

Upaya Penanggulangan Gizi Buruk pada Balita, *Rahma Edy Pakaya, dkk.*

UPAYA PENANGGULANGAN GIZI BURUK PADA BALITA MELALUI PENJARINGAN DAN PELACAKAN KASUS

SCREENING OF MALNUTRITION CASES IN PRIMARY HEALTH CARE CENTRE: MALNUTRITION MANAGEMENT PROGRAM

Rahma Edy Pakaya¹, Istiti Kandarina², Akhmadi³

¹ Puskesmas Kaleke Kabupaten Donggala Sulawesi Tengah

² Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK UGM, Yogyakarta

³ Program Studi Ilmu Keperawatan, FK UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: A total of 1.506 children in Yogyakarta Special District Province suffered from malnutrition. They resided in Gunung Kidul (531 children), Sleman (287 children), Kotamadya Yogyakarta (225 children) and Kulon Progo (190 children). (Wirobrajan was 6th from 18 sub-districts of most frequent incident of malnutrition in Yogyakarta.)

Objective: To assess the implementation of case screening and case finding of the children malnutrition through both of *Posyandu* (Integreted Care Venue) and Polyclinic at Wirobrajan Community Health Center, Yogyakarta.

Methods: A descriptive non-analytic, cross-sectional study was carried out. Data were collected from in-depth interview. As respondents were member of team of poor nutrition prevention program. Research was conducted from December 24th 2007 to January 9th 2008 at Wirobrajan Community Health Center, Yogyakarta.

Results: Case screening was conducted trough both of active and passive. Active case screening was conducted every two or three months by all of *Posyandu* in Wirobrajan area. Pasive case screening was conducted by daily health service setting in Community Health Center and based on health kader report. case screening was performed by collect data of children include name and age, measurement of body weight and height, head circumference, rough and smooth motoric ability. After that, documentation and reporting to government was made. WHO-NCHS standard was used as standard of malnutrition measurement. After case screening or case reporting, case finding was performed by home visit. Data collected by using of questioner or direct interview to parent. Anthropometric re-measurement can be performed as needed refer to community health center or to the hospital if there is enclosing disease and make dokumentation. This activity is convenience with Guideline of Malnutrition Management in and Community Health Center Setting.

Keywords: case screening, case finding, children, malnutrition.

PENDAHULUAN

Awal tahun 2007, Departemen Kesehatan melaporkan ada 1,7 juta balita yang berstatus gizi buruk tersebar di seluruh Indonesia dan diperkirakan ada 5 dari 18 juta balita di negeri ini yang berstatus gizi kurang.¹ Sebanyak 1.506 balita di wilayah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) mengalami gizi buruk. Balita yang mengalami gizi buruk itu terbanyak di Gunungkidul 531 balita, Sleman (287 balita), Bantul (273 balita), Kota

Yogyakarta (225 balita) dan terendah di Kulonprogo (190 balita).² Untuk wilayah Kota Yogyakarta, Kecamatan Wirobrajan berada di urutan ke 6 daerah terbanyak kasus gizi buruk yang dialami balita dari 18 kecamatan di DIY.

Dari hasil studi pendahuluan pada tanggal 22 Juni 2007 di wilayah Puskesmas Wirobrajan, didapatkan data tentang angka kejadian gizi buruk dari tahun 2005 sampai tahun 2007 (Januari-Juni) yang digambarkan dalam Tabel 1.

Tabel 1. Hasil Rekapitulasi Pemantauan Status Gizi Balita di Wilayah Kecamatan Wirobrajan Tahun 2005-2007

Tahun	Jumlah keseluruhan balita	Jumlah balita yang ditimbang	Status gizi			
			Buruk	Kurang	Baik	Lebih
2005	1612	1256	7	174	1035	42
2006	1610	1245	6	172	1029	38
2007	1575	1264	12	176	1036	40

Dari data di atas dapat dilihat bahwa terjadi peningkatan kasus balita KEP dari tahun ke tahun. Terjadinya gizi buruk pada balita antara lain karena kurangnya asupan gizi dan serangan penyakit infeksi. Faktor penyebab tidak langsung adalah rendahnya daya beli dan ketidaktersediaan pangan yang bergizi, keterbatasan pengetahuan tentang pangan yang bergizi terutama untuk ibu dan anak balita.³

Puskesmas Wirobrajan telah melakukan berbagai upaya dalam menanggulangi masalah gizi di wilayahnya melalui berbagai program yakni: penjangkauan balita KEP, kegiatan penyuluhan kelompok pada ibu sasaran, pelacakan kasus, pemeriksaan kesehatan oleh dokter di Puskesmas, rujukan balita gizi buruk ke rumah sakit, pemberian obat cacing, pemberian suplemen gizi serta pemberian PMT pemulihan.⁴ Namun di antara berbagai program tersebut yang merupakan ujung tombak dalam penemuan kasus balita KEP adalah program penjangkauan serta pelacakan balita KEP yang dilakukan dengan dua cara yaitu melalui penimbangan balita di Posyandu pada setiap bulan dan melalui pemeriksaan di poliklinik/Puskesmas. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melihat lebih jauh proses penjangkauan dan pelacakan balita KEP yang dilakukan oleh petugas kesehatan Puskesmas Wirobrajan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kualitatif dengan rancangan penelitian deskriptif non analitik melalui pendekatan *cross sectional*. Variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu kegiatan penjangkauan dan pelacakan balita KEP di Puskesmas Wirobrajan. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh staf Puskesmas Wirobrajan yang ikut secara aktif dalam berbagai kegiatan perbaikan status gizi. Pemilihan sampel mengikuti prinsip kesesuaian atau kepastian dan kecukupan. Kesesuaian adalah sampel dipilih berdasarkan kondisi yang berkaitan dengan topik penelitian, sedangkan kecukupan menunjukkan bahwa data yang diperoleh dari sampel menggambarkan informasi seluruh fenomena yang terjadi.⁵

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 24 Desember 2007 – 9 Januari 2008, dan dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan DIY. Adapun sampel dalam penelitian ini berjumlah enam orang yang terdiri dari dua orang dokter, satu orang ahli

gizi, satu orang perawat, satu orang bidan, satu orang pelaksana harian posyandu. Sampel yang diambil adalah pegawai Puskesmas yang memenuhi kriteria inklusi. Strategi penentuan sampel dilakukan dengan cara *purposive sampling*. *Purposive* karena memiliki tujuan tertentu yakni memilih sampel yang kaya informasi. Cara ini tidak mewakili dalam hal jumlah responden (kuantitas), namun dalam kualitasnya atau ciri-ciri responden yang ingin diwakili dan kebutuhan jumlah subjek penelitian didasarkan pada sifat jenuh atau *saturasi* data yang diperoleh.⁶ Pengambilan sampel secara *purposive sampling* atau sampel bertujuan didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya.⁷

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Kebijakan Pimpinan Puskesmas Terhadap Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk Pada Balita

Kebijakan seorang pimpinan terhadap suatu program, mempengaruhi keberhasilan program tersebut. Berdasar hasil wawancara dengan Kepala Puskesmas Wirobrajan Yogyakarta didapatkan bahwa pelaksanaan pencegahan dan penanggulangan gizi buruk pada balita telah dilaksanakan dengan berkoordinasi melalui lintas program dan lintas sektoral, seperti ungkapan responden:

“ Untuk lintas sektoral kita sudah koordinasi dengan baik dengan pak camat, pak lurah, dan pak RW di masing-masing wilayah untuk dapat mendongkrak balita gizi buruk supaya meningkat status gizinya”(P1)

Responden yang lain juga mengatakan bahwa dalam melaksanakan kegiatan penjangkauan dan pelacakan gizi buruk mereka berkoordinasi dengan lintas sektor yang lain seperti PKK dan ibu-ibu kader, seperti ungkapan:

“ Jadi kita kerja sama dengan PKK, dengan lintas sektor yang lain, khususnya ibu kader “(P3).

Masalah gizi adalah masalah kesehatan masyarakat yang penanggulangannya tidak dapat dilaksanakan dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja, sehingga memerlukan dukungan lintas sector.⁸ Mengingat penyebabnya

sangat kompleks, pengelolaan gizi buruk memerlukan kerjasama yang komprehensif dari semua pihak. Bukan hanya dari dokter maupun tenaga medis, namun juga pihak orang tua, keluarga, pemuka masyarakat maupun agama dan pemerintah.⁹

Upaya mengatasi prevalensi balita gizi buruk dilakukan antara lain melalui: (1) Penanggulangan kurang energy protein (KEP), anemia gizi besi, gangguan akibat kurang yodium, kurang vitamin A, dan kekurangan zat gizi mikro lainnya; (2) pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi; (3) pemberian subsidi pangan bagi penduduk miskin; (4) peningkatan partisipasi masyarakat melalui revitalisasi pelayanan Posyandu; dan (5) pelayanan gizi bagi ibu hamil (berupa tablet besi) dan balita (berupa makanan pendamping ASI) dari keluarga miskin. Keberhasilan kebijakan dan program ini di samping peran pemerintah juga tidak terlepas dari peran serta dunia usaha dan masyarakat dalam mendukung perbaikan gizi buruk pada masyarakat miskin³, sedangkan untuk lintas program Puskesmas selain melibatkan ahli gizi juga melibatkan medis, paramedis, kesehatan lingkungan dan PKM, seperti ungkapan responden:

“ ...di dalam lintas program ini kita tidak hanya melibatkan petugas gizi tapi juga PKMnya, terutama medisnya, juga paramedisnya ”(P1).

Pernyataan responden tersebut juga didukung oleh pernyataan responden yang lain bahwa setiap kali mereka turun melakukan kegiatan bersama-sama dengan ahli gizi, medis, paramedis, kesehatan lingkungan, dan PKM. Seperti ungkapan:

“...disitu tetap harus mencakup medis, paramedis, kemudian ada PKMnya, keslingnya, ahli gizinya...”(P4).

Dalam melaksanakan tugas turun kelapangan tim penanggulangan gizi buruk Puskesmas Wirobrajan mendapatkan SK penugasan dari pimpinan Puskesmas, seperti ungkapan responden:

“ ... kita membuat surat tugas, eh..bukan surat tugas tapi berupa SK penugasan dari kepala Puskesmas “ (P1).

Pernyataan ini didukung oleh pernyataan responden yang lain bahwa setiap melakukan kegiatan diluar Puskesmas selalu ada surat

penugasan dari kepala Puskesmas seperti ungkapan:

“ Setiap kita kegiatan diluar terutama pembinaan posyandu pasti ada surat tugasnya “ (P4).

2. Penjaringan Balita Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Wirobrajan

Upaya tim penanggulangan gizi buruk Puskesmas Wirobrajan untuk mengetahui kejadian dan jumlah balita gizi buruk di wilayah kerjanya, dengan mengadakan penjaringan yaitu dengan jalan menemukan kasus balita gizi buruk melalui pengukuran berat badan dan melihat tanda-tanda klinis. Penjaringan ini dilakukan secara pasif dan secara aktif.

Penjaringan secara aktif dilakukan dua bulan sekali atau tiga bulan sekali di semua posyandu yang ada di wilayah Wirobrajan. Kegiatan ini dilakukan oleh petugas Puskesmas yang dibantu oleh kader kesehatan yang ada di masyarakat. Seperti diungkapkan oleh responden:

“ Kalau yang secara aktif kita mungkin setahun bisa e..atau dua bulan sekali atau 3 bulan sekali programnya itu melakukan penjaringan semua posyandu kita datang kemudian kita nilai apakah ada gangguan tidak hanya pertumbuhannya tetapi juga perkembangannya juga.” (P4)

“ Untuk kegiatan penjaringan bisa dari data PSG, bisa dari laporan kader, atau e.. apa pasien sendiri diPuskesmas terus saat itu ditemukan.” (P2)

Kegiatan yang dilakukan adalah: semua balita didata terlebih dahulu kemudian dilakukan pengukuran BB, TB dan Lingkar kepala. Pengukuran BB menggunakan standar yang lebih sederhana yakni dengan indeks BB/Umur. Bila didapatkan balita dengan BB yang tidak sesuai dengan umurnya atau terdapat tanda-tanda gizi buruk maka balita tersebut dirujuk ke Puskesmas untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut sehingga status gizi balita tersebut dapat dipastikan. Seperti diungkapkan responden:

“ Langkah-langkah penjaringan di posyandu pada meja satu pendaftaran semua balita meja kedua penimbangan BB, TB, umur meja tiga pencatatan disini dilakukan penjaringan meja empat dilakukan motivasi pada balita gizi kurang dan gizi buruk meja ke lima pelayanan kesehatan “ (P2)

Di beberapa negara miskin, biasanya anak-anak yang menderita malnutrisi gizi buruk akut tidak pernah dibawa ke tenaga atau fasilitas kesehatan. Pada kasus seperti ini, perlu adanya pendekatan kepada masyarakat yang berpengaruh (tokoh masyarakat, dan lain-lain) agar dapat melaksanakan perawatan pada anak yang sakit. Bukti telah menunjukkan bahwa sekitar 80% anak dengan malnutrisi buruk akut yang telah teridentifikasi merupakan temuan kasus yang aktif.¹⁰

Penjaringan secara pasif dilakukan di Puskesmas apabila penderita datang ke Puskesmas untuk memeriksakan penyakitnya dan saat itu diketahui balita tersebut menderita gizi buruk, juga didapatkan laporan dari kader bahwa ada gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas. Hal tersebut seperti yang diungkapkan responden:

“ Penjaringan secara pasif kami lakukan setiap hari di poli umum pada saat orang tua membawa balita untuk berobat ke Puskesmas” (P2)

“ Kita sudah memberikan informasi atau memberikan pelatihan kepada kader bagaimana cara menimbang yang baik dan bagaimana cara menganalisa dan melaporkan jika memang ada pertumbuhan dari bayi maupun balita yang berhenti atau tidak tumbuh sesuai dengan usianya itu kalau secara pasif “ (P4).

Kegiatan yang dilakukan dalam penjaringan tersebut antara lain menanyakan nama dan umur balita, menimbang berat badan dengan menggunakan indeks BB/Umur, mengukur tinggi badan, mengukur lingkar kepala, kemampuan motorik kasar, dan kemampuan motorik halus. Bila didapatkan kriteria gizi buruk pada balita maka balita tersebut akan dilaporkan ke pelayanan gizi Puskesmas untuk dilakukan validasi serta mengukur kembali BB dengan menggunakan indeks BB/TB. Setelah didapatkan hasil tentang status gizi balita tersebut dan dipastikan bahwa balita tersebut mengalami gizi buruk maka akan dimasukkan dalam daftar penderita gizi buruk yang akan mendapatkan penanganan lebih lanjut. Namun sebelumnya balita tersebut diperiksa kembali oleh dokter untuk mengetahui adanya penyakit penyerta, bila penyakit yang menyertai tidak dapat diatasi di Puskesmas maka akan dirujuk ke rumah sakit. Seperti diungkapkan responden:

“ Langkah-langkah penjaringan di Puskesmas pasien datang ke poli umum kemudian dokternya lihat standar kalau misalnya kurang atau buruk kebagian gizi untuk masalah gizinya kemudian disini saya timbang lagi ini terlepas setelah diperiksa oleh dokter. Setelah itu balik lagi kedokternya untuk penyakit penyertanya.” (P2)

“ ...kemudian kita ukur baik berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, gerakannya, kemampuan bahasa motorik kasar, motorik halus yang mencakup pertumbuhan dan perkembangannya “ (P4).

“ Kalau standar baku ada itu status gizi WHO NCHS kami gunakan itu untuk BB/U juga BB/TB disana lengkap ada, ada acuannya pakai patokan patokan seperti itu “ (P2)

Kegiatan penjaringan yang dilakukan oleh Puskesmas Wirobrajan tersebut sesuai dengan langkah – langkah penjaringan⁸, yaitu:

1. Mendatangi posyandu atau rumah balita yang diduga menderita gizi buruk
2. Menyiapkan atau menggantungkan dacin pada tempat yang aman
3. Menanyakan tanggal/kelahiran anak
4. Menimbang balita
5. Mencatat hasil penimbangan
6. Menilai status gizi balita dengan indeks BB/U standart WHO – NCHS
7. Mencatat nama balita menderita gizi buruk
8. Membuat laporan KLB ke DKK

3. Pelacakan Balita Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Wirobrajan

Pelacakan pada balita gizi buruk dilakukan untuk mengetahui faktor – faktor yang berkaitan dengan kejadian gizi buruk dengan melalui wawancara dan pengamatan. Pelacakan dilaksanakan setelah terjadi penjaringan atau didapatkan kasus balita gizi buruk dengan mendatangi rumah balita gizi buruk tersebut. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh responden:

“ Kalau untuk penjaringan ada program kusus dari dinas jadi itu rutin dilakukan tetapi kalau untuk pelacakan biasanya berdasarkan kasus “ (P4).

“ Untuk pelacakan itukan pertama kita mendapat informasi dari ibu kader itu sendiri bahwa disana ada gizi kurang karena bisa mengetahui dari hasil penimbangan setiap bulan itu lha itu kita lacak dirumah jadi tidak melalui posyandu ” (P3).

Pernyataan responden tersebut dikuatkan dengan pernyataan orang tua balita gizi buruk bahwa setelah anaknya dinyatakan gizi buruk rumahnya didatangi oleh petugas kesehatan dari Puskesmas. Seperti diungkapkan:

“ Ada empat orang yang datang setelah beberapa waktu ditahu gizi buruk “ (O2).

“ Apa sebulan ya.. pokoknya hari senin, tiga orang “ (O3).

Kegiatan yang dilakukan dalam pelacakan balita gizi buruk di wilayah Puskesmas Wirobrajan diantaranya adalah memberikan kuesioner atau tanya jawab langsung kepada orang tua balita gizi buruk, melakukan pengukuran ulang antropometri bila diperlukan, melakukan rujukan ke Puskesmas dan atau ke rumah sakit bila ada penyakit yang menyertai serta melakukan dokumentasi. Berikut pernyataan responden tentang kegiatan pelacakan gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan:

“ Untuk sementara ini kami pergi ke turba ya turun kebawah kerumah-rumah penderita gizi buruk tersebut dan kami dengan cara memberikan kuisener atau tanya jawab langsung kepada orang tua korban sesuai dengan kuesioner yang telah “ (P2).

“ Timbang berat badan iya, ukur TB sekali pemeriksaan, hanya sebatas membawa timbangan sama tinggi badan sama dokumentasi “ (P3).

“ Kalau ada penyakit penyertanya kita akan rawat seoptimal mungkin apa yang bisa dilakukan di Puskesmas tapi kalau harus dirujuk atau lebih ke spesialis nanti akan kita rujuk ke rumah sakit “ (P1).

“ Kami disana sendiri-sendiri ada yang lihat lingkungannya ada yang menanyakan makannya keadaan rumah, keadaan keluarga, ekonomi.”(P2)

“ Setelah memperoleh data dilakukan pencatatan dan pelaporan terutama ke Puskesmas ada ke dinas kesehatan kemudian tindak lanjut lagi dirujuk ke Puskesmas kalau tidak mampu dirujuk ke rumah sakit. pemberian PMT, vitamin, konseling di Puskesmas” (P2)

Kegiatan pelacakan balita gizi buruk itu untuk mengetahui faktor yang berkaitan dengan kejadian balita gizi buruk melalui wawancara dan pengamatan

di wilayah kerja Puskesmas.⁸Faktor-faktor tersebut seperti yang telah diungkapkan responden:

“...Kalau dari secara umum kita tanya-tanya ternyata ada anak yang ke sebelas, ternyata bapaknya ekonomi lemah. Ada orang tuanya tukang becak, buruh. Intinya apa lingkungan juga dilihat, kemarin juga ada tidurnya belum pakai kasur juga, bisa juga kan karena lingkungan yang lembab, ada yang karena pola asuh ibunya tidak sabar atau tidak telaten, ibunya kerja yang ngasuh pembantunya kalau pembantunya makan tidak makan terserah anaknya “ (P2).

Pernyataan tersebut dikuatkan oleh orang tua/pengasuh balita gizi buruk bahwa orang tua balita adalah pekerja dan selama ini anaknya susah makan. Seperti diungkapkan:

“ Soalnya makannya gak mau, nangisan terus “ (O3).

“ Saya bukan ibunya, saya pengasuhnya, ibunya kerja dikulit didaerah Bantul “ (O1).

Sebagai tindak lanjut penjarangan dan pelacakan maka pada balita gizi buruk diberikan perawatan dan pengobatan sesuai dengan kondisi balita tersebut. Seperti yang diungkapkan responden:

“ Pemberian PMT pada gizi kurang dan gizi buruk pada keluarga miskin selama 100 hari “ (P2).

“ Kita pada bulan Juni kemarin membagi peralatan bagi ibu atau anak gizi buruk berupa kasur seluruhnya ada dua belas kita bagi semua. Bantuan dari pihak Puskesmas ada, PKK kota khususnya dari wali kota. Setiap tiga bulan sekali membagi PMT, baik susu, multivitamin, dan roti marri “ (P3).

“ Kalau ada penyakit penyertanya kita akan rawat seoptimal mungkin apa yang bisa dilakukan di Puskesmas tapi kalau harus dirujuk atau lebih kespialis nanti akan kita rujuk ke Rumah Sakit “ (P1).

Hal ini diperkuat dengan pernyataan orang tua balita gizi buruk bahwa selama ini telah mendapatkan bantuan berupa kasur, pemberian makanan tambahan, dan multivitamin. Seperti ungkapan:

“ Pengobatannya obat rutin, kalau gizi buruknya dikasih kacang ijo dan gula jawa di Puskesmas. Ada biscuit, telur, kacang ijo, gula jawa mungkin buat meningkatkan berat badannya “ (O1).

“ ... diberi susu, MPASI, kacang ijo, telur diberikan tiap 2 bulan sekali “ (O3).

4. Kendala yang Dihadapi Tim Penanggulangan Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Wirobrajan

Dalam melaksanakan kegiatan penjarangan dan pelacakan gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Wirobrajan tim penanggulangan gizi buruk Puskesmas Wirobrajan mengalami beberapa kendala antara lain waktu untuk pelaksanaan penjarangan dan pelacakan seperti yang diungkapkan responden:

“...kalau melacak untuk sore hari karena petugas disini rumahnya diluar kota semua kalau sore hari kita harus istilahnya kencanlah dengan keluarga “ (P3).

Hal ini diperkuat oleh responden yang lain:

“...kendalanya alokasi waktu, kalau boleh dalam jam kerja. Cuman mungkin masyarakatnya yang tidak bisa “ (P4).

Selain itu kendala yang dirasakan adalah petugas tim penanggulangan gizi buruk juga memegang beberapa program lain di Puskesmas sehingga pekerjaan mereka tumpang-tindih, hal ini diungkapkan responden:

“ Hambatannya lagi petugasnya over lap/ over kegiatan “ (P1).

Seperti juga diungkapkan oleh responden yang lain bahwa mereka tidak hanya sebagai tim penanggulangan gizi buruk tetapi juga memegang beberapa program yang lain:

“ Saya sebagai tata usaha, sebagai kepegawaian, informasi, membuat SIK, dan masih banyak lagi “ (P3).

Kendala yang lain orang tua balita adalah pekerja musiman sehingga waktu dilakukan pelacakan atau pemberian bantuan yang lain balita tersebut tidak ada ditempat atau sudah tidak ada. Seperti diungkapkan responden:

“ Ini mbak yang mejadi masalah itu sebetulnya gizi buruk yang ada diwilayah kita bukan penduduk asli dia hanya boro dia hanya ngontrak, tapi bagaimanapun ini menjadi potret atau gambaran diwilayah wirobrajan “ (P1).

Responden yang lain juga mengungkapkan hal tersebut:

“Orangnya pindah-pindah, jadi pas kita lacak gak ada “ (P5).

Berdasarkan hasil wawancara di atas, maka dapat diketahui bahwa kendala-kendala yang dihadapi oleh tim penanggulangan gizi buruk Puskesmas Wirobrajan yaitu kegiatan penjarangan dan pelacakan dilakukan diluar jam kerja sehingga dirasa mengganggu kegiatan keluarga petugas, adanya beban kerja di luar kegiatan penjarangan dan pelacakan yang lebih, orang tua balita tinggalnya tidak menetap sehingga susah untuk menemuinya.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kegiatan penjarangan dilakukan secara aktif dan pasif. Penjarangan secara aktif dilakukan dua bulan sekali atau tiga bulan sekali di semua posyandu yang ada di wilayah Wirobrajan. Kegiatan ini dilakukan oleh petugas Puskesmas yang dibantu oleh kader kesehatan yang ada di masyarakat, sedangkan penjarangan secara pasif dilakukan pada saat pelayanan di Puskesmas sehari – hari serta laporan yang diberikan oleh kader. Kegiatan yang dilakukan dalam penjarangan tersebut antara lain menanyakan nama dan umur balita, menimbang berat badan, mengukur tinggi badan, mengukur lingkaran kepala, kemampuan motorik kasar, dan kemampuan motorik halus. Setelah itu dilakukan dokumentasi dan dilaporkan pada pemerintah kota. Standart baku yang digunakan dalam mengukur gizi buruk balita menggunakan standart WHO-NCHS.

Pelacakan pada balita gizi buruk dilakukan untuk mengetahui faktor – faktor yang berkaitan dengan kejadian gizi buruk dengan melalui wawancara dan pengamatan. Pelacakan dilaksanakan setelah terjadi penjarangan atau didapatkan kasus balita gizi buruk dengan mendatangi rumah balita gizi buruk tersebut. Kegiatan yang dilakukan dalam pelacakan balita gizi buruk di wilayah Puskesmas Wirobrajan diantaranya adalah memberikan kuesioner atau tanya jawab langsung kepada orang tua balita gizi buruk, melakukan pengukuran ulang antropometri bila diperlukan, melakukan rujukan ke Puskesmas dan atau ke rumah sakit bila ada penyakit yang menyertai serta melakukan dokumentasi. Hal ini

sesuai dengan Pedoman Tatalaksana Gizi Buruk di Rumah Tangga dan Puskesmas.

Pelaksana tim penanggulangan gizi buruk dalam melaksanakan tugasnya bekerja pada sore hari, ini dirasa sangat mengganggu oleh anggota tim. Perlu dipikirkan kembali oleh pimpinan Puskesmas dalam penjadwalan kegiatan pelacakan dan penjangkauan gizi buruk pada balita di wilayah kerja Puskesmas Wirborajan. Banyaknya program yang dipegang oleh anggota tim penanggulangan gizi buruk diluar program penanggulangan gizi buruk itu sendiri akan menurunkan kualitas kinerja anggota tim tersebut. Perlu pembagian beban kerja pada petugas yang lain yang masih kurang beban kerjanya. Perlu meningkatkan intervensi ke posyandu sehingga lebih meningkatkan pencapaian D/S posyandu mengingat pentingnya posyandu sebagai sarana pelayanan kesehatan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan KEP pada balita. Petugas perlu meningkatkan motivasi pentingnya penimbangan diposyandu kepada masyarakat dengan mengikut sertakan lintas sektoral dan *key person* (tokoh agama, tokoh masyarakat, sehingga dapat meningkatkan partisipasi masyarakat ke posyandu.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penelitian ini dapat terselesaikan berkat dukungan, bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. dr. Choirul Anwar, M.Kes selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta yang telah memberikan ijin kepada penulis untuk melakukan penelitian.
2. drg. Emma Rahmi A., selaku Kepala Puskesmas Wirobrajan yang telah memberikan izin dan banyak memberikan masukan kepada penulis untuk melakukan penelitian.
3. Anggota tim penanggulangan gizi buruk di Puskesmas Wirobrajan yang telah membantu jalannya penelitian.
4. Purwanta, SKp., M.Kes. sebagai Penguji yang telah banyak memberikan koreksi dan masukan.
5. Seluruh Staf Dosen dan Administrasi PSIK FK UGM yang telah memfasilitasi kelancaran penelitian.
6. Kedua orang tua, suami dan anak-anakku tercinta yang telah memberikan do'a, motivasi,

dukungan dan kasih sayangnya, aku bangga dan bahagia memiliki kalian.

7. Fitri, kak Nursehan, kak Zul dan teman-teman lain yang tidak dapat saya sebutkan satu-per satu.

Dengan segenap kerendahan hati, penulis menyadari masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi ini, oleh karena itu semua masukan yang bersifat membangun akan penulis terima dengan hati yang lapang dan terbuka.

KEPUSTAKAAN

1. Chamim. *Memerangi Gizi Buruk, Tempatkan Masyarakat Sebagai Subyek Perubahan*, Seminar Sehari Kemitraan Dalam Mengatasi Masalah Gizi di Indonesia, 2007. Diakses pada 28 Mei 2007
2. Utantoro, A. *Sebanyak 1.506 Balita di DIY Alami Gizi Buruk*, 2006. <http://www.depkes.go.id>, Diakses pada 20 April 2007
3. Anonim. *Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan*, 2005. <http://www.undp.or.id/pubs/indg>. Diakses pada 26 Januari 2008
4. Nurani N, *Pembahasan Situasi Pangan dan Gizi Kecamatan Wirobrajan Yogyakarta Tahun 2005-2007*, Tidak dipublikasikan. 2007.
5. Kresno, et al., *Aplikasi Metode Kualitatif dalam Penelitian Kesehatan*, FKM, UI Bekerjasama dengan CIMU-Health & The British Council, Depok.2000,
6. Utarini, 1999. *Merancang Penelitian Kualitatif: Tujuan Hingga Analisis Data*, <http://mppk.ugm.ac.id/hapus/files/Sesi2-3-Design.doc>. Diakses pada 27 Agustus 2007
7. Notoatmodjo, S., *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Edisi revisi, Rineka Cipta, Jakarta. 2002.
8. Sururi, M. *Penanggulangan Gizi Buruk*. 2006., <http://dinkespurworejo.go.id>, Diakses pada 28 Mei 2007
9. Nancy, Y. Arifin, M.T., *Gizi Buruk, Ancaman Generasi Yang Hilang*, 2006. <http://io.ppi.jepang.org/search>, Diakses pada 20 April 2007
10. WHO, *Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition*, 2007. <http://www.who.int/nutrition/topics>. Diakses pada 26 Januari 2008