

JAYAWIJAYA WATCH PROJECT
Kanggime Extension
Bi-monthly Report February - March 2000

Introduction

Meski suasana di Papua masih diselimuti ketidakpastian, tetapi di beberapa tempat terus nyaring terdengar aspirasi masyarakat untuk menuntut “kedaulatan” yang diambil secara paksa oleh GOI ditahun 1963. Walaupun demikian kegiatan project terus berlangsung baik di Kanggime maupun Mamit. Hambatan yang paling terasa adalah masuknya “SATGAS PAPUA” dari luar kabupaten Jayawijaya yang berasal dari kecamatan Ilu, Sinak dan Ilaga di kabupaten Puncak Jaya. Kelompok tersebut melakukan kegiatan rekrutmen anggota baru di wilayah Mamit dan ada diantaranya adalah kader pengembangan project. Situasi ini menyebabkan beberapa kegiatan kelompok menjadi terganggu karena aktivitas baru para kader pendamping tersebut.

Kegiatan yang terus berlangsung pada 2 bulan terakhir ini adalah *Mid-term Survey, Revise and install completed Health Information System, PCC meeting*, pengiriman Kader untuk *Exposure Trip* angkatan kedua, dan kunjungan *Health Coordinator* dan *Training Officer* untuk supervisi dan training TTG. Disamping itu terus dilakukan pendampingan masyarakat dalam persiapan pembangunan jembatan di wilayah Kanggime dan Mamit serta penampungan air bersih atau perlindungan mata air di wilayah yang sama.

Dilema yang selalu dihadapi project dalam pembangunan instalasi tersebut adalah target waktu versus kesiapan masyarakat dalam membangun dan nantinya mampu merawat (maintenance) instalasi tersebut. Menggunakan mekanisme yang selama ini dipakai pemerintah dengan *dropping* semua material dan menyelesaikan pembangunan tanpa melibatkan partisipasi masyarakat tidaklah terlalu bijaksana atau tepat sasaran. Mungkin target waktu dapat dipenuhi, instalasi berdiri sesuai harapan, tetapi apakah akan dimanfaatkan secara optimal dalam jangka waktu yang lama, masih jadi pertanyaan besar. Untuk itu pendekatan yang dipilih project adalah memfasilitasi masyarakat agar terlibat secara intensif dalam perencanaan dan pembangunan instalasi baik jembatan maupun penampungan air, sehingga nantinya diharapkan masyarakat akan lebih merasa memiliki dan mampu merawatnya untuk dapat digunakan dalam jangka waktu yang lebih lama. Sebagai akibatnya target waktu mau tidak mau menjadi terabaikan/tertunda.

Hambatan yang juga dialami project adalah *Exposure Trip* ke Jawa. Pengalaman 5 bulan lalu menunjukkan minat kader untuk mengikuti kegiatan ini sangat besar. Tapi kenyataan yang terjadi saat ini amat berbeda. Hampir sebagian besar kader menolak untuk ikut program tersebut. Dari rencana 22 kandidat hanya 8 yang tetap bertahan untuk berangkat ke Jawa. Sementara 14 lainnya ada yang menolak dengan berbagai alasan dari alasan sakit, anak sakit sampai kekuatiran tidak dapat kembali ke Papua bila pelatihan selesai setelah 1 Mei 2000. Sekali lagi rumors politik ikut mempengaruhi kegiatan project dan masyarakat.

Sampai saat ini tidak ada yang tahu pasti apa yang akan terjadi pada tanggal 1 Mei 2000. Tanggal yang diyakini sebagai waktu penyerahan kedaulatan Belanda atas Papua kepada GOI disatu pihak dan rakyat Papua dipihak lain. Mana yang paling benar ? atau apa sebenarnya yang bakal terjadi ?

semua masih menjadi tanda tanya, tetapi paling tidak project mengantisipasinya dengan menyusun contingency-plan dan risk assesment.

Activity

Comp. 1 Maternal dan Infant Health

Output 1. *Appropriate maternal and infant health program consolidated*

1.1 Promote registration on maternal health

1.1.1 Promote registration of all pregnancies

Kunjungan Baru Bumil (K1) adalah Kunjungan yang pertama kali kepada tenaga kesehatan pada trimester 1 dengan mendapat pelayanan ANC 5 T yaitu : (1) Timbang berat badan dan pengukuran tinggi badan, (2) Pemeriksaan tekanan darah, (3) Pemeriksaan tinggi fundus uteri, (4) Pemberian Vaksinasi Tetanus Toxoid dan (5) Pemberian tablet tambah darah (SF/Fe).

Kunjungan “K”empat atau lebih (K4 Bumil) adalah kunjungan ibu hamil yang ke 4 atau lebih pada tenaga kesehatan untuk mendapat pelayanan ANC minimal 5 T dengan ketentuan sebagai berikut : minimal 1 kali pada trimester I dan minimal 1 kali pada trimester II serta minimal 2 kali pada trimester III.

Jika Kabupaten Jayawijaya memakai batasan seperti diatas maka cakupan K1 akan sangat rendah. Persepsi dan keyakinan para ibu di Jayawijaya umumnya, seseorang dikatakan hamil bila telah ada gerakan bayi di dalam perutnya. Untuk mencegah kesimpang siuran mengenai batasan tersebut maka pada tgl. 3 Maret diadakan pertemuan antara Watch, SP2TP di Puskesmas, bidan pengelola KIA di Puskesmas dan staff seksi KIA untuk mencapai kesepakatan tersebut. Batasan operasional untuk K1 adalah “Kunjungan Pertama Kali Ibu Hamil ke petugas kesehatan dengan tidak memandang umur kehamilannya”. Demikian halnya dengan cakupan K4, karena ibu hamil datang pada umur kehamilan diatas 12 minggu maka hasil cakupan K4 juga rendah.

Tabel 1. Hasil cakupan K1 dan K4 periode Januari – Desember 1999

Puskesmas	K1/Akses Ibu hamil		K4 (Complete ANC)	
	Target Cakupan	Hasil Cakupan	Target Cakupan	Hasil Cakupan
Kanggine	90 %	47,3 %	85 %	10,3 %
Manut	90 %	97 %	85 %	43,1 %

Comment :

Permasalahan yang menyebabkan rendahnya mutu pelayanan Antenatal disebabkan baik oleh ibu hamil sendiri dan juga tenaga kesehatan (bidan) yang melayani.

1. Ibu hamil

- Kunjungan pertama kali (K1) ke tenaga kesehatan/Bidan biasanya sudah lebih dari 12 minggu, rata-rata memasuki bulan ke 4 atau 5.
- Ibu merasa yakin hamil bila telah merasakan gerakan bayi, setelah merasakan gerakan tersebut baru ibu memeriksakan diri.
- Kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan beresiko dan penyakit-penyakit dalam kehamilan.
- Banyak ibu lebih suka diperiksa oleh dukun bersalin dibandingkan dengan bidan.

2. Bidan

- Masih rendahnya pengetahuan bidan mengenai management Pelayanan Kesehatan Maternal seperti : K1, K4, Kehamilan beresiko tinggi dan pemeriksaan diagnostik kebidanan.

- b. Sebagai akibat rendah pengetahuan bidan mengenai management Pelayanan Kesehatan Maternal, maka bidan tidak tahu indikator-indikator yang digunakan untuk melihat tingkat keberhasilan program.
- c. Keterbatasan sarana dan prasarana menyebabkan pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) dengan 5 T tidak dapat terlaksana dengan baik seperti misalnya tensimeter yang tidak berfungsi, alat timbang badan yang rusak dan kegiatan imunisasi/vaksinasi puskesmas yang macet.
- d. Bidan kurang memahami pentingnya pencatatan dan pelaporan untuk perencanaan program KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) baik di tingkat Puskesmas maupun di tingkat Kabupaten disamping masih rendahnya kapasitas bidan dalam hal pencatatan dan pelaporan itu sendiri.

1.1.2 Promote registration of all delivery helped by midwives

Cakupan Pertolongan Persalinan oleh tenaga kesehatan periode Januari – Desember 1999 sebagai berikut:

Puskesmas	Target Kabupaten/Puskesmas	Hasil Cakupan 1999
Kanggime	85 %	40.5 %
Mamit	85 %	48.6 %

Sumber data Puskesmas Kanggime dan Mamit

Dari data diatas terlihat masih rendahnya cakupan persalinan oleh tenaga profesional/tenaga kesehatan. Hasil *Mid-survey* menunjukkan mayoritas ibu masih melakukan persalinan dirumah sendiri (95 %) sedang 5 % lainnya terbagi antara polindes, Posyandu, RSUD, rumah Bidan dan lain-lain. Sedang proses persalinan, 32 % dibantu oleh Bidan, 28.6 % dilakukan sendiri oleh ibu, 26 % dibantu anggota keluarga, 10 % dibantu oleh tenaga dukun (7 % terlatih, 3 % tidak terlatih) sisanya dibantu oleh tenaga kesehatan lainnya

Comment :

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dalam hal ini baik bidan maupun perawat masih belum memuaskan (bandingkan pertolongan persalinan oleh tenaga non profesional). Ada beberapa alasan yang dikemukakan oleh ibu-ibu mengapa pada saat persalinan ibu memilih tenaga non profesional :

1. Rumah bidan jauh
2. Lebih merasa aman bila ditolong dukun senior (faktor sugesti/psikologis).
3. Jika panggil bidan, bayar mahal
4. Bidan lebih sering tidak berada di tempat tugas, misalnya bidan desa Egoni bertempat tinggal di Kanggime. Setiap pagi bidan tersebut pergi ke Egoni dan siang hari kembali ke Kanggime. Sehingga pada saat dibutuhkan (malam hari) bidan tidak berada ditempat.

1.1.3 Promote registration of all infants birth

Berdasarkan sasaran bayi thn. 1999 maka 286 bayi di Puskesmas Mamit dan 343 bayi di Puskesmas Kanggime harus dicatat dalam buku register Puskesmas dan menda pat atau memiliki KMS.

Jumlah pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan dan Dukun bersalin periode Januari – Desember 1999:

Puskesmas	Jumlah Bayi yang lahir dan ditolong oleh			
	Tenaga Kesehatan		Dukun	
	Jumlah Bayi	%	Jumlah Bayi	%
Kanggime	146 Bayi	40.5 %	47	13
Mamit	139 Bayi	48.6 %	73	25.5

Catatan :

Data kelahiran bayi di dua Puskesmas ini diregister/dicatat oleh bidan baik ditolong oleh tenaga kesehatan maupun dukun bersalin. Yang menjadi pertanyaan kemudian adalah apakah bayi-bayi tersebut datang timbang ke posyandu setiap bulan atau tidak ? Jika bayi datang ke posyandu, apakah mendapat KMS atau tidak ? Dari hasil *Mid-survey* terlihat bahwa anak yang memiliki KMS hanya 14.4 %, sedang 63.1 % tidak memiliki KMS, KMS hilang 8.5 %, disimpan Kader dll 14 %. Alasan yang paling sering dikemukakan oleh kader posyandu, POD dan petugas adalah kelangkaan KMS di Puskesmas.

1.1.4 Promote registration of all maternal and infant mortality case

Menurut bidan desa Papari dan Kumbur, kader POD, dukun bersalin dan kader Posyandu yang di supervisi, menyatakan tidak ada kematian maternal dan infant. Hanya ada 1 kasus berdasarkan laporan bidan desa di Nabunage yaitu Intra Uterine Fetal Death (IUFD) dengan penyebab kematian letak bokong dan tali pusat kemuka dan berdasarkan laporan L2 dari Puskesmas Kanggime 1 kasus kematian bayi di desa Jingguga pada bulan Pebruari dengan sebab tidak jelas. Rencananya akan dilakukan autosi verbal ke bidan desa pada saat kunjungan beriku oleh HC dan Project Midwife.

(see also tables 1a-b, 2, 3, 4a-b in annexe)

1.2 Distribute Iron tablets, Pyrantel Pamoat and Chloroquine

(see table 5a-b in annexe)

Saat ini tablet Pyrantel yang didistribusikan oleh project ke bidan sudah habis. Persediaan Klorokuin pada bidan masih ada dan didistribusikan setiap minggu.

1.3 Immunise all infants (0 –11 months)

(see tables 6a-b in annexe)

Comment :

Berdasarkan hasil laporan bulanan program imunisasi yang dikirim ke P2M, *hasil cakupan imunisasi di Kec. Kanggime diatas kertas boleh dikatakan cukup memuaskan.* Tetapi pada kenyataannya saat HC mengadakan kunjungan ke Kutime - Kanggime, Maret 2000, informasi dari Bidan desa, kader POD, kader Posyandu dan anggota kelompok, sejak Juli 1999 s/d Maret 2000, staf Puskesmas tidak melakukan Imunisasi. Sedang hasil mid survey menunjukkan jumlah anak yang mendapatkan imunisasi sebanyak 63.8% punya KMS hanya 14.4 %, tidak punya KMS

63.1%. Situasi ini sangat memprihatinkan mengingat, setiap bulan Puskesmas Kanggime mengirim hasil laporan Imunisasi ke Dinas Kesehatan, tetapi kenyataannya tidak semua wilayah dilayani kegiatan imunisasi.

1.6 Construction of bridges

Sebelum dibangun jembatan, proyek mengadakan pertemuan dengan pihak Kecamatan, tokoh agama, kelompok dan masyarakat lain yang tidak menjadi anggota kelompok pada tgl. 24 Januari 2000, di gereja Immanuel Kanggime. Tujuan pertemuan untuk memberikan pengertian pada masyarakat agar menyadari dan mengerti bahwa kegiatan pembangunan jembatan ini bukan "Proyek", siapa yang akan merawat jembatan tersebut, dan kontribusi masyarakat seperti bahan lokal berupa kayu, pasir, batu dan tenaga.

Rencana yang akan dibangun

Perlindungan mata air di kota Kecamatan Kanggime, 1 buah jembatan di desa Kumbur-Parari, 1 buah jembatan di desa Wuluk dan Bak Penampungan Air Hujan di Kutime dengan menggunakan drum bekas avtur.

Pengantar oleh Staf Watch :

Pembangunan jembatan dan perlindungan mata air bersih merupakan kegiatan untuk kepentingan masyarakat di Kecamatan Kanggime, Watch menawarkan rencana pembangunan jembatan di Kumbur – Parari dan Wuluk serta perlindungan mata air bersih di desa Kanggime. WATCH akan membantu menyiapkan alat dan bahan yang tidak ada di lokasi seperti semen, selang, kawat sling dll. Sementara masyarakat diharapkan dapat menyiapkan bahan lokal seperti : kayu, batu, pasir dan tenaga. Masyarakat juga diharapkan mengorganisir pelaksanaan pembangunan prasarana tersebut.

Hasil Pembahasan dan Pertemuan :

1. Masyarakat setuju dan berterimakasih dengan tawaran tersebut
2. Masyarakat bersedia untuk menyediakan bahan lokal (batu, pasir dan kayu)
3. telah ditunjuk masing-masing penanggung jawab untuk program tersebut :
 - Pembangunan perlindungan air bersih di Desa Kanggime : - Kepala Desa Kanggime
 - Jembatan di Desa Kumbur–Parari adalah : Kepala Desa Kumbur dan Parari
 - Jembatan di Desa Wuluk adalah : Kepala desa Wuluk.
4. Masalah :

Masih harus dicari tukang lokal yang mampu dan mau membangun jembatan di 2 lokasi tersebut.

Tanggapan dari Staf Watch

Mungkin masyarakat bisa mencari orang yang dapat membangun jembatan dan dipikirkan ongkos kerjanya. Seperti halnya di Kecamatan Kembu masyarakat meminta Lingge Bembok dan ongkos kerjanya ditanggung bersama oleh masyarakat beberapa desa yang nantinya akan menggunakan jembatan tersebut.

5. Berapa Usulan

- a. Menurut masyarakat setempat pembangunan perlindungan mata air di desa kanggime sangat dibutuhkan. Konstruksi yang di sarankan oleh masyarakat adalah 2 buah bak pendistribusian dengan lokasi 1 di atas lapangan terbang dan 1 bak untuk di sebelah lapangan.

- b. Untuk pipa dari bak penampungan ke bak distribusi, diusulkan supaya pipanya yang baik (tebal dan tidak mudah pecah).
- c. Masyarakat mengusulkan supaya Watch yang usahakan orang mengerjakan dan Watch yang membayar ongkos kerjanya.

Output 2. Capacity of health system, staff and community strengthened

2.1. Develop and explain supervisory system to health staf/POD cadre

2.1.1 Supervisi Bidan

Kunjungan Health Coordinator ke Kutime, Kupara dan Nabunage pada bulan Maret 2000 untuk melakukan supervisi terhadap para bidan yang bertugas di desa Kupara dan Kumber dan Nabunage. Dari hasil supervisi didapat beberapa ‘temuan’ sebagai berikut :

Problem :

“ Mayoritas Bidan Desa Di Kecamatan Kanggime belum melakukan Upaya Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak yang memenuhi standart”

Hambatan :

- a. Belum terpenuhi standart minimal 5T dalam pelayanan ANC dan rendahnya pengetahuan bidan mengenai management pelayanan maternal seperti : definisi K1 dan K4, deteksi resiko tinggi, sasaran Bumil, bulin, Bayi dan balita tiap tahun dalam wilayah kerja serta lemahnya sistem pencatatan dan pelaporan sehingga cakupan pelayanan KIA masih sangat rendah.
- b. Masih rendahnya tingkat pengetahuan bidan mengenai kegawatan obstetrik dan neonatus.
- c. Polindes baru berdiri di desa Nabunage, di Kumber belum selesai sedangkan di desa Kupara (Parari) polindes belum berdiri sama sekali. Masalahnya adalah kesulitan mencari bahan lokal (kayu). Disamping itu Bidan yang bertugas di desa Parari tidak selalu berada dilokasi, karena tempat tinggal bidan di Kutime.
- d. Sistem pencatatan dan pelaporan dari dukun bersalin terlatih ke bidan desa belum berjalan dengan baik. Sistem rujukan baik vertikal maupun horizontal belum berjalan.
- e. Program Imunisasi TT dari Puskesmas tidak berjalan sejak bulan Juli 1999 s/d Maret 2000.
- f. Belum dimanfaatkannya PWS-KIA sebagai informasi/data yang penting untuk analisa situasi, perencanaan, dan tindak lanjut dari program KIA di tingkat puskesmas.

Seksi KIA Dinas Kesehatan :

- tidak mempunyai wewenang untuk memeberi sanksi kepada bidan.
- tidak mampu menjamin kesejahteraan bidan sehubungan dengan gaji bidan yang sering telambat.
- Lemahnya supervisi/monitoring dan evaluasi dari KIA kepada Bidan di kecamatan/desa sehingga seringkali terlambat mengantisipasi masalah-masalah yang terjadi. Tidak ada umpan balik dari Seksi KIA ke Puskesmas.

Dalam melakukan supervisi dan menggali masalah seringkali staf project mengalami kkesulitan karena

- Ketidak jujuran bidan untuk menceritakan/memberitahu hambatan, kesulitan yang sebenarnya terjadi.
- Kesulitan untuk melakukan komunikasi dengan kepala puskesmas dalam upaya mengatasi

masalah-masalah yang terjadi antara lain karena Kepala Puskesmas jarang di tempat.

Upaya-upaya yang telah dilakukan Project :

- 1 Memberikan bimbingan teknis kepada bidan desa yang berkaitan dengan management pelayanan ANC dan mengadakan bintek mengenai kegawatan obstetri dan neonatus dan penanganan.
- 2 Mendistribusikan form LI1 dan L2 untuk bidan di Puskesmas dan form pencatatan dan pelaporan untuk bidan didesa yaitu form 00 rekapitulasi Pencatatan ibu hamil dan balita di tingkat posyandu dan sudah melakukan bimbingan cara pengisian formulir-formulir tersebut.
- 3 Mendistribusikan besar sasaran bumil, bulin, bayi dan balita kepada bidan-bidan desa.
- 4 Mendistribusikan katong perkiraan persalinan kepada bidan dan melakukan bimbingan teknis cara pengisian katong tersebut.
- 5 Melakukan bimbingan teknis kepada dukun bersalin mengenai sistim pencatatan dan pelaporan yang sederhana (walaupun hasil belum memuaskan).
- 6 Mengadakan koordinasi dengan seksi KIA untuk mengatasi masalah-masalah yang berkaitan dengan bidan di desa.

Saran :

- a. Bagi Bidan desa yang sudah menerima dana pembangunan Polindes harus segera merealisasikan pembangunan polindesnya. Dinas Kesehatan/Seksi KIA harus berani memberikan sanksi bagi bidan yang belum membangun polindes meskipun telah menerima dana pembangunannya.
- b. Dinas dan Puskesmas sebaiknya memanfaatkan secara maksimal hasil supervisi bidan penyelia dan diikuti Dalam rangka membenahi sistem/management Pelayanan kesehatan Ibu dan Anak.
- c. Akan sangat menguntungkan bila disediakan Cold Chain di Pustu Papari. Sehingga mempermudah bidan/tenaga kesehatan untuk melakukan imunisasi tidak usah menunggu dari puskesmas Kanggime.
- d. Kepala Dinas diharapkan memberi sanksi kepada Kepala Puskesmas yang sering meninggalkan lokasi tugas, serta memperhatikan tingkat kesejahteraan bidan dan petugas.

2.1.2. *Supervisi Dukun Bersalin (TBA's)*

Jumlah dukun bersalin yang disupervisi adalah 5 orang yang berasal dari desa Kutime, Lerewere, Bambuk dan Wuluk, selain supervisi juga dilakukan bimbingan teknis langsung kepada dukun bersalin. Tabel dibawah ini menunjukkan informasi tentang tingkat pendidikan, lokasi dan kepemilikan Dukun Kit.

Tabel 1.

Nama Dukun	Lokasi	Pendidikan	TBA's Kit	Lama Kerja	Dilatih WATCH
Dago Wanimbo	Kutime	SAM	Tidak ada	> 3 th	Pernah dilatih
Totina Genongga	Lerewere	Kejar Paket A	Tidak ada	> 3 th	Pernah dilatih
Depa Wanimbo	Bambuk	Kejar Paket A	Tidak ada	> 3 th	Pernah dilatih
Arina Gurik	Wuluk	SD	Tidak ada	> 3 th	Pernah dilatih
Yambegukban Wanimb	Pindelo	SAM	Tidak ada	> 3 th	Pernah dilatih

Note : SAM sekolah Alkitab setingkat SD dan SLTP

Tabel 2 Pengetahuan Dukun akan 3-B, ANC, Perawatan Bayi dll

Pengetahuan	Totina W.	Yambegukban	Dago W.	Arina G.	Depa W.
3 Bersih	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu
ANC	Dukun tahu tanda kehamilan. Rata-rata ibu hamil datang periksa setelah 4 bulan.				
Kunjungan	Sebaiknya kunjungan ibu hamil lebih dari 2 kali				
Kehamilan beresiko	Tidak tahu	Tidak tahu	Tidak tahu	Tidak tahu	Tidak tahu
Pertolongan Persalinan	Alat potong tali pusat menggunakan sejenis bambu, dengan ikatan benang noken				
Kasus penyulit	Persalinan lama, letak lintang dan retentio placenta, rujuk ke bidan				

Kunjungan post natal	kunjungi	kunjungi	kunjungi	Kunjungi	Kunjungi
Nama imunisasi	Tahu	tidak	Tidak	Tidak	Tidak
Manfaat imunisasi	Tahu	tahu	Tahu	Tahu	Tahu
Gizi untuk ibu hamil	Semua tahu makanan bergizi penting tetapi frekuensi tetap 2 kali				
Timbang bayi pertama	Tidak dilakukan karena karena tidak ada timbangan bayi				
Berat bayi < 2 kg	Tidak baik	Tidak baik	Tidak baik	Tidak tahu	Tidak tahu
Penyakit bayi	Diare, sesak nafas, batuk dan beringus				
Beri makan tambahan	3 bulan	3 bulan	4 bulan	3 bulan	3 bulan
Jenis makanan tambahan	Pisang, jeruk manis, ubi jalar dan telur				
Cara buat tepung ubi	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu
Cara buat superoralit	Tidak tahu	tahu	tahu	Tidak tahu	tahu
Persediaan tepung ubi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Pencatatan-pelaporan	Sangat terbatas pada nama ibu hamil, kapan periksa dan kapan bersalin				

Diskusi :

1. Dukun Kit

Untuk meningkatkan pelayanan persalinan yang aman dan bersih, dukun bersalin harus dilengkapi dengan peralatan seperti gunting, sarung tangan dan klem arteri. Kepada dukun harus terus-menerus diajarkan cara merawat, menyimpan dan sterilisasinya agar kit dapat tahan lama.

2. Pengetahuan Dukun

- Pendidikan yang rendah dan terbatasnya pengetahuan bahasa Indonesia dukun menyebabkan proses belajar mengajar mengalami hambatan.
- Masih ada dukun yang melakukan tindakan diluar wewenangnya (melakukan tindakan versi luar pada ibu hamil dengan kelainan letak janin).

Kesimpulan

Untuk keberlanjutan dan peningkatan pelayanan kesehatan maternal, bidan diharapkan untuk terus menerus melakukan bimbingan (supervisi) yang terus menerus pada dukun bersalin di wilayah kerja mereka. Bimbingan tidak saja dalam peningkatan kemampuan teknis (skill), deteksi dini

kehamilan beresiko dan rujukan, melainkan juga dalam pencatatan dan pelaporan. Bimbingan teknis langsung di tempat dukun bertugas dirasa lebih efektif meskipun jumlah dukun yang dapat dibimbing sangat terbatas.

2.1.3. Supervisi Kader POD

Jumlah kader POD yang disupervisi sebanyak 10 orang kader. Dan POD yang di supervisi adalah POD Kutime, Bambuk, Wuluk. Selain supervisi, staf memberikan bimbingan teknis mengenai gejala dan pengobatan malaria, diare, pnemonia serta cara pencatatan dan pelaporan dan cara mencuci tangan. Pendistribusian MAP Diagnosa dan pengobatan 3 Penyakit utama dan formulir pemakaian obat bulanan.

Tabel 1 : Identitas kader POD yang disupervisi

Nama	Lokasi POD	Desa	Anggota CD	Pernah dilatih
Pular Wanambo	Kutime	Kupara	Ya	Pernah
Anis	Kutime	Kupara	Ya	Pernah
Diep	Bambuk	Nabunage	Ya	Belum
Baibunggen	Nabunage	Nabunage	Ya	Pernah
Birimus Gurik	Wuluk	Wuluk	Ya	Pernah
Anas	Wuluk	Wuluk	Ya	Pernah
Yeni Wanena	Wenggume	Erugwi	Ya	Pernah
Karel	Wondame	Yaliwak	Ya	Pernah
Yelimus	Dolonggun	Egoni	Ya	Pernah
Dani	Lerewere	Egoni	Ya	Belum

Tabel 2 Pengetahuan kader mengenai penyakit pneumonia, malaria dan diare serta pengetahuan dasar Kader POD

Nama Kader	Pengetahuan Umum (praktek)	Pneumonia	Malaria	Diare	Score
Pular Wanambo	10/50	10/90	30/110	30/70	80/320
Anis	0	10/90	20/110	0	30/320
Diep	30/50	50/90	20/110	50/70	150/320
Baibunggen	10/50	40/90	20/110	20/70	90/320
Birimus Gurik	30/50	70/90	110/110	60/70	270/320
Anas	0	40/90	20/110	20/70	80/320
Yeni Wanena	30/50	50/90	60/110	60/70	200/320
Karel	40/50	70/90	90/110	70/70	270/320
Yelimus	30/50	70/90	70/110	50/70	220/320
Dani	20/50	70/90	100/110	70/70	260/320

Catatan:

Dari tabel diatas dapat diketahui :

- lebih dari 60 % kader dapat menyebutkan tanda-tanda bukan pnemonia, pnemonia dan pnemonia berat dengan benar. Dalam menentukan pengobatan masih ada kader yang memberi terapi Injeksi Penicillin Procain untuk Pneumonia Berat yang seharusnya dirujuk ke Puskesmas.
- Untuk penyakit malaria hanya 50 % kader yang mendapat score > dari 60, meskipun hampir sebagian besar kader tahu tanda-tanda penyakit malaria. Sedang pengetahuan kader mengenai pemberian klorokuin sesuai umur, cara penularan dan pencegahan malaria masih kurang. Pemahaman kader mengenai cara penularan malaria dari air kotor,

- karena bibit malaria senang di air kotor juga karena penderita jarang mandi dan lingkungan tempat tinggal kotor.
- Pengetahuan kader mengenai penyakit diare sudah cukup baik. Yang masih kurang adalah cara pembuatan tepung ubi jalar dan superoralit. Semua kader tahu bahwa penderita diare harus minum banyak/minum oralit untuk menggantikan cairan yang hilang.
 - Pada umumnya kader tahu cara membaca timbangan, cara mencuci tangan, cara menyuntik dan sterilisasi alat. Hanya pengetahuan kader mengenai cara menghitung nafas masih kurang, dibandingkan dengan cara menyuntik.

Setelah selesai melakukan supervisi kemudian staf mengajar kader kembali mengenai 3 penyakit utama, cara membuat tepung ubi jalar, superoralit, cara mencuci tangan yang benar, cara menghitung nafas dan pencatatan dan pelaporan. Materi yang diajarkan berdasarkan buku kader POD yang telah disusun oleh Tim health. Buku pedoman pengobatan tersebut diberikan kepada kader sebagai buku pegangan.

Saran-saran dari kader untuk Watch :

1. Jenis penyakit yang diajarkan harus ditambah misalnya dengan kecacingan dan penyakit kulit .
2. Menyediakan formulir pencatatan dan pelaporan untuk penyakit dan laporan obat yang akan di kirim ke Puskesmas.
3. Mengadakan pelatihan mengenai pencatatan dan pelaporan terutama pemakaian obat.
4. Membantu membelikan obat/membayar retribusi langsung ke Din-Kes agar POD mendapat obat.
5. Membantu menyediakan belanga untuk sterilisasi.

2.1.4. Supervisi Kader Posyandu

Jumlah kader posyandu yang disupervisi sebanyak 6 orang. Pengetahuan kader tentang jenis-jenis imunisasi dan manfaat imunisasi serta kemampuan untuk mengisi KMS masih rendah. Pengetahuan mengenai gizi cukup baik, sesekali kader memberikan PMT di posyandu. Tidak semua kader yang disupervisi dapat menyebutkan cara membuat tepung ubi jalar dan superoralit dengan benar. Semua kader belum pernah mempraktekkan cara membuat tepung ubi jalar dengan alasan tidak punya alat. Masih rendahnya pengetahuan kader mengenai jenis-jenis dan manfaat Imunisasi.

2.2.1. Supervisi Tingkat Puskesmas

a. Program Imunisasi

Menurut keterangan bidan desa, kader POD, dukun bersalin, kader posyandu dan kader pengembangan program Imunisasi di desa Kupara, Nabunage, sejak bulan Juli 1999 sampai Maret 2000 tidak dilaksanakan oleh puskesmas. Pihak puskesmas menyatakan bahwa setiap bulan imunisasi dilaksanakan dan tercatat dalam laboran bulan yang dikirim ke Dinas Kesehatan.

a. Pencatatan dan Pelaporan

- Staf SP2TP tidak selalu ada di puskesmas.
- Form LB1 di puskesmas sudah habis, sehingga puskesmas tidak dapat membuat laporan LB1 untuk bulan Pebruari 2000.
- Menurut keterangan dari Staf Puskesmas, POD tidak mengirimkan laporan bulanan penyakit

(data kesakitan), sedangkan menurut informasi dari kader POD mereka selalu mengirim data kesakitan setiap bulan ke puskesmas.

- Seringkali tidak ada data LB2 (kematian). Menurut informasi dari staf puskesmas tidak ada laporan kematian dari masyarakat atau kader POD, sedang menurut informasi dari kader POD dan dukun, mereka selalu mengirim laporan ke puskesmas jika ada kematian.
- LB4 dibuat hanya sampai bulan November 1999. Hal ini disebabkan karena form LB4 di Puskesmas saat ini sudah habis. Menurut informasi dari staf puskesmas persediaan obat di puskesmas sudah menipis.

2.2.2. *Supervisi Tingkat BP (BP Kutime)*

Jumlah mantri di BP ini hanya 1 yaitu Taibu sedang kader 3 orang. Kader yang disupervisi 2 orang.

Saat ini BP Kutime dalam keadaan sangat memprihatinkan. Masalah yang dihadapi seperti :

- Terbatasnya jenis obat yang ada, Kloroquin, GG, Ampicillin Syrup dan Quinine Antipirin Injeksi.
- Terjadi konflik pribadi antara Pular Wanimbo (kader POD Kutime) dengan petugas kesehatan (Taibu) yang bertugas di BP. Persoalannya adalah obat suntik. Menurut informasi, masyarakat lebih senang kader karena kader melakukan kegiatan keliling untuk menyuntik dan masyarakat dapat membayar belakangan bila telah sembuh. Dengan petugas kesehatan masyarakat harus bayar dulu baru bisa disuntik. Menurut kader, pencatatan dan pelaporan dibawa oleh Mantri Taibu, staf tidak dapat menceknya.

2.2.3. *Supervisi Tingkat POD*

a. POD Bambuk

- Jumlah kader POD sebanyak 2 orang, tetapi yang aktif hanya 1 orang.
- Jenis obat yang tersedia saat ini adalah kloroquin, GG, Prednison, Kotrimoksazol, Antasida, Oralit
- Sensus harian penyakit, buku laporan bulan penyakit, buku laporan kematian, buku laporan penerimaan dan pemakaian obat tidak tersedia di POD. Kader belum mengerti cara membuat laporan, dan POD sulit menyediakan ATK.
- Sejak bulan Agustus 1999 s/d Pebruari 2000 kader tidak mengirimkan pencatatan dan pelaporan ke puskesmas dengan alasan mengikuti pelatihan ke Jawa. Sebagai catatan Diep Wanimbo selain kader POD juga sebagai kader Pengembangan.
- Masyarakat kadang kala datang terlambat, penderita sudah dalam keadaan sakit berat. Untuk mengatasi hal ini kader berusaha memberi penyuluhan di gereja.
- POD harus membayar retribusi Rp 10.000,- ke puskesmas setiap 3 bulan.

b. POD Nabunage

Pada bulan Pebruari 2000 Honai milik kader POD dibakar. Penyebab adalah masalah perempuan.. Barang-barang milik kader yang terbakar adalah: obat-obatan, alat-alat rumah tangga, barang-barang bantuan kelompok, ternak dan uang RP. 600.000, buku-buku pencatatan dan pelaporan. Karena masalah ini untuk sementara pelayanan di POD di hentikan, menurut keterangan kader POD, tanggal 25 Maret 2000 ini POD akan mengambil obat ke Puskesmas dan POD akan aktif kembali.

c. POD Wuluk

- Jumlah kader POD yang disupervisi sebanyak 2 orang.
- Jenis obat-obatan dan alat-alat yang tersedia di POD saat ini adalah Klorokuin, GG, Dexametason, Kotrimoksasol, Vit C dan B Complex, Metrinidasol, Klorafenikol, CTM, Paracetamol, Amoksisilin Syrup, Salep 2-4, Chloramfercort cream
- Peralatan yang tersedia Timbangan, nerbeken, mortir, minor surgery
- POD mengirim laporan bulanan ke puskesmas dengan menggunakan buku sensus harian dan puskesmas akan merekapnya ke LB1.
- Kader sudah menggunakan form pemakaian obat yang diajarkan oleh Watch.

2.5 Programmer to revise and install completed Health Information System

Drs. Abdul Wahab, MPh., tgl. 23 February – 6 March 2000

Kegiatan yang dilakukan selama di Wamena :

1. Mengidentifikasi permasalahan berkaitan dengan program HIS yang selama ini sudah berjalan.
2. Melakukan kunjungan ke 2 puskesmas Hom-hom dan Wamena kota untuk melihat secara langsung implementasi di lapangan dan hambatan yang dialami oleh petugas puskesmas
3. Melakukan pertemuan dengan Kepala-kepala Seksi di Dinas kesehatan untuk mengidentifikasi hambatan dan masalah HIS di district level.
4. Menggali masalah dan melatih petugas Pencatatan dan Pelaporan (SP2TP) di 13 puskesmas sekitar lembah.
5. Melakukan fiksasi dan perbaikan program SIK Seksi Pemulihan
6. Melatih dan mendampingi petugas pencatatan dan pelaporan Seksi Pemulihan Dinas Kesehatan.

Temuan masalah :

1. Data kesehatan di tingkat kabupaten tidak lengkap.
2. Sistem Informasi Kesehatan yang telah dikembangkan oleh Dinas Kesehatan bekerja sama dengan Watch masih dipergunakan sampai saat di Puskesmas.
3. Menurut Seksi Pemulihan, Dinas Kesehatan tidak mempunyai dana untuk memperbanyak form yang seharusnya tersedia.
4. SDM di Seksi Pemulihan yang terbatas jumlah dan kapasitasnya.
5. Prasarana yang sangat terbatas (komputer yang sudah tua) baik di tingkat Puskesmas maupun di Dinas Kesehatan.
6. Permasalahan yang di ungkapkan oleh seksi Pemulihan Dinkes berkaitan dengan program seperti : besaran digit yang kurang, data 10 besar penyakit bisa tidak akses, setting printer.
7. Semua laporan yang dikirim oleh Puskesmas tidak lewat satu pintu di Dinas (Seksi pemulihan) melainkan tersebar ditiap-tiap seksi sesuai dengan jenis laporan yang
8. Ditingkat Puskesmas :
 - Puskesmas menerima laporan kesakitan (LB1) dari POD, BP, Pustu dan Polindes dalam bentuk catatan jumlah penyakit berdasarkan gejala bukan diagnosa sehingga petugas mengalami kesulitan pada saat melakukan klasifikasi jenis penyakit.
 - Kadang kala Puskesmas merasa membuat laporan tidak ada gunanya karena tidak mendapat umpan balik dari Dinas Kesehatan.

Perbaikan Program yang telah dilakukan :

1. Menambah space untuk jumlah digit (dari 3 digit menjadi 5 digit) didalam program maupun database dalam formulir LB1, LB2, LI1, LI2 dan LA untuk program *entry, edit dan printing data*
2. Menambah variabel BP, POD dan Polindes dalam program file informasi Puskesmas, baik program maupun databasenya. Memperbaiki sistem kalender dari 1900 menjadi 2000 (Millenium-Bug). Merubah tulisan Irian Jaya menjadi PAPUA. Memperbaiki tampilan pada waktu cetak dan mengatur format cetak. Mengurangi banyak baris setiap halaman dan menghapus tampilan penyakit lainnya dalam laporan 10 besar penyakit
3. Setting printer sehingga bisa dipakai menggunakan printer dot matrix maupun laser jet.
4. Merubah format LI2 sesuai dengan format formulir yang digunakan. Perubahan dilakukan pada program *entry data, database* maupun tampilan *output*. Pada form lama hanya terdiri dari 19 kolom sedangkan yang baru ada 23 kolom sekaligus penambahan nama variabel baru.
5. Merubah perubahan Format LA/MA (Master Anak) sesuai dengan format formulir terbaru. Dalam format lama tidak ada variabel/kolom yang otomatis terisi sedangkan pada format baru kolom 3,4,23 dan 24 secara otomatis akan terisi berdasarkan kalkulasi dari kolom-kolom lain yang telah diisi sebelumnya.
6. Pembetulan kalkulasi untuk masing-masing golongan umur pada laporan LB1 dan LB 2.
7. Menghilangkan kasus 0 dari output, sehingga yang perlu muncul dalam output hanya penyakit yang mempunyai jumlah kasus tertentu.
8. Memperbaiki permasalahan output laporan pengiriman tidak mau menyimpan ke file, penyimpanan baru dilakukan setelah keluar dari program
9. Otomatisasi pemberian nama file output sesuai dengan nama formulir, tahun dan bulan, sehingga tidak perlu menuliskan lagi.

Program yang belum diperbaiki :

1. Laporan tingkat Kabupaten
 - Laporan KLB belum diselesaikan karena kriteria KLB yang dipergunakan tidak sesuai dengan definisi yang dipakai oleh seksi P2M.
2. Laporan tingkat Puskesmas
 - LA, masih perlu penyempurnaan untuk mendefinisikan output dengan nama file yang dapat muncul secara otomatis tanpa harus menulis lagi
 - LI1, pemberian nama file belum sempurna (kurang nama bulan dan Puskesmas).
 - LI2 kasusnya sama dengan LI2

Sub Program yang belum dibuat

1. Laporan tingkat kabupaten
 - PWS untuk 3 penyakit utama, KIA dan Imunisasi
2. Laporan tingkat Puskesmas
 - LB1 untuk semua golongan umur
 - LB2 untuk semua golongan umur
 - PWS untuk 3 penyakit utama, KIA dan imunisasi

Output 3. A Preventative Health And Nutrition Program Implemented

3.1 Distribution of nutrition plot starter packs

Ada hal yang menggembirakan dari kader yang telah dikirim ke Jawa, kader di Kutime,

Bambuk, Kanggime (Theo dan Ekena). telah menerapkan pemanfaatan lahan pekarangan. Jenis tanaman yang ditanam adalah kacang panjang, buncis, sawi, bawang, tomat, jahe, singkong, kedelai.

3.2 *Promote use sweet potato flours and powders*

Project telah berusaha untuk mensosialisasikan pembuatan dan manfaat tepung ubi jalar, tetapi baik kelompok, kader POD, Kader Posyandu, dukun bersalin dan petugas kesehatan (bidan) belum mempraktekkan. Yang menjadi kendala dalam pembuatan tepung, bubur tepung dan superoralit adalah:

1. Belum semua kelompok, kader dan petugas kesehatan memahami cara pembuatannya terutama cara pembuatan superoralit.
2. Atau mereka sudah tahu tetapi tidak mempraktekannya, tidak ada alat menjadi penyebab.
3. Mungkin cara pembuatan memakan waktu, sedangkan ibu-ibu tidak mempunyai waktu yang cukup karena mereka lebih banyak di kebun.
4. Lebih mudah bagi ibu-ibu memberikan ubi kepada bayi/anak untuk PMT dibandingkan harus membuat bubur tepung dari ubi jalar.
5. Bagi kader POD lebih baik memberikan oralit kepada penderita diare dari pada membuat superoralit dan memberikannya kepada penderita.
6. Lebih mudah juga bagi ibu-ibu memberikan oralit dari pada superoralit.
7. Mungkin mereka belum merasa membutuhkan ?

3.3 *Develop IEC material Based on PLA studies*

IEC material sudah rampung dibuat dan sudah dicetak dengan perincian :

- | | |
|---|-------------|
| 1. flipchart/lembar balik “ Kesehatan ibu dan anak” | 200 exp, |
| 2. booklet “makanan sehat” | 1500 exp, |
| 3. poster “cuci tangan” | 100 lembar, |
| 4. poster “cara membuat Superoralit” | 100 lembar, |
| 5. poster “Posyandu” | 100 lembar. |

Dan sudah didistribusikan ke POD, Bidan Desa , Gereja, Puskesmas dan anggota kelompok.

Comment :

Pada saat kunjungan staf ke Kanggime untuk mensosialisasikan IEC Material kepada kelompok kaum ibu di gereja, bidan dan kader, tanggapan yang muncul pada saat pertama kali melihat adalah “.....wah ini gambar orang yang kami kenal, gambar orang Kanggime...”,

“Bahasanya kami kenal ini bahasa Lani....”

Hal yang menarik adalah, ibu-ibu dan anak-anak (SD) terlihat senang dan gembira, sambil tertawa-tertawa, melihat gambar dan membaca pesan-pesan yang tertulis .

IEC material yang telah dibuat diharapkan dapat menjadi media yang tepat untuk pendidikan kesehatan bagi masyarakat Kanggime dan Kembu. Terutama booklet makanan sehat dapat dipakai sebagai media untuk pendidikan nutrisi terutama bagi kaum ibu. Hal yang penting untuk project adalah melakukan monitoring dan evaluasi pemanfaatan material IEC tersebut untuk mengetahui efektifitas dan keberhasilan media campaign tersebut.

Rencana mendatang :

Project akan menambah/memperbanyak materi KIE dengan mencetak :

1. Booklet makanan sehat
2. Booklet kesehatan ibu dan anak
3. Poster “Pembuatan Superoralit”
4. Poster “Cuci tangan”
5. Poster “ Ke Posyandu”
6. Pembatas buku “Tanda Bahaya untuk Bapak/Suami”

3.4 *Training given in food preparation*

Training Officer memberikan pelatihan kepada ibu-ibu dan kelompok di Desa Kutime, Bambuk, Nabunage, Wuluk dan Kanggime pada bulan Maret 2000.

Kepada ibu-ibu diajarkan:

1. Fungsi Makanan yaitu sebagai sumber tenaga, sumber pembangun, dan sebagai zat pengatur dan contoh-contoh makanan sesuai dengan fungsinya.
2. Cara menyediakan menu sehari-hari, menu sehari-hari yang sehat harus mengandung unsur protein, karbohidrat, mineral, lemak dan vitamin.
3. Cara pengolahan makanan dari bahan lokal.

Komentar :

1. Pelatihan ini merupakan salah satu strategi untuk memperkenalkan/mensosialisasikan cara menyediakan makanan yang bergizi, karena para ibu dapat langsung melihat dan mempraktekkan
2. Akan lebih bermanfaat bila project dapat mencetak buku panduan berisi informasi mengenai cara pembuatan makanan tersebut disertai ilustrasi pembuatannya.
3. Sangat penting untuk memperkenalkan manfaat bahan lokal misalnya untuk membuat minyak goreng dari kacang tanah dan pembuatan susu kedelai, sehingga memperbesar kesempatan masyarakat untuk mendapatkannya.
4. Dianjurkan agar menu yang dibuat sederhana agar mudah dipraktekkan dan diingat.

Comp. 2 Gender and Development

Output 4. Existing community development initiative strengthened

4.1. Training provided for groups with training materials such as agriculture, animal husbandry, appropriate technology and LEISA according to self reliant stage

Pelatihan LEISA (*Low External Input Sustainable Agriculture*) dilakukan di Kanggime difasilitasi oleh Male GAD Assistant dan Training Officer, sedang di Mamit/Kembu difasilitasi oleh Cadre Assistant dan Cadre supervisor. Peserta pelatihan yang hadir di Kanggime sebanyak 18 orang pendamping, sedangkan di Kembu sebanyak 16 orang pendamping. Nama-nama peserta dan asal kelompok dapat dilihat selengkapnya dapat dilihat dalam lampiran.

Materi pelatihan meliputi:

1. Pre-test pengetahuan peserta tentang pertanian dan peternakan
2. Pertanian selaras alam/LEISA (pembuatan terassering dan manfaatnya)

3. Pemanfaatan lahan pekarangan untuk demplot gizi
4. Penghijauan
5. Usaha ternak keluarga (ayam dan kelinci)
6. Teknik-teknik penanaman tanaman introduksi (wortel, kacang merah, kedelai, sawi, dll.).
7. Pelatihan Teknologi Tepat Guna (di Kanggime saja)

Hasil tes awal pengetahuan tentang pertanian dan peternakan yang selaras alam (LEISA):

Tabel 1.1. Pengetahuan tentang pelestarian lingkungan/konservasi alam:

	UNSUR LEISA		AKIBAT TEBANG HUTAN SEMBARANG		CARA CEGAH EROSI	
	Tahu	Tidak tahu	Tahu	Tidak tahu	Tahu	Tidak tahu
Kanggime	0%	100%	52.38%	47.62%	28.57%	71.43%
Kembu	54%	46%	25%	75%	50%	50%

Tabel 1.2. Pengetahuan tentang pertanian organik

	UPAYA PENYUBURAN		KOMPOS		MULSA		GILIR TANAMAN		TUMPANG SARI		PERPENDEK MASA BERO	
	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu	Tahu
Kanggime	9.5%	90.5%	14.3%	85.7%	4.8%	95.2%	9.5%	90.5%	14.3%	85.7%	4.8%	95.2%

Catatan: *Di wilayah Kembu, data tentang pengetahuan berkaitan dengan pertanian organik tidak ada.

Diskusi :

Dari 2 tabel di atas diketahui bahwa pengetahuan peserta tentang unsur-unsur pertanian selaras alam (unsur petani, tanah, tanaman, ternak dan lingkungan yang menjadi satu kesatuan); konservasi lahan dan teknik-teknik pertanian organik masih rendah (di bawah 50%). Namun perlu diingat bahwa sebenarnya beberapa hal tentang unsur-unsur pertanian organik tersebut telah dilakukan oleh masyarakat, seperti pengistirahatan tanah untuk memulihkan kesuburan, tanaman tumpang sari dan penanaman pohon penghijauan. Berangkat dari apa yang telah dilakukan oleh masyarakat tersebut, maka Proyek akan terus berupaya meningkatkan pemahaman dan penerapan system pertanian selaras alam (LEISA) agar pemahaman masyarakat semakin bertambah baik.

Tabel 1.3. Pemanfaatan lahan pekarangan untuk kebun gizi

	PENGERTIAN KEBUN GIZI		MANFAAT KEBUN GIZI		PENERAPAN KEBUN GIZI+	
	Tahu	Tidak	Tahu	Tidak	Ada	Tidak
Kanggime	23.8%	76.19%	42.86%	57.14%	9.52%	90.48%
Kembu	31%	69%	12%	88%	25%	75%

Keterangan: : * Yang dimaksud dengan kebun gizi dalam tabel ini adalah percontohan pemanfaatan pekarangan sebagai kebun gizi terpadu yang dibuat oleh kelompok. Dalam kebun gizi terdapat tanaman sayur-sayuran jenis baru (introduksi), buah-buahan, kacang-kacangan, bumbu dapur dan tanaman obat serta pemanfaatan kebun tersebut untuk peningkatan gizi keluarga.

Diskusi :

Bila dibandingkan dengan hasil annual survey bulan Pebruary 2000 (87.9% anggota kelompok dan 68.4 % bukan kelompok memanfaatkan pekarangan untuk tanaman gizi) terlihat bahwa hasil pemanfaatan lahan pekarangan untuk kebun gizi masih jauh dari target yang diharapkan (Kanggime 9.52 %, Mamit 25 %). Menarik untuk didiskusikan disini beberapa hal yang mungkin menyebabkan timbulnya keadaan diatas seperti:

1. Apakah masyarakat merasa lebih senang melakukan kegiatan di kebun pribadi, yang manfaatnya dapat langsung dinikmati keluarga sendiri, daripada bekerja dalam kelompok yang hasilnya harus dibagi bersama ?
2. Mungkin saja program kebun (demplot) gizi sebenarnya lebih cocok diterapkan langsung dalam keluarga-keluarga daripada membuat kebun percontohan bagi seluruh anggota kelompok. Hal ini tidak terlepas dari kebiasaan masyarakat setempat untuk menanami pekarangannya, walaupun jenis tanamannya masih terbatas.
3. Intervensi proyek dengan demplot gizi kelompok bertujuan untuk percontohan dan juga perbanyak bantuan bibit sebelum dibagikan secara merata kepada seluruh anggota kelompok.

Meskipun penerapan demplot gizi secara kelompok masih rendah baik di Kanggime maupun di Mamit, namun dari Annual Survey diketahui bahwa ditingkat keluarga, pemanfaatan pekarangan sebagai kebun gizi sudah dilakukan secara luas.

Tabel 1.4. Budidaya ternak Ayam

Wilayah	MENGAPA PERLU DIKANDANGKAN		CARA MEMBUAT KANDANG AYAM		CARA PEMELIHARAAN AYAM	
	Tahu	Tidak	Tahu	Tidak	Tahu	Tidak
Kanggime	38.99%	61.91%	47.62%	52.38%	23.81%	76.19%
Kembu	54%	46%	25%	75%	34%	66%

Tabel 1.5. Budidaya ternak Kelinci

Wilayah	MANFAAT KANDANG KELINCI		CARA BUAT KANDANG KELINCI		UMUR MENGAWINKAN KELINCI		PERSIAPAN KELINCI BERANAK	
	Tahu	Tidak	Tahu	Tidak	Tahu	Tidak	Ada	Tidak
Kanggime	33.3%	66.67%	23.81%	76.19%	0%	100%	0%	100%
Kembu	57%	43%	25%	75%	0%	100%	44%	56%

Diskusi :

Table 1.4 dan 1.5 menunjukkan pengetahuan peserta pelatihan tentang budidaya ternak ayam dan kelinci meliputi manfaat kandang, cara membuat kandang dan pemeliharaan masih rendah. Bahkan peserta dari kedua wilayah tersebut tidak ada yang mengetahui kapan tepatnya umur kelinci pada saat pertama kali dikawinkan. Dari pengalaman supervisi lapangan diketahui bahwa belum banyak masyarakat yang beternak kelinci, sehingga dapat dimengerti mengapa sebagian besar peserta tidak dapat menjawab pertanyaan tersebut.

Upaya peningkatan pengetahuan dan ketrampilan masyarakat tentang pertanian selaras alam dan budidaya ternak terus dilakukan. Dengan pembuatan demplot dan pembagian bibit diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan tersebut. Harus juga dilakukan supervisi dan pendampingan terus menerus untuk perkembangan selanjutnya.

4.1.7. Pelatihan Teknologi Tepat Guna (TTG).

Pelatihan teknologi tepat guna dilakukan di wilayah Kanggime difasilitasi oleh Training Officer. Sesuai dengan usulan para kader maka pelatihan dilakukan dengan menggabungkan 3 gereja setiap kali pelatihan (di pusat dewan). Dalam pelatihan ini selain melibatkan para kader pendamping kelompok, kader posyandu dan POD, juga anggota kelompok dan masyarakat disekitar tempat pelatihan yang berminat.

Materi pelatihan adalah:

- diskusi tentang manfaat makanan bergizi bagi pertumbuhan dan kesehatan,
- keanekaragaman makanan yang sebaiknya dikonsumsi
- praktek pengolahan makanan bergizi dengan menggunakan bahan-bahan setempat, seperti: ubi jalar, singkong, kedelai, kacang tanah, pisang dan lain-lain.

Berikut ini adalah daftar peserta pelatihan TTG di tiap tempat:

Kec. Kanggime (Lokasi Latihan)	Asal gereja Kelompok	Jumlah Peserta
Kanggime lapangan	Kelompok Listrik, Yames dan Theo (1 gereja)	19 orang
Itelo	Kelompok Itelo dan Dimbogu	19 orang
Belep	Kelompok Belep, Ligimbak dan Kanggineri	11 orang
Nunggawi	Kelompok Nunggawi, Abera dan Kubu	15 orang
Wondame	Kelompok Wondame, Pagona dan Jambilia	18 orang
Loakbanom	Kelompok Loakbanom, Ewan dan Andomak	25 orang
TOTAL	15 gereja	133 orang

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa pelatihan dilakukan di 6 titik. Enam titik daerah tersebut merupakan daerah yang sulit dijangkau (daerahnya bergunung-gunung dengan jalan setapak). Di tiap titik (tempat pelatihan) tersebut staf harus menginap, sehingga diperlukan waktu kurang lebih 13 hari untuk menyelesaikan program pelatihan tersebut..

Pelatihan dengan menggunakan sistem ini banyak keuntungannya, yaitu:

- Dapat melibatkan lebih banyak orang (anggota kelompok) dari pada bila hanya dilakukan di kota kecamatan Kanggime, dimana yang datang hanya terbatas para kader.
- Pelatih dan peserta dapat langsung melihat dan memanfaatkan bahan-bahan yang ada di daerah tersebut (local specific).
- Kesempatan ini sekaligus digunakan untuk supervisi kegiatan kelompok.

Pelatihan ini mendapat tanggapan positif dari peserta dan tokoh gereja pada umumnya, seperti kesan-kesan dibawah ini :

“ Kami senang dikunjungi oleh petugas WATCH untuk melatih kami, karena sebelumnya tidak ada petugas-petugas lain yang mau jalan wilayah ini untuk melatih kami hal-hal seperti ini.....”

(kesan dari seorang peserta).

“Untuk meningkatkan gizi keluarga sebenarnya kami ada banyak bahan di sini, tetapi selama ini kami tidak tahu cara mengolahnya dan saat ini kami mulai lihat.....”

(kesan pimpinan Gereja setempat)

“Untuk cara-cara mengolah hasil bumi ini kami sudah biasa melihat dan biasa praktekkan, tetapi kami susah karena belum mempunyai alat-alat. Usulan, apakah proyek WATCH bisa bantu kami sediakan alat-alat seperti dandang dan gilingan.....”

Tanggapan dari staf:

WATCH tidak memberi bantuan peralatan dapur karena peralatan itu merupakan kebutuhan rumah tangga yang harus dipenuhi sendiri oleh keluarga. Bantuan yang diberikan adalah membagi ilmu pengetahuan dan ketrampilan untuk membuka wawasan, membuka jalan, memperkuat kegiatan pertanian dengan sedikit bantuan bibit sebagai stimulan. Dengan harapan, anggota kelompok akan mengembangkannya, dan hasilnya selain dapat dimakan untuk meningkatkan gizi, juga dapat dijual untuk membeli alat-alat yang diperlukan. (Catt : 2 thn yang lalu banyak anggota kelompok di Kanggime yang mampu secara mandiri menyediakan alat-alat dapur dan TTG seperti gilingan dan kukusan).

Issue:

Belajar dari pengalaman di atas dapat dikatakan bahwa saat ini telah terjadi pergeseran persepsi/pengertian masyarakat tentang makna dan tujuan intervensi proyek pengembangan masyarakat. Sebelumnya masyarakat dapat memahami bahwa tujuan kegiatan pengembangan terutama adalah pemberdayaan masyarakat dengan menggunakan sedikit bantuan sebagai stimulan. Saat ini proyek pengembangan dipahami sebagai “proyek” dengan tanggung jawab memenuhi segala keperluan masyarakat, termasuk kebutuhan yang timbul sebagai akibat hasil kegiatan/intervensi seperti pelatihan TTG atau pengolahan makanan.

Dalam kasus diatas setelah mereka belajar tentang pentingnya makanan bergizi dan cara pengolahan makanan tersebut, kesadaran yang langsung muncul adalah mereka membutuhkan semua perlengkapan pendukungnya. Dan menurut masyarakat hal ini menjadi tanggung jawab project untuk memenuhinya karena telah mengajari ketrampilan tersebut..

Dikatakan diatas telah terjadi pergeseran persepsi/pengertian masyarakat karena dari pengalaman 2 tahun lalu, kelompok di wilayah Kanggime telah beramai-ramai mengirimkan uang ke Wamena untuk minta tolong dibelikan alat-alat pendukung pelatihan ketrampilan seperti gilingan, dandang, alat penapis dan lain-lain. Sedang saat sekarang, mereka malahan mundur ke belakang dengan meminta proyek untuk menyediakan alat-alat tersebut. Patut dipertanyakan disini alasan apakah yang menyebabkan terjadi pergeseran persepsi tersebut? apakah ada hubungannya dengan pengaruh eksternal ataukah berasal dari faktor internal masyarakat itu sendiri? Diperlukan kajian yang lebih mendalam untuk menjawab pertanyaan tersebut.

Total kelompok yang mendapat pelatihan TTG hingga Maret 2000:

	Kel	S/d Mei 99	Juni 99	Juli '99	Jan-Peb 2000	Maret 2000	Total	%
Kanggime	46	11	9	0	15	11	46	100%
Kembu	50	7	0	12	0	0	19	38%

Pelaksanaan pelatihan TTG di Kanggime telah selesai (memenuhi target), semua kelompok telah mendapatkan pelatihan. Sedangkan di wilayah Kembu baru mencapai 36.5%.

Hal ini terutama disebabkan alasan –alasan sbb :

- medan wila yah Kembu lebih susah dijangkau

- jarak lokasi gereja (pos) satu dengan yang lain lebih jauh (terlalu menyebar), hal ini menyebabkan petugas harus mengunjungi tiap-tiap kelompok (lebih susah untuk menyatukan 2 atau 3 kelompok di satu titik pelatihan).
- Animo anggota kelompok/masyarakat untuk mengikuti pelatihan di Kanggime jauh lebih tinggi dibandingkan di Mamit. Terlihat dari jumlah peserta yang hadir dalam setiap pelatihan.

4.1.7 Keterlibatan WATCH dalam Pelatihan TTG yang diselenggarakan oleh BINA SWADAYA

(Wamena 11 Maret 2000)

Pelatihan TTG ini difasilitasi oleh BINA SWADAYA Wamena dengan sasaran kelompok-kelompok Pengusaha kecil yang bergerak di bidang penjualan aneka kue di Wamena. Kelompok-kelompok tersebut adalah kelompok binaan Bina Swadaya.

Materi pokok pelatihan adalah pengolahan berbagai jenis kue dengan bahan tepung ubi jalar. Jumlah peserta yang mengikuti pelatihan tersebut sebanyak 26 orang, terdiri dari 24 perempuan dan 2 laki-laki. Fasilitator pelatihan adalah Kuti Wenda (kader WATCH untuk kegiatan ini) dan didampingi oleh GADC. Pelatihan dilakukan selama 1 hari. Hadir juga dalam pelatihan ini sebagai nara sumber 2 orang wakil dari Proyek Pengolahan Ubi (proyek bantuan BAPPENAS bekerja sama dengan Institut Pertanian Bogor untuk Ketahanan Pangan pasca bencana kekeringan).

Yang menarik Proyek ini membuka pabrik pengolahan tepung ubi jalar namun hingga saat ini mereka mengalami kesulitan melakukan sosialisasi ke masyarakat. Oleh karena itu mereka senang dengan pelatihan TTG pengolahan tepung ubi menjadi berbagai jenis kue yang dapat dikonsumsi sendiri oleh masyarakat ataupun dipasarkan.. Lebih lanjut mereka mengajak WATCH untuk bekerjasama mengembangkan berbagai produk makanan dari tepung ubi jalar.

Catatan:

Saat ini banyak kalangan yang ikut mensosialisasikan pemanfaatan produk lokal dengan bahan tepung ubi jalar lewat pelatihan-pelatihan maupun lomba-lomba (LSM lain, PKK, organisasi wanita gereja dan organisasi kewanitaan lain seperti Persit Candra Kirana, dll.), hal ini merupakan salah satu hal yang dapat dicatat sebagai salah satu indikator tanda keberlangsungan salah satu kegiatan WATCH. Dengan harapan kegiatan ini tetap akan disosialisasikan dan diterapkan sekalipun WATCH nantinya sudah tutup.

Mencetak buku TTG

WATCH bekerjasama dengan KOMPAS (melalui dana dompet peduli bencana alam), menyusun dan mencetak buku sederhana panduan Teknologi Tepat Guna pengawetan ubi jalar dan resep-resep pengolahan berbagai jenis makanan berbahan ubi kering dan tepung ubi. Buku ini diterjemahkan menjadi 4 bahasa yaitu Bahasa Dani/Lani, Balim, Yali dan Kimyal. Rencananya juga akan diterjemahkan dalam Bahasa Mee. Buku tersebut selanjutnya akan didistribusikan ke daerah-daerah tersebut di atas.

4.1.2. Supporting provided for groups according to self reliance stage.

Setelah selesai pelatihan LEISA, staf proyek (GAD assistant, training officer, cadre supervisor dan cadre assistant) membagikan bantuan berupa alat-alat kerja (self reliance packets) dan bibit tanaman untuk percontohan kebun gizi (nutrition starter packs). Kelompok-kelompok yang mendapatkan bantuan pada bulan pebruari 2000 ini adalah:

	Self Reliance Packets	Nutritional starter packs
Kanggime	20 kelompok	20 kelompok
Kembu	16 kelompok	16 kelompok
Total	36 kelompok	36 kelompok

Total kelompok yang menerima bantuan hingga Maret 2000 dapat dilihat dalam table berikut:

Self Reliance Packets and Nutritional packages :

	Kel.	Apr- Mei' 99	Juni 99	Juli 99	Jan-Peb '00	Total	%
Kanggime	46	11	15	0	20	46	100%
Kembu	50	14	0	13	21	48	96%

4.3. Supervision of groups by staff and cadres.

Kegiatan supervisi kelompok dilakukan baik di wilayah Kanggime maupun di wilayah Kembu. Supervisi kelompok di wilayah Kanggime di lakukan oleh GAD Assistant dan Training Officer. Sedangkan untuk wilayah Kembu dilakukan oleh Cadre Supervisor dan Cadre Assistant. Tujuan dari kegiatan supervisi ini adalah untuk melihat perkembangan kegiatan kelompok, bertemu dengan pengurus kelompok, anggota kelompok dan tokoh gereja di wilayah tersebut untuk mendiskusikan tentang perkembangan kelompok dan masalah-masalah yang dihadapi serta memberikan konsultasi atau nasehat-nasehat kepada kelompok. Daftar kelompok yang dikunjungi dan perkembangannya dapat dilihat dalam lampiran:

4.5. Increase Gender Awareness at District Level

WATCH sedang memfasilitasi (*capacity building*) Yayasan HUMI INANE (Suara Perempuan) yang baru mendapat pengakuan secara resmi melalui akta notaris tgl. 11 Pebruari 2000. Ide dasar yayasan ini muncul sejak 2 tahun yang lalu melalui pertemuan dan workshop yang difasilitasi oleh WATCH. Masalah yang secara konsisten diangkat adalah rendahnya derajat kesehatan perempuan Jayawijaya akibat peran gender yang tidak seimbang, dimana orang-orang yang mempunyai kepedulian yang sama tentang pemberdayaan perempuan selalu terlibat di dalamnya. Perkembangan selanjutnya orang-orang (perempuan Papua) yang sering terlibat tersebut menyatakan niatnya untuk mendirikan sebuah wadah perempuan Jayawijaya, untuk menerapkan dan melanjutkan upaya-upaya yang telah dirintis oleh WATCH. Misi utama yayasan Humi Inane sesuai dengan yang tertuang dalam AD/ART yayasan adalah Pemberdayaan Perempuan di Pedalaman Jayawijaya khususnya dan Papua umumnya agar dapat:

- a. Tanggap memahami dan memperjuangkan serta menikmati hak-hak dasarnya sebagai perempuan di dalam kehidupan pribadinya, kehidupan berkeluarga, bermasyarakat, berbangsa dan bernegara di semua bidang (politik, ekonomi, sosial, budaya dan keamanan).
- b. Menikmati keadilan dalam hukum.

- c. Menikmati keadilan sosial ekonomi di dalam keluarga dan masyarakat.
- d. Memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan formal dan non formal.
- e. Memiliki kesehatan jasmani dan rohani sebagai pribadi, di dalam keluarga dan di dalam masyarakat.
- f. Memiliki kepribadian yang mantap dan mandiri.
- g. Memiliki rasa tanggung jawab kemasyarakatan dan kebangsaan.

Untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut maka yayasan ini melakukan beberapa program yang meliputi:

1. Bidang HAM, advokasi dan hukum (mendirikan ruang konsultasi dan penyuluhan hukum bagi kaum perempuan dan masyarakat).
2. Bidang pendidikan, pelatihan dan penelitian (pelatihan-pelatihan untuk kaum perempuan, mengadakan penelitian, pengembangan modul-modul pelatihan dan menjadi pusat informasi tentang masalah-masalah perempuan).
3. Bidang kesehatan perempuan dan anak (kesehatan reproduksi termasuk didalamnya STD's dan HIV/AIDS dan kesehatan anak).
4. Pengembangan ekonomi (mengembangkan ekonomi keluarga/masyarakat dan memberdayakan perempuan agar dapat mengontrol hasil-hasil yang ada).
5. Bidang sosial dan politik (menyiapkan dan mengkaderkan perempuan agar mampu terlibat secara aktif didalam kehidupan sosial dan politik yang sedang berkembang saat ini).

Badan pengurus inti Yayasan adalah:

Ketua : Dra. Salomina Yaboisembut
 Wakil ketua : Ribka Haluk, S.Sos
 Sekertaris I : Ester Afasedanya, S.Sos
 Sekertaris II : Herlina S. Kogoya, SE
 Bendahara I : Yosefine Huby Kosay
 Bendahara II : Elisabeth Pigay

Pada saat ini yayasan telah terlibat aktif dalam beberapa kegiatan seperti berpartisipasi dalam pelatihan HAM, pelatihan kesehatan reproduksi yang diadakan oleh Jaringan Perempuan Indonesia Timur dan berpartisipasi dalam pendampingan beberapa kelompok perempuan. Disamping itu yayasan juga mendapat tawaran untuk ikut mengelola dana PKM (Program Pemulihan Keberdayaan Masyarakat- Program BAPENAS bekerjasama dengan UNDP).

Keterlibatan WATCH dalam rangka *capacity building* yayasan tersebut adalah:

1. Membantu mempertajam visi dan misi yayasan.
2. Membantu menyusun program pengembangan masyarakat .
3. Membagi informasi tentang kesehatan perempuan, kesempatan training, kursus dll
4. Membangun jaringan kerja - networking
5. Melatih administrasi, keuangan dan manajemen sederhana bagi yayasan
6. Memberikan rekomendasi kepada lembaga yang ingin mengadakan kerjasama
7. Membantu mengembangkan proposal-proposal

4.8. Exposure trip to skill training in Java

Bulan Pebruari-Maret 2000 dilakukan persiapan untuk kegiatan *Exposure trip to skill training in*

Java tahap II, dilaksanakan di PPLH (Pusat Pendidikan Lingkungan Hidup) Seloliman-Mojekerto-Jawa Timur. Target kader yang akan dikirim pada tahap II ini sebanyak 22 orang yang berasal dari Kanggime dan Kambu. Sedangkan waktu pelaksanaannya diperpendek dari 1 bulan (tahap I), menjadi 20 hari. Pertimbangan perpendekan waktu ini belajar dari pengalaman tahap I dengan waktu yang ada (30 hari), peserta terlihat mengalami kejenuhan.

Daftar candidate Exposure Trip II :

	Plan	Male	Female	Realisasi	Male	Female
Kanggime	11	9	2	10	7	3
Kambu	11	10	1	8	8	0
Total	22	19	3	18	15	3

Catt : daftar nama lengkap candidate (plan dan realisasi) dapat dilihat dalam lampiran

Proses penentuan cadre untuk *Exposure trip* adalah :

1. Menentukan kriteria cadre yang akan dikirim meliputi :
 - penilaian laju perkembangan kegiatan kelompok yang didampingi,
 - hasil test awal pelatihan LEISA,
 - mewakili gereja sehingga nantinya diharapkan dapat melanjutkan pembinaan kegiatan kelompok
 - memiliki komitmen untuk menerapkan dan menyebarluaskan pengetahuan dan ketrampilan yang didapat selama pelatihan pada kelompok/masyarakat sekitar.
2. Rapat seluruh staf untuk menentukan nama-nama tersebut berdasarkan kriteria di atas.
3. Berkonsultasi dengan tokoh masyarakat dan aparat pemerintah setempat.
4. Mengirimkan surat panggilan kepada para cadre terpilih di dua wilayah tersebut, dengan tembusan Ketua Klasis, Camat, Kepala Puskesmas, Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jayawijaya, Ketua Sinode GIDI Irian Jaya dan Bupati Daerah Jayawijaya.
5. Dalam kunjungannya ke Kanggime HC dan Training officer ikut mempersiapkan keberangkatan para kader terpilih.
6. Setelah seluruh calon peserta terpilih diberi pembekalan di Wamena selama 1 minggu dengan tujuan menyampaikan maksud dan tujuan program, menyusun harapan dan persiapan peserta.

Hambatan-hambatan yang ditemui selama melakukan seleksi calon peserta :

- Hasil pertemuan HC dan Training Officer di Kanggime : dari 11 orang cadre yang terpilih, 7 orang mengundurkan diri dengan alasan : kesehatan (sedang sakit, mabuk laut dan udara), keluarga sedang sakit, kegiatan dirasa tidak berguna karena proyek tidak lama lagi akan tutup.
- Setelah ditelaah lebih lanjut tentang penolakan tersebut diperoleh informasi sebagai berikut:
 - a. Cadre/calon peserta menginginkan Program Exposure Trip ke Jawa dibatalkan saja dan anggarannya diserahkan secara langsung kepada calon peserta/kelompok agar dapat digunakan untuk modal kegiatan kelompok atau POD.
 - b. Masyarakat menginginkan sebaiknya WATCH membangun Pusat Pelatihan seperti PPLH Seloliman di Kanggime agar lebih banyak masyarakat yang bisa ikut belajar.
 - c. Para calon ingin program belajar ke luar tidak usah ke Jawa tetapi dicari tempat di Papua saja (catt: keinginan ini baru saja muncul sebelumnya para calon sangat antusias untuk pergi ke luar Irian/Papua, ada ketakutan untuk pergi ke luar Papua?, atau rencana 1 Mei 2000 ? belum ada penjelasan yang memuaskan.).
 - d. Beberapa calon peserta merasa program pengiriman pendamping ke Jawa tidak bermanfaat karena proyek sudah mau tutup.
 - e. Ada orang yang kecewa karena isterinya tidak terpilih dan memprovokasi calon kader lain

untuk menolak program ini.

- f. Ada harapan dari beberapa kader yang dikirim pada bulan Oktober 1999, bahwa setelah pulang dari Jawa harusnya proyek memberikan sejumlah uang (cash) sebagai modal kerja. Mereka kemudian memprovokasi calon kader yang akan berangkat agar membatalkan keberangkatan mereka karena mereka akan pulang dengan tangan kosong (percuma).

Solusi atas hambatan yang ditemui :

- Berdasarkan informasi dari staf di lapangan, dilakukan rapat staf di Wamena dan sepakat untuk menawarkan kesempatan Exposure trip kepada kader pengganti/cadangan baik dari kelompok yang sama maupun di luar kelompok yang telah dipilih. Pada kenyataannya masih ada orang-orang yang mau belajar.
- Masalah tidak selesai sampai disini karena para cadre yang menolak untuk berangkat, tidak setuju kesempatan mereka dipergunakan orang lain, mereka menginginkan biaya pelatihan diuangkan saja dan diserahkan kepada mereka. Bahkan mereka sampai memblokir pesawat pada saat calon kader pengganti setuju untuk berangkat ke Wamena. Akhirnya 8 orang berjalan kaki ke Wamena dan hanya 2 orang cadre perempuan yang dapat naik pesawat ke Wamena .

Project tetap memutuskan untuk melanjutkan program ini, karena dari informasi yang diperoleh dan berdasarkan kenyataan yang ada, masih ada orang yang ingin belajar dan memanfaatkan kesempatan untuk belajar sehingga rela berjalan kaki ke Wamena untuk itu.

Kesimpulan sementara :

Persoalan ini bukan merupakan persoalan yang menggambarkan opini atau keadaan seluruh masyarakat Kanggime melainkan pendapat segelintir orang saja yang mungkin telah terprovokasi oleh seseorang / sesuatu yang hingga saat ini belum begitu jelas.

Di Mamit :

Hari berikutnya diperoleh informasi bahwa beberapa pendamping di Mamit juga menolak untuk pergi, tetapi ada beberapa pengganti yang mau berangkat (8 orang). Dari 8 orang yang mau berangkat tersebut 5 orang naik pesawat dan 3 orang jalan kaki. Setelah sampai di Wamena mereka menceritakan bahwa di Mamit terjadi persoalan yang sama dengan di Kanggime. Di Mamit persoalan lebih mudah diidentifikasi karena mendapat bantuan dan dukungan dari bapak Timotius Wakur, mantan Ketua Klasis dan saat ini duduk sebagai Anggota DPRD. Beliau tetap mendukung program ini, karena ini kesempatan bagi orang Papua untuk maju.

7. Total cadre yang bersedia berangkat (10 orang dari Kanggime, 8 orang dari Mamit dan 3 peserta titipan dari ADP Pantai Kasuari 3 orang).
8. Setelah mendapat pembekalan selama 4 hari akhirnya 18 orang pendamping wakil dari Kanggime dan Mamit serta 3 orang dari ADP Pantau Kasuari Mereka berangkat ke Mojokerto Jawa Timur didampingi oleh Nini Deritana (nutritionist) dan Agustinus Tekege (Cadre Asisstant). Rombongan tersebut berangkat dari Wamena tanggal 24 Maret 2000 dan akan kembali ke Wamena sekitar tanggal 27 April 2000.
9. Untuk mengantisipasi terjadinya tuntutan-tuntutan seperti di atas, maka WATCH membuat perjanjian (kesepakatan) dengan para cadre yang akan berangkat.

Analisis terhadap keadaan di atas:

- Berdasarkan pengalaman di atas menunjukkan bahwa situasi telah berubah dengan cepat,

mengingat 6 bulan lalu ketika diumumkan untuk kesempatan belajar ke Jawa, animo para kader sangat tinggi sehingga mereka menyatakan bersedia untuk menunggu kesempatan berikut (April 2000). Saat ini program ini tersebut ditolak, meskipun masih ada kader yang mau memanfaatkan kesempatan ini dan tetap berangkat.

- Masalah penolakan terhadap program belajar ke Jawa ada kaitannya dengan situasi politik yang berkembang akhir-akhir ini di tanah Papua (rumors seputar 1 Mei 2000).
- Telah terjadi pergeseran orientasi di masyarakat dari program pengembangan yang berwawasan keswadayaan ke arah 'uang/cash oriented' (Apa yang menyebabkan hal ini, kami kira telah menjadi diskusi panjang pada laporan-laporan sebelumnya).
- Ada beberapa orang yang hanya memikirkan kepentingan dirinya ketimbang masyarakat secara luas (ingin mengambil keuntungan pribadi).

Output 5. Management system implemented

1. Annual survey

1.1 Metodologi Survei

1.1.1 Kuesioner

Kuesioner yang digunakan dalam annual KPC survei ini didesain berdasarkan pada intervensi proyek, dipadu dengan 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 adalah pengetahuan (*knowledge*), perilaku (*practice*) dan cakupan pelayanan (*coverage*) meliputi menyusui dan gizi anak, gizi ibu dan kesehatan maternal, penyakit diare, pneumonia dan malaria, Imunisasi, KB dan sanitasi.

1.1.2 Pelatihan Survei

Team survei yang terdiri atas 15 orang pewawancara adalah siswa SPK tingkat akhir yang sedang menjalani Praktek Kerja Lapangan (PKL) didampingi 4 orang supervisor (*senior staffs health division*). Team ini masih diperkuat oleh beberapa staf project pada divisi pengembangan masyarakat. 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. Metode pelatihan yang digunakan adalah ceramah, sharing, diskusi dan simulasi. *Survei Trainer's Guide for PVO CS Project Rapid KPC Survey, 1994* menjadi acuan dalam pelatihan ini.

1.1.3 Sampling Dan Jumlah Responden

Sampling responden merupakan tahapan kedua dari teknik survei cepat, yaitu memilih responden sesuai kriteria secara acak sederhana berdasarkan rumah terdekat dalam kluster yang telah dipilih, 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, seperti di Langgime dan Mamit, anjuran tersebut tidak dapat diterapkan. Kompromi yang terjadi adalah pengiriman berita melalui kurir tentang kedatangan team survei di kluster 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 kluster. Untuk meningkatkan ketelitian maka diperlukan penggandaan atas jumlah sampel. Berdasarkan pengalaman jumlah sampel 210 (7 responden per kluster) cukup valid untuk tujuan manajemen. Dalam survei ini ditargetkan 300 sampel responden diwawancarai dan tercapai sejumlah 270 responden.

1.1.4 Pengumpulan Data dan Data Analysis

Tim survei dibagi atas 3 kelompok, setiap kelompok menyelesaikan antara 8 sampai 11 kluster. Pembagian kluster 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. Hasil wawancara, setelah dikoreksi ketelitiannya oleh supervisor dan diklasifikasikan dalam kluster 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*

Note : Result on Health Section and Result on Community Development dapat dilihat

dalam laporan lengkap annual survey (tersendiri).

1.2. Lessons Learned

- Terjadi benturan waktu antara pelatihan pewawancara dengan persiapan logistik sehingga efektifitas pelatihan kurang optimal. Rekrutmen pewawancara dari siswa SPK yang sedang menjalani masa PKL merupakan hal yang strategis.
- Ketergantungan 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 (Health and Community Development).
- 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.
- 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.

2. PCC meeting

Dalam PCC WATCH selain progress report dibahas secara khusus issues sebagai berikut :

- a. Independence movement
Gerakan Merdeka yang semakin meningkat di Papua ikut mempengaruhi kegiatan project di lapangan. Seperti telah diinformasikan sebelumnya bukan saja kegiatan kader/masyarakat terpengaruh melainkan juga program seperti Exposure trip menjadi kacau karena ketakutan dan keengganan kader/masyarakat meninggalkan Papua sebelum tgl. 1 Mei 2000. Akibat lainnya adalah terbatasnya ruang gerak staf di lapangan karena anjuran untuk tidak ke lokasi dengan alasan keamanan, sementara masih banyak kegiatan yang harus dilakukan.
- b. HIS (sustainability → ketersediaan form etc.)
Sistem Informasi kesehatan yang sejak 1998 sudah diimplementasikan di Kabupaten Jayawijaya saat ini menghadapi kendala karena kelangkaan semua jenis formulir baik di kabupaten maupun di Puskesmas. Alasan Dinas adalah tidak ada dana cukup untuk mencetak formulir tersebut, sedang puskesmas menganggap adalah tugas dinas untuk menyediakan formulir-formulir pencatatan dan pelaporan.
- c. Supervision Issues
Terus menjadi masalah rendahnya pemahaman dan etos supervisi dikalangan petugas atau pegawai pemerintah dari level yang paling rendah hingga level yang tertinggi. Sampai saat ini belum berhasil ditemukan suatu cara atau mekanisme untuk merombak atau memperbaiki sistem tersebut secara struktural.
- d. Follow Up dan Evaluation of Training
Tahun 2000 bulan Oktober project akan selesai, masih terus menjadi pemikiran apakah kiranya nanti Dinas kesehatan akan bersedia untuk melakukan follow-up, baik refreshing ataupun retraining bagi petugas kesehatan, bidan dan volunteers seperti kader POD, posyandu dan dukun bersalin dalam Upaya Peningkatan kapasitas petugas kesehatan sehingga benar peningkatan derajat kesehatan dapat terwujud di Jayawijaya dan Papua.
- e. Involvement of UNICEF

Program UNICEF akan masuk ke Kabupaten Jayawijaya mulai tahun 2000. Dari 4 komponen UNICEF hanya comp. 3 (Health) yang akan diimplementasi di Jayawijaya. Ini merupakan peluang positif bagi kelanjutan program maternal health yang telah dirintis WATCH Project. Apa dan bagaimana rencana program ini direalisasikan telah ditawarkan kepada Pemda kab. Jayawijaya (Dinas dan Kadep Kesehatan, WATCH dan MSF, serta Gereja) dengan BAPPEDA kabupaten sebagai team leader.

g. Continuation of Groups (Local NGO)

Saat ini kelangsungan (sustainability) program community development masih terus menjadi beban pemikiran Watch project. Program partnership yang dipersiapkan oleh AusAID Indonesia masih tetap diharapkan akan menjadi program lanjutan yang akan memperkuat proses capacity building dan pemberdayaan kelompok masyarakat.

Hasil PCC

1. HIS

Disepakati bersama bahwa project akan menyediakan form-form yang dibutuhkan untuk kelancaran HIS/SIK sampai dengan bulan Mei 2000 dalam bentuk fotocopy formulir. Setelah dilakukan assesment dan perbaikan final maka project akan mencetak untuk persediaan selama 2 tahun dan Dinas Kesehatan akan mengambil-alih tanggung jawab tersebut setelah masa 2 tahun berakhir atau formulir yang tersedia habis.

2. UNICEF Program

Unicef dengan dana AusAID merencanakan untuk masuk ke Kab. Jayawijaya melalui Program KHPPIA (kelangsungan Hidup Perlindungan dan Perkembangan Ibu dan Anak) atau biasa disebut *Safe motherhood* akan ikut mendukung beberapa kegiatan yang telah dirintis oleh Watch seperti :

- HIS, akan terus diperkuat dengan membantu pelatihan *Case Management Protocol (CMP)* di wilayah yang tidak diintervensi oleh program Extension WATCH sebelumnya. CMP juga akan dilengkapi dengan Manajemen Terpadu Balita Sakit bagi para Perawat.
- Supervision issues akan diatasi dengan memulai program "Bidan Penyelia" untuk menumbuhkan etos supervisi dikalangan bidan dengan pendekatan "Alternatif System".
- Memperkuat organisasi PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) dan IBI (Ikatan Bidan Nasional) selama ini kehilangan "Right & Motivation".
- Menambah materi IEC dengan lembar balik "Flip chart" bertema "Deliveries & Perinatal"
- Workshop bersama Watch Team untuk keberlangsungan program

3. Partnership Program

Menjawab kebutuhan yang mendesak dalam perbedayaan dan program pengembangan masyarakat dan NGO Lokal maka AusAID Jakarta telah mempersiapkan Program partnership yang diharapkan akan direalisasikan dalam waktu tidak lama lagi (Juni 2000). Program yang lebih menekankan pada upaya Capacity Building akan menggandeng LSM besar baik ditingkat Nasional atau Regional yang dinilai mempunyai kapasitas kuat dan pemberdayaan dan capacity building. Mitra atau partner yang berhasil memenuhi kualifikasi akan bertanggung jawab dalam pemberdayaan dan penguatan bagi 5 – 10 LSM lokal disuatu wilayah. Pertanyaannya kemudian adalah apakah LSM regional yang ada dapat menjawab kebutuhan tersebut ?

Lampiran

Comp. 1 Maternal dan Infant Health

Output 1. Appropriate maternal and infant health program consolidated

1.1 Promote registration on maternal health

Tabel 1a. Number of pregnant women in Kanggime (1999)

Month	First Visit/K1	Fourrth Visit/K4	High Risk	TT1	TT2
January	28	2	16 (?)	17	13
Pebruary	10	4	13 (?)	3	6
March	10	1	0	0	0
April	16	0	5	0	0
May	-	-	-	0	0
June	11	2	0	0	0
July	30	2	4	77	15
Agustus	15	0	10 (?)	17	13
September	2	0	1	2	9
October	22	0	1	18	7
Nopember	22	4	17	21	31
December	19	11	8	19	43

(data source : KIA section Dinkes Kab. Jayawijaya 1999)

Tabel 1a. Number of pregnant women in Kanggime (2000) continued

Month	First Visit/K1	Fourrth Visit/K4	High Risk	TT1	TT2
January	35	6	13	39	32
Pebruary	17	4	12	16	17
March	7	2	6	7	15

Tabel 1b. Number of pregnant women in Mamit (1999)

Month	First Visit/K1	Fourrth Visit/K4	High Risk	TT1	TT2
January	35	14	13 (?)	27	19
Pebruary	22	9	3	0	0
March	26	8	6	19	19
April	27	12	3	0	0
May	22	6	1	0	0
June	96 (?)	18	26 (?)	30	5
July	20	10	17	4	17
Agustus	12	15	11	4	19
September	17	15	16	10	11
October	17	12	19	-	-
Nopember	No data				
December	No data				

(data source : KIA Section Dinkes Kab. Jayawijaya)

Tabel 1b. Number of pregnant women in Mamit (2000) continued

Month	First Visit/K1	Fourrth Visit/K4	High Risk	TT1	TT2
January	No data				
Pebruary	No data				
March	No data				

Tabel 2. Promote registration of all delivery helped by midwives

	Target /Year	Jan-June 1999	July 1999	Aug 1999	Sep 1999	Oct 1999	Nov 1999	Dec 1999	YTD Cum	% Cum
Kang	308	89	7	13	2	2	13	19	145	47
Mam	286	92	9	14	12	12	-	-	139	48.0

Data source : KIA section Dinkes Kab. Jayawijaya

Tabel 2. Promote registration of all delivery helped by midwives (2000) ... continued

	Target /Year	Jan 2000	Feb 2000	March 2000	April 2000	May 2000	June 2000	YTD Cum	% Cum
Kang	418	9	11	10					
Mam	307	-	-	-					

Data source : KIA section Dinkes Kab. Jayawijaya

Tabel 3. Promote registration of all infants birth

	Jan-June 1999	July 1999	Aug 1999	Sept 1999	Oct 1999	Nov 1999	Dec 1999
Kang	135	13	17	10	4	19	25
Mam	150	26	25	24	22	-	-

Data source : KIA section Dinkes Kab. Jayawijaya

Tabel 3. Promote registration of all infants birth (2000) ... continued

	Jan 2000	Feb 2000	March 2000	April 2000	May 2000	June 2000
Kang	11	12	12			
Mam	-	-	-			

Data source : KIA section Dinkes Kab. Jayawijaya

Tabel 4a. Data kematian Ibu bulan February - March 2000

Kecamatan	Jumlah	Sebab kematian
Kanggine	1	Perdarahan post partum (retentio placenta)
Mamit	-	-

Data source : KIA Section Dinas kesehatan kab. Jayawijaya

Tabel 4b. Data kematian bayi bulan February - March 2000

Kecamatan	Jumlah	Sebab kematian	Umur
Kanggine	5 (Feb 3 ; March 2)	Belum jelas	Lahir mati
Mamit			

Data source : KIA Section Dinas kesehatan kab. Jayawijaya

1.2 Distribute Iron tablets, Pyrantel Pamoat and Chloroquine

Tabel 5a. Number of pregnant women got Iron, P. Pamoat and Chloroquine tablets in Kanggime

Month	Iron Tablet	Chloroquine	P. Pamoat
January 1999	11	42	
February 1999	35	44	
March 1999	13	34	
April 1999	13	2	
May 1999	-	-	
June 1999	22	2	
July 1999	18	48	
Agustus 1999	45	42	
September '99	-	-	
Oktober '99	-	-	
Nopember'99	46	53	
December '99	60	92	

Data source : KIA Section Dinas Kesehatan kab. Jayawijaya

Tabel 5a. Number of pregnant women got Iron, P. Pamoat and Chloroquine tablets in Kanggime

Month	Iron Tablet	Chloroquine	P. Pamoat
January 2000	53	71	
February 2000	31	48	
March 2000	22	55	

Data source : KIA Section Dinas Kesehatan kab. Jayawijaya

Tabel 5b. Number of pregnant women got Iron, P. Pamoat and Chloroquine tablets in Mamit

Month	Iron Tablet	Chloroquine	P. Pamoat
January 1999	17	12	0
February 1999	11	7	0
March 1999	13	8	0
April 1999	11	9	0
May 1999	10	7	0
June 1999	24	28	0
July 1999			
Agustus 1999			
September '99			
Oktober '99			
Nopember'99			
December '99			

Data source : KIA Section Dinas Kesehatan Kab. Jayawijaya

Tabel 5b. Number of pregnant women got Iron, P. Pamoat and Chloroquine tablets in Mamit

Month	Iron Tablet	Chloroquine	P. Pamoat
January 2000			
February 2000			
March 2000			

Data source : KIA Section Dinas Kesehatan Kab. Jayawijaya

1.3 Immunise all infants (0 –11 months)

Tabel 6a. The number of babies immunized in Mamit Health Center in January – December 1999 :

Month	BCG	DPT 1	DPT 2	DPT 3	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Polio 4	Measles
January	42	45	26	16	46	26	16	18	14
February	53	59	41	30	59	41	27	32	24
March	-	-	-	-	-	-	-	-	-
April	31	34	71	39	34	71	39	110	48
May	45	45	54	48	45	54	50	76	45
June	22	59	49	51	59	49	51	102	52
July	24	51	61	56	51	61	56	75	55
Agustus	25	60	56	46	60	56	46	81	62
September	26	74	62	64	74	62	64	129	89
Oktober	40	42	44	39	42	44	39	42	35
Nopember	24	55	56	62	55	56	62	116	124
December									

Data source: Master Posyandu Anak KIA section & P2M Dinkes

Tabel 6a. The number of babies immunized in Mamit Health Center in January – March 2000 :

Month	BCG	DPT 1	DPT 2	DPT 3	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Polio 4	Measles
January	32	62	54	55	62	54	60	115	69
February	27	50	50	39	50	50	39	81	63
March	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Data source: Master Posyandu Anak KIA section & P2M Dinkes

Tabel 6b. The number of babies immunized in Kanggime Health Center in January-December 1999 :

Month	BCG	DPT1	DPT2	DPT3	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Polio 4	Measles
January	25	19	13	28	22	19	23	17	23
February	-	-	-	-	-	-	-	-	-
March	-	-	-	-	-	-	-	-	-
April	8	20	15	19	18	16	11	9	12
May	6	18	15	16	20	15	16	8	11
June	Dina	s did	A	Sweep	Ing	In	This	Mon	Th
July	172	172	101	49	172	101	49	72	97
Agustus	47	47	72	112	47	72	112	33	62
September	49	39	51	25	36	51	25	16	29
Oktober	62	62	31	40	35	31	40	22	40
Nopember	54	54	66	62	54	66	62	55	38
December	82	82	51	58	82	51	58	63	52

Data Source: Master Posyandu Anak KIA section and P2M Dinkes

Tabel 6b. The number of babies immunized in Kanggime Health Center in January-March 2000 :

Month	BCG	DPT1	DPT2	DPT3	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Polio 4	Measles
January	25	19	13	28	22	19	23	17	23
February	104	104	78	77	104	78	77	97	89
March	53	53	40	45	53	40	45	32	30

Data Source: Master Posyandu Anak KIA section and P2M Dinkes

Lampiran

Comp. 2 Gender and Development

Output 4. Existing community development initiative strengthened

Wilayah Kanggime:

Nama Kelompok	Kegiatan yang ada pada saat kunjungan	Status kelompok (baru/lama)	Penilaian tentang perkembangan kelompok
1. Luabaknom	1. Demplot gizi 2. Peternakkan ayam 3. POD baru	baru	Cukup berkembang
2. Bogonuk	1. Membuka lokasi kebun baru untuk percontohan LEISA 2. Perbaiki kandang ternak kelinci 3. Ada POD dan Posyandu	lama	Cukup berkembang
3. Andomak	Membuat kebun di pekarangan rumah untuk percontohan kebun gizi. Ada kandang ayam tetapi tidak dimanfaatkan.	baru	Kurang berkembang
4. Terokme		baru	Kurang jelas, pendamping tidak tinggal di lokasi, tetapi tinggal di Kanggime. Yang menangani kelompok saat ini adalah Gembala setempat.
5. Yigonikme		baru	Tidak ada informasi, tidak bertemu anggota kelompok. Sebagian besar masyarakat pergi ke hutan untuk menebang kayu untuk membuat gereja.
6. Abera	-Kandang kelinci dan kolam ikan, tetapi tidak terawat dengan baik.	lama	Kurang berkembang
7. Yinggungga			Kegiatan kelompok tidak nampak
8. Timopur			Kegiatan kelompok tidak nampak
9. Kubu	Percontohan kandang ayam dan kelinci, kebun gizi dan tanaman buah-buahan.	baru	Perkembangan kegiatan di kelompok ini cukup baik.
10. Jambilia	Kegiatan kelompok yang nampak adalah peternakan kambing, berjumlah 12 ekor.	baru	Perkembangan kegiatan kelompok cukup baik.
11. Yaliwak	Usaha ternak ayam dan kebun gizi di pekarangan	lama	Kurang berkembang
12. Pagona	Ternak kelinci	baru	Kurang berkembang
13. Wondame	- usaha ternak ayam, - kebun gizi dan pembuatan percontohan kandang kelinci, (tetapi belum ada kelincinya) - kebun buah-buahan (apokat, kelengkeng, jeruk, nangka dan	lama	Kegiatan kelompok berkembang baik.

	buah lokal) - Kegiatan penghijauan - Ada POD		
14. Nunggawi	Lokasi kelompok kurang terawat lagi.	baru	Tidak berkembang.
15. Belep		baru	Kegiatan kelompok belum kelihatan.
16. Kangineri		baru	Kegiatan kelompok ini juga belum kelihatan.
17. Erugwi		baru	Kegiatan kelompok belum kelihatan
Total Kelompok	17		

Dari 17 kelompok yang dikunjungi terdapat 5 kelompok yang perkembangannya cukup baik, 5 kelompok kurang berkembang, 6 kelompok kegiatannya tidak nampak dan 1 kelompok tidak ada informasi.

Wilayah Kumbu

Nama Kelompok	Kegiatan yang ada pada saat kunjungan	Status kelompok (baru/lama)	Penilaian tentang perkembangan kelompok
1. Witini	Kegiatan tidak nampak	baru	Kelompok tidak jalan
2. Yali	Pertanian	baru	Mulai berkembang
3. Tenogwi	Pertanian	baru	Mulai berkembang
4. Konega	Persiapan buat kebun dan buat kandang	baru	Mulai jalan
5. Emaus	Kegiatan tidak nampak	baru	Kelompok tidak jalan
6. Neleme	Mulai buat kebun dan buat kandang	baru	Mulai jalan
7. Wamberak	Mulai buat kebun dan buka kandang	baru	Mulai jalan
8. Nolo	Pertanian Membuat kandang ternak	baru	Mulai berkembang
9. Geneam	Mulai kegiatan pertanian dan pembuatan kandang	baru	Mulai jalan
10. Liwote	Mulai kegiatan pertanian dan membuat kandang ternak	baru	Mulai jalan
11. Lunggogwe	Mulai kegiatan pertanian dan peternakan	baru	Mulai jalan
12. Napugum	Memulai kegiatan pertanian	baru	Mulai jalan
13. Yibalo	Memulai kegiatan pertanian dan peternakan	baru	Mulai jalan
14. Ibuger	Pertanian Peternakan	baru	Berkembang
15. Gihu	Membuka kebun dan persiapan kandang ternak	baru	Mulai jalan
16. Yogweme	Memulai buka kebun dan membuat kandang percontohan	baru	Mulai jalan
17. Yowo	Kegiatan pertanian Peternakan	baru	Mulai berkembang
Total kelompok yang dikunjungi 17 kelompok.			

Dari 17 kelompok yang dikunjungi, terdapat 5 kelompok yang mulai berkembang, 10 kelompok sedang mulai jalan dan 2 kelompok tidak jalan/macet.

Daftar candidate Exposure Trip II :

	Plan	Sex	Alasan tidak berangkat	Pengganti	Sex
Kanggime	Dani Wanimbo	M	Tetap	Dani Wanimbo	M
	Wayu Kogoya	M	Menolak	Birinus Gurik	M
	Yelimus Narek	M	Tetap	Yelimus Narek	M
	Kinen Wonda	M	Sakit	Kenius Wonda	M
	Leleki Gire	F	Tetap	Leleki Gire	F
	Karel Tabuni	M	Menolak	Oscar gurik	M
	Minus Kogoya	M	Anak sakit	Pular Wanimbo	M
	Matius Weya	M	Sakit	Elpius Weya	M
	Dius Gire	M	Tidak ada alasan	Yambegukban W.	F
	Alina Gurik	F	Tetap	Alina Gurik	F
	Ambe Wonda	M	Kesehatan		
Kembu	Sem Weya	M		Kerowa Weya	M
	Dekinus Wakur	M		Eles Enembe	M
	Yatan Wanimbo	M		Yomenus narek	M
	Yarpes Wanimbo	M	Tetap	Yarpes Wanimbo	M
	Yanus Kogoya	M	Tetap	Yanus Kogoya	M
	Ebanus Wonda	M	Tetap	Ebanus Wonda	M
	Tenggerengge E.	M	Tetap	Tenggerengge E.	M
	Dimes	M	Menolak	Tiyus Wanimbo	
	Bake Weya	F	-		
	Wewot Wenda	M	-		
	Selenus Yikwa	M	-		
Total	22			18	