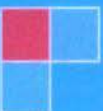


Laporan Akhir Riset
Pengaruh Pendampingan DBK
terhadap Keyakinan dan Tindakan
Pelaku Kesehatan dalam rangka
Peningkatan cakupan Penimbangan
Balita dan Imunisasi di Kab.Buru
Propinsi Maluku.



M.Hasyimi
Betriyon
Yulianis Rahim



**PENGARUH PENDAMPINGAN DBK TERHADAP KEYAKINAN DAN
TINDAKAN PELAKU KESEHATAN DALAM RANGKA
PENINGKATAN CAKUPAN PENIMBANGAN BALITA DAN
IMUNISASI DI KABUPATEN BURU**

Laporan Penelitian



***RISET OPERASIONAL
PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN***

Penyusun :

Drs. M. Hasyimi, MKM

Betriyon, SKM

Yulianis Rahim, SKM., MKes

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**

Email: hasyimi@litbang.depkes.go.id

2012

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	
PERPUSTAKAAN	
Tanggal :	26-6-2013
No. Index :	
No. Klas :	25
	PDBK

SUSUNAN TIM PENELITIAN

No.	Nama	Keahlian/ Kesarjanaan	Kedudukan Dalam Tim	Uraian Tugas
1.	Drs. M. Hasyimi, MKM NIP. 195210051980031005	Kemas	Ketua Pelaksana	Bertanggung jawab terhadap seluruh aspek penelitian dan pelaporan
2	Betriyon, SKM NIP.197208032001121003	Kemas	Peneliti Non Fungsional	Bertanggung jawab dalam pengumpulan data & kegiatan lapangan
3	Yulianis Rahim,SKM,Mkes. NIP.197305182000122003	Pengelola Program Dinkes	Peneliti non fungsional lokal	Membantu perizinan, persiapan dan pelaksanaan pengumpulan data serta kegiatan lapangan.



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon: (021) 4261088 Faksimile: (021) 4243933

E-mail: sesban@litbang.depkes.go.id, Website: <http://www.litbang.depkes.go.id>

KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

NOMOR : HK.03.05/1/5076/2012

TENTANG

TIM PENELITI

RISET OPERASIONAL PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN

(PDBK)

BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN RI TAHUN 2012

KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

- Menimbang :
- a. bahwa untuk memberikan peluang bagi peneliti Badan Litbangkes dalam melaksanakan Riset Operasional dalam rangka pengembangan model intervensi PDBK di kabupaten/kota sesuai dengan masalah spesifik daerah dari hasil pendampingan;
 - b. bahwa untuk melaksanakan kegiatan Riset Operasional PDBK Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2012 perlu dibentuk Tim Peneliti Riset Operasional PDBK pada masing-masing Satuan Kerja di lingkungan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan b perlu ditetapkan Keputusan Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan tentang Pembentukan Tim Peneliti Riset Operasional PDBK tahun 2012;
- Mengingat :
1. Undang-Undang RI Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
 2. Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);
 3. Peraturan Pemerintah RI Nomor 39 Tahun 1995 tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 1995 Nomor 67, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3609);
 4. Peraturan Pemerintah RI Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4585);



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon: (021) 4261088 Faksimile: (021) 4243933

E-mail: sesban@litbang.depkes.go.id, Website: <http://www.litbang.depkes.go.id>

5. Peraturan Pemerintah RI Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Propinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 791/Menkes/SK/VI/1999 tentang Koordinasi Penyelenggaraan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1179A/Menkes/SK/X/1999 tentang Kebijakan Nasional Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/Menkes/Per/VI/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1144/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585);
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1798/Menkes/SK/XII/2010 tentang Pedoman Pemberlakuan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat;
11. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 651/Menkes/SK/III/2011 tentang Tim Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan.

MEMUTUSKAN :

MENETAPKAN : TIM PENELITI RISET OPERASIONAL PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN (PDBK) BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN RI TAHUN 2012;

Kesatu : Tugas Tim Peneliti Riset Operasional PDBK Tahun 2012 (selanjutnya disebut RO PDBK 2012) sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini adalah:

1. Melaksanakan penelitian sesuai kaidah ilmiah dan etika dengan waktu yang telah ditetapkan;
2. Mempertanggungjawabkan penggunaan anggaran sesuai peraturan yang berlaku;
3. Membuat dan menyampaikan laporan kemajuan dan laporan



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kotak Pos 1226

Telepon: (021) 4261088 Faksimile: (021) 4243933

E-mail: sesban@litbang.depkes.go.id, Website: <http://www.litbang.depkes.go.id>

akhir penelitian;

4. Membuat ringkasan eksekutif berdasarkan hasil penelitian sebagai bahan masukan kepada pengambilan keputusan dan pengelola program berupa draft pengembangan model intervensi PDBK di Kabupaten/Kota yang diteliti;
5. Mendorong terlaksananya reformulasi kebijakan, program dan kegiatan di Kabupaten/Kota yang diteliti yang menyebabkan akselerasi perbaikan kondisi kesehatan masyarakat di wilayah PDBK;
6. Menyusun draft kajian daerah bermasalah kesehatan.

- Kedua : Tim Peneliti RO PDBK Tahun 2012 sebagaimana dimaksud pada diktum kesatu diberikan honor sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- Ketiga : Dalam melaksanakan tugasnya, Tim Peneliti RO PDBK Tahun 2012 berpedoman pada peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- Keempat : Tim Peneliti RO PDBK Tahun 2012 dapat berkonsultasi dan berkoordinasi dengan Tim Sekretariat PDBK;
- Kelima : Biaya kegiatan RO PDBK dibebankan pada DIPA Sekretariat Badan Litbangkes Nomor: 0682/024-11.1.01/00/2012 Tahun Anggaran 2012;
- Keenam : Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan sampai 31 Desember 2012, dengan ketentuan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam keputusan ini dapat dilakukan perubahan dan perbaikan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN DI : JAKARTA
PADA TANGGAL : 30 APRIL 2012



36.	Peran PDBK dalam Meningkatkan Kinerja Kader dan Partisipasi Masyarakat untuk Meningkatkan Cakupan dalam Posyandu Wira Usaha	Loka P2B2 Tanah Bumbu	Kab. Seram Bagian Barat, Maluku	Drh. Dicky Andiarsa, MKed	Ketua Pelaksana
				Drh. Tri Wahono	Peneliti
				Janes Harsepunny	Peneliti Lokal
37.	Peran Pendampingan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) dalam Peningkatan Pembinaan Petugas Puskesmas terhadap Kinerja Posyandu di Kabupaten Kepulauan Aru, Maluku	Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Pusat 4)	Kab. Kep. Aru, Maluku	Noor Edi W Sukoco, SKM, MCN, MSc	Ketua Pelaksana
				drh. Sahat Ompusunggu, M.Sc	Peneliti
				Yoanita E. O. Uniplaita, A.Kp, M.Kes	Peneliti Lokal
38.	Peranan PDBK terhadap Perubahan Kebijakan dan Partisipasi Tokoh Masyarakat untuk Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Maluku Tenggara Barat	Loka P2B2 Tanah Bumbu	Kab. Maluku Tenggara Barat, Maluku	Syarief Hidayat, SKM	Ketua Pelaksana
				dr. Hijaz Nuhung	Peneliti
				Johanis Lekatompessy, SKM	Peneliti Lokal
39.	Pengaruh Pendampingan DBK terhadap Keyakinan dan Tindakan Pelaku Kesehatan dalam Rangka Peningkatan Cakupan Penimbangan Balita dan Imunisasi di Kabupaten Buru Propinsi Maluku Tahun 2012	Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat (Pusat 3)	Kab. Buru, Maluku	Drs. M. Hasyimi, M.Si	Ketua Pelaksana
				Betriyon, SKM	Peneliti
				Yulianis Rahim, SKM, M.Kes	Peneliti Lokal

DITETAPKAN DI : JAKARTA
PADA TANGGAL : APRIL 2012

KEPALA

TRIHONO

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Allah *subkhanahu wa ta'ala* karena berkat kasih dan karuniaNya, laporan akhir riset/pengamatan pendampingan Daerah bermasalah kesehatan (PDBK) di Kab.Buru Maluku ini, dapat diselesaikan dengan lancar. Pengamatan dilakukan di Kabupaten Buru, Provinsi Maluku pada tahun 2012.

Dengan selesainya laporan ini, kami selaku pengamat/pendamping DBK mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementrian Kesehatan RI, yang telah memfasilitasi dan member i kesempatan kepada kami untuk terlibat dalam kegiatan PDBK ini.
2. Para pembina/pengarah (suhu) yang telah memberikan pembinaan , pengarahan dan pendampingan dengan sungguh-sungguh.
3. Pemerintah daerah beserta jajarannya, masyarakat Kab.Buru yang telah berperan aktif dalam kegiatan ini.
4. Berbagai pihak yang tidak dapat kami sebut satu persatu yang telah membantu dalam pelaksanaan pendampingan/pengamatan di Kab.Buru hingga laporan ini selesai.

Semoga Allah *subkhanahu wata'ala* senantiasa melimpahkan rahmat dan memberi petunjuk serta kekuatan kepada kita semua dalam melaksanakan penelitian dan pengembangan kesehatan, khususnya dalam rangka peningkatan indeks pembangunan kesehatan masyarakat IPKM di daerah bermasalah kesehatan.

Jakarta, 10 Desember 2012

M.Hasyimi dkk

RINGKASAN PENELITIAN

Pendahuluan.

Kabupaten Buru dibentuk berdasarkan Undang – Undang Nomor 6 Tahun 2000 tentang Pembentukan Propinsi Maluku Utara, Kabupaten Buru dan Kabupaten Maluku Tenggara Barat. Khusus untuk wilayah pemerintahan Kabupaten Buru, cakupan wilayah administrasi pemerintah terdiri dari Kecamatan Namlea, Kecamatan Airbuaya, Kecamatan Waiapo, Kecamatan Waplau dan Kecamatan Batabual. Kabupaten Buru, Maluku sebelum terjadi pemekaran dengan jumlah penduduk 160.234 jiwa memiliki indeks pembangunan kesehatan masyarakat (IPKM) dibawah rata-rata, yaitu 0,368814. Dengan angka ini, Kab.Buru menempati peringkat 415 dari 440 Kabupaten/Kota yang ada di Indonesia. Sedangkan ditingkat propinsi menduduki peringkat 7 dari 8 kabupaten/kota yang ada. Di Kab. Buru, persentase desa UCI (*Universal Child Immunization*) pada tahun 2009 sebesar 63%, dan pada tahun 2010 turun menjadi 21% dan pada tahun 2011 meningkat kembali tetapi hanya 37%.

Minimal pada dua wilayah kerja Puskesmas di Kab. Buru, pada periode semester 2 tahun 2011, mengalami penurunan pada angka jumlah penimbangan balita per sasaran (D/S).

Tujuan : Riset untuk mengetahui pengaruh pendampingan (PDBK) terhadap wilayah perubahan dan tindakan pada pelaksana kesehatan dalam rangka meningkatkan cakupan imunisasi dan penimbangan balita sehingga terjadi peningkatan IPKM di Kab. Buru.

Bahan dan Cara Kerja. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam, pengisian kuesioner ABCD, kuesioner tematik untuk kader kesehatan dan diskusi kelompok (FGD). Data yang dikumpulkan merupakan data awal pengamatan/penelitian dimana belum dilakukan kalakarya, kecuali kalakarya regional dimana Kab. Buru mengikutsertakan 3 (tiga) orang dari unsur Dinkes Kab. Buru.

Hasil dan Pembahasan.

Hasil riset menunjukkan bahwa wilayah perubahan *self assesment* responden (hasil kuesioner A) didominasi oleh level 4 (empat) disemua aspek. Pada pengamatan dialog dan tindakan tim kerja (kuesioner B) menunjukkan bahwa aspek analisis masalah dan formasi masalah pada level 2, sementara pada pelaksanaan dan monitoring evaluasi pada level 1. Pengamatan perubahan tim kerja menunjukkan (kuesioner C) menunjukkan level 2 pada semua aspek. Pengamatan budaya organisasi (kuesioner D) menunjukkan pada level 2 di semua aspek. Hasil pengamatan pada populasi kader Posyandu memberikan hasil level 2 disemua aspek ,terkecuali aspek orientasi kualitas yang sudah lebih maju, yaitu pada level 3.

Kesimpulan.

Pada tataran wilayah perubahan individu, baik kepedulian, komunikasi, berfikir strategis, kepemimpinan, kreativitas, orientasi mutu dan integritas menempati level 4 (peringkat tertinggi). Pada tataran pengamatan dialog dan tindakan, pada analisis masalah dan format masalah menempati level 2. Sementara pelaksanaan dan monitoring evaluasi menempati level 1 (peringkat terendah). Pada tataran perubahan tim kerja, baik *forming*, *storming*, *norming* dan *performing* menempati level 2, dengan tertinggi pada *storming*. Pada tataran pengamatan budaya organisasi, baik keterlibatan (*involvement*) , konsistensi (*consistence*), penyesuaian (*adaptation*) dan misi (*mission*) menempati level 2, dengan paling tinggi konsistensi. Pada tataran wilayah perubahan individu di lingkungan kader Posyandu, baik

kepedulian, komunikasi , berfikir system, kepemimpinan, kreativitas dan integritas menempati level 2, sementara orientalis mutu menempati level 3.

ABSTRAK

Kabupaten Buru dibentuk berdasarkan Undang – Undang Nomor 6 Tahun 2000 tentang Pembentukan Propinsi Maluku Utara, Kabupaten Buru dan Kabupaten Maluku Tenggara Barat. Khusus untuk wilayah pemerintahan Kabupaten Buru, cakupan wilayah administrasi pemerintah terdiri dari Kecamatan Namlea, Kecamatan Airbuaya, Kecamatan Waiapo, Kecamatan Waplau dan Kecamatan Batabual. Kabupaten Buru, Maluku sebelum terjadi pemekaran dengan jumlah penduduk 160.234 jiwa memiliki indeks pembangunan kesehatan masyarakat (IPKM) dibawah rata-rata, yaitu 0,368814. Dengan angka ini, Kab.Buru menempati peringkat 415 dari 440 Kabupaten/Kota yang ada di Indonesia. Sedangkan ditingkat propinsi menduduki peringkat 7 dari 8 kabupaten/kota yang ada. Di Kab. Buru, persentase desa UCI (*Universal Child Immunization*) pada tahun 2009 sebesar 63%, dan pada tahun 2010 turun menjadi 21% dan pada tahun 2011 meningkat kembali tetapi hanya 37%. Minimal pada dua wilayah kerja Puskesmas di Kab. Buru, pada periode semester 2 tahun 2011, mengalami penurunan pada angka jumlah penimbangan balita per sasaran (D/S). Tujuan riset mengetahui pengaruh pendampingan (PDBK) terhadap wilayah perubahan dan tindakan pada pelaksana kesehatan dalam rangka meningkatkan cakupan imunisasi dan penimbangan balita sehingga terjadi peningkatan IPKM di Kab. Buru. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara mendalam, pengisian kuesioner ABCD, kuesioner tematik dan diskusi kelompok (FGD). Data yang dikumpulkan merupakan data awal pengamatan/penelitian dimana belum dilakukan kalakarya, kecuali kalakarya regional. Kab. Buru mengikutsertakan 3 (tiga) orang dari unsur Dinkes Kab. Buru. Hasil riset menunjukkan bahwa wilayah perubahan *self assesment* responden (hasil kuesioner A) didominasi oleh level 4 (empat) disemua aspek. Pada pengamatan dialog dan tindakan tim kerja (kuesioner B) menunjukkan bahwa aspek analisis masalah dan formasi masalah pada level 2, sementara pada pelaksanaan dan monitoring evaluasi pada level 1. Pengamatan perubahan tim kerja menunjukkan (kuesioner C) menunjukkan level 2 pada semua aspek. Pengamatan budaya organisasi (kuesioner D) menunjukkan pada level 2 di semua aspek. Hasil pengamatan pada populasi kader Posyandu memberikan hasil level 2 disemua aspek ,terkecuali aspek orientasi kualitas yang sudah lebih maju, yaitu pada level 3.

Kata kunci : Kader Posyandu, keyakinan, imunisasi, penimbangan balita, keyakinan, tindakan.

DAFTAR ISI

I	PENDAHULUAN	1
II	Tujuan dan Manfaat	3
	A. Tujuan Umum	3
	B. Tujuan Khusus	3
III.	Tunjauan Pustaka	3
IV	Bahan Dan Cara Kerja	4
	a. Kerangka Teori	4
	b. Kerangka Konsep	5
	d. Pengumpulan data	6
	e. Diskusi kelompok	7
V	Hasil dan Pembahasan	7
	1. Pengumpulan data pengamatan	7
	a). Wawancara mendalam	7
	b) Pengukuran wilayah perubahan abadi dan segitiga tindakan	12
	2. Analisis hasil riset tematik	15
	a). Hasil kuesioner tematik	15
	b). Diskusi kelompok	18
VI	Kesimpulan dan Saran	22
VII	Ucapan Terima kasih	23
VIII	Daftar Pustaka	23
IX	Lampiran	24

DAFTAR TABEL/GRAFIK/GAMBAR/PETA

Tabel 1	Karakteristik responden wawancara mendalam di lingkungan Dinas Kesehatan Kab.Buru, Maluku. Tahun 2012.	8
Tabel 2	Karakteristik Pemandu Pengamatan Budaya Organisasi di Puskesmas dilingkungan Dinkes Kab. Buru, Maluku,tahun 2012.	9
Tabel 3	Kesepakatan-kesepakatan yang diperoleh dari FGD di Puskesmas Air Buaya, Kab.Buru, Tahun 2012.	13
Gambar 1.	Lingkaran perubahan dan Segitiga tindakan	4
Gambar 2.	Pengamatan cakupan imunisasi dan penimbangan	5
Gambar 3.	Wilayah perubahan individu (Kuesioner A).	13
Gambar 4.	Hasil pengamatan dialog dan tindakan (Kuesioner B).	14
Gambar 5.	Hasil Pengamatan Perubahan Tim Kerja (Kuesioner C)	14
Gambar 6.	Pengamatan Budaya Organisasi (Kuesioner D)	15
Gambar 7.	Gambaran awal dalam wilayah perubahan individu pada kader Posyandu di Kab.Buru, tahun 2012.	16
Gambar 8.	Jumlah Balita yang ditimbang per sasaran (D/S) di wilayah kerja Puskesmas Air Buaya, periode Agustus 2011 s/d Juni 2012.	18
Gambar 9.	Jumlah Balita yang ditimbang per sasaran (D/S) di wilayah kerja Puskesmas Waelo, periode Januari s/d Desember 2011.	20
Gambar 10-29	Gambar-gambar proses pendampingan PDBK Kab.Buru	25-35

DAFTAR LAMPIRAN

1.	Kuesioner ABCDE dan F	
2.	Kuesioner Khusus (Kuesioner I)	
3.	Laporan Kalakarya (pengamat 1).	
4.	Laporan Kalakarya (pengamat 2).	
5.	Gambar peta Kab.Buru ,Propinsi Maluku	

I. PENDAHULUAN

Kabupaten Buru dibentuk berdasarkan Undang – Undang 45 Tahun 1999 tentang Pembentukan Propinsi Maluku Utara, Kabupaten Buru dan Kabupaten Maluku Tenggara Barat, yang telah diperbaharui dengan Undang – Undang Nomor 6 Tahun 2000. Dengan memperhatikan kepentingan pelayanan publik dan rentang kendali pemerintahan, sampai dengan awal tahun 2008 wilayah pemerintah kecamatan di Kabupaten Buru mencakup 10 kecamatan. Selanjutnya, dengan telah diberlakukannya Undang – Undang Nomor 32 Tahun 2008 tentang pembentukan Kabupaten Buru Selatan, maka 5 wilayah kecamatan yang secara geografis berada dibagian selatan Kabupaten Buru terpisah menjadi daerah otonom baru, yakni Kabupaten Buru Selatan. Khusus untuk wilayah pemerintahan Kabupaten Buru, cakupan wilayah administrasi pemerintah terdiri dari Kecamatan Namlea, Kecamatan Airbuaya, Kecamatan Waiapo, Kecamatan Waplau dan Kecamatan Batabual (Pemb. Buru,2011). Sedangkan berdasarkan letak astronomi, Kabupaten Buru berada pada titik koordinat:

Bujur Timur	: 125°70' – 127°21' BT
Lintang Selatan	: 2°25' – 3°55' LS

Secara fisik Kabupaten Buru dibatasi oleh :

Sebelah barat	: Laut banda dan Kabupaten Buru Selatan.
Sebelah timur	: Selat Manipa
Sebelah utara	: Laut Seram
Sebelah selatan	: Laut Banda dan Kabupaten Buru Selatan.

Kabupaten Buru didominasi oleh kawasan pegunungan dengan kemiringan lereng kurang dari 40° meliputi 15,43% dari seluruh luas wilayah ini. Iklim yang terjadi di Kab.Buru, yaitu *low tropic* yang dipengaruhi oleh angin musim serta berhubungan erat dengan lautan yang mengelilinginya. Sedangkan suhu rata-rata 26° celcius.

Misi pembangunan kesehatan Kabupaten Buru, dengan upaya :

1. Menggerakkan pembangunan daerah kabupaten yang berwawasan kesehatan .

2. Mendorong kemandirian masyarakat kabupaten untuk hidup sehat.
3. Memelihara dan meningkatkan pelayanan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh seluruh masyarakat kabupaten.
4. Meningkatkan kesehatan lingkungan dalam kabupaten.

Untuk menjalankan misi pembangunan kesehatan di Kab. Buru tersebut, telah dilakukan berbagai upaya kesehatan. Salah satu upayanya adalah program imunisasi dan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Keberhasilan program imunisasi diukur dengan pencapaian target cakupan imunisasi. Sedangkan keberhasilan KIA dapat diukur dengan cakupan penimbangan. Keberhasilan tersebut tergantung pada kinerja tenaga kesehatan pelaksana imunisasi yang dipengaruhi oleh faktor individu, psikologi dan faktor organisasi yang terdiri dari kepemimpinan, supervisi, sumber daya, kompensasi, struktur dan desain pekerjaan (Pemkab. Buru, 2012).

Penelitian ini dilakukan berdasarkan latarbelakang sebagai berikut. Di Kab. Buru, persentase desa UCI (*Universal Child Immunization*) pada tahun 2009 sebesar 63%, dan pada tahun 2010 turun menjadi 21% dan pada tahun 2011 meningkat kembali tetapi hanya 37% (Pemkab. Buru, 2012).

Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar), Susenas (Survei Ekonomi Nasional) dan Survei Podes (Potensi Desa) telah memunculkan Indek Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM), yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan. (Kemenkes, 2010). Kabupaten Buru, Maluku sebelum terjadi pemekaran dengan jumlah penduduk 160.234 jiwa memiliki IPKM dibawah rata-rata, yaitu 0,368814. Dengan angka ini, Kab. Buru menempati peringkat 415 dari 440 Kabupaten/Kota yang ada di Indonesia. Sedangkan ditingkat propinsi menduduki peringkat 7 dari 8 kabupaten/kota yang ada (Kemkes, 2011).

Kab. Buru memiliki 9 Puskesmas, yaitu Puskesmas Namlea, Puskesmas Sawa, Puskesmas Waplau, Puskesmas Savana Jaya, Puskesmas Mako, Puskesmas Waelo, Puskesmas Wamlana, Puskesmas Air Buaya dan Puskesmas Ilath.

Posyandu sebagai kepanjangan tangan Puskesmas merupakan organisasi yang berbasis pada pemberdayaan masyarakat. Sebagai pelaksana Posyandu adalah kader kesehatan, tim penggerak PKK, kelurahan dan tenaga kesehatan Puskesmas. Kader kesehatan yang dibantu oleh Bidan Koordinator Puskesmas,

melaksanakan program kesehatan yang meliputi KIA, KB, imunisasi, gizi dan penanggulangan diare. Sasaran Posyandu adalah Ibu hamil dan ibu menyusui, bayi/balita dan wanita usia subur (WUS) dan pasangan usia subur (PUS).

II. TUJUAN DAN MANFAAT

A. Tujuan umum

Mengetahui pengaruh pendampingan terhadap wilayah perubahan dan tindakan pada pelaksana kesehatan dalam rangka meningkatkan cakupan imunisasi dan penimbangan balita sehingga terjadi peningkatan IPKM di Kab. Buru.

B. Tujuan Khusus

- 1) Diperolehnya informasi perubahan dan tindakan pendamping DBK berkaitan dengan peningkatan cakupan imunisasi dan penimbangan balita.
- 2) Diperolehnya informasi adakah perubahan pada individu pendamping berpengaruh pada *team work* DBK yang berkaitan dengan peningkatan cakupan imunisasi dan penimbangan balita.
- 3) Diperolehnya informasi adakah perubahan pada *team work* berpengaruh pada institusi kesehatan berkaitan dengan peningkatan cakupan imunisasi dan penimbangan balita.
- 4) Diperolehnya informasi perubahan pada institusi berpengaruh pada *stakeholder* kesehatan yang berkaitan dengan peningkatan cakupan imunisasi dan penimbangan balita.
- 5) Diperolehnya informasi bahwa pendampingan PDBK meningkatkan kinerja kader yang berkaitan dengan peningkatan cakupan imunisasi dan penimbangan balita.

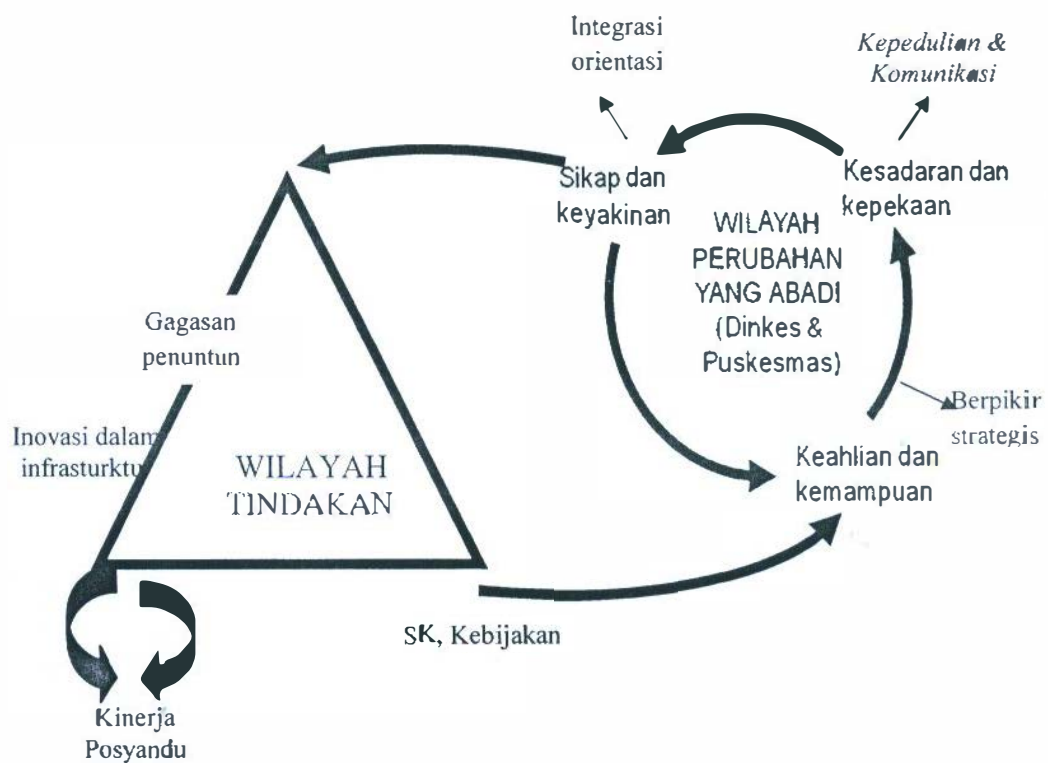
III. TINJAUAN PUSTAKA

Penimbangan anak di Posyandu merupakan *entry point* kegiatan pelayanan kesehatan seperti imunisasi, pengobatan diare, kegiatan deteksi dan stimulir tumbuh kembang dan lain-lain . Di dalam Renstra Kementrian Kesehatan 2010-2014 (Kemkes,2010) dan instruksi presiden No. 3 tahun 2010 telah ditetapkan bahwa pada tahun 2014 sekurangngnya 80% anak ditimbang secara teratur di

Posyandu. Untuk meningkatkan cakupan dan keberlangsungan kegiatan pemantauan pertumbuhan di Posyandu diperlukan dukungan semua kepentingan terutama lintas sektor, kader dan masyarakat. Berdasarkan lampiran surat kementerian kesehatan No. GK/Menkes/332/IX/2012, cakupan penimbangan balita di Propinsi Maluku 64,5% , sementara pada tingkat rata-rata nasional 71,4%.

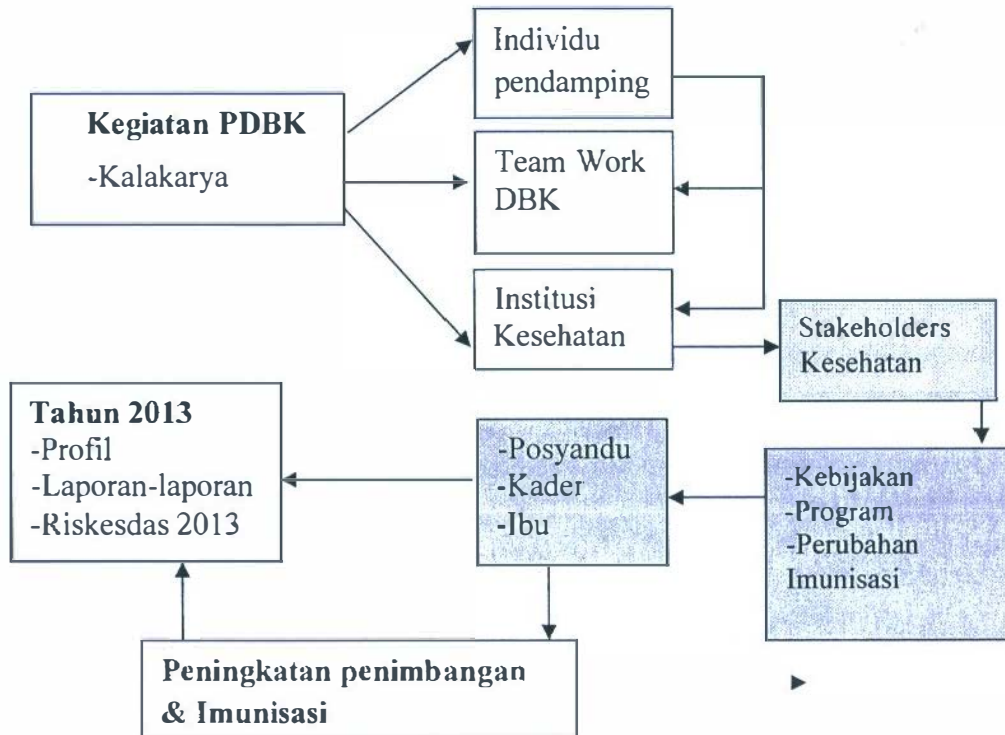
IV. BAHAN DAN CARA KERJA

a. Kerangka Teori



Gambar 1. Lingkaran Perubahan dan Segitiga Tindakan

b. Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2. Pengamatan Cakupan Imunisasi dan Penimbangan Balita

Catatan penting, bahwa sebelum pengumpulan data, unsur Dinkes telah dilibatkan pada kalakarya regional dan juga mendapat pemaparan tentang DBK pada saat acara “Penguatan Imunisasi Untuk Manajemen *Cold Chain* dan Strategi Pencapaian UCI desa”. Kedua kegiatan terakhir tersebut diuraikan sebagai berikut :

Kegiatan Kalakarya regional ini diselenggarakan oleh Kementrian Kesehatan RI di Denpasar , dengan mengikutsertakan 3 (tiga) orang dari unsur Dinkes Kab. Buru yaitu Kepala Dinas Kesehatan , 1 (satu) orang Kepala seksi pemberantasan penyakit dan 1 (satu) Kepala Puskesmas Wapleo Kab.Buru.

Pada awal pengamatan/penelitian ini, terjadi kegiatan yang berkaitan dengan tematik RO yaitu “Penguatan Imunisasi Untuk Manajemen *Cold Chain* dan Strategi Pencapaian UCI desa”, yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan. Kegiatan berlangsung pada tanggal 5 Juli 2012. Tujuan umum

kegiatan penguatan ini adalah meningkatkan kualitas program imunisasi melalui penerapan pengelolaan vaksin dan rantai vaksin yang memenuhi standar, untuk meningkatkan kualitas program imunisasi. Kegiatan ini diikuti oleh semua Kepala Puskesmas, Bidan koordinator, koordinator imunisasi seluruh Puskesmas dilingkungan Dinkes Kab. Buru. Pada kesempatan ini juga dilakukan pengisian kuesioner ABCD bagi Staf Dinkes Kab. Buru dan kepala –kepala Puskesmas se Kab. Buru.

c. Pengumpulan data

Berdasarkan waktu, data yang dikumpulkan dibagi menjadi : pengumpulan data awal pengamatan/penelitian (tahap 1), tahap 2 dan saat kalakarya tingkat kabupaten (tahap 3).

Pengumpulan data pada riset ini, berdasarkan jenis datanya terdiri atas 2 macam, yaitu data pengamatan dan data tematik.

1). Data pengamatan

Pengumpulan data pengamatan wilayah perubahan abadi dan segitiga tindakan, dilakukan dengan dua cara yaitu wawancara mendalam dan menggunakan kuesioner ABCD. Wawancara mendalam (*indept interview*) dilakukan terhadap unsur-unsur Pelaku kesehatan di Kab. Buru , termasuk wawancara pengamatan budaya organisasi.

Pengumpulan data pengamatan kabupaten dilakukan terhadap Pendamping DBK yaitu terhadap Kadinkes dan staf Dinas Kesehatan Kab. Buru, Kepala Puskesmas se Kab. Buru dan staf di 8 (delapan) Puskesmas, yaitu Puskesmas Waelo, Namlea, Sawa, Waplao, Savana Jaya, Ilath dan Puskesmas Air Buaya. Selain itu, juga dilakukan terhadap beberapa unsur lintas sektoral antara lain Camat dan jajarannya, dan kepala desa.

2). Pengumpulan data tematik.

Koleksi data tematik yang telah dilakukan dengan dua cara pula , yaitu pengisian kuesioner tematik dan diskusi kelompok (*Focus group discussion, FGD*).

a). **Pengisian kuesioner tematik.** Pengisian kuesioner dilakukan oleh empat kelompok kader Posyandu (masing-masing kelompok 5 kader) yang berada di Lingkungan Puskesmas Sawa, Namlea, Waelo dan Puskesmas

Air Buaya. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner tematik tentang perubahan keyakinan dan tindakan terhadap imunisasi (Kuesioner I, terlampir) yang telah disiapkan.

b). Diskusi kelompok (FGD).

Forum diskusi ini diikuti oleh Bidan koordinator, juru imunisasi, pengelola gizi dan pengelola promkes (promosi kesehatan), pengelola kesehatan lingkungan dan ibu-ibu kader. Kegiatan dilakukan di dua Puskesmas, yaitu Puskesmas Waelo dan Puskesmas Air Buaya Kab. Buru.

Forum pada kedua Puskesmas tersebut, sebelum pengisian kuesioner dan melakukan FGD diberi pengarahan tentang maksud dan tujuan kegiatan riset ini. Kemudian mereka mengisi kuesioner, setelah itu dipaparkan masalah kesehatan di Kab. Buru dan juga masalah kesehatan di tingkat masing masing Puskesmas. Mereka melakukan diskusi kelompok dengan membahas tentang MENGAPA terjadi, kemudian memberikan kesempatan pada mereka untuk mendiskusikan BAGAIMANA mengatasi/solusinya.

Pengumpulan data untuk tahap 2, dengan cara meminta responden yang telah mengisi pada tahap 1 untuk mengisi kembali kuesioner ABCD.

Berdasarkan jenis data, pada tahap 3 (saat kala karya tingkat kabupaten), pengumpulan data dilakukan dengan 2 (dua) cara yaitu dengan kuesioner ABCD dan dialog. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner ABCD, selain terhadap pendamping DBK (nakes), tetapi juga beberapa unsur sektor lain (non nakes), yang lebih luas (Laporan Kala karya tingkat Kab.Buru,terlampir). Dialog terbuka diikuti oleh peserta kalakarya, dan difasilitasi dari pendamping pusat, pengamat dan pendamping kabupaten (Laporan Kalakarya tingkat Kab.Buru,terlampir).

V. HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Pengumpulan data pengamatan

a). Wawancara mendalam (*indept interview*).

Wawancara mendalam dilakukan terhadap unsur-unsur pelaku kesehatan /pendamping di Kab.Buru, dengan distribusi responden sebagaimana disajikan pada table 1 berikut :

Tabel 1. Karakteristik responden wawancara mendalam di lingkungan Dinas Kesehatan Kab.Buru, Maluku. Tahun 2012.

No.	Komponen	Status Kepeg.	Jenis kelamin	Agama	Pendidikan/ latar belakang
1.	Pegawai Kesehatan 1	PNS	Laki-laki	Islam	Dokter
2	Pegawai Kesehatan 2	PNS	Laki laki	Islam	Analisis Kes.
3	Pegawai Kesehatan 3	PNS	Laki laki	Islam	Kep.
4	Pegawai kesehatan 4	PNS	Laki-laki	Islam	Kes.Lingk.
5	Pegawai kesehatan 4	PNS	Perempuan	Islam	S2 Kes.Mas.

Hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan pembahasam masalah masalah kesehatan yang diuraikan dalam narasi berikut :

Tugas insan kesehatan di masa mendatang, khususnya di Kab.Buru ini semakin terganggu dengan adanya tambang emas di Gunung Botak , mempunyai dampak negatif khususnya bidang kesehatan. Orang Kab.Buru sekarang ini, semuanya berbicara uang. Diantara mereka ada yang memang mengambil kesempatan peluang emas ini, tetapi sebagian mereka karena terpaksa, menyesuaikan dengan inflasi yang tinggi. Para kader kesehatan saja, sekarang mulai ogah-ogahan melaksanakan kegiatan kesehatan karena tidak menjajikan. Mereka banyak yang meninggalkan sebagai kader dan membuka usaha yang berkaitan langsung dengan penambangan emas. Tidak hanya kader, tetapi juga PNS dikalangan kesehatan dan pendidikan (Diknas), sebagian mereka meninggalkan kwajibannya karena memenuhi kebutuhan hidup yang semakin tinggi. Bahkan diantara mereka ada yang terlibat langsung dengan menambang emas.

Dengan adanya pendatang di Pulau Buru yang tidak terkontrol, maka dikhawatirkan akan memicu penyakit-penyakit menular HIV/AIDS, Malaria dan diare. HIV/AIDS subur karena Pekerja sek komersial (PSK) berdatangan mencari pelanggan para penambang. Malaria yang sudah tinggi ditambah dengan

penderita malaria impor. Begitu pula, kesehatan lingkungan akan terganggu dengan datangnya para penambang, menyebabkan wabah diare dan kolera.

Salah satu Kepala Puskesmas dan stafnya telah melakukan penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dan kesehatan lingkungan di sekolah-sekolah di wilayah kerja Puskesmas yang ia pimpin, yang dilakukan pada bulan September s/d Desember 2011. Kemudian pada tahun 2012, mereka melakukan penyuluhan serupa, dengan difokuskan pada tingkat masyarakat dengan materi PHBS, rokok dan penyakit menular. Dia juga menyampaikan keluhan, yaitu adanya temuan tentang terjadinya pencemaran pada air, yang menimbulkan gatal kulit pada pasiennya. Ia menduga, kemungkinan cemaran tersebut berasal dari air buangan saat para penambang melakukan pembersihan/pemurnian tambang emas, dengan zat-zat kimia. Pertanyaan yang ia ajukan kepada pengamat adalah “ Bagaimana solusinya ?”

Pengamatan budaya organisasi dilakukan terhadap 4 (empat) dari 10 Puskesmas yang ada di Lingkungan Kab. Buru, dengan pemandu dari masing-masing Kepala Puskesmas .

Tabel 2. Karakteristik Pemandu Pengamatan Budaya Organisasi di Puskesmas dilingkungan Dinkes Kab. Buru, Maluku, tahun 2012.

	Lokasi	Karakteristik Pemandu				
		Status	Jenis Kel.	Umur	Agama	Pendidikan
1	Puskesmas A	PNS*	Laki-laki	37 th	Islam	SI Kep.
2	Puskesmas B	PNS	Laki-laki	42 th	Islam	S1 Kes.Mas.
3	Puskesmas C	PNS	Peremp.	44 th	Islam	D1 Keb.
4	Puskesmas D	PNS	Laki-laki	43 th	Islam	SI Kes.Mas.
5	Puskesmas E	PNS	Laki-laki	32 th	Islam	SI Kes.Mas.

* PNS: Pegawai Negeri sipil.

Dari pengamatan budaya organisasi di 4 Puskesmas diperoleh informasi sebagai berikut :

1. Puskesmas A.

Pengamatan di Puskesmas ini dilakukan pada tanggal 24 November 2012. Nampaknya setiap staf dilibatkan dalam setiap kegiatan, berdasarkan pengamatan dan informasi yang disampaikan Kepala Puskesmas dan informasi salah satu staf-nya bahwa setiap masalah disampaikan kepada bidangnya masing-masing. Sesuai penjelasan Kepala Puskesmas dan data pegawai (yang tertulis di *white board*) yang dipajang di dinding Puskesmas, bahwa diantara pegawai ada yang diberi ijin melanjutkan S1 di Universitas Hasanudin Makasar. Data ini sebagai dokumen bukti bahwa ada kesempatan bagi stafnya untuk berkarir.

Berdasarkan pengamatan, kepada Kepala Puskesmas yang bersangkutan, adalah tipe pemimpin yang konsisten. Untuk menjaga konsistensinya, beliau pun punya usaha untuk menambah *income* keluarga, yang dilakukan di luar jam kerja dan fasilitas yang ia miliki. Doktrin seperti itu juga dianjurkan untuk para stafnya, termasuk mereka yang ingin bekerja di area penambangan. Pengamatan pengamat, menunjukkan bahwa sosialisasi visi & misi dan program kesehatan dinilai bagus. Ia menggunakan metode sosialisasi lewat stiker, tulisan –tulisan pada pagar dan dinding Puskesmas dengan kalimat-kalimat yang merupakan kesepakatan, misi dan visi serta slogan-slogan kesehatan.

2. Puskesmas B.

Berdasarkan informasi kepala Puskesmas yang bersangkutan dan klarifikasi dari salah satu staf, bahwa ada upaya –upaya iklim melibatkan setiap orang pada disetiap kegiatan sesuai dengan ‘kavling pekerjaan’ masing-masing. Sekalipun Puskesmas ini, tidak satu arah dengan jalan yang menuju kegiatan penambangan tetapi ada dampaknya bagi staf di Puskesmas ini. Pengarahan Kepala Dinkes, bila ingin ikut-ikutan kegiatan penambangan, pandai-pandailah mengatur waktu. Karena berdasarkan informasi dari staf, bapak Bupati Bpk. Ramli ini tegas sekali, baru-baru ini 3 (tiga) staf PEMDA di pecat gara-gara mangkir, ikut kegiatan penambangan.

3. Puskesmas C.

Responden ini mengakui bahwa penunjukkan ia sebagai pimpinan di Puskesmas ini karena senioritasnya saja dalam umur dan golongannya, walau menurutnya pendidikan dirinya tidak mencukupi (karena D1 kebidanan).

Beberapa kendala dalam memimpin Puskesmas yang ia hadapi antara lain karena stafnya yang dipimpinnya rata-rata masih relatif muda usia, selain itu masalah lain seperti pejabat kepala desa yang belum-belum dilantik juga.

Menanggapi pertanyaan : “Apakah setiap orang mempunyai kesempatan untuk berkembang ,baik formal?” ia menyatakan “ya”, bahkan untuk sekolahpun ia dorong, termasuk dirinya yang ingin melanjutkan hingga diploma 3. Namun belum ada sarananya, karena tidak mungkin meninggalkan tugas. Dari Dinkes sudah mengusulkan adanya perkuliahan “in house” di Buru ini.

Setiap staf telah diberi uraian tugas sehingga perannya jelas, tetapi kenyataannya mereka kurang serius (Apa karena masih muda apa ya ?).

Pernyataannya tentang konsistensi dijawab “Ya” ,selalu diusahakan terutama dalam hal waktu kerja. Dalam hal kesepakatan dalam menyelesaikan masalah selalu bersama, walau kesepakatan itu tidak tertulis. Tentang koordinasi dan integrasi masing-masing bagian nampaknya tidak ada masalah yang berarti.

Kesepakatan dalam mencapai tujuan selalu diusahakan, dan mereka sudah diberikan misi Puskesmas,sehingga mereka tahu akan tujuan dan misi organisasi. Semua staf kami bangga menjadi insan kesehatan, karena di daerah ini masyarakat masih menghargai kepada tenaga kesehatan.

4 .Puskesmas D.

Ada beberapa masalah yang menyangkut kepemimpinannya, antara lain penghormatan staf junior terhadap seniornya kurang. Masih ada tenaga (staf) yang merupakan “titipan” orang yang mempunyai nama, tenaga yang seperti sulit untuk bekerja sama, karena sering berbuat sekehendaknya sendiri. Staf yang muda-muda, lebih diasikkan, lebih tertarik memainkan program-program yang di ponsel (Hp)nya, sehingga pekerjaan bisa terganggu karenanya. Untuk pengembangan karir stafnya, disama-ratakan. Bagi mereka yang bekerja baik ataupun tidak, belum ada system reward maupun sanksi. Hal ini disebabkan karena Puskesmas ini masih sangat sederhana, bisa dilihat dari aspek gedungnya. Letak gedung tidak strategis, ditengah tegalan, transportasi sulit walau ojek juga sangat terbatas. Bangunan Puskesmas yang tidak dilindungi dengan pagar, berbatasan dengan kuburan umum yang tidak berpagar (terbuka). Tentang visi,misi dan tujuan organisasi sudah disosialisasikan kepada semua

staf, tetapi aplikasinya belum menggembirakan. Dia menggunakan istilah “Ya....ya.... tapi tidak dilaksanakan”.

Dalam konsistensi, ya bisa dibilang “ya”, intinya kira-kira 80% program Puskesmas berjalan. Kadang-kadang pengaruh orang ketiga (misalnya suami, orang tua) lebih besar ketimbang tanggung jawabnya terhadap pekerjaan. Maka pekerjaan “sunnat” bisa berubah menjadi “wajib”, sementara yang “wajib” bisa jadi “sunnah”.

5. Salah satu Staf Dinkes.

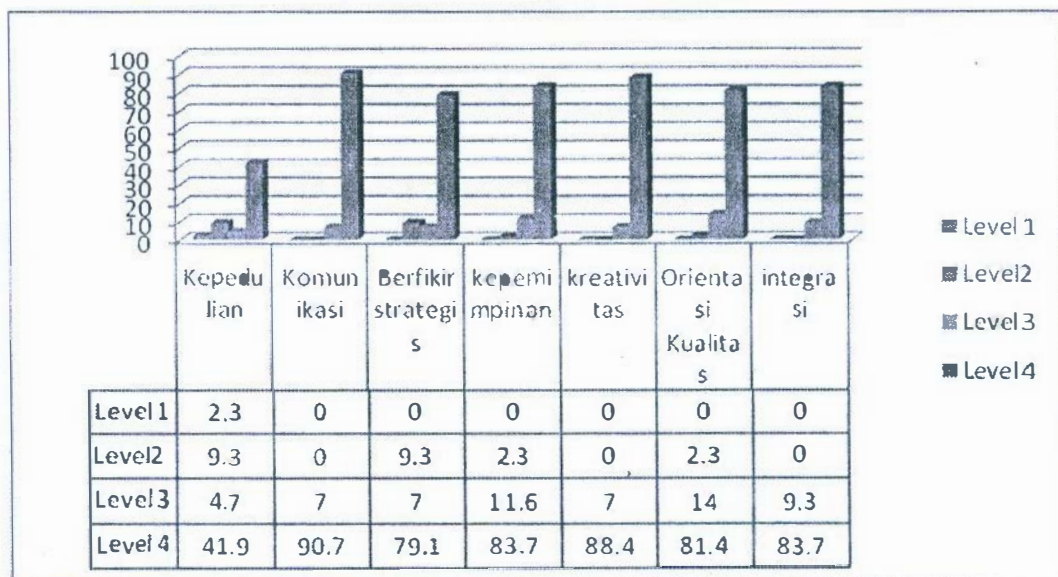
Salah satu responden menyatakan bahwa sebagian besar petugas kesehatan dan aparat pemerintah di Kab.Buru kurang perhatian (*care*) terhadap peningkatan derajat kesehatan. Begitu pula, PEMDA BURU lebih berorientasi pada *income* pemerintah daerah. Salah satu contoh *test screening* kesehatan yang dilakukan PEMDA terhadap para pendatang yang baru tiba dari berbagai daerah dalam rangka penambangan emas. Ia menyatakan apa artinya kartu sehat, sebab siapapun orangnya yang diperiksa darahnya terhadap HIV dan malaria, sekalipun belum ada hasil pemeriksaan, semua orang diberikan kartu sehat. Apa artinya ? Bahwa berbagai penyakit akan berkembang di pulau Buru. Kini, demam berdarah telah ditemukan disini.

Ia juga menyampaikan betapa tingginya inflasi yang terjadi di Kab. Buru sebagai dampak adanya pedulang emas yang berdatangan secara tiba-tiba dan tidak terkendalikan. Semua harga bahan bakar, sembako, biaya transportasi dan keperluan sehari-hari di Buru meningkat tajam. Sementara, gaji pegawai negeri tidak mengalami penyesuaian. Sehingga kehidupan dan kinerja, khususnya PNS di lingkungan kesehatan menurun. Beberapa oknum PNS melakukan upaya-upaya untuk memenuhi kebutuhan keluarganya. Diantaranya, menambah pendapatan dengan mengojek, berdagang dan lain-lainnya. Bahkan ada PNS yang meninggalkan institusinya, beralih ke pekerjaan yang secara langsung atau tidak langsung berhubungan dengan penambangan emas.

b). Pengukuran wilayah perubahan abadi dan segitiga tindakan (Sementara).

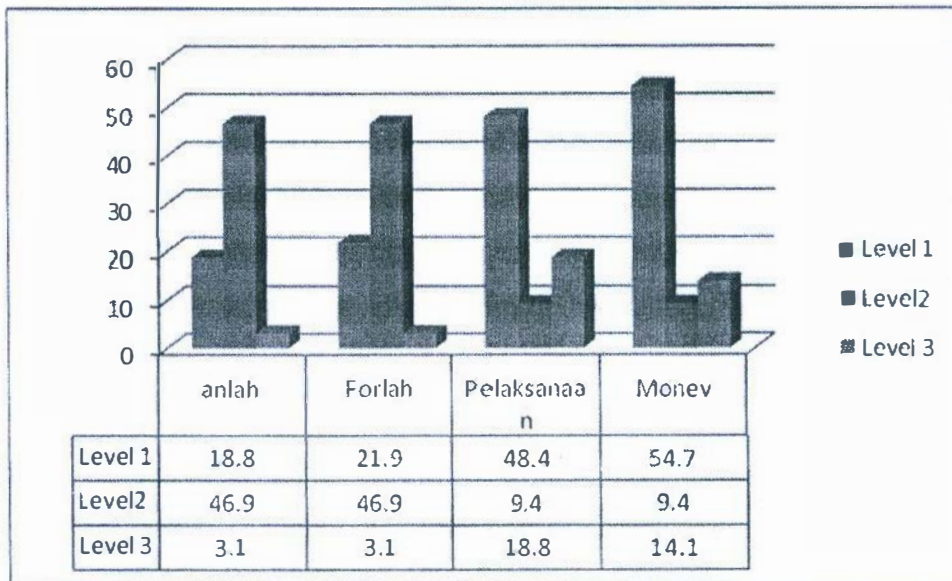
Pengumpulan data wilayah perubahan abadi dan segitiga tindakan dilakukan terhadap pelaku kesehatan sebelum kalakarya (tahap 1 dan 2) dan

saat kalakarya kabupaten (tahap 3). Analisis ini bersifat sementara karena sempitnya waktu, maka data tahap 3 belum sempat dianalisis / dilaporkan. Pada tahap 1 telah terkumpul 18 set kuesioner (A,B, C dan D). Hasil analisis menunjukkan bahwa tenaga kesehatan dilingkungan Dinkes Kab. Buru, pada wilayah perubahan (*self assesement*) memiliki level perubahan yang baik (lingkaran perubahan), karena didominasi oleh level 4. Rincian hasil analisis sebagai berikut : tingkat kepedulian, level 4 sebesar 41,9 %. Pada komunikasi, level 4 sebesar 90,7%. Level berfikir strategis sebesar 79,1%, kepemimpinan sebesar 83,7 %, kreativitas 88,4%, Orientasi kualitas 81,4 dan integrasi 83,7 %. Untuk lebih jelasnya, disajikan pada table gambar 3 berikut.



Gambar 3. Wilayah perubahan individu (Kuesioner A).

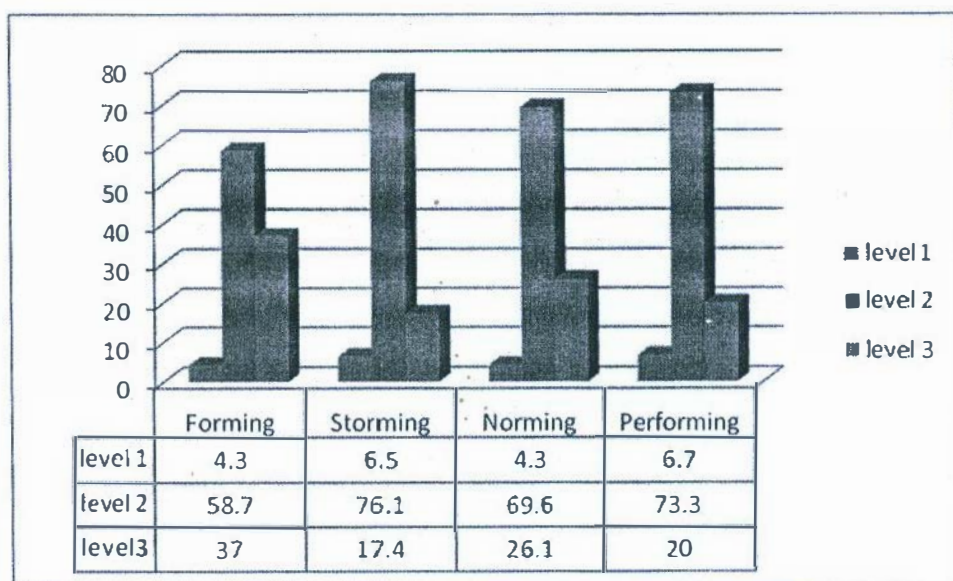
Analisis pada wilayah tindakan (*self assessment*) kuesioner B pernyataan-pernyataan dikelompokkan sesuai rancangan semula, yaitu kelompok analisis masalah (B1 sampai dengan B8), mengformat masalah (B9 sampai dengan B16), Pelaksanaan (B17 sampai dengan B24) dan Monitor evaluasi (B25 sampai dengan B32). Pada analisis masalah dan format masalah menempati Level 2, sementara pada pelaksanaan dan monitor evaluasi menempati level 1.



Keterangan : Anlah : analisis masalah Forlah : format masalah
 Monev : Monitor dan evaluasi

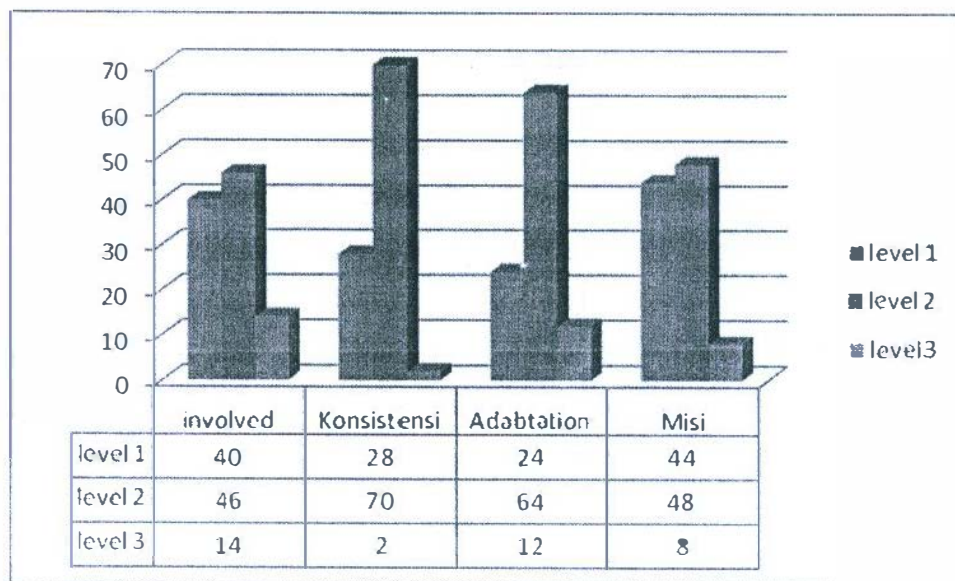
Gambar 4. Hasil pengamatan dialog dan tindakan (Kuesioner B).

Pada pengamatan perubahan tim kerja, kuesioner C (*self assessment*) , pernyataan pernyataan dikelompokkan menjadi *forming* (C1sampai dengan C8), *storming*(C9 sampai dengan C16) , *norming* (C17sampai C24) dan *performing* (C25 sampai dengan C32).Dari ke empat aspek yang diukur, hasil analisis menunjukkan bahwa kesemuanya didominasi level 2. Yaitu *forming* (58,7%), *storming*(76,1%) , *norming* (69,6%) dan *performing* (73,3).



Gambar 5. Hasil Pengamatan Perubahan Tim Kerja (Kuesioner C)

Hasil pengamatan budaya organisasi (kuesioner D), dengan fokus involved, konsistensi, adaptasi dan misi. Pengelompokan pernyataan-pernyataan sebagai berikut : involved (D1, D2, D3, D4, D5, D7), konsistensi (D6, D8 dan D13), adaptasi (D9, D10, D11, D14, D15, D16 dan D17), dan misi (D12, D18, D19 dan D20).



Gambar 6. Pengamatan Budaya Organisasi (Kuesioner D)

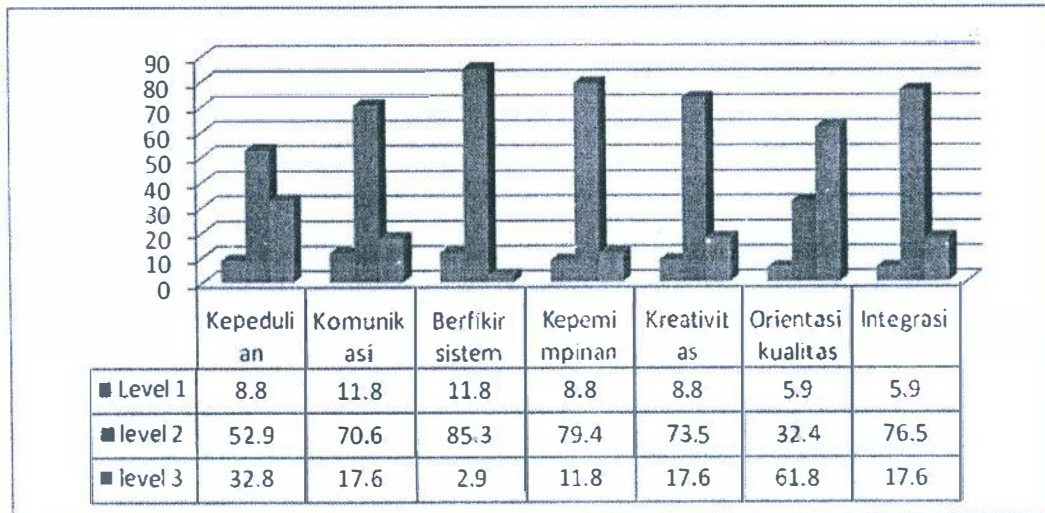
Pengumpulan data wilayah perubahan abadi dan segetiga tindakan (kuesioner ABCD) yang dilakukan saat kalakarya (tahap 3) kabupaten terkumpul 85 set, dari yang disebar sebanyak 100 set kuesioner.

2). Analisis hasil riset tematik

a). Hasil Kuesioner tematik.

Penilaian keyakinan dan tindakan terhadap imunisasi pada kader posyandu meliputi aspek kepedulian, komunikasi, berfikir system, kepemimpinan, kualitas dan orientasi kualitas. Dari aspek kepedulian di lingkungan responden, diperoleh presentase terbesar pada jawaban pernyataan 'setuju' (3), untuk pernyataan A4 sebesar 60 %, A7 sebesar 74,3%; A9 sebesar 65,3% dan A12 sebesar 54,3%. Terkecuali pada pernyataan A8, jawaban pernyataan terbesar pada jawaban 'tidak setuju' (2), sebesar

85,7%. Setelah dilakukan pengelompokan level maka diperoleh angka level sebagai berikut : Level 1 sebesar 8,8%; level 2 sebesar 52,9% dan level sebesar 38,2 %. Jadi pada aspek peduli pada responden mempunyai level menengah (level 2).



Gambar 7. Gambaran awal dalam wilayah perubahan individu pada kader Posyandu di Kab.Buru, tahun 2012.

Dari aspek komunikasi diperoleh nilai terbesar pada jawaban ‘tidak setuju’, yaitu jawaban pernyataan B3 sebesar 45,7%, B4 sebesar 45,7%, B5 sebesar 85,7%. Namun pada pernyataan B6, jawaban yang paling besar pada ‘setuju’(3) sebesar 48,6%. Setelah dilakukan peringkat dengan level maka diperoleh angka sebagai berikut level 1 sebesar 11,8%; level 2 sebesar 70,6% dan level 17,6 %. Jadi, aspek komunikasi para kader pada level menengah (level 2).

Pada wilayah perubahan berfikir system, presentase terbesar pada jawaban nampak mengacak, tidak ada benang merah. Pada jawaban pernyataan C11 terbesar pada pilihan ‘tidak setuju’ (2) sebesar 34,3%. Pada pernyataan C10 , presentase jawaban paling besar pada jawaban ‘setuju’ (3) sebesar 65,7%. Jawaban pernyataan C9, presentase paling besar tidak ada yang menonjol, antara ‘tidak setuju’ dengan setuju seimbang yaitu 37,1%. Sedangkan presentase paling besar pada jawaban pernyataan kode C8, adalah ‘setuju’ (3) yaitu 48,6%. Pada pernyataan C7 jawaban yang terbesar pada jawaban 3 sebesar 42,9% begitu pula pada jawaban pernyataan C6 . Pilihan pada

pernyataan C5, didominasi jawaban 'setuju, (3), yaitu sebesar 65,7%. Pilihan pernyataan kode C4 juga jawaban paling besar ada pada setuju (3), sebesar 57,1%. Sementara pernyataan C3 paling besar pada jawaban tidak setuju (2) 45,7%. Begitu pula pernyataan C2, pilihan jawaban paling banyak 'tidak setuju' (2). Setelah dilakukan peringkat (level) maka diperoleh angka sebagai berikut : level 1 sebesar 11,8%; level 2 sebesar 85,3% dan level 3 2,9%. Jadi, tingkat berfikir system dikalangan kader posyandu adalah cukup/menengah saja.

Dari aspek perubahan kepemimpinan terhadap imunisasi dan penimbangan tingkat kerja sama, pada umumnya mereka merespon dengan menjawab pada 'setuju' (3), kecuali pada pernyataan D9 paling banyak menjawab dengan 'tidak setuju' (2), yaitu sebesar 60%. Setelah dilakukan pengelompokan level maka diperoleh angka level sebagai berikut level 1 sebesar 8,8%; level 2 sebesar 79,4% dan level 11,8 %. Jadi pada aspek kepemimpinan, didominasi oleh level 2. Dari hasil ini, menunjukkan bahwa aspek kepemimpinan di kalangan kader Posyandu cukup.

Aspek kualitas terhadap imunisasi dan penimbangan, maka pada umumnya mereka menjawab pernyataan dengan 'setuju' (3), terkecuali untuk pernyataan E2 maka paling banyak pilihan jawaban 'tidak setuju' (2), yaitu sebesar 40%. Setelah dilakukan pengelompokan level maka diperoleh angka level sebagai berikut level 1 sebesar 8,8%; level 2 sebesar 73,5% dan level 3 sebesar 17,6%. Pada aspek kualitas, maka level 2 mendominasi.

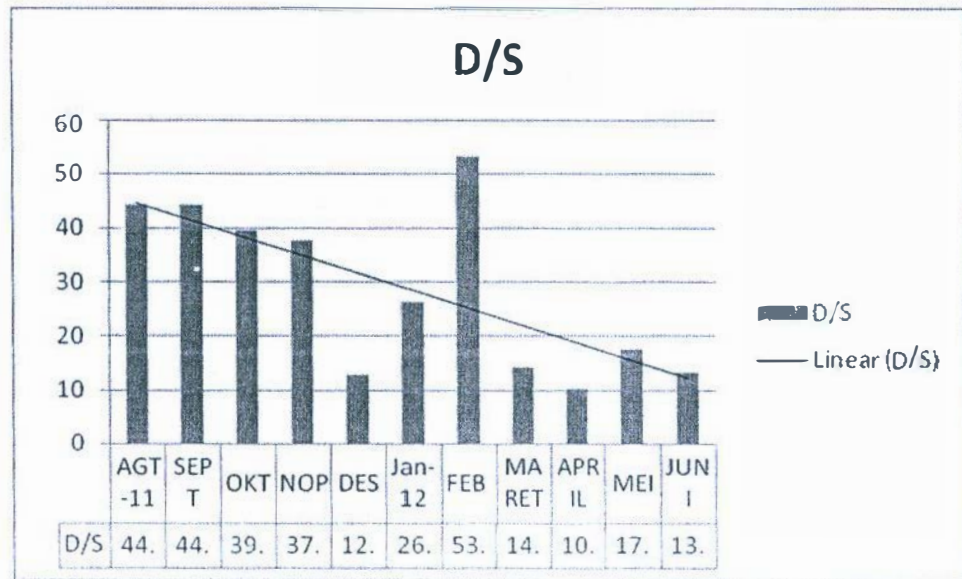
Untuk aspek wilayah perubahan orientasi kualitas terhadap imunisasi dan penimbangan, mereka umumnya menjawab 'setuju' (3) terkecuali pada pernyataan F2 dan F3, dimana mereka memilih dengan 'tidak setuju' (2). Setelah dilakukan pengelompokan level maka diperoleh angka level sebagai berikut Level 1 sebesar 5,9%; level 2 sebesar 32,4% dan level 61,8%. Jadi, orientasi kualitas juga didominasi oleh level 3 (61,8%).

Aspek perubahan integrasi terhadap imunisasi dan penimbangan tingkat kerja sama, umumnya mereka memilih jawaban pernyataan 'tidak setuju' (2), kecuali pada G1 dan G2 dan G6 yang mereka menjawab 'setuju' (3). Setelah dilakukan pengelompokan level maka diperoleh angka sebagai berikut Level 1 sebesar 5,9%; level 2 sebesar 76,5% dan level 17,6%. Jadi, aspek integrasi para kader juga didominasi oleh level 2.

b). Diskusi kelompok (FGD).

1. Puskesmas Air buaya.

Untuk menunjukkan kinerja pelaku kesehatan yang berkaitan dengan penimbangan balita dan imunisasi di wilayah kerja Puskesmas Air Buaya, pengamat menunjukkan angka D/S (balita ditimbang per sasaran), per Agustus 2011 sampai dengan Juni 2012, sebagai berikut.



Gambar 8. Jumlah Balita yang ditimbang per sasaran (D/S) di wilayah kerja Puskesmas Air Buaya, periode Agustus 2011 s/d Juni 2012.

Pada FGD ini Kepala Puskesmas menyampaikan bahwa di wilayah kerja Puskesmas Air Buaya, belum lama ini telah dilakukan pergantian /pemilihan kepala desa. Beberapa Kades tidak/belum memiliki *politic will* terhadap kesehatan, khususnya imunisasi. Dampak dari pergantian /pemilihan berpengaruh pada informasi dan pelaksanaan program kesehatan. Contoh kasus, fihak Puskesmas menghadiri /mendatangi Posyandu tetapi masyarakat/kader tidak ada yang datang. Tetapi hal ini juga dibantah oleh kader, karena suatu saat (acara tertentu) masyarakat sudah ada tetapi bidan / orang Puskesmas tidak ada.

Beberapa masalah yang terjadi di Polindes antara lain : tidak ada bidan, tidak dekatnya hubungan bidan/perawat, kurangnya peralatan (timbangan,

gunting, benang dan obat-obatan). Posisi/letak Polindes tidak memenuhi syarat, misalnya letak Polindes di atas rawa-rawa, jalan menuju ke polindes tidak bisa dilalui oleh kendaraan roda 2.

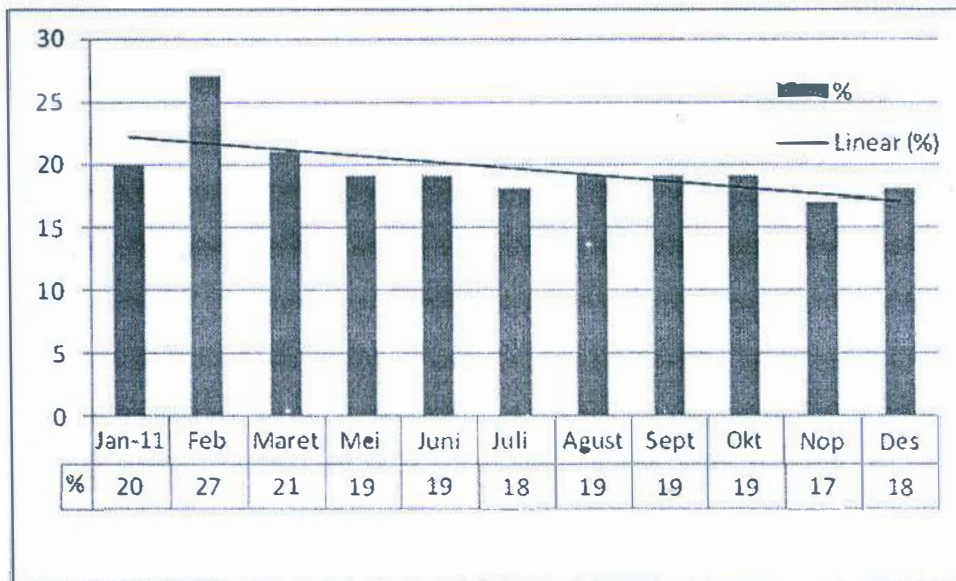
Tranformasi pemahaman/ pengertian dan informasi ke masyarakat baik tentang imunisasi maupun pelaksanaan jaminan persalinan (Jampersal), menu makanan yang bergizi muncul dalam diskusi. Efek setelah imunisasi antara lain badan balita panas harus diinformasikan kepada masyarakat. Bagaimana dan apa yang dilakukan klien untuk mendapatkan Jampersal, system pemberian /ucapan terima kasih dari klien/pasien juga belum tersosialisasi. Untuk mendapatkan Jampersal supaya segera hubungi Puskesmas, jangan keliru kepada bidan luar (praktek swasta). Jampersal menanggung semua biaya yang ditimbulkan karena persalinan, terkecuali tanda terimakasih yang diserahkan pada dukun/ bukan kepada bidan. Penyuluhan gizi dilakukan dan diinformasikan dengan bahasa dan istilah-istilah yang populer dan disederhanakan sehingga masyarakat dapat mencerna danmenjabarkan dengan sumbermakanan sehari-hari.

Tabel 3. Kesepakatan-kesepakatan yang diperoleh dari FGD di Puskesmas Air Buaya, Kab.Buru, Tahun 2012.

No.	Masalah	Solusi
1.	Kekurangannya peralatan, misalnya timbangan.	Dua sebelum kegiatan diharapkan menginformasikan kepada Bidan coordinator.
2.	Menurunnya D/S	Turun ke desa -desa dengan alokasi dana BOK.
3.	Komunikasi yang tidak lancar	Acara dibuat jadwal
4.	Letak Polindes tidak strategis	Dipindahkan pada tempat yang layak
5.	Transformasi pemahaman/pengertian	Diaktifkannya KP (kelompok pendukung ibu) dan mengefektifkan komunikasi pribadi.

2. Puskesmas Waelo.

Dalam forum ini, pengamat menunjukkan kecenderungan D/S yang terjadi selama tahun 2011 di Wilayah kerja Puskesmas Waelo, sebagaimana gambar grafik berikut ini.



Gambar 9. Jumlah Balita yang ditimbang per sasaran (D/S) di wilayah kerja Puskesmas Waelo, periode Januari s/d Desember 2011.

D/S menunjukkan grafik yang cenderung menurun. Sementara data yang terjadi pada tahun 2012 dari Januari tidak dimiliki oleh pengamat. Cuma sangat disayangkan forum ini, tidak dihadiri oleh Kepala Puskesmas dikarenakan ada keperluan keluarga ke luar kota.

Setelah di lontarkan pada forum, beberapa pendapat dan solusi muncul dari peserta, antara lain :

Pada pembicaraan, umumnya kader menyatakan bahwa faktor utama penyebab turunnya penimbangan karena adanya penambangan emas, sebagai penyebab menurunnya kinerja kader. Sebagian kader meninggalkan kerja suka rela sebagai kader kesehatan dan beralih pada usaha yang berkaitan secara tidak langsung dengan penambangan emas.

Diantara kader mengatakan bahwa sebagian anggota masyarakat malas untuk menimbang anaknya di Posyandu, walaupun mereka membawa anaknya untuk imunisasi. Faktor penyebabnya adalah kurang fahamnya mereka tentang manfaat penimbang bayi/balita, karena kader jarang yang menginformasikan/membacakan KMS anak-anak yang ditimbang kepada ibunya. Juru imunisasi (jurim) sering tidak membuat laporan, sehingga tidak dapat diinformasikan pada masyarakat.

Pengamatan menunjukkan bahwa tiga unsur pelaksana imunisasi dan penimbangan yaitu kader, masyarakat dan petugas kurang aktif. Faktor – faktornya multikomplek, sebagai gambaran misalnya ketika dilakukan imunisasi di Posyandu jurimnya sudah datang, masyarakatnya justru tidak datang. Diantara faktor dari pihak kader karena tidak adanya insentif untuk kader, sehingga kinerja kader lemah. Faktor sarana dan prasarana karena beberapa desa tidak memiliki Posyandu. Faktor dari pihak masyarakat antaranya, karena ibu-ibu khawatir anaknya diimunisasi karena belum adanya pemahaman yang benar tentang imunisasi sendiri. Misalnya kekhawatiran ibu-ibu tentang badan panas sebagai dampak terhadap anak yang diimunisasi, juga khawatir adanya unsur-unsur kimia (mereka mengatakan cairan) di dalam vaksin mengandung cairan dari binatang babi.

Persalinan oleh tenaga kesehatan yang diharapkan dapat ditingkatkan ternyata belum ada perubahan menuju peningkatan cakupannya. Selain karena faktor jumlah tenaga kesehatan (Nakes) yang sangat terbatas, tetapi ada faktor yang berkaitan dengan adat istiadat setempat. Masyarakat tertentu (misalnya di desa Lele) merasa malu jika melahirkan anak, sehingga mereka lebih senang secara diam-diam (ke dukun persalinan), dari pada ke bidan akan lebih banyak orang yang tahu. Faktor masyarakat yang dianggap sebagai penghambat cakupan persalinan oleh Nakes adalah mengambil keputusan. Ternyata suami lebih dominan dibanding anggota keluarga yang lain (orang tua). Padahal, kebanyakan suami masih pegang tradisi secara kuat, misalnya (kasus yang dikisahkan oleh bidan di desa), ada ibu-ibu yang tidak mau memberitahukan tentang akan persalinannya. Hal ini karena mengikuti tradisi suami yang menginginkan persalinan yang pertama harus diam-diam dan melahirkan dengan sendirinya (tanpa bantuan siapapun). Tapi dalam perjalanannya, karena kelahirannya tidak bisa berjalan normal, maka secara terpaksa minta bantuan ke bidan-bidan juga. Hal ini yang merupakan awal mulanya terungkap salah satu fenomena budaya suami.

Keluhan dari pengelola gizi antara lain, bahwa gizi di daerah ini kurang mendapat tempat dihati masyarakat, karena tidak ada pengertian dan pengetahuan tentang gizi, tidak sebagaimana pengobatan karena tindakannya dan dampaknya konkrit. Salah satu cakupan penimbangan menurun juga disebabkan hal ini.

Dalam diskusi ini dapat diresume MENGAPA nya, tetapi tidak muncul diresume BAGAIMANA solusinya, sebab tidak kehadiran Kepala Puskesmas dalam hal ini sangat menentukan.

Keterbatasan hasil penelitian

1. Sebagaimana disampaikan terdahulu bahwa Kab. Buru mengalami pemekaran pada tahun 2008, sehingga menjadi Kab. Buru dan kab. Buru Selatan. Data untuk menentukan urutan (rangking) IPKM berbasis pada hasil Riskesdas 2007. Dengan demikian, disadari ada perbedaan analisis karena perubahan wilayah tersebut.
2. Berkunjung di wilayah dibatasi oleh cuaca, dimana ada saat cuaca sangat tidak bersahabat. Misalnya pada bulan –bulan Juli – Agustus, maka transportasi pelayaran dari dan ke Kab. Buru sangat terbatas. Hanya satu kapal, yaitu kapal besar (LAMBELU) yang direkomendasikan untuk berlayar.
3. Faktor geografis, akses komunikasi (beberapa daerah sinyal kurang bagus) juga membatasi pengamat untuk melakukan pengamatan dan leluasa mengumpulkan data.

VI. KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Masalah kesehatan kini dan akan datang yang penting di Kab. Buru dan akan menjadi lebih penting adalah adanya dampak kesehatan yang ditimbulkan adanya penambangan emas di gunung Botak. Dampak yang utama karena semua orang berorientasi pada “uang”. Sehingga banyak pekerjaan yang terabaikan karena kinerja menurun.

Gambaran level perubahan di kalangan kader Posyandu di Kabupaten Buru, memiliki level menengah, terkecuali pada orientasi kualitas.

Tenaga kesehatan dilingkungan Dinkes Kab. Buru, memiliki level perubahan baik (lingkaran perubahan), yaitu pada level 4. Level kepedulian 41,9 %, komunikasi 90,7%, Level berfikir strategis 79,1%, kepemimpinan 83,7 %, kreativitas 88,4%, Orientasi kualitas 81,4 dan integrasi 83,7 %.

Posyandu yang ada perlu segera dibenahi baik fisik ataupun sumber daya manusia. Untuk Posyandu dimasa mendatang perlu dibangun kemitraan dan komunikasi antara perangkat desa dan sektor kesehatan.

Keterbatasan hasil penelitian

1. Sebagaimana disampaikan terdahulu bahwa Kab. Buru mengalami pemekaran pada tahun 2008, sehingga menjadi Kab. Buru dan kab. Buru Selatan. Data untuk menentukan urutan (rangking) IPKM berbasis pada hasil Riskesdas 2007. Dengan demikian, disadari ada perbedaan analisis karena perubahan wilayah tersebut.
2. Berkunjung di wilayah dibatasi oleh cuaca, dimana ada saat cuaca sangat tidak bersahabat. Misalnya pada bulan –bulan Juli – Agustus, maka transportasi pelayaran dari dan ke Kab. Buru sangat terbatas. Hanya satu kapal, yaitu kapal besar (LAMBELU) yang direkomendasikan untuk berlayar.
3. Faktor geografis, akses komunikasi (beberapa daerah sinyal kurang bagus) juga membatasi pengamat untuk melakukan pengamatan dan leluasa mengumpulkan data.

VI. KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Pendamping /tenaga kesehatan yang terlibat pada riset ini (responden tahap 1), menunjukkan hasil sebagai berikut :

1. Pada tataran wilayah perubahan individu, baik kepedulian, komunikasi, berfikir strategis, kepemimpinan, kreativitas, orientasi mutu dan integritas menempati level 4 (peringkat tertinggi).
2. Pada tataran pengamatan dialog dan tindakan, pada analisis masalah dan format masalah menempati level 2. Sementara pelaksanaan dan monitoring evaluasi menempati level 1 (peringkat terendah).
3. Pada tataran perubahan tim kerja, baik *forming*, *storming*, *norming* dan *performing* menempati level 2, dengan tertinggi pada *storming*.
4. Pada tataran pengamatan budaya organisasi, baik keterlibatan (*involvement*) , konsistensi (*consistence*), penyesuaian (*adaptation*) dan misi (*mission*) menempati level 2, dengan paling tinggi konsistensi.
5. Pada tataran wilayah perubahan individu di lingkungan kader Posyandu, baik kepedulian, komunikasi , berfikir system, kepemimpinan, kreativitas dan integritas menempati level 2, sementara orientalis mutu menempati level 3.

B. SARAN

Dari hasil pengamatan ini, dapat disarankan beberapa hal yang menyangkut kinerja, cakupan penimbangan dan imunisasi antara lain :

1. Peningkatan penyuluhan baik tentang pemahaman imunisasi, manfaat penimbangan balita, manfaat makanan yang bergizi.
2. Pembinaan Posyandu dengan meningkatkan koordinasi dan komunikasi antara perangkat desa dan fihak kesehatan (Puskesmas dan Dinkes)

VII. UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan selesainya pengamatan /penelitian ini, kami pengamat/peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Pimpinan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI yang telah memberikan fasilitas, pengarahan dan bimbingan sampai penelitian berakhir.
2. Kepada para fasilitator /nara sumber/ pendamping yang telah memberikan ilmu dan pengalamannya dalam rangka penelitian/pengamatan ini.
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Buru dan jajarannya, Kepala-kepala Puskesmas di lingkungan Dinkes Kab.Buru beserta jajarannya yang bekerja sama untuk menyelesaikan penelitian/pengamatan.
3. Kader kesehatan yang terlibat dalam penelitian/pengamatan ini, yang secara suka rela telah berpartisipasi dalam kegiatan penelitian/pengamatan ini.

Semoga sumbangsih mereka dicatat sebagai amal kebajikan disisi Allah *subkhanahu wa ta'ala*.

VIII. DAFTAR PUSTAKA.

- Kementerian Kesehatan, 2010. IPKM dan Indikator Provinsi Maluku. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan, 2011. Buku 1-3. Pedoman Umum Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK). Kementrian Kesehatan RI, Jakarta.
- Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Buri Tahun 2010.
- Riessman, C., 1993. *Narrative Analysis*, Sage Publications, Newsburry Park. CA. Dalam: Modul Metode Penelitian Kualitatif Pelatihan Epidemiologi, Biostatistik, dan Metodologi Penelitian Tingkat Menengah Tahun 2010.
- Maria EF., D. Lawrence Kincoid, Manju Rani and Gary Leuris. 2002. *Communication for social change : An Integrated Model for Measuring the Process and Its Outcomes*. CFSC Working Paper Series No.1. Published by The Rockefeller Foundation. New York

A

INSTRUMEN INDIVIDU WILAYAH PERUBAHAN

SELF ASSESSMENT

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

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

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

Pilihan jawaban tersebut adalah:

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

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

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

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

Catatan: Skor diisi oleh pengamat

Kode Kues	NO	Pernyataan	PENILAIAN*				Skor
			1	2	3	4	
B7	37	Merasa yakin mampu mendorong setiap pembicaraan/diskusi sehingga terjalin pembicaraan yang terfokus pada indikator mutlak dalam upaya menaikkan IPKM					
C7	38	Meragukan kemampuan dalam Memahami konsekuensi sebab-akibat dari masalah yang dihadapi dalam menurunkan IPKM					
D6	39	Mampu memberikan dukungan terhadap kesuksesan PDBK, tanpa memindahkan tanggungjawab					
E7	40	Selama ini belajar dari keberhasilan dan kegagalan atas pengalaman kerja yang telah dilakukan					
F6	41	Pemantauan dan evaluasi terhadap proses kerja yang telah ditetapkan, adalah cara kerja yang efektif untuk mencapai tujuan					
G7	42	Kurang yakin mampu bekerja menurunkan IPKM dengan menggunakan sumber daya yang tersedia					
A7	43	Memiliki perhatian dan kesediaan untuk saling membantu dalam tugas/pekerjaan dalam satu tim kerja di PDBK					
B6	44	Kurang mampu mengalang pembicaraan/diskusi sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai dalam PDBK					
C6	45	Mampu melakukan analisis akar penyebab rendah IPKM, untuk menyusun visi keluar dari DBK					
D7	46	Masih meragukan kemampuan mendorong keterlibatan orang/sector lain, bekerja sebagai tim PDBK yang sinergik					
E6	47	Lebih suka menghasilkan gagasan atau cara kerja, sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan					
F7	48	Sering merasa canggung berada dalam kelompok yang tidak menunjukkan prestasi kerja					
G6	49	Tetap dapat bekerja dengan prestasi baik, walaupun tanpa pengawasan dari pimpinan					
A8	50	Selalu dapat menyatakan penghargaan terhadap kontribusi/bantuan orang lain dalam bekerjasama menurunkan IPKM					
B5	51	Selama ini bila menghadiri pertemuan mampu mengutarakan pendapat pada berbagai tingkatan pertemuan di tempat kerja					
C5	52	Mampu menguraikan proses kerja ke dalam tugas dan aktivitas spesifik dalam upaya menurunkan IPKM					
D8	53	Merasa mampu menyusun tujuan dan langkah-langkah pencapaian tim kerja PDBK sesuai dengan kearifan local					
E5	54	Selama ini cenderung melaksanakan kegiatan dengan mengejar target yang telah ditentukan					
F8	55	Memiliki kemampuan untuk memberikan masukan terhadap perbaikan dan pengembangan program PDBK sesuai dengan sumber daya yang tersedia					
G5	56	Selama ini senang melakukan pekerjaan yang telah di sertai dengan petunjuk pelaksanaan yang jelas					
A9	57	Biasanya kalau bekerja dan penyelesaian tugas/pekerjaan untuk tetap tepat waktu/tanpa menunda					
B4	58	Kritik dan saran orang lain tentang prestasi kerja, sebenarnya tidak selamanya diperlukan					
C4	59	Mampu memilah informasi sesuai kebutuhan dengan fokus masalah IPKM dalam PDBK					
D9	60	Tidak yakin dapat memberikan arahan yg jelas terhadap komitmen yang sudah disepakati dalam meningkatkan IPKM					
E4	61	Lebih sering menggunakan cara-cara baku atau sesuai dengan petunjuk teknis dalam memecahkan masalah					

Catatan: Skor diisi oleh pengamat

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

B INSTRUMEN INDIVIDU WILAYAH TINDAKAN			
SELF ASSESSMENT			
Nama	Umur:	Jenis Kelamin:	
Unit Kerja/Jabatan			
Tempat	Kabupaten:	Propinsi:	
TEMATIK			

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

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

Pilihan jawaban tersebut adalah:

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

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

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

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

Kemkes (2010). Rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2010-2014.
Keputusan Menteri Kesehatan RI.Nomor HK.03.01/60/1/2010.

X. LAMPIRAN.

C

INSTRUMEN PERUBAHAN TIM KERJA

SELF ASSESSMENT

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

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

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

Pilihan jawaban tersebut adalah:

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

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

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

Catatan: Skor diisi oleh pengamat

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

Catatan: Skor diisi oleh pengamat

D

INSTRUMEN BUDAYA ORGANISASI

SELF ASSESSMENT

Sumber Informasi	
Lokasi	
Tanggal	

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

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

Semua komponen diatas akan dapat tercermin dalam kuesioner ini.

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

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

*Keterangan:

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

INSTRUMEN KADER		
WILAYAH PERUBAHAN		
Nama :	Umur :	Jenis Kelamin : Pria/Wanita
Nama Posyandu :	Puskesmas :	
Tempat :	Kabupaten : Buru	Propinsi : Maluku
Tanggal : Nopember 2012.		

Dibawah ini terdapat pernyataan Perubahan Tim kerja anda dalam melaksanakan Peran dan Tugas sebagai Kader atau Pelaksana imunisasi/vaksinasi.

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

Pilihan jawaban tersebut adalah:

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

Setiap orang dapat mempunyai jawaban yang berbeda, karena itu pilihlah jawaban yang paling sesuai dengan anda, dengan demikian tidak ada jawaban yang dianggap salah. Kesesuaian jawaban anda adalah sesuatu yang sangat berharga bagi perbaikan dan peningkatan pelaksanaan imunisasi dan akhirnya meningkatkan derajat kesehatan di daerah ini.

Kode Kues	NO	Pernyataan	PENILAIAN				Skor *
			1	2	3	4	
C11	1.	Merasa sulit melakukan program imunisasi dalam jangka 10 tahun terakhir ini					
C10	2.	Mampu menerjemahkan program posyandu menjadi rencana yang bisa dilaksanakan dalam peningkatan cakupan penimbangan.					
C9	3.	Biasanya kurang mampu mencoba pendekatan baru dalam mempercepat pencapaian target cakupan imunisasi					
C8	4	Mampu mengaitkan antara melaksanakan imunisasi dengan tujuan imunisasi.					
C7	5	Meragukan kemampuan dalam memahami konsekuensi sebab akibat dari masalah yang dihadapi dalam meningkatkan cakupan imunisasi,					
C6	6	Mampu melakukan analisis akar penyebab rendahnya cakupan imunisasi, untuk keluar mengatasinya					
C5	7	Mampu menguraikan proses kerja ke dalam tugas dan aktifitas spesifik dalam upaya meningkatkan cakupan imunisasi					
C4	8	Mampu memisahkan informasi sesuai kebutuhan dengan fokus imunisasi.					
C3	9	Merasa menaikan cakupan penimbangan dan cakupan imunisasi dengan pendekatan tanpa dana menjadi tidak masuk akal dan pertimbangannya menjadi tidak realistis.					
C2	10	Lebih dipengaruhi rasa takut gagal, dari pada pengharapan untuk sukses meningkatkan cakupan penimbangan balita dan imunisasi.					
C1	11	Belum terbiasa memilah informasi yang diperlukan dalam upaya peningkatan cakupan penimbangan dan imunisasi.					
G1	12	dalam melakukan pekerjaan imunisasi, selalu percaya diri dan tidak tergantung pada orang lain					
G2	13	Merasa mampu untuk terus menerus mengerjakan sesuatu yang tidak langsung dilihat hasilnya					
G3	14	Dalam bekerja biasanya sangat mempertimbangkan ketersediaan dana pendukung yang cukup					
G4	15	Bekerja dengan berpegang teguh pada aturan, yang telah ditetapkan untuk dilaksanakan					
G5	16	Selama ini senang melakukan pekerjaan yang telah di sertai dengan petunjuk pelaksanaan yang jelas					

Kode Kues	NO	Pernyataan	PENILAIAN				Skor*
			1	2	3	4	
G6	17	Tetap dapat bekerja dengan prestasi baik, walaupun tanpa pengawasan dari pimpinan					
G7	18	Kurang yakin mampu bekerja menaikkan cakupan penimbangan balita dan cakupan imunisasi dengan menggunakan sumber daya yang tersedia					
G8	19	Selalu dapat mengutamakan kepentingan Posyandu dari kepentingan pribadi dalam pelaksanaan Imunisasi dan penimbangan.					
G9	20	Dapat dengan cepat menintegrasikan penimbangan balita dan imunisasi sebagai bagian dari tuntutan pekerjaan secara fungsional					
G10	21	Merasa mampu merencanakan PDBK (Pendampingan daerah bermasalah kesehatan) dengan baik, untuk dapat melaksanakannya dengan berhasil-guna					
G11	22	Merasa mampu mengajak keterlibatan orang lain membantu berpartisipasi pada imunisasi, agar dapat memperoleh hasil yang optimal					
G12	23	merasa kurang yakin melaksanakan program penimbangan balita dan imunisasi sesuai kebutuhan dan sumberdaya yang tersedia					
F2	24	Tidak selalu mempersiapkan diri secara khusus dalam melaksanakan tugas di unit kerja					
F3	25	Mengembangkan perencanaan secara fokus dan rinci, adalah pekerjaan yang sulit dan hanya buang waktu saja					
F5	26	Melaksanakan penimbangan balita dan imunisasi sesuai dengan standar prosedur yang telah ditetapkan, adalah cara kerja yang akan sesuai kebutuhan:					
F6	27	Pemantauan dan evaluasi terhadap proses penimbangan balita dan imunisasi yang telah ditetapkan, adalah cara kerja yang efektif untuk mencapai tujuan					
F7	28	Sering merasa canggung berada dalam kelompok yang tidak menunjukkan prestasi kerja					
F8	29	Memiliki kemampuan untuk memberikan masukan terhadap perbaikan pada pelaksanaan program penimbangan balita dan imunisasi sesuai dengan sumber daya yang tersedia					

Kode Kues	NO	Pernyataan	PENILAIAN				Skor*
			1	2	3	4	
F9	30	Sebaiknya secara teratur dilakukan diskusi hasil kerja Kader dalam melaksanakan penimbangan balita dan imunisasi agar Program ini lebih baik dimasa mendatang.					
F10	31	Mampu mendorong tumbuhnya budaya kerja <i>immaterial</i> untuk menghasilkan kualitas kerja					
A4	32	Mampu tenggang rasa, bertolerasi terhadap perbedaan-perbedaan yang ada dalam melaksanakan penimbangan balita dan imunisasi					
A7	33	Memiliki perhatian dan kesediaan untuk saling membantu dalam tugas/pekerjaan dalam satu tim kerja di PDBK					
A8	34	Selalu dapat menyatakan penghargaan terhadap kontribusi/bantuan orang lain dalam bekerjasama					
A9	35	Biasanya kalau bekerja dan penyelesaian tugas/pekerjaan untuk tetap tepat waktu/tanpa menunda					
A12	36	Merasa yakin mampu mendorong pihak lain atau mitra kerja meningkatkan kualitas tugas/pekerjaannya					
B3	37	Biasanya terasa takut dan tertekan bila harus berbicara/diakusi dengan orang yang mempunyai posisi lebih "di atas"					
B4	38	Kritik dan saran orang lain tentang prestasi kerja, sebenarnya tidak selamanya diperlukan					
B5	39	Selama ini bila menghadiri pertemuan mampu mengutarakan pendapat pada berbagai tingkatan pertemuan					
B6	40	Selalu Terbuka menerima gagasan dan menghormati pendapat orang lain, demi kepentingan pencapaian					
D1	41	Lebih banyak bekerja dengan berpedoman pada cara-cara yang sudah baku atau yang lama					
D2	42	Merasa akan mengalami kesulitan, jika mengerjakan pekerjaan tanpa dukungan dana yang cukup					
D3	43	Dengan pengetahuan yang dimiliki mampu mengembangkan imunisasi sesuai dengan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia					

Kode Kues	NO	Pernyataan	PENILAIAN				Skor*
			1	2	3	4	
D12	44	Selama ini tidak ada kesulitan menggalang kerjasama antar sektor agar Imunisasi menjadi program kegiatan yang berkelanjutan					
D9	45	Tidak yakin dapat memberikan arahan yg jelas terhadap komitmen yang sudah disepakati dalam meningkatkan cakupan imunisasi.					
E12	46	Selalu mendorong dan konsep baru yang inovatif untuk meningkatkan kinerja dalam rangka meningkatkan cakupan penimbangan dan imunisasi.					
E7	47	Selama ini belajar dari keberhasilan dan kegagalan atas pengalaman kerja yang telah dilakukan					
E5	48	Selama ini cenderung melaksanakan kegiatan dengan mengejar target yang telah ditentukan					
E2	49	Cenderung tidak mencari alternatif dalam pemecahan masalah, dari apa yang dikerja selama ini					

LAPORAN KALAKARYA TINGKAT KAB. BURU MALUKU 2012.

Disusun oleh : M.Hasyimi (pengamat PDBK Kab.Buru).

Pelaksanaan Kalakarya PDBK Kab. Buru, Maluku diselenggarakan pada hari Rabu, tanggal 12 Desember 2012. Penyelenggaraan kegiatan ini atas prakarsa PEMDA Kab. Buru ini, mengambil tempat di Aula Kab.Buru. Acara dimulai jam 10.00 wit yang semula direncanakan jam 9.00 wit. dan berakhir pada jam 13.30 wit. Kalakarya di fasilitasi oleh Bpk.Dr.Wisnu Hidayat, dr. Fathonah, Asli Samin SKM, MKes. dan Warsino, SKM. dari unit utama PPSDM, Kemkes RI. Sedangkan pengamat :Drs.M.Hasyimi, MKM dari Balitbangkes, Kemkes. Berdasarkan daftar absensi jumlah peserta kalakarya sebanyak 135 orang, terdiri atas unsur-unsur : Dinas Kesehatan, Puskesmas se Kab. Buru, Kepala Desa, PKK, Pertambangan ESDM, BPBD (Bank), BPMD, Disperindag, Kecamatan, Polres,Kodim1506, PT. Askes, BPS,BLH, RSUD Buru, Pariwisata.

Acara pembukaan,dihadiri dan dibuka oleh wakil bupati,Bpk. Johanas Soedrajat, karena bpk bupati harus menghadiri acara DPRD. Acara diawali dengan sambutan dari Kemkes RI, yang disampaikan oleh Bpk. Dr. Wisnu Hidayat,dengan pokok materi : Hal hal yang tidak boleh ditinggalkan dalam melaksanakan pembangunan kesehatan adalah Harapan, Kejujuran dan keikhlasan. Sambutan kurang lebih memerlukan waktu sepuluh menit.

Acara dilanjutkan dengan sambutan wakil bupati, beliau menyampaikan perkembangan Kab. Buru akhir-akhir ini, berkaitan dengan adanya penambangan emas dan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat. Diantara penjelasan beliau adalah pencemaran yang terjadi akhir akhir ini, karena merkuri. Pencemaran merkuri berjalan dari plankton yang tercemar, kemudian dimakan oleh ikan kecil, ikan besar dan hingga terakhir dimakan/mencemari tubuh manusia. Kepada ibu-ibu, beliau menganjurkan jika membeli ikan haruslah pandai memilih ikan yang bebas cemaran, juga bebas formalin. Beliau juga menghimbau, agar masyarakat mengaktifkan Pustu, seraya ia memberikan peringatan :”jangan sampai ketika Bpk Bupati/wakil bupati melakukan kunjungan (mendadak) ke Pustu,ternyata tidak ada kegiatanmaupun orangnya”. Sekitar pukul 10.30 wit., beliau membuka kalakarya ini, dengan bacaan *basmillah*. Acara pembukaan kalakarya, ditutup dengan bacaan do'a (secara Islam).Setelah bapak Wakil Bupati dan rombongan Muspida meninggalkan aula kabupaten, acara diberi jeda kurang lebih 15 menit.

Sebelum acara dimulai kembali, panitia meminta agar posisi tempat duduk yang semula berbentuk ceramah, dirubah menjadi bentuk dialog (berbentuk huruf U). Setelah segala sesuatunya siap, acara dimulai dengan penyajian “Situasi Kesehatan di Kab. Buru”terutama tahun 2010, 2011 dan 2012 (sampai bulan September). Oleh Bpk Safaruddin, Plt. Kepala Dinkes Kab.Buru. Pokok-pokok yang dipaparkan antara lain : Ratio pelayan kesehatan dibanding jumlah penduduk di kab. Buru 1:300. Jumlah kematian dan bayi, angka kesakitan meningkat dan kunjungan ke Puskesmas meningkat, cakupan imunisasi menurun pada periode tersebut. Menurut Plt. Kadinkes ini, peningkatan ini karena dampak dari ramainya penambangan emas.

Setelah selesai pemaparan Plt. Kadinkes , dilanjutkan pemaparan hasil Riskesdas 2007, profil 2010,2011 konsep IPM dan IPKM, dan masalahnya di Kab.Buru.

Sebelum pemaparan dimulai, ibu dr.Fathonah memimpin “pemanasan”dengan mengajak peserta untuk mengikuti gerak penari yang *divideokan*, diikuti dengan lagu “*making melodies in my heart*”. Nampak arena pertemuan menjadi hidup dan bergairah. Pemaparan dimulai, Bapak Asli mejelaskan tentang IPM, IPKM, dan posisi Indonesia pada IPM serta posisi Kab.Buru pada IPKM.Beliau juga memberikan motivasi agar ada perbaikan posisi. Penyajian dilanjutkan oleh Ibu Fathonah, dengan mengupas hasil Riskesdas dan profil yang sebagaimana disampaikan oleh Plt. Ka.dinkes sebelumnya. Sajian diawali dengan tepuk model untuk menunjukkan kepada audien, perlunya kerjasama diantara kita. Pertama-tama tepuk jari karena hanya menggunakan satu jari, dua jari selanjutnya hingga terjadi tepuk yang sebenarnya lima jari (tepek tangan yang bersuara itu), kemudian kembali lagi dengan tepuk jari. Beliau, menyajikan dengan banyak dialog dengan peserta. Baik tentang apa, bagaimana dan mengapa-nya. Ketika membahas penimbangan yang selalu menurun, beliau menanyakan mengapa.Empat peserta merespon masalah ini, dengan berbagai alasan, yaitu :

1. Diantaranya salah satu kader mengatakan : mungkin keadaan,jika ibu-ibu mengantar anaknya ke posyandu rumah kosong/tidk ada yang menjaga.
- 2.Salah satu Kepala desa, mengajak kepala-kepala desa untuk menghimbau warganya untuk membawa balita -nya membawa ke Posyandu.
3. Kader yang lain menyatakan,bahwa banyak ibu yang malas membawa balitanya ke Posyandu.
4. Sebagian kader,menjelaskan bahwa salah satu factor adalah dana untuk transportasi.

Selanjutnya, fasilitator menanyakan tentang kunjungan K4 menurun dari kunjungan sebelumnya (K1) ?

Diantara peserta, memberikan alasan-alasan:

1. Kurangnya pengetahuan tentang pentingnya kesehatan bumil, sehingga mereka tidak melakukan kunjungan. Selain itu, banyak bumil yang merasa cukup dengan penanganan oleh non nakes. Aspek kebudayaan juga disebut-sebut sebagai salah satu factor yang mempengaruhinya.
2. Salah satu bidan desa menjelaskan bahwa dukun lebih siap dan lebih “dekat” mendampingi /mengontrol/menolong persalinan. Sementara bidan di desa tidak selalu siap dan masih banyak ibu –ibu yang menganggap penanganan oleh bidan mahal.

Ketika fasilitator meminta masukan masalah-masalah kesehatan di Kab.Buru?

Dari peserta muncul beberpa masalah :

1. Balita tidak dibawa ke Posyandu (D/S).
2. Giziburuk dan gizi kurang.
3. Kunjungan (K4) ibu hamil menurun
4. Persalinan oleh tenaga non kesehatan
5. Cakupan Imunisasi yang rendah
6. Sanitasi dan air bersih.

Bagaimana mengatasi masalah-masalah tersebut ? Diantara peserta mencoba memberi prioritas dan bermacam –macam solusinya, diantaranya :

1. Menambah jumlah Posyandu agar dekat dengan masyarakat, terutama untuk daerah – daerah terpencil. Perbaiki program gizi buruk, gizi kurang dengan dana BOK .
2. Mengaktifkan Posyandu (yang sudah tidak aktif), dimana perlu dikomunikasikan kepada PKK.
3. Puskesmas sebagai Pembina Posyandu, berkewajiban memberikan penjelasan kepada masyarakat tetng fungsi Posyandu sehingga akan timbul kesadaran pada masyarakat.
4. Perlu ditingkatkan koordinasi /hubungan antara koordintor bidan dan perangkat desa (Puskesmas dan kepala desa).
5. Perlunya kesadaran fihak desa untuk mengajak warganya untuk membawa balitanya ke Posyandu.
6. Seorang peserta mengusulkan, agar dapat diberikan cendera mata kepada bayi yang “lulus” melakukan penimbangan.
7. Ada juga yang mengusulkan diadakan perlombaan balita.
8. Seorang peserta dari unsure bidan mengusulkan agar ada komitmen dari camat dan desa.

9. Perlunya, perangsang bagi kader.

10. Seorang camat mengusulkan agar penyelenggaraan kegiatan Posyandu dan PAUD dilakukan secara bersama-sama. Dan, peserta ini juga menghimbau agar satu pihak menyalahkan pihak yang lain.

11. Keluhan kader : tidak adanya insentif bagi kader. (Catatan dari fasilitator : Kader tidak bisa diberikan insentif dari BOK, tapi bisa diambilkan untuk transport).

12. Beberapa peserta mengusulkan, agar posyandu yang tidak bisa aktif/ berjalan supaya dilakukan perbaikan.

13. Kabid KIA Dinkes kab. Buru menegaskan : kepada Ibu-ibu dan juga bapak-bapak agar memperhatikan hasil penimbangan balitanya di Posyandu. Bagaimana perkembangan/ pertumbuhan balitanya. Apakah begini-begitu saja (tidak baik) ? Kalau sudah tahu tidak baik harus diperbaiki gizi balitanya, sehingga pertumbuhannya bisa di atas garis merah. Ia juga menjelaskan kembali bahwa Posyandu, bukan hanya milik Dinkes, tetapi milik pemerintah. Lihat saja dari 5 meja di Posyandu, hanya satu meja yang ditangani Puskesmas. Sehingga dengan demikian, dana dapat diberikan dari Desa/BPMD atau masyarakat. Dinkes sudah banyak berbuat dan berupaya, sudah tidak bisa dituntut berbuat apa lagi. Dinkes sudah bertanggung jawab pelayanan kesehatan warga dari rumah hingga Puskesmas. Kabid KIA ini mengakhiri pembicaraannya dengan sebuah himbauan kepada Bapak-bapak kepala desa, kepala kecamatan untuk saling menggandeng tangan, apa yang bisa diperbuat untuk Posyandu mulai tahun 2013?

Lebih dari tiga kepala desa memberikan respon positif himbauan ini. Akhir dari dialog yang cukup hidup ini, terfokus pada Posyandu yang mempunyai peran dalam penimbangan bayi dan imunisasi. Dari pihak desa diantaranya bersedia memberikan fasilitas bagi Posyandu di wilayahnya masing-masing.

Acara ditutup dengan pemutaran film tentang indahnya kegiatan –kegiatan yang dikoordinasikan dengan baik akan menjadi kerjasama dan kekompakan. Kemudian pembacaan kesimpulan oleh dr. Dani, dari Dinkes kab. Buru. Dan tutup kata Bapak Wisnu Hidayah, yang mengingatkan kembali akan upaya-upaya pembangunan kesehatan yang akan dilakukan hendaknya ingat : kita mempunyai harapan, dan dilakukan dengan kejujuran dan keikhlasan.

Ambon, 13 Desember 2012.

CATATAN/REKAMAN PELAKU/PENGAMAT
DALAM PROSES PENDAMPINGAN PDBK

I. DIALOG

A. Pertemuan sebagai wadah dialog selama pendampingan

1. Berlangsungnya pertemuan

- a. Inisiator pertemuan : Tim pendampingan PDBK Kemenkes RI
- b. Waktu : 12 Desember 2012, ± 5 jam
- c. Tempat : Aula Kantor Bupati Buru
- d. Peserta sebanyak 135 orang yang terdiri dari : lintas sektor terkait bidang kesehatan, Direktur RS, camat, kepala desa, PKK, Kader Posyandu, dokter puskesmas, kepala puskesmas, bidan desa, LSM bidang kesehatan

2. Berlangsungnya dialog

a. Kemampuan dialog

1) Kemampuan mendengar

Peserta pertemuan saling menghargai pendapat dari peserta lain. Permasalahan/tanggapan yang disampaikan oleh salah seorang peserta menjadi topik untuk dibahas bersama-sama didalam forum dialog. Namun banyak juga peserta yang pasif dalam menyampaikan pendapat.

2) Keterbukaan menerima keragaman atau perbedaan pendapat:

Secara umum tidak ada perbedaan pendapat yang menyolok dalam dialog, hal ini kemungkinan karena semua peserta mempunyai pandangan yang sama dalam menilai permasalahan kesehatan di wilayah masing-masing.

3) Kesiediaan menahan asumsi :

- Menyadari akan masalah kesehatan sebagai tanggung jawab bersama, semua peserta dialog sangat menghargai pendapat peserta lain, tidak cepat menilai orang lain sebagai penyebab masalah
- Beberapa peserta dialog terutama kepala puskesmas dan Dinas Kesehatan sempat mempertegas pandangannya terhadap beberapa masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat, seperti rendahnya kunjungan posyandu, banyak balita gizi buruk, cakupan imunisasi rendah, pertolongan persalinan oleh nakes rendah. Bagi sebagian stakeholder yang bukan tenaga kesehatan (terutama camat dan kepala desa) tidak mengetahui atau tidak menganggap hal tersebut sebagai suatu masalah yang perlu diselesaikan bersama.

b. Suasana Dialog

1) Penggambaran umum berlangsungnya dialog

Dialog berlangsung sangat santai dan lancar, peserta silih berganti menyampaikan pendapat, ada yang keluar masuk ruangan, ada yang berdiskusi dengan peserta lain, bahkan ada peserta yang sama sekali tidak menyimak isi dialog terutama yang duduk di deretan bangku bagian belakang.

2) Dari 135 peserta, sebagian besar mengikuti dengan serius proses jalannya dialog, namun hanya sebagian kecil yang terlibat langsung dalam berdialog. Pembicara didominasi oleh tenaga kesehatan terutama Puskesmas dan Dinas Kesehatan,

beberapa kepala desa juga terlibat langsung dalam dialog. Peserta yang pasif kemungkinan karena tidak memahami topik dalam dialog.

3) Yang memberikan pendapat adalah :

- Kepala Puskesmas: mendekatkan posyandu ke masyarakat, rangsangan terhadap balita yang lulus posyandu dan lomba balita sehat di posyandu, kurangnya perhatian dari camat dan aparat desa setempat, kader diberikan insentif,
- Kepala Desa : Dinas Kesehatan agar mengawasi bidan-bidan yang ada di desa, menambah jumlah posyandu dan membangun posyandu yang layak
- Camat : Posyandu dijadikan pos PAUD, Koordinasi Puskesmas dengan lintas sector, Bangunan posyandu diperbaiki/direnovasi
- Kepala Dinas Kependudukan : Aktifkan kembali system 5 meja dan ajak masyarakat berpartisipasi
- Kepala Statistik : Action lebih penting dari pada sekedar memaparkan angka
- Dinas Kesehatan : Dana BOK tidak bisa biayai insentif kader , Posyandu adalah milik masyarakat sehingga permintaan insentif terhadap kader kepada dinas kesehatan tidak relevan. Yang dapat dilakukan Dinas Kesehatan adalah menggratiskan kader dalam pengobatan di puskesmas.
- Kader posyandu : Kader supaya dikasih perangsang
- Direktur RS : Harusnya masyarakat yang minta didirikan posyandu di desa dan harus terasa manfaat posyandu tersebut kepada masyarakat.

B. Topik/isyu atau masalah yang dibahas (pilih atau isi, boleh lebih dari satu)

1. Memahami/menyadari adanya masalah kesehatan : Banyak balita yang tidak datang ke posyandu, banyaknya balita dengan gizi kurang/gizi buruk, Selisih antara Kunjungan ibu hamil ke 1 dan ke 4 masih jauh, Persalinan tenaga kesehatan masih kurang, Cakupan imunisasi masih rendah (cenderung rendah), Sanitasi & air bersih masih kurang
2. Identifikasi penyebab masalah : rendahnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan, kurangnya sosialisasi dari tenaga kesehatan, adat istiadat masih dominan.
3. Keinginan atau kesadaran pentingnya pelibatan stakeholder/pemimpin/tokoh setempat dalam penyelesaian masalah-masalah tersebut.

C. Refleksi untuk Dialog

1. Faktor pendukung dialog

- a. Komitmen kehadiran: tertera dalam undangan pertemuan dimulai pada pukul 09.00 WIT, namun dalam pelaksanaannya baru bisa dimulai pada pukul 10.00 WIT.
- b. Sarana/tempat pertemuan : Aula Kantor Bupati Buru, dengan kapasitas peserta ± 500 orang, penerangan dan pengeras suara cukup baik namun kenyamanan peserta terganggu karena rusaknya pendingin ruangan.
- c. Lain-lain : Dalam dialog sangat diharapkan kehadiran Pemerintah Daerah (Bupati, Wakil Bupati, Sekretaris Daerah, DPRD dan pejabat tinggi lainnya) sebagai penentu kebijakan di daerah atas penyelesaian masalah kesehatan, namun kehadiran pejabat ini hanya pada saat acara pembukaan. Selanjutnya proses dialog diserahkan kepada sektor kesehatan.

2. Faktor penghambat dialog

- a. Komitmen kehadiran : Sebagian besar peserta berasal dari kecamatan/desa yang cukup jauh sehingga terlambat tiba di tempat pertemuan, bahkan ada peserta dari kecamatan terjauh yang menggunakan transportasi laut. Banyaknya peserta yang terlambat menyebabkan keterlambatan pula dalam memulai acara.
- b. Jarak/akses ke tempat pertemuan: Peserta terdekat dari kecamatan Namlea menempuh jarak kurang dari 1 KM dengan waktu tempuh kurang dari 10 menit. Kecamatan Waeapo dan Kecamatan Airbuaya jarak tempuh 30-60 KM dengan waktu tempuh 1-3 jam, sedangkan peserta terjauh dari Kecamatan Batabual yang menggunakan transportasi laut dengan waktu tempuh 2-3 jam.
- c. Tokoh yang mendominasi pertemuan adalah Kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan

D. Kesimpulan Umum :

1. Individu/tokoh yang paling aktif adalah Kepala Puskesmas, Kepala Desa, bidan.
2. Permasalahan/topik yang sering muncul : Rendahnya kunjungan balita ke posyandu
3. Rekomendasi/saran : narasumber yang memandu jalannya dialog perlu mengarahkan topik-topik masalah sesuai pemaparan materi pada awal pertemuan, yakni masalah-masalah yang diangkat dari hasil riset maupun profil kesehatan. Pada kenyataannya banyak individu/tokoh yang terkait langsung dengan masalah kesehatan tersebut justru tidak memahami masalah yang sedang di hadapi oleh masyarakat di wilayahnya.

II. TINDAKAN KOLEKTIF

- A. Kesepakatan/rekomendasi yang dihasilkan dalam proses dialog/pertemuan sebelumnya (RTL/POA)
 1. Bahwa jumlah balita yang tidak datang ke posyandu merupakan masalah kita bersama
 2. Ibu hamil yang belum ditolong oleh tenaga kesehatan adalah masalah kita semua
 3. Mengoptimalkan Alokasi Dana Desa (ADD) untuk peningkatan kegiatan di posyandu.
- B. Pengorganisasian/Pembagian Tugas
Belum ada kesepakatan pembagian tugas bagi masing-masing unsur
- C. Implementasi/Pelaksanaan Kegiatan
Belum ada kegiatan menonjol yang dilaksanakan karena masing-masing unsur tidak mengetahui apa yang harus dilakukan
- D. Monitor/Kontrol
Belum dapat dilakukan
- E. Evaluasi/Evaluasi Partisipatif
Belum dapat dilakukan



Gambar 10. Poster Selamat datang Kalakarya Kab.Buru tgl 12 Desember 2012



Gambar 11. Bpk. Johanes Sudrajat, Wakil Bupati Kab.Buru memberikan sambutan dan membuka Kalakarya.



Gambar 12. Dr. Wisnu Hidayat, salah satu pendamping PDBK pusat, sedang membacakan sambutan pada Kala karya Kabupaten.



Gambar 13. Safaruddin, AMKL, Kepada Dinas Kesehatan Kab. Buru memaparkan masalah kesehatan di Kab. Buru.



Gambar 14. Dr. Fathonah, salah satu pendamping pusat sedang memfasilitasi kala karya.



Gambar 15. Asli Samin, SKM., MKes, pendamping pusat sedang menjelaskan konsep IPM dan IPKM



Gambar 16. Bidan Ros, Kabid KIA Dinkes Kab. Buru mengklarifikasi tugas pokok Puskesmas dan Dinas Kesehatan.



Gambar 17. Drs.M.Hasyimi, MKM menjelaskan tentang Riset & Pendampingan DBK



Gambar 18. Siap memberi dan menerima dalam memfasilitasi dan mendampingi DBK Kab. Buru



Gambar 19. Suasana Kalakarya di Aula Kab. Buru, 12 Desember 2012



Gambar 20. Suasana Kala karya, fokus hadirin dari lintas sector.



Gambar 21. Peserta sedang *warming* dengan *Making Melodies in My Heart*.



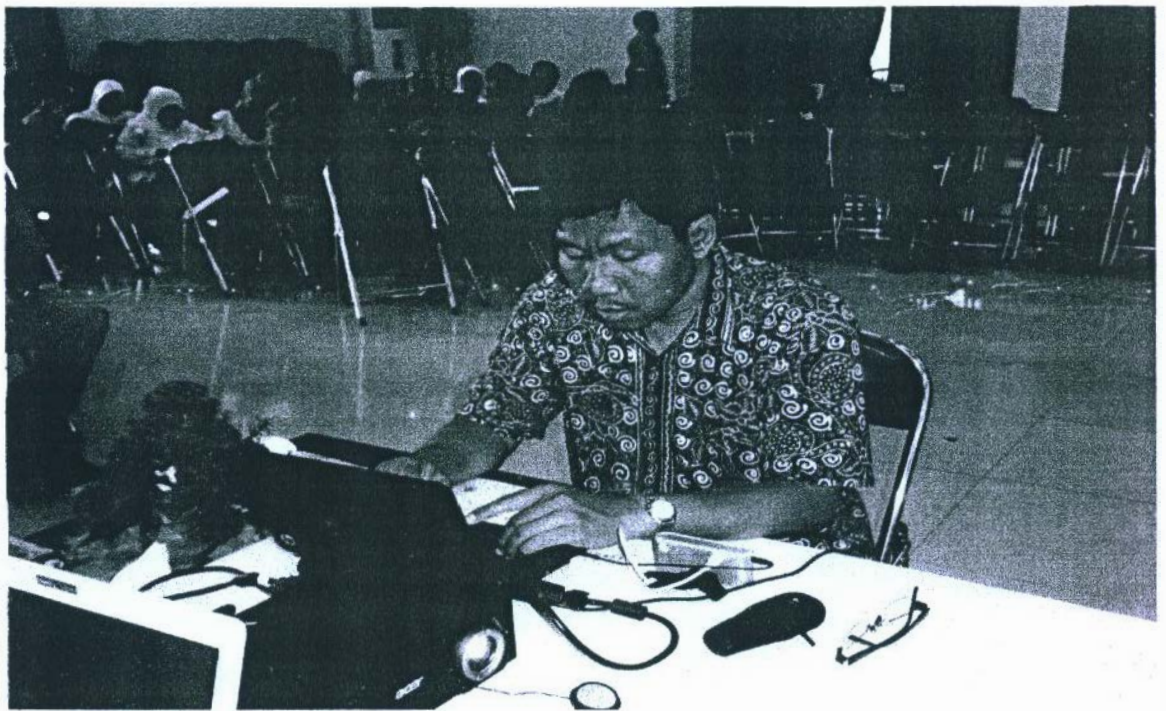
Gambar 22. Kepala Puskesmas menanyakan.



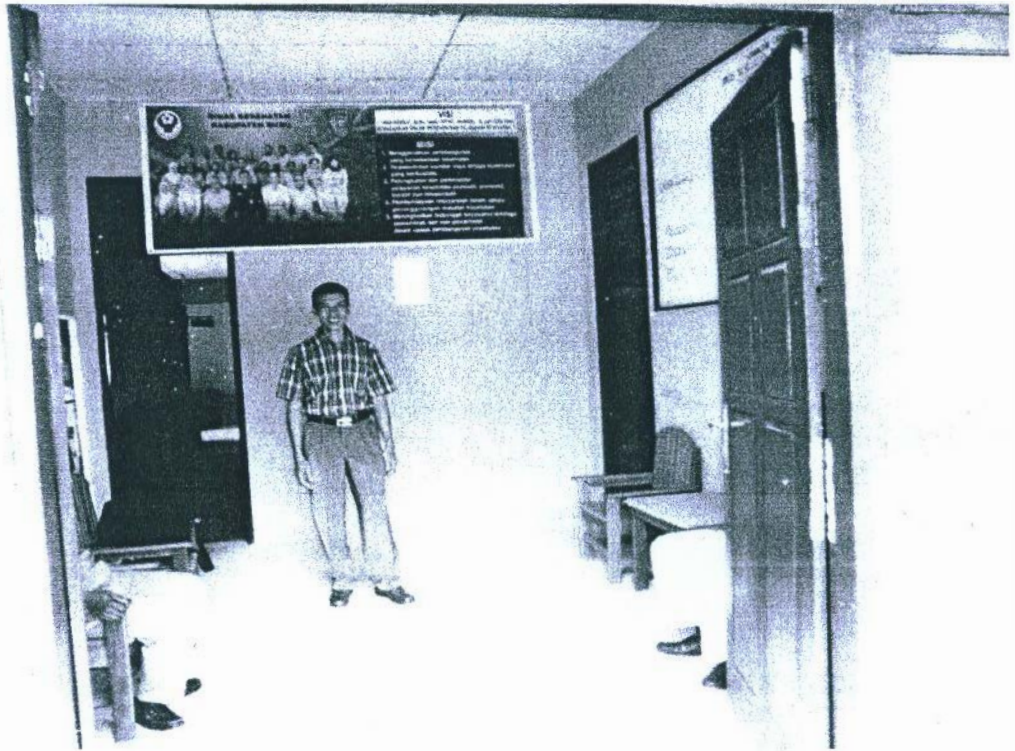
Gambar 23. Partisipasi aktif Kader Posyandu “insentif / reward kader bagaimana ?”



Gambar 24. Kepada Desa siap untuk menghimbau masyarakat dan mendukung untuk Posyandu.



Gambar 25. Warsino,SKM salah seorang pendamping “meliput” kalakarya.



Gambar 26. Betriyon, salah seorang pengamat (Loka Litbang Batu Raja) mengambil data di Kantor Dinkes Kab. Buru



Gambar 27. M.Hasyimi dan Betriyon, sedang melakukan pengamatan jalannya dialog/diskusi di Air buaya, Buru.



Gambar 28. Yulianis Rahim, SKM., MKes., peneliti local non fungsional, sedang melakukan pengamatan dan pencatatan jalannya Kalakarya.



Gambar 29. Absensi peserta sekaligus pembagian kuesioner A B C D.