

**TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)**

**EVALUASI PROGRAM PERBAIKAN GIZI  
MASYARAKAT PADA DINAS KESEHATAN  
DI KBUPATEN BULUNGAN**



**UNIVERSITAS TERBUKA**

**TAPM Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh  
Gelar Magister Sains Dalam Ilmu Administrasi  
Bidang Minat Administrasi Publik**

**Disusun Oleh :**

**P U R N A M A**

**NIM. 500025093**

**PROGRAM PASCASARJANA**

**UNIVERSITAS TERBUKA**

**JAKARTA**

**2015**

## ABSTRAK

### EVALUASI PROGRAM PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT PADA DINAS KESEHATAN DI KABUPATEN BULUNGAN

Purnama

purnama\_pratama@yahoo.co.id

Program Pascasarjana  
Universitas Terbuka

Permasalahan gizi kurang atau buruk yang masih terjadi khususnya di daerah kabupaten Bulungan memerlukan perhatian secara seksama. Data tahun 2013 berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) prevalensi balita gizi kurang tahun 2013 sebesar 23,5% sementara target tahun 2015 sebesar 15,5%. Terjadinya kesenjangan yang cukup besar ini melatar belakangi penelitian Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan. Pendekatan penelitian adalah *deskriptif kualitatif* dan teori yang digunakan adalah sebagaimana yang dikemukakan David Easton : “*public policy is the authoritative allocation of values for whole society*”, yang dapat diartikan bahwa kebijakan publik adalah pengalokasian nilai-nilai secara sah kepada seluruh masyarakat. Tujuan penelitian adalah untuk menganalisis program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di kabupaten Bulungan, kelemahan-kelemahan program, dan usaha-usaha untuk mengatasi kelemahan-kelemahan program. Hasil penelitian menunjukkan pada aspek inputs terutama sumber-sumber program, tenaga, dana dan sarana prasarana masih belum memadai. Proses pelaksanaan program pada tahap perencanaan tidak didukung dengan analisis permasalahan dan kurang melibatkan lintas program. Tahap pengorganisasian; belum ada desain organisasi, tidak ada standar operasional prosedur program, pembagian tugas tidak jelas, dan kurangnya peningkatan *capacity building*. Selanjutnya pelaksanaan monitoring dan evaluasi program kurang memadai. Lingkungan fisik program terutama pada kondisi geografi wilayah, dan lingkungan non fisik berupa ekonomi, budaya dan tingkat pengetahuan masyarakat yang masih kurang, turut menentukan keberhasilan program, yang dalam kenyataannya output : cakupan balita usia 6-24 bulan gakin yang mendapatkan makanan pendamping (MP) Air Susu Ibu (ASI), cakupan bayi/balita mendapatkan kapsul vit.A, cakupan balita yg ditimbang berat badannya (D/S), dan cakupan bayi usia 0-6 bulan mendapat ASI eksklusif pada tahun 2014 belum mencapai target. Sehingga hasil (outcome) program berupa jumlah kasus balita gizi kurang masing tinggi. Perlu adanya penyempurnaan program. Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan perlu adanya kebijakan percepatan perbaikan gizi masyarakat untuk menurunkan jumlah kasus balita gizi kurang.

Keyword : evaluasi, program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan, di Kabupaten Bulungan

## EVALUATION PROGRAM IMPROVEMENT NUTRITION AT THE DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH IN DISTRICT BULUNGAN

Purnama  
purnama\_pratama@yahoo.co.id

Graduate Studies Program  
Indonesia Open University

Problems of malnutrition or worse still occur, especially in the district of Bulungan require careful attention. Data in 2013 by the Health Research (Riskesdas) the prevalence of infant malnutrition in 2013 amounted to 23.5% while the target in 2015 of 15.5%. The gap is large enough background research Public Nutrition Improvement Program Evaluation at the Department of Health in Bulungan. Wide approach is descriptive qualitative research and theory used is as stated David Easton: "public policy is the authoritative allocation of values for the whole society", which means that the allocation of public policy is legally values to the entire community. The research objective is to analyze the public nutrition improvement program at the Department of Health in Bulungan district, the weaknesses of the program, and efforts to overcome the weaknesses of the program. The results showed the aspects of inputs, especially the sources of programs, personnel, funding and infrastructure are not sufficient. The process of implementation of the program at the planning stage are not supported by the analysis of the problems and less involving cross program. Organizing stage; no design organization, there is no standard operating procedures of the program, the division of tasks is not clear, and the lack of capacity building. Furthermore, the implementation of the monitoring and evaluation of programs is inadequate. Physical environment program mainly on geography region, and non-physical environment such as the economy, culture and the level of public knowledge is still lacking, also determine the success of the program, which is in fact the output: coverage of children aged 6-24 months who receive complementary foods gakin (MP) Mother's Milk (ASI), the scope of infants/toddlers get vit.A capsule, coverage infants who weighed (D / S), and coverage of infants aged 0-6 months received exclusive breastfeeding in 2014 has not reached the target. So the result (outcome) program in the form of the number of individual cases of underweight children less high. The need for improvement of the program. Local Government through the Department of Health is necessary to accelerate the improvement of public nutrition policies to reduce the number of cases of infant malnutrition.

Keyword: evaluation, community nutrition improvement program at the Department of Health, in Bulungan

UNIVERSITAS TERBUKA  
PROGRAM PASCASARJANA  
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul : Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan adalah hasil karya saya sendiri, dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan  
Adanya penjiplakan (*plagiat*), maka saya bersedia

Menerima sanksi akademik.

Tanjung Selor, 4 Desember 2015

Yang menyatakan,

Purnama

NIM : 500025093

UNIVERSITAS TERBUKA  
PROGRAM PASCASARJANA  
MAGISTER ADMINISTRASI PUBLIK

**PENGESAHAN**

Nama : Purnama  
NIM : 500025093  
Judul TAPM : Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Tugas Akhir Program Magister (TAPM) Administrasi Publik Program Pascasarjana Universitas Terbuka pada :

Hari / Tanggal : Jum'at, 4 Desember 2015  
Waktu : 16.00 Wita

Dan telah dinyatakan lulus

Tandatangan

Ketua Komisi Penguji

Nama : Drs.Yusrizal Rachman,M.K.K.K

Penguji Ahli

Nama : Prof.Dr.Drs.H.Budiman Rusli M.Si.

Pembimbing I

Nama : Dr.Sofjan Aripin, M.Si

Pembimbing II

Dr. Ari Juliana, M.A.

## PERSETUJUAN TAPM

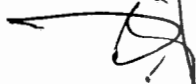
Judul TAPM : Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan

Penyusun TAPM :

Nama : Purnama  
 NIM : 500025093  
 Program Study : Administrasi Publik  
 Hari/Tanggal : Senin / 21 Desember 2015

Menyetujui :

Pembimbing II



Dr. Ari Juliana, M.A.  
 Nip 195807011988032001

Pembimbing I



Dr. Sofjan Aripin, M.Si  
 Nip 196606191992031002

Mengetahui :

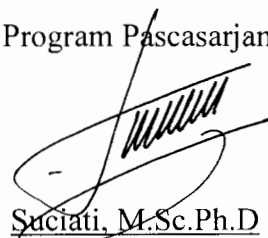
Ketua Bidang Ilmu Sosial dan  
 Ilmu Politik  
 Program Studi Administrasi Publik



Dr. Darmanto, M.Ed  
 Nip 195910271986031003

Direktur

Program Pascasarjana



Suciati, M.Sc.Ph.D  
 Nip 195202131985032001

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, dimana atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya kami dapat menyelesaikan penulisan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) dengan judul : “Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan”. Penulisan ini dalam rangka menyelesaikan tugas akhir program pascasarjana Universitas Terbuka.

Kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan penulisan ini, penulis mengucapkan banyak terima kasih, kepada :

1. Direktur Program Pascasarjana Universitas Terbuka
2. Kepala UPBJJ Samarinda selaku penyelenggara Program Pascasarjana Universitas Terbuka di Kabupaten Bulungan
3. Bapak Dr. Sofjan Aripin, M.Si selaku pembimbing I (satu) yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk membimbing saya dalam penulisan TAPM ini.
4. Ibu Dr Ari Juliana, M.A. selaku pembimbing II (dua) yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk membimbing saya dalam penulisan TAPM ini
5. Rekan-rekan mahasiswa dan semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu.

Akhir kata, semoga TAPM ini dapat bermanfaat bagi semua, dan kepada semua pihak yang telah membantu saya kami mengucapkan terima kasih.

TanjungSelor, Desember 2015

Penulis,

Purnama  
NIM. 500025093





## DAFTAR ISI

ABSTRAK.....	i
ABSTRACK.....	ii
PERNYATAAN.....	iii
PENGESAHAN.....	iv
PERSETUJUAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A.LATAR BELAKANG.....	1
B.PERUMUSAN MASALAH.....	7
C.TUJUAN PENELITIAN.....	8
D. KEGUNAAN PENELITIAN.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A.KAJIAN TEORITIK.....	9
1. PENELITIAN TERDAHULU.....	9
2. TEORI KEBIJAKAN PUBLIK.....	15
3. IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PUBLIK.....	26
4. EVALUASI KEBIJAKAN PUBLIK.....	30
5. TEORI SISTEM.....	36
B. KERANGKA BERPIKIR PENELITIAN.....	39
BAB III METODE PENELITIAN.....	42
A. DESAIN PENELITIAN.....	42
B. SUMBER INFORMASI DAN PEMILIHAN INFORMASI.....	43
C. INSTRUMEN PENELITIAN.....	44
D. PROSEDUR PENGUMPULAN DATA.....	44
E. METODE ANALISIS DATA.....	46
F. LOKASI PENELITIAN.....	51

BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	52
A.	DESKRIPSI OBYEK PENELITIAN.....	52
1.	DESKRIPSI UMUM KABUPATEN BULUNGAN.....	52
2.	DESKRIPSI DINAS KESEHATAN KABUPATEN BULUNGAN.....	59
B.	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	63
1.	EVALUASI PROGRAM PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT PADA DINAS KESEHATAN DI KABUPATEN BULUNGAN.....	63
2.	KELEMAHAN-KELEMAHAN PROGRAM PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT PADA DINAS KESEHATAN DI KABUPATEN BULUNGAN.....	96
3.	USAHA-USAHA YANG DILAKUKAN UNTUK MENGATASI KELEMAHAN-KELEMAHAN PELAKSANAAN PROGRAM PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT PADA DINAS KESEHATAN DI KABUPATEN BULUNGAN.....	103
V	KESIMPULAN DAN SARAN.....	109
A.	KESIMPULAN .....	109
B.	SARAN-SARAN.....	110
	DAFTAR PUSTAKA.....	112
	LAMPIRAN-LAMPIRAN :	
	LAMPIRAN 1 : BIODATA.....	115
	LAMPIRAN 2 : PEDOMAN WAWANCARA.....	116
	LAMPIRAN 3 : PEDOMAN REVIEW.....	117
	LAMPIRAN 4 : TRANSKRIP WAWANCARA.....	118
	LAMPIRAN 5 : DOKUMENTASI.....	126

## DAFTAR TABEL.

Tabel	1.	IPKM Propinsi Kalimantan Timur Tahun 2007 dan 2013 Model IPKM 2007.....	4
Tabel	2	Prevalensi Balita Gizi Kurang, Pendek, Kurus dan Gemuk tahun 2007 dan 2013 .....	5
Tabel	3	Kisi-kisi Penyusunan Instrumen Penelitian Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan.....	45
Tabel	4	Luas wilayah kabupaten Bulungan menurut kecamatan	53
Tabel	5	Jumlah penduduk berdasarkan jenis kelamin.....	54
Tabel	6	Jumlah penduduk menurut jenis kelamin dan kelompok umum.....	55
Tabel	7	Produk Domestik Regional Bruto Kabupaten Bulungan.....	56
Tabel	8	Persentase Pertumbuhan ekonomi Kabupaten Bulungan.....	57
Tabel	9	Persentase Penduduk 10 tahun ke atas menurut jenjang pendidikan yang ditamatkan di Kabupaten Bulungan.....	57
Tabel	10	Angka Partisipasi Kasar dan Angka Partisipasi Menurut Jenjang Pendidikan	59
Tabel	11	Jumlah Tenaga Kesehatan.....	61
Tabel	12	Jumlah anggaran perbaikan gizi (hasil review anggaran operasional puskesmas tahun anggaran 2014).....	70
Tabel	13	Data Capaian Kegiatan Program Perbaikan Gizi Masyarakat Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan 2013-2014.....	89

## DAFTAR GAMBAR

GAMBAR 1	KERANGKA BERPIKIR PENELITIAN.....	39
GAMBAR 2	KOMPONEN DALAM ANALIS DATA (flow mode).....	47
GAMBAR 3	UJI KREDIBILITAS DATA.....	49
GAMBAR 4	ANGKA PERTISIPASI SEKOLAH PENDUDUK MENURUT USIA TAHUN 2013.....	58
GAMBAR 5	STRUKTUR ORGANISASI DINAS KESEHATAN KABUPATEN BULUNGAN.....	60



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Usaha pembangunan tidak hanya mewujudkan pertumbuhan ekonomi, tetap juga harus dapat menciptakan keadilan sosial antara lain hak warga negara untuk mendapatkan kesempatan kerja, hak mendapatkan pelayanan termasuk hak warga negara untuk mendapatkan pendidikan dan hidup sehat. Kualitas sumber daya manusia merupakan sasaran pembangunan nasional yang sangat penting. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) tahun 2005-2025, dinyatakan bahwa dalam rangka mewujudkan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas dan berdaya saing, maka kesehatan bersama-sama dengan pendidikan dan peningkatan daya beli masyarakat adalah tiga pilar utama untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

Permasalahan derajat kesehatan merupakan elemen penting untuk mewujudkan kualitas sumber daya manusia. Oleh karena itu tujuan utama pembangunan kesehatan adalah derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya, sebagaimana dinyatakan dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi.

Kemudian pembangunan sebagai sebuah sistem yang mencakup komponen masukan, proses dan keluaran. Untuk melihat keluaran atau

keberhasilan pembangunan perlu adanya kriteria yang jelas, dapat dipahami secara mudah dan umum. Oleh karena itu perlu adanya indikator kriteria pembangunan sebagai alat ukur daripada tujuan dan sasaran. Salah satu indikator pembangunan adalah indikator tingkat kesejahteraan yaitu indikator Indeks Kualitas Hidup Manusia (IPM). Menurut Moris dalam Lincoln Arsyad (2004:37), untuk mengukur tingkat kesejahteraan masyarakat dapat digunakan *Physical Quality of Life Indeks (PQLI)* atau Indeks Kualitas Hidup (IKH) yang merupakan gabungan dari 3 (tiga) indikator yaitu : tingkat harapan hidup, angka kematian, dan tingkat melek huruf. Kemudian tahun 1990, United Nation for Development Program (UNDP) mengembangkan suatu indeks kesejahteraan yaitu Indeks Pembangunan Manusia (*Human Development Index = HD*) yang terdiri atas indikator tingkat harapan hidup, tingkat melek huruf dan tingkat pendapatan riil perkapita berdasarkan daya beli masing-masing negara.

Indikator komposit IPM bidang kesehatan adalah tingkat harapan hidup, yaitu perkiraan lama hidup rata-rata penduduk dari sejak dilahirkan, dengan asumsi tidak ada perubahan pola mortalitas menurut umur. Indikator tingkat harapan hidup sangat dipengaruhi derajat kesehatan masyarakat suatu daerah. Selanjutnya derajat kesehatan masyarakat merupakan kumpulan dari beberapa indikator kesehatan lainnya seperti angka kematian bayi (AKB), angka kematian ibu (AKI), cakupan penyakit menular dan penyakit tidak menular, perilaku hidup bersih dan sehat, serta status gizi masyarakat.

Untuk meningkatkan tingkat harapan hidup yang berkualitas dan lebih rinci, sekaligus sebagai salah satu indikator untuk melihat keberhasilan pembangunan kesehatan, Kementerian Kesehatan RI melalui Badan Penelitian

dan Pengembangan (Balitbangkes) telah menyusun Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM), yang merupakan kumpulan indikator kesehatan yang dapat dengan mudah dan langsung dapat menggambarkan masalah kesehatan.

IPKM pertama tahun 2007 yang dikembangkan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan (Balitbangkes) Kementerian Kesehatan dengan didasarkan pada Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2007 dan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dan dilanjutkan tahun 2013 yang dilaksanakan seluruh kabupaten/kota di Indonesia. Tujuannya untuk melihat disparitas pelaksanaan pembangunan kesehatan antar kabupaten/kota di Indonesia, sekaligus dapat diketahui permasalahan kesehatan, sebagaimana dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/515/2014.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, IPKM Kabupaten Bulungan tahun 2007 adalah 0,4094 katagori rendah dan menempati urutan ke 13 dari 14 kabupaten / kota se propinsi Kalimantan Timur. Angka prevalensi balita gizi kurang cukup tinggi yaitu 31,63%. Paling tinggi diantara kabupaten/kota propinsi Kalimantan Timur, sehingga Kabupaten Bulungan merupakan penyumbang terbesar kasus balita gizi kurang dan merupakan salah satu penyebab IPKM kabupaten Bulungan renndah.

Selanjutnya pada pelaksanaan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdes) tahun 2013, hasil IPKM Kabupaten Bulungan tahun 2013 adalah 0,6958 untuk perhitungan IPKM model tahun 2007. IPKM tahun 2013 ini pada tingkat nasional untuk katagori kabupaten/kota menjadi peringkat 201 (dua ratus satu) dari peringkat 377 (tiga ratus tujuh puluh tujuh) dan dalam peringkat propinsi

Kalimantan Timur peringkat 10 (sepuluh) dari peringkat 13 (tiga belas) se-kabupaten / kota di propinsi Kalimantan Timur dan Kalimantan Utara. Berikut IPKM kabupaten/kota propinsi Kalimantan Timur model IPKM tahun 2007 yang dipublikasikan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan (Balitbangkes) Republik Indonesia tahun 2014.

Tabel : 1  
IPKM Propinsi Kalimantan Timur Tahun 2007 dan 2013  
Model IPKM 2007

NO	Kab/Kota	Skor IPKM		Peringkat 2007		Peringkat 2013		
		2007	2013	Kab/Kota dalam Nasional	Kab/Kota dalam propinsi	Kab/Kota dalam Nasional	Kab/Kota dalam propinsi	Kab.dalam Kab. Dan Kota dalam Kota
1	Pasir	0.5343	0.6879	181	8	226	12	137
2	Kutai Barat	0.5185	0.6519	207	9	325	14	231
3	Kutai	0.5495	0.7009	151	7	183	8	97
4	Kutai Timur	0.4899	0.7009	244	11	158	7	75
5	Berau	0.5983	0.7168	91	4	136	5	60
6	Malinau	0.5077	0.6948	224	10	205	11	117
7	<b>Bulungan</b>	<b>0.4094</b>	<b>0.6958</b>	<b>377</b>	<b>13</b>	<b>201</b>	<b>10</b>	<b>113</b>
8	Nunukan	0.4487	0.6711	317	12	269	13	178
9	Penajam Paser Utara	0.5773	0.7324	116	6	97	4	35
10	Kab.Tana Tidung	-	0.6981	-	-	197	9	110
11	Balikpapan	0.6801	0.7851	8	1	12	1	8
12	Samarinda	0.5863	0.7516	108	5	49	2	34
13	Tarakan	0.6154	0.7144	68	3	143	6	79
14	Bontang	0.6514	0.7401	23	2	77	3	53

Sumber : *Balitbangkes RI 2014*

Berdasarkan tabel diatas, IPKM kabupaten/kota propinsi Kalimantan Timur pada tahun 2013 IPKM Kabupaten Bulungan masih tertinggal dari kabupaten/kota di propinsi Kalimantan Timur/Kalimantan Utara. Hal ini menunjukkan bahwa pembangunan kesehatan di Kabupaten Bulungan masih banyak permasalahan dibandingkan dengan kabupaten/kota yang lain.

Indikator model IPKM yang dikembangkan tahun 2013 oleh Kementrian Kesehatan melalui Balitbangkes, menggunakan 7 kelompok indikator dengan 30



jenis indikator yang terdiri atas (1). Indikator kesehatan balita (7 indikator); 2).Kesehatan Reproduksi (3 indikator); 3) Pelayanan kesehatan (5 indikator) ; 4) Perilaku (5 indikator); 5) Penyakit Tidak Menular (6 indikator); 6) Penyakit Menular (3 indikator); dan 7) Kesehatan Lingkungan (2 indikator). Masing-masing indikator memiliki bobot yang berbeda dan dirinci menjadi 30 indikator.

Berdasarkan buku laporan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) RI Tahun 2014, indikator kesehatan balita yang cakupan sangat rendah di kabupaten Bulungan Provinsi Kalimantan Utara adalah cakupan status gizi balita. Indikator cakupan status gizi balita terdiri atas prevalensi balita kurus, prevalensi balita gizi kurang, prevalensi balita sangat pendek dan pendek dan prevalensi balita gemuk. Berikut tabel status gizi balita kabupaten Bulungan dibandingkan dengan kabupaten/kota propinsi Kalimantan Timur dan Kalimantan Utara.

Tabel : 2  
Prevalensi Balita Gizi Kurang, Pendek, Kurus dan Gemuk  
Tahun 2007 dan 2013

NO	Kab/Kota	Gizi Kurang		Pendek		Kurus		Gemuk	
		2007	2013	2007	2013	2007	2013	2007	2013
1	Pasir	28.22	17.0	13.66	12.0	19.08	8.7	15.59	12.6
2	Kutai Barat	17.04	20.2	31.65	30.7	21.62	14.5	14.11	5.4
3	Kutai Kertanegara	22.01	13.6	22.54	24.9	18.65	7.0	16.22	15.7
4	Kutai Timur	14.63	18.4	31.05	28.4	11.23	14.5	10.95	9.1
5	Berau	13.59	10.0	38.87	21.7	6.87	9.0	9.23	6.2
6	Malinau	19.63	16.0	27.36	40.3	15.38	6.6	4.31	15.0
7	<b>Bulungan</b>	<b>31.63</b>	<b>23.5</b>	<b>52.03</b>	<b>35.2</b>	<b>27.23</b>	<b>18.0</b>	<b>32.14</b>	<b>10.2</b>
8	Nunukan	26.5	18.0	52.02	35.2	14.11	17.6	19.59	9.1
9	Penajam Paser Utara	14.28	21.2	42.32	34.6	10.02	15.7	17.96	10.4
10	Kab.Tana Tidung	-	19.8	-	20.0	-	23.5	-	9.3
11	Balikpapan	13.66	17.8	13.66	21.0	19.08	8.7	15.59	12.6
12	Samarinda	22.64	13.6	22.54	24.9	18.65	7.0	16.22	15.7
13	Tarakan	17.54	18.4	17.54	36.3	11.44	10.6	8.11	12.1
14	Bontang	15.88	22.1	42.3	34.6	10.02	15.7	17.96	10.4

Sumber : *Balitbangkes RI 2014*

Komponen indikator status gizi kurang di Kabupaten Bulungan tahun 2013 sebesar 23,5% masih terlalu besar gap dengan tujuan pembangunan millenium (MDGs). Target Pembangunan Millenium Development Goals (MDGs) untuk indikator prevalensi balita gizi kurang adalah 15,5% tahun 2015 sementara capaian program tahun 2013 masih sebesar 23,5%.

Kebijakan pemerintah daerah kabupaten Bulungan dalam upaya perbaikan gizi masyarakat tertuang dalam Peraturan Daerah Nomor 6 tahun 2012 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Kabupaten Bulungan tahun 2010-2015. Disamping dalam Peraturan Daerah Nomor 11 tahun 2011 tentang Kesehatan Ibu dan Anak, juga mengatur upaya perbaikan gizi anak. Masih banyaknya kasus gizi kurang khususnya pada kasus balita di Kabupaten Bulungan, pemerintah daerah seyognya dapat menyikapi dengan cermat. Dinas Kesehatan sebagai satuan kerja perangkat daerah (SKPD) sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya telah melaksanakan upaya perbaikan gizi masyarakat melalui program dan kegiatan dengan mengacu pada RPJMD kabupaten Bulungan. Untuk program tahunan tertuang dalam Rencana Kerja (Renja) Tahunan yang merupakan bagian dari Rencana Kerja Tahunan Pemerintah Daerah (RKPD) kabupaten Bulungan.

Seiring dengan kebijakan pemerintah pusat melalui Peraturan Presiden Nomor 43 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Gizi Masyarakat dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi, maka sangat penting untuk dilakukan evaluasi program perbaikan gizi masyarakat di kabupaten Bulungan yang telah dilakukan selama ini secara mendalam, sehingga dapat menjadikan bahan masukan bagi upaya perbaikan gizi

secara efektif. Berdasarkan latar belakang ini, maka dalam penulisan penelitian diambil judul : “Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan”.

## **B. Perumusan Masalah**

Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) merupakan salah satu alat untuk menggambarkan tingkat keberhasilan pembangunan kesehatan di daerah kabupaten/kota. Berdasarkan hasil IPKM tahun 2013 yang diterbitkan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) R I tahun 2014, pembangunan kesehatan kabupaten Bulungan masih tertinggal dibandingkan kabupaten/kota di provinsi Kalimantan Timur dan Kalimantan Utara. Indikator komposit penyumbang terbesar yang menyebabkan IPKM Kabupaten Bulungan adalah indikator status gizi masyarakat. Masih tingginya prevalensi balita gizi kurang masyarakat di Kabupaten Bulungan tahun 2013 sebesar 23,5%, belum memenuhi target tujuan pembangunan milleneum (*MDGs*) tahun 2015 yaitu sebesar 15,5%. Terjadi gap yang cukup besar antara capaian kebijakan program dengan target yang diharapkan.

Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan selaku Satuan Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Bulungan (SKPD) melalui tugas dan fungsinya turut bertanggung-jawab terhadap kasus balita gizi kurang. Upaya perbaikan gizi masyarakat telah dilakukan, namun masih belum menunjukkan hasil yang menggembirakan sehingga penting dilakukan evaluasi program secara mendalam. Kelemahan-kelemahan program perlu dianalisis dalam rangka perbaikan kebijakan ditahun mendatang.

Informasi yang berisi kondisi sebagaimana yang telah diuraikan dalam latar belakang tersebut diatas, selanjutnya dirumuskan permasalahan penelitian :

1. Bagaimana evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan ?
2. Apa yang menjadi kelemahan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan?
3. Bagaimana usaha-usaha untuk mengatasi kelemahan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan?

### **C. Tujuan Penelitian**

Tujuan utama penelitian ini adalah untuk menganalisis :

1. Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan.
2. Kelemahan-kelemahan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan.
3. Usaha-usaha mengatasi kelemahan-kelemahan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan.

### **D. Kegunaan Penelitian**

Kegunaan penelitian ini secara teoritis diharapkan dapat memberikan sumbangan pengembangan ilmu administrasi publik terutama pada aspek evaluasi kebijakan publik, dan secara praktis merupakan bahan masukan, khususnya bagi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan, dan secara umum dapat menjadi kontribusi Pemerintah Daerah Kabupaten Bulungan dalam rangka mewujudkan peningkatan kualitas sumber daya manusia melalui perbaikan status gizi masyarakat

## **BAB II**

### **TINJUAN PUSTAKA**

#### **A. Kajian Teoritik**

##### **1. Penelitian Terdahulu**

##### **a. Judul Penelitian : Evaluasi Kebijakan Program Jaminan Persalihan (Jampersal) dalam penurunan Angka kematian ibu dan anak (AKI).**

Penelitian ini tulis oleh Helmisyar, Jurusan Gizi Masyarakat Fakultas Masyarakat, Universitas Andalas, Medan pada Kamis (2) tahun 2014.

Latar belakang penelitian tersebut adanya Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia tahun 2012 meningkat secara progresif walaupun telah dibentuk kebijakan Jaminan Kesehatan Persalihan (Jampersal).

Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji kebijakan dan menganalisis evaluasi implementasi kebijakan jampersal ditingkat pelayanan kesehatan ibu hamil dan melahirkan dan dukungan pemerintah daerah kabupaten-/kota serta stakeholder lainnya.

Penelitian ini menggunakan pendekatan analisis semi kuantitatif kualitatif. Data yang digunakan (1) kajian literatur isu strategis yang berkaitan dengan kebijakan Jampersal (2) Kajian tentang pola analisis kebijakan berdasarkan konsep dan pakar kebijakan publik, (3) Analisis temuan penulis dalam melakukan penelitian 3 tahun terakhir bersama Tim Peneliti Pusat Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas dengan BKKBN perwakilan propinsi Sumatera Barat. Analisis data dengan metode semi kuantitatif kualitatif yaitu dengan cara

membandingkan data-data hasil pengumpulan data primer terkait keluarga berencana, kesehatan ibu dan bayi di propinsi Sumatera Barat.

Hasil penelitian dari beberapa aspek kebijakan meliputi pengambil atau pembuat keputusan, pelaksana kebijakan, penerima kebijakan, dan dampak kebijakan. Dari hasil analisis dapat disimpulkan bahwa kebijakan Jaminan Persalinan (Jampersal) belum mampu mencapai hasil yang diharapkan dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), bahwa kenyataannya yang dihadapi saat ini menunjukkan hasil yang negatif terhadap tujuan yang hendak dicapai. Perlunya peningkatan payung hukum kebijakan Jaminan persalinan dalam bentuk Instruksi Presiden (Inpres), sehingga akan mengikat para pelaku kebijakan yang terkait di kabupaten/kota.

**b. Judul : Studi Evaluasi Program Dana Bantuan Operasional Kesehatan di Kabupaten Luwu.**

Ditulis oleh : Dasmal, Darmawansyah, Nurhaedar Jafar. Bagian Administrasi Program Studi Ilmu Gizi Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin Makasar (Jurnal AKK, Vol.2 No.1, 2013).

Latar belakang penelitian adalah skema dana Biaya Operasional Kesehatan (BOK) yang diluncurkan oleh Kementerian Kesehatan ke puskesmas-puskesmas Kabupaten Luwu propinsi Makasar berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 210/Menkes/Per/2011 tentang Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dengan tujuan untuk mempercepat tercapainya target Standar Pelayanan Minimal (SPM) tahun 2015 menuju Milenium Development Goals (MDGs) masih belum berjalan secara optimal. Adapun tujuan penelitian ini adalah

untuk melakukan evaluasi terhadap program dana Biaya Operasional Kesehatan (BOK) melalui pendekatan sistem dilihat dari input, proses dan output.

Kemudian jenis penelitian yang digunakan melalui pendekatan Survey Deskriptif. Teori yang digunakan adalah Harold Laswel dan Abraham Kaplan (Riant Nugroho D, 2006). Kebijakan hendaknya berisi tujuan, nilai-nilai dan praktika-praktika sosial yang ada dalam masyarakat. Memilih untuk menjalankan suatu kebijakan karena dalam kebijakan tersebut berisi nilai-nilai serta praktika sosial di masyarakat yang kemudian dipilih untuk dilaksanakan demi terwujud satu tujuan.

Kemudian hasil dari penelitiannya adalah pelaksanaan program Biaya Operasional Kesehatan pada tahap input menyangkut SDM/tenaga pengelola, Juknis sasaran program sudah memadai. Anggaran secara umum setiap puskesmas masih perlu ditingkatkan. Tahapan proses menyangkut perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, monitoring pada umumnya sudah berjalan sesuai dengan juknis, kecuali pada tahap perencanaan masih ada puskesmas belum membuat analisa masalah karena terlepas dari pengawasan Dinas Kesehatan Kabupaten. Kemudian tahapan output, capaian program sudah meningkat bila dibandingkan belum adanya dana Biaya Operasional Kesehatan, namun masih belum mencapai sasaran target Standar Pelayanan Minimal (SPM). Oleh karena itu perlu dilakukan evaluasi secara berkala, pertriwulan dan persemesteran.

c. **Judul : Evaluasi Program Terpadu Pengendalian Malaria, Pelayanan Ibu Hamil dan Imunisasi di Kabupaten Hulu Sungai Selatan dan Kota Banjarbaru Propinsi Kalimantan Selatan**

Penelitian ini ditulis oleh : Hanif Rogayah, Yodi Mahendrata, Retna Siwi Padmawati. Kementerian Kesehatan RI, Dirje PP dan PL, Dit. PPBB Subdit Pengendalian Malaria. Pusat Kajian dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada, Yogyakarta. 01 Maret 2015 (Jurnal 04)

Latar belakang penelitian adalah untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak serta angka kesakitan akibat penyakit malaria dilaksanakan program terpadu pengendalian malaria, pelayanan ibu hamil, dan imunisasi skrining malaria dan pemberian kelambu insektisida serta kelambu pada balita yang mendapatkan imunisasi.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi program terpadu di Kabupaten Hulu Sungai Selatan dan kota Banjarbaru propinsi Kalimantan Selatan dengan mengeksplorasi input, proses dan output program. Penelitian yang digunakan dengan pendekatan metode kualitatif eksploratif. Pengumpulan data dengan wawancara mendalam, diskusi terarah dan observasi serta *checklist* dokumentasi.

Hasil penelitian adalah tantangan yang paling besar dan dominan pada input adalah komoditi, dana, serta organisasi program terpadu. Belum optimalnya pelaksanaan proses program terpadu berupa kebijakan, *capacity building*, QA, supervisi, serta pencatatan dan pelaporan. Tidak tercapainya output program



terpadu yaitu cakupan kelambu pada balita dan cakupan kunjungan ANC ibu hamil (K1 dan K4) yang belum mencapai standar.

Ketiga penelitian yang telah disebutkan diatas memiliki perbedaan dan persamaan dari aspek latar belakang, tujuan, kerangka teoritik, metode penelitian dan hasil penelitian. Latar belakang penelitian secara garis besar memiliki persamaan yaitu adanya dampak dari suatu kebijakan program yang tidak maksimal sehingga perlu dilakukan evaluasi. Tujuan penelitian juga sama yaitu untuk mengevaluasi suatu kebijakan program. Pendekatan penelitian memiliki perbedaan, yaitu pada penelitian pertama evaluasi kebijakan program ditinjau dari aspek pengambil atau pembuat keputusan, pelaksana kebijakan, penerima kebijakan, dan dampak kebijakan. Sedangkan untuk penelitian kedua dan ketiga evaluasi kebijakan program ditinjau dari kebijakan program sebagai sebuah aspek sistem yang terdiri atas : *input*, proses dan *output* program.

Metode penelitian pertama melalui pendekatan semi *kuantitatif kualitatif*, berbeda dengan penelitian kedua melalui pendekatan *survey deskriptif*, dan penelitian ketiga *deskriptif eksploratif*. Teknik pengumpulan data memiliki persamaan yaitu melalui wawancara untuk mendapatkan data primer, diskusi dan kajian data sekunder berupa dokumen program. Persamaan selanjutnya dari kerangka teoritik yang digunakan yaitu teori kebijakan publik dari Harold Laswel dan Abraham Kaplan yaitu “kebijakan hendaknya berisi tujuan, nilai-nilai dan praktika-praktika sosial yang ada dalam masyarakat. Memilih untuk menjalankan suatu kebijakan karena dalam kebijakan tersebut berisi nilai-nilai serta praktika sosial di masyarakat yang kemudian dipilih untuk dilaksanakan demi terwujud satu tujuan”.

Kemudian hasil penelitian memiliki perbedaaan, pada penelitian pertama yaitu perlunya peningkatan payung hukum kebijakan Jaminan persalinan dalam bentuk Instruksi Presiden (Inpres), sehingga akan mengikat para pelaku kebijakan yang terkait di kabupaten/kota, sedangkan penelitian kedua dan ketiga lebih kepada aspek input, proses dan output karena pendekatan penelitan adalah sebuah sistem. Penelitian kedua input tenaga bukan merupakan faktor penyebab, anggaran masih perlu ditingkatkan, proses sudah berjalan sesuai juknis namun dari aspek perencanaan masih lemah. Sedangkan pada peneliaman ketiga faktor dominan input berupa komoditi, dana, serta organisasi program terpadu masih kurang. Proses program terpadu berupa kebijakan, *capacity building*, QA, supervisi, serta pencatatan dan pelaporan masih belum optimal. Sehingga pada penelitian kedua dan ketiga pada aspek output memiliki persamaan yaitu output kebijakan program yang dihasilkan belum memenuhi kriteria standar yang diharapkan.

Berdasarkan resume ketiga penelitian, evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan dilaksanakan dengan mengadopsi penelitian kedua dan ketiga yaitu kebijakan sebagai sebuah sistem yang terdiri atas input, proses dan output dan memperkuat penelitian dengan menambah indikator outcome sebagaimana diuraikan dalam kerangka berpikir. Selanjutnya pendekatan teori adalah teori kebijakan publik sebagaimana dikemukakan oleh Laswel dan Kaplan bahwa kebijakan publik adalah suatu program pencapaian tujuan, nilai-nilai dan praktek-praktek yang terarah. Pendekatan kualitatif dalam evaluasi kebijakan menggunakan analisis skenario

yaitu sebuah keterangan pada suatu kondisi dimana sebuah sistem yang akan dianalisis atau dievaluasi diasumsikan untuk dibahas.

## 2. Teori Kebijakan Publik

Dye dalam Rusli (2015 : 38) mendefinisikan kebijakan “... *public policy is whatever governments choose to do not to do. Note that we are focusing not only on government action, but also on government in-action, tha is what government choose no to do. We contend that government in-action can have just as great an impact on society as government action*”. Selanjutnya Edwards III dan Sharkansky dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 :1.8) mendefinisikan kebijakan publik “Apa yang dinyatakan dan dilakukan atau tidak dilakukan pemerintah yang dapat ditetapkan dalam peraturan-peraturan perundang-undangan atau dalam policy statement yang berbentuk pidato-pidato dan wacana yang diungkapkan pejabat politik dan pejabat pemerintah yang segera ditindaklanjuti dengan program-program dan tindakan pemerintah”. Presman dan Widawsky dalam Suharno (2013:13) mendefinisikan kebijakan publik “sebagai suatu hipotesis yang mengandung kondisi-kondisi awal dan akibat-akibat yang dapat diramalkan”. Selanjutnya menurut Easton dalam Rusli (2015 : 40) mengatakan “*public policy is the authoritative allocation of values for whole society*, yang dapat diartikan bahwa kebijakan publik adalah pengalokasian nilai-nilai secara sah kepada seluruh masyarakat”. Berdasarkan definisi para ahli sebagaimana tersebut diatas, secara umum kebijakan publik adalah suatu rangkaian tindakan yang dibuat oleh pemerintah atau administratur negara.

Kemudian pengertian kebijakan publik menurut beberapa ahli lainnya.

Menurut Jones dalam Abidin “ *‘associated’ with and through government to*

*resolve public problems*". (perilaku yang tetap dan berulang dalam hubungan dengan usaha yang ada di dalam dan melalui pemerintah untuk memecahkan masalah umum). Wahab dalam Suharno (2013:32) mengemukakan "kebijakan publik sebagai tindakan (politik) apapun yang diambil oleh pemerintah (pada semua level) dalam menyikapi sesuatu permasalahan yang terjadi dalam konteks atau lingkungan sistem". Selanjutnya Federich dalam Rusli (2015 : 41) mendefinisikan kebijakan publik adalah " Tindakan yang diusulkan oleh seseorang, golongan atau pemerintah dalam suatu lingkungan dengan halangan-halangan dan dalam kesempatannya, yang diharapkan dapat memenuhi dan mengatasi halangan tersebut". Selanjutnya Mustopadidjaja dalam LAN RI (2003 : 5) mengemukakan " Kebijakan publik pada dasarnya suatu keputusan yang dimaksudkan untuk mengatasi permasalahan tertentu, untuk melakukan kegiatan tertentu, atau untuk mencapai tujuan tertentu, yang dilakukan oleh instansi yang berkewenangan dalam rangka penyelenggaraan negara dan pembangunan". Definisi kebijakan publik menurut para ahli tersebut diatas, mengandung pengertian bahwa suatu kebijakan publik merupakan usaha untuk memecahkan suatu permasalahan untuk kepentingan bersama

Selanjutnya menurut Laswell dan Kaplan dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 :1.9) kebijakan publik adalah" Suatu program pencapaian tujuan, nilai-nilai dan praktek-praktek yang terarah". Definisi ini memberikan makna bahwa suatu kebijakan publik akan memberikan manfaat bagi sebagian besar masyarakat. Secara umum dari beberapa definisi para ahli, kebijakan publik merupakan suatu tindakan pemerintah atau administratur negara dalam rangka

mengatasi suatu permasalahan untuk kepentingan bersama dan untuk memberikan manfaat sebagian besar masyarakat.

Kebijakan publik merupakan tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah. Sehubungan hal ini menurut Anderson dalam Abidin ( 2002 : 39) kebijakan publik memiliki ciri-ciri tertentu, sebagai berikut :

- a. *Public policy is purpose, goal-oriented behavior rather than random or chance behavior.* Setiap kebijakan mesti ada tujuan bila tidak tidak perlu ada kebijakan
- b. *Public policy consist of course of action –rather than separate, discret decision or actions-performed by government officials.* Suatu kebijakan tidak berdiri sendiri, terpisah dari kebijakan yang lain, tetapi berkaitan dengan berbagai kebijakan dalam masyarakat.
- c. *Policy is what government do-not what they say will do or what they intend to do.* Kebijakan adalah apa yang dilakukan pemerintah, bukan apa yang ingin atau diniatkan akan dilakukan pemerintah.
- d. *Public policy may either negative or positive.* Kebijakan dapat berbentuk negatif atau melarang dan juga dapat berupa pengarah untuk melaksanakan atau menganjurkan
- e. *Public policy is based on law and is authoritative.* Kebijakan didasarkan pada hukum, karena itu memiliki kewenangan untuk memaksa masyarakat mematuhi.

Menurut Easton dalam Suharno (2013 : 14) ciri kebijakan publik yang utama adalah “Sebagai orang-orang yang memiliki wewenang dalam sistem politik”. Implikasi dari pernyataan ini menurut Suharno (2013 : 15) kebijakan publik memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Kebijakan publik merupakan tindakan yang mengarah pada tujuan, bukan tindakan yang acak dan kebetulan
- b. Kebijakan pada hakikatnya terdiri atas tindakan-tindakan yang saling berkait dan berpola yang mengarah pada tujuan tertentu yang dilakukan oleh pejabat-pejabat pemerintah bukan merupakan keputusan yang berdiri sendiri.
- c. Kebijakan bersangkut-paut dengan apa yang senyatanya dilakukan pemerintah dalam bidang-bidang tertentu.
- d. Kebijakan publik mungkin berbentuk positif, mungkin pula berbentuk negatif.

Berdasarkan pendapat para ahli, secara umum ciri-ciri kebijakan publik adalah merupakan tindakan yang dilakukan pemerintah yang mengarah pada suatu tujuan, tidak berdiri sendiri, pada bidang-bidang tertentu, berlandaskan hukum, dan dapat berbentuk positif atau larangan.

Jenis-jenis kebijakan dapat digolongkan menjadi beberapa kategori. Penggolongan kebijakan publik dari dilihat dari sudut pandang tertentu. Menurut Anderson dalam Suharno (2013 : 15-16) jenis-jenis kebijakan publik adalah sebagai berikut :

- a. Kebijakan *substansif versus* kebijakan *prosedural*.
- b. Kebijakan *distributif versus* kebijakan *regulator versus* kebijakan *redistributif*
- c. Kebijakan material versus kebijakan simbolis
- d. Kebijakan yang berhubungan dengan barang umum (*public goods*) dan barang *privat (privat goods)*.

Sedangkan menurut Nugroho dalam Suharno (2013:16) jenis-jenis kebijakan publik berdasarkan tiga kategori yaitu :

- a. Berdasarkan makna, hal-hal yang diputuskan pemerintah untuk dikerjakan dan hal-hal yang diputuskan pemerintah untuk tidak dikerjakan atau dibiarkan
- b. Berdasarkan pada lembaga pembuat kebijakan, pertama kebijakan publik yang dibuat oleh legislatif, kedua kebijakan yang dibuat dalam bentuk kerjasama antara legislatif dengan eksekutif
- c. Kebijakan publik yang dibuat oleh eksekutif saja

Selanjutnya menurut Suharno (2013 : 18) berdasarkan karakter kebijakan dibagi menjadi dua yaitu : pertama, *regulasi versus de-regulatif* atau *restriktif versus non restriktif* yaitu kebijakan menetapkan hal-hal yang dibatasi dan hal-hal yang dibebaskan dari pembatasan-pembatasan, dan kedua *alokatif versus distributif* atau *redistributif* berupa kebijakan-kebijakan berkenaan dengan anggaran atau keluaran publik. Secara umum berdasarkan definisi para ahli jenis-jenis kebijakan dapat digolongkan menurut sudut pandang substansi, prosedural, distributif,

regulator, material, simbolis, barang umum, barang privat, makna, lembaga pembuat kebijakan, kebijakan anggaran dan berkenaan keluaran publik. Sementara menurut Easton dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 :1.40) model sistem politik, kebijakan yang mendasarkan konsep sistem terdiri atas *inputs*, *withinputs*, *outputs*, dan *feedback* dan *environment* yaitu kekuatan-kekuatan lingkungan (sosial, politik, ekonomi, kebudayaan, geografis, dan sebagainya) yang ada disekitarnya. Sedangkan penjelasan Irfan Islamy dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 :1.41) terkait dengan kebijakan publik model sistem-politik adalah sebagai berikut :

- a. *Inputs* kebijakan publik meliputi tiga unsur yaitu tuntutan-tuntutan (*demands*), dukungan (*support*) dan sumber-sumber (*resources*)
- b. *Withinputs*, proses *inputs* menjadi *outputs* yaitu bekerjanya aktor interna birokrasi pemerintah dan aktor-aktor eksternal berinteraksi dalam suatu kegiatan untuk proses atau mengubah *inputs* menjadi *outputs*
- c. *Outputs*, berupa kebijakan publik yaitu tindakan pemerintah yang ingin dilakukan atau tidak ingin dilakukan secara otoritatif akan dialokasikan kepada seluruh anggota masyarakat.
- d. *Enviroments* (lingkungan) yang berupa keadaan sosial, ekonomi, politik, kebudayaan, keamanan, geografi merupakan faktor yang berpengaruh kepada seluruh proses kebijakan publik. Pengaruh itu sangat luas ke seluruh sub-sistem yang dimulai dari *inputs-withinputs-outputs-feedback*.

Kemudian kebijakan publik menurut Abidin (2002 : 42) adalah sebagai berikut :

“Sebagai sebuah sistem yang terdiri atas sub-sistem atau elemen, komposisi dari kebijakan dapat dilihat dari dua perspektif : dari proses kebijakan dan struktur kebijakan. Dari sisi proses kebijakan terdapat tahap-tahap sebagai berikut : identifikasi masalah dan tujuan, formulasi kebijakan, pelaksanaan, dan evaluasi kebijakan. Dilihat dari segi struktur terdapat lima unsur kebijakan yaitu tujuan kebijakan, masalah, tuntutan (*demand*), dampak atau *outcomes*, dan sarana atau alat kebijakan (*policy instruments*)”.

Berdasarkan pendapat para ahli tersebut diatas, memberikan makna bahwa kebijakan yang mendasarkan konsep sistem terdiri atas sub elemen yang inputs, proses, feedback dan lingkungan.

Pembuatan kebijakan publik merupakan suatu proses. Tahapan-tahapan pembuatan kebijakan publik menurut Laswell dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 :1.23-1.24) adalah sebagai berikut :

- a. *Intelligence*, tahap mendefinisikan masalah
- b. *Promotion*, tahapan untuk mempengaruhi pembuat kebijakan agar masalah dapat diakses menjadi kebijakan publik
- c. *Prescription*, tahapan formulasi, masalah dipilih diselesaikan melalui pengusulan, seleksi dan penilaian alternatif.
- d. *Invocation*, tahapan pengesahan atau persetujuan
- e. *Application*, kebijakan publik yang sudah dilegitimiasi siap dilaksanakan
- f. *Termination*, tahap penyesuaian kebijakan publik dengan kelompok sasaran
- g. *Appraisal*, menilai hasil penyesuaian kebijakan, menemukan faktor-faktor penghambat dan pendorong untuk perbaikan atau diakhirinya suatu kebijakan.

Sedangkan menurut Dunn dalam Suharno ( 2013 : 22-23) mengemukakan proses pembuatan kebijakan publik adalah sebagai berikut :

- a. Penyusunan agenda, para pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah pada agenda publik. Banyak masalah tidak disentuh sama sekali, sementara lainnya ditunda untuk waktu lama.
- b. Formulasi kebijakan, para pejabat merumuskan alternatif kebijakan untuk mengatasi masalah. Alternatif kebijakan melihat perlunya membuat perintah eksekutif, keputusan peradilan dan tindakan legislatif.
- c. Adopsi kebijakan, alternatif kebijakan yang diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsesus diantara direktur lembaga atau keputusan peradilan
- d. Implementasi kebijakan, kebijakan yang diambil dilaksanakan oleh unit-unit administrasi yang memobilisasi sumber daya finansial dan manusia
- e. Penilaian kebijakan, unit-unit pemeriksaan dan akuntansi dalam pemerintah menentukan apakah badan-badan eksekutif, legislatif dan peradilan undang-undang dalam pembuatan kebijakan dan pencapaian tujuan.



Kemudian Anderson dalam Suharno (2013 :25) menetapkan proses kebijakan publik

sebagai berikut :

- a. Formulasi masalah (*problem formulation*)  
Apakah masalahnya? Apa yang membuat masalah tersebut menjadi masalah kebijakan? Bagaimana masalah tersebut dapat masuk dalam agenda pemerintah?
- b. Formulasi kebijakan (*formulation*)  
Bagaimana mengembangkan pilihan-pilihan atau alternatif-alternatif untuk memecahkan masalah tersebut? Siapa saja yang berpartisipasi dalam formulasi kebijakan?
- c. Penentuan kebijakan (*adaption*)  
Bagaimana alternatif ditetapkan? Persyaratan atau kriteria seperti apa yang harus dipenuhi? Siapa yang akan melaksanakan kebijakan? Bagaimana proses atau strategi untuk melaksanakan kebijakan? Apa isi kebijakan yang telah ditetapkan?
- d. Implementasi (*implementation*)  
Siapa yang terlibat dalam implementasi kebijakan? Apa yang mereka kerjakan? Apa dampak dari isi kebijakan?
- e. Evaluasi (*evaluation*)  
Bagaimana tingkat keberhasilan atau dampak kebijakan diukur? Siapa yang mengevaluasi kebijakan? Apa konsekuensi dari evaluasi kebijakan? Adakah tuntutan untuk melakukan perubahan atau pembatalan?

Selanjutnya Amara dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 :1.6) suatu kebijakan memuat 3 (tiga) elemen yaitu :

- 1). Identifikasi dari tujuan yang ingin dicapai
- 2).Taktik atau strategi dari berbagai langkah untuk mencapai tujuan yang diinginkan
- 3).Penyediaan berbagai input untuk memungkinkan pelaksanaan secara nyata dari taktik atau strategi

Secara umum menurut pendapat para ahli tahapan pembuatan kebijakan publik dari tahapan awal penyusunan agenda, mendefinisikan masalah, promosi, menformulasikan kebijakan, adopsi kebijakan, pengesahan dan persetujuan, pelaksanaan atau implementasi, penyesuaian sasaran, dan penilaian kebijakan.

Kemudian proses pembuatan kebijakan publik dilakukan secara bertahap, merumuskan masalah merupakan tahapan yang paling krusial dalam pembuatan kebijakan. Menurut Dunn dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 : 1.9) pemecahan masalah merupakan kunci dalam metodologi analisis kebijakan. Sedangkan definisi perumusan dalam menurut Suharno (2013 : 96) adalah “ proses menghasilkan dan menguji konseptualisasi-konseptualisasi alternatif atau suatu kondisi masalah”. Menurut Dunn (2001 : 68) perumusan masalah, “ sebagai salah satu tahap dalam proses penelitian yaitu analisis meraba-raba untuk mencari definisi mengenai situasi problematis yang merupakan aspek rumit, tetapi paling sedikit dipahami dalam analisis kebijaksanaan”. Menurut Quade dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 :5.8) “perbedaan tujuan kebijakan publik harus dapat dianalisis sehingga para pengambil kebijakan dapat mengambil keputusan apakah kebijakan semacam itu akan diimplementasikan atau diputuskan untuk tidak dilaksanakan”. Berdasarkan definisi para ahli proses pembuatan kebijakan tahapan perumusan masalah meliputi kegiatan identifikasi masalah, mendefinisikan masalah, merumuskan masalah dan kriteria kebijakan sehingga tujuan kebijakan dapat dianalisis untuk dapat diimplementasikan atau tidak dilaksanakan merupakan tahap yang krusial.

Faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi proses pembuatan kebijakan publik menurut Viney dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 : 3.30), “Power atau kekuasaan atau sekelompok aktor sangat berpengaruh dalam pembentukan jejaring kebijakan”. Jones dalam Abidin (2002:143) mengemukakan “Kebijakan adalah tidak seluruh pertimbangan (perhitungan)

dalam perumusan kebijakan dipusatkan pada apa masalahnya dan bagaimana mengatasinya, tetapi juga pada apa masalahnya mendapat dukungan atau legitimasi bagi kebijakan”. Menurut pendapat para ahli secara umum proses pembuatan kebijakan publik juga diperlukan dukungan dan legitimasi sangat penting untuk keberhasilan implementasi kebijakan.

Untuk merumuskan tujuan dengan beberapa model kebijakan sesuai dengan kerangka berpikir para pembuat kebijakan. Menurut Dunn dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 :11.12-11.13) beberapa model kebijakan adalah :

- 1). Model pilihan yang sederhana, model ini meliputi definisi masalah yang memerlukan dilakukannya suatu tindakan; perbandingan konsekuensi data atau lebih alternatif untuk memecahkan masalah; dan rekomendasi alternatif yang paling memenuhi kebutuhan, nilai atau kesempatan.
- 2). Model pilihan yang kompleks, model ini didasarkan asumsi-asumsi ; pembuat kebijakan, ketidak-pastian atau resiko, dan akibat yang terus berkembang sejalan dengan berjalannya waktu
- 3). Model rasional, model ini didasarkan proses argumentasi yang bernalar dilakukan secara sadar untuk membuat dan mempertahankan suatu pernyataan

Selanjutnya Dror dalam Suharno (2013:50-51) mengemukakan bahwa ada tujuh model kebijakan yaitu :

- 1). *Pure Rationality Model*, kebijakan yang menfokuskan pada pengembangan suatu pola pembuatan keputusan yang ideal secara universal.
- 2). *Economically Rationaly Model*, kebijakan ditekankan pada pembuat keputusan yang paling ekonomi dan paling efisien
- 3). *Sequential – decision model*, kebijakan difokuskan pada pembuatan eksperimen dalam rangka menentukan pelbagai macam alternatif sehingga dibuat saut kebijakan yang paling efektif
- 4). *Incremental model*, kebijakan dibuat atas dasar ‘perubahan yang sedikit’ dari kebijakan yang telah ada sebelumnya.
- 5). *Extra Rational Model*, kebijakan didasarkan atas proses pembuatan keputusan yang rasional untuk menciptakan metode pembuatan kebijakan yang optimal.

- 6). *Satisfying model*, pendekatan kebijakan model ini dipusatkan pada proses pemilihan alternatif kebijakan pertama yang paling memuaskan dengan tanpa bersusah payah.
- 7). *Optimal model*, model kebijakan *integratif* (gabungan) yang memusatkan perhatiannya pada pengidentifikasian nilai-nilai, kegunaan praktis dari kebijakan sebelumnya.

Tipologi perumusan kebijakan selain beberapa ahli tersebut, Dye sebagaimana hasil pembahasan Nicholas dalam Suharno (2013 : 51) “Membagi kebijakan menjadi 2 (dua) klasifikasi yaitu pertama ditinjau dari sudut pandang proses, kedua kebijakan dipandang dari sudut pandang hasil dan akibat atau efeknya”. Kebijakan dari sudut proses lebih bersifat *deskriptif* dan dari sudut hasil dan akibat lebih bersifat *preskriptif*. Dan dari sudut pandang proses dikelompokkan menjadi : (1) model institusional, (2) model elite massa, (3) model kelompok dan (4) model sistem.

Secara umum model-model kebijakan publik yang dikemukakan para ahli sesuai dengan situasi-situasi tertentu. Pendekatan perumusan model kebijakan oleh para pembuat kebijakan tidak harus terikat kepada model tertentu, tergantung aspek-aspek politik dan situasi sosial yang berkembang.

Kemudian untuk menentukan alternatif kebijakan perlu adanya kriteria-kriteria. Setiap tahap perumusan kebijakan diperlukan pemilihan, penyaringan dan kriteria untuk menentukan strategi kebijakan. Patton dan Sawicki (1986) dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 :6.5) membuat batasan tentang kriteria sebagai berikut : “*criteria are what we use to guide making a decision. They can be “measures, rules, and standards..., all those attributes, objectives, or goal which have been judged relevant in a given decision situation by particular decision maker (individual or grup)”*. Kriteria suatu aturan atau standar untuk mengurutkan alternatif-alternatif menurut urutan yang paling diinginkan. Dan

kriteria merupakan cara untuk menghubungkan alternatif-alternatif dan dampak-dampak. Menurut Abidin (2002:53) mengemukakan kriteria yang biasa digunakan dalam menentukan alternatif kebijakan yaitu:

- 1). Efektivitas (*effectiveness*) yang mengukur apakah sesuai alternatif sasaran yang dicapai dengan suatu alternatif kebijakan menghasilkan tujuan akhir (*outcomes=effects*) yang diinginkan
- 2). Efisiensi (*efficiency*) yang besarnya pengorbanan atau ongkos yang harus dikeluarkan untuk mencapai tujuan dan efektivitas tertentu
- 3). Cukup (*adequacy*) yang mengukur apakah suatu kebijakan dapat mencapai hasil yang diharapkan dengan sumber daya yang ada.
- 4). Adil (*equity*) kriteria ini mengukur suatu strategi kebijakan dalam hubungannya dengan penyebaran atau pembagian hasil dan ongkos atau pengorbanan di antara berbagai pihak dalam masyarakat.
- 5). Terjawab (*responsiveness*), ini artinya adalah bahwa strategi kebijakan dapat memenuhi kebutuhan sesuatu golongan atau suatu masalah tertentu dalam masyarakat.
- 6). Tepat (*appropriateness*), kriteria ini sangat luas, karena ukuran ini merupakan ukuran kombinasi diantara kriteria-kriteria terdahulu.

Sedangkan Bardach dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 : 6.26)

mengemukakan empat kriteria yaitu :

- a. *Technical feasibility* (kelayakan teknis) yaitu kriteria yang digunakan untuk mengukur apakah kebijakan atau program berhasil mencapai tujuan
- b. *Economical and financial possibility* (kemungkinan ekonomi dan financial) yaitu kriteria yang digunakan untuk mengukur berapa biaya yang dikeluarkan untuk pelaksanaan kebijakan dan berapa keuntungan yang dihasilkan.
- c. *Political viability*, yaitu kriteria yang digunakan untuk mengukur apakah kebijakan akan berhasil dimana terdapat pengaruh dari berbagai kelompok kekuasaan, seperti pembuat keputusan, legislatif, administrator, sosial, organisasi kemasyarakatan, perkumpulan dan aliansi politik lainnya.
- d. *Administrative operability*, yaitu kriteria yang digunakan untuk mengukur bagaimana kemungkinan-kemungkinan untuk melaksanakan kebijakan yang diusulkan di dalam konteks politik, sosial dan yang tidak kalah penting adalah administrasi.

Selanjutnya Poister dalam Suharno (2013 : 135) memberikan enam kriteria untuk menetapkan tipe pilihan rasional yaitu “efektivitas (*effectivity*), efisiensi (*efficiency*), kecukupan (*adequacy*), pemerataan (*equity*), responsivitas (*responsiveness*), dan ketepatan (*appropriateness*)”. Berdasarkan rumusan kriteria

yang dikemukakan para ahli secara umum untuk pemilihan alternatif kebijakan sangat tergantung dari aspek-aspek yang berkembang di masyarakat meliputi aspek sosial, politik dan keamanan.

### **3. Implementasi Kebijakan Publik**

Menurut Nugroho dalam Rusli (2015:84) berpendapat bahwa” implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Oleh sebab itu, untuk mengimplementasikan suatu kebijakan ada dua pilihan, yakni langsung mengimplementasikan dalam bentuk program atau melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan”. Meter dan Horn dalam Rusli (2015:91) mendefinisikan implementasi kebijakan, sebagai “Tindakan-tindakan yang dilakukan oleh individu-individu atau pejabat-pejabat atau kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan dalam keputusan kebijaksanaan”. Menurut Mazmanian dan Sabatier dalam Anggara (2014:232) implementasi kebijakan adalah “memahami hal-hal yang seharusnya terjadi setelah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan”. Berdasarkan definisi yang disampaikan para ahli diatas, secara umum dapat disimpulkan bahwa implementasi kebijakan merupakan suatu kegiatan atau usaha yang dilakukan oleh pelaksana kebijakan, individu, pejabat atau kelompok pemerintahan atau swasta dengan tujuan akan memperoleh hasil sesuai dengan tujuan dan sasaran yang digariskan dari suatu kebijakan.

Keberhasilan implementasi kebijakan publik sangat terkait dengan beberapa aspek. Menurut Abidin (2002 : 185) “Pelaksanaan kebijakan merupakan langkah yang sangat penting dalam proses kebijakan. Banyak faktor yang

mempengaruhi pelaksanaan kebijakan”. Grindle dalam Suharno (2013 : 172) mengemukakan bahwa keberhasilan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh dua variabel besar, yaitu variabel isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan implementasi kebijakan (*context of implementation*). Menurut Katz dalam Abidin (2002 : 43) masukan atau inputs dalam kebijakan publik yang faktor pendukung (*supporting factors*) ini *human resources, finance, logistic, information, participation and legitimation*. Sedangkan Meter dan Horn dalam Suharno (2013 : 463) “Implementasi kebijakan perlu dukungan sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumber daya non-manusia. Kurangnya sumber daya akan menyulitkan implementasi kebijakan”. Wildavsky (1979) dalam Purwanto dan Sulistyastuti (2012 : 86) mengemukakan “Suatu kebijakan atau program tidak akan dapat mencapai tujuan atau sasaran tanpa dukungan anggaran yang memadai”. Sedangkan menurut Suharno (2013 : 174) “Sumber daya keuangan adalah faktor krusial untuk setiap program. Karena bagaimanapun dalam tahapan implementasi kebijakan akan membutuhkan biaya operasional”. Subarsono dalam Suharno (2013 : 21) mengemukakan “kinerja suatu kebijakan akan ditentukan oleh sumber daya finansial, material, infrastruktur lainnya”. Menurut pendapat para ahli secara umum *inputs* kebijakan publik utama adalah sumber daya manusia, keuangan, logistik, sarana prasarana, dukungan atau legitimasi. Berdasarkan pendapat para ahli sebagaimana tersebut diatas, keberhasilan implementasi kebijakan atau program tergantung dari faktor sumber daya manusia, keuangan, material, infrastruktur atau sarana dan prasarana. Faktor-faktor ini merupakan salah satu dari isi atau *content* kebijakan. Menurut Grindle dalam Rusli (2015:96) “kebijakan yang baik dari sisi *content* setidaknya

mempunyai sifat-sifat sebagai berikut: jelas, tidak distorsif, didukung oleh dasar teori yang teruji, mudah dikomunikasikan ke kelompok target, didukung oleh sumber daya manusia maupun finansial yang baik”.

Kemudian menurut Rusli (2015:85) “Dalam proses pelaksanaan itu diperlukan berbagai aktivitas termasuk penyiapan, pelaksanaan, sosialisasi, peningkatan kapasitas (*capacity buliding*) dari pihak pelaksana terutama (aparatur pemerintah)”. Menurut pendapat Hogwood dan Gun dalam Purwanto dan Sulistyastuti ( 2002 : 15) “ *perfec implementation* tidak pernah terwujud diantaranya disebabkan jarang ada suatu kondisi terjadinya komunikasi dan koordinasi yang sempurna”. Edward dalam Suharno (2013 : 170) mengemukakan “faktor yang mempengaruhi keberhasilan kebijakan publik yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi”. Sedangkan Gullich dalam Sule dan Saiffulah (2009 :10) memadamng bahwa koordinasi merupakan fungsi yang harus dilakukan oleh orang-orang dalam organisasi agar dapat meraih tujuan. Menurut Stoner, Freeman, dan Gilbert dalam Sule dan Saiffulah (2009 :153) “ada empat pilar (*building block*) yang menjadi dasar untuk melakukan proses pengorganisasian, yaitu pembagian kerja (*division of work*), pengelompokan pekerjaan (*departmentalization*), penentuan relasi antar bagian dalam organisasi (*hierarky*) dan penentuan mekanisme untuk mengintegrasikan aktivitas antar bagian dalam organisasi atau koordinasi (*coordination*)”. Berdasarkan pendapat dari para ahli, implementasi kebijakan merupakan sebuah proses yang melibatkan berbagai aktivitas. Sosialisasi program, komunikasi dan koordinasi merupakan aktivitas penting dalam implementasi kebijakan.



Kemudian implementasi kebijakan sangat tergantung dari faktor lingkungan. Menurut Rusli (2015:138) “Lingkungan kebijakan adalah sebuah sistem yang lebih besar yang melingkupi dan karenanya memiliki pengaruh terhadap kebijakan yang menjadi subsistem yang ada di dalamnya”. Kemudian Menurut Purwanto dan Sulistyastuti (2012 : 87) “kondisi lingkungan geografi, sosial, ekonomi dan politik dimana implementasi tersebut dilakukan. Kebijakan yang berkualitas tidak akan berhasil ketika diimplementasikan dalam situasi dan kondisi lingkungan yang tidak kondusif terhadap upaya pencapaian tujuan” Selanjutnya menurut Calista dalam Abidin (2002 : 193) “faktor lingkungan dalam pelaksanaan kebijakan juga merupakan faktor penentu”. Rondinelli dan Cheena dalam Purwanto dan Sulistyastuti (2012 : 86) mengidentifikasi empat faktor yang mempengaruhi kinerja implementasi, yaitu :

- a. Kondisi lingkungan (*environments conditions*)
- b. Hubungan antar organisasi (*inter-organizational relationship*)
- c. Sumberdaya (*resources*)
- d. Karakter institusi implementor (*characteristic implementing agencies*)

Stick dan Eagle (2005) dalam Purwanto dan Sulistyastuti (2012 : 84) mengemukakan “Pentingnya keterlibatan masyarakat dalam proses implementasi. Keterlibatan masyarakat seharusnya dipahami lebih dari sekedar adanya kebutuhan atau tuntutan demokrasi. Keterlibatan masyarakat memiliki makna yang lebih tinggi yaitu sebagai media pembelajaran bersama antara pemerintah dengan masyarakat.” Selanjutnya Rawls dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 : 3.27) mengemukakan “Kebijakan yang tidak melibatkan *stakeholders* dapat menimbulkan kesenjangan dalam keadilan sosial (*social equity*)

atau *justice as fairness*”). Hutington dan Nelson dalam Abidin (2002 : 84) mengemukakan “kebijakan yang dianggap tepat dapat menjawab tuntutan masyarakat akan mendapat dukungan, sebaliknya konsekwensi dari kebijakan dapat diamati secara jelas dalam masyarakat”. Berdasarkan pendapat para ahli sebagaimana tersebut diatas, dapat disimpulkan faktor lingkungan merupakan penentu keberhasilan implementasi kebijakan. Lingkungan kebijakan dapat berupa fisik maupun non-fisik.

#### 4. Evaluasi kebijakan Publik

Menurut Anderson dalam Rusli (2015:120) evaluasi kebijakan didefinisikan “*Policy evaluation, as a functional activity, is as old as policy itself. Policy makers and administrator have always made judgments concerning the worth or effects of particular policies, program and projects*”. Dunn ( 2001 : 63) mengemukakan “evaluation (evaluasi) kebijaksanaan adalah metode analisis kebijaksanaan yang digunakan untuk menghasilkan informasi mengenai nilai atau harga diri arah tindakan yang telah lalu dan yang akan datang”. Menurut Browne dan Wildavsky dalam Anggara (2014:275) “*Evaluators are able to tell us a lot about what happened-which objectives, whoses, objectives, were achieved-and a little why-the casual connections*”. Mustofadijaya dalam Rusli (2015 : 121) mengemukakan “Evaluasi kebijakan merupakan kegiatan untuk menilai atau melihat keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan suatu kebijakan publik, oleh karena itu evaluasi merupakan kegiatan pemberian nilai atas sesuatu fenomena di dalamnya terkandung pertimbangan nilai (*value judgement*)”. Berdasarkan definisi para ahli secara umum dapat disimpulkan bahwa evaluasi kebijakan merupakan kegiatan untuk menilai keberhasilan dan kegagalan suatu kebijakan.

Sehubungan dengan penilaian, hakikat dari penilaian evaluasi dalam ilmu administrasi menurut Siagian (1994 : 143-144) adalah :

- 1). Penilaian ditujukan kepada satu fase tertentu dalam satu proses setelah fase itu seluruhnya selesai dikerjakan
- 2). Penilaian bersifat korektif terhadap fase yang telah selesai dikerjakan
- 3). Penilaian bersifat *prescriptive*, setelah melalui penelitian diketemukan kelemahan-kelemahan yang terdapat pada sistem pelaksanaan dalam fase yang lalu, setelah sumber-sumber yang menyebabkan mungkin penyimpangan dan atau penyelewengan terjadi, melalui penilaian harus pula dapat diberikan resep untuk mengobati penyakit-penyakit organisasi itu sehingga dalam fase berikutnya dari keseluruhan proses itu penyakit yang sama tidak timbul kembali, dan sekaligus jika mungkin, dicegah pula timbulnya 'penyakit' yang baru.
- 4). Penilaian ditujukan kepada fungsi-fungsi organik lainnya. Fungsi-fungsi organik administrasi dan manajemen tidak berdiri sendiri.

Kegiatan evaluasi tidak dapat terpisah dari tahapan proses kebijakan. Sehubungan dengan hal ini fungsi evaluasi kebijakan menurut Suharno (2013 : 222) yaitu :

- a. Fungsi pertama, fungsi mendasar untuk memberikan informasi yang valid tentang kinerja kebijakan.
- b. Fungsi kedua, evaluasi memberikan kontribusi untuk upaya klarifikasi dan kritik atas nilai yang mendasari pemilihan tujuan dan target, dan
- c. fungsi ketiga, evaluasi menunjang (*back-up*) pelaksanaan prosedur-prosedur lainnya dalam analisis kebijakan

Menurut Anderson dalam Abidin (2002 : 214) ditinjau dari fungsi, evaluasi kebijakan mengandung tiga elemen yaitu " Hasil atau dampak, program dan proyek, dan faktor-faktor lainnya, dipandang sebagai proses, evaluasi kebijakan mengandung tiga elemen yaitu biaya (*cost*), manfaat (*benefit*) dan program, dan dipandang dari segi sistem terdiri atas dua elemen yaitu evaluasi sebagai sistem dan hasil atau *outcomes*". Sedangkan Hogwood dalam Abidin (2002:213) memandang fungsi evaluasi dalam hubungannya dengan perubahan masyarakat yang diharapkan sebagai dampak atau *outcomes* dari suatu kebijakan. Selanjutnya menurut Dunn dalam Rusli (2015:117) fungsi evaluasi yaitu :

- a. Fungsi pertama, evaluasi memberi informasi yang *valid* dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan, yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan telah dapat dicapai melalui tindakan publik.
- b. Fungsi kedua, evaluasi dapat memberi sumbangan pada klasifikasi dan kritik terhadap nilai-nilai yang mendasari tujuan dan sasaran suatu kebijakan.
- c. Evaluasi memberi sumbangan pada aplikasi metode-metode analisis kebijakan lainnya, termasuk perumusan masalah dan rekomendasi.

Kemudian fungsi evaluasi kebijakan menurut Rusli (2015 : 118) adalah :

“pertama, adalah fungsi *eksplanasi*, dimana melalui *eksplanasi* dapat dipotret realitas pelaksanaan program dan dapat dibuat suatu generalisasi tentang pola-pola hubungan antar berbagai dimensi realitas yang diamatinya, kedua, fungsi kepatuhan, dimana melalui evaluasi dapat diketahui apakah tindakan yang dilakukan oleh para pelaku, baik birokrasi maupun pelaku lainnya sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan oleh kebijakan, ketiga fungsi audit, dimana melalui evaluasi dapat diketahui, apakah output benar-benar sampai ke tangan kelompok sasaran kebijakan, atau justru ada kebocoran atau penyimpangan, keempat adalah fungsi akunting, dimana dengan evaluasi dapat diketahui apa akibat sosial ekonomi dari kebijakan tersebut”

Secara umum dari beberapa definisi para ahli, fungsi evaluasi kebijakan publik adalah untuk memberikan informasi tentang hasil dan dampak kebijakan, kinerja kebijakan, pola-pola hubungan antar berbagai dimensi realisasi yang diamatinya, kepatuhan terhadap standar yang ditetapkan, *outputs* benar-benar ke masyarakat dan akibat sosial dari kebijakan tersebut.

Kemudian tujuan evaluasi menurut Effendi dalam Anggara (2014:288) adalah mengetahui variasi dari indikator-indikator kinerja yang digunakan untuk menjawab tiga pertanyaan pokok berikut :

- a. Bagaimana kinerja implementasi kebijakan, sejauh mana variasi kesesuaian capaian kebijakan (*output dan outcomes*)?
- b. Faktor-faktor apa yang menyebabkan variasi tersebut. Apakah karena faktor-faktor yang berkaitan dengan isi program/kebijakan?
- c. Bagaimana strategi untuk meningkatkan kinerja implementasi kebijakan?.

Selanjutnya menurut Rusli (2015:116) “ Tujuan pokok dari evaluasi bukanlah untuk menyalahkan melainkan untuk melihat seberapa besar kesenjangan antara pencapaian dan harapan dari suatu kebijakan, tugas selanjutnya adalah bagaimana mengurangi dan menutup kesenjangan tersebut”.

Berdasarkan pendapat para ahli sebagaimana tersebut diatas, tujuan evaluasi kebijakan publik adalah untuk melihat kesesuaian capaian kebijakan, faktor-faktor yang terkait dengan program/kebijakan dan upaya untuk mengatasi kesenjangan antara capaian dan harapan kebijakan.

Kemudian untuk melaksanakan evaluasi kebijakan melalui beberapa pendekatan. Menurut Dunn dalam Suharno (2013 : 224), terdapat tiga pendekatan besar dalam evaluasi kebijakan yaitu :

- 1). Evaluasi semu (*pseudo evaluation*) adalah pendekatan yang menggunakan metode-metode deskriptif untuk menghasilkan informasi yang valid tentang hasil kebijakan, tanpa mempersoalkan lebih jauh tentang nilai dan mafaat dari hasil kebijakan tersebut bagi individu, kelompok sasaran dan masyarakat dalam skala luas.
- 2). Evaluasi formal (*formal evaluation*), adalah pendekatan menggunakan metode-metode deskriptif untuk menghimpun informasi yang valid mengenai hasil kebijakan dengan tetap melakukan evaluasi hasil tersebut berdasarkan tujuan kebijakan yang telah ditetapkan dan diumumkan secara formal oleh pembuat kebijakan dan tenaga administratif kebijakan.
- 3). Evaluasi keputusan teoritis (*decision-theoretic evaluation*) adalah kegiatan evaluasi yang menggunakan metode-metode deskriptif untuk mengumpulkan informasi yang valid dan akuntabel tentang hasil kebijakan, yang dinilai secara eksplisit oleh para pelaku kebijakan.

Pendekatan evaluasi kebijakan lainnya adalah melalui pendekatan kualitatif sebagaimana menurut Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 : 9.29) “ Teknik analisis pendekatan kualitatif tidak berhubungan langsung dengan angka, biasanya berbentuk verbal (narasi, deskripsi atau cerita) dan seringkali juga berbentuk visual (foto atau gambar). Selain itu pendekatan kualitatif tidak mempunyai rumus

yang bersifat mutlak untuk mengolah dan menginterpretasikan data atau fakta.”

Teknik penilaian kualitatif yang sering digunakan adalah :

- 1). Penulisan skenario (*scenario writing*), adalah sebuah keterangan atau prediksi pada suatu kondisi dimana sebuah sistem yang akan dianalisis, dirancang atau dievaluasi diasumsikan untuk dibahas.
- 2). Analisis SWOT, merupakan sebuah metode dengan memperbandingkan berbagai faktor internal (meliputi S=*strenght* (kekuatan-kekuatan) dan W= *Weaknesses* (kelemahan-kelemahan) dan faktor eksternal ( O= *Opportunities* (kesempatan-kesempatan) dan T= *Threats* (ancaman-ancaman) dalam rangka menemukan suatu strategi yang paling tepat dan menguntungkan.
- 3). Analisis PETS, mengkaji secara mendalam empat faktor besar pokok terhadap sebuah proposal kebijakan, yaitu faktor politik, ekonomi, teknologi dan sosial.
- 4). Analisis *Trade off*, menawarkan bantuan untuk mendapatkan sebuah kebijakan publik yang akomodatif melalui proses analisis kebijakan publik yang melibatkan banyak ragam stakeholder dengan banyak kepentingan sehingga dalam pengelolaan berbagai kepentingan ini harus dilakukan secara bijak dan tidak ada yang dimenangkan atau dikalahkan (*win-win solution*)
- 5). *Brainstorming*, analisis kebijakan didasarkan pada pemutusan hubungan, prosedur penilaian, kritik dan sensor.
- 6). Teknik Delphi, analisis yang berusaha menghindari pengaruh antar personel sebagai problem ketika melakukan analisis tatap muka (*face to face*).

Menurut pendapat para ahli tersebut diatas, pendekatan evaluasi kebijakan dapat dilakukan melalui pendekatan kuantitatif maupun kualitatif. Pendekatan evaluasi kebijakan secara kualitatif tidak berupa angka-angka, namun berbentuk verbal berupa narasi, deskripsi atau cerita.

Kemudian berdasarkan kriteria, evaluasi kebijakan menurut Dunn dalam Rusli (2015:123-124) meliputi 6 indikator yaitu :

- a. *Efektivitas*, penilaian terhadap efektivitas ditujukan untuk menjawab ketepatan waktu pencapaian hasil/tujuan. Parameternya adalah ketepatan waktu
- b. *Efesiensi*, penilaian terhadap efisiensi ditujukan untuk menjawab pengorbanan yang minim (usaha minimal) untuk mencapai hasil maksimal. Parameternya adalah biaya, rasio, keuntungan dan manfaat.

- c. *Adequacy* / ketetapan dalam menjawab masalah. Penilaian terhadap *adequacy* untuk melihat sejauh mana tingkat pencapaian hasil dapat memecahkan masalah.
- d. *Equity*/pemerataan, penilaian terhadap *equity* ditujukan untuk melihat manfaat dan biaya dari kegiatan terdistribusi secara proporsional untuk aktor-aktor yang terlibat.
- e. *Responsiveness*, penilaian terhadap *responsiveness* ditujukan untuk mengetahui hasil rencana/kegiatan/kebijaksanaan sesuai dengan preferensi/keinginan dari target grup.
- f. *Appropriateness*/ketepatangunaan ditunjukkan untuk mengetahui kegiatan/rencana/kebijaksanaan tersebut memberikan hasil/keuntungan dan manfaat kepada target grup.

Menurut Sharp (2001) dalam Setiyono (2014 : 152) “program evaluasi memiliki tiga kata kunci yaitu : *efficiency, effectiveness, dan appropriateness* :

- a. *Efficiency* adalah ukuran per unit cost dari sumber daya yang digunakan
- b. *Effectiveness* adalah estimasi korelasi antara *output* kegiatan (atau pastinya *outcome* organisasi bagi *stakeholder* yang diinginkan) dengan tujuan suatu kegiatan (atau organisasi-tergantung konteks evaluasinya), dan
- c. *Appropriateness* adalah utamanya merupakan indikasi dari konsistensi tujuan program atau organisasi dengan keinginan *stakeholder*, dalam konteks yang legal dan ekonomi”.

Secara umum kriteria untuk evaluasi kebijakan publik menurut para ahli meliputi *efektif* yaitu ketetapan waktu pencapaian tujuan dan estimasi korelasi antaran *output/outcome* dengan tujuan suatu kegiatan, efisien, ketepatan menjawab masalah, pemerataan, responsiv dan ketepatangunaan. Pengukuran lainnya untuk melihat evaluasi kebijakan publik sebagaimana menurut Brigman dan Davis dalam Rusli (2015:134) pengukuran evaluasi kebijakan publik secara umum mengacu pada empat faktor pokok yaitu : “(1) indikator *inputs*, (2) indikator proses, (3) indikator *outputs* dan (4) indikator *outcomes*, dengan penjelasan sebagai berikut :

- a. Indikator *inputs* memfokuskan pada penilaian apakah sumber daya pendukung dan bahan-bahan dasar yang diperlukan untuk melaksanakan kebijakan. Indikator ini dapat meliputi sumber daya manusia, uang dan infrastruktur pendukung lainnya.

- b. Indikator proses memfokuskan pada penilaian bagaimana sebuah kebijakan ditransformasikan dalam bentuk pelayanan langsung kepada masyarakat. Indikator ini meliputi aspek efektivitas dan efisiensi dari metode atau cara yang dipakai untuk melaksanakan kebijakan publik
- c. Indikator *outputs* (hasil) memfokuskan penilaian pada hasil atau produk yang dapat dihasilkan dari sistem atau proses kebijakan publik.
- d. Indikator *outcomes* (dampak) memfokuskan diri pada pertanyaan dampak yang diterima oleh masyarakat luas atau pihak yang terkena kebijakan.

Kemudian dalam evaluasi kebijakan publik sangat diperlukan data dan informasi. Menurut Suharno (2013 : 227-227) data dan informasi yang digunakan sebagai bahan evaluasi kebijakan publik adalah sebagai berikut :

- a. Dokumentasi, merupakan prosedur paling prinsipil untuk menghimpun data dan informasi mengenai kebijakan, mulai dari tahap perumusan sampai pemantauan.
- b. Survey, data dan informasi tentang kebijakan juga dapat dihimpun dengan melakukan survey.
- c. Wawancara, metode ini dapat menghimpun data dan informasi secara lebih luas dan mendalam tentang kebijakan, terutama untuk narasumber yang terbatas dan dalam jumlah yang tidak terlalu besar.
- d. Observasi, pengamatan langsung merupakan metode yang dapat menunjang penilaian atas hasil kebijakan.
- e. FGD (Focus Group Discussion). untuk mendatakan informasi dan sudut pandang yang relatif lengkap guna melakukan penilaian terhadap suatu program atau kebijakan publik

Penggunaan data dalam evaluasi kebijakan publik menurut pendapat ahli dapat dengan dokumentasi, survey data, wawancara, observasi dan focus group discussion (FGD) yang disesuaikan dengan pendekatan evaluasi secara kualitatif atau kuantitatif.

## 5. Teori Sistem

Menurut Arikunto (2013 : 38) “ sistem adalah sebuah kesatuan yang terdiri dari beberapa unsur yang saling kait-mengkait menuju tercapainya tujuan sistem”. Sule dan Saefullah (2009 : 44) mendefinisikan sistem “sebagai kesatuan elemen-elemen yang memiliki fungsinya masing-masing, terintegrasi satu sama yang lain



secara menyeluruh dan melalui sebuah proses diarahkan untuk mencapai suatu tujuan". Suryono (2001 : 17) mengemukakan "teori sistem merupakan suatu cara pendekatan yang memandang setiap fenomena mempunyai berbagai komponen yang saling berinteraksi satu sama yang lain agar dapat bertahan hidup". Selanjutnya menurut Brantas (2009 : 11) "suatu sistem dapat dipandang sebagai suatu kumpulan atau himpunan dua komponen atau lebih yang saling berada dalam pola hubungan tertentu dan antara mana suatu kegiatan menimbulkan reaksi pihak lain". Menurut Immegart dalam Pidharta (2009: 27)" sistem merupakan suatu keseluruhan yang memiliki bagian-bagian yang tersusun secara sistematis, bagian-bagian itu terealisasi satu dengan yang lain, serta peduli terhadap konteks lingkungannya. Menurut Gerald dalam Jefferson (2012 : 2) "sistem adalah suatu jaringan kerja dari prosedur-prosedur yang saling berhubungan, berkumpul bersama-sama untuk melakukan kegiatan atau menyelesaikan suatu sasaran tertentu". Sedangkan Harmadi (2012 : 6.47) mendefinisikan sistem adalah komponen-komponen yang terintegrasi dengan yang lainnya dalam melakukan kegiatan-kegiatan untuk mencapai suatu tujuan. Berdasarkan pendapat para ahli secara umum definisi sistem adalah sebuah kesatuan yang memiliki beberapa komponen atau elemen-elemen dan saling berinteraksi satu sama yang lain melalui sebuah proses untuk mencapai tujuan.

Sebuah sistem dikatakan baik menurut Hutahean ( 2012 : 3-7) memiliki karakteristik atau ciri-ciri sebagai berikut :

- a. **Komponen**  
Suatu sistem terdiri dari sejumlah komponen-komponen yang saling berinteraksi,yang artinya saling berkerja sama memberntuk satu kesatuan. Komponen sistem terdiri dari komponen yang berupa subsistem atau bagian-bagian sistem.
- b. **Batasan sistem (*boundary*)**

Batasan sistem merupakan daerah yang membatasi antara suatu sistem dengan sistem yang lain atau dengan lingkungan luarnya

- c. Lingkungan luar (*environment*)  
Lingkungan luar sistem (*environment*) adalah diluar batas sistem dari sistem yang mempengaruhi sistem. Lingkungan dapat menguntungkan itu yang harus dijaga dan yang merugikan itu yang dikendalikan kalau tidak akan mengganggu kelangsungan hidup sistem.
- d. Penghubung sistem  
Penghubung sistem merupakan media penghubung antara subsistem dengan subsistem yang lain. Melalui penghubung ini memungkinkan sumber daya mengalir dari subsistem ke subsistem yang lain. Keluaran (*output*) dari subsistem akan menjadi masukan (*input*) untuk subsistem yang lain melalui penghubung.
- e. Masukan sistem (*input*)  
Masukan adalah energi yang dimasukkan kedalam sistem
- f. Keluaran sistem adalah hasil dari energi yang diolah dan diklasifikasikan menjadi keluaran yang berguna dan sisa pembuangan.
- g. Pengolah sistem  
Suatu sistem menjadi bagian pengolah yang akan merubah masukan menjadi keluaran
- h. Sasaran sistem  
Sasaran sistem mempunyai tujuan (*goal*) atau sasaran (*objectives*). Sasaran sistem sangat menentukan input yang dibutuhkan sistem dan keluaran yang dihasilkan sistem.

Selanjutnya sistem dapat dipandang dari beberapa sudut pandang

- a. Klasifikasi sistem sebagai :
  - 1).Sistem abstrak (*abstract system*), sistem merupakan pemikiran atau ide-ide yang tidak tampak.
  - 2). Sistem fisik (*Physical system*), sistem yang ada secara fisik.
- b. Sistem diklasifikasikan sebagai :
  - 1).Sistem alamiah (*natural system*), sistem yang terjadi karena proses alam.
  - 2).Sistem buatan (*human made system*), sistem buatan manusia melibatkan interaksi manusia dengan mesin.
- c. Sistem diklasifikasikan menjadi :
  - 1).Sistem tertentu (*deterministic system*), yaitu sistem yang beroperasi dengan tingkah laku yang sudah dapat diprediksi.
  - 2).Sistem tak tentu (*probabilistic system*), yaitu sistem yang masa depannya tak tentu karena mengandung probalistik
- d. Sistem diklasifikasikan sebagai :
  - 1).Sistem tertutup (*close system*) yaitu sistem yang tidak terpengaruh dan tidak berhubungan dengan lingkungan luar, sistem bekerja otomatis tanpa ada turut campur lingkungan luar.
  - 2).Sistem terbuka (*open system*), yaitu sistem yang berhubungan dan terpengaruh dengan lingkungan luarnya. Sistem ini menerima input dan output dari lingkungan luar atau subsistem yang lain.

Kemudian menurut Sule dan Safullah ( 2009 : 44-45), konsep-konsep sistem dalam organisasi dan manajemen adalah :

- a. Sistem terbuka (*open system*), sistem yang melakukan interaksi dengan lingkungan dimana kebalikannya sistem tertutup.
- b. Bagian atau elemen sistem (*subsystem*), merupakan elemen-elemen dalam sistem organisasi atau manajemen yang satu sama lainnya saling berkaitan.
- c. Sinergi (*synergi*) adalah konsep yang menjelaskan bahwa pekerjaan yang dilaksanakan secara bersama-sama akan memberikan hasil yang lebih baik jika hanya dikerjakan oleh seorang saja.
- d. Entropi (*entropy*), adalah kondisi dimana organisasi mengalami penurunan produktivitas dan kualitasnya disebabkan ketidakmampuan dalam membaca dan beradaptasi dengan lingkungan.

Sistem dalam pendekatan manajemen, Brantas (2009 : 12) mengemukakan "Pendekatan sistem-sistem memberikan suatu alat untuk melihat dengan jelas faktor-faktor yang bersifat tidak tetap, hambatan dan interaksi". Hutahean ( 2015: 2) mengemukakan "pendekatan sistem yang merupakan jaringan kerja dari prosedur lebih menekankan urutan-urutan operasi dalam sistem. Secara umum bagian-bagian dari sistem bukanlah merupakan bagian yang terpisah atau berdiri sendiri namun memiliki sinergistik dan lingkungan dapat mempengaruhi produktivitas sistem.

## **B. Kerangka Berpikir**

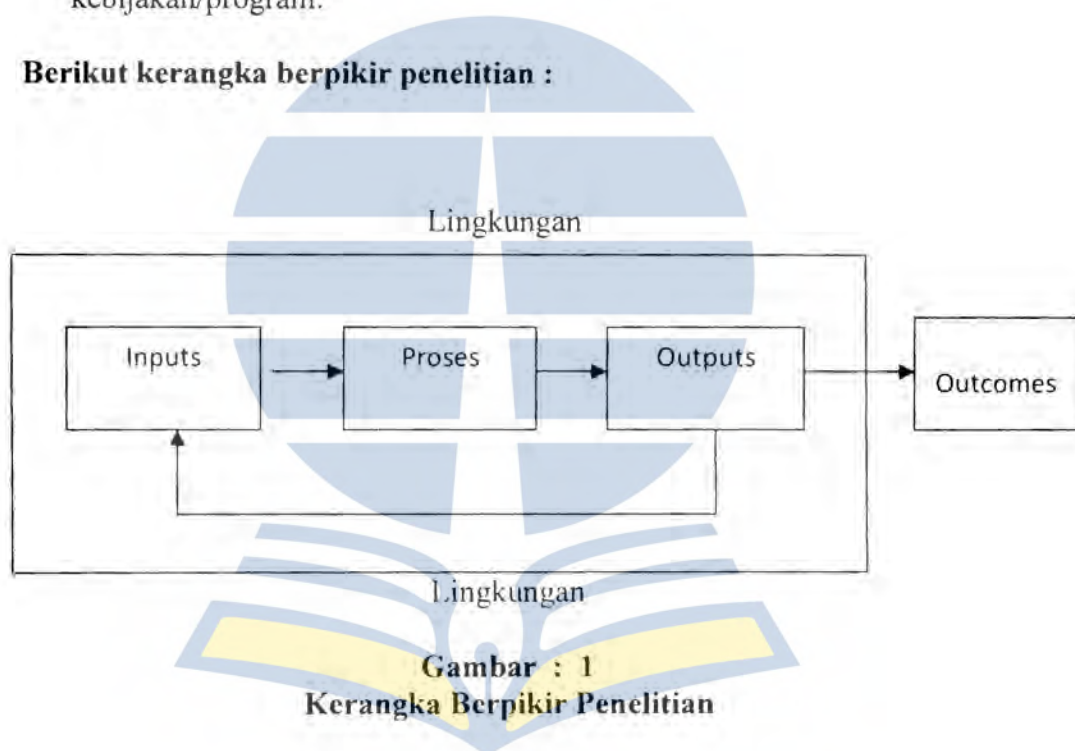
Menurut Sekaran (1982) dalam Pasolong, (2012 : 83) bahwa kerangka berpikir merupakan model konseptual tentang bagaimana teori berhubungan dengan berbagai faktor yang telah diidentifikasi sebagai masalah yang urgen. Pada dasarnya kerangka berpikir merupakan penjelasan sementara terhadap gejala yang menjadi obyek permasalahan penelitian.

Berdasarkan resume tiga penelitian terdahulu, kajian teoritis dan permasalahan penelitian, kerangka berpikir Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan melalui pendekatan teori kebijakan publik menurut Easton dalam Rusli (2015 : 40) "*public policy is the authoritative allocation of values for whole society*, yang dapat diartikan bahwa kebijakan publik adalah pengalokasian nilai-nilai secara sah kepada seluruh masyarakat". Proses pelaksanaan program sebagai proses dari sebuah sistem sebagaimana Arikunto (2013 : 58) mengemukakan bahwa "Sebuah program apapun bentuk dan seperti apapun sederhananya pasti merupakan sebuah sistem yang terdiri atas beberapa komponen yang merupakan faktor penentu keberhasilan program tersebut". Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat Kabupaten Bulungan pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan melalui pendekatan sistem, yang diadopsi dari teori Easton dan dipetakan kedalam kerangka berpikir penelitian meliputi *input, proses, outcomes dan environments* (lingkungan). Selanjutnya pengukuran evaluasi dalam penelitian ini ditransformasikan sebagai berikut:

- a. Indikator *inputs* (masukan program) berupa tuntutan, sumber daya manusia, keuangan, dan sarana prasarana.
- b. Indikator proses, menfokuskan pada bagaimana pelaksanaan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan yang meliputi dari tahapan perumusan kegiatan, perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi.

- c. Indikator outputs, menfokuskan penilaian pada keluaran atau produk program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan yang dihasilkan dari sistem atau proses kebijakan / program.
- d. Indikator lingkungan berupa lingkungan fisik (wilayah, geografis) dan lingkungan non-fisik : sosial, budaya, etkonomi, politik dan hankam
- e. Indikator outcomes, menfokuskan pada penilaian pada hasil keluaran (outputs) yang diterima oleh masyarakat akibat adanya kebijakan/program.

**Berikut kerangka berpikir penelitian :**



## BAB III

### METODE PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

Untuk melakukan penelitian Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan, melalui pendekatan *diskriptif kualitatif*. Jenis penelitian *kualitatif* karena bertujuan memahami suatu peristiwa sosial, peran dan interaksi dan kelompok atau bersifat *investigasi*, sebagaimana yang dikemukakan Creswell dalam Pattilima (2010:61) "pendekatan kualitatif sebuah proses *investigasi*". Sedangkan tipe penelitian *diskriptif* karena mendeskripsikan suatu proses sebagaimana menurut Dye hasil pembahasan Nicholas dalam Suharno (51-51) "Kebijakan dari sudut proses lebih bersifat *deskriptif* dan dari sudut hasil dan akibat lebih bersifat *preskriptif*" Oleh karena penelitian ini lebih menitik-beratkan pada proses suatu sistem kebijakan, maka sifat penelitiannya adalah *deskriptif kualitatif*.

Kemudian sebagai obyek yang akan diteliti adalah Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan. Pendekatan penelitian *ex-post facto*, yaitu meneliti peristiwa yang sudah terjadi kemudian menurut kebelakang melalui data untuk menemukan sebab-sebab yang mungkin atas peristiwa yang terjadi. Obyek penelitian dipandang sebagai sebuah sistem yang meliputi *inputs*, proses, *output*, *outcomes* (dampak) dan *environments* (lingkungan). *Inputs* atau masukan meliputi : demands (tuntutan), dukungan (*supporting*) adalah dukungan program terutama dari Bappeda dan DPRD kabupaten Bulungan, sumber-sumber *resources* berupa dana, kuantitas tenaga, ketersediaan sarana dan prasarana. Proses adalah bagaimana *inputs* diubah

menjadi *outpus* yaitu bagaimana pelaksanaan program perbaikan gizi masyarakat telah dilaksanakan, sedangkan *outptus* berupa keluaran atau hasil dari capaian kegiatan program, dan *outcomes* adalah hasil keluaran atau dampak yang diterima oleh masyarakat dapat negatif maupun positif. Selanjutnya *environments* atau lingkungan yang kondisi sosial budaya, ekonomi, keamanan dan geografis.

Prosedur peneliti dilakukan dengan cara yang paling efektif dan efisien dan paling mampu menemukan kebenaran yang dicari dengan menggunakan data kualitatif. Oleh karena itu perlu dipersiapkan instrumen yang tepat, teknik pengumpulan data, dan analisis data untuk dapat menjelaskan tentang proses-proses yang terjadi.

#### **B. Sumber Informasi dan Pemilihan Informan**

Penelitian ini dilaksanakan dengan pendekatan kualitatif, sumber informasi dan pemilihan informan disesuaikan dengan fokus dan tujuan penelitian. Sumber informasi dipilih mengutamakan pandangan dari informan. Untuk mendapatkan sumber informasi pemilihan informan dilakukan secara *purposive*, yaitu dengan pertimbangan dan tujuan tertentu mengingat waktu, tenaga yang terbatas. Menurut Spradley dalam Sugiyono (2013 : 49) mengemukakan bahwa “Dalam penelitian kualitatif tidak menggunakan populasi, tetapi dinamakan *social situation* atau situasi sosial yang terdiri atas tiga elemen yaitu tempat (*place*), pelaku (*actors*) dan aktivitas yang berinteraksi secara sinergis” Sehingga dalam penelitian ini sumber informasi dapat dibedakan menjadi tiga bagian yaitu pelaku (*actors*)-manusia, tempat (*place*) dan aktivitas. Sementara untuk sampel penelitian merupakan sumber informasi atau informan.

Kemudian untuk mendapatkan data dan informasi dengan menggunakan metodenya adalah observasi, wawancara, dan *review* atas dokumen yang diperoleh. Sumber informasi pelaku adalah informan dipilih secara *purposive sampling* yaitu menunjuk langsung informan yang dianggap memahami Kebijakan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan yaitu :

- a. Informan utama : Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan
- b. Informan penunjang : DPRD, Bappeda, Pejabat Struktural Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas, Petugas TFC dan pasien atau masyarakat.

Sedangkan untuk analisis lingkungan berdasarkan data dokumentasi.

### **C. Instrumen Penelitian**

Instrumen penelitian adalah alat untuk mengumpulkan data. Penelitian ini melalui pendekatan kualitatif, sehingga segala sesuatu yang dicari dari obyek penelitian masih belum jelas dan pasti masalahnya, sumber datanya, hasil yang diharapkan semuanya masih belum jelas. Namun setelah fokus penelitian menjadi jelas maka akan dikembangkan instrumen penelitian sederhana, yang dapat mempertajam serta melengkapi data hasil observasi, wawancara dan *review*.

### **D. Prosedur Pengumpulan Data**

Pengumpulan data merupakan proses yang penting, untuk itu harus menggunakan prosedur yang sistematis dan terstandar untuk memperoleh data yang diperlukan dalam penelitian. Prosedur pengumpulan data dapat dilakukan dengan berbagai cara dan sumber. Untuk dapat mengumpul data dari sumber informasi, dalam penelitian ini dilaksanakan secara *natural*, berdasarkan



permasalahan penelitian, sumber data meliputi data primer dan data sekunder. Sebelum mempersiapkan teknik pengumpulan data, maka dibuat kisi-kisi persiapan penyusunan instrumen sebagaimana contoh kisi-kisi penyusunan instrumen dalam Arikunto (2013 : 50-51), sebagaimana dalam tabel berikut :

Tabel : 3  
Kisi-kisi Penyusunan Instrumen Penelitian

No	Komponen	Indikator	Bukti	Sumber data	Metode	Instrumen	
1	Indikator Input :						
	-Demans (tuntutan)	Ada/tidak	Surat-surat	Dokumen	Pencermatan	Lembar pencermatan	
	-Sumber-sumber	Ada/tidak	Memberikan penjelasan	Informan utama	Wawancara	Pedoman wawancara	
	-Supporting	Ada/tidak	Memberikan penjelasan	Informan utama dan penunjang	Wawancara	Pedoman wawancara	
2	Indikator						
	-Perencanaan	Ada/tidak	Memberikan penjelasan	Informan utama dan penunjang	Wawancara	Pedoman wawancara	
	-Pengorganisasian	Ada/Tidak	Memberikan penjelasan	Informan utama dan penunjang	Wawancara	Pedoman wawancara	
	-Pelaksanaan	Ada/Tidak	Memberikan penjelasan	Informan utama dan penunjang	Wawancara	Pedoman wawancara	
	-Evaluasi	Ada/Tidak	Memberikan penjelasan	Informan utama dan penunjang	Wawancara	Pedoman wawancara	
3	Outputs :						
	Hasil kegiatan	Capaian	Ada/tidak	Memberikan penjelasan	Informan utama dan penunjang	Wawancara	Pedoman wawancara
			Ada/tidak	Dokumen	Dokumen	Pencermatan	Lembar Pencermatan
4	Outcomes						
			Ada/tidak	Memberikan penjelasan	Informan utama dan penunjang	Wawancara	Pedoman Wawancara
5	Environments :						
	Sosial,budaya,ekonom, geografis		Ada/tidak	Dokumen	Dokumen	Pencermatan	Lembar Pencermatan

Sumber : Arikunto (2013 :50-51)

Berdasarkan tabel kisi-kisi tersebut diatas, terdapat dua metode yang diperlukan untuk teknik pengumpulan data yaitu metode wawancara dan pencermatan atau review. Agar dalam pelaksanaan pengumpulan data dapat lebih terarah dan sistematis maka disusun suatu pedoman. Penyusunan pedoman wawancara

menggunakan model wawancara terstruktur sesuai definisi Esterberg (2002) dalam Sugiyono (2013 : 73) wawancara terstruktur (*structured interview*) adalah teknik pengumpulan data, bila penelitian atau pengumpul data telah mengetahui dengan pasti informasi yang akan diperoleh. Sedangkan tipe pertanyaan dan langkah-langkah wawancara sebagaimana teori Guba dan Lincoln dalam Sugiyono (2013 : 78) pertanyaan *interpretatif* yaitu pertanyaan yang menyarankan kepada informan untuk memberikan *interpretasinya* tentang suatu kejadian. Langkah-langkahnya wawancara adalah :

- 1). Menetapkan kepada siapa wawancara itu akan dilakukan
- 2). Menyiapkan pokok-pokok masalah yang akan menjadi bahan pembicaraan
- 3). Mengawali atau membuka alur wawancara
- 4). Melangsungkan alur wawancara
- 5). Mengkonfirmasi ikhtisar hasil wawancara dan mengakhirinya
- 6). Menuliskan hasil wawancara kedalam catatan lapangan
- 7). Mengidentifikasi tindak lanjut hasil wawancara yang telah diperoleh

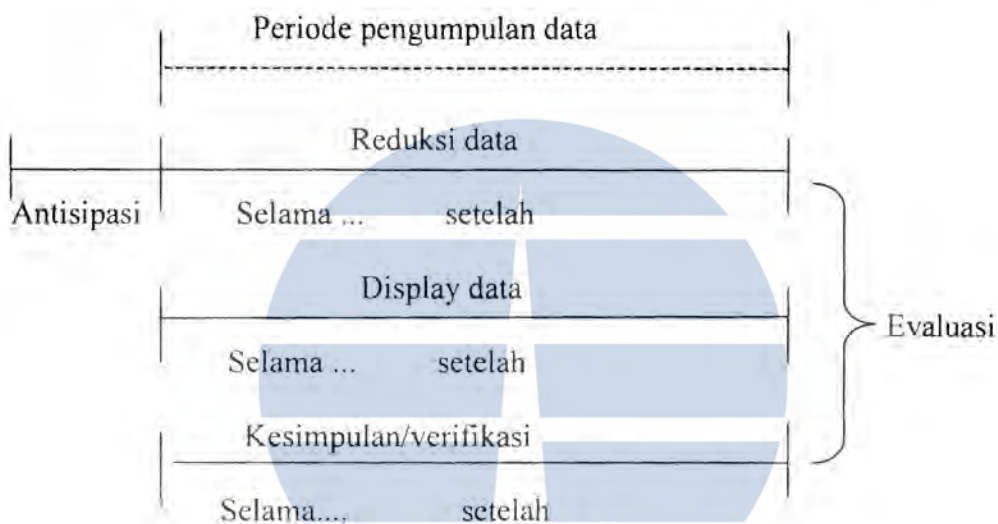
Pedoman wawancara terlampir

Sedangkan untuk metode review penyusunan pedomanya sebagaimana contoh pedoman *review* dalam Irawan (2005 : 9.42) yang disesuaikan permasalahan penelitian. (terlampir)

### **E. Metode Analisis Data**

Menurut Bogdan dan Bikken dalam Irawan (2012 : 5.20), analisis data adalah “Proses mencari dan mengatur secara sistematis transkrip interview, catatan dilapangan dan bahan-bahan lain yang anda dapatkan, yang kesemuanya itu anda kumpulkan untuk meningkatkan pemahaman anda (terhadap suatu fenomena) dan membantu anda untuk mempersentasikan penemuan anda kepada orang lain” Melalui pendekatan ini, pelaksanaan analisis data dalam penelitian ini lebih difokuskan selama proses dilapangan.

Menurut Miles and Huberman (1984), dalam Sugioyono (2013 : 91), mengemukakan : “Aktivitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus-menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh. Aktivitas dalam analisis data yaitu data *reduction*, data *display*, dan *conclusion drawing / verification*” Dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar : 2  
Komponen dalam analisis data (*flow model*)

Setelah data dikumpulkan, maka dilakukan *anticipatory* sebelum mereduksi data. Kegiatan reduksi data akan difokuskan pada elemen-elemen sistem, yaitu input, output, withininputs, feedback dan environments sesuai dengan tujuan penelitian. Setelah data direduksi, maka langkah selanjutnya mendisplaykan data. Sesuai pendapat Miles dan Huberman (1984) dalam Sugiyono (2013 : 95) “*The most frequent form of display data for qualitative research data in the past has been narrative text*”. Penyajian data penelitian kualitatif dalam bentuk teks yang bersifat naratif, Untuk dapat lebih dipahami akan disajikan dalam bentuk grafik atau gambar-gambar. Pada langkah ini dilakukan analisis secara mendalam untuk

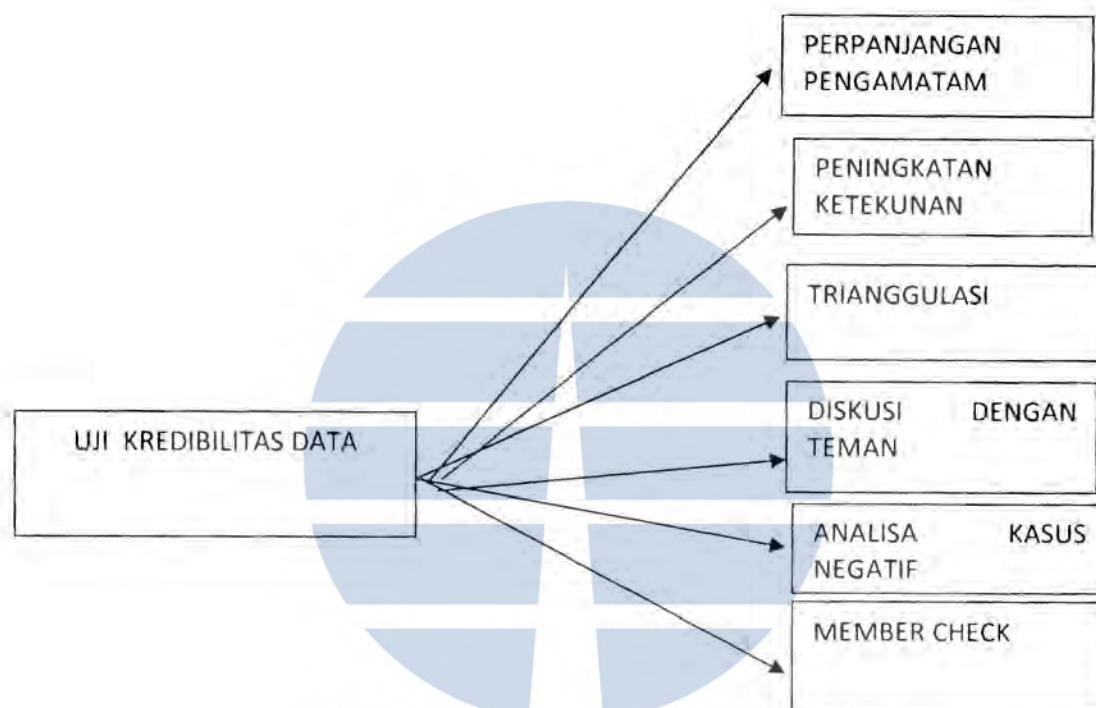
mengetahui hubungan diantara data-data yang sudah terkumpul melalui wawancara, pengamatan dokumentasi. Berdasarkan data yang sudah terkumpul dianalisa untuk menganalisis evaluasi kebijakan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan.

Kemudian langkah berikutnya dilakukan verifikasi secara mendalam berdasarkan bukti-bukti yang ditemukan di lapangan untuk menarik suatu kesimpulan awal yang masih bersifat sementara. Apabila ditemukan bukti-bukti yang valid di lapangan, kesimpulan awal yang sudah dirumuskan merupakan kesimpulan kredibel

Teknis analisis data dapat dilakukan dengan metode Spradley yaitu melalui analisis *domain*, analisis *taksonomi*, analisis *kompensial* dan analisis tema. Analisis domain dilakukan pada saat awal memasuki lapangan yaitu obyek situasi sosial yang terdiri atas *place*, *actor*, dan *activity*. Tujuan analisis ini adalah untuk melihat gambaran umum situasi sosial berdasarkan hasil dari observasi dan wawancara. Berdasarkan analisis *domain* ditetapkan beberapa domain untuk pijakan penelitian selanjutnya. Selanjutnya setelah *domain* ditemukan, dilakukan analisis taksonomi untuk memperoleh struktur internal dari *domain* yang ditetapkan. Dilakukan observasi yang lebih fokus untuk dapat menjabarkan secara rinci domain tersebut. Setiap struktur internal dilakukan analisis *kompensial* untuk menemukan gambaran yang lebih spesifik dengan wawancara terseleksi dan observasi.

Penelitian ini dilakukan dengan teknis analisis data menurut Miles dan Huberman dan Spradley, karena teori yang dinyatakan saling melengkapi. Tahapan analisis mulai reduksi, display dan verification dapat dilakukan pada

semua tahap dalam proses penelitian yaitu mulai tahap deskripsi, fokus dan seleksi. Sehingga untuk penelitian ini dilakukan pendekatan kedua teori tersebut. Kredibilitas data sebagaimana menurut Sugiyono (2013 : 121), dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar : 3  
Uji Kredibilitas Data

Pengujian keabsahan data untuk mendapatkan data yang valid meningkatkan kredibilitas dengan melakukan perpanjangan pengamatan. Wawancara dengan nara sumber Dinas Kesehatan dan nara sumber baru khususnya beberapa puskesmas sesuai dengan fokus data yang dipandang masih perlu untuk dicek ke lapangan. Pengujian ini sampai ditemukan bahwa data sudah benar berarti sudah kredibel. Disamping memperpanjang pengamatan, ketekunan pengamatan selama penelitian ditingkatkan untuk menyakinkan bahwa data yang ditemukan benar. Cara meningkatkan ketekunan dengan mempelajari

dokumentasi-dokumentasi yang terkumpul serta beberapa buku-buku referensi serta hasil penelitian.

Teknik pengujian selanjutnya melalui Trianggulasi. Menurut Wiersma dalam Sugiyono (2013:125), "*Triagulation is qualitative cross-validation, it asseses the sufficiency of the data according to the convergence of multiple data sources or multiple data collection procedures*". Trianggulasi dalam pengujian kredibilitas ini diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara, dan berbagai waktu.

Trianggulasi sumber untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber. Untuk menguji data sistem Kebijakan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan, dengan cara mengecek kredibilitas data dengan cara mengecek ke beberapa informan yang berbeda. Data yang sudah terkumpul dianalisis dan selanjutnya dimintakan kesepakatan atau *member check* ketiga sumber tersebut.

Data yang bersumber dari ketiga informan tersebut selanjutnya dilakukan triangulasi teknik, yaitu dengan metode lain. Metode wawancara yang sudah dilaksanakan selanjutnya dilakukan teknis lainnya berupa observasi dan pengamatan dokumen. Apabila data masih berbeda-beda, selanjutnya dilakukan pada waktu yang lain dalam situasi yang berbeda atau metode triangulasi waktu. Kemudian dilakukan diskusi untuk mendapatkan kesepakatan.

Metode lainya dengan cara analisis kasus negatif, yaitu analis kasus yang tidak sesuai atau berbeda dengan hasil penelitian. Tujuannya adalah untuk mendapatkan data yang kredibel melalui kasus negatif. Untuk mendukung

kredibilitas data maka akan dilengkapi foto-foto atau dokumen otentik, sehingga menjadi lebih dapat dipercaya.

Kemudian penelitian ini untuk mendapatkan kredibilitas data menggunakan teknik Triangulasi sebagai pengecekan data dari berbagai informan yang berbeda.

#### **F.Lokasi Penelitian**

Sesuai dengan fokus dan tujuan penelitian, lokasi penelitian adalah di Dinas Kesehatan dan UPT Puskesmas di Kabupaten Bulungan



## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### A. Deskripsi Obyek Penelitian

##### 1. Deskripsi Umum Kabupaten Bulungan

###### a. Letak Geografis dan Batas Wilayah

Kabupaten Bulungan merupakan salah satu dari 5 (lima) kabupaten dan kota propinsi Kalimantan Utara. Sebuah propinsi baru hasil pemekaran wilayah propinsi Kalimantan Timur tahun 2013. Secara administratif kabupaten Bulungan merupakan ibu kota Propinsi Kalimantan Utara. Adapun batas wilayah kabupaten sebagaimana data Bulungan dalam angka tahun 2014 adalah sebagai berikut :

- 1) Sebelah Utara berbatasan dengan Kabupaten Tana Tidung dan Kabupaten Nunukan.
- 2) Sebelah Timur berbatasan dengan Kota Tarakan dan Laut Sulawesi.
- 3) Sebelah Selatan berbatasan dengan Kabupaten Berau.
- 4) Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Malinau.

Kemudian topografi wilayah kabupaten Bulungan secara geografis adalah daratan yang berbukit-bukit, sebagian bergunung-gunung dengan tebing terjal dan kemiringan yang tajam. Selain itu terdiri atas sungai-sungai, yang merupakan sarana utama transportasi antar desa, antar kecamatan khususnya pada daerah-daerah di hulu sungai.

Luas wilayah kabupaten Bulungan tahun 2014 berdasarkan data Bulungan dalam angka tahun 2014 adalah 13.181,92 km<sup>2</sup>, terdiri atas 10 (sepuluh)



kecamatan dengan 81 (delapan puluh satu) desa atau kelurahan. Berikut data luas wilayah kabupaten Bulungan menurut wilayah kecamatan :

Tabel 4  
Luas Wilayah Kabupaten Bulungan  
Menurut Kecamatan Tahun 2014

No	Kecamatan	Luas Wilayah (Km <sup>2</sup> )	Persentase (%)
1	2	3	4
1	Tanjung Selor	1.277,81	9,69
2	Tanjung Palas	1.755,74	13,32
3	Tanjung Palas Utara	806,34	6,12
4	Tanjung Palas Timur	677,77	5,14
5	Tanjung Palas Tengah	624,95	4,74
6	Tanjung Palas Barat	1.064,51	8,08
7	Peso	3.142,79	23,84
8	Peso Hilir	1.639,71	12,44
9	Sekatak	1.993,98	15,13
10	Bunyu	198,32	1,50
<b>Kabupaten Bulungan</b>		13.181,92	100,00

Sumber : *Kabupaten Bulungan Dalam Angka 2014*

Kecamatan Peso merupakan wilayah yang paling luas sedangkan luas wilayah paling kecil adalah wilayah kecamatan Bunyu sebesar 198.32 km<sup>2</sup>.

#### b. Pembagian Wilayah

Peraturan Daerah Kabupaten Bulungan Nomor 13 Tahun 2002 tentang pembentukan Kecamatan Tanjung Palas Barat, Tanjung Palas Utara, Tanjung Palas Timur, Tanjung Selor, Tanjung Palas Tengah, Sesayap Hilir, Tana Lia dan Kecamatan Peso Hilir dalam wilayah kabupaten Bulungan yang ditetapkan pada tanggal 15 Agustus 2002 maka Kabupaten Bulungan terdiri atas 13 (tiga belas) Kecamatan, namun dengan adanya UU Nomor 34 Tahun 2007 tentang Pembentukan Kabupaten Tana Tidung, pemekaran wilayah kabupaten Bulungan, maka wilayah administrasi kabupaten Bulungan menjadi 10 (Sepuluh) Kecamatan yaitu:

- 1) Kecamatan Peso yang terdiri dari 10 (sepuluh) Desa;
- 2) Kecamatan Peso Hilir yang terdiri dari 6 (enam) Desa;
- 3) Kecamatan Tanjung Palas yang terdiri dari 4 (Empat) Kelurahan dan 3 (tiga) Desa;
- 4) Kecamatan Tanjung Palas Barat yang terdiri dari 5 (lima) Desa;
- 5) Kecamatan Tanjung Palas Utara yang terdiri dari 6 (enam) Desa;
- 6) Kecamatan Tanjung Palas Timur yang terdiri dari 8 (delapan) Desa;
- 7) Kecamatan Tanjung Selor yang terdiri dari 2 (dua) Kelurahan dan 5 (lima) Desa;
- 8) Kecamatan Tanjung Palas Tengah yang terdiri dari 3 (tiga) Desa;
- 9) Kecamatan Sekatak yang terdiri dari 22 (dua puluh dua) Desa;
- 10). Kecamatan Bunyu yang terdiri dari 3 (tiga) Desa.

### c. Kependudukan

Berdasarkan laporan hasil verifikasi data kependudukan oleh Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil Kabupaten Bulungan, jumlah penduduk kabupaten Bulungan tahun 2014 sebanyak 162.563 jiwa terdiri dari penduduk laki-laki sebanyak 87.612 jiwa dan penduduk perempuan sebanyak 74.951 jiwa

Tabel 5  
Jumlah Penduduk Berdasarkan Jenis Kelamin  
Per Kecamatan Tahun 2014

No	Kecamatan	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah
1	Tanjung Palas	9.561	8.638	18.199
2	Tanjung Palas Barat	4.399	3.632	8.031
3	Tanjung Palas Utara	6.495	5.623	12.118
4	Tanjung Palas Timur	8.817	7.218	16.035
5	Tanjung Selor	32.609	27.639	60.248
6	Tanjung Palas Tengah	6.291	5.604	11.895
7	Peso	2.706	2.212	4.918
8	Peso Hilir	2.460	2.109	4.569
9	Sekatak	6.263	5.673	11.936
10	Bunyu	8.011	6.603	14.614
<b>Jumlah</b>		87.612	74.951	162.563

Sumber : *Kabupaten Bulungan dalam Angka 2014*

Kecamatan Tanjung Selor merupakan jumlah penduduk paling banyak yaitu sebesar 60.248 jiwa, selanjutnya kecamatan Tanjung Palas dan kecamatan Tanjung Palas Timur. Jumlah penduduk paling sedikit adalah kecamatan Peso

Hilir sebesar 4.918 jiwa. Selanjutnya jumlah penduduk kabupaten Bulungan menurut jenis kelamin dan kelompok umum sebagai berikut :

Tabel 6  
Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Kelompok Umur  
Tahun 2014

NO	Golongan Umur	Laki-Laki	Perempuan	Jumlah	%
1	0 – 14 thn	20.761	19.154	39.915	33,10
2	15 – 64 thn	41.817	35.332	77.149	63,97
3	65 Tahun ke atas	1951	1585	1585	2,93
Jumlah		64.529	56.071	120.600	100
Angka Beban Tanggungan (%)		54,31	58,69	51,97	

Sumber: *Badan Pusat Statistik Kabupaten Bulungan Tahun 2014*

#### d. Keadaan Ekonomi

Kondisi perekonomian merupakan salah satu aspek yang diukur dalam menentukan keberhasilan pembangunan suatu negara. Berdasarkan data dari BPS, Nilai Produk Domestik Bruto (PDRB) yang baru dengan tahun dasar 2000. Penentuan tahun dasar 2000 sebagai tahun dasar baru juga didasarkan pada pengamatan bahwa perekonomian pada tahun 2000 pada skala regional cukup normal dan memadai.

Menurut hasil perhitungan PDRB Kabupaten Bulungan, terlihat bahwa perekonomian Kabupaten Bulungan pada tahun 2013 sangat didominasi oleh sektor-sektor ekonomi yang berbasis pada sumber daya alam (SDA), terutama dari sektor pertambangan dan pertanian. Jumlah seluruh nilai tambah yang tercipta akibat kegiatan ekonomi (PDRB) di Kabupaten Bulungan pada tahun 2013 adalah sebesar 3.230,576 milyar rupiah.

Dari total PDRB Bulungan tersebut, sekitar 33,72 persennya berasal dari nilai tambah sektor Pertambangan dan Penggalian. Sektor ekonomi berikutnya yang memberikan kontribusi perekonomian Bulungan adalah sektor Pertanian (26,84 persen); sektor jasa (19,43 persen); sektor Perdagangan, Hotel dan Restoran (13,34 persen); Sedangkan sektor-sektor lainnya hanya memberikan kontribusi di bawah 5 persen. Rata-rata laju pertumbuhan ekonomi Kabupaten Bulungan selama waktu 2000 sampai 2013 sebesar 4,52 persen. Pertumbuhan ekonomi pada tahun 2013 sebesar 5,26 persen. Jika dibandingkan dengan pertumbuhan ekonomi tahun sebelumnya, pertumbuhan ekonomi pada tahun 2013 ini mengalami perlambatan. Hal ini terjadi karena sektor yang paling dominan dalam menyokong PDRB yaitu sektor pertambangan juga mengalami perlambatan pertumbuhan produksi.

Adapun perkembangan produk regional perkapita tahun 2009-2013 sebagai berikut :

Tabel 7  
Produk Domestik Regional Bruto Kabupaten Bulungan  
Tahun 2009 – 2013

Tahun	Atas Dasar Harga Berlaku		Atas Dasar harga Konstan	
	Dengan Migas (Rp)	Tanpa Migas (Rp)	Dengan Migas (Rp)	Tanpa Migas (Rp)
2009	2 371 769,42	2 134 560,44	1 039 197,21	954 794,99
2010	2 556 730,29	2 303 017,18	1 097 723,18	1 011 426,97
2011	2 714 470,13	2 441 556,48	1 164 201,29	1 073 610,55
2012	3 010 757,62	2 714 906,84	1 273 476,63	1 176 913,54
2013	3 230 575,99	2 908 263,56	1 340 458,05	1 241 958,68

Sumber : *Badan Pusat statistik Kabupaten Bulungan Tahun 2014*

Kemudian pertumbuhan ekonomi kabupaten Bulungan mulai tahun 2009 sampai dengan tahun 2013 sebagai berikut

Tabel 8  
 Persentase Pertumbuhan Ekonomi Kabupaten Bulungan  
 Tahun 2009 – 2013

Tahun	Dengan Migas	Tanpa Migas
2009	4,66	5,32
2010	5,63	5,93
2011	6,06	6,15
2012	9,39	9,62
2013	5,26	5,53

Sumber : *Badan Pusat statistik Kabupaten Bulungan Tahun 2014*

#### e. Pendidikan

Kemampuan baca tulis tercermin dari angka melek huruf penduduk yang dalam hal ini didefinisikan sebagai persentase penduduk usia 10 tahun keatas yang pernah sekolah, dapat membaca dan menulis huruf latin dan huruf lainnya. Di Kabupaten Bulungan penduduk yang melek huruf tahun 2013 sebesar 75,60% dan persentase penduduk yang tidak/Belum Pernah Sekolah/ Belum Tamat SD sebesar 24,40%.

Tabel 9  
 Persentase Penduduk 10 Tahun Ke Atas Menurut Jenjang Pendidikan  
 Yang Ditamatkan Di Kabupaten Bulungan Tahun 2014

Jenjang Pendidikan	2012	2013
Tidak/Belum Pernah Sekolah/Belum Tamat SD	22,21	24,40
SD	29,20	27,20
SLTP	22,13	20,04
SLTA	19,12	18,64
Perguruan Tinggi	7,34	9,72

Sumber : *Badan Pusat statistik Kabupaten Bulungan Tahun 2014*

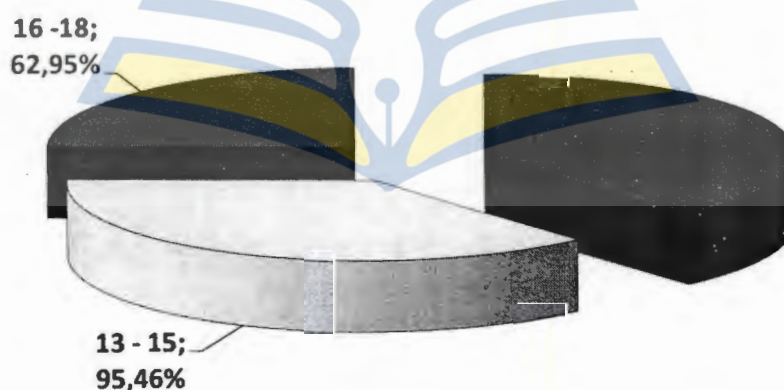
Partisipasi sekolah penduduk pada semua kelompok usia sekolah menggambarkan aktivitas pendidikan. Indikator ini mengukur proporsi anak yang bersekolah pada suatu kelompok sekolah jenjang tertentu. APS memberikan

gambaran secara umum tentang banyaknya kelompok umur tertentu yang sedang bersekolah, tanpa memperhatikan jenjang pendidikan yang sedang dijalani.

Pada tahun 2013 angka partisipasi sekolah untuk jenjang sekolah untuk jenjang usia SD, SLTP, dan SLTA masing-masing sebesar 100 persen, 95,46 persen dan 62,95 persen. APS pada tahun 2013 untuk jenjang SD yang mengalami kemajuan dari tahun-tahun sebelumnya. Keadaan ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan di Kabupaten Bulungan telah cukup baik.

Partisipasi penduduk usia sekolah dapat menggambarkan tingkat ketersediaan kualitas sumber daya manusia dan aktivitas pendidikan di satu daerah. Gambaran mengenai angka partisipasi sekolah pada tiap jenjang pendidikan di Kabupaten Bulungan adalah bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan semakin rendah angka partisipasi kasarnya.

Gambar 4  
Angka Partisipasi Sekolah Penduduk 7 – 18  
Tahun menurut Usia Sekolah Tahun 2013



Sumber : *Badan Pusat statistik Kabupaten Bulungan Tahun 2014*

APM selalu lebih rendah dibandingkan APK karena pembilangnya lebih kecil sementara penyebutnya sama. APM membatasi usia murid sesuai dengan usia sekolah pada tiap jenjang pendidikan sehingga angkanya lebih kecil.

APM merupakan indikator yang menunjukkan proporsi penduduk yang bersekolah pada jenjang pendidikan dan berusia sesuai dengan usia sekolah jenjang pendidikannya, sedangkan APK memberikan gambaran secara umum tentang banyaknya anak yang menerima pendidikan pada jenjang tertentu.

Tabel 10  
Angka Partisipasi Kasar dan Angka Partisipasi Murni Menurut Jenjang Pendidikan Tahun 2013

Jenjang Pendidikan	APK			APM		
	Laki-Laki	Perempuan	L + P	Laki-Laki	Perempuan	L+P
SD	114,87	111,26	113,32	98,64	93,76	93,76
SLTP	82,59	91,18	86,09	74,15	69,98	69,98
SLTA	68,90	65,01	66,87	64,31	50,78	50,78

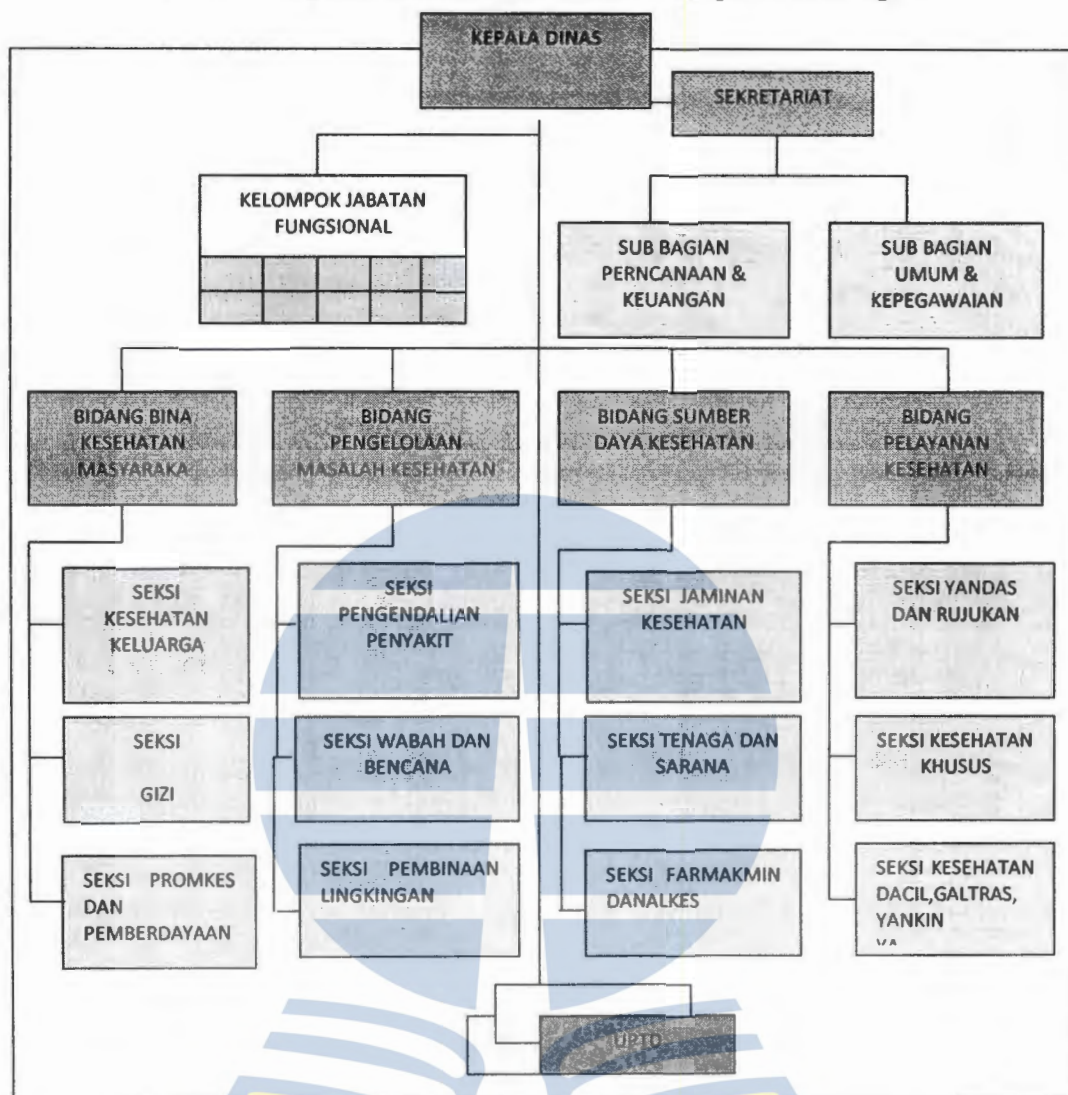
Sumber : *Badan Pusat statistik Kabupaten Bulungan Tahun 2014*

## 2. Deskripsi Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan

### a. Struktur Organisasi

Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan merupakan salah satu Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) Pemerintah Daerah Kabupaten Bulungan. Struktur organisasi Dinas Kesehatan ditetapkan melalui Peraturan Daerah Kabupaten Bulungan Nomor 01 tahun 2013 tanggal 6 Februari 2010. Adapun struktur organisasi Dinas Kesehatan kabupaten Bulungan dapat digambarkan sebagai berikut :

Gambar : 5  
Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan



Sumber : Perda Kabupaten Bulungan Nomor 01 tahun 2013

Tugas dan fungsi organisasi diatur dalam Peraturan Bupati Nomor 10 tahun 2013 tanggal 15 April 2013 tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Bulungan adalah sebagai berikut :

Tugas pokok : melaksanakan urusan Pemerintah Daerah dibidang kesehatan berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan.



Fungsi :

- 1).Perumusan kebijakan teknis bidang kesehatan sesuai dengan rencana strategis yang ditetapkan Pemerintah Daerah.
- 2).Perumusan, perencanaan, pembinaan dan pengendalian kebijakan teknis dibidang kesehatan.
- 3).Penyelenggaraan urusan pemerintah dan pelayanan umum dibidang kesehatan
- 4). Pembinaan dan pelaksanaan tugas dibidang kesehatan.
- 5). Penyelenggaraan urusan kesekretariatan.
- 6). Pembinaan pelaksanaan tugas Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan.
- 7). Pembinaan kelompok jabatan fungsional.
- 8).Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya

Secara umum tugas dan fungsi Dinas Kesehatan Kabupaten adalah melaksanakan urusan pemerintah dan pelayanan publik dibidang kesehatan.

#### **b. Sumber Daya Kesehatan**

##### 1). Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jumlah tenaga kesehatan diluar RS sejak tahun 2013 sampai dengan tahun 2014 tidak mengalami peningkatan baik dari sisi jumlah maupun kualitas tenaga. Pada tahun 2013 jumlah tenaga kesehatan PNS maupun Non-PNS secara keseluruhan baik medis, paramedis, teknisi medis maupun non medis adalah 775 orang

Tabel. 11  
Jumlah Tenaga Kesehatan

NO	Jenis Tenaga	Tahun 2013	Tahun 2014	Keterangan
1	Medis	41	41	
2	Perawat	329	329	
3	Bidan	197	197	
4	Farmasi	27	27	
5	Gizi	16	16	
6	Teknisi Medis	22	22	
7	Sanitasi	17	17	
8	Kesmas	24	24	
9	Non Kesehatan	102	102	
	Jumlah	775	775	

Sumber : *Profil Kesehatan Tahun 2014*

## **2) Sarana Kesehatan**

### **a). Pusat Kesehatan Masyarakat ( PUSKESMAS)**

Jumlah puskesmas di Kabupaten Bulungan sampai bulan Agustus 2014 sebanyak 12 puskesmas yang terdiri dari 8 unit puskesmas perawatan yaitu puskesmas Bumi Rahayu, puskesmas Tanjung Palas, puskesmas Tanjung Palas Utara, puskesmas Sekatak Buji, Puskesmas Bunyu, puskesmas Long Bia, puskesmas Long Beluah dan puskesmas Tanah Kuning. Dan 4 unit puskesmas non perawatan yaitu puskesmas Tanjung Selor, puskesmas Salimbatu, puskesmas Long Bang dan puskesmas Antutan. Untuk Tahun 2013 telah dikembangkan bangunan rawat jalan Puskesmas Long Tunggu, sehingga secara fisik jumlah puskesmas sampai bulan Agustus adalah 13 buah

### **b). Puskesmas Pembantu**

Jumlah puskesmas pembantu sampai akhir tahun 2014 adalah 36 Unit.

## **3). Posyandu**

Pada tahun 2013 terdapat 173 posyandu yang tersebar di Kabupaten Bulungan yang terdiri dari 11,49% Posyandu Pratama, 32,18% Posyandu Madya dan 19,54% Posyandu Mandiri. Rasio Posyandu per 100 balita di kabupaten Bulungan sebesar 1,29.

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

### **1. Evaluasi Kebijakan Program Perbaikan Gizi Masyarakat Pada Dinas Kesehatan Di Kabupaten Bulungan.**

#### **a. Indikator Input**

Input (masukan) kebijakan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan terdiri atas tiga yaitu *demands* dari masyarakat berupa pengetahuan, perilaku), sumber *resources* (sumber daya) yang terdiri atas tenaga, anggaran/dana dan sarana prasarana dan *supporting* (dukungan) dari DPRD dan Pemerintah Daerah dalam hal ini Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Bulungan.

#### **1). Demands (tuntutan-tuntutan)**

##### **a). Pencermatan dokumen**

Hasil riset kesehatan dasar yang dilakukan oleh Balai Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan (Balitbangkes) tahun 2013 yang memberikan hasil kasus gizi kurang di Kabupaten Bulungan masih rendah, dimana prevalensi gizi kurang sebesar 23,5% sementara target tahun 2015 sebesar 15,5. Hasil ini memberikan makna bahwa masih banyak terjadi kasus gizi kurang pada balita di Kabupaten Bulungan.

Berdasarkan hasil rekapitulasi beberapa usulan desa melalui musyawarah tingkat kecamatan yang diambil dari dari Sistem Perencanaan Pembangunan Daerah (SIPPD) kabupaten Bulungan menunjukkan adanya permintaan adanya makanan tambahan (PMT) yang ditujukan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan untuk dapat diakomodir sebagai masukan rencana kerja tahunan

Kemudian hasil pencermatan dokumen Profil Kesehatan tahun 2014, jumlah kunjungan anak balita di sarana kesehatan dasar, puskesmas dan posyandu sebesar 9.250 orang atau 68,1% dari jumlah keseluruhan 13.591 orang. Masih banyak ibu-ibu yang tidak tahu pentingnya menjaga kesehatan anak balitanya.

Hasil pencermatan dari dokumen menggambarkan adanya tuntutan dari masyarakat terhadap perbaikan gizi. Permintaan masyarakat terhadap makanan tambahan yang disalurkan melalui mekanisme usulan rencana kerja pembangunan daerah merupakan salah satu indikator adanya tuntutan atau kebutuhan masyarakat akan perbaikan gizi. Masih tingginya angka kasus balita gizi kurang di kabupaten Bulungan salah satu inputs penting bagi program perbaikan gizi masyarakat. Selain itu rendahnya minat masyarakat untuk memeriksakan balitanya ke sarana kesehatan salah satu isu yang menjadi perhatian pada program.

#### **b). Hasil Wawancara**

Selanjutnya petikan wawancara langsung dengan responden sebagai berikut :

Informan 6 (enam) :

“... daerah Sekatak dikenal suatu daerah yang cukup banyak kasus gizi buruk, sampai bulan ini itu ada sudah 6 orang gizi buruk itu yang marasmus, sebenarnya pendidikan mereka yang masih kurang sehingga tidak tahu mengenai gizi, karena mereka tinggalnya jauh di pedalaman”

Kemudian dari hasil wawancara keluarga yang anak balitanya menderita gizi buruk yang berasal dari daerah Sekatak .

Informan 11 (sebelas) :

“..kami ni tidak tahu menahu, maklumlah perempuan ini kurang pergaulan kurang pendidikan, kami tidak tahu penyakit ini nanti akan aku kasih tahu dorang disana ”

**c). Pembahasan :**

Menurut Easton dalam Rusli (2015 : 40) mengatakan “*public policy is the authoritative allocation of values for whole society*, yang dapat diartikan bahwa kebijakan publik adalah pengalokasian nilai-nilai secara sah kepada seluruh masyarakat”. Jones dalam Abidin (2002 : 19) kebijakan sebagai “*a course of behavioral consistency and repetitiveness ‘associated’ with and through government to resolve public problems*”.(perilaku yang tetap dan berulang dalam hubungan dengan usaha yang ada di dalam dan melalui pemerintah untuk memecahkan masalah umum). Wahab dalam Suharno (2013:32) mengemukakan “Kebijakan publik sebagai tindakan (politik) apapun yang diambil oleh pemerintah (pada semua level) dalam menyikapi sesuatu permasalahan yang terjadi dalam konteks atau lingkungan sistem”.

Definisi para ahli dapat dimaknai bahwa kebijakan publik diperlukan untuk mengalokasikan nilai-nilai yang sah kepada masyarakat. Nilai-nilai dalam bentuk program perbaikan gizi masyarakat sehubungan dengan adanya tuntutan dan permasalahan yang terjadi. Kebijakan publik merupakan tindakan pemerintah yang diperlukan untuk mengatasi permasalahan-permasalahan untuk kepentingan bersama. Sehubungan dengan kondisi yang ada, pemerintah berkewajiban untuk menyikapi permasalahan tersebut. Isu publik mengenai masih banyaknya jumlah balita gizi kurang dengan angka prevalensi tahun 2013 sebesar 23,5% dan kurang

mengetahuinya masyarakat tentang pentingnya kesehatan anak balita yang ditunjukkan dengan cakupan kunjungan balita ke sarana pelayanan kesehatan rendah dan adanya permintaan masyarakat terhadap bahan makanan tambahan sebagai usulan untuk memperbaiki gizi balita adalah *inputs* penting akan adanya suatu kebijakan atau program yaitu program perbaikan gizi masyarakat.

## **2).Sumber-sumber (*resources*)**

### **a). Ketenagaan**

#### **(1). Pencermatan dokumen**

Jumlah tenaga kesehatan gizi pada Dinas Kesehatan dan Puskesmas sampai dengan tahun 2014 berdasarkan data Profil Kesehatan tahun 2014 adalah 16 (enam belas) orang dengan 4 (empat) orang di Dinas Kesehatan dan 12 (dua belas orang) bertugas di 11 (sebelas) Puskesmas, dengan rincian 11 (sebelas) puskesmas telah memiliki tenaga gizi, dan masih ada satu puskesmas di puskesmas Long Bang yang belum memiliki tenaga gizi.

#### **(2). Hasil Wawancara**

Selanjutnya dilaksanakan wawancara langsung dengan informan terkait dengan sumber daya manusia khususnya tenaga kesehatan gizi.

Informan 1 (satu)

“ ... masing-masing puskesmas ditempatkan tenaga kesehatan gizi, karena masih kurang di setiap desa kita tempatkan bidan-bidan desa yang dapat memberikan pelayanan kesehatan khususnya anak balita”.

Informan 2 (dua)

“ .. untuk tenaga kesehatan disetiap desa-desa kita tempat tenaga bidan, karena masih kurang upaya kita menyekolahkan rekrutmen lokal dengan harapan setelah selesai dapat kembali ke daerahnya.”

Informan 3 (tiga) :

“...jumlah tenaga gizi yang ada di Kabupaten Bulungan kita masih kekurangan, dimana berjumlah enam belas orang, empat orang di Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan dan dua belas orang di puskesmas, kecuali di Puskesmas Long Bang yang masih belum memiliki tenaga gizi”

Informan 7 (tujuh)

“...satu orang tenaga teknis gizi menurut evaluasi kita untuk pengelola kegiatan satu kecamatan cenderung kewalahan, idealnya sih berjumlah dua orang, ya satu orang kegiatan diluar gedung dan satu orang perencanaan di puskesmas, namun satu orangpun sebenarnya bisa asalkan petugas kesehatan lainnya diberikan pelatihan dan pengetahuan tentang gizi”

Informan 8 (delapan)

“... jumlah tenaga gizi di puskesmas menurut beban kurang idealnya tiga orang, dua dalam gedung dan satu orang diluar gedung”.

### **(3). Pembahasan**

Jumlah tenaga kesehatan gizi serluruhnya 16 (enam belas) orang yang terbagi 4 (empat) orang di Dinas Kesehatan kabupaten Bulungan dan 12 (dua belas) orang di puskesmas. Kemudian mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 81 tahun 2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan SDM Kesehatan menggunakan metode rasio (*Ratio method*) terhadap 100.000

jumlah penduduk, maka rasio tenaga kesehatan gizi di Kabupaten Bulungan per 100.00 penduduk pada tahun 2014 adalah:

$$\frac{16}{165.563} \times 100.000 = 9,84$$

Sementara standar rasio tenaga kesehatan gizi adalah 22 per 100.000 penduduk, sehingga jumlah tenaga gizi sesuai standar adalah :

$$\frac{22}{100.000} \times 165.563 = 36,44$$

Bila dibandingkan jumlah tenaga gizi yang ada terhadap jumlah tenaga gizi sesuai dengan standar adalah prosentasenya adalah :

$$\frac{16}{36.44} \times 100\% = 43,91\%$$

Ini memberikan makna bahwa jumlah tenaga kesehatan gizi di Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan masih 43,91% dari standar atau masih membutuhkan sepuluh orang.

Menurut Katz dalam Abidin (2002 : 43) masukan atau inputs dalam kebijakan publik yang faktor pendukung (*supporting factors*) ini *human resources, finance, logistic, information, participation and legitimation*. Sedangkan Meter dan Horn dalam Suharno (2013 : 463 ) “Implementasi kebijakan perlu dukungan sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumber daya non-manusia. Kurangnya sumber daya akan menyulitkan implementasi kebijakan”. Definisi para ahli sebagaimana yang disebutkan diatas, secara umum faktor sumber daya manusia merupakan *inputs* penting terhadap pelaksanaan kebijakan publik atau program. Keberhasilan program sangat dipengaruhi dengan ketersediaan jumlah sumber daya manusia. Hasil perhitungan



rasio jumlah tenaga kesehatan gizi yang masih dibawah standar menunjukkan ketersediaan jumlah sumber daya manusia program masih belum memadai.

Ketersediaan jumlah sumber daya manusia sangat menentukan keberhasilan pelaksanaan kebijakan atau program. Program perbaikan gizi masyarakat selain dilaksanakan di dalam gedung puskesmas juga pelayanan luar gedung. Jumlah tenaga kesehatan gizi yang masih kurang akan menyulitkan dalam pelaksanaan program khususnya yang dilaksanakan di puskesmas-puskesmas. Berdasarkan hasil analisis, *inputs* sumber daya manusia merupakan salah satu faktor yang berpotensi terhadap keberhasilan dan kegagalan pelaksanaan program. Jumlah tenaga kesehatan gizi yang masih kurang dapat menjadi kendala dalam pelaksanaan program. Dalam kenyataannya pelaksanaan kegiatan tidak dapat dilaksanakan secara optimal, yang dapat dilihat dari hasil cakupan *output* program.

## **b). Anggaran / Dana**

### **(1). Pencermatan dokumen**

Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan tahun 2014 terdiri atas lima kegiatan dengan jumlah anggaran Rp 789.218.000,00. Sesuai dengan jenis pengeluaran, kegiatan berupa pengadaan barang atau fisik yang langsung dirasakan masyarakat sebanyak dua kegiatan yaitu : kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dan vitamin sebesar Rp 400.000.000,00 dan kegiatan Penanggulangan KEP, Anemia Gizi besi, GAKY, kurang vitamin A dan zat gizi mikro lainnya sebesar Rp 318,004.000,00 dengan anggaran keseluruhan Rp 718.404.000,00 atau sebesar 91% dari keseluruhan anggaran, sementara sisanya bersifat non fisik.

Anggaran Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan kabupaten Bulungan hasil pencermatan dokumen anggaran APBD tahun 2014, selain anggarannya melekat pada Dinas Kesehatan juga terdapat pada anggaran operasional pada 12 (duabelas) puskesmas. Jumlah anggaran operasional program berdasarkan dokumen anggaran tahun 2014 adalah Rp 1.251.250,00 yang meliputi 4 (empat) bidang atau program. Khusus untuk program yang merupakan upaya perbaikan gizi masyarakat adalah sebagai berikut :

Tabel 12  
Jumlah Anggaran Perbaikan /Gzi  
(Hasil review anggaran operasional Puskesmas)  
Tahun Anggaran 2014

No	Nama Puskesmas	Jumlah Anggaran Dalam (Rp)	Keterangan
1	Tanjung Palas	26.280.000,00	
2	Tanjung Palas Utara	54.720.000,00	
3	Sekatak	40.040.000,00	
4	Salimbatu	41.000.000,00	
5	Tanjung Selor	53.600.000,00	
6	Bumi Rahayu (KM 9)	25.560.000,00	
7	Long /Bia	50.500.000,00	
8	Long Bang	19.060.000,00	
9	Tanah Kuning	43.400.000,00	
10	Bunyu	27.000.000,00	
11	Antutan	9.500.000,00	
12	Long Beluah	17.810.000,00	
	Jumlah	417.470.000,00	

Sumber : *DPA Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan T.A. 2014*

Jumlah total anggaran program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan tahun 2014 baik dari Dinas Kesehatan dan Operasional Puskesmas adalah Rp 789.218.000,00. + Rp 417.470.000,00 = Rp 1.206.680.000,00.

**(2). Hasil wawancara:**

Informan 1 (satu) :

“...untuk penanggulangan gizi buruk kita sudah mengalokasi satu milyar untuk pengadaan makanan tambahan diluar kegiatan program program pemberdayaan”.

Informan 2 (dua) :

“...untuk ibu hamil pemberian PMT dan KEK kita masih kekurangan sesuai kasusnya, anggaran selama ini masih kurang, selama ini kita masukan sekian anggarannya tapi realisasinya yang masih kurang”.

Informan 3 (tiga)

“ lagi-lagi kita terbatasnya anggaran terutama bagi peningkatan SDM, kegiatan kita masih terbatas pada kelompok-kelompok tertentu, dari program yang ada belum menampung semua rencana karena terbatasnya anggaran”

Informan 6 (enam)

“ untuk pengadaan makanan tambahan, PMT untuk wilayah kami masih tidak kontinu, kadang waktu dibutuhkan tidak ada”

Informan 8 (delapan)

“...kalau PMT sih kami sudah cukup tetapi untuk kegiatan pemberdayaan seperti penyuluhan kami menggunakan biaya sendiri, karena tidak ada anggaran”.

Hasil wawancara secara umum mengemukakan bahwa sumber daya program perbaikan gizi masyarakat di kabupaten Bulungan masih terbatas. Kenyataan yang ditemui menunjukkan bahwa terdapat kegiatan-kegiatan program

seperti pengadaan makanan tambahan/PMT, KEK, dan kegiatan-kegiatan pemberdayaan atau penyuluhan yang kurang maksimal.

### **(3). Pembahasan**

Wildavsky (1979) dalam Purwanto dan Sulistyastuti (2012 : 86), mengemukakan “Suatu kebijakan atau program tidak akan dapat mencapai tujuan atau sasaran tanpa dukungan anggaran yang memadai”. Sedangkan menurut Suharno (2013 : 174) “Sumber daya keuangan adalah faktor krusial untuk setiap program. Karena bagaimanapun dalam tahapan implementasi kebijakan akan membutuhkan biaya operasional”. Definisi para ahli tersebut diatas menyatakan bahwa pentingnya ketersediaan sumber daya keuangan dalam pelaksanaan kebijakan/program. Sumber daya keuangan merupakan faktor krusial dalam pelaksanaan program. Operasional kegiatan program sangat memerlukan biaya operasional. Jumlah anggaran program 91% digunakan untuk pengadaan makanan tambahan, namun dalam kenyataannya masih belum terpenuhi secara optimal. Kondisi ini mengindikasikan bahwa ketersediaan alokasi anggaran program masih belum cukup memadai. Selain itu, masih ada puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan program berupa penyuluhan yang pembiayaannya diluar anggaran program yang tersedia.

#### **c) Sarana prasarana**

##### **(1) Hasil observasi**

Hasil observasi di lapangan, sarana dan prasarana yang digunakan untuk program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan berada di puskesmas-puskesmas. Laboratorium puskesmas seluruhnya tidak dilengkapi peralatan khusus pemeriksaan kesehatan terkait gizi. Sarana prasarana

yang dimiliki hanya peralatan untuk kegiatan penyuluhan, dan pemantauan berat badan atau timbangan serta pengukur tinggi badan, untuk peralatan penunjang pemeriksaan laboratorium masih banyak puskesmas yang belum memiliki.

## (2). Hasil wawancara

Informasi 2 (dua) :

“...jumlah sarana prasarana kita terbatas, ya untuk kegiatan penyuluhan sedangkan untuk kegiatan pemeriksaan masih sangat kurang”

Informan 3 (tiga)

“..dari usulan teman-teman puskesmas untuk pemenuhan prasarana penunjang program terutama peralatan laboratorium, karena terbatasnya anggaran, dari semua usulan itu belum dapat terpenuhi”.

Informan 7 (tujuh)

“..sarana pelayanan gizi, laboratorium puskesmas kita terbatas karena masih kearah laboratorium klinis, kalo untuk sarana luar penyuluhan tidak masalah kita bisa menggunakan alat promkes yang lain”.

## (3). Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan sarana prasarana kebijakan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan masih kurang, khususnya sarana laboratorium puskesmas yang kurang dilengkapi dengan peralatan pemeriksaan gizi. Menurut Katz dalam Abidin (2002 : 43) masukan atau *inputs* dalam kebijakan publik yang faktor pendukung (*supporting factors*) ini *human resources, finance, logistic, information, participation and legitimation*. Logistik dalam pengertian ini adalah ketersediaan sarana prasarana kebijakan. Subarsono dalam Suharno ( 2013 : 21) mengemukakan ” kinerja suatu

kebijakan akan ditentukan oleh sumber daya finansial, material, infrastruktur lainnya”. Menurut pendapat para ahli ketersediaan sarana prasarana sangat penting karena merupakan *inputs* atau faktor pendukung kebijakan dan dapat mempengaruhi kinerja kebijakan.

Jumlah sarana dan prasarana penunjang kegiatan khususnya peralatan laboratorium masih belum memadai. Kondisi ini tentunya dapat menghambat kegiatan khususnya pemantauan status gizi masyarakat yang dilaksanakan melalui alat laboratorium. Penyebab adanya kurang gizi dapat dideteksi secara langsung maupun tidak langsung. Untuk kasus-kasus tertentu sangat membutuhkan peralatan penunjang laboratorium. Oleh karena itu keterbatasan sarana prasarana penunjang program akan menghambat tujuan dan sasaran tidak sesuai dengan yang diharapkan.

### **c).Supporting (dukungan)**

*Supporting* (dukungan) merupakan dukungan terhadap kebijakan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan.

#### **(1). Hasil wawancara**

Informan 4 (empat) :

“...kalau untuk kabupaten, kabupaten.Bulungan khususnya ya, itu kebijakan masalah baik SDM, SDM itu karena luas, dan kesehatan maupun dari pendidikan, kita tetap fokus artinya dukungan terhadap kesehatan, karena gizi merupakan salah indikator dari SDM tentunya itu mendapat prioritas utama disamping prioritas infrastruktur lainnya tapi untuk kesehatan masih prioritas utama, konsekuensinya pendanaan kita fokus baik APBD maupun bantuan keuangan propinsi”

Selanjutnya dilakukan wawancara pada informan lainnya sebagai berikut :

## Informan 5 (lima)

“...kaitannya dengan supporting anggaran kita DPRD Kabupaten Bulungan dan pemerintah Bulungan sektor kesehatan selama ini tidak pernah kita pelototi karena untuk menyangkut hajat hidup orang banyak masalah kesehatan ini, jadi APBD Dinas Kesehatan pada prinsipnya kita tidak terlalu membahas secara detail, artinya kita percaya pada dinas teknis karena ya itu menyangkut hajat hidup orang banyak dan masalah gizi buruk selama ini plafon anggaran tidak pernah kita pangkas, artinya kita konsen”.

### (2). Pembahasan

Menurut Viney dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 : 3.30)

“Power atau kekuasaan atau sekelompok aktor sangat berpengaruh dalam pembentukan jejaring kebijakan”. Jones dalam Abidin (2002:143) mengemukakan “Kebijakan adalah tidak seluruh pertimbangan (perhitungan) dalam perumusan kebijakan dipusatkan pada apa masalahnya dan bagaimana mengatasinya, tetapi juga pada apa masalahnya mendapat dukungan atau legitimasi bagi kebijakan”. Berdasarkan pendapat para ahli sebagaimana tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa dukungan dari aktor-aktor kebijakan yang berkompeten sangat diperlukan untuk keberhasilan sebuah program. Hasil wawancara menunjukkan adanya komitmen yang kuat baik dari pemerintah daerah maupun legislatif. Pemerintah daerah kabupaten Bulungan memberikan prioritas utama dalam kebijakan pembangunan daerah. Hal ini karena program perbaikan gizi masyarakat merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari upaya pemerintah daerah untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Bentuk komitmen juga diperlihatkan dari salah satu anggota DPRD sekaligus Wakil Ketua DPRD kabupaten Bulungan yang secara terang menyatakan komitmennya terhadap upaya perbaikan gizi masyarakat. Pernyataannya terkait dengan

kebijakan anggaran merupakan salah satu bukti adanya dukungan yang besar terhadap program ini.

## **b. Indikator Proses**

Indikator proses adalah cara-cara yang digunakan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan untuk mencapai tujuan dan sasaran. Adapun proses untuk melaksanakan kegiatan program meliputi beberapa tahapan, antara lain tahapan perencanaan, tahapan pengorganisasian, tahapan aksi atau pelaksanaan, dan tahap evaluasi.

### **1). Tahap Perencanaan**

#### **a). Tujuan program**

##### **(1) Hasil Wawancara**

Informan 1 (satu)

“ e..jadi dinas kesehatan untuk penanggulangan gizi buruk kita mengacu pada *millenium development goals*, poin pertama menurunkan angka kemiskinan, e sedangkan menurunkan angka kemiskinan salah satu satunya adalah dengan meningkatkan gizi masyarakat, bagaimana orang miskin tidak mengalami kekurangan gizi, sehingga di program kesehatan khususnya di bidang kesehatan masyarakat ada seksi kesehatan keluarga, seksi KIA dan gizi, yang sudah dilaksanakan yang pertama setiap puskesmas ditempatkan tenaga yang ahli puskesmas, tetapi tidak dapat dikerjakan satu orang yang ahli dalam bidang gizi dibantu dengan program posyandu, dimana teman-teman puskesmas melalui pelayanan kesehatan dapat ikut membantu memberikan penyuluhan.Kasus gizi kurang bukan karena mereka tidak makan, untuk kondisi Bulungan ini ketersediaan sumber makanan protein sepertinya cukup, ada kebijakan pemerintah tentang raskin, daging dapat mereka cara dengan berburu seperti payau. Tingkat pendidikan yang masih kurang rata-rata masih banyak sekolah dasar sehingga belum mengetahui gizi seimbang dan bisa jadi karena penyakit dan perilaku masyarakat hidup bersih dan sehat masih kurang, masih buang air besar sembarang yang menyebabkan penyakit diare dan kekurangan gizi”.



## Informan 2 (dua)

“... jadi untuk kabupaten bulungan memang situasi kondisi masalah kesehatan dari hasil riskesdas 2007 itu kita masuk daerah bermasalah kesehatan, dari hasil evaluasi itu kita kan demands kebutuhan dari masyarakat utama perlu pelayanan kesehatan, permasalahan gizi masalah kurang gizi, terutama permasalahan pelayanan ibu dan anak, permasalahan promosi kesehatan yang merupakan unggulan dicarikan jalan pemecahannya.”.

### (2). Pembahasan

Menurut Amara dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 :1.6)

suatu kebijakan memuat 3 (tiga) elemen yaitu :

- 1). Identifikasi dari tujuan yang ingin dicapai
- 2).Taktik atas strategi dari berbagai langkah untuk mencapai tujuan yang diinginkan
- 3).Penyediaan berbagai input untuk memungkinkan pelaksanaan secara nyata

Kemudian menurut Rusli (2015:85) “Dalam proses pelaksanaan itu diperlukan berbagai aktivitas termasuk penyiapan, pelaksanaan, sosialisasi, peningkatan kapasitas (*capacity buliding*) dari pihak pelaksana terutama (aparatur pemerintah)”. Berdasarkan pendapat para ahli sebagaimana tersebut diatas, sebuah kebijakan atau program, tujuan yang ingin dicapai merupakan elemen penting dalam mempersiapkan langkah-langkah pelaksanaan.

Proses pelaksanaan tahap penyiapan termasuk aktivitas perencanaan tujuan program. Rencana tujuan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabuapten Bulungan berdasarkan hasil wawancara adalah menanggulangi kasus gizi kurang atau gizi buruk melalui peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak dan promosi kesehatan. Rumusan tujuan ini didasarkan dari evaluasi hasil riskesdas tahun 2007 dan tuntutan terhadap pelayanan kesehatan ibu dan anak.

## (b) Rencana program

Informan 3 (tiga) :

“...perencanaan Program Perbaikan Gizi Masyarakat memang kita susun dari data-data dari indikator-indikator hasil capaian program yang telah dicapai sebelumnya, belum berdasarkan analisa permasalahan, intinya berangkat dari capaian program yang belum tercapai untuk menentukan prioritas kegiatan dan kegiatan yang kita rencana berdasarkan renstra yang kita buat, kebanyakan usulan-usulan dari puskesmas belum banyak dipenuhi karena keterbatasan anggaran dan usulan masyarakat melalui musrenbang berupa PMT (Pemberian Makanan Tambahan)”

Informan 7 (tujuh) :

“...perencanaan kita masih lemah, bagaimana menganalisis akar permasalahan kita masih belum tajam, jadi kebanyakan perencanaan e.. sifatnya situasional saja secara global saja kalau perencanaan PMT kebanyakan dari masyarakat..”

Informan 8 (delapan) :

“...e..kalau usulan PMT (Pemberian Makanan Tambahan) kami tidak memberikan masukan melalui musrenbang, dinas sendiri yang tahu, bukan kita, kami tidak tahu kok ujung-ujung ada gitu”

Informan 9 (sembilan) :

...kalau desa-desa mengusulkan PMT di Musrenbang kecamatan, cuman realisasinya kami belum tahu”

## (2).Pembahasan

Rawls dalam Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 : 3.27) mengemukakan “kebijakan yang tidak melibatkan *stakeholders* dapat menimbulkan kesenjangan dalam keadilan sosial (*social equity* atau *justice as fairness*)”. Huntington dan Nelson dalam Abidin (2002 : 84) mengemukakan

“kebijakan yang dianggap tepat dapat menjawab tuntutan masyarakat akan mendapat dukungan, sebaliknya konsekwensi dari kebijakan dapat diamati secara jelas dalam masyarakat”. Undang-Undang Nomor 25 tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional pasal 7 (tujuh) ayat 2 (dua) yaitu : Renja-SKPD disusun berpedoman kepada Renstra SKPD dan kepada RKP memuat kebijakan, program dan kegiatan pembangunan baik yang dilaksanakan langsung oleh pemerintah dan maupun yang akan ditempuh dengan mendorong pasitpasi masyarakat.

Perencanaan program untuk pengadaan makanan tambahan (PMT) merupakan partisipasi dari masyarakat, artinya rencana kegiatan berdasarkan usulan dari masyarakat melalui musyawarah rencana pembangunan (musrenbang) tingkat kecamatan. Secara mekanisme sudah sesuai dengan teori-teori yang dikemukakan para ahli dan Undang-undangan nomor 25 tahun 2015 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional mengamanatkan bahwa perlu adanya partisipasi publik. Namun, puskesmas tidak dilibatkan dari rencana program pemberian makanan tambahan (PMT), dalam kenyataannya seluruh puskesmas tidak mengetahui adanya program kegiatan pemberian makanan tambahan (PMT). Kondisi ini akan memberikan pengaruh terhadap pelaksanaan program karena kurang melibatkan puskesmas-puskesmas dari aspek perencanaan.

Perencanaan program tidak didukung dengan data atau informasi hasil dari analisis permasalahan. Usulan-usulan dari puskesmas yang merupakan perwujudan adanya suatu permasalahan belum banyak yang terpenuhi. Selain itu dari perencanaan program di puskesmas sendiri juga masih lemah. Perencanaan program bersifat situasional, yang kurang menyentuh upaya penanggulangan akar

permasalahan. Kondisi ini akan mempengaruhi keberhasilan program yang ditandai dengan capaian program yang tidak memenuhi standar.

### **b).Pengorganisasian**

Pengorganisasian Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan, meliputi pembagian tugas, pengelompokan kerja, koordinasi dan prosedur kerja.

#### **(1). Hasil wawancara**

Informan 1 (pertama)

“...di program kesehatan khususnya di bidang kesehatan masyarakat ada seksi kesehatan keluarga, seksi KIA dan gizi, yang sudah dilaksanakan yang pertama setiap puskesmas ditempatkan tenaga yang ahli puskesmas, tetapi tidak dapat dikerjakan satu orang yang ahli dalam bidang gizi dibantu dengan program posyandu, dimana teman-teman puskesmas melalui pelayanan kesehatan dapat ikut membantu memberikan penyuluhan..”

Informan 3 (tiga) :

“... pelaksanaan program masih berjalan sendiri sendiri, dinas dan puskesmas, kurangnya koordinasi, memang kalau tim kita tidak punya, namun setiap puskesmas dan kecamatan kita bentuk daerah binaan gizi”.

Informan 8 (delapan) :

“... kita punya pos penimbangan bergerak, diluar jam kerja merupakan salah satu upaya kami untuk pendekatan masyarakat yang tidak mau ke posyandu, ini bukan program dinas tetapi puskesmas tanpa ada anggaran”.

Informan 7 (tujuh) :

“ ...dari dinas kesehatan pembinaan yang dilakukan biasanya masalah teknis, tidak pernah persoalan manajemen”.

## (2). Pembahasan

Menurut Suwitri, Purnawaeni dan Krismartini (2014 : 3.2), organisasi publik sangat bergantung pada stakeholdernya dalam memenuhi kebutuhan organisasinya. Karena itu setiap kebijakan publik dari suatu organisasi publik harus melibatkan stakeholdernya dalam setiap siklus tahap kehidupan. Kemudian menurut Hogwood dan Gun dalam Purwanto dan Sulistyastuti (2002 : 15), *perfect implementation* tidak pernah terwujud diantaranya disebabkan jarang ada suatu kondisi terjadinya komunikasi dan koordinasi yang sempurna. Sedangkan Gullich dalam Sule dan Saiffulah (2009 :10), memadam bahwa koordinasi merupakan fungsi yang harus dilakukan oleh orang-orang dalam organisasi agar dapat meraih tujuan. Menurut Stoner, Freeman, dan Gilbert dalam Sule dan Saiffulah (2009 :153), ada empat pilar (*building block*) yang menjadi dasar untuk melakukan proses pengorganisasian, yaitu pembagian kerja (*division of work*), pengelompokan pekerjaan (*departmentalization*), penentuan relasi antar bagian dalam organisasi (*hierarky*) dan penentuan mekanisme untuk mengintegrasikan aktivitas antar bagian dalam organisasi atau koordinasi (*coordination*). Secara umum menurut pendapat para ahli sebagaimana tersebut diatas, dalam pelaksanaan program sangat diperlukan pengorganisasian dengan baik. Pembagian tugas dan kewenangan dilakukan secara jelas, adanya pengelompokan kerja, sistem koordinasi antar bagian dalam organisasi dan memiliki prosedur tetap yang jelas.

Pelaksanaan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan dilaksanakan dengan tidak adanya pembagian tugas secara jelas antara tugas Dinas Kesehatan dan Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan. Pelaksanaan program berjalan sendiri-sendiri, sehingga

menyulitkan sistem koordinasi dan komunikasi. Penyampaian laporan kegiatan tidak tertib dan sering mengalami keterlambatan. Pengelompokan kegiatan masih belum konsisten sesuai dengan tugas pokok organisasi. Belum memiliki prosedur tetap secara tertulis terkait dengan pelaksanaan program.

### **c). Pelaksanaan**

Pelaksanaan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan kabupaten Bulungan meliputi penanggulangan kasus gizi kurang melalui kegiatan pemberian makanan tambahan dan vitamin (PMT) dan pelayanan Trefeeding Center (TFC), yaitu unit pemulihan/ pengobatan balita gizi buruk. Disamping itu pelaksanaan pemberdayaan berupa penyuluhan-penyuluhan.

#### **(1). Hasil Wawancara**

Informan 1 (pertama) :

“ ... kami untuk pananggulangan kasus gizi buruk, pertama memberikan pengetahuan masyarakat mengenai perlunya gizi seimbang dengan menempatkan tenaga kesehatan didesa-desa untuk memberikan pelayanan kesehatan, dan setiap puskesmas terdapat tenaga ahli gizi yang dapat memberikan pelayanan gizi dan penyuluhan diluar gedung, kedua membantu mereka yang bayi balita kekurangan gizi untuk dapat dirawat melalui TFC”.

Informan 2 (kedua) :

“... untuk upaya penanganan masalah gizi kita sudah mengeluarkan kebijakan untuk membentuk TFC melalui proses yang panjang, akhirnya kita membangun TFC terutama untuk penanganan masalah gizi kurang, kemudian untuk penanganan AKI upaya-upaya yang dilaksanakan dengan menyekolahkan, rekrutmen lokal, sekolah khusus upaya-upaya peningkatan kualitas SDM, upaya-upaya pelatihan-pelatihan dan pembentukan puskesmas poned”.

Informan 3 (tiga) :

“... jadi kegiatan kita setiap tahun ada kegiatan soasiliasi program gizi ke masyarakat yang dilaksanakan oleh dinas dan puskesmas, kita lebih banyak bergerak pada upaya promotif ini kita lakukan bekerjasama PKK desa. Untuk Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dan vitamin

sasaran kita adalah bayi balita gakin yang rentan terhadap kasus gizi buruk dan ibu hamil”

Informan 7 (tujuh)

“...pemberdayaan yang dilakukan oleh puskesmas sebatas penyuluhan melalui kegiatan posyandu dan pemberian makanan tambahan (PMT) sasarannya diberikan ternyata dilapangan diberikan balita non gakin dan kepada anak-anak sekolah yang dikelola PKK. Hal ini ternyata dikarenakan balita yang mengalami masalah gizi justru pada bayi balita non gakin”

Informan 8 (delapan) :

“...belum ada sosialisasi program gizi dari dinas, sehingga kami tidak tahu kegiatan dinas yang dilaksanakan oleh puskesmas, kecuali PMT setau saya kami tidak ada program pemberdayaan masyarakat dari Dinas yang dilaksanakan puskesmas cuman PMT aja, yang kami lakukan kegiatan pemberdayaan masyarakat dari biaya operasional puskesmas sendiri”.

Informan 7 (tujuh) :

“ ...dari dinas kesehatan pembinaan yang dilakukan biasanya masalah teknis, tidak pernah persoalan manajemen, lokakarya mini yang dilaksanakan tidak untuk berjalan efektif karena membahas seluruh program tidak fokus pada permasalahan satu program”.

Informan 9 (sembilan) :

“tindak lanjut kasus gizi buruk kadang-kadang untuk penanganan gizi buruk suplemennya kurang”

Informan 10 (sepuluh)

“..pelayanan TFC selama ini e.. bagus aja, lancar aja pasiennya rawan jalan juga rawat inap bila pasiennya tidak mau dirawat kami mendatangi ke rumahnya, obat-obatan ada, susu dari Dinas Kesehatan. Kendala kami susu

yang diberikan tidak cocok dengan kondisi pasien, sudah diusulkan ke Dinas Kesehatan”.

## **(2).Pembahasan**

Menurut Rusli (2015:85) “ Dalam proses pelaksanaan itu diperlukan berbagai aktivitas termasuk penyiapan, pelaksanaan, sosialisasi, peningkatan kapasitas (*capacity buliding*) dari pihak pelaksana terutama (aparatur pemerintah)”. Pendapat ahli mengemukakan bahwan untuk pelaksanaan program perlu adanya sosialisasi dan peningkatan kapasitas pelaksana program. Sosialisasi program perbaikan gizi masyarakat telah dilakukan baik dari Dinas Kesehatan maupun oleh puskesmas-puskesmas. Pengalokasian nilai-nilai program perbaikan gizi dilakukan melalui penyuluhan-penyuluhan. Namun dalam pelaksanaan kegiatan sosialisasi dilaksanakan tanpa adanya koordinasi, masing-masing Dinas Kesehatan dan Puskesmas melaksanakan sendiri-sendiri, dalam kenyataanya masih ada puskesmas yang belum memahami program dari Dinas Kesehatan kecuali program pemberian makanan tambahan (PMT).

Upaya meningkatkan kapasitas pelaksana program telah dilaksanakan, namun dari hasil diskusi masih terbatas. Pelatihan tenaga pelaksana program masih belum seluruhnya dilakukan. Peningkatan *capacity buliding* melalui pengembangan pengetahuan petugas masih terbatas pada tenaga kesehatan, seperti bidan, perawat yang ditujukan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Untuk program pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan gizi masih belum seluruhnya tenaga yang ada mendapatkan pendidikan dan pelatihan.

Stiek dan Eagle (2005) dalam Purwanto dan Sulistyastuti (2012 : 84) mengemukakan“Pentingnya keterlibatan masyarakat dalam proses implementasi.



Keterlibatan masyarakat seharusnya dipahami lebih dari sekedar adanya kebutuhan atau tuntutan demokrasi. Keterlibatan masyarakat memiliki makna yang lebih tinggi yaitu sebagai media pembelajaran bersama antara pemerintah dengan masyarakat.” Kader-kader kesehatan yang diambil dari masyarakat bekerja sama dengan PKK desa sebagai kader posyandu merupakan upaya melibatkan masyarakat dalam rangka pelaksanaan program. Hal ini merupakan upaya pemberdayaan masyarakat dalam rangka program perbaikan gizi masyarakat. Melalui kader-kader ini pesan program dapat disampaikan lebih efektif.

Perumusan tujuan dan sasaran program yang belum tersosialisasikan dengan baik, mengakibatkan terjadinya penyimpangan sasaran. Disamping itu adanya penundaan atau keterlambatan faktor *inputs* sehingga mengganggu pelayanan. Hal ini terjadi pada pelaksanaan pemberian supplement. Pelaksanaan pemulihan gizi buruk secara umum sudah berjalan dengan baik. Penyediaan susu bagi balita perlu mendapat perhatian agar dapat sesuai dengan kebutuhan pasien.

#### **d). Evaluasi**

Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan, penelitian dilakukan dengan wawancara langsung dari penanggung jawab program di Dinas Kesehatan dan puskesmas.

##### **(1). Hasil Wawancara**

Informan 1 (satu)

“... evaluasi program kami laksanakan untuk seluruh program-program di Dinas Kesehatan, namun untuk kasus gizi kurang atau gizi buruk kita sudah melakukan evaluasi semenjak Bulungan disebut sebagai

penyumbang kasus gizi buruk tahun 2007 untuk propinsi kaltim sekarang kaltara”.

Informan 2 (dua)

“.. proses panjang telah dilalui sejak tahun 2007.. ee ya itu dengan adanya pembangunan TFC merupakan hasil evaluasi yang telah dilakukan, tapi untuk evaluasi program tahunan dilaksanakan setahun sekali karena keterbatasan anggaran”

Informan 3 (ketiga) :

“...evaluasi program memang kita dilakukan setahun kita lakukan sekali melalui pertemuan petugas gizi puskesmas sekali karena keterbatasan anggaran APBD, dan faktor geografis kalau kita memanggil untuk pertemuan membutuhkan biaya besar, selama ini kita lakukan setahun sekali ”.

Informan 7 (tujuh)

“...pemantauan di puskesmas rutin dilakukan, mengundang para kader, pengendalian lebih dilakukan pada pertemuan kader, dan supervisi oleh Dinas Kesehatan lebih pada pelaporan ada *feedbacknya*, kalo dari program agak masalah teknis, tidak pernah persoalan manajemen”.

Informan 8 (delapan)

“ ...puskesmas jarang dikunjungi, mungkin karena puskesmas kami letaknya dekat, hanya meminta laporan, kalau pertemuan ada setahun sekali”.

## (2).Pembahasan

Menurut Dunn dalam Abidin (2002 : 212) “ fungsi monitoring adalah untuk menjawab pertanyaan tentang apa yang terjadi dalam proses pelaksanaan, bagaimana terjadi dan mengapa, ‘*What happened, how and why*’, sementara evaluasi akhir untuk menjawab persoalan tentang perubahan-perubahan apa yang telah terjadi”. Berdasarkan pendapat ahli, pada pelaksanaan program perlu dilakukan monitoring untuk mengetahui segala sesuai yang terjadi selama dalam proses pelaksanaan dan evaluasi akhir diperlukan untuk melihat perubahan-perubahan yang terjadi dengan adanya kebijakan atau program.

Proses pelaksanaan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan berdasarkan hasil pengamatan, jarang dilakukan monitoring baik dari puskesmas maupun oleh Dinas Kesehatan. Monitoring yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan untuk satu wilayah kecamatan hanya sekali. Kegiatan monitoring oleh Dinas Kesehatan dengan mengunjungi ke puskesmas-puskesmas yang lebih menekankan pada pelaporan. Permasalahan-permasalahan yang ada selama proses pelaksanaan program di puskesmas-puskesmas dilaksanakan setahun sekali pada tahap evaluasi akhir tahun.

Kurangnya monitoring dan evaluasi, dalam kenyataannya ditemukan beberapa sasaran kegiatan program tidak sesuai dengan yang direncanakan. Penyediaan PMT yang distribusinya dilakukan oleh puskesmas-puskesmas berjalan tidak kontinue, masih ditemukan keterlambatan dan kekurangan bahan sesuai yang dibutuhkan. Penundaan dan ketidaktepatan sasaran program mengakibatkan capaian output tidak sesuai dengan yang direncanakan.

### c. Output

Program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan, berdasarkan dokumen pelaksanaan kegiatan (DPA) Tahun 2013 dan 2014 meliputi beberapa kegiatan sebagai berikut :

1. Kegiatan penyusunan peta informasi masyarakat kurang gizi
2. Kegiatan pemberian tambahan makanan dan vitamin
3. Penanggulangan kurang energi protein (KEP), anemia gizi, besi, gangguan akibat kurangnya yodium (GAKY), kurang vitamin A, dan kekurangan zat gizi mikro lainnya.
4. Pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi
5. Penanggulangan gizi lebih.

*Output* yang dihasilkan dari kegiatan-kegiatan yang diterima oleh masyarakat adalah pemberian makanan tambahan (PMT) dan makanan pendamping pengganti ASI, pemberian vitamin A, zat gizi Fe pada ibu hamil, garam beryodium. Untuk kegiatan pelayanan berupa penyuluhan-penyuluhan kepada masyarakat, pemulihan dan perawatan kasus gizi buruk dan pelayanan kesehatan termasuk penimbangan bayi. Capaian kegiatan yang dihasilkan berdasarkan target rencana program berdasarkan laporan dari Bidang Kesehatan Masyarakat khususnya Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan tahun 2013 dan 2014 yang merupakan output sebagaimana dalam tabel berikut :

**Tabel 13**  
 Data Capaian Sasaran Kegiatan Program Perbaikan Gizi  
 Masyarakat Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan  
 Tahun 2013 dan 2014

No	Indikator Kinerja	Realisasi tahun 2013	Target tahun 2014	Realisasi tahun 2014	% Capaian
1	Cakupan balita usia 6-24 bulan gakin yg mendapatkan Makanan Pendamping (MP) Air Susu Ibu (ASI)	100%	100%	84%	84%
2	Cakupan rumah tangga mengkonsumsi garam beryodium	99,9%	85%	86%	102%
3	Cakupan bayi/balita mendapatkan kapsul vit.A	84%	83%	64,78%	78%
4	Cakupan ibu hamil yg mendapatkan vitamin Fe tablet	93%	81%	91,31%	113%
5	Cakupan Puskesmas yg melaksanakan surveilans gizi	100%	100%	100%	100%
6	Cakupan balita yg ditimbang berat badannya (D/S)	49,40%	80%	46%	58%
7	Cakupan bayi usia 0 - 6 bulan mendapat ASI eksklusif	64,05%	75%	68,16%	91%
8	Cakupan balita gizi buruk yang mendapat perawatan	100%	100%	100%	100%

Sumber : *Laporan Bidang Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan Tahun 2014*

Dari Tabel hasil evaluasi capaian kinerja program untuk indikator MP ASI balita usia 6 – 24 bulan target adalah sebesar 100% atau 750 balita gakin, namun cakupan di Kabupaten Bulungan tahun 2014 hanya mencapai 84% atau sebanyak 630 balita mengalami penurunan dibandingkan tahun 2013 telah mencapai 100%. Selanjutnya cakupan rumah tangga yang mengkonsumsi garam beryodium dari hasil pemantauan pada tahun 2013 adalah sebesar 99,9% sementara untuk tahun 2014 dari target 85% pencapaian juga telah memenuhi yaitu sebesar 86%. Hal ini menggambarkan dari target sampel 900 rumah tangga, 86% telah mengkonsumsi garam beryodium atau 774 rumah tangga

Untuk data cakupan bayi/balita yang mendapat kapsul vitamin A masih dibawah target 83% dengan capaian tahun 2014 sebesar 64,78%. Cakupan ibu hamil yang mendapatkan vitamin Fe tahun 2014 telah melampaui target 81% dengan realisasi sebesar 91,3 % dengan prosentse pencapaian 119%. Untuk cakupan Puskesmas yang melakukan survailens gizi telah mencapai target 100%.

Cakupan data balita yang ditimbang di Posyandu (D/S) tahun 2013 besarnya 49,49 % dibawah target 75%, sementara pencapaian tahun 2014 dari target sebesar 80% pencapaiannya yaitu sebesar 58%. Cakupan bayi yang mendapat ASI eksklusif didapatkan hasil realisasinya sebesar 64,05% dibawah target yaitu 75%. Sedangkan data cakupan untuk balita dengan gizi buruk yang mendapat perawatan telah mencapai target 100%.

Berdasarkan tingkat capaian indikator sasaran yang berjumlah 7 (tujuh) indikator outputs yang belum mencapai target sasaran adalah :

- 1). Cakupan balita usia 6-24 bulan gakin yang mendapatkan makanan pendamping (MP) Air Susu Ibu (ASI)
- 2). Cakupan bayi/balita mendapatkan kapsul vit.A
- 3). Cakupan balita yg ditimbang berat badannya (D/S)
- 4). Cakupan bayi usia 0 - 6 bulan mendapat ASI eksklusif.

Sehingga prosentase capaian *output* program dari 7 (tujuh) indikator, 4 indikator atau 57,1% belum mencapai target. Hal ini memberikan makna bahwa program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan belum responsif. Sebagaimana evaluasi kebijakan kriteria Dunn dalam Rusli (2015 :123) "*Responsiveness*, penilaian terhadap resposiveness ditujukan untuk mengatahui

hasil rencana/kegiatan/kebijaksanaan sesuai dengan preferensi/keinginan dari target grup”.

#### **d. Environments (lingkungan)**

Faktor – faktor lingkungan yang berpengaruh terhadap kebijakan program perbaikan gizi masyarakat, dari hasil wawancara sebagai berikut :

##### **1). Hasil Wawancara :**

Inoforman 6 (enam)

“ e... dari segi sosial ekononomi masyarakat pertemuan-pertemuan lintas sektor, sekolah-sekolah kasus gizi buruk tidak disebabkan sosial ekonomi saja tetapi pendidikan juga sangat berpengaruh dan segi geografis yang sulit dijangkau pelayanan kesehatan.”

Informan 11 (sebelas)

“ ..penyakit ini namanya penyakit karena ilmu hitam, penyakit buyuh nih, ada buyuh putih dan buyuh hitam, kalau buyuh hitam pucat tidak ngembang macam ada yang mengganggu, anaknya Abidin ia juga macam apa aja.. macam anak hamba besar kepalanya kurus badannya.. diobati kampung tidak dibawa ke puskesmas”.

##### **2). Pembahasan**

Grindle dalam Suharno ( 2013 : 172) mengemukakan bahwa “keberhasilan implemetasi kebijakan dipengaruhi oleh dua variabel besar, yaitu variabel isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan implementasi kebijakan (*context of implementation*)”. Menurut Purwanto dan Sulistyastuti (2012 : 87) “kondisi lingkungan geografi, sosial, ekonomi dan politik dimana implementasi tersebut dilakukan. Kebijakan yang berkualitas tidak akan berhasil ketika

diimplementasikan dalam situasi dan kondisi lingkungan yang tidak kondusif terhadap upaya pencapaian tujuan”. Selanjutnya Calista dalam Abidin (2002 : 193) “ faktor lingkungan dalam pelaksanaan kebijakan juga merupakan faktor penentu”.

Lingkungan non fisik berupa keadaan sosial, ekonomi, politik, budaya, keamanan dan geografi merupakan faktor yang berpengaruh pada keseluruhan sistem, mulai dari *inputs-proses-outputs*. Hasil pengamatan secara mendalam faktor-faktor budaya yaitu tingkat pendidikan masyarakat dan kepercayaan masyarakat khususnya penduduk yang mendiami wilayah-wilayah terpencil sangat berpengaruh terhadap keberhasilan program perbaikan gizi masyarakat. Hasil wawancara menunjukkan ketidak-tahunya dan minimnya pengetahuan mereka tentang gizi kurang atau gizi buruk, sehingga lambat untuk memeriksa balitanya ke sarana kesehatan.

Faktor lingkungan yang bersifat fisik yaitu kondisi wilayah geografis. Pencermatan data umum wilayah kabupaten Bulungan dari aspek geografis menunjukkan tingkat kesulitan cukup tinggi. Sarana prasaana transportasi sebagian besar masih menggunakan air, terutama pada desa-desa di hulu sungai. Kondisi ini mempengaruhi motivasi ibu-ibu khususnya untuk mengunjungi sarana pelayanan kesehatan. Berdasarkan data laporan kunjungan bayi atau balita ke sarana pelayanan kesehatan masih rendah sebesar 68.1% dari jumlah sasaran 13.591 kunjungan.

#### **e. Outcomes**

Indikator outcomes merupakan hasil yang diterima masyarakat akibat adanya program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten



Bulungan. Outcomes program dapat dilihat dari hasil capaian program yang telah dilaksanakan. Sebagai perbandingan, berdasarkan data profil kesehatan pada tahun 2012 jumlah balita yang ditimbang 9.317 orang dengan kondisi gizi kurang sebesar 739 atau 7,93% sementara untuk tahun 2014 dari jumlah balita yang ditimbang 6.535 orang dengan kondisi gizi kurang adalah 547 orang atau 8,4%. Jumlah balita gizi kurang tahun 2012 sebesar 739 orang dengan kondisi gizi sangat kurang atau gizi buruk adalah 359 orang. Pada tahun 2014 terjadi penurunan untuk kasus balita gizi buruk menjadi 60 orang. Hasil program pada aspek kasus balita gizi kurang mengalami kenaikan, namun untuk balita kasus gizi sangat kurang atau gizi buruk mengalami penurunan. Kondisi ini paralel dengan capaian outputs program yang masih banyak indikator belum mencapai target sasaran.

#### f). Pembahasan

Menurut Eston dalam Rusli (2015 : 40) mengatakan “*public policy is the authoritative allocation of values for whole society*”, yang dapat diartikan bahwa kebijakan publik adalah pengalokasian nilai-nilai secara sah kepada seluruh masyarakat”. Tujuan evaluasi kebijakan menurut Effendi dalam Anggara (2014:288) adalah mengetahui variasi dari indikator-indikator kinerja yang digunakan untuk menjawab tiga pertanyaan pokok berikut :

- a. Bagaimana kinerja implementasi kebijakan, sejauh mana variasi kesesuaian capaian kebijakan (*output dan outcomes*)?
- b. Faktor-faktor apa yang menyebabkan variasi tersebut. Apakah karena faktor-faktor yang berkaitan dengan isi program/kebijakan?.
- c. Bagaimana strategi untuk meningkatkan kinerja implementasi kebijakan?.

Selanjutnya menurut Rusli (2015:116) “Tujuan pokok dari evaluasi bukanlah untuk menyalahkan melainkan untuk melihat seberapa besar kesenjangan antara

pencapaian dan harapan dari suatu kebijakan, tugas selanjutnya adalah bagaimana mengurangi dan menutup kesenjangan tersebut”. Pendapat ahli sebagaimana tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa untuk pengalokasian nilai-nilai kepada masyarakat perlu dilakukan evaluasi untuk melihat seberapa besar kesenjangan antara pencapaian dan tujuan yang dapat dilihat dari indikator *output* dan *outcomes*.

Program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan dirumuskan dengan tujuan utama menanggulangi kasus gizi kurang dan gizi buruk dengan sasaran utama balita gakin. Berdasarkan indikator *ouputs* dan *outcomes*, program perbaikan gizi secara umum dapat dikatakan kurang berhasil, karena kesesuaian antara tujuan dengan hasil yang diharapkan masih banyak kesenjangan yang besar. Proses pelaksanaan program, mulai dari tahapan perencanaan, pengorganisasian dan evaluasi masih sangat kurang. Sebagaimana teori sebuah sistem, menurut Harmadi (2012 : 6.47) mendefinisikan” sistem adalah komponen-komponen yang terintegrasi dengan yang lainnya dalam melakukan kegiatan-kegiatan untuk mencapai suatu tujuan”. Tahapan proses, dimulai dari masukan (*inputs*) sampai dengan *outputs* merupakan suatu sistem yang saling berhubungan untuk mencapai tujuan program atau *outcomes* program. Hasil program yang ditunjukkan dengan indikator *outcomes*, dimana masih tingginya angka kasus gizi kurang tahun 2014 dibandingkan dengan tahun 2013, menunjukkan bahwa pelaksanaan program perbaikan gizi masyarakat dengan tujuan menurunkan kasus gizi kurang masih belum berhasil, karena tujuan yang diharapkan tidak tercapai.

Jumlah kasus balita gizi kurang yang dikategorikan kedalam gizi buruk dari tahun 2013 berjumlah 202 orang, menurun menjadi 60 orang tahun 2014. Pembangunan *therapeuticfeeding center* (TFC) telah memberikan hasil yang dapat dirasakan oleh masyarakat. Beberapa kasus balita gizi buruk yang harus mendapatkan pengobatan dan perawatan telah mengalami kesembuhan. Data terakhir yang diambil dari surat kabar harian Radar Tarakan, terbit tanggal 7 November 2015 dengan petikan berita sebagai berikut :

“Tiga bersaudara ini langsung kami bawa ke puskesmas, dan satu anak karena kondisi yang cukup memperhatikan, maka dirawat di rumah sakit sekitar 2 minggu lalu ditangani kembali oleh TFC Puskesmas Tanjung Selor,” jelasnya.

Penanganan penderita gizi buruk tersebut selama 1 bulan membuahkan hasil. Indikatornya, terjadi kenaikan berat badan sekitar 2 hingga 3 Kg. “Sebulan dirawat kondisinya sudah membaik, berat badan bertambah. Dan sudah kita pulangkan, namun harus ada tindak lanjutnya disana (Sekatak, red), harus di-follow up terus oleh Puskesmas Pembantu (Pustu), jangan sampai dia drop lagi,” imbuhnya.

Program perbaikan gizi kurang pada pelayanan TFC menunjukkan hasil yang dirasakan oleh masyarakat, hal ini dapat dilihat dari petikan dari surat kabar tersebut diatas. Namun demikian secara umum, pada indikator jumlah kasus balita gizi kurang masih belum menunjukkan capaian yang sesuai dengan target yang diharapkan.

Ketersediaan *inputs*, proses pelaksanaan program mempengaruhi tujuan program, yang terlihat dari indikator *outputs* maupun *outcomes*. Lingkungan program juga turut memberikan pengaruh terhadap keberhasilan program. Faktor lingkungan fisik berupa kondisi geografis wilayah yang secara topografi merupakan wilayah berbukit, bergunung dan sungai-sungai memberikan pengaruh baik pada aspek *inputs*, dan proses program. Tingkat pendidikan, budaya

masyarakat dan faktor ekonomi juga memberikan pengaruh terhadap keberhasilan program. Kasus kurang gizi yang diakibatkan karena kurangnya asupan makanan dikarenakan oleh faktor kondisi ekonomi masyarakat. Budaya terkait kepercayaan masyarakat dalam memandang masalah gizi buruk, juga sebagai hambatan dalam mencapai tujuan yang diharapkan. Selanjutnya tingkat pendidikan masyarakat juga turut menentukan keberhasilan *outputs* program.

## **2. Kelemahan-kelemahan Kebijakan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan**

Menurut Rondinelli dan Cheena dalam Purwanto dan Sulistyastuti (2012 : 86), mengidentifikasi empat faktor yang mempengaruhi kinerja implementasi, yaitu :

- a. Kondisi lingkungan (*environments conditions*)
- b. Hubungan antar organisasi (*inter-organizational relationship*)
- c. Sumberdaya (*resources*)
- d. Karakter institusi implementor (*characteristic implementing agencies*)

Sedangkan Grindle dalam Suharno ( 2013 : 172) mengemukakan “bahwa keberhasilan implemetasi kebijakan dipengaruhi oleh dua variabel besar, yaitu variabel isi kebijakan (*content of policy*) dan lingkungan implementasi kebijakan (*context of implementation*)”.

Berdasarkan pendapat para ahli, implementasi kebijakan sangat dipengaruhi oleh faktor-faktor kondisi lingkungan, hubungan antar organisasi, sumber daya, karakter institusi implementor, dan isi kebijakan. Ketersediaan faktor-faktor yang dikemukakan para ahli, dapat menyebabkan kelemahan kebijakan bila kurang dipenuhi secara memadai. Hasil evaluasi kebijakan program perbaikan gizi

masyarakat terdapat beberapa kelemahan yang ditunjukkan dengan beberapa sasaran kegiatan (*outputs*) tidak mencapai target yang diharapkan. Melalui pendekatan sistem, evaluasi yang dilakukan secara menyeluruh dari faktor *inputs*, proses mengubah *inputs* menjadi *outputs* dan lingkungan terdapat beberapa kelemahan sebagai berikut :

**a. Ketersediaan tenaga kesehatan gizi masih kurang**

Jumlah tenaga gizi pada sebagai pelaksana teknis kebijakan program masih kurang. Kegiatan program pelaksanaannya didalam gedung dan diluar gedung. Pelayanan dalam gedung terkait dengan fungsi pelayanan di puskesmas-puskesmas. Sebagai pelayanan kesehatan dasar yang menyelenggarakan pelayanan rawat inap, pelayanan gizi diperlukan terkait dengan pengobatan pasien. Pada fungsi ini tenaga yang memiliki kompetensi teknis gizi sangat diperlukan dalam rangka upaya pelayanan kesehatan perorangan.

Kemudian upaya pelayanan kesehatan masyarakat yang dilaksanakan diluar gedung merupakan salah satu fungsi pokok puskesmas dalam rangka pemberdayaan masyarakat dan perluasan akses pelayanan khususnya pada wilayah desa-desa dan daerah terpencil. Kegiatan pemantauan gizi pada balita yang dilakukan salah satunya adalah penimbangan berat badan. Masih kurangnya tenaga menyebabkan target penimbangan balita sesuai dengan sasaran tidak memenuhi target dan dalam kenyataanya cakupan balita yang ditimbang berat badannya berdasar data LAKIP 2014 sebesar 46% sedangkan target adalah 89%. Indikator ini dapat menjadi penyebab tujuan kebijakan program tidak mencapai sasaran yang diharapkan. Sasaran kebijakan program perbaikan gizi masyarakat khususnya pada balita tidak seluruhnya dapat dilaksanakan dengan baik.

**b. Ketersediaan *inputs* yaitu faktor sumber dana yang masih belum cukup memadai.**

Jumlah sumber dana program perbaikan masyarakat masih belum cukup memadai untuk mendukung kegiatan program yang cukup banyak. Pelaksanaan kegiatan program terutama penyediaan makanan tambahan (PMT) masih ditemui pada suatu wilayah kecamatan belum terpenuhi sesuai dengan sasaran program. Kesenambungan pemberian makanan tambahan bagi balita yang rentan terhadap gizi kurang sangat diperlukan anggaran yang cukup. Wildavsky (1979) dalam Purwanto dan Sulistyastuti (2012 : 86), mengemukakan “Suatu kebijakan atau program tidak akan dapat mencapai tujuan atau sasaran tanpa dukungan anggaran yang memadai”. Pendapat yang dikemukakan ahli dalam kenyataannya tujuan dan sasaran kebijakan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan tidak mencapai sasaran yang diharapkan. Cakupan MP ASI tahun 2014 berdasarkan LAKIP Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan Tahun 2014 capaiannya masih sebesar 84 %, sedangkan target yang diharapkan 100%. Belum tercapainya sasaran kegiatan ini salah satunya adalah disebabkan ketersediaan makanan tambahan sebagai pendamping ASI yang masih belum mencukupi. Untuk memenuhi ketersediaan makanan tambahan ini memerlukan jumlah anggaran yang cukup. Kondisi ini salah satu indikator kelemahan dari *inputs* sumber dana yang mempengaruhi hasil implementasi program, dengan hasil cakupan penimbangan balita tidak mencapai target program.

**c. Lemah perencanaan kegiatan program**

Perencanaan kegiatan program tidak didukung dengan analisis permasalahan yang cermat. Laporan pelaksanaan kegiatan baik yang dilaksanakan

langsung oleh Dinas Kesehatan maupun puskesmas-puskesmas tidak ditindak lanjuti dengan penyusunan analisis masalah. Lokakarya mini yang dilaksanakan di puskesmas-puskesmas sebagai sarana pembahasan rencana kegiatan kurang memberikan hasil yang maksimal. Hal ini disebabkan pembahasan isu-isu dalam lokakarya mini di puskesmas-puskesmas tidak terfokus pada permasalahan prioritas. Disamping itu penyelenggaraan lokarya mini di puskesmas-puskesmas kurang melibatkan tenaga gizi Dinas Kesehatan. Sebaliknya, keterlibatan pelaksana teknis gizi di puskesmas-puskesmas juga kurang diikuti dalam penyusunan perencanaan program Dinas Kesehatan. Akibatnya substansi perencanaan kegiatan program kurang didukung dengan data atau informasi hasil analisis permasalahan.

Lemahnya perencanaan kegiatan program dalam kenyataannya ditemukan salah satu kegiatan pemberian makanan tambahan (PMT) tidak sesuai dengan sasaran program. Pemberian makanan tambahan seyogyanya diutamakan pada balita gakin dan ibu hamil, namun dalam kenyatannya ditemukan justru diberikan pada anak-anak sekolah dan balita non-gakin. Akan tetapi pada wilayah lainnya justru ketersediaan makanan tambahan (PMT) kurang mencukupi, sehingga dalam pelaksanaannya tidak kontinu. Kelemahan dalam penyusunan perencanaan kegiatan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan menyebabkan cakupan pemberian makanan tambahan secara kualitas belum tercapai.

#### **d. Pengorganisasian pelaksanaan program masih lemah**

Pengaturan kerja pada pelaksanaan kegiatan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan masih lemah. Belum ada pembagian tugas yang jelas sesuai dengan tujuan kebijakan program. Masih-

masing puskesmas dan Dinas Kesehatan melaksanakan kegiatan sesuai dengan alokasi anggaran masing-masing. Kegiatan program tidak mencerminkan satu kesatuan yang utuh, yang saling berinteraksi karena tidak ada pendelegasian kerja. Lemahnya pengorganisasian ini berimplikasi terhadap implementasi kebijakan program yang dalam kenyataannya ditemukan masih adanya ketidak-tahuan kegiatan-kegiatan program yang dilaksanakan Dinas Kesehatan tidak dipahami oleh puskesmas-puskesmas.

Hogwood dan Gun dalam Purwanto dan Sulistyastuti (2002 : 15), mengemukakan "*perfec implementation* tidak pernah terwujud diantaranya disebabkan jarang ada suatu kondisi terjadinya komunikasi dan koordinasi yang sempurna". Komunikasi dan koordinasi antara Dinas Kesehatan dan puskesmas-puskesmas yang kurang, karena lemahnya pengorganisasian menyebabkan implementasi kebijakan program dalam kenyataan kurang berjalan secara sempurna. Menurut pendapat Hogwood sebagaimana disebutkan diatas, tidak jauh berbeda dengan pelaksanaan kebijakan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan. Pengorganisasian yang lemah, secara langsung mengakibatkan komunikasi dan koordinasi antara implementor kebijakan tidak dapat berjalan secara baik, yang dalam kenyataannya ditemukan sasaran pemberian makanan tambahan (PMT) masih kurang tepat. Beban kerja Dinas Kesehatan sebagai institusi regulator yang cukup banyak, ditambah harus mengelola *Therapeuticfeeding Center* (TFC) yang notabene merupakan unit pelayanan fungsional, menyebabkan bertambahnya beban kerja yang menjadi tanggung-jawabnya. Kondisi ini pada gilirannya akan dapat mempengaruhi



implementasi kebijakan, yang dalam kenyataannya kegiatan program berjalan sendiri-sendiri.

#### **e. Kurangnya monitoring dan evaluasi program**

Pelaksanaan monitoring kegiatan program masih belum dilakukan secara menyeluruh setiap puskesmas-puskesmas. Untuk mengetahui pelaksanaan kegiatan program seyogyanya dilakukan monitoring secara menyeluruh. Kasus ketidak-tepatan sasaran kegiatan pemberian makanan tambahan yang seharusnya sasaran utama adalah balita dari keluarga tidak mampu, namun dalam kenyataannya diberikan pada anak sekolah dan balita non-gakin menyebabkan cakupan kegiatan tidak mencapai target yang diharapkan. Masalah lainnya kurangnya monitoring dengan ditemukan pemberian makanan tambahan dan vitamin tidak dilakukan secara konitinu sesuai dengan kasus yang terjadi. Menurut Dunn dalam Abidin (2002 : 212) fungsi monitoring adalah untuk menjawab pertanyaan tentang apa yang terjadi dalam proses pelaksanaan, bagaimana terjadi dan mengapa, "*What happened, how and why*". Berdasarkan pendapat ahli, karena kurangnya monitoring sehingga kasus-kasus yang terjadi dalam pelaksanaan kebijakan program tidak dapat diatasi secara baik, yang pada gilirannya implementasi kebijakan program kurang memberikan hasil sesuai target, dalam kenyataannya masih cakupan kegiatan belum mencapai target yang diharpkan.

Kemudian terhadap permasalahan yang terjadi kurang dilakukan evaluasi secara menyeluruh, mendalam dan terpadu dengan melibatkan lintas program yang terkait. Evaluasi kegiatan program hanya melibatkan petugas gizi puskesmas dan Dinas Kesehatan kabupaten. Sementara faktor-faktor penyebab permasalahan memerlukan keterlibatan lintas program. Keberhasilan kebijakan program

perbaikan gizi masyarakat juga dapat ditentukan dengan pelaksanaan program-program lainya seperti program kesehatan ibu dan anak, program pencegahan penyakit, program sumber daya kesehatan dan program lainnya. Kurangnya evaluasi dilaksanakan secara mendalam dan melibatkan lintas program sehingga

#### **f. Kondisi lingkungan**

Topografi wilayah kabupaten Bulungan secara geografis adalah daratan yang berbukit-bukit, sebagian bergunung-gunung dengan tebing terjal dan kemiringan yang tajam. Selain itu terdiri atas sungai-sungai, yang merupakan sarana utama transportasi antar desa, antar kecamatan khususnya pada daerah-daerah di hulu sungai. Masyarakat yang mendiami desa-desa terpencil dan terisolir sangat sulit untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan karena sarana pendukung transportasi yang umumnya melalui aliran sungai. Meskipun telah banyak dibantu sarana pelayanan kesehatan di desa-desa seperti puskesmas pembantu, poskesdes, polindes dan posyandu, namun jarak antar pemukiman penduduk cukup jauh.

Kegiatan kebijakan program perbaikan gizi masyarakat tidak dapat dilaksanakan secara sempurna karena kendala dan hambatan kondisi geografis wilayah. Keterbatasan tenaga, sumber daya keuangan menyebabkan tidak semua kegiatan kebijakan program dapat menyentuh seluruh lapisan masyarakat. Kasus yang terjadi secara umum dialami pada masyarakat yang bermukim di daerah-daerah terpencil dan terisolir. Tingkat pendidikan masyarakat umumnya juga masih kurang, semakin bertambah masalah dalam mengimplementasikan kebijakan program. Pengetahuan masyarakat terutama masalah gizi masih kurang, sehingga penyuluhan secara terus-menerus harus dilakukan. Jumlah tenaga yang

terbatas, anggaran yang disediakan juga belum cukup memadai menyebabkan kegiatan penyuluhan tidak dapat secara maksimal sehingga masih banyak masyarakat yang bermukim di desa-desa belum memahami arti pentingnya gizi seimbang

### **3. Usaha-usaha yang dilakukan untuk mengatasi kelemahan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan**

Menurut Meter dan Horn dalam Suharno (2013 : 463 ) “Implementasi kebijakan perlu dukungan sumber daya yang memadai, baik sumber daya manusia maupun sumber daya non-manusia. Wahab dalam Suharno (2013:32) mengemukakan “Kebijakan publik sebagai tindakan (politik) apapun yang diambil oleh pemerintah (pada semua level) dalam menyikapi sesuatu permasalahan yang terjadi dalam konteks atau lingkungan sistem”. Kemudian Hutahean ( 2015: 2) mengemukakan “pendekatan sistem yang merupakan jaringan kerja dari prosedur lebih menekankan urutan-urutan operasi dalam sistem.” Kemudian implementasi kebijakan sangat tergantung dari faktor lingkungan. Menurut Rusli (2015:138) “ Lingkungan kebijakan adalah sebuah sistem yang lebih besar yang melingkupi dan karenanya memiliki pengaruh terhadap kebijakan yang menjadi subsistem yang ada di dalamnya”. Kemudian Menurut Purwanto dan Sulistyastuti ( 2012 : 87) “ kondisi lingkungan geografi, sosial, ekonomi dan politik dimana implementasi tersebut dilakukan. Kebijakan yang berkualitas tidak akan berhasil ketika diimplementasikan dalam situasi dan kondisi lingkungan yang tidak kondusif terhadap upaya pencapaian tujuan” Berdasarkan pendapat para ahli secara umum faktor – faktor yang sangat berpengaruh terhadap kebijakan/program

meliputi faktor sumber daya manusia dan non sumber daya manusia termasuk dalam pengertiannya ini pengaruh lingkungan kebijakan.

Program perbaikan gizi masyarakat merupakan bagian dari sistem yang lebih besar yang ada di Dinas Kesehatan kabupaten Bulungan. Lingkungan program turut menentukan keberhasilan tujuan program. Selanjutnya untuk mengatasi kelemahan-kelemahan yang ada dalam pelaksanaan program tidak lepas dari pengaruh lingkungan program. Berdasarkan hasil evaluasi, maka usaha-usaha yang dilakukan untuk mengatasi kelemahan-kelemahan pelaksanaan program adalah sebagai berikut:

- a. Untuk mengatasi kekurangan *inputs* program berupa tenaga, maka usaha strategis yang dilakukan dengan mengoptimalkan tenaga yang ada. Jumlah tenaga ahli gizi yang ada sangat terbatas, namun jumlah tenaga kesehatan lainnya cukup besar, khususnya tenaga paramedis seperti bidan, dan perawat. Selain itu juga disetiap desa hampir memiliki kader-kader kesehatan. Program dilakukan analisis beban kerja, sehingga dapat diketahui secara rinci sub-sub kegiatan yang akan dilakukan. Berdasarkan hal ini maka pembagian tugas dapat dilaksanakan sesuai dengan tingkat keahlian, tanpa memberikan beban tambahan untuk tenaga kesehatan lainnya. Kerja sama lintas program sangat dibutuhkan dalam upaya mengatasi kekurangan tenaga program, karena jika dilakukan proses rekrutmen tenaga secara langsung akan berpengaruh terhadap anggaran, sementara anggaran program juga sangat terbatas.
- b. Untuk mengatasi kekurangan *inputs* berupa dana, maka usaha strategis yang dilakukan dengan memperbaiki sistem penganggaran program. Pelaksanaan kegiatan program antara Dinas Kesehatan dan Puskesmas-puskesmas yang

berjalan sendiri-sendiri menunjukkan belum adanya koordinasi dalam penganggaran program. Sinkronisasi kegiatan program antara Dinas Kesehatan dan puskesmas-puskesmas untuk menghindari duplikasi penganggaran kegiatan sehingga hanya kegiatan prioritas yang perlu didukung dengan anggaran.

- c. Untuk mengatasi keterbatasan sarana dan prasarana program, maka usaha yang dilakukan adalah untuk strategi jangka pendek dengan mengadakan kerja sama kepada laboratorium Rumah Sakit kabupaten yang memiliki fasilitas peralatan yang cukup lengkap, sedangkan untuk jangka panjang mengusulkan rencana kebutuhan untuk dapat dianggarkan baik melalui pendanaan kabupaten, propinsi, maupun pusat.
- d. Untuk melaksanakan analisis permasalahan, diperlukan data dan informasi yang lengkap. Data dan informasi sebagian besar berasal dari laporan harian yang dikirim dari puskesmas-puskesmas dan sarana pelayanan kesehatan lainnya seperti puskesmas pembantu, posyandu dan polindes. Pelaporan yang tidak tertib, sering terlambat disampaikan ke Dinas Kesehatan kabupaten salah satu penyebab kelemahan dalam menyusun analisis permasalahan. Selain itu, minilokarya yang secara berkala dilaksanakan di puskesmas-puskesmas dapat lebih ditingkatkan secara penyelenggaraannya. Minilokarya merupakan salah satu wahana dalam penyusunan perencanaan program. Untuk rencana jangka panjang, penggunaan sistem komputerisasi dalam pengelanaan data dan informasi merupakan salah satu alternatif dalam usaha memperbaiki sistem perencanaan program.

- e. Untuk memperbaiki pengorganisasian program, dengan mengalokasikan keseluruhan sumber daya program sesuai dengan rencana yang telah dibuat dalam kerangka kerja organisasi. Desain organisasi dibuat sesuai dengan tugas pokok dan fungsi Bidang Kesehatan Masyarakat (Kesmas) sebagai penanggung-jawab program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan. Melalui penetapan desain organisasi, maka pengorganisasian rencana program dapat diturunkan dalam sebuah pembagian kerja. Keseluruhan kegiatan program yang cukup banyak dapat disederhanakan dan lebih spesifik guna mempermudah pengimplementasian program. Setiap orang pelaksana program dapat ditempatkan dan ditugaskan untuk setiap kegiatan yang sederhana dan spesifik. Selanjutnya dapat ditentukan hubungan antar kelompok kerja dalam organisasi program. Proses ini dapat mempermudah sistem koordinasi dalam pelaksanaan kegiatan program. Kemudian pada tahap pengorganisasian program termasuk permasalahan kualitas tenaga pelaksana program. Masih sering ditemuinya kesalahan dalam penyampaian laporan program, dikarenakan pemahaman terhadap definisi operasional tentang data dan informasi yang dilaporkan oleh petugas masih kurang. Bimbingan teknis dari Dinas Kesehatan kepada petugas gizi di puskesmas-puskesmas, dan sarana kesehatan lainnya perlu lebih ditingkatkan dalam rangka pengembangan *capacity building*.
- f. Melakukan monitoring dan evaluasi program secara *intens*, dan memperbaiki kegiatan monitoring dan evaluasi yang selama ini dilakukan baik oleh puskesmas-puskesmas maupun Dinas Kesehatan kabupaten. Tujuan monitoring adalah untuk mengetahui apa, bagaimana dan mengapa terjadi selama proses

implementasi program. Kasus ketidak-tepatan sasaran program dapat dicegah jika konteks monitoring dilakukan dengan benar. Selain itu dengan monitoring yang baik, dapat diketahui sedini mungkin penyebab dan hambatan selama proses implementasi program. Selanjutnya evaluasi program yang berfungsi lebih menekankan untuk mengetahui keberhasilan program seharusnya melibatkan lintas program. Permasalahan gizi masyarakat sangat kompleks, banyak faktor-faktor yang menjadi penyebab terjadinya masyarakat kekurangan gizi khususnya pada balita. Program perbaikan gizi masyarakat merupakan bagian dari sistem yang lebih luas yaitu program peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang menjadi tujuan umum pembangunan kesehatan. Sehingga dalam pelaksanaan evaluasi kegiatan program yang rutin dilaksanakan setahun sekali, seharusnya melibatkan lintas program bukan hanya pertemuan khusus pelaksana program gizi di kabupaten. Keterlibatan lintas program sangat penting karena merupakan bagian dari sistem yang saling berhubungan dan berkerja – sama untuk mencapai tujuan sistem. Oleh karena perbaikan evaluasi kegiatan program, usaha strategis yang dilakukan dengan melibatkan seluruh lintas program dan stakeholder yang terkait upaya perbaikan gizi masyarakat di kabupaten Bulungan.

- g. Faktor lingkungan kebijakan/program yang cukup berpengaruh terhadap keberhasilan program terdiri atas faktor lingkungan fisik dan non fisik. Lingkungan fisik terutama kondisi wilayah geografis kabupaten Bulungan yang sulit terutama fasilitas transportasi. Masyarakat pada daerah-daerah terpencil dan terisolir sangat minim mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Posyandu sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di desa-desa yang merupakan

interpretasi dari tingkat kesadaran masyarakat terhadap kesehatan, keberadaannya masih banyak yang belum aktif. Rasio posyandu 1 : 100 balita, sudah cukup bagus jika seluruh posyandu dapat aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu dorongan dari puskesmas dan Dinas Kesehatan sangat diperlukan dalam rangka meningkatkan peran aktif posyandu dengan tidak mengabaikan keterlibatan lintas sektor kecamatan, maupun desa dan kelurahan terutama PKK desa dan kecamatan. Selanjutnya faktor ekonomi yang menjadi penyebab tidak efektifnya program dapat dilakukan dengan koordinasi lintas sektor. Sementara untuk faktor sosial-budaya masyarakat terkait tingkat pengetahuan masyarakat masih kurang, usaha strategis yang dilakukan dengan memperbanyak sosialisasi program baik oleh puskesmas maupun Dinas Kesehatan kabupaten. Kegiatan sosialisasi secara informal melalui kegiatan-kegiatan desa dipandang lebih efektif bila dibandingkan dengan sosialisasi secara formal. Peningkatan pengetahuan kader-kader kesehatan di desa-desa dalam mendorong kegiatan sosialisasi informal dapat lebih *intens*. Selain itu melalui tokoh-tokoh agama, tokoh adat dan perkumpulan-perkumpulan di desa penyampaian pesan program dapat lebih efektif. Oleh karena untuk mengeliminir hambatan dan kendala lingkungan kebijakan/program yang mempengaruhi tujuan dan sasaran, maka usaha strategis yang dilakukan adalah meningkatkan koordinasi lintas wilayah baik pada aparatur kecamatan, aparatur desa, tokoh agama, tokoh adat dan masyarakat umumnya dalam rangka meningkatkan aktivitas posyandu dan sosialisasi program.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

##### 1. Evaluasi Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan

Evaluasi program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan menunjukkan bahwa pelaksanaan program kurang *responsiveness*, yang bermakna bahwa sasaran program untuk menurunkan jumlah balita gizi kurang tidak tercapai. Tercatat tahun 2012 jumlah balita yang ditimbang 9.317 orang dengan kondisi gizi kurang sebesar 739 orang atau 7,93% sementara untuk tahun 2014 dari jumlah balita yang ditimbang 6.535 orang dengan kondisi gizi kurang adalah 547 orang atau 8,4%. Konteks program sudah cukup memadai namun pada tahap proses pelaksanaan program perlu disempurnakan mulai dari ketersediaan inputs dana, tenaga, sarana dan prasarana sampai dengan proses *inputs* menjadi *outputs* yang masih belum memadai.

##### 2. Kelemahan-kelemahan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan

Kelemahan-kelemahan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan terjadi pada inputs dana, tenaga dan sarana prasarana kurang memadai. Proses pelaksanaan program terjadi pada tahap perencanaan, pengorganisasian, monitoring dan evaluasi yang masih lemah. Selain itu lingkungan program berupa lingkungan fisik yaitu kondisi geografi wilayah dan non-fisik meliputi aspek pendidikan, budaya masyarakat serta faktor ekonomi turut menentukan ketidak-berhasilan program.

### **3. Usaha-usaha yang dilakukan untuk mengatasi kelemahan-kelemahan program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan**

Usaha-usaha yang dilakukan untuk mengatasi kelemahan program dengan memaksimalkan tenaga kesehatan yang ada dan kader-kader kesehatan. Perencanaan program secara terpadu, meningkatkan kualitas data pelaporan, desain organisasi, penyusunan SOP, meningkatkan *capacity building* dan memperbaiki pelaksanaan monitoring dan evaluasi. Selain itu, meningkatkan koordinasi lintas program dan sektor untuk memperkecil hambatan lingkungan program baik lingkungan fisik maupun non fisik.

#### **B. Saran-Saran**

##### **1. Saran Teoritis**

Menurut Easton dalam Rusli (2015 : 40) "*public policy is the authoritative allocation of values for whole society*, yang dapat diartikan bahwa kebijakan publik adalah pengalokasian nilai-nilai secara sah kepada seluruh masyarakat". Secara teoritis program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan untuk mendistribusikan berbagai nilai bidang kesehatan khususnya nilai-nilai gizi seimbang kepada masyarakat untuk meningkatkan status gizi masyarakat yang baik. Pemerintah Daerah melalui Dinas Kesehatan secara otoritatif sebaiknya dapat menyempurnakan program perbaikan gizi masyarakat. Pelaksanaan program sebaiknya dengan mengintegrasikan program-program lainnya. Karena permasalahan gizi yang sangat kompleks, dan kasus-kasus gizi kurang setiap tahun jumlahnya *flutuatif*, maka integrasi program kesehatan sangat diperlukan

dalam rangka mengatasi beberapa faktor inputs yang kurang memadai serta pelaksanaan program yang kurang maksimal.

## **2. Saran praktis**

Berdasarkan hasil evaluasi program perbaikan gizi masyarakat pada Dinas Kesehatan di Kabupaten Bulungan, salah satu temuan yang menyebabkan pelaksanaan program tidak optimal adalah ketersediaan faktor inputs dana. Ketersediaan dana / anggaran program perbaikan gizi masyarakat tidak memadai, hal ini salah satu indikator yang menunjukkan tingkat keseriusan pemerintah daerah dalam hal Dinas Kesehatan kabupaten Bulungan masih kurang. Percepatan upaya perbaikan gizi masyarakat di kabupaten Bulungan merupakan tindakan yang segera dilakukan dengan menambah pengalokasian faktor inputs terutama dana atau anggaran program. Selanjutnya kebijakan percepatan upaya perbaikan gizi masyarakat di kabupaten Bulungan disarankan agar diatur dalam Peraturan Daerah (Perda) kabupaten Bulungan tentang Upaya Percepatan Perbaikan Gizi, sehingga dapat menjadi payung hukum pelaksanaan program dan dapat meningkatkan peranan lintas program dan lintas sektor terkait.

## DAFTAR PUSTAKA

### BUKU DAN JURNAL

- Abidin, S.Z. (2002). *Kebijakan Publik*. Jakarta : Penerbit Yayasan Pancur Siwah.
- Afifuddin. (2012). *Pengantar Administrasi Pembangunan*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Anggara, S (2014). *Kebijakan Publik*. Bandung : CV Pustaka Setia
- Arikunto, S. (2013). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta : Penerbit PT Rineka Cipta
- Arsyad, L. (2004). *Ekonomi Pembangunan*. Yogyakarta : Penerbit Bagian Penerbitan STIE YKPN.
- Brantas. (2009). *Dasar-dasar Manajemen*. Bandung : Penerbit Alfabeta.
- Dasmar.,Darmawansyah., Jafar,N. (2013). *Studi Evaluasi Program Dana Bantuan Operasional Kesehatan Di Kabupaten Luwu*.Unhas.Makasar : Jurnal AKK, Vol.2 No.1.Hal.1-7.
- Dunn. (2002). *Analisis Kebijakan Publik*.Yogyakarta : Penerbit PT Hanindita Graha Widia.
- Handoko, M.T. dan Supriyono, R.A. (2004). *Kepemimpinan Dan Kinerja Organisasi, Isu, Teori dan Solusi*.Yogyakarta.Penerbit Amara Books.
- Helmizar. (2014). *Evaluasi Kebijakan Jaminan Persalinan (Jampersal) Dalam Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia*. Universitas Andalas Jurnal Kesehatan Masyarakat.
- Hutahean, J. (2015). *Konsep Sistem Informasi*. Penerbit Deepublish : Yogyakarta
- Ikhsan, M., Santoso, A., Harmanti. (2012). *Adminsitrasi Keuangan Publik*. Jakarta : Penerbit Universitas Terbuka.
- Indra, B. (2014), *Sistem Pengendalian Manajemen Sektor Publik*. Jakarta : Penerbit Salemba Empat.
- Irawan, P. (2005). *Metodologi Penelitian Administrasi*. Jakarta : Penerbit Universitas Terbuka,
- Jogianto HM. (2005) Yogyakarta. *Sistem Teknologi Informasi*. Andi.

- Mahmudi. (2013). *Manajemen Kinerja Sektor Publik*. Yogyakarta : Penerbit UPP STIM YKPN.
- Mustopadidjaja. (2003) *Manajemen Proses Kebijakan Publik Formulasi, Implementasi dan Evaluasi Kinerja*. Jakarta : Lembaga Administrasi Negara R.I
- Nugraha, M.Q. (2012). *Manajemen Strategik Organisasi Publik*. Jakarta : Penerbit Universitas Terbuka.
- Pasalong, H. (2002). *Metode Penelitian Administrasi Publik*. Bandung : Penerbit Alfabeta
- Patilima, H. (2010). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung : Penerbit Alfabeta
- Pidarta, M. (2009). *Landasan Kependidikan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Prasojo, E., dkk. (2012). *Pemerintah Daerah*. Jakarta: Penerbit Universitas Terbuka.
- Purwanto, Sulistyastuti.(2012).*Implementasi Kebijakan Publik*.Yogyakarta : Penerbit Gava Media
- Rogayah, H.,Mahendradhata, Y., Padmawati, R.S. (2015). *Evaluasi Program Terpadu Pengendalian Malaria, Pelayanan Ibu Hamil dan Imunisasi di Kabupaten Hulu Sungai Selatan dan Kota Banjarbaru Propinsi Kalimantan Selatan*. UGM : Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia. Volume 04.
- Rusli, B. (2015). *Kebijakan Publik. Membangun Pelayanan Publik yang Responsif*. Bandung : Penerbit CV ADOYA.Mitra Sejahtera.
- Setiyono, Budi. (2014). *Pemerintah dan Manajemen Sektor Publik*. Jakarta : Penerbit CAPS (Center of Academic Publishing Service)
- Siagian, S.P. (1994). *Filsafat Administrasi*. Jakarta : Penerbit CV Haji Masagung
- Sugiyono. (2013). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Penerbit Alfabeta.
- Suharno. (2013). *Dasar-Dasar Kebijakan Publik Kajian Proses dan Analisis Kebijakan*. Yogyakarta : Penerbit Ombak.
- Sulaeman, E.S. (2011).*Manajemen Kesehatan*. Yogyakarta : Penerbit Gajah Mada Univesitas Press.
- Sule, E.T. dan Saefullah, K. (2009). *Pengantar Manajemen*. Jakarta : Penerbit Kencana

Suryono,A. (2001). *Teori dan Isu Pembangunan*. Malang : UM Press

Suwitri, S., Purnaweni, H.,Kismartini.(2014). *Analisis Kebijakan Publik*. Jakarta : Penerbit Universitas Terbuka.

Wirawan. (2012) *Evaluasi Kinerja Sumber Daya Manusia*. Jakarta : Penerbit Salembat Empat.

## **DOKUMEN DAN PERATURAN**

Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan Tahun 2013 dan 2014

Kabupaten Bulungan Dalam Angka 2014

*Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM)*. (2014). Jakarta : Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan R I

LAKIP Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan Tahun 2014

Laporan Keuangan Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan Tahun 2014

Peraturan Presiden R I Nomor 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Nomor 8 tahun 2008 tentang Tahapan, Tatacara, Penyusunan, Pengendalian, dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor :741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Pelayanan Kesehatan Dasar

Profil Kesehatan Kabupaten Bulungan Tahun 2014

Undang-Undang Nomor 17 tahun 2003 tentang Keuangan Negara

Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2003 tentang Perbendaharaan Negara

Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional

Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

## Lampiran 1 : Biodata

**BIODATA PENELITI**

NAMA / NIM : PURNAMA / 500025093  
TEMPAT/TGL LAHIR : KEDIR, 14 JULI 197  
JENIS KELAMIN : LAKI-LAKI  
ANGGOTA KELUARGA : ISTRI DAN DUA ORANG ANAK  
ALAMAT RUMAH/TLP : JALAN CENDRAWASIH TANJUNG SELOR  
(0552) 21065

NOMOR HP. : 0812 5404 210

ALAMAT EMAIL : purnama\_pratama@yahoo.co.id

## PENGALAMAN PENDIDIKAN :

1. SD DANDANGAN VI KEDIRI LULUS TAHUN 1983
2. SMP NEGERI 1 KEDIRI LULUS TAHUN 1986
3. SMA NEGERI 1 KEDIRI LULUS TAHUN 1989
4. SPPH SURABAYA LULUS TAHUN 1990
5. STIE TARAKAN LULUS TAHUN 2005

## PENGALAMAN PEKERJAAN :

1. PNS DI RSU dr.H.SOEMARNO SOSROATMODJO TANJUNG SELOR  
TAHUN 1991 – 2009
2. PNS DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN BULUNGAN  
TAHUN 2010- SEKARANG

TANJUNG SELOR, DESEMBER 2015

PENELITI,

( PURNAMA )

## Lampiran 2 : Pedoman Wawancara

No	Pertanyaan	Informan
1	Bagaimana menurut Bapak/ibu terkait Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan ?	4,5
2	Bagaimana Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan?	1,2
3	Apa permasalahan dan tujuan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan	1,2
4	Bagaimana pelaksanaan program Perbaikan Gizi Masyarakat dari aspek tenaga, dana dan sarana prasarana ?	2,3
5	Bagaimana proses perencanaan dan penganggaran pada program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan?	2,3
6	Menurut bapak / ibu, bagaimana dengan jumlah anggaran Program Perbaikan Gizi Masyarakat, apakah sudah memadai?	2,3
7	Apakah untuk menyusun anggaran program berdasarkan analisis biaya?	2,3
8	Menurut bapak / ibu, apakah Program sudah menampung seluruh jenis rencana kegiatan ?	2,3
9	Bagaimana kegiatan pelayanan gizi khususnya di puskesmas dan sarana pelayanan kesehatan lainnya?	6,7,8,9
10	Menurut bapak/ibu apakah ada payung hukum pelaksanaan TFC dan Kebijakan Program lainnya?	2
11	Bagaimana dengan kegiatan sosialisasi Kebijakan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan ?	6,7,8,9
11	Menurut bapak / ibu, bagaimana keterlibatan lintas sektor dalam pelaksanaan Kebijakan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan ?	2,3,6,7
12	Bagaimana sasaran program Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan seperti pemberian makanan tambahan (PMT)?	2,3,6,7,8,9
13	Menurut bapak/ibu bagaimana evaluasi atau pengendalian Program Perbaikan Gizi Masyarakat dilaksanakan secara rutin ?	3,6,7,8,9
14	Menurut bapak / ibu apakah ada evaluasi dan tindak lanjut hasil dari output program?	2,3
15	Menurut bapak / ibu bagaimana dengan pelayanan di TFC ?	10,11
16	Apakah ibu memahami tentang perlunya gizi bagi bayi?	11
17	Apakah ibu tidak kesulitan dengan keberadaan TFC disini?	11



## Lampiran 3 : Pedoman Reiview

<b>Pedoman Review Dokumen</b>	
1	Data jumlah penduduk Kabupaten Bulungan menurut jenis mata pencaharian tahun 2012, 2013, dan 2014
2	Data jumlah penduduk Kabupaten Bulungan menurut umur dan jenis kelamin tahun 2012, 2013 dan 2014
3	Data singkat Bulungan Dalam Angkat tahun 2012, 2013 dan 2014
4	Data Kepegawaian Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan tahun 2012, 2013 dan 2014
5	Data Sarana dan Prasarana Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan tahun 2012, 2013 dan 2014
6	Data keuangan Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan tahun 2012, 2013, dan 2014
4	Data Keuangan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan tahun 2012, 2013, dan 2014
5	Data Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan tahun 2012,2013 dan 2014

## Lampiran 4 : Transkrip Wawancara

No	Pertanyaan	Informan
1	<p>Bagaimana menurut Bapak/ibu terkait Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan ?</p> <p>Informan 4 (empat) :</p> <p>“...kalau untuk kabupaten, kabupaten.Bulungan khususnya ya, itu kebijakan masalah baik SDM, SDM itu karena luas, dan kesehatan maupun dari pendidikan, kita tetap fokus artinya dukungan terhadap kesehatan, karena gizi merupakan salah indikator dari SDM tentunya itu mendapat prioritas utama disamping prioritas infrastruktur lainnya tapi untuk kesehatan masih prioritas utama, konsekuensinya pendanaan kita fokus baik APBD maupun bantuan keuangan propinsi”</p> <p>Informan 5 (lima)</p> <p>“...kaitannya dengan supporting anggaran kita DPDR dan pemerintah sektor kesehatan selama ini tidak pernah kita mempelototi karena untuk menyangkut hajat hidup orang banyak masalah kesehatan ini, jadi APBD Dinas Kesehatan pada prinsipnya kita tidak terlalu membahas secara detail, artinya kita percaya pada dinas teknis karena ya itu menyangkut hajat hidup orang banyak dan masalah gizi buruk selama plafon anggaran tidak kita pangkas, artinya kita konsen”.</p>	4,5
2	<p>Bagaimana Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan?</p> <p>Informan 1 (satu) :</p> <p>“..e.jadi dinas kesehatan untuk penanggulangan gizi buruk kita mengacu pada millenium development goals, poin pertama menurunkan angka kemiskinan, e sedangkan menurunkan angka kemiskinan salah satu satunya adalah dengan meningkatkan gizi masyarakat, bagaimana orang miskin tidak mengalami kekurangan gizi, sehingga di program kesehatan khususnya di bidang kesehatan masyarakat ada seksi kesehatan keluarga, seksi KIA dan gizi, yang sudah dilaksanakan yang pertama setiap puskesmas ditempatkan tenaga</p>	1,2

yang ahli puskesmas, tetapi tidak dapat dikerjakan satu orang yang ahli dalam bidang gizi dibantu dengan program posyandu, dimana teman-teman puskesmas melalui pelayanan kesehatan dapat ikut membantu memberikan penyuluhan. Kasus gizi kurang bukan karena mereka tidak makan, untuk kondisi Bulungan ini ketersediaan sumber makanan protein sepertinya cukup, ada kebijakan pemerintah tentang raskin, daging dapat mereka cara dengan berburu seperti payau. Tingkat pendidikan yang masih kurang rata-rata masih banyak sekolah dasar sehingga belum mengetahui gizi seimbang dan bisa jadi karena penyakit dan perilaku masyarakat hidup bersih dan sehat masih kurang, masih buang air besar sembarang yang menyebabkan penyakit diare dan kekurangan gizi.

#### Informan 2 (dua)

“... jadi untuk kabupaten bulungan memang situasi kondisi masalah kesehatan dari hasil riskesdas 2007 itu kita masuk daerah bermasalah kesehatan, dari hasil evaluasi itu kita kan demands kebutuhan dari masyarakat utama perlu pelayanan kesehatan, permasalahan gizi masalah kurang gizi, terutama permasalahan pelayanan ibu dan anak, permasalahan promosi kesehatan yang merupakan unggulan dicarikan jalan pemecahannya.”

- 3 Bagaimana mengidentifikasi masalah dan tujuan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan 1,2

#### Informan 1 (pertama) :

“ kebijakan kami untuk pananggulangan kasus gizi buruk, pertama memberikan pengetahuan masyarakat mengenai perlunya gizi seimbang dengan menempatkan tenaga kesehatan didesa-desa untuk memberikan pelayanan kesehatan, dan setiap puskesmas terdapat tenaga ahli gizi yang dapat memberikan pelayanan gizi dan penyuluhan diluar gedung, kedua membantu mereka yang bayi balita kekurangan gizi untuk dapat dirawat melalui TFC”.

Informan 2 (kedua) :

“... untuk upaya penanganan masalah gizi kita sudah mengeluarkan kebijakan untuk membentuk TFC melalui proses yang panjang, akhirnya kita membangun TFC terutama untuk penanganan masalah gizi kurang, kemudian untuk penanganan AKI upaya-upaya yang dilaksanakan dengan menyekolahkan, rekrutmen lokal, sekolah khusus upaya-upaya peningkatan kualitas SDM, upaya-upaya pelatihan-pelatihan dan pembentukan puskesmas Poned”.

- 4 Bagaimana pelaksanaan Program Perbaikan Gizi Masyarakat dari aspek tenaga, dana dan sarana prasarana ? 3,7,8

Informan 3 (tiga) :

“...jumlah tenaga gizi yang ada di Kabupaten Bulungan kita masih kekurangan, dimana berjumlah enam belas orang, empat orang di Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan dan dua belas orang di puskesmas, kecuali di Puskesmas Long Bang yang masih belum memiliki tenaga gizi”

Informan 7 (tujuh)

“... satu orang tenaga teknis gizi menurut evaluasi kita untuk pengelola kegiatan satu kecamatan cenderung kewalahan, idealnya sih berjumlah dua orang, ya satu orang kegiatan diluar gedung dan satu orang perencanaan di puskesmas, namun satu orangpun sebenarnya bisa asalkan petugas kesehatan lainnya diberikan pelatihan dan pengetahuan tentang gizi”

Informan 8 (delapan)

“... jumlah tenaga gizi di puskesmas menurut beban kurang idealnya tiga orang, dua dalam gedung dan satu orang diluar gedung”.

- 5 Bagaimana proses perencanaan dan penganggaran pada kebijakan program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan? 3,7,8,9

Informan 3 (tiga) :

“...perencanaan Program Perbaikan Gizi Masyarakat memang kita susun dari data-data dari indikator-indikator hasil capaian program yang telah dicapai sebelumnya, belum berdasarkan analisa permasalahan, intinya berangkat dari capaian program yang belum tercapai untuk menentukan prioritas kegiatan dan

kegiatan yang kita rencana berdasarkan renstra yang kita buat, kebanyakan usulan-usulan dari puskesmas belum banyak dipenuhi karena keterbatasan anggaran dan usulan masyarakat melalui musrenbang berupa PMT (Pemberian Makanan Tambahan)”

Informan 7 (tujuh) :

“...perencanaan kita masih lemah, bagaimana menganalisis akar permasalahan kita masih belum tajam, jadi kebanyakan perencanaan e.. sifatnya situasional saja secara global saja kalau perencanaan PMT kebanyakan dari masyarakat..”.

Informan 8 (delapan) :

“...e..kalau usulan PMT (Pemberian Makanan Tambahan) kami tidak memberikan masukan melalui musrenbang, dinas sendiri yang tahu, bukan kita, kami tidak tahu kok ujug-ujug ada gitu”

Informan 9 (sembilan) :

...kalo desa-desa mengusulkan PMT di Musrenbang kecamatan, cuman realisasinya kami belum tahu”

- 6 Menurut bapak / ibu, bagaimana dengan jumlah anggaran Kebijakan Program Perbaikan Gizi Masyarakat, apakah sudah memadai? 2,3

Informan 2 (dua)

“..untuk pemberian PMT kita masih kurang sesuai kasusnya, anggaran selama ini masih kurang, walaupun kitras masukan sekian tapi realisasinya yang masih kurang”

Informan 3 (tiga)

“..lagi-lagi kita terbatasnya anggaran..tetutama bagi peningaktan SDM, kegiatan kita masih terbatas pada kelompok-kelompok tertentu, dari program yang ada belum menampung semua rencana karena terbatasnya anggaran...dari usulan teman-teman puskesmas untuk pemenuhan prasarana penunjang program, karena terbatasnya anggaran, dari semua usulan itu belum dapat terpenuhi

- 7 Apakah untuk menyusun anggara program berdasarkan analisis biaya? 2,3

Informan 2 (dua)

“.. e selama ini kita usulkan sekian, namun realisasi juga masih kurang”.

	<p>Informan 3 (tiga)          “.. kalau analisa biaya e.. kita masih tidak tahu, jadi kita tidak buat dasarnya renstra aja.”</p>	
8	<p>Menurut bapak / ibu, apakah Program sudah menampung seluruh jenis rencana kegiatan ?          Informan 2 (satu)          “ ya tidak semua direalisasikan, lagi-lagi anggarannya terbatas”.</p> <p>Informan 3 (dua) :          “.. yaa banyak yang direncanakan, namun terbatasnya anggaran sesuai dengan pagu anggaran”.</p> <p>Informan 6(enam)          “.. kita sudah meminta bantuan perusahaan untuk berperan dalam perbaikan masyarakat masalah gizi.. terutama kondisi rumah minta diperbaiki”.</p>	2,3,6
9	<p>Bagaimana kegiatan pelayanan gizi khususnya di puskesmas dan sarana pelayanan kesehatan lainnya?          Informan 3 (tiga) :</p> <p>“... jadi kegiatan kita setiap tahun ada kegiatan sosialisasi program gizi ke masyarakat yang dilaksanakan oleh dinas dan puskesmas, kita lebih banyak bergerak pada upaya promotif ini kita lakukan bekerjasama PKK desa. Untuk Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dan vitamin sasaran kita adalah bayi balita gakin yang rentan terhadap kasus gizi buruk dan ibu hamil”</p>	3
10	<p>Menurut bapak/ibu apakah ada payung hukum pelaksanaan TFC dan Kebijakan Program lainnya?          “..kalo untuk payuung hukum belum ada..”</p>	2
11	<p>Bagaimana dengan kegiatan sosialisasi Kebijakan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan ?          Informan 8 (delapan) :</p> <p>“...belum ada sosialisasi program gizi dari dinas, sehingga kami tidak tahu kegiatan dinas yang dilaksanakan oleh puskesmas, kecuali PMT setau saya kami tidak ada program pemberdayaan masyarakat dari Dinas yang dilaksanakan puskesmas cuman PMT aja, yang kami lakukan kegiatan pemberdayaan masyarakat dari biaya operasional puskesmas sendiri”.</p>	8

- 11 Menurut bapak / ibu, bagaimana keterlibatan lintas sektor dalam pelaksanaan Kebijakan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan ? 2,3,6,7

Informan 3 (tiga) :

“..e.pelaksanaan program masih berjalan sendiri sendiri, dinas dan puskesmas, kurangnya koordinasi ...memang kalau tim kita tidak punya, namun setiap puskesmas dan kecamatan kita bentuk daerah binaan gizi”.

Informan 8 (delapan) :

“... kita punya pos penimbangan bergerak, diluar jam kerja merupakan salah satu upaya kami untuk pendekatan masyarakat yang tidak mau ke posyandu, ini bukan program dinas tetapi puskesmas tanpa ada anggaran”.

Informan 3 (tiga) :

“... jadi kegiatan kita setiap tahun ada kegiatan sosialisasi program gizi ke masyarakat yang dilaksanakan oleh dinas dan puskesmas, kita lebih banyak bergerak pada upaya promotif ini kita lakukan bekerjasama PKK desa. Untuk Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dan vitamin sasaran kita adalah bayi balita gakin yang rentan terhadap kasus gizi buruk dan ibu hamil”

Informan 7 (tujuh)

“...pemberdayaan yang dilakukan oleh puskesmas sebatas penyuluhan melalui kegiatan posyandu dan pemberian makanan tambahan (PMT) sasarannya diberikan ternyata dilapangan diberikan balita non gakin dan kepada anak-anak sekolah yang dikelola PKK. Hal ini ternyata dikarenakan balita yang mengalami masalah gizi justru pada bayi balita non gakin”

- 12 Bagaimana sasaran program Kebijakan Program Perbaikan Gizi Masyarakat pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bulungan seperti pemberian makanan tambahan (PMT)? 2,3,6,7

Informan 2 :

“ e.. PMT sih masih kurang sesuai kasusnya”

Informan 3

“ untuk PMT masih belum mencukupi”

Informan 6

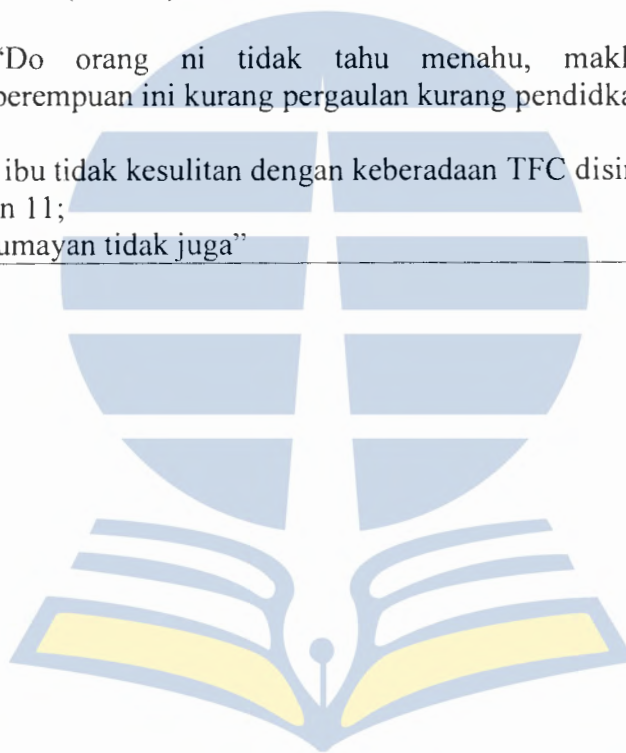
‘ kalo pmt sih cukup hanya saja tidak kontinue”

Informan 7:

13	<p>“ kalo pmt sih cukup aja”</p> <p>Menurut bapak/ibu bagaimana evaluasi atau pengendalian Program Perbaikan Gizi Masyarakat dilaksanakan secara rutin ?</p> <p>Informan 3 (ketiga) :</p>	3,7,8
	<p>“...evaluasi program memang kita dilakukan setahun kita lakukan sekali melalui pertemuan petugas gizi puskesmas sekali karena keterbatasan anggaran APBD, dan faktor geografis kalau kita memanggil untuk pertemuan membutuhkan biaya besar, selama ini kita lakukan setahun sekali ”.</p>	
	<p>Informan 7 (tujuh)</p> <p>“...pemantauan di puskesmas rutin dilakukan, mengundang para kader, pengendalian lebih dilakukan pada pertemuan kader, dan supervisi oleh Dinas Kesehatan lebih pada pelaporan ada <i>feedbacknya</i>, kalo dari program agak masalah teknis, tidak pernah persoalan manajemen”.</p>	
	<p>Informan 8 (delapan)</p> <p>“ ...puskesmas jarang dikunjungi, mungkin karena puskesmas kami letaknya dekat, hanya meminta laporan, kalau pertemuan ada setahun sekali”.</p>	
14	<p>Menurut bapak / ibu apakah ada evaluasi dan tindak lanjut hasil dari output program?</p> <p>Informan 3 (ketiga) :</p>	2,7,8
	<p>“...evaluasi program memang kita dilakukan setahun kita lakukan sekali melalui pertemuan petugas gizi puskesmas sekali karena keterbatasan anggaran APBD, dan faktor geografis kita memanggil membutuhkan biaya, selama ini kita lakukan setahun sekali ”.</p>	
	<p>Informan 7 (tujuh)</p> <p>“...pemantauan di puskesmas rutin dilakukan, mengundang para kader, pengendalian lebih dilakukan pada pertemuan kader, dan supervisi oleh Dinas Kesehatan lebih pada pelaporan ada <i>feedbacknya</i>, kalo dari program agak masalah teknis, tidak pernah persoalan manajemen”.</p>	
	<p>Informan 8 (delapan)</p> <p>“ ...puskesmas jarang dikunjungi, mungkin karena puskesmas letaknya dekat, hanya meminta laporan, kalau pertemuan ada setahun sekali”.</p>	



15	Menurut bapak / ibu bagaimana dengan pelayanan di TFC ? Informan 10 (sepuluh)	10,11
	“..pelayanan TFC selama ini e bagus aja, lancar aja pasiennya rawan jalan juga rawat inap bila pasiennya tidak mau dirawat kami mendatangi ke rumahnya, obat-obatan ada, susu dari Dinas Kesehatan. Kendala kami susu yang diberikan tidak cocok dengan kondisi pasien, sudah diusulkan ke Dinas Kesehatan”.	
	Informan 11 (sebelas) : “Syukur Alhandulliah aku juga terima kasih dengan pelayanan sini, kurang apalagi ada kalo ngga ada pelayanan sini, cucuku ngga sehat”.	
16	Apakah ibu memahami tentang perlunya gizi bagi bayi? Informan 11 (sebelas) :	11
	“Do orang ni tidak tahu menahu, maklumlah perempuan ini kurang pergaulan kurang pendidikan”	
17	Apakah ibu tidak kesulitan dengan keberadaan TFC disini? Informan 11; “ee ya lumayan tidak juga”	11



Lampiran : 5 Dokumentasi









