

PDBK

32

Jakarta



LAPORAN AKHIR PENELITIAN

**PERAN INTERVENSI PDBK PADA PENINGKATAN CAKUPAN PENIMBANGAN
BALITA DI KOTA BAUBAU DALAM RANGKA PENINGKATAN IPKM 2013**

Riset Operasional

Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan
Kota Baubau, Provinsi Sulawesi Tenggara

dr. Anton Suryatma

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

2012



KEMENTERIAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Jl. Percetakan Negara No. 29 Kotak Pos 1226 Jakarta 10560 Indonesia
Telp. : (021) 42872392, 4241921 Fax. : (021) 42872392, 4241921
E-mail : p3esk@litbang.depkes.go.id; Website : http://www.pusat3.litbang.depkes.go.id

Jakarta, Januari 2013

No : LB.02.01/10.3/224/2013
Hal : Surat Pengantar Laporan Penelitian
Lampiran :

Yang terhormat,
Sekretariat RO PDBK 2012
Badan Litbang Kesehatan
Jl. Percetakan Negara No. 29
Jakarta 10560

Bersama ini kami kirimkan Laporan Akhir Penelitian RO PDBK Tahun 2012, dengan judul:

No	Judul	Peneliti
1	Peningkatan Kinerja Posyandu Berbasis Pemberdayaan Masyarakat di Kabupaten Lombok Utara	Rofingatul Mubasyiroh
2	Survei Peningkatan Cakupan Penimbangan Bayi di Kota Bau-Bau dalam Rangka Peningkatan IPKM 2013	Anton Suryatma
3	Pengaruh Pendampingan DBK terhadap Keyakinan dan Tindakan Pelaku Kesehatan dalam Rangka Peningkatan Cakupan Penimbangan Balita dan Imunisasi di Kabupaten Buru, Propinsi Maluku	M. Hasyimi
4	Peran CIDA BASIC Project dalam Pemberdayaan Kader dasawisma untuk Meningkatkan Pemberian ASI Eksklusif dan Monitoring Status Gizi di Kabupaten Kolaka Utara Sulawesi Tenggara	Kristina Tobing

Masing-masing 4 (empat) bendel.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Kepala,


Dede Anwar Musadad, SKM, M.Kes
NIP. 195709151980121002

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
PERPUSTAKAAN
Tanggal : 26-6-2013
No. Induk : _____
No. Klass : 32 . _____
PDBK

Susunan Tim Peneliti

No.	Nama	Keahlian / Kesarjanaan	Kedudukan dalam Tim	Uraian Tugas
1	dr. Anton Suryatma	Kedokteran Umum	Ketua Pelaksana merangkap sebagai Pengamat Pusat	Melakukan koordinasi, mengamati, menggali, dan melakukan pengumpulan data dan analisis data, serta penyusunan laporan
2	dr. Edy Natsir	Kedokteran Umum	Pengamat Daerah	Melakukan koordinasi dengan berbagai pihak, mendampingi kalakarya tingkat kecamatan



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/II/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/VII/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

KEPALA


TRIHONO

Lampiran Keputusan Kepala Badan Litbangkes

Nomor : HK.03.05/1/5094/2012

Tanggal : 30 April 2012

**TIM PENELITI RISET OPERASIONAL PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH
KESEHATAN BADAN LITBANGKES TAHUN 2012**

NO	JUDUL PENELITIAN	SATUAN KERJA	LOKASI PENELITIAN (KAB/KOTA, PROV)	SUSUNAN NAMA TIM PENELITIAN	JABATAN DALAM TIM
1.	Optimalisasi Fungsi dan Manfaat Posyandu oleh Masyarakat di Kabupaten Gayo Lues Nangroe Aceh Darusalam	Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik (Pusat 2)	Gayo Lues, Aceh	Ema Luciasari S., SP, MP	Ketua Pelaksana
				Liestiana Indriati, S.Si	Peneliti
				Edi Sofyan, SKM	Peneliti Lokal
2.	Peran PDBK dalam Perubahan Cakupan Imunisasi Petugas Kesehatan pada Kegiatan Posyandu di Kabupaten Pidie	Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Pusat 4)	Pidie, Aceh	Drs. Tony Murwanto	Ketua Pelaksana
				Yulidar, MSi	Peneliti
				Irwansyah Putra, M.Kes	Peneliti Lokal
3.	Peran Tim Work Tenaga Kesehatan dalam Upaya Peningkatan Status Gizi Balita di Kabupaten Aceh Utara Provinsi Aceh Tahun 2012	UPF Aceh	Aceh Utara, Aceh	Fahmi Ichwansyah, S.Kp, MPH	Ketua Pelaksana
				Mufida Afreni B Bara, S.Sos	Peneliti
				Maidar, M.Kes	Peneliti Lokal
4.	Revitalisasi Posyandu Melalui Gerakan Beuleun Boh Hate (Bulan Buah Hati) di Kabupaten Aceh Barat	Loka P2B2 Baturaja	Aceh Barat, Aceh	Lasbudi P. Ambarita, MSc	Ketua Pelaksana
				Asmaul Husna, SKM	Peneliti
				Hj. Afifah, SKM, MKes	Peneliti Lokal

5.	Gagasan Penuntun "Out of The Box" dalam Upaya Empat Fokus Kesehatan di Kabupaten Lombok Barat	Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Pusat 4)	Lombok Barat, NTB	dr. Wahyu Dwi Astuti, SpPK, M.Kes	Ketua Pelaksana
				Agung Dwi Laksono, SKM, M.Kes	Peneliti
				Rika Tri Marly, SADM	Peneliti Lokal
				Moh. Abdullah, SKM, MQIH	Peneliti Lokal
6.	Peningkatan Kinerja Posyandu Berbasis Pemberdayaan Masyarakat di Kabupaten Lombok Utara Tahun 2012	Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat (Pusat 3)	Lombok Utara, NTB	Rofingatul Mubasyiroh, SKM	Ketua Pelaksana
				Suparmi, SKM, MKM	Peneliti
				Musawirin, SKM	Peneliti Lokal
				Undar Siwaningsih, SKM	Peneliti Lokal
7.	Peran Lembaga Pemberdayaan Masyarakat Terpadu (Lemper Madu) dalam Optimalisasi Posyandu untuk Meningkatkan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Lombok Tengah	Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Pusat 4)	Lombok Tengah, NTB	Dra. Ristrini, M.Kes	Ketua Pelaksana
				Tumiani Laksmiarti, SE, MM	Peneliti
				Bagus Putra Wijaya, SKM, M.Kes	Peneliti Lokal
8.	Penguatan Sistem Surveilans Ibu Hamil, Bayi dan Balita di Kabupaten Sumbawa, Provinsi Nusa Tenggara Barat	Loka P2B2 Waikabubak	Sumbawa, NTB	Muhammad. Kazwaini, SKM, M.Kes	Ketua Pelaksana
				Wahyu Nugraheni, SKM, M.Kes	Peneliti
				Drs. Didi Darsani, Apt	Peneliti Lokal
9.	Kemitraan Pemerintah Desa dengan Tenaga Kesehatan dalam Kegiatan Berbasis G1-KIA dalam Rangka Meningkatkan IPKM di Kabupaten Bima	Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Pusat 4)	Bima, NTB	Drg. Oktarina, M.Kes	Ketua Pelaksana
				Fajar Sakti, S.Si	Peneliti
				Heru Joko	Peneliti Lokal

10.	Penguatan Kapasitas "Gerakan Sadar Posyandu" di Kabupaten Dompu dalam Rangka Peningkatan IPKM 2013	Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar (Pusat 1)	Dompu, NTB	Muchlisul Faatih, S.Si, M.Biomed	Ketua Pelaksana
				dr. Trijuni Angkasawati, MSc	Peneliti
				Gatot Gunawan PP, SKM	Peneliti Lokal
11.	Peranan Pendampingan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) dalam Peningkatan Cakupan Gizi dan Persalinan oleh Nakes di Kabupaten Polewali Mandar, Sulawesi Barat	Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik (Pusat 2)	Polewali Mandar, Sulbar	Ir. Hermina, M.Kes	Ketua Pelaksana
				Yurista Permanasari, SKM, MKM	Peneliti
				dr. Ayyub Ali	Peneliti Lokal
12.	Model Pendampingan Pengembangan Sistem Pelayanan dan Rujukan Balita Kurus Sebagai Upaya Peningkatan IPKM di Kabupaten Mamasa Provinsi Sulawesi Barat	Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar (Pusat 1)	Mamasa, Sulbar	Aris Hadi Indiarso, SKM, MSc	Ketua Pelaksana
				Dra. Hastini, M.Kes	Peneliti
				Arman	Peneliti Lokal
13.	Optimalisasi Fungsi Kader Posyandu dalam Rangka Meningkatkan Cakupan Program Kesehatan di Kabupaten Mamuju Utara	B2P2VRP Salatiga	Mamuju Utara, Sulbar	dr. Bagus Febrianto, M.Sc	Ketua Pelaksana
				Riri Arifah Patuba, SKM	Peneliti
				Muhammad Basir, SKM, M.Kes	Peneliti Lokal
14.	Kemitraan Swasta dengan Pemerintah dalam Upaya Peningkatan Cakupan Persalinan Nakes dan Kunjungan Balita di Posyandu di Kabupaten Mamuju, Sulawesi Barat	Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik	Mamuju, Sulbar	Maria Holly Herawati, SKM, M.Epid	Ketua Pelaksana
				Hendrick Edison, S.Si	Peneliti
				Drg. Feremon	Peneliti Lokal

15.	Kebijakan Kemitraan Dukun Beranak dan Bidan Desa untuk Meningkatkan Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Parigi Moutong Sulawesi Tengah	Balai Litbang P2B2 Donggala	Parigi Moutong, Sulteng	Akhmad Erlan, SKM, MPH	Ketua Pelaksana
				Mohamad Choirul Hidayat, SKM, M.Kes	Peneliti
				Hamzah, SKM, MPH	Peneliti Lokal
16.	Optimalisasi Lokakarya Mini dalam Upaya Menanggulangi Masalah Kesehatan Ibu Anak di Kabupaten Sigi, Sulawesi Tengah	Loka P2B2 Ciamis	Sigi, Sulteng	Pandji Wibawa Dewantara, S.Si, MIl	Ketua Pelaksana
				Budi Santoso, SKM, M.kes	Peneliti
				Nurni, SKM	Peneliti Lokal
17.	Upaya Peningkatan IPKM Melalui Program Keluarga Sehat dan Desa Sehat di Kabupaten Tojo Una Una Sulawesi Tengah	Loka P2B2 Ciamis	Tojo Una-una, Sulteng	Roy Nusa RES, SKM, MSc	Ketua Pelaksana
				Joni Hendry, SKM	Peneliti
				Kisman Matikke, SKM, M.kes	Peneliti Lokal
18.	Model Pemberdayaan Kemitraan Perangkat Desa dengan Petugas Kesehatan dalam Upaya Meningkatkan Status Gizi Balita di Kota Palu di Kota Palu	Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Pusat 4)	Kota Palu Sulteng	Dr. Gurendro Saputro, SKM, M.Kes	Ketua Pelaksana
				Arifri Ruliansah, SKM, M.Sc	Peneliti
				I Komang Gd Woliantara S., SKM, MM, M.Kes	Peneliti Lokal
19.	Pengaruh Pendampingan Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) terhadap Peran Asosiasi Kepala Desa (AKD) dalam Peningkatan Kinerja Posyandu di Kabupaten Sampang, Jawa Timur	Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Pusat 4)	Sampang, Jatim	Ir. Vita Kartika, M.Kes	Ketua Pelaksana
				dr. Tetty Rachmawati	Peneliti
				Maman Firmansyah, SKM, M.kes	Peneliti Lokal

20.	Government Mobile dalam Upaya Peningkatan Pelayanan Kesehatan di Kabupaten Gorontalo	Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat (Pusat 3)	Kab. Gorontalo, Gorontalo	Supraptini, SKM, MM	Ketua Pelaksana
				Drg. Lely Andayasari, M.Kes	Peneliti
				dr. Widya Pratiwi Bachmid, M.Kes	Peneliti Lokal
21.	Model Pemberdayaan Tokoh Masyarakat dalam Upaya Penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian bayi di Kabupaten Gorontalo Utara, Provinsi Gorontalo	Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar (Pusat 1)	Kab. Gorontalo Utara, Gorontalo	Anorital, SKM, M.Kes	Ketua Pelaksana
				M. Rasyid Ridha, SKM	Peneliti
				Ns. Hamzah Rahim, S.Kep, MAP	Peneliti Lokal
22.	Pendampingan PDBK dan Pemberdayaan Kader Dasa Wisma dalam Upaya Peningkatan Pemantauan Status Gizi Balita dan IPKM di Kabupaten Boalemo, Gorontalo	Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat (Pusat 3)	Kab. Boalemo, Gorontalo	Budi Setyawati, SP, MPH	Ketua Pelaksana
				Bunga Christita Rosa, S.Sos, M.Si	Peneliti
				Sutriyani Lumula, S.ST	Peneliti Lokal
23.	Kesepakatan Puskesmas -- Desa pada Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan untuk Meningkatkan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Bonebolango	Loka P2B2 Baturaja	Kab. Bone Bolango, Gorontalo	Febriyanto, SKM	Ketua Pelaksana
				Drs. Hadi Suwasono, MS	Peneliti
				Yusri R. Halada, SKM, M.Kes	Peneliti Lokal
24.	Pemberdayaan Pokja PDBK dalam Upaya Peningkatan Cakupan Persalinan dan Imunisasi di Kabupaten Pohuwato Provinsi Gorontalo	Loka P2B2 Ciamis	Kab. Pohuwato, Gorontalo	Firda Yanuar Pradani, S.Si	Ketua Pelaksana
				Edwin Darwin, Amd	Peneliti
				Marlina	Peneliti Lokal
25.	Pengamatan Interaksi Kader Posyandu Untuk Peningkatan Kualitas Pelayanan Posyandu di Kabupaten Muna Propinsi Sulawesi Tenggara	Loka P2B2 Tanah Bumbu	Kab. Muna, Sultara	Lukman Waris, SKM, M.Kes	Ketua Pelaksana
				Wulan Sari RG Sembiring, SKM	Peneliti
				Samudra Taufik, S.Gz	Peneliti Lokal

26.	Model Peningkatan Kinerja Tenaga Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan Bumil dan Balita di Kabupaten Buton Utara	Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar (Pusat 1)	Kab. Buton Utara, Sultra	drh. Rita Marletta Dewi, M.Kes	Ketua Pelaksana
				Deriansyah Ekaputra, SKM	Peneliti
				Endang Susilowaty, SKM	Peneliti Lokal
27.	Penguatan Kemitraan Bidan Desa (Sando/Bhisa) di Poskesdes dalam Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Wakatobi, Sulawesi Tenggara	Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar (Pusat 1)	Kab. Wakatobi, Sultra	Luxi Rijuni Pasaribu, S.Si, MSc.PH	Ketua Pelaksana
				Lely Indrawati, S. Sos, MKM	Peneliti
				H. Samsul S., S.sos	Peneliti Lokal
28.	Peran CIDA BASIC Project dalam Pemberdayaan Kader Dasa Wisma untuk Meningkatkan Pemberian ASI Eksklusif dan Monitoring Status Gizi di Kabupaten Kolaka Utara Tahun 2012	Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat (Pusat 3)	Kab. Kolaka Utara, Sultra	Kristina Tobing, SKM, MKM	Ketua Pelaksana
				Sunaryo, SKM	Peneliti
				Erna Susilowati, SKM	Peneliti Lokal
29.	Peran Pemberdayaan Kader Posyandu dalam Upaya Peningkatan Cakupan Penimbangan Balita di Kota Bau-bau dalam Rangka Peningkatan IPKM 2013	Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat (Pusat 3)	Kota Bau-Bau, Sultra	dr. Anton Suryatma	Ketua Pelaksana
				Aan Kumiawan, S.Ant	Peneliti
				dr. Edy Natsir	Peneliti Lokal
30.	Implementasi Model Pendampingan dalam Meningkatkan Pemberian ASI Eksklusif dan Monitoring Status Gizi di Kabupaten Kupang	Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Pusat 4)	Kab. Kupang, NTT	Dr. Qomariah Alwi, SKM, M.Med.Sc	Ketua Pelaksana
				Hestrika Novia Cs, SIP	Peneliti
				Theresia Ilii, S.Sos.	Peneliti Lokal

31.	Penguatan Peran Bidan Melalui Dialog dalam Upaya Melaksanakan Revolusi KIA di Kabupaten Manggarai Barat Nusa Tenggara Timur	Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar (Pusat 1)	Kab. Manggarai Barat, NTT	Meryani Girsang, S.Si, M.Sc	Ketua Pelaksana
				Ruben Wadu Wila, SKM	Peneliti
				Lili Mami	Peneliti Lokal
32.	Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak melalui Pengorganisasian Sistem Siaga Berbasis Masyarakat di Kabupaten Timur Tengah Utara	Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Pusat 4)	Timor Tengah Utara, NTT	Dra. Suharmiati, M.Sc.Apt	Ketua Pelaksana
				Moch.Setio Pramono, S.Si, M.Si	Peneliti
				Nikson, Amd. Kep	Peneliti Lokal
33.	Peningkatan Strategi Kerjasama Lintas Sektor dalam Upaya Penerapan Revolusi KIA untuk Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Manggarai, Propinsi Nusa Tenggara Timur	Loka P2B2 Tanah Bumbu	Manggarai, NTT	Nita Rahayu, SKM, M.Kes	Ketua Pelaksana
				Rosiana Kali Kulla, SKM	Peneliti
				Epy Wandur, SKM	Peneliti Lokal
34.	Model Surveilans Respons KIA pada <i>Repro Center</i> dalam Rangka Revolusi KIA di Kabupaten Belu	Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Pusat 4)	Belu, NTT	Widjiartini, SKM, M.Kes	Ketua Pelaksana
				Hanani M Laumalay, SKM	Peneliti
				Drg. Paskalia Frida Fahik	Peneliti Lokal
35.	Kemitraan Petugas Kesehatan dan Tokoh Masyarakat dalam Penjaringan Sasaran Program Perbaikan Gizi Masyarakat dan KIA di Kabupaten Seram Bagian Timur Provinsi Maluku	Loka P2B2 Ciamis	Seram bagian Timur, Maluku	Lukman Hakim, SKM, M.Epid, DAP&E	Ketua Pelaksana
				M. Umar Riandi, S.Si	Peneliti
				Sukmawati Rumakur, SKM	Peneliti Lokal

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 Benmasalah 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

Assalamu'alaikum warahmatullah wabarakatuh.

Segala puji dan syukur ke hadirat Allah SWT karena berkat kasih dan karuniaNya. Laporan Akhir ini dapat diselesaikan dengan baik. Laporan Akhir ini merupakan hasil dari rangkaian pelaksanaan pendampingan PDBK kota Baubau yang telah dimulai sejak dilaksanakannya Kalakarya pada tanggal 23 Juli 2011, pengamatan I, Booster, pengamatan II, hingga berakhir pada pengamatan III di bulan November 2012.

Pada kesempatan kali ini, kami mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu pelaksanaan riset operasional ini, mulai dari pengumpulan data, penyelenggaraan kegiatan, hingga penulisan laporan. Semoga laporan ini dapat memberikan gambaran yang jelas mengenai pelaksanaan pendampingan PDBK di kota Baubau dan semua jerih payah yang telah dilakukan memberikan manfaat bagi pembaca, dan bermanfaat pula dalam skala nasional Indonesia.

Kami menyadari bahwa dalam pelaksanaan riset operasional ini dijumpai berbagai kesulitan dan permasalahan. Oleh karena itu, kami juga menyampaikan permohonan maaf kepada semua pihak yang mungkin terganggu atau tersinggung selama riset operasional ini dilaksanakan.

Laporan akhir ini bukanlah akhir dari kegiatan PDBK. Oleh karena itu, kami terbuka terhadap segala kritik dan saran, terkait penulisan maupun pelaksanaan pendampingan PDBK.

Demikian pengantar dari kami. Semoga bermanfaat.

Jakarta, Desember 2012

Penyusun

Anton Suryatma

Abstrak

PERAN INTERVENSI PDBK DALAM UPAYA PENINGKATAN CAKUPAN PENIMBANGAN BALITA DI KOTA BAUBAU DALAM RANGKA PENINGKATAN IPKM 2013

Anton Suryatma¹

¹ Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI

Latar Belakang. Berdasarkan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) Indonesia tahun 2007, Baubau termasuk ke dalam Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) dengan ranking IPKM 209 (0,52). Cakupan penimbangan balita merupakan indikator IPKM yang nilainya paling rendah untuk kota Baubau, yaitu: 30,28% (IPKM) dan 47,66% (Profil Kesehatan Kota Baubau 2010) dan cakupan tersebut jauh dari target nasional. Oleh karena itu, indikator ini menjadi sorotan intervensi PDBK kota Baubau. Kegiatan di Pos Pelayanan Terpadu (posyandu), yang merupakan bentuk upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat, diharapkan menjadi solusi permasalahan kesehatan di kota Baubau. Khususnya dalam hal penimbangan balita. Kegiatan posyandu juga merupakan pintu masuk bagi upaya penanggulangan masalah pembangunan kesehatan yang lebih luas. Dilakukan riset operasional PDBK untuk melihat apakah intervensi PDBK membuat perubahan individu, perubahan tim dan terjadinya tindakan kolektif yang berdampak terjadinya peningkatan cakupan penimbangan balita di kota Baubau.

Hipotesis. Intervensi PDBK (dialog dan pendampingan) berhubungan dengan terjadinya perubahan individu, perubahan tim dan terjadinya tindakan kolektif yang berdampak terjadinya peningkatan cakupan penimbangan balita.

Desain penelitian. Riset operasional dengan melakukan pengamatan secara serial terhadap intervensi PDBK yang terjadi di Kota Baubau selama April-November 2012. Variabel yang diamati dikembangkan dari konsep wilayah perubahan (lingkaran) dan wilayah tindakan (segitiga). Konsep wilayah perubahan terdiri dari konstruk sikap- keyakinan, keahlian-kemampuan dan kesadaran-kepekaan. Sedangkan konsep wilayah tindakan terdiri dari konstruk gagasan penuntun, inovasi infrastruktur dan teori-metode-alat. Selain itu juga diamati variabel cakupan penimbangan balita selama intervensi PDBK tersebut.

Hasil. Dilakukan 5 kali pengumpulan data instrumen PDBK, yaitu pada: kalakarya, pengamatan ke-1, kalakarya booster, pengamatan ke-2 dan pengamatan ke-3. Berdasarkan instrumen tersebut, ada perubahan di wilayah perubahan dan wilayah tindakan.

	Kalakarya	P-1	K-Booster	P-2	P-3
Wilayah Perubahan					
Kesadaran-kepekaan	46,0%	51,6%	73,6%	62,1%	61,4%
Sikap-Keyakinan	37,6%	44,0%	42,4%	48,2%	41,2%
Keahlian-Kemampuan	48,3%	46,4%	41,8%	59,5%	60,0%
Wilayah Tindakan					
Gagasan Penuntun	51,4%	53,6%	63,3%	62,1%	59,2%
Inovasi					
Teori, Metode					

Kota Baubau melakukan kalakarya kabupaten pada tanggal 23 Juli 2011 dan menghasilkan komitmen bersama untuk melaksanakan sweeping balita. Dilaksanakan sweeping balita selama dua minggu dan selesai pada bulan agustus 2011. Sebelum kalakarya, cakupan penimbangan balita 47,66% (profil kesehatan 2010). Saat sweeping balita didapatkan cakupan penimbangan balita 81,04% (hasil penimbangan balita). Namun pada trimester pertama tahun 2012 turun lagi menjadi 59,15% (Laporan F3 Gizi Semester I 2012). Kota Baubau melakukan kalakarya booster pada tanggal 11 Juli 2012, dan cakupan penimbangan balita menjadi 62,54% (Laporan F3 Gizi bulan Juli 2012)

Kesimpulan. Terjadi peningkatan organisasi-pembelajaran individu dan tim. Terjadi tindakan kolektif. Terjadi peningkatan cakupan balita setelah intervensi PDBK. Namun belum dapat dikorelasikan antara peningkatan cakupan balita dan tingkat organisasi-pembelajaran

Daftar Isi

Susunan Tim Peneliti	ii
Surat Keputusan Penelitian	iii
Kata Pengantar	xiv
Abstrak	xv
Daftar Isi	xvii
Daftar Tabel/Gambar/Grafik/Peta	xix
Daftar Lampiran	xx
Bab 1 Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
Bab 2 Tujuan dan Manfaat	3
2.1 Tujuan Umum	3
2.2 Tujuan Khusus	3
2.3 Manfaat	3
Bab 3 Tinjauan Pustaka	4
3.1 IPKM	4
3.2 PDBK	7
3.3 Teori Peter Senge	9
3.4 Teori Bruce Tuckman	9
Bab 4 Hipotesis	11
Bab 5 Metode	12
5.1 Kerangka Konsep	12
5.2 Tempat dan Waktu	12
5.3 Desain Penelitian	12
5.4 Populasi dan Sampel	12
5.5 Besar Sampel, Cara Pemilihan dan Penarikan Sampel	13
5.6 Variabel	13
5.7 Definisi Operasional	14
5.8 Instrumen dan Cara Pengumpulan Data	15
5.9 Manajemen dan Analisis Data	16
Bab 6 Hasil	17
6.1 Intervensi PDBK	17
6.2 Instrumen PDBK (Kuesioner ABCD)	18
a. Kuesioner A	18
b. Kuesioner B	19
c. Kuesioner C	20
d. Kuesioner D	20
6.3 Wawancara Mendalam	21
a. Pendamping Pusat	21
b. Pendamping Provinsi	21
c. Pendamping Kabupaten	21
d. Aktor Lapangan Perangkat Kesehatan	21
6.4 Focus Group Discussion	21
6.5 Peneelusuran Dokumen Terkait	22
Bab 7 Pembahasan	24

8.1 Kesimpulan	20
8.2 Saran	20
Ucapan Terima Kasih	21
Daftar Pustaka	22
Lampiran	23

Bab 1 Pendahuluan

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan merupakan komponen penting dalam pembangunan kualitas sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Dengan mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, pembangunan kesehatan turut mendukung pertumbuhan ekonomi dan penanggulangan kemiskinan. Kemajuan pembangunan kesehatan suatu daerah ditunjukkan oleh nilai IPKM, yang merupakan indeks komposit 24 indikator kesehatan. IPKM dirumuskan berdasarkan data kesehatan berbasis komunitas, yaitu Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar), Susenas (Survei Ekonomi Nasional), dan Survei Podes (Potensi Desa). Indikator dalam IPKM merupakan indikator-indikator yang berkaitan dengan umur harapan hidup seseorang saat lahir, indikator yang mewakili bidang kesehatan dalam IPM (Indeks Pembangunan Manusia). Mencapai IPM atau HDI (*Human Development Index*) yang tinggi menjadi penting karena IPM merupakan salah satu ukuran yang sering digunakan untuk membandingkan keberhasilan pembangunan sumber daya manusia antarnegara, dan saat ini IPM dipakai sebagai acuan untuk menilai keberhasilan pembangunan. Oleh karena itu, mencapai ranking IPKM yang tinggi, yang mencerminkan umur harapan hidup waktu lahir, juga penting.

Dalam rangka meningkatkan efektivitas pembangunan kesehatan, penanggulangan masalah kesehatan difokuskan pada daerah bermasalah kesehatan (DBK). Penanggulangan DBK (PDBK) merupakan upaya terpadu secara program dan pendanaan dalam rangka penanggulangan masalah kesehatan yang spesifik daerah serta merupakan upaya untuk menstimulasi kemandirian daerah dalam menyelesaikan masalah kesehatan secara kreatif dan inovatif dengan optimalisasi program kesehatan dan non-kesehatan yang berdampak pada kesehatan yang telah ada sebelumnya. PDBK terutama diarahkan pada upaya membantu daerah yang bersangkutan mengurai atau mengeliminasi setiap penyulit untuk meningkatkan kegiatan-kegiatan pelayanan inovatif yang mampu mendorong perbaikan setiap indikator IPKM, dengan memprioritaskan pencapaian indikator yang mempunyai bobot besar bagi peningkatan derajat kesehatan.

Kota Bau-Bau atau Baubau adalah sebuah pemerintahan kota di Pulau Buton, Sulawesi Tenggara yang memperoleh status kota pada tahun 2001. Baubau menduduki peringkat ke-8 sebagai kota terbesar di Sulawesi berdasarkan jumlah populasi tahun 2010 atau urutan ke-2 di propinsi Sulawesi Tenggara. Berdasarkan IPKM tahun 2007, Baubau termasuk dalam daerah bermasalah kesehatan dan status ekonomi miskin (PSE 17,08). Dengan IPKM 0,517897, kota ini menduduki peringkat 209 dari 440 kabupaten/ kota di tingkat nasional. Data Riskesdas 2007 juga menunjukkan status kesehatan ibu dan anak di kota Baubau masih rendah. Hal ini dapat dilihat dari angka persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 49,90% dan penimbangan balita 30,28%. Status gizi masyarakat kota Baubau juga masih rendah, tampak dari adanya balita gizi kurang sebesar 23,77%, balita

kurus 11,92%, serta balita pendek 42,35%. Permasalahan tersebut tidak dapat ditangani hanya oleh sektor kesehatan. Peran serta dan pemberdayaan masyarakat sangat menentukan keberhasilan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Untuk meningkatkan kemampuan dan kesadaran masyarakat dalam memelihara kesehatannya secara mandiri, perlu dilakukan penguatan upaya promotif-preventif berupa peningkatan upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) seperti Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu).

Dalam rangkaian proses PDBK, kota Baubau merupakan kota pertama yang menyelenggarakan kalakarya PDBK, yang dihadiri berbagai instansi dan sektor, termasuk pihak swasta yang mensponsori kegiatan tersebut. Dalam kalakarya tersebut, didapatkan ketidaksesuaian data antara profil kesehatan kota Baubau dengan data Riskesdas 2007, khususnya data penimbangan balita. Riskesdas 2007 memperoleh angka cakupan penimbangan balita di kota Baubau sebesar 30,28% sedangkan profil kesehatan kota menyebutkan angka 47,66%. Meskipun demikian, kedua angka tersebut pun masih sangat jauh dari target yang ditetapkan. Oleh karena itu, peserta kalakarya sepakat untuk melakukan kerja tim dan memberdayakan kader posyandu untuk melakukan pencatatan serta penimbangan balita dengan lebih baik dan melibatkan semua unsur agar didapat data yang lebih objektif. Kegiatan penimbangan balita merupakan pintu masuk bagi upaya penanggulangan masalah pembangunan kesehatan yang lebih luas. Posyandu, yang merupakan bentuk upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat, diharapkan dapat menjadi solusi permasalahan kesehatan di kota Baubau, khususnya dalam meningkatkan cakupan penimbangan balita.

Riset operasional ini dilakukan untuk mengamati apakah intervensi PDBK menghasilkan perubahan individu, perubahan tim, dan terlaksananya tindakan kolektif yang berdampak pada peningkatan cakupan penimbangan balita (D/S) di kota Baubau. Riset operasional ini diharapkan dapat menghasilkan data akurat dan menstimulasi kemandirian daerah, khususnya pemberdayaan kader posyandu dalam rangka penanggulangan daerah bermasalah kesehatan sehingga terjadi peningkatan IPKM pada tahun 2013 mendatang.

Bab 2 Tujuan dan Manfaat

2.1 Tujuan Umum

Mengetahui terjadinya perubahan selama proses penanganan DBK, khususnya peningkatan cakupan penimbangan balita di yang dilakukan kerja tim melalui kegiatan posyandu di Kota Baubau dalam rangka peningkatan IKM 2013.

2.2 Tujuan Khusus

1. Mengamati perubahan individu pendamping dan tim (pusat/prop/kab) akibat kalakarya dan pendampingan PDBK.
2. Mengamati terjadinya team work yang ditumbuhkan akibat perubahan pada butir 1.
3. Mengamati perubahan pada institusi kesehatan (kab/prop) yang ditimbulkan perubahan pada butir 1 dan 2.
4. Mengamati apakah semua perubahan itu berdampak pada perbaikan kondisi kesehatan dapat mempengaruhi perubahan pada status kesehatan wilayah (Profil dan IPKM)

2.3 Manfaat

1. Bagi Kementerian Kesehatan: Sebagai Upaya Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan.
2. Bagi Pemerintah Daerah Kota Bau-bau: Mempercepat pencapaian visi pembangunan masyarakat Bau-bau, yaitu Terwujudnya Kota Baubau Sebagai Pusat Perdagangan dan Pelayanan Jasa Yang Nyaman, Maju, Sejahtera dan Berbudaya.
3. Bagi Dinas Kesehatan dan jajarannya: Meningkatkan pelayanan kesehatan yang berkeadilan, terjangkau dan berkualitas.
4. Bagi Masyarakat: Meningkatnya Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat.

Bab 3 Tinjauan Pustaka

3.1 IPKM

Salah satu ukuran yang sering digunakan untuk membandingkan keberhasilan pembangunan sumber daya manusia antar negara adalah *Human Development Index* (HDI) atau Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Indeks tersebut merupakan indikator komposit yang terdiri dari indikator kesehatan (umur harapan hidup waktu lahir), pendidikan (angka melek huruf dan sekolah) serta ekonomi (pengeluaran riil per kapita). Selama ini IPM Indonesia selalu menempati ranking di atas 100, tertinggal dibanding beberapa negara tetangga di ASEAN

Bappenas, BPS dan UNDP secara berkala juga menerbitkan data IPM antar provinsi, sehingga dapat diketahui urutan provinsi di Indonesia. Daftar IPM tiap Kabupaten/ Kota juga dikeluarkan tiap tahun. IPM kini sudah dipakai sebagai acuan untuk menilai keberhasilan pembangunan.

Oleh karena itu prioritas pembangunan selalu diarahkan pada upaya peningkatan IPM di wilayahnya. Wajar bila banyak Pemerintah Daerah yang memprioritaskan 3 pilar pembangunan yaitu: ekonomi, pendidikan dan kesehatan.

Untuk bidang kesehatan, indikator yang mewakili dalam IPM adalah umur harapan hidup waktu lahir. Namun bila ditanya lebih lanjut, bagaimana caranya meningkatkan umur harapan hidup, sulit dijawab dengan pasti.

Oleh karena itu tampaknya diperlukan serangkaian indikator kesehatan lain yang diperkirakan berdampak pada kesehatan yang pada gilirannya meningkatkan umur harapan hidup waktu lahir.

IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) adalah indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan, dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas yaitu: Riskesdas (Riset Kesehatan Dasar), Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional), dan Survei Podes (Potensi Desa). IPKM merupakan indeks komposit yang dirumuskan dari 24 indikator kesehatan berbasis komunitas yang menggambarkan keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat.

IPKM dapat dimanfaatkan: 1 Sebagai Indikator untuk menentukan peringkat Provinsi dan Kabupaten/ Kota dalam keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat, 2 Sebagai bahan advokasi ke Pemerintah Daerah, baik Provinsi maupun Kabupaten/ Kota agar terpacu menaikkan peringkatnya, sehingga sumber daya dan program kesehatan diprioritaskan dan 3 Sebagai salah satu kriteria penentuan alokasi dana bantuan kesehatan dari pusat ke daerah (Provinsi maupun Kabupaten/ Kota) dan dari Provinsi ke Kabupaten/ Kota.

Proses perumusan IPKM berkembang terus sesuai dengan banyaknya kritik, masukan dan saran, baik dari para praktisi, pakar maupun pemikiran peneliti di Balitbangkes. Ide IPKM muncul setelah Menteri Kesehatan (Ibu Siti Fadhlilah Supari) meminta adanya indikator untuk menilai Kab/ Kota dan Provinsi terbaik berdasarkan hasil Riskesdas.

Pemintaan ini memunculkan gagasan untuk mengembangkan indikator komposit, yang bisa merangkum indikator-indikator penting kesehatan masyarakat. Dengan demikian berdasarkan indikator komposit tersebut bisa dibuat peringkat Kab/ Kota, dari peringkat terbaik sampai ke peringkat terbawah. Pemikiran ini juga sejalan dengan keperluan advokasi ke pemerintah daerah Kab/ Kota, agar bisa melakukan panajaman program intervensi di bidang kesehatan. Mengingat saat ini yang digunakan sebagai acuan seluruh Pemerintah Daerah Kab/Kota adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM) / *Human Development Index* (HDI), maka indikator komposit hasil Riskesdas harus mengarah pada perbaikan IPM, khususnya indikator kesehatan yaitu umur harapan hidup waktu lahir.

Untuk merumuskan IPKM, berkembang wacana bagaimana memperlakukan angka yang berlawanan arah, yaitu angka cakupan (makin tinggi persentase berarti makin bagus) dengan angka

prevalensi penyakit (makin tinggi prevalensinya berarti makin buruk). Jadi harus ada yang dikonversi, agar arahnya sejalan.

Wacana lain adalah perlakuan terhadap angka prevalensi, bisa dengan cara yang paling sederhana sampai yang rumit atau apa adanya. Dalam hal ini ada 3 jenis perlakuan terhadap angka prevalensi penyakit yaitu: 1 Angka prevalensi hanya digunakan untuk menentukan peringkat Kab/ Kota, jadi besarnya prevalensi tidak diperhitungkan, 2 Angka prevalensi diseimbangkan antar penyakit. Sebagai contoh prevalensi pneumonia jauh lebih sedikit dari ISPA. Supaya seimbang, keduanya disetarakan dengan cara mengkonversi dari 0% (terendah) sampai 100% (tertinggi) dan 3 Angka prevalensi diberlakukan apa adanya.

Wacana lain yang berkembang adalah perlu tidaknya pembobotan antar variabel, dan bila ada berapa bobotnya. Dalam proses perumusan IPKM, ada beberapa alternatif yang tanpa pembobotan dan ada yang dengan pembobotan. Hal lain yang menjadi bahan diskusi adalah nilai ideal yang digunakan sebagai acuan. Apakah prevalensi terendah menjadi acuan yang terbaik, atau yang terbaik adalah yang sudah tidak ada lagi penyakit yang bersangkutan?

Berbagai wacana tersebut di atas menentukan banyaknya alternatif yang bisa dikembangkan untuk merumuskan IPKM ini. Sampai saat ini telah dikembangkan 22 alternatif IPKM. Variasi antar alternatif IPKM terjadi karena: 1. Jenis dan jumlah indikator yang dipilih. Berapa jumlah indikator yang akan dipilih, sebagian pakar menyatakan indeks itu dari sedikit indikator saja, sementara pakar lain menyatakan bisa juga banyak, tergantung tujuan dikembangkannya indeks tersebut, 2. Penggunaan dan besarnya bobot antar indikator. Ada yang menganggap tidak perlu bobot antar indikator, namun banyak pakar yang menyarankan menggunakan pembobotan, karena pengaruh masing-masing indikator kesehatan terhadap umur harapan hidup tidaklah sama. Bila kemudian disepakati ada pembobotan, besarnya bobot untuk tiap indikator kesehatan juga harus dirumuskan lagi, 3. Perlakuan terhadap angka prevalensi yaitu hanya untuk menentukan peringkat, ada penyetaraan antar prevalensi, atau angka prevalensi diberlakukan apa adanya, dan 4. Angka ideal untuk tiap indikator kesehatan. Untuk cakupan, tentu saja mudah, yang terbaik adalah 100% dan yang terburuk adalah 0%. Namun untuk prevalensi penyakit bagaimana menentukannya? Apakah yang terbaik berarti tidak ada ISPA?, namun secara logika tidak mungkin penduduk satu Kab/ Kota tidak ada yang menderita ISPA. Perbedaan penentuan angka ideal memunculkan ide adanya IPKM empiris dan teoritik. IPKM empiris bila angka ideal suatu prevalensi penyakit diambil angka terendah, sedangkan IPKM teoritik bila prevalensi penyakit sama dengan 0% alias tidak ada penyakit tersebut.

Semua alternatif IPKM yang ada kemudian dilakukan uji korelasi dengan UHH (Umur Harapan Hidup) waktu lahir. Alternatif IPKM yang mempunyai korelasi tertinggi adalah yang terbaik, sehingga terpilih sebagai IPKM yang definitif.

Pembentukan IPKM menggunakan tiga data survei nasional yaitu Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenans), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), dan Survei Potensi Desa (PODES). Ketiga survei tersebut dilaksanakan pada tahun 2007-2008. Susenas dan Riskesdas merupakan survei berbasis pada masyarakat, sedangkan Podes berbasis pada desa. Susenas dan Podes dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik, sedangkan Riskesdas dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan.

Data-data tersebut dapat digunakan oleh para perencana pembangunan untuk melihat keadaan, memonitor, dan mengevaluasi keberhasilan pembangunan yang telah dilakukan. Berdasarkan tujuan, IPKM dapat dimantapkan untuk melihat karakteristik kesehatan Kabupaten/ Kota. Dengan menggunakan data dari tiga survei (Riskesdas, Susenas dan Podes), maka dilakukan analisis agregat pada tingkat Kabupaten/ Kota. Kabupaten/ Kota yang dilibatkan analisis adalah Kabupaten/ Kota yang sama dan ada di ketiga data survei tersebut, yaitu sebanyak 440 Kabupaten/ Kota. Variabel-variabel yang digunakan pada analisis awal IPKM untuk masing-masing survei berbeda dan saling mendukung. Secara rinci sebagai berikut: 1. Variabel pada Susenas yaitu akses air bersih, akses sanitasi lingkungan, dukungan variabel PHBS, 2 Variabel pada Riskesdas yaitu penyakit, pemanfaatan fasilitas kesehatan, ketanggapan, kesehatan balita, perilaku, status gizi,

sanitasi lingkungan dan 3 Variabel pada Podes yaitu jumlah sarana kesehatan dan jumlah tenaga kesehatan.

Variabel-variabel dari tiga survei tersebut, kurang lebih berjumlah 950 dianalisis untuk mendapatkan nilai prevalensi atau cakupan dan *Relative Standard Error* (RSE) berdasarkan Kabupaten/ Kota.

Analisis tahap awal menghasil set data yang berisi nilai prevalensi atau cakupan dan RSE masing-masing variabel berdasarkan Kabupaten/ Kota. Variabel yang terpilih 91 dengan nilai RSE < 30 dan harus dimiliki oleh minimal 75% kabupaten untuk dilakukan analisis indeks selanjutnya. Langkah-langkah analisis selanjutnya adalah sebagai berikut:

1. Menghitung nilai empiris. Dilakukan penyetaraan kondisi nilai cakupan dengan nilai prevalensi penyakit atau status kesehatan. Pada variabel cakupan, nilai sesuai dengan cakupan dari hasil analisis. Nilai cakupan semakin tinggi maka semakin baik. Pada variabel prevalensi penyakit atau status kesehatan, dilakukan penyetaraan dengan menggunakan rumus $\{100 - \text{angka prevalensi}\}$. Dengan demikian nilai prevalensi tersebut mempunyai arti yang sama dengan cakupan bahwa semakin tinggi nilai variabel prevalensi maka semakin baik. Untuk ketenagaan dilakukan penghitungan rasio dokter per puskesmas dan rasio bidan per desa.
2. Nilai persen tiap variabel yang sudah dilakukan penyetaraan dikalikan dengan nilai bobot. Kelompok "indikator mutlak" dikalikan bobot 5, kelompok "indikator penting" dikalikan 4, dan kelompok "indikator perlu" dikalikan 3. Hasil perkalian tersebut yang diurutkan menjadi nilai empiris. Makin tinggi nilai yang diperoleh maka makin bagus.
3. Setelah mendapatkan nilai empiris untuk mendapatkan nilai indeks perlu melakukan penghitungan nilai teoritis. Untuk memperoleh nilai teoritis, mengacu:
 - a. Pada cakupan: nilai terburuk sama dengan 0 dan nilai terbaik sama dengan 100
 - b. Pada prevalensi: nilai terburuk sama dengan nilai riil terendah setelah disetarakan dan nilai terbaik sama dengan 100
 - c. Pada ratio: nilai terburuk untuk dokter sama dengan 0 dan nilai terbaik sama dengan 10. Untuk bidan, nilai terburuk sama dengan 0 dan terbaiknya sama dengan 3.
4. Kemudian nilai teoritis seluruh variabel dijumlahkan pada masing-masing kelompok indikator. Penjumlahan tersebut untuk kelompok nilai terburuk dan kelompok nilai terbaik. Setelah masing-masing kelompok dihitung, kemudian kalikan bobot masing-masing seperti pada kelompok indikator mutlak, penting, dan perlu. Perkalian ini pun dilakukan untuk masing-masing kelompok nilai terburuk dan kelompok nilai terbaik. Dengan demikian mendapatkan nilai teoritis terburuk dari hasil penghitungan kelompok nilai terburuk dan mendapatkan nilai teoritis terbaik dari hasil penghitungan kelompok nilai terbaik.
5. Tahap selanjutnya untuk mendapatkan nilai indeks adalah sebagai berikut:
Langkah-langkah pembuatan indeks tersebut dilakukan pada beberapa model dengan melibatkan variasi variabel, kemudian dilakukan korelasi dengan nilai Umur Harapan Hidup setiap Kabupaten/ Kota. Pemilihan indeks berdasarkan nilai prioritas variabel yang ikut serta dalam model dan besarnya nilai korelasi yang dihasilkan.

Model IPKM terpilih melibatkan 24 variabel dengan melibatkan rasio dokter/ puskesmas dan rasio bidan/ desa. Nilai korelasi yang diperoleh dari model ini sebesar 0,512. Rincian variabel tersebut sebagai berikut:

VARIABEL	INDIKATOR	BOBOT
Prev. Balita gizi buruk dan kurang	Mutlak	5
Prev. Balita sangat pendek dan pendek	Mutlak	5
Prev. Balita sangat kurus dan kurus	Mutlak	5
Akses air bersih	Mutlak	5
Akses sanitasi	Mutlak	5
Cakupan penimbangan balita	Mutlak	5
Cakupan pemeriksaan neonatal I	Mutlak	5
Cakupan imunisasi lengkap	Mutlak	5
Cakupan persalinan oleh nakes	Mutlak	5
Rasio dokter/ puskesmas	Mutlak	5

Rasio bidan/ desa	Mutlak	5
Balita gemuk	Penting	4
Diare	Penting	4
Hipertensi	Penting	4
Pneumonia	Penting	4
Proporsi perilaku cuci tangan	Penting	4
Prevalensi gangguan mental	Perlu	3
Proporsi merokok tiap hari	Perlu	3
Prevalensi penyakit gigi dan mulut	Perlu	3
Prevalensi asma	Perlu	3
Prevalensi disabilitas	Perlu	3
Prevalensi cedera	Perlu	3
Prevalensi penyakit sendi	Perlu	3
Prevalensi ISPA	Perlu	3

3.2 PDBK

Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai nilai IPKM diantara rerata sampai dengan -1 (minus satu) simpangan baku dan mempunyai nilai kemiskinan (Pendataan Status Ekonomi/PSE) diatas rerata (masing-masing untuk kelompok kabupaten dan kelompok kota)

Daerah Bermasalah Kesehatan Berat (DBK-B) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai nilai IPKM lebih rendah dari rerata IPKM -1 (minus satu) simpangan baku

Daerah Bermasalah Kesehatan Khusus (DBK-K) adalah kabupaten atau kota yang mempunyai masalah khusus, misalnya yang terkait dengan: geografi (yaitu daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan), sosial budaya (misalnya tradisi sifon di NTT) dan penyakit tertentu yang spesifik di daerah tersebut.

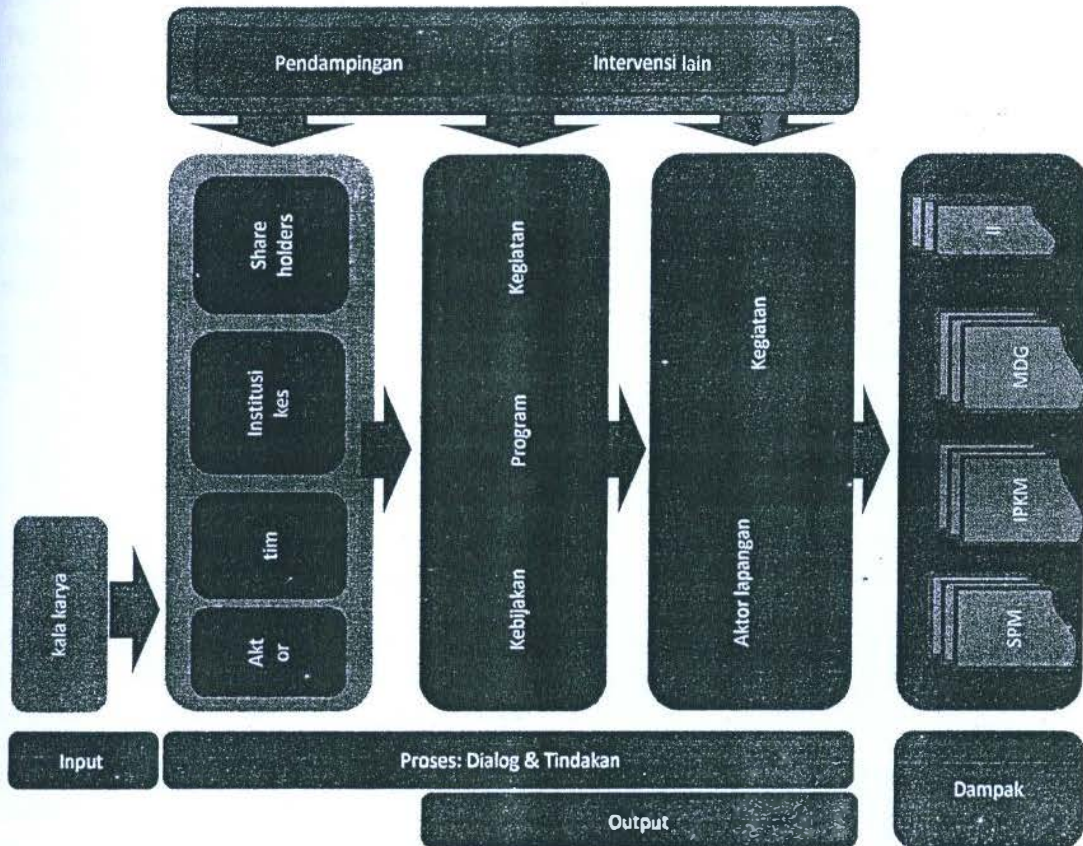
Jumlah kabupaten DBKB dan miskin ada 40, yang DBKB namun tidak miskin ada 12 dan kabupaten DBK ada 57 sehingga total kabupaten DBK ada 109. Jumlah kota DBKB dan miskin ada 11, kota DBKB namun tidak miskin ada 4 dan kota DBK ada 6 sehingga total kota DBK ada 21.

Jumlah Provinsi yang kabupaten/kotanya ada yang DBK sebanyak 27 Provinsi dengan total 130 kabupaten/kota. Sedangkan provinsi yang >50% kabupaten/kotanya DBK ada 10 provinsi. 10 provinsi tersebut adalah: NAD memiliki 14 kabupaten/kota DBK dari 21 kabupaten kota. NTB 6 dari 9 kabupaten/kotanya DBK, NTT 11 dari 16 kabupaten/kotanya DBK, Sulawesi Tengah 7 dari 10 kabupaten/kotanya DBK, Sulawesi Tenggara 8 dari 10 kabupaten/kotanya DBK, Gorontalo 5 dari 5 kabupaten/kotanya DBK, Sulawesi Barat 4 dari 5 kabupaten/kotanya DBK, Maluku 5 dari 8 kabupaten/kotanya DBK, Papua Barat 6 dari 9 kabupaten/kotanya DBK dan Papua 14 dari 20 kabupaten/kotanya DBK.

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

Maksud dari terfokus adalah sesuai upaya kesehatan prioritas Kabinet Indonesia Bersatu II, terintegrasi dalam perencanaan, penganggaran dan penerapan, berbasis bukti yaitu sesuai hasil riskesdas, podes dan PSE, bertahap dimulai kabupaten/kota dengan IPKM rendah dan angka kemiskinan tinggi, dimulai dari provinsi dengan lebih dari 50% Kabupaten/kotanya sebagai DBK. Dalam jangka waktu tertentu – tidak selamanya, sesuai tingkatan masalahnya; sesuai azas

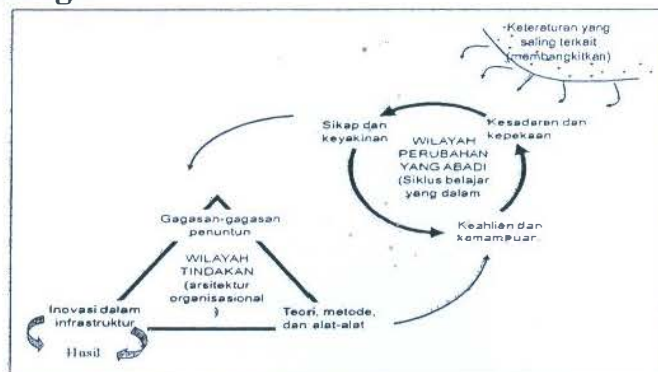
stewardship, concurrent, hingga mampu mandiri – dalam konteks kelembagaan, ketatalaksanaan, dan SDM. Serta kewenangan seluas-luasnya sesuai azas desentralisasi



Gambar 1. Model Intervensi PDBK

Inti dari PDBK adalah dengan input berupa kalakarya dilanjutkan dengan proses dialog dan tindakan yang terus menerus dengan kegiatan pendampingan antara aktor, tim, institusi kesehatan dan stakeholder sehingga menghasilkan output berubahnya kebijakan, program dan kegiatan dan diharapkan berdampak pada meningkatnya SPM, MDG dan IPKM.

3.3 Teori Peter Senge



Gambar 2. Konsep PDBK

Di dalam suatu organisasi-pembelajaran (*learning organization*), proses perubahan individu akibat suatu impuls yang diterimanya akan mempengaruhi Lingkaran Wilayah Perubahan Abadi. Di dalam siklus lingkaran tersebut impuls akan masuk mempengaruhi ranah kesadaran dan kepekaan, kemudian jika terjadi kesadaran dan kepekaan maka selanjutnya akan mempengaruhi sikap dan keyakinan. Sikap dan keyakinan yang baru tersebut akan mempengaruhi keahlian dan kemampuan. Begitulah siklus ini terus berjalan dan mempengaruhi Segitiga Wilayah Tindakan. Di dalam siklus Segitiga Tindakan Gagasan Penuntun mendorong individu bisa berinovasi dengan menggunakan pendekatan teori atau metode yang ada, atau bahkan sebaliknya inovasi dalam infrastruktur akan menghasilkan teori / metode baru. Siklus Lingkaran Perubahan Abadi dan Segitiga Tindakan ini secara terus menerus bergerak. (The Fifth Disciplines : new edition, Peter Senge, 2006)

3.4 Teori Bruce Tuckman

This is how Tuckman described the stages in the original article:

Groups initially concern themselves with orientation accomplished primarily through testing. Such testing serves to identify the boundaries of both interpersonal and task behaviors. Coincident with testing in the interpersonal realm is the establishment of dependency relationships with leaders, other group members, or pre-existing standards. It may be said that orientation, testing and dependence constitute the group process of *forming*.

The second point in the sequence is characterized by conflict and polarization around interpersonal issues, with concomitant emotional responding in the task sphere. These behaviors serve as resistance to group influence and task requirements and may be labeled as *storming*.

Resistance is overcome in the third stage in which in-group feeling and cohesiveness develop, new standards evolve, and new roles are adopted. In the task realm, intimate, personal opinions are expressed. Thus, we have the stage of *norming*.

Finally, the group attains the fourth and final stage in which interpersonal structure becomes the tool of task activities. Roles become flexible and functional, and group energy is channeled into the task. Structural issues have been resolved, and structure can now become supportive of task performance. This stage can be labeled as *performing*. (Tuckman 1965 - page 78 in the 2001 reprint)

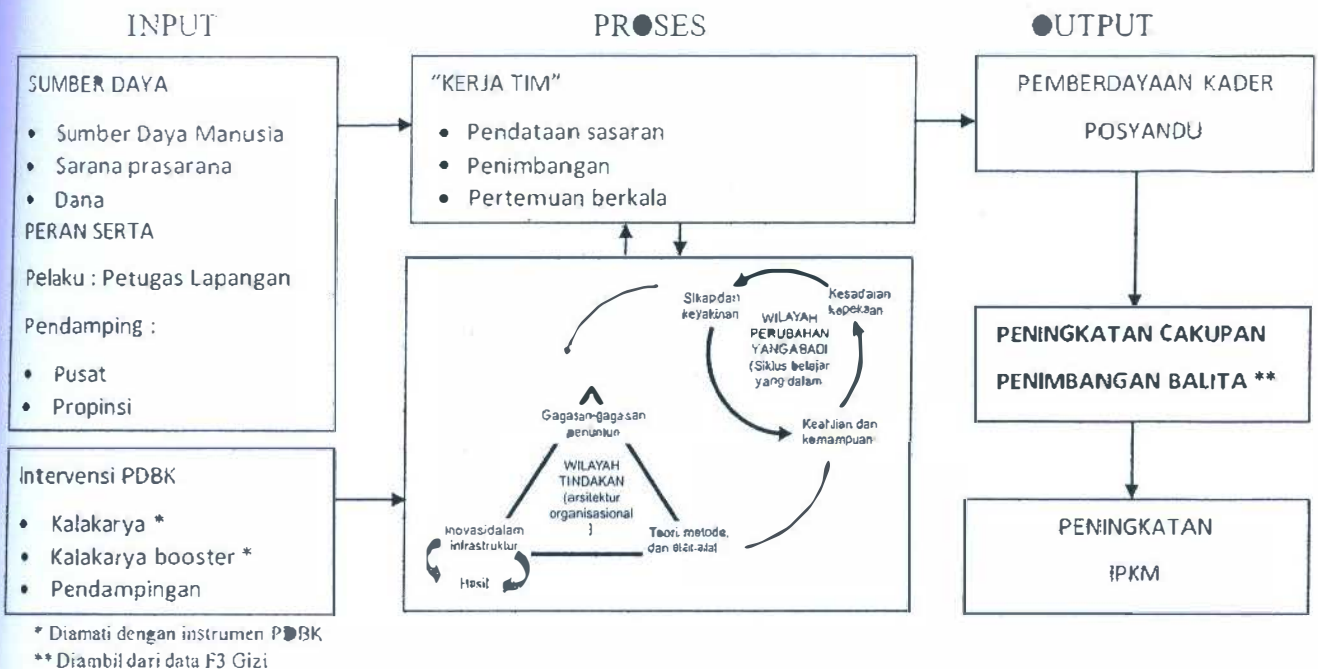
So it was that the influential model was formulated. As Bruce W. Tuckman has noted these terms would come to be commonly used to describe developing groups for the following 20 years and their character probably accounted for the paper's popularity.

Bab 4 Hipotesis

Intervensi PDBK (dialog dan pendampingan) berhubungan dengan terjadinya perubahan individu, perubahan tim dan terjadinya tindakan kolektif yang berdampak terjadinya peningkatan cakupan penimbangan balita.

Bab 5 Metode

5.1 Kerangka Konsep



Gambar 2: Kerangka konsep

5.2 Tempat dan Waktu

Tempat penelitian: Kota Bau-Bau.

Waktu penelitian: Maret-Desember 2012

5.3 Desain Penelitian

Riset Operasional berupa Observasional partisipatif

5.4 Populasi dan Sampel

Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh penduduk kota Baubau ditambah dengan pendamping DBK tingkat pusat dan propinsi.

Sampel

1. Individu

- a. Pendamping pusat Kota Baubau
- b. Pendamping propinsi : Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara
- c. Pendamping kota : Walikota Baubau, Dinas Kesehatan Kota Baubau, Bappeda Kota Baubau
- d. Aktor lapangan

Dalam hal ini, aktor lapangan yang diambil menjadi subjek penelitian adalah : kelompok sasaran (ibu-ibu yang menimbangkan balitanya ke posyandu), kader posyandu, perangkat kelurahan, perangkat kecamatan, perangkat puskesmas.

2. Institusi : Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara dan Dinas Kesehatan Kota Baubau

5.5 Besar Sampel, Cara Pemilihan dan Penarikan Sampel

Besar Sampel

a. Jumlah Informan untuk Wawancara Mendalam:

Informan yang diikuti kegiatan dalam tugasnya, pendamping kota (dinas kesehatan Kota) (2 orang), perangkat kesehatan (kepala puskesmas, camat, lurah ±6 orang).

b. Jumlah Informan untuk *Focus Group Discussion* :

Informan dari setiap posyandu terpilih yang diminta meluangkan waktunya untuk menjawab beberapa pertanyaan dalam grup diskusi fokus, terdiri dari : 2 orang sasaran dan 2 orang kader posyandu, tenaga kesehatan puskesmas (1 orang), tenaga non kesehatan (3-5 orang), lintas sektor (3-5 orang).

Cara Pemilihan dan penarikan sampel

Pemilihan sampel dilakukan dengan melihat institusi dan peran serta individu tersebut dalam kegiatan kerja tim, lalu dipilih yang merupakan informan kunci untuk di wawancara mendalam.

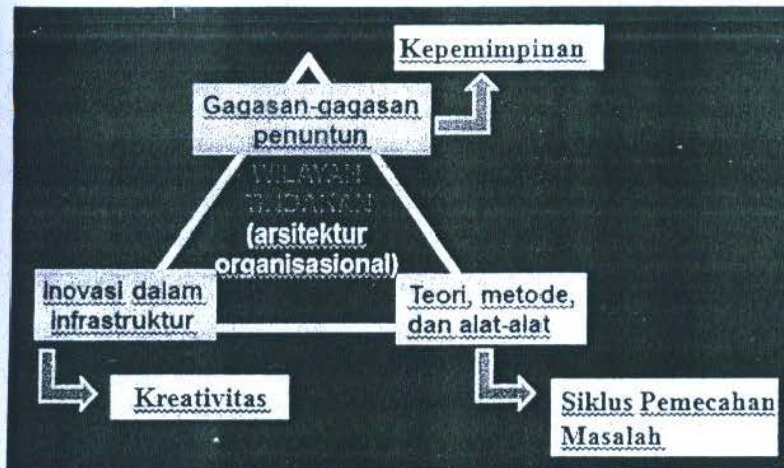
Untuk aktor lapangan perangkat kesehatan dilakukan wawancara mendalam dengan pemilihan sampel yang merupakan informan kunci.

Untuk aktor lapangan sasaran dan kader posyandu dilakukan diskusi grup dengan pemilihan sampel masingmasing 5 orang sasaran dan 2 orang kader posyandu dari salah satu puskesmas yang dipilih acak purposif yang ada di wilayah Kota Baubau.

5.6 Variabel

Variabel dalam penelitian ini adalah:





1. Kepedulian
2. Komunikasi
3. Integritas
4. Orientasi Kualitas
5. Berfikir strategis
6. Kepemimpinan
7. Kreativitas
8. Siklus Pemecahan Masalah (Analisis Masalah, Formulasi Masalah, Pelaksanaan dan Monitoring Evaluasi)
9. Cakupan Penimbangan Balita

5.7 Definisi Operasional

- Peran Pemberdayaan Kader Posyandu diartikan sebagai usaha kesehatan berbasis masyarakat mandiri yang mandiri sebagai akibat lanjut dari adanya perubahan individu (berupa berubahnya sikap-keyakinan, kesadaran-kepekaan dan keahlian-kemampuan) dan perubahan wilayah tindakan (berupa hanya inovasi infrastruktur, gagasan penuntun dan teori/alat) sebagai akibat proses penanggulangan-DBK.
- Pada penelitian ini hanya diteliti variabel-variabel dari sikap-keyakinan dan inovasi infrastruktur.
- Upaya Cakupan Penimbangan Balita pada penelitian ini diambil sebagai dampak adanya pemberdayaan kader posyandu yang dilakukan di kota Baubau selama penanggulangan DBK. Cakupan penimbangan balita akan dibandingkan antara cakupan sebelum adanya kalakarya dengan setelah diadakannya kalakarya melalui penelusuran data sekunder yang tercatat di dinas kesehatan Kota Baubau.
- Riset Operasional sendiri terdiri atas evaluasi dan penelitian tematik. Pada evaluasi PDBK, hanya digunakan kuesioner Evaluasi A sampai D dan sarannya adalah pendamping dan aktor lapangan. Untuk analisisnya dilakukan oleh tim pusat PDBK.
- Penelitian tematik dilakukan untuk menjawab permasalahan tematik yang muncul di Kota Baubau dan kuesioner yang digunakan adalah kuesioner Tematik dan penelusuran data sekunder mengenai cakupan penimbangan bayi.

- Penanggulangan DBK sendiri adalah suatu proses pendampingan dan penguatan kapasitas (kalakarya) yang dilakukan oleh pendamping pusat (dalam hal ini Kementerian Kesehatan), pendamping propinsi (dinas kesehatan provinsi), dan pendamping kabupaten (dinas kabupaten) kepada pelaksana lapangan (puskesmas, posyandu dan kader) agar pelaksana lapangan tersebut terstimulir perubahan individu dan perubahan tindakannya sehingga diharapkan terciptanya kemandirian dalam upaya peningkatan kesehatannya
- Peningkatan IPKM (Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat) 2013 akan dapat tercapai apabila terjadinya peningkatan komposit-komposit pembentuk indeks tersebut (salah satunya adalah cakupan penimbangan balita) yang akan didapatkan melalui survey kesehatan dasar pada tahun 2013
- Variabel dari sikap-keyakinan adalah integritas dan orientasi kualitas.
- Variabel dari inovasi infrastruktur adalah kreativitas.
- Indikator dari integritas adalah melaksanakan tugas didasari atas: kematangan emosional, persepsi yang realistik, dan memiliki prinsip kerja yang sesuai dengan norma organisasi (hal ini diukur dengan kuesioner tematik)
- Indikator dari orientasi kualitas adalah kemampuan menciptakan gagasan dan cara baru untuk pemecahan masalah ditempat tugasnya, untuk mencapai hasil yang efektif dan efisien (hal ini diukur dengan kuesioner tematik)
- Indikator dari kreativitas adalah kemampuan menciptakan gagasan untuk pemecahan masalah di bidang tugasnya, mulai dari perencanaan sampai pencapaian hasil yang efektif dan efisien (hal ini diukur dengan kuesioner tematik)

5.8 Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

Instrumen yang akan digunakan dalam pengumpulan data berupa:

Kuesioner wawancara evaluasi dan kuesioner tematik yang terstruktur baik terbuka maupun tertutup, panduan wawancara mendalam dan *focus group discussion* (FGD), catatan observasi, serta dan penelusuran dokumen.

Jenis instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah: (terlampir)

- Kuesioner Evaluasi A. Self assessment perubahan individu wilayah perubahan.
- Kuesioner Evaluasi B. Self assessment perubahan individu wilayah tindakan.
- Kuesioner Evaluasi C. Self assessment perubahan tim kerja.
- Kuesioner Evaluasi D. Self assessment budaya organisasi.
- Kuesioner Tematik
- Panduan wawancara mendalam dan *focus group discussion* (FGD)

Cara pengumpulan data:

Pengumpulan data dilakukan dengan cara: wawancara mendalam menggunakan instrumen dan diskusi fokus grup serta penelusuran dokumen terkait.

Penelitian ini dilakukan dengan cara tiga kali pengumpulan data. Pengumpulan data yang pertama di fokuskan pada para pendamping baik dari pusat, provinsi dan kabupaten. Pengumpulan data ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner Evaluasi A-D PDBK. Selain itu juga dilakukan penelusuran dokumen terkait dengan kegiatan pemberdayaan kader posyandu tersebut.

Pengumpulan data yang kedua difokuskan kepada instansi-instansi terkait lainnya yang berhubungan langsung dengan kegiatan pemberdayaan kader posyandu tersebut. Selain itu juga melihat peran serta di level kecamatan.

Pengumpulan data yang ketiga difokuskan kepada tingkat pelaksana lapangan, yaitu kader dan semua yang terlibat dalam kegiatan kerja tim dalam pemberdayaan kader posyandu dan masyarakat sebagai sasaran kegiatan dengan menggunakan kuesioner tematik.

5.9 Manajemen dan Analisis Data

Data yang telah terkumpul akan dilakukan *content analysis* dari hasil dialog dan observasi.

Analisis deskriptif juga digunakan untuk menggambarkan hasil pre dan post intervensi.

Output: Dokumen laporan penelitian dan rekomendasi kebijakan PDBK.

Bab 6 Hasil

6.1 Intervensi PDBK

Kalakarya Provinsi

Intervensi PDBK di Kota Baubau dimulai pada saat kalakarya Provinsi Sulawesi Tenggara. Kota Baubau terpapar dengan PDBK saat diadakan kalakarya provinsi yang saat itu bersamaan dengan kegiatan Rakerkesda Sulawesi Tenggara yang diadakan di Wakatobi pada tanggal 12 Mei 2011.

Kalakarya Kota

Setelah mengikuti kalakarya Provinsi, Kota Baubau berinisiatif untuk mengadakan kalakarya kabupaten/kota sendiri. Kota Baubau merupakan kota pertama yang melakukan kalakarya kota di Indonesia. Kalakarya berlangsung pada tanggal 23 Juli 2011 dan kegiatan tersebut dibuka oleh Walikota Baubau.

Kalakarya dihadiri oleh berbagai elemen masyarakat (Walikota, Bappeda, Dinas Kesehatan, Perangkat Kecamatan, Perangkat Kelurahan, Ibu pasutri, dukun beranak)

Hasil dari kalakarya adalah komitmen untuk menjaring semua balita yang ada di Kota Baubau untuk ditimbang. Hasil tulisan pengamatan dapat dilihat di lampiran 5

Sweeping Penimbangan Balita

Tepat dua minggu sesuai komitmen yang dibuat bersama, kegiatan *sweeping* penimbangan selesai dilakukan. Terjaring 12.179 balita (1.042 balita dengan status gizi kurang-buruk) dari 14.066 balita sasaran.

Kalakarya Booster

Pada saat sebelum kalakarya booster, Kota Baubau memiliki inisiatif lagi untuk melakukan kalakarya booster dengan cara cerdas, yaitu menggabungkan beberapa acara yang ada di dinas kesehatan dan diadakan dalam waktu dan tempat yang bersamaan. Dari bagian Program dan Data ada kegiatan pertemuan lintas sektor, dari KIA ada pertemuan bidan koordinator, untuk mengadakan kalakarya kabupaten/kota sendiri.

Pendampingan Lainnya

Pendampingan lainnya yang dilakukan pengamat hanya sebatas advokasi dan diskusi dengan beberapa pihak pemerintahan di Kota Baubau. Adapun pihak yang dapat dikunjungi dan diajak berdiskusi adalah: Bappeda, BPM (Badan Pemberdayaan Masyarakat), BKKBN.

Selain itu juga diadakan diskusi kecil di tingkat puskesmas yang mengundang pihak kecamatan dan kelurahan.

6.2 Instrumen PDBK (Kuesioner ABCD)

Kuesioner A-D dibagi berdasarkan waktu pengumpulan datanya dibagi menjadi 5, yaitu: kalakarya), pengamatan ke-1, kalakarya booster, pengamatan ke-2 dan pengamatan ke-3.

Pengumpulan data ke-1 dilakukan pada saat kalakarya pada tanggal 23 Juli 2011 dengan jumlah kuesioner terkumpul 108 buah.

Pengumpulan data ke-2 dilakukan pada saat Pengamatan ke-1 dilakukan pada tanggal 2-6 Juli 2012 dengan jumlah kuesioner terkumpul sebanyak 25 kuesioner.

Pengumpulan data ke-3 dilakukan pada saat booster pada tanggal 23 Juli 2011 dengan jumlah kuesioner terkumpul 33 buah.

Pengumpulan data ke-4 dilakukan pada saat Pengamatan ke-2 dilakukan pada tanggal 3-8 September 2012 dengan jumlah kuesioner terkumpul sebanyak 38 kuesioner.

Pengumpulan data ke-5 dilakukan pada saat Pengamatan ke-3 dilakukan pada tanggal 19-24 November 2012 dengan jumlah kuesioner terkumpul sebanyak 51 kuesioner.

a. Kuesioner A

Variabel	Level	kalakarya kabupaten	pengamatan I	booster	pangamatan II	pengamatan III
A. Kepedulian	level 0	43,5%	36,0%	27,3%	50,0%	43,1%
	level 1	14,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%
	level 2	10,2%	24,0%	15,2%	5,3%	7,8%
	level 3	5,6%	12,0%	6,1%	0,0%	7,8%
	level 4	25,9%	28,0%	51,5%	44,7%	39,2%
B. Komunikasi	level 0	63,9%	56,0%	18,2%	34,2%	35,3%
	level 1	11,1%	16,0%	12,1%	7,9%	7,8%
	level 2	1,9%	4,0%	0,0%	2,6%	7,8%
	level 3	2,8%	0,0%	9,1%	2,6%	3,9%
	level 4	20,4%	24,0%	60,6%	52,6%	45,1%
C. Berfikir Strategis	level 0	55,6%	36,0%	66,7%	44,7%	41,2%
	level 1	5,6%	36,0%	3,0%	2,6%	5,9%
	level 2	7,4%	8,0%	6,1%	5,3%	7,8%
	level 3	4,6%	0,0%	3,0%	5,3%	2,0%
	level 4	26,9%	20,0%	21,2%	42,1%	43,1%
D. Kepemimpinan	level 0	40,7%	28,0%	27,3%	31,6%	33,3%
	level 1	14,8%	16,0%	3,0%	7,9%	5,9%
	level 2	8,3%	20,0%	15,2%	7,9%	7,8%
	level 3	8,3%	12,0%	12,1%	10,5%	7,8%
	level 4	27,8%	24,0%	42,4%	42,1%	45,1%
E. Kreativitas	level 0	41,7%	16,0%	15,2%	5,3%	13,7%
	level 1	26,9%	56,0%	48,5%	57,9%	52,9%
	level 2	0,9%	8,0%	0,0%	0,0%	5,9%
	level 3	4,6%	4,0%	0,0%	7,9%	7,8%
	level 4	25,9%	16,0%	36,4%	28,9%	19,6%

F. Orientasi Kualitas	level 0	45,4%	32,0%	42,4%	26,3%	45,1%
	level 1	15,7%	8,0%	9,1%	10,5%	13,7%
	level 2	4,6%	20,0%	3,0%	0,0%	0,0%
	level 3	7,4%	4,0%	6,1%	7,9%	9,8%
	level 4	26,9%	36,0%	39,4%	55,3%	31,4%
G. Integritas	level 0	85,2%	72,0%	75,8%	81,6%	66,7%
	level 1	12,0%	24,0%	21,2%	15,8%	29,4%
	level 2	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	level 3	0,0%	4,0%	0,0%	0,0%	2,0%
	level 4	1,9%	0,0%	3,0%	2,6%	2,0%

b. Kuesioner B

Kriteria	Level	kalakarya kabupaten	pengamatan I	booster	pengamatan II	pengamatan III
Analisis Masalah	Level 1	32,4%	32,0%	15,2%	23,7%	23,5%
	Level 2	61,1%	68,0%	81,8%	76,3%	76,5%
	Level 3	6,5%	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%
Formulasi Masalah	Level 1	31,5%	32,0%	15,2%	15,8%	21,6%
	Level 2	64,8%	68,0%	72,7%	76,3%	74,5%
	Level 3	3,7%	0,0%	12,1%	7,9%	3,9%
Pelaksanaan	Level 1	34,3%	20,0%	9,1%	26,3%	15,7%
	Level 2	63,9%	80,0%	81,8%	68,4%	82,4%
	Level 3	1,9%	0,0%	9,1%	5,3%	2,0%
Monev	Level 1	34,3%	16,0%	12,1%	18,4%	19,6%
	Level 2	58,3%	84,0%	78,8%	78,9%	78,4%
	Level 3	7,4%	0,0%	9,1%	2,6%	2,0%

Berdasarkan kuesioner A-B, dapat dianalisis bahwa Kesadaran-kepekaan, Sikap-Keyakinan dan Keahlian-kemampuan pada individu di Kota Baubau mengalami peningkatan dan penurunan. Sehingga apabila diagregatkan, dapat dikatakan terjadi perubahan di wilayah lingkaran perubahan.

Dari kuesioner A-B juga dianalisis bahwa gagasan penuntun, inovasi dan teori, metode, alat mengalami peningkatan dan penurunan. Sehingga apabila diagregatkan, dapat dikatakan terjadi perubahan di wilayah segitiga tindakan.

Apakah kalakarya dan pendampingan PDBK berakibat perubahan individu pendamping dan tim (pusat/prop/kab)?

Peningkatan lebih jelas pada saat kalakarya dan booster. Hal ini menjawab tujuan ke-1 yaitu kalakarya dan pendampingan mengakibatkan perubahan individu.

c. Kuesioner C

Kriteria	Level	kalakarya kabupaten	pengamatan I	booster	pangamatan II	pengamatan III
Forming	Level 1	20,4%	20,0%	12,1%	2,6%	7,8%
	Level 2	53,7%	76,0%	66,7%	52,6%	70,6%
	Level 3	25,9%	4,0%	21,2%	44,7%	21,6%
Storming	Level 1	23,1%	24,0%	12,1%	5,3%	11,8%
	Level 2	64,8%	68,0%	78,8%	76,3%	68,6%
	Level 3	12,0%	8,0%	9,1%	18,4%	19,6%
Norming	Level 1	22,2%	24,0%	12,1%	7,9%	5,9%
	Level 2	68,5%	68,0%	78,8%	73,7%	82,4%
	Level 3	9,3%	8,0%	9,1%	18,4%	11,8%
Performing	Level 1	23,1%	20,0%	15,2%	5,3%	7,8%
	Level 2	66,7%	76,0%	69,7%	84,2%	80,4%
	Level 3	10,2%	4,0%	15,2%	10,5%	11,8%

Apakah perubahan pada butir 1 menumbuhkan terjadinya team work?

Berdasarkan Kuesioner C, terjadi perubahan kerja tim. Yang pada kalakarya terukur Individu banyak dilevel 1 masing masing kriteria, pada akhir pengamatan lebih banyak di level 2.

d. Kuesioner D

kriteria	level	kalakarya kabupaten	pengamatan I	booster	pangamatan II	pengamatan III
involve	level 1	31,7%	13,9%	12,9%	16,8%	24,8%
involve	level 2	42,1%	3,5%	19,3%	14,0%	21,1%
involve	level 3	16,7%	10,0%	10,0%	30,0%	33,3%
consist	level 1	36,8%	17,1%	14,5%	14,5%	17,1%
consist	level 2	35,1%	4,3%	14,9%	13,8%	31,9%
consist	level 3	0,0%	11,1%	5,6%	61,1%	22,2%
adapt	level 1	34,0%	11,7%	13,6%	15,5%	25,2%
adapt	level 2	35,4%	9,2%	12,3%	18,5%	24,6%
adapt	level 3	21,1%	5,3%	21,1%	31,6%	21,1%
misi	level 1	65,8%	8,9%	8,9%	3,8%	12,7%
misi	level 2	31,9%	10,4%	14,1%	19,6%	23,9%
misi	level 3	30,8%	7,7%	23,1%	23,1%	15,4%

6.3 Wawancara Mendalam

a. Pendamping Pusat

Sesuai dengan arahan Menteri Kesehatan (sumber: SK Menkes Nomor 651/Menkes/SK/III/2011), Pendamping untuk Provinsi Sulawesi Tenggara adalah dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Namun tidak adanya pendamping khusus dari pusat untuk Kota Baubau membuat pengamat berperan ganda menjadi pendamping. Padahal dalam perjalanan riset ini telah diputuskan tim penanggulangan daerah bermasalah kesehatan sesuai keputusan kepala badan penelitian pengembangan kesehatan nomor HK.03.01/I/6721/2012

Pendampingan yang selama ini terjadi adalah back-up dari tim sekretariat PDBK. Pada saat Kalakarya yang bertindak sebagai fasilitator adalah: pak Didik Budijanto, ibu Theresia Ronny, bapak Sawijan. Pada Kalakarya Booster yang bertindak sebagai fasilitator adalah bapak Didik Budijanto dan bapak Johan.

Pendampingan yang dilakukan oleh pengamat hanya bisa sebatas diskusi dengan pihak-pihak terkait di Kota Baubau seperti: Diskusi dengan Kepala Dinas Kesehatan, Dengan Kabid di Dinas Kesehatan, Kepala BKKBN Kota Baubau, Kepala Bidang di BPM Kota Baubau, Kepala Bidang di Bappeda.

Pengamat belum berhasil berdiskusi dengan pihak Walikota Baubau karena ketika pengamatan berlangsung, ada saja kegiatan besar di Kota Baubau yang menyita perhatian semua pihak khususnya Walikota Baubau. Kegiatan tersebut antara lain Festival Keraton Nusantara, Pemilukada dan terakhir Masa Transisi Walikota Lama ke Walikota Baru.

b. Pendamping Provinsi

Pendampingan dari Provinsi hanya terjadi pada saat kalakarya provinsi setelah itu tidak ada pendampingan lagi. Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara mendalam ke pihak dinas kesehatan kota Baubau yang menyatakan bahwa kegiatan pendampingan PDBK dari pihak provinsi tidak dilakukan.

c. Pendamping Kabupaten

Pendampingan di Kabupaten hanya dilakukan oleh Kepala Dinas Kesehatan. Dari pejabat dan petugas kesehatan di dinas kesehatan Kota Baubau, hanya Kepala Dinas dan beberapa kepala bidang yang memiliki perhatian lebih terhadap kegiatan PDBK.

d. Aktor Lapangan Perangkat Kesehatan

Dari aktor lapangan perangkat kesehatan yang berhasil diwawancarai, didapatkan hasil bahwa mereka belum banyak terpapar dengan kegiatan PDBK, dan mereka masih beranggapan bahwa masalah kesehatan adalah tanggung jawab dinas kesehatan semata. Belum terkoordinasikannya kegiatan dan tidak ada komunikasi yang baik sehingga aktor lapangan merasa seperti segala kegiatan berjalan sendiri-sendiri

6.4 Focus Group Discussion

FGD dilakukan di dua kelompok, yaitu kelompok wameo dan kelompok lakologou. Kedua kelompok ini dipilih secara purposif melihat bahwa kedua kelompok ini memiliki cakupan penimbangan balita yang terendah dan tertinggi di seluruh kota Baubau.

FGD di kelompok wameo mengundang camat dan para lurah yang berada di wilayah kerja puskesmas meo-meo, serta mengundang kader posyandu dan ibu sasaran. Hasilnya, camat tidak hadir tetapi diwakili oleh kepala bagian trantib, dan 4 lurah juga tidak hadir namun 2 diwakili oleh stafnya sedang 2 lagi tidak datang.

FGD Kelompok Wameo

- Cakupan Penimbangan Balita sangat rendah di wilayah Wameo karena rendahnya pengetahuan “sasaran” tentang pentingnya penimbangan balita di Posyandu sehingga ibu-ibu tersebut tidak membawa anak-anaknya ke posyandu. (Hasil FGD)

FGD di kelompok lakologou hanya mengundang dari pihak puskesmas, kader dan sasaran, tidak mengundang camat maupun lurah karena hasil dari FGD di kelompok wameo, masalah utamanya ada di pihak sasaran. Bagaimana di kelompok lakologou (yang cakupan penimbangan balitanya tinggi) bisa mengatasi masalah tersebut? Itulah yang ingin dicari dari FGD kelompok Lakologou

FGD Kelompok Lakologou

- Cakupan Penimbangan Balita tinggi di wilayah Lakologou karena ibu-ibu merasa sangat senang pergi ke posyandu karena banyak teman dan anaknya terpantau gizinya (Hasil FGD)

6.5 Penelusuran Dokumen Terkait

Penelusuran dokumen terkait lebih difokuskan kepada dokumen yang berkaitan dengan profil kesehatan kota Baubau dan laporan laporan pendukung lainnya. Pengamat mengumpulkan profil kesehatan tahun 2010 dan 2011, laporan formulir F3 gizi dan hasil kalakarya atau sweeping yang dilakukan hasil komitmen kalakarya.

Dari profil-profil yang ada, di kelompokkan berdasarkan indikator yang berkaitan dengan indikator IPKM, yaitu: cakupan penimbangan balita, cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, cakupan imunisasi lengkap dan cakupan pemeriksaan neonatus pertama (KNI).

Pada riset ini lebih dikhususkan lagi pada cakupan penimbangan balita, karena tematik dari riset operasional PDBK di Kota Baubau mengangkat tema penimbangan balita.

Upaya timbang balita

Tabel 6.1 Cakupan Penimbangan Balita di Kota Baubau tengah tahun pertama 2012

KEC	PKM	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
KEC. BETOAMBARI	WABOROBO	60,74	67,78	92,46	93,43	94,17	96,23
	KATOBENGKE	63,87	84,03	63,19	68,59	56,75	64,92
KE. MURHUM	WAJO	45,83	50,16	50,48	24,82	51,97	53,01
	MELAI	60,15	73,69	74,27	74,27	75,24	76,79
KEC. WOLIO	BETOAMBARI	61,48	81,45	82,00	82,79	84,06	85,16
	MEO-MEO	25,04	39,68	31,88	34,26	37,46	41,76
	BATARAGURU	44,25	72,76	64,19	62,33	60,93	63,85
KEC. KOKALUKUNA	BWI	34,83	60,02	67,21	67,70	67,13	66,39
	WOLIO	43,69	49,39	49,84	50,03	50,99	51,31
	KADOLOMOKO	62,07	74,63	59,56	61,39	61,83	62,32
KEC. BUNGI	LIWUTO	31,08	41,86	58,14	51,55	56,12	51,55
	LAKOLOGOU	87,61	87,26	86,51	87,72	86,22	87,82
	BUNGI	39,57	86,14	77,13	72,12	78,30	74,29
KEC. LEA-LEA	KAMPEONAHU	68,16	79,59	73,06	71,84	69,39	64,90
	LOWULOWU	62,65	62,53	71,99	72,48	72,48	71,99
KEC. SORAWOLIO	SORAWOLIO	58,64	67,55	78,72	49,54	61,89	59,76
Kata-rata		49,33	64,29	62,10	55,85	71,24	71,24

Tabel 6.2 Cakupan Penimbangan Balita di Kota Baubau 2011-2012

2011	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt	Nov	Des
D/S (%)	43,69	57,98	51,33	51,22	51,18	50,79	54,68	41,80	36,59	38,46	36,89	31,25
BGM	166	158	169	179	173	173	224	144	110	0	91	89

2012	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agu	Sep	Okt		
D/S (%)	44,24	64,28	62,09	58,58	62,52	63,55	62,54	69,89	67,31	68,12		
BGM	136	161	154	127	134	127	116	138	139	136		

Sumber : Laporan F3 Gizi Dinas Kesehatan Kota Baubau

Berdasarkan data dari laporan F3 gizi, maka dapat dilihat perbedaan antara cakupan penimbangan balita tiap bulan. Pada awal semester pertama tahun 2011 masih berada di kisaran 50%, pelaksanaan kalakarya berlangsung pada bulan juli 2011 dan ketika itu didapatkan data cakupan penimbangan mencapai 80% (lampiran 2).

Namun karena beberapa hal, cakupan penimbangan setelah kalakarya dan sweeping tidak lebih baik dari hasil sweeping bahkan sempat lebih rendah dari sebelum kalakarya.

Setelah kalakarya booster, barulah cakupan penimbangan balita mulai meningkat, walaupun tidak sampai seperti saat sweeping dilakukan.

Bab 7 Pembahasan

7.1 Intervensi PDBK

Intervensi PDBK terbagi menjadi 2 kegiatan, yaitu pendampingan dan kalakarya. Proses pendampingan yang dilakukan masih tidak sesuai yang diharapkan. Hal ini dilihat dari peran serta pendamping pusat yang kurang optimal dan pendamping provinsi yang tidak tampak dari pengamatan riset operasional ini.

Sedangkan pendampingan yang dilakukan kabupaten juga belum sepenuhnya optimal. Lebih-lebih banyak pihak pendamping kabupaten yang belum memahami benar tentang PDBK, IPKM dan Riskesdas.

Kalakarya untuk kota Baubau terjadi pada tanggal 23 juli 2011, kalakarya terjadi setelah pihak dinas kesehatan ikut serta pada kalakarya provinsi yang dilakukan bertepatan dengan rakerkesda provinsi.

Namun pelaksanaan kalakarya kota Baubau lebih banyak peran swasta atau LSM (Basic). Sehingga ketika pengamatan pertama dan kedua, ketika pengamat mewawancarai beberapa pihak, mereka lebih mengingat bahwa pertemuan kalakarya yang diadakan tahun 2011 adalah pertemuan basic. Padahal peran basic hanya menyediakan sebagian dana untuk kegiatan tersebut.

Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara dengan penanggung jawab basic untuk kota Baubau yang mengatakan acara kalakarya yang tahun 2011 diadakan lebih banyak peran basic, dan bila basic tidak ada maka kalakarya tidak dapat berjalan.

Terlepas dari masalah siapa yang mengadakan kalakarya, hasil dari kalakarya menyebutkan bahwa terjadi dialog yang cukup panas dimana peserta tidak terima dengan data yang diungkapkan dan akan membuktikan dengan melakukan sweeping penimbangan balita.

Yang disayangkan dari sweeping penimbangan balita tersebut adalah kegiatan tersebut dilakukan atas dasar instruksi walikota (meskipun kalakarya menghasilkan komitmen untuk men sweeping penimbangan balita yang diciptakan seluruh peserta kalakarya), bukan atas kesadaran individu. Hal ini dapat dilihat dari beberapa tempat yang melakukan sweeping penimbangan hanya beberapa hari sesuai jumlah sasaran yang rutin datang ke posyandu masing-masing kader dan sisanya yang tidak rutin datang ke posyandu di sweeping oleh petugas gizi dari puskesmas, peran kader hanya menunjukkan dimana rumah balita yang tidak datang ke posyandu.

Sisi lain dari penimbangan yang teramati adalah kurang pengetahuan dan keterampilan dari kader pada saat menimbang. Sehingga hasil sweeping kalakarya setelah di validasi oleh tim dinas kesehatan kota banyak kekeliruan. Hal ini dapat dilihat di lampiran 1 dan lampiran 2

Pada saat kalakarya booster, kegiatan ini terselenggara, menurut catatan pengamat, lebih karena peran advokasi pendamping back-up yang dilakukan bapak didik budijanto, dimana beliau mencontohkan bahwa di tempat lain kalakarya booster dapat dilakukan dengan cara patungan, jadi setiap orang membawa dirinya sendiri dan dibiayai

kegiatannya, sehingga banyak orang terkumpul. Hal inilah yang menyebabkan kepala dinas kesehatan berfikir cerdas dengan memanggil seluruh kepala bidangnya dan menanyakan apakah kegiatan di setiap bidang dapat diintegrasikan.

Hasilnya, kalakarya booster diikuti seluruh kepala puskesmas, seluruh bidan koordinator dan beberapa orang dari lintas sektor. Kegiatan kalakarya booster di kota Baubau lebih banyak dihadiri oleh tenaga kesehatan, sehingga daya ungkit ke aktor lapangan lebih sedikit. Namun apabila dilihat dari capaian penimbangan balita setelah booster, tidak dapat diabaikan bahwa kalakarya setidaknya diduga ada hubungan dengan peningkatan tersebut.

Pendampingan lainnya yang dilakukan pengamat adalah diskusi dengan bapedda, pengamat sebenarnya ingin berdiskusi dengan kepala bapedda namun pengamat hanya diarahkan untuk berdiskusi dengan kepala sub bidang sosial. Dari diskusi tersebut juga terlihat pihak bapedda tidak terlalu serius menanggapi kegiatan PDBK, padahal bila dilihat dari catatan pengamatan kalakarya, pihak bapedda bersuara cukup terdengar.

7.2 Instrumen PDBK

Instrumen PDBK memakai konsep wilayah perubahan dengan konstruk kesadaran-kepekaan, sikap-keyakinan dan keahlian-kemampuan dengan masing masing variabel: kepedulian dan komunikasi, interritas dan orientasi kualitas serta berfikir strategis. Sedangkan konsep wilayah tindakan terdiri dari konstruk gagasan penuntun, inovasi dan teori,alat dengan masing-masing variabel: kepemimpinan, kreativitas dan siklus pemecahan masalah.

Tiap variabel diukur dengan 12 pertanyaan. Dan tiap 3 pertanyaan mewakili level tertentu. Contoh kuesioner A bagian A tentang kepedulian. Nomer pertanyaan A1-A3 adalah pertanyaan untuk level 1, apabila responden tidak mendapat nilai 6 atau lebih maka responden dikatakan berada di level 0, apabila responden mendapat nilai 6 atau lebih maka responden dikatakan berada di level 1 dan berhak diikutsertakan dalam jawaban A4-A6. Apabila responden yang telah lulus level 1 tidak mendapat nilai 6 atau lebih pada jawaban A4-A6 maka responden tetap berada di level 1, dan apabila responden tersebut menjawab nilai 6 atau lebih pada jawaban A4-A6 maka responden tersebut berada di level 2.

Semakin tinggi level responden pada saat menjawab kuesioner tersebut maka semakin tinggilah peranan dia terhadap masalah kesehatan dan kegiatan PDBK secara keseluruhan.

Variabel variabel tersebut memiliki 5 level. Dan dengan cara memberikan nilai pada tiap level dan merata-ratakan hasil semua level (pada masing-masing pengamatan) maka didapat 1 nilai untuk masing-masing variabel. Sebagai contoh: nilai kepedulian pada saat kalakarya: level 0 = 43,5%, level 1 = 14,8%, level 2 = 10,2%, level 3 = 5,6% dan level 4 = 25,9%. Hasil pemberian nilai: level 0 dikali 1 = 43,5%, level 1 dikali 2 = 25,6%, level 2 dikali 3 = 30,6%, level 3 dikali 4 = 22,4% dan level 4 dikali 5 = 129,5%.

Hasil rata-rata dari kelima variabel yang telah dikali dengan nilai tersebut adalah 46,0%.

Dan apabila variabel-variabel pembentuk konstruk dijumlah dan dirata-ratakan, maka akan didapat nilai sebagai berikut:

	Kalakarya	P-1	K-Booster	P-2	P-3
Wilayah Perubahan					
Kesadaran-kepekaan	46,0%	51,6%	73,6%	62,1%	61,4%
Sikap-Keyakinan	37,6%	44,0%	42,4%	48,2%	41,2%
Keahlian-Kemampuan	48,3%	46,4%	41,8%	59,5%	60,0%
Wilayah Tindakan					
Gagasan Penuntun	51,4%	53,6%	63,3%	62,1%	59,2%
Inovasi					
Teori, Metode					

Dari data diatas dapat dilihat bahwa terjadi perubahan individu di wilayah perubahan dan di wilayah tindakan akibat pendampingan PDBK melalui organisasi pembelajaran, sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh peter senge.

Bab 8 Kesimpulan dan Saran

8.1 Kesimpulan

1. Terjadi perubahan individu akibat kalakarya dan pendampingan PDBK.
2. Terjadi tindakan kolektif.
3. Terjadi peningkatan cakupan balita setelah intervensi PDBK.
4. Namun belum dapat dikorelasikan antara peningkatan cakupan balita dan tingkat organisasi-pembelajaran

8.2 Saran

Peningkatan peran pendamping khususnya pendamping pusat.

Lampiran

Lampiran 1

Cakupan Penimbangan Balita Hasil Sweeping Sebelum Divalidasi

TABULASI STATUS GIZI BALITA DINAS KESEHATAN KOTA BAUBAU TAHUN 2011

NO	KECAMATAN	PUSKESMAS	JML BALITA		STATUS GIZI BERDASARKAN (BBTB)								KET
			L	P	BAIK		KURANG		BURUK		LEBIH		
					L	P	L	P	L	P	L	P	
1	KEC. BETOAMبارI	WABOROBO	109	75	102	65	6	8	0	0	1	2	
2		KATOBENGKE	772	712	746	683	25	27	0	1	1	1	
3	KE. MURHUM	WAJO	655	729	533	615	99	90	18	15	5	9	
4		MELAI	172	201	163	185	7	9	0	0	2	7	
5		BETOAMبارI	358	319	233	205	47	56	1	1	77	57	
6		MEO-MEO	670	671	593	596	48	55	8	4	23	14	
7	KEC. WOLIO	BATARAGURU	559	531	474	460	52	43	0	0	33	28	
8		BWI	477	442	417	398	56	44	0	0	4	0	
9		WOLIO	462	452	380	390	7	16	1	0	74	46	
10	KEC. KOKALUKUNA	KADOLOMOKO	319	324	279	297	35	24	0	0	5	3	
11		LIWUTO	206	211	204	206	2	3	0	0	0	2	
12		LAKOLOGOU	291	255	229	208	49	39	2	0	11	8	
13	KEC. BUNGI	BUNGI	229	258	189	227	29	23	0	0	11	8	
14		KAMPEONAHU	143	113	136	109	7	4	0	0	0	0	
15	KEC. LEA-LEA	LOWULOWU	340	365	335	358	4	6	0	0	1	1	
16	KEC. SORAWOLIO	SORAWOLIO	360	399	299	328	47	57	11	13	3	1	
JUMLAH			6122	6057	5312	5330	520	504	41	34	251	187	
			12177		10640		1099			438			

Kabid Yanmed, Kesga dan Gizi Masyarakat

Musrifa, S.Sos

NIP. 19621010 198602 2 013

Baubau, 5 Agustus 2011
Kasi Gizi Upakes & Usila

Farihi, AMG

NIP. 19640915 198603 1 016

Mengetahui

Kepala Dinas Kesehatan Kota
Baubau

dr. H. Edy Natsir

Pembina, IV/a

NIP. 19640708 199803 1 002

Lampiran 2

Cakupan Penimbangan Balita Hasil Sweeping Setelah Divalidasi

TABULASI STATUS GIZI BALITA KEGIATAN KALAKARYA DINAS KESEHATAN KOTA BALUBAU TAHUN 2011

N ●	KECAMATAN	KELURAHAN	JML BALITA	STATUS GIZI BERDASARKAN (BB/TB)								KE T
				BAIK		KURAN G		BURU K		LEBIH		
				L	P	L	P	L	P	L	P	
1	KEC. BETOAMباري	KATOBENGKE	770	384	356	15	12	0	1	1	1	
		SULAA	177	86	83	1	7	0	0	0	0	
		LIPU	537	276	244	9	8	0	0	0	0	
		LABALAWA	80	41	35	1	1	0	0	1	1	
		WABOROBO	104	61	30	5	7	0	0	0	1	
2	KE. MURHUM	MELAI	162	68	77	4	4	0	0	2	7	
		BAADIA	211	95	108	3	5	0	0	0	0	
		WAJO	434	189	180	26	31	1	1	1	5	
		LAMANGGA	530	203	259	35	30	0	0	1	2	
		TANGANAPADA	420	160	185	38	29	1	2	3	2	
		WAMEO	381	179	163	15	10	0	0	6	8	
		KAOBULA	203	93	82	8	11	0	0	6	3	
		LANTO	380	171	164	13	21	0	0	9	2	
		NGANGANAUMA LA	377	154	193	12	13	0	2	2	1	
		BONE-BONE	361	86	71	36	37	0	0	76	55	
		TARAFU	316	147	134	11	19	0	2	1	2	
		3	KEC. WOLIO	BATULO	376	140	149	5	9	0	2	49
WANGKANAPI	538			239	241	2	7	0	0	25	24	
MATARAGURU	666			306	283	30	26	0	0	10	11	
TOMBA	316			122	137	15	13	0	1	16	12	
WALE	108			45	40	7	4	0	0	7	5	
BUKIT WOLIO INDAH	556			265	223	39	28	0	0	1	0	
KADOLOKATAPI	363			152	175	17	16	0	0	3	0	
4	KEC. KOKALUKUNA	LAKOLOGOU	232	85	83	30	29	2	0	3	0	
		WARURUMA	314	144	125	19	10	0	0	8	8	
		LIWUTO	210	101	107	1	1	0	0	0	0	
		SUKANA EYO	207	103	99	1	2	0	0	0	2	
		KADOLOMOKO	420	185	205	15	13	0	0	2	0	
		KADOLO	223	94	92	20	11	0	0	3	3	
5	KEC. BUNGI	KAMPEONAHU	143	76	61	4	2	0	0	0	0	
		TAMPUNA	113	60	48	3	2	0	0	0	0	
		LIABUKU	160	70	69	9	11	0	0	0	1	
		WALIABUKU	134	50	62	14	8	0	0	0	0	
		NGKARI-NGKARI	193	69	96	6	4	0	0	11	7	
6	KEC. LEA-LEA	KALIALIA	124	62	62	0	0	0	0	0	0	
		LOWU-LOWU	195	96	95	1	1	0	0	1	1	
		PALABUSA	201	83	114	2	2	0	0	0	0	
		KOLESE	91	43	48	0	0	0	0	0	0	
		KANTALAI	94	51	39	1	3	0	0	0	0	
7	KEC. SORAWOLIO	KARYA BARU	194	69	96	13	16	0	0	0	0	
		KAISABU BARU	230	104	93	12	17	0	0	3	1	
		BUGI	197	84	86	11	14	0	2	0	0	
		GONDA BARU	138	52	64	11	10	0	1	0	0	
JUMLAH			12179	5343	5356	520	504	4	14	251	187	
				10699		1024		18		438		

Lampiran 3

Data Penderita Gizi Buruk Hasil Sweeping

**DAFTAR VALIDASI BALITA GIZI BURUK SEBELUM DAN SESUDAH KALAKARYA
KOTA BAUBAU TAHUN 2011**

SEBELUM INVENSI								SESUDAH INTERVENSI				
N O	NAMA BALITA	JK (L/ P)	NAMA ORTU	Tgl Lahir (Umur)	BB (Kg)	TB (CM)	STATUS GIZI	Keadaan Bulan (Tahun)	BB (Kg)	TB (CM)	STATU S GIZI	Ke/ Sesudah dilakukan Intervensi
KELURAHAN WAJO / PUSKESMAS WAJO												
1	Ramadan Septian Putra	L	La Risno / Wareni	14/09/2007	11	95	kurus sekali	Des2011	12,6	96,7	Normal	Membaik
2	Ain	P	Adri / Jamila	30/03/2010	5,8	71,5	kurus sekali	Des2011	9,7	74,2	Normal	Membaik
KELURAHAN TANGANAPADA / PUSKESMAS WAJO												
3	Rahmi Safira	P	La Bangka	27/11/2010	5,9	68,2	kurus sekali	Des2011	8,6	72,9	Normal	Membaik
4	Aminuddin	L	La Firman	09/07/2010	6	68,2	kurus sekali	Des2011	8,7	76,6	Normal	Membaik
5	Sri siswanti	P	Aslan / Sri ramayana	14/07/2009	6,7	76	kurus sekali	Des2011	10	82,6	Normal	Membaik
KELURAHAN TARAFU / PUSKESMAS BETOAMBARI												
6	Kiki	P	La Mudri / Saida	06/10/2010	5,2	64	kurus sekali	Mar2012	7,7	73	Kurus	Membaik
7	Sri mulyani	P	Zahim Said	17/08/2009	8,2	83,3	kurus sekali	Mar2012	10	77	Normal	Membaik
KELURAHAN NGANGANAUMAL A / PUSKESMAS MEO-MEO												
8	Fitri	P	Ld. Baharudin / Sumida	09/09/2009	5,8	67	kurus sekali	Mar2012	7	76	Kurus	Membaik
9	Dinda Afiska	P	Hardianto / Trisuwati	13/02/2010	6	68	kurus sekali	Mar2012	7,5	80	Kurus Sekali	Belum Membaik
KELURAHAN KATOBENGKE / PUSKESMAS KATOBENGKE												
10	Dannawati	P	La Adi	24/10/2009	6,8	74	kurus sekali	Mar2012	8,1	79	kurang	Membaik
KELURAHAN LAKOLOGOU / PUSKESMAS LAKOLOGOU												
11	Aju	L	Sofian / Reni	33 bulan	5,5	67,5	kurus sekali	Feb2012	6,6	69	kurus	Membaik
12	Denil	L	Halis / Ruswja	10 Bulan	2,8	53,5	kurus sekali					Meninggal Krn Kelainan / Penyakit Bawaan
KELURAHAN BUGI / PUSKESMAS SORAWOLIO												
13	Mei	P	La Wance	05/05/2011	4,5	61	kurus sekali	Des2011	6,5	64,8	Normal	Membaik
14	Saskia	P	Erlia	25/10/2009	7,4	86	kurus sekali	Des2011	10,5	87,9	Normal	Membaik
KELURAHAN GONDA / PUSKESMAS SORAWOLIO												
15	Salwin	L	Tadris	49 bulan	11,7	90	kurus sekali	Des2011	13	93,5	Normal	Membaik
KELURAHAN BATULO / PUSKESMAS WOLIO												
16	Gabril	L	Sianturi/Wulan	11 Bulan	4,5	61	kurus sekali	Des2011	6,8	68,5	Kurus sekali	Belum Membaik
17	Ainun	p	Ny. Salfia	13 Bulan	4,9	61	kurus sekali	Des2011	4,9	61	Kurus sekali	Belum Membaik
KELURAHAN TOMBA / PUSKESMAS BATARAGURU												
18	Wd.Medyana Nur. A	P	Ld.Muh. Alihidin / Wd.Nurazizaj	43 Bulan	4	72	kurus sekali					Meninggal Krn Kelainan / Penyakit Bawaan

Dari hasil pendataan kalakarya tahun 2011 ditemukan 18 Kasus Gizi buruk yang tersebar di wilayah

Kota baubau. sebagian besar di sebabkn oleh banyak faktor antara lain Penyakit bawaan sejak lahir dan kurangnya asupan makanan. setelah dilakukan intervensi berupa penyuluhan, memberikan PMT dan perawatan di puskesmas/RS , gizi buruk yang membaik berjumlah 15 orang, dan 3 orang yang belum membaik (kurus sekali). di harapkan yang belum membaik tetap dilakukan intervensi antara lain membentuk Pusat Pemulihan Gizi Buruk di wilayah Puskesmas, pemantauan sekali seminggu dengan pendampingan para petugas gizi.

Baubau, 29 Februari 2012

Kabid Yanmed. Kesga dan Gizi
Masyarakat

Musrifah, S.Sos

NIP. 19621010

198602 2 013

Kasi Gizi Upakes & Usaha

Farihi, AMG

NIP. 19640915 198603 1 016

Mengetahui
Kepala Dinas Kesehatan
Kota Baubau,
dr. H. Edy Natsir
Pembina, IV/a
NIP. 19640708 199803 1
002



PERSETUJUAN ETIK (ETHICAL APPROVAL)

Nomor : KE.01.05/ECI/459/2012

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

**"Peran Pendampingan DBK Pada Peningkatan Cakupan
Penimbangan Bayi di Kota Bau-Bau dalam Rangka Peningkatan
IPKM 2013"**

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

dr. Anton Suryatma

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

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

Jakarta, 25 Mei 2012

Ketua
Komisi Etik Penelitian Kesehatan
Badan Litbang Kesehatan



Prof. Dr. M. Sudomo



KEMENTERIAN DALAM NEGERI
REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

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

Jakarta, 27 Juni 2012

Nomor : 070/2342D.I
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Rekomendasi Penelitian

Kepada
Yth. Gubernur Aceh, Nusa Tenggara Timur, Nusa
Tenggara Barat, Maluku, Gorontalo, Sulawesi
Barat, Sulawesi Tengah, dan Sulawesi
Tenggara
u.p. Kepala Badan Kesbangpol dan Linmas.

Dalam rangka memperlancar pelaksanaan kegiatan penelitian, bersama ini terlampir disampaikan Rekomendasi Penelitian Nomor 070/2309.D.I Tanggal 26 Juni 2012 atas nama Firda Yanuar Pradani, S.Si, dkk., dengan judul proposal antara lain Pemberdayaan Pokja PDBK Dalam Upaya Peningkatan cakupan Persalinan Dan Imunisasi di Kabupaten Pohuwato, Provinsi Gorontalo (8 judul proposal terlampir) di Provinsi Aceh, Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, Maluku, Gorontalo, Sulawesi Barat, Sulawesi Tengah, dan Sulawesi Tenggara, untuk dapat ditindaklanjuti.

Demikian untuk menjadi maklum dan terima kasih.



Tembusan:

Yth. Bapak Dirjen Kesbangpol, sebagai laporan.



KEMENTERIAN DALAM NEGERI
REPUBLIK INDONESIA

REKOMENDASI PENELITIAN
NOMOR 070/2309.D.I

- a. Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 316), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 168);
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
- b. Menimbang : Surat Sekretaris Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor LB.01.03/IV.1/6455/2012 Tanggal 12 Juni 2012 Perihal Ijin Pelaksanaan Penelitian.

MENTERI DALAM NEGERI, memberikan rekomendasi kepada:

- a. Nama/Obyek : Firda Yanuar Pradani, S.Si, dkk.
- b. Jabatan/Tempat/ Identitas : Peneliti Utama/ Ji. Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560/ No. KTP 3578062004620004, Telp. (021) 426 1088, 08155187903;
- c. Untuk : 1) Melakukan penelitian, dengan proposal berjudul antara lain Pemberdayaan Pokja PDBK Dalam Upaya Peningkatan cakupan Persalinan Dan Imunisasi di Kabupaten Pohuwato, Provinsi Gorontalo (8 Judul proposal terlampir);
- 2) Lokasi penelitian: Provinsi Aceh, Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, Maluku, Gorontalo, Sulawesi Barat, Sulawesi Tengah, dan Sulawesi Tenggara (8 provinsi);
- 3) Waktu/Lama penelitian: Juli s.d. Oktober 2012 (5 bulan);
- 4) Anggota tim peneliti: Erna Luciasari, S.SP, MP, Liestiana Indriati, dkk (terlampir).

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk digunakan seperlunya.

Jakarta, 26 Juni 2012

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



DAFTAR PENELITIAN

Peranggung Jawab
Peneliti Utama
Anggota

: Dr. drh. Didik Budijanto, Mkes
: Dicky Andiarsa, M. Kazwaini, Febriyanto, dkk
: Tri Wahono, Wahyu Pudji N., Hadi Suwasono, dkk

No.	Provinsi	Judul Penelitian	Nama-nama Peneliti
1	Nangroe Aceh Darusalam	Optimalisasi Fungsi Dan Manfaat Posyandu Oleh Masyarakat Di Kab. Gayo Lues, Nangroe Aceh Darusalam	1. Erna Luciasari, S.SP, MP 2. Uestiana Indriati
		Revitalisasi Posyandu Melalui Gerakan Beuleun Boh Hale (Bulen Buah Hati) Di Kab. Aceh Barat	1. Lasbudi P. Ambarita, S.Si, MSc 2. Asmaul Husna 3. Afifah
		Peran PDBK Dalam Perubahan Cakupan Imunisasi Pelugas Kesehatan Pada Kegiatan Posyandu Di Kab. Pidie	1. Drs. Tonny Murwanlo 2. Yulidar, Msi 3. Iransyah Pulra, Mkes
2	Nusa Tenggara Timur	Peningkatan Strategi Kerjasama Linlas Sektor Dalam Upaya Penerapan Revolusi KIA Untuk Kesehatan Ibu Dan Anak Di Kab. Manggarai, Prov. NTT	1. Nita Rahayu, SKM., MSc 2. Rosiana Kalif Kulla, SKM
		Implementasi Model Pendampingan Dalam Meningkatkan Pemberian ASI Eksklusif Dan Monitoring Status Gizi Di Kab. Kupang, NTT	1. Dr. Qomariah Ami, SKM, M.MedSc 2. Monica Noshirma, SKM
3	Nusa Tenggara Barat	Penguatan Sistem Surveilans Ibu Hamil, Bayi Dan Balita Di Kab. Sumbawa, Prov. NTB	1. Muhammad Kazwaini, SKM, Mkes 2. Wahyu Pudji Nugraheni, SKM, Mkes
		Kemiraaan Pemerintah Desa Dengan Tenaga Kesehatan Dalam Kegiatan Berbasis GI-KIA Dalam Rangka Meningkatkan IPKM Di Kab. Bima	1. drg. Oktarina, Mkes 2. Fajar Sakli Praselyawan, Ssi
		Peningkatan Kinerja Posyandu Berbasis Pemberdayaan Masyarakat Di Kab. Lombok Utara, Prov. NTB Tahun 2012	1. Rofiqatul Mubasyroh, SKM 2. Suparmi, SKM, MKM
		Gagasan Penuntun Out Of The Box Dalam Upaya Pencapaian Empat Fokus Kesehatan Di Kab. Lombok Barat	1. dr. Wahyu Dwi Astuti, Sp. PK., Mkes 2. Agung Dwi Laksono
4	Maluku	Peran PDBK Dalam Meningkatkan Kinerja Kader Dan Partisipasi Masyarakat Untuk Meningkatkan Cakupan Dalam Posyandu Wirausaha	1. drh. Dicky Andiarsa, Mked 2. drh. Tri Wahono
		Peran Pendampingan PDBK Dalam Peningkatan Pembinaan Petugas Puskesmas Terhadap Kinerja Posyandu Di Wilayah Puskesmas Dobo, Kab. Kepulauan Au, Maluku	1. Noor Edi W. Sukoco, SKM., MCN., MSc 2. drh. Sahat Ompusunggu, MSc 3. Yoanita Unipaita A Kep., Mkes
		Pengaruh Pendampingan DBK Terhadap Keyakinan Dan Tindakan Pelaku Kesehatan Dalam Rangka Peningkatan Cakupan Penimbangan Balita Dan Imunisasi Di Kab. Buru	1. Drs. Hasyimi, Msi 2. Belriyon, SKM
		Kemitraan Pelugas Kesehatan Dan Tokoh Masyarakat Dalam Penjaringan Sasaran Program Perbaikan Gizi Masyarakat Dan KIA Di Kab. Seram Bagian Timur, Prov. Maluku	1. Lukman Hakim, SKM, M.Epid. DAP&E 2. M. Umar Riandi, Ssi 3. Sukmawati Rumakur, SKM
5	Gorontalo	Kesepakatan Puskesmas - Desa Pada Perolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Untuk Meningkatkan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat Di Kab. Bonebolango, Prov. Gorontalo	1. Febriyanto, SKM 2. Hadi Suwasono, MS
		Pemberdayaan Pokja PDBK Dalam Upaya Peningkatan Cakupan Persalinan Dan Imunisasi Di Kab. Pohuwato, Prov. Gorontalo	1. Firda Yanuar Pradani, Ssi 2. Edwin Darwin, Amid
		Government Mobile Dalam Upaya Peningkatan Pelayanan Kesehatan Di Kab. Gorontalo, Prov. Gorontalo	1. Supraptini, SKM, MKM 2. Di. drh. Lelly Andayasari, Mkes
		Pendampingan PDBK Dan Pemberdayaan Kader Dasa Wisma Dalam Upaya Peningkatan Status Gizi Balita Dan IPKM Di Kab. Boalemo, Prov. Gorontalo	1. Budi Setyawati, SP., MPH 2. Bunga Christitha Rosha, Ssos., Msi 3. Sutriyani Lumula, S.Si
6	Sulawesi Barat	Peranan POBK Dalam Peningkatan Cakupan Gizi Dan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Di Kab. Polewali, Prov. Sulawesi Barat	1. Ir. Hermina, Mkes 2. Yurista Permanasari, SKM, MKM 3. dr. Ayyub Ali
		Optimalisasi Fungsi Kader Posyandu Dalam Rangka Meningkatkan Cakupan Program Kesehatan Di Kab. Mamuju Utara, Sulawesi Barat	1. dr. Bagus Febrianto 2. Rini Atifah
7	Sulawesi Tengah	Upaya Peningkatan IPKM Melalui Program Keluarga Sehat Dan Desa Sehat Di Kab. Tojo Una-Una, Sulawesi Tengah	1. RoyNusa Rahagus E. S, SKM 2. Joni Hendry, SKM 3. Kisman Matikke, SKM, Mkes
		Kebijakan Kemitraan Dukun Beranak Dan Bidan Desa Untuk Meningkatkan Perolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan Di Kab. Parigi Moutong, Sulawesi Tengah	1. Ahmad Erlan, SKM., MPH 2. Mohamed Choirul Hidajat, SKM., Mkes 3. Hanzah, SKM., MKM
		Optimalisasi Lokakarya Mini Dalam Upaya Menanggulangi Masalah Kesehatan Ibu Anak Di Kab. Sigi, Sulawesi Tengah	1. Pandji Wibawa Dewantara, Ssi., MIl 2. Budi Banjosa, SKM., Mkes 3. Nurni, SKM
8	Sulawesi Tenggara	Peran Pemberdayaan Kader Posyandu Dalam Upaya Peningkatan Cakupan Penimbangan Balita Di Kota Bau-Bau Dalam Rangka Peningkatan IPKM 2013	1. dr. Anton Suryana 2. Bambang Sukarno, SKM., Mkes 3. dr. Bay Natsir
		Pengamatan Interaksi Kader Posyandu Untuk Peningkatan Kualitas Pelayanan Posyandu Di Kab. Muna, Sulawesi Tenggara	1. Lukman Waris, SKM., Mkes 2. Wulaga Sari RG Sembiring, SKM 3. Safudra Taufik, S/Gz



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					

Catatan: Skor diisi oleh pengamat

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 kepentingan program di unit kerja sendiri					
B10	16	Tidak yakin dapat menyampaikan gagasan dengan jelas dan persuasif agar pemangku kepentingan mengambil peran dalam PDBK					
C10	17	Mampu menterjemahkan visi organisasi menjadi rencana operasional dalam pencapaian PDBK					
D3	18	Merasa akan mengalami kesulitan, jika mengerjakan pekerjaan tanpa dukungan dana yang cukup					
E10	19	Kurang mampu merangkum gagasan, dari berbagai sudut pandang, dalam menyelesaikan masalah rendahnya IPKM					
F3	20	Mengembangkan perencanaan secara fokus dan rinci, adalah pekerjaan yang sulit dan hanya buang waktu saja					
G10	21	Merasa mampu merencanakan PDBK dengan baik, untuk dapat melaksanakannya dengan berhasil-guna					
A4	22	Mampu tenggang rasa, bertoleransi terhadap perbedaan-perbedaan yang ada dalam melaksanakan tugas/pekerjaan					
B9	23	Mampu menggalang dan mengajak masyarakat lokal berpartisipasi dalam pelaksanaan PDBK					
C9	24	Biasanya kurang mampu mencoba pendekatan baru dalam mempercepat pencapaian PDBK					
D4	25	Kurang mampu mendorong lahirnya gagasan/ide baru untuk mencapai upaya menaikkan IPKM					
E9	26	Dapat memilih cara pendekatan yang tepat untuk menyelesaikan masalah berdasar akar penyebab masalah dalam PDBK					
F4	27	Lebih senang bekerja untuk program yang telah jelas tujuan dan targetnya					
G9	28	Dapat dengan cepat menintegrasikan PDBK sebagai bagian dari tuntutan pekerjaan secara fungsional					
A5	29	Selalu dapat bereaksi dan menyesuaikan diri terhadap situasi yang sedang berkembang di lingkungan tugas/pekerjaan untuk mendukung PDBK					
B8	30	Selalu Terbuka menerima gagasan dan menghormati pendapat orang lain, demi kepentingan pencapaian tujuan PDBK					
C8	31	Mampu mengaitkan tugas operasional dengan analisis IPKM dalam perencanaan PDBK					
D5	32	Dengan pengetahuan yang dimiliki mampu mengembangkan PDBK sesuai dengan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia					
E8	33	Biasanya bila menggunakan cara penanganan yang berbeda, dari yang selama ini dilakukan, mendapat tantangan yang sulit diatasi					
F5	34	Melaksanakan pekerjaan sesuai dengan standar prosedur yang telah ditetapkan, adalah cara kerja yang akan sesuai kebutuhan local					
G8	35	Selalu dapat mengutamakan kepentingan organisasi dari kepentingan pribadi dalam pelaksanaan PDBK					
A6	36	Dapat memahami keraguan dalam beradaptasi terhadap kebiasaan kerja di lingkungan tugas/pekerjaan untuk melaksanakan PDBK					

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					

Kode Kelas	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 diperlukan 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					

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					

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 pencelakan 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 membantu kami mengisi kuesioner ini. Sebelum melakukannya, ada beberapa hal yang kami sampaikan perihal penelitian ini sebagai berikut;

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

Semua komponen diatas akan dapat tercermin dalam kuesioner ini.

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

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

*Keterangan:

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

**KUESIONER TEMATIK
SELF ASSESMENT**

Nama	Umur :	Jenis Kelamin :
Peran		
Tempat	Posyandu :	Kelurahan :

Dibawah ini terdapat pernyataan perubahan individu dalam wilayah perubahan anda dalam melaksanakan kerja tim dalam pemberdayaan kader posyandu di Kota Baubau.

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.

Kode	NO	Pernyataan	PENILAIAN*				Skor
			1	2	3	4	
A12	1	Selalu Dapat mendorong dan menciptakan konsep baru, yang inovatif dalam mendorong peningkatan kinerja organisasi dalam PDBK					
B1	2	Biasanya dapat membandingkan pekerjaan dengan prestasi orang lain adalah pekerjaan sia-sia					
C12	3	merasa kurang yakin mengembangkan program PDBK sesuai kebutuhan dan sumberdaya yang tersedia					
A11	4	Mampu menggali dan mengadaptasikan konsep baru dalam meningkatkan kinerja PDBK					
B2	5	Tidak selalu mempersiapkan diri secara khusus dalam melaksanakan tugas di unit kerja					
C11	6	Merasa mampu mengajak keterlibatan orang lain membantu, agar dapat memperoleh hasil PDBK yang optimal					
A10	7	Kurang mampu merangkum gagasan, dari berbagai sudut pandang, dalam menyelesaikan masalah rendahnya IPKM					
B3	8	Mengembangkan perencanaan secara fokus dan rinci, adalah pekerjaan yang sulit dan hanya buang waktu saja					
C10	9	Merasa mampu merencanakan PDBK dengan baik, untuk dapat melaksanakannya dengan berhasil-guna					
A9	10	Dapat memilih cara pendekatan yang tepat untuk menyelesaikan masalah berdasar akar penyebab masalah dalam PDBK					
B4	11	Lebih senang bekerja untuk program yang telah jelas tujuan dan targetnya					
C9	12	Dapat dengan cepat menintegrasikan PDBK sebagai bagian dari tuntutan pekerjaan secara fungsional					
A8	13	Biasanya bila menggunakan cara pendekatan yang berbeda, dari yang selama ini dilakukan, mendapat tantangan yang sulit diatasi					

B5	14	Melaksanakan pekerjaan sesuai dengan standar prosedur yang telah ditetapkan, adalah cara kerja yang akan sesuai kebutuhan local					
C8	15	Selalu dapat mengutamakan kepentingan organisasi dari kepentingan pribadi dalam pelaksanaan PDBK					
A7	16	Selama ini belajar dari keberhasilan dan kegagalan atas pengalaman kerja yang telah dilakukan					
B6	17	Pemantauan dan evaluasi terhadap proses kerja yang telah ditetapkan, adalah cara kerja yang efektif untuk mencapai tujuan					
C7	18	Kurang yakin mampu bekerja menurunkan IPKM dengan menggunakan sumber daya yang tersedia					
A6	19	Lebih suka menghasilkan gagasan atau cara kerja, sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan					
B7	20	Sering merasa canggung berada dalam kelompok yang tidak menunjukkan prestasi kerja					
C6	21	Tetap dapat bekerja dengan prestasi baik, walaupun tanpa pengawasan dari pimpinan					
A5	22	Selama ini cenderung melaksanakan kegiatan dengan mengejar target yang telah ditentukan					
B8	23	Memiliki kemampuan untuk memberikan masukan terhadap perbaikan dan pengembangan program PDBK sesuai dengan sumber daya yang tersedia					
C5	24	Selama ini senang melakukan pekerjaan yang telah di sertai dengan petunjuk pelaksanaan yang jelas					
A4	25	Lebih sering menggunakan cara-cara baku atau sesuai dengan petunjuk teknis dalam memecahkan masalah					
B9	26	Sebaiknya secara teratur dilakukan diskusi hasil kerja PDBK secara lokal, agar dapat segera di adaptasikan dengan kebutuhan dan kemampuan lokal					
C4	27	Bekerja dengan berpegang teguh pada aturan, yang telah ditetapkan untuk dilaksanakan					
A3	28	Kurang suka pada tugas/pekerjaan yang menuntut ide atau gagasan baru					
B10	29	Belajar dari pengalaman tempat lain, mengembangkan PDBK, adalah cara mempercepat proses pembelajaran					
C3	30	Dalam bekerja biasanya sangat mempertimbangkan ketersediaan dana pendukung yang cukup					
A2	31	Cenderung tidak mencari alternatif dalam pemecahan masalah, dari apa yang dikerja selama ini					
B11	32	Terasa sulit Mendorong akuntabilitas dan transparansi mamajemen organisasi dalam mengembangkan PDBK					
C2	33	Merasa mampu untuk terus menerus mengerjakan sesuatu yang tidak langsung dilihat hasilnya					
A1	34	Lebih suka mencontoh cara kerja yang selama ini digunakan, walau dengan hasil yang sama saja					
B12	35	Mampu mendorong tumbuhnya budaya kerja immaterial untuk menghasilkan kualitas kerja di PDBK					
C1	36	dalam melakukan pekerjaan, selalu percaya diri dan tidak tergantung pada orang lain					

**PANDUAN WAWANCARA DAN FGD RISET OPERASIONAL PDBK
DI KOTA BAU-BAU 2012**

PROPINSI : Sulawesi tengah
KABUPATEN : Bau-bau
Instansi :
Nama Responden :
Umur dan sex :
Pendidikan :
Jabatan :
Tgl Wawancara :

1. Menurut Bapak/ibu/saudara, bagaimana kegiatan penimbangan bayi/balita yang dilakukan ditempat bpk/ibu/ saudara ?
2. Siapa saja yang berperan dalam pelaksanaan penimbangan bayi/balita ?
3. Kegiatan penimbangan dalam sebulan berapa kali ?
4. Apakah ada masalah dalam penimbangan bayi/balita ?
5. Seberapa besar masalah Kegiatan Penimbangan Bayi/balita di wilayah bapak/ibu/saudara ?
6. Sepengetahuan bapak/ibu/saudara, apakah penyebab ?
7. Menurut bpk/ibu/saudara apa saja yang perlu dilakukan untuk mencegah agar pelaksanaan penimbangan bayi/balita dapat berjalan dengan baik ?
8. Sepengetahuan bapak/ibu/saudara , bagaimana peran yang dilakukan Dinas Kesehatan kabupaten/Puskesmas dalam pelaksanaan penimbangan bayi/balita ?
9. Bagaimana pelaksanaan kerjasama lintas sektor terkait, dalam pelaksanaan penimbangan bayi/balita di wilayah bapak/ibu/saudara ? Sektor apa saja yang terlibat?
10. Bagaimana peran masyarakat, Tokoh Masyarakat, LSM, organisasi sosial dalam pelaksanaan penimbangan bayi/balita di wilayah bapak/ibu/saudara ?
11. Adakah ada program penyuluhan tentang penimbangan bayi/balita di wilayah bpk/ibu/saudara ?
12. Saran-saran Perbaikan Pelaksanaan penimbangan bayi/balita di wilayah bpk/ibu/saudara ?

INFORMED CONSENT

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI melakukan riset operasional "Peran Pendampingan DBK Pada Peningkatan Cakupan Penimbangan Bayi Di Kota Bau-bau". Tujuan kegiatan ini untuk memotret perubahan fenomena yang terjadi akibat fasilitasi atau katalisasi pendampingan PDBK.

Pada riset operasional ini akan dilakukan wawancara pada individu, kelompok, institusi, pemangku kepentingan, serta kebijakan dan program untuk merekam proses perubahan yang terjadi.

Partisipasi Bapak/Ibu/Sdr/Sdri bersifat sukarela tanpa paksaan dan bila tidak berkenan dapat menolak, atau sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri tanpa sanksi apapun.

Semua informasi dan hasil pemeriksaan yang berkaitan dengan kesehatan Bapak/Ibu/Sdr/Sdri akan dijaga kerahasiaannya dan akan disimpan di Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Jakarta dan hanya digunakan untuk pengembangan kebijakan program kesehatan dan pengembangan ilmu pengetahuan. Semua data tidak akan dihubungkan dengan identitas Bapak/Ibu/Sdr/Sdri.

Apabila Bapak/Ibu/Sdr/Sdri memerlukan penjelasan lebih lanjut mengenai riset ini, dapat menghubungi : dr. Anton Suryatma, Badan Litbangkes, Kementerian Kesehatan R.I, Jalan Percetakan Negara 29, Jakarta Pusat 10560 Telpn (021) 4261088 ext 146, Fax (021) 4209866 Telp/sms 087878878701 email: anton_suryatma@yahoo.com

PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN (PSP)

Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai hal yang berkaitan dengan riset operasional Peran Pendampingan DBK Pada Peningkatan Cakupan Penimbangan Bayi Di Kota Bau-bau yang dilaksanakan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan R.I. Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi dalam riset ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila saya inginkan, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama :
Jenis Kelamin :
Umur :
Alamat :

Saksi,

..... - - 2012
yang menyatakan,

.....
Ketua Pelaksana Penelitian,

dr. Anton Suryatma
NIP. 198208292010121002