

Skripsi

**PELAKSANAAN PROGRAM PENINGKATAN KESEHATAN DAN  
GIZI BERBASIS MASYARAKAT (PKGBM) DI PUSKESMAS  
KECAMATAN MALUNDA KABUPATEN MAJENE**

Disusun dan Diusulkan Oleh

MISDARAYANTI

Nomor Stambuk : 10561 05187 14



**PROGRAM STUDI ILMU ADMINISTRASI NEGARA  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

2019

**PELAKSANAAN PROGRAM PENINGKATAN KESEHATAN DAN  
GIZI BERBASIS MASYARAKAT (PKGBM) DI PUSKESMAS  
KECAMATAN MALUNDA KABUPATEN MAJENE**

Skripsi

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar

Sarjana Ilmu Administrasi Negara

Disusun dan Diajukan Oleh

MISDARAYANTI

Nomor Stambuk : 105610518714

Kepada

**PROGRAM STUDI ILMU ADMINISTRASI NEGARA  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

**2019**

## PERSETUJUAN

Judul Skripsi : **Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene**

Nama Mahasiswa : **Misdarayanti**

NIM : 10561 05187 14

Program Studi : Ilmu Administrasi Negara

Menyetujui :

Pembimbing I



Dr. Sudarmi, M.Si.

Pembimbing II

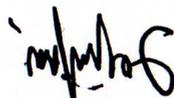


Dr. Hj. Ihyani Malik, S.Sos., M.Si.

Mengetahui

Dekan

Fisipol Unismuh Makassar



Dr. Hj. Ihyani Malik, S.Sos., M.Si.

Ketua Jurusan

Ilmu Administrasi Negara



Nasrulhaq, S. Sos., MPA.

## PENERIMAAN TIM

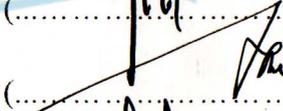
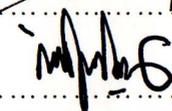
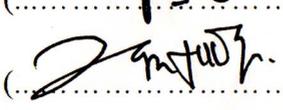
Telah diterima oleh Tim Penguji Skripsi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar. Berdasarkan Surat Keputusan / Undangan Menguji Ujian Skripsi Dekan Fisipol Universitas Muhammadiyah Makassar, Nomor : 0029/FSP/A.4-II/V/40/2019 sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana (S1) dalam program studi Ilmu Administrasi Negara di Universitas Muhammadiyah Makassar pada hari Senin Tanggal 27 Bulan 05 Tahun 2019.



**TIM PENILAI**

Ketua	Sekretaris
 <b>Dr. Hj. Ihyani Malik, S.Sos., M.Si</b>	 <b>Dr. Burhanuddin, S.Sos, M. Si</b>
Penguji	

1. Dr. H. Muhammadiyah, MM (Ketua)	 .....)
2. Hj. Andi Nuraeni Aksa, SH, MH	 .....)
3. Dr. Hj. Ihyani Malik, S.Sos., M.Si	 .....)
4. Haerana, S.Sos, M. Pd	 .....)

## **PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Mahasiswa : Misdarayanti

Nomor Stambuk : 10561 05187 14

Program Studi : Ilmu Administrasi Negara

Menyatakan bahwa benar karya ilmiah ini adalah penelitian saya sendiri tanpa bantuan dari pihak lain atau telah ditulis/dipublikasikan orang lain atau melakukan plagiat. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari pernyataan ini tidak benar, maka saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai aturan yang berlaku, sekalipun percabutan gelar akademik.

Makassar, 16 April 2018  
Yang Menyatakan,



Misdarayanti

## ABSTRAK

**MISDARAYANTI. Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan Dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene.** (Dibimbing Oleh Sudarmi dan Ihyani Malik)

Fokus Penelitian Bagaimana Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene.

Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui pelaksanaan serta faktor yang menjadi pendukung dan penghambat dari PKGBM di Puskesmas Kecamatan Malunda, jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif, jenis data yang digunakan terdiri dari data primer suatu data yang dapat diperoleh langsung dari hasil observasi dan wawancara di lapangan dan data skunder bersumber dari dokumen. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Tingkat pencapaian Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene sudah baik, hal ini didasarkan dari pencapaian kegiatan yang dilakukan oleh pihak Puskesmas dalam PKGBM mengalami penurunan dari tiga tahun terakhir.

Prevalensi *stunting* di Kabupaen Majene sendiri paling tinggi se-Sulawesi Barat angka mencapai 50 %. Dengan adanya Program Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) terjadi penurunan angka *stunting* dari tahun ketahun.

Kata Kunci : Pelaksanaan Program, Kesehatan dan Gizi

## KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Alhamdulillah, penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul **“Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan Dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene”**.

Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar sarjana Ilmu Administrasi Negara pada Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar.

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

1. Ibu Dr. Sudarmi, M.Si selaku Pembimbing I dan Ibu Dr. Hj. Ihyani Malik, S.Sos., M.Si selaku Pembimbing II yang senantiasa meluangkan waktunya untuk membimbing dan mengarahkan penulis, sehingga skripsi ini dapat diselesaikan dengan baik.
2. Ibu Dr. Hj. Ihyani Malik, S.Sos, M.Si selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar.
3. Bapak Dr. Burhanuddin, S.Sos, M.Si selaku Wakil Dekan I Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar.

4. Bapak Nasrul Haq, S.Sos, M.PA selaku Ketua Jurusan Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar.
5. Ibu Nurbiah Tahir, S.Sos, M.Ap selaku Sekretaris Jurusan Ilmu Administrasi Negara.
6. Bapak dan Ibu Dosen jurusan Ilmu Administrasi Negara atas limpahan ilmu yang diberikan kepada penulis sebagai bekal di masa yang akan datang.
7. Bapak dan Ibu Staff Tata Usaha di Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Makassar.
8. Ucapan yang istimewa yang dibingkai dengan rasa cinta dan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada Kedua Orang Tua, Ayah Baharing dan Ibu Nurhayati yang seorang diri menjadi tulang punggung keluarga dengan penuh kesabaran dan kasih sayang yang berlimpah mengasuh, membesarkan, mendidik penulis dengan perjuangan dan pengorbanan yang tulus, disertai doa restu yang senantiasa mengiringi penulis dalam setiap langkah.
9. Saudaraku kakak Baharuddin, kakak Halik dan kaka Sanrayani yang telah mensupport materil dan senantiasa memberikan semangat selama menempuh studi dikampus Universitas Muhammadiyah Makassar.
10. Pemerintah Daerah Kabupaten Majene khususnya di Puskesmas Kecamatan Malunda, beserta staff serta masyarakat yang telah menerima penulis dengan hangat untuk meneliti di Kabupaten Majene.

11. Teman-teman seperjuangan Fisipol angkatan 2014 khususnya Ilmu Administrasi Negara yang tidak dapat disebutkan satu persatu, terima kasih atas kerja sama dan kekompakkan yang diberikan selama menjalani perkuliahan.
12. Teman-teman khususnya kelas i Jurusan Ilmu Administrasi Negara yang sudah banyak membantu dan sahabat penulis Hariani K, Karmila Putri, Yulita, Wirda, yuni, Satriani, Risna, anti, wina, Wirna, yang memberi semangat serta motivasi dalam menyelesaikan studi ini
13. Terima kasih kepada Jusriadi yang telah menjadi penyemangatku, sabar memberi nasehat, membantu penyelesaian skripsi, doa, dan segalanya
14. Semua pihak yang telah memberikan bantuan yang tidak sempat disebutkan satu persatu semoga menjadi ibadah dan mendapat imbalan dari-Nya.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari kesempurnaan, tetapi setiap manusia berpotensi melakukan gerak penyempurna. Oleh karena itu, dengan segenap kerendahan hati, kritik dan saran yang sifatnya membangun serta diharapkan untuk referensi hidup di masa yang akan datang. Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini memberikan kontribusi yang bermanfaat bagi semua pihak. Dan semoga Allah SWT memberikan pahala yang melimpah atas segala kebaikan semua. Aamiin ya rabbal alaamiin.

Makassar, 11 Januari 2019

Misdarayanti

## DAFTAR ISI

HALAMAN PENGAJUAN SKRIPSI .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENERIMAAN TIM.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN KARYA ILMIAH .....	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI .....	ix
BAB I. PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Kegunaan Penelitian .....	7
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA .....	8
A. Konsep Pelaksanaan .....	8
1. Konsep Pelaksanaan Program .....	19
2. Pembangunan Peningkatan Kesehatan .....	24
3. Pengertian Kerdil ( <i>Stunting</i> ).....	25
4. Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM).....	28
B. Kerangka Pikir .....	33
C. Fokus Penelitian .....	34

D. Deskripsi Fokus Penelitian .....	34
<b>BAB III. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>36</b>
A. Waktu dan Lokasi Penelitian .....	36
B. Jenis Dan Tipe Penelitian .....	36
C. Sumber Data .....	37
D. Informan Penelitian .....	38
E. Teknik Pengumpulan Data .....	39
F. Teknik Analisi Data .....	40
G. Pengabsahan Data .....	41
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>43</b>
A. Deskripsi Objek Penelitian .....	43
B. Hasil Penelitian dan Pembahasan .....	53
C. Pembahasan .....	66
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>73</b>
A. Kesimpulan .....	73
B. Saran .....	74
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>75</b>

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Menurut WHO, prevalensi balita pendek menjadi masalah kesehatan masyarakat jika prevalensinya 20% atau lebih. Karenanya persentase balita pendek di Indonesia masih tinggi dan merupakan masalah kesehatan yang harus ditanggulangi. Dibandingkan beberapa negara tetangga, prevalensi balita pendek di Indonesia juga tertinggi dibandingkan Myanmar (35%), Vietnam (23%), Malaysia (17%), Thailand (16%) dan Singapura (4%) (UNSD, 2014). *Global Nutrition Report* tahun 2014 menunjukkan Indonesia termasuk dalam 17 negara, di antara 117 negara, yang mempunyai masalah gizi yaitu *stunting* pada balita.

Pemerintah telah berkomitmen untuk mengurangi *stunting* dan meningkatkan standar sanitasi. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional telah menargetkan penurunan angka *stunting* anak di bawah lima tahun menjadi 32% pada 2015.

Dengan angka *stunting* anak balita pada 2013 yang masih 37%, artinya masih ada 5% penurunan yang perlu dikejar dalam waktu dekat. Indonesia juga berperan mencegah *stunting* di tingkat internasional, dengan bergabung dalam *Scaling Up Nutrition (SUN) Movement*. *SUN* adalah gerakan global dengan prinsip semua orang di dunia berhak mendapatkan makanan dan gizi yang baik.

Sejalan dengan strategi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014, Pemerintah Indonesia dan *Millennium Challenge Corporation (MCC)* Amerika Serikat melakukan perjanjian kerjasama pada 19 November 2011, perjanjian hibah bertajuk *Millennium Challenge Compact Grant Agreement* ditandatangani oleh kedua pihak di Bali. Pemerintah Amerika Serikat diwakili oleh Menteri Luar Negeri Hillary Rodham Clinton, sedangkan Pemerintah Indonesia diwakili oleh Menteri Keuangan Agus D.W. Martowardojo. Hibah yang mendukung Kemitraan Komprehensif Amerika Serikat dengan Indonesia tersebut dimanfaatkan dalam periode 2013-2018.

*Millennium Challenge Account – Indonesia (MCA-Indonesia)* adalah lembaga wali amanat yang mewakili Pemerintah Indonesia dalam pelaksanaan Program *Compact Millennium Challenge Corporation* selama lima tahun (2013 – 2018). Salah satu proyek yang dilaksanakan adalah Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat Untuk Menurunkan *Stunting* (Anak Pendek) / PKGBM.

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 tahun 2014 tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembangan Anak.

Pada bulan September 2012, Pemerintah Indonesia meluncurkan “Gerakan 1.000 Hari Pertama Kehidupan” yang dikenal sebagai 1.000 HPK. Gerakan ini bertujuan mempercepat perbaikan gizi untuk memperbaiki kehidupan anak-anak Indonesia di masa mendatang. Gerakan ini melibatkan berbagai sektor dan pemangku kebijakan untuk bekerjasama menurunkan prevalensi *stunting* serta bentuk-bentuk kurang gizi lainnya di Indonesia.

Selain itu untuk mempercepat upaya penurunan prevalensi stunting, pemerintah menerbitkan Peraturan Presiden No. 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dengan fokus pada 1.000 hari pertama kehidupan. Gerakan Nasional tersebut merupakan upaya bersama antara pemerintah dan masyarakat untuk bersama-sama menurunkan prevalensi stunting dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil dan anak usia 0-2 tahun.

Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) untuk Mengurangi Anak *Stunting* MCA-Indonesia bertujuan mengurangi dan mencegah bayi lahir dengan berat badan rendah dan anak *stunting*, serta kekurangan gizi pada anak-anak. Dalam jangka panjang, proyek diharapkan dapat meningkatkan pendapatan rumah tangga melalui penghematan biaya kesehatan dan peningkatan produktivitas. Untuk mencapai tujuan itu, PKGBM melakukan beberapa kegiatan yang berorientasi pada perbaikan status gizi ibu hamil dan anak. Antara lain, melalui peningkatan peran serta masyarakat, perbaikan asupan gizi, pengurangan kasus diare, meningkatkan ketersediaan makanan bergizi yang terjangkau, serta meningkatkan kesadaran Pemerintah Indonesia dan masyarakat tentang pentingnya isu stunting. Proyek ini menggabungkan pendekatan pemberdayaan masyarakat dengan peningkatan suplai bidang kesehatan.

Tujuan kegiatan ini adalah memperkuat kapasitas penyedia jasa layanan kesehatan agar mampu memberikan pelayanan yang lebih baik di bidang kesehatan dan gizi.

Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat juga mengintegrasikan beberapa kegiatan yang selama ini dilaksanakan secara terpisah. Yakni, pemberdayaan masyarakat, perbaikan sanitasi dan perilaku hidup sehat, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penyediaan alat kesehatan, pemberian insentif bagi tenaga kesehatan, pelibatan pihak swasta, serta peningkatan kesadaran melalui kampanye. Melalui kegiatan yang lebih terintegrasi, diharapkan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat dapat lebih efektif melaksanakan upaya mengurangi dan mencegah prevalensi *stunting* di Indonesia. MCA-Indonesia dalam melaksanakan PKGBM tersebut bekerja sama dengan Badan Perencanaan dan Pembangunan Nasional, Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, PNPM *Support Facility*, dan Bank Dunia.

*Stunting* adalah salah satu masalah gizi yang berdampak buruk terhadap kualitas hidup anak dalam mencapai titik tumbuh kembang yang optimal sesuai potensi genetiknya. Masalah anak pendek (*stunting*) merupakan salah satu permasalahan gizi yang dihadapi dunia, khususnya di negara-negara miskin dan berkembang. *Stunting* menjadi permasalahan kesehatan karena berhubungan dengan risiko terjadinya kesakitan dan kematian, perkembangan otak suboptimal, sehingga perkembangan motorik terlambat dan terhambatnya pertumbuhan mental. Hal ini menjadi ancaman serius terhadap keberadaan anak-anak sebagai generasi penerus suatu bangsa. Anak pendek merupakan prediktor buruknya kualitas sumber daya manusia yang diterima secara luas, yang selanjutnya menurunkan kemampuan produktif suatu bangsa di masa yang akan datang (Unicef, 2013).

Masalah kesehatan masyarakat dianggap berat bila prevalensinya sebesar 30-39% dan serius bila prevalensinya = 40% (WHO, 2010). Dari acuan ini, angka prevalensi *stunting* Indonesia tergolong dalam kategori berat. Sedangkan berdasarkan Riskesdas 2013, masalah *stunting* di 14 Provinsi di Indonesia tergolong kategori berat, dan sebanyak 15 provinsi lainnya tergolong kategori serius. Tercatat 20 Provinsi yang angka prevalensinya di atas prevalensi nasional. Salah satunya adalah Provinsi Sulawesi Barat yang berada di urutan kedua tertinggi setelah Provinsi Nusa Tenggara Timur.

Di Provinsi Sulawesi Barat, tercatat prevalensi status gizi balita Stunting berdasarkan TB/U (Tinggi Badan menurut Umur) sebesar 48,0% terdiri dari sangat pendek dan pendek, masing-masing adalah 28% dan 20%. Adapun prevalensi balita sangat pendek dan pendek menurut kabupaten di Provinsi Sulawesi Barat Tahun 2017 adalah tertinggi di Kabupaten Majene sebesar 46%.

Terkait panjang badan lahir di Provinsi Sulawesi Barat, persentase panjang badan lahir <48 cm sebesar 20,0% dan 48-52 cm sebesar 76,9%. Persentase bayi lahir pendek (panjang badan lahir <48 cm) tertinggi di Majene (23,4%) dan terendah di Mamuju Utara (7,8%) [Riskesdas, 2013].

Berdasarkan pertimbangan data di atas, diperlukan perhatian terhadap permasalahan gizi, khususnya di Kabupaten Majene. Dengan tingginya angka rata-rata prevalensi kejadian Stunting di Kabupaten Majene, maka perlu menjadi cambukan untuk melakukan tindakan perbaikan gizi terkhusus stunting, mengingat dampak serius yang dapat ditimbulkan terhadap generasi bangsa

kedepan. Balita pendek memiliki dampak negatif yang akan berlangsung dalam kehidupan selanjutnya.

Oleh karena itu Dinas Kesehatan Kabupaten Majene menggelar pelatihan pemantapan pemicuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) tingkat Kecamatan dilaksanakan di Hotel Villa Bogor Majene tanggal 16-21 maret 2017 dengan menfokuskan pada empat program prioritas yaitu penurunan angka kematian ibu dan bayi, penurunan prevalensi balita pendek (*Stunting*), pengendalian penyakit menular dan pengendalian penyakit tidak menular, atas kerja sama dengan MCA-Indonesia melalui Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM).

Berdasarkan uraian singkat di atas, maka penulis memilih judul “Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene”.

## **B. Rumusan Masalah**

1. Bagaimana Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene.
2. Faktor apa sajakah yang menjadi pendukung dan penghambat dalam Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene.

### C. Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene.
2. Untuk mengetahui faktor yang menjadi pendukung dan penghambat dalam Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene.

### D. Kegunaan Penelitian

Adapun manfaat penelitian yang akan diperoleh dari hasil penelitian ini ialah:

1. Secara Teoritis

Diharapkan adanya hasil ini, mampu memberikan pemahaman lebih terutama bagi pribadi penulis sendiri yang lebih lagi mengenai Ilmu Administrasi Negara dalam hal ini tentang Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene.

2. Secara Praktis

Diharapkan dengan keberhasilan penelitian ini dapat memberikan pemikiran terhadap Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat dalam mengenai *Stunting* di Kabupaten Majene.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah suatu tindakan atau pelaksanaan dari sebuah rencana yang telah disusun secara matang dan terperinci, implementasi biasanya dilakukan setelah perencanaan sudah dianggap matang. Secara umum pelaksanaan bisa diartikan sebagai penerapan. Majone dan Wildavsky (dalam Zarofah, 2016) mengemukakan bahwa pelaksanaan adalah peluasan kegiatan yang menyesuaikan. Pelaksanaan menurut Westra (2016) adalah sebagai usaha yang dilakukan untuk melaksanakan rencana dan kebijaksanaan yang telah ditetapkan dan dilengkapi segala kebutuhan yang diperlukan, siapa yang akan melaksanakan, dimana dan kapan dilaksanakan. Sedangkan menurut Bintoro Tjokroadmudjoyo (2000) pelaksanaan adalah sebagai proses bentuk serangkaian aktifitas, yakni bermula dari kebijakan untuk mencapai suatu tujuan maka dari itu kebijakan diturunkan ke dalam suatu program proyek.

Dari pengertian yang telah dikemukakan disimpulkan bahwa kata pelaksanaan bermula pada aktifitas, adanya aksi, tindakan ataupun mekanisme suatu sistem. Ungkapan mekanisme mengandung arti bahwa pelaksanaan tidak hanya aktifitas, akan tetapi kegiatan yang terencana dan dilakukan berdasarkan norma yang telah ditentukan dan dapat mencapai tujuan.

Sebagai mana yang diungkapkan oleh Lester dan Steward dalam Kusumanegara (2010-97) implementasi adalah sebuah tahap yang dilakukan setelah aturan hukum ditetapkan melalui proses politik kalimat tersebut seolah-

olah menunjukkan bahwa implementasi lebih bermakna non politik. Yaitu administrasi. Suratman (2017; 25), implementasi adalah tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat atau kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan. Nawawi (2009;131-132), pelaksanaan kebijakan adalah sesuatu yang penting bahkan lebih penting dari pembuatan kebijakan. Kebijakan hanya sekedar berupa impian atau rencana bagus yang tersimpan rapi dalam arsip kalau tidak diimplementasikan.

Mustopadidjaya (2003;32), pelaksanaan atau implementasi merupakan suatu tahapan dalam *policy cycle* dari keseluruhan proses kebijakan yang langsung dalam suatu *policy system* yang kompleks dan dinamik. Serta akan menentukan berhasil atau gagalnya suatu kebijakan. Mulyadi (2016;47), menyatakan implementasi merupakan proses umum tindakan administrative yang dapat diteliti. Pada tingkat program tertentu proses implementasi baru akan dimulai apabila tujuan dan sasaran telah ditetapkan, program kegiatan telah tersusun dan dana telah siap dan telah di salurkan untuk pencapaian sasaran. Menurut Grindle dan Suratman (2017), kembali mendefinisikan implementasi sebagai suatu upaya untuk menciptakan hubungan yang memungkinkan tujuan-tujuan kebijakan politik dapat direalisasikan sebagai suatu hasil dari aktivitas-aktivitas pemerintah. Menurut Nurdin Usman (2002:07) mengemukakan pendapatnya “Implementasi adalah bermuara pada aktivitas, aksi, tindakan atau adanya mekanisme suatu sistem implementasi

bukan hanya sekedar aktivitas, tetapi suatu kegiatan yang terencana untuk mencapai tujuan kegiatan.

Menurut Hanifah Harsono (2012:67) dalam bukunya yang berjudul *Implementasi Kebijakan dan Politik* mengemukakan pendapatnya mengenai Implementasi atau pelaksanaan sebagai berikut: “Implementasi adalah suatu proses untuk melaksanakan kebijakan menjadi tindakan kebijakan dalam rangka penyempurnaan suatu program.

Implementasi kebijakan menurut Dunn (2000:132), mengemukakan implementasi kebijakan yaitu: “Pelaksanaan pengendalian aksi-aksi kebijakan di dalam kurun waktu tertentu”. Implementasi kebijakan merupakan aktivitas praktis yang mengarah pada pemilihan tindakan dan pengamatan sampai selesainya waktu pelaksanaan kebijakan yang bersangkutan. Implementasi kebijakan dibedakan dari formulasi kebijakan yang dapat dipandang sebagai tahapan yang bersifat teoritis. Implementasi kebijakan Publik merupakan proses kegiatan administratif yang dilakukan setelah kebijakan ditetapkan/ditetujui.

Implementasi kebijakan sangat menentukan apakah organisasi akan berhasil atau gagal untuk mencapai tujuan sasaran yang telah digariskan dalam kebijakan tersebut sebelumnya. Oleh karena itu implementasi kebijakan berkaitan erat dengan waktu tertentu dalam pelaksanaannya, dengan kata lain adanya target yang diarahkan untuk dilaksanakan. Proses implementasi suatu kebijakan dibutuhkan adanya komponen implementasi kebijakan yaitu unsur

pelaksana, program dan kelompok sasaran. Unsur pelaksana adalah orang-orang yang berkewajiban untuk melakukan tindakan dan menggunakan sarana bagi tercapainya tujuan suatu kebijakan, yang dapat berbentuk organisasi pemerintah. Pihak yang terutama mempunyai kewajiban untuk melaksanakan kebijakan Publik adalah unit-unit administratif atau unit-unit birokratik. Unit-unit administratif atau unit-unit birokratik ini berfungsi sebagai wahana melalui dan dalam hal mana berbagai kegiatan administratif yang bertalian dengan proses kebijakan publik dilakukan. Dalam implementasi kebijakan memiliki diskresi mengenai instrumen apa yang paling tepat untuk digunakan. Berdasarkan otoritas dan kapasitas administratif yang dimilikinya melakukan berbagai tindakan, mulai dari penentuan tujuan dan sasaran organisasional, analisis serta perumusan kebijakan dan strategi organisasi, pengambilan keputusan, perencanaan, penyusunan program, pengorganisasian, penggerakan manusia, pelaksanaan kegiatan operasional, pengawasan dan penilaian.

Program merupakan rencana yang bersifat komprehensif yang sudah menggambarkan sumber daya yang akan digunakan dan terpadu dalam satu kesatuan. Program tersebut menggambarkan sasaran, kebijakan, prosedur, metoda, standar dan budget. Isi program harus menggambarkan volume (bobot) pekerjaan dan sumber dayanya, isi program harus jelas dan dapat dipahami dengan mudah oleh pelaksana atau dengan kata lain program dapat menggambarkan atau mencerminkan secara menyerupai mengenai arah, strategi dan sasaran yang ditempuh oleh setiap unit administratif dalam memecahkan

masalah-masalah yang berkembang serta tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang hendak dicapai.

Implementasi kebijakan pemerintah akan berhasil, jika memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhinya, menurut Horn dan Meter dalam Widodo (2011:85) yaitu:

1) Ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan kebijakan

Variabel ini didasarkan pada kepentingan utama terhadap faktor-faktor yang menentukan kinerja kebijakan. Menurut Horn dan Meter, identifikasi indikator-indikator kinerja meliputi kejelasan kebijakan dan keterukuran keberhasilan kebijakan.

2) Sumber-sumber kebijakan

Keberhasilan implementasi kebijakan sangat tergantung dari kemampuan memanfaatkan sumber daya yang tersedia. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam menentukan keberhasilan suatu implementasi kebijakan. Setiap tahap implementasi menuntut adanya sumber daya manusia yang berkualitas sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan secara apolitik. Selain sumber daya manusia, sumber daya finansial menjadi perhitungan penting dalam keberhasilan implementasi kebijakan

3) Komunikasi antar organisasi dan kegiatan-kegiatan pelaksanaan

Implementasi akan berjalan efektif bila ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan kebijakan dipahami oleh individu-individu yang bertanggung jawab

dalam kinerja kebijakan. Komunikasi di dalam dan antar organisasi merupakan suatu proses yang kompleks dan sulit. Dalam meneruskan pesan-pesan ke bawah dalam suatu organisasi atau dari satu organisasi ke organisasi yang lain, para komunikator dapat menyimpangkannya atau menyebarkanluaskannya, baik secara sengaja atau tidak disengaja.

#### 4) Karakteristik badan-badan pelaksana

Dalam melihat karakteristik badan pelaksana maka tidak akan terlepas dari struktur birokrasi. Struktur birokrasi dapat diartikan sebagai karakteristik-karakteristik, norma-norma dan pola-pola hubungan yang terjadi berulang-ulang dalam badan-badan eksekutif yang mempunyai hubungan baik potensial maupun nyata dengan apa yang mereka miliki dengan menjalankan kebijakan

#### 5) Kondisi-kondisi ekonomi, sosial dan politik

Hal yang perlu diperhatikan guna menilai kinerja implementasi kebijakan adalah sejauh mana lingkungan eksternal turut mendorong keberhasilan kebijakan publik. Lingkungan sosial, ekonomi dan politik yang tidak kondusif dapat menjadi sumber masalah dari kegagalan kinerja implementasi kebijakan. Karena itu, upaya implementasi kebijakan mensyaratkan kondisi lingkungan eksternal yang kondusif.

#### 6) Kecenderungan pelaksana (implementors)

Implementasi kebijakan yang berhasil harus diikuti oleh kesadaran terhadap kebijakan tersebut secara menyeluruh. Hal ini berarti bahwa

kegagalan suatu implementasi kebijakan sering diakibatkan oleh ketidak taatan para pelaksana terhadap kebijakan. Intensitas kecenderungan- kecenderungan pelaksana akan mempengaruhi kinerja kebijakan, karena para pelaksana yang mempunyai pilihan-pilihan negatif mungkin secara terbuka akan menimbulkan sikap menentang tujuan-tujuan program.

Implementasi adalah proses untuk memastikan terlaksananya suatu kebijakan dan tercapainya kebijakan tersebut. Implementasi juga dimaksud menyediakan sarana untuk membuat sesuatu dan memberikan hasil yang bersifat praktis terhadap sesama. Secara sederhana implementasi diartikan pelaksanaan atau penerapan.

Pengertian-pengertian diatas menjelaskan bahwa kata implementasi adalah adanya aktivitas, aksi, tindakan, atau mekanisme suatu sistem. Ungkapan mekanisme mengandung arti bahwa implementasi bukan sekedar aktivitas, tetapi suatu kegiatan terencana dan dilakukan secara sungguh-sungguh berdasarkan norma tertentu untuk mencapai tujuan kegiatan. Sedangkan Van Horn dan Van Meter (dalam Subarsono, 2006 : 100) mengartikan implementasi kebijakan sebagai tindakan-tindakan oleh individu publik dan swasta (atau kelompok) yang diarahkan pada prestasi tujuan yang ditetapkan dalam keputusan kebijakan sebelumnya.

Jadi, implementasi dimaksudkan sebagai tindakan individu publik yang diarahkan pada tujuan serta ditetapkan dalam keputusan dan memastikan terlaksananya dan tercapainya suatu kebijakan serta memberikan hasil yang

bersifat praktis terhadap sesama. Sehingga dapat tercapainya sebuah kebijakan yang memberikan hasil terhadap individu publik dan swasta.

Berdasarkan pengertian implementasi yang dikemukakan diatas, dapat dikatakan bahwa implementasi adalah tindakan-tindakan yang dilakukan pihak-pihak yang berwenang atau kepentingan, baik pemerintah maupun swasta yang bertujuan untuk mewujudkan cita-cita atau tujuan yang telah ditetapkan, implementasi dengan berbagai tindakan yang dilakukan untuk melaksanakan atau merealisasikan program yang telah disusun demi tercapainya tujuan dari program yang telah direncanakan, karena pada dasarnya setiap rencana yang ditetapkan memiliki tujuan atau target yang hendak direncanakan.

Menurut Guntur Setiawan (2014:67) dalam bukunya yang berjudul Birokrasi Pembangunan mengemukakan pendapatnya mengenai implementasi atau pelaksanaan sebagai berikut, Implementasi adalah perluasan aktivitas yang saling menyesuaikan proses interaksi antara tujuan dan tindakan untuk mencapainya serta memerlukan jaringan pelaksanaan birokrasi yang efektif.

Edward III dalam Erwan Agus Purwanto (2012: 91) menegaskan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi berhasil atau tidaknya suatu pelaksanaan yaitu:

- a. Komunikasi, merupakan suatu program yang dapat dilaksanakan dengan baik apabila jelas bagi para pelaksana. Hal ini menyangkut proses penyampaian informasi, kejelasan informasi dan konsistem informasi yang disampaikan.
- b. Resouces (Sumber daya), dalam hal ini meliputi empat komponen yaitu terpenuhinya jumlah staf dan kualitas mutu, informasi yang diperlukan guna

pengambilan keputusan atau kewenangan yang cukup guna melaksanakan tugas sebagai tanggung jawab dan fasilitas yang dibutuhkan dalam pelaksanaan.

- c. Disposisi, sikap dan komitmen dari pada pelaksanaan terhadap program khususnya dari mereka yang menjadi pelaksanaan program khususnya dari mereka yang menjadi implementer program.
- d. Struktur birokrasi. Yaitu SOP (Standar Operating Procedures). Yang mengatur tata aliran dalam pelaksanaan program. Jika hal ini tidak sulit dalam pencapaian hasil yang memuaskan, karena penyelesaian masalah-masalah akan memerlukan penanganan dan penyelesaian khusus tanpa pola yang baku.

Keempat faktor di atas, dipandang mempengaruhi keberhasilan suatu pelaksanaan, namun juga adanya keterkaitan dan saling mempengaruhi antara faktor di atas yang satu dengan yang lain.

Yausa (2007:7) mengatakan bahwa “Implementasi dipandang sebagai proses interaksi antar suatu perangkat tujuan dan tindakan yang mampu untuk mencapainya”. Syukur dalam Sumaryadi (2005:79) mengemukakan tiga unsur penting proses implementasi, yaitu:

1. Adanya program atau kebijaksanaan yang dilaksanakan.
2. Adanya target group yaitu kelompok masyarakat yang menjadi sasaran dan diharapkan akan menerima manfaat dari program, perubahan dan peningkatan.
3. Adanya unsur pelaksana (Implementator) baik organisasi atau perorangan untuk bertanggungjawab dalam memperoleh pelaksanaan dan pengawasan dari Implementasi tersebut.

Implementasi sendiri menurut Budi Winarno (2002), yang mengatakan bahwa implementasi kebijakan dibatasi sebagai menjangkau tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu-individu pemerintah dan individu-individu swasta (kelompok- kelompok) yang diarahkan untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditetapkan dalam keputusan-keputusan kebijaksanaan sebelumnya, sedangkan menurut Daniel A. Mazmanian dan Paul Sabatier (1979) sebagaimana dikutip dalam buku Solihin Abdul Wahab (2008: 65), mengatakan bahwa, yaitu,

“Implementasi adalah memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan focus perhatian implementasi kebijaksanaan yakni kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijaksanaan Negara yang mencakup baik usaha-usaha untuk mengadministrasikannya maupun untuk menimbulkan akibat/dampak nyata pada masyarakat atau kejadian-kejadian.

Proses implementasi kebijakan publik baru dapat dimulai apabila tujuan-tujuan kebijakan public telah ditetapkan, program-program telah dibuat, dan dana telah dialokasikan untuk pencapaian tujuan kebijakan tersebut.

Keberhasilan kegiatan atau program juga berdasarkan proses implementasi dan prespektif hasil. Pada perspektif proses, program pemerintah dinyatakan berhasil apabila pelaksanaannya sesuai dengan prosedur dan ketentuan pelaksanayang telah dibuat oleh pembuat program yang terdapat didalamnya yakni pelaksanaanny, agen pelaksana kelompok sasaran dan manfaat program.

Sedangkan pada prespektif hasil, program dinilai berhasil apabila program membawa dampak seperti yang diinginkan. Suatu program mungkin saja berhasil dilihat dari sudut pandang proses akan tetapi boleh jadi gagal ditinjau dari dampak yang akan dihasilkan ataupun sebaliknya.

Implementasi adalah suatu tindakan atau pelaksanaan dari sebuah rencana yang sudah disusun secara matang dan terperinci. Implementasi biasanya dilakukan setelah perencanaan sudah dianggap sempurna. Menurut Nurdin Usman, implementasi adalah bermuara pada aktivitas, aksi, tindakan atau adanya mekanisme suatu sistem, implementasi bukan sekedar aktivitas, tapi suatu kegiatan yang terencana dan untuk mencapai tujuan kegiatan. Guntur

Setiawan berpendapat, implementasi adalah perluasan aktivitas yang saling menyesuaikan proses interaksi antara tujuan dan tindakan untuk mencapainya serta memerlukan jaringan pelaksana, birokrasi yang efektif. Dari pengertian-pengertian diatas memperlihatkan bahwa kata implementasi bermuara pada mekanisme suatu sistem.

Berdasarkan pendapat para ahli diatas maka dapat disimpulkan implementasi adalah suatu kegiatan yang terencana, bukan hanya suatu aktifitas dan dilakukan secara sungguh-sungguh berdasarkan acuan norma-norma tertentu untuk mencapai tujuan kegiatan. Oleh karena itu, implemementasi tidak berdiri sendiri tetapi dipengaruhi oleh objek berikutnya yaitu kurikulum. Implementasi kurikulum merupakan proses pelaksanaan ide,program atau

aktivitas baru dengan harapan orang lain dapat menerima dan melakukan perubahan terhadap suatu pembelajaran dan memperoleh hasil yang diharapkan.

## **1. Konsep Pelaksanaan Program**

Sebagai dasar pemikiran guna mengungkapkan permasalahan yang akan dibahas ke dalam penyusunan penelitian ini, maka terlebih dahulu mendefinisikan pelaksanaan dan program, agar lebih jelas mengenai pengertian pelaksanaan program itu sendiri.

Dalam kamus besar bahasa Indonesia (1997). Pelaksanaan berasal dari kata laksana yang artinya menjalankan atau melakukan suatu kegiatan. Sedangkan Joan L. Herman yang dikutip oleh (farida 2013) mengemukakan definisi program sebagai, “segala sesuatu yang dapat dilakukan seseorang dengan harapan yang akan mendatangkan.” Lebih jelasnya lagi, Hasibuan (dalam kurnia, 20013) juga mengatakan bahwa program yaitu, suatu jenis rencana yang jelas serta konkret dikarenakan sudah tercantum sasaran, kebijaksanaan, prosedur, anggaran, serta waktu pelaksanaan yang telah ditentukan.

Program merupakan tahap-tahap dalam penyelesaian kegiatan yang berisi langkah-langkah yang akan dikerjakan untuk mencapai tujuan dan merupakan unsur pertama yang harus ada demi tercapainya kegiatan implementasi. Program akan menunjang implementasi, karena dalam program telah dimuat berbagai aspek antara lain:

- a. Adanya tujuan yang ingin dicapai.

- b. Adanya kebijaksanaan-kebijaksanaan yang diambil dalam mencapai tujuan.
- c. Adanya atauran-aturan yang harus dipegang dan prosedur yang harus dilalui.
- d. Adanya perkiraan anggaran yang dibutuhkan.
- e. Adanya strategi dalam pelaksanaan.

Program merupakan unsur utama yang harus ada demi tercapainya kegiatan pelaksanaan. Unsur kedua yang harus di penuhi dalam proses pelaksanaan program yaitu adanya kelompok masyarakat yang menjadi sasaran program, sehingga masyarakat dilibatkan dan membawa hasil dari program yang dijalankan dan adanya perubahaman peningkatan dalam kehidupannya. Tanpa memberikan manfaat kepada masyarakat maka dikatan program tersebut telah gagal dilaksanakan.

Berhasil atau tidaknya suatu program dilaksanakan tergantung dari unsur pelaksanaannya (eksekutif). Unsur pelaksanaan ini merupakan unsur ketiga. Pelaksanaan penting artinya karena pelaksanaan baik itu organisasi maupun perorangan bertanggungjawab dalam pengelolaan maupun pengawasan dalam proses implementasi. Program adalah unsur pertama yang harus ada demi terciptanya suatu program ataupun kegiatan. Dalam program ada beberapa aspek, bahwa dalam setiap program dijelaskan:

1. Tujuan kegiatan yang akan dicapai.
2. Kegiatan yang akandiambil dalam mencapai suatu tujuan.
3. Aturan yang harus dipegang dan prosedur yang harus dilalui.
4. Perkiraan anggaran yang akan dibutuhkan.

## 5. Strategi pelaksanaan.

Program terbaik didunia adalah program, yang akan didasarkan pada model teoritis yang jelas, sebelum menentukan masalah sosial yang kan diatasi dan melakukan intervensi, maka sebelumnya harus ada pemikiran yang cukup matang terhadap bagaimana dan mengapa masalah itu terjadi sehingga dapat solusi terbaik (suryana, 2009).

Selain itu, definisi program juga terdapat dalam undang-undang RI Nomor 25 Tahun 2004 tentang sistem perencanaan pembangunan Nasional, menyatakan bahwa program adalah instrument kebijakan yang mengisi satu atau lebih kegiatan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintahan/lembaga untuk mencapai sasaran dan tujuan serta memperoleh lokasi anggaran atau kegiatan masyarakat yang dikoordinasikan oleh instansi masyarakat.

Menurut Santoso Sastropetro (2001), mengemukakan bahwa pelaksanaan diartikan suatu usaha atau kegiatan tertentu yang dilakukan untuk mewujudkan rencana atau program dalam kenyataannya. Faktor pelaksanaan menempati posisi paling penting dalam menentukan keberhasilan suatu program untuk mewujudkan dalam proses kegiatan yang dilakukan menurut Bintoro (2000) perlu memperhatikan beberapa hal yaitu :

- a. Perlu ditentukan secara jelas siapa atau badan/lembaga mana secara fungsional akan disertai wewenang mengkoordinasi proram didalam suaru sektor.

- b. Perlu diperhatikan penyusunan program pelaksanaan yang jelas dan baik. Dalam program, pelaksanaan itu, dasar prinsip fungsional perlu dituangkan kedalam rangkaian prosedur yang serasi jelas dan ditaati oleh semua pihak yang terlibat dalam hubungan pelaksanaan program tersebut.
- c. Perlu dikembangkan hubungan kerja yang baik, antara lain dalam bentuk badan kerjasama atau suatu panitia kerjasama dengan tanggungjawab dan koordinasi yang jelas.
- d. Perlu diusahakan koordinasi melalui proses penyusunan anggaran dan pelaksanaan pembiayaan.

Berdasarkan beberapa definisi diatas, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa yang dimaksud dengan pelaksanaan program yaitu sekumpulan kegiatan yang dilakukan baik individu maupun kelompok pelaksanaan kegiatan didukung kebijaksanaan, prosedur, serta sumber daya yang dimaksudkan dapat menjadi hasil tercapainya suatu tujuan dan sasaran yang telah disepakati.

Subarsono (2008;89) mengemukakan beberapa teori dari beberapa ahli mengenai implementasi kebijakan, yaitu:

- a. Teori George C. Edward

Dalam pandangan Edward III, implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variable, yaitu :

- 1) Komunikasi, yaitu keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan, dimana yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran

(*target group*), sehingga akan mengurangi distorsi implementasi.

- 2) Sumberdaya, dimana meskipun isi kebijakan telah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumberdaya untuk melaksanakan, maka implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia, misalnya kompetensi implementor dan sumber daya finansial.
- 3) Disposisi, adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka implementor tersebut dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan. Edward III (1980:98) menyatakan bahwa sikap dari pelaksana kadangkala menyebabkan masalah apabila sikap atau cara pandangnya berbeda dengan pembuat kebijakan. Oleh karena itu, untuk mengantisipasi dapat mempertimbangkan atau memperhatikan aspek penempatan pegawai (pelaksana) dan insentif
- 4) Struktur Birokrasi, merupakan susunan komponen (unit-unit) kerja dalam organisasi yang menunjukkan adanya pembagian kerja serta adanya kejelasan bagaimana fungsi-fungsi atau kegiatan yang berbeda-beda diintegrasikan atau dikoordinasikan, selain itu struktur organisasi juga menunjukkan spesialisasi pekerjaan, saluran perintah dan penyampaian laporan (Edward III, 1980:125) Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan *red-tape*, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks, yang menjadikan aktivitas organisasi tidak fleksibel. Aspek dari stuktur organisasi adalah

*Standard Operating Procedure (SOP)* dan fragmentasi.

Berdasarkan pemahaman diatas *konklusi* dari implementasi jelas mengarah kepada pelaksanaan dari suatu keputusan yang dibuat oleh eksekutif. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi masalah yang terjadi sehingga tercipta rangkaian yang terstruktur dalam upaya penyelesaian masalah tersebut. Dalam konsep implementasi terdapat kata “rangkaiian terstruktur” yang memiliki makna bahwa dalam prosesnya implmentasi pasti melibatkan berbagai komponen dan instrument.

Pemerintah dalam hal ini adalah yang membuat dan melaksanakan peraturan daerah merupakan pion penting dalam penyelenggaraan pemerintahan. pelayanan dan pengaturan berkenaan dengan nilai dasar yang dijelaskan pada konsep tetang masarakat yaitu mengenai hak dan kewajiban masyarakat. Yang pertama mengenai tugas pengaturan, jika yang bertugas mengatur adalah pemerintah maka yang diatur adalah yang-diperintah dalam hal ini masyarakat. Berarti pemerintah memiliki hak untuk mengatur dan masyarakat memiliki kewajiban untuk diatur. hal ini terkait dengan konsep implementasi kebijakan.

## **2. Pembangunan Peningkatan Kesehatan**

Peningkatan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran masyarakat, kamauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Hidup dengan perilaku dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, yang optimal melalui ciptaan masyarakat, bangsa, dan Negara Indonesia yang ditandai hidup dengan penduduknya hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang optimal diseluruh republik Indonesia (Depkes RI, 2002).

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran yang berbunyi “Bahwa pembangunan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum sebagai yang di maksud dalam pembukaan Undang-Undang Undang-Undang Dasar Negara Indonesia Tahun 1945”

Bahwa kesehatan sebagai hak asasi manusia harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai upaya penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau oleh masyarakat.

### **3. Pengertian Kerdil (*Stunting*)**

Menurut Nurlindah (2016) menjelaskan *Stunting* (pendek) atau disebut tinggi badan perpanjangan badan terhadap umur yang rendah digunakan sebagai indikator nutrisi kronis yang menggambarkan riwayat kurang gizi anak dalam jangka waktu lama.

Sedangkan dalam jurnal WHO (2014) melaporkan tentang *World Health Assembly* (WHA) yang dilaksanakan pada tahun 2012 yang dijelaskan bahwa *stunting* (pendek) pada balita adalah salah satu yang paling signifikan hambatannya untuk pembangunan manusia, secara global mempengaruhi sekitar 162 juta anak di Indonesia di bawah usia 5 tahun. *Stunting* adalah keadaan tumbuh yang sangat pendek hingga melampaui defisit 2 SD dibawah median panjang atau tinggi badan populasi berdasarkan standard dari *World Health Organization* (WHO)

Menurut Meilyasari dan Isnawati 2014 *Stunting* sangat erat kaitanya dengan pola pemberian makanan (ASI dan MP-ASI) terutama pada 2 tahun pertama kehidupan. Pola pemberian makanan dapat mempengaruhi kualitas konsumsi makanan pada balita sehingga dapat mempengaruhi status gizi balita. Pemberian ASI yang kurang dari 6 bulan dan MP-ASI terlalu dini dapat meningkatkan resiko *stunting* karena saluran pencernaan bayi belum sempurna sehingga lebih mudah terkena penyakit infeksi seperti diare dan ISPA. Penyakit infeksi dapat menurunkan kemampuan absorpsi zat gizi dalam tubuh, sehingga meningkatkan kejadian sakit atau frekuensi sakit pada balita yang dapat menurunkan nafsu makan, pola konsumsi, dan jumlah konsumsi zat gizi yang dibutuhkan sehingga memengaruhi status gizi balita.

Menurut Maria Goreti Pontaleon 2013 : *stunting* sangat erat hubungannya dengan tumbuh berkembang pada anak balita keterkaitan antara *stunting* dengan perkembangan motorik dan mental yang buruk pada usia kanak-kanak dini, serta

prestasi kognitif dan prestasi sekolah yang buruk pada usia kanak-kanak lanjut dengan stunting seperti berat bayi rendah (BBLR), ibu hamil yang menderita

Kekurangan Energi Krinik (KEK), dan ibu hamil anemia masih menjadi masalah untuk itu, perlu dilakukan penelitian mengenai pelaksanaan program peningkatan kesehatan dan gizi berbasis masyarakat dengan harapan apabila ditemukan permasalahan dapat ditangani sejak dini, sehingga tidak berdampak lebih lanjut (Maria, Hamam dan Indria 2015 ).

Menurut Rindudwi (2013) *stunting* juga dapat menyebabkan kanker hambatnya perkembangan sistem motorik baik pada anak yang normal maupun yang mengidap penyakit tertentu anak *stunting* yang terekspon dengan HIV memiliki skor kemampuan motorik lebih rendah bila dibandingkan dengan anak normal. Penurunan fungsi motorik anak stunting tanpa kelainan bahwa berkaitan dengan rendahnya kemampuan mekanik dari otot tricepsuraesa hingga lambatnya kematangan fungsi otot tersebut menyebabkan kemampuan motorik anak stunting terhambat.

*Stunting* sering dihubungkan dengan kualitas anak tersebut. Kinerja sistem saraf anak stunting kerap menurun yang brimplikasi pada rendahnya kecerdasan anak. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kurang gizi pada anak usia dini, salah satunya tercermin dari keadaan *stunting*. Berdampak pada rendahnya kemampuan kognitif dan nilai IQ yang dicirikan dengan rendahnya kemampuan belajar dan pencapaian prestasi di sekolah. Stunting dapat menyebabkan anak kehilangan IQ sebesar 5-11 poin. Stunting pada usia didni dikaitkan dengan kemampuan kognitif

yang rendah di akhir masa remaja, yang dapat dikoreksi dengan stimulasi pada usia muda.

Menurut Sudirman (2008), proses menjadi pendek atau *stunting* pada anak di suatu wilayah atau daerah miskin dimulai sejak umur 6 bulan. Kejadian *stunting* pada balita secara langsung dapat di sebabkan oleh karena asupan makanan yang tidak seimbang dan penyakit infeksi seperti diare atau demam dapat menyebabkan anak kurang gizi sedangkan kebutuhan meningkat.

Begitu pula dengan anak yang makan tidak mencukupi kebutuhan daya tahan tubuhnya akan lebih lemah dan mudah karena terkena penyakit. Sebaiknya anak yang sakit kurang nafsu makan, sehingga apapun makannya rendah dan akhirnya kurang gizi maka bisa mengalami *stunting*.

#### **4. Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM).**

Dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014, Indonesia memberi prioritas pada peningkatan kualitas sumber daya manusia, termasuk penguatan daya saing perekonomian serta peningkatan kemampuan ilmu dan teknologi. Agar kesejahteraan rakyat meningkat, Indonesia melakukan pembangunan ekonomi yang berlandaskan pada keunggulan daya saing, kekayaan sumber daya alam dan sumber daya manusia, serta budaya bangsa. Untuk mewujudkannya, Indonesia menguatkan tiga pilar strategi pembangunan, yakni pro-pertumbuhan, lapangan kerja, dan masyarakat miskin, dengan pembangunan yang inklusif dan berkeadilan.

Sejalan dengan strategi pembangunan tersebut, pemerintah menyambut baik peluang bersaing untuk mendapat hibah kompetitif Compact yang dikelola oleh *Millennium Challenge Corporation* (MCC) Amerika Serikat. Peluang kerjasama ini semakin dimungkinkan karena Pemerintah Indonesia dan MCC memiliki misi serupa mengenai pengentasan kemiskinan. Misi MCC adalah menanggulangi kemiskinan melalui pertumbuhan ekonomi berkelanjutan.

Hibah *Compact* MCC harus diperoleh secara bersaing dengan sejumlah negara lain. Pada tahun anggaran 2009, ada tiga negara yang memenuhi persyaratan MCC sebagai kandidat penerima hibah program Compact, yaitu Indonesia, Zambia, dan Kolombia. Indonesia kemudian menjadi pemenang program hibah besar berjangka waktu lima tahun tersebut. Hibah Compact ini merupakan komitmen terbesar Amerika Serikat dalam tiga dekade terakhir di Indonesia.

Pada 19 November 2011, perjanjian hibah bertajuk *Millennium Challenge Compact Grant Agreement* ditandatangani oleh kedua pihak di Bali. Pemerintah Amerika Serikat diwakili oleh Menteri Luar Negeri Hillary Rodham Clinton, sedangkan Pemerintah Indonesia diwakili oleh Menteri Keuangan Agus D.W. Martowardojo. Hibah yang mendukung Kemitraan Komprehensif Amerika Serikat dengan Indonesia tersebut dimanfaatkan dalam periode 2013-2018.

*Millennium Challenge Account* – Indonesia (MCA-Indonesia) adalah lembaga wali amanat yang mewakili Pemerintah Indonesia dalam pelaksanaan Program *Compact Millennium Challenge Corporation* selama lima tahun (2013 –

2018). Program ini merupakan pilar utama dari Kemitraan Komprehensif Amerika Serikat-Indonesia dan komitmen tunggal terbesar yang pernah diberikan oleh Pemerintah Amerika Serikat ke Indonesia.

Salah satu proyek yang dilaksanakan adalah Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat Untuk Menurunkan Stunting (Anak Pendek) / PKGBM. MCA-Indonesia melaksanakan PKGBM bekerja sama dengan Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Kementerian Kesehatan, Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, PNPM Support Facility dan Bank Dunia.

Tidak kurang dari 8,9 juta anak Indonesia tercatat mengalami pertumbuhan tidak maksimal, Indonesia menduduki peringkat kelima dunia. Lebih dari sepertiga anak berusia di bawah lima tahun di Indonesia tinggi badannya berada di bawah rata-rata. Diperkirakan ada pula sekitar 3,3 juta anak Indonesia yang kurus (*wasted*).

Kekurangan gizi pada usia dini meningkatkan angka kematian bayi dan anak selain menyebabkan penderitanya mudah sakit dan memiliki postur tubuh tak maksimal saat dewasa. Kemampuan kognitif para penderita juga berkurang, sehingga mengakibatkan kerugian ekonomi jangka panjang bagi perorangan dan masyarakat Indonesia. Untuk mengatasi kondisi tersebut, intervensi pada seribu hari pertama sangatlah penting.

Program Peningkatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) dimaksudkan untuk melakukan intervensi tersebut, proyek ini bertujuan

mengurangi dan mencegah bayi lahir dengan berat badan rendah dan anak pendek dll. serta menanggulangi adanya kekurangan gizi pada anak-anak. Dalam jangka panjang, proyek diharapkan dapat meningkatkan pendapatan rumah tangga melalui penghematan biaya kesehatan dan peningkatan produktivitas.

Tujuan kegiatan ini adalah memperkuat kapasitas penyedia jasa layanan kesehatan agar mampu memberi pelayanan lebih baik di bidang kesehatan dan gizi. Sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar Tahun 1945 dan Perjanjian Internasional seperti Konvensi Hak Anak (Komisi Hak Azasi Anak PBB, 1989, Pasal 24), yakni memberikan makanan yang terbaik bagi anak usia di bawah 2 tahun dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan, dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak, kegiatan ini terdiri dari:

1. Pelatihan Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

Pelatihan ini bertujuan meningkatkan kemampuan pekerja dan kader kesehatan untuk menyediakan konseling yang baik dalam pemberian makan bayi dan anak. Di tiap desa, diharapkan setidaknya dua kader dan satu bidan menjalani pelatihan. PMBA terdiri dari Pelatihan untuk Pelatih/*Training of Trainers* (Fasilitator) dan Pelatihan untuk Konselor. ToT dilaksanakan dalam 7 hari di kelas dan 7 hari praktik (*on the job training*), sedangkan Pelatihan untuk Konselor dilakukan selama 3 hari.

## 2. Pelatihan Pemantauan Pertumbuhan.

Pelatihan ini bertujuan meningkatkan kemampuan staf Puskesmas dalam mendeteksi malnutrisi pada balita dan melakukan intervensi dini terhadapnya. Dua staf dari Puskesmas di lokasi sasaran menjalani pelatihan selama 6 hari.

## 3. Pembagian Gizi Mikro.

Proyek akan menyediakan gizi mikro dalam bentuk Asam Folat Besi untuk perempuan hamil, dan tepung gizi mikro (Taburia) untuk anak berusia 6-23 bulan. Tujuan utama kegiatan ini ialah meningkatkan asupan gizi yang cukup, terutama bagi perempuan hamil dan anak usia 6-23 bulan. Spesifikasi teknis gizi mikro ini sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

## 4. Pembagian Alat Pengukuran Antropometrik.

Kegiatan ini menyediakan alat antropometrik yang terdiri dari timbangan, pengukur panjang/tinggi badan anak, dan pita ukur MUAC untuk mengukur lingkaran lengan atas perempuan hamil dan anak. Proyek ini menggabungkan pendekatan pemberdayaan masyarakat dengan peningkatan suplai bidang kesehatan. PKGBM juga mengintegrasikan beberapa kegiatan yang selama ini dilaksanakan secara terpisah, yakni pemberdayaan masyarakat, perbaikan sanitasi dan perilaku hidup sehat, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penyediaan alat kesehatan, pemberian insentif bagi tenaga kesehatan, pelibatan pihak swasta, serta peningkatan kesadaran melalui kampanye. Melalui kegiatan yang lebih

terintegrasi, diharapkan PKGBM akan efektif untuk mengurangi dan mencegah prevalensi anak *stunting* di Indonesia

## B. Kerangka Pikir

Untuk bisa menilai sejauh mana pelaksanaan program yang telah diberikan oleh aparatur pemerintah Komisi Hak Asasi Anak PBB, 1989, PASA 24 dan Peraturan Menkes RI No. 66 Tahun 2014 dari indikator Pelatihan Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), Pelatihan Pemantauan Pertumbuhan, Pembagian Gizi Mikro, dan Pembagian Alat Pengukuran.



### **C. Fokus Penelitian**

Adapun yang menjadi fokus penelitian ini adalah ingin melihat bagaimana Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene.

### **D. Deskripsi Fokus Penelitian**

#### **1. Pelatihan Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).**

Pelatihan ini bertujuan meningkatkan kemampuan pekerja dan kader kesehatan untuk menyediakan konseling yang baik dalam pemberian makan bayi dan anak. Di tiap desa, diharapkan setidaknya dua kader dan satu bidan menjalani pelatihan.

Salah satu upaya untuk meningkatkan kesehatan dan gizi anak yakni memberikan makanan yang terbaik bagi anak usia di bawah 2 tahun. Untuk mencapai hal tersebut, Strategi Nasional Peningkatan Pemberian ASI dan MP-ASI merekomendasikan pemberian makanan yang baik dan tepat bagi bayi dan anak 0-24 bulan adalah:

- a. Inisiasi menyusui dini segera setelah lahir minimal selama 1 jam
- b. Pemberian ASI eksklusif sampai usia 6 bulan
- c. Memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) mulai usia 6 bulan
- d. Meneruskan pemberian ASI sampai usia 2 tahun atau lebih.

#### **2. Pelatihan Pemantauan Pertumbuhan.**

Pelatihan ini bertujuan meningkatkan kemampuan staf Puskesmas dalam mendeteksi malnutrisi pada balita dan melakukan intervensi dini

terhadapnya. Dua staf dari Puskesmas di lokasi sasaran menjalani pelatihan selama 6 hari.

### **3. Pembagian Gizi Mikro.**

Proyek akan menyediakan gizi mikro dalam bentuk; (1) pemberian asam folat besi untuk perempuan hamil, dan (2) pemberian tepung gizi mikro (taburia) untuk anak berusia 6-23 bulan. Tujuan utama kegiatan ini ialah meningkatkan asupan gizi yang cukup, terutama bagi perempuan hamil dan anak usia 6-23 bulan. Spesifikasi teknis gizi mikro ini sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

### **4. Pembagian Alat Pengukuran Antropometrik.**

Kegiatan ini menyediakan alat antropometrik yang terdiri dari timbangan, pengukur panjang/tinggi badan anak, dan pita ukur muac untuk mengukur lingkar lengan atas perempuan hamil dan anak.



## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Waktu dan Lokasi Penelitian

Waktu penelitian ini dilaksanakan dari tanggal 13 Oktober hingga 13 Desember 2018 setelah ujian proposal, diwilayah Kabupaten Majene Khususnya di Puskesmas Kecamatan Malunda. terkait *stunting* di Kabupaten Majene dilaporkan tertinggi khusus *stunting* di bandingkan dengan kabupaten-kabupaten lainnya. Puskesmas Kecamatan Malunda tergolong dalam Masyarakat sangat tinggi *stunting*. Tujuan diadakan Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat agar dapat menurunkan angka *stunting* terkhusus di Puskesmas Kecamatan Malunda.

#### B. Jenis dan Tipe Penelitian

##### 1. Jenis Penelitian

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan jenis penelitian kualitatif. Penelitian yaitu datanya dinyatakan kedalam keadaan sewajarnya atau sebagaimana adanya dengan tidak dirubah simbol-simbol atau bilangan. Penelitian kualitatif dapat diartikan sebagai rangkaian kegiatan atau proses manjaring data atau informasi yang bersifat sewajarnya, mengenai suatu masalah dalam kondisi aspek, atau bidang obyeknya. (Nanawi dalam Mangero 2011: 4).

## 2. Tipe Penelitian

Tipe penelitian yang digunakan peneliti adalah pendekatan fenomenologi yakni suatu bentuk penelitian yang menekankan pada subyektivitas pengalaman hidup manusia untuk mengungkapkan kejadian atau fakta, fenomena, dan keadaan yang terjadi saat penelitian berlangsung.

## C. Sumber Data

Ulum, (2016) mengatakan bahwa sumber data merupakan asal dari mana anda memperoleh data-data. Adapun sumber data yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini, yaitu:

1. Data primer yaitu data empiris yang diperoleh dari informan berdasarkan hasil observasi dan wawancara. Jenis data yang ingin diperoleh adalah mengenai pelaksanaan program peningkatan kesehatan dan gizi berbasis masyarakat (PKGBM) di Puskemas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene serta data lain yang dibutuhkan untuk melengkapi penyusunan proposal.
2. Sekunder yaitu data yang dikumpulkan peneliti dari berbagai laporan-laporan atau dokumen-dokumen yang bersifat informasi tertulis yang digunakan dalam penelitian. Adapun laporan atau dokumen yang bersifat informasi tertulis yang dikumpulkan peneliti adalah data yang berasal dari jurnal, koran, buku, dan majalah atau sumber-sumber yang lainnya yang dapat mendukung data yang diperlukan dalam proses penelitian.

#### D. Informan Penelitian

Peneliti menggunakan teknik *purposive sampling* dalam menentukan informan penelitian ini. *Purposive sampling* merupakan teknik penentuan informan dengan pertimbangan tertentu yang dianggap paling tahu tentang permasalahan penelitian ini sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi situasi yang akan diteliti (Sugiyono, 2015). Sesuai dengan kebutuhan peneliti terkait dengan Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene maka informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

NO	NAMA	INESIAL	JABATAN	JUMLAH
1	H. Hamka, SKM	HH	Kepala Puskesmas	1
2	Rutmini Achmad, A. Md	RA	Kasi Gizi	1
3	Fatimah Jamuddin, A.Md.Keb	FJ	Kasi Kia / KB	1
4	Wahida Pallu, A.Md	WP	Kasi Kesling	1
5	Mahyar, A.Md. Kep	MR	Kasi P2P	1
6	Sanrayani	SA	Masyarakat	1
7	Irnowati	IR	Masyarakat	1
8	Baharuddin	BA	Masyarakat	1

## E. Teknik Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data informasi yang dibutuhkan dalam penelitian ini, maka penulis menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

### 1. Teknik observasi

Hadi (Sugiono:2013), mengemukakan bahwa observasi merupakan suatu proses yang kompleks, suatu proses yang tersusun dari berbagai proses biologis dan psikologis. Dua di antara yang terpenting adalah proses-proses pengamatan dan ingatan. Dalam kegiatan observasi peneliti terlibat dengan kegiatan-kegiatan sehari-hari orang yang sedang diamati atau digunakan sebagai sumber data penelitian.

Teknik observasi dilakukan dengan melakukan pengamatan dan pencacatan langsung di lapangan yang merupakan lokasi penelitian. Dalam penelitian ini dilakukan adalah pengamatan langsung terhadap Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene.

### 2. Teknik wawancara

Teknik wawancara adalah teknik yang digunakan oleh peneliti dalam proses pengumpulan data yang dilakukan dengan cara melakukan teknik bertemu muka atau berbicara dengan informan secara langsung yang diambil sebagai proses untuk penelitian oleh peneliti dari Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene. yang berhubungan dengan objek yang diteliti.

### 3. Teknik Dokumentasi

Dokumentasi berasal dari kata dokumen yang artinya barang-barang tertulis. Jadi dokumentasi adalah suatu teknik dimana data diperoleh dari dokumen yang ada pada benda-benda tertulis, buku-buku, yang berkaitan dengan objek penelitian. Tujuan digunakan metode ini untuk memperoleh data secara jelas dan konkret tentang Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene baik itu berupa foto maupun *manual book*.

#### **F. Teknik Analisis Data.**

Menurut Mc. Drury, (Moleong:2014) mengatakan bahwa analisis data yang digunakan dalam penelitian dapat dilakukan dengan menerapkan langkah-langkah sebagai berikut:

##### 1. Reduksi data (*Data Reduction*)

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya. Dengan demikian, data yang telah direduksikan memberikan gambaran yang lebih jelas dalam hal ini gambaran tentang Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene, sehingga peneliti dalam melakukan pengumpulan data sebelumnya.

## 2. Penyajian data (*data display*)

Penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antara kategori dan sejenisnya. Dalam hal ini peneliti berusaha untuk menguraikan secara singkat tentang Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda

## 3. Penarikan kesimpulan (*conclusion drawing and verification*)

Langkah ketika dalam analisis data adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan dalam peneliti kualitatif merupakan temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran suatu objek dalam hal ini mengenai Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene.

### **G. Teknik Keabsahan Data**

Moleong, (2014) mengemukakan bahwa pengabsahan data adalah bentuk batasan berkaitan suatu kepastian, bahwa yang berukur benar-benar merupakan variabel yang ingin diukur. Keabsahan ini juga dapat dicapai dengan proses pengumpulan data yang cepat. Salah satu caranya adalah dengan proses triangulasi, yaitu teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu.

### 1. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber adalah membandingkan cara mengecek ulang derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui sumber yang berbeda. Misalnya membandingkan hasil pengamatan dengan wawancara dari informan, kemudian membandingkan apa yang dikatakan umum dengan yang dikatakan pribadi, membandingkan hasil wawancara dengan dokumen yang ada untuk melihat perbedaan dan kesamaan pendapat yang dapat dilihat dari hasil wawancara dan dokumen.

### 2. Triangulasi teknik

Triangulasi Teknik untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama dengan teknik yang berbeda. Misalnya data yang diperoleh dengan wawancara, lalu dicek dengan observasi, dokumentasi, atau kuesioner.

### 3. Triangulasi Waktu

Triangulasi waktu digunakan untuk validitas data yang berkaitan dengan pengecekan data berbagai sumber dengan berbagai cara dan berbagai waktu. Untuk mendapatkan data yang sah melalui observasi penelitian perlu diadakan pengamatan tidak hanya satu kali pengamatan saja.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### A. Deskripsi Objek Penelitian

##### 1. Gambaran Umum Wilayah Kabupaten Majene

Kabupaten Majene merupakan salah satu dari 6 Kabupaten dalam Wilayah Provinsi Sulawesi Barat yang terletak dipesisir pantai barat Provinsi Sulawesi Barat memanjang dari Selatan ke Utara. Letak Geografis Kabupaten Majene berada 20' 38' 45" – 30 38 15" Lintang Selatan dan antara 1180' 45' 00"-119' Bujur Timur, dengan jarak ibu kota Propinsi Sulawesi Barat (Kota Mamuju) kurang lebih 146 km.

- a. Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Mamuju
- b. Sebelah Timur berbatasan dengan Kabupaten Polewali Mandar dan Mamasa
- c. Sebelah Selatan berbatasan dengan teluk Mandar
- d. Sebelah Barat berbatasan dengan Selat Makassar

Luas Wilayah Kabupaten Majene adalah 947,84 Km<sup>2</sup> atau 5,6 % dari luas Propinsi Sulawesi Barat. Kabupaten Majene terdiri atas 8 (delapan) Kecamatan. dan 82 Desa / kelurahan. Adapun Kecamatan- Kecamatan tersebut Kecamatan Banggae, Kecamatan Banggae Timur, Kecamatan Pamboang, Kecamatan Sendana, Kecamatan Tammerodo, Kecamatan Tubo Sendana, Kecamatan Malunda, Dan Kecamatan Ulumanda.

**Tabel 4.1: Luas wilayah kecamatan di Kabupaten Majene**

<b>Kecamatan</b>	<b>Luas (Km<sup>2</sup>)</b>	<b>Persentase</b>
Banggae	25,15	2,65%
Banggae Timur	30,04	3,17%
Pamboang	70,19	7,41%
Sendana	82,24	8,68%
Tammerodo	55,40	5,84%
Tubo Sendana	41,17	4,34%
Malunda	187,65	19,80%
Ulumanda	456,00	48,11%
Banggae	25,15	2,65%
Banggae Timur	30,04	3,17%
Pamboang	70,19	7,41%
Sendana	82,24	8,68%
<b>Kabupaten Majene</b>	<b>947,84</b>	<b>100,00%</b>

Sumber: Kantor Statistik Kabupaten/Kota 2017/2018

Berdasarkan tabel diatas dapat di ketahui bahwa Kabupaten Majene memiliki luas wilayah Kecamatan sebanyak 947,84 (Km<sup>2</sup>). Dimana terbagi dari luas Kecamatan Banggae sebanyak 25,15 (Km<sup>2</sup>), luas Banggae Timur 30,04 (Km<sup>2</sup>), dan Pamboang 70,19 (Km<sup>2</sup>), Sendana 82,24 (Km<sup>2</sup>), Tammerodo 55,40, Tubo Sendana 41,17 (Km<sup>2</sup>), Malunda 187,65 (Km<sup>2</sup>) dan Ulumanda 456,00 (Km<sup>2</sup>), dari daftar table di atas dapat di simpulkan bahwa wilayah kecamatan yang paling luas Ulumanda 456 ,84 (Km<sup>2</sup>) dan wilayah yang paling sempit adalah Banggae

25,15 (Km<sup>2</sup>). Untuk lebih jelasnya, wilayah administrasi Kabupaten Majene; dapat dilihat pada gambar berikut:

**Gambar 1.4 : Peta Administrasi Kabupaten Majene**



Sumber: Profil Kabupaten Majene

## 2. Profil Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene.

Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene beralamat di Jalan Poros Majene-mamuju, di lingkungan tamaende Kelurahan

Lamungan Batu Puskesmas Kecamatan Malunda. Puskesmas Kecamatan Malunda berukuran dan luas tanah 2 Ha, dan lokasinya sangat strategi karena dilalui oleh kendaraan umum. Secara geografis wilayah Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene memiliki Batas-Batas Sebagai berikut:

- a. Sebelah Utara : Kantor Pos. Kec. Malunda
- b. Sebelah Timur : Lokasih persawahan Warga
- c. Sebelah Barat : Jln Poros Majene-Mamuju
- d. Sebelah Selatan : Kantor Polres Kec. Malunda

**3. Struktur organisasi Puskesma Kecamatan Malunda Kabupaten Majene adalah terdiri dari Kepala Puskesmas yang membawahi:**

a. Struktur organisasi

Susunan organisasi Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene:

1. KEPALA DINAS;
2. KASUBAG TATA USAHA
  - a. System Informasi Puskesmas
  - b. Kepegawaian
  - c. Keuangan
  - d. Rumah Tangga
3. UKM ESENSIAL DAN KEPERAWATAN KESMAS
  - a. Kesling
  - b. Gizi

- c. Keperawatan Kesmas
- d. P2P
- e. KIA/KB
- f. Promosi Kesehatan

#### 4. UKM PENGEMBANGAN

- a. Kesehatan jiwa
- b. Kesehatan Lansia
- c. Kesehatan Olahraga
- d. Kesehatan Haji
- e. Batra
- f. Kesehatan Kerja

#### 5. UKP, KEFARMASIAN DAN LABORATORIUM

- a. Rawat Jalan
- b. Gawat Darurat Kefarmasian
- c. Laboratorium
- d. KIA/KB
- e. Kesehatan gizi dan mulut
- f. Rawat Inap
- g. Gizi
- h. Persalinan

#### 6. JARINGAN PELAYANAN PUSKESMAS DAN JEJARING FASYANKES

- a. Puskesmas Keliling

- b. Pustu Lombong
  - c. Pustu Mekkatta
  - d. Pustu Maliaya
  - e. Pustu Lombang
  - f. Pustu Bambang
  - g. Pustu Lombong Timur
  - h. PKD Mekkatta
  - i. PKD Mekkatta Selatan
  - j. PKD Maliaya
  - k. PKD Bambang
  - l. PKD Kayuangin
  - m. PKD Lombang Timur
  - n. PKD Salutahongan
- b. Visi, Misi , Strategi, dan Motto Puskesmas Kecamatan Malunda**

#### **VISI**

**MEWUJUDKAN MASYARAKAT SEHAT DAN PRODUKTIF/ TINGKAT  
KECAMATAN MALUNDA TAHUN 2020**

#### **MISI**

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar/ yang berkualitas dan terjangkau;
2. Menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat / secara promotif, preventif,

rehabilitative / dan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif

3. Meningkatkan kemampuan dan kualitas / sumber daya tenaga kesehatan yang professional.

### **STRATEGI**

1. Optimalisasi sumber daya tenaga kesehatan / dengan meningkatkan kemampuan kualitas dan profesionalisme / tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan.
2. Meningkatkan ketersediaan sarana pelayanan kesehatan / yang terjangkau oleh masyarakat.
3. Optimalisasi standar operasional prosedur (SOP) menuju pelayanan bermutu.
4. Meningkatkan infrastruktur dengan manajemen puskesmas.
5. Menggerakkan / meningkatkan partisipasi masyarakat / dalam pembangunan kesehatan.
6. Optimalisasi pertemuan lintas sektoral / melalui rapat koordinasi tingkat kecamatan dan desa

### **MOTTO**

**MELAYANI DENGAN HATI ADALAH KOMITMEN KAMI**

**Tabel 4.2 Luas Wilayah, Jumlah Desa/Kelurahan Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene 2017 / 2018**

NO	DESA/KEL	LUAS WILAYAH Km <sup>2</sup>	JUMLAH		
			DESA	KELURAHAN	DESA+KE LURAHAN
1	Lombang	12.8	1		1
2	Lombang Timr	75.9	1		1
3	Malunda	4.3		1	1
4	Lamungan Batu	3.0		1	1
5	Kayu Angin	1.8	1		1
6	Lombong	2.7	1		1
7	Lombong Timur	3.3	1		1
8	Bambangan	46.5	1		1
9	Salutahongan	10.7	1		1
10	Mekkatta	22.3	1		1
11	Mekkatta Selatan	2.1	1		1
12	Maliaya	2.2	1		1
	JUMLAH (KAB/KOTA)	18	187.7	2	12

Sumber : - Kantor Statistik Kabupaten/Kota

Berdasarkan tabel di atas dapat di ketahui bahwa Puskesmas Kecamatan Malunda memiliki luas wilayah Desa/Kel sebanyak 187.7 Km<sup>2</sup>. dimana terbagi dari Luas Desa/Kel. Desa Lombang 12.8 Km<sup>2</sup>, Desa Lombang timur 75.9 Km<sup>2</sup>, Kelurahan Malunda 4.3 Km<sup>2</sup>, Kelurahan Lamungan Batu 3.0 Km<sup>2</sup>, Desa kayu angin 1.8 Km<sup>2</sup>, Desa Lombong 2.7 Km<sup>2</sup>, Desa Lombong Timur 3.3 Km<sup>2</sup>, Desa Bambangan 46.5 Km<sup>2</sup>, Desa Salutahongan 10.7 Km<sup>2</sup>, Desa Mekkatta 22.3 Km<sup>2</sup>. Desa Mekkatta Selatan 2.1 Km<sup>2</sup>, Desa Maliaya 2.2 Km<sup>2</sup>. dari daftar tabel diatas dapat di simpulkan bahwa wilayah Desa/Kel yang paling luas adalah Desa Lombang Timur 75.9 Km<sup>2</sup>, dan yang paling sempit adalah Desa Kayu Angin 1.8 Km<sup>2</sup>.

**Tabel 4.3 Jumlah Upaya Kesehatan Bersumber Daya (UKBM) Menurut Kecamatan Puskesmas Malunda Kabupaten Majene 2018**

DESA/ KEL	PUSKESMAS	DESA/ KELURA HAN	UPAYA KESEHATAN BERSUMBER DAYA MASYARAKAT (UKBM)		
			POSKES DES	POLIN DES	POSBIN DU
Lombang	Malunda	1	0		0
Lombang Timr	Malunda	1	1		0
Malunda	Malunda	1	0		1
Lamungan Batu	Malunda	1	0		1
Kayu Angin	Malunda	1	1		0
Lombong	Malunda	1	0		0
Lombong Timur	Malunda	1	1		1
Bambangan	Malunda	1	1		0
Salutahongan	Malunda	1	1		0
Mekkatta	Malunda	1	1		1
Mekkatta Selatan	Malunda	1	1		0
Maliaya	Malunda	1	1		0
Jumlah		12	8	0	4

*Sumber Data: Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene.*

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa Jumlah Upaya kesehatan Bersumber Daya (UKBM) Menurut Kecamatan Puskesmas Malunda Kabupaten Majene sebanyak 12. Poskesdes 8 dan Posbindu 4.

Desa Lombang Timur mempunyai 1 Pos Kesehatan Desa, Kelurahan malunda mempunyai 1 Pos Pembinaan Terpadu, Kelurahan Lamungan Batu mempunyai 1 Pos Pembinaan Terpadu, Kayu Angin mempunyai 1 Pos Kesehatan Desa, Desa Lombong Timur mempunyai 1 Pos Kesehatan Desa, Desa Bambangan mempunyai 1 Pos Kesehatan Desa, Desa Mekkatta mempunyai 1 Pos

Kesehatan Desa dan 1 Pos Pembinaan Terpadu, Desa Mekatta Selatan mempunyai 1 Pos Kesehatan Desa, dan Desa Maliaya mempunyai 1 Pos Kesehatan Desa.

**Tabel 4.4 Jumlah Penduduk, Jumlah Rumah Tangga, dan Pendataan Penduduk Menurut Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene Tahun 2017/2018**

Desa/ Kel	Jumlah Penduduk	Jumlah Rumah Tangga	Rata-Rata Jumlah Rumah Tangga	Kepadatan Penduduk Per Km <sup>2</sup>
Lombang	846	199	4	65,9
Lombang Timur	985	232	4	13,0
Malunda	2,713	593	5	632.4
Lamungan Batu	2,197	478	5	725.1
Kayu Angin	1,374	298	5	780.7
Lombang	2,025	429	5	752.8
Lombang Timur	1,025	220	5	310.5
Bambangan	1,158	227	5	24.9
Salutahongan	931	182	5	86.7
Mekkatta	2,122	425	5	95.3
Mekkatta Selatan	1,040	207	5	492.9
Maliaya	2,036	401	5	938.2
Jumlah (Kab/Kota)	18,464	3,891	5	98,4

Sumber: Kantor Statistik Kabupaten/Kota

Berdasarkan tabel diatas dapat di pahami bahwa Jumlah Penduduk di setiap Desa dan Kelurahan di Kecamatan Malunda ( Desa Lombang 846 , Desa Lombang Timur 985 , Kelurahan Malunda 2.713 , Kelurahan Lamungan Batu 2.197 , Desa Kayu Angin 1.374 , Desa Lombang 2.025 , Desa Lombang Timur 1.025 , Bambangan 1.058 , Salutahongan 931 , Desa Mekkatta 2.122 , Desa Mekkatta Selatan 1.036 , Desa Maliaya 2.036) Jumlah penduduk di Kecamatan

Malunda berjumlah 18,464 jiwa., jumlah rumah tangga sebanyak 3,891, rata-rata jiwa/rumah tangga 5 jiwa, kepadatan jumlah per km<sup>2</sup> sebanyak 98,4 jiwa.

## **B. Hasil Penelitian dan Pembahasan**

Riset Kesehatan Dasar 2013 yang dilansir Menteri Kesehatan menunjukkan prevalensi *stunting* anak balita di Sulawesi Barat mencapai 48 %, posisi ini ke dua yang tertinggi di Indonesia. Sehingga dipandang perlu untuk memberikan perhatian khusus untuk mengantisipasi, Kabupaen Majene sendiri paling tinggi se-Sulawesi Barat angka mencapai 50 %. Kegiatan PKGBM ini dilaksanakan bersama dengan Pemerintah Indonesia. Pemerintah Kabupaten, Puskesmas serta Kecamatan dan Desa merupakan mitra kerja utama dari MCA-Indonesia dalam mengimplementasi PKGBM di tingkat masyarakat dan memegang peran penting dalam menindaklanjuti serta memperluas keberhasilan kegiatan PKGBM keseluruhan tingkat masyarakat di Kabupaten Majene.

### **1. Pelatihan Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).**

Pelatihan ini bertujuan meningkatkan kemampuan pekerja dan kader kesehatan untuk menyediakan konseling yang baik dalam pemberian makan bayi dan anak.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas menyatakan bahwa :

“Dalam pelatihan PMBA dua orang kader kami diutus dan diberikan pelatihan dasar yang akan dilatih oleh pelatih yang lebih berpengalaman serta pelatihannya dilakukan selama 7 hari di tempat.” ( *hasil wawancara HH 22 Oktober 2018* )

Dari hasil wawancara diatas penulis menyimpulkan bahwa peserta pelatihan ini adalah dua orang staff Puskesmas dari setiap Kecamatan yang dipilih oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten. Pelatihan akan dilakukan selama 7 hari di kelas dan praktik melatih Kader Posyandu sebanyak 7 kali dan difasilitasi oleh Staff Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten yang sudah dilatih.

“Pelatihan ini sangatlah penting, khususnya dalam mencegah stunting, karena PMBA merupakan inti dari PKGBM. Di dalam pelatihannya banyak praktek yang di berikan, sehingga masyarakat akan lebih mudah mengerti.”( *hasil wawancara HH 23 Oktober 2018* )

Berdasarkan wawancara di atas dapat peneliti ketahui bahwa pelatihan PMBA dirasa tepat untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka dalam melaksanakan tugas pentingnya. Pelatihan PMBA berisi materi tentang standar emas pemberian makanan pada bayi dan anak. Komponen pelatihan ini bertujuan mempersiapkan para kader dengan pengetahuan teknis mengenai praktek-praktek pemberian makanan dan asi pada anak.

Selain itu, untuk menilai hasil dari pelatihan yang dilakukan oleh para bidan dan kader, peneliti melakukan wawancara kepada salah satu masyarakat setempat.

“Kami sering melakukan konseling di posyandu ataupun di puskesmas, pembahasan yang diberikan lumayan kami mengerti, hanya saja prakteknya sangat kurang” ( *hasil wawancara SA 30 Oktober 2018* )

Selain itu dengan pendapat yang sama di kemukakan oleh seorang ibu rumah tangga mengatakan bahwa:

“Saya juga setuju apa yang dikatakan bapak bahwa prakteknya sangat kurang, seharusnya kami diberikan beberapa contoh mengenai PMBA sehingga tidak ada kesalahpahaman”. ( *hasil wawancara IR 30 Oktober 2018* )

Dari hasil wawancara diatas penulis menyimpulkan bahwa masyarakat sangat berpartisipasi dalam kegiatan konseling di Puskesmas, namun masih ada masyarakat yang kurang puas terhadap pelayanan para kader.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan peneliti menunjukkan bahwa bahwa hasil implementasi yang dilakukan oleh para kader dan bidan desa mengenai PMBA telah memadai, namun dari segi praktek masih sangat kurang sehingga masih banyak masyarakat setempat yang mengeluh terhadap keterampilan para kader dan bidan mengenai pemberian makan dan asi pada anak.

Dari keseluruhan Wawancara di atas tentang Pelatihan pemberian makan bayi dan anak yang dilakukan oleh pegawai Puskesmas Kecamatan Malunda Pelatihan PMBA dirasa tepat untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mereka dalam melaksanakan tugas pentingnya. Karena masyarakat sangat berpartisipasi dalam kegiatan konseling pemberian makanan bayi dan anak

Menurut Nurdin Usman (2002:07) mengemukakan pendapatnya “Implementasi adalah bermuara pada aktivitas, aksi, tindakan atau adanya

mekanisme suatu sistem implementasi bukan hanya sekedar aktivitas, tetapi suatu kegiatan yang terencana untuk mencapai tujuan kegiatan.

## 2. Pelatihan Pemantauan Pertumbuhan.

Pelatihan ini bertujuan meningkatkan kemampuan staf Puskesmas dalam mendeteksi malnutrisi pada balita dan melakukan intervensi dini terhadapnya. Dua staf dari Puskesmas di lokasi sasaran menjalani pelatihan selama 6 hari. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada informan, yaitu Kasi Gizi, mengatakan.

“Di pelatihan ini para petugas akan diberikan bimbingan mengenai cara melakukan pemantauan terhadap pertumbuhan anak, sama halnya dengan PMBA dua orang staff di puskesmas ini juga akan diutus untuk melakukan pelatihan. Kami berharap dengan adanya pelatihan seperti ini dapat meningkatkan pengetahuan para kader sehingga dapat memberikan pelayanan yang lebih baik lagi. Dari dinas kesehatan juga telah berkomitmen untuk memberikan modul pembelajaran bagi para kader, sehingga pengetahuan para kader juga bisa lebih ditingkatkan lagi.” ( *hasil wawancara RA 30 Oktober 2018* )

Dari hasil wawancara di atas peneliti menyimpulkan bahwa pelatihan ini ditujukan untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan kepada petugas kesehatan dalam melakukan pemantauan pertumbuhan, terutama bagi anak di bawah usia dua tahun, termasuk tindak lanjut hasil pemantauan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kasi Kesling menyatakan bahwa :

“Pemantauan tumbuh kembang balita sangat penting dilakukan untuk mengetahui adanya gangguan pertumbuhan balita sejak dini, dengan cara melakukan pengukuran berat badan sebagai cara terbaik untuk menilai status gizi balita tiap bulannya sehingga tumbuh kembang anak akan terpantau.” ( *hasil wawancara WP 30 Oktober 2018* )

Dari hasil wawancara diatas peneliti menyimpulkan bahwa pemantauan sangat penting sehingga dapat dideteksi sedini mungkin tentang kesehatan balita dan melakukan tindakan sesuai dengan kesehatan balita tersebut.

Selain itu peneliti juga melakukan wawancara kepada salah satu masyarakat setempat.

“Kami juga bersyukur karena adanya kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh pihak puskesmas. Karna seperti saya sebagai warga yang kurang mampu terbantu dengan adanya bantuan seperti ini. Namun hanya saja saya kurang paham yang dikatakan oleh para petugas saya merasa penyampaiannya itu kurang baik begitu. “ ( *hasil wawancara IR 05 November 2018* )

Dari hasil wawancara diatas peneliti menyimpulkan bahwa dengan adanya kegiatan diatas masyarakat juga ikut berpartisipasi dalam melancarkan kegiatan. Namun disisi lain terjadi ketidaksepemahaman antara klien dan konselor, hal tersebut dikarenakan pembahasan yang disampaikan oleh konselor menurut klien kurang memuaskan sehingga tidak sepenuhnya dapat dimengerti oleh klien.

Berdasarkan observasi yang dilakukan peneliti bahwa antara beberapa pihak yang terlibat dalam pelatihan pemantauan pertumbuhan sudah menjadi unsur utama dalam keberhasilan pelaksanaan program peningkatan kesehatan dan gizi berbasis masyarakat, sebagai mana di sampaikan oleh Kasi Gizi, Kasi Kesling, dan pendapat Masyarakat, yakni kerja sama antara para tokoh, Organisasi-Organisasi Pemerintah, Nonpemerintah dan masyarakat belum berjalan dengan baik di lihat dari sosialisasinya yang masih kurang.

Sesuai dengan yang di kemukakan Suratman (2017; 25), bahwa implementasi adalah tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-

individu atau pejabat atau kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijakan.

### 3. Pembagian Gizi Mikro

Untuk meningkatkan asupan gizi mikro dan menurunkan angka anemia pada anak dan ibu hamil, proyek akan menyediakan suplemen gizi mikro untuk anak usia 6 – 23 bulan dan ibu hamil yang ada di lokasi proyek. Gizi mikro yang diberikan kepada anak-anak usia 6 - 23 bulan adalah “Taburia.

Berdasarkan wawancara dengan Kasi P2P menyatakan bahwa:

“Untuk kegiatannya masyarakat akan diberikan bantuan berupa gizi mikro yaitu taburia terutama bagi perempuan yang sedang hamil maupun menyusui. Kami juga bersyukur karna adanya bantuan pemerintah berupa makanan seperti biskuit, susu, dan masih banyak lagi.” ( *hasil wawancara MR 08 November 2018* )

Dari hasil wawancara diatas penulis menyimpulkan bahwa proyek akan menyediakan gizi mikro dalam bentuk asam folat besi untuk perempuan hamil, dan tepung gizi mikro (taburia) untuk anak berusia 6-23 bulan. Tujuan utama kegiatan ini ialah meningkatkan asupan gizi yang cukup, terutama bagi perempuan hamil dan anak usia 6-23 bulan. Spesifikasi teknis gizi mikro ini sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kasi Kesling menyatakan bahwa:

“Petugas kesehatan harus memberikan edukasi yang baik kepada masyarakat tentang penggunaan taburia ini, karena dikhawatirkan akan terjadi kesalahan persepsi di tengah-tengah masyarakat, misalnya : masyarakat akan berpendapat bahwa buat apa anak saya makan sayur, ikan dan buah, toh semua kebutuhan anak saya sudah bisa terpenuhi oleh si taburia ini. Jika persepsi tersebut terbangun, maka Taburia, bukannya

menyelesaikan masalah, tapi justru menimbulkan masalah baru.” ( *hasil wawancara WP 12 November 2018* )

Selain itu peneliti juga melakukan wawancara kepada salah satu masyarakat setempat.

“Pihak puskesmas memberikan beberapa bungkus kepada kami yang katanya gizi mikro dan diperuntukkan untuk anak bayi serta bantuan lainnya seperti biscuit sama susu. Iyaa kami juga merasa kurang senang karena pembagiannya tidak adil, karena yang lebih banyak mendapatka pembagiannya adalah orang-orang yang mampu, sedangkan masih banyak warga yang kurang mampu belum dapat bagian. Kan seharusnya harus utamakan orang-orang yang tidak mampu terlebih dahulu.” ( *hasil wawancara SA 20 November 2018* )

Dari hasil wawancara diatas penulis menyimpulkan bahwa dalam pembagian gizi mikro (taburia) oleh pihak Puskesmas tidaklah merata sehingga banyak masyarakat yang komplain terhadap pembagian tersebut. Masalah tersebut terjadi dikarenakan terbatasnya taburia yang akan diberikan kepada klien, sehingga banyak klien yang saling berebutan. Menurut Hanifah Harsono (2012:67) dalam bukunya yang berjudul Implementasi Kebijakan dan Politik mengemukakan pendapatnya mengenai Implementasi atau pelaksanaan sebagai berikut: “Implementasi adalah suatu proses untuk melaksanakan kebijakan menjadi tindakan kebijakan dalam rangka penyempurnaan suatu program.

#### **4. Pembagian Alat Pengukuran Antropometrik.**

Kegiatan ini menyediakan alat antropometrik yang terdiri dari timbangan, pengukur panjang/tinggi badan anak, dan pita ukur muac untuk mengukur lingkaran lengan atas perempuan hamil dan anak. Selain itu peneliti juga melakukan wawancara kepada salah satu masyarakat setempat.

“Indikator ukuran antropometri digunakan sebagai kriteria utama untuk menilai kecukupan asupan gizi dan pertumbuhan bayi dan balita. Penggunaannya untuk sebaran status gizi, menentukan prioritas intervensi gizi, evaluasi hasil intervensi” ( *hasil wawancara SA 27 November 2018* )

“Dalam melakukan pemantauan pertumbuhan tentunya para kader juga menggunakan alat-alat pengukuran antropometrik. Pembagian alat ini di tujukan ke setiap posyandu yang ada di setiap desa ataupun dusun.”( *hasil wawancara SA 27 November 2018* )

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada informan, dapat disimpulkan bahwa untuk melakukan pemantauan pertumbuhan pada anak para kader harus memperhatikan timbangan dan ukuran menggunakan alat pengukuran antropometrik secara baik, seperti menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan, lingkar perut, lingkar lengan atas, dan panjang tungkai dengan langkah-langkah yang benar.

Selain itu peneliti juga melakukan wawancara kepada salah satu masyarakat setempat.

“Pemantauan pertumbuhan adalah pengukuran secara teratur berat badan dan tinggi badan anak, hasil pengukuran pada grafik pertumbuhan anak untuk melihat apakah pertumbuhan anak normal atau tidak, jika pertumbuhan anak tidak normal maka petugas harus melakukan sesuatu dengan melibatkan keluarganya, agar masalah pertumbuhan maka ini akan terdeteksi secara dini.” ( *hasil wawancara IR 29 Oktober 2018* )

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada informan, dapat disimpulkan bahwa pemantauan pertumbuhan memerlukan standar yang tepat yang bertujuan untuk mendeteksi dini adanya gangguan pertumbuhan, memantau status gizi serta dapat meningkatkan gizi anak, menilai dampak kegiatan intervensi medis dan nutrisi, serta deteksi dini penyakit yang mendasari gangguan pertumbuhan.

digunakan untuk melihat berat bayi dan tinggi anak sehingga penyampaian informasi kepada klien kurang akurat dan tidak valid. Sesuai dengan teori dari Edward III (2014) tentang sarana dan prasarana merupakan alat pendukung dan pelaksana suatu kegiatan. Sarana dan prasarana dapat juga disebut dengan perlengkapan yang dimiliki oleh organisasi dalam membantu para pekerja di dalam pelaksanaan kegiatan mereka.

Tingkat Pencapaian Pelaksanaan Program Peningkatan kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene terjadi penurunan dari 3 tahun terakhir di mulai dari tahun 2016 – 2018. bahwa prevalensi *stunting* di tahun 2016 mencapai 42 % dan pada tahun 2017 mengalami penurunan dengan mencapai angka 21 %, selanjutnya di tahun 2018 juga terjadi penurunan dengan mencapai angka 16 %. Jadi peneliti menyimpulkan bahwa tingkat pencapaian PKGBM di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene sudah baik. Hal ini didasarkan dari pencapaian kegiatan puskesmas dalam PKGBM mengalami penurunan dari tiga tahun terakhir.

## **5. Faktor Pendukung dan Penghambat dalam Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Bebas Masyarakat ( PKGBM ) di Puskesmas Kecamatan Malunda**

### **1. Faktor Pendukung**

- a. Dukungan dari pemerintah setempat

Dalam pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis masyarakat, pemerintah setempat memberikan dukungan tinggi terhadap pihak puskesmas untuk menjalankan PKGBM.

Berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas menyatakan bahwa :

“Pemerintah setempat telah banyak memberikan kontribusi kepada kami. Kami bersyukur dengan adanya bantuan dana dari pemerintah, selain membantu pihak puskesmas juga meringankan beban hidup masyarakat”. ( *hasil wawancara HH 29 Oktober 2018* )

Dari hasil observasi peneliti bahwa dalam bentuk dukungan terhadap Pelaksanaan PKGBM di Puskesmas Kecamatan Malunda, Pemerintah setempat sering melakukan kunjungan ke setiap puskesmas untuk memastikan jalannya PKGBM, selain itu Pemerintah telah banyak memberikan bantuan dana kepada pihak Puskesmas. Sesuai dengan teori dari Edward III (2014) tentang disposisi, dengan kesediaan dari para implementor untuk menyelesaikan kebijakan publik tersebut. Kecakapan saja tidak mencukupi tanpa kesediaan dan komitmen untuk melaksanakan kebijakan. Disposisi menjaga konsistensi tujuan antara apa yang ditetapkan pengambil kebijakan dan pelaksana kebijakan. Kunci keberhasilan program atau implementasi kebijakan adalah sikap pekerja terhadap penerimaan dan dukungan atas kebijakan atau dukungan yang telah ditetapkan

#### b. Bantuan dari pihak swasta

Selain dari dukungan pemerintah, banyak dari pihak swasta yang memberikan bantuan demi terlaksananya Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis masyarakat PKGBM di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene. Berikut Berdasarkan hasil wawancara dengan Kasi P2P menyatakan bahwa :

“Kami selaku petugas puskesmas juga bersyukur karna adanya bantuan pemerintah swasta berupa makanan seperti biskuit, susu, dan masih banyak lagi.” (*hasil wawancara MR 08 November 2018*)

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada pihak pemerintah puskesmas, dapat disimpulkan bahwa selain bantuan dukungan dari pemerintah, pihak puskesmas juga mendapatkan bantuan dari swasta. Sesuai yang dikemukakan oleh Van Horn dan Van Meter (dalam Subarsono, 2006 : 100) mengartikan implementasi kebijakan sebagai tindakan-tindakan oleh individu publik dan swasta (atau kelompok) yang diarahkan pada prestasi tujuan yang ditetapkan dalam keputusan kebijakan sebelumnya.

#### c. Partisipatif dari masyarakat sangat tinggi

Dari awal pelaksanaan program, masyarakat sangat antusias mengikuti kegiatan-kegiatan dari pelaksanaan PKGBM. Berikut hasil wawancara dari salah satu masyarakat setempat :

“Sejak kehamilan istri saya, PKGBM ini adalah prioritas utama kami, karena dengan program ini memberikan kami banyak ilmu terutama untuk bayi kami nantinya, kami sangat berterimakasih

kepada pemerintah dan juga khususnya dari pihak puskesmas” ( *hasil wawancara BA 08 November 2018* )

Dari hasil wawancara maka dapat di tarik kesimpulan bahwa dukungan dan partisipatif masyarakat merupakan kunci utama dalam kesuksesan program. Sesuai yang dikemukakan oleh Syukur dalam Sumaryadi (2005:79), bahwa salah satu unsur penting proses implementasi yaitu adanya target group yaitu kelompok masyarakat yang menjadi sasaran dan diharapkan akan menerima manfaat dari program, perubahan dan peningkatan.

## **2. Faktor Penghambat**

### **a. Kurangnya pemahaman masyarakat tentang PMBA**

Berdasarkan hasil wawancara dari Kepala Puskesmas menyatakan bahwa:

“Dalam kegiatan konseling sebelumnya. Banyak klien mengaku bahwa sering terjadi keterlambatan dalam pemberian makan atau asi. Padahal pemberian makan atau asi pada anak sangatlah penting belum lagi anak juga membutuhkan tambahan nutrisi yang banyak. Dalam memberikan makanan ada banyak hal yang harus di perhatikan misalnya frekuensi makanan dalam sehari serta tekstur makanan dan lain-lain.” ( *hasil wawancara HH 22 Oktober 2018* )

Dari hasil wawancara diatas penulis menyimpulkan bahwa pemberian makanan pendamping terlalu dini ataupun terlambat merupakan masalah yang umum yang sering terjadi di masyarakat. Pemberian variasi makanan pada anak sangat dibutuhkan karena anak memerlukan asupan nutrisi yang berbeda-beda. Selain praktek yang kurang tepat dalam pemberian makanan, kebiasaan masyarakat juga

sangat berpengaruh. Adapun hal-hal yang harus diperhatikan dalam pemberian makan pada bayi dan anak yang meliputi usia anak, frekuensi pemberian makanan dalam sehari, jumlah pemberian makanan atau porsi untuk sekali makan, tekstur makanan, variasi makanan, memberikan makanan secara aktif/ responsive pada anak dan selalu menjaga kebersihan.

b. Sulitnya jangkauan masyarakat ke puskesmas

Selain itu, dari Kasi P2P juga menambahkan mengenai masalah yang dialami dalam pengimplementasian Pelatihan Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA).

“Dalam pelaksanaannya ada beberapa kendala yang kami alami seperti jarak tempuh warga ke puskesmas juga sulit, yang dialami oleh warga yang tinggal di pegunungan dan jalanan disana juga sudah rusak parah. Seperti yang dikatakan oleh Pak Hamka bahwa PMBA itu sangatlah penting terkhususnya lagi mencegah stunting. Iyaa karna masih banyak masyarakat yang kurang paham dengan pemberian makan pada anak. Padahal dalam pemberian makan itu ada aturan tersendiri. Karna yang seperti saya lihat anak yang masih kurang 1 tahun sudah di berikan makanan orang dewasa atau makanan yang tidak sehat bagi anak, kan sangat di sayangkan” ( *hasil wawancara MR 25 Oktober 2018* )

Dari hasil wawancara diatas penulis menyimpulkan bahwa dalam pengimplementasian Pelatihan Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) mengalami kendala yaitu sulitnya jangkauan yang dialami oleh warga yang berdomisili di pegunungan disebabkan jalanan yang berada dipegunungan mengalami rusak parah sehingga masyarakat sulit untuk pergi ke

puskesmas, serta kurangnya pemahaman masyarakat mengenai Pemberian Makan Bayi dan Anak yang tentunya tidak sesuai dengan prosedur standar yang direkomendasikan oleh Strategi Nasional Peningkatan Pemberian ASI dan MP-ASI, antara lain (1) inisiasi menyusui dini segera setelah lahir minimal selama 1 jam; (2) pemberian ASI eksklusif sampai usia 6 bulan; (3) memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) mulai usia 6 bulan; (4) meneruskan pemberian ASI sampai usia 2 tahun atau lebih.

### **C. Pembahasan.**

#### **1. Pelatihan Konseling Pemberian Makan dan Bayi dan Anak (PMBA).**

Pemenuhan gizi merupakan hak dasar anak. Salah satu upaya untuk meningkatkan kesehatan dan gizi anak sebagaimana diamanatkan oleh Undang-Undang Dasar 1945 dan Perjanjian Internasional seperti Konvensi Hak Anak (Komisi Hak Azasi Anak PBB, 1989, Pasal 24), yakni memberikan makanan yang baik bagi anak usia di bawah 2 tahun. Untuk mencapai hal tersebut, Strategi Nasional Peningkatan Pemberian ASI dan MP-ASI merekomendasikan pemberian makanan yang baik dan tepat bagi bayi dan anak 0-24 bulan adalah : (1) inisiasi menyusui dini segera setelah lahir minimal selama 1 jam; (2) pemberian ASI eksklusif sampai usia 6 bulan; (3) memberikan Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) mulai usia 6 bulan; (4) meneruskan pemberian ASI sampai usia 2 tahun atau lebih.

Pemberian makanan yang terlalu dini dan tidak tepat mengakibatkan banyak anak yang menderita kurang gizi. Untuk itu perlu dilakukan pemantauan pertumbuhan sejak lahir secara rutin dan berkesinambungan. Fenomena “gagal tumbuh ” atau *growth Faltering* pada anak di Indonesia mulai terjadi pada usia 18-24 bulan. Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan 19,6 % balita di Indonesia yang menderita gizi kurang (BB/U < - 2 Z-Score). Dan 37,2 % termasuk kategori pendek (TB/U < - 2 Z-Score). Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang Kesehatan 2010-2014 telah ditetapkan indikator sasaran kegiatan pembinaan gizi masyarakat yaitu menurunkan prevalensi gizi kurang menjadi kurang dari 15 % dan balita pendek kurang dari 32 % salah satu upaya untuk mencapai sasaran tersebut adalah mempromosikan pemberian MP-ASI yang tepat jumlah, kualitas dan tepat waktu. MP-ASI mulai diberikan sejak bayi berumur 6 bulan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi dan anak selain dari ASI. MP-ASI yang diberikan dapat berupa makanan berbasis pangan lokal. Pemberian MP-ASI berbasis pangan lokal dimaksudkan agar keluarga dapat menyiapkan MP-ASI yang sehat dan bergizi seimbang bagi bayi dan anak 6-24 di rumah tangga sekaligus sebagai media penyuluhan.

Setiap keluarga yang mempunyai bayi dan anak usia 6-24 bulan hendaknya mempunyai pengetahuan tentang Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA), agar mampu memberikan ASI eksklusif dan menyiapkan MP-ASI yang sesuai di masing-masing keluarga.

Pendampingan oleh orang yang terdekat dalam hal ini termasuk kader posyandu sangat penting. Untuk itu kader posyandu perlu dilatih agar mempunyai pengetahuan tentang ASI eksklusif dan MP-ASI serta keterampilan memberikan konseling.

Peranan tenaga kader posyandu terampil sangat besar terhadap keberhasilan Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA), peningkatan pemberayaan ibu, peningkatan dukungan anggota keluarga serta peningkatan kualitas makanan bayi dan anak yang akan meningkatkan status gizi balita. Oleh karena itu keberadaan kader posyandu perlu di pertahankan dan di tingkatkan.

Untuk melatih kader yang tersebar diseluruh desa di Indonesia agar menjadi seorang konselor PMBA yang baik, maka perlu dilakukan pelatihan berjenjang. Hal ini dapat dimulai dengan melatih pelatih Konseling PMBA kader ditingkat Provinsi/Kabupaten dilanjutkan dengan melatih PMBA kader tingkat Puskesmas yang diharapkan dapat melatih bidan desa dan kader posyandu di daerah.

Pelatihan Pelatih Konseling PMBA kader diperoleh melalui suatu proses pelatihan dengan menggunakan standar kurikulum atau modul yang baku yaitu modul Pelatihan Konseling Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) yang dikeluarkan oleh Direktorat Bina Gizi dan KIA tahun 2014. Pelatihan dilakukan selama 6 hari (48 jam) dengan materi pelatihan.

## 2. Pelatihan Pemantauan Pertumbuhan

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Pemantauan Pertumbuhan, Perkembangan dan Gangguan Tumbuh Kembang Anak. Pelatihan ini bertujuan meningkatkan kemampuan staf Puskesmas dalam mendeteksi malnutrisi pada balita dan melakukan intervensi dini terhadapnya. Dua Staf dari Puskesmas di lokasi nsasaran menjalani pelatihan selama 6 hari. Di pelatihan ini para petugas akan diberikan bimbingan mengenai cara melakukan pemantauan terhadap pertumbuhan anak, sama halnya dengan PMBA dua orang staf di puskesmas ini juga akan di utus untuk melakukan pelatihan. Kami berharap dengan adanya pelatihan seperti ini dapat meningkatkan pengetahuan para kader sehingga dapat memberikan pelayanan yang lebih baik lagi. Dari Dinas Kesehatan juga telah berkomitmen untuk memberikan modul pembelajaran bagi para kader, sehingga pengetahuan para kader juga bisa lebih ditingkatkan lagi.

Berdasarkan observasi yang dilakukan peneliti bahwa antara beberapa pihak yang terlibat dalam pelatihan pemantauan pertumbuhan sudah menjadi unsur utama dalam Keberhasilan Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan Gan Gizi Berbasis Masyarakat, sebagaimana yang di sampaikan oleh Kasi Gizi, Kasi Kesling, dan Pendapat Masyarakat, yakni kerja sama antara para tokoh, Organisasi-Organisasi Pemerintah, Nonpemerintah dan masyarakat belum berjalan dengan baik di lihat dari sosialisasinya yang masih kurang.

### 3. Pembagian Gizi Mikro

Proyek akan menyediakan gizi mikro dalam bentuk Asam Folat Besi untuk perempuan hamil, dan tepung gizi mikro (Taburia) untuk anak usia 6-23 bulan. Tujuan utama kegiatan ini ialah meningkatkan asupan gizi yang cukup, terutama bagi perempuan hamil dan anak usia 6-23 bulan. Spesifikasi teknis gizi mikro ini sesuai dengan standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

#### a. Jumlah Pemberian Taburia

- 1) Dalam satu bulan anak mendapat Taburia sebanyak 15 saset dengan pemberian selama 4 bulan. Jadi, satu orang anak mendapatkan 60 saset untuk empat bulan.
- 2) Taburia diberikan pada anak setiap dua hari sekali sebanyak 1 saset
- 3) Satu saset Taburia sebaiknya dihabiskan sekaligus pada saat makan pagi.

#### b. Cara Pemberian Taburia

- 1) Sobek saset Taburia lalu taburkan pada makanan utama (nasi, bubur, jagung, kentang, ubi, sagu dll ) yang akan dimakan anak saat makan pagi;
- 2) Makanan yang sudah dicampur Taburia harus segera dimakan dan dihabiskan oleh anak;
- 3) Taburia sebaiknya tidak boleh dicampur dengan makanan berair (sayuran berkuah) dan minuman (air, teh, susu) karena akan

mengubah warna makanan dan dikhawatirkan anak tidak dapat menghabiskan;

- 4) Taburia tidak boleh dicampur dengan makanan panas karena akan menimbulkan rasa dan bau yang kurang enak.

#### **4. Pembagian Alat Pengukuran Antropometrik**

Kegiatan ini menyediakan alat antropometrik yang terdiri dari timbangan, pengukuran panjang/tinggi badan anak, dan pita ukur MUAC untuk mengukur lingkaran lengan atas perempuan hamil dan anak. Proyek ini menggabungkan pendekatan pemberdayaan masyarakat dengan peningkatan suplai bidan kesehatan. PKGBM juga mengintegrasikan beberapa kegiatan yang selama ini dilaksanakan secara terpisah, yakni pemberdayaan masyarakat, perbaikan sanitasi dan perilaku hidup sehat, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penyediaan alat kesehatan, pemberian insentif bagi tenaga kesehatan, melibatkan pihak swasta serta peningkatan kesadaran melalui kampanye. Melalui kegiatan yang lebih terintegrasi, diharapkan PKGBM akan efektif untuk mengurangi dan mencegah prevalensi anak *Stunting* di Indonesia.

Tujuan dari pengukuran kesehatan adalah untuk mengetahui kondisi pertumbuhan dan gizi anak. Penilaian pertumbuhan pada anak sebaiknya dilakukan dengan jarak yang teratur disertai dengan pemeriksaan serta pengamatan fisik. Pengukuran berat badan digunakan untuk mengukur

pertumbuhan secara umum atau menyeluruh. Sedangkan tinggi badan digunakan untuk mengukur pertumbuhan linier.

Pengukuran antropometrik (berat badan, tinggi badan dan lingkar lengan) sebenarnya sangat mudah dilakukan namun juga sekaligus rawan terhadap bias dan eror data. Untuk menghindari bias dan eror data maka hal yang perlu diperhatikan adalah kualitas alat yang digunakan dan ketelitian pewawancara dalam melakukan pengukuran.

a. Pengukuran berat badan akan menggunakan alat ukur SECA. Alat ini digunakan baik untuk mengukur berat badan orang dewasa, anak yang sudah bisa berdiri maupun bayi, hanya saja pengukurannya saja yang berbeda. Penyiapan alat ukur antara lain :

- 1) Letakkan alat timbang di bagian yang rata / datar dan keras
- 2) Pastikan alat timbang menunjukkan angka "00.00" sebelum melakukan penimbangan dengan menekan alat timbang tersebut.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan penulis pada uraian sebelumnya maka dapat di tarik kesimpulan dari Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat, sebagai berikut:

1. Tingkat pencapaian Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene dapat dilihat dari. 1). Pelatihan Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA). 2). Pelatihan Pemantauan Pertumbuhan. 3)Pembagian Gizi Mikro. 4). Pembagian Alat Pengukuran Antropometrik sudah baik. hal ini didasarka dari pencapaian kegiatan yang dilakukan oleh pihak Puskesmas dalam PKGBM mengalami penurunan dari tiga tahun terakhir.
2. Terdapat beberapa faktor yang menjadi pendukung dan penghambat dalam proses Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene, antara lain:
  1. Faktor Pendukung
    - a. Dukungan dari pemerintah setempat
    - b. Bantuan dari pihak swasta
    - c. Partisipatif dari masyarakat sangat tinggi

## 2. Faktor Penghambat

- a. Kurangnya pemahaman masyarakat tentang PMBA
- b. Sulitnya jangkauan masyarakat ke puskesmas

## B. Saran

1. Berdasarkan hasil kesimpulan diatas yang dilakukan oleh penulis mengenai Pelaksanaan Program Peningkatan Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat di Puskesmas Kecamatan Malunda Kabupaten Majene berdasarakan kesimpulan diatas, maka sebagai bahan pertimbangan di kemukan beberapa saran bagi Puskesmas Kecamatan Malunda yaitu perlunya pendidikan dan pelatihan secara khusus bagi petugas kesehatan dan kader dalam memberikan pelayanan kesehatan agar lebih ditingkatkan terutama dalam pelayanan konseling sehingga masyarakat lebih mudah memahami dari materi yang disampaikan dalam kegiatan konseling.
2. Bagi masyarakat terutama ibu dan keluarga hendaknya selalu memantau pertumbuhan dan perkembangan sejak bayi dalam kandungan secara rutin agar tumbuh secara optimal dan mampu menjadi keluarga sadar gizi (kadarzi), sehingga masalah gizi kronis dapat ditanggulangi. Selain itu, hendaknya Ibu memperhatikan dan meningkatkan kebutuhan makanan balita yang mengandung konsumsi zat gizi yang cukup dengan komposisi yang sesuai dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG) dan memberikan makanan yang beraneka ragam agar kebutuhan gizinya ter cukupi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, Merryana. 2012 .*pengantar Gizi Masyarakat*.J akarta : Kencana Prenada Media Grup.
- Dunn, 2000. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta : Gaja Mada University Press
- Edward, Purwanto 2012. *Implementasi Kebijakan Publik*, Yogyakarta : Gava Medi
- Harsono Hanifah .2012. *Implementasi Kebijakan Publik*. Yogyakarta . Gava Medi
- Kusuma, Kukuh. 2013. *Faktor Resiko Kejadian Stunting Pada Anak Usian 2-3 tahun*. Diakses pada 02 Maret 2017.
- Kusumanegara, solahuddin 2010. *Model Dan Aktor Dalam Proses Kebijakan Public*. Yogyakarta. Gava Media
- MCA, 2014. *Gambaran Umum Proyek Kesehatan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) Untuk Mencegah Stunting*. Diakses dari <http://mca-indonesia.go.id/wp-content/upload/2013/12/Buku-Gambaran-Umum-ok.pdf>. pada tanggal 6 Maret 2015
- Meilyasari, Isnawati 2014. *A New Initiative To Reduce Stunting*. Diakses pada 30 Maret 2017
- Menurut Guntur Setiawan .2014. *Prinsip-prinsip Perumusan Kebijakan Negara*. Jakarta. Bumi Aksar
- Minarto 2014. *A New Initiative To Reduce Stunting*. Diakses pada 30 Maret 2017
- Moleong, Lexy J. 2014. *Metodelogi Penelitian Kuantitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Mulyadi Deddy 2016. *Studi Kebijakan dan Pelayanan Publik. Konsep dan Aplikasi Proses Kebijakan Publik Berbasis Analisis Bukti Untuk Pelayanan Publik*. Bandung. ALfabeta.
- Mustopadidjaya 2003. *Manajemen Proses Kebijakan publik. Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi Kinerja*. Jakarta Lembaga Adminstrasi Neraga Duta Pratiwi Foundation
- Nurlindah 2016 ,SLM.,M.Kes.Gizi dalam Siklus daur kehidupan siri baduta (untuk anak 1-2 tahun).
- Nawawi 2009. *Implementasi Kebijakan Publik*. Yogyakarta . Gava Medi

- Pontaleon 2013. *Faktor Resiko Kejadian Stunting Pada Anak Usian 2-3 tahun*. Diakses pada 02 Maret 2017.
- Rindudwi 2013. *Faktor Resiko Kejadian Stunting Pada Anak Usian 2-3 tahun*. Diakses pada 02 Maret 2017.
- Satroepoetro, 2001, *Pelaksanaan Latihan*, Jakarta: Gramedia.
- Setiawan 2014, *Birokrasi Pembangunan*. Jakarta. Bumi Aksar
- Subarsono, 2006. *Analisis Kebijakan publik*. Yogyakarta : Pustaka Belajar
- Subarsono 2008. *Implementasi Kebijakan Publik*. Yogyakarta . Gava Medi
- Sudirman 2008. *Pemberian Makana Bayi dan Anak*. Diakses pada 02 Maret 2017.
- Sugiyono, 2013. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono, 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugihantono, M.Kes,2016, *pedoman pelaksanaan program desab kesehatan dan gizi berbasis masyarakat (PKGBM) untuk menurunkan stunting*. Jakarta.
- Suratman 2017. *Manajemen Pelayanan Publik*. Jakarta Gravindo Persada.
- Tjokroadmudjoyo 2000, *Teori Strategi Pembangunan Nasional*, Jakarta: P.T. Gunung Agung.
- Ulum, Ihyaul, Ahmad Juanda. 2016. *Metode Penelitian Akuntansi*. Yogyakarta: Aditya Media Publishing.
- Westra 2016. *Studi Kebijakan dan Pelayanan Publik. Konsep dan Aplikasi Proses Kebijakan Publik Berbasis Analisis Bukti Untuk Pelayanan Publik*. Bandung. ALfabeta.
- William N.Dunn, 2003. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjadara University Press.
- Winarno 2002. *Implementasi Kebijakan Publik*. Yogyakarta . Gava Medi
- Yausa 2007. *Implementasi Kebijakan Publik*. Yogyakarta : Gava Medi
- Zarofah, 2016. *Studi Kebijakan dan Pelayanan Publik. Konsep dan Aplikasi Proses Kebijakan Publik Berbasis Analisis Bukti Untuk Pelayanan Publik*. Bandung. ALfabeta.

## Undang-undang

Undang-Undang Republik Indonesia No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran yang berbunyi “Bahwa pembangunan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum sebagai yang di maksud dalam pembukaan Undang-Undang Undang-Undang Dasar Negara Indonesia Tahun 1945”

“Undang-Undang Undang-Undang Dasar Negara Indonesia Tahun 1945” Bahwa kesehatan sebagai hak asasi manusia harus diwujudkan dalam bentuk pemberian berbagai upaya penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau oleh masyarakat.



**L**

**A**

**M**

**P**

**I**

**R**

**A**

**N**













## BIODATA PENELITI



**Misdarayanti**, dilahirkan di samalio pada tanggal, 12 Mei 1996. Anak Ke empat dari pasangan Baharing dan Nurhayati memiliki tiga kaka Baharuddin S.IP, Halik Baharing S.IP, dan Sanrayani S.Pd.. Peneliti menyelesaikan pendidikan Sekolah Dasar di SDN NO 4 Mekkatta dan Lulus pada Tahun 2008 kemudian melanjutkan

pendidikan di SMPN 3 Malunda lulus pada tahun 2011 dan melanjutkan pendidikan ditahap selanjutnya pada SMKN 6 Majene dan lulus pada tahun 2014. Pada tahun 2014 peneliti melanjutkan pendidikan di perguruan tinggi Universitas Muhammadiyah Makassar pada program studi Ilmu Administrasi Negara Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik. Dengan ketetapan serta motivasi yang tinggi untuk tetap berusaha dan belajar, peneliti telah berhasil menyelesaikan tugas akhir skripsi ini. Semoga dengan penelitian tugas akhir skripsi ini dapat memberikan kontribusi positif bagi dunia pendidikan khususnya dalam pengembangan disiplin Ilmu Administrasi Negara. Akhir kata peneliti mengucapkan rasa syukur yang tak terhingga atas terselesaikannya skripsi yang berjudul “PELAKSANAAN PROGRAM PENINGKATAN KESEHATAN DAN GIZI BERBASIS MASYARAKAT (PKGBM) DI PUSKESMAS KECAMATAN MALUNDA KABUPATEN MAJENE ”.