

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk

a. Profil Umum

Dinas kesehatan daerah adalah suatu dinas atau instansi pemerintah yang bergerak di bidang kesehatan. Awalnya, sebelum adanya otonomi daerah segala kebijakan baik itu kebijakan berupa peraturan ataupun anggaran termasuk yang berhubungan dengan kesehatan selalu berjalan secara vertikal yaitu ditentukan oleh pusat dan dilaksanakan oleh daerah. Secara bertahap setelah adanya otonomi daerah di tahun 2004, maka setiap daerah diberikan keleluasaan untuk mengatur rumah tangganya sendiri termasuk membentuk suatu dinas atau instansi.

Oleh sebab itu, adanya otonomi daerah ini otomatis juga diikuti oleh lahirnya dinas kesehatan daerah. Struktur penataan kelembagaan Dinas Kesehatan Nganjuk memiliki lima bidang, yaitu bidang kesehatan keluarga (KESGA), bidang promosi kesehatan (PROMKES), bidang rencana dan evaluasi (REN), bidang pemberantasan penyakit dan kesehatan lingkungan (P3KL), dan bidang pelayanan kesehatan (YANKES).

Dinas kesehatan daerah Kabupaten Nganjuk terletak di jalan Dr. Soetomo No. 75 Nganjuk.

b. Tugas Pokok, Fungsi dan Tugas masing-masing Bidang

1) Tugas Pokok

Dinas Kesehatan Daerah mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan daerah berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan di bidang kesehatan.

2) Fungsi

Dinas Kesehatan Daerah sebagai satuan kerja perangkat daerah di Kabupaten Nganjuk mempunyai fungsi:

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan.
- b. Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang kesehatan.
- c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang kesehatan.
- d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

3) Tugas masing-masing Bidang

Masing-masing bidang pada Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk memiliki tugas sebagai berikut:

- a. Kepala Dinas

Kepala dinas kesehatan daerah mempunyai tugas merumuskan kebijakan teknis, menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah, membina dan melaksanakan tugas di bidang kesehatan.

b. Sekretariat

Sekretariat mempunyai tugas melaksanakan koordinasi penyusunan program dan penyelenggaraan tugas-tugas bidang secara terpadu dan tugas pelayanan administratif.

Sekretariat mempunyai fungsi:

- a. Pengekoordinasian penyusunan program dan evaluasi
- b. Pengekoordinasian penyelenggaraan tugas-tugas bidang secara terpadu
- c. Pelayanan administratif
- d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh kepala dinas kesehatan daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya

Sekretariat terdiri dari sub bagian umum, keuangan, rencana dan evaluasi, dengan masing masing tugasnya adalah sebagai berikut:

1) Sub Bagian Umum

Sub Bagian Umum mempunyai tugas:

- a) Melaksanakan kegiatan ketatausahaan dan ketatalaksanaan
- b) Melaksanakan urusan kerumahtanggaan, perlengkapan dan keprotokolan
- c) Melaksanakan pelayanan administrasi kepegawaian

- d) Melaksanakan tugas tugas lain yang diberikan sekretaris sesuai dengan tugasnya.

- 2) Sub Bagian Keuangan

Sub Bagian Keuangan mempunyai tugas:

- a) Menyiapkan bahan dan data untuk penyusunan anggaran
- b) Menyusun rancangan anggaran (rka-skpd dan dpa-skpd)
- c) Melaksanakan tertib administrasi keuangan
- d) Menyusun laporan keuangan
- e) Melaksanakan tugas tugas lain yang diberikan oleh sekretaris sesuai dengan tugasnya

- 3) Sub Bagian Program dan Evaluasi

Sub Bagian Program dan Evaluasi mempunyai tugas:

- a) Melaksanakan koordinasi penyusunan program kegiatan
- b) Melaksanakan penyusunan program kegiatan
- c) Melaksanakan penyusunan laporan kegiatan
- d) Melaksanakan evaluasi pelaksanaan program
- e) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh sekretaris sesuai dengan tugasnya.

- c. Bidang Pelayanan Kesehatan

Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas merumuskan kebijakan teknis, menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum, membina dan melaksanakan tugas di bidang pelayanan kesehatan.

Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai fungsi:

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan
- b. Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang pelayanan kesehatan
- c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang pelayanan kesehatan
- d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh kepala dinas kesehatan daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya

Bidang Pelayanan Kesehatan terdiri dari Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan, Seksi Pelayanan Kesehatan Khusus dan Pembiayaan Kesehatan, serta Seksi Farmasi dan Makanan Minuman.

1) Seksi pelayanan kesehatan dasar dan rujukan

Seksi pelayanan kesehatan dasar dan rujukan mempunyai tugas:

- a) Merumuskan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan dasar dan rujukan
- b) Menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang pelayanan kesehatan dasar dan rujukan
- c) Membina dan melaksanakan tugas di bidang pelayanan kesehatan dasar dan rujukan

- d) Melaksanakan pengembangan, registrasi, akreditasi, perizinan, sarana kesehatan dasar dan rujukan serta penunjang
 - e) Melaksanakan tugas-tugas lain yang di berikan oleh kepala bidang pelayanan kesehatan sesuai dengan tugasnya
- 2) Seksi Pelayanan Kesehatan Khusus dan Pembiayaan Kesehatan
- Seksi Pelayanan Kesehatan Khusus dan Pembiayaan Kesehatan mempunyai tugas:
- a) Merumuskan kebijakan teknis di bidang pelayanan kesehatan khusus dan pembiayaan kesehatan
 - b) Menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang pelayanan kesehatan khusus dan pembiayaan kesehatan
 - c) Membina dan melaksanakan tugas di bidang pelayanan kesehatan khusus dan pembiayaan kesehatan
 - d) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan sesuai dengan tugasnya
- 3) Seksi Farmasi dan Makanan Minuman
- Seksi Farmasi dan Makanan Minuman mempunyai tugas:
- a) Merumuskan kebijakan teknis di bidang farmasi dan makanan minuman
 - b) Menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang farmasi dan makanan minuman

c) Membina dan melaksanakan tugas di bidang farmasi dan makanan minuman

d) Membina dan melaksanakan pengawasan pendistribusian dan pemakaian obat-obatan pada toko obat, apotik dan pada unit atau sarana pelayanan kesehatan

d. Bidang Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan

Bidang Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan mempunyai tugas merumuskan kebijakan teknis, menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum, membina dan melaksanakan tugas di bidang pencegahan pemberantasan penyakit dan kesehatan lingkungan.

Bidang Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan mempunyai fungsi:

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang pencegahan, pemberantasan penyakit dan kesehatan lingkungan
- b. Penyelenggaraan urusan pemerintah dan pelayanan umum di bidang pencegahan, pemberantasan penyakit dan kesehatan lingkungan
- c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang pencegahan, pemberantasan penyakit dan kesehatan lingkungan

d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan

Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya

Bidang Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan terdiri dari Seksi Pengamatan dan Pencegahan Penyakit, Seksi Pemberantasan Penyakit, dan Seksi Kesehatan Lingkungan.

1) Seksi Pengamatan dan Pencegahan Penyakit

Seksi Pengamatan dan Pencegahan Penyakit mempunyai tugas:

- a) Merumuskan kebijakan teknis di bidang pengamatan dan pencegahan penyakit
- b) Menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang pengamatan dan pencegahan penyakit
- c) Membina dan melaksanakan tugas di bidang pengamatan dan pencegahan penyakit
- d) Melaksanakan tugas-tugas lain, yang diberikan oleh kepala bidang pencegahan pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan sesuai dengan tugasnya

2) Seksi Pemberantasan Penyakit

Seksi Pemberantasan Penyakit mempunyai tugas:

- a) Merumuskan kebijakan teknis di bidang pemberantasan penyakit
- b) Menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang pemberantasan penyakit

c) Membina dan melaksanakan tugas di bidang pemberantasan penyakit

d) Melaksanakan tugas-tugas lain, yang diberikan oleh Kepala Bidang Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan sesuai dengan tugasnya

3) Seksi Kesehatan Lingkungan

Seksi Kesehatan Lingkungan mempunyai tugas:

a) Merumuskan kebijakan teknis di bidang kesehatan lingkungan

b) Menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang kesehatan lingkungan

c) Membina dan melaksanakan tugas di bidang kesehatan lingkungan

d) Melaksanakan tugas tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pencegahan Pemberantasan Penyakit dan Kesehatan Lingkungan sesuai dengan tugasnya.

e. Bidang Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan

Bidang Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan mempunyai tugas merumuskan kebijakan teknis, menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum, membina dan melaksanakan tugas di bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan.

Bidang Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan mempunyai fungsi:

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan
- b. Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan
- c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang promosi kesehatan dan pemberdayaan
- d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Daerah sesuai dengan fungsinya

Bidang Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan terdiri dari Seksi Promosi dan Penyuluhan Kesehatan, Seksi Peningkatan Pendidikan Tenaga Kerja, serta Seksi Peningkatan dan Pemanfaatan Sarana Kesehatan.

1) Seksi Promosi dan Penyuluhan Kesehatan

Seksi Promosi dan Penyuluhan Kesehatan mempunyai tugas :

- a) Merumuskan kebijakan teknis di bidang promosi dan penyuluhan kesehatan
- b) Menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang promosi dan penyuluhan kesehatan
- c) Membina dan melaksanakan tugas di bidang promosi dan penyuluhan kesehatan

d) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan sesuai dengan tugasnya

2) Seksi Peningkatan Pendidikan Tenaga Kerja

Seksi Peningkatan Pendidikan Tenaga Kerja mempunyai tugas:

a) Merumuskan kebijakan teknis di bidang peningkatan pendidikan tenaga kesehatan

b) Menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang promosi dan penyuluhan

c) Membina dan melaksanakan tugas di bidang promosi dan penyuluhan kesehatan

d) Melaksanakan tugas tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan sesuai dengan tugasnya

3) Seksi Peningkatan dan Pemanfaatan Sarana Kesehatan

Seksi Peningkatan dan Pemanfaatan Sarana Kesehatan mempunyai tugas:

a) Merumuskan kebijakan teknis di bidang peningkatan pendidikan tenaga kesehatan

b) Menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang peningkatan pelayanan

- c) Membina dan melaksanakan tugas di bidang peningkatan dan pemanfaatan sarana kesehatan
- d) Melaksanakan registrasi, akreditasi dan sertifikasi sarana kesehatan dan peralatan kesehatan
- e) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan sesuai dengan tugasnya.

f. Bidang Kesehatan Keluarga

Bidang Kesehatan Keluarga mempunyai tugas merumuskan kebijakan teknis, menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum, membina dan melaksanakan tugas di bidang kesehatan keluarga.

Bidang Kesehatan Keluarga mempunyai fungsi:

- a. Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan keluarga
- b. Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang kesehatan keluarga
- c. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang kesehatan keluarga
- d. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh kepala dinas kesehatan daerah sesuai dengan tugasnya.

Bidang Kesehatan Keluarga terdiri dari Seksi Kesehatan Bayi, Anak dan Remaja, Seksi Kesehatan Ibu, Keluarga Berencana dan Lanjut Usia, serta Seksi Gizi.

1) Seksi Kesehatan Bayi, Anak dan Remaja

Seksi Kesehatan Bayi, Anak dan Remaja mempunyai tugas:

- a) Merumuskan kebijakan teknis di bidang kesehatan bayi, anak dan remaja
- b) Menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang kesehatan bayi, anak dan remaja
- c) Membina dan melaksanakan tugas di bidang kesehatan bayi, anak dan balita
- d) Melaksanakan tugas tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Kesehatan Keluarga sesuai dengan tugasnya.

2) Seksi Kesehatan Ibu, Keluarga Berencana dan Lanjut Usia

Seksi Kesehatan Ibu, Keluarga Berencana dan Lanjut Usia mempunyai tugas:

- a) Merumuskan kebijakan teknis di bidang kesehatan bidang kesehatan ibu, keluarga berencana dan lanjut usia
- b) Menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang kesehatan ibu, keluarga berencana dan lanjut usia
- c) Membina dan melaksanakan tugas di bidang kesehatan ibu, keluarga berencana dan lanjut usia
- d) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Kesehatan Keluarga sesuai dengan tugasnya.

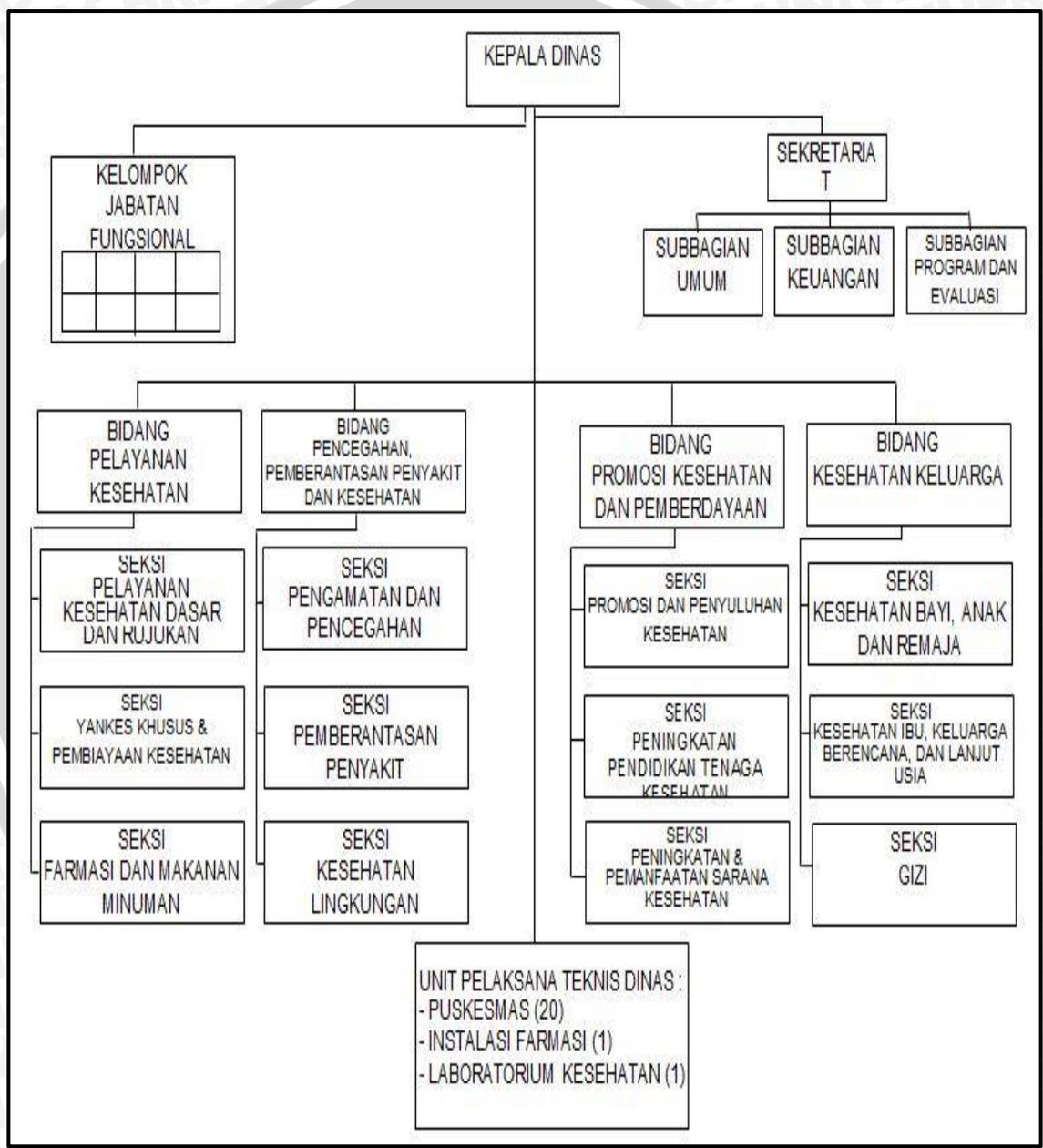
3) Seksi Gizi, mempunyai tugas:

- a) Merumuskan kebijakan teknis di bidang gizi
- b) Menyelenggarakan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang gizi
- c) Membina dan melaksanakan tugas di bidang gizi
- d) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Kesehatan Keluarga sesuai dengan tugasnya.



c. Struktur Organisasi

Berikut ini adalah struktur organisasi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.



Gambar 12. Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk
Sumber: Arsip Sekretariat Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk

B. Penyajian Data dan Fokus Penelitian

Penyajian data dihasilkan melalui dua langkah analisis yaitu analisis domain dan analisis taksonomi yang telah dijabarkan dalam metode penelitian. Dalam hal ini domain adalah fokus penelitian yang terdiri dari dua fokus yaitu proses *innovative governance* melalui GENTASIBU dan faktor pendorong serta penghambat, kemudian ditaksonomikan menjadi subfokus-subfokus, seperti di bawah ini:

1. Proses *Innovative Governance* melalui Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU)
 - a. Terminologi dan Gambaran Umum
 - b. Aktor Penggagas
 - c. Munculnya Gagasan Inovasi GENTASIBU
 - d. Tindakan lanjutan terhadap Gagasan Inovasi-Inovasi
 - e. Implementasi
 - f. Peran *Stakeholders* dalam Implementasi
 - g. Hasil Implementasi
 - h. Korelasi Inovasi GENTASIBU terhadap Kemunculan Inovasi lainnya.
2. Faktor Pendukung dan Penghambat

1. Proses *Innovative Governance* melalui Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU)

a. Terminologi dan Gambaran Umum GENTASIBU

Pemberian paparan terkait terminologi gerakan pengentasan gizi buruk adalah untuk melihat kondisi sebelum adanya implementasi GENTASIBU. Sebelum diterapkannya gagasan inovatif gerakan pengentasan gizi buruk, Kabupaten Nganjuk merupakan kabupaten dengan jumlah penderita gizi buruk yang tinggi, tahun 2008 tercatat 524 penderita, dan dari segi kebijakan yang diterapkan dalam rangka mengurangi jumlah penderitanya, Kabupaten Nganjuk dalam hal ini dinas kesehatan menerapkan kebijakan dari Departemen Kesehatan RI (saat ini kementerian kesehatan) yang dituangkan dalam Pedoman Respon Cepat Penanggulangan Gizi Buruk, meskipun pedoman tersebut sudah dilaksanakan namun penurunan jumlah penderita masih belum terlihat, penanganannya masih sektoral belum terintegrasi, belum ada SK bupati yang mengatur bagaimana mengentaskan gizi buruk, penanganan hanya tiga bulan, sekarang penuh satu tahun sampai sembuh, berbeda dengan pasca diterapkannya kebijakan tentang Gerakan Pengentasan Gizi Buruk, bahkan ada sosialisasi melalui baliho dan radio, bila ada balita gizi buruk bisa langsung didaftarkan, pada awal pelaksanaan sempat ada himbauan bagi yang mampu melaporkan balita gizi buruk dan belum terdaftar maka akan mendapat *reward*.

Berdasarkan Pedoman Respon Cepat Penanggulangan Gizi Buruk, secara umum bertujuan agar semua kasus gizi buruk ditemukan secara dini dan ditangani sesuai tata laksana balita gizi buruk secara cepat dan tepat, dan memiliki enam indikator keberhasilan, yaitu:

1. Seluruh posyandu melaksanakan operasi timbang minimal sekali setahun
2. Seluruh balita ditimbang
3. Seluruh balita gizi buruk ditemukan
4. Seluruh kasus gizi buruk dirujuk ke puskesmas perawatan atau rumah sakit
5. Seluruh kasus gizi buruk dirawat di puskesmas perawatan atau rumah sakit ditangani sesuai tata laksana balita gizi buruk
6. Seluruh balita gizi buruk pasca perawatan mendapatkan pendampingan

Pedoman Respon Cepat Penanggulangan Gizi Buruk memberikan Dua langkah dalam penanggulangannya, yaitu tahap persiapan dan pelaksanaan.

A. Tahap Persiapan

Pada tahap persiapan di berbagai tingkat administrasi dilakukan beberapa kegiatan berikut:

1. Pusat

Pusat bertugas menyiapkan pedoman pelaksanaan, melakukan koordinasi dengan lintas program dan lintas sektoral terkait, membuat surat edaran dari menteri dalam negeri kepada gubernur di seluruh Indonesia untuk

menginformasikan dan mendapatkan dukungan pelaksanaan, membuat surat edaran dari Ketua Tim PKK propinsi di seluruh Indonesia dan melakukan sosialisasi kepada lintas program dan lintas sektor terkait di seluruh propinsi di Indonesia.

2. Propinsi

Propinsi memiliki tugas untuk membuat surat edaran dari Gubernur kepada bupati/walikota yang ada di wilayahnya tentang dukungan pelaksanaan, membuat surat edaran ketua tim penggerak PKK propinsi kepada ketua tim penggerak PKK kabupaten/kota yang ada di wilayahnya, melakukan advokasi kepada penentu kebijakan di seluruh kabupaten/kota, melakukan sosialisasi kepada lintas program dan lintas sektor terkait di seluruh kabupaten/kota, dinas kesehatan (Pengelola Program Gizi) melakukan pemutakhiran data sasaran dari seluruh kabupaten/kota yang ada di wilayahnya, serta mempersiapkan kebutuhan alat dan bahan.

3. Kabupaten/ kota

Pada kabupaten/ kota, bupati/walikota membuat surat edaran/instruksi kepada Kadinkes kabupaten/kota dan direktur rumah sakit serta semua camat yang ada di wilayahnya tentang pelaksanaan; kepala dinas kesehatan kabupaten/kota membuat surat edaran/instruksi pelaksanaan kegiatan kepada kepala puskesmas; bupati/walikota melaksanakan rapat koordinasi dengan kepala dinas/SKPD (Satuan Kerja Perangkat Daerah) terkait; direktur rumah

sakit, TP-PKK kabupaten/kota, Camat, TP-PKK kecamatan dan kepala puskesmas; ketua tim Penggerak PKK kabupaten/kota membuat surat edaran tentang pelaksanaan kepada seluruh ketua tim penggerak PKK di kecamatan yang ada di wilayahnya; melakukan advokasi kepada penentu kebijakan di seluruh kabupaten/kota; melakukan sosialisasi kepada lintas program dan lintas sektor terkait di seluruh kecamatan; dinas kesehatan (Pengelola Program Gizi) melakukan pemutahiran data sasaran dari seluruh kecamatan yang ada di wilayahnya, serta mempersiapkan kebutuhan alat dan bahan.

4. Kecamatan/ Puskesmas

Dalam hal ini camat melakukan koordinasi kepada seluruh kepala desa/lurah yang ada di wilayahnya tentang pelaksanaan kegiatan; camat dan kepala puskesmas membentuk tim pelaksana operasi timbang dan konfirmasi penentuan status gizi; petugas puskesmas melakukan pemutahiran data sasaran yang diperoleh dari catatan kader PKK/Posyandu.; mempersiapkan kebutuhan alat dan bahan dari seluruh Posyandu yang ada di wilayahnya, kemudian dibandingkan dengan data sebelumnya untuk memenuhi kebutuhan pelaksanaan kegiatan dan menyusun kesepakatan bersama dengan wakil desa tentang kegiatan operasi timbang di masing-masing desa/kelurahan di wilayahnya.

5. Desa/Posyandu

Dalam hal ini kepala desa/lurah membuat jadwal pelaksanaan operasi timbang sesuai dengan hasil kesepakatan; kader, petugas kesehatan dan tim/perangkat desa mendata sasaran balita yang ada di wilayah kerja posyandu. Kegiatan ini dilakukan sebulan sebelum operasi timbang dilaksanakan; kader, petugas kesehatan dan tim/perangkat desa menyebarluaskan informasi tentang bulan operasi timbang kepada seluruh masyarakat di desa wilayah kerjanya agar semua keluarga membawa balita ke posyandu untuk ditimbang pada hari yang telah ditentukan serta menyiapkan alat dan bahan.

B. Tahap Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan terdiri dari empat langkah, langkah pertama adalah penemuan kasus gizi buruk melalui penimbangan seluruh balita secara serentak di posyandu yang dikenal dengan istilah Operasi Timbang, bertujuan untuk menemukan seluruh kasus gizi buruk secara dini, dengan sasaran seluruh balita di wilayah Posyandu, dilakukan serentak secara rutin pada bulan Agustus setiap tahun di seluruh Posyandu. Namun demikian penimbangan balita yang dilakukan setiap bulan di Posyandu harus tetap dilaksanakan. Kegiatan ini dilakukan kader PKK didampingi oleh tenaga kesehatan. Langkah kedua adalah rujukan terhadap balita gizi buruk yang bertujuan agar semua balita gizi buruk dirujuk ke puskesmas atau rumah sakit, sasarannya adalah seluruh balita gizi buruk yang sudah dikonfirmasi dilaksanakan setelah penentuan gizi buruk,

oleh petugas kesehatan. Langkah ketiga adalah perawatan balita gizi buruk, dilaksanakan di puskesmas perawatan/TFC atau rumah sakit setempat. Tim asuhan gizi yang terdiri dari dokter, *nutrisionis/dietisien* dan perawat, melakukan perawatan balita gizi buruk dengan menerapkan 10 langkah tata laksana anak gizi buruk yang meliputi: fase stabilisasi, transisi, rehabilitasi dan tindak lanjut. Bertujuan agar semua balita gizi buruk mendapat perawatan sesuai tata laksana anak gizi buruk, sasarannya adalah seluruh balita gizi buruk yang dirujuk yang dilaksanakan segera setelah masuk puskesmas perawatan atau rumah sakit sampai anak dinyatakan sembuh oleh pelaksana tim asuhan gizi yang terdiri dari dokter, *nutrisionis/dietisien* dan perawat di puskesmas perawatan/TFC atau rumah sakit. Langkah-langkah perawatan balita gizi buruk menerapkan 10 Langkah Tata Laksana Balita Gizi Buruk meliputi: fase stabilisasi, transisi, rehabilitasi dan tindak lanjut.

1. Fase Stabilisasi diberikan makanan formula 75 (F 75) dengan asupan gizi 80 -100 Kkal /kg BB/hari dan protein 1 – 1,5 gr/kg BB/hari.
2. Fase Transisi diberikan makanan formula 100 (F 100) dengan asupan gizi 100 – 150 Kkal /kg BB/hari dan protein 2 – 3 gr/kg BB/hr. Perubahan dari F75 menjadi F100.
3. Fase Rehabilitasi diberikan makanan formula 135 (F 135) dengan nilai gizi 150- 220 Kkal/kg BB/hari dan protein 3 – 4 gr/kg BB/hari.

4. Fase tindak lanjut dilakukan di rumah setelah anak dinyatakan sembuh, bila BB/TB atau BB/PB ≥ -2 SD dan tidak ada gejala klinis.

Langkah ke empat adalah tindak lanjut pemulihan status gizi yang bertujuan menindaklanjuti balita gizi buruk pasca perawatan, di rumah tangga dengan sasaran seluruh balita gizi buruk pasca perawatan, balita 2T dan atau BGM, waktu pelaksanaan setelah kembali ke rumah oleh orangtua/pengasuh balita didampingi petugas kesehatan dan kader. Langkah-langkah tindak lanjut pemulihan status gizi diberikan kepada anak BGM dan 2T yang tidak perlu dirawat, anak gizi buruk pasca perawatan dan yang tidak mau dirawat, dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Anak 2T dan atau BGM tanpa perawatan:
 - a. Diberi MP-ASI/PMT sesuai umur selama 90 hari
 - b. Diberikan MP-ASI. Bubur diberikan kepada bayi usia 6 – 11 bulan
 - c. MP-ASI biskuit diberikan kepada anak umur 12 -24 bulan
 - d. Anak umur 25 -59 bulan diberikan PMT. Pemberian MP-ASI/PMT bertujuan agar anak tidak jatuh pada kondisi gizi buruk
 - e. Kounseling gizi
- 2) Anak gizi buruk pasca perawatan dan yang tidak mau dirawat

Anak gizi buruk yang telah pulang dari puskesmas perawatan atau rumah sakit, baik yang sembuh maupun pulang paksa akan mendapat pendampingan dan pemberian:

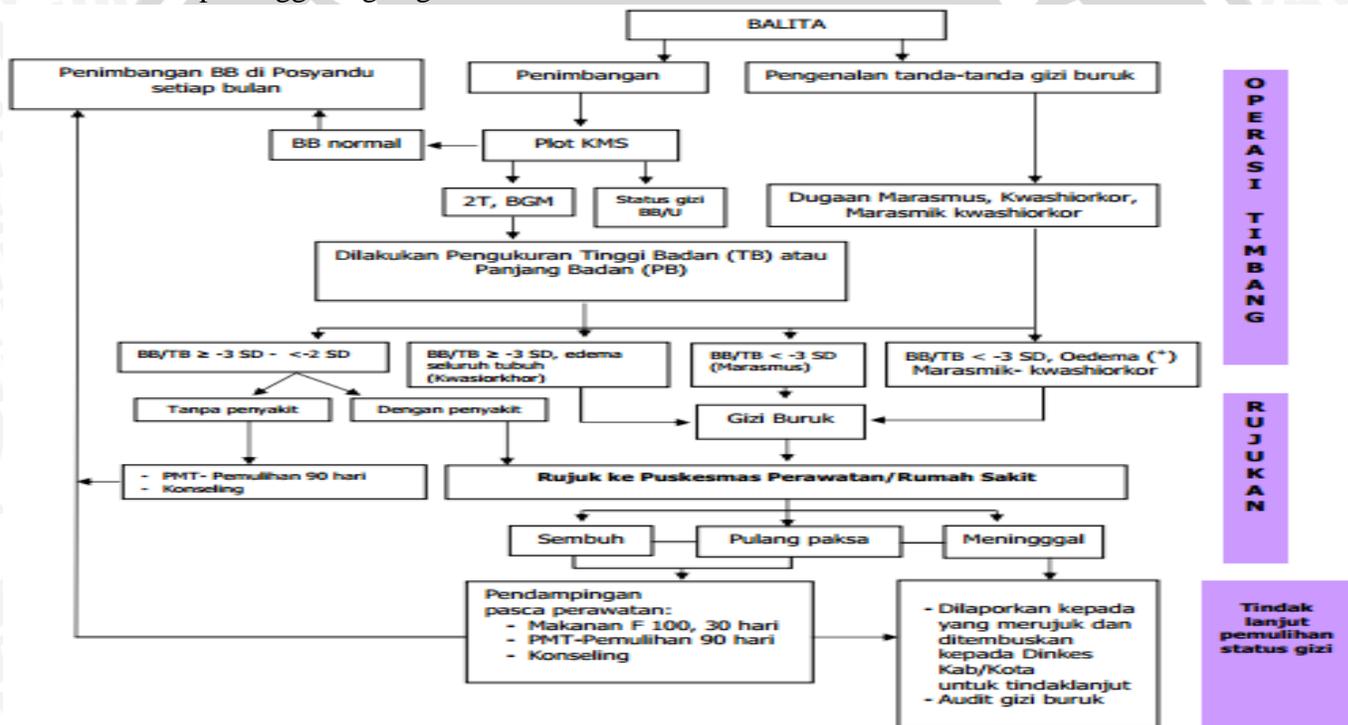
- a. Makanan formula 100 (F 100)/ formula modifikasi selama 30 hari, kemudian dilanjutkan dengan PMT/MP-ASI selama 90 hari.
- b. Konseling gizi.

Langkah kelima adalah pendampingan pasca perawatan, yang bertujuan meningkatkan status gizi dan mencegah anak jatuh kembali pada kondisi gizi buruk. Sasarannya adalah seluruh keluarga dengan balita gizi buruk pasca perawatan. Waktu pelaksanaannya setelah kembali ke rumah, pelaksana pendampingan adalah kader PKK/Posyandu dan atau petugas kesehatan, kepala desa/lurah dan TP-PKK desa/kelurahan dengan langkah-langkah pedampingan pasca perawatan kader dan atau petugas kesehatan sebagai berikut:

- a. Membuat jadwal untuk kunjungan ke rumah keluarga sasaran, dengan mempertimbangkan jauh dekatnya sasaran, berat ringannya masalah, dll.
- b. Melakukan kunjungan ke keluarga sasaran berdasarkan rencana yang telah disusun dan sesuai kesepakatan dengan keluarga sasaran.
- c. Memberikan konseling dengan membawa buku nasehat gizi, KMS/buku KIA, formulir pencatatan.
- d. Memberikan makanan Formula 100/Formula modifikasi, MP-ASI dan PMT.
- e. Membantu sasaran menyiapkan makanan Formula 100/Formula modifikasi, MP-ASI/ PMT.

- f. Memberikan kapsul Vitamin A kepada balita yang belum mendapat kapsul Vit A pada bulan Februari atau Agustus. Memberikan KMS/buku KIA bagi yang belum memiliki.
- g. Mendorong keluarga untuk membawa balita secara rutin ke Posyandu. Kunjungan pendampingan dilakukan secara berkelanjutan.

Dibawah ini adalah gambar alur mekanisme respon cepat penanggulangan gizi buruk



berdasar buku pedoman Depkes RI.

Gambar 13. Mekanisme Respon Cepat Penanggulangan Gizi Buruk
 Sumber : Buku pedoman respon cepat penanggulangan gizi buruk, 2008.

Keterangan:

1. Balita 2T dan atau BGM yang sudah di konfirmasi dengan status gizi buruk langsung dirujuk ke Puskesmas Perawatan/RS untuk segera mendapatkan perawatan.
2. Balita gizi kurang yang tidak disertai dengan penyakit harus mendapatkan PMT Pemulihan selama 90 hari dan konseling oleh kader dan atau petugas puskesmas.
3. Semua kasus yang sudah dinyatakan sembuh setelah mendapatkan perawatan di puskesmas perawatan/RS maupun kasus yang pulang paksa, harus mendapatkan pendampingan pasca perawatan oleh kader dan atau petugas Puskesmas.
4. Dalam pedampingan diberikan makanan formula 100 (F 100)/Formula modifikasi selama 30 hari, dilanjutkan dengan PMT pemulihan selama 90 hari dan konseling gizi.
5. Semua balita gizi buruk yang sudah dinyatakan sembuh, pulang paksa maupun kasus meninggal harus dilaporkan ke Dinkes kabupaten/kota/propinsi dan dicatat dalam audit gizi buruk.

Selama penggunaan pedoman dari Depkes tersebut, penurunan jumlah penderita gizi buruk belum terlihat, bahkan jumlah penderitanya jauh lebih tinggi dan berbeda dengan pasca diterapkannya GENTASIBU.

b. Aktor Penggagas

Penggagas gerakan pengentasan gizi buruk (GENTASIBU) adalah Ibu Ita Triwibawati yang notabene adalah individu non birokrat dan sekaligus istri bupati Kabupaten Nganjuk. Ibu Ita tidak memiliki riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan maupun riwayat organisasi di bidang kesehatan, namun sudah ada dua program bidang kesehatan yang digagas beliau, yaitu GENTASIBU dan GERDARISTI. Berikut pemaparan dari Ibu Ita yang mengatakan:

“Saat itu saya baru dilantik ya, baru dilantik ada pertemuan ada istri bupati se-Indonesia di Jakarta, setelah pertemuan itu ada pertanyaan dari ibu SBY, ada banyak ibu kepala daerah ditanya, berapa banyak jumlah balita gizi buruk di masing-masing kabupaten dan kota anda, karena waktu itu saya masih baru, saya mikir berapa ya gizi buruk di kabupaten Nganjuk itu berapa, nah saya enggak tahu dan untung waktu itu saya enggak kena pertanyaan itu dari ibu SBY, sampai di Nganjuk saya langsung memanggil kepala Dinkes, saya tanya, berapa sih gizi buruk di Kabupaten Nganjuk itu. Waktu itu mencapai enam ratus sekian, 524, waktu itu saya kaget, ibu yang waktu itu ditanya, ibu dari kabupaten A 80, 70, gak ada yang diatas seratus, dibawah seratus semua, saya kaget, Nganjuk sampai 500 lebih, terus gimana caranya mengatasi, saya tanya kenapa kok sampai 524, mereka memberi alasan macam-macam, karena mereka memberikan ukuran yang beda untuk menentukan gizi buruk itu. Kenapa kok beda dengan kabupaten lainnya, dia masih ikut dengan aturan yang lama, oke kita pakai aturan itu tetep, karena apa, karena, saya menginginkan, saya lebih seneng Nganjuk dikatakan gizi buruknya banyak dan berhasil diatasi, akhirnya nyata gitu lho, boleh Nganjuk dikatakan tertinggi silahkan dari pada kalo yang dulu kalau kabupaten-kabupaten yang lain, lima tahun yang lalu,

gizi buruk itu selalu ditutup-tutupi, ada berita gizi buruk selalu ditutup-tutupi, dengan berjalanya waktu saya sampaikan itu ke ibu gubernur, saya sampaikan kalau Nganjuk itu tinggi sekali, saya nggak akan menutupi, memang dinyatakan buruk tapi nantinya bener-bener *real* bisa diatasi bersama, diketahui masalahnya Insyaallah kedepannya lebih bagus dibanding menutupi, saya punya prinsip yang seperti itu, akhirnya saya mikir apa ya gimana caranya supaya bisa memperbaiki gizi buruk yang tinggi, akhirnya tercetus, saya mempunyai ide, GENTASIBU ini, saya pikir gimana caranya saya juga masih bingung, akhirnya punya pikiran, berawal dari rumah tangga kalau anak punya ibu yang baik, perhatian, telfon, dan perhatian pada anaknya Insyaallah anaknya juga akan baik, tapi kalau di desa, kemungkinan ibunya sendiri susah, sandang pangan untuk menghidupi dirinya, keluarganya sulit susah, apalagi punya anak gizi buruk, akhirnya gimana kalo kader mendampingi, memberi perhatian, juga ngawasi” (Wawancara, 31 Juli 2013).

Pemamaran tersebut didukung dengan pemaparan dari dari Bapak Guruh (dulunya sebagai Kasie gizi Dinkes Nganjuk) selaku aktor yang terkait pengembangan gagasan GENTASIBU yang mengatakan:

“Ya kalau gagasan memang dari beliaunya, jadi pada waktu itu kita diangkat jadi ketua PKK, angka gizi buruk tinggi sehingga beliau berkeinginan untuk bagaimana kasus gizi buruk itu tidak menjadi 6 besar di Jatim, tapi menjadi kecil, sehingga beliau mempunyai inisiatif dan inovasi bagaimana kalau diadakan suatu gerakan, gerakan di dalam pengentasan gizi buruk, sehingga beliau mengajak para Satker untuk mendukung program tersebut yang dituangkan dalam SK bupati. Jadi awalnya punya ide, dari ide itu disampaikan kepada Satker-Satker dan akhirnya Satker-Satker dikaitkan dengan Tupoksi, Dinkes memang dalam hal penanganan gizi buruk, kalau dulu berjalannya masih belum secara terpadu akhirnya terpadu, tidak hanya sosial, tapi Dinas Cipta Karya dan sebagainya” (Wawancara 17 Juli 2013).

Berikut adalah profil penggagas GENTASIBU :

1. Nama Asli : Ita Triwibawati
2. TTL : Jombang, 3 Maret 1968
3. E-mail : ita_kelfinta@yahoo.com
4. Pendidikan Terakhir : S2 Universitas 17 Agustus 1945 Lulus th 1998.
5. Pekerjaan : Kabid. Akuntansi Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah Kabupaten Jombang.
6. Penghargaan selama Memimpin PKK :
 - a. Peniti Emas dari Ibu Ketua TP PKK Propinsi Jawa Timur Tahun 2010
 - b. Rekor MURI peserta merajang dan menggoreng Bawang Merah terbanyak Tahun 2009
 - c. Ksatria Bhakti Kartika Husada dari Kementerian Kesehatan (2010)
 - d. Kirana Award sebagai 1 dari 13 Wanita Pilihan Jawa Timur Tahun 2010
 - e. Penghargaan Ksatria Bhakti Husada Kartika dari Kementerian Kesehatan kepada Ketua TP PKK Kabupaten Nganjuk (Tahun 2010)
 - f. Juara harapan I lomba Foto kegiatan PKK dalam Jambore Kader tingkat Propinsi Jatim (2010)
 - g. Juara I Penyuluh 10 Program Pokok PKK Tingkat Jatim (2010)
7. Motto Hidup :
 1. Berjuanglah untuk terus semangat dan semangatlah untuk terus berjuang. (*fighting for the spirit, and keep the spirit for fighting*)
 2. Cintailah ibumu seperti engkau mencintai surga.
8. Obsesi Ke Depan : Terus bekerja dan berkarya dan berusaha terus menjadi lebih baik dalam segala bidang kehidupan.

Menurut beliau seorang istri bupati inovatif itu harus dan tentu juga harus berusaha menjadi Ibu dari masyarakatnya, sebagaimana dalam pemaparannya berikut ini:

“Ya seorang istri bupati harus menjadi istri dari bupati itu sendiri, bisa sebagai ibu dari keluarganya bisa jadi ibu dari masyarakatnya, jadi tugasnya banyak bukan hanya sebagai istri saja tapi sebagai ibu masyarakat, itu yang perlu, karena permasalahan. Masyarakat itu karakternya sangat kuat dan berbeda, saya harus bisa melindungi, menyayangi dan memberikan arahan kepada masyarakat itu yang seperti anak saya sendiri” (Wawancara 31 Juli 2013).

Sosok beliau demokratis, dalam artian mau menerima ide-ide dari SKPD terkait ketika proses pengembangan gagasan saat itu (tahun 2009) dan juga sekaligus manajer yang tegas dan inovatif karena mampu mengordinir ego dari masing-masing SKPD, dalam hal ini, sebelum GENTASIBU masing-masing SKPD berjalan sendiri-sendiri, dalam GENTASIBU semua berjalan bersama dalam satu gerakan tersebut, yang tidak hanya SKPD saja, tetapi juga masyarakat.

Dalam proses berjalanya GENTASIBU, ditengah kesibukannya sebagai PNS di Kabupaten Jombang, Ibu Ita sudah beberapa kali meninjau langsung pada beberapa balita gizi buruk ditengah kesibukannya, misalnya di daerah Rejoso, Gondang, dan Brebek pada tahun 2012.

c. Munculnya Gagasan Inovasi GENTASIBU

Munculnya gagasan tentang gerakan pengentasan gizi buruk berawal saat Ibu Ita pada tahun 2009 mengikuti pembekalan terhadap istri bupati terpilih oleh Ibu Ani Yudhoyono di Jakarta, saat itu Ibu Ani

menyampaikan pertanyaan, “berapa jumlah gizi buruk di daerah anda?”, pertanyaan tersebut ditujukan kepada beberapa istri kepala daerah tapi Ibu Ita kebetulan tidak ditunjuk untuk menjawab, Ibu Ita pun ketika itu tidak mengetahui pasti berapa jumlah penderita gizi buruk. Sepulang dari kegiatan tersebut, beliau langsung menanyakan kepada kepala dinas kesehatan, jumlahnya ada 524 dan jika dibandingkan dengan daerah-daerah lain ketika menjawab pertanyaan ibu presiden maka sangat tinggi selisihnya, daerah-daerah lain mayoritas tidak ada yang mencapai ratusan seperti di Kabupaten Nganjuk. Pertanyaan tersebut menjadikan awal pengetahuan dan kepedulian Ibu Ita terhadap balita gizi buruk, karena masa depan Nganjuk berada pada mereka para balita.

Dengan adanya jumlah balita gizi buruk yang tinggi pada saat itu, tidak menjadikan Ibu Ita berkecil hati, menurutnya itu adalah awal dari sebuah perubahan dan kemajuan karena bisa dilihat dimana letak ketidaktepatan kebijakan yang saat itu diterapkan. Berawal dari hal itu Ibu Ita memiliki gagasan tentang bagaimana seharusnya langkah yang tepat untuk mengurangi jumlah balita gizi buruk, yaitu dengan menciptakan suatu gerakan bersama yang melibatkan berbagai *stakeholder* terkait untuk mengurangi jumlah gizi buruk yang juga mengarah pada peningkatan kesadaran akan hidup sehat, pengetahuan akan pentingnya asupan gizi seimbang, pemberdayaan dan muara akhirnya adalah kemandirian dalam

bidang kesehatan, khususnya pada penanganan balita kesemua proses mengutamakan pada pendekatan pendampingan pada orangtua yang mempunyai balita gizi buruk.

d. Tindakan Lanjutan Terhadap Gagasan Inovasi

Setelah Ibu Ita mendapat gagasan yang dianggapnya tepat, maka langkah pertama beliau adalah merangkul beberapa *stakeholders* terkait, saat itu adalah dinas kesehatan daerah yang bertanggungjawab dalam hal kesehatan (gizi buruk), dan PKK khususnya pada Pokja 4 yang membawahi urusan Kesehatan. Pada saat koordinasi tahap awal tersebut, keduanya menyambut positif gagasan dari Ibu Ita dan selanjutnya mengkonkritkan dengan mengikutsertakan beberapa SKPD lainnya agar gagasan tersebut dapat dengan konkrit berjalan dan didukung lintas sektoral, saat itu adalah dinas dosial, dinas cipta karya, dan dinas pendidikan. Pada awal koordinasi masih terlihat ego dari masing-masing SKPD untuk meleburkan berbagai ego dan menjalankan satu misi yang sama, maka Ibu Ita menginginkan agar segera mengkonkritkan gagasannya yang telah dikembangkan yang dibantu oleh SKPD terkait.

Pada proses pengembangan gagasan menjadi SK, saat itu Ibu Ita pada awalnya hanya memaparkan gagasan utamanya, yaitu menciptakan suatu gerakan untuk mengurangi jumlah balita gizi buruk yang juga

mengarah pada pemberdayaan dan kemandirian yang otomatis harus didukung berbagai *stakeholders*, namun tidak menyimpang dari buku pedoman penanggulangan gizi buruk dari pusat, atau saat itu Depkes RI. Ketika pengembangan tersebut, ke semua konsep tidak satu pihak dari Ibu Ita saja, melainkan juga dari masukan SKPD yang saat itu beliau rangkul untuk mengembangkan gagasannya. Setelah beberapa kali koordinasi, gagasan tersebut dilegalkan, di SK-kan supaya memiliki kekuatan secara hukum, dalam Keputusan Bupati, akhirnya pada tanggal 26 Mei 2009 disahkan Keputusan Bupati No. 188/ 140/ K/ 411.013/ 2009, tentang pembentukan tim Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU). Dengan dilegalkannya menjadi SK maka Ibu Ita berhasil mengkoordinir dan menyatukan ego dari masing-masing SKPD yang sebelumnya berjalan sendiri-sendiri dalam penanggulangan gizi buruk.

e. Implementasi

Setelah dilegalkan menjadi SK maka tahap selanjutnya adalah implementasi yang dimulai pada tahun 2009. Gerakan pengentasan gizi buruk atau disingkat GENTASIBU, secara umum bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan dan gizi keluarga melalui pemberdayaan keluarga dan masyarakat. Sedangkan secara lebih khusus bertujuan untuk:

- a. Meningkatkan kepedulian sosial diantara instansi Pemerintah, masyarakat serta LSM
- b. Meningkatkan status gizi anak
- c. Meningkatkan kemampuan kader dalam berkomunikasi dan memberikan konsultasi serta konseling yang bermutu di masyarakat
- d. Meningkatkan kemandirian serta daya dukung keluarga dan masyarakat dalam perilaku keluarga sadar gizi

GENTASIBU memiliki lima indikator yaitu adanya partisipasi dari dinas/instansi terkait, serta Lembaga Swadaya Masyarakat(LSM) dalam penanggulangan masalah gizi buruk; seluruh balita kurang gizi (BB/U) $< - 3SD$ ditemukan dan ditangani; seluruh balita kurang gizi (BB/U) $< - SD$ yang sakit mendapatkan perawatan di puskesmas dan rumah sakit sesuai dengan tata laksana penanganan balita kurang gizi; ada peningkatan status gizi balita mengarah ke arah yang lebih baik; dan adanya kepedulian masyarakat (orangtua balita kurang gizi) dalam penanganan balita kurang gizi. Pada implementasi, secara bertahap mulai dari tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan didampingi strategi serta mekanisme kerja, tahap evaluasi, dan sumber pendanaan.

A. Tahap Persiapan

Dalam rangka persiapan pelaksanaan Gerakan Pengentasan Gizi Buruk di berbagai tingkat administrasi, mulai dari tingkat kabupaten, kecamatan, kelurahan dan atau desa dilakukan berbagai kegiatan.

1. Tingkat Kabupaten

- a. Menyiapkan Pedoman Pelaksanaan;
- b. Melakukan koordinasi dengan lintas sektor dan lintas program;
- c. Membuat surat keputusan bupati tentang gerakan pengentasan gizi buruk;
- d. Membuat surat edaran ke dinas/instansi terkait, LSM untuk mendukung kegiatan pengentasan gizi buruk;
- e. Melakukan advokasi kepada penentu kebijakan di seluruh kabupaten;
- f. Melakukan sosialisasi kepada lintas sektor dan lintas program;
- g. Dinas kesehatan kabupaten membuat surat edaran/Instruksi pelaksanaan kegiatan ke tingkat kecamatan (Puskesmas) dan desa (Polindes);
- h. Tim Penggerak PKK kabupaten membuat surat edaran/Instruksi pelaksanaan kegiatan ke tingkat kecamatan (TP PKK kecamatan dan desa (TP PKK kelurahan/desa);
- i. Melakukan pemutakhiran data balita kurang gizi ($BB < - 3 SD$);

- j. Mempersiapkan tenaga kesehatan, kader pendamping, alat dan bahan (bahan paket PMT Pemulihan, obat, dan vitamin, register laporan, microtoise, dacin, dll).
2. Tingkat Kecamatan
 - a. Camat melakukan koordinasi dan sosialisasi kepada lintas sektor dan lintas program serta seluruh kepala desa/kelurahan yang ada di wilayahnya tentang pelaksanaan;
 - b. Camat, ketua tim penggerak PKK dan kepala puskesmas membentuk tim pelaksanaan;
 - c. Petugas Puskesmas melakukan pemutakhiran data sasaran yang diperoleh dari catatan kader di Posyandu;
 - d. Mempersiapkan kebutuhan alat dan bahan untuk kegiatan GENTASIBU;
 - e. Menyusun jadwal kegiatan, tempat pelaksanaan GENTASIBU dan kader pendamping GENTASIBU.
 3. Tingkat Kelurahan/Desa
 - a. Kepala kelurahan/desa melakukan koordinasi dan sosialisasi kepada tokoh agama dan tokoh masyarakat serta RW dan RT yang ada di wilayahnya;
 - b. Kepala kelurahan/desa, bidan desa bersama dengan ketua tim penggerak PKK melakukan pemutakhiran data;

- c. Mempersiapkan kebutuhan alat dan bahan serta tempat pelaksanaan GENTASIBU;
- d. Mempersiapkan kader pendamping.

B. Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan diawali dengan penemuan kasus balita kurang gizi dan penentuan kader pendamping.

1. Penemuan Kasus Balita Gizi Buruk

Kasus balita kurang gizi yang ada di wilayah kabupaten/kota didapatkan dari data penimbangan Posyandu yang dilaksanakan setiap bulan sekali. Data balita kurang gizi yang berat badannya masuk kategori Bawah Garis Merah (BGM) KMS versi yang baru, dilakukan pengukuran tinggi badan, yang selanjutnya diolah dengan software anthro 2007 dengan parameter BB/TB masuk kategori $< - 2$ SD (Kurus) menjadi sasaran GENTASIBU. Kegiatan ini bertujuan untuk mendapatkan data sasaran program GENTASIBU, dengan sarasannya adalah semua balita yang datang dan ketimbang di Posyandu masuk dalam kategori BGM, yang selanjutnya di verifikasi dengan pengukuran tinggi badan dengan parameter BB/TB ($< - 2$ SD) / kurus. Kegiatan ini dilaksanakan pada bulan Desember dengan pelaksana bidan pembina wilayah dan petugas gizi puskesmas. Berikut adalah langkah-langkah kegiatannya:

- 1) Pada bulan Desember kader melakukan penimbangan di Posyandu;
- 2) Data balita yang masuk kategori BGM dilakukan verifikasi status gizinya oleh Bidan Pembina Wilayah setempat;
- 3) Semua balita BGM dilakukan pengukuran tinggi badan untuk mengetahui status gizinya dengan parameter BB/TB;
- 4) Hasil verifikasi oleh bidan pembina wilayah dengan menggunakan parameter $BB/TB < - 2 SD$ dikirim ke petugas gizi puskesmas;
- 5) Petugas gizi bersama dokter fungsional melakukan verifikasi data kurang gizi dengan menggunakan *software* anthro 2005 dan mengumpulkan data dasar balita kurang gizi;
- 6) Data hasil verifikasi dari masing-masing kecamatan selanjutnya dikirim ke Tim GENTASIBU untuk ditindak lanjuti.

2. Penentuan Kader pendamping

Kader pendamping adalah salah satu penggerak bagi keberhasilan program GENTASIBU. Untuk itu, penentuan kader pendamping sangat penting diperhatikan. Penentuan kader pendamping bertujuan untuk menentukan kader, memberikan motivasi dan melakukan mitra kerja dengan berbagai lintas sektor yang terkait. Kegiatan ini sasarannya adalah masyarakat yang mempunyai persyaratan, bisa baca tulis, mau

bekerja, mampu memberikan motivasi dan tempat tinggal dekat dengan sasaran balita kurang gizi yang ada di wilayahnya (satu wilayah Rukun Tetangga/RT). Kegiatan ini berlangsung pada bulan Desember dengan pelaksana bidan pembina wilayah bersama Tim Penggerak PKK desa.

Berikut adalah langkah-langkah kegiatannya:

- 1) Bidan pembina wilayah dan ketua tim penggerak PKK desa mengumpulkan kader posyandu yang ada;
- 2) Bidan pembina wilayah bersama ketua tim penggerak PKK menentukan kader pendamping bagi balita kurang gizi dengan jumlah 1 balita kurang gizi kader pendamping;
- 3) Bidan pembina wilayah mengirimkan data kader pendamping ke tingkat kecamatan;
- 4) Kader pendamping yang terpilih mendapatkan pelatihan tentang program GENTASIBU;

C. Strategi

Untuk mencapai tujuan dari GENTASIBU, maka ditempuh beberapa strategi pokok sebagai acuan keluarga mandiri sadar gizi, strategi tersebut mulai dari pemberdayaan keluarga di bidang kesehatan dan gizi, pemberdayaan masyarakat di bidang gizi sampai adanya subsidi langsung.

1. Pemberdayaan Keluarga di Bidang Kesehatan Dan Gizi

Pemberdayaan keluarga adalah proses dimana keluarga-keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dan gizi bekerja bersama-sama menanggulangi masalah yang mereka hadapi. Cara terbaik untuk membantu mereka adalah ikut berpartisipasi dalam memecahkan masalah yang mereka hadapi. Upaya perbaikan gizi yang dilakukan adalah dengan meningkatkan kemandirian dengan fokus keluarga mandiri sadar gizi dengan harapan mereka dapat mengenal dan mencari pemecahan masalah yang dihadapi. Hal ini dilakukan melalui pemetaan keluarga mandiri sadar gizi oleh dasawisma dalam rangka survey mawasdiri masalah gizi keluarga, pemeriksaan klinis dan status gizi balita kurang gizi, dan asuhan dan konseling gizi bagi keluarga yang belum menerapkan perilaku gizi yang baik dan benar.

a. Pemetaan Keluarga Mandiri Sadar Gizi oleh Dasawisma dalam Rangka Survey Mawasdiri Masalah Gizi Keluarga.

Pemetaan keluarga mandiri sadar gizi oleh dasawisma dalam rangka survey mawasdiri masalah gizi keluarga bertujuan untuk mengidentifikasi keluarga-keluarga yang belum melaksanakan perilaku gizi yang baik dan benar (penderita gizi buruk). Sasarannya adalah keluarga yang mempunyai balita kurang gizi masuk parameter BB/TB (-2

SD)/ kurus yang dilaksanakan pada bulan Desember dengan pelaksana kader pendamping balita kurang gizi. Langkah kegiatannya meliputi:

- a) Pelatihan pendampingan bagi kader pendamping;
 - b) Pemetaan masalah gizi oleh kader pendamping;
 - c) Analisa sederhana data masalah gizi oleh kader pendamping;
 - d) Tindak lanjut masalah gizi oleh kader pendamping;
- b. Pemeriksaan Klinis dan Status Gizi Balita Kurang Gizi



Gambar 14. Pemeriksaan Balita GENTASIBU oleh Dokter
Sumber: Dokumentasi peneliti di pos GENTASIBU Baron, 2013

Pemeriksaan klinis dan status gizi balita kurang gizi bertujuan untuk mengidentifikasi penyakit dan status gizi balita kurang gizi dengan sasarannya adalah orangtua balita kurang gizi, balita kurang gizi serta kader pendamping. Kegiatan ini dilaksanakan pada saat kunjungan Tim GENTASIBU di pos GENTASIBU setiap bulan sekali. Pelaksananya

adalah dokter fungsional dan ahli gizi, dengan langkah-langkah kegiatannya adalah sebagai berikut:

- a) Pemeriksaan balita kurang gizi;
 - b) Pengukuran BB dan TB serta penentuan status gizi;
 - c) Konseling.
- c. Asuhan dan Konseling Gizi bagi Keluarga yang Belum Menerapkan Perilaku Gizi yang Baik dan Benar.

Asuhan dan konseling gizi bagi keluarga yang belum menerapkan perilaku gizi yang baik dan benar bertujuan untuk meningkatkan kemandirian anggota keluarga dalam pelayanan gizi. Sasarannya adalah orangtua balita kurang gizi, balita kurang gizi dan kader pendamping yang dilaksanakan setiap bulan sekali ketika kunjungan tim GENTASIBU pada Pos GENTASIBU dengan ahli gizi sebagai pelaksananya.



Gambar 15. Asuhan dan Konseling oleh Ahli Gizi
Sumber: Dokumentasi peneliti di pos GENTASIBU Baron, 2013

Langkah kegiatan dalam Asuhan dan Konseling Gizi adalah dengan menyusun standar tata laksana asuhan dan konseling gizi; melaksanakan kegiatan asuhan dan konseling gizi secara professional dan mengevaluasi preskripsi menu makanan balita kurang gizi.

2. Pemberdayaan Masyarakat di Bidang Gizi

Pemberdayaan masyarakat di bidang gizi dimaksudkan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam memerangi kelaparan dan kepedulian terhadap masalah gizi yang muncul di masyarakat. Masyarakat (Ibu balita dan kader) dilibatkan dalam proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi penanggulangan masalah gizi, sehingga akan tercipta komitmen yang baik antara masyarakat dan petugas. Hal ini dilaksanakan melalui pemberdayaan ekonomi mikro serta advokasi dan sosialisasi.

a. Pemberdayaan Ekonomi Mikro

Pemberdayaan ekonomi mikro dilaksanakan secara lintas sektor terutama dalam rangka “*Income Generating*”. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan pendapatan keluarga yang dilaksanakan oleh kader pendamping terhadap orangtua balita pada saat kader melakukan pendampingan di orangtua balita kurang gizi. Kegiatan ini diawali dengan mengidentifikasi potensi keluarga balita kurang gizi yang bisa dikembangkan, selanjutnya mengidentifikasi masalah kesehatan gizi pada keluarga balita kurang gizi, baru kemudian memberikan konseling

kesehatan dan gizi berdasarkan potensi dan masalah yang ada pada keluarga kurang gizi, dalam kegiatan ini juga terjalin kerjasama dengan dinas kesehatan dalam pemanfaatan pekarangan dalam pemanfaatan potensi yang ada di masyarakat atau keluarga guna untuk memenuhi zat gizi balita kurang gizi.

b. Advokasi dan Sosialisasi

Advokasi dan sosialisasi merupakan program pemberdayaan keluarga di bidang gizi kepada lintas sektor dan lintas program termasuk pada tokoh agama dan tokoh masyarakat, namun belum ada kerjasama dengan LSM meskipun dalam petunjuk teknis pada buku pedoman GENTASIBU mengamanahkan untuk menjalin dengan LSM. Kegiatan ini bertujuan untuk mendapatkan dukungan dari berbagai sektor yang terkait. Kegiatan ini adalah dengan mengidentifikasi masalah dan potensi masyarakat yang ada, menganalisa masalah dan potensi masyarakat serta melakukan advokasi ke berbagai tingkatan. Sosialisasi yang sudah dilaksanakan sejak tahun 2009 sampai tahun 2009 ini adalah melalui *leaflet*, iklan di Radio (Radio Nande FM, Radio Diska FM, Radio Breng FM dan Radio Josh FM), penyuluhan, poster, baliho, *banner*, *Film* dan lagu (Mars GENTASIBU). Sosialisasi melalui radio juga dimaksudkan bagi masyarakat yang menemukan balita gizi buruk yang belum tertangani akan mendapat *reward* dari Tim GENTASIBU.



Gambar 16. Baliho GENTASIBU di Jalan Raya Nganjuk-Madiun (Ds. Pehserut)
Sumber: Dokumentasi Peneliti, 2013

Untuk sosialisasi melalui baliho, diletakkan pada beberapa lokasi strategis, sehingga memudahkan masyarakat untuk mengetahui tentang GENTASIBU.

3. Subsidi Langsung

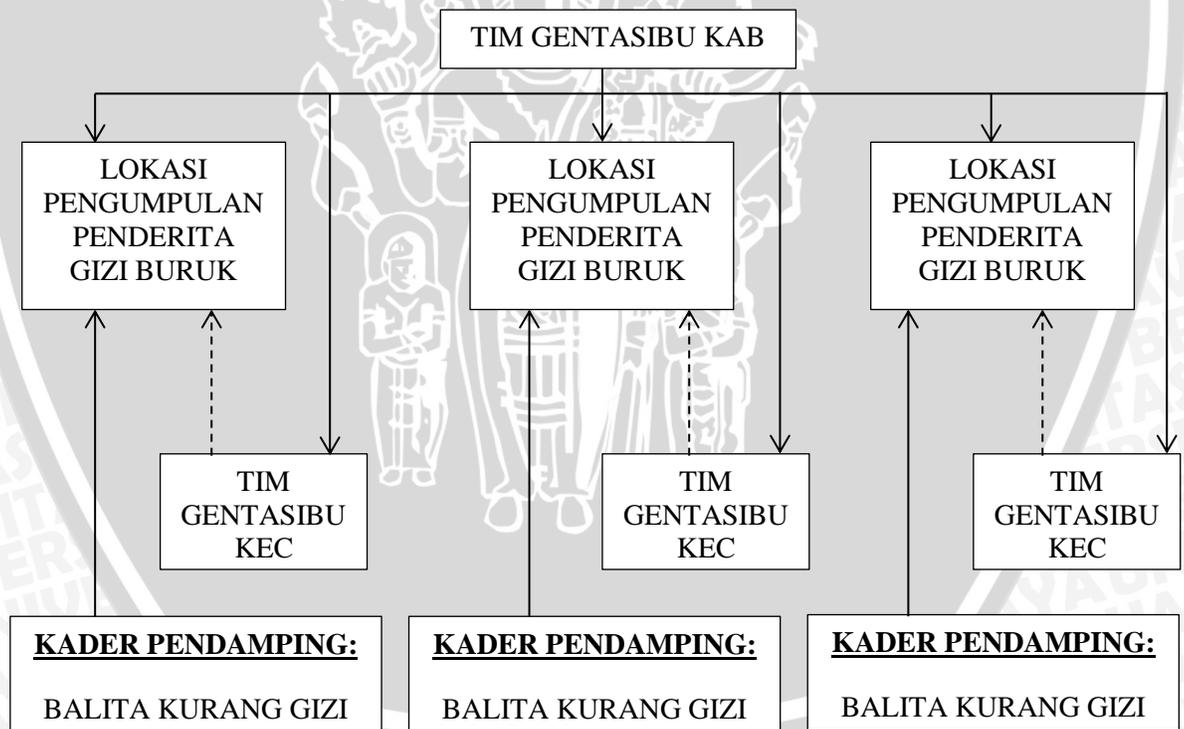
Adanya subsidi langsung bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan dan gizi balita penerima manfaat GENTASIBU, yang pelaksanaannya adalah tim GENTASIBU dan kader pendamping melalui kegiatan sebagai berikut:

- a) Memeriksa balita kurang gizi
- b) Mengobati balita kurang gizi
- c) Menentukan status gizi balita kurang gizi

- d) Memberikan bantuan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) dan multivitamin
- e) Memberikan bantuan sosial (dalam bentuk uang, sembako, rehap rumah, dll) kepada balita kurang gizi
- f) Mengevaluasi tingkat kesehatan, status gizi dan sosial ekonomi.

D. Tahap Mekanisme Kerja

Mekanisme kerja jika dituangkan dalam alur bagan adalah sebagai berikut:



Gambar 17. Mekanisme Kerja GENTASIBU
 Sumber: Buku pedoman GENTASIBU

KETERANGAN:

GARIS KOMANDO _____

GARIS KOORDINATOR -----

Mekanisme kerja diawali dari tim GENTASIBU kabupaten yang setiap bulannya berkunjung pada lokasi pengumpulan penderita gizi buruk (pos kecamatan, jumlah pos dalam satu kecamatan disesuaikan dengan jumlah penderita) bersama dengan tim GENTASIBU kecamatan, yang wajib diikuti oleh kader pendamping dan balita kurang gizi yang bersangkutan.

E. Tahap Evaluasi

Evaluasi GENTASIBU ditujukan untuk menilai *input*, proses, *output*, dan *impact*.

1. *Input* : Ketenagaan (jumlah dan kualitas), bahan paket PMT Pemulihan, obat-obatan dan multivitamin, dana, fasilitas dan sarana pelayanan kesehatan dll.
2. *Proses* : Menilai pelaksanaan kegiatan apakah telah mencapai target yang ditetapkan, mengidentifikasi kendala dan masalah yang dihadapi serta pemecahannya.
3. *Output* : Menilai pencapaian setiap kegiatan meliputi tingkat kehadiran balita pada saat GENTASIBU, berat badan,

tinggi badan dan status gizi serta tingkat kesakitan balita kurang gizi.

4.Impact : Meningkatnya status kesehatan dan gizi masyarakat serta tingkat sosial ekonomi keluarga.

Pelaksanaan evaluasi dilakukan Dinas Kesehatan dan PKK setiap enam bulan sekali (tiap semester). Hal ini menandakan bahwa ada ketidaktepatan antara amanah dari petunjuk teknis serta petunjuk pelaksana GENTASIBU yang mengamanahkan evaluasi dilakukan oleh pihak ketiga untuk menghindari subjektivitas hasil evaluasi dengan tahap-tahap sebagai berikut:

- a. Penunjukkan pelaksana evaluasi, misalnya LSM di bidang kesehatan, Universitas.
 - b. Evaluasi dilaksanakan secara berkesinambungan dengan rentang waktu satu tahun sekali. Akan tetapi setiap 6 bulan dilakukan monitoring terhadap kegiatan yang sedang berjalan.
 - c. Hasil evaluasi tahunan digunakan sebagai dasar dalam perencanaan selanjutnya.
- E. Pendanaan

Sumber dana berasal dari anggaran pemerintah belanja negara (APBN) atau anggaran pemerintah belanja daerah (APBD

propinsi/kabupaten) atau lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan bantuan lain yang sifatnya tidak mengikat.

Tahap implementasi GENTASIBU dalam rangka menurunkan angka kematian anak akibat gizi buruk sangat diperlukan keterlibatan aktif dari orangtua. Karena tanpa partisipasi aktif orangtua, maka hasil yang diperoleh tidak bisa maksimal. Penanganan anak gizi buruk dapat dilakukan secara rawat inap maupun rawat jalan. Penanganan rawat jalan yang dikembangkan disini adalah dengan pendekatan aktif melalui pendampingan orangtua oleh kader dengan difasilitasi oleh petugas kesehatan, jadi mengutamakan pada pendekatan pendampingan pada orangtua yang mempunyai balita gizi buruk.

F. Peran *Stakeholders* dalam Implementasi

Sebagaimana dalam tahap pengembangan gagasan yang masing-masing *stakeholder* berperan dalam pengembangan gagasan Ibu Ita, maka pada tahap ketika diimplementasikan juga memiliki peran masing-masing, peneliti menyajikan dalam sebuah bagan, yaitu sebagai berikut:

Tabel 4. Peran *Stakeholders*

No	Kedudukan	Jabatan dalam kedinasan	Uraian Tugas (Peran)
1	Pelindung	1. Bupati 2. Wakil Bupati	Bertanggung jawab terhadap kebijakan pemerintah daerah baik secara internal maupun eksternal dalam mendukung kegiatan GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk
2	Penasehat	Sekretaris Daerah	Memberikan arahan dan bimbingan manajerial dalam pelaksanaan GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk
3	Pembina	1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk	Memberikan arahan dan bimbingan secara teknis fungsional pelaksanaan GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk
		2. Direktur RSUD Nganjuk 3. RSUD Kertosono	Bertanggung jawab dalam penanganan kasus gizi buruk rawat inap di rumah sakit (menerima rujukan dari tim GENTASIBU)
4	Ketua	Ketua Tim Penggerak PKK Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab secara eksternal dan internal dalam perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk
	Wakil Ketua	1. Kepala Bidang Kesehatan Keluarga DINKESDA Kab. Nganjuk	Melakukan kegiatan secara teknis fungsional dalam perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk

		2. Wakil Ketua Penggerak PKK Kab. Nganjuk	Melakukan kegiatan secara teknis fungsional terhadap kegiatan program GENTASIBU di Kab. Nganjuk
5	Sekretaris	Ketua Pokja IV Tim Penggerak PKK Kab. Nganjuk	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan kegiatan administrasi sehari hari dari program GENTASIBU Mengkoordinir anggota tim GENTASIBU dalam pelaksanaannya sehari hari
6	Bendahara	Sekretaris Tim Penggerak PKK Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab dalam penerimaan dan pengeluaran anggaran tim GENTASIBU
7	Seksi Perlengkapan dan Umum	Kepala Bagian Umum pada asisten administrasi Umum Sekretaris Daerah Kab. Nganjuk	Mengkoordinir dan bertanggung jawab terhadap sarana dan prasarana operasional GENTASIBU
	Anggota	Kasie Keamanan Pangan dan Gizi pada kantor Ketahanan Pangan Daerah Kab. Nganjuk	<ol style="list-style-type: none"> Bertanggung jawab dan mensinkronkan paket bantuan pangan yang ada di institusinya dengan program GENTASIBU Bertanggung jawab terhadap pemetaan daerah rawan pangan
		Kasubag Perlengkapan pada Asisten Umum Setda Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap sarana dan prasarana kegiatan seremonial di lingkungan PEMDA
		Kasubag Rumah Tangga pada Asisten Administrasi Umum Setda Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap kegiatan operasional tim GENTASIBU di lingkungan PEMDA
		Kasie Pelayanan Kesehatan Khusus dan Pembiayaan pada dinkesda Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap pelayanan pembiayaan penderita gizi buruk

		Kasie Pemukiman pada Dinas Pekerjaan Umum Cipta Karya dan Tata Ruang Daerah Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap perbaikan lingkungan dan perumahan orang tua balita gizi buruk
		Kasie Kesehatan Bayi, anak dan Remaja Dinkesda Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan pada sasaran balita gizi buruk
8	Seksi Penyuluhan dan Publikasi	Kepala Bidang Promosi dan Pemberdayaan pada Dinkesda Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab dan mengkoordinir kegiatan promosi Program GENTASIBU secara internal dan eksternal
	Anggota	Kasubag Advokasi, Komunikasi, Informasi dan Edukasi pada BPP dan KBD Kab. Nganjuk	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bertanggung jawab terhadap peningkatan peran serta masyarakat di lingkungan wilayah institusinya 2. Menyediakan sarana promosi dalam mendukung program GENTASIBU
		Kasubag Hubungan masyarakat pada Asisten Administrasi Umum Setda Kab. Nganjuk	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bertanggung jawab terhadap peningkatan hubungan kerja antara tim GENTASIBU dengan lingkungan PEMDA 2. Menyediakan sarana promosi dalam mendukung program GENTASIBU
		Kasie Promosi dan Penyuluhan Kesehatan pada Dinkesda Kab. Nganjuk	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bertanggung jawab terhadap promosi kesehatan dalam peningkatan program GENTASIBU 2. Menyediakan sarana promosi dalam mendukung program GENTASIBU
		Kasie Kesehatan Ibu, KB dan Lanjut Usia pada Dinkesda Kab. Nganjuk	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bertanggung jawab terhadap pemberdayaan ibu balita dalam program GENTASIBU 2. Menyediakan sarana promosi dam mendukung program GENTASIBU

		Ketua Pokja II pada Tim Penggerak PKK Kab. Nganjuk	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bertanggung jawab terhadap pemberdayaan ibu balita dalam program GENTASIBU 2. Menyediakan sarana promosi dan mendukung program GENTASIBU
9	Seksi Pelayanan Kesehatan dan Evaluasi	Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan pada Dinkesda Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap operasional pelayanan kesehatan di lapangan dan institusi
		Kabid Pelayanan RSUD Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap pelayanan dan perawatan kesehatan penderita gizi buruk di institusinya
		Kabid Pelayanan Medis RSUD Kertosono	Bertanggung jawab terhadap pelayanan dan perawatan kesehatan penderita gizi buruk di institusinya
		Kasie Gizi pada Dinkesda Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi status gizi berserta perkembangan kesehatan balita gizi buruk
		Kasie Bina Kelompok Belajar dan Kursus/Pelatihan pada Diknas Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap pelayanan tumbuh kembang pada balita gizi buruk
		Ketua Pokja IV Tim Penggerak PKK Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap pemberdayaan orang tua balita gizi buruk dalam perbaikan pola asuh anak
		Kepala Ruang anak pada RSUD Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap perawatan balita gizi buruk di institusinya
		Kepala Ruang anak pada RSUD Kertosono	Bertanggung jawab terhadap perawatan balita gizi buruk di institusinya

		dr. Agus Budiono, SPA pada RSUD Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap perkembangan kesehatan balita gizi buruk yang ditanganinya
		dr. Henny Lestari Ka. Puskesmas Rejoso	Bertanggung jawab terhadap perkembangan kesehatan balita gizi buruk yang ditanganinya
		dr. Trishalia Sutedjo Ka. Puskesmas Ngetos	Bertanggung jawab terhadap perkembangan kesehatan balita gizi buruk yang ditanganinya
		dr. Muh. Huda, dokter pada Puskesmas Kertosono	Bertanggung jawab terhadap perkembangan kesehatan balita gizi buruk yang ditanganinya
		dr. Vitis Arundina, dokter pada Puskesmas Prambon	Bertanggung jawab terhadap perkembangan kesehatan balita gizi buruk yang ditanganinya
		Nanik Dwi Astuti, AMG ahli gizi pada Dinkesda Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap perkembangan status balita gizi buruk yang ditanganinya
		Za' april Moch Sodik, AMG ahli gizi pada Dinkesda Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap perkembangan status balita gizi buruk yang ditanganinya
		Masruki, AMG ahli gizi pada RSUD Kertosono	Bertanggung jawab terhadap perkembangan status balita gizi buruk yang ditanganinya
		Endang Purwati, AMG ahli gizi pada RSUD Kertosono	Bertanggung jawab terhadap perkembangan status balita gizi buruk yang ditanganinya
10	Seksi Pemberdayaan Masyarakat	Kepala Bagian Administrasi Kesejahteraan dan Kemasyarakatan pada Asisten Pemerintahan dan Kesra Sekretaris Daerah Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab dan mengkoordinir terhadap pemberdayaan masyarakat dalam pola asuh anak

		Ketua Pokja I pada Tim Penggerak PKK Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap pola asuh anak
		Kasubid Penguatan Kelembagaan Masyarakat pada BPM dan Pemdes Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap pemberdayaan ekonomi keluarga penderita gizi buruk
		Kasubag Bina Kesejahteraan Rakyat pada Asisten Pemerintah dan Kesra Setda Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap pemberdayaan ekonomi masyarakat melalui lingkungan PEMDA
		Kabid Ketahanan dan Pemberdayaan Keluarga pada BPP dan KBD Kab. Nganjuk	Bertanggung jawab terhadap pemberdayaan ekonomi keluarga gizi buruk melalui pendidikan dan pelatihan

Sumber: Buku Pedoman GENTASIBU

Peran dari masing-masing aktor tersebut secara normatif memang harus sinergis, namun berdasar informasi dari Bapak Guruh selaku Kepala Sie Gizi (Sekarang Kepala bidang kesehatan keluarga) Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk mengatakan bahwa selama proses implementasi GENTASIBU, masing-masing aktor terkait dominan dan tidak dominan peranya sangat tergantung waktu, dalam artian dalam waktu dan kondisi tertentu seorang atau beberapa aktor bisa mendominasi dan bisa tidak mendominasi, misalnya ketika terkait dengan penyakit yang diderita balita gizi buruk sudah kronis maka dinas kesehatan dalam hal ini mengambil peran mendominasi dalam rangka pengobatan penyakitnya, contoh lain misalnya ketika ada kader pendamping yang terlihat semangatnya menurun maka PKK yang mendominasi untuk memotivasi

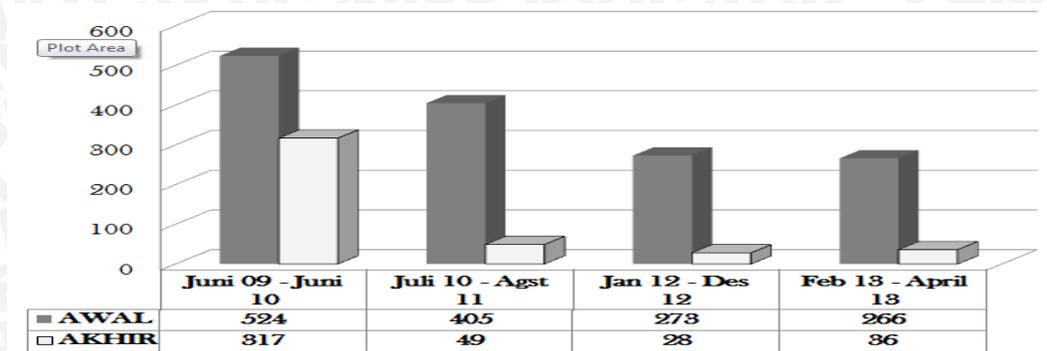
kader yang bersangkutan, seperti halnya penuturan Bapak Guruh berikut ini:

“Kalau peran mendominasi saya kira tidak ada, yang ada itu adalah pada waktu tertentu memang siapa yang harus dominan, kalau pada waktu penggerakan ada di bawah itu, memang PKK, jadi memotivasi kader memotivasi masyarakat supaya dia itu mau datang rutin, karena memang permasalahannya mereka tidak hanya datang mereka itu mau, tapi kadang itu mungkin dia itu ada kesibukan yang lain sehingga dia tidak datang, itu dimotivasi kalau bisa tidak, itu yang banyak berperan adalah PKK, tapi kalau sudah bidangnya adalah kesehatan yang paling berperan adalah dinas kesehatan jadi ada porsinya masing-masing”(Wawancara 13 Juni 2013).

Dalam perjalanan implementasi sejak tahun 2009 hingga tahun 2013 belum ada kerjasama dengan LSM serta akademisi. Sedangkan pada buku pedoman jelas tercantum mengharuskan adanya evaluasi yang juga diikuti oleh LSM sebagai pihak yang independen.

G. Hasil Implementasi

Berlangsungnya GENTASIBU semenjak tahun 2009 sampai sekarang (tahun 2013, semester ganjil), memperlihatkan hasil yang signifikan jika dibandingkan sebelum adanya GENTASIBU yang masih menggunakan pedoman dari pusat yaitu dari Depkes RI tahun 2008. Hasilnya adalah sebagai berikut:



Gambar 18. Perkembangan Status Gizi Balita GENTASIBU bulan Juni 2009 - bulan April 2013

Sumber : Diolah dari Arsip Dinkes Nganjuk, 2013

Pada tahun pertama (bulan Juni tahun 2009 - bulan Juni 2010) terdapat 524 balita sasaran awal, setelah berlangsungnya GENTASIBU, sasaran akhir sebanyak 317, selanjutnya pada tahun kedua (bulan juli 2010– bulan Agustus 2011) sasaran awal adalah 405 balita dan sasaran akhirnya sangat signifikan, yaitu hanya 49 balita, pada tahun ketiga (bulan Januari tahun 2012 – bulan Desember 2012) sasaran awal sebanyak 273 balita, sasaran akhir sebanyak 28 balita, dan tahun keempat pada setengah semester ganjil (bulan Februari tahun 2013 – bulan April 2013) sasaran awal 266 balita dengan sasaran akhirnya 36 balita. Sasaran awal ke sasaran akhir selalu memperlihatkan penurunan yang signifikan dikarenakan imbas daripada manfaat GENTASIBU, sedangkan dari sasaran akhir di akhir tiap tahun akan selalu naik pada sasaran awal di periode tahun maupun semester berikutnya dikarenakan beberapa faktor yaitu: adanya kelahiran bayi yang berkembang menjadi balita gizi buruk,

adanya penyakit permanen sehingga tetap menjadi balita sasaran awal pada periode berikutnya. Dalam perjalanannya dari tahun 2009 – bulan Mei 2013 terdapat 40 kasus penyakit permanen yang kemungkinan sulit untuk disembuhkan.

Berikut adalah daftar tabel penyakit permanen tersebut :

Tabel 5. Daftar Penyakit Permanen Balita GENTASIBU

NOREG	NO URUT	KECAMATAN	DESA	NAMA BALITA	SEX	TGL LAHIR			KONDISI KES
						TGL	BLN	THH	
1	1	BAGOR	BALONGREJO	AMALIA	2	16	5	2010	TUNA RUNGU
2	2	BAGOR	BAN.WETAN	SETIONO ADIN	1	12	10	2009	KELAINAN KATUP JANTUNG SDH DI RUJUK DI RSUD NGANJUK
12	3	BAROH	GARU	SUGENG RAHAYU	2	22	10	2010	BATUK PILEK, KTK, SDH DI RUJUK IBU TDK MAU KRN BEKERJA DAN TDK ADA YG NGANTAR (SINGGEL PARENT)
22	4	BERBEK	BALONGREJO	VELTINO	1	14	7	2010	KTK, ALTERNATIF DI REJOSO
27	5	BERBEK	MAGUAN	HAYU L	1	20	1	2009	BATUK PILEK, KTK, MICROCEPALI, FISIOTERAPI DI RSUD NGANJUK
28	6	BERBEK	MAGUAN	AINUROFIK	1	21	4	2009	BATUK PILEK, K.PENCERAAN
30	7	BERBEK	SEMARE	INDAH KURUTUL	2	25	9	2010	MRS RSUD KERTOSONO, IBUNYA TDK MAU ANAKNYA DI FISIOTERAPI
32	8	BERBEK	SENDANGBUMEN	TEDI	1	19	8	2009	FISIOTERAPI TIAP BULAN DI RSUD NGANJUK
34	9	BERBEK	SONOPATIK	AGNES	2	2	11	2009	DEAFNESS, SDH PERNAH DIRUJUK KE RS SAKIT TAPI KEBERATAN BIAYA ALAT PENDENGARANNYA TERLALU MAHAL (6 JUT)
35	10	BERBEK	SUMBERURIP	MUTIARA AYL	2	14	3	2008	KTK TDK MAU MENERUSKAN FISIOTERAPI
37	11	GONDANG	BALONGGEBANG	ERDI	1	4	9	2009	KTK SDH DI RUJUK KE RSUD NGK
40	12	GONDANG	GONDANG	ANGGUN	1	9	12	2009	BATUK PILEK, ASMA
41	13	GONDANG	NGLINGGO	ABDUL ROJAK	1	5	6	2011	PANAS, KTK, SDH DI RUJUK di RSUD NGANJUK
42	14	GONDANG	NGUJUNG	ZAHRA	2	27	8	2011	BATUK, KTK, SDH DI RUJUK di RSUD NGANJUK
49	15	JATIKALEN	JATIKALEN	RAHMA	2	12	7	2008	SUSAH TIDUR, KTK SDH DI RUJUK di RSUD NGANJUK
53	16	JATIKALEN	NGASEM	ANGGI	2	3	12	2010	BATUK PILEK, KTK, SDH DI RUJUK di RSUD NGANJUK
67	17	LENGKONG	JEGREG	M ALIYUL K	1	3	11	2008	KTK SDH DI RUJUK, BAPAKNYA TDK AU KRN KERJA(IBUNYA SDH MENINGGAL/SINGLE PARENT)
82	18	LOCEFET	MACANAN	AZRIEL	1	5	6	2010	KTK, FISIOTERAPI DI RSUD NGANJUK
83	19	LOCEFET	MUNGKUNG	ZAINAL ABIDIM	1	7	2	2010	KTK, FISIOTERAPI DI RSUD NGANJUK
85	20	LOCEFET	SUKOREJO	GALANG	1	15	6	2010	BATUK, K.JANTUNG, DISARANKAN DIRUJUK DI SUTOMO IBUNYA TDK MAU
88	21	NGAN.UK	BALONGPACUL	RADITIA DWI TAMA	1	16	8	2008	KTK SDH DISARANKAN DIRUJUK KE RSUD NGK TTP TDK MAU KRN TDK ADA YANG NGANTAR (SINGLE PARENT)
107	22	NGAN.UK	MANGUNDIKARAN	WAHYU FATIR. R	1	28	4	2008	RM
111	23	NGAN.UK	PLOSO	GALUH PUTRI	2	29	12	2008	RADANG OTAK SDH PERNAG DI RUJUK KE RSUD dr. SUTOMO
113	24	NGAN.UK	WERUNGOTOK	BILGIS	2	3	8	2011	RM
117	25	NGETOS	KLODAN	AGUS N	1	25	9	2011	KTK, FISIOTERAPI DI RSUD NGANJUK
120	26	NGETOS	KUNCIR	NAJIB	1	9	6	2008	KTK, PASCA OPERASI KATARAK DI SUTOMO
121	27	NGETOS	KUNCIR	RANJIB	1	26	6	2008	HIDROCEPALUS SDH OPERASI DI SUTOMO TIAP BLN KONTROL K SBY
133	28	NGRONGGOT	MOJOKENDIL	NAURA	2	4	11	2012	RM
145	29	PACE	BODOR	MILA SANIA	2	24	9	2009	RM
164	30	PACE	PLOSOHARJO	AINI PRATIWI	2	28	9	2011	DIARE, RM, KTK, SDH PERNAH DIRUJUK DI RSUD NGANJUK
166	31	PATIANROWO	BABADAN	RAHMAD DWI	1	5	12	2011	PANAS BATUK PILEK, JANTUNG , DIRUJUK KE SBY TDK MAU
179	32	PRAMBON	BALETURI	M.FAUZAN	1	31	7	2010	KTK, ALTERNATIF DI KEDIRI
195	33	REJOSO	MUNGKUNG	IRHAD AZAR	1	11	7	2011	PANAS, HIDROCEPALUS SDH DI OPERASI DI RS. DR.SUTOMO SBY
206	34	SAWAHAN	BARENG	TIARA AGUSTINA	2	11	8	2008	K. PENCERAAN
212	35	SAWAHAN	KEBONAGUNG	TINA	2	19	8	2008	RM
213	36	SAWAHAN	MARGOPATUT	MUHAMAD SHOLEH	1	31	12	2008	BATUK PILEK, RM, KTK, IBUNYA TDK MAU ANAKNYA DIRUJUK
218	37	SUKOMORO	BLITARAN	M PUTRA MAULANA	1	9	8	2009	K.JANTUNG, SDH DI RUJUK DI SUTOMO
220	38	SUKOMORO	NGRAMI	APRILIA DWI A	2	1	4	2008	KTK SUDAH DIRUJUK DI RSUD NGANJUK
247	39	TANJUNGANOM	SONOBEKEL	AURA SANJAYA	1	12	4	2009	K.JANTUNG SDH DISARANKAN DIRUJUK KE SURABAYA IBUNYA BLM MAU MENUNGGU SUAMINYA YG MSH MEMERANTAU
249	40	TANJUNGANOM	SUMBERKEPUH	M ILHAM	1	8	10	2011	BRONKO PNEUMONI, SDH DI RUJUK DI RSUD NGANJUK

Sumber: Arsip Dinkes Nganjuk, 2013

Misalnya balita menderita penyakit jantung, paru-paru, dan juga mempunyai penyakit kelainan tumbuh kembang, maka juga akan sulit penanganannya, misalnya juga pada balita heidrosefalus, dia sudah dioperasi, ternyata dia mempunyai penyakit hernia, yang biayanya bisa sampai ratusan juta, misalnya penyakit hernia tadi, belum bisa disembuhkan karena dokter di rumah sakit dr. Soetomo Surabaya belum berani menangani kalau kondisinya berat badanya belum stabil. Jadi ada juga satu balita menderita beragam penyakit, kalau yang sudah seperti ini bisa dikatakan sulit ditangani, karena gizi buruknya bukan karena asupan gizi dan makanan tapi karena beragam penyakit yang diderita yang kemudian mereka akan tetap menjadi sasaran awal lagi pada periode berikutnya. Berikut adalah contoh balita GENTASIBU yang memiliki beragam penyakit :

1. Irsad Ashari (L), usia 21 bulan, alamat: Mungkung, Rejoso

Penyebab : Keluarga miskin, Hidrocephalus, Kelainan tumbuh dan kembang (KTK, tidak bisa berdiri) dan Hernia.



Gambar 19. Balita GENTASIBU (Irsad) Penderita Penyakit Permanen.
Sumber: Dokumentasi Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, 2013.

2. Sugeng Rahayu (L), usia 31 bulan, alamat: Garu, Baron.

Penyebab: Keluarga miskin (Gakin), kelainan tumbuh kembang (tidak bisa berdiri), pasca operasi punggung.



Gambar 20. Balita GENTASIBU Penderita Penyakit Permanen (nam: Sugeng) Sumber: Dokumentasi Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, 2013.

3. Ardan Rizki Saputra (L), Usia 14 bulan, alamat: Tembarak, Kertosono.

Penyebab: Kelainan Tumbuh kembang dan alergi



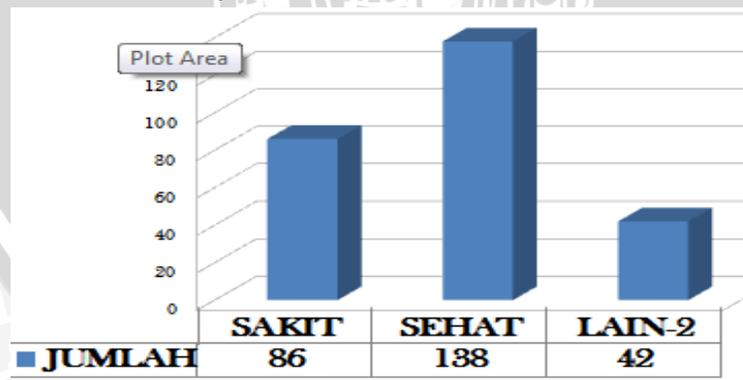
Gambar 21. Balita GENTASIBU Penderita Penyakit Permanen (nama: Ardan) Sumber: Dokumentasi Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, 2013.

4. Zivana Khairunnisa (P), Usia 4 bulan, alamat: Kartoharjo, kec. Nganjuk
 Penyebab: Lahir prematur dan bronchitis.



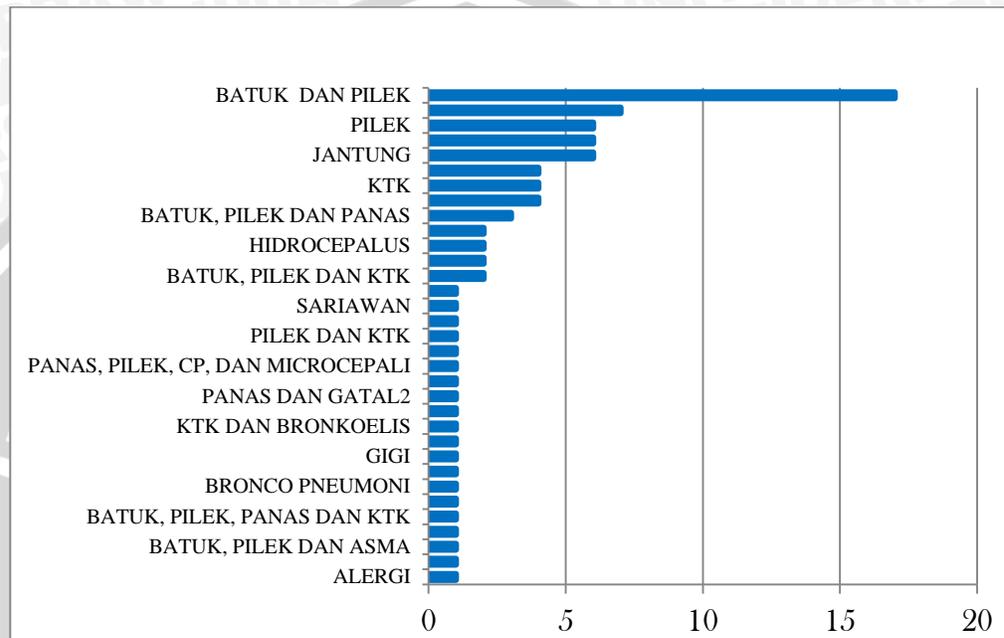
Gambar 22. Balita GENTASIBU Penderita Penyakit Permanen (nama: Zivana)
 Sumber: Dokumentasi Dinas Kesehatan Daerah Kab. Nganjuk, 2013.

Sedangkan pada tahun 2013 (hingga bulan Mei) status kesehatan balita GENTASIBU adalah sebanyak 86 balita sakit, dan 138 balita sehat serta lain-lain sebanyak 42 balita.



Gambar 23. Status Kesehatan Balita GENTASIBU Tahun 2013.
 Sumber : Arsip Dinkes Nganjuk, diolah peneliti

Penyakit yang diderita balita GENTASIBU tahun 2013 adalah sebagai berikut :



Gambar 18. Kualifikasi Penyakit balita GENTASIBU tahun 2013
Sumber: Diolah dari Arsip Dinkes Nganjuk

H. Korelasi Inovasi GENTASIBU terhadap Kemunculan Inovasi lainnya.

Kesuksesan GENTASIBU yang berawal dari inovasi yang digagas Ibu Ita, melatarbelakangi beliau untuk mengembangkannya lebih lanjut, yaitu mengadopsi GENTASIBU untuk GERDARISTI (konsepnya merupakan perbaikan dari konsep GENTASIBU) yang mulai diimplementasikan tahun 2013. Ibu Ita melihat bahwa permasalahan angka kematian ibu yang tinggi tak kalah pentingnya,

melihat dari GENTASIBU pula, ada bayi yang lahir sudah gizi buruk dan ini menandakan bahwa ada korelasi antara kehamilan dengan bayi yang dilahirkan, jika program ini sukses maka akan mendukung berkurangnya gizi buruk, karena ibu hamil dengan resiko tinggi juga dimungkinkan melahirkan bayi dengan berbagai resiko termasuk gizi buruk tersebut.

GERDARISTI merupakan singkatan dari gerakan pendampingan ibu hamil resiko tinggi, yang konsepnya diadopsi dari GENTASIBU. GENTASIBU sukses menurunkan angka balita gizi buruk, namun ternyata disisi lain angka kematian ibu di Kabupaten Nganjuk masih tinggi yaitu 151, 91 per 100.000 kelahiran hidup (tahun 2012), di tingkat Jawa Timur pun juga masih tinggi, yaitu 104, 3 per 100.000 kelahiran hidup (tahun 2012), terlebih lagi Indonesia angka kematian hidup 228 per 100.000 kelahiran, angka-angka ini masih jauh dari harapan untuk mencapai Milenium Development Goals (MDGs) yaitu 102 per 100.000 kelahiran di tahun 2015. Di Kabupaten Nganjuk pada tahun 2012, dari 25 kematian ibu ada 21 ibu mengalami kesakitan yang berhubungan dengan kehamilanya (resiko tinggi).

Ibu hamil resiko tinggi adalah kondisi ibu hamil yang perlu diwaspadai karena mempunyai faktor risiko berpengaruh terhadap

kehamilan dan persalinanya, atau merupakan suatu keadaan dimana kondisi ibu hamil yang bisa menyebabkan janin yang dikandungnya tidak dapat tumbuh dengan sehat, bahkan dapat menimbulkan kematian pada ibu dan janin, definisi lain mengartikan bahwasanya adalah suatu proses kehamilan yang kehamilannya mempunyai risiko lebih tinggi dan lebih besar dari normal umumnya kehamilan (baik bagi sang ibu maupun sang bayinya) dengan adanya risiko terjadinya penyakit atau kematian sebelum atau sesudah persalinanya kelak. Risiko pada ibu hamil akan menyebabkan meningkatnya risiko kesakitan dan kematian, terganggunya pertumbuhan fisik, perkembangan mental dan kecerdasan yang sangat berdampak pada menurunnya kualitas sumber daya manusia di masa mendatang (generasi penerus bangsa), karena kehamilan merupakan periode platinum untuk tumbuh kembang manusia, penyebab terjadinya resiko tinggi ibu hamil tersebut sangat kompleks sehingga penanggulangannya tidak dapat dilakukan dengan pendekatan medis saja, melainkan harus melibatkan sektor terkait.

GERDARISTI merupakan suatu program yang melibatkan beberapa sektor dengan mengupayakan pemberdayaan masyarakat melalui pendampingan oleh kader, sebagai upaya untuk menurunkan angka kematian ibu di Kabupaten Nganjuk yang sumber dananya

berasal dari APBD Kabupaten Nganjuk serta bantuan lain yang tidak mengikat. Sasaran kegiatan ini adalah ibu hamil dengan risiko tinggi pada kehamilannya yang dilakukan deteksi faktor risiko. Mekanismenya diadopsi dari GENTASIBU dan ada beberapa penyempurnaan, yaitu melalui tahap pelaksanaan yang didampingi strategi dan mekanisme kerja, dan evaluasi, penambahan sebagai penyempurnaan adalah adanya sistem pelaporan, kesemuanya tersebut sudah dituangkan dalam buku pedoman GERDARISTI, pada 18 Februari 2013.

A. Pelaksanaan

1. Penemuan Ibu Hamil Beresiko Tinggi

Ibu hamil resiko tinggi yang ada di wilayah kabupaten/ kota diperoleh dari pendataan yang dilakukan oleh bidan pembina wilayah. Data ibu hamil resiko tinggi diperoleh dari pemeriksaan kepada ibu hamil. Bertujuan untuk mendapatkan data sasaran pendampingan ibu hamil resiko tinggi. Sasarannya adalah semua ibu hamil yang ada maupun yang datang setelah dilakukan pemeriksaan. Pendataan ibu hamil dilakukan pada bulan Januari oleh bidan pembina wilayah sebagai pelaksanaanya. Langkah-langkah kegiatannya, bidan melakukan pengumpulan data ibu hamil yang ada di wilayah masing-masing; data ibu hamil yang masuk

diverifikasi faktor resikonya oleh bidan pembina wilayah setempat; hasil verifikasi oleh bidan pembina wilayah dengan menggunakan parameter skor Poedi Rochjati ke bidan koordinator puskesmas; bidan koordinator melakukan verifikasi data ibu hamil resiko tinggi dan dimasukkan ke *software* pendampingan dan mengumpulkan data dasar ibu hamil resiko tinggi; dan data hasil verifikasi dari masing-masing kecamatan selanjutnya dikirim ke bidang kesehatan keluarga dinas kesehatan untuk diverifikasi kembali dan diolah dengan *software* pendampingan, selanjutnya dikembalikan ke puskesmas untuk penentuan kader pendamping.

2. Penentuan Kader Pendamping

Kader pendamping adalah salah satu penggerak bagi keberhasilan program ini, untuk itu penentuan kader pendampingan sangat penting diperhatikan. Sasarannya masyarakat yang mempunyai persyaratan, bisa baca tulis, mau bekerja, mampu memberikan motivasi dan tempat tinggal dekat dengan sasaran ibu hamil resiko tinggi yang ada di wilayahnya (satu wilayah rukun tetangga/RT), serta diusahakan bukan kader GENTASIBU, dilaksanakan pada bulan Februari oleh bidan pembina wilayah, dengan langkah-langkahnya: bidan Pembina wilayah mengumpulkan kader kesehatan yang ada dan selanjutnya

menentukan kader pendamping bagi ibu hamil resiko tinggi dengan ketentuan satu kader pendamping untuk satu ibu hamil beresiko tinggi kemudian bidan wilayah mengirimkan data kader pendamping ke tingkat puskesmas dan kader pendamping yang terpilih mendapatkan pelatihan tentang program pendampingan ibu hamil resiko tinggi.

3. Sosialisasi Kegiatan Pendampingan Ibu Hamil Resiko Tinggi

Bertujuan membangun kesepakatan dalam upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi di Kabupaten Nganjuk melalui kegiatan pendampingan ibu hamil resiko tinggi, dengan sasaran bidan wilayah dan bidan praktek swasta di wilayah Kabupaten Nganjuk oleh bidang kesehatan keluarga dinas kesehatan.

4. Pelatihan Kader Pendamping

Bertujuan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader dalam mendampingi ibu hamil resiko tinggi sejak diketahui kehamilannya beresiko tinggi sampai dengan bayi masuk klasifikasi bayi usia muda, dengan sasaran kader pendamping ibu hamil resiko tinggi yang sudah ditentukan oleh bidan pembina wilayah, dan dilaksanakan oleh bidang kesehatan keluarga dinas kesehatan, untuk tahun 2013, terdapat 263 kader pendamping, pelatihan

dilaksanakan tiga gelombang, masing-masing 90 kader dalam sehari.

5. Pelaksanaan Pendampingan Ibu Hamil Risiko Tinggi

Bertujuan menurunkan angka kemaian ibu dan bayi di Kabupaten Nganjuk melalui peningkatan peran kader dalam mendampingi ibu hamil yang beresiko tinggi, pada tahun 2013 ini, sasarannya sebanyak 263 ibu hamil risiko tinggi berdasar masalah medis dan non medis, dimulai bulan Maret s/d Desember 2013 di masing-masing desa di Kabupaten Nganjuk oleh masing-masing kader pendamping. Kegiatannya adalah dengan kunjungan ibu hamil resiko tinggi (tahun 2013 sebanyak 263 ibu) ke pos pendampingan yang tersebar di 20 kecamatan (tahun 2013 ada 28 pos pendampingan) dan pengisian format laporan dan rekam medik perkembangan ibu hamil resiko tinggi oleh kader dan tim pendamping kabupaten.

B. Strategi

Untuk mencapai tujuan tersebut diatas, akan ditempuh strategi pokok sebagai acuan keluarga mandiri deteksi faktor resiko pada ibu hamil, sebagai berikut:

1. Pemberdayaan Keluarga untuk Deteksi Faktor Resiko pada Ibu Hamil

Pemberdayaan keluarga adalah proses dimana keluarga-keluarga yang mempunyai masalah resiko tinggi pada ibu hamil, bekerja bersama-sama menanggulangi masalah yang mereka hadapi. Cara terbaik untuk membantu mereka adalah ikut berpartisipasi dalam memecahkan masalah yang mereka hadapi. Upaya deteksi faktor resiko yang dilakukan adalah dengan meningkatkan kemandirian dengan fokus keluarga mandiri mendeteksi faktor resiko pada ibu hamil dengan harapan mereka dapat mengenal dan mencari pemecahan masalah yang dihadapi, dengan melalui:

a. Pemetaan ibu hamil resiko tinggi oleh kader dibantu oleh bidan

Kegiatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi keluarga-keluarga yang mempunyai ibu hamil resiko tinggi, kegiatannya meliputi: pelatihan deteksi resiko tinggi pada ibu hamil oleh bidan pendamping; pemetaan ibu hamil resiko tinggi oleh bidan pendamping; analisa data ibu hamil resiko tinggi oleh bidan pendamping; dan tindak lanjut ibu hamil resiko tinggi oleh bidan pendamping.

b. Pemeriksaan klinis ibu hamil berisiko tinggi

Kegiatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi risiko tinggi pada ibu hamil melalui pemeriksaan ibu hamil berisiko tinggi, pemeriksaan laboratorium, dan konseling.

- c. Asuhan dan konseling ibu hamil bagi keluarga yang belum mampu mendeteksi risiko tinggi pada ibu hamil

Bertujuan untuk meningkatkan kemandirian anggota keluarga dalam mendeteksi risiko tinggi ibu hamil melalui penyusunan standar tata laksana asuhan dan konseling ibu hamil risiko tinggi dan melaksanakan kegiatan asuhan dan konseling ibu hamil risiko tinggi secara professional, dengan memanfaatkan buku KIA dengan penerapan kartu skor Poedji Rochjati serta mengevaluasi penerapan KIA.

2. Pemberdayaan Masyarakat dalam Mendeteksi Risiko Tinggi pada Ibu Hamil

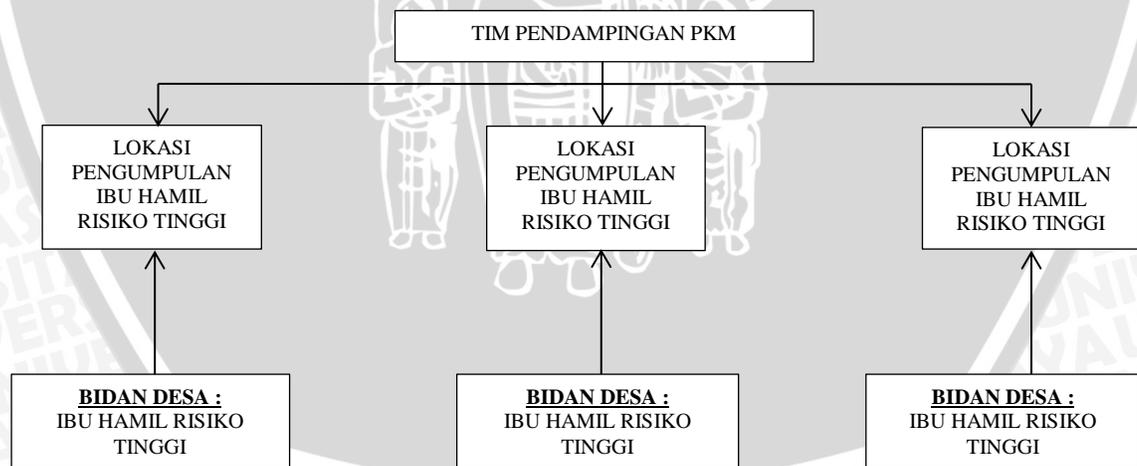
Pemberdayaan masyarakat dimaksudkan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mendeteksi risiko tinggi ibu hamil yang muncul di masyarakat. Masyarakat harus dilibatkan dalam proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi deteksi risiko tinggi ibu hamil, sehingga akan tercipta komitmen yang baik antara masyarakat dan petugas, yang bertujuan untuk memberdayakan masyarakat dalam mendeteksi risiko tinggi ibu hamil. Kegiatannya meliputi:

- a. Sosialisasi penerapan buku KIA dan skor Poedji Rochjati kepada masyarakat guna mendeteksi risiko tinggi pada ibu hamil.
- b. Advokasi dan sosialisasi

Advokasi dan sosialisasi penerapan buku KIA dan kartu skor Poedji Rochjati guna mendeteksi risiko tinggi pada ibu hamil kepada kepala desa, camat serta kepala puskesmas.

C. Mekanisme Kerja

Mekanisme kerja GERDARISTI, mulai dari tim pendampingan puskesmas berkumpul pada lokasi pengumpulan ibu hamil risiko tinggi yang dihadiri oleh bidan desa beserta ibu hamil risiko tinggi, jika dituangkan dalam alur bagan adalah sebagai berikut:



Gambar 25. Mekanisme Kerja GERDARISTI

Sumber: Buku Pedoman GERDARISTI, 2013.

KETERANGAN:
GARIS KOMANDO

Sistem pelaporan

Adanya sistem pelaporan ini merupakan penyempurnaan atau perbaikan dari GENTASIBU yang sistem pelaporannya berdasar timbang rutin di posyandu pada tiap bulanya, pada GERDARISTI, sistem pelaporan pendampingan ibu hamil berisiko tinggi dilakukan secara berjenjang yaitu mulai dari tingkat desa yaitu bidan pembina wilayah yang selanjutnya ditindaklanjuti oleh tim puskesmas untuk dilaporkan lebih lanjut ke tingkat kabupaten yaitu bidang kesehatan keluarga dinas kesehatan, semua data dilaporkan ke Dinkes bidang kesehatan keluarga paling lambat tanggal 5 pada bulan berikutnya, baik dalam bentuk *softcopy* maupun *print out*. Laporan yang harus dikirimkan ke dinas kesehatan meliputi:

1. Laporan bulanan rekam medik oleh tim pendampingan ibu hamil risiko tinggi
2. Rekam medik oleh tim pendampingan ibu hamil risiko tinggi
3. Perkembangan pendampingan

D. EVALUASI

Evaluasi ditujukan untuk menilai:

1. *Input* : Ketenagaan (jumlah dan kualitas), dana, fasilitas dan sarana pelayanan kesehatan dll.

2. *Proses* : Menilai pelaksanaan kegiatan apakah telah mencapai target yang ditetapkan, mengidentifikasi kendala dan masalah yang dihadapi serta pemecahannya.
3. *Output* : Menilai pencapaian setiap kegiatan pendampingan ibu hamil risiko tinggi menurut indikator skor risiko medis dan non medis, anemia, KEK, cara persalinan, berat badan bayi baru lahir, kemaian ibu dan bayi, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif dan status gizi anak.
4. *Impact* : Menilai prevalensi ibu hamil risiko tinggi pada sasaran

Pelaksanaan evaluasi akan dilakukan oleh pihak ketiga agar tidak terjadi subjektivitas hasil evaluasi dengan tahap-tahap sebagai berikut:

- a. Penunjukkan pelaksana evaluasi, misalnya LSM di bidang kesehatan, Universitas.
- b. Evaluasi dilaksanakan secara berkesinambungan dengan rentang waktu satu tahun sekali. Akan tetapi setiap 6 bulan dilakukan monitoring terhadap kegiatan yang sedang berjalan.
- c. Hasil evaluasi tahunan digunakan sebagai dasar dalam perencanaan selanjutnya.

I. Faktor Pendukung dan Faktor Penghambat Proses *Innovative Governance*.

a. Faktor Pendukung

Adanya permasalahan jumlah balita gizi buruk menjadikan pendorong dalam munculnya gagasan tentang GENTASIBU. Ada masalah gizi buruk yang diderita calon generasi penerus bangsa itulah yang mendorong Ibu Ita selaku penggagas inovasi untuk ikut serta menyelesaikannya, karena bagaimanapun juga masalah tersebut adalah tanggung jawab semua pihak, termasuk dirinya selaku istri bupati yang harus mendukung pemerintahan suaminya, hal ini sebagaimana yang dipaparkan oleh Bapak Guruh, “Yang jelas masalah itu menjadi pendorong, ada masalah gizi buruk mendorong kita untuk ikut menyelesaikan” (Wawancara, 17 Juli 2013).

Karena gagasan inovatif tersebut sudah sampai pada pelaksanaan, serta dalam penelitian ini peneliti juga membahas tentang pelaksanaan GENTASIBU yang inovatif, maka peneliti juga memaparkan beberapa pendorong proses pelaksanaannya, yaitu sebagai berikut:

- a. Komitmen yang ditunjukkan para aktor untuk mengentaskan balita gizi buruk, hal ini dibuktikan dengan keberlanjutan GENTASIBU

dari tahun 2009- tahun 2013 dan menurunkan angka balita gizi buruk.

- b. Kesukarelawan kader untuk turut serta mengentaskan balita gizi buruk, seperti yang dipaparkan salah satu kader di Pos GENTASIBU

Kecamatan Baron berikut ini:

“Ikhlaskan mbak, yang penting tetangga saya tidak ada yang kena gizi buruk. Dan saya yakin semua kader pasti ikhlas, niat untuk beramal juga, apa ya mungkin uang sepuluh ribu rupiah bisa untuk mencukupi pembiayaan *transport* dan keperluan lain, kalau dihitung tidak cukup, tapi kami ikhlas dari hati (Wawancara, 29 Juli 2013)”

- c. Evaluasi yang rutin diselenggarakan tiap semester.
- d. Ego lintas sektor yang terkikis dengan ketegasan Ibu Ita dan penguasaan dalam SK Bupati.
- e. Sosialisasi yang berkelanjutan.
- f. Perlengkapan (sarana dan prasarana) sebagai alat yang memadai, termasuk pula armada mobil GENTASIBU.



Gambar 26. Armada Mobil GENTASIBU

Sumber: Dokumentasi Peneliti

b. Faktor Penghambat

Penghambat pada saat proses pengembangan gagasan saat itu adalah karena masih adanya ego dari masing-masing SKPD terkait. Hal ini karena sebelumnya berjalan secara sektoral, namun setelah di-SK-kan dan akhirnya dengan pelan-pelan bisa terkikis, seperti yang dipaparkan Bapak Guruh berikut ini:

“Penghambat pada waktu itu adalah karena masih berjalan secara sektoral, dan akhirnya dengan pelan-pelan bisa terkikis, kalau dulu pendanaan itu pmp hanya 3 bulan, sekarang pmp menjadi satu tahun, dulu sebelum GENTASIBU pmp hny 3 bulan jadi begitu dia dikasih susu jatuh lagi, dikasi susu jatuh lagi, kalo sekarang GENTASIBU, dikasih susu sampai dia sembuh.”

Karena gagasan inovatif tersebut sudah sampai pada pelaksanaan, serta dalam penelitian ini peneliti juga membahas tentang pelaksanaan GENTASIBU yang inovatif, maka peneliti juga memaparkan beberapa penghambat pelaksanaanya, yaitu sebagai berikut:

- a. Pendanaan yang belum mampu mencukupi pengobatan balita gizi buruk penderita penyakit permanen, sehingga untuk penyembuhanya masih menggunakan prioritas mana yang didahulukan.
- b. Evaluasi Satu Arah dari Dinas Kesehatan. Evaluasi hanya satu arah dari PKK dan dinas kesehatan yang dalam hal ini adalah dari

bidang kesga, padahal seharusnya ada pihak ketiga yang juga turut serta memberikan poin evaluasi secara objektif, misal dari LSM.

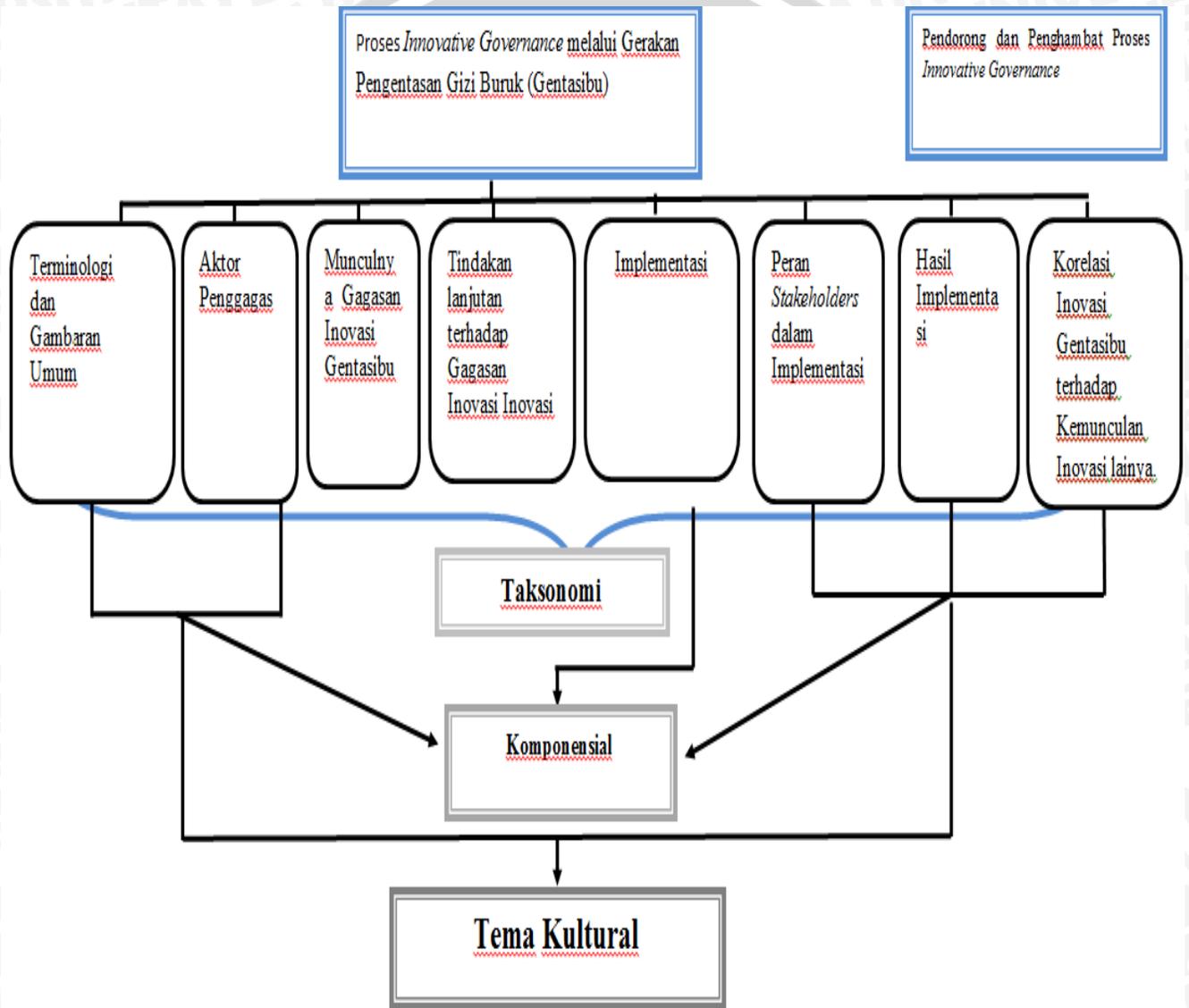
C. Analisis dan Interpretasi

Tahap analisis dan interpretasi mengacu pada yang dikemukakan oleh Spradley, dimana pada tahap sebelumnya, yaitu pengumpulan dan penyajian data telah menggunakan analisis domain dan analisis taksonomi. Analisis dan interpretasi data dalam penelitian ini melalui dua langkah yaitu dengan analisis komponensial dan analisis tema kultural.

Analisis komponensial adalah analisis yang digunakan untuk mengkontraskan masing-masing komponen yang diperoleh pada tiap domain. Semua komponen-komponen dalam setiap domain tersebut diperoleh dari hasil analisis taksonomi. Dengan mengkontraskan masing-masing komponen maka akan diketahui perbedaan dan persamaan antar komponen sehingga tercipta hubungan antar komponen dalam setiap domain dan dapat terlihat hubungan sematik dalam tahap tersebut.

Kemudian analisis data yang terakhir adalah analisis tema kultural yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antar domain yang satu dengan yang lainnya. Dari hal ini akan diperoleh hasil mengenai inti permasalahan yang peneliti rumuskan yaitu proses Innovative Governance melalui Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU), serta faktor pendorong dan penghambat ketika pengembangan gagasan inovatif tersebut.

Untuk lebih memperjelas skema atau alur penelitian menggunakan Analisis Model Spardley, peneliti membuat peta analisis yang dapat di lihat sebagai berikut :



Gambar 27. Peta Analisis Alur Penelitian (Model Spradley)
 Sumber: Hasil Olahan Peneliti

1. Proses *Innovative Governance*

a. Terminologi dan Gambaran Umum Pengentasan Gizi Buruk

GENTASIBU.

Zona nyaman ketika sebelum munculnya GENTASIBU, yaitu ketika penanganan gizi buruk masih bertumpu sepenuhnya pada pedoman dari Depkes RI menjadikan hasil dari upaya tersebut kurang maksimal, penerima manfaatpun kurang menyeluruh dan diperlukan rentang waktu yang lama untuk mengurangi angka gizi buruk. Dikatakan zona nyaman karena penanganan terhadap kasus gizi buruk lebih sederhana dari pada GENTASIBU, yang meskipun tujuan utamanya adalah mengurangi jumlah gizi buruk, namun karena berdasarkan pendekatan keluarga dan pemberdayaan masyarakat maka muara akhirnya adalah pada kemandirian, yaitu tingginya kesadaran dalam hal kesehatan.

Melihat zona nyaman yang kurang membawa kebermanfaatan, maka mutlak harus ada inovasi untuk menyelesaikan permasalahan yang muncul. Inovasi tidak hanya sebatas pada apa yang sudah dilakukan oleh sektor bisnis, inovasi dalam sektor bisnis sudah menjadi tren, karena baginya tanpa inovasi akan kalah dalam persaingan bisnis, kalah dalam memikat para konsumen. Begitu pula dalam pemerintahan, utamanya pemerintah daerah, mutlak harus mendukung adanya gagasan-gagasan inovatif dari siapapun.

Pemerintah atau sektor publik mutlak perlu mengikuti apa yang menjadi kunci sukses sektor *privat*/bisnis dalam ekspansi usahanya, yaitu inovasi. Seorang pakar inovasi Indonesia, Rhenald Kasali dalam bukunya *Cracking Values* memberikan pemahaman gamblang bahwa nilai sektor bisnis memang saatnya diadopsi oleh sektor pemerintah “*corporate values* belakangan bukan hanya mewabah dalam institusi korporasi, melainkan juga dalam dunia Pemerintah” (Kasali, 2013: 61). Meskipun inovasi sampai saat ini masih ada yang pro dan kontra, kontra dengan alasan banyak tokoh inovatif yang tersandung masalah korupsi, yang kita tidak tahu mereka benar bersalah atau hanya dikambing-hitamkan oleh mereka yang anti terhadap zona nyaman, anti terhadap inovasi-inovasi yang akan membawa mereka keluar dari zona nyaman untuk melakukan perubahan. Rhenald Kasali dalam koran kompas (05 Mei 2010), “Memang perubahan belum tentu menghasilkan pembaruan, tetapi tanpa perubahan tak akan pernah ada pembaruan”.

Inovasi, dalam sektor apapun, tak terlepas daripada ciri-ciri yang melekat padanya, ciri inovasi yang muncul dalam GENTASIBU setidaknya ada lima, mengadopsi lima ciri inovasi yang diajukan oleh Paul G.H (Susanto,2010: 134).

1. Kontinuitas dan Penggunaan Unsur- Unsur Baru.

Disebut inovasi, manakala suatu organisasi sanggup mempertahankan kontinuitas. Dalam upaya mempertahankan keberlangsungan itu, suatu perusahaan atau organisasi dapat menerapkan elemen-elemen baru, seperti: meningkatkan produk dan layanan, menerapkan proses baru, merancang dan menerapkan sistem baru dari bisnis, dan mengimplementasikan metode baru manajemen. Begitu pula proses inovasi dari GENTASIBU, semenjak dilegalkan tahun 2009 pelaksanaannya rutin sebagaimana pada pedoman GENTASIBU, dan membawa hasil yang signifikan dibanding kondisi sebelum GENTASIBU. Untuk mempertahankannya adalah adanya kegiatan evaluasi, selain mengevaluasi apa yang kurang juga sekaligus pula dinas kesehatan dan PKK memberikan rekomendasi perbaikan hal-hal apa saja yang harus dilakukan oleh pihak terkait untuk memperbaiki implementasi GENTASIBU dan menjaga kontinuitasnya. Dalam pelaksanaannya pun termuat beragam unsur baru, yang sebelum GENTASIBU belum dipakai, misalnya penanganan terhadap balita gizi buruk sebelumnya hanya selama tiga bulan, baik sembuh atau tidak. Dengan GENTASIBU, maka balita tersebut sampai sembuh dalam pantauan tim GENTASIBU dan Kader.

2. Intensionalitas, dan Adanya Keinginan untuk Memperbaiki

Sebuah inovasi haruslah berawal dari sebuah intensionalitas, kesengajaan. Begitupula GENTASIBU, juga secara sengaja digagas oleh

istri Bupati Nganjuk, sengaja digagas untuk memperbaiki proses penanganan terhadap balita gizi buruk yang memang sudah ada namun belum memberi hasil yang baik.

3. Tertuang dalam Pedoman untuk melakukan perubahan yang lebih baik.

GENTASIBU memiliki buku pedoman yang menjadi pedoman pelaksanaan GENTASIBU mulai tahap persiapan sampai tahap evaluasi, dan buku pedoman tersebut secara substansi sangat berbeda disbanding buku respon cepat gizi buruk dari Depkes RI yang menjadi pedoman penanganan balita gizi buruk pada saat sebelum GENTASIBU.

4. Tertuang dalam Peraturan yang Mengikat para Aktor

Sebuah gagasan inovatif ketika sudah menjadi sebuah kebijakan memerlukan sebuah peraturan *legal* yang akan mengikat para aktor yang berasal dari birokrat, agar dalam pelaksanaannya akan berjalan sesuai kapasitas dan tupoksi masing-masing, terkecuali pada peran kader yang memang sengaja tidak dimasukkan dalam SK Bupati (Aturan *legal* GENTASIBU), karena kader sifatnya sukarela.

Keberagaman jenis dari inovasi menjadikan inovasi tidak selalu terkait dengan teknologi, inovasi dikelompokkan berdasarkan dua dimensi, yaitu berdasarkan bidang inovasi dan dampaknya terhadap organisasi. Berdasarkan bidangnya, inovasi terdiri dari inovasi produk

yang melibatkan fungsi-fungsi yang disediakan untuk pelanggan baik eksternal maupun internal dalam bentuk fungsi yang dapat berguna. Dan inovasi proses ini melibatkan cara dan prosedur yang diintegrasikan dalam pelaksanaan organisasi serta melibatkan proses interaksi antar pelaku (Schuman, 1994:9). Inovasi GENTASIBU merupakan sebuah produk dari gagasan inovatif yang kemudian dituangkan dalam surat keputusan bupati yang memuat tugas pokok dan fungsi dari masing-masing *stakeholders*. GENTASIBU juga merupakan inovasi proses, karena dengan adanya pembaharuan cara dan prosedur yang baru dalam menangani balita gizi buruk (sebelum dan sesudah berjalanya GENTASIBU bisa dilihat dalam penyajian data), adanya tupoksi pun akhirnya ikut serta mengatur interaksi yang seharusnya dijalankan oleh *stakeholders*.

Inovasi GENTASIBU secara radikal mampu menurunkan angka gizi buruk dari tahun ketahun dengan adanya upaya yang berbeda secara keseluruhan dengan sebelumnya. Dari beragam jenis yang diajukan oleh Djameludin A (2012:36-41), adalah inovasi proses, inovasi metode, inovasi struktur, inovasi dalam hubungan, inovasi strategi, inovasi pola pikir, inovasi produk dan inovasi pelayanan. GENTASIBU juga memuat beragam aspek yang inovatif, yaitu sebagai berikut:

a. Inovasi Proses

Dengan adanya GENTASIBU, maka proses penurunan angka balita gizi buruk lebih mendapat sasaran yang menyeluruh, melibatkan *stakeholder* yang bermitra. Prosesnya lebih panjang (sebagaimana pada penyajian data), namun kebermanfaatannya lebih dirasakan dari pada sebelum GENTASIBU.

b. Inovasi Metode

Metode yang dipakai GENTASIBU untuk menurunkan angka gizi buruk berbeda dengan sebelum GENTASIBU, dulu penanganan terhadap balita gizi buruk hanya selama tiga bulan, baik sembuh atau belum, pada GENTASIBU balita didampingi kader dan dalam pemantauan tim GENTASIBU sampai mereka berada pada status gizi normal.

c. Inovasi Struktur

Adanya struktur tim GENTASIBU menjadikan proses dan interaksi antar aktor jelas dan terarah. Sebelum GENTASIBU struktur masih secara general hanya sepihak pada PKK dan dinas Kesehatan.

d. Inovasi dalam Hubungan

Dalam pola hubungan antar aktor saat ini mengharuskan adanya sinergisitas kesemuanya, adanya tugas pokok dan fungsi dari tim GENTASIBU telah mengatur pola hubungan tersebut, saling bekerjasama dan berperan sesuai tupoksi. Meski demikian, dominansi peran dapat tetap berlangsung, misalnya urusan penyakit balita maka yang berperan

dominan adalah dinas kesehatan, urusan motivasi kader yang dominan adalah PKK. Seperti yang dikatakan bapak Guruh pada saat wawancara tanggal 17 Juli 2013, “Ada waktunya untuk dominasi dan untuk tidak mendominasi, kalau masalah penyakit, maka yang mendominasi ya dinas kesehatan”.

e. Inovasi Strategi

Untuk memaksimalkan implementasi dari GENTASIBU, maka GENTASIBU memiliki strategi yang mendukung, dimana sebelum GENTASIBU tidak ada strategi-strategi secara spesifik. Strategi tersebut meliputi pemberdayaan keluarga di bidang kesehatan dan gizi dan pemberdayaan masyarakat di bidang gizi.

f. Inovasi Pola Pikir (*mindset*)

Dengan adanya GENTASIBU maka pola pikir yang baru dari semua aktor yang terlibat adalah, bahwa permasalahan balita gizi buruk tidak hanya menjadi tanggung jawab sepenuhnya pemerintah namun harus didukung oleh semua pihak, termasuk masyarakat. Termasuk pula kader dan keluarga penerima manfaat GENTASIBU. Kader memiliki pola pikir bahwa permasalahan balita gizi buruk juga merupakan tanggung jawabnya, maka mereka akan rela dengan ikhlas dan sukarela untuk ikut serta mengurangi angka balita gizi buruk dengan menjalankan tugasnya sebagai kader secara ikhlas dan sukarela. Dikatakan ikhlas, sukarela dan

tanpa perhitungan karena tugasnya yang rutin memantau tiap hari serta mengantarkan pada pos GENTASIBU setiap bulanya tanda ada “bayaran”, yang ada hanya uang transportasi sama rata, jauh dekat rumah kader dipukul rata mendapat RP. 10.000. Seperti halnya yang dikatakan salah satu kader, yang mengantarkan balita dan ibunya di pos GENTASIBU Kecamatan Baron, wawancara 29 Juli 2013,

“Ikhlas mbak, yang penting tetangga saya tidak ada yang kena gizi buruk. Dan saya yakin semua kader pasti ikhlas, niat untuk beramal juga, apa ya mungkin uang sepuluh ribu rupiah bisa untuk mencukupi pembiayaan transport dan keperluan lain, kalau dihitung tidak cukup, tapi kami ikhlas dari hati”.

g. Inovasi Produk

GENTASIBU merupakan sebuah produk dari gagasan inovatif yang kemudian dituangkan dalam surat keputusan bupati yang memuat tugas pokok dan fungsi dari masing-masing *stakeholders*.

h. Inovasi Pelayanan

Pelayanan terhadap penerima manfaat dalam hal ini adalah balita gizi buruk. Letak inovasi pelayanan berada pada pendekatan yang dipakai untuk menurunkan angka balita gizi buruk. Kader yang mendampingi dan memantau setiap hari dan mengantarkan pada pos GENTASIBU setiap bulan sekali. Tim GENTASIBU yang memantau setiap bulan sekali.

Layanan menfokuskan pada penurunan angka gizi buruk dan kemandirian yang berdampak pada keberlanjutan hidup sadar gizi.

b. Aktor Penggagas

Gerakan pengentasan gizi buruk di Nganjuk yang merupakan pertama di Jawa Timur dan Indonesia, setelah berjalan sukses maka menjadi percontohan daerah lain, bahkan turut menggugah DPRD Jatim untuk belajar pada GENTASIBU dalam penyusunan PERDA Gizi yang juga merupakan provinsi yang pertama mengeluarkan PERDA gizi. Dibalik hal tersebut, penggagas GENTASIBU adalah individu non birokrat dan sekaligus istri bupati, menandakan bahwa istri bupati mampu memberikan kontribusi terhadap pemerintahan suaminya, bahkan turut serta membantu menyelesaikan permasalahan di daerahnya.

Seorang penggagas ide inovatif yang selanjutnya mampu membawa gagasan tersebut menjadi agenda pemerintah untuk menyelesaikan atau menjawab permasalahan di Daerah, khususnya dalam bidang kesehatan tidak harus memiliki *background* dari dunia medis, karena selanjutnya dalam proses pengembangan gagasan dapat mengikutsertakan ahli medis untuk memberi masukan terhadap gagasan yang dimunculkan, yang dibutuhkan seorang penggagas ide inovatif adalah komitmen dan konsistensi memperjuangkan gagasan. Ketika

komitmen sudah kuat maka akan menuntun langkahnya untuk terus sebisa mungkin memperjuangkan gagasan inovatifnya mampu menjadi agenda pemerintah secara *legal* dan sampai pada tahap implementasi serta mampu menjawab permasalahan yang ingin dielesaikan dengan gagasan inovatif. Begitu pula dengan adanya konsistensi, ketika penggagas konsisten maka dalam proses pengembangannya jika terjadi hambatan maka akan berusaha untuk tetap *stronge* menghadapi berbagai hambatan proses pengembangan gagasan sampai bisa masuk menjadi agenda Pemerintah.

Aktor penggagas gagasan inovatif menandakan bahwa ia adalah seorang yang *responsive* dan peduli terhadap permasalahan disekitarnya serta secara inisiatif dan kreatif mengembangkan gagasan tersebut, didampingi dengan sikap demokratis turut serta mengajak para ahli dibidang yang berkaitan untuk turut berkontribusi memberi masukan terhadap gagasan inovatif yang diusung sehingga mampu memaksimalkan gagasan. Begitu pula dengan GENTASIBU yang penggagasnya juga tidak memiliki *background* di bidang medis namun mampu secara demokratis merangkul para ahli di bidang medis utuk berkontribusi memberi masukan pada pngembangan gagasan, hal ini mampu dilaksanakan maka menandakan bahwa ia juga sekaligus mampu mengordinir berbagai ahli serta melebur ego dari satuan kerja yang terkait.

Apa yang sudah dilakukan penggagas juga menandakan bahwa penggagas yang merupakan seorang istri bupati, memiliki *mindset* sebagai istri seorang pelayan rakyat, maka orientasi berfikirnya adalah demi kesejahteraan rakyatnya. *Mindset* yang dimiliki ini akan menjadikannya seorang yang produktif berkontribusi pada daerahnya. Jika seorang istri bupati dari berbagai daerah mampu menggagas inovasi dan memperjuangkan untuk menjadi agenda dari pemerintah maka permasalahan di daerah yang beragam akan terkikis sedikit demi sedikit.

Tahapan Perilaku inovatif terdiri dari dua tahap yaitu tahap pemunculan gagasan dan implementasi gagasan (Ancok, 2012: 35), begitupula dalam proses inovasi GENTASIBU, pada tahap pemunculan gagasan, dimunculkan oleh istri bupati yang notabene adalah individu non birokrat, berawal dari rensponsibilitasnya terhadap pertanyaan ibu presiden tentang jumlah gizi buruk di daerahnya, yang ternyata jumlahnya jauh lebih tinggi daripada daerah lain, dari hal tersebut beliau memiliki ide tentang sebuah gerakan untuk menangani kasus gizi buruk, yang kemudian ide tersebut ditawarkan pada dinas kesehatan sebagai dinas yang bertanggung jawab dalam bidang kesehatan daerah dan kemudian baru merangkul dinas-dinas lain seperti dinas sosial dan dinas pendidikan serta dinas cipta karya. Adanya ego dari masing-masing dinas berhasil disatukan oleh Ibu Ita, ini menjadikan beliau juga dapat dikatakan sebagai

inovator yang mampu menyatukan *stakeholders* yang mana sebelumnya belum pernah terjadi hal yang demikian. Tahap selanjutnya adalah implementasi gagasan, implementasi gagasan ini dapat dijelaskan dengan *Five C's Protocol*.

Sosok istri bupati yang *responsive* dan kreatif dengan gagasan yang dimunculkan menjadikan beliau dapat dikatakan sebagai seorang istri bupati yang mendukung pemerintahan suaminya, mendukung dalam mengurangi permasalahan yang ada di daerahnya. Satu gagasan inovatif dari seorang istri bupati melalui GENTASIBU ini sudah membawa beragam kebermanfaatannya, menurunkan angka balita gizi buruk, menjadi percontohan bagi kabupaten lain, dan diadopsi oleh DPRD Provinsi Jatim untuk membuat peraturan daerah tentang gizi (merupakan yang pertama di Indonesia), seperti halnya yang dikatakan bapak guruh

“DPRD propinsi, bahasa jawannya *ngangsu kawuruh* (mencari pengetahuan) ke tim GENTASIBU Nganjuk, kenapa kok gizi buruk bisa diatasi secara baik, nah akhirnya mereka berkunjung, setelah itu DPRD Propinsi akhirnya bisa mengeluarkan Perda gizi. Jadi Perda gizi hanya ada di Jatim dan karena GENTASIBU ini, jadi mereka mendapat masukan”.

Jika banyak bermunculan istri-istri bupati yang inovatif dan ikut serta membantu menyelesaikan permasalahan di daerah maka permasalahan-permasalahan di daerah akan terkikis, berkurang secara bertahap.

Maka seorang istri bupati wajib mendukung pemerintahan suaminya, seorang istri bupati yang mendukung pemerintahan suaminya ditandai dengan:

a. Inovatif

Untuk menjadi inovatif didahului dengan adanya tanggung jawab terhadap beragam masalah dan tuntutan masyarakat, yang kemudian didukung oleh kreativitas memunculkan gagasan yang selanjutnya prinsip, komitmen dan ketegasan untuk mengembangkan dan melaksanakan gagasan yang sudah dimunculkan.

b. Produktif

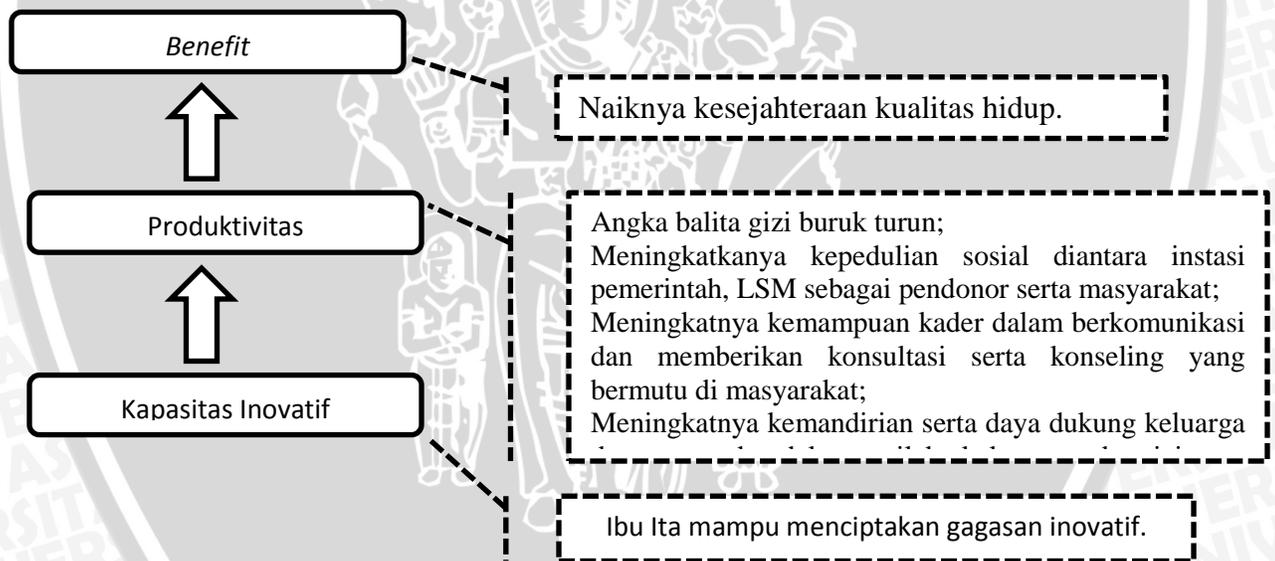
Seorang istri bupati yang produktif, akan lebih banyak turut serta menyelesaikan permasalahan di daerah daripada sekedar memanfaatkan fasilitas negara, lebih banyak menghasilkan kebermanfaatan daripada melakukan pemborosan.

c. *Mindset* sebagai suami dari pelayan rakyat

Seorang istri bupati yang memiliki pola pikir (*mindset*) sebagai suami dari pelayan rakyat maka ia akan turut serta berupaya mengurangi permasalahan di daerah. Seperti halnya Ibu Ita “seorang istri bupati harus menjadi ibu dari anak-anaknya, dan ibu bagi rakyatnya”.

Beragam permodelan inovasi ditawarkan oleh beberapa pakar Inovasi, Kawi Boedisetio dalam *Slideshare* (Online) menyatakan bahwa

“inovasi memerlukan kapasitas inovatif yang akan menciptakan daya saing (produktivitas) yang berdampak pada *Benefit/Value*”. Begitu pula GENTASIBU yang bermula dari kemampuan penggagas, yaitu seorang istri bupati Kabupaten Nganjuk menciptakan secara kreatif gagasan GENTASIBU dan hasilnya tercipta produktivitas yang berlangsung sejak dilegalkan Gerakan tersebut hingga saat ini, bahkan mampu mendorong kemunculan inovasi lainnya dari seorang istri bupati. Muara akhir dari kesemuanya adalah naiknya kesejahteraan kualitas hidup sebagai *benefit*-nya.



Gambar 28. Analogi GENTASIBU berdasar permodelan inovasi Kawi Boedisetio
 Sumber: Diolah Peneliti dari permodelan inovasi Kawi Boedisetio

c. Munculnya Gagasan Inovasi GENTASIBU

Kemunculan gagasan inovatif oleh penggagas dilatar belakangi tingginya kasus balita gizi buruk, yang bermula ketika menghadiri pembinaan istri bupati di Jakarta dan mendapat pertanyaan yang tidak bisa dijawab, yaitu “berapa jumlah balita gizi buruk di Kabupaten atau Kota anda?” sepulang dari kegiatan itu maka langsung ditanyakan kepada kepala Dinas Kesehatan, hal ini dapat diartikan bahwa kemunculan gagasan inovatif oleh penggagas bermula dari daya tanggapnya terhadap permasalahan yang muncul di Daerahnya dan peduli terhadap masa depan Daerahnya, jika sikap tanggap dan peduli tidak dimiliki penggagas maka gagasan inovatif tidak dapat muncul.

Daya tanggap yang dimiliki penggagas telah direspon dengan baik oleh Dinas Kesehatan yang merupakan Dinas pertama yang dirangkul, hal ini dapat diartikan bahwa Dinas Kesehatan sebagai instansi Pemerintah yang bertanggung jawab pada bidang kesehatan telah menjalankan kewajibannya dalam pemenuhan salah satu kebutuhan pokok, yaitu kesehatan. Tidak hanya penyediaan salah satu kebutuhan pokok, namun juga telah mengadopsi “*corporate values*” yang memang suatu kebutuhan bagi Pemerintah untuk melakukannya, sesuai dengan yang disampaikan Khasali (2013: 61) “*corporate values* belakangan bukan hanya mewabah dalam institusi korporasi, melainkan juga dalam dunia Pemerintah”, tanpa

inovasi, permasalahan gizi buruk di Kabupaten Nganjuk tidak akan terselesaikan dengan baik.

d. Tindakan Lanjutan Terhadap Gagasan Inovatif

Penggagas inovasi melanjutkan kemunculan gagasan yang dianggapnya mampu menjawab permasalahan dengan tindakan yang konkrit, jadi tidak hanya sekedar menawaarkan gagasan saja, tapi mengembangkan dengan demokratis, dalam artian memberi peluang pada Satker- satker yang dirangkul. Berhasilnya penggagas dalam melebur beragam masukan dan ego masing-masing Satker menandakan bahwa penggagas juga dapat dikatakan sebagai penggagas yang mampu mengkoordinir beragam masukan terhadap gagasan yang digagas. Berhasilnya tindakan lanjutan sampai tahap pelegalan gagasan menjadi SK Bupati dan adalah sebagai bukti bahwa gagasan inovatif tersebut dikembangkan secara serius, tidak hanya sebatas memberi gagasan kepada satker dan dilepas begitu saja. Surat Keputusan Bupati No. 188/ 140/ K/ 411.013/ 2009, tentang pembentukan tim gerakan pengentasan gizi buruk (GENTASIBU) juga memberi kekuatan hukum bagi GENTASIBU yang akan mengarahkan jalanya GENTASIBU secara *sustainable*.

Dalam tindakan lanjutan yang mana kesuksesannya selain karena aktor penggagas juga karena dinas terkait yang dirangkul merespon dengan

baik meskipun di awal masih muncul ego masing-masing dinas. Respon baik dari pemerintah ini dapat diartikan bahwa Pemerintah Kabupaten Nganjuk, khususnya melalui SKPD yang terkait sudah sesuai dengan tujuan diselenggarakannya IGA (*innovative governance*) meskipun Kabupaten Nganjuk belum masuk sebagai pemenangnya maupun nominator. Tujuan tersebut terutama pada poin ke-3 dan ke-4:

3. Pemda harus senantiasa belajar: Pemda yang kreatif dan inovatif pasti senantiasa belajar dan terus belajar, sehingga mampu melakukan terobosan yang menghasilkan perubahan bagi kepentingan masyarakat.
4. Mendorong Peningkatan Kinerja Pemda: Pemda yang melakukan kreativitas dan inovasi pasti berkinerja lebih baik dibandingkan Pemda lainnya. Namun, upaya untuk meningkatkan kinerja melalui kreativitas dan inovasi, harus tetap berpedoman pada ketentuan perundang-undangan. (Kemendagri, *online*)

Demikian pula pada Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk yang juga turut serta melakukan terobosan yang menghasilkan perubahan bagi kepentingan masyarakat karena Pemda dalam hal ini turut serta memberi kontribusi masukan ketika proses pengembangan gagasan atau tindakan lanjutan terhadap gagasan dari penggagas dan dalam hal ini juga berpedoman pada aturan legal, yaitu SK dari bupati.

Inovasi GENTASIBU bersifat revolusi. Revolusi karena upaya yang dipakai untuk menanggulangi permasalahan balita gizi buruk adalah konsep yang sebelumnya belum diterapkan (belum ada pada pedoman

Depkes RI), demikian pula pada tujuannya yang tidak hanya untuk menurunkan angka balita gizi buruk, tetapi juga meningkatkan kepedulian soal diantara instansi pemerintah, meningkatkan kemampuan kader dalam berkomunikasi dan memberikan konsultasi serta konseling yang bermutu di masyarakat dan Meningkatkan kemandirian serta daya dukung keluarga dan masyarakat dalam perilaku keluarga sadar gizi. Dan pendekatan yang dipakai adalah pendekatan keluarga, satu kader mendampingi dan memantau balita gizi buruk setiap harinya, dan melaporkan pada tim GENTASIBU setiap satu bulan sekali.

e. Implementasi

GENTASIBU berawal dari sebuah gagasan, dan ketika membahas gagasan yang inovatif, maka otomatis juga akan membahas implementasi dari hasil gagasan yang dikembangkan dan dilegalkan tersebut, untuk melihat konkritnya gagasan sampai pada tahap implementasi, yang memuat tahap persiapan, pelaksanaan yang didampingi strategi, hingga evaluasi.

Untuk menjelaskan implementasi GENTASIBU maka akan lebih menyeluruh jika menggunakan *Five C'S Protocol*, Andil Najam (1995: 4-5) dalam papernya, *Learning from the literature on policy implementation: a synthesis perspective*, ia menyimpulkan bahwa dengan

mengidentifikasi “5Cs” *the five C* akan dapat membantu dan memandu untuk menganalisis implementasi kebijakan serta menjelaskan pelaksanaan yang efektif dan menjelaskan saling keterkaitan antar faktor di dalamnya. “5Cs” tersebut meliputi : *content, context, commitment, capacity, client and coalitions*.

1. *Content* (Konten)

Konten terkait dengan Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU) yang mampu menjawab permasalahan gizi buruk, menurunkan angka balita gizi buruk dari tahun ketahun dengan proses yang berbeda dengan sebelum implementasi GENTASIBU. Jika dilihat dari jumlah balita gizi buruk dari tahun ke tahun, selalu ada penurunan maka membuktikan bahwa GENTASIBU telah berjalan sesuai dengan tujuan yang sudah di tetapkan. Dalam angka balita gizi buruk tersebut memang ada beberapa yang tetap berada pada status gizi buruk lebih dari satu tahun, yang disebabkan karena keberagaman penyakit berat dan penyakit permanen yang diderita yang penyembuhanya secara bertahap, jadi beberapa balita gizi buruk tidak selalu karena faktor asupan gizi, meskipun mayoritas karena faktor asupan gizi. Setelah berlangsungnya Gerdariti, dan sudah ada hasil terhadap penurunan ibu hamil resiko tinggi, maka jug akan berpengaruh pada turunya balita gizi buruk yang disebabkan oleh faktor kehamilan resiko tinggi. Proses pelaksanaan

dimulai dari tahap persiapan, pelaksanaan serta evaluasi (sebagaimana dalam poin penyajian data).

2. *Context* (Konten)

Aktor terkait atau *stakeholders* GENTASIBU termuat dalam Tugas Pokok dan Fungsi Tim GENTASIBU serta struktur tim GENTASIBU. Didalamnya tercantum aktor terkait beserta asal instansi dan uraian tugas atau peranya dalam implementasi GENTASIBU. Secara keseluruhan terhadap aktor kelembagaan utama, semua saling memiliki peran yang menghendaki suatu ketika untuk dominan dan suatu ketika tidak dominan namun masih dalam tataran sinergis, dalam artian ketika terkait dengan penyakit balita, maka yang banyak berperan adalah Dinas kesehatan, ketika terkait dengan motivasi kader, maka yang banyak berperan adalah PKK, ketika terkait dengan perbaikan rumah dari orang tua GENTASIBU maka yang banyak berperan adalah Dinas Cipta Karya. Meski hampir kesemua aktor sudah menjalankan perannya, namun tetap ada beberapa yang belum menjalankan peran sesuai Tupoksi, misalnya Pokja II pada Tim PKK belum terlihat perannya dalam pemberdayaan ibu balita GENTASIBU, pemberdayaan yang sudah dilaksanakan masih secara umum untuk ibu-ibu PKK tanpa ada spesifikasi untuk ibu balita GENTASIBU, jadi ibu balita GENTASIBU yang tidak tergabung dalam PKK dimungkinkan tidak terjamah oleh pemberdayaan yang idadkan

oleh Pokja II Tim PKK Kabupaten Nganjuk. Tapi peran PKK dalam setiap bulanya untuk mengunjungi pos GENTASIBU dan memberi motivasi pada kader selalu berlangsung rutin. Tujuan GENTASIBU selain untuk mengurangi balita gizi buruk adalah untuk pemberdayaan orang tua balita GENTASIBU, namun peran memberdayakan tersebut belum terlihat, meskipun informan dari Dinas Kesehatan mengatakan ada pemberdayaan untuk peningkatan ekonomi keluarga GENTASIBU yang dari Gakin agar perekonomiannya meningkat dan diharapkan berdampak pada kesadaran pemenuhan gizi yang seimbang yaitu dengan pemberian bantuan dana Rp. 150.000, seperti halnya jawaban pada saat wawancara, 17 Juli 2013, “ya terkait pemberdayaan memang pernah ada, pemberian bantuan dana Rp. 150.000 per keluarga” namun ketika peneliti menanyakan pada kader dan ibu dari balita, jawaban didapat mereka belum pernah menerima dana yang dimaksud tersebut, misalnya saja ib dari salah satu balita gizi buruk di Kecamatan Baron, ketika wawancara pada 29 Juli 2013, “dana apa mbak? Sampai sekarang saya belum pernah menerima uang apapun”. Dilihat dari buku pedomanpun masih ada yang belum sesuai dengan fakta lapang, misalnya belum ada LSM maupun akademisi yang turut serta mengevaluasi.

3. *Commitment* (Komitmen)

Komitmen dari para aktor utama sangat terlihat, dari yang selalu datang setiap bulanya di Pos GENTASIBU. Mulai dari perwakilan Dinas Kesehatan, PKK, Kader dan orang tua balita GENTASIBU. Komitmen untuk menekan angka gizi buruk menjadikan GENTASIBU masih tetap berjalan sejak tahun 2009 bahkan dapat berkembang, memunculkan inovasi baru, Gerdariti. Komitmen tersebut selain dibuktikan dengan kegiatan rutin di pos GENTASIBU setiap bulannya juga dibuktikan dengan kegiatan lainnya secara rutin, yaitu evaluasi GENTASIBU setiap semesternya (enam bulan sekali, jadi dalam satu tahun ada dua kali evaluasi), evaluasi untuk menilai apa yang kurang dan memberirkan rekomendasi apa yang seharusnya dilakukan untuk perbaikan. Komitmen dari kader GENTASIBU juga seolah-olah sudah mendarah daging, Karena dengan ikhlas tanpa pamrih rutin memantau dan mendampingi mengantar ke Pos GENTASIBU setiap bulanya hanya dengan alasan mereka tidak ingin ada tetangganya yang gizi buruk dan niat ikhlas berama, sesuai dengan jawaban dari salah satu kader GENTASIBU Kecamatan Baron saat wawancara, 29 Juli 2013,

“Ikhlas mbak, yang penting tetangga saya tidak ada yang kena gizi buruk. Dan saya yakin semua kader pasti ikhlas, niat untuk beramal juga, apa ya mungkin uang sepuluh ribu rupiah bisa untuk mencukupi pembiayaan transport dan keperluan lain, kalau dihitung tidak cukup, tapi kami ikhlas dari hati”.

4. *Capacity* (Kapasitas)

Kapasitas dari masing-masing aktor telah sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya dalam implementasi GENTASIBU. Misalnya dari dinas kesehatan ada ahli gizi dan dokter yang bertanggung jawab pada peningkatan status gizi serta penyembuhan penyakit jika menderita satu atau beberapa penyakit. Tim PKK Kabupaten Nganjuk yang berperan untuk memotivasi kader, memang sudah sesuai dengan kapasitasnya, jadi tidak melibatkan sumber daya yang non daripada aktor yang ada pada sektor publik dalam proses implementasinya.

5. *Client and Coalition* (Klien dan Koalisi)

Klien disini adalah penerima manfaat serta aktor aktor yang berasal dari instansi maupun non instansi Pemerintah yang turut serta memberi kontribusi didalam pelaksanaannya, misalnya Kader dan LSM pada saat Evaluasi. Untuk hubungan atau koalisi dengan orang tua balita, khususnya ibu balita GENTASIBU terjalin dengan baik karena mereka juga ingin anaknya segera terlepas dari status gizi buruk, begitu pula kader GENTASIBU yang berhubungan baik turut serta menyukseskan GENTASIBU, menurunkan angka balita gizi buruk dan mereka merasa sudah menjadi kewajibanya untuk ikut mengentaskan tetangganya dari gizi buruk. Kader secara sukarela memantau setiap hari serta mengantarkan pada pos GENTASIBU setiap bulannya. Begitu pula

dengan para aktor yang berasal dari Instansi. Namun terkait koalisi dengan LSM maupun akademisi ketika evaluasi yang belum ada mulai tahun 2009 sampai tahun 2013 ini, hal tersebut menjadikan penilaian dan rekomendasi perbaikan sepihak dari Dinas Kesehatan dan Tim PKK Kabupaten Nganjuk.

f. Peran Stakeholder dalam Implementasi

Peran *stakeholders* pada saat implementasi GENTASIBU pada waktu tertentu akan mendominasi, namun diwaktu lain tidak mendominasi, dikarenakan pembagian wewenang tugas mengharuskan seperti itu, namun tidak selalu didominasi oleh pihak tertentu. Dari hal tersebut bisa diartikan bahwa sinergisitas antar aktor di dalam tim GENTASIBU sesuai dengan surat keputusan bupati sudah terjalin. Namun kerjasama dengan aktor eksternal belum terjalin, belum ada LSM maupun akademisi yang turut serta berkontribusi pada saat implementasi GENTASIBU. Tidak adanya keterlibatan pihak independen dan eksternal menjadi suatu pertanda ketidaksesuaian apa yang sudah dituangkan pada buku pedoman GENTASIBU dengan fakta dilapangan. Tidak adanya keterlibatan LSM menjadikan evaluasi tidak bisa menyeluruh dan sepihak hanya dari Dinas Kesehatan Daerah serta PKK, akan berdampak juga pada minimnya kontribusi perbaikan program inovatif. Begitupula dengan tidak

adanya kerjasama dengan akademisi sebagaimana yang dikehendaki oleh *triple helix* untuk memberikan kontribusi dari segi pengetahuan dan riset.

Triple helix, gagasan utama *Triple helix* adalah sinergi kekuatan antara tiga pihak yaitu akademisi, bisnis, dan pemerintah, ini diadopsi dari konsep yang ditawarkan Etzkowitz dan Leydesdorff (Kemenristek, Online). Kalangan akademisi dengan sumber daya, ilmu pengetahuan, dan teknologinya memfokuskan diri untuk menghasilkan berbagai temuan dan inovasi yang aplikatif. Anindya N Bakrie mengatakan, “Sudah seharusnya perguruan tinggi di Indonesia didorong untuk melahirkan *technopark*. ITB, Universitas Indonesia, Institut Teknologi 10 Nopember Surabaya, Universitas Hasanuddin, Universitas Sumatera Utara, dan seterusnya harus melahirkan sejumlah *technopark* yang menghasilkan berbagai inovasi” (Kemenristek, Online).

Peran Perguruan tinggi seharusnya memang harus dimunculkan, tidak hanya sekadar mencetak sarjana dan menyumbang pengangguran, untuk *memunculkan* peran perguruan tinggi dalam menghasilkan berbagai temuan dan inovasi yang aplikatif bergantung pada masing-masing perguruan tinggi untuk menyemangati dan memwadahi mahasiswa beserta dosen serta bergantung pula pada masing-masing pemerintah daerah atau organisasi sektor publik untuk menggandeng bekerjasama dengan perguruan tinggi untuk menemukan inovasi yang aplikatif ataupun untuk

mengembangkan gagasan inovasi yang sudah tercipta. Dan ini pula yang belum terlihat dalam perjalanan GENTASIBU dari tahun 2009-2013, belum ada upaya konkrit untuk menggandeng akademisi melalui perguruan tinggi baik yang ada di Kabupaten Nganjuk maupun di luar Kabupaten Nganjuk untuk mengembangkan gagasan yang sudah ada ataupun untuk ikut serta mengevaluasi setiap akhir periode semesternya

Dalam sektor publik, yang dimaksud memunculkan inovasi adalah terkait dengan gagasan, kebijakan dan program inovatif yang tidak harus selalu berkaitan dengan teknologi maupun mesin untuk menciptakannya. Tentunya yang orientasinya untuk kebermanfaatannya sebesar-besarnya *pada rakyat secara menyeluruh* untuk mengikis permasalahan di daerah yang secara otomatis akan mengurangi pula beban permasalahan secara skala nasional. Sudah saatnya bahkan bisa dikatakan terlambat, tapi lebih baik terlambat dari pada tidak sama sekali, sudah saatnya untuk mengikuti jejak sektor bisnis mengembangkan inovasi dan berusaha memunculkan dan menguatkan inovasi.

Kalangan bisnis melakukan kapitalisasi yang memberikan keuntungan ekonomi dan kemanfaatan bagi masyarakat. Kapitalisasi yang dilakukan layaknya tidak diperuntukkan untuk kalangan atau pihak tertentu saja, tetap harus berorientasi pada kebermanfaatannya yang diterima masyarakat. Kapitalisasi yang dilakukan tidak semata untuk mencari

keuntungan pemilik *capital*. Namun hal ini masih sulit dipadukan ketika melihat realita yang terjadi pada sinergitas antara pemerintah dan kalangan bisnis, lebih banyak realita yang menyuguhkan bahwa sinergi ini dipenuhi faktor politis dan ada pihak yang mendapat keuntungan tersendiri dan menjadikan rakyat sebagai media meraup untung dari berbagai lahan basah pemerintah, namun tidak demikian dengan yang dilakukan dalam GENTASIBU, kerjasama dengan bisnis tetap dilaksanakan dalam bentuk penyediaan asupan bubur untuk balita GENTASIBU, selain dari yang sudah di suplai oleh Kemenkes RI.

Pemerintah menjamin dan menjaga stabilitas hubungan keduanya dengan regulasi kondusif. Pemerintah sebagai administrator selayaknya membuat regulasi yang mampu menjaga kestabilan hubungan keduanya. Begitu pula ketika GENTASIBU mulai legal pada tahun 2009, melalui Surat Keputusan Bupati tentang tugas pokok dan fungsi tim GENTASIBU, serta sudah ada buku pedoman pelaksanaan, maka keputusan legal tersebut sudah dilaksanakan oleh aktor terkait, dan sesuai dengan diskripsi peran yang sudah tertuang dalam SK tersebut, hanya saja terkait keseriusan dengan aturan yang sudah dibuat, kurang maksimal, dibuktikan oleh belum adanya kerjasama dengan kalangan akademisi, padahal dalam buku pedoman GENTASIBU disebutkan saat evaluasi, yang mengevaluasi adalah termasuk LSM supaya hasil evaluasi lebih

objektif, dan ini yang belum ada sejak tahun 2009, sampai saat ini evaluasi hanya searah oleh dinas kesehatan daerah.

Secara keseluruhan jika *triple helix* ini mampu diterapkan maka akan mempercepat munculnya inovasi-inovasi dari berbagai lini dan dari siapapun aktor penggagasnya, karena masing-masing memiliki fokus yang jelas, dari kalangan akademisi memfokuskan diri untuk menghasilkan berbagai temuan dan inovasi yang aplikatif. Kalangan bisnis melakukan kapitalisasi yang memberikan keuntungan ekonomi dan kemanfaatan bagi masyarakat. Sedang pemerintah menjamin dan menjaga stabilitas hubungan keduanya dengan regulasi kondusif, ini diadopsi dari konsep yang ditawarkan Etzkowitz dan Leydesdorff (Kemenristek, Online).

Kunci sukses inovasi GENTASIBU sebelum dilegalkan (ketika masih pengembangan gagasan) adalah kemampuan penggagas yang responsif menangkap permasalahan yang mendesak untuk diselesaikan, yaitu tingginya balita gizi buruk. Adanya masalah tersebut menjadi pendorong penggagas untuk mencari solusi yang inovatif. Meskipun sesungguhnya terletak pada semua aktor, namun yang utama adalah penggagas gagasan inovatif tentang GENTASIBU, yaitu Ibu Ita yang dari awal sudah berkomitmen untuk turut serta mendukung suami sebagai Bupati Kabupaten Nganjuk untuk menyelesaikan masalah-masalah di

daerahnya, utamanya dalam pengentasan balita gizi buruk yang mana sebelum periode kepemimpinan suaminya masih sangat tinggi penderitanya. Ibu Ita pun secara rutin turut serta terjun langsung dalam koordinasi GENTASIBU pada saat sudah masuk ranah implementasi, misalnya pada saat evaluasi selalu menyempatkan untuk hadir. Paska dilegalkan, kunci sukses selanjutnya ada pada kader yang secara sukarela ikhlas tanpa pamrih untuk secara sadar diri turut berupaya menurunkan angka gizi buruk, seolah-olah sudah menjadi prinsip, sebisa mungkin balita gizi buruk harus disembuhkan. Begitu pula juga pada aktor lain seperti dalam tupoksi tim GENTASIBU. Kunci sukses lainnya adalah pendanaan, ketika pendanaan terhambat, maka implementasi GENTASIBU akan kurang maksimal, misalnya pada kasus balita gizi buruk yang disebabkan oleh penyakit yang permanen maka diperlukan pendanaan yang tak sedikit dan otomatis ada prioritas dari dinas kesehatan terhadap balita mana yang seharusnya didahulukan untuk mendapat penanganan medis terlebih dulu, dan mana yang bisa ditunda penanganannya, sebagai mana yang dipaparkan Bapak Guruh ketika wawancara tanggal 17 Juli 2013, “untuk pendanaan bagi balita yang menderita beragam penyakit memang butuh dana besar, maka dibuat prioritas mana yang harus didahulukan”.

g. Hasil Implementasi

Hasil dari implementasi gagasan inovatif, GENTASIBU, berhasil menurunkan jumlah balita gizi buruk dari tahun ke tahun secara signifikan, dan ini yang menandakan bahwa usaha yang diupayakan para *stakeholders* membuahkan hasil sesuai tujuan. Namun ketika kasus gizi buruk belum berada pada angka 0 (nol) dapat diartikan masih ada yang belum tepat didalam pelaksanaannya. Adanya balita yang menjadi sasaran awal pada tiap tahunnya, selain karena ada yang kurang tepat didalam implementasi, juga karena adanya penyakit permanen dari 40 balita GENTASIBU serta adanya beberapa balita yang menjadi sasaran baru karena sejak lahir sudah mengalami kelainan kesehatan seperti kelainan tumbuh kembang.

Signifikansi hasil implementasi GENTASIBU juga menandakan bahwa Pemerintah Kabupaten Nganjuk sudah memenuhi kewajibannya dalam menetapkan kebijakan publik yang tepat sasaran dan sesuai untuk menjawab permasalahan yang ada di masyarakat, yaitu permasalahan gizi buruk yang memang menuntut daya inovatif pemerintah, dan hal tersebut sudah di jawab dengan hadirnya GENTASIBU. Hal ini sesuai dengan apa yang diungkapkan Anderson dalam buku pakar kebijakan publik Indonesia, Islamy (2007: 68) bahwa “kebijakan Pemerintah setidaknya-tidaknya adalah

arti positif, didasarkan atau selalu dilandaskan pada peraturan perundang-undangan dan bersifat memaksa”.

Hasil yang muncul dari GENTASIBU juga membuktikan bahwa memang “kebijakan publik tidak hanya sekedar apa yang dilakukan dan tidak dilakukan oleh Pemerintah” Thomas R Dye dalam Islamy (2007: 55), karena jika Pemerintah tidak melakukan apa-apa atas permasalahan gizi buruk, maka akan mengurangi kuantitas generasi penerus Nganjuk yang berkompeten, dalam hal ini Pemerintah Kabupaten Nganjuk bertindak konkrit menjawab masalah tersebut.

Kebijakan yang tepat ini sekaligus menjawab tuntutan permasalahan dalam masyarakat, terkait gizi buruk yang dipenuhi melalui kebijakan pemenuhan kebutuhan pokok yang juga diwujudkan melalui GENTASIBU. Dikatakan demikian karena kebutuhan pokok merupakan bagian dari permasalahan yang dapat dijawab dengan ketepatan kebijakan publik. Permasalahan kesehatan khususnya gizi buruk merupakan salah satu kebutuhan pokok yang sudah diselenggarakan Pemerintah Kabupaten Nganjuk. Seperti dikatakan Sumardi (1982: vi) bahwa kebutuhan pokok diidentifikasi sebagai: makanan, pakaian, perumahan, kesehatan, pendidikan, kebersihan, transportasi dan partisipasi masyarakat”, salah satu dari beberapa kebutuhan pokok tersebut,

kesehatan adalah yang diupayakan melalui GENTASIBU, khususnya dalam permasalahan gizi buruk.

h. Korelasi Inovasi GENTASIBU Terhadap Kemunculan Inovasi Lainnya.

Kesuksesan sebuah inovasi yang pernah digagas oleh seorang penggagas akan menjadikannya lebih bersemangat memunculkan inovasi-inovasi lainnya untuk memaksimalkan inovasi yang sudah ada (dalam GENTASIBU ternyata ada balita yang sudah mengalami kelainan kesehatan sejak lahir, untuk menanganinya perlu pencegahan sejak dalam kandungan, dan penggagas memunculkan inovasi lagi yaitu GERDARISTI) ataupun inovasi yang tidak berkait dengan inovasi yang telah sukses digagas.

Suksesnya inovasi yang pertama dimunculkan ternyata akan mendukung kemunculan inovasi lainnya. GENTASIBU sukses, namun ada balita gizi buruk yang ternyata sudah gizi buruk sejak lahir, ternyata dipengaruhi oleh faktor kehamilan beresiko tinggi, maka Ibu Ita menggagas gerakan untuk melakukan pendampingan terhadap ibu hamil beresiko tinggi, GERDARISTI. Kesuksesan inovasi GENTASIBU menjadikan Ibu Ita juga bersemangat untuk mengurangi beragam permasalahan yang ada di Daerah. Dengan adanya GERDARISTI maka juga akan mengurangi angka kematian ibu dan anak sekaligus mengurangi

jumlah balita gizi buruk yang disebabkan oleh faktor kehamilan beresiko tinggi.

Inovasi yang muncul pada Pemerintah Daerah akan terkait dengan SIDA, Menurut peraturan bersama kemenristek dan kemendagri no. 3 tahun 2012, Sistem inovasi atau disingkat SIDA adalah keseluruhan proses dalam satu sistem untuk menumbuhkembangkan inovasi yang dilakukan antarinstansi pemerintah, pemerintahan daerah, lembaga kelitbangan, lembaga pendidikan, lembaga penunjang inovasi, dunia usaha, dan masyarakat di daerah. Peraturan bersama ini mewajibkan masing-masing daerah (provinsi, kabupaten/ kota) untuk membuat kebijakan penguatan SIDA yang tercantum dalam *roadmap* penguatan SIDA, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD), dan Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD). Akan tetapi Kabupaten Nganjuk termasuk kabupaten yang belum melaksanakan peraturan bersama tersebut, belum ada kebijakan tentang penguatan SIDA, seandainya nantinya sudah ada dan diberlakukan, maka munculnya dan suksesnya inovasi GENTASIBU akan diikuti pula oleh individu-individu lain untuk memberikan sumbangsih gagasan inovatif yang mampu menjawab permasalahan di Daerah, ketika inovasi di daerah sudah tersistem, maka akan mendukung penguatan Sistem Inovasi Daerah (SiNAs) dan ketika secara skala nasional inovasi mampu tersistem, permasalahan Negara akan berkurang secara bertahap.

Suksesnya gagasan inovatif GENTASIBU yang juga melatarbelakangi kemunculan inovasi lainnya ternyata belum menjadikan Kabupaten Nganjuk sebagai pemenang bahkan nominator *Innovative Government Award* yang diadakan oleh Kementrian Dalam Negeri sejak tahun 2007, hal ini dikarenakan inovasi-inovasi sektor publik di Kabupaten Nganjuk masih jarang ditemui bahkan belum tersistem. Ternyata inovatifnya seorang istri bupati belum mampu membawa Daerahnya menjadi pemenang IGA bahkan untuk sebagai nominator saja belum, karena penilaian IGA tidak sebatas itu saja, melainkan : (1) tata kelola pemerintahan daerah; (2) pelayanan publik; (3) pemberdayaan masyarakat; dan (4) peningkatan daya saing daerah.

Dari kumpulan beragam inovasi dari berbagai sektor publik akan menjadikan inovasi yang tersistem, akan memunculkan sistem inovasi. Dari adanya system inovasi maka akan menjadi media akselerasi munculnya gagasan-gagasan inovatif sampai tahap implementasi daripada gagasan inovatif tersebut, jika masing-masing Daerah sudah memulai untuk melaksanakan apa yang diamanatkan oleh Peraturan bersama kemenristek dan kemendagri no. 3 tahun 2012 tentang Sistem Inovasi Daerah, maka tiap Daerah yang notabene mengetahui kelemahan dan kekurangan masing-masing akan mampu menyelesaikan permasalahan dengan gagasan-gagasan inovatif yang dituangkan dalam kebijakan yang

inovatif untuk menyelesaikan permasalahan di Daerah. Dalam GENTASIBU, merupakan gagasan inovatif yang sampai pada tahap legal dan di implementasikan yang patut untuk ditiru oleh istri-istri bupati kabupaten lain untuk turut serta menjadi istri bupati yang inovatif dan produktif seperti halnya istri Bupati Nganjuk sebagai penggagas GENTASIBU.

2. Faktor Pendukung dan Faktor Penghambat

Berikut ini adalah interpretasi faktor pendukung dan faktor penghambat dalam perspektif keilmuan ilmu administrasi publik.

a. Faktor Pendukung

Daya tanggap Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk dalam menindaklanjuti gagasan inovatif GENTASIBU merupakan langkah yang tepat untuk menjawab permasalahan gizi buruk.

Munculnya beberapa faktor pendorong dari Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk seperti respon yang baik terhadap GENTASIBU, komitmen dari aktor yang berasal dari beberapa instansi yang terkait, evaluasi yang rutin, sosialisasi yang berkelanjutan serta sarana prasarana yang menunjang keberlangsungan GENTASIBU menandakan Pemerintah juga telah menjalankan tugasnya dalam pengupayaan pemenuhan

kebutuhan pokok, dalam hal ini adalah kesehatan terhadap balita penerima manfaat GENTASIBU.

Di sisi lain ada faktor pendukung yang berasal dari luar Pemerintah, yaitu yang berasal dari para kader yang secara sukarela turut serta peduli terhadap masa depan generasi penerus Bangsa, yaitu para balita gizi buruk, mereka dengan rela mendampingi dan memantau setiap hari serta mengantarkan pada pos GENTASIBU setiap bulan sekali hal ini menandakan bahwa kesuksesan dari agenda Pemerintah tidak selalu tanpa pendukung dari masyarakat. Masyarakat sebagai pihak non birokrat mampu turut serta menyukseskan agenda pemerintah.

b. Faktor Penghambat

Pada proses pengembangan inovasi GENTASIBU, ketika belum dilegalkan adalah munculnya ego dari masing-masing SKPD yang turut serta dalam proses pengembangan yang menjadikan koordinasi memerlukan waktu yang tidak sedikit, meskipun hal ini menandakan bahwa masing-masing SKPD tersebut idealis terhadap visi dari masing-masing SKPD, ego-ego tersebut juga menandakan bahwa mereka berlomba untuk menunjukkan upaya terbaiknya seolah-olah jika ada penentuan peringkat SKPD yang paling responsif dan paling tinggi semangat kerjanya, ibaratnya mereka berlomba untuk menduduki peringkat

pertama tersebut. Dalam artian untuk menunjukkan bahwa mereka serius dalam proses.

Sebuah agenda Pemerintah yang dikatakan sempurna maka sama halnya sudah tidak ditemukan penghambat di dalam pelaksanaannya. Begitupula dalam GENTASIBU ini, masih ditemukan beberapa masalah yang menjadi penghambat mulai dari pendanaan hingga evaluasi satu arah. Pendanaan yang belum mencukupi dalam keseluruhan yang dibutuhkan untuk penyelenggaraan GENTASIBU, khususnya dalam proses penyembuhan penyakit permanen yang diderita balita. Hal ini manandakan bahwa akibat tidak adanya kerjasama dengan lembaga pendonor atau swasta atau LSM pendonor dengan pemerintah, maka imbasnya pemerintah tidak bisa mengatasi permasalahan terkait pendanaan. Adanya masalah pendanaan juga dapat diartikan bahwa Pemerintah Kabupaten Nganjuk kurang optimal terhadap pengembangan potensi sumberdaya lokal sehingga alokasi dana untuk GENTASIBU kurang mencukupi.

Evaluasi yang searah dari Dinas Kesehatan dan PKK saja dan hal ini tidak sesuai amanah dari petunjuk pelaksanaan petunjuk teknis buku pedoman GENTASIBU yang mengamanahkan GENTASIBU di evaluasi oleh pihak ke-3. Evaluasi oleh pihak ketiga seperti LSM akan berdampak pada objektivitas hasil evaluasi dan tentunya akan lebih menyeluruh.