

**MANAJEMEN STRATEGIS PROGRAM PERBAIKAN GIZI
MASYARAKAT OLEH DINAS KESEHATAN KOTA SURAKARTA
(Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS)
di TK dan SD Kecamatan Jebres Surakarta Tahun 2010)**



**Disusun dan Diajukan untuk Melengkapi Syarat-syarat
Guna Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Administrasi
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**

**Disusun oleh:
IIS NOVIANA
D0106015**

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
2011**

HALAMAN PERSETUJUAN

Disetujui Untuk Dipertahankan di Hadapan Panitia Penguji Skripsi
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Sebelas Maret
Surakarta

Pembimbing



Dra. Kristina Setyowati, M.Si
NIP. 196306131990032001

commit to user

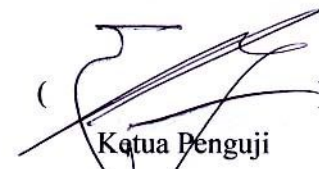
HALAMAN PENGESAHAN


Telah diuji dan Disahkan oleh Panitia Penguji Skripsi
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Sebelas Maret
Surakarta

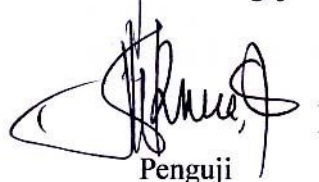
Pada Hari : Jum'at
Tanggal : 1 April 2011

Panitia Penguji :

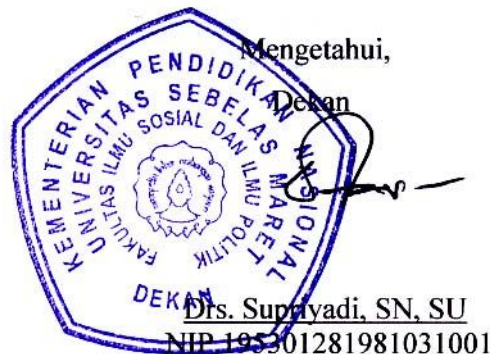
1. Drs. Is Hadri Utomo, M.Si
NIP. 195909071987021001
2. Dra. Retno Suryawati, M. Si
NIP. 196001061987022001
3. Dra. Kristina Setyowati, M.Si
NIP. 196306131990032001

()
Ketua Penguji

()
Sekretaris Penguji

()
Penguji

Mengetahui,
Dekan



Drs. Supriyadi, SN, SU
NIP. 195301281981031001

MOTTO

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan maka apabila kamu telah selesai dari satu urusan maka kerjakan urusan selanjutnya dengan sungguh-sungguh dan hanya kepada Tuhanmulah hendaknya kamu berharap. *(Q.S. Al Insyirah:6-8)*

Kesuksesan adalah menjalani kehidupan dengan caramu sendiri, merasa damai di setiap akhir hari, meraih tujuan yang telah kau rancang, bangga namun rendah hati saat tujuan tercapai, menjadi diri sendiri yang kau ingini sambil tetap memberi perhatian pada yang lain dengan penuh kasih sayang, tahu bahwa dalam semua hal kau harus mengusahakan yang terbaik, maka kau akan menemukan kesuksesan yang sesungguhnya. *(Edie Raether)*

Kesempatan itu hadiah dari Tuhan Yang Maha Pemurah, jadi tidak mungkin hanya satu kali. Sebetulnya engkau hanya sedang dibuat menyesal, supaya menghargai kesempatanmu yang berikutnya. *(Mario Teguh)*

Jenius adalah 1 % inspirasi dan 99 % keringat. Tidak ada yang dapat menggantikan kerja keras. Keberuntungan adalah sesuatu yang terjadi ketika kesempatan bertemu dengan kesiapan. *(Thomas A. Edison)*

Ada tiga hal cara pintar untuk dilakukan:

1. Melalui Pemikiran, itu adalah yang paling mulia
2. Melalui contoh / meniru, itu yang paling mudah
3. Melalui pengalaman, itu yang terpahit. *(Penulis)*

commit to user

PERSEMBAHAN

Aku sampai pada titik ini karena ada orang-orang yang sangat berarti dalam hidupku yang senantiasa memberikan semangat, inspirasi, masukan, dan segala bantuan yang aku butuhkan, untuk itulah dengan penuh rasa syukur kepada Allah SWT, karya sederhana ini penulis persembahkan kepada:

- ♥ Mamaku tercinta dan tersayang atas segala pengorbanan, perjuangan, doa, kasih sayang, cintanya serta dukungannya yang tak henti-hentinya selalu mewarnai setiap jejak langkahku. I love you Ma.....
- ♥ Papaku tercinta atas segala perjuangan, kasih sayang, dan cintanya di setiap tetes keringat kerja kerasnya demi kebahagiaan dan keutuhan keluarga. I love you Pa dan Papa cepat sembuh ya....
- ♥ Adik-adik ku tercinta Ani, Tika, Martin, Ayu, Kiki, Dinda dan Apin atas doa dan dukungannya. Ayuk sayang kalian semua dan kalian harus menjadi anak yang membanggakan Papa dan Mama.....
- ♥ Sahabat-sahabatku Wulan, Lulu, Fajar, Sinta, Fara, Anna, Rara, dan AN '06 kelas A dan B atas bantuan dan doanya. Sukses selalu buat kita semua.....
- ♥ Teman-teman kost ku dari kost Kiky, Kost Indah, Blue House dan Kost Griyananda terima kasih telah menjadi sahabat sekaligus keluargaku selama di Solo.
- ♥ Teman-teman seperjuanganku Baban, Puji, dan Vera terima kasih telah menjadi sahabatku dan semua bentuk bantuan kalian baik tenaga, semangat dan juga pinjaman uang. Hehehe....., Dan terakhir untuk adik-adikku Lily dan Mimi terima kasih telah menganggap Mbak sebagai Mbak kalian. Aku sayang kalian semua....., Muachhhh.....

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmaanirrahim

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Alhamdulillah rabbil'aalamiin, segala puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul ” **MANAJEMEN STRATEGIS PROGRAM PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT OLEH DINAS KESEHATAN KOTA SURAKARTA (Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS) di TK dan SD Kecamatan Jebres Surakarta Tahun 2010)**”.

Penulis menyadari bahwa sejak awal selesainya penulisan skripsi ini tidak lepas dari bantuan, dorongan dan bimbingan berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada :

1. Ibu Dra. Kristina Setyowati, M.Si selaku pembimbing, atas bimbingannya, arahan, dan motivasi serta kesabarannya sehingga penulis mampu menyelesaikan skripsi ini.
2. Bapak Drs. Sukadi, M.Si selaku pembimbing akademis, atas bimbingan akademis yang telah diberikan selama ini.
3. Bapak Drs. Sudarto, M.Si dan Bapak Agung Priyono, M.Si selaku Ketua dan Sekretaris Jurusan Ilmu Administrasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sebelas Maret Surakarta.
4. Bapak Drs. Supriyadi SN, SU selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Sebelas Maret Surakarta.
5. Ibu dr. Erna Harnanie selaku Kepala Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Surakarta yang telah memberikan kemudahan didalam penyusunan skripsi ini.

commit to user

6. Bapak Agus Subagyo, S,SiT selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat yang telah memberikan kemudahan didalam penyusunan skripsi ini.
7. Ibu Wati, ibu Tri Hartati, ibu Anik dan ibu Yuni selaku petugas gizi dari puskesmas Pucang Sawit, puskesmas Sibela, Puskesmas Purwodiningratan dan puskesmas Ngoresan, terima kasih atas bantuan dalam penyediaan data yang penulis butuhkan dalam penyusunan skripsi ini.
8. Ibu Anggun Widiyari, ibu Endang Wahyuni, ibu Muryati, ibu Isworo Sutatmi, ibu Sartini, ibu G. Tjiptaningrum, ibu Siti Rustianingsih, ibu Sugiarti, ibu Siti, ibu Harini, bapak Agus Ardiyanto, ibu Sri Muji, ibu Siti Supartiningsih, dan bapak Khoeron, selaku guru-guru pengelola di sekolah sasaran PMT-AS tahun 2010 di kecamatan Jebres Surakarta yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuan dalam penyediaan data yang penulis butuhkan dalam penyusunan skripsi ini.
9. Almamater tercinta, Universitas Sebelas Maret Surakarta.
10. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata penulis menyadari skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang menuju kearah perbaikan skripsi ini akan penulis perhatikan. Meskipun demikian, penulis berharap agar penelitian ini dapat dijadikan awal bagi penelitian selanjutnya yang lebih mendalam dan dapat memberikan manfaat bagi siapa pun yang membutuhkan.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Surakarta, April 2010

Penulis

commit to user

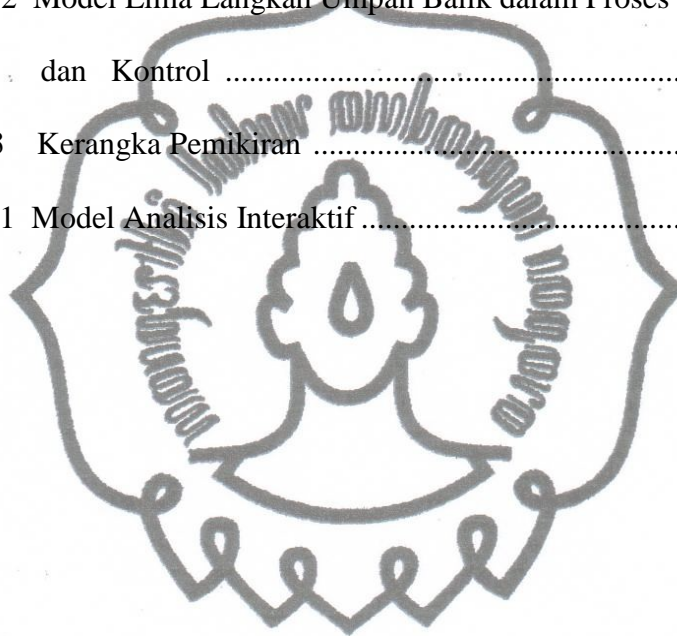
DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTTO.....	iv
PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN	xiii
ABSTRAK	xiv
ABSTRACT	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Perumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Tinjauan Pustaka	10
1. Manajemen Strategis.....	10
2. Kegiatan PMT-AS.....	29
B. Kerangka Berpikir	30
C. Definisi Konseptual	34
BAB III METODE PENELITIAN	38
A. Jenis Penelitian.....	38
B. Lokasi Penelitian.....	39
C. Teknik Pengambilan Sampel.....	39
D. Sumber Data.....	40

E. Teknik Pengumpulan Data.....	41
F. Validitas Data.....	42
G. Teknik Analisis Data.....	43
BAB IV DESKRIPSI LOKASI DAN PEMBAHASAN	46
A. Deskripsi Lokasi.....	46
1. Dinas Kesehatan Kota Surakarta.....	46
2. Kecamatan Jebres Kota Surakarta.....	57
B. Pembahasan	63
1. Hasil Penelitian.....	63
2. Pembahasan	120
BAB IV PENUTUP	133
A. Kesimpulan	133
B. Saran	136
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar II.1 Elemen-elemen Dasar Proses Manajemen Strategis menurut Hunger dan Wheelen.....	13
Gambar II.2 Model Lima Langkah Umpan Balik dalam Proses Evaluasi dan Kontrol	27
Gambar II.3 Kerangka Pemikiran	33
Gambar III.1 Model Analisis Interaktif	45



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel I.1 Status Gizi Manurut Kecamatan Se-Kota Surakarta tahun 2008.....	3
Tabel I.2 Status Gizi Balita Kecamatan Jebres Kota Surakarta tahun 2008.....	4
Tabel I.3 Daftar SD/MI dan TK Penerima PMT-AS di Kecamatan Jebres Kota Surakarta tahun 2010.....	6
Tabel IV.1 Tingkat Pendidikan Pegawai Unit Kerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta Keadaan April 2008.....	53
Tabel IV.2 Pegawai Unit Kerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta menurut Pngkat/ Golongan Keadaan April 2008.....	54
Tabel IV.3 Banyaknya Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Sex Ratio di tiap Kelurahan Kec. Jebres tahun 2008.....	58
Tabel IV.4 Banyaknya Kelahiran dan Kematian di Kota Surakarta Menurut Jenis Kelamin Tahun 2008.....	59
Tabel IV.5 Profil Puskesmas yang Mengawasi PMT-AS tahun 2010 di Kecamatan Jebres Surakarta.....	60

commit to user

Tabel IV.6	Profil TK dan SD Sasaran PMT-AS Tahun 2010 di Kecamatan Jebres Surakarta.....	61
Tabel IV.7	Peluang dan Ancaman serta Kekuatan dan Kelemahan Dinas Kesehatan Kota Surakarta.....	64
Tabel IV.8	Matrik Analisis SWOT, untuk menentukan Asumsi Strategik Pilihan.....	65
Tabel IV.9	Uraian Pelaksanaan Kegiatan PMT-AS Tahun 2010	76
Tabel IV.10	Daftar Menu PMT-AS Bulan Maret 2010 di SD Mipitan Mojosongo Jebres Surakarta.....	84
Tabel IV.11	Rincian Anggaran Kegiatan PMT-AS Tahun 2010.....	89
Tabel IV.12	Standart Operating Prosedure (SOP) PMT-AS Tahun 2010.....	96
Tabel IV.13	Evaluasi Status Gizi Siswa Sasaran PMT-AS di SD Kecamatan Jebres Tahun 2010.....	117
Tabel IV.14	Evaluasi Status Gizi Siswa Sasaran PMT-AS di TK Kecamatan Jebres Tahun 2010.....	118

DAFTAR BAGAN

Halaman

Bagan IV.1 Bagan Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta	56
--	----



ABSTRAK

Iis Noviana. D0106015. Manajemen Strategis Program Perbaikan Gizi Masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta (Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS) di TK dan SD Kecamatan Jebres Tahun 2010). Skripsi. Jurusan Ilmu Administrasi. Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik. Universitas Sebelas Maret Surakarta. 2011.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui manajemen strategis program Perbaikan Gizi Masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS) di TK dan SD Kecamatan Jebres Kota Surakarta tahun 2010.

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode penelitian deskriptif kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan metode wawancara dan studi dokumentasi. Teknik penarikan sampel menggunakan purposive sampling. Analisis data dilakukan melalui tiga tahapan, yaitu reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan dan verifikasi.

Pendeskripsian manajemen strategis yaitu dengan melihat pengamatan lingkungan dan perumusan strategis yang telah tercantum dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2006-2010 kemudian implementasi serta evaluasi dan pengendalian strategi. Implementasi mengacu pada dua unsur pokok yaitu pengembangan strategi dalam program, anggaran dan prosedur serta pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen lainnya yang meliputi pengorganisasian (*organizing*) dan pelaksanaan (*actuating*). Evaluasi dan pengendalian menggunakan model lima langkah umpan balik.

Hasil penelitian yang dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Surakarta serta didukung penelitian di TK dan SD sasaran PMT-AS tahun 2010 dan puskesmas di kecamatan Jebres Surakarta ini diketahui bahwa secara umum Manajemen strategis Program perbaikan gizi dengan kegiatan PMT-AS dilihat dari implementasinya cukup berhasil. Hal ini dilihat dari dua unsur pokok dalam implementasi strategi: pertama, pengembangan strategi dalam program, anggaran dan prosedur yaitu pada tahun 2010, program perbaikan gizi hanya melaksanakan kegiatan PMT-AS saja, anggarannya dengan paket PMT-AS Rp. 2500,- per anak masing-masing sekolah ada yang mencukupi tetapi juga ada yang kurang serta prosedurnya yang telah memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) dan telah sesuai dengan SOP tersebut. Kedua, fungsi manajemen lainnya meliputi pengorganisasian (*organizing*) yang telah sesuai dengan struktur organisasi dan pelaksanaan (*actuating*) yang didalamnya meliputi pengarahan dan bimbingan, komunikasi serta koordinasi yang rutin dilakukan pada setiap rapat. Dan yang terakhir adalah hasil evaluasi dan pengendalian yaitu meningkatnya prosentase status gizi sasaran PMT-AS di kecamatan Jebres setelah pemberian PMT-AS. Untuk TK siswa yang gizi kurang sebanyak 23 siswa (6.07%) turun menjadi 7 siswa (1.85%) dan untuk SD siswa yang gizi kurang sebanyak 85 siswa (12.94%) turun menjadi 24 siswa (3.66%) setelah pemberian PMT-AS. Tetapi jika dilihat per sekolah maka tidak semua sekolah mencapai target karena prosentase status gizinya masih ada yang stagnan. *commit to user*

ABSTRACT

Iis Noviana. D0106015. The Strategic Management of Society Nutrition Improvement Program by Health Service of Surakarta City (Supplemental Food Administration Activity in School-Age Children (PMT-AS) in Kindergarten and Elementary School in Jebres Sub District in 2010). Administration Department. Social and Political Sciences Faculty. Surakarta Sebelas Maret University. 2011.

The objective of research is to find out the strategic management of society nutrition improvement program by health service of Surakarta City particularly the Supplemental Food Administration Activity in School-Age Children (PMT-AS) in Kindergarten and Elementary School in Jebres Sub District in 2010.

The research method employed in this research was a descriptive qualitative method. The data collection was done using interview and documentation study. The sampling technique used was purposive sampling. The data analysis was carried out in three stages: data reduction, display as well as conclusion drawing and verification.

The description of strategic management was done by observing the environment and strategic formulation included in the Strategic Plan of Surakarta City Health Service in 2006-2010, then the implementation as well as evaluation and strategic control. The implementation refers to two main elements: strategic development in the program, budget and procedure as well as the implementation of management function including organizing and actuating. The evaluation and control employed a five-step feedback model.

The result of research done in Health Service of Surakarta city as well as supported by the studies in Kindergarten and Elementary School of PMT-AS target in 2010 and puskesmas (public health center) in Jebres sub district of Surakarta shows that generally strategic management of society nutrition improvement program by health service of Surakarta City with PMT-AS activity, viewed from its implementation, is successful enough in improving the nutrition of schoolchildren and proceeds corresponding to the predetermined Strategic Plan. It can be seen from the two main elements of strategic implementation: firstly, the strategic development in program, budget and procedure in which in 2010, the nutrition improvement development only implements PMT-AS activity, with PMT-AS package budget of Rp. 2500 –per children. Some schools meet but some others do not meet that budget, and some of them have had Standard Operational Procedure (SOP) and has been consistent with the SOP. Secondly, other functions of management include organizing that has been consistent with the organizational structure and actuating encompassing direction, guidance, communication as well as routine coordination in every meeting. And the last one is the result of evaluation on the nutrition status of PMT-AS target in Jebres sub district increasing in the nutrition status percentage after PMT-AS administration. For Kindergarten students, the number of 23 students (6.07%) with malnutrition decreases to 7 students (1.85%) and for Elementary School the number of 85 students (12.94%) with malnutrition decreases to 24 students (3.66%) after PMT-AS. However, viewed per school, not all schools achieve the target because the percentage of their nutrition status are still stagnant.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas, yaitu SDM yang memiliki daya tahan fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima, dan cerdas. Dengan SDM yang berkualitas tersebut maka Indonesia akan memiliki daya saing dikancah global, yang tentunya ini akan menjadi faktor pendukung yang sangat signifikan dalam memajukan suatu daerah bahkan suatu negara. Salah satu faktor penunjang terciptanya SDM yang berkualitas adalah dengan meningkatkan pelayanan kesehatan, khususnya dalam hal penyediaan asupan gizi yang sangat dibutuhkan oleh anak-anak sejak dini yaitu anak-anak usia sekolah. Pemenuhan gizi pada kelompok anak-anak usia sekolah ini akan berdampak luas, tidak saja pada masa kini tetapi juga secara langsung mempengaruhi kualitas sumber daya manusia dimasa mendatang.

Rata-rata batasan usia anak sekolah di Indonesia yaitu 3-5 tahun untuk Taman Kanak-kanak (TK) dan 6-12 tahun untuk Sekolah Dasar (SD). Mereka berbeda dengan orang dewasa karena anak pada usia tersebut mempunyai ciri yang khas yaitu selalu tumbuh dan berkembang sampai berakhirnya masa remaja. Oleh karena itu, anak usia sekolah merupakan kelompok yang rentan terhadap kesehatan dan gizi, sehingga membutuhkan perhatian dan pemantauan secara khusus terhadap status kesehatan dan status gizinya. Untuk

commit to user

mendukung pertumbuhan dan perkembangannya agar berjalan lancar maka diperlukan asupan makanan yang mengandung gizi seimbang.

Kenyataannya, di Indonesia banyak anak sekolah yang bergizi buruk yang hampir mencapai 50%. Tingginya angka gizi buruk ini mempengaruhi kondisi belajar mereka. Banyak faktor pemicu gizi buruk yang terjadi dinegara kita yaitu kemiskinan, pendidikan rendah, ketersediaan pangan dan kesempatan kerja yang minim. Sekian banyak kepala keluarga di Indonesia yang miskin sehingga mereka tidak mampu memenuhi kebutuhan gizi anak mereka.

Keadaan yang sama juga dialami oleh masyarakat Surakarta. Surakarta merupakan salah satu kota yang masih ada masalah kasus gizi buruk dan gizi kurang didalamnya. Salah satu kasusnya yaitu status gizi balita yang didalamnya termasuk usia anak sekolah Taman Kanak-kanak (TK). Keadaan gizi masyarakat ini dipantau berdasarkan hasil pencatatan dan pelaporan (RR) yang tercermin dalam hasil penimbangan balita setiap bulan di Posyandu. Pada tahun 2008, di Kota Surakarta terdapat jumlah balita sebanyak 38.247 jiwa. Sedangkan balita yang berada pada status gizi buruk sebanyak 0,26 % atau 100 balita, status gizi kurang sebanyak 7,09 % atau 2.712 balita, berada status gizi baik sebanyak 90,72 % atau 34.699 balita, dan status gizi lebih sebanyak 1,92 % atau 736 balita. Untuk lebih jelasnya lihat tabel berikut:

Tabel I.1

Status Gizi Balita menurut Kecamatan Se-Kota Surakarta tahun 2008

Kecamatan	Jumlah Balita	Gizi Buruk		Gizi Kurang		Gizi Baik		Gizi Lebih	
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
Laweyan	6,556	10	0,15	605	9,23	5,870	89,54	71	1,08
Serengan	3,292	9	0,27	203	6,17	3,029	92,01	51	1,55
PasarKliwon	6,072	17	0,28	542	8,93	5,328	87,75	185	3,05
Jebres	9,548	37	0,39	717	7,51	8,517	89,20	277	2,90
Banjarsari	12,779	27	0,21	645	5,05	11,955	93,55	152	1,19
Jumlah kota	38,247	100	0,26	2,712	7,09	34,699	90,72	736	1,92

Sumber : Profil Kesehatan Kota Surakarta tahun 2009

Dalam penelitian ini penulis hanya meneliti untuk Kecamatan Jebres saja. Hal ini dikarenakan pada tabel I.1 diatas terlihat jelas bahwa Kecamatan Jebres merupakan daerah yang paling banyak terdapat kasus gizi buruk dan gizi kurangnya bila dibandingkan dengan kecamatan lainnya di Kota Surakarta. Kecamatan Jebres terdapat balita sebanyak 9.548 jiwa. Sedangkan balita yang berada pada status gizi buruk sebanyak 0,39 % atau 37 balita, status gizi kurang sebanyak 7.51 % atau 717 balita, sedangkan balita yang berada pada status gizi baik sebanyak 89,20 % atau 8.517 balita, dan status gizi lebih sebanyak 2,90 % atau 277 balita. Berikut rincian status gizi di Kecamatan Jebres Surakarta:

commit to user

Tabel I.2

Status Gizi Balita Kecamatan Jebres Kota Surakarta tahun 2008

Kelurahan	Jumlah Balita	Gizi Buruk		Gizi Kurang		Gizi Baik		Gizi Lebih	
		Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
Sudiroprajan	821	1	0,12	50	6,09	752	91,60	18	2,19
Gandekan	712	3	0,42	67	9,41	622	87,36	20	2,81
Sewu	654	3	0,46	64	9,78	570	87,16	17	2,60
Jebres	1,102	5	0,45	81	7,35	988	89,66	28	2,54
Jagalan	562	2	0,36	43	7,65	491	87,36	26	4,63
Pucang Sawit	947	4	0,42	73	7,71	837	88,38	33	3,48
Mojosongo	1,231	6	0,49	95	7,72	1,073	87,16	47	3,82
Tegalharjo	873	3	0,34	66	7,56	791	90,61	13	1,49
Purwadiningratan	1,098	4	0,36	71	6,47	986	89,80	37	3,37
Kepatihan Wetan	637	3	0,47	42	6,59	568	89,17	24	3,77
Kepatihan Kulon	911	4	0,44	65	7,13	828	90,89	14	1,54
Jumlah	9,548	37	0,39	717	7,51	8,517	89,20	277	2,90

Sumber : Profil Kesehatan Kota Surakarta tahun 2009

Kemudian dari beberapa penelitian yang diketahui bahwa sebagian anak SD/MI masih mengalami masalah gizi yang serius. Hasil pengukuran TBABS (Tinggi Badan Anak Baru Sekolah) tahun 1998 menunjukkan 37,8 % anak SD dan MI menderita Kurang Energi Protein (KEP) dan 47,3 % anak usia sekolah menderita anemia gizi. Sedangkan hasil pengukuran status gizi

Tahun 2009 menunjukkan 24% anak SD/MI di Kota Surakarta menderita Kurang Energi Protein (KEP) dan 54,7% anak SD/MI sasaran PMT-AS menderita Anemia Gizi. Kekurangan Energi protein sendiri dapat berdampak pada melemahnya sistem imun tubuh yang akan mengakibatkan menurunnya konsentrasi belajar. Sedangkan Anemia mengakibatkan penurunan prestasi belajar siswa dikarenakan melemahnya aktivitas belajar di sekolah. (www.surakarta.go.id). Untuk itulah pemerintah Kota Surakarta sangat perhatian terhadap masalah gizi dan selalu berupaya maksimal dalam memperhatikan, memantau juga meningkatkan kesehatan masyarakat, khususnya bagi anak-anak sekolah di Surakarta. Menyadari hal tersebut, pemerintah Kota Surakarta mengupayakan program Perbaikan Gizi Masyarakat yang didalamnya terdapat kegiatan yang disebut "*Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS)*" guna meningkatkan kesehatan dan menyediakan asupan gizi bagi anak sekolah, yang dimasa mendatang diharapkan akan menjadi tunas bangsa yang berkualitas sehingga mampu memberikan kontribusi yang bermanfaat bagi kemajuan bangsa.

Program PMT-AS yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta bertujuan untuk meningkatkan ketahanan fisik anak sekolah melalui perbaikan gizi dan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan minat kemampuan belajar dan berprestasi anak-anak tersebut. Sasaran utama program PMT-AS 2010 yaitu 5.563 siswa yang terdiri dari 3.851 siswa SD di 20 SD terpilih (termasuk 9 SD Plus) dan 1.712 siswa TK di 40 TK terpilih. Pelaksanaan program tersebut akan berlangsung pada bulan Maret hingga Mei 2010. Total volume

commit to user

kegiatan pada setiap anak adalah 36 kali makan dengan anggaran Rp 2.500,- per anak setiap kali makan. Menu yang diberikan berupa susu dan kudapan. Asupan nilai gizi yang disediakan dalam program PMT-AS untuk Energi berjumlah 250-300 Kkal dan Protein 5-10 gram. Sedangkan untuk Kecamatan Jebres sendiri ada 4 SD dan 10 TK yang menerima bantuan PMT-AS dan dibawah pengawasan 4 puskesmas. Berikut adalah daftar sekolah yang menerima PMT-AS dengan status gizinya dan puskesmas yang bertugas mengawasinya di Kecamatan Jebres Kota Surakarta:

Tabel I.3
Daftar SD/MI dan TK Penerima PMT-AS di Kecamatan Jebres
Kota Surakarta tahun 2010

	Puskesmas	Nama sekolah	Jml	Status Gizi					
				Kurang		Baik		Lebih	
				Jml	%	Jml	%	Jml	%
SD	Purwodi-ningratan	SD Tegal Harjo No . 189	81	7	8.64	69	85.19	5	6.17
	Sibela	SD Sabrang Lor (Plus)	285	52	18.5	227	79.65	6	2.1
		SD Mipitan (Plus)	204	20	9.80	172	84.31	12	5.88
	Pucangsawit	SD Muh. 8 Jagalan	87	6	6.9	77	88.5	4	4.6
T K	Purwodi-ningratan	TK Widya Wacana 2	43	0	0	33	76.74	10	23.26
		TK Aisyah 33 Purwodiningratan	35	0	0	31	88,57	4	11,43

Ngoresan	TK Aisyiyah Jebres II	51	5	9.80	35	68.63	11	21.57
	TK Aisyiyah Guwosari	12	0	0	10	83.33	2	16.67
Sibela	TK Islam Bakti XVIII	28	15	53.5 7	13	46.43	0	0,00
	TK Indriyasana 3	51	1	1.96	45	88.24	5	9.80
	TK MTA II	30	1	3.33	28	93,33	1	3.33
	TK Islam Al- Masyhuri	87	1	1.15	66	75.86	20	22.99
Pucangsawit	TK Aisyiyah II Kampungsewu	24	0	0	22	91.67	2	8.33
	TK Pembangunan	18	0	0	17	94.44	1	5.56

Sumber: Arsip Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat DKK Surakarta

Untuk memperoleh *progress* yang maksimal, diperlukan adanya kegiatan penunjang dari program PMT-AS dengan cara melaksanakan orientasi PMT-AS bagi guru pengelola sekolah, yaitu melaksanakan pemeriksaan kadar Hb (Hemoglobin), memberikan obat cacing dan sirup Fe serta melakukan pemantauan pelaksanaan program PMT-AS pada sasaran anak SD dan TK yang terkait. Program PMT-AS ini diharapkan dapat meningkatkan presensi kehadiran siswa dan mengurangi tingkat prevalensi KEP. Selain prevalensi KEP diharapkan pula program ini dapat mengurangi penyakit Anemia Gizi, yang ditunjukkan lewat ciri-ciri berupa 5L (Lemah, Letih, Lesu, Lunglai, Lalai) dan pada akhirnya akan berdampak pada meningkatnya prestasi belajar para siswa SD dan TK yang berkaitan.

Kondisi seperti ini perlu menjadi perhatian khusus bagi pemerintah untuk menyelesaikan berbagai permasalahan gizi yang menjadi salah satu tugas penting pemerintah. Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui bagaimana manajemen strategis program Perbaikan Gizi Masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan kegiatan PMT-AS khususnya pelaksanaannya di TK dan SD yang ada di Kecamatan Jebres Kota Surakarta, karena kegiatan ini merupakan suatu terobosan yang sangat tepat guna meningkatkan aksesibilitas bagi masyarakat Surakarta yang belum bisa memenuhi gizi. Selain itu juga untuk memberikan pengetahuan sadar gizi bagi seluruh masyarakat Surakarta, sehingga mendorong tumbuhnya masyarakat yang sehat dan produktif untuk menciptakan masyarakat Surakarta yang sejahtera. Lebih luas lagi dapat mempercepat pencapaian sasaran pembangunan kesehatan dan peningkatan derajat kesehatan yang optimal.

B. Rumusan Masalah

Dari uraian latar belakang masalah diatas maka peneliti merumuskan masalah sebagai berikut :

Bagaimana manajemen strategis Program Perbaikan Gizi Masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS) di TK dan SD Kecamatan Jebres Kota Surakarta tahun 2010 ?

C. Tujuan Penelitian

Berkaitan dengan rumusan masalah yang dikemukakan sebelumnya, maka tujuan yang hendak dicapai dari penulisan karya tulis ini adalah :

Untuk mengetahui manajemen strategis program Perbaikan Gizi Masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS) di TK dan SD Kecamatan Jebres Kota Surakarta tahun 2010.

D. Manfaat Penelitian

Dalam penulisan ini ada beberapa manfaat yang diperoleh sebagai berikut:

1. Memberikan informasi dan gambaran mengenai manajemen strategis program Perbaikan Gizi Masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan kegiatan PMT-AS di TK dan SD Kecamatan Jebres Kota Surakarta tahun 2010.
2. Dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan dan memperluas wawasan berdasarkan pengalaman dari apa yang ditemui di lapangan, khususnya dalam bidang manajemen strategis, serta dapat menjadi acuan bagi semua pihak untuk melakukan penelitian lanjutan.
3. Penelitian ini dapat memenuhi persyaratan guna memperoleh gelar kesarjanaan di Jurusan Ilmu Administrasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Negeri Sebelas Maret Surakarta.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

E. Tinjauan Pustaka

1. Manajemen Strategis

Manajemen strategik merupakan rangkaian dua perkataan terdiri dari kata “manajemen” dan “strategik” yang masing-masing memiliki pengertian tersendiri, yang setelah dirangkaikan menjadi satu terminologi berubah dengan memiliki pengertian tersendiri pula (Hadari Nawawi, 2000:147).

Pengertian “manajemen” adalah ilmu dan seni untuk melakukan tindakan guna mencapai tujuan (Siswanto, 2007:7). Sama halnya dengan pengertian George Terry dalam Hadari Nawawi (2000:36) yaitu manajemen adalah pencapaian tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya dengan menggunakan bantuan orang lain. Sedangkan “strategik” dalam manajemen sebuah organisasi, dapat diartikan sebagai kiat, cara dan teknik utama yang dirancang secara sistematis dalam melaksanakan fungsi-fungsi manajemen, yang terarah pada tujuan strategik organisasi (Hadari Nawawi, 2000: 147-148).

Manajemen jika dirangkaikan dengan perkataan startegik menjadi “manajemen trtategik”. Manajemen stratejik adalah suatu cara untuk mengendalikan organisasi secara efektif dan efisien, sampai kepada implementasi garis terdepan sedemikian rupa sehingga tujuan dan

commit to user

sasarannya tercapai (Salusu, 1996:493). Sedangkan Siagian (2004: 15) mendefinisikan manajemen stratejik sebagai serangkaian keputusan dan tindakan mendasar yang dibuat oleh manajemen puncak dan diimplementasikan oleh suatu jajaran suatu organisasi dalam rangka pencapaian tujuan organisasi tersebut.

Sedikit berbeda dengan Hadari Nawawi (2000:148) yang memberikan definisi manajemen strategik sebagai proses atau rangkaian kegiatan pengambilan keputusan yang bersifat mendasar dan menyeluruh, disertai penetapan cara melaksanakannya, yang dibuat oleh manajemen puncak dan diimplementasikan oleh seluruh jajaran didalam suatu organisasi, untuk mencapai tujuannya.

Pendapat lain yaitu dari Crown Dirgantoro (2001:9) yang memiliki beberapa definisi manajemen stratejik sebagai berikut :

“Suatu proses kesimbangan yang membuat organisasi secara keseluruhan dapat match dengan lingkungannya, atau dengan kata lain, organisasi secara keseluruhan dapat selalu responsif terhadap perubahan-perubahan didalam lingkungan-lingkungannya baik yang secara internal maupun eksternal”.

“Kombinasi ilmu dan seni untuk memformulasikan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi keputusan yang bersifat cross-fungsional yang memungkinkan organisasi mencapai tujuannya”.

“Usaha untuk mengembangkan kekuatan yang ada di perusahaan untuk menggunakan atau menangkap peluang bisnis yang muncul guna mencapai tujuan perusahaan yang telah ditetapkan sesuai misi yang telah ditetapkan”.

Hunger dan Wheelen (2003:4) juga mendeskripsikan manajemen strategis sebagai serangkaian keputusan dan tindakan manajerial yang menentukan kinerja perusahaan dalam jangka panjang. Sama halnya

commit to user

dengan pendapat *C. R. Raduan et.al (2009:406)* mengemukakan bahwa Manajemen strategis adalah proses dan pendekatan menetapkan tujuan organisasi, mengembangkan kebijakan dan rencana untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut, dan mengalokasikan sumber daya sehingga dapat melaksanakan kebijakan dan rencana, seperti pernyataannya berikut ini:

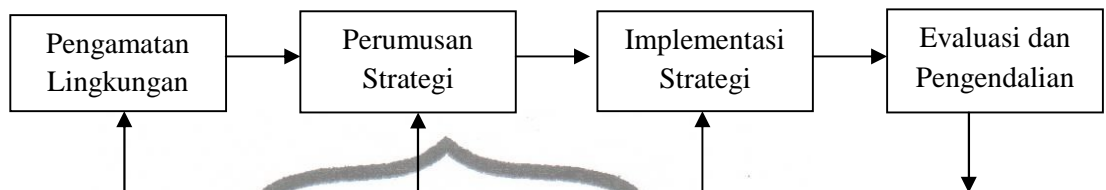
“Strategic management is the process and approach of specifying an organization’s objectives, developing policies and plans to achieve and attain these objectives, and allocating resources so as to implement the policies and plans.” (European Journal of Social Sciences, 2009:406).

Dari definisi-definisi tersebut tampak ada beberapa kesamaan dasar yang bisa ditangkap, yaitu dalam manajemen strategis ada tujuan yang ingin dicapai, perubahan lingkungan yang harus diantisipasi serta strategi yang harus diimplementasikan. Selain itu, unsur keputusan dalam manajemen strategis cenderung terletak pada manajemen puncak dan sebagai pelaksana adalah jajaran dibawahnya.

Kemudian Hunger dan Wheelen (2003:9) menyebutkan bahwa dalam proses manajemen strategis meliputi empat elemen dasar yaitu: (1) pengamatan lingkungan, (2) perumusan strategi, (3) implementasi strategi, dan (4) evaluasi dan pengendalian. Interaksi keempat elemen dasar tersebut digambarkan sebagai berikut :

Gambar II.1

**Elemen-elemen Dasar dari Proses Manajemen Strategis
menurut Hunger dan Wheelen**



Sumber : Hunger dan Wheelen (2003:11)

Dari gambar diatas menunjukkan interaksi keempat elemen dasar dari proses manajemen strategis yang meliputi aktivitas-aktivitas mulai dari pengamatan lingkungan, perumusan strategi, implementasi strategi sampai evaluasi dan pengendalian kinerja.

Berdasarkan bagan diatas, peneliti menguraikan kegiatan manajemen strategis sebagai berikut :

a. Pengamatan Lingkungan

Pengamatan lingkungan adalah pemantauan, pengevaluasian dan penyebaran informasi dari lingkungan eksternal kepada orang-orang kunci dalam perusahaan. Pengamatan lingkungan adalah alat manajemen untuk menghindari kejutan strategis yang memastikan kesehatan manajemen dalam jangka panjang (Hunger dan Wheelen, 2003:113).

Dalam pengamatan lingkungan terdiri dari lingkungan eksternal maupun internal yang mempengaruhi perusahaan. Lingkungan eksternal terdiri dari variabel-variabel (kesempatan dan ancaman) yang

commit to user

berada diluar organisasi dan tidak secara khusus ada dalam pengendalian jangka pendek dari manajemen puncak. Sedangkan lingkungan internal terdiri dari variabel-variabel (kekuatan dan kelemahan) yang ada dalam organisasi tetapi biasanya tidak dalam pengendalian jangka pendek dari manajemen puncak (Hunger dan Wheelen, 2003:9-11). Jadi manajemen mengamati lingkungan eksternal untuk melihat kesempatan dan ancaman serta mengamati lingkungan internal untuk melihat kekuatan dan kelemahan. Faktor-faktor yang paling penting untuk masa depan perusahaan disebut **faktor-faktor strategis** dan diringkas dengan singkatan **S.W.O.T** yang berarti *Strengths* (kekuatan), *Weaknesses* (kelemahan), *Opportunities* (kesempatan), dan *Treats* (ancaman) (Hunger dan Wheelen, 2003:9).

b. Perumusan Strategi

Perumusan strategi adalah pengembangan rencana jangka panjang untuk manajemen efektif dari kesempatan dan ancaman lingkungan, dilihat dari kekuatan dan kelemahan perusahaan. Perumusan strategi meliputi penentuan misi perusahaan, menentukan tujuan-tujuan yang dapat dicapai, penetapan strategi dan penetapan pedoman kebijakan (Hunger dan Wheelen, 2003:12). Berikut merupakan penjelasan lebih lanjut (Hunger dan Wheelen, 2003:13-16):

1) Misi

Misi organisasi adalah tujuan atau alasan mengapa organisasi hidup. Pernyataan misi yang disusun dengan baik mendefinisikan tujuan mendasar dan unik yang membedakan suatu perusahaan dan perusahaan lain. Misi juga memberitahukan *siapa kita dan apa yang kita lakukan*.

2) Tujuan

Tujuan adalah hasil akhir aktivitas perencanaan. Tujuan merumuskan apa yang akan diselesaikan dan kapan akan diselesaikan, dan sebaiknya diukur jika memungkinkan. Pencapaian tujuan perusahaan merupakan hasil dari penyelesaian misi.

3) Strategi

Strategi perusahaan merupakan rumusan perencanaan komprehensif tentang bagaimana perusahaan akan mencapai misi dan tujuannya. Strategi akan memaksimalkan keunggulan kompetitif dan meminimalkan keterbatasan bersaing.

4) Kebijakan

Aliran dari strategi, kebijakan menyediakan pedoman luas untuk pengambilan keputusan organisasi secara keseluruhan. kebijakan juga merupakan pedoman luas yang menghubungkan perumusan strategi dan implementasi.

Perumusan strategis atau perencanaan strategis juga bertujuan untuk mengantisipasi perubahan-perubahan lingkungan yang dimungkinkan terjadi dengan mengelola kekuatan dan kelemahan yang dimiliki perusahaan menghadapi peluang dan ancaman.

c. Implementasi Strategi

Implementasi strategi adalah proses di mana manajemen mewujudkan strategi dan kebijakannya dalam tindakan melalui pengembangan program, anggaran, dan prosedur (Hunger dan Wheelen, 2003:17). Pengertian implementasi yang lain yang masih diberikan Hunger dan Wheelen adalah bahwa implementasi strategi merupakan sejumlah total aktivitas dan pilihan yang dibutuhkan untuk dapat menjalankan sebuah perencanaan strategis (2003:296).

Lebih lanjut Hunger dan Wheelen menjelaskan bahwa program, anggaran dan prosedur adalah bentuk rencana yang disusun mendetail karena pada akhirnya implementasi strategi yang baik yang mendorong keberhasilan perencanaan strategis, sehingga disebutkan pula oleh Hunger dan Wheelen, proses perumusan strategi dan implementasinya dilihat sebagai dua sisi mata uang. Sama halnya dengan pendapat *Stacey (1993) dalam Sascha Kraus and Ilkka Kauranen (2009:40)* mengemukakan bahwa sebuah diferensiasi utama dalam manajemen strategis adalah antara isi dan proses, yaitu strategi itu sendiri (isi) dan pelaksanaannya (proses), seperti pernyataannya berikut ini:

commit to user

“A major differentiation in strategic management is between content and process, i.e. the strategy itself (content) and its implementation (process).” (Journal of Business Science and Applied Management, 2009:40).

Program, anggaran dan prosedur hanyalah bentuk rencana yang disusun lebih mendetail yang pada akhirnya membawa pada implementasi strategi yang telah dibuat. Untuk itulah diperlukan proses manajemen strategis secara keseluruhan mencakup beberapa jenis aktivitas krusial yang berorientasi pada tindakan untuk mengimplementasi strategi (Hunger dan Wheelen, 2003:303-304).

Hadari Nawawi (2000:152) menambahkan bahwa pengimplementasian strategi dalam program-program termasuk proyek-proyek untuk mencapai sarannya masing-masing dilakukan melalui fungsi-fungsi manajemen lainnya yang mencakup pengorganisasian, pelaksanaan (*actuating*), penganggaran dan kontrol.

Dalam penelitian ini, berdasarkan apa yang telah dijabarkan diatas maka penulis menyimpulkan bahwa dalam pengimplementasian strategi terdapat dua unsur pokok, yaitu (1) pengembangan strategi dalam program, anggaran dan prosedur; dan (2) pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen lainnya yang mencakup pengorganisasian, pelaksanaan (*actuating*), penganggaran dan kontrol.

1) Pengembangan strategi dalam program, anggaran dan prosedur

a) Program

Program adalah pernyataan aktivitas-aktivitas atau langkah-langkah yang diperlukan untuk menyelesaikan perencanaan sekali pakai (Hunger dan Wheelen (2004:17).

George R. terry mendefinisikan program sebagai :

“sebuah rencana komprehensif yang meliputi penggunaan macam-macam sumber daya untuk masa yang datang dalam bentuk sebuah pola yang terintegrasi dan yang menetapkan suatu urutan tindakan-tindakan yang perlu dilaksanakan serta *schedule-schedule* waktu untuk masing-masing tindakan tersebut dalam rangka usaha mencapai sasaran-sasaran yang ditetapkan (1986:228)”.

Lebih lanjut, George R. terry (1986:228) menjelaskan bahwa suatu program menggariskan tindakan-tindakan yang akan dilakukan, oleh pihak mana, bilamana dan dimana. Ditetapkan pula asumsi-asumsi, komitmen-komitmen, dan bidang-bidang yang akan dipengaruhi.

Sedangkan menurut Siswanto (2007:49), program mencakup serangkaian aktivitas yang relatif luas. Suatu program menjelaskan:

- (1) Langkah-langkah utama yang diperlukan untuk mencapai suatu tujuan;
- (2) Unit atau anggota yang bertanggung jawab untuk setiap langkah;

commit to user

(3) Urutan serta pengaturan waktu setiap langkah;

Oleh karena itu, operasionalisasi program biasanya ditetapkan dalam bentuk proyek atau kegiatan.

b) Anggaran

Anggaran adalah program yang dinyatakan dalam bentuk satuan uang, setiap program akan dinyatakan secara rinci dalam biaya, yang dapat digunakan oleh manajemen untuk merencanakan dan mengendalikan (Hunger dan Wheelen, 2003:18).

Lebih rinci lagi, George R. Terry (1986:227) mengartikan anggaran atau budget sebagai sebuah rencana pendapatan atau pengeluaran ataupun kedua hal tersebut, yang menyangkut uang, personil, barang-barang yang dibeli, barang-barang penjualan, ataupun entitas lain mengenai soal apa pihak manajer menganggap bahwa penetapan tindakan-tindakan yang akan dilakukan pada masa yang akan datang akan membantu usaha-usaha manajerialnya (1986:227).

Sedangkan menurut Siswanto (2007:50), anggaran (*budget*) adalah pernyataan tentang sumber daya keuangan (*financial resource*) yang disediakan untuk kegiatan tertentu dalam waktu tertentu pula. Oleh karena itu, anggaran merupakan komponen penting dalam setiap program dan proyek karena anggaran menunjukkan pengawasan yang didasarkan pada anggaran.

commit to user

c) **Prosedur**

Prosedur adalah sistem langkah-langkah atau teknik-teknik yang berurutan yang menggambarkan secara rinci bagaimana suatu tugas atau pekerjaan diselesaikan (Hunger dan Wheelen, 2003: 18).

Sedangkan Siswanto (2007:50) menjelaskan bahwa suatu prosedur memberikan seperangkat petunjuk detail untuk melaksanakan urutan tindakan yang sering atau biasa terjadi.

Secara formal dapat dinyatakan bahwa sebuah prosedur merupakan suatu seri tugas-tugas yang berhubungan satu sama lain yang merupakan bagian daripada urutan kronologis dari cara yang ditetapkan untuk melaksanakan suatu pekerjaan. Urutan kronologis tugas-tugas tersebut merupakan ciri khas daripada setiap prosedur. Oleh karena itu, sebuah prosedur menunjukkan bagaimana masing-masing tugas akan dilaksanakan, bila hal tersebut akan dilaksanakan dan siapa yang akan melaksanakannya (G. R. Terry, 1986:221).

2) **Pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen lainnya**

Menurut Hadari Nawawi (2000:152) pengimplementasian strategi dalam program-program termasuk proyek-proyek untuk mencapai sasaran masing-masing dilakukan melalui fungsi-fungsi manajemen lainnya yang mencakup pengorganisasian, pelaksanaan (*actuating*), penganggaran dan kontrol. Fungsi penganggaran telah dibahas pada pengembangan strategi dalam program, anggaran dan

commit to user

prosedur, demikian juga fungsi kontrol yang merupakan suatu proses tersendiri yang terdapat dalam proses evaluasi dan pengendalian. Sehingga untuk implemetasi dalam penelitian ini, pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen lainnya hanya mengambil fungsi pengorganisasian dan pelaksanaan (*actuating*).

a) Pengorganisasian (*Organizing*)

Pengorganisasian adalah keseluruhan proses pengelompokkan orang-orang, alat-alat, tugas-tugas, serta wewenang dan tanggungjawab sedemikian rupa sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakkan sebagai suatu kesatuan yang utuh dan bulat dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditentukan sebelumnya (Siagian, 2005:60).

George R. Terry (1986:233) juga mendefinisikan pengorganisasian sebagai tindakan tindakan mengusahakan hubungan-hubungan kelakuan yang efektif antara orang-orang, sehingga mereka dapat bekerja sama secara efisien dan demikian memperoleh kepuasan pribadi dalam hal melaksanakan tugas-tugas tertentu dalam kondisi lingkungan tertentu guna mencapai tujuan atau sasaran tertentu.

Kemudian George R. Terry (1986:233) juga menambahkan bahwa salah satu tugas penting pengorganisasian adalah mengharmonisasikan suatu kelompok orang-orang berbeda, mempertemukan macam-macam kepentingan dan memanfaatkan

commit to user

kemampuan-kemampuan kesemuanya kesuatu arah tertentu. Harapannya adalah tercapainya Sinergisme (*Synergism*) yang berarti tindakan-tindakan simultan units individual atau yang terpisah yang bersama-sama menghasilkan suatu efek total yang lebih besar dibandingkan dengan jumlah komponen-komponen individual.

Selain itu, Siswanto (2007:75) juga mengungkapkan bahwa pengorganisasian adalah pembagian kerja yang direncanakan untuk diselesaikan oleh anggota kesatuan pekerjaan, penetapan hubungan antar pekerjaan yang efektif antara mereka, dan pemberian lingkungan dan fasilitas pekerjaan yang wajar sehingga mereka bekerja secara efisien. Pengorganisasian juga dapat didefinisikan sebagai suatu pekerjaan yang membagi tugas, mendelegasikan otoritas, dan menetapkan aktivitas yang hendak dilakukan oleh manajer pada seluruh hierarki organisasi.

George R. Terry (1986:233) mengungkapkan bahwa pengorganisasian menyebabkan timbulnya sebuah struktur organisasi yang dapat dianggap sebuah kerangka yang merupakan titik pusat sekitar apa manusia dapat menggabungkan usaha-usaha mereka dengan baik.

Hal tersebut juga didukung oleh pendapat Ulber Silalahi (2002:198) yang juga mengungkapkan bahwa hasil akhir dari tiap usaha pengorganisasian adalah struktur organisasi (*organizational commit to user*)

structure). Struktur organisasi menetapkan bagaimana tugas akan dibagi, siapa melapor kepada siapa, dan mekanisme koordinasi yang formal serta pola interaksi yang akan diikuti. Dalam pembagian kerja tersebut akan tampak dengan jelas pengelompokan tugas berdasarkan spesialisasi dan departemenisasi, hubungan dengan tugas-tugas dan antara unit, susunan hierarkis dan jangkauan wewenang, arus delegasi wewenang dan tanggungjawab dan memberikan stabilitas dan kontinuitas yang memungkinkan organisasi mempertahankan keluar dan masuk orang-orang atau tenaga kerja serta untuk mengkoordinasi hubungannya dengan lingkungannya.

b) Pelaksanaan (*Actuating*)

Usaha pengorganisasian tidak akan ada output konkrit sampai kita mengimplementasikan aktivitas-aktivitas yang diusahakan dan yang diorganisasi berupa pelaksanaan (*actuating*). Untuk itulah, diperlukan tindakan *actuating* atau usaha untuk menimbulkan *action*. Pelaksanaan berhubungan erat dengan sumber daya manusia yang pada akhirnya merupakan pusat sekitar apa aktivitas-aktivitas manajemen berputar.

Actuating merupakan usaha untuk menggerakkan anggota-anggota kelompok demikian rupa hingga mereka berkeinginan dan berusaha untuk mencapai sasaran-sasaran perusahaan yang bersangkutan dengan sasaran-sasaran anggota-anggota perusahaan

commit to user

tersebut oleh para anggota itu ingin mencapai sasaran-sasaran tersebut (G. R. Terry, 1986:313).

Menurut Hadari Nawawi (2000:95), kegiatan *actuating* yaitu melakukan pengarahan (*commanding*), bimbingan (*directing*) dan komunikasi (*communication*) termasuk koordinasi.

Pengarahan dan bimbingan adalah kegiatan menciptakan, memelihara, menjaga/mempertahankan dan memajukan organisasi melalui setiap personil, baik secara struktural maupun fungsional, agar langkah operasionalnya tidak keluar dari usaha mencapai tujuan organisasi (Hadari Nawawi, 2000:95). Dari pengertian tersebut terlihat bahwa didalam setiap organisasi melaksanakan tugas pokoknya sesuai dengan struktur organisasinya terdapat personil yang menduduki posisi/jabatan sebagai pimpinan/manajer unit/satuan kerja, yang disebut jabatan struktural. Bilamana organisasi telah berfungsi, maka setiap personil telah siap melaksanakan tugas pokoknya sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing sehingga pelaksanaannya berlangsung secara efektif, efisien dan terarah pada pencapaian tujuan organisasi.

Kegiatan pengarahan dan bimbingan sebagai perwujudan fungsi pelaksanaan *actuating* dalam manajemen fungsional memerlukan penciptaan dan pengembangan komunikasi secara efektif dan efisien. Oleh karena itu komunikasi ditempatkan

commit to user

sebagai bagian dari fungsi actuating ini. Sehubungan dengan itu, komunikasi diartikan sebagai proses penyampaian dan penerimaan informasi yang menjadi salah satu sumber daya untuk menjaga, memelihara, memajukan dan mengembangkan organisasi secara dinamis sesuai dengan tujuannya. Disamping itu komunikasi dapat juga diartikan sebagai proses penyampaian informasi berupa gagasan, pendapat, penjelasan, saran-saran dan lain-lain dari sumbernya kepada dan untuk memperoleh, mempengaruhi atau merubah respon penerima informasi sesuai dengan yang diinginkan sumber informasi (Hadari Nawawi (2000:99).

Salah satu respon yang penting dalam menyampaikan informasi adalah kesediaan bekerja sama atau pemberian dukungan dari penerima informasi sesuai harapan sumber informasi dalam melaksanakan suatu pekerjaan atau menyelesaikan suatu masalah dilingkungan suatu organisasi. Hal itu juga menunjukkan bahwa komunikasi sangat penting artinya dalam menciptakan dan mengembangkan jaringan kerja (*net work*) internal dan eksternal, yang berpengaruh pada kinerja organisasi dalam mewujudkan eksistensinya melalui pencapaian tujuannya.

Didalam komunikasi, termasuk juga didalamnya koordinasi. Koordinasi diartikan sebagai proses atau rangkaian kegiatan menyelaraskan pikiran, pendapat, dan perilaku dalam mewujudkan wewenang dan tanggungjawab sesuai tugas pokok

commit to user

masing-masing, agar secara serentak terarah pada tujuan yang sama. Disamping itu koordinasi dapat diartikan juga sebagai upaya mewujudkan jaringan kerja (*net work*) internal antar personil dan/atau unit/satuan kerja didalam satu organisasi, dan dengan organisasi lain sebagai jaringan kerja (*net work*) eksternal (Hadari Nawawi (2000:87).

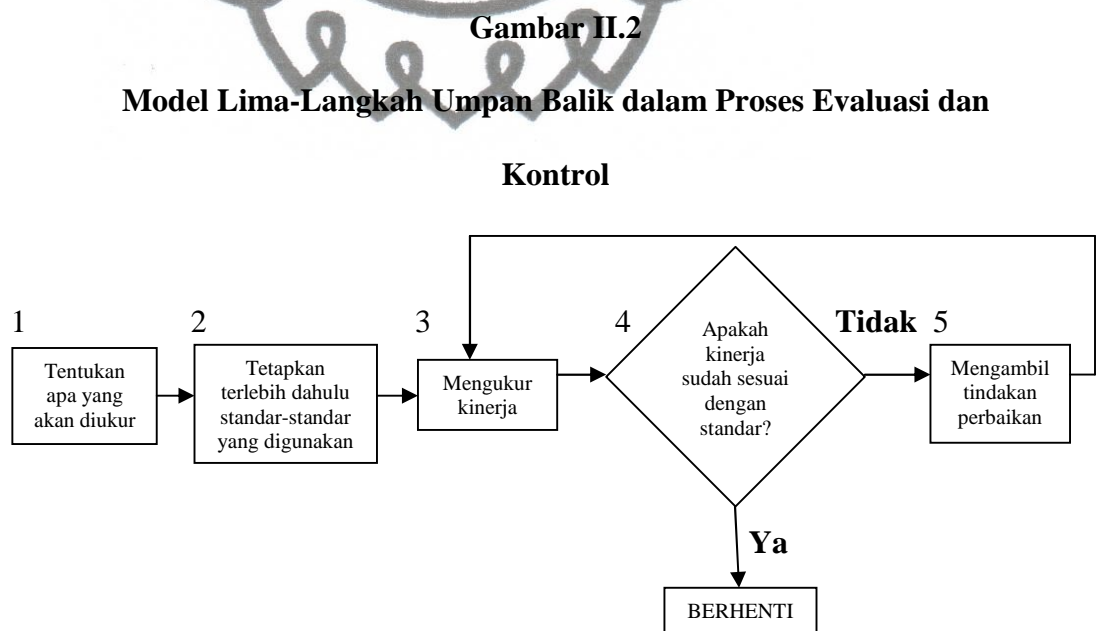
Bedasarkan kedua pengertian koordinasi diatas, berarti koordinasi berfungsi juga untuk mengurangi egoism jabatan atau unit/satuan kerja, yang berisi sikap dan penilaian bahwa jabatan/unit kerja sendiri yang terpenting perannya dalam usaha mencapai tujuan organisai.

d. Evaluasi dan Pengendalian

Proses implementasi tidak dapat dilihat sebagai proses yang berdiri sendiri, tetapi menjadi proses yang terus berantai dan berkaitan dengan proses sebelumnya dan setelahnya. Selain itu, untuk menjaga implementasi berjalan sesuai rencana maka pengendalian strategi untuk mengetahui apakah strategi berjalan sesuai dengan rencana atau tidak. Jika terjadi perubahan dari rencana semula, maka perusahaan akan dengan cepat menentukan perubahan yang perlu dilakukan terhadap strategi tersebut. Oleh sebab itu, dalam evaluasi dan pengendalian, yang menjadi acuan utamanya adalah rencana-rencana yang telah dibuat pada proses perencanaan strategis.

Evaluasi dan pengendalian adalah proses melaluinya aktivitas-aktivitas perusahaan dan hasil kinerja dimonitor dan kinerja sesungguhnya dibandingkan dengan kinerja yang diinginkan (Hunger dan Wheelen, 2003:19). Evaluasi dan pengendalian merupakan langkah akhir yang utama dari rangkaian proses model manajemen strategis. Sasaran dari evaluasi dan pengendalian yaitu munculnya umpan balik. Umpan balik dapat dijadikan masukan bagi organisasi untuk mengidentifikasi kesalahan atau kekurangan dari implementasi strategi.

Proses evaluasi dan pengendalian ini dapat mengikuti model lima-langkah umpan balik sebagai berikut:



Sumber : Hunger dan Wheelen (2003:384)

Keterangan gambar II.2 :

1. Menentukan apa yang diukur : proses dan hasil harus dapat diukur dalam cara yang obyektif dan konsisiten.
2. Menetapkan standar kinerja : standar adalah ukuran atas hasil kinerja yang dapat diterima. Setiap standar biasanya memasukkan rentang toleransi, yang menentukan penyimpangan yang dapat diterima.
3. Mengukur kinerja aktual : pengukuran harus dilakukan pada saat awal penentuan standar.
4. Membandingkan kinerja aktual dengan standar yang telah ditetapkan : jika hasil aktual berada diluar rentang toleransi, proses pengukuran berhenti disini.
5. Mengambil tindakan perbaikan : jika hasil aktual berada di luar yang ditetapkan, maka harus diambil sebuah tindakan untuk memperbaiki penyimpangan tersebut. Hal yang harus diperhatikan yaitu:
 - a) Apakah penyimpangan yang terjadi hanya merupakan suatu kebetulan?
 - b) Apakah proses yang sedang berjalan tidak berfungsi dengan baik?
 - c) Apakah proses yang sedang berjalan tidak sesuai dengan upaya pencapaian standar yang diinginkan? Tindakan harus diambil tidak hanya untuk memperbaiki penyimpangan yang terjadi, tetapi juga untuk mencegah berulangnya penyimpangan tersebut. (Hunger dan Wheelen (2003:384).

Dalam evaluasi dan pengendalian, yang menjadi ukuran dari keberhasilan strategi adalah perencanaan dengan target yang telah ditetapkan. Jika pencapaian tidak sesuai dengan target, terdapat banyak kemungkinan kesalahan yang terlatak pada proses maupun dari sumber daya manusianya. Hasil penilaian dan evaluasi dari seluruh kinerja yang dilakukan ini memunculkan adanya umpan balik sebagai masukan agar dapat dilakukan perbaikan, penyempurnaan dan pengembangan secara terus manerus. Oleh karena itu, evaluasi dan pengendalian menjadi elemen terakhir dari manajemen strategis, dimana elemen ini menunjukkan secara tepat kelemahan-kelemahan

dalam implementasi strategi sebelumnya dan mendorong proses keseluruhan untuk dimulai kembali.

2. Kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS)

Dinas Kesehatan Kota Surakarta bertekad menjadi Lembaga Pemerintah Kota Surakarta yang berperan sebagai regulator dan dinamisator dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan profesional (pelayanan prima). Oleh karena itu, dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan tahun 2006-2010, maka dilaksanakan berbagai program dan kegiatannya.

Salah satu program yang digagas oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta adalah program Perbaikan Gizi Masyarakat. Program ini muncul akibat adanya permasalahan gizi buruk dan kurang yang terjadi di Kota Surakarta. Program Perbaikan Gizi Masyarakat bertujuan untuk terwujudnya pemeliharaan kesehatan bagi individu, keluarga, dan masyarakat beserta lingkungannya. Namun kegiatan yang dilakukan pada tahun 2010 dalam Program Perbaikan Gizi Masyarakat hanya Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS). Hal ini disebabkan karena pada tahun 2010 Pemerintahan Kota Surakarta sedang melaksanakan Pemilihan Kepala Daerah (PilKaDa) sehingga dana yang ada dipangkas untuk keperluan tersebut.

Berdasarkan hasil pencatatan dan pelaporan (RR) yang tercermin dalam hasil penimbangan balita setiap bulan di Posyandu tahun 2008

commit to user

terlihat bahwa Kecamatan Jebres merupakan daerah yang paling banyak terdapat kasus gizi buruk dan gizi kurangnya bila dibandingkan dengan kecamatan lainnya di Kota Surakarta. Kecamatan Jebres terdapat balita sebanyak 9.548 jiwa. Sedangkan balita yang berada pada status gizi buruk sebanyak 0,39 % atau 37 balita, status gizi kurang sebanyak 7.51 % atau 717 balita. Oleh karena itu, penulis meneliti TK dan SD Kecamatan Jebres Surakarta.

Kegiatan PMT-AS (Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah) ini diharapkan dapat meningkatkan status gizi dan kadar Hemoglobin pada anak sekolah sehingga kegiatan belajar anak berjalan normal dan pada akhirnya dapat meningkatkan prestasi belajar anak. Sedangkan tujuan PMT-AS adalah untuk meningkatkan ketahanan fisik anak sekolah melalui perbaikan gizi dan kesehatan sehingga dapat mendorong minat kemampuan belajar siswa untuk meningkatkan prestasi.

F. Kerangka Berpikir

Kerangka pemikiran digunakan sebagai landasan dalam pengembangan berbagai konsep dan teori serta hubungannya dengan perumusan masalah yang telah dirumuskan sebelumnya. Untuk itulah peneliti membuat kerangka pemikiran yang mengadopsi konsep manajemen strategis seperti yang telah diterapkan pada kajian pustaka, langkah-langkah manajemen strategis yaitu: pengamatan lingkungan, perumusan strategi, implementasi strategi serta evaluasi dan pengendalian strategi.

commit to user

Kota Surakarta merupakan salah satu kota yang masih terdapat adanya kasus gizi buruk dan gizi kurang, khususnya di Kecamatan Jebres Surakarta yang kasus gizi buruk dan gizi kurangnya paling banyak dibandingkan dengan kecamatan lain. Kecamatan Jebres terdapat balita sebanyak 9.548 jiwa, untuk balita yang berada pada status gizi buruk sebanyak 0,39 % atau 37 balita dan status gizi kurang sebanyak 7.51 % atau 717 balita. Sebenarnya status gizi balita tersebut sudah baik, dimana balita gizi baik jauh lebih banyak bila dibandingkan dengan gizi buruk dan kurang. Tetapi hal ini tetap menjadi tantangan tersendiri bagi pemerintah untuk dapat terus meningkatkan gizi masyarakat. Kemudian ditambah lagi dengan hasil pengukuran status gizi Tahun 2009 menunjukkan 24% anak SD/MI di Kota Surakarta menderita Kurang Energi Protein (KEP) dan 54,7% anak SD/MI sasaran PMT-AS menderita Anemia Gizi. Untuk itulah tetap diperlukan adanya upaya untuk menangani masalah gizi tersebut yaitu melalui Program Perbaikan Gizi Masyarakat.

Awalnya Dinas kesehatan melakukan pengamatan lingkungan baik eksternal (kesempatan dan ancaman) maupun internal (kekuatan dan kelemahan) atau SWOT yang berpengaruh pada masa depan organisasi. Setelah mengidentifikasi langkah-langkah strategis SWOT, manajemen mengevaluasi interaksinya dan menentukan misi organisasi yang sesuai. Misi merupakan langkah pertama dalam perumusan strategi yang nantinya berperan penting dalam menentukan tujuan, strategi dan kebijakan suatu organisasi. Pengamatan lingkungan dan perumusan strategi ini dibuat dalam

commit to user

bentuk *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Surakarta*, yang didalamnya terdapat analisis SWOT, misi, tujuan, strategi dan kebijakan yang ingin dicapai oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Adapun kegiatan yang dilakukan tahun 2010 dalam Program Perbaikan Gizi Masyarakat ini adalah PMT-AS (Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah) baik di TK maupun SD. Namun, dalam penelitian ini penulis hanya memfokuskan pada pelaksanaan PMT-AS di TK dan SD Kecamatan Jebres Surakarta tahun 2010 saja.

Selanjutnya yaitu implementasi kegiatan PMT-AS tersebut. Dalam implementasi mengacu pada dua unsur pokok, yaitu:

1. pengembangan strategi dalam program, anggaran dan prosedur; dan
2. pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen lainnya, yang meliputi:
pengorganisasian (*organizing*) dan pelaksanaan (*actuating*).

Dan yang terakhir adalah evaluasi dan pengendalian strategi. Model yang digunakan dalam evaluasi dan pengendalian adalah model lima langkah umpan balik. Hasil dari evaluasi dan pengendalian strategi ini menjadi umpan balik yang dapat dijadikan sebagai masukan bagi perumusan strategi berikutnya. Kemudian hasil akhir yang diharapkan dari setiap program atau kegiatan adalah tercapainya tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Tujuan akhir dari kegiatan PMT-AS adalah meningkatnya Status Gizi anak sekolah di TK dan SD lokasi PMT-AS.

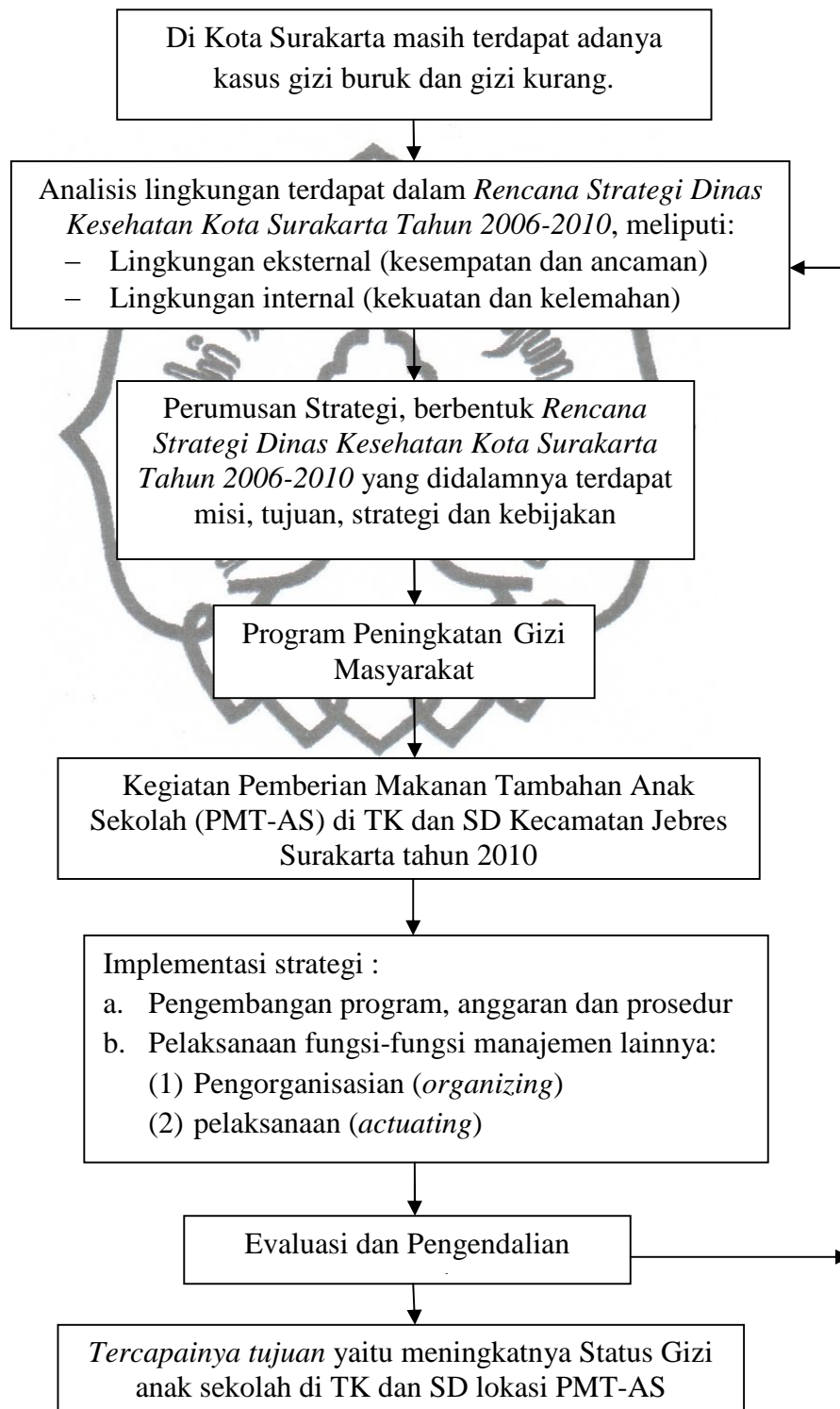
Selanjutnya kerangka berpikir dalam penelitian ini dapat digambarkan dalam gambar sebagai berikut:

commit to user

Gambar II.3

Kerangka Pemikiran Manajemen Strategis Program Perbaikan Gizi

Masyarakatoleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta



G. Definisi Konseptual

Dimaksudkan untuk memberi batasan yang jelas mengenai konsep yang digunakan untuk menghindari terjadinya beragam penafsiran antara peneliti dan pembaca. Berikut adalah definisi konseptual yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu :

Manajemen strategik merupakan sebagai proses atau rangkaian kegiatan pengambilan keputusan yang bersifat mendasar dan menyeluruh, disertai penetapan cara melaksanakannya, yang dibuat oleh manajemen puncak dan diimplementasikan oleh seluruh jajaran didalam suatu organisasi, untuk mencapai tujuannya.

Hunger dan Wheelen (2003:9) menyebutkan bahwa dalam proses manajemen strategis meliputi empat elemen dasar yaitu: (1) pengamatan lingkungan, (2) perumusan strategi, (3) implementasi strategi, dan (4) evaluasi dan pengendalian.

Berdasarkan paparan diatas, peneliti menguraikan kegiatan manajemen strategis sebagai berikut:

1. Pengamatan Lingkungan

Pengamatan lingkungan merupakan pemantauan, pengevaluasian dan penyebaran informasi dari lingkungan eksternal kepada orang-orang kunci dalam perusahaan. Dalam pengamatan lingkungan terdiri dari lingkungan eksternal maupun internal yang mempengaruhi organisasi. Manajemen mengamati lingkungan eksternal untuk melihat kesempatan dan ancaman serta mengamati lingkungan internal untuk melihat kekuatan dan

commit to user

kelemahan. Faktor-faktor yang paling penting untuk masa depan perusahaan disebut faktor-faktor strategis dan diringkas dengan singkatan S.W.O.T yang berarti *Strengths* (kekuatan), *Weaknesses* (kelemahan), *Opportunities* (kesempatan), dan *Treats* (ancaman).

2. Perumusan strategi

Perumusan strategi merupakan pengembangan rencana jangka panjang untuk manajemen efektif dari kesempatan dan ancaman lingkungan dilihat dari kekuatan dan kelemahan perusahaan. Perumusan strategi ini dibuat dalam bentuk *Rencana Strategis Dinas* yang didalamnya meliputi:

- a. Misi, yaitu tujuan atau alasan mengapa organisasi hidup. Misi juga memberitahukan siapa kita dan apa yang kita lakukan.
- b. Tujuan, yaitu merumuskan apa yang akan diselesaikan dan kapan akan diselesaikan, dan sebaiknya diukur jika memungkinkan.
- c. Strategi, merupakan rumusan perencanaan komprehensif tentang bagaimana perusahaan akan mencapai misi dan tujuannya.
- d. Kebijakan, yaitu menyediakan pedoman luas untuk pengambilan keputusan organisasi secara keseluruhan. kebijakan juga merupakan pedoman luas yang menghubungkan perumusan strategi dan implementasi.

3. Implementasi Strategi

Implementasi strategi adalah proses di mana manajemen mewujudkan strategi dan kebijakannya dalam tindakan melalui pengembangan program, anggaran, dan prosedur serta fungsi-fungsi

commit to user

manajemen lainnya. Dalam implementasi strategi, mengacu pada dua unsur pokok, yaitu:

- a. Pengembangan strategi dalam program, anggaran dan prosedur
 - 1) Program, yaitu pernyataan aktivitas-aktivitas atau langkah-langkah yang meliputi penggunaan bermacam-macam sumber daya dan ditetapkan dalam tindakan-tindakan atau kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan, oleh pihak mana, bilamana dan dimana untuk mencapai sasaran yang telah ditetapkan.
 - 2) Anggaran, yaitu suatu bentuk satuan uang, yang didalam setiap program akan dinyatakan secara rinci dalam biaya, yang dapat digunakan oleh manajemen untuk merencanakan dan mengendalikan.
 - 3) Prosedur, yaitu suatu langkah-langkah atau teknik-teknik yang berurutan yang menggambarkan secara rinci bagaimana suatu tugas atau pekerjaan diselesaikan.
- b. Pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen lainnya meliputi pengorganisasian (*organizing*) dan pelaksanaan (*actuating*).
 - 1) Pengorganisasian (*organizing*), yaitu keseluruhan proses pengelompokkan orang-orang, alat-alat, tugas-tugas, serta wewenang dan tanggungjawab sedemikian rupa sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakkan sebagai suatu kesatuan yang utuh dan bulat dalam rangka pencapaian tujuan yang telah

ditentukan sebelumnya. Hasil yang diharapkan dari pengorganisasian adalah struktur organisasi.

- 2) Pelaksanaan (*actuating*), yaitu usaha untuk menggerakkan anggota-anggota kelompok sehingga mereka berkeinginan dan berusaha untuk mencapai sasaran-sasaran organisasi yang telah ditetapkan. Kegiatan *actuating* yaitu melakukan pengarahan (*commanding*), bimbingan (*directing*) dan komunikasi (*communication*) termasuk koordinasi.

4. Evaluasi dan Pengendalian strategi

Evaluasi dan pengendalian yaitu proses melalui aktivitas-aktivitas perusahaan dan hasil kinerja dimonitor dan kinerja sesungguhnya dibandingkan dengan kinerja yang diinginkan.

Model yang digunakan adalah model lima langkah umpan balik, yang meliputi menentukan apa yang akan diukur, menetapkan standar kinerja, mengukur kinerja aktual, membandingkan kinerja aktual dengan standar yang telah ditetapkan, dan mengambil tindakan perbaikan. Sedangkan yang dimaksud dengan kinerja adalah suatu tingkat capaian hasil atau tujuan organisasi yang memanfaatkan sumber daya secara efektif dan efisien dalam periode waktu tertentu.

Pengukuran dilakukan sebagaimana program dijalankan, kesesuaian dengan anggaran dan prosedur, serta pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen. Hasilnya berupa umpan balik yang dapat dijadikan sebagai masukan bagi perumusan strategi berikutnya.

commit to user

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Sesuai dengan permasalahan yang telah dikemukakan maka jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif, hal ini dikemukakan oleh Masri Singarimbun dan Sofian Efendi (1989: 4-5), penelitian deskriptif dimaksudkan untuk pengukuran yang cermat terhadap fenomena sosial tertentu. Peneliti mengembangkan konsep dan menghimpun fakta, tetapi tidak melakukan pengujian hipotesa. Metode deskriptif digunakan dengan cara mengumpulkan data, menyusun, mengklasifikasikan, menganalisis dan menginterpretasikan data tersebut. Sedangkan ditinjau dari metodenya, penelitian ini termasuk penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif bertujuan mengkaji kasus-kasus tertentu secara mendalam dan menyeluruh. Oleh karena itu, penelitian ini mengarah pada jenis penelitian deskriptif kualitatif yang sebagian besar datanya berupa kata-kata yang bersumber pada hasil wawancara, dokumen, gambar, dan catatan di lapangan. Jika dimungkinkan, disertakan pula data berupa angka yang sifatnya sebagai pendukung.

B. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan fokus lokasi di TK dan SD sasaran PMT-AS tahun 2010 di Kecamatan Jebres Surakarta dengan pertimbangan sebagai berikut:

1. Dinas Kesehatan Kota Surakarta merupakan instansi atau lembaga pemerintah yang mempunyai wewenang resmi dalam membuat rencana strategis dan bertanggungjawab penuh terhadap berbagai permasalahan gizi di Kota Surakarta.
2. Kecamatan Jebres Surakarta merupakan kecamatan di Kota Surakarta yang didalamnya masih terdapat kasus gizi buruk dan gizi kurang paling banyak dibandingkan kecamatan lain yaitu status gizi buruk sebanyak 0,39 % atau 37 balita dan status gizi kurang sebanyak 7,51 % atau 717 balita.
3. Adanya ijin yang diberikan kepada peneliti, serta kesediaan data yang diperlukan dalam penelitian ini.

C. Teknik Pengambilan Sampel

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teknik *purposive sampling* dimana dengan teknik ini peneliti memilih informan yang dianggap mengetahui informasi dan masalahnya secara mendalam dan dapat dipercaya untuk menjadi sumber data yang mantap (H.B. Sutopo, 2002:56). Lebih lanjut H.B. Sutopo (2002: 36) juga menerangkan bahwa *purposive sampling* dipandang lebih mampu menangkap kelengkapan dan kedalaman data didalam menghadapi realitas yang tidak tunggal. Sehingga pilihan sampel akan

commit to user

diarahkan pada sumber data yang dipandang memiliki data yang penting yang berkaitan dengan permasalahan yang sedang diteliti.

D. Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Sumber data primer

Data primer yaitu data yang diperoleh secara langsung dari orang-orang yang berhubungan langsung dengan obyek penelitian (informan) melalui wawancara. Wawancara yang dilakukan dengan pihak-pihak terkait dengan proses manajemen strategis oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta, khususnya dalam program Perbaikan Gizi Masyarakat. Dalam penelitian ini, adapun yang menjadi informan adalah :

- a) Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Surakarta
- b) Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Surakarta
- c) Koordinator Guru Pengelola PMT-AS di TK dan SD sasaran PMT-AS tahun 2010 di Kecamatan Jebres Kota Surakarta
- d) Koordinator Pemantauan PMT-AS di puskesmas Kecamatan Jebres Surakarta

2. Sumber data sekunder

Data sekunder yaitu data yang diperoleh bukan secara langsung dari sumbernya melalui studi kepustakaan, dokumen-dokumen dan keterangan-

commit to user

keterangan lain yang berhubungan dengan masalah penelitian sebagai pelengkap data primer. Dokumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah Profil Kesehatan Kota Surakarta tahun 2009, Rencana Strategis Dinas kesehatan Kota Surakarta tahun 2006-2010, Peraturan Walikota Nomor 12 Tahun 2008 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta, Petunjuk Pelaksanaan kegiatan PMT-AS di Kota Surakarta Tahun 2010, rincian anggaran PMT-AS tahun 2010, uraian kegiatan PMT-AS Kota Surakarta tahun 2010, Standart Operating Prosedure (SOP) PMT-AS, Kerangka acuan kegiatan pemberian tambahan makanan dan vitamin tahun 2010, evaluasi status gizi siswa sasaran PMT-AS tahun 2010, dan data status gizi siswa sasaran PMT-AS di TK dan SD di Kecamatan Jebres Surakarta tahun 2010.

E. Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan dua macam metode pengumpulan data yang meliputi:

1. Wawancara

Wawancara yaitu mendapatkan informasi dengan cara bertanya langsung kepada responden (Masri Singarimbun dan Sofian Effendi, 1989: 192). Peneliti bertanya langsung kepada responden dalam bentuk wawancara mendalam dengan menggunakan kerangka atau daftar pertanyaan sebagai pedoman mengenai apa yang akan ditanyakan supaya lebih terarah. Dalam penelitian ini, peneliti mengadakan wawancara kepada Kepala bidang

commit to user

Bina Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Surakarta, Kepala seksi Perbaikan Gizi Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Surakarta, petugas gizi puskesmas serta guru pengelola TK dan SD sasaran PMT-AS tahun 2010 di Kecamatan Jebres Surakarta.

2. Dokumentasi

Dokumentasi yaitu dilakukan dengan mencatat dan mengambil sumber-sumber tertulis yang ada, baik berupa dokumen Atau arsip. Dokumen atau arsip merupakan bahan tertulis yang bergayutan dengan suatu peristiwa atau aktivitas tertentu (H.B. Sutopo, 2002: 54). Data yang diambil merupakan dokumen atau arsip Dinas Kesehatan Kota Surakarta serta arsip TK dan SD sasaran PMT-AS tahun 2010 di Kecamatan Jebres Surakarta yang berhubungan dengan penelitian ini, media massa serta literatur sebagai pelengkap informasi dalam penelitian.

F. Validitas Data

Untuk menjamin dan mengembangkan validitas data ini digunakan teknik triangulasi data, yaitu teknik pemeriksaan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan yang lain untuk pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu. Dari empat macam teknik triangulasi yang ada (Patton dalam Sutopo, 2002:78), dalam penelitian ini hanya akan menggunakan triangulasi data (sumber), yaitu mengarahkan peneliti agar didalam mengumpulkan data, ia wajib menggunakan beragam sumber data yang tersedia. Dengan demikian apa yang diperoleh dari sumber

commit to user

yang satu, bisa lebih teruji kebenarannya bilamana dibandingkan dengan data sejenis yang diperoleh dari sumber lain yang berbeda baik kelompok sumber sejenis maupun sumber yang berbeda jenisnya.

Dalam penelitian ini triangulasi data atau sumber menggunakan satu jenis sumber data yaitu informan dari kelompok yang berbeda-beda, mulai dari bidang Bina Kesehatan Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Surakarta, Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat Dinas Kesehatan Kota Surakarta, Puskesmas di Kecamatan Jebres, serta TK dan SD sasaran PMT-AS tahun 2010 di Kecamatan Jebres Surakarta. Peneliti juga menggali sumber yang berupa catatan atau arsip dan dokumen yang memuat catatan yang berkaitan dengan data yang dimaksudkan peneliti. Dengan cara menggali data dari sumber yang berbeda-beda dan juga teknik pengumpulan data yang berbeda itu maka data sejenis bisa teruji kemantapan dan kebenarannya.

G. Teknis Analisis Data

Dalam H.B. Sutopo (2002: 91-93), proses analisis terdapat tiga alur kegiatan yang terjadi secara bersamaan, saling berkaitan dan menentukan hasil akhir analisis, tiga komponen tersebut adalah:

1. Reduksi data

Reduksi data merupakan komponen pertama dalam analisis yang merupakan proses seleksi, pemfokusan, penyederhanaan, dan abstraksi data dari fieldnote. Proses ini berlangsung terus sepanjang pelaksanaan penelitian. Reduksi data sudah berlangsung sejak peneliti mengambil

commit to user

keputusan tentang kerangka kerja konseptual, melakukan pemilihan kasus, penyusunan pertanyaan penelitian, dan juga waktu menentukan cara pengumpulan data yang akan digunakan. Selama pengumpulan data berlangsung, reduksi data dilakukan dengan membuat ringkasan dari catatan data yang diperoleh di lapangan, membuat coding, memusatkan tema, penentuan batas-batas permasalahan, dan juga menulis memo. Proses reduksi ini berlangsung terus sampai laporan akhir penelitian selesai disusun.

2. Penyajian data

Penyajian data merupakan suatu rakitan organisasi informasi, deskripsi dalam bentuk narasi yang memungkinkan kesimpulan penelitian dapat dilakukan. Penyajian ini berupa rakitan kalimat yang disusun secara logis dan sistematis sehingga bisa dibaca untuk memudahkan dalam memahami dan memungkinkan peneliti untuk berbuat sesuatu pada analisis ataupun tindakan lain sesuai dengan pemahamannya. Sajian data juga harus mengacu pada rumusan masalah dalam penelitian sehingga narasi yang tersaji merupakan deskripsi mengenai kondisi yang rinci untuk menjawab setiap permasalahan yang ada dengan menggunakan logika penelitiannya.

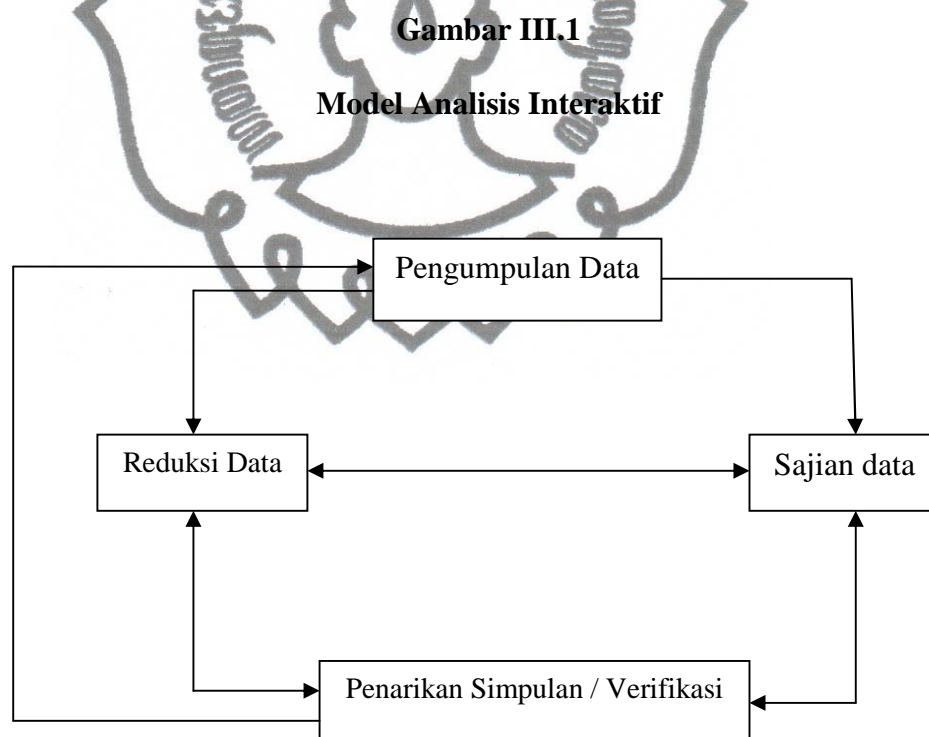
3. Penarikan kesimpulan

Dari awal pengumpulan data, peneliti harus sudah memahami apa arti dari berbagai hal yang ia temui dengan melakukan pencatatan peraturan-peraturan, pola-pola, pertanyaan-pertanyaan, konfigurasi yang mungkin, arahan sebab akibat, dan berbagai proposisi. Kesimpulan juga perlu

commit to user

diverifikasi agar cukup mantap dan benar-benar bisa dipertanggungjawabkan serta pada dasarnya makna data harus diuji validitasnya supaya kesimpulan penelitian menjadi lebih kokoh dan lebih bisa dipercaya.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan metode analisis, yaitu: reduksi data, sajian data, serta penarikan kesimpulan dan verifikasi berjalan bersama pada waktu kegiatan pengumpulan data sebagai suatu siklus yang berlangsung sampai akhir penelitian. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat skema bagan model analisis interaktif berikut ini:



Sumber : H.B. Sutopo, (2002: 96)

BAB IV

DESKRIPSI LOKASI DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Lokasi

1. Dinas Kesehatan Kota (DKK) Surakarta

a. Sejarah Perkembangan DKK Surakarta

Dinas Kesehatan Kota Surakarta atau yang dapat disingkat DKK Surakarta berlokasi di Jl. Jenderal Sudirman No. 2 atau lebih tepatnya terletak di Kompleks Balaikota Surakarta. Didirikan pada tahun 2001 berdasarkan Perda No. 6 Tahun 2001 Tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kota Surakarta. Pada awalnya Dinas Kesehatan Kota Surakarta merupakan gabungan dari beberapa instansi seperti:

- a. Kantor Departemen Kesehatan
- b. Kantor Dinas Kesehatan

Keseluruhan instansi tersebut merupakan salah satu perangkat Daerah di Kota Surakarta untuk ikut serta di dalam penyelenggaraan Pemerintah Daerah berdasarkan prinsip otonomi luas, nyata, dan bertanggung jawab secara efektif dan efisien, dalam mewujudkan, meningkatkan kualitas pelayanan umum maupun kesejahteraan masyarakat yang semakin baik dalam kebersamaan antara masyarakat, legislatif, dan eksekutif melalui satu kesamaan visi dan misi Kota Surakarta.

commit to user

b. Kondisi Fisik DKK

Saat ini Dinas Kesehatan Kota Surakarta menempati suatu gedung di lantai dasar bangunan berlantai dua yang terletak di Kompleks Balaikota Surakarta. DKK memiliki beberapa ruang perkantoran yang digunakan oleh para staff untuk menjalankan pekerjaannya masing-masing. Ruangan-ruangan tersebut antara lain adalah ruangan Kepala Dinas, Sekretariat, Bidang Promosi Kesehatan, Bidang Upaya Kesehatan, Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (P2PL), Bidang Bina Kesehatan Masyarakat, Ruang UPTD Laboratorium Kesehatan, serta ruangan untuk arsip dan kepustakaan.

c. Visi dan Misi DKK Surakarta

1) Visi

Sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya, maka visi Dinas Kesehatan Kota Surakarta adalah:

“Penggerak pembangunan kesehatan guna terwujudnya budaya hidup bersih dan sehat serta mutu pelayanan menuju Solo Sehat 2010”

2) Misi

Untuk mewujudkan visi tersebut ada misi yang diemban yaitu:

- a) Memberdayakan kemandirian masyarakat untuk hidup bersih dan sehat

- b) Melaksanakan penanggulangan masalah kesehatan individu, keluarga, masyarakat, dan lingkungan.
- c) Meningkatkan kinerja dan upaya kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau.
- d) Memantapkan manajemen kesehatan yang dinamis dan akuntabel.

d. Kedudukan, Tugas Pokok, dan Fungsi DKK Surakarta

1) Kedudukan DKK Surakarta

Menurut Peraturan Daerah Nomor 6 Tahun 2001 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah Kota Surakarta, Dinas Kesehatan Kota Surakarta adalah unsur pelaksana pemerintah di bidang kesehatan. Dalam melaksanakan tugasnya Dinas Kesehatan dipimpin oleh seorang Kepala Dinas yang berada di bawah Walikota dan bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.

2) Tugas Pokok DKK Surakarta

Berdasarkan Peraturan Walikota Surakarta Nomor 12 Tahun 2008 Tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi, dan Tata Kerja Dinas Kesehatan, Dinas Kesehatan mempunyai tugas pokok menyelenggarakan urusan pemerintahan daerah bidang kesehatan berdasarkan asas otonomi daerah dan tugas pembantuan.

3) Fungsi DKK Surakarta

Fungsi DKK Surakarta berdasarkan Peraturan Walikota Surakarta Nomor 12 Tahun 2008 Tentang Tugas Pokok, Fungsi, dan Tata Kerja Dinas Kesehatan adalah:

- a) Penyelenggaraan kesekretariatan dinas
- b) Penyusunan rencana program, pengendalian, evaluasi, dan pelaporan
- c) Penyelenggaraan promosi kesehatan
- d) Pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan
- e) Penyelenggaraan upaya kesehatan
- f) Penyelenggaraan bina kesehatan
- g) Penyelenggaraan dan bina pembinaan teknis rumah sakit dan kesehatan khusus
- h) Pengawasan dan pengendalian kefarmasian, makanan, minuman, dan obat tradisional
- i) Penyelenggaraan registrasi, akreditasi, dan izin prkatek
- j) Pencegahan dan pemberantasan penyakit
- k) Peningkatan kesehatan masyarakat dan lingkungan
- l) Peningkatan kesehatan ibu dan anak
- m) Pembinaan kesehatan remaja dan usia lanjut
- n) Penyelenggaraan sosialisasi
- o) Pembinaan jabatan fungsional
- p) Pengelolaan Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD).

commit to user

Fungsi-fungsi Dinas Kesehatan Kota Surakarta di atas dilaksanakan oleh bidang-bidang dalam organisasi struktural Dinas Kesehatan Kota Surakarta sesuai dengan tugas dan wewenang masing-masing.

e. Susunan Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta

Susunan organisasi Dinas Kesehatan Kota Surakarta terdiri dari :

- 1) Kepala Dinas
- 2) Sekretariat, terdiri dari:
 - a) Subbagian Perencanaan, Evaluasi, dan Pelaporan
 - b) Subbagian Keuangan
 - c) Subbagian Umum dan Kepegawaian
- 3) Bidang Promosi Kesehatan, terdiri dari:
 - 1) Seksi Pemberdayaan Masyarakat dan Kemitraan
 - 2) Seksi Manajemen Informasi Kesehatan
 - 3) Seksi Pengembangan Promosi Kesehatan
- 4) Bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
Terdiri dari:
 - a) Seksi Pencegahan Penyakit dan Penanggulangan KLB
 - b) Seksi Pengendalian Penyakit
 - c) Seksi Penyehatan Lingkungan
- 5) Bidang Upaya Kesehatan, terdiri dari:
 - a) Seksi Pelayanan Kesehatan

- b) Seksi Kefarmasian Makanan, Minuman, dan Pembekalan Kesehatan
- c) Seksi Akreditasi dan Registrasi
- 6) Bidang Bina Kesehatan Masyarakat, terdiri dari:
 - a) Seksi Kesehatan Ibu Anak dan KB
 - b) Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat
 - c) Seksi Kesehatan Remaja dan Lansia
- 7) Unit Pelayanan Teknik Dinas
- 8) Kelompok Jabatan Fungsional
- f. Rincian Tugas Bidang Bina Masyarakat Kota Surakarta**

Bidang Bina Kesehatan Masyarakat mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis, pembinaan dan pelaksanaan di bidang kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana, perbaikan gizi masyarakat, dan kesehatan remaja dan lansia. Bidang Bina Kesehatan Masyarakat membawahi:

- 1) Seksi Kesehatan Ibu Anak dan Keluarga Berencana

Mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis, pembinaan dan pelaksanaan di bidang kesehatan ibu, anak dan KB, meliputi: penyelenggaraan pembinaan, bimbingan dan pengendalian upaya pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana.

2) Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat

Mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis, pembinaan dan pelaksanaan di bidang perbaikan gizi masyarakat, meliputi: penyelenggaraan upaya perbaikan gizi keluarga, masyarakat, dan institusi.

3) Seksi Kesehatan Remaja dan Lansia

Mempunyai tugas melakukan penyiapan bahan perumusan kebijakan teknis, pembinaan dan pelaksanaan di bidang kesehatan remaja dan lansia meliputi: penyelenggaraan pembinaan, bimbingan, dan pengendalian upaya kesehatan remaja, kesehatan usia lanjut, dan usaha kesehatan sekolah.

g. Kondisi Pegawai Dinas Kesehatan Kota Surakarta

Secara keseluruhan, Dinas Kesehatan Kota Surakarta mempunyai pegawai berjumlah 552 orang. Komposisi pegawai tersebut dapat dibedakan menurut tingkat pendidikan dan menurut jabatan dan golongan kepangkatan.

Tingkat pendidikan yang dimiliki pegawai pada Kantor Dinas Kesehatan Kota Surakarta bervariasi, dari tingkat sekolah dasar sampai dengan perguruan tinggi. Hal ini disebabkan dengan kebutuhan bidang tugas dan beban kerja yang menjadi tanggung jawabnya. Tingkat pendidikan seseorang akan dapat menentukan di tempat mana nantinya mereka ditempatkan sesuai dengan bidang yang digelutinya. Untuk

lebih jelasnya mengenai tingkat pendidikan pegawai di Kantor Dinas Kesehatan Kota Surakarta dapat dilihat dalam tabel berikut ini:

Tabel IV.1

Tingkat Pendidikan Pegawai

Unit Kerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta

Keadaan April 2008

NO	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Prosentase (%)
1.	Pasca sarjana	17	3.08
2.	Sarjana	102	18.48
3.	Sarjana muda	6	1.09
4.	Diploma	119	21.56
5.	SLTA	280	50.72
6.	SLTP	22	3.99
7.	SD	6	1.08
	Jumlah	552	100.00

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Surakarta

Berdasarkan tabel diatas, dapat dilihat bahwa jumlah pegawai terbanyak adalah pegawai yang memiliki tingkat pendidikan SLTA yaitu sebanyak 280 orang (50,72%). Jumlah terbanyak kedua adalah pegawai yang memiliki tingkat pendidikan Diploma yaitu sebanyak 119 orang (21,56%) kemudian diikuti pegawai yang memiliki tingkat pendidikan Sarjana Strata 1 yaitu sebanyak 102 orang (18,48%) dan yang paling sedikit adalah pegawai yang memiliki tingkat pendidikan Sarjana Muda dan SD masing-masing berjumlah 6 orang (1,08%). Berdasarkan hal ini dapat dilihat bahwa rata-rata pegawai Dinas

commit to user

Kesehatan Kota Surakarta belum memiliki tingkat pendidikan yang cukup tinggi melihat lebih dari separuh pegawainya adalah lulusan SLTA.

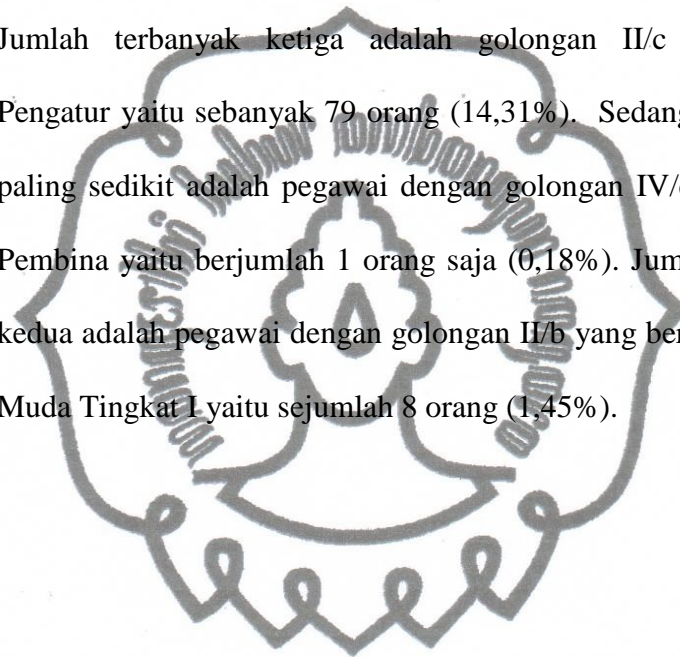
Sedangkan jumlah pegawai Dinas Kesehatan Kota Surakarta menurut golongan ruang dan kepangkatan adalah sebagai berikut:

Tabel IV.2
Pegawai Unit Kerja Dinas Kesehatan Kota Surakarta
Menurut Pangkat/ Golongan
Keadaan April 2008

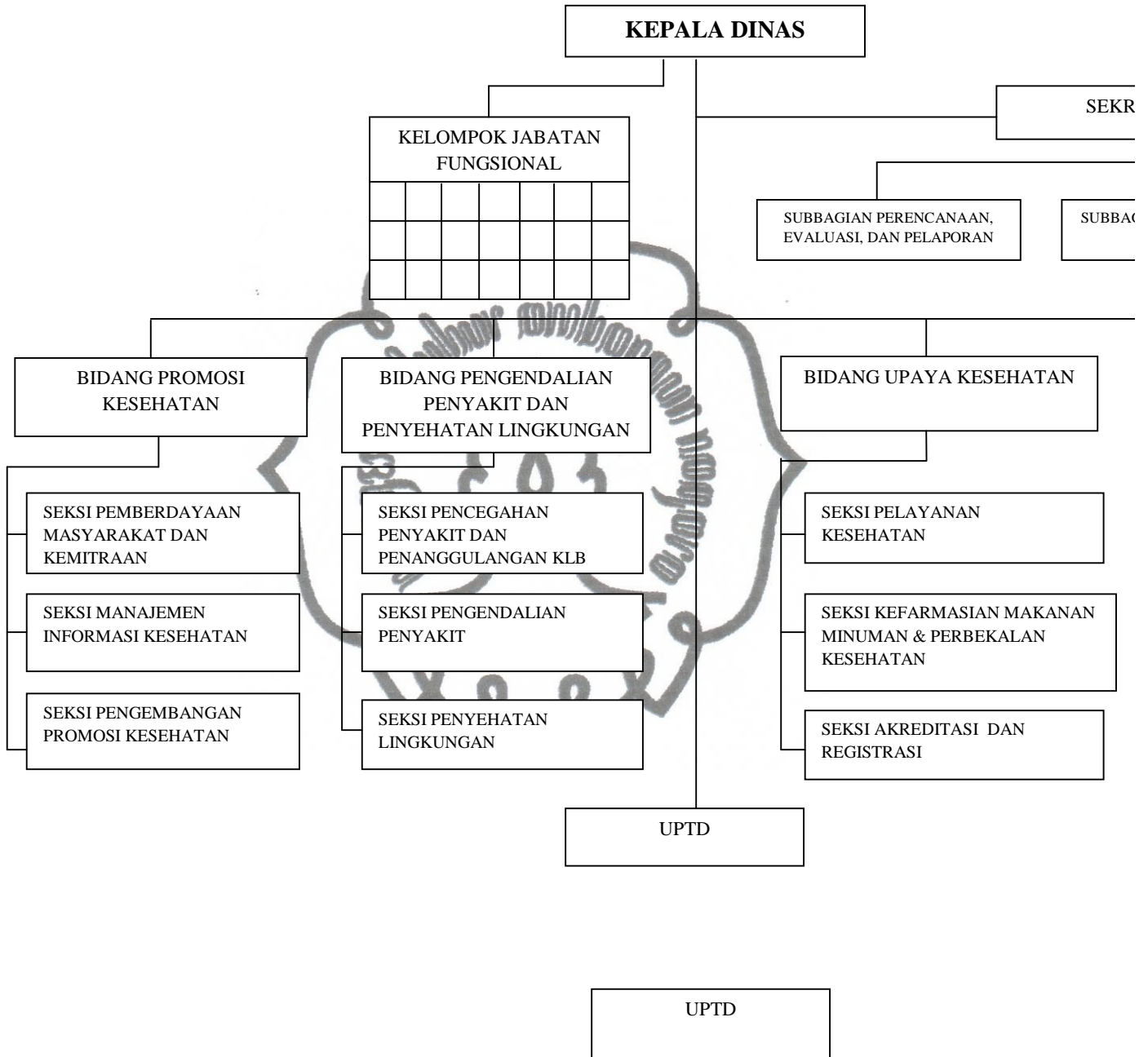
NO	Pangkat/ Golongan	Jumlah	%
1.	Pembina (IV/ c)	1	0.18
2.	Pembina tingkat I (IV/ b)	11	1.99
3.	Pembina (IV/ a)	27	4.89
4.	Penata Tingkat I (III/ d)	23	4.17
5.	Penata (III/ c)	66	11.96
6.	Penata muda tingkat I (III/ b)	140	25.36
7.	Penata muda (III/ a)	120	21.74
8.	Pengatur tingkat I (II/ d)	44	7.97
9.	Pengatur (II/ c)	79	14.31
10.	Pengatur muda tingkat I (II/ b)	8	1.45
11.	Pengatur muda (II/ a)	33	5.98
	Jumlah	552	100

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Surakarta

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa jumlah pegawai Dinas Kesehatan Kota Surakarta paling banyak adalah pegawai golongan III/b dengan pangkat Penata Muda Tingkat I yaitu sebanyak 140 orang (25,36%). Jumlah terbanyak kedua adalah pegawai golongan III/a dengan pangkat Penata Muda yaitu sebanyak 120 orang (21,74%). Jumlah terbanyak ketiga adalah golongan II/c dengan pangkat Pengatur yaitu sebanyak 79 orang (14,31%). Sedangkan jumlah yang paling sedikit adalah pegawai dengan golongan IV/c dengan pangkat Pembina yaitu berjumlah 1 orang saja (0,18%). Jumlah paling sedikit kedua adalah pegawai dengan golongan II/b yang berpangkat Pengatur Muda Tingkat I yaitu sejumlah 8 orang (1,45%).



**BAGAN IV.1
BAGAN ORGANISASI DINAS KESEHATAN KOTA SURAKARTA**



2. Kecamatan Jebres Kota Surakarta

a. Kependudukan Kecamatan Jebres

Jebres adalah kecamatan di Kota Surakarta yang terletak di bagian utara. Wilayah kecamatan ini berbukit-bukit dan hampir semua pemakaman di kota Surakarta terletak di kecamatan ini. Kecamatan Jebres adalah tempat berlokasinya Kraton Kasunanan Surakarta, kampus Universitas Sebelas Maret, Stasiun Solo Jebres dan Stasiun Solo-Kota, Perumnas Mojosongo, Taman Wisata Jurug, Makam Pahlawan Kusuma Bhakti, serta Terminal Bus Tirtonadi. Di Jebres juga berlokasi berbagai kegiatan industri.

Luas wilayah kecamatan Jebres adalah 12,58 km² dengan memiliki 9 kelurahan yaitu: Kelurahan Sudiroprajan, Kelurahan Gandekan, Kelurahan Sewu yang, Kelurahan Jagalan, Kelurahan Pucang, Kelurahan Jebres, Kelurahan Mojosongo, Kelurahan Tegalharjo, Kelurahan Purwadiningratan, Kelurahan Kepatihan Wetan, dan Kelurahan Kepatihan Kulon.

Banyaknya penduduk kecamatan Jebres Kota Surakarta dapat dilihat dari tabel Jenis Kelamin dan Sex ratio di tiap Kelurahan Kecamatan Jebres berikut ini:

Tabel IV.3

Banyaknya Penduduk Menurut Jenis Kelamin dan Sex ratio di
tiap Kelurahan Kec. Jebres Tahun 2008

Kelurahan	Jumlah Penduduk		Sex Ratio
	Laki	Perempuan	
(1)	(2)	(3)	(4)
Kepatihan	1,390	1,540	90.26
Kepatihan	1,574	1,506	104.52
Sudiroprajan	2,486	2,528	98.34
Gandekan	4,740	4,773	99.31
Sewu	3,941	3,887	101.39
Pucangsawit	7,215	6,869	105.04
Jagalan	5,928	6,292	94.21
Purwodiningrat	2,533	2,839	89.22
Tegalharjo	3,008	3,088	97.41
Jebres	15,951	16,510	96.61
Mojosongo	21,700	21,994	98.66
Jumlah	70,466	71,826	98.11
2007	70,659	72,630	97.29

Sumber : Surakarta dalam angka 2008, BAPPEDA dan BPS

Surakarta

Dalam suatu daerah perkembangan penduduk baik itu Negara Berkembang maupun Negara Maju, yang dipengaruhi oleh jumlah kelahiran, kematian, dan imigrasi memegang peranan penting dalam kehidupan dan pelaksanaan pemerintahan. Pertumbuhan penduduk sendiri di satu pihak dapat menambah jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan, namun dilain pihak dapat menimbulkan permasalahan-permasalahan sosial, ekonomi, budaya, dan pendidikan. Banyaknya

commit to user

kelahiran dan kematian dikecamatan Jebres dapat dilihat dari tabel berikut ini:

Tabel IV.4
Banyaknya Kelahiran dan Kematian di Kota Surakarta Menurut
Jenis Kelamin Tahun 2008

The Number of Birth and Death by sex in Surakarta 2008

Kecamatan <i>District</i>	Kelahiran / <i>Birth</i>			Kematian / <i>Death</i>		
	Laki-laki <i>Male</i>	Perem-puan <i>Female</i>	Jumlah <i>Total</i>	Laki-laki <i>Male</i>	Perem-puan <i>Female</i>	Jumlah <i>Total</i>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Laweyan	510	432	942	381	332	713
Serengan	280	223	503	188	171	359
Pasar Kliwon	468	396	864	347	348	695
Jebres	674	622	1,296	544	520	1,064
Banjarsari	1,077	992	2,069	653	658	1,311
Kota	3,009	2,665	5,674	2,113	2,029	4,142
2007	2,926	2,665	5,591	2,422	2,394	4,816
2006	4,367	3,892	8,259	2,661	2,466	5,127
2005	3,539	3,267	6,896	2,038	2,112	4,150
2004	3,309	3,102	6,411	1,993	2,012	4,005

Sumber : Surakarta dalam angka 2008, BAPPEDA dan BPS Surakarta

Berdasarkan tabel banyaknya kelahiran dan kematian di Kota Surakarta menurut jenis kelamin diatas, dapat diketahui bahwa untuk

commit to user

kecamatan Jebres tingkat kelahiran 1.296 sedangkan tingkat kematian 1.064. Semakin tinggi angka kelahiran dibanding angka kematian maka akan semakin tinggi pula angka kepadatan penduduk, yang akan mempengaruhi juga kesejahteraan masyarakat didalamnya. Hal ini dapat berdampak pada tinggi rendahnya gizi suatu masyarakat karena masalah gizi berawal dari ketidakmampuan rumah tangga mengakses pangan, baik karena masalah ketersediaan di tingkat lokal, kemiskinan, pendidikan dan pengetahuan akan pangan dan gizi, serta perilaku masyarakat.

b. TK dan SD Sasaran PMT-AS tahun 2010 di Kecamatan Jebres

Sekolah di kecamatan Jebres yang menjadi sasaran PMT-AS tahun 2010 ada 4 SD dan 10 TK dan dibawah pengawasan 4 puskesmas di sekitarnya. Berikut adalah tabel profil puskesmas yang mengawasinya PMT-AS serta profil TK dan SD sasaran PMT-AS tahun 2010 di Kecamatan Jebres Kota Surakarta:

Tabel IV.5

Profil Puskesmas yang Mengawasi PMT-AS Tahun 2010 di

Kecamaan Jebres Surakarta

PUSKESMAS	KALURAHAN	LUAS WIL	JML PDDK	ALAMAT	NO. TELP. (0271)
1.Purwodiningratan P3372040201		267.12	28,684	Jl. Suryo no. 49 (57128)	647545
	Purwodiningratan	37.3	3,793		

	Gandekan	35	9,336		
	Sudiroprajan	23	5.136		
	Kepatihan Kulon	17.5	5.210		
	Kepatihan Wetan	22.5	2.522		
	Tegal Harjo	32.5	2.687		
2. Ngoresan P3372040202 ISO 9001:2008		317	36,469	Jl. Kartika IV no. 2 RT 03 RW 18	646919
	Jebres	317	36,469		
3.Sibela P3372040103 ISO 9001:2008		532.88	38,005	Jl. Sibela Timur no. 1, Perum. Mojosongo	854252
	Mojosongo	532.88	38,005		
4.Pucangsawit P3372040204		240.5	33,270	Jl. Waringin no. 1 RT 03 RW 13 Pucangsawit	648990
	Pucangsawit	127	12,193		
	Sewu	48.5	13,492		
	Jagalan	65	7,585		

Sumber: www.surakarta.go.id

Tabel IV.6

Profil TK dan SD Sasaran PMT-AS Tahun 2010 di Kecamatan

Jebres Surakarta

	Nama sekolah	NPSN	Alamat	Status
1	SD Tegal Harjo No . 189		Jl. Arif Rahman Hakim No. 13 Tegal Harjo	Negeri
2	SD Sabrang Lor		Jl. Agung Timur II RT 05 RW VIII	Negeri
3	SD Mipitan		Jl. Agung Timur NO. 189	Negeri
4	SD Muh. 8 Jagalan	20328162	Jl. Surya No. 145 Jagalan	Swasta
5	TK Widya Wacana 2	20346722	Jl. Veteran 147-176	Swasta
6	TK Aisyah 33 Purwodiningratan	20347562	Jl. Purwodiningratan RT 01 RW 05	Swasta
7	TK Aisiyah Jebres II	20347568	Jl. Tegalorejo RT 03 RW 24	Swasta
8	TK Aisiyah Guwosari	20347781	Jl. Guwosri RT 01 RW 27	Swasta
9	TK Islam Bakti XVIII	20347605	Jl. Jaya Wijaya 120.	Swasta
10	TK Indriyasana 3	20347598	Jl. Rinjani Raya No. 7	Swasta
11	TK MTA II	20347622	Jl. Lombo Batang Utara No. 4	Swasta
12	TK Islam Al-	20347505	Jl. Sabrang Kulon RT 03 RW	Swasta

commit to user

	Masyhuri		35	
13	TK Aisyiyah II Kampungsewu	20353329	Jl. Sumber Asri RT 04 RW VII	Swasta
14	TK Pembangunan	20347627	Jl. Gotong Royong No. 158	Swasta

Sumber: arsip sekolah

B. Pembahasan

Dalam bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian dan pembahasan tentang manajemen strategis program perbaikan gizi masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS) di TK dan SD Kecamatan Jebres tahun 2010. Manajemen strategis program diawali dengan pengamatan lingkungan baik eksternal maupun internal dan dilanjutkan dengan perumusan strategis yang meliputi misi, tujuan, strategi dan kebijakan. Pengamatan lingkungan dan perumusan strategi ini telah dibuat oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta dan telah dipaparkan dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2006-2010. Kemudian strategi tersebut diimplementasikan yang mengacu pada dua unsur pokok, yaitu pengembangan strategi dalam program, anggaran dan prosedur serta pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen lainnya, yang meliputi pengorganisasian (*organizing*) dan pelaksanaan (*actuating*). Kemudian dilanjutkan dengan evaluasi dan pengendalian strategi. Adapun pembahasan lebih lanjut dapat dilihat dalam uraian di bawah ini.

1. Hasil Penelitian

a. Pengamatan Lingkungan

Pengamatan lingkungan merupakan pemantauan, pengevaluasian dan penyebaran informasi dari lingkungan eksternal kepada orang-orang kunci dalam perusahaan. Dalam pengamatan lingkungan terdiri dari lingkungan eksternal maupun internal yang mempengaruhi organisasi. Manajemen mengamati lingkungan eksternal untuk melihat kesempatan dan ancaman serta mengamati lingkungan internal untuk melihat kekuatan dan kelemahan. Faktor-faktor yang paling penting untuk masa depan perusahaan disebut faktor-faktor strategis dan diringkas dengan singkatan S.W.O.T yang berarti *Strengths* (kekuatan), *Weaknesses* (kelemahan), *Opportunities* (kesempatan), dan *Treats* (ancaman).

Analisa SWOT digunakan untuk menganalisa kondisi internal dan eksternal Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan cara melakukan identifikasi terhadap *Strengths* (kekuatan), *Weaknesses* (kelemahan), *Opportunities* (kesempatan), dan *Treats* (ancaman). Hasil dari identifikasi tersebut dipakai sebagai alat untuk perumusan strategis sehingga misi, tujuan, strategi dan kebijakan organisasi dapat diwujudkan.

Adapun kajian kesempatan atau peluang dan ancaman lingkungan, serta kekuatan dan kelemahan dari Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2006-2010 adalah sebagai berikut:

Tabel IV.7

Peluang dan Ancaman serta Kekuatan dan Kelemahan Dinas Kesehatan

Kota Surakarta

INTERNAL	EKSTERNAL
KEKUATAN (STRENGTHS)	PELUANG (OPPORTUNITIES)
1. Tersedianya SDM kesehatan 2. Berkembangnya sarana kesehatan (Puskesmas, RS, BP, RB, Lab.) 3. Tersedianya metode penanganan kesehatan (juklak, juklis) 4. Tersedianya alokasi dana untuk kesehatan	1. Adanya kebijakan pemerintah (Undang-undang, Peraturan Pemerintah dan Peraturan Daerah) dibidang kesehatan 2. Peran serta masyarakat (Pusyandu, Lansia, Kader) 3. Dukungan dari Linsek, pendidikan, sarkes swasta, organisasi profesi 4. Koordinasi geografis strategis 5. Adanya wadah kerjasama antar daerah (Subo Suko Wono Sraten)
KELEMAHAN (WEAKNESS)	ANCAMAN (THREATS)
1. Kualitas SDM belum optimal (kompetensi/kewenangan, motivasi) 2. Keterbatasan sarana dan prasarana 3. Lemahnya system <i>reward and punishment</i> 4. Penempatan/distribusi tenaga belum memadai 5. Lemahnya manajemen kesehatan	1. Era globalisasi (pasar bebas), dalam bidang kesehatan 2. Tuntutan mutu pelayanan prima 3. Belum membudayanya paradigma sehat 4. Penggerak pembangunan belum berorientasi pada wawasan kesehatan 5. Mobilitas penduduk yang tinggi

Sumber: Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2006-2010

Tabel IV.8

Matrik Analisis SWOT, untuk menentukan Asumsi Strategik Pilihan

KAFI KAFE	Strengths (Kekuatan) Susunan Daftar (Rangking) 1. Tersedianya SDM kesehatan 2. Berkembangnya sarana kesehatan (Puskesmas, RS, BP, RB, Lab.) 3. Tersedianya metode penanganan kesehatan (juklak, juklis) 4. Tersedianya alokasi dana untuk kesehatan	Weaknes (Kelemahan) Susunan Daftar (Rangking) 1. Kualitas SDM belum optimal (kompetensi/kewenangan, motivasi) 2. Keterbatasan sarana dan prasarana 3. Lemahnya system <i>reward and punishment</i> 4. Penempatan/distribusi tenaga belum memadai 5. Lemahnya manajemen kesehatan
Opportunities (Peluang)	Asumsi Strategik SO	Asumsi Strategik WO
	1. Mendayagunakan Nakes yang ada untuk menggerakkan peran serta masyarakat 2. Memanfaatkan sumberdaya untuk meningkatkan kerjasama Linsek dengan organisasi profesi, pendidikan, dll 3. Memanfaatkan sarana dan teknologi kesehatan untuk penanggulangan masalah kesehatan yang sesuai dengan situasi dan kondisi geografis	1. Menegakkan pelaksanaan Peraturan Perundang-undangan untuk meningkatkan kualitas dan distribusi kompetensi Nakes 2. Memanfaatkan kerjasama Linsek dan peran serta masyarakat untuk mengurangi atau melengkapi keterbatasan sarana dan prasarana

Treats (Ancaman)	Asumsi Strategik ST (pakai Kekuatan untuk menghadapi ancaman/mengubah menjadi Peluang)	Asumsi Strategik WT (Perkecil Kelemahan dan hindari Ancaman)
	1. Memanfaatkan SDM untuk memenuhi tuntutan pelayanan prima 2. Memanfaatkan teknologi dan metodologi untuk mengubah budaya “paradigma sakit” menjadi “paradigma sehat” 3. Memanfaatkan sumberdaya yang ada untuk menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan	1. Meningkatkan distribusi, formasi dan profesionalisme untuk memenuhi tuntutan pelayanan prima 2. Meningkatkan kualitas sarana dan prasarana untuk mengantisipasi Era Globalisasi dibidang kesehatan 3. Pemberlakuan sistem reward dan punishment, untuk memenuhi tuntutan pelayanan prima

Sumber: Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2006-2010

Dinas Kesehatan Kota Surakarta bertekad menjadi Lembaga Pemerintah Kota Surakarta yang berperan sebagai regulator dan dinamisator dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan professional (Pelayanan Prima), namun ada beberapa kelemahan terutama komitmen dan kemampuan SDM, serta panjangnya jaringan birokrasi, akan tetapi mempunyai peluang seperti kepercayaan masyarakat, dukungan eksekutif dan legislatif, serta transfer pengetahuan dari institusi pendidikan dan rumah sakit yang ada disekitarnya. Sehingga dapat disimpulkan bahwa isu-isu utama yang perlu ditindaklanjuti adalah:

commit to user

1. Penataan dan peningkatan kualitas SDM
2. Peningkatan manajemen pembangunan kesehatan
3. Menjalin kemitraan dan peran serta masyarakat
4. Membudayakan paradigma sehat
5. Peningkatan upaya kesehatan
6. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan (RenStra DKK Surakarta tahun 2006-2010)

b. Perumusan Strategi

Perumusan strategi adalah pengembangan rencana jangka panjang untuk manajemen efektif dari kesempatan dan ancaman lingkungan, dilihat dari kekuatan dan kelemahan perusahaan. Perumusan strategi ini dibuat dalam bentuk *Rencana Strategis*. Begitu pula di Dinas Kesehatan, perencanaan strategis dibuat dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2006-2010, yang meliputi:

1) Misi

Misi Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2006-2010, adalah:

- (a) Memberdayakan kemandirian masyarakat untuk hidup bersih dan sehat.

Peran aktif masyarakat termasuk swasta, sangat penting dan akan menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Potensi masyarakat termasuk swasta, baik berupa organisasi, upaya, tenaga, dana, sarana,

teknologi serta mekanisme pengambilan keputusan, merupakan aset yang cukup besar untuk digalang.

Masyarakat tidak hanya sebagai objek pembangunan tetapi sekaligus sebagai subjek pembangunan. Masyarakat dapat berpartisipasi aktif dalam melayani, melaksanakan advokasi, serta mengkritisi pembangunan kesehatan baik secara individu, kelompok maupun masyarakat luas.

- (b) Melaksanakan penanggulangan masalah kesehatan individu, keluarga, masyarakat dan lingkungannya.

Disamping berperan sebagai dinamisator, maka Dinas Kesehatan juga melakukan pembangunan kesehatan yang meliputi: upaya kesehatan perorangan, upaya kesehatan masyarakat.

- (c) Meningkatkan kinerja dan upaya kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau.

Peningkatan kinerja dan mutu upaya kesehatan dilakukan oleh Dinas Kesehatan melalui pengembangan kebijakan pembangunan kesehatan, yang meliputi kebijakan manajerial, kebijakan teknis serta pengembangan standar dan pedoman berbagai upaya kesehatan.

- (d) Memantapkan manajemen kesehatan yang dinamis dan akuntabel.

Keberhasilan pembangunan berwawasan kesehatan tidak semata-mata hasil usaha keras sektor kesehatan saja, tetapi sangat dipengaruhi oleh kontribusi dari sektor pembangunan lainnya. Dinas Kesehatan berperan sebagai penggerak utama dalam memfasilitasi sektor-sektor

commit to user

lain agar segala upayanya memberikan kontribusi yang positif terhadap perwujudan pembangunan berwawasan kesehatan.

Dengan terciptanya manajemen kesehatan yang akuntabel dilingkungan Dinas Kesehatan, diharapkan fungsi-fungsi administrasi kesehatan dapat terselenggara secara efektif dan efisien yang didukung oleh sistem informasi kesehatan, IPTEK serta hukum kesehatan.

2) Tujuan

Tujuan pembangunan kesehatan Kota Surakarta adalah:

- (a) Meningkatkan pemerataan dan mutu upaya kesehatan yang berhasil guna, berdaya guna serta terjangkau oleh segenap lapisan masyarakat dengan menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif.
- (b) Meningkatkan kemitraan dengan masyarakat, swasta, organisasi profesi dan dunia usaha guna memenuhi ketersediaan sumber daya.
- (c) Meningkatkan penatalaksanaan pembangunan kesehatan yang efektif, efisien dan akuntabel.
- (d) Memelihara kesehatan individu, keluarga, masyarakat beserta lingkungannya.

3) Strategi

Untuk mencapai dan mewujudkan pembangunan kesehatan Kota Surakarta pada tahun 2010, sesuai dengan misi yang telah ditetapkan maka dalam periode 2006-2010 akan ditempuh strategi sebagai berikut:

- (a) Mengembangkan dan meningkatkan kemitraan dengan masyarakat, lintas sektor, institusi swasta, organisasi profesi dan dunia usaha dalam rangka sinergisme, koordinasi diantara pelaku pembangunan guna mendorong pembangunan berwawasan kesehatan.
 - (b) Mewujudkan komitmen pembangunan kesehatan, melalui peningkatan advokasi kesehatan kepada stakeholder.
 - (c) Mendorong pemerataan, jangkauan, dan mutu pelayanan kesehatan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan sesuai standar pelayanan minimal.
 - (d) Memantapkan kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan disemua jenjang administrasi melalui pengembangan kebijakan, sistem informasi, keterpaduan dalam perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi serta memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam menanggulangi masalah kesehatan.
 - (e) Mengoptimalkan sumberdaya kesehatan yang ada melalui peningkatan kompetensi dan profesionalisme SDM kesehatan.
- 4) Kebijakan
- (a) Menggerakkan dan mendorong kemitraan Lintas sektor dalam rangka mengoptimalkan pembangunan berwawasan kesehatan.
 - (b) Memberdayakan masyarakat dan swasta dalam rangka pengembangan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat.
 - (c) Meningkatkan advokasi kesehatan untuk mewujudkan komitmen pembangunan kesehatan.

commit to user

- (d) Mendorong dan menggerakkan peningkatan mutu upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan.
- (e) Pemantapan dan peningkatan manajemen mutu sediaan farmasi, perbekalan kesehatan termasuk makanan minuman.
- (f) Peningkatan keterpaduan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi disetiap jenjang administrasi kesehatan.
- (g) Peningkatan pengawasan dan akuntabilitas disetiap jenjang administrasi kesehatan.
- (h) Pengembangan dan pemanfaatan sistem informasi kesehatan yang cepat, tepat dan akurat disetiap jenjang administrasi kesehatan dalam rangka pengambilan keputusan berdasarkan evident base.
- (i) Pengembangan perencanaan, pendistribusian, pendayagunaan serta monitoring evaluasi SDM kesehatan.
- (j) Penerapan registrasi dan sertifikasi SDM kesehatan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

c. Implemetasi Strategi

1) Pengembangan Program, Anggaran, dan Prosedur

Setelah perumusan strategi dibuat dalam bentuk Rencana Strategis Dinas, maka selanjutnya strategi itu diimplentasikan. Implementasi dari strategi tersebut dibuat dalam program atau kegiatan tahunan disertai dengan rincian anggaran dan langkah-langkah pelaksanaannya (prosedur) yang senantiasa berdasarkan pada Rencana Strategis yang telah ditetapkan.

commit to user

Berikut adalah penjabaran dari pengembangan program, anggaran dan prosedur dari program Perbaikan Gizi Masyarakat dengan kegiatan Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS) di TK dan SD Kecamatan Jebres tahun 2010:

a) Program

Program yang diimplementasikan haruslah berdasarkan Rencana Strategis yang telah dibuat sebelumnya. Begitu pula yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Program kerja yang dibuat dan dilaksanakan setiap tahun berpedoman pada Renstra yang telah ditetapkan. Hal tersebut diungkapkan oleh ibu dr. Erna Harnanie, selaku Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat sebagai berikut:

“Pelaksanaan strategi pada program perbaikan gizi masyarakat ini, ya sudah sesuai dengan Renstra yang telah ditetapkan. Kita memiliki satu seksi sendiri yang menangani program ini yaitu seksi perbaikan gizi masyarakat. Sedangkan Dinas Kesehatan hanya sebagai koordinator dan regulator saja, dan membuat Renstra. Untuk pelaksanaannya sendiri yaitu puskesmas sebagai pelaksana teknis dilapangan.”(Wawancara, 16 Agustus 2010)

Ditambahkan juga oleh bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat sebagai berikut:

“Strategi kita dibuat dalam jangka menengah yaitu lima tahunan yang berbentuk Renstra. Untuk capaian 5 tahun kedepan sudah dibuat pada tahun sebelumnya. Kita menyesuaikan masa jabatan kepala daerah yang hanya lima tahun juga. Jadi setelah kepala daerah terpilih kemudian kita membuat program termasuk program gizi yang didalamnya mencakup apa yang mau dicapai 5 tahun kedepan. Karena masalah perbaikan gizi juga merupakan salah satu faktor dalam menilai keberhasilan kinerja dari pimpinan daerah. Kemudian

jabaran dari Renstra itu kita buat juga rencana kerja per tahunnya. Nah itu 5 tahun to, tiap tahunnya kita membuat penjabaran rencana kerja, misalnya pada tahun pertama target kita 90 %, sedangkan kondisi saat ini sudah mencapai 60 %, berarti kan ada 30 % target yang hendak dicapai. Target 30 % itu tidak harus langsung kita capai dalam 1 tahun ini tetapi dibagi dalam 5 tahap tadi dengan rencana kerja pertahunnya. Jadi selisih target dan kondisi riil saat ini merupakan target 5 tahun kedepan yang dikerjakan secara bertahap pertahunnya.” (Wawancara, 9 November 2010)

Di dalam penelitian ini, Rencana Strategis yang dipakai merupakan Rencana Strategis 2006-2010 maka secara otomatis pelaksanaan program-program didalamnya juga dilakukan pada tahun 2006 sampai 2010 yang merupakan perencanaan jangka panjang, sedangkan jangka pendeknya berbentuk kegiatan-kegiatan rutin yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat berikut ini:

“Program dilaksanakan berdasarkan perencanaan. Perencanaan untuk jangka pendek itu direncanakan pada tahun sebelumnya. Kita mulai setiap awal tahun. Ada beberapa kegiatan yang memang kita kerjakan rutin misalnya pemantauan kegiatan pertumbuhan balita di posyandu, itu ya kita kerjakan rutin pertahunnya. Kemudian yang perlu anggaran kita menyesuaikan pencairan APBD. Yang jelas itu tiap akhir tahun kita evaluasi dan kita mulai lagi tahun berikutnya. Sedangkan yang jangka menengah 5 tahunan itu dilaksanakan dari tahun pertama kemudian pada tahun terakhir kita evaluasi. Kita juga mempunyai POA (Planning Of Action) yang didalamnya menerangkan kegiatan-kegiatan itu akan dilaksanakan kapan mulai dari bulan sampai minggu ke- itu semua ada.” (Wawancara, 9 November 2010)

Program merupakan pernyataan aktivitas-aktivitas yang meliputi penggunaan bermacam-macam sumber kegiatan-kegiatan untuk mencapai sasaran yang telah ditetapkan. Oleh Karena itu,

program yang sudah ditetapkan didalam Renstra dikembangkan melalui program kerja yang dibuat setiap tahun dengan menyesuaikan anggaran yang dimiliki. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat berikut ini:

“Kegiatan kita tiap tahun berubah karena disesuaikan dengan anggaran yang ada. Misalnya, tahun 2010 ada pilkada yang perlu menyerap dana banyak maka dilakukan pemangkasan program, kita cuma punya satu kegiatan yaitu kegiatan tambahan makanan dan vitamin. Kegiatan yang kita pake cuma pemberian Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMT-AS) saja.” (Wawancara, 9 November 2010)

Dari pernyataan diatas dapat diketahui bahwa pada tahun 2010 kegiatan yang dilakukan oleh Seksi Perbaikan gizi dalam program perbaikan gizi masyarakat hanya satu yaitu kegiatan tambahan makanan dan vitamin yang didalamnya hanya mencakup PMT-AS (Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah) saja.

Sasaran PMT-AS Kota Surakarta tahun 2010 adalah 5563 anak sekolah SD di 20 SD dan 40 TK terpilih. Dalam penelitian ini penulis hanya meneliti PMT-AS di Kecamatan Jebres saja. Untuk Kecamatan Jebres sasaran utama PMT-AS Tahun 2010 berjumlah 1.036 anak sekolah yang terdiri dari :

- (1) 657 anak sekolah SD di 4 SD terpilih di Kecamatan Jebres
Surakarta
- (2) 379 anak sekolah TK di 10 TK terpilih di Kecamatan Jebres
Surakarta

commit to user

(3) Total Volume kegiatan pada setiap anak adalah 36 kali makan dengan anggaran Rp 2500,- per anak per kali makan dan menu berupa susu dan kudapan.

(4) Nilai gizi PMT-AS Tahun 2010 adalah :

✓ Energi : 250 – 300 Kkal

✓ Protein : 5 – 10 gram.

(5) Kegiatan penunjang PMT-AS adalah :

✓ Orientasi PMT-AS bagi guru pengelola

✓ Pemeriksaan kadar Hb (Hemoglobine)

✓ Pemberian obat cacing pada seluruh sasaran SD dan TK

✓ Pemberian sirup Fe pada sasaran anemia

✓ Pemantauan pelaksanaan PMT-AS

(6) Output yang diharapkan meliputi :

✓ Angka absensi siswa akibat sakit menurun

✓ Prevalensi masalah gizi siswa seperti prevalensi KEP dan Anemia Gizi yang ditunjukkan 5L (Lemah, Letih, Lesu, Lunglai, Lalai) menurun

✓ Prestasi meningkat.

Kemudian uraian kegiatan kegiatan Pemberian Tambahan Makanan dan Vitamin (PMT-AS) tahun 2010 yang didalamnya mencakup apa saja yang dilakukan dalam pelaksanaan kegiatan tersebut adalah sebagai berikut:

Tabel IV.9

Uraian pelaksanaan kegiatan PMT-AS Tahun 2010

No	Kegiatan	Uraian Kegiatan
1	Pemberian Makanan Tambahan dan Vitamin (PMT-AS)	<ul style="list-style-type: none"> • Rapat Linsek PMT-AS • Rapat persiapan PMT-AS (SD dan TK) • Orientasi PMT-AS • Paket PMT-AS • Pemeriksaan Status Gizi Anak Sekolah • Paket Perawatan Anemia Anak Sekolah • Rapat evaluasi PMT-AS • Pemantauan kegiatan PMT-AS di SD dan TK

Sumber: Arsip Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat

Awalnya kegiatan ini dilakukan oleh puskesmas dengan mengajukan sekolah-sekolah mana yang didalamnya ada prosentase gizi kurang dari hasil screening anak sekolah kemudian dilanjutkan dengan rapat linsek seperti pernyataan oleh ibu Anik, selaku Petugas Gizi dari Puskesmas Purwodiningratan berikut ini:

“Kan dari DKK itu sudah ada database sekolah mana yang nantinya dapat PMT-AS. Trus nanti kita koordinasi dalam rapat antar linsek yaitu dinas kesehatan, puskesmas dan sekolah yang tahu kondisi dari sekolah masing-masing. Kita puskesmas itu validasi data dulu, untuk melihat kira-kira SD-SD mana yang ada prosentase gizi kurang. Kita kan ada screening anak sekolah. Nah dari situ kelihatan sekolah mana yang ada gizi kurangnya kemudian DKK memilih sekolah mana yang lebih diutamakan.” (Wawancara, 24 Februari 2011)

Kemudian diperkuat pernyataan ibu Yuni, selaku Petugas Gizi dari puskesmas Ngoresan berikut ini:

“Kita disuruh mengusulkan TK sama SD beserta jumlah murid-muridnya kita ajukan ke dinas. Dari dinas kan ada anggaran jumlah kuota murid yang dapat PMT serta jumlah sekolahnya ada berapa TK dan berapa SDnya itu kan sudah ada di POA mereka. Nah kita tinggal mengajukan. Yang kita ajukan biasanya proporsi, yang paling atas yang dapat duluan. Pengajuan kita ini tergantung dari hasil screening SD sama TK, kan kita ada kegiatan screening SD sama TK, salah satunya ada pemantauan status gizi anak. Dari SD memang cuma kelas satu saja sedangkan TK semuanya karena TK cuma sedikit ya. Dari hasil itu kita ajukan ke dinas dan dinas yang mengACC mana yang dapat. Jadi kita cuma pengajuan saja sedangkan dinas yang menentukan.” (Wawancara, 1 Maret 2011)

Tetapi walaupun puskesmas yang mengusulkan nama-nama sekolah yang dapat PMT-AS tetapi kewenangan tetap ada di Dinas Kesehatan untuk menentukan sekolah mana yang lebih berhak untuk menerima PMT-AS tersebut.

PMT-AS merupakan kegiatan pemberian makanan tambahan bagi anak sekolah yang mengalami gizi kurang. Hal ini seperti yang diungkapkan bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat berikut ini:

“Kita undang kepala sekolah-kepala sekolah untuk kegiatan sosialisasi, disitu kita sampaikan bahwa akan ada kegiatan PMT-AS, kemudian kita akan ambil sekolah-sekolah terutama SD-SD Plus yaitu SD yang dipake untuk keluarga kurang mampu dimana semua gratis dari pakaian, seragam, buku dan sepatu. Klo ternyata dananya disini masih ada, setelah kita hitung ternyata dananya sisa untuk murid maka dananya kita serahkan juga ke SD-SD yang bukan Plus tapi di sekolah itu ada kasus gizi kurangnya, persentase gizi kurangnya lumayan dari hasil screening puskesmas, maka kita perlu sosialisasi juga ke mereka.” (Wawancara, 9 November 2010)

Jadi pemberian makanan tambahan ini hanya untuk SD/MI dan TK saja, terutama untuk sekolah-sekolah Plus atau sekolah yang diperuntukkan bagi mereka yang miskin karena sekolah tersebut bersifat gratis dari seragam, sepatu, buku, dan lain sebagainya. Tetapi jika ternyata dananya masih tersisa maka akan diberikan juga kepada sekolah yang bukan sekolah Plus dengan syarat di sekolah tersebut ada muridnya yang mengalami gizi kurang.

Kemudian setelah rapat linsek maka selanjutnya adalah validasi data seperti yang disampaikan oleh bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat sebagai berikut:

“Kemudian setelah rapat koordinasi lintas sektoral tadi kita lakukan validasi data sasaran PMT-AS. Kita tentukan SDnya itu berdasarkan usulan dari puskesmas yaitu dari hasil screening puskesmas, dimana persentase gizi kurangnya lumayan besar maka kita ambil, trus kita itung berapa muridnya. Jumlah murid dikali PMT-AS kan 3 bulan, 1 bulannya 12 kali makan, seminggunya 3 kali. Jadi 12 kali makan x 3 bulan = 36 kali makan, kemudian 36 kali makan dikalikan dengan jumlah murid keseluruhan. Kemudian data murid kan masih data tahun kemarin saat pengusulan, nah jadi kita perlu validasi data terbaru yaitu dengan ngundang sekolah yang bersangkutan. Kita minta data murid terbaru dari kelas 1 sampai kelas 6 baik laki-laki maupun perempuan. Kemudian kita membandingkan data awal kita dengan data terbaru, sudah betul apa belum, klo ternyata lebih banyak atau lebih sedikit, kita pake data yang terbaru itu. PMT-AS tidak hanya di SD tapi juga di TK. Setelah semua data clear kemudian kita buat SK dari Kepala Dinas, jadi penerima PMT-AS tahun ini adalah SD ini-ini dengan jumlah murid sekian-sekian dan ini tidak bisa dirubah. Jadi nanti klo ada pemeriksaan. Misalnya pencairan dana di SD ini dengan jumlah murid 225 tapi di SK 224, la yang satu itu siapa, harus dikembalikan dananya sesuai data kita.” (Wawancara, 9 November 2010)

Pernyataan diatas dibenarkan oleh ibu Yuni, selaku Petugas Gizi dari Puskesmas Ngoresan berikut ini:

“Memang biasanya kita dapat undangan dari dinas beserta sekolah yang dapat PMT. Kemudian ada pertemuan validasi data tersebut ada perubahan atau tetap seperti itu. Ini dilakukan dinas, puskesmas dan seluruh sekolah yang mau dapat.” (Wawancara, 1 Maret 2011)

Ketika data penerima PMT-AS sudah jelas sekolah mana saja dan jumlahnya berapa kemudian Dinas Kesehatan mengadakan kegiatan penunjang yaitu orientasi PMT-AS yang didalamnya dilakukan kegiatan pengarahan apa saja yang dilakukan dalam kegiatan PMT-AS. Bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat menyatakan sebagai berikut:

“Kemudian setelah validasi data kita lakukan orientasi PMT-AS bagi pengelola. Pengelola disini harus menyusun menu, membelanjakan, kemudian membuat pertanggungjawaban laporan penggunaan dana tadi. Nah itu kan kita tidak bisa langsung menyerahkan, kita harus melatih mereka dulu. Kita kumpulkan pengelola dari sekolah tadi kemudian kita lakukan orientasi tentang apa to PMT-AS, menunya bagaimana, cara penyelenggaraannya seperti apa, dan administrasi untuk pelaporannya bagaimana.” (Wawancara, 9 November 2010)

Diperkuat lagi pernyataan dari ibu Anggun Widiasari, selaku pengelola di TK Aisyiyah Guwosari berikut ini:

“Itu kita diundang ya mbak, pertemuannya itu sampai beberapa kali, sangat rinci, sangat bagus, sasarannya yang mendapat PMT, menu yang bagus juga disarankan, pokoknya sampai evaluasi akhir. Kita jadi tahu lo mbak dari menu ini fungsinya apa sama hasil akhirnya seperti apa kita jadi tahu dari bimbingan dari balai kota itu.” (Wawancara, 28 Februari 2011)

Jadi setelah mereka tahu seperti apa PMT-AS dan bagaimana pelaksanaannya maka selanjutnya pemberian Paket PMT-AS seperti

commit to user

pernyataan bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat sebagai berikut:

“Setelah selesai dan mereka sudah jelas baru kita serahkan paket PM-TAS tadi. PMT-AS kan 3 bulan, kita juga tidak bisa menyerahkan sekaligus karena kas di daerah juga tidak memungkinkan jadi bertahap tiap bulan. Kemudian disekolah itu, kita tidak mau mengganggu administrasi yang ada di sekolah. Penyelenggaraan PMT-AS tadi, mereka harus membuat pertanggungjawaban, fotocopy dan buat buku kas makanya kita berikan stimulant dana kepada mereka untuk itu walaupun cuma Rp 100.000-, per sekolah.” (Wawancara, 9 November 2010)

Ibu Wati, selaku Petugas Gizi di Puskesmas Pucangsawit menambahkan bahwa paket PMT-AS itu bukan cuma makanan tambahan tetapi juga pemberian obat cacing dan pemeriksaan Hb berikut ini:

“Ada tambahan paket PMT-AS mbak, obat cacing sama pemeriksaan Hb itu sudah satu paket dengan PMT saat mendampingi. Klo ternyata ada anak yang dibawah Hbnya maka ada pemberian sirup Fe. Sirup Fe ini sesuai kadar Hb, klo Hbnya kurang dari 11 berapa botol githu.” (Wawancara, 26 Februari 2011)

Jadi paket PMT-AS bukan hanya makanan tambahan saja tetapi juga ada pemeriksaan kadar Hb dan obat cacing. Itu diberikan saat awal sebelum pemberian PMT-AS seperti pernyataan ibu Anik, selaku Petugas Gizi dari Puskesmas Purwodiningratan berikut:

“Sebelum pemberian PMT-AS itu pemberian obat cacing dan pengecekan Hb (Hemoglobin). Nanti yang mengamati langsung dari sekolah, kan ada laporannya.” (Wawancara, 24 Februari 2011)

Setelah mendapatkan paket PMT-AS maka selanjutnya adalah implementasi atau pelaksanaan PMT-AS di sekolah masing-masing

selama 3 bulan berturut-turut. Perlu diingat bahwa implementasi tidak akan berjalan dengan baik tanpa keterlibatan orang-orang didalamnya. Dalam kegiatan PMT-AS ini yang terlibat hanya Puskesmas dan sekolah-sekolah yang mendapatkan PMT-AS tersebut. Hal ini seperti yang disampaikan oleh bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat sebagai berikut:

“Klo yang terlibat di PMT-AS itu selain seksi perbaikan gizi ya cuma puskesmas dan sekolah yang dapat mbak. Dari sekolah itu ada guru pengelola yang ditunjuk dari sekolah untuk pengukuran status gizi, pelaksanaan sampai pada laporan SPJ. Nah klo yang dari puskesmas, cuma melakukan pemantauan lapangan saja.” (Wawancara, 9 November 2010)

Di sekolah, kegiatan awal yang dilakukan adalah pengukuran status gizi awal dulu seperti pernyataan dari bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat sebagai berikut:

“Mereka juga harus memantau status gizi anak. Mereka sudah diberi materi cara mengukur status gizi anak saat orientasi tadi. Diawal pemberian PMTAS mereka mengukur status gizi anak yaitu dengan mengukur tinggi badan dan berat badan. Kemudian kan ada kartu menuju sehat anak sekolah, kita masukkan disitu menentukan status gizinya apa, gizi kurang atau gizi normal. Disitu mereka tiap bulan diukur sampai akhir pemberian PMTAS kemudian mereka mengukur lagi. Nanti kelihatan perkembangan setelah pemberian 3 bulan PMTAS, berapa persen meningkatnya.” (Wawancara, 9 November 2010)

Diperkuat dari pernyataan ibu Endang Wahyuni selaku guru pengelola dari SD Sabranglor, salah satu SD plus yang mendapatkan PMT-AS sebagai berikut:

“Kita terlibat dalam pengukuran status gizi awal, yang diukur itu berat badan dan tinggi badan. Trus diserahkan ke DKK. Pelaksanaannya pembagian makanan pada siswa sebelum

istirahat karena klo istirahat pasti mereka jajan diluar. Setelah tiga bulan maka pengukuran status gizi akhir untuk melihat perkembangan. Disamping itu juga ada kegiatan pemberian obat cacing dan pengukuran Hemoglobin dari puskesmas pada seluruh siswa.” (Wawancara, 8 Desember 2010)

Kemudian ditambahkan pernyataan dari ibu Muryati, S.Pd selaku guru pengelola dari SD Mipitan, juga salah satu SD plus yang mendapatkan PMT-AS sebagai berikut:

“Untuk penimbangan, kita kemarin kerjasama dengan guru-guru olahraga ya, semua guru terlibat. Itu ditimbang perkelas berat badan ama tinggi badan. Ini adalah langkah awalnya ya. Kemudian pelaksanaannya. Klo tahun-tahun sebelumnya kan menunya bebas tapi tahun 2010 ini khusus diberikan susu sama makanan. Ya pokoknya harus susu gitu lo. Klo tahun dulu itu ada macem-macem, misalnya gado-gado, misalnya apa gitu. Sedangkan sekarang wajib ada susu trus ditambah ada snacknya. Susunya juga itu harus sudah yang kemasan, jadi dari DKK sudah ditentukan produk apa yang harus dipakai dan kudapannya juga karena harus sesuai dengan cakupan protein dan kalorinya, misalnya susu bendera, indomilk, milkuat. Paketnya kan Rp 2.500 ya, misal susu bendera itu kan Rp 1.800an ya jadi sisanya snack. Setelah itu penimbangan rutin tiap bulan setelah pelaksanaan. Hasil penimbangan tersebut kita laporan ke DKK tiap bulannya, kita menyerahkan register hasil gizi.” (Wawancara, 9 Desember 2010)

Jadi, pelaksanaan PMT-AS tahun 2010 ini sudah berbeda dengan tahun sebelumnya. Dimana tahun sebelumnya pemberian lebih kepada makanan seperti gado-gado, soto, dan sebagainya sedangkan tahun 2010 ini lebih ditekankan pada pemberian susu dan kudapan yang disesuaikan Nilai gizi PMT-AS (Energi : 250-300 Kkal dan Protein : 5-10 gram). Berikut adalah contoh daftar menu PMT-AS bulan Maret di SD Mipitan:

Tabel IV.10**Daftar Menu PMT-AS Bulan Maret 2010****Di SD Mipitan Mojosongo Jebres Surakarta**

Menu Ke	Hari / Tanggal	Nama Makanan	Keterangan
1	Senin, 15-03-2010	Susu, Telur Rebus, Dadar gulung	
2	Rabu, 17-03-2010	Susu, Bolu Mandarin	Jumlah Murid = 204
3	Jum,at, 19-03-2010	Susu, Nagasari	
4	Sabtu, 20-03-2010	Susu, Sus Ula	
5	Senin, 22-03-2010	susu, Donat Coklat	
6	Rabu, 24-03-2010	Susu, Bika Ambon	
7	Jum'at, 26-03-2010	Sus, Lemper Ayam	
8	Sabtu, 27-03-2010	Susu, Bolu Gulung	
9	Senin, 29-03-2010	Susu, Kue Lumpur	
10	Selasa, 30-03-2010	Susu, Brownies	
11	Rabu, 31-03-2010	Susu, Roti Pisang	
12	Kamis, 1-04-2010	Susu, Telur Rebus, Mendut	

Sumber: arsip SD Mipitan Mojosongo

Dalam pelaksanaan suatu program haruslah ada pemantauan agar dapat berjalan sesuai dengan yang diharapkan dan apabila ada penyimpangan yang terjadi dalam pelaksanaan maka dapat segera ditangani dan diperbaiki demi tercapainya tujuan. Begitu pula dengan kegiatan PMT-AS ini, selalu ada pemantauan yang dilakukan oleh puskesmas setempat. Hal ini seperti pernyataan dari ibu Tri Hartati

commit to user

selaku koordinator pemantauan oleh Petugas Gizi dari Puskesmas Sibela, sebagai berikut:

“Kegiatan dipuskesmas itu cuma memantau. Ya memantau pelaksanaannya dan di puskesmas juga menerima konsultasi menunya, baiknya dikasih apa. Klo pelaksanaan totalnya itu dari sekolah. Jadi dana itu diterimakan langsung dari dinas tidak melalui puskesmas. Pada pelaksanaannya juga kita melakukan pemantauan yaitu kunjungan lapangan PMTnya itu sudah sesuai belum dari yang dimenu sama yang dikasih, ada kendala enggak, seperti itu. Klo ternyata ada kendala ya kita kasih tahu baiknya bagaimana, ya disesuaikan lagi dengan PMTnya dari kalori dan proteinnya. Jadi puskesmas cuma pengawasan atau pemantauan saja.” (Wawancara, 10 Desember 2010)

Hal yang sama juga diungkapkan oleh ibu Yuni, selaku petugas Gizi dari puskesmas Ngoresan berikut ini:

“Kita ikut dalam menentukan menu juga karena untuk menu PMT itu harus ada kandungan gizi yang sudah ditentukan, misalnya kalori harus kurang lebih 300 kalori dan protein 5-6 gr. Mungkin dari pihak sekolah kan gak tahu apa itu energi, apa itu protein, kita ikut berpartisipasi disitu. Nah klo pemantauannya, kita untuk pemantauan kan punya anggaran dari APBD atau dana lain, nah kita datang ke TK dan SD yang dapat PMT, kan PMT itu tidak tiap hari tapi seminggu 3 kali jadi kita datang memilih hari pas pelaksanaannya jadi kita bisa lihat menu yang disajikan itu, kan kita di awal PMT sudah buat daftar menu, kita mencocokkan sesuai ndak apa yang disajikan dengan daftar menu mereka. Klo tidak sesuai kan pasti ada alasan tersendiri trus yang tidak sesuai itu sudah memenuhi kriteria PMT ndak dari kandungan energi dan proteinnya. Trus kita gali mungkin ada permasalahan atau apa, mungkin 1 atau 2 anak yang tidak mau PMT maka kita carikan solusi.” (Wawancara, 1 Maret 2011)

Pemantauan tidak hanya dilakukan oleh puskesmas saja tetapi juga dari Dinas Kesehatan seperti pernyataan bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat sebagai berikut:

commit to user

“Kemudian setelah itu, kita juga perlu pertemuan bimbingan teknis PMT-AS. Jadi pada 3 bulan itu kita memantau dari petugas dinas dan puskesmas. Kita mencari permasalahan yang terjadi. Jika ada permasalahan saat itu kita bisa memberikan saran. Karena kita tidak bisa bareng mamantau semua sekolah maka kita perlu pertemuan, misalnya pada pertengahan bulan kedua. Kemudian kita membicarakan permasalahan selama kegiatan ini berjalan supaya untuk bulan berikutnya yang belum diambil dapat berjalan lancar. Pertemuan itu membutuhkan konsumsi dan transport mereka kesini kita ganti.” (Wawancara, 9 Desember 2010)

Hal ini dibenarkan oleh ibu Isworo Sutatmi, selaku pengelola di TK Aisyiyah 33 Purwodiningratan:

“Klo pengawasannya paling sebulan dua kali survey kesini pas waktu jadwal makan tapi ya tiba-tiba gitu, sidak lah (inspeksi mendadak) untuk melihat apa betul menu yang diberikan sesuai. Itu dilakukan dari dinas kesehatan kota juga puskesmas yang ditunjuk. Klo dari dinas kesehatan hanya pada saat pemberian PMT saja melakukan survey tapi klo puskesmas itu pas penimbangan juga seminggu sekali kesini.” (Wawancara, 24 Februari 2011)

Dari berbagai pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa kegiatan PMT-AS dilaksanakan untuk dapat meningkatkan status gizi pada anak sekolah sehingga kegiatan belajar anak berjalan normal dan pada akhirnya dapat meningkatkan prestasi belajar anak. Dalam pelaksanaannya, baik dari Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat, sekolah maupun puskesmas, mereka sudah tahu apa itu PMT-AS dan apa peran masing-masing dalam kegiatan ini. Perencanaan dan evaluasi dari Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat, pelaksanaannya dari sekolah yang mendapatkan PMT-AS dan pemantauan dari puskesmas setempat ditambah juga petugas Gizi dari Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat.

b) Anggaran

Program Perbaikan gizi masyarakat ini harus dirinci dalam bentuk anggaran. Anggaran akan mengendalikan pengeluaran-pengeluaran kegiatan tersebut sesuai rencana. Menurut pendapat bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat sebagai berikut:

“Jadi selama ini alhamdulillah dibanding dengan kabupaten kota lainnya di Jawa Tengah, Surakarta itu untuk program perbaikan gizi mendapat prioritas. Klo di kabupaten-kabupaten lain mungkin tidak seperti di Surakarta, komitmen dari pemerintah daerah sendiri kemudian stakeholders yang ada untuk penanggulangan masalah gizi itu sangat tinggi. Jadi dukungan dana walaupun mungkin belum bisa kita bilang optimal dan maksimal semua tetapi itu sudah cukup untuk ukuran kita. Misalnya program itu dibanding program-program yang lain klo pas dananya minim sehingga harus ada pemotongan anggaran tetapi gizi masih tetap di prioritaskan.”
(Wawancara, 9 November 2010)

Pernyataan tersebut diperkuat oleh pernyataan yang disampaikan oleh ibu dr. Erna Harnanie, selaku Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat sebagai berikut:

“Dananya cukup. Malah dulu itu kayaknya tahun 2007 kita merupakan Kota tertinggi se-Jateng yang menganggarkan anggaran gizinya paling tinggi. Anggaran itu direncanakan dari kita. Kita menyusun perencanaan anggaran yang sesuai dengan renstra, setelah itu diajukan. Klo tidak ada perencanaan ya dana tidak turun. Dana direncanakan dari hal yang kecil-kecil sampai yang besar. Jadi pintar-pintarnya kita dalam menyusun anggaran. Tetapi harus diingat bahwa perencanaan anggaran harus sesuai dengan Renstra, berapa pun dana yang direncanakan. Disana kan ada kegiatan-kegiatan. Misalnya pembagian PMT (Pembagian Makanan Tambahan) pada balita gizi kurang, satu anak dapatnya berapa ya dianggarkan berapa per anaknya gitu. Karena gizi kan masuk Renstra jadi dananya di support cukup besar. Sehingga dana selalu terpenuhi sebab

commit to user

itu sudah menjadi komitmen dari Walikota sendiri untuk pemenuhan gizi masyarakat.” (Wawancara, 16 Agustus 2010)

Dari pendapat tersebut dapat dilihat bahwa anggaran program Perbaikan gizi mendapat prioritas dibandingkan dengan program-program lain sehingga dana yang dibutuhkan dalam program tersebut tercukupi. Sedangkan dana tersebut berasal dari APBD Kota, APBD propinsi, APBN, dan beberapa yayasan seperti yang diungkapkan oleh bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat sebagai berikut:

“Sumber dana kita dari APBD kota. Tetapi ada juga ditambah beberapa yayasan. Mereka hanya insidental, mereka pas punya dana, kemudian kegiatan kita itu terkait dengan misi mereka, nah biasanya mereka memberikan bantuan dana. Misalnya kayak Rotari dia mempunyai dana untuk kegiatan sosial, mereka datang ke kita menawarkan apa yang bisa di bantu, seperti kemarin ada kegiatan kita itu bantuan makanan tambahan anak sekolah, kan tidak semua usulan dari puskesmas kita bisa penuhi, nah kekurangan itu akhirnya kita mintakan ke Rotari dan ternyata mereka mau, ya sudah akhirnya jalan. Dana yang dari mereka juga kita tidak mengelolanya, jadi silahkan mereka sendiri yang mengelola, kita punya sasaran dan intervensinya silahkan dikerjakan, karena klo kita yang mengelola dananya nanti pandangan orang luar kita bermain disana, kita enggak ingin itu. Jadi silahkan kita punya sasaran dan kita juga punya permasalahan, klo mau bantu ya silahkan. Yang jelas sampai saat ini kita masih mengandalkan APBD kota, itu andalan peringkat satu. Sebenarnya APBD tingkat propinsi juga ada tapi kan dibagi 35 kabupaten jadi kita tidak terlalu berharap itu bisa mengentaskan permasalahan kita, karena terlalu kecil. Kemudian juga ada APBN, sebenarnya dananya agak lumayan tapi kan seragam di tiap daerah, ada program ini diterapkan dana ini, ya sudah kita hanya mengikuti, biasanya diluar perencanaan kita dan kita tinggal menerima. Jadi penganggaran berasal dari APBD kota, APBD propinsi, APBN dan dari beberapa keterlibatan sosial dunia usaha atau yayasan.” (Wawancara, 9 November 2010)

Sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa dalam pelaksanaan program perbaikan gizi dananya cukup. Dana tersebut diperoleh dari APBD kota, APBD propinsi, APBN dan dari beberapa keterlibatan sosial dunia usaha atau yayasan. Tetapi yang menjadi andalan peringkat satu adalah APBD kota. Hal ini juga yang terjadi di kegiatan PMT-AS, dimana semua dananya berasal dari APBD kota.

Terkait anggaran PMT-AS, bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat mengungkapkan bahwa:

“Kegiatan pemberian tambahan makanan memang didominasi oleh PMT-AS, 36 kali makan per 3 bulan x jumlah anak x Rp 2.500,- per makan. Di tahun 2010 ini kita memiliki sasaran 5.563 anak SD dan TK. Jadi hampir setengah milyar sendiri dipake untuk paket PMT-AS. Dan dananya semua dari APBD kota.” (Wawancara, 9 November 2010)

PMT-AS ini menghabiskan dana Rp 514.670.000,- untuk paket PMT-AS TK dan SD. Sedangkan untuk Kecamatan Jebres sendiri menghabiskan dana Rp 95.740.000,- untuk paket PMT-AS TK dan SD. Untuk lebih jelasnya berikut adalah rincian anggaran dari program PMT-AS di Kecamatan Jebres:

Tabel IV.11

Rincian Anggaran Kegiatan PMT-AS Tahun 2010

No	Keperluan	Rincian	Jumlah
1	Paket PMT-AS (1.036 anak sekolah) a. TK	– 657 anak x 36 kali makan (3 bulan) x Rp 2.500,-	Rp 59.130.000

	b. SD	- 379 anak x 36 kali makan (3 bulan) x Rp 2.500,-	Rp 34.110.000
2	Pemeriksaan status gizi awal dan akhir	60 TK dan SD x 2 kali pemeriksaan x 1 orang x Rp 25.000,-	Rp 3.000.000
3	ATK kegiatan di sekolah		
	a. TK	- 10 TK x Rp 100.000	Rp 1.000.000
	b. SD	- 4 SD x Rp 150.000	Rp 600.000
4	Fotocopy di sekolah		
	c. TK	- 10 TK x Rp 50.000	Rp 500.000
	d. SD	- 4 SD x Rp 100.000	Rp 400.000
Total			Rp 95.740.000

Sumber: Arsip Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat

Dengan rincian dana yang sebesar Rp 95.740.000,- tersebut diatas pada pelaksanaannya ada yang bisa mencukupi tetapi juga ada yang kurang. Berikut merupakan beberapa pernyataan dari sekolah yang cukup dengan dana tersebut. Ibu Endang Wahyuni selaku guru pengelola dari SD Sabranglor, salah satu SD plus yang mendapatkan PMT-AS sebagai berikut:

“Anggarannya cukup kok mbak walaupun pas-pasan karena itu kan sudah paket peranak dapat Rp 2.500 jadi kita melaksanakan sesuai anggaran yang ada. Sebenarnya pihak Dinas juga sudah survey harga dipasaran dalam penentuan anggaran tapi kan harga dipasar juga berubah-ubah, misalnya harga susu sekarang yang mahal padahal menu makanan harus ada susu, nah klo kayak gitu kita yang bingung mengaturnya tapi secara keseluruhan dananya cukup.” (Wawancara, 8 Desember 2010)

Commit to user

Kemudian pernyataan ibu Muryati, S.Pd selaku guru pengelola dari SD Mipitan, juga salah satu SD plus yang mendapatkan PMT-AS sebagai berikut:

“Rp 2.500...., Ya harus dicukup-cukupkan. Kita menyesuaikan dengan anggaran yang ada. Klo susunya Rp 1.800 ya sisanya 800 dibelikan untuk kudapannya, itu juga kan sudah ditentukan ya kayak nogosari, trus donat, kayak gitu ya kita pesan. Kemudian kita bagi perkelasnya, kita serahkan sama gurunya, jadi gurunya yang membagi makanannya sebelum istirahat.” (Wawancara, 9 Desember 2010)

Selanjutnya pernyataan dari ibu Sartini, selaku pengelola di TK Widya Wacana 2 sebagai berikut:

“Saya kira mencukupi ya sebabnya bisa mendapatkan susu dan makanan yang seimbang itu ya kita kayak kiyukkan gitu. Misalnya susunya yang kecil tapi kita tambah dengan telur jadi klop gitu sudah memenuhi. Jadi pintar-pintarnya pihak sekolah dalam mengaturnya.” (Wawancara, 3 Maret 2011)

Sedangkan beberapa sekolah yang kurang dengan dana tersebut karena beberapa alasan seperti susunya yang mahal dan lainnya. Hal ini seperti ungkapan dari ibu G. Tjiptaningrum, selaku pengelola dari TK Indriyasana 3:

“Wah kurang..karena begini dari sananya muridnya itu cuma 51 dikali 2.500 padahal susu sekarang setiap satu kemasan itu 1.800 trus itu klo ada bolu, ada nogosari, makanan snack yang ringan-ringan itu kan paling tidak minimal 1.000. jadi paling tidak kita hitung tiap anak ini 2.800 padahal dapatnya tiap anak itu 2.500 sehingga kita ambilkan uang dari komite sekolah kita. Klo cuma 2.500 kurang dong....hahaha.” (Wawancara, 18 Februari 2011)

Ibu Siti Rustianingsih, selaku pengelola di SD Tegal Harjo No 187 juga mengungkapkan dananya kurang berikut ini:

commit to user

“Ya klo dari balai kota penerimaan memang tidak cukup. Biasanya kita bisa menambahkan klo komite mau menambahkan tapi klo ndak kita cuma bisa menambahkan sedikit. Karena uang dari balai kota memang gak cukup karena per anak 2500, susunya itu harus beli yang kemasan padahal itu mahal sekarang apalagi harus dijadikan dengan makanan ini dan ini yang harus lengkap tidak hanya susu tok. Makanannya misalnya putu ayu, setiap hari juga itu harus ada telurnya baik telur puyuh atau makanan yang didalamnya ada campuran telurnya atau susu. Jadi memang gak cukup uangnya, apalagi kemarin itu kondisinya apa-apa sudah mahal.” (Wawancara, 25 Februari 2011)

Tetapi ada juga yang mengungkapkan bahwa dana tersebut bisa dibilang cukup tetapi juga bisa dibilang tidak cukup. Seperti pernyataan ibu Sugiarti, selaku guru pengelola di TK Pembangunan berikut ini:

“Ya dikatakan cukup ya cukup, dikatakan kurang ya kurang karena sudah ditentukan menunya seperti ini dengan anggaran yang sudah ditentukan juga. Siasatnya ya susunya kan mahal jadi snacknya kita carikan yang murah.” (Wawancara: 22 Februari 2011)

Ibu Siti, selaku guru pengelola dari TK Aisyiyah Jebres II juga mengungkapkan hal yang sama berikut ini:

“Dianggap cukup ya cukup, dianggap tidak cukup ya tidak cukup karena sesudah berjalannya pada bulan awal itu cukup tapi bulan keduanya itu setelah kita dapat pengarahan dari dinas lagi, kan bulan pertama di survey makanan apa yang kita berikan ternyata kejadian disini susunya bermasalah tidak boleh seperti ini harusnya susu “AB” padahal harga susu yang dimaksud dari dinas itu lebih mahal, dengan uang 2.500 ya agak kurang. Tapi pelaksanaan disini kemarin insyaallah cukup karena pinter-pinternya kita mengelola mungkin makanannya yang harganya cari yang agak murah tapi memang pemenuhan kalorinya ada.” (Wawancara, 4 Maret 2011)

Jadi dengan dana paket PMT-AS Rp 2.500,- per anak tersebut dalam pelaksanaan di sekolah ada beragam pendapat mulai yang

cukup, kurang dan juga keduanya. Itu semua tergantung dari sekolah bagaimana mengelola anggaran yang mereka terima. Untuk sekolah yang kurang mereka biasanya menambahkan dari kas sekolah atau uang dari komite. Mereka pada dasarnya sangat senang menerima PMT-AS ini sehingga walaupun dananya kurang mereka tidak keberatan untuk menambahkan dari kas atau uang komite karena itu bersifat sukarelawan seperti pernyataan ibu Anggun Widiasari, selaku guru pengelola dari TK Aisyiyah Guwosari berikut ini:

“Ya cukup gak cukup ya kan susunya harus pack jadi sisa untuk snacknya sedikit sekali. Klo pelaksanaan kemarin kita sedikit nombok ya dari panitia ini rutinitas pemberian makanan sekolah ditambahkan dana dari komite. Tapi alhamdulillah itu tidak memberatkan kami, kita berjalan lancar enak.”
(Wawancara, 28 Februari 2011)

Sedangkan untuk pemantauan dari puskesmas tidak ada anggaran dari Dinas Kesehatan Kota Surakarta, hal ini seperti yang disampaikan oleh ibu Tri Hartati selaku koordinator pemantauan oleh Petugas Gizi dari Puskesmas Sibela, sebagai berikut:

“Pemantauan itu dilakukan oleh petugas gizi ya. Dananya dari puskesmas sendiri. Untuk dana PMT-AS sendiri dananya kita rasa sudah cukup lah mbak. Dana yang ada ya di belanjakan, jadi dicukup-cukupkan.” (Wawancara, 10 Desember 2010)

Maka sudah jelas bahwa anggaran yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta untuk kegiatan PMT-AS ada yang mencukupi dan ada yang tidak mencukupi. Tidak hanya anggaran paket PMT-AS yang diberikan tetapi juga ada anggaran untuk pemeriksaan status gizi awal dan akhir, ATK, dan juga fotocopy di

commit to user

sekolah. Namun untuk anggaran pemantauan dari puskesmas masih menggunakan anggaran dari puskesmas itu sendiri. Hal ini dikarenakan pemantauan status gizi merupakan tugas rutin dari puskesmas dan ini sudah masuk program kerja dari puskesmas itu sendiri.

c) Prosedur

Selanjutnya untuk mengarahkan pada implementasi kegiatan, maka disusun langkah-langkah tertentu untuk memberi pedoman yang disebut prosedur bagi para pegawai dalam melaksanakannya. Berkaitan dengan prosedur yang digunakan haruslah sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang ada. Hal tersebut diungkapkan oleh ibu dr. Erna Harnanie, selaku Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat sebagai berikut:

“Harus sesuai dengan tupoksinya. Disana kan sudah ada tugas masing-masing dan sesuai kompetensinya. Karena pegawai yang kita pakai adalah mereka yang kompeten dibidangnya. Misalnya, untuk petugas Gizi harus minimal D3 Gizi sedangkan Kasinya D4. Jadi memang kompeten dan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya masing-masing.”
(Wawancara, 16 Agustus 2010)

Kemudian bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat menambahkan bahwa:

“Kita memang untuk penanggulangan misalnya masalah gizi buruk kita ada SOP (Standar Operasional Prosedur), PMT-AS kita juga punya SOP. Jadi misalnya kegiatan-kegiatan ini bisa diukur akan dikerjakan berapa menit, berapa orang yang terlibat disana, itu memang bagusya ada standar prosedurnya. Kalau di tingkat kota kan klo penanganan gizi buruk kita hanya sampai pelacakan dan pendampingan tugas tapi untuk actionnya itu dari petugas puskesmas. Mereka mengacu pada

pedoman apa yang kita buat, yang kita pake pedoman-pedoman di SOP itu karena sudah ada bagan alur. klo itu melibatkan beberapa pihak memang kita tidak bisa bekerja sendiri ya biasanya dengan rapat koordinasi ya kita bahas disitu. Kemudian kita juga berkonsultasi ke tingkat propinsi, klo ada permasalahan seperti ini penanganannya seperti apa.” (Wawancara, 9 November 2010)

Pelaksanaan PMT-AS ini sudah sesuai dengan prosedur yang ada. Hal ini sesuai dengan ungkapan ibu dr. Erna Harnanie, selaku Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat sebagai berikut:

“Sudah sesuai. Karena program ini sudah running well. Jadi tidak perlu mikir banget lagi.” (Wawancara, 16 Agustus 2010)

Hal senada juga diungkapkan oleh bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat berikut ini:

“Nah klo ini yang menilai kan dari luar ya. Klo saya sendiri menilai pelaksanaan program ya kita memang mengacu dari pedoman. Jadi prosedur itu kita usahakan untuk dipake jadi tidak keluar dari itu.” (Wawancara, 9 November 2010)

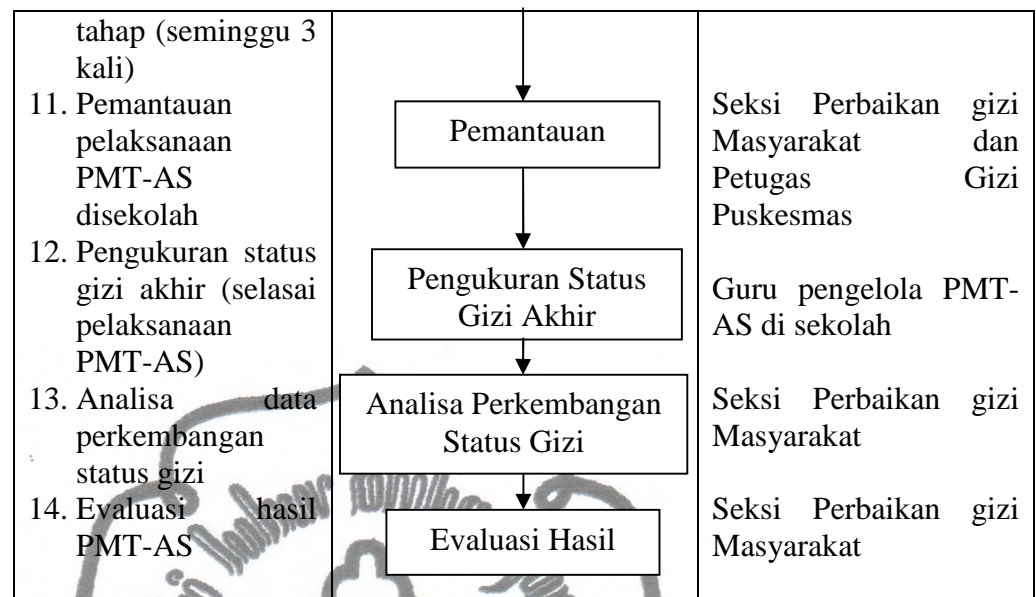
Dari pernyataan diatas dapat lihat bahwa pelaksanaan program Perbaikan Gizi Masyarakat sudah disesuaikan dengan prosedur yang ada yaitu tupoksi dan SOP (Standar Operasional Prosedur). Untuk kegiatan PMT-AS sudah jelas prosedurnya karena telah memiliki SOP sendiri. Berikut adalah alur Standart Operating Prosedure (SOP) PMT-AS:

Tabel IV.12

Standart Operating Prosedure (SOP) Pemberian Tambahan Makanan Anak

Sekolah (PMT-AS) Tahun 2010

Deskripsi	Alur	Pelaksana
1. Pengolahan data usulan sekolah calon lokasi PMT-AS	Usulan Sekolah	Seksi Perbaikan gizi Masyarakat
2. Penentuan lokasi sekolah PMT-AS berdasarkan pada DPA	Penentuan Lokasi	Seksi Perbaikan gizi Masyarakat
3. Sosialisasi PMT-AS bagi sekolah calon penerima PMT-AS	Sosialisasi	Seksi Perbaikan gizi Masyarakat
4. Validasi data jumlah sasaran terbaru dari sekolah lokasi PMT-AS	Validasi	Seksi Perbaikan gizi Masyarakat
5. Penetapan lokasi jumlah sasaran PMT-AS	Penetapan Lokasi	Seksi Perbaikan gizi Masyarakat
6. Orientasi PMT-AS bagi guru pengelola	Orientasi	Seksi Perbaikan gizi Masyarakat
7. Pengukuran status gizi awal (sebelum pelaksanaan PMT-AS)	Pengukuran Status Gizi Awal	Guru pengelola PMT-AS di sekolah
8. Pemberian obat cacing pada sasaran PMT-AS	Pemberian Obat cacing	Guru pengelola PMT-AS di sekolah
9. Distribusi dana PMT-AS dalam 3 tahap	Distribusi Dana	Seksi Perbaikan gizi Masyarakat
10. Pelaksanaan PMT-AS disekolah-sekolah selama 12 kali makan dalam 3	Pelaksanaan PMT-AS	Guru pengelola PMT-AS di sekolah



Sumber: arsip Seksi Perbaikan gizi Masyarakat

Pelaksanaan PMT-AS di sekolah-sekolah sudah dilaksanakan sesuai dengan SOP PMT-AS. Dengan adanya alur SOP PMT-AS yang dijadikan pedoman dalam pelaksanaan diatas akan memudahkan pelaksana dalam menjalankan tugas dan fungsinya masing-masing sehingga pelaksanaan kegiatan berjalan dengan baik. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari ibu Endang Wahyuni selaku guru pengelola dari SD Sabranglor, salah satu SD plus yang mendapatkan PMT-AS sebagai berikut:

“Pembagian tugas sudah jelas kok, pelaksanaannya juga sudah disesuaikan dengan prosedur yang ada. Makanya dalam pelaksanaannya lancar-lancar aja.” (Wawancara, 8 Desember 2010)

Diperkuat dengan pernyataan dari ibu Muryati, S.Pd selaku guru pengelola dari SD Mipitan, juga salah satu SD plus yang mendapatkan PMT-AS sebagai berikut:

commit to user

“Ya kita sudah mengikuti alur SOP tersebut. Apa yang diarahkan dari DKK ya kita ikuti saja.” (Wawancara, 9 Desember 2010)

Sedangkan untuk pemantauan itu tidak ada jadwal khusus, makanya mereka memantau jika mendapat perintah dari Dinas Kesehatan Kota Surakarta yang juga ikut dalam rombongan pemantauan lapangan tersebut, seperti pernyataan dari ibu Tri Hartati selaku koordinator pemantauan oleh Petugas Gizi dari Puskesmas Sibela, sebagai berikut:

“Klo dipuskesmas kan cuma pelaksana ya, disini ya istilahnya manut Dinas. Misalnya dipuskesmas mengusulkan apa gitu ya nanti setelah itu yang menentukan kan Dinas ya mbak ya. Setelah itu klo ada apa-apa paling dari puskesmas cuma dapat surat, klo ada yang dapat PMT kita cuma memantau pelaksanaannya itu tadi.” (Wawancara, 10 Desember 2010)

Jadi, baik Dinas, puskesmas maupun sekolah sudah melaksanakan PMT-AS sesuai dengan SOP yang telah dibuat oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta tersebut.

Kemudian untuk paket PMT-AS sendiri, Dinas Kesehatan Kota Surakarta juga memiliki aturan sendiri. Makanan dan susu yang diberikan harus mengandung Nilai gizi PMT-AS Tahun 2010 yaitu Energi : 250-300 Kkal dan Protein : 5-10 gram. Kemudian total volume kegiatan pada setiap anak adalah 36 kali makan dengan anggaran Rp 2500,- per anak per kali makan dan menu berupa susu dan kudapan. Pihak sekolah dalam melaksanakan paket PMT-AS sesuai dengan aturan tersebut. Hal ini seperti yang disampaikan ibu Harini, selaku guru pengelola di TK Islam Bakti XVIII berikut ini:

“Udah sesuai dengan aturan itu. Menunya sudah sesuai jadi saya tidak mengurangi menunya dari Dinas Kesehatan. Kan sudah di program menunya selama 1 bulan itu apa aja dan nanti tinggal tergantung harinya apa. Kemarin itu dananya agak telat ya mbak tapi kita tetap jalan terus nanti kan dananya di ganti setelah dapat dari dinas kesehatan gitu.” (Wawancara, 19 Februari 2011)

Diperkuat pernyataan bapak Agus Ardiyanto, selaku pengelola dari TK Islam Al-Masyhuri:

“Iya sudah. Saya usahakan itu, bahkan dari ketiga macam kue itu kalorinya sudah saya sesuaikan. Misalkan makanan berbentuk kue, kalorinya sekian, mengandung ini sekian, menyesuaikan dengan susunya klo besar makanannya yang kecil tapi klo susunya kecil makanannya yang banyak, pokoknya mengandung bahan-bahan yang menunjang kenaikan gizi anak. Karena dari balai kota itu kan sudah diberi susunan penggunaan kalori jadi saya menyesuaikan itu. Sudah jelas prosedurnya kayak apa.” (Wawancara, 5 Maret 2011)

Jadi, pihak sekolah dalam pelaksanaannya sudah memberikan paket PMT-AS yang sesuai dengan aturan nilai gizi PMT-AS tahun 2010 dan juga total volume kegiatan PMT-AS tahun 2010.

2) Pelaksanaan Fungsi-fungsi Manajemen lainnya

Secara umum didalam proses manajemen strategis secara keseluruhan mencakup aktivitas yang berorientasi pada tindakan untuk implementasi strategi. Pengimplementasian rencana tidak lepas dari fungsi manajemen yang ada dalam organisasi tersebut, karena kesuksesan sebuah strategi tergantung pada struktur organisai, alokasi sumber daya, sumber dana, dan lain sebagainya. Berikut adalah uraian dari fungsi manajemen dalam program Perbaikan Gizi Masyarakat:

a) Pengorganisasian (organizing)

Dalam pelaksanaan program perlu adanya suatu pengorganisasian. Pengorganisasian dimaksudkan sebagai proses membagi tugas, mendelegasikan otoritas, dan menetapkan aktivitas yang hendak dilakukan oleh atasan pada seluruh hierarki organisasi. Oleh karena itu, pengorganisasian diperlukan untuk mempermudah dalam pelaksanaan program yang telah dirumuskan sebelumnya dalam Rencana Strategis. Sehubungan dengan pengorganisasian, ibu dr. Erna Harnanie, selaku Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat menyatakan sebagai berikut:

“Dari perencanaan kita melibatkan semuanya. Begitu juga dengan implementasi dan evaluasi. Kita membuat perencanaan kemudian pelaksanaan dan dimonitor baru kemudian dievaluasi. Karena kita bukan pelaksana jadi kita selalu melibatkan puskesmas dan juga ada lintas sektoral dalam pelaksanaannya. Jadi selain prinsip-prinsip organisasi tadi juga mengadakan jejaring dengan lintas program dan lintas sektoral dalam pelaksanaannya.” (Wawancara, 16 Agustus 2010)

Kemudian bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat mengungkapkan sebagai berikut:

“Pengorganisasian ini selain seksi perbaikan gizi masyarakat kita juga melibatkan beberapa lintas sektor. Untuk PMT-AS kita melibatkan puskesmas dan sekolah baik TK maupun SD. Kita hanya memantau dan mengevaluasi kegiatan PMT-AS sedangkan pelaksana teknisnya mutlak dilakukan oleh sekolah yang didampingi oleh puskesmas setempat.” (Wawancara, 9 November 2010)

Hal yang paling utama didalam mengorganisasi berbagai aktivitas dan sumber daya yang ada dalam organisasi adalah struktur organisasi. Berkaitan dengan struktur organisasi, bapak Agus Subagyo,

S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat menerangkan sebagai berikut:

“Klo struktur organisasi PMT-AS kita biasanya menggunakan SK (Surat Keputusan Kepala Dinas yang didalamnya sudah diatur penerima PMT-AS tahun ini adalah SD ini-ini dengan jumlah murid sekian-sekian dan ini tidak bisa dirubah.” (Wawancara, 9 November 2010)

Kemudian ditambahkan oleh ibu dr. Erna Harnanie, selaku Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat sebagai berikut:

“Semuanya dikoordinir bidang Bina Kesehatan Masyarakat karena sektor gizi ini termasuk salah satu seksi di dalam bidang Bina Kesehatan Masyarakat. Kan bidang BinKesMas seksinya ada tiga, selain seksi perbaikan gizi masyarakat juga ada seksi kesehatan ibu anak dan KB serta seksi kesehatan remaja dan lansia. Disini kan ada kepala dinas yang membawahi bidang kemudian kasi, dan seterusnya. Pokoknya sesuai dengan struktur organisasi.” (Wawancara, 16 Agustus 2010)

Dapat disimpulkan bahwa dalam pelaksanaan kegiatan PMT-AS yang ada di program Perbaikan Gizi Masyarakat dibantu berbagai pihak diluar Dinas Kesehatan. Untuk pengorganisasian Tim menggunakan SK Kepala Dinas yang didalamnya telah mencakup sekolah yang dapat PMT-AS. Sedangkan untuk intern organisasi menggunakan struktur organisasi yang ada di Dinas. Setiap kegiatan Perbaikan Gizi Masyarakat yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta pemegang kebijakan dan penanggung jawabnya adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Kemudian wewenang untuk melaksanakan kegiatan Perbaikan Gizi Masyarakat tersebut kemudian diserahkan kepada Bidang Bina Kesehatan Masyarakat yang kemudian

commit to user

meneruskan wewenang tersebut kepada bawahannya yaitu Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat untuk mengadakan kegiatan perbaikan gizi. Begitu juga untuk kegiatan PMT-AS, wewenang pelaksanaannya oleh Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat yang dibantu oleh sekolah-sekolah yang mendapatkan PMT-AS dan Puskesmas setempat. Kemudian untuk pelaksanaan PMT-AS dilapangan dibentuk tim yaitu Guru pengelola PMT-AS di sekolah dan pengawasan dari petugas gizi puskesmas.

Kemudian mengenai pembagian tugas dan tanggung jawab pelaksana kegiatan disekolah ditentukan sendiri oleh sekolah masing-masing. Pihak Dinas tidak ikut campur dalam hal tersebut karena itu merupakan kewenangan dari sekolah. Sehingga tiap sekolah memiliki cara sendiri dalam pembagian tugas disekolah masing-masing. Ibu Sri Muji, selaku guru pengelola di TK Aisyiyah II Kampungsewu berikut ini:

“Saya serahkan semua pelaksanaannya ke komite. Saya kepala sekolah yang mengambil uang di balai kota kemudian saya serahkan ke bendahara. Dari bendahara diserahkan ke ketua komite. Tapi yang buat laporan saya, penimbangan juga saya dan guru-guru. Komite itu cuma bagian gizinya saja.”
(Wawancara, 22 Februari 2011)

Berbeda lagi dengan ibu Siti Supartiningsih, selaku guru pengelola dari TK MTA II berikut ini:

“Dari sekolah tidak meninggalkan komite. Kemudian komite diberi tahu klo kita dapat PMT dari dinas kesehatan. Dan sebisa mungkin kita juga tidak meninggalkan orang tua murid. Wali murid juga dikasih tahu sehingga waktu pemberian PMT anak-anak tidak usah dikasih uang jajan lebih karena klo gak gitu

mereka gak mau makan PMTnya malah jajan. Jadi, komite dan wali murid itu cuma mengetahui sedangkan pelaksanaannya tetap guru-guru.” (Wawancara, 4 Maret 2011)

Selanjutnya ada juga yang dikerjakan bergantian antara komite dan guru seperti pernyataan dari ibu Isworo Sutatmi, selaku guru pengelola di TK Aisyiyah 33 Purwodingratan:

“Pelaksanaannya pokoknya seminggu itu kan 3 kali tiap anak 2.500. Trus uang itu saya serahkan giliran mbak, ke komite minggu pertama dan kedua untuk selanjutnya guru atau pengurus. Menunya sudah saya beri, sebelumnya saya program dulu menunya satu bulan itu ini jadi tinggal membelanjakan. Pemberiannya itu pas istirahat, anak-anak disuruh cuci tangan trus doa makan dan makan.” (Wawancara, 24 Februari 2011)

Ada juga sekolah yang membuat panitia khusus untuk melaksanakan PMT-AS tersebut seperti pernyataan bapak Khoeron, selaku pengelola PMT-AS di SD Muhammadiyah 8 Jagalan berikut ini:

“Pembagian tugas disekolah itu kita bentuk panitia. Penanggungjawabnya komite juga ada kepala sekolah. Kemudian ada kepala pengelolanya, ada yang ngurus konsumsi, bendahara, penimbangan, dan seterusnya.” (Wawancara 24 Februari 2011)

Sedangkan pembagian tugas dari puskesmas sudah tidak perlu lagi karena dari puskesmas sudah ada petugas gizi atau pembina wilayah yang tugasnya memang memantau perkembangan gizi di wilayahnya seperti pernyataan dari ibu Yuni, selaku petugas gizi dari puskesmas Ngoresan:

“Yang melakukan pemantauan itu bisa dari petugas gizi sendiri bisa juga Pembina wilayah. Kita kan satu puskesmas itu satu tim ya jadi kita kerjasama karena kita gak bisa jalan sendiri.” (Wawancara, 1 Maret 2011)

b) Pelaksanaan (actuating)

Setelah melakukan pengorganisasian terhadap orang-orang yang terlibat didalamnya maka yang dilakukan selanjutnya dalam organisasi adalah pelaksanaan (*actuating*). Pelaksanaan harus sesuai tupoksi masing-masing. Hal tersebut juga dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta berdasarkan ungkapan ibu dr. Erna Harnanie, selaku Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat berikut ini:

“Sesuai tupoksi. Mereka sudah mengerti tugas dari masing-masing. Mereka tidak perlu disuruh lagi karena sudah ada tupoksi masing-masing jadi mereka sudah tahu bagaimana harus bekerja.” (Wawancara, 16 Agustus 2010)

Hal ini diperjelas lagi oleh bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat sebagai berikut:

“Pegawai dalam melaksanakan PMT-AS kita memang ada pembagian tugas kemudian kita bekerja bersama, jadi semuanya sudah jelas tugas masing-masing. Sedangkan klo staf pegawai-pegawai di perbaikan gizi ini sendiri, saya sudah membagi habis semua kegiatan tupoksi yang ada di program perbaikan gizi, saya bagi rata agar semua masing-masing sudah mempunyai tanggung jawab. Klo pembagian tugas berdasarkan tupoksi sudah ada di Peraturan Walikota, disana sudah ada tugas pokok dan fungsi (tupoksi) dari seksi perbaikan gizi. Kemudian tupoksi seksi perbaikan gizi tersebut yang bertanggungjawab adalah kepala seksi kemudian dibantu oleh staf-staf. Kita membagi staf itu tidak ada aturan khusus yang ini harus bekerja ini jadi staf itu jumlahnya tidak pasti, kadang klo di puskesmas membutuhkan petugas gizi ya petugas gizi kita ditarik kesana sehingga staf kita jadi lebih sedikit cuma 2 atau 1 jadi kan membuat volume kerja kita lebih tinggi. Tapi klo staf kita agak banyak, tahun ini kita memiliki 3 petugas Gizi dan administrasi, nah itu yang harus saya bagi rata tugas mereka.” (Wawancara, 9 November 2010)

Jadi selain tupoksi, didalam seksi Perbaikan Gizi Masyarakat juga ada pembagian kerja untuk semua program yang ada dari Kepala seksi Perbaikan Gizi Masyarakat kepada semua pegawai yang ada di seksi tersebut sehingga semua pegawainya mempunyai tugas dan tanggungjawab masing-masing.

Dalam pelaksanaan (*actuating*) terdapat berbagai kegiatan. Kegiatan tersebut adalah pengarahan, bimbingan dan informasi termasuk didalamnya koordinasi. Untuk pengarahan dan bimbingan, menurut pernyataan ibu dr. Erna Harnanie, selaku Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat berikut ini:

“Dengan briefing. Saat briefing itulah disampaikan apa yang harus dilakukan dan memberikan arahan dalam bekerja.”
(Wawancara, 16 Agustus 2010)

Hal senada juga diungkapkan bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat sebagai berikut:

“Klo ditingkat Dinas kita tiap minggu tepatnya hari selasa kita ada briefing kepala dinas ke bidang dan seksi tapi klo kepala seksi ke staf itu insidental jadi tidak setiap minggu kita briefing. Sedangkan PMT-AS itu kita rutin tiap akhir bulan pemberian PMT selama 3 bulan berturut-turut kita ada pertemuan semua pengelola sekolah dan puskesmas untuk pelaporan status gizinya dan disana juga kita menggerakkan mereka untuk melakukan ini dan itu untuk bulan selanjutnya. Jika ada kesalahan dalam pelaksanaan juga kita membenarkan harusnya seperti ini. Tetapi klo untuk pengarahan dan bimbingan PMT-AS itu sudah disampaikan pada awal PMT-AS tepatnya saat orientasi PMT-AS tentang apa to PMT-AS, menunya bagaimana, cara penyelenggaraannya seperti apa, dan administrasi untuk bagaimana pelaporannya karena pengelola disini harus menyusun menu, membelanjakan, kemudian membuat pertanggungjawaban laporan penggunaan dana tadi.”
(Wawancara, 9 November 2010)

commit to user

Pernyataan diatas dibenarkan oleh ibu Endang Wahyuni selaku guru pengelola dari SD Sabranglor, salah satu SD plus yang mendapatkan PMT-AS sebagai berikut:

“Pengarahan dan bimbingan diberikan pada saat rapat awal. Kan kepala sekolah dipanggil ke Dinas untuk penjelasan program tersebut. Kemudian kepala sekolah mengkomunikasikan kepada guru pengelola yang ditunjuk.” (Wawancara, 8 November 2010)

Dari pernyataan diatas dapat disimpulkan bahwa pengarahan dan bimbingan dalam internal Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan briefing rutin setiap hari selasa sedangkan untuk PMT-AS dilakukan pada awal pemberian PMT-AS kemudian rutin pertemuan tiap akhir bulan setelah PMT-AS.

Selain pengarahan dan bimbingan agar pelaksanaan program berjalan dengan baik perlu adanya pengembangan komunikasi secara efektif dan efisien. Komunikasi ini penting dalam pengembangan jaringan kerja baik kedalam maupun keluar sehingga berpengaruh pada kinerja organisasi. Komunikasi di Dinas ini disampaikan pada saat briefing dan rapat juga. Mengenai komunikasi, ibu dr. Erna Harnanie, selaku Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat berikut ini:

“Untuk komunikasi efektif juga dilakukan pada saat briefing dan rapat-rapat yang diadakan secara rutin.” (Wawancara, 16 Agustus 2010)

Hal serupa juga diungkapkan oleh bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat sebagai berikut:

“Nah untuk komunikasi, klo ada informasi baru ya kita sampaikan ke mereka lewat briefing-briefing dan rapat

koordinasi baik di tingkat Dinas maupun untuk PMT-AS dalam rapat tiap bulannya.” (Wawancara, 9 November 2010)

Koordinasi pelaksanaan program juga dilakukan dalam rapat koordinasi. Hal ini sesuai ungkapan ibu dr. Erna Harnanie, selaku Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat berikut ini:

“Koordinasi dilakukan dalam rapat-rapat koordinasi baik lintas program maupun lintas program maupun lintas sektor.” (Wawancara, 16 Agustus 2010)

Ditambah oleh bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat sebagai berikut:

“Jadi koordinasi yang kita lakukan itu kembali ke aturan birokrasi, jadi kita koordinasi ke samping itu dengan seksi-seksi yang terkait laporan ke atasan yaitu ke kepala bidang dan kepala dinas kemudian perintah ke bawah yaitu staf. Ya jadi koordinasinya kita seperti itu perintah ke bawah, koordinasi ke samping, dan lapor ke atas. Sedangkan untuk PMT-AS kita melibatkan puskesmas dalam mengkoordinasi. Biasanya setiap ada sesuatu kita menghubungi puskesmas dulu untuk diteruskan ke sekolah-sekolah.” (Wawancara, 9 November 2010)

Pernyataan tersebut dibenarkan oleh ibu Anggun Widiasari, selaku guru pengelola dari TK Aisyiyah Guwosari berikut ini:

“Oh iya pake undangan dari puskesmas kesini. Minimal satu hari sebelum berangkat sudah sampai disini undangannya. Mungkin klo dilihat dari penyampaian dan pelaksanaan memang terkoordinir bagus. Klo saya melihat disana ya...semua orang-orangnya bekerja jadi saya manilainya koordinasinya bagus.” (Wawancara, 28 Februari 2011)

Ibu Endang Wahyuni selaku guru pengelola dari SD Sabranglor, salah satu SD plus yang mendapatkan PMT-AS melengkapinya dengan pernyataan sebagai berikut:

commit to user

“Informasi kita dapatkan dari surat Dinas yang diberikan lewat puskesmas. Jadi puskesmas yang memberikan surat ke sekolah baru kemudian kita ke DKK untuk menerima informasi itu. Ya itu, koordinasinya dari DKK ke puskesmas baru ke sekolah.” (Wawancara, 9 November 2010)

Ibu Wati, selaku Petugas Gizi di Puskesmas Pucangsawit juga menyatakan hal serupa bahwa:

“Koordinasinya dari dinas kesehatan ke puskesmas kemudian dari puskesmas diteruskan ke sekolah. Jadi klo ada apa-apa yang di hubungi ya puskesmas, misalnya dananya sudah turun, dan lainnya.” (Wawancara, 26 Februari 2011)

Jadi dapat disimpulkan bahwa koordinasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta merupakan koordinasi yang bentuknya adalah koordinasi kesamping (horizontal) juga koordinasi keatas dan bawah (vertikal). Koordinasi vertikal dan koordinasi horisontal ini dilakukan secara lintas program yaitu pengkoordinasian pada bidang-bidang Dinas Kesehatan Kota Surakarta yang terlibat dalam kegiatan PMT-AS ini atau dengan kata lain koordinasi yang sifatnya internal. Selain koordinasi lintas program tadi, koordinasi juga dilakukan secara lintas sektoral, yaitu koordinasi yang dilakukan antara Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan pihak lain yang terlibat dalam kegiatan PMT-AS yaitu sekolah dan puskesmas atau dengan kata lain koordinasi yang sifatnya eksternal. Hal ini juga terjadi pada kegiatan PMT-AS. Untuk koordinasi internal, Bidang Bina Masyarakat melakukan rapat rutin perminggunya. Sedangkan untuk eksternal dengan pihak puskesmas dan sekolah juga mengadakan rapat tiap bulannya untuk memberikan *commit to user* pengarahan dan bimbingan yang

dilakukan pada pertama kali rapat, kemudian juga memberikan informasi yang diperlukan dan juga koordinasi pada semua rapat yang diselenggarakan tiap bulannya.

d. Evaluasi dan Pengendalian Strategi

Kegiatan evaluasi dan pengendalian dilakukan untuk mengetahui bagaimana capaian kegiatan yang telah dilakukan dan bagaimana kinerja organisasi dalam pelaksanaan kegiatan PMT-AS tahun 2010 itu. Mengenai evaluasi dan pengendalian yang berupa pemantauan, bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat menyatakan sebagai berikut:

“Jadi pada 3 bulan itu kita memantau dari petugas dinas dan puskesmas. Kita mencari permasalahan yang terjadi. Jika ada permasalahan saat itu kita bisa memberikan saran. Karena kita tidak bisa bareng mamantau semua sekolah maka kita perlu pertemuan, misalnya pada pertengahan bulan kedua. Kemudian kita membicarakan permasalahan selama kegiatan ini berjalan supaya untuk bulan berikutnya yang belum diambil dapat berjalan lancar.” (Wawancara, 9 November 2010)

Jadi, evaluasi yang dilakukan dinas ada dua macam yaitu evaluasi langsung yaitu evaluasi saat melakukan pemantauan langsung dilapangan baik oleh petugas gizi dinas maupun puskesmas. Jika pada saat ada permasalahan saat pemantauan tersebut maka diberikan saran sebaiknya bagaimana. Kemudian yang kedua adalah evaluasi pelaksanaan bulanan dari bulan Maret, April dan Mei berupa pengumpulan laporan Status gizi dan SPJ. Hal ini dilakukan karena banyaknya sekolah yang mendapatkan PMT-AS sehingga dinas tidak dapat memantau *commit to user* semua sekolah secara berbarengan. Kemudian

melakukan pertemuan evaluasi untuk melihat apakah ada kendala atau tidak supaya pada pelaksanaan bulan berikutnya dapat berjalan lancar.

Setelah pelaksanaan selama tiga bulan, dinas kembali mengadakan rapat evaluasi akhir pada bulan juni untuk melihat pencapaian target dari masing-masing sekolah sekaligus penyampaian usul-usul untuk pelaksanaan PMT-AS tahun berikutnya. Hal ini seperti yang disampaikan oleh bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat berikut:

“Kemudian setelah selesai selama 3 bulan maka kita rapat evaluasi yang membahas perkembangan status gizi. Diawal pemberian PMT-AS guru pengelola mengukur status gizi anak yaitu dengan mengukur tinggi badan dan berat badan. Kemudian kan ada kartu menuju sehat anak sekolah, di masukkan disitu untuk menentukan status gizinya apa, gizi kurang atau gizi normal. Disitu mereka tiap bulan diukur sampai akhir pemberian PMT-AS kemudian mereka mengukur lagi. Nanti kelihatan perkembangan setelah pemberian 3 bulan PMT-AS, berapa persen meningkatnya. Itu semua dilaporkan ke Dinas Kesehatan. Kemudian setelah selesai kita rapat evaluasi yang membahas perkembangan status gizi. Kemudian apa saja yang menonjol dari kegiatan-kegiatan tadi disekolah, mereka bisa menyampaikannya disini. Kemudian usulan-usulan untuk tahun-tahun berikutnya apa. Kan ini tidak mutlak harus seperti ini tetapi bisa berubah pemberiannya sesuai dengan kondisi yang ada.” (Wawancara, 9 November 2010)

Pernyataan yang sama oleh ibu Muryati, S.Pd selaku guru pengelola dari SD Mipitan, salah satu SD plus yang mendapatkan PMT-AS sebagai berikut:

“Itu dilihat dari register status gizi ya. Setelah pelaksanaan ini ada peningkatan ndak. Oh ini yang kurang gizi pada saat pertama itu penimbangan berat badannya dibawah rata-rata berarti masuk gizi kurang, yang tengah gizi baik, dan yang tinggi termasuk gizi lebih. Kemudian dibandingkan dengan penimbangan terakhir. Nanti disitu kan kelihatan perkembangannya. Kemudian kita serahkan ke DKK, setelah itu ada pertemuan evaluasi.” (Wawancara, 9 Desember 2010)

Ibu G. Tjiptaningrum, selaku guru pengelola dari TK Indriyasana 3 menambahkan bahwa:

“Evaluasinya ya itu kita dari puskesmas hanya dilihat hasil laporannya. Klo dinas kesehatan pas terakhirnya saja tapi klo staf gizi dari puskesmas sering datang kesini memantau langsung pelaksanaannya. Laporannya langsung ke dinas kesehatan setiap bulannya. Setelah terkumpul kemarin terakhir dibulan juni itu kumpul ada pemaparan-pemaparan hasilnya secara keseluruhan dari TK dan SD untuk dievaluasi bersama. Jadi kelihatan hasil dari TK dan SD itu ternyata banyak yang memuaskan.” (Wawancara, 18 Februari 2011)

Pernyataan diatas dibenarkan oleh ibu Anggun Widiasari, selaku guru pengelola dari TK Aisyiyah Guwosari berikut ini:

“Pelaksanaan kan maret, april, mei, jadi juni itu evaluasi akhir dikumpulkan. Dari situ kita melihat evaluasi dari seluruh sekolah dari bulan maret sampai mei peningkatan persentasenya.” (Wawancara, 28 Februari 2011)

Jadi jelas bahwa selama pelaksanaan 3 bulan itu selalu ada rapat evaluasi tiap bulan dan evaluasi akhir dan juga adanya pengawasan oleh dinas dan puskesmas. Kemudian untuk laporan dari sekolah langsung diserahkan ke Dinas tidak melalui puskesmas lagi, tetapi pihak puskesmas tetap meminta rekap status gizi untuk data puskesmas sendiri seperti pernyataan dari ibu Wati, selaku petugas gizi dari puskesmas Pucangsawit berikut ini:

“Pelaporannya langsung dari sekolah ke dinas, puskesmas minta copyannya. Kan setiap bulan harus ada pengukuran dari sebelum sampai sesudah PMT. Puskesmas cuma mendampingi dan data penimbangan itu saya rekap untuk arsip pribadi puskesmas untuk analisa kenaikan berapa persennya.” (Wawancara, 26 Februari 2011)

Tetapi puskesmas juga bisa membantu sekolah dalam menentukan status gizi dan merekap datanya apabila guru pengelola di sekolah tersebut tidak bisa menentukan status gizinya walaupun sudah dapat pengarahan dari

commit to user

Dinas Kesehatan seperti yang diungkapkan oleh ibu Anik, selaku petugas gizi di puskesmas Purwodiningratan:

“Pelaporan hasil timbangan itu dilaporkan ke puskesmas dulu, kita tembusan biasanya mbak. Klo ndak puskesmas yang merekap data status gizinya, soalnya kan dari sekolah cuma tahu berat badan sama tinggi badan sedangkan yang tahu status gizi kan puskesmas. Untuk SPJ anggaran laporannya langsung ke dinas. Klo hasilnya juga itu juga langsung ke dinas tapi ada beberapa yang konsultasi tentang status gizinya ke puskesmas dulu baru dilaporkan ke dinas. Puskesmas sendiri tidak lapor ke dinas, paling cuma minta salinan data dari sekolah jadi kita punya rekap data sendiri.” (Wawancara, 24 Februari 2011)

Pernyataan diatas juga dibenarkan oleh pernyataan ibu Isworo Sutatmi, selaku guru pengelola di TK Aisyiyah 33 Purwodiningratan berikut ini:

“Laporannya langsung ke dinas, puskesmas tidak. Puskesmas itu hanya ngajari laporannya gimana. Tapi untuk penimbangan dan pengukuran itu memang saya bekerja sama dengan puskesmas, dan itu harus mbak, saya itu kan ndak sempat ngitung-ngitung seperti ini jadi saya serahkan puskesmas untuk menentukan kurus, normal dan gemuknya. Setelah puskesmas selesai menghitung dan merekap data langsung saya susun untuk laporan ke dinas.” (Wawancara, 24 Februari 2011)

Dari pernyataan diatas jelas bahwa evaluasi kegiatan PMT-AS dimulai dari pengukuran status gizi anak yang dilaporkan perbulan. Kemudian dibicarakan dalam rapat evaluasi bersama. Apabila belum mencapai target maka Dinas menerima usulan-usulan perbaikan untuk kegiatan dibulan berikutnya dari pengelola. Setelah mendapat rencana yang lebih baik maka pada pembagian PMT-AS berikutnya dilakukan perbaikan guna tercapainya target yang telah ditentukan.

Evaluasi yang dilakukan juga seharusnya berjalan sesuai dengan Rencana Strategis yang ditetapkan sebelumnya. Begitu juga program

commit to user

Perbaikan Gizi Masyarakat ini, menurut ibu dr. Erna Harnanie, selaku Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat mengungkapkan bahwa:

“Ya harusnya sesuai dengan rencana tapi klo enggak mereka biasanya konsultasi dulu pada atasannya jadi klo ada yang tidak sesuai ya di konsultasikan dan dicarikan solusinya. Tetapi sejauh ini sudah sesuai dengan renstra karena PMT-AS ini kan sudah *running well*, sudah tidak ada kesulitan apa-apa.” (Wawancara, 16 Agustus 2010)

Dari tahun 2006 sampai dengan tahun 2010 ini, kegiatan PMT-AS dilaksanakan untuk menjawab isu strategis yang berkembang dimasyarakat. Hal ini sesuai dengan bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat sebagai berikut:

“Selama ini program-program yang kita buat memang tujuannya untuk menjawab isu strategis. Klo memang ada hal yang baru, nah itu diluar perkiraan kita. Tapi selama ini semua isu yang keluar saat kita membuat Renstra, nah itu yang ada programnya. Begitu juga PMT-AS, kegiatan ini muncul untuk mengatasi isu adanya prosentase gizi kurang pada anak sekolah.” (Wawancara, 9 November 2010)

Pernyataan tersebut diperkuat oleh pernyataan yang disampaikan oleh ibu dr. Erna Harnanie, selaku Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat sebagai berikut:

“Iya. Hal ini dibuktikan dengan sekarang sudah jarang yang mengalami kurang gizi lagi di Surakarta. Itu berarti kan sudah menjawab isu strategis berupa masalah gizi kurang di Surakarta” (Wawancara, 16 Agustus 2010)

Terjawabnya isu strategis diatas dibuktikan dengan tercapainya target dari program Perbaikan Gizi Masyarakat. ibu dr. Erna Harnanie, selaku Kepala Bidang Bina Kesehatan Masyarakat mengungkapkan sebagai berikut:

“Rata-rata sudah tercapai. Apalagi untuk PMT-AS sudah mencapai target yang kita buat. Hal ini dipicu oleh kurangnya kesadaran orang tua untuk berperilaku sehat. Apalagi ada budaya makan makanan instan untuk anak-anak yang banyak dijual di masyarakat kita.

Mereka juga malas untuk menimbang di posyandu. Tapi sebagian besar sudah sadar gizi.” (Wawancara, 16 Agustus 2010)

Kemudian bapak Agus Subagyo, S.SiT, selaku Kepala Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat menambahkan sebagai berikut:

“Untuk PMT-AS alhamdulillah sudah secara keseluruhan dengan melihat prosentase status gizi dari sebelum PMT dan sesudah PMT. Dilihat dari timbangan dan absensi siswa yang meningkat dari sebelum adanya PMT-AS. Tetapi untuk per sekolah masih ada beberapa sekolah yang prosentase status gizinya masih tsagnan. Karena kita tahun 2010 itu tidak ada target secara kuantitatif berapa persen gitu, target kita ya prosentase status gizi anak naik saja. Sebenarnya sekolah yang prosentase gizinya stagnan itu ada peningkatan berat badan tapi sedikit mungkin 0,5 kg atau 1 kg.., pas di hitung berat badan dan tinggi badan di KMS anak sekolah status gizinya tetap, klo kurus tetap kurus, klo normal ya tetap normal. Jadi ketika dihitung prosentase status gizinya ya tetap stagnan.” (Wawancara, 9 November 2010)

Hal ini dibenarkan oleh ibu Yuni, selaku petugas gizi di puskesmas Ngoresan:

“Insyaallah sudah mencapai target. Soalnya kemarin ada pertemuan evaluasi juga dari sekolah yang dapat PMT semua diundang juga masing-masing Pembina dari puskesmas diundang. Disitu memang ada hasil yang lebih baik kurang lebih sekitar 70%. Mungkin memang ada lah 1 atau 2 TK yang wajarlah klo anak-anak tidak mau menerima PMT trus berat badannya naiknya gak signifikan.” (Wawancara, 1 Maret 2011)

Kemudian ibu Wati selaku petugas gizi dari puskesmas Pucangsawit menambahkan:

“Klo yang dapat sasaran PMT-AS itu ya insyaAllah ada peningkatan terutama berat badannya dan motivator belajarnya ketika kita mendampingi atau mengunjungi ya gurunya cerita semenjak ada PMT anak jadi seregep, dilihat dari kehadirannya itu 90 sampai 100%.” (Wawancara, 26 Februari 2011)

Dari pihak sekolah sebagai pelaksana PMT-AS juga membenarkan pernyataan-pernyataan diatas seperti pernyataan ibu Harini, selaku guru pengelola di TK Islam Bakti XVIII:

“Sudah sesuai target dan sasaran. Timbangannya naik semua. Ada 2 anak juga yang anemia dari hasil pengukuran Hb tapi setelah itu dapat PMT alhamdulillah sekarang sudah baik.” (Wawancara, 19 Februari 2011)

Ibu Endang Wahyuni selaku guru pengelola dari SD Sabranglor, salah satu SD plus yang mendapatkan PMT-AS juga menyatakan sebagai berikut:

“Kegiatan ini bagus kok mbak karena timbangan siswa setelah tiga bulan pelaksanaan benar-benar naik. Pokoknya kegiatan ini harus tetap ada.” (Wawancara, 8 Desember 2010)

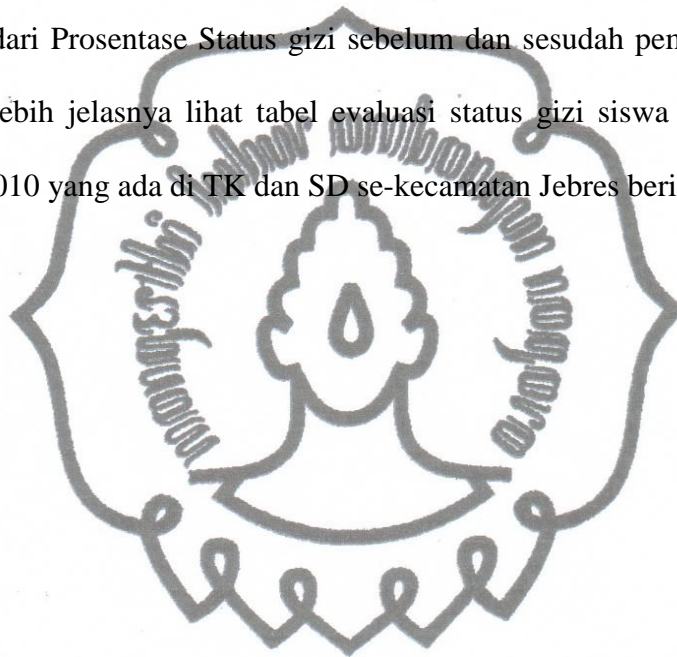
Tetapi memang tidak semua sekolah mencapai target seperti pernyataan ibu Siti, selaku guru pengelola di TK Aisyiyah Jebres II berikut ini:

“Sepertinya belum. Masih ada anak yang kurang gizinya. Tindakan kita selanjutnya cuma ngasih pengertian ke wali murid setiap kali rapat tentang makanan yang sehat itu bagaimana dan jajanan yang sehat itu bagaimana karena anak-anak itu suka jajan chiki itu lo. Klo pas ketahuan kita anak makan jajan itu langsung kita buang. Itu sudah komitmen kita di sekolah.” (Wawancara, 4 Maret 2011)

Ibu Anggun Widiyari, selaku guru pengelola di TK Aisyiyah Guwosari juga mengeluhkan timbangannya yang hanya meningkat sedikit berikut ini:

“TK ini itu sudah saya laksanakan sesuai menunya tapi meningkatnya cuma 1 kiloan tapi ada TK yang benar-benar bagus naiknya banyak. Makanya saya ditegur sama pihak puskesmas kok bisa naiknya cuma sedikit tapi saya gak tahu penyebabnya apa mungkin kondisi anak yang berbeda-beda ya.” (Wawancara, 28 Februari 2011)

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan program memang dilakukan untuk menjawab isu strategis yang berkembang dimasyarakat dan untuk kegiatan PMT-AS di kecamatan Jebres tahun 2010 kemarin memang sudah mencapai target secara keseluruhan tetapi untuk per sekolah masih ada beberapa sekolah yang belum mencapai target Dinas Kesehatan dilihat dari Prosentase Status gizi sebelum dan sesudah pemberian PMT-AS. Untuk lebih jelasnya lihat tabel evaluasi status gizi siswa sasaran PMT-AS tahun 2010 yang ada di TK dan SD se-kecamatan Jebres berikut ini:



Tabel IV.13

Evaluasi Status Gizi Siswa Sasaran PMT-AS di SD Kecamatan Jebres

Tahun 2010

No	Nama Sekolah	Jumlah siswa	Status gizi								
			Sebelum PMT						Sesudah PMT		
			Kurang		Baik		Lebih		Kurang		Baik
			Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml
1	SD Tegal Harjo No 187	81	7	8.64	69	85.19	5	6.17	7	8.64	68
2	SD Sabrang Lor	285	52	18.5	227	79.65	6	2.1	5	1.8	270
3	SD Mipitan	204	20	9.80	172	84.31	12	5.88	8	3.92	184
4	SD Muh. 8 Jagalan	87	6	6.9	77	88.5	4	4.6	4	4.6	77
Jumlah		657	85	12.94	545	82.95	27	4.11	24	3.66	599

Sumber: arsip Seksi Perbaikan gizi Masyarakat

Tabel IV.14

Evaluasi Status Gizi Siswa Sasaran PMT-AS di TK Kecamatan Jebres

Tahun 2010

No	Nama Sekolah	Jumlah siswa	Status gizi							
			Sebelum PMT						Kurus	
			Kurus		Normal		Gemuk		Kurus	
			Jml	%	Jml	%	Jml	%	Jml	%
1	TK Widya Wacana 2	43	0	0	33	76.74	10	23.26	0	0
2	TK Aisyiyah 33 Purwodiningratan	35	0	0	31	88,57	4	11,43	0	0
3	TK Aisyiyah Jebres II	51	5	9.80	35	68.63	11	21.57	5	9.80
4	TK Aisyiyah Guwosari	12	0	0	10	83.33	2	16.67	0	0
5	TK Islam Bakti XVIII	28	15	53.57	13	46.43	0	0,00	0	0
6	TK Indriyasana 3	51	1	1.96	45	88.24	5	9.80	1	1.96
7	TK MTA II	30	1	3.33	28	93,33	1	3.33	0	0

8	TK Islam Al-Masyhuri	87	1	1.15	66	75.86	20	22.99	1	1.15
9	TK Aisyiyah II Kampungsewu	24	0	0	22	91.67	2	8.33	0	0
1 0	TK Pembangunan	18	0	0	17	94.44	1	5.56	0	0
Jumlah		379	23	6.07	300	79.15	56	14.78	7	1.85

Sumber: arsip Seksi Perbaikan gizi Masyarakat



Dari dua tabel data status gizi siswa sasaran PMT-AS TK dan SD di Kecamatan Jebres Tahun 2010 diatas dapat dilihat bahwa baik TK maupun SD secara umum mengalami peningkatan prosentase status gizi dari sebelum pemberian PMT-AS sampai sesudah PMT-AS. Untuk SD yang jumlah sarannya 657 anak, status gizi kurang sebelum PMT 85 anak (12.94 %) turun menjadi 24 anak (3.66 %) setelah pemberian PMT, status gizi baik sebelum PMT 545 anak (82.95 %) naik menjadi 599 anak (91.17 %) setelah pemberian PMT, dan status gizi lebih sebelum PMT 27 anak (4.11 %) naik menjadi 34 anak (5.17 %) setelah pemberian PMT. Sedangkan untuk TK yang sarannya 379 anak, status gizi kurang sebelum PMT 23 anak (6.07 %) turun menjadi 7 anak (1.85 %) setelah pemberian PMT, status gizi baik sebelum PMT 300 anak (79.15 %) naik menjadi 304 anak (80.21 %) setelah pemberian PMT, dan status gizi lebih sebelum PMT 56 anak (14.78 %) naik menjadi 68 anak (17.94 %) setelah pemberian PMT. Hal ini menandakan keberhasilan kegiatan PMT-AS tahun 2010 di Kecamatan Jebres.

Tetapi jika dilihat per sekolah maka tidak semua sekolah mencapai target. Untuk SD yang sarannya ada 4 sekolah, yang sudah mencapai target ada 3 sekolah yaitu SD Sabrang Lor, SD Mipitan dan SD Muh. 8 Jagalan. Sedangkan SD yang belum mencapai target ada satu yaitu SD Tegal Harjo No. 187. Untuk TK yang sarannya ada 10 TK, yang sudah mencapai target ada 6 sekolah yaitu TK Widya Wacana 2, TK Aisyiyah 33 Purwodingratan, TK Islam Bakti XVIII, TK Indriyasana 3, TK MTA II, dan TK Islam Al-Masyhuri. Sedangkan yang belum mencapai target ada 4 sekolah yaitu TK

commit to user

Aisyiyah Jebres II, TK Aisyiyah Guwosari, TK Aisyiyah II Kampungsewu dan TK Pembangunan.

2. Pembahasan

Dalam sub ini akan dilakukan analisa dan interpretasi data proses manajemen strategis diatas. Dari hasil analisa dan interpretasi data ini diharapkan akan memperoleh gambaran tentang proses manajemen strategis program perbaikan gizi masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan kegiatan PMT-AS di TK dan SD Kecamatan Jebres Surakarta tahun 2010.

a. Pengamatan Lingkungan

Pengamatan lingkungan merupakan hal utama yang dilakukan dalam manajemen strategis. Proses ini sangat penting didalam penentuan isu-isu strategis yang nanti akan ditangani dengan strategi-strategi yang ditetapkan. Dinas Kesehatan Kota Surakarta sudah melakukan pengamatan lingkungan baik internal maupun eksternal beserta isu strategisnya yang tertuang dalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2006-2010.

Hasil dari identifikasi lingkungan tersebut nantinya akan dipakai sebagai alat untuk perumusan strategis sehingga misi, tujuan, strategi dan kebijakan organisasi dapat diwujudkan.

Dinas Kesehatan Kota Surakarta bertekad menjadi Lembaga Pemerintah Kota Surakarta yang berperan sebagai regulator dan dinamisator dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan profesional (Pelayanan Prima), namun ada beberapa kelemahan terutama komitmen dan

commit to user

kemampuan SDM, serta panjangnya jaringan birokrasi, akan tetapi mempunyai peluang seperti kepercayaan masyarakat, dukungan eksekutif dan legislatif, serta transfer pengetahuan dari institusi pendidikan dan rumah sakit yang ada disekitarnya.

b. Perumusan Strategi

Perumusan strategi merupakan langkah berikutnya setelah pengamatan lingkungan yaitu pengembangan rencana jangka panjang untuk manajemen efektif dari kesempatan dan ancaman lingkungan, dilihat dari kekuatan dan kelemahan organisasi. Perumusan strategi ini dibuat dalam bentuk *Rencana Strategis* yaitu Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2006-2010, yang didalamnya meliputi misi, tujuan, strategi dan kebijakan yang akan dicapai oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Rencana Startegis ini digunakan untuk menganalisis semua isu kesehatan yang muncul dalam pembangunan kesehatan dan strategi untuk mengatasinya sehingga dijadikan pedoman dan acuan bagi Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam melaksanakan semua program kerja guna tercapainya pembangunan kesehatan Kota Surakarta.

c. Implemetasi Strategi

1) Pengembangan Program, Anggaran, dan Prosedur

a) Program

Program yang diimplementasikan haruslah berdasarkan Rencana Strategis yang telah dibuat sebelumnya. Begitu pula yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Program kerja yang dibuat dan

commit to user

dilaksanakan setiap tahun berpedoman pada Renstra yang telah ditetapkan. Rencana Strategis yang dipakai merupakan Rencana Strategis 2006-2010 maka secara otomatis pelaksanaan program-program didalamnya juga dilakukan pada tahun 2006 sampai 2010 yang merupakan perencanaan jangka panjang, sedangkan jangka pendeknya berbentuk kegiatan-kegiatan rutin yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan.

Untuk tahun 2010, kegiatan yang dilakukan oleh Seksi Perbaikan gizi dalam program perbaikan gizi masyarakat hanya satu yaitu kegiatan tambahan makanan dan vitamin yang didalamnya hanya mencakup PMT-AS (Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah) saja. Hal ini dikarenakan pada tahun 2010 diadakan Pemilihan Kepala Daerah (PilKaDa) yang menyerap banyak dana sehingga dilakukan pemangkasan program-program di semua Dinas.

Sasaran PMT-AS Kota Surakarta tahun 2010 adalah 5563 anak sekolah SD di 20 SD dan 40 TK terpilih. Sedangkan untuk Kecamatan Jebres sasaran utama PMT-AS Tahun 2010 berjumlah 1.036 anak sekolah yang terdiri dari 657 anak sekolah SD di 4 SD terpilih di Kecamatan Jebres Surakarta dan 379 anak sekolah TK di 10 TK terpilih di Kecamatan Jebres Surakarta. Total volume kegiatan pada setiap anak adalah 36 kali makan dengan anggaran Rp 2500,- per anak per kali makan dan menu berupa susu dan kudapan dengan nilai gizi PMT-AS Tahun 2010 yaitu Energi : 250-300 Kkal dan Protein : 5-10 gram.

Kemudian uraian kegiatan kegitan Pemberian Tambahan Makanan dan Vitamin (PMT-AS) tahun 2010 yang didalamnya mencakup apa saja yang dilakukan yaitu Rapat Linsek PMT-AS, Rapat persiapan PMT-AS (SD dan TK), Orientasi PMT-AS, Paket PMT-AS, Pemeriksaan Status Gizi Anak Sekolah, Paket Perawatan Anemia Anak Sekolah, Rapat evaluasi PMT-AS dan Pemantauan kegiatan PMT-AS di SD dan TK.

Awalnya kegiatan ini dilakukan oleh puskesmas dengan mengajukan sekolah-sekolah mana yang didalamnya ada prosentase gizi kurang dari hasil screening anak sekolah kemudian dilanjutkan dengan rapat linsek dan validasi data sekolah mana saja yang menjadi sasaran PMT-AS dan jumlahnya. Setelah itu Dinas Kesehatan mengadakan orientasi PMT-AS yang didalamnya dilakukan kegiatan pengarahan apa saja yang dilakukan dalam kegiatan PMT-AS.

Setelah mereka tahu seperti apa PMT-AS dan bagaimana pelaksanaannya maka selanjutnya pemberian Paket PMT-AS yang didalamnya bukan hanya makanan tambahan saja tetapi juga ada pemeriksaan kadar Hb dan obat cacing yang diberikan saat awal sebelum pemberian PMT-AS. Dan kemudian implementasi atau pelaksanaan PMT-AS di sekolah masing-masing selama 3 bulan berturut-turut dan dipantau selama pelaksanaannya baik oleh dinas kesehatan maupun puskesmas.

Implementasi tidak akan berjalan dengan baik tanpa keterlibatan orang-orang didalamnya. Dalam kegiatan PMT-AS ini yang terlibat selain Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat dibantu juga oleh Puskesmas sebagai

commit to user

pemantau dan sekolah-sekolah yang mendapatkan PMT-AS sebagai pelaksana PMT-AS di sekolah.

b) Anggaran

Anggaran akan mengendalikan pengeluaran-pengeluaran kegiatan tersebut sesuai rencana. Di Surakarta, anggaran program Perbaikan gizi mendapat prioritas dibandingkan dengan program-program lain sehingga dana yang dibutuhkan dalam program tersebut tercukupi.

PMT-AS tahun 2010 menghabiskan dana Rp 514.670.000,- untuk paket PMT-AS TK dan SD. Sedangkan PMT-AS untuk Kecamatan Jebres sendiri menghabiskan dana Rp 95.740.000,- untuk paket PMT-AS TK dan SD. Dana tersebut didapat sepenuhnya dari APBD Kota.

Pada pelaksanaannya di sekolah dengan anggaran yang sebesar Rp 95.740.000,- atau Rp 2.500,- per anak itu terdapat beragam pendapat dari sekolah, ada yang bisa mencukupi tetapi juga ada yang kurang bahkan ada yang mengatakan keduanya bisa dibilang cukup dan kurang. Untuk sekolah yang anggarannya kurang, mereka biasanya menambahkan dari kas atau uang komite.

Sedangkan untuk pemantauan dari puskesmas tidak ada anggaran dari Dinas Kesehatan Kota Surakarta, puskesmas masih menggunakan anggaran dari puskesmas itu sendiri. Hal ini dikarenakan pemantauan status gizi merupakan tugas rutin dari puskesmas dan ini sudah masuk program kerja dari puskesmas itu sendiri.

c) Prosedur

Selanjutnya untuk mengarahkan pada implementasi kegiatan, maka disusun langkah-langkah tertentu untuk memberi pedoman yang disebut prosedur bagi para pegawai dalam melaksanakannya. Berkaitan dengan prosedur yang digunakan haruslah sesuai dengan tugas pokok dan fungsi yang ada dan SOP (Standar Operasional Prosedur). Untuk kegiatan PMT-AS sudah jelas prosedurnya karena telah memiliki SOP sendiri.

Pelaksanaan PMT-AS di sekolah-sekolah sudah dilaksanakan sesuai dengan SOP PMT-AS. Dengan adanya alur SOP PMT-AS yang dijadikan pedoman dalam pelaksanaan kegiatan PMT-AS tersebut memudahkan pelaksana dalam menjalankan tugas dan fungsinya masing-masing sehingga pelaksanaan kegiatan berjalan dengan baik.

Kemudian untuk paket PMT-AS sendiri, Dinas Kesehatan Kota Surakarta juga memiliki aturan sendiri. Makanan dan susu yang diberikan harus mengandung Nilai gizi PMT-AS Tahun 2010 yaitu Energi : 250-300 Kkal dan Protein : 5-10 gram. Kemudian juga total volume kegiatan pada setiap anak adalah 36 kali makan dengan anggaran Rp 2500,- per anak per kali makan dan menu berupa susu dan kudapan. Pihak sekolah juga dalam memberikan paket PMT-AS sudah sesuai dengan aturan tersebut dalam pelaksanaannya.

2) Pelaksanaan Fungsi-fungsi Manajemen lainnya

a) Pengorganisasian (Organizing)

Dalam pelaksanaan program perlu adanya suatu pengorganisasian. Pengorganisasian dimaksudkan sebagai proses membagi tugas, mendelegasikan otoritas, dan menetapkan aktivitas yang hendak dilakukan oleh atasan pada seluruh hierarki organisasi. Oleh karena itu, pengorganisasian diperlukan untuk mempermudah dalam pelaksanaan program yang telah dirumuskan sebelumnya dalam Rencana Strategis.

Dalam pelaksanaan kegiatan PMT-AS yang ada di program Perbaikan Gizi Masyarakat dibantu berbagai pihak diluar Dinas Kesehatan. Untuk pengorganisasian Tim menggunakan SK Kepala Dinas yang didalamnya telah mencakup sekolah yang dapat PMT-AS. Sedangkan untuk intern organisasi menggunakan struktur organisasi yang ada di Dinas. Setiap kegiatan Perbaikan Gizi Masyarakat yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta pemegang kebijakan dan penanggung jawabnya adalah Kepala Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Kemudian wewenang untuk melaksanakan kegiatan Perbaikan Gizi Masyarakat tersebut kemudian diserahkan kepada Bidang Bina Kesehatan Masyarakat yang kemudian meneruskan wewenang tersebut kepada bawahannya yaitu Seksi Perbaikan Gizi Masyarakat untuk mengadakan kegiatan perbaikan gizi. Jadi untuk kegiatan PMT-AS, wewenang pelaksanaannya oleh Seksi Perbaikan

commit to user

Gizi Masyarakat yang dibantu oleh sekolah-sekolah yang mendapatkan PMT-AS dan Puskesmas setempat. Kemudian untuk pelaksanaan PMT-AS dilapangan dibentuk tim yaitu Guru pengelola PMT-AS di sekolah dan pengawasan dari petugas gizi puskesmas.

Kemudian mengenai pembagian tugas dan tanggung jawab pelaksana kegiatan disekolah ditentukan sendiri oleh sekolah masing-masing. Pihak Dinas tidak ikut campur dalam hal tersebut karena itu merupakan kewenangan dari sekolah. Sehingga tiap sekolah memiliki cara sendiri dalam pembagian tugas disekolah masing-masing. Sedangkan pembagian tugas dari puskesmas sudah tidak perlu lagi karena dari puskesmas sudah ada petugas gizi atau pembina wilayah yang tugasnya memang memantau perkembangan gizi di wilayahnya.

b) Pelaksanaan (Actuating)

Setelah melakukan pengorganisasian terhadap orang-orang yang terlibat didalamnya maka yang dilakukan selanjutnya dalam organisasi adalah pelaksanaan (*actuating*). Pelaksanaan harus sesuai tupoksi masing-masing.

Dalam pelaksanaan (*actuating*) terdapat berbagai kegiatan. Kegiatan tersebut adalah pengarahan, bimbingan dan informasi termasuk didalamnya koordinasi. Untuk pengarahan dan bimbingan, dalam internal Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan briefing rutin setiap hari selasa sedangkan untuk PMT-AS dilakukan awal pemberian PMT-AS kemudian rutin pertemuan tiap akhir bulan setelah PMT-AS.

commit to user

Selain pengarahan dan bimbingan agar pelaksanaan program berjalan dengan baik perlu adanya pengembangan komunikasi secara efektif dan efisien. Komunikasi ini penting dalam pengembangan jaringan kerja baik kedalam maupun keluar sehingga berpengaruh pada kinerja organisasi. Komunikasi di Dinas ini disampaikan pada saat briefing dan rapat juga.

Kemudian untuk koordinasi pelaksanaan program juga dilakukan dalam rapat koordinasi. Koordinasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta merupakan koordinasi yang bentuknya adalah koordinasi kesamping (horizontal) juga koordinasi keatas dan bawah (vertikal). Koordinasi vertikal dan koordinasi horisontal ini dilakukan secara lintas program yaitu pengkoordinasian pada bidang-bidang Dinas Kesehatan Kota Surakarta yang terlibat dalam kegiatan PMT-AS ini atau dengan kata lain koordinasi yang sifatnya internal. Selain koordinasi lintas program tadi, koordinasi juga dilakukan secara lintas sektoral, yaitu koordinasi yang dilakukan antara Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan pihak lain yang terlibat dalam kegiatan PMT-AS yaitu sekolah sasaran PMT-AS dan puskesmas sebagai pemantau dilapangan atau dengan kata lain koordinasi yang sifatnya eksternal. Untuk koordinasi internal, Bidang Bina Masyarakat melakukan rapat rutin perminggunya. Sedangkan untuk eksternal dengan pihak puskesmas dan sekolah juga mengadakan rapat tiap bulannya. Jadi untuk pemberian pengarahan

commit to user

dan bimbingan dilakukan pada awal sebelum pelaksanaan PMT-AS, kemudian dilanjutkan rapat tiap akhir bulan setelah PMT-AS yang didalamnya juga pemberian informasi yang diperlukan dan koordinasi pada semua rapat yang diselenggarakan.

d. Evaluasi dan Pengendalian

Kegiatan evaluasi dilakukan untuk mengetahui bagaimana capaian kegiatan yang telah dilakukan dan bagaimana kinerja organisasi dalam pelaksanaan kegiatan PMT-AS tahun 2010 itu. Evaluasi yang dilakukan dinas ada dua macam yaitu evaluasi langsung yaitu evaluasi saat melakukan pemantauan langsung dilapangan baik oleh petugas gizi dinas maupun puskesmas. Jika pada saat ada permasalahan saat pemantauan tersebut maka diberikan saran sebaiknya bagaimana. Kemudian yang kedua adalah evaluasi pelaksanaan bulanan dari bulan Maret, April dan Mei berupa pengumpulan laporan Status gizi dan SPJ. Hal ini dilakukan karena banyaknya sekolah yang mendapatkan PMT-AS sehingga dinas tidak dapat memantau semua sekolah secara berbarengan. Kemudian melakukan pertemuan evaluasi untuk melihat apakah ada kendala atau tidak supaya pada pelaksanaan bulan berikutnya dapat berjalan lancar.

Penulis menggunakan evaluasi model lima langkah umpan balik yang meliputi menentukan apa yang akan diukur, menetapkan standar kinerja, mengukur kinerja aktual, membandingkan kinerja aktual dengan standar yang telah ditetapkan, dan mengambil tindakan perbaikan.

Langkah pertama, apa yang diukur yaitu prosentase status gizi anak sekolah dari sebelum pemberian PMT-AS dan setelah pemberian PMT-AS. Kemudian langkah kedua, standar kinerja yaitu meningkatnya prosentase status gizi anak sekolah setelah pemberian PMT-AS. Dan langkah ke empat, mengukur kinerja sekaligus langkah ke empat, membandingkan kinerja aktual dengan standar yang ditetapkan ini dilihat dari laporan status gizi siswa dari sekolah.

Laporan dari sekolah langsung diserahkan langsung ke Dinas dan tidak melalui puskesmas lagi, tetapi pihak puskesmas tetap meminta rekap status gizi untuk data puskesmas sendiri. Puskesmas juga bisa membantu sekolah dalam menentukan status gizi dan merekap datanya apabila guru pengelola di sekolah tersebut tidak bisa menentukan status gizinya walaupun sudah dapat pengarahan dari Dinas Kesehatan.

Evaluasi kegiatan PMT-AS dimulai dari pengukuran status gizi anak yang dilaporkan perbulan. Kemudian dibicarakan dalam rapat evaluasi bersama. Apabila belum mencapai target maka Dinas menerima usulan-usulan perbaikan untuk kegiatan dibulan berikutnya dari pengelola. Setelah mendapat rencana yang lebih baik maka pada pembagian PMT-AS berikutnya dilakukan perbaikan guna tercapainya target yang telah ditentukan.

Evaluasi yang dilakukan juga seharusnya berjalan sesuai dengan Rencana Strategis yang ditetapkan sebelumnya dan menjawab isu strategis yang berkembang dimasyarakat dibuktikan dengan tercapainya target dari

commit to user

program Perbaikan Gizi Masyarakat. Untuk kegiatan PMT-AS di kecamatan Jebres tahun 2010 kemarin memang sudah mencapai target secara keseluruhan tetapi untuk per sekolah masih ada beberapa sekolah yang belum mencapai target Dinas Kesehatan dilihat dari Prosentase Status gizi sebelum dan sesudah pemberian PMT-AS.

Dari dua tabel data status gizi siswa sasaran PMT-AS TK dan SD di Kecamatan Jebres Tahun 2010 dapat disimpulkan bahwa baik TK maupun SD secara umum mengalami peningkatan prosentase status gizi dari sebelum pemberian PMT-AS sampai sesudah PMT-AS. Untuk SD yang jumlah sarannya 657 anak, status gizi kurang sebelum PMT 85 anak (12.94 %) turun menjadi 24 anak (3.66 %) setelah pemberian PMT, status gizi baik sebelum PMT 545 anak (82.95 %) naik menjadi 599 anak (91.17 %) setelah pemberian PMT, dan status gizi lebih sebelum PMT 27 anak (4.11 %) naik menjadi 34 anak (5.17 %) setelah pemberian PMT. Sedangkan untuk TK yang sarannya 379 anak, status gizi kurang sebelum PMT 23 anak (6.07 %) turun menjadi 7 anak (1.85 %) setelah pemberian PMT, status gizi baik sebelum PMT 300 anak (79.15 %) naik menjadi 304 anak (80.21 %) setelah pemberian PMT, dan status gizi lebih sebelum PMT 56 anak (14.78 %) naik menjadi 68 anak (17.94 %) setelah pemberian PMT. Hal ini menandakan keberhasilan kegiatan PMT-AS tahun 2010 di Kecamatan Jebres.

Tetapi jika dilihat per sekolah maka tidak semua sekolah mencapai target. Untuk SD yang sarannya ada 4 sekolah, yang sudah mencapai

commit to user

target ada 3 sekolah yaitu SD Sabrang Lor, SD Mipitan dan SD Muh. 8 Jagalan. Sedangkan SD yang belum mencapai target ada satu yaitu SD Tegal Harjo No. 187. Untuk TK yang sarasannya ada 10 TK, yang sudah mencapai target ada 6 sekolah yaitu TK Widya Wacana 2, TK Aisyiyah 33 Purwodingratan, TK Islam Bakti XVIII, TK Indriyasana 3, TK MTA II, dan TK Islam Al-Masyhuri. Sedangkan yang belum mencapai target ada 4 sekolah yaitu TK Aisyiyah Jebres II, TK Aisyiyah Guwosari, TK Aisyiyah II Kampungsewu dan TK Pembangunan.

Dan terakhir adalah langkah kelima yaitu mengambil tindakan perbaikan jika belum mencapai target. Untuk saat ini pihak sekolah maupun puskesmas sudah memberikan masukan-masukan untuk perbaikan kedepannya dalam rapat evaluasi. Kemudian hasil capaian target tahun 2010 bisa dijadikan tolak ukur untuk perbaikan kegiatan PMT-AS tahun 2011. Untuk itulah diperlukan suatu tindakan perbaikan dari semua pihak baik dari Dinas Kesehatan Kota Surakarta, puskesmas dan sekolah sasaran PMT-AS guna pencapaian target yang maksimal untuk kegiatan tahun berikutnya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Melihat rumusan masalah yang ada serta hasil penelitian dan pembahasan dapat ditarik kesimpulan bahwa manajemen strategis program perbaikan gizi masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan kegiatan PMT-AS di TK dan SD Kecamatan Jebres Surakarta tahun 2010 adalah sebagai berikut:

1. Pengamatan lingkungan dan perumusan strategi telah dilakukan dan dibuat oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam bentuk Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Surakarta tahun 2006-2010, yang didalamnya meliputi analisis lingkungan baik eksternal maupun internal, misi, tujuan, strategi dan kebijakan yang akan dicapai oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta. Rencana Strategis ini digunakan untuk menganalisis semua isu kesehatan yang muncul dalam pembangunan kesehatan dan strategi untuk mengatasinya sehingga dijadikan pedoman dan acuan bagi Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam melaksanakan semua program kerja guna tercapainya pembangunan kesehatan Kota Surakarta.
2. Implementasi, mengacu pada 2 unsur pokok yaitu:
 - 1) Pengembangan strategi dalam Program, Anggaran dan Prosedur
 - a. Kegiatan PMT-AS tahun 2010 sudah berdasarkan Rencana Strategis yang telah dibuat sebelumnya. Untuk tahun 2010, *commit to user*

kegiatan yang dilakukan oleh Seksi Perbaikan gizi dalam program perbaikan gizi masyarakat hanya satu yaitu kegiatan tambahan makanan dan vitamin yang didalamnya hanya mencakup PMT-AS saja.

- b. Anggaran paket PMT-AS yang sebesar Rp 2.500,- per anak itu terdapat beragam pendapat dari sekolah dalam pelaksanaannya, ada yang bisa mencukupi tetapi juga ada yang kurang bahkan ada yang mengatakan keduanya bisa dibilang cukup dan kurang. Untuk sekolah yang anggarannya kurang, mereka biasanya menambahkan dari kas atau uang komite. Sedangkan untuk pemantauan dari puskesmas tidak ada anggaran dari Dinas Kesehatan Kota Surakarta karena pemantauan gizi merupakan salah satu kegiatan rutin dari puskesmas sehingga puskesmas memiliki anggarannya sendiri.
- c. Prosedur untuk kegiatan PMT-AS sudah jelas prosedurnya karena kegiatan PMT-AS telah memiliki SOP sendiri. sedangkan untuk paket PMT-AS dari pihak sekolah juga dalam pelaksanaannya sudah menyesuaikan dengan nilai gizi PMT-AS Tahun 2010 dan total volume kegiatan PMT-AS tahun 2010.

2) Pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen lainnya

- a. Pengorganisasian Tim menggunakan SK Kepala Dinas yang didalamnya telah mencakup sekolah yang dapat PMT-AS. Sedangkan untuk intern organisasi menggunakan struktur

commit to user

organisasi yang ada di Dinas. Sedangkan pembagian tugas di sekolah dan puskesmas dibentuk sendiri oleh sekolah dan puskesmas tersebut.

- b. Dalam pelaksanaan (*Actuating*) terdapat berbagai kegiatan. Kegiatan tersebut adalah pengarahan, bimbingan dan informasi termasuk didalamnya koordinasi. Untuk pengarahan dan bimbingan serta komunikasi dalam internal Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan briefing rutin setiap hari selasa sedangkan untuk kegiatan PMT-AS dilakukan pada awal pemberian PMT-AS dan dilanjutkan pada pertemuan rutin tiap akhir bulan setelah PMT-AS. Sedangkan koordinasi pelaksanaan program dilakukan dalam rapat koordinasi. Koordinasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta merupakan koordinasi yang bentuknya adalah koordinasi kesamping (harizontal) juga koordinasi keatas dan bawah (vertikal) serta koordinasi lintas program (internal) dan lintas sektoral (eksternal).

3. Evaluasi kegiatan PMT-AS dimulai dari pengukuran status gizi anak yang dilaporkan perbulan. Kemudian dibicarakan dalam rapat evaluasi bersama. Apabila belum mencapai target maka Dinas menerima usulan-usulan perbaikan untuk kegiatan dibulan berikutnya dari pengelola. Setelah mendapat rencana yang lebih baik maka pada pembagian PMT-AS berikutnya dilakukan perbaikan guna tercapainya target yang telah ditentukan. Untuk kegiatan PMT-AS di kecamatan Jebres tahun 2010

commit to user

kemarin memang sudah mencapai target secara keseluruhan tetapi untuk per sekolah masih ada beberapa sekolah yang belum mencapai target Dinas Kesehatan dilihat dari Prosentase Status gizi sebelum dan sesudah pemberian PMT-AS yang masih stagnan.

B. Saran

Beberapa saran perbaikan yang dapat diberikan terkait dengan manajemen strategis program perbaikan gizi masyarakat oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta dengan kegiatan PMT-AS di TK dan SD Kecamatan Jebres Surakarta tahun 2010 adalah sebagai berikut:

1. Pada pelaksanaan kegiatan PMT-AS masih terdapat sekolah yang kurang dengan anggaran paket PMT-AS Rp 2.500,- peranak. Hal ini dikarenakan harga susu dipasaran yang mahal. Untuk itu perlu adanya upaya penyesuain antara harga dipasaran dengan anggaran yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kota Surakarta sehingga tidak ada lagi sekolah yang kekurangan anggaran dalam pelaksanaannya.
2. Perlu adanya perpanjangan waktu pelaksanaan PMT-AS tahun 2010, misalnya pelaksanaan dari 3 bulan menjadi 6 bulan, sehingga akan benar-benar terlihat hasil dari progress kegiatan PMT-AS tersebut. Tiga bulan merupakan waktu yang singkat untuk melihat peningkatan yang signifikan dari prosentase status gizi anak sebelum dan sesudah pelaksanaan PMT-AS, dimana anak-anak hanya mengalami kenaikan berat badan sedikit

antara 0,5-1 kg sehingga tidak merubah status gizinya dari kurang menjadi baik, dan baik menjadi lebih.

3. Karena sekolah yang menjadi sasaran PM-AS dilakukan secara bergiliran kecuali SD Plus maka secara otomatis setiap tahunnya sekolah sasaran PMT-AS juga berbeda. Untuk itulah perlu adanya tindak lanjut yang lebih nyata baik dari Dinas, sekolah maupun puskesmas setempat setelah pemberian PMT-AS selesai, terutama untuk sekolah yang prosentase status gizinya masih stagnan. Apabila tidak ada tindakan lanjut maka berat badan siswa tersebut akan balik lagi seperti semula sebelum pelaksanaan kegiatan PMT-AS. Hal ini akan menyebabkan pelaksanaan PMT-AS yang merupakan salah satu kebijakan strategis Dinas Kesehatan Kota Surakarta dalam meningkatkan status gizi anak sekolah akan menjadi sesuatu yang sia-sia karena berat badan siswa yang hanya naik 0,5-1 kg setelah pelaksanaan PMT-AS akan turun kembali seperti sebelum pelaksanaan PMT-AS.