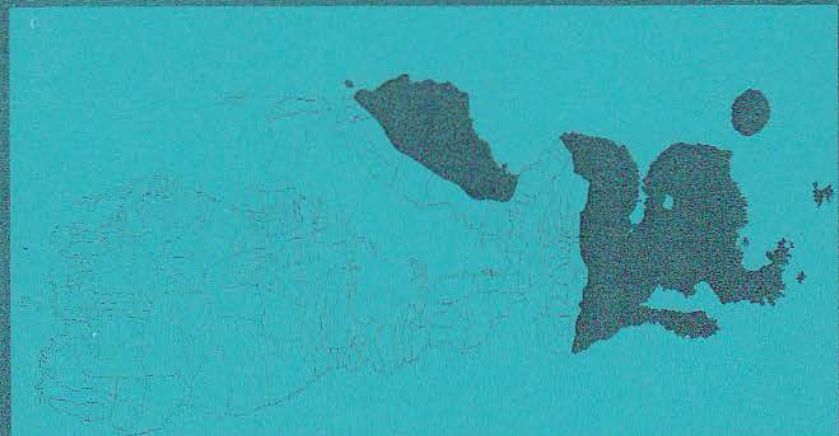
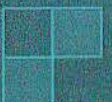


**PENGAMATAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN  
KABUPATEN BIMA  
PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT**



Oleh:  
**OKTARINA  
FAJAR SAKTI PRASETYAWAN**

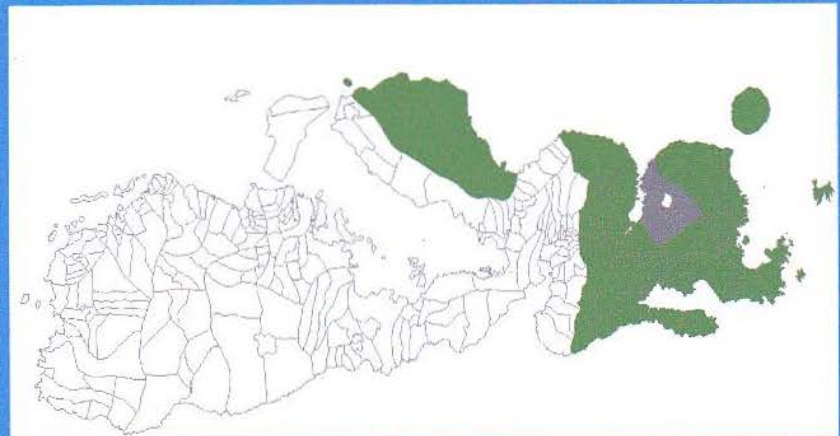
**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI**



2012

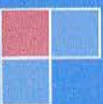
LAPORAN AKHIR

**PENGAMATAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN  
KABUPATEN BIMA  
PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT**



Oleh:  
**OKTARINA  
FAJAR SAKTI PRASETYAWAN**

**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI**





## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji syukur yang mendalam kepada Allah Tuhan Yang Maha Esa sehingga laporan penelitian yang berjudul, "Kemitraan Pemerintah Desa Dengan Tenaga Kesehatan Berbasis GI-KIA dalam Rangka Meningkatkan IPKM di Kabupaten Bima telah dapat di selesaikan tepat waktu.

. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Bidang Kesehatan tahun 2009-2014 disebutkan bahwa sasaran pembangunan kesehatan tahun 2010-2014, meliputi 8 prioritas, yaitu 1) meningkatkannya status kesehatan dan gizi masyarakat, 2) menurunnya angka kesakitan akibat penyakit menular, 3) menurunnya disparitas status kesehatan dan status gizi antar wilayah dan antar tingkat social ekonomi serta gender, 4) meningkatnya penyediaan anggaran public untuk kesehatan, 5) meningkatnya Perilaku hidup bersih dan sehat, 6) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan strategis di daerah DTPK, 7) pengendalian penyakit tidak menular di seluruh provinsi, serta 8) pelaksanaan standar pelayanan minimal (SPM) diseluruh kabupaten/kota.

Pelaksanaan penelitian hingga sampai pada penyusunan laporan akhir, kami sadari banyak pihak yang sudah turut membantu, oleh karena itu secara khusus kami sampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Kepala Badan Litbangkes Kemenkes RI
2. Ketua Komisi Ilmiah Badan Litbangkes Kemenkes RI
3. Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
4. Seluruh narasumber/reviewer Riskesnas 2012 yaitu Prof. Dr. Triono Sundoro, Prof. Pur ,DR. Deddy, DR. Abas Basuni J, DR. drh. Didik Budijanto M.Kes, DR. dr.Sandi Ilyanto MPH , DR. Husni serta yang lainnya, yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu.
5. Sekretariat manajemen data Sekretariat PDBK Badan Penelitian dan Pengembangan Kementrian Kesehatan RI.
6. Sekretariat PDBK Badan Litbang Kemenkes RI, yang telah mengurus administrasi, pembiayaan dan penyampaian informasi yang kami perlukan.
7. Teman-teman di lingkungan institusi kami, atas segala perhatian dan koreksi demi kelancaran analisis ini dan teman-teman pembantu administrasi yang mengurus kelancaran administrasi keuangan.

Akhirnya kami tim peneliti yang terlibat dalam penelitian ini mohon maaf atas segala keterbatasan kami dalam menyusun laporan ini, aleh karena itu kami menerima masukan untuk perbaikan selanjutnya.

## RINGKASAN EKSEKUTIF

Judul : Kemitraan Pemerintah Desa Dengan Tenaga Kesehatan Berbasis GI-KIA dalam  
Rangka Meningkatkan IPKM di Kabupaten Bima  
Tim : Oktarina, Fajar Sakti, Heru Joko

### Latar Belakang

Kabupaten Bima adalah salah satu dari enam kabupaten/ kota di Provinsi NTB yang merupakan daerah bermasalah kesehatan (DBK). Peringkat Kabupaten Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat 284 dari 440 kab/kota di Indonesia atau peringkat ke 5 dari 9 kab/kota di Propinsi Nusa Tenggara Barat, Kabupaten Bima mempunyai penduduk miskin 25,12% (109.795) dari jumlah penduduk 439.182.

Dari data Profil tahun 2010, masih terdapat balita dengan gizi buruk yaitu 4 balita per desa dari 168 desa. Dari jumlah ibu hamil (12.363) yang tidak mendapat Fe1 adalah 1188, dan dari ibu hamil tersebut yang tidak tertangkap dalam k4 sejumlah 2356. Dari data ibu hamil masih terdapat (74,72) ibu bersalin yang tidak di tolong oleh tenaga kesehatan atau kemungkinan di tolong oleh dukun. Akan tetapi dari data yang ibu bersalin tersebut, bayi yang tercatat lahir hidup 8659, bayi yang mendapatkan imunisasi BCG sejumlah 10.547 bayi terdapat selisih kelebihan 1888. Untuk imunisasi HB1<7 hari sejumlah 10.615 bayi terdapat selisih kelebihan 1956. Maka perlu ditingkatkan kemitraan antara Pemerintah Desa dengan tenaga kesehatan untuk meningkatkan kunjungan di posyandu sehingga diharapkan akan dapat meningkatkan D/S, meningkatkan K1& K4, pemberian imunisasi dan penyuluhan

Dalam pelaksanaan kegiatan kemitraan lokal antara pemerintah Desa dan mitranya petugas kesehatan khususnya tentang kesehatan masyarakat masih sangat kurang. Untuk mempercepat penanggulangan DBK salah satunya dapat dilakukan melalui optimalisasi posyandu. Optimalisasi posyandu dapat terlaksana apabila kemitraan lokal antara pemerintah Desa dan mitranya petugas kesehatan terjalin dengan baik. Karena Posyandu bukan hanya milik puskesmas tetapi merupakan kegiatan dari, oleh dan untuk masyarakat. Untuk itu peneliti sebagai pendamping dan pengamat telah melakukan pendampingan serta menstimulir agar kemitraan dapat bergerak/berjalan aktif. Dalam pendampingan telah dilakukan perencanaan program intervensi secara terpadu dengan menggunakan perencanaan terpadu (SP2KT) untuk melahirkan program kesehatan terpadu di tingkat kabupaten dan terwujudnya dokumen perencanaan terpadu.

### Tujuan

Tujuan Umum : Melakukan analisis kemitraan pemerintah desa/ BPD dengan tenaga kesehatan berbasis GI-KIA dalam upaya meningkatkan IPKM di Kabupaten Bima.

#### Tujuan khusus:

- 1) Mengidentifikasi perubahan pada individu Kemitraan Pemerintah Desa/BPD dengan Tenaga Kesehatan bidang gizi dan KIA dapat meningkatkan IPKM di kabupaten Bima
- 2) Mengidentifikasi perubahan team work Kemitraan Pemerintah Desa/BPD dengan Tenaga Kesehatan bidang gizi dan KIA dalam program posyandu di Kabupaten Bima
- 3) Mengidentifikasi perubahan pada individu dan team work Kemitraan Pemerintah Desa/BPD dengan Tenaga Kesehatan di wilayah Kabupaten Bima menimbulkan perubahan pada dinas kesehatan
- 4) Mengidentifikasi perubahan pada dinas kesehatan dapat mempengaruhi perubahan pada stakeholders kesehatan di Kabupaten Bima

- 5) Mengidentifikasi perubahan pada berbagai institusi di wilayah Kabupaten Bima dapat mempengaruhi perubahan pada kebijakan, program dan kegiatan yang relevan untuk perbaikan kondisi kesehatan
- 6) Mengidentifikasi perubahan pada tingkat Kabupaten Bima dapat mempengaruhi perubahan pada tingkat lapangan (puskesmas, desa, dan masyarakat)
- 7) Mengidentifikasi semua perubahan itu berdampak pada perbaikan kondisi kesehatan dapat mempengaruhi perubahan pada status kesehatan Kabupaten Bima (SPM, IPKM dan MDG's)

Hasil analisis menunjukkan Kabupaten Bima termasuk dalam KATEGORI 4 yaitu : Usai kalakarya, kemudian tidak melaksanakan komitmennya melakukan sweeping dan booster kalakarya. Ada waktu '*expect delay*' (jeda) yang panjang. Jumlah balita (S- Proyeksi) pada tahun 2011 hingga 2012 adalah 84.115 jiwa. Penentuan sasaran proyeksi ini diambil dari data Sensus Penduduk tahun 2011. Jumlah balita yang datang (riil) untuk dilakukan penimbangan bulan Januari sampai dengan bulan Oktober tahun 2011 dan jumlah balita yang datang ditimbang pada bulan Januari sampai dengan oktober tahun 2012 Hasilnya ada peningkatan yang sangat tajam dimana pada bulan Agustus tahun 2011 67,97 dan pada tahun 2012 bulan Agustus menjadi 70,23. Dari pegerakan capaian D/S dapat dilihat bahwa pergerakan D/S pada bulan Januari tapi terjadi penurunan pada bulan Februari lalu mulai terjadi peningkatan lagi bulan Maret dan April tapi pada bulan Mei hingga Agustus tahun 2012 terjadi penurunan yang sangat tajam. Bulan September 2012 terjadi peningkatan yaitu 59 % yang selanjutnya terjadi penurunan pada bulan Oktober dan November tahun 2012. Hasil pekan penimbangan yang di mulai dari bulan Januari 2012 yaitu setelah dilakukan Kalakarya, ditemukan balita dibawah garis merah yang terbanyak pada bulan Maret tahun 2012 sejumlah 2.644 balita dan mulai terjadi penurunan pada bulan April yaitu 1926 lalu ada penurunan terus mulai bulan Juni 2012 sebesar 1624 sampai September 2012 hingga 1559 yang BGM. Pelayanan persalinan ibu hamil oleh tenaga kesehatan di kabupaten Bima terjadi penurunan pada Juli 2012 sebesar 90,74 pada bulan Agustus terjadi penurunan mencapai 82,45 dan bulan September sebesar yaitu 84,24%. Pada bulan tersebut telah dilakukan sweeping yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bima. Akan tetapi pada bulan September tahun 2012 K1 dan K4 mengalami peningkatan yang drastis yaitu K1 107, 89 dan K4 104, 84. Dari hasil pengamatan kepada ibu hamil yang sedang berkunjung ke posyandu menyatakan bahwa setelah usia kandungan mencapai 8 bulan, ibu akan melahirkan di kampung halamannya, hal itu banyak dilakukan oleh ibu-ibu yang sedang hamil, sehingga capaian K4 rendah begitu pula persalinan oleh Nakes. Sedang data K1, K4 dan Linakes untuk bulan Oktober, November dan Desember 2012 tidak ada datanya. Sedang K1 yang rendah karena banyak keluarga tidak mengetahui secara dini kehamilannya, pada gambar berikut sebagai ilustrasi jumlah ibu hamil yang masih memanfaatkan dukun di kabupaten Bima.

Pada kues A saat kalakarya (2011) semua nilai yang membangun perubahan individu sebagian berada di atas nilai 50%, yaitu kepedulian, kepemimpinan, dan berfikir strategis sedang sebagian berada dibawah 50% atau rata-rata di bawah 50% yaitu pada tingkat orientasi kualitas, kreativitas dan integritas, dan komunikasi mempunyai nilai yang sangat tinggi yaitu diatas 100%, Namun demikian pada tingkat kepemimpinan sangat menonjol yaitu mendekati 60%. Pada saat Kalakarya peserta yang datang terbagi menjadi dua, yaitu sebagian tenaga kesehatan dan sebagian adalah masyarakat.

Pada kues B individu di wilayah tindakan mempunyai pola adanya penurunan dalam menganalisa masalah pada pengamatan 2, tetapi pada memformulasikan solusi masalah serta pelaksanaan ada peningkatan dan pada evaluasi suatu masalah ada penurunan. Pada saat Kalakarya peserta sudah mempunyai suatu pemikiran atau asumsi bahwa

permasalahan kesehatan di Kabupaten Bima telah terjadi dan memperkirakan bagaimana mengambil solusi atau memformulasikan suatu masalah tersebut. Setelah Kalakarya atau RTL yang mana telah diketahui permasalahan tersebut maka terdapat penurunan dalam melakukan analisa masalah, akan tetapi tindakan dalam memformulasikan masalah dan memonitoring suatu permasalahan ada peningkatan.

Kuesioner C yaitu perubahan kerja tim, terlihat bahwa perubahan terjadi pada fase pengamatan tahap pertama. Pada saat Kalakarya terjadi adanya suatu perubahan dalam tim, dengan kata lain saat kalakarya belum terbentuk adanya tim dalam pencapaian indikator mutlak. Setelah tahap pengamatan pertama dimana timbul kesadaran-kesadaran dari tenaga kesehatan dan non kesehatan bahwa tim kerja selama ini perlu adanya suatu perubahan. Sehingga setelah kalakarya atau pada tahap pertama pengamatan terlihat adanya perubahan/ peningkatan yang terjadi pada fase forming tahap pengamatan 1 dan ada penurunan ada tahap pengamatan 2. Pada fase norming ada peningkatan dari kalakarya ke pengamatan 1 dan pengamatan 2. Pada fase storming terjadi penurunan sedang pada fase performing ada peningkatan pada saat pengamatan 1 dan terjadi penurunan kembali pada pengamatan 2 hal ini menunjukkan bahwa setelah kalakarya mulai terbentuknya tim yang melaksanakan program program yang terkait dalam peningkatan indikator mutlak dalam IPKM.

budaya organisasi yang terciptakan sangat positif atau tinggi dalam upaya peningkatan IPKM, namun demikian terdapat penurunan konsistensi dalam periode pengamatan kedua. Sedang pada aspek misi tidak mengalami perubahan baik pada saat kalakarya maupun pengamatan. Dengan tidak adanya perubahan misi organisasi seharusnya tidak adanya perubahan dalam pelaksanaan atau konsisten dalam mencapai tujuan. Penurunan konsistensi sebesar 22% dalam teori organisasi merupakan penurunan yang sangat besar, dan dimungkinkan adanya tingkat kejenuhan dalam organisasi, sehingga diperlukan motivasi untuk meningkatkannya

**Kesimpulan :** Kalakarya PDBK tidak terjadinya perubahan dalam individu, tim, institusi Dinkes Kesehatan dan lintas sektor. Terbukti dalam pelaksanaan kesepakatan bersama kalakarya PDBK adanya Pekan Penimbangan yang melibatkan semua jajaran kesehatan dan lintas sektor tetapi hasilnya tidak dilaporkan. Implementasi dari kebijakan adanya pembentukan Tim Bimbingan Wilayah dari Dinas Kesehatan. Penangan giburkur dengan melaksanakan Kelas Gizi di semua Puskesmas untuk menurunkan angka prevalensi Giburkur 6,59% pada tahun 2010 menjadi 5,84% pada tahun 2011. Sementara indikator Linakes, KNI, K4 dan Bufas cenderung tidak ada peningkatan. Indikator-indikator tersebut bisa menjadi prediksi untuk hasil dari Riskesdas 2013 yang akan segera dilaksanakan.

**Saran** Pergerakkan di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten Bima 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 mendorong IPKM

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Bidang Kesehatan tahun 2009-2014 disebutkan bahwa sasaran pembangunan kesehatan tahun 2010-2014, meliputi 8 prioritas, yaitu 1) meningkatkannya status kesehatan dan gizi masyarakat, 2) menurunnya angka kesakitan akibat penyakit menular, 3) menurunnya disparitas status kesehatan dan status gizi antar wilayah dan antar tingkat social ekonomi serta gender, 4) meningkatnya penyediaan anggaran public untuk kesehatan, 5) meningkatnya Perilaku hidup bersih dan sehat, 6) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan strategis di daerah DTPK, 7) pengendalian penyakit tidak menular di seluruh provinsi, serta 8) pelaksanaan standar pelayanan minimal (SPM) diseluruh kabupaten/kota.

**Metode:** Penelitian ini bersifat *kualitatif-eksplorasi*. Penelitian lebih banyak menggali informasi tentang pemahaman pengertian, kondisi pelayanan kesehatan seperti puskesmas, posyandu, poskesdes, permasalahan yang dirasakan dan harapan ke depan sebagai solusi permasalahan.

**Desain penelitian:** Observational partisipatif. Subyek penelitian dipilih dengan maximum variation yang bertujuan untuk mendapatkan beragam variasi tertentu yang memiliki informasi tentang fenomena tertentu yang diteliti dan memungkinkan untuk mendapatkan pola umum yang epnting di antara variasi (Murti,2006). Penelitian di laksanakan di Kabupaten Bima Propinsi Nusa Tenggara Barat. Waktu penelitian 6 bulan

**Hasil :** Kabupaten Bima termasuk dalam KATEGORI 4 yaitu : Usai kalakarya, kemudian tidak melaksanakan komitmennya melakukan sweeping dan booster kalakarya. Ada waktu 'expect delay' (jeda) yang panjang

**Kesimpulan :** Kalakarya PDBK tidak terjadinya perubahan dalam individu, tim, institusi Dinkes Kesehatan dan lintas sektor. Terbukti dalam pelaksanaan kesepakatan brsama kalakarya PDBK adanya Pekan Penimbangan yang melibatkan semua jajaran kesehatan dan lintas sektor tetapi hasilnya tidak dilaporkan. Implementasi dari kebijakan adanya pembentukan Tim Bimbingan Wilayah dari Dinas Kesehatan. Penangan giburkur dengan melaksanakan Kelas Gizi di semua Puskesmas untuk menurunkan angka prevalensi Giburkur 6,59% pada tahun 2010 menjadi 5,84% pada tahun 2011. Sementara indikator Linakes, KN1, K4 dan Bufas cenderung tidak ada peningkatan. Indikator-indikator tersebut bisa menjadi prediksi untuk hasil dari Riskesdas 2013 yang akan segera dilaksanakan.

**Saran** Pergerakkan di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten Bima 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

## DAFTAR ISI

	Hal
LEMBAR JUDUL .....	i
SUSUNAN TIM .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
RINGKASAN EKSEKUTIF .....	iv
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xii
BAB I PENDAHULUAN .....	13
1.1. Latar Belakang .....	13
1.2. Identifikasi Masalah .....	15
1.2. Pertanyaan Penelitian .....	17
BAB II TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN .....	18
2.1. TUJUAN PENELITIAN .....	18
2.1.1. Tujuan Umum .....	18
2.1.2. Tujuan Khusus .....	18
2.2. MANFAAT PENELITIAN .....	18
BAB III METODA PENELITIAN.....	20
3.1. Kerangka Konsep .....	20
3.2. Variabel dan Definisi Operasional.....	21
3.3. Tempat dan Waktu Penelitian .....	22
3.4. Desain Penelitian ( <i>Research design</i> ) .....	22
3.5. Populasi Dan Sampel .....	23
3.6. Instrumen dan Cara Pengambilan Sampel .....	23
3.7. Bahan dan Prosedur Kerja.....	24
3.8. Manajemen dan analisis data .....	24
BAB IV HASIL dan PEMBAHASAN .....	25

	4.1 Gambaran Daerah Penelitian .....	25
	4.1.1 Kabupaten Bima .....	25
	4.2. Hasil Kalakarya di Kabupaten Bima Tahun 2011 .....	26
	4.3. Pencapaian Indikator Mutlak .....	30
	4.4 Upaya Pelayanan Kesehatan .....	34
	4.5 Pendampingan PDBK .....	37
	4.6. Analisis Kuesioner PSDK .....	38
BAB	V Kesimpulan dan Saran .....	50
	5.1. Kesimpulan ..	50
	5.2.Saran .....	51
BAB	VI UCAPAN TERIMA KASIH .....	52
BAB	VII DAFTAR KEPUSTAKAAN .....	53
	Lampiran .....	54

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 1</b>	Matriks Fenomena Emergence Gizi .....	46
<b>Tabel 2</b>	Dialog Kalakarya Kabupaten Bima .....	48

## DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 1	Kemitraan Pemerintah Desa Dengan Tenaga Kesehatan Berbasis GI- KIA dalam Rangka Meningkatkan IPKM di Kabupaten Bima ..... 20
Gambar 2	Peta Wilayah Daerah Terpencil Kabupaten Bima ..... 26
Gambar 3	Kategori 4 ..... 29
Gambar 4	Prevalensi Balita yang di timbang tahun 2011 dan 2012 ..... 31
Gambar 5	Jumlah Balita Ditimbang Tahun 2012 ..... 32
Gambar 6	Pergerakan cakupan D/S Tahun 2011 – 2012 ... ..... 33
Gambar 7	Balita Dibawah Garis Merah dan Gizi Buruk Tahun 2012 ..... 34
Gambar 8	Indikator Upaya Kesehatan Tahun 2011-2012 ..... 35
Gambar 9	Persalinan melalui Non Nakes ..... 37
Gambar 10	Individu Wilayah Perubahan ..... 39
Gambar 11	Individu Wilayah Tindakan ..... 42
Gambar 12	Perubahan Kerja Tim ..... 43
Gambar 13	Perubahan Budaya Organisasi ..... 45

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1.Latar Belakang**

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Bidang Kesehatan tahun 2009-2014 disebutkan bahwa sasaran pembangunan kesehatan tahun 2010-2014, meliputi 8 prioritas, yaitu 1) meningkatkannya status kesehatan dan gizi masyarakat, 2) menurunnya angka kesakitan akibat penyakit menular, 3) menurunnya disparitas status kesehatan dan status gizi antar wilayah dan antar tingkat social ekonomi serta gender, 4) meningkatnya penyediaan anggaran public untuk kesehatan, 5) meningkatnya Perilaku hidup bersih dan sehat, 6) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan strategis di daerah DTPK, 7) pengendalian penyakit tidak menular di seluruh provinsi, serta 8) pelaksanaan standar pelayanan minimal (SPM) diseluruh kabupaten/kota.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk mencapai sasaran tersebut, baik lintas program dan lintas sektoral. Upaya yang dilaksanakan di setiap Kabupaten/Kota bervariasi tergantung dari kemampuan ketenagaan serta ketersediaan sarana dan prasarana yang ada. Hal ini terlihat dari data Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) hasil Riskesdas 2007, dimana pencapaian tingkat derajat kesehatan masyarakat bervariasi antar Kabupaten/Kota.

Salah satu Kabupaten Bima termasuk kategori Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) dengan ranking Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) rerata 0,467318 berada pada posisi ranking Nasional 284 dari hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007. Kabupaten Bima adalah salah satu Kabupaten di Propinsi Nusa Tenggara Barat, dengan ibukotanya adalah Bima. Kabupaten Bima secara geografis terletak antara 117,40° - 119,22° BT dan 7,3° - 9° LS dengan batas-batas wilayah Sebelah Timur dengan Selat Sape, Sebelah Barat dengan Kabupaten Dompu, Sebelah Utara dengan Laut Flores, Sebelah Selatan dengan Samudera Indonesia.

Luas Wilayah Kabupaten Bima adalah 4.374,65 km<sup>2</sup> dimana secara administratif terbagi atas 18 (delapan belas) kecamatan yang meliputi 168 Desa. Berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2010, jumlah penduduk Kabupaten Bima sebesar 439.182 orang, yang terdiri dari 218.715 laki-laki dan 220.467 perempuan.

Jarak dari Ibu Kota Provinsi (Mataram) adalah  $\pm$  250 km, yang bisa ditempuh melalui jalur darat maupun udara, jika melalui udara dengan jarak tempuh 40 menit dari Kota Mataram dan jika ditempuh melalui jalur darat, maka harus melalui penyeberangan/laut ke Bima dengan waktu tempuh  $\pm$  10 jam. Sampai saat ini peran Pemerintah Desa pada kegiatan di posyandu masih diperlukan untuk mengurangi berbagai masalah di dalam Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) seperti gizi buruk balita, akses Antenatal Care bagi ibu hamil dan masalah lainnya. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 telah diganti dengan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, yang mengatur juga tentang desa. Desa adalah kesatuan masyarakat hukum yang memiliki batas-batas wilayah yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat termasuk kesehatan masyarakatnya, berdasarkan asal usul dan adat istiadat setempat yang diakui dan dihormati dalam sistem Pemerintahan Negara Kesatuan Indonesia.

Pemerintahan Desa dalam pemerintahan kabupaten/kota dibentuk Pemerintahan Desa dan Badan Permusyawaratan Desa (BPD). Pemerintah Desa terdiri atas Kepala Desa dan Perangkat Desa. Perangkat Desa terdiri dari Sekretaris Desa dan Perangkat Desa lainnya Berdasarkan Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 pada dasarnya susunan organisasi pemerintah desa terdiri dari kepala desa dan perangkat desa. Perangkat desa terdiri dari unsur staf, unsur pelaksana dan unsur wilayah. Unsur staf terdiri dari Sekretaris Desa dan Kepala-kepala Urusan, sedangkan unsur pelaksana terdiri dari Kepala-kepala Seksi dan unsur wilayah terdiri dari Kepala-kepala Dusun.

Teori Kemitraan Secara teoritis, Eisler dan Montuori (2001) membuat pernyataan yang menarik yang berbunyi bahwa “memulai dengan mengakui dan memahami kemitraan pada diri sendiri dan orang lain, dan menemukan alternatif yang kreatif bagi pemikiran dan perilaku dominator merupakan langkah pertama ke arah membangun sebuah organisasi kemitraan.” Di dalam sistem kemitraan, orientasi terhadap *power to* atau *actualisation power* dan *power with* mendorong ke arah sikap yang sangat berbeda, orang menyampaikan pertanyaan bagaimana kita dapat bekerja yang terbaik untuk memecahkan masalah secara bersama-sama? *Team work* (Kerja Tim) Kerja tim sangat dianjurkan, kerja tim mencerminkan pergeseran dari karyawan-karyawan yang diisolasi yang hanya dihubungkan dengan ban berjalan, ke tim kerja yang saling berhubungan yang berkerja pada tugas-tugas tertentu. Bekerja dalam tim memerlukan perhatian besar terhadap sifat dan kualitas hubungan maupun orientasi yang

berfokus pada tugas. Salah satu tujuan dan sasaran kemitraan daerah pedesaan, yaitu untuk mempromosikan kerja sama dan konsensus antara organisasi yang relevan dalam wilayah tersebut agar supaya mempromosikan pembangunan dan memperbaiki kualitas kehidupan khususnya kesehatan masyarakat setempat.

Selain itu, bahwa keunggulan-keunggulan kemitraan lokal terletak pada : (a) persiapan dari strategi setempat yang melihat seluruh kebutuhan bagi pembangunan pedesaan di wilayah tersebut, dan kebijakan-kebijakan yang tersedia untuk mencapai semua ini; (b) pertimbangan tentang cara pemberian pelayanan yang lebih efektif, termasuk kerja bersama di antara mitra, penggunaan bersama atas gedung-gedung atau sumberdaya lainnya, dan pendekatan terpadu terhadap pemberian informasi kepada orang-orang setempat; dan (c) penyediaan sebuah pusat untuk promosi tentang prakarsa masyarakat (community-led initiatives) (Bryden et al., 1998)

Dalam pelaksanaan kegiatan kemitraan lokal antara pemerintah Desa dan mitranya petugas kesehatan khususnya tentang kesehatan masyarakat masih sangat kurang. Untuk mempercepat penanggulangan DBK salah satunya dapat dilakukan melalui optimalisasi posyandu. Optimalisasi posyandu dapat terlaksana apabila kemitraan lokal antara pemerintah Desa dan mitranya petugas kesehatan terjalin dengan baik. Karena Posyandu bukan hanya milik puskesmas tetapi merupakan kegiatan dari, oleh dan untuk masyarakat. Untuk itu peneliti sebagai pendamping dan pengamat telah melakukan pendampingan serta menstimulir agar kemitraan dapat bergerak/berjalan aktif. Dalam pendampingan telah dilakukan perencanaan program intervensi secara terpadu dengan menggunakan perencanaan terpadu (SP2KT) untuk melahirkan program kesehatan terpadu di tingkat kabupaten dan terwujudnya dokumen perencanaan terpadu.

## **1.2. Identifikasi Masalah**

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (2007), menyatakan bahwa beberapa cakupan indikator yang merupakan bagian dari 24 indikator indeks pembangunan kesehatan masyarakat (IPKM) Kabupaten Bima belum mencapai target seperti 1) penimbangan balita (55,81%), 2) imunisasi lengkap (28,84%), 3) balita gizi buruk (33,20%), 4) balita gizi pendek (46,59%), 5) balita kurus (20,79%).

Dari hasil tidak lanjut kalakarya yang dibuat oleh dinas kesehatan kabupaten Bima, ternyata penyebabnya adalah surveilan gizi yang tidak berjalan, sistem 5 meja tidak berjalan

dan jadwal posyandu tidak tetap. Sedangkan untuk ibu bersalin yang tidak di tolong oleh tenaga kesehatan masih terdapat 74,72 atau kemungkinan di tolong oleh dukun. Peningkatan cakupan indikator no 1 dan 2 dapat secara langsung dilakukan melalui posyandu. Jika kegiatan posyandu berjalan dengan baik maka permasalahan pada indikator no 3 sampai dengan no 5 dapat diketahui sejak dini sehingga intervensinya lebih mudah.

Berdasarkan data profil Kabupaten Bima tahun 2010, masih di ketemukan adanya balita dengan gizi buruk yaitu 4 balita perdesa atau 601 dari 168 desa. Dari jumlah ibu hamil 12.363 yang tidak mendapatkan FeI adalah 1188, dan dari ibu hamil tersebut yang tidak tertangkap dalam k4 sejumlah 2356. Dari data ibu hamil masih terdapat 74,72 ibu bersalin yang tidak di tolong oleh tenaga kesehatan atau kemungkinan di tolong oleh dukun. Akan tetapi dari data yang ibu bersalin tersebut, bayi yang tercatat lahir hidup 8659, bayi yang mendapatkan imunisasi BCG sejumlah 10.547 bayi terdapat selisih 1888. Sedangkan imunisasi HB1 < 7 hari se jumlah 10.615 bayi terdapat selisih 1956.

Permasalahan yang terjadi dilapangan selama ini menunjukkan kemitraan antar stakeholder mulai tingkat individu di kecamatan (Kepala puskesmas, Bidan Puskesmas dengan pak Camat, Tim penggerak PKK Kecamatan, Tokoh Agama dan Tokoh masyarakat di kecamatan) dan tingkat individu di Kelurahan/ Desa (Bidan desa dengan Kepala desa, Tim Penggerak PKK Kelurahan, Kader posyandu, Tokoh Masyarakat dan Tokoh agama) serta antar institusi yang ada di tingkat Kecamatan dan ditingkat Kelurahan/ desa masih belum maksimal. Kemitraan antar stakeholder disini dilihat dari keseteraannya, keterbukaan/ transparan, dan adanya saling percaya. Kegiatan posyandu yang berjalan selama ini hanya dilaksanakan oleh kader posyandu dan orang kesehatan atau tenaga kesehatan (bidan puskesmas, petugas gizi) yang ada di puskesmas. Kemitraan antara Pemerintah Desa dengan tenaga kesehatan perlu di tingkatkan terutama kunjungan ke posyandu sehingga diharapkan dapat meningkatkan D/S, meningkatkan KI & K4, pemberian imunisasi dan penyuluhan.

Oleh karenanya penelitian tentang Kemitraan Pemerintah Desa Dengan Tenaga Kesehatan Berbasis GI-KIA Dalam Rangka Meningkatkan IPKM di Kabupaten Bima perlu dilaksanakan. Berdasarkan kajian diatas, maka fokus penelitian ini adalah kemitraan pemerintah desa dengan tenaga kesehatan berbasis GI-KIA dalam rangka meningkatkan IPKM di Kabupaten Bima.

### 1.3.Pertanyaan Penelitian :

Dari uraian di atas, maka pertanyaan masalah penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Apakah kala karya dan pendampingan PDBK menyebabkan perubahan pada individu pendamping (tingkat pusat, propinsi dan kabupaten)? Jika ya/tdk, mengapa?
2. Apakah perubahan pada individu pendamping menimbulkan team work di wilayah pendampingan? Jika ya/tdk, mengapa?
3. Apakah perubahan pada individu pendamping dan team work di wilayah pendampingan dapat menimbulkan perubahan pada institusi kesehatan (dinas kes propinsi/ kabupaten) di wilayah pendampingan? Jika ya/tdk, mengapa?
4. Apakah perubahan pada institusi kesehatan dapat mempengaruhi perubahan pada stakeholders kesehatan di wilayah ? Jika ya/tdk, mengapa?
5. Apakah perubahan pada berbagai institusi di wilayah pendampingan dapat mempengaruhi perubahan pada kebijakan, program dan kegiatan yang relevan untuk perbaikan kondisi kesehatan ? Jika ya/tdk, mengapa?
6. Apakah perubahan pada tingkat propinsi dan kabupaten dapat mempengaruhi perubahan pada tingkat lapangan (puskesmas, desa, dan masyarakat? Jika ya/tdk, mengapa?
7. Apakah semua perubahan itu berdampak pada perbaikan kondisi kesehatan dapat mempengaruhi perubahan pada status kesehatan wilayah (SPM, IPKM dan MDG)? Jika ya/tdk, mengapa?

## **BAB 2**

### **TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN**

#### **2. Tujuan Penelitian:**

**2.1.1. Umum:** Melakukan analisis kemitraan pemerintah desa/ BPD dengan tenaga kesehatan berbasis GI-KIA dalam upaya meningkatkan IPKM di Kabupaten Bima

#### **2.1.2. Tujuan khusus:**

1. Mengidentifikasi kala karya dan pendampingan PDBK menyebabkan perubahan pada individu pendamping (tingkat pusat, propinsi dan kabupaten)
2. Mengidentifikasi perubahan pada individu pendamping menimbulkan team work di wilayah pendampingan
3. Mengidentifikasi perubahan pada individu pendamping dan team work di wilayah pendampingan dapat menimbulkan perubahan pada institusi kesehatan (dinas kes propinsi/ kabupaten) di wilayah pendampingan
4. Mengidentifikasi perubahan pada institusi kesehatan dapat mempengaruhi perubahan pada stakeholders kesehatan di wilayah.
5. Mengidentifikasi perubahan pada berbagai institusi di wilayah pendampingan dapat mempengaruhi perubahan pada kebijakan, program dan kegiatan yang relevan untuk perbaikan kondisi kesehatan
6. Mengidentifikasi perubahan pada tingkat propinsi dan kabupaten dapat mempengaruhi perubahan pada tingkat lapangan (puskesmas, desa, dan masyarakat
7. Apakah semua perubahan itu berdampak pada perbaikan kondisi kesehatan dapat mempengaruhi perubahan pada status kesehatan wilayah SPM, IPKM dan MDG

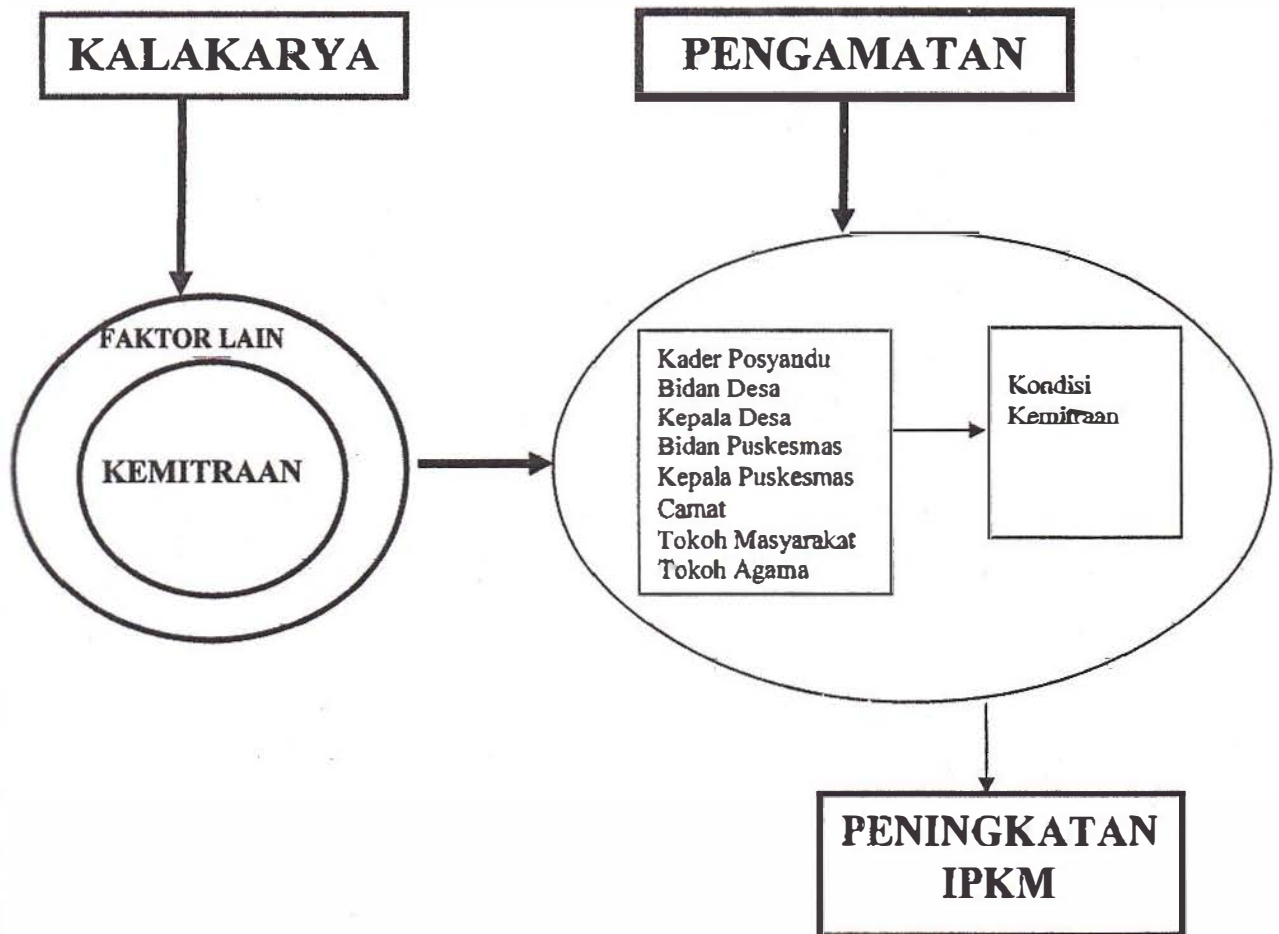
#### **3. Manfaat Penelitian**

Melalui penelitian ini diharapkan dapat dikembangkan suatu kemitraan dalam pembangunan kesehatan khususnya pada sasaran bayi, balita dan burnil di setiap desa/ dusun yang berbasis GI-KIA, dengan inemansatkan sumberdaya potensial yang ada ditataran Pemerintahan tingkat Desa.

Manfaat lebih lanjut diharapkan penelitian ini memberikan masukan guna pemikiran strategis memfasilitasi berbagai lembaga beserta masyarakat desa tentang pembangunan berwawasan kesehatan.

**BAB 3**  
**METODE PENELITIAN**

**3.1. Kerangka Konsep**



**Gambar 1.** Kemitraan Pemerintah Desa Dengan Tenaga Kesehatan Berbasis GI-KIA dalam Rangka Meningkatkan IPKM di Kabupaten Bima

Dari kerangka konsep tersebut untuk meningkatkan IPKM di lakukan pengamatan

### 3.2. Variabel dan Definisi Operasional

Variabel penelitian

1. Perubahan individu (pada tingkat kader, kasun, kades, bidan desa, toma, puskesmas, dinkes, lintas sektor, pemda)
2. Wilayah tindakan (kerjasama tinn, program, kebijakan, sistem pencatatan dan pelaporan, sumber daya)
3. Kegiatan kemitraan pemerintah desa dengan tenaga kesehatan (jenis kegiatan, unsur yang terlibat, perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi )
4. Status KIA ( K1, K4, Linakes, Imunisasi)
5. Status Gizi balita (balita ditimbang, gizi)

#### Definisi Operasional

IPKM kabupaten Bima menurut hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 adalah 0,467318. Termasuk dalam rangking Nasional 284. Dengan jumlah penduduk 460.568 penduduk miskin 25,12%. Diprediksikan untuk tahun 2013 adalah 0,730372 atau rangking IPKM menjadi 88. Salah satu pendukung peningkatan IPKM adalah kemitraan pemerintah desa dengan tenaga kesehatan.

Indikator Mutlak IPKM yang mempunyai bobot 5 dengan 11 indikator yaitu

- Prevalensi balita gizi buruk dan kurang
- Prevalensi balita pendek dan sangat pendek
- Prevalensi balita kurus dan sangat kurus
- Proporsi rumah tangga dengan akses air bagus
- Proporsi rumah tangga dengan akses sanitasi bagus
- Proporsi penimbangan balita yang rutin
- Cakupan kunjungan neonates 1
- Cakupan imunisasi lengkap K1
- Rasio dokter terhadap puskesmas
- Rasio bidan terhadap desa
- Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan

**Indikator Penting IPKM** yang mempunyai bobot 4 dengan 5 indikator yaitu

- Prevalensi balita gemuk
- Prevalensi penyakit Diare
- Prevalensi penyakit Pnemonia
- Prevalensi penyakit hipertensi
- Proporsi cuci tangan dengan benar

**Indikator Perlu IPKM** yang mempunyai bobot 3 dengan 8 indikator yaitu

- Prevalensi gangguan Mental emosional
- Prevalensi Merokok
- Prevalensi penyakit Gigi dan Mulut
- Prevalensi penyakit Asma
- Prevalensi Disabiliti (bermasalah dan sangat bermasalah)
- Prevalensi Cedera
- Prevalensi penyakit Sendi
- Prevalensi penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Atas (ISPA)

### **Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian di laksanakan di Kabupaten Bima Propinsi Nusa Tenggara Barat. Untuk pemilihan di tingkat kabupaten Bima diambil 3 puskesmas dengan kriteria cakupan ~~penduduk~~ terbaik, sedang dan cakupan penimbangan terburuk serta kriteria kemitraan ~~komunitas~~ desa dengan tenaga kesehatan yang terbaik, sedang dan kriteria kemitraan ~~komunitas~~ desa dengan tenaga kesehatan yang terjelek.

Tempat penelitian yang di pilih di 3 (tiga) kecamatan dengan satu puskesmas yaitu ~~puskesmas~~ Wawo, puskesmas Palibelo, dan puskesmas Madapangga.

~~Waktu pelaksanaan~~ penelitian selama 8 bulan (Bulan April s/d bulan Nopember tahun 2012).

### **Metode dan Desain Penelitian**

Penelitian ini bersifat *kualitatif-eksplorasi*. Penelitian lebih banyak menggali informasi ~~yang~~ ~~man~~ pengertia, kondisi pelayanan kesehatan seperti puskesmas, posyandu, ~~masalah~~ permasalahan yang dirasakan dan harapan ke depan sebagai solusi permasalahan.

Desain penelitian: Observational partisipatif. Subyek penelitian dipilih dengan maximum variation yang bertujuan untuk mendapatkan beragam variasi tertentu yang memiliki informasi tentang fenomena tertentu yang diteliti dan memungkinkan untuk mendapatkan pola umum yang penting di antara variasi (Murti,2006)

### **3.5. Populasi dan Sampel**

#### **Sampel:**

1. Tenaga kesehatan
2. Tenaga non kesehatan

#### **Populasi:**

##### **Tenaga kesehatan:**

1. Kasi Kesga (dinkes) 1 orang
2. Ka Puskesmas 3 orang
3. Bidan desa 3 orang
4. Petugas gizi 3 orang

##### **Non Kesehatan:**

1. Kader Posyandu 3 orang
2. Penggerak PKK 3 orang
3. Kepala Desa 3 orang
4. Camat 3 orang
5. Tokoh agama 1 orang
6. Tokoh masyarakat 1 orang

### **3.6..Instrumen dan Cara Pengambilan Sampel**

Sampel diambil secara Purposive dengan pertimbangan dipilih kemitraan pemerintahan desa dengan tenaga kesehatan.

Data kuantitatif diperoleh melalui kuisisioner kuantitatif melalui kuisisioner A,B,C,D

Data kualitatif dengan pengamatan (kuisisioner E1 dan F)

Wawancara mendalam terhadap Kasi Kesehatan keluarga (Dinkes). 1 orang, Kepala Puskesmas 3 orang (di 3 Kecamatan), Bidan desa 3 orang, Kader Posyandu 6 orang,

Penggerak PKK 3 orang, Kepala Desa 3 orang, Camat 3 orang, Tokoh agama 1 orang, Tokoh masyarakat 1 orang. Observasi dan bukti dokumen tentang kegiatan posyandu dan kerjasama antara pemerintah desa dan tenaga kesehatan di puskesmas.

### **3.7. Bahan dan Prosedur Kerja**

Pengamatan pada kegiatan lintas sektoral yang melibatkan tenaga kesehatan, bidan desa penggerak PKK, kader posyandu, Camat, kepala desa, tokoh agama dan tokoh masyarakat. Wawancara mendalam tentang kemitraan pemerintah desa dengan tenaga kesehatan berbasis GI-KIA Observasi dilaksanakan di posyandu. Melakukan indeept interview, Fokus Group Discussion dan mengambil data sekunder.

### **3.8. Manajemen dan Analisa Data**

Analisi data yang dilakukan dengan menggunakan analisis tema (*thematic analysis*), yaitu menganalisis dari tema atau domain gambaran obyek penelitian ke tema penelitian (Liamputtong & Ezzy, 2005) dengan tahapan sebagai berikut :

1. Mentranskrip data
2. Menkoding data (open coding)
3. Menghubungkan antar kategori (axial coding)
4. Menentukan tema (core)

## BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

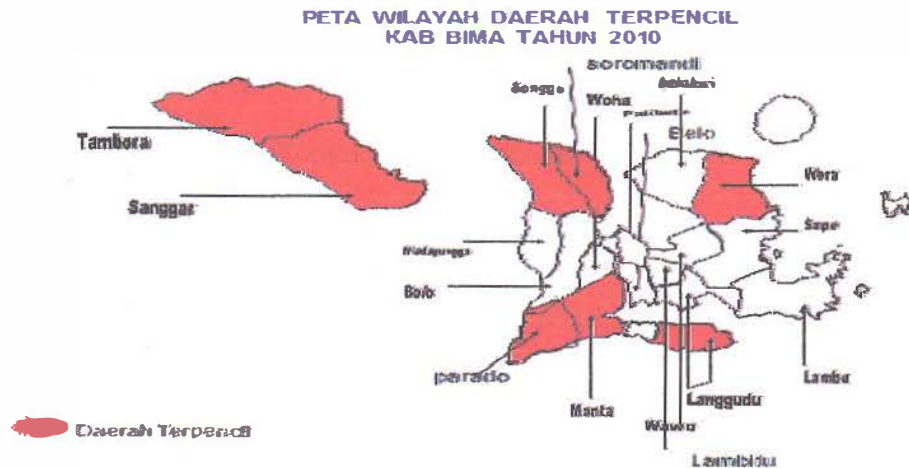
### 4.1 Gambaran Daerah Penelitian

#### 4.1.1 Kabupaten Bima

##### Demografi

Kabupaten Bima secara geografis terletak antara  $117,40^{\circ}$  -  $119,22^{\circ}$  BT dan  $7,3^{\circ}$  -  $9^{\circ}$  LS dengan batas-batas wilayah Sebelah Timur dengan: Selat Sape, Sebelah Barat dengan Kabupaten Dompu, Sebelah Utara dengan Laut Flores, Sebelah Selatan dengan Samudera Indonesia. Luas Wilayah Kabupaten Bima adalah  $4.596,9 \text{ km}^2$  dimana secara administratif terbagi atas 18 (delapan belas) kecamatan yang meliputi 168 Desa.

Berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2011, jumlah penduduk Kabupaten Bima sebesar 439.228 orang, yang terdiri dari 218.759 laki-laki dan 220.469 perempuan. Rasio jenis kelamin penduduk Kabupaten Bima tahun 2011 sebesar 99 yang artinya jumlah penduduk laki-laki 1 (satu) persen lebih sedikit dibandingkan jumlah penduduk perempuan, atau setiap 100 perempuan terdapat 99 laki-laki. Rasio jenis kelamin terbesar terdapat di Kecamatan Tambora yaitu sebesar 111 dan yang terkecil terdapat di Kecamatan Wawo yaitu sebesar 95. Luas wilayah Kabupaten Bima adalah  $4596,9 \text{ km}^2$  dengan tingkat kepadatan penduduk sebesar 96 jiwa per  $\text{km}^2$  dan jumlah rata-rata rumah tangga sebesar 3,98 RT. Di Kabupaten Bima terdapat daerah terpencil yaitu di kecamatan Pai, Wera, Tambora, Sanggar, Donggo, Soromandi, Parado, Langgudu, Lambitu sehingga wilayah ini mengalami kesulitan untuk melakukan aktivitas ekonomi dan sosial. Peta dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



Gambar 2. Peta Wilayah Daerah Terpencil Kabupaten Bima

Angka Melek Huruf (AMH) yaitu persentase penduduk usia 5 tahun ke atas yang bisa membaca dan menulis serta mengerti sebuah kalimat sederhana. AMH untuk Kabupaten Bima adalah 79,19%, dengan persentase AMH tertinggi terdapat di Kecamatan Sanggar (86,07%), sedangkan terendah ada di kecamatan Monta (73,81%). Untuk persentase penduduk berumur 5 tahun keatas Untuk sarana air bersih yang digunakan Kabupaten Bima tahun 2011 menurut persentase keluarga berikut persentase tertinggi jenis sarana air bersih yang digunakan, yaitu : SGL 9,5%, ledeng 8,8 %, sumur pompa tangan 3,1%, penampungan air hujan 0 %, air kemasan 0%, serta lain-lainnya 78,6% (profil kesehatan, 2011).

#### 4.2. HASIL KALAKARYA DI KABUPATEN BIMA TAHUN 2011

Kesepakatan Pada Hasil Kalakarya Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan di Kabupaten Bima Tahun 2011

1. Melaksanakan rapat koordinasi di tingkat kecamatan sampai di tingkat Desa untuk melakukan langkah-langkah strategis dalam rangka mengoptimalkan fungsi & keberadaan Posyandu sehingga peran posyandu lebih bermanfaat bagi masyarakat.
2. Melakukan pendataan sasaran posyandu yaitu : Bumil, Ibu Nifas, Bayi, Balita oleh Tim Kecamatan, Desa/Dusun berkoordinasi dengan Puskesmas setempat dan Camat ssbagai Koordinator Tim

3. Pembentukan Regional per wilayah kecamatan berdasar lokasi kecamatan yaitu pengelompokan wilayah kerja puskesmas ke dalam 3 regional dengan dasar letak wilayah, agar mudah dalam mengkoordinasi kegiatan dan bekerja sama dengan lintas sektor se Kabupaten Bima.
4. Pembentukan pokja penanganan Gizi kurang melalui program lintas sektor seperti BPMDes, Dinas Sosial, Dinas Pertanian, Bazda, PPKB, BPS terutama yang mempunyai program yang bisa membantu dalam pengurangan angka gizi kurang.
5. Melakukan koordinasi serta kerjasama dengan sektor terkait dalam menyusun jadwal kegiatan Posyandu.
6. Meyakinkan masyarakat bahwa Posyandu adalah dari masyarakat, oleh masyarakat dan untuk masyarakat.
7. Mengaktifkan kembali kegiatan pengumuman pada masyarakat melaul pengeras suara masjid/musholla pada H-1 Jadwal Posyandu untuk menghadirkan Ibu Hamil, Ibu Nifas, Bayi dan Balita di Posyandu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

#### **Tindak Lanjut yang Dilakukan Setelah Melakukan Kalakarya P-DBK Di Kabupaten Bima**

1. Adanya pembentukan Tim PDBK di kabupaten Bima dengan dikeluarkannya Surat Keputusan (SK) yang di tandatangani oleh kepala dinas kesehatan. Surat Keputusan ini dapat dilihat pada lembar lampiran.
2. Pembagian regional menjadi 3 regional atas dasar kedekatan wilayah yaitu regional timur, tengah dan barat. Dengan pendampingan oleh staf dari dinas kesehatan Kabupaten Bima yang sudah di putuskan oleh kepala dinas kesehatan sesuai dengan Surat Keputusan Nomor 142.6/01.2/Dinkes/II/2012.
3. Membentuk Tim Binaan pada semua wilayah Kecamatan se-Kabupaten Bima. Kegiatan yang dilakukan Tim adalah : Sosialisasi, Pemantauan, dan Pendataan, Validasi data, Pembinaan seluruh program Monitoring dan Evaluasi, dan Pncatatan Pelaporan.
4. Melakukan pendataan sasaran di semua wilayah kerja puskesmas se Kabupaten Bima dan laporan hasil pendataan sudah di serahkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Bima.

5. Melaksanakan pecanangan penimbangan pada semua anak balita di semua wilayah puskesmas se kabupaten Bima dan laporan hasil pecanangan penimbangan sudah diserahkan ke dinas kesehatan Kabupaten Bima, dir.as kesehatan propinsi, Tim P-DBK Pusat.
6. Puskesmas melakukan penyusunan jadwal kegiatan posyandu dengan melibatkan unsur Camat dan ketua TP-PKK Kecamatan, kepala desa dan ketua TP-PKK desa dan jadwal posyandu di kirim kembali ke kader posyandu, Camat, serta ketua TP-PKK.
7. Petugas dinas kesehatan Kabupaten Bima selalu hadir dalam kegiatan minilokakarya puskesmas setiap bulan guna mengevaluasi langsung hasil kegiatan yang telah dilakukan puskesmas dan membantu dalam perencanaan.
8. Meningkatkan keterlibatan aktif kader posyandu dalam kegiatan posyandu dengan memberikan uang transport bagi kader posyandu aktif melalui dana BOK dan DAU
9. Melakukan kegiatan monitoring evaluasi hasil cakupan program dengan mengundang semua puskesmas.
10. Melakukan kegiatan kelas gizi di semua wilayah kerja puskesmas se kabupaten Bima dan laporan hasil kegiatan.

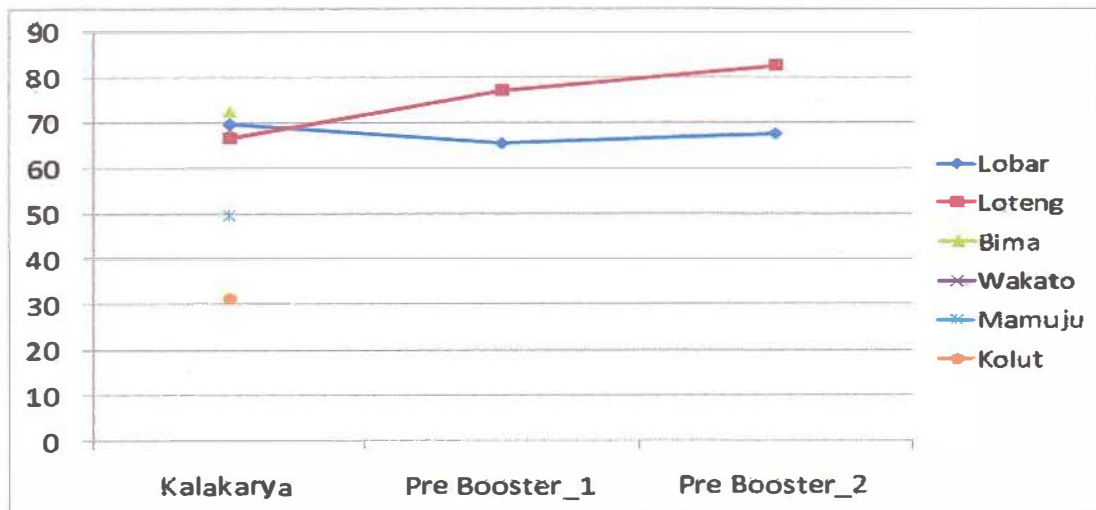
**Dalam Kegiatan Monev Hasil Cakupan Program Muncul Kesepakatan Di Dalam Meningkatkan Cakupan Program**

1. Dalam mencapai UCI desa 100% maka yang harus dilakukan adalah melalui kegiatan sweeping pada sasaran yang tidak datang pada saat posyandu.
2. Semua jenis laporan bulanan gizi (FIII, Laporan Gizi Buruk, BB/TB, Lapaporan AE, laporan input data kinerja gizi) harus kirim paling lambat setiap tanggal 5.
3. Dalam menjaga mutu vaksin maka semua puskesmas harus melakukan pencacatan suhu vaksin setiap hari.
4. Dalam meningkatkan cakupan desa ODF dan dusun ODF perlu di rencanakan kegiatan pemicuan
5. Dalam penemuan dan pelacakan kasus gizi buruk koordinasi dengan surveilan P2PL.
6. Laporan Fe3 harus sama dengan K4.
7. Bentuk Tim Asuhan Gizi Puskesmas.

8. Bentuk Kelompok Peduli ASI Tingkat Desa/Posyandu.
9. Memaksimalkan peran Posyandu untuk meningkatkan cakupan atau kegiatan yang dapat menggunakan dana BOK yaitu : KIA, KB, Imunisasi, Gizi dan Penanggulangan Diare dan insentif kader posyandu.
10. Dalam meningkatkan penemuan dan kasus penyakit menular di masyarakat perlu dilibatkan.

Kabupaten Bima termasuk dalam KATEGORI 4 yaitu :

- Usai kalakarya, kemudian tidak melaksanakan komitmennya melakukan sweeping dan booster kalakarya.
- Ada waktu 'expect delay' (jeda) yang panjang.

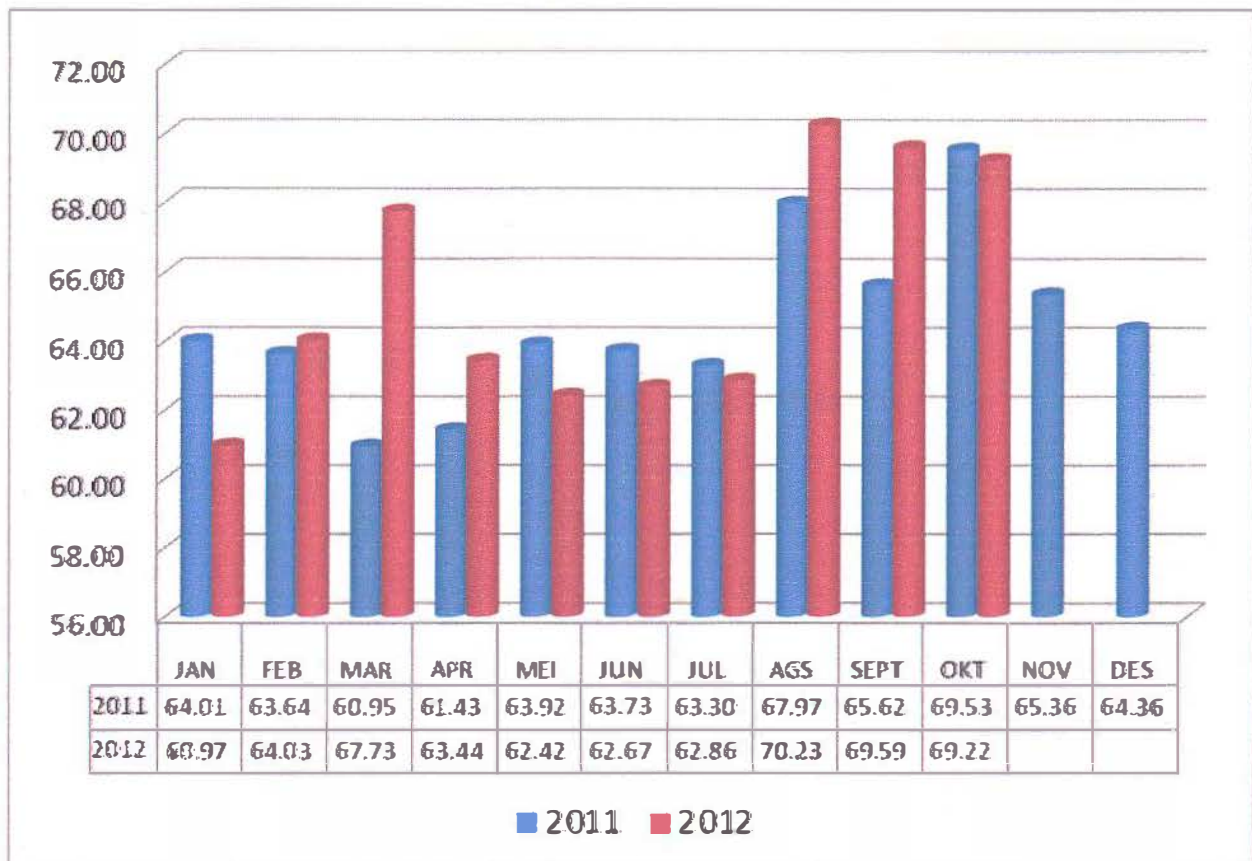


Gambar 3. Kategori 4

#### 4.3. Pencapaian Indikator Mutlak

Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) merupakan uraian dari faktor-faktor yang mempengaruhi umur harapan hidup (UHH). Ada 24 indikator yang mempengaruhi UHH yaitu 11 indikator mutlak, 5 indikator penting dan 8 indikator perlu. IPKM adalah indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan yang berdasarkan data kesehatan berdasar komunitas yaitu Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Susenas, dan Podes (potensi desa). Indikator mutlak pada IPKM adalah indikator mutlak (balita gizi buruk dan kurang, balita sangat pendek dan pendek, balita sangat kurus dan kurus, akses air bersih, akses sanitasi, cakupan penimbangan balita, cakupan pemeriksaan neonatal, cakupan imunisasi lengkap, rasio dokter/puskesmas, rasio bidan/desa, cakupan persalinan oleh nakes) masing-masing mempunyai nilai bobot 5, dan 5 indikator penting (balita gemuk, diare, hipertensi, pneumonia dan proporsi perilaku cuci tangan) masing-masing mempunyai nilai bobot 4, dan 8 indikator perlu (prevalensi gangguan mental, prevalensi merokok setiap hari, prevalensi penyakit gigi dan mulut, prevalensi asma, prevalensi disabilitas, prevalensi cedera, prevalensi penyakit sendi dan prevalensi ISPA ) masing-masing mempunyai nilai bobot 3.

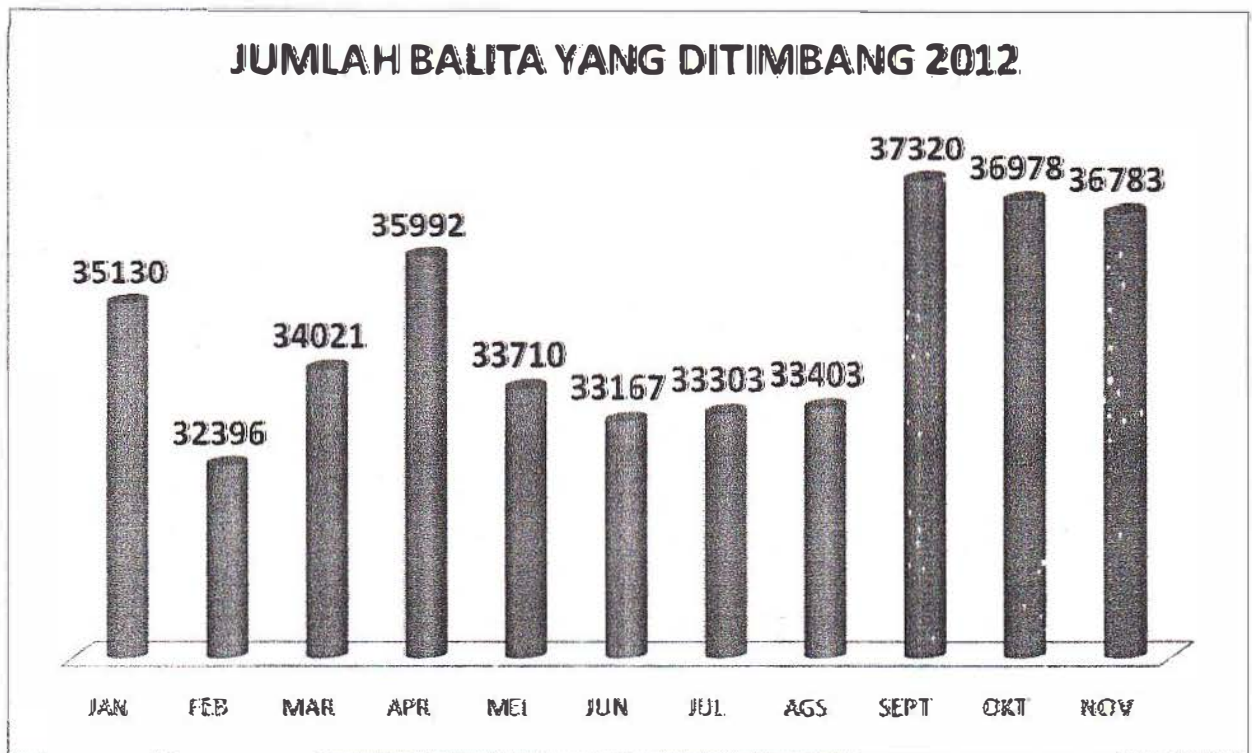
Sebelum dilakukan pendampingan, untuk melihat tematik atau permasalahan yang ada di Kabupaten Bima dilakukan kalakarya PDBK yang dilaksanakan pada tanggal 23 Juni 2011. Dari hasil pertemuan tersebut diperoleh suatu kesepakatan bahwa akan dilakukan pekan penimbangan dan crash programe pelaksanaan imunisasi. Sebagai perbandingan pelaksanaan penimbangan balita tahun 2011 dan 2012 atau evaluasi selama pelaksanaan pendampingan yang dilakukan secara pendataan (sweeping) adalah sebagai berikut:



**Gambar 4 : Prevalensi Balita yang di timbang tahun 2011 dan 2012**

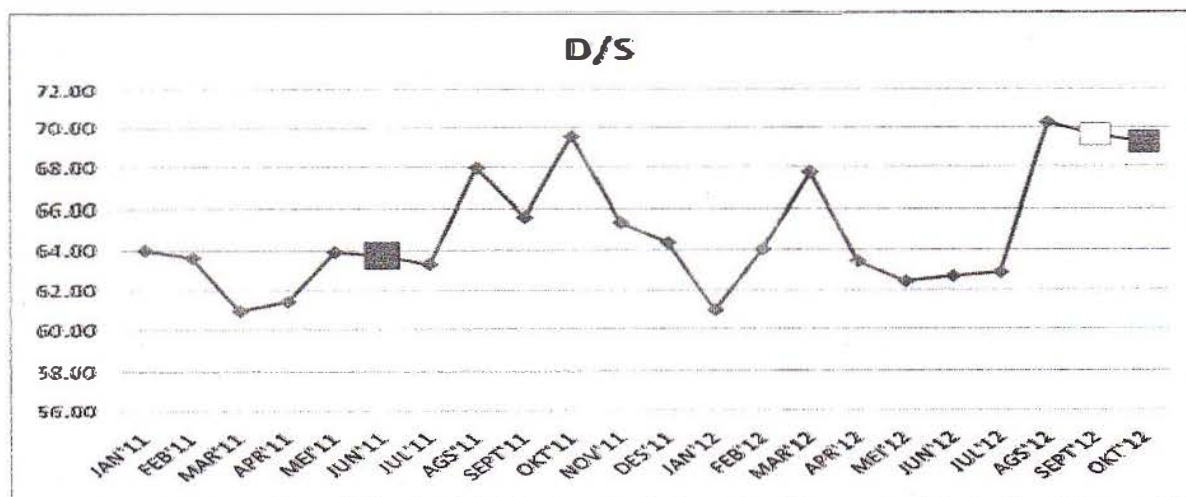
Kegiatan penimbangan balita dilaksanakan selain sebagai salah satu komitmen paska kalakarya juga dilaksanakan sebagai kegiatan rutin yang dilakukan melalui posyandu, kegiatan ini merupakan perwujudan langkah nyata untuk mencapai IPKM.

Dari gambar 1 diatas menunjukkan bahwa kenaikan ataupun penurunan pada saat penimbangan seara linier. Jumlah balita (S- Proyeksi) pada tahun 2011 hingga 2012 adalah 84.115 jiwa. Penentuan sasaran proyeksi ini diambil dari data Sensus Penduduk tahun 2011. Jumlah balita yang datang (riil) untuk dilakukan penimbangan bulan Januari sampai dengan bulan Oktober tahun 2011 dan jumlah balita yang datang ditimbang pada bulan Januari sampai dengan oktober tahun 2012 Hasilnya ada peningkatan yang sangat tajam dimana pada bulan Agustus tahun 2011 67,97 dan pada tahun 2012 bulan Agustus menjadi 70,23.



**Gambar 5 : Jumlah Balita Ditimbang Tahun 2012**

Pencapaian jumlah balita yang ditimbang setiap bulan di Posyandu akan dianalisis tingkat partisipasi masyarakat (D/S) tahun 2012. Dari pergerakan capaian D/S dapat dilihat bahwa pergerakan D/S pada bulan Januari tapi terjadi penurunan pada bulan Februari lalu mulai terjadi peningkatan lagi bulan Maret dan April tapi pada bulan Mei hingga Agustus tahun 2012 terjadi penurunan yang sangat tajam. Bulan September 2012 terjadi peningkatan yaitu 59 % yang selanjutnya terjadi penurunan pada bulan Oktober dan November tahun 2012.

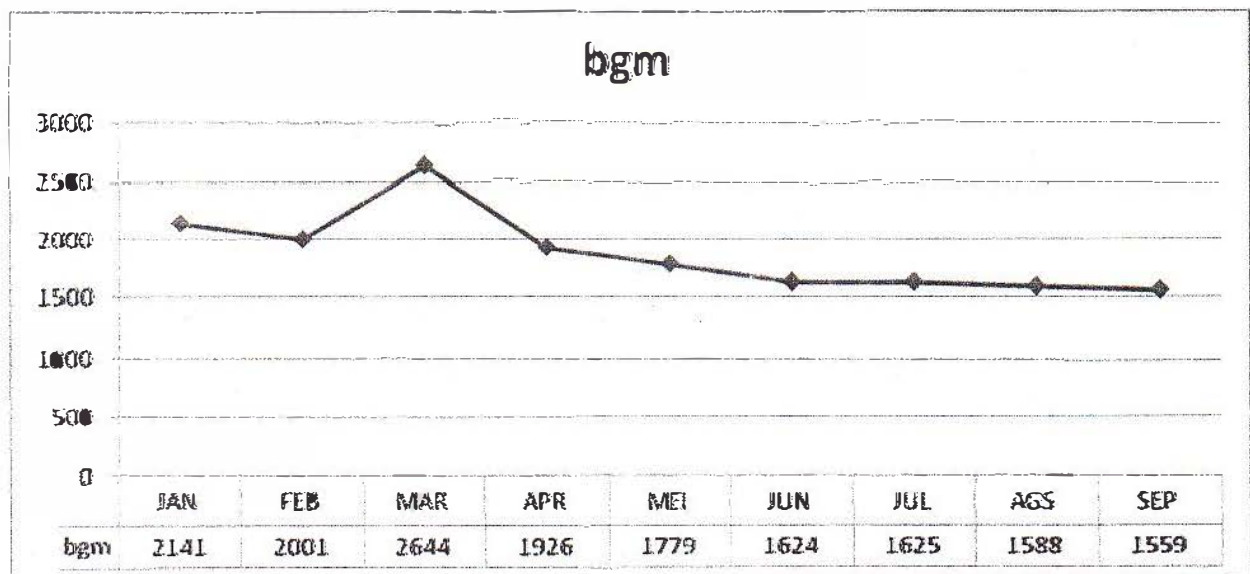


**Gambar 6 : Pergerakan cakupan D/S Tahun 2011 – 2012**

Jika dilihat dari pergerakan cakupan D/S tersebut, sejak dilakukan kalakarya dan adanya komitmen dari pengambil kebijakan yaitu adanya pekan penimbangan maka terjadi kenaikan di tahun 2011 pada bulan Agustus dan bulan Oktober dan selanjutnya terjadi penurunan kembali pada tahun 2012 di bulan Januari dan penurunan pada bulan April hingga Juli 2012 (D/S = 60%) dan peningkatan kembali pada bulan Agustus tahun 2012, dan terjadi penurunan kembali bulan September dan Oktober 2012 .

Membaca pergerakan D/S menunjukkan bahwa komitmen dari hasil Kalakarya yang dilaksanakan bulan Juni 2011 yaitu pelaksanaan pekan penimbangan di posyandu telah dilaksanakan secara serentak di Kabupaten Bima, hal ini di sadari oleh masyarakat bahwa generasi yang akan datang banyak di pengaruhi oleh balita yang ada saat sekarang.

Hasil kegiatan pekan penimbangan akan diketahui balita dibawah garis merah dan balita gizi buruk, yang disampaikan pada gambar 4 berikiut.

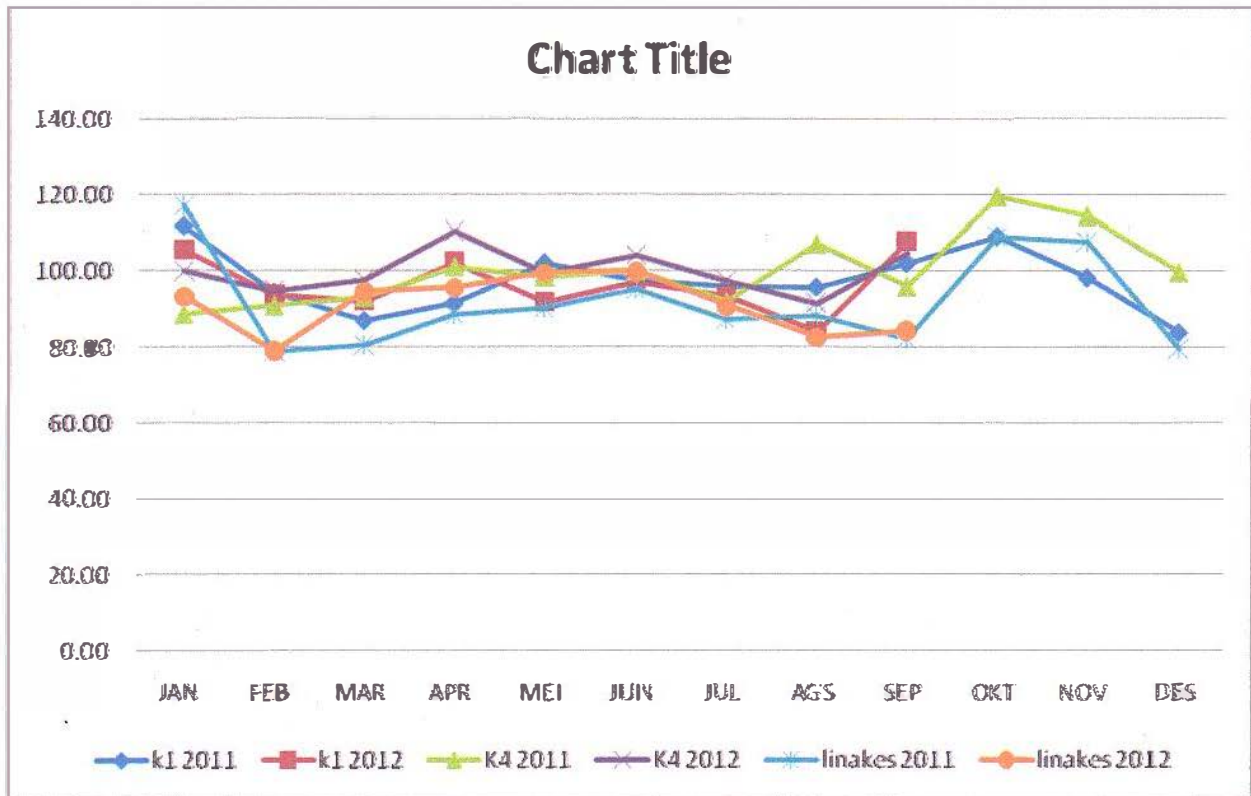


**Gambar 7 : Balita Dibawah Garis Merah dan Gizi Buruk Tahun 2012**

Hasil pekan penimbangan yang di mulai dari bulan Januari 2012 yaitu setelah dilakukan Kalakarya, ditemukan balita dibawah garis merah yang terbanyak pada bulan Maret tahun 2012 sejumlah 2.644 balita dan mulai terjadi penurunan pada bulan April yaitu 1926 lalu ada penurunan terus mulai bulan Juni 2012 sebesar 1624 sampai September 2012 hingga 1559 yang BGM.

#### **4.4. Upaya Pelayanan Kesehatan**

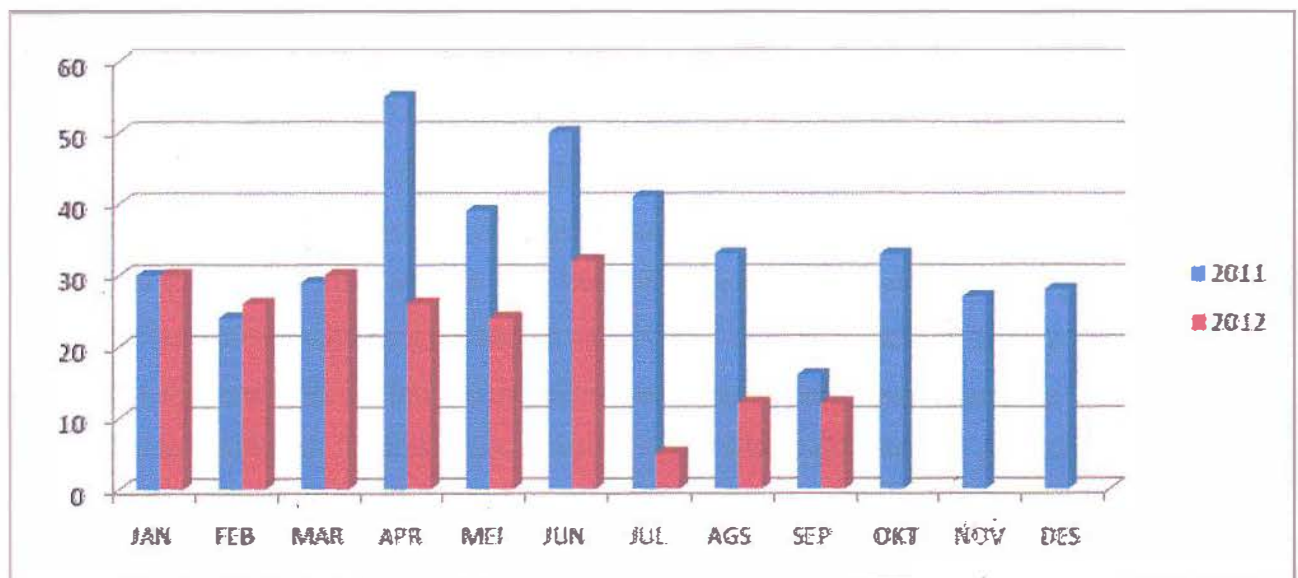
Indikator mutlak dalam IPKM yang lain adalah indikator upaya pelayanan kesehatan diantaranya adalah Kunjungan Bayi, pelayanan kesehatan pada ibu hamil (K1&K4), dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, yang disajikan dalam gambar 5 di bawah ini.



**Gambar 8 : Indikator Upaya Kesehatan Tahun 2011-2012**

Dari gambar tersebut menunjukkan bahwa indikator K1 dan K4 untuk mengukur pelayanan kesehatan pada ibu (Antenatal Care) selama masa kehamilan oleh tenaga kesehatan sudah dilakukan. Dari gambar di atas menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan pada ibu hamil di triwulan I (K1) terus meningkat, demikian juga dengan K4. Akan tetapi masih rendah pencapaian tersebut karena jumlah ibu hamil tahun 2011 adalah 11.259 dan tahun 2012 adalah 8460 .

Indikator persalinan oleh tenaga kesehatan merupakan salah satu faktor penyelenggaraan kesehatan yaitu sejauh mana penduduk atau ibu hamil yang dalam pertolongan persalinannya dilakukan oleh tenaga kesehatan, artinya tidak lagi berkunjung ke dukun. Dari data diatas menunjukkan bahwa pelayanan persalinan ataupun pemeriksaan kehamilan dari triwulan pertama sampai dengan triwulan ke empat di Kabupaten Bima masih sangat rendah apabila dibandingkan dengan jumlah ibu hamil. Pelayanan persalinan ibu hamil oleh tenaga kesehatan di kabupaten Bima terjadi penurunan pada Juli 2012 sebesar 90,74 pada bulan Agustus terjadi penurunan mencapai 82,45 dan bulan September sebesar yaitu 84,24%. Pada bulan tersebut telah dilakukan sweeping yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Bima. Akan tetapi pada bulan September tahun 2012 K1 dan K4 mengalami peningkatan yang drastis yaitu K1 107, 89 dan K4 104, 84. Dari hasil pengamatan kepada ibu hamil yang sedang berkunjung ke posyandu menyatakan bahwa setelah usia kandungan mencapai 8 bulan, ibu akan melahirkan di kampung halamannya, hal itu banyak dilakukan oleh ibu-ibu yang sedang hamil, sehingga capaian K4 rendah begitu pula persalinan oleh Nakes. Sedang data K1, K4 dan Linakes untuk bulan Oktober, November dan Desember 2012 tidak ada datanya. Sedang K1 yang rendah karena banyak keluarga tidak mengetahui secara dini kehamilannya, pada gambar berikut sebagai ilustrasi jumlah ibu hamil yang masih memanfaatkan dukun di kabupaten Bima.



	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGS	SEP	OKT	NOV	DES
2011	30	24	29	55	39	50	41	33	16	33	27	28
2012	30	26	30	26	24	32	5	12	12			

**Gambar 9 : Persalinan melalui Non Nakes**

Pada gambar 6 menunjukkan bahwa jumlah ibu hamil yang memanfaatkan tenaga non nakes (dukun bayi) pada bulan April 2011 merupakan titik tertinggi dan selanjutnya terjadi menurun sampai bulan September 2011. Tetapi Hasil pengamatan dan pendampingan pada bulan Juli 2012 bersamaan dengan pelaksanaan survey /bimbingan teknis yang dilakukan sub Din KIA pada posyandu kepada ibu hamil yang melakukan pemeriksaan menunjukkan bahwa hasil persalinan non nakes menurun drastis sebesar 5. Dalam pembinaan teknis tersebut antara lain disebutkan tentang resiko apabila saat merasakan kehamilan tidak melaksanakan pemeriksaan ke bidan desa atau puskesmas terdekat juga di berikan penyuluhan makanan dan vitamin yang harus dikonsumsi ibu hamil. Dinyatakan bahwa tenaga non nakes (dukun) yang biasa menolong persalinan saat sekarang adalah mitra atau teman bidan desa dalam menolong persalinan. Juga disampaikan adanya bank darah desa yang sifatnya sebagai penolong jika terjadi perdarahan pada saat persalinan di desa. Bank darah tersebut adalah warga desa yang mampu menyumbangkan darahnya dengan catatan penyumbang adalah sehat. Disamping penyuluhan tentang pelayanan selama kehamilan juga disampaikan tentang pelayanan jampersal. Untuk data bulan Oktober, November dan Desember 2012 belum ada datanya.

#### **4.5. Pendampingan PDBK**

Program P-DBK di Kabupaten Bima dimulai dengan proses kalakarya. Kalakarya di Kabupaten Bima adalah suatu gagasan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bima. Dari hasil riset kesehatan pada tahun 2007 dengan 900 variabel sangat bermanfaat sebagai asupan (evidence based information) dalam pengembangan kebijakan dan perencanaan program kesehatan. Dari seluruh kabupaten/kota di Indonesia, kabupaten Bima terletak pada rangking 284. Melalui proses pendampingan selama kurun waktu satu tahun diharapkan peringkat IPKM di Kabupaten Bima akan meningkat. Dalam pelaksanaan pendampingan di sesuaikan dengan program Dinas Kesehatan untuk menuju ke proses perubahan. Untuk mendapatkan kesepakatan/komitmen prioritas permasalahan dilakukan Kalakarya atau rapat akbar di bidang

kesehatan antara unsur birokrat dan masyarakat . Dalam Kalakarya ini sebagai pengggagas adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Bima. Kalakarya ini dilaksanakan dua hari penuh di Aula SMIK Kabupaten Bima, yang di hadiri oleh 215 peserta dari berbagai lintas sektor dari jajaran pemerintah daerah, Puskesmas, Rumah Sakit , Swasta dan masyarakat. Secara rinci peserta Kalakarya terdiri dari para tenaga kesehatan baik dari level Pusat, Propinsi, Kabupaten (Dinkes) dan kecamatan (Puskesmas), lintas sektor (Dinsos, BKKBN, BPM), tenaga non kesehatan (Bupati, Camat, kepala Desa & Lurah dan para kader serta tokoh agama), organisasi masyarakat (FKMPP) dan LSM.

Tujuan Kalakarya dilaksanakan untuk mengetahui permasalahan kesehatan dan mendapatkan kesepakatan dalam penyelesaian permasalahan kesehatan di Kabupaten Bima. Disamping itu juga disampaikan misi dan visi dari gubernur Nusa Tenggara Barat yang disebut AKINO (angka Kematian Ibu Nol), ADONO (Angka Drop Out Nol) Sambutan Bupati Kabupaten Bima pada Kalakarya tersebut diperkenalkan bahwa di Kabupaten Bima sudah mempunyai tabungan yang baik pada pencapaian program kesehatan, seperti Akino, Basano (Buang Air Besar Sembarangan NOL. Kasus tematik yang dijumpai adalah Optimalisasi Koordinasi Petugas Kesehatan, Kader dan Perangkat Dusun/Desa Dalam Pembangunan Kesehatan di Kabupaten Bima dengan kegiatan pendataan sasaran bayi, balita dan bumil setiap dusun/desa, peran kades/kadus dan kader dalam pendataan sasaran, jalur pelaporan, komunikasi antara kader, kadus/kades, dan petugas kesehatan. Hasil dari kalakarya adalah kesepakatan/komitmen bersama untuk melaksanakan perbaikan dengan tujuan meningkatkan peringkat IPKM pada tahun 2013, yang diwujudkan dalam Rencana Tindak Lanjut (RTL). Dalam RTL tersebut disepakati bahwa awal kegiatan adalah pekan penimbangan secara serentak pada seluruh balita yang ada di Kabupaten Bima. Operasi kegiatan dilaksanakan di seluruh posyandu untuk mencapai angka D/S lebih dari 70%.

#### **4.6. Analisis Kuesioner PSDK**

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 di kembangkan dengan menggunakan metode Gudman, sedangkan kuesioner

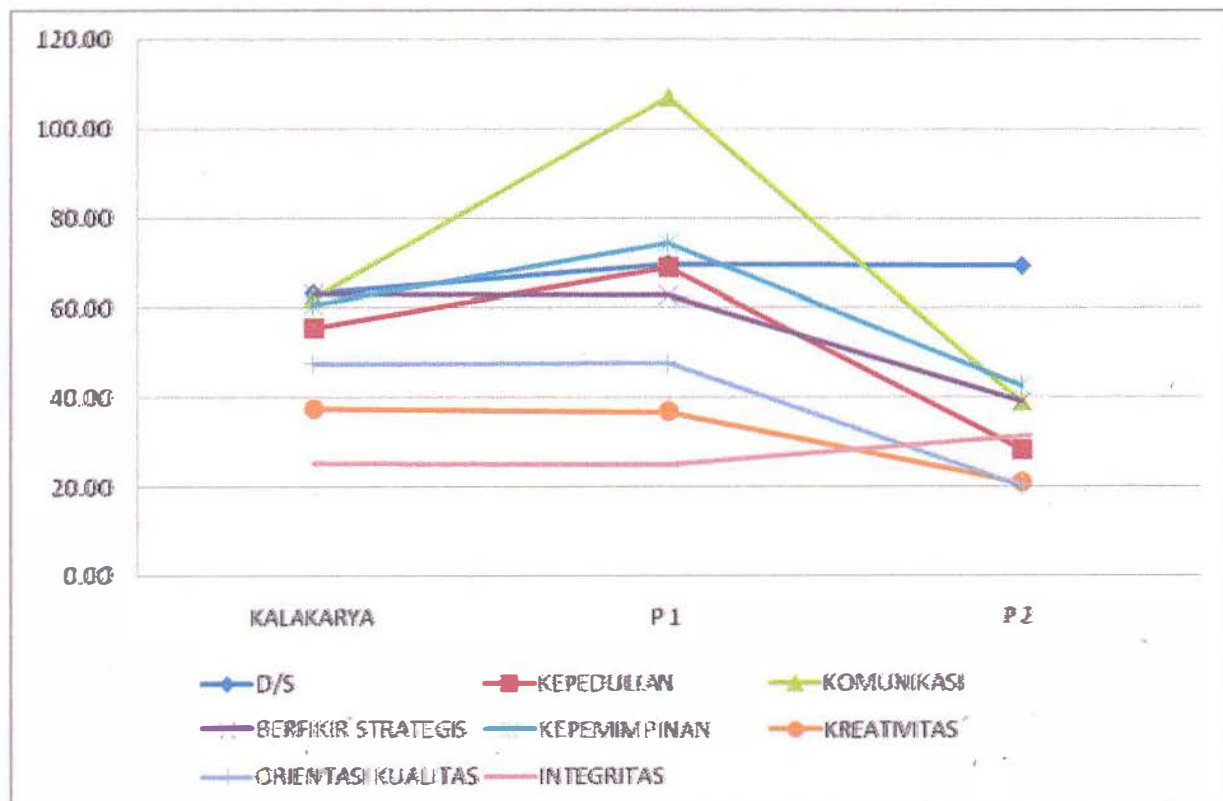
B dan D yang mengukur Tindakan dan budaya organisasi, dikembangkan dengan menggunakan metode Likert.

#### 4.6.1. 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 10 : Individu Wilayah Perubahan

Pada gambar diatas menunjukkan bahwa pada saat kalakarya (2011) semua nilai yang membangun perubahan individu sebagian berada di atas nilai 50%, yaitu kepedulian, kepemimpinan, dan berfikir starategis sedang sebagian berada dibawah 50% atau rata-rata di bawah 50% yaitu pada tingkat orientasi kualitas, kreativitas dan integritas, dan komunikasi mempunyai nilai yang sangat tinggi yaitu diatas 100%, Namun demikian pada tingkat kepemimpinan sangat menonjol yaitu mendekati 60%. Pada saat Kalakarya peserta yang datang terbagi menjadi dua, yaitu sebagian tenaga kesehatan dan sebagian adalah masyarakat. Peserta dari tenaga kesehatan ditingkat kabupaten yaitu Dinas Kesehatan sesuai dengan bidangnya yaitu dari sub Din KIA, Imunisasi dan Pelayanan kesehatan dan dari unsur puskesmas di Kabupaten Bima. Peserta dari unsur masyarakat atau tenaga non nakes (Camat, Ketua ORMAS, Kepala Desa, dan Kader).

Setelah pelaksanaan kalakarya yaitu di mulainya pendampingan yang pertama atau pengamatan pertama pada bulan September 2012. Hasil evaluasi nilai individu mengalami penurunan yang tajam, hanya tingkat kepedulian yang mengalami kenaikan. Penurunan semua nilai individu ini disebabkan adanya suatu perubahan yaitu pencarian metode-metode dalam pelaksanaan indikator mutlak, hal ini terlihat dengan semakin seringnya pertemuan di tingkat puskesmas, yaitu pelaksanaan verifikasi data, pencarian masalah dalam kegiatan Posyandu dengan melibatkan beberapa unsur tokoh masyarakat, tokoh agama serta masyarakat desa, sehingga diperlukan koordinasi yang memerlukan waktu.

Pada pendampingan kedua yaitu bulan Oktober 2012 telah menunjukkan peningkatan dengan tingkat kepemimpinan yang menurun, hal ini menunjukkan bahwa kesepakatan atau satu tujuan tidak di bangun dengan kepemimpinan yang terlalu kokoh namun dibangun dengan kebersamaan dalam upaya peningkatan IPKM atau pencapaian indikator mutlak dalam IPKM. Dengan nilai kebersamaan dengan meninggalkan atribut kepemimpinan yang kuat berbagai kegiatan dilaksanakan, sehingga dapat terbentuknya fasilitator masyarakat yang mempunyai tugas membantu puskesmas dan bidan desa dalam pencarian kasus di desa mulai dari balita gizi buruk, ibu hamil dan penyuluhan pemberian makanan bergizi. Disamping itu di setiap posyandu dilakukan penyegaran dalam pencatatan data penimbangan (kohort), di tingkat puskesmas verifikasi data dari setiap posyandu dan di tingkat Dinas Kesehatan verifikasi laporan dan rapat koordinasi di tingkat lintas program, pertemuan evaluasi program

dengan jajaran Puskesmas. Melalui kegiatan tersebut akan mendorong semangat bagi tenaga kesehatan di kalangan puskesmas dalam melaksanakan program yang berkaitan dengan capaian indikator mutlak IPKM.

Pada gambar diatas terlihat bahwa indikator D/S terjadi penurunan pada pengamatan ke dua dibandingkan indikator mutlak lainnya, seperti kreativitas dan integritas, hal ini menunjukkan bahwa komitmen yang dibangun pada saat kalakarya telah tercapai yaitu pekan penimbangan Jika dikaitkan antara pencapaian indikator mutlak yaitu D/S.

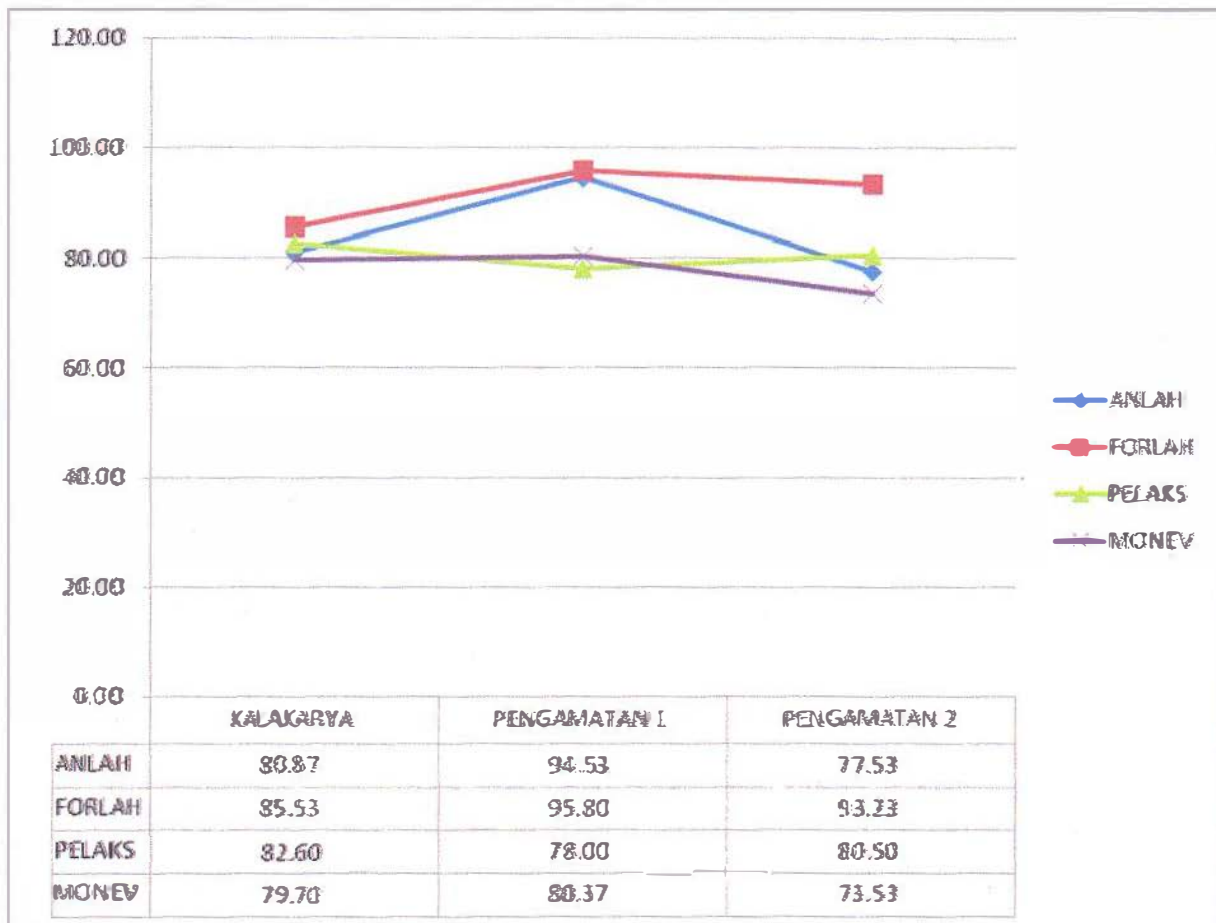
#### **4.6.2. Kuesioner B (Individu Wilayah Tindakan)**

Pada kuesioner B atau disebut juga dengan kuesioner perubahan Individu Wilayah Tindakan ini, terdapat 4 (empat) nilai yaitu :

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

Kuesioner B untuk mengukur individu dalam wilayah tindakan. Dalam kuesioner B menunjukkan bagaimana 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 pada saat kalakarya dan selama pendampingan terlihat pada gambar berikut.



**Gambar 11 : Individu Wilayah Tindakan**

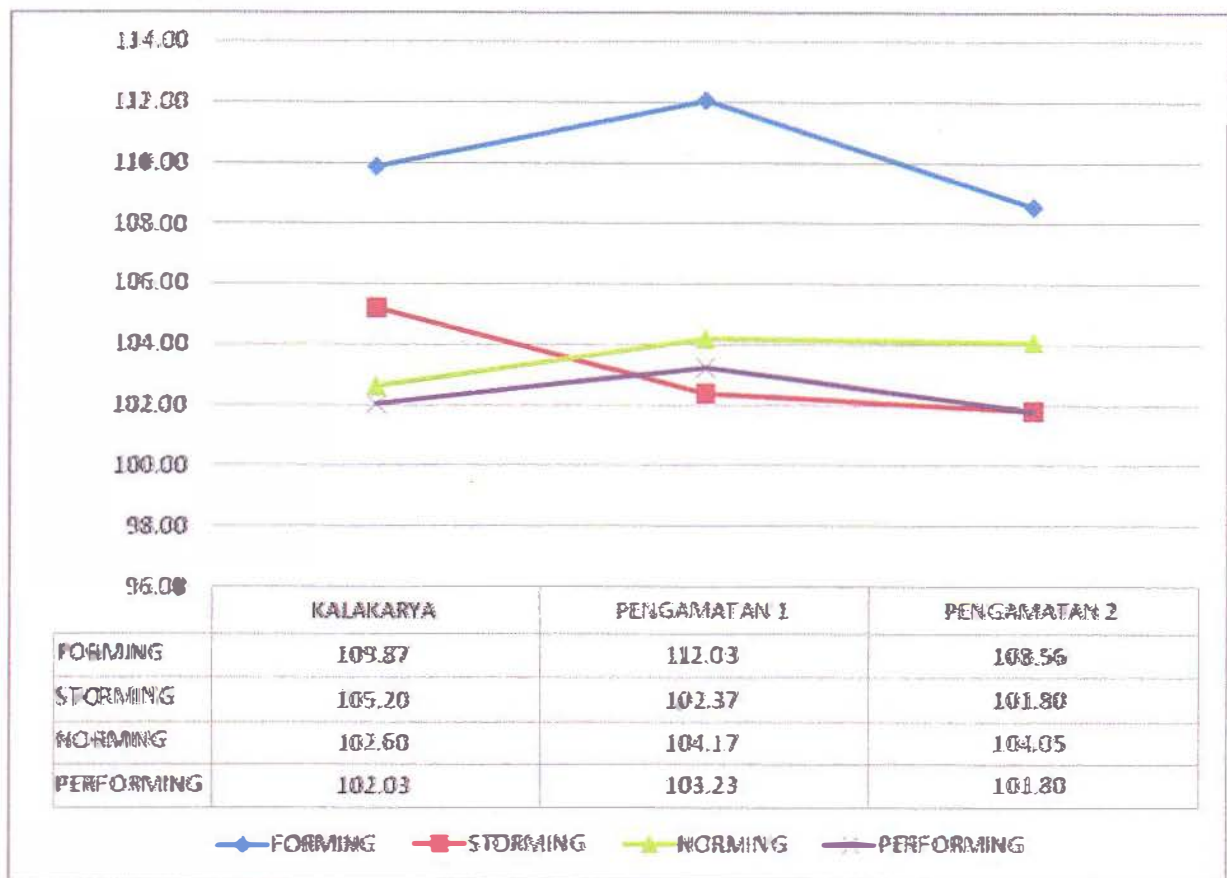
Dari gambar 8 diatas dapat dibaca bahwa individu di wilayah tindakan mempunyai pola adanya penurunan dalam menganalisa masalah pada pengamatan 2, tetapi pada memformulasikan solusi masalah serta pelaksanaan ada peningkatan dan pada evaluasi suatu masalah ada penurunan. Pada saat Kalakarya peserta sudah mempunyai suatu pemikiran atau asumsi bahwa permasalahan kesehatan di Kabupaten Bima telah terjadi dan memperkirakan bagaimana mengambil solusi atau memformulasikan suatu masalah tersebut. Setelah Kalakarya atau RTL yang mana telah diketahui permasalahan tersebut maka terdapat penurunan dalam melakukan analisa masalah, akan tetapi tindakan dalam memformulasikan masalah dan memonitoring suatu permasalahan ada peningkatan.

### 4.6.3. Kuesioner C ( Perubahan kerja tim )

Kuesioner C adalah mengukur perubahan yang terjadi pada tim kerja yang meliputi :

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

Hasil pengukuran perubahan pada kerja tim selama pendampingan sebagai berikut.



**Gambar 12 : Perubahan Kerja Tim**

Pada kuesioner C yaitu perubahan kerja tim, terlihat bahwa perubahan terjadi pada fase pengamatan tahap pertama. Pada saat Kalakarya terjadi adanya suatu perubahan dalam tim, dengan kata lain saat kalakarya belum terbentuk adanya tim dalam pencapaian indikator mutlak. Setelah tahap pengamatan pertama dimana timbul kesadaran-kesadaran dari tenaga

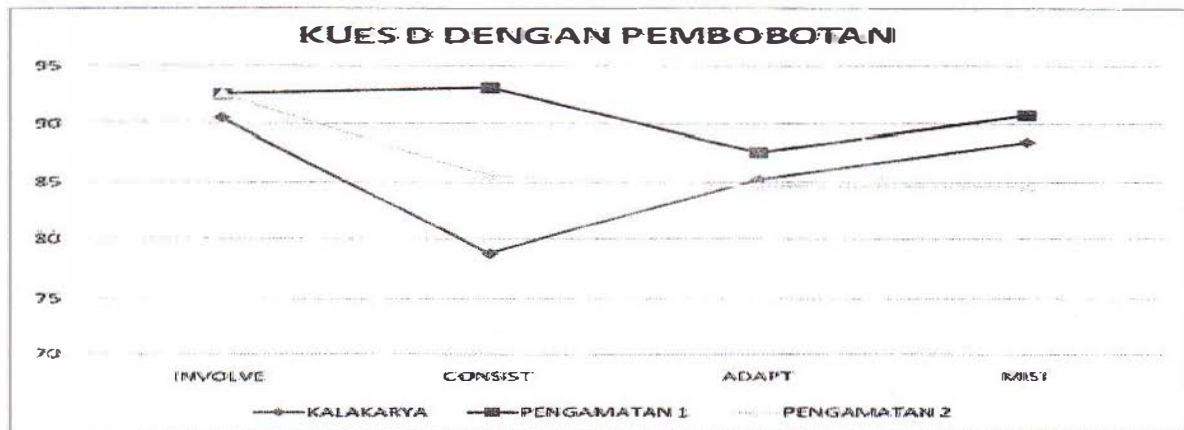
kesehatan dan non kesehatan bahwa tim kerja selama ini perlu adanya suatu perubahan. Sehingga setelah kalakarya atau pada tahap pertama pengamatan terlihat adanya perubahan/peningkatan yang terjadi pada fase forming tahap pengamatan 1 dan ada penurunan ada tahap pengamatan 2. Pada fase norming ada peningkatan dari kalakarya ke pengamatan 1 dan pengamatan 2. Pada fase storming terjadi penurunan sedang pada fase performing ada peningkatan pada saat pengamatan 1 dan terjadi penurunan kembali pada pengamatan 2 hal ini menunjukkan bahwa setelah kalakarya mulai terbentuknya tim yang melaksanakan program program yang terkait dalam peningkatan indikator mutlak dalam IPKM. Hal ini sebagaimana yang disampaikan kepala dinas kesehatan Kabupaten Bima bahwa dalam upaya percepatan penurunan angka kematian ibu, bayi dan pemantauan balita gizi buruk di desa telah di tempatkan tenaga honor daerah dan tenaga magang di puskesmas. Untuk tenaga bidan yang magang di puskesmas mempunyai tugas membantu bidan puskesmas/koordinator dalam pelaksanaan partus dan rujukan. Disamping membantu bidan desa dalam sweeping balita gizi kurang/buruk dan membantu pelaksanaan kegiatan posyandu. Karena disadari bahwa data yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Bima tidak akurat dan valid maka diserukan kepada setiap pernegang program untuk melaksanakan validitasi data.

#### **4.6.4. Kuesioner D (Budaya Organisasi)**

Pada kuesioner D yaitu budaya organisasi, diukur dalam 4 (empat) katagori yaitu :

1. Involve (keterlibatan) : yaitu bagaimana organisasi melibatkan atau memberdayakan anggotanya peningkatan kapabilitas
2. Consistency (Konsistensi) : Se jauh mana pimpinan dan staf konsisten terhadap kesepakatan dalam melaksanakan peraturan/konsensus.
3. Adaptasi (adaptasi): yaitu bagaimana beradaptasi dengan perubahan, pembelajaran organisasi & mengutamakan kepentingan masyarakat
4. Misi (misi): adalah misi yang diciptakan organisasi dalam mencapai tujuan yang akan dicapai.

Pada level budaya organisasi ini mengukur perubahan yang terjadi pada aspek keterlibatan (involvement), konsistensi (consistency), adaptasi (adaptability) dan misi (mission). Hasil pengukuran perubahan budaya organisasi pada Kabupaten Bima pada saat Kalakarya dan pengamatan sebagai berikut.



**Gambar 13 : Perubahan Budaya Organisasi**

Dari gambar diatas terlihat bahwa budaya organisasi yang terciptakan sangat positif atau tinggi dalam upaya peningkatan IPKM, namun demikian terdapat penurunan konsistensi dalam periode pengamatan kedua. Sedang pada aspek misi tidak mengalami perubahan baik pada saat kalakarya maupun pengamatan. Dengan tidak adanya perubahan misi organisasi seharusnya tidak adanya perubahan dalam pelaksanaan atau konsisten dalam mencapai tujuan. Penurunan konsistensi sebesar 22% dalam teori organisasi merupakan penurunan yang sangat besar, dan dimungkinkan adanya tingkat kejenuhan dalam organisasi, sehingga diperlukan motivasi untuk meningkatkannya. Perubahan budaya organisasi terhadap indikator mutlak IPKM di Kabupaten Bima.

#### 4.6.5. Fenomena *EMERGENCE*

Fenomena *Emergence* yang dimaksudkan adalah suatu peristiwa yang menggambarkan suatu kejadian dimana terjadinya pengamatan dan atau pendampingan yang dimulai dari kejadian Kalakarya sampai dengan pengamatan tahap kedua. Berbagai peristiwa yang akan dituliskan secara kualitatif, fokus utama yang dilakukan pengamatan adalah pada balita yang datang ke posyandu dan seberapa jauh keterlibatan Kemitraan Pemerintah Desa dengan tenaga kesehatan berbasis GI-KIA berperan dalam upaya peningkatan indikator IPKM .

Untuk melengkapi data selama pengamatan di posyandu dilakukan wawancara pada beberapa informan yang dianggap dapat memberikan informasi terhadap peningkatan

penimbangan balita (D/S). Informan yang dimaksud adalah Bidan Desa, Kepala Desa, Kader Posyandu dan Camat, Kepala desa. Langkah awal yang dilakukan dalam fenomena tersebut adalah terjadinya peningkatan D/S, yaitu bagaimana peran masyarakat setempat. Disamping dilakukan wawancara juga dilakukan pengamatan pada saat kegiatan di posyandu.

**Tabel 1. Matriks Fenomena Emergence Gizi**

	Periode	Peristiwa/Kejadian	Kategori	Dampak
1.	<b>Kalakarya (23 Juni 2011) sampai dengan pendampingan ke dua.</b>	<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 : Membangkitkan semangat perubahan pada perilaku pelaku kesehatan di Kabupaten Bima baik program maupun sektor terkait dalam meningkatkan IPKM di Kabupaten Bima</p> <p>3. Hasil dari pertemuan tersebut Kasus tematik yang dijumpai adalah "OPTIMALISASI KOORDINASI PETUGAS KESEHATAN, KADER DAN PERANGKAT DUSUN/DESA DALAM PEMBANGUNAN KESEHATAN DI KABUPATEN BIMA" dengan kegiatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pendataan sasaran bayi, balita dan bumil setiap dusun/desa</li> <li>- Peran kades/kadus dan kader dalam pendataan sasaran</li> <li>- Jalur pelaporan, komunikasi antara kader, kadus/kades, dan petugas kesehatan</li> </ul>	<b>Case Finding</b> (penemuan masalah)	Pendataan ulang terhadap balita (diketemukan balita dengan nama dan alamat jelas, dan buku KMS

Case Finding di Kabupaten Bima melakukan:

1. Ssweeping penimbangan
2. Bidan desa yang desanya UCI diberi insentif dari dinas

Komitmen Bupati untuk penanganan gikur :

1. Penanganan melalui kelas gizi untuk balita dan kelas ibu untuk ibu hamil KEK dan kelas ibu untuk bayi , balita gikur dan gibur , dikoordinir oleh petugas puskesmas dengan tujuan memberikan asupan gizi selama 40 hari
2. Pembentukan Tim PDBK Kabupaten yaitu membuat tim yang membawahi beberapa puskesmas, satu staf dinas kesehatan memantau kegiatan di puskesmas
3. Pembentukan Regional per wilayah kecamatan berdasar lokasi kecamatan
4. Pembentukan pokja penanganan Gizi kurang melalui program lintas sektor
5. Pengelompokan wilayah kerja puskesmas ke dalam 3 regional dengan dasar letak wilayah, agar mudah dalam mengkoordinasi kegiatan
6. Bekerja sama dengan lintas sektor seperti BPMDes, Dinas Sosial, Dinas Pertanian, Bazda, PPKB, BPS terutama yang mempunyai program yang bisa membantu dalam pengurangan angka gizi kurang.

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

Selanjutnya untuk menggali lebih dalam informasi yang berkaitan dengan permasalahan gizi dari hasil dialog & wawancara selanjutnya dilaporkan ke dalam formulir E1 di bawah ini.

4.6.6. Kuesioner E (Catatan/Rekaman Pelaku/Pengamat Dalam Proses Pendampingan PDBK) di Kabupaten Bima

Tabel 2. Dialog Kalakarya Kabupaten Bima

Dialog	Kalakarya Kabupaten
a. Inisiator pertemuan	Kepala.Dinas kesehatan
b. Jumlah peserta	215 orang
c. Peserta	
2. Berlangsungnya Dialog	Ssuasana dialog lancar/mengalir. Pembicara memancing keterlibatan peserta dialog dengan pertanyaan kpd peserta suasana dialog selanjutnya mulai tegang setelah pendamping menyampaikan tentang IPKM. Peserta saling menanyakan saling melemparkan tanggung jawab ke pihak lain.
a. Kemampuan dialog	
1. Kemampuan mendengar	kemampuan tidak menyela pembicaraan & mendengarkan hingga seseorang selesai berbicara/menyampaikan pandangan  Peserta mampu mendengarkan pembicara tanpa menyela. Peserta mendengarkan penjelasan yang disampaikan oleh pembicara dengan penuh perhatian.
2. Kemampuan menerima keragaman atau perbedaan pendapat	Peserta cukup terbuka untuk menerima pendapat orang lain, dan mengakui adanya permasalahan yang harus dihadapi bersama-sama
- menahan diri untuk tidak cepat menilai orang lain/pandangan dari pembicara lain	Peserta mampu menahan diri untuk tidak cepat menilai orang lain/pandangan dari pembicara lain
- menahan diri untuk tidak memaksakan	Peserta mampu menahan diri untuk tidak memaksakan pandangan sendiri

pandangan sendiri	
1. Gambaran umum berlangsungnya dialog	Suasana dialog lancar/mengalir. Pembicara mampu memancing keterlibatan peserta dialog sehingga peserta merasa dilibatkan dalam dialog
2. Keterlibatan peserta dialog	Keterlibatan peserta dialog : pasif, aktif, banyak/sedikit yang berbicara, dominasi
3. Siapa yang memberikan pendapat dan pendapat yang dikemukakan	k aPKM:
B. Topik/isyu atau masalah yang dibahas	KD/S, KNI, K1&K4, Gizi kurang dan buruk, imunisasi

## BAB 5

### KESIMPULAN DAN SARAN

1. Kalakarya PDBK tidak terjadinya perubahan dalam individu, tim, institusi Dinkes Kesehatan dan lintas sektor. Terbukti dalam pelaksanaan kesepakatan bersama kalakarya PDBK adanya Pekan Penimbangan yang melibatkan semua jajaran kesehatan dan lintas sektor tetapi hasilnya tidak dilaporkan.
2. Implementasi dari kebijakan adanya pembentukan Tim Bimbingan Wilayah dari Dinas Kesehatan.
3. Penangan giberkur dengan melaksanakan Kelas Gizi di semua Puskesmas untuk menurunkan angka prevalensi Giberkur 6,59% pada tahun 2010 menjadi 5,84% pada tahun 2011. Sementara indikator Linakes, KN1, K4 dan Bufas cenderung tidak ada peningkatan. Indikator-indikator tersebut bisa menjadi prediksi untuk hasil dari Riskesdas 2013 yang akan segera dilaksanakan.
4. Kegiatan Inovasi Kab. Bima keluar dari Status PDBK
  - a. Indikator Gizi
    - Pendataan sasaran setiap bulan
    - D/S
    - Melaksanakan Pekan Penimbangan 2 kali setahun ( Semester I, II )
    - Tim Regional per wilayah kerja Puskesmas dengan melibatkan unsur Pemerintah Desa/non nakes ( PKK, Toga, Toma, aparat desa, kaderkes )
    - Pendampingan Posyandu Kabupaten
    - Optimalisasi Posyandu bersaing ( H-7,H dan H+1)
    - Evaluasi cakupan FIII/Gizi Setiap bulan secara berjenjang Pus-Kab.
    - Kalakarya Tk. Desa - Kecamatan.
    - Kelas Gizi di wilayah Gikurgibur tinggi.

b. Indikator KIA

- Kepala Desa bertanggungjawab terhadap kinerja Bidan di Desa
- Pendataan kohort setiap bulan.
- Monev terhadap bidan puskesmas/ bidan desa.
- Optimalisasi kemitraan Pemerintah desa dan tenaga kesehatan.

c. Indikator Imunisasi

- Distribusi dan pengawasan buku KIA/KMS pada sasaran ( bayi/bumil ).
- Bidan dan Petugas Pustu sebagai vaksinator imunisasi, selain vaksinator Puskesmas.

d. Sweeping imunisasi.

- Masih lemahnya manajemen program KIA antara lain :
- Kepatuhan bidan dalam pengisian kartu ibu, kohort ibu, bayi, balita dan KB
- Pemanfaatan kartu ibu, kohort ibu, bayi, balita dan KB
- Kepatuhan dan kompetensi Bidan terhadap standar pelayanan belum sepenuhnya dilaksanakan
- Pencatatan dan pelaporan utk buku KIA di posyandu masih belum lengkap. Kader posyandu masih perlu refreasing/ pembinaan dari puskesmas

## SARAN

1. Pergerakkan di tingkat Dinas Kesehatan Kabupaten Bima yang didorong 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 Kabupaten Bima.
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.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan karuniaNya kami dapat menyelesaikan analisis Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan yaitu hasil Kesehatan Nasional (Riskesnas) 2012 dengan judul : "Kemitraan Pemerintah Desa dengan Tenaga Kesehatan Berbasis GI-KIA dalam Rangka Meningkatkan IPKM di Kabupaten Bima" telah kami selesaikan tepat waktu.

Dengan segala kerendahan hati, kami menyampaikan terima kasih banyak kepada yang terhormat Bapak Dr. Trihono, dr., M.Sc., Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI atas terlaksananya Riskesnas 2012.

Terima kasih pula Bapak Agus Suprpto, drg., M.Kes, selaku Kepala Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, atas segala perhatian, kesempatan dan dukungan yang diberikan.

Ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya juga kami sampaikan kepada: Seluruh narasumber/reviewer Riskesnas 2012 yaitu Prof. Dr. Triono Sundoro, Prof. Pur ,DR. Deddy, DR. Abas Basuni J, DR. drh. Didik Budijanto M.Kes, DR. dr.Sandi Ilyanto MPH , DR. Husni serta yang lainnya, yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu.

Sekretariat manajemen data Sekretariat PDBK Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI.

Sekretariat PDBK Badan Litbang Kemenkes RI, yang telah mengurus administrasi, pembiayaan dan penyampaian informasi yang kami perlukan.


Teman-teman di lingkungan institusi kami, atas segala perhatian dan koreksi demi kelancaran analisis ini dan teman-teman pembantu administrasi yang mengurus kelancaran administrasi keuangan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bryden, J, Shucksmith, M and Murphy, C. Evaluation and Monitoring of the Loggan Community Forestry Initiative, Inception report and final report, Scottish Office, Edinburgh, in [www.abdn.ac.uk/arkleton/npp/parte1.do](http://www.abdn.ac.uk/arkleton/npp/parte1.do), 1998.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bima. Profil Kesehatan Kabupaten Bima, Tahun 2010.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia: Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar, RISKESDAS Indonesia-Tahun 2007, Jakarta, 2008.
- Eisler, Rione & Montuori, Alfonso. "The Partnership Organization : A System Approach", OD Practitioner, Vol. 33, No 2, 2001.
- <http://pustakaonline.wordpress.com/2008/03/22/kemitraan-pemerintah-desa-dengan-badan-perwakilan-desa-dalam-penyelenggaraan-pemerintahan-desa>. Diakses tgl 21 Oktober 2011
- <http://www.ireyogya.org/ire.php?about=booklet-9.htm>. Diakses 21 OKT 2011
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014, Jakarta, 2010.
- 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
- Undang-Undang No. 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah. Sinar Grafika. Jakarta, 1999.
- Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah. Citra Umbara., Bandung, 2004.

# LAMPIRAN

Surat Keputusan (SK) yang di tandatangani oleh kepala Dinas Kesehatan. Surat Keputusan ini dapat dilihat dari gambar di bawah ini :

**PEMERINTAH KABUPATEN BIMA**  
**DINAS KESEHATAN**  
Kantor Kesehatan No.92 Rt. 0175 4115411111111111 19773 51001

---

**KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN BIMA**  
**NOMOR : 142 / 01.2 / 0304 / D / 2012**

**TENTANG**

**PERUBAHAN TIM PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN**  
**P-DBK TINGKAT KABUPATEN BIMA**  
**PADA 2 DAIRAH KESEHATAN KABUPATEN BIMA**  
**TAHUN ANGGARAN 2012**

**KEPALA DINAS KESEHATAN KABUPATEN BIMA,**

**Menimbang :**

- a. bahwa untuk memancing pelaksanaan kegiatan Pananggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan di Wilayah Kabupaten Bima Tahun Anggaran 2012 diperlukan perlu untuk membentuk Tim Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (P-DBK) Tingkat Kabupaten Bima pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bima Tahun 2012;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, perlu membentuk Komando Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bima tentang Pembentukan Tim Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (P-DBK) Tingkat Kabupaten Bima pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bima Tahun Anggaran 2012.

**Mengingat :**

- 1. Undang-Undang Nomor 59 Tahun 1985 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat II Dalam Wilayah Daerah-daerah Tingkat I Bala, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur;
- 2. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1990 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme;
- 3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
- 4. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan;
- 5. Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan;
- 6. Undang-Undang Nomor 15 Tahun 2004 tentang Pemeriksaan, Pengelolaan dan Tanggung Jawab Keuangan Negara;
- 7. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional;
- 8. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah;
- 9. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Kabupaten Bima dan Kecamatan Pual dan Kecamatan Bual;
- 10. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
- 11. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
- 12. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2010 tentang Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara Tahun Anggaran 2010;
- 13. Peraturan Pemerintah Nomor 36 Tahun 2007 tentang Pembagian Urutan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota;
- 14. Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 1998 tentang Koordinasi Kegiatan Instansi Vertikal di Daerah;
- 15. Peraturan Daerah Kabupaten Bima Nomor 77 Tahun 1998 tentang Pembentukan

**LAMPIRAN : KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN**  
**NOGOR : 1005/1013/2022/2022**  
**TANGGAL : 21 Februari 2022**

**SUSUNAN TIM PENANGGULANGAN DEWASA BERISALAN KESEHATAN (DOK) TINGKAT**  
**KABUPATEN BIMA PADA DINAS KESEHATAN KABUPATEN BIMA TAHUN ANGGARAN 2022**

NO	NAMA/JABATAN	KELOMPOK/DALAM TIM	KET.
1	Drg. Hj. Siti Hadjar Yoesoes Kepala Dinas Kab. Bima	Pemimpin Tim	
2	Drs. Haidir Umar, Apt. / Sekretaris Dinas Kesehatan Kab. Bima	Devidensi/Penasihat	
3	Muhammad Ghani, M.AP. Kabid Kesga	Ketua	
4	Yasmi Rachid, SKM. Kabid P2PTL	Wakil Ketua	
5	Irena Djalis Gekono, SKM. Kabid Perinatal	Wakil Ketua	
6	Fitri Hartono, A. Aun. Kabid Penyakit Umat (SKM)	Keahlian	
7	Kasi Bina dan Ulati Kab. Bima	Sekretaris	
8	Fitri Haidir, M. Si. Kasi Gizi	Wakil Sekretaris	
9	Suzanti, D. S. Sae. Kasi Pengamatan dan Pencapaian Penyakit	Wakil Sekretaris	
10	Siti Fatmah, AMK. Kap. Kasi Kesehatan Ibu dan Bayi	Anggota	
11	Rita, M.AP. S. Sae. Kasi Promosi dan Komunikasi Kesehatan (K3) Kab. Bima	Anggota	
12	Kesling Program dan Pelaporan Umat	Anggota	
13	Kelompok Keuangan Kab. Bima	Anggota	
14	Kasi Bina Profesi Kab. Bima	Anggota	
15	Muhammad Ghani, SKM, MPH. Kasi Pembinaan R2 dan Perinatal Kab. Bima	Anggota	
16	Kasi Kesehatan Khusus Kab. Bima	Anggota	
17	Lukman, SKM. Kasi Penyelidikan dan UKBM Kab. Bima	Anggota	
18	Kasi IPKMI dan UKM Kab. Bima	Anggota	
19	Mahmud, S. Sae. Kasi Gizi	Anggota	
20	Mahmud, S. Sae. Kasi Penyelidikan Lingkungan Kab. Bima	Anggota	
21	Mameyah, S. Sae. Kasi Pelayanan Penyakit Kab. Bima	Anggota	
22	Kapala IFC Kab. Bima	Anggota	
23	Juranda, A. P. H. Kasi IFC Kab. Bima	Anggota	

Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bima,  
  
**Hj. Siti Hadjar Yoesoes**  
 NIP. 196512171983122002