

IMPLEMENTASI PENANGGULANGAN GIZI BURUK DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUNGAI LIMAU KABUPATEN PADANG PARIAMAN

Adriwasti Masro* Edison** Lily Gracediani**

ABSTRAK

Kejadian gizi buruk akan menyebabkan balita mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan otak sehingga akan menurunkan intelektual dan produktifitas. Penanggulangannya memerlukan pendekatan yang menyeluruh yang meliputi penyembuhan dan pemulihan rawat inap dan rawat jalan. Kejadian gizi buruk di Puskesmas Sungai Limau tahun 2010 sebanyak 11 orang, dua diantaranya meninggal, dan tahun 2011 sebanyak 9 orang dan 1 orang diantaranya masih mengalami gizi buruk sampai tahun 2012. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui implementasi penanggulangan gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Sungai Limau. Metode penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Pengumpulan datanya didapat dengan menggunakan teknik *indepth interview* terhadap 13 informan, menggunakan teknik *focus group discussion* 2 kelompok yaitu 8 informan kelompok kader dan 7 informan kelompok wali korong dan dilaksanakan bulan Juli-November 2012. Hasil dapat disimpulkan bahwa implementasi penanggulangan gizi buruk belum maksimal. Disarankan ke pemerintahan kecamatan dan puskesmas perlunya koordinasi dan kerja sama semua lintas sektor dalam melengkapi tenaga, dana, sarana dan prasarana sertaketerlibatan dalam kegiatan implementasi penanggulangan gizi buruk.

Kata Kunci : Gizi Buruk, Penanggulangan, Puskesmas

ABSTRACT

Malnutrition prevalence on children under age five would cause growth and brain development disorders, and finally would decrease their intellectual quality and productivity. The response would require holistic and integrated approaches including treatment and recovery as inpatient and outpatient. Prevalence of malnutrition condition in Sungai Limau Community Health Care in 2010 were 11 children with 2 of them are dead, and in 2011 are 9 children with one of them still in malnutrition condition in 2012. The aim of this study was to evaluate implementation of malnutrition response in Sungai Limau Community Health Care. The research employed qualitative approach. Data were collected through indepth interview technique to 13 informants, focus group discussion techniques for 2 groups with 8 informants were cadets groups and 7 informants were sub-village headman. Research was conducted during July – November 2012. The conclusion were that implementation response of malnutrition were still need to be improved. Sub district government and community health center are suggested to coordinate in cross section in complementing staff, fund, and facilities and involvement in conducting implementation of malnutrition response.

Keyword: Malnutrition, Response, Community Health Cente

Pendahuluan

Pencapaian pembangunan manusia diukur dengan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). IPM merupakan indeks komposit yang terdiri dari umur harapan hidup, tingkat melek huruf dan pendapatan perkapita. Pada tahun 2003, IPM Indonesia sangat rendah, berada di tingkat 112 dari 174 negara, lebih rendah dibandingkan dengan negara tetangga. Rendahnya IPM di Indonesia sangat dipengaruhi oleh rendahnya status gizi dan kesehatan penduduk.

Hasil Survei sosial ekonomi nasional

(Susenas) menunjukkan adanya penurunan prevalensi balita gizi buruk yaitu dari 10,1 % pada tahun 1998 menjadi 8,1% pada tahun 1999 dan menjadi 6,3% pada tahun 2001. Namun pada tahun 2002 terjadi peningkatan kembali prevalensi gizi buruk dari 8,0% menjadi 8,3% pada tahun 2003 dan kembali meningkat menjadi 8,8% pada tahun 2005. Berdasarkan laporan dari Dinas Kesehatan seluruh Indonesia penurunan kasus gizi buruk pada tahun 2005 terdata 76,178 kasus kemudian turun menjadi 50.106 kasus pada tahun 2006 dan 39.080 kasus

* Lulusan S2 Kesehatan Masyarakat FK Unand (e-mail : masro.adriwasti@yahoo.com)

** Staf Pengajar S2 Kesehatan Masyarakat FK Unand

pada tahun 2007. Namun penurunan kasus gizi buruk belum dapat dipastikan karena penurunan kasus yang terjadi kemungkinan juga disebabkan oleh adanya kasus yang tidak dilaporkan (*Under reported*).

Hasil Survei Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 menunjukkan bahwa persentase anak balita yang gizi buruk di Indonesia sebesar 4,9%. Angka ini sudah mengalami penurunan dibandingkan dengan hasil Riskesdas tahun 2007 (5,4%). Sedangkan Sumatera Barat menunjukkan lebih rendah dari angka nasional yaitu 2,8%. Walaupun sudah mengalami penurunan, berdasarkan pedoman Kejadian Luar Biasa (KLB) gizi buruk Depkes RI, apabila terjadi lebih dari 1% kasus gizi buruk di suatu wilayah tertentu maka sudah dapat dikatakan dengan KLB.

Gizi kurang adalah bila asupan zat gizi kurang dari yang dibutuhkan.² Anak yang kekurangan gizi pada usia balita akan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan otak sehingga menurunkan intelektual dan produktifitas, berpengaruh kepada rendahnya tingkat kecerdasan.¹

Gizi buruk yang penyebabnya sangat komplek maka penanganan masalah gizi buruk memerlukan pendekatan yang menyeluruh, meliputi penyembuhan dan pemulihan bagi anak-anak yang telah bergizi buruk, pencegahan serta peningkatan bagi anak gizi kurang, dan menjaga atau mempertahankan anak gizi normal atau baik.¹

Menteri Kesehatan tanggal 10 April 2008 mengeluarkan Surat Edaran no. 347/Menkes/IV/2008 tentang penanggulangan gizi buruk dan dengan merujuk kepada Peraturan menteri Kesehatan No.949/Menkes/SK/VIII/2004 tentang pedoman penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD KLB), dimana apa bila ditemukan 1 kasus saja, maka dalam 1 x 24 jam bagi siapa saja yang menemukannya harus segera melaporkan kejadian tersebut untuk dirawat.

Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Limau Kabupaten Padang Pariaman merupakan kasus terbanyak yang menderita kasus gizi buruk yang tidak tertanggulangi semuanya, bahkan ada yang meninggal. Yaitu kejadian gizi buruk pada tahun 2010 dari 11 orang gizi buruk 54% diantaranya berasal dari keluarga miskin, dua diantaranya meninggal. Kemudian kasus gizi buruk tahun 2011 terdapat 9 orang dan 1 orang juga tidak tertanggulangi atau masih menderita gizi buruk sampai tahun 2012 ini.

Puskesmas Sungai Limau adalah puskesmas perawatan yang kurang diberdayakan untuk menampung dan melakukan penanggulangan

gizi buruk bagi penderita gizi buruk. Penanggulangan gizi buruk yang masih belum tuntas di wilayah kerja puskesmas Sungai Limau dapat disebabkan oleh kegiatan dan program penanggulangan gizi yang belum dilaksanakan dengan baik. Ditandai dengan hasil observasi dan wawancara dengan salah satu ibu balita gizi buruk tidak mau dirujuk untuk dirawat di rumah sakit dengan alasan tidak menyanggupi dibawa ke rumah sakit karena masalah sosial ekonomi dan akhirnya pasrah dengan keadaan.

Penelitian ini menganalisis bagaimanakah implementasi program penanggulangan gizi buruk, di tinjau dari pendekatan sistem di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Limau Tahun 2012.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian survei deskriptif yang menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian ini akan dilakukan bulan Juli-November 2012 di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Limau

Informan penelitian ini berjumlah 13 orang informan yang terlibat dalam implementasi penanggulangan gizi buruk di wilayah kerja puskesmas Sungai Limau. Informasi yang didapatkan melalui *indept interview* yang terdiri dari Camat 1 orang, Wali Nagari yang pernah mendapatkan balita gizi buruk di wilayah kerjanya 2 orang, Kasi Gizi Kabupaten 1 orang, Kepala Puskesmas 1 orang, Tenaga pengelola gizi 1 orang, dokter Puskesmas 1 orang, bidan desa 1 orang dan Ibu/Pengasuh balita gizi buruk 5 orang. Kemudian informasi yang didapatkan melalui *FGD* yang terdiri dari 2 kelompok, yaitu kelompok kader 8 orang dan kelompok wali korong 7 orang.

Analisa data pada penelitian kualitatif digunakan teknik analisa data yang terdiri dari reduksi, kategorisasi, sintisiasi dan membuat hipotesis (kesimpulan).

Hasil dan Pembahasan Komponen Input

Hasil penelitian komponen *input* menyatakan tidak adanya SK tim implementasi penanggulangan gizi buruk di wilayah kerja puskesmas Sungai Limau. Ini menunjukkan bahwa di Kecamatan Sungai Limau ternyata penggalangan kerjasama lintas sektor ini yang belum terlaksana dengan baik. Akibatnya masing-masing sektor berjalan sendiri-sendiri tanpa adanya koordinasi. Dengan demikian tentunya tidak akan bisa lahir SK tim kecamatan tentang implementasi penanggulangan gizi buruk di wilayah kerja puskesmas Sungai Limau atau kecamatan Sungai

Limau. Menurut Gibney J Michael dkk (2009) bahwa tanpa komitmen di tingkat pembuat kebijakan, perubahan akan sulit dicapai. Dengan menggalang kerjasama lintas sektor bisa dilahirkan suatu komitmen bersama atau kebijakan secara tertulis (SK) yang dikeluarkan oleh pemerintah setempat tentang penanggulangan gizi buruk di suatu kecamatan.

Selain dari itu pada komponen input didapatkan bahwa jumlah tenaga kesehatan (TPG, Dokter) dalam penanggulangan gizi buruk masih kurang secara kuantitas. Dimana jumlah Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) di Puskesmas Sungai Limau 1 orang, latar belakang pendidikan Bidan, memegang program gizi $\pm$ 5 tahun, menurut pendapat TPG saat ini, jumlah 1 orang tenaga gizi tidak memadai. Diperlukan penambahan tenaga gizi minimal 2 orang 1 untuk dalam gedung dan 1 orang lagi untuk kelapangan, diutamakan adalah tenaga dengan latar belakang pendidikan Gizi.

Sementara jumlah tenaga medis (dokter) hanya 2 orang. 1 orang sudah berkecimpung di bidang struktural (Kepala Puskesmas) dan hanya 1 orang yang fungsional medis, sebaiknya tenaga dokter ada 3 orang, 1 untuk pemeriksaan kunjungan pasien rawat jalan, 1 orang untuk dokter jaga di UGD dan 1 orang lagi untuk luar gedung, misalnya untuk kunjungan balita gizi buruk. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Analisis Implementasi penanggulangan gizi buruk di Wilayah kerja Puskesmas Medan Labuhan Tahun 2009 oleh Elmina Tampubolon yang menyimpulkan bahwa jumlah petugas gizi juga masih kurang. Disamping secara kuantitas kurang, secara kualitas belum ada upaya pelatihan bagi petugas yang berhubungan langsung dengan penanggulangan gizi buruk seperti TPG dan dokter.

Sedangkan tenaga kader di masing-masing Posyandu ada 4 orang dan semua kader aktif dalam pelaksanaan kegiatan Posyandu. Ini disebabkan karena mendapat *insentive* Rp.15.000/kader/bulan dari APBD. Jumlah kader dengan 4 orang sudah dianggap lengkap, karena sudah dapat melaksanakan kegiatan lima langkah di posyandu. Hasil penelitian yang dilaksanakan oleh Elmina Tampubolon (2008) yang berjudul Analisis Implementasi Program Penanggulangan gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Medan yang menyimpulkan bahwa tenaga kader tidak mencukupi karena tidak diberi *incentive*. Jadi untuk keaktifan kader ini sangat erat hubungannya dengan adanya dana *incentive* yang disediakan. Menurut Kemenkes, RI (2011) bahwa pada saat penyelenggaraan posyandu minimal jumlah kader adalah 5 (lima) orang. Untuk kader hanya 4 orang,

sehingga langkah yang kelima dilaksanakan oleh petugas kesehatan saja. Menurut Kemen.Kes, RI, 2011, kehadiran wajib petugas puskesmas hanya diselenggarakan satu kali sebulan saja, jadi jika buka posyandu lebih dari satu kali sebulan pelayanan kesehatan tidak bisa diberikan oleh kader karena jumlah kadernya adalah 4 orang. Jadi sebaiknya perlu penambahan kader perlu ditambah 1 orang lagi masing-masing posyandu sehingga pelayanan kesehatan bisa tetap diberikan sesuai dengan kewenangannya walaupun petugas kesehatan tidak datang pada saat posyandu.

Hasil penelitian mengenai pembinaan tatalaksana gizi buruk bagi Peran kader dalam implementasi gizi buruk sesuai dengan Kemenkes RI 2008 sangat berperan sekali dalam penemuan kasus di masyarakat baik melihat secara langsung sesuai dengan tanda dan gejala klinis yang ditemukan, maupun dalam kegiatan penimbangan rutin di posyandu. Selain dari itu kader juga berperan dalam tindak lanjut pemulihan status gizi di rumah. Untuk itu sangat penting sekali kader dibekali pengetahuan melalui pembinaan tentang penatalaksanaan gizi buruk oleh petugas kesehatan yang ada di puskesmas.

Pada komponen *input* mengenai dana berasal dari APBN, APBD dan dana BOK. Dana ini disalurkan melalui dinas kesehatan. Puskesmas takut mengganggu dari BOK karena takut jadi temuan BPK, karena penanggulangan gizi buruk ini sudah dianggarkan melalui dana APBD. Dana ini tidak mencukupi dari sasaran balita gizi buruk dan gizi kurang yang ada. Sementara di Kecamatan tidak ada anggaran yang disediakan untuk balita gizi buruk ini

Dana untuk penanggulangan gizi buruk adalah dapat diajukan puskesmas ke Dinas kesehatan Kabupaten/Kota. Biaya tersebut bersumber dari APBD, JAMKESMAS, JAMKESDA, dan sumber lain yang tidak mengikat berdasarkan peraturan perundangan yang berlaku.⁵

Adanya masalah puskesmas takut menjadi temuan oleh BPK untuk mencairkan dana dari BOK karena sudah dianggarkan melalui APBD. Sebetulnya ini tidak masalah, karena walaupun sama-sama digunakan untuk penanggulangan gizi buruk tapi sasarannya berbeda tidak menyalahi peraturan perundangan yang berlaku. Kemen.Kes, 2011 menyatakan bahwa dalam pencairan dan BOK puskesmas dengan membuat *Plan of Action (POA)* yang merupakan satu kesatuan dari *POA* Puskesmas. Nilai dan besarnya tergantung dari cakupan program. Ini merupakan bahwa kita dapat mencairkan dana BOK sesuai dengan kebutuhan puskesmas dan tidak akan mungkin tumpang tindih

dengan sumber lainnya karena sudah ada *POA* yang kita buat yang merupakan kesatuan dari *POA* puskesmas. Menurut Dep.Kes.RI (2008) bahwa penyebab gizi buruk sangat kompleks, sehingga pencegahan dan penanggulangannya tidak dapat ditangani oleh Sektor Kesehatan saja melainkan perlu didukung secara komprehensif dari berbagai Sektor Pemerintah, Swasta dan LSM serta Dunia Usaha. Kalau koordinasi telah terlaksana pada semua sektor dengan baik, maka akan dapat meningkatkan kepedulian semua Lintas sektor, maka semua masalah tentang penanggulangan gizi buruk ini pasti ada solusinya termasuk mengenai dana.

Pada komponen sarana dana penanggulangan gizi buruk di wilayah kerja puskesmas Sungai Limau ternyata kesediaan sarana dan prasarana masih kurang. Sarana dan Prasarana yang diteliti disini adalah Peralatan Posyandu, puskesmas dan *TFC*. Sarana dan prasarana yang ada di masing-masing Posyandu yang ada di Kecamatan Sungai Limau masih belum lengkap. Pada umumnya kelengkapan sarana dan prasarana Posyandu sebagian besar tidak memiliki sarana Media KIE.

Sebagai akibat kurangnya sarana dan prasarana di posyandu terutama alat yang berhubungan dengan peningkatan pengetahuan Ibu yaitu media KIE kalau tidak ada, maka posyandu yang dijadikan tempat memberikan pendidikan ibu untuk meningkatkan pemahamannya tentang pencegahan dan penanggulangan balita gizi buruk tidak dapat terlaksana.

Seharusnya sarana dan prasarana yang ada di posyandu harus dilengkapi seperti yang diuraikan dalam Pedoman Respon Cepat penanggulangan gizi buruk yang dikeluarkan Kemen.Kes 2011 bahwa Kecamatan /puskesmas mempersiapkan kebutuhan alat dan bahan dari seluruh posyandu yang ada di wilayahnya. Disamping sarana dan Prasarana Posyandu yang kurang, ternyata sarana dan prasarana juga tidak lengkap, terutama sarana KIE dan buku panduan balita gizi buruk tidak ada di puskesmas. Tidak adanya sarana KIE dan buku panduan tatalakasan gizi buruk di puskesmas akan mengakibatkan penanggulangan gizi buruk tidak berdasarkan atas alur atau protap yang telah ditentukan. Petugas tentu tidak akan memahami tentang program gizi secara keseluruhan. Sehingga yang dilakukan puskesmas kurang maksimal, hanya tergantung dari hasil rapat atau instruksi dari Dinas Kesehatan Kabupaten saja.

Komponen Proses

Pada komponen proses juga didapatkan

penemuan dan penentuan status anak gizi buruk, dapat menggunakan data rutin hasil penimbangan anak di posyandu, menggunakan hasil pemeriksaan di fasilitas kesehatan (puskesmas, RS, dokter, bidan praktek swasta, laporan masyarakat dan melalui operasi timbang) kemudian ditentukan status gizi melalui hasil penimbangan yang didapatkan 2T dan BGM juga dilakukan pemeriksaan antropometri dan tanda klinis.

Berdasarkan hasil penelitian mengenai penemuan dan penentuan kasus gizi buruk adalah melalui hasil penimbangan rutin (2T dan BGM) di posyandu, laporan bidan desa dan pemeriksaan puskesmas dan secara kebetulan pada acara PKK dan dilaporkan ke tenaga kesehatan untuk ditentukan status gizinya melalui pemeriksaan antropometri dan melihat adanya tanda gejala klinis. Sedangkan melalui penimbangan massal tidak ada dilakukan. Pelaksanaan operasi timbang atau penimbangan massal di wilayah kerja puskesmas Sungai Limau biasanya dilaksanakan setiap tahun, mulai tahun 2007 sampai tahun 2010 kegiatan ini terlaksana dengan baik sehingga setiap tahun ada keluarannya dalam bentuk status gizi balita puskesmas Sungai Limau. Kegiatan penimbangan massal dari tahun 2011 tidak pernah dilakukan lagi, hal ini berkaitan dengan tidak tersedianya dana untuk kegiatan tersebut, sedangkan untuk tahun 2012 sampai bulan Juni belum ada rencana puskesmas untuk melakukan penimbangan massal atau operasi timbang.

Selain kegiatan penimbangan massal dan penimbangan bulanan, penemuan kasus gizi buruk dapat dilakukan melalui kegiatan PKK yang melibatkan ibu balita. Pada waktu kegiatan biasanya ibu membawa anaknya dan secara tidak langsung pengurus PKK mencurigai anak tersebut mempunyai masalah dengan status gizinya. Pengurus PKK menyarankan agar ibu balita datang ke Puskesmas atau Pengurus PKK sendiri yang mendampingi ibu balita ke Puskesmas. Karena kasus yang ditemukan saat ini hanya berasal dari kunjungan ke Puskesmas, kunjungan ke Posyandu, kunjungan ke Bidan Desa dan kunjungan PKK ke desa yang di laporkan ke Kepala Puskesmas. Sedangkan untuk penemuan kasus yang lebih banyak atau salah satu kegiatan yang paling menunjang adalah dengan melakukan operasi timbang atau penimbangan massal, karena kegiatan ini tidak terlaksana dari tahun 2011 sampai Juni 2012 ada kemungkinan kasus gizi buruk tidak terjaring seluruhnya.

Selain itu komponen proses menunjukan rujukan balita gizi buruk di kecamatan Sungai Limau ternyata balita yang di curigai menderita gizi

rujukan balita gizi buruk di kecamatan Sungai Limau ternyata balita yang di curigai menderita gizi buruk maka balita tersebut dirujuk ke Puskesmas untuk diperiksa dan diberi tindakan selanjutnya. Balita yang di rujuk adalah balita yang 2T, BGM, dan balita yang disertai tanda-tanda klinis. Ini menunjukkan sudah sesuai dengan protap yang ada. Hanya perlu dipertahankan untuk masa yang akan datang.

Selain dari itu komponen proses perawatan balita gizi buruk di Kecamatan Sungai Limau dilakukan dengan rawat jalan di rumah tanpa penyakit penyerta dengan dipantau terus menerus dari petugas kesehatan (petugas Puskesmas) dan tidak ada mendapatkan PMT, sedangkan balita gizi buruk dengan penyakit penyerta di rawat di Rumah Sakit.

Menurut Kemen.Kes RI, 2011 makanan untuk pemulihan gizi buruk bukan makanan biasa tetapi merupakan makanan khusus untuk pemulihan gizi anak yang diberikan secara bertahap. Sedangkan di puskesmas Sungai Limau belum semua anak balita gizi buruk mendapat perawatan maksimal, ini terlihat dari tidak tersedianya F100, Formula Modifikasi dan pemberian PMT 90 hari untuk balita gizi buruk sehingga pemulihan gizi tidak maksimal. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa puskesmas Sungai Limau sudah melaksanakan rujukan balita gizi buruk ke puskesmas atau rumah sakit, tapi rujukan yang dilaksanakan di puskesmas tidak bisa menampung balita gizi buruk dengan rawat inap. Sehingga kalau ada balita gizi buruk dengan komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit. Untuk melakukan balita gizi buruk ke rumah sakit tidak selalu diterima oleh keluarga, karena masalah sosil ekonomi.

Kekurangan Energi Protein (KEP) yang diukur dari prevalensi penderita gizi buruk dan gizi kurang ditetapkan sebagai Kejadian Luar Biasa (KLB) berdasarkan Menteri Kesehatan tanggal 10 April 2008 mengeluarkan Surat Edaran No.374/Menkes.IV/2008 tentang penanggulangan gizi buruk dan dengan merujuk kepada Peraturan menteri kesehatan No, 949/MenKes/SK/VIII/2004. Apabila ditemukan 1 kasus saja, maka dalam 1 x 24 jam bagi siapapun yang menemukannya harus segera melaporkan kejadian tersebut untuk dirawat.

Berdasarkan aturan diatas kebijakan penanggulangan gizi buruk tingkat kecamatan adalah tanggung jawab pemerintahan kecamatan setempat (Depkes RI, 2008), maka sangat penting permasalahan ini dibicarakan pada tingkat pemerintahan kecamatan dan diteruskan ke kabupaten untuk mencari jalan keluarnya, misalnya upaya kecamatan dalam mendirikan Pusat Pemulihan Gizi (TFC).

Selain dari itu komponen proses juga didapatkan pemulihan status gizi di Kecamatan Sungai Limau dilakukan dengan penyuluhan tanpa pemberian PMT pemulihan. Tindak lanjut pemulihan status gizi diberikan kepada anak pasca perawatan, balita 2T atau BGM. Balita 2T dan Balita BGM yang tidak perlu dirawat diberikan intervensi dalam bentuk PMT-Pemulihan atau MP-ASI supaya tidak jatuh pada kondisi lebih buruk dan dilakukan konseling gizi (Depkes RI 2008). Di Puskesmas Sungai Limau tindak lanjut pemulihan status gizi hanya diberikan pada balita gizi buruk dengan memberikan penyuluhan dan PMT/MPASI.

Sedangkan sampai pertengahan tahun 2012 intervensi yang dilakukan dalam tindak lanjut pemulihan status gizi buruk adalah dalam bentuk konseling ASI dan konseling gizi saja baru dilakukan. Untuk PMT Pemulihan dan MP-ASI masih belum didapat karena belum turun. Untuk penggunaan makanan Formula 100 (F100), belum digunakan di Puskesmas Sungai Limau, petugas belum mendapatkan pelatihan tata laksana anak gizi buruk. Petugas Gizi Kab/Kota dapat merencanakan untuk mengadakan Formula 100 yang sudah siap pakai melalui anggaran APBD daerah masing-masing. Puskesmas Sungai Limau tindak lanjut pemulihan status gizi belum berjalan dengan semestinya.

Agar pelaksanaan dapat berjalan dengan baik pemegang program gizi di Kabupaten perlu menjadikan skala prioritas pelatihan bagi TPG Puskesmas Sungai Limau tentang Tatalaksana Anak Gizi Buruk. Pimpinan Puskesmas agar menganggarkan merencanakan PMT-Pemulihan atau MP-ASI pada dana BOK, Pemegang Program lebih aktif menggaet dana untuk PMT-Pemulihan, MP-ASI dan menyediakan F100. Meningkatkan peran serta Camat beserta jajarannya dalam tindak lanjut pemulihan status gizi balita.

Selain dari itu komponen proses pendampingan pasca rawatan dilakukan oleh TPG dan Bidan Desa, Bidan Desa melakukan pemantauan 1 kali seminggu sedangkan TPG melakukan pemantauan 1 kali 10 hari dengan pemberian PMT-Pemulihan. Konseling Gizi dilaksanakan oleh TPG dan Bidan Desa setiap kali melakukan pemantauan ke rumah sasaran. Untuk meningkatkan status gizi anak menjadi gizi kurang atau gizi baik perlu dilakukan pendampingan oleh Kader PKK/Posyandu atau petugas kesehatan, Kepala Desa/Lurah dan tim penggerak PKK Desa/Kelurahan. (Depkes RI 2008). Pelaksanaan Pendampingan Pasca Perawatan di Puskesmas masih berjalan sendiri belum melibatkan Kepala Korong, TP-PKK Jorong, hal ini disebabkan belum

adanya koordinasi dalam penanggulangan gizi buruk, sedangkan kader Posyandu dalam pendampingan Pasca Perawatan secara langsung tidak terlibat, namun sesuai dengan tugas kader melaksanakan penimbangan bulanan, anjuran kepada ibu untuk datang setiap bulan ke Posyandu tetap disampaikan.

Kesimpulan dan Saran

Kebijakan SK tim kecamatan mengenai implementasi penanggulangan gizi buruk belum ada, Tenaga kesehatan (dokter dan tenaga gizi) masih kurang dokter hanya 2 orang dan belum mendapatkan pelatihan tatalaksana gizi buruk dan

masih terbatasnya anggaran dari kabupaten untuk melaksanakan pelatihan.

Penemuan Kasus gizi buruk melalui hasil penimbangan rutin di posyandu, laporan bidan desa, melalui kader. Balita yang telah dinyatakan gizi buruk dirujuk ke Puskesmas atau Rumah Sakit.

Disarankan ke Pemerintahan Kecamatan dan Puskesmas Perlunya petugas kesehatan/ puskesmas melakukan advokasi dan koordinasi ke kecamatan dengan melibatkan semua lintas sektor yang ada sehingga dapat menggalang kerjasama dengan kecamatan dan camat dapat segera mengeluarkan Surat Keputusan (SK).

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan RI. Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk. Jakarta; 2005
2. Departemen Kesehatan RI. Pemantauan Pertumbuhan Balita. Jakarta; 2002.
3. Departemen Kesehatan RI. Program Gizi Makro. Jakarta; 2002.
4. Kementrian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar. Jakarta; 2010.
5. Kementrian Kesehatan RI. Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu. Jakarta; 2011
6. Kementrian Kesehatan RI. Petunjuk Teknis Pencairan Dana BOK. Jakarta; 2011.