

# STRATEGI PENINGKATAN STATUS GIZI BALITA DI KABUPATEN BATANG (UPAYA MENURUNKAN ANGKA KEJADIAN GIZI BURUK)

Wahyuningsih dan Teguh Irawan  
Universitas Pekalongan

## SARI

Masalah gizi balita di Indonesia sampai saat ini masih menjadi masalah utama yang sulit untuk dipecahkan. Pada Tahun 2016 jumlah balita yang ditimbang sebanyak 48.737 (81,75%) dari jumlah balita yang ada (59.238) terdapat 798 Balita Gizi Buruk. (1,64%), meningkat bila dibandingkan dengan Tahun 2015 sebanyak 233 balita gizi buruk. Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan strategi peningkatan status gizi balita dalam upaya penanggulangan Gizi buruk pada balita di Kabupaten Batang.

Jenis penelitian *exploratory research* dengan pendekatan kualitatif yang didukung dengan data statistik dengan *triangulasi* sumber melalui *indepth interview* pada informan utama, dan informan pendamping. Instrumen penelitian menggunakan *guidence interviewing*.

Strategi prioritas yang dapat dirumuskan untuk meningkatkan status gizi pada balita adalah pelatihan pengolahan PMT berbasis pangan lokal kepada kader dan ibu balita, melibatkan peran serta aktif tokoh masyarakat, tokoh agama, dan kelompok potensial lainnya, penguatan ekonomi berbasis keluarga, kerja sama dengan lintas sektor (perguruan tinggi dalam memberikan pelatihan atau penyuluhan), penambahan petugas gizi terutama pada puskesmas rawat inap.

Berdasarkan hasil kajian hal yang harus diperhatikan oleh pemerintah daerah selaku pengambil kebijakan adalah meningkatkan komitmen pemerintah bersama masyarakat dengan bekerjasama dan membangun komunikasi efektif dalam upaya penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Batang.

**Kata Kunci:** Strategi, Balita, Gizi Buruk, PMT, Program.

## ABSTRACT

*Nutrition problems in Indonesia are still a major problem that is difficult to solve. In 2016, the number of children under five who were weighed as many as 48,737 (81,75%) from the number of children under five (59,238) were 798 Balita.(1.64%), increasing when compared to 2015 as many as 233 severely underweight balita.. This study aims to develop strategies to improve the nutritional status of children under five in the effort to overcome severely underweight Balita in Batang Regency.*

*Type of research is exploratory research with qualitative approach supported by statistical data with triangulation of source through in-depth interview on main informant, and counter informant. The research instrument used Guidance interviewing.*

*Priority strategies that can be formulated to improve the nutritional status of children under five are local food-based PMT treatment training for Kader and mothers, involving the active participation of community leaders, religious leaders and other potential groups, strengthening family-based economy, cooperation with cross-sectoral (College in providing training or counseling), addition of Nutrition officer especially at puskesmas Inpatient.*

*Based on the result of the study, the local government should consider the government's commitment to work together and build effective communication in the effort to overcome malnutrition in Batang Regency.*

**Keywords:** Strategy, Balita, Severely Underweight, PMT, Program.

## PENDAHULUAN

Dewasa ini negara Indonesia dikejutkan dengan adanya data terbaru dari *Administrator United Nations Development Programme (UNDP)* yang menyatakan bahwa peringkat IPM negara Indonesia menurun 3 poin dari tahun lalu. Tahun 2015 pada peringkat 110 menjadi peringkat 113 pada Tahun 2016. Hal ini menjadi miris ketika pemerintah selama ini telah membuat kebijakan-kebijakan yang mendukung menaikkan indeks pembangunan manusia saja, tetapi juga memastikan bahwa setiap kenaikan IPM mampu menjangkau seluruh penduduk dan keluarga Indonesia benar-benar mengalami peningkatan kualitas dan merasakan manfaat pembangunan manusia. Masalah gizi di Indonesia sampai saat ini masih menjadi masalah utama yang sulit untuk dipecahkan karena masalah tersebut tidak hanya dipengaruhi oleh beberapa faktor saja melainkan multidimensional faktor. Masalah ini merupakan masalah kesehatan yang tersembunyi dan mempengaruhi tingginya angka kematian bayi dan balita di Indonesia (Jaringan informasi pangan dan gizi, 2005). Menurut Profil Indonesia Tahun 2015-2016 persentase balita kurus BB/TB di Jawa Tengah meningkat yang tadinya 7,7% menjadi 8,1% di Tahun 2016, dimana angka ini hampir diangka rata-rata Indonesia sebesar 8,7%. (Pusat Data Informasi Gizi, 2015). Tercatat sebanyak 1074 balita terkena gizi buruk (BB/TB) di Jawa Tengah pada tri wulan ke 2 Tahun 2016 ini, angka ini masih dimungkinkan bertambah apabila penyebabnya tidak segera diatasi.

Menurut data dari dinas kesehatan provinsi jawa tengah sebanyak 1074 kasus balita menderita gizi buruk. Salah satunya Kabupaten Batang masuk dalam 10 besar kabupaten yang memiliki balita gizi buruk terbanyak selain Pekalongan dan Tegal. Berdasarkan hasil penimbangan bulanan

pada tahun 2016 jumlah balita yang ditimbang sebanyak 48.737 (81,75%) dari jumlah balita yang ada (59.238) terdapat 798 Balita Gizi Buruk (Bawah Garis Merah/BGM) (1,64%), meningkat bila dibandingkan dengan tahun 2015 sebanyak 233 balita BGM (Dinkes Batang, 2016).

Data Pemantauan Status Gizi (PSG) 2016, pada kategori balita kurus, dengan prevalensi yang seharusnya <5%, presentase Balita kurus Provinsi Jawa Tengah adalah 9,6% yang didalamnya termasuk Kabupaten Batang yang memiliki angka persentase cukup tinggi yaitu sebesar 8,8%. Kasus gizi buruk di Batang melebihi rata-rata Provinsi Jawa Tengah. Angka rata-rata di Kabupaten Batang yang kurang gizi sebesar 19 persen, sedangkan angka rata-rata di Jawa Tengah 16 persen. Dari semua kasus BGM dan 2T yang dikonfirmasi ststus gizi dengan berat badan menurut tinggi badan, maka gizi buruk dengan indikator berat badan menurut tinggi badan sebanyak 120 balita (0,25%), meningkat bila dibandingkan Tahun 2015 sebanyak 117 balita (0,25%). Kajian mengenai upaya penanggulangan gizi buruk dianggap diperlukan mengingat masih banyaknya penderita gizi buruk yang ada di Kabupaten Batang. Oleh karena itu sangatlah penting diteliti terkait program penanggulangan yang telah dilakukan untuk ikut serta menanggulangi dan memperkecil resiko dampak yang ditimbulkan akibat dari gizi buruk balita ini sehingga peneliti tertarik mengambil judul “Strategi Peningkatan Status Gizi Balita di Kabupaten Batang: Upaya Menurunkan Angka Kejadian Gizi Buruk ” Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengembangkan strategi peningkatan status gizi balita dalam upaya penanggulangan Gizi buruk pada balita di Kabupaten Batang.

## Landasan Teori

Gizi buruk adalah kekurangan gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dari makanan sehari-hari dibanding kebutuhan dan terjadi dalam jangka waktu yang lama. Gizi buruk diketahui dengan cara pengukuran antropometri yaitu berat badan (BB) menurut tinggi badan (TB) atau umur dibanding dengan standar, dengan atau tanpa tanda-tanda klinis (*marasmus*, *kwashiorkor*, dan *marasmus-kwashiorkor*). Batas gizi buruk ada balita adalah kurang dari  $-3,0$  SD standar baku WHO (Persagi, 2009).

Klasifikasi gizi buruk dilihat berdasarkan gejala klinisnya gizi buruk dapat dibagi menjadi 3 yaitu sebagai berikut: (a) *Marasmus*, merupakan salah satu bentuk gizi buruk yang paling sering ditemukan pada balita. Hal ini merupakan hasil akhir dari tingkat keparahan gizi buruk. Gejala *marasmus* antara lain anak tampak kurus, rambut tipis dan jarang, kulit keriput yang disebabkan karena lemak di bawah kulit berkurang, muka seperti orang tua (berkerut), balita cengeng dan rewel meskipun setelah makan, bokong *baggy pant* dan iga gambang; (b) *Kwashiorkor* adalah suatu bentuk malnutrisi protein yang berat disebabkan oleh asupan karbohidrat yang normal atau tinggi dan asupan protein yang adekuat. Hal ini seperti *marasmus*, *kwashiorkor* juga merupakan hasil akhir dari tingkat keparahan gizi buruk. Tanda khas *kwashiorkor* antara lain pertumbuhan terganggu, perubahan mental, pada sebagian besar penderita ditemukan oedema baik ringan maupun berat, gejala gastrointestinal, rambut kepala mudah dicabut, kulit penderita biasanya kering dengan menunjukkan garis-garis kulit yang lebih mendalam dan lebar, sering ditemukan hiperpigmentasi dan persikan kulit, pembesaran hati, anemia ringan,

pada biopsi hati ditemukan perlemakan; (c) *Marasmiks-Kwashiorkor* gejala klinisnya merupakan campuran dari beberapa gejala klinis antara kwashiorkor dan marasmus dengan Berat Badan (BB) menurut umur (U)  $<60\%$  baku median WHO-NCHS yang disertai oedema yang tidak mencolok.

Masa balita merupakan salah satu kelompok yang beresiko tinggi terkena suatu penyakit. Gangguan gizi pada masa balita merupakan dampak kumulatif dari berbagai faktor yang berpengaruh langsung ataupun tidak langsung terhadap gizi balita. Keadaan gizi buruk pada balita dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangannya yang akan sulit disembuhkan. Oleh karena itu, balita yang menderita gizi buruk kemampuan untuk belajar dan beraktifitas akan lebih terbatas dibandingkan anak yang normal. Menurut penelitian bahwa anak yang memiliki status gizi kurang atau buruk (*underweight*) berdasarkan pengukuran berat badan menurut umur (BB/U) dan berdasarkan (TB/U) yang sangat rendah dibanding standar WHO mempunyai resiko kehilangan tingkat kecerdasan atau IQ sebesar 10-15 point (Depkes RI, 2009).

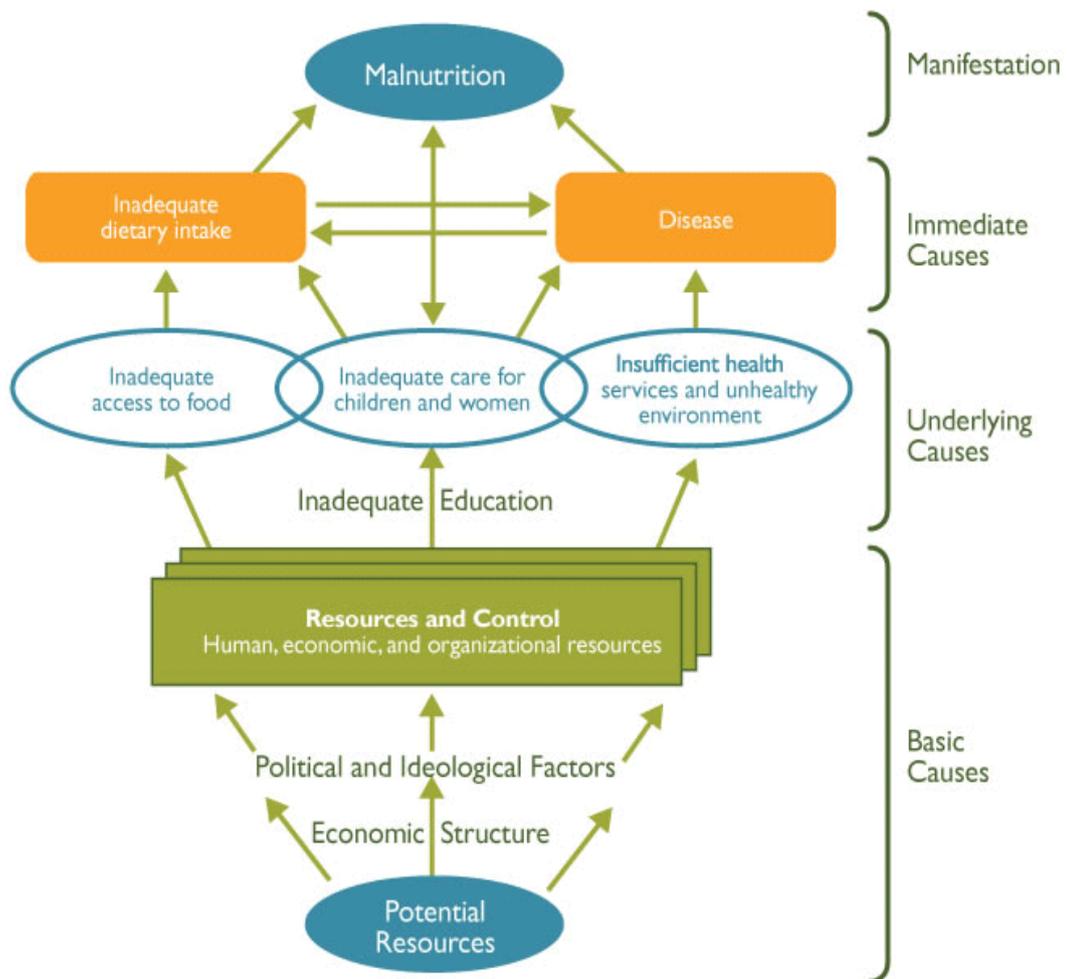
Penyebab gizi buruk salah satunya adalah ketidakmampuan memenuhi kebutuhan pangan dalam rumahtangga terutama pada ibu hamil dan anak balita akan berakibat pada kekurangan gizi yang berdampak pada lahirnya generasi muda yang tidak berkualitas. Apabila masalah ini tidak diatasi maka dalam jangka menengah dan panjang akan terjadi kehilangan generasi (*lost generation*) yang dapat mengganggu kelangsungan berbagai kepentingan bangsa dan negara. Gizi kurang/gizi buruk pada balita dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang kemudian diklasifikasikan sebagai penyebab langsung (determinan dekat) dan penyebab tidak langsung (determinan jauh). Gizi kurang secara langsung

disebabkan oleh kurangnya konsumsi makanan (intake zat gizi) dan adanya penyakit infeksi. Makin bertambah usia anak maka makin bertambah pula kebutuhannya.

Penyebab tidak langsung (determinan jauh) yaitu ketahanan pangan di keluarga, pola pengasuhan anak, serta pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan. Rendahnya ketahanan pangan rumah tangga, pola asuh anak yang tidak memadai, kurangnya sanitasi lingkungan serta pelayanan kesehatan yang tidak memadai merupakan tiga faktor yang

saling berhubungan. Makin tersedia air bersih yang cukup untuk keluarga serta makin dekat jangkauan keluarga terhadap pelayanan dan sarana kesehatan, ditambah dengan pemahaman ibu tentang kesehatan, makin kecil resiko anak terkena penyakit dan kekurangan gizi. Sedangkan penyebab mendasar atau akar masalah gizi di atas adalah terjadinya krisis ekonomi, politik dan sosial termasuk bencana alam, yang mempengaruhi ketidakseimbangan antara asupan makanan dan adanya penyakit infeksi, yang pada akhirnya mempengaruhi status gizi balita (Soekirman, 2000)

Gambar 1. Kerangka Teori Jaring-Jaring Penyebab Masalah (UNICEF)

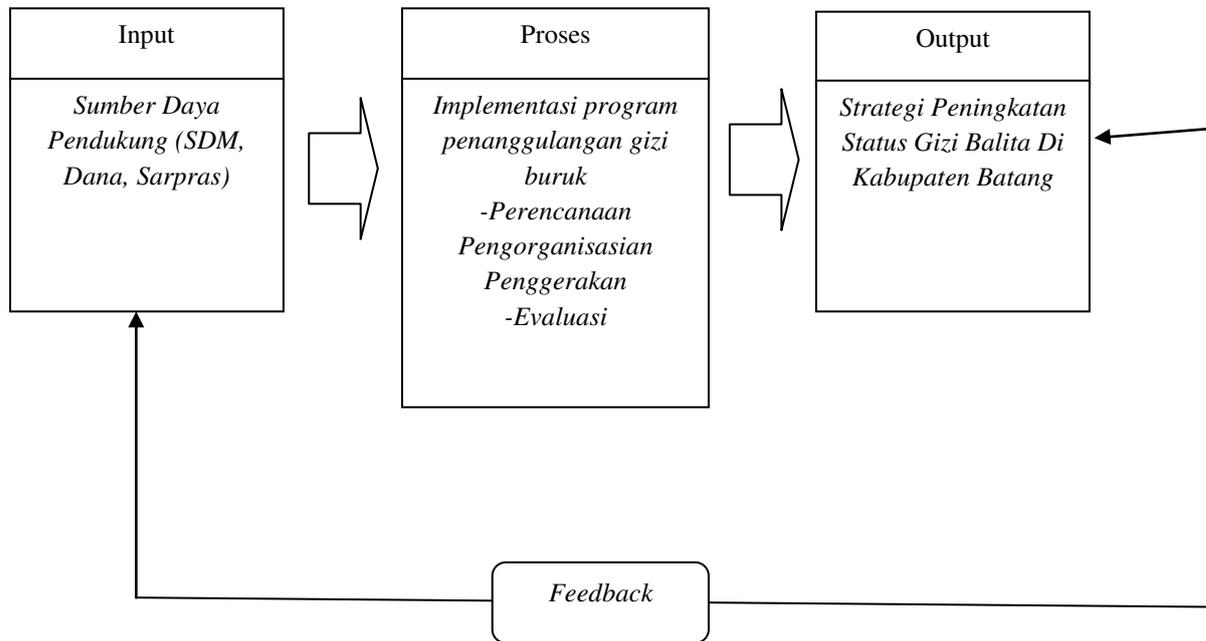


## METODE PENELITIAN

Kerangka konsep penelitian strategi peningkatan status gizi balita di Kabupaten

Batang dalam upaya penanggulangan gizi buruk yang diformulasikan dalam kerangka konsep sebagai berikut:

Gambar 2. Input, Proses dan Output.



Fokus penelitian ini memuat variable Input (sumber daya pendukung), Variabel Proses, memuat: perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan evaluasi, sedangkan variable output berupa Strategi peningkatan status gizi balita dan *outcome* berupa menurunkan angka gizi buruk.

Subyek penelitian mencakup informan utama dan pendamping. Informan utama: pemegang program gizi di Dinas Kesehatan Kabupaten Batang, petugas gizi di puskesmas terpilih dan Informan triangulasi adalah masyarakat yang terpapar program.

Desain penelitian ini menggunakan desain penelitian *exploratory research* dengan pendekatan kualitatif yang didukung dengan data statistik dengan *triangulasi* sumber melalui *indepth interview*. Instrumen penelitian menggunakan *guidence interviewing*.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Gambaran Umum Program Gizi di Puskesmas Kabupaten Batang

Puskesmas adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bertanggungjawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya pada satu atau bagian wilayah kecamatan. Fungsi puskesmas adalah sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan pusat pelayanan kesehatan strata pertama. Puskesmas di wilayah Kabupaten Batang sudah berstatus BLUD mandiri dari segi perencanaan, implementasi utamanya dalam pola pengelolaan keuangan yang diharapkan dengan status BLUD mandiri ini puskesmas dapat secara maksimal memberikan pelayanan kepada masyarakat. Puskesmas yang tersebar di wilayah kabupaten Batang ini terbagi menjadi 21 puskesmas yang terdiri dari 17 puskesmas non perawatan dan 4 puskesmas perawatan.

## Skema 1. Analisis *Existing* Berdasarkan Indikator Input

### A. Analisis *Existing* Berdasarkan Indikator Input

#### 1. Pemenuhan SDM

Berdasarkan jawaban informan utama pada pertanyaan indikator input, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

##### a. Kualifikasi

Kualifikasi pemegang program gizi di Dinas Kesehatan Kabupaten Batang memiliki *basic* keilmuan gizi, sedangkan 4 dari 7 tenaga gizi puskesmas juga memiliki kualifikasi yang linear (ahli madya gizi), sisanya sebanyak 3 tenaga gizi puskesmas. berasal dari keilmuan yang berbeda yakni bidan.

Dalam mendukung terlaksananya program di puskesmas harus memiliki SDM yang sesuai dengan kualifikasi yang dipersyaratkan pemerintah sesuai bidangnya. Untuk tenaga gizi dipuskesmas, menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2013 menyatakan bahwa segala sesuatu yang berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan gizi harus dilaksanakan oleh tenaga gizi dalam melaksanakan pelayanan dan praktik pelayanan gizi berdasarkan kualifikasinya.

##### b. Rasio

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan, bahwa dari 7 informan utama secara umum rasio pemenuhan tenaga gizi 1 petugas membawahi 6 sampai 20 Desa dengan 27 hingga 89 Posyandu. Pada puskesmas dengan 2 tipe yakni, non rawat inap dan rawat inap juga memiliki hanya satu petugas gizi.

Menurut Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat menjelaskan bahwa standar ketenagaan puskesmas tipe rawat inap perkotaan 31 orang, dengan tenaga gizi sebanyak 2 orang. Untuk yang di pedesaan 27 orang dengan tenaga gizi 2 orang, untuk puskesmas terpencil dan sangat terpencil 27 orang, tenaga gizi 2 orang.

##### c. Hambatan

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan bahwa kendala secara umum yang dialami terkait pemenuhan SDM adalah kekurangan tenaga untuk menjalankan program gizi dikarenakan satu petugas membawahi sampai 20 desa dengan 89 posyandu, adanya *double job* karena menjalankan 2 tupoksi ganda.

#### 2. Dana

Berdasarkan jawaban informan utama dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

##### a. Potensi Pembiayaan

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan bahwa potensi pembiayaan program gizi diperoleh dari APBN, APBD dan BOK dan adapun potensi lain pemenuhan gizi balita diperoleh dari swadaya masyarakat melalui PMT bulanan di Posyandu.

Dalam potensi pembiayaan program terutama program gizi bersumber dari dana APBN, APBD 1, APBD 2, BOK, namun dalam implementasi dan efektifitasnya perlu dibenahi. Terkadang yang menjadi permasalahan adalah pencairan dana sering telat karena masalah birokrasi yang juga berimbas pada pelaksanaan program serta pendistribusian bantuan penanggulangan kasus gizi buruk.

b. Prosedur Utilisasi Anggaran

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan bahwa perencanaan penggunaan anggaran dirumuskan di akhir tahun yang akan diimplementasikan di awal tahun berikutnya, untuk utilisasi anggaran ke puskesmas yang bersumber dari dana APBN diwujudkan dalam bentuk MP ASI kepada balita kurus dan sangat kurus, sedangkan APBD diwujudkan dalam bentuk biskuit, serta BOK dalam utilisasi dilapangan menyesuaikan kebutuhan sasaran (balita).

Mekanisme utilisasi anggaran untuk program di puskesmas dirumuskan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Batang diakhir tahun yang kemudian diimplementasikan di awal tahun berikutnya. Khusus untuk program penanggulangan gizi buruk utilisasi anggaran yang dikucurkan langsung oleh APBN sudah dalam bentuk bantuan PMT yakni biskuit dan susu, sedangkan untuk dana yang bersumber dari BOK, BOK turun dari APBN melalui Kementerian Kesehatan untuk dialokasikan kepada pemda kota/kabupaten. Selanjutnya pemda meneruskan ke dinkes kabupaten/kota selaku kuasa pengguna anggaran untuk kemudian diteruskan ke puskesmas.

c. Hambatan

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan bahwa kendala yang dialami berkaitan dengan penyediaan/*dropping* MP ASI tidak bisa diperkirakan waktunya, sedangkan untuk distribusi kepada sasaran tidak diperbolehkan bersamaan dengan dana BOK.

3. Sarana Prasarana

Berdasarkan jawaban informan utama dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan bahwa sarana prasarana yang difasilitasi dinas melalui posyandu dan beberapa peralatan pengukuran antropometri.

**B. Analisis Existing Berdasarkan Indikator Proses**

Analisis kondisi saat ini berdasarkan indikator proses meliputi empat indikator, dari empat indikator diatas tersaji dalam tabel dibawah ini:

1. Perencanaan

a. Pola perencanaan

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan dari semua informan, perumusan *Plan of Action* program gizi dilakukan di akhir tahun yang kemudian POA tersebut disosialisasikan ke masing-masing puskesmas di awal tahun yang kemudian puskesmas mengembangkan perencanaan untuk

teknis pelaksanaan kegiatan dilapangan yang selanjutnya dilaporkan ke dinas kesehatan untuk setuju.

Perencanaan Tingkat Puskesmas (PTP) atau disebut perencanaan mikro (*micro planning*) merupakan salah satu fungsi manajemen puskesmas. Bersama dengan mini lokakarya dan stratifikasi puskesmas, ketiganya sebagai alat melaksanakan fungsi pengelolaan manajemen puskesmas. Ditingkat puskesmas dalam melakukan perencanaan yang memasuki tahap Pelaksanaan Kegiatan (RPK) adalah adanya POA. POA ini disusun setelah diterimanya alokasi dana yang diberikan oleh pemerintah daerah ke puskesmas. Baru setelah itu puskesmas menelaah ulang tentang usulan kegiatan dalam memantapkan pengecekan pelaksanaan kegiatan atau penjadwalan teknis kegiatan.

b. Pihak yang Terlibat

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan dari semua informan, bahwa dalam perencanaan kegiatan terutama program gizi melibatkan seluruh jajaran puskesmas dengan kepala puskesmas sebagai pengambil keputusan akhir yang akan didelegasikan kepada pemegang program gizi di puskesmas.

Dalam penyusunan perencanaan tingkat puskesmas, pihak yang terlibat dalam proses ini adalah seluruh elemen puskesmas termasuk pemegang program yang ada di puskesmas dengan kepala puskesmas sebagai pengambil keputusan akhir yang akan didelegasikan kepada pemegang program gizi di puskesmas.

c. Kendala

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan dari semua informan, bahwa terkadang terdapat program baru dari pemerintah yang harus dilaksanakan padahal tidak direncanakan dari awal dan permasalahan tersebut bersifat *general*, meskipun diwilayah kerja puskesmas tertentu tidak menjadi permasalahan.

2. Pengorganisasian

a. Struktur Pelaksana Program

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan dari semua informan, bahwa kepala puskesmas sebagai penanggungjawab dan pengambil keputusan utama, pelaksanaan program terutama gizi dilakukan dengan berkoordinasi dengan lintas program lain seperti program KIA dan UKM.

Dalam pelaksanaan program gizi di puskesmas, pelaksana utama adalah tenaga gizi yang berkoordinasi dengan petugas lintas program yang lain seperti Bidan Desa, petugas UKM/Promkes, Sanitarian dengan kepala puskesmas sebagai penanggungjawab.

b. Pengaturan *Job Description*

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan bahwa dalam pengaturan *jobdesk* secara teknis diatur sesuai tugas pokok dan fungsi masing-masing

program serta analisis jabatan sesuai keahlian masing-masing personil dan dibahas kembali dalam lokakarya mini yang dilakukan setiap satu bulan sekali. Untuk tugas pokok dan fungsi tenaga gizi di puskesmas tidak jarang atau bahkan sering adanya *double job* minimal 2 peran. Seperti tenaga gizi merangkap bendahara BOK, tenaga gizi merangkap bidan pelaksana tugas.

Dalam pengaturan job deskripsi pada masing-masing pemegang program disesuaikan dengan tugas pokok dan fungsi masing-masing dan analisis jabatan sesuai keahlian individu begitu pula tenaga gizi di puskesmas, tetapi tak jarang atau bahkan sering tenaga gizi memiliki peran ganda dalam menjalankan tugasnya. Seperti tenaga gizi merangkap bendahara BOK, tenaga gizi merangkap bidan pelaksana tugas. Keadaan ini memungkinkan tenaga gizi tersebut beresiko tidak menjalankan tugas secara maksimal dikarenakan banyak tugas yang dibebankan yang juga akan berdampak pada keberhasilan program tidak optimal.

c. Kendala

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan bahwa secara umum kendala dalam pengorganisasian adalah adanya peran ganda petugas sehingga pencapaian program tidak berjalan dengan optimal. serta akses wilayah kerja terlalu luas sehingga pengorganisasian antar petugas menjadi sulit.

3. Penggerakan

a. Implementasi Program

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan bahwa dalam mengimplementasikan program gizi buruk dilakukan dengan berkolaborasi dengan lintas program yang lain (KIA, UKM, Kesling). Khusus program penanggulangan gizi buruk (PMT) kepada balita diberikan 3 bulan berturut-turut. Secara umum dari 6 informan dalam teknis pendistribusian MP ASI dilakukan oleh tenaga gizi secara langsung ke sasaran akan tetapi ada beberapa desa dalam pendistribusian hanya dilakukan lewat bidan desa saja tidak secara langsung.

Dalam implementasi program khususnya program penanggulangan gizi buruk disini berkolaborasi dengan lintas program yang lain (KIA, UKM, Kesling). Dimana gambaran program untuk menanggulangi gizi buruk ini adalah pemberian makanan tambahan bagi balita berupa MP Asi maupun susu yang diberikan 3 bulan secara berturut-turut. Alur pendistribusian bantuan seharusnya langsung diberikan kepada sasaran, akan tetapi di beberapa tempat dikarenakan kondisi geografis yang cukup sulit dilalui bantuan ditiptkan saja kepada bidan desa tidak secara langsung diberikan oleh petugas gizi. Dikarenakan alasan akses itu pula, petugas gizi dalam melakukan pemantauan tidak optimal sehingga kasus terkadang berulang.

b. Kesesuaian *Job Description*

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan 4 dari 7 informan utama sudah

sesuai *jobdesk* yakni memiliki *basic* keilmuan gizi dan ditempatkan menjadi pemegang gizi puskesmas namun 3 dari 7 informan terdapat yang non linear gizi yang mengakibatkan adanya peran ganda dalam menjalankan tupoksi yang berbeda.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2013 menyatakan bahwa segala sesuatu yang berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan gizi harus dilaksanakan oleh tenaga gizi dalam melaksanakan pelayanan dan praktik pelayanan gizi berdasarkan kualifikasinya. Sebagian besar dari informan utama, untuk kesesuaian *jobdesk* sudah baik. Sudah sesuai dengan *basic* keilmuan yang dimiliki, akan tetapi ada juga di beberapa puskesmas dalam pemberian *jobdesk* tidak sesuai keilmuan dan itu yang mengakibatkan terdapat kekurangpahaman dalam menjalankan program. Meskipun memang dalam perjalanannya, selalu diberi pelatihan agar *skill* yang dimiliki setidaknya sesuai dengan tupoksi yang dibebankan.

c. Kendala

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan untuk tenaga gizi yang bertugas didaerah dataran tinggi didominasi oleh cukup sulitnya akses dalam pendistribusian program, dikarenakan kondisi geografis dari daerah tersebut cukup sulit dijangkau dan lokasi jauh. Terlebih lagi bentuk MP ASI yang cukup besar juga menyulitkan petugas dalam pendistribusiannya.

4. Evaluasi

a. Proses Evaluasi dan Pelaporan

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan bahwa monitoring program dilakukan setiap bulan melalui forum lokakarya mini puskesmas, sedangkan monitoring dari dinas kesehatan dilakukan setiap 3 bulan sekali. Untuk pelaporan, baik itu bersumber dari APBN ataupun APBD/BOK tetap menyertakan daftar penerimaan PMT dan diperkuat dengan foto, akan tetapi pelaporan hanya terbatas pada kuantitas saja (*by name* dan jumlah) tidak disertai analisis lebih mendetail jika terdapat kasus.

Evaluasi adalah mutu suatu kegiatan yang penting untuk menilai kualitas, rasional, efektifitas, efisiensi dan *equity* pada pelayanan kesehatan. Proses evaluasi yang komprehensif adalah evaluasi yang dilakukan terhadap tiga komponen yaitu input, proses, output. Puskesmas selama ini sudah mulai meningkatkan monitoring dan evaluasinya yakni sudah dilakukan secara rutin setiap satu bulan sekali yakni dalam forum lokakarya mini. Forum lokakarya mini ini tidak hanya sebagai pertemuan rutin membahas *planning* program tetapi juga sebagai forum kepala puskesmas untuk bisa memantau progress program yang berjalan.

**C. Analisis Existing Berdasarkan Indikator Output**

Analisis kondisi saat ini berdasarkan indikator *output* tersaji dalam tabel dibawah ini:

Berdasarkan analisis pencocokan pola jawaban (*pattern matching*), didapatkan kesimpulan bahwa program gizi merupakan program yang tidak berdiri sendiri dan dalam pelaksanaannya melibatkan lintas program. Secara spesifik, program penanggulangan gizi buruk dimulai tidak hanya terjadi kasus akan tetapi juga mempersiapkan remaja dan WUS dalam menjalani kehamilan yang tentunya diharapkan lancar tidak ada kekurangan. Beberapa program gizi yang ada adalah sebagai berikut: Kadarzi, Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD), Pemberian Makanan Tambahan Balita (PMT Penyuluhan maupun Pemulihan), PMT ibu hamil KEK, Deteksi Penggunaan Garam Yodium, Penimbangan serentak, Pemberian Vitamin A, Penyuluhan diposyandu, Kelas Ibu, Kelas Balita. Secara umum, program penanggulangan gizi buruk sudah berjalan sesuai rencana akan tetapi masih belum optimal dalam menyelesaikan permasalahan gizi buruk di Kabupaten Batang. Oleh karena itu masih memerlukan strategi-strategi efektif yang bisa mengoptimalkan program penanggulangan gizi buruk.

#### D. Perumusan Strategi Program Peningkatan Gizi Balita

Tahap selanjutnya dalam perumusan strategi peningkatan status gizi balita di Kabupaten Batang adalah analisis matrik SWOT. Tujuan matrik ini adalah untuk memperoleh alternatif strategi peningkatan status gizi balita di Kabupaten Batang. Alternatif strategi peningkatan status gizi balita di Kabupaten Batang berdasarkan kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman yang berpengaruh terhadap peran dan pelaksanaan kegiatan peningkatan status gizi balita di Kabupaten Batang.

Rumusan strategi yang dihasilkan dari analisis disajikan dalam Matrik SWOT dibawah ini:

Matrik SWOT Peningkatan Status Gizi Balita

Faktor	Kekuatan ( <i>Strength</i> )	Kelemahan ( <i>Weakness</i> )
	<b>Faktor Internal</b>	S1: Adanya dana dari APBN, APBD dan BOK. S2: Adanya kerja sama lintas program (KIA, UKM, Kesling). S3: Petugas gizi yang memiliki kualifikasi sesuai keahlian.
<b>Faktor Eksternal</b>	S4: Keterlibatan kader dalam pelaksanaan program. S5: Adanya posyandu dan puskesmas.	
<b>Peluang (<i>oportunity</i>)</b>	<b>S - O</b>	<b>W - O</b>
O1: Kerjasama lintas sektor	1. Pelatihan pengolahan PMT berbasis pangan lokal kepada kader (S1, S3, S4, O3)	1. Melibatkan peran serta aktif toko masyarakat, toko agama, dan

O2: Komitmen Pemerintah dalam rangka menanggulangi gizi buruk	2. Revitalisasi Posyandu untuk mendukung pemantauan Tumbuh kembang Balita (S3, S5, O1,O2).	kelompok potensial lainnya (W1, O1).
O3 : Potensi bahan makanan lokal	3. Meningkatkan anggaran untuk program prningkatan status gizi (S1, O2).	2. Penambahan petugas Gizi terutama pada puskesmas Rawat inap (W1, W3, O2).
		3. Pelatihan pengolahan PMT berbasis pangan lokal kepada Ibu Balita (W4,W5, O1,O3).
		4. Kerjasama dengan lintas sektor (PT dalam memberikan pelatihan atau penyuluhan). (W1, W2, O1).
		5. Koordinasi dengan dinas kesehatan (provinsi/kab/kot) dalam pengalokasian jadwal pendistribusian PMT. (W3,O2).

<b>Ancaman (<i>Threat</i>)</b>	<b>S – T</b>	<b>W-T</b>
T1: Akses yang sulit dan luas dalam pendistribusian PMT.	1. Menyediakan transportasi khusus untuk pendistribusian PMT (S1, T1).	1. Penguatan Ekonomi berbasis Keluarga.
T2: Anggapan masyarakat terhadap rendahnya kualitas PMT yang diberikan pemerintah.	2. Melibatkan peran serta kader dalam pendistribusian PMT (S4, S5, T1).	
	3. Meningkatkan peran petugas gizi dan kader posyandu dalam memberikan edukasi kepada masyarakat. (S1, S3, T2).	
T3: Balita cenderung bosan terhadap PMT yang diberikan.	4. Pemberian PMT yang bervariasi. ((S1 , T3).	

### E. Alternatif Prioritas Strategi Peningkatan Status Gizi di Kabupaten Batang

Analisis SWOT menghasilkan 12 rumusan strategi yang harus ditentukan strategi mana yang menjadi strategi prioritas peningkatan status gizi balita di Kabupaten Batang. Penelitian strategi peningkatan status gizi balita merupakan tahap selanjutnya dari perumusan strategi dengan menggunakan analisis PAHO. Analisis ini ditujukan untuk menentukan strategi peningkatan status gizi balita di Kabupaten Batang. Analisis yang digunakan adalah analisis PAHO. Analisis PAHO adalah analisis yang dibuat oleh *Pan American Health Organization* dan dilakukan dengan cara memberikan skor pada masing-masing indikator efisiensi kemudian indikator efisiensi ( $M \times I \times V$ ) di bagi dengan C (cost), rumusnya dapat dilihat dibawah ini:

$$P = \frac{M \times I \times V}{C}$$

Keterangan :

M : *Magnitude* (Besarnya masalah yang dihadapi)

I : *Important* (Pentingnya jalan keluar menyelesaikan masalah)

V : *Vulnerability* (Ketepatan jalan keluar untuk menyelesaikan masalah)

C : *Cost* (Biaya yang dikeluarkan)

#### Penentuan Prioritas Alternatif Strategi Peningkatan Status Gizi

No	Rumusan Strategi	Efisiensi				Skor	Rangking
		M	I	V	C		
1	Pelatihan pengolahan PMT berbasis pangan lokal kepada kader dan ibu balita	4	5	5	2	50	1
2	Revitalisasi Posyandu untuk mendukung pemantauan tumbuh kembang Balita	3	4	3	4	9	9
3	Meningkatkan anggaran untuk program prningkatan status gizi	3	4	4	5	9,6	6
4	Melibatkan peran serta aktif toko masyarakat, toko agama, dan kelompok potensial lainnya	4	5	4	2	40	2
5	Penambahan petugas gizi terutama pada puskesmas Rawat inap	4	4	3	4	12	5
6	Kerjasama dengan lintas sektor (PT dalam memberikan pelatihan atau penyuluhan).	3	4	4	3	16	4
7	Koordinasi dengan dinas kesehatan (provinsi/kab/kota) dalam alokasi jadwal pendistribusian PMT.	2	2	2	3	2,7	12
8	Menyediakan tranportasi Khusus untuk pendistribusian PMT	3	5	3	5	9	8
9	Melibatkan peran serta kader dalam pendistribusian PMT	3	2	3	2	9	7
10	Meningkatkan peran petugas gizi dan kader posyandu dalam memberikan edukasi kepada masyarakat	2	3	3	3	6	10
11	Pemberian PMT yang bervariasi.	4	2	3	3	6	11
12	Penguatan ekonomi berbasis keluarga	5	4	3	2	30	3

Hasil prioritas alternatif strategi peningkatan status gizi balita adalah sebagai berikut:

1. Pelatihan pengolahan PMT berbasis pangan lokal kepada kader dan ibu balita
2. Melibatkan peran serta aktif tokoh masyarakat, tokoh agama, dan kelompok potensial lainnya
3. Penguatan ekonomi berbasis keluarga
4. Kerjasama dengan lintas sektor (PT dalam memberikan pelatihan atau penyuluhan).
5. Penambahan petugas gizi terutama pada puskesmas rawat inap
6. Meningkatkan anggaran untuk program peningkatan status gizi
7. Melibatkan peran serta kader dalam pendistribusian PMT
8. Menyediakan transportasi khusus untuk pendistribusian PMT
9. Revitalisasi posyandu untuk mendukung pemantauan tumbuh kembang balita
10. Meningkatkan peran petugas gizi dan kader posyandu dalam memberikan edukasi kepada masyarakat
11. Pemberian PMT yang bervariasi
12. Koordinasi dengan dinas kesehatan (provinsi/kab/kota) dalam alokasi jadwal pendistribusian PMT.

Keseluruhan strategi yang dihasilkan dari analisis prioritas strategi PAHO diatas dapat diimplementasikan secara tidak berurutan maupun pada waktu yang berbeda karena semua strategi tersebut mempunyai kepentingan yang sama yaitu dalam rangka peningkatan status gizi balita di Kabupaten Batang.

Strategi-strategi tersebut merupakan strategi alternatif yang dapat dilaksanakan oleh Pemerintah Kabupaten Batang dalam rangka melengkapi strategi peningkatan status gizi balita yang sudah ada. Strategi tersebut merupakan sarang yang dapat diaplikasikan dalam bentuk program peningkatan status gizi balita di Kabupaten Batang.

## SARAN

Berdasarkan hasil kajian maka beberapa hal yang harus diperhatikan oleh pemerintah daerah selaku pengambil kebijakan untuk meningkatkan status gizi balita adalah: (1) pelatihan pengolahan PMT berbasis pangan lokal kepada kader dan ibu balita; (2) melibatkan peran serta aktif tokoh masyarakat, tokoh agama, dan kelompok potensial lainnya; (3) penguatan ekonomi berbasis keluarga; (4) kerjasama dengan lintas sektor (PT dalam memberikan pelatihan atau penyuluhan); dan (5) penambahan petugas gizi terutama pada puskesmas rawat inap.

## DAFTAR PUSTAKA

Soekirman. 2000. *Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk keluarga dan Masyarakat*. Jakarta. Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi

Departemen Pendidikan Nasional, p : 66-73, 82-93.

Suhardjo. 2003. *Perencanaan Pangan dan Gizi*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.

Supariasa, I. 2001. *Penilaian Status Gizi*. Penerbit Buku Kedokteran: EGC. Jakarta.

UNICEF Indonesia. 2011. *Laporan Tahunan 2012*. UNICEF Indonesia. Jakarta.

<https://finance.detik.com/berita-ekonomi-bisnis/3455970/peringkat-indeks-pembangunan-manusia-ri-turun-ini-kata-pemerintah> Edisi 24 Maret 2017 diakses 02 oktober 2017 00.05 WIB.

<http://radarpekalongan.com/67569/penderita-gizi-buruk-di-kabupaten-batang-meningkat/> Edisi 10 Januari 2017 diakses 02 Oktober 01.00 WIB