

EFEKTIVITAS PELAKSANAAN PROGRAM PENGENTASAN GIZI

BURUK DI KABUPATEN NGANJUK

**(Studi tentang Program GENTASIBU pada Dinas Kesehatan
di Kabupaten Nganjuk)**

SKRIPSI

**Diajukan untuk menempuh ujian sarjana pada Fakultas Ilmu Administrasi
Universitas Brawijaya**

Oleh:

Nisa Agrinadhiar

0710310055



**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK**

MALANG

2011

MOTTO

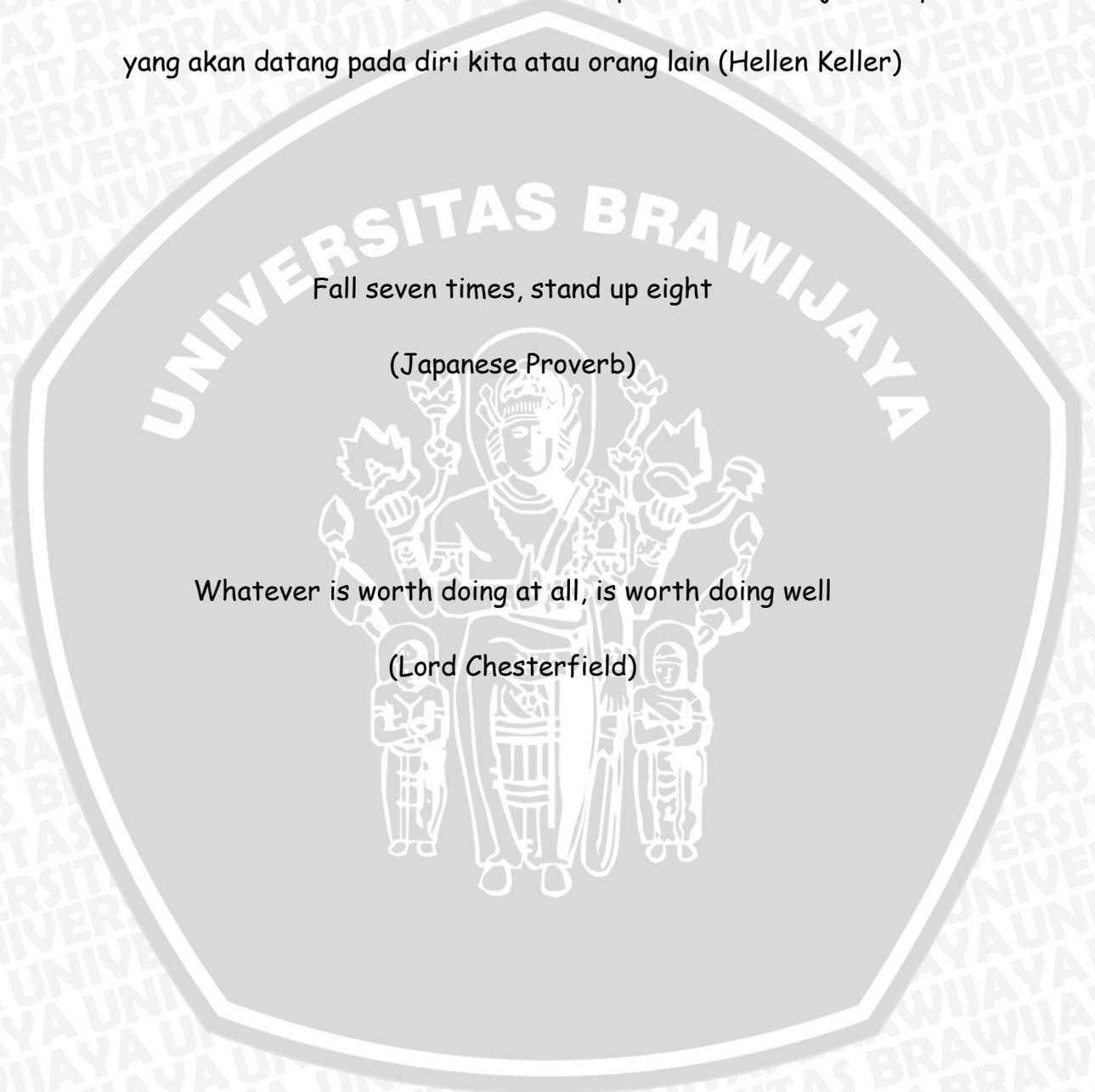
Ketika berusaha maksimal, kita tidak akan pernah tahu keajaiban apa yang akan datang pada diri kita atau orang lain (Hellen Keller)

Fall seven times, stand up eight

(Japanese Proverb)

Whatever is worth doing at all, is worth doing well

(Lord Chesterfield)



TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul : Efektivitas Pelaksanaan Program Pengentasan Gizi Buruk (Studi tentang Program GENTASIBU pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)
Disusun oleh : NISA AGRINADHIAR
NIM : 0710310055
Fakultas : Ilmu Administrasi
Jurusan : Administrasi Publik

Malang, Desember 2011

Komisi Pembimbing

Ketua,



Drs. Heru Ribawanto, MS
NIP. 19520911 197903 1 002

Anggota,



Drs. Abdullah Said, M.Si
NIP. 19570911 198503 1 003

TANDA PENGESAHAN

Telah dipertahankan di depan majelis penguji skripsi Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya, pada :

Hari : Selasa
Tanggal : 13 Desember 2011
Jam : 09.00 WIB
Skripsi atas nama : Nisa Agrinadhiar
Judul : Efektivitas Pelaksanaan Program Pengentasan Gizi Buruk di Kabupaten Nganjuk (Studi tentang Program GENTASIBU pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

DAN DINYATAKAN LULUS MAJELIS PENGUJI

Ketua



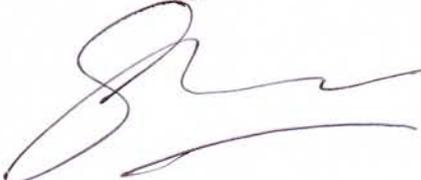
Drs. Heru Ribawanto, MS
NIP. 19520911 197903 1 002

Anggota



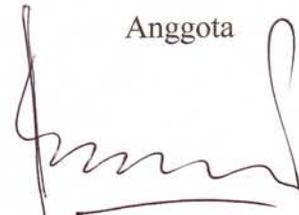
Drs. Abdullah Said, M.Si
NIP. 19570911 198503 1 003

Anggota



Dr. Suryadi, MS
NIP. 19601103 198703 1 003

Anggota



Drs. Aspan Munadi, MAP
NIP. 19460827 197302 1 001

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya di dalam naskah skripsi ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh pihak lain untuk mendapatkan karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebut dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila terdapat di dalam naskah skripsi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia skripsi ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU Nomor 20 Tahun 2003, Pasal 25 ayat 2 dan Pasal 70).

Malang, Oktober 2011



NISA AGRINADHIAR
0710310055

RINGKASAN

Nisa Agrinadhiar, 2011, Efektivitas Pelaksanaan Program Pengentasan Gizi Buruk di Kabupaten Nganjuk, Komisi Pembimbing, Ketua: Drs. Heru Ribawanto, MS, Anggota: Drs. Abdullah Said, M.Si. Halaman 116 + xvi

Skripsi ini membahas mengenai sejauh mana efektivitas pelaksanaan program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu) yang dilaksanakan oleh Tim Penggerak PKK Kabupaten Nganjuk bekerja sama dengan Dinas Kesehatan mampu mengatasi masalah gizi buruk yang masih cukup banyak ditemui di beberapa desa di Kabupaten Nganjuk dan mengkajinya lebih lanjut. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis : (1) Pelaksanaan Program Gentasibu di Kabupaten Nganjuk; (2) Faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan program Gentasibu di Kabupaten Nganjuk; (3) Efektivitas pelaksanaan Program Gentasibu di Kabupaten Nganjuk.

Metode penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Fokus penelitiannya meliputi persiapan pelaksanaan Program Gentasibu, pelaksanaan Program Gentasibu, pengawasan Program Gentasibu dan evaluasi Program Gentasibu. Lokasi dalam penelitian ini adalah Kabupaten Nganjuk. Sedangkan situs penelitiannya adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dan Puskesmas sebagai Posko Gentasibu.

Hasil dari penelitian ini adalah pelaksanaan Program Gentasibu sebagai wujud kepedulian pemerintah bekerja sama dengan masyarakat dalam usaha mengentaskan gizi buruk yang terjadi pada usia balita dimana mereka adalah generasi penerus. Faktor pendukung dalam pelaksanaan Program Gentasibu adalah: (1) Komitmen kebijakan dan tanggung jawab pemerintah; (2) Sumber dana untuk kelangsungan Program Gentasibu; (3) Partisipasi kader pendamping dan orang tua. Sedangkan faktor penghambatnya adalah: (1) Tingkat kemiskinan orang tua balita; (2) Menu makanan yang tidak beraneka ragam sehingga membuat balita cepat bosan. Program Gentasibu dapat dikatakan relatif efektif karena tujuan dari program Gentasibu dapat tercapai, prosesnya berjalan dengan baik dan adanya perubahan kapasitas kader pendamping dan orang tua ke arah yang lebih baik. Meskipun masih terdapat beberapa kekurangan dalam pelaksanaannya, yaitu orang tua balita yang kurang mandiri sehingga hanya bergantung pada bantuan makanan, obat-obatan, susu dan multivitamin dari pemerintah pada saat pelaksanaan Gentasibu.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, berikut ini adalah beberapa saran yang diberikan oleh peneliti, yaitu: (1) Program Gentasibu perlu lebih disosialisasikan kepada berbagai kalangan sehingga masyarakat lebih mandiri; (2) Ketika pelaksanaan Gentasibu, Tim Gentasibu dapat memberikan resep variasi makanan agar balita tidak bosan; (3) Anggaran pemerintah untuk program sejenis perlu ditambah agar sasaran yang dijangkau lebih banyak sehingga tujuan peningkatan status gizi balita dapat segera tercapai dan masalah gizi buruk pun teratasi; (4) Dapat dikembangkan menjadi program nasional dengan harapan generasi mendatang tumbuh sehat, cerdas dan memiliki kesempatan kerja yang lebih baik dari orang tuanya.

SUMMARY

Nisa Agrinadhiar, 2011, Effectiveness of Programme Implementation on Poverty Malnutrition in Nganjuk, Supervising Committee, Supervisor: Drs. Heru Ribawanto, MS, Co-Supervisor: Drs. Abdullah Said, M.Si. 116 pages + xvi

This paper discusses the extent to which the effectiveness of programme implementation Malnutrition Alleviation (Gentasibu) conducted by a team of PKK Nganjuk working with the Department of Health is able to overcome the problem of malnutrition is still common in some villages in Nganjuk and studying it further. This study aims to describe and analyze: (1) Implementation Program in Nganjuk Gentasibu, (2) supporting and inhibiting factors in implementing programs in Nganjuk Gentasibu, (3) The effectiveness of the implementation of the Program in Nganjuk Gentasibu.

The research method used is descriptive research with a qualitative approach. The focus of research includes the preparation of the implementation of the Programme Gentasibu, Gentasibu Program implementation, monitoring and evaluation program Gentasibu Gentasibu Program. Locations in this study is Nganjuk. While the research site is the District Health Office and Health Center as a Command Post Nganjuk Gentasibu.

The results of this study is the implementation of the Gentasibu Programme as a form of government concern working with the community in an effort to alleviate malnutrition that occurred at toddler age who they are the next generation. Supporting factors in the implementation Gentasibu Programme are: (1) Commitment and responsibility of government policy, (2) Source of funds for the econtinuity Gentasibu Programme, (3) Participation of volunteers and parents. While inhibiting factors are: (1) The poverty rate toddler's parents, (2) The food menu is not varied so as to make toddlers get bored quickly. Gentasibu programme was relatively effective for the purpose of the program Gentasibu can be achieved, the process went well and the change capacity of cadres companion and parents into a better direction. Although there are still some shortcomings in its implementation, namely toddlers parents who are less self-contained so that only depend on food aid, medicines, milk and multivitamins from the government at the time of execution Gentasibu.

Based on these results, the following are some of the advice given by the researchers, namely: (1) Gentasibu Programme need to be more socialized to various groups so that people become more independent, (2) When implementing Gentasibu, Tim Gentasibu can prescribe a variety of foods that toddlers do not bored, (3) the government budget for similar programs should be augmented in order to reach the target more so that the goal of increasing the nutritional status of children under five can be achieved and the malnutrition problem was resolved, (4) can be developed into a national program with the hope of future generations grow up healthy, smart and have better employment opportunities than their parents.

KATA PENGANTAR

Dengan mengucap puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul Efektivitas Pelaksanaan Program Pengentasan Gizi Buruk di Kabupaten Nganjuk. Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar Sarjana Ilmu Administrasi Publik pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis menyadari bahwa tanpa adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, skripsi ini tidak akan terwujud. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Prof. Dr. Sumartono, MS selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.
2. Bapak Dr. M.R. Khairul Muluk, S.Sos, M.Si selaku Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Publik Universitas Brawijaya Malang.
3. Bapak Drs. Heru Ribawanto, MS dan Bapak Drs. Abdullah Said, M.Si selaku dosen pembimbing yang telah memberikan banyak masukan, saran perbaikan yang bermanfaat serta telah meluangkan waktu untuk membimbing penulis dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak/Ibu Dosen FIA Publik Universitas Brawijaya Malang yang telah memberikan ilmunya selama penulis berada di bangku kuliah hingga tahap akhir penyusunan skripsi ini.
5. Seluruh staf/pegawai FIA Universitas Brawijaya yang telah membantu kelancaran segala urusan dalam skripsi ini.
6. Bapak dr. Koorniadji Dwi Purwo selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dan Bapak Guruh Hariwibowo, SKM selaku Kepala Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk beserta seluruh staf dan pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk yang telah membantu peneliti dalam kegiatan penelitian untuk memperoleh data yang diperlukan.
7. Ibu Dra. Ita Taufiqurrahman, Ak. M.Si selaku Ketua Tim Penggerak PKK Kabupaten Nganjuk.

8. Ayahanda, Ibunda, Nenek dan Kakak tercinta serta seluruh keluarga yang selalu memberikan doa dan dukungannya hingga terselesaikannya skripsi ini.
9. Sahabat-sahabat sesama mahasiswa FIA Unibraw 2007 yang selalu memberikan semangat dan bantuan dalam penulisan penelitian skripsi ini.
10. Teman-teman yang sudah seperti keluarga kedua di Kerto Rahayu 41 yang selalu setia memberikan dorongan semangat selama penyusunan skripsi ini.
11. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan skripsi ini.

Dalam skripsi ini masih terdapat kekurangan. Untuk itu, penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun. Semoga karya skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan bagi semua kalangan.

Malang, Desember 2011

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
MOTTO	
TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI	
TANDA PENGESAHAN SKRIPSI	
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI	
RINGKASAN	vi
SUMMARY	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	12
C. Tujuan Penelitian	12
D. Kontribusi Penelitian	13
E. Sistematika Pembahasan.....	14
BAB II KAJIAN PUSTAKA	16
A. Administrasi Pembangunan Kesehatan.....	16
1. Pengertian Administrasi Pembangunan Kesehatan	16
2. Paradigma Pembangunan Kesehatan	19
3. Sasaran Utama Pembangunan Kesehatan	22
4. Efektivitas Pembangunan Kesehatan	26
5. Tugas dan Fungsi Pemerintah di Bidang Kesehatan.....	28
B. Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Bidang Kesehatan	30
1. Konsep Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Bidang Kesehatan	30
2. Manfaat Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Bidang Kesehatan.....	34
C. Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu).....	36
1. Pengertian Gizi Buruk.....	36
2. Faktor Penyebab Gizi Buruk.....	37
3. Indikator Gizi Buruk.....	37
4. Gizi Buruk di Indonesia.....	39
5. Hubungan Gizi Buruk dengan Pembangunan Kesehatan	40
6. Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu).....	43
BAB III METODE PENELITIAN	45
A. Jenis Penelitian.....	45
B. Fokus Penelitian.....	46
C. Lokasi dan Situs Penelitian.....	47

D. Jenis dan Sumber Data.....	48
E. Teknik Pengumpulan Data.....	48
F. Instrumen Penelitian	49
G. Analisa Data.....	50
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	52
A. Hasil Penelitian, Penyajian Data dan Fokus Penelitian	52
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	52
a. Keadaan Geografis Kabupaten Nganjuk	52
b. Keadaan Penduduk	53
c. Kelembagaan	54
2. Gambaran Umum Permasalahan Gizi Buruk.....	57
a. Masalah Gizi Buruk Di Masyarakat.....	57
b. Tingkat Pendidikan Orang Tua Balita.....	62
c. Tingkat Status Sosial Ekonomi	64
d. Kondisi Rumah Dan Lingkungan.....	66
e. Kebiasaan Merokok Pada Orang Tua Balita	71
3. Gambaran Umum Program Gentasibu.....	72
a. Mekanisme Kerja.....	74
b. Pos Gentasibu	74
4. Proses Pelaksanaan Program Gentasibu	76
a. Persiapan Pelaksanaan Program Gentasibu.....	76
b. Pelaksanaan Program Gentasibu	77
c. Pengawasan Program Gentasibu	82
d. Evaluasi Program Gentasibu	84
5. Faktor Pendukung dan Penghambat Program Gentasibu.....	88
a. Faktor Pendukung.....	88
b. Faktor Penghambat.....	92
6. Efektivitas Pelaksanaan Program Gentasibu	94
B. Pembahasan Hasil Penelitian.....	96
1. Proses Pelaksanaan Program Gentasibu	96
a. Persiapan Pelaksanaan Program Gentasibu.....	96
b. Pelaksanaan Program Gentasibu	98
c. Pengawasan Program Gentasibu	101
d. Evaluasi Program Gentasibu	102
2. Faktor Pendukung dan Penghambat Program Gentasibu.....	104
a. Faktor Pendukung.....	104
b. Faktor Penghambat.....	106
3. Efektivitas Pelaksanaan Program Gentasibu	108
BAB V PENUTUP.....	111
A. Kesimpulan	111
B. Saran	111
Daftar Pustaka.....	114

DAFTAR TABEL

Tabel	Hal.
1 Data Kemiskinan Nasional	6
2 Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin Propinsi Jawa Timur Tahun 2007	8
3 Data Kasus Gizi Buruk di Indonesia.....	9
4 Kategori Rumah Tangga Miskin.....	25
5 Pergeseran Ilmu Administrasi Publik	31
6 Perkembangan Penduduk per Kecamatan Tahun 2008-2009	53
7 Parameter Berat Badan Menurut Umur (BB/U)	58
8 Data Kasus Gizi Buruk di Kab. Nganjuk 2000-2009	61
9 Pendidikan Ibu Balita Gizi Buruk.....	63
10 Tingkat Status Sosial Ekonomi.....	64
11 Pekerjaan Orang Tua Balita Gizi Buruk	65
12 Dinding Rumah Orang Tua Balita Gizi Buruk	66
13 Lantai Rumah Orang Tua Balita Gizi Buruk	67
14 Kepemilikan Jamban Pada Rumah Orang Tua Balita Gizi Buruk.....	68
15 Sumber Penerangan Rumah Orang Tua Balita Gizi Buruk	69
16 Sumber Mata Air yang Digunakan Orang Tua Balita Gizi Buruk.....	70
17 Kebiasaan Merokok Orang Tua Balita Gizi Buruk.....	71
18 Pos Gentasibu Kabupaten Nganjuk	75
19 Peningkatan Status Gizi Balita.....	88



DAFTAR GAMBAR

Gambar	Hal.
1 Analisa Data Kualitatif menurut Miles & Huberman.....	51
2 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk.....	56
3 Mekanisme Kerja Tim Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu).....	74
4 Observasi yang dilakukan peneliti ketika mewawancara dokter yang bertugas di Puskesmas Kecamatan Rejoso	79
5 Ahli gizi ketika memberikan konseling kepada orang tua balita dan kader pendamping di Puskesmas Kecamatan Rejoso	80
6 Kader pendamping, orang tua balita dan balita sasaran program Gentasibu.....	90



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Hal.
1 Surat Pengantar Riset	116
2 Surat Keterangan Penelitian	117
3 Pamflet Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)	118
4 Daftar Pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk	120
5 Jadwal Kunjungan Tim Gentasibu Kabupaten Nganjuk	123
6 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/MENKES/ PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota	125
7 Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 16 Tahun 2009 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Nganjuk ..	133
8 Surat Keputusan Bupati Nganjuk Nomor 188/ 140/ K/ 411.013/2009 tentang Pembentukan Tim Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu) tingkat Kabupaten Nganjuk	136
9 Curriculum Vitae Penulis	140

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan nasional merupakan rangkaian upaya dalam pembangunan yang meliputi seluruh bidang kehidupan masyarakat dalam rangka mewujudkan tujuan nasional seperti yang tercantum dalam Undang-Undang Dasar 1945, yaitu melindungi segenap bangsa dan seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa serta melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial. Pembangunan nasional dilaksanakan bersama oleh masyarakat dan pemerintah. Terdapat tiga fungsi utama yang perlu dijalankan oleh pemerintah tanpa memandang tingkatannya, yaitu fungsi pelayan masyarakat (*public service function*), fungsi pembangunan (*development function*) dan fungsi perlindungan (*protection function*).

Berdasarkan Undang-Undang No. 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial, terdapat empat bentuk pelayanan dasar yang perlu diprioritaskan oleh pemerintah daerah untuk masyarakat karena merupakan Standar Pelayanan Minimal (SPM), yaitu :

- a) Pelayanan kewarganegaraan
- b) Pelayanan kesehatan
- c) Pelayanan pendidikan
- d) Pelayanan kesejahteraan

Pemenuhan gizi bagi masyarakat termasuk bentuk pelayanan kesehatan yang wajib diberikan pemerintah daerah. Masyarakat yang merupakan pelaku utama dalam pembangunan dan pemerintah berkewajiban untuk mengarahkan, membimbing serta menciptakan suasana yang mendukung dalam usaha pencapaian tujuan pembangunan nasional. Pembangunan nasional diselenggarakan secara bertahap dalam jangka panjang, yaitu dua puluh lima tahun dan jangka sedang lima tahun, yang biasa dikenal dengan Pelita (Pembangunan Lima Tahun) dengan mendayagunakan seluruh sumber daya nasional untuk mewujudkan tujuan pembangunan nasional.

Dalam bidang pembangunan daerah terjadi perubahan yang cukup mendasar pada tata pelaksanaan pemerintahan dan pembangunan di tingkat pusat maupun daerah. Perubahan ini memerlukan pengembangan kebijakan yang mendukung penerapan desentralisasi dalam mewujudkan pembangunan sesuai kebutuhan daerah dan diselenggarakan secara efisien, efektif dan berkualitas.

Meskipun kemajuan di beberapa bidang pembangunan, masalah rendahnya kualitas sumber daya manusia dan kesejahteraan rakyat dalam kurun waktu lima tahun mendatang masih cukup besar. Sejak diberlakukannya Otonomi Daerah, telah ditemukan berbagai masalah yang kompleks sehingga perlu penanganan masalah secara keseluruhan. Aspek yang penting dan perlu diperhatikan dalam kesejahteraan adalah kualitas fisik penduduk yang dapat dilihat dari angka kesehatan penduduk. Indikator yang digunakan untuk mengukur angka kesehatan penduduk adalah melalui angka kematian bayi, angka harapan hidup dan status gizi buruk balita. Masalah yang pada awalnya hanya dilihat sebagai masalah

kesejahteraan, kini dianggap pula sebagai salah satu penghalang utama terhadap proses pembangunan suatu negara.

Kesehatan merupakan salah satu aspek yang penting dalam kehidupan manusia karena merupakan hak dasar warga negara yang mutlak terpenuhi. Berdasarkan pertimbangan tersebut, maka dunia internasional merumuskannya ke dalam *Millenium Development Goals* (MDGs). Tujuan MDGs adalah pencapaian di bidang kesehatan, pendidikan dan ekonomi. Melalui ketiga indikator tersebut dapat terlihat sejauh mana suatu negara mampu memenuhi hak-hak dasar warga negaranya.

Apabila dikaitkan dengan konsep Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang merupakan indikator pembangunan yang diperkenalkan pertama kali oleh UNDP (*United Nations Development Programme*) pada tahun 1990, yaitu usia hidup, pendidikan dan standar hidup layak adalah hal yang paling mendasar. Masalah kesehatan dan kemiskinan termasuk di dalamnya. Manusia berhak menerima bentuk pelayanan kesehatan dan menjadi sasaran program penanggulangan kemiskinan yang sering dicanangkan oleh pemerintah.

Untuk menindaklanjuti kebijakan desentralisasi di bidang kesehatan yang telah disusun pada Januari 2001, berbagai kegiatan harus dilaksanakan lintas unit utama di Departemen Kesehatan, oleh karena itu sejak bulan Juli 2001, mekanisme kerja dan tugasnya ditingkatkan sesuai dengan kebutuhan dan disempurnakan dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor: 003A/MENKES/SK/2003. Unit desentralisasi dibentuk dengan tujuan untuk membantu Menteri Kesehatan dalam melakukan analisis dan memberikan

alternatif saran tentang kebijakan dan desentralisasi bidang kesehatan sehingga dapat menjamin tersedianya pelayanan kesehatan masyarakat terutama bagi kelompok rentan dan miskin.

Pemenuhan hak dasar kesehatan diatur dalam Konstitusi *World Health Organization* (WHO), Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H ayat 1 dan 3 serta Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. Landasan tersebut menyatakan bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia yang merupakan hak fundamental setiap warga negara. Penyelenggaraan kesehatan juga didukung oleh Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 yang menyatakan bahwa pemerintah wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

Gizi buruk berpengaruh pada perkembangan mental, jasmani, produktivitas dan semua hal tersebut mempengaruhi potensi manusia untuk melakukan kegiatan pembangunan. Masalah gizi yang terjadi di negara-negara berkembang berhubungan erat dengan dua hal, yaitu kuantitas dan kualitas. Kuantitas yang dimaksud adalah kecukupan persediaan makanan untuk memenuhi kebutuhan daya tahan tubuh, sedangkan kualitas adalah zat yang diperlukan tubuh untuk menunjang proses pertumbuhan, perbaikan dan pemeliharaan fungsi organ tubuh.

Masalah gizi buruk umumnya menimpa balita dengan latar belakang ekonomi lemah. Beragam masalah malnutrisi banyak ditemukan pada anak-anak usia balita. Mulai dari masalah kurang gizi hingga busung lapar. Tak sedikit pula yang mengalami masalah tersebut sejak mereka dilahirkan. Masalah ini masih menjadi masalah yang sulit untuk dipisahkan dengan masyarakat ekonomi lemah.

Di era sekarang, masih dijumpai ribuan balita yang merupakan generasi muda pewaris masa depan Indonesia mengalami gizi buruk. Bahkan, dapat pula dijumpai kasus kematian balita karena masalah gizi buruk yang kurang mendapat perhatian. Kondisi balita yang mengalami masalah gizi buruk sungguh sangat disayangkan karena periode penting dalam tumbuh kembang anak adalah masa balita. Pada masa ini pertumbuhan dasar yang akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Untuk mendukung stabilitas kesehatan pada balita dapat diupayakan antara lain dengan asupan gizi, lingkungan yang sehat, aman dan nyaman serta pola pengasuhan yang baik. Dari dukungan tersebut diharapkan pertumbuhan balita akan maksimal.

Gizi buruk pada masa balita dapat mengakibatkan terganggunya pertumbuhan jasmani dan kecerdasan mereka. Otak mempunyai pengaruh yang sangat menentukan bagi perkembangan aspek-aspek perkembangan individu lainnya, baik keterampilan motorik, intelektual, emosional, sosial, moral maupun kepribadian. Sedangkan apabila pertumbuhan tidak berjalan dengan baik karena pengaruh penyakit atau gizi buruk cenderung akan menghambat perkembangan aspek-aspek tersebut.

Kondisi gizi buruk tidak selalu berkaitan dengan kemiskinan dan ketidaksediaan pangan, meskipun tidak bisa dipungkiri bahwa kemiskinan dan ketidakpedulian orang tua merupakan faktor yang sering menjadi penyebab gizi buruk pada anak. Selain itu, faktor penerapan pola asuh yang salah juga berpengaruh pada gizi buruk.

Berikut ini merupakan data kemiskinan secara nasional menurut BPS (2010):

Tabel 1
Data Kemiskinan Secara Nasional

Provinsi	Penduduk Miskin (000)	Persentase Penduduk Miskin	Provinsi	Penduduk Miskin (000)	Persentase Penduduk Miskin
NAD	861.9	23.54	NTB	1009.4	21.55
Sumatera Utara	1490.9	11.31	NTT	1014.1	23.03
Sumatera Barat	430.0	9.50	Kalimantan Barat	428.8	9.02
Riau	500.3	8.65	Kalimantan Tengah	164.2	6.77
Jambi	241.6	8.34	Kalimantan Selatan	182.0	5.21
Sumatera Selatan	1125.7	15.47	Kalimantan Timur	243.0	7.66
Bengkulu	324.9	18.30	Sulawesi Utara	206.7	9.10
Lampung	1479.9	18.94	Sulawesi Tengah	475.0	18.07
Bangka Belitung	67.8	6.51	Sulawesi Selatan	913.4	11.60
Kepulauan Riau	129.7	8.05	Sulawesi Tenggara	400.7	17.05
DKI Jakarta	312.2	3.48	Gorontalo	209.9	23.19
Jawa Barat	4773.7	11.27	Sulawesi Barat	141.3	13.58
Jawa Tengah	5369.2	16.56	Maluku	378.6	27.74
DI Yogyakarta	577.3	16.83	Maluku Utara	91.1	9.42
Jawa Timur	5529.3	15.26	Papua Barat	256.3	34.88
Banten	758.2	7.16	Papua	761.6	36.80
Bali	174.9	4.88	Indonesia	31023.4	26.43

Sumber : Badan Pusat Statistik (BPS, 2010)

Berdasarkan tabel di atas dapat terlihat bahwa jumlah penduduk miskin yang paling banyak terdapat di Provinsi Jawa Timur. Dengan banyaknya

penduduk miskin, maka dapat terlihat pula jumlah keluarga miskin yang tidak mampu memberikan makanan bergizi bagi anak mereka pun cukup banyak sehingga diperlukan penanganan yang tepat untuk mengatasi masalah kemiskinan dan diharapkan dapat pula mengatasi masalah gizi buruk yang menimpa sejumlah balita. Selain itu, perilaku masyarakat yang sudah mengakar selama ini adalah kurangnya perhatian dari orang tua. Anak mereka hanya diberikan makan seadanya tanpa memperhatikan apakah terdapat kandungan gizi sesuai dengan yang dibutuhkan untuk menunjang proses pertumbuhan mereka. Masalah gizi buruk dan kekurangan gizi telah menjadi keprihatinan dunia khususnya di Indonesia, sebab penderita gizi buruk umumnya adalah balita dan anak-anak yang merupakan generasi penerus bangsa. Masalah ini juga bisa dianggap aib bagi pemerintah dan masyarakat luas karena masih saja terjadi di zaman yang semakin maju.

Masalah gizi buruk pada balita erat kaitannya dengan kemiskinan serta adanya faktor budaya yang mempengaruhi pemberian makanan yang tidak layak konsumsi. Kurangnya asupan gizi bisa disebabkan oleh terbatasnya jumlah makanan yang dikonsumsi atau makanannya tidak memenuhi unsur gizi yang dibutuhkan karena alasan sosial dan ekonomi, yakni kemiskinan. Alasan ekonomi ini karena ketidakmampuan atau rendahnya daya beli masyarakat miskin terhadap kebutuhan pangan sehari-hari. Kemampuan membeli pangan untuk makanan yang sekadar mengenyangkan saja sulit, apalagi susu yang harganya mahal.

Berikut ini merupakan data jumlah penduduk miskin Propinsi Jawa Timur berdasarkan Kabupaten / Kota :

Tabel 2
Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin Propinsi Jawa Timur Tahun 2007

No.	Kabupaten / Kota	Jumlah Penduduk Miskin (jiwa)	Persentase Penduduk Miskin (%)
1	Kab. Pacitan	125.600	23,31
2	Kab. Ponorogo	157.900	18,23
3	Kab. Trenggalek	149.100	22,79
4	Kab. Tulungagung	170.500	17,83
5	Kab. Blitar	171.200	16,47
6	Kab. Kediri	267.400	18,98
7	Kab. Malang	365.300	15,66
8	Kab. Lumajang	199.000	20,09
9	Kab. Jember	417.000	18,57
10	Kab. Banyuwangi	227.300	15,33
11	Kab. Bondowoso	165.700	24,23
12	Kab. Situbondo	93.900	15,60
13	Kab. Probolinggo	277.100	27,42
14	Kab. Pasuruan	278.700	19,88
15	Kab. Sidoarjo	223.300	13,05
16	Kab. Mojokerto	143.800	14,86
17	Kab. Jombang	261.600	21,21
18	Kab. Nganjuk	230.500	23,79
19	Kab. Madiun	130.600	20,98
20	Kab. Magetan	102.200	16,87
21	Kab. Ngawi	188.700	23,33
22	Kab. Bojonegoro	321.500	26,37
23	Kab. Tuban	297.800	28,51
24	Kab. Lamongan	297.600	25,79
25	Kab. Gresik	273.600	23,98
26	Kab. Bangkalan	288.300	31,56
27	Kab. Sampang	338.900	39,42
28	Kab. Pamekasan	257.400	32,43
29	Kab. Sumenep	325.500	32,98
30	Kota Kediri	35.300	13,67
31	Kota Blitar	15.200	12,02
32	Kota Malang	56.600	7,19
33	Kota Probolinggo	34.900	16,19
34	Kota Pasuruan	21.300	12,61
35	Kota Mojokerto	11.500	10,46
36	Kota madiun	12.100	7,07
37	Kota Surabaya	203.700	7,98
38	Kota Batu	17.300	9,71
Propinsi Jawa Timur		7.155.300	19,98

Sumber : Badan Pusat Statistik Propinsi Jawa Timur, 2007

Berikut ini merupakan data kasus gizi buruk yang melanda Indonesia menurut Dinas Kesehatan :

Tabel 3
Data Kasus Gizi Buruk di Indonesia

Tahun \ Propinsi	Jawa Tengah (jiwa)	Jawa Timur (jiwa)	NTT (jiwa)
2005	12.028	6.591	13.969
2006	9.610	6.433	3.751
2007	2.132	4.053	12.507
2008	5.142	6.358	12.422
2009	4.243	10.939	4.496
2010	3.791	14.720	4.991

Sumber : GiziNET, 2010

Terdapat tiga provinsi yaitu Jawa Tengah, Jawa Timur, dan Nusa Tenggara Timur yang secara berturut-turut dari 2005-2010 selalu hadir. Pada bulan Juli 2010, Tim GIZINET telah menyajikan informasi bahwa Provinsi NTT pada tahun 2005, 2007 dan 2008, menduduki posisi teratas sedangkan tahun 2006 dan 2009 masing-masing ditempati Jawa Tengah dan Jawa Timur. Tahun 2010, Jawa Timur menyumbang angka terbesar yaitu lebih dari 14000 kasus, sedangkan Jateng dan NTT menurun menjadi 3791 dan Jawa Tengah menjadi 4991 kasus. Ketiga provinsi tersebut selama 6 tahun berturut-turut (2005-2010) masuk ke dalam kategori 10 provinsi dengan kasus tertinggi.

Salah satu usaha pemerintah untuk mewujudkan pembangunan kesehatan adalah melalui pencaangan Program Indonesia Sehat 2010. Tujuan dari program ini adalah terciptanya pembangunan nasional berwawasan kesehatan, kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Visi Indonesia Sehat 2010 adalah gambaran masyarakat Indonesia di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan negara yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku yang sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia (Departemen Kesehatan, 2010).

Wujud konkrit dari program Indonesia Sehat 2010 adalah dengan melaksanakan Gerakan Penanganan Diare dan Gizi Buruk sejak bulan Juli 2007, lalu diikuti dengan Gerakan Kedaulatan Pangan yang dicanangkan pada bulan April 2008. Wujud keseriusan pemerintah pemerintah tidak akan membawa dampak yang signifikan apabila tidak didukung dengan peran serta masyarakat yang turut terlibat dalam usaha mensukseskan program yang dicetuskan pemerintah.

Tujuan dari program pemerintah dalam meningkatkan status gizi masyarakat adalah meningkatkan intelegensi dan kinerja seseorang sehingga bisa meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Berdasarkan kondisi tersebut, maka Pemerintah Kabupaten Nganjuk berusaha mencari jalan keluar atas masalah gizi buruk yang masih membelenggu sebagian masyarakatnya. Dipelopori oleh Dra. Hj. Ita Triwibawati, Ak, M.Si. membentuk Gerakan Pengentasan Gizi Buruk atau yang lebih dikenal dengan GENTASIBU pada tahun 2009 yang lalu, tepatnya pada tanggal 3 Juni 2009. Istri dari Bupati Nganjuk ini menginginkan masalah gizi buruk dapat segera diatasi dengan memberdayakan seluruh potensi masyarakat Nganjuk, mulai dari aparat pemerintahnya sampai dengan melibatkan masyarakat di dalam menyukseskan program ini.

Program Gentasibu yang sedang berjalan saat ini memerlukan beberapa perbaikan dan evaluasi. Pelaksanaan evaluasi pertama pada hari Selasa tanggal 26 Januari 2010, diadakan Rapat Koordinasi Evaluasi Pengentasan Gizi Buruk di Pendopo Kabupaten Nganjuk. Acara ini dihadiri oleh seluruh satuan pelaksana program Gentasibu di seluruh Kabupaten Nganjuk yang meliputi dua puluh kecamatan. Selain itu, hadir pula Bupati Nganjuk, Drs. H. Taufiqurrahman dan seluruh kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) di lingkungan Pemerintah Kabupaten Nganjuk dan jajaran Muspida. Ibu Ita Taufiqurrahman menjelaskan bahwa program ini dilaksanakan dengan tujuan menyelamatkan generasi muda agar bisa berkarya lebih baik untuk masa depan Nganjuk dengan menerapkan gizi yang cukup dan seimbang. Bupati Nganjuk juga menegaskan bahwa program Gentasibu ini tidak akan berhasil tanpa partisipasi dari masyarakat Nganjuk. Oleh karena itu, beliau mengharapkan peran serta masyarakat Nganjuk dalam menyukseskan program ini.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka penulis tertarik untuk lebih mengetahui sudah sejauh mana efektivitas program Pengentasan Gizi Buruk ini berhasil mengatasi masalah gizi buruk yang masih cukup banyak ditemui di beberapa desa di Kabupaten Nganjuk dan mengkajinya lebih lanjut dengan mengambil judul “EFEKTIVITAS PELAKSANAAN PROGRAM PENGENTASAN GIZI BURUK” (Studi tentang Program GENTASIBU pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Nganjuk).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka beberapa permasalahan yang dapat dirumuskan adalah sebagai berikut:

1. Bagaimanakah pelaksanaan Program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk?
2. Faktor apa sajakah yang menjadi pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan Program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk?
3. Bagaimanakah efektivitas pelaksanaan Program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka tujuan penulis adalah sebagai berikut:

1. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis pelaksanaan program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk.
2. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan Program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk.
3. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis efektivitas dari pelaksanaan Program GENTASIBU di Kabupaten Nganjuk.

D. Kontribusi Penelitian

Manfaat dari penelitian ini diharapkan adalah sebagai berikut:

1. Kontribusi Praktis

- a) Sebagai masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk dalam mengentaskan gizi buruk bagi masyarakat ekonomi lemah.
- b) Memberikan kontribusi bagi pihak lain yang terkait dengan Dinas Kesehatan agar lebih berpartisipasi aktif dalam pelaksanaan Program GENTASIBU.
- c) Memberikan kontribusi bagi penulis agar lebih peduli terhadap gejala-gejala sosial di lingkungannya dan lebih simpati terhadap keadaan gizi buruk yang dihadapi oleh orang tua balita yang tingkat ekonominya lemah.

2. Kontribusi Akademis

- a) Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pengetahuan bagi Ilmu Administrasi Publik, khususnya pada bidang pembangunan sosial dan ekonomi dalam mengentaskan gizi buruk.
- b) Memberikan kontribusi bagi penulis agar bisa memperluas wawasan dan dijadikan informasi pembanding antara fakta di lapangan dengan teori yang sudah dipelajari di perkuliahan.
- c) Penelitian ini dapat dijadikan acuan atau pedoman bagi penelitian selanjutnya dalam tema atau judul yang sama.

E. Sistematika Pembahasan

Untuk memberikan gambaran menyeluruh tentang isi skripsi, maka secara garis besar dapat diuraikan sebagai berikut:

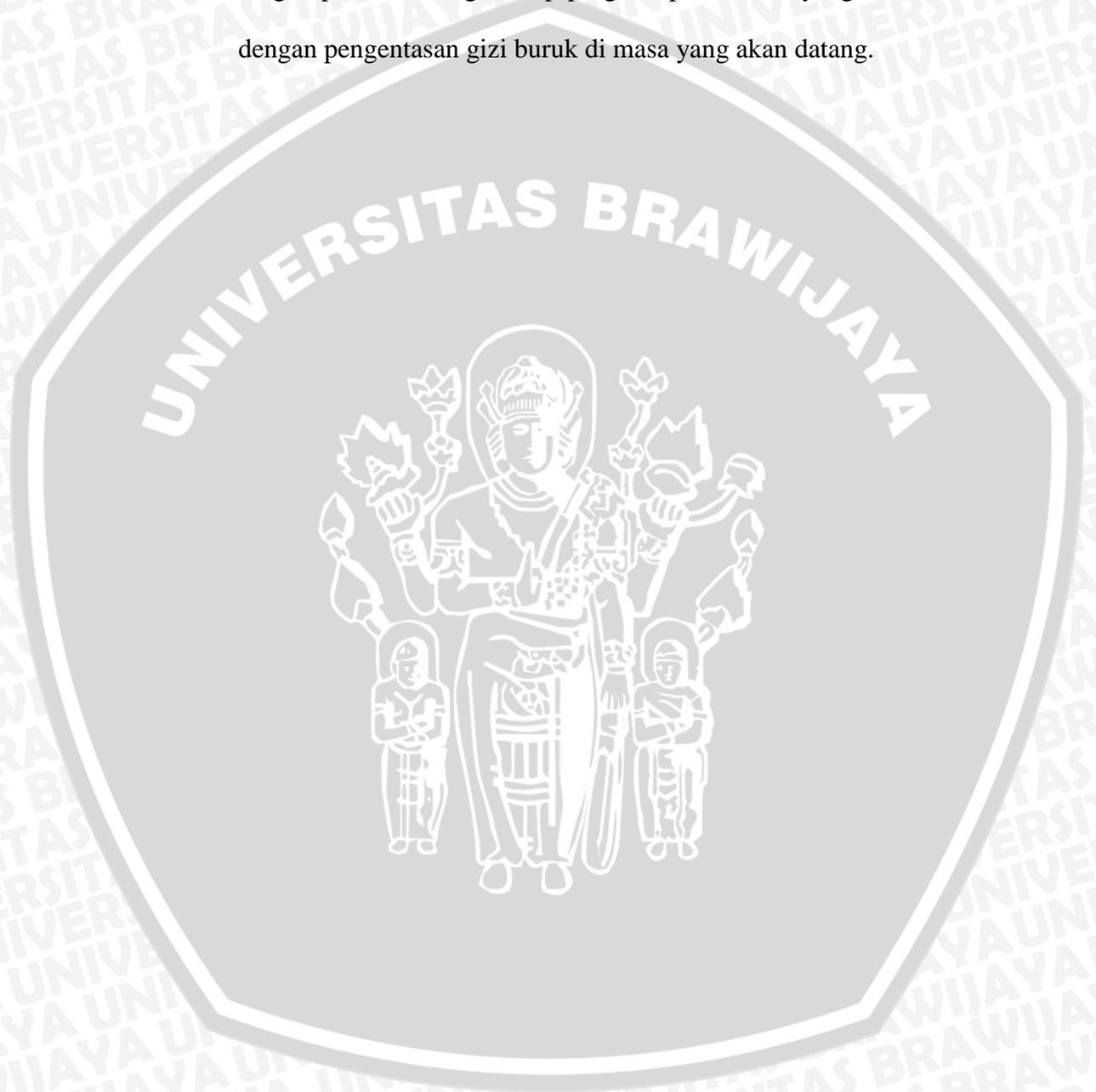
BAB I : PENDAHULUAN, yang diawali dengan latar belakang, dilanjutkan dengan rumusan masalah, tujuan dan kontribusi penelitian serta sebagai penutup diberikan deskripsi singkat sistematika pembahasan.

BAB II : KAJIAN PUSTAKA, menjelaskan mengenai dasar dan landasan yang digunakan dalam penyusunan skripsi sebagai alat untuk melakukan analisa dan interpretasi yang berupa konsep, teori atau pendapat dari para ahli.

BAB III : METODE PENELITIAN, menjelaskan mengenai jenis penelitian yang akan digunakan dalam penyusunan skripsi ini. Dari jenis metode yang digunakan maka akan diuraikan mengenai fokus penelitian, pemilihan lokasi dan situs penelitian, jenis dan sumber data, teknik pengumpulan data, instrumen yang digunakan dalam proses penelitian serta jenis analisa yang digunakan untuk menjawab pertanyaan atas masalah penelitian.

BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN, merupakan inti dari penelitian atas data-data yang diperoleh berdasarkan sumber data, kemudian analisa dan interpretasi data.

BAB V : PENUTUP, merupakan bagian akhir dari penulisan skripsi yang terdiri dari kesimpulan atas hasil penelitian dan saran dalam rangka perbaikan bagi setiap program pemerintah yang berkaitan dengan pengentasan gizi buruk di masa yang akan datang.



BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Administrasi Pembangunan Kesehatan

1. Pengertian Administrasi Pembangunan Kesehatan

Administrasi pembangunan meliputi dua pengertian, yaitu tentang administrasi dan tentang pembangunan. Administrasi adalah keseluruhan proses pelaksanaan dari keputusan-keputusan yang telah diambil dan pelaksanaan itu pada umumnya dilakukan oleh dua orang atau lebih untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Pembangunan adalah suatu usaha atau serangkaian usaha pertumbuhan dan perubahan yang berencana yang dilakukan secara sadar oleh suatu bangsa, Negara dan pemerintah menuju modernitas dalam rangka pembangunan bangsa (*nation building*) (Siagian, 1983).

Apabila definisi tersebut dianalisis lebih lanjut akan terlihat beberapa ide pokok yang perlu diperhatikan tentang pembangunan (Siagian, 1983), yaitu:

- a) Pertama, pembangunan merupakan proses. Proses berarti suatu kegiatan yang terus menerus dilaksanakan meskipun proses itu dapat dibagi menjadi beberapa tahap tertentu yang berdiri sendiri. Pembagian tahap ini dibuat berdasarkan jangka waktu, biaya atau hasil tertentu yang diharapkan akan diperoleh.
- b) Kedua, pembangunan merupakan usaha yang secara sadar dilaksanakan. Jika ada kegiatan yang terlihat seperti pembangunan akan tetapi tidak dilaksanakan secara sadar dan timbul hanya secara insidental di masyarakat, tidak dapat digolongkan sebagai pembangunan.
- c) Ketiga, pembangunan dilakukan secara berencana dan perencanaan itu berorientasi pada pertumbuhan dan perubahan.
- d) Keempat, pembangunan mengarah pada modernitas. Modernitas disini diartikan sebagai cara hidup yang baru dan lebih baik daripada sebelumnya serta kemampuan untuk lebih menguasai alam lingkungan dalam rangka usaha peningkatan swasembada dan mengurangi ketergantungan pada pihak lain. Salah satu ciri dari masyarakat modern

adalah masyarakat itu dapat melepaskan diri dari tekanan dan kekangan alam dan bahkan menguasai alam sekelilingnya.

- e) Kelima, modernitas yang dicapai melalui pembangunan itu bersifat multidimensional, artinya bahwa modernitas itu mencakup seluruh aspek kehidupan bangsa dan Negara, terutama aspek politik, ekonomi, sosial-budaya, pertahanan keamanan nasional dan administrasi.
- f) Keenam, semua hal yang telah dipaparkan di atas ditujukan kepada usaha membangun bangsa (*nation building*) yang terus menerus harus dilaksanakan dalam rangka pencapaian tujuan bangsa dan Negara yang telah ditentukan sebelumnya.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas maka dapat diartikan bahwa administrasi pembangunan adalah seluruh usaha yang dilakukan oleh suatu masyarakat untuk memperbaiki tata kehidupannya sebagai suatu bangsa dalam berbagai aspek kehidupan bangsa tersebut dalam rangka usaha pencapaian tujuan yang telah ditentukan.

Menurut Rachmat (2004), landasan idiil pembangunan nasional adalah Pancasila, sedangkan landasan konstitusional adalah Undang-Undang Dasar 1945. Pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional. Dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Sedangkan dalam konstitusi WHO (*World Health Organization*) tahun 1948 telah disepakati bahwa diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya adalah suatu hal yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, politik yang dianut dan tingkat sosial ekonominya.

Menurut Departemen Kesehatan RI (1999) pembangunan kesehatan merupakan bagian dari pembangunan nasional dan keduanya saling terkait.

Tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat masyarakat yang optimal tanpa membedakan status sosial. Upaya tersebut sesuai dengan kebijakan pemerintah Republik Indonesia yang pada intinya menekankan peran aktif masyarakat untuk memelihara kesehatannya secara mandiri.

Masih berdasarkan Departemen Kesehatan RI (1999) pembangunan kesehatan yang tercantum dalam Sistem Ketahanan Nasional (SKN) bertujuan tercapainya hidup sehat bagi setiap penduduk Indonesia sehingga mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Untuk itu, perlu adanya perluasan pelayanan kesehatan pada masyarakat secara menyeluruh, terpadu, merata dengan mutu yang baik dan biaya yang terjangkau. Keberhasilan pembangunan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu daya saing generasi yang mempunyai Sumber Daya Manusia (SDM).

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan memberikan prioritas kepada upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit di samping penyembuhan dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah maupun masyarakat harus diselenggarakan secara bermutu, adil dan merata dengan memberikan perhatian khusus kepada penduduk miskin, anak-anak, dan para lanjut usia yang terlantar, baik di perkotaan maupun di pedesaan. Prioritas diberikan pula kepada daerah terpencil, pemukiman baru, wilayah perbatasan dan daerah kantong-kantong keluarga miskin.

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan strategi pembangunan nasional berwawasan kesehatan, profesionalisme, desentralisasi dan Jaminan

Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat dengan memperhatikan berbagai tantangan yang ada saat ini dan dimas depan antara lain krisis ekonomi, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta globalisasi dan demokratisasi.

Memahami dasar-dasar pembangunan kesehatan pada hakikatnya merupakan upaya mewujudkan nilai kebenaran dan aturan pokok sebagai landasan untuk berpikir dan bertindak dalam kegiatan pembangunan kesehatan. Nilai tersebut merupakan landasan dalam menghayati isu strategis, melaksanakan visi dan misi sebagai petunjuk pokok pelaksanaan pembangunan kesehatan secara nasional.

Dengan memperhatikan berbagai isu strategis pembangunan kesehatan dan juga dengan mempertimbangkan perkembangan, masalah serta berbagai kecenderungan pembangunan kesehatan ke depan, maka ditetapkan visi pembangunan kesehatan oleh Departemen Kesehatan yaitu Masyarakat Yang Mandiri Untuk Hidup Sehat. Visi pembangunan kesehatan tersebut kemudian dijabarkan melalui misi pembangunan kesehatan, yakni Membuat Rakyat Sehat. Misi kesehatan ini kemudian dijalankan dengan mengembangkan nilai-nilai dasar dalam pelayanan kesehatan yaitu berpihak pada rakyat, bertindak cepat dan tepat, kerjasama tim, integritas yang tinggi, transparansi dan akuntabilitas. Mewujudkan kebijakan strategis dasar tersebut guna menindaklanjuti isu masalah kesehatan, melaksanakan visi dan misi pembangunan kesehatan, memerlukan kerjasama yang terpadu dari berbagai komponen bangsa (Sudayasa, 2010).

2. Paradigma Pembangunan Kesehatan

Dalam dua dekade terakhir terjadi berbagai perubahan besar dalam sistem nasional maupun global. Perubahan tersebut juga mendorong reformasi di bidang pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan. Pergeseran paradigma tersebut yakni dari paradigma sakit ke paradigma sehat. Paradigma sehat yaitu cara

pandang, pola pikir atau model pembangunan kesehatan yang melihat masalah kesehatan saling terkait dan mempengaruhi banyak faktor.

Paradigma Sehat adalah perubahan sikap dan orientasi atau *mindset* :*Pertama*, dari pola pikir yang memandang kesehatan sebagai kebutuhan yang bersifat pasif, menjadi sesuatu yang bersifat aktif, yang mau tidak mau harus diupayakan, karena kesehatan merupakan keperluan dan bagaian dari HAM (kebutuhan). *Kedua*, kesehatan bukannya sesuatu yang konsumtif, melainkan investasi, karena kesehatan menjamin adanya SDM yang produktif secara sosial dan ekonomi (kesehatan sebagai investasi). *Ketiga*, semula kesehatan hanya bersifat penanggulangan yang sifatnya jangka pendek, ke depan kesehatan adalah bagian dari pengembangan SDM yang berjangka panjang (jangka pendek/jangka panjang). *Keempat*, pelayanan kesehatan bukan hanya pelayanan medis yang melihat bagian-bagian yang sakit saja, tetapi adalah pelayanan kesehatan paripurna yang memandang manusia sebagai manusia seutuhnya (pelayanan kesehatan). *Medical care* konotasinya adalah penyembuhan atau terbebas dari sakit. *Health care* (pemeliharaan kesehatan) konotasinya adalah mencegah dan meningkatkan mutu hidup (*health care*). *Kelima*, pelayanan kesehatan tidak lagi terpecah-pecah/*fragmented* tetapi menjadi terpadu/*integrated*. *Keenam*, kesehatan juga bukan hanya jasmani atau fisik, tetapi juga mencakup mental dan sosial (sehat jasmani, rohani, dan sosial). *Ketujuh*, fokus kesehatan bukan hanya pada penyakit, tetapi tergantung pada permintaan pasar. Kedelapan, sasaran pelayanan kesehatan bukan hanya masyarakat umum, tetapi juga masyarakat swasta. *Kesembilan*, kesehatan bukan hanya menjadi urusan pemerintah, tetapi juga menjadi urusan swasta (urusan dan swasta). *Kesepuluh*, biaya yang ditanggung oleh pemerintah adalah bagi keperluan publik seperti pemberantasan penyakit menular, penyuluhan/promosi kesehatan, dan lain-lain, sedangkan yang lain perlu ditanggung bersama dengan pengguna jasa (subsidi pemerintah dan pengguna jasa). *Kesebelas*, biaya kesehatan juga bergeser dari pembayaran setelah pelayanan menjadi pembayaran di muka dengan model Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat/JPKM (biaya setelah pelayanan dan biaya di muka). *Keduabelas*, ada kecenderungan untuk memberikan otonomi pada fasilitas kesehatan pemerintah (Rumah Sakit dan Puskesmas), sehingga fasilitas tersebut mampu menangkap potensi pasar segmen sebagaimana halnya dengan fasilitas kesehatan milik swasta. Idenya adalah agar fasilitas pemerintah bisa memperoleh pendapatan lebih yang dapat digunakan untuk: (1) meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, (3) melakukan subsidi silang, dan (4) meningkatkan kesejahteraan pegawai kesehatan (fungsi sosial dan fungsi ekonomi).

Ketigabelas, pengaturan kesehatan tidak lagi sentralistis, tetapi desentralisasi (sentralisasi dan desentralisasi). *Keempatbelas*, bukan lagi pengaturan dari atas/top down melainkan dari bawah/bottom up. *Kelimabelas*, bukan lagi birokratis tetapi *entrepreneur*. Istilah birokrasi memberi kesan kaku dan tidak responsif terhadap tantangan dan peluang yang dinamis. Sikap *entrepreneurship* menunjukkan bahwa perencanaan kesehatan harus inovatif dan responsif terhadap lingkungan (birokrasidan *entrepreneur*). *Keenambelas*, konsep partisipasi pada masa lalu lebih bernuansa mengajak masyarakat untuk menyetujui dan melaksanakan program kesehatan yang disusun oleh pemerintah. Konsep kemitraan menunjukkan nuansa keikutsertaan aktif masyarakat pada semua langkah kegiatan dan program kesehatan sejak perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, sampai evaluasi program kesehatan (partisipasi dan *partnership*). *Ketujuhbelas*, ada keseimbangan antara sikap “*rule driven*”, yaitu setiap langkah gerak dikendalikan oleh berbagai macam peraturan dengan “*mission driven*”, yaitu setiap langkah gerak juga didorong oleh visi dan misi yang telah ditetapkan (*rule driven* dan *mission driven*) (Departemen Kesehatan, 2002).

Pembangunan kesehatan masyarakat belum dilandasi dengan paradigma yang tepat. Paradigma yang berkembang mengenai pembangunan kesehatan perlu diubah untuk mencapai tujuan Indonesia Sehat. Seorang wartawan yang bernama Indira Permanasari mengutip pernyataan Ascobat Gani (2010), pakar Kesehatan Masyarakat dari Universitas Indonesia bahwa,

“Paradigma pembangunan kesehatan harus diubah, yang pada awalnya fokus pada pemberantasan penyakit menjadi investasi sumber daya manusia serta bagaimana agar sekitar dua ratus juta manusia Indonesia produktif dalam pembangunan”.

Perubahan yang mendasar dalam sektor kesehatan yaitu terjadinya perubahan paradigma pembangunan kesehatan menjadi “Paradigma Sehat”. Paradigma baru ini mendorong terjadinya perubahan konsep yang sangat mendasar dalam pembangunan kesehatan, antara lain:

- a. Pembangunan kesehatan yang semula lebih menekankan pada upaya kuratif dan rehabilitatif menjadi lebih fokus pada upaya preventif dan kuratif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif.
- b. Pelaksanaan upaya kesehatan yang semula lebih bersifat terpilah-pilah (*fragmente*) berubah menjadi kegiatan yang terpadu (*integrated*).
- c. Sumber pembiayaan kesehatan yang semula lebih banyak dari pemerintah, berubah menjadi pembiayaan kesehatan lebih banyak dari masyarakat.
- d. Pergeseran pola pembayaran dalam pelayanan kesehatan yang semula *fee for service* menjadi pembayaran secara pra-upaya.
- e. Pergeseran pemahaman tentang kesehatan dari pandangan *konsumtif* menjadi investasi.
- f. Upaya kesehatan yang semula lebih banyak dilakukan pemerintah, akan bergeser lebih banyak dilakukan oleh masyarakat sebagai mitra pemerintah (*partnership*).
- g. Pembangunan kesehatan yang semula bersifat terpusat (*centralization*), menjadi otonomi daerah (*decentralization*).
- h. Pergeseran proses perencanaan dari *top-down* menjadi *bottom up* seiring dengan era desentralisasi.

3. Sasaran Utama Pembangunan Kesehatan

Banyak masalah kesehatan dapat dideteksi dan diatasi secara dini pada tingkat paling bawah. Jumlah dan mutu tenaga kesehatan belum memenuhi kebutuhan. Pemanfaatan pembiayaan kesehatan belum terfokus dan sinkron. Hasil sarana kesehatan bisa dijadikan pendapatan daerah. Isu yang terpenting adalah masyarakat miskin yang belum sepenuhnya terjangkau dalam pelayanan kesehatan. Kemiskinan merupakan masalah pembangunan di berbagai bidang yang mencakup banyak segi dan ditandai dengan pengangguran dan keterbelakangan yang nantinya menjadi ketimpangan antar sektor, wilayah dan antar kelompok atau golongan masyarakat.

Kondisi ekonomi dan gizi buruk memang tidak bisa dipisahkan. Keduanya saling terikat. Kemiskinan dan rendahnya daya beli masyarakat dapat menjadi pemicu balita terkena gizi buruk. Apalagi jika ketersediaan pangan sudah

menipis, kemungkinan balita hanya diberi ASI. Selain itu karena biaya kesehatan yang mahal juga berpengaruh terhadap kondisi kesehatan balita. Pada kenyataannya banyak masyarakat miskin memilih berdiam diri atau melakukan pengobatan alternatif yang lebih murah daripada harus berobat ke dokter.

Sasaran utama dalam kegiatan pembangunan kesehatan yang diupayakan oleh pemerintah adalah rakyat miskin karena kemiskinan merupakan salah satu faktor yang mendorong terjadinya masalah gizi buruk terutama pada balita dimana orang tuanya tidak mampu memenuhi kebutuhan akan gizi yang seimbang.

Menurut Gunawan Sumodiningrat (2000), masyarakat miskin secara umum ditandai oleh ketidakberdayaan atau ketidakmampuan (*powerlessness*) dalam hal:

- a. Memenuhi kebutuhan-kebutuhan dasar seperti pangan dan gizi, sandang, papan, pendidikan dan kesehatan (*basic needs deprivation*).
- b. Melakukan kegiatan usaha produktif (*unproductiveness*).
- c. Menjangkau sumber daya sosial dan ekonomi (*inaccessibility*).
- d. Menentukan nasibnya sendiri serta senantiasa mendapat perlakuan diskriminatif, mempunyai perasaan ketakutan dan kecurigaan serta sikap apatis dan fatalistik (*vulnerability*).
- e. Membebaskan diri dari mental budaya miskin serta senantiasa merasa mempunyai martabat dan harga diri rendah (*no freedom for poor*).

Berdasarkan tolak ukur yang digunakan oleh Bank Dunia, ukuran kemiskinan untuk Indonesia dilihat dari pendapatan perkapita. Penduduk yang pendapatan perkapitanya kurang dari sepertiga rata-rata pendapatan perkapita nasional termasuk dalam kategori miskin. Secara umum Bank Dunia menetapkan garis kemiskinan sebesar US\$ 1 per hari bagi negara-negara berkembang dan US\$ 2 per hari bagi negara-negara maju.

Sayogyo (1998) memberikan batas garis kemiskinan untuk masyarakat pedesaan setara dengan 20 kg beras perkapita perbulan dan bagi masyarakat perkotaan sama dengan 30 kg beras perkapita per bulan. Sebelum menetapkan ukuran beras perkapita perbulan sebagaimana disebutkan diatas, ukuran yang digunakan untuk kategori penduduk miskin adalah pengeluaran perkapita per tahun kurang dari 320 kg beras untuk penduduk pedesaan dan 480 kg beras untuk penduduk perkotaan. Sedangkan pengeluaran setara atau kurang dari 180 kg beras bagi penduduk pedesaan dan 270 kg beras bagi penduduk perkotaan dijadikan batas bagi kelompok penduduk paling miskin.

Sedangkan, kriteria rumah tangga miskin berdasarkan pemenuhan kebutuhan dasar (*basic needs approach*) menurut BPS (2005) antara lain:

- a. Konsep kemiskinan terkait dengan kemampuan seseorang / rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan dasar baik untuk makanan maupun non-makanan.
- b. Seseorang / rumah tangga dikatakan miskin apabila kehidupannya dalam kondisi serba kekurangan, sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya.
- c. Batas kebutuhan dasar minimal dinyatakan melalui ukuran garis kemiskinan yang disetarakan dengan jumlah rupiah yang dibutuhkan, antara lain:
 - 1) Penduduk dikatakan sangat miskin apabila kemampuan untuk memenuhi konsumsi makanan hanya mencapai 1900 kalori/orang/hari plus kebutuhan dasar non-makanan atau setara dengan Rp 120.000,-/orang/bulan.
 - 2) Penduduk dikatakan miskin apabila kemampuan memenuhi konsumsi makanan hanya mencapai antara 1900 sampai dengan 2100 kalori/orang/hari plus kebutuhan dasar non-makanan atau setara dengan Rp 150.000,-/orang/bulan.
 - 3) Penduduk dikatakan mendekati kategori miskin apabila kemampuan memenuhi konsumsi makanan hanya mencapai antara 2100 sampai dengan 2300/kalori/orang/hari plus kebutuhan dasar non-makanan atau setara dengan Rp 175.000,-/orang/bulan.

Catatan: Garis kemiskinan yang disetarakan dengan jumlah rupiah yang dibutuhkan akan bervariasi antar daerah tergantung pada harga-harga kebutuhan dasar di masing-masing daerah.

Berikut ini merupakan tabel mengenai ciri-ciri kategori rumah tangga miskin menurut Badan Pusat Statistik (BPS):

Tabel 4
Kategori Rumah Tangga Miskin

No	Indikator	Kriteria Rumah Tangga Miskin
1	Luas lantai bangunan tempat tinggal	Kurang dari 8m ² perkapita
2	Jenis lantai bangunan tempat tinggal	Tanah/bamboo/kayu murahan
3	Jenis dinding bangunan tempat tinggal	Bambu/rumbia/kayu berkualitas rendah/tembok tanpa diplester
4	Fasilitas tempat buang air besar	Tidak punya/bersama-sama dengan rumah tangga lain
5	Sumber penerangan rumah	Bukan listrik
6	Sumber air minum	Sumur/mata air tidak terlindung/sungai/air hujan
7	Bahan bakar untuk memasak sehari-hari	Kayu bakar/arang/minyak tanah
8	Konsumsi daging/susu/ayam per minggu	Tidak pernah mengkonsumsi/hanya satu kali dalam seminggu
9	Pembelian pakaian baru untuk setiap anggota keluarga dalam setahun	Tidak pernah membeli/hanya membeli satu stel setahun
10	Makan dalam sehari untuk setiap hari	Hanya satu kali makan/dua kali makan dalam sehari
11	Kemampuan membayar untuk berobat ke Puskesmas/poliklinik	Tidak mampu membayar untuk berobat
12	Lapangan pekerjaan utama kepala rumah tangga	Petani dengan luas lahan 0,5 ha/buruh tani, nelayan, buruh bangunan, buruh perkebunan atau pekerjaan lainnya dengan pendapatan di bawah Rp 600.000,- per bulan
13	Pendidikan tertinggi kepala rumah tangga	Tidak sekolah/tidak tamat SD/hanya SD
14	Pemilikan <i>asset</i> tabungan	Tidak punya tabungan/barang yang mudah dijual dengan minimal Rp 500.000,- seperti sepeda motor (kredit/non kredit), emas, ternak, kapal motor atau barang modal lainnya

Sumber: Badan Pusat Statistik (2005)

4. Efektivitas Pembangunan Kesehatan

Menurut A.W.J. Poerwadarminta dalam Kamus Umum Bahasa Indonesia (1987), efektivitas berasal dari kata efek yang berarti “hasil” dan efektif yang berarti “berhasil”. Adapun pengertian efektivitas menurut Handoko (1991) didefinisikan sebagai kemampuan untuk memilih tujuan yang tepat atau peralatan yang tepat untuk pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Sedangkan menurut ahli manajemen Peter Drucker dalam Handoko (1991) menyatakan efektivitas adalah melakukan pekerjaan dengan benar (*doing the right things*).

Adapun efektivitas yang dimaksudkan dalam hal ini adalah yang berkaitan dengan sejauh mana tindakan pemerintah (*government*) dapat berpengaruh terhadap bentuk pelayanan yang diterima oleh masyarakat, dimana jika dihubungkan dengan istilah “*governance*” yang menurut Sedarmayanti (2004) tidak hanya berarti pemerintahan sebagai suatu kegiatan, tetapi juga mengandung arti pengurusan, pengelolaan, pengarahan, pembinaan dan penyelenggaraan pemerintahan. Oleh karena itu, tidak mengherankan apabila “*governance*” sebagai terjemahan dari pemerintahan kemudian berkembang menjadi populer dengan sebutan pemerintahan, sedangkan praktik terbaiknya disebut pemerintahan yang baik (*good governance*).

Konsep efektivitas yang juga merupakan standar kualifikasi dalam penyelenggaraan *good governance* menurut UNDP (1997) adalah setiap proses kegiatan dan kelembagaan yang perlu diarahkan untuk menghasilkan sesuatu yang benar-benar sesuai dengan kebutuhan melalui pemanfaatan sumber-sumber yang tersedia dengan sebaik-baiknya.

Dari pendapat-pendapat tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa efektivitas adalah kemampuan untuk memilih tujuan atau peralatan yang tepat atau dengan kata lain melakukan pekerjaan yang benar untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Rachmat (2004) berpendapat bahwa program pembangunan kesehatan dapat dikatakan efektif jika sesuai dengan visi, misi, tujuan dan arah pembangunan kesehatan yang telah ditentukan.

Seperti yang telah diketahui bahwa pembangunan kesehatan telah menjadi tanggung jawab dari pemerintah daerah agar dapat mengelola dan memanfaatkan segala sumber daya potensial di wilayahnya untuk membiayai, merencanakan, menyelenggarakan pembangunan kesehatan masyarakat. Pembangunan kesehatan memerlukan peran aktif dari berbagai pihak termasuk Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD), pemerintah daerah, dinas atau instansi lintas sektor terkait, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), ikatan profesi, perguruan tinggi, pengusaha, lembaga penyandang dana (*donor agency*) dan pengguna layanan kesehatan masyarakat.

Pembangunan kesehatan di suatu wilayah seyogyanya menerapkan strategi intervensi yang berbeda untuk setiap jenjang sosial, seperti:

- a. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk mengatasi beragam masalah morbiditas di tingkat individu;
- b. Pengembangan kapasitas institusi untuk mengatasi masalah-masalah gizi dan *gender* di tingkat rumah tangga.

Untuk mencapai berbagai sasaran dan tujuan pembangunan secara efisien dan efektif, diperlukan sistem persiapan yang baik dan mampu mengantisipasi efektivitas pelaksanaan rencana juga diperlukan pengawasan dan evaluasi yang mantap dan mampu menjamin efektivitas pencapaian sasaran dan tujuan program yang direncanakan.

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota perlu bekerjasama dengan berbagai pihak dalam perumusan kebijakan dan perencanaan, pelaksanaan, pembiayaan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di wilayahnya. Kerjasama ini diharapkan dapat lebih menjamin pemerataan, meningkatkan cakupan dan kualitas, meningkatkan efisiensi, meningkatkan akseptabilitas serta meningkatkan akuntabilitas pembangunan kesehatan.

5. Tugas dan Fungsi Pemerintah di Bidang Kesehatan

Eksistensi Pemerintahan Daerah begitu penting khususnya dalam suatu negara yang menganut sistem negara kesatuan. Seperti halnya Indonesia yang mempunyai wilayah sangat luas dengan konsentrasi penduduk di wilayah tertentu yang masyarakatnya sangat heterogen, baik ditinjau dari aspek etnis, agama, budaya maupun latar belakang kehidupan di bidang ekonomi dan lain sebagainya. Selain heterogenitas, di setiap wilayah memiliki kandungan sumber daya alam yang beragam. Permasalahannya adalah mengenai pemberian pelayanan kepada masyarakat di berbagai daerah tersebut karena segala sesuatunya tidak harus diatur oleh Pemerintahan Pusat sehingga diperlukan penyerahan kewenangan urusan kepada daerah.

Penyelenggaraan urusan pemerintahan dibagi berdasarkan kriteria eksternalitas, akuntabilitas dan efisiensi dengan memperhatikan keserasian hubungan antar susunan pemerintahan. Urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah, yang diselenggarakan berdasarkan kriteria di atas terdiri dari urusan wajib dan urusan pilihan.

Dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah, pemerintahan daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya untuk mengatur dan mengurus sendiri urusan pemerintahan berdasarkan otonomi dan tugas pembantuan. Pemerintahan daerah dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan memiliki hubungan dengan pemerintah pusat dan dengan pemerintahan daerah lainnya. Hubungan tersebut meliputi hubungan wewenang, keuangan, pelayanan umum, pemanfaatan sumber daya alam dan sumber daya lainnya.

Secara teoritis terdapat tiga fungsi utama yang perlu dijalankan pemerintah, yaitu fungsi pelayanan masyarakat, fungsi pembangunan dan fungsi perlindungan. Meskipun pemerintah mempunyai fungsi-fungsi tersebut namun tidak berarti bahwa pemerintah harus berperan sebagai *monopolist* dalam pelaksanaan seluruh fungsi tersebut. Beberapa bagian dari fungsi tadi juga dapat dilimpahkan kepada pihak swasta ataupun dengan menggunakan pola kemitraan (*partnership*) antara pemerintah dengan swasta bekerjasama untuk mengadakan barang atau jasa kebutuhan masyarakat. Pola kerjasama antara pemerintah dan swasta dalam memberikan berbagai pelayanan kepada masyarakat tersebut sejalan

dengan gagasan *reinventing government* yang dikembangkan Osborne dan Gaebler (1992).

Dalam hal ini yang berperan dalam menjalankan tugas di bidang kesehatan adalah Dinas Kesehatan. Berikut ini merupakan tugas dan fungsi Dinas Kesehatan:

1. Perumusan kebijakan teknis di bidang kesehatan;
2. Penyelenggaraan urusan pemerintahan dan pelayanan umum di bidang kesehatan;
3. Pembinaan dan pelaksanaan tugas di bidang kesehatan;

Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

B. Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Bidang Kesehatan

1. Konsep Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Bidang Kesehatan

Dalam konteks penyelenggaraan pemerintahan di manapun, administrasi publik memiliki peran penting diantaranya dalam menyelenggarakan pelayanan publik guna mewujudkan salah satu tujuan dari dibentuknya suatu pemerintahan sebagaimana tercantum dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 diantaranya adalah untuk memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Berikut ini peran administrasi publik yang telah mengalami berbagai pergeseran.

Tabel 5
Pergeseran Ilmu Administrasi Publik

OPA	NPM	NPS	Good Governance	Sound Governance
Dasar teori politik	Dasar teori ekonomi	Dasar teori demokrasi	Konsep dasar <i>Governance</i> yang berkembang menjadi <i>Good Governance</i>	Konsep “ <i>Sound</i> ” menggantikan “ <i>Good</i> ” bisa diartikan layak, pantas, ideal
Kepentingan publik dijelaskan dan dalam aturan hukum	Kepentingan publik mewakili agregasi kepentingan individu	Kepentingan publik adalah hasil dialog berbagai nilai	Kepentingan berlandaskan kebutuhan masyarakat	Kepentingan disesuaikan dengan kebiasaan, budaya dan konteks lokal
Peran pemerintah bersifat <i>rowing</i>	Peran pemerintah bersifat <i>steering</i>	Peran pemerintah bersifat <i>servicing</i>	Peran pemerintah tidak begitu dominan	4 aktor (negara, masyarakat, sektor privat dan kekuatan internasional)
Pencapaian tujuan oleh badan pemerintah	Pencapaian tujuan oleh organisasi privat dan non profit	Pencapaian tujuan oleh koalisi organisasi publik, non profit dan privat	Pencapaian tujuan oleh organisasi publik dan sektor privat dengan melibatkan masyarakat	Pencapaian tujuan berdasarkan tradisi menurut ukuran universal kesejahteraan rakyat
Struktur birokrasi dengan otoritas <i>top-down</i>	Struktur organisasi dengan kontrol utama berada pada agen	Struktur birokrasi kolaboratif terbagi secara internal dan eksternal	Posisi pemerintah, masyarakat dan privat sektor sejajar	Pengaruh struktur global tidak hanya memfokuskan pada 3 aktor tetapi juga kekuatan internasional
Motivasi pegawai dan administrator berupa gaji, keuntungan dan proteksi	Pegawai termotivasi oleh semangat <i>entrepreneur</i>	Pegawai memberikan pelayanan publik berdasarkan keinginan masyarakat	Administrator dituntut terbuka dan berorientasi pada kepentingan masyarakat	Relasi politik 4 aktor reformasi struktur, proses, nilai, kebijakan dan manajemen

Sumber : Thoha (2008)

Urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah, yang diselenggarakan berdasarkan kriteria eksternalitas, akuntabilitas dan efisiensi terdiri dari urusan wajib dan urusan pilihan. Urusan wajib didefinisikan sebagai urusan daerah otonom yang penyelenggaraannya diwajibkan oleh pemerintah. Hal ini berarti pemerintah menetapkan urusan mana yang merupakan urusan dasar yang menjadi prioritas penyelenggaraan dan yang mana yang merupakan urusan pilihan.

Urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah propinsi merupakan urusan dalam skala propinsi. Sedangkan urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah untuk kabupaten/kota merupakan urusan yang berskala kabupaten/kota. Penyelenggaraan urusan pemerintah yang bersifat wajib, baik untuk pemerintahan propinsi maupun untuk pemerintahan kabupaten dan kota seharusnya berpedoman pada Standar Pelayanan Minimal (SPM).

Berdasarkan Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 bahwa penyelenggaraan urusan pemerintahan yang bersifat wajib dilaksanakan dengan berpedoman pada SPM yang dilaksanakan secara bertahap. SPM dimaksudkan akan dijabarkan oleh masing-masing kementerian/lembaga terkait untuk menyusun SPM masing-masing.

Suryanto (2008), mendefinisikan SPM sebagai tolok ukur untuk mengukur kinerja penyelenggaraan urusan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat. Dalam pelaksanaannya, SPM menganut beberapa prinsip, yakni:

- a. SPM merupakan standar yang dikenakan pada urusan wajib, sedangkan untuk urusan lainnya pemerintah daerah boleh menetapkan standar sendiri sesuai dengan kondisi daerah masing-masing.
- b. SPM berlaku secara nasional, yang berarti harus diberlakukan di seluruh daerah provinsi, kabupaten dan kota di seluruh Indonesia.

- c. SPM harus dapat menjamin akses masyarakat terhadap pelayanan tertentu yang harus disediakan oleh pemerintah daerah dalam rangka penyelenggaraan urusan wajibnya.
- d. SPM bersifat dinamis dan perlu dikaji ulang dan diperbaiki sesuai dengan perubahan kebutuhan nasional dan perkembangan kapasitas daerah secara merata.
- e. SPM ditetapkan pada tingkat minimal yang diharapkan secara nasional untuk pelayanan jenis tertentu. Yang dianggap minimal dapat merupakan rata-rata kondisi daerah-daerah, merupakan consensus nasional dan lain-lain.
- f. SPM harus mangacu pada perencanaan daerah, penganggaran daerah, pengawasan, pelaporan dan merupakan salah satu alat untuk menilai Laporan Pertanggungjawaban (LPJ) kepala daerah serta menilai kapasitas daerah.

Sesuai dengan Peraturan Pemerintah No. 108 Tahun 2000 tentang Tatacara Pertanggungjawaban Kepala Daerah, yang mengatur mengenai evaluasi kinerja pemerintah daerah, secara spesifik menetapkan kriteria SPM harus memperhatikan unsur *input* (tingkat atau besaran sumber daya yang digunakan), *output* (keluaran), *outcome* (hasil atau wujud pencapaian kinerja), *benefit* (tingkat manfaat yang dirasakan sebagai nilai tambah) dan *impact* (dampak atau pengaruh pelayanan terhadap kondisi secara makro berdasarkan manfaat yang dihasilkan). Kriteria penentuan biaya dengan metode SPM sangat mendukung konsep anggaran berbasis kinerja yang juga mengacu kepada *input*, *output*, *outcome*, *benefit* dan *impact*.

SPM merupakan alat untuk mengukur kinerja pemerintahan daerah dalam penyelenggaraan pelayanan dasar. Tingkat kesejahteraan masyarakat akan sangat tergantung pada tingkat pelayanan publik yang disediakan oleh pemerintah daerah. SPM sangat diperlukan oleh pemerintah daerah dan masyarakat sebagai konsumen yang menerima pelayanan itu sendiri.

2. Manfaat Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Bidang Kesehatan

Bagi pemerintah daerah, SPM dapat dijadikan sebagai tolok ukur dalam penentuan biaya yang diperlukan untuk menyediakan pelayanan tertentu, misalnya di bidang kesehatan. Sedangkan bagi masyarakat, SPM dapat dijadikan acuan dalam menilai kinerja pelayanan, yakni kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah daerah (Suryanto, 2008).

Penerapan SPM di bidang kesehatan akan memiliki manfaat sebagai berikut:

- a. Dengan SPM penyediaan pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah daerah kepada masyarakat akan lebih terjamin;
- b. SPM bermanfaat untuk menentukan Standar Analisis Biaya (SAB) yang sangat dibutuhkan pemerintah daerah untuk menentukan jumlah anggaran yang dibutuhkan untuk menyediakan suatu pelayanan kesehatan;
- c. SPM dapat dijadikan landasan dalam penentuan perimbangan keuangan yang lebih adil dan transparan (baik Dana Alokasi Umum/DAU maupun Dana Alokasi Khusus/DAK);
- d. SPM dapat dijadikan dasar dalam menentukan anggaran kinerja dan membantu pemerintah daerah dalam melakukan anggaran yang lebih berimbang;
- e. SPM dapat membantu penilaian kinerja (LPJ) kepala daerah secara lebih akurat dan terukur sehingga mengurangi kesewenang-wenangan dalam menilai kinerja pemerintah daerah;
- f. SPM dapat menjadi alat untuk meningkatkan akuntabilitas pemerintah daerah kepada masyarakat, karena masyarakat akan dapat melihat keterkaitan antara pembiayaan dengan pelayanan kesehatan yang dapat disediakan pemerintah daerah;
- g. SPM dapat dijadikan argumen dalam melakukan rasionalisasi kelembagaan pemerintah daerah, kualifikasi pegawai, serta korelasinya dengan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Sesuai dengan Pasal 5 ayat (1) PP No. 65 Tahun 2005, penyusunan SPM oleh masing-masing Menteri/Pimpinan Lembaga Pemerintah Non Departemen (LPND) dilakukan melalui konsultasi yang dikoordinasi oleh Menteri Dalam Negeri. Konsultasi tersebut dilakukan dengan tim konsultasi yang terdiri dari unsur-unsur Departemen Dalam Negeri, Kementerian Negara Perencanaan

Pembangunan Nasional/Kepala Bappenas, Departemen Keuangan, Kementerian Negara Pemberdayaan Aparatur Negara, dengan melibatkan Menteri/Pimpinan LPND sebagai Peraturan Menteri Kesehatan.

Sebelum PP No. 65 tahun 2005 dikeluarkan, untuk mengatasi kelangkaan peraturan perundangan mengenai SPM, dikeluarkan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri No. 100/756/OTDA Tahun 2002 tentang Pelaksanaan Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal. Berdasarkan Surat Edaran Mendagri tersebut, beberapa departemen telah mengeluarkan Pedoman Standar Pelayanan Minimal. Pedoman tersebut digunakan untuk menjabarkan SPM ke dalam aturan yang lebih spesifik, seperti penjabaran definisi operasional, cara perhitungan pencapaian kinerja, rumus indikator, sumber data, target, maupun langkah-langkah kegiatan yang harus dilakukan.

Berkenaan dengan penyelenggaraan SPM, sebagai turunan dari PP No. 65 tahun 2005 mengenai Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, diterbitkan Permendagri No. 24 tahun 2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu. Dalam Permendagri ini diatur beberapa hal, yaitu: (1) Penyederhanaan pelayanan, (2) Perangkat Daerah Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Atap, (3) Proses, waktu dan biaya penyelenggara pelayanan, (4) SDM, (5) Keterbukaan informasi, (6) Penanganan pengaduan, (7) Kepuasan masyarakat, (8) Pembinaan dan pengawasan, (9) Kerjasama dan (10) Pelaporan.

Tingkat kesiapan masing-masing departemen dalam memberikan acuan mengenai standar pelayanan minimal untuk diterapkan di daerah juga cukup

beragam. Departemen Kesehatan merupakan salah satu departemen yang telah siap melaksanakannya dengan menyediakan acuan SPM yang ditetapkan, yakni dengan SK Menteri Kesehatan No. 1457/2003 dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 741/Menkes/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

Namun penerapan di daerah masih belum sama, karena pemerintah daerah menginterpretasikannya secara berbeda sesuai dengan kondisi masing-masing. Hal ini karena terdapat berbagai kendala dalam pelaksanaan SPM. Kegagalan dalam mengatasi kendala-kendala tersebut mengakibatkan ketidakakuratan pengukuran, sehingga SPM tidak akan mencerminkan kondisi yang sesungguhnya.

C. Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

1. Pengertian Gizi Buruk

Menurut Akhmadi berdasarkan Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional 2001-2005 antara Indonesia dan WHO (2000), gizi buruk adalah keadaan kurang gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dari makanan sehari-hari dan terjadi dalam waktu yang cukup lama.

Sedangkan menurut dr. Fitri Rachmayanti (2009) dalam artikelnya yang berjudul “Cara Mendeteksi Gizi Buruk pada Balita” menyatakan bahwa,

Gizi buruk adalah suatu kondisi dimana seseorang dinyatakan kekurangan nutrisi atau dengan ungkapan lain status nutrisinya berada di bawah standar rata-rata. Nutrisi yang dimaksud dapat berupa protein, karbohidrat dan kalori. Di Indonesia, kasus KEP (Kurang Energi Protein) adalah salah satu masalah gizi utama yang banyak dijumpai balita.

2. Faktor Penyebab Gizi Buruk

UNICEF (1998) telah mengembangkan kerangka konsep makro sebagai salah satu strategi untuk menanggulangi masalah gizi buruk. Penyebab masalah ini adalah sebagai berikut:

a. Penyebab Langsung

Makanan dan penyakit dapat secara langsung menyebabkan gizi buruk. Timbulnya gizi buruk tidak hanya dikarenakan asupan makanan yang kurang, tetapi juga penyakit. Anak yang mendapat cukup makanan tetapi sering menderita sakit, pada akhirnya dapat menderita gizi buruk. Demikian pula pada anak yang tidak memperoleh cukup makan, maka daya tahan tubuhnya akan melemah dan akan mudah terserang penyakit.

b. Penyebab Tidak Langsung

Ada 3 penyebab tidak langsung gizi buruk, yaitu:

- 1) Ketahanan pangan keluarga yang kurang memadai. Setiap keluarga diharapkan mampu untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya dalam jumlah yang cukup baik jumlah maupun mutu gizinya.
- 2) Pola pengasuhan anak kurang baik. Setiap keluarga dan masyarakat diharapkan dapat menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak agar tumbuh kembang fisik, mental dan sosialnya lebih baik.
- 3) Pelayanan kesehatan dan lingkungan kurang memadai. Sistem pelayanan kesehatan yang ada diharapkan dapat menjamin penyediaan air bersih dan sarana pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh setiap keluarga yang membutuhkan.

3. Indikator Gizi Buruk

Kebutuhan pangan bagi makhluk hidup pada umumnya dan bagi manusia pada khususnya merupakan kebutuhan pokok yang harus dipenuhi agar dapat mempertahankan hidup serta melaksanakan kegiatan-kegiatan dalam proses pembangunan. Berbeda dengan kebutuhan hidup lainnya, kebutuhan pangan hanya diperlukan secukupnya. Apabila terjadi kekurangan atau kelebihan dalam pemenuhan kebutuhan ini, maka akan berdampak buruk bagi kesehatan.

Berbagai bentuk dan tingkat gizi buruk terjadi pada anak-anak yang berasal dari keluarga miskin, tetapi masalah Kurang Energi Protein (KEP) merupakan masalah gizi yang paling banyak dialami oleh anak-anak. Istilah KEP digunakan untuk semua kategori, mulai dari gejala-gejala yang berat seperti kwashiorkor dan marasmus sampai kasus yang ringan dan sedang. Usia 0-1 tahun dan 1-4 tahun (masa prasekolah) merupakan usia yang rawan terhadap berbagai bentuk KEP (Khumaidi, 1994).

Untuk gejala KEP ringan dan sedang, gejala klinis yang bisa dijumpai pada anak adalah berupa kondisi badan yang tampak kurus. Sedangkan gejala klinis KEP berat atau gizi buruk secara garis besar dibedakan menjadi tiga tipe yaitu marasmus, kwashiorkor dan marasmic-kwashiorkor (Rachmayanti, 2009).

Berikut ini merupakan ciri-ciri marasmus:

- 1) Badan nampak sangat kurus seolah-olah tulang hanya terbungkus kulit.
- 2) Wajah seperti orang tua.
- 3) Mudah menangis atau cengeng dan rewel.
- 4) Kulit menjadi keriput.
- 5) Jaringan lemak subkutis sangat sedikit sampai tidak ada (*baggy pant* atau jika mengenakan celana akan longgar).
- 6) Perut cekung dan tulang iga terlihat.
- 7) Sering disertai penyakit infeksi (umunya kronis dan berulang).
- 8) Diare kronis atau konstipasi (susah buang air).

sedangkan ciri-ciri kwashiorkor adalah sebagai berikut:

- 1) Edema (pembengkakan), umumnya seluruh tubuh, terutama punggung kaki dan wajah membulat dan lembab.
- 2) Pandangan mata sayu.
- 3) Rambut tipis kemerahan seperti warna rambut jagung dan mudah dicabut tanpa rasa sakit dan mudah rontok.
- 4) Terjadi perubahan status mental menjadi apatis dan rewel.
- 5) Terjadi pembesaran hati.
- 6) Otot mengecil (*hipotrofi*), lebih nyata bila diperiksa pada posisi berdiri atau duduk.
- 7) Terdapat kelainan kulit berupa bercak merah muda yang meluas dan berubah warna menjadi coklat kehitaman lalu terkelupas (*crazy pavement dermatosis*).
- 8) Sering disertai penyakit infeksi yang umumnya adalah penyakit akut.
- 9) Disertai anemia dan diare.

Adapun marasmic kwashiorkor memiliki ciri gabungan dari beberapa gejala klinis kwashiorkor dan marasmus disertai edema yang tidak mencolok.

4. Gizi Buruk di Indonesia

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/MENKES/SK/III/2007, masalah gizi di Indonesia masih didominasi oleh masalah Kurang Energi Protein (KEP), masalah Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) dan masalah Kekurangan Vitamin A (KVA) serta meningkatnya masalah obesitas yang melanda masyarakat yang ada di kota-kota besar. Di samping itu, diduga terdapat masalah gizi mikro lainnya seperti defisiensi *zinc* yang hingga saat ini belum terungkap karena keterbatasan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang gizi. Dengan berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi di berbagai bidang pembangunan dan makin berkembangnya paradigma pembangunan nasional yang berwawasan sumber daya manusia (SDM), maka upaya untuk meningkatkan status gizi masyarakat dan penanggulangan permasalahannya makin mendapat prioritas dalam strategi pembangunan nasional. Keadaan gizi masyarakat umum dan individu khususnya mempunyai dampak terhadap pembangunan negara secara umum dan khusus berdampak pada pertumbuhan fisik, mental dan kecerdasan serta produktivitas manusia. Oleh karena itu, pemecahan masalah gizi ditempatkan sebagai ujung tombak paradigma sehat untuk mencapai Indonesia sehat di masa mendatang.

Menurut Buku Gizi Departemen Kesehatan RI (2009) batas masalah gizi masyarakat berdasarkan WHO adalah:

- a. Gizi kurang (*underweight*) 10%
Bila dari 100 balita terdapat lebih dari 10 balita yang kurang gizi, maka Negara kita mengalami masalah gizi masyarakat.
- b. Pendek (*stunting*) 20%
Bila dari 100 balita terdapat lebih dari 20 balita yang pendek, maka Negara kita masih bermasalah terhadap gizi di dalam masyarakat.
- c. Kurus (*wasting*) 5%
Bila dari 100 balita terdapat lebih dari 5 balita yang kurus, maka Negara kita masih memiliki masalah gizi dalam masyarakat.

Jika jumlah balita yang mengalami kekurangan gizi tidak melebihi batas seperti yang telah ditentukan oleh WHO, bukan berarti tidak ada masalah gizi masyarakat. Masalah gizi mungkin masih ada tetapi penanganannya bersifat perseorangan (*individual*). Begitu pula jika masalah gizi masyarakat sudah tidak ada, bukan berarti program mengenai gizi sudah tidak diperlukan lagi. Program gizi tetap diperlukan untuk mempertahankan keadaan yang sudah baik (*preventif-promotif*).

Berdasarkan Riskesdas 2007 dalam Buku Gizi Departemen Kesehatan RI (2007) dari 25 juta balita di Indonesia, 4,6 juta diantaranya menderita gizi kurang, 3,4 juta balita tergolong kurus dan 3,1 balita mengalami kegemukan dengan rincian sebagai berikut:

- a. 4,6 juta balita gizi kurang diantaranya 1,4 juta mengalami gizi buruk. Menurut batas yang ditentukan WHO 2,5 juta balita gizi kurang.
- b. 9,3 juta balita pendek diantaranya 4,7 juta sangat pendek. Berdasarkan batas yang ditentukan WHO 5 juta balita pendek.
- c. 3,4 juta balita kurus diantaranya 1,6 juta sangat kurus. Menurut batas yang ditentukan WHO 1,25 juta balita kurus.

5. Hubungan Gizi Buruk dengan Pembangunan Kesehatan

Unsur pertama dalam Trilogi Pembangunan adalah pemerataan pembangunan dan hasil-hasilnya yang menuju pada terciptanya keadilan sosial

bagi seluruh rakyat. Asas pemerataan yang menuju terciptanya keadilan sosial tersebut dituangkan dalam berbagai langkah dan kegiatan, antara lain melalui “Delapan Jalur Pemerataan”. Seperti yang tercantum dalam GBHN, jalur pertama adalah pemenuhan kebutuhan pokok rakyat banyak khususnya pangan, sandang dan perumahan. Selanjutnya diuraikan lebih jauh bahwa pemerataan kebutuhan pokok rakyat banyak antara lain menjamin persediaan bahan pokok secara merata dalam jumlah yang mencukupi dan dengan harga yang terjangkau bagi rakyat, termasuk pula perbaikan kualitas gizi makanan rakyat yang berarti juga peningkatan kesejahteraan rakyat serta pengembangan pola konsumsi yang tidak hanya tergantung pada satu jenis bahan pangan pokok.

Menurut Khumaidi (1994) kualitas manusia pada dasarnya merupakan paduan yang serasi, selaras dan seimbang antara fisik, mental (rohani) dan sosial.

Menurut sifatnya, kualitas manusia dapat dikelompokkan menjadi dua hal, yakni:

- a. Sifat statik, ialah kemampuan manusia untuk melakukan kegiatan fisik atau mental secara optimal sesuai dengan statusnya menurut umur, jenis kelamin dan lapangan pekerjaan. Kegiatan lain yang dapat dilakukan adalah mempertahankan diri secara maksimal dari berbagai macam gangguan atau benturan yang dapat menimbulkan tekanan, trauma atau penyakit.
- b. Sifat dinamik, ialah kemampuan manusia dalam meningkatkan taraf kehidupan sosial, ekonomi dan kecerdasan sosialnya dari waktu ke waktu. Kemampuan melahirkan keturunan yang lebih unggul daripada dirinya sendiri juga termasuk sifat dinamik manusia.

Dengan kualitas manusia berdasarkan dua sifat di atas, maka akan terbentuk suatu masyarakat yang sejahtera, maju, kreatif dan berprestasi dalam keberagamannya. Kualitas yang bersifat statik dapat pula disebut mutu penyelamat (*survival quality*), sedangkan kualitas yang bersifat dinamik disebut

mutu perkembangan (*development quality*). Banyak sekali faktor yang mendorong maupun menghambat peningkatan mutu kualitas manusia. Salah satu faktor penentu adalah terpenuhinya kebutuhan gizi yang diperoleh melalui konsumsi pangan. Gizi masyarakat yang merupakan suatu bidang yang membahas segi konsumsi pangan sebagai fokus dengan segala faktor yang mempengaruhinya dalam kaitan dengan penyelamat dan perkembangan mutu hidup manusia.

Kebutuhan akan pangan berbeda dengan kebutuhan lain karena wajib dipenuhi dan terus berlangsung. Apabila konsumsinya berada di bawah batas minimal yang diperlukan akan berdampak terhadap kesehatan, demikian pula apabila konsumsinya berada di atas batas maksimal yang diperlukan. Tidak seperti kebutuhan lain, yang apabila semakin besar yang dapat dicapai maka semakin baik sehingga tidak sulit dalam menentukan batas maksimalnya.

Masalah gizi buruk akan mengakibatkan kegagalan pertumbuhan fisik, perkembangan mental dan kecerdasan, menurunkan produktivitas serta meningkatkan kesakitan dan kematian. Menurut Buku Gizi Departemen Kesehatan RI (2007), untuk menciptakan generasi penerus bangsa yang sehat, kuat cerdas dan berkualitas melalui upaya perbaikan gizi masyarakat tidak mungkin akan tercapai secara optimal jika hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan. Dalam melaksanakan upaya perbaikan gizi masyarakat yang terintegrasi dengan baik mulai dari perumusan kebijakan, perencanaan program dan pelaksanaannya diperlukan koordinasi dan kerjasama yang harmonis dari berbagai pihak terkait. Oleh karena itu, penanggulangan masalah gizi buruk di

masyarakat menjadi tanggung jawab bersama dari berbagai sektor, baik sektor pemerintahan maupun non-pemerintah.

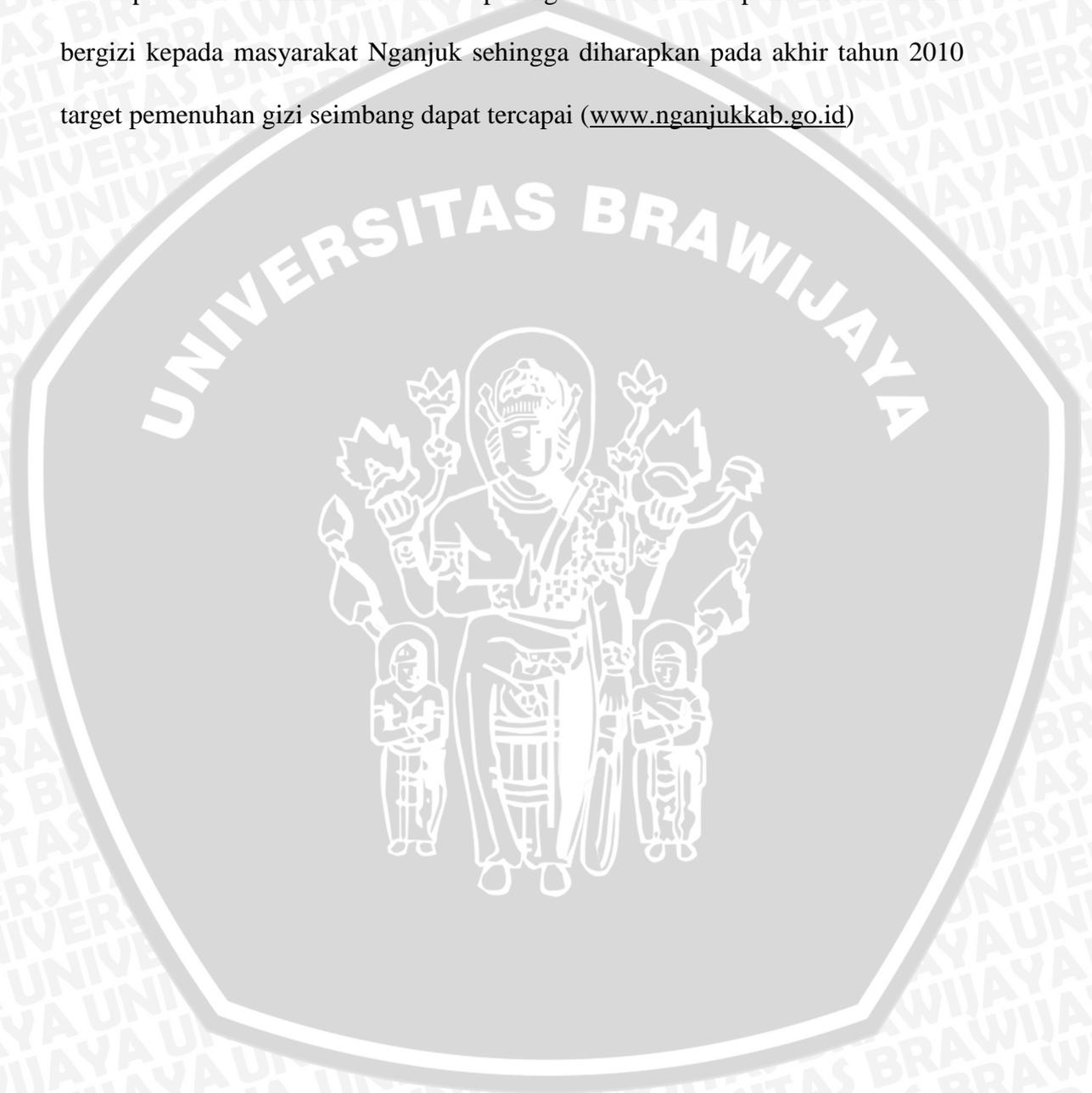
6. Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

Program Gentasibu yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk adalah gerakan yang dilakukan oleh pemerintah dan berkoordinasi dengan masyarakat untuk mengentaskan gizi buruk yang ada di kabupaten Nganjuk. Tujuan dibentuknya program ini adalah untuk memperbaiki status gizi balita yang bergizi buruk menjadi status gizi baik (Rahmatussa Adah, 2010).

Gerakan Pengentasan Gizi Buruk atau yang lebih dikenal dengan GENTASIBU pada tahun 2009 yang lalu, yang tepatnya dicanangkan pada tanggal 3 Juni 2009. Harapan dari program ini, gizi buruk dapat segera teratasi dengan memberdayakan seluruh potensi masyarakat Nganjuk yang ada, mulai dari aparat pemerintah sampai masyarakat itu sendiri. Kegiatan Gentasibu yang sedang berjalan saat ini memerlukan beberapa perubahan, perbaikan dan evaluasi.

Pelaksanaan evaluasi kegiatan pada hari Selasa tanggal 26 Januari 2010, diadakan Rapat Koordinasi Evaluasi Pengentasan Gizi Buruk di Pendopo Kabupaten Nganjuk. Acara tersebut dihadiri oleh seluruh satuan pelaksana Gentasibu di seluruh Kabupaten Nganjuk yang meliputi 20 kecamatan. Selain dihadiri oleh Bupati Nganjuk, hadir pula seluruh kepala satuan kerja perangkat daerah (SKPD) di lingkungan Pemerintah Kabupaten Nganjuk dan jajaran Muspida. Kegiatan ini dilaksanakan dengan tujuan untuk menyelamatkan generasi

muda agar bisa berkarya lebih baik untuk masa depan Nganjuk dengan menerapkan gizi yang seimbang. Dari hasil pemantauan selama kurun waktu beberapa bulan terakhir ini sudah ada peningkatan dalam hal pemberian makanan bergizi kepada masyarakat Nganjuk sehingga diharapkan pada akhir tahun 2010 target pemenuhan gizi seimbang dapat tercapai (www.nganjukkab.go.id)



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang akan digunakan dalam suatu penelitian merupakan hal yang sangat penting. Bagi peneliti, jenis penelitian dapat menentukan arah kegiatan dan urutan-urutan bagaimana penelitian akan dilakukan sehingga dapat tercapai maksud dan tujuan dari penelitian yang dilakukan dengan benar.

Penelitian yang bersifat deskriptif dapat memberikan gambaran secermat mungkin mengenai suatu individu, keadaan, gejala atau kelompok tertentu. Tujuan dari penelitian deskriptif adalah untuk mempertegas hipotesa yang ada sehingga dapat membantu dalam membentuk teori baru atau memperkuat teori lama (Koentjaraningrat, 1985).

Azwar (2010) berpendapat bahwa tujuan dari penelitian deskriptif adalah untuk menggambarkan fakta atau karakteristik populasi atau bidang tertentu secara sistematis dan akurat. Penelitian ini berusaha menggambarkan situasi atau kejadian.

Jenis penelitian yang digunakan adalah jenis deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Menurut Gorman dan Clayton seperti yang dikutip oleh Santana (2007), pendekatan kualitatif merupakan hasil pengamatan dari berbagai kejadian dan interaksi yang diamati langsung oleh peneliti dari tempat kejadian. Peneliti terlibat secara partisipatif dalam observasinya. Peneliti baru bisa membuat laporan penelitiannya setelah melakukan observasi. Selama melakukan penelitian, peneliti belum mengetahui dan tidak bisa meramalkan fenomena yang akan terjadi. Ketidaktahuan inilah yang menolongnya untuk dapat melaporkan pemaknaan dalam setiap kejadian (*the meaning of events*) yang ditelitinya dengan lebih baik.

Peneliti ingin memahami kejadian yang terjadi secara utuh, hal-hal yang menjadi objek penelitiannya dan pemaknaan dari setiap kejadian yang diteliti.

B. Fokus Penelitian

Fokus penelitian merupakan langkah awal yang perlu ditentukan oleh peneliti dalam menetapkan tempat penelitian sehingga peneliti nantinya dapat memperoleh gambaran menyeluruh tentang keadaan yang akan diteliti.

Adapun yang menjadi fokus penelitian dalam penelitian kali ini adalah:

1. Proses pelaksanaan Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu) di Kabupaten Nganjuk, meliputi:
 - a. Persiapan Program Gentasibu guna pengambilan langkah selanjutnya dalam pelaksanaannya.
 - b. Pelaksanaan Program Gentasibu sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan guna mencapai tujuan.
 - c. Pengawasan Program Gentasibu guna menjamin pelaksanaan sesuai dengan rencana dan untuk menjamin agar tujuan dari kebijakan tersebut dapat tercapai dengan baik.
 - d. Evaluasi Program Gentasibu untuk menilai kinerja pelaksanaan, manfaat, dampak dan keberlanjutan kegiatan yang dilaksanakan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan.
2. Faktor pendukung dan penghambat yang dihadapi dalam melaksanakan program Gentasibu.

3. Efektivitas pelaksanaan Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu) di Kabupaten Nganjuk.

C. Lokasi dan Situs Penelitian

Lokasi penelitian kali ini dilakukan di Kabupaten Nganjuk. Alasan pemilihan Kabupaten Nganjuk karena masih ada masyarakatnya yang menderita gizi buruk sehingga Pemerintah Kabupaten Nganjuk terdorong untuk mencari solusi atas masalah ini melalui Program Gentasibu yang merupakan satu-satunya program pengentasan gizi buruk dengan rincian kegiatan dan tujuan yang sesuai dengan hak masyarakat sebagai penerima layanan. Pemerintah ingin masalah gizi buruk ini dapat segera diatasi dengan memberdayakan seluruh potensi masyarakat Nganjuk, mulai dari aparat pemerintahnya sampai dengan melibatkan masyarakat di dalam menyukseskan program ini.

Situs penelitian adalah tempat dimana peneliti menangkap keadaan sebenarnya dari objek yang akan diteliti guna memperoleh data. Dari penjelasan tersebut, maka situs penelitiannya adalah Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk. Pemilihan situs penelitian tersebut berdasarkan pertimbangan bahwa Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk merupakan tempat terjadinya berbagai aktivitas dimana peneliti dapat memperoleh gambaran tentang berbagai upaya yang dilakukan Dinas Kesehatan dalam rangka menyukseskan Program Gentasibu.

D. Jenis dan Sumber Data

Menurut sumbernya, data hasil penelitian digolongkan menjadi dua, yaitu:

1. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari subjek penelitian dengan menggunakan alat yang dapat menunjang proses penelitian sebagai sumber informasi yang dapat dipercaya. Data primer dapat diperoleh dari:
 - a. Kepala atau staf Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk
 - b. Masyarakat yang menjadi sasaran Program Gentasibu oleh Pemerintah Kabupaten Nganjuk.
 - c. Semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan Program Gentasibu di Kabupaten Nganjuk.
2. Data sekunder adalah data yang diperoleh melalui pihak lain, tidak langsung diperoleh peneliti dari subjek penelitiannya. Data sekunder biasanya berupa dokumentasi atau laporan yang telah tersedia.

E. Teknik Pengumpulan Data

Data yang diperlukan oleh peneliti dikumpulkan agar dapat diteliti lebih lanjut dan dapat membuat teori baru atau memperkuat teori lama. Langkah-langkah yang perlu ditempuh untuk mengumpulkan data adalah sebagai berikut:

1. Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti untuk mendapatkan keterangan secara lisan dari responden atau subjek penelitian mengenai objek penelitian yang telah ditentukan (Koentjaraningrat, 1985). Melalui wawancara, diharapkan peneliti dapat mengumpulkan data

berupa informasi melalui subjek penelitian dan jika ada hal-hal yang perlu ditanyakan dapat segera terjawab dengan metode wawancara ini.

2. Observasi atau pengamatan

Observasi atau pengamatan adalah langkah pertama yang perlu dilakukan dalam proses penelitian. Dalam melakukan pengamatan penelitian, harus memenuhi syarat-syarat tertentu sebagai jaminan bahwa hasil pengamatan sudah sesuai dengan kenyataan. Untuk itu, peneliti harus berusaha membandingkan hasil pengamatannya dengan hasil pengamatan orang lain yang pernah melakukan pengamatan yang sama.

3. Dokumentasi

Teknik pengumpulan data dengan mengambil data dari dokumen, arsip, brosur, majalah, koran dan internet yang masih berhubungan dengan penelitian.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau sarana yang digunakan untuk mengumpulkan data-data penelitian. Instrumen penelitian yang digunakan adalah:

1. Peneliti sendiri, yaitu dengan menggunakan panca indera untuk melakukan pengamatan dan pencatatan secara seksama terhadap fenomena yang terjadi di tempat penelitian.
2. Daftar pertanyaan (*interview guide*), untuk memandu peneliti dalam melakukan wawancara agar pertanyaan yang diajukan tetap terarah dan menjaga relevansi terhadap masalah penelitian.

3. Perangkat penunjang lain, seperti alat untuk mencatat, alat untuk merekam dan alat untuk mendokumentasikan fenomena yang berkaitan dengan masalah penelitian.

G. Analisa Data

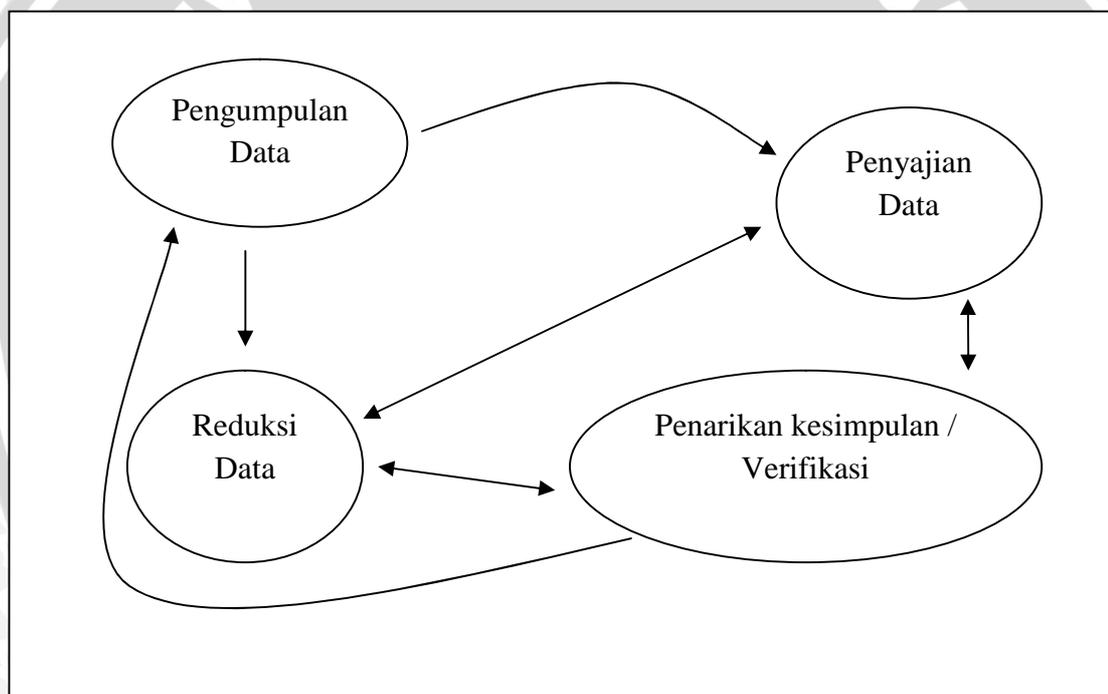
Proses analisa data merupakan usaha untuk menemukan jawaban atas pertanyaan yang diperoleh dari hasil penelitian. Dalam penelitian ini, data yang diperoleh akan dianalisis dan diinterpretasikan, dimana analisa data yang digunakan adalah analisa kualitatif yang menurut Miles dan Huberman (1992) bahwa analisa data terdiri dari:

1. Pengumpulan data
2. Reduksi data adalah proses pemilihan, pemusatan perhatian pada penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data “kasar” yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Reduksi data merupakan suatu bentuk analisa yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu dan mengorganisir data dengan sedemikian rupa sehingga dapat ditarik kesimpulan.
3. Penyajian data adalah kumpulan informasi tersusun yang member kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Dengan melihat penyajian data, maka dapat dipahami fenomena apa yang sedang terjadi dan tindakan apa yang harus dilakukan serta perlukah menganalisa lebih jauh atau mengambil tindakan berdasarkan atas pemahaman yang didapat dari penyajian data tersebut.

4. Verifikasi atau penarikan kesimpulan adalah sebagian kecil dari satu kegiatan dari konfigurasi yang utuh. Kesimpulan juga diverifikasi selama penelitian berlangsung. Berbagai makna yang muncul dari data harus diuji kebenarannya, kekokohnya dan kecocokannya untuk membuktikan apakah data tersebut sudah valid atau belum.

Berikut ini adalah penggambarannya:

Gambar 1
Analisa Data Kualitatif menurut Miles & Huberman



Sumber : Miles dan Huberman (1992)

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian, Penyajian Data dan Fokus Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

a. Keadaan Geografis Kabupaten Nganjuk

Kabupaten Nganjuk merupakan salah satu kabupaten di Propinsi Jawa Timur yang terletak di bagian barat dari wilayah Propinsi Jawa Timur. Kabupaten Nganjuk terletak pada koordinat $111^{\circ} 5'$ sampai dengan $111^{\circ} 13'$ BT dan $7^{\circ} 20'$ sampai dengan $7^{\circ} 50'$ LS. Batas wilayah Kabupaten Nganjuk, sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Bojonegoro, sebelah selatan Kabupaten Kediri dan Trenggalek. Pada wilayah bagian timur dan barat berbatasan dengan Kabupaten Jombang dan Kediri, serta Kabupaten Ponorogo dan Madiun.

Kabupaten Nganjuk terbagi menjadi tiga bagian menurut jenis tanah, yaitu tanah sawah (35%), tanah kering (27%) dan tanah hutan (38%). Dengan wilayah yang luasnya 122.433,1 Ha, Kabupaten Nganjuk terbagi menjadi 20 kecamatan dan 264 desa dan kelurahan. Nama kecamatan-kecamatan di wilayah Kabupaten Nganjuk antara lain: Bagor, Baron, Berbek, Gondang, Jaticalen, Kertosono, Lengkong, Loceret, Nganjuk, Ngetos, Ngluyu, Ngronggot, Pace, Patianrowo, Prambon, Rejoso, Sawahan, Sukomoro, Tanjunganom, dan Wilangan. Sebagian besar kecamatan berada pada dataran rendah. Sedangkan empat kecamatan yang berada pada daerah pegunungan.

b. Keadaan Penduduk

Hal yang perlu diperhatikan dalam proses pembangunan adalah masalah kependudukan yang mencakup antara lain jumlah, komposisi dan penyebaran penduduk, serta masalah kualitas penduduk sebagai pendukung pembangunan. Prioritas untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan kesejahteraan rakyat ditempuh melalui pembangunan di berbagai bidang. Data perkembangan penduduk per kecamatan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 6
Perkembangan Penduduk per Kecamatan Tahun 2008-2009

No	Kecamatan	Penduduk Tahun 2008 (jiwa)	Penduduk Tahun 2009 (jiwa)	Pertambahan (jiwa)	Persentase (%)
1	Sawahan	35.937	36.023	86	3,59
2	Ngetos	34.045	34.127	82	3,42
3	Berbek	50.925	51.048	123	5,13
4	Loceret	66.274	66.433	159	6,63
5	Pace	59.750	59.892	142	5,92
6	Tanjunganom	105.293	105.545	252	10,51
7	Prambon	64.342	64.496	154	6,42
8	Ngronggot	68.797	68.962	165	6,88
9	Kertosono	56.125	56.260	135	5,63
10	Patianrowo	41.021	41.120	99	4,13
11	Baron	50.874	50.995	121	5,05
12	Gondang	51.837	51.962	125	5,21
13	Sukomoro	40.144	40.239	95	3,96
14	Nganjuk	62.455	62.605	150	6,26
15	Bagor	53.423	53.551	128	5,34
16	Wilangan	29.405	29.476	71	2,96
17	Rejoso	65.592	65.749	157	6,55
18	Ngluyu	13.508	13.540	32	1,33
19	Lengkong	31.722	31.799	77	3,21
20	Jatikalen	18.663	18.708	45	1,88
Jumlah 2008-2009		1.000.132	1.002.560	2398	100,00

Sumber : Registrasi Penduduk pada "Kabupaten Nganjuk Dalam Angka" (2010)

c. Kelembagaan

Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan daerah berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan di bidang kesehatan. Berdasarkan Peraturan Bupati Nganjuk No. 16 Tahun 2009 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk adalah sebagai berikut :

1. Sekretariat

Sekretariat mempunyai tugas melaksanakan koordinasi penyusunan program dan penyelenggaraan tugas-tugas bidang secara terpadu dan tugas pelayanan administratif. Sekretariat ini membawahi Sub Bagian Umum, Sub Bagian Keuangan dan Sub Bagian Program dan Evaluasi.

Sekretariat mempunyai fungsi :

- a) Pengoordinasian penyusunan program dan evaluasi;
- b) Pengoordinasian penyelenggaraan tugas-tugas bidang secara terpadu;
- c) Pelayanan administrasi;
- d) Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

2. 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 membawahi Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan, Seksi Pelayanan Kesehatan Khusus dan Pembiayaan Kesehatan serta Seksi Farmasi dan Makanan Minuman.

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.

3. 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 membawahi Seksi Pengamatan dan Pencegahan Penyakit, Seksi Pemberantasan Penyakit dan Seksi 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 pemerintahan 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.

4. 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 membawahi Seksi Promosi dan Penyuluhan Kesehatan, Seksi Peningkatan Pendidikan Tenaga Kesehatan dan Seksi Peningkatan dan Pemanfaatan Sarana Kesehatan.

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 tugas dan fungsinya.

5. 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 membawahi Seksi Kesehatan Bayi, Anak dan Remaja.

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;
- Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Daerah sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Berikut ini merupakan bagan struktur organisasi Dinas Kesehatan Daerah

Kabupaten Nganjuk :

Gambar 2
Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk



Sumber : Peraturan Bupati Nganjuk Nomor 16 Tahun 2009 tentang Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk

2. Gambaran Umum Permasalahan Gizi Buruk

a. Masalah Gizi Buruk di Masyarakat

Keadaan gizi yang baik merupakan prasyarat terciptanya sumber daya manusia masa depan yang berkualitas. Anak yang menderita masalah gizi pada usia dini akan mengalami gangguan tumbuh kembang dan meningkatkan resiko sakit bahkan kematian. Pemerintah melalui Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004-2009 telah bertekad untuk mengurangi jumlah balita kurang gizi menjadi 20% pada tahun 2009.

Keadaan gizi buruk dapat terjadi pada semua golongan usia dan yang paling rentan adalah pada usia balita. Mengingat masa balita adalah masa pertumbuhan dimana kebutuhan zat-zat gizi menjadi sangat penting untuk pertumbuhan dan perkembangannya, maka diharapkan masyarakat terutama ibu balita dapat mengetahui sejak dini faktor penyebab terjadinya gizi buruk serta upaya untuk mengatasinya. Anak dikatakan mengalami gizi buruk dengan parameter Berat Badan menurut Umur (BB/U) apabila berat badan dibandingkan dengan umur seperti pada tabel berikut:

Tabel 7
Parameter Berat Badan Menurut Umur (BB/U)

BB (kg)	Umur (bulan)	BB (kg)	Umur (bulan)	BB (kg)	Umur (bulan)
< 2,1	0	< 10,6	42	< 7,9	23
< 2,9	1	< 10,7	43	< 8,1	24
< 3,8	2	< 10,8	44	< 8,2	25
< 4,4	3	< 10,9	45	< 8,4	26
< 4,9	4	< 11,0	46	< 8,5	27
< 5,3	5	< 11,1	47	< 8,6	28
< 5,7	6	< 11,2	48	< 8,8	2
< 5,9	7	< 11,3	49	< 8,9	30
< 6,2	8	< 11,4	50	< 9,0	31
< 6,4	9	< 11,5	51	< 9,1	32
< 6,6	10	< 11,6	52	< 9,3	33
< 6,8	11	< 11,7	53	< 9,4	34
< 6,9	12	< 11,8	54	< 9,5	35
< 7,1	13	< 11,9	55	< 9,6	36
< 7,2	14	< 12,0	56	< 9,7	37
< 7,4	15	< 12,1	57	< 9,8	38
< 7,5	16	< 12,2	58	< 9,9	39
< 7,7	17	< 12,3	59	< 10,1	40
< 7,8	18	< 12,4	60	< 10,2	41
< 8,0	19	< 2,0	0	< 10,3	42
< 8,1	20	< 2,7	1	< 10,4	43
< 8,2	21	< 3,4	2	< 10,5	44
< 8,4	22	< 4,0	3	< 10,6	45
< 8,5	23	< 4,4	4	< 10,7	46
< 8,6	24	< 4,8	5	< 10,8	47
< 8,8	25	< 5,1	6	< 10,9	48
< 8,9	26	< 5,3	7	< 11,0	49
< 9,0	27	< 5,6	8	< 11,1	50
< 9,1	28	< 5,8	9	< 11,2	51
< 9,2	29	< 5,9	10	< 11,3	52
< 9,4	30	< 6,1	11	< 11,4	53
< 9,5	31	< 6,3	12	< 11,5	54
< 9,6	32	< 6,4	13	< 11,6	55
< 9,7	33	< 6,6	14	< 11,7	56
< 9,8	34	< 6,7	15	< 11,8	57
< 9,9	35	< 6,9	16	< 11,9	58
< 10,0	36	< 7,0	17	< 12,0	59
< 10,1	37	< 7,2	18	< 12,1	60
< 10,2	38	< 7,3	19		
< 10,3	39	< 7,6	21		
< 10,4	40	< 7,7	20		
< 10,5	41	< 7,8	22		

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (2010)

Gizi buruk yang terjadi pada balita akan menyebabkan meningkatnya resiko sakit bahkan kematian, terganggunya pertumbuhan secara fisik, perkembangan mental dan kecerdasan yang berdampak pada menurunnya kualitas sumber daya manusia di masa mendatang. Penyebab terjadinya gizi buruk tersebut sangat kompleks sehingga penanggulangannya tidak dapat dilakukan dengan pendekatan medis saja melainkan perlu melibatkan sektor terkait. Adapun penyebab langsung terjadinya gizi buruk adalah kurangnya asupan zat gizi yang dibutuhkan tubuh yang disediakan tidak adanya ketahanan pangan di tingkat rumah tangga dan adanya penyakit infeksi yang disebabkan buruknya sanitasi di lingkungan tempat tinggal, di samping faktor lain yang berpengaruh secara tidak langsung seperti kemiskinan, pengetahuan dan pola asuh. Salah satu indikator dasar rendahnya kesehatan masyarakat di Kabupaten Nganjuk dapat dilihat dari tingkat kejadian gizi buruk. Berikut ini adalah data jumlah kejadian gizi buruk yang ditemukan dari tahun 2000 – 2009:

Tabel 8
Data Kejadian Gizi Buruk pada Balita di Kabupaten Nganjuk
Periode 2000 – 2009

No	Tahun	Jumlah Balita (jiwa)	Jumlah Kejadian Gizi Buruk (jiwa)	Persentase (%)
1	2000	6.212	64	1,03%
2	2001	6.097	96	1,57%
3	2002	7.768	133	1,71%
4	2003	55.622	509	0,92%
5	2004	87.055	465	0,53%
6	2005	87.249	384	0,44%
7	2006	87.447	493	0,56%
8	2007	87.637	715	0,82%
9	2008	87.832	670	0,76%
10	2009	73.540	524	0,90%

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (2010)

Berdasarkan data di atas diketahui bahwa kejadian gizi buruk di Kabupaten Nganjuk dari tahun ke tahun selalu mengalami peningkatan. Bahkan pada periode tahun 2003 dan sebelumnya angka kejadian gizi buruk selalu berkisar 0,92% hingga 1,71%. Begitu pula pada tahun 2009 dari 73.504 balita terdapat 524 balita yaitu sekitar 0,90% yang menderita gizi buruk. Dari jumlah tersebut ternyata terdapat 130 balita yang sakit baik bersifat permanen (33 balita) atau memerlukan waktu penyembuhan yang lama, misalnya jantung, kelainan tumbuh kembang, TB (tuberculosis) dan sakit non permanen (77 balita) misalnya batuk, pilek, demam, dan sebagainya.

b. Tingkat Pendidikan Orang Tua Balita

Pendidikan adalah kegiatan belajar mengajar di segala tingkatan baik formal maupun informal. Tingkat pendidikan orang tua dianggap berpengaruh terhadap sejauh mana pengetahuannya dalam pemberian makanan yang sehat dan seimbang bagi balitanya. Berikut ini merupakan data mengenai pendidikan ibu balita yang mengalami gizi buruk :

Tabel 9
Pendidikan Ibu Balita Gizi Buruk

No	Kecamatan	Pendidikan Ibu Balita (KK)					Total (KK)
		PT	SMA	SMP	SD	Tidak Tamat SD	
1	Bagor	-	8	3	9	-	20
2	Baron	-	1	4	4	-	9
3	Berbek	-	3	7	9	1	20
4	Gondang	-	1	3	6	1	11
5	Jatikalen	1	1	2	2	-	6
6	Kertosono	-	12	11	6	-	29
7	Lengkong	-	4	8	11	-	23
8	Loceret	-	4	7	7	-	18
9	Nganjuk	-	9	8	12	-	29
10	Ngetos	-	-	7	10	1	18
11	Ngronggot	-	3	9	4	-	16
12	Pace	-	3	9	14	-	26
13	Patianrowo	-	7	13	12	-	32
14	Prambon	-	1	4	1	1	7
15	Rejoso	-	4	13	17	-	34
16	Sawahan	-	-	5	6	-	11
17	Sukomoro	-	5	6	9	-	20
18	Tanjunganom	1	3	19	23	-	46
19	Wilangan	-	2	5	13	-	20
Kabupaten Nganjuk		2	71	143	175	4	395

*KK : Kepala Keluarga

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (2010)

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa tingkat pendidikan ibu balita yang mengalami gizi buruk paling banyak hanya setingkat SMP (Sekolah Mengengah Pertama) yaitu 143 orang sehingga kurangnya pengetahuan mereka terhadap arti penting pemberian makanan dengan kandungan gizi yang seimbang membuat balita mereka hanya diberikan makanan seadanya tanpa memperhatikan asupan gizi yang terdapat pada makanan yang dikonsumsi balitanya.

c. Tingkat Status Sosial Ekonomi

Faktor status sosial ekonomi dan pekerjaan orang tua juga dianggap berpengaruh terhadap kemampuan bagi orang tua balita dalam memberikan makanan sehat dengan gizi yang seimbang. Jika zat gizi yang diperlukan bagi tumbuh kembang balita tidak terpenuhi dengan baik maka pertumbuhan balita akan terhambat bahkan keadaan bisa semakin memburuk apabila hal ini terus berlangsung dan tidak ada upaya untuk mengatasinya. Berikut ini merupakan distribusi tabel tingkat sosial ekonomi dan pekerjaan orang tua balita gizi buruk :

Tabel 10
Tingkat Sosial Ekonomi Orang Tua Balita Gizi Buruk

No	Kecamatan	Sosial Ekonomi Orang Tua				Total (KK)
		Gakin		Non Gakin		
		Jumlah (KK)	Persentase (%)	Jumlah (KK)	Persentase (%)	
1	Bagor	5	25,00	15	75,00	20
2	Baron	7	77,78	2	22,22	9
3	Berbek	17	85,00	3	15,00	20
4	Gondang	9	81,82	2	18,18	11
5	Jatikalen	5	83,33	1	16,67	6
6	Kertosono	11	37,93	18	62,07	29
7	Lengkong	10	43,48	13	56,52	23
8	Loceret	11	61,11	7	38,89	18
9	Nganjuk	13	44,83	16	55,17	29
10	Ngetos	9	50,00	9	50,00	18
11	Ngronggot	11	68,75	5	31,25	16
12	Pace	16	61,54	10	38,46	26
13	Patianrowo	20	62,50	12	37,50	32
14	Prambon	4	57,14	3	42,86	7
15	Rejoso	22	64,71	12	35,29	34
16	Sawahan	7	63,64	4	36,36	11
17	Sukomoro	13	65,00	7	35,00	20
18	Tanjunganom	33	71,74	13	28,26	46
19	Wilangan	12	60,00	8	40,00	20
Kabupaten Nganjuk		235	59,49	160	40,51	395

*KK : Kepala Keluarga

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (2010)

Berdasarkan data di atas dapat diketahui bahwa jumlah keluarga miskin adalah sebanyak 235 keluarga dengan persentase 59,49 %. Banyaknya keluarga miskin tentu akan mempengaruhi banyaknya jumlah balita yang berasal dari keluarga miskin yang termasuk golongan balita gizi buruk karena salah satu faktor penyebab tidak langsung terjadinya gizi buruk adalah kemiskinan.

Lapangan pekerjaan yang dimiliki oleh kepala keluarga ini juga mempengaruhi tingkat gizi balitanya karena dengan mengetahui pekerjaan orang tuanya maka dapat diketahui penghasilannya dalam satu bulan.

Tabel 11
Pekerjaan Orang Tua Balita Gizi Buruk

No	Kecamatan	Pekerjaan Orang Tua Balita Gizi Buruk (KK)							Total (KK)
		Buruh	Dagang	Pensiun	PNS	Swasta	Tani	Tdk Kerja	
1	Bagor	3	1	-	1	5	10	-	20
2	Baron	3	-	-	-	1	5	-	9
3	Berbek	10	-	-	-	8	2	-	20
4	Gondang	4	-	-	-	2	5	-	11
5	Jatikalen	1	-	-	-	2	3	-	6
6	Kertosono	7	1	-	-	18	3	-	29
7	Lengkong	6	-	-	-	12	5	-	23
8	Loceret	4	1	-	2	4	6	1	18
9	Nganjuk	9	5	-	1	9	5	-	29
10	Ngetos	5	-	-	-	-	12	1	18
11	Ngronggot	8	1	-	-	3	3	1	16
12	Pace	10	1	-	-	9	6	-	26
13	Patianrowo	5	1	-	1	18	6	1	32
14	Prambon	4	-	-	-	2	-	1	7
15	Rejoso	11	-	1	-	6	15	1	34
16	Sawah	2	1	-	-	4	4	-	11
17	Sukomoro	8	-	-	1	5	6	-	20
18	Tanjunganom	23	5	-	-	9	8	1	46
19	Wilangan	1	1	-	1	6	11	-	20
Kab. Nganjuk		124	18	1	7	123	115	7	395

*KK : Kepala Keluarga

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (2010)

d. Kondisi Rumah dan Lingkungan

Kondisi rumah dan lingkungan dianggap menjadi penyebab terjadinya gizi buruk karena keadaan lingkungan yang tidak bersih dan tidak sehat dapat mempengaruhi kesehatan orang yang tinggal di rumah dan lingkungan tersebut terutama balita. Kondisi rumah dan lingkungan meliputi dinding rumah, lantai rumah, kepemilikan jamban, penerangan listrik di rumah orang tua dan sumber air minum.

Berdasarkan kategori tersebut, maka data kondisi rumah dan lingkungan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 12
Dinding Rumah Orang Tua Balita Gizi Buruk

No	Kecamatan	Kepemilikan Rumah (KK)				Total (KK)
		Gedek	Papan Kayu	Tembok	Gedek & Tembok	
1	Bagor	3	1	14	2	20
2	Baron	-	-	9	-	9
3	Berbek	6	1	12	1	20
4	Gondang	4	6	1	-	11
5	Jatikalen	1	3	1	1	6
6	Kertosono	-	1	28	-	29
7	Lengkong	5	6	8	4	23
8	Loceret	-	-	16	2	18
9	Nganjuk	-	1	24	4	29
10	Ngetos	-	2	15	1	18
11	Ngronggot	1	-	14	1	16
12	Pace	1	-	25	-	26
13	Patianrowo	4	-	26	2	32
14	Prambon	-	-	7	-	7
15	Rejoso	3	4	16	11	34
16	Sawahan	1	1	7	2	11
17	Sukomoro	3	2	12	3	20
18	Tanjunganom	3	1	39	3	46
19	Wilangan	1	2	13	4	20
Kabupaten Nganjuk		36	31	287	41	395

*KK : Kepala Keluarga

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (2010)

Tabel 13
Lantai Rumah Orang Tua Balita Gizi Buruk

No	Kecamatan	Lantai Rumah (KK)					Total (KK)
		Bata	Keramik	Plester	Tanah	Tegel	
1	Bagor	-	3	5	8	4	20
2	Baron	1	-	5	2	1	9
3	Berbek	-	5	2	13	-	20
4	Gondang	2	-	1	8	-	11
5	Jatikalen	-	-	1	5	-	6
6	Kertosono	2	9	17	-	1	29
7	Lengkong	2	5	2	12	2	23
8	Loceret	1	3	4	7	3	18
9	Nganjuk	-	4	13	9	3	29
10	Ngetos	2	1	2	13	-	18
11	Ngronggot	-	3	9	4	-	16
12	Pace	-	1	8	13	4	26
13	Patianrowo	-	8	12	11	1	32
14	Prambon	-	1	4	2	-	7
15	Rejoso	1	2	7	19	5	34
16	Sawah	-	4	-	7	-	11
17	Sukomoro	-	5	4	10	1	20
18	Tanjunganom	1	7	19	15	4	46
19	Wilangan	1	-	8	10	1	20
Kabupaten Nganjuk		13	61	123	168	30	395

*KK : Kepala Keluarga

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (2010)

Menurut data yang disajikan pada tabel di atas dapat terlihat bahwa jumlah keluarga yang lantai rumahnya terbuat dari tanah adalah yang paling banyak yaitu berjumlah 168 keluarga. Sedangkan lantai rumah keluarga lainnya ada yang terbuat dari bata berjumlah 13 keluarga, keramik berjumlah 61 keluarga, plester berjumlah 123 keluarga dan tegel berjumlah 30 keluarga.

Tabel 14
Kepemilikan Jamban Pada Rumah Orang Tua Balita Gizi Buruk

No	Kecamatan	Kepemilikan Jamban (KK)		Total (KK)
		Punya	Tidak Punya	
1	Bagor	16	4	20
2	Baron	3	6	9
3	Berbek	11	9	20
4	Gondang	7	4	11
5	Jatikalen	1	5	6
6	Kertosono	27	2	29
7	Lengkong	17	6	23
8	Loceret	14	4	18
9	Nganjuk	27	2	29
10	Ngetos	9	9	18
11	Ngronggot	11	5	16
12	Pace	15	11	26
13	Patianrowo	26	6	32
14	Prambon	6	1	7
15	Rejoso	21	13	34
16	Sawahan	6	5	11
17	Sukomoro	12	8	20
18	Tanjunganom	33	13	46
19	Wilangan	10	10	20
Kabupaten Nganjuk		272	123	395

*KK : Kepala Keluarga

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (2010)

Berdasarkan tabel di atas dapat terlihat bahwa banyak keluarga yang tidak memiliki jamban, yaitu berjumlah 123 keluarga, sedangkan sisanya yang berjumlah 272 keluarga. Padahal jamban merupakan hal yang cukup penting yang harus dimiliki setiap keluarga sebagai tempat pembuangan.

Tabel 15
Sumber Penerangan Rumah Orang Tua Balita Gizi Buruk

No	Kecamatan	Sambungan Listrik (KK)		Total (KK)
		Ada	Tidak Ada	
1	Bagor	16	4	20
2	Baron	8	1	9
3	Berbek	13	7	20
4	Gondang	5	6	11
5	Jatikalen	4	2	6
6	Kertosono	27	2	29
7	Lengkong	17	6	23
8	Loceret	16	2	18
9	Nganjuk	24	5	29
10	Ngetos	15	3	18
11	Ngronggot	13	3	16
12	Pace	22	4	26
13	Patianrowo	24	8	32
14	Prambon	6	1	7
15	Rejoso	29	5	34
16	Sawahan	10	1	11
17	Sukomoro	16	4	20
18	Tanjunganom	38	8	46
19	Wilangan	18	2	20
Kabupaten Nganjuk		321	74	395

*KK : Kepala Keluarga

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (2010)

Pada jaman yang sudah serba modern, banyak hal yang dalam penggunaannya memerlukan sambungan listrik. Maka dari itu, sambungan listrik di setiap rumah merupakan hal yang penting. Akan tetapi, masih ada keluarga yang di rumahnya tidak memiliki sambungan listrik yaitu 74 keluarga sedangkan 321 keluarga memiliki sambungan listrik.

Tabel 16
Sumber Mata Air yang Digunakan Orang Tua Balita Gizi Buruk

No	Kecamatan	Sumber Mata Air yang Digunakan (KK)					Total (KK)
		Sumur Gali	PAM	Mata Air Gunung	Sungai	Lainnya	
1	Bagor	20	-	-	-	-	20
2	Baron	7	1	-	-	1	9
3	Berbek	13	5	2	-	-	20
4	Gondang	10	1	-	-	-	11
5	Jatikalen	5	-	-	-	1	6
6	Kertosono	17	10	-	-	2	29
7	Lengkong	23	-	-	-	-	23
8	Loceret	14	-	2	-	2	18
9	Nganjuk	25	4	-	-	-	29
10	Ngetos	4	7	5	1	1	18
11	Ngronggot	12	3	-	-	1	16
12	Pace	22	1	1	-	2	26
13	Patianrowo	30	2	-	-	-	32
14	Prambon	6	-	-	-	1	7
15	Rejoso	27	6	-	-	1	34
16	Sawahan	-	1	9	-	1	11
17	Sukomoro	13	1	-	-	6	20
18	Tanjunganom	42	2	-	-	2	46
19	Wilangan	14	4	1	1	-	20
Kab. Nganjuk		304	48	20	2	21	395

*KK : Kepala Keluarga

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (2010)

Air merupakan sumber kehidupan manusia. Setiap manusia membutuhkan air untuk memenuhi berbagai kebutuhannya sehari-hari. Sumber air bersih adalah hal terpenting karena dengan air yang bersih maka setiap kegiatan yang dilakukan baik itu untuk mandi, minum ataupun untuk keperluan sehari-hari tidak akan berdampak buruk bagi kesehatan penggunanya.

Sebagian balita yang mengalami gizi buruk berasal dari keluarga miskin dimana mereka hanya mengandalkan sumur gali untuk keperluan sehari-hari. Tentunya akan lebih baik jika menggunakan air PAM, akan tetapi karena keterbatasan biaya maka hanya sumur gali yang mereka gunakan.

e. Kebiasaan Merokok pada Orang Tua Balita

Kebiasaan merokok pada orang tua balita akan mempengaruhi kondisi kesehatan balitanya karena jika orang tua merokok di dekat balitanya maka asap rokok yang mengandung zat-zat berbahaya akan terhirup dimana zat-zat tersebut tidak baik bagi kesehatan terutama pada balita. Berikut ini disajikan data mengenai kebiasaan merokok pada orang tua balita :

Tabel 17
Kebiasaan Merokok Orang Tua Balita Gizi Buruk

No	Kecamatan	Kebiasaan Merokok (KK)		Total (KK)
		Ya	Tidak	
1	Bagor	15	5	20
2	Baron	4	5	9
3	Berbek	16	4	20
4	Gondang	7	4	11
5	Jatikalen	2	4	6
6	Kertosono	19	10	29
7	Lengkong	12	11	23
8	Loceret	14	4	18
9	Nganjuk	16	13	29
10	Ngetos	13	5	18
11	Ngronggot	11	5	16
12	Pace	14	12	26
13	Patianrowo	22	10	32
14	Prambon	2	5	7
15	Rejoso	25	9	34
16	Sawahan	9	2	11
17	Sukomoro	10	10	20
18	Tanjunganom	29	17	46
19	Wilangan	12	8	20
Kabupaten Nganjuk		252	143	395

*KK : Kepala Keluarga

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (2010)

3. Gambaran Umum Program Gentasibu

Pembangunan suatu bangsa bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan setiap warga negaranya dan tingkat kesejahteraan bangsa tergantung pada kemampuan dan kualitas sumber daya manusianya. Ukuran kualitas sumber daya manusia dapat dilihat pada Indeks Pembangunan Manusia (IPM), sedangkan ukuran kesejahteraan masyarakat antara lain dapat dilihat pada tingkat kemiskinan dan status gizi masyarakat. Adapun tolok ukur status gizi masyarakat dapat dilihat dengan cara mengukur berat badan dan tinggi badan yang diwakili oleh status gizi pada balita.

Masih begitu banyak penduduk Indonesia mengalami berbagai masalah gizi kurang. Masalah gizi kurang khususnya masalah gizi buruk saat ini masih menjadi masalah besar bagi pemerintah. Data yang diperoleh melalui Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, masalah gizi buruk diderita oleh 5,4% dari jumlah seluruh balita yang ada. Sedangkan di Nganjuk prevalensi gizi buruk sebesar 0,85%.

Untuk menjawab permasalahan tersebut, maka Drs. H. Taufiqurrahman selaku Bupati Nganjuk mendukung Program Gentasibu yang dipelopori oleh Dra. Ita Taufiqurrahman, Ak, MSi yang juga merupakan ibu bupati dan Ketua Tim Penggerak PKK Kabupaten Nganjuk menginginkan masalah gizi buruk dapat segera teratasi dengan memberdayakan seluruh potensi masyarakat Nganjuk. Tujuan umum kegiatan Gentasibu adalah meningkatnya status kesehatan dan gizi keluarga melalui pemberdayaan keluarga dan masyarakat. Tujuan khususnya adalah :

- 1) Meningkatkan kepedulian sosial di antara instansi pemerintah dan LSM sebagai pendonor serta masyarakat
- 2) Meningkatnya status gizi anak
- 3) Meningkatnya kemampuan kader dalam berkomunikasi dan memberikan konsultasi serta konseling yang bermutu di masyarakat
- 4) Meningkatnya kemandirian serta daya dukung keluarga dan masyarakat dalam perilaku keluarga sadar gizi.

Kegiatan Gentasibu meliputi pemeriksaan kesehatan oleh dokter, pemantauan status gizi dan konseling gizi oleh ahli gizi dan pemberdayaan orang tua balita oleh Tim Penggerak PKK serta pendampingan tumbuh kembang balita oleh kader Gentasibu. Kunjungan oleh Tim Gentasibu Kabupaten dilaksanakan setiap bulan sekali dengan pendampingan oleh kader tiga kali dalam satu minggu. Tugas kader selama proses pendampingan pada balita gizi buruk adalah sebagai berikut :

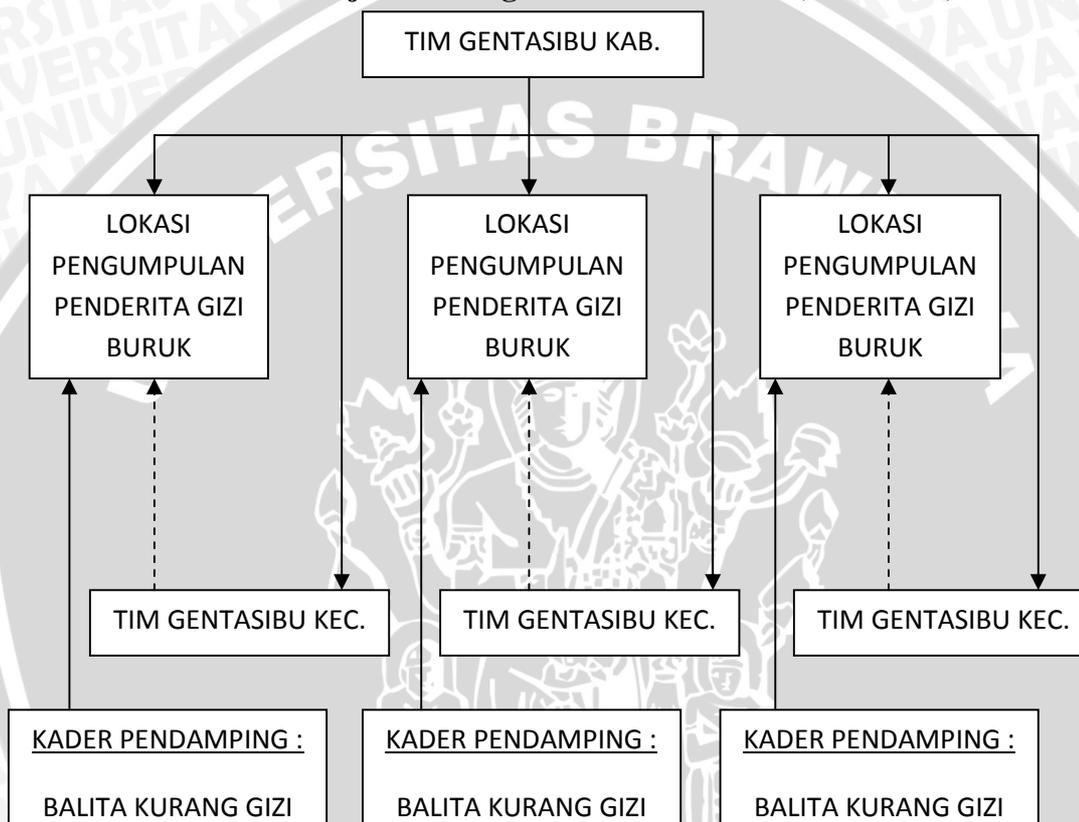
- 1) Gerakan masyarakat untuk datang menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan.
- 2) Nilai nafsu makan dan asupan makan balita.
- 3) Tanyakan dan anjurkan agar orang tua tidak merokok.
- 4) Selenggarakan kegiatan ini tiga kali dalam satu minggu.
- 5) Ingatkan orang tua balita mengenai ke posyandu.
- 6) Bimbing orang tua balita mengenai masalah dan solusi pemecahannya.
- 7) Usaha anda tidak sia-sia karena sangat berguna bagi kejayaan masyarakat Kabupaten Nganjuk.

a. Mekanisme Kerja

Berikut ini merupakan bagan mekanisme kerja pelaksanaan program

Gentasibu:

Gambar 3
Mekanisme Kerja Tim Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)



KETERANGAN :

GARIS KOMANDO : —————>

GARIS KOORDINATOR : - - - - ->

Sumber : Buku Pedoman Pelaksanaan Gentasibu (2010)

b. Pos Gentasibu

Pelayanan Gentasibu bisa ditemui di setiap kecamatan yang ada di

Kabupaten Nganjuk yang tersebar di 42 pos Gentasibu, yaitu:

Tabel 18
Pos Gentasibu Kabupaten Nganjuk

No	Kecamatan	Pos Gentasibu
1	Berbek	1. Balai Ds. Militer 2. Balai Ds. Sonopatih 3. Balai Ds. Maguan
2	Sawahan	1. Pustu Ngliman 2. Polindes Sidorejo 3. Polindes Mojo
3	Loceret	1. Balai Ds. Bajulan 2. Pustu Ngepoh 3. Balai Ds. Sekaran
4	Ngetos	1. Balai Ds. Blongko 2. Balai Ds. Kuncir 3. Polindes Kepel
5	Sukomoro	1. Puskesmas Induk 2. Pustu Puten
6	Tanjunganom	1. Polindes Tanjunganom 2. Polindes Sidoharjo 3. Polindes Sumber Kepuh 4. Polindes Getas
7	Pace	1. Balai Ds. Joho 2. Balai Ds. Kecubung 3. Balai Ds. Pace Kulon
8	Prambon	Pustu Tegarom
9	Lengkong	1. Balai Ds. Sumber Kepuh 2. Balai Ds. Sawahan
10	Jatikalen	Posyandu Desa Jatikalen
11	Patianrowo	1. Balai Ds. Ngepung 2. Balai Ds. Ngrombot
12	Baron	Puskesmas Induk
13	Kertosono	1. Kantor Kec. Kertosono 2. Balai Ds. Tanjung
14	Ngronggot	1. Balai Ds. Kelurahan 2. Balai Ds. Ngronggot
15	Ngluyu	Puskesmas Induk
16	Rejoso	1. Puskesmas Induk 2. Pustu Sukorejo
17	Wilangan	Puskesmas Induk
18	Gondang	Puskesmas Induk
19	Bagor	1. Balai Ds. Ngumpul 2. Kantor Kecamatan
20	Nganjuk	1. Puskesmas Induk 2. Balai Kel. Payaman

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (2010)

4. Proses Pelaksanaan Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

a. Persiapan Pelaksanaan Program Pengentasan Gizi Buruk

Dalam melaksanakan program Gentasibu diperlukan adanya persiapan di berbagai tingkat administrasi. Persiapan dirancang dengan sistematis oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk. Berdasarkan wawancara yang dilakukan peneliti dengan bapak Luhur Budi Wahyono selaku Kepala Sub Bagian Umum berikut ini adalah rencana persiapan sebelum pelaksanaan program (wawancara tanggal 15 Juni 2011 di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk) :

1. Kabupaten/Kota :

- a. Menyiapkan Pedoman Pelaksanaan
- b. Melakukan koordinasi dengan lintas sektor dan lintas program
- c. Membuat Surat Keputusan Bupati/Wali Kota tentang Gerakan Pengentasan Gizi Buruk
- d. Membuat Surat Edaran ke Dinas/Instansi terkait, LSM untuk mendukung kegiatan Gerakan 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/Kota membuat Surat Edaran/Instruksi pelaksanaan kegiatan ke tingkat-tingkat Kecamatan (Puskesmas) dan Desa (Polindes)
- h. Tim Penggerak PKK Kabupaten membuat Surat Edaran/Instruksi pelaksanaan kegiatan ke tingkat Kecamatan (TP PKK Kecamatan dan 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-P/Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan, obat dan vitamin, register laporan,dll)

2. 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 pelaksana Gentasibu tingkat Kecamatan
- 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. 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

Peneliti menanyakan kembali tentang persiapan sebelum melaksanakan Program Gentasibu kepada ibu Wiwik Sulistyowati selaku Staf Sub Bagian Umum, “Apakah berdasarkan ketentuan di atas semua persiapan dilalui tanpa ada hambatan dan berjalan sesuai dengan yang direncanakan?”

“Sejauh ini persiapan yang belum berjalan lancar adalah pendataan sasaran program Gentasibu karena ada beberapa data yang kami peroleh dari puskesmas di berbagai kecamatan belum sesuai dengan jumlah balita gizi buruk sebenarnya yang tinggal di lingkungan tersebut. Beberapa balita belum dimasukkan sebagai target karena kurangnya kepedulian orang tua balita untuk secara rutin memeriksakan keadaan balitanya ke puskesmas. Akan tetapi balita tersebut tetap diintervensi dengan pola yang sama seperti yang dilakukan kepada balita lain yang sudah terdata sebagai target program Gentasibu ini.” (wawancara tanggal 15 Juni 2011 di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

b. Pelaksanaan Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

1. Penemuan Kasus Balita Kurang Gizi

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) lalu dilakukan pengukuran tinggi badan yang selanjutnya diolah dengan dengan parameter BB/TB masuk kategori $< - 2 SD$ / kurus menjadi sasaran program Gentasibu. Berdasarkan penimbangan yang dilaksanakan setiap bulan

sekali, dimungkinkan jumlah balita juga akan terus bertambah seiring dengan angka kelahiran yang juga mengalami peningkatan, begitu pula dengan jumlah balita gizi kurang maupun gizi buruk. Untuk memperoleh penjelasan, peneliti melakukan wawancara dengan bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala Seksi Gizi, “Apakah jumlah balita tersebut akan mempengaruhi jumlah balita yang menjadi sasaran program Gentasibu?”

“Dari 524 balita yang teridentifikasi sebagai balita gizi buruk, akan diintervensi atau ditindaklanjuti. Jika gizinya membaik, maka akan terus diintervensi sampai satu tahun supaya tidak lagi kembali pada keadaan gizi buruk. Hal ini pula yang dilakukan terhadap 405 balita yang tergolong gizi kurang, dimana mereka juga merupakan sasaran program Gentasibu. Mereka mendapatkan perlakuan dan perhatian seperti yang diterima oleh balita gizi buruk supaya tidak semakin parah dan status gizinya berubah menjadi gizi baik. Begitu pula jika ditemukan data baru, dimana data baru ini tidak akan dimasukkan ke dalam target program Gentasibu melainkan tetap ditangani oleh pihak puskesmas setempat dengan pola yang sama seperti pada program Gentasibu.” (wawancara tanggal 15 Juni 2011 di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

Peneliti juga menanyakan kepada dokter Wahyudi selaku dokter yang bertugas di Puskesmas Induk Kecamatan Rejoso, “Bagaimana peran dan tugas anda dalam pelaksanaan program Gentasibu?”

”Saya memeriksa kondisi kesehatan balita. Dari hasil pemeriksaan akan diketahui apakah balita tersebut sehat atau sakit. Apabila balita sedang sakit maka dapat diketahui pula apakah penyakit yang dideritanya tergolong permanen atau non permanen. Yang termasuk golongan penyakit permanen biasanya membutuhkan waktu yang lama untuk penyembuhannya sedangkan yang termasuk golongan non permanen dapat diberikan obat-obatan untuk mengatasi penyakitnya dan pemberian multivitamin untuk menjaga stabilitas dan daya tahan tubuh.” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Puskesmas Induk Kecamatan Rejoso)

Berikut ini merupakan hasil observasi yang dilakukan peneliti pada saat pelaksanaan program Gentasibu di Kecamatan Rejoso :

Gambar 4
Observasi yang dilakukan peneliti ketika mewawancara dokter yang bertugas di Puskesmas Kecamatan Rejoso



Peneliti mengajukan pertanyaan yang sama kepada ibu Masruki selaku ahli gizi dari Dinas Kesehatan. beliau menyatakan :

“Saya merujuk berdasarkan pemeriksaan dokter, lalu saya memberikan konseling pada orang tua balita dan memberikan PMT-P untuk satu bulan, begitu seterusnya sampai beberapa bulan selanjutnya sehingga status gizi balita menjadi baik.” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Puskesmas Induk Kecamatan Rejoso)

Gambar 5
Ahli gizi ketika memberikan konseling kepada orang tua balita dan kader pendamping di Puskesmas Kecamatan Rejoso



- a. Tujuan : untuk mendapatkan data sasaran program Gentasibu
- b. Sasaran : semua balita yang datang dan ditimbang di posyandu masuk dalam kategori BGM yang selanjutnya diverifikasi dengan pengukuran tinggi badan dengan parameter BB/TB ($< - 2$ SD) /kurus
- c. Pelaksana: Bidan Pembina wilayah dan petugas gizi puskesmas
- d. Langkah-langkah kegiatan :
 - 1) 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 kasus 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 balita kurang gizi dan mengumpulkan data dasar balita kurang gizi
- 6) Data hasil verifikasi dari masing-masing kecamatan selanjutnya dikirim ke Tim Gentasibu untuk ditindaklanjuti.

2. Kader Pendamping

Kader pendamping adalah salah satu penggerak bagi keberhasilan program Gentasibu. Untuk itu, penentuan kader pendamping sangat penting diperhatikan.

- a. Tujuan : mampu memberikan motivasi dan melakukan mitra kerja dengan berbagai lintas sektor yang terkait
- b. Sasaran : masyarakat yang mempunyai persyaratan, bisa baca tulis, mau bekerja, mampu memberikan motivasi dan bertempat tinggal dekat dengan sasaran balita kurang gizi yang ada di wilayahnya (satu wilayah Rukun Tetangga)
- c. Pelaksana : Bidan Pembina wilayah bersama Tim Penggerak PKK Desa
- d. Langkah-langkah kegiatan :
 - 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 satu balita kurang gizi didampingi oleh satu kader pendamping
- 3) Bidan Pembina wilayah mengirimkan data kader pendamping ke tingkat kecamatan
- 4) Kader pendamping yang terpilih mendapatkan pelatihan tentang program Gentasibu

c. Pengawasan Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

Pengawasan dalam suatu kegiatan sangatlah penting guna menjamin pelaksanaan sesuai dengan kebijakan dan rencana yang telah ditentukan serta untuk menjamin agar tujuan dari kebijakan tersebut dapat tercapai dengan baik. Setiap organisasi mempunyai rencana dalam usaha pencapaian tujuannya. Untuk itu, diperlukan pengawasan agar tujuan organisasi yang telah direncanakan dapat terlaksana. Setelah persiapan dan agenda kegiatan program Gentasibu dibuat maka pemerintah, dokter, ahli gizi, tim penggerak PKK dan kader pendamping perlu melaksanakan tugasnya. Dalam hal ini tim penggerak PKK yang berhadapan langsung dengan kader pedamping, orang tua dan balita gizi buruk karena mereka yang berkewajiban mengawasi dan memberikan motivasi terhadap orang tua balita agar mematuhi pengarahan dari ahli gizi yang memberikan konseling.

Untuk mengetahui prosedur pengawasan yang dilakukan agar pelaksanaan Gentasibu berjalan dengan baik, maka peneliti menanyakan kepada bapak Eddy Nurhayadi selaku Staf Seksi Gizi, “Bagaimana bentuk pengawasan yang

dilakukan oleh semua pihak yang bertugas dalam melaksanakan program Gentasibu?" Menanggapi pertanyaan peneliti, beliau mengungkapkan :

"Kegiatan pengawasan yang dilakukan oleh Tim Penggerak PKK Desa terus berlangsung sampai ada peningkatan status gizi. Setelah mendapatkan pemeriksaan dari dokter dan diketahui kondisinya maka ahli gizi memberikan konseling dan PMT-P untuk persediaan selama satu bulan, kader pendamping melakukan pengawasan dengan mendatangi keluarga yang memiliki balita gizi buruk tiga kali seminggu untuk memantau perkembangan gizi balitanya. Jika status gizinya menurun, maka kader pendamping akan menanyai orang tua balita tersebut dan mencari solusi supaya masalah ini dapat teratasi." (wawancara tanggal 15 Juni 2011 di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

Menjawab pertanyaan yang sama, ibu Musrifah selaku anggota Tim Penggerak PKK menambahkan peran pengawasan yang wajib dilakukannya :

"Saya bersama anggota PKK yang lain bertugas tiap bulan di puskesmas memberikan motivasi pada ibu-ibu balita dan kader yang mendampinginya. Kan ada kalanya berat badan anaknya turun mbak jadi kami harus bisa mendorong ibu balitanya untuk lebih perhatian sama anaknya jadi tidak terus-terusan menderita gizi buruk." (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Kantor PKK Kabupaten Nganjuk)

Tidak kalah penting tugas ibu Yayuk selaku kader pendamping mengungkapkan mengenai tugasnya :

"Saya menjadi kader pendamping karena prihatin dengan lingkungan tempat tinggal saya mbak. Banyak anak-anak yang badannya kurus. Jadi saya rasa perlu membuat perubahan supaya anak-anak itu bisa tumbuh sehat. Saya memantau perkembangan balita tiga kali seminggu. Biasanya saya datang ke rumahnya lalu saya tanya apa vitaminnya sudah diminum, susunya juga dan makanan tambahannya apa sudah dimakan. Ada perkembangan atau keluhan tentang kesehatan balitanya apa tidak. Kalau ada masalah saya coba mengatasinya jika sudah waktunya pemeriksaan Gentasibu saya konsultasikan dengan ibu PKK, dokter atau ahli gizinya." (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Puskesmas Induk Kecamatan Rejoso)

d. Evaluasi Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

Pada hakikatnya evaluasi diyakini sangat berperan dalam upaya meningkatkan kualitas operasional suatu program dan berkontribusi penting dalam memandu pembuat kebijakan di seluruh strata organisasi. Dengan menyusun, mendesain evaluasi yang baik dan menganalisis hasilnya, kegiatan evaluasi dapat memberi gambaran tentang bagaimana kualitas operasional program, layanan, kekuatan dan kelemahan yang ada serta efektivitas biaya dan arah produktif potensial.

Evaluasi program bertujuan untuk menilai kinerja pelaksanaan, manfaat, dampak dan keberlanjutan kegiatan yang dilaksanakan berdasarkan tujuan dan sasaran program Gentasibu yang telah ditetapkan. Kegiatan evaluasi dilakukan secara rutin dan berkala. Kegiatan evaluasi perlu disusun secara sistematis, obyektif dan transparan. Kegiatan evaluasi dilakukan berdasarkan laporan di lapangan, hasil pengawasan dan pengaduan dari berbagai pihak yang berkaitan langsung dengan peristiwa yang terjadi di lapangan.

Kegiatan evaluasi ditujukan untuk menilai :

1. Input : Sumber daya manusia (jumlah dan kualitas), bahan paket PMT-P, obat-obatan dan multivitamin, dana, fasilitas dan sarana pelayanan kesehatan.
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. Outcome : Meningkatnya status kesehatan dan gizi masyarakat serta tingkat sosial ekonomi keluarga.

Berdasarkan beberapa hal di atas yang dijadikan standar penilaian, peneliti bertanya kepada ibu Yudi selaku anggota Tim Penggerak PKK, “Bisakah ibu menjelaskan bagaimana setiap komponen input dinilai dalam kegiatan evaluasi?”

“Input yang berupa SDM yang dievaluasi adalah kader pendamping dari masing-masing balita, dimana jika balita yang menjadi tanggung jawabnya mengalami peningkatan gizi maka kader dan balitanya akan diberikan *reward*. Akan tetapi, jika balitanya masih belum mengalami peningkatan gizi tidak akan diberikan *punishment* karena para kader ini adalah pekerja sosial. Aspek input lain yang juga dievaluasi adalah bahan paket PMT-P, obat-obatan, susu dan multivitamin. Dimana jika ada balita yang tidak cocok dengan bahan tersebut maka akan diganti dengan jenis yang lain.” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Kantor PKK Kabupaten Nganjuk)

Aspek proses merupakan aspek menentukan keberhasilan suatu program. Maka tahap ini juga perlu dievaluasi untuk dapat mengetahui apakah target sudah berhasil dicapai. Untuk itu peneliti bertanya kepada bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala Seksi Gizi, “Bagaimana dengan proses pelaksanaan program Gentasibu?”

“Dalam pelaksanaan program Gentasibu semua pihak terkait meliputi dokter, ahli gizi (dari pihak Dinas Kesehatan) dan Tim Penggerak PKK mengintervensi keluarga yang memiliki balita gizi buruk. Ketika evaluasi, dari hasil pemeriksaan akan diketahui apa penyebabnya dan dicarikan solusi yang tepat. Adapun pihak-pihak yang diharapkan berpartisipasi aktif dalam program Gentasibu adalah semua pihak terkait diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi kelancaran dan tercapainya tujuan dari

program Gentasibu.” (wawancara tanggal 15 Juni 2011 di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

Peneliti bertanya mengenai penilaian aspek output kepada ibu Masruki selaku ahli gizi, “Aspek output apa sajakah yang dievaluasi terhadap pelaksanaan program Gentasibu?”

“Dalam evaluasi program Gentasibu dinilai jumlah balita yang datang saat program Gentasibu setiap bulan di berbagai kecamatan lalu dari hasil dapat diketahui ada balita yang gizinya meningkat, menurun atau tetap seperti bulan sebelumnya.” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Puskesmas Induk Kecamatan Rejoso)

Dari beberapa aspek yang perlu dievaluasi tidak lupa dampak atau hasil dari pelaksanaan program Gentasibu juga dinilai. Peneliti berusaha memperoleh jawaban dengan bertanya kepada bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala Seksi Gizi, “Bagaimana aspek hasil dinilai dalam evaluasi setiap semester?”

“Pada acara evaluasi Bupati dan Ketua Tim Penggerak PKK menyerahkan penghargaan kepada berbagai pihak yang aktif dan peduli dengan program Gentasibu ini. Pihak yang mendapat penghargaan adalah kader pendamping dan balita yang mengalami peningkatan gizi. Dengan adanya penghargaan ini maka kader pendamping balita lain jadi termotivasi untuk melakukan tugasnya lebih baik.” (wawancara tanggal 15 Juni 2011 di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

Peneliti juga menanyakan kepada bapak Guruh selaku Kepala Seksi Gizi, “Siapa yang mengevaluasi program Gentasibu dan kapan pelaksanaannya?”

“Hasil pengawasan dan pengaduan dari berbagai pihak yang berkaitan langsung dengan pelaksanaan kegiatan Gentasibu di lapangan dilaporkan kepada pihak Dinas Kesehatan. Kegiatan evaluasi ini dilaksanakan tiap semester atau enam bulan sekali di Pendopo Kabupaten Nganjuk. Acara tersebut dihadiri oleh seluruh satuan pelaksana Gentasibu Kabupaten Nganjuk. Selain dihadiri oleh Bupati Nganjuk, hadir pula seluruh kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) di lingkungan Pemerintah

Kabupaten Nganjuk dan jajaran Muspida.” (wawancara tanggal 15 Juni 2011 di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

Kegiatan Gentasibu yang masih berjalan hingga saat ini memerlukan beberapa perubahan, perbaikan dan evaluasi. Pelaksanaan Rapat Koordinasi Evaluasi Pengentasan Gizi Buruk pertama kali dilaksanakan pada tanggal 26 Januari 2010 di Pendopo Kabupaten Nganjuk. Acara tersebut dihadiri oleh seluruh satuan pelaksana Gentasibu Kabupaten Nganjuk. Selain dihadiri oleh Bupati Nganjuk, hadir pula seluruh kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) di lingkungan Pemerintah Kabupaten Nganjuk dan jajaran Muspida. Ibu Ita menjelaskan kegiatan ini dilaksanakan dengan tujuan untuk menyelamatkan generasi muda agar bisa berkarya lebih baik untuk masa depan Nganjuk dengan menerapkan gizi yang seimbang. Dari hasil pemantauan selama kurun waktu tersebut sudah ada peningkatan dalam hal pemberian makanan bergizi kepada masyarakat Nganjuk sehingga diharapkan pada akhir tahun 2010 target pemenuhan gizi seimbang dapat tercapai.

Bupati Nganjuk dalam sambutannya menegaskan bahwa kegiatan Gentasibu ini tidak akan berhasil tanpa partisipasi dari masyarakat Nganjuk. Oleh karena itu, beliau mengharapkan peran serta masyarakat dalam mensukseskan program ini. Pada acara tersebut pula, Bupati dan Ketua Tim Penggerak PKK Ny. Ita Taufiqurrahman menyerahkan penghargaan kepada berbagai pihak yang telah dinilai cukup aktif dan peduli. Berikut ini merupakan daftar balita yang tergolong kategori gizi baik dalam peningkatan status gizi buruk menjadi gizi baik dalam program Gentasibu pada hasil evaluasi terakhir :

Tabel 19
Peningkatan Status Gizi Balita

No	Kecamatan	Desa	Nama			Kader
			Org Tua	Pekerjaan	Balita	
1	Pace	Batembat	Sukarji /Wiwik	Swasta	M. Riyanto	Sumiati
2	Berbek	Bendung Rejo	Sugeng	Tukang becak	Suci AN.	Hariwati
3	Rejoso	Talun	Sukani /Sunarti	Buruh Tani	Aullyatama	Yayuk
4	Nganjuk	Kauman	Rohman /Legini	Swasta	M. Ervan Tegar S.	Siti Fatonah
5	Rejoso	Rejoso	Winarno /Sunarsih	Buruh Tani	Fitri Amanah	Sulastri

Sumber : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk (2010)

5. Faktor Pendukung dan Penghambat Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

a. Faktor Pendukung

Dalam pelaksanaan program Gentasibu tentu dapat ditemui berbagai faktor yang mendukung dalam kelancarnya. Untuk mengetahui faktor apa saja yang mendukung pelaksanaan program Gentasibu, peneliti melakukan wawancara guna memperoleh jawaban.

1. Komitmen Kebijakan dan Tanggung Jawab Pemerintah

Usaha memperbaiki status gizi masyarakat dari gizi buruk menjadi status gizi yang lebih baik di Kabupaten Nganjuk diwujudkan dengan dibentuknya Tim Gentasibu yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Bupati. Melalui hal tersebut dapat dilihat sejauh mana pemerintah daerah bertanggung jawab terhadap kesejahteraan masyarakatnya. Program ini sejalan dengan upaya pemerintah

sebagaimana diungkapkan oleh bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala Seksi

Gizi :

“Faktor yang mendukung program Gentasibu hingga sekarang ini adalah komitmen kebijakan dari Bapak Bupati dengan berbagai instansi terkait dalam usaha mengatasi masalah gizi buruk. Dukungan dari Bupati diwujudkan dengan mengeluarkan Surat Keputusan Bupati Nganjuk No. 188/ 140/ K/ 411.013/ 2009 tentang Pembentukan Tim Gerakan Pengentasan Gizi Buruk Tingkat Kabupaten Nganjuk.” (wawancara tanggal 15 Juni 2011 di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

2. Sumber Dana

Sumber dana program Gentasibu berasal dari Anggaran Pemerintah Belanja Daerah (APBD Propinsi/Kabupaten), instansi terkait yang tertarik untuk memberikan bantuan dana atau Lembaga Swadaya Masyarakat dan sumber bantuan lain yang sifatnya tidak mengikat. Sebagaimana diungkapkan oleh bapak Guruh Hariwibowo selaku Kepala Seksi Gizi :

“Ada pula bantuan langsung dari berbagai dinas seperti bantuan sembako dari Dinas Sosial, Tenaga Kerja dan Transmigrasi Kabupaten Nganjuk kepada kepala keluarga balita gizi buruk. Sedangkan, Dinas Sosial Propinsi Jawa Timur memberikan bantuan dana. Bantuan lain datang pula dari lembaga donor lain yaitu dari BUMN berupa multivitamin. Disediakan pula mobil ‘Gentasibu’ sebagai kendaraan operasional sebanyak dua buah untuk kepentingan pemantauan ke desa-desa atau kegiatan lain yang berkaitan dengan program Gentasibu.” (wawancara tanggal 15 Juni 2011 di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

Tidak lupa peneliti juga menanyakan sejauh mana dana berpengaruhnya sumber dana dalam program Gentasibu ini kepada dokter Wahyudi selaku dokter yang memeriksa keadaan balita pada program Gentasibu di Kecamatan Rejoso :

“Dilihat dari tingkat keberhasilan yang cukup tinggi dimana dari 22 balita yang hadir hari ini, 16 diantaranya mengalami peningkatan berat badan maka kegiatan ini tidak akan berhasil tanpa bantuan dana dari pemerintah yang diberikan dalam bentuk susu, MP ASI (Makanan Pendamping Air Susu Ibu) dalam bentuk roti, multivitamin dan biaya transport.” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Puskesmas Induk Kecamatan Rejoso)

3. Partisipasi dari Kader dan Orang Tua

Kerjasama dan komunikasi yang baik antara kader pendamping dan orang tua merupakan faktor yang dapat menunjang keberhasilan program Gentasibu. Untuk lebih jelasnya peneliti menanyakan tentang faktor yang mendukung kegiatan Gentasibu ini kepada Ibu Wiwik selaku kader pendamping Kecamatan Rejoso yang mendampingi Ibu Sugianto dan balitanya yang bernama Hasan berusia 55 bulan pada saat pelaksanaan Program Gentasibu :

“Sejauh ini setelah mengikuti dua periode kegiatan Gentasibu, Hasan mendapatkan asupan gizi yang cukup juga ilmu baru bagi orang tuanya. Saya juga berharap supaya orang tua Hasan bisa lebih mandiri supaya terus terjadi peningkatan berat badan yang berindikasi pada terwujudnya gizi baik. Manfaatnya sungguh terasa karena kebanyakan dari orang tua balita ini pendidikannya rendah sehingga pengetahuan akan pentingnya pemenuhan gizi seimbang juga rendah.” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Puskesmas Induk Kecamatan Rejoso)

Berikut ini merupakan hasil observasi yang dilakukan peneliti pada saat pelaksanaan program Gentasibu di Kecamatan Rejoso :

Gambar 6

Kader pendamping, orang tua balita dan balita sasaran program Gentasibu



Ibu Sugianto, orang tua balita yang bernama Hasan mengungkapkan bahwa :

“Saya senang dengan adanya kegiatan ini karena saya jadi paham tentang pentingnya pemberian makanan yang bergizi pada anak saya. Saya juga mendapat ilmu baru dalam merawat dan memberikan makanan kepada anak saya.” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Puskesmas Induk Kecamatan Rejoso)

Dokter Wahyudi selaku dokter yang memeriksa kesehatan balita di Kecamatan Rejoso menambahkan pula bahwa :

“Pendampingan dari para kader juga sangat membantu proses peningkatan status gizi balita, dimana para kader ini bertugas memberikan motivasi dan pengarahan kepada orang tua balita akan pentingnya pemenuhan gizi seimbang. Pendampingan dari para kader ini diharapkan dapat mempercepat proses peningkatan status gizi karena kunjungan kepada balita gizi buruk dilakukan dua sampai tiga kali dalam satu minggu, jadi para kader inilah yang sangat memahami apa yang terjadi pada balita selain orang tuanya. Meskipun masih ada orang tua yang menerapkan pola asuh yang salah dimana orang tua balita yang kebanyakan bekerja di ladang biasanya membawa anaknya ikut ke ladang sehingga balita tidak diberikan makan seadanya karena orang tuanya bekerja dari pagi hingga sore hari.” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Puskesmas Induk Kecamatan Rejoso)

Senada dengan beberapa pernyataan di atas, Ibu Masruki selaku ahli gizi dari Dinas Kesehatan juga mengatakan bahwa :

“Peran orang tua dan kader pendamping sama pentingnya dalam usaha untuk meningkatkan gizi balita karena balita lebih sering bertemu dengan orang-orang tersebut, sementara kunjungan dari Dinas Kesehatan dan Tim Penggerak PKK di pos Gentasibu hanya satu bulan sekali jadi diharapkan orang tua dan kader pendamping betul-betul memperhatikan nilai gizi seimbang yang dikonsumsi oleh balitanya. Meskipun ada beberapa orang tua masih menerapkan pola asuh yang salah dan tidak sabar dalam menyuapi balitanya.” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Puskesmas Induk Kecamatan Rejoso)

b. Faktor Penghambat

Pelaksanaan program Gentasibu juga tidak lepas dari faktor-faktor yang menghambat kegiatan pelaksanaannya.

1. Tingkat Kemiskinan

Kemiskinan merupakan faktor yang menghambat terlaksananya program Gentasibu dengan baik karena pendapatan orang tua balita pas-pasan sehingga tidak terpikirkan untuk memenuhi kebutuhan asupan gizi yang diperlukan oleh balitanya. Dalam hal ini peneliti menanyakan kepada bapak Nanang Suprpta selaku Staf Sub Bagian Umum mengenai faktor apa yang menghambat dalam pelaksanaan kegiatan Gentasibu :

”Tingkat kemiskinan dimana jumlah keluarga miskin juga merupakan hal yang mendasari terjadinya gizi buruk sehingga akses beli pangan dengan gizi seimbang rendah. Mereka juga mengandalkan susu sebagai makanan tambahan yang diberikan oleh Dinas Kesehatan karena gizi balitanya tidak akan meningkat jika hanya mengandalkan bantuan saja karena itu bukan merupakan makanan pokok.” (wawancara tanggal 15 Juni 2011 di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

Begitu pula menurut dokter Wahyudi yang mengungkapkan bahwa :

“Latar belakang ekonomi yang lemah pun ikut andil dalam menghambat proses peningkatan status gizi karena walaupun sudah diberikan bantuan berupa susu, multivitamin dan MP ASI, makanan sehari-hari adalah hal terpenting dalam usaha mewujudkan tujuan dari kegiatan ini. Orang tua tidak seharusnya hanya menggantungkan dan mengandalkan bantuan yang diberikan tetapi juga harus ada kesadaran orang tuanya. Adapula balita yang alergi terhadap susu jadi zat pembangun yang terkandung di dalam susu tidak mereka dapatkan akan tetapi tadi sudah saya sarankan untuk mencoba beralih pada susu kedelai.” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Puskesmas Induk Kecamatan Rejoso)

2. Menu Makanan yang Kurang Variatif Membuat Balita Bosan

Makanan yang dikonsumsi balita sehari-hari juga mempengaruhi nafsu makan mereka. Jika tidak ada keberagaman, maka balita akan cenderung bosan dan tidak mau makan. Hal ini berpengaruh pula terhadap perkembangan mereka sehingga tidak tumbuh dengan baik sesuai dengan masa pertumbuhan yang semestinya.

Berdasarkan hal tersebut peneliti bertanya kepada ibu Sunarsih, orang tua balita bernama Fitri, “Apa yang membuat anak ibu susah makan?”

“Selain karena Fitri sedang sakit, kadang-kadang dia juga malas makan karena menu makanan yang itu-itu saja membuat dia bosan.” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Puskesmas Induk Kecamatan Rejoso)

Peneliti juga menanyakan hal serupa kepada ibu Masruki selaku ahli gizi untuk mendapatkan jawaban yang lebih jelas. Beliau mengungkapkan bahwa :

“Anak-anak memang cepat bosan, apalagi jika menu makanan yang disediakan tidak sesuai selera atau hanya itu-itu saja. Padahal di usia balita, mereka cenderung agresif, senang bermain, berlari ke sana kemari sehingga mereka membutuhkan asupan makanan yang cukup untuk mengganti energi yang telah terbuang. Selain itu anak-anak juga suka jajan sembarangan dimana kandungan yang terdapat di dalam makanan yang mereka konsumsi tidak sehat dan tidak boleh dimakan dalam kurun waktu yang sering. Umumnya jajanan yang mereka sukai mengandung zat P3 yaitu pengawet, penyedap dan pewarna. Jajanan tersebut juga terkadang diletakkan di tempat yang tidak bersih, terbuka sehingga mudah terkena debu atau dihindangi lalat. Makanan seperti ini yang tidak boleh dikonsumsi berlebihan oleh balita, apalagi balita gizi buruk. Orang tua juga sering lupa memperhatikan tanggal kadaluarsa suatu produk makanan atau minuman yang dibeli.” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Puskesmas Induk Kecamatan Rejoso)

6. Efektivitas Pelaksanaan Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

Efektivitas dalam pelaksanaan program Gentasibu berkaitan dengan sejauh mana program tersebut dapat berpengaruh terhadap peningkatan status gizi yang diterima oleh masyarakat. Efektivitas pelaksanaan mengarah pada suatu pengelolaan kegiatan yang berhubungan dengan pengarahan, pembinaan dan penyelenggaraan program pemerintah.

Secara konseptual, efektivitas merupakan standar kualifikasi dalam penyelenggaraan *good governance* dimana seluruh proses kegiatan dan kelembagaan yang perlu diarahkan untuk menghasilkan sesuatu yang benar-benar sesuai dengan kebutuhan melalui pemanfaatan setiap sumber daya yang tersedia dengan sebaik-baiknya.

Begitu pula dalam proses pelaksanaan Gentasibu, dimana setiap pihak yang terkait perlu melakukan tugas dan fungsinya agar tujuan yang telah ditetapkan dapat tercapai. Pelaksanaan kegiatan Gentasibu dapat dikatakan efektif atau berhasil jika sudah mampu memilih tujuan atau peralatan yang tepat, dengan kata lain melakukan pekerjaan yang benar untuk mencapai tujuan. Untuk mengetahui hal ini, maka peneliti memperoleh informasi dari bapak Guruh Hariwibowo sebagai Kepala Seksi Gizi.

”Kalau yang saya lihat sejauh programnya berjalan efektif dilihat dari adanya penurunan jumlah balita yang berstatus gizi buruk ataupun perubahan status balita gizi buruk menjadi lebih baik meskipun hasilnya belum bisa dikatakan optimal karena masih ada beberapa kasus yang belum ditemukan. Pembentukan Tim Gentasibu kan juga menandakan bahwa bapak Bupati peduli dengan masalah yang ada di Nganjuk ini, mbak. Kadernya sekarang juga semakin antusias dan rutin mengajak orang tua serta balitanya ke puskesmas.” (wawancara tanggal 15 Juni 2011 di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

Peneliti menginginkan bukti yang lebih akurat lagi, kemudian peneliti bertanya kepada bapak Eddy Nurhayadi selaku Staf Seksi Gizi, "Apakah Bapak bisa menunjukkan kepada saya, bukti apa yang bisa menguatkan pendapat Bapak bahwa program ini sudah bisa dikatakan tepat sasaran?"

"Bisa mbak lihat dari usaha program ini yang dilakukan dengan berkelanjutan dimana ketika balita teridentifikasi sebagai balita gizi buruk maka akan dilakukan penanganan sesuai dengan prosedur sampai status gizinya meningkat. Walaupun ditemukan kejadian yang hasilnya fluktuatif, misalnya setelah dilakukan penanganan yang sesuai mengapa tetap bergizi buruk atau setelah bergizi baik menurun kembali menjadi gizi buruk, maka akan dicarikan solusinya sampai kondisi balita tersebut stabil. Begitu pula jika seorang balita tergolong gizi kurang maka akan ditangani dengan prosedur yang sama sehingga status gizinya tidak menurun menjadi gizi buruk." (wawancara tanggal 15 Juni 2011 di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

Peneliti juga berusaha memperoleh informasi melalui ibu Legini selaku orang tua balita yang bernama Ervan mengungkapkan :

"Saya senang dengan kegiatan Gentasibu ini karena kami jadi paham makanan apa yang baik diberikan untuk anak. Dari Gentasibu yang dilakukan setiap bulannya saya jadi tahu perkembangan gizi anak saya yang sekarang sudah semakin membaik. Kami juga diberikan banyak bantuan seperti makanan, vitamin dan susu." (wawancara tanggal 13 Juli 2011 di Puskesmas Induk Kecamatan Nganjuk)

Peneliti juga menanyakan kepada bapak Guruh selaku Kepala Seksi Gizi, "Bagaimana program Gentasibu ini dapat dikatakan berhasil?"

"Program Gentasibu dikatakan berhasil ketika semua agenda berjalan sesuai dengan tujuan awal. Selain itu dapat dilihat dari indikator keberhasilan berupa adanya partisipasi dari dinas/instansi dalam penanggulangan masalah gizi buruk. Seluruh balita gizi buruk yang teridentifikasi dapat ditangani dan apabila balita tersebut mengalami sakit mendapatkan perawatan di puskesmas atau rumah sakit sesuai dengan tata laksana bagi balita kurang gizi. Terdapat peningkatan status gizi balita serta kepedulian masyarakat (orang tua balita gizi buruk) dalam merawat

dan menangani balitanya.” (wawancara tanggal 15 Juni 2011 di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)

Peneliti menanyakan pula kepada Ibu Sulastri sebagai kader pendamping. Beliau menyatakan bahwa, “Kegiatan Gentasibu ini saya rasa sudah cukup efektif karena banyak sekali manfaat yang bisa kami dapatkan. Dengan menjadi kader, saya harus bertanggung jawab terhadap perkembangan balita yang saya tangani. Semua pengarahan yang saya peroleh dari dokter, ahli gizi dan ibu PKK menambah pengetahuan tentang gizi yang baik.” (wawancara tanggal 14 Juli 2011 di Puskesmas Induk Kecamatan Rejoso)

B. Pembahasan Hasil Penelitian

1. Proses Pelaksanaan Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

a. Persiapan Pelaksanaan Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

Kegiatan pembangunan yang dilakukan pemerintah dapat diwujudkan dengan melaksanakan program yang berkaitan dengan kepentingan masyarakat. Pemerintah perlu memperhatikan kebutuhan dasar masyarakat agar dapat merencanakan program yang akan dilaksanakan guna memenuhi kebutuhan tersebut. Begitu pula dengan Program Pengentasan Gizi Buruk yang sedang dilaksanakan di Kabupaten Nganjuk sejak tahun 2009. Program ini mengacu pada paradigma *Basic Needs Development* (Suryono, 2006) yang konsep dasarnya berkaitan dengan penyediaan kebutuhan minimal bagi penduduk golongan miskin. Kebutuhan minimal yang dimaksud misalnya adalah pangan, akses air bersih, sanitasi dan pendidikan. Program Gentasibu yang sedang dilaksanakan oleh pemerintah Kabupaten Nganjuk ini merujuk pada paradigma tersebut dimana pemerintah berusaha mengatasi masalah gizi buruk yang masih banyak ditemui dengan berbagai rencana kegiatan demi menyukseskan program ini.

Dalam pelaksanaan setiap kegiatan selalu diawali dengan persiapan atau perencanaan. Proses perencanaan program pemerintah mutlak perlu karena hal ini merupakan alat untuk menentukan dan mencapai tujuan dari program tersebut. Perencanaan merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam usaha mencapai tujuan yang ditentukan. Oleh karena itu, perencanaan perlu dirancang dengan tepat agar langkah-langkah yang diambil menjadi terarah sehingga tujuan kegiatan dapat tercapai. Perencanaan berhubungan dengan sarana yang efektif untuk mencapai tujuan dan berkaitan dengan proses yang akan dilaksanakan.

Tahapan perencanaan program Gentasibu diawali dengan menyiapkan Pedoman Pelaksanaan Pengentasan Gizi Buruk (Tim Gentasibu, 2010) yang dapat dijadikan panduan dalam melaksanakan kegiatan selanjutnya. Sosialisasi juga akan dilakukan kepada berbagai pihak terutama kepada masyarakat karena sasaran langsung dari program ini adalah masyarakat itu sendiri. Selanjutnya, perlu dilakukan pemutakhiran data balita gizi kurang dan gizi buruk. Tenaga kesehatan, kader pendamping, paket PMT-P, obat, vitamin dan susu. Menyusun jadwal kegiatan dan tempat pelaksanaan juga tidak lupa dilakukan. Mempersiapkan kader pendamping tidak kalah penting dengan beberapa langkah sebelumnya karena mereka inilah yang nantinya akan memantau dan melaporkan setiap perkembangan yang dialami oleh balita. Selain itu, mereka juga harus mampu memotivasi orang tua agar terjadi peningkatan gizi pada balitanya.

Pada kenyataannya proses persiapan ini juga tidak berjalan lancar dikarenakan oleh berbagai faktor. Jumlah balita penderita gizi buruk yang seharusnya menjadi target sasaran program Gentasibu ada yang tidak terdaftar.

Hal ini dikarenakan data yang diperoleh Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk mengenai jumlah balita yang mengalami gizi buruk atau gizi kurang dari setiap puskesmas yang ada di seluruh kecamatan tidak sesuai dengan jumlah balita yang harus ditangani. Salah satu faktor yang menyebabkan keadaan ini adalah masih ada orang tua balita yang tidak mengajak anaknya untuk memeriksakan kesehatan secara rutin ke puskesmas. Akan tetapi pihak Dinas Kesehatan bekerja sama dengan seluruh pihak terkait berusaha menjangkau mereka yang tidak termasuk dalam daftar sasaran program Gentasibu agar tetap mendapatkan perhatian yang sama seperti target sasaran lainnya.

b. Pelaksanaan Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

Program Gentasibu yang dilaksanakan oleh Tim Penggerak PKK Kabupaten Nganjuk bekerja sama dengan Dinas Kesehatan Daerah adalah gerakan yang dilakukan oleh pemerintah dan berkoordinasi dengan masyarakat untuk mengentaskan gizi buruk yang ada di Kabupaten Nganjuk. Tujuan dibentuknya program ini adalah untuk memperbaiki status gizi balita yang bergizi buruk menjadi bergizi baik. Jika status gizinya dan pertumbuhannya terus membaik maka balita yang merupakan generasi masa depan ini dapat berkarya lebih baik untuk masa depan Kabupaten Nganjuk.

Kegiatan Gentasibu mulai dilaksanakan pada tanggal 3 Juni 2009. Dengan adanya program ini diharapkan gizi buruk dapat segera teratasi dengan memberdayakan seluruh potensi yang ada, mulai dari aparat pemerintah sampai melibatkan masyarakat dalam menyukseskan program ini.

Salah satu penyebab masalah gizi buruk adalah tingkat ekonomi yang lemah. Sebagian besar penderita gizi buruk berasal dari keluarga miskin. Adapun kriteria keluarga miskin yang terdapat pada keluarga balita gizi buruk di Kabupaten Nganjuk berdasarkan kriteria rumah tangga miskin (BPS, 2005) adalah:

- 1) Jenis dinding bangunan tempat tinggal yang terbuat dari papan kayu ada 31 keluarga;
- 2) Jenis lantai bangunan tempat tinggal yang terbuat dari tanah ada 168 keluarga;
- 3) Kepemilikan jamban hanya ada 271 keluarga, sedangkan 123 keluarga lainnya tidak memiliki jamban;
- 4) Pekerjaan orang tua balita kebanyakan adalah buruh dan petani, bahkan ada yang pengangguran. Yang bekerja sebagai buruh berjumlah 124 orang, petani 115 orang, sedangkan yang menganggur berjumlah 7 orang;
- 5) Pendidikan orang tua balita yang hanya sampai tingkat SD berjumlah 175 orang, sedangkan yang tidak tamat SD berjumlah 4 orang;
- 6) Sambungan listrik yang dimiliki oleh orang tua balita gizi buruk berjumlah 321 keluarga, sedangkan yang tidak memiliki sambungan listrik ada 74 keluarga;
- 7) Sumber mata air yang digunakan oleh keluarga balita gizi buruk adalah sumur gali, sungai dan sumber lain yang tidak terlindung seperti PAM.

Program Gentasibu ini merupakan urusan wajib yang menjadi kewenangan pemerintahan daerah kabupaten/kota. Penyelenggaraan urusan pemerintah yang

bersifat wajib, baik pemerintahan propinsi maupun pemerintahan kabupaten/kota perlu berpedoman pada Standar Pelayanan Minimal (SPM). Berdasarkan keadaan ini, Bupati Nganjuk mengeluarkan Surat Keputusan Bupati Nganjuk No. 188/140/ K/ 411.013/ 2009 Tentang Pembentukan Tim Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu) Tingkat Kabupaten Nganjuk yang merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 741/ Menkes/ PER/ VII/ 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten Kota (Tim Gentasibu, 2010).

Kabupaten Nganjuk telah menerapkan program yang sesuai dengan Peraturan dari Menteri Kesehatan tersebut, dimana sudah dilakukan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin, perawatan balita gizi buruk dan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin.

SPM Kesehatan tersebut merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing daerah kabupaten/kota. Menteri Kesehatan melaksanakan monitoring (pengawasan) dan evaluasi atas penerapan SPM Kesehatan oleh Pemerintah Daerah dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat. Hasil monitoring dan evaluasi penerapan dan pencapaian SPM Kesehatan dipergunakan sebagai :

- a. Bahan masukan bagi pengembangan kapasitas pemerintah daerah dalam pencapaian SPM Kesehatan;
- b. Bahan pertimbangan dalam pembinaan dan pengawasan penerapan SPM Kesehatan, termasuk pemberian penghargaan bagi pemerintah daerah yang berprestasi sangat baik; dan

c. Bahan pertimbangan dalam memberikan sanksi kepada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota yang tidak berhasil mencapai SPM Kesehatan dengan baik dalam batas waktu yang ditetapkan dengan mempertimbangkan kondisi khusus daerah yang bersangkutan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

c. Pengawasan Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

Kegiatan pengawasan adalah bagian dari tahapan manajemen guna mengamati, meninjau kembali, mempelajari serta memantau secara terus menerus atau berkala terhadap pelaksanaan program kegiatan yang sedang berjalan yang dilakukan oleh pihak pengawas.

Pengawasan yang dilakukan pada semua aspek sejak dari pelaksanaan kegiatan bertujuan untuk menemukan permasalahan, mencari solusi alternatif pemecahan dan menyarankan langkah-langkah penyelesaian sebagai koreksi dini agar pelaksanaan kegiatan berjalan secara efisien dan efektif karena informasi atas kesesuaian rencana dengan pelaksanaan dapat tercapai secara tepat waktu.

Menurut Reinke (1994) fungsi pengendalian atau pengawasan merupakan inti dari tercapainya tujuan suatu program. Dimana komitmen pemerintah setempat, peran serta masyarakat dan pihak lain yang terkait merupakan aspek yang penting untuk diawasi. Kewenangan dan tanggung jawab pengawasan perlu dijalankan secara seimbang agar tujuan efektivitas dapat terlaksana.

Adapun pengawasan yang dilakukan pada kegiatan Gentasibu dilaksanakan oleh Tim Penggerak PKK dan kader pendamping. Tim Penggerak

PKK bersama dengan dokter, ahli gizi dan kader pendamping melakukan penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan dan pemeriksaan kondisi kesehatan balita. Dengan adanya kegiatan ini Tim Gentasibu yang merupakan perwakilan dari Tim Penggerak PKK dapat diperoleh perkembangan data gizi pada balita. setelah mendapatkan pemeriksaan dari dokter dan diketahui kondisinya maka ahli gizi memberikan konseling dan PMT-P. Tim Penggerak PKK lalu memberikan pengarahan dan motivasi kepada kader pendamping dan orang tua.

Selanjutnya kegiatan pengawasan yang dilakukan oleh kader pendamping berlangsung lebih sering karena memang dipilih yang tempat tinggalnya berdekatan dengan rumah orang tua balita supaya lebih mudah mengawasi perkembangan balita. kader pendamping biasanya mendatangi rumah orang tua balita tiga kali dalam satu minggu. Jika berat badan balita menurun maka kader pendamping akan menanyai orang tuanya lalu dikonsultasikan kepada dokter, ahli gizi atau Tim Gentasibu sehingga dapat segera dicari solusi atas permasalahannya.

d. Evaluasi Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

Kegiatan evaluasi adalah kegiatan pemberian nilai atas suatu program yang sudah dilakukan. Evaluasi merupakan rangkaian kegiatan untuk membandingkan kenyataan yang sudah terjadi dengan masukan (input), proses (process), keluaran (output) dan hasil (outcome).

Menurut Reinke (1994) pada dasarnya ada dua jenis evaluasi. Pertama, evaluasi yang berkelanjutan untuk maksud-maksud administratif dan dilaksanakan

secara periodik. Kedua, evaluasi yang lebih dipusatkan untuk merevisi rencana. Evaluasi yang dilaksanakan oleh Tim Pelaksana Gentasibu adalah termasuk jenis evaluasi yang terus dilaksanakan dan terdapat waktu tertentu untuk menilai semua aspek dalam pelaksanaan Gentasibu. Kegiatan evaluasi Gentasibu yang dilakukan setiap enam bulan sekali ditujukan agar maksud dan tujuan dari Gentasibu dapat tercapai. Maka diperlukan penilaian untuk dapat mengetahui apakah tujuan sudah terlaksana atau untuk mengetahui dan menganalisis faktor-faktor yang menghambat dalam kelancaran program Gentasibu.

Menurut Tim Gentasibu (2010) input pada kegiatan Gentasibu ini meliputi: tenaga kesehatan yang jumlahnya mencukupi dan kualitas yang memadai; penyediaan bahan paket PMT-P; obat-obatan dan multivitamin; dana; fasilitas dan; sarana pelayanan kesehatan. Dengan adanya input tersebut, lalu dilakukan penilaian pelaksanaan kegiatan apakah telah mencapai target yang ditetapkan, mengidentifikasi kendala yang dihadapi dalam proses pelaksanaannya serta berusaha mencari solusi pemecahannya. Setelah menjalani proses tersebut maka akan diperoleh data berat badan, tinggi badan serta tingkat kesehatan balita gizi buruk yang dilanjutkan dengan menilai pencapaian dalam setiap kegiatan yang dilakukan. Tahap selanjutnya adalah menilai dampak atau hasil dari beberapa tahap yang telah dilakukan dengan harapan terjadi peningkatan status kesehatan dan gizi masyarakat.

Kegiatan Gentasibu yang masih berjalan hingga saat ini memerlukan beberapa perubahan, perbaikan dan evaluasi. Pelaksanaan Rapat Koordinasi Evaluasi Pengentasan Gizi Buruk pertama kali dilaksanakan pada tanggal 26

Januari 2010 di Pendopo Kabupaten Nganjuk. Acara tersebut dihadiri oleh seluruh satuan pelaksana Gentasibu Kabupaten Nganjuk. Selain dihadiri oleh Bupati Nganjuk, hadir pula seluruh kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) di lingkungan Pemerintah Kabupaten Nganjuk dan jajaran Muspida. Pada acara evaluasi tersebut pula, Bupati dan Ketua Tim Penggerak PKK Ny. Ita Taufiqurrahman menyerahkan penghargaan kepada berbagai pihak yang telah dinilai cukup aktif dan peduli. Dalam hal ini yang diberikan penghargaan adalah kader pendamping karena atas peran mereka program Gentasibu dapat berjalan dengan baik dan tujuannya dapat tercapai. Dengan adanya penghargaan ini diharapkan dapat memotivasi kader pendamping lain untuk lebih berperan dalam menyukseskan program ini sehingga terjadi peningkatan status gizi bagi balita yang termasuk ke dalam target sasaran program Gentasibu.

2. Faktor Pendukung dan Penghambat Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

a. Faktor Pendukung

1. Komitmen Kebijakan dan Tanggung Jawab Pemerintah

Pemerintah menyadari bahwa mereka perlu turun tangan untuk membantu warga miskin yang balitanya menderita gizi buruk. Kesadaran pemerintah daerah akan pentingnya kesehatan balita merupakan hal yang mendorong terlaksananya program Gentasibu. Sangat disayangkan sekali dalam masa sekarang ini masih banyak masyarakat yang mengalami gizi buruk. Usia balita adalah usia yang paling rentan terhadap gizi buruk, dimana mereka adalah calon penerus generasi bangsa di masa depan. Untuk menjawab permasalahan ini Bupati Nganjuk sangat

mendukung usaha-usaha dari beberapa sektor terkait khususnya Tim Penggerak PKK Kabupaten Nganjuk yang bekerja sama dengan instansi terkait dan Lembaga Swadaya Masyarakat maupun lembaga donor membuat terobosan dengan program Gentasibu yang hingga saat ini mampu menekan jumlah balita gizi buruk di Kabupaten Nganjuk. Dengan diberlakukannya program ini oleh pemerintah, diharapkan masalah gizi buruk yang mendera warga miskin dapat diatasi.

2. Sumber Dana

Sumber dana merupakan faktor penting yang tidak bisa dipisahkan dari berbagai kegiatan yang dilakukan pemerintah. Apabila suatu organisasi memiliki kegiatan akan tetapi jumlah dana yang dibutuhkan masih minim maka kegiatan tersebut tidak akan berjalan dengan baik. Begitu pula dengan program Gentasibu yang tujuannya adalah mengentaskan gizi buruk pada balita yang kebanyakan berasal dari warga miskin sehingga kemampuan mereka untuk memenuhi gizi seimbang bagi balitanya rendah.

Sejauh ini dana yang diperuntukkan bagi program Gentasibu dikelola dengan baik. Sumber dana program Gentasibu berasal dari Anggaran Pemerintah Belanja Daerah (APBD Propinsi/Kabupaten). Dengan adanya dana yang tersebut, balita gizi buruk dapat diberikan bantuan berupa susu, PMT-P, MP ASI, multivitamin, begitu pula dengan kendaraan operasional yang dapat digunakan oleh Tim Gentasibu untuk melaksanakan tugasnya dengan harapan menurunnya atau bahkan melenyapkan masalah gizi buruk di Kabupaten Nganjuk.

3. Partisipasi dari Kader dan Orang Tua

Program Gentasibu tidak akan berhasil tanpa kerjasama dan partisipasi aktif dari kader pendamping dan orang tua. Dengan adanya pengarahan dan motivasi dari kader pendamping, maka orang tua akan lebih memahami mengenai pentingnya pemberian makanan bergizi bagi balita. Terkadang orang tua tidak menyadari pentingnya kandungan gizi yang terdapat di dalam makanan yang dikonsumsi oleh balitanya. Semestinya balita mendapatkan makanan dengan kandungan gizi yang baik karena mereka sedang dalam masa pertumbuhan.

Kesabaran dan ketelatenan orang tua merupakan kunci utama terwujudnya tujuan program Gentasibu. Meskipun ada beberapa orang tua menerapkan pola asuh yang salah dan tidak sabar dalam menghadapi anaknya, kecenderungan yang terjadi adalah partisipasi dan kerjasama yang baik antara kader pendamping dan orang tua demi peningkatan gizi balita dari gizi buruk menjadi gizi baik dan dalam menyukseskan pelaksanaan Gentasibu di Kabupaten Nganjuk.

b. Faktor Penghambat

1. Tingkat Kemiskinan

Kriteria rumah tangga miskin berdasarkan pemenuhan kebutuhan dasar menurut BPS (2005) adalah keadaan dimana seseorang atau rumah tangga yang hidupnya dalam kondisi serba kekurangan sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya, baik berupa makanan maupun non-makanan. Balita yang hidup di dalam keluarga miskin rentan terhadap penyakit gizi buruk karena kemampuan untuk pemenuhan gizi seimbang rendah sehingga mereka hanya mengandalkan bantuan yang diberikan padahal jenis bantuan yang diberikan itu

adalah makanan tambahan dan makanan pendamping, maka tidak akan terjadi peningkatan status gizi jika hanya menggantungkan pada bantuan.

Kemiskinan ini pula yang menjadi penghambat terlaksananya program Gentasibu dengan lancar. Daya beli pangan dengan gizi seimbang yang rendah membuat balita tidak bisa tumbuh dengan baik. Sebagian besar mata pencaharian orang tua balita target program Gentasibu adalah buruh tani. Dimana mereka tidak memiliki tanah sendiri dan hanya menggarap sawah milik orang lain sehingga pendapatannya tidak pasti. Misalnya seperti yang terjadi beberapa waktu lalu ketika musim kemarau banyak buruh tani yang menganggur. Sawah tempat mereka bekerja tidak bisa ditanami, lalu biasanya mereka beralih menjadi kerja serabutan seperti menjadi buruh bangunan yang pendapatannya juga tidak pasti.

2. Menu Makanan yang Kurang Variatif Membuat Balita Bosan

Masalah yang seringkali dihadapi oleh ibu yang anaknya masih balita adalah sulit makan. Hal yang perlu dilakukan oleh ibu adalah tetap tenang dan jangan panik. Kepanikan justru akan memicu terjadinya sikap tidak rasional seperti memberikan suplemen perangsang nafsu makan. Perilaku lain yaitu timbulnya sikap kepasrahan dimana orang tua membiarkan anaknya dalam keadaan kelaparan. Tindakan lain yang perlu dilakukan orang tua adalah mencari penyebab anak sulit makan. Dengan mengetahui faktor penyebabnya, maka tidak akan menemui kesulitan dalam memecahkan masalahnya.

Berdasarkan pendapat dari Illingworth (1991), seorang ahli kesehatan anak, penyebab anak tidak mau makan adalah :

- a) Memakan kudapan diantara jam makan. Akibatnya tubuh masih berkecukupan dengan nutrisi yang berasal dari kudapan tersebut sehingga anak tidak merasa lapar.
- b) Perkembangan ego sang anak. Anak menolak makan sebagai manifestasi atau perlawanan dari perkembangan sikap mandiri. Anak merasa sebagai individu yang terpisah dari orang tua sehingga menolak bentuk dominasi orang tua.
- c) Anak ingin mencoba kemampuan yang baru dimilikinya yaitu mencoba makan sendiri tetapi orang tuanya melarang melakukan hal tersebut.
- d) Anak sedang merasa tidak bahagia, sakit, sedih, depresi atau merasa tidak nyaman.

Menu makanan yang tidak beraneka ragam dan itu-itu saja membuat balita tidak nafsu makan juga menghambat proses pengentasan gizi buruk. Orang tua perlu menambah pengetahuan mereka tentang pentingnya penganekaragaman menu makanan sehingga balita tidak cepat bosan dan nafsu makannya tinggi.

3. Efektivitas Pelaksanaan Program Pengentasan Gizi Buruk (Gentasibu)

Adapun tingkat efektivitas yang dimaksud adalah sejauh mana program Gentasibu dapat berpengaruh terhadap peningkatan status gizi pada balita sebagai sasaran program. Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Rahmat (2004) bahwa program pembangunan kesehatan dapat dikatakan efektif jika sesuai dengan visi, misi, tujuan dan arah pembangunan kesehatan yang telah ditentukan. Apabila pelaksanaan program Gentasibu dilakukan sesuai dengan prosedur dan langkah-langkah yang telah ditetapkan maka tujuan dapat tercapai sehingga efektivitas juga terwujud. Berdasarkan pendapat Sedarmayanti (2004) efektivitas tidak hanya berarti kepemerintahan sebagai sesuatu kegiatan, tetapi juga

mengandung arti pengurusan, pengelolaan, pengarahan, pembinaan dan penyelenggaraan program pemerintah.

Program Gentasibu dapat dikatakan efektif karena prosesnya berjalan dengan baik, tujuan dari program Gentasibu tercapai dengan baik dan terjadi peningkatan kualitas atau perilaku orang tua dan kader pendamping dalam memberikan perhatian serta pengawasan demi kelancaran program Gentasibu. Kepedulian pemerintah dan pihak-pihak lain yang terkait semakin meningkat ditandai dengan adanya keinginan pemerintah untuk melaksanakan program Gentasibu. Bupati Nganjuk menganggap bahwa masalah gizi buruk di Kabupaten Nganjuk merupakan masalah bersama sehingga tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan saja. Dengan mengentaskan masalah gizi buruk melalui program Gentasibu berarti kita sudah menginvestasikan masa depan masyarakat Nganjuk menuju kejayaan. Maka dalam hal ini Bupati Nganjuk mengajak seluruh komponen masyarakat untuk berperan dalam pengentasan balita gizi buruk.

Dari 524 balita yang status gizinya buruk setelah diintervensi, dirawat, diberikan pengarahan dan motivasi berkurang menjadi 405 balita gizi kurang. Bahkan pada evaluasi terakhir yang dilaksanakan terjadi peningkatan status gizi balita dari gizi kurang menjadi gizi baik. Meskipun ada beberapa kasus yang belum ditangani atau hasilnya fluktuatif, misalnya setelah dilakukan penanganan yang sesuai mengapa tetap bergizi buruk atau setelah bergizi baik menurun kembali menjadi gizi buruk, maka akan dicarikan solusinya sampai kondisi balita tersebut stabil. Begitu pula jika seorang balita tergolong gizi kurang maka akan

ditangani dengan prosedur yang sama sehingga status gizinya tidak menurun menjadi gizi buruk.

Kader pendamping merupakan salah satu faktor pendukung keberhasilan program Gentasibu. Pemilihan kader pendamping ini sangat penting diperhatikan karena masing-masing mereka akan mendampingi satu balita. Kader pendamping dipilih yang tempat tinggalnya berada di lingkungan yang sama seperti balita target program Gentasibu. Kader pendamping yang terpilih mendapatkan pelatihan mengenai program Gentasibu. Dengan berlangsungnya program Gentasibu, kemampuan kader pendamping untuk memberikan perhatian dan motivasi mengalami peningkatan. Mereka memiliki ilmu dan pengetahuan baru tentang pentingnya memperhatikan kandungan gizi yang terdapat pada makanan yang akan dikonsumsi oleh balita.

Meskipun dari beberapa kasus gizi buruk yang terdapat di Kabupaten Nganjuk masih ada beberapa kasus yang belum ditemukan dan belum dimasukkan ke dalam target sasaran. Akan tetapi pemerintah tetap berusaha menjangkau mereka dengan langkah-langkah yang sama seperti yang dilakukan terhadap balita gizi buruk yang sudah didata. Berdasarkan indikator keberhasilan program Gentasibu dimana terdapat partisipasi dari dinas/instansi terkait, Tim Gentasibu, tenaga kesehatan dan orang tua dalam menanggulangi masalah gizi buruk. Seluruh balita gizi buruk yang teridentifikasi dapat ditangani. Dengan berlangsungnya program ini diharapkan upaya peningkatan status gizi, pencegahan dan penanggulangan masalah gizi buruk dapat ditempatkan sebagai ujung tombak paradigma sehat untuk mencapai Indonesia Sehat.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari penelitian yang telah dilakukan, peneliti dapat mengambil kesimpulan bahwa program Gentasibu dapat dikatakan relatif efektif karena prosesnya berjalan dengan baik, tujuan dari program Gentasibu tercapai dan terjadi peningkatan kualitas atau perilaku orang tua dan kader pendamping dalam memberikan perhatian serta pengawasan demi kelancaran program Gentasibu. Kepedulian pemerintah dan pihak-pihak lain yang terkait semakin meningkat ditandai dengan adanya keinginan pemerintah untuk melaksanakan program Gentasibu. Dari 524 balita yang status gizinya buruk setelah diintervensi berkurang menjadi 273 balita gizi kurang. Kader pendamping dan orang tua memiliki ilmu dan pengetahuan baru tentang pentingnya memperhatikan kandungan gizi yang terdapat pada makanan yang akan dikonsumsi oleh balita. Meskipun orang tua balita masih ada yang bergantung pada bantuan dari pemerintah ketika Gentasibu untuk makanan yang akan diberikan kepada balita dan menu yang kurang bervariasi membuat balita cepat bosan.

B. Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, maka peneliti dapat memberikan saran sebagai berikut :

- 1) Program Gentasibu lebih disosialisasikan kepada berbagai kalangan dan tidak hanya diketahui oleh kalangan tertentu saja sehingga masyarakat lebih

mandiri dan budaya bergantung atau mengandalkan bantuan dari pemerintah tidak terjadi lagi.

- 2) Pada saat pelaksanaan Gentasibu setiap bulan diharapkan Tim Pelaksana Gentasibu memberikan resep variasi ragam makanan agar balitanya tidak bosan dengan menu makanan yang itu-itu saja.
- 3) Anggaran Pemerintah Belanja Daerah Tingkat Propinsi/Kabupaten untuk kegiatan sejenis perlu ditambah agar sasaran yang dapat dijangkau juga lebih banyak sehingga tujuan dari Program Gentasibu cepat terlaksana.
- 4) Berdasarkan keberhasilan Program Gentasibu di Kabupaten Nganjuk, diharapkan dapat pula dikembangkan menjadi program nasional karena program ini tidak sekedar membebaskan anak dari kondisi gizi buruk menjadi gizi baik, melainkan dalam rangka mengupayakan generasi masa depan yang sehat, cerdas dan memiliki kesempatan kerja yang lebih baik dari orang tuanya sehingga tujuan nasional seperti yang tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945, yaitu melindungi segenap bangsa seluruh tumpah darah Indonesia, memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa serta melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial dapat tercapai.

DAFTAR PUSTAKA

- Berg, Alan. 1986. *Peranan Gizi Dalam Pembangunan Nasional*. Diterjemahkan oleh Zahara D. Noer. Jakarta: Rajawali
- Departemen Kesehatan RI. 2004. *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Minimal (SPM) Penyelenggaraan Perbaikan Gizi Masyarakat*
- _____. 2007. *Arah Kebijakan Dan Prioritas Program Pembangunan Kesehatan Tahun 2008* Disampaikan dalam Pertemuan Penyusunan Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2008 Tahap II
- _____. 2009. *Buku Gizi Kapanakah Masalah Ini Berakhir?*
- Handoko, Hani T. 1991. *Manajemen Edisi II*. Yogyakarta: BPFE
- Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 Tentang Gerakan Nasional Penanggulangan Masalah Pangan Dan Gizi
- Kaloh, J. 2002. *Mencari Bentuk Otonomi Daerah*. Jakarta: Rineka Cipta
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/MENKES/SK/III/2007
- Khumaidi, M. 1994. *Gizi Masyarakat*. Jakarta: BPK Gunung Mulia
- Koentjaraningrat. 1985. *Metode-Metode Penelitian Masyarakat*. Jakarta: Gramedia
- Miles, Matthew B. dan A, Michael Huberman. 1992. *Analisa Data Kualitatif*. Jakarta: UI Press
- Moehji, Sjahmien. 1988. *Pemeliharaan Gizi Bayi dan Balita*. Jakarta: Bhratara Karya Aksara
- Martinah. 2008. *Meluasnya Fenomena Gizi Buruk* dari Harian Republika 18 Maret 2008
- Penjelasan Atas Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2004 Tentang Keamanan, Mutu Dan Gizi Pangan
- Peraturan Menteri Keuangan Nomor 61/PMK.07/2010 tentang Indeks Fiskal Dan Kemiskinan Daerah Dalam Rangka Perencanaan Pendanaan Urusan Bersama Pusat Dan Daerah Untuk Penanggulangan Kemiskinan Tahun Anggaran 2011

- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2009 tentang Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan
- Poerwadarminta, A.W.J. 1987. *Kamus Umum Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka
- Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJM – D) sebagaimana tertuang dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN)
- Rachmat, Hapsara Habib. 2004. *Pembangunan Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Reinke, William A. 1994. *Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Santoso, Soengeng dan Anne Lies Ranti. 2004. *Kesehatan dan Gizi*. Jakarta: Rineka Cipta dan Bina Adi Aksara
- Sayogyo. 1998. Masalah Kemiskinan di Indonesia. Antara Teori dan Praktek. Mimbar Sosek Jurnal Sosial Ekonomi Pertanian. Jurusan Ilmu-ilmu Sosial Ekonomi Pertanian, Fakultas Pertanian IPB. Bogor.
- Siagian, Sondang P. 1983. *Administrasi Pembangunan*. Jakarta: Gunung Agung
- Suryanto, Adi. 2008. *Manajemen Pemerintahan Daerah*. Jakarta: Tim Penulis PKKOD – LAN
- Sumodiningrat, Gunawan. 2002. *Sinkronisasi Program Penanggulangan Kemiskinan, Lembaga Pengabdian Masyarakat*. Yogyakarta: UGM Press
- Syaukani, dkk. 2002. *Otonomi Daerah dalam Negara Kesatuan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Thoha, Miftah. 2008. *Ilmu Administrasi Publik Kontemporer*. Jakarta: Kencana

Internet

- Akhmadi. 2009. *Gizi Buruk*, diakses pada tanggal 14 Nopember 2010 dari <http://www.rajawana.com/artikel-html>

Anonymous. 2003. *Organisasi Pelayanan Kesehatan*, diakses pada 28 Desember 2011 dari <http://kmpk.ugm.ac.id/data/SPMKK/Organisasi-Pelayanan-Kesehatan.doc>

_____. 2010. *Evaluasi Pengentasan Gizi Buruk*, diakses pada tanggal 10 Oktober 2010 dari <http://www.nganjukkab.go.id/>

_____. 2008. *Menuju Indonesia Sehat 2010*, diakses pada 28 Desember 2011 dari <http://www.rssamalang.com/2008/02/menuju-indonesia-sehat-2010/>

_____. 2009. *Gizi Buruk di Indonesia*, diakses pada tanggal 22 Maret 2011 dari <http://data.menkokesra.go.id/content/gizi-buruk-di-indonesia>

_____. 2009. *Cara Mendeteksi Gizi Buruk Pada Balita*, diakses pada tanggal 10 Oktober 2010 dari <http://almawaddah.wordpress.com/cara-mendeteksi-gizi-buruk-pada-balita/>

_____. 2009. *Gubernur Rencanakan Bentuk Puskesmas*, diakses pada tanggal 10 Oktober 2010 dari <http://birohumas.jatimprov.go.id/>

_____. 2010. *Laporan Kasus Gizi Buruk 2010 Menurun*, diakses pada tanggal 22 Maret 2011 dari <http://gizi.net/category/berita/Laporan-Kasus-Gizi-Buruk-2010-Menurun-Indonesian-Nutrition-Network-html/>

_____. 2007. *Mengatasi Anak Sulit Makan*, diakses pada 17 Oktober 2011 dari <http://rumahkusorgaku.multiply.com/journal/item/35>

_____. 2010. *Tantangan Kabinet Mendatang, Perubahan Paradigma Pembangunan Kesehatan*, diakses pada 28 Desember 2011 dari http://kesehatan.infogoe.com/health_news_tantangan_kabinet_mendatang_perubahan_paradigma_pembangunan_kesehatan

Hussa'adah, Mifta. 2010. *Gizi Buruk Melanda Anak Indonesia*, diakses pada 28 Desember 2011 dari <http://blog.unsri.ac.id/calonnernsmuslimah/ners/>

Sudayasa, Putu. 2010. *Dasar Kebijakan Strategis Dalam Pembangunan Kesehatan*, diakses pada 28 Desember 2011 dari <http://www.puskel.com/3-dasar-kebijakan-strategis-dalam-pembangunan-kesehatan/>

Taslim, Nurpudji A. 2005. *Kontroversi seputar gizi buruk : Apakah Ketidakterhasilan Departemen Kesehatan?*, diakses pada tanggal 13 Desember 2010 dari <http://www.gizi.net/makalah-artikel>

Lampiran 1: Surat Pengantar Riset



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
(FACULTY OF ADMINISTRATIVE SCIENCE)

Jl. Mayjen Haryono No.163 Malang 65145, Telp. (0341) 553737, 568914, 556703 dan 551611 pes. 205
Fax. (0341) 553737, E-mail: fia@ub.ac.id

Program Studi: •S1 Adm. Publik •S1 Adm. Bisnis •Magister Ilmu Administrasi Publik & Bisnis, dan •S3 Ilm. Administrasi

Nomor : 4942/UN10.3/pg /2011

Lampiran : -

Perihal : Riset / Survey

Kepada : Yth. Kepala Kantor Kesatuan Bangsa
Politik dan Perlindungan Masyarakat
Kabupaten Nganjuk

Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu/Saudara untuk memberikan kesempatan melakukan riset/survey bagi mahasiswa :

Nama : Nisa Agrinadhiar
Alamat : Jl. Dr. Sutomo V/1 Nganjuk
NIM : 0710310055
Jurusan : Ilmu Administrasi Publik
Konsentrasi : -
Tema : Efektivitas Pelaksanaan Program Penyelamatan Rumah Tangga Miskin Melalui Program Pengentasan Gizi Buruk (Studi tentang Program GENTASIBU pada Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk)
Lamanya : 2 (dua) bulan
Peserta : 1 (satu) orang

Demikian atas bantuan dan kesediaan Bapak/Ibu/Saudara, kami ucapkan terima kasih.

Malang, 31 Mei 2011

a.n. Dekan
Ketua Jurusan Administrasi Publik


Dr. M. R. Khairul Muluk, S.Sos, M.Si
NIP. 19710510 199803 1 004

Lampiran 2 : Surat Keterangan Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN NGANJUK
KANTOR KESATUAN BANGSA, POLITIK
DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT DAERAH

Jl. Supriyadi No.5 Telp. (0358) 328079

NGANJUK 64412

SURAT KETERANGAN

Nomor : 072.96411.308/2011

Memperhatikan : 1. Surat dari Dekan Universitas Brawijaya Malang, tanggal 31 Mei 2011 Nomor : 4942/UN10.3/PG/2011.
2. Surat dari Kepala Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk, tanggal 1 Juni 2011 Nomor : 800/411.202.d/2011.Perihal Riset/Survey.

Dengan ini menyatakan TIDAK KEBERATAN untuk memberikan Rekomendasi kepada :

Nama : NISA AGRINADHIAR
Status : Mahasiswa Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.
Alamat : Jalan Mayjen Haryono No. 163 Malang
Alamat Rumah Jalan Dr. Sutomo V/1 Nganjuk
Untuk Keperluan : Riset/Survey
Tema/Judul : "EFEKTIVITAS PELAKSANAAN PROGRAM PENYELAMATAN RUMAH TANGGA MISKIN MELALUI PROGRAM PENGENTASAN GIZI BURUK (STUDI TENTANG PROGRAM GENTASIBU PADA DINAS KESEHATAN KABUPATEN NGANJUK)".
Lokasi Kegiatan : Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk.
Lama Kegiatan : 2 (dua) Bulan terhitung tanggal Surat dikeluarkan.
Pengikut dalam Kegiatan : -

DENGAN KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam Daerah Hukum Pemerintah Kabupaten Nganjuk .
2. Menjaga tata tertib, keamanan, kesopanan, dan kesusilaan serta menghindari dari perbuatan, pernyataan, baik lisan, tulisan maupun lukisan yang dapat melukai dan menyinggung perasaan atau menghina Agama, Bangsa dan Negara, maupun penduduk setempat ;
3. Kegiatan yang dilaksanakan harus sesuai dengan rencana / proposal yang telah diajukan ;
4. Tidak diperkenankan menjalankan kegiatan – kegiatan diluar ketentuan – ketentuan yang telah ditetapkan oleh Dinas/Badan/Kantor/Instansi lokasi Kegiatan ;
5. Setelah berakhirnya kegiatan, pemegang surat rekomendasi ini wajib melapor kepada Pejabat Dinas/Badan/Kantor/Instansi lokasi Kegiatan ;
6. Setelah selesai melaksanakan kegiatan, wajib memberikan laporannya kepada Bupati Nganjuk tentang hasil kegiatan maupun temuan-temuan yang ada didalamnya, melalui Kantor Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat Daerah Kabupaten Nganjuk ;
7. Surat keterangan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang surat keterangan ini tidak memenuhi ketentuan sebagaimana tersebut diatas.

Disampaikan Kepada Yth :
Kepala Dinas Kesehatan,
Daerah Kabupaten Nganjuk.

Tembusan disampaikan Kepada Yth :
1. Bupati Nganjuk (sebagai laporan)
2. Kepala Bappeda Kabupaten Nganjuk
3. Nisa Agrinadhiar

Nganjuk, 15 Juni 2011
KEPALA KANTOR KESBANGPOLINMAS
DAERAH KABUPATEN NGANJUK

Des. GUNAWAN WIDAGDO, M.Si
Pembina Tingkat I
NIP. 19660913 198602 1 005

GERAKAN PENGENTASAN GIZI BURUK

GENTASIBU

MARI KITA DUKUNG GERAKAN GENTASIBU
UNTUK MENGENTASKAN GIZI BURUK DI KABUPATEN NGANJUK

TIM PENGGERAK PKK KABUPATEN NGANJUK TAHUN 2010

Apakah Gentasibu itu ? Gentasibu adalah gerakan yang dilakukan oleh masyarakat untuk meningkatkan gizi buruk (berat badan sangat kurang) di Kabupaten Nganjuk yang di pelopor oleh Ketua Tim Penggerak PKK Kabupaten Nganjuk yaitu Ibu Hj. Dra. Ita Taufiqurrahman A.K. M.Si.

Apakah Gentasibu mulai dilaksanakan pada tanggal 3 Juni 2009, yang pencanangannya dilakukan oleh Bapak Bupati Drs. H. Taufiqurrahman bersama anggota Muspida Kabupaten Nganjuk.

Apakah Tujuan dibentuk Gentasibu ?
Gentasibu mempunyai tujuan untuk memperbaiki status gizi balita dari gizi buruk (berat badan sangat kurang) menjadi status gizi baik.

Siapa saja sasaran program Gentasibu ?
Gentasibu mempunyai sasaran semua balita gizi buruk (berat badan sangat kurang) yang ada di wilayah Kabupaten Nganjuk.

Ragammana cara mengetahui anak menderita Gizi Buruk (berat badan sangat kurang) ? Anak dikatakan Gizi Buruk dengan parameter Berat Badan menurut Umur (BB/U) apabila berat badan dibandingkan dengan umur seperti pada tabel berikut :

BB/U	Umur (bulan)	BB/U	Umur (bulan)	BB/U	Umur (bulan)	BB/U	Umur (bulan)	BB/U	Umur (bulan)
< 71	0	< 6,0	31	< 12,5	6	< 19,0	12	< 25,0	18
< 73	1	< 6,3	32	< 13,0	7	< 19,5	13	< 25,5	19
< 75	2	< 6,6	33	< 13,5	8	< 20,0	14	< 26,0	20
< 77	3	< 6,9	34	< 14,0	9	< 20,5	15	< 26,5	21
< 79	4	< 7,2	35	< 14,5	10	< 21,0	16	< 27,0	22
< 81	5	< 7,5	36	< 15,0	11	< 21,5	17	< 27,5	23
< 83	6	< 7,8	37	< 15,5	12	< 22,0	18	< 28,0	24
< 85	7	< 8,1	38	< 16,0	13	< 22,5	19	< 28,5	25
< 87	8	< 8,4	39	< 16,5	14	< 23,0	20	< 29,0	26
< 89	9	< 8,7	40	< 17,0	15	< 23,5	21	< 29,5	27
< 91	10	< 9,0	41	< 17,5	16	< 24,0	22	< 30,0	28
< 93	11	< 9,3	42	< 18,0	17	< 24,5	23	< 30,5	29
< 95	12	< 9,6	43	< 18,5	18	< 25,0	24	< 31,0	30
< 97	13	< 9,9	44	< 19,0	19	< 25,5	25	< 31,5	31
< 99	14	< 10,2	45	< 19,5	20	< 26,0	26	< 32,0	32
< 101	15	< 10,5	46	< 20,0	21	< 26,5	27	< 32,5	33
< 103	16	< 10,8	47	< 20,5	22	< 27,0	28	< 33,0	34
< 105	17	< 11,1	48	< 21,0	23	< 27,5	29	< 33,5	35
< 107	18	< 11,4	49	< 21,5	24	< 28,0	30	< 34,0	36
< 109	19	< 11,7	50	< 22,0	25	< 28,5	31	< 34,5	37
< 111	20	< 12,0	51	< 22,5	26	< 29,0	32	< 35,0	38
< 113	21	< 12,3	52	< 23,0	27	< 29,5	33	< 35,5	39
< 115	22	< 12,6	53	< 23,5	28	< 30,0	34	< 36,0	40
< 117	23	< 12,9	54	< 24,0	29	< 30,5	35	< 36,5	41
< 119	24	< 13,2	55	< 24,5	30	< 31,0	36	< 37,0	42

Sedangkan tanda-tanda klinis balita gizi buruk adalah sebagai berikut:

Marasmus : anak sangat kurus, wajah seperti orang tua; cengeng dan rewel; rambut tipis, jarang dan kusam; kulit keriput; tulang iga tampak jelas; pantat kendur dan keriput; perut cekung




Xeroderma Xeroderma : wajah sangat kurus; wajah seperti orang tua atau bujat dan sembab; cengeng dan rewel; tidak berakasi

terhadap rangsangan, apatis; rambut tipis, jarang kusam, warna rambut jagung dan bila dicabut tidak sakit jarang dan kusam; kulit keriput; tulang iga tampak jelas (iga gambang) pantat kendur dan keriput; perut cekung atau buncit; bengkak pada punggung kaki yang berisi cairan (edema) dan bila ditekan lama kembali; bercak merah kehitaman ditungkal atau dipantat.




Apakah kegiatan Gentasibu dan sampai kapan kegiatannya dilaksanakan? Kegiatan Gentasibu meliputi: Pemeriksaan kesehatan oleh Dokter, Pemantauan Status Gizi dan Konseling Gizi oleh Ahli Gizi dan Pemberdayaan orang tua balita oleh TP PKK serta Pendampingan Tumbuh Kembang Balita oleh Kader Gentasibu. Kegiatan ini dilaksanakan sampai gizi buruk bisa terentaskan semuanya.

Kunjungan oleh Tim Gentasibu Kabupaten dilaksanakan 1 bulan sekali dengan didampingi oleh kader 3 kali dalam 1 minggu.

Apakah tugas kader selama proses pendampingan pada balita gizi buruk? Tugas kader adalah sebagai berikut:

1. Gerakan masyarakat untuk datang menimbang Berat Badan dan mengukur Tinggi Badan.
2. Mial nafsu makan dan asupan makan balita.
3. Tanyakan dan Anjurkan agar orang tua tidak merokok.
4. Selenggarakan kegiatan ini 3 kali seminggu dan,
5. Ingatkan orang tua balita mengenai ke Posyandu serta
6. Bimbing orang tua balita mengenai masalah dan memecahkannya
7. Usaha anda tidak sia-sia karena sangat berguna bagi KEJAYAHAN MASYARAKAT KABUPATEN NGANJUK.

Dimana kita bisa mendapatkan pelayanan Gentasibu? pelayanan gentasibu bisa didapatkan di semua kecamatan yang ada di kabupaten nganjuk yang tersebar di 42 pos gentasibu yaitu:

No	Kecamatan	Pos Gentasibu
1.	Berbek	1. Balai Desa Miller 2. Balai Desa Sonopati 3. Balai Desa Maguan
2.	Sawahan	1. Pustu Ngilman 2. Polindes Sidorejo 3. Polindes Mojo
3.	Loceret	1. Balai Desa Bajulan 2. Pustu Ngapeh 3. Balai Desa Sekaran
4.	Ngelosi	1. Balai Desa Blangko 2. Balai Desa Kuncir 3. Polindes Kepel
5.	Sukomoro	1. Puskesmas Induk 2. Pustu Putan
6.	Tanjungantoro	1. Polindes Tanjungantoro 2. Polindes Sidoarjo 3. Polindes Sumber Kepuh 4. Polindes Getas
7.	Pace	1. Balai Desa Joto 2. Balai Desa Keclubung 3. Balai Desa Pace Kulon
8.	Prambon	pustu Tegaran
9.	Lengkong	1. Balai Desa Sumber Kepuh 2. Balai Desa Sawahan
10.	Jatikalen	Posyandu Desa Jatikalen
11.	Paltanowo	1. Balai Desa Ngepung 2. Balai Desa Ngromboli
12.	Baron	Puskesmas Induk
13.	Kertosono	1. Kantor Kec. Kertosono 2. Balai Desa Tanjung

14.	Ngronggot	1. Balai Desa Kelurahan 2. Balai Desa Ngronggot
15.	Ngilyu	Puskesmas Induk
16.	Rejoso	1. Puskesmas Induk 2. Pustu Sukorejo
17.	Wilangan	1. Puskesmas Induk
18.	Gondang	1. Puskesmas Induk
19.	Bagor	1. Balai Desa Ngumpul 2. Kantor Kecamatan
20.	Nganjuk	1. Puskesmas Induk 2. Balai Kelurahan Payaman

Bagaimana mencegah terjadinya gizi buruk? Untuk mencegah berbagai bantuan gizi dan masalah psikososial, diperlukan dukungan dari para orang tua, ibu atau pengasuh untuk selalu memberikan makanan dengan gizi seimbang kepada anak balitanya.

Gizi seimbang adalah makanan yang dikonsumsi anak balita dalam satu hari yang beraneka ragam dan mengandung zat tenaga (makanan pokok), zat pembangun (lauk pauk, dan susu), dan zat pengatur (sayur dan buah) sesuai dengan kebutuhannya.

Paket Makanan Bayi

Umur Bayi	ASI	Makanan Lunak	Makanan Lunak	Makanan Keras
0-6 bln	ASI			
7-9 bln	ASI	2 kali	2-3 kali + buah	
9-12 bln	ASI		4-5 kali + buah	
12-24 bln	ASI		2-3 kali	1-2 kali + buah

Lampiran 4 : Daftar Pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk

DAFTAR PEGAWAI PER 8-10-2010
DINAS KESEHATAN DAERAH KABUPATEN NGANJUK

NO	NAMA	NIP	TEMPAT LAHIR	TANGGAL LAHIR	GOL. RUANG	TMT PANGKAT	PENDI DIKAN	JURUSAN	JABATAN	KATEGORI JABATAN	KATEGORI SDM
1	dr. Raden Koonaldi Dwipurno	19560305 1954121001	Surabaya	05/03/1956	IV c	01 Oktober 2006	S1	Keokteran umum	Kepal Dinas	Struktural	Kesehatan D
2	Dra Sutrisna MM	19631021 1961031004	Malang	21/10/1962	IV b	01 April 2011	S2	Manajemen	Sejabat	Struktural	Non Kesehatan D
3	dr. Budi Marini	19610618 1960112001	Malang	19/06/1961	IV b	01 April 2010	S1	Keokteran umum	Kepala Bidang Kesehatan Keluarga	Struktural	Kesehatan D
4	Sawadi SH ST Msi	19551121 1975081001	Medan	02/12/1955	IV a	01 Oktober 2006	S2	Hukum + Pasca Sarjana	Kepala Bidang Veritas	Struktural	Non Kesehatan D
5	Sugeng Budi Wiyono SKM MM	19640823 1967031006	Nganjuk	23/08/1964	IV a	01 Oktober 2007	S2	Manajemen	Kepala Bidang P3KL	Struktural	Kesehatan D
6	Dra Mohammad Millaqul Mujib MM	19610315 1962031010	Nganjuk	15/03/1964	IV a	01 April 2009	S2	Manajemen	Kepala Bidang Promosi dan Pemberdayaan	Struktural	Non Kesehatan D
7	Dra Peni Sulistyowati Apri	19610708 1965032001	Malang	08/07/1961	IV a	01 Oktober 2006	S1	Farmasi	Kasi Farmasi dan Malahan Makanan	Struktural	Kesehatan D
8	Niki Sugesti S Sos	19550704 1966032003	Nganjuk	04/07/1955	III d	01 April 2006	S1	Sosial Politik	Kepala Sub Bag Keuangan	Struktural	Non Kesehatan D
9	Yeguk Sri Rahmi	19561114 1961032003	Caruban	14/11/1956	III d	01 April 2006	D1	Kebidanan	Kasi Promosi dan Penyuluhan Kesehatan	Struktural	Kesehatan D
10	Irena Djuali SE	19570913 1979021002	Nganjuk	13/09/1957	III d	01 Oktober 2005	S1	Ekonomi	Kasi Pengabdian dan Pemertanian Sarung Kas	Struktural	Non Kesehatan D
11	Luhur Budi Waryono SE MM	19610823 1962121002	Pesuaruan	23/08/1961	III d	01 Oktober 2008	S2	Ekonomi/Pasca Sarjana	Kepala Sub Bag Umum	Struktural	Non Kesehatan D
12	Gandi Hartono SKM	19651110 1988021003	Nganjuk	10/11/1965	III d	01 April 2006	S1	Kesehatan Masyarakat	Kasi Gizi	Struktural	Kesehatan D
13	Agnes Widyani Palupi SKM	19650407 1964032005	Klaten	07/04/1969	III d	01 Oktober 2005	S1	Kesehatan Masyarakat	Kepala Seksi Bayi Anak dan Remaja	Struktural	Kesehatan D
14	Dra Retaning Budi S MM	19630306 1966112001	Nganjuk	06/03/1963	III c	01 Oktober 2007	S2	Sosio/Pasca Sarjana	Kepala Seksi Veritas Dasar dan Rujukan	Struktural	Non Kesehatan D
15	Syafitun SIP M Si	19630618 1963121001	Jombang	18/05/1963	III c	01 April 2007	S2	Sosio/Pasca Sarjana	Kepala Seksi Veritas Khusus dan Pembayaran Kas	Struktural	Kesehatan D
16	Ard Effendi SKM	19660107 1966031013	Muna	07/01/1966	III c	01 Oktober 2009	S1	Kesehatan Masyarakat	Kasi Pemberantasan Penyakit	Struktural	Kesehatan D
17	dr. Triakilla Sulaga	19650626 2003122008	Probolinggo	26/06/1969	III c	01 April 2007	S1	Keokteran umum	Kepala Sub Bag Pencegahan dan Evaluasi	Struktural	Kesehatan D
18	Marni E Ekowati SKM	19750320 1966032007	Surabaya	26/03/1975	III c	01 April 2007	S1	Kesehatan Masyarakat	Kepala Sub Bag Keuangan	Struktural	Kesehatan D
19	Widodo ST	19590326 1968121001	Nganjuk	28/03/1959	III c	01 April 2006	S1	Keokteran umum	Saf Sub Bag Keuangan	Struktural	Kesehatan D
20	Suparno BE	19600507 1966091002	Nganjuk	07/05/1960	III c	01 Oktober 2006	Semuda	Veritas Sipil	Saf Sub Bag Keuangan	Fungsional umum	Non Kesehatan D
21	Bambang Sutono S Sos	19620719 1965081002	Nganjuk	18/07/1962	III c	01 Oktober 2009	S1	Sosial Politik	Saf Sub Bag Umum	Fungsional umum	Non Kesehatan D
22	Solehman	19620822 1966031006	Nganjuk	22/08/1962	III c	01 April 2010	S1	Administrasi Negara / Politik	Saf Seksi Pengabdian Danriker	Fungsional umum	Non Kesehatan D
23	Agustina Dwipriadi SE	19630807 1966031001	Kecan	07/08/1963	III c	01 Oktober 2009	S1	Ekonomi	Saf Seksi Veritas Dasar dan Rujukan	Fungsional umum	Non Kesehatan D
24	Sri Wulponi SAP	19650720 1966032013	Tulungagung	20/07/1965	III c	01 April 2010	S1	Administrasi Negara / Publik	Saf Sub Bag Umum	Fungsional umum	Non Kesehatan D
25	drq ME Idenar	19670820 1963122001	Surabaya	20/08/1967	III c	01 April 2007	S1	Kedokteran Gigi	Bosan	Fungsional	Kesehatan D
26	CH Firmantingyus SKM	19671224 1966022001	Nganjuk	24/12/1967	III c	01 April 2010	S1	Kesehatan Masyarakat	Saf Seksi Pemberantasan Penyakit	Fungsional umum	Kesehatan D
27	dr. Dipko Supono S Pri	19720211 2006041011	Malang	11/02/1972	III c	01 April 2010	S1	Keokteran umum	Saf Seksi Pemberantasan Penyakit	Fungsional umum	Kesehatan D
28	dr. Dani Kuslilmawati	19780605 2006042008	Malang	08/06/1978	III c	01 April 2010	S1	Kedokteran umum	Dokter Umum	Fungsional	Kesehatan D
29	Mulyono	19641102 1961061006	Nganjuk	02/11/1965	III b	01 Oktober 2005	SMA	IPA	Saf Seksi Pemberantasan Penyakit	Fungsional umum	Non Kesehatan D
30	Sri Yuliani	19691109 1966022003	Malang	09/11/1965	III b	01 April 2006	SMA	IPA	Saf Sub Bag Keuangan	Fungsional umum	Non Kesehatan D
31	Suharni	19670403 1965102002	Nganjuk	03/04/1967	III b	01 April 2006	SMA	Administrasi Umum	Saf Sub Bag Keuangan	Fungsional umum	Non Kesehatan D
32	Wiwk Sulistyowati	19671216 1965082001	Nganjuk	16/12/1967	III b	01 April 2005	SMA	Administrasi Umum	Saf Sub Bag Umum	Fungsional umum	Non Kesehatan D
33	Tiwis Mhanti	19680820 1966032001	Nganjuk	20/08/1968	III b	01 Oktober 2005	SMA	Administrasi Umum	Saf Sub Bag Keuangan	Fungsional umum	Non Kesehatan D
34	Hanni Setyowati	19680525 1966082002	Nganjuk	25/05/1968	III b	01 April 2005	SMA	Administrasi Umum	Saf Seksi Kesehatan Lingkungan	Fungsional umum	Non Kesehatan D
35	Satri Astid Vihari A Md Kip	19630424 1992022001	Nganjuk	24/04/1963	III b	01 Oktober 2010	D3	Keperawatan	Parwal	Fungsional umum	Kesehatan D
36	Charyning Kris Suliyati BA	19630813 1966032008	Nganjuk	13/08/1963	III b	01 April 2006	Semuda	Sosial Politik	Saf Sub Bag Umum	Fungsional umum	Non Kesehatan D

NO	NAMA	NIP	TEMPAT LAHIR	TANGGAL LAHIR	GOL RUMAH	TMT PANGKAT	PEKID DIKEM	JURUSAN	JABATAN	KATEGORI JABATAN	KATEGORI SDR
17	Darmi	19631014 199303 2 008	Nganjuk	14/10/1963	III b	01 April 2008	SMA	IPS	Sar Sekel Yangkas Dasar dan Rujukan	Fungsional umum	Non Kesehatan
18	Suhino	19660120 199803 1 012	Nganjuk	20/01/1966	III b	01 Oktober 2008	SMA	IPS	Sar Sub Bag Umum	Fungsional umum	Non Kesehatan
19	Yendono	19660424 199802 1 004	Rembang	24/04/1966	III b	01 April 2008	SMA	Keparamed Gizi	Sar Sub Bag Umum	Fungsional umum	Non Kesehatan
20	Hery Sutajyo SAP	19641006 199803 1 002	Bidar	06/10/1964	III b	01 April 2008	S1	Administrasi Negara / Publik	Sar Sekel Yangkas Khusus dan Pembinaan Kes	Fungsional umum	Non Kesehatan
21	Khotim Asrori ST	19680706 199103 1 007	Keon	08/07/1968	III b	01 Oktober 2010	S1	Kesehatan Lingkungan	Sar Sekel Yangkas Dasar dan Rujukan	Fungsional umum	Non Kesehatan
22	Lilik Erawati SKM	19681101 199303 2 010	Banjarwangi	01/11/1968	III b	01 April 2008	S1	Kesehatan Masyarakat	Sar Sekel Yangkas Khusus dan Rujukan	Fungsional umum	Non Kesehatan
23	Yudi Suryono SKM	19680728 199303 1 003	Nganjuk	28/07/1968	III b	01 April 2008	S1	Kesehatan Masyarakat	Sar Sekel Promosi dan Penyuluhan Kesehatan	Fungsional umum	Non Kesehatan
24	Andriyana Mentari SKM	19810314 200301 2 017	Nganjuk	14/03/1981	III b	01 April 2008	S1	Kesehatan Masyarakat	Sar Sub Bag Keuangan	Fungsional umum	Non Kesehatan
25	Heo Khomran ST	19680808 198103 1 007	Nganjuk	08/08/1968	III b	01 April 2010	S1	Teknik Lingkungan	Sar Sekel P2P	Fungsional umum	Non Kesehatan
26	Ratih Kusuma Wiya Akkeo	19700818 199001 2 002	Nganjuk	18/08/1970	III b	01 April 2010	D3	Kedokteran	Bidan	Fungsional umum	Non Kesehatan
27	Sunardi ST	19701109 199103 1 004	Nganjuk	09/11/1970	III b	01 Oktober 2006	S1	Teknik Lingkungan	Sar Sekel Promosi dan Penyuluhan Kesehatan	Fungsional umum	Non Kesehatan
28	Anang Agus Sualo S Kep Na	19780804 199703 1 004	Tuban	04/08/1978	III b	01 Oktober 2010	S1	Keparamed	Perawat	Fungsional umum	Non Kesehatan
29	Yulia Vidara SKM	19781007 200804 2 016	Nganjuk	07/10/1978	III b	01 April 2010	S1	Kesehatan Masyarakat	Sar Sub Bag Perencanaan dan Evaluasi	Fungsional umum	Non Kesehatan
30	So Rajalu SKM	19780815 200804 2 028	Nganjuk	15/08/1978	III b	01 April 2010	S1	Kesehatan Masyarakat	Sar Sub Bag Perencanaan dan Evaluasi	Fungsional umum	Non Kesehatan
31	Murtono SAP	19680904 199803 1 013	Keon	08/09/1968	III b	01 April 2008	S1	Administrasi Negara / Publik	Sar Sekel Yangkas Khusus dan Pembinaan Kes	Fungsional umum	Non Kesehatan
32	Eddy Nuharyadi SKM MPH	19690417 199103 1 007	Jakarta	17/04/1969	III b	01 April 2008	S2	Kesehatan Masyarakat	Sar Sekel Gizi	Fungsional umum	Non Kesehatan
33	Suharnik SKM	19820214 200804 2 025	Nganjuk	14/02/1982	III b	01 April 2010	S1	Sosial Politik	Sar Sekel Promosi dan Penyuluhan Kesehatan	Fungsional umum	Non Kesehatan
34	Juwenningsih S Sse	19900311 199803 2 007	Nganjuk	11/03/1990	III a	01 April 2008	S1	IPS	Sar Sub Bag Keuangan	Fungsional umum	Non Kesehatan
35	Suwandi	19690810 199703 1 014	Nganjuk	10/08/1969	III a	01 April 2007	SMA	IPS	Sar Sekel Promosi dan Penyuluhan Kesehatan	Fungsional umum	Non Kesehatan
36	Hening Suprasa	19680902 199203 1 008	Surabaya	02/09/1968	III a	01 April 2008	SMA	IPS	Sar Sub Bag Umum	Fungsional umum	Non Kesehatan
37	Nur Suhaili	19670816 199003 2 008	Nganjuk	16/08/1967	III a	01 April 2006	SMA	IPS	Sar Sekel Kesehatan Bayi, Anak dan Remaja	Fungsional umum	Non Kesehatan
38	Siwanto ST	19671120 199803 1 002	Ternate	20/11/1967	III a	01 April 2006	S1	Teknik Lingkungan	Sar Sekel Kesehatan Ibu, KB dan Usia	Fungsional umum	Non Kesehatan
39	Melwa Ibrahim	19680811 199303 2 006	Ternate	11/08/1968	III a	01 April 2007	SMA	Gizi	Sar Sekel Kesehatan Ibu, KB dan Usia	Fungsional umum	Non Kesehatan
40	Sofiat Widyia Semangin SKM	19720817 199803 2 006	Nganjuk	17/08/1972	III a	01 Oktober 2006	S1	Kesehatan Masyarakat	Sar Sub Bag Umum	Fungsional umum	Non Kesehatan
41	Nenk Dwi Astuti SKM	19750218 200012 2 002	Nganjuk	18/02/1975	III a	01 Oktober 2010	S1	Kesehatan Masyarakat	Nutrisi	Fungsional umum	Non Kesehatan
42	Agnes Ania Rahmatul SKM	19810814 200803 2 007	Nganjuk	14/08/1981	III a	01 Maret 2009	S1	Ekonomi	Sar Sekel P2P	Fungsional umum	Non Kesehatan
43	Rohana Desy Armanan SE	19831231 200803 1 003	Terengganj	31/12/1983	III a	01 Maret 2009	S1	Kesehatan Masyarakat	Paralel Lektoran Keuangan	Fungsional umum	Non Kesehatan
44	Ratih Dyah W SKM	19850121 200803 2 002	Nganjuk	21/11/1985	III d	01 Oktober 2008	SMA	Administrasi Umum	Sar Sub Bag Perencanaan dan Evaluasi	Fungsional umum	Non Kesehatan
45	Suhono	19870825 198702 1 001	Nganjuk	28/08/1987	III d	01 Oktober 2008	SMA	Administrasi Umum	Sar Sekel Pemberantasan Penyakit	Fungsional umum	Non Kesehatan
46	Supman	19680128 198303 1 009	Surabaya	28/01/1968	III d	01 April 2007	SMA	Administrasi Umum	Sar Sub Bag Umum	Fungsional umum	Non Kesehatan
47	Soepono	19630905 198403 1 007	Surabaya	05/03/1963	III d	01 April 2007	SMA	IPS	Sar Sub Bag Keuangan	Fungsional umum	Non Kesehatan
48	Mochamad Suwandi	19680617 199102 1 001	Sumenep	17/06/1968	III d	01 Oktober 2006	SMA	IPS	Sar Sekel P2P	Fungsional umum	Non Kesehatan
49	Widiana S ST	19712123 200804 2 007	Nganjuk	13/12/1971	III d	01 April 2010	D IV	Kedokteran Pendidikan	Bidan	Fungsional umum	Non Kesehatan
50	Chandra Kurnawan AMKL	19781128 200501 1 005	Nganjuk	28/11/1978	III d	01 April 2009	D3	Kesehatan Lingkungan	Sar Sub Bag Perencanaan dan Evaluasi	Fungsional umum	Non Kesehatan
51	Nuram Maulawati A Mo Kelo	19800204 200501 2 008	Purwokerto	04/02/1980	III d	01 April 2009	D3	Kedokteran	Bidan	Fungsional umum	Non Kesehatan
52	Purnaning And Kep	19830413 200804 2 013	Nganjuk	13/04/1983	III c	01 April 2008	D3	Keparamed	Perawat	Fungsional umum	Non Kesehatan
53	Ecy Pratiwi	19800620 198703 1 005	Nganjuk	20/06/1980	III c	01 April 2008	SMP	Umum	Sar Sub Bag Umum	Fungsional umum	Non Kesehatan
54	Agus Sulaemji	19860818 198203 1 007	Terangharu	18/08/1986	III c	01 Oktober 2007	SMA	Administrasi Umum	Sar Sub Bag Keuangan	Fungsional umum	Non Kesehatan
55	Bambang Sulistyono	19880508 198102 1 001	Nganjuk	08/05/1988	III c	01 April 2007	SMA	Administrasi Umum	Sar Sekel Yangkas Khusus dan Pembinaan Kes	Fungsional umum	Non Kesehatan

NO	NAMA	NIP	TEMPAT LAHIR	TANGGAL LAHIR	GOL RULANG	TMT PANGKAT	PEKERJA DIKAN	JURUSAN	JABATAN	KATEGORI JABATAN	KATEGORI SPK
76	Bambang Haryanto	19710201 200012 2 005	Medun	01/02/1971	II c	01 April 2007	SMA	Kesehatan Lingkungan	Sar Sub Bag Perencanaan dan Evaluasi	Fungsional umum	Kesehatan
77	Baah Nuzulye	19710227 199203 1 005	Nganjuk	27/02/1971	II c	01 April 2001	SMA	Farmasi	Sar Sub Bag Umum	Fungsional umum	Kesehatan
78	Zegoni Moehamad Sodiq AMG	19790420 200903 1 002	Kediri	20/04/1978	II c	01 Maret 2009	D3	Gizi	Nutrisi	Fungsional	Kesehatan
79	Ani Etchawati AMKL	19790205 200801 2 013	Nganjuk	05/02/1978	II c	01 Januari 2008	D3	Kesehatan Lingkungan	Sar Sub Bag Keuangan	Fungsional umum	Kesehatan
80	Supomo Adi	30242854	Jombang	17/11/1980	II c	01 April 2007	SMA	Kecerdasan Gigi	Sar Sub Bag Umum	Fungsional Umum	Kesehatan
81	Melani Poernomo	19770520 200312 2 010	Nganjuk	20/05/1977	II b	01 April 2008	SMA	Umum	Sar Sekur Farmasi	Fungsional Umum	Non Kesehatan
82	Mulyati, A Md Kab	19790418 200312 2 005	Wotogiri	18/04/1978	II b	01 April 2008	D3	Kedokteran	Bidan	Fungsional	Kesehatan
83	Sutrisno	19600228 198903 1 009	Nganjuk	28/02/1960	II a	01 April 2002	SD	Umum	Sar Sub Bag Umum	Fungsional umum	Non Kesehatan
84	Tanman	19630403 200801 1 003	Nganjuk	03/04/1963	II a	01 Januari 2008	SMA	IPS	Sar Sub Bag Umum	Fungsional umum	Non Kesehatan
85	Sujanto	19740110 200801 1 009	Nganjuk	10/01/1974	I c	01 Januari 2008	SMP	Umum	Sar Sub Bag Umum	Fungsional umum	Non Kesehatan
86	drg Evi Sulistyowati	19650126 201001 2 001	Nganjuk	20/01/1965	III b	01 Januari 2010	S1	Kedokteran Gigi	Dokter Gigi	Fungsional	Kesehatan
87	Dwi Wahyuni, S Kep	19780817 201001 2 011	Nganjuk	17/08/1978	III a	01 Januari 2010	S1	Kecerdasan	Perawat	Fungsional umum	Kesehatan
88	Priwi Kunoco Sutirno, S Kep	19790519 201001 1 015	Medan	13/05/1979	III a	01 Januari 2010	S1	Kecerdasan	Perawat	Fungsional umum	Kesehatan
89	Agus Luyatik, S KM	19871012 201001 2 015	Bogonegara	12/10/1987	III a	01 Januari 2010	S1	Kesehatan Masyarakat	Penyulu	Fungsional umum	Kesehatan
90	Basuki Rahmat, S Kom	19820810 201001 1 030	Pesuruban	10/08/1982	III a	01 Januari 2010	S1	Komputer	Parata Komput	Fungsional umum	Non Kesehatan
91	Iis Aprilia, S AP	19840417 201001 1 024	Jombang	17/04/1984	III a	01 Januari 2010	S1	Administrasi Negara / Publik	Analisa Kepegawaian	Fungsional umum	Non Kesehatan
92	Pradikta Mada Herati, S KM	19840813 201001 1 008	Surabaya	13/08/1984	III a	01 Januari 2010	S1	Kesehatan Masyarakat	Penyulu	Fungsional umum	Kesehatan
93	Gigi Wikastoro, S SI	19850131 201001 1 009	Surabaya	31/01/1985	III a	01 Januari 2010	S1	Statistika	Statistisi	Fungsional umum	Non Kesehatan
94	Rully Fika Bayuwati, S KM	19870808 201001 2 029	Bogonegara	08/08/1987	III a	01 Januari 2010	S1	Kesehatan Masyarakat	Penyulu	Fungsional umum	Kesehatan
95	Anik Sulistyawati, A Md KL	19741028 201001 2 004	Nganjuk	28/10/1974	II c	01 Januari 2010	D3	Kesehatan Lingkungan	Sar Sub Bag Umum	Fungsional umum	Kesehatan
96	Santi Sulistyawati, A Md Farm	19770716 201001 2 013	Nganjuk	16/07/1977	II c	01 Januari 2010	D3	Farmasi	Asisten Apoteker	Fungsional umum	Kesehatan

Lampiran 5 : Jadwal Kunjungan Tim Gentasibu Kabupaten Nganjuk

JADWAL
KUNJUNGAN GENTASIBU KABUPATEN NGANJUK
BULAN JUNI 2011

No.	Kecamatan	Jml Gz Br	Jml Pos	Nama Pos	Petugas PKK	Usulan PKK	Hari	Sasaran	Petugas Kesehatan	Mobil
1	Berbes	22	2	1 Eala Desa Seenggolo 2 Eala Desa Gicikan	Mt. H. Ernawati Budi, SH Mt. Laila Auli Mahidma, S.Sos	14 Juni 15 Juni	Selasa Rabu		Dr. Rahmawati Eka Wardhani	Din Kes
2	Sawarga	11	1	1 Pos esmas Sawarga	Mt. Kusniah Mt. Yudi	15 Juni	Kamis		Narik Dwi Astuti (Dinkes)	
3	Lojejer	19	1	1 Desa Karangrejo	Mt. Andri Bambang P. EA Mt. Endang Masduki	21 Juni	Selasa			
4	Higeke	19	2	2 Kantor Kecamatan Higeke	Mt. H. Aguslin Muhejin, SE Mt. Subyandico	22 Juni	Rabu			
5	Pace	28	2	1 Eala Desa Janc 2 Kecamatan Pace	Mt. H. Fahimah Amdad Mt. Dwi Nuraini Ali S	23 Juni 29 Juni	Kamis Selasa			
1	Sukomoro	20	2	1 Eala Desa Kec. Pesoh 2 Eala Desa Higeke	Mt. Supriati Pudjianto, S.Pd Mt. Darwan, SP	14 Juni 15 Juni	Selasa Rabu		Dr. WITSA (Pkim Prambon)	PKK
2	Tanjungsari	42	3	1 Desa Benyuan 2 Desa Waruayer 3 Pos des Surkesepul 4 Desa Gedis	Mt. Kun Winarnyuni Sunarto Mt. Jaiuk Mujirahayu, S.Sos Mt. Wwik Suwarno Mt. Iur Katrina Hendro Djoko	16 Juni 21 Juni 22 Juni 23 Juni	Kamis Selasa Rabu Kamis		Za' April Moch Sodik (Dinkes Nganjuk)	
3	Higeke	12	1	1 Pos JPOK Higeke	Mt. Taik Sudari Mt. Firmangiyas	26 Juni	Selasa			
4	Prambon	6	1	1 Kecamatan Prambon	Mt. Lus Hoedyo	30 Juni	Kamis			

Tm	No.	Kecamatan	Jml G1 Br	Jml Pos	Nama Pos	Petugas PKK	Usulan PKK	Hari	Sasaran	Petugas Kesehatan	Mobil
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
	1	Lengkong	23	2	1. Desa Ngringin 2. Desa Jalung...	Ny. Sunarti Sudarto, SE Ny. H. Nurul SW Wasilo, SE Ny. Hundi Edi Rosyadi Wijaya	14 J... 15 J...	Selasa Rabu		Dr. Moh. Huda (Pim. Kerasono)	Dinkes
	2	Jatikalen	6	1	1. Posrandu Desa... Jatikalen	Dra. Ny. Sunari Kasdi Ichir	16 J...	Kamis			
	3	Paltanowo	33	2	1. Balé Desa Negeri... 2. Balé Desa Negeri...	Ny. Fatik Sunarsono Ny. Fairat Anugri, S PdI Ny. Wikk Suciyeat, BA	21 J... 22 J...	Selasa Rabu		Endang Furwati (RS Kerasono)	
	4	Baron	10	1	1. Balé Desa Jek...	Ny. H. Sri Estuning Saemasono, And	23 J...	Kamis			
	5	Kertosono	29	2	1. Kantor Kec. Kerasono 2. Balé Desa Ker...	Ny. Sri Ngayoni, And Keb Dra. Hj. Lirwati Imam Hanafi Ny. Pulu Wirasa	28 J... 31 J...	Selasa Kamis		Dr. Henry Lestari (Pim. Rejoso)	PKK
	1	Rejoso	35	2	1. Puskesmas Indu... 2. Pustu Sukoleje	Ny. Hj. Enderg Agus Subarto Ny. Hj. Ufa'is Handoyo, S Pd	14 J... 15 J...	Selasa Rabu			
	2	Tigayuk	30	2	1. Puskesmas Indu... 2. Ker. Prayaman	Ny. Mawati Dyah P, SE Ny. Muhammadiyah Henry Sunarto	16 J... 22 J...	Kamis Selasa		Masruki (RSUD Nganjuk)	
	3	Gondang	11	1	1. Puskesmas Indu...	Ny. D. Jarna, Pall Yusuph Fd, SH	23 J...	Rabu			
	4	Wiliangan	20	2	1. Puskesmas Indu... 2. Desa Ngadipiro	Ny. Dwi Susanti, SP Ny. Minarni Sunarto Ny. Hj. Tik Muliarto SE	24 J... 28 J...	Kamis Selasa			
	5	Bagor	20	1	1. Kantor Kec. Bagor	Ny. Hj. Nurul Jaido Rizdi Ny. Hj. Nur'Zedu Wahid Eadus	30 J...	Kamis			

TIM PENGGERAK PKK KABUPATEN

M-SANJUK

Kebaya

Dra. H. ITA TAUFIQUERRAHMAN, AK, M.Si

Lampiran 6 : Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN RI
NOMOR 741/MENKES/PER/VII/2008
TENTANG
STANDAR PELAYANAN MINIMAL
BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

Menimbang :

- a. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 4 ayat (1) Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;
- b. bahwa Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota tidak sesuai lagi;
- c. bahwa berdasarkan huruf a dan huruf b tersebut di atas, dipandang perlu menetapkan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota;

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 100 Tahun 1992, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3495);
2. Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
3. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4438);
4. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun

- 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Dan Pertanggungjawaban Keuangan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 14, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4578);
 6. Peraturan Pemerintah Nomor 79 Tahun 2005 tentang Pembinaan Dan Pengawasan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 165 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4593);
 7. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
 8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi, Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4737);
 9. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
 10. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2007 tentang Tatacara Pelaksanaan Kerjasama Antar Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4761);
 11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
 12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 Tahun 2007 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
 13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Pencapaian Standar Pelayanan Minimal;
 14. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 100.05-76 Tahun 2007 tentang Pembentukan Tim Konsultasi Penyusunan Standar Pelayanan Minimal.

Mengingat :

Hasil Rekomendasi Sidang Dewan Pertimbangan Otonomi Daerah tanggal 11 Juni 2008.

MEMUTUSKAN:**Menetapkan :****PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL BIDANG KESEHATAN DI KABUPATEN/KOTA.****BAB I
KETENTUAN UMUM****Pasal 1**

Dalam Peraturan ini yang dimaksud dengan :

1. Standar Pelayanan Minimal bidang Kesehatan selanjutnya disebut SPM Kesehatan adalah tolok ukur kinerja pelayanan kesehatan yang diselenggarakan Daerah Kabupaten/Kota.
2. Pelayanan dasar kepada masyarakat adalah fungsi Pemerintah dalam memberikan dan mengurus keperluan kebutuhan dasar masyarakat untuk meningkatkan taraf kesejahteraan rakyat.
3. Pemerintah Pusat selanjutnya disebut Pemerintah adalah Menteri Kesehatan.
4. Daerah Otonom selanjutnya disebut Daerah adalah kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-batas wilayah yang berwenang mengatur dan mengurus urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat menurut prakarsa sendiri berdasarkan aspirasi masyarakat dalam sistem Negara Kesatuan Republik Indonesia.
5. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah Kabupaten/Kota dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
6. Pemerintah Daerah adalah Bupati atau Walikota, dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah.
7. Pengembangan kapasitas adalah upaya meningkatkan kemampuan sistem atau sarana dan prasarana, kelembagaan, personil, dan keuangan untuk melaksanakan fungsi-fungsi pemerintahan dalam rangka mencapai tujuan pelayanan dasar dan/atau SPM Kesehatan secara efektif dan efisien dengan menggunakan prinsip-prinsip tata pemerintahan yang baik.

8. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah yang selanjutnya disingkat APBD adalah rencana keuangan tahunan pemerintahan daerah yang dibahas dan disetujui bersama oleh pemerintah daerah dan DPRD dan ditetapkan dengan Peraturan Daerah.

BAB II

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

BIDANG KESEHATAN

Pasal 2

- (1) Kabupaten/Kota menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai SPM Kesehatan.
- (2) SPM Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang meliputi jenis pelayanan beserta indikator kinerja dan target Tahun 2010 – Tahun 2015:
 - a. Pelayanan Kesehatan Dasar :
 1. Cakupan kunjungan Ibu hamil K4 95 % pada Tahun 2015;
 2. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani 80 % pada Tahun 2015;
 3. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan 90% pada Tahun 2015;
 4. Cakupan pelayanan nifas 90% pada Tahun 2015;
 5. Cakupan neonatus dengan komplikasi yang ditangani 80% pada Tahun 2010;
 6. Cakupan kunjungan bayi 90%, pada Tahun 2010;
 7. Cakupan Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) 100% pada Tahun 2010;
 8. Cakupan pelayanan anak balita 90% pada Tahun 2010;
 9. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 - 24 bulan keluarga miskin 100 % pada Tahun 2010;
 10. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan 100% pada Tahun 2010;
 11. Cakupan Penjangangan kesehatan siswa SD dan setingkat 100 % pada Tahun 2010;
 12. Cakupan peserta KB aktif 70% pada Tahun 2010;
 13. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit 100% pada Tahun 2010;
 14. Cakupan pelayanan kesehatan dasar masyarakat miskin 100% pada Tahun 2015.
 - b. Pelayanan Kesehatan Rujukan
 1. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin 100% pada Tahun 2015;

2. Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/Kota 100 % pada Tahun 2015.
- c. Penyelidikan Epidemiologi dan PenanggulanganKejadian Luar Biasa /KLB Cakupan Desa/ Kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam 100% pada Tahun 2015.
- d. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Cakupan Desa Siaga Aktif 80% pada Tahun 2015.

Pasal 3

Di luar jenis pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (2), Kabupaten/Kota tertentu wajib menyelenggarakan jenis pelayanan sesuai kebutuhan, karakteristik, dan potensi daerah.

Pasal 4

SPM Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 dan Pasal 3 diberlakukan juga bagi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.

BAB III PENGORGANISASIAN

Pasal 5

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

BAB IV PELAKSANAAN

Pasal 6

- (1) SPM Kesehatan yang ditetapkan merupakan acuan dalam perencanaan program pencapaian target masing-masing Daerah Kabupaten/Kota.
- (2) Standar Pelayanan Minimal sebagaimana dimaksud dalam perencanaan program pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan Pedoman/Standar Teknis yang ditetapkan.

BAB V PELAPORAN

Pasal 7

- (1) Bupati/Walikota menyampaikan laporan teknis tahunan kinerja penerapan dan pencapaian SPM Kesehatan kepada Menteri Kesehatan.
- (2) Berdasarkan laporan teknis tahunan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Menteri Kesehatan melakukan pembinaan dan pengawasan teknis penerapan SPM Kesehatan.

BAB VI MONITORING DAN EVALUASI

Pasal 8

- (1) Menteri Kesehatan melaksanakan monitoring dan evaluasi atas penerapan SPM Kesehatan oleh Pemerintah Daerah dalam rangka menjamin akses dan mutu pelayanan dasar kepada masyarakat.
- (2) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundangundangan.
- (3) Monitoring dan evaluasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Gubernur sebagai Wakil Pemerintah di Daerah untuk Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.

Pasal 9

Hasil monitoring dan evaluasi penerapan dan pencapaian SPM Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 8 dipergunakan sebagai:

- a. Bahan masukan bagi pengembangan kapasitas pemerintah daerah dalam pencapaian SPM Kesehatan;
- b. Bahan pertimbangan dalam pembinaan dan pengawasan penerapan SPM Kesehatan, termasuk pemberian penghargaan bagi pemerintah daerah yang berprestasi sangat baik; dan
- c. Bahan pertimbangan dalam memberikan sanksi kepada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota yang tidak berhasil mencapai SPM Kesehatan dengan baik dalam batas waktu yang ditetapkan dengan mempertimbangkan kondisi khusus Daerah yang bersangkutan sesuai peraturan perundangundangan.

BAB VII PENGEMBANGAN KAPASITAS

Pasal 10

- (1) Menteri Kesehatan memfasilitasi pengembangan kapasitas melalui peningkatan kemampuan sistem, kelembagaan, personal dan keuangan, baik di tingkat pemerintah maupun Kabupaten/Kota.
- (2) Fasilitasi pengembangan kapasitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berupa pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan, dan/atau bantuan lainnya meliputi:
 - a. Perhitungan sumber daya dan dana yang dibutuhkan untuk mencapai SPM Kesehatan, termasuk kesenjangan pembiayaan;
 - b. Penyusunan rencana pencapaian SPM Kesehatan dan penetapan target tahunan pencapaian SPM Kesehatan;
 - c. Penilaian prestasi kerja pencapaian SPM Kesehatan; dan
 - d. Pelaporan prestasi kerja pencapaian SPM Kesehatan.
- (3) Fasilitasi, pemberian orientasi umum, petunjuk teknis, bimbingan teknis, pendidikan dan pelatihan, dan/atau bantuan lainnya sebagaimana dimaksud pada ayat (2), mempertimbangkan kemampuan kelembagaan, personal dan keuangan negara serta keuangan daerah.

BAB VIII PENDANAAN

Pasal 11

- (1) Pendanaan yang berkaitan dengan kegiatan penyusunan, penetapan, pelaporan, monitoring dan evaluasi, pembinaan dan pengawasan, pembangunan sistem dan/atau sub sistem informasi manajemen, serta pengembangan kapasitas untuk mendukung penyelenggaraan SPM Kesehatan yang merupakan tugas dan tanggung jawab pemerintah, dibebankan kepada APBN Departemen Kesehatan.
- (2) Pendanaan yang berkaitan dengan penerapan, pencapaian kinerja/target, pelaporan, monitoring dan evaluasi, pembinaan dan pengawasan, pembangunan sub sistem informasi manajemen, serta pengembangan kapasitas, yang merupakan tugas dan tanggung jawab pemerintahan daerah dibebankan kepada APBD.

BAB IX

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

Pasal 12

- (1) Menteri Kesehatan melakukan pembinaan teknis atas penerapan dan pencapaian SPM Kesehatan.
- (2) Pembinaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan dengan menyusun Petunjuk Teknis yang ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan. Menteri Kesehatan setelah berkoordinasi dengan Menteri Dalam Negeri, dapat mendelegasikan pembinaan teknis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) kepada Gubernur selaku wakil pemerintah di daerah.

Pasal 13

- (1) Menteri Kesehatan dalam melakukan pengawasan teknis atas penerapan dan pencapaian SPM Kesehatan, dibantu oleh Inspektorat Jenderal Departemen Kesehatan.
- (2) Gubernur selaku wakil pemerintah di daerah dalam melakukan pengawasan teknis atas penerapan dan pencapaian SPM Kesehatan, dibantu oleh Inspektorat Provinsi berkoordinasi dengan Inspektorat Kabupaten/Kota.
- (3) Bupati/Walikota melaksanakan pengawasan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sesuai SPM Kesehatan di daerah masing-masing.

BAB X

KETENTUAN PENUTUP

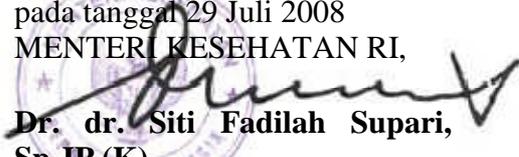
Pasal 14

- (1) Pada saat peraturan ini mulai berlaku semua peraturan yang berkaitan dengan SPM Kesehatan dinyatakan tidak berlaku.
- (2) Dengan berlakunya peraturan ini, maka keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003 tentang Pedoman Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pasal 15

Peraturan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 29 Juli 2008
MENTERI KESEHATAN RI,


Dr. dr. Siti Fadilah Supari,
Sp.JP (K)



BUPATI NGANJUK

PERATURAN BUPATI NGANJUK
NOMOR 16 TAHUN 2009

TENTANG

RINCIAN TUGAS, FUNGSI DAN TATA KERJA
DINAS DAERAH KABUPATEN NGANJUK

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI NGANJUK,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 25 ayat (1) Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 08 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Nganjuk, perlu mengatur Rincian Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Nganjuk dengan Peraturan Bupati.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Kabupaten Dalam Propinsi Jawa Timur (Lembaran Negara Tahun 1950 Nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Nomor 9);
2. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 53, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4389);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437) sebagaimana telah diubah yang kedua kalinya, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4844);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4578);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Propinsi, dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4741);
7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah;
8. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 57 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penataan Organisasi Perangkat Daerah;
9. Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 06 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Kabupaten Nganjuk;

Menetapkan

10. Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 08 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Nganjuk.

MEMUTUSKAN
PERATURAN BUPATI TENTANG RINCIAN TUGAS, FUNGSI
DAN TATA KERJA DINAS DAERAH KABUPATEN NGANJUK

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan :

1. Daerah adalah Kabupaten Nganjuk.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kabupaten Nganjuk.
3. Pemerintahan Daerah adalah penyelenggaraan urusan pemerintahan oleh pemerintah daerah dan DPRD menurut asas otonomi dan tugas pembantuan dengan prinsip otonomi seluas-luasnya dalam sistem dan prinsip Negara Kesatuan Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
4. Kabupaten adalah Kabupaten Nganjuk.
5. Bupati adalah Bupati Nganjuk.
6. Sekretariat Daerah adalah Sekretariat Daerah Kabupaten Nganjuk.
7. Sekretaris Daerah adalah Sekretaris Daerah Kabupaten Nganjuk.
8. Dinas Daerah adalah Dinas Daerah Kabupaten Nganjuk.
9. Sekretariat adalah Sekretariat pada Dinas Daerah.
10. Sekretaris adalah Sekretaris pada Dinas Daerah.
11. Unit Pelaksana Teknis Dinas yang selanjutnya disebut UPT adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas pada Dinas Daerah.

BAB II
SUSUNAN ORGANISASI

Pasal 2

- (1) Susunan Organisasi Dinas Daerah terdiri dari :
 - a. Kepala ;
 - b. Sekretariat ;
 - c. Bidang ;
 - d. Sub Bagian ;
 - e. Seksi ;
 - f. Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) ;
 - g. Kelompok Jabatan Fungsional.
- (2) Dinas Daerah sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatas terdiri dari :
 - a. Dinas Pendidikan, Pemuda dan Olah Raga Daerah ;
 - b. Dinas Kesehatan Daerah ;
 - c. Dinas Sosial, Tenaga Kerja dan Transmigrasi Daerah ;
 - d. Dinas Perhubungan, Komunikasi dan Informatika Daerah ;
 - e. Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Daerah ;
 - f. Dinas Kebudayaan dan Pariwisata Daerah ;

- g. Dinas Bina Marga Daerah ;
 - h. Dinas Cipta Karya dan Perumahan Daerah ;
 - i. Dinas Pengairan Daerah ;
 - j. Dinas Perindustrian, Perdagangan, Koperasi, Pertambangan dan Energi Daerah;
 - k. Dinas Pertanian Daerah ;
 - l. Dinas Peternakan dan Perikanan Daerah ;
 - m. Dinas Kehutanan Daerah ;
 - n. Dinas Pendapatan, Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah.
- (3) Bagan organisasi, rincian tugas dan fungsi masing-masing jabatan struktural tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Peraturan Bupati ini.

BAB III
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 3

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan menempatkannya dalam Berita Daerah Kabupaten Nganjuk.

Ditetapkan di : Nganjuk
Pada tanggal : 21 April 2009

BUPATI NGANJUK

dto.

TAUFIQURRAHMAN

Diundangkan di : Nganjuk
Pada tanggal : 21 April 2009

SEKRETARIS DAERAH

dto.

SUMARLAN

BERITA DAERAH KABUPATEN NGANJUK TAHUN 2009 NOMOR 16 SERI G

Disalin sesuai dengan aslinya

KEPALA BAGIAN HUKUM


YONNY RACHMANTO, SH
Pembina
NIP. 19640127 198903 1 005

Lampiran 8 : Surat Keputusan Bupati Nganjuk Nomor 188/ 140/ K/ 411.013/2009

SURAT KEPUTUSAN BUPATI NGANJUK TENTANG TIM GENTASIBU



BUPATI NGANJUK

KEPUTUSAN BUPATI NGANJUK

NOMOR : 188/ 140 /K/411.013/2009

TENTANG

**PEMBENTUKAN TIM GERAKAN PENGENTASAN GIZI BURUK (GENTASIBU)
TINGKAT KABUPATEN NGANJUK**

BUPATI NGANJUK,

- Menimbang** : bahwa untuk memperbaiki status gizi masyarakat dari gizi buruk menjadi status gizi yang lebih baik di Kabupaten Nganjuk, maka perlu membentuk Tim Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU) Tingkat Kabupaten Nganjuk yang ditetapkan dengan Keputusan Bupati.
- Mengingat** :
1. Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
 2. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang nomor 12 tahun 2008.
 3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 58 tahun 2008 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah.
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Propinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/kota.
 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 tahun 2006 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana

telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 tahun 2007.

6. Peraturan Daerah Kabupaten Nganjuk Nomor 6 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Kabupaten Nganjuk

Memperhatikan : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/Menkes/PER/VII/2008 tentang Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

PERTAMA : Membentuk Tim Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU) Tingkat Kabupaten Nganjuk sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.

KEDUA : Tim Gerakan Pengentasan Gizi Buruk (GENTASIBU) Tingkat Kabupaten sebagaimana di maksud dalam Diktum Pertama Keputusan ini mempunyai tugas sebagai berikut :

1. Mengadakan koordinasi dan kerjasama dengan pihak terkait dalam menyusun rencana kerja
2. Meningkatkan peran serta masyarakat dan membangun kemitraan
3. Mengidentifikasi, dan memantau perkembangan penanganan kasus gizi buruk
4. Melaporkan hasil pelaksanaan tugasnya kepada Bupati

KETIGA : Segala biaya yang timbul akibat ditetapkannya Keputusan ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Nganjuk Tahun Anggaran tahun 2009

KEEMPAT : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Nganjuk

Pada tanggal : 26 MEI 2009

BUPATI NGANJUK

Drs. H. TAUFIQUEH IMAN

LAMPIRAN : KEPUTUSAN BUPATI NGANJUK

NOMOR : 188/ 140 /K/411.013/2009

TANGGAL : 26 MEI 2009

SUSUNAN TIM GERAKAN PENGENTASAN GIZI BURUK (GENTASIBU) TINGKAT KABUPATEN NGANJUK

NO	JABATAN DALAM TIM	DINAS/INSTANSI
1	2	3
1	Pelindung	Bupati
2	Penasehat	1. Kepala Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk 2. Direktur RSUD Nganjuk 3. Direktur RSUD Kertosono
3	Ketua	Ketua Tim Penggerak PKK Kabupaten Nganjuk
4	Sekretaris	Kepala Bidang Kesehatan Keluarga pada Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk
5	Bendahara	Ny. Siti Muawanah Bambang Sugihono
6	Seksi Perlengkapan dan Umum	:
	Ketua	Kepala Bagian Umum pada Asisten Umum Sekretariat Daerah Kabupaten Nganjuk
	Anggota	1. Kepala Seksi Keamanan Pangan dan Gizi pada Kantor Ketahanan Pangan Daerah Kabupaten Nganjuk 2. Kepala Sub Bagian Perlengkapan pada Asisten Administrasi Umum Sekretaris Daerah Kabupaten Nganjuk 3. Kepala Sub Bagian Rumah Tangga pada Asisten Administrasi Umum Sekretaris Daerah Kabupaten Nganjuk 4. Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan Khusus dan Pembiayaan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk 5. Kepala Seksi Pemukiman pada Dinas Pekerjaan Umum Cipta Karya dan Tata Ruang Daerah Kabupaten Nganjuk



<p>7</p>	<p>Seksi Penyuluhan dan Publikasi Ketua Anggota</p>	<p>6. Kepala Seksi Kesehatan Bayi, Anak, dan Remaja pada Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk</p> <p>:</p> <p>Kepala Bidang Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan pada Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Sub Bidang Advokasi, Komunikasi, Informasi dan Edukasi pada Badan Pembinaan Perempuan dan Keluarga Berencana 2. Kepala Sub Bagian Hubungan Masyarakat pada Asisten Umum Sekretaris Daerah Kabupaten Nganjuk 3. Kepala Seksi Promosi dan Penyuluhan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk 4. Kepala Seksi Kesehatan Ibu, KS dan Usia pada Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk 5. Ketua Pokja II pada Tim Penggerak Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga Kabupaten Nganjuk
<p>8</p>	<p>Seksi Pelayanan Kesehatan dan Evaluasi Ketua Anggota</p>	<p>:</p> <p>Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Bidang Pelayanan pada RSUD Nganjuk 2. Kepala Bidang Pelayanan Medis pada RSUD Kertosono 3. Kepala Seksi Gizi pada Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten Nganjuk 4. Kepala Seksi Bina Kelompok Belajar dan Kursus/Pelatihan 5. Ketua Pokja IV Tim Penggerak PKK Kabupaten Nganjuk 6. Kepala Ruang Anak pada RSUD Nganjuk 7. Kepala Ruang Anak pada RSUD Kertosono 8. dr Agus Budiono, SPA pada RSUD Nganjuk 9. dr. Henny Lestari Kepala Puskesmas Rejoso 10. dr. Trishalia Sutedjo Kepala Puskesmas Ngetas 11. dr. Muhammad Huda Dokter pada Puskesmas Kertosono 12. dr. Vitis Arundina Dokter pada Puskesmas Prambon

Lampiran 9 : CURRICULUM VITAE PENULIS

A. Identitas Diri

Nama Lengkap : Nisa Agrinadhiar
Nomor Induk Mahasiswa : 0710310055
Tempat, Tgl Lahir : Nganjuk, 22 Maret 1990
Umur : 21 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Fakultas / Jurusan : Ilmu Administrasi (FIA) / Administrasi Publik
Alamat Rumah : Jl. Dr. Sutomo V/1 Nganjuk
No. HP : 085735098264
E-mail : uugh_sebal@yahoo.com

B. Riwayat Pendidikan

1. SD Bina Bangsa Palembang Tahun 1995-2001
2. SMP Negeri 11 Palembang Tahun 2001-2004
3. SMA Negeri 2 Nganjuk Tahun 2004-2007
4. Fakultas Ilmu Administrasi Jurusan
Administrasi Publik Universitas Brawijaya Tahun 2007-2011