

Penanganan Balita Gizi Buruk di Puskesmas Provinsi Banten, Jawa Barat, Kalimantan Barat, dan Nusa Tenggara Timur

Treatment Severe Malnourished Children at Several Health Centers in West Java, Banten, West Kalimantan and East Nusa Tenggara Provinces

Astuti Lamid¹, Nova Sri Hartati¹, Fitriana¹ dan Srilaning Driyah¹

¹⁾ Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Jalan Percetakan Negara No. 29 Jakarta 10560, Indonesia

Korespondensi: astuti4@yahoo.com

Submitted: 5 November 2018, *Revised:* 5 Desember 2018, *Accepted:* 18 Desember 2018

<https://doi.org/10.22435/jpppk.v2i3.1129>

Abstrak

Masalah balita gizi buruk cenderung menurun pada tahun 2018, namun di beberapa daerah kasus gizi buruk meningkat menjadi KLB. Salah satu penanganannya melalui pemulihan di puskesmas. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui sejauh mana penanganan gizi buruk dilakukan oleh tenaga kesehatan puskesmas dan kader posyandu. Desain penelitian menggunakan pendekatan *mix methods*, berlokasi di Kalimantan Barat, Banten, Jawa Barat dan Nusa Tenggara Timur. Dua kabupaten dipilih dari masing-masing provinsi, selanjutnya dari tiap kabupaten diambil satu puskesmas yang banyak kasus gizi buruk. Informan penelitian adalah Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) puskesmas dan kader posyandu. Data yang dikumpulkan meliputi pelayanan gizi dan kesehatan, makanan terapi, dan penyuluhan serta peranan kader. Cara pengumpulan data dengan wawancara, *in-depth interview* dan diskusi kelompok terarah. Analisis data kuantitatif disajikan secara deskriptif dan kualitatif dengan *content analysis*. Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar puskesmas di daerah penelitian menangani gizi buruk dengan cara rawat jalan. Belum semua TPG puskesmas mendapat pelatihan gizi buruk, hanya sebagian puskesmas menggunakan makanan terapi sedangkan lainnya menggunakan makanan tambahan yang tidak sesuai dengan pedoman. Dukungan sebagian kader dalam penanganan gizi buruk di puskesmas berupa penemuan kasus gizi buruk dan merujuknya, membagikan PMT ke rumah balita. Penanganan balita gizi buruk di puskesmas belum optimal karena tidak didukung dengan ketersediaan input berupa makanan terapi dan belum semua TPG mendapat pelatihan gizi buruk. Pelatihan gizi buruk untuk tenaga puskesmas perlu ditingkatkan dan sistem pengadaan makanan terapi di daerah perlu diperbaiki, agar kualitas pelayanan gizi buruk menjadi lebih baik.

Kata kunci: gizi buruk, TPG, PMT, sistem pengadaan, pelayanan kesehatan

Abstract

The problem of severe malnutrition children under five years old tends to decline in 2018. One of the treatment measures was through recovery at the health center. The purpose of this study was to evaluate the extent to which severe malnutrition children was handled by health center nutrition officer and posyandu cadre. Mix methods approach was used as research design and the study was located in West Kalimantan, Banten, West Java and East Nusa Tenggara Provinces. Two districts were chosen, then one health center from each district was selected based on the highest severe malnutrition cases. The informants were nutrition officer of health center and posyandu cadres. The data collected were nutrition and health services, therapeutic food, counseling, and the role of cadres. Data was collected through interview, in-depth interview, and focus group discussion. Quantitative data analysis was presented descriptively and qualitative data was presented with content analysis. The majority of health centers handled severe malnutrition children in outpatient treatment setting. Not all nutrition officer of health centre have received training in handling severe malnutrition. Only

some health centers used therapeutic food while others used supplementary foods that was not recommended. The support of cadre was seen in the form of finding cases of malnutrition and distributing supplementary food to the malnourished children's homes. The handling of malnourished children in health centers was not optimal, because it was not supported by the availability of therapeutic food and not all nutrition officer have been trained. For recommendations, nutrition training for health center staff needs to be increased and the system for provision therapeutic food in the regions needs to be improved in order to improve the quality of nutrition services.

Keywords: severe malnutrition, health center nutrition officer, mix methods, indepth interview, content analysis

Pendahuluan

Masalah balita sangat kurus (*severe wasting*) atau lebih dikenal dengan gizi buruk merupakan masalah global, banyak negara terutama negara berkembang mempunyai prevalensi yang masih tinggi. Situasi di Indonesia tahun 2013 prevalensinya masih tinggi 5,3 persen, namun tahun 2018 cenderung menurun menjadi 3,5 persen.¹ Walaupun demikian masalah balita sangat kurus dianggap serius ditangani karena target *Sustainable Development Goal* (SDGs) pada tahun 2030 tidak ada lagi masalah gizi termasuk masalah gizi buruk.²

Gizi buruk menjadi perhatian karena dampaknya sangat berat yaitu berisiko kematian bila tidak segera ditangani, anak terhambat pertumbuhan fisik dan sel otak sehingga anak menjadi pendek, dan bodoh atau mengalami keterbelakangan.³ Karena imunitas anak menurun akibatnya sering menderita sakit. Negara kehilangan sumber daya manusia berkualitas di masa depan, sehingga dibutuhkan perhatian khusus untuk menanganinya.

Upaya penanggulangan yang dilakukan oleh pemerintah terus berlangsung untuk menekan angka gizi buruk di berbagai daerah. Caranya melalui Kemenkes menunjuk puskesmas sebagai pelayanan sentral untuk menangani gizi buruk baik di perkotaan atau di perdesaan. Melalui cara ini semua balita gizi buruk yang ditemukan di wilayah puskesmas dapat ditangani dan dirujuk bila diperlukan ke Rumah Sakit.

Timbulnya Kejadian Luar Biasa (KLB) gizi buruk di beberapa daerah di Indonesia seperti yang terjadi tahun 2018 di Papua dan di beberapa daerah yang tidak dilaporkan, sebagai bukti bahwa masalah gizi buruk belum sepenuhnya teratasi. Hal ini mendorong untuk mengetahui sejauh mana penanganan gizi buruk di fasilitas kesehatan yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan di puskesmas. Penelitian bertujuan untuk mengetahui karakteristik

puskesmas di berbagai daerah dalam melakukan penanganan gizi buruk, hal ini akan menjadi masukan bagi daerah atau pusat dalam memformulasikan perencanaan penanganan gizi buruk di masa depan. Oleh karena itu dalam penelitian ini dilakukan kajian sejauh mana penanganan gizi buruk di puskesmas yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan bagaimana peranan kader dalam mendukung penanganan gizi buruk di wilayah puskesmas.

Metode

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan *mix-methods*, yaitu menggunakan gabungan data kualitatif dan kuantitatif. Penelitian ini menggunakan data dari Laporan Akhir Penelitian "Studi Implementasi Penanganan Balita Kurus (Gizi Kurang) dan Balita Sangat Kurus (Gizi Buruk) di Puskesmas tahun 2017".^{4,5}

Lokasi penelitian dipilih 2 kabupaten dengan prevalensi gizi buruk tinggi dari masing-masing provinsi Banten, Jawa Barat, Kalimantan Barat dan Nusa Tenggara Timur (NTT). Prevalensi gizi buruk tinggi berdasarkan BB (Berat Badan)/TB (Tinggi Badan) atau BB/PB (Panjang Badan) <-3,0 Z-skor. Pemilihan provinsi dan kabupaten dilakukan secara *purposive*. Selanjutnya pada masing-masing kabupaten terpilih diambil satu puskesmas yang banyak kasus gizi buruknya dalam dua tahun terakhir (tahun 2015-2016).

Informan penelitian yaitu TPG dan ketua kader posyandu. Tiap puskesmas memiliki seorang TPG sehingga total informan TPG sebanyak 8 orang dan jumlah kader posyandu ditentukan sebanyak 6 orang dari masing-masing puskesmas sehingga total direkrut sebanyak 48 orang kader.

Cara pengumpulan data kuantitatif dengan wawancara menggunakan kuesioner, sedangkan data kualitatif yaitu dengan *in-depth interview* terhadap TPG, dan Diskusi Kelompok Terarah

(*Focus Group Discussion*) terhadap informan kader posyandu. Data yang dikumpulkan meliputi data jumlah balita gizi buruk, cara penanganan atau pelayanan gizi buruk dan kendala yang dihadapi oleh TPG dalam penanganan gizi buruk. Data kader dalam penanganan gizi buruk dibutuhkan adalah persepsi, penyebab dan akibat gizi buruk; cara penanggulangan dan kendala dalam penanganannya. Analisis data kuantitatif disajikan secara deskriptif dan kualitatif dilakukan dengan *content analysis*.

Hasil

Kabupaten yang terpilih sesuai dengan kriteria, di Provinsi Jawa Barat adalah Bogor dan Karawang, Provinsi Banten: Kabupaten Tangerang dan Kabupaten Serang; Provinsi Kalimantan Barat: Kota Pontianak dan Kabupaten Sambas dan di Provinsi NTT: Kota Kupang dan Kabupaten Malaka. Kemudian puskesmas yang terbanyak kasus gizi buruk yang dipilih menjadi lokasi penelitian yaitu Puskesmas Cibungbulang (Kabupaten Bogor); Puskesmas Karawang (Kabupaten Karawang); Puskesmas Balaraja (Kabupaten Tangerang); Puskesmas Kramatwatu (Kabupaten Serang); Puskesmas Saigon (Kota Pontianak); Puskesmas Sejangkung (Kabupaten Sambas), Puskesmas Oepoi (Kota Kupang) dan Puskesmas Betun (Kabupaten Malaka).

a. Karakteristik Puskesmas

Sebagian besar tipe puskesmas adalah puskesmas rawat inap, hanya tiga puskesmas (Karawang, Sejangkung dan Oepoi) yang merupakan puskesmas non-rawat inap. Ketika pengumpulan data dilaksanakan hanya tiga puskesmas belum terakreditasi. Jumlah desa, posyandu dan kader

terbanyak terdapat pada Puskesmas Kramatwatu. Karena keberadaan Puskesmas Karawang di Kota Karawang, maka wilayahnya hanya meliputi satu kelurahan, dibandingkan puskesmas lain jumlah desanya lebih besar. Jumlah posyandu dan jumlah kader terkecil terdapat pada Puskesmas Oepoi. (Tabel 1)

Karakteristik tenaga kesehatan yang ada di masing-masing puskesmas terlihat pada Tabel 2. Total tenaga kesehatan di Puskesmas Balaraja, Oepoi dan Betun terbanyak mencapai 52 orang, sedangkan di Puskesmas Cibungbulang dan Karawang terendah hanya masing-masing 19 orang. Tenaga kesehatan di Puskesmas Karawang yang belum terpenuhi adalah tenaga kesehatan lingkungan, di Puskesmas Sejangkung yang belum terpenuhi adalah dokter gigi, tenaga kesehatan masyarakat, dan tenaga kesehatan lingkungan, dan di Puskesmas Betun yang belum ada adalah dokter gigi dan apoteker/sarjana/akademi farmasi.

b. Penanganan Gizi Buruk

Tabel 3 menyajikan penanganan gizi buruk berupa kegiatan pelayanan pemulihan baik berupa tipe penanganan gizi buruk secara rawat jalan atau TFC. Pengertian TFC (*Therapeutic Feeding Center*) adalah tempat perawatan balita gizi buruk secara rawat inap, dengan cara pemberian makanan secara intensif yang dapat terlaksana dengan adanya bangunan khusus di puskesmas untuk menyelenggarakan makanan untuk pasien balita gizi buruk. Lama penanganan dengan TFC maksimal selama dua sampai tiga minggu dengan pendampingan orang tua ikut menginap di puskesmas.

Tabel 1. Karakteristik Puskesmas Sebagai Lokasi Penelitian

Karakteristik Puskesmas	Cibungbulang	Krawang	Kramat Watu	Balaraja	Saigon	Sejangkung	Oepoi	Betun
Akreditasi Puskesmas	Sudah	Sudah	Sudah	Sudah	Sudah	Belum	Belum	Belum
Tipe Puskesmas	Rawat Inap	Non-Rawat Inap	Rawat Inap	Rawat Inap	Rawat Inap	Non-Rawat Inap	Non-Rawat Inap	Rawat Inap
Jumlah Desa	7	1	15	5	7	12	4	12
Jumlah Posyandu	55	30	90	47	56	34	27	46
Jumlah kader	275	150	450	234	280	160	135	230

Tabel 2. Karakteristik Tenaga Kesehatan Di Puskesmas

Pelayanan Gizi	Cibungbulang	Karawang	Kramatwatu	Balaraja	Saigon	Sejangkung	Oepoi	Betun
Dokter	4	3	2	3	1	1	4	2
Dokter gigi	1	1	1	4	1	-	1	-
Kesehatan Masyarakat	1	2	1	5	2	-	1	1
Kesehatan Lingkungan	1	0	1	1	1	-	3	2
Apoteker/Sarjana/Akademi Farmasi	1	1	2	2	3	1	3	-
Ahli Gizi	1	1	1	1	3	2	3	7
Bidan	3	4	17	21	4	17	18	13
Perawat	6	5	13	13	2	8	16	22
Analisis Kesehatan	1	2	1	2	2	1	3	4
Total	19	19	39	52	23	30	52	52

Tabel 3. Tipe Penanganan Gizi Buruk di Puskesmas dan Kompetensi TPG di Puskesmas

Nama Puskesmas	Cibungbulang	Krawang	Kramat Watu	Balaraja	Saigon	Sejangkung	Oepoi	Betun
Tipe Penanganan Gizi Buruk	Rawat Jalan	Rawat Jalan	Rawat Jalan	Rawat Jalan	TFC	Rawat Jalan	Rawat Jalan	TFC
Jumlah Kasus Gizi Buruk Tahun 2016	15 anak	3 anak	28 anak	5 anak	39 anak	3 anak	120 anak	15 anak
Penyakit Penyerta	Kongenital	ispa; diare	ispa:gastro-enteritis	ispa,gastro-enteritis	ispa:down sindrom; TBC	TBC	Tidak ada rekam medis	Ispa, TBC gastro-enteritis
Pendidikan TPG	Ahli Gizi	Ahli Gizi	Perawat	Ahli Gizi	Ahli Gizi	Ahli Gizi	Ahli Gizi	Ahli Gizi
TPG Pernah Pelatihan Gizi Buruk	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Ya

Penanganan gizi buruk di puskesmas daerah penelitian terbanyak berupa penanganan rawat jalan dan hanya 2 puskesmas dengan tipe TFC (Saigon dan Betun). TFC yang terdapat di Puskesmas Saigon dan Puskesmas Betun, dibentuk beberapa tahun lalu yang merupakan bantuan dari CARE Internasional dan Proyek NICE. Jumlah kasus gizi buruk tahun 2016 terbanyak adalah Oepoi (120 anak balita) dan paling sedikit di Puskesmas Karawang dan Sejangkung masing-masing 3 anak balita. Penyakit yang terbanyak diderita anak balita adalah ISPA, gastro enteritis (diare), dan tuberkulosis (TBC)

dan lainnya menderita penyakit kongenital namun jumlahnya sedikit. Adapun dari segi ketenagaan, sebagian dari TPG belum pernah mendapatkan pelatihan gizi buruk, dan dari segi pendidikan sebagian besar adalah ahli gizi dan hanya satu orang yang berpendidikan perawat yaitu di Puskesmas Kramatwatu. Walaupun ada ahli gizi dahulu sebagai TPG Puskesmas Kramatwatu, namun beberapa bulan lalu ditempatkan di program KIA puskesmas.

Kegiatan pelayanan gizi buruk merupakan serangkaian kegiatan pengobatan penyakit infeksi, pengukuran antropometri (berat dan tinggi badan),

pemberian makanan terapi (F-100 dan F-75) dan PMT serta penyuluhan (Tabel 4). Selain itu juga dikumpulkan data rekam medis dan kriteria keberhasilan pelayanan gizi buruk. Pengukuran antropometri, pengobatan penyakit infeksi, penyuluhan gizi dan PHBS telah dilakukan seluruh puskesmas. Selain itu semua puskesmas mempunyai kriteria yang sama dalam menentukan keberhasilan penanganan gizi buruk dengan menggunakan indikator berat badan (BB)/tinggi badan (TB)<-2 Z skor.

Puskesmas yang tidak mempunyai rekam medis dalam pelayanan gizi buruk hanya Puskesmas

Kramatwatu, Sejangkung dan Oepoi. Sedangkan puskesmas yang mempunyai makanan terapi sesuai rekomendasi Kemenkes yaitu F-100, F-75 dan mineral mix adalah Puskesmas Balaraja, Saigon, dan Betun.

c. Kendala Dalam Penanganan Gizi Buruk Menurut TPG dan Kader Posyandu

c.1. Hasil wawancara mendalam terhadap TPG

Hasil wawancara mendalam terhadap TPG ditemukan bahwa sebagian besar kendala yang utama dalam penanganan gizi buruk adalah orang tua tidak kooperatif karena faktor ekonomi untuk

Tabel 4. Kegiatan Pelayanan Gizi Buruk di Puskesmas

Kegiatan Pelayanan Gizi Buruk	Cibungbulang	Karawang	Kramatwatu	Balaraja	Saigon	Sejangkung	Oepoi	Betun
Pengukuran antropometri	Ya							
Pengobatan Penyakit Infeksi	Ya							
Rekam Medis	Ya	Ya	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Ya
Pemberian Makanan Terapi								
a. F-100	Tidak	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Ya
b. F-75	Tidak	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Ya
c. Mineral mix	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Tidak	Ya
d. Susu Formula Khusus	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Tidak
e. Lain Susu dari kedele	Ya	Ya	Ya	Tidak	Tidak	Tidak	Ya	Tidak
Pemberian Makanan Tambahan								
a. Susu formula	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Ya	Ya	Tidak
b. Biskuit, MPASI/PMT	Ya							
c. Susu Formula Khusus	Tidak	Tidak	Tidak	Tidak	Ya	Ya	Tidak	Tidak
Pemberian Makanan Tambahan	Ya							
Penyuluhan Gizi	Ya							
Penyuluhan PHBS	Ya							
Kriteria keberhasilan pelayanan	BB/TB<-2 Z skor							

Keterangan: BB= Berat Badan dan TB= Tinggi Badan

membawa dan mengikuti perawatan anak balitanya yang menderita gizi buruk ke puskesmas, seperti diungkapkan TPG di bawah ini:

“Orang tua tidak mau membawa anak ke Panti Pemulihan Gizi (PPG) di puskesmas. Orang tua kurang kooperatif, khususnya untuk istri yang menjadi “tulang punggung keluarga”; Baru beberapa hari anak dirawat sudah dimintai pulang. Pasien yang pulang paksa dibawa orang tua, alasannya ingat rumah, siapa yang masak untuk anggota keluarga lain yang ditinggal di rumah.”

Kebiasaan lain juga menjadi hambatan untuk mengubah perilaku adalah kebiasaan orang tua membawa anaknya berobat ke dukun khususnya di Puskesmas Betun seperti yang diungkapkan oleh TPG

“Orang tua masih ada yang berobat ke dukun, untuk pasien yang rumahnya di gunung yang jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan.”

Kendala lainnya yang diungkapkan adalah kurang tenaga dalam pelayanan gizi buruk, pengetahuan ibu yang rendah dan anak balita yang sulit naik berat badannya.

“Kesulitan kami menangani gizi buruk karena tenaga puskesmas dan tenaga yang terlatih dalam gizi buruk sangat kurang, yang lainnya adalah pengetahuan ibu tentang gizi kurang karena pendidikan yang rendah, dan beberapa anak balita gizi buruk mengalami penyakit kongenital yang beberapa kali kunjungan ke Puskesmas, berat badannya sulit naik.”

Tambahan informasi dari TPG tentang tenaga terlatih sebagaimana dikatakan oleh salah seorang TPG puskesmas sebagai berikut:

“Kelangkaan tenaga terlatih puskesmas yang kami keluhkan karena seringnya mutasi dalam Dinas Kesehatan Kabupaten sehingga tenaga TPG yang terlatih dipindah tugaskan ke puskesmas lainnya”

Tidak maksimalnya pelayanan balita gizi buruk, dapat digali bahwa tidak tersedianya makanan terapi seperti Formula-75, Formula-100 dan Mineral Mix sebagai logistik/input yang seharusnya ada dalam setiap pelayanan gizi di puskesmas, disebabkan berbagai hal, seperti diungkapkan.

“Formula-100 dan Formula-75 dan Mineral Mix datangnya dari Dinas Kabupaten terlambat, apabila menggunakan dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) puskesmas pencairannya juga

membutuhkan waktu tidak segera, sehingga balita gizi buruk diberikan makanan terapi lainnya yang tidak dianjurkan dalam pedoman penanganan gizi buruk.”

Salah seorang TPG ada yang mengungkapkan bahwa ketersediaan makanan terapi lain yang didistribusikan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai berikut:

“Puskesmas kami menggunakan apa yang diinstruksikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten yaitu mendapatkan makanan terapi lain bukan Formula-100 dan Formula-75 dan Mineral Mix seperti dalam Pedoman.”

c.2. Hasil Diskusi Terarah terhadap Kader Posyandu

Hasil diskusi terarah adalah diperoleh persepsi, penyebab dan akibat gizi buruk, peranannya dalam penanganannya, keterlibatan kader dalam kegiatan desa.

1. Persepsi kader tentang gizi buruk

Sebagian besar kader mengenal dan pernah menemukan balita gizi buruk. Persepsinya setiap balita gizi buruk adalah yang berat badannya berada bawah garis merah (BGM) dengan tanda kurus dan berat badannya tidak naik. Namun salah satu peserta dapat menambah ciri spesifik seperti berikut ini:

“Bahwa tanda gizi buruk yang khas ciri gizi buruk adalah kulit keriput. Muka seperti orang tua, pantat kempes dan tiga kali berturut-turut berat badan tidak naik.”

2. Penyebab dan akibat gizi buruk

Sebagian besar kader mengetahui penyebabnya adalah faktor ekonomi, sebagian lagi menyebutkan pengasuhan karena rendahnya pendidikan orang tua, berat badan bayi lahir rendah, pemberian makanan terlalu dini, kurangnya asupan makanan, pantangan makan makanan tertentu, penyakit infeksi seperti TBC, anak kerap sakit, orang tua sering membeli makanan jajanan dan jarang memasak makanan di rumah. Dari semua pendapat yang dikumpulkan dapat secara langsung dikatakan penyebab karena penyakit infeksi, kurang asupan karena faktor ekonomi, pantangan dan pengasuhan dan kurangnya pendidikan orang tua.

3. Peranan kader dalam penanganan gizi buruk

Semua kader mengemukakan bahwa tugas kader utama di posyandu melakukan penimbangan

berat badan, mengisi berat badan di Kartu Menuju Sehat (KMS), memberi penyuluhan dan pemberian makanan tambahan (PMT) dan mendatangi rumah anak balita gizi buruk yang tidak datang dalam penimbangan bulanan. Kaitan dengan penanganan gizi buruk adalah awalnya penemuan balita BGM dilaporkan segera ke bidan, tindak lanjutnya bidan dan kader mendatangi rumah balita tersebut, kemudian merujuknya ke puskesmas untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut dengan didampingi kader.

Seperti yang diungkapkan oleh salah seorang kader :

“Kita ini ujung tombak untuk menemukan awal balita BGM di masyarakat, kita tahu kondisi balita tersebut karena anak balita setiap bulan ditimbang di posyandu, bila grafik tidak naik kita tanyakan ibu kenapa BB anak tidak naik, setelah itu lapor ke bidan desa untuk ditindak lanjuti, bila perlu dilakukan kunjungan rumah, dan setiap bulan mendistribusikan PMT dari puskesmas untuk seluruh balita.”

“Kita ini membantu dan menemani bila ada balita BGM yang dirujuk ke puskesmas, memberikan PMT dan menjemput anak ke rumah bila anak tidak datang sesuai jadwal pemulihan di puskesmas.”

4. Keterlibatan kader dalam perencanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) desa pada pertemuan musyawarah perencanaan pembangunan (musrenbang) desa. Sebagian kader mengetahui bahwa ada dana desa dan terlibat dalam pertemuan musrenbang desa, sebagaimana pernyataan kader (salah satu kader adalah istri Lurah):

“Iya, kami kader ikut diundang dalam kegiatan musrenbang desa dan mengusulkan anggaran untuk posyandu dalam pengadaan alat/ perlengkapan di posyandu dan pada tahun 2017 posyandu dapat bantuan PMT penyuluhan dari desa sebesar Rp.75.000,- per bulan per posyandu dan insentif kader.”

Namun ada salah seorang peserta mengungkapkan bahwa dana desa di daerahnya peruntukannya tidak ada untuk kepentingan posyandu, seperti diungkapkan sebagai berikut:

“Masalah gizi buruk tidak dibahas dalam musrenbang, pembahasan musrenbang lebih ke arah pembangunan infrastruktur.”

Pembahasan

Data lapangan yang dikumpulkan menunjukkan masih ditemukan kasus gizi buruk pada masing-masing puskesmas yang menjadi lokasi penelitian. Kasus gizi buruk tahun 2016 tertinggi ditemukan di Puskesmas Oepoi (120 kasus), diikuti Puskesmas Saigon (39 kasus), Puskesmas Kramatwatu (28 kasus) dan terendah pada Puskesmas Karawang dan Saigon masing-masing ada 3 kasus. Kasus tahun 2017 belum dapat diperoleh karena pengumpulan data dilakukan pada pertengahan tahun 2017. Sebagian besar balita gizi buruk disertai dengan penyakit infeksi (TB, ISPA dan lainnya) dan penyakit kongenital.

Sampai tahun 2017 kasus gizi buruk belum dapat dieliminasi hal ini terlihat dari data puskesmas di atas kasus gizi buruk masih ditemukan. Merujuk target global yang dicanangkan pada tahun 2025 masalah balita kurus termasuk gizi buruk prevalensinya diharapkan menurun menjadi kurang dari 5 persen.⁶ Penanganan gizi buruk perlu segera dilakukan. Berdasarkan Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor 1209/Menkes/X/1998 tanggal 19 Oktober 1998 dan Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor 347/Menkes/IV/2008 Tanggal 10 April 2008 menyatakan untuk memperlakukan kasus gizi buruk sebagai KLB, sehingga setiap kasus gizi buruk harus: (a) dilaporkan dalam 1x24 jam; (b) ditangani sesuai dengan tata laksana gizi buruk yang standar, baik rawat inap atau rawat jalan; dan (c) melakukan penyelidikan epidemiologis atau pelacakan kasus gizi buruk.^{7,8}

Sumber Daya Puskesmas

Pelayanan pemulihan gizi buruk di puskesmas tidak terlepas dari dukungan sumber daya manusia sebagai tenaga kesehatan. Perbedaan tipe puskesmas berhubungan dengan ketersediaan sumber daya tenaga kesehatan. Di dalam Peraturan Menteri kesehatan No. 75 tahun 2014, pada lampiran romawi V tentang Standar Ketenagaan Puskesmas dicantumkan bahwa kondisi minimal yang diharapkan agar kegiatan Puskesmas dapat diselenggarakan dengan baik ada empat jenis tenaga kesehatan strategis (Dokter, Dokter Gigi, Perawat dan Bidan).⁹

Puskesmas yang memenuhi persyaratan empat jenis tenaga kesehatan strategis menurut

Permenkes nomor 75, untuk tipe rawat inap perkotaan tahun 2014 adalah Balaraja, Kramat Watu, sedang Saigon tidak terpenuhi karena hanya punya 1 dokter, Cibungbulang kekurangan bidan dan perawat, Betun kekurangan dokter gigi. Khusus tipe non rawat inap yang memenuhi persyaratan adalah Karawang, dan Oepoi, sedangkan Sejangkung kekurangan dokter gigi.

Dilihat dari komposisi tim asuhan gizi yang terdiri dari dokter, TPG dan perawat/bidan maka seluruh puskesmas telah memenuhi persyaratan dalam pelayanan gizi buruk.¹⁰ Namun TPG dari masing-masing puskesmas yaitu Kramatwatu, Sejangkung dan Oeipoi belum pernah mendapatkan pelatihan gizi buruk dari Dinas Kesehatan Provinsi atau dari Pusat. Menurut Kemenkes (2011) TPG disarankan mendapatkan pelatihan gizi buruk sehingga dapat melakukan pemulihan gizi sesuai yang direkomendasikan oleh Kemenkes.¹⁰

Tipe Puskesmas di lokasi penelitian sebagian besar puskesmas rawat inap, namun faktanya penanganan gizi buruk balita kurus yang dilakukan secara rawat jalan. Diduga alasannya berkaitan TPGnya belum mendapat pelatihan gizi buruk dari Dinas Kesehatan daerah maupun pusat, atau tidak mempunyai fasilitas Puskesmas TFC.

Penanganan balita gizi buruk berupa perawatan secara rawat jalan atau rawat inap pada puskesmas TFC berupa pemeriksaan klinis, pengobatan, pengukuran antropometri, pemberian makanan tambahan dan penyuluhan gizi telah dilakukan namun tidak didukung dengan input makanan terapi seperti F-100, F-75 seperti yang dianjurkan dalam pedoman.¹⁰ Logistik atau ketersediaan untuk penanganan gizi buruk untuk pemulihan gizi beberapa puskesmas tidak sesuai dengan penyediaan sarana pendukung tatalaksana yang dianjurkan oleh Kemenkes, seperti formula makanan: Formula-100 (F-100) dan Mineral Mix yang diperlukan selama fase stabilisasi dan rehabilitasi.¹⁰ Kendala penyediaan logistik pendukung tersebut yang masih dihadapi adalah keterlambatan pengadaan di daerah sehingga tidak terpenuhinya sarana pendukung ketika dibutuhkan oleh puskesmas.

Kendala lain yang diungkapkan oleh TPG adalah faktor ekonomi keluarga balita gizi buruk sehingga orang tua tidak rutin membawa

anaknya berobat atau pulang paksa dari perawatan, selain itu kurangnya pengetahuan gizi orang tua sehingga masih ada membawa anaknya berobat ke dukun. Hal ini sesuai dengan masalah kurang gizi termasuk gizi buruk disebabkan kurangnya asupan makanan dan masalah penyakit infeksi yang sering terjadi, sedangkan faktor ekonomi merupakan tidak langsung.¹¹

Peranan kader terkait dengan penanganan gizi buruk adalah dalam penemuan kasus gizi buruk dan penanganan selanjutnya seperti membawa ke puskesmas dan membagikan PMT ke rumah balita. Kekurangan peran kader dalam penanganan sesuai pedoman adalah belum melakukan pendampingan dalam pengasuhan ke rumah balita gizi buruk.¹⁰ Kemungkinan hal ini disebabkan belum adanya pelatihan penyegaran untuk kader dalam pendampingan pengasuhan ke rumah balita gizi buruk.

Penanganan gizi buruk di puskesmas berdasarkan temuan dari delapan puskesmas yang diteliti belum memenuhi standar dalam hal ketenagaan, logistik pendukung dan dukungan desa. Kendala mengenai ketenagaan perlu dipertimbangkan untuk perencanaan pelatihan gizi buruk bagi tim asuhan gizi puskesmas, dan pelatihan penyegaran untuk kader bagaimana pendampingan yang dilakukan terhadap balita gizi buruk di rumah tangga. Koordinasi dengan melibatkan peran luar sektor kesehatan di puskesmas yaitu peran desa atau kelurahan diperlukan agar dapat mengoptimalkan bantuan dana desa, dan program lain seperti keluarga harapan, ketahanan pangan dan subsidi Rastha dalam pemulihan gizi bagi balita gizi buruk.^{12,13,14,15}

Kesimpulan

Penanganan balita gizi buruk dalam studi ini yang dilakukan di puskesmas sebagian besar dengan rawat jalan dan sebagian kecil dengan rawat inap di puskesmas yang mempunyai fasilitas TFC. Kegiatan pelayanan di puskesmas meliputi pemeriksaan klinis, pengobatan, pengukuran antropometri, pemberian makanan terapi, penyuluhan gizi dan kesehatan. Namun pelayanannya belum optimal karena tidak didukung dengan ketersediaan *input* berupa makanan terapi (F-100, F-75) dan TPG belum mendapat pelatihan gizi buruk. Kendalanya karena TPG yang terlatih ada diantaranya di

mutasi, pengadaan makanan terapi tidak dilakukan lebih awal sehingga suplainya terlambat hampir mendekati akhir tahun, dan penggantian makanan terapi dengan makanan tambahan lain yang tidak sesuai pedoman.

Keberhasilan penanganan gizi buruk di puskesmas tidak terlepas dari peranan kader. Sebagian besar kader posyandu telah berperan dalam menemukan kasus gizi buruk, kemudian merujuknya ke puskesmas, membagikan PMT ke rumah balita dan turut serta dalam musrembang desa sehingga dapat mengusulkan dana untuk PMT dan keperluan posyandu lainnya. Namun peran kader yang masih belum terlihat yakni pendampingan pengasuhan anak di rumah balita gizi buruk.

Saran

Peningkatan pelayanan pemulihan balita gizi buruk di puskesmas diperlukan dengan memberi pelatihan gizi buruk untuk TPG dan tenaga puskesmas lain yang belum terlatih; pengadaan makanan terapi pada awal tahun sehingga kebutuhan makanan terapi dapat terpenuhi; pelatihan praktik pengasuhan untuk kader dalam pendampingan ke rumah balita sangat kurus; dan koordinasi dengan luar sektor kesehatan di puskesmas yaitu desa atau kelurahan agar dapat mengoptimalkan bantuan dana desa, dan program lain lebih difokuskan untuk membantu keluarga yang mempunyai anak balita gizi buruk.

Ucapan Terima Kasih

Penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi (Banten, Jabar, Kalbar, NTT) dan Kabupaten (Tangerang, Serang, Bogor, Karawang, Pontianak, Sambas, Kupang dan Malaka) dan Puskesmas (Balaraja, Kramatwatu; Karawang, Cibungbulang, Pontianak Timur/Saigon, Sejangkung, Oepoi dan Betun) yang telah memberi kesempatan penulis melaksanakan penelitian ini.

Daftar Rujukan

1. Kementerian Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018: Laporan Nasional. Jakarta: Balitbangkes Kemenkes RI.
2. GNR. Nourishing the SDGs. 2017. Bristol, UK: Development Initiatives.
3. Arnelia, Karyadi L, Mulyati S dan Lamid A. Dampak kekurangan gizi terhadap kecerdasan anak SD pasca pemulihan gizi buruk. PGM 1995; 18: 24---42
4. Lamid A, Konadi L, Pratiwi D, Afriansyah N, Fitriana, Hartati NS dkk. *Penelitian Studi Implementasi Penanganan Balita Kurus (Gizi Kurang) dan Balita Sangat Kurus (Gizi Buruk) di Puskesmas. Laporan Penelitian*. Jakarta: Puslitbang Sumberdaya dan Pelayanan Kesehatan. 2017.
5. Astuti Lamid, Laurentia Konadi, Nurfi Afriansyah, Reviana Christijani, Bona Simanungkalit. Pengasuhan Anak Balita Gizi Sangat Kurus Yang Mengikuti Pemulihan Gizi Di Puskesmas. PGM 2018; 41(2): 21-30
6. WHO. Global Nutrition Targets 2025. To improve maternal, infant and young child nutrition. 2018. https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief/overview/en/
7. Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor 1209/Menkes/X/1998 tentang KLB
8. Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor 347/Menkes/IV/2008 tentang KLB gizi buruk
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
10. Direktorat Bina Gizi. *Pedoman Pelayanan Anak Gizi Buruk*. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Direktorat Bina Gizi, Kemenkes RI, 2011
11. Unicef. Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries. New York: Unicef. 1990.
12. Peraturan Menteri Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor 19 tahun 2017 tentang Penetapan Prioritas Penggunaan Dana Desa Tahun 2018.
13. Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2017 tentang Program Keluarga Harapan
14. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2015 tentang Ketahanan Pangan dan Gizi
15. Kemenko Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor B-247/D-II/KPS.01.00/02/2017 tentang Pedoman Umum Subsidi Rastra.