

IMPLEMENTASI PROGRAM PENANGGULANGAN GIZI BURUK PADA ANAK BAWAH LIMA TAHUN PADA DINAS KESEHATAN KABUPATEN DONGGALA PROVINSI SULAWESI TENGAH

Amran Gatah Lisang

gizi_sulteng@yahoo.co.id

Mahasiswa Program Studi Magister Administrasi Publik Pascasarjana Universitas Tadulako

Abstract

The goal of this research is to analyze and provide an overview Prevention Program Implementation Malnutrition in Children Under Five Years On Donggala District Health Office of Central Sulawesi Province. This study refers to the opinion of Edward III of Implementation which includes elements of Interest, Communication, Resources, Disposition, and Bureaucratic Structure. This type of research in achieving the purposes and objectives of the research are descriptive method qualitative approach. The research location in Donggala Health Office. Informants in this study were selected purposively as many as five people. Data collection techniques used were observation, interview, and documentation. The data analysis was performed with data reduction procedures, presentation of data and draw conclusions. The results of this study explained that the implementation Program countermeasures Malnutrition Children Under Five Years On Health Office Donggala, judging by the theory of policy implementation raised by Edward III, which includes Communications, Resources, Disposis and Struktur Bureaucracy has not overall have not been going well. This is because of all these factors there is still a factor Source Day that has not gone well, while the communication factor, disposition, and structural Bureaucracy has been well implemented.

Keywords: *Policy Implementation, Communication, Resources, disposition, and Bureaucratic structure.*

Mewujudkan visi tersebut, ada 4 misi pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan oleh pemerintah yaitu 1). Menggerakkan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan, 2). Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat, 3). Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau dengan biaya murah, 4). Memelihara dan memperoleh perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Realisasi visi dan misi Indonesia sehat dalam hal ini jelas tidak mungkin hanya dibebankan pada sektor kesehatan karena masalah kesehatan adalah muara semua sektor pembangunan. Oleh karena itu masalah kesehatan adalah tanggung jawab bersama individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Namun dalam kenyataan dalam untuk mengimplementasikan kebijakan dan

program intervensi ini harus bersama-sama dengan sektor lain, baik pemerintah maupun swasta. Ini berarti sektor kesehatan seharusnya menjalin kerjasama kemitraan dengan instansi kesehatan mulai tingkat kabupaten sampai ke tingkat kecamatan.

Instansi inilah yang diharapkan melaksanakan setiap kebijakan kesehatan dan bertanggung jawab atas tugas-tugasnya dalam menunjang terlaksananya pelayanan kesehatan yang didambakan oleh masyarakat yaitu pelayanan kesehatan yang terjangkau dan bermutu. Oleh karena itu pemerintah Indonesia telah memberikan perhatian yang besar terhadap berbagai upaya untuk menanggulangi masalah-masalah kesehatan masyarakat. Namun jika upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah tidak didukung fasilitas yang memadai, belum terselenggara secara menyeluruh, terpadu dan

berkesinambungan, serta biaya kesehatan tidak dapat dijangkau oleh masyarakat, maka sulit diharapkan meningkatnya taraf kesehatan masyarakat.

Kenyataan, ditemukan masalah implementasi program penanggulangan gizi anak pada anak balita di Dinas Kesehatan kabupaten Donggala, sebagian besar masyarakat belum mengetahui dan memahami program penanggulangan gizi buruk karena kurangnya sosialisasi program bahkan petugas kesehatan sendiri masih ada diantara mereka juga belum mengetahui secara jelas mengenai tata kelola program penanggulangan gizi buruk.

Provinsi Sulawesi Tengah masih tercatat sebagai daerah yang memiliki tingkat kemiskinan lebih tinggi dari tingkat kemiskinan nasional. Tingkat kemiskinan di Sulawesi Tengah pada tahun 2010 adalah 18,07 %, sementara tingkat nasional adalah 13,3 %. Namun demikian tingkat kemiskinan di Provinsi Sulawesi Tengah ini telah mengalami penurunan dari tahun-tahun sebelumnya. Kemiskinan di nilai memiliki peran penting dan bersifat timbal balik, artinya kemiskinan akan menyebabkan kurang gizi dan individu yang kurang gizi akan berakhir atau melahirkan kemiskinan.

Masalah kurang gizi memperlambat pertumbuhan ekonomi dan mendorong proses pemiskinan melalui tiga cara, pertama, kurang gizi secara langsung menyebabkan hilangnya produktivitas karena kelemahan fisik. Kedua, kurang gizi secara tidak langsung menurunkan kemampuan fungsi kognitif dan berakibat pada rendahnya tingkat pendidikan. Ketiga, kurang gizi dapat menurunkan tingkat ekonomi keluarga karena meningkatnya pengeluaran untuk berobat.

Sebagaimana yang disebutkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi, pasal 2, bahwa Pengaturan upaya perbaikan gizi ditujukan untuk menjamin : (a). Setiap orang memiliki

akses terhadap informasi gizi dan pendidikan gizi, (b). Setiap orang terutama kelompok rawan gizi memiliki akses terhadap pangan yang bergizi, dan (c). Setiap orang memiliki akses terhadap pelayanan gizi dan kesehatan.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi, Pasal 5 menjelaskan bahwa Pemerintah bertugas dan bertanggung jawab : (a). Menyusun dan menetapkan kebijakan bidang gizi; (b). Melakukan koordinasi, fasilitasi dan evaluasi surveilans kewaspadaan gizi skala nasional; (c). Melakukan penanggulangan gizi buruk skala nasional; (d). Mengatur, membina, dan mengawasi pelaksanaan urusan wajib upaya perbaikan gizi; (e). Mengupayakan pemenuhan kecukupan dan perbaikan gizi pada masyarakat terutama pada keluarga miskin, rawan gizi, dan dalam situasi darurat; (f). Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya gizi dan pengaruhnya terhadap peningkatan status gizi.

Berkaitan dengan hal tersebut maka dalam pencapaian pemenuhan kebutuhan pangan dan gizi di Provinsi Sulawesi Tengah merupakan salah satu agenda penting dalam dokumen rencana pembangunan jangka menengah (RPJM) khususnya pada misi pertama Gubernur Sulawesi Tengah, yaitu peningkatan kualitas sumber daya manusia yang berdaya saing yang di tandai dengan peningkatan indeks pembangunan manusia (IPM) sehingga sejajar dengan provinsi yang telah maju melalui upaya penciptaan kualitas hidup manusia yang mencakup ; kualitas fisik, intelektual, moral, iman dan taqwa, sehingga tercipta kualitas manusia secara utuh, sehingga keberhasilan ketahanan pangan dan gizi di Provinsi Sulawesi Tengah adalah hal yang sangat penting sehingga diharapkan Provinsi Sulawesi Tengah mampu mewujudkan ketahanan pangan dan gizi baik di tingkat wilayah, rumah tangga dan individu yang berbasis kemandirian pangan.

Persentase balita dengan status gizi buruk dan gizi kurang di Sulawesi Tengah tahun 2010 bila dibandingkan Provinsi lain masih tergolong relatif tinggi walaupun menunjukkan trend positif selama 3 tahun. Kondisi gizi balita Sulawesi Tengah mencapai angka 26,5 % pada tahun 2010. Sementara target yang ditargetkan Indonesia untuk MDGIS tahun 2015 sebesar 15,5 %. Kondisi yang sama juga terjadi untuk angka balita gizi buruk dan balita gizi kurang. Kondisi di Sulawesi Tengah mewujutkan walaupun terjadi penurunan prevalensi balita gizi buruk dari 12,1 % pada tahun 2008 menjadi 7,90 %. Pada tahun 2009 angka tersebut masih jauh dari target MDGIS tahun 2015 yang sebesar 3,6 %. Sementara itu kondisi balita gizi kurang juga mewujutkan hal yang serupa. Target MDGIS 2015 untuk prevalensi gizi kurang sebesar 11,9 % masih jauh dengan kondisi pencapaian Sulawesi Tengah pada tahun 2009 yang mencapai angka 18,6 % melalui program dan kegiatan yang efektif dan efisien, diharapkan dalam waktu 5 tahun Sulawesi Tengah dapat menekan angka tersebut sebesar 2,34 % sehingga pada tahun 2015 target MDGIS seperti yang dimaksudkan dapat tercapai.

Secara nasional, prevalensi pendek anak balita di daerah Sulawesi Tengah masih memprihatinkan Sulawesi Tengah memiliki prevalensi pendek pada anak balita sebesar 36,2 % pada tahun 2010 dan nilai lebih besar dari pada prevalensi pendek nasional yaitu sebesar 35,2 %. Jika dibandingkan dengan target pencapaian MDGIS 2015 sebesar 32 % maka Provinsi Sulawesi Tengah masih memerlukan usaha dalam rangka penurunan prevalensi pendek pada anak balita sebesar 4,2 %.

Kabupaten Donggala merupakan salah satu bagian dari Provinsi Sulawesi Tengah. Berkaitan dengan Gizi Buruk pada anak Balita, Kabupaten Donggala merupakan daerah yang masih terdapat kasus gizi buruk pada anak Balita.

Setiap tahunnya terdapat penderita gizi buruk pada anak balita dengan jumlah yang fluktuatif setiap tahunnya disebabkan karena perubahan iklim yang mengakibatkan masa panen dan hasil panen yang tidak sesuai harapan masyarakat, selain itu pola asuh balita yang cenderung tidak mempedulikan asupan gizi, oleh karenanya untuk mengurangi kasus gizi buruk pada anak Balita diperlukan pengimplementasian kebijakan yang lebih baik oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala. Sebagai mana yang di kemukakan oleh Purwanto dan Sulistyastuti (2012:20), bahwa implementasi intinya adalah kegiatan untuk mendistribusikan keluaran kebijakan (*to deliver policy output*) yang dilakukan oleh para implementor kepada kelompok sasaran (*target Group*) sebagai upaya untuk mewujudkan tujuan kebijakan.

Berkaitan dengan implementasi kebijakan, George C. Edward III dalam Agustino (2012:156), mengembangkan pendekatan dengan empat faktor dalam Implementasi kebijakan yang disebut dengan *direct and Indirect Impact on Implementation*, yaitu : 1). *Communication* (komunikasi) : *Transmission, clarity dan consistency*. 2). *Resources* (sumber daya) : *Staff, information, authority, facilities*. 3). *Disposition* (Disposisi) : *Incentives, staffing*. 4). *Birocratie Structure* (Struktur Birokrasi) : *Standard operating procedures, fragmentation*.

Penanggulangan gizi buruk pada anak balita yang di lakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala belum berjalan dengan optimal, karena kurang memperoleh partisipasi masyarakat khususnya keluarga yang memiliki anak balita, kurangnya jumlah dan kualitas sumber daya manusia pengelola program penanggulangan gizi buruk pada anak balita di setiap jenjang administrasi, kurangnya kerjasama serta komitmen lintas program dan lintas sektor dalam penanggulangan gizi buruk pada anak balita, sistim pelaporan dalam penanggulangan gizi

buruk pada anak balita yang terlambat dan cenderung di anggap remeh, infrastruktur yang kurang dan tidak memadai dalam penanggulangan gizi buruk pada anak balita, serta kurangnya informasi yang disampaikan kepada masyarakat mengenai kapan, dan dalam bentuk apa mereka dapat berpartisipasi dalam penanggulangan gizi buruk pada anak balita.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka penulis merumuskan masalah adalah Bagaimanakah Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk Pada Anak Bawah Lima Tahun Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala Provinsi Sulawesi Tengah. Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah

Menganalisis dan memberi gambaran Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk Pada Anak Bawah Lima Tahun Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala Provinsi Sulawesi Tengah.

METODE

Jenis yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif, yaitu suatu prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dan orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Moleong, 2003 : 3). Sementara itu Brannen (1999: 12) memberikan pendapatnya bahwa dengan digunakannya metode kualitatif maka diharapkan penelitian dapat lebih mendekatkan diri pada objek-objek yang diteliti serta meningkatkan sensitivitas terhadap konteks-konteks yang ada dan sifat-sifat tersebut cenderung membuahkan konfidensi yang lebih besar pada kesahihan data kualitatif dibandingkan kuantitatif.

Sugiyono (2005:7), mengatakan bahwa metode penelitian deskriptif bertujuan untuk mendapatkan dan menyampaikan fakta-fakta dengan jelas dan teliti. Studi deskriptif harus lengkap, tanpa banyak detail yang tidak penting dengan menunjukkan apa yang

penting atau tidak. Dalam konsep *Grounded Research* bahwa suatu cara penelitian bersifat kualitatif menjadi berpengaruh dengan suatu pandangan yang berbeda tentang hubungan antara teori dan pengamatan.

Penelitian deskriptif adalah prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan melukiskan atau menggambarkan keadaan subyek/obyek penelitian saat ini berdasarkan fakta-fakta sebagaimana adanya. Sedangkan pendekatan penelitian yang akan dipakai guna memperoleh ketepatan dengan metode deskriptif ini adalah secara kualitatif.

Penelitian ini mengambil lokasi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, yang mana Dinas Kesehatan Donggala merupakan implementor dari program penanggulangan gizi buruk anak balita. Diharapkan yang tersebut dapat memberikan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian ini, melalui pegawai yang berwenang dalam penanggulangan gizi buruk balita di Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala maupun masyarakat setempat sebagai penerima dampak kebijakan.

Penelitian ini direncanakan akan dilaksanakan selama 3 bulan Terhitung sejak usulan penelitian telah di seminarkan dan mendapatkan surat izin penelitian.

Dalam Penelitian kualitatif tidak menggunakan istilah populasi, tetapi oleh Spradley dalam Sugiyono (2010:215) dinamakan "*social situation*" atau situasi sosial yang terdiri atas tiga elem yaitu: tempat (*place*), pelaku (*actors*), dan aktivitas (*activity*) yang berinteraksi secara sinergis.

Peneliti dalam penelitian ini menentukan karakter informan, yaitu implementor program penanggulangan gizi buruk yang merupakan pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala dan mereka-mereka yang terkena dampak dari program penanggulangan gizi buruk yaitu masyarakat.

Untuk memperoleh informasi yang lebih mendalam maka dalam penelitian ini ditetapkan informan dengan *purposive*, yaitu

dipilih dengan pertimbangan dan tujuan tertentu (Sugiyono, 2010:216).

Merujuk dari karakter informan dan teknik menentukan informan maka peneliti mengajukan informan dalam penelitian ini sebanyak 5 orang yaitu Kepala Bidang BUK Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, Kepala Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, Kepala Puskesmas Donggala, Camat Banawa, dan 1 Orang Petugas Gizi Kabupaten Donggala.

Dalam penelitian ini menggunakan jenis data yang terdiri dari Data Primer dan Data Sekunder. Dalam penelitian ini menggunakan data bersumber dari informan penelitian yang diperoleh melalui wawancara mendalam merujuk pada pedoman wawancara, Kejadian dan kenyataan yang ada di lapangan baik terkait langsung maupun yang tidak langsung dengan topik permasalahan penelitian, dan Dokumen dan catatan yang relevan dengan permasalahan penelitian.

Teknik pengumpulan data yang di gunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: Observasi, Wawancara, dan Dokumentasi.

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung, dan setelah selesai pengumpulan data. Dalam proses melakukan analisis data, peneliti menggunakan model analisis data *interactive model* yang dikemukakan oleh Miles dan Huberman. Dalam model ini sebagai mana yang dikemukakan oleh Miles dan Huberman dalam Sugiyono (2010:249), aktivitas dalam analisis data, yaitu data *reduction*, data *display*, dan *conclusion drawing/verification*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Kabupaten Donggala.

A. Letak Geografis

Secara Administratif, luas wilayah Kabupaten Donggala sebesar 5.275,7 Km²

yang terbagi atas 16 kecamatan 169 Desa/UPT/kelurahan, dimana Kecamatan Rio Pakava merupakan kecamatan terluas (872,2 Km²). Sedangkan kecamatan dengan luas wilayah terkecil adalah Kecamatan Banawa Tengah dengan luas wilayah 74,6 Km². Kabupaten Donggala terletak diantara 0⁰-30 Lintang Utara dan 2⁰-20 Lintang Selatan, serta 119⁰-45' dan 12⁰-45' Bujur Timur. Kondisi topografis kabupaten Donggala sangat bervariasi dengan ketinggian di atas ± 700 m dari permukaan laut.

Berdasarkan elevasi (ketinggian dari permukaan air laut) dataran di Kabupaten Donggala terdiri dari :

- a. < 100 meter = 20,2 persen
- b. 100 – 500 meter = 27,2 persen
- c. 501 – 1.000 meter = 26,7 persen
- d. > 1.000 meter = 25,9 persen

B. Keadaan Iklim

Sebagaimana dengan daerah–daerah lain di Indonesia, Kabupaten Donggala memiliki 2 musim yaitu musim panas dan musim hujan. Musim panas terjadi antara bulan April – September sedangkan musim hujan terjadi pada bulan Oktober – Maret. Hasil pencatatan rata-rata parameter cuaca pada stasiun Meteorologi Mutiara Palu pada tahun 2014 menunjukkan bahwa rata-rata suhu udara (27,7⁰ C) dengan suhu udara tertinggi terjadi pada bulan Maret (28,5⁰ C) dan terendah terjadi pada Juli (26,7⁰ C).

Sementara tekanan udara tertinggi pada bulan September (1.011, 24 mb) dan terendah pada bulan Juni (1.009,43 mb) dengan rata-rata tekanan udara (1.010, 20 mb). Rata-rata Kelembaban udara (76,40%) dengan kelembaban udara terendah terjadi pada bulan Maret (73,09%) dan tertinggi pada bulan Juli (80,78%). Curah Hujan tertinggi pada bulan November (152 mm) dan terendah pada bulan Februari (28 mm) dengan rata-rata curah hujan (62,6 mm). Sedangkan rata-rata kecepatan angin 3,6 Knots dan arah angin terbanyak berasal dari arah Barat Laut.

C. Keadaan Penduduk

Masalah utama kependudukan di Kabupaten Donggala adalah penyebaran penduduk yang tidak merata dan hanya berpusat pada daerah–daerah tertentu saja.

Jumlah Penduduk Kabupaten Donggala sepanjang 5 tahun terakhir (2010-2014) mengalami peningkatan, mulai dari tahun 2010 (279.756 jiwa) bertambah menjadi 282.752 jiwa (tahun 2012) kemudian pada tahun 2013 meningkat lagi sebesar 287.921 jiwa dan bertambah menjadi 290.915 jiwa pada tahun 2014.

Rata-rata peningkatan jumlah penduduk Kabupaten Donggala pada 5 tahun terakhir (2010-2014) sebesar 3,98 persen. Peningkatan jumlah penduduk tertinggi terjadi pada tahun 2013 sebesar 34,1 persen dan tahun 2012 dengan jumlah penduduk terendah sebesar 12,2 persen.

Jumlah penduduk per Kecamatan Kabupaten Donggala pada tahun 2014, yang terdiri atas 16 kecamatan dengan luas wilayah 5.275,7 Km² dan jumlah penduduk 290.915 jiwa. Kecamatan Banawa dengan jumlah penduduk terbesar (33.220 jiwa) namun dengan luas wilayah yang terkecil (99,0 Km²) sedangkan jumlah penduduk terkecil sebesar 6.687 jiwa di Kecamatan Pinembani.

Proporsi jumlah penduduk Kabupaten Donggala tahun 2014 menurut jenis kelamin laki–laki sebesar 148.804 jiwa (51%) dan perempuan sebesar 142.101 jiwa (49%).

Berdasarkan hasil sensus penduduk yang dilakukan oleh BPS Kabupaten Donggala pada tahun 2010, diketahui bahwa rata–rata laju pertumbuhan penduduk Kabupaten Donggala per tahun selama 10 tahun terakhir yakni dari tahun 2000–2010 sebesar 1,03 persen. Pada tahun 2012 laju pertumbuhan penduduk Kabupaten Donggala meningkat menjadi 1,05 persen dengan kepadatan penduduk rata–rata 53,6 jiwa/Km². Sedangkan kepadatan penduduk rata-rata sebesar 54,2 jiwa/Km². Sehingga terjadi peningkatan sebesar 0,02 persen pada laju

pertumbuhan penduduk Kabupaten Donggala selama 10 tahun terakhir (2000-2010) dengan kepadatan penduduk rata-rata sebesar 0,6 persen selama 5 tahun terakhir (2010-2015).

Situasi Sumber Daya Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala

Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau ketrampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Jenis tenaga kesehatan terdiri dari tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik dan tenaga keteknisan medis.

Tenaga kesehatan menjadi salah satu faktor yang sangat penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang berkualitas harus didukung oleh SDM yang berkualitas disamping ketersediaan sumber daya yang lain. Hal yang penting diperhatikan dalam pengadaan SDM adalah jumlah, jenis, distribusi tenaga kesehatan dan rasionya terhadap jumlah penduduk.

Data yang diperoleh dari Bidang Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) dan Sub Bagian Kepegawaian menunjukkan bahwa jumlah tenaga kesehatan yang bekerja di Kabupaten Donggala pada tahun 2014 berjumlah 508 orang yang tersebar anatara lain Dinas Kesehatan sebanyak 112 orang, RSUD Kabelota sebanyak 120 orang, Puskesmas sebanyak 246 orang dan AKPER Donggala sebanyak 30 orang. Jumlah ini menurun apabila dibandingkan dengan tahun 2013 (Dinas Kesehatan 98 orang, RSUD Kabelota 116 orang, Puskesmas 450 orang dan AKPER Donggala sebanyak 30 dengan total 694 orang).

Rasio tenaga medis (dokter spesialis, dokter spesialis gigi dan dokter umum) belum memenuhi standar indikator Indonesia

Sehat 2010. Berbeda dengan tenaga keperawatan (Bidan dan Perawat), dimana tenaga bidan telah memenuhi standar rasio (100) yakni 156,2.

Sedangkan untuk kefarmasian, kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, gizi dan teknisi medis juga belum ada yang memenuhi standar rasio Indonesia Sehat 2010. Berbeda halnya dengan tenaga medis dan fisioterapis dengan standar rasio 4 sedangkan cakupannya pada tahun 2014 ini sebesar 15,8. Artinya untuk tenaga medis dan fisioterapis telah memenuhi standar rasio Indonesia Sehat 2010.

Perbaikan Gizi Masyarakat Kabupaten Donggala

Keadaan gizi yang baik merupakan syarat utama dalam mewujudkan SDM yang sehat dan berkualitas. Upaya perbaikan gizi masyarakat pada hakikatnya dimaksudkan untuk menangani permasalahan gizi yang dihadapi masyarakat. Masalah gizi adalah gangguan kesehatan seseorang/masyarakat yang disebabkan tidak seimbangnya pemenuhan kebutuhan akan zat gizi yang diperoleh dari makanan.

Masalah gizi terjadi disetiap siklus kehidupan manusia, dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa sampai dengan usia lanjut. Beberapa permasalahan gizi yang sering dijumpai pada kelompok masyarakat antara lain gizi kurang dalam bentuk Kurang Energi Protein (KEP), Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Anemia Gizi Besi (AGB) dan Kurang Vitamin A (KVA) serta masalah gizi yang berkaitan dengan penyakit degeneratif.

1. Cakupan Penimbangan Balita di Posyandu

Upaya pemantauan status gizi pada kelompok balita difokuskan melalui pemantauan terhadap pertumbuhan berat badan yang dilakukan melalui kegiatan penimbangan di Posyandu secara rutin setiap bulan, serta pengamatan langsung terhadap

penampilan fisik balita yang berkunjung di fasilitas pelayanan kesehatan.

Cakupan penimbangan balita di Posyandu merupakan indikator yang berkaitan dengan cakupan pelayanan gizi pada balita, cakupan pelayanan kesehatan dasar khususnya imunisasi serta penanganan prevalensi gizi kurang pada balita. Semakin tinggi cakupan balita ditimbang, seyogyanya semakin tinggi pula cakupan Vitamin A, semakin tinggi cakupan imunisasi dan diharapkan semakin rendah prevalensi gizi kurang.

Cakupan terhadap jumlah balita yang ditimbang selama tahun 2014 yakni sebesar 22.174 balita, dari jumlah balita ditimbang, balita yang BGM berjumlah 1.875. cakupan balita yang ditimbang ini mengalami peningkatan sepanjang 5 tahun terakhir (2010-2014) sedangkan untuk cakupan BGM mengalami peningkatan tertinggi pada tahun 2013 sebesar 3.126 Balita.

2. Pemberian Kapsul Vitamin A

Tujuan pemberian kapsul Vitamin A pada balita adalah untuk menurunkan prevalensi dan mencegah kekurangan vitamin A pada balita. Kapsul vitamin A dosis tinggi terbukti efektif untuk mengatasi masalah kekurangan Vitamin A (KVA) pada masyarakat apabila cakupannya tinggi. Peranan vitamin A dalam menurunkan secara bermakna angka kematian anak, maka selain untuk mencegah kebutaan, pentingnya pemberian vitamin A lebih dikaitkan dengan kelangsungan hidup, kesehatan dan pertumbuhan anak. Vitamin A penting untuk kesehatan mata dan mencegah kebutaan, serta meningkatkan daya tahan tubuh.

Sasaran pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi adalah bayi (umur 6-11 bulan) diberikan kapsul vitamin A 100.000 SI, anak balita (umur 1-4 tahun) diberikan kapsul vitamin A 200.000 SI, dan ibu nifas diberikan kapsul vitamin A 200.000 SI, sehingga bayinya akan memperoleh vitamin A yang cukup melalui ASI. Pada bayi (6-11

bulan) diberikan setahun sekali pada bulan Februari atau Agustus; dan anak balita 6 bulan sekali, yang diberikan secara serentak pada bulan Februari dan Agustus. Sedangkan pemberian kapsul vitamin A pada ibu nifas diharapkan dapat dilakukan terintegrasi dengan pelayanan kesehatan ibu nifas atau dapat pula diberikan di luar pelayanan tersebut selama ibu nifas belum mendapatkan kapsul vitamin A.

Strategi penanggulangan KVA dilaksanakan melalui pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi yaitu kapsul vitamin A biru (6–11 bulan) sebanyak satu kali dalam setahun (bulan february atau agustus) dan kapsul vitamin A merah untuk anak balita (1 – 5 tahun) sebanyak 2 kali yaitu tiap bulan Februari dan Agustus, serta ibu nifas paling lambat 30 hari setelah melahirkan.

Sepanjang 4 tahun terakhir (2010-2013) terjadi peningkatan cakupan balita yang mendapat vitamin A sebanyak 2x di Kabupaten Donggala namun pada tahun 2014 terjadi penurunan yakni menjadi 27.421 balita dari 30.353 balita.

3. Pemberian Tablet Besi

Anemia gizi adalah kekurangan kadar haemoglobin (Hb) dalam darah yang disebabkan karena kekurangan zat gizi yang diperlukan untuk pembentukan Hb tersebut. Di Indonesia, sebagian besar anemia ini disebabkan karena kekurangan zat besi (Fe) hingga disebut anemia kekurangan zat besi atau anemia gizi besi dan kelompok yang paling rentan adalah wanita hamil.

Anemia Gizi Besi masih merupakan masalah gizi yang perlu mendapat penanganan karena dampak yang ditimbulkan antara lain risiko perdarahan yang dilahirkan, bayi yang dilahirkan BBLR, kesakitan meningkat dan penurunan kesegaran fisik. Upaya pencegahan dan penanggulangan anemia gizi besi dilaksanakan melalui pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) yang diprioritaskan

pada ibu hamil, karena prevalensi anemia pada kelompok ini cukup tinggi

Penanggulangan masalah anemia gizi besi saat ini terfokus pada pemberian tablet tambah darah (Fe) pada ibu hamil. Ibu hamil mendapat tablet tambah darah 90 tablet selama masa kehamilannya. Pelayanan pemberian tablet besi dimaksudkan untuk mengatasi kasus Anemia serta meminimalisasi dampak buruk akibat kekurangan Fe khususnya yang dialami ibu hamil.

Cakupan pemberian tablet besi (Fe-1) sepanjang 3 tahun terakhir mengalami peningkatan, namun menurun pada tahun 2013 (101,6%) dan 2014 (95,8%). Sedangkan cakupan Fe-3 mengalami peningkatan pada tahun 2012 (93,5%) setelah cakupannya menurun pada tahun 2010 (71,1%) dan 2011 (87,6%), tetapi kemudian menurun kembali pada tahun 2013 (91,7%) dan 2014 (77,9%). Persentase cakupan pemberian tablet besi (Fe-1 dan Fe-3) kepada ibu hamil menurut Kecamatan dan Puskesmas di Kabupaten Donggala tahun 2014. Cakupan pemberian tablet tambah darah terkait erat dengan antenatal care (ANC). Cakupan kunjungan K4 pada ibu hamil tahun 2014 sebesar 84,1% diikuti oleh cakupan Fe-3 ibu hamil sebesar 77,9%.

4. Cakupan Pemberian ASI Eksklusif

Cara pemberian makanan pada bayi yang baik dan benar adalah menyusui bayi secara eksklusif sejak lahir sampai dengan umur 6 bulan dan meneruskan menyusui anak sampai umur 24 bulan. Mulai umur 6 bulan, bayi mendapat makanan pendamping ASI yang bergizi sesuai dengan kebutuhan tumbuh kembangnya.

Cakupan pemberian ASI Eksklusif dipengaruhi beberapa hal, terutama masih sangat terbatasnya tenaga konselor ASI, belum adanya peraturan perundangan tentang pemberian ASI serta belum maksimalnya kegiatan edukasi, sosialisasi, advokasi dan kampanye terkait pemberian ASI maupun

MP ASI, masih kurangnya ketersediaan sarana dan prasarana KIE ASI dan MP ASI dan belum optimalnya pembinaan kelompok pendukung ASI dan MP ASI.

Pada tahun 2014 di Kabupaten Donggala, cakupan pemberian ASI Eksklusif mencapai 27,0 persen. Angka ini belum mencapai target MDG's yakni sebesar 70% dan cakupannya menurun dibandingkan tahun 2013 (66,8%). ASI Eksklusif tertinggi berada di Puskesmas Donggala sebesar 39,9 persen sedangkan terendah berada di Puskesmas Pinembani sebesar 7,4 persen.

Upaya terobosan yang perlu dilakukan untuk meningkatkan pemberian ASI eksklusif antara lain melalui upaya peningkatan pengetahuan petugas tentang manfaat ASI eksklusif, penyediaan fasilitas menyusui ditempat kerja, peningkatan pengetahuan dan keterampilan ibu, peningkatan dukungan keluarga dan masyarakat serta upaya untuk mengendalikan pemasaran susu formula. Selain itu perlu juga penerapan sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui (LMKM) di Rumah Sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya yang melakukan kegiatan persalinan.

Pemerintah Indonesia telah berupaya untuk menekan angka gizi buruk yang ada di Indonesia melalui Menteri Kesehatan Republik mengeluarkan regulasi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi. Oleh karena itu untuk melihat sejauh mana efektifitas kebijakan tersebut di implementasikan maka melalui penelitian ini akan mengkaji Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk Pada Anak Bawah Lima Tahun Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala Provinsi Sulawesi Tengah menggunakan teori model implementasi kebijakan yang dikembangkan oleh George C. Edward III dalam Agustino (2012:156), meliputi : *Communication* (komunikasi), *Resources* (sumber daya), *Disposition* (Disposisi), dan *Birocratie*

Structure (Struktur Birokrasi). Berikut ini diuraikan hasil penelitian lapangan.

1. *Communication* (Komunikasi),

Edward III dalam Budiman Rusli (2013:101) menjelaskan bahwa syarat pertama agar pelaksanaan kebijakan itu efektif, kebijakan ini harus disampaikan/diketahui oleh orang-orang yang diserahi tanggung jawab untuk melaksanakannya dengan jelas. Tentu saja dalam hal ini diperlukan komunikasi yang akurat dan dilaksanakan dengan tepat oleh pelaksana.

Komunikasi yang baik harus disosialisasikan serta dikoordinasikan sehingga akan dapat menghasilkan suatu implementasi yang baik pula, terkadang terdapat masalah dalam penyaluran komunikasi yaitu diantaranya adalah adanya salah pengertian yang disebabkan banyaknya tingkatan birokrasi yang harus dilalui dalam proses komunikasi sehingga apa yang diharapkan akan terdistorsi ditengah jalan.

Kebijakan akan berjalan efektif, jika pelaksana kebijakan, memahami apa yang harus mereka lakukan. Keputusan-keputusan kebijakan dan perintah-perintah, harus diteruskan kepada personel yang tepat sebelum keputusan-keputusan dan perintah-perintah itu dapat diikuti, komunikasi harus akurat dan dimengerti oleh pelaksana kebijakan. Hambatan dalam transmisi, bisa saja juga menjadi penghambat atau penghalang kebijakan.

Berkaitan dengan Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk Pada Anak Bawah Lima Tahun Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, Komunikasi merupakan usaha sosialisasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala pada masyarakat Kabupaten Donggala dalam kaitannya dengan penanggulangan gizi burk pada anak balita.

Dari pendapat informan penelitian yang ada, walaupun terdapat pendapat yang berbeda-beda, namun dari pernyataan setiap informan tersebut dapat dikatakan, bahwa

sosialisasi program penanggulangan gizi buruk pada anak bawah lima tahun di Kabupaten Donggala, sudah dilaksanakan, dengan melibatkan instansi kecamatan dan perpanjangan tangan Dinas Kesehatan yaitu Puskesmas setempat sudah diberdayakan begitupula petugas gizi yang ada.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, kasus Gizi buruk pada anak bawah lima tahun, pada tahun 2015 mencapai 142 kasus, satu kasus diantaranya meninggal dunia. Angka ini menurun dibanding tahun 2014 terdapat 152 kasus. Namun demikian dibanding dengan tahun 2013 mencapai 108 kasus, satu kasus diantaranya meninggal dunia, angka tersebut meningkat. Angka kasus gizi buruk tertinggi terjadi pada tahun 2012 yaitu mencapai 412 kasus, dua kasus diantaranya meninggal dunia.

2. Resources (Sumber Daya).

Van Meter dan Horn dalam Subarsono (2005: 100) menjelaskan bahwa kajian implementasi kebijakan perlu dukungan sumber daya baik sumber daya manusia (*human resources*) maupun sumberdaya non-manusia (*non-human resources*).

Menurut pendapat Edward III, dalam Budi Winarno (2002:132). Secara konseptual sumberdaya diartikan sebagai isi kebijakan yang dapat dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementator kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan kebijakan, diyakini pelaksanaan kebijakan tidak akan berjalan efektif. Sumberdaya tersebut dapat berwujud sumberdaya manusia, yakni kompetensi dan sumberdaya finansial, maupun sarana prasarana. Sumberdaya adalah faktor yang penting untuk implementasi kebijakan agar dapat berjalan efektif.

Berkaitan dengan program penanggulangan gizi buruk pada anak bawah lima tahun di Kabupaten Donggala, Sumber daya merupakan Sumber Daya Manusia, Sarana Prasarana dan Dana dalam kaitannya

dengan penanggulangan gizi burk pada anak balita.

Dari seluruh pendapat yang dijelaskan oleh informan, berkaitan dengan Sumber daya dalam mengimplementasikan program penaggulangan gizi buruk anak bawah lima tahun di Kabupaten Donggola dapat dijelaskan bahwa, sumber daya manusia yang dimiiki oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala dalam melaksanakan kebijakan program penanggulangan gizi buruk anak bawah lima tahun, masih sangat kurang yang memiliki keahlian dibidang gizi.

3. Disposition (Disposisi).

Edward III dalam Budi Winarno (2002:132), Disposisi adalah watak dan karakteristik atau sikap yang dimiliki oleh implementor seperti komitmen, kejujuran, sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka dia akan dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Ketika implementor memiliki sifat atau perspektif yang berbeda dengan pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi tidak efektif.

Faktor-faktor yang turut memberikan pengaruh dalam proses implementasi kebijakan publik, oleh para ahli telah mengidentifikasi bahwa *disposition* atau kecenderungan para pelaksana turut memberikan kontribusi yang berarti terhadap keberhasilan implementasi suatu kebijakan publik.

Van Meter dan Van Horn dalam Winarno (2002;168) mengidentifikasi tiga unsur tanggapan pelaksana yang mungkin memengaruhi kemampuan dan keinginan mereka untuk melaksanakan kebijakan, yakni pemahaman tentang kebijakan, penerimaan, netralitas atau penolakan terhadap kebijakan, dan intensitas tanggapan itu. Pemahaman para pelaksana dalam hal ini menyangkut tujuan umum maupun ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan kebijakan. Sehingga

dengan demikian akan menentukan sikap terhadap kebijakan ini untuk diterima dan dilaksanakan atau sebaliknya sangat bergantung dari persepsi individu-individu.

Berkaitan dengan Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk pada anak dibawah lima tahun di Kabupaten Donggala, Disposisi (*dispositions*) merupakan kemampuan dan komitmen untuk melaksanakan penanggulangan gizi buruk pada anak balita.

Dari hasil wawancara dengan beberapa informan penelitian diatas di atas, berkaitan dengan penaggunalang gizi buruk anak bawah lima tahun di kabupaten donggala yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, dapat disimpulkan sudah sebagai mana yang diharapkan atau sudah berjalan dengan baik, hal ini impelentor berkomitmen dalam mensukseskan program penanggulan gizi buruk di kabupaten Donggala yang terbilang masih tinggi.

4. *Birocratie Structure* (Struktur Birokrasi).

Budiman Rusli (2013:104), Keberadaan struktur birokrasi sangat diperlukan untuk mendukung kinerja sumber daya maupun *stakeholders* yang terkait dengan proses implementasi kebijakan dengan cara adanya pembagian tugas maupun tanggung jawab yang jelas sehingga tidak terjadi ketimpangan tugas dalam proses penerapan suatu kebijakan.

Struktur birokrasi diartikan sebagai yang bertugas mengimplementasikan kebijakan, salah satu dari aspek struktur yang penting dari setiap organisasi adalah prosedur operasi standar (*standard operating procedure* atau SOP). *Standar operating procedure* menjadi pedoman bagi implementator dalam bertindak.

Berkaitan dengan penaggulangan gizi buruk anak dibawah lima tahun pada Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, Struktur Birokrasi (*Bureaucratic Structure*) adalah

Pembagian tugas yang jelas dalam penanggulangan gizi buruk pada anak balita di Kabupaten Donggala.

Penjelasan informan dapat ditarik maknanya, bahwa pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, sudah melaksanakan upaya dalam penanggulangan gizi buruk, hanya saja masyarakat masih belum sadar tentang hidup sehat, sehingga upaya apapun yang dilaksanakan oleh pihak Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, tidak akan dapat berjalan dengan baik tanpa dukungan dan kepedulian dari masyarakat.

Dari seluruh rangkaian hasil wawancara yang dikemukakan oleh informan penelitian, berkaitan dsenga struktur birokrasi dalam penanggulangan gizi buruk ana balita di Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, dapat dijelaskan bahwa mekanisme kerja dinas kesehatan dalam pelaksanaan penanggulangan anak gizi buruk di Kabupaten Donggala, sudah memfungsikan dengan baik puskesmas yang ada sebagai ujunbg tombak penaggulangan gizi buruk, begitu juga petugas lapangan sebagai tim pelaksana pemulih gizi, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan anak gizi buruk di Kabupaten Donggala.

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Kesimpulan

Berdasarkan analisis pembahasan hasil penelitian tentang Implementasi Program Penaggulangan Gizi Buruk Anak Bawah Lima Tahun Pada Dinas Kesehatan kabupaten Donggala, dapat disimpulkan bahwa :

Secara keseluruhan Implementasi Program Penaggulangan Gizi Buruk Anak Bawah Lima Tahun Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, dilihat dengan teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Edward III, yang meliputi Komunikasi, Sumber Daya, Disposisi dan Struktur Birokrasi belum secara keseluruhan belum

berjalan dengan baik. Hal ini dikarenakan dari keseluruhan faktor tersebut masih ada faktor Sumber Day yang belum berjalan dengan baik, sedangkan faktor Komunikasi, Disposisi, dan Strukutr Birokrasi sudah baik terlaksana.

Rekomendasi

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dan kesimpulan di atas, maka peneliti merekomendasikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Donggala, agar Menambah Sumber Daya Manusia berkaitan dengan Gizi sehingga dapat tersebar keseluruh Puskesmas yang ada. Selain itu Perlunya memberikan pelatihan kepada pegawai puskesmas, aparat Desa, Kelurahan, dan kecamatan dalam kaitanya dengan penanggulangan gizi buruk.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan rasa terima kasih setulus hati kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan penelitian ini, terkhususnya kepada yang terhormat Prof. Dr. H. Sultan, M.Si, ketua timpembimbing, Dr. Nurhannis, M.Si anggota timpembimbing, yang telah membimbing, dan mengarahkan penulis sehingga penulis menyelesaikan tesis dan artikel ini.

DAFTAR RUJUKAN

- Agustino, Leo, 2012. *Dasar-Dasar Kebijakan publik*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Brannen, Julia, 1999, *Memadu Mertide Penelitian Kualitatif dan Kuantatif*, Yogyakarta: pustaka pelajar.
- Moleong, Lexi J, 2003. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Purwanto, Erwan Agus dan Sulistyastuti, Dyah Ratih, 2012. *Implementasi Kebijakan Publik, Konsep dan*

Aplikasinya di Indonesia. Yogyakarta: Penerbit Gava Media

Rusli, Budiman, 2013. *Kebijakan Publik Membangun Pelayanan Publik Yang Responsif*. Bandung: Hakim Publishing.

Subarsono,AG, 2005. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

Sugiyon.,2005, *Metode Penelitian Administrasi*, Bandung: Alfabeta.

-----, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D*, Bandung: Alfabeta.

Winarno, Budi. 2002. *Teori dan Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Media Pressindo.

-----, 2012. *Kebijakan Publik Teori, Proses, dan Studi Kasus (Edisi dan Revisi Terbaru)*. Yogyakarta: Penerbit CAPS.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi.