

**ANALISIS HUBUNGAN FUNGSI MANAJEMEN OLEH  
TENAGA PELAKSANA GIZI DENGAN TINGKAT  
KEBERHASILAN PROGRAM PEMBERIAN MAKANAN  
TAMBAHAN PADA BALITA GIZI BURUK  
DI PUSKESMAS KABUPATEN TEGAL  
TAHUN 2006**



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan  
mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Konsentrasi  
Administrasi Kebijakan Kesehatan  
Minat Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak

Oleh :

Setya Fatma Ningrum  
E4A004026

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2008**

Pengesahan Tesis

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis dengan judul :

**ANALISIS HUBUNGAN FUNGSI MANAJEMEN OLEH TENAGA PELAKSANA  
GIZI DENGAN TINGKAT KEBERHASILAN PROGRAM PEMBERIAN  
MAKANAN TAMBAHAN PADA BALITA GIZI BURUK  
DI PUSKESMAS KABUPATEN TEGAL  
TAHUN 2006**

Disiapkan dan disusun oleh :

Nama : Setya Fatma Ningrum

NIM : E4A004026

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji pada tanggal 19 Januari 2008  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Dra. Chriswardani Suryawati, M.Kes.  
NIP. 131 832 258

Ir. Laksmi Widajanti, M.Si.  
NIP. 132 011 375

Penguji I

Penguji II

Ir. Agus Sartono, M.Kes  
NIP. 140 091 401

dr. Martha Irene K, M.Sc., PhD  
NIP. 131 964 515

Semarang, 19 Januari 2008  
Universitas Diponegoro  
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Ketua Program

dr. Sudiro, MPH., DR. PH  
NIP. 131 252 965

## PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Setya Fatma Ningrum

NIM : E4A004026

Menyatakan bahwa tesis judul : **"ANALISIS HUBUNGAN FUNGSI MANAJEMEN OLEH TENAGA PELAKSANA GIZI DENGAN TINGKAT KEBERHASILAN PROGRAM PEMBERIAN MAKANAN TAMBAHAN PADA BALITA GIZI BURUK DI PUSKESMAS KABUPATEN TEGAL TAHUN 2006"**

merupakan :

1. Hasil Karya yang dipersiapkan dan disusun sendiri.
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program ini ataupun pada program lainnya.

Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Tegal, 19 Januari 2008  
Penyusun,

Setya Fatma Ningrum  
NIM : E4A004026

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadiran Allah SWT, atas segala limpahan Rahmat dan Hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini.

Tesis ini di susun dalam rangka memenuhi salah satu persyaratan untuk mencapai gelar Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang, yang merupakan hasil penelitian dan analisis tentang, "**Analisis Hubungan Fungsi Manajemen Oleh Tenaga Pelaksana Gizi Dengan Tingkat Keberhasilan Program Pemberian Makanan Tambahan Pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Kabupaten Tegal Tahun 2006**" yang dilakukan pada bulan September 2006 sampai Januari 2008.

Pada kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu. Dra. Chriswardani Suryawati, M.Kes. selaku pembimbing utama dan Ibu Ir. Laksmi Widajanti, M.Si. selaku pembimbing pendamping yang telah memberikan bimbingan dalam penulisan tesis ini dengan penuh perhatian dan kesabaran.

Dalam penyelesaian pendidikan dan penulisan tesis ini banyak pula pihak yang telah membantu penulis dengan tulus ikhlas. Untuk itu penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Pengelola Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang beserta staf.
2. Ir. Agus Sartono, M.Kes selaku penguji tesis yang telah memberikan masukan guna perbaikan tesis ini.

3. dr. Martha Irene Kartasurya, M.Sc, PhD selaku penguji tesis yang telah memberikan masukan guna perbaikan tesis ini.
4. Risnanto, SST, M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Mandala Husada Slawi beserta staf.
5. Responden serta semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu per satu yang telah memberikan dukungan moral maupun material selama pendidikan, penelitian, penyusunan dan ujian akhir.

Secara khusus kepada suami tercinta Agung Prabowo, SE dan anak-anakku tersayang Rifky Anggadiva Prasetya dan Rizqi Akhyar Prasetya serta ibunda yang penulis hormati Hj. Fathonah, bapak dan ibu mertua beserta seluruh sanak saudara yang selalu memberikan doa dan semangat serta kasih sayangnya selama pendidikan, disampaikan terima kasih, hormat dan penghargaan yang tak terhingga, semoga Allah SWT membalas semua kebaikannya dengan balasan pahala yang berlimpah. Amien.

Akhirnya penulis berharap semoga tesis ini dapat diterima dan bermanfaat.

Semarang, 19 Januari 2008

Penulis

**PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN  
MASYARAKAT ADMINISTRASI & KEBIJAKAN KESEHATAN  
MINAT MANAJEMEN KESEHATAN IBU & ANAK**

**2008**

**ABSTRAK**

Setya Fatma Ningrum

**“Analisis Hubungan Fungsi Manajemen Oleh Tenaga Pelaksana Gizi  
Dengan Tingkat Keberhasilan Program Pemberian Makanan Tambahan  
Pada Balita Gizi Buruk Di Puskesmas Kabupaten Tegal Tahun 2006”**

**Latar Belakang.** Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal dan beberapa Puskesmas di Kabupaten Tegal pada bulan Februari 2006 menunjukkan adanya masalah pelaporan hasil kegiatan Pemberian Makanan Tambahan. Masalah tersebut adalah laporan terlambat diterima, paket PMT tidak hanya diberikan pada balita sasaran, serta persentase gizi buruk di Kabupaten Tegal masih cukup tinggi (2,32%). Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan fungsi manajemen program PMT oleh Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) dengan tingkat keberhasilan program PMT dalam penanggulangan Gizi Buruk pada Balita di Puskesmas Kabupaten Tegal tahun 2006.

**Metoda.** Jenis penelitian adalah penelitian observasional yang bersifat deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilengkapi dengan penelitian kualitatif untuk menggali fungsi manajemen program PMT oleh TPG dengan menggunakan metode *content analysis*. Populasi penelitian adalah seluruh TPG di Puskesmas Kabupaten Tegal sejumlah 25 orang. Sampel penelitian adalah total populasi penelitian yaitu semua TPG di Puskesmas Kabupaten Tegal yang berjumlah 25 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara langsung menggunakan kuesioner terstruktur dan wawancara mendalam dengan menggunakan pedoman wawancara kepada TPG dan Koordinator PMT tingkat Kabupaten. Analisis data meliputi analisis univariat, analisis bivariat dengan *Chi square*, dan *content analysis*.

**Hasil.** Hasil penelitian menunjukkan lebih dari separuh responden (56,0%) memiliki perencanaan yang baik, sebagian besar (76,0%) responden melakukan penggerakan yang baik, lebih dari separuh (56,0%) responden melakukan pengawasan yang baik, 52,0% responden melakukan evaluasi yang baik, dan 56,0% responden melakukan pencatatan yang kurang baik, serta sebagian besar (84,0%) responden memiliki keberhasilan program PMT yang baik. Hasil analisis hubungan menunjukkan tidak ada hubungan perencanaan, penggerakan, pengawasan, penilaian, pencatatan dan pelaporan dengan keberhasilan program PMT.

**Kesimpulan.** Fungsi manajemen program PMT yang paling lemah adalah pencatatan dan pelaporan. Tidak ada hubungan fungsi manajemen program PMT dengan tingkat keberhasilan program PMT. Saran untuk Koordinator PMT tingkat Kabupaten dan TPG Puskesmas adalah meningkatkan kemampuan manajemen di bidang pencatatan dan pelaporan sehingga dapat mengumpulkan laporan secara tepat waktu, menggunakan kohort balita dalam pencatatan kegiatan PMT, dan menggunakan kartu pemantauan PMT dalam kegiatan PMT.

**Kata kunci :** fungsi manajemen program, Program Pemberian Makanan Tambahan, Balita, Gizi Buruk, tingkat keberhasilan program PMT, Kabupaten Tegal. Kepustakaan: 46 (1981-2007)

# DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	iii
<b>RIWAYAT HIDUP</b> .....	iv
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	ix
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xii
<b>DAFTAR ISTILAH</b> .....	xiii
<b>ABSTRAK</b> .....	xiv
<b>ABSTRAC</b> .....	xv
<b>BAB I            PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Perumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	7
E. Keaslian Penelitian .....	8
F. Ruang Lingkup Penelitian .....	10
<b>BAB II            TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Manajemen .....	11
B. Manajemen Kesehatan dan Kesehatan Ibu & Anak (KIA) .....	18
C. Efektifitas Program .....	22
D. Pemberian Makanan Tambahan .....	23
E. Kerangka Teori .....	31
<b>BAB III            METODOLOGI PENELITIAN</b>	
A. Variabel Penelitian .....	32
B. Hipotesis .....	32
C. Kerangka Konsep Penelitian .....	33
D. Rancangan Penelitian .....	34

<b>BAB IV</b>	<b>HASIL PENELITIAN</b>	
	A. Gambaran Umum Program PMT di Puskesmas se-Kabupaten Tegal .....	43
	B. Karakteristik Responden .....	44
	C. Analisis Bivariat .....	54
	D. Rekapitulasi Hasil Uji Hipotesis .....	58
	E. Hasil Wawancara Mendalam .....	58
	F. Keterbatasan dan Kelemahan Penelitian .....	72
<b>BAB V</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
	A. Karakteristik Responden .....	73
	B. Perencanaan .....	74
	C. Penggerakan .....	76
	D. Pengawasan .....	78
	E. Penilaian .....	80
	F. Pencatatan dan Pelaporan .....	82
	G. Keberhasilan Program PMT .....	83
<b>BAB VI</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
	A. Kesimpulan .....	85
	B. Saran .....	86

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

# BAB I

## PENDAHULUAN

### **Latar Belakang**

Anak usia di bawah lima tahun (anak balita) merupakan salah satu modal dasar demi terwujudnya suatu derajat kesehatan masyarakat secara optimal, karena pada periode ini anak balita berada pada masa pertumbuhan dan perkembangan yang prosesnya begitu cepat dan juga merupakan suatu periode pembentukan dasar kualitas seorang manusia di masa depan, baik secara fisik, mental maupun sosial.<sup>1)</sup>

Dasar pembentukan kemampuan penginderaan, berfikir, keterampilan berbicara dan berbahasa, berperilaku sosial serta kemampuan lain anak balita akan dapat berjalan secara optimal apabila proses pertumbuhan dan perkembangannya diperhatikan dengan seksama oleh orang tua. Hal ini mengingat berbagai faktor yang mempengaruhi proses tersebut, yaitu selain faktor dalam/bawaan, juga faktor dari luar seperti lingkungan dan gizi.<sup>2)</sup>

Kondisi masa balita merupakan masa kritis atau *critical period*, karena dapat menimbulkan dampak yang sangat serius dan tidak akan dapat diperbaiki lagi dengan pemberian makanan tambahan dalam masa berikutnya, jika pada masa tersebut kebutuhan akan gizinya, tidak terpenuhi secara seimbang.<sup>3)</sup> Aspek gizi merupakan salah satu masalah yang sampai saat ini masih dihadapi sektor kesehatan masyarakat, karena penanggulangannya tidak dapat dilakukan hanya dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja. Penyebab timbulnya

masalah tersebut bersifat multifaktor<sup>4)</sup>, selain itu juga akibat pengaruh pendapatan masyarakatnya sendiri.

Pelayanan kesehatan dan upaya perbaikan serta peningkatan status gizi yang baik dan bermutu hanya dapat diperoleh dengan harga yang masih dianggap tidak sedikit. Hal ini disebabkan sebagian masyarakat Indonesia relatif masih berpenghasilan rendah. Apalagi setelah terjadi krisis moneter yang melanda Indonesia pada pertengahan Tahun 1997, sehingga berdampak semakin banyak masyarakat atau keluarga miskin.<sup>5)</sup>

Kebijakan perbaikan gizi masyarakat memiliki arti penting dan strategis, karena berdampak langsung pada peningkatan kesejahteraan rakyat. Namun sejalan dengan keberhasilan pembangunan nasional dan segala kekurangannya, Indonesia dihadapkan pada beban ganda permasalahan gizi di masyarakat. Beban ganda permasalahan gizi tersebut berupa tingginya prevalensi gizi kurang makro dan mikro serta meningkatnya masalah gizi lebih terutama di perkotaan yang pada gilirannya akan menambah masalah sosial lainnya. Masalah gizi masyarakat ini apabila tidak ditanggulangi dengan cepat dan memadai pada gilirannya nanti dapat menjadi ancaman yang membahayakan pembangunan sumberdaya manusia dan menghambat jalannya pembangunan nasional.<sup>6)</sup>

Untuk memperbaiki masalah gizi tersebut dilakukan dengan berbagai langkah antara lain; peningkatan penyuluhan dan pendidikan gizi masyarakat, penanggulangan gizi kurang dan menekan kejadian gizi buruk anak balita melalui Pemberian Makanan Tambahan yang selanjutnya disebut PMT bagi bayi dan anak balita, penanggulangan anemia gizi besi, serta peningkatan kualitas makanan pendamping ASI.<sup>7)</sup>

PMT bagi bayi dan anak balita bertujuan untuk menanggulangi gizi kurang dan menekan kejadian gizi buruk anak balita. Program PMT yang diberikan di Kabupaten Tegal berbentuk paket sebagai berikut: untuk bayi usia 6 – 12 bulan berupa susu bubuk formula 2 (Lactogen) kemasan 200 gram dan biskuit SUN kemasan 80 gram, anak usia 1 – 2 tahun berupa susu bubuk coklat 123 (Bendera) kemasan 400 gram dan biskuit SUN kemasan 80 gram, serta anak usia 2 – 5 tahun berupa susu bubuk instant (Indomilk) kemasan 400 gram dan biskuit SUN kemasan 80 gram. Program PMT ini dimulai sejak bulan Oktober sampai bulan Desember 2005 dengan sasaran balita gizi buruk, anak dari keluarga miskin dan diberikan secara gratis di wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Tegal.<sup>8)</sup>

Beberapa penelitian sebelumnya mengenai efektivitas dan evaluasi PMT belum menunjukkan hasil yang diharapkan. Penelitian Sudarmanta (2001) mengenai analisis *cost-effectiveness* Program Pemberian Makanan Tambahan berupa bahan mentah dan Vitadele pada anak umur 12-23 bulan menunjukkan bahwa pemberian makanan tambahan yang berupa bahan mentah lebih *cost-effective* dibandingkan dengan pemberian makanan tambahan vitadele.<sup>9)</sup> Lebih lanjut Sudarmanta menyebutkan bahwa untuk ketepatan sasaran bahan mentah yang diberikan kepada keluarga miskin lebih efektif 90,48% dibandingkan vitadele yaitu sebesar 76,19%. Dari segi kontinuitas menurut Sudarmanta terutama untuk ketepatan pemberian berupa bahan mentah jauh lebih efektif yaitu sebesar 100% dibanding vitadele yang hanya mencapai 80,95%. Untuk mutu asupan terutama mutu pemberian bahan mentah lebih efektif 66,67% dibandingkan dengan vitadele 61,90%.<sup>9)</sup> Penelitian Tunjiah (2005) tentang evaluasi kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Makanan Pendamping ASI *Blended*

*Food* (PMT-P MP-ASI) menunjukkan hasil bahwa penyelenggaraan fungsi-fungsi proses perencanaan (P1), pelaksanaan dan penggerakan (P2) dan monitoring evaluasi (P3) belum efektif karena penyelenggaraannya belum sesuai dengan yang telah digariskan, hal ini terjadi sebagai akibat terutama dari aspek kinerja para pengelola program yang belum produktif.<sup>10)</sup>

Keberhasilan Program PMT ini, sangat tergantung dari bagaimana Pemerintah Daerah, khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal dalam merencanakannya. Apabila dalam merencanakan Program PMT di Puskesmas Kabupaten Tegal ini tidak matang, dari penentuan sasaran, logistiknya, apa kebutuhan masyarakat, berapa kebutuhan, dan seterusnya, maka segala upaya untuk meningkatkan gizi masyarakat tidak akan berhasil.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan diketahui bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal telah melakukan fungsi manajemen Program PMT yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pelaksanaan, dan evaluasi. Pelaksanaan program PMT tersebut dilakukan oleh Puskesmas di Kabupaten Tegal dengan penanggung jawab Tenaga Pelaksana Gizi yang selanjutnya disebut TPG di masing-masing Puskesmas. TPG Puskesmas bertanggung jawab melakukan fungsi manajemen program PMT yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pelaksanaan dan evaluasi. Sedangkan pelaksana program PMT di tingkat desa adalah bidan desa.

Walaupun TPG di Puskesmas Kabupaten Tegal telah mendapatkan pelatihan manajemen program PMT dan melaksanakan manajemen program PMT, namun persentase gizi buruk masih tinggi. Tingkat keberhasilan kegiatan yang telah dilaksanakan di Puskesmas

Kabupaten Tegal, masih perlu dipertanyakan, dengan melihat beberapa hal seperti berikut ini :

1. Pada hasil Pemantauan Status Gizi Balita di Kabupaten Tegal pada Tahun 2000 persentase balita gizi buruk sebesar 2,57% dan mengalami peningkatan menjadi 3,74% pada tahun 2001. Pada tahun 2005 persentase gizi buruk menurun menjadi 2,32%. Namun demikian bila dibanding angka Jawa Tengah Tahun 2004 sebesar 1,74%, persentase balita gizi buruk di Kabupaten Tegal masih tergolong tinggi dan masih rendah bila dibanding angka Nasional pada tahun 2004 (8%).<sup>11)</sup>
2. Dari rekapitulasi kasus gizi buruk yang ditemukan di Kabupaten Tegal sampai bulan Desember 2005 terdapat 612 kasus (2,32%) yang tersebar di wilayah kerja 27 Puskesmas.<sup>12)</sup>

Hasil studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal, dan beberapa Puskesmas di Kabupaten Tegal pada bulan Februari 2006 ditemukan beberapa masalah, yaitu

- a. Pelaporan hasil kegiatan PMT selama 3 bulan (bulan Oktober sampai dengan Desember 2005) dari masing-masing Puskesmas di Kabupaten Tegal belum semuanya diterima oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal khususnya Bagian Gizi.
- b. Paket PMT tidak hanya diberikan pada balita sasaran, melainkan anggota keluarga yang lain juga ikut mengkonsumsi.

Berdasarkan latar belakang tersebut dan mengingat belum pernah dilakukan penelitian di wilayah kerja Puskesmas di Kabupaten Tegal tentang manajemen program PMT, maka peneliti ingin melakukan Kajian lebih mendalam tentang ***Bagaimana manajemen Kegiatan Program PMT yang meliputi perencanaan, penggerakan, pengawasan,***

***penilaian, pencatatan dan pelaporan dalam Penanggulangan Gizi Buruk pada Balita di Puskesmas Kabupaten Tegal Tahun 2006 yang dikaitkan dengan keberhasilan program tersebut.***

### **Perumusan Masalah**

Belum berfungsinya secara optimal manajemen program PMT sehingga belum dapat menurunkan angka gizi buruk secara lebih bermakna.

### **Tujuan Penelitian**

#### Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan fungsi manajemen Program PMT oleh TPG Puskesmas dengan tingkat keberhasilan Program PMT dalam penanggulangan Gizi Buruk pada Balita di Puskesmas Kabupaten Tegal Tahun 2006.

#### Tujuan Khusus

Mengetahui gambaran manajemen Program PMT oleh TPG dalam penanggulangan gizi buruk pada balita di Puskesmas Kabupaten Tegal Tahun 2006.

Mengetahui hubungan perencanaan PMT oleh TPG dengan tingkat keberhasilan Program PMT dalam penanggulangan gizi buruk pada balita di Puskesmas Kabupaten Tegal Tahun 2006.

Mengetahui hubungan penggerakan PMT oleh TPG dengan tingkat keberhasilan Program PMT dalam penanggulangan gizi buruk pada balita di Puskesmas Kabupaten Tegal Tahun 2006.

Mengetahui hubungan pengawasan PMT oleh TPG dengan tingkat keberhasilan Program PMT dalam penanggulangan gizi buruk pada balita di Puskesmas Kabupaten Tegal Tahun 2006.

Mengetahui hubungan evaluasi PMT oleh TPG dengan tingkat keberhasilan Program PMT dalam penanggulangan gizi buruk pada balita di Puskesmas Kabupaten Tegal Tahun 2006.

Mengetahui hubungan pencatatan dan pelaporan PMT oleh TPG dengan tingkat keberhasilan Program PMT dalam penanggulangan gizi buruk pada balita di Puskesmas Kabupaten Tegal Tahun 2006.

Mengetahui secara mendalam tentang fungsi manajemen PMT pada TPG yang berhubungan dengan tingkat keberhasilan PMT.

### **Manfaat Penelitian**

Bagi penulis

Mengembangkan pengetahuan dan praktek dalam proses penelitian tentang Kajian Manajemen Program PMT dalam penanggulangan gizi buruk di Puskesmas Kabupaten Tegal.

Bagi Puskesmas

Memberi masukan tentang manajemen pelayanan kesehatan ibu dan anak terutama perbaikan pelaksanaan kegiatan manajemen Program PMT dalam penanggulangan gizi buruk di Puskesmas Kabupaten Tegal.

Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal

Memberi masukan tentang perbaikan pelaksanaan manajemen Program PMT dalam penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Tegal.

Bagi MIKM Undip Semarang

Memberikan masukan dalam pengembangan ilmu pengetahuan tentang manajemen Program PMT dan hasil penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi peneliti berikutnya.

### Keaslian Penelitian

Penelitian ini belum pernah dilakukan oleh peneliti lain. Penelitian yang telah dilakukan peneliti lain dapat dilihat pada tabel 1.

**Tabel 1**  
**Hasil Penelitian Tentang Pemberian Makanan Tambahan**

Nama Peneliti	Tahun	Judul Penelitian	Hasil	Desain
Rahmat Alyakin Dakhi <sup>13)</sup>	Oktober 1998 sampai Mei 1999	Evaluasi kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan dalam program Jaring Pelindung Sosial Bidang Kesehatan di kotamadya Yogyakarta.	Pelaksanaan kegiatan PMT- Pemulihan di Kotamadya Yogyakarta secara umum belum dapat dilaksanakan sesuai dengan Pedoman Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis yang ada. Adapun masalah -masalah yang ditemukan antara lain : ketidaksesuaian cara perencanaan kebutuhan dana dengan cara penetapan alokasi dana, tidak disediakanya uang transportasi dan insentif bagi petugas menimbulkan persepsi bahwa program PMT- Pemulihan hanyalah berupa penambahan beban kerja saja, unit cost untuk setiap sasaran masih belum mencukupi.	Penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif . -rancangan penelitian longitudinal -rancangan evaluasi <i>one group pre-post test</i> .

Susilowati <sup>14)</sup>	1999	Tantangan dan faktor pendukung program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan dalam Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan.	Di beberapa daerah yang telah melakukan pemberian PMT-P dengan alternatif <i>blended food</i> menghadapi masalah karena selera anak didaerah-daerah tidak sama. Distribusi PMT-P di beberapa daerah bila penyiapan makanan dilakukan secara terpusat di Puskesmas, ada resiko bahwa ibu-ibu merasa malu setiap hari mendatangi kader untuk mengambil makanan.	Penelitian deskriptif analitik dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif
Rudi Sudarmanta <sup>9)</sup>	2001	Cost-effectiveness Analysis Program PMT berupa bahan mentah dan vitadele pada anak umur 12 – 23 bulan di Kecamatan Sebulu, Kabupaten Kutai, Propinsi Kalimantan Timur	Pemberian makanan tambahan yang berupa bahan mentah lebih <i>cost-effective</i> dibandingkan dengan pemberian makanan tambahan vitadele.	Penelitian deskriptif
Yoyoh Tunjiah <sup>10)</sup>	2005	Evaluasi Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Makanan Pendamping ASI Blended Food (PMT-P MP-ASI) di Puskesmas Purwodadi I Kabupaten Grobogan Tahun 2002-2003	Penyelenggaraan fungsi proses perencanaan, pelaksanaan dan penggerakan serta monitoring evaluasi belum efektif karena penyelenggaraannya belum sesuai dengan yang telah digariskan, hal ini disebabkan aspek kinerja para pengelola program yang belum produktif.	Metode kualitatif

## **Ruang Lingkup Penelitian**

1. Ruang lingkup masalah

Masalah dibatasi untuk mengkaji Manajemen Program PMT di Puskesmas Kabupaten Tegal Tahun 2006.

2. Ruang lingkup metode

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif untuk mengetahui hubungan fungsi manajemen oleh TPG dengan tingkat keberhasilan program PMT dan kualitatif evaluatif untuk mengkaji lebih mendalam bagaimana Manajemen Program PMT di Puskesmas Kabupaten Tegal Tahun 2006.

3. Ruang lingkup keilmuan

Ruang lingkup keilmuan dalam penelitian ini adalah Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak terutama yang berhubungan dengan manajemen PMT dalam penanggulangan gizi buruk pada balita di Puskesmas Kabupaten Tegal.

4. Ruang lingkup tempat

Tempat penelitian yaitu di wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Tegal Tahun 2006.

5. Ruang lingkup sasaran

Sasaran dalam penelitian ini adalah seluruh Pengelola Program PMT di wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Tegal Tahun 2006.

6. Ruang lingkup waktu

Waktu pelaksanaan kegiatan penelitian dimulai bulan September 2006 sampai Januari 2008.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Manajemen

##### 1. Definisi

Menurut Terry manajemen adalah suatu proses yang khas, yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan pelaksanaan, dan pengendalian yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran yang telah ditentukan dengan memanfaatkan sumberdaya manusia dan sumberdaya lainnya.<sup>15)</sup>

Koontz dan Donnell mengatakan manajemen adalah usaha mencapai suatu tujuan tertentu melalui kegiatan orang lain. Dengan demikian seorang manajer mengkoordinasikan sejumlah aktivitas orang lain, meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pengarahan dan pengendalian.<sup>16)</sup>

Siagian mengatakan manajemen itu seni memperoleh hasil melalui berbagai kegiatan yang dilakukan oleh orang lain.<sup>17)</sup> Seni disini adalah kemampuan dan keterampilan.

##### 2. Unsur-unsur

Unsur-unsur manajemen pada dasarnya terdiri dari 6 M, singkatan dari : *Men* (manusia), *Money* (dana), *Materials* (sarana/bahan baku), *Machines* (peralatan/prasarana), *Method* (metode), dan *Market* (pasar/masyarakat). Mengingat sifat “keterbatasan dan ketidakpastian” yang melekat, maka unsur-unsur ini harus dapat dimanfaatkan secara efektif dan efisien, melalui penyelenggaraan fungsi-fungsi manajemen, terutama sekali unsur manusia sebagai sumberdaya yang utama.

Mengingat perannya dalam manajemen begitu besar, sehingga Siagian mengatakan manusia merupakan “titik sentral” dari manajemen.<sup>17)</sup>

Keterbatasan dan ketidakpastian unsur manusia terletak kepada jumlah, mutu dan terutama perilakunya. Manusia dengan perilakunya itu justru memiliki keistimewaan tersendiri dibandingkan dengan unsur-unsur manajemen lainnya. Manusia bukan hanya sekedar merupakan suatu gejala / fenomena sosial, tetapi juga menciptakan fenomena tersebut.<sup>17)</sup>

### 3. Fungsi Manajemen

Fungsi manajemen menurut Terry dikenal dengan akronim *Planning, Organizing, Actuating, Controlling* (POAC). Koontz dan Donnell dengan akronim *Planning, Organizing, Staffing, Directing, Controlling* (POSDC),<sup>16)</sup>

Perbedaan tersebut menurut Siagian bukan suatu perbedaan yang prinsipil, karena tergantung dari sudut peninjauan dan kepentingannya, yang dipengaruhi oleh : kondisi organisasi, filsafat hidup, kondisi lingkungan, perkembangan pengetahuan dan teknologi serta pemanfaatannya.<sup>17)</sup>

Mereka sama-sama berpendapat bahwa fungsi manajemen ada dua macam, yaitu fungsi organik dan fungsi pelengkap.<sup>17)</sup> Fungsi organik adalah fungsi yang mutlak wajib dilaksanakan, sedangkan fungsi pelengkap lebih spesifik demi meningkatkan efisiensi pelaksanaan tugas.

Adapun fungsi-fungsi manajemen yang akan penulis utarakan lebih lanjut adalah fungsi-fungsi : perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, serta pengawasan dan evaluasi / penilaian.

a. Perencanaan

Terry mengatakan, perencanaan adalah memilih dan menghubungkan fakta-fakta, membuat dan menggunakan asumsi-asumsi berdasar masa yang akan datang, dalam gambaran dan perumusan kegiatan-kegiatan yang diusulkan yang diperlukan guna mencapai hasil yang diinginkan.<sup>15)</sup>

Koontz dan Donnell mengatakan perencanaan adalah fungsi dari seorang manajer yang meliputi pemilihan berbagai alternatif tujuan-tujuan, kebijaksanaan-kebijaksanaan, prosedur-prosedur dan program-program.<sup>16)</sup>

Siagian menyatakan bahwa perencanaan adalah usaha sadar dalam pengambilan keputusan yang telah diperhitungkan secara sadar dan matang, tentang hal-hal yang akan dikerjakan di masa depan dalam dan oleh suatu organisasi dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.<sup>17)</sup>

Perencanaan merupakan fungsi manajemen yang pertama, yang menggambarkan tujuan serta usaha mencapainya secara efektif dan efisien di masa mendatang yang penuh dengan ketidakpastian. Jadi, jika gagal dalam mempersiapkan dan membuat suatu rencana yang baik, merencanakan suatu kegagalan dalam mencapai tujuan. Karena fungsi ini merupakan titik tolak suatu organisasi dalam melaksanakan kegiatan lebih lanjut. Apalagi jika suatu kegiatan itu tanpa ada perencanaan lebih dahulu.

b. Pengorganisasian

Terry mengatakan pengorganisasian adalah tindakan mengusahakan hubungan-hubungan perilaku yang efektif antara masing-masing orang, sehingga mereka dapat bekerja sama secara

efisien dan memperoleh kepuasan diri dalam melaksanakan tugas-tugas terpilih di dalam kondisi lingkungan yang ada, untuk mencapai tujuan dan sasaran.<sup>15)</sup>

Koontz dan Donnell menyatakan pengorganisasian merupakan penentuan dan perhitungan kegiatan-kegiatan yang diperlukan untuk mencapai tujuan organisasi, pengelompokan dan penyerahan tugas-tugas dan pendelegasian wewenang kepada bagian-bagian, dikepalai seorang manajer.<sup>16)</sup>

Siagian menyatakan pengorganisasian adalah keseluruhan proses pengelompokan orang-orang, alat-alat, tugas-tugas serta wewenang dan tanggung jawab dalam satu kesatuan organisasi dalam rangka mencapai tujuan.<sup>17)</sup>

#### c. Penggerakan

Terry menyatakan penggerakan adalah membuat semua anggota kelompok agar mau bekerja sama dan bekerja secara ikhlas serta bergairah untuk mencapai tujuan sesuai dengan perencanaan dan usaha-usaha pengorganisasian.<sup>15)</sup>

Koontz dan Donnell mengatakan penggerakan itu adalah pengarahan / *directing* dan pemberian pimpinan / *leading*.<sup>16)</sup> Sedangkan Siagian menyatakan bahwa penggerakan merupakan keseluruhan usaha, cara, teknik dan metode untuk mendorong para anggota organisasi agar mau dan ikhlas bekerja sebaik mungkin demi mencapai tujuan organisasi secara efektif dan ekonomis.<sup>17)</sup>

Dengan demikian inti penggerakan adalah kepemimpinan / *leadership* dengan harapan para anggota organisasi mau dan bersedia secara ikhlas untuk melaksanakan tugas kewajibannya sebaik mungkin.<sup>17)</sup>

Stogdill mengatakan kepemimpinan adalah proses atau tindakan mempengaruhi aktivitas kelompok yang terorganisasi dalam usaha menetapkan tujuan dan pencapaian tujuan. Pengaruh atau mempengaruhi disini bukan semata-mata karena kekuasaan atas wewenangnya, atau bahkan bukan karena kekuasaan di luar wewenangnya. Melainkan karena memiliki kemampuan dan kemauan untuk berperan sebagai fasilitator, seperti yang dikatakan oleh Newcomb *et.al.*<sup>18)</sup> Newcomb *et.al.* menyatakan selama seseorang mampu memberikan sumbangan (fasilitas) kepada orang/orang lain dan sumbangan tersebut berarti bagi mereka, maka orang itu bertingkah laku sebagai pemimpin. Fasilitator menurut Newcomb *et.al.* diantaranya : menciptakan kehangatan, ramah-tamah, mendamaikan, tidak memihak dan adil, memberikan bantuan pribadi, meredakan ketegangan, toleran terhadap adanya perbedaan.<sup>19)</sup>

Penggerakan berhubungan erat dengan manusia yang ada di balik organisasi yaitu tumbuh kembangnya kemauan mereka secara ikhlas, sadar dan sukarela bersedia melaksanakan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya. Oleh karena itu aspek yang harus diperhatikan adalah manusia. Hal ini bertumpu kepada *Human Relationship* (HR) / hubungan antar manusia. Sehingga penggerak perlu memahami benar tujuan organisasi dan prinsip-prinsip *human relationship* yaitu :<sup>17)</sup>

- a) Sinkronisasi antara individu para anggota organisasi;
- b) Suasana kerja yang menyenangkan;
- c) Hubungan kerja yang harmonis;
- d) Tidak memperlakukan bawahan sebagai mesin atau robot;

- e) Pengembangan kemampuan bawahan sampai tingkat yang optimal;
- f) Pekerjaan yang menarik dan penuh tantangan;
- g) Pengakuan dan penghargaan atas prestasi kerja yang tinggi;
- h) Tersedia sarana dan prasarana kerja yang memadai;
- i) Penempatan tenaga kerja yang tepat;
- j) Imbalan yang setimpal dengan jasa yang diberikan.

Bertolak dari prinsip-prinsip HR, hal mendasar yang wajib dipahami dalam rangka HR adalah lahirnya rasa puas, senang dari kedua belah pihak.<sup>19)</sup> Untuk mewujudkan hal tersebut menggunakan wahana “komunikasi efektif”.<sup>19)</sup> Jika komunikasi tidak efektif, sangat mungkin upaya penggerakan kurang/tidak berhasil. Sebagaimana yang dikatakan Cutlip dan Center dalam karyanya *Effective Public Relations* mengatakan : “Kata-kata dapat menjadi dinamit”.<sup>19)</sup>

Singkatnya, fungsi penggerakan akan efektif jika bertumpu kepada kepemimpinan yang efektif. Kepemimpinan akan efektif jika manajer menguasai prinsip-prinsip HR dengan wahana komunikasi yang efektif.

#### d. Pengawasan

Terry menyatakan pengawasan itu menentukan apa yang telah dicapai. Artinya menilai hasil pekerjaan dan apabila perlu untuk mengadakan tindakan-tindakan pembetulan sedemikian rupa, sehingga hasil pekerjaan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya.<sup>15)</sup>

Koontz dan Donnell menyatakan pengawasan adalah penilaian dan koreksi atas pelaksanaan kerja yang dilakukan bawahan-bawahannya dengan maksud untuk mendapatkan

keyakinan (jaminan) bahwa tujuan-tujuan perusahaan dan rencana-rencana yang digunakan untuk mencapainya dilaksanakan.<sup>16)</sup> Lebih lanjut Koontz dan Donnell mengatakan antara perencanaan dan pengawasan itu tak ubahnya seperti *the two sides of the same coin*. Perencanaan tanpa pengawasan, pekerjaan tersebut akan sia-sia karena akan timbul penyimpangan/penyelewengan yang serius tanpa ada alat untuk mencegahnya. Sebaliknya pengawasan tanpa perencanaan berarti pengawasan itu tidak akan mungkin terlaksana karena tidak ada pedoman untuk mengawasi.

Siagian menyatakan bahwa pengawasan adalah proses pengamatan dari seluruh kegiatan organisasi guna lebih menjamin bahwa semua pekerjaan yang sedang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya.<sup>17)</sup>

Efektifitas suatu pengawasan hanya dapat dirasakan, jika ada tindak lanjutnya. Tindak lanjut itu baik berupa penghargaan / *reward* ataupun sebaliknya penindakan / *punishment*, secara objektif, tegas dan adil; sebagaimana yang dikemukakan oleh Terry, Koontz dan Donnell, maupun Siagian. Sehingga dengan demikian perlu pula suatu rencana tindak lanjut atau RTL atas fungsi pengawasan tersebut.

Salah satu wahana lain yang penting dan otentik untuk membantu melakukan pengawasan efektif adalah melalui komponen pencatatan dan pelaporan (komponen ini merupakan bagian dari sistem informasi intern). Siagian mengibaratkan sistem ini sebagai sistem peredaran darah manusia.<sup>20)</sup>

Akan tetapi didalam praktek tidak jarang komponen ini hanya sebagai pelengkap saja. Sehingga dalam pengisiannya lebih bertumpu hanya kepada demi memenuhi tugas kewajiban saja, tanpa harus memperhitungkan akurasi / ketepatan dan validitas / kesahihan isi laporannya.

Kondisi yang demikian jelas tidak menguntungkan organisasi, bahkan sebaliknya sangat merugikan, karena menimbulkan pemborosan biaya, tenaga dan waktu. Lebih parah lagi jika laporan yang demikian itu dijadikan sebagai bahan pengambilan keputusan. Padahal sistem informasi dalam proses pengambilan keputusan (termasuk keputusan atas temuan hasil pengawasan), merupakan alat bantu yang tidak dapat diremehkan.

e. Penilaian

Baik Terry maupun Koontz dan Donnell sependapat bahwa penilaian / evaluasi tidak dan bukan sebagai salah satu fungsi manajemen yang berdiri sendiri, melainkan merupakan bagian dari / termasuk dalam fungsi pengawasan. Sedangkan Siagian berpendapat bahwa penilaian / evaluasi merupakan salah satu fungsi manajemen yang berdiri sendiri.

## **B. Manajemen Kesehatan dan Kesehatan Ibu & Anak (KIA)**

### 1. Pengertian

Manajemen kesehatan merupakan dua pengertian dari kata-kata manajemen dan kesehatan. Jika dikaitkan dengan definisi dari Terry, Koontz dan Donnell serta Siagian, maka manajemen kesehatan adalah :

- a. Suatu proses yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pengawasan yang dilakukan untuk menentukan dan mengatasi masalah kesehatan masyarakat melalui pelayanan kesehatan, dengan menggunakan manusia-manusia dan sumber-sumber lainnya;
- b. Mengatasi masalah kesehatan masyarakat melalui pelayanan kesehatan;
- c. Kemampuan dan keterampilan memperoleh hasil dari pelayanan kesehatan masyarakat melalui berbagai kegiatan yang dilakukan oleh orang lain.

Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan salah satu prioritas utama pembangunan kesehatan di Indonesia. Program ini bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu melahirkan dan bayi neonatal.<sup>21)</sup> Sedangkan untuk memantau cakupan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak menggunakan sistem yang disebut Pemantauan Wilayah Setempat (PWS-KIA). Pemantauan Wilayah Setempat KIA (PWS-KIA) adalah manajemen program KIA untuk memantau cakupan pelayanan KIA di suatu wilayah (puskesmas/Kecamatan) secara terus menerus, agar dapat dilakukan tindak lanjut yang cepat dan tepat terhadap desa yang cakupan pelayanan KIA-nya masih rendah.<sup>21)</sup>

Pelaksanaan PWS-KIA baru berarti bila dilengkapi dengan tindak lanjut berupa perbaikan dalam pelaksanaan pelayanan KIA, intensifikasi penggerakan sasaran dan mobilisasi sumberdaya yang diperlukan dalam rangka meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan KIA.<sup>21)</sup>

## 2. Pendekatan Kesisteman manajemen kesehatan

Reinke mengatakan bahwa ruang lingkup manajemen kesehatan yang disebutnya dengan dimensi, terdiri dari dimensi-dimensi: *Input* / masukan, *process* / proses, *out put* / keluaran, *Impact* / dampak.<sup>22)</sup>

Azwar mengatakan elemen-elemen (unsur-unsur) sistem manajemen kesehatan terdiri dari: masukan (*input*), proses (*process*), keluaran (*out-put*), umpan balik (*feed-back*), dampak (*impact*) dan lingkungan (*environment*).<sup>23)</sup>

Pendapat Brotosaputro sama dengan Azwar, yaitu bahwa komponen atau subsistem manajemen kesehatan itu terdiri dari: Masukan, Proses, Keluaran, Dampak, Umpan Balik dan Lingkungan.<sup>24)</sup>

Dimensi masukan atau input adalah terdiri dari 6 M yaitu: *Men, Money, Material, Machine, Methode, Market*. Dalam bidang administrasi Publik, *market* disini adalah masyarakat. Brotosaputro menyatakan unsur-unsur manajemen di lingkungan Puskesmas terdiri dari sumberdaya; manusia, dana dan sarana prasarana.<sup>24)</sup>

Dimensi proses adalah berkenaan dengan penyelenggaraan fungsi-fungsi manajemen kesehatan. Ternyata fungsi-fungsi ini untuk tingkat Puskesmas beraneka jenis.<sup>25)</sup> Sekalipun demikian Departemen Kesehatan memberi kebebasan sepenuhnya kepada Puskesmas untuk memilih model yang akan dipergunakan, yang penting dapat dijadikan pedoman demi pencapaian tujuan.

Fungsi-fungsi manajemen kesehatan menurut Reinke (manajemen operasional kesehatan) dikenal dengan singkatan PIE, yaitu: *Perencanaan/Planning*, *Pelaksanaan/Implementing*, dan *Evaluasi/Evaluation*.<sup>22)</sup>

Menurut Azwar fungsi tersebut adalah: Perencanaan (*Planning*) termasuk penyusunan anggaran belanja; Pengorganisasian (*organizing*) termasuk penyusunan staf; Pelaksanaan (*Implementing*) termasuk pengarahan, pengkoordinasian, bimbingan, penggerakan dan pengawasan; Penilaian (*evaluation*) termasuk penyusunan laporan.<sup>23)</sup>

Brotosaputro menyebut fungsi yang dimaksud adalah kombinasi fungsi administrasi yaitu: P1 (perencanaan); P2 (Pelaksanaan, Penggerakan, Pengorganisasian, staffing, pengkoordinasian, penggajian, komunikasi, kepemimpinan); P3 (Pengarahan, Pengawasan dan Penilaian, pencatatan-pelaporan, supervisi, monitoring).<sup>24)</sup>

### 3. Manajemen informasi kesehatan

Di bidang kesehatan, sistem informasi intern ini disebut Manajemen informasi kesehatan. Artinya, upaya sistematis pengumpulan dan pengolahan data yang diperlukan, dalam rangka mengelola program kesehatan yang memanfaatkan sumberdaya melalui penerapan fungsi-fungsi administrasi atau manajemen kesehatan (seperti P1, P2 dan P3).<sup>21)</sup>

Untuk tingkat Puskesmas telah dibakukan suatu standarisasi yang berhubungan dengan data informasi tersebut yaitu Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP), yang kemudian diubah menjadi SP3 singkatan dari Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas.<sup>26)</sup> SP3 adalah tata cara pencatatan dan pelaporan yang lengkap untuk pengelolaan Puskesmas, meliputi keadaan fisik, tenaga, sarana dan kegiatan pokok yang dilakukan serta hasil yang dicapai oleh Puskesmas. Melalui SP3 tersebut kemudian dilahirkan apa yang dimaksud dengan Stratifikasi Puskesmas, yaitu

suatu klasifikasi tingkat keberhasilan pelaksanaan tugas Puskesmas yang telah dilakukan dalam kurun waktu tiap tahun.

### C. Efektivitas Program

Efektivitas program adalah penyelesaian dalam kaitannya dengan kebutuhan dalam kasus manapun penting untuk membedakan penyelesaian program dari yang dapat dicapai tanpa program. Efektivitas harus diukur menurut salah satu di antara tiga cara. Pertama : efektivitas mungkin hanya merupakan perbedaan tingkat pencapaian hasil kegiatan yang ada program dengan yang tidak ada program. Kedua : dengan membandingkan tambahan yang ingin dicapai dari yang ditargetkan (yang dilayani program dengan pelayanan biasa). Ketiga : perbandingan tambahan pencapaian hasil dengan tambahan hasil yang diinginkan untuk dicapai.<sup>27)</sup>

Apabila suatu kegiatan telah tercapai dan telah sesuai dengan yang direncanakan bisa dikatakan efektivitas. Efektivitas sering disebut sebagai evaluasi dari *outcome* dalam hubungannya dengan tujuan dan objektif.<sup>28)</sup>

Pengertian dari efektivitas adalah suatu ungkapan tentang efek yang dikehendaki dari suatu program, dinas, lembaga atau kegiatan penunjang dalam mengurangi masalah kesehatan atau memperbaiki keadaan kesehatan yang tidak memuaskan. Dengan demikian efektivitas mengukur tingkat pencapaian tujuan dan sasaran program, dinas atau lembaga yang telah ditentukan sebelumnya. Penilaian efektivitas ditujukan untuk memperbaiki perumusan program atau fungsi dan struktur dinas-dinas dan lembaga-lembaga kesehatan melalui analisis terhadap sampai berapa jauh mereka dapat mencapai tujuan-tujuannya. Kalau mungkin, tujuan yang telah dicapai harus diukur. Kalau tidak mungkin,

harus dilakukan analisis kualitatif mengenai relevansi dan kegunaan hasil-hasil tersebut, betapapun subjektif dan impresionistik analisis itu, sampai suatu cara pengukuran yang lebih tepat dapat dibuat. Penilaian efektivitas seharusnya juga harus mencakup penilaian terhadap kepuasan atau kekecewaan yang dinyatakan oleh masyarakat yang bersangkutan mengenai efek dari program, dinas atau lembaga. <sup>29)</sup>

#### **D. Pemberian Makanan Tambahan**

##### **1. Pengertian**

Pemberian Makanan Tambahan merupakan program / kegiatan pemberian zat gizi yang bertujuan memulihkan gizi penderita yang buruk dengan jalan memberikan makanan dengan kandungan gizi yang cukup sehingga kebutuhan gizi penderita dapat terpenuhi<sup>30)</sup>, diberikan setiap hari untuk memperbaiki status gizi <sup>31)</sup> dan diberikan secara gratis kepada balita gizi buruk dari keluarga miskin.

Penentuan keluarga miskin ditetapkan oleh Tim Desa yang dibentuk oleh Kepala Desa / Kelurahan. Tim ini terdiri dari: Pamong desa, PLKB, Bidan Desa, dan unsur masyarakat yang terdiri dari Tokoh masyarakat, Tim Penggerak PKK Desa, LSM lainnya.<sup>31)</sup>

##### **2. Manajemen PMT**

Kegiatan PMT ini pada dasarnya merupakan bagian dari Sub Dinas Kesehatan Keluarga (Kesga) yaitu unit yang melaksanakan tugas-tugas KIA, KB dan usaha peningkatan gizi. Oleh karena itu penyelenggaraan manajerialnya menyatu dan terintegrasi dengan pelaksanaan upaya pelayanan pokok kesehatan tersebut tanpa meninggalkan JUKNIS yang telah ditetapkan. <sup>31)</sup>

a. Perencanaan (P1)

1) Persiapan petugas

a) Tenaga kesehatan yang terlibat dalam kegiatan PMT adalah TPG dan bidan di desa. Tenaga-tenaga tersebut mempunyai tugas dan peranan dalam penentuan lokasi, mengkoordinasi persiapan, pelaksanaan dan evaluasi PMT, melakukan bimbingan dan supervisi, menyiapkan sarana peralatan dan pencatatan dan pelaporan. Kader PKK mempunyai peranan dalam pengadaan, penyuluhan dan distribusi makanan pada sasaran PMT.

b) Penyelenggaraan orientasi bagi tenaga pelaksana

(1) Tujuan

Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan tenaga pelaksana dalam pengelolaan PMT balita gizi buruk.

(2) Keluaran

Rencana kegiatan (*Plan of Action*) PMT balita gizi buruk.

(3) Peserta

Puskesmas : TPG

Pustu : Bidan

Polindes : Bidan di desa

Posyandu : Kader

(4) Materi

Pedoman pengelolaan kegiatan UPGK.

Pedoman penanggulangan gizi buruk pada Balita.

Petunjuk pelaksanaan PMT balita gizi buruk.

Panduan pengisian KMS Balita.

Panduan 13 pesan dasar gizi seimbang.

Pencatatan dan pelaporan.

Praktek lapangan untuk pengukuran antropometri dan konseling.

(5) Waktu : 2 hari

(6) Pelatih

Pemegang program gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal.

2) Penentuan lokasi prioritas dan penjaringan balita calon peserta PMT.

Untuk menentukan lokasi prioritas dan penjaringan calon peserta dapat digunakan data sekunder seperti hasil Pemantauan Status Gizi (PSG), laporan bulanan Puskesmas, dan register balita di Posyandu. Dari data PSG diperoleh informasi tentang prevalensi status gizi kecamatan sehingga akan dapat membantu tenaga Kabupaten memilih kecamatan prioritas (prevalensi tinggi). Dari laporan bulanan akan diperoleh informasi desa/posyandu mana yang mempunyai prevalensi gizi buruk nyata tinggi (BGM). Informasi ini penting untuk tenaga Puskesmas menentukan lokasi posyandu prioritas. Sedangkan dari register balita dapat diketahui identitas balita dari setiap posyandu yang dapat didaftar sebagai peserta PMT. Dianjurkan kepada setiap pelaksana untuk melakukan penimbangan ulang bagi calon peserta PMT guna meyakinkan apakah anak yang telah didaftar benar-benar mempunyai status gizi kurang atau buruk.

### 3) Persiapan Masyarakat

- a) Persiapan masyarakat dimaksudkan untuk memotivasi sasaran tidak langsung yaitu; ibu balita, pengasuh, keluarga lain, tokoh masyarakat, PKK, LSM, dan swasta.
- b) Tujuan persiapan masyarakat adalah untuk meningkatkan partisipasi dan dukungan sasaran tidak langsung dalam pengelolaan PMT balita gizi buruk.
- c) Pada ibu balita/pengasuh diarahkan agar mereka menyadari masalah gizi anaknya dan upaya-upaya yang perlu dilakukan untuk memperbaiki status gizi anaknya termasuk penjelasan tentang pelaksanaan PMT serta dukungan yang diperlukan dari mereka.
- d) Persiapan masyarakat terhadap tokoh masyarakat, LSM, swasta diarahkan agar mereka dapat mengetahui masalah gizi buruk pada balita, mengenal sumberdaya yang dapat dimanfaatkan dan selanjutnya mampu mendukung untuk memecahkan masalah tersebut secara mandiri di tingkat desa serta lingkungan keluarganya.
- e) Kegiatan persiapan masyarakat tersebut dapat berupa pertemuan rutin di tingkat desa, penyuluhan kelompok, penyuluhan perorangan, bimbingan petugas bagi keluarga rawan kesehatan dalam asuhan keperawatan di tingkat keluarga.
- f) Kegiatan persiapan masyarakat dapat dilaksanakan oleh TPG.

#### 4) Persiapan peralatan dan perlengkapan

Melakukan identifikasi dan sediakan sarana peralatan dan perlengkapan yang dibutuhkan dalam PMT balita gizi buruk, seperti timbangan dacin, KMS, buku register, formulir laporan, alat masak, *food model* dan obat-obatan sederhana. Dianjurkan untuk memanfaatkan sarana yang telah tersedia di wilayah bersangkutan.

### b. Pelaksanaan dan Penggerakan (P2)

#### 1) Konseling

- a) Konseling adalah kegiatan penyuluhan yang diarahkan agar ibu balita atau pengasuh balita sadar akan masalah gizi buruk anaknya serta dapat membimbing dan berpartisipasi dalam pelaksanaan PMT. Selanjutnya TPG Puskesmas melakukan wawancara kebiasaan makan balita melalui ibu balita dan pengasuhnya.
- b) Dari wawancara tersebut, TPG puskesmas menentukan apakah makanan balita tersebut sudah sesuai dengan kebutuhan menurut umur atau belum.
- c) Setelah diketahui kuantitas dan kualitas makanan balita, selanjutnya petugas melakukan konseling terhadap ibu balita sesuai dengan kebutuhan.
- d) Konseling dapat dilaksanakan pada saat pemberian PMT atau pada kunjungan balita ke Puskesmas/Puskesmas Pembantu/Polindes/Posyandu atau dengan mengunjungi rumah keluarga balita.

- e) Konseling untuk balita gizi buruk bisa dilakukan oleh kader terlatih, Bidan di desa, perawat/bidan puskesmas dan TPG Puskesmas.
- f) Konseling dapat diberikan setiap saat atau sebulan sekali selama PMT diberikan, yaitu pada saat selesai dilakukan pengukuran berat badan.

## 2) Pemberian Makanan Tambahan

- a) Pada dasarnya setiap anak gizi buruk memerlukan PMT, Banyaknya makanan yang diberikan dibedakan menurut berat ringannya gizi buruk yang dideritanya.
- b) Pada balita gizi buruk ringan PMT dilakukan oleh ibu/pengasuhnya di masing-masing keluarga.
- c) Pada balita gizi buruk nyata, selain diberi konseling juga diberi makanan tambahan yang jumlah dan bentuknya disesuaikan dengan keadaan balita. Anak gizi buruk nyata mendapat prioritas untuk mengikuti PMT kelompok.
- d) Makanan tambahan diberikan kepada balita setiap hari.

## 3) Rujukan kasus

- a) Rujukan perlu dilakukan apabila terjadi hal-hal sebagai berikut :
  - (1) Balita gizi buruk yang telah diberi PMT selama 3 bulan berturut-turut tidak naik berat badannya.
  - (2) Adanya faktor penyulit pada balita gizi buruk yang ditangani, sehingga tidak bisa ditangani di tingkat masyarakat atau di tingkat Puskesmas

- b) Rujukan balita gizi buruk tersebut dikirim ke unit pelayanan kesehatan yang lebih tinggi, bisa ke Puskesmas Perawatan, Rumah Sakit Umum Daerah, Rumah Sakit Umum Pusat.

c. Pengawasan, Pengendalian dan Penilaian (P3)

1) Indikator Pemantauan

- a) Data antropometri (BB/TB) pada awal PMT dan setiap bulan berikutnya.
- b) Jumlah balita gizi buruk seluruhnya.
- c) Jumlah balita gizi buruk yang mendapat PMT.
- d) Bertambahnya praktek pemberian makanan balita sesuai gizi seimbang di keluarga.
- e) Adanya PMT di kelompok masyarakat yang dikelola oleh LSM/swasta/pengusaha
- f) Adanya upaya kesehatan bersumber daya masyarakat dalam penanggulangan balita gizi buruk.

2) Pencatatan dan pelaporan

- a) Pencatatan dilakukan dengan mengikuti pola pencatatan kegiatan puskesmas yang sudah ada yaitu menggunakan register kohort balita dan kartu pemantauan PMT balita
- b) Alur pelaporan mengikuti jalur yang telah ada ditingkat puskesmas sampai tingkat propinsi.
- c) Hal-hal yang dicatat dalam kartu pemantauan PMT meliputi;
  - (1) Nama balita.
  - (2) Umur balita.
  - (3) Anjuran makan sehari.
  - (4) Hasil anamnese diet.
  - (5) PMT yang dianjurkan.

(6) Status gizi buruk.

(7) Keterangan.

d) Hal-hal yang dilaporkan meliputi;

(1) Jumlah balita.

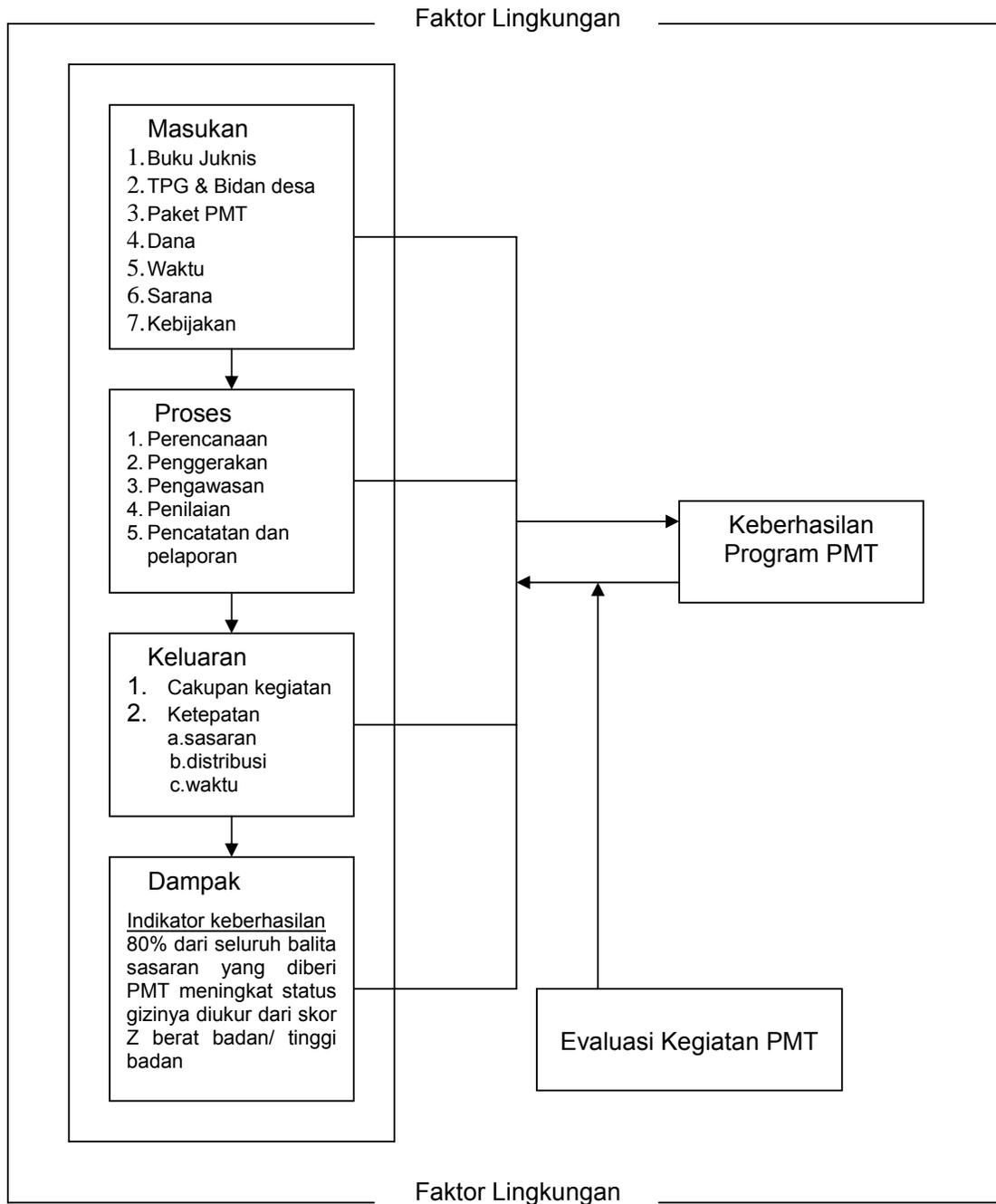
(2) Jumlah balita gizi buruk seluruhnya.

(3) Jumlah balita yang telah pulih dari gizi buruk.

(4) Jumlah balita yang dirujuk.

(5) Jumlah balita yang diberi makanan tambahan yang dikelola oleh LSM/swasta/pengusaha.<sup>32)</sup>

## E. KERANGKA TEORI



Gambar 1. Kerangka Teori <sup>15), 16), 17) 32)</sup>

## BAB III

### METODOLOGI PENELITIAN

#### **A. Variabel Penelitian**

##### 1. Variabel Bebas

- a. Perencanaan oleh TPG Puskesmas.
- b. Penggerakan oleh TPG Puskesmas.
- c. Pengawasan (supervisi) oleh TPG Puskesmas.
- d. Penilaian oleh TPG Puskesmas.
- e. Pencatatan dan pelaporan oleh TPG Puskesmas.

##### 2. Variabel Terikat

Tingkat keberhasilan Program PMT pada balita gizi buruk.

#### **B. Hipotesis**

##### 1. Hipotesis mayor

Ada hubungan fungsi manajemen oleh TPG Puskesmas dengan tingkat keberhasilan Program PMT pada balita gizi buruk di Puskesmas Kabupaten Tegal.

##### 2. Hipotesis minor

- a. Ada hubungan perencanaan oleh TPG Puskesmas dengan tingkat keberhasilan Program PMT pada balita gizi buruk di Puskesmas Kabupaten Tegal.
- b. Ada hubungan penggerakan oleh TPG Puskesmas dengan keberhasilan Program PMT pada balita gizi buruk di Puskesmas Kabupaten Tegal.

- c. Ada hubungan pengawasan (supervisi) oleh TPG Puskesmas dengan keberhasilan Program PMT pada balita gizi buruk di Puskesmas Kabupaten Tegal.
- d. Ada hubungan penilaian oleh TPG Puskesmas dengan tingkat keberhasilan Program PMT pada balita gizi buruk di Puskesmas Kabupaten Tegal.
- e. Ada hubungan pencatatan dan pelaporan oleh TPG Puskesmas dengan tingkat keberhasilan Program PMT pada balita gizi buruk di Puskesmas Kabupaten Tegal.

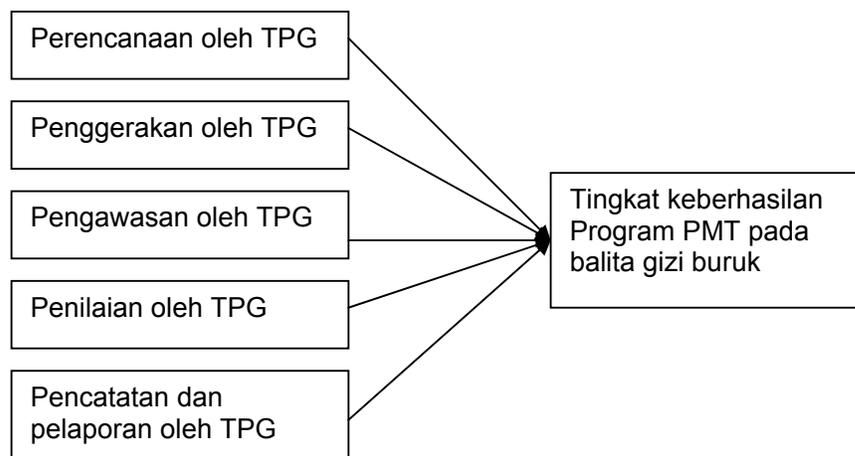
**C. Kerangka Konsep Penelitian**

Berdasarkan kerangka teori, kegiatan PMT yang tidak diteliti adalah masukan (*input*) dan keluaran (*output*) karena menyangkut beberapa aspek di luar jangkauan pengetahuan yang dimiliki peneliti. Kerangka konsep penelitian yang diajukan pada Gambar 2.

Variabel Bebas

Variabel Terikat

Proses Manajemen :



**Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian**

## D. Rancangan Penelitian

### 1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional yang bersifat deskriptif analitik yaitu penelitian yang bertujuan menggambarkan keadaan serta menggali secara luas tentang hal-hal yang mempengaruhi terjadinya sesuatu.<sup>33)</sup> Penelitian ini dilengkapi dengan penelitian kualitatif untuk menggali lebih dalam keadaan tersebut dengan menggunakan metode *content analysis*.

### 2. Pendekatan waktu

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara variabel bebas dan terikat dengan cara pendekatan atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time approach*).<sup>34)</sup>

### 3. Metode pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara langsung antara peneliti dengan responden dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan wawancara mendalam dengan menggunakan pedoman wawancara.

Sumber data penelitian terdiri dari :

#### a. Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari hasil wawancara terstruktur dan wawancara mendalam terhadap responden tentang fungsi manajemen oleh TPG Puskesmas. Data primer lain yang digunakan peneliti adalah data pelaporan kegiatan PMT bagi balita gizi buruk di Kabupaten Tegal.

b. Data sekunder

Merupakan data pendukung penelitian yang diperoleh dari berbagai sumber yang ada serta data lain yang berkaitan dengan penelitian.

4. Populasi Penelitian

Populasi penelitian dalam penelitian ini adalah seluruh TPG di semua Puskesmas di Kabupaten Tegal yang berjumlah 25 orang.

5. Prosedur pemilihan sampel dan sampel penelitian

Subjek adalah total populasi yaitu semua TPG di semua Puskesmas di Kabupaten Tegal yang berjumlah 25 orang.

6. Definisi operasional dan skala pengukuran variabel penelitian

a. Perencanaan oleh TPG

Adalah upaya yang dilakukan oleh TPG untuk mengidentifikasi masalah-masalah gizi buruk, menemukan penyebab masalah gizi buruk, membuat dan merumuskan kegiatan-kegiatan dalam pemberian makanan tambahan guna memperbaiki masalah gizi buruk meliputi : pembentukan tim penyusunan program PMT, penyusunan rencana usulan kegiatan PMT, penyusunan rencana pelaksana kegiatan PMT, pembuatan jadwal kegiatan PMT, melibatkan masyarakat dalam menyusun rencana kegiatan, koordinasi dengan bidan desa dan koordinator program PMT untuk menyusun perencanaan program PMT.

Skala pengukuran : ordinal

Kriteria :

- 1) Apabila distribusi data normal menggunakan kriteria
  - a) Baik : total skor (14 – 42)  $\geq$  mean
  - b) Kurang baik : total skor (14 -42) < mean
- 2) Apabila distribusi data tidak normal menggunakan kriteria
  - a) Baik : total skor (14 – 42)  $\geq$  median
  - b) Kurang baik : total skor (14 – 42) < median

b. Penggerakan oleh TPG

Adalah upaya TPG untuk membuat bidan desa, dan masyarakat agar mau bekerja sama dan bekerja secara ikhlas serta bergairah untuk mencapai tujuan sesuai dengan perencanaan Program PMT meliputi : rapat koordinasi dengan bidan desa, motivasi terhadap bidan desa, pendampingan terhadap bidan desa, sosialisasi program PMT kepada masyarakat, pendekatan kepada keluarga balita gizi buruk.

Skala pengukuran : ordinal

Kriteria :

- 1) Apabila distribusi data normal menggunakan kriteria
  - a) Baik : total skor (5 – 15)  $\geq$  mean
  - b) Kurang baik : total skor (5 – 15) < mean
- 2) Apabila distribusi data tidak normal menggunakan kriteria
  - a) Baik : total skor (5 – 15)  $\geq$  median
  - b) Kurang baik : total skor (5 - 15) < median

c. Pengawasan oleh TPG

Adalah upaya monitoring oleh TPG terhadap pelaksanaan Program PMT yang meliputi : frekuensi monitoring pelaksanaan Program PMT, monitoring terhadap kinerja bidan, pemantauan data antropometri, pemantauan jumlah balita gizi buruk, pemantauan PMT di kelompok masyarakat yang dikelola oleh LSM, dan pemantauan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat dalam penanggulangan balita gizi buruk, serta pemantauan dan penyalahgunaan PMT di masyarakat.

Skala pengukuran : ordinal

Kriteria :

1) Apabila distribusi data normal menggunakan kriteria:

a) Baik : total skor (8 – 24)  $\geq$  mean

b) Kurang baik : total skor (8 – 24)  $<$  mean

2) Apabila distribusi data tidak normal menggunakan kriteria:

a) Baik : total skor (8 – 24)  $\geq$  median

b) Kurang baik : total skor (8 - 24)  $<$  median

d. Penilaian oleh TPG

Adalah upaya penilaian yang dilakukan oleh TPG tentang hasil Program PMT meliputi : evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan PMT, evaluasi frekuensi kegiatan, bentuk evaluasi keberhasilan program PMT dengan menganalisis data pemantauan data antropometri balita setiap bulannya, evaluasi peran keluarga balita gizi buruk, evaluasi peran serta tokoh agama, tokoh masyarakat, LSM dalam pelaksanaan program PMT, keterlibatan bidan desa

dalam evaluasi, melakukan *feedback* dan tindak lanjut dari hasil monitoring evaluasi yang dilakukan.

Skala pengukuran : ordinal

Kriteria :

1) Apabila distribusi data normal menggunakan kriteria

a) Baik : total skor ( 11 – 33)  $\geq$  mean

b) Kurang baik : total skor (11 – 33)  $<$  mean

2) Apabila distribusi data tidak normal menggunakan kriteria

a) Baik : total skor ( 11 – 33)  $\geq$  median

b) Kurang baik : total skor (11 – 33)  $<$  median

e. Pencatatan dan pelaporan oleh TPG

Adalah pencatatan dan pelaporan tentang kegiatan PMT yang dilakukan oleh TPG dengan mengikuti pola pencatatan kegiatan puskesmas yang sudah ada dan alur pelaporan sesuai dengan jalur yang ada di tingkat Puskesmas sampai provinsi meliputi : pelaksanaan pencatatan dan pelaporan kegiatan PMT, kepatuhan pencatatan mengikuti pola pencatatan puskesmas, ketepatan waktu dalam pencatatan dan pelaporan kegiatan PMT, penggunaan alat pencatatan dan pemantauan kegiatan PMT, kelengkapan data pelaporan pelaksanaan kegiatan PMT.

Skala pengukuran : ordinal

Kriteria :

1) Apabila distribusi data normal menggunakan kriteria

a) Baik : total skor (13 – 39)  $\geq$  mean

b) Kurang baik : total skor (13 – 39)  $<$  mean

2) Apabila distribusi data tidak normal menggunakan kriteria

a) Baik : total skor (13 – 39)  $\geq$  median

b) Kurang baik : total skor (13 – 39)  $<$  median

f. Tingkat keberhasilan Program PMT pada balita gizi buruk

Adalah proporsi jumlah balita gizi buruk yang menerima PMT (sasaran) dan mengalami kenaikan berat badan.

Skala pengukuran : ordinal

Kriteria:

1) Baik : apabila proporsi sasaran yang mengalami kenaikan lebih dari 80%

2) Kurang baik : apabila proporsi sasaran yang mengalami kenaikan kurang dari 80%

## 7. Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian

Instrumen yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah kuesioner terstruktur. Sebelum melakukan pengumpulan data di lokasi penelitian, dilakukan uji reliabilitas dan validitas terhadap kuesioner penelitian. Uji reliabilitas dan validitas ini dilakukan di lokasi lain yang karakteristik wilayahnya mirip dengan lokasi penelitian. Data yang diperoleh selanjutnya diuji dengan menggunakan program komputer SPSS versi 11,5 dengan signifikansi 5% dan selang kepercayaan 95% untuk masing-masing butir pertanyaan.<sup>36)</sup>

### a. Uji validitas

Hasil pengujian validitas menunjukkan hampir seluruh item pertanyaan valid dengan menunjukkan tingkat signifikansi lebih

kecil dari 0,05. Data pertanyaan lengkap uji validitas kuesioner dalam Lampiran 3.

Setelah dikaitkan dengan konsep dan teori, maka pertanyaan-pertanyaan yang tidak valid dan dikeluarkan dari daftar pertanyaan kuesioner antara lain :

- a) Saya melibatkan tokoh masyarakat sebelum menyusun perencanaan Program PMT.
- b) Saya melibatkan tokoh agama sebelum menyusun perencanaan Program PMT.
- c) Saya melakukan pertemuan dengan tokoh masyarakat untuk mendukung pelaksanaan Program PMT.
- d) Saya melakukan pertemuan dengan tokoh masyarakat untuk mendukung pelaksanaan Program PMT.
- e) Saya melakukan pertemuan dengan perangkat desa dan kecamatan untuk mendukung Program PMT.
- f) Saya melakukan evaluasi terhadap peran serta tokoh masyarakat selama pelaksanaan PMT.
- g) Saya melibatkan tokoh agama dalam evaluasi agar mendapatkan hasil yang objektif.

b. Uji Reliabilitas

Pengukuran reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan cara *one shot* atau pengukuran sekali saja. Disini pengukuran kuesioner hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain atau mengukur korelasi antar jawaban. Program pengolahan data yang ada di komputer memberikan fasilitas untuk mengukur reliabilitas uji statistik *Alpha Cronbach*.

Suatu konstruk/variabel dikatakan reliabel jika memberikan nilai *Alpha Cronbach* > 0,60. <sup>36)</sup>

Hasil uji reliabilitas dengan menggunakan koefisien alpha memberikan hasil sebagai berikut :

**Tabel 2. Hasil Uji Reliabilitas Kuesioner Penelitian**

No	Variabel	$\alpha$ (alpha)	Kesimpulan
1	Perencanaan	0,7756	Reliabel
2	Penggerakan	0,6247	Reliabel
3	Pengawasan	0,7392	Reliabel
4	Penilaian	0,8743	Reliabel
5	Pencatatan dan pelaporan	0,7886	Reliabel

Hasil uji reliabilitas kuesioner penelitian pada tabel 2 adalah baik dan menunjukkan bahwa model pertanyaan mampu memberikan konsistensi jawaban dengan baik sehingga dapat digunakan dalam penelitian ini.

## 8. Teknik pengolahan dan Analisis Data

### a. Teknik pengolahan data

Data yang dikumpulkan kemudian dilakukan pengolahan data.

Adapun tahap-tahap pengolahan data adalah sebagai berikut:

- 1) *Editing* yaitu langkah yang dilakukan untuk memeriksa kelengkapan konsistensi maupun kesalahan jawaban pada kuesioner.
- 2) *Koding* dilakukan untuk memudahkan dalam proses pengolahan data
- 3) Tabulasi untuk mengelompokkan data ke dalam suatu data tertentu menurut sifat yang sesuai dengan tujuan penelitian.

4) Penyajian data dilakukan dengan menggunakan tabel dan narasi.<sup>37)</sup>

b. Analisis data

Pada penelitian ini dilakukan analisis data secara bertingkat dengan menggunakan:

1) Analisis Univariat

Analisis univariat menggunakan analisis persentase dari seluruh responden yang diambil dalam penelitian. Statistik deskriptif memberikan gambaran atau deskripsi suatu data yang dilihat dari distribusi frekuensi dan uji normalitas data.

2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis korelasi *Chi square* untuk menguji hubungan variabel bebas dengan variabel terikat.

3) *Content analysis*

Dilakukan *content analysis* untuk data kualitatif dengan pengelola Program Gizi Kabupaten dan 10 orang TPG Puskesmas setelah data kuantitatif diolah. Data yang sudah terkumpul berdasarkan kenyataan-kenyataan yang terdapat di lapangan kemudian dilakukan analisis secara *content analysis* untuk data kualitatif dan analisis univariat untuk data kuantitatif, untuk selanjutnya digambarkan dalam bentuk skema alur proses dan dinarasikan.<sup>38)</sup>

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### **A. Gambaran Umum Program PMT di Puskesmas se-Kabupaten Tegal**

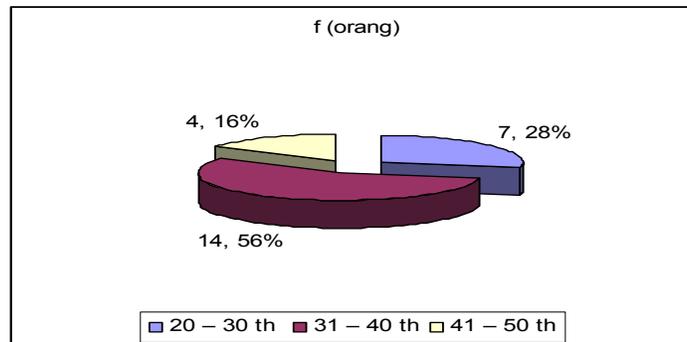
Pemerintah Daerah Kabupaten Tegal melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal pada tahun 2005 telah menyediakan paket PMT penanggulangan gizi buruk dalam rangka menangani anak balita gizi buruk di Kabupaten Tegal. Paket PMT penanganan gizi buruk diberikan kepada bayi umur 6-12 bulan yang berisi 18 dus susu bubuk formula 2 (Lactogen) kemasan 200 gram dan 9 bungkus biskuit (SUN) kemasan 80 gram, anak umur 1-2 tahun menerima 11 dus susu bubuk coklat 123 (Bendera) kemasan 400 gram dan 10 bungkus biskuit (SUN) kemasan 60 gram, dan anak umur 2-5 tahun menerima 13 dus susu bubuk instan (Indomilk) kemasan 400 gram dan 11 bungkus biskuit (SUN) kemasan 80 gram.

Paket PMT tersebut oleh TPG diberikan kepada bidan desa untuk diserahkan ke keluarga balita gizi buruk. PMT harus di konsumsi oleh balita gizi buruk setiap hari selama 3 bulan (90 hari) dan setiap bulan dilakukan pemantauan kenaikan berat badan oleh bidan desa yang dibantu kader posyandu. Data pemantauan berat badan tiap bulan dilaporkan ke TPG oleh bidan desa dan selanjutnya rekapitulasi data pelaksanaan PMT selama 3 bulan dilaporkan ke koordinator PMT tingkat Kabupaten Tegal di Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal oleh TPG.

## B. Karakteristik Responden

### 1. Umur responden

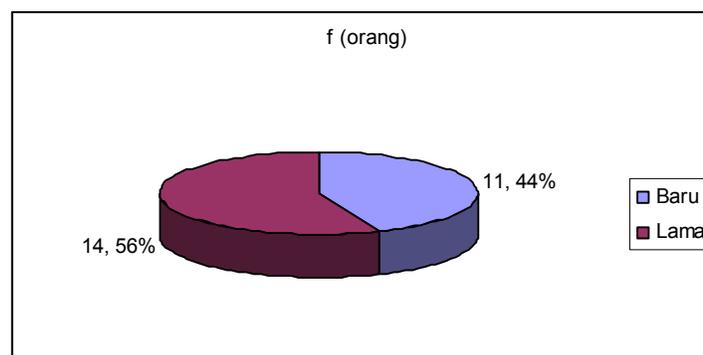
Gambar 3 menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden (56%) berumur antara 31 – 40 tahun, dan responden termuda berumur 25 tahun serta tertua 42 tahun.



**Gambar 3**  
Distribusi Frekuensi Umur Responden

### 2. Lama Kerja

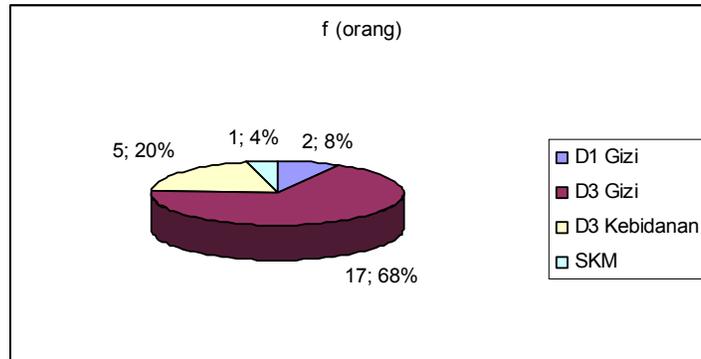
Gambar 4 menunjukkan bahwa 11 responden (44%) memiliki lama kerja dibawah 10 tahun, dan 14 responden (56%) memiliki lama kerja diatas 10 tahun. Responden yang memiliki lama kerja terlama yaitu 20 tahun dan yang terbaru yaitu 1 tahun.



**Gambar 4**  
Distribusi Frekuensi Lama Kerja Responden

### 3. Pendidikan Responden

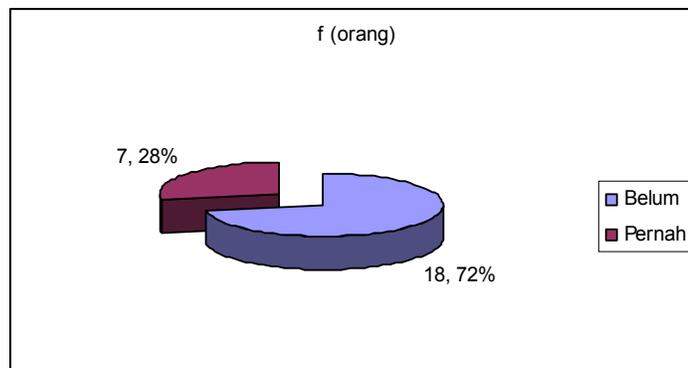
Gambar 5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (68%) memiliki pendidikan D3 Gizi.



**Gambar 5**  
**Distribusi Frekuensi Pendidikan Responden**

#### 4. Pelatihan Manajemen Puskesmas

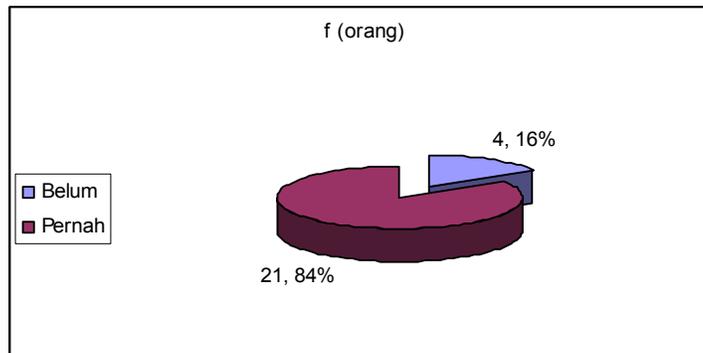
Gambar 6 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (72%) belum pernah mengikuti pelatihan manajemen puskesmas.



**Gambar 6**  
**Distribusi Frekuensi Pelatihan Manajemen Puskesmas**

#### 5. Sosialisasi Pengelolaan PMT

Gambar 7 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (84%) pernah mengikuti sosialisasi pengelolaan PMT.



**Gambar 7**  
**Distribusi Frekuensi Sosialisasi Pengelolaan PMT**

## 6. Perencanaan

Distribusi frekwensi jawaban responden tentang perencanaan dapat dilihat pada Tabel 3. Tabel 3 menunjukkan bahwa, perencanaan program PMT yang selalu dilakukan oleh responden berkisar antara 64% sampai dengan 96%, kadang-kadang melakukan perencanaan program PMT berkisar antara 4% sampai dengan 24% dan tidak melakukan perencanaan program PMT berkisar antara 4% sampai dengan 28%.

**Tabel 3**  
**Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Tentang Perencanaan**

no	Aspek	Tidak		Kadang		Selalu		$\Sigma$	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Pembentukan tim PMT	3	12,0	4	16,0	18	72,0	25	100
2	Penyusunan rencana usulan kegiatan PMT	3	12,0	3	12,0	19	76,0	25	100
3	Membaca buku petunjuk pelaksanaan PMT	0	0,0	6	24,0	19	76,0	25	100
4	Buku menjadi pedoman pengelolaan PMT	0	0,0	5	20,0	20	80,0	25	100
5	Menyusun rencana waktu pelaksanaan PMT	1	4,0	0	0,0	24	96,0	25	100
6	Menyusun rencana pelaksanaan kegiatan PMT	2	8,0	1	4,0	22	88,0	25	100
7	Menyusun rencana sumber biaya pelaksanaan kegiatan PMT	7	28,0	2	8,0	16	64,0	25	100
8	Menyusun rencana manajemen pelaksanaan kegiatan PMT	2	8,0	2	8,0	21	84,0	25	100
9	Menyusun rencana pemantauan kegiatan PMT	1	4,0	0	0,0	24	96,0	25	100
10	Membuat rencana evaluasi kegiatan PMT	1	4,0	0	0,0	24	96,0	25	100

11	Membuat jadwal kegiatan PMT	3	12,0	3	12,0	19	76,0	25	100
no	aspek	Tidak		ya				$\Sigma$	
		f	%	f	%	f	%	f	%
12	Melibatkan kader sebelum menyusun rencana	2	8,0	23	92,0	25	100		
13	Melibatkan bidan desa untuk menyusun rencana	1	4,0	1	4,0	23	92,0	25	100
14	Melakukan pertemuan dengan koordinator program PMT kabupaten	1	4,0	2	4,0	23	92,0	25	100

Skoring jawaban-jawaban responden tentang perencanaan dijumlahkan sehingga diperoleh nilai total dan kemudian dibandingkan dengan rerata : Bila nilai total dibawah rerata disimpulkan sebagai perencanaan yang kurang baik, sedangkan bila nilai total diatas rerata disimpulkan sebagai perencanaan yang baik. Tabel 4 menunjukkan kesimpulan dari nilai total perencanaan responden. Berdasarkan data pada Tabel 4 diketahui bahwa lebih dari separuh responden (56,0%) memiliki perencanaan yang baik.

**Tabel 4**  
**Distribusi Frekuensi Perencanaan Responden**

No	Perencanaan	f (orang)	Persentase (%)
1	Kurang baik	11	44,0
2	Baik	14	56,0
	Jumlah	25	100,0

## 7. Penggerakan

Distribusi frekwensi jawaban responden tentang penggerakan dapat dilihat pada Tabel 5. Tabel 5 menunjukkan bahwa, penggerakan program PMT yang selalu dilakukan oleh responden berkisar antara 68% sampai dengan 96%, kadang-kadang responden melakukan penggerakan program PMT berkisar antara 8% sampai dengan 28%, dan tidak melakukan penggerakan berkisar antara 0% sampai dengan 4%.

**Tabel 5**  
**Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Tentang Penggerakan**

No	Aspek	Tidak		Kadang		Selalu		$\Sigma$	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Melakukan rapat koordinasi dengan bidan desa	0	0,0	4	16,0	21	84,0	25	100
2	Memotivasi bidan desa untuk melaksanakan program PMT	1	4,0	0	0,0	24	96,0	25	100
3	Mendampingi bidan desa dalam pelaksanaan program PMT	0	0,0	8	32,0	17	68,0	25	100
4	Melakukan sosialisasi program PMT ke masyarakat	0	0,0	7	28,0	18	72,0	25	100
5	Melakukan pendekatan kepada keluarga balita gizi buruk	0	0,0	2	8,0	23	92,0	25	100

Skoring jawaban-jawaban responden tentang penggerakan dijumlahkan sehingga diperoleh nilai total dan kemudian dibandingkan dengan rerata : Bila nilai total dibawah rerata disimpulkan sebagai penggerakan yang kurang baik, sedangkan bila nilai total diatas rerata disimpulkan sebagai penggerakan yang baik. Tabel 6 menunjukkan kesimpulan dari nilai total penggerakan responden. Berdasarkan data pada Tabel 6 diketahui bahwa sebagian besar responden (76,0%) memiliki penggerakan program PMT yang baik.

**Tabel 6**  
**Distribusi Frekuensi Penggerakan Responden**

No	Penggerakan	f (orang)	Persentase (%)
1	Kurang baik	6	24,0
2	Baik	19	76,0
	Jumlah	25	100,0

## 8. Pengawasan

Distribusi frekwensi jawaban responden tentang pengawasan dapat dilihat pada Tabel 7. Tabel 7 menunjukkan bahwa, pengawasan program PMT yang selalu dilakukan oleh responden berkisar antara 16% sampai dengan 96%, kadang-kadang responden melakukan pengawasan berkisar antara 4% sampai dengan 44%, dan tidak melakukan pengawasan berkisar antara 4% sampai dengan 64%.

**Tabel 7**  
**Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Tentang Pengawasan**

No	Aspek	Tidak		Kadang		Selalu		$\Sigma$	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Melakukan monitoring melalui kunjungan di desa	2	8,0	11	44,0	12	48,0	25	100
2	Melakukan monitoring terhadap kinerja bidan desa dalam program PMT	0	0,0	6	24,0	19	76,0	25	100
3	Melakukan pemantauan data antropometri	1	4,0	2	8,0	21	88,0	25	100
4	Melakukan pemantauan jumlah balita gizi buruk	0	0,0	1	4,0	24	96,0	25	100
5	Melakukan pemantauan jumlah balita gizi buruk yang mendapat PMT	16	64,0	5	20,0	4	16,0	25	100
6	Melakukan pemantauan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat	5	20,0	6	24,0	14	56,0	25	100
7	Memantau penyalahgunaan atau pemberian PMT yang tidak tepat sasaran	1	4,0	2	8,0	22	88,0	25	100

Skoring jawaban-jawaban responden tentang pengawasan dijumlahkan sehingga diperoleh nilai total dan kemudian dibandingkan dengan rerata : Bila nilai total dibawah rerata disimpulkan sebagai pengawasan yang kurang baik, sedangkan bila nilai total diatas rerata disimpulkan sebagai pengawasan yang baik. Tabel 8 menunjukkan kesimpulan dari nilai total pengawasan responden. Berdasarkan data pada Tabel 8 diketahui bahwa lebih dari separuh responden (56,0%) melakukan pengawasan program PMT dengan baik.

**Tabel 8**  
**Distribusi Frekuensi Pengawasan Responden**

No	Pengawasan	f (orang)	Persentase (%)
1	Kurang baik	11	44,0
2	Baik	14	56,0
	Jumlah	25	100,0

## 9. Penilaian

Distribusi frekwensi jawaban responden tentang penilaian dapat dilihat pada Tabel 9. Tabel 9 menunjukkan bahwa, penilaian program PMT yang selalu dilakukan oleh responden berkisar antara 4% sampai dengan 100%, kadang-kadang responden melakukan penilaian program PMT berkisar antara 8% sampai dengan 32%, dan tidak melakukan penilaian berkisar antara 4% sampai 80%.

**Tabel 9**  
**Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Tentang Penilaian**

No	Aspek	Tidak		Kadang		Selalu		$\Sigma$	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Melakukan penilaian terhadap pelaksanaan PMT	0	0,0	3	12,0	22	88,0	25	100
2	Melakukan penilaian setiap bulan dengan koordinasi bidan desa	0	0,0	6	24,0	19	76,0	25	100
3	Melakukan penilaian keberhasilan PMT dengan analisa data antropometri tiap bulan	1	4,0	2	8,0	22	88,0	25	100
4	Melakukan evaluasi terhadap peran serta keluarga dalam pelaksanaan PMT	3	12,0	7	28,0	15	60,0	25	100
5	Melakukan evaluasi terhadap peran serta tokoh agama dalam pelaksanaan PMT	16	64,0	7	28,0	2	8,0	25	100
6	Melakukan penilaian terhadap peran serta LSM dalam pelaksanaan PMT	20	80,0	3	12,0	2	8,0	25	100
7	Melibatkan bidan desa dalam proses penilaian	0	0,0	0	0,0	25	100,	25	100
8	Menggunakan buku petunjuk penilaian untuk menilai tanpa melibatkan bidan desa	4	16,0	2	8,0	19	76,0	25	100
9	Menggunakan buku petunjuk tanpa melibatkan masyarakat dalam penilaian	18	72,0	6	24,0	1	4,0	25	100
10	Melakukan feedback dari hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan	16	64,0	8	32,0	1	4,0	25	100
11	Melakukan tindak lanjut dari hasil monitoring dan evaluasi yang dilakukan	16	64,0	8	32,0	1	4,0	25	100

Skoring jawaban-jawaban responden tentang penilaian dijumlahkan sehingga diperoleh nilai total dan kemudian dibandingkan dengan rerata : Bila nilai total dibawah rerata disimpulkan sebagai penilaian yang kurang baik, sedangkan bila nilai total diatas rerata disimpulkan sebagai penilaian yang baik. Tabel 10 menunjukkan kesimpulan dari nilai total penilaian responden. Berdasarkan data pada Tabel 10 diketahui bahwa lebih dari separuh responden (52,0%) melakukan penilaian program PMT yang baik.

**Tabel 10**  
**Distribusi Frekuensi Penilaian Responden**

No	Penilaian	f (orang)	Persentase (%)
1	Kurang baik	12	48,0
2	Baik	13	52,0
	Jumlah	25	100,0

#### **10. Pencatatan dan Pelaporan**

Distribusi frekwensi jawaban responden tentang pencatatan dan pelaporan dapat dilihat pada Tabel 11. Tabel 11 menunjukkan bahwa, responden yang selalu melakukan pencatatan dan pelaporan program PMT berkisar antara 28% sampai dengan 100%, kadang-kadang melakukan pencatatan dan pelaporan berkisar antara 4% sampai dengan 72%, dan tidak melakukan pencatatan dan pelaporan berkisar antara 0% sampai dengan 32%.

**Tabel 11**  
**Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Tentang Pencatatan dan Pelaporan**

No	Aspek	Tidak		Kadang		Selalu		$\Sigma$	
		f	%	f	%	f	%	f	%
1	Melakukan pencatatan kegiatan program PMT	0	0,0	0	0,0	25	100	25	100
2	Melakukan pelaporan kegiatan program PMT	0	0,0	0	0,0	25	100	25	100
3	Melakukan pencatatan mengikuti pola pencatatan kegiatan puskesmas	0	0,0	2	8,0	23	92,0	25	100
4	Melakukan pelaporan mengikuti alur pelaporan	0	0,0	0	0,0	25	100	25	100
5	Melakukan pencatatan kegiatan PMT secara tepat waktu	0	0,0	11	44,0	14	56,0	25	100
6	Tidak pernah terlambat melaporkan kegiatan PMT	0	0,0	18	72,0	7	28,0	25	100
7	Menggunakan kohort balita dalam pencatatan kegiatan PMT	8	32,0	7	28,0	10	40,0	25	100
8	Menggunakan kartu pemantauan PMT dalam kegiatan PMT	8	32,0	3	12,0	14	56,0	25	100
9	Melaporkan jumlah balita gizi buruk yang mendapat PMT ke koordinator gizi Kabupaten	0	0,0	0	0,0	25	100	25	100
10	Melaporkan jumlah balita gizi buruk yang mengalami kenaikan BB ke pemegang program	0	0,0	0	0,0	25	100	25	100
11	Melaporkan jumlah balita gizi buruk yang mengalami perbaikan kepada pemegang program	0	0,0	0	0,0	25	100	25	100
12	Melaporkan jumlah balita gizi buruk yang sakit dan dirujuk pada pemegang program	0	0,0	1	4,0	24	96,0	25	100

Skoring jawaban-jawaban responden tentang pencatatan dan pelaporan dijumlahkan sehingga diperoleh nilai total dan kemudian dibandingkan dengan rerata : Bila nilai total dibawah rerata disimpulkan sebagai pencatatan dan pelaporan yang baik, sedangkan bila nilai total diatas rerata disimpulkan sebagai pencatatan dan pelaporan yang kurang baik. Tabel 12 menunjukkan kesimpulan dari nilai total pencatatan dan pelaporan responden. Berdasarkan Tabel 12 diketahui

bahwa lebih dari separuh responden (56,0%) melakukan pencatatan dan pelaporan program PMT kurang baik.

**Tabel 12**  
**Distribusi Frekuensi Pencatatan dan Pelaporan Responden**

No	Pencatatan dan Pelaporan	f (orang)	Persentase (%)
1	Kurang baik	14	56,0
2	Baik	11	44,0
	Jumlah	25	100,0

### 11. Keberhasilan Program PMT

Distribusi frekwensi jawaban responden tentang keberhasilan program PMT dapat dilihat pada Tabel 13. Tabel 13 menunjukkan bahwa, dari 25 Puskesmas yang melaksanakan program PMT dengan kenaikan berat badan sasaran lebih dari 80% sebanyak 21 puskesmas sedangkan yang kenaikan berat badan sasaran kurang dari 80% sebanyak 4 puskesmas.

**Tabel 13**  
**Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Tentang Keberhasilan Program PMT**

No	Puskesmas	Jumlah Gizi Buruk (orang)	Kenaikan Berat Badan
1	Kramat	6	80%
2	Bangungalih	6	85%
3	Suradadi	15	85%
4	Jatibogor	11	80%
5	Warurejo	13	80%
6	Adiwerna	11	95%
7	Pagiyanten	4	90%
8	Dukuhturi	9	80%
9	Kupu	18	95%
10	Kaladawa	12	75%
11	Tarub	15	85%
12	Slawi	7	75%
13	Dukuhwaru	9	90%
14	Lebaksiu	7	95%
15	Kambangan	31	80%

16	Pangkajene	2	90%
17	Penusupan	12	80%
18	Kedungbanteng	22	90%
19	Jatinegara	10	90%
20	Balapulang	52	75%
21	Kalibakung	41	80%
22	Margasari	16	95%
23	Pagerbarang	9	90%
24	Bumijawa	65	75%
25	Bojong	20	85%

Skoring jawaban-jawaban responden tentang keberhasilan program PMT dijumlahkan sehingga diperoleh nilai total dan kemudian dibandingkan dengan rerata : Bila nilai total dibawah rerata disimpulkan sebagai keberhasilan program PMT yang kurang baik, sedangkan bila nilai total diatas rerata disimpulkan sebagai keberhasilan program PMT yang baik. Tabel 14 menunjukkan kesimpulan dari nilai total keberhasilan program PMT responden. Berdasarkan Tabel 14 diketahui bahwa sebagian besar responden (84,0%) memiliki keberhasilan program PMT yang baik.

**Tabel 14**  
**Distribusi Frekuensi Keberhasilan Program PMT**

No	Keberhasilan Program PMT	f (orang)	Persentase (%)
1	Kurang baik	4	16,0
2	Baik	21	84,0
	Jumlah	25	100,0

### C. Analisis Bivariat

#### 1. Hubungan Perencanaan dengan Keberhasilan Program PMT

Tabel 15 menunjukkan bahwa sebanyak 85,7% responden yang keberhasilan program PMT-nya baik memiliki perencanaan baik dibandingkan dengan 81,8% responden yang perencanaannya kurang baik.

**Tabel 15**  
**Hubungan Perencanaan dengan Keberhasilan Program PMT**

Perencanaan	Keberhasilan Program PMT		Total
	Kurang baik	Baik	
Kurang baik	2 18,2%	9 81,8%	11 100,0%
Baik	2 14,3%	12 85,7%	14 100,0%
Total	4 16,0%	21 84,0%	25 100,0%

p = 1,000

Berdasarkan analisis hubungan yang dilakukan dengan uji *Chi square* didapatkan p value 1,000 ( $p > 0,05$ ), p value lebih besar dari alpha. Maka hipotesa nol diterima sehingga tidak ada hubungan perencanaan dengan keberhasilan program PMT.

## 2. Hubungan Penggerakan dengan Keberhasilan Program PMT

Tabel 16 menunjukkan bahwa sebanyak 78,9% responden yang keberhasilan program PMT-nya baik melakukan penggerakan dengan baik dibandingkan dengan 100% responden yang penggerakannya kurang baik.

**Tabel 16**  
**Hubungan Penggerakan dengan Keberhasilan Program PMT**

Penggerakan	Keberhasilan Program PMT		Total
	Kurang baik	Baik	
Kurang baik	0 0,0%	6 100,0%	6 100,0%
Baik	4 21,1%	15 78,9%	19 100,0%
Total	4 16,0%	21 84,0%	25 100,0%

p = 0,540

Berdasarkan analisis hubungan yang dilakukan dengan uji *Chi square* didapatkan p value 0,540 ( $p > 0,05$ ), p value lebih besar dari

alpha. Maka hipotesa nol diterima sehingga tidak ada hubungan penggerakan dengan keberhasilan program PMT.

### 3. Hubungan Pengawasan dengan Keberhasilan Program PMT

Tabel 17 menunjukkan bahwa sebanyak 78,6% responden yang keberhasilan program PMT-nya baik melakukan pengawasan dengan baik dibandingkan dengan 90,9% responden yang pengawasannya kurang baik.

**Tabel 17**  
**Hubungan Pengawasan dengan Keberhasilan Program PMT**

Pengawasan	Keberhasilan Program PMT		Total
	Kurang baik	Baik	
Kurang baik	1 9,1%	10 90,9%	11 100,0%
Baik	3 21,4%	11 78,6%	14 100,0%
Total	4 16,0%	21 84,0%	25 100,0%

$p = 0,604$

Berdasarkan analisis hubungan yang dilakukan dengan uji *Chi square* didapatkan p value 0,604 ( $p > 0,05$ ), p value lebih besar dari alpha. Maka hipotesa nol diterima sehingga tidak ada hubungan pengawasan dengan keberhasilan program PMT.

### 4. Hubungan Penilaian dengan Keberhasilan Program PMT

Tabel 18 menunjukkan bahwa sebanyak 78,6% responden yang keberhasilan program PMT-nya baik memiliki penilaian baik dibandingkan dengan 75% responden yang penilaiannya kurang baik.

**Tabel 18**

### Hubungan Penilaian dengan Keberhasilan Program PMT

Penilaian	Keberhasilan Program PMT		Total
	Kurang baik	Baik	
Kurang baik	3 25,0%	9 75,0%	12 100,0%
Baik	1 7,7%	12 78,6%	13 100,0%
Total	4 16,0%	21 84,0%	25 100,0%

$p = 0,322$

Berdasarkan analisis hubungan yang dilakukan dengan uji *Chi square* didapatkan p value 0,322 ( $p > 0,05$ ), p value lebih besar dari alpha. Maka hipotesa nol diterima sehingga tidak ada hubungan penilaian dengan keberhasilan program PMT.

### 5. Hubungan Pencatatan dan Pelaporan dengan Keberhasilan Program PMT

Tabel 19 menunjukkan bahwa sebanyak 90,9% responden yang keberhasilan program PMT-nya baik memiliki pencatatan dan pelaporan baik dibandingkan dengan 78,6% responden yang pencatatan dan pelaporannya kurang baik.

**Tabel 19**  
**Hubungan Pencatatan dan Pelaporan dengan Keberhasilan Program PMT**

Pencatatan dan Pelaporan	Keberhasilan Program PMT		Total
	Kurang baik	Baik	
Kurang baik	3 21,4%	11 78,6%	14 100,0%
Baik	1 9,1%	10 90,9%	11 100,0%
Total	4 16,0%	21 84,0%	25 100,0%

$p = 0,604$

Berdasarkan analisis hubungan yang dilakukan dengan uji *Chi square* didapatkan p value 0,604 ( $p > 0,05$ ), p value lebih besar dari alpha. Maka hipotesa nol diterima sehingga tidak ada hubungan pencatatan dan pelaporan dengan keberhasilan program PMT.

#### D. Rekapitulasi Hasil Uji hipotesis

Adapun hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat adalah sebagai berikut:

**Tabel 20**  
**Rekapitulasi Hubungan Variabel Bebas dengan Variabel Terikat**

No	Variabel penelitian	p value	Kesimpulan
1	Perencanaan	1,000	Tidak ada hubungan
2	Penggerakan	0,540	Tidak ada hubungan
3	Pengawasan	0,604	Tidak ada hubungan
4	Penilaian	0,322	Tidak ada hubungan
5	Pencatatan dan pelaporan	0,604	Tidak ada hubungan

#### E. Hasil Wawancara Mendalam

##### 1. Wawancara Dengan TPG Puskesmas Tentang Perencanaan

- a. Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tertib dalam mengumpulkan laporan

**Tabel 21**  
**Hasil Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tertib mengumpulkan laporan**

Pertanyaan	Informan A Puskesmas Kambangan	Informan B Puskesmas Margasari	Informan C Puskesmas Pagiyanten	Informan D Puskesmas Bangungalih	Informan E Puskesmas KedungBanteng
1.Pembentukan tim penyusun rencana program PMT	Ya membuat dengan melibatkan 6 bidan desa	Ya membentuk bersama bidan desa	Ya, membentuk bersama bidan dan pak lurah	Ya membentuk dengan melibatkan dokter puskesmas dan bidan desa	Ya, membentuk bersama 10 bidan desa
2.Penyusunan rencana pelaksanaan kegiatan PMT	Menyusun rencana pemberian dengan mengumpulkan data warga yang mendapat PMT untuk	Menyusun rencana	Menyusun rencana tentang sasaran, dan KK miskin	Menyusun pembiayaan kegiatan dan SDM yang melaksanakannya. Mengumpulkan data anak dari bidan desa.	Menyusun rencana secara tidak tertulis tentang sasaran, masalah dan bagaimana penyelesaiannya

	diusulkan ke DKK				
3. Keterlibatan bidan desa dan masyarakat dalam penyusunan rencana	Melibatkan bidan desa dan kader kesehatan	Melibatkan bidan desa dalam perencanaan	Melibatkan bidan dan kader kesehatan sedangkan masyarakat tidak	Melibatkan bidan desa dan kader kesehatan desa, serta pak lurah	Melibatkan bidan desa, kader kesehatan saja, sedangkan tokoh agama dan masyarakat tidak dilibatkan karena tambah kisruh.
4. Koordinasi dengan Koordinator PMT tingkat kabupaten dalam perencanaan	Melakukan koordinasi dengan koordinator PMT kabupaten	Ya koordinasi dengan koordinator tingkat kabupaten	Ya, melakukan koordinasi dengan koordinator kabupaten	Sering koordinasi dengan pak Toto selaku koordinator gizi kabupaten	Ya koordinasi secara lisan
5. Kendala dan hambatan dalam penyusunan program PMT	Banyak antara lain; data dari bidan desa tidak valid, semua warga meminta mendapatkan PMT	Protes dari masyarakat tentang pembagian PMT	Tidak ada kendala dan hambatan	Tidak ada kendala dalam pencarian data karena bidan desa aktif dalam mengumpulkan data	Perencanaan tidak tertulis dan waktu untuk melibatkan masyarakat

Dari Tabel 21 dapat diketahui bahwa dari sebagian besar TPG Puskesmas yang tertib mengumpulkan laporan telah membentuk tim penyusun perencanaan PMT, melakukan penyusunan rencana, melibatkan bidan desa serta kader kesehatan, melakukan koordinasi dengan koordinator PMT Kabupaten serta tidak mempunyai hambatan dalam melakukan perencanaan (3 orang).

Salah satu informan yang memiliki hambatan mengatakan :

“...hambatan yang saya hadapi antara lain data dari bidan desa tidak valid, kemudian masyarakat semua meminta diberikan PMT sedangkan jatah PMT dari Kabupaten terbatas”

(informan A)

b. Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tidak tertib dalam mengumpulkan laporan

**Tabel 22**  
**Hasil Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tidak tertib**  
**mengumpulkan laporan**

Pertanyaan	Informan I Puskesmas Pangkajene	Informan II Puskesmas Jatibogor	Informan III Puskesmas Adiwerna	Informan IV Puskesmas Dukuhsawar	Informan V Puskesmas Kalibakung
1. Pembentukan tim penyusun rencana program PMT	Ya membentuk bersama bidan desa	Menyusun tapi tidak membentuk tim penyusun yang di SK kan	Membentuk tim dengan melibatkan bidan desa	Ya, membentuk tim penyusun	Ya membentuk tim, meliputi dokter puskesmas sebagai penanggung jawab dan bidan desa
2. Penyusunan rencana pelaksanaan kegiatan PMT	Menyusun rencana pelaksanaan PMT	Menyusun rencana sendiri, mengumpulkan data sasaran dari bidan desa	Melakukan rencana dengan mengumpulkan data sasaran dari bidan dan mengajukan ke DKK	Mengumpulkan data sasaran untuk diusulkan mendapatkan PMT dari DKK	Menyusun rencana tetapi tidak tertulis dalam laporan, mengumpulkan data balita dari bidan desa
3. Keterlibatan bidan desa dan masyarakat dalam penyusunan rencana	Melibatkan bidan desa dan kader kesehatan	Melibatkan bidan desa dan masyarakat	Melibatkan bidan desa karena mereka yang lebih tahu, melibatkan pamong desa	Melibatkan bidan desa dan perangkat desa	Melibatkan bidan desa tetapi tidak melibatkan masyarakat
4. Koordinasi dengan koordinator PMT tingkat kabupaten dalam perencanaan	Sering koordinasi bila ada kesulitan pelaksanaan	Ya koordinasi secara lisan	Melakukan koordinasi	Ya melakukan koordinasi	Koordinasi dengan koordinator PMT kabupaten
5. Kendala dan hambatan dalam penyusunan program PMT	Tidak ada hambatan	Jumlah paket terbatas tidak sesuai dengan permintaan	Bentuk PMT drooping sehingga jml permintaan melebihi dropping	Tidak ada hambatan	Keterbatasan jumlah paket PMT

Dari Tabel 22 diatas dapat diketahui bahwa dari sebagian besar TPG Puskesmas yang tidak tertib mengumpulkan laporan telah membentuk tim penyusun perencanaan PMT, melakukan penyusunan rencana tetapi tidak tertulis, melibatkan bidan desa serta kader kesehatan, melakukan koordinasi dengan koordinator PMT Kabupaten serta mempunyai hambatan dalam melakukan perencanaan (3 orang) yaitu keterbatasan jumlah PMT tidak sesuai dengan jumlah sasaran yang di data dalam perencanaan.

Salah satu informan yang membuat perencanaan mengatakan :

“...saya membuat rencana dalam kegiatan PMT meliputi pengumpulan data dan pelaksanaannya namun perencanaan yang dibuat tidak secara tertulis, sehingga tidak ada mengenai arsip perencanaan PMT”  
 (informan V)

## 2. Wawancara dengan TPG Puskesmas tentang penggerakan

a. Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tertib mengumpulkan laporan.

**Tabel 23**  
**Hasil Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tertib mengumpulkan laporan tentang penggerakan**

Pertanyaan	Informan A Puskesmas Kambangan	Informan B Puskesmas Margasari	Informan C Puskesmas Pagiyanten	Informan D Puskesmas Bangungalih	Informan E Puskesmas KedungBanteng
1. Menggerakan bidan desa dalam program PMT	Ya menggerakan bidan desa	Ya menggerakan	Ya menggerakan bidan desa	Ya menggerakan bidan desa	Ya menggerakan bidan desa
2. Kesulitan dalam menggerakan bidan desa	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan karena bidan desa yang datang ke puskesmas	Tidak ada kesulitan menggerakan bidan desa	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan
3. Menggerakan keluarga balita dan masyarakat dalam pelaksanaan program PMT	Mendatangi KK balita PMT dan memberikan konseling	Tidak menggerakan	Tidak menggerakan keluarga balita, tugas tsb dilakukan bidan desa	Menggerakan kader kesehatan dan KK balita PMT dengan penyuluhan dan pemberian obat dan vitamin apabila balita PMT sakit	Tidak menggerakan masyarakat hanya menggerakan kader kesehatan
4. Kesulitan dalam menggerakan masyarakat dalam pelaksanaan program PMT	Kesulitan karena ada masyarakat yang tdk puas thd pembagian PMT.	Kesulitan dalam pembagian PMT dan pembiayaan	Bidan desa tidak kesulitan dalam menggerakan keluarga balita	Tidak ada kendala	Tidak ada waktu untuk menggerakan keluarga balita PMT dan masyarakat

Dari Tabel 23 diatas dapat diketahui bahwa dari sebagian besar Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas yang tertib mengumpulkan laporan telah menggerakan bidan desa dalam pelaksanaan PMT, tidak menggerakkan masyarakat namun menggerakan kader

kesehatan dalam pelaksanaan program PMT, dan tidak mengalami kesulitan dalam menggerakkan keluarga balita dan kader kesehatan.

Salah satu informan yang tidak kesulitan menggerakkan keluarga balita PMT mengatakan :

“...saya mendatangi keluarga balita yang mendapatkan PMT dengan memberikan bimbingan konseling dan kader kesehatan dan tidak merasa kesulitan dalam menggerakkan mereka dalam pelaksanaan PMT”  
 (informan C)

b. Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tidak tertib mengumpulkan laporan tentang penggerakan.

**Tabel 24**  
**Hasil Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tidak tertib mengumpulkan laporan tentang penggerakan**

Pertanyaan	Informan I Puskesmas Pangkajene	Informan II Puskesmas Jatibogor	Informan III Puskesmas Adiwerna	Informan IV Puskesmas Dukuhwaru	Informan V Puskesmas Kalibakung
1. Menggerakkan bidan desa dalam program PMT	Ya menggerakkan, bidan dikumpulkan di Puskesmas kemudian diberikan penjelasan tentang PMT	Ya menggerakkan dengan bimbingan konseling	Menggerakkan bidan desa dengan mengumpulkan bidan desa dan diberi informasi ttg PMT dan pembiayaannya	Ya tanpa digerakkan bidan desa sudah aktif	Ya menggerakkan bidan desa, tapi untuk memantau berat badan
2. Kesulitan dalam menggerakkan bidan desa	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan karena bidan desa mencari dan lapor sendiri	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan karena bidan desanya patuh
3. Menggerakkan keluarga balita dan masyarakat dalam pelaksanaan program PMT	Tidak menggerakkan KK balita PMT dan masyarakat	Hanya kader kesehatan yang digerakkan	Menggerakkan KK balita PMT melalui posyandu atau PKD	Menggerakkan KK balita	Ya melakukan termasuk bimbingan konseling ke keluarga balita PMT tapi kadang-kadang
4. Kesulitan dalam menggerakkan masyarakat dalam pelaksanaan program PMT	Masyarakat tidak mau balitanya disebut gizi buruk	Tidak ada kesulitan menggerakkan kader kesehatan	Keberlanjutan PMT	Tidak ada kesulitan malah kewalahan	Keterbatasan waktu untuk menggerakkan masyarakat

Dari Tabel 24 diatas dapat diketahui bahwa dari sebagian besar TPG Puskesmas yang tidak tertib telah menggerakkan bidan desa dalam kegiatan PMT dengan melakukan konseling serta

pertemuan secara informal dengan bidan desa, tidak merasa kesulitan menggerakkan bidan desa, menggerakkan keluarga balita PMT dan kader kesehatan dalam PMT, kesulitan dalam menggerakkan keluarga balita PMT karena keterbatasan waktu untuk menggerakkan keluarga balita PMT.

Salah satu informan yang memiliki hambatan dalam menggerakkan keluarga balita mengatakan :

“...hambatan yang saya hadapi antara lain masyarakat yang memiliki balita gizi buruk yang akan mendapatkan PMT tidak mau disebut memiliki balita gizi buruk karena merasa malu”  
(informan I)

### 3. Wawancara dengan TPG Puskesmas tentang pengawasan

- a. Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tertib mengumpulkan laporan tentang pengawasan

**Tabel 25**  
**Hasil Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tertib**  
**mengumpulkan laporan tentang pengawasan**

Pertanyaan	Informan A Puskesmas Kambangan	Informan B Puskesmas Margasari	Informan C Puskesmas Pagiyanten	Informan D Puskesmas Bangungalih	Informan E Puskesmas KedungBanteng
1. Pemantauan terhadap pelaksanaan kegiatan PMT	Ya melakukan pemantauan rutin sebulan sekali	Ya melakukan pemantauan 1 bulan sekali	Monitoring dilakukan setiap bulan	Ya memantau dengan rutin, minimal 1 bulan sekali	Ya melakukan pengawasan setiap bulan, 10 hari sekali, memantau stock PMT, respon keluarga balita terhadap PMT
2. Kesesuaian monitoring dengan buku pedoman petunjuk pelaksanaan program PMT	Sesuai dengan buku pedoman	Belum sesuai dengan buku pedoman	Sudah sesuai tapi kemungkinan (ragu-ragu)	Ya sesuai dengan buku pedoman	Sesuai dengan buku petunjuk pelaksanaan program PMT
3. Monitoring terhadap kinerja bidan desa dalam program PMT	Melakukan monitoring ke bidan desa	Ya melakukan pengawasan	Setiap saat monitoring selalu menanyakan bidan desa tentang kenaikan BB balita PMT	Ya melakukan dengan mengambil laporan PMT dari bidan desa	Ya melakukan monitoring selama 1 bulan sekali

4. Kesulitan dan hambatan yang dialami dalam melaksanakan monitoring kegiatan PMT	Pada saat pemantauan, bidan desa atau KK balita PMT pergi	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan karena desanya dekat dari puskesmas	Tidak ada kesulitan	Tidak mengalami hambatan
---	---	---------------------	---	---------------------	--------------------------

Dari Tabel 25 diatas dapat diketahui bahwa dari sebagian besar TPG Puskesmas yang tertib mengumpulkan laporan telah melakukan pengawasan atau monitoring pelaksanaan PMT selama sebulan sekali, monitoring yang dilakukan telah sesuai dengan buku pedoman, melakukan pengawasan terhadap kinerja bidan desa dalam pelaksanaan PMT, dan tidak mengalami hambatan dalam pengawasan pelaksanaan program PMT.

Salah satu informan yang melakukan monitoring terhadap kinerja bidan desa dalam program PMT mengatakan :

<p>"...setiap saya melakukan monitoring pelaksanaan PMT selalu menanyakan kepada bidan desa tentang kenaikan berat badan balita yang mendapatkan PMT"</p> <p style="text-align: right;">(informan C)</p>
--

- b. Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tidak tertib mengumpulkan laporan tentang pengawasan

**Tabel 26**  
**Hasil Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tidak tertib mengumpulkan laporan tentang pengawasan**

Pertanyaan	Informan I Puskesmas Pangkah	Informan II Puskesmas Jatibogor	Informan III Puskesmas Adiwerna	Informan IV Puskesmas Dukuwaru	Informan V Puskesmas Kalibakung
1. Pemantauan terhadap pelaksanaan kegiatan PMT	Ya melakukan pemantauan satu bulan sekali	Ya setiap bulan sekali memantau	Ya melakukan pengawasan, sebulan sekali tapi tidak tepat waktu	Ya melakukan pemantauan terhadap distribusi PMT, masalah tentang ketepatan sasaran selama sebulan sekali	Tidak ada waktu melakukan pemantauan yang dilakukan bidan desa

2. Kesesuaian monitoring dengan buku pedoman petunjuk pelaksanaan program PMT	Sesuai dengan juklak	Sesuai dengan juklak	Sesuai dengan buku pedoman	Sesuai dengan juklak	Belum sesuai dengan buku pedoman karena kalau sesuai akan di protes masyarakat
3. Monitoring terhadap kinerja bidan desa dalam program PMT	Selalu melakukan monitoring karena kalau tidak dilakukan program tidak jalan	Ya melakukan monitoring ke bidan desa	Tidak karena bidan desa datang sendiri untuk melaporkan	Ya melakukan monitoring, apakah paket PMT sudah dibagikan bidan desa	Ya melakukan tapi kadang-kadang
4. Kesulitan dan hambatan yang dialami dalam melaksanakan monitoring kegiatan PMT	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan	Tidak mendatangi ke masyarakat karena hanya berdasarkan laporan. Tidak ada kesulitan karena tidak melakukan pengawasan langsung	Tidak ada kesulitan	Keterbatasan waktu melaksanakan monitoring karena PMT merupakan pekerjaan tambahan

Dari Tabel 26 diatas dapat diketahui bahwa dari sebagian besar TPG Puskesmas yang tidak tertib mengumpulkan laporan telah melakukan monitoring terhadap pelaksanaan PMT selama sebulan sekali (3 orang) namun ada yang tidak melakukan monitoring karena didelegasikan ke bidan desa (1 orang), monitoring dilakukan telah sesuai dengan buku pedoman 4 orang dan 1 orang tidak sesuai dengan buku pedoman, melakukan pengawasan terhadap kinerja bidan, dan tidak merasa kesulitan dalam melakukan pengawasan pelaksanaan PMT.

Salah satu informan yang melakukan monitoring tidak sesuai buku pedoman mengatakan :

“...monitoring yang dilakukan belum sesuai dengan buku pedoman karena kalau melakukan sesuai dengan buku pedoman akan mendapat protes dari masyarakat. Hal ini disebabkan keterbatasan jumlah paket PMT dibandingkan masyarakat yang meminta PMT”

(informan V)

#### 4. Wawancara dengan TPG Puskesmas tentang penilaian

- a. Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tertib mengumpulkan laporan tentang penilaian

**Tabel 27**  
**Hasil Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tertib**  
**mengumpulkan laporan tentang penilaian**

Pertanyaan	Informan A Puskesmas Kambangan	Informan B Puskesmas Margasari	Informan C Puskesmas Pagiyanten	Informan D Puskesmas Bangungalih	Informan E Puskesmas KedungBanteng
1. Evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan PMT	Ya melakukan evaluasi berdasarkan kenaikan BB balita PMT	Ya melakukan penilaian	Ya melakukan evaluasi	Ya melakukan evaluasi kenaikan BB	Ya melakukan evaluasi
2. Kesesuaian evaluasi berdasarkan buku pedoman penilaian	Sesuai dengan buku pedoman	Sesuai dengan buku pedoman	Ya menurut saya sudah sesuai	Sesuai dengan juklak	Sesuai dengan buku pedoman
3. Melibatkan bidan desa dan masyarakat dalam penilaian	Ya melibatkan bidan desa, dan melibatkan kader kesehatan melalui posyandu	Ya melibatkan bidan desa	Ya melibatkan bidan desa dan kader kesehatan dalam penilaian	Ya melibatkan bidan desa dan kader	Melibatkan bidan desa dan kader kesehatan
4. Evaluasi terhadap indikator keberhasilan program	BB naik tapi tidak merubah status gizi	Sesuai indikator, terjadi ketergantungan masyarakat terhadap PMT	Tidak dilakukan, hanya menilai kenaikan berat badan, tapi terjadi ketergantungan pada PMT, karena saat ada PMT berat badan naik tapi setelah tidak ada turun	Hanya kenaikan BB saja	Hanya menilai kenaikan berat badan saja
5. Kesulitan atau hambatan dalam penilaian	Kesulitan menilai kenaikan BB balita PMT karena pada saat posyandu tidak datang	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan dalam penilaian	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan

Dari Tabel 27 diatas dapat diketahui bahwa dari sebagian besar TPG Puskesmas yang tertib mengumpulkan laporan telah melakukan penilaian terhadap pelaksanaan PMT, penilaian dilakukan hanya mengukur kenaikan berat badan, penilaian sudah

sesuai dengan buku pedoman, evaluasi belum sampai pada tingkat keberhasilan program PMT dan tidak ada kesulitan dalam penilaian program PMT.

Salah satu informan yang melakukan penilaian mengatakan :

“...penilaian yang dilakukan sebatas pada kenaikan berat badan, belum pada keberhasilan program PMT sesuai dengan buku pedoman pelaksanaan PMT.”

(informan A)

- b. Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tidak tertib mengumpulkan laporan tentang penilaian

**Tabel 28**  
**Hasil Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tidak tertib**  
**mengumpulkan laporan tentang penilaian**

Pertanyaan	Informan I Puskesmas Pangkah	Informan II Puskesmas Jatibogor	Informan III Puskesmas Adiwerna	Informan IV Puskesmas Dukuhwaru	Informan V Puskesmas Kalibakung
1. Evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan PMT	Ya melakukan evaluasi	Ya melakukan evaluasi	Ya melakukan evaluasi tetapi tidak dilakukan dalam laporan tertulis	Ya melakukan evaluasi	Ya melakukan evaluasi
2. Kesesuaian evaluasi berdasarkan buku pedoman penilaian	Berdasarkan juklak	Belum sesuai karena hanya menilai kenaikan BB	Hanya melihat hasil PMT melalui kenaikan berat badan	Belum sesuai	Belum sesuai dengan buku pedoman penilaian
3. Melibatkan badan desa dan masyarakat dalam penilaian	Selalu melibatkan badan desa	Melibatkan badan desa, sedangkan masyarakat tidak dilibatkan karena tidak ada biaya	Hanya melibatkan badan sedangkan masyarakat tidak dilibatkan	Ya melibatkan badan desa tapi tidak melibatkan masyarakat	Melibatkan badan desa tetapi tidak melibatkan masyarakat
4. Evaluasi terhadap indikator keberhasilan program	Hanya menilai kenaikan BB balita PMT tidak sampai mengukur keberhasilan program	Tidak melakukan evaluasi terhadap keberhasilan program	Melaporkan balita yang memiliki status gizi yang buruk	Tidak melakukan evaluasi keberhasilan program	Tidak dilakukan hanya dinilai kenaikan BB. BB naik namun sebagian besar tidak merubah status gizi Balita
5. Kesulitan atau hambatan dalam penilaian	Tidak ada hambatan	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan	Tidak ada kesulitan

Dari Tabel 28 diatas dapat diketahui bahwa dari sebagian besar TPG puskesmas yang tidak tertib mengumpulkan laporan telah melakukan penilaian terhadap pelaksanaan PMT, penilaian dilakukan hanya mengukur kenaikan berat badan, penilaian belum sesuai dengan buku pedoman, evaluasi sudah melibatkan bidan desa namun belum melibatkan masyarakat, evaluasi belum sampai pada tingkat keberhasilan program PMT dan tidak ada kesulitan dalam penilaian program PMT.

Salah satu informan yang melakukan penilaian mengatakan :

“...penilaian yang dilakukan belum sesuai dengan buku pedoman, penilaian dilakukan sebatas pada kenaikan berat badan..”

(informan I)

## 5. Wawancara Dengan TPG Puskesmas Tentang Pencatatan dan Pelaporan

- a. Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tertib mengumpulkan laporan tentang pencatatan dan pelaporan

**Tabel 29**  
**Hasil Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tertib**  
**mengumpulkan laporan tentang pencatatan dan pelaporan**

Pertanyaan	Informan A Puskesmas Kambangan	Informan B Puskesmas Margasari	Informan C Puskesmas Pagiyanten	Informan D Puskesmas Bangungalih	Informan E Puskesmas KedungBanteng
1.Pencatatan dan pelaporan kegiatan PMT	Ya melakukan pencatatan	Ya melakukan	Ya melakukan pencatatan dan pelaporan	Ya melakukan pencatatan	Ya melakukan pencatatan dan pelaporan
2.Kesesuaian pencatatan dengan pola pencatatan kegiatan puskesmas	Sesuai dengan juklak	Sesuai	Sudah sesuai	Sesuai dengan pola pencatatan	Sesuai dengan juklak
3.Pelaporan sesuai dengan alur pelaporan yang ditetapkan	Sesuai dengan alur pelaporan	Sesuai	Sesuai dengan alur pelaporan	Sesuai dengan alur pelaporan	Alur pelaporan sesuai

4. Tepat waktu dalam memberikan laporan	Apabila tidak salah waktu tepat	Tidak tepat waktu	Laporan kadang-kadang tepat waktu, tapi kadang-kadang terlambat	Tidak sudah tahu tepat waktu atau belum tapi sudah berusaha tepat waktu	Laporan kadang-kadang tidak tepat waktu
5. Kesulitan dalam pencatatan dan pelaporan	Tidak ada karena tinggal merekap data dari bidan desa	Data dari bidan desa terlambat	Tidak ada kesulitan karena laporan dibuat lima menit jadi bila data dari bidan desa lengkap	Tidak ada kesulitan	Kesulitan dalam pengumpulan data karena jadwal PMT serentak dan desa tidak bisa sehingga dalam laporan menunggu data dari desa yang terlambat melaksanakan PMT

Dari tabel 29 diatas dapat diketahui bahwa dari sebagian besar TPG puskesmas yang tertib mengumpulkan laporan telah melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan program PMT, pencatatan dan pelaporan yang dilakukan sudah sesuai dengan pola pencatatan puskesmas, pencatatan dan pelaporan yang dilakukan sudah sesuai dengan alur pelaporan, sudah tepat waktu dalam mengumpulkan laporan, dan tidak ada kesulitan dalam pencatatan dan pelaporan.

Salah satu informan yang mengumpulkan tepat waktu mengatakan :

“...kalo tidak salah salah mengumpulkan laporan tepat waktu”

(informan A)

b. Wawancara Dengan TPG Puskesmas Yang Tidak Tertib Mengumpulkan Laporan

**Tabel 30**  
**Hasil Wawancara dengan TPG Puskesmas yang tidak tertib mengumpulkan laporan tentang pencatatan dan pelaporan**

Pertanyaan	Informan I Puskesmas Pangkajene	Informan II Puskesmas Jatibogor	Informan III Puskesmas Adiwerna	Informan IV Puskesmas Dukuhwaru	Informan V Puskesmas Kalibakung
1. Pencatatan dan pelaporan kegiatan PMT	Ya melakukan pencatatan	Ya melakukan pencatatan	Ya melakukan pencatatan	Ya melakukan pencatatan	Ya melakukan pencatatan dan pelaporan
2. Kesesuaian pencatatan dengan pola pencatatan kegiatan puskesmas	Sesuai dengan juklak	Sesuai dengan pola pencatatan	Tidak sesuai tapi intinya sama	Belum sesuai	Belum sesuai dengan pola pencatatan
3. Pelaporan sesuai dengan alur pelaporan yang ditetapkan	Sesuai dengan alur pelaporan	Pelaporan sudah sesuai dengan alur	Sesuai dengan alur pelaporan	Sesuai alur pelaporan	Sudah sesuai dengan alur pelaporan
4. Tepat waktu dalam memberikan laporan	Tidak tepat waktu karena data dari bidan desa terlambat	Tidak tepat waktu karena banyaknya program di puskesmas	Laporan tidak tepat waktu	Tidak tepat waktu	Tidak tepat waktu karena menunggu data dari bidan desa
5. Kesulitan dalam pencatatan dan pelaporan	Tidak ada hambatan	Keterbatasan waktu karena banyaknya pekerjaan	Tidak kesulitan karena hanya tinggal merekap saja	Tidak ada kesulitan	Bidan desa tidak mengumpulkan data tepat waktu mungkin karena lupa atau malas

Dari Tabel 30 diatas dapat diketahui bahwa dari sebagian besar TPG puskesmas yang tertib mengumpulkan laporan telah melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan program PMT, pencatatan dan pelaporan yang dilakukan belum sesuai dengan pola pencatatan puskesmas, pencatatan dan pelaporan yang dilakukan sudah sesuai dengan alur pelaporan, tidak tepat waktu dalam mengumpulkan laporan, dan ada kesulitan dalam pencatatan dan pelaporan.

Salah satu informan yang mengumpulkan tidak tepat waktu mengatakan :

“...tidak tepat mengumpulkan laporan karena menunggu laporan dari bidan desa”

(informan I)

## 6. Wawancara dengan Koordinator PMT tingkat Kabupaten

**Tabel 31**  
**Hasil Wawancara dengan Koordinator PMT tingkat Kabupaten**

Pertanyaan	Koordinator PMT tingkat Kabupaten
1. Perencanaan	Saya telah memberikan pelatihan tentang perencanaan PMT kepada TPG Puskesmas. Pemantauan terhadap perencanaan yang dibuat TPG Puskesmas dilakukan secara lisan tetapi belum secara tertulis. Saya selalu mengadakan koordinasi dengan TPG Puskesmas dengan selalu menanyakan perencanaan PMT yang telah mereka buat. Menurut saya perencanaan yang telah dibuat TPG Puskesmas sudah sesuai dengan juklak, namun belum dibuat secara tertulis. Hambatan yang dihadapi TPG Puskesmas dalam membuat perencanaan tidak ada.
2. Penggerakan	Saya sudah memberikan pelatihan tentang penggerakan PMT kepada TPG Puskesmas. Menurut saya, TPG puskesmas sudah menggerakan bidan desa. Namun sebagian besar dilakukan secara tidak formal dan sebagian lainnya secara formal. TPG Puskesmas jarang yang melibatkan keluarga PMT dan menggerakkan masyarakat karena kesulitan mengenai waktu dan biayanya.
3. Pengawasan	Pelatihan tentang pengawasan PMT telah diberikan kepada TPG puskesmas. Saya selalu menginformasikan setiap peraturan yang berkaitan dengan PMT kepada TPG Puskesmas. TPG dalam melakukan monitoring pelaksanaan PMT secara langsung sasaran dan tidak langsung melalui bidan desa. Yang penting TPG tahu pelaksanaan PMT di wilayahnya. Pemantauan yang dilakukan pada sasaran tergantung pada kondisi geografis desanya. Apabila desanya jauh dan geografisnya susah maka TPG lebih memantau secara tidak langsung melalui bidan desa. Tidak ada hambatan pada TPG dalam mengawasi bidan desa dalam pelaksanaan PMT karena sebagian besar bidan desa bertanggung jawab terhadap tugasnya di wilayah kerjanya. Monitoring yang dilakukan TPG belum sesuai dengan juklak tapi apa yang sudah dilakukan TPG sudah memenuhi kebutuhan pengawasan PMT.
4. Penilaian	Saya sudah memberikan pelatihan tentang evaluasi pelaksanaan PMT pada TPG Puskesmas. TPG dalam melakukan evaluasi PMT sudah sesuai buku pedoman tapi masih terbatas pada mengevaluasi kenaikan berat badan namun tidak mengevaluasi keberhasilan program. TPG melibatkan bidan desa dalam mengevaluasi pelaksanaan PMT. TPG belum melibatkan masyarakat dalam mengevaluasi PMT masih terbatas pada kader kesehatan. Secara umum tidak ada hambatan yang dihadapi TPG dalam mengevaluasi PMT karena dibantu bidan desa dan kader kesehatan melalui posyandu.
5. Pencatatan dan Pelaporan	Pelatihan tentang pencatatan dan pelaporan PMT sudah saya berikan pada TPG Puskesmas. Pencatatan dan pelaporan yang dilakukan oleh TPG sudah sesuai dengan buku pedoman. Namun hal tersebut tergantung tenaganya karena ada yang sudah melaksanakan namun tidak dicatat. TPG dalam mengumpulkan

	<p>laporan ada yang tepat waktu namun ada juga yang tidak tepat waktu, meskipun saya sudah memberikan batas waktu. Sebagian TPG yang sering terlambat mengumpulkan laporan adalah yang berjenis kelamin laki-laki. Setelah dilakukan konfirmasi, merasa sudah mengumpulkan tapi arsip di Kabupaten tidak ada. Hal ini disebabkan TPG dalam membuat laporan tidak membuat arsip. Tidak ada hambatan atau kesulitan dalam membuat laporan karena hanya merekap data dari bidan desa. Kesulitan yang dihadapi karena keterlambatan data dari bidan desa dan rasa malas dalam mengumpulkan laporan ke Kabupaten.</p>
--	--

Dari Tabel 31 diatas dapat diketahui bahwa dari pendapat koordinator PMT sudah sesuai dengan pendapat TPG Puskesmas baik yang tertib maupun yang tidak tertib dalam mengumpulkan laporan terutama tentang manajemen PMT dari perencanaan sampai pencatatan dan pelaporan sudah dilaksanakan oleh TPG di Puskesmas dengan melibatkan bidan desa dan kader posyandu.

#### **F. Keterbatasan dan Kelemahan Penelitian**

1. Variabel terikat memiliki kelemahan karena hanya didasarkan pada 80% balita yang mengalami kenaikan BB saja tidak pada kenaikan status gizi balita PMT.
2. TPG sudah melaksanakan manajemen Program PMT dengan baik, tetapi jumlah paket PMT yang dibagikan ke sasaran terbatas sehingga tidak semua balita gizi buruk mendapatkan paket PMT yang bersumber dari APBD Kabupaten Tegal.
3. Keterbatasan penilaian pada variabel bebas yaitu perencanaan, penggerakan, pengawasan, penilaian, pencatatan dan pelaporan karena responden menilai dirinya sendiri.

## BAB V

### PEMBAHASAN

#### A. Karakteristik responden

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari separuh responden (56,0%) berumur 31 – 40 tahun. Hal ini berarti responden cenderung memiliki produktifitas kerja yang tinggi. Greenberg dan Baron<sup>39)</sup> dalam Trikeyati mengemukakan pendapat bahwa produktifitas kerja meningkat pada usia 30-an, kemudian menurun pada usia 40-an dan akan meningkat lagi pada usia 50-an sampai mereka pensiun. Faktor usia merupakan faktor yang tidak dapat diabaikan, mengingat hal tersebut mempengaruhi kekuatan fisik dan psikis seseorang serta pada usia tertentu seorang karyawan akan mengalami perubahan potensi kerja.

Pengalaman kerja responden lebih dari separuh (56,0%) di atas 10 tahun. Hal ini berarti responden cenderung memiliki pengalaman kerja yang cukup dalam manajemen Program PMT. Dalam hal pengalaman kerja atau senioritas Muchlas<sup>40)</sup> mengemukakan sampai saat ini belum dapat diambil kesimpulan yang meyakinkan, bahwa pengalaman kerja yang lama akan dapat menjamin bahwa mereka lebih produktif daripada karyawan yang belum lama bekerja.

Sebagian besar responden (68,0%) memiliki tingkat pendidikan D3 Gizi yang cukup tinggi sehingga makin kritis dalam berpikir, dan lebih sulit puas dalam bekerja. Hal ini sesuai dengan pendapat Gilmer dalam Frazer<sup>41)</sup> dalam Gitosudarmo, mengatakan makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah seseorang berpikir secara luas, makin tinggi daya inisiatifnya dan makin mudah pula untuk menemukan cara-cara yang efisien guna

menyelesaikan pekerjaannya dengan baik. Bila pekerjaannya tidak sesuai dengan kehendak hatinya, mereka lebih sulit merasa puas, lebih mudah bosan, lebih mudah sombong dan makin tinggi tuntutan mereka terhadap perusahaan.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (72,0%) belum mendapatkan pelatihan manajemen Puskesmas. Sebagian besar responden (84,0%) pernah mendapatkan sosialisasi pelaksanaan PMT. Responden yang pernah mendapatkan sosialisasi pelaksanaan PMT akan lebih memahami tentang manajemen program PMT.

## **B. Perencanaan**

Penelitian ini menunjukkan lebih dari separuh responden (56,0%) memiliki perencanaan program PMT yang baik. Hal ini sesuai dengan distribusi frekuensi jawaban responden tentang perencanaan yang menunjukkan sebagian besar responden menjawab selalu pada seluruh item pertanyaan tentang perencanaan. Namun masih ada satu item pertanyaan tentang perencanaan yang dijawab tidak, yaitu : “menyusun rencana sumber biaya pelaksanaan kegiatan PMT” (28,0%). Dua item pertanyaan tentang perencanaan yang dijawab kadang – kadang yaitu “membaca buku petunjuk pelaksanaan PMT” (24,0%), dan “buku menjadi pedoman pelaksanaan PMT” (20,0%). Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan TPG Puskesmas yang tertib maupun tidak tertib dalam mengumpulkan laporan kegiatan Program PMT.

Hasil wawancara mendalam menyebutkan sebagian besar responden telah membentuk tim penyusun perencanaan, menyusun perencanaan program PMT, melibatkan bidan desa dan kader kesehatan dalam perencanaan, melakukan koordinasi dengan koordinator PMT tingkat

Kabupaten, perencanaan yang dibuat sesuai dengan juklak serta tidak mengalami hambatan dalam penyusunan rencana pelaksanaan program PMT.

Ditemukan juga tidak adanya perbedaan yang jauh perencanaan yang dilakukan oleh TPG Puskesmas yang tertib dibandingkan dengan TPG yang tidak tertib dalam mengumpulkan laporan. Hal ini didukung oleh hasil wawancara dengan Koordinator PMT tingkat Kabupaten yang menyatakan bahwa perencanaan yang dibuat TPG Puskesmas sudah sesuai dengan juklak tetapi masih ada yang belum dilakukan secara tertulis, serta mereka melakukan koordinasi dengan koordinator PMT tingkat Kabupaten.

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan perencanaan dengan keberhasilan program PMT ( $p = 1,000$ ). Hal ini berbeda dengan teori, Terry mengatakan, perencanaan adalah memilih dan menghubungkan fakta-fakta, membuat dan menggunakan asumsi-asumsi berdasar masa yang akan datang, dalam gambaran dan perumusan kegiatan-kegiatan yang diusulkan yang diperlukan guna mencapai hasil yang diinginkan.<sup>15)</sup>

Dari hasil pengamatan di lapangan, perencanaan yang dilakukan oleh TPG sudah dilakukan dengan baik terutama dalam penentuan jumlah sasaran balita gizi buruk yang akan mendapatkan paket PMT, walaupun tidak diawasi langsung oleh koordinator PMT tingkat Kabupaten. Koontz dan Donnell menyatakan bahwa perencanaan tanpa pengawasan, pekerjaan tersebut akan sia-sia karena akan timbul penyimpangan/penyelewengan yang serius tanpa ada alat untuk mencegahnya.<sup>16)</sup>

Selama kegiatan berlangsung kendala dan hambatan yang dihadapi oleh TPG antara lain : Paket PMT dan jumlah sasaran tidak sama. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal jumlah sasaran balita gizi buruk sampai bulan Desember 2005 adalah 612 kasus (2,32%)

yang tersebar di wilayah kerja 27 Puskesmas, sedangkan paket PMT yang diberikan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal menggunakan dana APBD jumlahnya terbatas yaitu sebanyak 452 paket, sehingga tidak semua balita gizi buruk mendapatkan paket PMT.<sup>8)</sup> Kendala lain adalah masyarakat menilai adanya ketidakadilan dalam pembagian paket PMT tersebut, sehingga membuat iri pada keluarga yang memiliki balita dengan gizi kurang tetapi tidak mendapatkan paket PMT.

### C. Penggerakan

Penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden (76,0%) melakukan penggerakan yang baik. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan koordinator PMT tingkat Kabupaten yang menyatakan bahwa TPG Puskesmas sudah melakukan penggerakan pelaksanaan PMT, menggerakan bidan desa dalam pelaksanaan PMT, menggerakan kader kesehatan maupun keluarga balita gizi buruk PMT dalam pelaksanaan PMT dan tidak ada hambatan dalam penggerakan pelaksanaan PMT.

Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan penggerakan dengan keberhasilan program PMT ( $p = 0,540$ ). Hal ini tidak sesuai dengan teori tentang penggerakan, Koontz dan Donnell mengatakan penggerakan itu adalah pengarahan/*directing* dan pemberian pimpinan/*leading*.<sup>16)</sup> Sedangkan Siagian menyatakan bahwa penggerakan merupakan keseluruhan usaha, cara, teknik dan metode untuk mendorong para anggota organisasi agar mau dan ikhlas bekerja sebaik mungkin demi mencapai tujuan organisasi secara efektif dan ekonomis.<sup>17)</sup>

Dari hasil pengamatan di lapangan, penggerakan yang dilakukan TPG kepada bidan desa dan kader posyandu sudah baik, tetapi pada kenyataannya informasi dari TPG menunjukkan bahwa masyarakat belum

paham tentang peran posyandu. Padahal seharusnya masyarakat memahami bahwa posyandu berperan sebagai pos terdepan perpanjangan tangan Depkes dalam memberikan pelayanan kesehatan. Posyandu tidak membutuhkan fasilitas dan biaya yang besar, bahkan dapat dilakukan di rumah penduduk maupun tempat-tempat pertemuan desa. Ini merupakan suatu modal dasar yang sangat baik, yang sebaiknya disosialisasikan kepada khalayak dan digunakan untuk mengubah persepsi bahwa posyandu itu bukan milik petugas kesehatan melainkan milik masyarakat.<sup>42)</sup>

Kader adalah anggota masyarakat yang diberi keterampilan untuk menjalankan posyandu, oleh karena itu untuk mencapai hasil yang optimal, maka pengetahuan kader selalu harus diperbaharui dengan melakukan penyegaran, agar tercipta rasa percaya diri dalam memberikan pelayanan. Dalam hal ini peran masyarakat sangat penting, dengan melibatkan organisasi yang ada termasuk Karang Taruna, LKMD dan PKK, dengan pertimbangan mempunyai jaringan luas, untuk keberhasilan posyandu. Kader tersebut pada umumnya adalah ibu rumah tangga dan tidak bekerja. Tentu saja, pada situasi ekonomi seperti ini, angan-angan agar mereka datang secara sukarela sangat sulit dipertahankan. Dengan status otonomi daerah, sudah saatnya Pemda setempat mulai memberikan perhatian pada bidang kesehatan dengan menyediakan anggaran khusus agar posyandu dapat berjalan baik.<sup>42)</sup>

Ditemukan juga dari hasil wawancara mendalam dengan beberapa orang TPG menunjukkan sebuah ironi, yaitu masyarakat datang ke posyandu bila ada PMT, sesudah itu menganggap tidak perlu datang menimbang balitanya untuk melihat pertumbuhannya. Kendala lainnya adalah ditemukan adanya paket PMT setelah sampai di rumah tidak seluruhnya sampai di mulut sasaran tetapi juga diberikan kepada kakak atau adiknya yang masih

tergolong balita. Demikian juga dengan kesadaran masyarakat akan pentingnya makanan bergizi bagi pertumbuhan anak masih rendah, sehingga banyak balita yang diberi makan "sekedarnya" atau asal kenyang padahal rendah kandungan gizi. Mungkin karena ketiadaan pangan di rumah tangga, yang apabila dikaji penyebabnya akan sangat banyak dan tidak berkaitan dengan sektor kesehatan. Atau mungkin karena kelalaian orang tua dalam pengasuhan bayi dan anak balita, sehingga asupan gizi anak tidak terawasi dengan baik, sehingga timbul masalah gizi buruk. Hal tersebut sesuai dengan hasil wawancara mendalam dengan TPG bahwa balita gizi buruk yang mendapat paket PMT berasal dari keluarga miskin dengan jumlah anak yang lebih dari dua dan orang tua balita tersebut kurang memperhatikan asupan makan anaknya karena pagi-pagi sekali sudah pergi ke sawah dan pulang sore hari.

#### **D. Pengawasan**

Hasil penelitian menunjukkan lebih dari separuh responden (56,0%) melakukan pengawasan yang baik dan masih ada sekitar 44,0% responden kadang-kadang melakukan monitoring melalui kunjungan di desa, melakukan monitoring kinerja bidan desa dalam program PMT (24,0%), melakukan pemantauan jumlah balita gizi buruk yang mendapat PMT (64,0%) dan melakukan pemantauan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (24,0%).

Wawancara dengan TPG Puskesmas menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan telah melakukan pengawasan terhadap pelaksanaan Program PMT selama 1 bulan sekali, pengawasan yang dilakukan sesuai dengan juklak, melakukan monitoring terhadap bidan desa dan tidak ada hambatan dalam melakukan pengawasan. Hal ini didukung

oleh pendapat koordinator PMT tingkat Kabupaten yang mengatakan TPG dalam melakukan monitoring pelaksanaan PMT secara langsung kesasaran dan tidak langsung melalui bidan desa. Yang penting TPG tahu pelaksanaan PMT di wilayahnya.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan pengawasan dengan keberhasilan program PMT ( $p = 0,604$ ). Hal ini tidak sesuai dengan teori tentang pengawasan oleh Terry yang menyatakan pengawasan itu menentukan apa yang telah dicapai. Artinya menilai hasil pekerjaan dan apabila perlu untuk mengadakan tindakan-tindakan pembetulan sedemikian rupa, sehingga hasil pekerjaan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya.<sup>15)</sup>

Dari hasil pengamatan di lapangan, pengawasan terhadap pemberian paket PMT kepada balita gizi buruk sebanyak 40% tidak dilakukan oleh TPG secara langsung, melainkan dilakukan oleh bidan desa selaku penanggung jawab desa. Pemantauan yang dilakukan pada sasaran tergantung pada kondisi geografis desanya. Apabila desanya jauh dan geografisnya susah maka TPG lebih memantau pemberian paket PMT secara tidak langsung melalui bidan desa, padahal seharusnya yang melakukan pemantauan langsung ke sasaran adalah TPG supaya dapat mengetahui kondisi dari balita gizi buruk yang menerima PMT. Sehingga pemantauan yang dilakukan oleh TPG belum sesuai dengan juklak.

Koontz dan Donnell menyatakan bahwa pengawasan tanpa perencanaan berarti pengawasan itu tidak akan mungkin terlaksana karena tidak ada pedoman untuk mengawasi.<sup>16)</sup> Sedangkan Siagian menyatakan bahwa pengawasan adalah proses pengamatan dari seluruh kegiatan organisasi guna lebih menjamin bahwa semua pekerjaan yang sedang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya.<sup>17)</sup>

Efektifitas suatu pengawasan hanya dapat dirasakan, jika ada tindak lanjutnya. Tindak lanjut itu baik berupa penghargaan / *reward* ataupun sebaliknya penindakan / *punishment*, secara objektif, tegas dan adil.<sup>15), 16), 17)</sup> Berdasarkan informasi dari TPG menunjukkan bahwa TPG yang tertib dalam mengumpulkan laporan tidak mendapatkan penghargaan, dan TPG yang tidak tertib mengumpulkan laporan tidak mendapat penindakan yang tegas.

#### **E. Penilaian**

Penelitian ini menyebutkan lebih dari separuh responden (52,0%) melakukan evaluasi yang baik. Wawancara mendalam dengan TPG menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengatakan telah melakukan evaluasi yang sesuai dengan juklak, melibatkan bidan desa dan kader kesehatan dalam penilaian, dan tidak ada hambatan dalam evaluasi. Namun evaluasi yang dilakukan belum sampai pada keberhasilan program PMT, masih pada menilai kenaikan BB balita PMT, padahal seharusnya melakukan evaluasi terhadap program PMT merupakan salah satu kegiatan manajerial yang sangat strategis dan mutlak dilakukan.<sup>43)</sup> Hal ini juga sesuai dengan wawancara mendalam dengan koordinator PMT tingkat Kabupaten yang menyatakan telah memberikan sosialisasi tentang pengelolaan PMT.

Selanjutnya penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan penilaian dengan keberhasilan program PMT ( $p = 0,322$ ). Berdasarkan hasil pengamatan di lapangan, evaluasi yang dilakukan oleh TPG Puskesmas hanya pada kenaikan berat badan balita setiap bulan. Informasi dari TPG dengan adanya PMT memang dapat meningkatkan berat badan sasaran, tetapi tidak merubah status gizi balita dan menyebabkan ketergantungan pada keluarga balita gizi buruk, setelah Program PMT berakhir berat badan balita yang pernah mendapatkan PMT akan turun kembali.

Selama kegiatan PMT berlangsung kendala yang dihadapi oleh TPG adalah sasaran yang mendapatkan paket PMT ada yang berat badannya tidak naik-naik, walaupun sudah diberi paket PMT tersebut selama 90 hari. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik ternyata balita tersebut terdapat penyakit penyerta seperti TBC, diare, dan kecacingan. Tidak dapat dipungkiri bahwa ada hubungan erat infeksi dengan malnutrisi. Infeksi sekecil apapun berpengaruh pada tubuh. Sedangkan kondisi malnutrisi akan semakin memperlemah daya tahan tubuh yang pada giliran berikutnya akan mempermudah masuknya beragam penyakit.<sup>42)</sup> Hal ini kemungkinan yang menjadi salah satu penyebab tidak adanya hubungan penilaian dengan keberhasilan program.

Selain itu juga melakukan evaluasi terhadap program PMT merupakan salah satu kegiatan manajerial yang sangat strategis dan mutlak dilakukan. Hidayat<sup>43)</sup> mengemukakan, evaluasi program merupakan kegiatan yang dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan untuk menilai apakah suatu program telah atau dapat dilaksanakan sesuai rencana serta mengidentifikasi masalah-masalah yang mempengaruhi keberhasilan program tersebut. Ada beberapa hal yang perlu dievaluasi dalam kegiatan PMT, antara lain : kegiatan manajerial, kesesuaian pelaksanaan dengan acuan yang telah ditetapkan, keberhasilan program dan dampak program terhadap status gizi bayi dan anak balita dari keluarga miskin.<sup>43)</sup>

## **F. Pencatatan dan Pelaporan**

Penelitian yang dilakukan di Kabupaten Tegal diperoleh data lebih dari separuh responden (56,0%) melakukan pencatatan dan pelaporan yang kurang baik. Hal ini didukung oleh hasil wawancara mendalam dengan koordinator PMT tingkat Kabupaten yang menyatakan bahwa sebagian besar

responden terlambat dalam mengumpulkan laporan pelaksanaan program PMT. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan TPG menunjukkan penyebab keterlambatan laporan ini disebabkan oleh keterlambatan bidan desa dalam mengumpulkan data, pelaksanaan PMT di desa yang tidak serempak dan tidak adanya arsip laporan pelaksanaan program PMT.

Hasil pengujian statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan pencatatan dan pelaporan dengan keberhasilan program PMT ( $p = 0,604$ ). Hal ini dimungkinkan karena TPG dalam melakukan pencatatan dan pelaporan hanya mengacu pada hasil laporan bulanan yang dilakukan oleh bidan desa, tanpa mengawasi langsung dari pelaksanaan pemberian paket PMT tersebut. Menurut Siagian yang paling penting dan otentik untuk membantu melakukan pengawasan efektif adalah melalui komponen pencatatan dan pelaporan (komponen ini merupakan bagian dari sistem informasi intern).<sup>20)</sup>

Akan tetapi di dalam prakteknya tidak jarang komponen ini hanya sebagai pelengkap saja. Sehingga dalam pengisiannya lebih bertumpu hanya kepada demi memenuhi tugas kewajiban saja, tanpa harus memperhitungkan akurasi / ketepatan dan validitas / kesahihan isi laporannya. Kondisi yang demikian jelas tidak menguntungkan organisasi, bahkan sebaliknya sangat merugikan, karena menimbulkan pemborosan biaya, tenaga dan waktu. Lebih parah lagi jika laporan yang demikian itu dijadikan sebagai bahan pengambilan keputusan.<sup>20)</sup>

#### **G. Keberhasilan Program PMT**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (84,0%) memiliki keberhasilan program PMT yang baik. Apabila dikaitkan dengan indikator keberhasilan sebagaimana yang dipersyaratkan Depkes<sup>44)</sup>,

yaitu minimal 80% sasaran yang menerima PMT BB-nya naik, angka 84,0% menunjukkan keberhasilan yang memenuhi syarat. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan TPG Puskesmas menunjukkan bahwa evaluasi yang dilakukan hanya menilai kenaikan berat badan balita PMT tidak sampai mengevaluasi keberhasilan program PMT.

Dari hasil pengamatan di lapangan dan berdasarkan informasi dari TPG yang melakukan monitoring langsung ke sasaran ditemukan adanya Paket PMT setelah sampai di rumah tidak seluruhnya sampai di mulut sasaran tetapi juga diberikan kepada kakak atau adik yang masih tergolong balita namun bukan termasuk sasaran. Untuk itu perlu dipikirkan kembali sasaran program ini agar tidak hanya kelompok bayi dan anak baduta saja melainkan sampai pada kelompok yang tergolong usia balita. Selain alasan tersebut diatas penelitian yang dilakukan oleh Aryastami, dkk, prevalensi Balita KEP pada kelompok umur 36-59 bulan lebih tinggi bila dibandingkan pada kelompok umur di bawahnya.<sup>45)</sup> Hal ini kemungkinan dipengaruhi oleh faktor umur dan aktivitas anak yang lebih banyak dan kurang diimbangi oleh konsumsi makanan serta faktor perhatian orang tua yang mulai berkurang, terutama bila anak tersebut memiliki adik baru. Demikian juga hasil penelitian yang dilakukan oleh Supriyono bahwa dalam perbandingan kelompok umur, Balita dalam kelompok umur 13-36 bulan mempunyai peluang lebih besar berstatus gizi buruk dibandingkan pada usia sebelumnya. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa Balita dengan status KEP mengalami kenaikan tertinggi pada kelompok umur 37-60 bulan.<sup>46)</sup>

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan kepada 25 orang TPG tentang hubungan fungsi manajemen oleh TPG dengan tingkat keberhasilan program PMT pada balita gizi buruk di Puskesmas Kabupaten Tegal tahun 2006 didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Gambaran manajemen Program PMT oleh TPG menunjukkan : 56,0% responden memiliki perencanaan yang baik, 76,0% responden melakukan penggerakan dengan baik, 56,0% responden melakukan pengawasan yang baik, 52,0% responden melakukan penilaian dengan baik, 56,0% responden melakukan pencatatan dan pelaporan yang kurang baik dan 84,0% responden memiliki keberhasilan program PMT dengan baik.
2. Tidak ada hubungan perencanaan dengan keberhasilan program PMT ( $p = 1,000$ ).
3. Tidak ada hubungan penggerakan dengan keberhasilan program PMT ( $p = 0,540$ ).
4. Tidak ada hubungan pengawasan dengan keberhasilan program PMT ( $p = 0,604$ ).
5. Tidak ada hubungan penilaian dengan keberhasilan program PMT ( $p = 0,322$ ).
6. Tidak ada hubungan pencatatan dan pelaporan dengan keberhasilan program PMT ( $p = 0,604$ ).

7. Dari hasil wawancara mendalam dengan TPG dan Koordinator PMT tingkat Kabupaten diperoleh data mayoritas responden telah melakukan perencanaan, penggerakan, pengawasan dan penilaian dengan baik.
8. Kendala dan hambatan yang dihadapi oleh TPG selama kegiatan PMT berlangsung antara lain : jumlah paket PMT dan jumlah sasaran tidak sama sehingga menimbulkan iri bagi masyarakat yang tidak mendapatkan paket tersebut, masyarakat belum paham tentang peran posyandu yang ditunjukkan dengan masyarakat datang ke posyandu bila ada PMT, selain itu ditemukan juga adanya paket PMT setelah sampai di rumah tidak seluruhnya sampai di mulut sasaran tetapi juga diberikan kepada kakak atau adiknya yang masih tergolong balita, kesadaran masyarakat akan pentingnya makanan bergizi bagi pertumbuhan anak juga masih rendah karena ketiadaan pangan di rumah tangga dan faktor kemiskinan. Kendala lainnya adalah kurangnya pemantauan langsung ke sasaran oleh TPG dikarenakan faktor geografis .

## **B. Saran**

1. Bagi pihak Manajemen PMT tingkat Kabupaten  
Meningkatkan kemampuan pencatatan dan pelaporan bagi TPG Puskesmas khususnya tentang bagaimana melakukan pencatatan kegiatan PMT secara tepat waktu, ketepatan pelaporan kegiatan PMT, penggunaan kohort balita dalam pencatatan kegiatan PMT, dan penggunaan kartu pemantauan PMT dalam kegiatan PMT.
2. Bagi TPG Puskesmas
  - a. Perencanaan

Mengingat paket PMT yang diberikan oleh Dinas Kesehatan ke sasaran jumlahnya terbatas, maka perlu ditingkatkan lagi sosialisasi ke masyarakat mengenai kriteria sasaran yang mendapatkan paket PMT tersebut.

b. Penggerakan

Untuk mencapai suatu penggerakan yang baik, TPG Puskesmas perlu meningkatkan pendampingan bidan desa dan kader posyandu dalam pelaksanaan program PMT dan memberikan informasi kepada masyarakat tentang pentingnya peran posyandu.

c. Pengawasan

TPG Puskesmas seharusnya lebih meningkatkan monitoring terhadap kinerja bidan desa dalam program PMT, meningkatkan pemantauan terhadap jumlah balita gizi buruk yang mendapat PMT, meningkatkan pemantauan upaya kesehatan yang bersumberdaya masyarakat dan melakukan pengawasan secara langsung pemberian paket PMT kepada sasaran.

d. Penilaian

Sebaiknya TPG Puskesmas menggunakan buku petunjuk penilaian untuk menilai kenaikan berat badan balita gizi buruk dengan melibatkan bidan desa, melakukan *feedback* dari hasil monitoring dan evaluasi yang telah dilakukan, dan melakukan tindak lanjut dari hasil monitoring dan evaluasi yang sudah dilakukan.

e. Pencatatan dan pelaporan

Supaya hasil pelaksanaan program PMT dapat berjalan dengan baik, hendaknya TPG Puskesmas melakukan pencatatan kegiatan PMT secara tepat waktu, melaporkan kegiatan PMT ke Dinas Kesehatan

dengan tepat waktu, menggunakan kohort balita dalam pencatatan kegiatan PMT dan menggunakan kartu pemantauan PMT dalam kegiatan PMT.

3. Bagi peneliti lain

Perlu penelitian lebih lanjut dengan penelitian kualitatif tentang hubungan fungsi manajemen oleh TPG dengan tingkat keberhasilan program PMT pada balita gizi buruk agar dapat diungkap informasi yang lebih lengkap dan komprehensif.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Deteksi Dini Tumbuh Kembang Balita*. Jakarta. 1994
2. Satoto. *Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. Pengamatan Anak Umur 0 – 18 bulan di Kecamatan Mlonggo, Kabupaten Jepara, Jawa Tengah (Disertasi)*. 1990
3. Jalal, Fasli. *Pendidikan Input Tumbuh Kembang Anak*. On line. 2003
4. Supariasa, I Dewa Nyoman. et al. *Penilaian Status Gizi*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. 2002
5. Departemen Kesehatan RI. *Petunjuk Teknis Pengelolaan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) Program JPS-BK*. Jakarta. 2002
6. Sudirman, H.N. *Pangan dan Gizi sebagai Hak Asasi Manusia*. Kompas. 27 Juni 2002
7. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Ditjen Binkesmas Depkes. *Analisis Situasi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta. 2004
8. Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal. *Pedoman Pelaksanaan Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Penanganan Kasus Gizi Buruk Dana Tidak Tersangka Kabupaten Tegal Tahun 2005*. 2005
9. Sudarmanta, R. *Cost-effectiveness Analysis Program PMT berupa bahan mentah dan vitadele pada anak umur 12 – 23 bulan di Kecamatan Sebulu, Kabupaten Kutai, Propinsi Kalimantan Timur (Skripsi)* Tidak dipublikasikan. FKM UNDIP Semarang. 2001
10. Tunjiah, Yoyoh. *Evaluasi Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan Makanan Pendamping ASI Blended Food (PMT-P MP-ASI) di Puskesmas Purwodadi I Kabupaten Grobogan Tahun 2002-2003 (Skripsi)*. Tidak dipublikasikan. FKM UNDIP Semarang
11. Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal. *Laporan Hasil Pemantauan Status Gizi Balita Tahun 2000 sampai 2005*
12. Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal. *Lokasi Kegiatan PMT Gizi Buruk Kabupaten Tegal Tahun 2005*
13. Rahmat Alyakin Dakhi. *Evaluasi Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan dalam Program Jaring Pelindung Sosial Bidang Kesehatan dikotamadya Yogyakarta*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol 02/ No 01.1999
14. Susilowati. *Tantangan dan Faktor Pendukung Program Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan dalam Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol 02/ No 1.1999

15. Siagian, S.P. *Fungsi-fungsi Manajerial*. Bumi Aksara. Jakarta. 2002
16. Terry, G.R. Penelaahan Buku *Principles of Management*. Balai Lektor Mahasiswa UNPAD. Bandung. 1980
17. Siagian, S.P. *Fungsi-fungsi Manajerial*. Bumi Aksara. Jakarta. 2002
18. Effendi, Onong Uchjana. *Human Relationship & Public Relation Dalam Management*. Alumni 1979. Bandung
19. Newcomb, Theodore M, Turner Ralph H, Converse Philip E. *Psikologi Sosial*. Terjemahan Team Fakultas Psikologi UI. CV Diponegoro. Bandung. 1981
20. Siagian, S.P. *Sistem Informasi untuk Pengambilan Keputusan*. Gunung Agung. Jakarta. 1982
21. Departemen Kesehatan, Dirjen Binkesmas. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta. 1994
22. Reinke, W.A. *Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen*. Terjemahan Trisnantoro L, dkk. Gajahmada University Press. Yogyakarta. 1994
23. Azwar, Azrul. *Pengantar Administrasi*. PT. Binarupa Aksara. Jakarta. 1996
24. Budioro, B. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Badan Penerbit UNDIP, Semarang, 1997
25. Wijono, Djoko. *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*. Airlangga University Press. 1997
26. Depkes RI. *ARRIME Pedoman Manajemen Puskesmas*. Jakarta. 2003
27. Trisnantoro Laksono & Riyanto Sigit. *Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektifitas Manajemen*. Terjemahan. Gajah Mada University Press. Yogyakarta. 1994
28. Katz Jeanne & Peberdy Alyson. *Promoting Health and Practic*. The Open University. Mac Millan Press LTD, London. 1997
29. Organisasi Kesehatan Sedunia. *Evaluasi Program Kesehatan Dasar-dasar Bimbingan*. Organisasi Kesehatan Sedunia. Geneva. 1990
30. Almatsier. Sunita. *Prinsip-prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta. 2002
31. Soekirman, *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat*, Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi, Departemen Pendidikan Nasional, 1999/2000
32. Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Ditjen Binkesmas Depkes, *Pedoman Penanggulangan Kekurangan Energi Protein (KEP) dan Petunjuk Pelaksanaan PMT Pada Balita*, Jakarta, 1997

33. Notoatmodjo, Soekidjo. *Metode Penelitian Kesehatan*. cetakan 2. Rineka Cipta. Jakarta. 2002.
34. Singarimbun, M dan Effendi S. *Metodologi Penelitian Survey*. Penerbit LP3ES. Jakarta. 1989
35. Nasir, M. *Metode Penelitian*. PT. Ghalia Indonesia. Jakarta. 1993
36. Ghazali. *Aplikasi Analisis Multivariat dengan program SPSS*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro. Semarang. 2000
37. Arikunto, S. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi III. Rhineka Cipta. Yogyakarta. 1993
38. Djarwanto, PS. *Statistik Nonparametrik*. Edisi ketiga. BPFE-Yogyakarta. 1999
39. Swanny Trikeyati. *Analisis Tanggapan Dokter Spesialis Mitra sebagai Faktor Kebutuhan yang Berpengaruh Terhadap Pelayanan Rawat Jalan Praktek Dokter Spesialis RS Telogorejo*. Semarang. 2005. (Tesis). Tidak dipublikasikan.
40. Muchlas, M. *Perilaku Organisasi*. Edisi II. UGM. Yogyakarta. 1997
41. Gitosudarmo, dkk. *Perilaku Keorganisasian*. Edisi Pertama. Cetakan Pertama. BPFE. Yogyakarta. 1997
42. Taslim, Nurpudji A. *Kontroversi Seputar Gizi Buruk : Apakah Ketidakberhasilan Departemen Kesehatan*. <http://www.gizi.net/Makalah-artikel.2007>
43. Hidayat, H. *Manajemen Rumah Sakit*. No.4. tahun 1. Percetakan Thania. Jakarta. 1990
44. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Pemantauan Status Gizi Melalui Posyandu*. Depkes RI. Jakarta. 1996
45. Aryastami, K. , Suwandono, A., Atmarita. *Analisis Keadaan Gizi Balita terhadap Beberapa Faktor yang Mempengaruhinya*. Majalah Kesehatan Masyarakat. Departemen Kesehatan RI. Jakarta. 1994
46. Supriyono. *Pengamatan Tingkat Pencapaian Program dan Status Gizi Balita Berdasarkan Kelompok Umur di Kabupaten Lamongan*. Majalah Kesehatan. 1996



