

JAYAWIJAYA WATCH PROJECT

Annual Survey Report

February 2000

Pendahuluan

Tujuan intervensi Watch adalah meningkatkan status kesehatan perempuan dan anak di Kecamatan Kanggime dan Kembu, dimana masalah yang dihadapi adalah tingginya angka kematian, rendahnya status gizi ibu dan anak serta tingginya kasus penyakit infeksi seperti Malaria, Diare dan Pnemonia dan rendahnya angka harapan hidup. Setelah kurang lebih 14 bulan WATCH melakukan intervensi di dua kecamatan Kanggime dan Kembu maka pada bulan Pebruari diadakan survey (*Mid-term Survey/Annual Survey*) selama 2 minggu. Tujuan survey ini adalah untuk memelihat dampak intervensi yang dilakukan dalam upaya memecahkan akar permasalahan kesehatan yang terjadi di masyarakat.

Masalah sosial dan ekonomi mempunyai keterkaitan langsung terhadap masalah kesehatan umumnya dan kesehatan perempuan khususnya, walau dalam menghadapi situasi ini wanita seringkali tidak mempunyai wewenang untuk membicarakannya. Wanita Lani banyak bekerja untuk keluarganya seperti menjaga anak, berkebun, memelihara babi, menyediakan makanan untuk keluarga, berjualan dipasar agar mendapatkan uang untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti membeli sabun, minyak goreng, garam, baju, membayar uang sekolah, menyediakan biaya yang berkaitan dengan peranan sosial dalam adat-istiadat masyarakat serta membayar perawatan kesehatan (bila masih tersisa).

Dimasa lalu kebutuhan kesehatan wanita selalu terabaikan. Kondisi ini menimbulkan kesakitan dan penderitaan yang sebenarnya dapat dicegah jika kesehatan wanita diperhatikan. Selama 9 tahun Watch berada di Jayawijaya didapatkan beberapa akar permasalahan yang menyebabkan rendahnya derajat kesehatan Wanita dan anak sebagai berikut:

1. Poor Nutrition

Merupakan tradisi di kebanyakan keluarga Lani/Dani Barat dimana bapak/suami makan terlebih dahulu, mendapat makanan yang baik dan banyak, kemudian diikuti oleh anak laki-laki, anak perempuan dan terakhir ibu. Dalam prakteknya jika ketersediaan makanan tidak memadai maka anak perempuan dan ibu tidak mendapat makanan yang cukup, khususnya makanan bergizi yang dibutuhkan untuk pertumbuhan dan kekuatan. Disamping itu dengan makanan pokok ubi jalar dan pola konsumsi 2 kali sehari amat tidak memadai untuk kebutuhan kalori minimal dalam satu hari. Rendahnya gizi makanan menyebabkan ibu melahirkan bayi yang tidak sehat, selain itu, malnutrisi pada anak dan ibu membuat mereka menjadi lemah dan mudah terserang penyakit yang tidak jarang berakhir dengan kematian.

2. Lack of Education

Pendidikan akan meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak bukanlah slogan kosong tak bermakna. Beberapa study memperlihatkan jika wanita melek huruf akan menurunkan angka kematian bayi yang cukup bermakna dibanding bila hanya mengandalkan ketersediaan tenaga medis semata. Mengapa ?sebab jika wanita berpendidikan, mereka akan membuat keputusan yang benar dalam memperhatikan kesehatan anak-anaknya serta diri sendiri.

3. Early Age at Marriage (Kawin Muda)

Wanita Lani cenderung menikah pada usia sangat muda. Mereka menikah pada usia 15 atau 16 tahun. Kawin muda mempunyai kontribusi terhadap rendahnya tingkat pendidikan wanita, sebab wanita kehilangan kesempatan untuk mendapatkan pendidikan. Dan secara keseluruhan, kawin muda merupakan faktor resiko untuk kesehatan wanita sebagai akibat tidak langsung tingginya angka kesakitan, Maternal Mortality dan Infant Mortality Rate.

4. Kelebihan beban kerja (Heavy Workload)

Dari hasil pengamatan selama lebih dari 8 tahun dan beberapa studi yang dilakukan oleh WATCH memperlihatkan wanita pedesaan bekerja dua kali lebih lama dibandingkan dengan laki-laki. Mulai pagi

buta wanita sudah bekerja/menyiapkan makanan untuk keluarga, lalu pergi ke kebun biasanya dengan membawa anak untuk mengurus kebun, menggali ubi dan memetik sayur untuk dimakan oleh keluarga pada sore hari, atau pergi ke pasar untuk menjual sebagian hasil bumi guna mendapatkan uang untuk membeli garam dll. Beban kerja yang berat ikut ambil bagian dalam masalah kesehatan perempuan seperti : (a) Kelebihan beban membuat wanita lelah dan tubuh mengalami peregangan, hal ini menimbulkan komplikasi selama kehamilan dan persalinan. (b) kadang tidak mempunyai waktu untuk pergi ke fasilitas kesehatan jika mereka menderita sakit, tidak dapat membawa anak ke posyandu, kehilangan kesempatan untuk mengikuti kegiatan wanita, kehilangan perhatian dan informasi.

5. Peran Jender yang tidak seimbang

Seperti telah disinggung diatas, beban kerja perempuan sebagai tulang punggung keluarga menyebabkan perempuan kurang memperhatikan diri dan kesehatannya. Situasi ini diperburuk dengan keterbatasan perempuan untuk turut mengambil keputusan meskipun hal itu berkaitan dengan dirinya sendiri. Banyak kali terjadi kasus kematian maternal diakibatkan keterlambatan pengambilan keputusan oleh pihak keluarga, dalam hal ini suami memegang peran yang cukup vital. Ketimpangan peran jender yang juga berpengaruh pada status kesehatan perempuan adalah pembagian tugas dalam rumah tangga yang lebih banyak dibebankan ke pundak kaum ibu. Ketimpangan peran jender ini erat kaitannya dengan beratnya beban kerja yang harus dipikul kaum ibu, seperti tugas domestik, tugas untuk mencari makan bagi seluruh anggota keluarga, merawat dan mengasuh anak serta memelihara ternak dan berjualan untuk mencukupi kebutuhan ekonomi keluarga. Sementara akses untuk memanfaatkan hasil kerjanya tidak selalu bisa dinikmati oleh kaum ibu karena kewenangannya ada pada kaum laki-laki/bapak.

Upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak harus dimulai dengan terobosan-terobosan dibidang kesehatan formal sekaligus mengupayakan peningkatan kebutuhan akan pelayanan kesehatan di masyarakat disertai dengan upaya peningkatan partisipasi dari masyarakat itu sendiri. Untuk menjawab kebutuhan diatas Watch melakukan beberapa intervensi dalam bidang kesehatan seperti :

1. Penguatan Program Kesehatan Ibu dan Anak
2. Peningkatan kualitas dan kapasitas Petugas Kesehatan seperti Mantri dan Bidan serta tenaga pendukung seperti Dukun Bersalin, Kader POD dan Kader Posyandu
3. Mengimplementasikan Program Peningkatan Makanan Bergizi dan Upaya Kesehatan Pencegahan

Badan Kesehatan Dunia (WHO) telah lama mengkampanyekan perubahan strategi dari upaya pemeliharaan kesehatan (*health services*) ke kampanye untuk memerangi kemiskinan sebagai strategi untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat miskin sedunia. Untuk itu WATCH menjadikan upaya *community development* menjadi bagian dari kegiatan dalam rangka meningkatkan kemampuan masyarakat untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan yang ada.

Upaya peningkatan kemampuan atau kemandirian masyarakat dilakukan dengan kegiatan praktis dan kegiatan-kegiatan penyadaran (*strategis*) melalui pendekatan kelompok. Kelompok tepat guna, peningkatan pendapatan, promosi kesehatan, upaya kesadaran jender dan lain-lain. Kelompok diharapkan menjadi model upaya pembangunan masyarakat dan tempat belajar bagi warga masyarakat sekelilingnya. Basis pengorganisasian kelompok adalah kewilayahan, di mana keanggotaan kelompok adalah orang-orang yang tinggal di wilayah (gereja) tersebut. Kelompok kecil yang ada di tiap-tiap wilayah diharapkan menjadi pionir upaya pengembangan masyarakat. Titik masuk kegiatan kelompok umumnya adalah kegiatan pertanian dalam arti luas (termasuk di dalamnya perkebunan, peternakan, pengolahan hasil bumi dan pemasaran). Dukungan yang diberikan proyek untuk kegiatan kelompok pengembangan masyarakat adalah pelatihan-pelatihan, pendampingan, rangsangan modal usaha dan supervisi. Hal terpenting dalam kegiatan kelompok adalah penumbuhan swadaya dari masyarakat dengan memanfaatkan dan mengembangkan segala sumber daya yang ada di masyarakat.

Untuk mencapai terbentuknya kelompok-kelompok swadaya masyarakat yang mandiri, maka proyek melakukan beberapa intervensi yang meliputi:

1. *Menyelenggarakan pelatihan tentang pertanian terpadu yang berwawasan LEISA/pertanian selaras alam, budidaya ternak, pelatihan ketrampilan teknologi tepat guna pengolahan pangan dan pengembangan usaha.*

Pelatihan-pelatihan tersebut dilakukan baik langsung ke tingkat kelompok maupun terpusat di kota kecamatan, namun fokus utamanya adalah di tingkat kelompok. Untuk itu petuas lapangan dari proyek melakukan kunjungan dari kelompok ke kelompok, selain untuk mengadakan pelatihan juga sekaligus mengadakan supervisi dan pendampingan. Pelatihan di tingkat kelompok melibatkan para kader, tokoh-tokoh kunci, anggota kelompok dan masyarakat bukan anggota kelompok yang berminat.

2. *Menyediakan paket bantuan kelompok (Self Reliance Package)*

Paket bantuan kelompok hanya bersifat sebagai rangsangan kegiatan, yang diutamakan adalah penggalian swadaya masyarakat. Untuk itu dalam pemberian paket bantuan ini diberikan dengan suatu syarat yaitu kelompok harus telah terlebih dahulu mempersiapkan hal-hal yang berkaitan dengan kegiatan tersebut. Paket bantuan diberikan secara bertahap berdasarkan tingkat perkembangan kelompok. Jenis paket bantuan tersebut adalah: 1). Paket bantuan dasar, berupa alat-alat pertanian dan peternakan, bibit pertanian yang belum dimiliki dan bibit ternak kecil (seperti ayam, kelinci atau bebek); 2). Paket bantuan lanjutan: berupa bantuan bibit sedang (seperti kambing) dan bibit tanaman jangka panjang; 3). Paket bantuan pengembangan usaha, berupa bantuan untuk mengembangkan usaha produktif misalnya modal untuk kegiatan home industri atau modal usaha bersama; 4). Bantuan berupa konsultasi untuk pengembangan kegiatan usaha dan rekomendasi untuk berhubungan dengan lembaga ekonomi yang dapat mendukung kegiatan tersebut. Paket bantuan kelompok diberikan kepada kelompok secara langsung dengan diketahui oleh pimpinan gereja/tokoh masyarakat setempat, dengan harapan pihak-pihak tersebut dapat ikut bersama-sama mengawasi dan membina kegiatan kelompok tersebut.

3. *Pengembangan demplot kebun gizi yang berwawasan pertanian selaras alam.*

Demplot-demplot ini diarahkan untuk dapat dikembangkan di tiap-tiap kelompok, dengan harapan tempat ini menjadi percontohan bagi anggota kelompok dan masyarakat sekeliling, selain itu juga diharapkan dapat menjadi pusat bibit untuk disebarluaskan ke seluruh masyarakat.

4. *Memfasilitasi kegiatan Exposure Trip ke Jawa*

Kunjungan studi banding dan pelatihan ini dilakukan untuk para kader pengembangan masyarakat dan pengurus LSM lokal yang diharapkan nantinya dapat melanjutkan pendampingan kelompok-kelompok pengembangan yang ada. Tujuan kunjungan untuk kader adalah meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan berkaitan dengan kegiatan pertanian, peternakan dan pengembangan usaha produktif, serta mengajak para kader bersifat kritis untuk menilai kemajuan kegiatan pembangunan dengan melihat perkembangan pembangunan di daerah lain. Sedangkan untuk para pengurus yayasan lokal adalah lebih pada meningkatkan kemampuan manajemen pendampingan KSM dan manajemen keuangan.

5. *Kegiatan Penyadaran Jender*

Kegiatan penyadaran ini dilakukan dengan cara diskusi kelompok dengan tokoh masyarakat maupun kelompok secara langsung dengan menggunakan modul penyadaran yang sudah dikembangkan oleh proyek. Kegiatan ini juga dilakukan bersamaan dengan kegiatan-kegiatan pelatihan yang lain.

6. *Lomba kelompok*

Lomba kelompok merupakan sarana untuk meningkatkan semangat kelompok dalam melakukan kegiatan-kegiatannya. Sarana ini oleh beberapa pihak dianggap sebagai sarana yang cukup efektif untuk memberikan motivasi karena sesuai dengan jiwa kompetisi yang dimiliki oleh masyarakat. Adapun kegiatan kelompok yang dilombakan antara lain perkembangan dan keterpaduan kegiatan kelompok, hasil-hasil kelompok, ketrampilan pengolahan pangan dan lain-lain.

7. *Supervisi kelompok*

Supervisi ke lapangan merupakan kegiatan yang sangat vital dalam proses pengembangan kelompok. Lewat supervisi dapat dilakukan pengawasan dan pendampingan secara langsung. Pengalaman tahun-tahun sebelumnya menunjukkan bahwa supervisi memegang peran yang sangat penting. Berkembang tidaknya kelompok sangat tergantung pada intensitas dan frekuensi kunjungan staf project dalam supervisi. Hal penting yang dilakukan dalam supervisi adalah melihat perkembangan kegiatan dan bertemu dengan berbagai pihak yang berkepentingan seperti anggota kelompok, pengurus kelompok, tokoh gereja, parat pemerintah setempat dan tokoh kunci lain untuk mendiskusikan tentang

perkembangan kelompok, masalah-masalah yang ada dan rencana-rencana yang akan dikembangkan selanjutnya.

Terbentuknya kelompok-kelompok pengembangan yang mandiri/berkelanjutan sangat diharapkan dalam upaya memperkuat kemampuan masyarakat. Untuk mengetahui sejauh mana perkembangan kelompok tersebut maka diadakan pemantauan secara terus menerus melalui kegiatan kunjungan, laporan para kader, maupun kegiatan survey secara khusus. Kriteria penilaian kelompok meliputi aspek-aspek (1) pengorganisasian kelompok, (2) penerapan TTG, (3) kegiatan ekonomi, (4) upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat, (5) jender, dan (6) dampak kegiatan bagi anggota kelompok maupun masyarakat sekitar.

1. Metodologi Survey

1.1. Kuesioner

Kuesioner yang digunakan dalam annual KPC survei ini didesain berdasarkan pada intervensi proyek, berbagai kuesioner yang pernah digunakan dalam survei-survei sebelumnya dan kuesioner generik yang dikembangkan oleh *Child Survival Support Program (CSSP) The Johns Hopkins University*. Aspek yang dikaji meliputi menyusui dan gizi anak, gizi ibu dan kesehatan maternal, penyakit diare, pneumonia dan malaria, Imunisasi, KB dan sanitasi (lihat lampiran x). Struktur kuesioner untuk masing-masing kajian mempertimbangkan aspek pengetahuan (*knowledge*), perilaku (*practice*) dan cakupan pelayanan (*coverage*), sedemikian rupa sehingga indikator-indikator utama yang menyangkut kegiatan fisik maupun pendidikan kesehatan dapat dievaluasi.

1.2. Pelatihan Survei

Team survei terdiri atas 15 orang pewawancara, adalah siswa SPK tingkat akhir yang sedang menjalani Praktek Kerja Lapangan (PKL) dan 4 orang supervisor (*senior staffs health division*). Team ini masih diperkuat oleh beberapa staf divisi pengembangan masyarakat (lihat lampiran x). Pelatihan bagi pelaku survei dilakukan selama 3 hari, meliputi pengenalan survei, teknik kluster sampling, penentuan jumlah sampel, aspek aspek kesehatan ibu-anak, gizi dan imunisasi, pemahaman dan penggunaan kuesioner serta teknik penentuan responden. Teknik-teknik ceramah, sharing, diskusi dan simulasi diterapkan. *Survei Trainer's Guide for PVO CS Project Rapid KPC Survey, 1994* menjadi acuan dalam pelatihan ini.

1.3. Klastering

Metode survei cepat pada mulanya dikembangkan dan diterapkan pada proyek Expanded Programme on Immunization dari WHO, dikenal dengan teknik *30 clusters sampling survey*. Teknik ini menerapkan rancangan sampling kluster dua tahap. Klastering merupakan tahap pertama dari teknik ini, yaitu menentukan dan memilih kluster secara *probability proportionate to size*. Tujuan dari klastering adalah untuk menghindari bias yang terjadi bila seleksi responden dilakukan secara individual, dimana terdapat kemungkinan responden terambil secara terkonsentrasi di bagian tertentu dari wilayah proyek dan tidak menggambarkan kondisi wilayah survei yang sebenarnya.

Secara teoritis pemilihan kluster memerlukan data populasi dan populasi kumulatif dari setiap kluster yang digunakan. Kluster yang digunakan biasanya merupakan wilayah administratif, misalnya desa, dusun, RW atau RT. Untuk kondisi Kabupaten Jayawijaya, khususnya wilayah dampingan proyek WATCH, beberapa kompromi harus dilakukan karena pertimbangan tidak jelasnya batas desa serta tidak tersedianya data populasi yang akurat, lebih-lebih dengan adanya proses pemekaran desa yang tengah berlangsung. Dengan pertimbangan tersebut, wilayah gereja ditetapkan sebagai kluster. Selain memudahkan mengenali lokasi, penetapan wilayah gereja sebagai kluster merupakan strategi bagi team untuk lebih mudah menemukan tokoh masyarakat dan responden. Di wilayah dampingan proyek terdapat xx gereja, masing-masing xx gereja di wilayah Kecamatan Kanggime dan xx gereja di wilayah Kecamatan Kembu. Setelah gereja yang tidak achievable dikeluarkan dari daftar, pemilihan 30 kluster dilakukan dengan cara mengundi dan terpilih 17 kluster dari xx kluster di Kecamatan Kanggime dan 13 kluster dari xx kluster di Kecamatan Kembu.

1.4. Sampling Dan Jumlah Responden

Sampling responden merupakan tahapan kedua dari teknik survei cepat, yaitu memilih reesponden sesuai kriteria secara acak sederhana berdasarkan rumah terdekat, sesuai anjuran *The EPI Coverage Survey Training Manual (WHO, 1988)* dan Metode Survei Cepat (Pusat Data Kesehatan Depkes RI, 1996). Untuk kondisi sebaran pemukiman serta medan yang bergunung-gunung, anjuran tersebut tidak dapat diterapkan. Kompromi yang terjadi adalah pengiriman berita melalui kurir tentang kedatangan team survei di klaster tertentu untuk bertemu dengan calon responden ditempat tertentu pula. Sampling responden dilakukan dengan undian, bila jumlah calon responden yang hadir melebihi jumlah sampel yang diperlukan pada setiap klaster.

Jumlah responden ditentukan dengan formula sebagai berikut:

$$n = z^2(pq)/d^2$$

dimana n = besarnya sampel

z = tingkat kepercayaan statistik

p = perkiraan prevalensi/tingkat cakupan

$q = p - 1$, dan

d = ketelitian yang dikehendaki

Untuk memperoleh jumlah sampel terbesar dari formula tersebut ditentukan nilai $p=0.5$. Nilai d tergantung pada ketelitian atau marjin kesalahan yang dikehendaki dan tergantung tujuan suatu penelitian, untuk kepentingan manajemen berbeda dengan untuk penelitian yang lebih ilmiah. Semakin kecil nilai d , maka akan diperoleh jumlah sampel yang semakin besar (dalam survei ini menggunakan nilai $d=0.1$). Tingkat kepercayaan statistik digunakan 95% ($z=1.96$). Dengan nilai-nilai variabel tersebut maka jumlah sampel dihitung sebagai berikut:

$$n = [(1.96 \times 1.96) \times 0.5(1-0.5)] / 0.1 \times 0.1$$
$$n = 96$$

Untuk meningkatkan ketelitian maka diperlukan penggandaan atas jumlah sampel. Berdasarkan pengalaman jumlah sampel 210 (7 responden per klaster) cukup valid untuk tujuan manajemen. Dalam survei ini ditargetkan 300 sampel responden diwawancarai dan tercapai sejumlah 270 responden.

1.5. Pengumpulan Data

Tim survei dibagi atas 3 kelompok, setiap kelompok menyelesaikan antara 8 sampai 11 klaster. Pembagian klaster didasarkan pada kontur geografis dan route jalan yang biasa digunakan oleh masyarakat. Wawancara dilakukan kepada ibu setelah sampling responden dilakukan. Kriteria responden adalah ibu yang mempunyai anak umur 0-23 bulan.

1.6. Data Analysis

Hasil wawancara, setelah dikoreksi ketelitiannya oleh supervisor dan diklasifikasikan dalam klaster kemudian dikemas menggunakan paket program perangkat lunak EPI Info 6.01, yang dikembangkan oleh *The Division of Surveillance and Epidemiology, Center for Disease Control and Prevention (CDC), 1994*

2. Result on HEALTH Section

2.1 Pendidikan dan Pola Asuh

2.1.1. Pendidikan

Adapun gambaran mengenai pendidikan responden/ibu yang ada di Kecamatan Kanggime dan Kumbu menurut tingkat pendidikan dapat dilihat bahwa proporsi terbesar adalah tidak sekolah (67.1%), 12.9 % pernah belajar Kejar paket A, 7.9 % tidak tamat SD, 1.3 % tamat SMP 0.4 % tamat SMA dan 4.2 % lain-lain. Situasi ini cukup memprihatinkan karena ada keterkaitan yang erat antara tingkat pendidikan ibu dengan status kesehatannya dan anaknya. Dalam usaha pemberantasan buta huruf dikalangan ibu-ibu, gereja telah melakukan program kejar paket A. Proses belajar-mengajar ini dilakukan oleh gembala dan beberapa ibu dengan menggunakan buku dalam bahasa Lani. Diharapkan usaha ini dapat terus berlangsung, tidak hanya terbatas pada ibu-ibu saja tetapi juga dikalangan anak remaja putri yang tidak sempat mengenyam pendidikan bangku sekolah atau putus sekolah karena alasan biaya atau alasan lain.

2.1.2. Pola Asuh Anak

Wanita Lani umumnya merupakan pekerja berat. Mereka merupakan tulang punggung keluarga karena harus mengurus rumah tangga sehari-hari, merawat anak-anak juga mengurus kebun dan memelihara ternak. Ketika ibu bekerja di kebun yang menjaga anak adalah 17.1% dijaga oleh suami, 34.8% dijaga oleh kakaknya, 6.7% dijaga oleh kakek dan nenek, 6.2% dijaga oleh sanak saudaranya, sedang 47.8 % tetap membawa anak ketika bekerja di kebun. Nilai anak dalam masyarakat Dani Barat sangat penting, anak laki-laki dianggap sebagai penerus keturunan, sedangkan anak perempuan dibutuhkan untuk membantu orang tua.

2.2 Menyusui

Menyusui suatu proses alamiah, kurangnya pengertian dan pengetahuan ibu tentang keunggulan Kolostrum dan manfaatnya, menyebabkan ibu-ibu belum memanfaatkan kolostrum . Kolostrum ini mengandung nilai gizi tinggi dan zat kekebalan yang dapat melindungi bayi dari berbagai penyakit.

2.2.1 Pemberian ASI

Ibu biasa memberikan ASI sampai anak berumur 2-3 tahun. 98.9 % ibu masih menyusui anaknya sampai pada saat survey dilakukan. Kapan ASI diberikan ? 60.7 % responden menjawab sebelum 1 jam mereka telah melakukannya, antara 1 – 8 jam dilakukan oleh 34.2 % dan sisanya (2.9 %) setelah lebih dari 8 jam, hal ini bukan karena kehendak si ibu, melainkan karena kesulitan ASI yang tidak/belum keluar.

2.2.2 Kolostrum

Pengetahuan mengenai manfaat Kolostrum adalah 21 (25.6 %) dari 82 responden yang dapat menjawab manfaat ASI dengan benar. Pemahaman ibu-ibu selama ini mengenai manfaat pemberian Kolostrum adalah : vitamin bagi anak, agar anak sehat, agar anak kuat, karena mengandung gizi. 69.9% responden belum mengetahui manfaat dari kolostrum. Rendahnya pengetahuan ibu mengenai manfaat kolostrum menyebabkan banyak ibu-ibu tidak memberikan kolostrum kepada bayinya. Menurut pendapat ibu kolostrum merupakan ASI yang kotor (karena warnanya kekuningan), jika diberikan kepada bayi maka bayi menjadi tidak sehat dan sering sakit-sakitan.

Masih rendahnya pemahaman ibu-ibu mengenai manfaat pemberian kolostrum mungkin disebabkan karena petugas kesehatan dalam hal ini bidan belum melakukan kampanye secara maksimal disamping tingkat pengetahuan ibu dan pengaruh kebiasaan setempat yang telah berlaku turun temurun. Untuk menjawab

kebutuhan tersebut Watch melakukan upaya untuk meningkatkan pengetahuan ibu mengenai manfaat kolostrom agar kolostrom diberikan kepada bayi-bayi, dengan cara mengembangkan IEC Material dengan bahasa setempat (Lani) agar mudah dipahami dan dimengerti..

2.3 Situasi Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan

Penyakit utama yang ada di Kecamatan Kanggime dan Kumbu adalah Malaria, Pneumonia dan Diare. Penyakit ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas) khusus yang mengarah pada Pneumonia, disebabkan oleh ciri khas rumah penduduk yang berbentuk bulat dan kurang ventilasi serta adanya sistem pemanasan ruangan dengan menggunakan kayu bakar yang mengeluarkan asap cukup banyak. Kelompok yang paling rawan terhadap ke 3 penyakit utama ini adalah bayi dan balita yang kurang gizi.

Adapun penyebab yang mendasar dari permasalahan kesehatan yang ada di daerah ini adalah kurangnya pemahaman masyarakat mengenai aspek kesehatan, lingkungan geografis yang sulit sulit dan bergunung-gunung, rendahnya penghasilan keluarga diperberat oleh buruknya kualitas pelayanan kesehatan yang ada.

2.3.1 Penyakit Diare

Personal hygiene, air minum yang kotor dan tidak direbus serta sanitasi lingkungan yang rendah memberikan kontribusi terhadap tingginya penyakit Diare. Belum diterapkannya kebiasaan cuci tangan sebelum makan, memasak air sebelum minum, Buang Air Besar menggunakan jamban, gunting kuku, ikut memperbesar kemungkinan seseorang menderita penyakit antara lain diare, masalahnya peluang untuk merubah perilaku tersebut membutuhkan waktu bertahun-tahun.

A. Pengetahuan tentang Penyakit Diare

Tabel 1. Pengetahuan responden mengenai Tanda-Tanda atau Gejala Penyakit Diare sebagai

Tingkat Pengetahuan	Tahu	Tidak Tahu
Frekuensi	207	66
Prosentase	75.8 %	24.2 %

Dari seluruh responden, 66 (24.2 %) responden diantaranya tidak dapat menyebutkan gejala diare dan sebagian besar (75.8 %) dapat menyebutkan gejala-gejala Diare. Hal ini menggembirakan karena memberikan indikasi bahwa hampir sebagian besar responden telah memahami bilamana seseorang menderita diare. Diharapkan dengan itu dapat segera dilakukan tindakan/pengobatan bila mereka sendiri atau anggota keluarga mereka yang menderita diare.

Tabel 2. Tanda dan Gejala Diare yang Dipilih Responden

Tanda dan Gejala Penyakit Diare	Muntah-muntah	Demam	Mulut Kering	Mencret	Tinja Berdarah	Tidak Nafsu Makan	Lemah dan Lesu
Prosentase	13.2 %	20.5 %	14.3 %	38.5 %	8.8 %	20.1 %	53.5 %

Catt: responden dapat menjawab lebih dari satu

Tanda/Gejala diare yang penting dan harus diketahui adalah mencret terus-menerus lebih dari 3 kali dalam sehari . 38.5% ibu-ibu mengetahui gejala penting ini yaitu mencret terus-menerus. Gejala lain yang juga disebutkan responden adalah badan sakit, batuk-beringus, badan dingin, badan kurus, perut bunyi-bunyi, perut sakit dan pucat.

B. Penanganan yang Dilakukan

Dari 61 responden yang mengalami kasus anak sakit Diare dalam 2 minggu terakhir, 49 (80%) diantaranya minta/mencari pertolongan pada saat si anak sakit dengan melakukan tindakan sebagai berikut :

Tabel 3. Tindakan yang Dilakukan bila Anak terserang Diare

Sarana yang dipilih	Puskesmas	POD	Petugas Kesehatan	Polindes	Posyandu	Other
Prosentase	34.7 %	32.7 %	10.2 %	6.6 %	4.1 %	11.7 %

Dari tabel diatas dapat diketahui bahwa puskesmas dan POD merupakan pilihan tertinggi untuk minta pertolongan pada saat anak menderita Diare.

2.3.2 Penyakit Saluran Pernapasan

A. Pengetahuan Mengenai Penyakit Pnemonia

Tabel 4. Pengetahuan responden mengenai Tanda-Tanda atau Gejala Penyakit Saluran Pernapasan

Tingkat Pengetahuan	Tahu	Tidak Tahu
Frekuensi	129	144
Prosentase	47.3 %	52.7 %

Dari 47.3 % responden yang mengetahui tanda/gejala penyakit saluran pernapasan, dibawah ini dapat dilihat jenis-jenis/tanda gejala penyakit Pnemonia yang diketahui oleh responden sebagai berikut:

Tabel 5. Tanda dan Gejala Pneumonia yang Dipilih Responden

Tanda dan Gejala Pneumonia	Sesak Napas	Napas Cepat	Tarikan Dinding Dada	Demam	Tidak nafsu makan	Batuk
Prosentase	38.8 %	31.8 %	14.7 %	49.6 %	16.3 %	60.5 %

Catt: responden dapat menjawab lebih dari satu

Gejala lain yang diberikan responden sangat bervariasi dari badan lemah, badan sakit, beringsus, bersin, bibir kering, dada sakit, dingin, keringat terus, kerongkongan sakit, lidah abu-abu, mengigil, mulut kering, otot sakit hingga tidak bisa makan dan sakit kepala.

Tanda/Gejala Penyakit Pnemonia yang penting dan harus diketahui adalah : (1) Batuk-beringsus (2) Sesak nafas dan (3) Demam Tingkat pengetahuan ibu mengenai 3 tanda/gejala yang penting pada penyakit Pnemonia berdasarkan sebaran jumlah total responden adalah sebagai berikut :

Tabel 6. Tanda dan Gejala Penting Pneumonia yang Diketahui

Tanda & gejala Penyakit Pnemonia	Batuk	Sesak	Demam
Frekuensi	78	21	64
Prosentase	28.6 %	7.7 %	23.4 %

Batuk dan Demam merupakan tanda/gejala penyakit Pnemonia yang paling banyak dijawab oleh ibu-ibu jika anak menderita sakit saluran pernafasan. Pengetahuan ini dijawab berdasarkan pengalaman yang sering dialami serta penyuluhan dari petugas kesehatan.

B. Penanggulangan/penanganan Penyakit Pnemonia

Dari 57 kasus anak yang menderita Pnemonia dalam 2 minggu terakhir yang minta pertolongan sebanyak 52 kasus dengan gejala batuk-beringsus, disertai sulit bernafas/bernafas. Hal ini jauh lebih baik bila dibanding dengan penyakit diare pada anak, yang minta pertolongan pada saat anak menderita diare hanya 49 dari 61 kasus yang dialami.

Tabel 7. Tindakan yang Dilakukan bila Anak terserang Pneumonia

Sarana yang dipilih	Puskesmas	POD	Petugas Kesehatan	Polindes	Posyandu
Prosentase	36.5 %	28.8 %	32.7 %	13.5 %	1.9 %

Catt: responden dapat menjawab lebih dari satu jawaban

Dari tabel diatas, puskesmas menduduki tempat teratas yang didatangi ibu pada saat anak sakit. Yang menarik disini adalah jika dibandingkan dengan pemanfaatan Polindes, responden lebih banyak memilih pergi berobat ke POD. Hal ini mungkin disebabkan karena belum semua desa memiliki Polindes. Kalaupun ada polindes tidak setiap waktu bidan berada di tempat. Sebaliknya dengan POD, hampir setiap Gereja memiliki POD dan kader POD ada bersama masyarakat di lokasi masing-masing.

2.3.3 Pengetahuan Mengenai Penyakit Malaria

A. Pengetahuan Tentang Tanda dan Gejala Malaria

Tabel 8. Pengetahuan responden mengenai Tanda-Tanda atau Gejala Penyakit Malaria

Tingkat Pengetahuan	Tahu	Tidak Tahu
Frekuensi	234	39
Prosentase	85.7 %	14.3 %

Dari total responden sebagian besar (85.7 %) dapat menyebutkan tanda dan gejala penyakit Malaria sedang 14.3 % sisanya tidak dapat menyebutkan tanda/gejala Malaria. Dari 85.7% responden yang mengetahui tanda/gejala penyakit malaria, dapat dilihat pada tabel dibawa ini jenis-jenis/tanda gejala penyakit Malaria yang diketahui oleh responden sebagai berikut :

Tabel 9. Tanda dan Gejala Malaria yang Dipilih Responden

Tanda dan Gejala Malaria	Demam	Menggigil	Sakit kepala	Lemah
Prosentase	76.1 %	81.6 %	49.6 %	29.5 %

Catt: responden dapat menjawab lebih dari satu

Gejala lain yang juga disebutkan responden adalah; badan kaku, badan kurus, badan sakit, batuk-beringus, sakit tulang belakang, bibir kering, cari panas, kaki-tangan sakit, muka pucat, tulang-tulang sakit.

Sedang Tanda dan Gejala Penyakit Malaria penting dan harus diketahui oleh ibu-ibu adalah : panas tinggi, menggigil dan sakit kepala. Tingkat pengetahuan ibu mengenai 3 tanda/gejala yang penting pada penyakit Malaria berdasarkan sebaran jumlah total responden adalah sebagai berikut :

Tabel 10. Tanda dan Gejala Penting Malaria

Tanda dan Gejala Malaria	Panas/Demam	Menggigil	Sakit Kepala
Prosentase	65.9 %	69.9 %	42.5 %

Catt: responden dapat menjawab lebih dari satu

Panas dan menggigil merupakan tanda/gejala penyakit Malaria yang paling banyak diketahui oleh ibu-ibu jika anak menderita sakit malaria. Pengetahuan ini berdasarkan pengalaman juga penyuluhan dari petugas kesehatan.

B. Pengetahuan Ibu mengenai Cara Penularan Penyakit Malaria

38 % responden mengetahui cara penularan malaria melalui gigitan nyamuk. Sebagian ibu mengatakan penularan malaria melalui makanan, minuman, pakaian yang tidak dicuci, bekas tempat duduk. Menurut ibu-ibu, anak atau anggota keluarga tidak boleh minum atau makan dari bekas tempat minum atau makan penderita yang sedang sakit. Jika ini dilanggar maka orang akan tertular malaria. Dibawah ini dapat dilihat pengetahuan ibu mengenai cara penularan anak :

Tabel 11 . Cara Penularan Malaria

Cara Penularan	Udara	Makanan	Gigitan Nyamuk
Prosentase	29.9 %	17.5 %	38 %

Catt: responden dapat menjawab lebih dari satu

C. Pengetahuan Ibu mengenai Bahaya Penyakit Malaria

Pengetahuan akan bahaya malaria sangat penting untuk diketahui oleh ibu-ibu mengingat penyakit malaria merupakan 3 penyakit utama dan penyebab kematian pada bayi dan balita. Jika tingkat pengetahuan ibu mengenai bahaya malaria rendah, hal ini memberikan kontribusi dalam peningkatan angka kesakitan dan kematian balita. Pengetahuan ibu mengenai bahaya malaria tidak hanya terbatas pada meninggal dan kejang tetapi sudah bervariasi seperti badan kuning, badan kurus, pucat, limpa membesar, pusing hebat dan tidak sadar.

Tabel 12. Bahaya Malaria

Cara Penularan	Tidak Tahu	Meninggal	Kejang
Prosentase	15 %	74.2 %	3.3 %

Catt: responden dapat menjawab lebih dari satu

D. Pengetahuan ibu mengenai cara-cara pencegahan Malaria

Pengetahuan mengenai cara pencegahan malaria sangat penting untuk diketahui oleh ibu-ibu, program pencegahan malaria dengan menggunakan kelambu untuk masyarakat di Kecamatan Kanggime dan Kembu tidak begitu tepat hal ini disebabkan bentuk rumah masyarakat tidak sesuai jika mamakai kelambu. Rendahnya kesadaran masyarakat akan sanitasi lingkungan dan perumahan menyebabkan angka kesakitan malaria tinggi didaerah disamping mobilitas penduduk ke daerah dataran rendah juga tinggi. Sebagian masyarakat telah menyadari bahwa mereka mempunyai potensi sumber daya alam seperti pohon pepaya, yang dibudidayakan untuk dimanfaatkan daunnya sebagai pencegahan penyakit malaria dan dinikmati buahnya sebagai sumber vitamin..

Tabel 13. Cara Pencegahan Malaria

Cara Pencegahan	Dengan Kelambu	Obat anti Malaria	Obat Nyamuk	Rebusan Daun Pepaya	Menghilangkan Genangan Air	Tidak tahu
Prosentas	3.4 %	34 %	2.6 %	19.7 %	36.1 %	0 %

Catt: responden dapat menjawab lebih dari satu

Dari tabel diatas terdapat hal yang menarik yaitu cara pencegahan malaria yaang paling banyak diketahui oleh ibu-ibu adalah minum obat anti malaria. Ibu mendapat Pengetahuan ini, karena bidan-bidan memberikan pencegahan malaria kepada ibu-ibu hamil pada saat melakukan ANC. 72.8 % responden mendapat obat pencegahan anti malaria yaitu klorokuin.

E. Penanggulangan/Penanganan Penyakit Malaria

Dari 55 kasus anak yang menderita Malaria dalam 2 minggu terakhir yang minta pertolongan sebanyak 52 kasus.

Tabel 14. Tindakan yang Dilakukan bila Anak terserang Malaria

Sarana yang dipilih	Puskesmas	POD	Petugas Kesehatan	Polindes	Posyandu
Prosentase	46.2 %	30 %	17.3 %	9.6 %	0 %

Dari tabel diatas, puskesmas menduduki tempat teratas yang didatangi ibu pada saat anak sakit. Yang menarik disini adalah jika dibandingkan dengan pemanfaatan Polindes, petugas kesehatan (mantri/perawat) dengan POD, responden lebih banyak pergi ke POD hal ini mungkin disebabkan :

1. Tidak semua desa memiliki Polindes
2. Kadang mantri/perawat tidak ada ditempat.
3. POD dan Balai Pengobatan ada disetiap desa dan kader POD lebih sering tinggal di desa.

2.4. Imunisasi dan Penimbangan Anak

Jika dilihat dari tabel dibawah ini berdasarkan jawaban responden jumlah anak yang mendapatkan imunisasi sebanyak 63.8%. sedangkan jumlah anak yang memiliki KMS hanya 14.4 % (39 anak) (14.4 %).

Sedangkan jumlah anak yang tidak punya KMS 171 anak (63.1 %). Situasi ini sangat memprihatinkan mengingat KMS merupakan alat untuk memantau perkembangan anak, status Gizi, status Imunisasi, pemberian Vitamin A. Dari hasil survey ditemukan beberapa permasalahan yang berkaitan dengan KMS antara lain :

- Kesalahan dalam pengisian KMS, sebagai contoh kolom pertama yang seharusnya diisi dengan tanggal kelahiran anak tetapi diisi tanggal pada saat anak datang.
- Pencatatan datang timbang tidak dicatat.
- Tanggal pemberian Imunisasi dan pemberian Vit. A tidak dicatat
- Kesalahan dalam pengisian berat badan.
- Pengisian bulan pada KMS tidak sesuai dengan umur anak.

Sebagai akibatnya, Mid-term survey ini tidak dapat memberikan gambaran yang lebih terinci mengenai hasil penimbangan, pemberian Imunisasi, pemberian vitamin A, pemantauan status gizi anak berdasarkan KMS Balita. Hal ini ada hubungannya dengan masih rendahnya pengetahuan petugas kesehatan dalam pengisian dan manfaat KMS serta rendahnya ketersediaan KMS di Puskesmas meskipun project juga pernah mendistribusikan KMS kepada bidan desa tetapi tidak mencukupi.

Dibawah ini dapat dilihat hasil Imunisasi, penimbangan dan pemberian Vitamin A.

Tabel 15. Pemberian Imunisasi, Penimbangan dan Vit. A

Tingkat Pengetahuan	Dilakukan	Tidak dilakukan
Frekuensi	173	98
Prosentase	63.8 %	36.2 %

Tabel16. Kepemilikan KMS

KMS	Ada	Kartu Hilang	Tidak Punya	Disimpan Kader	Other
Frekuensi	39	23	171	34	4
Prosentase	14.4 %	8.5 %	63.1 %	12.5 %	1.5 %

Hasil cakupan imunisasi pada anak kurang dari 11 bulan berdasarkan pencatatan dari KMS. Jumlah anak lebih dari 11 bulan dan Mempunyai KMS berjumlah 14 orang.

Tabel 17. Bayi/Balita Responden yang Mengaku Mendapat Imunisasi

	BCG	DPT			POLIO				Campak	HEPATITIS		
		1	2	3	1	2	3	4		1	2	3
Frek	6	8	6	3	8	5	3	-	5	-	-	-
%	42.9	57.1	42.9	21.4	57.1	35.7	21.4	-	35.7			

3. Pengetahuan ibu mengenai jenis-jenis Imunisasi.

Dari hasil survey 94.1 % responden tidak mengetahui jenis-jenis imunisasi. Jika dilihat hasil survey keadaan ini sangat memprihatinkan. Bila pengetahuan ibu mengenai jenis rendah dapat dipahami bila mereka juga kurang menyadari manfaat imunisasi dan kapan anak harus mulai diberi imunisasi. Masalahnya mungkin terletak pada Komunikasi, Informasi dan Edukasi dari petugas kesehatan kepada kaum ibu yang masih sangat kurang, serta minimnya tingkat pendidikan para ibu.

Tabel 18. Pengetahuan Responden Mengenai Jenis Imunisasi

Tingkat Pengetahuan	Tahu	Tidak Tahu
Frekuensi	16	256
Prosentase	5.9 %	94.1 %

Tabel 19. Tingkat Pengetahuan Responden mengenai Jenis Imunisasi (16 responden)

Imunisasi	BCG	DPT	Polio	Campak	Hepatitis
Frekuensi	12	10	11	7	2
Prosentase	75 %	62.5 %	68.8 %	43.8 %	12.5 %

Dari 21 responden yang tahu mengenai kapan imunisasi campak diberikan, hanya 3 orang yang menjawab benar. Persoalannya adalah pemahaman ibu-ibu mengenai umur bayi masih terbatas. Yang biasa disebutkan dengan jelas adalah fase pertumbuhan anak bila ditanya tentang umur seperti misalnya ibu tahu bahwa anak dapat imunisasi campak kalau sudah tumbuh gigi, anak sudah bisa tertawa.

Tabel 20. Pengetahuan Responden Mengenai Umur Anak pada Pemberian Imunisasi Campak

Tingkat Pengetahuan	Tahu	Tidak Tahu
Frekuensi	21	251
Prosentase	7.7 %	92.3 %

2.5 Ante Natal Care

Pelayanan Antenatal adalah “Pemeriksaan kehamilan yang dilakukan untuk memeriksa keadaan ibu hamil dan janin secara berkala, yang diikuti dengan upaya koreksi terhadap kelainan yang ditemukan.” Tujuan pelayanan ANC adalah menjaga agar ibu hamil dapat melalui masa kehamilan, persalinan dan nifas dengan baik dan selamat. Pada saat ibu hamil melakukan kunjungan pertama kali kepada tenaga kesehatan (K1) pada trimester I maka ibu akan mendapat pelayanan Ante Natal yang biasa disebut 5 T yaitu (1) Timbang Berat badan, pengukuran tinggi badan, dan Lingkar Lengan (MUAC) (2) Pemeriksaan tekanan darah (3) Pemberian imunisasi Tetanus Toxoid (4) Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet dan (5) Pemeriksaan tinggi fundus uteri. Kunjungan Ante natal dapat disebut benar dan lengkap bila kunjungan ibu memenuhi kriteria minimal 1 kali pada trimester I, minimal 1 kali pada trimester II dan minimal 2 kali pada trimester 3.

Tabel 21. Kebiasaan Melakukan Pemeriksaan Kehamilan (ANC) pada Responden

Tingkat Pengetahuan	Melakukan	Tidak Melakukan
Frekuensi	238	33
Prosentase	87.8 %	12.2 %

87.8 % responden melakukan pemeriksaan ANC, dengan frekuensi pemeriksaan selama kehamilan 61 responden (25.6 %) sebanyak 4 kali, lainnya bervariasi mulai dari 1 kali sampai 21 kali. pada ibu-ibu yang melakukan pemeriksaan lebih dari 9 kali, hal ini disebabkan bidan memberikan tablet Fe hanya untuk 7 hari, sehingga minggu berikut ibu akan datang kembali ke bidan untuk mendapatkan tablet Fe kembali. Alasan bidan tidak langsung memberikan tablet Fe sekaligus dalam 1 bulan adalah : (1) Agar ibu datang kembali /melakukan kunjungan ulang (2) bila tablet Fe diberi seluruhnya secara langsung, biasanya ibu-ibu tidak minum sesuai dengan aturan.

Tabel 22. Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan

Pemeriksaan	1 kali	2 kali	3 kali	4 kali	5-9 kali	>10 kali
Frekuensi	14	13	31	61	95	26
Prosentase	5.9	5.5	13.0	25.6	40 %	10 %

Dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan ibu dan anak di daerah perifer seperti Kecamatan Kanggime dan Kumbu, maka peranan tenaga bidan sangat penting. Penempatan bidan desa di dua kecamatan ini telah dimulai sejak tahun 1995 dengan tenaga bidan A dan 1996 tenaga bidan C. Dengan melihat kondisi geografis yang sulit dengan akibatnya sulitnya memperoleh pelayanan rujukan yang cepat serta kurangnya tenaga dokter di puskesmas, maka tenaga bidan perlu dioptimalkan untuk meningkatkan mutu pelayanan KIA serta menjawab masalah tersebut.

Untuk bisa menjalankan tugasnya dengan maksimal maka bidan perlu diberi otoritas untuk bisa menangani kegawatan obstetri, ditingkatkan kapasitasnya untuk bisa menangani kegawatan obstetri serta tersedia prasarana dan sarana penunjang medis serta yang tidak kalah pentingnya adalah supervisi yang dilakukan terus menerus dan berkala.

Faktor geografis, sosial, ekonomi, budaya, pendidikan dan lingkungan masyarakat tampaknya belum mendukung kearah persalinaan yang aman (safe motherhood). Nampaknya faktor sosial dan kebiasaan setempat masih dominan seperti anggapan bahwa proses kehamilan dan persalinaan bukan penyakit dan tidak beresiko, sehingga sakit atau tidak sakit hanya ibu yang merasakan. Pemahaman ini berdampak terhadap para suami/ayahbahu untuk mengatasi masalah kelahiran atau kehamilan dapat ditangani oleh kaum perempuan sesuai dengan pengetahuan yang biasa dilakukan dalam keluarga atau kelompok dimana mereka berdiam. Oleh karena itu sampai sekarang masih banyak dijumpai persalinaan yang dilakukan sendiri dihonai-honai mereka dengan dibantu oleh saudara perempuan/mama tua/sanak keluarga yang ada dilingkungan rumah. Situasi dan kondisi diatas menyebabkan kesehatan ibu terabaikan, sebagai akibatnya kesakitan dan kematian maternal tinggi. Persalinaan yang tidak aman oleh karena persalinaan dilakukan sendiri memberi kontribusi tingginya kesakitan, kematian maternal dan infant.

3. Result on Community Development and Gender Section

Berikut ini adalah hasil annual survey terhadap 30 kelompok sampel yang diambil dari 96 kelompok yang didampingi, dengan perincian dari wilayah Kecamatan Kanggime 14 kelompok dan Kecamatan Kembu 16 kelompok.

3.1 Pengorganisasian Kelompok

Pengorganisasian kelompok merupakan syarat dasar untuk terbentuk dan berkembangnya sebuah kelompok. Organisasi kelompok yang paling sederhana adalah adanya pengurus dan keanggotaan kelompok yang aktif, kegiatan pertemuan, rencana kerja dan tempat kegiatan bersama. Aktif d sini diartikan bahwa pengurus kelompok menjalankan fungsi sebagai mana mestinya dalam upaya mengembangkan kelompoknya, demikian juga dengan anggota kelompoknya juga aktif menjalankan kegiatan kelompok yang telah direncanakan.

3.1.1 Kepengurusan Kelompok

Tabel 1. Kepengurusan Kelompok

Pengurus	Ada Pengurus	Tidak Ada pengurus	Total
Frekuensi	28	2	30
Prosentase	93.3 %	6.7 %	100 %

Dari tabel tersebut terlihat bahwa sebagian besar kelompok sampel memiliki pengurus. Pengurus tersebut pada umumnya terdiri dari pendamping kelompok (kader), ketua, sekertaris dan bendahara. Sedangkan keaktifan dari pengurus kelompok tersebut adalah: 22 kelompok (73.3%) menyatakan pengurusnya aktif dan 8 (26.7) tidak aktif. Adapun alasan yang dikemukakan beberapa kelompok yang pengurusnya tidak aktif adalah pengurus merasa tidak bisa memotivasi anggotanya karena mereka mengharapkan upah secara langsung untuk melakukan kegiatan kelompok, misalnya anggota menuntut dana untuk membuka lahan perkebunan. Mereka membandingkan dengan pendekatan proyek lain dari lembaga tertentu yang biasa memberikan bantuan berupa uang secara langsung untuk kerja di lahan mereka sendiri.

3.1.2 Keanggotaan Kelompok

Tabel 2. Keanggotaan Kelompok

Keanggotaan	Aktif	Tidak Aktif	Total
Frekuensi	23	7	30
Prosentase	76.7 %	23.3 %	100 %

Dari tabel tersebut terlihat bahwa sebagian besar anggota kelompok sampel keanggotaan kelompok aktif dalam menjalankan kegiatan kelompok. Beberapa alasan yang dikemukakan oleh beberapa anggota kelompok yang tidak aktif atau tidak mau lagi menjalankan kegiatan kelompoknya adalah: *merasa malas karena dalam kegiatan kelompok hanya disuruh-suruh kerja, tidak ada bantuan uang, tunggu hasil lama.*

3.1.3 Manfaat kegiatan kelompok :

24 kelompok (80.0%) menyatakan ada manfaatnya mengikuti kegiatan kelompok, sedangkan 6 kelompok (20.0%) menyatakan tidak ada manfaat. Adapun manfaat kerja dalam kelompok yang dikemukakan oleh sebagian besar kelompok adalah: (1) Mendapat pelajaran-pelajaran tentang pertanian, peternakan dan ketrampilan yang selama ini tidak diberikan oleh pemerintah atau lembaga lain semenjak para missionaris pergi (dulu para missionaris memberikan pelajaran tersebut), (2) Bisa membangun masyarakat bersama-sama, (3) Bisa merasa lebih maju untuk cari dunia baru. (4) Dapat kerjasama dan tolong menolong. (5) Untuk meningkatkan penghasilan. (6) Mengenal jenis tanaman yang bervariasi. (7) Dapat pelajaran tentang olah makanan dan gizi. (8) Meningkatkan kesehatan, tahu tentang jenis penyakit. (8) Mendapatkan bantuan. (9) Mendapat kunjungan atau perhatian dari orang lain, di mana selama ini tidak ada orang lain yang mau berjalan ke pelosok-pelosok perhatikan orang kampung.

3.1.4 Pertemuan kelompok

Tabel 3. Pertemuan kelompok

Pertemuan	Biasa dilakukan	Tidak Pernah/jarang	Total
Frekuensi	24	6	30
Prosentase	80 %	20 %	100 %

Sebagian besar kelompok mengadakan kegiatan pertemuan anggota untuk membahas perkembangan kegiatan, masalah-masalah dan rencana yang akan dilakukan. Pertemuan tersebut pada umumnya dilakukan 1 bulan sekali, namun ada beberapa kelompok yang mengadakan pertemuan tiap minggu.

3.2 Penerapan Teknologi Yang diperkenalkan

Kegiatan pelatihan merupakan salah satu kegiatan penting yang dilakukan proyek dalam rangka proses kemandirian kelompok. Lewat pelatihan-pelatihan diharapkan terjadi proses transfer ketrampilan yang dapat digunakan untuk mengolah dan mengelola sumber daya yang ada. Berikut ini adalah gambaran tentang penerimaan dan penerapan teknologi yang diperkenalkan.

3.2.1 Pelatihan Sistem pertanian selaras alam (LEISA) dari pendamping ke kelompok

Tabel 4. Pelatihan Sistem pertanian selaras alam (LEISA) dari pendamping ke kelompok

Pelatihan LEISA	Dilakukan	Tidak Dilakukan	Total
Frekuensi	20	10	30
Prosentase	33.3 %	33.3 %	100 %

Sebagian besar pendamping melatih kembali pelatihan yang pernah diterima tentang pertanian selaras alam kepada anggota kelompok. Tentang intensitas dan kualitas pelatihannya sendiri perlu digali lagi melalui diskusi yang lebih mendalam. Namun hal ini juga bisa dilihat sejauhmana ketrampilan ini diterapkan oleh kelompok.

3.2.2 Pembuatan percontohan Sistem Pertanian Selaras Alam (SPSA)

Tabel 5. Pembuatan percontohan Sistem Pertanian Selaras Alam (SPSA)

Percontohan SPSA	Membuat	Tidak Membuat	Total
Frekuensi	23	7	30
Prosentase			100 %

Dari tabel tersebut terlihat bahwa baru sebagian dari kelompok (56.7%) yang membuat percontohan pertanian selaras alam di kelompoknya. Adapun unsur-unsur pertanian selaras alam yang diterapkan adalah: penanaman pohon untuk penghijauan & penahan tanah (56.7% kelompok), pembuatan terssering (36.7% kelompok), pembuatan pupuk kompos (23.3%), sistem tanam tumpang sari (83.3%), pengaturan pengirliran tanaman (3.3%), penerapan sistem mulsa tanaman (16.7%).

Penanaman pohon untuk penghijauan dan penahan tanah merupakan unsur PSA yang lebih banyak diterapkan kelompok karena hal ini sesuai dengan kebiasaan adat dahulu (penanaman pohon merupakan salah satu bagian dari upacara inisiasi untuk anak laki-laki), selain itu juga masyarakat lebih mudah diarahkan untuk menanam pohon untuk menahan tanah karena tanah di wilayah tersebut rawan longsor dan masyarakat telah biasa membuat penahan tanah dengan batu-batu atau kayu. Sistem tanam tumpang sari juga merupakan unsur yang paling banyak diterapkan karena memang hal ini telah biasa dilakukan oleh masyarakat, hanya saja masih perlu diarahkan pengaturan tumpang sari dengan jenis tanaman yang lebih cocok untuk menjaga keseimbangan kesuburan tanah dan pengendalian hama penyakit tanaman. Pembuatan kompos, pembuatan terasering dan pengaturan pergiliran tanaman masih sedikit diterapkan, karena hal tersebut belum biasa dilakukan. Pupuk kompos masih belum banyak diterapkan karena sesuai dengan kebiasaan setempat sisa-sisa bahan organik (rumput & ranting-ranting) dibakar. Terasering (yang memotong kemiringan) juga masih belum banyak diterapkan karena kebiasaan masyarakat adalah membuat bedeng dengan mengikuti alur gunung dengan alasan agar tanaman ubi tidak tergenang air. Selain itu pembuatan terasering masih sulit diterapkan karena berkaitan dengan kebiasaan ladang berpindah-pindah.

3.2.3 *Budidaya ternak*

Budidaya ternak dengan sistem kandang juga merupakan salah satu teknologi yang terus diupayakan agar diterapkan oleh kelompok, karena selama ini kebiasaan untuk memelihara ternak terutama ternak ayam dan ternak kelinci dalam kandang belum biasa dilakukan. Berikut ini adalah gambaran tentang percontohan pemeliharaan ternak dalam kandang yang dibuat dalam kelompok:

Tabel 6. *Kelompok yang Memiliki Percontohan Kandang Ternak (distribusi frekuensi)*

Percontohan kandang ternak	Ayam	Kelinci	Kambing
Frekuensi	26 kelompok	10 kelompok	4 kelompok

Pengandangan ternak ini diperlukan untuk meningkatkan produktifitas hasil peternakan dan untuk menjaga kesehatan, namun di sisi lain juga perlu diperhatikan agar jangan sampai pengandangan ternak menambah beban kerja kaum perempuan, mengingat dalam pembagian kerja secara adat menjaga ternak adalah tanggung jawab perempuan. Dengan memelihara ayam, kambing dan kelinci dalam kandang berarti kaum ibu mempunyai pekerjaan tambahan untuk mencari makanan, padahal selama ini mereka telah memiliki tanggungjawab untuk memelihara ternak babi. Untuk mengantisipasi hal ini proyek terus mengupayakan untuk mengajak kaum laki-laki untuk mengambil alih tanggungjawab ini.

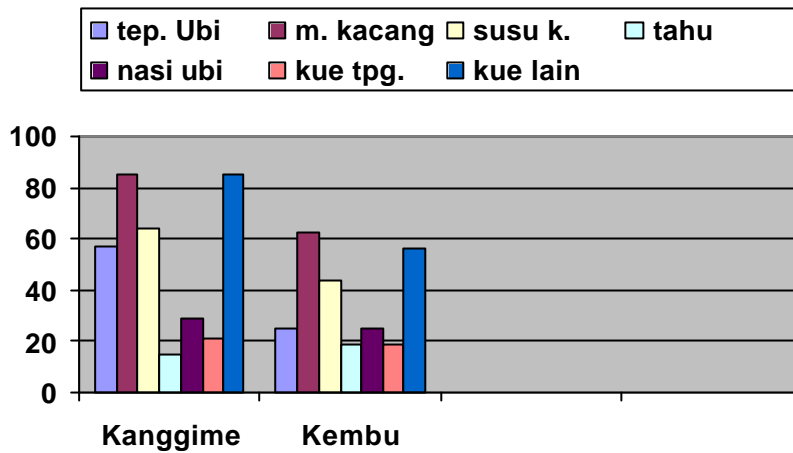
3.2.4 *Penerapan Teknologi Sederhana Pengolahan Pangan*

Tabel 7. *Penerapan teknologi sederhana pengolahan pangan*

Jenis TTG	T. Ubi	Minyak KT	Susu Kedelai	Tahu	Nasi Ubi	Kue Ubi	Kue lain
Frekuensi	12	22	16	5	8	6	21
Prosentase	40	73.3	53.3	16.7	26.7	20	70

Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa pembuatan minyak goreng kacang tanah dan pembuatan kue-kue dengan bahan lokal lain (dari singkong, pisang, jagung, keladi, dll.) merupakan teknologi yang telah dicoba oleh lebih banyak kelompok dibanding dengan teknologi lain. Alasannya adalah kedua teknologi tersebut dirasa oleh masyarakat lebih sesuai dengan kebutuhan mereka. Misalnya minyak goreng kacang tanah paling banyak disukai karena saat ini minyak goreng merupakan salah satu bahan kebutuhan pangan yang cukup mahal harganya. Minyak goreng ini dirasa tepat guna karena sesuai dengan kebutuhan, mudah diterapkan, bahannya selalu tersedia di masyarakat dan dapat menolong masyarakat tidak perlu naik pesawat mahal atau berjalan 2-3 hari untuk memperoleh minyak goreng di Wamena. Kue-kue dari bahan lokal seperti di atas juga kelihatan lebih banyak diterapkan karena selain relatif teknologinya lebih mudah, bahannya banyak di wilayah tersebut juga saat ini bisa dipasarkan di pasaran lokal untuk menambah pendapatan. Teknologi lain seperti tepung ubi (untuk persediaan super oralit dan makanan tambahan untuk bayi), tahu, susu kedelai, nasi ubi dan kue dengan bahan tepung ubi belum banyak diterapkan karena sekalipun bahan selalu ada namun belum begitu sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan teknologinya sedikit lebih sulit dibanding kedua jenis teknologi di atas.

Perbandingan penerapan TTG di Kembu dan di Kanggime



3.3 Kegiatan Peningkatan Pendapatan

Kegiatan ekonomi produktif merupakan salah satu bagian penting untuk proses kemandirian kelompok. Beberapa kegiatan yang dilakukan adalah peternakan, pertanian dan usaha-usaha ekonomi produksi yang lain. Kegiatan ekonomi di tingkat kelompok ini lebih difokuskan untuk perbanyak bibit dan percontohan (proses belajar) yang nantinya diharapkan dikembangkan oleh masing-masing anggota dan masyarakat sekelilingnya.

Tabel 8. Pengembangan Berbagai Bibit pertanian yang Diberikan

Jenis Tanaman	Kedelai	Kacang merah	K. Panjang	Buncis	Wortel	Tomat	Sawi	Labu
Frekuensi	26	24	22	26	24	23	21	21
Prosentase	86.7 %	80 %	73.3 %	86.7 %	80 %	76.7 %	70 %	70 %

Catt : responden dapat menjawab lebih dari 1

Sebagian besar kelompok telah mengembangkan bibit tanaman yang diberikan oleh proyek.

Tabel 9. Pengembangan Ternak oleh Kelompok

Jenis Ternak	Ayam	Kelinci	Kambing
Frekuensi	30	13	7
Prosentase	100 %	43.3 %	23.3 %

Catt : responden dapat menjawab lebih dari 1

Tabel 10. Tanaman Jangka Panjang dan Buah-buahan

Jenis Tanaman	Kopi	Jeruk	Nanas	Pisang
Frekuensi	22	16	12	26
Prosentase	73.3 %	53.3 %	40 %	86.7 %

Catt: responden dapat menjawab lebih dari 1

Sebagian besar kelompok juga telah mengembangkan tanaman produktif, yang diharapkan menjadi pusat bibit yang dapat disebarluaskan ke anggota dan masyarakat.

Tabel 11. Usaha Ekonomi Lain

Usaha Lain	Home Industri	Buka Kios
Frekuensi	6	3
Prosentase	20 %	10 %

Alternatif usaha ekonomi produktif yang lain belum banyak diterapkan oleh kelompok, hal ini karena kelompok masih terkonsentrasi untuk mengembangkan pertanian dan ternak.

Tabel 11. Usaha Ekonomi Lain

Wilayah	Kanggime	Mamit
Frekuensi	7	3
Prosentase	23.3 %	10 %

Dari hasil tersebut terlihat bahwa kelompok yang telah memiliki kas kelompok baru sedikit. Hal ini berkaitan dengan masih sulitnya pemasaran hasil bumi.

3.4 Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)

Tabel 12. Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat

Wilayah	Poyandu	POD	Dana sehat	Persediaan Super oralit	Kebun gizi
Kanggime	92.9%	92.9%	46.7%	78.6%	71.4%
Mamit	31.3%	6.3%	0%	6.3%	50.0%

Dari hasil tersebut terlihat bahwa kelompok-kelompok di kanggime telah berupaya untuk melakukan upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat sendiri dengan adanya posyandu, POD, dana sehat dan lainnya. Lembaga-lembaga tersebut berkembang dengan basis kelompok pengembangan yang ada. Sedangkan di Kumbu kelihatan sedikit persentasenya, hal ini bukan berarti di sana tidak ada lembaga tersebut, tetapi lembaga yang ada telah berjalan sebelum ada kelompok. Jadi yang tercatat di atas hanya ingin menggambarkan lembaga yang berkembangnya difasilitasi oleh kelompok pengembangan.

3.5 Dampak Kegiatan (Penerapannya oleh Anggota Kelompok dan Masyarakat Sekitar)

Hal penting yang perlu menjadi perhatian dalam penilaian keberhasilan kegiatan kelompok adalah melihat atau menganalisis apakah kegiatan-kegiatan tersebut membawa pengaruh terhadap anggota dan masyarakat sekelilingnya. Pengaruh terhadap terjadinya perubahan menuju ke arah yang lebih positif. Memang tidaklah mudah untuk menilai pengaruh-pengaruh kegiatan tersebut, apalagi suatu perubahan dalam masyarakat merupakan suatu proses yang secara terus menerus dan memerlukan waktu yang panjang. Namun paling tidak kita dapat melihat tanda-tanda yang menuju ke arah tersebut.

Beberapa hal yang dapat dianalisis untuk melihat dampak dari suatu 'tanda' perubahan dalam sebagai salah satu hasil kegiatan kelompok pengembangan antara lain: a). apakah terjadi transfer ketrampilan bagi para anggota (*transfer skill/technology*); b). bagaimana keadaan keuangan/pendapatan masyarakat (*community financing*); c). bagaimana status kesehatan masyarakat (*community health*); d). bagaimana hubungan-hubungan yang terjadi dalam masyarakat terutama hubungan antara laki-laki dan perempuan (*gender profile*); e). bagaimana perkembangan institusi-institusi dalam masyarakat (*community institution*); f). bagaimana keberlanjutan program-program pengembangan yang ada (*sustainability*).

3.6 Transfer Skill/technology

Berikut ini adalah hasil survey di wilayah Kecamatan Kumbu dan kanggime terhadap 249 responden dengan perincian:

- Kecamatan Kumbu 102 responden (terdiri dari 49 responden anggota kelompok dan 53 responden bukan anggota kelompok)
- Kecamatan kanggime 147 responden (terdiri dari 101 orang anggota kelompok dan 46 responden bukan anggota kelompok)

Hasil evaluasi tentang penerimaan dan penerapan beberapa ketrampilan/teknologi oleh anggota kelompok adalah sebagai berikut:

3.6.1 Pemeliharaan ternak dengan kandang:

Tabel 13. Pemeliharaan Ayam dengan Sistem Kandang

	Kandang	%	Tidak Kandang	%	Total	%
Kelompok	51	46.4 %	59	53.6 %	110	100 %
Bukan kelompok	7	11.1 %	56	88.9 %	63	100 %

Pemeliharaan ayam dengan kandang baru diterapkan oleh 46.4% (anggota kelompok) dan 11.1% masyarakat bukan anggota kelompok. Kalau dilihat angka tersebut memang masih relatif lebih banyak yang belum menerapkan sistem kandang, namun setidaknya sistem ini telah mulai diikuti. Untuk itu masih perlu upaya penyebarluasan inovasi ini dalam rangka meningkatkan produktivitas peternakan masyarakat.

Tabel 14. Pemeliharaan Kelinci dengan Sistem Kandang

	Kandang	%	Tidak Kandang	%	Total	%
Kelompok	29	82.9 %	6	17.1 %	35	100 %
Bukan kelompok	10	58.8 %	7	41.2 %	63	100 %

Dari tabel tersebut terlihat bahwa sistem kandang untuk pemeliharaan kelinci telah lebih banyak diterapkan oleh peternak kelinci baik yang anggota kelompok maupun yang bukan anggota kelompok.

Tabel 15. Pemeliharaan Ternak Babi dengan Sistem Kandang Terpisah dari Honai

	Kandang	%	Tidak Kandang	%	Total	%
Kelompok	130	92.9 %	10	7.1 %	140	100 %
Bukan kelompok	76	82.6 %	16	17.4 %	92	100 %

Dari hasil tersebut terlihat bahwa sebagian besar masyarakat telah memiliki kandang babi yang jauh dari rumah (tidak jadi satu dengan rumah). Hal ini baik untuk menjaga kebersihan dan kesehatan di sekitar tempat tinggal. Memang kandang tersebut pada umumnya hanya berfungsi pada malam hari, artinya pada siang hari babi masih dibiarkan berkeliaran mencari makanan sendiri. Untuk kampanye sistem pengandangan total (artinya babi dipelihara dalam kandang) masing banyak diskusi antara pro dan kontra berkaitan dengan beban kerja perempuan untuk menyediakan makanan babi yang lebih banyak. Walaupun secara ekonomis, bila dipelihara dalam kandang tingkat produktivitasnya lebih tinggi.

3.6.2 LEISA (Low External Input Sustainable Agriculture)

Tabel 16. Upaya Konservasi Lahan dengan menanam Pohon penghijauan

	Menanam	%	Tidak Menanam	%	Total	%
Kelompok	105	75.5 %	58	24.5 %	139	100 %
Bukan kelompok	58	62.4 %	35	37.6 %	93	100 %

Upaya konservasi lahan dengan penanaman pohon penghijauan mulai diterapkan banyak orang. Kampanye ini memang telah dimulai sejak jaman missionaris sehingga sebenarnya sudah banyak orang yang tahu, sehingga hal ini diharapkan lebih mendukung untuk kampanye lebih lanjut.

3.6.3 Teknologi Tepat Guna Pengolahan Pangan

Tabel 17. Pernah Membuat Tepung Ubi untuk Super Oralit

	Membuat	%	Tidak Membuat	%	Total	%
Kelompok	60	42.9 %	80	57.1 %	140	100 %
Bukan kelompok	12	12.5 %	84	87.5 %	96	100 %

Tabel 18. Pernah Membuat Goreng Kacang Tanah

	Membuat	%	Tidak Membuat	%	Total	%
Kelompok	69	49.3 %	71	50.7 %	140	100 %
Bukan kelompok	15	15.6 %	81	84.4 %	96	100 %

Tabel 19. Pernah Membuat Minyak Goreng dari Buah Merah (Pandanus)

	Menanam	%	Tidak Membuat	%	Total	%
Kelompok	14	10 %	126	90 %	140	100 %
Bukan kelompok	8	8.3 %	88	91.7 %	96	100 %

Tabel 20. Pernah Membuat Susu Kedelai

	Mebuat	%	Tidak Membuat	%	Total	%
Kelompok	47	33.6 %	93	66.4 %	140	100 %
Bukan kelompok	11	11.5 %	85	88.5 %	96	100 %

Tabel 21. Pernah Membuat Nasi Ubi (Pengawetan Ubi Jalar)

	Membuat	%	Tidak Membuat	%	Total	%
Kelompok	34	24.3 %	106	75.7 %	140	100 %
Bukan kelompok	7	7.3 %	89	89 %	96	100 %

Dari tabel-tabel di atas dapat dilihat bahwa teknologi tepat guna pengolahan pangan yang lebih banyak diminati adalah pembuatan minyak goreng kacang tanah. Setelah itu baru tepung ubi untuk super oralit (pengganti larutan gula garam). Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa teknologi yang akan ditiru dan diterapkan adalah teknologi yang dekat/menjawab kebutuhan masyarakat dan teknologi yang tidak terlalu berbelit-belit. Untuk masa yang akan datang, kampanye penerapan teknologi akan lebih difokuskan pada hal-hal yang diminati, dari pada mengajarkan semua hal tetapi tidak diikuti.

Meskipun belum banyak diterapkan, dari hasil tersebut dapat dilihat hal yang cukup menggembirakan yaitu inovasi tersebut telah mulai diikuti oleh masyarakat yang bukan anggota kelompok. Hal ini dapat dilihat bahwa anggota kelompok telah berupaya untuk menyebarkan pengetahuan dan ketrampilannya.

Tabel 22. Kepemilikan alat-alat ketrampilan (untuk pengolahan pangan)

	Gilingan		Kukusan		Parutan		Tumbuk		Loyang		Tapisan	
	Ya	Tidak	ya	Tidak	ya	tidak	ya	tidak	Ya	Tidak	ya	tidak
Kel.om.	14 14.1%	85 85.5%	12 12.4%	85 87.6%	17 17.5%	80 82.5%	10 10.3%	87 89.7%	10 10.3%	87 89.7%	13 13.4%	84 86.6%
Bukan Kelom.	3 6.3%	45 93.8%	0 0%	47 100%	1 2.1%	46 97.9%	0 0%	47 100%	2 4.3%	45 95.7%	0 0%	47 100%

Alat-alat penunjang diterapkannya teknologi pengolahan pangan memang belum banyak dimiliki. Namun berdasarkan hasil diskusi lebih dalam, walaupun tidak punya sendiri anggota bisa meminjam milik kelompok secara bergantian. Hal ini sebenarnya menunjukkan minat yang positif dan perlu dicarikan solusi. Hal yang kemudian terpikirkan adalah pembuatan bengkel sederhana untuk membuat perlengkapan-perengkapan pengolahan hasil bumi yang sederhana di wilayah tersebut.

3.7 Ekonomi dan Pendapatan (Community Financing)

Tabel 23. Jenis Mata pencaharian

	Usaha Kebun Saja	Kebun & Ternak	Kebun, Ternak & usaha lain	Total
Anggota Kel.	12 (8.0%)	120 (80.0%)	18 (12.0%)	150 (100%)
Bukan Kel..	37 (38.1%)	59 (60.8%)	1 (1.0%)	97 (100%)

Tabel 24. Jenis Tanaman dalam Kebun

	Tanaman Asli Saja (Ubi, keladi pisang, tebu)	Tanaman Asli & T. Produktif	Total
Anggota Kel.	30 (20.0%)	120 (80.0%)	150 (100%)
Bukan kelompok	38 (39.1%)	59 (60.8%)	97 (100%)

Tabel 25. Menjual hasil bumi (dalam bulan ini-saat survey dilakukan)

	Menjual	Tidak menjual	Total
Anggota kelomp.	35 (23.5%)	114 (76.5%)	149 (100%)
Bukan kelomp.	20 (20.3%)	79 (79.7%)	97 (100%)

Dari tabel 24 dapat dilihat bahwa sebagian besar masyarakat telah memiliki tanaman yang berorientasi produktif selain tanaman pokok, Walaupun persentasenya masih lebih banyak yang masyarakat anggota kelompok. Orientasi pertanian yang lebih produktif menjadi salah satu tanda bahwa upaya pengembangan masyarakat akan berkelanjutan bila ditunjang oleh pasar yang kontinyu. Namun dari tabel 25 terlihat ada kendala pemasaran. Dari hasil tersebut hanya 23.5 % (anggota kelompok) dan 20.3 % non anggota yang memasarkan hasil bumi pada bulan ini. Hal ini dapat didukung dengan alasan-alasan yang dikemukakan bagi yang tidak menjual adalah karena pasar jauh, pasar lokal tidak cukup untuk menampung hasil-hasil yang ada terutama untuk hasil-hasil pertanian yang bernilai ekonomis tinggi. Upaya pencarian jalan keluar pemasaran hingga saat ini belum diperoleh. Solusi yang saat ini ditawarkan untuk mengatasi kebusukan hasil adalah dengan diolah untuk dikonsumsi, namun hal ini belum memecahkan masalah uang yang saat ini mulai banyak diperlukan.

Tabel 26. Tanaman jangka panjang (kopi)

	Tanam	Tidak Tanam	Total
Anggota kelomp.	92 (65.7%)	48 (34.3%)	140 (100%)
Bukan kelomp.	55 (57.9%)	40 (42.1%)	95 (100%)

Orientasi pertanian masyarakat yang mengarah pada pertanian produktif juga dapat dilihat dari banyaknya masyarakat yang mau menanam tanaman jangka panjang yang mempunyai nilai ekonomi tinggi. Sebagian besar masyarakat (baik anggota kelompok maupun bukan) telah memiliki tanaman kopi. Hal ini mengingatkan proyek untuk sekali lagi berfikir tentang upaya pemasaran. Selain itu, berkaitan dengan tanaman kopi, proyek harus terus memberikan awasan kepada masyarakat agar tanaman kopi tidak mendesak tanaman pangan (perlu diarahkan bawa tanaman kopi lebih baik di tempat-tempat yang bukan lahan tanaman pangan).

Tabel 27. Ternak yang dimiliki (rata-rata per kk)

	Babi	Ayam	Kelinci	Bebek	Kambing
Anggota kelomp.	8.3 ekor	12.5 ekor	3.5 ekor	0.8 ekor	0.4 ekor
Bukan kelomp.	6.5 ekor	6.2 ekor	4.2 ekor	0.6 ekor	0.2 ekor

Dari rata-rata kepemilikan ternak tersebut menunjukkan bahwa di masyarakat telah ada ragam ternak yang dipelihara selain babi. Hal ini cukup menunjang upaya peningkatan gizi karena ternak kecil relatif lebih memungkinkan untuk dikonsumsi lebih sering dibanding dengan ternak babi yang hanya sewaktu-waktu saja. Selain mendukung upaya peningkatan gizi juga sebagai salah satu alternatif upaya peningkatan pendapatan masyarakat.

Dari tabel tersebut terlihat bahwa kepemilikan ternak bebek dan kambing belum banyak di masyarakat, hal ini bisa menjadi bahan pemikiran proyek untuk pengembangan ternak tersebut.

Tabel 28. Tabungan/simpanan

	Punya	Tidak Punya	Total
Anggota Kel.	54 (41.9 %)	84 (58.1 %)	138 (100 %)
Bukan Anggota	35 (36.8 %)	60 (63.2 %)	95 (100 %)

Dari tabel tersebut terlihat bahwa menabung/menyimpan uang mulai dilakukan oleh masyarakat, meskipun masih banyak yang belum menabung. Selain berkaitan dengan masih sulitnya untuk memikirkan masa yang akan datang, juga karena masih terbatasnya pemasaran hasil.

Tabel 29. Penggunaan uang simpanan tersebut

	Biaya Sekolah	Kesehatan	Keperluan Ru Mah Tangga	Beli babi	Sumbangan Untuk Gereja
Anggota Kel.	20 (30.3 %)	23 (34.3 %)	16 (24.2 %)	12 (18.2 %)	17 (25.8 %)
Bukan Kelompok	14 (25.9 %)	20 (36.4%)	9 (17.0 %)	4 (7.5 %)	6 (11.1 %)

Tentang penggunaan uang, dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa prosentase untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan di atas masih relatif kecil (kurang dari 50%). Namun dapat dilihat hal yang sedikit mengembirakan bahwa dari tabel di atas dapat dilihat bahwa biaya kesehatan dan biaya sekolah

3.8 Upaya Kesehatan Masyarakat

Tabel 30. Kebun gizi di pekarangan

	Punya	Tidak Punya	Total
Anggota Kel.	123 (87.9%)	17 (12.1%)	140 (100%)
Bukan kelompok	65 (68.4%)	30 (31.6%)	95 (100%)

Tabel 31. Jenis-jenis tanaman kebun gizi

	Kacang-kacangan	Sayur-sayuran	Umbi-umbian	Jagung	Buah-buahan
Anggota Kel.	82 (60.7 %)	119 (88.1%)	59 (43.7 %)	43 (31.9 %)	85 (63.0 %)
Bukan Anggota	34 (39.1 %)	58 (66.7%)	23 (26.4 %)	12 (13.8 %)	45 (51.7 %)

3.9 Pengembangan Institusi dalam masyarakat

Institusi yang paling berpengaruh di wilayah binaan adalah gereja, institusi kemasyarakatan lain masih terbatas. Dan institusi yang ada tersebut sebelumnya masih banyak berkuat pada pelayanan kerohanian. Saat ini dengan adanya kelompok-kelompok yang dibina dengan bekerjasama dengan lembaga tersebut (sekali pun tidak meninggalkan kerjasama dengan lembaga pemerintah yang ada) telah mulai memikirkan upaya pelayanan di bidang sosial ekonomi. Dapat dikatakan bahwa hadirnya kelompok-kelompok pengembangan telah memfasilitasi institusi yang ada tersebut untuk memikirkan pelayanan yang lebih utuh.

Di wilayah Kanggime, sebagian besar kelompok telah menjadi basis pengembangan posyandu (pos pelayanan terpadu yang tidak hanya berfokus tentang kesehatan saja). Selain itu di tiap kelompok juga berkembang POD dan dana sehat. Hal ini sangat mendukung upaya penggalangan partisipasi masyarakat untuk mengupayakan kesehatannya sendiri.

Hadirnya lembaga ekonomi di desa (koperasi/UB) saat ini masih dalam taraf pengembangan. Sebenarnya sudah sejak lama dikembangkan lembaga tersebut tetapi masih banyak mengalami kendala, terutama berkaitan dengan menemukan orang yang tepat untuk mengelola usaha tersebut, yang nantinya diharapkan menjadi payung bagi pengembangan kelompok selanjutnya.

3.10 Keberlanjutan kegiatan

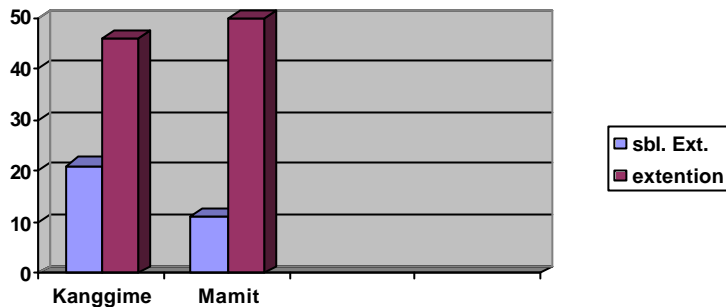
Beberapa tanda perubahan yang ada di masyarakat seperti diadopsinya beberapa inovasi, berfungsinya/berkembangnya lembaga-lembaga yang ada di masyarakat, berubahnya orientasi pertanian yang bersifat subsisten ke orientasi pertanian produktif, adanya beberapa kader terlatih, diharapkan akan menjadi modal dasar bagi masyarakat untuk dapat melanjutkan kegiatan pengembangan yang telah ada.

3.11 Gender profile

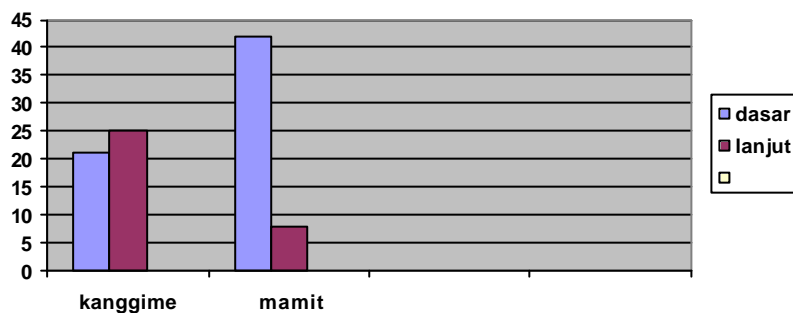
(Belum dibahas dalam laporan ini karena masih memerlukan kajian dengan teknik yang lain. Hasil dari annual survey masih perlu dilengkapi dengan teknik lain seperti FGD dan in-depth interview).

3.12 STATUS KELOMPOK

Jumlah kelompok dampingan sebelum dan sesudah Extension di 2 wilayah kecamatan:



Status kelompok dampingan pada saat ini:



Penilaian status kelompok disederhanakan dari 4 tingkat (pratama, madya, purnama dan mandiri) disederhanakan menjadi 2 tingkat saja (agar masyarakat lebih mudah ikut menilai), yaitu kelompok dasar dan kelompok lanjut. Dari hasil penilaian diperoleh hasil:

- Kanggime: 21 kelompok dasar dan 25 kelompok lanjut
- Kumbu: 42 kelompok dasar dan 8 kelompok lanjut

Kelompok dasar adalah kelompok yang sedang mengembangkan kegiatan, masih terbatas pada pengembangan pertanian dan peternakan, belum berfikir tentang upaya kesehatan atau upaya-upaya lain dan masih sangat tergantung pada proyek, sedangkan kelompok lanjut adalah kelompok yang kegiatan-kegiatannya telah berkembang, terpadu dan mulai diterapkan oleh anggota dan bahkan oleh masyarakat sekelilingnya. Selain itu ada harapan bahwa kelompok dapat berkembang lebih lanjut.

Dari hasil tersebut nampak banyak kelompok dasar terutama di Kecamatan Kumbu. Kelompok dasar tersebut adalah kelompok-kelompok yang baru berdiri pada awal extension. Dan di Kumbu lebih banyak karena di wilayah tersebut berkembang isu tentang perubahan persepsi mengenai 'proyek sama dengan uang' dan banyak yang mulai menanyakan mengapa WATCH tidak memberikan bantuan uang secara langsung.

4. Lessons Learned

Terjadi benturan waktu antara pelatihan wawancara dengan persiapan logistik sehingga efektifitas pelatihan kurang optimal. Kuesioner final, baik untuk pelatihan maupun penggandaan juga baru dapat diselesaikan menjelang keberangkatan team ke lapangan. Dengan demikian porsi waktu untuk simulasi

dan pendalaman kuesioner dirasakan sangat kurang, bahkan tidak ada kesempatan bagi team untuk melakukan field-test. Konsekuensinya adalah terjadinya koreksi atas kuesioner selama proses pengumpulan data yang memakan waktu dan tenaga cukup banyak.

Rekrutmen pewawancara dari siswa SPK yang sedang menjalani masa PKL merupakan hal yang strategis. Selain proses pelatihan menjadi lebih mudah, para pewawancara mempunyai semangat yang cukup tinggi karena kegiatan survei bersangkutan-paut dengan upaya menyelesaikan pendidikan yang tengah dijalani.

Ketertarikan team survei pada jadwal penerbangan sangat tinggi. Perubahan jadwal yang terjadi membuat proses pengumpulan data tertunda dan memerlukan waktu lebih lama dari yang ditargetkan.

Indikator yang ingin diukur melalui survei ini terlalu banyak karena mempertimbangkan keragaman intervensi proyek. Hal ini menyebabkan jumlah variabel yang dianalisa melampaui kapasitas perangkat lunak yang digunakan dan beberapa variabel perlu pengelolaan secara manual atau membuat file yang berbeda.

Untuk tujuan efisiensi, responden Health KPC survey ini juga dimanfaatkan untuk mengevaluasi program CD menggunakan kuesioner tersendiri. Hal ini menyebabkan responden bisa menjadi sangat jenuh. Diperlukan kesabaran yang tinggi dan waktu yang lebih lama untuk menggali informasi dua aspek tersebut.

Tidak tersedianya data populasi penduduk pada setiap klaster dan sebaran pemukiman yang sangat sulit maka teknik sampling klaster dilakukan dengan undian dan sampling responden bukan berdasarkan hunian terdekat melainkan dikonsentrasikan di tempat tertentu.

Beberapa variabel seperti imunisasi dan vitamin A anak, imunisasi TT dan ANC tidak dapat dianalisa berdasarkan kartu. Selain karena kepemilikan kartu rendah, kebanyakan ibu dan anak yang punya kartu tidak dibawa ketika proses wawancara berlangsung. Dengan demikian variabel-variabel tersebut hanya dapat dianalisa secara history, artinya hanya berdasarkan pengakuan ibu.

Mempertimbangkan sulitnya medan untuk dijangkau dan tingginya biaya kunjungan ke lokasi survei, maka kesempatan dimanfaatkan untuk implementasi program seperti pemberian vitamin A, tablet zat besi, pelatihan kader CD, dan berbagai konsultasi kesehatan. Akan lebih meningkatkan penerimaan masyarakat bila team juga melengkapinya dengan pelayanan kuratif atas kasus-kasus yang ditemukan di lapangan.