

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Balita merupakan kelompok umur yang paling sering menderita kekurangan gizi dan gizi buruk. Kebutuhan gizi untuk anak pada awal masa kehidupannya merupakan hal yang sangat penting. Kekurangan gizi dapat memberikan konsekuensi buruk dimana manifestasi terburuk dapat menyebabkan kematian.(1)

Gizi buruk merupakan dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun. Anak balita rentan untuk menjadi gizi buruk karena balita merupakan anak yang dalam masa tumbuh kembang. Gizi buruk menyebabkan 10,9 juta kematian anak balita di dunia setiap tahun. Secara garis besar, dalam kondisi akut, gizi buruk bisa mengancam jiwa karena berbagai disfungsi yang dialami. Ancaman yang timbul antara lain hipotermi (mudah kedinginan) karena jaringan lemaknya tipis, hipoglikemi (kadar gula dalam darah dibawah kadar normal), dan kekurangan elektrolit dan cairan tubuh. Jika fase akut tertangani tapi tidak di follow up dengan baik yang mengakibatkan anak tidak dapat mengejar ketinggalannya maka dalam jangka panjang kondisi ini berdampak buruk terhadap pertumbuhan maupun perkembangannya.(1)

Gizi buruk pada anak seringkali disebabkan oleh kurangnya asupan makanan bergizi seimbang, di samping itu bisa juga disebabkan oleh penyakit-penyakit tertentu yang menyebabkan terganggunya proses pencernaan makanan ataupun terganggunya penyerapan zat gizi penting yang diperlukan oleh tubuh.(1)

Menurut UNICEF (2013) menyatakan bahwa tercatat 101 juta anak di dunia di bawah lima tahun menderita kekurangan gizi. Persentase balita 0-23 bulan menderita gizi buruk dengan indeks BB/U tahun 2015-2016. Data di Aceh pada tahun 2015 sebanyak 4,6 %, tahun 2016 sebanyak 2,1 %. Di Indonesia tahun 2015 sebanyak 3,2 %, dan tahun 2016 sebanyak 3,1 %. Persentase balita usia 0-59 bulan menurut status gizi dengan indeks BB/U tahun 2015-2016. Data di Aceh pada tahun 2015 sebanyak 6,0 %, tahun 2016 sebanyak 2,6%. Di Indonesia tahun 2015 sebanyak 3,9 %, dan tahun 2016 sebanyak 3,4%. Persentase balita usia 0-23 bulan menurut status gizi dengan indeks TB/U tahun 2015-2016. Data di Aceh pada tahun 2015 sebanyak 8,9%, tahun 2016 sebanyak 5,7%. Di Indonesia tahun 2015 sebanyak 8,4 %, dan tahun 2016 sebanyak 7,1 %. Persentase balita usia 0-59 bulan menurut status gizi dengan indeks TB/U tahun 2015-2016. Data di Aceh pada tahun 2015 sebanyak 11,6% , tahun 2016 sebanyak 7,6%. Di Indonesia tahun 2015 sebanyak 10,1 %, dan tahun 2016 sebanyak 8,6 %. Persentase balita usia 0-23 bulan menurut status gizi dengan indeks BB/TB tahun 2015-2016. Data di Aceh pada tahun 2015 sebanyak 7,4% , tahun 2016 sebanyak 4,2 %. Di Indonesia tahun 2015 sebanyak 4,1 %, dan tahun 2016 sebanyak 3,1 %. Persentase balita usia 0-59 bulan menurut status gizi dengan indeks BB/TB tahun 2015-2016. Data di Aceh pada tahun 2015 sebanyak 7,1%, tahun 2016 sebanyak 3,5 %. Di Indonesia tahun 2015 sebanyak 3,7 %, dan tahun 2016 sebanyak 3,1 %.(2)

Gizi kurang dan gizi buruk berdampak serius terhadap generasi mendatang. Anak yang menderita gizi kurang akan mengalami gangguan pertumbuhan fisik dan perkembangan mental. Gangguan pertumbuhan diartikan

sebagai ketidakmampuan untuk mencapai tinggi badan tertentu sesuai dengan umumnya, gangguan pertumbuhan juga merupakan akibat dari gangguan yang terjadi pada masa balita, bahkan pada masa sebelumnya, dan pertumbuhan fisik anak menjadi terhambat (anak akan mempunyai tinggi badan lebih pendek). Perkembangan mental dan kecerdasan terhambat, anak akan mempunyai IQ lebih rendah. Setiap anak yang berstatus gizi buruk mempunyai risiko kehilangan IQ 10-13 poin.(3)

Menurut penelitian Cahyono tahun 2016 mengenai faktor determinan kinerja petugas dalam penanganan gizi buruk di Puskesmas wilayah Kabupaten Lombok Timur menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan sarana dan prasarana dan supervisi dengan kinerja petugas gizi dengan nilai ($p < 0,05$). Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa pengetahuan $p = 0,004$ dengan Exp B=0,041, dan sarana prasarana $p = 0,022$ dengan Exp B=0,036, merupakan variabel yang berpengaruh terhadap kinerja petugas gizi dalam penanganan gizi buruk.(4)

Menurut penelitian Herman Tahun 2016 mengenai evaluasi program penanganan gizi kurang melalui asuhan *Community Feeding Center (Cfc)* pada anak balita di Puskesmas Birobuli Kecamatan Palu Selatan kota Palu menunjukkan bahwa pada petugas kesehatan yang melaksanakan program dengan mengikuti perencanaan yang telah dibuat menghasilkan *outcome* setiap tahunnya mengalami penurunan angka gizi kurang dan peningkatan berat badan pada anak balita. Disarankan bagi petugas kesehatan, agar melaksanakan program dengan mengikuti perencanaan yang telah dibuat.(5)

Upaya perbaikan gizi oleh Kementerian Kesehatan di Kabupaten Asmat, Papua melalui intraksi dan sinergi (lintas sektor) mampu mewujudkan kemandirian keluarga Indonesia dalam menjaga 1000 hari pertama kehidupan generasi bangsa, sehingga stunting bisa kita cegah, hingga kini menteri kesehatan bersama tim kesehatan lain tengah mengupayakan pelayanan kesehatan terbaik untuk masyarakat papua. Harapannya derajat kesehatan meningkat.(5)

Kementerian Kesehatan telah menerjunkan 39 tenaga Kesehatan ke Asmat Papua untuk menanggulangi masalah gizi buruk di Asmat Papua. Hal ini menunjukkan bahwa petugas kesehatan di Indonesia saat ini masih gagal dalam penanggulangan gizi buruk pada masyarakat sehingga terjadilah masalah gizi buruk di Indonesia terkhusus didaerah pedalaman papua.(5)

Berdasarkan survey yang dilakukan oleh peneliti melalui kunjungan awal ke wilayah kerja Puskesmas Aceh Singkil pada tahun 2016 jumlah kunjungan ibu yang membawa balita dengan kasus masalah gizi balita yang ditandai dengan penurunan berat badan rata-rata perbulan sebanyak 20-40 pasien, tahun 2017 meningkat menjadi 40-60 pasien/ bulan. Terjadinya peningkatan kunjungan ibu dengan balita gizi bermasalah merupakan masalah yang bisa saja disebabkan oleh kinerja petugas kesehatan dalam memberikan promosi kesehatan tentang makanan seimbang dan pengaturan gizi untuk balita. Adanya ketidakseimbangan kondisi yang terjadi dengan kondisi yang diharapkan oleh balita yang tidak bisa dilakukan oleh petugas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan tentang gizi pada balita yang dilakukan oleh petugas kesehatan dapat menjadi penyebab tingginya angka kejadian gizi buruk.(6)

Berdasarkan hal diatas maka peneliti tertarik untuk mengetahui analisis kualitatif kinerja petugas gizi tentang upaya penurunan kasus gizi buruk di wilayah kerja puskesmas Aceh singkil tahun 2018. Peneliti juga mewawancarai 3 orang petugas kesehatan mengenai kinerja petugas gizi dalam penurunan kasus gizi buruk menyatakan bahwa kinerja petugas gizi masih kurang dalam menangani kasus gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Aceh Singkil. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait kinerja petugas gizi dalam penurunan kasus gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Aceh singkil tahun 2018.

1.2. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis kinerja petugas gizi tentang upaya penurunan kasus gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Aceh Singkil tahun 2018.

1.3.Rumusan Masalah

Berdasarkan permasalahan yang ada dan dari data yang tersedia maka dapat dirumuskan masalah dalam analisis ini adalah: “ Bagaimanakah kinerja petugas gizi tentang upaya penurunan kasus gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Aceh singkil tahun 2018.”

1.4. Manfaat Penelitian

1. Untuk menambah khasnah keilmuan yang terkait tentang kinerja petugas gizi tentang upaya penurunan kasus gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Aceh Sigkil tahun 2018.
2. Bagi Puskesmas Aceh Singkil, sebagai bahan evaluasi dan pembelajaran terkait kinerja petugas gizi tentang upaya penurunan kasus gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Aceh Singkil tahun 2018.
3. Bagi Peneliti sebagai sarana untuk meningkatkan wawasan yang lebih dalam lagi terkait kinerja petugas gizi tentang upaya penurunan kasus gizi buruk di wilayah kerja puskesmas Aceh Singkil tahun 2018.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. Tinjauan Penelitian Terdahulu

Hasil penelitian Cahyono menunjukkan bahwa responden dengan umur <40 tahun (78%), jenis kelamin pria (58%), pendidikan DIV/S1 (74%) dan masa kerja > 5 tahun (62%). Tingkat pengetahuan responden yang kurang baik (64%), petugas gizi yang mempunyai motivasi tinggi (72%), persepsi beban kerja berat (52%), sikap petugas gizi terhadap penanganan gizi buruk yang baik (68%), sarana dan prasarana cukup (82%), petugas gizi dengan persepsi supervisi baik (62%) dan petugas gizi yang mendapatkan imbalan kurang dalam penanganan gizi buruk (40%). Berdasar uji *Chi-square* ada hubungan antara pengetahuan, sarana dan prasarana dan supervisi dengan kinerja petugas gizi dengan nilai ($p < 0,05$). Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa pengetahuan $p = 0,004$ dengan Exp B=0,041, dan sarana prasarana $p = 0,022$ dengan Exp B=0,036, merupakan variabel yang berpengaruh terhadap kinerja petugas gizi dalam penanganan gizi buruk.(7)

Dari penelitian Partini yang telah dilakukan mengenai peran perawat terhadap pencegahan balita gizi buruk di Kabupaten Klaten, didapatkan hasil sebagai berikut peran perawat sebagai pemberiasuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi, peran perawat sebagai pendidik, konsultan, kolaborator, koordinator dan advokat klien.(8)

Dalam penelitian Herman yang bertujuan untuk mengevaluasi *input*, *process*, *output*, dan *outcome* program penanganan gizi kurang melalui asuhan CFC pada

anak balita di Puskesmas Birobuli. Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif. Hasil penelitian pada *input* menunjukkan bahwa petugas mendapatkan pelatihan khusus dan anggaran dana sudah cukup baik. Hasil penelitian pada *process* menunjukkan perencanaan program terstruktur dengan baik, dukungan positif dari masyarakat, ibu balita termotivasi memperbaiki gizi anaknya serta monitoring dan evaluasi CFC terlaksana setiap bulan. Hasil penelitian pada *output* menunjukkan perubahan status gizi kurang menjadi status gizi normal dan respon baik ibu balita. Hasil penelitian pada *outcome* setiap tahunnya mengalami penurunan angka gizi kurang dan peningkatan berat badan pada anak balita.(9)

Dalam penelitian Ismail menunjukkan Hasil penelitian bahwa implementasi program belum berjalan sesuai standar pelaksanaan dari depkes, dikarenakan komunikasi yang dilakukan dinas kesehatan kota Sorong melalui sosialisasi program belum optimal. Ketersediaan sumber daya yang meliputi sumber daya tenaga pelaksana belum memadai karena hanya petugas dengan latar belakang pendidikan gizi yang menjalankan program sedangkan tenaga lain tidak terlibat. Belum ada tim asuhan gizi di semua puskesmas, selain itu sebagian besar tenaga belum mendapatkan pelatihan. Pengelolaan dana program tidak sesuai dengan unit *cost*. Sarana dan prasarana tidak memadai dan masih ada puskesmas yang tidak layak, petugas pelaksana sangat mendukung program namun kurangnya transparansi dan sosialisasi mengakibatkan kurangnya komitmen. Tidak ada kewenangan maupun SOP yang diberikan dari dinas kesehatan kota Sorong kepada Puskesmas. Selain itu tidak ada supervisi terhadap pelaksana program gizi.(10)

Hasil penelitian Pakaya mengenai upaya penanggulangan gizi buruk menunjukkan hasil bahwa skrining kasus dilakukan melalui kedua aktif dan pasif. Skrining kasus aktif itu dilakukan setiap dua atau tiga bulan sekali oleh seluruh posyandu di daerah Wirobrajan. Skrining kasus pasive itudilakukan dengan pengaturan pelayanan kesehatan harian di Puskesmas dan berdasarkan laporan kader kesehatan. Kasus penyaringan dilakukan dengan mengumpulkan data anak termasuk nama dan umur, pengukuran berat badan dantinggi, lingkar kepala, kemampuan motorik kasar dan halus. Setelah itu, dokumentasi dan pelaporan ke pemerintah dibuat Standar WHO-NCHS digunakan sebagai standar pengukuran malnutrisi. Setelah screening kasus atau pelaporan kasus, temuan kasus dilakukan dengan kunjungan ke rumah. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner atau langsung wawancara dengan orang tua pengukuran ulang antropometri dapat dilakukan sesuai kebutuhan mengacu pada kesehatan masyarakat pusat atau ke rumah sakit jika ada yang melampirkan penyakit dan membuat dokumentasinya. Kegiatan iniadalah kemudahan dengan pedoman pengelolaan malnutrisi dan pengaturan pusat kesehatan masyarakat.(11)

Hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Afritayeni (2015) dengan judul Pola Pemberian Makan pada Balita Gizi Buruk di Kelurahan Rumbai Bukit Kecamatan Rumbai Kota Pekanbaru Provinsi Riau. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain naratif, pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan uji keabsahan data dilakukan triangulasi data. Hasil penelitian menunjukkan pola pemberian makan pada balita yang mengalami gizi buruk tidak baik, yang dikarenakan kurangnya ketersediaan makanan, balita yang

menolak makan pada saat diberikan makan, balita yang suka memilih makanan tertentu untuk dimakan, kurangnya peran suami, pemberian pola asuh dan riwayat pemberian makan melalui ASI yang tidak baik.(12)

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Nurul Qalbi (2016) dengan judul Pola Asuh pada Balita Penderita Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Linge Kecamatan Linge Kabupaten Aceh Tengah. Penelitian ini dilakukan dalam bentuk kualitatif naratif. Subjek penelitian ini adalah 3 orang ibu balita gizi buruk sebagai informan utama dan 2 orang keluarga balita yang ikut mengasuh balita sebagai informan pendukung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh balita yang diteliti mengalami gizi buruk. Pola asuh dalam praktik pemberian ASI dan MP-ASI pada balita penderita gizi buruk secara umum termasuk kurang baik, dari variasi, porsi, dan frekuensi makan juga kebiasaan jajan. Penyediaan MP-ASI pada balita penderita gizi buruk secara umum kurang baik, mulai dari penyajian makanan, kebersihan individu, pemasakan dan penyimpanan. Penderita gizi buruk mendapatkan pengasuhan psikososial yang baik, khususnya dalam hal menemani anaknya, berinteraksi dengan balita pada saat makan maupun ketika bermain. Kebersihan dan sanitasi lingkungan rumah balita penderita gizi buruk secara umum kurang baik.(13)

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Irwan Budiono (2014) dengan judul Pengembangan Model Indeks Pembangunan Gizi yang dilakukan dengan menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Penelitian kualitatif dilakukan melalui PGD, serta eksplorasi pendapat pakar untuk mengembangkan instrument penelitian kuantitatif untuk mengkonstruksi instrumen

dan pengukuran IPG. Hasil penelitian menunjukkan IPG terdiri dari 4 dimensi utama yaitu status gizi, konsumsi energi dan zat gizi, keamanan pangan serta gaya hidup. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata IPG kota Semarang sebesar 0,701 (kategori sedang), dengan rata-rata tiap dimensi adalah: status gizi 0,947 (baik), konsumsi energi dan zat gizi 0,458 (kurang), keamanan pangan 0,729 (sedang), gaya hidup 0,672 (sedang). Rata-rata IPG Kabupaten Semarang sebesar 0,652 (sedang), dengan rata-rata tiap dimensi adalah: status gizi 0,979 (baik), konsumsi energi dan zat gizi 0,474 (kurang), keamanan pangan 0,833 (baik), gaya hidup 0,322 (kurang). Kesimpulan dalam penelitian ini menunjukkan rendahnya indeks dimensi gaya hidup (khususnya di Kabupaten Semarang) sehingga perlunya komunikasi informasi dan edukasi (KIE) gizi lebih intensif.(14)

2.2. Kinerja

2.2.1. Pengertian Kinerja

Kinerja berasal dari pengertian *performance* ada pula yang memberikan arti *performance* sebagai hasil kerja atau prestasi kerja. Namun, sebenarnya mempunyai makna yang lebih luas bukan hanya hasil kerja, tetapi termasuk bagaimana proses pekerjaan berlangsung. Pengertian kinerja adalah hasil secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya.(15)

2.2.2. Teori Kinerja

Kinerja karyawan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu kompensasi, pelatihan karyawan, lingkungan kerja, budaya kerja, kepemimpinan, motivasi, disiplin dan kepuasan kerja. Istilah kinerja berasal dari *Job Performance* atau

Actual Performace (prestasi kerja atau prestasi sesungguhnya yang dicapai seseorang). Kinerja adalah kesediaan seseorang atau kelompok orang untuk melakukan suatu kegiatan dan menyempurnakan sesuai dengan tanggungjawab dengan hasil seperti yang diharapkan. Jika dikaitkan dengan kinerja sebagai kata benda dimana salah entrinya adalah hasil dari kelompok orang oleh suatu perusahaan sesuai dengan wewenang dan tanggungjawab masing-masing dalam upaya pencapaian tujuan perusahaan secara legal, tidak melanggar hukum dan tidak bertentangan dengan moral atau etika.(16)

2.2.3. Faktor-Faktor yang mempengaruhi kinerja

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja baik hasil ataupun perilaku kerja adalah sebagai berikut:

1. Kemampuan dan keahlian

Merupakan kemampuan atau *skill* yang dimiliki seseorang dalam melakukan suatu pekerjaan. Semakin memiliki kemampuan dan keahlian maka akan dapat menyelesaikan pekerjaannya secara benar, sesuai dengan yang telah ditetpkan .

2. Pengetahuan

Maksudnya adalah pengetahuan tentang pekerjaan. Seseorang yang memiliki pengetahuan tentang pekerjaan secara baik akan hasil kerja yang baik, demikian pula sebaliknya.

3. Rancangan kerja

Merupakan rancangan pekerjaan yang akan memudahkan karyawan dalam mencapai tujuannya.

4. Kepribadian

Yaitu kepribadian seseorang atau karakter yang dimiliki seseorang.

5. Motivasi kerja

Merupakan dorongan bagi seseorang untuk melakukan pekerjaan.

6. Kepemimpinan

Merupakan perilaku seseorang pemimpin dalam mengatur, mengelola, dan memerintahkan bawahannya untuk mengerjakan sesuatu tugas dan tanggungjawab yang diberikannya.

7. Gaya Kepemimpinan

Merupakan gaya atau sikap seorang pemimpin dalam menghadapi atau memerintahkan bawahannya.

8. Budaya Organisasi

Merupakan kebiasaan-kebiasaan atau norma yang berlaku dan dimiliki oleh suatu organisasi atau perusahaan.

9. Kepuasan Kerja

Merupakan perasaan senang atau gembira atau perasaan suka seseorang sebelum dan setelah melakukan suatu pekerjaan.

10. Lingkungan kerja

Merupakan suasana atau kondisi di sekitar lokasi tempat bekerja. Lingkungan kerja dapat berupa ruangan, *layout*, sarana dan prasarana.

11. Loyalitas

Merupakan kesetiaan karyawan untuk tetap bekerja dan membela perusahaan dimana tempatnya bekerja.

12. Komitmen

Merupakan kepatuhan karyawan untuk tetap bekerja dan membela peraturan perusahaan dalam bekerja

13. Disiplin Kerja

Merupakan usaha karyawan untuk menjalankan aktivitas kerja secara sungguh-sungguh. Disiplin kerja dalam hal ini dapat berupa waktu, misalnya masuk kerja selalu tepat waktu.

2.2.4. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah upaya menilai prestasi dengan tujuan meningkatkan produktivitas karyawan maupun perusahaan. Menurut Fahmi (2012) Penilaian kinerja adalah penilaian yang dilakukan kepada pihak manajemen perusahaan baik para karyawan maupun manajer yang selama ini telah melakukan pekerjaannya.

Untuk melakukan suatu penilaian kinerja dibutuhkan metode penilaian yang memiliki tingkat dan analisa yang representative. Menurut Griffin (dalam Fahmi, 2012), terdapat dua kategori dasar dari metode penilaian yang sering digunakan dalam organisasi adalah metode objektif dan metode pertimbangan.(16)

1. Metode Objektif (*Objective Methods*)

Metode objektif menyangkut dengan sejauh mana seseorang bida bekerja dan menunjukkan bukti kemampuan ia bekerja sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. Bagi banyak pihak metode objektif bisa meberikan hasil yang tidak begitu akurat karena bisa saja seorang karyawan memiliki kesempatan

yang bagus maka ia terlihat mampu bekerja dengan sangat baik dan penuh semangat, sedangkan ada karyawan yang tidak memiliki kesempatan dan ia tidak bisa membuktikan atau menunjukkan kemampuannya secara maksimal.

2. Metode Pertimbangan (*Judgemental Methods*)

Metode pertimbangan adalah metode penilaian memiliki nilai ranking yang tinggi maka artinya ia memiliki kualitas kinerja yang bagus begitu pula sebaliknya. Sistem penilaian ranking dianggap memiliki kelemahan jika seorang karyawan ditempatkan dalam kelompok kerja yang memiliki ranking yang bagus maka penilaiannya akan mempengaruhi posisinya sebagai salah satu karyawan yang dianggap baik, begitu pula sebaliknya jika seorang ditempatkan dalam kelompok dengan ranking buruk maka otomatis rankingnya juga tidak bagus.(16)

2.2.5. Metode dan Teknik Penilaian Kinerja

a. Metode Penilaian Berorientasi Masa Lalu

Metode ini mempunyai kelebihan dalam hal prestasi kerja yang telah dilakukan, telah terjadi, dan sampai batas tertentu, dapat diukur. Kelemahannya adalah prestasi kerja masa lalu tidak dapat diukur. Akan tetapi, dengan mengevaluasi prestasi kerja masa lalu, karyawan mendapat bahan masukan mengenai upaya untuk memperbaiki prestasi kerja mereka.

1. *Rating Scale*

Evaluasi subjektif dilakukan oleh penilaian terhadap prestasi kerja dengan skala waktu tertentu dari rendah sampai tinggi. Evaluasi hanya didasarkan

pada pendapat penilaian dengan cara membandingkan hasil pekerjaan karyawan dengan faktor-faktor yang dianggap penting terhadap pelaksanaan pekerjaan tersebut.

2. *Checklist*

Metode penilaian checklist dilakukan oleh atasan langsung. Metode ini menggunakan kalimat atau kata-kata yang menggambarkan prestasi kerja dan karakter karyawan, sehingga dapat tinggal memilihnya. Pada *checklist* ini terdapat item-item yang masing-masing diberi bobot. Pemberian bobot ini memungkinkan penilaian dapat menjumlahkan skor yang diperoleh untuk memperoleh skor total.

3. Metode Peristiwa Kritis

Metode ini didasarkan catatan penilaian yang memperhatikan perilaku karyawan yang sangat baik atau sangat buruk serta pelaksanaan kerja. Berbagai peristiwa tersebut dicatat selama peristiwa evaluasi terhadap setiap karyawan. Kemudian, peristiwa ini dibagi menjadi beberapa kategori seperti pengendalian bahaya keamanan, pengawasan bahan atau pengembangan karyawan.

4. Metode Peninjauan Lapangan

Pada metode ini, tenaga ahli yang diwakilkan dari personalia turun lapangan dan membantu atasan langsung dalam penilaian mereka. Tenaga ahli dari personalia mendapatkan informasi khusus dari atasan dan langsung tentang prestasi kerja karyawan, kemudian tenaga ahli ini mempersiapkan evaluasi atas dasar informasi tersebut, evaluasi dikirim ke

atasan langsung untuk dilakukan review, perubahan, persetujuan, dan pembahasan dengankaryawan.

5. Tes dan Observasi Prestasi Kerja

Metode ini dilakukan pada tes pengetahuan dan keterampilan. Tes yang dilakukan dapat berupa tes tertulis atau peragaan keterampilan.

6. Metode Evaluasi Kelompok

Metode ini dilakukan oleh atasan langsung. Kegunaan penilaian kelompok adalah menentukan keputusan kenaikan upah, promosi dan berbagai bentuk penghargaan organisasi karena menghasilkan ranking karyawan dari yang baik sampai dengan membandingkan karyawan yang satu dengan yang lainnya.

b. Metode Penilaian Berorientasi Masa Depan

Penilaian yang berorientasi masa depan dilakukan melalui penilaian akandatang atau penetapan sasaran prestasi kerja pada masa yang akan datang.

1. Penilaian diri

Metode penilaian ini digunakan untuk pengembangan diri. Apabila karyawan menilai dirinya sendiri, perilaku defensive cenderung tidak akan terjadi, sehingga upaya perbaikan cenderung tidak dapat dilakukan.

2. Penilaian Psikologis

Penilaian psikologis terdiri atas wawancara, tes-tes psikologi, diskusi dengan atasan langsung dan penilaian langsung lainnya. Penilaian mengenai psikologi biasanya dilakukan oleh psikolog, penilaian mengenai

intelektual, emosi, motivasi karyawan, dan lainnya ditujukan untuk mengetahui prestasi kerja pada masa yang akan datang.

3. Pendekatan *Management by objective*

Metode ini adalah karyawan dan penilaian bersama-sama untuk masa yang akan datang. Dengan menggunakan sarana-sarana tersebut, penilaian prestasi kerja dilakukan secara bersama-sama maupun tidak.

2.2.6. Tujuan Penilaian Kinerja

Menurut Werther dan Davis (1996) dalam Suwatno (2013), penilaian kinerja mempunyai beberapa tujuan dan manfaatnya bagi perusahaan dan karyawan yang dinilai, antara lain:

1. Memungkinkan karyawan dan manajer untuk mengambil tindakan yang berhubungan dengan peningkatan kinerja.
2. *Compensation Adjustment*. Membantu para pengambil keputusan untuk menentukan siapa saja yang berhak menerima kenaikan gaji dan sebaliknya.
3. Placement Decision. Menentukan promosi, transfer, dan demosi.
4. *Training Planning and Development needs*. Mengevaluasi kebutuhan pelatihan dan pengembangan bagi karyawan agar kinerja mereka lebih optimal.
5. *Career Planning and Developments*. Memandu untuk menentukan jenis karir dan potensi karir yang dapat dicapai.
6. *Staffing Process Deficiencies*. Mempengaruhi prosedur perekrutan karyawan

7. *Informatinal Inaccuracies and Job-Desaign Errors*. Membantu menjelaskan apa saja kesalahan yang telah terjadi dalam manajemen sumber daya manusia terutama di bidangng informasi job-analisis, *job-design* dan sistem informasi manajemen sumber daya manusia.
8. *Equal Employment Opportunity*. Menunjukkan bahwa *placement decision* tidak diskriminatif.
9. *Eksternal Challenges*. Kadang-kadang kinerja karyawan dipengaruhi oleh faktor eksternal seperti keluarga, keuangan pribadi, kesehatan, dan lain-lainnya. Biasanya faktor ini tidak terlalu kelihatan, namun dengan melakukan penilaian kinerja, faktor-faktor eksternal ini akan kelihatan sehingga membantu departemen sumber daya manusia untuk meberikan bantuan bagi peningkatakan kinerja karyawan.
10. *Feedback*. Memberikan umpan ablik bagi urusan kekaryawanan maupunbagi karyawan itu sendiri.

Tujuan dilaksanakannya penilaian kinerja menurut Milkovich (1991) dalam Sumanto (2013) adalah untuk mengenali kekuatan dan kelemahan karyawan, sehingga proses umpan balik sebagai motivator dapat berjalan dengan baik untuk *rewards* yang tepat sesuai dengan prestasi kerja masing-masing karyawan. Umpan balik bagi karyawan merupakan informasi untuk mendapatkan bimbingan dan pembinaan agar terbentuk tingkat kemampuan kerja dan usaha kerja karyawan.

2.2.7. Manfaat Penilaian Kinerja

Menurut Sedamayanti, menyatakan bahwa manfaat penilaian kinerja adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan Prestasi kerja

Dengan adanya penilaian, baik pimpinan maupun karyawan, memperoleh umpan balik dan mereka dapat memperbaiki pekerjaan dan prestasinya.

2. Memberi kesempatan kerja yang adil

Penilaian akurat dapat menjamin karyawan memperoleh kesempatan menempati sisi pekerjaan sesuai kemampuannya.

3. Kebutuhan pelatihan dan pengembangan

Melalui penilaian kinerja, terdeteksi karyawan yang kemampuannya rendah sehingga memungkinkan adanya program pelatihan guna meningkatkan kemampuan mereka.

4. Penyesuaian kompensasi

Melalui penilaian, pimpinan dapat mengambil keputusan dalam menentukan perbaikan pemberian kompensasi dan sebagainya.

5. Keputusan promosi dan demosi

Hasil penilaian kinerja dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan untuk mempromosikan dan mendemosikan karyawan

6. Mendiagnosa kesalahan desain pekerjaan

Kinerja yang buruk mungkin merupakan suatu tanda kesalahan dalam desain pekerjaan. Penilaian kinerja dapat membantu mendiagnosis kesalahan tersebut.

7. Menilai proses recruitment dan seleksi

Kinerja karyawan baru yang rendah dapat mencerminkan adanya penyimpangan proses rekrutmen dan seleksi.

2.2.8. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pencapaian Kinerja

Dalam mengetahui tingkat kinerja seseorang dalam suatu instansi, ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya. Seperti yang dikemukakan oleh Mangkunegara (2011) antara lain:

1. Faktor Kemampuan (*ability*)

Secara Psikologis, kemampuan (*ability*) pegawai terdiridari kemampuan potensi (*IQ*) dan kemampuan reality (*knowledge + skill*). Artinya, setiap pegawai yang memiliki IQ di atas rata-rata dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya dan terampil dalam mengerjakan pekerjaannya, maka ia akan lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan. Oleh karena itu, pegawai perlu ditempatkan sesuai dengan keahliannya.

2. Faktor Motivasi

Motivasi terbentuk dari sikap seorang pegawai dalam menghadapi situasi kerja. Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan diri pegawai yang terarah untuk mencapai tujuan organisasi. Sikap mental yang mendorong diri pegawai untuk terus berusaha mencapai kinerja secara maksimal. Sikap mental seorang pegawai harus sikap mental yang siap secara psikofisik (siap secara mental, fisik, tujuan dan situasi), artinya seorang pegawai harus memiliki sikap mental, mampu secara fisik, memahami tujuan dan target. David C Mc Clelland dalam Mangkunegara (2011) berpendapat

bahwa ada hubungan positif antara motif berprestasi dengan pencapaian kinerja. Motif berprestasi adalah suatu dorongan dalam diri pegawai untuk melakukan suatu kegiatan atau tugas dengan sebaik-baiknya agar mampu mencapai kinerja yang maksimal. Pegawai akan mampu mencapai kinerja maksimal apabila pegawai tersebut memiliki motif berprestasi yang tinggi. Motif berprestasi tersebut perlu dimiliki oleh pegawai yang ditumbuhkan dari dalam diri sendiri selain dari lingkungan kerja.

2.2.9. Tujuan Manajemen Kinerja

Ada beberapa tujuan yang diharapkan guna tercapainya tujuan manajemen kinerja (Armstrong, Fahmi, 2012) yaitu:

1. Mencapai peningkatan yang dapat di raih dalam kinerja organisasi
2. Bertindak sebagai pendorong perubahan dalam mengembangkan suatu budaya yang berorientasi pada kinerja.
3. Meningkatkan motivasi dan komitmen.
4. Memungkinkan individu mengembangkan kemampuan mereka, meningkatkan kepuasan kerja mereka dan mencapai potensi penuh mereka bagi keuntungan mereka sendiri dan organisasi secara keseluruhan.
5. Memberikan suatu kerangka kerja bagi kesepakatan sasaran sebagaimana diekspresikan dalam target dan standar kinerja sehingga pengertian bersama tentang sasaran dan peran yang harus dimainkan manajer dan individu dalam mencapai sasaran tersebut meningkat.

6. Memusatkan perhatian pada atribut dan kompetensi yang diperlukan agar bisa dilaksanakan secara efektif dan apa yang seharusnya dilakukan untuk mengembangkan atribut dan kompetensi tersebut.
7. Memberikan ukuran yang akurat dan objektif dalam kaitannya dengan target dan standar yang disepakati sehingga individu menerima umpan balik dari manager tentang seberapa baik yang mereka lakukan.
8. Asas dasar penilaian ini, memungkinkan individu bersama manager menyepakati rencana peningkatan dan metode pengimplementasian dan secara bersama mengkaji pelatihan dan pengembangan serta menyepakati bagaimana kebutuhan itu dipenuhi.
9. Memberikan kesepakatan individu untuk mengungkapkan aspirasi dan perhatian mereka tentang pekerjaan mereka.
10. Menunjukkan pada setiap orang bahwa organisasi menilai mereka sebagai individu.
11. Membantu memberikan wewenang kepada orang memberi lebih banyak ruang lingkup untuk bertanggungjawab atas pekerjaan itu.
12. Membantu mempertahankan orang-orang yang mempunyai kualitas yang tinggi.
13. Mendukung misi jauh manajemen kualitas total.

2.3. Gizi

2.3.1. Pengertian Gizi

Istilah gizi dapat sebagai proses dari organisma dalam menggunakan bahan makanan melalui proses pencernaan, penyerapan, transportasi,

penyimpanan, metabolisme dan pembuangan yang dipergunakan untuk pemelihara hidup, pertumbuhan fungsi organ tubuh dan produksi serta menghasilkan energi. Status gizi merupakan faktor yang dipengaruhi secara langsung oleh asupan makanan dan infeksi.(17)

Status gizi dapat diartikan sebagai keadaan kesehatan fisik seseorang atau sekelompok orang yang ditentukan dengan salah satu atau kombinasi dari ukuran-ukuran tertentu. Gizi merupakan suatu ukuran keseimbangan antara kebutuhan dan masukan nutrisi yang diindikasikan oleh variabel tertentu.(19)

Gizi merupakan salah satu faktor penting yang menentukan tingkat kesehatan dan keserasian antara perkembangan fisik dan perkembangan mental. Tingkat keadaan gizi normal tercapai bila kebutuhan zat gizi optimal terpenuhi. Tingkat gizi seseorang dalam suatu masa bukan saja ditentukan oleh konsumsi zat gizi pada masa lampau, bahkan jauh sebelum masa itu.(17)

2.3.2. Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi dibagi menjadi 2 yaitu penilaian status gizi secara langsung dan penilaian status gizi secara tidak langsung.

1. Penilaian Status Gizi Secara Langsung

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi 4 penilaian yaitu: antropometri, klinis, biokimia, dan biofisik. Pengukuran status gizi bertujuan untuk memperoleh suatu gambaran dimana masalah gizi terjadi dan dianalisa faktor-faktor ekologi yang langsung atau tidak langsung sehingga dapat dilakukan upaya-upaya perbaikan.(17)

1) Antropometri

Antropometri yaitu ukuran tubuh manusia. Antropometri gizi berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi.(17)

Antropometri secara umum digunakan untuk melihat adanya ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan ini terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air di dalam tubuh. Ukuran yang sering digunakan untuk mengidentifikasi masalah kurang energi protein (KEP) diantaranya berat badan (BB), tinggi badan (TB), lingkaran lengan atas (LILA), lingkaran kepala (LK), lingkaran dada (LD), dan lapisan lemak bawah kulit (LLBK). dan yang paling sering digunakan adalah umur, berat badan (BB), tinggi badan (TB)

2) Klinis

Pemeriksaan klinis didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Dapat dilihat pada jaringan epitel (*Supervicial epithelial tissues*) seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid.(17)

3) Biokimia

Pemeriksaan specimen yang diuji secara laboratories yang dilakukan pada berbagai jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain darah, urin, tinja dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot.

4) Biofisik

Penentuan status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan. metode ini secara umum digunakan dalam situasi tertentu seperti kejadian buta senja epidemic (*epidemic of night blindness*). Cara yang digunakan adalah tes adaptasi gelap.

2.3.3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi

1. Faktor Langsung

1) Konsumsi Pangan

Penilaian konsumsi pangan rumah tangga atau secara perorangan merupakan cara pengamatan langsung yang dapat menggambarkan pola konsumsi penduduk menurut daerah, golongan sosial ekonomi dan sosial budaya. konsumsi pangan lebih sering digunakan sebagai salah satu teknik untuk memajukan tingkat keadaan gizi.

2) Infeksi

Penyakit infeksi dan keadaan gizi anak merupakan 2 hal yang saling mempengaruhi. dengan adanya infeksi, nafsu makan anak mulai menurun dan mengurangi konsumsi makanannya, sehingga berakibat berkurangnya zat gizi ke dalam tubuh anak. Dampak infeksi yang lain adalah muntah dan mengakibatkan kehilangan zat gizi. infeksi yang menyebabkan diare pada anak dan mengakibatkan cairan dan zat gizi didalam tubuh berkurang. kadang-kadang orang tua juga melakukan pembatasan makan akibat infeksi yang

diderita dan menyebabkan asupan zat gizi sangat kurang sekali bahkan bila berlanjut lama mengakibatkan terjadinya gizi buruk.(18)

2.Faktor Tidak Langsung

1) Tingkat Pendapatan

Tingkat pendapatan sangat menentukan bahan makanan yang akan dibeli.

Pendapatan merupakan faktor yang paing penting untuk menentukan kualitas dan kuantotas makanan, maka erat hubungannya dengan gizi.

2) Pengetahuan Gizi

Pengetahuan tentang gizi adalah kepandaian memilih makanan yang merupakan sumber zat-zat gizi dan kepandaian dalam mengolah bahan makanan.stayus gizi yang baik penting bagi kesehatan setiap orang, termasuk ibu hamil, ibu menyusui dan anaknya.pengetahuan gizi memegang peranan yang sangat penting dalam penggunaan dan pemilihan bahan makanan dengan baik sehingga dapat mencapai keadaan gizi yang seimbang.

3) Besar Keluarga

Beasar keluarga atau banyaknya anggota keluarga berhubungan erat dengan distribusi dalam jumlah ragam pangan yang dikonsumsi anggota keluarga.

2.3.4. Program Penanggulangan Gizi Buruk

2.3.4.1. 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, 2012:37). 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).

2.3.4.2. 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. (19)

2.3.4.3. 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. 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 sistematis 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.(19)

Tanda yang khas dari penyakit marasmus ini adalah berupa pembengkakan yang jika ditekan meleku, 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, lingkar kepala mengalami penurunan. Akibat kekurangan protein, anak-anak menjadi rendah kualitas otak dan fisiknya.(19)

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.(19)

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.(19)

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 yang menghawatirkan. Pada bayi atau anak yang kurang gizi, pertumbuhan jaringan otaknya akan terhambat.(19)

2.3.4.4. 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.(19)

2. Makanan Pendamping ASI (MP-ASI)

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. 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. MP-ASI lokal diberikan dalam 90 hari yang terbagi 3 tahap, yaitu :

- a. Pada saat pelaksanaan Posyandu (1x).
- b. Dua kali seminggu dalam kelompok sasaran (3x).
- c. Setiap hari dirumah masing-masing (sekitar 26 hari).
- d. 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
5. 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.

2.3.4.5. 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 :

- 1) 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.
- 2) Kasus gizi buruk yang telah ditegakkan diagnosisnya, selanjutnya dirujuk ke Puskesmas atau Rumah Sakit (bila memang diperlukan) untuk penanggulangan lebih lanjut.
- 3) 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
- 4) 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.
- 5) 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.

2.4. Tenaga Gizi Puskesmas

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.

2.4.1. 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.

2.4.2. Fungsi Manajemen Tenaga Gizi

1. Perencanaan

1. Merumuskan masalah gizi

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

- 3) Menetapkan volume kegiatan perlokasi
- 4) Menentukan tenaga pelaksana
- 5) Mengalokasikan sumber dan jumlah biaya yang tersedia.
- 6) Menentukan jadwal kegiatan yang akan dilaksanakan serta memperhatikan kegiatan terkait dari tingkat kabupaten atau kegiatan yang ada di Puskesmas.

1. 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.

2. Pengkoordinasian

5. Mengadakan kerjasama dan koordinasi lintas program dalam melaksanakan kegiatan gizi seperti petugas P2M, petugas Puskesmas atau bidan berupa perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program.
6. 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.

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

2.4.3. 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.

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.

2.5. Tupoksi Kinerja Petugas Gizi

Petugas pokok petugas gizi, konsultasi, perencana kebutuhan serta perencana kebutuhan serta penyusunan indeks bahan makanan sesuai aturan yang berlaku.

1. Melaksanakan pelayanan gizi.
2. Melatih kader gizi
3. Menerima konsultasi dibidang gizi
4. Melakukan komunikasi, edukasi dan informasi dibidang gizi
5. Menyusun standart dietik dan kecikupan gizi
6. Demo makanan sehat dan pemberian vitamin
7. Merencanakan pelaksanaan pemberian makanan tambahan anak sekolah (PMT-AS)
8. Menjelaskan tata cara pengisian dan penggunaan KMS.
9. Distribusi garam beryodium, tablet fed an obat cacing
10. Menyusun indeks bahan makanan, menghitung stok yodium dan membuat jadwal puskesmas keliling.
11. Membuat pencatatan dan pelaporan posyandu dan membuat laporan kegiatan bulanan program gizi.

2.6. SOP (*Standart Oprasional Prosedure*) Kinerja Petugas Gizi

Prosedur :

1. Petugas gizi menentukan sasaran
2. Petugas gizi menentukan jadwal penyuluhan
3. Petugas gizi meyiapkan materi yang akan dibawakan

4. Petugas gizi menentukan metode yang akan dibawakan
5. Petugas gizi memilih media
6. Petugas gizi melaksanakan penyuluhan
7. Petugas gizi mengevaluasi
8. Petugas gizi membuat dokumentasi kegiatan

Unit terkait posyandu dan puskesmas.

2.7. Job Desk Kinerja Petugas Gizi

1. Kepala instalasi Gizi

Bertugas membantu direktur medic merencanakan, melaksanakan kegiatan diinstalasi gizi

2. Kordinator unit-unit

Melaksanakan tugas mengkoordinasikan:

- 1) Perencanaan dan evaluasi pelayanan gizi
- 2) Pengawasan dan pengendalian gizi
- 3) Pengkajian data kasus
- 4) Penelitian dan pengembangan

3. Supervisor

Bertugas megawasi dan mengendalikan proses penyelenggaraan pelayanan gizi. Untuk dapat melaksanakan tugas diatas maka diperlukan tenaga-tenaga supervisor pengawas dengan klasifikasi pendidikan yang memenuhi kriteria berikut:

1. Rumah sakit kelas A
 - 1) Lulusan S1 gizi/kesehatan dengan pendidikan dasar D3 gizi

- 2) Lulusan D4 gizi atau serendah-rendahnya D3 gizi
 - 3) Lulusan D3 Perhotelan
2. Rumah Sakit Kelas B
- 1) Lulusan S1 gizi/kesehatan dengan pendidikan dasar D3 gizi
 - 2) Lulusan D4 gizi atau serendah-rendahnya D3 gizi
 - 3) Lulusan D3 Perhotelan

2.8. Analisis Kualitatif

Sesuai dengan pernyataan Bogdan & Biklen tentang analisis data penelitian kualitatif adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain.(20)

Perbedaan antara penelitian kualitatif dengan kuantitatif, bahwa pada penelitian kuantitatif proses analisis data tersebut dilakukan setelah data penelitian itu terkumpul di akhir penelitian, lain halnya dengan penelitian kualitatif bahwa terkumpulnya data dari awal hingga akhir penelitian dan tidak memiliki batasan waktu penelitian. Sehingga analisis data penelitian menurut Seiddel bahwa prosesnya berjalan sebagai berikut:

1. Mencatatapa yang dihasilkan di lapangan waktu melakukan penelitian, dengan hal itu diberi kode agar sumber datanya tetap dapat ditelusuri.
2. Mengumpulkan, memilah-milah, mengklasifikasikan, mensintesiskan, membuat ikhtisar, dan membuat indeksinya.

3. Berpikir, dengan jalan membuat agar kategori data itu mempunyai makna, mencari dan menemukan pola dan hubungan-hubungan, dan membuat temuan-temuan umum.

Selanjutnya menurut Janice Mc Drury menjelaskan terkait tahapan analisis data kualitatif adalah sebagai berikut:

1. Membaca/mempelajari data, menandai kata-kata kunci dan gagasan yang ada dalam data
2. Mempelajari kata-kata kunci itu, berupaya menemukan tema-tema yang berasal dari data
3. Menuliskan model yang ditemukan
4. Koding yang telah dilakukan

Adapun jika ditinjau modus dari analisis data tersebut, maka ada 3 pendekatan modus analisis data itu sendiri, yaitu: hermeneutic, semiotic, naratif dan metafor. Disini akan dijelaskan apa yang dimaksud dari ketiga modus tersebut sebagai berikut:

1. Hermeneutik

Pada dasarnya hermeneutik adalah landasan filosofi dan merupakan juga modus analisis data. Sebagai filosofi pada pemahaman manusia, hal itu menyediakan landasan filosofis untuk *interpretativisme*. Sebagai modus analisis hal itu berkaitan dengan pengertian data tekstual. Hermeneutik ini terutama berkaitan dengan pemaknaan suatu analog teks. Oleh karena itu, objek itu harus dalam bentuk teks atau analog teks, yang mana biasanya bersifat kabur, remang-remang, dan terkadang saling bertentangan antara yang

satu dengan lainnya. Hal ini sesuai dengan interpretasi itu sendiri yang memiliki tujuan agar yang tidak jelas menjadi jelas dalam suatu pemahaman.

2. Semiotik

Semiotik disini berkaitan dengan makna dari tanda dan simbol dalam bahasa. Gagasan penting adalah kata-kata atau tanda dapat ditugaskan terutama kepada kategori konseptual, dan kategori ini mempresentasikan aspek-aspek penting dari suatu teori yang akan diuji. Salah satu bentuk dari semiotik adalah analisis konten. Analisis konten itu sendiri adalah teknik penelitian yang digunakan untuk referensi yang replikabel dan valid dari data pada konteksnya. Adapun bentuk semiotik lainnya adalah analisis pembicaraan dan analisis wacana.

3. Naratif dan metafor

Naratif atau narasi yang dapat didefinisikan sebagai dongeng, ceritera, tayangan fakta, yang diceritakan pada orang pertama. Sedangkan metafora adalah aplikasi nama atau deskripsi frasa atau istilah pada suatu objek atau tindakan yang tidak diaplikasikan secara sebenarnya. Narasi dan metafora itu sendiri sejak lama telah menjadi istilah kunci dalam diskusi bahasa dan analisisnya. (20)

2.8.1. Ciri-Ciri Penelitian Kualitatif

Untuk lebih memahami mengenai penelitian kualitatif, berikut adalah ciri-ciri dasar yang perlu diketahui:

1. Bersifat deskriptif analitis, terlihat dari caranya mengumpulkan dan merekap data yang bukan dicatat dalam bentuk angka namun penjelasan sejelas-jelas dan sedalam-dalamnya.
2. Bersifat induktif, yaitu penelitian dimulai dari data atau fenomena yang ada di lapangan yang kemudian memunculkan teori.
3. Menggunakan teori yang sudah ada sebagai pedoman dan pendukung, karena meski berangkat dari data namun tetap saja teori digunakan sebagai fokus pembatas dari objek penelitian.
4. Berfokus pada makna yang terdapat dalam suatu fenomena yang diteliti, yang dapat digali dari persepsi objek penelitian.
5. Mengutamakan akan pentingnya proses penelitian yang berjalan, bukan semata mengacu pada hasil yang ingin dicapai.(21)

2.8.2. Jenis Penelitian Kualitatif

Berikut adalah jenis-jenis penelitian kualitatif yang biasa digunakan dalam penelitian ilmu sosial, termasuk ilmu komunikasi:

1. Fenomenologi

Jenis Metode Penelitian Kualitatif yang pertama adalah *fenomenologi*. Kata *fenomenologi* Berasal kata dari bahasa Yunani, *phainomenon* yang berarti penampakan diri dan *logos* yang berarti akal, studi *fenomenologi* merupakan penelitian yang mengkhususkan pada fenomena dan realitas yang tampak untuk mengkaji penjelasan di dalamnya. *Fenomenologi* sendiri memiliki dua makna yaitu sebagai filsafat sains dan juga metode penelitian, yang bertujuan mencari arti atau makna dari pengalaman yang ada dalam kehidupan.

Fenomenologi akan menggali data untuk menemukan makna dari hal-hal mendasar dan esensial dari fenomena, realitas, atau pengalaman yang dialami oleh objek penelitian.

Penelitian *fenomenologi* dapat dimulai dengan memperhatikan dan menelaah fokus fenomena yang hendak diteliti, yang melihat berbagai aspek subjektif dari perilaku objek. Kemudian, peneliti melakukan penggalian data berupa bagaimana pemaknaan objek dalam memberikan arti terhadap fenomena terkait. Penggalian data ini dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam kepada objek atau informan dalam penelitian, juga dengan melakukan observasi langsung mengenai bagaimana objek penelitian menginterpretasikan pengalamannya kepada orang lain.(21)

2. Etnografi

Berangkat dari dasar ilmu antropologi atau kajian budaya, *etnografi* merupakan metode penelitian yang melihat kajian bahasa dalam perilaku sosial dan komunikasi masyarakat dan bagaimana bahasa tersebut diterapkan berdasarkan konsep budaya yang terkait. Kajian *etnografi* memiliki dua dasar konsep yang menjadi landasan penelitian, yaitu aspek budaya (*antropologi*) dan bahasa (*linguistik*), dimana bahasa dipandang sebagai sistem penting yang berada dalam budaya masyarakat.(21)

Metode penelitian *etnografi* memiliki tujuan untuk mengkaji bentuk dan fungsi bahasa yang tersedia dalam budaya serta digunakan untuk berkomunikasi individu di dalamnya, serta melihat bagaimana bentuk dan fungsi bahasa tersebut menjadi bagian dari kehidupan masyarakat. Selain itu,

metode etnografi juga menginterpretasikan kelompok sosial, sistem yang berlaku dan peran yang dijalankan, serta interaksi sosial yang terjadi dalam suatu masyarakat. Metode etnografi biasanya digunakan untuk berfokus pada kegiatan atau ritual tertentu dalam masyarakat, bahasa, kepercayaan, cara-cara hidup, dan lain sebagainya.

3. Studi Kasus

Sesuai dengan namanya, metode penelitian studi kasus meneliti suatu kasus atau fenomena tertentu yang ada dalam masyarakat yang dilakukan secara mendalam untuk mempelajari latar belakang, keadaan, dan interaksi yang terjadi. Studi kasus dilakukan pada suatu kesatuan sistem yang bisa berupa suatu program, kegiatan, peristiwa, atau sekelompok individu yang ada pada keadaan atau kondisi tertentu. Karena khusus meneliti suatu hal atau sistem tertentu, penelitian studi kasus bukanlah dilakukan untuk menarik kesimpulan terhadap fenomena dari suatu populasi atau kumpulan tertentu melainkan khusus untuk kejadian atau fenomena yang diteliti saja. Meski mencakup satu kesatuan sistem, penelitian studi kasus tidak harus meneliti satu orang atau individu saja, namun bisa dengan beberapa orang atau objek yang memiliki satu kesatuan fokus fenomena yang akan diteliti. Untuk mendapatkan data yang mendalam, penelitian studi kasus menggunakan teknik wawancara, observasi, sekaligus studi dokumenter yang kemudian akan dianalisis menjadi suatu teori. Studi kasus akan memahami, menelaah, dan kemudian menafsirkan makna yang didapat dari fenomena yang diteliti tersebut.(21)

4. Metode Historis

Penelitian selanjutnya adalah metode historis, yaitu penelitian yang memiliki fokus penelitian berupa peristiwa-peristiwa yang sudah berlalu dan melakukan rekonstruksi masa lalu dengan sumber data atau saksi sejarah yang masih ada hingga saat ini. Sumber data tersebut bisa diperoleh dari berbagai catatan sejarah, artifak, laporan verbal, maupun saksi hidup yang dapat dipertanggungjawabkan kebenaran persaksiannya. Karena mengkaji peristiwa yang sudah berlalu, ciri khas dari penelitian historis adalah waktu; dimana fenomena dilihat perkembangan atau perubahannya berdasarkan pergeseran waktu. Ciri lain dari metode historis adalah kajian penelitian lebih banyak bergantung pada data observasi orang lain yang sudah terlebih dahulu melakukan penelitian, bukan hanya data observasi milik peneliti itu sendiri. Selain itu, sumber data yang digunakan haruslah bersifat objektif, sistematis, akurat, serta otentik yang dapat dipertanggungjawabkan kebenarannya serta berasal dari sumber yang tepat. Karena metode historis memiliki konsep dasar waktu, perlu diperhatikan dengan lebih teliti mengenai urutan peristiwa dan waktu-waktunya dengan detail dan jelas.

5. Metode Teori Dasar (*Grounded Theory*)

Metode teori dasar merupakan penelitian yang dilakukan untuk menemukan suatu teori atau menguatkan teori yang sudah ada dengan mengkaji prinsip dan kaidah dasar yang ada lalu dibuat kesimpulan dasar yang membentuk prinsip dasar dari suatu teori. Dalam melakukan metode ini, peneliti perlu memilah

mana fenomena yang dapat dikatakan fenomena inti dan mana yang bukan untuk dapat diambil dan dibentuk suatu teori.

Pengumpulan data metode teori dasar ini dilakukan dengan studi lapangan, observasi, perbandingan antara kategori, fenomena, dan situasi berdasarkan berbagai penilaian, seperti kajian induktif, deduktif, dan verifikasi hingga datanya bersifat jenuh.

Dalam penelitian ini, peneliti akan menggunakan metode kualitatif studi kasus dan metode teori dasar yaitu meneliti suatu kasus atau fenomena tertentu yang ada dalam masyarakat yang dilakukan secara mendalam untuk mempelajari latar belakang, keadaan, dan interaksi yang terjadi. Studi kasus dilakukan pada suatu kesatuan sistem yang bisa berupa suatu program, kegiatan, peristiwa, atau sekelompok individu yang ada pada keadaan atau kondisi tertentu. Sedangkan metode teori dasar, yaitu suatu teori atau menguatkan teori yang sudah ada dengan mengkaji prinsip dan kaidah dasar yang ada lalu dibuat kesimpulan dasar yang membentuk prinsip dasar dari suatu teori. Dalam melakukan metode ini, peneliti perlu memilah mana fenomena yang dapat dikatakan fenomena inti dan mana yang bukan untuk dapat diambil dan dibentuk suatu teori. Pengumpulan data metode teori dasar ini dilakukan dengan studi lapangan, observasi, perbandingan antara kategori, fenomena, dan situasi berdasarkan berbagai penilaian, seperti kajian induktif, deduktif, dan verifikasi hingga datanya bersifat jenuh.

2.8.3. Tujuan Penelitian Kualitatif

Tujuan penelitian kualitatif adalah untuk menjelaskan suatu fenomena dengan sedalam-dalamnya dengan cara pengumpulan data sedalam-dalamnya pula, yang menunjukkan pentingnya kedalaman dan detail suatu data yang diteliti. Pada penelitian kualitatif, semakin mendalam, teliti, dan terdali suatu data yang didapatkan maka dapat dikatakan semakin baik pula kualitas penelitian. Namun dari segi jumlah responden atau objek penelitian, kualitatif memiliki objek yang lebih sedikit dibanding kuantitatif karena lebih mengedepankan kedalaman data bukan kuantitas data. Karena penelitian mendalam pada objek tertentu yang telah dipilih dan jumlahnya terbatas, penelitian kualitatif cenderung bersifat subjektif serta tak dapat digeneralisasi secara umum. Penelitian kualitatif pada prakteknya banyak menggunakan metode wawancara dan observasi dalam proses pengumpulan data di lapangan. Peneliti dalam penelitian kualitatif sering terlibat langsung dalam proses penelitian terutama observasi lapangan. Wawancara juga dilakukan secara mendalam baik melalui wawancara individu atau *focus group discussion* (FGD).

2.8.4. Teknik Validasi Data

Data yang telah berhasil diperoleh pada lokasi penelitian, dikumpulkan dan dicatat dalam penelitian, diusahakan bukan hanya kedalaman dan kebenarannya tetapi juga bagi kemantapan dan ketepatannya, untuk mendapatkan data yang valid, dalam penelitian ini dilakukan triangulasi sumber data melalui wawancara mendalam kepada informan utama dan informan triangulasi.(23)

1. Triangulasi Metode

Dilakukan dengan cara membandingkan informasi atau data dengan cara yang berdeda. Sebagaimana dikenal, dalam penelitian kualitatif peneliti menggunakan metode wawancara, observasi, dan survei. Untuk memperoleh kebenaran informasi yang handal dan gambaran yang utuh mengenai informasi tertentu, peneliti bisa menggunakan metode wawancara bebas dan wawancara terstruktur. Atau, peneliti menggunakan wawancara dan observasi atau pengamatan untuk mengecek kebenarannya. Selain itu, peneliti juga bisa menggunakan informan yang berbeda untuk mengecek kebenaran informasi tersebut. Melalui berbagai perspektif atau pandangan diharapkan diperoleh hasil yang mendekati kebenaran. Karena itu, triangulasi tahap ini dilakukan jika data atau informasi yang diperoleh dari subjek atau informan penelitian diragukan kebenarannya. Dengan demikian, jika data itu sudah jelas, misalnya berupa teks atau naskah/transkrip film, novel dan sejenisnya, triangulasi tidak perlu dilakukan. Namun demikian, triangulasi aspek lainnya tetap dilakukan.

2. Triangulasi Antar-Peneliti

Dilakukan dengan cara menggunakan lebih dari satu orang dalam pengumpulan dan analisis data. Teknik ini diakui memperkaya khasanah pengetahuan mengenai informasi yang digali dari subjek penelitian. Tetapi perlu diperhatikan bahwa orang yang diajak menggali data itu harus yang telah memiliki pengalaman penelitian dan bebas dari konflik kepentingan agar tidak justru merugikan peneliti dan melahirkan bias baru dari triangulasi.

3. Triangulasi Sumber Data

Menggali kebenaran informasi tertentu melalui berbagai metode dan sumber perolehan data. Misalnya, selain melalui wawancara dan observasi, peneliti bisa menggunakan observasi terlibat (*participant observation*), dokumen tertulis, arsip, dokumen sejarah, catatan resmi, catatan atau tulisan pribadi dan gambar atau foto. Tentu masing-masing cara itu akan menghasilkan bukti atau data yang berbeda, yang selanjutnya akan memberikan pandangan yang berbeda pula mengenai fenomena yang diteliti. Berbagai pandangan itu akan melahirkan keluasan pengetahuan untuk memperoleh kebenaran handal.

4. Triangulasi Teori.

Hasil akhir penelitian kualitatif berupa sebuah rumusan informasi atau *thesis statement*. Informasi tersebut selanjutnya dibandingkan dengan perspektif teori yang relevan untuk menghindari bias individual peneliti atas temuan atau kesimpulan yang dihasilkan. Selain itu, triangulasi teori dapat meningkatkan kedalaman pemahaman asalkan peneliti mampu menggali pengetahuan teoretik secara mendalam atas hasil analisis data yang telah diperoleh. Diakui tahap ini paling sulit sebab peneliti dituntut memiliki expert judgement ketika membandingkan temuannya dengan perspektif tertentu, lebih-lebih jika perbandingannya menunjukkan hasil yang jauh berbeda.

Dalam penelitian ini, peneliti akan menggunakan teknik triangulasi sumber data, yaitu cara membandingkan dan memeriksa kembali derajat kepercayaan suatu informasi atau data yang telah diperoleh melalui wawancara dengan data sekunder berupa dokumen-dokumen terkait, dan hasil observasi. Dari sini, peneliti

akan sampai pada salah satu kemungkinan: data yang diperoleh ternyata konsisten, tidak konsisten, atau berlawanan. Dengan cara seperti ini peneliti kemudian dapat mengungkapkan gambaran yang lebih memadai (beragam perspektif) mengenai gejala yang diteliti.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan studi kasus yaitu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif, dengan metode wawancara semi terstruktur yaitu jenis wawancara yang sudah termasuk dalam kategori *in depth interview* yang direkam menggunakan *tape recorder* dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan wawancara terstruktur.(22)

3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Aceh Singkil tahun 2018.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan dari bulan Januari – Agustus 2018 yang dimulai dari proses pengajuan judul, survey awal, pengambilan data, analisis data dan penyusunan akhir tesis.

3.3 Informan

Informan dalam penelitian ini terdiri dari informan utama sebanyak 4 (empat) orang dan informan triangulasi sebanyak 3 (tiga) orang, informan utama adalah ibu balita yang mengalami gizi buruk sebanyak 2 (dua) orang dan suami.

Adapun informan triangulasi terdiri dari tenaga Petugas Gizi 1 (satu) orang dan tenaga Bidan 2 (dua) orang.

3.4. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara mendalam dilakukan untuk mengumpulkan data tentang kinerja petugas gizi tentang upaya penurunan kasus gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Aceh singkil Tahun 2018.
2. Observasi dilakukan dengan mengamati seluruh rangkaian kinerja petugas gizi tentang upaya penurunan kasus gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Aceh singkil Tahun 2018.
3. Telaah Dokumen dilakukan dengan mengumpulkan catatan tertulis tentang kinerja petugas gizi tentang upaya penurunan kasus gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas aceh singkil Tahun 2018.