



**EFEKTIFITAS FUNGSI MANAJEMEN TENAGA GIZI
PUSKESMAS TERHADAP PELAKSANAAN PROGRAM
PENANGGULANGAN GIZI BURUK
DI KABUPATEN DEMAK
TAHUN 2010**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh

Rizma Praharmeyta
NIM 6450406560

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2011

ABSTRAK

Rizma Praharmeyta

Efektifitas Fungsi Manajemen Tenaga Gizi Puskesmas Terhadap Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk Di Kabupaten Demak Tahun 2010

VI + 83 halaman + 20 tabel + 9 gambar + 16 lampiran

Kesehatan adalah hak asasi manusia sekaligus merupakan investasi sumber daya manusia. Ketersediaan sumber daya manusia yang berkualitas ditentukan oleh status gizi yang baik. Status gizi yang baik ditentukan oleh jumlah asupan pangan yang dikonsumsi. Diperkirakan sekitar 50 persen penduduk Indonesia mengalami beraneka masalah kekurangan gizi. Di Jawa Tengah kasus gizi buruk ditemukan di semua wilayah. Di Demak, kondisi balita gizi buruk cenderung meningkat 1,74% (2004), 1,86% (2005), 1,84% (2006), 1,95% (2007) dan menurun 1,71% (2008) namun belum sesuai standar pelayanan minimal. Tenaga gizi puskesmas yang hanya 1 di tiap puskesmas menyebabkan keterlambatan pengumpulan laporan bulanan.

Jenis penelitian ini adalah *explanatory research* dengan *metode survey* dan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga gizi puskesmas di kabupaten Demak tahun 2010. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan metode *total sampling*. Instrument yang digunakan kuesioner. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil signifikansi atau nilai p pada perencanaan 0,021 ($p \text{ value} < 0,05$), pengorganisasian 0,021 ($p < 0,05$), koordinasi 0,038 ($p \text{ value} < 0,05$), pengawasan 0,005 ($p \text{ value} < 0,05$), evaluasi 0,000 ($p \text{ value} < 0,05$). Maka diperoleh hasil bahwa H_0 ditolak, H_a diterima.

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa fungsi manajemen tenaga gizi puskesmas efektif terhadap program penanggulangan gizi buruk. Saran yang diajukan adalah penelitian ini dapat memberikan masukan dalam pengembangan kebijakan di bidang kesehatan, terutama kesehatan balita. Lebih meningkatkan bimbingan teknis kepada tenaga gizi di 26 puskesmas dan melakukan pengawasan secara rutin pada tenaga gizi puskesmas.

Kata kunci: fungsi manajemen, tenaga gizi puskesmas, program penanggulangan gizi buruk

Kepustakaan: 26 (2000-2010)

ABSTRACT

Rizma Praharmeyta

Effectiveness of Management's Function Clinic Nutrition Staff in Health Center Against Malnutrition Prevention Program Implementation in Demak Regency Year 2010

VI + 83 pages + 20 tables + 9 images + 16 attachments

Health is a human right and is a human resource investment. The availability of qualified human resources is determined by the status of good nutrition. Good nutritional status is determined by the amount of food intake. It is estimated that about 50 percent of Indonesia's population experienced a wide problem of malnutrition. In Central Java, cases of malnutrition are found in all regions. In Demak, malnutrition children under five conditions tend to increase 1.74% (2004), 1.86% (2005), 1.84% (2006), 1.95% (2007) and decreased 1.71% (2008) but yet according to minimum service standards. Clinic nutrition staff that only 1 in every health center caused delays in the collection of monthly reports.

This research is explanatory research with cross sectional survey method and approach. The population in this study is the whole clinic nutrition staff in Demak district in 2010. The sampling technique in this study with a total sampling method. Instrument used in the questionnaire. Data analysis was done using univariate and bivariate.

Based on the results, the significance or the value of p in the planning of 0.021 (p value <0.05), the organization of 0.021 (p <0.05), coordination of 0.038 (p value <0.05), control 0.005 (p value <0, 05), evaluation of 0.000 (p value <0.05). So the result that Ho is rejected, Ha accepted.

From the results of this study concluded that the nutritional health center personnel management function effectively against malnutrition reduction programs. Suggestion is this research can provide input in policy development in health, especially infant health. Further enhance technical guidance to the nutrition staff in 26 health centers and conduct regular supervision on clinic nutrition staff.

Keywords: management functions, clinic nutrition staff, malnutrition prevention programs

Bibliography: 26 (2000-2010)

PENGESAHAN

Telah dipertahankan di hadapan panitia sidang ujian skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, skripsi atas nama Rizma Praharmeyta dengan judul “Efektivitas Fungsi Manajemen Tenaga Gizi Puskesmas Terhadap Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk Di Kabupaten Demak Tahun 2010”

Pada hari : Rabu
Tanggal : 8 Juni 2010

Panitian Ujian

Ketua Panitia,

Drs. H. Harry Pramono, M.Si
NIP. 19591019 198503 1 001

Sekretaris,

Widya Harry C. S.KM, M.Kes
NIP. 19771227 200501 2 001

Dewan Penguji

Tanggal Persetujuan

Ketua Penguji

Irwan Budiono, S.KM, M.Kes
NIP. 19751217 200501 1 003

Anggota Penguji
(Pembimbing Utama)

Drs. Bambang Budi R, M.Si
NIP. 19601217 198601 1 001

Anggota Penguji
(Pembimbing Pendamping)

dr. Intan Zainafree
NIP. 19790105 200604 2 002

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

Akhirnya bukan tahun-tahun dalam kehidupan anda yang harus diperhitungkan,
tetapi kehidupan dalam tahun-tahun andalah yang berarti.

(Abraham Lincoln)

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua Orang Tuaku sebagai ungkapan terima kasihku atas segala doa dan motivasi yang tak ternilai.
2. Almamaterku.

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga skripsi yang berjudul “Efektifitas Fungsi Manajemen Tenaga Gizi Puskesmas Terhadap Program Penanggulangan Gizi Buruk Di Kabupaten Demak Tahun 2010” dapat terselesaikan dengan baik. Penyelesaian skripsi ini dimaksudkan untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Sehubungan dengan pelaksanaan penelitian sampai tersusunnya skripsi ini, dengan rasa rendah hati disampaikan terima kasih yang tulus kepada yang terhormat,

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Drs. Harry Pramono, M. Si., atas izin penelitiannya.
2. Pembantu Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak Drs. Said Junaidi, M.Kes., atas izin penelitiannya.
3. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Bapak dr. H. Mahalul Azam, M.Kes., atas persetujuan penelitian.
4. Pembimbing I, Bapak Drs. Bambang Budi R, MSi., atas arahan dan bimbingannya dalam penyusunan skripsi ini.
5. Pembimbing II Ibu dr. Intan Zainafree atas arahan dan bimbingannya dalam penyusunan skripsi ini.
6. Kepala Kantor Kesbanglinmas Kabupaten Demak, atas izin penelitiannya.

7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, Bapak dr. Singgih Setyono, M.MR., atas ijin penelitiannya.
8. Kepala Puskesmas se-Kabupaten Demak atas ijin penelitiannya.
9. Staf Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Demak, Ibu Ida Rosanti dan Bapak Karjono, atas kerjasamanya dalam penyelesaian skripsi ini.
10. Papa, Ibu, Kakak dan Adik tersayang atas motivasi dan doanya dalam penyusunan skripsi ini.
11. Seluruh teman-teman seperjuangan di Jurusan IKM '06. Umee, Tyaz, Manis, Jauh, Titin atas bantuan, motivasi dan dukungan yang telah diberikan dalam penyelesaian skripsi ini.
12. Teman-teman di koz Pink Istie, Umee, Nisa, Gepsy, Aseh, Ama, Itaatas bantuan dan motivasinya dalam penyelesaian skripsi ini.
13. My Last Breath dan semua pihak yang terlibat, atas bantuannya dalam penyelesaian skripsi ini.

Semoga amal baik dari semua pihak mendapat pahala yang berlipat dari Allah SWT.

Disadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Semarang, Februari 2011

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL	i
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan	7
1.4 Manfaat	7
1.5 Keaslian Penelitian	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	10
BAB II LANDASAN TEORI	11
2.1 Efektifitas	11
2.1. Manajemen	13
2.2. Tenaga Gizi Puskesmas	23

2.3. Program Penanggulangan Gizi Buruk	28
2.4. Kerangka Teori	36
BAB III METODE PENELITIAN	37
3.1 Kerangka Konsep	37
3.2 Hipotesis	37
3.3 Jenis Dan Rancangan Penelitian	38
3.4 Variabel Penelitian.....	38
3.5 Definisi Operasional Dan Skala Pengukuran Variabel.....	39
3.6 Populasi Dan Sampel Penelitian	41
3.7 Sumber Data Penelitian	42
3.8 Instrument Penelitian	42
3.9 Teknik Pengambilan Data	45
3.10 Pengolahan Dan Analisis Data	45
BAB IV HASIL PENELITIAN	48
4.1 Gambaran Umum.....	48
4.2 Hasil Penelitian.....	56
BAB V PEMBAHASAN	69
5.1 Pembahasan.....	69
5.2 Kelemahan Dan Hambatan Penelitian	78
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	79
6.1 Simpulan	79
6.2 Saran	80
DAFTAR PUSTAKA	81



DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1 Status Gizi Balita Tahun 2004-2008.....	4
1.2 Keaslian Penelitian	8
3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran.....	39
4.1 Jumlah Penduduk Kabupaten Demak Berdasarkan Jenis Kelamin.....	49
4.2 Distribusi Jumlah Penduduk Kabupaten Demak Tahun 2009	49
4.3 Distribusi Jumlah Penduduk kabupaten Demak Berdasarkan Umur.....	50
4.4 Distribusi Tingkat Penduduk Usia 10 Tahun Ke Atas Menurut Ijazah Tertinggi Di Kabupaten Demak Tahun 2010.....	51
4.5 Distribusi Jumlah Penduduk Usia 10 Tahun Ke Atas Yang Bekerja Menurut Lapangan Usaha Di Kabupaten Demak Tahun 2010	52
4.6 Distribusi Jumlah Penduduk Penduduk Miskin Di Kabupaten Demak..	53
4.7 Sarana Pelayanan Kesehatan Kabupaten Demak	54
4.8 Hasil Pemantauan Status Gizi	54
4.9 Distribusi Jumlah Gizi Buruk Tiap Puskesmas Di Kabupaten Demak ..	55
4.10 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Rata-rata Umur.....	57
4.11 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan	57
4.12 Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja.....	57
4.13 Distribusi Jawaban Responden Tentang Perencanaan.....	59
4.14 Distribusi Jawaban Responden Tentang Pengorganisasian	61
4.15 Distribusi Jawaban Responden Tentang Koordinasi	63
4.16 Distribusi Jawaban Responden Tentang Pengawasan	65

4.17 Distribusi Jawaban Responden Tentang Evaluasi..... 67



DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Alur Pelacakan Kasus Gizi Buruk.....	32
2.2 Kerangka Teori.....	36
3.1 Kerangka Konsep	37
4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	56
4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Perencanaan....	58
4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Pengorganisasian	61
4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Koordinasi	63
4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Pengawasan	65
4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Evaluasi.....	67

LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Keputusan Pembimbing Skripsi
- Lampiran 2. Surat Permohonan Ijin Observasi Dan Pengambilan Data
- Lampiran 3. Surat Permohonan Ijin Validitas Dan Reliabilitas Instrumen
- Lampiran 4. Surat Permohonan Ijin Penelitian 1
- Lampiran 5. Surat Permohonan Ijin Penelitian 2
- Lampiran 6. Surat Permohonan Ijin Penelitian 3
- Lampiran 7. Surat Rekomendasi Dari Kesbanglinmaspol
- Lampiran 8. Surat Rekomendasi Dari Dinkes Demak
- Lampiran 9. Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Riset
- Lampiran 10. Kuesioner Penelitian
- Lampiran 11. Data Mentah Uji Validitas
- Lampiran 12. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Penelitian
- Lampiran 13. Data Mentah Hasil Penelitian
- Lampiran 14. Hasil Uji Fisher Penelitian
- Lampiran 15. Dokumentasi Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kesehatan adalah hak asasi manusia dan sekaligus investasi sumber daya manusia, oleh karena itu menjadi suatu keharusan bagi semua pihak untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan demi kesejahteraan masyarakat (DepKes 2007:1).

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas. Hal ini sangat ditentukan oleh status gizi yang baik, dan status gizi yang baik ditentukan oleh jumlah asupan pangan yang dikonsumsi. Masalah gizi kurang dan buruk dipengaruhi langsung oleh faktor konsumsi pangan dan penyakit infeksi. Secara tidak langsung dipengaruhi oleh pola asuh, ketersediaan pangan, faktor sosial ekonomi, budaya dan politik. Apabila gizi kurang dan gizi buruk terus terjadi dapat menjadi faktor penghambat dalam pembangunan nasional.

Saat ini diperkirakan sekitar 50 persen penduduk Indonesia atau lebih dari 100 juta jiwa mengalami beraneka masalah kekurangan gizi, yaitu gizi kurang dan gizi lebih. Masalah gizi kurang sering luput dari penglihatan atau pengamatan dan seringkali tidak cepat ditanggulangi. Selain gizi kurang, secara bersamaan Indonesia juga mulai menghadapi masalah gizi lebih dengan kecenderungan yang semakin meningkat dari waktu ke waktu. Secara perlahan kekurangan gizi akan berdampak pada tingginya angka kematian ibu, bayi, dan balita, serta rendahnya umur harapan hidup. Selain itu, dampak kekurangan gizi terlihat juga pada

rendahnya partisipasi sekolah, rendahnya pendidikan, serta lambatnya pertumbuhan ekonomi. (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010, Juni 2007, <http://ntt-academia.org/Pangan/RAN-Pangan-Nutrisi-Bahasa.pdf> diakses tanggal 30 Nopember 2010).

Pembangunan kesehatan dan gizi yang berorientasi pada pembangunan manusia berkelanjutan dilandasi oleh kesadaran mengenai pentingnya investasi kesehatan bagi kemajuan suatu bangsa. Tanpa kesehatan, tidak akan ada sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas dan produktif. Kesehatan juga merupakan hak asasi manusia yang harus dipenuhi sebelum hak hak asasi lainnya dapat dipenuhi (Bappenas, 2007:1).

Hambatan yang dialami dalam meningkatkan sumber daya manusia yang paling di rasakan saat ini adalah dampak dari krisis ekonomi. Akibatnya terjadi perubahan pola hidup masyarakat ekonomi lemah, sehingga menyebabkan penurunan daya beli dan konsumsi pangan. Dampak yang dirasakan adalah meningkatnya kejadian gizi buruk pada anak-anak dan meningkatnya angka kesakitan dan kematian serta meningkatnya penyakit infeksi yang memperparah keadaan gizi penderita. Gizi buruk membawa dampak bukan hanya pada kehidupan anak-anak yang masih berusia muda, akan tetapi dapat terjadi pada semua golongan usia. Dampak buruk dapat termanifestasi dalam bentuk ringan atau berat. Gangguan tumbuh kembang fisik, rendahnya daya tahan terhadap penyakit, tingkat kecerdasan yang kurang, prestasi kerja rendah adalah bentuk manifestasi dampak keadaan gizi yang tidak optimal (Sjahmien Moehji, 2009:7).

Di Indonesia berita tentang gizi buruk diberbagai media menunjukkan bahwa masalah gizi buruk kembali menyeruak mulai dari Papua, NTT, NTB. Meskipun selama 10 tahun terakhir terdapat kemajuan dalam penanggulangan masalah gizi buruk di Indonesia, tapi jika dibandingkan dengan beberapa negara ASEAN seperti Thailand, prevalensi masalah gizi buruk, khususnya gizi kurang dan gizi buruk masih tinggi.

Salah satu masalah pokok kesehatan di negara-negara sedang berkembang adalah masalah gangguan terhadap kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh kekurangan gizi. Oleh karena itu, usaha-usaha perbaikan gizi masyarakat di negara ini merupakan salah satu masalah kesehatan yang menonjol, yang menjadi bagian dari program pembangunan nasional (Moch. Agus Krisna, 2001:179).

Pada tingkat individu, keadaan gizi dipengaruhi oleh asupan gizi dan penyakit infeksi yang saling terkait. Apabila seseorang tidak mendapat asupan gizi yang cukup akan mengalami kekurangan gizi dan mudah sakit. Demikian juga bila seseorang sering sakit akan menyebabkan gangguan nafsu makan dan selanjutnya akan mengakibatkan gizi kurang.

Di tingkat keluarga dan masyarakat, masalah gizi dipengaruhi oleh:

- a. Kemampuan keluarga dalam menyediakan pangan bagi anggotanya baik jumlah maupun jenis sesuai kebutuhan gizinya.
- b. Pengetahuan, sikap dan keterampilan keluarga dalam hal:
 1. Memilih, mengolah dan membagi makanan antar anggota keluarga sesuai dengan kebutuhan gizinya.
 2. Memberikan perhatian dan kasih sayang dalam mengasuh anak.

3. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan dan gizi yang tersedia, terjangkau dan memadai (Posyandu, Pos Kesehatan Desa, Puskesmas dll).
- c. Tersedianya pelayanan kesehatan dan gizi yang terjangkau dan berkualitas.
- d. Kemampuan dan pengetahuan keluarga dalam hal kebersihan pribadi dan lingkungan (Depkes RI, 2007:8).

Permasalahan gizi yang masih tetap ada dan cenderung bertambah adalah masalah gizi kurang dan gizi buruk. Di Jawa Tengah kasus gizi buruk ditemukan di semua wilayah. Menurut Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2008, jumlah balita gizi buruk yang ditemukan sebanyak 5.528 balita. Balita gizi buruk yang mendapat perawatan sesuai standar sebanyak 4.476 kasus. Angka ini meningkat jika dibandingkan dengan tahun 2007 yang hanya mencapai 56,83%. Meskipun mengalami peningkatan, cakupan tersebut masih dibawah target SPM sebesar 100%.

Di kabupaten Demak tingkat penanganan kasus yang tergolong kecil jika dibandingkan dengan daerah lain masih sangat jauh dari harapan karena tidak ada kasus yang tertangani. Hasil pemantauan status gizi lima tahun terakhir yaitu tahun 2004 sampai dengan tahun 2008 terlihat dalam grafik di bawah ini:

Tabel. 1.1
Status Gizi Balita Kabupaten Demak Tahun 2004-2008

No.	Status Gizi	2004	2005	2006	2007	2008
1	Gizi Lebih	1,96 %	2,59%	2,04%	1'86 %	1,11 %
2	Gizi Baik	78,32 %	77,74%	80,13%	80,67 %	82,84 %
3	Gizi Kurang	17,98 %	17,80%	15,98%	15,52 %	14,70 %
4	Gizi Buruk	1,74 %	1,86%	1,84%	1,95 %	1,71%
Jumlah		100 %	100%	100%	100%	100%

Berdasarkan laporan pemantauan status gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Demak tahun 2007 kasus gizi buruk mengalami peningkatan. Dilihat dari kondisi balita gizi buruk, terdapat peningkatan prosentase balita gizi buruk yaitu tahun 2006 sebesar 1,84% menjadi 1,95% pada tahun 2007. Namun, di tahun 2008 prosentase balita gizi buruk menurun menjadi 1,71%. Akan tetapi angka tersebut belum mencapai target standar pelayanan minimal (SPM) yaitu sebesar 1,2 % (Dinkes Kab Demak, 2008:3).

Dalam melaksanakan upaya perbaikan gizi, tenaga gizi sebagai penanggung jawab utama berfungsi membantu kepala puskesmas mengelola program gizi puskesmas dalam menjalankan fungsi-fungsi manajemen yaitu perencanaan, pengorganisasian, koordinasi, pengawasan, evaluasi. Fungsi manajemen tersebut merupakan proses dalam menggunakan sumber daya yang tersedia untuk menghasilkan peningkatan status gizi balita sehingga kasus gizi buruk dapat tertangani.

Puskesmas adalah suatu organisasi kesehatan fungsional yang memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat yang sesuai dengan azas penyelenggaraan puskesmas perlu ditunjang oleh manajemen puskesmas yang baik. Manajemen puskesmas adalah rangkaian kegiatan yang bekerja secara sistematis untuk menghasilkan output pusat kesehatan yang efektif dan efisien. Rangkaian kegiatan sistematis yang dilakukan oleh puskesmas membentuk fungsi-fungsi manajemen (Budioro, 2002:161).

Pelayanan kesehatan di Puskesmas umumnya masih sangat terbatas baik dalam hal tenaga, sarana dan prasarana, ketersediaan obat, fasilitas biaya dan

pelayanan medisnya. Jika kinerja pelayanan kesehatan yang diperoleh pasien pada suatu fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan harapan pasien, maka pasien akan mempunyai minat untuk kembali datang ke fasilitas pelayanan kesehatan tersebut (Balai Pelatihan Kesehatan, 2000:10).

Pada tahun 2008 jumlah puskesmas di Kabupaten Demak sebanyak 26 unit. 20 unit diantaranya rawat jalan, dan 6 unit ditunjang dengan pelayanan rawat inap (Dinkes Kab Demak, 2008:64). Sementara itu, untuk tenaga gizi Puskesmas hingga tahun 2008 berjumlah 26 orang dengan klasifikasi pendidikan D IV gizi sebanyak 5 orang D III Gizi berjumlah 20 orang dan SPAG berjumlah 1 orang.

Dalam menjalankan tugasnya masing-masing tenaga gizi harus menangani semua penderita gizi buruk di wilayah kerja masing-masing dan secara rutin harus melakukan pemantauan terhadap balita yang menderita gizi buruk sedangkan sebagian besar puskesmas belum mempunyai klinik gizi. Dalam menanggulangi gizi buruk dengan sumber daya terbatas dapat menimbulkan berbagai masalah sehingga laporan rutin dari puskesmas tidak semuanya tepat waktu (Dinkes Kab. Demak, 2008:68).

1.2 Rumusan Masalah

Disadari secara umum bahwa keadaan gizi yang kurang baik merupakan akibat dari berbagai faktor yang saling terkait terutama faktor ekonomi, politik, sosial, budaya. Status gizi yang buruk akan menghambat pertumbuhan fisik, mental maupun kemampuan berpikir yang pada gilirannya akan berdampak pada menurunnya kualitas sumber daya manusia.

Kasus gizi buruk belum tertangani dengan tuntas dan masih berada di bawah SPM (Standar Pelayanan Minimal). Salah satu penyebabnya adalah keterbatasan tenaga gizi puskesmas sebagai penanggung jawab utama dalam mengelola program gizi puskesmas dan dalam menjalankan fungsi manajemen sehingga laporan rutin dari tenaga gizi puskesmas tidak semuanya tepat waktu. Berdasarkan hal tersebut dirumuskan masalah “Apakah Fungsi Manajemen Tenaga Gizi Puskesmas Efektif Terhadap Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk Di Kabupaten Demak Tahun 2010?”.

1.3 Tujuan Penelitian

Mengetahui efektivitas fungsi manajemen tenaga gizi Puskesmas terhadap pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Demak tahun 2010.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Dinas Kesehatan

Merupakan sumbangan pemikiran bagi Dinas Kesehatan Kabupaten demak khususnya mengenai efektivitas fungsi manajemen tenaga gizi puskesmas terhadap program penanggulangan gizi buruk.

1.4.2 Bagi Puskesmas

Memberi informasi dan sebagai masukan dalam menyusun kebijakan tentang penanggulangan gizi buruk di kabupaten Demak, khususnya di wilayah kerja Puskesmas masing-masing.

1.4.3 Bagi Tenaga Gizi Puskesmas

Memperoleh masukan dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dalam upaya perbaikan gizi balita.

1.4.4 Bagi peneliti

Sebagai sarana untuk melatih diri mengenai proses berpikir ilmiah sebagai wujud kepedulian terhadap masalah yang ada.

1.4.5 Bagi pembaca

Dapat digunakan sebagai tambahan pengetahuan sehingga dapat digunakan sebagai tambahan informasi, sumbangan pemikiran dan bahan kajian dalam penelitian.

1.5 Keaslian Penelitian

Tabel 1.2
Keaslian Penelitian

No	Judul penelitian	Tahun dan tempat penelitian	Variabel	Hasil penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Hubungan Antara Fungsi Manajemen Tenaga Gizi Puskesmas Dengan Hasil Kegiatan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi Di Kabupaten Pekalongan Tahun 2002	Tahun 2002 Tempat Kabupaten Pekalongan	Variabel bebas: - Perencanaan - Koordinasi - Pelaksanaan - Pemantauan - Evaluasi Variabel terikat: - Tingkat partisipasi masyarakat - Keberhasilan program - Gizi buruk	Dengan uji korelasi spearman diperoleh hasil ada hubungan yang signifikan antara perencanaan, koordinasi, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dengan hasil kegiatan SKPG di kabupaten Pekalongan
2	Implementasi Fungsi-Fungsi Pengendalian	Tahun 2006 Tempat RS Roemani	Variabel bebas: - Perencanaan - Pengorganisasian	Implementasi fungsi manajemen pengendalian

	Infeksi Nosokomial Di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang tahun 2006	Muhammadiyah Semarang	- Pelaksanaan - Penilaian Variabel terikat: Pelaksanaan kegiatan pengendalian infeksi nosokomial	infeksi nosokomial di RS Roemani Muhammadiyah Semarang belum diterapkan secara Optimal
3	Efektifitas Fungsi Manajemen Tenaga Gizi Puskesmas Terhadap pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk Di kabupaten Demak Tahun 2010	Tahun 2010 Tempat Puskesmas se Kabupaten Demak	Variabel bebas: - Perencanaan - Pengorganisasian - Koordinasi - Pengawasan - Evaluasi Variabel terikat : program penanggulangan gizi buruk	

Penelitian ini memiliki perbedaan dengan dua penelitian terdahulu. Adapun perbedaan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah:

- a. Penelitian pertama, variabel bebasnya fungsi manajemen tenaga gizi puskesmas; variabel terikatnya kegiatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi, sedangkan penelitian ini variabel bebasnya fungsi manajemen tenaga gizi puskesmas; variabel terikatnya program penanggulangan gizi buruk.
- b. Penelitian kedua, variabel bebasnya fungsi manajemen pengendalian infeksi nosokomial; variabel bebasnya pelaksanaan kegiatan pengendalian infeksi nosokomial, sedangkan penelitian ini variabel bebasnya fungsi manajemen tenaga gizi puskesmas; variabel terikatnya program penanggulangan gizi buruk.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup dalam penelitian ini meliputi lingkup tempat, waktu dan materi.

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

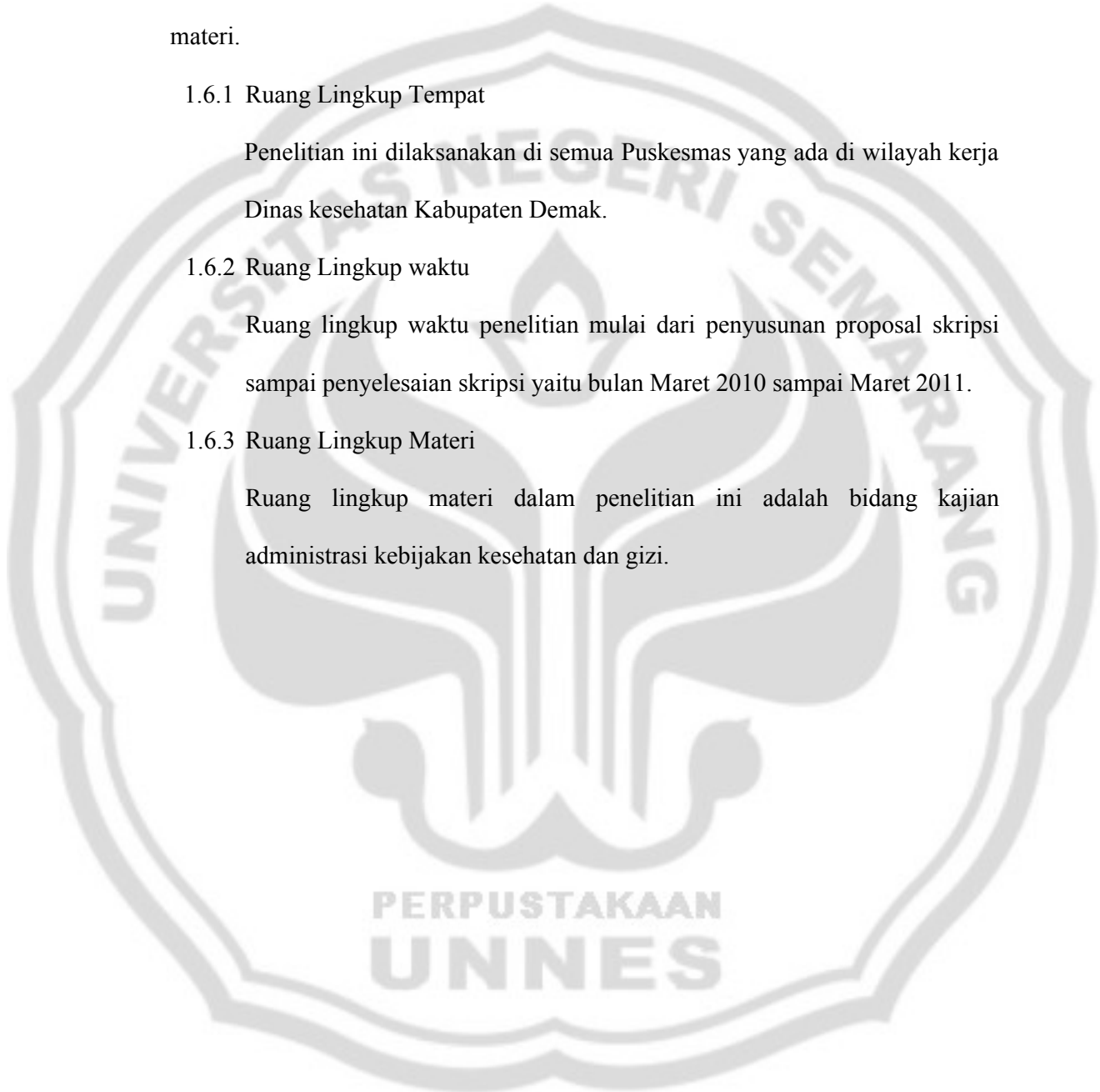
Penelitian ini dilaksanakan di semua Puskesmas yang ada di wilayah kerja Dinas kesehatan Kabupaten Demak.

1.6.2 Ruang Lingkup waktu

Ruang lingkup waktu penelitian mulai dari penyusunan proposal skripsi sampai penyelesaian skripsi yaitu bulan Maret 2010 sampai Maret 2011.

1.6.3 Ruang Lingkup Materi

Ruang lingkup materi dalam penelitian ini adalah bidang kajian administrasi kebijakan kesehatan dan gizi.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 EFEKTIFITAS

2.1.1.1 Pengertian Efektifitas

Efektifitas merupakan kemampuan untuk memilih tujuan yang tepat atau peralatan yang tepat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Menurut ahli manajemen Peter Drucker efektifitas adalah melakukan pekerjaan yang benar (T. Hani Handoko, 2003:7).

2.1.1.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Efektivitas Kerja

1) Karakteristik Organisasi

Karakteristik organisasi terdiri dari struktur dan teknologi organisasi yang dapat mempengaruhi segi-segi tertentu dari efektivitas dengan berbagai cara. Yang dimaksud struktur adalah hubungan yang relatif tepat sifatnya, seperti dijumpai dalam organisasi, sehubungan dengan susunan sumber daya manusia struktur meliputi bagaimana cara organisasi menyusun orang-orangnya dalam menyelesaikan pekerjaan, sedangkan yang dimaksud teknologi adalah mekanisme suatu organisasi untuk mengubah masukan mentah menjadi keluaran.

2) Karakteristik Lingkungan

Lingkungan luar dan lingkungan dalam juga telah dinyatakan berpengaruh atas efektivitas, keberhasilan hubungan organisasi lingkungan tergantung pada

tingkat variabel kunci yaitu tingkat keterdugaan keadaan lingkungan, ketepatan persepsi atas keadaan lingkungan, tingkat rasionalisme organisasi. Ketiga faktor ini mempengaruhi ketepatan tanggapan organisasi terhadap perubahan lingkungan.

3) Karakteristik Pekerja

Pada kenyataannya para anggota organisasi merupakan faktor pengaruh yang paling penting karena perilaku merekalah yang dalam jangka panjang akan memperlancar atau merintangi tercapainya tujuan organisasi. Pekerja merupakan sumber daya yang langsung berhubungan dengan pengelolaan semua sumber daya yang ada di dalam organisasi, oleh sebab itu perilaku pekerja sangat berpengaruh terhadap pencapaian tujuan organisasi. Pekerja merupakan modal utama di dalam organisasi yang akan berpengaruh besar terhadap efektivitas, karena walaupun teknologi yang digunakan merupakan teknologi yang canggih dan didukung oleh adanya struktur yang baik, namun tanpa adanya pekerja maka semua itu tidak ada gunanya.

4) Karakteristik Kebijakan dan Praktek Manajemen

Dengan makin rumitnya proses teknologi dan perkembangannya lingkungan maka peranan manajemen dalam mengkoordinasi orang dan proses demi keberhasilan organisasi semakin sulit.

2.1.1.3 Alat Ukur Efektivitas

1) Kemampuan menyesuaikan diri

Kemampuan manusia terbatas dalam segala hal, sehingga dengan keterbatasannya itu menyebabkan manusia tidak dapat mencapai pemenuhan kebutuhannya tanpa melalui kerjasama dengan orang lain. Hal ini sesuai pendapat Ricard M. Steers yang menyatakan bahwa kunci keberhasilan organisasi adalah kerjasama dalam pencapaian tujuan. Setiap organisasi yang masuk dalam organisasi dituntut untuk dapat menyesuaikan diri dengan orang yang bekerja di dalamnya maupun dengan pekerjaan dalam organisasi tersebut. Jika kemampuan menyesuaikan diri tersebut dapat berjalan maka tujuan organisasi dapat tercapai.

2) Prestasi Kerja

Prestasi kerja adalah suatu hasil kerja yang dicapai seseorang dalam melaksanakan tugas-tugas yang dibebankan yang didasarkan atas kecakapan, pengalaman, kesungguhan dan waktu (Hasibuan Malayu S. P., 2001:94). Dari pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa dengan kecakapan, pengalaman, kesungguhan waktu yang dimiliki oleh pegawai maka tugas yang diberikan dapat dilaksanakan sesuai dengan tanggung jawab yang dibebankan kepadanya.

3) Kepuasan kerja.

Tingkat kesenangan yang dirasakan seseorang atas peranan atau pekerjaannya dalam organisasi. Tingkat rasa puas individu bahwa mereka mendapat imbalan yang setimpal, dari bermacam-macam aspek situasi pekerjaan dan organisasi tempat mereka berada.

2.1.2 MANAJEMEN

2.1.2.1 Pengertian Manajemen

Menurut Drs. H. Malayu S.P., Manajemen adalah ilmu yang mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan tertentu. G. R. Terry dalam bukunya menjelaskan definisi manajemen adalah suatu proses yang khas yang terdiri dari tindakan-tindakan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran-sasaran yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lain (Hasibuan Malayu, S. P, 2007:2). Manajemen menurut Dr. A. A. Gde Muninjaya, MPH adalah seni tentang bagaimana menggunakan sumber daya secara efisien, efektif dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya (A. A. Gede Muninjaya, 2004:17).

2.1.2.2 Pentingnya Manajemen

Pada dasarnya kemampuan manusia terbatas secara fisik, pengetahuan, waktu, dan perhatian sedangkan kebutuhan tidak terbatas. Usaha untuk memenuhi kebutuhan dan terbatasnya kemampuan dalam melaksanakan pekerjaan mendorong manusia membagi pekerjaan, tugas dan tanggung jawab. Maka terbentuklah kerjasama dan keterikatan formal dalam suatu organisasi. Dalam organisasi itu maka pekerjaan yang berat dan sulit akan dapat diselesaikan dengan baik serta tujuan yang diinginkan tercapai (Hasibuan Malayu S. P., 2003:3).

Manajemen dibutuhkan oleh semua organisasi, karena tanpa manajemen, semua usaha akan sia-sia dan pencapaian tujuan akan lebih sulit. Ada tiga alasan utama diperlukannya manajemen:

1. Untuk mencapai tujuan, manajemen dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi dan pribadi.
2. Untuk menjaga keseimbangan antara tujuan-tujuan yang saling bertentangan. Yaitu dalam menjaga keseimbangan antara tujuan-tujuan, sasaran-sasaran, dan kegiatan-kegiatan yang saling bertentangan dari pihak-pihak yang berkepentingan dalam organisasi.
3. Untuk mencapai efisiensi dan efektifitas. Suatu kerja organisasi dapat diukur dengan banyak cara yang berbeda. Salah satu cara yang umum adalah efisiensi dan efektifitas (T. Hani Handoko, 2003:6).

Pada dasarnya manajemen penting, sebab :

1. Pekerjaan itu berat dan sulit untuk dikerjakan sendiri sehingga diperlukan pembagian tugas, tanggung jawab dalam penyelesaiannya.
2. Perusahaan dapat berhasil dengan baik jika manajemen diterapkan dengan baik.
3. Manajemen yang baik akan meningkatkan daya guna dan hasil guna semua potensi yang dimiliki.
4. Manajemen yang baik akan mengurangi pemborosan.
5. Manajemen menetapkan tujuan dan usaha untuk mewujudkan dengan memanfaatkan 6M (*men, money, methods, materials, machines, market*).
6. Manajemen perlu untuk kemajuan dan pertumbuhan.

7. Manajemen mengakibatkan pencapaian tujuan secara teratur.
8. Manajemen merupakan suatu pedoman pikiran dan tindakan.
9. Manajemen selalu dibutuhkan dalam setiap kerjasama sekelompok orang (Hasibuan Malayu S. P., 2007:3).

Manajemen baru dapat diterapkan jika ada tujuan bersama dan kepentingan bersama yang akan dicapai. Manajemen memerlukan pembagian kerja, tugas, dan tanggung jawab yang teratur. Diperlukan hubungan formal dan ikatan kerja yang tertib. Harus ada sekelompok orang dan pekerjaan yang akan dikerjakan dan terdapat organisasi untuk melakukan kerjasama. Wewenang dan tanggung jawab berada dari setiap individu anggota. Dasar yang lain adalah ada koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi (KIS) dari proses manajemen dan ada pemimpin atau pengatur dan bawahan yang akan diatur (Hasibuan Malayu S. P., 2007:5).

2.1.2.3 Fungsi-Fungsi Manajemen

1) Perencanaan

Perencanaan (*planning*) adalah fungsi dasar manajemen, karena *organizing*, *staffing*, *directing*, dan *controlling* pun harus terlebih dahulu direncanakan. Perencanaan ini adalah dinamis (Hasibuan, 2007:91). Menurut G.R. Terry perencanaan adalah memilih dan menghubungkan fakta dan membuat serta menggunakan asumsi mengenai masa datang dengan jalan menggambarkan dan merumuskan kegiatan-kegiatan yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan (Hasibuan Malayu S. P., 2007:92).

Kegiatan perencanaan pada dasarnya melalui empat tahap berikut :

Tahap 1: Menetapkan tujuan atau serangkaian tujuan. Perencanaan dimulai dengan keputusan tentang keinginan atau kebutuhan organisasi atau kelompok kerja. Tanpa rumusan tujuan yang jelas, organisasi akan menggunakan sumber daya secara tidak efektif.

Tahap 2: Merumuskan keadaan saat ini. Tujuan dan rencana menyangkut waktu akan datang. Setelah menganalisa keadaan, rencana dapat dirumuskan untuk menggambarkan rencana kegiatan lebih lanjut. Tahap kedua ini memerlukan informasi yang didapatkan melalui komunikasi dalam organisasi.

Tahap 3: Mengidentifikasi segala kemudahan dan hambatan. Segala kekuatan dan kelemahan serta kemudahan dan hambatan perlu diidentifikasi untuk mengukur kemampuan organisasi dalam mencapai tujuan.

Tahap 4: Mengembangkan rencana atau serangkaian kegiatan. Tahap terakhir dalam proses perencanaan meliputi pengembangan berbagai alternatif kegiatan untuk pencapaian tujuan, penilaian dan pemilihan alternatif-alternatif terbaik (T. Hani Handoko, 2003:79).

Perencanaan sangat penting karena tanpa perencanaan dan rencana berarti tidak ada tujuan yang ingin dicapai. Rencana adalah dasar pengendalian karena tanpa adanya rencana pengendalian tidak dapat digunakan. Tanpa perencanaan dan rencana berarti tidak ada keputusan dan proses manajemen putusan tidak ada (Hasibuan Malayu S. P., 2007:91).

Dalam membuat perencanaan juga memerlukan syarat-syarat perencanaan yang baik. Dalam perencanaan perlu merumuskan masalah yang akan direncanakan dengan sejelas-jelasnya. Perencanaan juga harus didasarkan pada

informasi, data dan fakta. Kemudian memutuskan suatu keputusan yang menjadi rencana. Jika perencanaan dilakukan dengan baik maka akan dihasilkan suatu rencana yang baik pula (Hasibuan Malayu S. P., 2007:110).

Beberapa kriteria yang dapat digunakan untuk menilai efektifitas perencanaan yaitu mencakup 1) Kegunaan, agar berguna bagi manajemen dalam pelaksanaan fungsinya, suatu rencana harus *fleksibel*, stabil, berkesinambungan dan sederhana. 2) Ketepatan dan obyektifitas, rencana harus dievaluasi untuk mengetahui apakah jelas, ringkas, nyata dan akurat. 3) Ruang lingkup, perencanaan perlu memperhatikan kelengkapan, kepaduan, dan konsistensi. 4) Efektifitas biaya, efektifitas biaya perencanaan menyangkut waktu dan usaha. 5) Akuntabilitas perencanaan dan 6) Ketepatan waktu.

2) Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah salah satu fungsi manajemen yang juga mempunyai peranan penting seperti fungsi perencanaan. Melalui fungsi pengorganisasian, seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Pengorganisasian adalah langkah untuk menetapkan, menggolongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas pokok dan wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam rangka mencapai tujuan organisasi (A. A. Gde Muninjaya, 2004:74).

Unsur-unsur organisasi yang perlu diperhatikan dalam pengorganisasian, yang pertama manusia, artinya organisasi baru ada jika ada unsur manusia yang bekerja sama, ada pemimpin dan ada yang di pimpin. Tempat kedudukan artinya

organisasi baru ada jika ada tempat kedudukannya. Pekerjaan artinya organisasi baru ada jika ada pekerjaan yang akan dikerjakan serta adanya pembagian pekerjaan. Struktur artinya organisasi baru ada jika ada hubungan dan kerja sama antara manusia yang satu dengan yang lainnya. Teknologi artinya organisasi baru ada jika terdapat unsur teknis. Lingkungan (*environment external social system*) artinya organisasi baru ada jika ada lingkungan yang saling mempengaruhi, misal ada sistem kerja sama sosial (Hasibuan Malayu S. P., 2007:122).

Proses pengorganisasian :

1. Manajer harus mengetahui tujuan organisasi yang ingin dicapai.
2. Penentuan kegiatan-kegiatan, artinya manajer harus mengetahui, merumuskan dan menspesifikasikan kegiatan yang diperlukan untuk mencapai tujuan organisasi dan menyusun daftar kegiatan yang akan dilakukan.
3. Pengelompokan kegiatan-kegiatan, artinya manajer harus mengelompokkan kegiatan ke dalam beberapa kelompok atas dasar tujuan yang sama. Kegiatan-kegiatan yang bersamaan dan berkaitan erat disatukan ke dalam satu departemen atau bagian.
4. Pendelegasian wewenang, artinya manajer harus menetapkan besarnya wewenang yang akan didelegasikan kepada setiap departemen.
5. Rentang kendali, artinya manajer harus menetapkan jumlah karyawan pada setiap departemen atau bagian.
6. Peranan perorangan, artinya manajer harus menetapkan dengan jelas tugas-tugas setiap individu karyawan, supaya tumpang tindih karyawan dan tugas dihindarkan.

7. Tipe organisasi, artinya manajer harus menetapkan tipe organisasi apa yang akan dipakai, apakah *line organization*, *line and staff organization/function organization*.
8. Struktur (*organization chart*=bagan organisasi), artinya manajer harus menetapkan struktur organisasi yang bagaimana yang akan dipergunakan, apakah struktur organisasi segitiga vertical, segitiga horizontal, berbentuk lingkaran, berbentuk setengah lingkaran, berbentuk kerucut vertikal/horizon atau berbentuk oval (Hasibuan Malayu S. P.,2007:127).

3) Koordinasi

Menurut Drs. Malayu S. P. Hasibuan, koordinasi adalah kegiatan mengarahkan, mengintegrasikan dan mengkoordinasi unsur-unsur manajemen (*general manager*) dan pekerjaan-pekerjaan para bawahan dalam mencapai tujuan organisasi. Sedangkan menurut G. R Terry, koordinasi adalah suatu usaha yang sinkron dan teratur untuk menyediakan jumlah dan waktu yang tepat dan mengarahkan pelaksanaan untuk menghasilkan suatu tindakan yang seragam dan harmonis pada sasaran yang telah ditentukan (Hasibuan Malayu S. P., 2007:85).

Pentingnya koordinasi dapat mencegah terjadinya kekacauan, percekocokan, kembar atau kekosongan. Dalam organisasi, orang-orang dan pekerjaannya diselaraskan serta diarahkan ke pencapaian tujuan perusahaan. Untuk mencapai tujuan, sarana dan prasarana harus dimanfaatkan. Semua unsur-unsur manajemen dan pekerjaan masing-masing individu dan karyawan harus membantu tercapainya tujuan organisasi. Hal ini dimaksudkan agar semua tugas, kegiatan dan pekerjaan terintegrasi kepada sasaran yang diinginkan.

4) Pengawasan

Menurut G. R Terry pengawasan adalah proses penentuan, apa yang harus dicapai yaitu standar dan apa yang harus dilakukan yaitu pelaksanaan, menilai pelaksanaan apabila perlu melakukan perbaikan, sehingga pelaksanaan sesuai dengan rencana. Definisi pengawasan yang dikemukakan oleh Robert J. Mockler adalah suatu usaha sistematis untuk menetapkan standar pelaksanaan dengan tujuan-tujuan perencanaan, merancang sistem informasi umpan balik, membandingkan kegiatan nyata dengan standar yang ditetapkan sebelumnya, menentukan dan mengukur penyimpangan-penyimpangan, serta mengambil tindakan koreksi yang diperlukan (T. Hani Handoko, 2003:361).

Proses pengawasan dilakukan secara bertahap melalui langkah-langkah berikut :

1. Menentukan standar-standar yang akan digunakan dasar pengawasan.
2. Mengukur pelaksanaan atau hasil yang telah dicapai.
3. Membandingkan pelaksanaan atau hasil dengan standar dan menentukan penyimpangan jika ada.
4. Melakukan tindakan perbaikan jika terdapat penyimpangan agar pelaksanaan dan tujuan sesuai dengan rencana (Hasibuan Malayu S. P., 2007:245).

Ada berbagai faktor yang membuat pengawasan semakin diperlukan oleh setiap organisasi. 1) Berbagai perubahan lingkungan organisasi terjadi terus menerus dan tidak dapat dihindari. Melalui fungsi pengawasan, manajer mendeteksi perubahan-perubahan yang berpengaruh pada organisasi sehingga mampu menghadapi tantangan atau memanfaatkan kesempatan. 2) Peningkatan

kompleksitas organisasi, semakin besar organisasi semakin memerlukan pengawasan yang lebih formal dan hati-hati. 3) Kesalahan-kesalahan, bila para bawahan tidak pernah melakukan kesalahan, atasan dapat secara sederhana melakukan fungsi pengawasan. Sistem pengawasan memungkinkan atasan mendeteksi kesalahan-kesalahan sebelum menjadi kritis. 4) Kebutuhan atasan untuk mendelegasikan wewenang (T. Hani Handoko, 2003:366).

Macam-macam pengawasan :

1. *Internal control* adalah pengawasan yang dilakukan oleh seorang atasan kepada bawahannya. Cakupan dari pengendalian ini meliputi hal-hal yang cukup luas baik pelaksanaan tugas, prosedur kerja, kedisiplinan karyawan dan lain-lain.
2. *External control* adalah pengawasan yang dilakukan oleh pihak luar. Pengendalian ekstern ini dapat dilakukan secara formal atau informal misalnya pemeriksaan pembukuan oleh kantor akuntan dan penilaian yang dilakukan oleh masyarakat.
3. *Formal control* adalah pemeriksaan yang dilakukan oleh instansi atau pejabat resmi dan dapat dilakukan secara intern atau ekstern.
4. *Informal control* penilaian yang dilakukan oleh masyarakat atau konsumen baik langsung ataupun tidak langsung.

Ciri ciri pengawasan yang efektif :

Pelaksanaan pengawasan yang efektif merupakan salah satu refleksi dari efektivitas manajerial seorang pemimpin. Pengawasan akan berlangsung efektif apabila memiliki ciri sebagai berikut pengawasan harus merefleksikan sifat dari

berbagai kegiatan yang diselenggarakan, pengawasan harus segera memberikan petunjuk tentang kemungkinan adanya *deviasi* dari rencana, pengawasan harus menunjukkan pengecualian pada titik-titik strategik tertentu, objektivitas dalam melakukan pengawasan, keluwesan pengawasan, pengawasan harus memperhitungkan pola dasar organisasi, efisiensi pelaksanaan pengawasan, pemahaman sistem pengawasan oleh semua pihak yang terlibat, dan pengawasan harus bersifat membimbing (Sondang P. Siagian 2002:176).

5) Evaluasi

Fungsi pengawasan perlu dibedakan dengan evaluasi program. Perbedaan terletak pada sifatnya, sumber data, dan waktu pelaksanaannya. Evaluasi dan fungsi pengawasan juga mempunyai persamaan, yaitu bertujuan untuk memperbaiki efisiensi dan efektifitas pelaksanaan program melalui perbaikan fungsi manajemen.

Evaluasi ada beberapa macam. *Evaluasi terhadap input* biasanya dilaksanakan sebelum kegiatan program dimulai untuk mengetahui apakah pemilihan sumber daya sudah sesuai dengan kebutuhan. Kegiatan evaluasi ini juga bersifat pencegahan. Evaluasi proses dilaksanakan pada saat kegiatan sedang berlangsung untuk mengetahui apakah metode yang dipilih sudah efektif, apakah motivasi dan komunikasi sudah berkembang dengan baik. *Evaluasi terhadap output* dilaksanakan setelah pekerjaan selesai untuk mengetahui apakah *output, effect, atau out come* program sudah sesuai target yang ditetapkan sebelumnya (A. Gde Muninjaya, 2004:96).

2.1.3 TENAGA GIZI PUSKESMAS

2.1.3.1 Pengertian

Tenaga gizi Puskesmas adalah tenaga yang diberi tanggung jawab wewenang dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan pelayanan di bidang gizi masyarakat termasuk makanan, yang meliputi pengamatan, penyusunan program, pelaksanaan, dan penilaian gizi bagi perorangan dan kelompok masyarakat (Depkes RI, 2008: 11).

2.1.3.2 Peran dan Tugas

Peran utama tenaga gizi Puskesmas adalah sebagai pengelola dan pelaksana program gizi Puskesmas yaitu sebagai penyuluh, pelatih dan pelaksana program gizi. Fungsi tenaga gizi Puskesmas terdiri dari :

1. Merencanakan, mengkoordinir, melaksanakan program-program, memantau dan menilai program gizi yang dilaksanakan di Puskesmas.
2. Melatih kader gizi yang mendapat tugas untuk membantu kegiatan gizi di desa.
3. Menyuluh kelompok masyarakat tertentu dalam rangka memperbaiki pengetahuan gizi sehat.
4. Melaksanakan kegiatan-kegiatan gizi lain dalam rangka memperbaiki status gizi masyarakat.

Tugas tenaga gizi Puskesmas adalah mengelola program gizi mulai dari perencanaan, pengkoordinasian, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian. Selain itu juga melaksanakan tugas penyuluhan/ penyuluhan gizi pengunjung Puskesmas, penyuluhan gizi masyarakat, pelatihan kader dan bimbingan teknis gizi.

2.1.3.3 Fungsi Manajemen Tenaga Gizi

1) Perencanaan

1. Merumuskan masalah gizi
 - a. Mengumpulkan data gizi baik berupa primer (pendapatan sendiri) maupun data sekunder (laporan dari kader, bidan, petugas P2M, petugas Puskesmas) yang dilakukan setiap bulan.
 - b. Mengolah dan menganalisis data gizi.
 - c. Merumuskan masalah gizi di wilayah kerja Puskesmas berdasarkan data yang telah dianalisis.
 - d. Mengidentifikasi sasaran menurut lokasi, kelompok masyarakat, golongan umur, jenis kelamin, dan sifat lain.
 - e. Merumuskan tujuan dan target kegiatan gizi di wilayah kerja Puskesmas dengan cara menentukan sendiri maupun mengikuti Kabupaten.
2. Menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK) Gizi
 - a. Menentukan kegiatan gizi sesuai dengan masalah yang telah ditetapkan.
 - b. Memilih kegiatan yang paling menguntungkan dari segi sumber dana, tenaga, dan sarana dengan persetujuan kepala Puskesmas.
 - c. Menentukan sumber dana yang ada termasuk kebutuhan tenaga pelaksana di desa, waktu yang tepat, sarana, bahan dan biaya yang tersedia.
 - d. Menghitung kebutuhan dana rinci sesuai dengan kegiatan yang telah ditetapkan untuk mencapai tujuan dan sasaran.
3. Menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan/*Plan Of Action* (POA)
 - a. Menginventarisasi kegiatan yang akan dilaksanakan.

- b. Membuat rincian kegiatan yang akan dilaksanakan.
- c. Menetapkan volume kegiatan perlokasi
- d. Menentukan tenaga pelaksana
- e. Mengalokasikan sumber dan jumlah biaya yang tersedia.
- f. Menentukan jadwal kegiatan yang akan dilaksanakan serta memperhatikan kegiatan terkait dari tingkat kabupaten atau kegiatan yang ada di Puskesmas.

2) Pengorganisasian

1. Menentukan macam jumlah tenaga yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan gizi.
2. Menetapkan tugas dan tanggungjawab masing-masing tenaga gizi dalam melaksanakan kegiatan gizi.
3. Menentukan prosedur kerja termasuk penyelesaian kegiatan, penggunaan dana, pencatatan dan pelaporan kegiatan.
4. Melatih dan membimbing kader dalam kegiatan gizi.

3) Pengkoordinasian

1. Mengadakan kerjasama dan koordinasi lintas program dalam melaksanakan kegiatan gizi seperti petugas P2M, petugas Puskesmas atau bidan berupa perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program.
2. Mengadakan kerjasama dan koordinasi lintas sektoral dalam melaksanakan kegiatan gizi seperti petugas statistik, petugas pertanian, PLKB, pemerintah kecamatan berupa perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program.

3. Mengadakan kerjasama dan koordinai kader Posyandu berupa cakupan hasil penimbangan, pencatatan dan pelaporan, tindak lanjut hasil penimbangan.
4. Mengadakan kerjasama dan koordinasi dengan PKK berupa penyuluhan gizi, pengadaan sarana pemberian makanan tambahan.
5. Menyiapkan rencana kegiatan BPGD kecamatan.
6. Menyiapkan laporan rencana kegiatan BPGD kecamatan.
7. Menyampaikan informasi gizi untuk lintas sektoral.

4) Pengawasan dan Penilaian

1. Melakukan pengamatan langsung di lapangan.
2. Mengumpulkan data dan informasi yang berasal dari kegiatan lapangan.
3. Mengolah dan menganalisis data secara sederhana.
4. Membandingkan hasil kegiatan dengan target yang telah ditetapkan.
5. Menyimpulkan hasil pengawasan ke tingkat Kabupaten.
6. Tindak lanjut hasil pengawasan antara lain berupa umpan balik, pembinaan teknis, pelatihan dan penyegaran.

Tata laksana pengawasan :

1. Mengumpulkan data dan informasi dari berbagai program perbaikan gizi.
2. Mengolah data dan analisis sederhana.
3. Membandingkan hasil dengan target.

Tata laksana penilaian :

1. Memahami indikator-indikator dan target sasaran kegiatan perbaikan gizi.

2. Mengumpulkan data dasar kegiatan perbaikan gizi dengan mencatat semua kegiatan yang dilakukan setiap hari seperti hasil penimbangan balita, rujukan balita dan tindak lanjut hasil penimbangan.
3. Mengumpulkan data akhir hasil kegiatan perbaikan gizi.
4. Mengolah data dan menganalisa data awal dan akhir kegiatan perbaikan gizi.
5. Membandingkan hasil yang dicapai dengan target.
6. Menyimpulkan dan melaporkan hasil penilaian setiap bulan.
7. Memberikan masukan berdasarkan hasil penelitian untuk perencanaan yang akan datang.
8. Tindak lanjut hasil penilaian antara lain berupa umpan balik, pembinaan teknis dan pelatihan/ penyegaran terhadap kader.

Pengawasan status gizi adalah pengamatan perubahan status gizi suatu kelompok tertentu seperti bayi, balita anak sekolah dan kelompok lain secara berkesinambungan dari waktu ke waktu dengan tujuan mengamati perkembangan atau perubahan status gizi kelompok tersebut dan menilai pelaksanaan gizi.

Kegiatan pemantauan status gizi yaitu mengumpulkan data status gizi bayi dan anak balita yang diperoleh dari Posyandu dan Puskesmas menurut cara yang telah ditetapkan, mengolah data, menganalisis data menentukan status gizi, menyajikan informasi dan tindak lanjut (bisa berupa penyuluhan gizi, pemberian makanan tambahan, pelacakan gizi buruk dan rujukan kasus gizi buruk) serta melaporkan hasil pemantauan ke Dinas Kesehatan Daerah.

2.1.4 PROGRAM PENANGGULANGAN GIZI BURUK

2.1.4.1 Pengertian

Gizi buruk adalah keadaan kurang zat gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam waktu cukup lama yang ditandai dengan berat badan menurut umur (BB/U) yang berada pada $<-3SD$ (Depkes RI, 2000:37). Gizi buruk adalah status gizi menurut berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) dengan Z-score < -3 , dan atau dengan tanda-tanda klinis (marasmus, kwasiorkor, dan marasmus-kwasiorkor) (Depkes RI, 2004:13).

2.1.4.2 Penyebab

Menurut UNICEF gizi buruk disebabkan oleh 2 faktor, yaitu langsung dan tidak langsung. Faktor langsung berasal dari makanan keluarga yang rendah dan adanya penyakit infeksi. Faktor tidak langsung disebabkan karena ketersediaan pangan keluarga yang rendah dan perilaku kesehatan seperti pola asuh, perawatan ibu dan anak yang tidak benar. Sedangkan pelayanan kesehatan yang rendah dan lingkungan yang buruk juga menjadi penyebab tidak langsung dari gizi buruk.

2.1.4.3 Klasifikasi Gizi Buruk

1) Marasmus

Marasmus disebabkan karena kekurangan kalori yang berlebihan, sehingga menyebabkan zat cadangan makanan yang tersimpan dalam tubuh terpaksa digunakan untuk memenuhi kebutuhan yang sangat diperlukan untuk kelangsungan hidupnya. Penyakit ini banyak dijumpai pada bayi dibawah usia 1 tahun (Agus Krisno, 2001).

Marasmus biasanya berkaitan dengan ketiadaan bahan pangan yang sangat parah, kelaparan berkepanjangan dan penyapihan terlalu dini. Gejala klinis yang dapat dilihat adalah jaringan bawah kulit nyaris lenyap dan otot mengecil, berat

badan penderita biasanya hanya berkisar 60% dari berat badan yang seharusnya, nafsu makan penderita hilang sama sekali, wajahnya seperti orang tua bahkan tampak seperti kera, otot lemah terasa lembek, ini dapat dilihat pada paha dan pantat bayi yang seharusnya kuat, kenyal dan tebal. Edema atau pembengkakan tidak terjadi, demikian pula warna rambut yang normal/ tidak berubah.

Penyakit yang paling lazim terjadi adalah *gastroenteritis* akut, dehidrasi, infeksi saluran nafas dan kerusakan mata akibat kekurangan vitamin A. Infeksi yang bersifat sistematik bahkan dapat menimbulkan *renjatan septic* yaitu suatu keadaan yang ditandai dengan tubuh yang sangat lemah, kehilangan kesadaran, tangan dan kaki dingin serta nadi yang cepat namun lemah. Penyebab renjatan ini yang paling sering diare yang disertai dengan pendarahan (Arisman, 2002).

2) Kwashiorkor

Kwashiorkor adalah suatu sindroma klinik yang timbul sebagai akibat adanya kekurangan protein yang sangat parah dan pemasukan kalori yang kurang dari yang dibutuhkan oleh tubuh. Penyakit ini banyak dijumpai pada anak usia 6 bulan sampai dengan 5 tahun pada keluarga yang berpenghasilan rendah dan umumnya berpendidikan rendah pula. Kebiasaan penyapihan yang lebih dini juga menjadi penyebab anak menderita kwashiorkor. Hal ini berkaitan dengan menurunnya jumlah air sus ibu dan tidak diimbangi dengan makanan pengganti ASI yang seimbang, serta *hygiene* dan sanitasi yang masih rendah sering terjadi kontaminasi atau pencemaran terhadap makanan sehingga menimbulkan penyakit pada anak (Agus Krisno, 2001).

Tanda yang khas dari penyakit marasmus ini adalah berupa pembengkakan yang jika ditekan melekek, tidak sakit dan lunak yang biasanya terjadi di kaki, tangan atau anggota tubuh yang lain. Pada daerah *oedema*/bengkak tidak jarang muncul *lesi* (luka) kulit. Jaringan bawah kulit masih baik, namun jaringan otot tampak mengecil. Perut tampak menonjol karena penegangan lambung dan usus yang terpuntir. Karena adanya pembengkakan, maka penurunan berat badan tidak terjadi, namun pertumbuhan tinggi terhambat, lingkaran kepala mengalami penurunan. Akibat kekurangan protein, anak-anak menjadi rendah kualitas otak dan fisiknya (Arisman, 2002).

3) Marasmus-Kwashiorkor

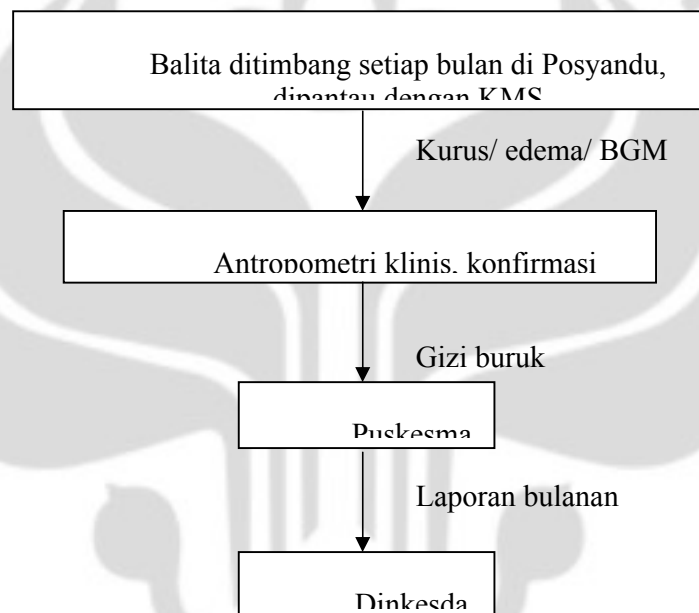
Bentuk kelainan ini merupakan gabungan antara kwashiorkor dan marasmus. Gambaran yang utama adalah kwashiorkor edema dengan atau tanpa lesi kulit, pengecilan otot, dan pengurangan lemak bawah kulit seperti pada marasmus. Jika edema dapat hilang pada awal pengobatan, penampakan penderita akan menyerupai marasmus. Gambaran marasmus dan kwashiorkor muncul secara bersamaan dan didominasi oleh kekurangan protein yang parah (Arisman, 2002). Menurut survey kesehatan rumah tangga Departemen kesehatan tahun 1998, anak yang kekurangan kalori protein jumlahnya mencapai 7.000.000 jiwa dan hampir seperempatnya dalam keadaan yang menghawatirkan. Pada bayi atau anak yang kurang gizi, pertumbuhan jaringan otaknya akan terhambat (M.C.Widjaja, 2002).

2.1.4.4 Program Penanggulangan Gizi Buruk

1. Pelacakan kasus Gizi Buruk

Pelacakan kasus gizi buruk adalah menemukan kasus balita gizi buruk melalui pengukuran Berat Badan (BB) dan melihat tanda-tanda klinis . Pelacakan kasus gizi buruk dapat dimulai dari pemantauan arah pertumbuhan secara cermat yang dilakukan secara rutin oleh Posyandu (Dinkes Prov Jateng, 2005).

Pelacakan kasus gizi buruk dapat dimulai dari pemantauan angka pertumbuhan secara cermat yang dilakukan secara rutin di Posyandu. Alur pelacakan kasus gizi buruk dapat dilihat pada gambar 2.1 berikut.



Gambar 2.1 Alur Pelacakan Kasus Gizi Buruk

2. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Lokal

MP-ASI lokal adalah MP-ASI yang diolah di rumah tangga atau Posyandu yang terbuat dari bahan makanan yang tersedia setempat, mudah diperoleh dengan harga terjangkau oleh masyarakat dan memerlukan pengolahan sebelum dikonsumsi sasaran (Depkes RI, 2006:4)

Tujuan pemberian MP-ASI lokal adalah mempertahankan dan memperbaiki status gizi bayi dan anak usia 6-24 bulan terutama dari keluarga miskin melalui pemberian MP-ASI lokal. Sasaran MP-ASI lokal adalah bayi dan anak usia 6-24 bulan yang menderita gizi buruk (Depkes RI, 2006:3). MP-ASI lokal diberikan dalam 90 hari yang terbagi 3 tahap, yaitu :

1. Pada saat pelaksanaan Posyandu (1x).
2. Dua kali seminggu dalam kelompok sasaran (3x).
3. Setiap hari dirumah masing-masing (sekitar 26 hari) (Depkes RI, 2006:7).

3. Perawatan Gizi Buruk

Jenis perawatan gizi buruk ditentukan oleh 2 hal yaitu gizi buruk dengan komplikasi dan gizi buruk tanpa komplikasi.

- a. Gizi buruk dengan komplikasi. Gizi buruk dengan komplikasi penyakit harus dilakukan perawatan di Puskesmas perawatan atau di Rumah Sakit sesuai dengan kondisi pasien. Perawatan di Rumah Sakit atau Puskesmas perawatan bertujuan untuk menyembuhkan penyakit penyerta dan memulihkan status gizinya dengan memperhatikan fase stabilisasi, transisi, dan rehabilitasi. Sehingga bentuk dan jenis makanan yang diberikan harus disesuaikan.
- b. Gizi buruk tanpa komplikasi diintervensi di PKD atau di rumah dengan pengawasan PKD dan Puskesmas. Perawatan di rumah diupayakan dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan dengan fase rehabilitasi.

4. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Gizi Buruk

PMT gizi buruk merupakan makanan tambahan yang berupa *stimulant* agar penderita gizi buruk tidak bertambah parah. PMT diberikan pada balita gizi

buruk dengan standard PMT 300 kalori, 6 gram protein dengan menggunakan bahan makanan lokal.

Pemberian PMT kepada balita yang menderita gizi buruk dilakukan segera setelah kasus ditemukan. PMT gizi buruk harus diberikan kepada semua (100%) penderita gizi buruk.

2.1.4.5 Mekanisme Pelaksanaan Penanggulangan Gizi Buruk

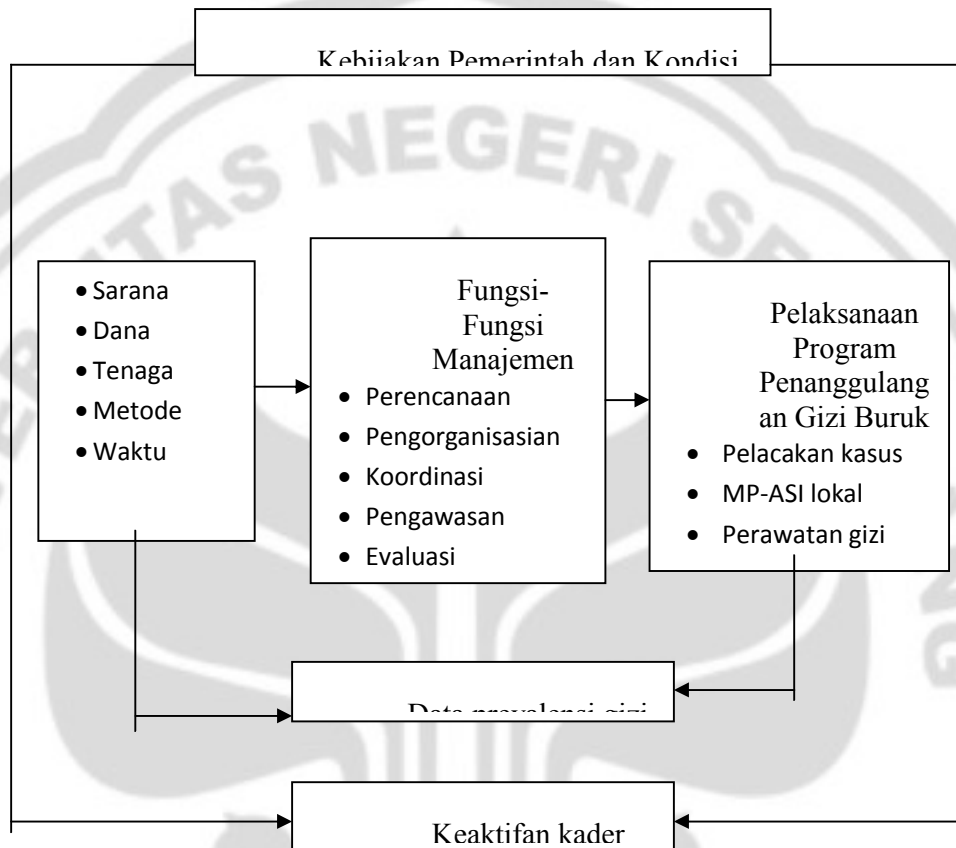
1. Melaporkan kasus gizi buruk sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB) dengan menggunakan form yang telah ada (W1).
2. Apabila seorang anak balita diindikasikan menderita marasmus kwasiokhor harus dirujuk ke Rumah Sakit untuk menjalani rawat inap atau di rawat di Puskesmas Perawatan dengan Supervisi Dokter Spesialis Anak Rumah Sakit. Anak-anak seperti ini sangat berbahaya untuk dirawat di rumah atau PKD.
3. Pemberian intervensi kasus gizi buruk dengan cara sebagai berikut :
 - a. Laporan gizi buruk dari masyarakat akan dilakukan konfirmasi kebenarannya oleh tenaga kesehatan yang berasal dari PKD dan atau Puskesmas. Konfirmasi dilakukan dalam rangka penegakan diagnosis gizi buruk dengan menggunakan tanda klinis dan atau antropometri.
 - b. Kasus gizi buruk yang telah ditegakkan diagnosis, selanjutnya dirujuk ke Puskesmas atau Rumah Sakit (bila memang diperlukan) untuk penanggulangan lebih lanjut.
 - c. Penanggulangan gizi buruk dibedakan menjadi 2 macam yakni kasus gizi buruk yang disertai komponen penyakit dan kasus gizi buruk tanpa komplikasi (murni kurang gizi). Kasus gizi buruk dengan komplikasi penyakit harus segera

dilakukan perawatan di Puskesmas Perawatan atau dirujuk ke Rumah Sakit sesuai dengan kondisi pasien. Sedangkan kasus gizi buruk tanpa komplikasi diintervensi di PKD atau dirumah dengan supervise dari PKD dan Puskesmas.

- d. Perawatan di Rumah Sakit bertujuan untuk menyembuhkan penyakit penyerta dan memulihkan status gizinya. Untuk pemulihan status gizi maka intervensi yang dilakukan dengan memperhatikan fase stabilisasi, transisi, dan rehabilitasi sehingga bentuk dan jenis makanan yang diberikan harus disesuaikan.
- e. Perawatan gizi buruk dirumah tangga diupayakan dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dengan fase rehabilitasi.



2.2 Kerangka Teori



2.2 Kerangka Teori Penelitian
 Modifikasi Sistem Azrul Azwar Dan Program Penanggulangan Gizi Buruk
 Dinkes Demak Tahun 2006

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasan Teori

2.1.1 EFEKTIFITAS

2.1.1.1 Pengertian Efektifitas

Efektifitas merupakan kemampuan untuk memilih tujuan yang tepat atau peralatan yang tepat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Menurut ahli manajemen Peter Drucker efektifitas adalah melakukan pekerjaan yang benar (T. Hani Handoko, 2003:7).

2.1.1.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Efektivitas Kerja

1) Karakteristik Organisasi

Karakteristik organisasi terdiri dari struktur dan teknologi organisasi yang dapat mempengaruhi segi-segi tertentu dari efektivitas dengan berbagai cara. Yang dimaksud struktur adalah hubungan yang relatif tepat sifatnya, seperti dijumpai dalam organisasi, sehubungan dengan susunan sumber daya manusia struktur meliputi bagaimana cara organisasi menyusun orang-orangnya dalam menyelesaikan pekerjaan, sedangkan yang dimaksud teknologi adalah mekanisme suatu organisasi untuk mengubah masukan mentah menjadi keluaran.

2) Karakteristik Lingkungan

Lingkungan luar dan lingkungan dalam juga telah dinyatakan berpengaruh atas efektivitas, keberhasilan hubungan organisasi lingkungan tergantung pada tingkat variabel kunci yaitu tingkat keterdugaan keadaan lingkungan, ketepatan

persepsi atas keadaan lingkungan, tingkat rasionalisme organisasi. Ketiga faktor ini mempengaruhi ketepatan tanggapan organisasi terhadap perubahan lingkungan.

3) Karakteristik Pekerja

Pada kenyataannya para anggota organisasi merupakan faktor pengaruh yang paling penting karena perilaku merekalah yang dalam jangka panjang akan memperlancar atau merintanginya tercapainya tujuan organisasi. Pekerja merupakan sumber daya yang langsung berhubungan dengan pengelolaan semua sumber daya yang ada di dalam organisasi, oleh sebab itu perilaku pekerja sangat berpengaruh terhadap pencapaian tujuan organisasi. Pekerja merupakan modal utama di dalam organisasi yang akan berpengaruh besar terhadap efektivitas, karena walaupun teknologi yang digunakan merupakan teknologi yang canggih dan didukung oleh adanya struktur yang baik, namun tanpa adanya pekerja maka semua itu tidak ada gunanya.

4) Karakteristik Kebijaksanaan dan Praktek Manajemen

Dengan makin rumitnya proses teknologi dan perkembangannya lingkungan maka peranan manajemen dalam mengkoordinasi orang dan proses demi keberhasilan organisasi semakin sulit.

2.1.1.3 Alat Ukur Efektivitas

1) Kemampuan menyesuaikan diri

Kemampuan manusia terbatas dalam segala hal, sehingga dengan keterbatasannya itu menyebabkan manusia tidak dapat mencapai pemenuhan

kebutuhannya tanpa melalui kerjasama dengan orang lain. Hal ini sesuai pendapat Ricard M. Steers yang menyatakan bahwa kunci keberhasilan organisasi adalah kerjasama dalam pencapaian tujuan. Setiap organisasi yang masuk dalam organisasi dituntut untuk dapat menyesuaikan diri dengan orang yang bekerja di dalamnya maupun dengan pekerjaan dalam organisasi tersebut. Jika kemampuan menyesuaikan diri tersebut dapat berjalan maka tujuan organisasi dapat tercapai.

2) Prestasi Kerja

Prestasi kerja adalah suatu hasil kerja yang dicapai seseorang dalam melaksanakan tugas-tugas yang dibebankan yang didasarkan atas kecakapan, pengalaman, kesungguhan dan waktu (Hasibuan Malayu S. P., 2001:94). Dari pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa dengan kecakapan, pengalaman, kesungguhan waktu yang dimiliki oleh pegawai maka tugas yang diberikan dapat dilaksanakan sesuai dengan tanggung jawab yang dibebankan kepadanya.

3) Kepuasan kerja.

Tingkat kesenangan yang dirasakan seseorang atas peranan atau pekerjaannya dalam organisasi. Tingkat rasa puas individu bahwa mereka mendapat imbalan yang setimpal, dari bermacam-macam aspek situasi pekerjaan dan organisasi tempat mereka berada.

2.1.2 MANAJEMEN

2.1.2.1 Pengertian Manajemen

Menurut Drs. H. Malayu S.P., Manajemen adalah ilmu yang mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lainnya secara

efektif dan efisien untuk mencapai tujuan tertentu. G. R. Terry dalam bukunya menjelaskan definisi manajemen adalah suatu proses yang khas yang terdiri dari tindakan-tindakan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengendalian yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran-sasaran yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lain (Hasibuan Malayu, S. P, 2007:2). Manajemen menurut Dr. A. A. Gde Muninjaya, MPH adalah seni tentang bagaimana menggunakan sumber daya secara efisien, efektif dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya (A. A. Gede Muninjaya, 2004:17).

2.1.2.2 Pentingnya Manajemen

Pada dasarnya kemampuan manusia terbatas secara fisik, pengetahuan, waktu, dan perhatian sedangkan kebutuhan tidak terbatas. Usaha untuk memenuhi kebutuhan dan terbatasnya kemampuan dalam melaksanakan pekerjaan mendorong manusia membagi pekerjaan, tugas dan tanggung jawab. Maka terbentuklah kerjasama dan keterikatan formal dalam suatu organisasi. Dalam organisasi itu maka pekerjaan yang berat dan sulit akan dapat diselesaikan dengan baik serta tujuan yang diinginkan tercapai (Hasibuan Malayu S. P., 2003:3).

Manajemen dibutuhkan oleh semua organisasi, karena tanpa manajemen, semua usaha akan sia-sia dan pencapaian tujuan akan lebih sulit. Ada tiga alasan utama diperlukannya manajemen:

1. Untuk mencapai tujuan, manajemen dibutuhkan untuk mencapai tujuan organisasi dan pribadi.

2. Untuk menjaga keseimbangan antara tujuan-tujuan yang saling bertentangan. Yaitu dalam menjaga keseimbangan antara tujuan-tujuan, sasaran-sasaran, dan kegiatan-kegiatan yang saling bertentangan dari pihak-pihak yang berkepentingan dalam organisasi.
3. Untuk mencapai efisiensi dan efektifitas. Suatu kerja organisasi dapat diukur dengan banyak cara yang berbeda. Salah satu cara yang umum adalah efisiensi dan efektifitas (T. Hani Handoko, 2003:6).

Pada dasarnya manajemen penting, sebab :

1. Pekerjaan itu berat dan sulit untuk dikerjakan sendiri sehingga diperlukan pembagian tugas, tanggung jawab dalam penyelesaiannya.
2. Perusahaan dapat berhasil dengan baik jika manajemen diterapkan dengan baik.
3. Manajemen yang baik akan meningkatkan daya guna dan hasil guna semua potensi yang dimiliki.
4. Manajemen yang baik akan mengurangi pemborosan.
5. Manajemen menetapkan tujuan dan usaha untuk mewujudkan dengan memanfaatkan 6M (*men, money, methods, materials, machines, market*).
6. Manajemen perlu untuk kemajuan dan pertumbuhan.
7. Manajemen mengakibatkan pencapaian tujuan secara teratur.
8. Manajemen merupakan suatu pedoman pikiran dan tindakan.
9. Manajemen selalu dibutuhkan dalam setiap kerjasama sekelompok orang (Hasibuan Malayu S. P., 2007:3).

Manajemen baru dapat diterapkan jika ada tujuan bersama dan kepentingan bersama yang akan dicapai. Manajemen memerlukan pembagian kerja, tugas, dan tanggung jawab yang teratur. Diperlukan hubungan formal dan ikatan kerja yang tertib. Harus ada sekelompok orang dan pekerjaan yang akan dikerjakan dan terdapat organisasi untuk melakukan kerjasama. Wewenang dan tanggung jawab berada dari setiap individu anggota. Dasar yang lain adalah ada koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi (KIS) dari proses manajemen dan ada pemimpin atau pengatur dan bawahan yang akan diatur (Hasibuan Malayu S. P., 2007:5).

2.1.2.3 Fungsi-Fungsi Manajemen

1) Perencanaan

Perencanaan (*planning*) adalah fungsi dasar manajemen, karena *organizing*, *staffing*, *directing*, dan *controlling* pun harus terlebih dahulu direncanakan. Perencanaan ini adalah dinamis (Hasibuan, 2007:91). Menurut G.R. Terry perencanaan adalah memilih dan menghubungkan fakta dan membuat serta menggunakan asumsi mengenai masa datang dengan jalan menggambarkan dan merumuskan kegiatan-kegiatan yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan (Hasibuan Malayu S. P., 2007:92).

Kegiatan perencanaan pada dasarnya melalui empat tahap berikut :

Tahap 1: Menetapkan tujuan atau serangkaian tujuan. Perencanaan dimulai dengan keputusan tentang keinginan atau kebutuhan organisasi atau kelompok kerja. Tanpa rumusan tujuan yang jelas, organisasi akan menggunakan sumber daya secara tidak efektif.

Tahap 2: Merumuskan keadaan saat ini. Tujuan dan rencana menyangkut waktu akan datang. Setelah menganalisa keadaan, rencana dapat dirumuskan untuk menggambarkan rencana kegiatan lebih lanjut. Tahap kedua ini memerlukan informasi yang didapatkan melalui komunikasi dalam organisasi.

Tahap 3: Mengidentifikasi segala kemudahan dan hambatan. Segala kekuatan dan kelemahan serta kemudahan dan hambatan perlu diidentifikasi untuk mengukur kemampuan organisasi dalam mencapai tujuan.

Tahap 4: Mengembangkan rencana atau serangkaian kegiatan. Tahap terakhir dalam proses perencanaan meliputi pengembangan berbagai alternatif kegiatan untuk pencapaian tujuan, penilaian dan pemilihan alternatif-alternatif terbaik (T. Hani Handoko, 2003:79).

Perencanaan sangat penting karena tanpa perencanaan dan rencana berarti tidak ada tujuan yang ingin dicapai. Rencana adalah dasar pengendalian karena tanpa adanya rencana pengendalian tidak dapat digunakan. Tanpa perencanaan dan rencana berarti tidak ada keputusan dan proses manajemen putusan tidak ada (Hasibuan Malayu S. P., 2007:91).

Dalam membuat perencanaan juga memerlukan syarat-syarat perencanaan yang baik. Dalam perencanaan perlu merumuskan masalah yang akan direncanakan dengan sejelas-jelasnya. Perencanaan juga harus didasarkan pada informasi, data dan fakta. Kemudian memutuskan suatu keputusan yang menjadi rencana. Jika perencanaan dilakukan dengan baik maka akan dihasilkan suatu rencana yang baik pula (Hasibuan Malayu S. P., 2007:110).

Beberapa kriteria yang dapat digunakan untuk menilai efektifitas perencanaan yaitu mencakup 1) Kegunaan, agar berguna bagi manajemen dalam pelaksanaan fungsinya, suatu rencana harus *fleksibel*, stabil, berkesinambungan dan sederhana. 2) Ketepatan dan obyektifitas, rencana harus dievaluasi untuk mengetahui apakah jelas, ringkas, nyata dan akurat. 3) Ruang lingkup, perencanaan perlu memperhatikan kelengkapan, kepaduan, dan konsistensi. 4) Efektifitas biaya, efektifitas biaya perencanaan menyangkut waktu dan usaha. 5) Akuntabilitas perencanaan dan 6) Ketepatan waktu.

2) Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah salah satu fungsi manajemen yang juga mempunyai peranan penting seperti fungsi perencanaan. Melalui fungsi pengorganisasian, seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Pengorganisasian adalah langkah untuk menetapkan, menggolongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas pokok dan wewenang oleh pimpinan kepada staf dalam rangka mencapai tujuan organisasi (A. A. Gde Muninjaya, 2004:74).

Unsur-unsur organisasi yang perlu diperhatikan dalam pengorganisasian, yang pertama manusia, artinya organisasi baru ada jika ada unsur manusia yang bekerja sama, ada pemimpin dan ada yang di pimpin. Tempat kedudukan artinya organisasi baru ada jika ada tempat kedudukannya. Pekerjaan artinya organisasi baru ada jika ada pekerjaan yang akan dikerjakan serta adanya pembagian pekerjaan. Struktur artinya organisasi baru ada jika ada hubungan dan kerja sama

antara manusia yang satu dengan yang lainnya. Teknologi artinya organisasi baru ada jika terdapat unsur teknis. Lingkungan (*environment external social system*) artinya organisasi baru ada jika ada lingkungan yang saling mempengaruhi, misal ada sistem kerja sama sosial (Hasibuan Malayu S. P., 2007:122).

Proses pengorganisasian :

1. Manajer harus mengetahui tujuan organisasi yang ingin dicapai.
2. Penentuan kegiatan-kegiatan, artinya manajer harus mengetahui, merumuskan dan menspesifikasikan kegiatan yang diperlukan untuk mencapai tujuan organisasi dan menyusun daftar kegiatan yang akan dilakukan.
3. Pengelompokkan kegiatan-kegiatan, artinya manajer harus mengelompokkan kegiatan ke dalam beberapa kelompok atas dasar tujuan yang sama. Kegiatan-kegiatan yang bersamaan dan berkaitan erat disatukan ke dalam satu departemen atau bagian.
4. Pendelegasian wewenang, artinya manajer harus menetapkan besarnya wewenang yang akan didelegasikan kepada setiap departemen.
5. Rentang kendali, artinya manajer harus menetapkan jumlah karyawan pada setiap departemen atau bagian.
6. Peranan perorangan, artinya manajer harus menetapkan dengan jelas tugas-tugas setiap individu karyawan, supaya tumpang tindih karyawan dan tugas dihindarkan.
7. Tipe organisasi, artinya manajer harus menetapkan tipe organisasi apa yang akan dipakai, apakah *line organization*, *line and staff organization/function organization*.

8. Struktur (organization chart=bagan organisasi), artinya manajer harus menetapkan struktur organisasi yang bagaimana yang akan dipergunakan, apakah struktur organisasi segitiga vertical, segitiga horizontal, berbentuk lingkaran, berbentuk setengah lingkaran, berbentuk kerucut vertikal/horizon atau berbentuk oval (Hasibuan Malayu S. P.,2007:127).

3) Koordinasi

Menurut Drs. Malayu S. P. Hasibuan, koordinasi adalah kegiatan mengarahkan, mengintegrasikan dan mengkoordinasi unsur-unsur manajemen (*general manager*) dan pekerjaan-pekerjaan para bawahan dalam mencapai tujuan organisasi. Sedangkan menurut G. R Terry, koordinasi adalah suatu usaha yang sinkron dan teratur untuk menyediakan jumlah dan waktu yang tepat dan mengarahkan pelaksanaan untuk menghasilkan suatu tindakan yang seragam dan harmonis pada sasaran yang telah ditentukan (Hasibuan Malayu S. P., 2007:85).

Pentingnya koordinasi dapat mencegah terjadinya kekacauan, percekocokan, kekembaran atau kekosongan. Dalam organisasi, orang-orang dan pekerjaannya diselaraskan serta diarahkan ke pencapaian tujuan perusahaan. Untuk mencapai tujuan, sarana dan prasarana harus dimanfaatkan. Semua unsur-unsur manajemen dan pekerjaan masing-masing individu dan karyawan harus membantu tercapainya tujuan organisasi. Hal ini dimaksudkan agar semua tugas, kegiatan dan pekerjaan terintegrasi kepada sasaran yang diinginkan.

4) Pengawasan

Menurut G. R Terry pengawasan adalah proses penentuan, apa yang harus dicapai yaitu standar dan apa yang harus dilakukan yaitu pelaksanaan, menilai

pelaksanaan apabila perlu melakukan perbaikan, sehingga pelaksanaan sesuai dengan rencana. Definisi pengawasan yang dikemukakan oleh Robert J. Mockler adalah suatu usaha sistematis untuk menetapkan standar pelaksanaan dengan tujuan-tujuan perencanaan, merancang sistem informasi umpan balik, membandingkan kegiatan nyata dengan standar yang ditetapkan sebelumnya, menentukan dan mengukur penyimpangan-penyimpangan, serta mengambil tindakan koreksi yang diperlukan (T. Hani Handoko, 2003:361).

Proses pengawasan dilakukan secara bertahap melalui langkah-langkah berikut :

1. Menentukan standar-standar yang akan digunakan dasar pengawasan.
2. Mengukur pelaksanaan atau hasil yang telah dicapai.
3. Membandingkan pelaksanaan atau hasil dengan standar dan menentukan penyimpangan jika ada.
4. Melakukan tindakan perbaikan jika terdapat penyimpangan agar pelaksanaan dan tujuan sesuai dengan rencana (Hasibuan Malayu S. P., 2007:245).

Ada berbagai faktor yang membuat pengawasan semakin diperlukan oleh setiap organisasi. 1) Berbagai perubahan lingkungan organisasi terjadi terus menerus dan tidak dapat dihindari. Melalui fungsi pengawasan, manajer mendeteksi perubahan-perubahan yang berpengaruh pada organisasi sehingga mampu menghadapi tantangan atau memanfaatkan kesempatan. 2) Peningkatan kompleksitas organisasi, semakin besar organisasi semakin memerlukan pengawasan yang lebih formal dan hati-hati. 3) Kesalahan-kesalahan, bila para bawahan tidak pernah melakukan kesalahan, atasan dapat secara sederhana

melakukan fungsi pengawasan. Sistem pengawasan memungkinkan atasan mendeteksi kesalahan-kesalahan sebelum menjadi kritis. 4) Kebutuhan atasan untuk mendelegasikan wewenang (T. Hani Handoko, 2003:366).

Macam-macam pengawasan :

1. *Internal control* adalah pengawasan yang dilakukan oleh seorang atasan kepada bawahannya. Cakupan dari pengendalian ini meliputi hal-hal yang cukup luas baik pelaksanaan tugas, prosedur kerja, kedisiplinan karyawan dan lain-lain.
2. *External control* adalah pengawasan yang dilakukan oleh pihak luar. Pengendalian ekstern ini dapat dilakukan secara formal atau informal misalnya pemeriksaan pembukuan oleh kantor akuntan dan penilaian yang dilakukan oleh masyarakat.
3. *Formal control* adalah pemeriksaan yang dilakukan oleh instansi atau pejabat resmi dan dapat dilakukan secara intern atau ekstern.
4. *Informal control* penilaian yang dilakukan oleh masyarakat atau konsumen baik langsung ataupun tidak langsung.

Ciri ciri pengawasan yang efektif :

Pelaksanaan pengawasan yang efektif merupakan salah satu refleksi dari efektivitas manajerial seorang pemimpin. Pengawasan akan berlangsung efektif apabila memiliki ciri sebagai berikut pengawasan harus merefleksikan sifat dari berbagai kegiatan yang diselenggarakan, pengawasan harus segera memberikan petunjuk tentang kemungkinan adanya *deviasi* dari rencana, pengawasan harus menunjukkan pengecualian pada titik-titik strategik tertentu, objektivitas dalam

melakukan pengawasan, keluwesan pengawasan, pengawasan harus memperhitungkan pola dasar organisasi, efisiensi pelaksanaan pengawasan, pemahaman sistem pengawasan oleh semua pihak yang terlibat, dan pengawasan harus bersifat membimbing (Sondang P. Siagian 2002:176).

5) Evaluasi

Fungsi pengawasan perlu dibedakan dengan evaluasi program. Perbedaan terletak pada sifatnya, sumber data, dan waktu pelaksanaannya. Evaluasi dan fungsi pengawasan juga mempunyai persamaan, yaitu bertujuan untuk memperbaiki efisiensi dan efektifitas pelaksanaan program melalui perbaikan fungsi manajemen.

Evaluasi ada beberapa macam. *Evaluasi terhadap input* biasanya dilaksanakan sebelum kegiatan program dimulai untuk mengetahui apakah pemilihan sumber daya sudah sesuai dengan kebutuhan. Kegiatan evaluasi ini juga bersifat pencegahan. Evaluasi proses dilaksanakan pada saat kegiatan sedang berlangsung untuk mengetahui apakah metode yang dipilih sudah efektif, apakah motivasi dan komunikasi sudah berkembang dengan baik. *Evaluasi terhadap output* dilaksanakan setelah pekerjaan selesai untuk mengetahui apakah *output, effect, atau out come* program sudah sesuai target yang ditetapkan sebelumnya (A. A. Gde Muninjaya, 2004:96).

2.1.3 TENAGA GIZI PUSKESMAS

2.1.3.1 Pengertian

Tenaga gizi Puskesmas adalah tenaga yang diberi tanggung jawab wewenang dan hak secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk

melaksanakan pelayanan di bidang gizi masyarakat termasuk makanan, yang meliputi pengamatan, penyusunan program, pelaksanaan, dan penilaian gizi bagi perorangan dan kelompok masyarakat (Depkes RI, 2008: 11).

2.1.3.2 Peran dan Tugas

Peran utama tenaga gizi Puskesmas adalah sebagai pengelola dan pelaksana program gizi Puskesmas yaitu sebagai penyuluh, pelatih dan pelaksana program gizi. Fungsi tenaga gizi Puskesmas terdiri dari :

1. Merencanakan, mengkoordinir, melaksanakan program-program, memantau dan menilai program gizi yang dilaksanakan di Puskesmas.
2. Melatih kader gizi yang mendapat tugas untuk membantu kegiatan gizi di desa.
3. Menyuluh kelompok masyarakat tertentu dalam rangka memperbaiki pengetahuan gizi sehat.
4. Melaksanakan kegiatan-kegiatan gizi lain dalam rangka memperbaiki status gizi masyarakat.

Tugas tenaga gizi Puskesmas adalah mengelola program gizi mulai dari perencanaan, pengkoordinasian, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian. Selain itu juga melaksanakan tugas penyuluhan/ penyuluhan gizi pengunjung Puskesmas, penyuluhan gizi masyarakat, pelatihan kader dan bimbingan teknis gizi.

2.1.3.3 Fungsi Manajemen Tenaga Gizi

1) Perencanaan

1. Merumuskan masalah gizi

- a. Mengumpulkan data gizi baik berupa primer (pendapatan sendiri) maupun data sekunder (laporan dari kader, bidan, petugas P2M, petugas Puskesmas) yang dilakukan setiap bulan.
 - b. Mengolah dan menganalisis data gizi.
 - c. Merumuskan masalah gizi di wilayah kerja Puskesmas berdasarkan data yang telah dianalisis.
 - d. Mengidentifikasi sasaran menurut lokasi, kelompok masyarakat, golongan umur, jenis kelamin, dan sifat lain.
 - e. Merumuskan tujuan dan target kegiatan gizi di wilayah kerja Puskesmas dengan cara menentukan sendiri maupun mengikuti Kabupaten.
2. Menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK) Gizi
 - a. Menentukan kegiatan gizi sesuai dengan masalah yang telah ditetapkan.
 - b. Memilih kegiatan yang paling menguntungkan dari segi sumber dana, tenaga, dan sarana dengan persetujuan kepala Puskesmas.
 - c. Menentukan sumber dana yang ada termasuk kebutuhan tenaga pelaksana di desa, waktu yang tepat, sarana, bahan dan biaya yang tersedia.
 - d. Menghitung kebutuhan dana rinci sesuai dengan kegiatan yang telah ditetapkan untuk mencapai tujuan dan sasaran.
3. Menyusun Rencana Pelaksanaan Kegiatan/*Plan Of Action* (POA)
 - a. Menginventarisasi kegiatan yang akan dilaksanakan.
 - b. Membuat rincian kegiatan yang akan dilaksanakan.
 - c. Menetapkan volume kegiatan perlokasi
 - d. Menentukan tenaga pelaksana

- e. Mengalokasikan sumber dan jumlah biaya yang tersedia.
- f. Menentukan jadwal kegiatan yang akan dilaksanakan serta memperhatikan kegiatan terkait dari tingkat kabupaten atau kegiatan yang ada di Puskesmas.

2) Pengorganisasian

1. Menentukan macam jumlah tenaga yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan gizi.
2. Menetapkan tugas dan tanggungjawab masing-masing tenaga gizi dalam melaksanakan kegiatan gizi.
3. Menentukan prosedur kerja termasuk penyelesaian kegiatan, penggunaan dana, pencatatan dan pelaporan kegiatan.
4. Melatih dan membimbing kader dalam kegiatan gizi.

3) Pengkoordinasian

1. Mengadakan kerjasama dan koordinasi lintas program dalam melaksanakan kegiatan gizi seperti petugas P2M, petugas Puskesmas atau bidan berupa perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program.
2. Mengadakan kerjasama dan koordinasi lintas sektoral dalam melaksanakan kegiatan gizi seperti petugas statistik, petugas pertanian, PLKB, pemerintah kecamatan berupa perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program.
3. Mengadakan kerjasama dan koordinai kader Posyandu berupa cakupan hasil penimbangan, pencatatan dan pelaporan, tindak lanjut hasil penimbangan.
4. Mengadakan kerjasama dan koordinasi dengan PKK berupa penyuluhan gizi, pengadaan sarana pemberian makanan tambahan.

5. Menyiapkan rencana kegiatan BPGD kecamatan.
6. Menyiapkan laporan rencana kegiatan BPGD kecamatan.
7. Menyampaikan informasi gizi untuk lintas sektoral.

4) Pengawasan dan Penilaian

1. Melakukan pengamatan langsung di lapangan.
2. Mengumpulkan data dan informasi yang berasal dari kegiatan lapangan.
3. Mengolah dan menganalisis data secara sederhana.
4. Membandingkan hasil kegiatan dengan target yang telah ditetapkan.
5. Menyimpulkan hasil pengawasan ke tingkat Kabupaten.
6. Tindak lanjut hasil pengawasan antara lain berupa umpan balik, pembinaan teknis, pelatihan dan penyegaran.

Tata laksana pengawasan :

1. Mengumpulkan data dan informasi dari berbagai program perbaikan gizi.
2. Mengolah data dan analisis sederhana.
3. Membandingkan hasil dengan target.

Tata laksana penilaian :

1. Memahami indikator-indikator dan target sasaran kegiatan perbaikan gizi.
2. Mengumpulkan data dasar kegiatan perbaikan gizi dengan mencatat semua kegiatan yang dilakukan setiap hari seperti hasil penimbangan balita, rujukan balita dan tindak lanjut hasil penimbangan.
3. Mengumpulkan data akhir hasil kegiatan perbaikan gizi.
4. Mengolah data dan menganalisa data awal dan akhir kegiatan perbaikan gizi.
5. Membandingkan hasil yang dicapai dengan target.

6. Menyimpulkan dan melaporkan hasil penilaian setiap bulan.
7. Memberikan masukan berdasarkan hasil penelitian untuk perencanaan yang akan datang.
8. Tindak lanjut hasil penilaian antara lain berupa umpan balik, pembinaan teknis dan pelatihan/ penyegaran terhadap kader.

Pengawasan status gizi adalah pengamatan perubahan status gizi suatu kelompok tertentu seperti bayi, balita anak sekolah dan kelompok lain secara berkesinambungan dari waktu ke waktu dengan tujuan mengamati perkembangan atau perubahan status gizi kelompok tersebut dan menilai pelaksanaan gizi.

Kegiatan pemantauan status gizi yaitu mengumpulkan data status gizi bayi dan anak balita yang diperoleh dari Posyandu dan Puskesmas menurut cara yang telah ditetapkan, mengolah data, menganalisis data menentukan status gizi, menyajikan informasi dan tindak lanjut (bisa berupa penyuluhan gizi, pemberian makanan tambahan, pelacakan gizi buruk dan rujukan kasus gizi buruk) serta melaporkan hasil pemantauan ke Dinas Kesehatan Daerah.

2.1.4 PROGRAM PENANGGULANGAN GIZI BURUK

2.1.4.1 Pengertian

Gizi buruk adalah keadaan kurang zat gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam waktu cukup lama yang ditandai dengan berat badan menurut umur (BB/U) yang berada pada $<-3SD$ (Depkes RI, 2000:37). Gizi buruk adalah status gizi menurut berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) dengan Z-score <-3 , dan atau dengan tanda-tanda klinis (marasmus, kwasiorkor, dan marasmus-kwasiorkor) (Depkes RI, 2004:13).

2.1.4.2 Penyebab

Menurut UNICEF gizi buruk disebabkan oleh 2 faktor, yaitu langsung dan tidak langsung. Faktor langsung berasal dari makanan keluarga yang rendah dan adanya penyakit infeksi. Faktor tidak langsung disebabkan karena ketersediaan pangan keluarga yang rendah dan perilaku kesehatan seperti pola asuh, perawatan ibu dan anak yang tidak benar. Sedangkan pelayanan kesehatan yang rendah dan lingkungan yang buruk juga menjadi penyebab tidak langsung dari gizi buruk.

2.1.4.3 Klasifikasi Gizi Buruk

1) Marasmus

Marasmus disebabkan karena kekurangan kalori yang berlebihan, sehingga menyebabkan zat cadangan makanan yang tersimpan dalam tubuh terpaksa digunakan untuk memenuhi kebutuhan yang sangat diperlukan untuk kelangsungan hidupnya. Penyakit ini banyak dijumpai pada bayi dibawah usia 1 tahun (Agus Krisno, 2001).

Marasmus biasanya berkaitan dengan ketiadaan bahan pangan yang sangat parah, kelaparan berkepanjangan dan penyapihan terlalu dini. Gejala klinis yang dapat dilihat adalah jaringan bawah kulit nyaris lenyap dan otot mengecil, berat badan penderita biasanya hanya berkisar 60% dari berat badan yang seharusnya, nafsu makan penderita hilang sama sekali, wajahnya seperti orang tua bahkan tampak seperti kera, otot lemah terasa lembek, ini dapat dilihat pada paha dan pantat bayi yang seharusnya kuat, kenyal dan tebal. Edema atau pembengkakan tidak terjadi, demikian pula warna rambut yang normal/ tidak berubah.

Penyakit yang paling lazim terjadi adalah *gastroenteritis* akut, dehidrasi, infeksi saluran nafas dan kerusakan mata akibat kekurangan vitamin A. Infeksi yang bersifat sistematik bahkan dapat menimbulkan *renjatan septic* yaitu suatu keadaan yang ditandai dengan tubuh yang sangat lemah, kehilangan kesadaran, tangan dan kaki dingin serta nadi yang cepat namun lemah. Penyebab renjatan ini yang paling sering diare yang disertai dengan pendarahan (Arisman, 2002).

2) Kwashiorkor

Kwashiorkor adalah suatu sindroma klinik yang timbul sebagai akibat adanya kekurangan protein yang sangat parah dan pemasukan kalori yang kurang dari yang dibutuhkan oleh tubuh. Penyakit ini banyak dijumpai pada anak usia 6 bulan sampai dengan 5 tahun pada keluarga yang berpenghasilan rendah dan umumnya berpendidikan rendah pula. Kebiasaan penyapihan yang lebih dini juga menjadi penyebab anak menderita kwashiorkor. Hal ini berkaitan dengan menurunnya jumlah air sus ibu dan tidak diimbangi dengan makanan pengganti ASI yang seimbang, serta *hygiene* dan sanitasi yang masih rendah sering terjadi kontaminasi atau pencemaran terhadap makanan sehingga menimbulkan penyakit pada anak (Agus Krisno, 2001).

Tanda yang khas dari penyakit marasmus ini adalah berupa pembengkakan yang jika ditekan melekek, tidak sakit dan lunak yang biasanya terjadi di kaki, tangan atau anggota tubuh yang lain. Pada daerah *oedema*/bengkak tidak jarang muncul *lesi* (luka) kulit. Jaringan bawah kulit masih baik, namun jaringan otot tampak mengecil. Perut tampak menonjol karena penegangan lambung dan usus yang terpuntir. Karena adanya pembengkakan, maka penurunan berat badan tidak

terjadi, namun pertumbuhan tinggi terhambat, lingkaran kepala mengalami penurunan. Akibat kekurangan protein, anak-anak menjadi rendah kualitas otak dan fisiknya (Arisman, 2002).

3) Marasmus-Kwashiorkor

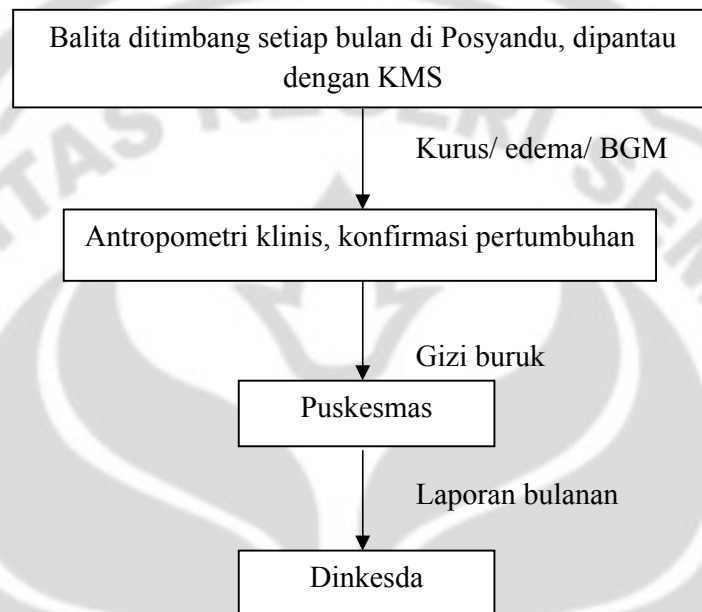
Bentuk kelainan ini merupakan gabungan antara kwashiorkor dan marasmus. Gambaran yang utama adalah kwashiorkor edema dengan atau tanpa lesi kulit, pengecilan otot, dan pengurangan lemak bawah kulit seperti pada marasmus. Jika edema dapat hilang pada awal pengobatan, penampakan penderita akan menyerupai marasmus. Gambaran marasmus dan kwashiorkor muncul secara bersamaan dan didominasi oleh kekurangan protein yang parah (Arisman, 2002). Menurut survey kesehatan rumah tangga Departemen kesehatan tahun 1998, anak yang kekurangan kalori protein jumlahnya mencapai 7.000.000 jiwa dan hampir seperempatnya dalam keadaan yang mengawatirkan. Pada bayi atau anak yang kurang gizi, pertumbuhan jaringan otaknya akan terhambat (M.C.Widjaja, 2002).

2.1.4.4 Program Penanggulangan Gizi Buruk

1. Pelacakan kasus Gizi Buruk

Pelacakan gizi buruk adalah menemukan kasus balita gizi buruk melalui pengukuran Berat Badan (BB) dan melihat tanda-tanda klinis. Pelacakan kasus gizi buruk dapat dimulai dari pemantauan arah pertumbuhan secara cermat yang dilakukan secara rutin oleh Posyandu (Dinkes Prov Jateng, 2005).

Pelacakan kasus gizi buruk dapat dimulai dari pemantauan angka pertumbuhan secara cermat yang dilakukan secara rutin di Posyandu. Alur pelacakan kasus gizi buruk dapat dilihat pada gambar 2.1 berikut.



Gambar 2.1 Alur Pelacakan Kasus Gizi Buruk

2. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) Lokal

MP-ASI lokal adalah MP-ASI yang diolah di rumah tangga atau Posyandu yang terbuat dari bahan makanan yang tersedia setempat, mudah diperoleh dengan harga terjangkau oleh masyarakat dan memerlukan pengolahan sebelum dikonsumsi sasaran (Depkes RI, 2006:4)

Tujuan pemberian MP-ASI lokal adalah mempertahankan dan memperbaiki status gizi bayi dan anak usia 6-24 bulan terutama dari keluarga miskin melalui pemberian MP-ASI lokal. Sasaran MP-ASI lokal adalah bayi dan

anak usia 6-24 bulan yang menderita gizi buruk (Depkes RI, 2006:3). MP-ASI lokal diberikan dalam 90 hari yang terbagi 3 tahap, yaitu :

1. Pada saat pelaksanaan Posyandu (1x).
2. Dua kali seminggu dalam kelompok sasaran (3x).
3. Setiap hari dirumah masing-masing (sekitar 26 hari) (Depkes RI, 2006:7).

3. Perawatan Gizi Buruk

Jenis perawatan gizi buruk ditentukan oleh 2 hal yaitu gizi buruk dengan komplikasi dan gizi buruk tanpa komplikasi.

- a. Gizi buruk dengan komplikasi. Gizi buruk dengan komplikasi penyakit harus dilakukan perawatan di Puskesmas perawatan atau di Rumah Sakit sesuai dengan kondisi pasien. Perawatan di Rumah Sakit atau Puskesmas perawatan bertujuan untuk menyembuhkan penyakit penyerta dan memulihkan status gizinya dengan memperhatikan fase stabilisasi, transisi, dan rehabilitasi. Sehingga bentuk dan jenis makanan yang diberikan harus disesuaikan.
- b. Gizi buruk tanpa komplikasi diintervensi di PKD atau di rumah dengan pengawasan PKD dan Puskesmas. Perawatan di rumah diupayakan dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan dengan fase rehabilitasi.

4. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) Gizi Buruk

PMT gizi buruk merupakan makanan tambahan yang berupa *stimulant* agar penderita gizi buruk tidak bertambah parah. PMT diberikan pada balita gizi buruk dengan standard PMT 300 kalori, 6 gram protein dengan menggunakan bahan makanan lokal.

Pemberian PMT kepada balita yang menderita gizi buruk dilakukan segera setelah kasus ditemukan. PMT gizi buruk harus diberikan kepada semua (100%) penderita gizi buruk.

2.1.4.5 Mekanisme Pelaksanaan Penanggulangan Gizi Buruk

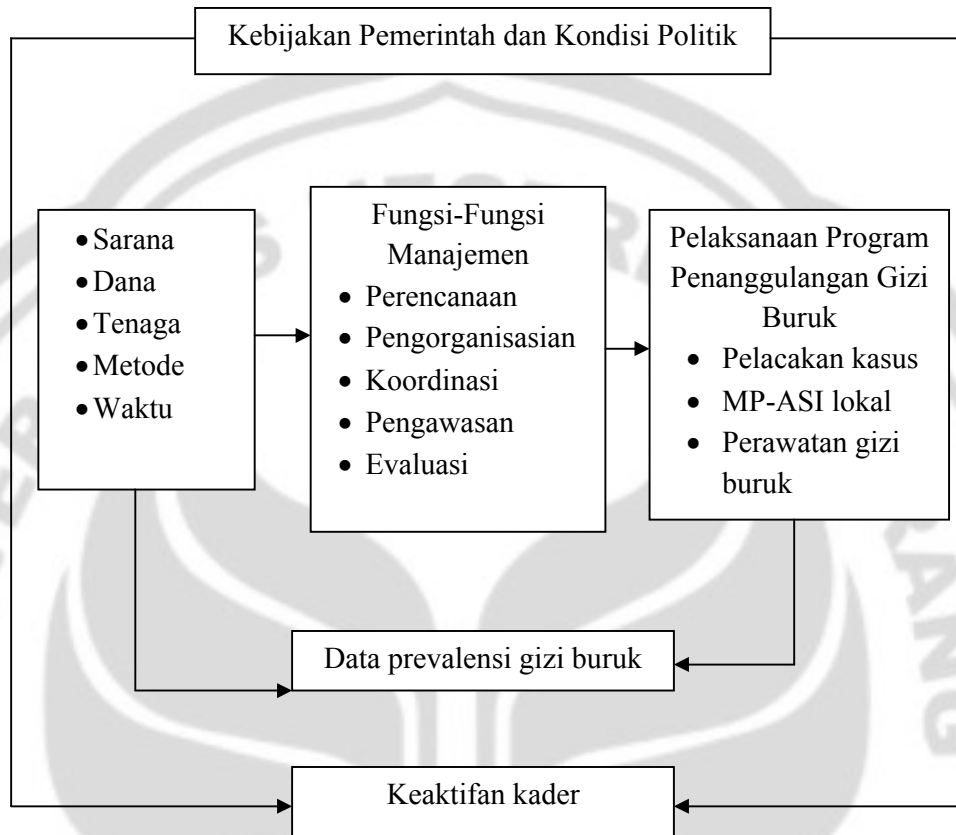
1. Melaporkan kasus gizi buruk sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB) dengan menggunakan form yang telah ada (W1).
2. Apabila seorang anak balita diindikasikan menderita marasmus kwasiokhor harus dirujuk ke Rumah Sakit untuk menjalani rawat inap atau di rawat di Puskesmas Perawatan dengan Supervisi Dokter Spesialis Anak Rumah Sakit. Anak-anak seperti ini sangat berbahaya untuk dirawat di rumah atau PKD.
3. Pemberian intervensi kasus gizi buruk dengan cara sebagai berikut :
 - a. Laporan gizi buruk dari masyarakat akan dilakukan konfirmasi kebenarannya oleh tenaga kesehatan yang berasal dari PKD dan atau Puskesmas. Konfirmasi dilakukan dalam rangka penegakan diagnosis gizi buruk dengan menggunakan tanda klinis dan atau antropometri.
 - b. Kasus gizi buruk yang telah ditegakkan diagnosisnya, selanjutnya dirujuk ke Puskesmas atau Rumah Sakit (bila memang diperlukan) untuk penanggulangan lebih lanjut.
 - c. Penanggulangan gizi buruk dibedakan menjadi 2 macam yakni kasus gizi buruk yang disertai komponen penyakit dan kasus gizi buruk tanpa komplikasi (murni kurang gizi). Kasus gizi buruk dengan komplikasi penyakit harus segera dilakukan perawatan di Puskesmas Perawatan atau dirujuk ke Rumah Sakit

sesuai dengan kondisi pasien. Sedangkan kasus gizi buruk tanpa komplikasi diintervensi di PKD atau dirumah dengan supervise dari PKD dan Puskesmas.

- d. Perawatan di Rumah Sakit bertujuan untuk menyembuhkan penyakit penyerta dan memulihkan status gizinya. Untuk pemulihan status gizi maka intervensi yang dilakukan dengan memperhatikan fase stabilisasi, transisi, dan rehabilitasi sehingga bentuk dan jenis makanan yang diberikan harus disesuaikan.
- e. Perawatan gizi buruk dirumah tangga diupayakan dengan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dengan fase rehabilitasi.



2.2 Kerangka Teori



2.2 Kerangka Teori Penelitian
Modifikasi Sistem Azrul Azwar Dan Program Penanggulangan Gizi Buruk
Dinkes Demak Tahun 2006

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1. Kerangka Konsep



3.2. Hipotesis Penelitian

Menurut Soekidjo Notoatmodjo (2002:74), hipotesis adalah sebuah pertanyaan tentang hubungan yang diharapkan antara 2 variabel atau lebih yang dapat diuji secara empiris. Hipotesis adalah suatu pertanyaan yang menunjukkan dugaan tentang hubungan antara 2 variabel atau lebih (Sugiyono, 2004:86). Berdasarkan landasan teori di atas maka hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ho : Fungsi manajemen tenaga gizi puskesmas tidak efektif terhadap program penanggulangan gizi buruk di kabupaten Demak tahun 2010.

Ha : Fungsi manajemen tenaga gizi puskesmas efektif terhadap program penanggulangan gizi buruk di kabupaten Demak tahun 2010.

3.3. Jenis dan Rancangan Penelitian

3.3.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *explanatory research* karena menjelaskan hubungan antar variabel yang telah ditetapkan dan menguji hipotesis yang dirumuskan.

3.3.2 Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian merupakan rencana penelitian sebagai sarana bagi peneliti untuk memperoleh jawaban atas pertanyaan penelitian atau menguji validitas hipotesis (Sudigdo Sastroasmoro, 2002:96). Metode penelitian yang digunakan adalah metode survey, yaitu peneliti melaksanakan pengambilan data dari sampel dengan menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpul data, dan menggunakan pendekatan *cross sectional* karena probabilitas untuk menemukan kasus besar dimana semua variabel diukur pada saat yang sama.

3.4. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas

Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel terikat. Jadi variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi (Sugiyono, 2005:3). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah

fungsi manajemen tenaga gizi Puskesmas yang terdiri dari fungsi perencanaan, pengorganisasian, koordinasi, pengawasan dan evaluasi.

2. Variabel terikat

Variabel terikat adalah variabel yang besarnya tergantung dari variabel bebas yang diukur untuk menentukan ada tidaknya pengaruh dari variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah program penanggulangan gizi buruk yang berupa pelacakan kasus, MP-ASI lokal, perawatan gizi buruk dan PMT gizi buruk.

3.5. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

Tabel 3.1

No	Definisi Operasional	Alat Ukur	Skala	Kriteria
1.	Fungsi manajemen adalah suatu kegiatan dalam manajemen yang di dalamnya terdapat langkah-langkah perencanaan, pengorganisasian, koordinasi, pengawasan, dan evaluasi sebagai acuan dalam menjalankan tugas sebagai tenaga kesehatan.			Skor : a) ya, skor 1 b) tidak, skor 0
	a) Perencanaan adalah kegiatan yang dilakukan oleh tenaga gizi puskesmas untuk menentukan rancangan program penanggulangan gizi buruk yang akan dikerjakan. Kegiatan dalam perencanaan meliputi perumusan masalah gizi, penyusunan rencana usulan kegiatan dan penyusunan rencana pelaksanaan kegiatan.	Kuesioner	Ordinal	Baik 7-12 Kurang 1-6
	b) Pengorganisasian adalah	Kuesioner	Ordinal	Baik 4-6

	kegiatan yang dilakukan oleh tenaga gizi Puskesmas dalam menentukan tugas dan menempatkannya pada setiap aktifitas serta memberikan bimbingan dalam pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk.			Kurang 1-3
	c) koordinasi adalah kegiatan yang dilakukan oleh tenaga gizi Puskesmas untuk mensinkronkan pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk. Koordinasi tenaga gizi Puskesmas meliputi 2 hal, yaitu : koordinasi lintas program dan koordinasi lintas sektoral.	Kuesioner	Ordinal	Baik 4-7 Kurang 1-3
	d) pengawasan adalah upaya pengamatan oleh tenaga gizi Puskesmas secara berkesinambungan terhadap program penanggulangan gizi buruk yang telah atau sedang dilaksanakan. Kegiatan dalam pemantauan meliputi pemantauan status gizi, pengolahan data, analisis data, tindak lanjut dan membuat perbandingan hasil dengan target.	Kuesioner	Ordinal	Baik 6-10 Kurang 1-5
	e) evaluasi adalah kegiatan penilaian terhadap program penanggulangan gizi buruk apakah sudah sesuai dengan rencana atau belum. Evaluasi oleh tenaga gizi Puskesmas meliputi kegiatan pengolahan pencatatan data, analisis data, perbandingan hasil dengan target, pelaporan, evaluasi, waktu evaluasi.	Kuesioner	Ordinal	Baik 4-6 Kurang 1-3

2.	Pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk adalah langkah-langkah yang dilaksanakan untuk mengurangi balita yang menderita gizi buruk agar dapat pulih dan meningkat status gizinya. Program penanggulangan gizi buruk yang dilaksanakan oleh tenaga gizi puskesmas meliputi : pelacakan kasus gizi buruk, MP-ASI lokal, perawatan gizi buruk dan PMT gizi buruk.	Kuesioner	Ordinal	Baik 5-9 Kurang 1-4
----	--	-----------	---------	------------------------

3.6. Populasi dan Sampel Penelitian

3.6.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian (Suharsimi Arikunto, 2002:108). Menurut Abdurrahmat Fathoni, populasi adalah keseluruhan unit elementer yang parameternya akan diduga melalui statistika hasil analisa yang dilakukan terhadap sampel penelitian. Populasi dalam penelitian ini adalah semua tenaga gizi Puskesmas yang ada di Kabupaten Demak sebanyak 26 orang.

3.6.2. Sampel

Menurut Soekidjo Notoatmodjo sampel penelitian adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2002:62). Dalam penelitian ini populasinya adalah seluruh tenaga gizi Puskesmas di kabupaten Demak yang berjumlah 26 orang. Karena jumlah populasi 26 orang maka peneliti menggunakan metode *total sampling*. *Total sampling* adalah teknik penentuan

sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Hal ini dilakukan karena jumlah populasi relatif kecil (Sugiyono, 2002:68).

3.7. Sumber Data Penelitian

Dalam penelitian ini ada dua jenis data yaitu data primer dan data sekunder.

3.7.1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari penelitian yang dilakukan oleh peneliti dalam sebuah penelitian. Pengumpulan data primer pada penelitian ini adalah dengan melakukan wawancara langsung dengan responden dengan menggunakan kuesioner tentang Gizi buruk. Selain itu digunakan juga lembar observasi sebagai *crosscheck* atas jawaban responden pada pertanyaan-pertanyaan yang tercantum pada kuesioner.

3.7.2. Data sekunder

Data sekunder digunakan sebagai penunjang dan pelengkap dari data primer yang ada relevansinya dengan keperluan penelitian. Data sekunder yang dikumpulkan adalah data-data dan laporan dari instansi terkait yang berhubungan dengan penanggulangan gizi buruk berupa Profil Kesehatan Kota Demak tahun 2006-2009.

3.8. Instrument Penelitian

Instrument adalah suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena ataupun keadaan sosial yang diamati (Sugiyono, 2002:84). Instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Selain itu peneliti juga menggunakan lembar observasi untuk *crosscheck*.

3.8.1. Validitas

Untuk mengetahui valid atau tidaknya kuesioner yang akan diujikan kepada sampel yang sebenarnya, sebelumnya kuesioner ini diujikan kepada tenaga gizi puskesmas di kabupaten Jepara. Pemilihan kabupaten Jepara dilakukan karena memperhatikan kesamaan karakteristik yaitu masih tingginya angka kejadian gizi buruk di wilayah kerja kabupaten Jepara. Jumlah sampel pada uji validitas ini berjumlah 21 responden.

Pengujian validitas instrumen dilakukan dengan perhitungan secara komputerisasi dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$r_{pbis} = \frac{M_p - M_t}{S_t} \sqrt{\frac{p}{q}}$$

Sumber : Suharsimi Arikunto (2006: 283)

Keterangan :

r_{pbis} = koefisien korelasi point biserial

M_p = rata-rata skor total yang menjawab benar pada butir soal

M_t = rata-rata skor total

S_t = standar deviasi skor total

P = proporsi responden yang menjawab benar pada setiap butir soal

Q = 1- p

Hasil akhir r hitung pada masing-masing butir soal akan dibandingkan dengan r tabel *product momen pearson*. r tabel dapat diketahui dengan menentukan jumlah responden dalam uji validitas dan taraf signifikansinya. Maka, dengan jumlah responden sebesar 21 dan taraf signifikansi 5% diketahui r tabel

0,433. Setelah dilakukan perhitungan terhadap 50 butir soal, diketahui hanya 45 dari 50 butir soal yang valid.

3.8.2. Reliabilitas

Sama halnya dengan uji validitas, untuk mengetahui apakah instrumen penelitian ini reliabel atau tidak, perhitungan reliabilitas dilakukan hanya pada pertanyaan-pertanyaan yang sudah memiliki validitas. Pengujian reliabilitas juga dilakukan dengan perhitungan dengan komputer menggunakan rumus sebagai berikut :

$$r_{11} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(\frac{V_t - \sum pq}{V_t} \right)$$

Keterangan :

r_{11} = reliabilitas instrumen

k = banyaknya butir soal

p = proporsi responden yang menjawab benar pada setiap butir soal

q = 1- p

V_t = standar deviasi skor total

r tabel dapat diketahui dengan menentukan jumlah responden dalam uji reliabilitas dan taraf signifikansinya. Maka dengan jumlah responden sebesar 21 dan taraf signifikansi 5%, diketahui r tabel 0,433. Butir soal dikatakan reliabel jika memenuhi kriteria r alpha > r tabel.

Setelah dilakukan perhitungan terhadap ke 45 butir soal, diketahui bahwa r alpha (0,898) memiliki nilai > r tabel (0,433). Maka soal-soal dalam penelitian ini telah reliabel.

3.9. Teknik Pengambilan Data

3.9.1. Metode Survey

Metode survey dalam penelitian ini dilakukan di beberapa instansi, seperti DKK kabupaten Demak dan Puskesmas di kabupaten Demak. Survey yang dilakukan di DKK kabupaten Demak untuk mendapatkan informasi tentang angka kejadian gizi buruk dan tentang tenaga gizi Puskesmas untuk mendapatkan informasi tentang nama, unit kerja, umur, pendidikan dan masa kerja yang ada di wilayah kerja kabupaten Demak.

3.9.2. Kuesioner

Kuesioner dalam penelitian ini berupa soal-soal yang berisi tentang tata laksana penanggulangan gizi buruk. Kuesioner tersebut berisi 50 soal *check poin*. Kriteria penilaian adalah dengan memberikan skor 1 jika jawaban ya dan 0 jika jawaban tidak.

3.10. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

3.10.1. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan bantuan komputer agar hasilnya cepat dan akurat. Tahap-tahap dalam pengolahan data meliputi :

a. Editing

Pada tahap ini data yang telah dikumpulkan berupa angket atau pengamatan dari lapangan harus dilakukan penyuntingan (*editing*). Secara umum editing merupakan kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau kuesioner.

b. Coding

Setelah kuesioner diedit atau disunting, selanjutnya dilakukan pengkodean atau *coding*. *Coding* merupakan pemberian kode-kode tertentu kepada masing-masing kategori atau nilai-nilai dari setiap variabel yang dikumpulkan datanya. Coding dilakukan untuk mempermudah proses memasukkan data.

c. Entri data

Data, yaitu jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk kode dimasukkan dalam *software* komputer program SPSS 16 *for window* untuk diolah.

d. Tabulating

Setelah melewati proses *coding* dan entri data, data dikelompokkan sesuai dengan tujuan penelitian (Soekidjo Notoatmodjo, 2010: 176).

3.10.2. Analisis Data

3.10.2.1. Analisis Univariat

Menurut Soekidjo Notoatmodjo analisis univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap setiap variabel dari hasil penelitian. Analisis hanya menghasilkan distribusi dan persentase data tiap variabel karakteristik responden, yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan masa kerja.

3.10.2.2. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan pada penelitian ini sebelum uji statistik dilakukan, data yang diperoleh diuji normalitas dahulu. Uji normalitas yang digunakan adalah uji *Shapiro-Wilk* karena jumlah sampel kecil ≤ 50 dengan ketentuan p value di atas nilai α ($p > 0,05$) maka data tersebut dikatakan normal.

Pengujian hipotesis dilakukan dengan uji alternatif dari uji *Chi Square* tabel 2x2 yaitu uji *Fisher*. Alasan pemilihan uji ini dikarenakan uji hipotesis tidak memenuhi syarat uji *Chi Square*, yaitu terdapat sel yang memiliki nilai *expected count* kurang dari 5 maksimal 20% dari jumlah sel (Sopiyudin Dahlan, 2009:128).



BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum

4.1.1 Kabupaten Demak

4.1.1.1 Letak Geografis

Demak adalah salah satu kabupaten di Jawa Tengah terletak pada koordinat $6^{\circ}43'26'' - 7^{\circ}09'43''$ Lintang Selatan dan $110^{\circ}27'58'' - 110^{\circ}48'47''$ Bujur Timur. Kabupaten Demak berbatasan dengan :

- a. Utara : Kabupaten Jepara dan Laut Jawa
- b. Timur : Kabupaten Kudus dan Kabupaten Grobogan
- c. Selatan : Kabupaten Semarang dan kabupaten Grobogan
- d. Barat : Kota Semarang

Jarak terjauh dari barat ke timur adalah sepanjang 49 km dan dari utara ke selatan sepanjang 41 km.

4.1.1.2 Topografi

Dilihat dari ketinggian permukaan tanah dari permukaan laut, wilayah Demak terletak mulai dari 0 m sampai dengan 100 m dari permukaan laut. Sedang dari tekstur tanahnya, wilayah Demak terdiri atas tekstur tanah halus (liat) seluas 49.066 ha dan tekstur tanah sedang (lempung) seluas 40.677 ha.

Luas tanah untuk persawahan di kabupaten Demak adalah 48.640 ha, sedangkan luas tanah kering adalah 41.103 ha.

4.1.1.3 Demografi

Berdasarkan hasil pencacahan sensus penduduk 2009, jumlah penduduk Kabupaten Demak adalah 1.085.983 jiwa yang terdiri atas 536.243 (49.37%) orang laki-laki dan 549.740 (50.63%) orang perempuan. Pengelompokan penduduk menurut jenis kelamin dapat dilihat pada Tabel 4.1 berikut ini.

Tabel 4.1 Jumlah Penduduk Kabupaten Demak Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2009

Jenis Kelamin	f	%
Laki-laki	536.243	49.37%
Perempuan	549.740	50.63%
Jumlah	1.085.983	100,00%

Sumber : BPS Kab. Demak Tahun 2009

Dari tabel 4.1 terlihat bahwa penduduk yang berjenis kelamin laki-laki hampir sama jumlahnya dengan penduduk berjenis kelamin perempuan. Secara berurutan, penduduk Kabupaten Demak paling banyak terdapat di Kecamatan Mranggen, Kecamatan Bonang, diikuti Kecamatan Demak. Jumlah penduduk tiga kecamatan tersebut dapat dilihat pada tabel 4.2 berikut.

Tabel 4.2 Distribusi Jumlah Penduduk Kabupaten Demak Tahun 2009 (terbesar dan terkecil)

Nama Kecamatan		Jumlah penduduk (orang)
Terbesar	Mranggen	154.765
	Bonang	101.807
	Demak	98.483
Terkecil	Gajah	47.508
	Kebonagung	37.732

Sumber : BPS Kab. Demak Tahun 2009

Jika dilihat dari jumlah penduduk terkecil, maka kecamatan Gajah dan Kecamatan Kebonagung merupakan wilayah di kabupaten Demak yang mempunyai jumlah penduduk terkecil seperti terlihat pada tabel 4.2

1) Umur

Menurut kelompok umur, sebagian besar penduduk di Kabupaten Demak termasuk dalam usia produktif (15-64 tahun) sebanyak 691.358 orang (63,66%), dan selebihnya 351.367 orang (32,35%) berusia di bawah 15 tahun dan 43.258 orang (3,99%) berusia 65 tahun ke atas.

Berdasarkan data yang diperoleh dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Demak, pengelompokan penduduk menurut umur menunjukkan bahwa jumlah penduduk menurut kelompok umur terbanyak pada umur 10-14 tahun yaitu sebesar 122.220 orang (12,2%). Sedangkan jumlah penduduk yang paling sedikit adalah untuk kelompok umur 60-64 tahun yaitu sebesar 31.273 orang (2,7%) seperti yang terlihat pada tabel 4.3

Tabel 4.3 Distribusi Jumlah Penduduk Kabupaten Demak Menurut Umur Tahun 2009

Kelompok umur (Tahun)	Jumlah	%
0-4	108.928	10.0%
5-9	120.219	11.0%
10-14	122.220	12.2%
15-19	120.400	11.0%
20-24	100.206	9.2%
25-29	92.618	8.5%
30-34	88.222	8.1%
35-39	79.975	7.3%
40-44	64.527	5.9%
45-49	46.877	4.1%
50-54	35.614	3.2%
55-59	31.646	2.9%
60-64	31.273	2.7%
>65	43.258	3.9%
Jumlah	1.085.983	100%

Sumber: BPS kab. Demak 2009

2) Keadaan Sosial Ekonomi

1. Tingkat Pendidikan

Kondisi Sosial Budaya di Kabupaten Demak, dapat diketahui dari segi pendidikan yang sangat diperlukan oleh setiap penduduk. Setiap penduduk berhak untuk mengenyam pendidikan, khususnya penduduk usia 7 – 24 tahun. Pada tahun 2009 jumlah penduduk usia 7 – 24 tahun yang masih bersekolah pada SD sebanyak 106.801 orang (71,1%), SLTP sebanyak 24.669 orang (16,4%) dan SLTA sebanyak 18.748 orang (12,5%).

Sarana pendukung dalam bidang pendidikan adalah tersedianya 575 sekolah Dasar (SD) (81,9%), 67 Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP) (9,5%) dan 60 Sekolah Lanjutan Tingkat Atas (SLTA) (8,6%). Sedangkan jumlah guru yang tersedia adalah 6.008 orang untuk SD (63,6%), 1.788 orang untuk SLTP (18,9%) dan 1.654 orang untuk SLTA (17,5%).

Tabel 4.4 berikut memperlihatkan tingkat pendidikan penduduk usia 10 tahun ke atas menurut ijazah tertinggi yang dimiliki di kabupaten Demak. Mayoritas penduduk adalah lulusan SD/MI sederajat yaitu sebanyak 308.304 orang (36%). Sedangkan paling kecil adalah penduduk yang berijazah diploma I/II sebanyak 1.417 orang (1%).

Tabel 4.4 Distribusi Tingkat Penduduk Usia 10 Tahun Ke Atas Menurut Ijazah Tertinggi Di Kabupaten Demak Tahun 2010

Ijazah Tertinggi Yang Dimiliki	Jumlah	%
Belum pernah sekolah	78.176	9,0%
Tidak punya	144.178	17%
SD/MI/sederajat	308.304	36%
SMP/MTs/sederajat	171.920	20%
SMA/MA/sederajat	114.865	13%
SM Kejuruan	13.935	1,6%
Diploma I/II	1.417	0,2%

Diploma III/akademi	5.172	1%
Sarjana/ S1/S2/S3	18.869	2,2%
Jumlah	856.836	100%

Sumber : BPS Kab. Demak Tahun 2009

2. Pekerjaan

Tenaga kerja yang terampil merupakan potensi sumber daya manusia yang sangat dibutuhkan dalam proses pembangunan. Menurut Badan Pusat Statistik, yang dimaksud dengan usia kerja adalah penduduk berumur 15 tahun ke atas. Penduduk Kabupaten Demak usia 15 tahun ke atas yang bekerja sebanyak 494.917 orang yang dirinci pada tabel 4.5 berikut.

Tabel 4.5 Distribusi Jumlah Penduduk Usia 10 Tahun Ke Atas Yang Bekerja Menurut Lapangan Usaha Di Kabupaten Demak Tahun 2010

Lapangan Usaha	Jumlah	%
Pertanian	210.649	45%
Pertambangan dan Penggalian	3.370	1%
Industri Pengolahan	65.677	13%
Listrik Gas dan Air	930	0,2%
Konstruksi	49.976	10%
Perdagangan	96.841	19%
Angkutan dan komunikasi	21.215	4,3%
Keuangan dan Jasa	2.435	0,5%
Lain-lain	43.824	8%
Jumlah	494.917	100%

Sumber : BPS Kab. Demak Tahun 2009

Tabel tersebut menunjukkan bahwa penduduk yang bekerja di usaha pertanian merupakan mayoritas yaitu sebesar 210.649 (45%) kemudian yang terkecil adalah yang bekerja di bidang listrik gas dan air sebesar 930 (0,2%).

3. Kemiskinan

Berdasarkan data yang diperoleh dari Badan Pusat Statistik di Kabupaten Demak, banyaknya penduduk miskin di Kabupaten Demak dari tahun ke tahun

cenderung menurun. Berikut tabel yang menunjukkan jumlah penduduk miskin di Kabupaten Demak dari tahun 2005-2009.

Tabel 4.6 Distribusi Jumlah Penduduk Penduduk Miskin Di Kabupaten Demak Dari Tahun 2005-2009

Tahun	Jumlah Penduduk Miskin
2005	245.000
2006	263.500
2007	238.900
2008	217.200
2009	202.240

Sumber : BPS Kab. Demak Tahun 2009

Dari tabel 4.6 terlihat terdapat kenaikan jumlah penduduk miskin dari tahun 2005 ke tahun 2006 yaitu dari angka 245.000 naik menjadi 263.500. Tetapi untuk tahun-tahun selanjutnya penduduk miskin di Kabupaten Demak mengalami penurunan.

4.1.1.4 Sarana Kesehatan

1) Visi dan Misi Dinas Kesehatan Kabupaten Demak

Visi Dinas Kesehatan Kabupaten Demak adalah Terwujudnya Masyarakat Demak Yang Sehat dan Mandiri. Misi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Demak adalah :

1. Meningkatkan dan memberdayakan sumber daya kesehatan secara konsisten dan berkesinambungan.
2. Mengupayakan pembangunan di Demak yang berwawasan kesehatan.
3. Mendorong kemandirian masyarakat dan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang hidup bersih dan sehat.
4. Menjamin pelayanan kesehatan secara prima, *komprehensif*, profesional dan menjangkau seluruh lapisan masyarakat.
5. Menjalani kerja sama dengan mitra/ partner.

2) Sarana pelayanan Kesehatan

Dalam rangka upaya peningkatan derajat kesehatan dan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat, penyediaan sarana merupakan kebutuhan penting.

Tabel 4.7 Sarana Pelayanan Kesehatan Kabupaten Demak

Sarana pelayanan Kesehatan	Jumlah
Rumah Sakit Pemerintah	1
Rumah Sakit Swasta	2
Puskesmas	26
Puskesmas Pembantu	53
Puskesmas Keliling	23
Posyandu	1212
Polindes	147
Rumah bersalin Swasta	31
Balai Pengobatan Swasta	31
Apotik Pemda	4
Apotik Swasta	11
Toko Obat	5
Jumlah	1546

Sumber : Profil DKK Demak Tahun 2009

Berdasarkan tabel tersebut, jenis sarana pelayanan kesehatan di Kabupaten Demak terbilang cukup lengkap.

3) Prevalensi Balita Gizi Buruk

Hasil pemantauan status gizi tahun 2005-2008 dapat dilihat pada tabel 4.8 berikut ini.

Tabel 4.8 Hasil Pemantauan Status Gizi

No.	Status gizi	2005(%)	2006(%)	2007(%)	2008 (%)
1	Gizi lebih	2,59%	2,04%	1,86%	1,11%
2	Gizi Baik	77,74%	80,13%	80,67%	82,84%
3	Gizi kurang	17,80%	15,98%	15,52%	14,70%
4	Gizi buruk	1,86%	1,84%	1,95%	1,71%
Jumlah		100%	100%	100%	100%

Sumber: Profil DKK Kab. Demak Tahun 2008

Tabel 4.8 memperlihatkan bahwa ada kecenderungan meningkat pada prevalensi balita yang menderita gizi buruk dari tahun ke tahun.

a. Jumlah gizi buruk

Tabel 4.9 Distribusi Jumlah Gizi Buruk Tiap Puskesmas Di Kabupaten Demak

No.	Puskesmas	%
1.	Mranggen I	0,00
2.	Mranggen II	1,01
3.	Mranggen III	1,11
4.	Karangawen I	0,00
5.	Karangawen II	0,00
6.	Guntur I	3,33
7.	Guntur II	1,11
8.	Sayung I	2,67
9.	Sayung II	6,67
10.	Karantengah	0,00
11.	Demak I	6,67
12.	Demak II	0,00
13.	Demak III	0,00
14.	Wonosalam I	0,00
15.	Wonosalam II	1,11
16.	Kebonagung	1,11
17.	Dempet	4,44
18.	Gajah	0,00
19.	Karanganyar I	3,33
20.	Karanganyar II	1,33
21.	Mijen I	0,00
22.	Mijen II	0,00
23.	Bonang I	1,33
24.	Bonang II	0,00
25.	Wedung I	7,78
26.	Wedung II	5,56

Sumber : Laporan Kasus Gizi Buruk Kab Demak th 2008

Pada tabel tersebut terlihat bahwa jumlah kasus gizi buruk terbanyak terdapat di Puskesmas wedung I sebanyak 7,78%. Sedangkan jumlah kasus Gizi buruk terkecil terdapat di Puskesmas Mranggen I, Karangawen I, Karangawen II, Karantengah, Demak II, Demak III, Wonosalam I, Gajah, Mijen I dan Mijen II.

4.2 Hasil Penelitian

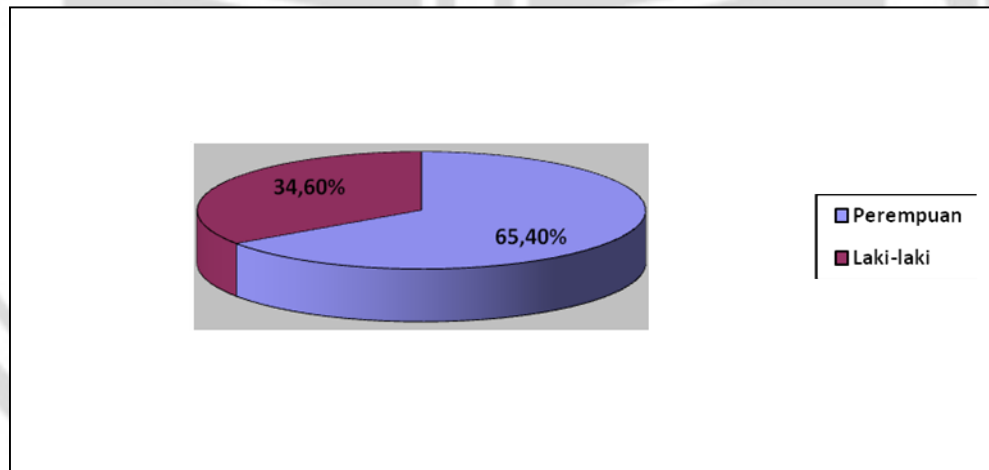
4.2.1 Analisis Univariat

Responden dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga gizi puskesmas di Kabupaten Demak yang berjumlah 26 orang. Gambaran karakteristik subjek penelitian meliputi perencanaan, pengorganisasian, koordinasi, pengawasan dan evaluasi.

1) Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah responden dengan jenis kelamin perempuan merupakan mayoritas yaitu 17 responden (65,4%), lebih besar dibandingkan jumlah responden laki-laki yaitu 9 responden (34,6%). Persentase responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada grafik 4.1 berikut.

Grafik 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Kabupaten Demak Tahun 2010



2) Distribusi Responden Berdasarkan Umur

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang berusia lebih dari 38 tahun (46,15%) lebih sedikit daripada responden yang berusia kurang dari 38

(53,85%) tahun. Rata-rata umur responden adalah 33 dengan usia termuda 25 tahun dan usia tertua adalah 54 tahun. Seperti yang terlihat pada tabel 4.10.

Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Rata-Rata Umur Di Kabupaten Demak Tahun 2010

No.	Umur	f	%
1	< 38	14	53,85%
2	>38	12	46,15%
Jumlah		26	100%

Mean: 38; Mo: 33; Max: 54; Min: 25

3) Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

Tabel 4.11 berikut akan memperlihatkan persentase responden berdasarkan tingkat pendidikannya. Mayoritas responden adalah lulusan pendidikan diploma 3 Gizi yang mencapai lebih dari separo responden yaitu sebanyak 20 responden (76,9%). Jumlah tersebut lebih besar dari responden yang berpendidikan DIV gizi yaitu 5 responden (19,2%) dan S1 Gizi 1 responden (3,8%).

Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Di Kabupaten Demak Tahun 2010

No.	Pendidikan	f	%
1.	DIII Gizi	20	76,9%
2.	DIV Gizi	5	19,2%
3.	S1 Gizi	1	3,8%
Jumlah		26	100%

4) Distribusi Responden Berdasarkan Masa Kerja

Tabel 4.12 berikut memperlihatkan persentase responden berdasarkan masa kerja sebagai tenaga gizi Puskesmas. Mayoritas masa kerja responden adalah 25 tahun. Responden yang memiliki masa kerja 1-5 tahun dan > 15 tahun mempunyai persentase masing-masing 34,6% dan 57,7%.

Tabel 4.12 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Masa Kerja Di Kabupaten Demak Tahun 2010

No.	Masa Kerja	f	%
1.	1 – 5	9	34,6%

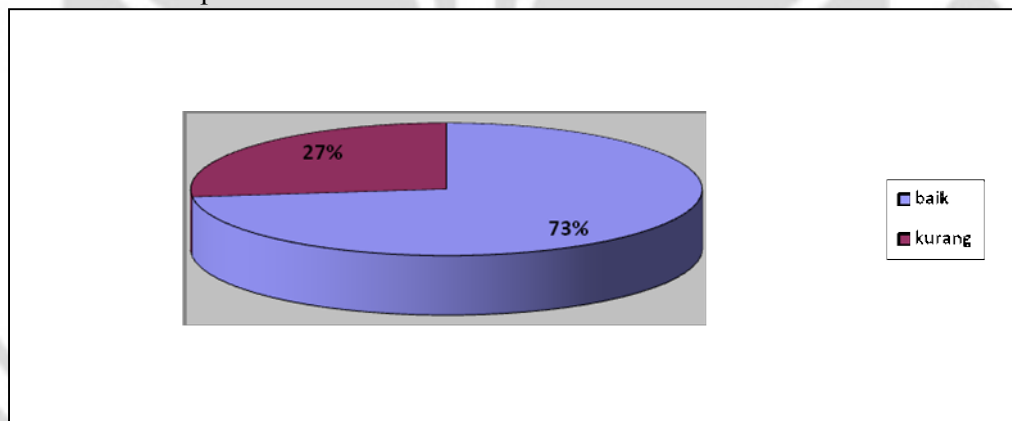
2.	6-10	2	7,7%
3.	11-15	0	0
4.	> 15	15	57,7%
Jumlah		26	100%

4.2.2 Analisis Bivariat

1) Keefektifan Fungsi Perencanaan Terhadap Program Penanggulangan Gizi Buruk

Dari hasil penelitian, didapatkan hasil bahwa responden yang melaksanakan fungsi manajemen perencanaan dengan kurang baik sebanyak 19 responden (73,1%) lebih besar daripada responden yang melaksanakan fungsi manajemen perencanaan dengan baik yaitu 7 responden (26,9%). Hal ini seperti terlihat pada grafik 4.2.

Grafik 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Perencanaan Di Kabupaten Demak Tahun 2010



Variabel perencanaan diukur dengan menggunakan 11 pertanyaan. Distribusi frekuensi responden berdasarkan jawaban responden terhadap pertanyaan tentang perencanaan dapat dilihat pada tabel 4.13.

Tabel 4.13 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Menurut Pertanyaan Tentang Perencanaan Di Kabupaten Demak Tahun 2010

No.	Pertanyaan	Jawaban			
		Ya		Tidak	
		f	%	f	%
1.	Melaksanakan pengumpulan data	26	100	0	0
2.	Memperoleh data				
	a. Pendataan sendiri	15	57,7	11	42,3
	b. Lainnya	11	42,3	15	57,7
3.	Merumuskan masalah gizi buruk di wilayah kerja	15	57,7	11	42,3
4.	Melakukan pengolahan dan analisis data	16	61,5	10	38,5
5.	Melakukan identifikasi sasaran program	11	42,3	15	57,7
6.	Mempunyai target sasaran program	10	38,5	16	61,5
7.	Menentukan target sasaran program	11	42,3	15	57,7
8.	Membuat rencana usulan kegiatan	21	80,8	5	19,2
9.	Memilih segi kegiatan yang dianggap paling Strategis				
	a. Sumber dana	13	50	13	50
	b. Sarana	13	50	13	50
10.	Membuat POA	23	88,5	3	11,5
11.	Membuat rencana pelaksanaan kegiatan	12	46,2	14	53,8

Tabel 4.13 memperlihatkan bahwa responden yang melaksanakan pengumpulan data sebanyak 26 responden (100%), responden memperoleh data melalui pendataan sendiri 15 responden (57,7%) dan pendataan lainnya melalui bidan atau kader 11 responden (42,3%), responden merumuskan masalah gizi buruk di wilayah kerjanya sebanyak 15 responden (57,7%), responden yang melakukan pengolahan dan analisis data 16 responden (61,5%), responden melakukan identifikasi sasaran program 11 responden (42,3%), responden yang

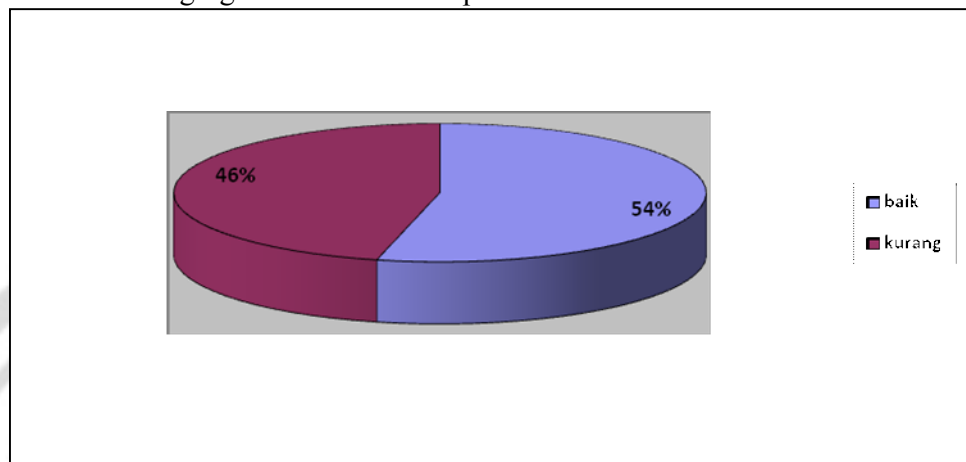
mempunyai target sasaran program 10 responden (38,5%), responden menentukan target sasaran program 11 responden (42,38%) , responden membuat rencana usulan kegiatan 21 responden (80,8%), responden yang memilih segi kegiatan yang dianggap paling strategis dari sumber dana dan sarana jumlahnya sama yaitu 13 responden (50%), responden membuat POA (*Plan Of Action*) 23 responden (88,5%) responden yang membuat rencana pelaksanaan kegiatan 12 responden (46,2%).

Dalam Penelitian ini menggunakan uji alternatif dari uji *Chi Square* tabel 2x2 yaitu Uji *Fisher*. Uji *Fisher* digunakan karena uji hipotesis tidak memenuhi syarat uji *Chi Square*, yaitu terdapat sel yang memiliki nilai *expected count* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Berdasarkan hasil uji *Fisher*, di dapat *p value* ($0,021 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak H_a diterima, yang menyatakan bahwa ada pengaruh antara fungsi perencanaan terhadap program penanggulangan gizi buruk.

2) Keefektifan Fungsi Pengorganisasian Terhadap Program Penanggulangan Gizi Buruk

Dari hasil penelitian, didapatkan hasil bahwa responden yang melaksanakan fungsi pengorganisasian dengan baik yaitu 14 responden (53,8%) dan yang kurang baik 12 responden (46,2%) lebih kecil daripada responden yang melaksanakan fungsi manajemen perencanaan dengan baik. Hal ini seperti terlihat pada grafik 4.3 berikut.

Grafik 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Pengorganisasian Di Kabupaten Demak Tahun 2010



Variabel pengorganisasian diukur dengan menggunakan 5 pertanyaan. Distribusi frekuensi responden berdasarkan jawaban responden terhadap pertanyaan tentang pengorganisasian dapat dilihat pada tabel 4.14.

Tabel 4.14 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Menurut Pertanyaan Tentang Pengorganisasian Di Kabupaten Demak Tahun 2010

No.	Pertanyaan	Jawaban			
		Ya		Tidak	
		f	%	f	%
1.	Menentukan jumlah posyandu	26	100	0	0
2.	Menetapkan jumlah masing-masing kader posyandu	12	46,2	14	53,8
3.	Menentukan prosedur kerja para kader posyandu	15	57,7	11	42,3
4.	Prosedur kerja yang diterapkan				
	a. Pencatatan dan pelaporan	15	57,7	11	42,3
	b. Penyelesaian kegiatan	11	42,3	15	57,7
5.	Melakukan pembimbingan pada kader posyandu	20	76,9	6	23,1

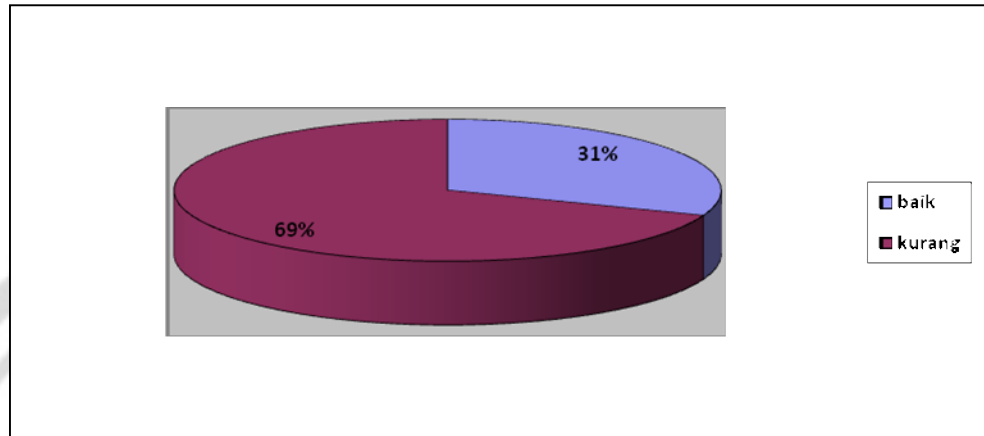
Tabel 4.14 memperlihatkan bahwa semua responden menentukan jumlah posyandu (65,4%) tetapi hanya 12 responden yang menetapkan jumlah kader masing-masing posyandu (46,2%), responden yang menentukan prosedur kerja kader 15 responden (57,7%), mayoritas responden menerapkan prosedur kerja pencatatan dan pelaporan (57,7%), dan 20 responden melakukan pembimbingan terhadap kader posyandu (76,9%).

Dalam Penelitian ini menggunakan uji alternatif dari uji *Chi Square* tabel 2x2 yaitu Uji *Fisher*. Uji *Fisher* digunakan karena uji hipotesis tidak memenuhi syarat uji *Chi Square*, yaitu terdapat sel yang memiliki nilai *expected count* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Berdasarkan hasil uji *Fisher*, di dapat *p value* ($0,021 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak H_a diterima, yang menyatakan bahwa ada pengaruh antara fungsi pengorganisasian terhadap program penanggulangan gizi buruk.

3) Keefektifan Fungsi Koordinasi Terhadap Program Penanggulangan Gizi Buruk

Dari hasil penelitian, didapatkan hasil bahwa responden yang melaksanakan fungsi koordinasi dengan baik 8 responden (30,8%) lebih kecil daripada responden yang melaksanakan fungsi koordinasi kurang baik yaitu masing-masing 18 responden (69,2%). Hal ini seperti terlihat di grafik 4.4 berikut.

Grafik 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Koordinasi Di Kabupaten Demak Tahun 2010



Variabel koordinasi diukur dengan menggunakan 7 pertanyaan. Distribusi frekuensi responden berdasarkan jawaban responden terhadap pertanyaan tentang koordinasi dapat dilihat pada tabel 4.15.

Tabel 4.15 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Menurut Pertanyaan Tentang Koordinasi Di Kabupaten Demak Tahun 2010

No.	Pertanyaan	Jawaban			
		Ya		Tidak	
		f	%	f	%
1.	Melakukan koordinasi dengan lintas program	26	100	0	0
2.	Setiap periode apa melakukan koordinasi				
	a. Setiap bulan	8	30,8	18	69,2
	b. Lainnya	18	69,2	8	30,8
3.	Melakukan koordinasi dengan lintas sektor	15	57,7	11	42,3
4.	Setiap periode apa melakukan koordinasi lintas Sektor				
	a. Setiap bulan	9	34,6	17	65,4
	b. Lainnya	17	65,4	9	34,6
5.	Melakukan koordinasi dengan kader posyandu	23	88,5	3	11,5
6.	Setiap periode apa melakukan koordinasi				

dengan kader posyandu	11	42,3	15	57,7
7. Melakukan koordinasi dengan PKK	10	38,5	16	61,5

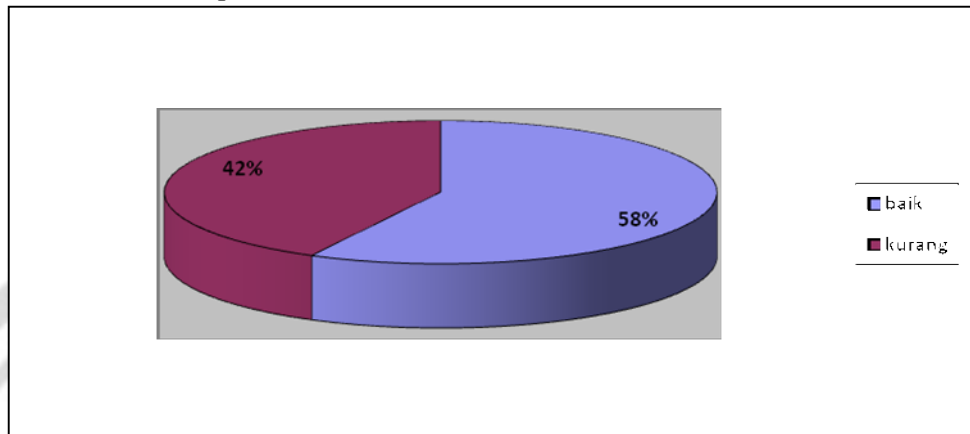
Tabel 4.15 memperlihatkan bahwa 26 responden melakukan koordinasi dengan lintas program (100%), mayoritas responden melaksanakan koordinasi dengan lintas sektor (57,7%), kader posyandu (88,5%).

Dalam Penelitian ini menggunakan uji alternatif dari uji *Chi Square* tabel 2x2 yaitu Uji *Fisher*. Uji *Fisher* digunakan karena uji hipotesis tidak memenuhi syarat uji *Chi Square*, yaitu terdapat sel yang memiliki nilai *expected count* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Berdasarkan hasil uji *Fisher*, di dapat *p value* ($0,038 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak H_a diterima, yang menyatakan bahwa ada pengaruh antara fungsi koordinasi terhadap program penanggulangan gizi buruk.

4) Keefektifan Fungsi Pengawasan Terhadap Program Penanggulangan Gizi Buruk

Dari hasil penelitian, didapatkan hasil bahwa responden yang melaksanakan fungsi pengawasan dengan baik adalah 15 responden (57,7%) lebih besar dari pada responden yang melaksanakan fungsi pengawasan dengan kurang baik yaitu sebesar 11 responden (42,3%). Hal ini dapat dilihat pada grafik 4.5 berikut.

Grafik 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Pengawasan Di Kabupaten Demak Tahun 2010



Variabel pengawasan diukur dengan menggunakan 8 pertanyaan. Distribusi frekuensi responden berdasarkan jawaban responden terhadap pertanyaan tentang pengawasan dapat dilihat pada tabel 4.16.

Tabel 4.16 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Menurut Pertanyaan Tentang Pengawasan Di Kabupaten Demak Tahun 2010

No.	Pertanyaan	Jawaban			
		Ya		Tidak	
		f	%	f	%
1.	Melakukan pengawasan status gizi	26	100	0	0
2.	Siapa yang diawasi status gizinya				
	a. Bayi	21	80,8	5	19,2
	b. Balita	5	19,2	21	80,8
3.	Dimana melakukan pengawasan status gizi				
	a. Posyandu	13	50	13	50
	b. Puskesmas	13	50	13	50
4.	Apakah melakukan analisis data hasil pengawasan status gizi	26	100	0	0
5.	Apakah membuat tindak lanjut hasil pengawasan status gizi	26	100	0	0

6. Tindak lanjut berupa apa yang dilakukan				
a. Penyuluhan gizi dan PMT	23	88,5	3	11,5
b. Pelacakan kasus gizi buruk	3	11,5	23	88,5
7. Melakukan pengamatan terhadap kemajuan status gizi	22	84,6	4	15,4
8. Setiap periode apa melakukan pengamatan status gizi				
a. Satu minggu sekali	9	34,6	17	65,4
b. Sebulan sekali	17	65,4	9	34,6

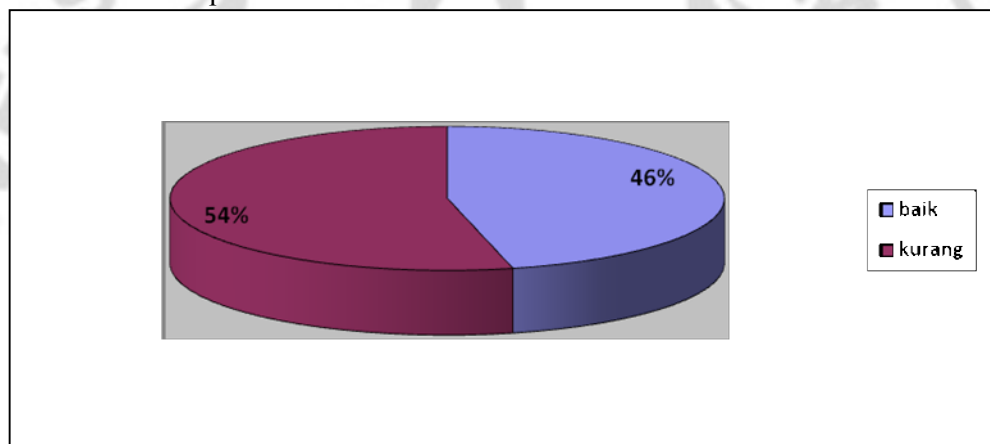
Tabel 4.16 memperlihatkan bahwa 26 responden melakukan pengawasan status gizi melakukan analisis data hasil pengawasan status gizi dan membuat tindak lanjut hasil pengawasan status gizi (100%), mayoritas yang diawasi status gizinya adalah bayi (80,8%) dan diawasi melalui puskesmas dan puskesmas (50%), kemudian mayoritas tindak lanjut yang dilakukan adalah dengan penyuluhan gizi dan pemberian makanan tambahan (88,5%), dan sebanyak 17 responden melakukan pengamatan satu minggu sekali (65,4%).

Dalam Penelitian ini menggunakan uji alternatif dari uji *Chi Square* tabel 2x2 yaitu Uji *Fisher*. Uji *Fisher* digunakan karena uji hipotesis tidak memenuhi syarat uji *Chi Square*, yaitu terdapat sel yang memiliki nilai *expected count* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Berdasarkan hasil uji *Fisher*, di dapat *p value* ($0,005 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak H_a diterima, yang menyatakan bahwa ada pengaruh antara fungsi pengawasan terhadap program penanggulangan gizi buruk.

5) Keefektifan Fungsi Evaluasi Terhadap Program Penanggulangan Gizi Buruk

Dari hasil penelitian, didapatkan hasil bahwa responden yang melaksanakan fungsi evaluasi dengan baik adalah 12 responden (46,2%) lebih kecil dari pada responden yang melaksanakan fungsi evaluasi dengan kurang baik yaitu sebesar 14 responden (53,8%). Hal ini dapat dilihat pada grafik 4.6 berikut.

Grafik 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Evaluasi Di Kabupaten Demak Tahun 2010



Variabel evaluasi diukur dengan menggunakan 6 pertanyaan. Distribusi frekuensi responden berdasarkan jawaban responden terhadap pertanyaan tentang evaluasi dapat dilihat pada tabel 4.17.

Tabel 4.17 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Menurut Pertanyaan Tentang Evaluasi Di Kabupaten Demak Tahun 2010

No.	Pertanyaan	Jawaban			
		Ya		Tidak	
		f	%	f	%
1.	Melakukan pengolahan data	26	100	0	0
2.	Melakukan analisis data	15	57,7	7	42,3
3.	Melakukan perbandingan hasil program dengan target	10	38,5	15	61,5

4.	Melaporkan kegiatan secara rutin	14	53,8	12	46,2
5.	Melakukan evaluasi kegiatan	14	53,8	12	46,2
6.	Melakukan tindaklanjut dari hasil evaluasi	26	100	0	0

Tabel 4.17 memperlihatkan bahwa sebanyak 19 responden melakukan pengolahan data dan melakukan analisis data (65,4%), melaporkan kegiatan secara rutin 14 responden (53,8%) dan 16 responden melakukan evaluasi kegiatan serta tindak lanjut dari hasil evaluasi (65,4%).

Dalam Penelitian ini menggunakan uji alternatif dari uji *Chi Square* tabel 2x2 yaitu Uji *Fisher*. Uji *Fisher* digunakan karena uji hipotesis tidak memenuhi syarat uji *Chi Square*, yaitu terdapat sel yang memiliki nilai *expected count* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Berdasarkan hasil uji *Fisher*, di dapat *p value* ($0,000 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak H_a diterima, yang menyatakan bahwa ada pengaruh antara fungsi evaluasi terhadap program penanggulangan gizi buruk.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1. Pembahasan

5.1.1. Keefektifan Fungsi Perencanaan Terhadap Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk

Berdasarkan hasil penelitian, responden yang melaksanakan perencanaan dengan kurang baik mempunyai prosentase lebih besar (73,1%) daripada responden yang melakukan perencanaan dengan baik (26,9%). Menurut Harold Koontz dan Cyril O'Donnel, perencanaan adalah fungsi seorang manajer yang berhubungan dengan memilih tujuan-tujuan, kebijaksanaan-kebijaksanaan, prosedur-prosedur dan program-program dari alternatif-alternatif yang ada (Malayu S. P. Hasibuan, 2007: 40).

Perencanaan adalah suatu proses yang tidak berakhir bila rencana tersebut telah ditetapkan. “Perencanaan kembali” kadang dapat menjadi faktor kunci pencapaian sukses akhir. Oleh karena itu rencana harus mempertimbangkan kebutuhan fleksibilitas agar mampu menyesuaikan diri dengan situasi dan kondisi baru secepat mungkin (Hani Handoko, 2003:78).

Sondang P. Siagian dalam bukunya menyatakan salah satu alasan utama menempatkan perencanaan sebagai fungsi manajerial yang pertama ialah karena perencanaan merupakan langkah nyata yang pertama diambil dalam usaha pencapaian tujuan. Perencanaan merupakan usaha nyata langkah-langkah yang harus ditempuh yang dasar-dasarnya telah diletakkan dalam strategi.

Perencanaan mempunyai kelemahan, diantaranya 1) pekerjaan yang tercakup dalam perencanaan mungkin berlebihan pada kontribusi nyata; 2) perencanaan cenderung menunda kegiatan; 3) kadang-kadang hasil yang paling baik didapatkan oleh penyelesaian situasi individual dan penanganan setiap masalah pada saat masalah tersebut terjadi; 4) ada rencana yang diikuti cara yang tidak konsisten.

Dari hasil penelitian, responden sudah melaksanakan perencanaan dengan baik terutama dalam pengumpulan data, pembuatan rencana usulan kegiatan dan pembuatan POA (*Plan Of Action*). POA merupakan ringkasan kegiatan yang sudah direncanakan akan dilaksanakan yang memuat rincian kegiatan, tenaga pelaksana, lokasi kegiatan, dana dan jadwal sehingga semua kegiatan dapat dilaksanakan sesuai urutan dan waktu. Pengumpulan data gizi baik berupa data primer (pendapatan sendiri) maupun data sekunder (laporan dari kader, bidan, petugas P2M, petugas Puskesmas) dilakukan setiap bulan.

Hasil dalam penelitian ini menggunakan uji alternatif dari uji *Chi Square* tabel 2x2 yaitu uji *Fisher*. Uji ini digunakan karena uji hipotesis tidak memenuhi syarat uji *Chi Square*, yaitu terdapat sel yang memiliki nilai *expected count* kurang dari 5 maksimal 20% dari jumlah sel. Dari hasil uji *Fisher* diperoleh nilai signifikansi *p value* $(0,021) < (0,05)$ maka H_0 ditolak H_a diterima, sehingga ada pengaruh antara fungsi perencanaan dengan program penanggulangan gizi buruk. Hal ini berarti fungsi perencanaan efektif terhadap program penanggulangan gizi buruk.

Adanya pengaruh ini sejalan dengan teori Terry yang menyatakan bahwa perencanaan adalah memilih dan menghubungkan fakta dan membuat serta menggunakan asumsi-asumsi mengenai masa datang dengan jalan menggambarkan dan merumuskan kegiatan yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Dari hasil penelitian responden sudah melakukan perencanaan terhadap program penanggulangan gizi buruk secara optimal, sehingga dalam membuat perencanaan tidak hanya mengikuti petunjuk pelaksanaan (juklak) tetapi juga banyak tenaga gizi yang sudah mendapatkan pelatihan dan pengalaman dengan masa kerja yang cukup lama (Malayu S. P. Hasibuan, 2007:92).

5.1.2. Keefektifan Fungsi Pengorganisasian Terhadap Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk

Berdasarkan hasil penelitian, responden yang melaksanakan fungsi organisasi kurang baik (46,2%) lebih kecil persentasenya daripada responden yang melaksanakan fungsi organisasi dengan baik (53,8%). Fungsi pengorganisasian berkaitan erat dengan fungsi perencanaan, karena pengorganisasian juga harus direncanakan. Louis A. Allen mendefinisikan sebagai proses penentuan dan pengelompokkan pekerjaan yang akan dikerjakan, menetapkan dan melimpahkan wewenang dan tanggung jawab, dengan maksud untuk memungkinkan orang-orang bekerja sama secara efektif dalam mencapai tujuan (Malayu S. P. Hasibuan, 2007: 119).

Pengorganisasian merupakan suatu proses untuk merancang struktur formal, pengelompokkan, dan mengatur serta membagi tugas-tugas atau pekerjaan diantara para anggota organisasi, agar tujuan organisasi dapat dicapai secara

efisien (Hani Handoko, 2003:168). Menurut Sondang P. Siagian, pengorganisasian ialah keseluruhan proses pengelompokan orang-orang, alat-alat, tugas serta wewenang dan tanggung jawab sedemikian rupa sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakkan sebagai suatu kesatuan yang utuh dan bulat dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.

Penempatan fungsi pengorganisasian segera setelah perencanaan merupakan hal yang logis karena suatu rencana yang telah tersusun dengan rapi dan ditetapkan berdasarkan berbagai macam perhitungan, tidak terlaksana dengan sendirinya. Adanya rencana tidak dengan sendirinya mendekatkan organisasi kepada tujuan yang ingin dicapai. Diperlukan berbagai pengaturan yang menetapkan bukan saja wadah tempat dimana berbagai kegiatan itu akan diselenggarakan, tetapi juga tatakrama yang harus ditaati oleh setiap orang dalam organisasi dalam interaksinya dengan orang lain (Sondang P. Siagian, 2002:81).

Hasil penelitian menunjukkan hampir separuh responden kurang melaksanakan fungsi pengorganisasian dengan baik terutama dalam menetapkan jumlah masing-masing kader posyandu dan menentukan prosedur kerja. Hal ini karena kader posyandu sudah mengikuti pelatihan kader dan mendapat penjelasan tentang tugas-tugas sehingga tenaga gizi puskesmas tidak perlu memberikan penjelasan tentang prosedur kerja kader.

Dalam penelitian ini menggunakan uji alternatif dari uji *Chi Square* tabel 2x2 yaitu Uji *Fisher*. Uji *Fisher* digunakan karena uji hipotesis tidak memenuhi syarat uji *Chi Square*, yaitu terdapat sel yang memiliki nilai *expected count* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Berdasarkan uji statistik dengan

menggunakan uji *Fisher* diperoleh nilai signifikansi p value $(0,021) < 0,05$ maka H_0 ditolak H_a diterima sehingga ada pengaruh antara pengorganisasian dengan pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk. Sehingga dapat dikatakan fungsi pengorganisasian efektif dalam pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk.

Adanya pengaruh ini sejalan dengan teori Drs. M. Manulang yang menyatakan organisasi dalam arti dinamis (pengorganisasian) adalah suatu proses penetapan dan pembagian pekerjaan yang akan dilakukan, pembatasan tugas-tugas atau tanggungjawab serta wewenang dan penetapan hubungan-hubungan antara unsure-unsur organisasi sehingga memungkinkan orang-orang dapat bekerja bersama seefektif mungkin untuk mencapai tujuan (Malayu S. P. Hasibuan, 2007:119).

5.1.3. Keefektifan Fungsi koordinasi Terhadap Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk

Berdasarkan hasil penelitian, responden yang melaksanakan fungsi koordinasi kurang baik (69,2%) lebih besar persentasenya daripada responden yang melaksanakan fungsi organisasi dengan baik (30,8%). Menurut Dr. Awaludin Djamin, M. P. A, koordinasi adalah suatu usaha kerjasama antara badan, instansi, unit dalam pelaksanaan tugas-tugas tertentu demikian rupa sehingga dapat saling mengisi, saling membantu dan saling melengkapi (Malayu S. P. Hasibuan, 2007: 86).

Koordinasi adalah proses pengintegrasian tujuan dan kegiatan-kegiatan pada satuan-satuan yang terpisah suatu organisasi untuk mencapai tujuan

organisasi secara efisien. Tanpa koordinasi individu-individu akan kehilangan pegangan atas peranan mereka dalam organisasi. Komunikasi adalah kunci koordinasi yang efektif. Koordinasi secara langsung tergantung pada perolehan, penyebaran, dan pemrosesan informasi (Hani Handoko, 2003:198).

Hampir dari separuh responden kurang melaksanakan koordinasi dengan baik. Hal ini terutama dalam melakukan koordinasi dengan kader posyandu dan PKK kerana program penanggulangan gizi buruk membutuhkan komponen yang harus diajak kerjasama, dan koordinasi yang dilakukan hanya berkaitan dengan pelaksanaan saja.

Dalam penelitian ini menggunakan uji alternatif dari uji *Chi Square* tabel 2x2 yaitu Uji *Fisher*. Uji *Fisher* digunakan karena uji hipotesis tidak memenuhi syarat uji *Chi Square*, yaitu terdapat sel yang memiliki nilai *expected count* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *Fisher* diperoleh nilai signifikansi *p value* (0,038) < 0,05 maka H_0 ditolak H_a diterima sehingga ada pengaruh antara koordinasi dengan pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk. Sehingga dapat dikatakan fungsi koordinasi efektif terhadap pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk.

Adanya pengaruh ini sejalan dengan teori Terry dalam buku Malayu S. P. Hasibuan, koordinasi adalah suatu usaha yang sinkron dan teratur untuk menyediakan jumlah dan waktu yang tepat, dan mengarahkan pelaksanaan untuk menghasilkan suatu tindakan seragam yang harmonis pada sasaran yang telah ditentukan.

5.1.4. Keefektifan Fungsi Pengawasan Terhadap Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk

Berdasarkan hasil penelitian, responden yang melaksanakan fungsi pengawasan kurang baik (42,3%) lebih kecil persentasenya daripada responden yang melaksanakan fungsi organisasi dengan baik (57,7%). Pengawasan dapat didefinisikan sebagai proses untuk menjamin bahwa tujuan-tujuan organisasi dan manajemen tercapai. Pengertian ini menunjukkan adanya hubungan erat antara perencanaan dan pengawasan. Langkah awal proses pengawasan adalah sebenarnya langkah perencanaan, penetapan tujuan, standar atau sasaran pelaksanaan suatu kegiatan (Hani Handoko, 2003:359).

Fungsi pengawasan manajemen juga berhubungan erat dengan fungsi manajerial lainnya. Pengawasan membantu penilaian apakah perencanaan, pengorganisasian, penyusunan personalia dan pengarahan sudah dilaksanakan secara efektif.

Definisi pengawasan yang dikemukakan oleh Robert J. Mockler adalah suatu usaha sistematis untuk menetapkan standar pelaksanaan dengan tujuan-tujuan perencanaan, merancang sistem informasi umpan balik, membandingkan kegiatan nyata dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya, menentukan dan mengukur penyimpangan-penyimpangan, serta mengambil tindakan koreksi yang diperlukan untuk menjamin bahwa semua sumber daya digunakan dengan efektif dan efisien dalam pencapaian tujuan-tujuan perusahaan (Hani Handoko, 2003:361).

Hampir dari separuh responden sudah melaksanakan fungsi pengawasan dengan baik. Hal ini terutama dalam melakukan pengawasan status gizi dan tindak

lanjut hasil pengawasan status gizi. Hanya saja pengawasan terhadap status gizi balita dilakukan setiap bulan. Hal ini dikarenakan tempat tinggal balita gizi buruk jauh sehingga menyulitkan petugas gizi untuk melakukan pengawasan setiap minggu.

Dalam penelitian ini menggunakan uji alternatif dari uji *Chi Square* tabel 2x2 yaitu Uji *Fisher*. Uji *Fisher* digunakan karena uji hipotesis tidak memenuhi syarat uji *Chi Square*, yaitu terdapat sel yang memiliki nilai *expected count* kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *Fisher* diperoleh nilai signifikansi *p value* $(0,005) < 0,05$ maka H_0 ditolak H_a diterima sehingga ada pengaruh antara pengawasan dengan gizi buruk. Sehingga dapat dikatakan fungsi pengawasan efektif terhadap pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk.

Adanya pengaruh ini sejalan dengan teori Koontz dan Donnell menyatakan bahwa pengawasan tanpa perencanaan berarti pengawasan itu tidak akan mungkin terlaksana karena tidak ada pedoman untuk mengawasi. Sedangkan Siagian menyatakan bahwa pengawasan adalah proses pengamatan dari seluruh kegiatan organisasi guna lebih menjamin bahwa semua pekerjaan yang sedang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan sebelumnya.

5.1.5. Keefektifan Fungsi evaluasi Terhadap Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk

Berdasarkan hasil penelitian, responden yang melaksanakan fungsi evaluasi kurang baik (53,8%) lebih besar persentasenya daripada responden yang melaksanakan fungsi organisasi dengan baik (46,2%). Evaluasi adalah kegiatan

untuk membandingkan antara hasil yang telah dicapai dengan rencana yang telah ditentukan. Penilaian merupakan alat yang penting untuk membantu pengambilan keputusan sejak tingkat perumusan kebijakan maupun pada tingkat pelaksanaan program (Djoko Wiyono, 200:559).

Menurut WHO evaluasi adalah suatu cara yang sistematis untuk mempelajari berdasarkan pengalaman dan mempergunakan pelajaran yang dipelajari untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik untuk kegiatan masa datang.

Tujuan evaluasi program kesehatan adalah untuk memperbaiki program-program kesehatan dan pelayanannya untuk mengantarkan dan mengarahkan alokasi tenaga dan dana untuk program dan pelayanan yang sedang berjalan dan akan datang. Evaluasi harus digunakan secara konstruktif dan bukan untuk membenarkan tindakan yang telah lalu atau sekedar mencari kekurangan (Djoko Wiyono, 2000:560).

Jika dilihat dari distribusi jawaban responden, responden sudah melaksanakan fungsi evaluasi dengan baik. Hal ini terlihat dari semua responden melakukan pengolahan data dan melakukan tindak lanjut dari hasil evaluasi dengan baik. Hanya saja belum melakukan perbandingan hasil program dengan target karena laporan bulanan langsung diserahkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten.

Dalam penelitian ini menggunakan uji alternatif dari uji *Chi Square* tabel 2x2 yaitu Uji *Fisher*. Uji *Fisher* digunakan karena uji hipotesis tidak memenuhi syarat uji *Chi Square*, yaitu terdapat sel yang memiliki nilai *expected count*

kurang dari 5, maksimal 20% dari jumlah sel. Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji *Fisher* diperoleh nilai signifikansi $p \text{ value } (0,000) < 0,05$ maka H_0 ditolak H_a diterima sehingga ada pengaruh antara evaluasi terhadap program penanggulangan gizi buruk. Sehingga dapat dikatakan fungsi evaluasi efektif terhadap pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk.

5.2. Hambatan Dan Kelemahan Penelitian

1. Kelemahan penelitian ini adalah terbatas pada lima indikator untuk mengukur fungsi manajemen, yang belum sepenuhnya mampu menggambarkan fungsi manajemen secara nyata.
2. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner sehingga penelitian ini masih belum dapat memperoleh informasi responden yang mendalam dan kejujuran responden dalam menjawab dapat dijadikan bias sehingga perlu ditambahkan wawancara untuk memperoleh informasi lebih tepat.
3. Kondisi lapangan yang sulit dikarenakan wilayah penelitian yang mencakup seluruh wilayah kerja puskesmas di Kabupaten Demak, sehingga peneliti melakukan penelitian bersama-sama dengan mengumpulkan responden di Dinas Kesehatan.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang Efektifitas Fungsi Manajemen Tenaga Gizi Puskesmas Terhadap Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk Di Kabupaten Demak Tahun 2010, dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Fungsi perencanaan efektif terhadap pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk. Hal ini ditunjukkan dari hasil Uji *Fisher* diperoleh nilai signifikansi *p value* $(0,021) < (0,05)$.
2. Fungsi pengorganisasian efektif terhadap pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk. Hal ini ditunjukkan dari hasil Uji *Fisher* diperoleh nilai signifikansi *p value* $(0,021) < (0,05)$.
3. Fungsi koordinasi efektif terhadap pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk. Hal ini ditunjukkan dari hasil Uji *Fisher* diperoleh nilai signifikansi *p value* $(0,038) < (0,05)$.
4. Fungsi pengawasan efektif terhadap pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk. Hal ini ditunjukkan dari hasil Uji *Fisher* diperoleh nilai signifikansi *p value* $(0,005) < (0,05)$.
5. Fungsi evaluasi efektif terhadap pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk. Hal ini ditunjukkan dari hasil Uji *Fisher* diperoleh nilai signifikansi *p value* $(0,000) < (0,05)$.

6.2. Saran

Berdasarkan hasil penelitian tentang Efektifitas Fungsi Manajemen Tenaga Gizi Puskesmas Terhadap Program Penanggulangan Gizi Buruk Di Kabupaten Demak Tahun 2010, peneliti menyertakan beberapa saran yang perlu akan peneliti sampaikan yaitu :

1. Bagi Dinas Kesehatan

Penelitian ini dapat memberikan masukan dalam pengembangan kebijakan di bidang kesehatan, terutama kesehatan balita. Untuk lebih meningkatkan keberhasilan program diperlukan bimbingan teknis dan pengawasan rutin kepada tenaga gizi di 26 puskesmas sehingga jika terdapat kendala-kendala dapat diatasi dengan cepat dan tepat.

2. Bagi Tenaga Gizi Puskesmas

Pada dasarnya tenaga gizi puskesmas sudah melaksanakan fungsi manajemen dengan baik. Namun perlu lebih ditingkatkan dalam perencanaan dengan membuat POA secara rutin dan melakukan evaluasi terhadap laporan penemuan kasus gizi buruk sebelum diserahkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten.

Untuk fungsi koordinasi, melakukan koordinasi rutin dengan lintas program, lintas sektor, kader posyandu dan PKK sangat diperlukan termasuk dalam hal perencanaan.

3. Bagi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian dapat dikembangkan lagi dengan melaksanakan penelitian lebih lanjut untuk mengetahui permasalahan yang mendalam berkaitan dengan faktor lain yang berhubungan dengan program penanggulangan gizi buruk.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. 2002. *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Badan Pusat Statistik. 2010. *Demak Dalam Angka 2010*. Demak: Badan Pusat Statistik.
- Bappenas. 2007. *Peningkatan Kesehatan dan Gizi Anak Usia Dini*.
- Budioro. 2001. *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Semarang: Universitas Diponegoro Press.
- . *Kegiatan Pokok administrasi Kesehatan Masyarakat*. Semarang: Universitas Diponegoro Press.
- Dahlan, M. Sopiudin. 2009. *Statistik Untuk kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi Di Desa Siaga tahun 2007*.
- . 2006. *Pedoman Umum Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) Lokal*. Jakarta: Departemen kesehatan RI.
- . 2000. *Buku Modul Akademi Gizi, Tata Laksana Penanggulangan Gizi Buruk*. Jakarta: Departemen kesehatan RI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Demak. 2008. *Profil Kesehatan Tahun 2008*. Demak: Dinas Kesehatan kabupaten Demak.
- . 2009. *Profil Kesehatan Tahun 2009*. Demak: Dinas Kesehatan kabupaten Demak.
- Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah. 2009. *Profil Dinas Kesehatan Propinsi Jawa tengah*. Semarang: Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah.

- Ferizal, Yon. 2007. *Proses Pelaksanaan Manajemen Pelayanan Posyandu Terhadap Intensitas Posyandu*. Jogjakarta: UGM press.
- Handoko, T. Hani. 2003. *MANAJEMEN Edisi 2*. Yogyakarta: BPFE Yogyakarta.
- Hasan, M. Iqbal. 2005. *Pokok-pokok Materi Statistik 2 (Statistik Inferensif)*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Hasibuan, Malayu S.P. 2007. *Manajemen, Dasar, Pengertian dan Masalah*. Jakarta: bumi Aksara.
- Muninjaya, A. A. Gede. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Nursalam. 2003. *KONSEP DAN PENERAPAN METODOLOGI PENELITIAN ILMU KEPERAWATAN*. Jakarta: Salemba.
- Riduwan. 2008. *Dasar-Dasar Statistika*. Bandung: Alfabeta.
- Riwidikdo, Handoko. 2008. *Statistik Kesehatan*. Jogjakarta: Mitra Cendikia.
- Sarwono, Jonathan. 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Siagian, Sondang P. 2002. *Fungsi-Fungsi Manajerial*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Sjahmien, Moehji. 2009. *ILMU GIZI 2 Penanggulangan Gizi Buruk*. Jakarta: Papasinar Sinanti.
- Soekidjo Notoatmodjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Asdi Mahasatya.
- , 2010. *Metodologi Penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sugiyono. 2007. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.



LAMPIRAN



KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAHAAN
*Kampus Sekaran, Gunung Pati, Semarang 50229 Telp. (024)
8058007
Fax. 024- 8058007, E-mail : fik-unnes-smg@Telkom.net*

KUESIONER PENELITIAN
EFEKTIFITAS FUNGSI MANAJEMEN TENAGA GIZI PUSKESMAS
TERHADAP PROGRAM PENANGGULANGAN GIZI BURUK DI
KABUPATEN DEMAK TAHUN 2010

I. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Nama Responden :
2. Jenis kelamin :
3. Umur : tahun
4. Pendidikan :
5. Masa kerja : tahun

Pilihlah jawaban yang menurut anda tepat !

II. PERTANYAAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN FUNGSI
MANAJEMEN TENAGA GIZI PUSKESMAS

PERENCANAAN

Merumuskan masalah

1. Apakah Bapak/Ibu melaksanakan pengumpulan data yang berhubungan dengan masalah gizi buruk yang anda di wilayah kerja Bapak/Ibu?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Dari mana Bapak/Ibu memperoleh data tersebut?
 - a. Pendataan sendiri
 - b. Lainnya, sebutkan.....
3. Apakah Bapak/Ibu merumuskan masalah gizi buruk yang timbul di wilayah kerja?
 - a. Ya
 - b. Tidak

Lampiran 10

4. Dari data yang Bapak/Ibu kumpulkan, apakah Bapak/Ibu melakukan pengolahan dan analisis data tersebut?
 - a. Ya
 - b. Tidak
5. Apakah Bapak/Ibu melakukan identifikasi sasaran program?
 - a. Ya
 - b. Tidak
6. Apakah Bapak/Ibu mempunyai target sasaran program?
 - a. Ya
 - b. Tidak
7. Jika ya, apa dasar bapak/Ibu dalam menentukan target sasaran program?
 - a. Mengikuti target dari Kabupaten
 - b. Mengikuti target dari propinsi

Menyusun Rencana Usulan Kegiatan (RUK)

8. Apakah Bapak/Ibu membuat rencana usulan kegiatan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
9. Dari segi apakah Bapak/Ibu memilih kegiatan yang dianggap paling strategis dalam rencana tersebut?
 - a. Sumber dana
 - b. Sarana

Menyusun Plan of Action (POA)

10. Apakah Bapak/Ibu membuat rencana pelaksanaan kegiatan/ *plan of action* (POA)?
 - a. Ya
 - b. Tidak
11. Jika ya, setiap periode apakah Bapak/Ibu membuat rencana pelaksanaan kegiatan tersebut?
 - a. Setiap tahun
 - b. Setiap semester

PENGORGANISASIAN

12. Apakah Bapak/Ibu menentukan jumlah posyandu yang dibutuhkan dalam pelaksanaan kegiatan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
13. Apakah Bapak/Ibu menetapkan tugas masing-masing kader posyandu tersebut?
 - a. Ya
 - b. Tidak
14. Apakah bapak/Ibu menentukan prosedur kerja kepada para kader posyandu tersebut?
 - a. Ya
 - b. Tidak
15. Jika ya, prosedur kerja apa saja yang Bapak/Ibu terapkan tersebut?
 - a. Pencatatan dan pelaporan
 - b. Penyelesaian kegiatan
16. Apakah Bapak/Ibu melakukan pembimbingan kepada kader posyandu?
 - a. Ya
 - b. Tidak

KOORDINASI

17. Apakah bapak/Ibu melakukan koordinasi dengan lintas program dalam melaksanakan kegiatan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
18. Setiap periode apakah Bapak/Ibu melakukan koordinasi lintas program?
 - a. Setiap bulan
 - b. Lainnya, sebutkan.....
19. Apakah Bapak/Ibu melakukan koordinasi lintas sektor?
 - a. Ya
 - b. Tidak
20. Setiap periode apakah Bapak/Ibu melakukan koordinasi lintas sektor?
 - a. Setiap kegiatan

Lampiran 10

- b. Setiap bulan
21. Apakah Bapak/Ibu melakukan koordinasi dengan kader posyandu?
- a. Ya
- b. Tidak
22. Setiap periode apakah Bapak/Ibu melakukan koordinasi dengan kader posyandu?
- a. Setiap bulan
- b. Lainnya, sebutkan.....
23. Apakah Bapak/ Ibu juga melakukan koordinasi dengan PKK?
- a. Ya
- b. Tidak

PENGAWASAN

24. Apakah Bapak/Ibu melakukan pengawasan status gizi di wilayah kerja?
- a. Ya
- b. Tidak
25. Jika ya, siapa saja yang Bapak/Ibu awasi status gizinya?
- a. Bayi
- b. Balita
26. Dimana Bapak/Ibu melakukan pengawasan status gizi?
- a. Posyandu
- b. Puskesmas
27. Apakah bapak/Ibu melakukan analisis data dari hasil pengawasan status gizi tersebut?
- a. Ya
- b. Tidak
28. Apakah Bapak/Ibu membuat tindak lanjut dari hasil pengawasan status gizi tersebut?
- a. Ya
- b. Tidak
29. Tindak lanjut berupa apa saja yang Bapak/Ibu lakukan dari hasil pengawasan tersebut?
- a. Memberikan penyuluhan gizi dan PMT

Lampiran 10

- b. Pelacakan kasus gizi buruk
30. Apakah bapak/Ibu melakukan pengamatan terhadap kemajuan status gizi balita tersebut?
- a. Ya
 - b. Tidak
31. Jika ya, setiap periode apakah Bapak/Ibu melakukan pengamatan terhadap kemajuan status gizi balita gizi buruk?
- a. Satu minggu sekali
 - b. Sebulan sekali

EVALUASI

32. Apakah bapak/Ibu melakukan pengolahan data?
- a. Ya
 - b. Tidak
33. Apakah Bapak/Ibu melakukan analisis data?
- a. Ya
 - b. Tidak
34. Apakah Bapak/ Ibu melakukan perbandingan antara hasil program yang telah dicapai dengan target?
- a. Ya
 - b. Tidak
35. Apakah Bapak/Ibu melaporkan semua kegiatan secara rutin?
- a. Ya
 - b. Tidak
36. Apakah Bapak/Ibu melakukan evaluasi kegiatan yang telah dilakukan?
- a. Ya
 - b. Tidak
37. Apakah Bapak/Ibu melakukan tindak lanjut dari hasil evaluasi tersebut?
- a. Ya
 - b. Tidak

**III. PERTANYAAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN
PELAKSANAAN PROGRAM PENANGGULANGAN GIZI BURUK**

Pelacakan Kasus

1. Apakah Bapak/Ibu melakukan pelacakan kasus gizi buruk dari data KMS?
 - a. Ya
 - b. Tidak
2. Apakah Bapak/Ibu melakukan konfirmasi ulang hasil dari data KMS tersebut?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Jika ya, konfirmasi berupa apa yang Bapak/Ibu lakukan?
 - a. Anthropometri
 - b. Klinis

MP ASI Lokal

4. Selama berapa lama Bapak/Ibu melakukan kegiatan pemberian MP ASI Lokal?
 - a. 90 hari
 - b. Kurang dari 90 hari

Perawatan Gizi Buruk

5. Apakah Bapak/Ibu melakukan perawatan gizi buruk segera setelah kasus ditemukan?
 - a. Ya
 - b. Tidak
6. Berapa jumlah penderita gizi buruk yang mendapat perawatan?
 - a. Lebih atau sesuai target
 - b. Kurang dari target

Pemberian Makanan Tambahan

7. Apakah Bapak/Ibu memberika PMT pada kasus gizi buruk segera setelah kasus tersebut ditemukan?
 - a. Ya
 - b. Tidak

8. Berapa jumlah sasaran yang mendapat PMT gizi buruk?
 - a. Lebih atau sesuai target
 - b. Kurang dari target



----- TERIMA KASIH -----

LAMPIRAN 11

Data Mentah

No	Resp	PERENCANAAN													Total	Kriteria
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
1	UC 1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	5	kurang
2	UC 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	14	baik
3	UC 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	14	baik
4	UC 4	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	7	kurang
5	UC 5	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	11	baik
6	UC 6	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	6	kurang
7	UC 7	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	11	baik
8	UC 8	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	baik
9	UC 9	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	10	baik
10	UC 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	14	baik
11	UC 11	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	7	kurang
12	UC 12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	12	baik
13	UC 13	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	7	kurang
14	UC 14	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	baik
15	UC 15	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	9	baik
16	UC 16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	12	baik
17	UC 17	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	0	1	12	baik
18	UC 18	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	13	baik
19	UC 19	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3	kurang
20	UC 20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	baik
21	UC 21	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	7	kurang
		0.642	0.03	0.63	0.493	0.81	0.613	0.41	0.687	0.649	0.687	0.664	0.63	0.63		

Data Mentah

No	Resp	PENGORGANISASIAN					Total	Kriteria
		1	2	3	4	5		
1	UC 1	0	0	0	0	1	1	kurang
2	UC 2	0	1	0	0	0	1	kurang
3	UC 3	1	1	1	2	1	6	baik
4	UC 4	0	0	0	0	1	1	kurang
5	UC 5	0	1	1	1	1	4	baik
6	UC 6	1	1	0	1	1	4	baik
7	UC 7	0	0	1	1	1	3	kurang
8	UC 8	1	1	1	2	1	6	baik
9	UC 9	1	1	0	1	1	4	baik
10	UC 10	0	1	1	1	1	4	baik
11	UC 11	1	1	1	1	1	5	baik
12	UC 12	0	0	1	0	0	1	kurang
13	UC 13	1	0	1	1	1	4	baik
14	UC 14	1	1	1	2	1	6	baik
15	UC 15	0	0	1	1	0	2	kurang
16	UC 16	0	1	0	0	0	1	kurang
17	UC 17	1	0	0	1	0	2	kurang
18	UC 18	0	0	0	0	1	1	kurang
19	UC 19	1	1	1	1	1	5	baik
20	UC 20	1	1	1	2	1	6	baik
21	UC 21	0	0	0	1	0	1	kurang
		0.774	0.657	0.657	0.886	0.626		

Data Mentah

No	Nama Puskesmas	KOORDINASI									Total	Kriteria
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1	UC 1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	6	kurang
2	UC 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
3	UC 3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	baik
4	UC 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
5	UC 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
6	UC 6	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	baik
7	UC 7	1	1	0	1	1	1	0	1	0	6	kurang
8	UC 8	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	baik
9	UC 9	0	1	0	1	1	0	0	1	0	4	kurang
10	UC 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
11	UC 11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
12	UC 12	1	1	0	1	1	0	0	1	1	6	kurang
13	UC 13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
14	UC 14	1	0	0	0	0	1	1	1	0	4	kurang
15	UC 15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
16	UC 16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	baik
17	UC 17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
18	UC 18	1	0	0	0	1	0	1	0	0	3	kurang
19	UC 19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
20	UC 20	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	kurang
21	UC 21	1	1	1	0	1	1	0	1	0	6	kurang
		0.318	0.635	0.805	0.745	0.608	0.745	0.39	0.682	0.753		

Data Mentah

No	Resp	PENGAWASAN								Total	Kriteria
		1	2	3	4	5	6	7	8		
1	UC 1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	baik
2	UC 2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	baik
3	UC 3	1	1	1	1	1	1	1	1	8	baik
4	UC 4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	baik
5	UC 5	1	2	2	1	1	2	1	0	10	baik
6	UC 6	0	0	1	0	1	0	1	0	3	kurang
7	UC 7	1	1	2	1	1	1	1	0	8	baik
8	UC 8	1	2	1	1	1	2	1	1	10	baik
9	UC 9	1	1	1	1	1	1	1	1	8	baik
10	UC 10	1	2	2	1	1	1	1	0	9	baik
11	UC 11	0	1	0	1	0	1	0	0	3	kurang
12	UC 12	1	1	2	1	1	1	1	1	9	baik
13	UC 13	1	2	1	1	1	1	1	0	8	baik
14	UC 14	1	2	1	1	1	2	1	1	10	baik
15	UC 15	0	1	0	1	1	0	1	0	4	kurang
16	UC 16	1	2	2	1	1	1	1	1	10	baik
17	UC 17	0	1	0	0	0	1	0	0	2	kurang
18	UC 18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	baik
19	UC 19	0	0	0	1	0	1	0	0	2	kurang
20	UC 20	1	2	1	1	1	1	1	1	9	baik
21	UC 21	1	2	1	1	1	1	1	1	9	baik
		0.952	0.741	0.758	0.589	0.767	0.577	0.767	0.615		

Data Mentah

No	Resp	EVALUASI						Total	Kriteria
		1	2	3	4	5	6		
1	UC 1	1	1	0	1	1	1	5	baik
2	UC 2	1	1	1	1	1	1	6	baik
3	UC 3	1	1	1	1	1	1	6	baik
4	UC 4	0	0	1	1	1	1	4	kurang
5	UC 5	0	0	1	1	0	1	3	kurang
6	UC 6	1	0	1	1	1	1	5	baik
7	UC 7	1	1	0	1	1	1	5	baik
8	UC 8	1	1	1	1	1	1	6	baik
9	UC 9	1	1	1	1	1	1	6	baik
10	UC 10	0	1	0	0	1	1	3	kurang
11	UC 11	1	1	1	1	1	1	6	baik
12	UC 12	1	0	1	1	1	1	5	baik
13	UC 13	0	0	0	1	0	0	1	kurang
14	UC 14	1	0	1	1	0	1	4	baik
15	UC 15	1	0	0	0	0	0	1	kurang
16	UC 16	1	0	1	1	1	1	5	baik
17	UC 17	1	1	1	1	1	1	6	baik
18	UC 18	1	1	1	1	1	1	6	baik
19	UC 19	1	1	1	1	1	1	6	baik
20	UC 20	0	0	0	0	1	0	1	kurang
21	UC 21	1	1	1	1	1	1	6	kurang
		0.7	0.674	0.695	0.684	0.649	0.841		

Data mentah

No	Resp	PROGRAM PENANGGULANGAN GIZI BURUK									Total	Kriteria
		1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1	UC 1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	7	baik
2	UC 2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	baik
3	UC 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
4	UC 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
5	UC 5	0	1	1	1	0	0	1	1	0	5	kurang
6	UC 6	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	baik
7	UC 7	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	kurang
8	UC 8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
9	UC 9	0	0	1	0	1	0	1	0	0	3	kurang
10	UC 10	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	baik
11	UC 11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
12	UC 12	0	0	0	0	1	0	1	1	1	4	kurang
13	UC 13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
14	UC 14	1	0	1	1	1	1	1	1	1	8	baik
15	UC 15	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	baik
16	UC 16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
17	UC 17	1	0	1	0	0	0	1	0	0	3	kurang
18	UC 18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
19	UC 19	1	0	0	1	0	1	0	0	0	3	kurang
20	UC 20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
21	UC 21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	baik
		0.647	0.693	0.672	0.466	0.647	0.651	0.6	0.848	0.875		

Uji Validitas dan Reliabilitas Perencanaan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	21	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.823	.839	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	9.1429	9.229	.570		.806
P2	9.2857	10.914	-.173		.858
P3	9.2857	8.914	.532		.806
P4	9.0476	9.948	.439		.817
P5	9.5238	8.162	.744		.786
P6	9.0952	9.490	.550		.809
P7	9.3333	9.533	.279		.827
P8	9.1905	8.962	.613		.801
P9	9.1905	9.062	.568		.804
P10	9.1905	8.962	.613		.801
P11	8.9048	8.290	.533		.808
P12	9.5238	8.762	.520		.807
P13	9.2857	8.914	.532		.806

Uji Validitas dan Reliabilitas Perencanaan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	21	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.864	.881	11

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	7.7619	8.290	.643	.	.848
P3	7.9048	8.190	.507	.	.856
P4	7.6667	9.033	.508	.	.859
P5	8.1429	7.529	.697	.	.841
P6	7.7143	8.514	.651	.	.849
P8	7.8095	8.062	.667	.	.845
P9	7.8095	8.362	.526	.	.854
P10	7.8095	8.062	.667	.	.845
P11	7.5238	7.762	.458	.	.867
P12	8.1429	8.029	.502	.	.857
P13	7.9048	7.990	.590	.	.850

Uji Validitas dan Reliabilitas Pengorganisasian

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	21	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.774	.769	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	2.7619	2.590	.630	.555	.706
P2	2.6667	2.833	.469	.244	.757
P3	2.6667	2.833	.469	.406	.757
P4	2.3333	1.933	.753	.668	.650
P5	2.5238	2.962	.448	.214	.763

Uji Validitas dan Reliabilitas Koordinasi

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	21	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.816	.814	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	6.1905	4.862	.228	.588	.823
P2	6.3333	4.133	.509	.675	.798
P3	6.5238	3.562	.702	.672	.770
P4	6.3333	3.933	.647	.758	.780
P5	6.2381	4.390	.514	.662	.800
P6	6.3333	3.933	.647	.842	.780
P7	6.3810	4.548	.210	.762	.836
P8	6.2381	4.290	.600	.864	.792
P9	6.5714	3.657	.626	.645	.783

Uji Validitas dan Reliabilitas Koordinasi

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	21	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.853	.867	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P2	4.6190	3.248	.653	.644	.827
P3	4.8095	3.062	.602	.553	.838
P4	4.6190	3.148	.734	.705	.815
P5	4.5238	3.562	.621	.576	.836
P6	4.6190	3.348	.576	.624	.838
P8	4.5238	3.462	.719	.706	.825
P9	4.8571	3.129	.542	.452	.849

Uji Validitas dan Reliabilitas Pengawasan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	21	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.850	.871	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	6.5714	5.357	.933	.	.793
P2	6.0476	5.248	.601	.	.835
P3	6.2857	5.114	.618	.	.834
P4	6.4286	6.557	.510	.	.844
P5	6.4762	6.062	.704	.	.825
P6	6.2857	6.114	.435	.	.850
P7	6.4762	6.062	.704	.	.825
P8	6.7619	5.990	.478	.	.846

PERPUSTAKAAN
UNNES

Uji Validitas dan Reliabilitas Evaluasi

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	21	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.712	.719	5

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	2.9524	1.448	.549	.320	.632
P2	3.1429	1.429	.436	.416	.684
P3	3.0000	1.500	.441	.475	.677
P4	2.8571	1.629	.500	.460	.659
P5	2.9048	1.590	.455	.356	.671

Uji Validitas dan Reliabilitas Program Penanggulangan Gizi Buruk

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	21	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.850	.854	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	6.2857	5.114	.528	.	.839
P2	6.4286	4.857	.567	.	.836
P3	6.1905	5.262	.582	.	.834
P4	6.2857	5.514	.314	.	.861
P5	6.2857	5.114	.528	.	.839
P6	6.2381	5.190	.543	.	.837
P7	6.1429	5.529	.515	.	.841
P8	6.2381	4.790	.792	.	.811
P9	6.2857	4.614	.823	.	.806

Uji Validitas dan Reliabilitas Program Penanggulangan Gizi Buruk

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	21	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	21	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.861	.865	8

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	5.5238	4.462	.467	.	.860
P2	5.6667	4.133	.560	.	.852
P3	5.4286	4.457	.613	.	.844
P5	5.5238	4.262	.589	.	.846
P6	5.4762	4.562	.460	.	.860
P7	5.3810	4.648	.598	.	.848
P8	5.4762	4.062	.796	.	.822
P9	5.5238	3.862	.852	.	.813

LAMPIRAN 13

Data Mentah

No	Resp	PERENCANAAN											Σ	Kategori
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	R1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	6	Kurang
2	R2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	6	Kurang
3	R3	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	6	Kurang
4	R4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	9	Baik
5	R5	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	6	Kurang
6	R6	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	6	Kurang
7	R7	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	6	Kurang
8	R8	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	5	Kurang
9	R9	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	6	Kurang
10	R10	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	6	Kurang
11	R11	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	6	Kurang
12	R12	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	8	Baik
13	R13	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	6	Kurang
14	R14	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	8	Baik
15	R15	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	6	Kurang
16	R16	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	6	Kurang
17	R17	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	9	Baik
18	R18	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	8	Baik
19	R19	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	6	Kurang
20	R20	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	6	Kurang
21	R21	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9	Baik
22	R22	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	10	Baik
23	R23	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	6	Kurang
24	R24	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	6	Kurang
25	R25	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	6	Kurang
26	R26	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	6	Kurang

Resp	PENGORGANISASIAN					Σ	Kategori
	1	2	3	4	5		
R1	1	1	1	1	1	5	Baik
R2	1	1	0	0	1	3	Kurang
R3	1	1	0	1	0	3	Kurang
R4	1	1	1	1	1	5	Baik
R5	1	0	0	0	1	2	Kurang
R6	1	0	0	1	0	2	Kurang
R7	1	0	0	0	1	2	Kurang
R8	1	1	1	0	1	4	Baik
R9	1	0	1	1	1	4	Baik
R10	1	0	0	1	1	3	Kurang
R11	1	1	1	1	1	5	Baik
R12	1	0	1	1	1	4	Baik
R13	1	0	1	1	1	4	Baik
R14	1	1	1	1	1	5	Baik
R15	1	1	1	1	1	5	Baik
R16	1	1	0	1	1	4	Baik
R17	1	1	0	1	0	3	Kurang
R18	1	1	0	0	1	3	Kurang
R19	1	1	1	1	0	4	Baik
R20	1	0	1	0	1	3	Kurang
R21	1	1	1	1	1	5	Baik
R22	1	1	1	1	1	5	Baik
R23	1	1	0	0	1	3	Kurang
R24	1	0	1	0	0	2	Kurang
R25	1	0	0	1	0	2	Kurang
R26	1	1	1	0	1	4	Baik

Resp	KOORDINASI							Σ	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7		
R1	1	0	1	0	1	0	0	3	Kurang
R2	1	0	1	0	1	0	0	3	Kurang
R3	1	0	1	0	1	0	0	3	Kurang
R4	1	1	0	1	1	1	1	6	Baik
R5	1	0	1	0	1	0	0	3	Kurang
R6	1	0	0	0	1	1	0	3	Kurang
R7	1	0	1	1	0	1	1	5	Baik
R8	1	1	1	1	1	1	1	7	Baik
R9	1	0	1	0	1	0	0	3	Kurang
R10	1	0	1	0	1	0	0	3	Kurang
R11	1	0	0	0	1	0	1	3	Kurang
R12	1	1	1	1	1	1	1	7	Baik
R13	1	0	0	0	1	1	0	3	Kurang
R14	1	0	1	0	1	0	0	3	Kurang
R15	1	0	1	0	1	0	0	3	Kurang
R16	1	0	0	1	1	1	1	5	Baik
R17	1	0	1	0	1	0	0	3	Kurang
R18	1	1	0	0	0	0	1	3	Kurang
R19	1	1	0	0	0	0	1	3	Kurang
R20	1	0	0	1	1	0	0	3	Kurang
R21	1	1	1	0	1	1	1	6	Baik
R22	1	0	0	0	1	1	0	3	Kurang
R23	1	0	1	0	1	0	0	3	Kurang
R24	1	0	0	0	1	1	0	3	Kurang
R25	1	0	0	1	1	1	1	5	Baik
R26	1	1	0	1	1	0	0	4	Baik

Resp	PENGAWASAN								Σ	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8		
R1	1	1	1	1	1	0	0	0	5	Kurang
R2	1	0	1	1	1	1	1	0	6	Baik
R3	1	0	1	1	1	1	1	0	6	Baik
R4	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Baik
R5	1	1	1	1	1	0	1	0	6	Baik
R6	1	0	0	1	1	1	1	0	5	Kurang
R7	1	0	1	1	1	0	1	0	5	Kurang
R8	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Baik
R9	1	1	0	1	1	1	1	0	6	Baik
R10	1	1	1	1	1	1	1	0	7	Baik
R11	1	1	0	1	1	1	1	0	6	Baik
R12	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Baik
R13	1	1	0	1	1	0	1	0	5	Kurang
R14	1	1	1	1	1	0	0	0	5	Kurang
R15	1	1	0	1	1	1	0	0	5	Kurang
R16	1	1	0	1	1	0	1	1	6	Baik
R17	1	1	0	1	1	1	1	0	6	Baik
R18	1	1	0	1	1	1	0	0	5	Kurang
R19	1	1	0	1	1	0	1	0	5	Kurang
R20	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Baik
R21	1	1	0	1	1	0	0	1	5	Kurang
R22	1	1	0	1	1	0	1	0	5	Kurang
R23	1	0	1	1	1	1	1	0	6	Baik
R24	1	1	0	1	1	1	0	0	5	Kurang
R25	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Baik
R26	1	1	0	1	1	1	1	0	6	Baik

Resp	EVALUASI						Σ	Kategori
	1	2	3	4	5	6		
R1	1	0	0	0	1	1	3	Kurang
R2	1	0	0	0	1	1	3	Kurang
R3	1	1	0	0	0	1	3	Kurang
R4	1	0	1	1	1	1	5	Baik
R5	1	1	1	1	1	1	6	Baik
R6	1	1	0	1	0	1	4	Baik
R7	1	1	0	1	0	1	4	Baik
R8	1	1	1	1	1	1	6	Baik
R9	1	0	1	0	0	1	3	Kurang
R10	1	1	0	0	0	1	3	Kurang
R11	1	1	1	1	1	1	6	Baik
R12	1	0	0	0	1	1	3	Kurang
R13	1	1	1	1	1	1	6	Baik
R14	1	0	0	1	0	1	3	Kurang
R15	1	1	1	0	1	1	5	Baik
R16	1	1	1	1	1	1	6	Baik
R17	1	0	0	0	1	1	3	Kurang
R18	1	1	0	1	0	1	4	Baik
R19	1	1	1	1	1	1	6	Baik
R20	1	0	0	1	0	1	3	Kurang
R21	1	0	0	0	1	1	3	Kurang
R22	1	0	0	1	0	1	3	Kurang
R23	1	1	0	0	0	1	3	Kurang
R24	1	1	1	1	1	1	6	Baik
R25	1	1	0	0	0	1	3	Kurang
R26	1	0	0	1	0	1	3	Kurang

Resp	Program Penanggulangan Gizi Buruk								Σ	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8		
R1	1	1	0	1	0	0	1	0	4	Kurang
R2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Baik
R3	1	0	1	0	0	1	1	0	4	Kurang
R4	1	0	1	1	0	0	1	0	4	Kurang
R5	1	1	1	0	1	1	1	1	7	Baik
R6	1	0	1	1	0	0	1	0	4	Kurang
R7	1	1	0	1	1	1	1	1	7	Baik
R8	1	0	0	0	1	1	1	0	4	Kurang
R9	1	0	0	0	1	0	1	0	3	Kurang
R10	1	0	1	1	0	0	1	0	4	Kurang
R11	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Baik
R12	1	0	1	1	0	1	1	1	6	Baik
R13	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Baik
R14	1	0	0	0	1	0	1	0	3	Kurang
R15	1	1	0	1	0	0	1	1	5	Baik
R16	1	1	0	1	1	1	1	1	7	Baik
R17	1	0	1	0	1	0	1	0	4	Kurang
R18	1	1	1	1	1	1	1	1	8	Baik
R19	1	0	0	0	1	0	1	1	4	Kurang
R20	1	0	1	1	0	0	1	0	4	Kurang
R21	1	1	1	0	1	1	1	1	7	Baik
R22	1	0	1	0	0	0	1	1	4	Kurang
R23	1	0	0	0	1	0	1	0	3	Kurang
R24	1	0	0	0	0	1	1	1	4	Kurang
R25	1	1	1	1	1	0	1	1	7	Baik
R26	1	0	0	0	1	0	1	0	3	Kurang

Frequency Table

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1.00	17	65.4	65.4	65.4
2.00	9	34.6	34.6	100.0
Total	26	100.0	100.0	

Statistics

Umur

N	Valid	26
	Missing	0
Mean		38.2308
Median		37.5000
Mode		33.00
Std. Deviation		7.78875
Variance		60.665
Minimum		25.00
Maximum		54.00
Sum		994.00

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 25.00	1	3.8	3.8	3.8
26.00	1	3.8	3.8	7.7
28.00	1	3.8	3.8	11.5
30.00	1	3.8	3.8	15.4
31.00	2	7.7	7.7	23.1
33.00	3	11.5	11.5	34.6
34.00	2	7.7	7.7	42.3
37.00	2	7.7	7.7	50.0
38.00	1	3.8	3.8	53.8
39.00	1	3.8	3.8	57.7
40.00	1	3.8	3.8	61.5
41.00	1	3.8	3.8	65.4
43.00	1	3.8	3.8	69.2
45.00	1	3.8	3.8	73.1
46.00	2	7.7	7.7	80.8
47.00	2	7.7	7.7	88.5
48.00	2	7.7	7.7	96.2
54.00	1	3.8	3.8	100.0
Total	26	100.0	100.0	

Lampiran 14

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DIII Giz	20	76.9	76.9	76.9
	DIV Gizi	5	19.2	19.2	96.2
	S1 Gizi	1	3.8	3.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Statistics

Masa Kerja

N	Valid	26
	Missing	0
Mean		12.6154
Median		16.0000
Mode		1.00
Std. Deviation		8.72274
Variance		76.086
Minimum		1.00
Maximum		25.00
Sum		328.00

Masa Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	5	19.2	19.2	19.2
	3.00	1	3.8	3.8	23.1
	4.00	1	3.8	3.8	26.9
	5.00	2	7.7	7.7	34.6
	6.00	1	3.8	3.8	38.5
	10.00	2	7.7	7.7	46.2
	16.00	2	7.7	7.7	53.8
	17.00	3	11.5	11.5	65.4
	19.00	1	3.8	3.8	69.2
	20.00	1	3.8	3.8	73.1
	21.00	2	7.7	7.7	80.8
	22.00	3	11.5	11.5	92.3
	25.00	2	7.7	7.7	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Lampiran 14

Perencanaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	19	73.1	73.1	73.1
	Baik	7	26.9	26.9	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Pengorganisasian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	12	46.2	46.2	46.2
	Baik	14	53.8	53.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Koordinasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	18	69.2	69.2	69.2
	Baik	8	30.8	30.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Pengawasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	11	42.3	42.3	42.3
	Baik	15	57.7	57.7	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Evaluasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	14	53.8	53.8	53.8
	Baik	12	46.2	46.2	100.0
	Total	26	100.0	100.0	

Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	15	57.7	57.7	57.7
	Baik	11	42.3	42.3	100.0
	Total	26	100.0	100.0	



Perencanaan * Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk

Crosstab

			Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk		Total
			Kurang	Baik	
Perencanaan	Kurang	Count	14	5	19
		Expected Count	11.0	8.0	19.0
		% within Perencanaan	73.7%	26.3%	100.0%
	Baik	Count	1	6	7
		Expected Count	4.0	3.0	7.0
		% within Perencanaan	14.3%	85.7%	100.0%
Total	Count	15	11	26	
	Expected Count	15.0	11.0	26.0	
	% within Perencanaan	57.7%	42.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7.394 ^b	1	.007		
Continuity Correction ^a	5.161	1	.023		
Likelihood Ratio	7.783	1	.005		
Fisher's Exact Test				.021	.011
Linear-by-Linear Association	7.110	1	.008		
N of Valid Cases	26				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.96.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.471			.007
Interval by Interval	Pearson's R	.533	.159	3.088	.005 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.533	.159	3.088	.005 ^c
N of Valid Cases		26			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Pengorganisasian * Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk

Crosstab

			Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk		Total
			Kurang	Baik	
Pengorganisasian	Kurang	Count	10	2	12
		Expected Count	6.9	5.1	12.0
		% within Pengorganisasian	83.3%	16.7%	100.0%
	Baik	Count	5	9	14
		Expected Count	8.1	5.9	14.0
		% within Pengorganisasian	35.7%	64.3%	100.0%
Total	Count		15	11	26
	Expected Count		15.0	11.0	26.0
	% within Pengorganisasian		57.7%	42.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.003 ^b	1	.014		
Continuity Correction ^a	4.210	1	.040		
Likelihood Ratio	6.363	1	.012		
Fisher's Exact Test				.021	.019
Linear-by-Linear Association	5.772	1	.016		
N of Valid Cases	26				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.08.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.433			.014
Interval by Interval	Pearson's R	.480	.167	2.684	.013 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.480	.167	2.684	.013 ^c
N of Valid Cases		26			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Koordinasi * Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk

Crosstab

			Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk		Total
			Kurang	Baik	
Koordinasi	Kurang	Count	13	5	18
		Expected Count	10.4	7.6	18.0
		% within Koordinasi	72.2%	27.8%	100.0%
	Baik	Count	2	6	8
		Expected Count	4.6	3.4	8.0
		% within Koordinasi	25.0%	75.0%	100.0%
Total	Count	15	11	26	
	Expected Count	15.0	11.0	26.0	
	% within Koordinasi	57.7%	42.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.060 ^b	1	.024		
Continuity Correction ^a	3.310	1	.069		
Likelihood Ratio	5.158	1	.023		
Fisher's Exact Test				.038	.034
Linear-by-Linear Association	4.865	1	.027		
N of Valid Cases	26				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.38.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.404			.024
Interval by Interval	Pearson's R	.441	.177	2.408	.024 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.441	.177	2.408	.024 ^c
N of Valid Cases		26			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Pengawasan * Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk

Crosstab

			Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk		Total
			Kurang	Baik	
Pengawasan	Kurang	Count	10	1	11
		Expected Count	6.3	4.7	11.0
		% within Pengawasan	90.9%	9.1%	100.0%
	Baik	Count	5	10	15
		Expected Count	8.7	6.3	15.0
		% within Pengawasan	33.3%	66.7%	100.0%
Total	Count	15	11	26	
	Expected Count	15.0	11.0	26.0	
	% within Pengawasan	57.7%	42.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8.619 ^b	1	.003		
Continuity Correction ^a	6.421	1	.011		
Likelihood Ratio	9.628	1	.002		
Fisher's Exact Test				.005	.004
Linear-by-Linear Association	8.287	1	.004		
N of Valid Cases	26				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.65.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.499			.003
Interval by Interval	Pearson's R	.576	.146	3.450	.002 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.576	.146	3.450	.002 ^c
N of Valid Cases		26			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Evaluasi * Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk

Crosstab

			Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk		Total
			Kurang	Baik	
Evaluasi	Kurang	Count	13	1	14
		Expected Count	8.1	5.9	14.0
		% within Evaluasi	92.9%	7.1%	100.0%
	Baik	Count	2	10	12
		Expected Count	6.9	5.1	12.0
		% within Evaluasi	16.7%	83.3%	100.0%
Total	Count	15	11	26	
	Expected Count	15.0	11.0	26.0	
	% within Evaluasi	57.7%	42.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15.367 ^b	1	.000		
Continuity Correction ^a	12.404	1	.000		
Likelihood Ratio	17.407	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	14.776	1	.000		
N of Valid Cases	26				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.08.

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.609			.000
Interval by Interval	Pearson's R	.769	.125	5.890	.000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.769	.125	5.890	.000 ^c
N of Valid Cases		26			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk	26	100.0%	0	.0%	26	100.0%
Perencanaan	26	100.0%	0	.0%	26	100.0%
Pengorganisasian	26	100.0%	0	.0%	26	100.0%
Koordinasi	26	100.0%	0	.0%	26	100.0%
Pengawasan	26	100.0%	0	.0%	26	100.0%
Evaluasi	26	100.0%	0	.0%	26	100.0%

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk	.376	26	.000	.630	26	.000
Perencanaan	.455	26	.000	.557	26	.000
Pengorganisasian	.356	26	.000	.637	26	.000
Koordinasi	.436	26	.000	.583	26	.000
Pengawasan	.376	26	.000	.630	26	.000
Evaluasi	.356	26	.000	.637	26	.000

a. Lilliefors Significance Correction

