

TESIS

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN
PENANGGULANGAN GIZI BURUK
DI KABUPATEN SAMPANG TAHUN 2004**



Oleh :

**BUDI UTOMO, STP
NIM : 090310668**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006**

TESIS

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN
PENANGGULANGAN GIZI BURUK
DI KABUPATEN SAMPANG TAHUN 2004**

Oleh :
BUDI UTOMO, STP
NIM : 090310668

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006**

**IMPLEMENTASI KEBIJAKAN
PENANGGULANGAN GIZI BURUK
DI KABUPATEN SAMPANG TAHUN 2004**

TESIS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat
Untuk memperoleh Gelar Magister
Dalam Program Studi Manajemen Pemerintahan dan Politik Lokal
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga

Oleh :
BUDI UTOMO, STP
NIM : 090310668

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

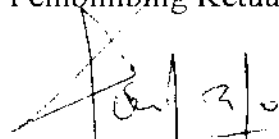
Tanggal Mei 2006

Lembar Pengesahan

TESIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 28 April 2005

Oleh

Pembimbing Ketua



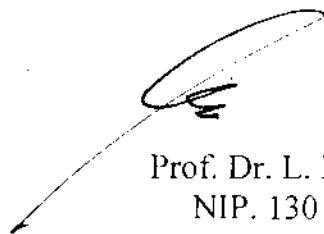
Drs. Bintoro Wardiyanto, M.Si
NIP. 131 801 405

Pembimbing



Sulikah Asmorowati, S.Sos, M.Devst
NIP. 132 230 971

Mengetahui
KPS



Prof. Dr. L. Dyson, MA
NIP. 130 937 724

Telah diuji pada
Tanggal 5 Mei 2005
PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Drs. Priatmoko, MA

Anggota : 1. Drs. Bintoro Wardiyanto, M.Si
2. Sulikah Asmorowati, S.Sos, M.Devst
3. Drs. Gitadi Tegas, M.Si
4. Drs. Wisnu Pramutanto P, M.Si
5. Drs. Hariyadi, MA

UCAPAN TERIMA KASIH

Tidak terasa perjalanan waktu telah menghasilkan berbagai perkembangan, khususnya bagi diri Peneliti. Proses pembelajaran yang telah ditempuh selama hampir empat semester ini, telah memberikan suatu pengalaman berharga bagi peningkatan kualitas diri, peningkatan pengetahuan, pergeseran paradigma serta perubahan jendela pandang terhadap segala sesuatu, khususnya berkaitan dengan pemerintahan.

Waktu juaah yang pada akhirnya mengharuskan penulis melengkapi segala proses pembelajaran di Kampus Unair ini, dengan melakukan sebuah penelitian tentang implementasi kebijakan dengan mengambil kasus Implementasi Kebijakan Penanggulangan Gizi Buruk di Kabupaten Sampang, akhirnya dengan bantuan berbagai pihak, peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini.

Dengan mengucapkan syukur ke khadirat Ilahi, Allah SWT, peneliti selanjutnya dengan segala keikhlasan, dalam sepatah kata pengantar ini mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Drs. Bintoro Wardiyanto, M.Si dan Sulikah Asmorowati, S.Sos, M.Devst sebagai dosen pembimbing yang telah dengan sabar dan teliti membimbing peneliti selama ini.
2. Drs. Priatmoko, MA, Drs. Gitadi Tegas, M.Si, Drs. Wisnu Pramutanto P, M.Si , dan Drs. Hariyadi, MA sebagai dosen penguji yang telah memberikan berbagai kritik, saran dan rekomendasi terhadap hasil penelitian ini.

3. Para dosen di lingkungan program Pascasarjana Manajemen Pemerintahan dan Politik Lokal, terimakasih atas bimbingannya selama ini.
4. Jajaran Pimpinan Pemerintah Provinsi Jawa Timur, Bapak Gubernur beserta stafnya yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk mengikuti program tugas belajar ini.
5. Pimpinan dan Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, yang telah memberikan keleluasaan kepada peneliti dalam pengumpulan data dan informasi.
6. Para staf dan tenaga administrasi Pascasarjana Manajemen Pemerintahan dan Politik Lokal
7. Rekan-rekan mahasiswa, teman-teman seperjuangan dalam program studi yang telah menjalani masa-masa kebersamaan yang indah
8. Keluarga saya, Ekowati istri tercinta, Yusril Hafiz dan Aiza Alya (anak yang tersayang), Bapak, Ibu dan anggota keluarga saya yang lainnya, yang selalu memberikan dorongan motivasi untuk menyelesaikan penelitian ini.
9. Dan terakhir kepada pihak-pihak yang belum atau tidak sempat tertulis dalam pengantar ini, dengan segala kerendahan hati peneliti mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya.

Semoga seluruh dukungan, bantuan dan dorongan baik moril maupun materiil selama ini mendapat balasan yang setimpal dari Allah, SWT. Amien.

Surabaya, Mei 2006

Peneliti,

Budi Utomo

RINGKASAN

Sejak dilaksanakan Kebijakan Otonomi Daerah sampai saat ini setidaknya telah menghasilkan berbagai perubahan dalam struktur dan tata pemerintahan di Indonesia, dan berimplikasi luas terhadap berbagai sektor kehidupan masyarakat serta pola implementasi desentralisasi bidang kesehatan. Kebijakan otonomi daerah telah membawa perubahan dan pergeseran peran dan fungsi pemerintah daerah khususnya dalam desentralisasi sistem kesehatan dan hal ini berkorelasi terhadap kewenangan daerah untuk melaksanakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan khususnya program penanggulangan gizi buruk yang akhir-akhir ini merebak sangat cepat. Sesungguhnya otonomi daerah merupakan peluang dalam percepatan pencapaian program kesehatan dan penanggulangan gizi buruk karena dengan desentralisasi berarti meningkatkan pemerataan dan kualitas pelayanan, meningkatkan efisiensi dan efektivitas program, namun dalam mengimplementasikannya menghadapi kendala sumberdaya, pengorganisasian, keterbatasan keuangan, fasilitas dan kebijakan kepala daerah, maka fenomena yang terjadi sebagai akibat perubahan-perubahan berbagai kebijakan di era otonomi daerah itu bisa diabstraksikan pada kasus implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang.

Dengan menggunakan metode deskriptif kualitatif untuk mengelaborasi implementasi kebijakan dan didukung oleh data observasi untuk mengetahui respon masyarakat terhadap perubahan kebijakan penanggulangan gizi buruk serta faktor-faktor yang mempengaruhi implementasinya, selanjutnya dapat dikemukakan berbagai temuan yang ada.

Implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk ini menunjukkan bagaimana perumusan kebijakan ini belum sepenuhnya mendapatkan perhatian pemerintah daerah, terbukti bahwa dalam penyusunan tujuan kebijakan telah melibatkan semua pihak, namun dalam pelaksanaannya sektor lain belum memberikan dukungan yang maksimal, karena mereka menganggap masalah kesehatan adalah tugas utama Dinas Kesehatan.

Persepsi dan sikap pelaksana kebijakan dari tingkat dinas kesehatan dan puskesmas sudah memiliki persepsi yang sama terhadap isi kebijakan yang telah ditetapkan, namun komitmen untuk melaksanakannya masih lemah, karena dipengaruhi oleh kebiasaan lama yaitu hanya sebatas menyelesaikan pertanggungjawaban dan rutinan menyusun laporan saja, jadi kurang kreatif untuk menterjemahkan kebijakan tersebut.

Dalam pengelolaan penanggulangan gizi buruk telah disusun struktur organisasi yang baik, sudah ada pendelegasian wewenang serta koordinasi yang memadai antar unit kerja dan telah ada petunjuk teknis yang jelas.

Sumber daya manusia di tingkat kabupaten dan puskesmas sebagai pelaksana kebijakan telah memadai baik dari segi pendidikan teknis gizi maupun dari segi kemampuan untuk mengelola program, tetapi dukungan dana, sarana dan prasana untuk biaya implementasi kebijakan masih kurang, sehingga membutuhkan bantuan dari pemerintah provinsi ataupun pemerintah Pusat.

Komunikasi antar pelaksana kebijakan ataupun dengan unit organisasi lain seperti LSM, masih kurang efektif, karena lebih banyak menggunakan sistem hirarkhi dan komunikasi formal, sedangkan komunikasi informal yang bersifat kemitraan masih kurang intensif.

Respon masyarakat sebagai sasaran kebijakan penanggulangan gizi buruk ini masih kurang puas terhadap layanan yang diberikan pihak puskesmas, yaitu sebanyak 66,7 % responden menyatakan kurang puas terhadap layanan program penanggulangan gizi buruk, hal ini dipengaruhi oleh tingkat kemampuan pelaksana kebijakan dan juga latar belakang sosial budaya masyarakat sendiri yang juga relatif rendah.

Diharapkan hasil temuan ini dapat dimanfaatkan oleh semua pihak yang terkait dalam penyusunan dan implementasi program penanggulangan gizi buruk, sehingga kebijakan tersebut dapat tercapai secara efektif dan efisien.

Untuk meningkatkan pencapaian implementasi penanggulangan gizi buruk, maka perlu dikembangkan komitmen yang kuat dari pemerintah daerah dan kecukupan dana serta dapat melibatkan semua sektor, pemerintah, masyarakat dan dunia usaha dengan prinsip kemitraan secara berkesinambungan.

SUMMARY

Since autonomous area policy is implemented to produce various change in structure and governance arrangement in Indonesia, and has the inde implication to various sector of life society and also the implementation of decentralized in field of health. Autonomous area policy has brought some changes and role friction and function of local government especially in decentralization system in the field of health and it is related with local authority to implement minimum service standard (SPM) in the field of health especially in the treatment of severe malnutrition which is indesprend quickly. Infact, autonomous policy is a good oppurtunity in acceleration and attainment of medicare and the treatment of severe malnutrition because decentralization means that improving equality and service quality, improving efesiensi and effectiveness program. But during its implementation, there are some constrant such as human resource, organization, limited finance, facility and regional leader policy. So, the phenomenon that happened as effect of various change in autonomous area policy can be abstracted in the policy implementation of severe malnutrition treatment in Sampang.

By using qualitative descriptive method to elaborate the policy implementation and supported by observation data to know society respon of the change in severe malnutrition treatment and also the factors which influence its implementation, more over it can be proposed the various things.

The implementation of severe malnutrition treatment shows how this policy formulation does not get fully attention yet from local government. It can be proved from formulation of policy target which involves all sides, but in its implementaion, the other sectors don't give maximal support yet. It is because of their assumption that health problem is main duty of health department.

Perception and attitude of policy executur from health department level until public health service have same perception of health the policy content has been decided, but the commitment is still weak. It is influenced by old habit, that is only limited responbility and routinous report, they are less creativity to translate the policy.

In management of severe malnutrition treatment has been compled a good organization chart, there is delegated authority and adequate coordination in work unit and also clear tehcnical guide.

Human resource in district level and public health service as policy executur has adequate condition in educational background aspecially nutritional, and also good ability to manage the program. But anformately, finance support, lock of facilities and instruments find, so it requires both of local province and central government help.

Communication of policy executur withother organizational unit like NGO is still ineffective. It is because of using hierarchy system and formally communication. Whereas, informal communication having the character of partner is still less intensive.

Society respon as the target of severe malnutrition treatment is still insatisfied. It comes from the answers of Puskesmas user 66,7 % of respondens express insatisfied to severe malnutrition treatment program. It can be influenced by lack of ability executor policy and social culture society is under condition.

It is expected that the result of this finding can be exploited by all related side/sectors in implementation and compilation of severe malnutrition treatment, so that policy can be reached effectively and effesien

To increase attainment of severe malnutrition treatment, it is necessary to develop strong commitment from local government and suficienly fund and involving all sector, government, society/community, enterpreneurship world using continouos partnership prinsip.

ABSTRACT

The Policy Implementation of Severe Malnutrition Treatment in Sampang 2004

Since autonomous area policy is implemented to produce various change in structure and governance arrangement in Indonesia, and has the inde implication to various sector of life society and also the implementation of decentralized in field of health. Autonomous area policy has brought some changes and role friction and function of local government especially in decentralization system in the field of health and it is related with local authority to implement minimum service standard (SPM) in the field of health especially in the treatment of severe malnutrition which is indesprend quickly. Infact, autonomous policy is a good oppurtunity in acceleration and attainment of medicare and the treatment of severe malnutrition because decentralization means that improving equality and service quality, improving efesiensi and effectiveness program. But during its implementation, there are some constrant such as human resource, organization, limited finance, facility and regional leader policy. So, the phenomenon that happened as effect of various change in autonomous area policy can be abstracted in the policy implementation of severe malnutrition treatment in Sampang.

By using qualitative descriptive method to elaborate the policy implementation and supported by observation data to know society respon of the change in severe malnutrition treatment and also the factors which influence its implementation, more over it can be proposed the various things.

The implementation of severe malnutrition treatment shows how this policy formulation does not get fully attention yet from local government. It can be proved from formulation of policy target which involves all sides, but in its implementaion, the other sectors don't give maximal support yet. It is because of their assumption that health problem is main duty of health department.

It is expected that the result of this finding can be exploited by all related side/sectors in implementation and compilation of severe malnutrition treatment, so that policy can be reached effectively and effesien

To increase attainment of severe malnutrition treatment, it is necessary to develop strong commitment from local goverment and suficienly fund and involving all sector, goverment, society/community, enterpreneurship world using continouos partnership prinsip.

Keywords : implementation, policy, Minimize standard of services health, severel malnutrition

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Prasyarat Gelar	iii
Persetujuan	iv
Penetapan Panitia	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Ringkasan	viii
Summary	x
Abstract	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	11
1.3 Tujuan Penelitian	11
1.4 Manfaat Penelitian	12
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Kebijakan Publik	13
2.2 Kebijakan Desentralisasi Kesehatan	16
2.3 Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan	20
2.4 Implementasi Kebijakan	24
2.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Penanggulangan Gizi Buruk	29
BAB 3 METODE PENELITIAN	46
3.1 Jenis Penelitian	46
3.2 Lokasi Studi	47
3.3 Unit Analisis	48
3.4 Definisi Konsep dan Defnisi Operasional	48
3.5 Kerangka Konsep Penelitian	53
3.6 Data yang Dibutuhkan	53
3.7 Teknik Pengumpulan Data	55
3.8 Teknik Analisis Data	59
BAB 4 DESKRIPSI WILAYAH PENELITIAN.....	60
4.1 Kondisi Umum	60
4.2 Potensi Pertanian	64
4.3 Potensi Perkebunan	64
4.4 Potensi Peternakan dan Perikanan ...	65

4.5	Industri Pertambangan	66
4.6	Kondisi Sosial Budaya	67
BAB 5	KEBIJAKAN PENANGGULANGAN GIZI BURUK DAN PENGORGANISASIAN	73
5.1	Masalah Gizi Buruk di Kabupaten Sampang	73
5.2	Kewenangan Pemerintah Kabupaten dalam Penanggulangan Gizi Buruk	77
5.3	Penyebab Gizi Buruk	81
5.4	Kebijakan Penanggulangan Gizi Buruk	84
5.4.1	Latar Belakang Lahirnya Kebijakan	84
5.4.2	Landasan Kebijakan	87
5.4.3	Tujuan Kebijakan	89
5.5	Organisasi Pengelolaan Penanggulangan Gizi Buruk	90
5.5.1	Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang	90
5.5.2	Gambaran Umum Sub Dinas Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang	95
5.5.3	Gambaran Umum Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang	95
5.5.4	Pengorganisasian Penanggulangan Gizi Buruk	96
5.6	Pencapaian Program Perbaikan Gizi	100
BAB 6	IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENANGGULANGAN GIZI BURUK	104
6.1	Faktor Kebijakan	105
6.1.1	Tujuan Kebijakan	105
6.1.2	Manfaat Kebijakan	111
6.1.3	Pihak Yang Mendapatkan Manfaat	114
6.1.4	Deviasi yang terjadi dalam Penyampaian Kebijakan ..	118
6.1.5	Penerimaan dan Dukungan Dari Kelompok Sasaran ..	120
6.2	Faktor Organisasi	121
6.2.1	Struktur Implementasi Kebijakan serta Manajemennya	121
6.2.2	Kualitas dan Kuantitas SDM dalam Organisasi	124
6.2.3	Dukungan Sarana dan Prasarana	126
6.2.4	Alokasi Dana	127
BAB 7	ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENANGGULANGAN GIZI BURUK	128
7.1	Faktor Kebijakan	128
7.1.1	Tujuan Kebijakan	128
7.1.2	Sikap/Persepsi dari Pelaksana Kebijakan	133
7.2	Faktor Organisasi	136
7.2.1	Struktur Organisasi	136
7.2.2	Sumberdaya Organisasi	140
7.2.3	Komunikasi	146

7.3 Faktor Ekologi/Lingkungan	150
7.3.1 Tingkat Respon Pelaksana di Puskesmas Terhadap Kebijakan	150
7.3.2 Tingkat Respon Masyarakat terhadap Kebijakan	151
BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN	158
8.1 Kesimpulan	158
8.2 Saran.....	161
DAFTAR PUSTAKA	162
DAFTAR LAMPIRAN	165

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1	Data Status Gizi Buruk Dan Gizi Kurang Di Jawa Timur Tahun 2003 6
Tabel 1.2	Perbandingan Prevalensi Gizi Buruk Nasional, Jawa Timur Dan Kabupaten Sampang..... 7
Tabel 3.1	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Penanggulangan Gizi Buruk 50
Tabel 4.1	Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin Kabupaten Sampang Tahun 1990, 2000 61
Tabel 4.2	Produksi Pertanian 64
Tabel 4.3	Produksi Perkebunan 65
Tabel 4.4	Produksi Peternakan 66
Tabel 4.5	Produksi Industri 67
Tabel 4.6	Angka Partisipasi Sekolah Kabupaten Sampang Tahun 2003 71
Tabel 4.7	Tingkat Pendidikan Masyarakat Kabupaten Sampang Tahun 2003 71
Tabel 5.1	Prevalensi Gizi Kurang dan Gizi Buruk Kabupaten Sampang Tahun 2003 dan 2004 76
Tabel 5.2	Prevalensi Gizi Buruk Di Kabupaten Sampang Tahun 2004 76
Tabel 5.3	Tenaga Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2004 91
Tabel 5.4	Hasil Pencapaian Program Perbaikan Gizi Kabupaten Sampang Tahun 2004 101
Tabel 5.5	Target Pencapaian Program Penanggulangan Gizi Buruk Berdasarkan SPM Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2004 102

Tabel 6.1	Bantuan Dana dan Bentuk Bantuan Program Penanggulangan Gizi Buruk Kabupaten Sampang Tahun 2004	114
Tabel 6.2	Rincian Jenis Kegiatan Penanggulangan Gizi Buruk Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2004	115
Tabel 7.1	Tingkat Pendidikan Orang Tua Balita Gizi Buruk	154
Tabel 7.2	Respon Masyarakat Terhadap Pelayanan Gizi	155

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Prevalensi Gizi Kurang dan Gizi Buruk di Indonesia (Tahun 1989 – 2003)	3
Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Proses Implementasi Kebijakan Menurut Grindle	32
Gambar 2.2 <i>Grand Theory Of Public Policy Implementasi</i>	36
Gambar 3.1 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Penanggulangan Gizi Buruk	53
Gambar 5.1 Strategi Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk	97

BAB I PENDAHULUAN



1.1 Latar Belakang

Salah satu titik berat pembangunan nasional kita adalah pembangunan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yang dicirikan sebagai manusia-manusia yang sehat, cerdas, produktif dan mandiri dengan status kesehatan dan gizi yang baik. Oleh karena itu, pembangunan kesehatan dan gizi yang erat kaitannya dengan tingkat umur harapan hidup bangsa Indonesia, telah mendapatkan prioritas yang tinggi dalam strategi kebijakan pembangunan nasional (Depkes RI, 2004).

Pembangunan kesehatan haruslah diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan masyarakat, dalam rangka peningkatan kualitas dan taraf hidup serta kecerdasan dan kesejahteraan rakyat pada umumnya yang tertuang dalam Program Pembangunan Nasional (PROPENAS) yang meliputi : program lingkungan sehat, perilaku sehat dan pemberdayaan masyarakat, program upaya kesehatan, program program penanggulangan gizi buruk, program sumberdaya kesehatan, program obat, makanan dan bahan berbahaya, program kebijakan dan manajemen kesehatan (Dinkes Provinsi Jatim, 2005).

Untuk melaksanakan program pembangunan kesehatan tersebut, maka telah disusun Sistem Kesehatan Nasional yang terdiri dari 5 subsistem yaitu : upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumberdaya kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan manajemen kesehatan. Sistem kesehatan Provinsi (SKP) atau Sistem Kesehatan Kabupaten Kota (SKK) merupakan bagian yang terintegral dalam SKN. Otonomi daerah dalam melaksanakan SKK harus mampu mengerakkan minimal kepada hal-hal :

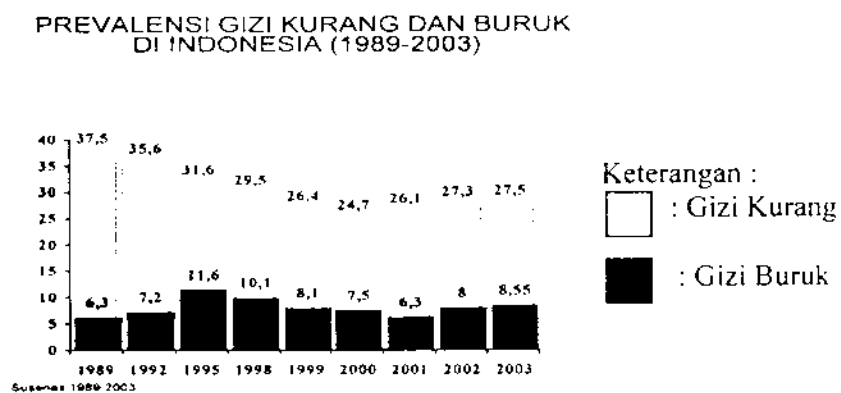
- a. Menciptakan pelayanan kesehatan berkualitas dan memenuhi tuntutan dan harapan masyarakat
- b. Meningkatkan efisiensi sumberdaya
- c. Menciptakan keadilan bagi masyarakat dalam pembiayaan dan memperoleh pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2004).

Kondisi gizi masyarakat masih memprihatinkan dan bervariasi antar daerah dimana sebagian besar (75 %) kabupaten/kota di Indonesia mempunyai prevalensi (angka) gizi kurang pada balita sebesar >20 %, sehingga dibutuhkan pendekatan dan penanganan yang spesifik dan tepat sesuai dengan karakteristik di masing-masing daerah (Depkes, 2004).

Seorang anak balita menderita gizi buruk di Nusa Tenggara Barat akhirnya meninggal. Ibunya yang miskin tidak bisa membeli obat karena tidak punya uang. Kasus gizi buruk di negeri ini sangat ironis karena : a) muncul pada saat gencarnya kampanye Pemerintah tentang penyaluran dana kompensasi BBM, diantaranya untuk kesehatan dan mengurangi jumlah orang miskin, b) terjadi di Nusa Tenggara Barat yang dikenal sebagai salah satu lumbung beras Nasional dan c) Indonesia sudah lama dikenal sebagai negeri kaya raya.

Yang lebih menyedihkan lagi secara Nasional jumlah Balita yang menderita kekurangan gizi di Indonesia ternyata sangat besar. Menurut hasil Susenas 2003, sekitar 27,3 % balita Indonesia kekurangan gizi. Artinya dari 18 juta Balita pada tahun 2003, sekitar 4,9 juta mengalami masalah gizi buruk. Tahun 2005, sesuai proyeksi pertumbuhan penduduk oleh BPS, anak usia 1-4 tahun sebanyak 20,87 juta, jika angka 27,5 % digunakan, diperkirakan sebanyak 5,7 juta anak balita mengalami gizi kurang dan sekitar 8 % yaitu 1,67 juta balita mengalami gizi

buruk. Masalah gizi secara nasional saat ini semakin kompleks dan sangat memprihatinkan. Angka prevalensi nasional Kekurangan Energi dan Protein (KEP) sebesar 6,7 juta Balita. Anemia gizi besi pada anak sekolah sebesar 10 juta. Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) sebesar 11,1 % pada anak sekolah, dan anemia pada ibu hamil sebesar 50,9 % (Depkes, 2004). Trend prevalensi gizi kurang dan gizi buruk di Indonesia dapat dilihat pada grafik 1. berikut ini :



Grafik 1.1 Trend Prevalensi Gizi Kurang dan Gizi Buruk di Indonesia Tahun 1989 - 2003

Mengapa target pencapaian program program penanggulangan gizi buruk tersebut belum berhasil sepenuhnya? Sebenarnya masalah gizi yang diderita sebagian masyarakat Indonesia terjadi bukan disebabkan oleh hanya satu dua faktor seperti daya beli dan kebiasaan masyarakat, akan tetapi disebabkan oleh banyak faktor baik yang bersifat makro maupun mikro. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa masalah gizi bersifat multidimensi menyangkut kemiskinan, ketidaktahuan, gaya hidup, sosial budaya dan bahkan politik. Seringkali masalah gizi ini hanya diketahui pada kalangan terbatas dan tersembunyi, sehingga tidak dapat langsung terdeteksi. (Surabaya Post, 6 Juli 2005)

Namun, patut disayangkan meski merupakan sektor strategis, beberapa daerah belum mempunyai terobosan yang signifikan dalam mengembangkan pelayanan kesehatan. Cepat atau lambat, ketidakseriusan pemerintah daerah dalam meningkatkan layanan kesehatan akan berdampak negatif pada masa depan otonomi daerah. Merebaknya kasus gizi buruk yang disertai meluasnya kasus rawan gizi di beberapa daerah membuat pemerintah pusat memikirkan kembali untuk meresentralisasi pelayanan kesehatan. Jika hal ini direalisasikan, tentu saja merupakan kemunduran dalam pelaksanaan otonomi daerah (Jawa Pos, 28 Juni 2005).

Sejak pengimplementasiannya pada tahun 2002 Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan di Jawa Timur, masih belum berjalan dengan optimal hampir diseluruh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota (Balitbang Provinsi Jatim, 2002). Hal ini karena pengalokasian anggaran untuk mendukung pelaksanaan SPM, di tiap kabupaten/kota jumlahnya berbeda-beda. Sebelum otonomi, program perbaikan gizi banyak mendapatkan anggaran dari pusat, namun setelah otonomi jumlah anggaran berkurang, bahkan di salah satu kabupaten, untuk program pelayanan gizi masyarakat seperti pengadaan kapsul iodium, tidak disediakan anggaran yang cukup. Di era otonomi, masing-masing kepala daerah diberikan kewenangan yang sangat luas untuk mengelola anggarannya, sehingga kepala daerah yang konsen terhadap kesehatan, akan memberikan prioritas terhadap pelayanan bidang kesehatan, sebaliknya yang kurang konsen cenderung mengabaikan prioritas pada pelayanan kesehatan. Disisi lain sejatinya DPRD dapat memberikan kontrol yang efektif, agar penggunaan anggaran daerah dapat dipergunakan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan harapan

masyarakat di era otonomi ini. Namun kenyataannya di beberapa kabupaten/kota anggota DPRD tidak memahami sepenuhnya akan kebutuhan masyarakat yang diwakili, bahkan cenderung memenuhi kebutuhan diri sendiri atau untuk kepentingan partainya (Balitbang Provinsi Jatim, 2002).

Merebaknya kasus gizi buruk di berbagai daerah, menunjukkan kurang seriusnya daerah dalam mengembangkan pelayanan bidang kesehatan khususnya program penanggulangan gizi buruk. Hal ini terjadi karena masih banyak elit daerah yang berpikir sektor kesehatan bukanlah sektor populer, karena dampak sektor kesehatan dan gizi tidak bisa langsung dirasakan dalam jangka waktu singkat. Peningkatan layanan kesehatan merupakan investasi jangka panjang yang hasilnya bisa jadi tidak kasat mata (Jawa Pos, 28 Maret 2005).

Sebenarnya, semangat otonomi daerah merupakan peluang dalam percepatan pencapaian program penanggulangan gizi buruk, termasuk penanggulangan dan penurunan kasus gizi buruk. Di beberapa negara maju, desentralisasi berarti meningkatnya pemerataan dan kualitas pelayanan, meningkatkan efisiensi dan efektivitas program (Anne, 1991). Hal ini, dapat dimengerti karena desentralisasi memungkinkan adanya penanganan masalah secara spesifik di daerah. Di sisi lain, desentralisasi pada saat ini perlu disikapi sebagai tantangan. Kendala sumberdaya manusia di daerah, harus disadari belum sepenuhnya dapat menangkap makna dari desentralisasi untuk percepatan pencapaian program. Sebagai contoh, petugas pelaksana SPM di tingkat puskesmas belum semuanya memahami tentang SPM itu sendiri, sebagian besar petugas pelaksana belum mampu menyebutkan jenis-jenis kegiatan SPM, indikator dan target serta hakekat dilaksanakan SPM. Kendala sumberdaya manusia di daerah, baik tenaga, dana, sarana dan prasarana

serta metode pengorganisasian pelaksanaan program, juga menjadi bagian yang tidak kalah pentingnya (Dinkes Provinsi Jatim, 2003)

Tabel 1.1
Data Status Gizi Buruk Dan Gizi Kurang Di Jawa Timur Tahun 2003

No	KAB/KOTA	GIZI BURUK (%)	GIZI KURANG (%)
1	KAB. PACITAN	0.9	10.4
2	KAB. PONOROGO	1.4	10.6
3	KAB. TRENGGALEK	0.9	10.6
4	KAB. TULUNGAGUNG	0.7	8.0
5	KAB. BLITAR	1.2	10.6
6	KAB. KEDIRI	1.6	11.4
7	KAB. MALANG	2.0	13.6
8	KAB. LUMAJANG	2.1	16.2
9	KAB. JEMBER	2.4	14.5
10	KAB. BANYUWANGI	2.9	15.4
11	KAB. BONDOWOSO	4.6	22.8
12	KAB. SITUBONDO	2.1	18.7
13	KAB. PROBOLINGGO	3.8	20.6
14	KAB. PASURUAN	3.9	20.5
15	KAB. SIDOARJO	1.5	12.6
16	KAB. MOJOKERTO	1.6	13.2
17	KAB. JOMBANG	1.9	14.2
18	KAB. NGANJUK	1.7	14.3
19	KAB. MADIUN	0.9	12.5
20	KAB. MAGETAN	1.5	10.1
21	KAB. NGAWI	2.9	15.1
22	KAB. BOJONEGORO	2.0	17.1
23	KAB. TUBAN	2.0	15.7
24	KAB. LAMONGAN	2.2	15.2
25	KAB. GRESIK	1.5	13.2
26	KAB. BANGKALAN	2.5	12.4
27	KAB. SAMPANG	9.7	28.9
28	KAB. PAMEKASAN	4.7	22.9
29	KAB. SUMENEP	2.0	13.9
30	KOTA KEDIRI	0.9	11.7
31	KOTA BLITAR	1.4	8.4
32	KOTA MALANG	1.0	9.6
33	KOTA PROBOLINGGO	3.3	17.6
34	KOTA PASURUAN	1.6	16.6
35	KOTA MOJOKERTO	1.4	12.8
36	KOTA MADIUN	1.8	13.9
37	KOTA SURABAYA	2.4	16.1
38	KOTA BATU	1.0	12.0
	RATA-RATA	2.2	14.7

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2004

Berdasarkan Tabel 1.1 data hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) tahun 2003, menunjukkan bahwa prevalensi jumlah gizi buruk dan gizi kurang atau sering disebut sebagai prevalensi Kekurangan Energi Protein (KEP) di Jawa Timur sebesar 16,9 % meningkat dibandingkan tahun 2002 (16 %). Data gizi buruk rata-rata 2,2 % dan berdasarkan ambang batas penentuan besaran masalah gizi termasuk masalah berat, sedangkan prevalensi gizi kurang secara umum 14,7 % termasuk masalah sedang (Dinkes Provinsi Jatim, 2004).

Berdasarkan Tabel 1.1 tersebut diketahui juga bahwa prevalensi KEP balita yang paling tinggi adalah Kabupaten Sampang yaitu sebesar 38,6 %, yang terdiri dari 9,7 % balita dengan status gizi buruk dan 28,9 % gizi kurang. Perbandingan prevalensi Gizi Buruk dengan angka nasional dapat dilihat pada tabel 1.2 berikut ini :

Tabel 1.2
Perbandingan Prevalensi Gizi Buruk Nasional, Jawa Timur Dan
Kabupaten Sampang Tahun 2003

Wilayah	Gizi Buruk (%)
Nasional	1,1
Jawa Timur	2,2
Kabupaten Sampang	9,7

Tabel 1.2 menunjukkan bahwa menurut indikator status gizi, masalah gizi buruk di Jawa Timur termasuk masalah gizi berat karena melampaui standar nasional sehingga merupakan masalah serius yang harus segera dicarikan solusinya. Sedangkan prevalensi gizi buruk Kabupten Sampang adalah yang tertinggi di Jawa Timur dan sangat tinggi bila dibandingkan standar nasional.

Data hasil Survei Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) Nasional tahun 2003, menunjukkan bahwa Kabupaten Sampang juga mempunyai prevalensi GAKY yang cukup tinggi yaitu sebesar 34,7 %, melampaui rata-rata

Jawa Timur dan Nasional. Prevalensi Akibat kekurangan Yodium (GAKY) di Jawa Timur rata-rata 24,8 %, termasuk masalah sedang dan melampaui rata-rata nasional (11,1 %)(Depkes, 2003).

Fenomena yang terjadi di masyarakat adalah belum semuanya memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas/polindes yang tersebar di semua daerah, contohnya dalam kegiatan penimbangan di posyandu, kesadaran masyarakat untuk menimbangkan balitanya masih rendah, sehingga tidak dapat dideteksi secara dini masalah kurang gizi pada balita, yang akhirnya sekarang mencuat masalah gizi buruk yang bahkan telah menyebabkan kematian. Pada tahun 2003, Depkes mencatat terjadi penurunan jumlah posyandu aktif sebesar 30 – 59 %. Jumlah balita yang dibawa ke Posyandu rata-rata perbulan hanya 40 % dan yang tidak pernah di bawa ke Posyandu sebesar 27 %. Hal ini menunjukkan menurunnya peran serta masyarakat, sehingga salah satu solusi dalam program penanggulangan gizi buruk adalah dengan meningkatkan pemberdayaan keluarga dan masyarakat serta LSM dalam menanggulangi masalah gizi buruk. (Andriyanto, 2005).

Permasalahan gizi buruk di kabupaten Sampang masih tetap tinggi disebabkan oleh berbagai faktor yang sangat kompleks. Pada tahun 2003, nilai Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Jawa Timur menduduki ranking 25 dari seluruh Provinsi Di Indonesia, sedangkan Kabupaten Jayawijaya menduduki ranking terakhir dan Kabupaten Sampang menduduki peringkat ke-2 dari yang terakhir. IPM merupakan indeks komposit yang terdiri dari umur harapan hidup, tingkat melek huruf, dan pendapatan perkapita. Rendahnya IPM Kabupaten

Sampang sangat dipengaruhi oleh rendahnya status gizi dan kesehatan penduduk serta kemiskinan (Dinkes Sampang, 2005).

Masalah kesehatan yang banyak ditemui pada penduduk miskin adalah : tingginya angka kematian bayi, angka kematian balita dan angka kematian ibu. Indikator angka kematian ini masih memegang rekor tertinggi di Jawa Timur dengan Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 306/100.000 Kelahiran dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 88/1.000 Kelahiran Hidup. Angka Kematian tersebut sangat dipengaruhi oleh status gizi yang buruk dan gangguan gizi lainnya seperti anemia. Menurut hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Sampang tahun 2004, prosentase balita gizi buruk sebesar 5,4 % , gizi kurang 22,8 % , gizi baik 68,7 % dan gizi lebih 28,2 % (Dinkes Sampang, 2005).

Selain masalah kemiskinan, masalah pendataan ternyata merupakan permasalahan yang terus berlangsung sejak dilaksanakannya program Penanggulangan gizi buruk. Masalah pendataan ini dapat dilihat dari tidak sesuai data jumlah sasaran dengan jumlah data realisasi, hal ini karena pemahaman tentang kriteria sasaran yang masih belum dipahami di tingkat pelaksana (Dinkes Sampang, 2004).

Masalah tidak hanya berhenti disitu saja, karena partisipasi masyarakat dalam kegiatan penimbangan posyandu masih kurang, sehingga kontrol terhadap perkembangan pertumbuhan balita terabaikan. Hal ini dapat dilihat dari rendahnya angka partisipasi masyarakat di posyandu, yaitu dilihat dari indikator jumlah ibu balita yang datang dan menimbang balitanya dibandingkan (D) dengan jumlah ibu balita yang memiliki KMS (S) yang disingkat (D/S) sebesar 69,4 %. Masalah lain yang muncul, yaitu pemahaman masyarakat yang kurang terhadap

masalah gizi buruk. Masyarakat menganggap anak yang sangat kurus, tetapi tidak diare atau panas, berarti anak masih sehat dan tidak perlu di bawah ke puskesmas. (Dinkes Sampang, 2004)

Kekosongan struktur kepemimpinan yang berlarut-larut di DPRD telah mempengaruhi kinerja pemerintahan dan pembangunan daerah termasuk program penanggulangan gizi buruk, karena proses penentuan RAPBD tahun 2004 terpaksa tertunda (Properda Sampang, 2005)

Permasalahan program-program pembangunan termasuk penanggulangan gizi buruk, merupakan permasalahan kesehatan masyarakat, sehingga diperlukan pendekatan holistik atau menyeluruh dalam penanganannya, baik aspek medis, gizi, kesehatan lingkungan maupun aspek ekonomi, psikologi sosial, antropologi dan ilmu lainnya. Menyikapi kecenderungan dan disparitas masalah gizi dan pergeseran paradigma desentralisasi, maka kondisi keadaan gizi masyarakat yang optimal harus segera tercapai. Oleh karena itu, menjadi hal yang mendesak untuk segera mengimplementasikan secara optimal standar pelayanan minimal bidang kesehatan, khususnya program penanggulangan gizi buruk dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Berdasarkan uraian di atas, faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi program penanggulangan gizi buruk antara lain kurangnya prioritas pelayanan kesehatan, pemahaman pengambil dan pelaksana kebijakan terhadap tujuan pelayanan kesehatan, SDM, anggaran, peran serta masyarakat dan lainnya.

Penelitian ini akan mendeskripsikan tentang implementasi Program penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang. Penelitian ini, karena dalam pelaksanaannya sangat bervariasi di masing-masing daerah, khususnya di

Kabupaten Sampang. Gejala penyimpangan dalam implementasi tersebut karena adanya perbedaan interpretasi terhadap maksud dan tujuan dari kebijakan tersebut, baik dari pihak masyarakat maupun pemerintah daerah. Masalah implementasi bertambah kompleks dengan adanya masalah keterbatasan keuangan, dan sumberdaya yang dimiliki daerah (Syaukani, 2002). Secara detail penelitian ini akan menjelaskan bagaimana implementasi SPM perbaikan gizi dan faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi sebuah kebijakan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka perumusan masalah yang dapat dikemukakan adalah:

Bagaimana implementasi program penanggulangan gizi buruk dan faktor yang mempengaruhinya di Kabupaten Sampang ?

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan:

1. Untuk mengetahui gambaran implementasi Program penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang ditinjau dari faktor arah kebijakan sendiri yang meliputi : tujuan kebijakan, keterlibatan *stakeholder*, kejelasan juklak dan juknis, kejelasan kewenangan, tingkat pencapaian tujuan, serta sikap pengambil dan pelaksana kebijakan.
2. Untuk mengetahui gambaran implementasi Program penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang ditinjau dari faktor organisasi pelaksanaannya yang meliputi : struktur organisasi, kualitas SDM, ketersediaan sumber dana, ketersediaan fasilitas dan tingkat komunikasi antara pelaksana atau dengan organisasi lainnya.

3. Untuk mengetahui gambaran implementasi Program penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang ditinjau dari faktor lingkungan sosial ekonomi masyarakat yang meliputi : tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, peranserta masyarakat dan pemahaman.

1.4 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang diharapkan dengan dilakukannya penelitian ini adalah:

1. **Bagi Pemerintah**

Untuk memberikan gambaran tentang faktor yang mempengaruhi keberhasilan implementasi Program penanggulangan gizi buruk.

2. **Bagi Masyarakat**

Untuk memberikan gambaran tentang pemahaman dan tingkat partisipasi masyarakat terhadap Program penanggulangan gizi buruk, sehingga diharapkan dapat dicari upaya-upaya untuk meningkatkan pemahaman , peran serta dan pemberdayaan masyarakat dalam pengawasan pelaksanaan implementasinya.

3. **Bagi Ilmu Pengetahuan**

Penelitian ini diharapkan memberikan sumbangan bagi pengembangan teori-teori implementasi kebijakan, khususnya menyangkut masalah pelaksanaan Program penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kebijakan Publik

Untuk memahami makna dan kebijakan publik banyak definisi dan batasan yang diberikan oleh para ilmuwan dan itu bergantung kepada latar belakang keilmuannya. Dalam ilmu politik, para ilmuwan mengartikan kebijakan publik sebagai segala sesuatu yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh Pemerintah. Seperti yang diungkapkan oleh Thomas Dye (1981 : 1), "*we say simply that public policy is whatever government do or not to do*". Definisi atau batasan yang disampaikan oleh Dye tersebut nampak sederhana, tapi telah mencakup semua elemen yang diharapkan tentang apa yang disebut kebijakan publik.

Dalam keseharian, Pemerintah atau Negara melakukan segala kegiatan atau tindakan yang menyangkut kehidupan warga negara sehari-harinya. Hal ini dijelaskan oleh ilmuwan politik David Easton, yang menyatakan bahwa Kebijakan publik merupakan sebuah proses alokasi sejumlah nilai secara otoritatif dalam sebuah masyarakat yang dilakukan oleh negara. Nilai yang dialokasikan itu merupakan nilai-nilai yang berharga dan langka (*scarce*), yang banyak diperebutkan oleh orang dalam kehidupan sehari-hari. Menurut Karl W. Deutch, nilai-nilai tersebut terbagi kedalam delapan jenis, yakni *power, wealth, deference, rectitude, skills, freedom* dan *order*.

Kebijakan publik adalah kebijakan yang dibuat oleh Pemerintah atau pejabat pemerintahan dalam arti luas (Eksekutif, Legislatif dan Yudikatif) yang melibatkan individu atau kelompok yang ada diluar pemerintahan (Gaffar,

1997:14), sehingga apa yang dinamakan kebijakan publik merupakan proses yang sangat kompleks, yang merupakan hasil rumusan para aktor politik yang berwenang untuk mengakomodasikan aspirasi atau tuntutan berbagai pihak.

Dari batasan kebijakan di atas dapat ditarik kesimpulan bahwa kebijakan publik adalah sebuah proses yang diakibatkan oleh adanya penyebab, dan hasil kebijakan itu sendiri pada akhirnya akan menimbulkan efek atau dampak. Dan penyebab itu bisa terjadi akibat adanya aspirasi atau tuntutan, kemudian dalam kerangka penyelesaian masalah terjadi interaksi antar aktor terkait guna menghasilkan keputusan kebijakan yang akan memberikan efek atau dampak kepada beberapa pihak. Ada pihak yang dirugikan dan ada juga pihak yang diuntungkan.

Kebijakan publik dalam sebuah negara merupakan sebuah produk dan berbagai aktifitas yang melewati berbagai macam tahapan dan diantara tahapan-tahapan itu terkait satu sama lainnya. Adapun tahapan-tahapan itu menurut Charles O. Jones (1984), terbagi dalam beberapa sekuen. Pertama, tahap atau kegiatan yang berkaitan bagaimana masyarakat menyampaikan permasalahan itu ke Pemerintah. Hal ini meliputi lima kegiatan yakni persepsi, agregasi, pengorganisasian, representasi dan agenda setting. Kedua, tahapan kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan formulasi, legitimasi dan budgeting. Kegiatan ini merupakan kegiatan yang berada dalam cakupan pemerintahan. Ketiga, adalah tahapan implementasi, evaluasi dan terminasi, dimana kegiatan tersebut adalah langkah-langkah Pemerintah yang ditempuh secara konkrit dalam mewujudkan kebijakan di kehidupan sehari-hari.

Selain model yang dikembangkan oleh O'Jones tersebut, model yang dikemukakan oleh Randal B.Ripley (1985) juga memberikan pengertian tentang tahapan-tahapan yang harus dilalui dalam proses pembentukan kebijakan publik. Menurut Ripley, tahapan kegiatan meliputi lima tahap yang meliputi, pertama, tahap agenda *building*, merupakan tahap pembentukan persepsi terhadap masalah yang berkembang dimasyarakat, dan bagaimana masyarakat memahami masalah tersebut, kemudian selanjutnya bagaimana masyarakat memobilisasi dukungan.

Kedua, tahap dimana masalah sudah menjadi agenda Pemerintah dan kemudian Pemerintah mengambil langkah-langkah tertentu, terutama dalam memformulasikan dan melegitimasi kebijakan yang akan di tempuh, sehingga mendapat dukungan yang luas dan masyarakat.

Ketiga, merupakan tahap implementasi. Tahap ini merupakan tahap interpretasi lebih lanjut dan kebijakan yang dibuat, yang akan melahirkan sejumlah kegiatan, dan pada akhirnya adalah hasil yang nyata dan kebijakan tersebut apakah dirasakan atau tidak oleh masyarakat.

Keempat, adalah tahap untuk mengadakan evaluasi terhadap kebijakan yang sudah dijalankan, yang merupakan tahap untuk melakukan penilaian kinerja sebuah kebijakan termasuk prosesnya dan mengukur dampak atau efek yang dihasilkan.

Dan terakhir tahap kelima, adalah tahap untuk menentukan nasib dan kebijakan tersebut selanjutnya, apakah diteruskan atau dihapuskan, atau perlu di disain ulang. Apabila kebijakan membawa hasil yang memuaskan maka dapat diteruskan, akan tetapi kalau kebijakan itu tidak membawa hasil seperti yang diharapkan dan menimbulkan masalah, maka kebijakan bisa disesuaikan.

Dan paparan diatas dapat disimpulkan bahwa kebijakan merupakan hasil rumusan para aktor politik yang berwenang untuk mengakomodasikan tuntutan berbagai pelaku, dimana kebijakan memiliki tujuan, sasaran dan cara (termasuk tahapan pembentukan kebijakan) untuk menciptakan kondisi di masa mendatang guna memuaskan berbagai kepentingan. Kebijakan publik dikembangkan atau dirumuskan oleh instansi atau pejabat Pemerintah yang telah mendapat legitimasi, guna menghindari cacat hukum bagi tindakan yang akan diambilnya.

2.2. Kebijakan Desentralisasi Kesehatan

Desentralisasi dalam arti umum didefinisikan sebagai pemindahan kewenangan, atau pembagian kekuasaan dalam perencanaan pemerintahan, manajemen dan pengambilan keputusan dari tingkat nasional ke tingkat daerah (Rodinelli, 1981), atau secara umum adalah pemindahan dari tingkat pemerintahan tinggi ke tingkat yang lebih rendah. Desentralisasi sistem kesehatan mempunyai bermacam bentuk yang tidak hanya tergantung pada struktur politik pemerintahan dan administrasi, tetapi juga tergantung pada pola organisasi sistem kesehatan yang terdapat pada masing-masing negara.

Desentralisasi sistem kesehatan tidak hanya merupakan suatu konsep penting dalam manajemen kesehatan, tetapi juga merupakan hal yang tidak mudah dipahami.

Alasan-alasan yang membawa suatu negara untuk melakukan desentralisasi biasanya berlatar belakang politis. Namun, keuntungan-keuntungan yang dapat dihasilkan dari desentralisasi kesehatan adalah sebagai berikut :

- a. Merupakan suatu hal yang memungkinkan untuk mengorganisasi suatu pelayanan kesehatan yang lebih rasional dan terpadu dengan dasar area geografis dan administrasi seperti kabupaten, terutama untuk pelayanan kesehatan primer.
- b. Desentralisasi ke arah masyarakat lokal menghasilkan keterlibatan mereka yang lebih besar dalam pengelolaan sektor kesehatan mereka sendiri, yang pada akhirnya dapat mengarahkan ke perencanaan-perencanaan kesehatan yang lebih tepat dalam hubungannya dengan kebutuhan-kebutuhan kesehatan lokal dan masalah-masalahnya.
- c. Desentralisasi dapat menekan biaya dan mengurangi duplikasi pelayanan, terutama pada pelayanan kesehatan tingkat sekunder dan tersier, dengan cara menghubungkan tanggung-jawab ke penduduk dalam wilayah kerjanya.
- d. Tidak meratanya antar wilayah dan antara perkotaan dan pedesaan dalam hal status kesehatan dan penyediaan pelayanan dapat dikurangi melalui realokasi sumber daya pusat secara lebih selektif.
- e. Kegiatan pelayanan kesehatan pemerintah, non pemerintah dan swasta dapat lebih erat dipadukan.
- f. Tugas-tugas perencanaan dan penetapan kebijakan yang dilaksanakan oleh Depkes dapat diperkuat dengan mengurangi beban staf senior dengan urusan administrasi rutin.
- g. Pelaksanaan program-program kesehatan dapat diperbaiki dengan mengurangi kontrol pusat atas masalah-masalah administrasi.

- h. Desentralisasi dapat meningkatkan pembiayaan dari daerah dan kontrol atas fasilitas pelayanan kesehatan dan staf.
 - i. Koordinasi intersektoral antara sektor kesehatan dan sektor-sektor lainnya dapat ditingkatkan, terutama dalam pemerintahan daerah dalam kegiatan pengembangan pedesaan.
 - j. Desentralisasi dapat menolong untuk mengatasi berbagai masalah dan keterlambatan akibat berbagai hal, seperti jarak yang jauh, komunikasi yang tidak cukup baik, serta hubungan darat dan udara yang jelek.
- (Anne, 1991).

Dalam lampiran keputusan Menteri Kesehatan Nomor 004/MENKES/SK/1/2003 telah ditetapkan tujuan Desentralisasi di bidang kesehatan adalah mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi masyarakat dengan cara memberdayakan, menghimpun, dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan prioritas nasional dalam mencapai Indonesia Sehat 2010.

Untuk mencapai tujuan tersebut, telah ditetapkan 8 (delapan) kebijakan desentralisasi bidang kesehatan, yaitu :

1. Desentralisasi kesehatan dilaksanakan dengan memperhatikan aspek demokrasi, keadilan, pemerataan, serta potensi keanekaragaman daerah.
2. Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan didasarkan kepada otonomi luas, nyata dan bertanggungjawab.
3. Desentralisasi bidang kesehatan yang luas dan utuh diletakkan di Kabupaten/Kota, sedangkan desentralisasi bidang kesehatan di Propinsi bersifat terbatas.

4. Pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan harus sesuai dengan konstitusi negara, sehingga tetap terjamin hubungan yang serasi antara pusat dan daerah serta antar daerah.
5. Desentralisasi bidang kesehatan harus lebih meningkatkan kemandirian daerah otonom, Pemerintah Pusat berkewajiban memfasilitasi pelaksanaan pembangunan kesehatan daerah dengan meningkatkan kemampuan daerah dalam pengembangan sistem kesehatan dan manajemen kesehatan.
6. Desentralisasi bidang kesehatan harus lebih meningkatkan peran dan fungsi badan legislatif daerah, baik dalam hal fungsi legislasi, fungsi pengawasan, maupun fungsi anggaran.
7. Sebagai pelengkap desentralisasi bidang kesehatan, dilaksanakan pula dekonsentrasi bidang kesehatan yang diletakkan di daerah propinsi sebagai wilayah administrasi.
8. Untuk mendukung desentralisasi bidang kesehatan dimungkinkan dilaksanakan tugas pembantuan di bidang kesehatan, khususnya dalam hal penanggulangan kejadian luar biasa, bencana dan masalah-masalah kegawatdaruratan kesehatan lainnya (Anne, 1991)

Dalam mencapai keberhasilan pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan, telah pula dirumuskan 5 (lima) tujuan strategis, yaitu : (1) terbangunnya komitmen antara pemerintahan daerah, legislatif, masyarakat dan stakeholder lainnya guna kesinambungan pembangunan kesehatan, (2) meningkatkan kapasitas sumberdaya manusia, (3) terlindunginya kesehatan masyarakat, khususnya penduduk miskin, kelompok rentan dan daerah miskin, (4)

terwujudnya komitmen nasional dan global dalam program kesehatan daerah dan (5) tertatanya manajemen kesehatan di era desentralisasi (Depkes, 2004)

Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan merupakan salah satu bentuk produk kebijakan publik, yang esensinya untuk memberikan pelayan dasar bidang kesehatan yang merupakan hak azasi masyarakat. Implementasi kebijakan merupakan hal yang sangat penting dari semua proses kebijakan publik. Bagaimanapun baiknya misi diemban dan bagaimanapun luhurnya tujuan sebuah kebijakan, kuncinya adalah implementasi. Dalam implementasi terjadi interaksi yang melibatkan berbagai macam kepentingan yang ada dalam masyarakat yang dikenal dengan istilah *stakeholders*. Karena itu, implementasi akan selalu melibatkan kepentingan politik masyarakat dan hal itu menjadikan implementasi sangat kompleks.

2.3 Kebijakan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

Pada dasarnya penetapan urusan wajib dan standar pelayanan minimal bidang kesehatan mengacu pada kebijakan dan strategi desentralisasi bidang kesehatan. Tujuan strategis pelaksanaan desentralisasi bidang kesehatan yang erat kaitannya dengan penetapan kewenangan wajib dan SPM bidang kesehatan, adalah : 1). terbangunnya komitmen antara pemerintah, legislatif, masyarakat dan stakeholder lainnya guna kesinambungan pembangunan kesehatan, 2). terlindunginya kesehatan masyarakat, khususnya penduduk miskin, kelompok rentan, dan daerah miskin, 3). terwujudnya komitmen nasional dan global dalam program kesehatan (Depkes RI, 2004).

Sesuai dengan Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, daerah Kabupaten dan daerah Kota wajib menyelenggarakan peningkatan

pelayanan dan kesejahteraan masyarakat yang semakin baik, pengembangan kehidupan demokrasi, keadilan dan pemerataan serta pemeliharaan hubungan yang serasi antara Pemerintah dan Daerah, serta antar Daerah dalam rangka menjaga keutuhan Negara Kesatuan RI.

Urusan Wajib ditetapkan untuk melindungi hak-hak konstitusional perorangan/masyarakat, melindungi kepentingan nasional dalam rangka menjaga keutuhan NKRI, kesejahteraan masyarakat, ketenteraman dan ketertiban umum untuk memenuhi perjanjian/konvensi Internasional.

Kabupaten/Kota melakukan urusan wajib di bidang kesehatan dengan menyelenggarakan SPM Bidang Kesehatan. SPM Bidang Kesehatan telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan dengan Keputusan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003. Menindaklanjuti SK Menkes tersebut, maka Gubernur Jawa Timur juga telah menetapkan SPM Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Timur dengan Keputusan Nomor 27 Tahun 2004.

SPM Bidang Kesehatan disusun berdasarkan prinsip-prinsip sebagai berikut :

1. SPM diterapkan pada urusan wajib merupakan bagian integral dari Pembangunan Kesehatan yang berkesinambungan dalam (Propenas 2000-2005 – UU RI nomor 25 tahun 2000) dan menyeluruh, terarah dan terpadu sesuai Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010.
2. SPM diberlakukan untuk seluruh Kab dan Kota maka, harus mampu memberikan pelayanan kepada publik tanpa kecuali, dalam bentuk, jenis, tingkat dan mutu pelayanan yang esensial dan sangat dibutuhkan oleh masyarakat.

3. Menjamin akses masyarakat mendapat pelayanan dasar tanpa mengorbankan mutu dan mempunyai dampak luas pada masyarakat (Positive Health Externality).
4. Merupakan indikator kinerja bukan standar teknis, dikelola dengan manajerial professional sehingga tercapai efisiensi dan efektivitas penggunaan sumberdaya.
5. Bersifat dinamis.
6. Ditetapkan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan dasar (Depkes, 2003)

Disamping prinsip-prinsip tersebut di atas, Departemen Kesehatan telah sepakat menambahkan kriteria khusus dalam menyusun SPM, yaitu : a). urusan Wajib dan SPM merupakan pelayanan langsung dirasakan masyarakat sehingga manajemen dianggap faktor pendukung – bukan SPM, kecuali *critical support function*, b). urusan Wajib dan SPM menjadi prioritas tinggi bagi Pemda karena melindungi hak hak konstitusional perorangan dan masyarakat, untuk melindungi kepentingan nasional dan memenuhi komitmen nasional dan global serta merupakan penyebab utama kematian/kesakitan, c). urusan Wajib dan SPM berorientasi pada output yang langsung dirasakan masyarakat dan d). urusan Wajib dan SPM dilaksanakan secara terus menerus, terukur dan dapat dikerjakan.

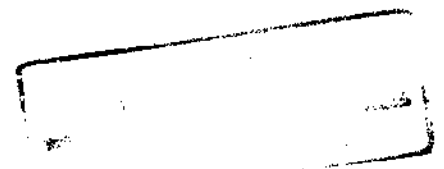
Dalam pelaksanaan SPM bidang Kesehatan untuk jangka waktu tertentu ditetapkan target pelayanan yang akan dicapai (*minimum service target*), yang merupakan spesifikasi peningkatan kinerja pelayanan yang harus dicapai dengan

berpedoman pada standar teknis yang ditetapkan guna mencapai status kesehatan yang diharapkan. Dalam urusan wajib dan SPM nilai indikator yang dicantumkan merupakan nilai minimal nasional (Indikator yang ada dalam Indonesia Sehat 2010).

Urusan wajib dalam SPM Bidang Kesehatan mencakup 9 urusan, yang salah satunya adalah Penyelenggaraan Program penanggulangan gizi buruk. Program penanggulangan gizi buruk mencakup 2 jenis pelayanan minimal yang harus diselenggarakan, yaitu : pemantauan pertumbuhan balita dan pelayanan gizi. Urusan wajib dan jenis pelayanan minimal bidang kesehatan terdapat dalam lampiran SK MENKES dan SK Gubernur Jawa Timur tentang SPM Bidang Kesehatan.

Pengorganisasian dalam menyelenggarakan SPM bidang kesehatan adalah : a). Bupati/Walikota bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah Kabupaten/Kota dan masyarakat, dan b). penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud butir a secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Dalam pembinaan pelaksanaan SPM bidang Kesehatan, maka Pemerintah dan Pemerintah Provinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM dan mekanisme kerjasama antar Daerah Kab/Kota. Bentuk fasilitasi: pemberian standar teknis, pedoman, bimbingan teknis, pelatihan meliputi : 1). perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal; 2). penyusunan rencana kerja dan standar kinerja pencapaian target SPM; 3). penilaian pengukuran kinerja; dan 4). penyusunan laporan kinerja



dalam menyelenggarakan pemenuhan Standar Pelayanan Minimal di bidang kesehatan (Depkes, 2004)

Pengawasan pelaksanaan SPM dilakukan oleh : Bupati/Walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal di daerah masing-masing, dan selanjutnya Bupati/Walikota menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan Pemerintah.

Dari pengertian tersebut di atas jelas bahwa SPM harus dapat digunakan untuk mengevaluasi kinerja pelayanan dan memungkinkan dilakukan pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. Mengingat kondisi masing-masing Daerah yang terkait dengan ketersediaan Sumber Daya yang tidak merata, maka diperlukan pentahapan pelaksanaannya dalam mencapai Minimum Service Target 2010 oleh masing-masing Daerah sesuai kondisi/perkembangan kapasitas daerah.

2.4. Implementasi Kebijakan

Dan uraian tentang kebijakan di atas nampak bagaimana sebuah alur atau tahapan kebijakan publik dibentuk. Dilihat dan tahapan tersebut, implementasi kebijakan dilakukan setelah proses formulasi dan legitimasi. Artinya bahwa setelah misi dasar kebijakan (*policy decision*) diputuskan dan mendapat legitimasi, maka sebuah keputusan bisa diimplementasikan. Menurut Cleaves (dalam Wahab 1997 : 62), bahwa implementasi diartikan sebagai proses menuju tujuan kebijakan dengan melalui tindakan-tindakan administratif dan politis. Sementara Sabatier dan Mazmanian (Wahab. 1997 : 68) mengemukakan bahwa:

“Implementasi merupakan pelaksanaan keputusan kebijakan mendasar, biasanya dalam bentuk Undang-Undang, namun dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya, keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan/sasaran yang ingin dicapai dan berbagai cara untuk menstruktur/mengatur proses implementasinya”.

Secara sederhana, implementasi bisa dimaknai sebagai upaya untuk merealisasikan sebuah keputusan atau kesepakatan yang telah diambil. Atau dengan kata lain adalah hal-hal yang didefinisikan secara abstrak hendak diwujudkan menjadi nyata. Pembahasan tentang implementasi kebijakan adalah berbicara mengenai *delivery of policy services*, yaitu tentang bagaimana memberikan pelayanan yang terbaik guna mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Dan pengamatan tentang implementasi di negara dunia ketiga, Marilee S. Grindle (1980), mengidentifikasi ada dua hal yang sangat menentukan keberhasilan implementasi, yaitu isi kebijakan (*content of policy*) dan konteks dan implementasi itu sendiri (*context of implementation*).

Content of policy meliputi kepentingan siapa yang terlibat, macam-macam manfaat yang dihasilkan, derajat perubahan yang hendak diwujudkan, tempat pembuatan kebijakan, siapa implementornya dan terakhir adalah sumberdaya yang disediakan. Sementara itu *context of implementation* mencakup kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat, karakteristik lembaga dan penguasa, terakhir kepatuhan dan daya tanggap pelaksana.

Implementasi kebijakan mengandung resiko untuk gagal. Dalam kaitan ini Hogwood dan Gunn (Wahab, 1997 : 61) membagi pengertian kegagalan kebijakan (*policy failure*) dalam dua kategori, yaitu tidak terimplementasikan (*non implementation*) dan implementasi yang tidak berhasil (*unsuccessful*

implementation). Kegagalan implementasi kebijakan dikarenakan oleh pelaksanaannya buruk (*bad execution*), kebijakannya sendiri memang jelek (*bad policy*) atau kebijakan itu bernasib jelek (*bad luck*). Untuk bisa memastikan bahwa sebuah kebijakan itu bisa diimplementasikan, kebijakan harus dirancang untuk menghasilkan efek sosial yang dikehendaki. Dan untuk itulah diperlukan desain implementasi sebagai kerangka kerja operasional yang berisi rumusan yang jelas dan komprehensif.

Proses implementasi dapat diartikan sebagai suatu sistem pengendalian untuk menjaga agar tidak terjadi penyimpangan sumberdaya dan penyimpangan dan tujuan kebijakan. Implementasi bisa diartikan sebagai apa yang terjadi setelah peraturan perundangan-undangan ditetapkan. Tugas implementasi adalah sebagai penghubung yang memungkinkan tujuan kebijakan publik menjadi hasil (*output*).

Menurut Grindle, *context of implementation* mencakup kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat, karakteristik lembaga dan penguasa, terakhir kepatuhan dan daya tanggap pelaksana. Dalam konteks tersebut, masyarakat dianggap terdiri dari individu-individu yang perilakunya terpolo oleh berbagai institusi sosial. Sebagai individu, manusia akan bertindak secara rasional dalam pengertian mengoptimalkan perolehan. Dan sebagai makhluk sosial, manusia tunduk kepada institusi yang telah mengakar, dimana kepatuhan kepada institusi tersebut merupakan suatu pilihan yang rasional. Elemen-elemen institusi terdiri dari tata nilai yang menjadi acuan perilaku, kepemimpinan baik formal maupun informal, *sense of mission*, sumberdaya dan aksi kolektif termasuk organisasi.

Kegagalan dan keberhasilan sebuah kebijakan adalah muara dan proses implementasi. Tergantung dan isi kebijakan dan cara/proses implementasinya. Dalam memahami implementasinya, terdapat beberapa cara, yakni pendekatan instrumentalis, kontekstualis dan kombinasi. Pendekatan instrumentalis menggunakan strategi *top down*, kontekstualis menggunakan strategi *bottom up* dan pendekatan kombinasi menggunakan strategi timbal-balik.

Pendekatan instrumentalis dalam implementasinya menggunakan alur pemikiran *top-down*, yang sangat umum dikenal dalam diskursus kebijakan publik. Penganut pendekatan ini fokusnya adalah untuk memastikan instrumen bekerja secara efektif. Proses utamanya adalah melaksanakan rancangan atau desain yang telah ditetapkan dengan harapan dapat mencapai kebijakannya menyeluruh. Titik awal alur *top down* ini adalah aktivitas dan keputusan yang telah dibuat oleh Pemerintah.

Pendekatan kontekstualis dengan strategi implementasi *bottom up*, merupakan produk interaksi antar aktor yang ada pada satu lokasi dengan satu masalah khusus atau tertentu. Jadi dengan alur *bottom up* ini memastikan kebijakan dapat mengatasi masalah di lapangan atau lokasi tertentu. Proses utama dan alur ini adalah menggalang kesepakatan, dimana dilakukan identifikasi jaringan kerjasama antar aktor yang terlibat dalam perumusan kebijakan. Harapan yang dapat dicapai dengan alur ini adalah secara bertahap dan inkremental.

Cara memahami implementasi dengan cara kombinasi merupakan sintesa dan dua pendekatan diatas. Hal ini berdasarkan asumsi bahwa sebuah kebijakan tidak tepat apabila dirumuskan secara kaku untuk menggunakan satu metode saja. Menurut Sabatier sintesis terhadap kedua cara diatas harus dilakukan agar dalam

pencapaian tujuan sebenarnya dari kebijakan publik dapat tercapai. Dengan cam kombinasi ini maka alurnya menjadi timbal balik, dengan fokusnya kepada titik temu antara Pemerintah dengan Rakyat. Dalam prosesnya dilakukan dengan negosiasi dan dengan proses *learning*, sedangkan harapan pencapaiannya lebih realistis disesuaikan dengan situasi dan kondisi.

Selanjutnya keberhasilan dan implementasi kebijakan juga ditentukan oleh kualitas implementasinya (*implementing agency*). Dalam kaitan ini perlu untuk dipahami keterkaitan dan peran dan birokrasi, sebagai *implementor* dan kebijakan Pemerintah. Pergeseran paradigma dan birokrat mutlak diperlukan dalam rangka merubah asumsi dan birokrat selama ini. Jendela pandang birokrat akan sangat mempengaruhi kualitas dan persepsi dan para birokrat sebagai *implementing agency*. Jendela pandang yang menanggap bahwa kebijakan publik hanya merupakan serangkaian prosedur kerja yang runtut guna mengatasi masalah, mengakibatkan cara implementasinya yang cenderung *top-down* dan sifat memaksa sering kali mengakibatkan terjadinya deviasi antara tujuan dengan pelaksanaannya.

Dan uraian diatas bisa dielaborasi bahwa implementasi kebijakan merupakan salah satu tahapan terpenting dalam proses pembentukan kebijakan. Dalam rangkaian proses implementasi, peran desain implementasi sangat penting digunakan sebagai acuan oleh implementor dalam melaksanakan suatu kebijakan. Sementara bagian yang penting dalam pelaksanaannya adalah pemahaman terhadap *policy content* dan *context of implementation*. Dengan memahami isi dan konteks kebijakan, bisa dirancang atau dipetakan instrumen dan infrastruktur kebijakan yang hendak diterapkan atau diintervensi. Dan terakhir adalah

mengenai peran birokrat sebagai *implementing agency* menjadi sangat vital bagi keberhasilan sebuah kebijakan dalam mencapai tujuan atau sasarannya.

Jadi dan uraian diatas, dapat disimpulkan beberapa hal pokok yang terkait dengan implementasi kebijakan, yaitu:

- a. Implementasi kebijakan adalah rangkaian tindak lanjut setelah sebuah kebijakan ditetapkan, yang meliputi aktifitas pengambilan keputusan, langkah-langkah operasional strategis untuk mewujudkan program menjadi kenyataan dan mencapai sasaran program yang telah ditetapkan;
- b. Implementasi kebijakan bila dilihat dan hasil capaiannya berada dalam tingkatan, berhasil, kurang berhasil atau tidak berhasil. Hal ini disebabkan bahwa dalam suatu proses implementasi kebijakan terlihat berbagai faktor atau variabel yang berpengaruh.
- c. Implementasi kebijakan sekurang-kurangnya memiliki tiga unsur pokok, yakni 1) adanya kebijakan yang dilaksanakan, 2) adanya pelaksana yang bertanggung jawab dalam proses implementasi dan 3) adanya kelompok sasaran.
- d. Implementasi kebijakan senantiasa dipengaruhi pula oleh faktor lingkungan.

2.5 Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Penanggulangan Gizi Buruk

Terdapat banyak kajian yang mengulang tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja implementasi suatu kebijakan, diantaranya adalah model yang dikembangkan oleh Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn yang disebut dengan *The Top Down Approach*. Menurutnya untuk dapat mengimplementasi

kebijakan negara secara sempurna (*Perfect Implementation*) maka diperlukan beberapa persyaratan tertentu, yaitu:

- a. Kondisi Eksternal yang dihadapi oleh badan/instansi pelaksana tidak akan menimbulkan gangguan/kendala yang serius;
- b. Tersedia waktu dan sumber-sumber yang cukup memadai, untuk melaksanakan program;
- c. Perpaduan sumber-sumber yang diperlukan benar-benar tersedia;
- d. Kebijakan yang akan diimplementasikan didasari oleh suatu hubungan kausalitas yang andal;
- e. Hubungan kausalitas bersifat langsung dan hanya sedikit mata rantai penghubungnya;
- f. Hubungan saling ketergantungan harus kecil;
- g. Pemahaman yang mendalam dan kesepakatan terhadap tujuan;
- h. Tugas-tugas diperinci dan ditempatkan dalam urutan yang tepat;
- i. Komunikasi dan koordinasi yang sempurna, dan
- j. Pihak-pihak yang memiliki wewenang kekuasaan dapat menuntut dan mendapatkan kepatuhan yang sempurna

(Solichin Abdul Wahab, 1997: 71-78)

Adapun Van Meter dan Van Horn mengembangkan model yang disebut sebagai *A Model Of The Policy Implementation Process*. Keduanya beranjak dan suatu argumen bahwa perbedaan-perbedaan dalam proses implementasi akan dipengaruhi oleh sifat kebijaksanaan yang akan dilaksanakan. Mereka menawarkan pendekatan yang mencoba yang menghubungkan antara isu kebijaksanaan dengan implementasi dan suatu model konseptual yang

mempertalikan kebijaksanaan dengan prestasi kerja (*performance*). Perubahan, kontrol dan kepatuhan merupakan konsep penting dalam prosedur-prosedur implementasi.

Kemudian keduanya mengemukakan bahwa jalan yang menghubungkan antara kebijaksanaan dan *performance* dipisahkan oleh sejumlah variabel bebas yang saling berkaitan, yaitu: a). Ukuran dan tujuan kebijaksanaan; b). Sumber-sumber kebijaksanaan; c). Ciri-ciri atau sifat badan/instansi pelaksana; d). Komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan; e). Sikap para pelaksana; dan f).Lingkungan ekonomi, sosial dan politik (Solichin Abdul Wahab, 1997 : 79).

Sedangkan George C. Edward III (1980: 148) mengidentifikasi empat faktor yang berpengaruh baik langsung maupun tak langsung dalam implementasi kebijakan, yaitu: 1). komunikasi; 2). sumber daya; 3).disposisi ; dan 4). struktur birokrasi.

Sementara itu, implementasi kebijakan menurut Grindle ditentukan oleh isi kebijakan dan konteks implementasinya.

Isi kebijakan mencakup:

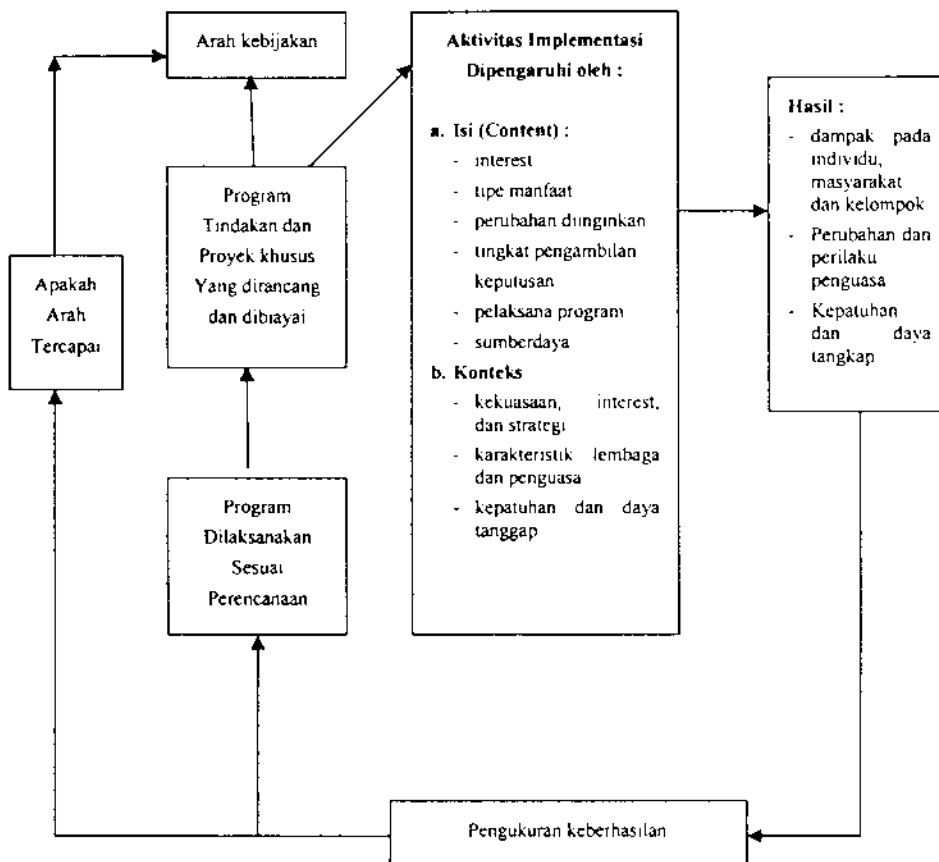
- a. Kepentingan yang dipengaruhi oleh kebijakan;
- b. Jenis manfaat yang akan dihasilkan;
- c. Derajat perubahan yang diinginkan;
- d. Kedudukan pembuat kebijakan;
- e. Siapa pelaksana program; dan
- f. Sumber daya yang dikerahkan.

Konteks kebijakan mencakup:

- a. Kekuasaan, kepentingan dan strategi aktor yang terlibat;
- b. Karakteristik lembaga dan penguasa; dan
- c. Kepatuhan serta daya tanggap pelaksana.

(Samodra Wibawa dkk, 1994 : 22-24)

Gambar 2.1
Kerangka Konseptual Proses Implementasi Kebijakan
(Menurut Grindle)



Sedangkan Daniel Mazmain dan Paul A. Sabatier mengembangkan model yang disebut dengan *A Frame Work for implementation Analysis*. Keduanya berpendapat bahwa peran penting dan analisis implementasi kebijaksanaan negara ialah mengidentifikasi variabel-variabel yang mempengaruhi tercapainya

tujuan-tujuan formal pada keseluruhan proses implementasi (Solichin Abdul Wahab, 1997 : 81).

Model implementasi kebijakan dan Mazmanian dan Sabatier menjelaskan bahwa implementasi kebijakan merupakan fungsi dari tiga variabel yaitu:

- a. Karakteristik masalah;
- b. Struktur manajemen program yang tercermin dalam berbagai macam peraturan yang mengoperasionalkan kebijakan ; dan
- c. Faktor-faktor diluar peraturan. (Samodra Wibawa dkk, 1994 : 25)

Perhatian kedua pakar tersebut sesungguhnya adalah terhadap dua hal mendasar yaitu : *kebijakan dan lingkungan kebijakan*. Suatu implementasi kebijakan akan efektif apabila birokrasi pelaksanaannya mematuhi apa yang telah digariskan oleh peraturan (petunjuk petaksanaan, petunjuk teknis), termasuk juga kelompok sasaran. Oleh karena itu model ini disebut juga sebagai *Model Top Down*.

Dengan demikian pada dasarnya keberhasilan implementasi kebijakan ditentukan oleh dua pihak/aktor yaitu pihak Pemerintah sebagai pembuat sekaligus pelaksana kebijakan, dan masyarakat sebagai target group/kelompok sasaran.

Sikap pelaksana dan kelompok sasaran yang ditunjukkan dengan partisipasinya berupa menerima dan melaksanakan suatu kebijakan publik, banyak ditentukan oleh bermanfaat atau tidak bermanfaatnya kebijakan tersebut terhadap kepentingan pribadi mereka. Tanpa kepatuhan mereka, tujuan kebijakan tidak akan tercapai. Oleh karena itu sikap negatif dan kedua aktor ini akan menghambat proses implementasi kebijakan.

Sikap kelompok sasaran memiliki kaitan erat dengan apa yang ingin dicapai oleh suatu kebijakan terhadap kelompok sasarannya. Dalam hal ini Anderson menjelaskan sebab-sebab dan kelompok sasaran ikut berperan dalam melaksanakan kebijakan publik, yaitu:

- a. Respek anggota masyarakat (*target groups*) terhadap otoritas dan keputusan badan Pemerintah;
- b. Adanya kesadaran untuk menerima kebijakan;
- c. Sikap menerima dan melaksanakan kebijaksanaan publik karena kebijakan itu lebih sesuai (bermanfaat) dengan kepentingan pribadi;
- d. Adanya sanksi yang akan dikenakan apabila tidak melaksanakan suatu kebijakan; dan
- e. Adanya penyesuaian waktu bagi kebijakan kontroversial yang lebih banyak mendapat penolakan (*resistensi*) dan warga masyarakat dalam pengimplementasiannya.

(Sunggono, 1994: 144).

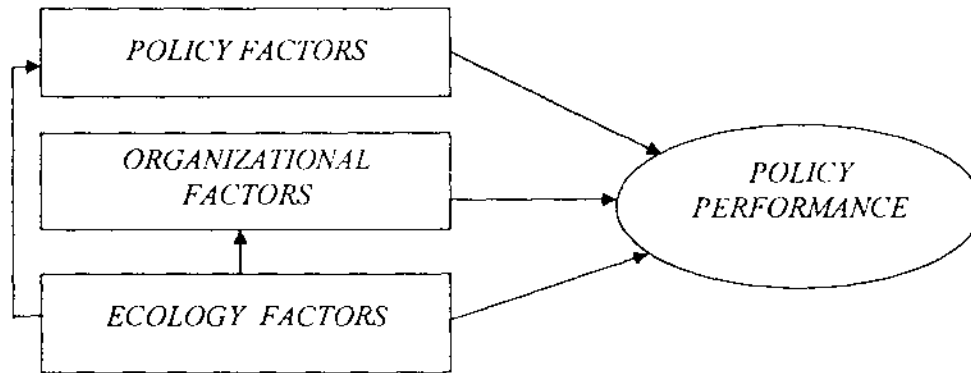
Mengenai sikap pelaksana dan kelompok sasaran kebijakan mendapat perhatiannya yang sama antar para pakar. Sabatier dan Mazmanian melihat faktor sikap kelompok sasaran dan komitmen implementor mempengaruhi implementasi kebijakan. Edward III, mengungkapkan sikap pelaksana turut mempengaruhi implementasi kebijakan dan Ripley menyebutnya sebagai *compliance* (ketaatan).

Adapun keberhasilan implementasi pengelolaan urusan yang sudah didesentralisasikan ditentukan oleh berbagai faktor, yang oleh Rondinelli, Nellis dan Cheema disebutkan sangat dipengaruhi oleh faktor politik, ekonomi dan budaya (Supriatna, 1993: 173) seperti:

- a. Sampai seberapa jauh birokrat politik lokal mendukung desentralisasi melalui pelimpahan organisasi dan tanggung jawabnya;
- b. Seberapa jauh perilaku, sikap dan budaya yang mendukung tercapainya iklim desentralisasi pengambilan keputusan dan pemerintahan;
- c. Kebijaksanaan dan program yang dirancang memadai untuk mendorong desentralisasi pengambilan keputusan dan manajemen pembangunan;
- d. Seberapa jauh tersedianya sumber dana atau keuangan yang memadai bagi organisasi yang dapat limpahan tanggungjawab.

Keberhasilan, kurang-berhasilan atau bahkan kegagalan suatu kebijakan untuk mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan merupakan ukuran dalam penilaian pelaksanaan kebijakan tertentu. Oleh karena itu evaluasi suatu kebijakan menempatkan implementasi kebijakan sebagai variabel terikat (*dependent variable*), sedangkan faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan sebagai variabel bebas (*independent variable*).

Berdasarkan argumentasi dan pemikiran yang disampaikan oleh para ahli di atas, nampak cukup banyak model dan peristilahan yang dipakai untuk menguraikan faktor-faktor ataupun variabel-variabel yang mempengaruhi kinerja implementasi suatu kebijakan/program, meskipun jika diidentifikasi dengan lebih cermat ada beberapa variabel yang mempunyai pengertian yang sama. Dalam penjelasannya merangkum berbagai teori yang ada, Sofian Efendi (1998) menyebutkan adanya tiga kelompok variabel yang mempengaruhi kinerja suatu kebijakan, yaitu faktor kebijakan itu sendiri, faktor organisasi dan faktor lingkungan.



Gambar 2.2
Grand Theory Of Public Policy Implementation

Berdasarkan pendapat Sofian Effendi di atas, untuk mengelaborasi dan menggambarkan implementasi kebijakan Program penanggulangan gizi buruk, maka dapat dipahami bahwa ketiga faktor yaitu : kebijakan, organisasi dan lingkungan sangat mempengaruhi kinerja implementasinya.

Penilaian ini berdasarkan kenyataan bahwa dalam kebijakan otonomi daerah sebagai salah satu *ecological factors* telah membawa perubahan terutama dalam perubahan struktur pemerintahan daerah dalam kaitannya dengan pergeseran peran dan fungsi Pemerintah daerah khususnya dalam desentralisasi sistem kesehatan. Hal ini mencerminkan nuansa otonomi Daerah dalam faktor kebijakan itu sendiri, misalnya model atau bentuk kebijakan yang diambil, dukungan terhadap kebijakan, distribusi manfaat kebijakan itu.

Kebijakan otonomi Daerah itu selanjutnya akan memberikan pengaruh terhadap faktor organisasinya. Hal ini berkorelasi dengan besar dan sifat

kewenangan yang dimiliki oleh Daerah. Dalam hal kewenangan melaksanakan SPM bidang kesehatan khusus program penanggulangan gizi buruk melibatkan lintas kabupaten dan pemerintah provinsi. pada gilirannya akan berpengaruh terhadap struktur implementasi kebijakan, berikut sumberdaya manusia dan dananya serta manajemen dan keterkaitannya dengan organisasi lain (dalam hal ini terutama keterkaitan dengan organisasi di Pemerintah Kabupaten/Kota) serta pada akhirnya semua akan memberikan implikasi terhadap kelompok sasaran, yakni publik atau masyarakat sebagai sasaran pelayanan kesehatan.

Dari ulasan diatas, maka sesuai konteks penelitian ini, peneliti melakukan elaborasi dengan mengelompokkan faktor yang mempengaruhi implementasi menjadi tiga kelompok faktor, yaitu : faktor kebijakan, faktor organisasi dan faktor lingkungan sebagai variabel-variabel yang mempengaruhi implementasi Program penanggulangan gizi buruk. Untuk memerinci faktor-faktor serta indikator secara detail dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Faktor Kebijakan:

a) Tujuan Kebijakan

Suatu kebijakan hendaknya dirumuskan secara jelas dan konsisten. Hal ini tidak hanya menyangkut tujuan dan sasaran yang ingin diwujudkan akan tetapi juga cara mengimplementasikannya (Van Meter dan Horn dalam Winarno, 1994 : 47). Kebijakan yang dilaksanakan oleh para pelaksana biasanya belum dijelaskan secara rinci. Oleh karena itu birokrasi harus menterjemahkannya kedalam program berupa juklak dan juknis. Pengaturan mengenai itu harus jelas, lengkap dan konsisten.

Berkaitan dengan cara mencapainya, Sugiono (1994 : 34) mengemukakan bahwa kebijakan publik pada umumnya dirumuskan dalam bentuk petunjuk umum dan bukan dalam bentuk instruksi yang rinci semacam petunjuk pelaksanaan maupun petunjuk teknis yang menggariskan tindakan yang harus dilaksanakan. Oleh karena itu setiap kebijakan harus dilengkapi dengan juklak dan juknis. Hal ini dianggap relevan dalam penelitian ini karena salah satu permasalahan yang muncul dalam implementasi kebijakan SPM bidang kesehatan khusus program penanggulangan gizi buruk ini adalah kejelasan dan konsistensi pencapaian tujuan kebijakan maupun merupakan salah satu indikator yang menentukan keberhasilan implementasi kebijakannya.

Untuk mengetahui faktor tujuan kebijakan yang mempengaruhi implementasi kebijakan, peneliti akan mengkaji dari indikator apakah tujuan kebijakan SPM bidang kesehatan khusus program penanggulangan gizi buruk telah dirumuskan secara jelas dalam kebijakan sehingga memudahkan para pelaksana dalam mengimplementasikannya. Indikator-indikator yang termasuk dalam tujuan kebijakan ini telah mencakup kejelasan tujuan, keterlibatan *stakeholder*, kejelasan kewenangan, kejelasan juklak dan juknis, serta realisasi pencapaian target dari kebijakan itu sendiri.

b) Sikap/Persepsi dan Para Pelaksana

Sebagai sebuah program, maka suatu kebijakan pada umumnya melibatkan dua kelompok utama, yaitu para pelaksana program dan kelompok yang menjadi sasaran program/kebijakan itu. Kedua kelompok ini menurut Baur dan Bergen disebut sebagai *the periphery and the target groups*.

Perilaku patuh seorang pelaksana kebijakan tidak selamanya menunjukkan

loyalitas yang bersangkutan terhadap apa yang menjadi kewajibannya. Perilaku patuh seseorang anggota kelompok sasaran pada umumnya berhubungan dengan penilaian individu yang bersangkutan terhadap pandangan untung ruginya yang akan diperoleh jika mengikuti ketentuan-ketentuan yang diatur dalam kebijakan itu. Korelasi sikap dan unsur kepentingan ini antara lain diungkapkan oleh Winkel (dalam Sunggono, 1989) yang berpendapat bahwa orang yang memiliki sikap yang jelas mampu memilih secara tegas diantara berbagai kemungkinan. Orang yang bersikap tertentu cenderung menerima atau menolak suatu objek berdasarkan penilaian terhadap objek itu berguna atau tidak bagi dirinya. Apabila objek dinilai baik bagi dirinya maka seseorang akan bersikap positif, begitu sebaliknya maka ia akan cenderung bersikap negatif.

Menurut Rogers dan Bullock (dalam Wahab, 1997) sikap yang terwujud dalam keputusan seseorang untuk patuh terhadap peraturan setidak-tidaknya merupakan fungsi dari:

- a. Kemungkinan bahwa pelanggaran akan mudah terdeteksi dan diseret ke pengadilan;
- b. Tersedianya sanksi-sanksi yang menghukum mereka yang melakukan pelanggaran;
- c. Sikap kelompok terhadap keabsahan (legitimasi) peraturan perundang-undangan;
- d. Ongkos/beban bagi kelompok yang patuh.

Sedangkan Van Horn dan Van Metter (1975) berpendapat, bahwa faktor-faktor yang berpengaruh terhadap disposisi setidaknyanya ada tiga unsur sebagai berikut:

- a. Program/Kebijakan
- b. Arah respon pelaksana terhadap implementasi program (menolak/menerima, kognisi, merupakan pemahaman pelaksana terhadap kebijakan)
- c. Intensitas respon yang menyangkut seberapa besar penerimaan atau penolakan terhadap program/kebijakan.

Pengorganisasian pelaku program juga berpengaruh dan menentukan sikap pelaksana. Implementasi kebijakan yang melibatkan banyak organisasi pelaksana relatif lebih sulit dilaksanakan dibandingkan dengan implementasi yang hanya melibatkan satu organisasi. Implementasi yang melibatkan sejumlah badan pelaksana yang bertanggung jawab kepada atasan yang berlainan sering kali melahirkan adanya pertentangan diantara petunjuk-petunjuk yang diberikan oleh masing-masing pejabat. Dalam situasi seperti itu pelaksana akan cenderung untuk mengikuti petunjuk-petunjuk yang diberikan oleh atasannya masing-masing atau mengikuti petunjuk dan atasan yang mempunyai pengaruh paling kuat atau eksistensi pelaksana (penilaian prestasi, jabatan, kepangkatan, keuangan) dalam jangka panjang (Mazmaniam dan Sabatier, dalam Wahab, 1991).

Dan beberapa pendapat ahli itu, maka faktor pelaksana kebijakan menjadi penting dan akan berpengaruh terhadap berhasil atau tidaknya suatu kebijakan. Karena seringkali kegagalan implementasi kebijakan disebabkan para pelaksana tidak memahami sepenuhnya atas kebijakan yang dihadapi, terlebih apabila mereka menolak terhadap tujuan yang terkandung dalam kebijakan tersebut. Untuk mengatasi hal itu, maka para pelaksana dituntut untuk memiliki keahlian, dedikasi dan pemahaman tentang tujuan kebijakan.

Dan uraian diatas, peneliti menilai bahwa indikator persepsi pelaksana dalam implementasi kebijakan Program penanggulangan gizi buruk ini akan mempengaruhi keberhasilan implementasi kebijakan Program penanggulangan gizi buruk ini. Indikator persepsi para pelaksana kebijakan tersebut meliputi : tingkat keyakinan, pemahaman, persamaan persepsi, komitmen, motivasi kerja, dan tindakan pelaksana kebijakan.

2. Faktor Organisasi

a) Struktur Organisasi

Faktor organisasi menggambarkan adanya penggunaan prinsip-prinsip organisasi dalam pelaksanaan suatu kebijakan. Prinsip organisasi itu sendiri mempunyai beberapa komponen yang harus dijalankan untuk menghasilkan suatu struktur organisasi yang handai, yang dalam penelitian ini komponen tersebut ditentukan berupa adanya pembagian tugas yang jelas, adanya pendelegasian wewenang dan adanya koordinasi dalam pelaksanaan tugas.

Uraian lebih lanjut dan ketiga indikator itu, dapat dijelaskan sebagai berikut :

Adanya pembagian tugas yang jelas; artinya adanya pembagian kerja ke dalam unit-unit kerja. Dengan demikian setiap orang mengetahui fungsi yang harus dilakukan dan apa yang diharapkan dan dirinya. Pedoman yang dapat digunakan dalam melakukan pembagian kerja adalah: menurut kesamaan fungsi, menurut jasa yang diberikan, menurut macamnya benda, menurut langganan yang dilayani, menurut sesuatu tata kerja dan menurut pembagian wilayah (The Liang Gie, dalam Riwukaho, 1996 : 40). Dengan pembagian kerja, maka batas-batas wewenang, kewajiban dan tanggung jawab menjadi lebih jelas, sehingga tumpang tindih atau kekacauan pelaksanaan tugas dapat dihindari.

Adanya pendelegasian wewenang; maksudnya adalah adanya penyerahan sebagian hak untuk mengambil tindakan yang diperlukan, agar tugas dan tanggung jawabnya dapat dilaksanakan dengan baik dan pejabat yang satu kepada pejabat yang lain, dimana pada dasarnya merupakan bentuk pembagian pekerjaan. Adanya koordinasi dalam pelaksanaan tugas; Koordinasi adalah usaha yang dilakukan untuk menyelaraskan aktifitas antar satuan organisasi dan tugas antara pejabat dalam organisasi. Koordinasi diperlukan, agar dalam organisasi terdapat kesatuan pendapat, kesatuan usaha dan kesinambungan antar bagian atau unit kerja.

b) Sumberdaya Organisasi

Suatu kebijakan yang dirumuskan dengan baik, jelas dan konsisten, ketika diimplementasikan belum tentu memberikan hasil yang baik. Salah satu penyebabnya adalah ketika kebijakan itu tidak didukung oleh sumberdaya kebijakan yang memadai, sehingga dimungkinkan pelaksanaan kebijakan itu tidak optimal. Oleh sebab itu sumberdaya organisasi merupakan faktor yang penting yang akan berpengaruh dalam mengimplementasikan suatu kebijakan.

George C Edward III (1980) menyatakan bahwa sumberdaya yang penting meliputi : personil yang memiliki pengetahuan dan kemampuan, informasi, kejelasan otoritas, dukungan dana serta sarana dan prasarana. Personil atau sumberdaya manusia merupakan sumberdaya paling esensial dalam implementasi kebijakan, karena kegagalan dalam pengimplementasian kebijakan banyak disebabkan kemampuan personil yang kurang handal. Jumlah personil yang banyak tidak menjamin suksesnya suatu kebijakan, apabila tidak diiringi oleh keterampilan dan keahlian.

Sumberdaya lainnya yang penting dalam implementasi kebijakan adalah informasi. Informasi muncul dalam dua bentuk. pertama, bagaimana memperoleh dan mempertimbangkan informasi yang sesuai untuk merumuskan kebijakan. Kedua, informasi yang esensial berhubungan dengan data yang tepat sesuai dengan yang ditetapkan. Sementara berkaitan dengan sumberdaya otoritas, ia menyatakan bahwa otoritas dalam kebijakan sangat penting dalam menentukan keberhasilan suatu kebijakan, dan akan tidak lengkap jika tidak didukung dengan sumber dana dan prasarana yang memadai untuk mendukung implementasi suatu kebijakan.

Dalam penelitian ini pengertian sumberdaya diberikan batasan kepada personil/SDM, dana serta fasilitas yang meliputi sarana dan prasarana yang mendukung implementasi kebijakan Program penanggulangan gizi buruk. Tanpa adanya dukungan dan sumberdaya itu, maka implementasi tidak akan efektif.

c) Komunikasi

Kejelasan tujuan dalam suatu kebijakan perlu ditunjang dengan pola komunikasi antar organisasi atau individu pelaksana secara jelas, yang memudahkan para pelaksana kebijakan memahami apa yang menjadi tujuan kebijakan. Seperti diketahui, komunikasi adalah suatu proses penyampaian informasi dan suatu pihak ke pihak lainnya, agar diperoleh suatu persepsi/pendapat yang sama mengenai suatu hal. Oleh karena itu, dalam implementasi suatu kebijakan peran komunikasi sangatlah penting.

Dalam kaitan dengan komunikasi, indikator yang hendak diukur untuk mengetahui pengaruh komunikasi terhadap implementasi kebijakan Program

penanggulangan gizi buruk, dapat dilihat kejelasan dan konsistensi komunikasi antara pelaksana dalam organisasi pelaksana kebijakan dan komunikasi antara pelaksana kebijakan dengan unit organisasi lain yang terkait dalam implementasi kebijakan program penanggulangan gizi buruk.

Uraian lebih lanjut dari kedua indikator diatas, dapat dijelaskan sebagai berikut : Komunikasi antara pelaksana dalam organisasi pelaksana kebijakan. Dalam kaitan dengan implementasi kebijakan Program penanggulangan gizi buruk, komunikasi mutlak diperlukan, karena kebijakan ini merupakan sebuah kebijakan yang akan merubah kebiasaan rutin dan para pelaksana. Konsep yang terkandung dalam kebijakan ini juga dapat dikatakan merupakan konsep baru. Oleh karena itu, komunikasi antara pelaksana dalam hal ini antara atasan dan bawahan, guna keberhasilan implementasi kebijakan ini.

Komunikasi pelaksana kebijakan dengan unit organisasi lain yang terkait dalam implementasi kebijakan Program penanggulangan gizi buruk. Selain komunikasi antara pelaksana, komunikasi dengan unit organisasi lain terutama unit organisasi di Kabupaten/Kota juga diperlukan. Hal ini tidak terlepas dan peran unit organisasi di Kabupaten/Kota dalam menunjang keberhasilan implementasi kebijakan ini.

3. Faktor Lingkungan

Selain faktor kebijakan dan faktor organisasi, faktor lingkungan (*ecological factor*) juga ikut mempengaruhi keberhasilan implementasi suatu kebijakan. *Ecology Factors* adalah bukan hanya pada kondisi sumberdaya masyarakat saja, tetapi juga termasuk kondisi lingkungan, sosial, politik, budaya dan ekonomi.

Dalam konteks implementasi kebijakan Program penanggulangan gizi buruk, sintesa dan kondisi lingkungan di atas bisa ditunjukkan oleh indikator berupa sikap atau respon dan kelompok sasaran kebijakan ini, yakni masyarakat pengguna layanan program penanggulangan gizi buruk. Sedangkan dari faktor ini, respon masyarakat yang akan dikaji dalam penelitian ini diantaranya : peran serta, pemahaman, kepuasan terhadap pelayanan gizi dan kondisi sosial ekonomi kelompok sasaran yang meliputi tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian.

Penelitian ini termasuk dalam jenis deskriptif yaitu penelitian dimaksudkan untuk mengumpulkan informasi mengenai status sesuatu gejala yang ada yaitu keadaan gejala menurut apa adanya pada saat penelitian dilakukan (Arikunto, 1986:14).

Berdasarkan rumusan masalah dalam penelitian ini, yaitu tentang bagaimana implementasi Program penanggulangan gizi buruk dilaksanakan, dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, maka jenis penelitian yang sesuai adalah jenis deskriptif. Dalam penelitian ini mencoba akan menguraikan, dan mendeskripsikan secara sistematis dan jelas tentang variabel-variabel yang mempengaruhi implementasi berdasarkan fakta-fakta yang diselidiki. Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi yang meliputi faktor kebijakan, organisasi dan lingkungan serta indikator-indikatornya yang telah dijelaskan dalam definisi operasional, semuanya bersifat kualitatif, sehingga metode penelitian yang cocok adalah metode deskriptif.

Tujuan dan penelitian deskriptif adalah untuk membuat deskripsi, gambaran atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki.

Menurut Hadari Nawawi (1998 : 63), metode deskriptif diartikan sebagai prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan, melukiskan keadaan subyek/obyek penelitian (seseorang, lembaga, masyarakat dan lain-lain) pada saat sekarang berdasarkan fakta-fakta yang tampak atau

sebagaimana adanya. Sementara menurut Masri Singarimbun (1995 : 4), penelitian deskriptif dimaksudkan untuk pengukuran yang cermat terhadap fenomena sosial tertentu.

Dalam penelitian ini penulis berusaha untuk memperoleh gambaran konkrit tentang implementasi kebijakan SPM kesehatan bidang gizi, terutama yang dilakukan oleh Puskesmas, dengan berusaha menggali fakta-fakta yang ada, menganalisisnya, menggambarkan kondisi yang terjadi serta faktor-faktor yang mempengaruhi secara obyektif, tidak dogmatis, walaupun bersandar pada prinsip-prinsip teoritis. Adapun pendekatan dalam analisis penelitian yang digunakan dengan analisis kualitatif, dimana penelitian menggunakan data deskriptif, berupa kata-kata atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati. Dengan demikian diharapkan mampu mengetahui dan mengkaji permasalahan yang terjadi secara utuh.

3.2 Lokasi Studi.

Studi implementasi ini hendak mengetahui implementasi kebijakan Program penanggulangan gizi buruk. Dengan mempertimbangkan hasil pencapaian program perbaikan gizi di Kabupaten Sampang tahun 2004, khususnya prevalensi gizi buruk yang masih paling tinggi di wilayah Jawa Timur dan juga melampaui standar nasional, maka peneliti memilih lokasi penelitian untuk studi implementasi ini adalah Kabupaten Sampang.

Untuk mengetahui implementasi penanggulangan gizi buruk di tingkat pelaksana (implementor), maka di pilih 2 (dua) puskesmas yaitu Puskesmas Kamoning, dengan asumsi mewakili puskesmas di wilayah kota, sedangkan

puskesmas di desa diwakili oleh puskesmas Tambelangan, pertimbangan pemilihan 2 Puskesmas ini berdasarkan hasil diskusi dengan Kepala Seksi Gizi Kabupaten Sampang, selain itu di kedua puskesmas tersebut prevalensi gizi buruknya masih tergolong sangat tinggi masing-masing 12,0 % dan 6,0 % (PSG, 2004).

3.3 Unit Analisis

Berdasarkan masalah yang akan diteliti, maka unit analisisnya adalah organisasi yang meliputi : Dinas yang berwenang dan bertanggung jawab terhadap Program penanggulangan gizi buruk. Dan dalam hal ini unit analisisnya adalah Dinas Kesehatan Kabupaten, dan Puskesmas. Sedangkan unit analisis yang kedua adalah Individu, khususnya untuk menganalisis data persepsi pelaksana kebijakan dan data respon dari kelompok sasaran (masyarakat) yang meliputi : pemahaman, peran serta dan kondisi sosial ekonomi masyarakat.

3.4 Definisi Konsep

Konsep merupakan suatu generalisasi dari sekelompok fenomena abstrak yang akan diamati. Dengan demikian definisi konsep merupakan merupakan langkah mengoperasionalkan konsep-konsep penelitian kedalam indikator-indikator beserta pengukurannya yang maupun menggambarkan dan mewakili gejala-gejala yang dapat diuji kebenarannya.

Adapun beberapa konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Gizi Buruk adalah status gizi pada balita yang diukur dengan antropometri, baik BB/U, TB/U maupun BB/TB nilai indeksnya kurang dari -3 SD menurut Standar WHO-NCHS.
2. Standar Pelayanan Minimal adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dg pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan, indikator dan nilai (benchmark);
3. SPM bidang Kesehatan jenis Pelayanan Program penanggulangan gizi buruk adalah Standar pelayanan minimal khusus pelayanan program penanggulangan gizi buruk yang meliputi 7 kegiatan yaitu : pemberdayaan keluarga sadar gizi, pendidikan gizi, pemantauan pertumbuhan, Suplementasi gizi, pelayanan gizi, surveilens gizi buruk dan pemantauan dan evaluasi.
4. Implementasi Kebijakan Program penanggulangan gizi buruk adalah rangkaian tindak lanjut setelah kebijakan Program penanggulangan gizi buruk itu ditetapkan, yang meliputi aktifitas pengambilan keputusan, langkah-langkah operasional strategis untuk mewujudkan program menjadi kenyataan dan mencapai sasaran program yang telah ditetapkan, serta dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti isi kebijakan (*policy factors*), organisasi (*organization factors*) dan faktor lingkungan/kelompok sasaran (*ecology factors*).
5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Implementasi
Untuk mengelaborasi dan menggambarkan implementasi kebijakan pengelolaan program penanggulangan gizi buruk dan implementasi

kebijakan Program penanggulangan gizi buruk dapat dilihat dari:

- Faktor kebijakan, guna menjelaskan kejelasan tujuan, kejelasan kewenangan, kejelasan juklak dan juknis, realisasi pencapaian target dari kebijakan itu sendiri serta persepsi pelaksana kebijakan.
- Faktor organisasi guna menggambarkan struktur implementasi dalam organisasi dan manajemennya, kualitas dan kuantitas SDM pelaksana, dukungan sarana dan prasarana, alokasi dana serta komunikasi.
- Faktor lingkungan guna menggambarkan respon kelompok sasaran/masyarakat sebagai sasaran pelayanan kebijakan, yang meliputi : peran serta, pemahaman, kepuasan terhadap pelayanan gizi dan kondisi sosial ekonomi kelompok sasaran yang meliputi tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan

Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi Program penanggulangan gizi buruk yang akan dikaji dan dideskripsikan secara mendetail meliputi variabel : faktor kebijakan, faktor organisasi dan faktor lingkungan. Definisi operasional dan indikator dari faktor tersebut di atas dapat dilihat pada tabel berikut ini :

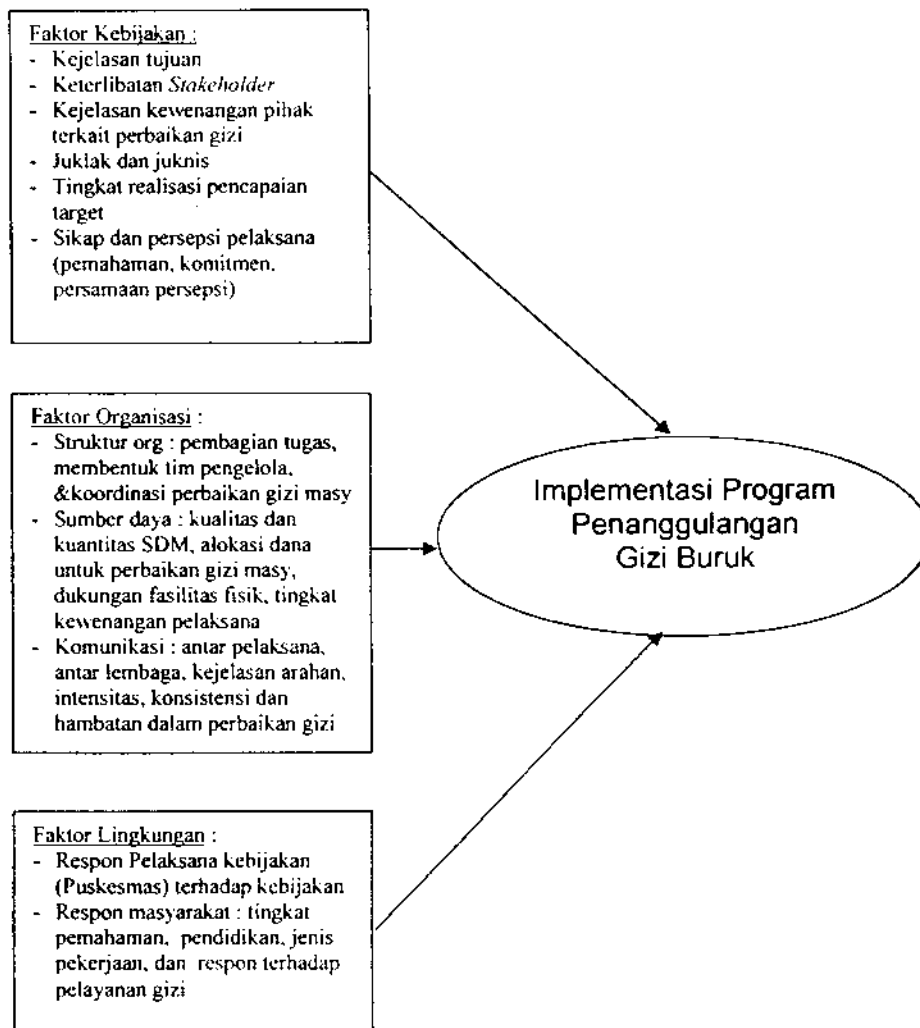
Tabel 3.1
Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Program Penanggulangan Gizi Buruk dan Indikatornya

No	Faktor	Definisi Operasional	Indikator
I.	Kebijakan: a. Tujuan Kebijakan	Apakah tujuan Kebijakan Program penanggulangan gizi buruk telah dirumuskan secara jelas dalam kebijakan sehingga memudahkan para pelaksana dalam mengimplementasikannya	<ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kejelasan dan Konsistensi tujuan kebijakan - Tingkat kewenangan masing-masing pihak yang terkait

No	Faktor	Definisi Operasional	Indikator
			<ul style="list-style-type: none"> - Keterlibatan <i>stakeholder</i> dalam penyusunan tujuan - Ada tidaknya Juklak dan Juknis dalam pengelolaan Program penanggulangan gizi buruk - Tingkat realisasi pencapaian program penanggulangan gizi buruk dengan target
2.	b Persepsi Para Pelaksana a Struktur Organisasi	Persepsi pelaksana kebijakan dalam pencapaian tujuan kebijakan termasuk dalam mematuhi berbagai ketentuan yang diatur dalam implementasi Program penanggulangan gizi buruk - Adanya pembagian tugas yang jelas	<ul style="list-style-type: none"> - Tingkat keyakinan, pemahaman dan komitmen terhadap implementasi kebijakan - Ada tidaknya kesamaan persepsi diantara para pelaksana kebijakan - Struktur kelembagaan pelaksana - Tingkat kesesuaian dan kelengkapan pembagian kerja dan uraian tugas (tupoksi) kelengkapan pembagian kerja dan uraian tugas
		<ul style="list-style-type: none"> - Adanya pendelegasian wewenang - Adanya koordinasi dalam pelaksanaan tugas 	<ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kejelasan pendelegasian wewenang dalam struktur organisasi pelaksana - Tingkat koordinasi antara pelaksana dalam satuan unit kerja dalam melaksanakan tugas.

No	Faktor	Definisi Operasional	Indikator
	b Sumber daya Organisasi : a. SDM	Kualitas dan kuantitas pelaksana kebijakan	- Jumlah dan kemampuan pelaksana yang mempunyai spesialisasi
	b. Sumber Dana c. Fasilitas	Ketersediaan anggaran yang dialokasikan bagi implementasi kebijakan Program penanggulangan gizi buruk Ketersediaan sarana/prasarana dalam implementasi kebijakan Program penanggulangan gizi buruk	- Jumlah dan sumber alokasi dana untuk melaksanakan kebijakan - Jumlah kelengkapan sarana dan prasarana penunjang pekerjaan
	c Komunikasi	- Komunikasi antara pelaksana dalam kebijakan ; - Komunikasi antara pelaksana kebijakan dengan unit organisasi lain yang terkait dalam implementasi kebijakan	- Tingkat komunikasi antara pelaksana dalam organisasi pelaksana kebijakan - Tingkat komunikasi antara pelaksana kebijakan dengan unit organisasi lain yang terkait
3.	Lingkungan	Respon/sikap Kelompok Sasaran dalam mematuhi (<i>compliance</i>) ketentuan yang diatur dalam Program penanggulangan gizi buruk	- Tingkat respon Pelaksana terhadap kebijakan : - Respon pemahaman masyarakat, pendidikan, jenis pekerjaan, kepuasan terhadap pelayanan gizi

3.5 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.1
Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan Penanggulangan Gizi Buruk

3.6 Data yang dibutuhkan

Dalam penelitian ini penulis menggunakan dua macam data menurut jenis dan sumbernya, sebagai berikut:

- a. **Data Primer**; yakni data yang diperoleh secara langsung dari para informan penelitian setelah memberikan jawaban dan tanggapan melalui wawancara dan observasi-partisipasi. Data primer yang dikumpulkan adalah deskripsi faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan yang meliputi :
1. **Faktor kebijakan** : kejelasan tujuan SPM dan persepsi para pelaksana kebijakan yang secara rinci tercantum dalam pedoman wawancara.
 2. **Faktor organisasi** yang mempengaruhi implementasi program program penanggulangan gizi buruk, yaitu : struktur organisasi, SDM, anggaran, fasilitas dan intensitas komunikasi serta faktor-faktor yang menjadi kendala).
 3. **Faktor lingkungan**, yaitu deskripsi tentang : pemahaman, respon, peran serta masyarakat, persepsi masyarakat, kepuasan sebagai publik yang menjadi sasaran pelayanan perbaikan gizi.
- b. **Data sekunder**; yakni data yang diperoleh tidak secara langsung dari informan, melainkan data yang sudah diolah seperti monografi, data statistik, laporan-laporan dokumentasi serta data-data lain yang berhubungan dengan obyek penelitian. Data sekunder ini meliputi : Data tentang Laporan pelaksanaan SPM pada tingkat kabupaten dan puskesmas, data demografi kabupaten, Data hasil PSG, Survei anemia, GAKY, Survei Gizi Buruk dan Survei konsumsi.

3.7 Teknik Pengumpulan Data.

Dalam rangka pengumpulan data, maka peneliti akan menetapkan sumber data sesuai dengan data yang dibutuhkan, yaitu:

- a. Untuk data sekunder (data agregat dan dokumenter), peneliti mengumpulkan data dengan mencatat laporan-laporan, dokumen-dokumen, catatan-catatan dan surat-surat keputusan, yang bersumber dari instansi resmi meliputi: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Dinas Kesehatan Kabupaten serta Puskesmas yang telah dipilih.
- b. Untuk data primer, peneliti melakukan wawancara langsung dengan pejabat mengeluarkan kebijakan serta dan para pelaksana kebijakannya serta wawancara kepada para pejabat dan Pemerintah Kabupaten yang merupakan kelompok sasaran kebijakan.

Untuk pengumpulan data-data ini, maka peneliti akan menggunakan tehnik pengumpulan data, antara lain:

a. Observasi

Observasi memungkinkan peneliti mengamati dari dekat gejala-gejala penelitian dan mempertimbangkan pengumpulan data yang perlu didasarkan atas sifat dan tujuan penelitian. Bagian utama pengamatan dilakukan dengan melakukan pencatatan-pencatatan di lapangan dan tidak memaksakan penyisipan pendapat peneliti, melainkan hanya sebagai tambahan pengamatan (Surakhmad, 1994: 165-173).

Dalam observasi ini, hubungan antara peneliti dengan para responden diperjelas *pretended-inie* masing-masing, agar *rapport* optima! dapat dihasilkan dan peneliti tidak menutup diri dan lingkungan interaksi tertentu, dalam arti

identitas peneliti tidak disembunyikan serta hubungan dengan para responden. Informan dikembangkan sedemikian rupa, sehingga masing-masing interaktor tidak merasa terikat untuk meluaskan hubungan tersebut di luar hubungan penelitian (Vredembregt, 1980.74-79).

Data yang dikumpulkan dengan metode observasi ini meliputi data tentang : ketersediaan sarana dan prasarana organisasi, pelaksanaan SPM, sistem pelaporan dan dokumentasi SPM. Data observasi ini digunakan untuk melengkapi dan mengecek kebenaran data hasil wawancara dengan informan.

b. Wawancara

Menurut Sutrisno Hadi (1986 : 158) metode wawancara adalah suatu pengumpulan data dengan sistematis dan berdasarkan kepada tujuan penyelidikan. Pada umumnya dua orang atau lebih hadir secara fisik dalam proses tanya jawab, masing-masing pihak dapat menggunakan saluran komunikasi wajar dan lancar.

Wawancara dalam penelitian ini, dilakukan dengan responden atau informan yang dianggap mengetahui implementasi kebijakan Program penanggulangan gizi buruk dan peneliti berusaha mengendalikan *interview situation* agar responden tidak dipengaruhi oleh orang lain dan dapat menyelesaikan wawancara secara serius, sekaligus tidak terjadi bias yang terlalu jauh dan tujuan penelitian.

Pedoman wawancara yang digunakan bersifat "*semi structured*" mulai dan serentetan pertanyaan yang sudah terstruktur, kemudian setiap pertanyaan diperdalam dalam mengorek keterangan lebih lanjut. Dengan demikian jawaban yang diperoleh bisa meliputi semua variabel dengan keterangan lengkap dan

mendalam. Tuntutan kreativitas dan pewawancara sangat diperlukan dan selanjutnya perolehan data akan sangat kaya untuk dapat dijadikan bahan analisis selanjutnya. Data yang dikumpulkan melalui wawancara menyangkut semua faktor-faktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan. Pedoman wawancara dapat dilihat pada Lampiran.

Selama penelitian dilakukan wawancara terhadap para pejabat yang terlibat dalam pengambilan kebijakan, yakni : Kepala Dinas, Kasubdin Kesehatan Keluarga (Kesga), dan Kasie Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang.

Selain itu, juga dikumpulkan data dengan wawancara terhadap pelaksana kebijakan SPM yang meliputi : Kepala Puskesmas, Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas dan Bidan Desa.

c. Kuesioner

Merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan membagikan daftar pertanyaan kepada responden sesuai dengan topik penelitian. Dalam penelitian yang telah ditentukan jumlah responden yang dipilih secara purposive sampling yaitu dipilih dengan kriteria khusus sesuai dengan tujuan penelitian yang berasal dari puskesmas yang terpilih di wilayah Kabupaten Sampang.

Responden yang dipilih adalah ibu yang balitanya menderita gizi buruk dan mendapat intervensi atau perawatan dari Puskesmas. Mereka dipilih dengan argumen bahwa mereka menerima dan mengalami perubahan pelayanan program penanggulangan gizi buruk Program penanggulangan gizi buruk diberlakukan selama tahun 2004.

Jumlah responden sebanyak 30 orang, yang sesuai dengan jumlah balita yang mendapatkan perawatan gizi buruk dari dua puskesmas terpilih, dengan rincian dari Puskesmas Kamoning 11 orang dan Puskesmas Tambelangan 19 orang. Selanjutnya kepada para responden, sebagai publik yang menerima pelayanan, dilakukan penyebaran kuesioner, guna memperoleh data primernya.

Data yang dikumpulkan dengan metode kuesioner ini meliputi data tentang respon masyarakat penerima layanan yang meliputi : pemahaman, peran serta , kondisi sosial ekonomi dan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan yang diterima. Deskripsi responden serta daftar kuesioner yang dibagikan kepada para responden dapat dilihat pada Lampiran.

d. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan teknik pengumpulan data dengan cara mengutip dan meneliti dokumen-dokumen, catatan-catatan, arsip, dan kumpulan peraturan-peraturan yang tersedia dalam rangka menunjang pelaksanaan penelitian. Peneliti memperoleh data yang berhubungan dengan penelitian ini dan sumber-sumber dokumen yang disimpan dalam perpustakaan maupun di bagian arsip.

Data- data yang dikumpulkan dengan metode dokumentasi ini, khususnya yang berhubungan dengan data sekunder diantaranya : data dengan mencatat laporan-laporan, dokumen-dokumen, catatan-catatan dan surat-surat keputusan, yang bersumber dari instansi resmi meliputi: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, Dinas Kesehatan Kabupaten serta Puskesmas yang telah dipilih, laporan pelaksanaan SPM, Data Pemantauan Status Gizi, Data survey GAKY, Data dari BPS dan data lain yang masih relevan dengan penelitian ini.

3.8 Teknik Analisis Data

Selanjutnya setelah data yang diperlukan diperoleh, dilakukan analisa data untuk memahaini pennisalahan, menjawab pertanyaan penelitian dan membantu penarikan kesimpulan sebagai hasil penelitian. Dilihat dari macam atau jenis penelitian ini yang termasuk penelitian deskriptif, analisis data yang dipergunakan untuk mengetahui implementasi kebijakan Program penanggulangan gizi buruk ini dilakukan dengan metode kualitatif. Meskipun demikian, pengolahan yang disajikan dalam bentuk tabel-tabel untuk menghasilkan ukuran-ukuran kuantitatif dan persentase dengan membandingkan beberapa parameter data dan kondisi normatif dalam implementasi kebijakan, juga akan digunakan khusus analisis data dari kuesioner diolah dan tabel-tabel frekuensi dan dinyatakan dalam persen. Dengan demikian diharapkan penelitian ini akan dapat memberikan gambaran tentang implementasi kebijakan Program penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang, berikut faktor-faktor yang mempengaruhinya.

BAB 4 DESKRIPSI WILAYAH PENELITIAN

4.1 Kondisi Umum

Secara keseluruhan Kabupaten Sampang memiliki luas wilayah 1.233,02 Km² atau sekitar 23% dari luas pulau Madura, terdiri dari 994,98 Km² luas daratan dan 196,27 Km² luas kepulauan, terletak antara 6^o50" - 7^o13" lintang selatan dan 113^o80" - 113^o39" bujur timur. Memiliki daerah pegunungan di tengah dan daerah pantai yang berada di sebelah utara dan sebelah selatan engan areal pertambakan garamnya, tidaklah mengherankan bila Kabupaten Sampang terkenal sebagai daerah penghasil garam. Wilayahnya merupakan daratan rendah dengan ketinggian 29 meter di atas permukaan air laut. Kabupaten Sampang memiliki batas-batas wilayah sebagai berikut :

- Sebelah Utara : Laut Jawa
- Sebelah Timut : Kabupaten Pamekasan
- Sebelah Selatan : Selat Madura
- Sebelah Barat : Kabupaten Bangkalan

Sampang memiliki 34 sungai dan anak sungainya dikelompokkan menjadi 2 seksi pengairan, yaitu seksi pengairan Sampang Selatan dan seksi Pengairan Sampang Utara.

Sebagaimana daerah-daerah lainnya di Indonesia Kabupaten Sampang beriklim tropis. Musim hujan terjadi pada periode bulan Oktober sampai Maret, dan musim kemarau terjadi periode April sampai September, tetapi pada beberapa bulan terakhir terjadi ketidakaturan turunnya hujan.

Secara administratif Kabupaten Sampang terbagi ke dalam 14 kecamatan, 180 desa, 6 kelurahan, dan 4 wilayah Pembantu Bupati yang meliputi Sampang membawahi Sampang, Camplong dan Omben, Torjun membawahi Torjun, Jrengik dan Sreseh, Kedungdung membawahi Kedungdung, Tambelengan dan Robatal, dan Ketapang membawahi Ketapang, Banyuates dan Sokobanah.

Jumlah penduduk Kabupaten Sampang pada tahun 2000 sekitar 746.669 jiwa dengan perincian 361.544 kaum laki-laki dan 385.125 kaum perempuan. dengan kepadatan berkisar 606 jiwa per Km² (SUSENAS, 2000). Jumlah ini menunjukkan kenaikan dari tahun 1999 yang mencapai 729.491 jiwa yang meliputi 389.173 jiwa kaum perempuan dan 340.318 kaum laki-laki.

Tabel 4.1
Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin
Kabupaten Sampang Tahun 1990, 2000

Karakteristik	1990	2000
Laki-laki	33.7451	36.1544
Perempuan	36.5594	385.125
L+ P	70.5594	746.669
Sex Rasio	92.33	93.88
Pertumbuhan Penduduk	1.52	0.64

Sumber: Susenas Kab. Sampang 2000:BPS

Dari segi komposisi etnis, mayoritas masyarakat Sampang bersuku Madura dengan profesi sebagian besar petani, pedangan, dan sebagian kecil pegawai negeri sipil. Kolompok etnik Cina berjumlah sedikit dengan berprofesi sebagai pedagang. Kelompok suku Jawa mayoritas berprofesi sebagai pegawai negeri dan sedikit pedagang. Sementara suku Sumatera umumnya berprofesi sebagai pedagang.

Dari komposisi agama, masyarakat Sampang mayoritas beragama Islam. Sedangkan masyarakat yang beragama selain Islam umumnya adalah masyarakat yang berasal dari Jawa atau Cina yang datang ke Sampang baik sebagai pedagang maupun pegawai. Dalam kondisi seperti ini, kerukunan dan keharmonisan di antara suku-suku dan pemeluk agama-agama relatif terjaga dengan baik. Hal ini dapat dibuktikan dengan minimalnya bahkan tidak adanya konflik yang berbau SARA, lebih-lebih konflik antara umat beragama. Kendati muncul isu pengusiran etnik Cina sebagai bagian dari solidaritas sesama etnik Madura dalam kasus Sambas (Pontianak, Kalimantan Barat) dan Sampit, namun isu tersebut segera lenyap ketika seorang tokoh kharismatik, K. H. Alawi Muhammad, memberikan penyadaran kepada mereka mengenai kondisi di Sampang yang berbeda dengan kondisi di Kalbar maupun di Kalteng. Karena pemahaman mereka terhadap nilai-nilai agama yang cukup mendalam dan kepatuhan (*patronase*)nya kepada para kyai, meski kondisi sosial ekonomi dan pendidikan mereka relatif rendah, mereka dapat melakukan interaksi sosial dengan warga masyarakat yang lain dengan baik, harmonis tanpa ada kecemburuan sosial-ekonomi sebagaimana seringkali memicu kerusuhan sosial di daerah-daerah lain di Indonesia.

Posisi demografis Kabupaten Sampang memang tidak menguntungkan dari segi kekayaan alam dan sumber-sumber ekonomi. Di daerah bagian Selatan dan Utara Sampang, masyarakat memperoleh penghasilan untuk memehui kehidupan sehari-harinya dengan cara menangkap ikan (nelayan). Di bagian tengah wilayah Sampang merupakan kasawan perbukitan kering yang tidak bisa diharapkan sebagai lahan pertanian kecuali pada musim-musim tertentu seperti musim hujan. Itu pun dengan tanaman seperti ubi kayu, jagung, sebagian padi.

Juga lahan ini dimanfaatkan oleh masyarakat untuk menggali batu untuk bangunan rumah.

Sebelah Selatan wilayah pengunungan ini merupakan dataran rendah yang bisa digunakan sebagai lahan pertanian. Kendati tidak terlalu luas seperti lahan pertanian di daerah-daerah lain di pulau Madura, tetapi lahan pertanian Kabupaten Sampang dapat memberikan kontribusi terbesar bagi Pendapatan Asli Daerah yaitu, 60,78 % (Latief, 2001).

Karena kondisi alam yang kurang subur dan tidak memberi banyak kemudahan, maka banyak masyarakat Sampang ikut program transmigrasi pemerintah ke daerah-daerah di Kalimantan. Juga mereka melakukan migrasi ke kota-kota atau daerah lain yang lebih memberikan kemudahan ekonomi seperti Jakarta, Surabaya, Bandung, Yogyakarta dan kota besar lainnya. Umumnya mereka datang ke kota-kota besar sebagai pedagang seperti besi tua, barang-barang bekas, pedagang kayu dan sebagaimana banyak dikenal masyarakat sebagai pedagang sate. Bahkan tidak sedikit dari masyarakat Sampang yang bekerja sebagai TKI dan TKW di Arab Saudi maupun di Malaysia.

Proses migrasi masyarakat Sampang ke luar daerah banyak membantu kesulitan-kesulitan ekonomi masyarakat Sampang dan juga menaikkan tingkat Pendapatan Asli Daerah Sampang. Para keluarga yang merantau ke daerah lain umumnya mengirimkan sebagian hasil pendapatannya kepada sanak keluarganya di Kampung sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan hidupnya secara layak dan dapat membangun rumah secara permanen. Bahkan mereka dapat membiayai sekolah / kuliah anak-anaknya. Ada beberapa mahasiswa yang sedang menempuh perkuliahan dibiayai oleh keluarganya yang sedang berkerja baik sebagai TKI

dan TKW di Arab Saudi dan Malaysia maupun yang bekerja di kota-kota besar di Indonesia.

4.2 Potensi Pertanian

Potensi pertanian di Kabupaten Sampang adalah padi, singkong, dan jagung. Produksi pada areal seluas 32.139 hektar menghasilkan 145.474 ton; luas panen tanaman singkong 21.195 hektar menghasilkan 219.663 ton; luas panen tanaman jagung 109.202 hektar menghasilkan 171.427 ton. Selain itu, daerah Sampang juga menghasilkan produksi tanaman ubi jalar 33.934 ton; kacang 12.988 ton; kedelai 30.099 ton; kacang hijau 8.495 ton (Kabupaten Sampang dalam Angka, 1998:BPS).

Tabel 4.2
Produksi Pertanian

Jenis Tanaman	Luas panen (ha)	(Produksi (ton))
Padi	32.139	145.474
Singkong	21.195	219.663
Jagung	109.202	171.427
Ubi Jalar	5.032	33.934
Kacang	15.946	12.988
Kedelai	21.530	30.099
Kacang Hijau	10.418	8.495

Sumber: Kab. Sampang Dalam Angka, 1998:BPS

Data ini menunjukkan bahwa di Sampang cukup subur untuk produksi pertanian, terutama tanaman pangan, sehingga dapat dikembangkan dalam rangka meningkatkan ketersediaan pangan untuk mencegah terjadinya rawan pangan.

4.3 Potensi Perkebunan

Hasil perkebunan yang potensial di Sampang adalah tembakau, jambu mete, dan kelapa. Sebagaimana daerah Madura pada umumnya, tanaman tembakau merupakan tanaman andalan yang telah memberikan banyak *income* bagi peningkatan kesejahteraan masyarakat Madura. Peningkatan pendapatan dengan mengembangkan usaha perkebunan ini diharapkan menurunkan kemiskinan yang merupakan salah satu faktor utama penyebab terjadinya gizi buruk. Di Sampang tanaman tembakau yang memiliki luas 6.174 hektar menghasilkan 409,0 ton; Panen jambu mete seluas 8.522 menghasilkan 1.630 ton; Panen tanaman kelapa seluas 2.435 menghasilkan 485 ton.

Tabel 4.3
Produksi Perkebunan

Jenis Tanaman	Luas Panen (ha)	Produksi (ton)
Tembakau	6.174	409,0
Mente	8.522	1.630
Kelapa	2.435	485

Sumber: Sampang dalam Angka, 1998: BPS

4.4 Potensi Peternakan dan Perikanan

Di bidang peternakan, Kabupaten Sampang menghasilkan unggas, Sapi dan ikan. Data BPS tahun 1998 menunjukkan bahwa populasi unggas, khususnya ayam kampung adalah sebanyak 851.256 ekor menghasilkan 2.699,35 ton; populasi sapi sebanyak 169.751 ekor dengan produksi 1.554,34 ton. Kedua jenis ternak ini termasuk yang potensial untuk dikembangkan. Tetapi mahalnnya pakan ternak menghasilkan banyak peternak unggas gulung tikar. Produksi sektor perikanan susektor perikanan darat dan laut pada tahun 1997 adlah senilai Rp 72.078.000.000. Produksi tersebut terdiri dari hasil ikan laut 25.071,2 ton dan ikan

darat 27.535,6 ton. Sekarang, sesudah berdirinya Departemen Eksplorasi Laut dan Perikanan, budidaya perikanan laut termasuk hasil ikutannya harus terus dikembangkan untuk menambah devisa negara dan pendapatan daerah, apalagi nelayan Madura termasuk nelayan yang sudah dikenal gigih dan pemberani.

Jika kualitas SDM dari sektor kelautan dan perikanan ini tinggi dan sarana serta prasarananya memadai, produksi perikanan laut dan hasil ikutannya akan meningkat, yang pada gilirannya dapat meningkatkan ketersediaan bahan pangan sumber protein hewani yang dapat dijangkau oleh keluarga miskin untuk mencegah terjadinya gizi buruk.

Tabel 4.4
Produksi Pertenakan

Jenis Ternak	Jumlah (ekor)	Produksi (ton)
Unggas	851.528	2.699,35
Sapi	169.751	1.554.34
Ikan, dll	-	27.535,60

Sumber: Sampang Dalam Angka, 1998:BPS

4.5 Industri dan Pertambangan

Potensi industri dan pertambangan di Kabupaten Sampang berdasarkan data BPS tahun 1997 adalah sebagai berikut: industri pertanian dan kehutanan berjumlah 81 unit, menyerap tenaga kerja sebanyak 383 orang; industri aneka 24 unit, menyerap 193 orang; dan industri logam, mesin, dan kimia 127 unit, menyerap 1.827 orang tenaga kerja. Jumlah total industri 232 unit dan jumlah total tenaga kerja 2.443 orang. Selain itu, industri kerajinan (rumah tangga) sebanyak 7.150 unit menyerap tenaga kerja sebanyak 19.985 orang. Daerah yang potensial untuk pengembangan industri adalah Sampang, Ketapang, Robatal dan Banyuates.

Tabel 4.5
Produksi Industri

Jenis Industri	Unit Produksi	Tenaga
Tani dan hutan	81	383
Aneka	24	193
Logam, mesin dan logam	127	1.827

Sumber: Sampang Dalam Angka, 1997: BPS

Dalam konteks otonomi daerah, dimana pengelolaan daerah bergantung kepada kemampuan sumber daya ekonomi daerah, maka tugas utama dari pemerintah daerah Sampang adalah bagaimana meningkatkan potensi-potensi ekonomi Sampang seperti diuraikan di atas sebagai upaya meningkatkan kesejahteraan ekonomi, derajat kesehatan dan tarap pendidikan masyarakat Sampang ke depan. Salah satu upaya untuk mencapai itu adalah bagaimana menarik minat para investor baik para investor lokal, domestik, maupun asing. Setidaknya yang dapat dilakukan oleh pemerintah daerah Sampang adalah pemberian fasilitas berupa kemudahan izin usaha dan keringan pungutan pajak bagi para investor yang hendak menanamkan uangnya di Sampang.

4.6 Kondisi Sosial Budaya Sampang

Barangkali cukup tepat untuk menyatakan bahwa Sampang adalah representasi masyarakat Madura yang secara sosial kultural masih *genuine* dibandingkan dengan masyarakat Madura di daerah lain di pulau Madura. Masyarakat Sampang (masih) menunjukkan karakter masyarakat Madura pada umumnya yang belum banyak berubah. Berbeda dengan masyarakat Madura di Sampang, masyarakat Madura di daerah Bangkalan telah berubah dengan sangat

menyolok mungkin salah satunya karena letak geografisnya yang berdekatan dengan Kota Surabaya.

Sementara di Pamekasan, daerah yang terletak di jantung pulau Madura dan menjadi daerah pembantu Gubernur Jawa Timur di Madura, masyarakatnya juga telah banyak beradaptasi dengan perubahan-perubahan dan perkembangan sosial yang terjadi di dunia luar. Dari komposisi penduduk, masyarakat Pamekasan sangat heterogen dimana kita dapat menyaksikan secara mudah masyarakat yang beragam etnik seperti etnik Jawa, Sumatera, Batak, Cina dan Arab dll. Karena banyak suku lain yang datang ke daerah Pamekasan dan ditambah dengan kedudukan Pamekasan sebagai daerah administratif pembantu Gubernur, maka perubahan sosial kultural dan ekonomi berlangsung dengan lebih cepat ketimbang yang terjadi di Sampang.

Demikian pula di Sumenep yang merupakan daerah terkaya dengan sumber daya alam seperti minyak dan gas alam, tingkat kesejahteraan sosial ekonomi masyarakatnya relatif lebih tinggi ketimbang masyarakat di daerah lainnya dan ini berimplikasi pada tingkat pendidikan masyarakatnya yang jauh lebih tinggi pula. Masyarakat Madura di daerah Sumenep sangat terbuka terhadap modernitas dan mudah beradaptasi dengan perkembangan dunia luar. Mereka cukup rasional dalam memandang suatu persoalan. Hubungan *patron-client* antara masyarakat dengan kyai maupun birokrasi (di Sumenep) relatif rendah daripada relasi *patron-client* dalam masyarakat Sampang yang lebih dominan. Artinya, kyai ataupun birokrasi tetap sebagai panutan dan referensi sejauh sikap dan pandangan para kyai dipandang sesuai dengan prinsip-prinsip yang mereka anut. Ini berbeda dengan masyarakat Sampang yang menganggap kyai sebagai panutan

dan referensi hidup yang relatif “absolut.” Sehingga apa yang perkataan dan sikap kyai seringkali diterima begitu saja, *taken for granted*.

Dengan latar belakang dan kondisi sosial yang demikian, dan dibandingkan dengan daerah-daerah lain sebagaimana disebutkan di atas, maka tepat untuk menegaskan bahwa masyarakat Sampang merupakan representasi *typical* masyarakat Madura yang dikenal dengan karakter keras, tak mudah menyerah, taat beragama, patuh pada kyai, jujur dan kesatria. Orang Madura pada umumnya sangat teguh memegang suatu prinsip yang dianggapnya benar. Orang Madura lebih suka bicara blak-blakan dan tidak suka menutupi kesalahannya. Kalau mereka melakukan kesalahan maka dengan segera mereka akan meminta maaf atas kesalahan yang diperbuatnya. Di atas segalanya, orang Madura selalu menjaga ikatan persaudaraan dan hubungan baik dengan sesama.

Dari segi pendidikan, masyarakat Sampang berada di bawah daerah-daerah lain di Madura. Hal ini sebagian disebabkan karena tingkat ekonomi mereka yang relatif lemah. Juga pandangan hidup mereka yang sederhana yang mereka transfer dari agama dan para kyai mempengaruhi sikap dan pandangan mereka tentang arti pendidikan. Bagi mereka, memperoleh pendidikan agama (di pesantren) jauh lebih utama daripada pendidikan di sekolah-sekolah umum. Dan ketika mereka merasa sudah cukup menimba ilmu agama, dalam arti pelajaran agama yang mereka terima sudah dapat memenuhi kewajiban-kewajiban sehari-hari seperti melaksanakan ibadah (sholat), mengaji, dan tahlilan untuk acara-acara keagamaan dalam masyarakat, maka mereka akan segera pamit kepada kyai untuk kembali dan menjalani hidup di tengah masyarakat.

Persoalan ekonomi sebagai pemenuhan kebutuhan sehari-hari tidak terlalu mereka risaukan. Mereka beranggapan bahwa masalah rejeki berada di tangan Tuhan dan Tuhan telah menentukan bagian rejeki bagi seseorang sejak awal. Kalau Tuhan meridhai permohonan seseorang hamba maka hamba itu akan dimudahkan oleh Allah jalan hidupnya. Jadi Tuhanlah yang menentukan seseorang dapat hidup atau mati. Inilah pandangan hidup mereka yang sangat mempengaruhi sikap dan kehidupan mereka dalam sehari-hari. Mereka tidak terlalu mengejar kekayaan atau menjadi kaya seperti para pendatang yang masuk ke daerah Sampang.

Dalam kehidupan sehari-hari, mereka mencontoh semua apa yang dilakukan oleh para kyai. Mereka hidup sederhana sebagaimana selalu dianjurkan oleh kyai-kyai dalam pengajian(ceramah)nya. Karena itu, mereka umumnya menjadikan kyai sebagai referensi dalam tingkah laku sehariannya. Memang dalam masyarakat Madura pada umumnya, lebih-lebih masyarakat yang tinggal di pelosok-pelosok desa seperti di Sampang, kyai memiliki kedudukan dan peran sosial yang amat penting sebagai pemimpin sosial dan keagamaan. Kyai juga berfungsi sebagai konsultan sosial dimana masyarakat selalu meminta nasehat kyai dalam masalah- masalah yang menurut mereka peniting dan urgen seperti membangun rumah, warung, bertani, panen, menikahkan anak, sunat dll. Dengan cara seperti ini, kyai memiliki peran penting dalam melakukan perubahan dengan cara memberikan masukan-masukan konstruktif mengenai pembangunan di desa (Lin Mansurnoor, 1990)

Tingkat pendidikan penduduk Sampang masih rendah, berdasarkan data Susenas yang dikeluarkan oleh BPS Sampang, angka melek huruf pada tahun

2003 sebesar 60,29 %, sedikit lebih besar dibandingkan tahun sebelumnya yakni sebesar 58.54 % dan jika dibandingkan menurut jenis kelaminnya, maka angka melek huruf penduduk laki-laki lebih besar dibandingkan dengan perempuan, yaitu masing-masing sebesar 66,06 % dan 49,96 %. (BPS Sampang, 2004)

Angka partisipasi sekolah (APS) tahun 2003 di Kabupaten Sampang dapat dilihat pada Tabel 4.6 berikut ini :

Tabel 4.6
Angka Partisipasi Sekolah (APS) Kabupaten Sampang Tahun 2003

Tingkat Pendidikan	Persen (%)
SD	95,33
SMP	54,05
SMA	17,46
Perguruan Tinggi	2,56

Sumber : BPS Sampang, 2004

Berdasarkan tabel di atas, diketahui bahwa APS paling tinggi pada penduduk kelompok umur SD dan semakin menurun persentasenya dengan semakin meningkatnya tingkat pendidikan. Berdasarkan kelompok wajib belajar 9 tahun, menunjukkan bahwa hanya sebesar 54,05 % yang telah menuntaskan wajib belajar tersebut.

Tabel 4.7
Tingkat Pendidikan Masyarakat Kabupaten Sampang Tahun 2003

Tingkat Pendidikan	Jenis Kelamin		Jumlah	%
	Laki-laki	Perempuan		
Tidak Sekolah	86.771	155.328	242.099	44,1
Tidak Tamat SD	95.850	78.538	173.388	31,6
Tamat SD	51.856	39.444	91.300	16,6
SMP	12.762	5.514	18.276	3,3
SMU	8.026	4.049	12.075	2,2
SMKK	4.246	3.098	7.344	1,3
DI/DII	293	1.196	1.489	0,3
D III	-	317	317	0,1
Sarjana (S-I)	927	1.585	2.512	0,5
Jumlah	260.731	289.069	548.800	100,0

Secara detail, kondisi tingkat pendidikan sebagian besar masyarakat Kabupaten Sampang, dapat dilihat pada tabel 4.7. Berdasarkan tabel tersebut diketahui bahwa sebesar sebagian besar penduduk Sampang tidak sekolah yaitu sebesar 44,1 % dan yang paling kecil yaitu lulusan D-III sebesar 0,1 %.

Dengan demikian, jelas bahwa jumlah penduduk yang masih buta huruf jauh lebih besar dari yang melek huruf. Jika kita menggunakan standar pendidikan minimal adalah SLTP sebagai syarat seseorang dapat menerima dan melakukan perubahan sosial yang konstruktif, maka dalam konteks masyarakat Sampang, jumlah penduduk yang telah tamat SLTP hingga Universitas masih jauh di bawah jumlah penduduk yang buta huruf dan penduduk yang belum dan sudah tamat Sekolah Dasar. Dengan begitu, cukup beralasan untuk mengatakan perubahan sosial (pembangunan) masyarakat Sampang sebagai upaya mewujudkan kesejahteraan sosial ekonomi masih rendah dan membutuhkan waktu yang lama dan kerja keras dari semua pihak, pemerintah daerah, tokoh masyarakat, elite politik, kelompok ekonomi untuk menuju ke arah perubahan yang lebih baik.

BAB 5 KEBIJAKAN PENANGGULANGAN GIZI BURUK DAN PENGORGANISASIANNYA DI KABUPATEN SAMPANG

5.1 Masalah Gizi Buruk Di Kabupaten Sampang

Krisis ekonomi sebagai akibat dari krisis moneter yang berkepanjangan sejak pertengahan tahun 1997 dan masih dirasakan sampai saat ini telah mengakibatkan dampak buruk terhadap status kesehatan dan gizi masyarakat, terutama oleh keluarga-keluarga miskin.

Dampak krisis ekonomi terhadap status gizi masyarakat yang dapat diamati, antara lain berupa : meningkatnya prevalensi Kurang Energi Protein (KEP) terutama pada kelompok penduduk usia balita serta munculnya kasus KEP berat (Gizi Buruk) dengan gejala klinis berupa Marasmus, Kwashiorkor, maupun Marasmic-Kwashiorkor yang selama sepuluh tahun terakhir sudah jarang ditemukan.

Gizi buruk adalah suatu istilah teknis yang umumnya dipakai oleh kalangan gizi, kesehatan dan kedokteran. Gizi buruk adalah bentuk terparah dan proses terjadinya kekurangan gizi menahun. Anak balita sehat atau kurang gizi secara sederhana dapat diketahui dengan membandingkan antara berat badan menurut umumnya dengan rujukan (standar) yang telah ditetapkan. Apabila berat badan menurut umur sesuai dengan standar, anak disebut gizi baik. Kalau sedikit di bawah standar disebut gizi kurang. Apabila jauh di bawah standar dikatakan gizi buruk. Gizi buruk yang disertai dengan tanda-tanda klinis disebut marasmus atau kwashiorkor. Sementara itu, pengertian di masyarakat tentang Busung Lapar adalah tidak tepat. Sebutan Busung Lapar yang sebenarnya adalah keadaan yang

terjadi akibat kekurangan pangan dalam kurun waktu tertentu pada satu wilayah, sehingga mengakibatkan kurangnya asupan zat gizi yang diperlukan, yang pada akhirnya berdampak pada kondisi status gizi menjadi kurang atau buruk dan keadaan ini terjadi pada semua golongan umur. Tanda-tanda klinis pada Busung Lapar pada umumnya sama dengan tanda-tanda pada marasmus dan kwashiorkor (Depkes, 2005).

Anak kurang gizi pada tingkat ringan atau sedang tidak selalu diikuti dengan gejala sakit. Dia seperti anak-anak lain, masih bermain dan sebagainya, tetapi bila diamati dengan seksama badannya mulai kurus. Yang lebih menyedihkan lagi secara Nasional jumlah Balita yang kekurangan gizi di Indonesia sangat besar. Menurut hasil Susenas 2003, terdapat sekitar 27,5% Balita di Indonesia kekurangan gizi, artinya dari jumlah 18 juta balita pada tahun 2003, sekitar 5 juta mengalami masalah kurang gizi, dengan rincian : 3,5 juta anak (19,2%) dalam tingkat gizi kurang, dan 1,5 juta anak gizi buruk (8,5%). WHO (1999) mengelompokan wilayah berdasarkan prevalensi gizi kurang ke dalam 4 kelompok yaitu: rendah (di bawah 10%), sedang (10-19%), tinggi (20-29%), sangat tinggi (\Rightarrow 30%). Berdasarkan kriteria tersebut, maka prevalensi masalah gizi kurang di Indonesia dikategorikan tinggi (Depkes, 2004).

Berdasarkan data hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Provinsi Jawa Timur tahun 2003, menunjukkan bahwa prevalensi jumlah gizi buruk dan gizi kurang atau sering disebut sebagai prevalensi Kekurangan Energi Protein (KEP) di Jawa Timur sebesar 16,9 % meningkat dibandingkan tahun 2002 (16 %). Data gizi Buruk rata-rata 2,2 % dan berdasarkan ambang batas penentuan besaran masalah

gizi termasuk masalah berat, sedangkan prevalensi gizi kurang secara umum 14,7 % termasuk masalah sedang (Dinkes Provinsi Jatim, 2004).

Prevalensi KEP balita yang paling tinggi adalah Kabupaten Sampang yaitu sebesar 38,6 %, yang terdiri dari 9,7 % balita dengan status gizi buruk dan 28,9 % gizi kurang.

Kondisi krisis ekonomi yang berkepanjangan dan meningkatnya harga BBM, semakin menurunkan kemampuan daya beli masyarakat, yang telah mengakibatkan bertambahnya balita gizi buruk di Kabupaten Sampang, yang mau tidak mau menuntut perhatian khusus dari segenap pihak untuk upaya penanggulangannya. Hal ini dapat diketahui berdasarkan hasil pelaksanaan Pemantauan Status Gizi (PSG) di Kabupaten Sampang tahun 2003 dan 2004, dimana persentase Gizi Kurang dan Gizi buruk masih cukup tinggi, seperti diperlihatkan pada tabel berikut ini :

Tabel 5.1
Prevalensi Gizi Kurang Dan Gizi Buruk
Di Kabupaten Sampang Tahun 2003 Dan 2004

TAHUN	JUMLAH BALITA YANG DIPERIKSA	GIZI KURANG		GIZI BURUK	
		JUMLAH	%	JUMLAH	%
2003	2.532	727	28,71	248	9,79
2004	2.403	548	22,80	130	5,40

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa prevalensi gizi buruk pada tahun 2004 telah mengalami penurunan dari 9,79 % menurun menjadi 5,40 %, namun demikian prevalensi ini masih sangat tinggi jika dibandingkan dengan prevalensi kabupaten lainnya di Jawa Timur. Distribusi prevalensi gizi buruk secara lebih lengkap dapat dilihat pada tabel berikut ini .

Perubahan paradigma sentralisasi menjadi desentralisasi dalam konstelasi ketatanegaraan kita tersebut menimbulkan konsekuensi munculnya desentralisasi kesehatan, dimana salah satu urgensi desentralisasi diharapkan semakin mendekatkan pelayanan masyarakat dan meningkatkan efisiensi serta efektivitas pelayanan masyarakat

Menurut pasal 11 ayat 3 Undang-Undang No. 32 Tahun 2004, tentang Pemerintahan Daerah, Penyelenggaraan urusan pemerintahan dibagi berdasarkan kriteria eksternalitas, akuntabilitas dan efisiensi dengan memperhatikan keserasian hubungan antar susunan pemerintahan. Urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan pemerintah daerah terdiri dari urusan wajib dan urusan pilihan. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu urusan pemerintahan yang wajib diselenggarakan oleh Pemda. Kewenangan ini maknanya adalah Pemerintah Daerah (Kab/Kota/Provinsi) bertanggungjawab sepenuhnya dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan masyarakat di daerahnya. Penyelenggaraan urusan wajib oleh Pemerintah daerah adalah merupakan perwujudan otonomi yang bertanggungjawab, yang pada intinya merupakan pengakuan/pemberian hak dan kewenangan daerah dalam wujud tugas dan kewajiban yang harus dipikul oleh Daerah.

Pada penjelasan pasal 11 ayat 4 UU No. 32 Tahun 2004, menyatakan bahwa pelaksanaan urusan wajib pemerintahan merupakan pelayanan dasar minimal pada bidang-bidang sebagaimana dimaksud dalam pasal 11 ayat 3, termasuk pelayanan di bidang kesehatan. Tanpa mengurangi arti serta pentingnya prakarsa Daerah dalam menyelenggarakan otonominya dan untuk menghindari terjadinya kekosongan

penyelenggaraan pelayanan dasar kepada masyarakat, Daerah Kabupaten dan Daerah Kota wajib melaksanakan kewenangan dalam bidang tertentu, termasuk didalamnya kewenangan bidang kesehatan. Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Daerah dalam memberikan pelayanan dasar tersebut, harus berpedoman pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan secara bertahap dan ditetapkan oleh Pemerintah Pusat.

Pemerintah Pusat bertanggungjawab secara nasional atas keberhasilan pelaksanaan otonomi, walaupun pelaksanaan operasionalnya diserahkan kepada pemerintah dan masyarakat daerah yang bersangkutan. Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi Sebagai Daerah Otonom, menyebutkan bahwa peran pemerintah pusat di era desentralisasi ini lebih banyak bersifat menetapkan kebijakan makro, melakukan standarisasi, supervisi, monitoring, evaluasi, pengawasan dan pemberdayaan ke daerah, sehingga otonomi dapat berjalan secara optimal. Pemerintah Pusat mempunyai kewenangan untuk menetapkan Standar Pelayanan Minimal yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota. SPM Bidang Kesehatan yang telah ditetapkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1457/MENKES/SK/X/2003 tersebut sejatinya merupakan kontrak politik antara pemerintah dengan rakyatnya dan dalam rangka menjamin hak azasi masyarakat khususnya dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Pemerintah Propinsi Jawa Timur juga telah menetapkan SPM Bidang Kesehatan yang wajib dilaksanakan oleh Kabupten/Kota di Jawa Timur, yang tercantum dalam SK Gubernur Jawa Timur Nomor 27 Tahun 2004, tanggal 28 Juni 2004. Standar Pelayanan Minimal

Pertama, anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang. Bayi dan balita tidak mendapat makanan yang bergizi, dalam hal ini makanan alamiah terbaik bagi bayi yaitu Air Susu Ibu (ASI), dan sesudah usia 6 bulan anak tidak mendapat Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat, baik jumlah dan kualitasnya. MP-ASI yang baik tidak hanya cukup mengandung energi dan protein, tetapi juga mengandung zat besi, vitamin A, asam folat, vitamin B serta vitamin dan mineral lainnya. MP-ASI yang tepat dan baik dapat disiapkan sendiri di rumah. Pada keluarga dengan tingkat pendidikan dan pengetahuan yang rendah seringkali anaknya harus puas dengan makanan seadanya yang tidak memenuhi kebutuhan gizi balita karena ketidaktahuan.

Kedua, anak tidak mendapat asuhan gizi yang memadai. Suatu studi *positive deviance* mempelajari mengapa dan sekian banyak bayi dan balita di suatu desa miskin hanya sebagian kecil yang gizi buruk, padahal orang tua mereka semuanya petani miskin. Dan studi ini diketahui pola pengasuhan anak berpengaruh pada timbulnya gizi buruk. Anak yang diasuh ibunya sendiri dengan kasih sayang, apalagi ibunya berpendidikan, mengerti soal pentingnya ASI, manfaat posyandu dan kebersihan, meskipun sama-sama miskin, ternyata anaknya lebih sehat. Unsur pendidikan perempuan berpengaruh pada kualitas pengasuhan anak.

Sebaliknya sebagian anak yang gizi buruk ternyata diasuh oleh nenek atau pengasuh yang juga miskin dan tidak berpendidikan. Banyaknya perempuan yang meninggalkan desa untuk mencari kerja di kota bahkan menjadi TKI, kemungkinan juga dapat menyebabkan anak menderita gizi buruk.

Ketiga, anak menderita penyakit infeksi. Terjadi hubungan timbal balik antara kejadian infeksi penyakit dan gizi buruk. Anak yang menderita gizi buruk

masalah kemiskinan dituntaskan. Pembangunan ekonomi rakyat dan menanggulangi kemiskinan memakan waktu lama. Pengalaman selama ini menunjukkan bahwa diperlukan waktu lebih dan 20 tahun untuk mengurangi penduduk miskin dari 40% (1976) menjadi 11% (1996). Data empirik dan dunia menunjukkan bahwa program perbaikan gizi dapat dilakukan tanpa harus menunggu rakyat menjadi makmur, tetapi menjadi bagian yang eksplisit dan program pembangunan untuk memakmurkan rakyat (Soekirman, 1991).

Pencapaian pembangunan manusia diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM Indonesia belum menggembirakan. IPM merupakan indeks komposit yang terdiri dari umur harapan hidup, tingkat melek huruf dan pendapatan perkapita. Pada tahun 2003, IPM Indonesia sangat rendah, berada di peringkat 111 dan 174 negara, lebih rendah dibanding negara tetangga. Rendahnya IPM di Indonesia sangat dipengaruhi oleh rendahnya status gizi dan kesehatan penduduk. Hal ini terlihat dengan masih tingginya angka kematian bayi, angka kematian balita serta angka kematian ibu (Depkes, 2005)

Di samping dampak langsung terhadap kesakitan dan kematian, gizi kurang juga berdampak terhadap pertumbuhan, perkembangan intelektual dan produktivitas. Anak yang kekurangan gizi pada usia balita akan tumbuh pendek, dan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan otak yang berpengaruh pada rendahnya tingkat kecerdasan, karena tumbuh kembang otak 80 % terjadi pada masa dalam kandungan sampai usia 2 tahun. Diperkirakan bahwa Indonesia kehilangan 220 juta IQ poin akibat kekurangan gizi. Dampak lain dari gizi kurang adalah menurunkan produktivitas, yang diperkirakan antara 20-30% (Depkes RI, 2005).

5.4 Kebijakan Penanggulangan Gizi Buruk

5.4.1 Latar Belakang Lahirnya Kebijakan

Masalah gizi merupakan salah satu penentu utama kualitas sumber daya manusia, maka berbagai penelitian menunjukkan bahwa gangguan gizi kurang pada anak ternyata membawa dampak negatif terhadap pertumbuhan fisik maupun mental yang juga berakibat pada penurunan daya tahan tubuh, sehingga memudahkan anak terkena penyakit.

Dengan terjadinya krisis ekonomi dan moneter yang berkepanjangan telah menimbulkan dampak buruk terhadap gizi balita di Kabupaten Sampang. Berdasarkan hasil Pemantauan Status Gizi tahun 2004 menunjukkan bahwa Prevalensi Gizi Buruk sebesar 5,40 %, dan jika dibandingkan dengan kriteria batasan Nasional (1 %), maka Kabupaten Sampang masih tergolong sangat tinggi.

Masalah gizi buruk ini sangat berkaitan langsung dengan konsumsi pangan, oleh karena itu penanganan masalah gizi dan peningkatan status gizi merupakan usaha yang menyangkut pada peningkatan konsumsi pangan masyarakat. Secara tidak langsung keadaan gizi juga dipengaruhi oleh ketersediaan pangan, pelayanan kesehatan dan pola konsumsi/ Pola sosial budaya. Kondisi ini lebih diperparah lagi dengan tingginya tingkat kemiskinan dan tingkat pendidikan yang rendah.

Berdasarkan permasalahan tersebut, maka kebijakan-kebijakan dalam program penanggulangan gizi buruk, yaitu :

1. Mengingat besaran dan sebaran gizi buruk yang ada dan dampaknya terhadap kualitas sumber daya manusia, pencegahan dan penanggulangan gizi buruk merupakan program nasional, sehingga

- perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dilaksanakan secara berkesinambungan antara pusat dan daerah.
2. Penanggulangan masalah gizi buruk dilaksanakan dengan pendekatan komprehensif, dengan mengutamakan upaya pencegahan dan upaya peningkatan, yang didukung upaya pengobatan dan upaya pemulihan.
 3. Penanggulangan masalah gizi buruk dilaksanakan oleh semua kabupaten/kota secara terus menerus, dengan koordinasi lintas instansi/dinas dan organisasi masyarakat.
 4. Penanggulangan masalah gizi buruk diselenggarakan secara demokratis dan transparan melalui kemitraan di tingkat kabupaten/kota antara pemerintahan daerah, dunia usaha dan masyarakat.
 5. Penanggulangan masalah gizi buruk dilakukan dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat yaitu dengan meningkatkan akses untuk memperoleh informasi dan kesempatan untuk mengemukakan pendapat, serta keterlibatan dalam proses pengambilan keputusan. Masyarakat yang telah berdaya diharapkan berperan sebagai pelaku/pelaksana, melakukan advokasi dan melakukan pemantauan untuk peningkatan pelayanan publik.

Pada prinsipnya strategi program penanggulangan gizi buruk dilakukan melalui dua pendekatan :

1. Suplementasi :

Yaitu pemberian tambahan langsung zat gizi pada individu yang termasuk sasaran rawan gizi. Upaya ini merupakan tindakan jangka pendek diantaranya pemberian MP-ASI, Kapsul Vita. A, Kapsul Iodium, Tablet Fe

(tambah darah) dan PMT- Pemulihan.

2. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

Tujuan akhir program penanggulangan gizi buruk adalah kemandirian masyarakat untuk melakukan pencegahan dengan meningkatkan konsumsi zat gizi yang tersedia dan terjangkau menuju keluarga sadar gizi, hal ini merupakan proses jangka panjang yang lebih lestari.

Kegiatan yang dilakukan dalam rangka penanggulangan gizi buruk adalah :

1. Pemantauan pertumbuhan Balita melalui penimbangan di Posyandu setiap bulan
2. Pemantauan Status Gizi Balita di Posyandu dalam rangka pemetaan daerah rawan gizi.
3. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) kepada balita BGM Gakin dan PMT Pemulihan pada Balita Gizi Buruk dari Gakin dan Bumil KEK.
4. Pelacakan Kasus Gizi Buruk (KLB) untuk mengetahui penyebab dan penyebarannya.
5. Rujukan gizi buruk ke RS
6. Pelatihan penanggulangan gizi buruk bagi petugas
7. Bantuan Sarana Posyandu : Buku Pedoman Posyandu, KMS, Dacin, register, dll.
8. Peningkatan KIE (penyuluhan) pedoman Gizi Seimbang.

5.4.2 Landasan Kebijakan

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan

UUD 1945 pasal 28 H ayat (1) dan Undang-undang nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai investasi untuk peningkatan kualitas sumber daya manusia dan sekaligus investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi dan pendidikan, serta berperan penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Oleh karenanya, pembangunan kesehatan bukanlah tanggung jawab pemerintah saja namun merupakan tanggung jawab bersama pemerintah dan masyarakat termasuk swasta.

Undang-undang nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak menyatakan bahwa Pemerintah wajib memenuhi hak-hak anak, yaitu tentang kelangsungan hidup, pertumbuhan dan perkembangannya serta perlindungan demi kepentingan terbaik anak. Seluruh komponen bangsa (pemerintah, legislatif, swasta dan masyarakat) bertanggung jawab dalam pemenuhan hak-hak tersebut. Di bidang kesehatan, pemerintah wajib menyediakan fasilitas dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang komprehensif bagi anak melalui upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang optimal sejak dalam kandungan. Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh dan berkembang, adalah sebagai berikut :

- (1) Kasih sayang dan perlindungan;
- (2) Makanan bergizi seimbang (sejak lahir sampai 6 bulan hanya ASI saja, sesudah 6 bulan sampai 2 tahun ASI ditambah Makanan Pendamping ASI);
- (3) Imunisasi dasar dan suplementasi kapsul vitamin A
- (4) Pendidikan dan pengasuhan dini;
- (5) Perawatan kesehatan dan pencegahan kecacatan, cedera dan lingkungan

yang sehat dan aman;

- (6) Orangtua berkeluarga berencana.

Untuk memenuhi hak-hak dasar anak tersebut diperlukan upaya-upaya yang menyeluruh yang melibatkan sektor pemerintahan, dunia usaha/swasta dan masyarakat. Dalam undang-undang nomor 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah dan nomor 33 tahun 2004 tentang perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah, telah diatur peranan pemerintah daerah (propinsi kabupaten/kota) dan pusat dalam penyelenggaraan pembangunan nasional termasuk dalam pemenuhan hak-hak dasar anak.

Kesepakatan global yang dituangkan dalam Millenium Development Goals (MDGs) yang terdiri dan 8 tujuan, 18 target dan 48 indikator, menegaskan bahwa tahun 2015 setiap negara menurunkan kemiskinan dan kelaparan separuh dan kondisi pada tahun 1990. Dua dan lima indikator sebagai penjabaran tujuan pertama MDGs adalah menurunnya prevalensi gizi kurang pada anak balita (indikator keempat) dan menurunnya jumlah penduduk dengan defisit energi (indikator kelima).

5.4.3 Tujuan Kebijakan

Oleh karena itu Program penanggulangan gizi buruk di kabupaten Sampang dilakukan secara komprehensif dengan tujuan umum :

Mencegah dan menanggulangi gizi buruk serta meningkatkan Status Gizi masyarakat.

Tujuan tersebut dijabarkan ke dalam tujuan khusus sebagai berikut ;

- a. Meningkatnya cakupan deteksi dini gizi buruk melalui penimbangan balita bulanan di Posyandu, Puskesmas dan jaringannya.

- b. Meningkatnya cakupan tatalaksana kasus gizi buruk di Rumah Sakit, Puskesmas dan Rumah Tangga.
- d. Meningkatnya kemampuan dan ketrampilan keluarga dalam menerapkan norma keluarga sadar gizi.
- e. Meningkatnya fungsi sistem kewaspadaan pangan dan gizi.

Rumusan tujuan program penanggulangan gizi buruk ini telah sesuai dengan Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD) Kabupaten Sampang bidang Pembangunan Sumber Daya Manusia dalam rangka meningkatkan kesejahteraan rakyat seiring dengan menurunnya angka kemiskinan dan angka buta huruf di Tahun 2004.

Sebenarnya tujuan Program Perbaikan Gizi masyarakat sudah tertuang dalam Properda Kabupaten Sampang bidang Sumber Daya Manusia., dengan salah satu sasaran programnya adalah meningkatkan status gizi keluarga, meningkatkan keluarga sadar gizi dan meningkatkan kemampuan keluarga untuk memanfaatkan sumberdaya keluarga dengan mengkonsumsi gizi seimbang (Properda Sampang, 2004)

5.5 Organisasi Pengelolaan Penanggulangan Gizi Buruk

5.5.1 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Sampang

a. Visi dan Misi

Dalam rangka mendukung Visi Nasional “Indonesia Sehat 2010” Dinas Kesehatan kabupaten Sampang bertekat meningkatkan Derajat kesehatan masyarakat dengan Visi Pembangunan Kesehatan kabupaten sampang adalah “Terlaksananya Pelayanan Kesehatan Yang Prima, Terjangkau dan Berkualitas untuk Mendukung Tercapainya sampang Sehat tahun 2010 “.

Untuk mencapai visi tersebut, maka misi pembangunan kesehatan Kabupaten Sampang adalah :

2. Menciptakan penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Dasar sesuai standart dan memberikan kepuasan tinggi bagi masyarakat
3. Mendorong dan menggerakkan pembangunan bidang kesehatan di Kabupaten Sampang
4. Mengembangkan upaya pemeliharaan kesehatan masyarakat dan meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan
5. Meningkatkan kemampuan dan profesionalisme yang tinggi kepada tenaga kesehatan
6. Mengembangkan sistem informasi kesehatan dan manajemen kesehatan yang profesional
7. Mendorong masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat serta berwawasan lingkungan
8. Membantu masyarakat untuk dapat melakukan pemeliharaan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat secara mandiri.

c. Sumber Daya Kesehatan

Rasio Tenaga Kesehatan kabupaten Sampang sebesar 50,31 per 100.000 penduduk, rasio tertinggi terdapat di Puskesmas Jragoan 55,08 sedangkan yang terendah terdapat di Puskesmas Karang Penang 15,76.

Jenis tenaga kesehatan yang paling banyak didominasi oleh tenaga paramedis, hal ini terkait dengan upaya pelayanan kesehatan untuk mengakses semua masyarakat khususnya di daerah pedesaan. Dari 376 tenaga kesehatan yang tersebar di wilayah Kabupaten Sampang, 280 diantaranya adalah paramedis

(Bidan/Perawat), namun jumlah tersebut belum sebanding dengan jumlah penduduk yang tinggi, rasio tenaga bidan sebesar 12,46, perawat 18,62 dan rasio tertinggi untuk bidan terdapat di kecamatan Sampang, sedangkan yang terendah di kecamatan Kedundung yaitu 10,80 per 100.000 penduduk.

Jumlah dan jenis tenaga kesehatan di Kabupaten Sampang tahun 2004 dapat dilihat pada Tabel 5.3

Tabel 5.3
Tenaga Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2004

Jenis Tenaga	Jumlah	Prosentase
Dokter	32	8,50
Dokter Gigi	10	2,65
Perawat	123	32,71
Bidan	157	41,75
Apoteker dan asisten	7	1,86
Gizi	21	5,58
Teknis medis	5	1,33
Sanitasi	13	3,45
Sarjana Kesehatan Masyarakat	8	2,13
	376	100,00

d. Sarana Kesehatan

Sarana kesehatan yang telah dimiliki oleh Kabupaten Sampang meliputi :

- Puskesmas : 20 buah
- Puskesmas Perawatan : 10 buah
- Puskesmas Pembantu : 51 buah
- Polindes : 134 buah
- Posyandu : 839 buah
- Puskesmas Keliling : 21 buah

- Apotik : 5 buah
- Gudang Farmasi : 1 buah

e. Program Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan diselenggarakan di semua tingkat pelayanan mulai dari kecamatan sampai dengan pelosok desa meliputi: puskesmas, puskesmas pembantu, pondok bersalin desa (Polindes) dan posyandu.

f. Prosentase Anggaran Kesehatan

Prosentase anggaran kesehatan terhadap Anggaran APBD kabupaten Sampang sebesar 4,52 %, masih jauh dari Komitmen nasional yang mengharapkan alokasi untuk kesehatan sebesar 15 % APBD.

g. Tugas Pokok dan Fungsi Dinas Kesehatan

1. Kedudukan

Dinas Kesehatan merupakan unsur pelaksana pemerintahan kabupaten di bidang kesehatan. Dinas kesehatan dipimpin oleh seorang Kepala Dinas yang dalam melaksanakan tugas berada dibawah dan bertanggungjawab kepada Bupati melalui Sekretaris Daerah, sedangkan dalam melaksanakan tugasnya di bidang terknis administrasi dibina dan dikoodinasikan oleh Sekretaris Daerah.

2. Tugas Pokok

Tugas pokok Dinas Kesehatan melaksanakan kewenangan otonomi daerah di bidang kesehatan dan tugas perbantuan yang diberikan oleh pemerintah.

3. Fungsi

- pendekatan peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) berdasarkan kebijakan Bupati
- c. Pelaksanaan pembinaan penyusunan program dan litbang, evaluasi dan pelaporan serta akreditasi dan registrasi
 - d. Pelaksanaan pembinaan teknis di bidang upaya pelayanan kesehatan dasar dan upaya pelayanan kesehatan rujukan serta pembinaan kefarmasian dan alat kesehatan, makan dan minuman berdasarkan kebijakan teknis yang ditetapkan oleh Menteri yang mengatur bidang kesehatan.
 - e. Pelaksanaan pembinaan kesehatan ibu dan reproduksi, peningkatan gizi dan kesehatan anak, remaja, serta usia lanjut.
 - f. Pelaksanaan pembinaan pengamatan dan pencegahan penyakit, pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan.
 - g. Pelaksanaan pembinaan promosi kesehatan, peran serta masyarakat, usaha kesehatan institusi dan diklat.
 - h. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

h. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan

Susunan Organisasi Dinas Kesehatan terdiri dari Kepala Dinas, Bagian Tata Usaha, 5 Sub Dinas (Perencanaan dan Pengembangan, Pelayanan Kesehatan, Kesehatan Keluarga, Pemberantasan penyakit dan penyehatan lingkungan, serta

Pemberdayaan Masyarakat), Kelompok Jabatan Fungsional dan Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD).

5.5.2 Gambaran Umum Subdin Kesehatan Keluarga Dinkes Sampang

Sub Dinas Kesehatan Keluarga (KESGA) merupakan salah satu Subdin dari 5 subdin yang ada dalam struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang

a. Tugas Pokok

1. Sub Dinas Kesehatan Keluarga mempunyai tugas menyusun program dan melaksanakan pembinaan serta upaya-upaya peningkatan kesehatan ibu dan reproduksi, peningkatan gizi, kesehatan anak dan remaja, usia lanjut dan olah raga.
2. Sub Dinas Kesehatan Keluarga dipimpin oleh seorang Kepala Sub Dinas Kesehatan Keluarga yang dalam melaksanakan tugas berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan

b. Fungsi

1. Penyusunan program pembinaan dan peningkatan kesehatan keluarga
2. Pelaksanaan pembinaan dalam upaya peningkatan kesehatan ibu dan reproduksi, peningkatan gizi, kesehatan anak dan remaja, usia lanjut dan olah raga.
3. Pelaksanaan koordinasi bersama instansi terkait dalam rangka pemantauan dan evaluasi terhadap upaya peningkatan kesehatan ibu dan reproduksi, peningkatan gizi, kesehatan anak dan remaja, usia lanjut dan olah raga.

4. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya

5.5.3 Gambaran Umum Seksi Gizi Dinkes Sampang

Seksi Gizi merupakan salah satu seksi dari Sub Dinas Kesehatan Keluarga dengan tugas pokok dan fungsinya adalah :

- a. Menyiapkan Peta Rawan Gizi untuk peningkatan pelayanan gizi masyarakat
- b. Menyusun pembinaan dan petunjuk dalam upaya peningkatan gizi masyarakat melalui Rumah Sakit, Puskesmas, unit-unit swasta, perorangan dan peran sert masyarakat.
- c. Melaksanakan koordinasi dengan instansi terkait dalam rangka pemantauan dan evaluasi program perbaikan gizi masyarakat.
- d. Melaksanakan rehabilitasi/ intervensi gizi dalam penanganan masalah gizi
- e. Melaksanakan pengembangan program perbaikan gizi masyarakat
- f. Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Sub Dinas Kesehatan Keluarga.

Berdasarkan uraian tugas seksi gizi di atas, maka dapat dilihat bahwa program penanggulangan Gizi Buruk di Kabupaten Sampang adalah merupakan salah satu Tugas Pokok dari Seksi Gizi, sebagai koordinatornya.

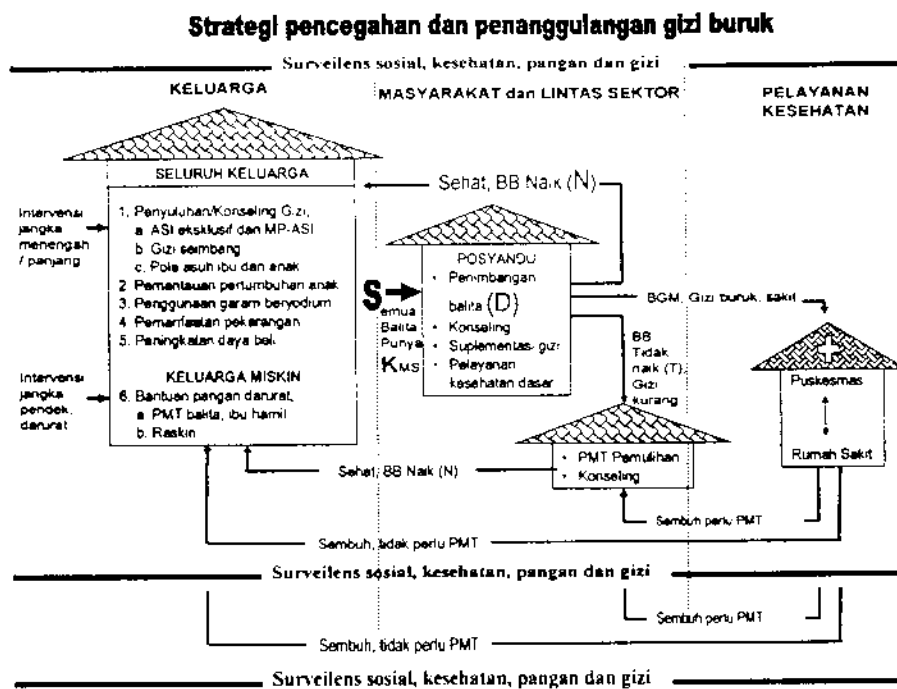
Dalam menunjang melaksanakan tugas pokoknya, seksi gizi dilengkapi dengan satu unit komputer untuk pengolahan data, dan tenaga gizi ada 3 orang dengan latar belakang pendidikan D-III gizi sebanyak 2 orang (1 orang telah lulus SKM dan 1 orang lulus SE) dan yang 1 orang adalah Sarjana Sosial.

5.5.4 Pengorganisasian Penanggulangan Gizi Buruk

Masalah gizi buruk merupakan masalah yang kompleks karena penyebabnya multi faktor dan multi dimensi. Penanganannya memerlukan pendekatan yang menyeluruh, meliputi penyembuhan dan pemulihan anak-anak yang sudah menjadi gizi buruk, dan pencegahan dan peningkatan untuk menjaga / mempertahankan anak yang sehat tetap sehat.

Kasus gizi buruk yang terjadi pada balita, pada hakekatnya merupakan fenomena gunung es, yang menggambarkan keadaan gizi masyarakat, dan bahkan keadaan kesejahteraan masyarakat pada umumnya, seperti daya beli, pendidikan dan perilaku serta lingkungan dan pemeliharaan kesehatan. Dan gambaran tersebut, pencegahan dan penanggulangan masalah gizi tidak bisa ditangani oleh salah satu sektor saja, tidak dapat dipecahkan melalui pendekatan kesehatan yaitu upaya penyembuhan dan pemulihan seperti yang banyak dipersepsikan umum. Anak yang sudah terpulihkan harus didukung secara terpadu dalam upaya promosi dan pencegahan untuk mencegah kembali terulangnya kejadian gizi buruk. Oleh sebab itu, pencegahan dan penanggulangan gizi buruk memerlukan keterlibatan berbagai sektor dengan melakukan koordinasi antar sektor termasuk dengan masyarakat dan dunia usaha di setiap tingkat administratif dengan prinsip kemitraan.

Memperhatikan luasnya lingkup penyebab masalah gizi, diidentifikasi kegiatan yang diperlukan untuk mencegah dan menanggulangi gizi buruk. Dan kegiatan tersebut diidentifikasi sektor, LSM dan dunia usaha yang terlibat. Bagan 5.1 menyajikan uraian kegiatan pencegahan dan penanggulangan gizi buruk, yang secara indikatif dicantumkan sektor yang terlibat.



Bagan 5.1
Strategi Pencegahan Dan Penanggulangan Gizi Buruk

Faktor organisasi menggambarkan adanya penggunaan prinsip-prinsip organisasi dalam pelaksanaan suatu kebijakan. Prinsip organisasi itu sendiri mempunyai beberapa komponen yang harus dijalankan untuk menghasilkan suatu struktur organisasi yang handal, yang dalam penelitian ini komponen tersebut ditentukan berupa adanya pembagian tugas yang jelas, adanya pendelegasian wewenang dan adanya koordinasi dalam pelaksanaan tugas.

Pengorganisasian penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang dikoordinasikan oleh Kepala Dinas Kesehatan selaku penanggungjawab dan pembinaan program ini yang dibantu oleh Sub Dinas Kesehatan Keluarga yang dalam pelaksanaannya dikoordinasikan oleh seksi gizi yang bertugas :

- a. Menyelenggarakan sosialisasi dan advokasi program penanggulangan gizi buruk kepada seluruh pihak terkait seperti Pemerintah Daerah, DPRD, LSM, ormas dan masyarakat setempat.
- b. Menyusun rencana kegiatan, sistem penyaluran bantuan makanan ataupun biaya program penanggulangan gizi buruk
- c. Melakukan kegiatan pemantauan dan evaluasi di wilayah kerja Kabupaten Sampang
- d. Melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan program.

Pengelolaan program penanggulangan gizi buruk ditingkat Puskesmas, sebagai penanggungjawab dan pembina pengelola program ini adalah Kepala Puskesmas yang dibantu oleh pengelola KIA dan Pelaksana Gizi Puskesmas dengan tugas sebagai berikut :

- a. Mengikuti sosialisasi pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk yang diselenggarakan oleh dinas kesehatan
- b. Memberikan penjelasan tentang program penanggulangan gizi buruk kepada lintas sektoral di wilayah kerjanya, bidan di desa, kader kesehatan, tim penggerak PKK dan LSM atau ormas setempat.
- c. Melakukan pengecekan data sasaran bersama bidan desa, sebelum dilaksanakan program intervensi
- d. Melakukan kegiatan pelacakan kasus (KLB), pencegahan dan penanggulangan gizi buruk di wilayah Puskesmas.
- e. Menyusun rencana penanggulangan gizi buruk dengan melibatkan orang tua dan bidan desanya.

- f. Memantau pelaksanaan pemberian bantuan gizi di wilayah kerja Puskesmas.
- g. Melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan program kepada Dinas Kesehatan Kabupaten.

Penanggungjawab dan pembina pengelolaan program ini di tingkat desa adalah Bidan desa yang bekerja sama dengan kader kesehatan desa, dengan tugas sebagai berikut :

- a. Mengikuti sosialisasi tentang kegiatan penanggulangan gizi buruk dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan
- b. Memberikan penjelasan tentang pelaksanaan bantuan gizi kepada masyarakat di wilayah kerjanya.
- c. Memberikan penjelasan dan penyuluhan tentang tata cara pemberian dan menyiapkan makanan bergizi kepada balita
- d. Melakukan pendataan sasaran program ini, yaitu seluruh bayi dan balita yang ada di wilayah kerjanya dan memantau perkembangannya.
- e. Melakukan pencatatan dan pelaporan program bantuan gizi di wilayah kerjanya
- f. Membantu pelaksanaan kegiatan pemantauan dan evaluasi di wilayahnya.

Dari data sekunder yang ada terdapat beberapa aturan yang mengikuti proses kegiatan program penanggulangan gizi buruk. Mulai dari Keputusan Menteri Kesehatan RI tentang SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota, SK Gubernur Jawa Timur, sampai dengan Petunjuk Teknis Program penanggulangan gizi buruk. Aturan formal yang terstruktur yang dijadikan ketentuan dalam

pelaksanaan program ini sudah cukup jelas dan terperinci. Berdasarkan hasil wawancara juga didapatkan anggapan yang serupa bahwa aturan yang ada cukup terperinci. Berdasarkan keterangan beberapa informan terlihat masing-masing pengelola dan pelaksana program ini cukup memahami aturan dan prosedur dalam pelaksanaannya. Mekanisme kerja yang didalamnya memuat ketentuan bidang tugas, kewenangan masing-masing pengelola juga sudah cukup jelas dan terperinci, sehingga memudahkan pelaksana untuk mengambil keputusan dan tindakan sesuai dengan tugasnya. Begitu pula hubungan antar instansi atau pihak yang terkait dalam pelaksanaan program ini cukup baik, masing-masing pihak memahami fungsi dan peranannya dalam hubungan kerja.

5.6 Pencapaian Program Perbaikan Gizi

Program Perbaikan gizi di Kabupaten Sampang dirangkum dalam program perbaikan Gizi Masyarakat dengan tujuan untuk meningkatkan status gizi masyarakat secara optimal.

Kegiatan yang dilakukan adalah :

- a. Pemantauan Pertumbuhan, yang meliputi : Pemantauan Status Gizi Balita, Pemantauan Status Gizi Ibu Hamil, Pelacakan kasus gizi buruk, pemantauan jumlah posyandu yang aktif dan kader yang aktif.
- b. Pelayanan Gizi Masyarakat, yaitu pemberian suplemen gizi kepada kelompok sasaran sesuai permasalahannya, meliputi : cakupan balita mendapatkan vitamin A 2x per tahun, Cakupan ibu hamil mendapat Fe 90 butir, MP-ASI balita BGM dari keluarga miskin, PMT pemulihan bagi semua balita Gizi buruk, pengadaan kapsul Iodium untuk WUS.

Hasil Pencapaian Program Perbaikan Gizi Kabupaten Sampang tahun 2004 dapat dilihat pada Tabel berikut ini :

Tabel 5.4
Hasil Pencapaian Program Perbaikan Gizi Kabupaten Sampang Tahun 2004

Program	Hasil Kegiatan	Target Kabupaten
Prevalensi Gizi :		
Gizi Kurang	22,80 %	< 20 %
Gizi Buruk	5,40 %	< 1 %
Penimbangan Balita		
D/S	69,4 %	80 %
K/S	71,32 %	80 %
N/D	65,09 %	80 %
BGM/D	1,98 %	< 1 %
Konsumsi Garam		
Beryodium Keluarga	49,30 %	80 %
Kapsul Iodium untuk :		
Ibu Hamil	33,92 %	100 %
WUS	37,36 %	80 %
Fe 90 butir ibu hamil	66,46 %	80 %
Kapsul; Vitamin A :		
Bayi	67,96 %	80 %
Balita 2x pertahun	60,28 %	80 %
Ibu Nifas	75,29 %	80 %
GAKY (TGR)	32,10 %	< 20 %
ASI Eksklusif	15,23 %	30 %

Berdasarkan Tabel 5.4 dapat diketahui bahwa realisasi pencapaian program perbaikan gizi berdasarkan target yang telah ditetapkan, hampir semuanya masih di bawah target, khusus prevalensi gizi buruk masih sangat tinggi sebesar 5,4 % yang masih lebih tinggi dibandingkan target Kabupaten sebesar <1 %.

Kondisi krisis ekonomi yang berkepanjangan dan meningkatnya harga BBM, semakin menurunkan kemampuan daya beli masyarakat, yang telah mengakibatkan bertambahnya balita gizi buruk di Kabupaten Sampang, yang mau

tidak mau menuntut perhatian khusus dari segenap pihak untuk upaya penanggulangannya. Hal ini dapat diketahui berdasarkan hasil pelaksanaan Pemantauan Status Gizi (PSG) di Kabupaten Sampang tahun 2003 dan 2004, dimana persentase Gizi buruk masih cukup tinggi, masing-masing 9,79 % dan 5,40 %.

Hasil pencapaian program penanggulangan gizi buruk berdasarkan indikator dan target berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di kabupaten Sampang tahun 2004, dapat dilihat pada tabel 5.5 berikut ini

Tabel 5.5
Target Pencapaian Program Penanggulangan Gizi Buruk Berdasarkan SPM Kesehatan Kabupaten Sampang Tahun 2004

NO	INDIKATOR KINERJA	TARGET PROVINSI (%)	TARGET KABUPATEN (%)	HASIL PENCAPAIAN (%)
1.	Balita naik berat badannya	67	70	62,84
2.	Balita Bawah Garis Merah	16	2	1,98
3.	Cakupan Balita dapat Vit. A 2x/th	60	70	60,28
4.	Ibu hamil mendapat 90 tablet Fe	73	75	50,17
5.	MP-ASI bayi BGM dari Gakin	100	100	100
6.	Balita Gizi Buruk mendapat perawatan	100	100	100
7.	Bayi mendapat ASI Eksklusif	50	30	15,23
8.	Cakupan WUS dapat Kap. Iodium	55	30	37,76

Dari tabel di atas, dapat dilihat bahwa realisasi pencapaian program sebagian besar masih di bawah target yang telah di tentukan, karena dari 8 indikator hanya tiga yang hasil pencapaiannya lebih besar dari target yang telah ditentukan, hal ini menunjukkan bahwa dalam implementasinya belum berhasil sepenuhnya.

BAB 6

IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENANGGULANGAN GIZI BURUK

Dalam bab terdahulu telah dijelaskan bahwa faktor-faktor yang digunakan untuk menilai implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk adalah faktor kebijakan (*policy factor*), birokrasi sebagai implementor kebijakan sebagai faktor organisasi (*organizational factor*) dan kelompok sasaran kebijakan, yaitu masyarakat pengguna layanan kesehatan.

Dalam konteks penanggulangan gizi buruk, tujuan utamanya adalah memobilisasi seluruh potensi yang ada di masyarakat dan sektor terkait untuk memenuhi kecukupan pangan tingkat keluarga mencegah dan menanggulangi masalah gizi buruk. Berangkat dari tujuan inilah, kemudian Pemerintah Kabupaten Sampang menetapkan dan mengimplementasikan kebijakan penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang

Guna kepentingan penelitian dalam melihat perspektif pengelolaan program penanggulangan gizi buruk, di era otonomi Daerah termasuk di dalamnya mengenai peran serta masyarakat dalam pengelolaan program penanggulangan gizi buruk, maka arena pembahasan dari implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk itu akan disesuaikan dengan bentuk kebijakan yang ditetapkan oleh Provinsi yang telah ditetapkan dengan SK Gubernur tentang SPM Bidang Kesehatan.

Kajian implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk ditelusuri dari bentuk kebijakan yang melekat sesuai dengan kewenangan yang dimiliki oleh Kabupaten , yakni kebijakan dalam memberikan dukungan dan fasilitasi kepada Puskesmas dalam menemukan, menangani/merawat, serta mencegah timbulnya

gizi buruk. Elaborasi mengenai implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang dapat diuraikan sebagai berikut :

Dalam mengkaji dan mengelaborasi implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk dalam bentuk pemberian dukungan ke Puskesmas, maka arena pembahasan akan dialurkan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang tercantum dalam faktor-faktor yang mempengaruhi kebijakan itu, yakni meliputi faktor kebijakan (*policy factor*) yang mencakup pertanyaan bagaimana bentuk kebijakan; bagaimana manfaat kebijakan; siapa pihak yang mendapatkan manfaat; bagaimana deviasi yang terjadi dalam penyampaian kebijakan dan bagaimana penerimaan kelompok sasaran.

Selanjutnya untuk menjelaskan bagaimana faktor-faktor dalam organisasi itu bekerja, sehingga jawabannya akan menjelaskan pertanyaan-pertanyaan seperti bagaimana struktur implementasi kebijakan dalam organisasi dan manajemen pelaksanaannya; bagaimana kualitas SDM dalam organisasi; bagaimana alokasi dananya; dan bagaimana dukungan sarana dan prasarana, serta peran serta untuk masyarakat yang menjadi kelompok sasaran dalam kebijakan ini sebagai faktor lingkungan.

6.1 Faktor Kebijakan (*Policy Factors*) :

6.1.1 Tujuan kebijakan

Dalam tataran teoritis dan empiris, diketahui bahwa suatu kebijakan hendaknya dirumuskan secara jelas dan konsisten. Hal ini tidak hanya menyangkut tujuan dan sasaran yang ingin diwujudkan akan tetapi juga cara mengimplementasikannya (Van Meter dan Horn dalam Winarno, 1994 : 47).

Kebijakan yang dilaksanakan oleh para pelaksana biasanya belum dijelaskan secara rinci. Oleh karena itu birokrasi harus menerjemahkannya kedalam program berupa juklak dan juknis. Pengaturan mengenai itu harus jelas, lengkap dan konsisten.

Kebijakan operasional secara makro/nasional dalam program penanggulangan gizi buruk sekarang ini adalah Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1457/MENKES/SK/X/ 2003, tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota. Berdasarkan KepMen inilah selanjutnya Daerah merumuskan dan menetapkan kebijakan penanggulangan gizi buruk di Daerahnya. Dalam KepMen itu ditetapkan secara detail teknis pengelolaan program penanggulangan gizi buruk mulai dari menemukan, standart merawat dan cara mencegah timbulnya gizi buruk.

Adapun seperti dijelaskan pada bab sebelumnya dasar munculnya kebijakan penanggulangan gizi buruk ini mengacu kepada :

- INPRES No. 14 tahun 1975, tentang Perbaikan Pangan dan Gizi Masyarakat
- INPRES Nomor 8 Tahun 1999, tentang Gerakan Penanggulangan Masalah Pangan dan Gizi
- UU No. 22 Tahun 1999, tentang Pemerintahan Daerah;
- Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi sebagai Daerah Otonom;
- Revisi UU No. 22 Tahun 99, yaitu UU No. 32 Tahun 2004, tentang Pemerintahan daerah
- UU No. 23 tahun 1992, tentang Kesehatan

- UU No. 23 Tahun 2002, tentang Perlindungan Anak
- Kepmen Kesehatan No. 1457/Menkse/SK/X/2003, tentang SPM Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota
- Kepmen Kesehatan No. 1091/Menkes/SK/X/2004, tentang Petunjuk Teknis SPM Bidang Kesehatan
- KepGub No. 27 tahun 2004, tentang SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota di Jawa Timur

Dari dasar-dasar kebijakan diatas, maka dalam kebijakan penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang diarahkan untuk melakukan koordinasi dan memberikan fasilitas dan dukungan kepada Puskesmas serta berpegang kepada prinsip kemitraan yang melibatkan berbagai sektor termasuk masyarakat dan dunia usaha di setiap tingkat administratif. Hal ini tidak terlepas dari tujuan yang hendak dicapai, yakni untuk mencapai status gizi masyarakat yang optimal berdasarkan kemandirian masyarakat dalam menanggulangi dan mencegah masalah gizi buruk.

Konsep kebijakan itu mengandung sasaran yang ingin dicapai dalam Pengelolaan penanggulangan gizi buruk, bahwa pengelolaannya harus berdasarkan satu kesatuan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dilaksanakan secara berkeinambungan yang berdasarkan pendekatan komprehensif dengan mengutamakan pencegahan, peningkatan yang didukung dengan pengobatan dan upaya pemulihan.

Sementara itu dalam pengelolaannya harus merupakan satu kesatuan pengelolaan. Maksudnya adalah walaupun instansi/pihak yang berkepentingan terhadap pengelolaan itu banyak tetapi dalam pelaksanaannya harus merupakan

satu kesatuan pengelolaan. dan hal ini bisa dilaksanakan dengan menggunakan koordinasi antara instansi/pihak tersebut. Namun hal ini belum sepenuhnya terwujud, seperti terungkap dari hasil wawancara dengan Firman Pria Abadi selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang sebagai berikut :

“.....konsep ini melihat masalah gizi buruk sebagai masalah yang kompleks dan penyebabnya multi faktor yang saling berkait sehingga penanganannya memerlukan pendekatan yang menyeluruh mulai upaya pencegahan, peningkatan, pengobatan serta upaya pemulihan....., dan harus direncanakan berdasarkan satu perencanaan,bahwa di perencanaan itu kaidah – kaidah kerberlangsungan antara sub sistem itu harus terjadi.One management berarti harus ada kesatuan manajemen sebagaimana yang ada dalam perencanaan, artinya harus ada pengertian bahwa siapa berbuat apa, bagaimana, kapan dan sebagainya jelas dalam satu manajemen.

....Tapi selama ini disalah artikan satu manajemen itu satu tangan, yaitu tanggung jawab Dinas Kesehatan saja, padahal seharusnya dilakukan oleh semua pihak-pihak yang terlibat, seperti dinas pertanian, dinas sosial, termasuk masyarakat dan swasta.” (Sampang, 13 Februari 2006)

Kebijakan penanggulangan gizi buruk menjadi tanggung jawab pemerintah kabupaten yang dilaksanakan oleh perangkat daerah dengan koordinasi lintas sektoral dan pemberdayaan masyarakat, namun belum terlaksana. Hal ini merujuk kepada hasil wawancara dengan Edi Karyono sebagai Kepala Sub Dinas Kesehatan Keluarga Dinkes Kabupaten Sampang sebagai berikut :

“Pemerintah Kabupaten Sampang memandang bahwa pengelolaan program penanggulangan gizi buruk adalah wewenang dan tanggung jawab Dinas Kesehatan yang telah melekat pada tugas pokok dan fungsinya.....Saya mempunyai tugas sebagai pelaksana koordinasi instansi yang terkait dalam program ini. Didalam perumusan kebijakan sudah melibatkan semua sektor yang terkait, misalnya dalam pertemuan koordinasi dinas-dinas yang secara tentatif dilaksanakan di kantor Bappeda, namun kenyataannya sektor lain masih pasif dan kurang memberikan kontribusi dalam program ini, mereka menganggap bahwa masalah gizi buruk adalah masalah kesehatan saja.” (Sampang, 13 Februari 2006)

Dari ungkapan diatas, terlihat bahwa – seiring dengan semangat otonomi Daerah selama proses penyusunan agenda dan formulasi kebijakan penanggulangan gizi buruk, telah dilakukan secara bersama-sama dengan para pihak yang berkepentingan (*stakeholders*) seperti Pemerintah Kabupaten, dan instansi terkait lainnya. Hal ini didukung oleh pernyataan dari Subagio sebagai Kepala Seksi Gizi Dinkes Kabupaten Sampang ketika kebijakan itu disusun, sebagai berikut :

“...dalam penyusunan kebijakan penanggulangan gizi buruk , seluruh peserta baik dari Dinas maupun dari Instansi lainnya sudah terlibat, biasanya dilakukan dalam pertemuan koordinasi penyusunan program yang dilaksanakan di Bappeda Kabupaten” (Sampang, 14 Februari 2006)

Dari gambaran diatas, diketahui bahwa dalam penentuan tujuan kebijakan telah dilakukan melalui proses koordinasi diantara beberapa pihak/instansi yang berkepentingan dan telah mengikuti aturan main dan prosedur yang digariskan oleh aturan atau kebijakan diatasnya, yakni PP dan Kepmen. Oleh karena itu bisa dianggap bahwa kebijakan yang ditetapkan merupakan buah kesepakatan antara Dinas-dinas yang ada di Kabupaten, walaupun bentuk kesepakatannya masih tampak kabur. Hal ini dapat ditunjukkan oleh butir-butir kebijakan, nampak sudah ada pembagian tugas dan peran antara dinas-dinas yang terlibat di Kabupaten/Kota. Misalnya Dinas Sosial berperan memberikan bantuan Pangan berdasarkan hasil “kesepakatan”. Sementara Dinas Kesehatan berperan penuh dalam memberikan pelayanan publik secara langsung dalam menanggulangi dan merawat balita yang gizi buruk. Akan tetapi dari hasil observasi tampaknya belum ada kesepakatan yang sifatnya operasional Dinas Kesehatan dengan Puskesmas, sebagai dasar pelaksanaan kebijakan itu. Operasionalisasi kebijakan

untuk pemberian dukungan nampaknya belum terprogram dan terkoordinasi dengan baik, sebagai akibat adanya kendala dalam penyamaan persepsi diantara Puskesmas sebagai kelompok sarannya. Hal ini akan dielaborasi pada bagian lain.

Dari uraian diatas nampak bahwa konsep, tujuan dan sasaran kebijakan sudah dirumuskan secara jelas. Demikian juga dengan pembagian peran, tugas dan tanggung jawab dari pihak-pihak yang berkepentingan juga sudah dirumuskan dengan jelas. Akan tetapi walaupun secara konsep dan tujuan yang dirumuskan sudah jelas – dalam pilihan-pilihan yang rasional (*rational choices*) – hal yang lebih penting adalah bagaimana kebijakan itu dapat diimplementasikan dengan baik.

Berkaitan dengan cara mencapai tujuan kebijakan, Sugiono (1994 : 34) mengemukakan bahwa kebijakan publik pada umumnya dirumuskan dalam bentuk petunjuk umum dan bukan dalam bentuk instruksi yang rinci semacam petunjuk pelaksanaan maupun petunjuk teknis yang menggariskan tindakan yang harus dilaksanakan. Oleh karena itu setiap kebijakan harus dilengkapi dengan juklak dan juknis. Dan dalam penanggulangan gizi buruk yang sifatnya lintas sektoral ini, dimana pengelolaannya harus dilakukan secara bersama-sama maka diperlukan ‘kesepakatan-kesepakatan’ tertulis antara Dinas Kesehatan dan Puskesmas. Hal inilah yang nampaknya belum ada dalam implementasi kebijakan ini.

Walaupun dalam kebijakan penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang, petunjuk pelaksanaannya berdasarkan SK Gubernur Jawa Timur tentang SPM bidang Kesehatan dan SK Menkes Nomor

1091/Menkes/SK/X/2004 tentang Petunjuk Teknis SPM Bidang Kesehatan, namun SK Menkes tersebut yang berisi berbagai hal teknis operasional dalam melaksanakan kebijakan belum sepenuhnya bisa dioperasionalisasikan. Hal ini relevan dengan pernyataan Edi Karyono sebagai Kasubdin Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, dalam hasil wawancara sebagai berikut:

“Walapun secara konseptual penanggulangan gizi buruk berdasarkan prinsip kemitraan dengan lintas sektoral, swasta serta pemberdayaan masyarakat sudah disepakati, namun kebijakan tersebut nampaknya belum sepenuhnya dioperasionalisasikan, karena belum ada pemahaman dan komitmen yang sama di antara semua pihak yang terlibat, sebagai contoh balita yang menderita gizi buruk sesuai dengan petunjuk teknisnya harus mendapatkan perawatan di rumah sakit secara gratis, terpaksa pulang, karena tidak cukup biaya hidup bagi keluarganya, hal ini belum ada komitmen siapa yang harusnya bertanggung jawab terhadap biaya hidup keluarga yang menunggunya.” (Sampang, 14 Februari 2006)

Dengan kondisi seperti itu, bentuk pemberian dukungan bantuan pangan, pengobatan dan lain-lain ini pada akhirnya tidak terprogramkan dan terkoordinasikan dengan baik antar lintas sektoral. Hal ini ditunjukkan berdasarkan studi dokumentasi oleh isi kebijakan penanggulangan gizi buruk yang ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, yang tidak menempatkan konsep penanggulangan gizi buruk berdasarkan konsep kemitraan antar lintas sektoral itu dilaksanakan di puskesmas masing-masing. Artinya dalam kebijakan penanggulangan gizi buruk yang dikeluarkan Dinas Kesehatan tidak menempatkan peran dan fungsi masing-masing sektor yang terlibat dalam penanggulangan gizi buruk secara jelas, tetapi lebih ditekankan pada tugas dan fungsi tenaga sektor kesehatan saja, baik di tingkat kabupaten, puskesmas maupun di tingkat desa.

6.1.2 Manfaat kebijakan

Kebijakan pemberian dukungan seperti bantuan pangan, bantuan suplemen obat-obat gizi dan dana dan lain-lain merupakan langkah strategis dalam melakukan penanggulangan gizi buruk. Selain itu pihak-pihak lain yang berkepentingan juga memberikan dukungan bantuan sesuai hasil kesepakatan pertemuan koordinasi di tingkat kabupaten.

Hal tersebut sesuai dengan hasil wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, sebagai berikut :

“.....dukungan diberikan kepada semua puskesmas.prinsip pemberian dukungannya adalah apa yang belum bisa mereka lakukan dan tidak terlepas bahwa masalah gizi buruk bersifat lintas sektor.contoh dukungan bisa berupa bantuan pangan yaitu berupa produk makanan pendamping ASI (MP-ASI) seperti biskuit, Enterasol, suplemen gizi seperti Kapsul Iodium, tablet Fe dan kapsul Vitamin A serta hal-hal yang lainnyaJadi keterlibatan Dinas Kesehatan dalam rangka pemberian dukungan terhadap Puskesmas adalah pertama karena dampak, kedua karena memang tidak bisa atau belum mampu dilakukan oleh Puskesmas karena keterbatasan yang dimilikinya” (Sampang, 15 Februari 2006)

Pernyataan diatas dipertegas oleh Kasubdin Kesehatan Keluarga dalam sebuah hasil wawancara sebagai berikut “

“dukungan berupa informasi, bantuan teknis dan bantuan pangan . Informasi diberikan sebanyak-banyaknya dan sedetail-detailnya di seluruh puskesmas se Kabupaten Sampang, baik dengan cara mengirim surat berisi petunjuk operasional maupun dengan cara melakukan pertemuan koordinasi di dinas kesehatan yang biasanya dilakukan 3 x dalam satu tahun atau jika ada program tertentu bantuan dari Provinsi atau dari APBN. “(Sampang, 14 Februari 2006)

Atas pertimbangan itu, kemudian Dinas Kesehatan memberikan dukungan dalam bentuk bantuan teknis, informasi dan peran serta dalam kegiatan penanggulangan gizi buruk yang meliputi menemukan kasus, merawat gizi buruk sesuai standar, mencegah dan meningkatkan status gizi , mulai dari perencanaan, pengelolaan dan pelaksanaan sampai evaluasinya. Berbagai strategi dirancang

untuk menyukseskan implementasi kebijakan dalam pemberian dukungan ini. Cara yang ditempuh adalah dengan memberikan pemahaman kepada Puskesmas dalam tentang kondisi dan masalah gizi buruk di Kabupaten Sampang. Mekanisme pemberian pemahaman itu dilakukan dengan cara diikutsertakannya aparat Puskesmas dalam berbagai kegiatan pendidikan dan pelatihan di bidang tata laksana gizi buruk, melaksanakan berbagai rapat koordinasi dan rapat kerja untuk membahas hal-hal yang berkaitan dengan penanggulangan gizi buruk dan juga mengikutsertakan sektor lain dalam berbagai program dan kegiatan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan. Hal diatas relevan dengan pernyataan Kepala Dinas Kesehatan kabupaten Sampang dalam sebuah wawancara, sebagai berikut :

“.....yang saya fokuskan adalah pengetahuan para aparat di Puskesmas yaitu dengan cara memberikan pemahaman kepada mereka dengan media, pertama diklat yang kita selenggarakan,.....kedua, sesi dalam bentuk rapat-rapat yang kita undang istilahnya rapat kerja, ketiga yang disebut rapat - rapat koordinasi, keempat keikutsertaan mereka kepada program-program kita, namun untuk rapat koordinasi dengan sektor lain belum berjalan baik, karena berbagai kendala seperti dana dan kurang aktifnya dinas yang lain, sedangkan untuk aparat puskesmas sudah berjalan sesuai harapan” (Sampang, 15 Februari 2006)

Jadi dari uraian diatas peneliti dapat memahami bahwa manfaat dari kebijakan ini adalah untuk melakukan penanggulangan gizi buruk secara berkelanjutan yang berbasis kepada penanggulangan gizi buruk berdasarkan prinsip kemitraan dan pemberdayaan masyarakat. Dukungan data dan informasi, bimbingan teknis, upaya komprehensif yang meliputi upaya mencegah, meningkatkan dan merawat gizi buruk sangat memerlukan peran serta Dinas Kesehatan dalam merencanakan dan melakukan upaya penanggulangan gizi buruk secara komprehensif, serta memfasilitasi saran dan prasarana pendukung serta mengoptimalkan semua sumber daya yang dimiliki oleh pemerintah, masyarakat

dan swasta untuk menanggulangi masalah gizi buruk, dimana ujung tombak pengelolanya berada di Puskesmas.

6.1.3 Pihak yang mendapatkan manfaat

Secara umum kebijakan pemberian dukungan seperti diuraikan diatas prinsipnya merupakan rasa tanggung jawab Kabupaten dalam memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada masyarakat. Bentuk pemberian bantuan itu bersifat data dan informasi serta bantuan teknis berupa bimbingan teknis, bantuan pangan, bantuan biaya operasional dan penyediaan sarana dan prasarana perawatan gizi buruk. Dari hasil observasi dan studi dokumentasi, dapat dilihat bahwa berbagai kegiatan untuk memberikan dukungan telah banyak dilakukan. Data dari kegiatan yang berkaitan dengan pemberian dukungan dapat dilihat dari jenis kegiatan baik rutin maupun bantuan fasilitas yang dibiayai dari APBD Provinsi, APBD Kabupaten Sampang dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 6.1
Bantuan Dana Dan Bentuk Bantuan Program Penanggulangan Gizi
Kabupaten Sampang Tahun 2004

Bentuk bantuan	Alokasi sasaran	Sumber dana	Keterangan
Paket entrasol (Susu)	Balita Gizi Buruk Gakin = 48 anak	APBD Provinsi melalui Dinkes Provinsi	
MP-ASI (Blender Food)	Balita BGM sebesar 2.985 paket	APBN	Sudah selesai
Biskuit	Balita BGM Gakin di 7 Kecamatan saja	LSM (World Food Programs)	Selama 3 tahun
Suplemen Gizi : Kapsul Iodium, Vit A, Fe	Belum mencukupi	APBD Kabupaten	
Paket SGM, Minyak, gula	2 balita gizi buruk	PKK Kabupaten	Sudah selesai
Paket Modisco	Semua Balita gizi Buruk Gakin (62 anak)	JPK Gakin Kompensasi BBM dilipat Puskesmas	

Dana Penanggulangan Gizi Buruk di Kabupaten Sampang berasal dari : APBN, APBD Propinsi, APBD Kabupaten, LSM, JPKBMM, serta dari PKK. Alokasi sasaran dan sumber dana kegiatan penanggulangan gizi buruk tahun 2004 dapat dilihat pada Tabel 6.2

Tabel 6.2
Rincian Jenis Kegiatan Penanggulangan Gizi Buruk
Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang
Tahun Anggaran 2004

NO	JENIS KEGIATAN	ALOKASI ANGGARAN
1	Penemuan kasus gizi buruk dan Ibu hamil KEK <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemantauan Status Gizi 200 posyandu ▪ Pemantauan Status Gizi Ibu Hamil 186 desa ▪ Pelacakan Kasus Gizi Buruk 100 balita 	Rp. 190.235.000
2.	Bantuan Bahan Pangan Balita Gizi Buruk 100 anak x 90 hari makan x Rp. 7500,-	Rp. 67.500.000
3.	Suplemen : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan Tablet Fe ibu hamil target 80 % ▪ Cakupan Kapsul Vitamin A, bayi, balita, bufas 	Rp. 26.877.500
4.	Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cakupan kapsul Iodium, TGR sebelumnya (23 %) 	Rp. 50.880.000
5.	Pengadaan Suplemen Gizi <ul style="list-style-type: none"> ▪ PMT Penderita Gizi Buruk 55 balita x 90 hari makan x 10.500 ▪ Entrasol 1500 kotak x 24.000 ▪ Zink Sulfat 1500 botol x 3.600 	Rp. 95.315.000
	JUMLAH	Rp. 430.807.500

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2004

Dalam implementasi pemberian bantuan ini, nampaknya pihak-pihak yang mendapat manfaat bisa diuraikan sebagai pihak-pihak yang memiliki kepentingan dalam penanggulangan gizi buruk itu. Pertama adalah pihak Puskesmas, yang

dalam melakukan penanggulangan gizi buruk di wilayahnya masih berkebutuhan dengan segala kekurangan kapasitas pengelolaannya. Kapasitasnya berupa terbatasnya sarana prasarana, dana anggaran dan sumberdaya manusia. Dengan dukungan dan bantuan dari Kabupaten, maka Puskesmas terbantu dalam melaksanakan program-program kerja penanggulangan gizi buruk di wilayahnya. Selain itu memberikan kesempatan untuk lebih dapat memberikan pelayanan prima kepada publik dan lebih terpadu dalam melakukan kegiatan tersebut. Puskesmas Kamoning, yang sampai sejauh ini sudah merasakan manfaat dari kebijakan pemberian bantuan tersebut. Seperti yang terpetik dari hasil wawancara dengan Indah Nur Susanti, Kepala Puskesmas Kamoning, Kabupaten Sampang sebagai berikut :

“Kami sampai sejauh ini sudah merasakan manfaat dari adanya kebijakan pemberian dukungan dari Kabupaten, namun belum mencukupi kebutuhan kami, hal ini dikarenakan mungkin keterbatasan dana yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan dan sejauh ini informasi dan sosialisasi kebijakan ini belum sampai kepada kami, dan biasanya diberitahukan lewat surat resmi saja. Selama ini jika ada kekurangan dana dalam program ini diambilkan dari Dana JPKBBM- Bidang kesehatan yang dikelola oleh puskesmas sendiri.” (Sampang, 15 Februari 2006)

Pendapat ini diperkuat oleh beberapa staf puskesmas yang langsung mengelola program penanggulangan gizi buruk ini, yang terangkum dalam beberapa wawancara berikut ini : Hasil wawancara dengan Erna Sukmawati, Petugas Gizi Puskesmas Kamoning, sebagai berikut :

“ Bantuan pangan dan suplemen gizi dari Dinas Kesehatan yang diterima Puskesmas sangat membantu untuk menangani gizi buruk yang ada di wilayah Puskesmas kami, Paket yang kami terima berupa MP-ASI seperti entrasol, biskuit dan Blender Food, yaitu untuk 123 sasaran bayi dan balita yang Kurang Gizi (BGM) dari Keluarga Miskin, dan untuk perawatan balita yang gizi buruk biaya operasional dari Dinas belum cukup, sehingga dapat dicukupi dari dana kompensasi BBM (JKBBM) yang dikelola sendiri oleh puskesmas.” (Sampang, 15 Februari 2006)

Dengan Herniawati, Bidan Desa Taman Sareh selaku pengelola penanggulangan gizi buruk di tingkat desa, dalam sebuah wawancara sebagai berikut :

“Bantuan pangan dan suplemen gizi yang kami terima dari Puskesmas sangat bermanfaat bagi perbaikan gizi balita di wilayah kerja kami, khususnya bantuan berupa entrasol sangat baik untuk meningkatkan berat badan balita yang sedang kurang gizi, sedangkan bantuan pangan bentuk lainnya kurang disukai oleh balita.....” (Sampang, 16 Februari 2006)

Sementara hasil wawancara dengan Abdullah Najih, sebagai Kepala Puskesmas Tambelangan sebagai berikut :

“Kami nilai dukungan dan fasilitasi dari Dinas Kesehatan terutama dalam bantuan pangan, bimbingan teknis, dan bantuan operasional dalam penanggulangan gizi buruk di wilayah kami sangat bermanfaat, hanya saja jumlah bantuan yang kami terima belum mencukupi kebutuhan balita yang gizi kurang, dan memang bantuan pangan tersebut bersifat droping saja dari Dinas... “ (Tambelangan, 17 Februari 2006)

Hasil wawancara dengan Edi Sucipto, Petugas Gizi Puskesmas Tambelangan, sebagai berikut :

“Kami pikir bantuan pangan dan bantuan yang lain dari Dinas Kesehatan sudah sesuai dengan kebutuhan yang diperlukan oleh masyarakat yang anaknya menderita gizi kurang/gizi buruk, namun hal ini hanya bersifat sementara saja. Bantuan pangan ini bisa meningkatkan status gizi balita yang menderita gizi buruk, tetapi jika bantuan pangan berhenti, mereka kembali menurun status gizinya, karena di wilayah kami memang masyarakatnya sebagian besar keluarga miskin, sehingga tidak mampu mencukupi kebutuhan gizi balitanya.” (Tambelangan, 17 Februari 2006)

Sebagai ilustrasi berdasarkan hasil wawancara diatas, respon manfaat kebijakan penanggulangan gizi buruk yang diberikan kepada puskesmas sudah terasa ada manfaatnya, hanya saja bantuan tersebut masih kurang jumlahnya, karena langsung di droping oleh Dinas Kesehatan, tidak berdasarkan jumlah sasaran yang ada di lapangan, disamping itu bantuan pangan hanya bersifat sementara/ jangka pendek.

Sementara itu untuk Pemerintah Kabupaten juga akan memperoleh manfaat, karena keberhasilan implementasi kebijakan ini akan menunjukkan kinerja Pemerintah Kabupaten dalam memberikan pelayanan publik yang terbaik kepada masyarakat khususnya di bidang kesehatan.

6.1.4 Deviasi yang terjadi dalam penyampaian kebijakan

Adanya hirarki yang jelas, bahwa puskesmas berada di bawah Dinas Kesehatan, sehingga seringkali kebijakan yang telah dirumuskan disampaikan melalui surat edaran/surat resmi kepada setiap Puskesmas, akibatnya juga muncul deviasi dalam implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk ini. Kebijakan yang dikeluarkan Dinas Kesehatan tidak 'nyambung' dengan kebijakan yang dikeluarkan oleh Puskesmas, sehingga munculnya deviasi. Hal ini seperti yang terangkum dalam wawancara dengan Kepala Seksi Gizi Dinas Kesehatan, sebagai berikut :

“ Kebijakan Bantuan pangan atau MP-ASI hanya diberikan kepada balita yang di bawah garis merah (BGM) dari keluarga miskin saja, namun kenyataan yang terjadi seperti di Puskesmas Tambelangan, semua Balita BGM baik dari keluarga miskin dan yang tidak miskin diberikan PMT, sehingga PMT harusnya untuk 90 hari makan, hanya cukup untuk satu bulan saja “, sebenarnya petunjuk teknis pelaksanaan pemberian MP-ASI sudah dibagikan ke seluruh Puskesmas “ (Sampang, 16 Februari 2006)

Puskemas Tambelangan mengambil kebijakan sendiri terkait pemberian MP-ASI tersebut, memang dibenarkan oleh Kepala Puskesmas Tambelangan, yang dalam wawancaranya sebagai berikut :

“ Kami mengambil kebijakan sendiri untuk pendistribusian MP-ASI kepada semua Balita yang BGM baik GAKIN maupun tidak GAKIN, karena jika tidak diberikan bantuan tersebut keluarga yang tidak Gakin menjadi iri dan tidak mau datang keposyandu untuk penimbangan. Jika terjadi kekurangan paket MP-ASI, maka akan kami ambilkan dana dari JPKBBM yang jumlahnya cukup untuk menanggulangi masalah tersebut. Sosialisasi dari Dinas Kesehatan yang kami terima biasanya hanya bentuk surat resmi yang

dikirimkan ke Puskesmas, jarang dilakukan pertemuan koordinasi untuk membahas kendala-kendala yang muncul, kalau ada kepentingan khusus baru dilakukan pertemuan yang sifatnya tidak tentu, kadang-kadang hanya 2 kali dalam satu tahun “
(Tambelangan, 17 Februari 2006)

Ketidak sinkronan kebijakan juga diambil oleh Puskesmas Kamoning, berdasarkan hasil wawancara dengan petugas gizi Puskesmas Kamoning, sebagai berikut :

“ Dalam menangani perawatan gizi buruk yang dilaksanakan oleh puskesmas, kami menggunakan tambahan dana dari JPKBBM, yaitu untuk pengadaan gelas ukur, bahan-bahan untuk membuat Modisko (makanan padat gizi) seperti susu laktogen, minyak dan gula, dengan harapan keluarga yang menderita gizi buruk dapat mengolah sendiri makanan padat gizi, jadi tidak tergantung terhadap bantuan pangan yang selama ini mereka terima “
(Sampang, 17 Februari 2006)

Ujung tombak pengelolaan penanggulangan gizi buruk ini adalah ditingkat puskesmas, sementara itu kapasitas dan kemampuan pengelolaan petugas yang melaksanakan program ini masih belum memenuhi standar kompetensi yang dibutuhkan. Hal ini relevan dengan pendapat yang disampaikan dalam wawancara dengan Kepala Seksi Gizi Dinas Kesehatan, sebagai berikut :

“Petugas gizi puskesmas sebagai pengelola program penanggulangan gizi, belum sepenuhnya menguasai pengelolaan program ini, baik dari segi teknis maupun administrasi, misalnya dalam pelaporan masih semrawut dan sering salah, form pelaporan tidak diisi semua. Dari segi teknis, petugas gizi puskesmas juga belum terampil melakukan penyuluhan dan belum terampil membuat makanan padat gizi seperti modisco, walaupun pernah dilakukan pelatihan penatalaksanaan gizi buruk “ (Sampang, 16 Februari 2006)

Hal ini diperkuat dengan pendapat yang relevan dari hasil wawancara dengan Suciati, Bidan Desa di desa Birem, Kecamatan Tambelangan :

“Saya rasa petugas gizi puskesmas seharusnya sering memberikan contoh penyuluhan di keluarga yang menderita gizi buruk sekaligus mempraktekan cara pembuatan makanan padat gizi seperti modisco, tetapi di wilayah kerja kami, petugas gizinya jarang melakukannya, yang sering justru meminta laporan hasil kegiatan posyandu, atau membagikan bantuan pangan ke bidan-bidan, mungkin hal ini dilakukan karena pengetahuan dan

kemampuan petugas gizi masih kurang, sehingga tidak percaya diri terhadap kemampuannya” (Birem, 17 Februari 2006)

Selain itu data mengenai deviasi dalam implementasi kebijakan ini nampak dalam hal pelaporan. Hal ini ditandai dengan tidak adanya pelaporan yang baik dan lengkap dari masing-masing Puskesmas, yang menyebabkan Dinas Kesehatan kurang memahami tentang pelaksanaan penanggulangan gizi buruk di masing-masing puskesmas. Hal ini relevan dengan pernyataan Subagio sebagai Kasie Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, dalam sebuah wawancara sebagai berikut :

“...walaupun sudah diberikan surat permintaan untuk memberikan data dan informasi serta laporan yang lengkap tentang penanggulangan gizi buruk kepada setiap Puskesmas, tampaknya tidak ada respon yang baik diberikan oleh petugas gizi puskesmas, karena berbagai alasan, seperti sibuk, belum selesai mengalokasikan sasaran, menunggu laporan dari bidan desa ataupun merangkap tugas yang lain...” (Sampang, 17 Februari 2006)

Uraian diatas menunjukkan telah terjadi deviasi dalam penyampaian kebijakan penanggulangan gizi buruk ini. Penyebab deviasi kebijakan ini karena berbagai hal, seperti ketidak mampuan pengelola, pemahaman yang tidak sama karena faktor lemahnya koordinasi, kurangnya kemampuan administrasi dan teknis dari pengelola. Hal ini tentunya berimplikasi akan mengakibatkan terjadinya kekurangsempurnaan implementasi kebijakan.

6.1.5 Penerimaan dan dukungan dari kelompok sasaran

Respon dari pihak Puskesmas dalam menerima dukungan bantuan ini sudah baik. Hal ini ditunjukkan dengan instensifnya permintaan bantuan dan dukungan kepada Dinas Kesehatan baik berupa data dan informasi, bimbingan teknis, tambahan bantuan pangan, bantuan suplemen gizi dan lainnya serta tentunya juga permintaan tambahan anggaran operasional. Hal ini relevan dengan

pernyataan Kepala Sub Dinas Kesehatan Keluarga dalam sebuah wawancara, sebagai berikut :

“Respon Pihak Puskesmas dalam pemberian dukungan dan bantuan gizi , sejauh ini bagus, mereka minta data dan informasi serta bantuan anggaran , bahkan mengajak kami peninjauan ke masyarakat yang menderita gizi buruk dan sebagainya...” (Sampang, 15 Februari 2006)

Hal ini dapat dipahami bahwa bentuk bantuan yang sifatnya ‘tidak mengikat’ ini mendapat respon positif dari kelompok sasaran (Puskesmas) Seperti dari hasil wawancara dengan aparat kesehatan di Puskesmas Kamoning dan Puskesmas Tambelangan yang rata-rata menyatakan dukungan terhadap kebijakan Dinas Kesehatan dalam pemberian dukungan kepada Puskesmas dalam pengelolaan Program penanggulangan gizi buruk. Adapun alasan yang secara umum mereka sampaikan adalah karena kondisi mereka yang masih terdapat kekurangan untuk beberapa hal terutama kualitas dan kuantitas personil, sarana dan prasarana serta anggaran dalam penanggulangan gizi buruk

6.2 Faktor Organisasi (*Organization Factors*)

6.2.1 Struktur Organisasi serta manajemennya

Struktur implementasi kebijakan dalam organisasi pelaksana, dilaksanakan oleh unit-unit kerja yang dibentuk berdasarkan dan berbasis fungsi atau manajemen (*building organization by function/management*). Dalam pelaksanaan berbagai kegiatan, seperti dijelaskan dalam bab sebelumnya dilaksanakan berdasarkan tugas pokok dan fungsi masing-masing unit kerja (Subdinas Kesehatan Keluarga, Kasie Gizi, Kepala Puskesmas, Petugas Gizi Puskesmas dan Bidan Desa) yang ada dalam organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang. Seperti dukungan bantuan pangan, bantuan teknis , dan anggaran serta menyiapkan fasilitas pelayanan untuk perawatan gizi buruk yang dilaksanakan

oleh Subdinas Kesehatan Keluarga, perencanaan dan sosialisasi serta pemantauan dan evaluasi kegiatan yang dilaksanakan oleh Seksi Gizi, melaksanakan pengelolaan dan koordinasi dan memantau pelaksanaan kegiatan yang dilaksanakan oleh Kepala Puskesmas dan tenaga gizinya dan pelaksanaan pemberian bantuan tersebut di tingkat desa yang dilakukan oleh bidan desa di wilayahnya.

Adapun fungsi tenaga gizi puskesmas sebagai ujung tombak yang menyalurkan bantuan pangan, melakukan sosialisasi dan koordinasi di tingkat kecamatan serta melakukan pemantauan pelaksanaan kegiatan bantuan gizi di wilayah kerja Puskesmas dan menerima berbagai arus informasi, operasional di lapangan dalam bentuk pengecekan data, pengawasan dan evaluasi pelaksanaan dan pendistribusian bantuan ke tiap desa melalui koordiansai dengan bidan desa.

Adapun bidang tugas yang dimiliki Dinas Kesehatan Kabupaten dalam penanggulangan gizi buruk meliputi :

1. Menemukan dan mencegah serta menanggulangi gizi buruk
2. Melakukan perawatan gizi buruk sesuai standar tatalaksana gizi buruk
3. Meningkatkan kemampuan keluarga menuju Sadar Gizi
4. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (RS dan Puskesmas) untuk perawatan gizi buruk
5. Melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan penanggulangan gizi buruk

Semua kegiatan yang dilaksanakan dalam penanggulangan gizi buruk tersebut dikelola, dan mekanisme pengelolaannya melalui organisasi adalah berdasarkan tugas pokok dan fungsi masing-masing unit kerja, seperti yang telah diuraikan pada bab sebelumnya.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa bidang tugas yang dikerjakan atau dilaksanakan oleh organisasi semakin melebar/meluas, sehingga beban pekerjaan untuk melaksanakan berbagai kebijakan menjadi demikian banyak. Hal ini menuntut standar kompetensi yang tinggi dari personil yang ada, serta membutuhkan spesialisasi keahlian sesuai bidang tugas masing-masing, terlebih dari karakteristik bidang tugas yang ada walaupun semuanya termasuk keterbatasan sumberdaya yang dimiliki, tetapi masing-masing daerah mempunyai karakter yang berbeda.

Kelebihan yang dimiliki untuk mengimplementasikan kebijakan penanggulangan gizi buruk dalam struktur implementasi ini adalah dikarenakan sudah cukup pengalaman ketika masalah gizi buruk pernah menimpa negara kita di tahun 1997, dengan dikeluarkannya Inpres No. 8 Tahun 1999 tentang Gerakan Penanggulangan Masalah Gizi akibat diterpanya gelombang krisis ekonomi, sehingga *learning process* yang harus dijalankan secara organisasi tidak terlalu lama. Dan ini merupakan modal yang cukup berharga dalam mengimplementasikan kebijakan penanggulangan gizi buruk, terutama dalam kebijakan pemberian dukungan atau bantuan gizi, karena harus diiringi oleh sumberdaya organisasi yang mumpuni, guna lebih meyakinkan kelompok sasaran dalam 'mematuhi' kebijakan yang ditetapkan.

Sementara itu, manajemen pelaksanaan kebijakan penanggulangan gizi buruk dalam bentuk pemberian dukungan ke Puskesmas, secara operasional dilaksanakan oleh unit-unit pelaksana Teknis (UPT) dinas yaitu Puskesmas. Adapun fungsi Puskesmas demikian strategis sebagai ujung tombak pelayan kepada masyarakat dan menyampaikan berbagai data dan informasi serta

kegiatan-kegiatan lainnya kepada seluruh masyarakat di wilayah kerjanya. Dalam kenyataan sehari-hari pengelola gizi Puskesmas lebih banyak bekerja berhubungan dengan administrasi pencatatan dan pelaporan gizi, dibandingkan melakukan tugas pokoknya yaitu sebagai tenaga teknis yang menguasai masalah gizi, seperti diungkapkan oleh Abdullah Najih, Kepala Puskesmas Tambelangan dalam sebuah wawancara sebagai berikut :

“Hampir 80% pekerjaan yang dilakukan oleh tenaga gizi puskesmas adalah menyangkut pekerjaan yang berkaitan administrasi seperti membuat laporan, mendistribusikan bantuan gizi, membuat rekap SKDN, dll, Mereka seakan sangat sibuk dengan tugasnya, sehingga jarang melakukan tugas teknis, seperti penyuluhan, kunjungan ke masyarakat, pemantauan status gizi ataupun mempraktekkan cara membuat makanan padat gizi...”
(Tambelangan, 17 Februari 2006)

6.2.2 Kualitas dan kuantitas SDM dalam organisasi

Kualitas sumberdaya manusia memegang peranan penting dalam implementasi kebijakan, dimana akan sangat berpengaruh terhadap pencapaian tujuan yang ingin dicapai. Dalam pemberian dukungan kepada Puskesmas, kualitas sumberdaya organisasi dengan standar kompetensi yang mumpuni menjadi salah satu syarat keberhasilan dalam pencapaian tujuan kebijakan ini.

Seperti dijelaskan pada Bab sebelumnya, bahwa dalam menunjang melaksanakan tugas pokoknya, seksi gizi dilengkapi dengan satu unit komputer untuk pengolahan data, dan tenaga gizi ada 3 orang dengan latar belakang pendidikan D-III gizi sebanyak 2 orang (1 orang telah lulus SKM dan 1 orang lulus SE) dan yang 1 orang adalah Sarjana Sosial. Akan tetapi dengan struktur kebijakan yang bersifat pemberian dukungan atau bantuan, dimana hal-hal teknis merupakan bidang pekerjaan aparatur yang utama. maka aparatur yang secara dominan melaksanakan atau sebagai implementor kebijakan adalah aparatur yang

berlatar belakang pendidikan teknis. Berdasarkan data tersebut maka tenaga yang memiliki latar belakang pendidikan teknis sebanyak 67 %. Kualitas dan kuantitas tenaga di Seksi Gizi Dinas Kesehatan sudah mencukupi dan bukan merupakan masalah, karena tugas pokok dinas sebagai pengelola penanggulangan gizi dalam bentuk memberikan fasilitas dan bantuan kepada Puskesmas dalam program ini. Hal ini seperti yang dijelaskan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang dalam sebuah wawancara sebagai berikut :

“Sumberdaya manusia merupakan persoalan besar dalam mengimplemetasikan kebijakan Dinas, hal ini terjadi karena pertama bidang tugas yang sudah melebar,namun Dinas mempunyai tugas sebagai pengambil kebijakan dan memberikan dukungan dan fasilitas kepada Puskesmas sebagai implementor kebijakan,Dengan adanya kebijakan minus growth dalam struktur kepegawaian Pemda, sehingga tenaga gizi yang ada dimanfaatkan dengan optimal, dan sampai saat ini belum menjadi masalah, yang menjadi persoalan justru jumlah dan kualitas tenaga implementor di Puskesmas yang hampir 75 % berpendidikan teknis setara D-I Gizi, sehingga perlu peningkatan kualitas dan kuantitasnya....”(Sampang, 15 Februari 2006)

Hal mengenai persoalan sumberdaya manusia ini dipertegas oleh Kasie Gizi Dinas Kesehatan dalam sebuah wawancara sebagai berikut :

“Dengan bidang tugas yang semakin meluas, sangat dibutuhkan kualitas tenaga teknis yang mempunyai keahlian di bidang gizi,...untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan teknis tenaga gizi puskesmas sebagai implementor, maka dinas kesehatan memberikan pendidikan dan pelatihan teknis secara bertahap dengan anggaran dana dibantu oleh pihak Dinas Kesehatan. Dalam tahun 2004, telah dilakukan pendidikan dan pelatihan tentang penatalaksanaan gizi buruk yang diikuti oleh seluruh tenaga gizi puskesmas dan 1 bidan desa dari masing-masing puskesmas “ (Sampang, 16 Februari 2006)

Dari uraian diatas, nampaknya kuantitas sumberdaya manusia yang ada dan dimiliki oleh Dinas Kesehatan dalam rangka mengimplementasikan kebijakan penanggulangan gizi buruk dalam pemberian dukungan kepada puskesmas menghadapi tantangan yang berat, yaitu dari kualitas dan kuantitas tenaga implementornya di tingkat puskesmas. Kiat sementara Dinas Kesehatan dalam

menghadapi masalah ini adalah dengan memanfaatkan personil yang ada dan merekrut tenaga kerja kontrak yang pendidikan teknis gizi dan memberikan pendidikan dan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan teknis tenaga yang telah dimiliki.

6.2.3 Dukungan sarana dan prasarana

Untuk menyukseskan implementasi kebijakan ini, birokrasi sebagai implementornya membutuhkan dukungan sarana dan prasarana. Jumlah sarana dan prasarana yang disediakan dalam rangka mendukung implementasi kebijakan pemberian dukungan dapat dilihat dari pengembangan dan pembangunan sarana dan prasarana yang diadakan. Pada bab sebelumnya telah diuraikan bahwa dukungan yang diberikan kepada Puskesmas sebagian besar berupa bantuan pangan, suplemen gizi dan biaya operasionalnya, namun untuk dukungan sarana khususnya dalam kegiatan posyandu masih sangat kurang. Hal ini seperti yang disampaikan oleh Erna Sukmawati, petugas gizi Puskesmas Kamoning dalam wawancaranya sebagai berikut :

“ Untuk kegiatan posyandu, memerlukan sarana timbangan dacin, sarung timbang, liflet untuk penyuluhan, sarana pencatatan dan biaya operasional setiap penimbangan, namun bantuan yang diterima dari Dinas Kesehatan sejak 5 tahun yang lalu hanya sejumlah 10 paket dacin dan sarung timbang, serta 9 paket kit posyandu, padahal jumlah posyandu di wilayah kerja kami ada 30 posyandu. Biaya operasional setiap penimbangan belum pernah mendapatkan bantuan dari Dinas Kesehatan “ (Sampang, 15 Februari 2006)

Berbeda dengan apa yang disampaikan oleh Edi Sucipto, petugas gizi dari Puskesmas Tambelangan, yang dalam wawancaranya sebagai berikut :

“ Sarana penimbangan seperti dacin, sarung timbang, alat-alat penyuluhan, kami mendapat bantuan dari Dinas Kesehatan sebanyak 50 % saja, tetapi untuk mencukupi kekurangan sarana penimbangan, kami mendapat bantuan dari APBN yaitu program Revitalisasi Posyandu pada tahun 2004, sehingga semua posyandu telah memiliki sarana penimbangan dan alat peraga penyuluhan cukup lengkap “ (Tambelangan, 17 Februari 2006)

Dari data diatas terlihat bahwa jumlah dana yang dialokasikan untuk pengadaan sarana dan prasarana dalam program penanggulangan gizi buruk masih sangat kurang. Bantuan Dana yang cukup besar senilai Rp. 430.807.500,- semuanya digunakan untuk biaya operasional dan pengadaan bantuan pangan dan bantuan suplemen gizi atau obat-obatan saja, sehingga dana yang digunakan untuk melengkapi sarana dan prasarana penimbangan masih belum dianggarkan.

6.2.4 Alokasi dana

Seperti sudah dijelaskan pada bagian sebelumnya, sumber dana untuk penanggulangan gizi buruk ini berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Sampang. Bantuan dana dari pihak lain tidak berupa uang tetapi berupa bahan atau barang seperti : bantuan beras keluarga miskin, bantuan biskuit dan entrasol dari APBD Provinsi, bantuan dana revitalisasi posyandu dari APBN, serta bantuan dari LSM juga berupa bahan pangan.

Model pengalokasian dana untuk kegiatan yang sudah disendirikan, sehingga pengelolaannya bisa lebih terfokus dan tidak tumpang tindih dengan bidang lain. Dana penanggulangan gizi buruk sudah menjadi mata anggaran tersendiri yang dikelola oleh Seksi Gizi, hal ini menunjukkan bahwa masalah penanggulangan gizi buruk sudah menjadi perhatian dari Pemerintah Kabupaten Sampang, jumlah total anggaran yang telah disediakan untuk program penanggulangan gizi buruk tahun 2004 mencapai Rp. 430.807.500,- agar keberhasilan pencapaian program ini dapat sesuai dengan target yang di harapkan.

BAB 7

ANALISIS FAKTOR –FAKTOR YANG MEMPENGARUHI IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENANGGULANGAN GIZI BURUK

Seperti telah diuraikan pada Bab sebelumnya, dalam definisi operasional, bahwa faktor-faktor kebijakan yang dianggap mempengaruhi implementasi penanggulangan gizi buruk adalah faktor kebijakan, faktor organisasi dan faktor lingkungan. Guna mengelaborasi ketiga faktor itu, maka pengukurannya didasarkan kepada indikator beserta tolok ukur yang akan diuraikan sebagai berikut :

7.1 Faktor Kebijakan :

7.1.1 Tujuan Kebijakan

Untuk mengetahui faktor tujuan kebijakan yang mempengaruhi implementasi kebijakan, peneliti akan mengkaji dari indikator yakni apakah tujuan kebijakan penanggulangan gizi buruk telah dirumuskan secara jelas dalam kebijakan sehingga memudahkan para pelaksana dalam mengimplementasikannya.

Tingkat kejelasan dan konsistensi tujuan kebijakan

Sudah dinyatakan sebelumnya bahwa kebijakan penanggulangan gizi buruk Di Kabupaten Sampang secara substansial terdiri dari 3 hal yakni kebijakan dalam bentuk pemberian bantuan operasional untuk menemukan kasus gizi buruk, pemberian bantuan pangan dan gizi untuk dan kebijakan dalam perawatan gizi buruk dan bentuk bantuan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan untuk perawatan gizi buruk. Dari 3 bentuk kebijakan itu, secara normatif bentuk pemberian dukungan kepada puskesmas sudah jelas dan konsisten. Artinya, bahwa bentuk kebijakan ini mempunyai tujuan yang sudah

sejalan dan sesuai dengan kewenangan yang dimiliki oleh Pemerintah Kabupaten sesuai dengan UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.

Perumusan tujuan kebijakan penanggulangan gizi buruk ini merupakan penjabaran dari Arah Kebijakan Umum Kabupaten Sampang khususnya dalam bidang Pembangunan Sumber Daya Manusia, khususnya meningkatkan program Perbaikan Gizi Masyarakat yang salah satu kegiatannya adalah Penanggulangan kejadian Gizi Buruk.

Sedangkan bentuk kebijakan dalam pemberian fasilitas pelayanan kesehatan, seperti sarana penimbangan menimbulkan ketidakjelasan dan mengakibatkan adanya persepsi tentang ketidakconsistenan Kabupaten terhadap kewenangan yang ada. Kejelasan dan kekonsistenan tujuan kebijakan dalam bentuk pemberian dukungan kepada Puskesmas, tidak serta merta menjadikan tujuan kebijakannya dapat tercapai dengan baik. Dalam konsteks saat ini, tanpa adanya kesepakatan yang jelas antara dinas terkait terhadap peran dan fungsinya, akan menghambat pencapaian tujuan kebijakan. Dalam penegasan konsep penanggulangan gizi buruk yang melibatkan berbagai sektor yang terkait dengan prinsip kemitraan, baik di tingkat kabupaten maupun ditingkat puskesmas misalnya, ternyata tidak semua puskesmas mengakomodir konsep itu dalam kebijakan di wilayahnya masing-masing. Hal ini akan menimbulkan kerancuan dalam pelaksanaan kebijakannya. Hal ini relevan dengan yang disampaikan oleh Kasie Gizi Dinas Kesehatan yang dalam wawancaranya sebagai berikut :

“Tujuan kebijakan penanggulangan gizi buruk adalah menemukan, mencegah menanggulangi /merawat serta meningkatkan status gizi masyarakat dengan prinsip kemitraan dan pemberdayaan masyarakat, namun di dalam kegiatan penyusunan rumusan kebijakan sektor lain yang terkait belum sepenuhnya dilibatkan “ (Sampang, 16 Februari 2006)

Gambaran diatas menunjukkan, bahwa permasalahan yang diakibatkan oleh faktor tujuan kebijakan mutlak diperlukan untuk ditangani secara mendasar, karena hal ini berkaitan dengan masalah substansi kebijakannya. Oleh karena itu, kebijakan penanggulangan gizi buruk, harus dirumuskan tujuan kebijakan secara bersama antara pihak yang terkait dan pihak Puskesmas sebagai Implementor kebijakan ini, baik secara konseptual maupun operasional dalam bentuk kesepakatan yang baku antara semua yang terlibat, guna meningkatkan kinerja kebijakan penanggulangan gizi buruk sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan

Ada tidaknya keterlibatan *stakeholders* dalam penyusunan kebijakannya

Seperti diuraikan pada bagian implementasi kebijakan, bahwa dalam perumusan tujuan kebijakan telah dilakukan secara bersama-sama dengan para pihak yang berkepentingan (*stakeholders*) seperti Dinas Sosial, Dinas Pertanian, Pihak Puskesmas, dan instansi terkait lainnya. Selanjutnya proses yang sama juga ditempuh dalam perumusan peraturan pelaksanaan seperti dalam penyusunan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknisnya. Namun demikian pihak-pihak yang terlibat dalam penentuan tujuan kebijakan ini, hanya sekedar formalitas saja, dan belum berperan aktif, seperti apa yang disampaikan oleh Kepala Dinas Kesehatan yang dalam wawancaranya sebagai berikut :

“ Setiap pertemuan koordinasi dan rapat-rapat dalam menentukan kebijakan, semua pihak kami undang, tetapi yang hadir belum berperan aktif, sehingga kerjasama lintas sektoral yang sangat dibutuhkan dalam penanggulangan gizi buruk masih sangat lemah “ (Sampang, 17 Februari 2006)

Dari gambaran itu, diketahui bahwa dalam penentuan tujuan kebijakan telah dilakukan melalui proses kebersamaan diantara beberapa pihak/instansi yang berkepentingan. Keterlibatan *stakeholders* dalam perumusan kebijakan ini

merupakan modal dan dukungan yang kuat guna keberhasilan implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk. Tapi dukungan itu akan sia-sia jika tidak diiringi oleh kesepakatan operasional yang melibatkan seluruh pihak untuk dilaksanakan secara utuh, dan dengan kuat mengikat semua pihak yang terkait.

Tingkat kewenangan masing-masing pihak yang terlibat

Kewenangan akan selalu berkait dengan hak seseorang dalam suatu jabatan formal untuk membuat, melaksanakan dan menetapkan sanksi atas pelanggaran keputusan yang telah ditetapkan. Tanpa adanya kewenangan yang cukup, implementor tidak dapat melakukan tindakan-tindakan tertentu untuk mencapai tujuan kebijakan. Artinya, kewenangan merupakan salah satu hal yang penting dalam pengimplementasian suatu kebijakan. Dalam konteks penanggulangan gizi buruk ini, lingkup kewenangan yang dimiliki Pemerintah Kabupaten adalah lingkup urusan yang telah dilimpahkan atau menjadi tanggung jawabnya.

Dalam kebijakan pemberian dukungan bantuan pangan dan operasional , lingkup kewenangan Pemerintah kabupaten secara yuridis telah menjadi kewenangannya. Hal itu sesuai ketentuan dalam PP No. 25/2000 , Kep Menkes No 1457/Menkes/SK/X/2003 dan SK Gubernur Jawa Timur No. 27 Tahun 2004 tentang SPM Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Timur . Kondisi demikian menjadikan Pemerintah kabupaten memiliki keleluasaan kewenangan dalam mengimplementasikan kebijakan pemberian dukungan dan penyediaan fasilitas dalam penanggulangan gizi buruk di seluruh puskesmas di wilayah kabupaten.

Akibatnya dalam implementasi kebijakan yang telah ditetapkan itu, tidak memuat mengenai bentuk sanksi yang jelas atau dengan kata lain tidak ada aturan yang mengikat secara ketat dalam pemenuhan berbagai ketentuan yang ditetapkan itu. Pada akhirnya kondisi itu melemahkan implementasi kebijakannya.

Ada tidaknya Juklak dan Juknis dalam penanggulangan gizi buruk

Seperti telah diuraikan sebelumnya, pengaturan lebih lanjut mengenai penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang dilaksanakan berdasarkan petunjuk pelaksanaan (Juklak) dan petunjuk teknis (Juknis) yang telah ditetapkan dengan SK Menkes No. 1091/Menkes/SK/X/2004, yang berisi petunjuk pelaksanaan mengenai tata cara penanggulangan gizi buruk secara lebih detail. Secara operasional petunjuk pelaksanaan itu merupakan media yang penting dalam tindak lanjut kebijakan. Tapi hal ini juga sangat bergantung kepada kualitas kebijakannya sendiri. Ketika suatu kebijakan telah dirumuskan dengan baik dan telah mampu menjembatani berbagai kepentingan, maka petunjuk pelaksanaan pun sebagai media operasionalisasi kebijakan akan menjadi hal penting. Tetapi ketika suatu kebijakan secara substansi tidak jelas, maka petunjuk pelaksanaan pun akan menjadi sia-sia, karena tidak dapat dioperasionalisasikan.

Dalam konteks kebijakan penanggulangan gizi buruk ini, juklak yang ada dapat secara jelas menjabarkan operasionalisasi dari bentuk kebijakan dalam pemberian pedoman, bimbingan teknis, pelatihan, arahan dan supervisi serta bantuan pangan dan anggaran .

Dari keempat tolok ukur diatas, peneliti melihat bahwa dari indikator tujuan kebijakan penanggulangan gizi buruk, nampak masih terdapat kelemahan baik secara substansial maupun prosedural, terutama untuk kebijakan dalam

bentuk pemberian fasilitasi pelayanan kesehatan. Sementara untuk kebijakan dalam pemberian dukungan bantuan pangan dan bantuan teknik operasional kepada Puskesmas, tujuannya dapat dikatakan sudah jelas karena didahului oleh tingkat kewenangan yang jelas untuk Kabupaten, proses perumusan kebijakannya sudah dilakukan dengan melibatkan pihak lain dan pihak puskesmas sebagai implementornya, dan terakhir dalam operasionalisasi kebijakannya sudah mempunyai petunjuk pelaksanaan.

7.1.2 Sikap/Persepsi dari Para Pelaksana

Ada tidaknya kesamaan persepsi diantara para pelaksana kebijakan

Untuk mengetahui kesamaan persepsi diantara para pelaksana kebijakan, di tingkat Kabupaten dapat dilihat dari hasil wawancara dengan Kasie Gizi Dinas Kesehatan kabupaten sampang sebagai berikut :

“secara umum persepsi para pelaksana terhadap kebijakan penanggulangan gizi buruk sudah nyambung...”, memang dalam beberapa hal ada deviasi terhadap kebijakan yang telah ditetapkan, namun tidak menjadi kendala dalam implementasi kebijakan ini (Sampang, 17 Februari 2006)

Hal ini didukung oleh pendapat Kasubdin Kesehatan Keluarga dalam wawancaranya sebagai berikut :

“Persepsi pelaksana kebijakan di tingkat Kabupaten dapat saya katakan tidak ada masalah, karena tugas mereka secara umum hanya melakukan koordinasi program, dan tidak secara langsung memberikan pelayanan kepada masyarakat, di samping itu jumlah tenaga di seksi gizi Dinkes Kabupaten hanya sedikit “ (Sampang, 17 Februari 2006)

Pendapat yang sama tentang hal ini juga disampaikan oleh Kepala Puskesmas Kamoning, dalam sebuah hasil wawancara sebagai berikut :

“Persepsi para pelaksana di Puskesmas memandang bahwa program penanggulangan gizi buruk bukan hanya sekedar untuk menggugurkan kewajibannya sebagai petugas kesehatan, mereka memandang program ini dapat membantu menyiapkan generasi muda yang berkualitas, walaupun

dalam pelaksanaannya kadang bervariasi, tetapi tidak menyimpang dari prinsip utamanya yaitu mencegah dan memulihkan status gizi balita gizi buruk” (Sampang, 16 Februari 2006)

Diketahui bahwa seiring terjadi perubahan kewenangan Pemerintah Kabupaten setelah pelaksanaan otonomi Daerah, maka kesadaran para pelaksana tentang perubahan jenis tugas dan fungsi yang harus dilaksanakan menjadi berubah. Implikasi dari itu adalah adanya perubahan cara pandang terhadap bidang tugas atau tanggung jawab yang ada sekarang. Dalam cara pandang atau persepsi para pelaksana terhadap kebijakan penanggulangan gizi buruk, dari informasi diatas dapat dikatakan sudah sama. Hal ini dikarenakan adanya korelasi yang kuat dengan berubahnya jenis tugas dan fungsi dari para pelaksana itu, selain itu mereka memandang bahwa dalam melaksanakan tugas program penanggulangan gizi buruk ini, tidak hanya sekedar melaksanakan kewajibannya, tetapi juga tuntutan sosial bahwa program ini dapat membantu menyiapkan generasi muda yang berkualitas dengan status gizi yang baik.

Tingkat keyakinan, pemahaman dan komitmen terhadap implementasi kebijakan

Untuk mengetahui keyakinan, pemahaman dan komitmen pelaksana dalam melaksanakan kebijakan yang ada dapat diketahui dari kepatuhan dan kedisiplinan pelaksana dalam menjalankan tugasnya sesuai dengan peraturan yang ada. Tentang hal diatas, informasinya dapat diketahui dari hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas Kamoning, sebagai berikut :

“sulit merubah kebiasaan, dari kerja kita yang dulu kepada tantangan ke depan, ...dulu pelayanan gizi merupakan tugas rutin....kebiasaan yang rutin itu terhadap yang konsep yang baru dimana tantangan terhadap berbagai hal akhirnya kita dituntut, ini tidak terjadi...ditambah dengan tidak dijabarkannya apa yang telah menjadi konsep dan kebijakan dari pimpinan..” (Sampang, 14 Februari 2006)

Hal ini diperkuat dengan pernyataan Kepala Puskesmas Tambelangan yang dalam sebuah hasil wawancara sebagai berikut :

“Pada prinsipnya petugas gizi dan bidan sebagai pelaksana kebijakan sudah memahami akan tugas dan kewajibannya, namun dalam pelaksanaannya kurang aktif dan hanya melaksanakan tugas rutinas seperti biasanya, misalnya untuk menentukan sasaran program bantuan pangan, mereka cenderung menunggu, kalau bidan desa terlambat mengirim laporan, otomatis distribusinya juga terlambat diselesaikan ” (Tambelangan, 15 Februari 2006)

Dari informasi itu, diketahui bahwa terdapat deviasi pemahaman, keyakinan dan komitmen yang cukup lebar diantara para pelaksana sebagai adanya perubahan jenis pekerjaan yang mereka hadapi. Sebagai sebuah konsep baru, para pelaksana belum bergeser pola lakunya dari kebiasaan lama atau pola pikirnya masih lama. Hal ini relevan dengan pendapat Kepala Seksi Gizi Dinas Kesehatan dalam wawancaranya sebagai berikut :

“Petugas gizi puskesmas dituntut untuk lebih berperan aktif menghadapi tantangan pekerjaan, kalau ada sesuatu yang tidak jelas dapat segera melakukan koordinasi dengan kami atau dengan bidan desanya, namun kenyataannya mereka pasif dan menunggu hasil laporan kegiatan yang dilakukan oleh bidan desa, sehingga sering mengirim laporan terlambat dan tidak lengkap ke Dinas Kesehatan” (Sampang, 14 Februari 2006)

Dari dua tolok ukur diatas diketahui, walaupun para pelaksana kebijakan itu memiliki persepsi yang sama terhadap jenis kebijakan yang ditetapkan, akan tetapi tingkat keyakinan, pemahaman dan komitmen dalam melaksanakan kebijakan itu masih dipengaruhi oleh kebiasaan lama yang pasif, yaitu hanya melakukan kegiatan administrasi saja, seperti membuat laporan, atau SPJ , sehingga penerjemahan kebijakan penanggulangan gizi buruk kedalam kegiatan rutin para pelaksana masih lemah.

7.2 Faktor Organisasi

7.2.1 Struktur Organisasi

Adanya pembagian tugas yang jelas

Untuk mengetahui ada tidaknya pembagian tugas yang jelas dalam implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk, tolok ukur yang digunakan adalah :

Struktur kelembagaan pelaksana

Seperti telah diuraikan pada bagian sebelumnya, struktur organisasi pelaksana kebijakan penanggulangan gizi buruk, yakni struktur kelembagaan yang secara otomatis melekat dengan tupoksi masing – masing bagian dari Dinas untuk kebijakan pemberian dukungan. Dalam kebijakan pemberian dukungan kepada Puskesmas , struktur pelaksana dibangun atas dasar manajemen, yang bekerja menurut pola penanggulangan gizi buruk . Contoh, untuk pelaksanaan Pelacakan kasus gizi buruk pengendalian berada di Subdin Kesehatan Keluarga, sedangkan sebagai pelaksana di tingkat kabupaten adalah seksi gizi dan implementor di tingkat puskesmas adalah petugas gizi puskesmas. Dilihat dari sisi fungsi, struktur ini menggambarkan adanya pembagian tugas yang jelas antar bagian atau unit kerja yang satu dengan unit kerja lainnya.

Tingkat kesesuaian dan kelengkapan pembagian kerja dan uraian tugas (tupoksi)

Dalam kaitannya dengan pembagian kerja yang jelas, tingkat kesesuaian dan kelengkapan pembagian kerja beserta uraian tugasnya menjadi penting. Hal ini terkait dengan bermacam-macam bidang tugas yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan kabupaten sampang Dalam kebijakan penanggulangan gizi buruk, pemberian dukungan kepada Puskesmas, kesesuaian dan kelengkapan pembagian kerja dan uraian tugas mengacu kepada Keputusan Bupati tentang Tugas Pokok

dan Fungsi Dinas-Dinas Kabupaten , dan tentang Tugas Pokok dan Fungsi Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan dalam hal ini adalah Puskesmas. Dari hasil telaahan, diketahui bahwa ketentuan yang tercantum dalam SK Bupati itu telah menetapkan dengan tegas uraian tugas, kewajiban serta tanggung jawab masing-masing unit kerja.

Hal ini dapat mengakibatkan adanya tumpang tindih dan kesimpangsiuran pelaksanaan tugas antar pihak yang terlibat. Dari dua tolok ukur diatas diketahui bahwa secara normatif, pembagian tugas antar unit kerja dalam struktur pelaksana kebijakan pemberian dukungan kepada Puskesmas telah diatur secara jelas dalam ketentuan tugas pokok dan fungsi masing-masing unit kerja. Sedangkan pembagian tugas dalam struktur pelaksana, pembagian tugasnya bersifat umum dan tidak dirinci kedalam satuan tugas masing-masing anggota, sehingga mengakibatkan adanya kelemahan dalam implementasi kebijakannya.

Adanya pendelegasian wewenang

Untuk mengetahui ada tidaknya pendelegasian wewenang dalam implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk, tolok ukur yang digunakan adalah :

Tingkat kejelasan pendelegasian wewenang dalam struktur organisasi Dinas

Dalam Dinas pelaksana kebijakan penanggulangan gizi buruk, bentuk pendelegasian wewenang dalam struktur organisasi Dinas terdiri dari dua jenis. Pertama adalah pendelegasian wewenang dalam pelaksanaan kebijakan pemberian dukungan bantuan pangan dan suplemen gizi, dimana pendelegasian wewenangnya dilakukan sesuai uraian perkejaan atau tugas yang dikerjakan dan

sesuai dengan hierarki organisasi. Dalam arti, bahwa pendelegasian wewenang diberikan dari pimpinan kepada unit kerja, sesuai dengan tugas pokok dan fungsi dari unit kerja itu. Hal ini relevan dengan pernyataan itu, adalah hasil wawancara dengan Kasubdin Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan sebagai berikut :

“kami melaksanakan pekerjaan sesuai dengan tupoksi yang ada, pelimpahan kewenangan pekerjaan kepada tiap unit kerja didasarkan atas tupoksi masing-masing unit kerja yang ada...” (Sampang, 17 Februari 2006)

Dari uraian diatas, diketahui berdasarkan tolok ukur kejelasan pendelegasian wewenang dalam struktur organisasi pelaksana kebijakan penanggulangan gizi buruk, pendelegasian wewenang yang ada sudah cukup jelas. Baik untuk pendelegasian wewenang dalam bentuk pelimpahan pekerjaan sesuai tupoksi unit kerja, maupun pelimpahan wewenang secara lebih khusus, melalui surat keputusan pimpinan kepada bawahan

Adanya koordinasi dalam pelaksanaan tugas

Untuk mengetahui ada tidaknya koordinasi dalam implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk, tolok ukur yang digunakan adalah :

Tingkat koordinasi antara pelaksana dalam satuan unit kerja dalam melaksanakan tugas

Setelah terjadi pembagian tugas dan pelimpahan wewenang kepada unit kerja, maka koordinasi diperlukan dalam pelaksanaan tugas-tugas organisasi. Bentuk koordinasi yang ada di dalam pelaksanaan kebijakan penanggulangan gizi buruk dapat diketahui dari hasil wawancara dengan Kasubdin Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan , sebagai berikut :

“koordinasi internal dalam pelaksanaan tugas di Dinas dilakukan melalui cara rapat-rapat, maupun surat edaran dari Pimpinan atau unit kerja yang lain melalui nota dinas...” (Sampang, 17 Februari 2006)

Dari informasi itu, diketahui bahwa koordinasi sudah dilaksanakan antar unit kerja. Sedangkan untuk koordinasi dalam pelaksana kebijakan di tingkat puskesmas, tampaknya kurang terkoordinasikan dengan baik. Hal ini dapat diketahui dari hasil wawancara dengan salah satu anggota tim itu, yaitu Bidan Desa Birem, Kecamatan Tambelangan sebagai berikut

:“Petugas gizi puskesmas tidak melakukan koordinasi dengan kami sebagai pelaksana kebijakan di tingkat desa, sehingga sering terjadi pemberian bantuan pangan seperti biskuit menumpuk di tempat kerja kami, sementara kami tidak bisa menghabiskan bantuan tersebut, karena memang paket yang diberikan melebihi jumlah balita yang kurang gizi di wilayah kerja kami, mungkin mereka terlalu sibuk terhadap pekerjaan di puskesmas...” (Birem, 17 Februari 2006)

Dari uraian diatas dari tolok ukur tingkat koordinasi antara pelaksana kebijakan penanggulangan gizi buruk, diketahui bahwa tingkat koordinasinya sudah cukup baik, walaupun untuk koordinasi tim pelaksana di tingkat puskesmas koordinasinya masih terdapat kelemahan sebagai akibat kurangnya intensitas koordinasi .

Dari ketiga indikator yang digunakan untuk mengetahui penggunaan prinsip-prinsip organisasi dalam struktur organisasi guna pengimplementasian kebijakan penanggulangan gizi buruk , dapat peneliti katakan sebagai berikut : Untuk implementasi kebijakan dalam bentuk pemberian dukungan kepada Puskesmas, struktur organisasinya telah menggunakan prinsip-prinsip organisasi secara baik, hal ini ditandai oleh adanya pembagian tugas antar unit kerja yang jelas, yang diiringi oleh adanya pendelegasian wewenang kepada unit kerja dan didukung oleh tingkat koordinasi yang memadai antar unit kerja.

Sedangkan untuk implementasi kebijakan di tingkat puskesmas , prinsip-prinsip organisasi nampaknya masih belum digunakan secara baik. Hal ini

diperlihatkan oleh adanya kurang koordinasi antara pelaksana dalam struktur organisasi pelaksanaannya, yang mengakibatkan juga tingkat koordinasi pelaksanaan pekerjaan menjadi lemah.

7.2.2 Sumberdaya Organisasi

Sumberdaya manusia

Guna mengukur pengaruh sumberdaya manusia terhadap keberhasilan implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk, maka tolok ukurnya adalah :

Jumlah dan kemampuan pelaksana yang mempunyai spesialisasi Keahlian

Suatu kebijakan yang dirumuskan dengan baik, jelas dan konsisten, ketika diimplementasikan belum tentu memberikan hasil yang baik. Salah satu penyebabnya adalah ketika kebijakan itu tidak didukung oleh sumberdaya kebijakan yang memadai, sehingga dimungkinkan pelaksanaan kebijakan itu tidak optimal. Oleh sebab itu sumberdaya organisasi merupakan faktor yang penting yang akan berpengaruh dalam mengimplementasikan suatu kebijakan.

Berdasarkan data dari studi dokumentasi, maka tenaga yang memiliki latar belakang pendidikan teknis sebanyak 67 %. Kualitas dan kuantitas tenaga di Seksi Gizi Dinas Kesehatan sudah mencukupi dan bukan merupakan masalah, karena tugas pokok dinas sebagai pengelola penanggulangan gizi dalam bentuk memberikan fasilitas dan bantuan kepada Puskesmas dalam program ini. Hal ini seperti yang dijelaskan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang dalam sebuah wawancara sebagai berikut :

“Sumberdaya manusia merupakan persoalan besar dalam mengimplemetansikan kebijakan Dinas, hal ini terjadi karena pertama bidang tugas yang sudah melebar, namun Dinas mempunyai tugas sebagai pengambil kebijakan dan memberikan dukungan dan fasilitas kepada Puskesmas sebagai implementor kebijakan, Dengan adanya kebijakan minus growth dalam struktur kepegawaian Pemda, sehingga tenaga gizi

yang ada dimanfaatkan dengan optimal, dan sampai saat ini belum menjadi masalah, yang menjadi persoalan justru jumlah dan kualitas tenaga implementor di Puskesmas yang hampir 75 % berpendidikan teknis setara D-I Gizi, sehingga perlu peningkatan kualitas dan kuantitasnya....”
(Sampang, 15 Februari 2006)

Dari segi jumlah pelaksana program ini di tingkat puskesmas, berdasarkan keterangan sudah cukup memadai. Hal ini relevan dengan hasil wawancara dengan Kasie Gizi Dinas Kesehatan sebagai berikut :

“Berdasarkan data yang kami miliki diketahui bahwa dari 20 puskesmas, pelaksana gizinya berpendidikan minimal D-I gizi sebanyak 18 puskesmas (90 %). Permasalahannya karena tenaga di puskesmas terbatas, pelaksana gizi mempunyai tugas lain seperti sebagai sanitarian, bendahara, dll, sehingga menyebabkan waktu untuk mengelola program penanggulangan gizi buruk berkurang, contohnya keterlambatan mengalokasikan sasaran, frekuensi penyuluhan gizi berkurang, frekuensi kunjungan rumah balita gizi buruk juga berkurang ” (Sampang, 15 Februari 2006)

Walaupun pelaksana sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan teknis gizi (D-I Gizi), namun kenyataannya sebagian besar pengetahuan dan ketrampilannya belum memadai, hal ini relevan dengan penjelasan yang disampaikan oleh salah satu bidan Desa Birem, Kecamatan Tambelangan dalam wawancara sebagai berikut :

“Petugas gizi di Puskemas kami, jarang sekali memberikan penyuluhan langsung di posyandu, ataupun memberikan penyuluhan kepada kami bagaimana cara menyiapkan makanan padat gizi, seperti modisco, pengukuran status gizi balita, dll, ...,mereka lebih sering melakukan kegiatan bersifat administrasi saja, seperti meminta laporan hasil penimbangan, hasil pendistribusian bantuan pangan,...salah satu penyebabnya karena mereka tidak percaya diri dan pengetahuan dan ketrampilan bidang gizi yang kurang memadai” (Birem, 16 Februari 2006)

Hal ini diperkuat dengan penjelasan yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas Kamoning, yang dalam wawancaranya sebagai berikut :

“ Petugas gizi kami jarang melaksanakan penyuluhan ataupun demonstrasi membuat makanan padat gizi, baik langsung kepada masyarakat maupun bimbingan kepada bidan desa, karena memang pengetahuan dan

ketrampilannya masih kurang, walaupun pernah mengikuti pendidikan dan pelatihan tentang tata laksana gizi buruk yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten, sehingga perlu ditingkatkan melalui peningkatan jenjang pendidikan teknisnya ataupun dengan memperbanyak diklat “
(Sampang, 17 Februari 2006)

Dari keterangan yang diperoleh peneliti, ternyata untuk pelaksana di tingkat desa masih banyak hambatan. Hal ini relevan dengan hasil wawancara dengan salah satu bidan Desa Sareh Kecamatan Sampang, sebagai berikut :

” Saya belum memahami bagaimana cara menentukan status gizi balita yang tepat, cara menghitung kebutuhan gizinya, cara membuat makanan padat gizi (Modisco), materi penyuluhan gizi seimbang serta cara memantau perkembangan selama diberikan PMT, karena masalah penanganan gizi buruk ini bukan merupakan keahlian saya dan ini adalah tugas tambahan kami sebagai bidan desa, harusnya petugas gizi puskesmas yang sering memberikan bimbingan, waktu dan kemampuan kami terbatas, sehingga tidak cukup waktu untuk kunjungan dan memberikan penyuluhan kepada keluarga yang balitanya menderita gizi buruk ”
(Sareh, 16 Februari 2006)

George C Edward III (1980) menyatakan bahwa sumberdaya yang penting meliputi : personil yang memiliki pengetahuan dan kemampuan, informasi, kejelasan otoritas, dukungan dana serta sarana dan prasarana. Personil atau sumberdaya manusia merupakan sumberdaya paling esensial dalam implementasi kebijakan, karena kegagalan dalam pengimplementasian kebijakan banyak disebabkan kemampuan personil yang kurang handal. Jumlah personil yang banyak tidak menjamin suksesnya suatu kebijakan, apabila tidak diiringi oleh keterampilan dan keahlian.

Nampak dari data ini, jumlah pelaksana kebijakan di tingkat kabupaten sudah mencukupi, baik jumlah maupun kualitasnya, karena tugas Dinas Kesehatan sebagai pengambil kebijakan. Dari sisi kualitas sumberdaya manusianya, untuk penanggulangan gizi buruk pada umumnya pelaksana

kebijakan di tingkat puskesmas dari sisi kuantitas sudah mencukupi, namun dari sisi kualitas dapat dikatakan belum mencukupi, begitu juga pelaksana kebijakan di tingkat desa lebih banyak dibebankan kepada bidan desa yang tidak memiliki latar belakang pendidikan teknis gizi, karena sesungguhnya tugas pokok bidan adalah menolong persalinan, sehingga pengetahuan dan ketrampilannya masih kurang memadai dalam menjalankan kebijakan penanggulangan gizi buruk ini.

Dana

Guna mengukur pengaruh sumber dan alokasi dana terhadap keberhasilan implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk, maka tolok ukurnya adalah :

Jumlah dan sumber alokasi dana untuk melaksanakan kebijakan

Sumber dana untuk penanggulangan gizi buruk ini berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Sampang, baik bersifat anggaran rutin maupun pembangunan. Jumlah dana yang dialokasikan untuk menunjang kebijakan dalam bentuk pemberian dukungan penanggulangan gizi buruk kepada seluruh Puskesmas ini relatif besar yakni sebesar Rp. . 430.807.500,- pada tahun 2004. Sumber dana lain berasal dari : APBN, APBD Propinsi, APBD Kabupaten, LSM, JPKBMM, serta dari PKK, yang berbentuk bantuan bahan pangan, seperti yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya. Ini mencerminkan dukungan dana bagi keberhasilan pencapaian tujuan penanggulangan gizi buruk oleh Dinas sangat besar.

Sementara pelaksanaan kebijakan dalam pemberian fasilitasi penimbangan dan biaya oprasional penimbangan belum dianggarkan. Sumber dana dan prasana yang penting untuk kegiatan program penanggulangan gizi buruk meliputi :

- a. Biaya untuk pengadaan suplemen gizi yaitu :
 - ♣ Pemberian bantuan makanan (PMT) seperti : entrasol, biskuit, bahan membuat modisco
 - ♣ Obat-obatan : Kapsul Iodium, Tablet Tambah Darah (Fe), Zink Sulfat, Kapsul Vitamin A
- b. Biaya untuk pelatihan pelaksana (petugas gizi, bidan, kader posyandu)
- c. Biaya untuk supervisi dan pembinaan serta biaya untuk distribusi suplemen gizi tersebut.
- d. Biaya untuk koodinasi lintas sektoral dan lintas program
- e. Biaya pengobatan gratis balita gizi buruk, serta biaya hidup keluarganya selama di rawat di rumah sakit.
- f. Biaya pengadaan dan distribusi peralatan posyandu seperti : dacin, sarung timbang, sarana penyuluhan, lembar balik, KMS, dll (paket posyandu).
- g. Biaya untuk survei, penemuan kasus gizi buruk seperti : Survei GAKI, PSG (pemantauan Status Gizi), Survei konsumsi.

Berdasarkan informasi yang diperoleh, dana yang diperlukan untuk program penanggulangan gizi buruk masih sangat kurang. Hal ini relevan dengan pendapat yang dijelaskan oleh Kasie Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, dalam wawancaranya sebagai berikut :

"Dana untuk pengadaan PMT Pemulihan seperti Entrasol dan Biskuit diperoleh dari APBN yang hanya untuk 90 hari makan. Jika sudah lebih 90 hari makan, balita gizi kurang masih belum pulih, maka selanjutnya untuk program perbaikan gizinya menggunakan dana JPK Kompensasi BBM yang dikelola masing-masing puskesmas, misalnya untuk membuat modisco. Dana untuk pelacakan kasus gizi buruk hanya dianggarkan untuk 82 kasus saja, sedangkan biaya untuk PSG hanya mampu mencakup 2482 balita saja sebagai sasaran PSG, dan untuk Survei konsumsi tidak dianggarkan pada

tahun ini. Biaya untuk pengadaan obat-obat gizi juga sangat kurang, seperti pengadaan kapsul Iodium, Tablet Fe, hanya dapat mencukupi sangat sedikit sasaran sehingga pencapaian targetnya juga rendah ” (Sampang, 17 Februari 2006)

Dari uraian di atas dapat dijelaskan bahwa jumlah anggaran itu belum mencukupi untuk digunakan dalam penanggulangan gizi buruk baik untuk biaya operasional pelacakan kasus, pemberian bantuan pangan dan suplemen gizi maupun biaya untuk melengkapi fasilitas penimbangan posyandu, hal ini dapat mengganggu kualitas pelaksanaan kebijakan penanggulangan gizi buruk.

Fasilitas

Guna mengukur pengaruh dukungan fasilitas terhadap keberhasilan implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk , maka tolok ukurnya adalah :

Jumlah kelengkapan sarana penunjang

Dilihat dari sarana dan prasarana penunjang pelaksanaan kebijakan, dapat diketahui bahwa sarana dan prasarana di Dinas Kesehatan masih sangat kurang . Hal ini diperkuat dengan pendapat petugas gizi Puskesmas kamoning, yang menyatakan sebagai berikut :

“Sarana dan prasana posyandu yang kami miliki dari 60 posyandu yang ada, yang mempunyai dacin hanya 10 posyandu, sedangkan posyandu lainnya menggunakan timbangan injak milik masyarakat sendiri. Sarana lainnya seperti lembar balik, alat-alat penyuluhan, juga sangat kurang, termasuk alat-alat untuk demo makanan padat gizi seperti kompor, gelas ukur, dll juga belum lengkap” (Kamoning, 15 Februari 2006)

Dalam penelitian ini pengertian sumberdaya diberikan batasan kepada personil/SDM, dana serta fasilitas yang meliputi sarana dan prasarana yang mendukung implementasi kebijakan Program penanggulangan gizi buruk. Tanpa adanya dukungan dan sumberdaya itu, maka implementasi tidak akan efektif.

Dari tiga indikator sumberdaya kebijakan yang mendukung implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang diatas, untuk mengetahui apakah sumberdaya kebijakan itu memadai atau tidak dalam mendukung kebijakannya, dapat diuraikan sebagai berikut : dari aspek sumberdaya manusia, jumlah pelaksana kebijakan yang memiliki spesialisasi keahlian/ pendidikan teknis sudah cukup memadai, begitu juga jumlah pelaksana kegiatan di tingkat puskesmas. Sedangkan dari sisi kualitas pelaksana, dengan latar belakang pendidikan teknis, masih sangat kurang tingkat pengetahuan dan ketrampilannya dalam melaksanakan kebijakan dalam penanggulangan gizi buruk dan.

Sementara untuk dukungan dana, nampak bahwa alokasi dana untuk penyediaan dukungan baik berupa bantuan pangan, pengadaan sarana dan fasilitas penimbangan kepada Puskesmas masih sangat kurang memadai, sementara alokasi dana sebagian besar hanya untuk pengadaan bantuan pangan dan suplemen gizi serta biaya operasional pelacakan kasus gizi buruk saja, walaupun dalam pelaksanaannya belum maksimal, karena keterbatasan jumlah anggaran, sehingga akan mempengaruhi kualitas implementasi kebijakan ini.

7.2.3 Komunikasi

Komunikasi antara pelaksana dalam organisasi pelaksana kebijakan

Untuk mengukur indikator komunikasi ini, maka tolok ukurnya adalah sebagai berikut :

Tingkat komunikasi antara pelaksana dalam organisasi

Dalam pelaksanaan kebijakan penanggulangan gizi buruk, komunikasi mutlak diperlukan. Seperti diketahui komunikasi berupa penyampaian informasi,

dimana para pelaksana perlu memperoleh informasi yang jelas mengenai tugas dan kewajibannya, sehingga mereka benar-benar memahami cara-cara pelaksanaan tugas dengan sebaik-baiknya. Untuk mewujudkan itu, pimpinan atau atasan perlu melakukan komunikasi dengan baik kepada para pelaksana. Untuk mengetahui bagaimana komunikasi antara pimpinan/atasan kepada para pelaksana, dapat diungkap dari hasil wawancara dengan Kepala Sub Dinas Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan berikut ini :

“sebagai seorang pimpinan disini, saya berusaha menyampaikan perintah atau instruksi kepada staf, melalui berbagai cara, seperti rapim, raker, atau pada kesempatan-kesempatan lain seperti forum staf....dimana kita berbagai tentang berbagai hal yang ada di sekitar kita....” (Sampang, 15 Februari 2006)

Dari informasi itu, dapat diketahui bahwa terdapat intensitas komunikasi yang cukup tinggi antara atasan dengan bawahan. Walaupun dalam umpan balik yang dihasilkan tidak bisa sesuai dengan yang diharapkan. Hal ini terungkap dari hasil wawancara dengan Kepala Sub Dinas Kesehatan Keluarga selanjutnya :

“sebagian pelaksana tidak menjabarkan apa yang telah menjadi konsepnya pimpinan ..bahkan dalam bentuk kebijaksanaan....” (Sampang, 15 Februari 2006)

Dari pernyataan itu, dapat diketahui bahwa pengaruh dari hasil komunikasi antara pimpinan sebagai komunikator dengan pelaksana sebagai komunikan, tidak efektif. Hal ini ditunjukkan oleh umpan balik yang bersifat negatif pada sebagian pelaksana atau enggan untuk bertindak seperti apa yang diharapkan oleh pimpinan sebagai komunikator.

Komunikasi pelaksana kebijakan dengan unit organisasi lain yang terkait dalam implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk

Untuk mengetahui bagaimana komunikasi antara pelaksana dengan unit organisasi lain di Puskesmas, bisa diukur dengan tolok ukur :

Tingkat komunikasi antara pelaksana kebijakan dengan unit organisasi lain (di Puskesmas)

Dalam implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk , komunikasi terhadap unit organisasi di Puskesmas merupakan langkah strategis guna keberhasilan pencapaian tujuan kebijakan ini. Hal ini karena unit di Puskesmas merupakan faktor determinan, yang sangat mempengaruhi keberhasilan kebijakan. Komunikasi dalam hal ini dianggap sebagai media untuk memberikan pemahaman kepada Puskesmas tentang kebijakan penanggulangan gizi buruk. Saluran atau media dalam melakukan komunikasi itu adalah dengan cara diikutsertakannya aparat Puskesmas dalam berbagai kegiatan pendidikan dan pelatihan di bidang tata laksana gizi buruk, melaksanakan berbagai rapat koordinasi dan rapat kerja untuk membahas hal-hal yang berkaitan dengan penanggulangan gizi buruk dan juga mengikutsertakan aparat dari Puskesmas dalam berbagai program dan kegiatan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten. Hal diatas relevan dengan pernyataan Kepala Dinas Kesehatan dalam sebuah wawancara, sebagai berikut :

“.....yang saya fokuskan adalah pengetahuan para aparat di Puskesmas yaitu dengan cara memberikan pemahaman kepada mereka dengan media, pertama diklat yang kita selenggarakan,.....kedua, sesi dalam bentuk rapat-rapat yang kita undang istilahnya rapat kerja, ketiga yang disebut rapat-rapatkoordinasi, keempat keikutsertaan mereka kepada program-program kita” (Sampang, 15 Februari 2006)

Akan tetapi sekali lagi, nampaknya umpan balik yang dihasilkan juga kurang begitu maksimal. Walaupun respon mereka dalam bentuk pemberian

dukungan cukup baik, namun respon yang bersifat rutin kurang maksimal khususnya dalam bentuk pelaporan. Ditandai dengan terlambatnya pelaporan penanganan gizi buruk dari Puskesmas ke kabupaten, yang menyebabkan Dinas Kesehatan kurang tahu tentang pelaksanaan penanggulangan gizi buruk di Puskesmas yang telah dilaksanakan secara rutin.

Selain itu, mengenai deviasi dalam komunikasi dapat diperoleh dari pernyataan salah seorang Kepala Puskesmas Tambelangan dalam sebuah hasil wawancara sebagai berikut :

“secara kelembagaan kita tidak memiliki masalah dengan Dinas Kesehatan Kabupaten, Dinas kesehatan sering menyampaikan kebijakan dengan mengirim surat resmi ke Puskesmas, sehingga dalam pelaksanaan kebijakan tersebut terjadi perbedaan mungkin akibat kesalahpahaman diantara para pelaksana di lapangan dalam menginterpretasikannya ...” (Tambelangan, 16 Februari 2006)

Dari pernyataan itu, dapat diketahui bahwa komunikasi antara pelaksana kebijakan dengan unit organisasi di Puskesmas masih terdapat hambatan, sehingga mengganggu implementasi kebijakan ini. Dari uraian diatas, diketahui bahwa dari dua indikator yang menjelaskan pengaruh variabel komunikasi terhadap implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang, peneliti melihat adanya kelemahan dalam komunikasi, baik dalam bentuk komunikasi antara para pelaksana maupun komunikasi antara pelaksana dengan unit organisasi lain. Hal ini terjadi karena dalam komunikasi dengan antar pelaksana ataupun dengan pimpinan lebih bersifat formal dan hirarkhis, sehingga bisa diinterpretasikan bahwa tingkat komunikasi masih kurang, serta belum mendukung implementasi kebijakan yang ada, karena penyampaian informasi belum dilakukan secara baik.

7.3 Faktor Ekologi/Lingkungan

7.3.1 Tingkat respon Puskesmas terhadap kebijakan penanggulangan gizi buruk

Seperti diuraikan pada bagian sebelumnya, pada prinsipnya kebijakan penanggulangan gizi buruk ini terdiri dari tiga substansi kebijakan, yakni kebijakan menemukan kasus gizi buruk, kebijakan mencegah dan menanggulangi gizi buruk serta menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan untuk perawatan gizi buruk. Dari tiga substansi kebijakan tingkat respon dari Puskesmas sebagai kelompok sasaran dapat dikategorikan sebagai berikut :

Dalam menyikapi implementasi kebijakan pemberian dukungan dalam penanggulangan gizi buruk, pihak Puskesmas pada umumnya menunjukkan tingkat respon yang positif. Hal ini ditandai dengan intensifnya permintaan bantuan dan dukungan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten baik berupa data dan informasi seperti bimbingan teknis, bantuan pangan dan suplemen gizi, maupun kegiatan lainnya serta tentunya juga permintaan anggaran.

Sementara dalam menyikapi kebijakan dalam bentuk bantuan pangan dan bantuan operasionalnya, semuanya merespon secara positif. Dari hasil observasi dan wawancara, Puskesmas yang merespon positif pada umumnya adalah Puskesmas yang belum atau tidak memiliki kapasitas pengelolaan yang baik dalam organisasinya karena keterbatasan sumberdaya dan anggaran. Hal ini terungkap dari hasil wawancara dengan Kepala Sub Dinas Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan , sebagai berikut :

“Respon pihak Puskesmas dalam pemberian dukungan dan bantuan gizi , sejauh ini bagus, mereka minta data dan informasi serta bantuan anggaran , bahkan mengajak kami peninjauan ke masyarakat yang menderita gizi buruk dan sebagainya...” (Sampang, 15 Februari 2006)

Dari uraian diatas peneliti melihat adanya faktor kepentingan, baik kepentingan aktor maupun kepentingan secara organisasi, yang mempengaruhi respon yang diberikan oleh Puskesmas. Ketika kepentingannya secara individu maupun organisasi positif, maka respon yang diberikan juga baik, tetapi ketika kepentingannya secara individu atau organisasi terganggu maka responnya negatif. Hal ini dapat dilihat dari respon terhadap kebijakan ini, dimana karena kepentingannya positif, maka ketika terdapat kebijakan yang bersifat pemberian dukungan atau kebijakan bersifat pemberian bantuan pangan ataupun fasilitas pelayanan kesehatan dimana Puskesmas belum memiliki kapasitas untuk melakukannya, pihak Puskesmas merespon secara positif.

7.3.2 Tingkat respon masyarakat terhadap kebijakan penanggulangan gizi buruk

Untuk mengetahui respon masyarakat terhadap kebijakan penanggulangan gizi buruk dapat dilihat dari beberapa tolok ukur yakni : respon tingkat pemahaman terhadap masalah gizi buruk, tingkat pendidikan masyarakat, dan respon mereka terhadap pelayanan gizi dalam penanggulangan gizi buruk.

Guna memperoleh gambaran tentang respon masyarakat, maka peneliti melakukan survey terhadap masyarakat yang telah mendapatkan pelayanan dalam penanggulangan gizi buruk. Dari hasil survey terhadap 30 responden, yaitu 11 responden dari Puskesmas Kamoning dan 19 responden berasal dari Puskesmas Tambelangan, diperoleh hasil survey yang menggambarkan respon masyarakat terhadap kebijakan penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Sampang sebagai berikut :

Tingkat Pemahaman Terhadap Program Penanggulangan Gizi Buruk

Berdasarkan data yang ada di antara 30 balita gizi buruk di Puskesmas Kamoning dan Puskesmas Tambelangan yang mendapatkan program penanggulangan gizi buruk yaitu Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang berupa biskuit dan bubur diperoleh data tentang pemahaman kelompok sasaran cenderung mengeluh terhadap bantuan makanan yang diberikan.

Dari jawaban responden diatas, diketahui bahwa tingkat pemahaman responden terhadap program penanggulangan gizi buruk sebagian besar masih kurang . Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan bidan desa Samaran Puskesmas Taambelangan sebagai berikut :

“Selama saya bertugas menangani program gizi buruk, menurut saya ibu-ibu yang balitanya menderita gizi buruk belum memahami apa yang dimaksud dengan gizi buruk, mereka akan membawa anaknya ke bidan atau puskesmas jika anaknya menderita panas atau diare, tetapi kalau anaknya sangat kurus saja, tidak diperiksakan, karena menurut mereka anaknya tidak sakit. Balita gizi buruk yang saya tangani, semuanya berasal dari keluarga miskin dan Latar belakang pendidikan ibunya tidak tamat SD, mungkin hal ini berpengaruh terhadap pemahaman mereka terhadap pengertian gizi buruk dan program kesehatan lainnya” (Samaran, Tambelangan, 16 Februari 2006)

Hal ini menunjukkan bahwa responden kurang paham terhadap kegiatan penanggulangan gizi buruk, yang dikarenakan latar belakang pendidikan yang relatif rendah. Sedangkan pengetahuan secara lebih mendetail, nampaknya mereka belum mengetahuinya. Hal ini ditunjukkan oleh tingkat pemahaman yang relatif kurang terhadap program penanggulangan gizi buruk yang mereka terima. Hal ini didukung oleh pendapat yang disampaikan oleh petugas gizi puskesmas Tambelangan dalam wawancaranya sebagai berikut :

“Ketika saya berbincang dengan orang tua balita yang menderita gizi buruk, ia mengatakan bahwa anaknya yang diberikan bubur tidak mau mengkonsumsi dan kurang menyukai rasa bubur yang diberikan, karena diberikan jumlahnya banyak yaitu 90 bungkus sehingga tidak dapat dikonsumsi habis oleh bayinya, malahan pernah mereka berikan kepada tamu yang datang atau ke balita lain yang tidak menderita kurang gizi, itu lebih baik daripada saya buang ” (Tambelangan, 16 Februari 2006)

Beberapa kendala pada saat pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk seperti MP-ASI seringkali di luar jangkauan kendali pelaksana karena hambatan itu memang berada di luar jangkauan wewenang dan kemampuan para pelaksana. Hambatan itu mungkin bersifat sosial, ekonomi dan budaya. Berdasarkan ketentuan pemberian bantuan makanan seperti PMT pemulihan diprioritaskan hanya untuk anak gizi kurang (BGM) dari keluarga miskin saja, sedangkan dari keluarga mampu diberikan penyuluhan tentang gizi seimbang. Namun berdasarkan informan dari Puskesmas Tambelangan diperoleh data bahwa balita gizi kurang semuanya menuntut diberikan bantuan makanan, walaupun mereka berasal dari keluarga mampu, sehingga jatah bantuan makanan seperti biskuit yang harusnya untuk 90 hari makan keluarga miskin, hanya cukup untuk satu bulan saja. Hal ini menunjukkan bahwa kesadaran masyarakat dalam program ini masih kurang, sehingga dapat berpengaruh terhadap pencapaian keberhasilan program ini. Berdasarkan hasil pemantauan status gizi, bayi atau balita gizi kurang yang diberikan bantuan makanan menunjukkan gejala peningkatan status gizi dengan ditandai kenaikan berat badannya, tetapi setelah bantuan makanan habis, atau tidak diberikan lagi, status gizinya cenderung menurun lagi, karena masalah gizi buruk pada balita bukan hanya dipengaruhi oleh konsumsi saja, tetapi juga faktor budaya dan kemiskinan.

Tingkat Pendidikan Responden

Berdasarkan tingkat pendidikan orang tua balita gizi buruk sebesar 50 % hanya lulusan SD, dengan pekerjaan utama orang tuanya sebagai buruh tani dan pedagang kecil yang hampir 90 % hidup di bawah garis kemiskinan.

Tabel 7.1
Tingkat Pendidikan Orang Tua Balita Gizi Buruk

Pendidikan	Jumlah	Persen
Tidak Tamat SD	12	40
Tamat SD	15	50
Tamat SMP	3	10
Jumlah	30	100

Kemiskinan dan tingkat pendidikan yang rendah ini, mempengaruhi kebiasaan makan sehari-hari yang tidak baik terhadap status gizi anaknya. Daya beli masyarakat yang sangat rendah, menyebabkan masyarakat berperilaku negatif terhadap kesehatan anaknya.

Hal ini diperkuat oleh pendapat dari Bidan desa Kamoning, Puskesmas Kamoning dalam sebuah hasil wawancara sebagai berikut :

”Budaya negatif yang semakin memperparah keadaan gizi buruk, seperti kebiasaan memberikan makanan tidak seimbang yaitu hanya memberikan makan balitanya dengan nasi dan martabak mie saja, tidak diberikan ASI eksklusif pada usia < 4 bulan, malahan usia 2 bulan sudah sering diberikan makanan nasi lembek, malas datang ke posyandu karena sibuk bekerja, sehingga masalah kurang gizi yang terjadi tidak dapat dideteksi sedini mungkin” (Kamoning, 17 Februari 2006)

Budaya yang ada pada masyarakat dalam hal ini keluarga balita yang menderita gizi buruk pada umumnya kurang mendukung program ini. Pada umumnya orang tua mereka berpendidikan lulusan SD, dan tidak mempunyai pekerjaan tetap dan 90 % berasal dari keluarga miskin.

Berdasarkan data informan, diketahui bahwa bayi yang menderita gizi buruk tidak diberikan ASI Eksklusif sampai usia 6 bulan, bahkan umur 1 bulan sudah diberi makan pisang/nasi yang dilumatkan. Anak yang usia 1 -3 tahun biasanya hanya diberi makan nasi dengan martabak mie, karena hanya itu yang mampu dibelinya, sehingga semakin memperburuk kondisi status gizinya.

Respon Masyarakat Terhadap Pelayanan Gizi Buruk

Tabel 7.2
Respon Masyarakat Terhadap Pelayanan Gizi

Tingkat Respon	Jumlah	Persen
Puas	10	33,3
Kurang Puas	20	66,7
Jumlah	30	100

Dari jawaban responden diatas, diketahui bahwa tingkat respon masyarakat terhadap pelayanan gizi dalam penanggulangan gizi buruk sebagian besar masih kurang puas sebesar (66,7%). Berdasarkan hasil analisis data dari kuesioner, alasan mereka yang kurang puas terhadap pelayanan gizi, khususnya dalam hal pelaksanaan posyandu, petugas gizi jarang datang dan jarang memberikan pelayanan gizi seperti penyuluhan gizi, pemberian makanan tambahan apalagi mendemonstrasikan cara membuat makanan padat gizi. Hal ini menunjukkan bahwa masyarakat masih kurang puas terhadap kegiatan penanggulangan gizi buruk, yang selama ini telah dilaksanakan oleh Puskesmas.

Kesibukan sebagai buruh tani mulai dari pagi sampai sore, menyebabkan mereka jarang membawa anaknya ke posyandu untuk penimbangan, sehingga tidak dapat dipantau tumbuh kembangnya. Mereka akan membawa anaknya ke posyandu atau ke puskesmas untuk berobat jika anaknya ada keluhan panas atau diare saja, kalau anak kurus dianggap tidak sakit dan tidak perlu dibawa ke

posyandu/puskesmas, selain itu mereka juga beranggapan bahwa jika anaknya di bawa ke puskesmas harus membayar mahal, padahal sehari-harinya tidak cukup untuk makan. Menurut mereka, pemerintah memberikan bantuan makanan untuk anaknya, karena memang itu merupakan kewajiban pemerintah yang harus diberikan kepada anak gizi buruk dari keluarga miskin, sehingga kalau bantuan sudah berakhir, kembali lagi mereka tidak mampu memenuhi kebutuhan makanan untuk mencukupi kebutuhan gizi anak balitanya.

Kondisi lingkungan eksternal ini menarik untuk dicermati dalam melaksanakan kebijakan, sehingga dapat mendukung pelaksanaannya. Dalam menganalisa kondisi lingkungan eksternal ini lebih diarahkan pada peran serta kelompok sasaran, pemahaman kelompok sasaran pelaksanaan program ini, dan kondisi ekonomi serta lingkungan sosial budayanya. Bagaimanapun keberhasilan program penanggulangan gizi buruk ini ditentukan oleh banyak faktor, akan tetapi faktor kondisi kelompok sasaran merupakan peranan penting dalam mendukung keberhasilan program ini.

Dari berbagai analisa di atas kiranya kita dapat memahami bahwa pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk merupakan masalah yang sangat kompleks. Pemahaman kelompok sasaran/dukungan masyarakat yang menganggap bahwa program ini adalah kewajiban pemerintah saja, tanpa memahami tujuan akhir program itu sendiri, maka keberhasilan program ini sulit untuk dicapai. Banyaknya instansi yang harus terlibat dalam pelaksanaan program ini, LSM, organisasi masyarakat, sampai kader kesehatan membutuhkan sinergis dan kerjasama yang berkesinambungan dengan pola komunikasi hubungan yang dibangun secara baik, sehingga program ini dapat berhasil.

Berdasarkan ketiga indikator yaitu pemahaman terhadap masalah gizi buruk, tingkat pendidikan responden dan respon masyarakat terhadap kualitas pelayanan gizi yang telah diberikan oleh puskesmas, dapat disimpulkan bahwa tingkat respon masyarakat terhadap kebijakan penanggulangan gizi buruk secara umum masih kurang, karena berbagai faktor penyebab antara lain : tingkat pendidikan rendah, budaya yang kurang mendukung, kurangnya penyuluhan atau sosialisasi program ini.

Adanya masalah-masalah yang timbul dalam kegiatan program penanggulangan gizi buruk ini ditinjau lagi dengan melihat kondisi eksternal/non teknis yang sebagaimana disinggung oleh Hogwood dan Lewis A. Gunn. Berdasarkan hasil analisis yang ada menunjukkan bahwa kondisi non teknis sangat berpengaruh terhadap keberhasilan pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk. Hal ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Muhammad Syukur Abdullah (1988) bahwa implementasi program tidak mungkin dilaksanakan dalam ruang hampa, oleh karena itu faktor lingkungan (sosial, budaya dan politik) akan mempengaruhi proses implementasi program pada umumnya. Dimana menurut Miftah Toha (1988) yang mengatakan bahwa berkaitan dengan proses pelaksanaan kebijaksanaan publik terutama dalam mengatasi permasalahan yang terjadi tanpa adanya dukungan publik maka usaha itu kurang bermakna.

BAB 8 KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil temuan, data dan pembahasan terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk diatas, ringkasannya dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Dari sisi tujuan kebijakan diketahui bahwa implementasi kebijakan penanggulangan gizi buruk masih terdapat kelemahan baik secara substansial maupun prosedural, terutama untuk kebijakan dalam bentuk pemberian fasilitas/ sarana penimbangan posyandu belum terlaksana secara optimal. Sementara untuk kebijakan dalam pemberian dukungan/bantuan pangan dan dana ke Puskesmas, tujuannya dapat dikatakan sudah jelas karena didahului oleh tingkat kewenangan yang jelas untuk Kabupaten, proses perumusan kebijakannya sudah dilakukan dengan melibatkan pihak Puskesmas dan lintas sektor yang terkait, namun kerjasama lintas sektoral masih lemah, dan terakhir dalam operasionalisasi kebijakannya sudah mempunyai petunjuk pelaksanaan. Kebijakan penanggulangan gizi buruk dalam bentuk pemberian fasilitas dan sarana penimbangan dan penyuluhan kepada Puskesmas, nampaknya masih mempunyai banyak kelemahan, karena keterbatasan dana . Secara substansial, prosedu penyusunan kebijakan ini telah melibatkan pihak yang terlibat, namun dalam pelaksanaan kebijakan ini, sektor lain masih belum memberikan dukungan maksimal. Sementara secara prosedural, kelemahan yang

ada terjadi ketika kebijakan sudah ditetapkan tetapi tidak diiringi oleh kesepakatan operasional diantara pihak Kabupaten dan dinas terkait ataupun dengan pihak Puskesmas sebagai ujung tombak pelaksana kebijakan.

2. Dari sisi sikap/persepsi dari para pelaksana diketahui walaupun para pelaksana kebijakan itu memiliki persepsi yang sama terhadap jenis kebijakan yang ditetapkan, akan tetapi tingkat keyakinan, pemahaman dan komitmen dalam melaksanakan kebijakan itu masih dipengaruhi oleh kebiasaan lama yaitu hanya menjalankan kegiatan rutinas seperti membuat laporan dan SPJ saja, sehingga penerjemahan kebijakan penanggulangan gizi buruk kedalam kegiatan rutin para pelaksana masih lemah.
3. Dalam struktur organisasi diketahui bahwa untuk implementasi kebijakan dalam bentuk pemberian dukungan/bantuan kepada Puskesmas, struktur organisasinya telah menggunakan prinsip-prinsip organisasi secara baik, hal ini ditandai oleh adanya pembagian tugas antar unit kerja yang jelas, yang diiringi juga oleh adanya pendelegasian wewenang kepada unit kerja dan didukung oleh tingkat koordinasi yang memadai antar unit kerja.
4. Dalam hal sumberdaya organisasi diketahui dari aspek sumberdaya manusia, jumlah pelaksana kebijakan yang memiliki pendidikan teknis gizi sudah memadai, baik ditingkat Kabupaten ataupun di Puskesmas.
5. Sedangkan dari sisi kualitas pelaksana, dengan latar belakang pendidikan teknis dan dengan tambahan berbagai diklat di bidang gizi

- , dapat dikatakan kurang memadai. Sementara untuk dukungan dana, nampak bahwa alokasi dana untuk penyediaan dukungan bantuan pangan dan suplemen serta biaya operasionalnya kepada Puskesmas cukup memadai, sementara alokasi dana untuk kegiatan menyediakan fasilitas dan sarana penimbangan dan penyuluhan gizi belum cukup.
6. Sedangkan dari aspek sarana dan prasarana, berdasarkan data yang ada, dapat dikatakan kurang memadai untuk mendukung implementasi kebijakan ini.
 7. Dari faktor komunikasi, diketahui adanya kelemahan dalam komunikasi, baik dalam bentuk komunikasi antara para pelaksana maupun komunikasi antara pelaksana dengan unit organisasi lain. Sehingga bisa diinterpretasikan bahwa tingkat komunikasi masih kurang, serta belum mendukung implementasi kebijakan yang ada, karena penyampaian informasi belum dilakukan secara baik, lebih sering menggunakan sistem hirarkhi dan formal.
 8. Terdapat satu tolok ukur yang digunakan untuk mengukur faktor lingkungan dalam mempengaruhi implementasi kebijakan yaitu respon/sikap kelompok sasaran, yang diukur dengan menggunakan dua tolok ukur berupa tingkat respon dari Pihak Puskesmas dan tingkat respon dari masyarakat yang mendapat layanan gizi buruk. Dari hasil temuan diketahui bahwa sikap/respon Puskesmas sangat dipengaruhi oleh adanya faktor kepentingan, baik kepentingan aktor maupun kepentingan secara organisasi. Ketika kepentingannya secara individu maupun organisasi positif, maka respon yang diberikan juga baik,

tetapi ketika kepentingannya secara individu atau organisasi terganggu maka responnya negatif. Hal ini dapat dilihat dari respon terhadap kebijakan ini, dimana karena kepentingannya positif, maka ketika terdapat kebijakan yang bersifat pemberian dukungan atau bantuan sarana dimana Puskesmas belum memiliki kapasitas untuk melakukannya, pihak Puskesmas merespon secara positif.

9. Sedangkan respon masyarakat dapat diketahui bahwa respon masyarakat terhadap kebijakan penanggulangan gizi buruk dalam bentuk pemberian bantuan pangan ataupun suplemen gizi masih kurang puas terhadap layanan yang diberikan oleh pihak Puskesmas (66,7 %), berdasarkan latar belakang pendidikan sebagian besar dikategorikan rendah, yakni hanya 50 % yang tamat SD, sehingga mempengaruhi pengetahuan dan sosial budaya yang berpengaruh terhadap pemahaman responden dan 90 % lebih responden berasal dari keluarga miskin

9.1 Saran

Dari hasil penelitian ini dapat ditunjukkan bahwa fenomena pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk merupakan fenomena yang kompleks, meskipun belum mencapai target yang telah ditetapkan. Dengan menyimak berbagai masalah yang timbul dalam pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk, maka dapat disarankan beberapa hal sebagai berikut :

- a. Program penanggulangan gizi buruk memerlukan komitmen yang kuat dari pengambil kebijakan khususnya dalam hal mencukupi kebutuhan biaya

untuk pengadaan suplemen gizi, pengobatan gratis, biaya hidup keluarga , dan biaya operasionalnya.

- b. Program penanggulangan gizi buruk merupakan masalah yang sangat kompleks, sehingga untuk pencegahan dan penanggulangannya memerlukan keterlibatan dan koordinasi sektor pemerintah, masyarakat dan dunia usaha dengan prinsip kemitraan.
- c. Untuk kegiatan menemukan kasus gizi buruk , dan merawat balita gizi buruk sesuai prosedur standar dan mencegah terjadinya gizi buruk, maka perlu ditingkatkan kemampuan para pelaksana program secara berkesinambungan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Wahab Sholicin, 1997, Analisis Kebijakan dari Formulasi hingga Implementasi Kebijakan Negara. Bina Aksara, Jakarta.
- Abdullah. Muh. Syukur, 1989, Temu Kaji Posisi dan Peran Ilmu Administrasi dan Manajemen dalam Pembangunan, Lembaga Administrasi Negara, Jakarta.
- BPS Kabupaten Sampang , 1998, Kabupaten Sampang Dalam Angka
- BPS Kabupaten Sampang, 2000, Susenas Kabupaten Sampang Tahun 2000
- BPS Kabupaten Sampang, 2004, Kabupaten Sampang Dalam Angka 2004
- Depkes RI, 2004, Keputusan Menteri Kesehatan nomor : 1457/Menkes/SK/X/2003, tentang Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
- Depkes RI, 2004, Keputusan Menteri Kesehatan nomor : 1091/Menkes/SK/X/2004, tentang Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2005, Profil Dinas Kesehatan Tahun 2004
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2005, Laporan Tahunan Seksi Gizi Tahun 2004
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang, 2005, Laporan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan tahun 2004.
- Dye, Thomas, *Understanding Public Policy*, 1981, Fourth Edition, Prentice Hall mc, Engewood New Jersey,
- Edward III, George, C, 1986, *Implementing Public Policy*, Congressional Quarterly Press, Washington,
- Gaffar, Afan, 1997, *Kebijakan Publik State of The Discipline, Models and Process*, Program Magister Ilmu Administrasi, Untag, Surabaya,
- Grindle, Marilee S, 1980, *Politics and Implementation in Third World*, Princeton University Press, New Jersey.
- Imawan, Riswandha, 1999, *Kebijaksanaan Publik*, Materi Kuliah Program Magister Ilmu Administrasi, Untag, Surabaya,
- INPRES No. 14 Tahun 1975, Tentang Perbaikan Pangan dan Gizi Masyarakat

- INPRES No. 8 Tahun 1999, Tentang Gerakan Penanggulangan Masalah Pangan dan Gizi
- Islamy, M, Irfan, 1992, Prinsip-prinsip Perumusan Kebijakanaksanaan Negara, Bumi Aksara, Jakarta,
- Jawa Pos, edisi 28 Juni 2005
- Jones, Charles O, 1996, Pengantar Kebijakan Publik, Edisi Terjemahan, Nashir Budiman, PT. RajaGrafindo Persada, Jakarta,
- Keputusan Gubernur Jawa Timur No. 27 Tahun 2004, Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota di Jawa Timur.
- Lin Mansurnoor, 1990, *Islam in an Indonesia World*, Gadjah Mada Universitas Press, Yogyakarta
- Laporan Tahunan Puskesmas Kamoning Tahun 2004
- Laopran Tahunan Puskesmas Tambelangan Tahun 2004
- Mazmaniam, Daniel A dan Paul Sabatier, 1986, *Implementation and Public Policy*, The Scott Forensment and Company, Dallas, Texas,
- Mahwood, Phillips (ed), 1987, *Local Government in The Third World: The Experience of Tropical Africa*, Chicheser: John Wiley & Sons,
- Maleong, J. Lexy, 2000, Metodologi Penelitian Kualitatif , PT. Remaja Rosdakarya, Bandung,
- Mills, Anne dan Vaughan, J Patrick et al (editor), 2002, Desentralisasi Sistem Kesehatan, Konsep-konsep, isu-isu dan pengalaman di berbagai negara. penerjemah dr. Laksono Trisnantoro, penyunting dr. Susanto Agus W. Gajah Mada Universitas, Yogyakarta.
- Nawawi, Hadari, 1998, *Metode Penelitian Bidang Sosial*, Gadjah Math University Press, Yogyakarta,
- Peraturan Pemerintah No. 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Provinsi Sebagai Daerah Otonom, BP. Panca Usaha, Jakarta.
- Perencanaan Pembangunan (Propeda) Kabupaten Sampang tahun 2004, Pemda Kabupaten Sampang
- Rasyid, Ryass, dkk, 2002, Otonomi Daerah dalam Negara Kesatuan, Pustaka Pelajar, Jakarta,

- Riwu Kaho, Josef, 1998, *Prospek Otonomi Daerah di Negara Republik Indonesia*, PT. RajaGrafindo Persada, Jakarta.
- 1990, *Analisa Hubungan Pemerintah Pusat dan Daerah di Indonesia*, Rineka Cipta, Yogyakarta,
- Rondinelli, D.A, *Implementing Decentralization Programmes in Asia : a Comparative Analysis*, Public Administration and Development, Vol.3 . hal : 67-69
- Sabatier, Paul and Daniel Mazmanian, 1986, *Top Down and Bottom Up Approaches to Implementation Research*, dalam *Journal of Public Policy*, No.2 Vol 2003.
- Singarimbun dan Effendi, 1995, *Metode Penelitian Survey*, PT. Pustaka LP3ES, Jakarta
- Sofian Effendi, 1998, *Analisis Kebijakan*, Bumi Aksara, Jakarta
- Suharsimi, Arikunto, 1983, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, PT Bina Aksara, Jakarta.
- Surabaya Post, 1 Juni 2005
- Surabaya Post, 25 Juli 2005
- Undang-Undang No. 23 Tahun 1992, *Tentang Kesehatan*, Departemen Kesehatan RI, Jakarta
- Undang-Undang No. 22 Tahun 1999 *tentang Pemerintahan Daerah*, BP. Panca Usaha, Jakarta, 1999
- Undang-Undang No. 23 Tahun 2002, *Tentang Perlindungan Anak*
- Undang-Undang No. 32 Tahun 2004, *Tentang Pemerintahan Daerah*
- Wibawa, Samodra, 1998, *Kebijakan Publik: Proses dan Analisis*, CV. intermedia, Jakarta
- Wibawa, Samodra, dkk, 1994, *Evaluasi Kebijakan Publik*, PT. RajaGrafindo Persada, Jakarta
- Winarno, Budi, 1989, *Tecori Kebijaksanaan Publik*, PAU Studi Sosial, UGM, Yogyakarta

**PEDOMAN WAWANCARA PENGAMBIL KEBIJAKAN
DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN SAMPANG**

*IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENANGGULANGAN GIZI BURUK
DI KABUPATEN SAMPANG*

Tanggal Wawancara :

Pewawancara :

IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Alamat/Temp. :
3. Jabatan :
4. Pendidikan :

1. Bagaimana kebijakan dalam penanggulangan gizi buruk ?
2. Bagaimana merumuskan tujuan kebijakan tersebut, siapa saja yang terlibat, relevansinya dengan visi Pemda ?
3. Bagaimana menterjemahkan tujuan kebijakan penanggulangan gizi buruk ke dalam juklak dan juknisnya
4. Strategi dan kegiatan apa saja yang dilaksanakan)?
5. Apakah dibentuk Tim Penanggulangan Gizi Buruk ? Bagaimana pembagian kewenangan masing-masing pihak yang terkait dalam kebijakan ini ?
6. Bagaimana upaya yang dilakukan untuk merealisasikan pencapaian target yang telah ditentukan ?
7. Bagaimana sistem evaluasi yang dilakukan serta kendalanya ?

**PEDOMAN WAWANCARA PELAKSANA KEBIJAKAN
DI TINGKAT PUSKESMAS**

F 02

*IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENANGGULANGAN GIZI BURUK
DI KABUPATEN SAMPANG*

Tanggal Wawancara :

Pewawancara :

IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :

2. Alamat/Telp. :

3. Jabatan :

4. Pendidikan :

1. Bagaimana kegiatan yang dilakukan dalam penanggulangan gizi buruk ?

2. Bagaimana cara mensosialisasikan kebijakan penanggulangan gizi buruk ?

3. Bagaimana struktur kelembagaan dan pembagian tugas dalam pelaksanaan kebijakan penanggulangan gizi buruk ?

4. Bagaimana mekanisme melaksanakan penanggulangan gizi buruk ?

5. Siapa saja yang dilibatkan, sumber dana darimana, berapa besar, alokasinya dan sistem SPJnya, serta sarana dan prasarana apa saja yang dibutuhkan dalam pelaksanaan kebijakan penanggulangan gizi buruk ?

6. Bagaimana sistem koordinasi antar pelaksana kebijakan dengan unit organisasi lain atau lintas sektoral yang terkait dalam pelaksanaan kebijakan penanggulangan gizi buruk ?

PEDOMAN WAWANCARA KELOMPOK SASARAN

***IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PENANGGULANGAN GIZI BURUK
DI KABUPATEN SAMPANG***

Tanggal Wawancara :

Pewawancara :

IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :

2. Alamat/Telp. :

3. Pekerjaan :

4. Pendidikan :

1. Bagaimana pendapat Saudara tentang pengertian gizi buruk?
2. Bagaimana pola kebiasaan makan anak Saudara selama ini?
3. Bagaimana sikap pemerintah dalam menanggapi kasus gizi buruk tersebut ? Apakah diberikan bantuan ? Bagaimana bentuknya ?
4. Bagaimana pendapat Saudara terhadap pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas dalam pelaksanaan kebijakan penanggulangan gizi buruk ? (Puas/Kurang Puas)



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
PROGRAM PASCASARJANA

Jl. Dharmawangsa Dalam Selatan Surabaya-60286 T (031) 5023715, 5020170, Fax. (031) 5030076.
E-mail : pasca@pasca.unair.ac.id URL Address : http://www.pasca.unair.ac.id

Nomor : 3696 /J03.4/PP/2005

23 Nopember 2005

Lamp

Hal : Izin melaksanakan penelitian

Yth. Dinas Kesehatan Kab. Sampang

Guna penulisan penelitian untuk Tesis peserta Program Magister Program Studi Ilmu-Ilmu Sosial angkatan tahun 2003/2004 Program Pascasarjana Universitas Airlangga,

Nama : Budi Utomo,STP

Nim : 090310668- L

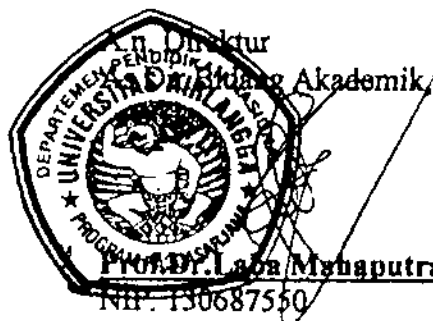
Judul : IPLEMENTASI SPM BIDANG KESEHATAN (Studi Perbaikan Gizi Masyarakat di Kab.Sampang)

Pembimbing : Bintoro Wardiyanto,Drs,M.Si

Pembimbing I : Sulikah Asmorowati,S.Sos.M.Dev.St

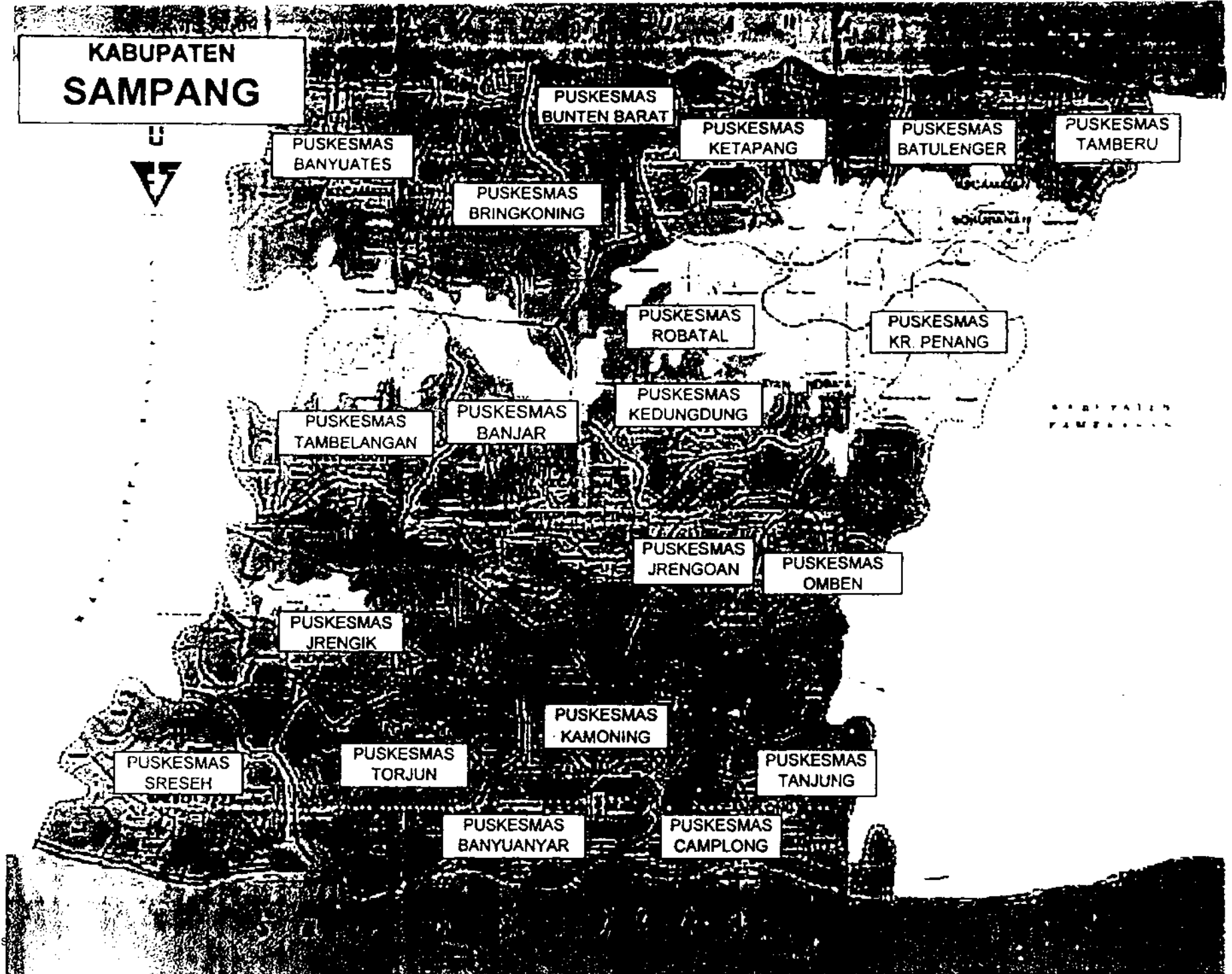
Maka dengan ini kami mohon perkenan Saudara untuk memberikan izin kepada yang bersangkutan untuk melaksanakan penelitian di Instansi Saudara.

Demikian dan atas bantuan Saudara kami sampaikan terima kasih.



PPS-UA-05

KABUPATEN SAMPANG





MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN RI
NOMOR 1457/MENKES/SK/X/2003

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

- Menimbang :
- a. bahwa sesuai dengan ketentuan Pasal 2 ayat (4) butir b Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 Pemerintah mempunyai kewenangan untuk menetapkan pedoman standar pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten/Kota;
 - b. bahwa dalam rangka desentralisasi, Daerah diberi tugas, wewenang, kewajiban dan tanggung jawab menangani urusan pemerintahan tertentu;
 - c. bahwa Keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Republik Indonesia Nomor 1747 /Menkes Kesos/SK/12/2000 tentang Pedoman Penetapan Standar Pelayanan Minimal dalam Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota tidak sesuai lagi;
 - d. bahwa sehubungan butir c tersebut di atas, dipandang perlu menetapkan kembali Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan Kabupaten/Kota dengan Keputusan Menteri Kesehatan.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 100 Tahun 1992, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495);
 2. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 60, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3839);
 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3848);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah Dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Tahun 2000, Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

5. Peraturan Pemerintah Nomor 105 Tahun 2000 tentang Pengelolaan Dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 202, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4022);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 108 Tahun 2000 tentang Laporan Pertanggungjawaban Kepala Daerah (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 209, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4027);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan Dan Pengawasan (Lembaran Negara Tahun 2001 Nomor 41 Tambahan Lembaran Negara Nomor 4090);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 56 Tahun 2001 tentang Pelaporan Daerah;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah;
10. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 29 tahun 2002 tentang Pedoman Pengurusan, Pertanggungjawaban dan Pengawasan Keuangan Daerah serta Tata Cara Penyusunan APBD;
11. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2001 tentang Pengawasan Represif Kebijakan daerah.

Memperhatikan : Hasil kesepakatan pembahasan bersama Departemen Dalam Negeri, BAPPENAS, Departemen Keuangan dan Departemen Kesehatan.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Keputusan ini yang dimaksud dengan :

1. Pemerintah Pusat selanjutnya disebut Pemerintah adalah Menteri Kesehatan.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

2. Pemerintah Daerah adalah Kepala Daerah beserta Perangkat Daerah Otonom yang lain sebagai Badan Eksekutif Daerah.
3. Kepala Daerah adalah Gubernur bagi Daerah Propinsi, Bupati bagi Daerah Kabupaten dan Walikota bagi Daerah Kota.
4. Daerah adalah Daerah Otonom Kabupaten dan Daerah Otonom Kota.
5. Pelayanan dasar kepada masyarakat adalah fungsi Pemerintah dalam memberikan dan mengurus keperluan kebutuhan dasar masyarakat untuk meningkatkan taraf kesejahteraan rakyat.
6. Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota adalah tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Daerah.

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN

Pasal 2

(1) Kabupaten/Kota menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal.

(2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target Tahun 2010:

a. Pelayanan kesehatan Ibu dan Bayi :

1. Cakupan kunjungan Ibu hamil K4 (95 %);
2. Cakupan pertolongan persalinan oleh Bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan (90 %);
3. Ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk (100 %);
4. Cakupan kunjungan neonatus (90 %);
5. Cakupan kunjungan bayi (90%);
6. Cakupan bayi berat lahir rendah / BBLR yang ditangani (100%).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- b. Pelayanan kesehatan Anak Pra sekolah dan Usia Sekolah:
 - 1. Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah (90%);
 - 2. Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih / guru UKS/Dokter Kecil (100%);
 - 3. Cakupan pelayanan kesehatan remaja (80%).

- c. Pelayanan Keluarga Berencana :
Cakupan peserta aktif KB (70%).

- d. Pelayanan imunisasi :
Desa/ Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) (100%).

- e. Pelayanan Pengobatan / Perawatan :
 - 1. Cakupan rawat jalan (15 %);
 - 2. Cakupan rawat inap (1,5 %).

- f. Pelayanan Kesehatan Jiwa :
Pelayanan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum (15%).

- g. Pemantauan pertumbuhan balita :
 - 1. Balita yang naik berat badannya (80 %);
 - 2. Balita Bawah Garis Merah (< 15 %).

- h. Pelayanan gizi :
 - 1. Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A 2 kali per tahun (90%);
 - 2. Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe (90%);



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

3. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi Bawah Garis Merah dari keluarga miskin (100%);
 4. Balita gizi buruk mendapat perawatan (100%).
- i. Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar dan Komprehensif :
1. Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus (80%);
 2. Ibu hamil risiko tinggi / komplikasi yang ditangani (80%);
 3. Neonatal risiko tinggi / komplikasi yang ditangani (80%).
- j. Pelayanan gawat darurat :
- Sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat (90%).
- k. Penyelenggaraan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Gizi Buruk :
1. Desa/kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam (100%);
 2. Kecamatan bebas rawan gizi (80%).
- l. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Polio:
Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun (≥ 1).
- m. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit TB Paru:
Kesembuhan penderita TBC BTA positif (> 85%).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- n. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit ISPA:
Cakupan balita dengan pneumonia yang ditangani (100%).
- o. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV-AIDS:
 - 1. Klien yang mendapatkan penanganan HIV-AIDS (100%);
 - 2. Infeksi menular seksual yang diobati (100%).
- p. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) :
Penderita DBD yang ditangani (80%).
- q. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Diare:
Balita dengan diare yang ditangani (100%).
- r. Pelayanan kesehatan lingkungan :
Instilusi yang dibina (70%).
- s. Pelayanan pengendalian vektor:
Rumah/bangunan bebas jentik nyamuk Aedes (>95%).
- t. Pelayanan hygiene sanitasi di tempat umum :
Tempat umum yang memenuhi syarat (80%).
- u. Penyuluhan perilaku sehat :
 - 1. Rumah tangga sehat (65%);
 - 2. Bayi yang mendapat ASI- eksklusif (80%);
 - 3. Desa dengan garam beryodium baik (90%);
 - 4. Posyandu Purnama (40%).

025

ax (031) 8297 458

ms - Sby



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- v. Penyuluhan Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (P3 NAPZA) berbasis masyarakat:
Upaya penyuluhan P3 NAPZA oleh petugas kesehatan (15%).
- w. Pelayanan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan:
 - 1. Ketersediaan obat sesuai kebutuhan (90%);
 - 2. Pengadaan obat esensial (100%);
 - 3. Pengadaan obat generik (100%).
- x. Pelayanan penggunaan obat generik:
Penulisan resep obat generik (90%).
- y. Penyelenggaraan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan:
Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar (80%).
- z. Penyelenggaraan pembiayaan untuk Keluarga Miskin dan masyarakat rentan :
Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan Keluarga Miskin dan masyarakat rentan (100%).
- (3) Di luar jenis pelayanan yang tersebut pada ayat (2), Kabupaten/Kota tertentu wajib menyelenggarakan jenis pelayanan sesuai dengan kebutuhan antara lain :
 - a. Pelayanan Kesehatan Kerja :
Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal (80%).



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- b. Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut :
Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut (70%).
- c. Pelayanan gizi :
Cakupan wanita usia subur yang mendapatkan kapsul yodium (80%).
- d. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV-AIDS :
Darah donor diskriming terhadap HIV-AIDS (100%).
- e. Pencegahan dan pemberantasan penyakit Malaria:
Penderita malaria yang diobati (100%).
- f. Pencegahan dan pemberantasan penyakit Kusta:
Penderita kusta yang selesai berobat (RFT rate) (>90%).
- g. Pencegahan dan pemberantasan penyakit Filariasis:
Kasus filariasis yang ditangani ($\geq 90\%$).

Pasal 3

Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2) dan (3), juga diberlakukan bagi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

BAB III

PENGORGANISASIAN

Pasal 4

- (1) Bupati/Walikota bertanggungjawab dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah Kabupaten/Kota dan masyarakat;
- (2) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud ayat(1) secara operasional dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota;
- (3) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

BAB IV

PELAKSANAAN

Pasal 5

- (1) Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan, merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing Daerah Kabupaten/Kota.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam perencanaan program pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan Standar Teknis yang ditetapkan.
- (3) Sumber pembiayaan pelaksanaan pelayanan kesehatan untuk pencapaian target sesuai Standar Pelayanan Minimal seluruhnya dibebankan pada APBD.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- (2) Bupati / Walikota menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal, kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan

Pasal 9

- (1). Menteri Kesehatan melaksanakan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal yang ditetapkan Pemerintah.
- (2). Hasil evaluasi kemampuan Daerah dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan kepada Presiden melalui Menteri Dalam Negeri.

BAB VII

KETENTUAN PENUTUP


Pasal 10

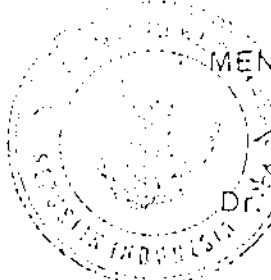
Dengan berlakunya keputusan ini, maka keputusan Menteri Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Nomor 1747/Menkes-Kesos/SK/12/2000 tentang Pedoman Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pasal 11

Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 10 Oktober 2003

MENTERI KESEHATAN,

Dr. ACHMAD-SUJUDI





GUBERNUR JAWA TIMUR

KEPUTUSAN GUBERNUR JAWA TIMUR
NOMOR 27 TAHUN 2004

TENTANG

STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) BIDANG KESEHATAN
KABUPATEN / KOTA DI JAWA TIMUR

GUBERNUR JAWA TIMUR

- Menimbang :
- a. bahwa sesuai dengan ketentuan Pasal 11 ayat (2) Undang-undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah, kewenangan bidang kesehatan merupakan salah satu kewenangan yang wajib dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten / Kota ;
 - b. bahwa berdasarkan penjelasan Pasal 3 ayat (2) Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000, Pemerintah Propinsi mempunyai kewenangan untuk menetapkan Standar Pelayanan Minimal yang wajib dilaksanakan oleh Kabupaten / Kota sesuai pedoman yang ditetapkan oleh Pemerintah ;
 - c. bahwa sesuai Pasal 3 dan Pasal 4 Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001, Pemerintah dapat menghilangkan pembinaan atas penyelenggaraan Pemerintah Kabupaten / Kota kepada Gubernur di Daerah meliputi pemberian pedoman, bimbingan, pelatihan, arahan dan supervisi ;
 - d. bahwa berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003, telah ditetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten / Kota ;
 - e. bahwa berdasarkan pertimbangan pada huruf a,b,c dan d tersebut, dipandang perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Timur dengan Keputusan Gubernur Jawa Timur.

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Nomor 100 Tahun 1992, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3495) ;
 2. Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 60, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3839) ;
 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3846) ;
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 64, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3952) ;

5. Peraturan

5. Peraturan Pemerintah Nomor 105 Tahun 2000 tentang Pengelolaan dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah (Lembaran Negara Nomor 2000 Nomor 202, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4023).
6. Peraturan Pemerintah Nomor 108 Tahun 2000 tentang Laporan Pertanggungjawaban Kepala Daerah (Lembaran Negara Tahun 2000 Nomor 209, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4027) ;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 20 Tahun 2001 tentang Pembinaan dan Pengawasan (Lembaran Negara Tahun 2001 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4000) ;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 56 Tahun 2001 tentang Pelaporan Daerah ;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4262) ;
10. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2001 tentang Pengawasan Represif Kebijakan Daerah ;
11. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 29 Tahun 2002 tentang Pedoman Pengurusan, Pertanggungjawaban dan Pengawasan Keuangan Daerah serta Tata Cara Penyusunan APBD ;
12. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 150-67 Tahun 2002 tentang Pengakuan Kewenangan Kabupaten / Kota ;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten / Kota.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN GUBERNUR JAWA TIMUR TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM) BIDANG KESEHATAN KABUPATEN / KOTA DI JAWA TIMUR.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Keputusan ini yang dimaksud dengan :

- a. Propinsi adalah Propinsi Jawa Timur ;
- b. Gubernur adalah Gubernur Jawa Timur ;
- c. Pemerintah Propinsi adalah Pemerintah Propinsi Jawa Timur ;
- d. Daerah adalah Daerah Otonom Kabupaten / Kota di Jawa Timur ;
- e. Bupati / Walikota adalah Bupati / Walikota di Jawa Timur ;
- f. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten / Kota di Jawa Timur ;
- g. Kewenangan Daerah adalah kewenangan yang diberikan Pemerintah kepada Daerah ;
- h. Jenis Pelayanan adalah kegiatan-kegiatan untuk melaksanakan kewenangan Daerah ;

i. Indikator

- i. Indikator Kinerja adalah tolok ukur pelayanan yang diterima oleh masyarakat ;
- j. Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat dengan SPM adalah tolok ukur kinerja pelayanan yang diselenggarakan Daerah ;
- k. Standar Teknis adalah pedoman kualitas dan prosedur pelayanan yang ditentukan oleh Pemerintah ;
- l. Target Tahunan adalah nilai capaian indikator kinerja setiap jenis pelayanan pada tahun yang bersangkutan.

BAB II

MAKSUD, TUJUAN DAN FUNGSI SPM BIDANG KESEHATAN

Pasal 2

Maksud ditetapkannya SPM Bidang Kesehatan adalah sebagai acuan bagi Pemerintah Daerah dalam melaksanakan kewenangan bidang kesehatan Daerah di Propinsi.

Pasal 3

Tujuan ditetapkannya SPM Bidang Kesehatan adalah :

- a. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat ;
- b. Meningkatkan efisiensi dan efektifitas pelayanan kesehatan ;
- c. Menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan.

Pasal 4

Fungsi SPM Bidang Kesehatan adalah :

- a. Sebagai alat untuk menjamin aksesibilitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat dalam kondisi rata - rata minimal yang harus dicapai Pemerintah Daerah sebagai penyedia pelayanan kesehatan kepada masyarakat ;
- b. Sebagai alat monitoring dan evaluasi serta tolok ukur untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan Daerah berkaitan dengan pelayanan kesehatan kepada masyarakat ;
- c. Sebagai dasar penentuan belanja publik dengan prioritas utama pelayanan kesehatan kepada masyarakat berbasis anggaran kinerja ;
- d. Sebagai acuan prioritas Perencanaan Daerah dan prioritas pembiayaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah ;

BAB III

BAB III
SPM BIDANG KESEHATAN

Pasal 5

- (1) Pemerintah Daerah menjamin penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM ;
- (2) SPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang wajib dilaksanakan Daerah, meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerjanya, yaitu sebagai berikut :
 - a. Pelayanan kesehatan Ibu dan Bayi, dengan indikator :
 1. Prosentase cakupan kunjungan Ibu hamil K4 ;
 2. Prosentase cakupan pertolongan persalinan oleh Bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan ;
 3. Prosentase Ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk ;
 4. Prosentase cakupan kunjungan neonatus ;
 5. Prosentase cakupan kunjungan bayi ;
 6. Prosentase cakupan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) yang ditangani ;
 - b. Pelayanan kesehatan Anak Pra sekolah dan Usia sekolah, dengan indikator :
 1. Prosentase cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah ;
 2. Prosentase cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih / guru UKS / Dokter Kecil ;
 3. Prosentase cakupan pelayanan kesehatan remaja ;
 - c. Pelayanan Keluarga Berencana, dengan indikator prosentase cakupan peserta aktif KB ;
 - d. Pelayanan Imunisasi, dengan indikator prosentase Desa / Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) ;
 - e. Pelayanan Pengobatan / Perawatan, dengan indikator :
 1. Prosentase cakupan rawat jalan ;
 2. Prosentase cakupan rawat inap ;
 - f. Pelayanan Kesehatan Jiwa, dengan indikator prosentase pelayanan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum ;
 - g. Pemantauan pertumbuhan balita, dengan indikator :
 1. Prosentase balita yang naik berat badannya ;
 2. Prosentase Balita Bawah Garis Merah ;
 - h. Pelayanan gizi, dengan indikator :
 1. Prosentase cakupan balita mendapat kapsul vitamin A 2 kali per tahun ;
 2. Prosentase cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe ;
 3. Prosentase cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi Bawah Garis Merah dari keluarga miskin ;
 4. Prosentase balita gizi buruk mendapat perawatan ;

I. Pelayanan

- i. Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar dan Komprehensif, dengan indikator :
 1. Prosentase akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus;
 2. Prosentase ibu hamil resiko tinggi / komplikasi yang ditangani ;
 3. Prosentase neonatal resiko tinggi / komplikasi yang ditangani ;
- j. Pelayanan gawat darurat, dengan indikator prosentase sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat ;
- k. Penyelenggaraan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Gizi Buruk, dengan indikator :
 1. Prosentase Desa / Kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam ;
 2. Prosentase Kecamatan bebas rawan gizi ;
- l. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Polio, dengan indikator angka Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun ;
- m. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit TB Paru, dengan indikator prosentase kesembuhan penderita TBC BTA positif ;
- n. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit ISPA, dengan indikator prosentase cakupan balita dengan pneumonia yang ditangani ;
- o. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV – AIDS, dengan indikator :
 1. Prosentase klien yang mendapatkan penanganan HIV – AIDS;
 2. Prosentase infeksi menular seksual yang diobati ;
- q. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Denggue (DBD), dengan indikator prosentase penderita DBD yang ditangani ;
- r. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Diare, dengan indikator prosentase Balita dengan diare yang ditangani ;
- s. Pelayanan Kesehatan Lingkungan, dengan indikator prosentase Instilusi yang dibina ;
- t. Pelayanan Pengendalian Vektor, dengan indikator rumah / bangunan bebas jentik nyamuk Aedes ;
- u. Pelayanan hygiene sanitasi di tempat umum, dengan indikator prosentase tempat umum yang memenuhi syarat ;
- v. Penyuluhan Perilaku Sehat, dengan indikator :
 1. Prosentase Rumah Tangga sehat ;
 2. Prosentase bayi yang mendapat ASI – eksklusif ;
 3. Prosentase Desa dengan garam beryodium baik ;
 4. Prosentase Posyandu Purnama ;
- w. Penyuluhan Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (P3 NAPZA) berbasis masyarakat, dengan indikator prosentase upaya penyuluhan P3 NAPZA oleh petugas kesehatan ;

x. Pelayanan

- x. Pelayanan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan, dengan indikator :
 - 1. Prosentase ketersediaan obat sesuai kebutuhan ;
 - 2. Prosentase pengadaan obat esensial ;
 - 3. Prosentase pengadaan obat generik ;
 - y. Pelayanan penggunaan obat generik, dengan indikator prosentase penulisan resep obat generik ;
 - z. Penyelenggaraan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan, dengan indikator prosentase cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar ;
 - aa. Penyelenggaraan pembiayaan untuk keluarga miskin dan masyarakat rentan, dengan indikator cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga miskin dan masyarakat rentan ;
- (3) Di luar jenis pelayanan yang tersebut pada ayat (2), Daerah tertentu dapat menyelenggarakan jenis pelayanan tambahan sesuai dengan kebutuhan, meliputi :
- a. Pelayanan Kesehatan Kerja, dengan indikator cakupan prosentase pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal ;
 - b. Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut, dengan indikator prosentase cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut ;
 - c. Pelayanan Gizi Tambahan, dengan indikator prosentase cakupan wanita usia subur yang mendapatkan kapsul yodium ;
 - d. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV – AIDS, dengan indikator prosentase darah donor diskriming terhadap HIV – AIDS ;
 - e. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Malaria, dengan indikator prosentase penderita malaria yang diobati ;
 - f. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Kusta, dengan indikator prosentase penderita kusta yang selesai berobat (RFT rate) ;
 - g. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Filariasis, dengan indikator prosentase kasus Filariasis yang ditangani ;
- (4) Jenis pelayanan tambahan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) menjadi wajib bagi semua daerah endemis / potensi KLB / rawan masalah apapun ketentuan teknisnya ;
- (5) Target pencapaian indikator kinerja tahunan setiap jenis pelayanan, sebagaimana tercantum dalam Lampiran.

BAB IV MEKANISME PELAKSANAAN SPM BIDANG KESEHATAN

Pasal 6

Mekanisme pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan di Propinsi adalah sebagai berikut :

1. Gubernur.

- a. Gubernur menetapkan program dan kurun waktu pencapaian SPM Bidang Kesehatan, yang ditentukan secara bersama – sama dengan Pemerintah Daerah ;
- b. Gubernur melakukan sosialisasi, diseminasi, pelatihan, bimbingan dan lokakarya dalam rangka pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan ;
- c. Gubernur melakukan monitoring dan evaluasi terhadap Pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan di Daerah ;
- d. Gubernur melaporkan secara berkala kepada Pemerintah, kinerja Pemerintah Daerah dalam pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan ;
- e. Pemerintah Propinsi melakukan kajian pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan di Daerah.

Pasal 7

Mekanisme pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan di Daerah adalah sebagai berikut :

- a. Penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan dapat pula dilaksanakan oleh Badan Usaha Milik Daerah atau Lembaga Mitra Pemerintah Daerah sesuai SPM Bidang Kesehatan yang telah ditetapkan ;
- b. Perencanaan Pembangunan Daerah (Poldas, Propeda, Renstrada, Repetada) maupun APBD untuk tahun anggaran yang bersangkutan harus mengakomodasi SPM Bidang Kesehatan yang telah ditetapkan dan menjadi prioritas bagi Daerah ;
- c. Bupati / Walikota melakukan sosialisasi, diseminasi, pelatihan penyelenggaraan SPM Bidang Kesehatan Daerah ;
- d. Bupati / Walikota mengoperasionalkan standar-standar teknis dalam pelayanan kesehatan Daerah ;
- e. Bupati / Walikota melakukan Survey Kepuasan Masyarakat secara teratur terhadap pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan Daerah ;
- f. Bupati / Walikota melakukan monitoring dan evaluasi secara berkesinambungan terhadap Kinerja Pemerintah Daerah di Bidang Kesehatan.

BAB V

PENGORGANISASIAN

Pasal 8

Bupati / Walikota bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM, yang dilaksanakan oleh Perangkat Daerah.

Pasal 9

Pasal 9

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan dilakukan oleh tenaga dengan kualifikasi dan kompetensi yang dibutuhkan.

BAB VI
PELAKSANAAN

Pasal 10

SPM Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2), merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing Pemerintah Daerah.

Pasal 11

Sumber Pembiayaan pelaksanaan pelayanan kesehatan untuk pencapaian target sesuai SPM Bidang Kesehatan, dibebankan pada APBD dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat.

BAB VII
PEMBINAAN

Pasal 12

Pemerintah Propinsi memfasilitasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan dan mekanisme kerja sama antar Pemerintah Daerah.

Pasal 13

Fasilitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 dalam bentuk pemberian pedoman, bimbingan teknis, pelatihan, arahan dan supervisi meliputi :

- a. Perhitungan kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan ;
- b. Penyusunan Rencana Kerja dan Standar Kinerja pencapaian target SPM Bidang Kesehatan ;

c. Penilaian

- c. Penilaian Pengukuran Kinerja pencapaian target SPM Bidang Kesehatan ;
- d. Penyusunan Laporan Kinerja dalam penyelenggaraan pemenuhan SPM Bidang Kesehatan.

BAB VIII

PENGAWASAN DAN EVALUASI

Pasal 14

Bupati / Walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan di Daerah masing-masing.

Pasal 15

Bupati / Walikota menyampaikan laporan pencapaian kinerja pelayanan kesehatan sesuai SPM Bidang Kesehatan, kepada Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan melalui Gubernur

Pasal 16

Gubernur melaksanakan evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan Daerah sesuai SPM Bidang Kesehatan yang telah ditetapkan.

Pasal 17

- (1) Hasil evaluasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan Daerah sesuai SPM Bidang Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16, dilaporkan oleh Gubernur kepada Presiden melalui Menteri Dalam Negeri ;
- (2) Hasil evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipergunakan sebagai dasar penentuan tindakan yang diperlukan dalam pelaksanaan SPM Bidang Kesehatan.

BAB IX

BAB IX
PENUTUP

Pasal 18

- (1) Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan ;
- (2) Keputusan ini diundangkan dalam Lembaran Daerah Propinsi Jawa Timur.

Ditetapkan di Surabaya
pada tanggal 28 Juni 2006



Imam Utomo
IMAM UTOMO, S

DIUNDANGKAN DALAM LEMBARAN DAERAH
PROPINSI JAWA TIMUR
TGL. 28-6-2006 No. 27 Th 2006/01

LAMPIRAN

LAMPIRAN KEPUTUSAN GUBERNUR JAWA-TIMUR
TANGGAL : 28 JUNI 2004
NOMOR : 27 TAHUN 2004

I. TARGET PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA TAHUNAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
BIDANG KESEHATAN YANG WAJIB DILAKSANAKAN KABUPATEN / KOTA DI JAWA TIMUR

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET 2010	TARGET TAHUNAN						
				2004	2005	2005	2007	2008	2009	2010
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Pelayanan kesehatan Ibu dan Bayi	1) Cakupan kunjungan Ibu hamil K4	95 %	85 %	86 %	90 %	90 %	94 %	95 %	95 %
		2) Cakupan pertolongan persalinan oleh Bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	90 %	85 %	86 %	87 %	88 %	89 %	90 %	90 %
		3) Ibu hamil resiko tinggi yang dirujuk	100 %	75 %	80 %	85 %	90 %	95 %	100 %	100 %
		4) Cakupan kunjungan neonatus	90 %	85 %	86 %	87 %	88 %	89 %	90 %	90 %
		5) Cakupan kunjungan bayi	90 %	85 %	85 %	87 %	89 %	89 %	90 %	90 %
		6) Cakupan Bayi Berat Lahir Rendah/ BBLR yang ditangani	100 %	85 %	88 %	90 %	94 %	97 %	100 %	100 %
2.	Pelayanan kesehatan Anak Pra sekolah dan Usia Sekolah	1) Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah	90 %	60 %	70 %	70 %	80 %	80 %	90 %	90 %
		2) Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih/guru UKS/Dokter Kecil	100 %	80 %	85 %	85 %	90 %	95 %	100 %	100 %
		3) Cakupan pelayanan kesehatan remaja	50 %	45 %	50 %	57 %	65 %	70 %	75 %	80 %

3. Pelayanan

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
3.	Pelayanan Keluarga Berencana	Cakupan peserta aktif KB	70 %	40 %	45 %	50 %	55 %	60 %	65 %	70 %
4.	Pelayanan Imunisasi	Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	100 %	80 %	85 %	85 %	90 %	90 %	95 %	100 %
5.	Pelayanan Pengobatan/Perawatan	1) Cakupan rawat jalan	15 %	12 %	14 %	14 %	15 %	15 %	15 %	15 %
		2) Cakupan rawat inap	1,5 %	1,2 %	1,4 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %
6.	Pelayanan Kesehatan Jiwa	Pelayanan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum	15 %	10 %	11 %	12 %	13 %	14 %	15 %	15 %
7.	Pemantauan pertumbuhan balita	1) Balita yang naik berat badannya	80 %	67 %	69 %	70 %	72 %	74 %	76 %	80 %
		2) Balita Bawah Garis Merah	<15 %	16 %	15 %	15 %	14 %	14 %	13 %	<15 %
8.	Pelayanan gizi	1) Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A 2 kali per tahun	90 %	60 %	65 %	70 %	75 %	80 %	85 %	90 %
		2) Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe	90 %	73 %	75 %	78 %	80 %	82 %	85 %	90 %
		3) Cakupan pemberian makanan pen-damping ASI pada bayi Bawah Garis Merah dari keluarga miskin	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
		4) Balita gizi buruk mendapat perawatan	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
9.	Pelayanan Obstetrik dan Neonatal: Emergensi Dasar dan Komprehensif	1) Akses terhadap ketersediaan jarak dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus	80 %	40 %	45 %	50 %	60 %	70 %	80 %	80 %
		2) Ibu hamil resiko tinggi/komplikasi yang ditangani	80 %	70 %	72 %	74 %	76 %	78 %	80 %	80 %
		3) Neonatal resiko tinggi/komplikasi yang ditangani.	80 %	70 %	72 %	74 %	76 %	78 %	80 %	80 %

10. Pelayanan

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
10.	Pelayanan gawat darurat	Sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat	90%	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	90 %
11.	Penyelenggaraan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Gizi Buruk	1) Desa / Kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam	100%	80 %	85 %	85 %	90 %	95 %	95 %	100 %
		2) Kecamatan bebas rawan gizi	80%	55 %	60 %	65 %	70 %	75 %	80 %	80 %
12.	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Polio	Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1	≥ 1
13.	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit TB Paru	Kesembuhan penderita TBC (BTA positif).	> 85 %	> 85 %	> 85 %	> 85 %	> 85 %	> 85 %	> 85 %	> 85 %
14.	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit ISPA	Cakupan balita dengan pneumonia yang ditangani.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
15.	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV-AIDS	1) Klien yang mendapatkan penanganan HIV-AIDS.	100 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %	100 %
		2) Infeksi menular seksual yang diobati.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
16.	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD)	Penderita DBD yang ditangani.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
17.	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Diare	Balita dengan diare yang ditangani	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
18.	Pelayanan Kesehatan Lingkungan	Institusi yang dibina	70 %	40 %	45 %	50 %	55 %	60 %	65 %	70 %
19.	Pelayanan pengendalian vector	Rumah/bangunan bebas jentik nyamuk Aedes	> 95 %	> 95 %	> 95 %	> 95 %	> 95 %	> 95 %	> 95 %	> 95 %

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
20.	Pelayanan hygiene sanitasi di tempat umum	Tempat umum yang memenuhi syarat	80%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%
21.	Penyuluhan perilaku sehat	1) Rumah tangga sehat	65%	20%	30%	30%	40%	50%	60%	65%
		2) Bayi yang mendapat ASI-Eksklusif	80%	50%	55%	60%	65%	70%	75%	80%
		3) Desa dengan garam beryodium baik	90%	70%	80%	80%	90%	90%	90%	90%
		4) Posyandu Purnama	40%	20%	23%	26%	30%	35%	40%	40%
22.	Penyuluhan Pencegahan dan Penganggulan -an Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (P3 NAPZA) berbasis masyarakat	Upaya penyuluhan P3 NAPZA oleh petugas kesehatan	15%	5%	7,5%	7,5%	10%	10%	15%	15%
23.	Pelayanan penyediaan obat dan perbekalan kesehatan	1) Ketersediaan obat sesuai kebutuhan	100%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	100%
		2) Pengadaan obat esensial	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3) Pengadaan obat generik	100%	80%	80%	90%	90%	90%	90%	100%
24.	Pelayanan penggunaan obat generik	Penulisan resep obat generik	90%	40%	40%	50%	50%	60%	70%	90%
25.	Penyelenggaraan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan	Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar	80%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	80%
26.	Penyelenggaraan pembiayaan untuk Keluarga Miskin dan masyarakat rentan	Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan Keluarga Miskin dan masyarakat rentan	100%	30%	40%	50%	60%	75%	90%	100%

II. TARGET

II. TARGET PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA TAHUNAN PELAYANAN TAMBAHAN
 BIDANG KESEHATAN KABUPATEN / KOTA DI JAWA TIMUR

NO.	JENIS PELAYANAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET 2010	TARGET TAHUNAN						
				2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.	Pelayanan Kesehatan Kerja	Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal	80 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	80 %
2.	Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut	Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut	70 %	40 %	45 %	50 %	55 %	60 %	65 %	70 %
3.	Pelayanan Gizi Tambahan	Cakupan wanita usia subur yang mendapatkan kapsul yodium	80 %	55 %	60 %	65 %	70 %	75 %	80 %	80 %
4.	Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV-AIDS	Darah donor diskriming terhadap HIV- AIDS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
5.	Pencegahan dan pemberantasan penyakit Malaria	Penderita malaria yang diobati	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
6.	Pencegahan dan pemberantasan penyakit Kusta	Penderita kusta yang selesai berobat (RFT rate)	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %
7.	Pencegahan dan pemberantasan penyakit Filariasis	Kasus filariasis yang ditangani	≥ 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %	> 90 %



GUBERNUR JAWA TIMUR

IMAM UTOMO, S

DIUNDANGKAN DALAM LEMBARAN D-ERAH
 PROPINSI JAWA TIMUR
 TGL 28-6-2007 No 27 / 2007 / D /

I. TARGET PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA TAHUNAN STANDAR PELAYANAN MINIMAL (SPM)
 BIDANG KESEHATAN YANG WAJIB DILAKSANAKAN KABUPATEN SAMPANG TAHUN 2004

NO	INDIKATOR KINERJA	RUMUS (Pembilang/Penyebut)	Pem- bilang	Pe- nyebut	Angka Hasil	TARGET 2004
1	2	3	4	5	6	7
1	cakupan kunjungan Ibu hamil K 4	$\frac{\text{Jumlah Ibu hamil yg telah memperoleh pelayanan ANC sesuai standart K4}}{\text{perkiraan penduduk sasaran ibu hamil}} \times 100\%$	5.962	19.526	30.53	74%
2	cakupan pertolongan persalinan oleh kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	$\frac{\text{Jumlah pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan baik pemerintah maupun swasta}}{\text{Penduduk sasaran ibu bersalin}} \times 100\%$	8.341	17.929	46.52	73%
3	Ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk	$\frac{\text{Jumlah ibu hamil risiko tinggi baru}}{\text{Jumlah perkiraan ibu hamil risiko tinggi (20% X sasaran ibu hamil)}} \times 100\%$	2.261	3.906	57.89	70%
4	cakupan kunjungan Neonatus	$\frac{\text{Jumlah neonatal yang telah memperoleh pelayanan kesehatan sesuai standar KN2}}{\text{Penduduk sasaran bayi}} \times 100\%$	9.227	17.751	51.98	85%
5	cakupan kunjungan bayi	$\frac{\text{Jumlah bayi baru}}{\text{Penduduk sasaran bayi}} \times 100\%$	3.521	17.751	19.84	85%
6	Cakupan bayi berat lahir rendah / BBLR yang ditangani	$\frac{\text{Jumlah bayi baru lahir dng berat badan rendah yg di tangani oleh petugas kesehatan}}{\text{Jumlah bayi baru lahir dng berat badan lahir rendah di temukan di satu wilayah kerja}} \times 100\%$	11	19	57.89	100%
7	Cakupan deteksi dini tumbuh kembang balita dan pra sekolah	$\frac{\text{Jumlah anak balita (1-5 th) dan pra sekolah yg di deteksi tumbuh kembangnya oleh tenaga kesehatan yg ada di satu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah anak balita dan pra sekolah (1-5 th) yang ada di suatu wil. Kerja dim kurun waktu yang sama}} \times 100\%$	12.354	78.464	15.74	45%
8	Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD atau setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih/ guru UKS/Dokter kecil	$\frac{\text{Jumlah siswa SD yang setingkat yang mendapat pemerksaan penjarangan kesehatan yang sesuai pedoman}}{\text{Jumlah proyeksi Anak Usia Sekolah tk dasar}} \times 100\%$	1.744	16.862	10.34	60%
9	Cakupan pelayanan kesehatan remaja	$\frac{\text{Jumlah remaja yang mendapat pelayanan kesehatan yang sesuai pedoman}}{\text{Jumlah proyeksi remaja}} \times 100\%$	9.246	158.943	5.82	30%
10	Cakupan Peserta aktif KB	$\frac{\text{Jumlah pasangan usia subur yg memperoleh pelayanan kontrasepsi sesuai standart di suatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}}{\text{Jumlah pasangan usia subur (PUS) di satu wilayah kerja pd kurun waktu yang sama}} \times 100\%$	32.555	432.724	21.39	43%
11	Desa/Keurahan Universal Child Immunization	$\frac{\text{Jumlah desa/ keurahan UCI di satu wilayah kena pada kurun waktu tertentu}}{\text{seluruh desa/keurahan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu}} \times 100\%$	akhir tahun		80%	80%
12	Cakupan Rawat Jalan	$\frac{\text{Jumlah seluruh kunjungan pengobatan rawat jalan di satu wilayah kerja od kurun waktu ter}}{\text{}} \times 100\%$				

		Jumlah penduduk di dalam satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu	277.662	792.843	35,02	38%
13	Cakupan Rawat Inap	Jumlah penderita rawat inap disarana pelayanan kesehatan dalam satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu X 100% Jumlah penduduk didalam satu wilayah kerja sarana kesehatan pd kurun waktu tertentu	2.988	792.843	0,38	0,90%
14	Pelayanan Gangguan jiwa disarana pelayanan kesehatan umum	Jumlah pasien terdeteksi gangguan jiwa & diobati disatu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu X 100% Jumlah seluruh pasien yg datang berobat ke fasilitas kes. Pada satu wilayah kerja dan pada kurun waktu yang sama			#DIV/0!	5,5%
15	Balita yang naik berat badannya	Jumlah balita yang naik berat badannya dalam satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu X 100% Jumlah seluruh balita ditimbang di satu wilayah kerja dalam waktu yang sama	37.759	60.085	62,84	70%
16	Balita Bawan Gans Meran	Jumlah balita ditemukan BGM disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu X 100% Jumlah seluruh balita ditimbang di satu wilayah kerja dan dalam waktu yang sama	1.609	60.085	2,68	2,00
17	Cakupan Balita dapat vit A 2 kali per tahun	Jumlah anak balita mendapat kapsul vit A dosis tinggi 2X pertahun dan bayi 6-11 bulan mendapat kapsul vit. A dosis tinggi 1 kali pertahun disatu wilayah X 100 % Jumlah seluruh balita disatu wilayah kerja dan dalam waktu yang sama.	0	78.464	0,00	70%
18	Cakupan ibu Hamil Mendapat 90 tablet Fe	Jumlah ibu hamil mendapat 90 tablet besi (Fe) disatu wilayah kerja dan dalam waktu yg sama X 100% Jumlah seluruh Ibu hamil didalam satu wilayah kerja dan dalam waktu yang sama.	9.797	19.526	50,17	75%
19	Cakupan Pemberian makanan pendamping ASI pada bayi bawah garis merah dan keluarga miskin	Jumlah bayi usia 6-11 bulan BGM gakin mendapat MP ASI 120 han disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu X 100% Jumlah seluruh bayi usia 6-11 bulan BGM gakin disuatu wilayah kerja dan dalam waktu yang sama	965	965	100,00	100%
20	Balita Gizi Buruk mendapat Perawatan	Jumlah Balita Gizi buruk ditangani di fasilitas kes. disuatu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu X 100% Jumlah Prevalensi Balita Gizi buruk ditemukan disuatu wilayah kerja dan dalam waktu yang sama	62	62	100,00	100%
21	Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan bumil & neonatus	Jumlah bumil dan neonatus rest/komplikasi yg mendapatkan transfusi darah yang aman disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu X 100 % Jumlah seluruh bumil dan neonatus nst/komplikasi yg tentangani. membutuhkan darah disuatu wilayah kerja dan dalam kurun waktu tertentu.			#DIV/0!	66%
22	Ibu hamil resiko tinggi/komplikasi yang ditangani	Jumlah ibu hamil resiko tinggi/ komplikasi yang ditangani X 100% Jumlah ibu hamil nst/ komplikasi ditemukan	324	2.261	14,33	73%
23	Neonatal Resiko tinggi/komplikasi yang ditangani	Jumlah Neonatal resiko tinggi/ komplikasi yang ditangani X 100% Jumlah Neonatal komplikasi ditemukan	19	24	79,17	73%
24	Sarana Kesenatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat di akses masyarakat	Jumlah sarana pelayanan kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang sesuai standar dan dapat diakses oleh masyarakat X 100% Jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada di wilayah tertentu			#DIV/0!	60

25	Desa/kelurahan yang mengalami KLB yang ditangani < 24 jam	Jumlah KLB yang terjadi dan ditangani < 24 Jam disuatu wilayah selama 1 Tahun X 100 % Jumlah seluruh KLB yg terjadi di wilayah tersebut dalam kurun waktu/ tahun yg sama	29	29	100,00	100
26	Kecamatan Bebas Rawan Gizi	Jumlah Kecamatan dengan prevalensi gizi kurang & buruk pada balita < 15 % disuatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu buruk X 100 % Jumlah Kecamatan disuatu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama	2	2	100,00	28%
27	Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15Th	Jumlah kasus AFP non Polio pada Penduduk < 15 tahun di suatu wilayah kerja pada kurun waktu X 100 % Jumlah penduduk < 15 Tahun dalam waktu yang sama	29	29	100,00	100%
28	Kesembuhan penderita TBC BTA Positif	Jumlah Penderita Baru TBC BTA + yang sembuh di suatu wilayah kerja pada kurun waktu 1 Tahun X 100 % Jumlah penderita Baru TBC BTA + yang diobati dalam waktu yang sama	278	405	68,64	75%
29	Cakupan Balita dengan Pneumonia yang ditangani	Jumlah kasus Pneumonia balita yg ditangani disuatu wilayah kerja pd kurun waktu 1 tahun X 100% Jumlah kasus pneumonia balita yang ditemukan disuatu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama			#DIV/0!	100%
30	Klien yang mendapatkan penanganan HIV-AIDS	Jumlah Klien yang mendapatkan penanganan HIV/AIDS disuatu wilayah kerja pada kurun waktu 1 Tahun X 100 % Jumlah seluruh Klien HIV/AIDS yang datang ke Sarkes disuatu wilayah pada kurun waktu yang sama	0	0	0,00	100%
31	Infeksi menular seksual yang diobati	Jumlah Penderita IMS yang diobati di suatu wilayah kerja pada kurun waktu 1 tahun X 100 % Jumlah kasus IMS yang datang ke Sarkes disuatu wilayah kerja pada waktu Yg sama			#DIV/0!	100%
32	Penderita DBD yang ditangani	Jumlah penderita DBD yang ditangani sesuai standar di suatu wilayah kerja pada kurun waktu 1 Tahun X 100 % Jumlah penderita DBD yg ditemukan di suatu wilayah kerja pd kurun waktu Yg sama			#DIV/0!	100%
33	Balita dengan Diare yang ditangani	Jumlah balita diare yg ditangani sesuai standar disuatu wilayah kerja pd kurun waktu 1 tahun X 100% Jumlah Penderita balita diare yg ditemukan disuatu wilayah kerja pd kurun waktu Yg Sama	23.343	23.343	100,00	100
34	% Insttusi yang dibina	Insttusi yang di bina sesuai dengan persyaratan minimal yang ditentukan di suatu wilayah kerja tertentu pada kurun waktu 1 tahun X 100% Jumlah insttusi yang ada di suatu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama			#DIV/0!	30
35	Pelayanan Pengendalian Vektor	Jumlah rumah / bangunan dan tempat penampungan air yang bebas jentik Nyamuk aedes aegypti di suatu wilayah kerja pada kurun waktu 1 tahun X 100% Jumlah ruman / bangunan dan tempat penampungan air yang di penksa di suatu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama			#DIV/0!	80
36	Tempat-tempat umum yang memenuhi syarat	Jumlah tempat umum yang di awasi dan memenuhi syarat hygiene sanitasi di suatu wilayah kerja pada kurun waktu 1 tahun X 100% Jumlah tempat umum yg di awasi di suatu wilayah kerja pd kurun waktu yg sama	74	739	10,01	55% Budi Utomo

37	Bayi yang mendapat ASI Eksklusif	Jumlah bayi yang hanya mendapat ASI saja sampai usia 4-6 bulan $\times 100\%$ Jumlah seluruh bayi disatu wilayah kerja pd kurun waktu yang sama	2.703	17.751	15.23	30%
38	Desa dengan garam beryodium baik	Jumlah desa garam beryodium baik disuatu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu $\times 100\%$ Jumlah seluruh desa yg dimonitor disuatu wilayah kerja pd kurun waktu yang sama	tak ada survey		#VALUE!	30%
39	Ruman Tangga sehat	Jumlah rumah tangga sehat $\times 100\%$ Jumlah rumah tangga yang di survey	tak ada survey		#VALUE!	40%
40	Posyandu Purnama	Jumlah Posyandu Purnama $\times 100\%$ Jumlah Posyandu	akhir tahun		#VALUE!	28.6
41	Upaya penyuluhan P3 Napza oleh petugas kesehatan	Jumlah kegiatan penyuluhan P3-NAPZA disuatu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu $\times 100\%$ Jumlah seluruh kegiatan penyuluhan dibidang kes. disuatu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu			#DIV/0!	8%
42	Ketersediaan obat sesuai kebutuhan	Jumlah obat yang tersedia $\times 100\%$ Pemakaian selama 1 tahun	65	100	65.00	60%
43	Pengadaan obat esensial	Jumlah obat item esensial yg diadakan untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas $\times 100\%$ Jumlah item obat esensial yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas	70	100	70.00	60%
44	Pengadaan obat generik	Jumlah item obat generik yg diadakan untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas $\times 100\%$ Jumlah item obat generik yg dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas	70	100	70.00	60%
45	Penulisan resep obat generik	Jumlah resep obat generik yang ditulis $\times 100\%$ Jumlah resep yang ditulis			#DIV/0!	70%
46	Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Prabayar	Jumlah penduduk yg memiliki kartu peserta JPK disuatu wilayah kerja pd kurun waktu tertentu $\times 100\%$ Jumlah seluruh penduduk disatu wilayah pada kurun waktu yang sama	342.580	792.843	43.21	61%
47	Cakupan Jaminan pemeliharaan kesehatan keluarga dan masyarakat rentan	Jumlah keluarga miskin dan masyarakat rentan menurut data Depsos yang memiliki kartu JPK Gakin disatu wilayah kerja tertentu $\times 100\%$ Jumlah seluruh penduduk disatu wilayah pada kurun waktu yang sama	332.580	792.843	41.95	55%

PELAYANAN TAMBAHAN

5

NO	INDIKATOR KINERJA	RUMUS (Pembilang/Penyebut)	Penyebut	Angka Hasil	TARGET 2003	
1	2	3	5	6	7	
1	Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal	Jumlah pekerja formal yg memperoleh pelayanan kesehatan kerja sesuai standar disatu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu $\times 100\%$ Jumlah seluruh pekerja formal disatu wilayah kerja & dalam kurun waktu tertentu			#DIV/0!	27%
2	Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut	Jumlah usia lanjut yang mendapat pelayanan kesehatan lansia $\times 100\%$ Jumlah usia lanjut yang ada	3.610	35.115	Budi Utomo 10,28	27%

3	Cakupan Wanita Usia Subur yang mendapatkan kapsul yodium	Jumlah WUS disatu daerah endemik sedang & berat yodium yang mendapat kapsul yodium disuatu wilayah kena pada kurun waktu tertentu $\times 100\%$ Jumlah seluruh WUS di daerah endemik sedang dan berat yg ada disuatu wilayah kena pada kurun waktu yang sama	0	0	#DIV/0!	30%
4	Darah donor diskning terhadap HIV AIDS	Jumlah kantong donor darah diskning HIV disuatu wilayah kena pd kurun waktu 1 tahun $\times 100\%$ Jumlah seluruh kantong darah donor di suatu wilayah kerja pada kurun waktu yang sama	721	721	100.00	100%
5	Penderita Malana yang diobati (Annual Paracite Incidence /API)	Jumlah penderita positif dalam 1 tahun $\times 100\%$ Jumlah penduduk di desa/wilayah reseptif	0	0	0.00	100%
6	Penderita Kusta yang selesai berobat (RFT Rate)	Jumlah penderita Kusta gapat menveesaikan pengobatan MDT pd kurun waktu yg ditentukan $\times 100\%$ Jumlah penderita Kusta yang mendapat pengobatan MDT dalam 1 tahun	514	514	100.00	30
7	Kasus Filariasis yang ditangani	Jumlah tersangka penderita/akut/kronis filarial yg ditangani di suatu wilayah tertentu pada kurun waktu tertentu $\times 100\%$ Jumlah penduduk yg dipenksa disuatu wilayah tertentu pada kurun waktu tertentu	0	0	0.00	90

Sampang, Januari 2005
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Sampang

Dr. Firman Priat Abadi MM
NIP : 140 217 218

			I	II	III	IV						
G. PEMANTAUAN PERTUMBUHAN BALITA												
15	Balita yang naik berat badannya	80	67	17.772	28.116	63.21	28.116	0.00	28.116	0.00	28	
16	Balita bawah Gans Merah	< 15	16	874	17.772	4.92	17.772	0.00	17.772	0.00	17	
H. PELAYANAN GIZI												
17	Cakupan Balita dapat vit A 2 kali pertahun	90	90	0	=DIV.0!		=====		=====			
18	Cakupan Ibu Hamil Mendapat 90 tablet Fe	90	75	3.178	19.526	16.28	19.526	0.00	19.526	0.00	19	
19	Cakupan Pemberian makanan pendamping ASI pd bayi bawah gans merah dari keluarga miskin	100	100	12	12	100.00	12	0.00	12	0.00		
20	Balita Gizi Buruk mendapat perawatan	100	100	0	0	=DIV.0!	0	=====	0	=====		
I. PELAYANAN OBSTETRIK & NEONATAL EMERGEN DSR & KOM												
21	Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yg aman utk menangani rujukan hamil & neonatus	80	40		=DIV.0!		=====		=====			
22	Ibu hamil resiko tinggi komplikasi yg ditangani	80	70	688	3.905	16.85	3.905	0.00	3.905	0.00	3	
23	Neonatal Resiko tinggi komplikasi yg ditangani	80	70	25	30	76.67	30	0.00	30	0.00		
J. PELAYANAN GAWAT DARURAT												
24	Barana Kesehatan dengan kemampuan pelay. Gawat darurat yang dapat di akses masyarakat	90	40	10	20	50.00	20	0.00	20	0.00		
K. PENYELENGGARAAN PENYELIDIKAN EPID												
25	Desa/kelurahan yang mengalami KLB yang ditangani < 24 jam	100	80		=DIV.0!		=====		=====			
26	Kecamatan Bebas Rawan Gizi	80	55	1	14	7.14	14	0.00	14	0.00		
27	Acute Flacid Paralisis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15Th	< 1	< 1	3		=DIV.0!		=====		=====		
28	Kesembuhan penderita TBC BTA positif	> 85	> 85	60	80	82.50	80	0.00	80	0.00	8	
29	Cakupan Balita dengan Pneumonia yg ditangani	100	100	4.091	4.091	100.00	4.091	0.00	4.091	0.00	4.09	
30	Klien yang mendapatkan penunangan HIV-AIDS	100	50	0	0	=DIV.0!	0	=====	0	=====		
31	Infeksi menular seksual yang diobati	100	100			=DIV.0!		=====		=====		
32	Penderita DBD yang ditangani	100	100	62	62	100.00	62	0.00	62	0.00	6	
33	Balita dengan Diare yang ditangani	100	100	12.666	12.666	100.00	12.666	0.00	12.666	0.00	12.66	

**DATA HASIL KEGIATAN PEMANTAUAN STATUS GIZI
DI KABUPATEN SAMPANG
TAHUN 2003**

NO	KECAMATAN	JUMLAH SAMPEL	STATUS GIZI									
			GIZI BURUK		GZ KURANG		GIZI BAIK		GIZI LEBIH		REV. GIZI KURANG (TOTA	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Sresen	188	15	7,98	64	34,04	105	55,85	4	2,13	79	42,02
2	Torjun	273	11	4,03	79	28,94	182	66,67	1	0,37	90	32,97
3	Sampang	130	21	16,15	35	26,92	72	55,38	2	1,54	56	43,08
4	Camplong	336	21	6,25	101	30,06	212	63,10	2	0,60	122	36,31
5	Omben	246	22	8,94	67	27,24	156	63,41	1	0,41	89	36,18
6	Kedungdung	267	30	11,24	127	47,57	109	40,82	1	0,37	157	58,80
7	Jrengik	220	47	21,36	62	28,18	109	49,55	2	0,91	109	49,55
8	Tambelangan	232	19	8,19	69	29,74	143	61,64	1	0,43	88	37,93
9	Banyuates	160	4	2,50	27	16,88	123	76,88	6	3,75	31	19,38
10	Robatal	242	34	14,05	57	23,55	147	60,74	4	1,65	91	37,60
11	Ketapang	200	24	12,00	39	19,50	132	66,00	5	2,50	63	31,50
12	Batulenger	38	0	0,00	0	0,00	14	36,84	24	63,16	0	0,00
	KABUPATEN	2532	248	9,79	727	28,71	1504	59,40	53	2,09	975	38,51

Data hasil Pemantauan Status Gizi Kabupaten Sampang 2004

No	Kecamatan	Jumlah Diperiksa	Gizi Buruk		Gizi Kurang		Gizi Baik		Gizi Lebih		Prevalensi	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	Sreseh	196.0	4.0	2.0	29.0	14.8	160.0	81.6	3.0	1.5	33.0	16.8
2	Torjun	179.0	4.0	2.2	47.0	26.3	126.0	70.4	2.0	1.1	51.0	28.5
3	Sampang	294.0	12.0	4.1	48.0	16.3	228.0	77.6	6.0	2.0	60.0	20.4
4	Camplong	214.0	15.0	7.0	60.0	28.0	132.0	61.7	7.0	3.3	75.0	35.0
5	Omben	214.0	0.0	0.0	39.0	18.2	175.0	81.8	0.0	0.0	39.0	18.2
6	Kedundung	193.0	18.0	9.3	75.0	38.9	98.0	50.8	2.0	1.0	93.0	48.2
7	Jrengik	222.0	41.0	18.5	55.0	24.8	115.0	51.8	11.0	5.0	96.0	43.2
8	Tambelangan	188.0	6.0	3.2	63.0	33.5	119.0	63.3	0.0	0.0	69.0	36.7
9	Banyuates	219.0	9.0	4.1	42.0	19.2	165.0	75.3	3.0	1.4	51.0	23.3
10	Robatal	189.0	14.0	7.4	32.0	16.9	143.0	75.7	0.0	0.0	46.0	24.3
11	Ketapang	187.0	3.0	1.6	43.0	23.0	137.0	73.3	4.0	2.1	46.0	24.6
12	Sokobanah	108.0	4.0	3.7	15.0	13.9	53.0	49.1	36.0	33.3	19.0	17.6
<i>Total</i>		2403.0	130.0	5.4	548.0	22.8	1651.0	68.7	74.0	3.1	678.0	28.2

CAKUPAN PEMBERIAN VIT A BULAN TAHUN 2004

No	Puskesmas	SASARAN			Cakupan Vit A							
		Bufas	Bayi	Balita	Bayi		A1		A2		Bufas	
					Abs	%	Abs	%	Abs	%	Abs	%
1	Src seh	721	716	2416	640	89,39	1687	69,83	1426	59,02	521	72,26
2	Torjun	1145	1135	3845	882	77,71	2768	71,99	2159	56,15	1145	100,00
3	Karnoning	960	948	3221	727	76,69	1984	61,60	1652	51,29	960	100,00
4	Banyuanyar	1141	1132	3832	604	53,36	2789	72,78	1854	48,38	1141	100,00
5	Camplog	853	845	2863	593	70,18	1814	63,36	1955	68,29	625	73,27
6	Tanjung	692	683	2321	465	68,08	1336	57,56	1224	52,74	368	53,18
7	Or ben	985	975	3309	596	61,13	2879	87,01	2052	62,01	547	55,53
8	Jrengoan	578	573	1938	416	72,60	1628	84,00	1421	73,32	376	65,05
9	Ke lungdung	816	808	2740	406	50,25	2361	86,17	1680	61,31	432	52,94
10	Barajar	866	858	2909	858	100,00	1792	61,60	1362	46,82	487	56,24
11	Jer gik	751	742	2522	462	62,26	1937	76,80	1624	64,39	409	54,46
12	Tambelangan	926	918	3105	486	52,94	2526	81,35	2128	68,53	758	81,86
13	Banyuates	792	784	2661	414	52,81	2233	83,92	1845	69,33	792	100,00
14	Bri ngkoning	710	701	2376	428	61,06	1824	76,77	1295	54,50	535	75,35
15	Ro jatal	899	890	3016	492	55,28	2195	72,78	1921	63,69	388	43,16
16	Kr. Penang	1298	1283	4358	1283	100,00	2838	65,12	2575	59,09	1298	100,00
17	Ba ulenger	843	835	2832	501	60,00	2148	75,85	1921	67,83	510	80,50
18	Tanberu Barat	733	727	2457	521	71,66	1695	68,99	1241	50,51	524	71,49
19	Ketapang	940	931	3156	502	53,92	2025	64,16	1950	61,79	832	88,51
20	Buntan Barat	681	675	2285	385	57,04	1824	79,82	1776	77,72	400	58,74
		17330	17159	58162	11661	67,96	42283	72,70	35061	60,28	13048	75,29

**ALOKASI BAHAN DAN OBAT GIZI
DALAM RANGKA INTERVENSI MASALAH GIZI
TAHUN 2005**

NO	PUSKESMAS	VIT A BIRU (BOTOL)	VIT A MERAH (BOTOL)	FE (BLESTER)	ZN SULFAT (BOTOL)	KAPSUL IODIUM (BOTOL)	ENTRASOL (KOTAK)
1	SRESEH	18	104	210	100	40	216
2	TORJUN	26	165	330	140	50	336
3	KAMONING	22	138	280	120	40	288
4	BANYUANYAR	26	165	340	140	50	216
5	CAMPLONG	20	123	240	110	40	240
6	TANJUNG	16	100	200	100	40	274
7	OMBEN	23	142	280	120	50	288
8	JRENGOAN	13	83	200	100	40	288
9	KEDUNGDUNG	19	118	240	100	40	240
10	BANJAR	20	125	240	110	60	264
11	JRENGIK	17	108	210	100	40	240
12	TAMBELANGAN	21	134	260	120	50	384
13	BANYUATES	18	114	230	100	40	240
14	BRINGKONING	16	102	200	100	40	216
15	ROBATAL	21	130	250	110	50	288
16	KR PENANG	30	187	370	160	60	288
17	BATU LENGER	19	122	240	100	40	198
18	TAMBERU BARAT	17	106	210	100	40	216
19	KETAPANG	22	136	270	120	50	264
20	BUNTEN BARAT	16	98	200	109	40	216
		400	2.500	5.000	2.259	900	5.200