Sereh, Kab. Sampang.
2. Mengkaji pendapat dari peserta FGD mengenai partisipasi masyarakat ke Posyandu di desa Taman Sereh, kab. Sampang
3. Mengkaji pendapat dari peserta FGD mengenai balita yang menderita gizi kurang dan buruk yang ada di desa Taman sereh, kab. Sampang.

II. PESERTA FGD : Para Kepala dusun (Apel) di Desa Taman Sereh, Kab. Sampang. Jawa Timur

1. Bapak Saat : Kepala dusun Brembeng
2. Bapak Khalid : Kepala dusun Kareangan
3. Bapak Ridwan : Kepala dusun Bantan Laok
4. Bapak Nasiri : Kepala dusun Karang Aor
5. Bapak Ismail : Kepala dusun Deng Gedeng
6. Bapak Damhuri : Kepala dusun Tarogan Barat
7. Bapak Bakri : Kepala dusun Caker
8. Bapak Mujari : Kepala dusun Banten Dajah
9. Bapak Aliansyah : Kepala dusun Sumber Leduuk
10. Bapak Aryanto : PJ Kepala desa/PLH Klebun desa Taman Sereh
11. Ibu Ifin : Bidan di desa Taman Sereh
12. Ibu Eka : Petugas kesehatan di PKM Kamoneng
13. Bapak Maman F : Petugas kesehatan Dinkes sampang
14. Tety Rachmawati : Pengamat dari Litbang PHK2PM
15. Vita Kartika : Pengamat dari Litbang PHK2PM

III. PELAKSANAAN FGD

- 1) Bagaimana dukungan dan komitmen dari Kepala & aparat desa terhadap pelaksanaan Posyandu?

Bapak Nasiri :

Di sini kegiatan Posyandu itu selalu dilakukan di rumah pak apel, dibantu dengan kader2, dan Petugas dari Puskesmas yaitu Bu Bidan. Kalau pak klebun itu biasanya memberikan dukungan penyelenggaraan kegiatan saja, biasanya kan ibu klebun yang suka datang ke Posyandu, sedangkan pak klebun itu urusannya lebih banyak di luar Posyandu, kan sudah diserahkan ke saya dan kader juga bu bidan. Nanti saya yang melaporkan hasil kegiatan ke pak Klebun. Cuma kalo ada orang melahirkan meninggal itu sudah takdir, juga kalo ada balita yang gizi buruk, sudah disuntik, sudah dikasih saran bu bidan, juga sudah aktif sama apel dan kepdes, sudah kasih saran dari saya (pak apel) ke masyarakat sudah lancar, juga kalo

ada yang melahirkan meninggal itu bukan bu bidan lelen (lambat menangan) ,tapi itu sudah takdir. Kama semua sudah dilayani sama bu bidan. Juga bukan pak apel nya lelen . jadi umpunya ada Posyandu, pak apel sudah merintah, orang melahirkan sudah dilayani bu bidan. Ada gizi buruk sdh dilayani, jadi itu takdir. Kalo Posyandu masing-masing sudah ada kadernya, rata-rata satu Posyandu ada 3 org kadernya, selain kader ada pendamping yang ikut melayani biasanya keluarga kader juga bidan.

Bapak Bakri :

" Ikut memberitahu kalo ada pelaksanaan ksegiatan Posyandu. Yang jadi Kader anggotanya dari keluarga sendiri "

Bapak Nasiri :

"Kalo Ada Posyandu, Desa deng Geddeng ada Pos Tambahan selama 1 tahun ini. Sama, tugasnya memberitahu lewat halo-halo (speaker) ke langgar atau mushola tapi kalau penimbangan yang melakukan ya kader. Biasanya Kalo sudah di halo2, mereka pada datang, tapi kalo tidak ada kepentingan, kecuali kalo ada kepentingan mereka ya tidak datang, beritahu mau ada keperluan ke saya (pak apel) atau ke kadernya. Jadi sebelumbnya sudah ada pamit dulu. Biasanya ada musim2an, nah kalo pas muludan banyak urban yang dating"

Bapak Nasiri :

"Siapa yang tidak mau datang, harus tandatangan ke bu bidan, supaya kalo ada apa2, kita tidak tanggungjawab, karena mereka kan sudah tanda tangan waktu tidak datang, jadi kalo ada yang sakit supaya gak nyalahin bu bidan atau saya (pak apel) karena kesalahannya sendiri. "

F : Bagaimana dengan kegiatan imunisasi atau suntik pada balita di Posyandu pak? Apa disini pada mau disuntik?

Bapak Nasiri :

"Untuk suntik, kalo dulu masih ada yang tidak mau disuntik, tapi sekarang sudah tidak ada yang tidak mau disuntik, kalo ada yg tidak datang ya ditagih, biasanya kalo adayang tidak mau disuntik, bu bidan akan datang ke rumahnyaq biasanya ya didampingi sama kader dan saya (pak apel) kita sama-sama menagih (pergi.ke rumah balita yg tidak mau disuntik) untuk mengadakan pendekatan dan penjelasan. Apalgi sekarang kan ada informasi di TV, jadi sekarang sudah banyak masyarakat yang sudah tau tentang kesehatan seperti Posyandu, jadi sekarang sudah tidak soro (sulit) kalo masyarakat dikasih saran "

Bapak Bakri :

" Kalo ada balita tidak mau disuntik itu karena kalo habis disuntik, anak jadi panas tapi kan sudah dikasih obat tapi itu kan jadi anak rewel jadi itu yang kadang jadi membuat ndak mau disuntik lagi. Tapi sekarang sudah dijelaskan dan kalo ndak mau disuntik, anak jadi sakit ya ditanggung sendiri."

F : Kalo ibu hamil gimana ya pak? Apa di sini setiap ibu hamil pasti di data? Dan diperiksa? Atau di sini masih ada ibu hamil yang melahirkan ke dukun?

Bapak Damhuri :

"kalo dukun bayi, sampe sekarang ya masih ada, sekarang kalo di sini dukun bayi yg jelas sekarang tidak dipake, Cuma dukun untuk pijet, waktu melahirkan dan periksa ya tetap ke bu bidan, tapi kalo pijat ke dukun, mandiin bayi".

Bapak Nasiri :

"Sekarang masyarakat sudah melahirkan ke bu bidan, karena masyarakat sudah mulai tahu kalo melahirkan di dukun kan tidak ada obatnya, jadi sakit semua kan kalo melahirkan itu tidak langsung, mesti ada pembukaan satu, trus pembukaan dua, nah itu kalo bu bidan sudah tahu itu sampe melahirkan trus dikasih obat supaya tidak sakit, tapi kalo di dukun itu orang-orang sudah mengerti, kalo habis melahirkan di dukun sakit semua, katanya juga ndak ada obatnya.

Kalo ada ibu hamil pasti di data , apalagi kalo ibu hamil yang ndak datang ke Posyandu pasti ketahuan, soalnya kan kader yang nyatat dan di tulis di bukunya juga bu bidan kan diperiksa juga punya buku. Jadi ya ingat dan tahu kalo siapa saja yang ndak datang ke Posyandu."

F : jadi setiap ibu hamil di sini sudah di data dan diperiksa ya, gimana dengan KB? Apakah masih ada yang tidak mau ikut KB di sini?

Bapak Bakri :

"Kalo dulu masih banyak yang tidak mau ikut KB, tapi karna sekarang masyarakat sudah pada ngerti juga bu bidan sudah sering kalo ngasih penjelasan karna kalo sekarang banyak anak itu jadi tidak kuat cari ikan. Malah sekarang sudah banyak ikut KB yang selama 5 bulan itu".

Bu bidan :

"Kalo yang disuntik itu jangkanya 5 bulan biasanya itu jenisnya susuk atau KB implant. Di sini sudah banyak yang mau KB implant itu."

F : Selama jadi kepala dusun (pak Apel), bagaimana perasaan bapak? Senang atau mungkin ada perasaan lainnya pak?

Bapak Mujari :

Ya Senang jadi apel, karena banyak teman, jadi bisa nambah pengalaman.

Bapak Nasiri :

Kalo sudah masyarakat yang mau, tidak boleh menolak, karena kita sudah dianggap orang yang dipercaya jadi ya harus mau, karena apel itu juga dianggap tokoh masyarakat.

F : Apakah ada hambatan atau masalah yang menjadi kendala dalam pelaksanaan Posyandu di wilayah bapak ini?

Bapak Nasiri :

Posyandu itu sekarang hanya kegiatan kesehatan aja, tidak ada kegiatan lain2, kalo dulu kadang2 ada penyuluhan KB. Jadi Kendala di Posyandu itu biasanya kalo habis disuntik anaknya panas, masyarakat marah. Jadi kialo Posyandu selesai, ada anak panas, biasanya diberi obat penurun panas . itu udah gak jadi masalah, yang sampe sekarang itu ya peralatan di Posyandu yang belum ada yaitu tidak ada meja kursi, sekarang masih penjam punya warga. Itu aja. Masalah ini hampir sama di setiap Posyandu, yang kurang peralatannya meja kursi jadi kader suka nyatatnya sambil duduk di bawah karena ndak ada meja, Cuma pake bangku.

F : Bagaimana peran bapak sebagai kepala dusun dalam pelaksanaan Posyandu?

Bapak Nasiri :

Ya kalo ada Posyandu itu, mengabari masyarakat lewat halo2(speaker), terus kalo setelah selesai kegiatan, saya tanya ke kader, sudah dapat berapa?, tanya bu bidan

juga, siapa yg tidak datang, jadi kita semua tahu, kan kader sama bu bidan punya catatannya.

F : Kalo balita yang datang di Posyandu itu, dapat makanan atau kue?trus siapa yang memberimakanan tersebut? apa masyarakat ada iuran seperti jimpitan begitu?

Bapak Nasiri :

Ada makanan atau kue, biasanya Balita yang datang diberi roti atau kue, telur puyuh dari bu bidan (Dana PMT dapai dari Dinkes yang diambil dari BOK dan DAU besarnya 50 ribu). Jadi tidak ada jimpitan dari masayrakat.

F : Bagaimana cara bapak membina kader yang ada di Posyandu bapak?

Bapak Nasiri :

Kalo disini hampir semua, yang jadi Kader iru adalah saudara sendiri, masih keluarga dari saya atau pak dusunnya sendiri . jadi kalo ada kader yang males, biasanya ya saya sebagai apel nya yg menggerakkan kader itu sendiri.

F : Biasanya kalo ada kegiatan Posyandu, apa saran atau nasehat bapak sebagai kepala dusun untuk warga bapak?

Bapak nasiri :

Ya itu tadi, saya selalu bilang ke mereka yang jika tidak datang ke Posyandu : kalo tidak mau datang ke posyandu, nanti kalo ada masalah, jangan menyalahkan pak apel dan bu bidan karena salah sendiri.

F : Bagaimana cara bapak sebagai kepala dusun, supaya warga bapak mau datang ke Posyandu ?

Bapak Mujari, Bapak Bakri :

Ya kita sudah tau kan ada kegiatan Posyandu, jadi kita memberi pengumuman pake Speker untuk woro-woro memanggil masyarakat. Kan setiap Posyandu sudah ada tanggal tetap ada di Posyandu., jadwalnya sudah ada , tiap apel dan bidan yg sudah tahu. Makanya Apel harus halo? untuk memberitahu supaya masyarakat datang ke Posyandu. Biasanya kalo bu bidan atau apel tidak bisa datang karena ada keperluan, maka jadwal Posyandunya di undur.

Nah yang jadi masalah itu, Kalo listrik padam, kan jadinya tidak bisa di halo2, maka saya Berangkat i ke kampung2 untuk memberi tahu jadwal Posyandu ke masyarakat.

F : Apakah di sini atau di dusun bapak, masih ada gak balita ya ng kurus? Atau yang biasanya disebut gizi buruk? Trus apakah bapak tahu nih kalo ada balita di sini yang sering sakit2an?

Bapak Mujari :

Kalo dulu memang pernah ada, tapi dulu itu, sekarang sudah gak ada di dusun saya.

Bapak Ridwan :

Dulu anak saya sendiri ja kurus kayak balita gizi buruk, tapi sekarang jangan sampe cucu saya kurus, kan kalo sakit saya suruh berobat ke bu bidan

Bapak Nasiri :

Begini ya bu, kalo sekarang ini, setiap ada warga yang sakit, pasti yang pertama dikabari warga ya pak apelnya baru saya yang lapor ke bu bidan

Bapak Ismail :

Iya itu, sampe rumah saya pintunya rusak, karna sering digedorin sama warga tengah malam, kalo ada yang sakit.Jadi kalo ada warga yang sakit, saya selalu ngehubungi bu bidan terus berangkat ke rumah warga yang sakit. Atau biasanya saya bawa yang sakit ke rumah bu bidan.

Bapak Nasiri :

Jadi itu sudah jadi tugas saya, jadi apel, karena apel itu kan sudah dianggap jadi tokoh masyarakat, jadi dibiloang enteng ya tidak enteng, berat tanggungjawab jadi apel itu juga.

F : kalo dengan bapak kepala desa (PLH/PJ pak Klebun) selama ini juga apa ikut serta jika ada kegiatan di Posyandu atau setiap ada warganya yang sakit?

Ya itu kita selalu saling berhubungan kalo sudah lapor ke bu bidan ya sama pak klebun juga pasti tahu, kan kita sama2 pergi ke warganya yang sakit itu. Jadi kita selalu laporan ke pak klebun karena kita sering ada pertemuan dengan pak klebun.

F : bagaimana dengan warga yang dari kampung laen atau pendatang, bagaimana kalau ibu hamil itu mau periksakan kehamilannya atau melahirkan di kampungnya? Apa banyak yang seperti ini?

Bapak Nasiri : ya memang ada warga yang seperti itu, di sini banyak pendatang apalagi pada bulan2 mulud itu banyak yang datang, tapi kalo ada yang mau pulang ke kampungnya, kan disini sudah disuntik, jadi kalo pulang ke kampungnya kan tidak boleh disuntik lagi, makanya supaya jangan pe disuntik lagi misalnya kalo lagi pulang ke Surabaya. Sekarang kan sudah sistim HP, jadi bisa ketahuan, kan apel bisa tanya sudah berapa kali diimunisasi, supaya Lapornya bisa disampaikan bu bidan. Juga biasanya Pak apel selalu hafal dengan masyarakatnya.

Dinkes : kan sebentar akan diadakan operasi timbang di semua Posyandu dalam waktu yang bersamaan, jadi kalau bisa mulai sekarang sudah diinformasikan ke masing2 warganya, agar pada saat penimbangan tersebut ada dan bisa ditimbang semua balitanya termasuk yang pulang ke kampungnya ya pak?

Bapak Aryanto :

baik pak, jika sudah ada rencana seperti itu, kami juga akan mempersiapkan semuanya, nanti saya akan adakan pertemuan dengan para apel untuk membicarakan rencana tersebut. Mohon sebelum hari pelaksanaan kegiatan tersebut, kami diberitahu saja supaya dapat berkoordinasi dengan pak apel dan kader2 lainnya agar warga yang ada di sby segera dihubui, agar bs ditimban.

Bapak Nasiri :

Siap pak, nanti saya juga membantu, kan sekarang sudah ada HP jadi bisa, dihubungi kalo sudah ada kegiatan penimbangan tersebut.

F : apa harapan atau saran dari bapak2 ini agar pelaksanaan Posyandu di masing2 wilayah bapak dapat lebih dilaksanakan dengan baik?

Bapak Aryanto : Minta dukungan terutama untuk sarana seperti speaker, dan meja kursi bila perlu dikasih lambang kesehatan untuk inventaris desa.

Dinkes : untuk kelengkapan Posyandu, dinkes ada kerjasama dg Bapemas, Insyallah dg kerjasama yang semakin lancar diharapkan kedepannya untuk kelengkapan sarana prasarana Posyandu akan lebih baik. Untuk kegiatan operasi timbang dilakukan dengan cara Penimbangan serentak yang direncanakan pada bln oktober, yang akan diumumkan melalui bu bidan dan bu dokter di masing2 Puskesmas. Mohon bantuan dan kerjasama dari semua bapak2 untuk ikut aktif berpartisipasi dg menyiapkan warga /masyarakatnya terutama yang ada di luar agar dapat di data dan ditimbang semuanya.

Tabel 2. Matriks Instrumen Penelitian P-DBK

No	TEMA	VARIABEL	PARAMETER		INSTRUMEN	
			INDIKATOR KUNCI	INDIKATOR KERJA	KUANTITATIF	KUALITATATIF
A. WILAYAH LINGKARAN PERUBAHAN						
1	KEAHLIA N DAN KEMAM PUAN	BERPIKIR STRATEGIS (kode Kues C 1 s/d 12)	Kemampuan merumuskan masalah serta memadukan dengan kepentingan tugasnya, agar tercipta pelaksanaan yang realistik dan berkelanjutan, baik jangka pendek maupun jangka panjang	Bekerja dengan kurang berpikir logik dan, realistik	Kuesioner terstruktur dengan skala berjenjang. (Self Assessment) , Instrumen A	Wawancara mendalam, Validasi dan Probing, on demand. Instrumen A
				Bekerja dengan berpikir konkrit, praktis, berdasar rencana		
				Bekerja dengan Berpikir analitik, operasional dan jangka pendek		
				Bekerja dengan berpikir secara strategik/konseptual dengan rencana jangka panjang		
2	SIKAP DAN KEYAKIN AN	INTEGRITAS (Kode Kues G 1 s/d 12)	Melaksanakan Tugas didasari atas: kematangan emosional, persepsi yang realistik, dan memiliki prinsip kerja yang sesuai dengan norma organisasi	Bekerja dengan azas komitmen	Kuesioner terstruktur dengan skala berjenjang. (Self Assessment) , Instrumen	Wawancara mendalam, Validasi dan Probing, on demand. Instrumen A
				Bekerja sesuai aturan dan memerlukan		

				<p><i>pengawasan</i></p> <p><i>Bekerja mendahulukan kepentingan umum/organisasi</i></p> <p><i>Bekerja dengan menciptakan situasi kondusif untuk pencapaian tujuan</i></p>	A	
		ORIENTASI KUALITAS (Kode Kues F 1 s/d 12)	Kemampuan menciptakan gagasan dan cara baru untuk pemecahan masalah ditempat tugasnya, untuk mencapai hasil yang efektif dan efisien	<p><i>Bekerja dengan mengabaikan kualitas</i></p> <p><i>Bekerja sesuai dengan kualitas minimum</i></p> <p><i>Bekerja untuk menghasilkan kualitas yang diharapkan</i></p> <p><i>Bekerja untuk mencapai kualitas ekstra ordinary</i></p>	Kuesioner terstruktur dengan skala berjenjang. (Self Assessment) , Instrumen A	Wawancara mendalam, Validasi dan Probing, on demand. Instrumen A
3	KESADARAN DAN KEPEKAAAN	KEPEDULIAN (Kode Kues A 1 s/d 12)	Memahami Permasalahan dan faktor-faktor yang berkaitan dengan tugasnya, memahami lingkungan yang terlibat dengan tugasnya, bersedia meningkatkan kualitas kerja di	<p><i>Bekerja dengan kurang merasakan dan memahami situasi lingkungan</i></p> <p><i>Bekerja dengan memahami dan merasakan situasi lingkungan</i></p> <p><i>Bekerja dengan</i></p>	Kuesioner terstruktur dengan skala berjenjang. (Self Assessment) , Instrumen A	Wawancara mendalam, Validasi dan Probing, on demand. Instrumen A

			tempat tugasnya	memahami situasi lingkungan serta memberikan respon		
				Bekerja dengan Proaktif terhadap kebutuhan lingkungan		
		KOMUNIKASI (kode Kues B 1 s/d 12)	Kemampuan memberi dan menerima informasi, untuk mendapat gagasan yang lebih baik atau mendapat dukungan yang baik dalam pelaksanaan tugasnya	Bekerja dengan berkomunikasi yang kurang efektif	Kuesioner terstruktur dengan skala berjenjang. (Self Assessment), Instrumen A	Wawancara mendalam, Validasi dan Probing, on demand. Instrumen A
				Bekerja dengan berkomunikasi bersifat satu arah		
				Bekerja dengan berkomunikasi bersifat dua arah		
				Bekerja dengan berkomunikasi secara persuasif atau partisipatif		

B. WILAYAH SEGITIGA TINDAKAN

1	GAGASAN PENUNTAH	KEPEMIMPINAN (Kode Kues D 1 s/d 12)	Kemampuan menggerakkan orang dan memanfaatkan sumberdaya untuk bersama memecahkan masalah dalam melaksanakan tugas mencapai	Bekerja dengan memberikan instruksi teknis operasional	Kuesioner terstruktur dengan skala berjenjang. (Self Assessment), Instrumen A	Wawancara mendalam, Validasi dan Probing, on demand. Instrumen A
				Bekerja dengan menghimpun gagasan untuk mencapai target		
				Bekerja dengan		

			tujuan organisasi	<p><i>Menghimpun gagasan untuk memecahkan masalah</i></p> <p><i>Bekerja dengan menghimpun gagasan menghadapi masalah jangka panjang</i></p>		
2	<p><i>TEORI, METODE DAN ALAT (MELAKSANAKAN SIKLUS PEMECAHAN MASALAH</i></p>	<p><i>MELAKUKAN ANALISIS MASALAH</i></p>	<p>Melakukan identifikasi masalah</p> <p>Menganalisis akar penyebab masalah</p>	<p><i>Mengenal Jenis-jenis permasalahan</i></p> <p><i>Menelaah deteminan penyebab masalah</i></p> <p><i>Menelaah kelengkapan data penunjang identifikasi masalah</i></p> <p><i>Mengumpul data penunjang identifikasi masalah</i></p> <p><i>Mengolah dan menganalisis data penunjang penyebab masalah</i></p> <p><i>Menelaah dan menganalisis penyebab masalah</i></p> <p><i>Menentukan akar penyebab masalah</i></p> <p><i>melakukan studi pustaka/dokumen tentang akar</i></p>	<p><i>Kuesioner terstruktur dengan skala berjenjang. (Self Assessment), Instrumen B</i></p> <p><i>Kuesioner terstruktur dengan skala berjenjang. (Self Assessment), Instrumen B</i></p>	<p><i>Wawancara mendalam, Validasi dan Probing, on demand, Instrumen E</i></p> <p><i>Wawancara mendalam, Validasi dan Probing, on demand, Instrumen E</i></p>

		<i>penyebab masalah</i>			
<i>MELAKUKAN FORMULASI SOLUSI MASALAH</i>	Mengidentifikasi alternatif penyelesaian masalah	<i>Menelaah pendekatan yang relevan digunakan</i>	<i>Kuesioner terstruktur dengan skala berjenjang. (Self Assessme nt), Instrumen B</i>	<i>Wawancara mendalam, Validasi dan Probing, on demand, Instrumen E</i>	
		<i>Menganalisis alternatif solusi masalah</i>			
		<i>menyusun spesifikasi dan asumsi alternatif solusi masalah</i>			
	Menetapkan Solusi Masalah		<i>Menentukan kriteria alternatif solusi masalah</i>		
			<i>Menentukan solusi berdasar analisis hambatan</i>	<i>Kuesioner terstruktur dengan skala berjenjang. (Self Assessme nt), Instrumen B</i>	<i>Wawancara mendalam, Validasi dan Probing, on demand, Instrumen E</i>
			<i>Menentukan solusi berdasar ketenagaan</i>		
			<i>Menentukan solusi berdasar Sumber daya</i>		
	<i>Menentukan solusi berdasarkan dukungan mitra</i>				
<i>MELAKUKAN PROGRAM/KEGIATAN</i>	Melakukan Persiapan Pelaksanaan	<i>Menyusun rencana dan tujuan kerja yang realistik</i>	<i>Kuesioner terstruktur</i>	<i>Wawancara mendalam,</i>	

		Mengalokasikan anggaran yang dibutuhkan	dengan skala berjenjang.	Validasi dan Probing, on demand, Instrumen E
		Menganalisis sumber-sumber pembiayaan lainnya	(Self Assessme nt),	
		Melakukan analisis lingkungan strategis yang dibutuhkan	Instrumen B	
	Melaksanakan Program/Kegiatan	Sinkronisasi kebijakan dan penganggaran yang ada	Kuesioner terstruktur dengan skala berjenjang.	Wawancara mendalam, Validasi dan Probing, on demand, Instrumen E
		Memproses pengambilan keputusan operasional kegiatan	(Self Assessme nt),	
		Membentuk tim kerja yang solid dan sinergik	Instrumen B	
		Melaksanakan program/kegiatan secara terpadu		
MELAKUKAN PEMANTAUAN DAN EVALUASI PROGRAM/KEGIATAN	Melakukan pemantauan Program/Kegiatan	Menentukan metode dan indikator monitoring	Kuesioner terstruktur dengan skala berjenjang.	Wawancara mendalam, Validasi dan Probing, on demand, Instrumen E
		menyusun instrumen dan Rencana pelaksanaan monitoring	(Self Assessment) , Instrumen B	
		Melaksanakan dan menyimpulkan hasil monitoring		
		merumuskan saran		

				tindakan korektif		
			melakukan Evaluasi Program/kegiatan	Menentukan metode dan indikator evaluasi	Kuesioner terstruktur dengan skala berjenjang. (Self Assessment) , Instrumen B	Wawancara mendalam, Validasi dan Probing, on demand, Instrumen E
			menyusun instrumen dan Rencana pelaksanaan Evaluasi			
			Menentukan dan merumuskan pencapaian tujuan			
			Merumuskan rekomendasi terhadap rencana selanjutnya			
3	INOVASI	KREATIVITAS (Kode Kues E 1 s/d 12)	Kemampuan menciptakan gagasan untuk pemecahan masalah di bidang tugasnya, mulai dari perencanaan sampai pencapaian hasil yang efektif dan efisien	Bekerja dengan berpikir imitatif/hanya mencontoh	Kuesioner terstruktur dengan skala berjenjang. (Self Assessment) , Instrumen A	Wawancara mendalam, Validasi dan Probing, on demand. Instrumen A
				Bekerja dengan berpikir rutin		
				Bekerja dengan berpikir efektif-efisien		
				Bekerja dengan berpikir mencari peluang dan gagasan baru		