

PDBK

40

Jakarta

33

2012

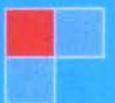
**Model Peningkatan Kinerja Tenaga
Kesehatan dalam Pelayanan
Kesehatan Bumil dan Balita di
Kabupaten Buton Utara
Tahun 2012**



**Rita Marleta Dewi
Deriansyah Eka Putra
Endang Susilowaty**

BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN RI





LAPORAN AKHIR PENELITIAN

**Model Peningkatan Kinerja Tenaga Kesehatan
dalam Pelayanan Kesehatan Bumil dan Balita
di Kabupaten Buton Utara
Tahun 2012**

RISET OPERASIONAL
PENANGGULANAGN DAERAH BERMASALAH KESEHATAN

**Drh. Rita Marleta Dewi, DTM., MKes.
Deriansyah Eka Putra, SKM
Endang Susilowaty, SKM**

**BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
JAKARTA
2012**

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan	
PERPUSTAKAAN	
Tanggal :	<u>26-6-2013</u>
No. Indek :	_____
No. Klass :	<u>40</u>
	<u>PDBK</u>

Susunan Tim Peneliti :

1. Drh Rita Marleta Dewi, Mkes
Peneliti Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan,
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Jakarta.
2. Deriansyah Eka Putra, SKM
Staf Peneliti Loka Litbang P2B2 Baturaja,
Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Sumatra Selatan.
3. Endang Susilowaty, SKM
Peneliti Lokal (Staf Bagian Perencanaan),
Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Utara, Sulawesi Tenggara.

Kata Pengantar

Puji dan syukur dipanjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa karena berkat kasih dan karuniaNya maka Laporan akhir Penelitian Riset Operasional PDBK di Kabupaten Buton Utara dapat diselesaikan dengan baik. Penelitian mengenai Model Peningkatan Kinerja Tenaga Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan Bumil dan Balita di Kabupaten Buton Utara Tahun 2012 merupakan penelitian kualitatif dan semi kuantitatif. Digolongkan dalam penelitian Semi Kuantitatif karena adanya instrumen yang menilai aktivitas para pemegang kebijakan dan pelaksana program. Hasil penilaian kuantitatif ini dibandingkan dan dihubungkan dengan hasil pengamatan kualitatif yang diperoleh dari observasi dan wawancara mendalam. Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai bahan masukan Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tenggara dan Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Utara dalam penanggulangan daerah bermasalah kesehatan atas dasar permasalahan *local specific* yang ada. Laporan ini menggambarkan hasil pengamatan dan analisa data dari situasi atau perkembangan upaya jajaran Dinas Kesehatan dan Pemerintah Daerah Kabupaten Buton Utara dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat terutama kesehatan ibu dan balita, agar buton Utara dapat keluar dari daerah bermasalah kesehatan (DBK).

Diharapkan dengan selesainya laporan ini dapat menggugah pembaca baik peneliti, pengelola program di lingkungan kesehatan atau institusi lain untuk mengambil manfaat dari penelitian ini.

Kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kepala Pusat Biomedis dan Teknologi Dasar Kesehatan, Para pembina di lingkungan Kementerian Kesehatan maupun universitas, Para Pejabat dan Staf di lingkungan Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Utara, yang telah memberikan kesempatan pelaksanaan penelitian dan memberi masukan untuk penyempurnaan laporan ini kami ucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya. Semoga Tuhan YMK selalu melimpahkan rahmat dan menerangi langkah kita semua dalam menjalankan tugas demi peningkatan kesehatan masyarakat Indonesia.

Jakarta, Januari 2013
Ketua Pelaksana Penelitian

Drh. Rita Marleta Dewi, M.Kes
NIP.195912111985032100

Ringkasan Eksekutif

Kabupaten Buton Utara adalah kabupaten baru yang merupakan pemekaran dari Kabupaten Muna, Provinsi Sulawesi Tenggara. Secara geografis terletak di kepulauan Buton Jazirah Tenggara pulau Sulawesi, disebelah Selatan garis Khatulistiwa, memanjang dari Utara ke Selatan diantara 5,21 – 5,30 Lintang Selatan dan membentang dari Barat ke Timur diantara 122,30-122,45 Bujur Timur. Walaupun baru saja berdiri pada tahun 2007, namun Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Utara sudah bertekad untuk menjadikan “ Masyarakat Buton Utara yang sehat dan mandiri 2015”.

Berdasarkan hasil Riskesdas 2007, saat Kabupaten Buton Utara masih menginduk ke kabupaten Muna, daerah ini merupakan salah satu kabupaten daerah bermasalah kesehatan (DBK) yang memiliki IPKM (0,429366) di bawah rata-rata (0,482541). Jika dibandingkan dengan angka nasional IPKM Kabupaten Buton Utara menempatkan rangking ke 357 dari 440 kabupaten/kota yang ada di Indonesia, sedangkan ditingkat propinsi menduduki peringkat ke 8 dari 10 kabupaten/kota yang ada di Propinsi Sulawesi Tenggara (Kemenkes 2011). Masalah kesehatan yang utama di kabupaten ini adalah gizi kurang (15,07%), balita pendek (40.19%), penyediaan air bersih (1.62%), sanitasi (19.84%), persalinan pada tenaga kesehatan (41.79%), imunisasi lengkap (11.53%), dan penimbangan balita (25,5%). Dari data tersebut diketahui bahwa permasalahan utama terdapat pada pelayanan ibu hamil dan balita. Dalam upaya peningkatkan IPKM, maka Kementerian Kesehatan melakukan pendampingan bagi kabupaten Buton Utara.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sejauhmana perubahan pada individu (kinerja tenaga kesehatan), perubahan sistem atau *team work*, perubahan kebijakan program dan *stakeholder* dalam peningkatan pelayanan kesehatan bumil dan balita.

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif disertai intervensi terhadap para pemegang kebijakan di lingkungan kesehatan maupun di luar kesehatan. Untuk memantau aktivitas dan proses perubahan yang terjadi, dilakukan diskusi kelompok terarah (*focus group discussion*) dan wawancara mendalam. Sedangkan untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman dan perubahan pelaku, digunakan kuesioner A, B, C, dan D, disertai kuesioner E sebagai catatan pelaku, kuesioner F untuk budaya organisasi dan kuesioner G untuk perubahan kebijakan program dan kegiatan.

Berdasarkan data profil Dinkes Buton Utara tahun 2010 diketahui bahwa jumlah penduduk Kab. Buton Utara adalah 54.703 jiwa dengan jumlah bayi (0-11 bulan) 1.305 jiwa, dan jumlah Balita (bawah lima tahun) 7.130 jiwa. Dari 9 indikator program Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Utara Tahun 2010, peningkatan status kesehatan dan peningkatan status gizi bayi, balita dan ibu hamil merupakan prioritas utama. Akan tetapi, capaian yang diperoleh pada tahun 2010 baru mencapai 31% dimana masih terjadi peningkatan kematian bayi sebesar 58%, sedangkan penurunan prevalensi balita pendek baru mencapai 18.75%. Disamping itu, angka kematian ibu melahirkan juga belum dapat ditekan.

Permasalahan kesehatan yang tidak pernah tuntas antara lain disebabkan karena : (1) sistem manajemen data masih banyak kekurangan (Data dan informasi yang terkait dengan pelaporan, manajemen dan publikasi yang tidak akurat), (2)

Kurangnya transparansi petugas dalam melaporkan kasus, (3) Distribusi petugas yang belum merata sehingga beberapa wilayah khususnya pesisir dan terpencil tidak maksimal memberikan data, (4) Data dan informasi kesehatan belum memberikan ruang kepada masyarakat untuk berpartisipasi perencanaan pembangunan kesehatan, (5) Kurangnya kepekaan petugas kesehatan terhadap kondisi kesehatan masyarakat, (6) Kurangnya kesadaran masyarakat dalam Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Selama ini, masalah kesehatan seolah-olah merupakan tanggungjawab dinas kesehatan saja. Untuk keluar dari status DBK, terobosan mempercepat peningkatan kesehatan masyarakat telah dilakukan suatu upaya dengan melibatkan SKPD terkait, pemerintahan daerah, LSM dan juga masyarakat. Inisiatif ini berkembang setelah petugas dinas kesehatan mengikuti kalakarya regional di Makasar dan kalakarya provinsi di Wakatobi. Tahap awal untuk memperbaiki masalah kesehatan adalah dengan membentuk suatu wadah "Musyawarah Perencanaan Kesehatan Desa yang disebut Waraka" yang dalam bahasa daerah berarti sehat. WARAKA merupakan suatu metode hasil modifikasi yang dikembangkan dari Metode PRA-*Participatory Rural Appraisal* yang telah diinovasikan dan disesuaikan dengan kondisi lokal kabupaten Buton Utara dan juga memasukkan indikator SPM dan MDG's.

Pada prinsipnya, WARAKA adalah suatu metode Partisipatif khusus dibidang kesehatan dengan mengembangkan Teknik Pemetaan menjadi beberapa peta tematik untuk memudahkan melakukan pengkajian, pendeteksian dan pelacakan kasus-kasus kesehatan baik jenis penyakit maupun kondisi lingkungan kesehatan masyarakat. Selain Peta tematik juga dilakukan kajian dari beberapa teknik PRA yang sudah umum dilakukan namun lebih spesifik pada kajian di Bidang Kesehatan. Diharapkan dari hasil kegiatan WARAKA ini data dan informasi yang diperoleh merupakan data yang disusun bersama masyarakat dan menjadi acuan dalam menyusun Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), Rencana Strategis (Renstra) SKPD Dinas Kesehatan dan Rencana Kerja (Renja) SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Utara yang dilaksanakan sesuai dengan prioritas serta tetap memperhatikan kondisi lingkungan strategis dalam kerangka regulasi dan pendanaan yang bersifat indikatif. Dokumen perencanaan dari kegiatan WARAKA ini juga diharapkan akan menyatu dan bersinergi dengan agenda pemerintah yang akan dilaksanakan oleh Kepala Daerah selama menjadi pimpinan pemerintahan dalam penyelenggaraan pembangunan daerah, sesuai dengan penjabaran visi, misi dan program prioritas Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah Buton Utara dalam kurun waktu lima tahun.

Tahap awal dari kegiatan Waraka adalah mendapatkan data dasar yang akurat dengan melakukan pengumpulari data langsung ke masyarakat dengan melakukan *sweeping*, dan sampai dengan bulan Agustus 2011 didapatkan data yang langsung dari lapangan dimana terdapat 28 kasus kematian bayi, 20 kasus bayi lahir mati, dan 4 kasus kematian ibu. Informasi lain yang ditemukan di lapangan adalah didapatinnya 160 bumil Risti dari 901 bumil, dan dari 4420 balita didapatkan 450 gizi kurang, 52 gizi buruk dan 35 balita pendek. Untuk penyakit menular didapatkan 128 penderita BT, 2313 klinis malaria, 21 kasus penderita kusta, 4 kasus kronis filariasis, penderita gondok yang tersebar, dan 2 kasus hydrocephalus. Disamping itu, rumah tangga yang memiliki jamban dan dapat mengakses air bersih kurang dari 50%. Setelah melakukan pemetaan masalah

kesehatan, disusun suatu rencana penanggulangan secara bertahap namun berkesinambungan.

Disesuaikan dengan kemampuan dan fasilitas yang ada, pertama-tama dilakukan adalah pengembangan dan pendampingan desa. Dari masing-masing wilayah kerja Puskesmas dipilih satu desa untuk dikembangkan sebagai desa percontohan yang disebut "Kampo Waraka". Kampo waraka adalah desa yang memiliki masyarakat berperilaku PHBS dan mempunyai kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kedaruratan kesehatan, secara mandiri. Kampo Waraka sesungguhnya merupakan pengembangan dari desa siaga, namun yang berperan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat tidak hanya jajaran dinas kesehatan saja tetapi juga pemerintah daerah dan semua SKPD terkait serta masyarakat itu sendiri. Dengan demikian diharapkan semua program dari masing-masing SKPD difokuskan pada pengembangan Kampo Waraka.

Hasil sementara dari inisiasi Kampo Waraka adalah pemerintah desa dan masyarakat mengerti permasalahan kesehatan desa antara lain rendahnya persalinan oleh tenaga kesehatan karena masyarakat lebih memilih persalinan dengan bantuan dukun. Hal ini merupakan salah satu penyebab kematian ibu melahirkan belum dapat ditekan. Terdapat balita gizi kurang dan balita pendek dengan jumlah yang cukup tinggi, rendahnya cakupan imunisasi dan penimbangan balita, serta sulitnya penyediaan air bersih dan PHBS masyarakat yang kurang. Dengan dibentuknya Kampo waraka : (1) Masyarakat dilibatkan langsung untuk membangun kesehatan desa, (2) Camat dan Kepala desa ikut bertanggung jawab akan kesehatan masyarakatnya.

Adanya Peraturan daerah untuk Kampo Waraka, berdampak semua program SKPD difokuskan ke pengembangan Kampo Waraka. Dengan mempererat Kemitraan Bidan desa, dukun dan kader, maka (1) Persalinan oleh tenaga kesehatan meningkat, (2) Terjalin hubungan emosional antara masyarakat/bumil dan bidan, (3) Penempatan petugas sesuai tupoksinya (persalinan oleh bidan dengan pendampingan dukun), (4) Pemanfaatan rumah dukun sebagai tempat persalinan (jampersal), (5) Bidan tidak hanya menolong persalinan tetapi juga sebagai tempat konsultasi.

Baik dari individu maupun kelembagaan, telah mulai Instropeksi / kroscek data sehingga akan didapatkan : (1) Data pelaporan berdasarkan data real di lapangan, (2) Dinas kesehatan merasa perlu turun ke lapangan untuk melihat langsung proses pengumpulan data (monitoring)., (3) Pada kegiatan Mini kolakarya di Puskesmas akan dilakukan analisa data sebelum di serahkan ke tingkat kabupaten, (4) Puskesmas akan meminta umpan balik atas pelaporan, (5) Kader memperbaiki sistem pencatatan.

Adanya rangsangan kecil dari pemerintah daerah akan saniatsi lingkungan di Desa Kampo Waraka, terjadi peningkatan kepemilikan jamban keluarga sebesar (75 - 90%), kebersihan lingkungan dan upaya memperoleh air bersih. Pengembangan selanjutnya dari tiap Puskesmas akan melakukan replikasi desa waraka dan untuk tahun 2013 diupayakan masing-masing Puskesmas membina 2 replikasi desa Waraka sehingga pada tahun 2015 seluruh (59) desa sudah menjadi Kampo Waraka

Abstrak

Dalam riset kesehatan dasar (Riskesdas) yang pertama kali pada tahun 2007 didapatkan nilai Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM). Dari 24 indikator kesehatan yang terdapat dari Riskesdas, disepakati pemberian bobot tertentu sesuai dengan kriteria: (i) Mutlak dengan bobot 5 (11 indikator), (ii) Penting dengan bobot 4 (5 indikator); serta (iii) Perlu dengan bobot 3 (8 indikator). Berdasarkan pembobotan dan roadmap reformasi kesehatan masyarakat, didapatkalah adanya daerah bermasalah kesehatan (DBK) dan ditetapkan penanggulangan daerah bermasalah kesehatan (PDBK) sebagai salah satu kegiatan unggulan untuk menghilangkan hambatan (debottlenecking) dalam penyelesaian kesehatan terutama di daerah bermasalah kesehatan. Dalam PDBK dibutuhkan pendampingan untuk mencapai peningkatan IPKM. Pada DBK dibutuhkan adanya perhatian yang lebih dengan cara memperkuat kapasitas dari SDM, walaupun tiap kabupaten/kota mempunyai kemampuan SDM yang tidak sama.

Berdasarkan hasil Riskesdas dan laporan (profil) dari dinas kesehatan Kabupaten Buton Utara, teridentifikasi bahwa yang menjadi masalah utama dalam kesehatan adalah : (1) rendahnya persalinan pada tenaga kesehatan sehingga kematian ibu melahirkan belum dapat ditekan (2) tingginya gizi kurang dan balita pendek dan (3) rendahnya cakupan imunisasi lengkap, dan penimbangan balita. Berbagai upaya telah dilakukan, namun capaian peningkatan pelayanan kesehatan bumil dan balita masih rendah dimana angka kematian ibu melahirkan belum dapat ditekan, cakupan imunisasi lengkap dan penimbangan balita masih rendah, maka perlu adanya peningkatan kinerja nakes di Kabupaten Buton Utara.

Kabupaten Buton Utara terdiri dari 6 kecamatan dengan 59 desa, dimana tiap kecamatan memiliki minimal satu Puskesmas, sehingga terdapat 9 puskesmas yaitu Puskesmas Waode Buri, Bonegunu, Kambowa, Labaraga, Lakansari, Lambale, Kioko, Kulisusu, dan Wakurumba Utara. Dari 9 puskesmas tersebut, hanya 4 puskesmas yang merupakan puskesmas perawatan, dan 5 puskesmas lainnya adalah non perawatan. Dari 59 Desa dan Kelurahan Kabupaten Buton Utara ternyata masih ada 21 desa dan kelurahan yang tidak memiliki Poskesdes / Pustu.

Setelah mengikuti kalakarya regional di Makasar dan kalakarya provinsi di Wakatobi, sebuah terobosan telah dikembangkan di Kabupaten Buton Utara yang relatif muda ini yaitu dengan menyatukan berbagai program yang berkaitan dengan kesehatan menjadi sebuah payung program yang disebut "WARAKA". Waraka yang berarti sehat (bahasa daerah Kulisusu), juga merupakan suatu wadah "Musyawarah Perencanaan Kesehatan Desa". Program WARAKA ini diadopsi dari Program *Participatory Rural Appraisal* (PRA) Kesehatan yang mengkaji desa secara partisipatif khususnya di bidang kesehatan dengan tujuan untuk memperoleh berbagai informasi tentang permasalahan dan potensi kesehatan yang berada di desa serta merumuskan perencanaan kesehatan bersama masyarakat. Dengan Waraka, didapatkan data yang langsung dari lapangan dimana sampai dengan bulan Agustus 2011 terdapat 28 kasus kematian bayi, 20 kasus bayi lahir mati, dan 4 kasus kematian ibu. Informasi lain yang ditemukan di lapangan adalah didapatinya 160 bumil Risti dari 901 bumil, dan dari 4420 balita didapatkan 450 gizi kurang, 52 gizi buruk dan 35 balita pendek. Untuk penyakit menular didapatkan 128 penderita BT, 2313 klinis malaria, 21 kasus penderita kusta, 4 kasus kronis filariasis, penderita gondok yang tersebar, dan 2 kasus hydrocephalus. Disamping itu, rumah tangga yang memiliki jamban dan dapat mengakses air bersih kurang dari 50%.

Tahapan yang telah dilakukan untuk mencapai tujuan berupa peningkatan kinerja tenaga kesehatan dalam pelayanan kesehatan bumil dan balita di Kabupaten Buton Utara, adalah dengan melakukan kalakarya, pendampingan, dan dialog. Dari kegiatan tersebut, pemerintah desa dan masyarakat mengerti permasalahan kesehatan desa antara lain rendahnya persalinan oleh tenaga kesehatan karena masyarakat lebih memilih persalinan dengan bantuan dukun. Hubungan emosional antara dukun dengan masyarakat terutama ibu hamil sangat kuat, sementara hubungan bidan dengan bumil masih kurang. Hal ini disebabkan karena bidan tidak tinggal di desa. Pertolongan persalinan oleh dukun merupakan salah satu penyebab kematian ibu melahirkan belum dapat ditekan. Disamping itu, banyaknya pernikahan dini menyebabkan tingginya kehamilan di usia muda dan karena faktor ekonomi serta kerja keras menyebabkan gizi ibu hamil kurang baik. Kehamilan tersebut akan membuahkan bayi yang kurang gizi pula. Hal ini merupakan salah satu penyebab tingginya kasus balita gizi kurang dan balita pendek. Rendahnya cakupan imunisasi dan penimbangan balita, serta sulitnya penyediaan air bersih dan PHBS masyarakat yang kurang dikarenakan persepsi masyarakat akan pentingnya penimbangan balita masih kurang. Penimbangan di Posyandu hanya berlangsung bagi bayi selama mengikuti jadwal imunisasi, bukan untuk mengetahui tumbuh kembang anak. Kesadaran masyarakat akan perlunya hidup sehat belum terwujud. Dengan adanya pendampingan dari kepala Puskesmas dan pengawasan langsung dari kepala desa

Berdasarkan hasil pencatatan wawancara mendalam, dialog / pertemuan dengan pelaksana program dan juga masyarakat, serta observasi lapangan terlihat adanya perubahan pada setiap individu yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan masyarakat khususnya ibu hamil dan balita. Perubahan ini digambarkan dengan adanya kesadaran akan keterbatasan data dan pentingnya menganalisa data yang dilaporkan, merumuskan perencanaan kesehatan bersama masyarakat yang mengacu pada tujuan nasional. Adanya pertemuan rutin antara jajaran kesehatan dengan tokoh masyarakat merupakan upaya utama dalam mendorong peningkatan Kemitraan dukun bayi dengan bidan desa. Penemuan ibu hamil secara dini oleh tenaga kesehatan, memberikan konsultasi kehamilan dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di tempat pelayanan kesehatan, telah memperkecil kasus kematian ibu bersalin. Hal lain yang diusahakan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat adalah gerakan gotong royong mendekatkan air bersih ke setiap kelompok rumah tangga, Pengadaan jamban keluarga, dan terkumpulnya dana sehat desa yang terutama diperuntukan untuk pengembangan kesehatan balita.

Perubahan kebijakan dinyatakan dengan kesepakatan bahwa kesehatan bukan hanya tanggungjawab dinas kesehatan tetapi merupakan tanggung jawab bersama. Adanya payung hukum dari pemerintah daerah menyebabkan perubahan di semua jajaran sehingga semua program difokuskan pada kesehatan masyarakat, terutama kesehatan ibu hamil dan anak balita.

Daftar Isi

	Halaman
Halaman judul	i
Susunan Tim Peneliti	ii
Surat Keputusan Penelitian	iii
Kata Pengantar	iv
Ringkasan Eksekutif	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	IX
Daftar Tabel	x
Daftar Lampiran	xi
Pendahuluan	1
Tujuan dan Manfaat Penelitian	5
Tinjauan Pustaka	6
Metode	8
Hasil dan Pembahasan	17
Kesimpulan dan Saran	60
Daftar Kepustakaan	61
Lampiran	62

Daftar Tabel

	Halaman
Tabel 1. Level Kepedulian	50
Tabel 2. Level Kemampuan berkomunikasi	51
Tabel 3. Level Berfikir strategis	52
Tabel 4. Level Kepemimpinan	52
Tabel 5. Level kreativitas	53
Tabel 6. Level Orientasi kualitas	53
Tabel 7. Level integritas	53
Tabel 8. Level kemampuan masyarakat	54
Tabel 9. Perhitungan D/S	54
Tabel 10. Tabel cakupan K1	55
Tabel 11. Tabel cakupan K4	55
Tabel 12. Tabel cakupan KN1	56
Tabel 13. Tabel cakupan KN lengkap	56
Tabel 14. Tabel Persalinan Nakes	57
Tabel 15. Tabel Tempat Persalinan	58
Tabel 16. Tabel Kunjungan Nifas	58
Tabel 17. Grafik cakupan D/S tahun 2012	59
Tabel 18. Tabel kasus Gizi buruk	59

Daftar Lampiran

		Halaman
Lampiran 1.	Formulir kuesioner A	95
Lampiran 2.	Formulir kuesioner B	103
Lampiran 3.	Formulir kuesioner C	106
Lampiran 4.	Formulir kuesioner D	110
Lampiran 5.	Formulir kuesioner E	113

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indeks pembangunan manusia adalah salah satu ukuran yang sering digunakan untuk membandingkan keberhasilan pembangunan sumber daya manusia antar negara. Indeks ini merupakan indikator komposit yang terdiri dari indikator (i) Kesehatan (umur harapan hidup waktu lahir), (ii) Pendidikan (angka melek huruf dan angka partisipasi sekolah), serta (iii) Ekonomi (pengeluaran riil per kapita). Untuk bidang kesehatan, indikator yang mewakili dalam IPM adalah umur harapan hidup waktu lahir. Bagaimana caranya meningkatkan umur harapan hidup, sulit dijawab dengan pasti. Oleh karena itu diperlukan serangkaian indikator kesehatan lain yang diperkirakan berdampak pada kesehatan yang pada gilirannya meningkatkan umur harapan hidup waktu lahir. Inilah salah satu alasan dimunculkannya Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM).

Kementrian Kesehatan telah melakukan riset kesehatan dasar (Riskesdas) yang pertama kali dilakukan pada tahun 2007. Dari Riskesdas 2007 telah dihasilkan nilai (IPKM). Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat adalah indikator komposit yang menggambarkan kemajuan pembangunan kesehatan, dirumuskan dari data kesehatan berbasis komunitas. Dua puluh empat (24) indikator kesehatan terpilih yang berasal dari Riskesdas, Susenas dan Podes tersebut berdasarkan kesepakatan para pakar diberikan bobot tertentu sesuai dengan kriteria: (i) Mutlak yang terdiri dari 11 indikator dengan bobot 5; yaitu (1) Prevalensi balita gizi buruk dan kurang, (2). Prevalensi balita pendek dan sangat pendek, (3). Prevalensi balita kurus dan sangat kurus, (4) Proporsi rumah tangga dengan akses air bagus, (5) Proporsi rumah tangga dengan akses sanitasi bagus, (6) Proporsi penimbangan balita yang rutin, (7) Cakupan kunjungan neonatus I, (8) Cakupan imunisasi lengkap, (9) Rasio dokter terhadap puskesmas, (10) Rasio bidan terhadap desa, (11) Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan. (ii) Penting mempunyai bobot 4 (5 indikator) yaitu (1) Prevalensi balita gemuk, (2) Prevalensi penyakit diare, (3) Prevalensi penyakit hipertensi, (4) Prevalensi penyakit pneumoni, (5) Proporsi cuci tangan dengan benar ; serta (iii) Perlu mempunyai bobot 3 (8 indikator) yaitu (1) Prevalensi gangguan

mental emosional, (2) Prevalensi merokok, (3) Prevalensi penyakit gigi dan mulut, (4) Prevalensi penyakit asma, (5) Prevalensi disabilitas (bermasalah dan sangat bermasalah), (6) Prevalensi cedera, (7) Prevalensi penyakit sendi, (8) Prevalensi penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut.

Berdasarkan analisa pembobotan tersebut, didapatkalah adanya daerah bermasalah kesehatan (DBK), sedangkan pada roadmap reformasi kesehatan masyarakat 2010-2014 ditetapkan penanggulangan daerah bermasalah kesehatan (PDBK) sebagai salah satu kegiatan unggulan untuk menghilangkan hambatan (*debottlenecking*) dalam penyelesaian kesehatan terutama di daerah bermasalah kesehatan. Untuk itu harus ada perhatian yang lebih dengan cara memperkuat kapasitas dari SDM, walaupun tiap kabupaten/kota mempunyai kemampuan SDM yang tidak sama. Bentuk kegiatan PDBK adalah melakukan pendampingan bagi daerah dalam pengembangan dan aplikasi model penanggulangan daerah bermasalah kesehatan yang pada akhirnya diharapkan terjadi peningkatan IPKM.

Kabupaten Buton Utara adalah kabupaten pemekaran dari Kabupaten Muna yang merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Sulawesi Tenggara yang terletak di kepulauan Buton Jazirah, Tenggara pulau Sulawesi. Secara geografis terletak disebelah Selatan garis Khatulistiwa, memanjang dari Utara ke Selatan diantara 5,21 – 5,30 Lintang Selatan dan membentang dari Barat ke Timur diantara 122,30-122,45 Bujur Timur. Walaupun baru saja berdiri pada tahun 2007, namun Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Utara sudah bertekad untuk menjadikan " Masyarakat Buton Utara yang sehat dan mandiri 2015". Kabupaten Buton Utara terdiri dari 6 kecamatan dimana tiap kecamatan memiliki minimal satu Puskesmas, sehingga terdapat 9 puskesmas yaitu Puskesmas Waode Buri, Bonegunu, Kambowa, Labaraga, Lakansari, Lambale, Kioko, Kulisusu, dan Wakurumba Utara. Dari 9 puskesmas tersebut, hanya 4 puskesmas yang merupakan puskesmas perawatan, dan 5 puskesmas lainnya adalah non perawatan. Dari 59 Desa dan Kelurahan Kabupaten Buton Utara ternyata masih ada 21 desa dan kelurahan yang tidak memiliki Poskesdes / Pustu dan Puskesmas

Kabupaten Buton Utara merupakan salah satu kabupaten daerah bermasalah kesehatan (DBK) yang memiliki IPKM (0,429366) di bawah rata-rata (0,482541) (Riskesdas 2007 data IPKM kabupaten Muna sebagai kabupaten induk). Rangking nasional IPKM Kabupaten Buton Utara adalah 357 dari 440 kabupaten/kota yang

ada di Indonesia, sedangkan ditingkat propinsi menduduki peringkat ke 8 dari 10 kabupaten/kota yang ada di Propinsi Sulawesi Tenggara (Kemenkes 2011). Masalah kesehatan yang utama di kabupaten ini adalah gizi kurang (15,07%), balita pendek (40.19%), penyediaan air bersih (1.62%), sanitasi (19.84%), persalinan pada tenaga kesehatan (41.79%), imunisasi lengkap (11.53%), dan penimbangan balita (25,5%).

Berdasarkan data profil Dinkes Buton Utara tahun 2010 diketahui bahwa jumlah penduduk Kab. Buton Utara adalah 54.703 jiwa dengan jumlah bayi (0-11 bulan) 1.305 jiwa, dan jumlah Balita (bawah lima tahun) 7.130 jiwa. Dari 9 indikator program Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Utara Tahun 2010, peningkatan status kesehatan dan peningkatan status gizi bayi, balita dan ibu hamil merupakan prioritas utama. Akan tetapi, capaian yang diperoleh pada tahun 2010 baru mencapai 31% dimana masih terjadi peningkatan kematian bayi sebesar 58%, sedangkan penurunan prevalensi balita pendek baru mencapai 18.75%. Disamping itu, angka kematian ibu melahirkan juga belum dapat ditekan.

Upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan adalah dengan membentuk suatu wadah "Musyawarah Perencanaan Kesehatan Desa yang disebut Waraka". Dengan Waraka, didapatkan data yang langsung dari lapangan dimana sampai dengan bulan Agustus 2011 terdapat 28 kasus kematian bayi, 20 kasus bayi lahir mati, dan 4 kasus kematian ibu. Informasi lain yang ditemukan di lapangan adalah didapainya 160 bumil Risti dari 901 bumil, dan dari 4420 balita didapatkan 450 gizi kurang, 52 gizi buruk dan 35 balita pendek. Untuk penyakit menular didapatkan 128 penderita BT, 2313 klinis malaria, 21 kasus penderita kusta, 4 kasus kronis filariasis, penderita gondok yang tersebar, dan 2 kasus hydrocephalus. Disamping itu, rumah tangga yang memiliki jamban dan dapat mengakses air bersih kurang dari 50%.

Sementara ini, untuk menekan tingginya kasus kematian bayi, kematian ibu bersalin, dan meningkatkan keselamatan bumil risiko tinggi, akan dilakukan kemitraan antara Bidan, dukun bayi, dan kader posyandu yang kegiatannya dibantu oleh LSM (*Basics Responsif Inisiative*). Sedangkan untuk meningkatkan indeks IPKM Kab. Buton Utara, dari 24 indikator IPKM, upaya peningkatan gizi balita, cakupan imunisasi, penimbangan balita, peningkatan sanitasi dan akses air bersih merupakan masalah prioritas. Oleh karena itu, keterlibatan masyarakat / kader

secara langsung sangat dibutuhkan, dan perlu suatu pengembangan intervensi yang dapat meningkatkan partisipasi masyarakat agar dapat meningkatkan status kesehatan.

Berdasarkan latar belakang di atas maka perlu adanya penelitian operasional dengan metode observasi di tingkat Dinas Kesehatan dan jajaran yang terkait untuk meningkatkan status gizi balita. Diharapkan dari hasil penelitian observasional ini akan menghasilkan kebijakan pengelola program yang terkait untuk meningkatkan IPKM di Kabupaten Buton Utara.

B. Topik Penelitian

Masalah kesehatan yang utama di kabupaten ini adalah (1) rendahnya persalinan pada tenaga kesehatan sehingga kematian ibu melahirkan belum dapat ditekan (2) tingginya gizi kurang dan balita pendek dan (3) rendahnya cakupan imunisasi lengkap, dan penimbangan balita, juga (4) sulitnya penyediaan air bersih dan sanitasi yang kurang. Sementara capaian peningkatan pelayanan kesehatan bumil dan balita masih rendah, maka perlu adanya peningkatan kinerja nakes di Kabupaten Buton Utara.

C. Pertanyaan Penelitian:

1. Apakah kalakarya dan pendampingan dapat mengubah kinerja tenaga kesehatan?
2. Apakah perubahan kinerja tenaga kesehatan akan menyebabkan perubahan sistem atau *teamwork* di jajaran kesehatan di Kabupaten Buton Utara? Faktor apa saja yang mempengaruhinya?
3. Apakah perubahan *teamwork* akan menyebabkan perubahan kebijakan program kesehatan di kabupaten Buton Utara?
4. Apakah perubahan kebijakan akan menyebabkan perubahan *Stakeholder* ?
5. Apakah perubahan di semua tingkat tersebut diatas akan menyebabkan peningkatan pelayanan kesehatan bumil dan balita ?
6. Apakah peningkatan pelayanan kesehatan bumil dan balita akan menyebabkan perubahan IPKM di Buton Utara?

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

A. Tujuan

Tujuan Umum :

Peningkatan kinerja tenaga kesehatan dalam pelayan kesehatan bumil dan balita di Kabupaten Buton Utara.

Tujuan khusus:

1. Identifikasi kemampuan dan motifasi yang dimiliki oleh tenaga kesehatan
2. Identifikasi dukungan (dari atasan atau relasi) yang diterima oleh nakes.
3. Identifikasi keberadaan pekerjaan yang akan dilakukan oleh nakes
4. Identifikasi hubungan nakes dengan organisasi.
5. Menentukan angka pelayanan kesehatan bumil yang ditangani oleh nakes
6. Menentukan angka kematian saat persalinan.
7. Menentukan jumlah balita di Kabupaten Buton Utara
8. Menentukan proporsi balita yang ditimbang
9. Menentukan cakupan balita yang mendapatkan imunisasi lengkap
10. Memprediksi IPKM di Buton Utara?

B. Manfaat

Peningkatan kinerja tenaga kesehatan dalam pelayan kesehatan bumil dan balita diharapkan dapat menyebabkan peningkatan IPKM di Kabupaten Buton Utara.

TINJAUAN PUSTAKA

Sebagai kabupaten yang baru berdiri, Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Utara mempunyai tugas cukup berat dalam mewujudkan pembangunan kesehatan. Untuk mewujudkan "masyarakat Buton Utara yang sehat dan mandiri di tahun 2014" diperlukan data dan informasi kesehatan khususnya bagi para mengambil kebijakan, agar dapat mengarah pada program Pembangunan kesehatan Kabupaten Buton Utara. Pada tahun 2010 dengan berbagai upaya dan kerjasama lintas program dan sektor, telah terjadi peningkatan di bidang kesehatan masyarakat salah satu diantaranya peningkatan sarana dan prasarana kesehatan, tenaga kesehatan dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

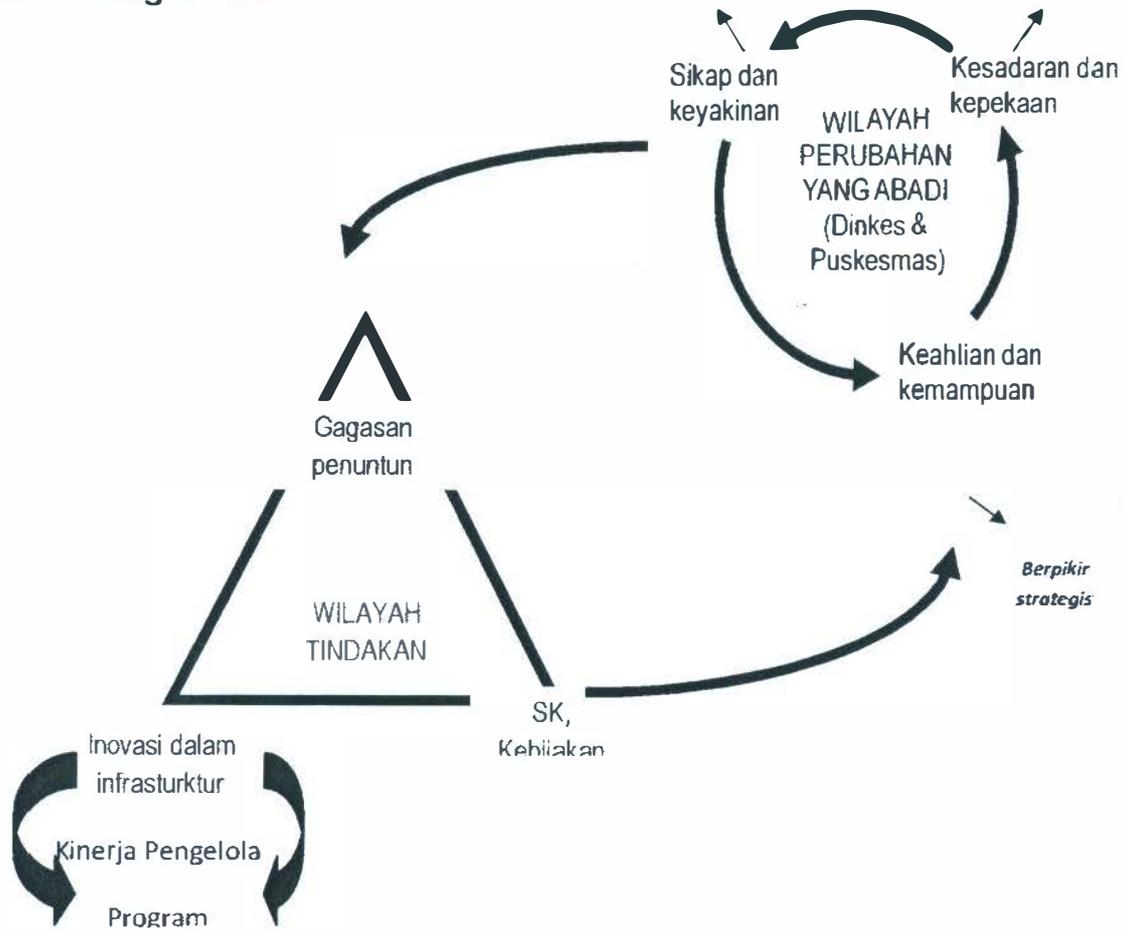
Gamabarn status kesehatan masyarakat Buton Utara diukur dari beberapa indikator utama antara lain angka kematian, Umur Harapan Hidup, angka kesakitan, dan status gizi. Indikator tersebut dapat diperoleh melalui laporan dari fasilitas kesehatan (*fasility based*) dan data yang dikumpulkan dari masyarakat (*community based*). Untuk kabupaten Buton Utara, indikator dalam Program Dinas Kesehatan Kabupaten untuk tahun 2010 adalah : (1) Meningkatnya status kesehatan, (2) Meningkatnya status gizi bayi, balita dan ibu hamil, (3) Meningkatnya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan, (4) Meningkatnya ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan serta menjamin keamanan/khasiat manfaat dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, (5) Mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, bermutu, adil dan terjangkau, (6) Mewujudkan administrasi kesehatan yang berkualitas, bermutu,adil dan terjangkau, (7) Terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan yang berkualitas dan professional di kecamatan dan desa, (8) Meningkatnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada tingkat rumah tangga, dan (9) Menurunnya angka kesakitan akibat penyakit

menular. Selama ini kementerian kesehatan telah berupaya mendukung pengembangan kesehatan dengan beberapa program dan kucuran material / dana yang cukup besar. Berdasarkan laporan dari profil dinas kesehatan nampak bahwa permasalahan kesehatan tidak dapat dituntaskan dengan bantuan material saja namun juga perlu terobosan lain. Berlandaskan pada standar pelayanan minimal disertakan dengan kinerja yang cepat, tepat dan analisa yang cerdas, diyakini bahwa dengan pemanfaatan sumber daya yang ada akan terjadi peningkatan kesehatan yang signifikan.

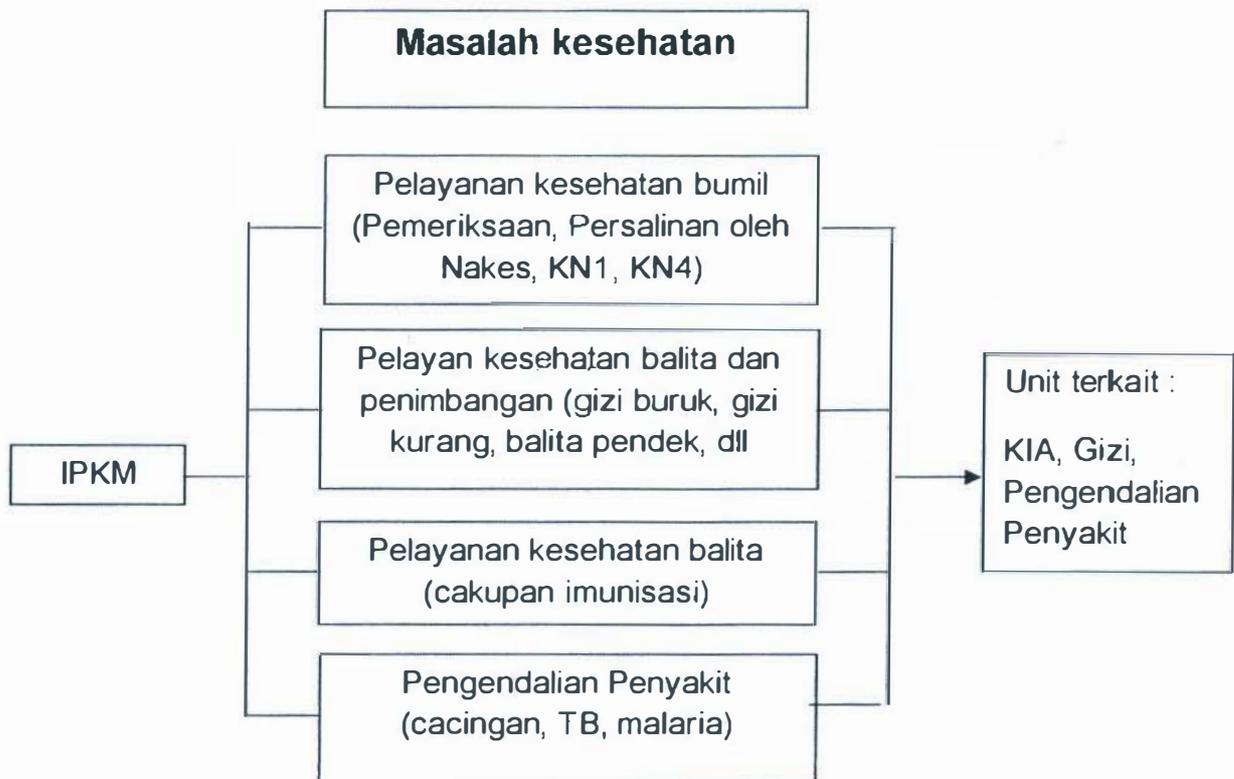
Tenaga kesehatan sebagai tokoh utama dalam pembangunan kesehatan sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Berdasarkan permasalahan yang ada di Kab Buton Utara, yang secara umum sama dengan daerah DBK lainnya, keterbatasan sumber daya, fasilitas, dan PSP (pengetahuan, sikap, dan perilaku) petugas juga masyarakat menjadi kendala yang utama. Rangsangan disertai pendampingan yang berkesinambungan diharapkan akan dapat merubah kepekaan dan persepsi petugas dalam mengambil suatu tindakan yang mana akan berpengaruh pada lingkungan atau sistem disekitarnya. Untuk memperkecil permasalahan kesehatan ibu dan balita, diharapkan dapat terwujud dengan adanya motivasi dan dialog terbuka dengan pemegang kebijakan. Sebagai tokoh utama, petugas kesehatan tidak dapat bekerja sendiri namun perlu dukungan dari pihak lain terkait dan disertai adanya masyarakat upaya masyarakat untuk hidup lebih sehat.

METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Teori



B. Kerangka Acuan



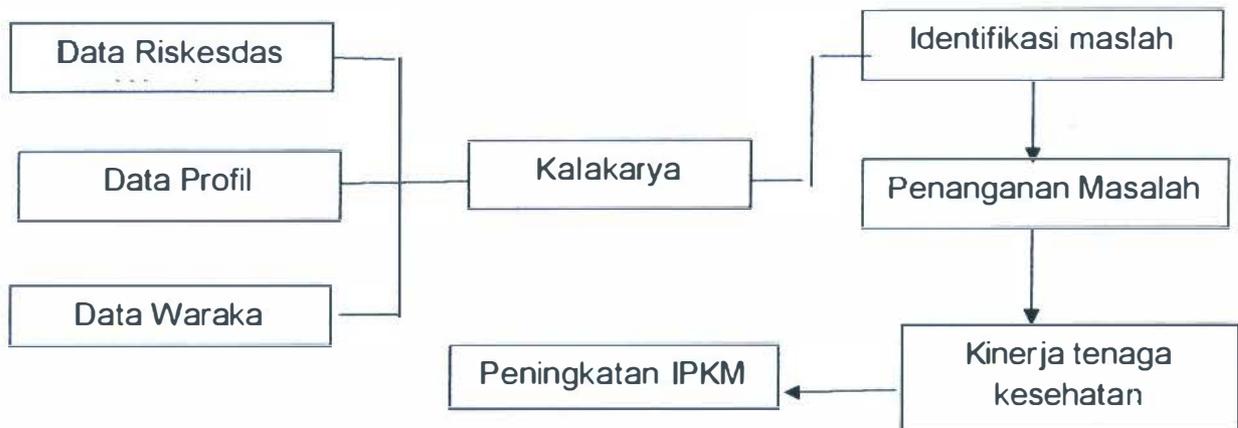
C. Tempat Dan waktu Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan di wilayah Kabupaten Buton Utara selama sepuluh bulan (Maret sampai Desember 2012). Terhadap nakes dipilih tingkat kabupaten, Puskesmas dengan 9 puskesmas yang ada dan outputnya dilihat dari 9 desa Waraka yang merupakan desa binaan dari masing-masing puskesmas.

D. Jenis dan Disain Penelitian:

Penelitian ini merupakan penelitian operasional dengan melakukan observasional disertai intervensi berupa kalakarya dan pendampingan yang berkesinambungan.

E. Alur Kegiatan



Berdasarkan hasil Kalakarya di tingkat regional, adanya tindak lanjut dari hasil WARAKA (musyawarah perencanaan kesehatan) dengan menginisiasi Inovasi Kampung Waraka/kampung sehat". WARAKA yang dalam bahasa Kulisusu berarti Sehat juga berakronim "*Musyawarah Perencanaan Kesehatan*", Sebuah cara atau metode yang digunakan untuk melakukan kajian guna memahami, melacak, menilai dan melakukan Perencanaan Kesehatan Desa (masyarakat) dengan melibatkan masyarakat itu sendiri, merupakan hasil modifikasi yang dikembangkan dari Metode PRA-*Participatory Rural Appraisal* yang telah diinovasikan dengan menyesuaikan kondisi lokal kabupaten Buton Utara dan memasukkan indikator SPM dan MDG's

Pelaksanaan WARAKA dilatar belakangi kondisi permasalahan kesehatan yang tidak pernah tuntas dan sistem data masih banyak kekurangan:

1. Data dan informasi yang tidak akurat terkait dengan pelaporan, manajemen data dan publikasi data
2. Kurangnya transparansi petugas dalam melaporkan kasus
3. Distribusi petugas yang belum merata sehingga beberapa wilayah khususnya pesisir dan terpencil tidak maksimal memberikan data, informasi dan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan
4. Data dan informasi kesehatan belum memberikan ruang kepada masyarakat untuk berpartisipasi perencanaan pembangunan kesehatan.

5. Kurangnya kepekaan petugas kesehatan terhadap kondisi kesehatan masyarakat
6. Kurangnya kesadaran masyarakat dalam Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Untuk memperbaiki permasalahan tersebut maka Dinas Kesehatan Buton Utara melakukan kegiatan WARAKA. Diharapkan dari hasil kegiatan WARAKA ini data dan informasi yang diperoleh merupakan data yang disusun bersama masyarakat dan menjadi acuan dalam menyusun Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), Rencana Strategis (Renstra) SKPD Dinas Kesehatan dan Rencana Kerja (Renja) SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Utara yang dilaksanakan sesuai dengan prioritas serta tetap memperhatikan kondisi lingkungan strategis dalam kerangka regulasi dan pendanaan yang bersifat indikatif.

Dokumen perencanaan dari kegiatan WARAKA ini juga diharapkan akan menyatu dan bersinergi dengan agenda pemerintah yang akan dilaksanakan oleh Kepala Daerah selama menjadi pimpinan pemerintahan dalam penyelenggaraan pembangunan daerah, sesuai dengan penjabaran visi, misi dan program prioritas Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah Buton Utara dalam kurun waktu lima tahun.

WARAKA merupakan hasil modifikasi yang dikembangkan dari Metode PRA-*Participatory Rural Appraisal* yang telah diinovasikan dengan menyesuaikan kondisi lokal kabupaten Buton Utara dan memasukkan indikator SPM dan MDG's.

Metode WARAKA adalah sebuah metode Partisipatif khusus dibidang kesehatan dengan mengembangkan Teknik Pemetaan menjadi beberapa peta tematik untuk memudahkan melakukan pengkajian, pendeteksian dan pelacakan kasus-kasus kesehatan baik jenis penyakit maupun kondisi lingkungan kesehatan masyarakat. Selain Peta tematik juga dilakukan kajian dari beberapa teknik PRA yang sudah umum dilakukan namun lebih spesifik pada kajian di Bidang Kesehatan.

Salah satu hasil kegiatan Waraka adalah didapatinya data kasus kematian bayi, kasus kematian ibu, bumil Risti balita gizi kurang/buruk, dan balita pendek, juga data penyakit menular (BT, malaria, kusta, kronis filariasis), gondok dan kasus

hydrocephalus. Berdasarkan analisa dari ketiga data (Riskesmas, profil dan waraka) pada saat kalakarya di tingkat kabupaten, teridentifikasi beberapa masalah kesehatan yang utama. Berdasarkan laporan dari profil kesehatan, terdapat banyak upaya yang telah dilakukan namun hasil yang didapatkan masih jauh dari target. Dalam menentukan prioritas penanganan masalah, diperlukan peningkatan kinerja tenaga kesehatan. Hal ini diharapkan akan tercapai setelah dilakukannya kalakarya dan pendampingan. Peningkatan Kinerja nakes diharapkan akan menyebabkan peningkatan IPKM.

Dari hasil WARAKA inilah dibuat sebuah konsep Inovasi kampo waraka yang akan membentuk tim ditingkat kabupaten dan tingkat desa, tim tersebut akan yang beranggokan seluruh jajaran yang terkait kesehatan di Kabupaten Buton Utara (dinas kesehatan, pemerintah daerah, LSM, dan masyarakat). Pada program kampo waraka akan dikembangkan tiga program utama yaitu:

1. Pelayanan prima di unit pelayanan kesehatan
2. Peningkatan peran multipihak
3. Kemitraan bidan, dukun dan kader posyandu

F. Populasi dan Sampel:

Populasi

Yang menjadi populasi pada penelitian ini adalah petugas kesehatan di tingkat kabupaten dan puskesmas di Kabupaten Buton Utara.

Sampel

Sampel adalah tenaga kesehatan yang mempunyai wewenang dan tanggungjawab pada program pelayanan kesehatan bumil dan balita di tingkat kabupaten dan puskesmas.

G. Variabel dan Definisi Operasional

1. Variabel.

Variabel yang diukur dari individu tenaga kesehatan adalah kemampuan dan motifasi nakes dalam melaksanakan tugas dan kewajibannya. Sedangkan dari

lingkungan kerja nakes adalah dukungan dari atasan atau jajaran tempat nakes bekerja, kesinambungan pekerjaan yang akan dilakukan serta hubungan nakes dengan organisasi.

2. Definisi Operasional :

- Tenaga kesehatan adalah petugas kesehatan yang mempunyai wewenang dalam menentukan kebijakan/program (kepala dinas kesehatan), atau petugas kesehatan memiliki hal dan kewajiban (Kepala bidang, kepala sub bidang, dan Pengelola Program di dinas kesehatan, kepala Puskesmas dan pengelola program di Ouskesmas) untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bumil dan balita,
- Kinerja adalah kemampuan, motifasi dan dukungan (*teamwork* dan kepemimpinan) yang diterima oleh tenaga kesehatan disertai keberadaan pekerjaan berkesinambungan yang akan dilakukan dan hubungan dengan organisasi.
- Pelayanan kesehatan bumil adalah pelayan terhadap ibu selama masa kehamilan, persalinan dan kunjungan setelah persalian
- Pelayanan kesehatan balita adalah pelayan terhadap anak mulai dari saat lahir (0 hari) sampai usia lima tahun, dengan melakukan pemeriksaan kesehatan, pemberian imunisasi, pengukuran tumbuh kembang dengan penimbangan berat badan dan pengukuran panjang/tinggi badan.
- Pengukuran kinerja merupakan suatu proses mencatat dan mengukur pencapaian pelaksanaan kegiatan.
- Indikator kinerja merupakan ukuran kuantitatif dan kualitatif yang menggambarkan tingkat pencapaian suatu sasaran atau tujuan yang telah ditetapkan. Indikator kinerja terbagi dalam lima kelompok indikator kinerja, yaitu indikator masukan (*inputs*), keluaran (*outputs*), hasil (*outcomes*), manfaat (*benefits*) dan dampak (*impacts*).

H. Indikator : Indikator yang akan diukur adalah :

1. Kemampuan dan motifasi yang dimiliki oleh tenaga kesehatan.
2. Dukungan (dari atasan atau relasi) yang diterima oleh nakes.

3. keberadaan pekerjaan yang berkesinambungan.
4. Hubungan nakes dengan organisasi.
5. Pelayanan kesehatan bumil (kelahiran yang ditangani oleh nakes, penurunan kematian saat persalinan, KN1, dan KN4).
6. Pelayanan kesehatan balita (Jumlah balita, Penimbangan balita, cakupan imunisasi lengkap).
7. Nilai IPKM.

I. Instrumen penelitian dan Prosedur Kerja

Instrumen

1. Untuk melihat perubahan di tingkat individu, instrumen yang akan digunakan adalah Kuesioner semi terstruktur (A,B,C,D,E, dan F). Pengukuran akan dilakukan pada saat sebelum dan setelah kalakarya dan pendampingan.
2. Selain itu juga akan dilakukan wawancara mendalam pada individu yang bertanggung jawab (kepala dinas, kepala dan pengelola program bidang terkait, kepala puskesmas dan pengelola program di puskesmas) Pedoman/pegangan wawancara mendalam (terlampir). Penilaian akan dilakukan 2 kali yaitu pada saat awal kegiatan dan akhir kegiatan.
3. Cara Pengumpulan Data: selain dengan mencatat semua perubahan, digunakan juga alat perekam audio dan video.

Langkah-langkah kegiatan:

Pendekatan yang diambil untuk mencapai tujuan penelitian adalah dengan melakukan:

1. Kalakarya

Intervensi dalam kalakarya berupa pemaparan dan analisa data IPKM dan Profil Kesehatan Kabupaten Buton Utara. Pemaparan yang disertai upaya menstimulir perhatian dan pola fikir tenaga kesehatan di tingkat kabupaten, puskesmas, dan desa.

2. Diskusi mendalam dengan menggunakan pedoman wawancara (terlampir).

Selain diskusi yang dilakukan dalam kalakarya, juga perlu dilakukan diskusi mendalam dengan tenaga kesehatan yang mempunyai wewenang dalam kebijakan atau petugas yang bertanggungjawab terhadap kesehatan bumil dan balita di jajaran Dinas Kesehatan (tingkat kabupaten dan puskesmas dan masyarakat).

3. Kunjungan/observasi lapangan terhadap kegiatan, data dan pengumpulan dokumentasi kegiatan (foto dan hasil rekaman)
4. Motivasi dan pendampingan

Kegiatan Pengumpulan Data :

Penelitian dilakukan dengan memberikan motifasi kepada jajaran yang terkait untuk peningkatan pelayanan ibu hamil dan balita, melalui Kalakarya, diskusi / komunikasi melalui jaringan (telepon, mailing), dan kunjungan / observasi lapangan.

- a. Pengisian kuesioner A, B, C, D, E, F,
- b. Pencatatan dan pengamatan semua indikator yang berkaitan dengan kinerja tenaga kesehatan yang memiliki wewenang dalam kebijakan kesehatan bumil dan balita di kabupaten dan puskesmas
- c. Pencatatan dan pengamatan semua indikator yang berkaitan dengan kinerja tenaga kesehatan yang bertanggung jawab dalam kesehatan bumil dan balita di kabupaten dan puskesmas.

J. Analisa data:

Data yang dominan bersifat kualitatif didukung data kuantitatif. Pendekatan kualitatif dan kuantitatif dengan Disain Pre dan Post Tes.

1. Data dari kuesioner A, B, C, D, dst akan disajikan secara deskriptif, kemudian akan dilakukan analisa semi kuantitatif berdasarkan hasil penilaian pre dan postes.
2. Data dari hasil wawancara mendalam, akan disajikan secara narrative, yaitu suatu pendekatan dalam analisa kualitatif yang menekankan dalam bentuk narasi cerita dan pemahaman manusia biasa. Narrative analisis

melihat suatu obyek penelitian seperti cerita itu sendiri (Riessman, 1993). Pendekatan berdasarkan hasil, standar kerja dan produktivitas.

PERTIMBANGAN ETIK

Penelitian ini akan melibatkan manusia sebagai subyek penelitian sehingga perlu ada pertimbangan etik dari komisi etik Badan Litbangkes RI.

HASIL PENELITIAN

I. Pengamatan Kualitatif

a. Motivasi tenaga kesehatan untuk berubah

Hasil pengamatan dan diskusi yang berkesinambungan diketahui bahwa setelah mengikuti kalakarya regional di Makasar dan kalakarya provinsi di Wakatobi, pelaksana program kesehatan kabupaten Buton Utara menyadari bahwa Buton Utara masuk katagori DBK, dan juga menyadari arti dan makna dari data atau informasi yang selama ini disusun. Dilatar-belakangi oleh kondisi permasalahan kesehatan yang tidak pernah tuntas dan sistem data masih banyak kekurangan, dimana selama ini dirasakan bahwa adanya: (1) Data dan informasi yang tidak akurat terkait dengan pelaporan, manajemen data dan publikasi data, (2) Kurangnya transparansi petugas dalam melaporkan kasus, (3) Distribusi petugas yang belum merata sehingga beberapa wilayah khususnya pesisir dan terpencil tidak maksimal memberikan data, informasi dan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, (4) Data dan informasi kesehatan belum memberikan ruang kepada masyarakat untuk berpartisipasi perencanaan pembangunan kesehatan, (5) Kurangnya kepekaan petugas kesehatan terhadap kondisi kesehatan masyarakat, dan (6) Kurangnya kesadaran masyarakat dalam Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Selama ini, masalah kesehatan seolah-olah merupakan tanggung-jawab dinas kesehatan saja. Untuk keluar dari status DBK, Dinas Kesehatan berinisiatif melakukan suatu terobosan guna mempercepat peningkatan kesehatan masyarakat dengan merencanakan bergerak bersama melibatkan SKPD terkait, pemerintahan daerah, LSM dan juga masyarakat. Sebagai langkah awal untuk perbaikan kesehatan masyarakat adalah dengan membentuk suatu wadah "Musyawarah Perencanaan Kesehatan Desa yang disebut Waraka" yang dalam bahasa daerah berarti sehat. Dalam WARAKA akan dilakukan pengkajian, pendeteksian dan pelacakan kasus-kasus kesehatan yang ada di lapangan. Hal ini merupakan suatu pengembangan metode dengan melakukan modifikasi dari metode yang ada dalam kesehatan yaitu Metode *PRA-Participatory Rural Appraisal*. Metode ini telah diinovasi dan disesuaikan dengan kondisi lokal kabupaten Buton Utara dan juga memasukkan indikator SPM dan MDG's.

Pada prinsipnya, WARAKA adalah suatu metode Partisipatif khusus dibidang kesehatan dengan mengembangkan Teknik Pemetaan menjadi beberapa peta tematik untuk memudahkan melakukan pengkajian, pendeteksian dan pelacakan kasus-kasus kesehatan baik jenis penyakit maupun kondisi lingkungan kesehatan masyarakat. Selain Peta tematik juga dilakukan kajian dari beberapa teknik PRA yang sudah umum dilakukan namun lebih spesifik pada kajian di Bidang Kesehatan. Diharapkan dari hasil kegiatan WARAKA ini data dan informasi yang diperoleh merupakan data real di lapangan yang disusun bersama masyarakat dan menjadi acuan dalam menyusun Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD), Rencana Strategis (Renstra) SKPD Dinas Kesehatan dan Rencana Kerja (Renja) SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten Buton Utara yang dilaksanakan sesuai dengan prioritas serta tetap memperhatikan kondisi lingkungan strategis dalam kerangka regulasi dan pendanaan yang bersifat indikatif. Dokumen perencanaan dari kegiatan WARAKA ini juga diharapkan akan menyatu dan bersinergi dengan agenda pemerintah yang akan dilaksanakan oleh Kepala Daerah selama menjadi pimpinan pemerintahan dalam penyelenggaraan pembangunan daerah, sesuai dengan penjabaran visi, misi dan program prioritas Kepala Daerah dan Wakil Kepala Daerah Buton Utara dalam kurun waktu lima tahun.

Pada kegiatan awal Waraka didapatkan data dasar yang dirasakan lebih akurat karena dilakukan dengan pengumpulan dan konfirmasi langsung di masyarakat. Dengan melakukan *sweeping* di masyarakat, sampai dengan bulan Agustus 2011 didapatkan data sebagai berikut : di Buton Utara terdapat 28 kasus kematian bayi, 20 kasus bayi lahir mati, dan 4 kasus kematian ibu. Informasi lain yang ditemukan di lapangan adalah didapitnya 160 bumil Risti dari 901 bumil, dan dari 4420 balita didapatkan 450 gizi kurang, 52 gizi buruk dan 35 balita pendek. Untuk penyakit menular didapatkan 128 penderita BT, 2313 klinis malaria, 21 kasus penderita kusta, 4 kasus kronis filariasis, penderita gondok yang tersebar, dan 2 kasus hydrocephalus. Disamping itu, rumah tangga yang memiliki jamban dan dapat mengakses air bersih kurang dari 50%. Setelah melakukan pemetaan masalah kesehatan, disusun suatu rencana penanggulangan secara bertahap namun berkesinambungan.

Disesuaikan dengan kemampuan dan fasilitas yang ada, pertama-tama dilakukan adalah pengembangan dan pendampingan desa. Dari masing-masing

wilayah kerja Puskesmas dipilih satu desa untuk dikembangkan sebagai desa percontohan yang disebut "Kampo Waraka". Kampo waraka adalah desa yang memiliki masyarakat berperilaku PHBS dan mempunyai kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, bencana dan kedaruratan kesehatan, secara mandiri. Kampo Waraka sesungguhnya merupakan pengembangan dari desa siaga, namun yang berperan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat tidak hanya jajaran dinas kesehatan saja tetapi juga pemerintah daerah dan semua SKPD terkait serta masyarakat itu sendiri. Dengan demikian diharapkan semua program dari masing-masing SKPD difokuskan pada pengembangan Kampo Waraka.

Hasil dialog antara dinas kesehatan, masyarakat, pemerintah daerah, DPRD, dan SKPD terkait diketahui bahwa selama ini permasalahan kesehatan yang tidak pernah tuntas yang antara lain disebabkan oleh sistem data masih banyak kekurangan / tidak akurat, distribusi petugas kesehatan yang belum merata, kurangnya kepekaan petugas kesehatan terhadap kondisi kesehatan masyarakat, kurangnya kesadaran masyarakat dalam Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), dan kurangnya keterlibatan SKPD terkait juga pemerintahan desa terhadap kesehatan masyarakat. Persepsi masyarakat dan pejabat daerah selama ini adalah bahwa masalah kesehatan seolah-olah merupakan tanggungjawab dinas kesehatan saja. Belum terlihat adanya keterlibatan sektor lain juga belum ada celah kesempatan bagi masyarakat untuk berpartisipasi dalam perencanaan pembangunan kesehatan, maka peran pemerintah daerah dirasakan sangat diperlukan untuk memayungi semua permasalahan kesehatan di masyarakat

Kegiatan Waraka dimulai dengan melakukan "sweeping" untuk mendapatkan data langsung di masyarakat, sehingga pada bulan Agustus 2011 (sebelum kalakarya kabupaten) didapati 28 kasus kematian bayi, 20 kasus bayi lahir mati, dan 4 kasus kematian ibu. Informasi lain yang ditemukan di lapangan adalah didapatinya 160 bumil Risti dari 901 bumil, dan 450 gizi kurang, 52 gizi buruk, 35 balita pendek dari 4420 balita. Untuk penyakit menular didapatkan 128 penderita BT, 2313 klinis malaria, 21 kasus penderita kusta, 4 kasus kronis filariasis, penderita gondok yang tersebar, dan 2 kasus hydrocephalus. Disamping itu, rumah tangga yang memiliki jamban dan dapat mengakses air bersih kurang dari 50%. Berdasarkan data tersebut, ditentukan prioritas utama dalam meningkatkan

kesehatan adalah menekan angka kematian ibu bersalin dengan meningkatkan keselamatan bumil riski, menekan kematian bayi, dan menghilangkan gizi buruk.

Selain melibatkan semua jajaran yang ada di pemerintahan, Waraka juga melibatkan LSM (*Basics Responsif Inisiatif*) untuk berperan mengisi kekosongan yang belum dapat dialokasikan oleh jajaran pemerintah khususnya kesehatan. Keterlibatan pemerintah daerah dari Bupati sampai dengan Lurah atau kepala desa juga masyarakat / kader secara langsung sangat dibutuhkan.

Berdasarkan hasil *sweeping*, tindakan lanjutan yang dilakukan adalah langsung melakukan intervensi pada balita gizi buruk dan gizi kurang dengan menggunakan dana yang tersedia di Puskesmas serta dana gotong royong partisipasi masyarakat dengan memberikan makanan tambahan dan pengawasan yang intensif. Terhadap kasus-kasus penyakit menular dilakukan identifikasi ulang atau klarifikasi dengan dokter setempat dan memberikan pengobatan langsung. Pada masyarakat yang bertempat tinggal disekitar penderita Filariasi kronis, dilakukan pemeriksaan darah jari pada malam hari. Semua kegiatan dilakukan secara berkolaborasi antar semua program yang ada baik di tingkat Puskesmas maupun di dinas kesehatan kabupaten.

b. Interaksi antar pemegang kebijakan dan pelaksana program .

Pada Kalakarya pertama di Kabupaten Buton Utara diadakan pada tanggal 23 November 2011, dan dihadiri oleh : Kepala Bapeda, Ketua DPRD dan Komisi C, Kepala BKD, semua Camat, semua Kepala Desa, Kader (masing-masing 3 orang dari tiap Puskesmas), Kepala Puskesmas dan 1 orang staf, Kepala Dinas Pendidikan, SKPD (Dinas Ketahanan Pangan, Pertanian, dan PU), Ketua Darmawanita Kabupaten, Ketua PKK kabupaten dan PKK Kecamatan, Dukun Bayi (masing-masing 2 orang dari tiap kecamatan), LSM, Kepala Bagian, Subag, dan Pengelola Program Dinkes, dan Tim PDBK Pusat.

Pada acara pembukaan, perwakilan Bapeda (Asisten 1) menitikberatkan akan pentingnya sehat (sehat lahir dan bathin), kesehatan adalah prioritas. Adanya harapan bahwa apa yang sudah dimulai yaitu Gerakan "Sweeping" yang mendapatkan data dasar dan rencana tindak lanjut penanganan" harus benar-benar terwujud. Diharapkan pula adanya saling tukar informasi mengenai data /

permasalahan dan menyusun rencana ke depan. Dengan adanya pendampingan, diharapkan akan lahir konsep-konsep baru untuk mengatasi masalah kesehatan di Buton Utara.

Adanya pendampingan dari Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan kabupaten berharap agar bersama-sama dapat mengidentifikasi masalah kesehatan dan mempunyai target untuk memperbaikinya mulai tahun 2012 sehingga di tahun 2013 sudah terjadi peningkatan status kesehatan masyarakat Buton Utara. Pemaparan IKM dan IPKM yang belum dikenal di lingkungan dinas kesehatan maupun sektor lainnya telah menyebabkan terjadinya dialog. Dalam dialog diharapkan semua mempunyai kesempatan untuk berperan menyelesaikan masalah kesehatan. Dalam pemaparan IPKM, yang meliputi 3 bidang yaitu ekonomi, pendidikan dan kesehatan telah diuraikan menjadi 24 indikator IPKM. IPKM ini terdiri dari input (sarana air bersih, sanitasi, dan nakes) dan output (cakupan penolong persalinan, KN-1, imunisasi, dan timbang bayi). Pada pemaparan mengenai KN-1, terjadi dialog yang cukup kuat, dan menyebabkan individu mulai sadar, terbuka dan antusias ingin mengetahui lebih jauh tentang masalah kesehatan, serta menyanggupi akan berupaya meningkatkan rangking IPKM Buton Utara.

Keterlibatan LSM yang menitikberatkan pada pelayanan publik, diharapkan adanya repitalisasi Posyandu dengan melakukan pelatihan kader dan meningkatkan kapasitas Posyandu sehingga dapat mengetahui apa yang diinginkan oleh masyarakat. Pengenalan dan penyiapan desa siaga, menyebabkan kesadaran bahwa masalah yang ada adalah akibat perilaku masyarakat juga termasuk jajaran pemerintahan. Upaya untuk memperkuat Posyandu yang merupakan milik masyarakat, diharapkan masalah diselesaikan oleh masyarakat sendiri, termasuk semua jajaran pemerintahan yang juga merupakan anggota masyarakat. Terjadi kesepakatan bahwa Bapeda dan juga Kader akan berperan penuh dalam mengatasi masalah kesehatan di lingkungan masing-masing, dan Puskesmas akan menupayakan penggunaan dana BOK untuk kegiatan tersebut.

c. Kepedulian tenaga kesehatan dan non nakes akan masalah kesehatan masyarakat

Untuk masalah Gizi kurang / Gizi buruk, disertai banyaknya penderita gondok, disepakati untuk sungguh memperhatikan kegiatan Penimbangan Bayi dan Balita di Posyandu. Dalam hal ini Kepala Desa berupaya akan mensosialisasikan kembali pentingnya Posyandu di lingkungan masing-masing, karena selama ini masih banyak masyarakat yang belum mengerti pentingnya penimbangan balita sehingga cakupan penimbangan masih rendah. Dari tim PKK mengharapkan tidak sekedar sosialisasi pentingnya penimbangan di Posyandu, namun lebih jauh mengusulkan agar balita yang telah diketahui gizi buruk segera dilakukan intervensi dengan diberikan makanan tambahan dan dimonitor. Adanya masalah gizi buruk, terjadi 2 pandangan yang berbeda anantara dinas kesehatan dan LSM. LSM merasakan kurangnya sosialisasi Posyandu di Masyarakat, sedangkan dinas kesehatan merasa sosialisai sudah cukup namun ada faktor lain di masyarakat yang menyebabkan kasus gizi buruk terjadi. Dialog berkembang ke aspek lain yang juga penting yaitu PHBS dengan meningkatkan kebiasaan cuci tangan sebelum makan dan sesudah BAB, serta digalakan agar merokok di luar rumah. Hal lain yang juga diharapkan adalah suatu peningkatan pengetahuan masyarakat untuk mengenal penyakit yang ada. Sesungguhnya program kesehatan antara lain Jamkesmas sudah dirasakan manfaatnya oleh masyarakat. Masalah Kurangnya sosialisasi Posyandu di masyarakat, dan kurangnya kesadaran masyarakat, diharapkan adanya upaya yang dapat mendorong permasalahan tersebut, sehingga dibutuhkan suatu model pelayanan antara Dinkes dan masyarakat.

Faktor ekonomi masyarakat yang pada umumnya lemah, menyebabkan masyarakat selama ini masih konsentrasi untuk mencari uang. Untuk itu perlu ajakan dari semua pihak agar masyarakat merasa perlu datang ke Posyandu, untuk mengetahui perkembangan kesehatan keluarga dan juga untuk mendukung program pemerintah. Dalam upaya pengembangan ekonomi masyarakat dan Posyandu sektor lain termasuk LSM juga ikut berperan.

d. Kepedulian tenaga kesehatan dan non nakes dalam menyajikan data atau informasi kesehatan di masyarakat.

Masalah lain yang juga terdapat di kabupaten Buton Utara adalah akses ke Fasilitas Kesehatan. Adanya desa yang jauh dan sulit dijangkau pada saat tertentu perlu mendapat perhatian khusus dari semua pihak. Selama ini, jika Masyarakat ada yang sakit / persalinan, mereka harus menjemput petugas puskesmas. Harapannya ada petugas atau bidan desa ditempatkan disana, dan dana BOK diharapkan dapat digunakan untuk kegiatan pertolongan kelahiran di lokasi tersebut. Selama ini ternyata dana BOK tidak tersentuh untuk kegiatan Bidan, sehingga perlu dibicarakan agar dana BOK dapat digunakan untuk kegiatan pertolongan persalinan. Kurangnya tenaga bidan desa akan diupayakan dengan merekrut Bidan PTT.

Penyajian analisa data yang terdapat di profil kesehatan, adanya data yang tidak konsisten, telah membuka pikiran peserta akan pentingnya sistem pencatatan yang rapi dan akurat. Ketidakesesuaian data yang dipaparkan, menyadari perlunya data-data tersebut dianalisa. Dengan berkelompok, peserta kemudian diarahkan untuk menganalisis situasi berdasarkan data-data tersebut, dan memikirkan langkah apa selanjutnya yang akan dilakukan. Maka disarankan untuk melakukan perbaikan berdasarkan data BPS, cari nama-nama balita dan kemudian lakukan *sweeping* untuk penimbangan sehingga bisa diketahui secara tepat jumlah balita gikur yang sesungguhnya. Dinas kesehatan dan juga pemerintah desa sangat mendukung dan bersedia bertanggungjawab untuk mencapai 100% penimbangan, namun belum diikuti oleh jajaran dibawahnya (kader) yang masih meragukan capaian kegiatan tersebut.

Berdasarkan data bahwa Buton Utara terdapat pada rangking 357 dari 447, kader akan berupaya agar pencapaian kesehatan secara maksimal, Posyandu akan aktif dilakukan setiap bulan, dilakukan pendataan, jika ada ibu-ibu yang tidak datang maka akan dilakukan kunjungan ke rumah. Adanya dialog menyebabkan semua peserta menyadari bahwa bekerja cerdas sangat diperlukan. Dengan kerja keras dan cerdas untuk menghilangkan Gizi buruk, tingginya angka perokok, dan rendahnya penimbangan balita. Diharapkan terjadi perubahan dari urutan ke 357 dapat menjadi urutan ke 168 (prediksi).

Dalam meningkatkan kesehatan masyarakat, Kemitraan Camat dengan Puskesmas, dalam hal anggaran belum terjadi. Disepakati perlu adanya pemahaman bersama, dan diharapkan semua tanggap dan bekerja. Selama ini Peran dan partisipasi Camat dirasakan masih kurang. Kalakarya Mini selama ini tidak pernah melibatkan Camat. Dari pihak Puskesmas menyatakan bersedia akan melibatkan Camat dan menyadari bahwa Tim Kesehatan tidak dapat bekerja sendiri, jadi diharapkan semua terlibat untuk mengatasi masalah. Disamping itu, Kepala Desa perlu melihat / mengetahui masyarakat yang terlibat dalam kesehatan merasa perlu adanya meningkatkan pendidikan masyarakat.

Dalam membahas tingginya angka kematian ibu melahirkan, masalah yang utama adalah fasilitas untuk persalinan di desa tidak ada, bidan desa tidak di tempat. Pembahasan mengenai kinerja bidan desa, dirasakan perlu kerjasama dengan kepala desa, sehingga keberadaan Bidan Desa terkoordinir. Penyebab lain dari kematian ibu bersalin adalah persalinan yang tidak ditangani oleh nakes melainkan oleh dukun. Untuk itu perlu memperkuat kemitraan antara dukun dan Bidan Desa. Keterlibatan Camat dan Kepala Desa dalam mengaktifkan dasa wisma di wilayah kerja masing-masing akan membantu kemitraan tersebut, dibawah koordinator Tim Penggerak PKK. Masalah anggaran dan Fasilitas untuk bidan desa dapat diupayakan oleh pemerintah daerah, yang penting adalah kesediaan Bidan mau menetap di desa. Kemungkinan adanya regulasi bidan desa, merupakan hal yang perlu dipertimbangkan.

Dialog yang terbuka dalam membangun komitmen untuk merapatkan barisan, mencermati semua kegiatan, dan semua yang terlibat, akan diamati langsung oleh Camat dan Kepala desa. Untuk pencapaian tersebut, diupayakan pada tahun 2012, akan ada alokasi dana desa. Kepala Desa membuat perencanaan yang baik sehingga tidak mempersulit aparatur dan akan aktif memberikan informasi bila ditemukan Bidan / PNS yang melanggar. Pada pertemuan rutin Puskesmas (Mini Lokakarya), akan dibahas rencana penggunaan dana BOK yang lebih efisien sesuai kebutuhan Puskesmas.

e. Komitmen jajaran pemerintah daerah akan penanggulangan masalah kesehatan masyarakat.

Di bagian Perencanaan Dinkes sudah mengupayakan rencana penggunaan anggaran APBD dan APBN untuk kegiatan tersebut. Sebuah pertanyaan besar bahwa Sumber anggaran yang diturunkan sudah besar, namun angka kematian masih tinggi, hal ini dirasakan perlu perbaikan dalam penempatan bidan desa. Perwakilan dari Dinas Pendidikan mengusulkan perlunya pendataan akan Distribusi kebutuhan tenaga kesehatan di lapangan sehingga penentuan dana-dana bisa meningkatkan kinerja untuk meningkatkan kesehatan. Untuk hal tersebut, keterlibatan non nakes juga diperlukan. Dalam penempatan bidan desa, yang bertanggungjawab adalah DKD. Walaupun telah ditetapkan bahwa Penempatan 1 Bidan dalam 1 Desa, tapi kenyataannya Bidan bertumpuk di kota (Kalisusu). Hal ini akan dibahas lebih lanjut dengan pihak DKD.

Dalam diskusi kelompok untuk menyusun rencana tindak lanjut, peserta dikelompokkan berdasarkan kecamatan. Diskusi berjalan lancar, walaupun yang aktif mengeluarkan pendapat dari tiap kelompok masih sekitar 50%. Diskusi masih didominasi oleh Camat, Kepala Puskesmas, Kepala Desa sedangkan kader dan dukun masih terlihat pasif. Kesepakatan yang dihasilkan dari diskusi kelompok ini adalah Keterlibatan semua orang untuk berperan aktif agar terwujudnya keinginan bersama yaitu masyarakat sehat. Dalam diskusi juga teridentifikasi bahwa Permasalahan yang utama di seluruh kecamatan di wilayah kabupaten Buton Utara adalah : (1) Angka kematian bayi yang cukup tinggi, (2) Tingginya balita gizi kurang dan gizi buruk, (3) Kurangnya pengawasan keberadaan bidan desa, (4) Rendahnya jumlah bayi/balita yang datang ke Posyandu, (5) Kurangnya akses air bersih

Prioritas kegiatan yang disepakati antar pelaksana program dan pemerintahan desa berdasarkan permasalahan yang telah diidentifikasi adalah :

1. Sosialisasi masalah kesehatan di tingkat desa. Meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya Pemeriksaan Bumil oleh tenaga kesehatan, penimbangan dan imunisasi bayi dan balita.
2. Penempatan bidan desa yang disiplin dan bertanggung jawab. Semua kegiatan akan dimulai sekarang setelah Kalakarya.

3. Peningkatan Pelayanan Posyandu. Akan dicarikan solusi bagaimana upaya yang terbaik untuk menghadirkan bayi saat penimbangan. Akan dilakukan kunjungan (sweeping) pendataan di seluruh wilayah kecamatan.

Sebagai tindak lanjut kalakrya tersebut, direncanakan adanya pertemuan secara rutin antara tokoh masyarakat dalam mengupayakan penemuan ibu hamil oleh tenaga kesehatan secara dini, memperhatikan kesehatan bumil, bayi, dan balita. Untuk itu perlu memperkuat (a) Kemitraan dukun bayi dengan bidan desa dalam menolong persalinan, (b) Penyuluhan pentingnya pertolongan persalinan bagi Bumil akan dilakukan di tiap desa dan (c) Upaya gotong royong mendekatkan air bersih ke setiap kelompok rumah tangga. Dari semua permasalahan dan prioritas yang akan diupayakan, maka dibentuklah Densus 89.5 dibawah komando Pak Camat yang segera akan melakukan sosialisasi dan sweeping terhadap ibu hamil, bayi, dan balita. Dari hasil tersebut akan dibuatkan suatu peta kasus atau keberadaan ibu hamil dan balita, juga keberadaan jamban keluarga dari tiap desa.

Upaya Peningkatan status kesehatan masyarakat

a. Pemilihan desa sehat Kampo Waraka

Pada rakerkesda dan kalakarya PDBK telah disepakati bahwa pada tahun 2015 semua desa di kabupaten Buton Utara sudah merupakan Kampo Waraka. Pada tahap awal dari masing-masing wilayah kerja Puskesmas dipilih satu desa yang merupakan Kampo Waraka. Pemilihan desa Kampo Waraka ditentukan berdasarkan survei kelayakan Kampo Waraka yang dilakukan dengan observasi langsung. Survei kelayakan dilakukan oleh tim yang terdiri dari dinas kesehatan, lingkungan, perikanan dan kelautan, aparat desa, dinas PU, LSM dll. Penentuan kampo waraka berdasarkan penilaian bersama terhadap beberapa aspek seperti : gambaran umum wilayah, pelayanan kesehatan, kelembagaan, kondisi sanitasi, kesehatan ibu dan anak, kegiatan Posyandu dan partisipasi masyarakat. Dari 9 Puskesmas telah dipilih 9 desa sebagai kampo waraka pertama yaitu:

1. Puskesmas Kulisusu : Desa Tomoahi
2. Puskesmas Waodeburi : Desa Waodeburi

3. Puskesmas Iakansai : Desa Lamoahi
4. Puskesmas Lambale : Desa Karya Bakti
5. Puskesmas Bonegunu : Desa Waode Kalowo
6. Puskesmas Kioko : Desa Bubu
7. Puskesmas Kambowa : Desa Konde
8. Puskesmas Labaraga : Desa Lasiwa
9. Puskesmas Wakoruma Utara : Desa Wantulasi

b. Sosialisasi Kampo Waraka

Pada Kalakarya kedua (Booster Kalakarya) di Kabupaten Buton Utara yang dilaksanakan bersamaan dengan kegiatan Rakerkesda yaitu pada tanggal 11-12 Juni 2012, bertujuan untuk melakukan Inovasi Kampung Waraka kepada sejumlah masyarakat yang mempunyai peran dalam pembangunan desa dengan harapan Menuju Buton Utara Sehat 2015. Kegiatan dilakukan di Gedung Aula Bappeda Kabupaten Buton Utara dan dihadiri oleh Kepala Dinas Kesehatan Buton Utara, Wakil Bupati Buton Utara, Wakil DPRD Buton Utara, Kepala SKPD, Staf Bappeda, Camat di 9 Kecamatan, Kades di 59 desa, Kapus di 9 kecamatan, semua Kader posyandu di 59 desa, semua Bidan Desa di 59 Desa, Dukun Desa, Tokoh Masyarakat, LSM Basic, dan Ibu-ibu PKK Buton Utara

Rakerkesda di sponsori oleh Dinas Kesehatan Buton Utara, Pemerintah Daerah Buton Utara, dan LSM Basic. Tujuan dari kegiatan ini agar tercapainya Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Milineum Develoment Goals (MDGs) 2015, serta tujuan khususnya adalah kegiatan Kampo Waraka. Kepala dinas kesehatan mengutarakan bahwa mengenai undang-undang kesehatan dijelaskan bahwa setiap warga negara berhak mendapat pelayanan kesehatan berdasarkan hal tersebut dinas kesehatan membuat rencana strategis 2010-2015 yaitu penjabaran dari rencana strategis kemenkes serta visi dan misi bupati Buton Utara.

Tahapan yang akan di lakukan pada tahun 2012 adalah : (1) Terobosan Kampo Waraka, (2) Memperkuat Kemitraan bidan dan dukun desa, (3) Melaksanakan

kerjasama lintas sektor, (4) Penerapan Standar Pelayanan Minimal. Kepala dinas kesehatan menjelaskan tentang Kampo Waraka (Desa Sehat) beda dengan program desa siaga. Pada Kampo Waraka ada keterlibatan dari setiap SKPD sedangkan desa siaga keterlibatan hanya dari dinas kesehatan dan upaya dilakukan dari bawah /warga saja, tidak ada keterlibatan SKPD. Pada tahun 2012 dipilih 9 desa sebagai percontohan untuk di bentuk sebagai Kampo Waraka dari 59 desa yang ada di kabupaten Buton Utara. Target untuk menuju SPM dan MDGs 2015 adalah semua desa harus menjadi Kampo Waraka, sehingga visi Buton Utara sehat 2015 tercapai, yang secara otomatis menyebabkan indikator MDGs tercapai.

Sambutan Bupati Buton Utara yang diwakilkan oleh Asisten I Bidang Administratif menyatakan bahwa perlu adanya : (a) Peningkatan infra-struktur khususnya di bidang kesehatan, (b) Meningkatkan dan memelihara pelayanan kesehatan, dan (c) Kesehatan merupakan investasi secara ekonomis. Masih tingginya angka kematian ibu melahirkan, kematian bayi, gizi buruk, penyakit menular (filariasis, TB, dan malaria), kualitas sumber daya manusia yang masih terbatas, serta terbatasnya sarana dan prasarana, menunjukkan bahwa kondisi kesehatan kita masih lemah. Untuk mengatasi hal tersebut pemerintah Kabupaten Buton Utara berusaha untuk menyediakan sarana dan prasarana kesehatan termasuk dari Kementerian Kesehatan mendirikan rumah sakit umum daerah di Kabupaten Buton Utara.

Pada acara diskusi panel yang diarahkan oleh bapak Masyur, SKM sebagai moderator dan menampilkan beberapa pejabat pemerintah sebagai nara sumber yaitu : Wakil ketua DPR, Bappeda dr. Ruslan, KadinKes dr.H. Edi Isa Madi,M.Kes, dan Wakil Ketua PKK ibu Sumiati, menghasilkan suatu kesepakatan :

1. Wakil ketua DPR melihat target MDGs masih jauh dari yang diharapkan, masih banyaknya masalah kesehatan di Kabupaten Buton Utara yang disebabkan oleh masih rendahnya tingkat pendidikan dan kemiskinan masyarakat. Telah difahami bersama bahwa masalah kesehatan dapat meningkatkan dan menurunkan martabat masyarakat. Rencana tindak lanjut yang akan dilaksanakan oleh DPRD Kabupaten Buton Utara adalah memasukan program-program kesehatan kedalam peraturan daerah. Wakil ketua DPRD mengajak untuk perlu nya kerjasama *stakeholder* dan instasi lain dalam mengatasi masalah kesehatan karena sebageian dana menggunakan

dana APBD Kabupaten Buton Utara. Menganggarkan dana untuk program kesehatan dan ini harus dimasukkan oleh dinas kesehatan kedalam rapat pertemuan daerah dan nantinya akan di bahas di DPR. Harapan kedepan adanya kemandirian kesehatan di Kabupaten Buton Utara.

2. Kepala Dinas Kesehatan Buton Utara memaparkan bahwa konsep Kampo Waraka terbentuk karena data kesehatan berdasarkan hasil riskesdas 2007, Indonesia sehat 2010 yaitu masih kurangnya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), dan masih banyaknya masyarakat yang belum mendapat pelayanan kesehatan yang optimal. Hal ini diubuktikan dengan fakta hasil survei Kampo Waraka yang menunjukkan adanya : (a) 6 Kasus kematian ibu hamil pada tahun 2011, (b) 20 kasus kematian bayi dan 28 kasus bayi mati, (c) 52 kasus gizi buruk, (d) Penyakit gondok yang menyebar, (e) Sarana dan prasarana yang minim, (f) Distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, dan (g) Sarana sanitasi pelayanan kesehatan yang minim. Pada akhir kata, Kadinkes juga mengatakan akan terbuka terhadap data-data kesehatan yang ada di Kabupaten Buton Utara bagi yang membutuhkan.
3. Dalam persentasinya, perwakilan dari Bappeda Kab. Buton Utara (dr. Ruslan Rahman) menekankan bahwa pemahaman dasar perencanaan dan penganggaran untuk kesehatan harus sinergis. Segala macam usulan yang merupakan perencanaan harus diawali dengan Musrebang. Untuk membentuk Kampo Waraka perencanaan tersebut harus melibatkan masyarakat karena nantinya memang apa yang direncanakan tersebut memang dibutuhkan oleh masyarakat. Serta perlunya partisipasi dan aspirasi untuk pengembangan lebih lanjut. Dalam RPJM jelas dikemukakan bahwa kesehatan merupakan prioritas no.3. Harapannya Bappeda menginginkan program Waraka dapat dikembangkan dan direplikasikan ketempat lain. Dan program Waraka sudah masuk ke dalam RPJM Bappeda.
4. Persentasi selanjutnya disampaikan oleh wakil ketua PKK ibu sumiati. Ibu sumiati mengatakan selama ini PKK telah menyentuh kelompok-kelompok kecil masyarakat (Dasawisma). Dan program kesehatan sudah termasuk ke dalam pokja 4. Kedepannya PKK akan memberikan pemahaman pengurus-pengurus pokja terhadap PHBS.

Pada acara diskusi dan tanya jawab tersebut, beberapa pamong desa mempertanyakan beberapa permasalahan yang ada di masyarakat yaitu .

a. Peserta pertama yang diberi kesempatan untuk bertanya adalah bapak Hassarudin (Kades Marga Karya). Bapak Hassarudin menanyakan masalah sarana dan prasarana Pustu yang ditujukan kepada kadinkes dan wakil Bappeda.. Masih minimnya sarana dan prasarana Pustu, apakah sudah layak suatu desa dijadikan sebagai desa percontohan? Untuk dijadikan sebagai Kampo Waraka, bagaimana pelayanan posyandu serta janji musrembang yang akan dilakukan oleh Bappeda?

Kepala Dinas Kesehatan menjanjikan bahwa mengenai, sarana dan prasarana akan di cek kembali laporannya. Dan program desa Waraka akan dilaksanakan bertahap untuk setiap desa karena permasalahan anggaran yang belum memadai untuk saat ini kalau di lakukan untuk semua desa. Kemudian wakil dari Bappeda menjawab pertanyaan kedua untuk usulan-usulan di tampung semua dan tindak lanjutnya akan dilaporkan kesetiap SKPD-SKPD dan dimasukkan ke dalam renja di DPR.

b. Pertanyaan kedua disampaikan oleh Kepala Desa Waode Buri. Beliau menanyakan sebenarnya bagaimana kriteria dari Kampo Waraka tersebut ? karena masih banyak masyarakat yang bingung tentang Kampung Waraka disini masyarakat membandingkan dan menilai bahwa yang patut menjadi kampung waraka itu kalau sarana dan prasarana di desa tersebut sudah lengkap. Dan masukan untuk Bappeda Musrembang itu harus diikuti oleh setiap desa dan kelurahan.

Kadinkes menjawab bahwa Kampung Waraka di nilai dari keaktifan para perangkat desa, kader-kader, dan partisipasi masyarakat terhadap program kesehatan selama ini, bukan dilihat dari sarana dan prasarana yang dimiliki sekarang, melainkan peran serta dari masyarakat untuk mewujudkan suasana atau lingkungan yang ber- prilaku hidup bersih dan sehat. Pertanyaan kedua di jawab oleh wakil dari bappeda yang menyatakan bahwa semua masukan diterima, ditampung dan akan segera dilaksanakan.

Pada sesi diskusi panel semua kader, kepala desa dan camat berperan aktif dalam diskusi. Pada dasarnya mereka berharap ini semua tidak hanya dituangkan dalam tulisan tapi harus dilaksanakan sungguh-sungguh dalam satu

komitmen untuk melaksanakan terciptanya Kampung Waraka. Disampaikan pula bahwa janji-janji tersebut kelak akan ditagih oleh masyarakat apakah benar pemerintah serius melaksanakan ini semua atau hanya sekedar janji-janji belaka. Secara keseluruhan dapat disimpulkan bahwa semua unsur masyarakat di Kabupaten Buton Utara sangat mendukung program ini.

Dalam menentukan Misi dan Visi kampo Waraka, dilakukan pengelompokan dan diharapkan tiap kelompok berdiskusi mengenai memetakan potensi dan masalah/tantangan yang ada di masyarakat, tiap diskusi kelompok melakukan identifikasi potensi, masalah dan tantangan dalam mewujudkan Kampo Waraka. Dari masing-masing kelompok menuliskan 5 potensi dan 5 tantangan / masalah. Kemudian dilanjutkan dengan perumusan visi Kampo Waraka (mimpi, harapan, cita-cita atau sesuatu yang ideal tentang kampo waraka). Visi dapat di tuangkan dalam flip chart dan gambar. Perwakilan dari tiap peserta ada pula yang menyajikan visi dalam bentuk puisi dan lagu. Disini masyarakat diajak melihat gambaran permasalahan kesehatan yang ada disetiap masing-masing desanya berdasarkan data-data dari survei kampung waraka pada tahun 2011 oleh kader-kader yang sudah dilatih oleh basic dan dinas kesehatan. Para peserta diminta berimajinasi membayangkan apa yang akan diwujudkan untuk kampungnya dimasa mendatang. Diskusi di buat berkelompok menurut masing-masing desa. Setelah berdiskusi, peserta diminta mempersentasikan hasil diskusi di hadapan seluruh peserta yang hadir. Tiap persentasi diberi tanggapan atau masukan dari kelompok desa-desa lain yang diharapkan dapat membantu memecahkan permasalahan di desa tersebut. Hasil dari pemaparan setiap kelompok digabungkan dan disusun menjadi suatu visi dan misi bersama untuk kampo waraka dengan harapan visi dan misi ini nanti akan menjadi pedoman untuk menciptakan Kampung Waraka di kab. Buton Utara.

Visi dan Misi Kampung Waraka

Terbentuknya masyarakat desa yang partisipatif sehat dan mandiri, dengan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan (pustu, poskesdes, posyandu, sarana olahraga, mck, mobil ambulance desa, air bersih, dll), petugas kesehatan yang profesional yang senantiasa tinggal dan melayani masyarakat desa, dengan ketersediaan obat medis dan toga, lingkungan yg hijau, disertai adanya pos pengaduan dan dana kesehatan masyarakat dengan jalinan kemitraan diantara

semua pihak di desa yang terbentuk dari keluarga kecil, sehat, sejahtera lahir dan bathin.

c. Motivasi Petugas dalam Pengembangan Kampo Waraka

Acara dimoderatori oleh Bpk Masyur, SKM. Bapak Yongki sebagai pembicara pertama menanyakan kepada peserta apa yang hadir pada hari ini juga hadir pada kegiatan kalakarya yang lalu?. Ternyata hanya sebagian peserta yang hadir pada hari ini yang juga hadir pada kalakarya sebelumnya. Pertanyaan mengenai tindak lanjut kesepakatan yang lalu (kalakarya I pada November 2011), ternyata mulai dilupakan. Pertanyaan mengenai kemitraan antara bidan dan dukun yang dipantau oleh kepala desa, terjawab bahwa kemitraan antara dukun dan bidan desa berjalan semenjak dibentuknya kampung waraka.

- Pertanyaan mengenai pemahaman kepala desa akan istilah-istilah yang ada di kesehatan, ternyata kepala desa cukup memahaminya, dan kepala desa juga menegaskan bahwa selama ini sudah ada koordinasi antara kepala desa, bidan desa, kader, dan dukun. Ditegaskan bahwa adanya koordinasi tersebut berarti masyarakat Buton Utara telah melakukan apa yang akan menjadi mimpi masyarakat dan telah sesuai dengan prinsip PDBK.

- Dipaparkan bahwa kampung waraka harus jalan berdasarkan 11 indikator PDBK agar kelak rangking IPKM Buton Utara akan meningkat. Dari LSM Basic (ibu Siti Zahra) mengatakan bahwa kampung waraka ini terwujud karena adanya dukungan proaktif dari pemerintah daerah, dan fungsi LSM hanya sebagai penggerak, sedangkan yang punya kegiatan ini adalah kabupaten kota. Agar lebih serius dan bertanggung jawab, akan dibuatkan SK oleh Bupati, juga peraturan daerah sebagai payung hukum untuk melaksanakan kegiatan Kampo Waraka.

Dalam mewujudkan apa yang telah disepakati, dibutuhkan dialog dan kiat – kiat yang dapat mewujudkan mimpi bersama. Pak anorital sebagai nara sumber menjelaskan hubungan antara kampo waraka dan PDBK yang sama-sama membutuhkan adanya dialog. Beberapa contoh video yang menggambarkan Kiat-kiat keberhasilan atau kiat dalam mewujudkan mimpi yaitu : video “Ala bisa karna biasa”, “Mudah dan sederhana”, “Dalam keterbatasan diperoleh keberhasilan (non material)”, “Cepat tangkap dan amankan”, “Ikhlas”, dan “Bersama Kita bisa”,

membuat peserta kalakarya dengan mudah memahami makna yang terkandung di dalam nya.

Dalam PDBK, banyak diberikan semangat dan motivasi antara lain dengan memberikan gambaran daerah DBK yang lain dan membandingkannya. Melihat apa yang telah dilakukan selama ini, menunjukkan bahwa kabupaten Buton Utara sudah maju lebih dulu dibandingkan dengan daerah DBK yang lain. Pak johan sebagai wakil dari Bagian Perencanaan Kementerian Kesehatan, mengatakan bahwa Buton Utara tidak akan menjadi masalah jika semua masyarakat semangat selalu kompak di dalam team dan satu tujuan dan perbedaan adalah hikmah yang harus di jadikan dan merupakan motivasi dalam mencapai mimpi. Berdasarkan semua yang telah didiskusikan menunjukkan bahwa Buton Utara telah mulai menjalankan aksinya. (Action). Sebagai tanda dibentuknya suatu kesepakatan, telah dilakukan penandatanganan bersama antara pemerintah daerah beserta jajaran, DPRD, masyarakat dan LSM yang sepakat akan mewujudkan kampo waraka

Untuk langkah awal kegiatan ini, setiap Puskesmas melakukan seleksi desa yang pertama kali akan menjadi desa percontohan. Desa yang terpilih sebagai Kampo Waraka akan didampingi sepenuhnya oleh Puskesmas. Direncanakan pada tahun berikutnya akan dipilih 2 desa lainnya yang juga akan menjadi Kampo Waraka, sehingga diharapkan pada tahun 2015 semua desa sudah menjadi Kampo Waraka.

Setelah sosialisasi Kampo Waraka di tingkat kabupaten dengan menghadirkan jajaran kesehatan, instansi terkait dan jajaran pemerintahan sampai tingkat desa maka disepakati semua program difokuskan ke pembangunan kampo waraka. Sosialisasi Kampo Waraka juga telah dilakukan ke masyarakat desa Kampo Waraka

Rencana Kegiatan kampo Waraka

1. Identifikasi dan pemecahan masalah

a. Bidang Kesehatan

Program Kegiatan	Tahapan Kegiatan
<p>1. KIA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Menurunkan AKI dan AKB -Pemakaian alat Kontrasepsi -Kemitraan bidan,dukun dan kader posyandu 	<ul style="list-style-type: none"> - Penyuluhan - Kesepakatan kemitraan bidan, dukun dan kader posyandu
<p>2. Gizi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Peningkatan status gizi pada bayi dan balita dengan status KMS kurang -Pemberian ASI eksklusif pada bayi 	<ul style="list-style-type: none"> - Pendataan bayi dan balita - sweping penderita gizi kurang - Pengukuran dan pemeriksaan kesehatan - Penyuluhan pada orang tua - Intervensi penderita dengan susu, vitamin dan MP ASI - Pemantauan - Sweping ibu dengan bayi 0-6 bulan - Penyuluhan - Kunjungan rumah - evaluasi
<p>3. Kesehatan lingkungan</p> <ul style="list-style-type: none"> -Peningkatan sarana sanitasi 	<ul style="list-style-type: none"> - Pendataan dan observasi - Penyuluhan - Perbaikan
<p>4. PHBS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Perlombaan Rumah Sehat -Penerapan PHBS di masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> - Penyuluhan - Pemantauan - Evaluasi - Penyuluhan PHBS

<p>5. P2M</p> <p>-Pelacakan dan pengendalian penyakit menular</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Survei, Pendataan, - Penyuluhan. Pencegahan
<p>6. Imunisasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pendataan sasaran imunisasi - penyuluhan peta sasaran imunisasi - penyuluhan
<p>7. Survelens</p>	<ul style="list-style-type: none"> - sweping - Pelacakan kasus - Pencarian Data penyakit berbasis KLB - Penjaringan anak sekolah
<p>8. UKS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Penyuluhan - Pemeriksaan kesehatan gigi dan mulut - Dokter kecil
<p>9. USILA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pendataan - Penyuluhan

Upaya yang telah dilakukan untuk menuju masyarakat sehat.

Dalam rangka mempercepat pencapaian *Millenium Development Goals* MDGs bidang kesehatan (mengurangi tingkat kematian anak, meningkatkan kesehatan ibu, emerangi HIV/AIDS dan penyakit menular lainnya), pemerintah membuat sebuah regulasi melalui penerapan standar pelayanan minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Kabupaten dan Kota. Salah satu ketetapan SPM di bidang kesehatan adalah Menetapkan bahwa pada tahun 2015 sebanyak 80% desa telah menjadi Desa Siaga Aktif. Sehubungan dengan hal tersebut di atas maka dilakukan perencanaan pengembangan desa/kelurahan siaga aktif.

Menurut kepala Dinkes Kab Buton Utara, dalam Desa Siaga yang berperan hanya jajaran kesehatan, sedangkan dalam Waraka (yang juga merupakan desa siaga) yang berperan dalam peningkatan kesehatan adalah multisektor dibawah koordinasi pemerintah daerah dengan mengupayakan:

1. Peran berbagai institusi (multisektor) dalam peningkatan kesejahteraan dan kesehatan masyarakat (kesehatan, pendidikan, lingkungan, ekonomi, perikanan, PU dll)
2. Di bidang kesehatan prioritas utama adalah membentuk kemitraan Bidan, Dukun dan Kader dalam mengupayakan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan agar dapat menurunkan angka kematian ibu saat persalinan.
3. Peningkatan pelayanan primer di Puskesmas dengan selalu melakukan rujukan ke rumah sakit di Kendari bagi Bumil Risti yang akan melahirkan.

Permasalahan yang terdapat di masyarakat kab Buton Utara adalah:

1. Kematian bayi karena BBLR yang disebabkan karena gizi buruk pada Bumil → pencegahan dengan melakukan perbaikan gizi pada bumil dengan pemberian susu.
2. Tingginya angka bumil risiko tinggi (letak lintang, hipertensi, gizi kurang, jarak kehamilan yang dekat, penyakit kronis, multi paritas, dan kehamilan di usia muda karena pernikahan dini)
3. Adanya Balita gizi buruk → Mencegah adanya gizi buruk dengan pengawasan dan pemberian makanan tambahan pada balita gizi kurang.
4. Menurunkan angka kesakitan → malaria yang awalnya merupakan daerah merah (high case incidence/HCI) kini menjadi daerah hijau (Low case incidence/LCI).

Upaya yang telah dilakukan di jajaran dinas kesehatan adalah:

1. Pendataan dan pemetaan ibu hamil. Melakukan pendampingan dan pengawasan yang ketat pada bumil risti.
2. Merangkul LSM untuk berperan lebih dalam memberikan bantuan dana : rujukan bagi bumil risti dan nifas sebesar 3 juta per kasus.

3. Untuk mengikat dukun agar selalu bermitra, maka diberikan honor bagi dukun (Rp 75.000,-) yang telah membantu Bidan melakukan 4 kali pemeriksaan Kesehatan Bumil dan membantu persalinan nakes.
4. Peningkatan sanitasi lingkungan dengan pengadaan air bersih
5. Pemberi pelatihan bagi Kader Posyandu.
6. Mendirikan rumah bersalin /jampersal di wilayah kerja puskesmas non perawatan (menghindari persalinan di rumah).
7. Mengadakan Puskesmas keliling yang dikoordidasi oleh Dinas Kesehatan
8. Penempatan dokter PTT sehingga semua Puskesmas memiliki tenaga dokter.
9. Melakukan monitoring langsung ke lapangan dan memberikan inovasi .
10. Pemanfaatan karisma dukun
11. Melakukan pendekatan ke kepala desa agar ikut memantau kesehatan masyarakat di wilayahnya.

Pengembangan yang telah di capai di tiap wilayah kerja Puskesmas

Kegiatan yang dilakukan Puskesmas adalah pemenuhan tenaga kesehatan dengan mendatangkan dokter PTT sehingga semua Puskesmas sudah memiliki tenaga dokter. Program yang telah dicapai Puskesmas adalah:

1. Penentuan prioritas utama (menghindarkan kematian ibu bersalin) dengan pengawasan yang ketat pada bumil risti dan upaya rujukan bagi semua bumil risti.
2. Untuk daerah jauh terpencil dilakukan pemekaran Puskesmas yang diikuti juga pemekaran Posyandu

Hal ini dilakukan karena Permasalahan Kesehatan yang utama di wilayah Puskesmas secara umum adalah sama yaitu:

1. Rendahnya angka persalinan nakes. Hal ini dikarenakan :
 - Pola pikir bidan, kepala puskesmas terhadap tugas bidan hanya sebatas membantu persalinan
 - Bidan tidak di tempat, pertolongan terlambat. Sarana dan prasarana untuk pertolongan persalinan tidak tersedia.
 - Bidan tidak memberikan pembekalan pada ibu menjelang persalinan.

- Kemampuan bidan dalam pertolongan persalinan masih kurang, karena penempatan bidan berdasarkan kebutuhan daerah → dipaksakan walaupun belum bidan berpengalaman.
 - Fungsi Bidan koordinator belum berjalan untuk mengevaluasi setiap kejadian persalinan.
 - Monitoring pengelola program KIA tidak berjalan.
2. Tingginya angka kematian ibu saat persalinan. Hal ini disebabkan karena Keterlambatan penanganan saat persalinan, karena bidan tidak tinggal di desa
 3. Tingginya Bumil Risti (pernikahan dini dan jumlah persalinan yang tinggi)
 4. Rendahnya cakupan penimbangan balita dan imunisasi
 5. Tingginya balita gizi kurang/gizi buruk

Identifikasi penyebab permasalahan :

1. Pengetahuan masyarakat akan pentingnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan masih kurang. Sementara hubungan emosional antara masyarakat dengan dukun kuat (di beberapa desa terdapat lebih dari 5 dukun, sehingga dalam 1 Puskesmas dengan 3 desa terdapat 11 dukun).
2. Faktor ekonomi menyebabkan para pria mencari penghasilan sebagai TKW ilegal, sementara para ibu bekerja di kebun)
3. Akses masyarakat ke Yankes jauh, lokasi masyarakat terpencil dengan transportasi sulit.
4. Pernikahan usia dini (karena faktor ekonomi), menyebabkan banyak ibu dengan kehamilan di usia muda, dan ini merupakan salah satu penyebab kehamilan risiko tinggi dan terjadi perdarahan.
5. Kurangnya pengetahuan ibu akan kesehatan kehamilan menyebabkan tingginya angka Multi paritas (Persalinan yang sering), yang juga digolongkan sebagai bumil risiko tinggi.
6. Petugas tidak tinggal di desa, bidan datang ke desa saat ada laporan persalinan.

Upaya yang dilakukan adalah memprioritaskan Program Kemitraan Nakes / Bidan, Dukun dan Kader. Hasil yang telah dicapai adalah:

1. Peningkatan Cakupan Penanganan Ibu Hamil → mendirikan rumah bersalin /Pengembangan Jampersal, KN1 di sekitar pemukiman padat dengan membangun tempat khusus, pemanfaatan gedung/ruang pertemuan yang ada di desa / memanfaatkan tempat kediaman dukun sebagai tempat persalinan nakes.
3. Kemitraan antara Bidan, Dukun dan Kader → pengawasan yang ketat pada Bumil yang mendekati persalinan.
4. Bidan, Dukun dan Kader melakukan Pendataan Bumil dan Pemetaan Bumil, Balita, Balita gikur di setiap desa.
5. Mencari dan mengunjungi Bumil yang belum kontak dengan Bidan, Dibuatkan Jampersal dan dimasukkan dalam Kelas Ibu Hamil
6. Pemanfaatan LSM dalam memberikan bantuan dana : rujukan bagi bumil risti dan nifas sebesar 3 juta per kasus, memberikan honor bagi dukun (Rp 75.000,-) yang telah membantu Bidan melakukan 4 kali pemeriksaan Kesehatan Bumil dan membantu persalinan nakes.
7. Penimbangan Balita dan Cakupan Imunisasi.
8. Meningkatkan cakupan penimbangan Balita dengan mengadakan PMT menggunakan dana Puskesmas (BUK).
9. Peningkatan aktifitas Promkes dengan secara rutin memberi penyuluhan pada saat Posyandu.
10. Melibatkan lintas sektor (PKK) dalam peningkatan Aktifitas Posyandu dan Kesehatan Lingkungan → Lomba Desa.
11. Peningkatan monitoring dan evaluasi berjenjang.
12. Peningkatan peran Promkes bagi Nakes dan masyarakat, Peningkatan kemitraan lintas sektor dengan menyusun payung hukum.

Hasil yang telah dicapai:

Selain kegiatan rutin Puskesmas, Upaya pelayanan peningkatan pelayanan KIA di masyarakat dikembangkan dengan melakukan :

1. Kemitraan antara Bidan, Dukun dan Kader untuk meningkatkan pelayanan persalinan dengan nakes
 - Persalian bagi Bumil Risti langsung dirujuk ke Kota Kendari
 - Pendataan Bumil dan pengawasan ketat
 - Pemetaan rumah bumil di tiap desa
 - Kunjungan ke Bumil yang belum kontak dengan Bidan dan dimasukkan dalam Jampersal.
 - Membentuk dan mengaktifkan Kelas Ibu Hamil
 - Penempatan jampersal di kolasi padat penduduk dengan Pembangunan Gedung Jampersal, pemanfaatan ruang pertemuan desa, dan pemanfaatan rumah dukun sebagai tempat jampersal.
 - Peningkatan peran kader dalam memberikan informasi tentang keadaan bumil dan ibu melahirkan
2. Balita
 - Pendataan ulang jumlah bayi dan Balita
 - Pencatatan dan monitoring balita gizi kurang dan gizi buruk
 - Pemetaan rumah bayi dan Balita
 - Pemberian PMT setiap kegiatan Posyandu dengan menggunakan dana Puskesmas (BUK) dan bantuan dari Pusat
 - Peningkatan pelayanan Posyandu dengan melakukan pemekaran untuk dusun terpencil.
3. Kesehatan Lingkungan
 - Peningkatan Program PKK dengan peningkatan kesehatan lingkungan melalui kerjabakti kebersihan dan penataan lingkungan.
4. Peningkatkan peran LSM (Basic)
 - Memberikan bantuan dana rujukan persalinan.
 - Memberikan honor bagi dukun yang membantu bidan selama 4 kali pemeriksaan kehamilan dan saat persalinan

Pendampingan yang berkesinambungan

1. Kemampuan SDM Puskesmas dalam memberikan penyuluhan masih kurang, perlu peningkatan dan bantuan dari masing-masing program di Dinas Kesehatan kabupaten .
2. Kelengkapan data : Data Puskesmas lengkap, namun terdapat Kekeliruan dalam sistem pencatatan dan pelaporan (data yang tidak relevan), sehingga diperlukan merekrut seorang IT atau tenaga khusus yang menangani data (rekrut tenaga baru atau melatih tenaga yang ada).
3. Untuk kelancaran pelaporan dan komunikasi, di setiap Puskesmas sudah ada komputer sehingga hanya perlu peningkatan jejaring data (internet)
4. Bantuan dana rujukan dari LSM hanya sampai bulan Desember 2012, untuk kelanjutannya, dinas kesehatan sudah mengusahakan dan memonitor sehingga keberlangsungan dana rujukan ditanggung oleh APBD.

Permasalahan kesehatan yang membutuhkan peran serta SKPD lain adalah:

1. K1 rendah, hal ini disebabkan pada kehamilan 0-12 minggu masyarakat tidak melakukan pemeriksaan kehamilan karena terjadi kehamilan di luar pernikahan yang cukup tinggi. Masyarakat melakukan pemeriksaan kehamilan setelah usia kehamilan > 12 minggu. Hal ini pula yang menyebabkan cakupan K4 tidak tercapai.
2. Persalinan Nakes belum 100% → dari 97 persalinan dilaporkan 7 persalinan tanpa pertolongan / melahirkan sendiri. Masyarakat tidak mau ke Polindes. Belum semua masyarakat merasa perlu melahirkan ke Polindes karena sudah berpengalaman terutama para ibu yang sudah melahirkan anak ke 4 atau ke 5.
3. Cakupan Penimbangan balita masih kurang, salah satu penyebabnya adalah pada usia 3 – <5 thn anak sudah masuk sekolah (PAUD atau TK).
4. Beberapa Puskesmas tidak / belum masuk PLN sehingga penerangan menggunakan generator.

Upaya yang mulai dilakukan adalah : (1) Melakukan penyuluhan ke sekolah (Pendidikan Kesehatan Remaja), (2) peningkatan yang terus-menerus akan kemitraan bidan, dukun dan kader (3) Melakukan penimbangan ke TK atau PAUD, (4) Pada kegiatan Posyandu, Kunjungan Posyandu kurang karena adanya Persepsi

masyarakat yang masih keliru tentang penimbangan, sehingga Pengetahuan Sikap dan Perilaku masyarakat perlu ditingkatkan, peran lintas sektor (PKK, camat, kepala desa/kelurahan) perlu dikomunikasikan secara terus menerus. Peran Promkes juga masih perlu ditingkatkan untuk Penyuluhan masyarakat. Disamping itu, dalam pelayanan Puskesmas pemanfaatan kartus (KMS) sebagai sarana dalam pelayanan bagi balita yang berkunjung ke Puskesmas. (5) Untuk penerangan, Upaya pemerintah daerah untuk memperluas jaringan PLN sudah dimulai.

Upaya lain yang telah dilakukan Puskesmas adalah

- a. Upaya : (1) Pembuatan peta bumil, balita dan kepemilikan jamban. (2) Peningkatan Kemitraan bidan, dukun dan kader (3) Melakukan penimbangan ke TK atau PAUD. (4) Melakukan penyuluhan ke pada saat Posyandu. (5) Pengecekan ulang data balita dan perbaikan sistem pelaporan yang lebih informatif. (7) Pembuatan jamban keluarga
- b. Hasil yang telah dicapai : (1) Adanya peta desa dengan letak rumah bumil, balita, dan rumah yang memiliki jamban. (2) Angka persalinan nakes meningkat, (3) Dukun berusaha menghubungi bidan bila mendapat laporan / ada bumil yang berujung. (4) Data lebih rapih dan sesuai dengan keadaan di lapangan. (5) Dari 62 kloset leher angsa yang disediakan oleh Pemerintah daerah, 48 sudah terpasang. Masyarakat mengupayakan pembuatan jamban mandiri dengan pengawasan kepala desa dan kepala puskesmas. Bagi masyarakat yang belum menggali lubang septik-tank dan siap WC / kamar mandi belum diberikan kloset.

Kebijakan Lokal

1. Kampo Waraka (Pengembangan desa siaga)
 - a. Metode PRA-Participatory Rural Appraisal melakukan kajian guna memahami, melacak, menilai dan melakukan Perencanaan Kesehatan desa dengan melibatkan peran serta masyarakat.
Dampak :
 1. Masyarakat dilibatkan langsung untuk membangun kesehatan desa

2. Camat dan Kepala desa mengerti permasalahan kesehatan desa dan ikut bertanggung jawab akan kesehatan masyarakatnya

b. Peraturan daerah untuk kampo waraka.

Dampak :

Semua program SKPD difokuskan ke pengembangan kampo waraka.

Tiap tahun akan diciptakan replikasi kampo Waraka (2 desa pada tahun 2013) sehingga pada tahun 2015 semua desa sudah menjadi Kampo waraka

2. Mempererat Kemitraan Bidan desa, dukun dan kader

Dampak :

f. Persalinan nakes meningkat

g. Terjalin hubungan emosional antara masyarakat/bumil dan bidan

h. Penempatan petugas sesuai tupoksinya (persalinan oleh bidan dengan pendampingan dukun)

i. Pemanfaatan rumah dukun sebagai tempat persalinan (jampersal)

j. Bidan tidak hanya menolong persalinan tetapi juga sebagai tempat konsultasi

3. Instropeksi / kroscek data

Dampak:

a. Data pelaporan berdasarkan data real di lapangan

b. Dinas kesehatan merasa perlu turun ke lapangan untuk melihat langsung proses pengumpulan data (monitoring).

c. Minikolakarya : Puskesmas melakukan analisa data sebelum di serahkan ke tingkat kabupaten.

d. Puskesmas akan meminta umpan balik atas pelaporan.

e. Kader memperbaiki sistem pencatatan

PROGRESS KAMPO WARAKA

No	Desa / Puskesmas	Indikator	Capaian
1	Kel. Lemo (replikasi)	Kelembagaan	<ul style="list-style-type: none"> • Belum terbentuk lembaga desa yang mengurus kampo waraka • Inisiatif Puskesmas Bone Rombo yang menjadikan Kel Bone Rombo untuk dijadikan replikasi Kampo Waraka dengan memperkuat hubungan dengan kelurahan • Menjadikan contoh yang baik dalam koordinasi dengan lintas sektoral • Pengorganisasian yang baik di tingkat Puskesmas. • Keterbukaan untuk menerima masukan dalam mendesign dan pengorganisasian Puskesmas.
		KIA	<ul style="list-style-type: none"> • Mendekatkan pelayanan kepada masyarakat dengan membuat layanan Jampersal pada ruang PKK. Dengan demikian masyarakat lebih mudah untuk melahirkan ditempat yang telah disediakan • Keterikatan antara bidan desa dan dukun yang mempunyai tugas dan tanggung jawab yang dibatasi oleh kemitraan bidan dan dukun. Sehingga terbentuk kemitraan dan kerjasama dengan tujuan pertolongan persalinan bagi ibu dan menurunkan angka kematian ibu dan bayi. • Adanya penambahan posyandu untuk mendekatkan pelayanan. • Dilakukannya pengobatan gratis pada saat posyandu.
		Sanitasi dan Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> • Dengan adanya program pemda P2WKSS di Kel. Lemo sehingga cakupan jamban 90%. • Adanya kesepakatan antara warga dan kelurahan untuk melakukan bersih-bersih lingkungan setiap hari Jum'at.
		P2M	<ul style="list-style-type: none"> • Penanganan kasus-kasus penyakit menular belum terlihat langsung karena belum ditemukan kasus khusus. • Untuk penderita kaki gajah yang ditemukan pada WARAKA telah langsung ditangani kasus tersebut pada tahun 2011
		Database	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan penyusunan laporan dan database yang baik.

2	Desa Tomoahi	Kelembagaan	<ul style="list-style-type: none"> • Sudah terbentuk lembaga kampo waraka • Adanya rencana kerja kegiatan kampo waraka • Kurang dukungan dari puskesmas
		KIA	<ul style="list-style-type: none"> • Dengan adanya kegiatan ACESS di tomoahi sehingga kegiatan posyandu sangat membantu. • Bidan belum menetap tinggal di desa. Sehingga pelayanan khususnya untuk ibu hamil masih kurang terlaksana • Perbaiki administrasi posyandu • Posyandu aktif
		Sanitasi dan Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> • Penyaluran jamban yang dilakukan dinas kesehatan sejumlah 25 kloset. Yang dibutuhkan 42 kloset. Pembangunan jamban ini dilakukan berdasarkan arisan jamban yang telah berlangsung dan telah difasilitasi oleh lepmii. • Adanya jadwal tiap minggu untuk bersih-bersih lingkungan • Pelatihan pembuatan cincin septic tank
		P2M	<ul style="list-style-type: none"> • Belum ada kasus khusus yang ditangani
		Database	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaiki data base di posyandu
3	Desa Lamoahi	Kelembagaan	<ul style="list-style-type: none"> • Telah terbentuk lembaga kampo waraka • Adanya rencana kerja kegiatan kampo waraka • Adanya dukungan penuh dari puskesmas.
		KIA	<ul style="list-style-type: none"> • Adanya kemitraan bidan dan dukun • Terlaksanya kegiatan KIA • Posyandu aktif
		Sanitasi dan Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> • Adanya swadaya masyarakat dalam pemagaran di setiap rumah penduduk • Adanya jadwal bersih-bersih lingkungan setiap minggunya • Penyaluran kloset sejumlah 26 • Penyaluran cetakan cincin sejumlah 1 buah yang menjadi inventaris puskesmas dan akan dilakukan penggunaannya di semua desa wilayah puskesmas. • Pelatihan pembuatan cincin untuk septic tank
		P2M	<ul style="list-style-type: none"> • Belum ada kasus khusus yang ditangani
		Database	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan penyusunan laporan dan database yang baik,

4	Desa Wantulasi	Kelembagaan	<ul style="list-style-type: none"> • Telah terbentuk lembaga kampo waraka • Adanya rencana kerja kegiatan kampo waraka • Adanya dukungan penuh dari puskesmas.
		KIA	<ul style="list-style-type: none"> • Inisiasi kepala desa dan kepala puskesmas untuk memobilisasi bumil dan balita ke posyandu • Adanya dukungan penuh dari Pemerintah kecamatan dalam pelaksanaan kegiatan kampo waraka khususnya pelayanan KIA • Pelayanan KIA berjalan dengan baik • Adanya kemitraan bidan dan dukun • Perbaiki data posyandu • Penyuluhan kegiatan posyandu • Pelatihan kegiatan UKS
		Sanitasi dan Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> • kesepakatan masyarakat dalam pembuatan jamban sehat • penyaluran 62 kloset • penyaluran 1 buah cetakan cincin • pelatihan pembuatan cincin septic tank. • kesepakatan bersih-bersih lingkungan setiap minggunya
		P2M	<ul style="list-style-type: none"> • Belum ada kasus khusus yang ditangani
		Database	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan penyusunan laporan dan database yang baik,
5	Desa Lasiwa	Kelembagaan	<ul style="list-style-type: none"> • Telah terbentuk lembaga kampo waraka • Adanya rencana kerja kegiatan kampo waraka • Adanya dukungan penuh dari puskesmas
		KIA	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan KIA berjalan dengan baik • Adanya kemitraan bidan dan dukun • Swepping dilaksanakan oleh masyarakat untuk mengajak bumil dan balita ke posyandu • Perbaiki data posyandu • Penyuluhan kegiatan posyandu • pelatihan kegiatan UKS di sekolah
		Sanitasi dan Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> • penyaluran kloset sejumlah 38 sedangkan yang dibutuhkan sejumlah 64 kloset. • Pelatihan pembuatan cincin septic tank. • Penyuluhan akses jamban sehat
		P2M	<ul style="list-style-type: none"> • Belum ada kasus khusus yang ditangani

		Database	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan penyusunan laporan dan database yang baik,
6	Desa Waode Buri	Kelembagaan	<ul style="list-style-type: none"> • Telah terbentuk lembaga kampo waraka • Adanya rencana kerja kegiatan kampo waraka • Adanya dukungan penuh dari puskesmas
		KIA	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan KIA berjalan dengan baik • Adanya kemitraan bidan dan dukun • Terdapat 3 posyandu yang cukup aktif • Perbaiki data posyandu • Pelayanan persalinan di masyarakat dengan memanfaatkan polindes. Sehingga jampersal berjalan dengan baik Penyaluran kloset sejumlah 25 buah. • Swadaya masyarakat untuk membangun jamban pribadi dengan menyiapkan sendiri bahan yang lainnya. • Adanya jadwal bersih-bersih lingkungan setiap minggunya. Penyaluran kloset sejumlah 25 buah. • Swadaya masyarakat untuk membangun jamban pribadi dengan menyiapkan sendiri bahan yang lainnya. • Adanya jadwal bersih-bersih lingkungan setiap minggunya. Penyaluran kloset sejumlah 25 buah. • Swadaya masyarakat untuk membangun jamban pribadi dengan menyiapkan sendiri bahan yang lainnya. • Adanya jadwal bersih-bersih lingkungan setiap minggunya.
		Sanitasi dan Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> • Penyaluran kloset sejumlah 25 buah. • Swadaya masyarakat untuk membangun jamban pribadi dengan menyiapkan sendiri bahan yang lainnya. • Adanya jadwal bersih-bersih lingkungan setiap minggunya.
		P2M	<ul style="list-style-type: none"> • Belum ada kasus khusus yang ditangani
		Database	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan penyusunan laporan dan database yang baik,
7	Desa Konde	Kelembagaan	<ul style="list-style-type: none"> • Telah terbentuk lembaga kampo waraka • Adanya rencana kerja kegiatan kampo waraka • Adanya dukungan penuh dari puskesmas
		KIA	<ul style="list-style-type: none"> • Desa tersebut merupakan desa binaan P2WKSS sehingga kegiatan KIA terpantau dengan baik

		Sanitasi dan Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> • 100% masyarakat mengakses jamban sehat dari bantuan P2WKSS
		P2M	<ul style="list-style-type: none"> • Belum ada kasus khusus yang ditangani
		Database	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan penyusunan laporan dan database yang baik,
8	Desa Bubu	Kelembagaan	<ul style="list-style-type: none"> • Telah terbentuk lembaga kampo waraka • Adanya rencana kerja kegiatan kampo waraka • Adanya dukungan penuh dari puskesmas.
		KIA	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan kegiatan KIA cukup baik. • Adanya kemitraan bidan dan dukun • Penguatan di masyarakat untuk penanganan kasus-kasus KIA • Penyuluhan tentang KIA
		Sanitasi dan Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> • Penyaluran jamban sejumlah 50 buah (belum diberikan masih dalam tahap distribusi). • Pelatihan pembuatan jamban sehat • Penyuluhan tentang sanitasi yang baik • Adanya pembuatan TOGA yang difasilitasi oleh Puskesmas
		P2M	<ul style="list-style-type: none"> • Belum ada kasus khusus yang ditangani
		Database	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan penyusunan laporan dan database yang baik.
9	Desa Waode Kalowo	Kelembagaan	<ul style="list-style-type: none"> • Telah terbentuk lembaga kampo waraka • Adanya rencana kerja kegiatan kampo waraka • Belum adanya dukungan penuh dari puskesmas.
		KIA	<ul style="list-style-type: none"> • Akses pelayanan kesehatan khususnya KIA cukup baik karena tersedia beberapa layanan kesehatan dan 3 orang petugas kesehatan yang menetap di desa. • Namun masyarakat masih mempercayai dukun sehingga kampo waraka melaksanakan beberapa kali penyuluhan tentang kemitraan bidan dan dukun.
		Sanitasi dan Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> • Penyaluran jamban sejumlah 50 buah jamban (masih tahap negosiasi kesepakatan dengan masyarakat) karena jamban yang dibutuhkan sejumlah 143 rumah yang belum memiliki. • Adanya kesepakatan masyarakat setiap minggu untuk bersih-bersih lingkungan.

		P2M	<ul style="list-style-type: none"> • Belum ada kasus khusus yang ditangani
		Database	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan penyusunan laporan dan database yang baik.
10	Desa Karya bakti	Kelembagaan	<ul style="list-style-type: none"> • Telah terbentuk lembaga kampo waraka • Adanya rencana kerja kegiatan kampo waraka • Adanya dukungan penuh dari puskesmas.
		KIA	<ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan KIA berjalan dengan baik • Penanganan kasus-kasus ibu hamil dapat ditangani oleh bidan desa dengan baik • Adanya kesepakatan masyarakat untuk membawa semua balita ke posyandu • Swepping bumil dan balita yang dilaksanakan oleh masyarakat.
		Sanitasi dan Lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> • Penyaluran kloset sejumlah 40 buah. • Rata-rata masyarakat sudah mempunyai jamban tapi masih menggunakan jamban cemplung sehingga dengan kampo waraka mereka sepakat untuk membangun jamban sehat dengan bantuan kloset dari dinkes. • Adanya kesepakatan bersih-bersih lingkungan setiap minggunya.
		P2M	<ul style="list-style-type: none"> • Belum ada kasus khusus yang ditangani
		Database	<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan penyusunan laporan dan database yang baik.

II. Pengamatan Kuantitatif

Pengamatan kuantitatif dilakukan dengan melakukan pengukuran menggunakan kuesioner Self assessment yaitu kuesioner A, B, C, dan D. Hasil perhitungan pengisian kuesioner didapatkan informasi bahwa:

Untuk kuesioner A, berikut 7 variabel yang dapat diukur dari responden adalah kepedulian, komunikasi, berfikir strategis, kepemimpinan, kreativitas, orientasi kualitas, dan integritas.

Kepedulian (kuesioner A kode A) terdiri atas :

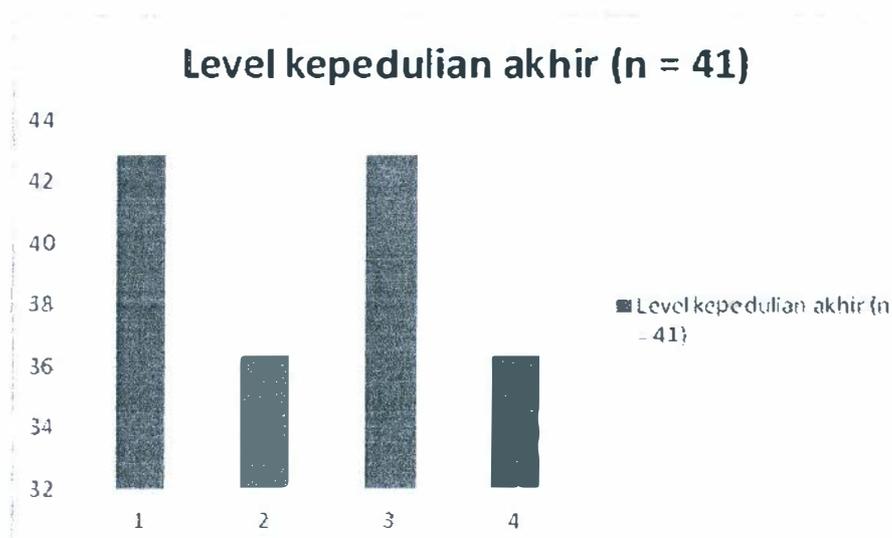
Level 0: datang hanya karena adanya undangan

Level-1: bekerja dengan kurang merasakan dan memahami situasi lingkungan

Level-2: bekerja dengan memahami dan merasakan situasi lingkungan

Level 3: bekerja dengan memahami situasi lingkungan serta memberikan respon

Level 4: bekerja dengan proaktif terhadap kebutuhan lingkungan



Dari grafik diatas terlihat bahwa respondem memiliki kepedulian yang tidak merata dan tinggi pada level 1 dan level 3. meningkat pada status level 4 baik saat kalakarya pertama dan kedua.

Gambaran kemampuan komunikasi masyarakat (kuesioner A kode B) terdiri atas

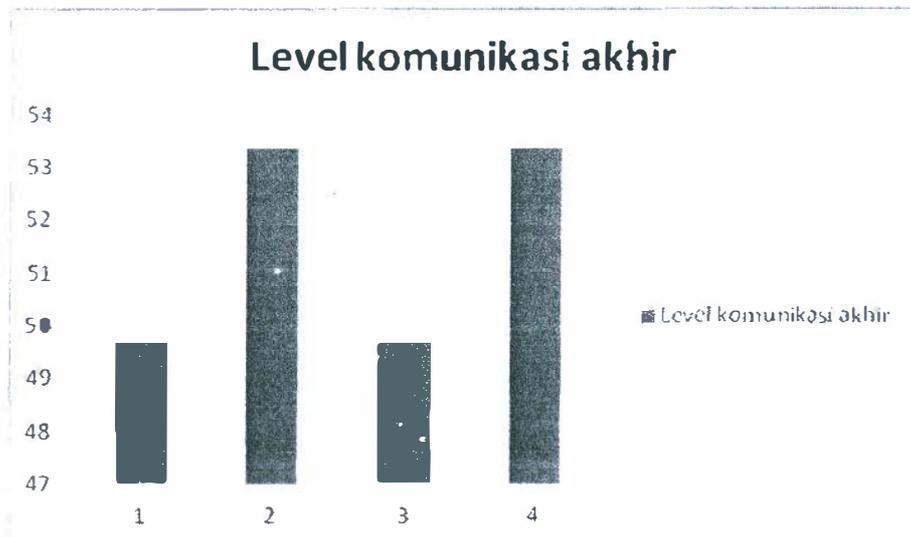
Level 0: datang hanya karena adanya undangan

Level-1: bekerja dengan berkomunikasi yang kurang efektif

Level-2: bekerja dengan berkomunikasi bersifat satu arah.

Level 3: bekerja dengan berkomunikasi bersifat dua arah

Level 4: bekerja dengan berkomunikasi secara persuatif atau partisipatif



Pada diagram batang diatas terlihat bahwa kemampuan komunikasi masyarakat Buton Utara bervariasi dan kemampuan yang tertinggi pada level 2 dan level 4.

Gambaran keahlian dan kepekaan masyarakat (kuesioner A kode C) terdiri atas

Level 0: datang hanya karena adanya undangan

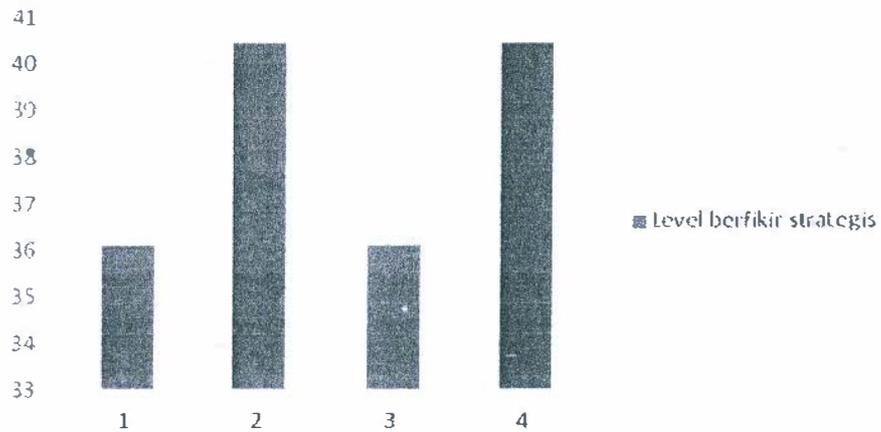
Level-1: bekerja dengan kurang berfikir logik dan realistik

Level-2: bekerja dengan berfikir konkrit, praktis berdasarkan rencana.

Level 3: bekerja dengan berfikir analitik, operasional, dan jangka pendek

Level 4: bekerja dengan berfikir secara strategik/konseptual dengan rencana jangka panjang.

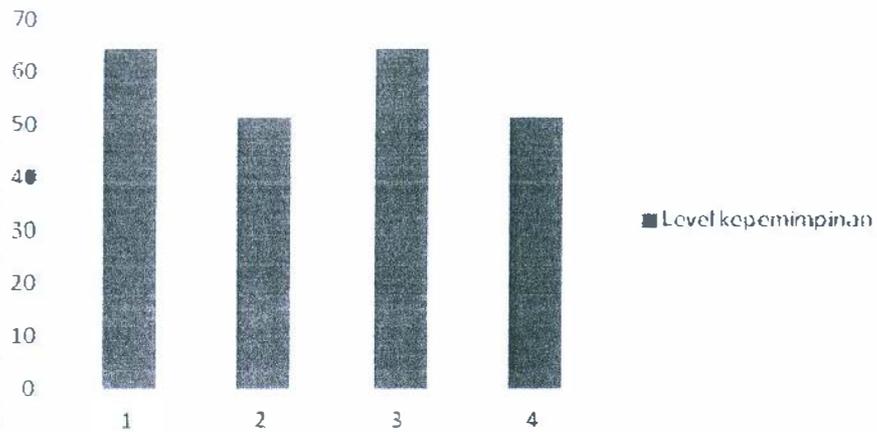
Level berfikir strategis



Pada diagram batang diatas terlihat bahwa kemampuan berfikir strategis masyarakat Buton Utara bervariasi dan kemampuan yang tertinggi pada level 2 dan level 4.

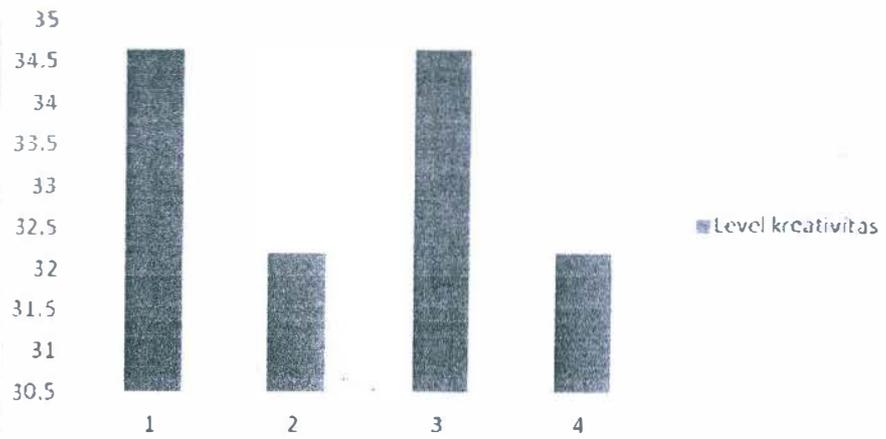
Gambaran kemampuan yang bersifat kepemimpinan masyarakat Buton Utara bervariasi dengan perbedaan jenjang yang cukup dekat

Level kepemimpinan

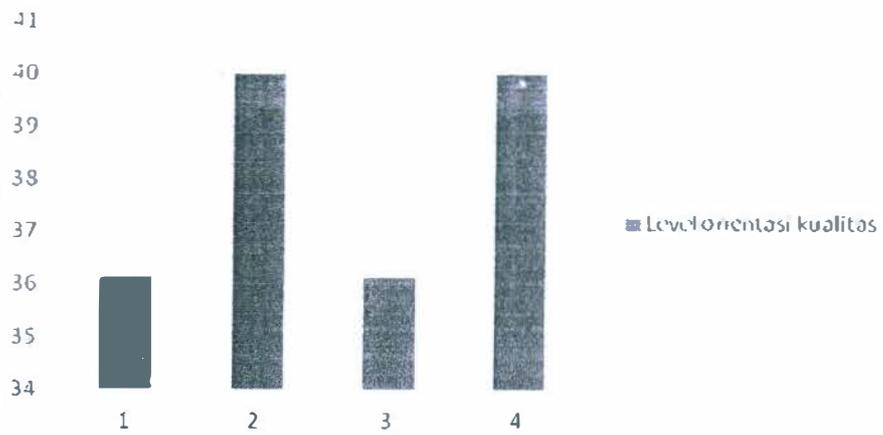


Gambaran kemampuan masyarakat dalam berkreaitivitas juga beragam dengan level tertinggi pada level 1 dan level 3. Sedangkan kemampuan untuk berorientasi tertinggi pada level 2 dan level 4. Akan tetapi masyarakat mempunyai kemampuan berintegritas yang merata.

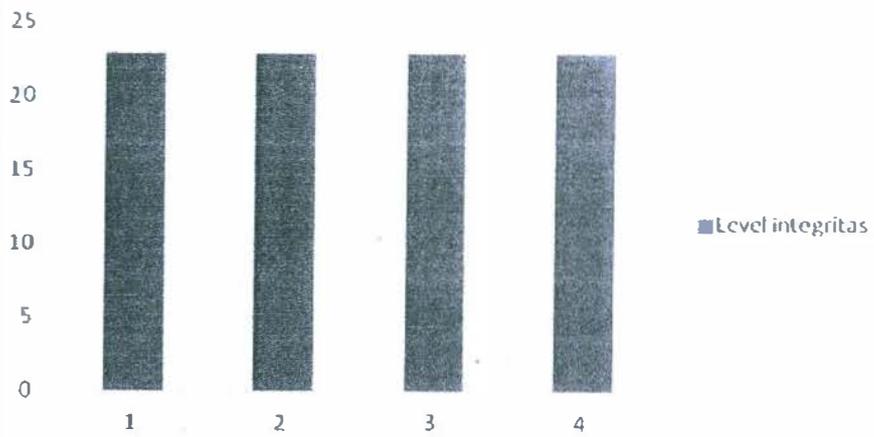
Level kreativitas



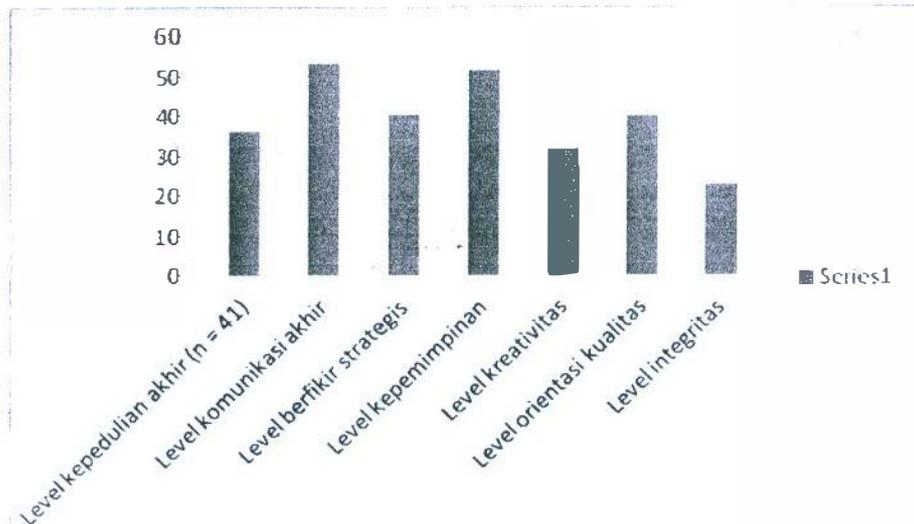
Level orientasi kualitas



Level integritas



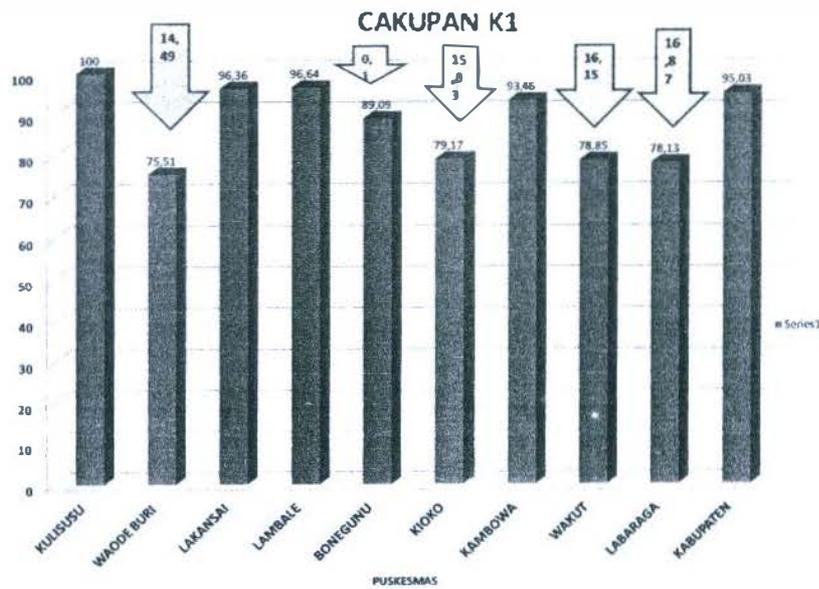
Secara keseluruhan didapatkan gambaran bahwa sebagian besar (>50%) masyarakat Buton Utara mempunyai kemampuan yang menonjol pada level berkomunikasi dan kepemimpinan, namun masih kurang pada level kepedulian, berfikir strategis, kreativitas, orientasi kualitas dan integritas.



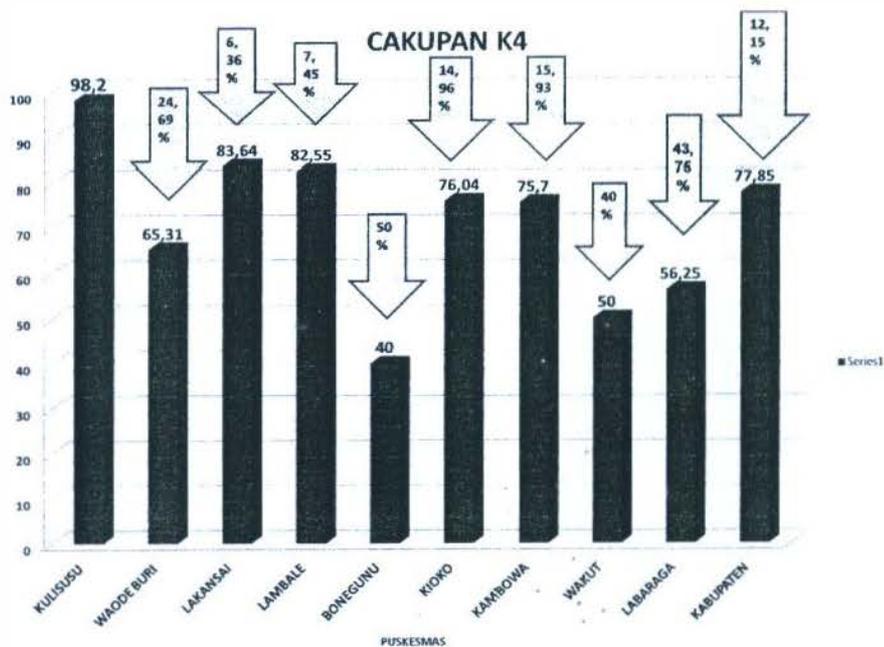
Berdasarkan level kemampuan tersebut di atas, maka dalam upaya meningkatkan cakupan penimbangan balita terlihat bahwa cakupan D/S meningkat setelah dilakukan Dialog kalakarya dan pelaksanaan komitmen 'densus 89,5' (Gambar 3.1), tampaknya berkaitan dengan proses dialog atau komunikasi yang terjadi dalam kalakarya

D/S: 18 Kab. Kategori 1

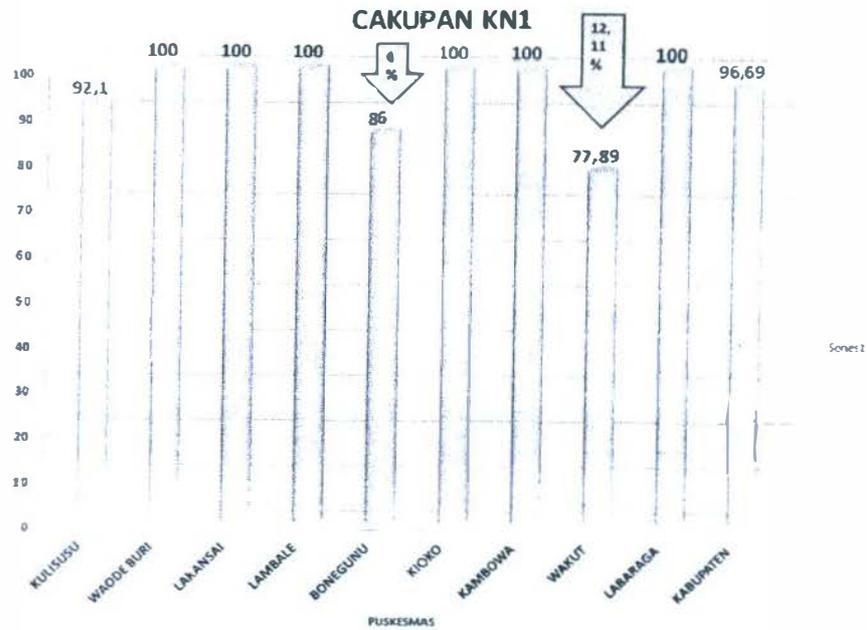




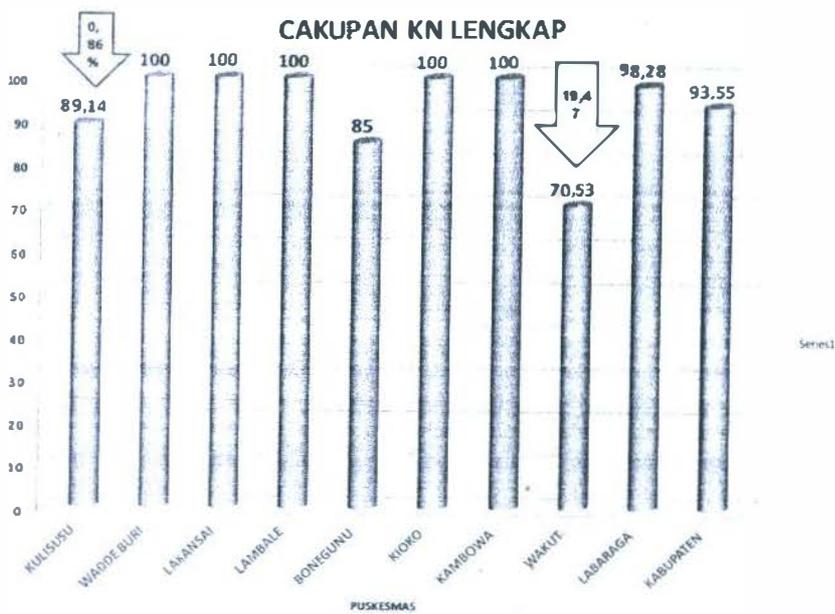
Gambaran cakupan KIA pada tahun 2012 mulai terjadi peningkatan (Cakupan K1 menjadi 95,03%) walaupun masih ada wilayah puskesmas yang belum mencapai target. Akan tetapi pada cakupan K4 masih kurang (rata-rata kabupaten adalah 77,85%) pada kebanyakan wilayah Puskesmas, dan

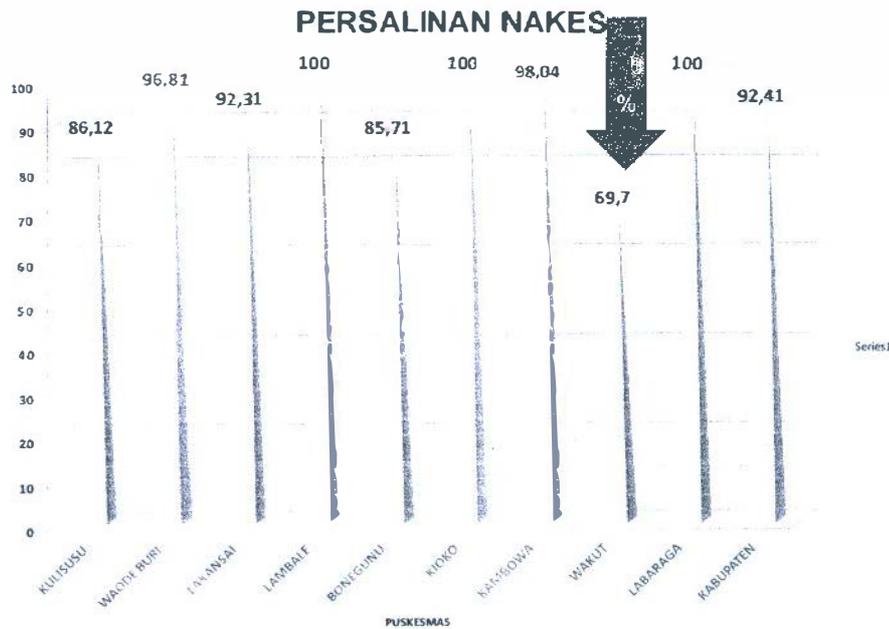


Cakupan KN1 terjadi peningkatan (96,69%) walaupun masih ditemukan puskesmas dengan cakupan kurang. Hasil keseluruhan cakupan KN lengkap sudah mencapai 93,55%, dengan 5 puskesmas yang telah mencapai 100%.



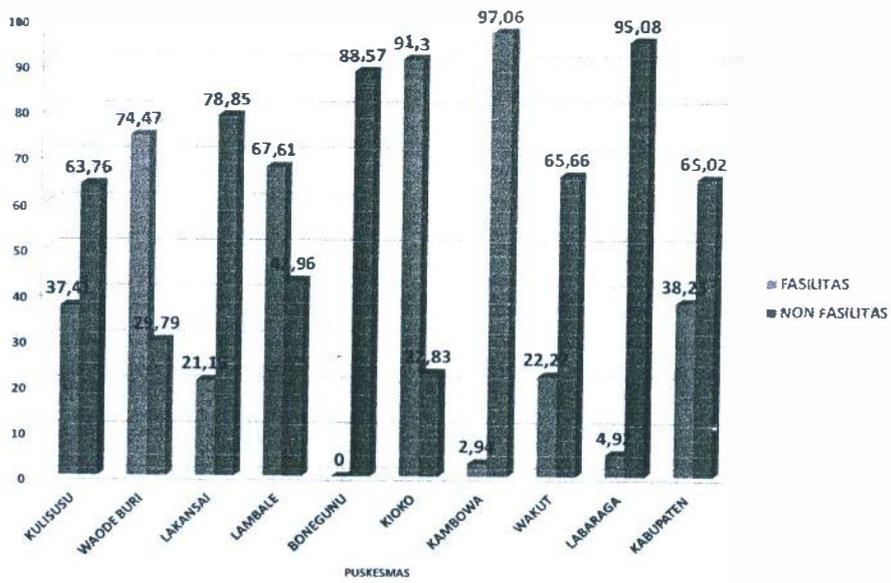
(96



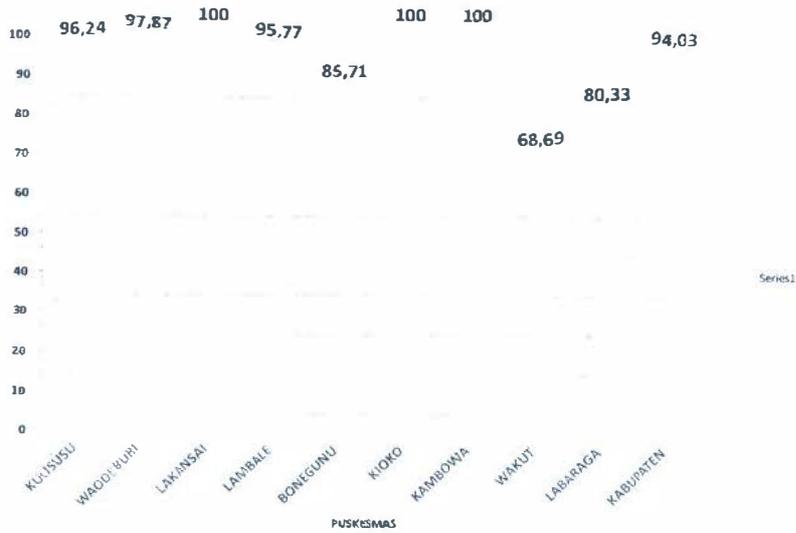


Dari 9 Puskesmas yang ada, hanya 3 puskesmas dengan persalinan nakes 100 %, 5 puskesmas telah mencapai lebih dari 80 % dan 1 puskesmas masih dibawah 70%. Walaupun demikian sudah terjadi peningkatan dengan cakupan 92,41%. Gambaran persalinan berdasarkan tempat bersalin, kebanyakan masyarakat bersalin belum memanfaatkan fasilitas kesehatan. Namun cakupan kunjungan nifas (KF3) mulai terjadi peningkatan sehingga sudah sudah terlaksana 94,03%, hanya 1 puskesmas yang masih dibawah 70%.

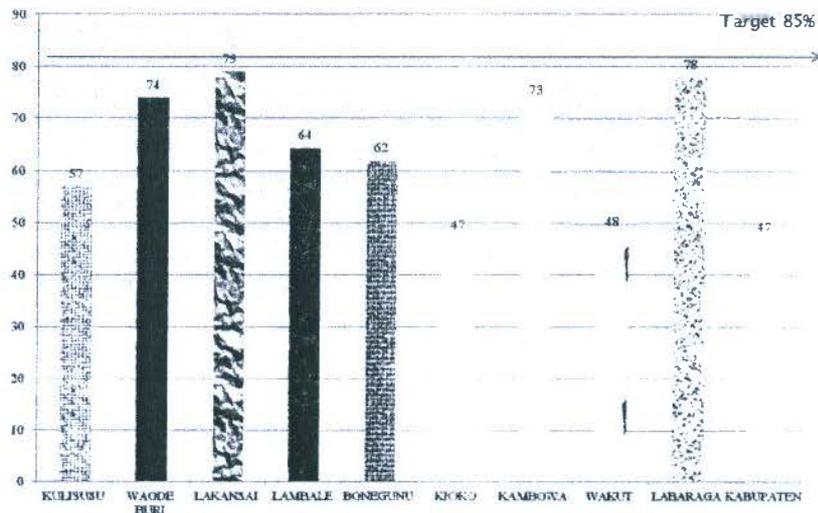
TEMPAT PERSALINAN



KUNJUNGAN NIFAS (KF3)



**GRAFIK CAKUPAN D/S TAHUN 2012
KAB. BUTON UTARA**



- ▶ PKM Kulisusu : 1
- ▶ PKM Waode Buri : 1
- ▶ PKM Lakansai : 0
- ▶ PKM Lambale : 1
- ▶ PKM Bonegunu : 0
- ▶ PKM Kioko : 0
- ▶ PKM Kambowa : 0
- ▶ PKM Wakut : 2
- ▶ PKM Labaraga : 0
- ▶ Kabupaten : 5

**DATA GIZI BURUK TAHUN 2012
KAB. BUTON UTARA**

Kesimpulan

1. Masalah utama dalam DBK adalah kesehatan balita dan penanganan ibu bersalin.
2. Perubahan perilaku petugas nakes dan pemegang kebijakan dapat menyebabkan perubahan peningkatan status kesehatan di daerah berstatus DBK.
3. Koordinasi, integritas, dan konsistensi dalam melaksanakan kesepakatan yang telah diambil saat kalakarya merupakan kunci percepatan keberhasilan peningkatan kesehatan.

IV. DAFTAR PUSTAKA

1. Becker MH, Maiman LA. Model-model perilaku kesehatan. Dalam: Muzaham F, penyunting. Memperkenalkan sosiologi kesehatan. Jakarta: UI-Press, 1995. h. 43-92
2. Dir Jen PPM&PLP DepKes RI. Petunjuk teknis reaksi samping imunisasi; edisi ke-1. Jakarta, 1993. h. 1-27
3. Ranuh IGN. Pedoman imunisasi di Indonesia, Edisi ke-4. Satgas Imunisasi Ikatan Dokter Anak Indonesia, Jakarta, 2008
4. Kementerian Kesehatan, 2010. IPKM dan Indikator Provinsi Maluku. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
5. Kementerian Kesehatan, 2011. Buku 1-3. Pedoman Umum Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK). Kementrian Kesehatan RI, Jakarta.
6. Profil Dinas Kesehatan kabupaten Buton Utara Tahun 2010
7. Riessman, C., 1993. *Narrative Analysis*, Sage Publications, Newsburry Park. CA. Dalam: Modul Metode Penelitian Kualitatif Pelatihan Epidemiologi, Biostatistik, dan Metodologi Penelitian Tingkat Menengah Tahun 2010.

A	INSTRUMEN INDIVIDU WILAYAH PERUBAHAN	
	SELF ASSESSMENT	
Nama	Kelamin:	Umur: Jenis
Unit Kerja/Jabatan		
Tempat	Kabupaten:	Propinsi:

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

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

Pilihan jawaban tersebut adalah:

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

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

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

Kode Kues	NO	Pernyataan	PENILAIAN*				Skor
			1	2	3	4	
E11	12	Mampu menggali dan mengadaptasikan konsep baru dalam meningkatkan kinerja untuk peningkatan pelayan kesehatan bumil dan balita					
F2	13	Tidak selalu mempersiapkan diri secara khusus dalam melaksanakan tugas di unit kerja					
G11	14	Merasa mampu mengajak keterlibatan orang lain membantu, agar dapat memperoleh hasil pelayan kesehatan bumil dan balita yang optimal					
A3	15	Lebih banyak bertugas/bekerja untuk kepentingan program di unit kerja sendiri					
B10	16	Tidak yakin dapat menyampaikan gagasan dengan jelas dan persuasif agar pemangku kepentingan mengambil peran dalam PDBK					
C10	17	Mampu mentejemahan visi organisasi menjadi rencana operasional dalam pencapaian PDBK					
D3	18	Merasa akan mengalami kesulitan, jika mengerjakan pekerjaan tanpa dukungan dana yang cukup					
E10	19	Kurang mampu merangkum gagasan, dari berbagai sudut pandang, dalam menyelesaikan masalah rendahnya IPKM					
F3	20	Mengembangkan perencanaan secara fokus dan rinci, adalah pekerjaan yang sulit dan hanya buang waktu saja					
G10	21	Merasa mampu merencanakan PDBK dengan baik, untuk dapat melaksanakannya dengan berhasil-guna					
A4	22	Mampu tenggang rasa, bertoleransi terhadap perbedaan-perbedaan yang ada dalam melaksanakan tugas/pekerjaan					
B9	23	Mampu menggali dan mengajak masyarakat lokal berpartisipasi dalam pelaksanaan PDBK					
C9	24	Biasanya kurang mampu mencoba pendekatan baru dalam mempercepat pencapaian PDBK					

D4	25	Kurang mampu mendorong lahirnya gagasan/ide baru untuk mencapai upaya menaikkan IPKM					
E9	26	Dapat memilih cara pendekatan yang tepat untuk menyelesaikan masalah berdasar akar penyebab masalah dalam PDBK					
F4	27	Lebih senang bekerja untuk program yang telah jelas tujuan dan targetnya					
G9	28	Dapat dengan cepat menintegrasikan PDBK sebagai bagian dari tuntutan pekerjaan secara fungsional					
A5	29	Selalu dapat bereaksi dan menyesuaikan diri terhadap situasi yang sedang berkembang di lingkungan tugas/pekerjaan untuk mendukung PDBK					
B8	30	Selalu Terbuka menerima gagasan dan menghormati pendapat orang lain, demi kepentingan pencapaian tujuan PDBK					
C8	31	Mampu mengaitkan tugas operasional dengan analisis IPKM dalam perencanaan PDBK					
D5	32	Dengan pengetahuan yang dimiliki mampu mengembangkan PDBK sesuai dengan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia					
E8	33	Biasanya bila menggunakan cara penanganan yang berbeda, dari yang selama ini dilakukan, mendapat tantangan yang sulit diatasi					
F5	34	Melaksanakan pekerjaan sesuai dengan standar prosedur yang telah ditetapkan, adalah cara kerja yang akan sesuai kebutuhan local					
G8	35	Selalu dapat mengutamakan kepentingan organisasi dari kepentingan pribadi dalam pelaksanaan PDBK					
A6	36	Dapat memahami keraguan dalam beradaptasi terhadap kebiasaan kerja di lingkungan tugas/pekerjaan untuk melaksanakan PDBK					

Kode Kues	NO	Pernyataan	PENILAIAN*				Skor
			1	2	3	4	
B7	37	Merasa yakin mampu mendorong setiap pembicaraan/diskusi sehingga terjalin pembicaraan yang terfokus pada indikator mutlak dalam upaya menaikkan IPKM.					
C7	38	Meragukan kemampuan dalam Memahami konsekuensi sebab-akibat dari masalah yang dihadapi dalam menurunkan IPKM					
D6	39	Mampu memberikan dukungan terhadap kesuksesan PDBK, tanpa memindahkan tanggungjawab					
E7	40	Selama ini belajar dari keberhasilan dan kegagalan atas pengalaman kerja yang telah dilakukan					
F6	41	Pemantauan dan evaluasi terhadap proses kerja yang telah ditetapkan, adalah cara kerja yang efektif untuk mencapai tujuan					
G7	42	Kurang yakin mampu bekerja menurunkan IPKM dengan menggunakan sumber daya yang tersedia					
A7	43	Memiliki perhatian dan kesediaan untuk saling membantu dalam tugas/pekerjaan dalam satu tim kerja di PDBK					
B6	44	Kurang mampu mengalang pembicaraan/diskusi sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai dalam PDBK					
C6	45	Mampu melakukan analisis akar penyebab rendah IPKM, untuk menyusun visi keluar dari DBK					
D7	46	Masih meragukan kemampuan mendorong keterlibatan orang/sector lain, bekerja sebagai tim PDBK yang sinergik					
E6	47	Lebih suka menghasilkan gagasan atau cara kerja, sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan					
F7	48	Sering merasa canggung berada dalam kelompok yang tidak menunjukkan prestasi kerja					
G6	49	Tetap dapat bekerja dengan prestasi baik, walaupun tanpa pengawasan					

		dari pimpinan					
A8	50	Selalu dapat menyatakan penghargaan terhadap kontribusi/bantuan orang lain dalam bekerjasama menurunkan IPKM					
B5	51	Selama ini bila menghadiri pertemuan mampu mengutarakan pendapat pada berbagai tingkatan pertemuan di tempat kerja					
C5	52	Mampu menguraikan proses kerja ke dalam tugas dan aktivitas spesifik dalam upaya menurunkan IPKM					
D8	53	Merasa mampu menyusun tujuan dan langkah-langkah pencapaian tim kerja PDBK sesuai dengan kearifan local					
E5	54	Selama ini cenderung melaksanakan kegiatan dengan mengejar target yang telah ditentukan					
F8	55	Memiliki kemampuan untuk memberikan masukan terhadap perbaikan dan pengembangan program PDBK sesuai dengan sumber daya yang tersedia					
G5	56	Selama ini senang melakukan pekerjaan yang telah di sertai dengan petunjuk pelaksanaan yang jelas					
A9	57	Biasanya kalau bekerja dan penyelesaian tugas/pekerjaan untuk tetap tepat waktu/tanpa menunda					
B4	58	Kritik dan saran orang lain tentang prestasi kerja, sebenarnya tidak selamanya diperlukan					
C4	59	Mampu memilah informasi sesuai kebutuhan dengan fokus masalah IPKM dalam PDBK					
D9	60	Tidak yakin dapat memberikan arahan yg jelas terhadap komitmen yang sudah disepakati dalam meningkatkan IPKM					
E4	61	Lebih sering menggunakan cara-cara baku atau sesuai dengan petunjuk teknis dalam memecahkan masalah					

Kode Kues	NO	Pernyataan	PENILAIAN*				Skor
			1	2	3	4	
F9	62	Sebaiknya secara teratur dilakukan diskusi hasil kerja PDBK secara lokal, agar dapat segera di adaptasikan dengan kebutuhan dan kemampuan lokal					
G4	63	Bekerja dengan berpegang teguh pada aturan, yang telah ditetapkan untuk dilaksanakan					
A10	64	Bertindak dan melaksanakan tugas/pekerjaan belum berdasar analisis akar penyebab masalah					
B3	65	Biasanya terasa takut dan tertekan bila harus berbicara/diakusi dengan orang yang mempunyai posisi lebih "di atas"					
C3	66	Merasa menurunkan IPKM dengan pendekatan immaterial, menjadi tidak logis dan pertimbangannya kurang realistic					
D10	67	Tidak yakin mampu mendorong dilakukannya realokasi atau redistribusi sumber daya utk mendukung pelaksanaan meningkatkan IPKM					
E3	68	Kurang suka pada tugas/pekerjaan yang menuntut ide atau gagasan baru					
F10	69	Belajar dari pengalaman tempat lain mengembangkan PDBK, adalah cara mempercepat proses pembelajaran					
G3	70	Dalam bekerja biasanya sangat mempertimbangkan ketersediaan dana pendukung yang cukup					
A11	71	Selalu berusaha untuk menindak lanjuti situasi yang merupakan kendala kunci dalam pelaksanaan PDBK					
B2	72	Dalam berkomunikasi teguh pada pendirian dan tidak mudah terpengaruh oleh pendapat orang lain					
C2	73	Lebih dipengaruhi perasaan takut gagal, daripada pengharapan untuk sukses menurunkan IPKM					
D11	74	Mampu melakukan advokasi kepada penentu kebijakan untuk mengambil keputusan yang memihak kepada PDBK					

E2	75	Cenderung tidak mencari alternatif dalam pemecahan masalah, dari apa yang dikerja selama ini					
F11	76	Terasa sulit Mendorong akuntabilitas dan trasparansi mamajemen organisasi dalam mengembangkan PDBK					
G2	77	Merasa mampu untuk terus menerus mengerjakan sesuatu yang tidak langsung dilihat hasilnya					
A12	78	Merasa yakin mampu mendorong pihak lain atau mitra kerja meningkatkan kualitas tugas/pekerjaannya mencapai tujuan PDBK					
B1	79	Masih mengalami kesulitan menyampaikan pendapat pada orang lain, walaupun pendapat itu sesuai dengan fakta yang dibutuhkan					
C1	80	Belum terbiasa memitah informasi yang di perlukan dalam upaya menurunkan IPKM					
D12	81	Selama ini tidak ada kesulitan menggalang kerjasama antar sektor agar PDBK menjadi pendekatan yang berkelanjutan					
E1	82	Lebih suka mencontoh cara kerja yang selama ini digunakan, walau dengan hasil yang sama saja					
F12	83	Mampu mendorong tumbuhnya budaya kerja immaterial untuk menghasilkan kualitas kerja di PDBK					
G1	84	dalam melakukan pekerjaan, selalu percaya diri dan tidak tergantung pada orang lain					

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

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

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

Pilihan jawaban tersebut adalah:

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

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

NO	Pernyataan	PENILAIAN*				Skor
		1	2	3	4	
1	Mengenal jenis-jenis permasalahan dalam PDBK					
2	Menelaah determinan penyebab masalah IPKM					
3	Menelaah kelengkapan data penunjang identifikasi masalah IPKM					
4	Mengumpul data penunjang identifikasi masalah IPKM					
5	Mengolah dan menganalisis data penunjang penyebab masalah IPKM					
6	Menelaah dan menganalisis penyebab masalah IPKM					
7	Menentukan akar penyebab masalah IPKM Melakukan studi pustaka/dokumen tentang akar penyebab masalah IPKM					
8	Menelaah pendekatan yang relevan digunakan sebagai Solusi PDBK					
9	Menganalisis alternatif solusi masalah, dari berdasar indikator IPKM					
10	Menyusun spesifikasi dan asumsi alternatif solusi masalah PDBK					
11	Menentukan kriteria alternatif solusi masalah PDBK					
12	Menentukan solusi berdasar analisis hambatan PDBK					
13	Menentukan solusi PDBK berdasar ketenagaan yang tersedia					
14	Menentukan solusi PDBK berdasar Sumber daya yang tersedia					
15	Menentukan solusi PDBK berdasarkan dukungan mitra kerja potensial					
16	Menyusun rencana dan tujuan kerja PDBK dengan daya ungkit menaikkan IPKM					
17	Mengalokasikan anggaran PDBK yang sesuai dengan kebutuhan					
18	Menganalisis sumber-sumber pembiayaan lainnya dalam mendukung PDBK					
19	Melakukan analisis lingkungan strategis yang dibutuhkan untuk Pelaksanaan PDBK					

20	Sinkronisasi kebijakan dan penganggaran yang ada dengan PDBK					
21	Memproses pengambil Kebijakan operasional PDBK					
22	Membentuk tim kerja yang solid dan sinergik dalam Tim PDBK					
23	Melaksanakan program/kegiatan secara terpadu ke dalam PDBK					
24	Menentukan metode dan indikator monitoring kegiatan PDBK					
25	Menyusun instrumen dan Rencana pelaksanaan monitoring kegiatan PDBK					
26	Melaksanakan dan menyimpulkan hasil monitoring kegiatan PDBK					
27	Merumuskan saran tindakan korektif terhadap pelaksanaan PDBK					
28	Menentukan metode dan indikator evaluasi PDBK					
29	Menyusun instrumen dan Rencana pelaksanaan Evaluasi PDBK					
30	Melaksanakan, Menentukan dan merumuskan pencapaian tujuan PDBK					
31	Merumuskan rekomendasi terhadap rencana selanjutnya PDBK					
32	Mengenal jenis-jenis permasalahan dalam PDBK					

C INSTRUMEN PERUBAHAN TIM KERJA	
SELF ASSESSMENT	
Nama	Kelamin: Umur: Jenis
Unit Kerja/Jabatan	
Tempat	Kabupaten: Propinsi:

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

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

Pilihan jawaban tersebut adalah:

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

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

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

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

P	26	Tim Kerja PDBK masih Sulit Mencapai Tujuan menurunkan IPKM dengan menggunakan sumberdaya yang tersedia					
F	27	Terdapat hubungan dekat dan saling percaya antara anggota tim kerja PDBK					
S	28	Tim PDBK masih membuat merencanakan kegiatan yang sebenarnya tidak dapat dicapai					
F	29	Walaupun tidak memahami 100% tujuan PDBK, kita bersemangat dan bangga bekerja dalam tim kerja PDBK					
N	30	Tim sering berbagi masalah pribadi satu dengan yang lain dalam tim kerja PDBK					
S	31	Masih ada penolakan tugas dan saran perbaikan di antara anggota Tim PDBK					
P	32	Dalam melaksanakan tugas tim PDBK yang banyak berhasil					

4. Kejujuran dalam memberikan penilaian tentang apa adanya sangat diharapkan, sebab penelitian ini dalam rangka memperbaiki serta meningkatkan kepemimpinan dan manajemen kita bersama

NO	Pernyataan Kepedulian	PENILAIAN*			
		1	2	3	4
1	Di instansi saya, semua pegawai terlibat dalam perencanaan menanggulangi Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK)				
2	Di instansi saya, Informasi tentang Daerah Bermasalah Kesehatan disebarkan secara luas.				
3	Di Instansi saya, tidak setiap orang dapat memperoleh informasi yang dibutuhkan.				
4	Di Instansi saya, secara aktif selalu didorong bekerja-sama antar bagian/seksi untuk mengidentifikasi masalah DBK				
5	Di Instansi saya, pegawai bekerja seolah mereka merupakan bagian satu tim.				
6	Di instansi saya, wewenang didelegasikan agar pegawai dapat mengambil inisiatif sendiri.				
7	Di instansi saya, kemampuan pegawai dianggap sebagai faktor yang penting untuk kemajuan organisasi.				
8	Para pimpinan menyatukan tindakan dengan perkataan mereka.				
9	Di Instansi saya, ada kode etik yang memandu perilaku kita yang menjelaskan apa yang benar dan salah				
10	Di Instansi saya, mudah untuk mencapai konsensus, bahkan dalam berbagai masalah yang sulit termasuk Penanggulangan Daerah Bermasalah Kesehatan (PDBK)				
11	Di Instansi saya, ada kesepakatan yang jelas tentang cara melakukan yang benar dan cara melakukan yang salah dalam melaksanakan PDBK				
12	Pegawai dari berbagai bagian organisasi yang berbeda memiliki perspektif yang sama untuk menyelesaikan DBK				

13	Di Instansi saya, tidak mudah untuk mengkoordinasikan proyek-proyek dengan berbagai bagian yang berbeda.				
14	Di Instansi saya, segala sesuatu dilakukan dengan amat fleksibel dan mudah diubah.				
15	Instansi saya akan menyempurnakan terus menerus dan mempraktekkan cara-cara kerja yang baru dalam mencari solusi Daerah Bermasalah Kesehatan.				
16	Bagian-bagian lain di instansi saya, jarang bekerja-sama untuk melakukan perubahan.				
17	Di Instansi Saya, kepentingan masyarakat sering kali diprioritaskan.				
18	Di instansi saya, ada tujuan dan arah yang bersifat jangka panjang				
19	Ada strategi yang jelas untuk masa depan instansi saya				
20	Para pemimpin saya menetapkan sasaran-sasaran yang ambisius.				

*Keterangan:

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

I. DIALOG

A. Pertemuan sebagai wadah dialog selama pendampingan

1. Berlangsungnya Pertemuan

- a. Inisiator pertemuan:
- b. Waktu (tanggal, bulan, berapa lama):
- c. Tempat :
- d. Peserta (berapa jumlah yang hadir, mewakili unsur /institusi apa, misal Kades, Dokter puskesmas dsb). Bila perlu lampirkan daftar hadir

2. Berlangsungnya Dialog

a. Kemampuan Dialog

1) Kemampuan mendengar:

- Kemampuan tidak menyela pembicaraan & mendengarkan hingga seseorang selesai berbicara/menyampaikan pandangan

2) Keterbukaan menerima keragaman atau perbedaan pendapat:

3) Kesiapan menahan asumsi:

- menahan diri untuk tidak cepat menilai orang lain/pandangan dari pembicara lain
- menahan diri untuk tidak memaksakan pandangan sendiri

b. Suasana Dialog

1) penggambaran umum berlangsungnya dialog:

- Tegang/santai. Atau kaku/tersendat-sendat, atau lancar/mengalir

2) Keterlibatan peserta dialog : pasif, aktif, banyak/sedikit yang berbicara, dominasi orang-orang tertentu

3) Siapa yang memberikan pendapat dan pendapat yang dikemukakan:

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

1. Memahami/ menyadari adanya masalah
2. Identifikasi penyebab masalah
3. Keinginan atau kesadaran pentingnya pelibatan stakeholder/pemimpin/tokoh setempat
4. Penyamaan/penajaman persepsi terhadap masalah tersebut
5. Ekspresi kebutuhan penyelesaian masalah sendiri/ bersama
6. Perumusan Visi
7. Analisis Situasi Sekarang
8. Konsensus untuk melakukan tindakan/kegiatan bersama
9. Perumusan Pohon Realitas Mendatang (Future Reality Tree)
10. Perumusan Tujuan
11. Merumuskan/Memilih Aksi/Tindakan/Kegiatan Bersama yang akan dilakukan
12. Membuat detail Rencana Tindak lanjut/ Plan of action
13. Lain lain:

C. Refleksi untuk Dialog

1. Faktor pendukung dialog

a. Komitmen kehadiran :

b. Sarana/tempat pertemuan :

c. Lain-lain (sebutkan hal lain yang dianggap penting, misalnya tokoh masyarakat/agama yang mendukung) :

2. Faktor penghambat dialog

a. Komitmen kehadiran :

b. Jarak/akses ke tempat pertemuan :

c. (tokoh/ Stakeholder. Yang menghambat/menentang dialog, mendominasi pertemuan dst... :

D. Kesimpulan Umum

1. Temuan menarik

a. Individu/tokoh yang paling aktif

b. Permasalahan/topik yang sering muncul

c. Rekomendasi/saran Anda :

II. TINDAKAN KOLEKTIF

A. Kesepakatan/rekomendasi yang dihasilkan dalam proses dialog/ pertemuan sebelumnya (RTL/POA)

Ringkasan Rekomendasi/kesepakatan yang dihasilkan (tuliskan, jika ada):

B. Pengorganisasian/Pembagian Tugas

1. Pembentukan Kelompok kerja (ada/tidak)

2. Bagaimana Pembagian Tugas dilakukan (penunjukan, sukarela dsbnya)
3. Tingkat Penerimaan oleh kelompok/pemimpin terhadap pembagian tugas
4. Tingkat keterwakilan dari masing-masing unsur
5. Penetapan rincian kerja (siapa melakukan apa dengan cara bagaimana dan kapan)

C. Implementasi/ Pelaksanaan Kegiatan

1. Terlaksana / Tertaksana Sebagian/ Tidak terlaksana (Narasi)
2. Kesesuaian dengan POA
3. Keterlibatan dalam pelaksanaan:
 - a. Siapa yang aktif?
 - b. partisipasi?
 - c. mobilisasi?

D. Monitor/Kontrol

1. Bagaimana kegiatan dimonitor dan dikontrol?
2. Siapa yang melakukan?
3. Apakah kegiatan sesuai POA?
4. Langkah langkah Perbaikan?

E. Evaluasi /Evaluasi Partisipatif

1. Bagaimana evaluasi dilakukan?
2. Siapa yang terlibat?
3. Bagaimana hasil disebarkan/diseminasi?
4. Pembelajaran yang didapat?

III. DAMPAK DIALOG & TINDAKAN KOLEKTIF

(catatan: anda dapat menuliskannya segera, atau pada waktu lain setelah melakukan beberapa kali pengamatan, atau setelah melakukan refleksi/renungan)

A. Perubahan Individu (Adakah pelaku yang mengalami perubahan?) dalam hal:

1. Peningkatan ketrampilan
2. Ideasi; Pengetahuan, kepercayaan, nilai², rasa solidaritas, empati, rasa percaya diri
3. niat/kehendak untuk terlibat (sebelumnya tidak terlibat)
4. Perilaku tertentu dikaitkan dengan tema dialog dan Tindakan Kolektif

B. Perubahan Team Work

1. Munculnya kerja sama antar pelaku
2. Leadership dan followership
3. Munculnya rasa percaya diri kelompok
4. Munculnya rasa memiliki bersama
5. Norma kesepakatan kelompok
6. Kapasitas kolektif

C. Perubahan Organisasi /Sosial

(adakah perubahan dalam skala organisasi/ sosial-kemasyarakatan: dinas kesehatan, puskesmas, posyandu, organisasi stakeholder lainnya, maupun kelompok masyarakat umum)

1. Munculnya rasa percaya diri kolektif
2. Munculnya rasa memiliki bersama
3. Norma/nilai-nilai sosial / kesepakatan bersama yang baru
4. Kapasitas kolektif yang lebih baik,