

**PENINGKATAN STRATEGI KERJASAMA LINTAS  
SEKTOR DALAM UPAYA PENERAPAN REVOLUSI  
KIA UNTUK KESEHATAN IBU DAN ANAK DI  
KABUPATEN MANGGARAI PROVINSI NUSA  
TENGGARA TIMUR**



Oleh:  
**Nita Rahayu, MSc**  
**Rosiana Kali Kulla, SKM**

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



### SUSUNAN TIM PENELITIAN

No.	Nama	Kedudukan dalam Tim	Keahlian / Kesarjanaan	Uraian Tugas
1	Nita Rahayu, MSc	Ketua Peneliti	S2 Epidemiologi	Bersama peneliti utama melaksanakan penelitian dalam segala aspek
2	Rosiana Kali Kulla, SKM	Peneliti	S1 FKM	Bersama peneliti utama melaksanakan penelitian dalam segala aspek
3	Lodovikus Demung Moa, MSc	Peneliti Dinkes Kab. Manggarai	S2 IKM	Membantu peneliti utama dan peneliti melakukan pelaksanaan penelitian

(Tim peneliti terdiri dari seorang Peneliti Utama yang bertanggung jawab atas semua aspek penelitian ini dan sejumlah Peneliti dan Pembantu Peneliti menurut kebutuhan yang bertanggung jawab mengenai salah satu aspek sesuai bidang keahliannya. Ketua dan setiap anggota harus dapat memberi informasi mengenai jalannya pelaksanaan pada setiap saat. Selain peneliti, dapat diajukan penggunaan tenaga konsultan bila diperlukan)

Badan Penyelidikan dan Pengembangan Kesehatan  
PERTUSUKAAN

Tanggal : 26-6-2013  
No. Induk : \_\_\_\_\_  
No. Kelas : 35  
PDBK



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

Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560 Kontak Pos 1226

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

E-mail: [sesbun@litbang.depkes.go.id](mailto:sesbun@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 PENELITIAN**

**RISET OPERASIONAL PENANGGULANGAN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN**

**(PDBK)**

**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI TAHUN 2012**

**KEPALA BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN**

Menimbang

- 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;
- 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;
- 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

- 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);
- Undang-Undang RI Nomor 38 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);
- 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 3605);
- 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 Kontak Pos 1226

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

E-mail: [sesbun@litbang.depkes.go.id](mailto:sesbun@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 1175/Menukes/SK/VI/2009 tentang Pedoman Penyelenggaraan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;

7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1175/Menukes/SK/VI/1999 tentang Kebijakan Nasional Penelitian dan Pengembangan Kesehatan;

8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/Menukes/Per/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;

9. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1144/Menukes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Banta Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 585);

10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1796/Menukes/SK/XII/2010 tentang Pedoman Pemberlakuan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat;

11. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 651/Menukes/SK/III/2011 tentang Tim Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan;

**MEMUTUSKAN**

**MENETAPKAN**

**TIM PENELITIAN 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:

- Melaksanakan penelitian sesuai kaidah ilmiah dan etika dengan waktu yang telah ditetapkan;
- Memperjajngjawabkan penggunaan anggaran sesuai peraturan yang berlaku;
- 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: [respon@litbang.depkes.go.id](mailto:respon@litbang.depkes.go.id) Web: <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. Melakukan grafik zona merah beresapah 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 0682/024-111/01/00/2012 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 APRIL 2012

KEPALA

  
 TRIHONO

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

Lampiran Keputusan Kepala Badan Litbangkes  
 Nomor : HK.03.05/1.../2012  
 tanggal :

NO	JUDUL PENELITIAN	SATUAN KERJA	LOKASI PENELITIAN (KAB/KOTA, PROV)	SUSUNAN NAMA TIM PENELITIAN	JABATAN DALAM TIM
1	Optimalisasi Fungsi dan Mando Posyandu oleh Masyarakat di Kabupaten Gayo Lues Nangroe Aceh Darussalam	Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik (Pusat 2)	Gayo Lues Aceh	Era Lucian S SP, M.P	Ketua Pelaksana Peneliti
2	Peran PDBK dalam Perubahan Tindakan Intuisi Petugas Kesehatan pada Kegiatan Posyandu di Kabupaten Pidie	Pusat Humaniora, Kegiatan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Pusat 4)	Pida Aceh	Eti Sopyan SKM Drs Tony Lukwanto Yulidar, M.Si Iwanjani Putra M Kes Fahmi Idrusyah S, Kp M.P.H	Peneliti Lokal Ketua Pelaksana Peneliti
3	Peran Tim Wakt Tenaga Kesehatan dalam Upaya Penanganan Sifilis Gizi Balita di Kabupaten Aceh Utara Provinsi Aceh Tahun 2012	UJF Aceh	Aceh Utara	Mulka Aterni B Bara S, Sos	Peneliti
4	Revisi/asi Posyandu Melalui Struktur Binaan Boh Hala (Bulan Bual Hala) di Kabupaten Aceh Barat	Loka PDB2 Baturaja	Aceh Barat Aceh	Madar, M Kes Labudil P Ambarta, MSc Asnani Hanna SKM Hj. Alim SKM IM Kes	Peneliti Lokal Ketua Pelaksana 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	Maryani Gurung S.Si, M.Sc Rubin Wadu Wita, SKM Lia Mami	Ketua Pelaksana Peneliti Peneliti Lokal
32	Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak melalui Pengorganisasian Sistem Siaga Berbasis Masyarakat di Kabupaten Timur Tengah Utara	Pusat Humaniora, Kebiasaan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Pusat 4)	Timor Tengah Utara, NTT	Dra. Suharnati, M.Sc Apt Moch Seto Pransono, S.Si, M.Si	Ketua Pelaksana Peneliti
33	Peningkatan Strategi Kerjasama Lintas Sektor dalam Upaya Penegakan Revolusi KIA untuk Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Manggarai, Propinsi Nusa Tenggara Timur	Loka P2B2 Tanah Bumbu	Manggarai, NTT	Niksoy, Amd. Kep Nira Rahayu, SKM, M.Kes Rosiana Kali Kulla, SKM	Peneliti Lokal Ketua Pelaksana Peneliti
34	Model Surveilans Respons KIA pada Repro Center dalam Rangka Respons KIA di Kabupaten Belu	Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Pusat 4)	Belu, NTT	Epy Wandu, SKM, Widiartini, SKM, M.Kes Hanani M Laumalay, SKM Drg. Paskalia Fida Fahik	Peneliti Lokal Ketua Pelaksana Peneliti Peneliti Lokal
35	Kemitraan Petugas Kesehatan dan Tokoh Masyarakat dalam Penjangkauan 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 M. Umar Rendi, S.Si Sikmawati R. M. S. SKM	Ketua Pelaksana Peneliti Peneliti Lokal

26	Model Peningkatan Kinerja Tenaga Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan Bumi dan Balita di Kabupaten Buton Utara	Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar (Pusat 1)	Kab. Buton Utara, Sultra	drh. Rita Marlita Dewi, M.Kes Dianisya Eka Putra, SKM Endang Susilowaty, SKM	Ketua Pelaksana Peneliti Peneliti Lokal
27	Penguatan Kemitraan Bidan Desa (Sandu/Bhisa) di Peskesdes dalam Peningkatan Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Wakatobi, Sulawesi Tenggara	Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar (Pusat 1)	Kab. Wakatobi, Sultra	Luxi Rajuni Pasaribu, S.Si, MSc, PH Laly Indrawati, S. Sos, MKM H. Samsul S. S. Sos	Ketua Pelaksana Peneliti Peneliti Lokal
28	Peran GIDABASIC Project dalam Pemberdayaan Kader Desa Wisata untuk Meningkatkan Pembinaan Eksklusif dan Monitoring Status Gizi Kabupaten Kolaka Utara Tahun 2012	Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat (Pusat 3)	Kab. Kolaka Utara, Sultra	Kristina Tohiry, SKM, MKM Sunaryo, SKM Erna Susilowati, SKM	Ketua Pelaksana Peneliti Peneliti Lokal
29	Peran Pemberdayaan Kader Pustawati 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 Aan Kurniawan, S. Ant dr. Edy Natsir	Ketua Pelaksana Peneliti Peneliti Lokal
30	Implementasi Model Pendampingan dalam Meningkatkan Pembinaan 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 Hestrika Nova G. SIP Theresia Illi, S. Sos	Ketua Pelaksana Peneliti 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 Andarsa MKed Drh. Tri Wahono Janes Harsepunny	Ketua Pelaksana Peneliti Peneliti Lokal
37	Peran Pendampingan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK) dalam Peningkatan Pemeliharaan Petugas Puskesmas terhadap Kinerja Posyandu di Kabupaten Kepulauan Aru Maluku	Pusat Himmahora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Pusat 4)	Kab. Kep. Aru, Maluku	Noor Edi W Sukoco SKM,MCN,MSc drh. Sghal Ompusunggu, M Sc Yonita E. O Unplara, A Kp, M Kes	Ketua Pelaksana Peneliti 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	Syamei Hidayat, SKM Dr. Hijaz Nuhung Johanis Lekatomoessy, SKM	Ketua Pelaksana Peneliti Peneliti Lokal
39	Pengaruh Pendampingan DBK terhadap Keyakinan dan Tindakan Pelaku Kesehatan dalam Rangka Peningkatan Cakupan Penimbangan Balita dan Imunisasi di Kabupaten Buru Provinsi Maluku Tahun 2011	Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat (Pusat 3)	Kab. Buru, Maluku	Ors. M. Hasyimi, M.Si Betriyon, SKM Yulianis Rahim, SKM, M Kes	Ketua Pelaksana Peneliti Peneliti Lokal

DITETAPKAN DI JAKARTA  
PADA TANGGAL APRIL 2012

KEPALA

TRIHONO



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 : 070/2305.D.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 070/2305.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 dilindaklanjuti.

Demikian untuk menjadi maklum dan terima kasih.

a.n. DIREKTUR JENDERAL  
KESATUAN BANGSA DAN POLITIK  
SEKRETARIS DJEN.

*H. A. Rachman*  
H. A. RACHMAN, M.Sc., M.Si.  
Pembina Utama Madya (IV/d)  
NIP. 19520918 198003 1 001

Tembusan

Yth. Bapak Dirjen Kesbangpol, sebagai laporan.



KEMENTERIAN DALAM NEGERI  
REPUBLIK INDONESIA

REKOMENDASI PENELITIAN

NOMOR 070/2305.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
1. 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/ Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10580/ No. KTP 3576032004620004, Telp. (021) 4261088, 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: Ema 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

*A. Tamribali*  
A. TAMRIBALI

DAFTAR PENELITIAN

Penanggung Jawab:  
Peneliti Utama:  
Anggota:

Dr. H. Dikri H. S. M. MS  
Liaqatun Nisa, S. P. MS  
Rizki Nur Hafidha, S. P. MS

No	Provinsi	Judul Penelitian	Nama-nama Peneliti
1	Nangroe Aceh Darussalam	1. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 2. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 3. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 4. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 5. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan	1. Eka Luchman, S. P. MS 2. Lutfiana Ibrahim 3. Lutfiana Ibrahim 4. Lutfiana Ibrahim 5. Lutfiana Ibrahim
2	Nusa Tenggara Timur	1. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 2. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 3. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 4. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 5. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan	1. Dr. Lenny Murwanto 2. Yusep, MS 3. Yusep, MS 4. Yusep, MS 5. Yusep, MS
3	Nusa Tenggara Timur	1. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 2. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 3. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 4. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 5. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan	1. Dr. Guntur, MS 2. Dr. Guntur, MS 3. Dr. Guntur, MS 4. Dr. Guntur, MS 5. Dr. Guntur, MS
4	Nusa Tenggara Timur	1. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 2. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 3. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 4. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 5. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan	1. Nisa, MS 2. Nisa, MS 3. Nisa, MS 4. Nisa, MS 5. Nisa, MS
5	Nusa Tenggara Timur	1. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 2. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 3. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 4. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 5. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan	1. Nisa, MS 2. Nisa, MS 3. Nisa, MS 4. Nisa, MS 5. Nisa, MS
6	Sulawesi Barat	1. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 2. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 3. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 4. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 5. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan	1. Nisa, MS 2. Nisa, MS 3. Nisa, MS 4. Nisa, MS 5. Nisa, MS
7	Sulawesi Tengah	1. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 2. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 3. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 4. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 5. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan	1. Nisa, MS 2. Nisa, MS 3. Nisa, MS 4. Nisa, MS 5. Nisa, MS
8	Sulawesi Tengah	1. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 2. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 3. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 4. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan 5. Analisis Kebijakan dan Implementasi Kebijakan	1. Nisa, MS 2. Nisa, MS 3. Nisa, MS 4. Nisa, MS 5. Nisa, MS



## KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan ke hadirat Allah SWT karena atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga Laporan Akhir Penelitian “ Peningkatan Strategi Kerjasama Lintas Sektor Dalam Upaya Penerapan Revolusi KIA Untuk Kesehatan Ibu Dan Anak Di Kabupaten Manggarai Provinsi Nusa Tenggara Timur ” ini dapat terselesaikan.

Laporan akhir penelitian ini berisi tentang penerapan konsep revolusi KIA Di Kabupaten Manggarai yang masih belum optimal karena karena masalah persalinan termasuk kematian ibu melahirkan masih tinggi, .

Data dan informasi hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi Dinas Kesehatan setempat.

Pada kesempatan ini kami menyampaikan terimakasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini terutama kepada instansi terkait dalam penelitian ini dan sumber pembiayaan penelitian di bebaskan pada anggaran DIPA Badan Litbang Tahun anggaran 2012.

Kami menyadari bahwa penelitian ini masih banyak kekurangan baik dari segi materi maupun analisis serta pembahasannya, untuk itu saran dari semua pihak akan menjadi masukan yang berharga bagi kami sebagai perbaikan ke depan.

Akhirnya kami berharap laporan akhir penelitian ini dapat dimanfaatkan oleh semua pihak terkait dan berkepentingan didalam kegiatan ini.

Gunung Tinggi, Desember 2012

Penulis

## RINGKASAN

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa sangat tergantung kepada keberhasilan bangsa itu sendiri dalam menyiapkan sumber daya manusia yang berkualitas, sehat, cerdas, dan produktif. Betapapun kayanya sumber alam yang tersedia bagi suatu bangsa tanpa adanya sumber daya manusia yang tangguh maka sulit diharapkan untuk berhasil membangun bangsa itu sendiri. Salah satu indikator keberhasilan yang dapat dipakai untuk mengukur keberhasilan suatu bangsa dalam membangun sumberdaya manusia adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau Human Development index. Rendahnya IPM ini dipengaruhi oleh rendahnya status gizi dan kesehatan penduduk Indonesia, yang dapat ditunjukkan dengan masih tingginya angka kematian bayi sebesar 35 per seribu kelahiran hidup, dan angka kematian balita sebesar 58 per seribu serta angka kematian ibu sebesar 307 per seratus ribu kelahiran hidup (UNDP, 2001). Perlu diketahui bahwa lebih dan separo kematian bayi, balita dan ibu ini berkaitan dengan buruknya status gizi.

Hasil Riskesdas 2007 menunjukkan masih adanya disparitas atau perbedaan, baik antar wilayah timur dan barat (pendapatan penduduk miskin dan kaya, maupun antar perkotaan dan pedesaan). Selain itu, prevalensi balita pendek dan sangat pendek secara nasional masih tinggi yaitu 36.8%. Dari 16 Kabupaten/kota di Prov NTT prevalensi gizi lebih balita yang di atas 5% hanya terdapat di Kota Kupang. Kondisi tersebut mengidentifikasi bahwa masih banyak tantangan dalam menyusun program perbaikan gizi masyarakat yang tepat sasaran, equity, adil dan berpihak pada rakyat. Sehingga diperlukan suatu terobosan untuk menuntaskan masalah gizi kurang pada balita, serta memperbaiki gizi anak-anak, ibu hamil dan ibu menyusui, terutama pada masyarakat miskin.

Prevalensi balita kurus +sangat kurus di propinsi NTT adalah 20%. Angka ini melebihi batas kondisi kritis yakni 15%, sehingga memerlukan perhatian khusus. Prevalensi tertinggi balita kurus + sangat kurus terdapat di Kabupaten Manggarai (33.3%), terendah di Kab Ngada (13.6%).

Gizi merupakan salah satu faktor yang menentukan kualitas SDM, seperti diuraikan Jalal dan Atmojo (1998) untuk menciptakan SDM berkualitas banyak faktor yang harus diperhatikan, antara lain faktor gizi, kesehatan, pendidikan, informasi teknologi dan jasa pelayanan lainnya. Pengembangan program gizi dan

model-model intervensi gizi yang efektif sesuai dengan potensi, sumberdaya dan kearifan lokal di masyarakat, difokuskan pada kegiatan pemberdayaan masyarakat menuju Keluarga Sadar Gizi. Sekitar 2 juta bayi, anak balita, ibu hamil dan ibu menyusui akan mendapat intervensi pada pemberdayaan masyarakat. Untuk meningkatkan jangkauan dan kualitas pelayanan gizi, menjelaskan melalui intervensi ini tenaga gizi Puskesmas dan kabupaten/kota. Sedangkan di Posyandu, kader akan dilatih dan dilengkapi. Puskesmas akan dilengkapi sarana dan prasarana pelayanan gizi komprehensif.

Untuk menaikkan IPKM di Kabupaten Manggarai perlu dilakukan intervensi yang tepat dan sesuai dengan kondisi daerah tersebut. Sebelum intervensi dilakukan, mengetahui intervensi apa yang dilakukan sebelumnya merupakan cara efektif sebelum melakukan intervensi yang baru, alasan memilih Kabupaten Manggarai untuk dijadikan wilayah penelitian karena kabupaten Manggarai termasuk salah satu dari Kabupaten daerah PDBK dengan indikator masalah KIA yang tinggi.

Tingginya kematian ibu dan bayi di Provinsi NTT membuat Pemerintah Provinsi NTT meluncurkan Strategi Revolusi KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak, dengan alasan itu perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai pengembangan strategi kerjasama lintas sektor dalam meningkatkan program gizi balita dan kesehatan ibu hamil secara terintegrasi dan berkelanjutan di Kabupaten Manggarai Propinsi Nusa Tenggara Timur

Keterbatasan sumber daya kesehatan baik dalam aspek jumlah/rasio nakes, kualitas atau kompetensi nakes maupun aspek fasilitas, sarana dan prasarana termasuk aspek dana, merupakan salah satu kendala yang berkontribusi, sehingga kurang efektifnya program ataupun strategi intervensi kesehatan masyarakat yang dijalankan dan tertundanya keberhasilan dalam meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat dan memanfaatkan pelayanan nakes yang tersedia serta penyediaan pelayanan kesehatan itu sendiri secara optimal.

Dukungan dan koordinasi lintas sector masih belum optimal dengan belum adanya penyusunan rencana, pelaksanaan kegiatan dan monev yang terpadu yang melibatkan lintas sector.

Penerapan konsep revolusi KIA di Kabupaten Manggarai masih belum optimal, karna masalah persalinan termasuk kematian ibu melahirkan masih tinggi, pada dasarnya berkaitan erat dengan dua hal, yaitu akses nakes dan lemahnya kepercayaan terhadap nakes. Pelaksanaan revolusi KIA yang mengarah pada pemanfaatan dan akses maksimal fasilitas kesehatan untuk persalinan menjadi sangat menantang dan belum bisa secara sepenuhnya diterapkan di wilayah yang sulit akses air bersih dan listrik seperti di Wae Codi.

Permasalahan tersebut merupakan permasalahan di hulu sebagai dampak dari akar permasalahan yang sebenarnya (hilir) yang mencakup kondisi ekonomi atau kemiskinan, lemahnya infrastruktur (hardware dan software) di tingkat kabupaten dan desa serta kondisi lingkungan geografis yang sulit.

Penyelesaian masalah di tingkat hulu menjadi lebih menantang dan kurang efektif-efisien tanpa didukung oleh penyelesaian masalah di hilir atau akar permasalahan sebenarnya. Masalah kesehatan yang muncul di sebagian daerah pedesaan adalah merupakan dampak dari permasalahan kemiskinan dan rendahnya pendidikan masyarakat yang merupakan bagian dari lingkaran permasalahan.

Kegiatan pendampingan bidang kesehatan sangat diperlukan bagi kabupaten Manggarai, khususnya dalam aspek sumbe daya kesehatan dan optimalisasi fungsi dan kualitas infrastruktur kesehatan, termasuk juga optimalisasi peran kerjasama dan koordinasi berbagai pihak terkait.

Situasi program kesehatan ibu dan anak di kabupaten Manggarai,  
Provinsi Nusa Tenggara Timur  
Nita Rahayu<sup>1</sup>, Nunik Kesumawardani<sup>2</sup>, Rosiana Kalikulla<sup>3</sup>

Abstrak

Kabupaten Manggarai mengalami perbaikan dalam tiga tahun terakhir, dengan melihat penurunan angka kematian bayi dan angka kematian ibu. Cakupan persalinan nakes masih menjadi kendala dengan masih banyak ibu hamil yang memilih pertolongan persalinan oleh dukun karena aspek kekeluargaan, akses dan kepercayaan masyarakat terhadap dukun. Kegiatan yang melibatkan kerjasama lintas sector dalam upaya menurunkan angka kematian ibu adalah dalam bentuk program 5H2C atau lima hari dua centre yang merupakan bagian dari kegiatan revolusi KIA. Kegiatan ini melibatkan semua aparat ditingkat kabupaten, kecamatan, desa dan puskesmas. Setiap ada ibu hamil yang akan melahirkan dalam kurun waktu lima hari sebelum hari perkiraan kelahiran dinas kesehatan kabupaten akan mengirim pesan singkat (sms) melalui telepon genggam ke aparat (camat, kepala desa, kepala puskesmas, koordinator bidan di puskesmas dan bidan desa) yang menyampaikan informasi mengenai identitas, alamat dan tanggal partus ibu yang akan melahirkan untuk selanjutnya dipantau selama lima hari oleh bidan desa yang bersangkutan. Bayi yang dilahirkan selanjutnya di pantau selama dua hari setelah lahir oleh bidan atau tenaga kesehatan di wilayah setempat. Kegiatan 5H2centre ini sudah mulai dilaksanakan lima bulan yang lalu pada tahun 2011 ini. Adapun kendala yang dihadapi ditingkat desa adalah adanya keterbatasan jaringan telepon sehingga ada penundaan penerimaan maupun pengiriman SMS melalui telepon genggam, disamping juga kendala dalam lokasi fasilitas kesehatan yang kurang terjangkau bagi sebagian ibu yang akan melahirkan. Dukungan dan koordinasi lintas sector masih belum optimal dengan belum adanya penyusunan rencana, pelaksanaan kegiatan dan monev yang terpadu yang melibatkan lintas sector. Kendala lingkungan geografis merupakan faktor '*un-modifiable*' yang sulit dihindari tetapi bisa dijadikan bahan pertimbangan dalam membangun infrastruktur ataupun penyediaan fasilitas dan sarana pendukung agar dapat menjadikannya bukan hambatan utama dalam menolong persalinan atau mencegah keterlambatan pelayanan atau kematian. Program pendampingan daerah bermasalah kesehatan hendaknya akan lebih efektif dengan secara bersamaan disertai dengan pendampingan daerah bermasalah ekonomi (PDBE), PDBPd (pendidikan), PDBPt (pertanian). Sehingga bisa menciptakan intervensi atau upaya pembangunan desa yang lebih efektif dan berkelanjutan.

## DAFTAR ISI

JUDUL .....	i
SUSUNAN TIM PENELITI.....	ii
SURAT KEPUTUSAN PENELITIAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
RINGKASAN PENELITIAN .....	v
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR GRAFIK.....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
1. PENDAHULUAN .....	1
A. Masalah Penelitian .....	1
B. Topik Kegiatan .....	1
C. Pertimbangan Focus <i>Justification</i> ) Bidang Kegiatan .....	1
2. TINJAUAN PUSTAKA .....	2
3. TUJUAN DAN MANFAAT .....	8
A. Tujuan .....	8
B. Manfaat .....	8
4. METODE .....	10
A. Kerangka Konsep Penelitian .....	10
B. Tempat dan Waktu .....	11
C. Jenis Kegiatan .....	11
D. Informan .....	11
E. Variabel .....	12
F. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data .....	12
G. Prosedur Kegiatan .....	12
H. Manajemen Data dan Analisis Data .....	13
V. HASIL .....	14
A. Keadaan Geografis .....	14
B. Luas Prosentase Menurut kemiringan dann Ketinggian Tanah .....	14
C. Keadaan Demografi .....	15
D. Keadaan Sosial Ekonomi .....	16

E. Hasil Pengamatan Pra Kalakarya.....	30
VI. PEMBAHASAN.....	31
VII. KESIMPULAN DAN SARAN.....	40
VIII. UCAPAN TERIMA KASIH.....	41
IX. DAFTAR PUSTAKA.....	42
X. LAMPIRAN.....	43
XII. LEMBAR PENGESAHAN.....	55

## DAFTAR GRAFIK

No. Grafik	Uraian	Halaman
1	Gambaran Jumlah Penduduk dari tahun 2009-2011	21
2	Prosentase penduduk menurut kelompok umur akhir tahun 2011	22
3.a	Jumlah kasus kematian ibu dalam tiga tahun terakhir	24
3.b	Jumlah kasus kematian ibu menurut puskesmas tahun 2011	25
4.a	Jumlah kasus kematian bayi dalam tiga tahun terakhir 2009-2011	26
4.b	Jumlah kasus AKB menurut puskesmas tahun 2011	27
5	Jumlah kasus BBLR Di Kab. Manggarai tahun 2009-2011	28
6	Jumlah kasus BBLR menurut puskesmas Di Kab. Manggarai tahun 2011	29
7	Jumlah kasus BBLR Di Puskesmas menurut jenis kelamin tahun 2011	29
8	Presentase kasus gizi buruk di Kab. Manggarai tahun 2009-2011	30
9	Jumlah kasus gizi buruk menurut puskesmas di Kab. Manggarai tahun 2011	30
10	Jumlah kasus gizi buruk balita di puskesmas menurut jenis kelamin Di Kab. Manggarai tahun 2011	31
11	Cakupan program perbaikan gizi Di Kab. Manggarai tahun 2010-2011	31
12	Presentase kecamatan bebas rawan gizi Di Kab. Manggarai tahun 2011	32
13.a	Presentase cakupan pelayanan ibu hamil Di Kab. Manggarai tahun 2009-2011	33
13.b	Presentase cakupan K4 bumil menurut puskesmas Di Kab. Manggarai tahun 2011	33

14	Presentase cakupan kunjungan neonates Di Kab. Manggarai tahun 2009-2011	34
15.a	Persentase cakupan pertolongan persalinan oleh nakes Di Kab. Manggarai tahun 2009-2011	35
15.b	Persentase cakupan persalinan oleh nakes menurut puskesmas Di Kab. Manggarai tahun 2011	35
16	Cakupan balita yang ditimbang, BB naik dan BGM Di Kab. Manggarai tahun 2009-2011	36
17.a	Kuesioner A	37
17.b	Kuesioner B	38
18	Kuesioner C	39
19	Kuesioner D	40
20	Distribusi profesi tenaga kesehatan di 15 puskesmas Di Kab. Manggarai tahun 2010	40

## DAFTAR GAMBAR

No.Gambar	Uraian	Halaman
2	Puskesmas Wae Codi Kecamatan Cibai Kabupaten Manggarai	44
3	Bagian belakang rumah dinas kepala puskesmas Wae Codi	45
4	Rumah dinas dokter/ tenaga kesehatan di Wae Codi	46
5	Tempat mandi umum di desa Wae Codi	47

## DAFTAR LAMPIRAN

### Halaman

No.	Uraian
1	Jadwal Penelitian
2	Rekapitulasi Biaya
3	Rencana Anggaran Belanja
4	Biodata Ketua Pelaksana
5	Persetujuan Atasan Langsung Berwenang
6	Surat Persetujuan Pelaksanaan Kegiatan Penelitian
7	Persetujuan Etik

## **1. Pendahuluan**

### **A. Masalah Penelitian**

Kabupaten Manggarai di provinsi NTT merupakan salah satu kabupaten yang mempunyai nilai IPKM rendah sebesar 0.28 (rangking 16 diantara 16 kabupaten di provinsi NTT dan rangking 437 dari total 440 kabupaten di Indonesia). Upaya yang efektif dan kerja keras semua pihak sangat dibutuhkan untuk dapat memperbaiki status kesehatan masyarakat di kabupaten Manggarai. Indikator mutlak dari IPKM termasuk yang berkaitan dengan status gizi, akses air bersih dan sanitasi, imunisasi, penimbangan balita, pelayanan neonatal dan sumber daya kesehatan. Salah satu upaya untuk menaikkan IPKM di Kabupaten Manggarai adalah dengan memanfaatkan konsep revolusi KIA yang sudah diterapkan di provinsi NTT sejak 2008, yang tepat dan sesuai dengan kondisi daerah tersebut. Dengan demikian perlu dilakukan suatu pengamatan atau studi untuk mengetahui intervensi apa yang efektif untuk mengoptimalkan konsep revolusi KIA. Sebagai bagian dari proses atau upaya optimalisasi konsep revolusi KIA, maka perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai pengembangan strategi kerjasama lintas sektor dalam meningkatkan program gizi balita dan kesehatan ibu hamil secara terintegrasi dan berkelanjutan di Kabupaten Manggarai Propinsi Nusa Tenggara Timur.

### **B. Topik Penelitian**

Topik dalam penelitian ini adalah intervensi pendampingan untuk mengatasi masalah gizi balita dan ibu hamil di kabupaten Manggarai, NTT dengan mengarah pada peran kerja sama lintas sektor terkait. Data IPKM yang ada menunjukkan posisi Kabupaten Manggarai berada pada ranking ke 16 dari 16 kabupaten di Provinsi NTT dan ranking ke 437 dari 440 kabupaten secara nasional. Pemilihan fokus penelitian ini atas pertimbangan bahwa semua upaya untuk peningkatan IPKM telah ada dalam organisasi pemerintahan namun masih belum optimal terintegrasi kerjasama lintas sector

### **C. Pertimbangan atau Fokus Penelitian**

Bagaimana kegiatan PDBK dapat meningkatkan peran kerjasama lintas sector dalam upaya meningkatkan keberhasilan pelaksanaan revolusi KIA dalam upaya pengembangan program gizi balita dan kesehatan ibu hamil di Kabupaten Manggarai".

Dalam penelitian ini pertanyaan fokus penelitian adalah sebagai berikut;

1. Bagaimana tenaga kesehatan terkait dapat meningkatkan kegiatan secara lebih efektif?
2. Bagaimana pelaksanaan kerjasama lintas sector yg berjalan saat ini dalam hal (hambatan,kebutuhan dan harapan kedepan) dari semua sector terkait (bappeda, DPRD, Bupati, Tokoh agama, Tokoh masyarakat , Kantor pemberdayaan perempuan, PKK, Kepala Desa)
3. Bagaimana kegiatan pendampingan dapat menimbulkan perubahan kerjasama lintas sector dalam program kesehatan balita dan ibu hamil?
4. Bagaimana kegiatan pendampingan dapat menimbulkan perubahan institusi kesehatan berkaitan dengan kerjasama lintas sector ( dinkes kab dengan puskesmas)
5. Bagaimana kegiatan pendampingan dapat memperbaiki kebijakan yang ada berkaitan dengan program kesehatan balita dan ibu hamil
6. Bagaimana kegiatan pendampingan dapat memberikan pengaruh kepada institusi lainnya yg berkaitan ( Bappeda, DPRD)
7. Bagaimana kegiatan pendampingan dapat memberikan perubahan pada tingkat propinsi dan kabupaten
8. Bagaimana perubahan di tingkat propinsi dan kabupaten dalam meningkatkan kerjasama lintas sektor di tingkat desa dan masyarakat

## 2. Tinjauan Pustaka

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa sangat tergantung kepada keberhasilan bangsa itu sendiri dalam menyiapkan sumber daya manusia yang berkualitas, sehat, cerdas, dan produktif. Betapapun kayanya sumber alam yang tersedia bagi suatu bangsa tanpa adanya sumber daya manusia yang tangguh maka sulit diharapkan untuk berhasil membangun bangsa itu sendiri. Salah satu indicator keberhasilan yang dapat dipakai untuk mengukur keberhasilan suatu bangsa dalam membangun sumberdaya manusia adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau Human Development index. Rendahnya IPM ini dipengaruhi oleh rendahnya status gizi dan kesehatan penduduk Indonesia, yang dapat ditunjukkan dengan masih tingginya angka kematian bayi sebesar 35 per seribu kelahiran hidup, dan angka kematian balita sebesar 58 per seribu serta angka kematian ibu sebesar 307 per

seratus ribu kelahiran hidup (UNDP, 2001). Perlu diketahui bahwa lebih dan separo kematian bayi, balita dan ibu ini berkaitan dengan buruknya status gizi.

World Health Organization (WHO), memperkirakan 585.000 perempuan meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan, proses kelahiran dan aborsi yang tidak aman. Di dunia sekitar satu perempuan hamil atau bersalin meninggal setiap menit. Di mana hampir semua kasus kematian tersebut sebenarnya dapat dicegah. Beberapa situasi dan kondisi serta keadaan umum seorang ibu selama kehamilan, persalinan dan nifas akan memberikan ancaman pada kesehatan jiwa ibu dan janin.

Hasil Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas) 2004, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia adalah 307 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan untuk NTT adalah 554 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2007, hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI), AKI Nasional turun menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup dan di NTT menjadi 306 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun di NTT ada penurunan tapi angka ini masih lebih tinggi jika dibandingkan dengan rata-rata provinsi lainnya di Indonesia. Demikian pula angka kematian bayi (AKB), pada tahun 2004, nasional 52 per 1000 kelahiran hidup turun menjadi 34 per 1000 kelahiran hidup sedangkan untuk NTT dari 62 per 1000 kelahiran hidup turun menjadi 57 per 1000 kelahiran hidup.

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 menunjukkan bahwa di Provinsi NTT sebesar 77,1 % pertolongan persalinan dilakukan di rumah. Sedangkan pertolongan persalinan lainnya sebesar 6,9 % dilakukan di RS Pemerintah, sebesar 6,5 % dilakukan di Puskesmas/Pustu, 3,5 % dilakukan di Polindes/Poskesdes, sebesar 3,0 % dilakukan di Rumah Bersalin/Klinik dan 2,2 % dilakukan di RS Swasta serta 0,7% dilakukan pada tempat-tempat lainnya. Sementara Riskesdas 2007 juga menunjukkan bahwa prosentase pertolongan persalinan sebesar 46,2 % dilakukan oleh dukun bersalin dan 36,5 % ditolong oleh bidan, sedangkan sisanya yaitu sebesar 11,5 % dilakukan oleh anggota keluarga/famili, 4,1 % dilakukan oleh dokter dan 1,2 % dilakukan oleh tenaga kesehatan lain serta 0,5 % dilakukan oleh tenaga lainnya.

Dari uraian data di atas terlihat jelas bahwa masih banyak persalinan yang dilakukan diluar fasilitas kesehatan di provinsi NTT. Kematian ibu dapat terjadi pada saat bersalin oleh karena tenaga yang tidak terampil dan alat yang tidak steril. Selama masa kehamilan sebaiknya seorang ibu menjalani pemeriksaan kehamilan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang disebut dengan istilah pelayanan antenatal atau

Ante Natal Care (ANC). Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, dilaksanakan sesuai standar pelayanan antenatal yang ditetapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK).

Pelayanan antenatal sesuai standar ini meliputi penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan, pengukuran tekanan darah, pengukuran tinggi fundus uteri (tinggi dasar rahim), pengecekan status Imunisasi Tetanus dan Tetanus Toksoid, pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama masa kehamilan, test laboratorium (rutin dan khusus) dan konseling (temu wicara dengan petugas kesehatan). Frekwensi pelayanan pada masa kehamilan minimal empat kali, dengan distribusi minimal satu kali pada triwulan pertama, minimal satu kali pada triwulan kedua dan minimal dua kali pada triwulan ketiga. Pelayanan antenatal ini dilakukan pada fasilitas kesehatan yaitu puskesmas pembantu, puskesmas dan rumah sakit. Standar waktu pelayanan masa kehamilan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil berupa deteksi dini resiko, pencegahan dan penanganan komplikasi.

Adapun tenaga kesehatan yang dapat memberikan pelayanan antenatal kepada masyarakat adalah dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan dan perawat. Penanganan yang tidak benar dalam persiapan persalinan juga akan berdampak pada kematian ibu dan bayi. Dari data Riskesdas 2007 diperoleh hasil yaitu cakupan pemeriksaan kehamilan (Ante Natal Care/ANC) ibu hamil pada fasilitas kesehatan sebesar 87,9%, sedangkan prosentase cakupan pelayanan bayi baru lahir atau kunjungan neonatal yang pertama pada bayi usia 0 hingga 7 hari/KN-1 (0-7 hari) adalah 42,3% dan KN-2 (8-28 hari)/usia bayi 8 hingga 28 hari sebesar 34,4% (Riskesdas 2007).

Cakupan ini masih jauh dari harapan. Tingginya kematian ibu dan bayi di Provinsi NTT membuat Pemerintah Provinsi NTT meluncurkan Strategi Revolusi KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak. Revolusi KIA adalah salah satu bentuk upaya akselerasi percepatan penurunan kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir dengan cara-cara yang luar biasa melalui persalinan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai. Aspek-aspek yang menjadi perhatian adalah : pertama, orang yang menolong harus memadai dari segi jumlah, jenis dan kualitas. Mereka yang berhak menolong persalinan adalah benar-benar orang yang berkompeten. Para dokter spesialis kebidanan, dokter umum terlatih kebidanan, bidan dan perawat terlatih. Maksudnya supaya ibu dan bayi yang akan

lahir ditangani dengan sebaik-baiknya sesuai standar. Kedua, peralatan kesehatan harus sesuai standar. Peralatan yang tersedia untuk pertolongan persalinan harus sesuai dengan standar kesehatan yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan RI. Hal ini dimaksudkan agar ibu dan bayi dapat ditolong dengan alat-alat yang memadai dan terstandar. Ketiga, obat, bahan dan perbekalan kesehatan yang dibutuhkan. Komponen ini harus memenuhi standar dengan kata lain harus selalu tersedia dan cukup. Keempat, bangunan yang sesuai dengan standar dan fungsi. Bangunan yang dimaksud disini adalah tempat di mana ibu hamil melahirkan (puskesmas atau rumah sakit). Bangunan yang dimaksud pada fasilitas kesehatan yang memadai adalah yang bersih, nyaman, aman, asri, menyejukkan dan menyenangkan serta sesuai dengan fungsi-fungsi pelayanan. Kelima, sistem pelayanan yang bagus (termasuk didalamnya prosedur tetap dan prosedur standar pertolongan persalinan). Sistem pelayanan yang baik dan terstandar agar supaya pasien yang dilayani dan pemberi pelayanan mengetahui hak, kewajiban dan tanggung jawabnya masing-masing, karena setiap prosedur telah disusun sesuai standar dan transparan. Keenam, anggaran yang memadai. Pada fasilitas kesehatan harus tersedia biaya operasional dan biaya pemeliharaan, yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Karena kebutuhan-kebutuhan pada fasilitas pelayanan kesehatan tersebut muncul secara tidak terduga-duga misalnya ada alat-alat yang tiba-tiba rusak dan membutuhkan perbaikan segera, hal semacam ini muncul dengan tidak disangka-sangka. Biaya operasional dan pemeliharaan ini harus tersedia untuk dapat menjamin kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan selama 24 jam setiap harinya, karena tidak mungkin penyelenggaran pelayanan mengatakan tidak ada biaya / ditunda untuk membeli / menyediakannya, contoh bola lampu yang putus, peralatan yang macet/rusak dan harus segera diganti/diperbaiki, ketersediaan bahan/cairan yang dibutuhkan oleh pasien dan lain-lain. Untuk mendukung pelayanan pada fasilitas kesehatan yang memadai pada puskesmas dan rumah sakit akan disediakan rumah tunggu yang berfungsi sebagai tempat penampungan sementara bagi ibu yang akan melahirkan dan bagi keluarga yang mendampingi.

Semua pola pendekatan yang dilakukan ini adalah bentuk kepedulian dan komitmen dari Pemerintah Provinsi NTT didalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi di NTT. Oleh karena itu bentuk intervensi dalam Revolusi KIA ini adalah pada dua bagian besar yakni pertama Provider Side/Supply Side (Pemerintah, Swasta, Non

Governmental organization/NGO, Lembaga Internasional, External Agencies dll) sebagai pihak penyelenggara/penyedia pelayanan kesehatan dan yang kedua adalah Demand Side/sisi masyarakat, sebagai pihak yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Kedua komponen ini akan saling memberi dan menerima.

Penyelenggara/penyedia pelayanan atau fasilitas kesehatan berperan dalam merubah kondisi sebelum revolusi menjadi kondisi dimana: (1) persalinan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai, (2) fasilitas kesehatan merujuk pasien pada saat yang tepat, (3) fasilitas kesehatan bekerja sesuai standar. Selanjutnya masyarakat sebagai pihak yang membutuhkan pelayanan kesehatan berperan merubah kondisi sebelum revolusi menjadi; (1) mau melahirkan pada fasilitas kesehatan yang memadai, (2) saat melahirkan mau di tolong oleh tenaga kesehatan yang terlatih, (3) berperan aktif dalam mendapatkan upaya pelayanan kesehatan yang berkualitas. Sangat di harapkan semua komponen tersebut dapat menjalankan peran dan fungsinya masing-masing sebagaimana yang telah dijabarkan di atas. Akhirnya mari kita songsong masa depan NTT yang cerah tanpa ada lagi kematian ibu dan bayi dengan menyukseskan program akselerasi percepatan penurunan kematian ibu dan bayi baru lahir melalui Strategi Revolusi KIA di NTT. **(Sumber : Oleh Tim Revolusi KIA-Dinkes Provinsi NTT)**

Hasil Riskesdas 2007 menunjukkan masih adanya disparitas atau perbedaan, baik antar wilayah timur dan barat (pendapatan penduduk miskin dan kaya, maupun antar perkotaan dan pedesaan). Selain itu, prevalensi balita pendek dan sangat pendek secara nasional masih tinggi yaitu 36.8%, Secara umum, prevalensi **gizi kurang+buruk** di propinsi NTT adalah 33.6% berarti belum mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) dan MDGs 2015 (18.5%). Dari 16 kabupaten/kota hanya ada 1 kabupaten yang sudah mencapai target nasional dan target MDGs 2015 yaitu Kota Kupang (14.3%). Sedangkan prevalensi tertinggi **gizi kurang+buruk** ada di Kabupaten Rote Ndao (40.8%). Untuk Provinsi NTT prevalensi gizi lebih masih cukup rendah (2.0%). Dari 16 Kabupaten/kota di Prov NTT prevalensi gizi lebih balita yang di atas 5% hanya terdapat di Kota Kupang. Kondisi tersebut mengidentifikasikan bahwa masih banyak tantangan dalam menyusun program perbaikan gizi masyarakat yang tepat sasaran, equity, adil dan berpihak pada rakyat. Sehingga diperlukan suatu terobosan untuk menuntaskan masalah gizi kurang pada balita, serta memperbaiki gizi anak-anak, ibu hamil dan ibu menyusui, terutama pada masyarakat miskin.

Pengembangan program gizi dan model-model intervensi gizi yang efektif sesuai dengan potensi, sumberdaya dan kearifan lokal di masyarakat, difokuskan pada kegiatan pemberdayaan masyarakat menuju Keluarga Sadar Gizi. Sekitar 2 juta bayi, anak balita, ibu hamil dan ibu menyusui akan mendapat intervensi pada pemberdayaan masyarakat. Untuk meningkatkan jangkauan dan kualitas pelayanan gizi, menjelaskan melalui intervensi ini tenaga gizi Puskesmas dan kabupaten/kota. Sedangkan di Posyandu, kader akan dilatih dan dilengkapi. Puskesmas akan dilengkapi sarana dan prasarana pelayanan gizi komprehensif.

Secara nasional prevalensi kurus pada balita adalah 13,6%. Hal ini berarti bahwa masalah kurus di Indonesia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius. Bahkan, dari 33 provinsi, 18 provinsi di antaranya masuk dalam kategori kategori kritis (prevalensi kurus >15%), 12 provinsi pada kategori serius (prevalensi kurus antara 10-15%).

Secara umum, prevalensi balita kurus +sangat kurus di propinsi NTT adalah 20%. Angka ini melebihi batas kondisi kritis yakni 15%, sehingga memerlukan perhatian khusus. Prevalensi tertinggi balita kurus + sangat kurus terdapat di Kabupaten Manggarai (33.3%), terendah di Kab Ngada (13.6%). Masalah kegemukan di provinsi NTT kelihatannya belum menjadi masalah serius karena prevalensinya baru mencapai 7%.

Gizi merupakan salah satu faktor yang menentukan kualitas SDM, seperti diuraikan Jalal dan Atmojo (1998) untuk menciptakan SDM berkualitas banyak faktor yang harus diperhatikan, antara lain faktor gizi, kesehatan, pendidikan, informasi teknologi dan jasa pelayanan lainnya. Secara umum dapat dikatakan bahwa (1) pencapaian program perbaikan gizi kurang+buruk di Provinsi NTT belum mencapai target nasional perbaikan gizi 2015 maupun target MDGs 2015, (2) masalah gizi yang dihadapi provinsi NTT adalah masalah gizi akut dan kronis karena prevalensi —kurus+sangat kurus dan prevalensi —pendek+sangat pendek|| termasuk tinggi (keduanya di atas 20%).

## Tujuan Dan Manfaat

### a. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan umum

Untuk mendapatkan perubahan sikap dan tindakan dengan fokus kerjasama lintas sektor dalam optimalisasi konsep revolusi KIA secara terintegrasi dan berkelanjutan di Kabupaten Manggarai di Propinsi Nusa Tenggara Timur

#### 2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi sumber daya kesehatan (tenaga, fasilitas, dana) dalam program kesehatan ibu dan anak.
- b. Mempelajari pelaksanaan kerjasama lintas sector yg berjalan saat ini dalam hal (hambatan,kebutuhan dan rencana kedepan) dari semua sector terkait (Bappeda, DPRD, Bupati, Tokoh agama, Tokoh masyarakat , Kantor pemberdayaan perempuan, PKK, Kepala Desa)
- c. Menganalisa penerapan konsep revolusi KIA di kabupaten Manggarai, termasuk aspek kerja sama lintas sektor (hambatan, pendukung, kebutuhan dan rencana ke depan)
- d. Menganalisa perubahan individu, institusi (provider kesehatan) dan kerjasama tim (sector terkait) serta partisipasi masyarakat dan hubungannya dengan strategi yang ada dan intervensi pendampingan.
- e. Mempelajari dampak kegiatan pendampingan dalam memperbaiki kebijakan yang ada berkaitan dengan program kesehatan balita dan ibu hamil
- f. Menganalisa hubungan antara kegiatan pendampingan dan perubahan strategi program pada tingkat propinsi dan kabupaten
- g. Mengidentifikasi perubahan di tingkat propinsi dan kabupaten dalam meningkatkan kerjasama lintas sector di tingkat desa dan masyarakat

## b. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan oleh:

### a. *Penentu Kebijakan*

Bagi pihak penentu kebijakan/program dapat digunakan untuk penyusunan kebijakan dan program dalam pembangunan kesehatan khususnya upaya peningkatan IPKM di Kabupaten Manggarai.

### b. *Masyarakat Umum*

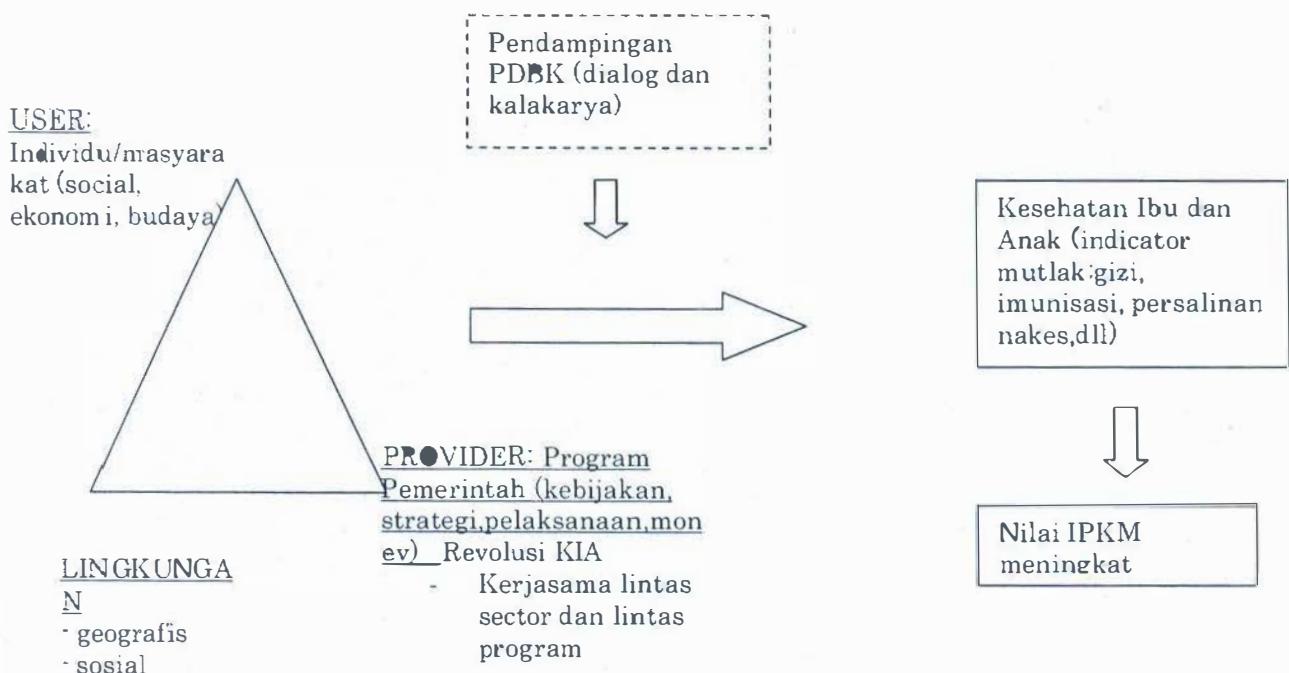
Bagi masyarakat umum dapat memanfaatkan informasi hasil penelitian ini sebagai bahan masukan dengan bertambahnya informasi guna meningkatkan peran serta aktif masyarakat dalam upaya peningkatan IPKM di Kabupaten manggarai.

### c. *Masyarakat Ilmiah*

Bagi masyarakat ilmiah dapat memberikan informasi untuk pengembangan keilmuan yang diharapkan mampu menunjang kesejahteraan kehidupan masyarakat.

#### 4. Metode

##### A. Kerangka Konsep Penelitian



Skema 1 di atas menggambarkan variable-variabel yang akan dipelajari dan dianalisa dalam studi ini. Indikator IPKM mutlak terdiri dari prevalensi balita gizi kurang dan buruk, prevalensi balita kurus dan sangat kurus, prevalensi balita pendek dan sangat pendek, proporsi rumah tangga dengan sanitasi baik, akses air bersih, cakupan penimbangan balita, pemeriksaan neonatal (KN1), imunisasi lengkap, penolong persalinan oleh nakes, rasio dokter per puskesmas, rasio bidan per desa. Beberapa factor yang berkaitan dalam peningkatan nilai IPKM termasuk faktor individu, lingkungan dan pemberi pelayanan kesehatan. Faktor individu termasuk aspek kesadaran atau kemampuan individu terhadap kesehatan yang bervariasi berdasarkan kondisi social, ekonomi dan budaya. Faktor lingkungan termasuk lingkungan geografis dan lingkungan social. Lingkungan geografis dan sosial baik secara langsung maupun tidak langsung mempengaruhi perilaku individu di wilayah tertentu. Faktor pemberi pelayanan kesehatan atau provider termasuk program pelayanan kesehatan di wilayah setempat.

Beberapa aspek pelayanan kesehatan yang akan diteliti dalam studi ini mencakup konsep revolusi KIA dan kerja sama lintas sector. Konsep revolusi KIA merupakan kebijakan dan strategi daerah yang di terapkan di provinsi NTT untuk

mengatasi masalah kesehatan ibu dan anak. Kerjasama lintas sector merupakan aspek yang akan di pelajari dalam penelitian ini karena merupakan salah satu aspek penting dalam peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk dalam penerapan revolusi KIA. Dengan adanya kegiatan pendampingan akan dilihat apakah terjadi beberapa perubahan yang menyangkut aspek individu, lingkungan social dan peran pemberi pelayanan kesehatan yang menyangkut kerja sama lintas sector dalam penerapan konsep revolusi KIA.

Ilustrasi diatas menggambarkan peta konsep pendampingan mengenai keberadaan program yang sudah ada pada organisasi pemerintahan. Dari indikator IPKM akan dilakukan identifikasi kegiatan yang diperlukan dan pemangku kepentingan yang berpotensi untuk berperan serta dalam meningkatkan IPKM di Kabupaten Manggarai secara optimal.

#### **B. Tempat dan Waktu**

Lokasi penelitian dilakukan di Kabupaten Manggarai Propinsi Nusa Tenggara Timur selama 1 tahun dari bulan Januari s/d desember 2012. Lokasi penelitian di Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai berdasarkan data dari IPKM Kabupaten Manggarai. Lokasi dapat dijangkau oleh penelitian masyarakat yang memiliki homogenitas dalam hal perilaku dan masih memiliki adat istiadat yang kuat.

#### **C. Jenis Kegiatan**

Jenis penelitian adalah merupakan penelitian deskriptif. Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *disain community – based participatory research* dengan menggunakan analisa data sekunder dan dokumen, serta studi kualitatif.

#### **D. Informan**

Dalam penelitian ini data primer yang dikumpulkan merupakan data kualitatif dari beberapa informan dengan kriteria tertentu yang berkaitan dengan kesehatan ibu dan anak. Informan kunci dari sektor pemerintah:

- Tenaga kesehatan bidang kesehatan ibu dan anak dan bidang terkait lainnya di Dinas Kesehatan Kabupaten dan Puskesmas.
- Tenaga bidang terkait di instansi pemerintah non kesehatan (aparatur kelurahan/desa, kecamatan, Bappeda, dinas pendidikan, dan kantor terkait lainnya)

Informan kunci dari masyarakat setempat:

- Ibu hamil dan balita
- Keluarga ibu hamil dan balita (suami/ayah/kakek/nenek)
- Kader kesehatan
- Ibu-ibu PKK
- Karang taruna
- Kelompok pengajian
- Kelompok adat
- Kelompok akademisi (pakar setempat)

#### **E. Variabel**

Variabel dalam penelitian ini meliputi :

- a. Variable bebas
  - ✓ program kegiatan
  - ✓ partisipasi pengelola program
  - ✓ kebijakan/regulasi/ peraturan
  - ✓ partisipasi masyarakat
  - ✓ Pengelolaan data laporan
- b. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah nilai IPKM

#### **F. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data**

##### a. Instrumen

Instrumen penelitian berupa data primer dan sekunder di lokasi penelitian yang meliputi : data wawancara, kalakarya, observasi, program-program yang dilaksanakan, tenaga pelaksana, regulasi.

##### b. Cara pengumpulan data

Cara pengumpulan data dengan pengamatan, wawancara, kalakarya, pencatatan, angket.

#### **G. Prosedur kegiatan**

##### a. Pengukuran perubahan individu

Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini berupa pembagian kuesioner A, B, C dan D untuk penilaian sendiri oleh pelaku kegiatan, wawancara mendalam (*indepth interview*) terhadap Kepala Puskesmas dan Kepala Dinas Kesehatan.

##### b. Identifikasi indikator proses menuju perubahan

Identifikasi pada tahapan proses kegiatan dilakukan dengan mengamati pelaksanaan kegiatan yang dilakukan baik di tingkat Puskesmas

(kecamatan) maupun Dinas Kesehatan (kabupaten). Pengamatan dilakukan baik secara individu maupun pengamatan terhadap kelompok.

c. Identifikasi indikator *output*

Bahan dalam penelitian ini: PDBK kit, data dan laporan program di masing-masing tempat amatan.

Prosedur kerja

- Advokasi
- Paparan IPKM dan PDBK
- Observasi, diskusi kelompok dan wawancara
- Kalakarya
- Analisis data, koordinasi dan kesepakatan
- Pendampingan tim pusat dan tim daerah

H. **Manajemen Data dan Analisa Data**

Manajemen penelitian dilakukan dengan pencatatan setiap tahapan kegiatan ke dalam form maupun lembaran-lembaran kerja, untuk dianalisis lebih lanjut. Setiap masukan akan digunakan untuk evaluasi perbaikan yang dikembangkan.

Analisis data dilakukan dengan memadukan data hasil observasi dan angket kemudian memformulasikan ke dalam hasil yang disepakati bersama.

Data dari laporan puskesmas dan kabupaten di analisa secara deskriptif untuk tabulasi data. Data kualitatif akan dianalisa secara content analysis melalui tahapan:

- Urutan data sesuai dengan tujuan
- Kategorisasi
- Meringkas data dalam bentuk matrix dan flow chart
- Identifikasi variabel dan hubungan antara variabel
- Menemukan variabel confounding atau intervening
- Mencari rantai dari fakta secara logis

## TRIANGULASI

Dalam upaya menjamin validitas dan reliabilitas data maka akan dilakukan triangulasi sumber data dan triangulasi metode pengumpulan data.

### 1. Tingkat analisis

- a. Analisis dilakukan terhadap Kepala Dinas, Kepala Puskesmas dan Camat atau Kepala Desa yang terlibat dalam penelitian berdasarkan hasil *indepth interview*.
- b. Analisis kelompok dilakukan terhadap masyarakat berdasarkan hasil pengumpulan data melalui FGD kegiatan kemitraan bidan desa dan dukun, dan kegiatan pelatihan kader kesehatan.

### 2. Macam analisis

Analisis yang digunakan adalah naratif, yaitu suatu pendekatan dalam analisa kualitatif yang menekankan dalam bentuk narasi, atau suatu cerita, suatu pemahaman manusia biasa. *Narative* analisis melihat suatu obyek penelitian seperti cerita itu sendiri (Riessman, 1993).

## 5. Hasil

### A. Keadaan Geografis dan Administrasi Pemerintahan Kabupaten Manggarai

Secara geografis Kabupaten Manggarai terletak di antara  $08^{\circ}.14' \text{ LS} - 09^{\circ}.00' \text{ LS}$  dan  $120^{\circ}.20' \text{ BT} - 120^{\circ}.37' \text{ BT}$ . Batas-batas wilayahnya, yaitu:

- Timur dengan Kabupaten Manggarai Timur
- Barat dengan Kabupaten Manggarai Barat
- Utara dengan Laut Flores
- Selatan dengan Laut Sawu.

Dari aspek administrasi Pemerintahan, Kabupaten Manggarai terdiri dari 9 kecamatan yang meliputi 132 desa dan 17 kelurahan.

### B. Luas dan Prosentase Menurut Ketinggian dan Kemiringan Tanah

Luas wilayah Kabupaten Manggarai adalah 1.915,62 KM persegi (19.156,2 Ha) dengan kondisi topografinya merupakan dataran tinggi yang didominasi oleh bentuk permukaan daratan yang bergelombang (perbukitan dan pegunungan). Dari luas wilayah tersebut di atas dapat di informasikan gambaran tentang prosentase menurut ketinggian dari muka laut dan menurut tingkat kemiringan

tanah. Prosentase menurut ketinggian dari permukaan laut (*masih gabung dengan Manggarai Timur*):

- 0 – 100 meter : 16.487 Ha (3,94%)
- 100 – 500 meter : 25.310 Ha (6,04%)
- 500 – 1000 meter : 81.979 Ha (19,57 %)
- > 1000 meter : 295.121 Ha (70,45%)

Prosentase menurut tingkat kemiringan tanah (*masih gabung dengan Manggarai Timur*):

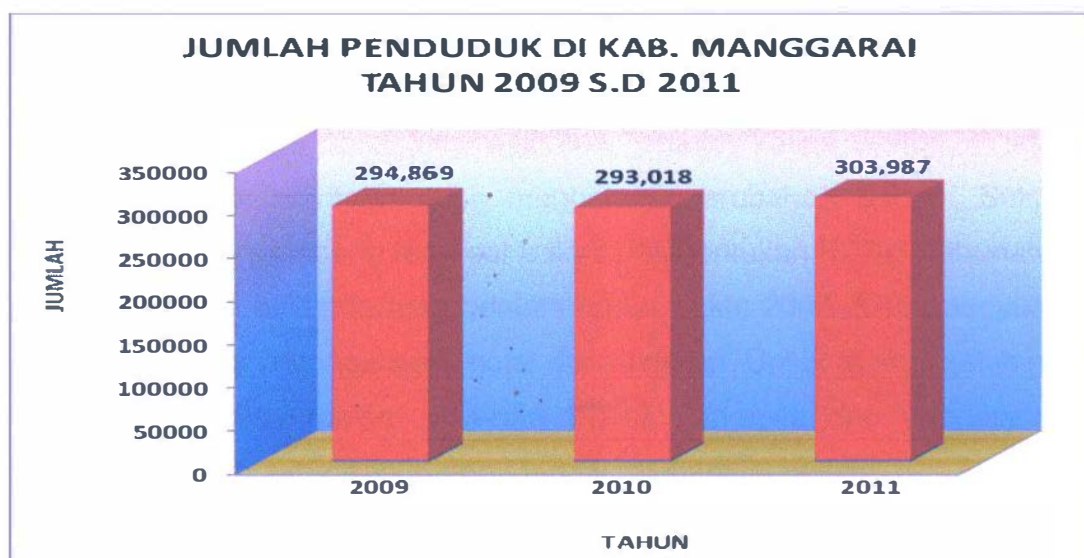
- 0 – 2° : 16.487 Ha (3,94%)
- 2 – 15° : 23.310 Ha (6,04%)
- 15 – 40° : 81.979 Ha (19,57%)
- > 40° : 295.121 Ha (70,45%)

Faktor topografi sebagaimana diuraikan di atas merupakan salah satu faktor penghambat dalam pelayanan bidang kesehatan di Kabupaten Manggarai.

### C. Keadaan Demografi

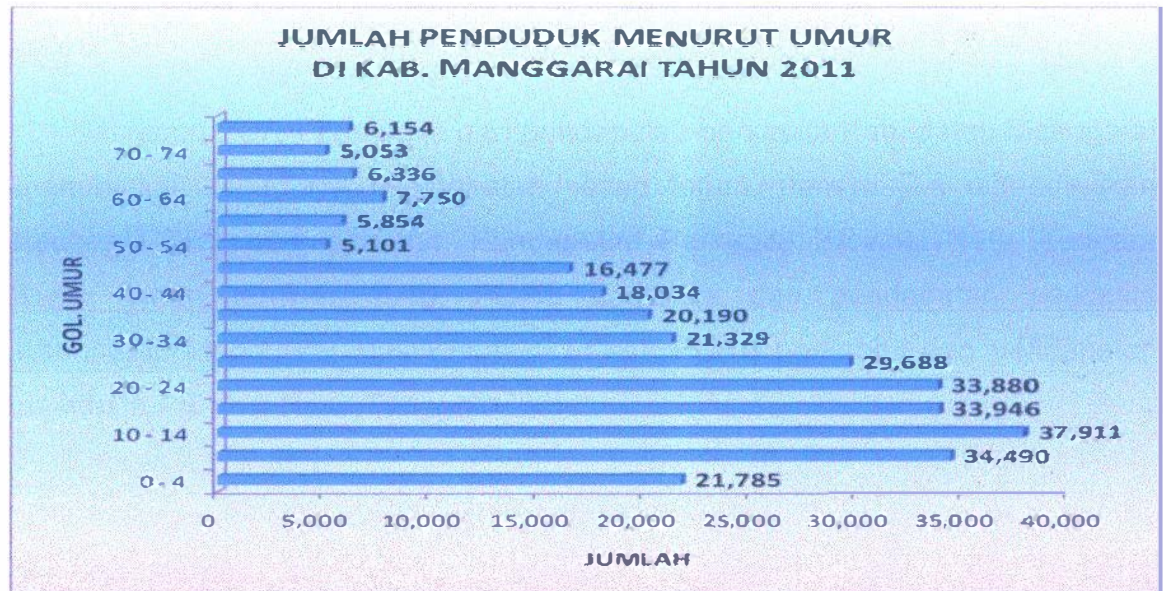
#### 1. Keadaan Penduduk

Jumlah penduduk Kabupaten Manggarai pada tahun 2011 sebesar 303.978 jiwa dengan kepadatan penduduk 170 jiwa/km<sup>2</sup> sedangkan pada tahun 2010 sebesar 293.018 jiwa dengan kepadatan penduduk 153 jiwa/km<sup>2</sup> dengan laju pertumbuhan penduduk sebesar 5,73% per tahun. Pada tahun 2009 sebesar 294,869 jiwa dengan kepadatan penduduk 154 jiwa/km<sup>2</sup>. Gambaran jumlah penduduk dari tahun 2009-2011 dapat dilihat pada grafik 1, di bawah ini :



## 2. Struktur Penduduk Menurut Umur,

Penduduk dan prosentase penduduk menurut kelompok umur di Kabupaten Manggarai akhir tahun 2011, dapat di lihat pada grafik 2 dibawah ini :



Dari uraian di atas, kelompok umur dengan jumlah terbanyak adalah kelompok umur 5-9 tahun (laki-laki sebanyak 15.920 dan perempuan sebanyak 18.570) dan yang paling kecil pada kelompok umur 50-54 tahun (laki-laki sebanyak 1.840 dan perempuan sebanyak 3.261).

### D. Keadaan Sosial Ekonomi, Kesehatan dan Pendidikan

#### 1. PDRB Perkapita dan Pendapatan Perkapita

Struktur perekonomian Kabupaten Manggarai dalam kurun waktu 2007-2010 belum banyak mengalami perubahan. Sektor ekonomi yang dominan dalam perekonomian Kabupaten Manggarai masih dari sektor pertanian, sektor jasa, dan sektor perdagangan, hotel dan restoran. Peranan ketiga sektor ini tidak tergeser dan komposisinya pun tidak mengalami perubahan berarti. Sektor pertanian sebagai penyumbang terbesar dalam pembentukan PDRB Kabupaten Manggarai, posisinya belum tergeser dalam kurun waktu 2007-2010, menyusul sektor jasa dan sektor perdagangan, hotel dan restoran. Untuk memperjelas hal tersebut di atas terlihat dalam rata-rata PDRB perkapita dan pendapatan perkapita tiga tahun terakhir Kabupaten Manggarai sebagai berikut:

- PDRB perkapita tahun 2007 sebesar Rp 2.488.440,00,- dan pendapatan perkapita 2007 sebesar Rp 2.488.440,00.

- PDRB perkapita tahun 2008 sebesar Rp 522.573.383,00,- dan pendapatan perkapita 2008 sebesar Rp 2.746.818,00.-
- PDRB Kabupaten Manggarai tahun 2009 sebesar Rp 522.573.383,00,- dan pendapatan perkapita 2009 sebesar Rp 2.746.818,00.-
- PDRB Kabupaten Manggarai tahun 2010 sebesar Rp, dan pendapatan perkapita 2010 sebesar Rp.-

Walaupun PDRB perkapita dan pendapatan perkapita Kabupaten Manggarai menunjukkan terjadinya peningkatan setiap tahun, namun jika dibandingkan dengan PDRB perkapita dan Pendapatan Perkapita Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun terakhir 2010, PDRB perkapita dan pendapatan perkapita Kabupaten Manggarai masih jauh di bawah PDRB perkapita dan pendapatan perkapita Provinsi Nusa Tenggara Timur.

## 2. Derajat Kesehatan

Derajat kesehatan masyarakat manggarai saat ini ditentukan oleh beberapa indikator utama antara lain:

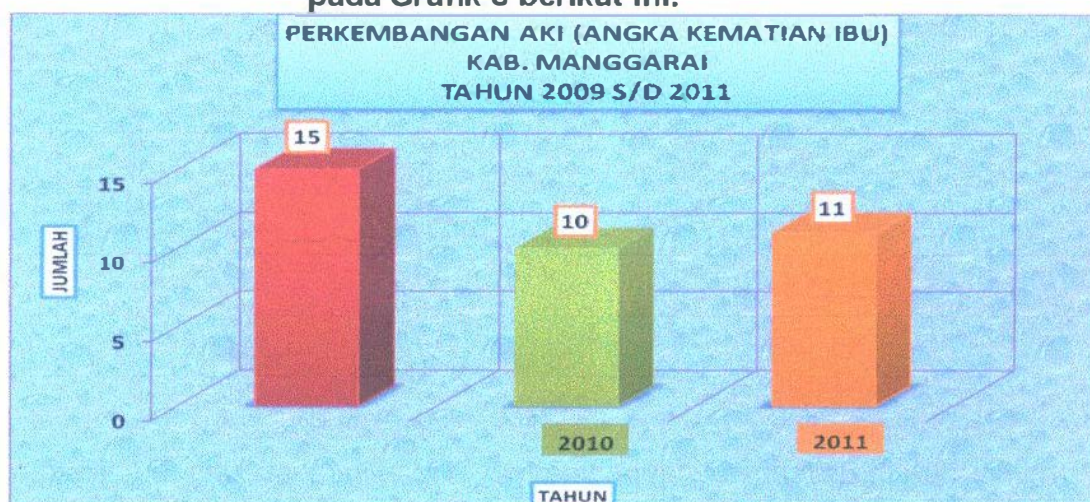
- Meningkatnya Usia Harapan Hidup (UHH) secara proporsional dari 63,90 tahun (Laki-Laki) dan 69 tahun (Perempuan) pada tahun 2010 menjadi 69 tahun (laki-laki) dan 72 tahun (wanita) pada tahun 2011.
- Meningkatnya angka kematian ibu (AKI) tiga tahun terakhir yakni:
  - a. Tahun 2009 : 258,66/100.000 KH.
  - b. Tahun 2010 : 169,9/100.000 KH.
  - c. Tahun 2011 : 181,67/100.000 KH.
- Meningkatnya angka kematian bayi (AKB) tiga tahun terakhir yakni:
  - a. Tahun 2009 : 15,00/1000 KH.
  - b. Tahun 2010 : 13,25/1000 KH.
  - c. Tahun 2011 : 14,03/1000 KH
- Menurunnya Angka Balita Gizi kurang dari 3,23 % pada tahun 2010 menjadi 2,46 % pada tahun 2011
- Menurunnya Angka Balita Gizi buruk dari 0,23 % pada tahun 2010 menjadi 0,08 % pada tahun 2011

Derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Manggarai dapat diketahui dengan menilai beberapa indikator yaitu Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), Status Gizi Balita dan Umur Harapan Hidup. Berdasarkan

data dari tahun 2009-2011 menunjukkan bahwa AKB dan AKI mengalami penurunan. Status Gizi Balita mengalami peningkatan, seperti yang akan diuraikan dibawah ini.

Angka kematian merupakan salah satu indikator dalam penilaian keberhasilan pelayanan kesehatan. Selain itu, angka kematian merupakan gambaran perkembangan derajat kesehatan masyarakat. Angka Kematian Ibu (AKI) pada tahun 2009 sebanyak 15 kasus atau 258,66/100.000 KH dan tahun 2010 sebanyak 10 kasus atau 169,9/100.000 Kelahiran Hidup dan tahun 2011 mengalami peningkatan sebanyak 11 kasus atau 181,67/100.000 Kelahiran Hidup.

**Jumlah kasus kematian ibu dalam tiga tahun terakhir dapat di lihat pada Grafik 3 berikut ini:**



**Jumlah kasus kematian ibu menurut puskesmas secara rinci dapat dilihat pada grafik di bawah ini:**



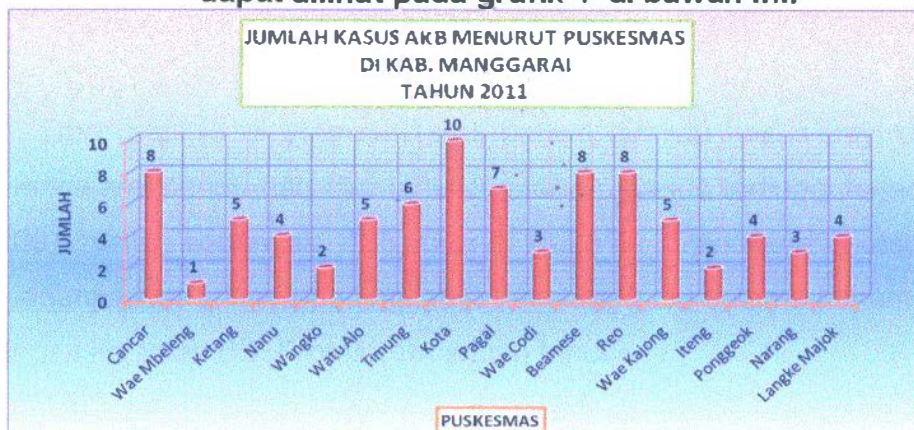
Dari grafik 3 di atas diketahui bahwa jumlah kasus kematian ibu di Kabupaten Manggarai yang tertinggi sebanyak 2 kasus terjadi di Puskesmas Watu Alo. Peningkatan jumlah kasus AKI pada tahun 2011 disebabkan oleh Perdarahan, Eklampsia, Infeksi, Hipertensi, Hepatitis dan Gagal Jantung. Selain jumlah kasus kematian ibu; jumlah kasus kematian bayi juga mengalami penurunan dan peningkatan pada (3) tiga tahun terakhir. Hal ini dapat diketahui dari jumlah Angka Kematian Bayi (AKB) tahun yaitu sebesar 87 kasus pada tahun 2009 atau 15/1000 KH, pada tahun 2010 Menurun sebanyak 77 kasus atau 13,25/1000 KH, dan kembali meningkat pada tahun 2011 sebanyak 85 kasus atau 14,03/1000 KH.

**Jumlah kasus kematian bayi dalam tiga tahun terakhir (2009-2011) dapat di lihat pada grafik 4 berikut ini:**



Dari grafik 4 di atas dapat diketahui perkembangan kasus AKB di Kabupaten Manggarai selama kurun waktu tiga tahun terakhir. Pada tahun 2011, kasus AKB mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun 2010. Selain itu kasus AKB pada tahun 2009 menduduki peringkat paling tinggi apabila dilihat dari perkembangannya pada tiga (3) tahun terakhir.

**Secara rinci jumlah kasus AKB menurut puskesmas tahun 2011 dapat dilihat pada grafik 4 di bawah ini:**



Dari grafik 4 di atas dapat disimpulkan bahwa puskesmas dengan jumlah kasus AKB tertinggi yaitu 10 kasus dan terjadi di Puskesmas Kota. selain itu, AKB terendah ditemukan di Puskesmas Wae mbeleng dengan jumlah 1 kasus. Penyebab kasus kematian bayi tahun 2011 sebagian besar disebabkan oleh Komplikasi Obstetrik Neonatal dan masih tingginya kasus Pneumonia dan BBLR.

Sedangkan gambaran status gizi masyarakat di Kabupaten Manggarai yaitu indikator Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) dan status gizi Balita yang merupakan sebagian dari beberapa indikator status gizi masyarakat.

Berat Badan Lahir Rendah atau BBLR (< 2.500 gram) merupakan salah satu faktor utama yang berpengaruh terhadap kematian perinatal dan neonatal. Jumlah kasus BBLR tahun 2011 sebesar 128 kasus(4,322%) dari jumlah kelahiran hidup, dengan rincian per jenis kelamin, laki-laki sejumlah 76 kasus, perempuan 52 kasus . Sedangkan pada tahun 2010, BBLR sejumlah 88 kasus dan tahun 2009 sejumlah 63 kasus. Semua kasus BBLR yang terjadi, telah mendapat penanganan oleh nakes di puskesmas.

**Jumlah bayi dengan BBLR di kabupaten Manggarai dari tahun 2009-2011 dapat dilihat pada grafik 5 berikut ini :**



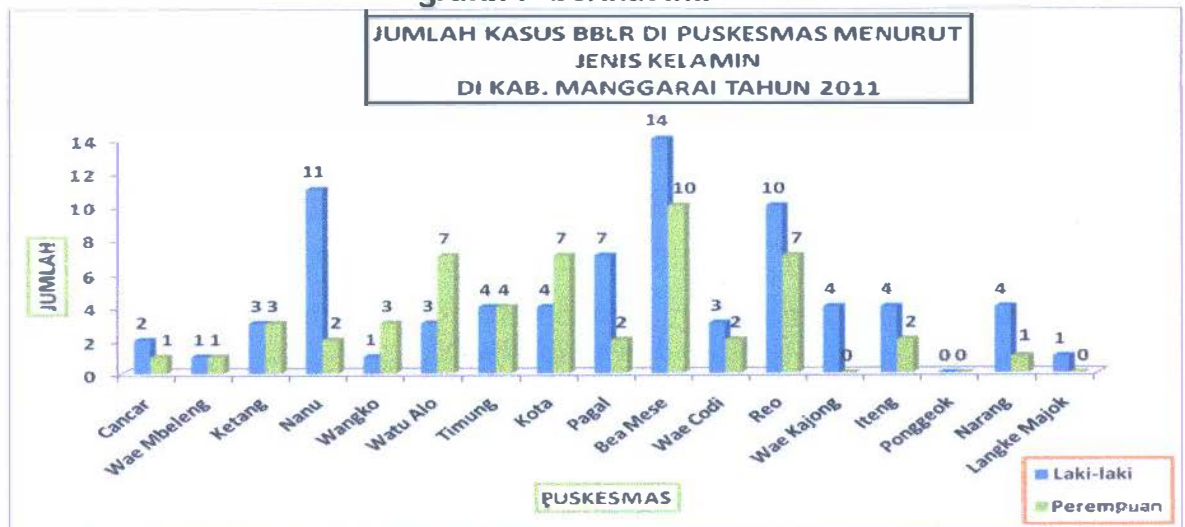
Dari grafik 5 di atas diketahui bahwa, jumlah kasus bayi dengan BBLR mengalami penurunan dari tahun ke tahun. Kasus tertinggi terjadi pada tahun 2007 yaitu sebanyak 135 orang (1,23%). Penurunan kasus BBLR ini menunjukkan adanya peningkatan kesehatan ibu selama kehamilan sehingga angka kejadian BBLR menurun setiap tahunnya.

Jumlah kasus bayi dengan BBLR menurut puskesmas dapat dilihat pada grafik dibawah ini:



Dari grafik 6 di atas diketahui bahwa jumlah kasus bayi dengan BBLR tertinggi ada di puskesmas Bea Mese dan terendah di Puskesmas Langke majok dengan 1 kasus . Selain itu ada satu puskesmas yang tidak terdapat kasus BBLR yaitu Puskesmas Ponggeok.

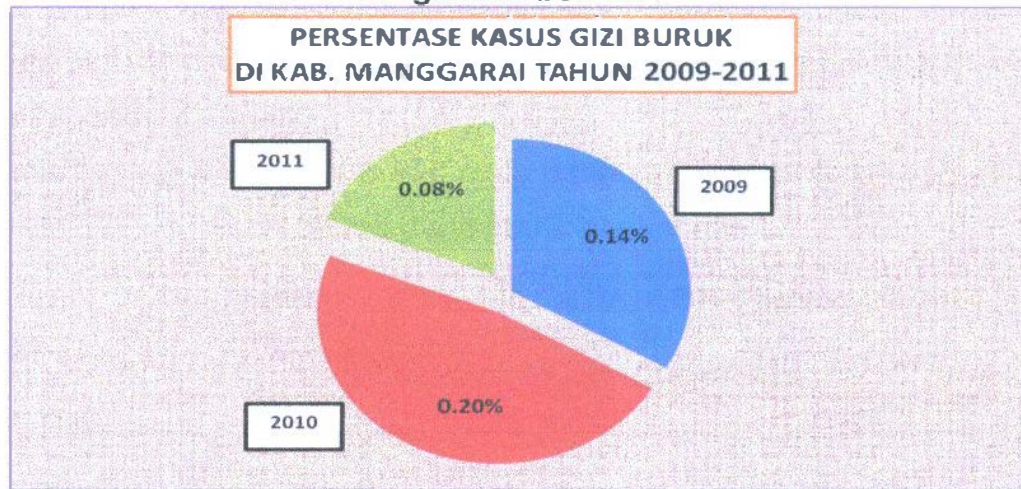
Jumlah kasus bayi dengan BBLR menurut jenis kelamin dapat dilihat pada grafik 7 berikut ini:



Status gizi balita merupakan salah satu indikator yang menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat. Dari laporan hasil pengukuran status gizi, diketahui bahwa pada tahun 2011 ditemukan 19 kasus Gizi Buruk pada Balita, dengan rincian per jenis kelamin, laki-laki 10, perempuan 9 kasus dan mengalami penurunan sebesar 38,77% dari tahun 2010 yang ditemukan 49 kasus Balita dengan Gizi Buruk (0,20%). Selain itu pada tahun 2009 ditemukan

35 kasus(0,14%) Gizi Buruk pada Balita. Semuanya langsung mendapat penanganan oleh tenaga kesehatan(100%).

**Persentase Balita gizi buruk pada tahun 2009- 2011 disajikan pada gambar berikut :**



Dari Grafik 8 di atas diketahui bahwa jumlah kasus gizi buruk cenderung menurun dalam kurun waktu tiga tahun terakhir Hal ini dipengaruhi antara lain karena adanya pemberian, pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI), Serta semakin tingginya kesadaran masyarakat untuk mengikuti kegiatan posyandu, sehingga kasus gizi buruk dan gizi kurang lebih cepat terdeteksi dan ditangani. Bila dibandingkan dengan standar Nasional yaitu  $\leq 5\%$ , maka angka gizi buruk di Kabupaten Manggarai masih berada di bawah angka Nasional. Walaupun berada di bawah angka Nasional tetap merupakan masalah karena secara kumulatif angka gizi buruk tahun 2011 terdapat 19 kasus.

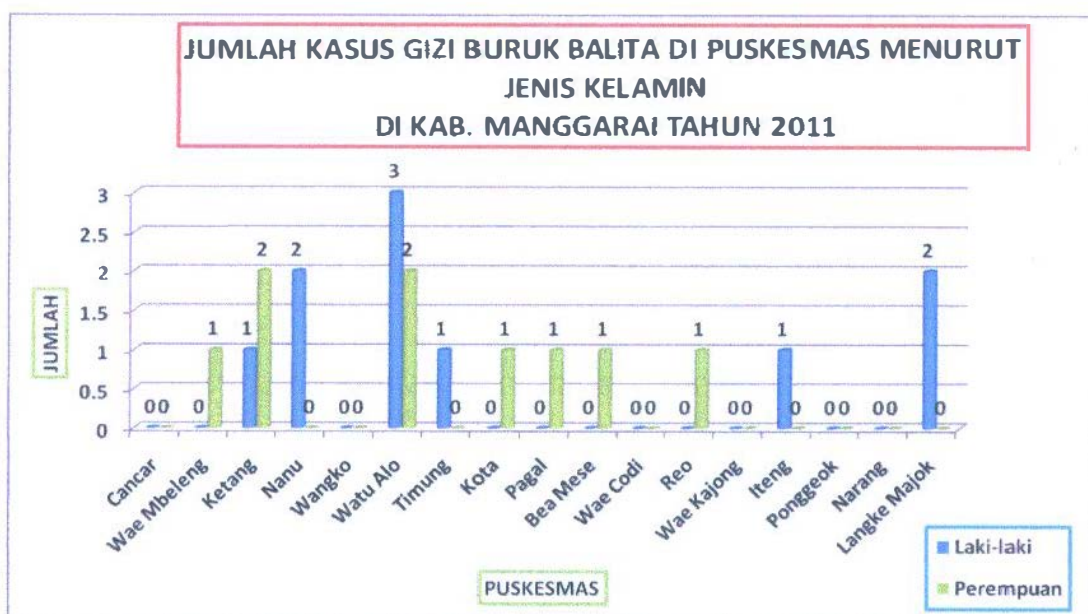
**Jumlah kasus balita gizi buruk menurut puskesmas dapat dilihat pada grafik di bawah ini:**



Dari grafik 9 di atas diketahui gambaran kasus gizi buruk tertinggi terdapat di Puskesmas Watualo 5 kasus, Puskesmas Ketang 3 kasus, Puskesmas Nanu

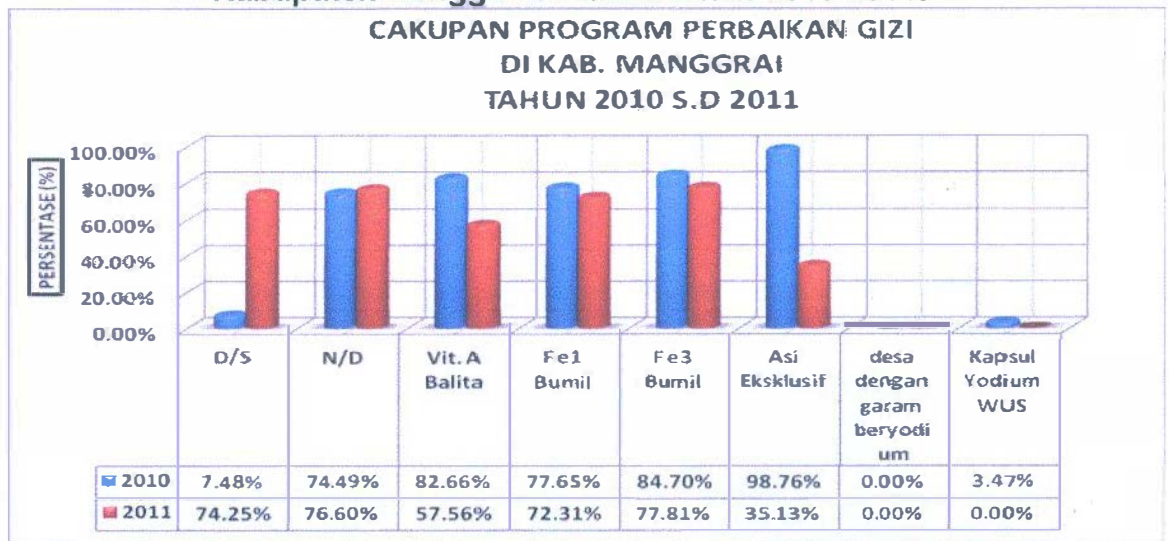
dan Langke Majok, masing-masing ditemukan 2 kasus. Sedangkan kasus terendah terdapat di Puskesmas Wae Mbeleng, Puskesmas Wangko, Puskesmas Wae Codi, Puskesmas Wae Kajong, Puskesmas dan Puskesmas Iteng, dengan masing - masing ditemukan 1 kasus gizi buruk. Sedangkan Puskesmas Cancar, Nanu, Wangko, Wae Codi, Ponggeok dan Narang, tidak terdapat kasus gizi buruk.

**Jumlah kasus Balita Gizi Buruk pada Balita menurut jenis kelamin dapat dilihat pada grafik berikut ini:**



Dari grafik 10 di atas diketahui gambaran kasus gizi buruk di Puskesmas menurut jenis kelamin yang tertinggi terdapat di Puskesmas Watualo dengan 3 kasus gizi buruk pada balita laki-laki dan 2 kasus pada perempuan, disusul oleh Ketang dengan 2 kasus gizi buruk pada balita Perempuan dan 1 kasus pada laki-laki. Selain itu Pada Puskesmas Nanu dan Langke Majok, masing-masing ditemukan 2 kasus gizi buruk pada balita laki-laki Sedangkan jumlah kasus Gizi buruk terendah ditemukan di Puskesmas Wae Mbeleng(1 kasus pada balita perempuan), Puskesmas Ketang (1 kasus pada balita laki-laki), Puskesmas Timung(1 kasus pada balita laki-laki), Puskesmas Kota(1 kasus pada balita perempuan), Puskesmas Pagal(1 kasus pada balita perempuan),Puskesmas Bea Mese(1 kasus pada balita perempuan), Puskesmas Reo(1 kasus pada balita perempuan) dan Puskemas Iteng(1 kasus pada balita laki-laki). Puskesmas Cancar, Nanu, Wangko, Wae Codi, Ponggeok dan Narang, tidak terdapat kasus gizi buruk.

**Grafik 11 berikut menggambarkan tingkat pencapaian program gizi di Kabupaten Manggarai selama tahun 2010-2011:**



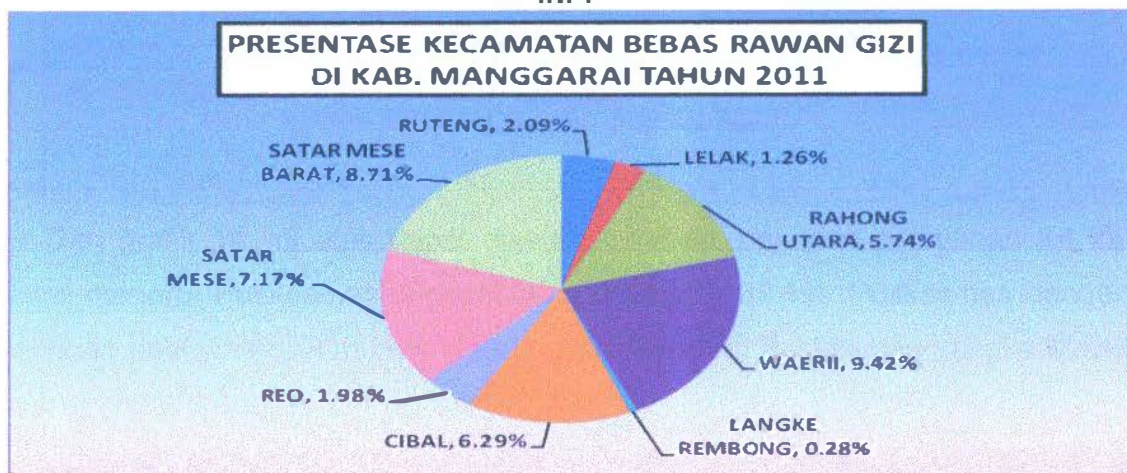
Dari grafik 11 di atas dapat diketahui bahwa secara umum tingkat pencapaian program gizi masih berada di bawah target nasional yang dapat diuraikan sebagai berikut :

Pemantauan pertumbuhan balita dapat digambarkan melalui indikator D/S (tingkat partisipasi masyarakat) dan N/D (tingkat pertumbuhan balita). Partisipasi masyarakat yang dilihat dari banyaknya balita yang hadir di Posyandu (D) dibandingkan terhadap keseluruhan balita yang ada di wilayah Posyandu (S). Pencapaian D/S di Kabupaten Manggarai pada tahun 2011 mencapai 74,25% sedangkan pada tahun 2010 hanya 72,48% dari target 80%. Data ini menunjukkan terjadinya peningkatan angka partisipasi masyarakat pada tahun 2011 sebesar 1,77%. Masih rendahnya pencapaian D/S disebabkan antara lain karena masih ada masyarakat yang kurang memahami pentingnya pemantauan tumbuh kembang balita melalui kegiatan Posyandu setiap bulan serta masih rendahnya peran tokoh kunci di masyarakat untuk menggerakkan sasaran datang ke Posyandu.

Pencapaian N/D (tingkat pertumbuhan balita) di Kabupaten Manggarai pada tahun 2011 sebesar 76,61% dari target 80%. Bila dibandingkan pencapaian N/D tahun 2010 yaitu 74,49%, maka terjadi peningkatan sebesar 2,12% pada tahun 2011. Pencapaian N/D menurut Puskesmas berkisar antara 66,02% s/d 93,88%. Pencapaian tertinggi di Puskesmas Langke Majok (93,88%) dan terendah( 66,02%) di Puskesmas Cancar .

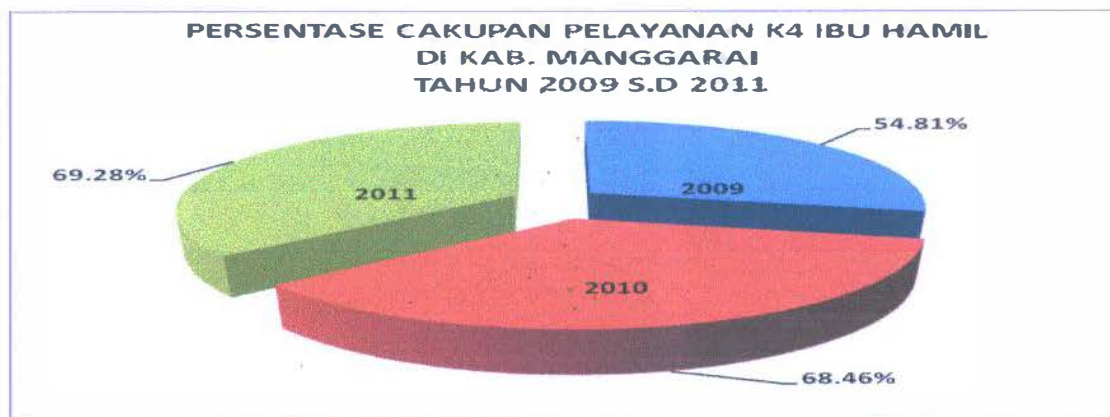
Kecamatan bebas rawan Gizi adalah Kecamatan dengan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita <15% pada kurun waktu tertentu. Pada tahun 2011 dari 9 Kecamatan yang ada di Kabupaten Manggarai, semuanya bebas dari rawan gizi, di mana prevalensi Gizi Buruk dan Gizi Kurang tidak mencapai 15% dari jumlah balita setahun.

**Gambaran Kecamatan bebas rawan gizi dapat dilihat pada grafik di bawah ini :**



Dari grafik 12 di atas diketahui bahwa semua Kecamatan 100% bebas rawan gizi. Cakupan K1 ibu hamil Kabupaten Manggarai tahun 2009 sebesar 91,31 %, pada tahun 2010 sebesar 100 % dan pada tahun 2011 mengalami penurunan sebesar 96 %, dari target 95 %. Cakupan pelayanan K4 ibu hamil tahun 2009 sebesar 54.81 %, tahun 2010 sebesar 68.46 % dan pada tahun 2011 mengalami peningkatan sebesar 69.3%, dari target 95 %.

Grafik 13 presentase cakupan pelayanan K4 ibu hamil di Kabupaten Manggarai dari tahun 2009 s.d 2011 dapat dilihat pada gambar berikut ini:



Gambar di atas menunjukkan bahwa cakupan pelayanan K4 ibu hamil mengalami peningkatan pada tahun 2011.

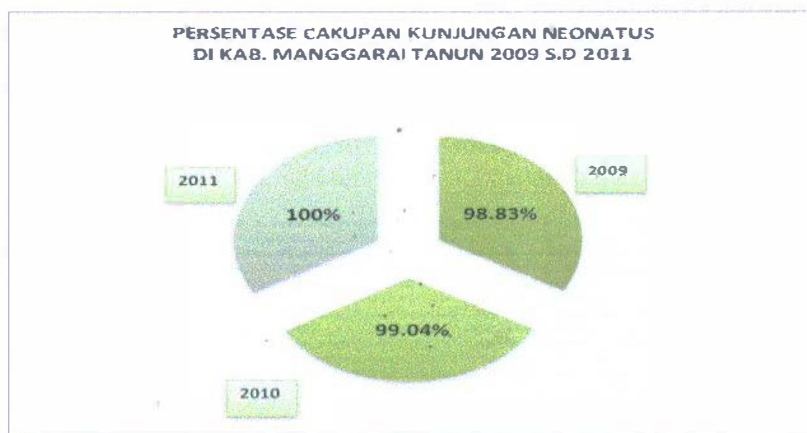
Presentase cakupan pelayanan K4 Bumil menurut Puskesmas tahun 2011 dapat dilihat pada grafik 14 di bawah ini:



Dari grafik 14 di atas dapat diketahui bahwa, cakupan pelayanan K4 ibu hamil menurut Puskesmas berkisar antara 46.1%-139.1%. Puskesmas dengan cakupan pelayanan K4 ibu hamil tertinggi terdapat di Puskesmas Langke Majok dan terendah terdapat di Puskesmas Wangko.

Bayi berusia kurang dari satu bulan (Neonatus) merupakan golongan umur yang memiliki risiko gangguan kesehatan paling tinggi. Upaya kesehatan yang dilakukan untuk mengurangi risiko tersebut antara lain dengan melakukan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan pelayanan kesehatan dengan kunjungan neonatus (KN1, KN2 dan KN Lengkap). Dalam melaksanakan kunjungan Neonatus, disamping melakukan pemeriksaan kesehatan bayi juga melakukan konseling perawatan bayi.

Gambaran persentase cakupan kunjungan neonatus tiga tahun terakhir dapat dilihat pada gambar berikut :



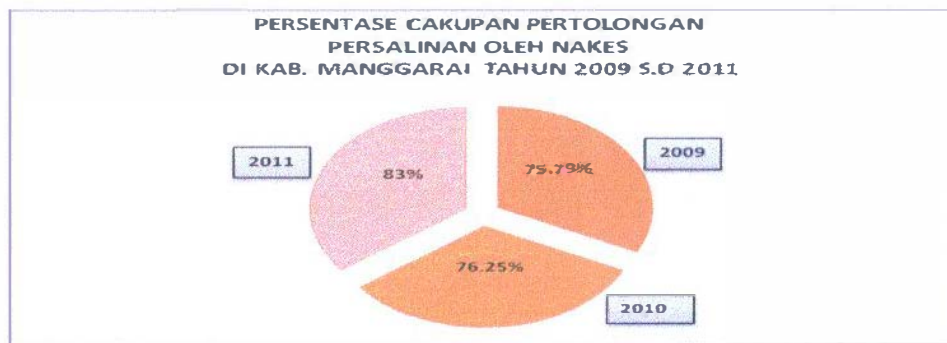
Dari grafik 15 di atas dapat disimpulkan bahwa kunjungan neonatus (KN1, KN2 dan KN Lengkap) dalam kurun waktu tiga tahun terakhir mengalami

fluktuasi yaitu tahun 2009 sebesar 98.83%, tahun 2010 sebesar 99.04% dan tahun 2011 mengalami peningkatan menjadi 100% dari target 80%.

Gambaran cakupan kunjungan bayi juga mengalami fluktuasi yaitu pada tahun tahun 2009 sebesar 89.30%, tahun 2010 sebesar 335.39 % dan tahun 2011 sebesar 109.9 % dari target 90%.

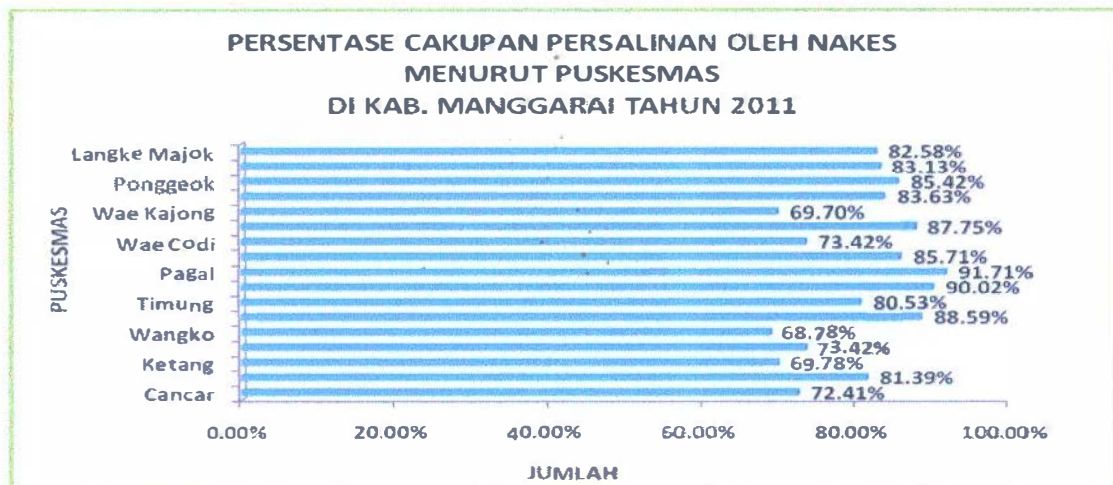
Komplikasi dan kematian maternal dan bayi baru lahir terjadi pada masa persalinan. Dalam kurun waktu tiga tahun terakhir, cakupan pertolongan persalinan oleh Tenaga Kesehatan termasuk pendampingan, selama tahun 2009 s/d 2011 mengalami fluktuasi yaitu, tahun 2009 sebesar 75.79 %, tahun 2010 meningkat menjadi 76.25 % dan pada tahun 2011 mengalami peningkatan kembali menjadi 83 % dari target 90%.

Persentase cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (Nakes) menurut Puskesmas tahun 2009-2011 dapat dilihat pada grafik 16 di bawah ini :



Dari gambar di atas diketahui bahwa selama kurun waktu tiga tahun terjadi peningkatan persalinan oleh Tenaga Kesehatan pada tahun 2009 s.d tahun 2011.

Cakupan persalinan oleh Tenaga Kesehatan menurut Puskesmas di Kabupaten Manggarai dapat dilihat pada grafik 17 berikut:



Dari data Puskesmas tahun 2011 di atas, cakupan pertolongan persalinan oleh Tenaga Kesehatan yang tertinggi adalah Puskesmas Pagal sebesar 92 % dan yang terendah adalah Puskesmas Wangko 69 %.

Tingkat perkembangan Posyandu di Kabupaten Manggarai dari tahun ke tahun terus meningkat seiring dengan bertambahnya sumber daya guna mendukung kinerja Posyandu, seperti jumlah dana untuk penyelenggaraan Posyandu, untuk transport Kader, maupun upaya-upaya lain seperti keterlibatan Toma dan Sektor dalam penyelenggaraan Posyandu. Hal ini digambarkan dengan strata Posyandu yang terdapat di Kabupaten Manggarai sebagai berikut:

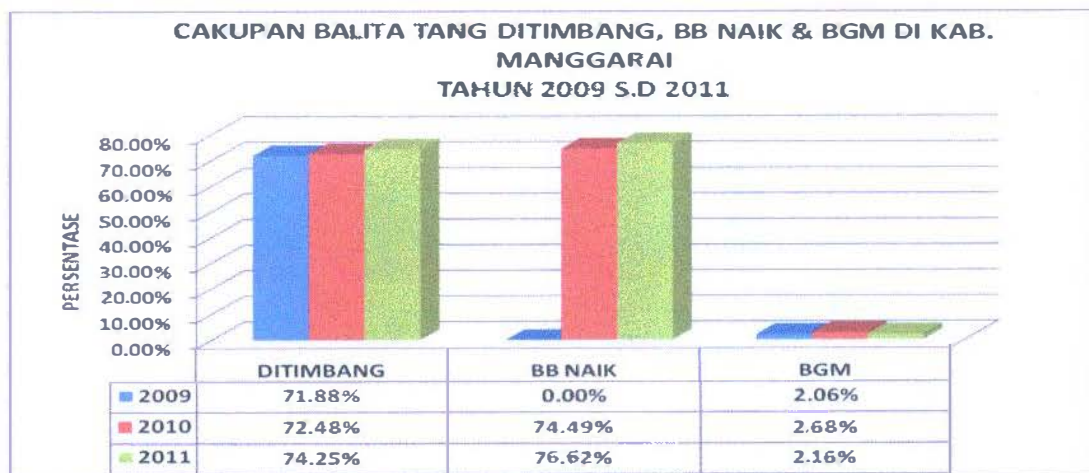
- Strata Madya : Tahun 2010: 39,66% - : Tahun 2011: 56,73%
- Strata Purnama : Tahun 2010: 20,80% - : Tahun 2011: 39,64%
- Strata Mandiri : Tahun 2010 : 0% - : Tahun 2011 : 3,63%

Dari data strata Posyandu di atas terlihat adanya peningkatan Strata Madya dan Purnama serta adanya posyandu mandiri. Peningkatan strata ini menunjukkan adanya peningkatan dalam pelayanan posyandu di Kabupaten Manggarai.

Cakupan bayi BGM pada tahun 2011 sebanyak 520 bayi (2,16%), cakupan anak balita yang mendapat pelayanan kesehatan sebanyak 17.886 balita (70,01%). Tahun 2011 terdapat 19 balita gizi buruk. Jumlah bayi lahir hidup tahun 2011 adalah 6055 bayi, yang diberi ASI eksklusif 2.127 bayi (35,13%). Upaya pemantauan terhadap pertumbuhan balita dilakukan melalui kegiatan penimbangan di Posyandu secara rutin tiap bulan. Pada tahun 2010 cakupan bayi BGM yang mendapat MPASI sebanyak 647 bayi atau 100 % bayi BGM, cakupan anak balita yang mendapat vitamin A sebanyak 2 kali per tahun sebesar 82.66%. Tahun 2010 terdapat 49 balita gizi buruk . Jumlah bayi lahir hidup tahun 2010 adalah 5811 bayi, yang diberi ASI eksklusif 6947 bayi. (98.76 %). Upaya pemantauan terhadap pertumbuhan balita dilakukan melalui kegiatan penimbangan di Posyandu secara rutin tiap bulan. Pada tahun 2009 jumlah anak balita dan prasekolah sebesar 10.417 orang cakupan deteksi tumbuh kembang sebesar 23.496 orang (225,55%). Hal ini karena anak yang dideteksi hanya yang datang ke tempat pelayanan dan memiliki kelainan. Sementara

jumlah siswa SD/MI sebanyak 30.087 orang, yang diperiksa kesehatannya sebanyak 31.055 (103,22%). Jumlah siswa SMP/SMU sebanyak 14.413 orang, yang diperiksa kesehatannya sebanyak 9.826 (47,67%). Cakupan bayi BGM yang mendapat MPASI sebanyak 57 bayi atau 7,67 %, cakupan anak balita yang mendapat vitamin A sebanyak 2 kali per tahun sebesar 78,75%. Tahun 2009 terdapat 35 balita gizi buruk . Jumlah bayi lahir hidup tahun 2009 adalah 5.799 bayi, yang diberi ASI eksklusif 3.116 bayi (44,69 %). Upaya pemantauan terhadap pertumbuhan balita dilakukan melalui kegiatan penimbangan di Posyandu secara rutin tiap bulan.

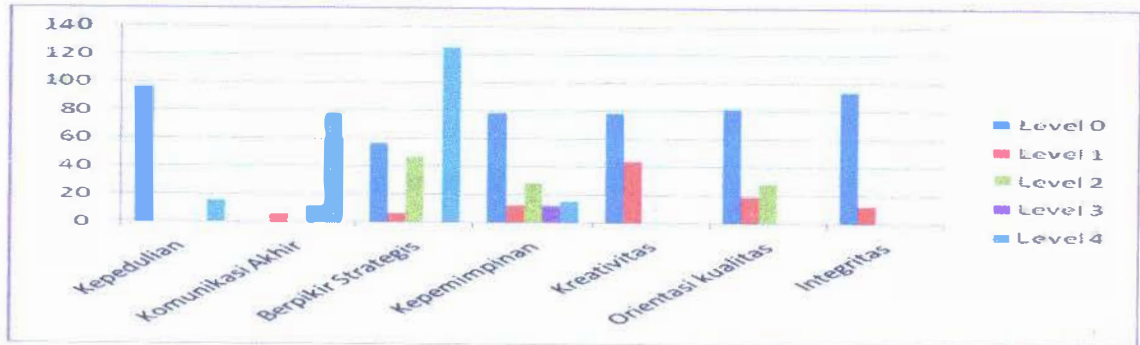
Cakupan jumlah balita ditimbang, berat badan naik dan balita BGM dari tahun 2009-2011 dapat dilihat pada grafik 18 di bawah ini :



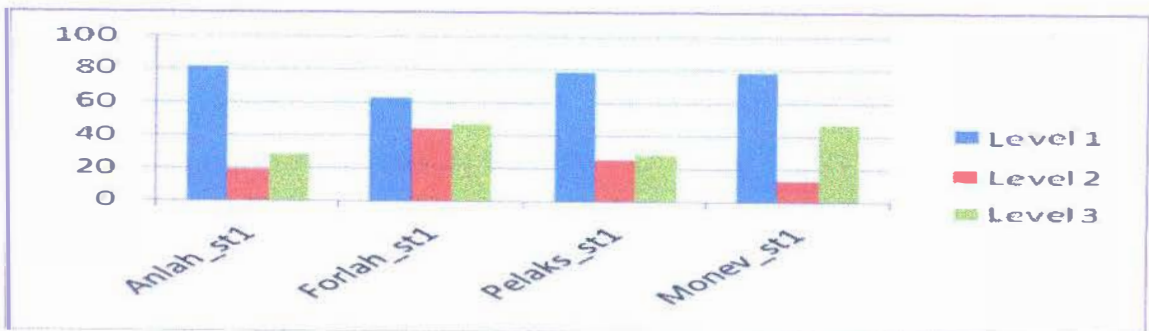
Dari grafik 16 di atas diketahui bahwa jumlah balita ditimbang dan BGM mengalami peningkatan dalam kurun waktu 3 tahun terakhir. Balita dengan BB naik mengalami peningkatan seiring dengan peningkatan asupan gizi dan adanya berbagai program seperti PMT, pemberian MP ASI bagi balita kurang gizi di Posyandu. Penyebab kasus gizi buruk terjadi karena faktor langsung yaitu konsumsi zat gizi yang kurang dan adanya penyakit infeksi. Faktor tidak langsung yaitu asuhan/perawatan anak yang tidak optimal, pelayanan yang belum memadai dan ketidaktersediaan pangan. Sehingga diharapkan adanya usaha untuk terus meningkatkan status gizi masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan.

### E. Hasil Pengamatan Prakilakarya

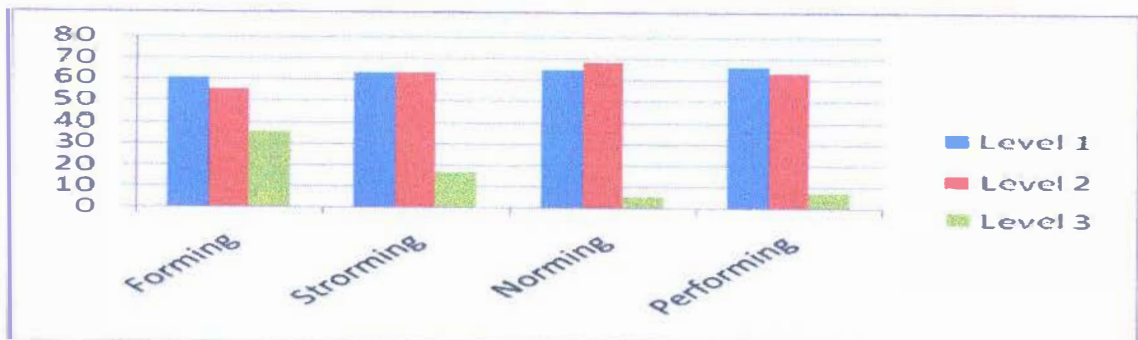
Dari hasil analisa kuisisioner ABCD, mengenai perubahan individu, institusi (provider kesehatan) dan kerjasama tim (sektor terkait) serta partisipasi masyarakat dan hubungannya dengan strategi yang ada dan intervensi pendampingan. Dapat di lihat pada grafik di bawah ini, Grafik 19 Kuisisioner A :



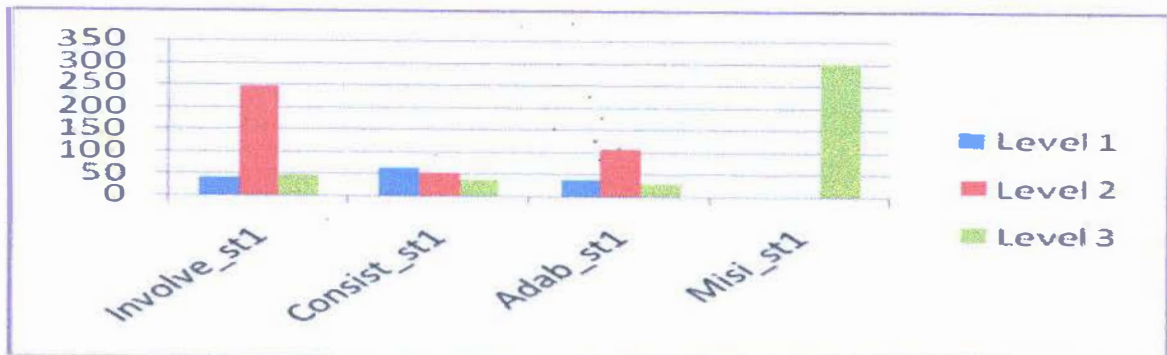
Grafik 20. Kuisisioner B



Grafik 21 Kuisisioner C



Grafik 22. Kuisisioner D



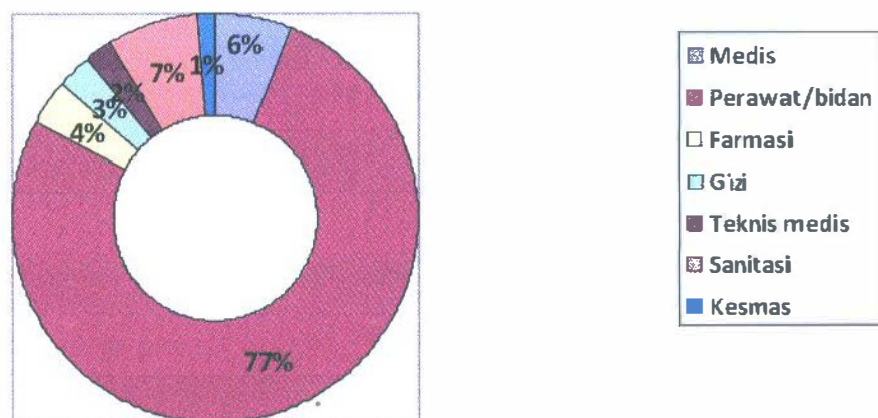
Dari hasil analisis kuisioner ABCD yang di bagikan pada saat pendampingan, di dapatkan hasil prakalakarya, sebagaimana yang tertera pada grafik di atas, akan tetapi berhubung Kabupaten Manggarai , tidak ada kalakarya, sehingga tidak bisa dibandingkan untuk hasil Pre dan Pos kalakarya untuk grafik Kuisioner ABCD.

## 6. Pembahasan

Pengamatan pra kalakarya dimulai dari pengamatan interaksi Dinas kesehatan dan Puskesmas yang di jadikan sampel lokasi penelitian serta peran serta lintas sektor terhadap kegiatan Revolusi KIA demi upaya peningkatan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) Kabupaten Manggarai.

### a. Sumber daya kesehatan (tenaga, fasilitas, dana) dalam program kesehatan ibu dan anak.

Sumber daya kesehatan di Kabupaten Manggarai masih kurang memadai dari aspek kuantitas dan kualitas. Data tahun 2010 menunjukkan total jumlah tenaga kesehatan di 15 Puskesmas adalah sebesar 551 orang dengan presentase profesi tertinggi perawat dan bidan (77%).



Grafik 23. Distribusi profesi tenaga kesehatan di 15 Puskesmas di Kabupaten Manggarai tahun 2010 (Profil Kesehatan Kabupaten Manggarai, 2010).

Dalam kaitannya dengan masalah angka kematian Ibu, kuantitas dan kualitas bidan desa dan tenaga medis di rumah sakit serta system rujukan, merupakan aspek yang perlu diperbaiki. Apabila dipisahkan antara jumlah bidan dan perawat, jumlah total bidan desa adalah 101 bidan, sementara total desa ada 149 desa. Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai sudah mengusulkan penambahan jumlah

bidan desa sehingga akan tercapai target satu bidan di setiap desa pada tahun 2012.

Di samping itu, masalah kualitas atau kompetensi tenaga kesehatan terutama bidan desa juga masih perlu ditingkatkan lagi. Sebagai contoh, pada kasus kematian ibu melahirkan pada tahun 2011 ini masih ditemukan tiga kasus kematian dengan pertolongan persalinan oleh dukun. Masih adanya persalinan oleh dukun ini menandakan masih lemahnya akses nakes atau bidan desa bagi ibu hamil, lemahnya komunikasi atau kemitraan antara bidan dan dukun serta kurangnya kesadaran masyarakat akan pentingnya persalinan oleh nakes di fasilitas kesehatan. Meskipun demikian, tenaga penolong persalinan di tingkat Rumah Sakit juga berperan dalam kasus kematian ibu melahirkan (lima dari 10 kematian ibu melahirkan terjadi di rumah sakit).

Kajian lebih lanjut mengenai system rujukan, kualitas dan kuantitas tenaga dan sarana kebidanan di rumah sakit diperlukan untuk memperbaiki kinerja pelayanan dan pencegahan kematian ibu melahirkan.

Kutipan dari Kepala Dinas Kabupaten Manggarai:

*" jumlah bidan dengan jumlah desa masih belum seimbang, jumlah bidan 101sdgkan desa 149 desa , jadi ada desa yg tdk memiliki bidan desa, bidan desa ada yg menempati dua desa yg berdekatan"*

*"Ada 10 kasus kematian ibu , dr tahun 2011 ini, disebabkan ada perdarahan, ada gagal jantung, adajuga yg kurangnya pra rujukan dr puskesmas ke RS , persalinan masih ditolong dukun"*

*" kadang-kadang dukun merujuk ke dukun yg lain"*

*" Setiap kampong ada dukun dan 1 bidan ada kira-kira 9 dukun di setiap desa"*

*"Kemampuan bidan masih sangat kurang dari harapan , shg bidan yg baru lulus hrs di magangkan dulu ke RS baru ke puskesmas "*

Untuk fasilitas kesehatan, secara kuantitas sudah hamper semua desa mempunyai puskesmas pembantu dan atau polindes, meskipun dengan sarana atau peralatan yang terbatas. Sebagai contoh dari hasil pegamatan pada kunjungan ke puskesmas Wae Codi di kecamatan Cibal, yang berjarak sekitar dua jam perjalanan darat menunjukkan masih minimalnya fasilitas sarana puskesmas. Puskesmas tersebut juga belum dilengkapi oleh sumber listrik dan air bersih yang memadai. Tenaga listrik bersumber dari tenaga surya yang bisa memberikan listrik

rata-rata untuk 3 jam saja dan digunakan hanya untuk malam hari. Sementara sumber air bersih juga sangat terbatas sehingga sebagian warga yang berobat harus membawa air bersih sendiri dari rumah. Berkaitan dengan masalah listrik, Bappeda kabupaten menyampaikan bahwa tahun depan akan digunakan sumber listrik bertenaga uap, yang sudah diresmikan oleh kementerian BUMN dalam bulan Desember ini. Dengan adanya sumber listrik tenaga uap ini maka semua desa akan bisa mendapatkan tenaga listrik.



Gambar 2. Puskesmas Wae Codi Kecamatan Cibai Kabupaten Manggarai (berdiri adalah kepala Puskesmas dan coordinator bidan).

Berdasarkan pengamatan di wilayah Wae Codi, juga sangat jelas terlihat permasalahan air bersih dan sumber listrik baik di fasilitas kesehatan maupun di pemukiman penduduk. Daerah yang tinggi dan berbukit-bukit menjadikan masyarakat lebih mengalami kesulitan dalam mendapatkan air bersih. Masyarakat setempat harus membawa air bersih dari lokasi mata air yang relative tidak dekat dengan berjalan kaki disertai dengan tanjakan dan turunan. Masyarakat setempat juga masih menggunakan air sungai dan tempat mandi umum untuk saran kebersihan diri. Perilaku hidup bersih termasuk penggunaan jamban sehat diakui oleh tenaga kesehatan merupakan masalah utama yang perlu diperbaiki.

Kutipan dari tenaga kesehatan di Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai:

*“ Untuk sanitasi , jamban ----susah air , perkampungan diatas mata air dibawah, dan pipa ada alat unkn menaikkan tidak ada, sehingga sanitasi jelek...jamban ada tapi tidak digunakan karena tidak ada air”*

*“ Dari 149 desa /kelurahan sebagian besar 50%air bersih, sisanya mata air dibawah shg air sulit”*



Gambar 3. Bagian belakang rumah dinas kepala puskesmas Wae Codi (bangunan tambahan tidak permanen adalah dapur)  
Gambar di ambil pada tgl 6 Desember 2011.



Gambar 4. Rumah dinas dokter/tenaga kesehatan di Wae Codi (bangunan tambahan adalah dapur dan kamar mandi)  
Gambar di ambil pada tgl 6 Desember 2011.



Gambar 5. Tempat mandi umum di desa Wae Codi  
(menggunakan mata air sebagai sumber air).  
Gambar di ambil pada tgl 6 Desember 2011.

Pelaksanaan revolusi KIA yang mengarah pada pemanfaatan dan akses maksimal fasilitas kesehatan untuk persalinan menjadi sangat menantang dan belum bisa secara sepenuhnya diterapkan di wilayah yang sulit akses air bersih dan listrik seperti di Wae Codi. Masih ada sekitar tiga desa yang masih mengalami kesulitan air bersih dan listrik di kabupaten Manggarai ini. Seorang ibu yang mau melahirkan bersama keluarganya memerlukan perjuangan dengan harus datang ke puskesmas atau pustu yang jaraknya bisa satu sampai jam dengan berjalan kaki (belum semua penduduk mempunyai kendaraan bermotor) dan juga harus membawa air bersih. Bidan di polindes dan puskesmas juga hanya bisa dibantu oleh 'pelita' (lampu minyak tanah) sebagai sumber penerangan untuk persalinan di malam hari. Sterilisasi alat dilakukan dengan perebusan alat menggunakan kompor minyak tanah.

Kutipan dari tenaga kesehatan di kantor dinas kesehatan kabupaten Manggarai:

*"...sekitar 75% puskesmas masih mempunyai kendala listrik"*

*" hanya 5 puskesmas dr 17 puskesmas yg memiliki lampu siang dan malam...jadi 12 puskesmas yg tdk memiliki lampu baik siang maupun malam"*

*" bahan baku minyak untuk jenset mahal, tidak ada anggarannya untk membeli bahan bakar minyak"*

Kutipan dari staf bidan kesehatan keluarga, kantor dinas kesehatan kabupaten Manggarai:

*"Berbicara dukun, sekarang dukun udah mulai ada kerjasama dengan bidan setempat, untuk mendapatkan ibu hamil K1 dari dukun setempat membawa ke bidan untuk di catat K1, dan diberikan konpensasi sebanyak Rp. 25,000 per orag unk ibu dukun yg mengantarkan ibu hamil ke bidan tersebut, kemudian untuk persalinan di berikan konpensasi sebesar Rp 50,000 unk mengantarkan ibu hamil unk bersalin di tenaga kesehatan/bidan, shg dukun tdk lagi memberikan pertolongan persalinan dan mengantar ibu hamil K1 ke bidan terdekat, shg tercatat unk ibu hamil K1 dan K4 semestinya sampe melahirkan di nakes "*

*"Tetapi masih ada kendala sampai saat ini, karna letak pos persalinan desa sangat jauh dengan pemukiman penduduk, shg ibu hamil memilih tempat yg dekat yaitu dengan dukun setempat, unk persalinan"*

Keterbatasan sumber daya kesehatan baik dalam aspek jumlah/rasio nakes, kualitas atau kompetensi nakes maupun aspek fasilitas, sarana dan prasarana termasuk aspek dana, merupakan salah satu kendala yang berkontribusi kurang efektifnya program ataupun strategi intervensi kesehatan masyarakat yang dijanjikan dan tertundanya keberhasilan dalam meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat dan memanfaatkan pelayanan nakes yang tersedia serta penyediaan pelayanan kesehatan itu sendiri secara optimal.

#### **b. Kesadaran masyarakat dalam pencarian pelayanan kesehatan dan perilaku hidup sehat**

Kesadaran masyarakat di sebagian wilayah pedesaan di kabupaten Manggarai masih sangat terbatas dalam berperilaku hidup sehat dan bersih serta pemanfaatan pelayanan nakes, khususnya untuk masalah kematian ibu dan status gizi balita.

Dari perpektif masyarakat, masalah persalinan termasuk kematian ibu melahirkan pada dasarnya berkaitan erat dengan dua hal, yaitu akses nakes dan lemahnya kepercayaan terhadap nakes. Ibu hamil yang berupaya memanfaatkan nakes terkendala oleh aspek geografis akan kesulitan untuk mendapatkan pertolongan persalinan oleh nakes apabila nakes tidak berada di desa atau tidak secara aktif memberikan pelayanan sementara pilihan yang ada adalah persalinan oleh dukun yang sangat *accessible*. Sementara itu, tradisi dan budaya masyarakat setempat masih menempatkan dukun sebagai individu yang dapat dipercaya dan

berkemampuan dalam menolong persalinan. Kemitraan antara bidan dan dukun memberikan kontribusi terhadap pertolongan persalinan oleh nakes.

Kutipan dari koordinator bidan di puskesmas Wae Codi Kabupaten Manggarai:

*" Kasus kematian ibu hamil karna kita kurang perhatian seharusnya bidan yg mndatangi ibu hamil, kita ke pos yandu ---ibunya tidak hadir jadi tidak terpantau, sekitar 49 % dukun yang bermitra dengan bidan"*

*"Pasien enggan unk melahirkan ke pasilitas kesehatan, krn jarak yg jauh dari fasilitas, dan tdk ada rumah tunggu, jadi mereka pake dukun"*

*" kalau ada partus malam ---tidak ada lampu dan air unk menolong partus, baik di pustu atau polindes, dan puskesmas"*

*" Kelebihannya pake dukun ----karena udah tua, sudah dekat, punya hubungan keluarga, tetapi tdk semua "*

*" Kelemahan bidan --- karna tidak menjemput ibu hamil dan meninjau ke rumah mreka, jarak juga sangat jauh, tidak ada angkutan khusus untuk bidan keliling kampong"*

*" Persalinan harus di pasilitas kesehatan, sementara di fasilitas kesehatan masih tidak ada air dan lampu, dan tidak ada rumah tunggu sshg ibu hamil enggan ke fasilitas kesehatan"*

Masalah perilaku hidup sehat termasuk mengkonsumsi makanan bergizi terutama untuk balita masih merupakan salah satu masalah kesehatan pada masyarakat pedesaan. Kesadaran untuk pentingnya konsumsi gizi seimbang masih lemah berkaitan dengan rendahnya pengetahuan dan status ekonomi. Akses terhadap makanan sumber protein hewani masih terbatas pada acara-acara tertentu. Makanan sehari-hari termasuk makanan balita adalah sumber karbohidrat atau nasi. Disamping juga pola asuh dan perhatian orang tua terhadap makanan balita masih kurang karena faktor pendidikan dan ekonomi. Sebagian besar masyarakat pedesaan adalah berpendidikan rendah dan bekerja sebagai buruh tani.

Partisipasi kegiatan penimbangan balita di posyandu tinggi hanya pada saat balita berusia 12 bulan ke bawah karena motivasi ibu adalah untuk mendapatkan imunisasi gratis. Sementara partisipasi penimbangan di posyandu cenderung menurun pada saat balita berusia satu tahun ke atas, sehingga cukup sulit memonitor berat badan balita. Angka balita yang gizi kurang atau di bawah garis

merah adalah sekitar 30% dan ditemukan sebanyak 47 balita gizi buruk di seluruh kabupaten Manggarai pada tahun 2011 ini.

Kutipan dari staf bagian gizi di bidang peran serta masyarakat dinas kesehatan kabupaten Manggarai:

*" Kama ibu pada siang hari bekerja di kebun/sawah/bertani , sehingga anaknya di titipkan di keluarganya atau di tetangga, sehingga makan anak tdk terkontrol, BB menurun, ini terjadi jika pada musim tanam"*

*"Kebiasaan makan---3x sehari, nasi , sayur, lauk tdk ada, seadanya saja, jika ada PESTA baru makan protein... sayur ---musiman aja jika udah panen stop"*

*"Protein hewan ---jarang -tunggu ada pesta besar atau hewan itu mati, telur sesekali, petani kurang serius unk memelihara hewan dan bertani"*

### **c. Dukungan dan koordinasi lintas sector**

Kegiatan yang melibatkan kerjasama lintas sector yang sedang digiatkan saat ini dalam upaya menurunkan angka kematian ibu adalah dalam bentuk program 5H2C atau lima hari dua centre yang merupakan bagian dari kegiatan revolusi KIA.

Kegiatan ini melibatkan semua aparat ditingkat kabupaten, kecamatan, desa dan puskesmas. Setiap ada ibu hamil yang akan melahirkan dalam kurun waktu lima hari sebelum hari perkiraan kelahiran dinas kesehatan kabupaten akan mengirim pesan singkat (sms) melalui telepon genggam ke aparat (camat, kepala desa, kepala puskesmas, koordinator bidan di puskesmas dan bidan desa) yang menyampaikan informasi mengenai identitas, alamat dan tanggal partus ibu yang akan melahirkan untuk selanjutnya dipantau selama lima hari oleh bidan desa yang bersangkutan. Bayi yang dilahirkan selanjutnya di pantau selama dua hari setelah lahir oleh bidan atau tenaga kesehatan di wilayah setempat.

Kegiatan 5H2centre ini sudah mulai dilaksanakan pada pertengahan bulan tahun 2011 dan sampai sekarang. Adapun kendala yang dihadapi ditingkat desa adalah adanya keterbatasan jaringan telepon sehingga ada penundaan penerimaan maupun pengiriman SMS melalui telepon genggam, disamping juga kendala dalam lokasi fasilitas kesehatan yang kurang terjangkau bagi sebagian ibu yang akan melahirkan.

Dukungan dan koordinasi lintas sector masih belum optimal dengan belum adanya penyusunan rencana, pelaksanaan kegiatan dan monev yang terpadu yang melibatkan lintas sector. Peran koordinasi lintas sektor yang berada di bawah

Bappeda kabupaten masih terbatas pada kegiatan yang bersifat teknis antara kesehatan dengan aparat atau pemda setempat, kesehatan dengan pertanian atau kesehatan dengan pendidikan. Kerjasama lintas sector yang melibatkan sector non kesehatan secara bersama dalam aspek perencanaan, pelaksanaan dan money dengan sektor pendidikan, pertanian, ekonomi, serta sector terkait lainnya untuk pembangunan desa masih belum menjadi pemikiran Bappeda.

Bappeda daerah telah melakukan peran koordinasi untuk mengatur bantuan dana dari organisasi internasional sehingga tidak terjadi overlap bantuan. Meskipun demikian masih ada lembaga donor yang tidak melewati Bappeda tetapi langsung ke sector atau instansi pemerintah terkait sehingga menyulitkan kegiatan monitoring. Dua organisasi donor untuk sector kesehatan yang berkoordinasi dengan Bappeda kabupaten Manggarai adalah AIPNMH dan UNFPA yang lebih banyak kegiatan yang mengarah pada pembangunan kapasitas tenaga kesehatan dan sarana atau alat kesehatan.

#### d. Kondisi lingkungan geografis

Lingkungan geografis di sebagian pedesaan di kabupaten Manggarai sangat menantang dalam aspek jarak, medan perjalanan (berbukit) dan kondisi tanah (rawan longsor). Meskipun sebagian akses jalan sudah merupakan jalan aspal, tetapi kondisi perbukitan menjadikan perjalanan antara kabupaten dan kecamatan atau desa menjadi lebih membutuhkan waktu lama sehingga kemungkinan kematian dalam perjalanan menjadi lebih tinggi. Jarak terjauh antara rumah sakit kabupaten dengan puskesmas ada sekitar tiga jam perjalanan darat.

Kendala lingkungan geografis merupakan faktor '*un-modifiable*' yang sulit dihindari tetapi bisa dijadikan bahan pertimbangan dalam membangun infrastruktur ataupun penyediaan fasilitas dan sarana pendukung agar dapat menjadikannya bukan hambatan utama dalam menolong persalinan atau mencegah keterlambatan pelayanan atau kematian. Kebutuhan puskesmas keliling ataupun dokter terbang yang dilengkapi sarana dan prasarana yang berfungsi dengan baik serta tenaga yang memadai penting untuk di fasilitasi bagi daerah atau desa yang berlokasi di daerah yang sulit dan terisolasi.

## 7. KESIMPULAN dan SARAN

### a. Kesimpulan

Keterbatasan sumber daya kesehatan baik dalam aspek jumlah/rasio nakes, kualitas atau kompetensi nakes maupun aspek fasilitas, sarana dan prasarana termasuk aspek dana, merupakan salah satu kendala yang berkontribusi, sehingga kurang efektifnya program ataupun strategi intervensi kesehatan masyarakat yang dijalankan dan tertundanya keberhasilan dalam meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup sehat dan memanfaatkan pelayanan nakes yang tersedia serta penyediaan pelayanan kesehatan itu sendiri secara optimal.

Dukungan dan koordinasi lintas sector masih belum optimal dengan belum adanya penyusunan rencana, pelaksanaan kegiatan dan monev yang terpadu yang melibatkan lintas sektor.

Penerapan konsep revolusi KIA di Kabupaten Manggarai masih belum optimal, karna masalah persalinan termasuk kematian ibu melahirkan masih tinggi, pada dasarnya berkaitan erat dengan dua hal, yaitu akses nakes dan lemahnya kepercayaan terhadap nakes. Pelaksanaan revolusi KIA yang mengarah pada pemanfaatan dan akses maksimal fasilitas kesehatan untuk persalinan menjadi sangat menantang dan belum bisa secara sepenuhnya diterapkan di wilayah yang sulit akses air bersih dan listrik seperti di Wae Codi.

Permasalahan tersebut merupakan permasalahan di hulu sebagai dampak dari akar permasalahan yang sebenarnya (hilir) yang mencakup kondisi ekonomi atau kemiskinan, lemahnya infrastruktur (hardware dan software) di tingkat kabupaten dan desa serta kondisi lingkungan geografis yang sulit.

Penyelesaian masalah di tingkat hulu menjadi lebih menantang dan kurang efektif-efisien tanpa didukung oleh penyelesaian masalah di hilir atau akar permasalahan sebenarnya. Masalah kesehatan yang muncul di sebagian daerah pedesaan adalah merupakan dampak dari permasalahan kemiskinan dan rendahnya pendidikan masyarakat yang merupakan bagian dari lingkaran permasalahan.

Kegiatan pendampingan bidang kesehatan sangat diperlukan bagi kabupaten Manggarai, khususnya dalam aspek sumber daya kesehatan dan

optimalisasi fungsi dan kualitas infrastruktur kesehatan, termasuk juga optimalisasi peran kerjasama dan koordinasi berbagai pihak terkait.

**b. Saran**

Penerimaan pelayanan KIA, perlu di sosialisasikan Bidan, Kepala desa, Camat, baru dibawa ke fasilitas Kesehatan, sehingga keterlibatan sector terkait mendapat dukungan dari berbagai lintas sector, PKK, Toga, Toma, dan utamanya dukungan dari Bappeda dan DPRD mengenai intervensi dari keberhasilan konsep Revolusi KIA.

**8. Ucapan Terima Kasih**

Atas terlaksananya penelitian ini kami menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Sekretariat PDBK yang telah memberikan kesempatan dan kepercayaan untuk melakukan penelitian RO PDBK di Kabupaten Manggarai Propinsi Nusa Tenggara Timur.

Juga ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai Propinsi Nusa Tenggara Timur, Pengelola Program Gizi dan KIA, Perencanaan dan Evaluasi, Bappeda, DPRD, dan SKPD Terkait lainnya, Pimpinan Puskesmas Wae Codi dan Pemegang Program KIA di Puskesmas Wae Codi, Kepala Desa Timbu dan kader Pos yandu Desa Timbu, yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.

Semoga dengan terlaksananya penelitian ini dapat memberikan manfaat untuk menurunkan (AKI dan AKB) dan IPKM di wilayah Kabupaten Manggarai, semoga pula menjadi dasar bagi penelitian yang lebih lanjut dan memberikan manfaat terhadap pelaksanaan program KIA dan meningkatkan IPKM di wilayah Kabupaten terkait.

## 9. DAFTAR KEPUSTAKAAN

-----, Kajian Riset Operasional Intensifikasi Pemberantasan Penyakit Menular Tahun 1998/1999. Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. 2004.

-----, Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat". Badan Penelitian dan Pengembangan KesehatanKementerian Kesehatan RI, Jakarta. 2010.

Creswell J.W. Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches, Sage Publication, Thousen Oaks. 1994.

Murti B. Desain Studi. Institute of Health Economic and Policy Studies (IHEPS), Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret.

Kementrian Kesehatan RI, Buku 1,2 dan 3 Pedoman Pelaksanaan Pendampingan Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan( PDBK) 2011

Kementrian Kesehatan RI, Buku Saku Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan ( PDBK) 2011

Kementrian Kesehatan RI, Pedoman Pengamat PDBK, 2011

Propil Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai tahun 2010

Propil Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai tahun 2011

Kementrian Kesehatan RI, Buku Saku Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan ( PDBK) 2011

# LAMPIRAN

LEMBAR PENGESAHAN

Tanah Bumbu, Januari 2013

Ketua Pelaksana

Kepala Balai Litbang P2B2 Tanah Bumbu



Nita Rahayu. MSc  
NIP. 197812062002122003



Mengetahui,

Panitia Pembina Ilmiah  
Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik

Dr. drg. Farida Soetiarso. MS  
NIP. 195004081981112001

## 10. JADJAL KEGIATAN PENELITIAN

### i. Gant Chart

No	Uraian Kegiatan	Bulan											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Persiapan												
	- Surat ijin Penelitian				X								
	- Pengadaan bahan				X								
	- Koordinasi tim				X								
	- Kajian data sekunder					X							
2	Tahap pelaksanaan												
	- Pengambilan data						X	X	X	X			
3	Pengolahan & Analisa data									X			
4	Pelaporan												
	- Laporan triwulan			X				X				X	
	- Laporan Akhir												X

ii. Pencapaian tolok ukur

Uraian Kegiatan	Tolok ukur		Pencapaian Tolok Ukur Per Triwulan (Target Kumulatif)							
			Triwulan I		Triwulan II		Triwulan III		Triwulan IV	
	Jml	Sat	Jm I	%	jml	%	jml	%	Jml	%
1. Persiapan										
- Surat ijin penelitian	1	Mgg			1	100				
- Koordinasi tim	1	Mgg			1	100				
- Kajian data sekunder	1	Mgg			1	100				
2. Tahap pelaksanaan										
Pengambilan data	5	Kali			3	60	2	40		
3. Pengolahan data	2	Mgg					1	100		
4. Analisis data	2	Mgg					2	100		
5. Pelaporan										
-Laporan triwulan	3	Kali			1	33	1	33	1	34
-Laporan Akhir	2	Mgg							2	100

## 11. Anggaran

### Rekapitulasi rincian biaya :

1. Belanja Honor	:Rp. 23,680,000
2. Belanja Bahan	:Rp. 5,550,000
3. Belanja Non Operasional	:Rp. 5,820,000
4. Belanja Perjalanan	:Rp. 85,920,000
<b>Total</b>	<b>:Rp. 120,970,000</b>

NO	Belanja Honor	JABATAN	SATUAN											HARGA SATUAN	JUMLAH
1	Nita Rahayu, MSc	ketua pelaksana	4	jam	X	5	Hr	x	2	Mgg	x	8	bln	40.000	12.800,000
2	Rosna Kalki Kulla, SKM	Peneliti	4	jam	X	5	Hr	x	2	Mgg	x	8	bln	30.000	9.600,000
3	Lodovikus Demung Moa, MSc	Pembantu lapangan	1	org	X	2	Hr	x				8	bln	80.000	1.280,000
total															23.680,000

NO	Belanja Perjalanan Dinas	SATUAN											HARGA SATUAN	JUMLAH	
1	Transp ( Sumba - Kupang-Kab. Manggarai)pp	4	trip	1		Org								4,600,000	18,400,000
2	(Tanah bumbu - Jakarta - Labuan Bajo -Kab. Manggarai)pp	4	trip	1		Org								5,000,000	20,000,000
3	Transpor Labuan Bajo- Manggarai ( Darat)	4	trip	1		Org								500,000	2,000,000
4	Uang harian	4	trip	2		Org	8	Hr						405,000	25,920,000
5	Penginapan	4	trip	2		Org	7	Hr						350,000	19,600,000
Total															85,920,000

NO	Belanja Barang non operasional	SATUAN											HARGA SATUAN	JUMLAH	
2	Transp (Kota - Kecamatan lokasi penelitian)	4	trip	X	3	Org								110,000	1,320,000
3	konsumsi snack dan makan	50	org	X	2	Kl								35,000	3,500,000
5	pembuatan poster desiminasi hasil pdbk	1	pkt	X										500,000	500,000
6	Ijin Etik	1	pkt	X										500,000	500,000
Total															5,820,000

NO	Belanja Bahan	SATUAN										HARGA SATUAN	JUMLAH	
		1	Pkt											
1	ATK dan bahan computer	1	Pkt										3.550.000	3.550.000
2	penggandaan kuesioner	1	Pkt										2.000.000	2.000.000
Total													5,550,000	
Total keseluruhan													120,970,000	

Mengetahui


Pejabat Pembuat Komitmen

Nagiot Cansalony Tambunan  
Nip.197310121999031003

Bandung, 21 Februari 2012

Ketua Peneliti

Nita Rahayu, M.Sc  
Nip.1978120620021222003

 <a href="http://www.litbang.depkes.go.id">http://www.litbang.depkes.go.id</a>	<b>Komisi Etik Penelitian Kesehatan          Badan Penelitian dan          Pengembangan Kesehatan (KEPK-          BPPK), Departemen Kesehatan          Republik Indonesia</b>	<b>SOP/010/01.1</b>  Berlaku mulai: <b>7 Juni 2009</b>
	Judul: <b>3.4. Pengajuan Protokol untuk          Telaah Awal</b>	


**12. BIODATA KETUA PELAKSANA**

1. **NAMA PENGUSUL** (Lengkap dengan gelar kesarjanaan dan keahlian)  
Nita Rahayu, MSc
2. **A L A M A T** (Yang paling mudah dihubungi lewat pos, telepon, faks. dan e-mail)  
Balai Litbang P2B2 Tanah Bumbu
3. **PENDIDIKAN PROFESIONAL** (Gelar akademis, nama institusi / lembaga dan tempat serta waktu / tanggal / tahun diperoleh)
4. **RIWAYAT PEKERJAAN** (Mulai dengan yang dijabat sekarang, diutamakan pekerjaan yang berhubungan dengan penelitian)  
Fungsional Peneliti Muda Balai Litbang P2B2 Tanah Bumbu
5. **PUBLIKASI** (diutamakan publikasi yang berhubungan atau terkait dengan materi permasalahan penelitian yang diusulkan)

## Lampiran Realisasi Anggaran Penelitian Tahun 2012

Judul Penelitian : Peningkatan Strategi Kerjasama Lintas Sektor dalam upaya penerapan Revolusi KIA untuk Kesehatan Ibu dan anak di Kabupaten Manggarai Propinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2012.  
Ketua Peneliti : Nita Rahayu, M.Sc  
Pagu Penelitian : Rp. 120.970.000;

No	Realisasi Total (Rp)	Uraian Realisasi (Rp)			
		Honor Tetap	Belanja Bahan	BNO	Perjadin
	84.724.400	14.080.000	2.585.200	10.129.000	57.930.200

 <a href="http://www.litbang.depkes.go.id">http://www.litbang.depkes.go.id</a>	<b>Komisi Etik Penelitian Kesehatan          Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (KEPK-BPPK), Departemen Kesehatan Republik Indonesia</b>	SOP/010/01.1  Berlaku mulai: <b>7 Juni 2009</b>
	Judul: <b>3.4. Pengajuan Protokol untuk Telaah Awal</b>	

LAMPIRAN 1  
 FL/01-010/01.1  
 Hal 1 dari 4

Formulir Permohonan Persetujuan Etik Penelitian Kesehatan  
 Diisi oleh Ketua Pelaksana

No. Protokol \*) :

\*) Diisi oleh Petugas Sekretariat KEPK-BPPK

A. Umum :

Judul Penelitian : Peningkatan Strategi Kerjasama Lintas Sektor dalam upaya penerapan revolusi KIA untuk kesehatan Ibu dan anak di Kabupaten Manggarai Propinsi Nusa Tenggara

1. Nama Ketua Pelaksana: Nita Rahayu, M.Sc.
2. Bidang Keahlian Ketua Pelaksana: Epidemiologi dan biostatistik
3. Sumber Dana : DIPABadan Litbang tahun 2012
4. Nama Institusi Penyelenggara Penelitian: Balai Litbang P2B2 Tanah Bumbu
5. Alamat Institusi : Jl. Kawasan Perkantoran pemda Tanah Bumbu  
 Telp : 081349604211  
 Fax :  
 E-mail : nita.rahayu79@yahoo.co.id
6. Nama orang yang dapat dihubungi bila terjadi sesuatu : Rosiana Kali Kulla, SKM
7. Nomor telpon yang dapat dihubungi bila terjadi sesuatu: 081349604211
8. Kapan penelitian dimulai: bulan Maret, tahun 2012
9. Lama penelitian: 8 (delapan) bulan



<http://www.litbang.depkes.go.id>

**Komisi Etik Penelitian Kesehatan  
Badan Penelitian dan  
Pengembangan Kesehatan (KEPK-  
BPPK), Departemen Kesehatan  
Republik Indonesia**

**SOP/010/01.1**

Berlaku  
mulai:


**7 Juni 2009**

Judul:

**3.4. Pengajuan Protokol untuk  
Telaah Awal**

Pengisian butir B dan seterusnya di bawah ini berdasarkan pada Protokol maupun dokumen kelengkapan lain yang dilampirkan dalam pengajuan permohonan Persetujuan Etik ini. Bila ada jawaban yang belum sesuai, perbaiki dahulu Protokol dan dokumen yang dimaksud.

- B. Tim Peneliti
- a. Apakah ada Daftar Tim Peneliti Ada
  - b. Apakah dalam Daftar Tim Peneliti tercantum keahlian Ya
  - c. Apakah ada Curriculum Vitae Ketua Pelaksana Ada
  - d. Adakah anggota Tim sesuai dengan topik penelitian Tidak
- C. Subyek penelitian
- a. Bagaimana keadaan kesehatan subyek Sehat
  - b. Umur subyek Balita dan Dewasa
  - c. Subyek bisa menandatangani *Informed consent* sendiri Ya
  - d. Bila tidak, siapa yang diminta *informed consent* -
  - e. Apakah sudah ada kriteria inklusi subyek ya
  - f. Apakah sudah ada kriteria eksklusi subyek ya
  - g. Apakah ada hubungan subyek dan peneliti Tidak
  - h. Bila ya, apa hubungan tersebut -
- D. Perlakuan / intervensi terhadap subyek
- a. Apakah protokol menyebut jenis perlakuan untuk subyek tidak
  - b. Jika ya, apa jenis perlakuan tersebut -
  - c. Adakah keterangan tentang dosis yang diberikan Tidak
  - d. Adakah keterangan tentang frekuensi perlakuan Tidak
  - e. Adakah keterangan tentang lama perlakuan Ada
  - f. Adakah keterangan tentang resiko potensial Tidak
  - g. Adakah keterangan untuk memperkecil resiko Tidak
- E. Pengambilan spesimen
- a. Apakah ada spesimen yang diambil dari subyek Tidak
  - b. Kalau ada, apa jenis spesimen yang diambil -
  - c. Adakah keterangan jumlah spesimen yang diambil Tidak
  - d. Adakah keterangan tentang frekuensi pengambilan Tidak
  - e. Adakah keterangan tentang cara pengambilan Tidak
  - f. Adakah keterangan tentang cara penanganan Tidak
  - g. Adakah keterangan tentang resiko potensial pengambilan Tidak

 <a href="http://www.litbang.depkes.go.id">http://www.litbang.depkes.go.id</a>	<b>Komisi Etik Penelitian Kesehatan          Badan Penelitian dan          Pengembangan Kesehatan (KEPK-          BPPK), Departemen Kesehatan          Republik Indonesia</b>	SOP/010/01.1  Berlaku mulai: <b>7 Juni 2009</b>
	<b>Judul:          3.4. Pengajuan Protokol untuk          Telaah Awal</b>	

LAMPIRAN 1  
 FL/01-010/01.1  
 Hal 3 dari 4


- h. Apakah ada tindakan invasif pada subyek Tidak
- i. Kalau ada, apa tindakan invasif tersebut .

**F. Naskah penjelasan untuk persetujuan subyek (*Informed Consent*)**

1. Apakah narasi dalam naskah penjelasan persetujuan subyek menerangkan tentang :
  - a. Keterangan ringkas penelitian Ya
  - b. Perlakuan yang diterapkan pada subyek Ya
  - c. Manfaat untuk subyek Ya
  - d. Bahaya potensial Tidak
  - e. Hak undur diri Ya
  - f. Adanya insentif untuk subyek (bila ada) Ada
  - g. Jenis insentif yang diberikan (bila ada) : .
2. Prosedur untuk memberikan penjelasan tentang penelitian kepada subyek
  - a. Siapa yang memberikan penjelasan Peneliti.
  - b. Kapan akan dijelaskan Saat penelitian
  - c. Tempat memberikan penjelasan Lokasi penelitian.
  - d. Siapa yang menandatangani Responden
  - e. Siapa yang menyaksikan penandatanganan setempat Staf Puskesmas

**G. Kerahasiaan subyek**

- a. Adakah keterangan tentang kerahasiaan subyek Tidak
- b. Adakah keterangan tentang kerahasiaan spesimen Tidak

 <a href="http://www.litbang.depkes.go.id">http://www.litbang.depkes.go.id</a>	<b>Komisi Etik Penelitian Kesehatan          Badan Penelitian dan          Pengembangan Kesehatan (KEPK-          BPPK), Departemen Kesehatan          Republik Indonesia</b>	SOP/010/01.1  Berlaku mulai: 7 Juni 2009
	Judul: <b>3.4. Pengajuan Protokol untuk          Telaah Awal</b>	

c. Adakah keterangan tentang kerahasiaan data

Tidak

LAMPIRAN 1  
 FL/01-010/01.1  
 Hal 4 dari 4

#### H. Pernyataan

Yang bertanda tangan di bawah ini,

N a m a : Nita Rahayu, MSc

Jabatan : Peneliti Muda

Bertindak sebagai : Ketua Pelaksana

Judul penelitian :

**Peningkatan Strategi Kerjasama lintas Sektor dalam upaya penerapan Revolusi KIA untuk Kesehatan ibu dan anak di Kabupaten Manggarai Propinsi Nusa Tenggara**

Telah membaca, mengisi dan mengerti tentang isi formulir ini dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan penelitian tersebut di atas sesuai dengan Protokol Penelitian dan seluruh isi formulir ini.

Surabaya, 21 Februari 2012  
 (Ketua Pelaksana )

Nita Rahayu, MSc  
 NIP. 19781206 20s02122003