# SUMBA SEPSIS STUDY 2026

## Laporan Teknis Epidemiologi Pendahuluan dan Penilaian Sistem Kesehatan

Pencegahan infeksi, penyakit berat yang dilaporkan,
dan akses terhadap layanan efektif di Sumba Timur, Indonesia

**1.001 wawancara rumah tangga**
**4.977 penduduk yang biasanya tinggal di rumah tangga tercatat**
**162 respons kuesioner tenaga kesehatan**

Laporan konsolidasi | Bahasa Indonesia v1.1, diperbarui 12 November 2026
Pertama diterbitkan 13 September 2026 | Hari Sepsis Sedunia

Laporan dikembangkan dan ditulis oleh Alex Wettstein
Fair Future Foundation Switzerland

Dengan partisipasi kelembagaan Pemerintah Kabupaten Sumba Timur

Kegiatan lapangan telah selesai. Interpretasi epidemiologis masih bersifat pendahuluan. Laporan ini tidak menyajikan model risiko sepsis yang tervalidasi dan belum melalui telaah sejawat independen.

PARTNERS

**UNTUK MENGENANG**

# Lery Mardani ButarButar

## Kepergiannya mengingatkan kita bahwa infeksi yang dapat dicegah masih merenggut nyawa terlalu dini.

Sumba Sepsis Study didedikasikan untuk mengenang Lery Mardani ButarButar. Menurut keterangan pimpinan studi, pemuda ini meninggal akibat sepsis setelah menjalani operasi usus buntu di sebuah rumah sakit di Sumba Timur. [17]

Bagi mereka yang mengenalnya, ini bukan persoalan yang abstrak. Ini adalah kehilangan seseorang dan ruang kosong yang ditinggalkan di tengah keluarga dan sahabat. Kenangannya memberi makna manusiawi pada pertanyaan-pertanyaan yang diajukan dalam studi ini: kapan sebuah keluarga mengenali tanda bahaya, ke mana mereka dapat mencari pertolongan, dan apakah layanan kesehatan dapat merespons tepat waktu?

Laporan ini menghormati kenangan tersebut melalui kerja yang diarahkan pada pengenalan lebih dini, pelayanan yang lebih aman, dan tindak lanjut yang dapat diandalkan. Tujuannya adalah membantu menjadikan perjalanan berikutnya melalui sakit lebih aman, sejak dari rumah, menuju rumah sakit, hingga setelah perawatan.

### Di balik setiap catatan data, harus tetap terlihat seorang manusia.

Catatan: Keadaan klinis disampaikan oleh pimpinan studi; tidak dilakukan penelaahan rekam medis untuk bagian dedikasi ini. [17]

BUKTI UTAMA SEKILAS

# Apa yang membutuhkan tindakan sekarang

Temuan-temuan ini merupakan hasil berbulan-bulan persiapan, kerja lapangan, dan penelaahan data. Tim yayasan dan para kontributor lokal mendatangi keluarga langsung di rumah, termasuk di lokasi yang tidak dapat dijangkau kendaraan. Ini adalah temuan yang benar-benar tercatat, bukan perkiraan jumlah kasus sepsis. [3-5,17]

| 95,2% | 66,7% | 88,9% |
|---|---|---|
| 950 dari 998 rumah tangga tidak melaporkan adanya tempat cuci tangan dengan air dan sabun tersedia bersamaan, sehingga kondisi dasar pencegahan infeksi belum terpenuhi di sebagian besar rumah. | 70 dari 105 respons pelayanan primer melaporkan bahwa antibiotik injeksi hanya tersedia kadang-kadang, jarang, atau tidak pernah, sehingga menimbulkan kekhawatiran tentang keandalan pengobatan pada kontak pertama. | 144 dari 162 respons tenaga kesehatan melaporkan belum pernah menerima pelatihan mengenai sepsis atau infeksi berat, menunjukkan kesenjangan besar dalam pelatihan khusus sebelumnya. |
| **40,3%** | **286 rumah** | **97,5%** |
| 401 dari 996 rumah tangga melaporkan tidak memiliki toilet atau melakukan buang air besar sembarangan, menunjukkan bahwa sanitasi dasar masih belum terjangkau bagi banyak keluarga dan terus meningkatkan risiko kesehatan yang sebenarnya dapat dicegah. | Setiap rumah tangga yang melaporkan waktu tempuh sedikitnya satu jam ke fasilitas kesehatan formal terdekat juga tidak memiliki air dan sabun bersamaan di tempat cuci tangan, sehingga hambatan pencegahan dan akses terjadi pada rumah yang sama. | 158 dari 162 respons tenaga kesehatan melaporkan bahwa pasien setidaknya kadang-kadang datang terlambat dalam kondisi lanjut, menjadikan keterlambatan kedatangan sebagai kekhawatiran yang hampir universal di antara tenaga yang disurvei. |

Sumber: respons rumah tangga [3] dan kuesioner tenaga kesehatan [4]. Setiap angka menggunakan penyebut yang ditampilkan. Persentase tenaga kesehatan menggambarkan respons kuesioner, bukan angka pada tingkat pasien atau fasilitas yang diaudit secara independen. Tumpang tindih pada 286 rumah tangga bersifat deskriptif, bukan kausal.

## Kesenjangan terjadi pada berbagai tahap dalam jalur pelayanan yang sama

Sebuah rumah tangga membutuhkan sarana untuk mencegah infeksi. Orang yang sakit perlu mengenali tanda bahaya, mempunyai cara untuk mencapai pertolongan, dan bertemu dengan layanan yang mampu merespons. Temuan menunjukkan kesenjangan serius dalam pencegahan, akses fisik, dan kesiapan pelayanan yang dilaporkan, bersamaan dengan laporan luas dari tenaga kesehatan tentang kedatangan pasien yang terlambat. Kedua survei menggambarkan kelompok orang yang berbeda, bukan riwayat pasien yang saling terhubung; namun temuan yang saling melengkapi mendukung tindakan pada beberapa tahap pelayanan. [3,4]

**Temuan ini sudah cukup untuk membenarkan tindakan: jadikan pencegahan sesuatu yang nyata, pelayanan dapat dijangkau, dan pengobatan dapat diandalkan; kemudian dokumentasikan apakah orang benar-benar menerima pelayanan tersebut tepat waktu.**

ABSTRAK

# Abstrak ilmiah

**Pendahuluan. Studi ini menilai kondisi-kondisi yang dapat memungkinkan infeksi memburuk sebelum pelayanan yang tepat dapat dicapai: pencegahan di tingkat rumah tangga, pengenalan penyakit, pencarian pertolongan tepat waktu, transportasi, rujukan, dan kesiapan layanan yang dilaporkan.**

**Metode.** Survei potong lintang mencakup 1.001 rumah tangga di delapan lokasi dalam empat kecamatan, menggunakan kuota geografis non-probabilitas, rute yang dipandu secara lokal, kunjungan ulang, dan penggantian dengan rumah tangga terdekat. Respons tenaga kesehatan (n=162), catatan lapangan, dan dua buku kerja administratif ditelaah secara terpisah dan dibandingkan secara tematik. Penyebut spesifik untuk setiap pertanyaan digunakan; jawaban yang hilang tidak dikodekan sebagai negatif. [1-5,10,21]

**Hasil.** Data ukuran rumah tangga menggambarkan 4.977 penduduk yang biasanya tinggal di 992 rumah tangga. Sebanyak 950/998 rumah tangga (95,2%) tidak melaporkan adanya tempat cuci tangan dengan air dan sabun tersedia bersamaan; 401/996 (40,3%) melaporkan tidak memiliki toilet atau melakukan buang air besar sembarangan. Seluruh 286 rumah tangga yang melaporkan waktu tempuh sedikitnya satu jam ke fasilitas formal terdekat juga tidak memiliki tempat cuci tangan yang dilaporkan menyediakan air dan sabun. Q23 mengidentifikasi 249/1.001 rumah tangga (24,9%) yang melaporkan penyakit atau infeksi yang menjadi berat atau menakutkan dalam enam bulan terakhir, tanpa verifikasi klinis. Hanya 452/999 respons (45,2%) yang menyebut mencari pertolongan dari luar rumah pada hari yang sama; keterkaitan dengan episode penyakit tidak lengkap. [3]

**Di antara respons tenaga kesehatan, 158/162 (97,5%) melaporkan bahwa pasien datang terlambat dalam kondisi lanjut setidaknya kadang-kadang; ini adalah kekhawatiran yang dilaporkan oleh tenaga kesehatan, bukan angka pada tingkat pasien. Sebanyak 144/162 respons (88,9%) melaporkan belum pernah menerima pelatihan khusus mengenai sepsis atau infeksi berat. Antibiotik injeksi tidak dilaporkan selalu tersedia dalam 70/105 respons pelayanan primer (66,7%). [3,4]**

**Audit data administratif.** Laporan infeksi memuat sejumlah angka bukan nol, tetapi 232/308 entri untuk 2025 dan 228/308 untuk 2026 tercatat nol. Tujuh kategori diagnosis bernilai nol di seluruh kedua kolom tahun; jumlah rujukan hanya tersedia untuk 2 dari 24 Puskesmas yang terdaftar. Nilai nol yang tidak terdefinisi, pelaporan yang tidak lengkap, dan tidak adanya penyebut menghalangi estimasi beban infeksi berat tingkat kabupaten atau mortalitas yang dapat diatribusikan pada infeksi. Laporan kapasitas yang terpisah juga tidak lengkap dan memuat satu entri tanggal yang belum terselesaikan. [10,21]

**Diskusi dan kesimpulan.** Temuan menunjukkan kesenjangan serius pada beberapa tahap jalur pelayanan: pencegahan di rumah, akses tepat waktu, kesiapan kontak pertama yang dilaporkan, dan pencatatan luaran. Masalah-masalah ini tidak dapat diselesaikan hanya dengan edukasi kesehatan.

Respons yang terkoordinasi perlu menggabungkan pencegahan yang nyata, keterampilan klinis yang disupervisi, pengobatan esensial yang andal, dukungan transportasi dan rujukan, serta pencatatan luaran. Studi ini mendokumentasikan kebutuhan yang mendukung tindakan terarah dan evaluasi prospektif; studi ini tidak mengestimasi prevalensi sepsis dan tidak membuktikan efektivitas program. [3-5,10,21]

I. PENDAHULUAN

# Mengapa studi ini dilakukan

Tugas pertama adalah mencapai rumah tangga. Tim menemui rumah yang tidak dapat dijangkau kendaraan, berbicara dalam bahasa lokal, dan kembali ketika keluarga sedang bekerja di kebun. Kondisi ini merupakan bagian dari metode, bukan sekadar latar belakang. Pertanyaan utama studi menjadi sangat konkret: ketika seseorang sakit di tempat seperti ini, apakah keluarganya dapat memperoleh pelayanan yang tepat pada waktunya? [5,17]

Sepsis adalah disfungsi organ yang mengancam nyawa akibat respons tubuh terhadap infeksi yang tidak teratur. Sepsis tidak sama dengan setiap gejala menetap, setiap infeksi, atau penilaian rumah tangga bahwa penyakit terasa menakutkan. Survei ini tidak dapat mendiagnosis sepsis secara retrospektif; perbedaan klinis ini menjadi dasar interpretasi laporan. [1,2,11]

## Pertanyaan yang dijawab oleh studi

Instrumen rumah tangga menilai pencegahan, kerentanan, satu episode penyakit berat yang diingat, akses pelayanan, obat, rujukan, dukungan komunitas, dan kepercayaan. Instrumen tenaga kesehatan menilai pengenalan penyakit, pelatihan, sumber daya, hambatan rujukan, dan prioritas. Kedua sumber saling melengkapi, tetapi bukan catatan pasien yang saling terhubung. [1,2]

Tujuannya adalah mengidentifikasi apa yang harus diperbaiki antara rumah dan pelayanan efektif serta membangun garis dasar yang dapat ditelusuri. Studi juga membuat terlihat apa yang masih belum tercatat. Bagi yayasan dan keluarga yang terlibat, laporan bukan titik akhir: temuan harus mengarahkan perbaikan nyata yang jangkauan dan hasilnya dapat diperiksa.

## Tahap lapangan telah selesai, tetapi belum merupakan estimasi akhir beban penyakit

Wawancara rumah tangga dimulai 2 Juni 2026 dan ekspor memuat cap waktu pengiriman hingga 17 Agustus. Berbulan-bulan persiapan, kerja lapangan, klarifikasi, dan analisis menjadi dasar edisi konsolidasi pertama, yang sengaja diterbitkan pada 13 September 2026 untuk Hari Sepsis Sedunia. Laporan menyatukan data survei, catatan lapangan, klarifikasi pengembang, dan materi administratif yang diserahkan. [3,5-10,17,20]

Istilah "pendahuluan" merujuk pada interpretasi epidemiologis, bukan pada penyelesaian wawancara atau komitmen tim. Validasi klinis, sebagian rekonsiliasi respons, dan kelengkapan pelaporan fasilitas masih belum terselesaikan. Meski demikian, kebutuhan rumah tangga dan kekhawatiran tenaga kesehatan yang tercatat tetap dapat mengarahkan tindakan terarah tanpa disebut sebagai prevalensi sepsis tingkat kabupaten.

## Cara membaca laporan ini

Metode menjelaskan pemilihan sampel, kerja lapangan, instrumen, dan pengelolaan data. Hasil membedakan laporan rumah tangga, tenaga kesehatan, dan catatan administratif. Diskusi membahas implikasi serta keterbatasan. Lampiran operasional terpisah akan menetapkan lokasi, tanggung jawab, anggaran, pengamanan klinis, dan target terukur.

Panduan membaca: Temuan utama hal. 3; Abstrak hal. 4; Glosarium hal. 6; Metode hal. 7-12; Hasil hal. 13-24; Diskusi hal. 25-29; Tanggung jawab dan kontributor hal. 30-31; Catatan analitis hal. 32; Sumber dan kata penutup hal. 33-34; pembaruan dashboard dalam Lampiran D.

Cara membaca angka: "83 dari 137 (60,6%)" berarti 83 jawaban positif atau opsi yang dipilih dari 137 respons yang relevan. Penyebut dapat berbeda antarpertanyaan. HH = kuesioner rumah tangga; HW = kuesioner tenaga kesehatan; WASH = air, sanitasi, dan higiene; IV = intravena.

GLOSARIUM

# Glosarium istilah lokal dan teknis

Panduan singkat untuk istilah administrasi, layanan kesehatan, dan istilah teknis Indonesia yang digunakan di seluruh laporan ini.

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat). Fasilitas pelayanan kesehatan primer milik pemerintah yang melayani satu kecamatan dan masyarakat di sekitarnya.

Pustu (Puskesmas Pembantu). Fasilitas pelayanan kesehatan pembantu yang terhubung dengan Puskesmas dan berada lebih dekat dengan masyarakat desa.

Polindes (Pondok Bersalin Desa). Fasilitas tingkat desa yang terutama ditujukan untuk pelayanan maternal dan persalinan.

RSUD (Rumah Sakit Umum Daerah). Rumah sakit publik daerah yang dikelola pemerintah daerah dan berfungsi sebagai fasilitas rujukan tingkat lebih tinggi.

NAKES (Tenaga Kesehatan). Istilah umum untuk profesi kesehatan, termasuk dokter, perawat, bidan, tenaga laboratorium, dan profesi kesehatan lainnya.

Kader Kesehatan. Kader di tingkat komunitas yang mendukung kegiatan kesehatan, edukasi, dan hubungan lokal dengan pelayanan formal.

Kawan Sehat. Agen kesehatan komunitas yang bekerja bersama Fair Future Foundation dan Kawan Baik Indonesia dalam edukasi kesehatan, pengenalan dini, dan dukungan rujukan.

Rujukan. Pemindahan atau eskalasi pasien ke tingkat pelayanan yang lebih sesuai atau lebih tinggi.

Pelayanan kontak pertama. Kontak pertama pasien dengan pelayanan kesehatan formal atau terorganisasi, sering kali Pustu atau Puskesmas.

Infeksi berat. Infeksi yang disertai perburukan klinis bermakna atau tanda bahaya; tidak sama dengan sepsis.

Sepsis. Disfungsi organ yang mengancam nyawa akibat respons tubuh terhadap infeksi yang tidak teratur.

Desa. Wilayah administrasi desa.

Kelurahan. Wilayah administrasi perkotaan atau semi-perkotaan.

Dusun. Unit permukiman atau wilayah di bawah Desa.

Kecamatan. Tingkat administrasi yang mencakup beberapa Desa atau Kelurahan.

Kabupaten. Tingkat pemerintahan daerah kabupaten. Sumba Timur adalah Kabupaten Sumba Timur.

RT (Rukun Tetangga). Unit administrasi lingkungan terkecil.

RW (Rukun Warga). Unit administrasi yang mencakup beberapa RT.

Dinas Kesehatan. Perangkat pemerintah daerah yang bertanggung jawab atas urusan kesehatan.

Dinas Sosial. Perangkat pemerintah daerah yang bertanggung jawab atas urusan sosial.

BPS (Badan Pusat Statistik). Lembaga statistik nasional Indonesia yang bertanggung jawab atas statistik resmi kependudukan dan administrasi.

WASH (Water, Sanitation and Hygiene / Air, Sanitasi, dan Higiene). Kerangka kesehatan masyarakat yang mencakup air aman, sanitasi, serta kondisi dan praktik higiene.

Catatan pembacaan. Definisi ini dimaksudkan sebagai bantuan praktis untuk membaca laporan; pengorganisasian lokal dan ketersediaan layanan dapat berbeda antarwilayah dan berubah dari waktu ke waktu.

II. METODE | LOKASI DAN POPULASI

# Siapa dan wilayah apa yang digambarkan oleh studi

Ekspor rumah tangga berisi 1.001 Survey ID unik pada delapan nama lokasi yang telah diseragamkan di empat kecamatan. Tabel tambahan kegiatan lapangan mencakup 1.001 wawancara yang sama. Ringkasan populasi mengutip publikasi BPS tingkat kecamatan yang terbit pada 2025; tahun referensi statistik untuk setiap angka populasi tidak dapat dipastikan dari ekstrak yang diserahkan. [3,5]

| Lokasi studi | Konteks populasi | Rumah tangga diwawancarai | Dengan data jumlah penghuni | Penduduk tercatat |
|---|---|---|---|---|
| Kawangu | 5.065 | 211 | 207 | 1.063 |
| Kambatatana | 2.403 | 90 | 87 | 406 |
| Mbatakapidu | 2.129 | 72 | 72 | 369 |
| Pambota Njara | 2.347 | 28 | 28 | 119 |
| Mbatapuhu | 1.264 | 200 | 199 | 1.060 |
| Napu | 1.040 | 99 | 99 | 485 |
| Mbinudita / Praipaha | 1.882 | 101 | 101 | 610 |
| Pulu Panjang | 1.387 | 200 | 199 | 865 |
| **Total** | **17.517** | **1.001** | **992** | **4.977** |

Tabel 1. Sumber: HH-Q3 [3] dan kompilasi populasi dari koordinasi [5]. Angka populasi memberikan konteks, bukan kerangka sampel. "Dengan data ukuran rumah tangga" menghitung rumah tangga yang melaporkan jumlah orang yang biasanya tinggal di rumah tersebut. Nama sumber "Desa Praipaha (Desa Persiapan Mbinudita)" dikonfirmasi oleh koordinasi; Praipaha dan Mbinudita dihitung satu kali.

## Rumah tangga bukan pemeriksaan klinis individual

Ukuran rumah tangga tersedia untuk 992 rumah tangga: rata-rata 5,02 orang, median 5, dan rentang 1-16. Sembilan nilai hilang dan tidak diimputasi. Sebanyak 4.977 penduduk adalah orang-orang yang direpresentasikan melalui pelaporan rumah tangga, bukan pasien yang diwawancarai atau diperiksa satu per satu. Total populasi 17.517 menggambarkan konteks wilayah yang diserahkan; angka tersebut tidak membuktikan pengambilan sampel acak ataupun keterwakilan tingkat kabupaten. [3,5]

## Geografi administratif dan layanan kesehatan

Kota Waingapu menyumbang 100 wawancara, Pandawai 301, Nggaha Oriangu (dicatat secara operasional sebagai Nggoa) 301, dan Haharu 299. Desa adalah wilayah administrasi desa, Dusun adalah unit permukiman di bawah desa, dan Kelurahan merupakan wilayah administrasi perkotaan. Puskesmas adalah Pusat Kesehatan Masyarakat; Pustu adalah Puskesmas Pembantu di tingkat yang lebih dekat dengan desa. Jejaring rujukan dilaporkan terpisah dari ketersediaan layanan yang benar-benar terukur. [5]

Jarak administratif menuju pusat kecamatan atau kabupaten pada lembar populasi tidak digunakan sebagai pengganti waktu tempuh atau jarak menuju pelayanan kesehatan. Variabel terakhir berasal dari pelaporan rumah tangga pada HH-Q20 dan HH-Q22. [1,3,5]

II. METODE | REKRUTMEN DAN KERJA LAPANGAN

# Bagaimana rumah tangga dipilih

Catatan koordinasi menggambarkan pendekatan sebagai "cluster quota sampling", dengan panduan tokoh lokal atau pemerintah desa. Enumerator terlebih dahulu menemui pimpinan desa, membahas sebaran permukiman, dan merencanakan rute geografis agar cakupan tersebar antardusun dan tidak hanya terkonsentrasi di pusat desa. Dari kantor desa sebagai titik awal, tim mengikuti jalur utama antarpemukiman. [5, hal. 7-10]

Untuk analisis, pendekatan ini diperlakukan sebagai sampel kuota non-probabilitas yang terorganisasi secara geografis dan berbasis rute. Catatan yang diserahkan tidak mendokumentasikan pemilihan acak klaster atau rumah tangga, kerangka sampel rumah tangga yang lengkap, ataupun probabilitas inklusi yang diketahui. Tujuan untuk mencapai cakupan geografis tidak boleh disamakan dengan pengambilan sampel probabilitas yang telah terverifikasi. [5]

## Ketidakhadiran, kunjungan ulang, dan penggantian

Koordinasi melaporkan bahwa banyak penduduk bekerja di kebun pada siang hari. Ketika rumah tangga tidak berada di tempat, enumerator mencatat lokasi dan mengatur kunjungan berikutnya, termasuk pada sore atau malam hari. Jika rumah tangga tetap tidak dapat ditemui, rumah tangga terdekat berikutnya pada rute yang sama dan dalam dusun yang sama dapat dipilih sebagai pengganti. Cara ini mempertahankan kuota geografis yang direncanakan, tetapi tidak membuktikan bahwa rumah tangga pengganti memiliki karakteristik kesehatan atau sosial ekonomi yang identik. [5]

Koordinasi menggambarkan penolakan sebagai sangat jarang; pimpinan studi kemudian mengklarifikasi bahwa tidak ada penolakan yang dilaporkan. Komunikasi dalam bahasa lokal serta dukungan pimpinan desa dan agen kesehatan komunitas membantu partisipasi. Jumlah seluruh rumah tangga yang didatangi, ketidakhadiran, kunjungan ulang, dan penggantian tidak tersedia, sehingga tingkat partisipasi yang terverifikasi tidak dapat dihitung. [5,17]

## Alokasi yang direncanakan dan pekerjaan yang diselesaikan

Rencana alokasi mencantumkan target tujuh desa dengan total 1.000 rumah tangga. Survei selesai mencakup delapan label lokasi, termasuk 28 rumah tangga Pambota Njara dan 72 Mbatakapidu dalam alokasi 100 rumah tangga Kota Waingapu. Jumlah akhir di lokasi lain juga sedikit berbeda dari target awal. Laporan menggunakan catatan yang benar-benar selesai, bukan angka target. [3,5]

Empat koordinator kecamatan disebutkan dalam catatan operasional. Enam belas nama petugas survei yang berbeda muncul pada ekspor rumah tangga, konsisten dengan 16 akun pengguna enumerator yang dilaporkan pengembang. Daftar kontribusi yang lebih luas mencantumkan 20 orang. Angka-angka tersebut menggambarkan peran yang berbeda dan tidak dijumlahkan seolah semuanya adalah enumerator terpisah. Daftar tersebut diakui dalam Lampiran A. [3,5,7]

Enumerator kadang melanjutkan survei di dusun rekan ketika wilayah mereka sendiri memiliki terlalu sedikit rumah tangga yang tersedia. Alokasi tiga dan enam minggu yang diserahkan merupakan periode perencanaan, bukan tanggal kerja yang terverifikasi untuk setiap orang. Tumpang tindih ini penting ketika menafsirkan perbedaan antarwilayah atau kemungkinan efek pewawancara. [5]

> **Mencapai rumah tangga, kembali ketika keluarga tidak berada di tempat, dan berbagi wilayah cakupan antarrekan merupakan bagian dari metode. Tuntutan praktis ini harus tetap terlihat berdampingan dengan keterbatasan pengambilan sampel. [5]**

II. METODE | PELAKSANAAN LAPANGAN

# Pekerjaan di balik 1.001 wawancara

**Data ini bermula dari kunjungan ke rumah-rumah, bukan dari sebuah dashboard.**

## Mencapai rumah tangga

Sebagian rumah tidak dapat dijangkau kendaraan. Tiba di sebuah permukiman tidak selalu berarti tim sudah sampai di pintu rumah. Menurut penuturan pimpinan studi, kondisi akses ini membuat operasi lapangan sangat menuntut. Menjangkau keluarga memerlukan pengetahuan lokal dan koordinasi yang terus-menerus; ini bukan rangkaian kunjungan rutin ke rumah yang mudah dicapai. [5,17]

Catatan koordinasi mendokumentasikan pertemuan dengan pimpinan desa, rute antarpemukiman, pembagian berdasarkan Dusun, dan dukungan antarenumerator ketika wilayah cakupan harus dibagi. Tim berupaya menyebarkan wawancara melampaui pusat desa. Sebagian melanjutkan ke wilayah rekan ketika alokasi mereka sendiri tidak dapat diselesaikan. Total akhir merupakan hasil kerja kolektif sepanjang rute-rute tersebut, bukan semata-mata hasil penggunaan sebuah aplikasi. [5]

## Memberi waktu bagi keluarga

Banyak penduduk sedang bekerja di kebun pada siang hari. Rumah kosong tidak otomatis mengakhiri upaya. Prosedur yang dicatat adalah menandai lokasi dan kembali kemudian, termasuk pada sore atau malam hari ketika keluarga dapat meluangkan waktu untuk berbicara. Penggantian dengan rumah tangga tetangga dilakukan setelah upaya kunjungan ulang tidak berhasil, sebagaimana dijelaskan pada bagian rekrutmen. [5]

Panduan pelatihan menuntut kemampuan mendengarkan dengan sabar, komunikasi dalam bahasa lokal, dan rekonstruksi yang cermat terhadap apa yang terjadi selama sakit. Pewawancara diminta untuk tidak memotong, menyalahkan, atau menekan keluarga, dan memberi waktu ketika seseorang mengalami kesulitan emosional. Tugasnya adalah memahami cerita tentang penyakit, bukan sekadar memperoleh satu baris jawaban yang lengkap. [8]

## Berbulan-bulan kerja, termasuk setelah kunjungan terakhir

Persiapan studi, koordinasi tim, pengembangan kuesioner, kunjungan lapangan, pemeriksaan data, dan penyusunan laporan berlangsung selama berbulan-bulan. Setelah wawancara selesai, pekerjaan berlanjut: merekonsiliasi entri, mempertanyakan hasil yang tidak konsisten, berkonsultasi dengan enumerator dan pengembang, serta membandingkan survei dengan catatan yang diberikan oleh layanan kesehatan. [5-9,17]

Alex Wettstein menjalankan kontribusinya terhadap studi, penelaahan data, dan penyusunan laporan sepenuhnya secara sukarela. Di samping kontribusinya, kegiatan lapangan bergantung pada tim yayasan, para koordinator, agen kesehatan komunitas, tenaga kesehatan lokal, dan keluarga yang keterlibatannya tercatat dalam laporan ini. [5,17]

Konteks lapangan bersumber dari catatan koordinasi [5], instruksi pelatihan [8], dan keterangan pimpinan studi [17]. Jarak berjalan kaki yang tepat, total jam kerja, dan durasi wawancara tidak diukur. Pernyataan mengenai status sukarela hanya merujuk pada Alex Wettstein.

II. METODE | INSTRUMEN DAN ANALISIS

# Apa yang diukur, dan bagaimana dianalisis

Instrumen rumah tangga, versi 4.1 tanggal 6 Mei 2026, memuat Q1-Q58 dan sub-pertanyaan maternal. Domainnya mencakup kondisi rumah tangga, lingkungan dan akses, penyakit berat terbaru, pencarian pertolongan/rujukan, aktivitas kesehatan komunitas, dan kepercayaan. Instrumen tenaga kesehatan, versi 2.2 tanggal 30 April 2026, memuat 30 pertanyaan mengenai pengalaman klinis dan kapasitas yang dilaporkan. Alex Wettstein menyusun rancangan awal kedua instrumen; para kontributor klinis kemudian menelaah dan menyesuaikannya bersama-sama, sebagaimana dijelaskan pada bagian pengumpulan data digital dan Lampiran A. [1,2,5,17]

## Definisi dan jangka waktu

HH-Q23 menanyakan apakah dalam enam bulan sebelumnya terdapat penyakit atau infeksi yang menjadi berat atau menakutkan. Pertanyaan lanjutan menggambarkan kejadian yang dipilih sebagai yang paling baru atau paling berat, bukan setiap kejadian di rumah tangga. HH-Q31 menanyakan kematian anggota rumah tangga setelah sakit, infeksi, masalah persalinan, atau penyakit bayi baru lahir dalam dua belas bulan. Tidak satu pun dari ukuran tersebut menetapkan diagnosis infeksi atau kematian yang dapat diatribusikan pada sepsis. [1]

Panduan lapangan menetapkan wawancara dalam bahasa lokal, penggalian kronologi, kerahasiaan, dan roleplay. Pada 17 Juni 2026, pimpinan studi menerbitkan panduan tambahan Q23 mengenai gejala-gejala yang sudah akrab sehingga mungkin tidak dianggap berat oleh keluarga. Memo dan debriefing berikutnya mendokumentasikan kekhawatiran mengenai interpretasi dan teknik menggali; penerapan panduan secara konsisten tidak diukur. Informasi ini digunakan dalam Diskusi. [8,9,17,18]

## Perhitungan deskriptif yang dapat ditelusuri

Penghitungan dilakukan dari lembar kerja survei asli, bukan dari kartu pada dashboard. Tabel menampilkan jumlah, jumlah jawaban yang relevan, dan persentase satu angka desimal. Jawaban kosong dikeluarkan; jawaban "tidak tahu" yang eksplisit diperlakukan sebagaimana dijelaskan. Pertanyaan bersyarat memerlukan jawaban induk yang sesuai. Integritas data: analisis menggunakan buku kerja sumber yang dipertahankan; file sumber asli tidak diubah. [3,4]

HH-Q23 akhir = Ya diperlukan untuk analisis Q24-Q30 dan Q32. Nilai sisa pada lima catatan dengan Q23 negatif dipertahankan dalam sumber tetapi dikeluarkan dari analisis bersyarat. Meskipun aturan skip tertulis mencakup Q31, ekspor memuat jawaban Q31 untuk seluruh 1.001 rumah tangga. Q31 dianalisis terpisah karena membahas kematian selama dua belas bulan, bukan episode enam bulan yang dipilih. Jawaban pilihan ganda dilaporkan sebagai opsi yang dipilih dan tidak selalu merupakan peringkat yang saling eksklusif. [1,3,6]

Strata tenaga kesehatan menggunakan jawaban tempat kerja yang eksplisit pada HW-Q2: pelayanan primer (Puskesmas, Pustu, atau Polindes), rumah sakit, dan dinas kesehatan. Unit analisis adalah satu respons kuesioner, bukan satu fasilitas yang diaudit secara independen. Satu pasangan nama/fasilitas yang berulang dengan jawaban berbeda masih belum terselesaikan dan tidak dihapus secara diam-diam. [4]

Temuan deskriptif disajikan tanpa bobot probabilitas, interval kepercayaan prevalensi populasi, uji hipotesis, atau estimasi efek intervensi. Bidang klinis yang dilewati selama pengumpulan data tidak diimputasi. Buku kerja administratif ditelaah untuk kelengkapan dan konsistensi internal, bukan diperlakukan sebagai register klinis yang telah diverifikasi. Laporan mengikuti struktur IMRAD dan

mengacu pada prinsip pelaporan STROBE; masalah kualitas data dan subkelompok yang tersisa dirinci dalam Lampiran B. [10,15,16,21]

II. METODE | PENGUMPULAN DATA DIGITAL

# Aplikasi Sumba Sepsis Study

Pengembangan klinis mendahului implementasi digital. Alex Wettstein menyusun rancangan awal kedua kuesioner. Menurut pimpinan studi, dua belas tenaga kesehatan dari rumah sakit, Puskesmas, dan layanan klinis kemudian bekerja bersama lebih dari delapan jam, menelaah setiap pertanyaan dari sisi redaksi, relevansi klinis, dan kelayakan lokal. Revisi bersama mereka membentuk instrumen yang digunakan dalam studi. Ini adalah proses pengembangan klinis, bukan validasi independen terhadap kinerja kuesioner. [1,2,5,17]

Novi Tri Mujahidin (Gogon), pengembang dari tim yayasan, menerjemahkan kuesioner tersebut menjadi sistem pengumpulan data khusus berbasis AppSheet. Jawaban dapat disimpan di telepon enumerator tanpa koneksi internet aktif dan disinkronkan ketika jaringan kembali tersedia dengan auto-sync aktif. Bidang wajib, pilihan yang telah ditentukan, dan alur pertanyaan bersyarat dirancang untuk mengurangi kesalahan transkripsi dan risiko kehilangan formulir kertas. Perhitungan otomatis memasok dashboard web ringan untuk telepon dan komputer, yang dipublikasikan melalui GitHub. Audit pasca-lapangan menilai bagaimana implementasi tersebut benar-benar bekerja. [6,7]

### Entri di telepon -> penyimpanan lokal -> sinkronisasi -> catatan pusat -> perhitungan -> dashboard

| Metadata atau kontrol | Yang terdokumentasi |
|---|---|
| Identitas catatan dan operator | Survey ID unik; pengguna/profil enumerator yang terkait dengan pengiriman data. |
| Waktu | Hanya cap waktu pengiriman. Tidak ada waktu mulai, waktu selesai, atau durasi wawancara yang diukur. |
| Lokasi | Desa/Dusun dan koordinat GPS lintang/bujur dijelaskan oleh pengembang. Bidang GPS langsung yang ditelaah terisi pada 374/1.001 catatan. |
| Foto | Lampiran verifikasi opsional dijelaskan oleh pengembang. Ekspor memuat referensi foto pada 991/1.001 catatan; setiap gambar tidak divalidasi satu per satu. |
| Akses dan pemulihan | Akses melalui email terdaftar dengan hak edit terbatas sesuai peran; pemulihan melalui Google dijelaskan oleh pengembang. Jadwal pencadangan independen dan pengujian pemulihan tidak terdokumentasi. |

Tabel 2. Keterangan pengembang [7], catatan teknis [6], dan pemeriksaan langsung terhadap ekspor [3]. Ketersediaan suatu bidang tidak membuktikan akurasi atau kelengkapannya pada setiap catatan. Hasil publik tidak menampilkan gambar atau koordinat yang dapat mengidentifikasi responden.

## Temuan audit dan pengamanan analitis

Dashboard awalnya menampilkan 0% untuk Q23 karena kode membaca Q24, bukan Q23. Nilai observasi yang telah dikoreksi adalah 249 dari 1.001 rumah tangga (24,9%). Secara terpisah, perubahan Q23 dari Ya menjadi Tidak dapat menyembunyikan pertanyaan lanjutan tanpa menghapus nilai lama. Lapisan analitis mengecualikan entri sisa ini dari analisis bersyarat sambil tetap mempertahankan sumber aslinya. [3,6]

Skor High/Critical Risk yang lama tidak digunakan untuk menghasilkan angka dalam laporan ini. Penghitungan deskriptif pada dashboard baru dijelaskan dalam Lampiran D. Aturan pertanyaan bersyarat terkait jenis kelamin untuk pertanyaan kehamilan masih harus dicocokkan dengan pertanyaan tingkat rumah tangga, sehingga cakupan maternal tidak diestimasi. Pengaturan akses dan

pemulihan merupakan keterangan pengembang dan tidak diuji keamanan secara independen. Catatan audit rinci terdapat pada Lampiran B. [1,6,7]

Hanya cap waktu pengiriman yang tersedia. Informasi tersebut tidak dapat menetapkan durasi wawancara atau waktu pasti dari munculnya gejala hingga pengobatan, terutama ketika catatan dimasukkan secara offline. [7]

## Tata kelola data, kerahasiaan, dan penggunaan ulang

Sumba Sepsis Study memuat informasi rumah tangga, kesehatan, geografis, dan operasional yang sensitif. Fair Future Foundation Switzerland dan Kawan Baik Indonesia bersama-sama memegang tanggung jawab kustodian dan tata kelola atas catatan studi yang dikumpulkan melalui proyek ini. Akses terhadap data kerja yang dapat mengidentifikasi seseorang dibatasi pada personel yang berwenang sesuai peran operasional.

Keluaran publik menggunakan informasi agregat atau yang telah dideidentifikasi. Nama rumah tangga, koordinat GPS yang presisi, foto verifikasi, dan informasi lain yang secara langsung dapat mengidentifikasi seseorang tidak dimasukkan dalam laporan publik maupun keluaran analitis publik.

Buku kerja sumber dipertahankan dan dibaca tanpa pengeditan untuk analisis ini. Aturan pembersihan, transformasi analitis, dan pengecualian diterapkan secara terpisah sehingga observasi asli tetap dapat ditelusuri.

Struktur basis data khusus proyek, implementasi survei, dataset analitis, alur kerja khusus studi, dashboard, tabel, gambar, dan materi laporan yang dikembangkan untuk Sumba Sepsis Study dikelola sebagai aset proyek Fair Future Foundation Switzerland dan Kawan Baik Indonesia. Konfigurasi aplikasi khusus, alur kerja, dan elemen perangkat lunak yang dikembangkan untuk proyek tunduk pada hak organisasi proyek serta lisensi dan ketentuan platform teknologi yang digunakan.

Akses terhadap catatan yang dapat mengidentifikasi seseorang serta penggunaan ulang dataset studi nonpublik atau analisis yang belum dipublikasikan memerlukan izin tertulis sebelumnya dari organisasi studi dan setiap persyaratan yang berlaku terkait persetujuan, etika, serta perlindungan data. Reproduksi atau adaptasi materi proyek yang dilindungi tunduk pada hak, perjanjian, dan lisensi platform yang relevan. Ketentuan ini tidak mengesampingkan hak peserta, hak pihak ketiga, maupun penggunaan yang diizinkan oleh hukum.

Statistik administratif, catatan klinis, dan informasi lain yang diberikan oleh instansi pemerintah, fasilitas kesehatan, atau organisasi eksternal tetap harus diatribusikan pada sumber asalnya. Pencantuman dalam laporan ini tidak memindahkan kepemilikan atas materi sumber tersebut.

**Privasi peserta lebih utama daripada kebutuhan publikasi, komunikasi, ataupun penggalangan dana.**

III. HASIL | PENCEGAHAN DI TINGKAT RUMAH TANGGA

# Pencegahan dasar dibatasi oleh kondisi material

**Hanya 48 dari 998 rumah tangga yang melaporkan adanya tempat cuci tangan dengan air dan sabun tersedia bersamaan.**

| Yang dilaporkan rumah tangga | Rumah tangga / jawaban | Persentase |
|---|---|---|
| Tidak tersedia air dan sabun bersamaan di tempat cuci tangan (Q19) | 950 dari 998 | 95,2% |
| Tidak memiliki tempat cuci tangan sama sekali (Q19) | 752 dari 998 | 75,4% |
| Tidak memiliki toilet / buang air besar sembarangan (Q18) | 401 dari 996 | 40,3% |
| Sumur terbuka/air permukaan atau sungai/aliran sebagai sumber air utama (Q16) | 257 dari 999 | 25,7% |
| Tidak mengolah air dan tidak memilih metode lain (Q17) | 406 dari 995 | 40,8% |
| Merokok di dalam rumah (Q14) | 814 dari 987 | 82,5% |
| Pendapatan rumah tangga bulanan di bawah Rp500.000 (Q4) | 829 dari 997 | 83,1% |
| Tidak pernah sekolah atau hanya pendidikan dasar (Q2) | 665 dari 991 | 67,1% |
| Sedikitnya satu kondisi kronis dilaporkan (Q9) | 300 dari 1.001 | 30,0% |

Tabel 3. Sumber: [3]. Kolom tengah menunjukkan rumah tangga yang melaporkan temuan dibandingkan rumah tangga dengan jawaban yang dapat digunakan. Penyebut berbeda ketika terdapat jawaban hilang atau tidak diketahui. Q2 mengecualikan enam jawaban kosong dan empat jawaban tidak tahu; kondisi kronis dilaporkan sendiri oleh responden.

## Apa arti angka-angka tersebut

Untuk cuci tangan, 197 rumah tangga melaporkan hanya tersedia air, satu rumah tangga hanya sabun, dan 752 tidak memiliki tempat cuci tangan. Angka 95,2% tidak berarti keluarga-keluarga ini tidak pernah mencuci tangan. Angka tersebut menggambarkan tidak tersedianya air dan sabun secara bersamaan pada tempat cuci tangan yang dilaporkan. Observasi dianjurkan, tetapi tidak diverifikasi secara independen di setiap rumah. [1,3,14]

Jamban sederhana (78 rumah tangga) tidak diklasifikasikan sebagai buang air besar sembarangan; rincian konstruksi tidak dikumpulkan. Kategori sumber air bukan merupakan hasil uji mikrobiologis. Empat puluh sembilan jawaban mengenai pengolahan air menggabungkan "tidak melakukan apa-apa" dengan merebus atau menyaring dan dipertahankan sebagai kategori kontradiktif tersendiri. Kelompok pendapatan yang digunakan bukan klasifikasi kemiskinan resmi. [1,3,9,14]

**Pesan kesehatan tidak menyediakan air, sabun, atau toilet yang layak pakai. Kesenjangan pencegahan bersifat material sekaligus edukatif.**

III. HASIL | AKSES YANG TIDAK MERATA

# Pencegahan dan jarak saling bertumpang tindih

Dalam keseluruhan sampel, 286/997 rumah tangga (28,7%) melaporkan waktu tempuh sedikitnya satu jam ke fasilitas kesehatan formal terdekat, termasuk 71 yang melaporkan lebih dari dua jam. Enam rumah tangga menyatakan waktu tempuh sangat bergantung pada musim dan dipertahankan sebagai kategori terpisah. Ini adalah waktu perjalanan awal yang biasa, bukan waktu menuju perawatan definitif di rumah sakit. [1,3]

| Lokasi studi | Sedikitnya 1 jam ke pelayanan | Tanpa toilet / BABS | Air DAN sabun di tempat cuci tangan |
|---|---|---|---|
| Kawangu | 1,4%<br>3 dari 211 | 31,3%<br>66 dari 211 | 15,7%<br>33 dari 210 |
| Kambatatana | 0,0%<br>0 dari 90 | 6,7%<br>6 dari 90 | 13,5%<br>12 dari 89 |
| Mbatakapidu | 0,0%<br>0 dari 72 | 26,4%<br>19 dari 72 | 4,2%<br>3 dari 72 |
| Pambota Njara | 7,1%<br>2 dari 28 | 85,2%<br>23 dari 27 | 0,0%<br>0 dari 28 |
| Mbatapuhu | 57,1%<br>113 dari 198 | 74,6%<br>147 dari 197 | 0,0%<br>0 dari 199 |
| Napu | 71,1%<br>69 dari 97 | 62,6%<br>62 dari 99 | 0,0%<br>0 dari 99 |
| Mbinudita | 0,0%<br>0 dari 101 | 26,7%<br>27 dari 101 | 0,0%<br>0 dari 101 |
| Pulu Panjang | 49,5%<br>99 dari 200 | 25,6%<br>51 dari 199 | 0,0%<br>0 dari 200 |

Tabel 4. Sumber: [3], Q20/Q18/Q19. Setiap sel menampilkan persentase, kemudian jumlah rumah tangga yang melaporkan temuan dibandingkan jumlah yang menjawab pertanyaan tersebut. Kolom terakhir menggambarkan sumber daya yang tersedia, bukan yang tidak tersedia. Ini adalah hasil pada sampel, bukan angka populasi.

**Seluruh 286 rumah tangga yang melaporkan waktu tempuh sedikitnya satu jam ke pelayanan juga tidak memiliki air dan sabun secara bersamaan pada tempat cuci tangan.**

Ini adalah catatan rumah tangga yang sama: 282 melaporkan tidak memiliki tempat cuci tangan dan empat hanya memiliki air. Hambatan pencegahan dan akses bertumpang tindih pada rumah-rumah tersebut. Perbandingan deskriptif ini tidak membuktikan hubungan sebab-akibat dan tidak mengukur risiko sepsis; pengelompokan geografis mungkin turut berperan. [3]

## Perjalanan pertama hanyalah satu bagian dari akses

Di Napu, 69 dari 97 rumah tangga melaporkan waktu tempuh sedikitnya satu jam ke pelayanan, dan seluruh 95 rumah tangga dengan data jarak melaporkan jarak lebih dari 10 km. Secara keseluruhan, 308 dari 993 rumah tangga (31,0%) melaporkan jarak lebih dari 10 km ke fasilitas formal terdekat. Perjalanan biasa ini belum mencakup waktu menunggu uang, kendaraan, atau rujukan lanjutan. [1,3]

Sepeda motor merupakan sarana perjalanan yang paling umum menuju pelayanan pada 924 dari 999 respons (92,5%); 40 melaporkan berjalan kaki, 33 tidak memiliki transportasi yang dapat diandalkan,

dan dua menggunakan kendaraan bersama/umum. Tidak ada yang memilih ambulans sebagai moda yang biasa digunakan. Temuan ini tidak mengukur ketersediaan ambulans gawat darurat. [3]

III. HASIL | PENYAKIT BERAT YANG DILAPORKAN

# Apa yang ditangkap oleh Q23

Sebanyak 249 dari 1.001 rumah tangga (24,9%) menjawab Ya terhadap pertanyaan apakah dalam enam bulan sebelumnya terdapat penyakit atau infeksi yang menjadi berat atau menakutkan; 752 menjawab Tidak. Angka ini menghitung rumah tangga yang melaporkan pengalaman tersebut, bukan jumlah individu yang sakit ataupun kasus sepsis yang dikonfirmasi secara klinis. [1,3]

| Lokasi studi | Ya / rumah tangga | Persentase |
|---|---|---|
| Kawangu | 61 dari 211 | 28,9% |
| Kambatatana | 41 dari 90 | 45,6% |
| Mbatakapidu | 6 dari 72 | 8,3% |
| Pambota Njara | 0 dari 28 | 0,0% |
| Mbatapuhu | 43 dari 200 | 21,5% |
| Napu | 40 dari 99 | 40,4% |
| Mbinudita | 50 dari 101 | 49,5% |
| Pulu Panjang | 8 dari 200 | 4,0% |

Tabel 5. Sumber: [3], Q23 akhir yang tercatat. Nilai keseluruhan adalah 24,9%; 28,9% hanya merupakan hasil Kawangu. Nilai nol dari 28 rumah tangga di Pambota Njara tidak membuktikan tidak adanya penyakit berat di desa tersebut.

## Tingkat keparahan merupakan penilaian yang dilaporkan

Kuesioner memberikan contoh seperti tidak mampu berjalan, sangat lemah, kesulitan bernapas, berkurangnya respons, dan kejang. Memo lapangan 17 Juni memperingatkan bahwa gejala yang sudah familiar dapat dianggap normal dan meminta pengingatan kembali serta penggalian yang lebih cermat sebelum mencatat jawaban Tidak. Keterangan tim berikutnya menggambarkan kekhawatiran yang serupa. [1,9,17,18]

Setiap penyakit, penyakit yang berat atau menakutkan, dan sepsis adalah luaran yang berbeda. Gejala yang menetap dapat memerlukan pelayanan tanpa dengan sendirinya membuktikan disfungsi organ atau sepsis. Memo tersebut mendukung kekhawatiran mengenai apa yang mungkin terlewat pada Q23; memo itu tidak mengidentifikasi jawaban negatif mana yang tidak akurat. [1,11,18]

## Cara menafsirkan perbedaan

Rentang antarwilayah 0-49,5% dapat mencerminkan morbiditas, komposisi rumah tangga, pemilihan sampel, daya ingat, bahasa, atau perbedaan cara wawancara. Penggalian tambahan diperkenalkan selama kegiatan lapangan, tetapi penerapan konsisten dan dampaknya tidak dievaluasi. Persentase ini tidak boleh diperingkat sebagai risiko sepsis antarwilayah. [3,5,9,18]

Implikasi dari normalisasi penyakit dibahas pada bagian "Ketika sakit menjadi sesuatu yang dianggap normal" (hal. 26), terpisah dari hasil numeriknya.

III. HASIL | EPISODE YANG DIPILIH

# Gejala, pemulihan, dan kematian dalam rumah tangga

Deskripsi ini hanya berlaku untuk rumah tangga dengan Q23 akhir = Ya. Satu episode yang paling baru atau paling berat dipilih untuk setiap rumah tangga. Jumlah jawaban hilang berbeda menurut pertanyaan. [1,3]

| Tanda bahaya yang tercatat (Q28) | Episode / jawaban | Persentase |
|---|---|---|
| Demam sangat tinggi atau menggigil hebat | 105 dari 240 | 43,8% |
| Sangat lemah; tidak mampu berdiri, makan, atau minum | 73 dari 240 | 30,4% |
| Napas cepat atau sulit bernapas | 38 dari 240 | 15,8% |
| Luka berbau, bengkak, atau bernanah | 13 dari 240 | 5,4% |
| Kejang | 6 dari 240 | 2,5% |
| Respons menurun, bingung, atau perilaku tidak biasa | 3 dari 240 | 1,3% |
| Urine sangat sedikit atau tidak ada | 2 dari 240 | 0,8% |

Tabel 6. Tanda bahaya yang tercatat, HH-Q28 [3]: 240 dari 249 rumah tangga yang memenuhi syarat menjawab. Ekspor pada praktiknya menyimpan satu tanda yang dipilih per jawaban, meskipun kuesioner kertas memungkinkan beberapa pilihan. Tanda yang tidak dipilih tidak berarti terbukti tidak ada.

Orang yang dipilih berusia 15-49 tahun pada 120 dari 249 catatan, usia 50 tahun atau lebih pada 78, usia 1-4 tahun pada 23, usia 5-14 tahun pada 22, dan usia 1-11 bulan pada enam catatan. Ini adalah deskripsi episode yang dipilih, bukan insidensi spesifik menurut usia. [3]

| Luaran yang dilaporkan (Q32) | Episode / jawaban | Persentase |
|---|---|---|
| Pulih setelah mendapat pelayanan formal | 174 dari 246 | 70,7% |
| Masih sakit atau belum pulih sepenuhnya | 54 dari 246 | 22,0% |
| Kelemahan menetap atau disabilitas | 9 dari 246 | 3,7% |
| Pulih di rumah | 7 dari 246 | 2,8% |
| Meninggal | 2 dari 246 | 0,8% |

Tabel 7. Luaran yang dilaporkan, HH-Q32 [3]: 246 dari 249 rumah tangga yang memenuhi syarat menjawab. Ini adalah luaran yang dilaporkan tanpa adjudikasi klinis atau longitudinal.

**Sebanyak 63 dari 246 episode yang dipilih (25,6%) melibatkan pemulihan yang belum lengkap atau kelemahan/disabilitas menetap.**

Temuan tersebut mendukung pentingnya tindak lanjut, tetapi bukan diagnosis sindrom pascasepsis. Secara terpisah, Q31 mencatat 25 dari 1.001 rumah tangga (2,5%) yang melaporkan kematian setelah sakit, infeksi, masalah persalinan, atau penyakit bayi baru lahir dalam dua belas bulan. Hal ini dapat menyangkut orang atau kejadian lain; angka tersebut bukan tingkat mortalitas yang dapat diatribusikan pada infeksi. [1,3]

III. HASIL | MENCARI DAN MENCAPAI PELAYANAN

# Kepercayaan tidak sama dengan akses yang tepat waktu

Kepercayaan penuh atau sebagian terhadap pelayanan formal dilaporkan oleh 993 dari 995 rumah tangga (99,8%). Untuk tindakan pertama yang biasanya dilakukan, 664 dari 999 (66,5%) memilih Pustu/Puskesmas atau rumah sakit. Jawaban ini menggambarkan kepercayaan dan pilihan kebiasaan, bukan jalur yang telah diverifikasi untuk satu penyakit tertentu. [3]

| Waktu sebelum mencari pertolongan dari luar rumah (Q34) | Respons / jawaban | Persentase |
|---|---|---|
| Hari yang sama | 452 dari 999 | 45,2% |
| Hari berikutnya | 422 dari 999 | 42,2% |
| Dua sampai tiga hari kemudian | 92 dari 999 | 9,2% |
| Lebih dari tiga hari kemudian | 13 dari 999 | 1,3% |
| Tidak mencari pertolongan dari luar rumah | 20 dari 999 | 2,0% |

Tabel 8. Waktu sebelum mencari pertolongan dari luar rumah, HH-Q34 [3]; dua respons hilang. Titik awal yang tertulis adalah saat penyakit menjadi serius. Episode dan titik awal yang sama tidak diverifikasi untuk seluruh respons.

Kurang dari setengah memilih pertolongan pada hari yang sama. Sebanyak 547 jawaban lainnya tidak dapat digambarkan sebagai 547 pasien terkonfirmasi dengan keterlambatan penanganan infeksi berat: Q34 dijawab oleh rumah tangga dengan maupun tanpa kejadian Q23. Pola ini relevan untuk perencanaan layanan, tetapi bukan distribusi waktu menuju pengobatan yang tervalidasi. [1,3,9]

## Transportasi, biaya, dan obat sebelum mencapai pelayanan

Jarak atau tidak tersedianya transportasi disebut dalam 686 dari 969 jawaban Q56 (70,8%), dan biaya transportasi/pengobatan dalam 665 jawaban (68,6%). Beberapa alasan tercatat meskipun pertanyaan dimaksudkan meminta satu alasan utama; karena itu, temuan ini merupakan penyebutan yang saling tumpang tindih, bukan penyebab yang saling eksklusif. [1,3]

Pembelian obat tanpa resep sebelum mencapai pelayanan formal dilaporkan oleh 475 dari 985 rumah tangga (48,2%). Kelas obat, dosis, dan indikasi tidak dapat ditetapkan secara andal. Angka ini tidak mengukur penyalahgunaan antibiotik, resistensi, ataupun efek kausal pengobatan mandiri terhadap keterlambatan. [1,3]

## Rekomendasi rujukan belum berarti perjalanan rujukan selesai

Q37 memuat 414 rekomendasi rujukan, termasuk 221 pada rumah tangga dengan Q23 akhir = Tidak. Q38 dijawab untuk seluruh 414, tetapi dapat berkaitan dengan pengalaman lain. Karena itu, tingkat penyelesaian rujukan gabungan untuk episode penyakit berat yang dipilih tidak dihitung. Catatan di masa depan perlu menghubungkan keputusan, waktu berangkat, waktu tiba, dan luaran. [3,9]

III. HASIL | SURVEI TENAGA KESEHATAN

# Tenaga kesehatan yang terwakili dalam respons

Buku kerja tenaga kesehatan memuat 162 respons. Total menurut profesi yang diberikan oleh koordinasi sesuai dengan file respons. Jumlah tenaga yang memenuhi syarat atau diundang tidak tersedia, sehingga tingkat partisipasi survei tidak dapat dihitung. [4,5]

| Profesi yang dilaporkan | Respons kuesioner |
|---|---|
| Perawat | 90 |
| Bidan | 46 |
| Dokter | 7 |
| Petugas laboratorium | 4 |
| Peran lainnya | 15 |
| **Total** | **162** |

Tabel 9. Sumber: HW-Q1 [4] dan total koordinasi yang sesuai [5]. Ini adalah formulir respons, bukan sensus fasilitas. Daftar peserta forum yang terpisah tidak ditambahkan ke dalam sampel ini.

Berdasarkan pertanyaan eksplisit mengenai tempat kerja HW-Q2, 105 respons berasal dari pelayanan primer: 94 Puskesmas, sepuluh Pustu, dan satu Polindes. Lima puluh lima berasal dari rumah sakit dan dua dari dinas kesehatan. Bidang registrasi yang terpisah memiliki distribusi yang sedikit berbeda; HW-Q2 digunakan untuk menetapkan kelompok analisis di sini. [4]

## Pelatihan dan rasa percaya diri adalah ukuran yang berbeda

**Sebanyak 144 dari 162 respons melaporkan belum pernah menerima pelatihan khusus mengenai sepsis atau infeksi berat. Di pelayanan primer: 96 dari 105 (91,4%).**

Rasa percaya diri dilaporkan penuh pada 96 dari 162 respons (59,3%), sebagian pada 57 (35,2%), dan tidak percaya diri pada sembilan (5,6%). Rasa percaya diri bukanlah penilaian keterampilan. Temuan ini mendukung pelatihan praktis yang disupervisi, bukan asumsi bahwa individu tidak kompeten. [4]

Tiga puluh delapan dari 162 (23,5%) melaporkan secara rutin melihat infeksi berat. Dari 38 tersebut, lima melaporkan kasus setiap hari, sebelas setiap minggu, sebelas setiap bulan, dan sebelas jarang. Sebanyak 124 lainnya tidak melaporkan paparan rutin. Kuesioner mencatat pengalaman profesional, bukan jumlah kasus. [4]

Beberapa tenaga kesehatan dapat menggambarkan fasilitas yang sama. Satu pasangan nama/fasilitas yang berulang masih belum terselesaikan; hasil karena itu dilaporkan per respons. Kelompok dokter dan petugas laboratorium yang kecil tidak mendukung perbandingan presisi menurut profesi. [4,5]

III. HASIL | KESIAPAN YANG DILAPORKAN

# Kapasitas pada kontak pertama tidak merata

**Hanya 35 dari 105 respons pelayanan primer yang melaporkan antibiotik injeksi selalu tersedia.**

Baca setiap sel sebagai proporsi respons tenaga kesehatan pada jenis fasilitas tersebut, kemudian jumlahnya. Angka-angka ini bukan persentase fasilitas kesehatan. "Ya" dan "selalu" merujuk pada kategori jawaban yang ditentukan pada kolom pertama. [4]

| Kapasitas yang dilaporkan | Respons pelayanan primer (105) | Respons rumah sakit (55) |
|---|---|---|
| Antibiotik, termasuk oral, selalu tersedia | 78,1%<br>82 dari 105 | 94,5%<br>52 dari 55 |
| Antibiotik injeksi selalu tersedia | 33,3%<br>35 dari 105 | 90,9%<br>50 dari 55 |
| Oksigen tersedia: Ya | 87,6%<br>92 dari 105 | 100,0%<br>55 dari 55 |
| Cairan IV tersedia: Ya | 96,2%<br>101 dari 105 | 98,2%<br>54 dari 55 |
| Pemantauan dasar tersedia: Ya | 90,5%<br>95 dari 105 | 94,5%<br>52 dari 55 |
| Akses laboratorium: Ya, tidak terbatas | 75,2%<br>79 dari 105 | 83,6%<br>46 dari 55 |
| Jumlah dokter mencukupi: Ya | 64,8%<br>68 dari 105 | 90,9%<br>50 dari 55 |
| Akses kultur darah: Ya | 12,4%<br>13 dari 105 | 40,0%<br>22 dari 55 |
| Akses hematologi dasar: Ya | 30,5%<br>32 dari 105 | 94,5%<br>52 dari 55 |

Tabel 10. Sumber: [4], HW-Q10-Q16, Q27-Q28; kelompok ditentukan berdasarkan HW-Q2. Dua respons dari dinas kesehatan dikeluarkan. Lebih dari satu responden dapat melaporkan fasilitas yang sama; ketersediaan tidak diaudit secara independen.

Sebanyak 70 dari 105 respons pelayanan primer lainnya (66,7%) menggambarkan antibiotik injeksi tersedia kadang-kadang (48), jarang (11), atau tidak pernah (11). Jawaban ini tidak mengukur jumlah hari kehabisan stok, tetapi menunjukkan kekhawatiran serius mengenai keandalan pengobatan pada kontak pertama. [4]

## Bangun dari kapasitas yang sudah ada, lalu verifikasi keandalannya

Sebagian besar responden pelayanan primer melaporkan adanya oksigen, cairan IV, dan pemantauan dasar; seluruh responden rumah sakit melaporkan adanya oksigen. Sumber daya tersebut penting. Namun keberadaannya saja tidak membuktikan penggunaan oleh tenaga yang terlatih, pemeliharaan, cakupan setiap shift, atau ketersediaan saat pasien tertentu membutuhkannya. [2,4]

Verifikasi perlu mencakup tenaga terlatih, stok dan tanggal kedaluwarsa, sistem pemberian oksigen, pemantauan, pemeriksaan yang dapat diakses, dan transportasi sampel sebelum pengadaan baru dilakukan. Tujuannya adalah respons yang berfungsi sesuai tingkat pelayanan, bukan target universal berupa ventilator atau albumin. Perawatan dewasa, anak, dan obstetri memerlukan pengawasan klinis yang sesuai. [12,13]

III. HASIL | KEDATANGAN TERLAMBAT DAN RUJUKAN

# Hampir seluruh respons tenaga kesehatan mengakui kedatangan pasien yang terlambat

HW-Q21 menanyakan: "Apakah pasien sering datang terlambat (sudah dalam kondisi lanjut)?" Sebanyak 162 respons yang tercatat adalah: [2,4]

| Jawaban yang dipilih | Respons dari 162 | Persentase |
|---|---|---|
| Ya | 89 | 54,9% |
| Kadang-kadang | 69 | 42,6% |
| Tidak | 4 | 2,5% |

Tabel 11. Sumber: [4], HW-Q21. Unit analisis adalah satu kuesioner tenaga kesehatan yang selesai, bukan pasien, kunjungan, atau fasilitas.

**Sebanyak 158 dari 162 respons (97,5%) mengakui masalah ini setidaknya kadang-kadang. Ini TIDAK berarti bahwa 97,5% pasien datang terlambat.**

## Di antara 137 respons tenaga kesehatan yang merujuk pasien berat

Responden ini menjawab Ya pada HW-Q19. Tabel di bawah menunjukkan hambatan rujukan yang mereka pilih. Satu orang dapat memilih beberapa hambatan. [2,4]

| Hambatan rujukan yang dipilih | Respons dari 137 | Persentase |
|---|---|---|
| Keterlambatan dalam pengambilan keputusan | 83 | 60,6% |
| Jarak | 71 | 51,8% |
| Fasilitas penerima terlalu penuh | 56 | 40,9% |
| Biaya | 48 | 35,0% |
| Kekurangan tenaga | 26 | 19,0% |
| Cuaca atau kondisi medan | 21 | 15,3% |
| Tidak ada transportasi | 11 | 8,0% |

Tabel 12. Sumber: [4], HW-Q19 = Ya dan Q20. Persentase adalah jumlah penyebutan, bukan bagian keterlambatan yang dapat diatribusikan pada setiap penyebab, dan tidak harus berjumlah 100%. Batas yang dimaksud adalah maksimal tiga pilihan; beberapa responden melebihinya. Baris yang ditampilkan merupakan hambatan yang sudah didefinisikan; jawaban teks bebas tidak digabungkan ke dalam kategori tersebut.

Keterlambatan pengambilan keputusan, jarak, kapasitas fasilitas penerima, dan biaya merupakan hambatan yang paling sering dipilih. Ini mendukung penelaahan beberapa tahap rujukan, bukan satu hambatan tunggal. Pertanyaan tidak menetapkan keputusan siapa yang terlambat. Sebanyak 8,0% yang memilih "Tidak ada transportasi" tidak berarti transportasi secara umum memadai: biaya, jarak, dan medan dapat menggambarkan kesulitan yang saling terkait. [4]

III. HASIL | KONTAK KOMUNITAS DAN PRIORITAS

# Dukungan lokal harus terhubung dengan layanan yang benar-benar berfungsi

Pengenalan terhadap Kawan Sehat dilaporkan oleh 367 dari 984 rumah tangga (37,3%) dan bantuan selama enam bulan sebelumnya oleh 346 dari 979 (35,3%). Ini adalah laporan rumah tangga mengenai pengenalan dan dukungan, bukan cakupan program atau dampak luaran yang telah diverifikasi. [3]

Di Mbinudita, 99 dari 101 rumah tangga mengenal Kawan Sehat dan 97 dari 101 melaporkan menerima dukungan. Di Napu, tidak satu pun dari 99 mengenal program tersebut dan tidak satu pun dari 98 melaporkan dukungan. Perbedaan ini menggambarkan rumah tangga dalam sampel; temuan tersebut seharusnya memandu verifikasi lokal, bukan dianggap sebagai bukti efektivitas atau tidak adanya program. [3]

Sebanyak 74 rumah tangga melaporkan menerima bantuan tanpa mengenali nama program. Mereka mungkin mengenali orangnya, bukan nama program, atau pertanyaan dapat dipahami secara berbeda. Keterangan ini memerlukan klarifikasi, bukan koreksi otomatis. [3,9]

## Apa yang diminta rumah tangga

Dari 927 jawaban atas pertanyaan mengenai satu tindakan yang paling mungkin mencegah kematian akibat penyakit berat, pilihan terbanyak adalah edukasi kesehatan masyarakat (385), air bersih dan sanitasi (240), serta transportasi yang lebih cepat (178). Opsi lainnya mencakup sisa jawaban. [3]

## Apa yang diminta tenaga kesehatan

Di antara 162 respons tenaga kesehatan, pelatihan dipilih 138 kali (85,2%), peralatan yang lebih baik 120 kali (74,1%), dan edukasi masyarakat 93 kali (57,4%). Tenaga kesehatan sering melebihi batas dua pilihan yang dimaksud; ini adalah prioritas yang disebutkan, bukan peringkat ketat dua kebutuhan teratas dari setiap responden. [4]

**Orang yang dipercaya di desa merupakan kontak yang sangat penting. Namun kontak tersebut tetap membutuhkan tempat untuk merujuk pasien, cara untuk sampai ke sana, dan layanan yang siap menerima.**

Temuan mendukung penguatan hubungan antara agen kesehatan komunitas dan layanan formal. Pengenalan masalah, nasihat, dan kepercayaan lokal perlu berujung pada penilaian dan transportasi ketika diperlukan. Semuanya tidak dapat menggantikan kendaraan yang berfungsi, pengobatan yang andal, atau tempat cuci tangan dengan air dan sabun.

III. HASIL | BUKTI ADMINISTRATIF

# Apa yang tidak dapat dibuktikan oleh catatan yang diserahkan

Buku kerja administratif mengenai infeksi, kematian, dan rujukan mencantumkan 28 fasilitas: empat rumah sakit dan 24 Puskesmas. Ini adalah daftar dalam file yang diserahkan, bukan jumlah setiap fasilitas di kabupaten yang telah diverifikasi secara independen. Ruang lingkupnya berbeda dari permintaan awal yang merujuk pada 22 Puskesmas. [10]

| Pemeriksaan kelengkapan | Kolom 2025 | Kolom 2026 |
|---|---|---|
| Entri jumlah infeksi yang tercatat nol | 232 dari 308 (75,3%) | 228 dari 308 (74,0%) |
| Kategori diagnosis bernilai nol di setiap fasilitas pada kedua tahun | 7 dari 11 kategori | 7 dari 11 kategori |
| Puskesmas yang memberikan jumlah rujukan | 2 dari 24 | 2 dari 24 |

Tabel 13. Sumber: [10]. Terdapat 308 kemungkinan entri jumlah infeksi per tahun: 28 fasilitas x 11 kategori diagnosis. Baris contoh rujukan dikeluarkan. Batas waktu data 2026 tidak ditentukan; tabel ini bukan perbandingan tren penyakit.

Tujuh kategori bernilai nol di semua fasilitas: malaria berat; infeksi luka/kulit berat; infeksi saluran kemih; infeksi maternal/pascapersalinan; meningitis/ensefalitis; sepsis jika dikodekan; dan infeksi berat lain. Kategori lain memiliki nilai non-nol, tetapi kelengkapan pelaporan tidak dapat dipastikan. [10]

## Kasus nol dan informasi yang hilang bukan hal yang sama

Nilai nol dapat berarti tidak ada kasus, diagnosis tidak tercatat, laporan tidak diterima, atau nilai bawaan. File tidak membedakan kemungkinan tersebut. Definisi, cakupan pelaporan, batas 2026, dan total konsultasi tidak tersedia; nilai nol berulang perlu diperiksa pada register asli. [10]

## Kekhawatiran pengkodean yang dilaporkan klinisi

Beberapa klinisi melaporkan bahwa **sepsis kadang dicatat dengan diagnosis lain, bukan secara eksplisit sebagai sepsis**, dengan menyebut persepsi kendala klaim JKN/BPJS/KIS serta kekhawatiran terhadap reputasi fasilitas. [17]

Keterangan ini **belum diverifikasi melalui rekam medis, log pengkodean, data klaim, atau kebijakan resmi BPJS**. Ini adalah sinyal kualitatif, bukan bukti salah pengkodean sistematis. Jika dikonfirmasi, praktik tersebut dapat menyebabkan sepsis kurang tercatat dan perlu ditinjau. [17]

Sejumlah kematian tercatat, tetapi atribusinya tidak jelas. **Semua entri kematian pascarujukan bernilai nol pada kedua tahun tanpa bukti tindak lanjut lengkap.** Tidak ada estimasi mortalitas kabupaten atau fatalitas infeksi. [10]

## Tindak lanjut rujukan sebagian besar masih tidak terdokumentasi

Dari 24 Puskesmas, lima mencantumkan tujuan rujukan, lima informasi transportasi, empat keterlambatan keberangkatan, dan empat waktu tempuh. Tidak ada dokumentasi keterlambatan atau kegagalan rujukan. Bidang kosong bukan berarti masalah tidak terjadi. [10]

**Catatan yang diserahkan tidak dapat menunjukkan gambaran lengkap dan dapat dibandingkan mengenai penyakit berat, rujukan, dan luaran. Hal ini menghambat evaluasi pelayanan dan pengarahan sumber daya.**

Temuan ini hanya menyangkut materi yang diserahkan kepada studi; temuan ini tidak membuktikan bahwa register pemerintah lain tidak ada. [10]

III. HASIL | LAPORAN KAPASITAS ADMINISTRATIF

# Apa yang dapat dan tidak dapat ditunjukkan oleh laporan kapasitas

Buku kerja terpisah mengenai kapasitas fasilitas kesehatan mencantumkan 28 fasilitas, termasuk rumah sakit dan Puskesmas. File tersebut memuat jumlah tenaga dan catatan mengenai obat, oksigen, diagnostik, dan transportasi, tetapi banyak bidang tidak diisi. Ini merupakan bukti administratif tambahan, bukan audit independen terhadap kesiapan layanan. [21]

| Pemeriksaan kelengkapan pada formulir yang diserahkan | Baris dengan entri |
|---|---|
| Keempat jumlah tenaga terisi: dokter, perawat, bidan, dan petugas laboratorium | 11 dari 28 |
| Bidang peralatan pemantauan dasar | 1 dari 28 |
| Bidang jumlah transportasi rujukan | 11 dari 28 |

Tabel 14. Sumber: [21]. Angka merujuk pada bidang yang terisi, termasuk nilai nol yang tercatat, bukan kecukupan tenaga, ketersediaan peralatan, atau ambulans yang berfungsi. Baris contoh dikeluarkan. Bidang kosong tidak dianggap sebagai sumber daya yang tidak tersedia.

## Tanggal memerlukan klarifikasi

Formulir memuat entri tanggal "10/10/26", yang lebih lambat daripada tanggal terbit pertama, 13 September 2026. Tanggal tersebut tidak dapat diubah diam-diam menjadi tanggal yang lebih awal. Tanggal pencatatan dan periode referensi yang dimaksud perlu dikonfirmasi sebelum entri dapat dianggap sezaman dengan kegiatan lapangan. [21]

## Masalah yang tercatat dan perlu diverifikasi bersama fasilitas

Baris transportasi Kawangu mencantumkan satu unit dengan catatan kerusakan berat; entri oksigen Rambangaru mencantumkan lima tabung, empat dalam kondisi baik dan satu rusak. Nggoa memiliki jumlah transportasi nol, namun disertai catatan yang menyebut satu ambulans pelayanan keliling. Ini adalah entri yang belum diverifikasi dalam formulir yang diserahkan, bukan temuan operasional yang telah dikonfirmasi pada saat survei. Entri tersebut mengidentifikasi pertanyaan spesifik untuk fasilitas, bukan angka tingkat kabupaten. [21]

Sebagian deskripsi obat masih menggunakan redaksi seperti template dan kuantitas memakai satuan yang tidak seragam. Karena itu, formulir tidak dapat digunakan untuk menyusun inventaris total atau perbandingan kesiapan fasilitas yang andal. Entri ini tidak digunakan untuk mengubah persentase survei tenaga kesehatan atau enam temuan utama pada bagian pembuka. [21]

**Verifikasi apa yang benar-benar berfungsi, di mana, dan kapan, sebelum daftar peralatan dianggap sebagai bukti kesiapan pelayanan.**

III. HASIL | MENGHUBUNGKAN KOMUNITAS DAN LAYANAN

# Jejaring rujukan yang dilaporkan

Koordinasi memberikan peta hubungan desa-ke-layanan berikut. Peta ini menggambarkan hubungan organisasi yang dimaksud atau biasa digunakan, bukan rujukan pada tingkat pasien yang telah diverifikasi ataupun catatan staf yang terus-menerus. Ketujuh lokasi yang dipetakan menyebut RSUD Umbu Rara Meha, Waingapu, sebagai tujuan utama pada tingkat rujukan lebih tinggi. [5, hal. 13-15]

| Lokasi studi | Fasilitas kesehatan tingkat desa | Pusat pelayanan primer (Puskesmas) |
|---|---|---|
| Mbatakapidu | Pustu Mbatakapidu | Kota Waingapu dan Pambotanjara |
| Pulu Panjang | Pustu Pulupanjang | Nggoa |
| Mbinudita | Pustu Mbinudita | Nggoa |
| Kawangu | Pustu Kawangu | Kawangu |
| Kambatatana | Pustu Kambatatana | Kawangu |
| Mbatapuhu | Pustu Mbatapuhu | Rambangaru |
| Napu | Pustu Napu | Rambangaru |
| Pambota Njara | Tidak dicantumkan secara terpisah | Tidak dicantumkan secara terpisah |

Tabel 15. Sumber: [5]. Mbatakapidu memiliki dua Puskesmas yang disebut dalam sumber; tanggung jawab memerlukan klarifikasi. "Putu" pada sumber Kambatatana ditampilkan sebagai Pustu, sesuai tingkat fasilitas yang disebutkan. Pambota Njara tidak memiliki baris terpisah dalam peta layanan yang diserahkan.

## Apa yang ditambahkan oleh informasi pelengkap

Kompilasi populasi menyediakan delapan entri lokasi. Catatan lapangan mencakup 1.001 wawancara, menjelaskan pemilihan rumah tangga, dan mendokumentasikan cakupan enumerator yang saling tumpang tindih. Total profesi sesuai dengan 162 formulir tenaga kesehatan; peta mengidentifikasi hubungan layanan yang biasa untuk tujuh lokasi. [3-5]

Hal yang masih belum tersedia adalah tahun referensi populasi, jumlah rumah tangga yang didatangi atau diganti, penyebut undangan untuk survei tenaga kesehatan, dan pemeriksaan langsung atas kapasitas fasilitas. Statistik kasus dan kematian yang diserahkan belum dapat membuktikan pelaporan luaran yang lengkap. [5,10]

## Peta layanan bukan bukti bahwa layanan benar-benar tersedia

Koordinasi menggambarkan adanya layanan Pustu dan perawat yang dibiayai desa. Uraian organisasi ini tidak memverifikasi jam buka, ketersediaan staf, peralatan, atau penerimaan pasien pada saat seseorang membutuhkan pertolongan. Peta tersebut merupakan titik awal untuk menetapkan siapa yang menilai pertama, siapa yang mengatur transfer, dan siapa yang memastikan pasien tiba. Hubungan Pambota Njara yang belum tercantum dan penetapan ganda untuk Mbatakapidu masih perlu diselesaikan. [5]

IV. DISKUSI

# Apa yang harus kita hadapi dari temuan ini

Secara keseluruhan, temuan menggambarkan kesenjangan serius dalam kondisi yang diperlukan untuk pelayanan yang aman: pencegahan dasar tidak tersedia di banyak rumah, mencapai pertolongan dapat sulit, kesiapan kontak pertama dilaporkan tidak merata, dan catatan yang diserahkan tidak dapat menunjukkan luaran secara andal. Sumber-sumber ini menyangkut orang dan periode yang berbeda; semuanya bukan satu kohort klinis yang saling terhubung. Meski demikian, konvergensinya menuntut respons yang terkoordinasi, bukan kegiatan yang berdiri sendiri. [3-5,10]

## Pencegahan dan akses harus ditangani bersama

Pada 950 jawaban rumah tangga, air dan sabun tidak tersedia bersamaan di tempat cuci tangan yang dilaporkan. Pada 286 catatan, kondisi tersebut bertepatan dengan waktu tempuh sedikitnya satu jam menuju pelayanan. Keluarga yang menghadapi kedua hambatan ini tidak dapat menyelesaikannya hanya dengan pengetahuan. Temuan mendukung pencegahan material dan akses pelayanan yang ditangani bersama, tanpa mengatribusikan satu infeksi tertentu pada satu paparan rumah tangga tertentu. [3]

## Pengenalan harus berujung pada tindakan, bukan sekadar label

Memo lapangan dan debriefing berikutnya menunjukkan bahwa hidup dengan penyakit berulang dapat menaikkan ambang seseorang untuk menyebut penyakit itu berat. Ini adalah alasan untuk memperbaiki cara mendengarkan dan menilai, bukan menyalahkan keluarga. Interpretasinya dikembangkan pada halaman berikutnya. Tingginya kepercayaan yang dilaporkan terhadap layanan juga penting: menginginkan pertolongan tidak sama dengan mampu mencapainya. [1,9,17,18]

Keluarga dapat menghadapi biaya atau ketiadaan transportasi meskipun mempercayai layanan. Laporan tenaga kesehatan tentang pasien yang datang dalam kondisi lanjut menggambarkan kekhawatiran dari sisi fasilitas penerima. Kedua survei bukan riwayat pasien yang saling terhubung, tetapi bersama-sama membenarkan penelaahan baik terhadap keputusan mencari pertolongan maupun kemampuan praktis untuk mencapai dan menerima pelayanan. [3,4]

## Kesiapan kontak pertama adalah sebuah rantai, bukan satu alat

Tenaga dan sumber daya yang sudah ada memberikan dasar untuk dibangun. Namun pengobatan yang andal membutuhkan unsur-unsur penting secara bersamaan: penilaian oleh tenaga terlatih, obat yang tepat, peralatan yang dapat digunakan, dan eskalasi ketika diperlukan. Temuan mendukung pelatihan praktis dan verifikasi rantai pasok, bukan menyalahkan tenaga kesehatan secara individual. Pedoman sepsis dewasa memberi kerangka klinis untuk penilaian tepat waktu, penanganan infeksi, dukungan yang dinilai ulang, dan pengendalian sumber infeksi. [4,12]

## Menghitung dan mengikuti pasien merupakan bagian dari perbaikan pelayanan

Baris sepsis yang seluruhnya bernilai nol tidak dapat memberi rasa aman ketika kelengkapan pelaporan dan definisinya tidak diketahui. Data yang diserahkan tidak dapat menghubungkan penyakit berat, rujukan, dan kelangsungan hidup secara andal. Kekhawatiran yang dilaporkan beberapa klinisi mengenai penggunaan diagnosis alternatif untuk sepsis semakin memperkuat perlunya memeriksa apakah pencatatan rutin menangkap sepsis secara konsisten. Ketiadaan angka yang dapat digunakan tidak membuktikan besarnya penyakit yang terlewat. Namun hal ini tetap merupakan hambatan serius bagi akuntabilitas: dari catatan tersebut, layanan dan pemberi dana tidak dapat mengetahui di mana

pelayanan gagal atau apakah suatu intervensi memperbaikinya. Penghitungan kasus yang didefinisikan dengan jelas dan tindak lanjut luaran harus menjadi bagian dari respons. [10,17]

IV. DISKUSI | MENGENALI PENYAKIT

# Ketika sakit menjadi sesuatu yang dianggap normal

**Gejala dapat menjadi terasa biasa tanpa menjadi tidak berbahaya.**

Pimpinan studi dan debriefing pasca-lapangan menggambarkan keluarga-keluarga yang telah terbiasa dengan batuk berulang, diare, kelemahan, dan infeksi kulit sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari. Dalam pengalaman tersebut, "penyakit serius" dapat berarti harus dirawat di rumah sakit, mengalami perburukan ekstrem, atau meninggal, bukan gejala yang berlangsung berminggu-minggu. Ini adalah observasi lapangan, bukan prevalensi keyakinan masyarakat yang diukur secara formal. [9,17]

## Kekhawatiran ini sudah didokumentasikan selama pengumpulan data

Memo tertanggal 17 Juni 2026, yang diterbitkan dari Rumah Kambera selama kegiatan lapangan, meminta enumerator menggali dengan cermat sebelum mencatat jawaban negatif pada Q23. Memo tersebut menjelaskan bahwa gejala yang sudah akrab dapat dianggap normal dan meminta pengingatan kembali mengenai batuk berkepanjangan dengan kelemahan yang bertambah, demam menetap, diare berat atau dehidrasi, tidak mampu minum atau berjalan, kesulitan bernapas, kejang, penurunan kesadaran, serta luka terinfeksi disertai demam. [18]

Memo tersebut mendokumentasikan kekhawatiran yang dikenali saat pengumpulan data dan upaya untuk memperbaiki cara bertanya. Contoh yang berbasis durasi memperluas pengingat awal. Konsistensi penerapan dan pengaruhnya terhadap jawaban tidak diukur; perbedaan interpretasi dari waktu ke waktu masih mungkin terjadi. [1,18]

## Dua persoalan yang berbeda harus tetap dipisahkan

Angka 0% yang pernah muncul pada dashboard adalah kesalahan perhitungan karena kode membaca kolom yang salah. Hasil yang tercatat sebenarnya adalah 249 dari 1.001 rumah tangga (24,9%). Memperbaiki tampilan tidak menjawab pertanyaan lain mengenai berapa banyak penyakit yang mungkin tidak dikenali atau tidak dilaporkan. [3,6]

Q23 mengukur penyakit berat atau menakutkan yang dilaporkan, bukan seluruh morbiditas yang penting secara klinis dan bukan sepsis yang didiagnosis. Memo dan debriefing membuat kemungkinan under-recognition masuk akal, tetapi tidak mengukurnya dan tidak mengidentifikasi jawaban negatif mana yang akan berubah. Gejala yang menetap dapat memerlukan penilaian medis tanpa otomatis berarti penyakit berat atau sepsis. Angka 24,9% bukan estimasi menyeluruh tentang morbiditas. [1,9,11,18]

## Isu kesehatan masyarakat, bukan label untuk komunitas

Normalisasi penyakit dapat menaikkan ambang untuk mencari pertolongan. Ini merupakan persoalan kesehatan masyarakat, bukan alasan untuk menyalahkan keluarga. Kepedulian terhadap anak atau anggota keluarga, kata-kata yang digunakan untuk menggambarkan penyakit, dan kemampuan praktis memperoleh pelayanan adalah hal yang berbeda. Data ini tidak membuktikan hubungan kausal antara normalisasi dan keterlambatan. [9,17,18]

Penilaian komunitas di masa depan sebaiknya bertanya tentang gejala, durasi, perburukan, dan hilangnya fungsi normal, bukan hanya mengandalkan kata "serius". Edukasi perlu dipasangkan dengan penilaian klinis yang dapat dijangkau dan bantuan praktis ketika gejala menetap atau memburuk. Batas durasi saja bukan definisi sepsis.

**Keluarga seharusnya tidak perlu menunggu sampai harus dirawat di rumah sakit atau mengalami perburukan ekstrem sebelum penyakit dianggap serius.**

**IV. DISKUSI | KEKUATAN, RUANG LINGKUP, DAN KETERBATASAN**

# Apa yang didukung oleh bukti

Kekuatan studi ini terletak pada luasnya pengalaman lapangan langsung yang dikumpulkan: 1.001 wawancara rumah tangga, 162 respons tenaga kesehatan, koordinasi lokal yang terdokumentasi, serta audit pasca-lapangan terhadap sumber digital dan administratif. Pekerjaan ini menempatkan kondisi rumah tangga dan pengalaman layanan yang dilaporkan dalam satu penilaian. Kekuatan tersebut mendukung deskripsi rinci tentang sampel, dengan batasan-batasan berikut. [3-10]

Pemilihan dan ruang lingkup. Rute yang dipandu secara lokal, kuota, dan penggantian dengan rumah tangga tetangga tidak memberikan probabilitas pemilihan yang diketahui. Rumah tangga yang lebih sulit dijangkau atau berulang kali tidak berada di tempat mungkin berbeda dari peserta. Penyebut undangan survei tenaga kesehatan tidak diketahui. Persentase sampel tidak dapat diterapkan langsung pada seluruh penduduk Sumba Timur atau Indonesia. [3-5]

Pelaporan rumah tangga. Satu responden menggambarkan pengalaman rumah tangga. Daya ingat, bahasa, keinginan memberikan jawaban yang dianggap baik, dan ambang persepsi keparahan dapat memengaruhi jawaban. Q23 ditafsirkan sebagai pengalaman rumah tangga yang dilaporkan, bukan estimasi populasi sepsis. Memo dan debriefing mendokumentasikan kekhawatiran mengenai under-recognition tetapi tidak mengukurnya. [1,3,9,18]

Keterbatasan instrumen dan subkelompok. Audit mengidentifikasi ketidakkonsistenan format respons dan bidang bersyarat. Hal-hal tersebut didokumentasikan, dengan aturan kelayakan diterapkan pada lapisan analitis. Catatan waktu dan rujukan tidak secara konsisten terhubung pada satu episode. Estimasi imunisasi, maternal, gizi anak, dan lanjut usia tidak disajikan ketika kelayakan atau pengkodean masih belum terselesaikan. Rincian disimpan dalam Lampiran B. [1-4,6]

Laporan layanan dan luaran. Beberapa tenaga kesehatan dapat menggambarkan fasilitas yang sama; satu kemungkinan respons berulang masih belum terselesaikan. Sumber daya tidak diaudit secara independen. Tidak ada rekam klinis yang terhubung mengenai sepsis, waktu menuju antibiotik, atau kematian yang dapat diatribusikan pada infeksi. Laporan administratif tidak dapat menyediakan luaran yang hilang tersebut ataupun sensus kesiapan fasilitas yang terverifikasi. [4,10,21]

Etika, persetujuan, dan privasi. Pimpinan studi melaporkan bahwa enumerator menjelaskan studi dan memperoleh persetujuan verbal setiap responden sebelum setiap wawancara rumah tangga, dan tidak ada penolakan yang dilaporkan. Partisipasi bersifat sukarela; kuesioner mensyaratkan persetujuan dan kerahasiaan. Hasil publik tidak mencantumkan nama rumah tangga, koordinat presisi, atau foto verifikasi. Pimpinan menilai pekerjaan ini konsisten dengan piagam etika Fair Future Foundation. Tidak dilakukan penelaahan terpisah oleh komite etik independen; persetujuan peserta dan piagam internal tidak dipresentasikan sebagai persetujuan atau pembebasan etik independen. [1,2,7,17]

Perspektif kelembagaan. Yayasan penyelenggara memberikan layanan di wilayah studi dan mencari pendanaan untuk menjawab kebutuhan yang teridentifikasi. Temuan observasional dibedakan dari ambisi program; klaim mengenai peningkatan akses atau kelangsungan hidup memerlukan evaluasi prospektif. Pimpinan studi dan dukungan kelembagaan diungkapkan secara terpisah. [17]

Keterbatasan ini membatasi estimasi beban populasi dan hubungan sebab-akibat. Namun keterbatasan tersebut tidak menghapus kekurangan rumah tangga yang terdokumentasi ataupun kekhawatiran tenaga kesehatan yang dilaporkan. Pertanyaan dan prinsip pelayanan dapat relevan di tempat lain; persentase sampel ini tidak dapat dipindahkan begitu saja. Wilayah lain memerlukan penilaian tersendiri sebelum menetapkan target.

IV. DISKUSI | IMPLIKASI OPERASIONAL

# Dari bukti menuju perbaikan praktis

Langkah berikutnya adalah program kerja yang terdefinisi dengan jelas. Prioritas di bawah menghubungkan bukti dengan tindakan awal dan cara pengukuran; semuanya adalah respons yang diusulkan, bukan intervensi yang telah diuji oleh studi ini.

| Prioritas | Tindakan praktis pertama | Cara memeriksa kemajuan |
|---|---|---|
| Pencegahan material | Verifikasi dan tingkatkan akses air dan sabun, sanitasi aman, serta praktik pengelolaan air rumah tangga di permukiman prioritas. | Tempat cuci tangan berfungsi; ketersediaan air/sabun; penggunaan sanitasi. |
| Pengenalan dan kontak pertama | Kembangkan penilaian tanda bahaya yang disupervisi, mudah dipahami secara lokal, dan pelatihan keterampilan praktis. | Keterampilan yang dapat didemonstrasikan; eskalasi yang tepat; perburukan yang terlewat saat evaluasi. |
| Transportasi dan rujukan | Sepakati alur kontak/penerimaan, pengemudi atau kendaraan yang tersedia, serta dukungan bagi keluarga yang menghadapi biaya. | Waktu keputusan, keberangkatan, dan tiba; transfer selesai; luaran tercatat. |
| Kesiapan pengobatan | Verifikasi paket obat sesuai tingkat layanan, pemberian oksigen, pemantauan, dan cakupan shift oleh tenaga terlatih. | Hari kehabisan stok; peralatan berfungsi; pengisian ulang persediaan; cakupan tenaga. |
| Diagnosis dan penggunaan obat yang aman | Perjelas pemeriksaan yang dapat diakses, transportasi sampel, dan tinjauan peresepan yang dipimpin klinisi. | Hasil yang dapat digunakan diterima kembali; tinjauan pengobatan; kegagalan pengiriman sampel. |
| Hitung dan tindak lanjuti penyakit berat | Gunakan kategori yang terdefinisi, periode pelaporan, dan kode berbeda untuk nol, data hilang, serta tidak dilaporkan. | Kelengkapan pelaporan; rekonsiliasi episode berat, transfer, dan luaran. |

Tabel 16. Prioritas yang diturunkan dari studi [3-5,10]. Lampiran operasional terpisah akan menetapkan lokasi, tim yang bertanggung jawab, biaya, pengamanan klinis, pemeliharaan, dan ukuran luaran. Belum ada manfaat terhadap kelangsungan hidup yang dibuktikan dari tindakan yang diusulkan ini.

Agen komunitas perlu mengenali perburukan, bertindak dalam batas kewenangan mereka, serta mengaktifkan kontak klinis dan transportasi. Skor bukan diagnosis dan tidak boleh menunda rujukan. Jalur dewasa dan anak membutuhkan pengamanan yang berbeda; jawaban survei "hari yang sama" bukan izin untuk menunggu ketika tanda bahaya sudah ada. [11-13]

## Kesimpulan

Studi ini tidak menggambarkan komunitas yang hanya membutuhkan lebih banyak nasihat. Studi ini mendokumentasikan kesenjangan serius dalam pencegahan rumah tangga, akses, dan kesiapan pengobatan yang dilaporkan, bersamaan dengan catatan yang tidak dapat mengikuti penyakit berat secara andal dari rujukan hingga luaran. Temuan ini membenarkan investasi yang terkoordinasi dan akuntabilitas publik, tanpa melebih-lebihkan apa yang dibuktikan oleh survei. [3-5,10]

**Respons harus mencapai rumah, mendukung kontak klinis pertama, memungkinkan transfer, dan mencatat luaran.**

Ukuran keberhasilannya bukan jumlah kegiatan yang dilaksanakan. Ukurannya adalah apakah pelayanan yang dibutuhkan benar-benar tersedia, apakah pasien berhasil mencapainya, dan apa yang terjadi setelah itu.

TANGGUNG JAWAB STUDI DAN UCAPAN TERIMA KASIH

# Orang dan institusi di balik pekerjaan ini

| Tanggung jawab | Penanggung jawab / atribusi |
|---|---|
| Institusi utama | **Fair Future Foundation Switzerland dan Kawan Baik Indonesia** |
| Mitra pemerintah | *Pemerintah Kabupaten Sumba Timur, termasuk Dinas Kesehatan dan Dinas Sosial* |
| Pimpinan lokal | Ayu Setia Wardani, Direktur Kawan Baik Indonesia; Alex Wettstein, Pendiri Fair Future Foundation Switzerland |
| Pimpinan medis studi | **Alex Wettstein**, Fair Future Foundation; **John Kevan**, Rotary Australia / Lab Without Walls |
| Koordinasi lapangan keseluruhan | Alyuprayitno Umbu Makaborang - koordinasi lapangan, penempatan enumerator, hubungan lokal, dan tindak lanjut pengumpulan data rumah tangga. |
| Koordinasi pelatihan dan forum | Erwin Umbu Dangu Ela S.Pd; Annisa Yuniar - Kawan Baik Indonesia / Fair Future Foundation |
| Pengembangan aplikasi | Novi Tri Mujahidin (Gogon), tim pengembangan yayasan - pengembangan dan implementasi teknis aplikasi serta dashboard Sumba Sepsis Study. |
| Administrasi, keuangan, dan logistik | Ni Luh Putu Paramashanti - keuangan, sistem akuntansi, dan logistik; Susanti Konda Ngguna - administrasi lokal, logistik program, pelatihan, dan penyelenggaraan kegiatan. |
| Dokumentasi visual dan produksi media | Elthon Rinaldi Halawulang - dokumentasi visual, koordinasi media lapangan, dan produksi dua film. |
| Pendanaan/dukungan yang disebut pimpinan | Rotary Australia; Lab Without Walls; Fair Future Foundation; Kawan Baik Indonesia |
| Pengembangan dan kepenulisan laporan | Alex Wettstein - konsepsi laporan, sintesis ilmiah, penelaahan data, interpretasi, penulisan, dan pengembangan editorial akhir. |

Peran dan dukungan studi diatribusikan oleh Ayu Setia Wardani, Alyuprayitno Umbu Makaborang, dan Alex Wettstein. Kemitraan pemerintah dan kontribusi lainnya dibedakan dari kepenulisan laporan, telaah ilmiah independen, dan persetujuan etik. [17]

## Pemerintah dan mitra lokal

Yayasan menyampaikan penghargaan kepada Pemerintah Kabupaten Sumba Timur yang dipimpin oleh Umbu Lili Pekuwali, S.T., M.T., Bupati Sumba Timur, dan Yonathan Hani, S.Kom., M.A.P., Wakil Bupati Sumba Timur. Pimpinan studi secara khusus mengakui dukungan Wakil Bupati dalam memfasilitasi dan mendorong pekerjaan ini. Nama dan jabatan resmi diperiksa terhadap sumber pemerintah dan BPS. [17,19]

Studi ini juga menyampaikan penghargaan kepada Pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Timur, Dinas Kesehatan, Rambu M. R. K. Dimu, S.F., Apt., M.AP, Dinas Sosial, fasilitas yang berpartisipasi, serta pemerintah dan perangkat Desa, Kelurahan, RT, RW, dan Dusun yang disebutkan oleh pimpinan studi. Keterlibatan mereka mendukung koordinasi lokal. Temuan dan interpretasi tetap menjadi tanggung jawab penulis laporan. [5,17]

## Keluarga dan tim lapangan

Keluarga meluangkan waktu di sela pekerjaan, menerima pewawancara, dan membagikan pengalaman tentang sakit dan pelayanan. Tim yayasan, koordinator, agen komunitas, dan tenaga kesehatan menjalani berbulan-bulan perjalanan, kunjungan ulang, mendengarkan, dan penelaahan. Kontribusi Alex Wettstein sepenuhnya sukarela. Upaya kolektif ini membawa tanggung jawab untuk mengembalikan temuan yang berguna dan mengejar perbaikan nyata. [5,8,17]

LAMPIRAN A | CATATAN KONTRIBUSI

# Kontributor lapangan dan klinis

Daftar lapangan yang diserahkan mencantumkan 20 kontributor. Daftar ini lebih luas daripada 16 operator berbeda yang muncul dalam ekspor survei. Nama dan fungsi di bawah mengikuti daftar tersebut; perbedaan ejaan dan peran antara daftar dan catatan pengiriman tetap disimpan dalam jejak audit. [3,5]

| Lokasi yang terkait dengan daftar | Kontributor yang disebut dan fungsi yang tercatat |
|---|---|
| Kawangu | Fian Sutor Lolo Managa (staf Puskesmas); Matelda Loda Nangi, Jenetris Alu Riwu, dan Tiara Camar Mustika Balelay (kader kesehatan); Veronika Laka Ata Ambu (Kawan Sehat). |
| Pulu Panjang | Andre Valentino Lede Tanggela, Yulius Tamo Ama, Onesius Ronaldo Bili, dan Marthen M. Djawa (staf Puskesmas); Longa Ana Moki (Kawan Sehat). |
| Mbatapuhu | Joice Kale Dju dan Arlon Hudu Ndima (staf Puskesmas); Arce Paji Maji (Kawan Sehat); Pratika Hanja Amah (pendidik PAUD); Servian H. Lakimara (aparat desa). |
| Mbinudita | Florida Ndena Nggaba dan Yusmira Day Anawulang (Kawan Sehat). |
| Mbatakapidu | Theresia Min (staf Puskesmas); Desianti Dembi Tamar dan Adriyana Jera Pay (Kawan Sehat). |

## Dua belas kontributor klinis dalam pengembangan kuesioner

Alex Wettstein menyusun rancangan awal kedua kuesioner. Pimpinan studi melaporkan bahwa dua belas profesional ini kemudian menelaah setiap pertanyaan dalam sesi kerja multidisiplin selama lebih dari delapan jam. Dokter, perawat, dan tenaga laboratorium dari rumah sakit, Puskesmas, dan layanan klinis membahas relevansi klinis, redaksi, kelayakan, dan penerapan lokal serta merevisi instrumen bersama-sama. Pengembangan kolektif ini berbeda dari 162 respons survei tenaga kesehatan, validasi formal instrumen, maupun penelaahan independen terhadap laporan akhir. [5,17]

| Fasilitas | Kontributor |
|---|---|
| Puskesmas Kawangu | *Dr Stephanie Untono (dokter umum)* |
| Puskesmas Nggoa | Ivonsiani Natalia Amd.Kep (perawat) |
| Puskesmas Rambangaru | Dr Christofel A. U. Hapat (dokter umum) |
| Puskesmas Mahu | Dr Meirlin Rambu Kaita Riwa (dokter umum) |
| Puskesmas Kota Waingapu | *Dr Erinda Rambu Moha (dokter umum)* |
| RSUD Umbu Rara Meha | Dr Desideriana Dina Mamo, Sp.PD (penyakit dalam); Gregorius Jeraman (kepala laboratorium); Dr Yeni Kula Awang, Sp.A dan Dr Hendriana Elisabeth Situmorang, SpA (spesialis anak). |
| RSK Lindimara | *Dr W. Eko Radityo, Sp.PD (penyakit dalam); Joni P. Tanya, A.Md.Kep (kepala laboratorium, sebagaimana tercantum).* |
| Klinik Pratama Sumba Medika | Dr Stefanus Raditya Purba (dokter umum). |

LAMPIRAN B | CATATAN ANALITIS

# Aturan kualitas data di balik tabel

Lampiran ini mempertahankan rincian teknis di balik temuan utama. Unit analisis, kelayakan, dan penyebut dijelaskan pada tabel yang relevan. Tidak satu pun aturan ini mengubah buku kerja sumber asli. [1-4,6]

## Jawaban rumah tangga dan penyebut

Jumlah data hilang dalam tabel pencegahan adalah: Q19 tiga, Q18 lima, Q16 dua, Q17 enam, Q14 empat belas, dan Q4 empat. Pendidikan mengecualikan enam jawaban kosong dan empat jawaban tidak tahu yang eksplisit, sehingga tersisa 991 jawaban yang diketahui. Q17 memiliki 49 kombinasi kontradiktif antara "tidak melakukan apa-apa" dan tindakan pengolahan; kombinasi ini tidak dimasukkan secara eksklusif ke salah satu praktik. [3]

Deskripsi klinis menggunakan Q23 akhir = Ya. Lima catatan dengan Q23 negatif masih menyimpan setidaknya satu jawaban bersyarat lama; nilai tersebut dikeluarkan dari analisis Q24-Q30/Q32 yang memenuhi syarat. Q31 dianalisis terpisah selama dua belas bulan karena seluruh 1.001 rumah tangga menjawabnya, meskipun Q31 termasuk dalam instruksi skip tertulis Q23. [1,3,6]

## Subkelompok yang tidak diestimasi

Q5 mengidentifikasi 400 rumah tangga dengan anak di bawah lima tahun. Di antaranya, 102 tidak memiliki Q6 dan empat memiliki status imunisasi tidak diketahui; dua jawaban Q6 muncul di luar kelayakan yang terkonfirmasi. Karena itu, 300 sel Q6 yang terisi tidak memberikan penyebut yang bersih untuk cakupan imunisasi rumah tangga. Estimasi tersebut tidak dipublikasikan. Estimasi maternal, gizi anak, dan lanjut usia juga menunggu pemeriksaan kelayakan/pengkodean. [3]

## Format respons dan episode klinis

Beberapa pertanyaan yang dimaksudkan hanya memiliki satu jawaban berisi beberapa pilihan. Sebaliknya, beberapa pertanyaan klinis yang memungkinkan banyak jawaban pada praktiknya hanya menyimpan satu pilihan. Karena itu, tabel tanda bahaya menggambarkan pilihan yang tercatat, bukan ketidakadaan tanda lain. Sejumlah respons tenaga kesehatan melebihi batas pilihan. Persentase pilihan ganda merupakan jumlah penyebutan dan tidak harus berjumlah 100%. [1-4]

Q34 dan Q37-Q38 dapat merujuk pada pengalaman umum, bukan episode Q23 yang dipilih. Catatan tersebut tidak digunakan untuk menghitung waktu menuju pengobatan yang terverifikasi atau tingkat penyelesaian rujukan infeksi berat. Endpoint dan penyebut asli tetap terlihat di setiap bagian hasil yang relevan. [1,3,9]

## Respons tenaga kesehatan dan data administratif

HW-Q2 menentukan tempat kerja. Satu kemungkinan pasangan nama/fasilitas yang berulang belum diadjudikasi; tidak ada catatan yang dihapus diam-diam. Hambatan rujukan menggunakan 137 respons dengan HW-Q19 = Ya. Satu tanda koma di akhir respons "Biaya," dihapus agar sesuai dengan opsi biaya; sinonim teks bebas tidak dikodekan ulang secara diam-diam. [4]

Audit administratif mengecualikan baris contoh dan membedakan nilai nol dari bidang kosong. Definisi dan kelengkapan yang tidak diketahui, kategori kematian yang tumpang tindih, serta batas waktu data 2026 yang tidak tersedia menghalangi estimasi beban tingkat kabupaten atau mortalitas terkait infeksi. Tanggal dan beberapa entri formulir kapasitas masih memerlukan konfirmasi; formulir itu bukan sensus

kesiapan yang tervalidasi. Keluaran publik tidak memuat nama responden, koordinat presisi, atau foto. [7,10,21]

**LAMPIRAN C | SUMBER STUDI**

# Sumber dan ketertelusuran

File respons rumah tangga dan tenaga kesehatan menjadi dasar hasil survei. Catatan koordinasi, catatan pengembang, memo Juni, dan dua laporan administratif memberikan jenis bukti yang berbeda. Ringkasan desa terdahulu diperiksa silang, bukan diperlakukan sebagai observasi independen atau menggantikan sel sumber. Salinan duplikat dan draf laporan sebelumnya bukan bukti tambahan. [3-10,21,22]

- [1] Fair Future Foundation / Kawan Baik Indonesia. East Sumba Sepsis Study: Household Questionnaire. FFF-SSS-HHQ-2026, versi 4.1, 6 Mei 2026. Q1-Q58, sub-pertanyaan maternal, dan panduan lapangan.
- [2] Fair Future Foundation / Kawan Baik Indonesia. East Sumba Sepsis Study: Healthcare Staff Questionnaire. FFF-SSS-HWQ-2026, versi 2.2, 30 April 2026. Q1-Q30.
- [3] Database Sepsis for FFF Report_.xlsx. Buku kerja rumah tangga yang diserahkan, lembar Sepsis Survey: 1.001 catatan. Sumber dipertahankan untuk perhitungan deskriptif dan pemeriksaan kelayakan.
- [4] Kuesioner Tenaga Kesehatan - Infeksi Berat dan Sepsis di Sumba Timur (Responses).xlsx. Lembar Form responses 1: 162 respons. Kelompok tempat kerja menggunakan HW-Q2.
- [5] Koordinasi studi. Data Desa Sepsis Study.docx. Diserahkan 13 September 2026, 16 halaman: populasi hal. 1-3; daftar lapangan/forum hal. 3-6; pemilihan hal. 7-8; alokasi hal. 9-13; jejaring layanan hal. 13-15; total profesi hal. 16. Dokumen ini mengonsolidasikan file teks populasi, daftar enumerator, dan peserta forum NAKES yang sebelumnya diserahkan secara terpisah. Entri populasi mengutip edisi BPS Kecamatan Dalam Angka 2025; tahun referensi statistik masih belum terkonfirmasi.
- [6] Gogon. Technical Clarification: Sepsis App Logic & Dashboard Calculation Audit. Catatan pengembang, 5 halaman. Persistensi bidang bersyarat, pemetaan kolom, pencocokan jawaban, dan pengurutan tanggal.
- [7] Gogon. Why the Sepsis App was developped.txt; klarifikasi metadata melalui WhatsApp, 11 September 2026. Keterangan pengembang mengenai alur AppSheet/offline, akses akun, identitas, lokasi, lampiran, dan cap waktu pengiriman saja.
- [8] Kawan Baik Indonesia / Fair Future Foundation. Modul Pelatihan dan Pengambilan Data Sumba Sepsis Study 2026. Panduan IND v1.2, Mei 2026, 35 halaman. Penulis medis: Dr Stefanus Raditya Purba; sampul/tata letak: Annisa Yuniar. Digunakan sebagai bukti proses pelatihan dan wawancara yang direncanakan, bukan sebagai sumber epidemiologis independen.
- [9] Tim studi. Data Clarification Meeting; Discussion Points for the Four Subdistrict Coordinators; komunikasi koordinasi/debriefing yang diserahkan oleh Alex Wettstein. Keterangan mengenai interpretasi, kelayakan pertanyaan, dan praktik lapangan, bukan adjudikasi klinis pada tingkat rumah tangga.
- [10] Rekap_Data_Infeksi_Kematian_Rujukan_Sumba_Timur_2025_2026.xlsx. Buku kerja administratif yang diserahkan, ditelaah 13 September 2026; versi Drive dimodifikasi 12 September 2026. Lembar: Kasus Infeksi, Data Kematian, Data Rujukan. Definisi diagnosis, kelengkapan pelaporan, dan batas waktu data 2026 tidak tersedia.
- [21] Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur. Form_Pendataan_Kapasitas_Faskes_Sumba_Timur .xlsx. Laporan kapasitas yang diserahkan, lembar Kapasitas Faskes: 28 baris fasilitas, tidak termasuk contoh. Ditelaah 13 September 2026. Entri tanggal "10/10/26", bidang yang tidak lengkap, dan entri transportasi yang tidak konsisten masih belum terselesaikan; isi dokumen tidak diperlakukan sebagai sensus kesiapan yang terverifikasi dan sezaman.
- [22] Tim studi. Delapan analisis rekap desa, dengan awalan nama file 20260818 Database Sepsis - Sepsis survey-Recap Data: Kawangu, Kambatatana, Mbatakapidu, Pambotanjara, Mbatapuhu, Napu, Mbinudita, dan Pulu Panjang; Analisis Global Sementara 8 Desa.docx. Dokumen kerja interpretatif pendahuluan. Angka deskriptif akhir dihitung ulang dari [3,4].

**Integritas data: analisis menggunakan buku kerja sumber yang dipertahankan; file sumber asli tidak dimodifikasi. Catatan kerja yang dapat mengidentifikasi individu bukan bagian dari laporan publik ini.**

LAMPIRAN C | SUMBER KLINIS DAN KONTEKSTUAL

# Standar klinis dan bukti kontekstual

Sumber eksternal memberikan dasar terminologi, pengamanan klinis, dan pelaporan. Sumber-sumber ini tidak mengisi jawaban survei yang hilang atau memberikan estimasi insidensi lokal. Keterangan lapangan dan memo Juni dikutip secara terpisah dari panduan klinis.


- [11] World Health Organization. Sepsis. Fact sheet, 3 May 2024; versi daring diperiksa 13 September 2026. Definisi klinis, pencegahan, dan urgensi.
- [12] Prescott HC, Antonelli M, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2026. Critical Care Medicine. 2026;54(4):725-812. doi:10.1097/CCM.0000000000007075. Rekomendasi resmi SCCM diperiksa 13 September 2026.
- [13] Society of Critical Care Medicine / Surviving Sepsis Campaign. International Guidelines for the Management of Sepsis and Septic Shock in Children 2026. Ringkasan rekomendasi pediatrik resmi diperiksa 13 September 2026.
- [14] WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene. Panduan topik mengenai higiene, air minum, dan sanitasi. Digunakan untuk membedakan fasilitas/jenis sumber yang dilaporkan dari layanan yang terverifikasi atau klasifikasi mikrobiologis.
- [15] von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement. PLoS Medicine. 2007;4(10):e296. doi:10.1371/journal.pmed.0040296. Checklist resmi STROBE dikonsultasikan.
- [16] International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations: Preparing a Manuscript for Submission to a Medical Journal. Panduan daring diperiksa 13 September 2026. IMRAD: Introduction, Methods, Results and Discussion.
- [17] Wettstein A. Komunikasi langsung pimpinan studi, September 2026: hambatan akses lapangan; berbulan-bulan kerja; kontribusi sukarela; dukungan kelembagaan; keadaan Lery yang dilaporkan; normalisasi penyakit; penyusunan awal kuesioner dan lokakarya klinis lebih dari delapan jam; persetujuan verbal sistematis, tidak ada penolakan yang dilaporkan; piagam etika internal; serta kekhawatiran klinisi mengenai pengkodean sepsis. Ini adalah keterangan yang diatribusikan, bukan ukuran yang diaudit secara independen.
- [18] Wettstein A. Sumba Sepsis Study 2026: Panduan dan Catatan Lapangan untuk Enumerator - Pembaruan dan Penguatan Kuesioner. Memo ditandatangani dan bertanggal Rumah Kambera, Waingapu, 17 Juni 2026, 2 halaman. File yang diserahkan: 2026-14-06 - Sepsis Study - Q23 Update.pdf. Tanggal yang digunakan di sini adalah tanggal di dalam dokumen yang ditandatangani.
- [19] BPS Kabupaten Sumba Timur. Pelantikan Bupati dan Wakil Bupati Sumba Timur Periode 2025-2030. Pengumuman resmi, 20 Februari 2025: Umbu Lili Pekuwali, S.T., M.T. dan Yonathan Hani, S.Kom., M.A.P. Nama diperiksa 13 September 2026; pengumuman pemerintah 2026 juga menyebut mereka dalam jabatan tersebut. Dukungan kelembagaan diatribusikan kepada pimpinan studi [17].
- [20] Global Sepsis Alliance. World Sepsis Day 2026. Peringatan tahunan pada 13 September. Informasi kampanye resmi diakses 13 September 2026.


WHO [11] | SCCM [12-13] | Nama resmi BPS [19] | Hari Sepsis Sedunia [20]

## Kata penutup

Kepada keluarga-keluarga yang menerima kami, tim yang berhasil mencapai rumah mereka, dan para mitra yang mendukung pekerjaan ini: terima kasih. Berbulan-bulan mendengarkan, melakukan perjalanan, dan menelaah data telah menyatukan temuan-temuan ini. Tanggung jawab kita sekarang adalah mengubah upaya tersebut menjadi perbaikan nyata dalam pencegahan, akses, dan pelayanan, lalu memeriksa apakah perbaikan itu benar-benar membantu. Laporan ini berakhir di sini. Pekerjaan berlanjut bersama orang-orang yang kehidupannya digambarkan di dalamnya.

Nomor Dokumen FFF-RAP-SSS-2026-20260913-01 | Versi 1.1 | Diperbarui: 12 November 2026
Terbit pertama: 13 September 2026. Tambahan pascapublikasi dicatat dalam Lampiran D.
Korespondensi: Alex Wettstein, Pendiri dan Penanggung Jawab Program Medis - Fair Future Foundation Switzerland

**LAMPIRAN D | PEMBARUAN NOVEMBER 2026**

# Membuat temuan lebih mudah digunakan

Wawancara selesai pada Agustus. Namun, tanggung jawab kita kepada keluarga-keluarga itu tidak ikut berakhir. Laporan mencatat apa yang kita temukan; dashboard interaktif dapat membantu tim desa, layanan kesehatan, atau mitra mencari informasi yang mereka perlukan dan menentukan langkah selanjutnya.

Pembaruan ini menambahkan panduan untuk membaca dashboard serta analisis deskriptif pascalapangan yang ditandai dengan jelas. Tidak ada wawancara tambahan, diagnosis sepsis, ataupun bukti bahwa pelayanan telah membaik. Enam temuan utama dan seluruh angka pada tabel analisis awal tetap dipertahankan. Laporan utama tetap merupakan penilaian IMRAD berdasarkan bukti yang tersedia pada September. [1-4]

## Menjelajahi temuan rumah tangga

dashboardsumbasepsisstudy2026.netlify.app

Dashboard menyediakan cara lain untuk menelusuri survei rumah tangga, termasuk perbandingan antardesa, air dan sanitasi, perjalanan menuju layanan kesehatan, penyakit yang dilaporkan, serta kondisi terkait asap di rumah. Penjelasan dan informasi kualitas data perlu dibaca bersama angka-angkanya, bukan dianggap catatan kecil yang boleh diabaikan. [23]

## Satu studi, beberapa sumber bukti

Sebanyak 1.001 catatan rumah tangga dan 162 respons kuesioner tenaga kesehatan menjawab pertanyaan yang berbeda. Filter desa pada data rumah tangga tidak berarti hasil tenaga kesehatan berlaku untuk desa tersebut, kecuali keterkaitan fasilitas dan penyebutnya telah dipastikan. Angka 4.977 penduduk berasal dari laporan rumah tangga; mereka bukan 4.977 orang yang diwawancarai atau diperiksa satu per satu. [3-5]

Laporan ini tetap menjadi rujukan untuk tiga temuan tenaga kesehatan: 144/162 (88,9%) menyatakan belum pernah menerima pelatihan khusus tentang sepsis atau infeksi berat; 70/105 (66,7%) respons pelayanan primer tidak menyebut antibiotik suntik selalu tersedia; 158/162 (97,5%) melaporkan pasien datang terlambat dalam kondisi lanjut, setidaknya kadang-kadang. Persentase tersebut merujuk pada respons tenaga kesehatan, bukan pasien atau fasilitas yang diaudit secara independen. [4]

## Apa yang berubah setelah edisi pertama

Skor tertimbang 13 poin yang lama tidak digunakan sebagai ukuran klinis. Pendekatan dashboard yang baru menghitung kondisi rumah tangga tertentu secara terpisah. Perhitungan di bawah ini diulang dari buku kerja rumah tangga asli yang tetap disimpan, pada 12 November 2026. Angka-angka ini menggambarkan rumah tangga dan periode survei yang sama, bukan tren waktu ataupun survei baru. [3,24]

**Gunakan dashboard untuk menemukan kebutuhan yang terdokumentasi. Gunakan penilaian lapangan dan klinis untuk menentukan tindakan yang diperlukan.**

Cakupan pembaruan ini adalah lampiran analitis yang diberi tanggal, bukan sertifikasi atas seluruh tampilan dashboard atau penilaian baru terhadap luaran klinis. Deskripsi antarmuka mengacu pada catatan penelaahan dalam [23].

LAMPIRAN D | KONDISI PENCEGAHAN

# Menghitung keterbatasan, bukan memprediksi sepsis

Penghitungan yang diusulkan, yaitu jumlah keterbatasan pencegahan rumah tangga (0-4), menggantikan pengelompokan risiko sepsis klinis rendah, sedang, atau tinggi. Setiap satu dari empat jawaban di bawah ini bernilai satu poin. Poin yang sama membuat cara menghitung terbuka dan mudah diperiksa; ini bukan berarti dampak biologisnya sama atau bobot medisnya telah tervalidasi. [1,3,24]

| Pertanyaan | Jawaban yang dihitung sebagai satu keterbatasan |
|---|---|
| Q16 \| Sumber air | Sumur terbuka, air permukaan, atau sungai/aliran air sebagai sumber utama. |
| Q17 \| Pengolahan air | Tidak melakukan pengolahan air, tanpa memilih metode pengolahan lain pada jawaban yang sama. |
| Q18 \| Sanitasi | Tidak memiliki toilet / buang air besar di tempat terbuka. Jamban cubluk sederhana tidak dimasukkan dalam kategori ini. |
| Q19 \| Cuci tangan | Tidak ada tempat cuci tangan yang dilaporkan memiliki air dan sabun sekaligus. |

Tabel 17. Definisi yang dipakai dalam penghitungan eksploratif ini. Sumber: kuesioner dan buku kerja rumah tangga asli yang dipertahankan [1,3]. Rincian jawaban tetap lebih informatif daripada jumlah poin saja.

Keempat pertanyaan harus memiliki jawaban yang dapat digunakan agar suatu catatan masuk analisis lengkap ini. Ada 939 rumah tangga yang memenuhi syarat tersebut. Sebanyak 62 lainnya tidak diklasifikasikan karena sedikitnya satu jawaban hilang atau saling bertentangan; mereka tidak otomatis diberi nilai nol. [3,24]

| Jumlah keterbatasan | Rumah tangga | Proporsi dari 939 |
|---|---|---|
| 0-1 | 298 | 31,7% |
| 2 | 333 | 35,5% |
| 3-4 | 308 | 32,8% |

Tabel 18. Pengelompokan deskriptif baru, bukan ambang klinis. Jumlah pasti untuk nol sampai empat keterbatasan adalah 17, 281, 333, 258, dan 50. Ketiga kelompok mencakup 939 rumah tangga; 62 dari 1.001 rumah tangga tidak diklasifikasikan. [3,24]

## Baca jumlah poin bersama kondisi yang sebenarnya

Sebanyak 308 rumah tangga dengan tiga atau empat keterbatasan memberikan alasan nyata untuk memeriksa kebutuhan yang muncul bersamaan. Namun, nol atau satu keterbatasan tidak membuktikan rumah tangga tersebut terlindungi. Jenis sumber air bukan hasil uji mutu air; pengolahan yang dilaporkan bukan bukti pengolahan efektif; dan survei ini tidak memeriksa konstruksi maupun keamanan setiap jamban. [1,3,14]

Secara khusus, tidak mengolah air di rumah tidak dengan sendirinya membuktikan air tersebut tidak aman. Penghitungan ini merekam praktik, bukan menentukan apakah pengolahan memang diperlukan. Q16 dan Q17 juga menggambarkan aspek penyediaan air yang saling berkaitan, sehingga tidak boleh dianggap sebagai dua kenaikan risiko yang berdiri sendiri. [1,3,14]

**Pertanyaan yang berguna bukanlah, “Seberapa berbahaya rumah tangga ini?” melainkan, “Kondisi apa yang perlu diperiksa dan diperbaiki di sini?”**

LAMPIRAN D | ASAP DI RUMAH TANGGA

# Asap dalam lingkungan tempat tinggal yang sama

Survei menanyakan bahan bakar untuk memasak, lokasi dapur, dan kebiasaan merokok di dalam rumah. Jawaban tersebut dapat menunjukkan kondisi yang terjadi bersamaan di suatu rumah tangga. Namun, survei tidak mengukur asap yang terhirup, ventilasi, lama paparan, maupun diagnosis penyakit pernapasan. [1,3]

| Jawaban yang tercatat | Respons | Persentase |
|---|---|---|
| Q12 \| Kayu bakar dipilih sebagai salah satu bahan bakar memasak | 974/994 | 98,0% |
| Q13 \| Label gabungan pada ekspor: “di rumah utama / kurang dari 5 m” | 593/996 | 59,5% |
| Q14 \| Ada orang yang biasanya merokok di dalam rumah | 814/987 | 82,5% |

Tabel 19. Q12 dan Q13 merupakan tambahan analisis deskriptif pascalapangan; Q14 telah dilaporkan dalam Tabel 3. Setiap penyebut merujuk pada respons yang terisi, bukan bukti paparan ataupun bukti bahwa semua respons memenuhi alur pertanyaan. [3,24]

## Jangan menyamakan jarak dapur dengan paparan asap di dalam rumah yang terukur

Kuesioner tertulis membedakan pilihan “di dalam rumah utama” dan dapur terpisah yang berjarak kurang dari lima meter. Namun, hasil ekspor memakai satu label gabungan: “Dapur Di dalam rumah utama kurang dari 5 meter”. Sebanyak 593 pilihan pada label itu tidak membuktikan bahwa seluruh dapur berada di dalam rumah. Q12 juga berisi lebih dari satu jenis bahan bakar dalam 67 catatan, padahal pertanyaannya meminta satu bahan bakar utama. Jawaban asli tetap dipertahankan. [1,3]

## Pembilangnya jelas; penyebutnya memerlukan aturan bersama

Sebanyak **501 catatan** berisi ketiga jawaban positif sekaligus: penggunaan kayu bakar, label gabungan Q13, dan merokok di dalam rumah. Ada 980 catatan dengan ketiga kolom terisi. Di antaranya, satu catatan memilih kayu bakar pada Q12 tetapi menyatakan tidak menggunakan kayu bakar pada Q13; sepuluh catatan lain memilih tidak menggunakan kayu bakar pada Q12, tetapi tetap menjawab pertanyaan lanjutan tentang lokasi dapur. [3,24]

Jika hanya ketidaksesuaian pertama yang dikeluarkan, hasilnya 501/979 (51,2%), yaitu penyebut yang terlihat pada dashboard saat ditinjau. Jika kedua jenis ketidaksesuaian dikeluarkan, hasilnya 501/969 (51,7%), yang digunakan pada usulan sebelumnya. Selisih sepuluh catatan tersebut dapat dihitung ulang; jumlah 501 catatan positif tidak berubah. [23,24]

Sepuluh catatan tanpa kayu bakar itu mungkin berisi jawaban lanjutan di luar alur pertanyaan yang seharusnya, bukan riwayat bahan bakar yang saling bertentangan. Penanganannya perlu disepakati berdasarkan kuesioner asli dan penerapannya di aplikasi. Karena itu, edisi ini tidak menetapkan satu persentase gabungan sebagai temuan baru yang sudah final. Kedua perhitungan ditampilkan agar keputusan yang masih diperlukan terlihat jelas. [1,3,24]

**Temuan mengenai kebiasaan merokok di dalam rumah tetap berdiri sendiri. Penafsirannya tidak bergantung pada keputusan tentang penyebut indikator gabungan.**

LAMPIRAN D | AKSES, KONSISTENSI, DAN JEJAK DATA

# Menjaga bukti di balik tampilan

Akses layanan kesehatan tetap dibedakan dari pencegahan. Satu hambatan dihitung jika perjalanan yang dilaporkan menuju fasilitas kesehatan memerlukan sedikitnya satu jam (Q20), dan satu hambatan lagi jika tidak tersedia transportasi yang dapat diandalkan (Q21). Jarak (Q22) tidak diberi poin tambahan untuk perjalanan yang sama. Ini menggambarkan dua hambatan akses, bukan skor triase klinis. [1,3,24]

| Jumlah hambatan akses | Rumah tangga | Proporsi dari 991 |
|---|---|---|
| 0 | 681 | 68,7% |
| 1 | 301 | 30,4% |
| 2 | 9 | 0,9% |

Tabel 20. Hanya catatan lengkap dengan waktu tempuh yang tidak sangat berubah menurut musim yang dihitung. Sepuluh rumah tangga tidak diklasifikasikan, termasuk enam yang menyatakan waktu tempuh sangat bergantung pada musim. Nol berarti kedua hambatan yang dicatat ini tidak dilaporkan, bukan jaminan akses mudah dan andal dalam segala keadaan. [3,24]

## Aturan yang harus sama dalam laporan dan dashboard

**Deskripsi episode:** Q24-Q30 dan Q32 hanya menggunakan catatan dengan jawaban akhir Q23 = Ya. Sebagai contoh, Q25 berisi 253 jawaban, tetapi hanya 249 catatan yang memenuhi syarat; empat jawaban sisa tidak boleh masuk analisis episode yang dipilih. Q31 tetap terpisah karena mencakup kematian dalam dua belas bulan. [1,3]

**Rujukan dan kelompok rentan:** rujukan yang dilaporkan sudah terlaksana bukan luaran terverifikasi dari episode penyakit berat yang dipilih. Karena itu, laporan ini tidak menggunakan 399/414 sebagai angka keberhasilan rujukan untuk infeksi berat. Estimasi imunisasi, kesehatan ibu, gizi, dan kelompok usia lanjut tetap mengikuti batas kelayakan yang dijelaskan dalam Lampiran B. [1,3]

**Penggunaan untuk publik:** tampilkan pembilang, penyebut yang sesuai, periode data, dan jawaban yang hilang. Pertahankan pilihan tidak tahu dan kategori waktu tempuh yang berbeda menurut musim. Publikasikan hasil agregat, bukan nama keluarga, koordinat tepat, atau foto. Setiap perubahan pada tampilan harus diberi tanggal dan penjelasan; jawaban sumber atau laporan awal tidak boleh diubah diam-diam. [3,7,23]

## Sumber dan status pembaruan November

[23] Kawan Baik Indonesia / Fair Future Foundation. Dashboard interaktif Sumba Sepsis Study 2026. Alamat diberikan oleh pimpinan studi; penelaahan antarmuka dicatat dalam proyek pada 12 November 2026. https://dashboardsumbasepsisstudy2026.netlify.app/ . Perubahan situs sesudah tanggal tersebut tidak tercakup dalam edisi ini.

[24] Penghitungan ulang deskriptif pascalapangan, 12 November 2026, berdasarkan buku kerja rumah tangga asli yang dipertahankan [3]. Definisi dan pemeriksaan hasil agregat mencakup Q12-Q14, Q16-Q21, dan kelayakan jawaban akhir Q23. Tidak ada jawaban sumber yang diubah. Perbandingan penyebut indikator asap merupakan pemeriksaan sensitivitas, bukan validasi atas salah satu aturan.

Catatan penerbitan: versi Bahasa Indonesia ini dikembangkan dari laporan Indonesia v1.0 bulan September dan diselaraskan dengan tambahan ilmiah pada edisi Inggris v1.1, yang telah dibandingkan dengan PDF Inggris asli setebal 33 halaman yang diberikan pada 12 November 2026. Hasil, tabel, dan kesimpulan awal tetap dipertahankan; Lampiran D menambahkan analisis pascalapangan bertanggal. Aturan penyebut indikator gabungan asap masih perlu disepakati dan dijelaskan di sini.

**Langkah berikutnya bersifat nyata:** kembali melihat kebutuhan yang tercatat bersama tim setempat, menentukan apa yang dapat diperbaiki, lalu mencatat hasilnya. Data yang lebih mudah dilihat hanya berguna jika membantu keluarga memperoleh pencegahan dan pelayanan kesehatan yang lebih baik.