



**NARRATIVE LITERATURE REVIEW: STUDI KUALITATIF IMPLEMENTASI
COMMUNITY BASED MANAGEMENT OF ACUTE MALNUTRITION (CMAM)
PADA SISTEM KESEHATAN DI WILAYAH ASIA**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Gizi**



Oleh:

Rafidah Salma Maulidia

NIM: 175070301111013

**PROGRAM STUDI ILMU GIZI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
MALANG
2021**

**NARRATIVE LITERATURE REVIEW: STUDI KUALITATIF IMPLEMENTASI
COMMUNITY BASED MANAGEMENT OF ACUTE MALNUTRITION (CMAM)
PADA SISTEM KESEHATAN DI WILAYAH ASIA**

TUGAS AKHIR

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Gizi**



Oleh:

Rafidah Salma Maulidia

NIM 175070301111013

PROGRAM STUDI ILMU GIZI

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2021



HALAMAN PERSETUJUAN

TUGAS AKHIR

***NARRATIVE LITERATURE REVIEW: STUDI KUALITATIF IMPLEMENTASI
COMMUNITY BASED MANAGEMENT OF ACUTE MALNUTRITION (CMAM)
PADA SISTEM KESEHATAN DI WILAYAH ASIA***

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Gizi

Oleh:

Rafidah Salma Maulidia

NIM 175070301111013

Menyetujui untuk diuji:

Pembimbing I

Pembimbing II

Catur Saptaning Wilujeng, S.Gz., M.P.H
NIP/NIK. 2009088407122001

Intan Yusuf Habibie, S.Gz., M.sc
NIP/NIK. 198902132019031008

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

**NARRATIVE LITERATURE REVIEW: STUDI KUALITATIF IMPLEMENTASI
COMMUNITY BASED MANAGEMENT OF ACUTE MALNUTRITION (CMAM)
PADA SISTEM KESEHATAN DI WILAYAH ASIA**

Oleh:

**Rafidah Salma Maulidia
NIM 175070301111013**

Telah diuji pada

Hari: Jum'at

Tanggal: 7 Mei 2021

Dan telah dinyatakan lulus oleh:

Penguji-I

**Dr. Nurul Muslihah, SP, M.Kes
NIP/NIK. 197401262008012002**

Pembimbing I

**Catur Saptaning Wilujeng, S.Gz, M.P.H
NIP/NIK. 2009088407122001**

Pembimbing II

**Intan Yusuf Habibie, S.Gz., M.sc
NIP/NIK. 198902132019031008**

Mengetahui,

Ketua Program Studi Sarjana Ilmu Gizi



**Dr. Nurul Muslihah, SP, M.Kes
NIP/NIK. 197401262008012002**



PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rafidah Salma Maulidia

NIM : 175070301111013

Program Studi : Program Studi Sarjana Ilmu Gizi

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil-alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 4 Mei 2021



Rafidah Salma Maulidia

NIM. 175070301111013



KATA PENGANTAR

Segala puja dan syukur saya persembahkan atas kehadiran Allah SWT, karena seluruh kasih sayang-Nya telah dengan penuh membantu saya dalam menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul "*Literature Review: Implementasi Community Based Management of Acute Malnutrition (CMAM) pada Sistem Kesehatan*" ini guna memenuhi sebagian persyaratan mendapat gelar sarjana Gizi. Dengan selesainya Tugas Akhir ini, saya mengucapkan terima kasih yang dalam dan tak terhingga kepada:

1. Allah SWT yang telah memberikan banyak karunia dan anugrah pada saya. Tanpa kasih sayang-Nya, maka Tugas Akhir ini hanya akan menjadi sebuah istilah tanpa makna. Bahwa dengan seluruh sifat Maha-Nya, Tugas Akhir ini dapat terselesaikan dengan baik pada waktu terbaik pula.
2. Ibu Catur Saptaning Wilujeng, S.Gz., M.P.H, selaku dosen pembimbing pertama Tugas Akhir saya yang telah banyak membantu dalam membimbing penyelesaian Tugas Akhir ini. Dimana atas kesabaran dan perhatian beliau, Tugas Akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.
3. Bapak Intan Yusuf Habibie, S.Gz., M.Sc, selaku dosen pembimbing kedua Tugas Akhir saya yangmana banyak memberikan perhatian terhadap penyusunan Tugas Akhir ini disela kesibukan beliau. Tanpa bimbingan, masukan, serta dukungan dan motivasi dari beliau maka Tugas Akhir ini tidak akan bisa terselesaikan dengan baik.
4. Ibu Dr. Nurul Muslihah, SP, M.Kes, sebagai Dosen Penguji sekaligus Ketua Program Studi S1 Ilmu Gizi, yang mana telah menyempatkan waktunya untuk menguji kelayakan Tugas Akhir ini, membuat penulis belajar banyak dan memperbaiki terkait penulisan Tugas Akhir serta mengizinkan saya untuk menuntut ilmu di Gizi FKUB dengan memberikan fasilitas layak dan banyak perhatian pada mahasiswanya sehingga Tugas Akhir ini dapat terselesaikan dengan baik.
5. Dr. dr. Wisnu Barlianto, M.Si.Med., SpA(K), dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, yang mengizinkan saya menuntut ilmu di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dan memberikan banyak fasilitas layak yang kemudian membantu dalam penyusunan Tugas Akhir ini.

6. Anggota Tim Pengelola Tugas Akhir FK, yang telah membantu alur proses pengajuan Tugas Akhir ini dengan cepat dan membantu serta mempermudah alur mahasiswa.
7. Seluruh dosen Ilmu Gizi, yang telah memberikan banyak sekali ilmu, pengalaman dan pemikiran yang begitu berharga bagi saya sehingga dapat meng-*upgrade* diri lebih baik dalam penyusunan Tugas Akhir ini.
8. Segenap Karyawan Ilmu Gizi, yang telah membantu dalam setiap proses menuntut Ilmu agar mahasiswa lebih terorganisir dan teratur sehingga memudahkan mahasiswa.
9. Kedua Orang Tua saya, yaitu Moch. Chotib Chotoni (alm) dan Tri Mudjiastuti, yang mana atas dasar kesabaran dan kasih sayang, bimbingan beliau dapat mendidik saya hingga menjadi pribadi seperti sekarang dan terutama Ibu yang telah memberi banyak perhatian serta dukungan saat penyusunan Tugas Akhir ini.
10. Keluarga saya, Ibu, anak dan cucu dari Chotib Genk yang memberikan saya dukungan penuh dan tak henti memberikan semangat positif baru untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini.
11. Sahabat sahabat saya yang tergabung dalam Baby Stark, Letoy Girl, BTN Club dan teman sepenelitian saya yang terus menyemangati, mendukung dan senantiasa saling menguatkan serta menghibur untuk dapat lulus tepat waktu dalam penyusunan Tugas Akhir ini.
12. Semua pihak yang menghiasi hidup saya selama saya menulis Tugas Akhir ini namun tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa karya ilmiah ini masih sangat jauh dari sempurna, oleh karena hal tersebut penulis membuka untuk segala saran dan kritik yang membangun. Dengan penulisan *Literature Review* ini, penulis berharap semoga dapat bermanfaat bagi seluruh pembaca terutama pada bidang kesehatan komunitas.

Malang, 4 Mei 2021

Penulis

ABSTRAK

Maulidia, Rafidah Salma. 2021. ***Narrative Literature Review: Studi Kualitatif Implementasi Community Based Management of Acute Malnutrition (CMAM) pada Sistem Kesehatan di Wilayah ASIA.*** Tugas Akhir, Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Catur Saptaning Wilujeng, S.Gz, MPH, (2) Intan Yusuf Habibie, S.Gz, M.Sc

Hampir 20 juta anak balita menderita *Severe Acute Malnutrition* (SAM) dan sebagian besar terjadi di Asia yaitu 0,6 juta di Afghanistan, 0,6 juta di Bangladesh, 8,0 juta di India, 1,2 juta di Indonesia, 1,4 juta di Pakistan, dan 0,6 juta di Yaman. Hal ini sesuai dengan laporan tahunan bahwa cakupan mencapai angka kesembuhan minimum yaitu 75% dan proporsi cakupan sekitar 20% dalam menjangkau malnutrisi pada anak. Banyak aspek yang berkontribusi atas implementasinya dalam system kesehatan berbagai Negara dengan kebijakan berbeda. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi / penerapan *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) pada system kesehatan, terkait hambatan, tantangan, peluang serta efektivitasnya dengan metode *Narrative Literature Review*. Berdasarkan hasil temuan jurnal utama yang telah melakukan penelitian di Bangladesh dan Pakistan, didapatkan hasil bahwa dalam implementasi CMAM ada banyak sekali faktor yang berkontribusi. Hal tersebut sesuai dengan 6 *Building Block* dari WHO tentang system kesehatan yaitu terkait *Nutrition Governant, Nutrition Financing*, pelayanan, sumber daya manusia, peralatan dan perlengkapan serta mekanisme pelaporan gizi. Dari hal tersebut, didapatkan masing masing hambatan, tantangan, peluang serta efektivitas CMAM dari tiga komponen inti CMAM yaitu Jangkauan Masyarakat, Rawat Jalan dan Rawat Inap. Timbul tema tema baru, yang mempengaruhi 6 inti *Building Block* dari WHO tersebut dan sesuai dengan lima elemen kunci integrasi CMAM. Kesimpulan dari penelitian ini adalah pada implementasinya, CMAM dirasa sudah cukup efektif dalam menjangkau malnutrisi dinilai dari komponen CMAM yang cukup mumpuni dan berkesinambungan untuk menciptakan optimalnya mengatasi malnutrisi pada anak. Diperlukan pendekatan dari sector pemerintah, sehingga implementasinya oleh system kesehatan kepada masyarakat juga dapat lebih optimal.

Kata kunci: *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM), Malnutrisi, Implementasi.

ABSTRACT

Maulidia, Rafidah Salma. 2021. **Narrative Literature Review: Qualitative Study Implementation of Community Based Management of Acute Malnutrition (CMAM) in the Health System at ASIA**. Final Assignment, Nutrition Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisors: (1) Catur Saptaning Wilujeng, S.Gz, MPH, (2) Intan Yusuf Habibie, S.Gz, M.Sc

Nearly 20 million children under five suffer Severe Acute Malnutrition (SAM) and most of it occurs in Asia, namely 0.6 million in Afghanistan, 0.6 million in Bangladesh, 8.0 million in India, 1.2 million in Indonesia, 1.4 million in Indonesia, 1.4 million in Pakistan, and 0.6 million in Yemen. This is in accordance with the annual report that coverage reaches a minimum cure rate of 75% and the proportion of coverage is around 20% in reaching child malnutrition. Many aspects contribute to its implementation in the health systems of various countries with different policies. This study aims to determine the implementation of Community Based Management of Acute Malnutrition (CMAM) in the health system, related to obstacles, challenges, opportunities and effectiveness with the Narrative Literature Review method. Based on the findings of major journals that have conducted research in Bangladesh and Pakistan, it was found that in the implementation of CMAM there are many contributing factors. This is in accordance with the WHO's 6 Building Blocks regarding the health system, which are related to Nutrition Governant, Nutrition Financing, services, human resources, equipment and supplies as well as nutrition reporting mechanisms. From this, each obstacle, challenge, opportunity and effectiveness of CMAM was obtained from the three core components of CMAM, namely Community Outreach, Outpatient and Inpatient. New themes emerged, which influenced the 6 core Building Blocks of WHO and were in accordance with the five key elements. CMAM integration. The conclusion of this study is that in its implementation, CMAM is considered to be quite effective in reaching malnutrition, judging from the components of CMAM which are quite capable and sustainable to create optimally overcoming malnutrition in children. An approach from the government sector is needed, so that its implementation by the health system to the community can also be more optimal.

Keywords: Community Based Management of Acute Malnutrition (CMAM), Malnourished Children, Implementation





DAFTAR ISI

Halaman

Judul.....	i
Halaman Persetujuan.....	ii
Halaman Pengesahan.....	iii
Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	vii
Abstract.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
Daftar Singkatan.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	3
1.4.1 Bagi Institusi Kesehatan.....	3
1.4.2 Bagi Masyarakat.....	3
1.4.3 Bagi Peneliti.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Status Gizi.....	5
2.2 Malnutrisi.....	13
2.2.1 Gizi Kurang.....	13
2.2.2 <i>Severe Acute Malnutrition (SAM)</i>	14
2.2.3 <i>Moderate Acute Malnutrition (MAM)</i>	14
2.3 Pelayanan Kesehatan.....	15
2.4 <i>Community Based Management of Acute Malnutrition (CMAM)</i>	16
2.4.1 <i>Pengertian Community Based Management of Acute Malnutrition (CMAM)</i>	16

2.4.2 Tujuan <i>Community Based Management of Acute Malnutrition</i> (CMAM)	17
2.4.3 Komponen <i>Community Based Management of Acute Malnutrition</i> (CMAM)	17
2.4.4 Cakupan <i>Community Based Management of Acute Malnutrition</i> (CMAM)	18
2.4.5 Prinsip Pendekatan <i>Community Based Management of Acute Malnutrition</i> (CMAM)	19
2.5 Produk Gizi yang digunakan untuk <i>Management of Acute Malnutrition</i>	20
2.6 Pertimbangan – pertimbangan untuk mendukung <i>Community Based Management of Acute Malnutrition</i> (CMAM)	21
2.7 Faktor yang mempengaruhi keberhasilan mengatasi Gizi Buruk	23
BAB 3 KERANGKA KONSEP	24
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN	27
4.1 Rancangan Penelitian	27
2.6 Kriteria Literature	28
2.6.1 Kriteria Inklusi dan Eksklusi Literatur	28
4.3 Topik Penelitian dan Strategi Pencarian Literatur	29
4.3.1 Topik Penelitian	29
4.3.2 Strategi Pencarian Literatur	29
4.4 Prosedur Penelitian/ Pengumpulan Data	30
4.5 Analisis Data	31
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	33
5.1 Hasil Pencarian <i>Literature Review</i>	33
5.1.1 Hasil Pencarian <i>Literature Review</i>	33
5.1.2 Ringkasan <i>Literature Review</i>	34
5.1.3 Kerangka Temuan <i>Literature Review</i>	76
5.1.4 Narasi <i>Literature Review</i>	77
5.2 Pembahasan	78
5.2.1 Implementasi <i>Community Based Management of Acute Malnutrition</i> (CMAM)	78
5.2.2 Jangkauan Masyarakat	81
5.2.3 Rawat Jalan	88
5.2.4 Rawat Inap/ Pusat Stabilisasi	91
5.3 Implikasi dalam Bidang Gizi	97
5.3.1 Implikasi Teoritis	97



5.3.2 Implikasi Praktis.....	98
5.4 Keterbatasan Penelitian.....	99
BAB 6 PENUTUP.....	100
6.1 Kesimpulan.....	100
6.2 Saran.....	101
6.2.1 Saran untuk Pemerintah.....	101
6.2.2 Saran untuk Tenaga Kesehatan.....	101
6.2.3 Saran untuk Masyarakat.....	101
6.2.4 Saran untuk Peneliti Selanjutnya.....	102
Daftar Pustaka.....	103
Lampiran.....	106



DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.1 Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan IMT..... 10

Tabel 4.1 Kriteria Inklusi dan Eksklusi Literatur..... 28

Tabel 5.1 Ringkasan *Literature Review*..... 34



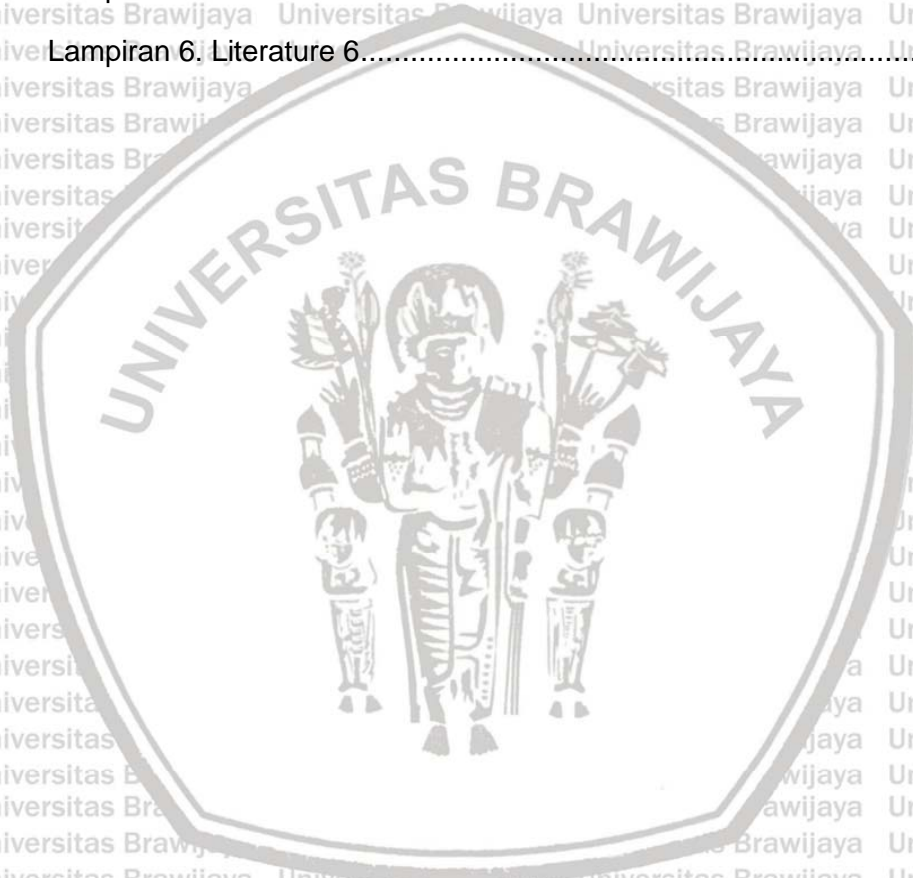
DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	24
Gambar 4.1 Prosedur Penelitian/ Pengumpulan Data.....	30
Gambar 4.2 Diagram Alir Pencarian <i>Literature Review</i>	33
Gambar 5.1 Gambar Kerangka Temuan <i>Literature Review</i>	76
Gambar 5.2 5 Domain Integrasi CMAM.....	82



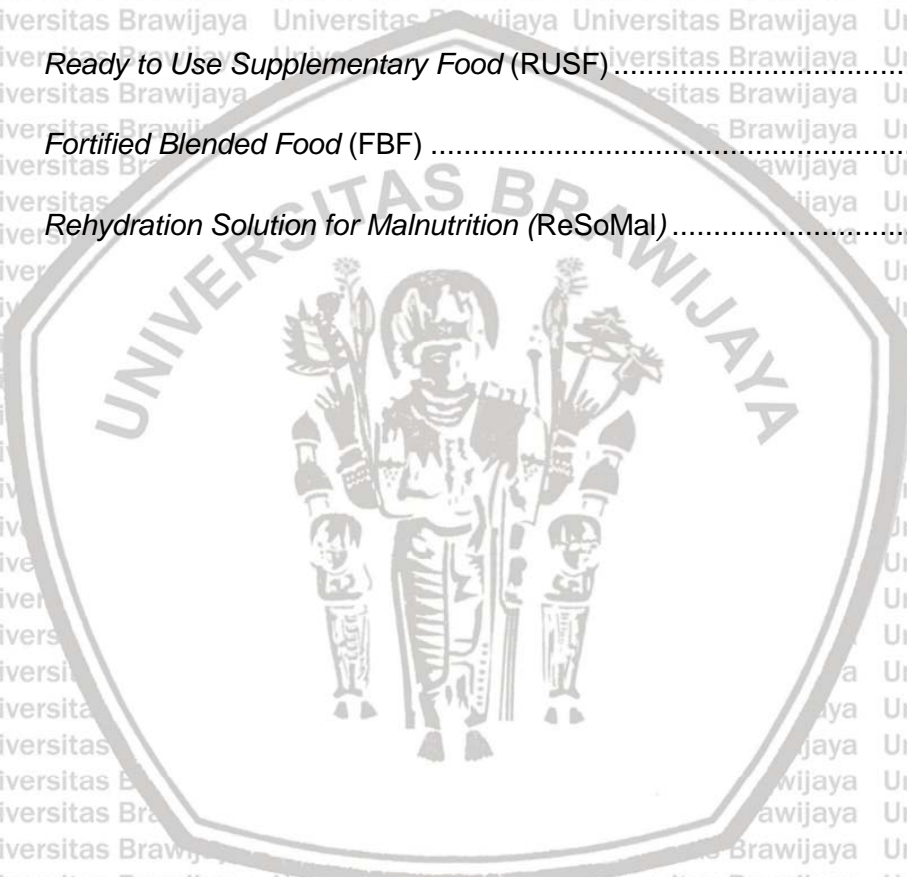
DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Literature 1.....	106
Lampiran 2. Literature 2.....	107
Lampiran 3. Literature 3.....	108
Lampiran 4. Literature 4.....	109
Lampiran 5. Literature 5.....	110
Lampiran 6. Literature 6.....	111



DAFTAR SINGKATAN

Lingkar lengan atas (LiLA).....	7
<i>Severe Acute Malnutrition (SAM)</i>	14
<i>Moderate Acute Malnutrition (MAM)</i>	14
<i>Community Based Management of Acute Malnutrition (CMAM)</i>	30
<i>Ready to Use Therapeutic Food (RUTF)</i>	20
<i>Ready to Use Supplementary Food (RUSF)</i>	20
<i>Fortified Blended Food (FBF)</i>	20
<i>Rehydration Solution for Malnutrition (ReSoMal)</i>	21



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gizi merupakan salah satu aspek penting dalam menunjang kesehatan serta membangun sumber daya manusia yang berkualitas, sebagaimana pengertian gizi sendiri adalah zat yang berfungsi untuk menghasilkan energy, membangun dan memelihara jaringan serta mengatur proses proses dalam tubuh (Syafrizar, D dan Wilda, 2008). Menurut Kemenkes RI tahun 2014, kekurangan gizi terutama pada usia dini dapat berdampak pada pertumbuhan serta perkembangan anak. Masalah gizi kurang tersebut akan berdampak pada rendahnya kemampuan kognitif dan intelektual pada anak, serta penurunan produktivitas anak. Kekurangan gizi dalam waktu cukup lama akan menyebabkan anak mengalami keadaan Gizi Buruk. Gizi buruk/ *Severe Malnutrition* sebagai berat badan menurut tinggi badan yang sangat rendah (<-3 SD), dengan pengecilan berat badan yang terlihat, atau dengan adanya edema. Rata-rata angka kematian balita untuk *Severe Acute Malnutrition* biasanya berkisar antara 30% sampai 50%.

Hampir 20 juta anak balita menderita *Severe Acute Malnutrition* (SAM) secara global, dan sebagian besar beban ini terjadi di Asia. Enam negara di Asia yang memiliki lebih dari 12 juta anak *Severe Acute Malnutrition* (SAM) yaitu 0,6 juta di Afghanistan, 0,6 juta di Bangladesh, 8,0 juta di India, 1,2 juta di Indonesia, 1,4 juta di Pakistan, dan 0,6 juta di Yaman (Ahmed T, dkk. 2014). Untuk mengatasi masalah malnutrisi tersebut, dibutuhkan perawatan gizi berbasis komunitas untuk menjaring sebanyak mungkin anak malnutrisi akut

pada daerah tinggi malnutrisi yaitu dengan *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM). Namun dalam pelaksanaannya, banyak aspek yang berkontribusi atas implementasinya terhadap system kesehatan dalam rangka memberikan pelayanan yang memadai. Tantangannya adalah mencapai tingkat kinerja dalam layanan CMAM yang disediakan dalam skala nasional (Guevarra, dkk, 2012).

Hal ini sesuai laporan tahunan bahwa cakupan *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) belum optimal dalam menjangkau malnutrisi pada anak. Selama dekade terakhir, penyelidikan terkait cakupan dan faktor-faktor yang mempengaruhi menginformasikan bahwa angka kesembuhan mencapai minimum yaitu 75% dan proporsi cakupan sekitar 20% (Guevarra, dkk, 2012).

Alasan Peneliti melakukan *review literature* ini adalah untuk mengetahui bagaimana penerapan / implementasi *Community based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) dalam mengatasi masalah malnutrisi pada anak, terhadap system kebijakan/ komunitas yang berbeda dan hal hal yang berkontribusi di dalamnya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, dapat dirumuskan permasalahan penelitian sebagai berikut:

“Bagaimanakah Implementasi / pelaksanaan *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) terhadap sistem kesehatan untuk mengatasi gizi buruk/ *severe malnutrition* pada anak di wilayah Asia?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kesiapan penerapan/ implementasi *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) pada sistem kesehatan dan hal hal yang berkontribusi di dalamnya, untuk mengatasi masalah anak malnutrisi pada komunitas.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Untuk mengetahui peluang dan efektifitas program *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) pada sistem kesehatan guna mengatasi masalah malnutrisi
- 2) Untuk mengetahui hambatan dan tantangan pada implementasi/ pelaksanaan *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) dalam menjangkau masalah malnutrisi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Institusi Kesehatan

- 1) Untuk memperbaiki atau membuat strategi program yang tepat dalam mengatasi masalah malnutrisi (gizi kurang) pada anak.
- 2) Untuk menjadi referensi analisis keberhasilan/ kegagalan implementasi penjangkauan Malnutrisi pada anak.

1.4.2 Bagi Masyarakat

Bagi para kader, posyandu, bidan dan tenaga kesehatan lain setempat agar lebih mengetahui praktik/ pelatihan kesehatan di komunitas, serta tata laksana perawatan/ pengobatan malnutrisi di masyarakat.

1.4.3 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan pengalaman dalam merancang dan menganalisis penelitian ilmiah dalam bidang gizi dan kesehatan masyarakat terutama studi kualitatif dalam bidang gizi komunitas.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Status Gizi

Status Gizi merupakan gambaran ukuran terpenuhinya kebutuhan gizi yang seseorang yang diperoleh dari asupan dan penggunaannya oleh tubuh.

Menurut (Soekirman 2000; Handayani, D, dkk 2014), Status Gizi merupakan keadaan kesehatan akibat interaksi makanan dengan tubuh manusia serta lingkungan hidup manusia.

Menurut McLaren, Status Gizi merupakan hasil keseimbangan antara zat gizi yang masuk dengan penggunaannya. Penilaian status gizi / *Nutritional Assessment* dapat diukur dengan data antropometri, antara lain berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), dan indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) (Susetyowati, 2017).

Penilaian status gizi (*nutritional assessment*) didapatkan dari interpretasi data pengukuran Antropometri, Biokimia, Klinis serta Dietary.

Menurut (Supriasa, Bakri, dan Fajar, 2016) pada dasarnya status gizi dibagi menjadi dua yaitu secara langsung dan tidak langsung

a. Penilaian Status Gizi Secara Langsung

Penilaian status gizi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian yaitu:

1) Antropometri

Merupakan pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur antara lain: Berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas dan tebal lemak di bawah kulit. Antropometri dikenal sebagai indikator sederhana untuk penilaian status gizi perorangan maupun masyarakat. Antropometri sangat umum di gunakan untuk mengukur status gizi dari berbagai ketidakseimbangan antara asupan energi dan protein. Dalam pemakaian untuk penilaian status gizi, antropometri disajikan dalam bentuk indeks yang dikaitkan dengan variabel lain. Variabel tersebut adalah sebagai berikut:

a) Umur

Hasil penimbangan berat badan maupun tinggi badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat. Penentuan umur anak perlu dihitung dengan cermat. Ketentuannya adalah 1 tahun adalah 12 bulan, 1 bulan adalah 30 hari. Jadi perhitungan umur adalah dalam bulan penuh, artinya sisa umur dalam hari tidak diperhitungkan.

b) Berat Badan

Berat badan merupakan salah satu ukuran yang memberikan gambaran massa jaringan, termasuk cairan tubuh. Berat badan sangat peka terhadap perubahan yang mendadak baik karena penyakit infeksi maupun konsumsi makanan yang menurun. Berat badan ini dinyatakan dalam bentuk indeks BB/U (Berat Badan menurut Umur) atau melakukan penilaian dengan melihat perubahan berat badan pada saat pengukuran dilakukan, yang dalam penggunaannya memberikan

gambaran keadaan terkini. Berat badan paling banyak digunakan karena hanya memerlukan satu pengukuran, hanya saja tergantung pada ketetapan umur, tetapi kurang dapat menggambarkan kecenderungan perubahan situasi gizi dari waktu ke waktu.

c) Tinggi Badan

Tinggi badan memberikan gambaran fungsi pertumbuhan yang dilihat dari keadaan kurus kering dan kecil pendek. Tinggi badan sangat baik untuk melihat keadaan gizi masa lalu terutama yang berkaitan dengan keadaan berat badan lahir rendah dan kurang gizi pada masa balita.

Tinggi badan dinyatakan dalam bentuk Indeks TB/U (tinggi badan menurut umur), atau juga indeks BB/TB (Berat Badan menurut Tinggi Badan) jarang dilakukan karena perubahan tinggi badan yang lambat dan biasanya hanya dilakukan setahun sekali. Keadaan indeks ini pada umumnya memberikan gambaran keadaan lingkungan yang tidak baik, kemiskinan dan akibat tidak sehat yang menahun. Berat badan dan tinggi badan adalah salah satu parameter penting untuk menentukan status kesehatan manusia, khususnya yang berhubungan dengan status gizi.

d) LILA/MUAC

LILA (Lingkar lengan atas)/ MUAC (Mid Upper Arm Circumference) adalah pengukuran terhadap otot, lemak, dan tulang pada area yang diukur, salah satu parameter yang dapat digunakan untuk menilai status gizi seseorang apabila BB ataupun BB tidak dapat diukur (Handayani, D, dkk, 2014).

Indeks antropometri yang umum digunakan dalam menilai status gizi adalah berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Indeks BB/U adalah pengukuran total berat badan termasuk air, lemak, tulang dan otot.

1) Indikator BB/U

Berat badan adalah salah satu parameter yang memberikan gambaran masa tubuh, masa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan-perubahan yang mendadak. Berat badan adalah parameter antropometri yang sangat labil. Indikator BB/U lebih menggambarkan status gizi seseorang saat ini.

2) Indikator TB/U

Tinggi badan merupakan antropometri yang menggambarkan keadaan tubuh skeletal. Indikator TB/U menggambarkan status gizi masa lalu. Pada keadaan normal, tinggi badan tumbuh seiring dengan penambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan akan nampak dalam waktu yang relatif lama.

3) Indikator BB/TB

Berat badan memiliki hubungan yang linear dengan tinggi badan. Indeks BB/TB merupakan indikator yang baik untuk menilai status gizi saat ini (sekarang). Indeks BB/TB adalah merupakan indeks yang independen terhadap umur. Dalam keadaan normal,

perkembangan berat badan akan searah dengan pertumbuhan tinggi badan dengan kecepatan tertentu.

4) Indikator LILA/U

Indikator ini digunakan dalam penilaian status gizi apabila pasien tidak dapat ditimbang, yaitu dengan melihat lingkaran lengan atas sesuai lajur umurnya. Indikator ini biasa digunakan berdasarkan Baku Harvard / WHO-NCHS untuk menilai status gizi (Handayani, D, dkk. 2014).

5) Indikator IMT/U

Faktor umur sangat penting dalam menentukan status gizi. Hasil pengukuran tinggi badan dan berat badan yang akurat, menjadi tidak berarti bila tidak disertai dengan penentuan umur yang tepat.

Pengukuran status gizi balita dapat dilakukan dengan indeks antropometri dan menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT).

Rumus perhitungan IMT sebagai berikut:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{Tinggi badan (m)}}$$

Pengukuran status gizi pada anak menggunakan rumus Z-score.

Secara umum, rumus perhitungan Z-score adalah

$$\text{Z-score} = \frac{\text{Nilai Individu Subyek} - \text{Nilai Median Baku Rujukan}}{\text{Nilai simpang baku rujukan}}$$

Nilai simpang baku rujukan disini adalah selisih kasus dengan standar +1 SD atau -1 SD. Jadi apabila BB/TB pada kasus lebih besar daripada median, maka nilai simpang baku rujukannya diperoleh dengan mengurangi +1 SD dengan median. Tetapi jika

BB/TB kasus lebih kecil daripada median, maka nilai simpang baku rujukannya menjadi median dikurangi dengan -1 SD.

Menurut (Kemenkes RI, 2010) kategori dan ambang batas status gizi berdasarkan Indeks Masa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak umur 5-18 tahun yang sudah dimodifikasi oleh peneliti adalah:

Tabel 2.1 Klasifikasi Status Gizi Berdasarkan IMT

Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
Kurus	<-3 SD sampai dengan <-2 SD
Normal	-2 SD sampai dengan 1 SD
Gemuk	>1 SD

2) Penilaian Klinis

Status Gizi secara klinis sangat penting sebagai langkah pertama untuk mengetahui keadaan gizi penduduk. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi.

Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Penggunaan metode ini umumnya untuk survei klinis secara cepat (*rapid clinical surveys*). Survei ini dirancang untuk mendeteksi secara cepat tanda-tanda klinis umum dari kekurangan salah satu atau lebih zat gizi.

Pemeriksaan klinis terdiri dari dua bagian, yaitu:

- a. *Medical history* (riwayat medis), yaitu catatan mengenai perkembangan penyakit.

b. Pemeriksaan fisik, yaitu melihat dan mengamati gejala gangguan gizi baik *sign* (gejala yang dapat diamati) dan *symptom* (gejala yang tidak dapat diamati tetapi dirasakan oleh penderita gangguan gizi).

3) Secara Biokimia

Penilaian status gizi secara biokimia adalah pemeriksaan *specimen* yang diuji secara laboratoris yang dilakukan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: darah, urine, tinja dan juga beberapa jaringan tubuh seperti hati dan otot.

Salah satu ukuran yang sangat sederhana dan sering digunakan adalah pemeriksaan haemoglobin sebagai indeks dari anemia. Metode ini digunakan untuk suatu peringatan bahwa kemungkinan akan terjadi keadaan malnutrisi yang lebih parah lagi. Banyak gejala klinis yang kurang spesifik, maka penentuan kimia faal dapat lebih banyak menolong untuk menentukan kekurangan gizi yang spesifik.

4) Secara Biofisik

Penilaian status gizi secara biofisik adalah metode penentuan status gizi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan struktur dari jaringan. Pemeriksaan fisik dilakukan untuk melihat tanda dan gejala kurnag gizi. Pemeriksaan dengan memperhatikan rambut, mata, lidah, tegangan otot dan bagian tubuh lainnya.

b. Penilaian Status Gizi Secara Tidak Langsung

Penilaian status gizi secara tidak langsung dapat dibagi tiga yaitu:

1) Survei Konsumsi Makanan

a) Pengertian Survei konsumsi makanan adalah metode penentuan status gizi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat gizi yang dikonsumsi.

b) Penggunaan Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat gizi pada masyarakat, keluarga dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan zat gizi.

2) Penggunaan Statistik Vital

a) Pengertian

Pengukuran status gizi dengan statistik vital adalah dengan menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi.

b) Penggunaan

Penggunaannya dipertimbangkan sebagai bagian dari indikator tidak langsung pengukuran status gizi masyarakat.

3) Penilaian Faktor Ekologi

a) Pengertian

Bengoa mengungkapkan bahwa malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat tergantung dari keadaan ekologi seperti iklim, tanah, irigasi dan lain-lain.

b) Penggunaan

Pengukuran faktor ekologi dipandang sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi di suatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi.

2.2 Malnutrisi

Definisi malnutrisi menurut WHO merupakan suatu kondisi medis yang disebabkan oleh asupan atau pemberian gizi yang tidak benar maupun yang tidak mencukupi. Malnutrisi sering dihubungkan dengan asupan gizi yang kurang atau sering disebut *undernutrition* (gizi kurang) yang bisa disebabkan oleh penyerapan yang buruk atau kehilangan nutrisi yang berlebihan. Namun istilah malnutrisi juga mencakup *overnutrition* (gizi lebih). Malnutrisi terjadi jika mengkonsumsi makanan dengan jumlah, jenis, dan kualitas gizi yang tidak memadai untuk diet yang sehat dalam jangka waktu lama.

2.2.1 Gizi Kurang

Gizi kurang merupakan suatu keadaan dimana kebutuhan gizi pada tubuh tidak terpenuhi dalam jangka waktu tertentu sehingga tubuh akan memecah cadangan makanan yang berada di bawah lapisan lemak dan lapisan organ tubuh (Adiningsih, 2010).

Gizi kurang merupakan keadaan kurang gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi protein dari makanan sehari-hari dan terjadi dalam waktu yang cukup lama (Sodikin, 2013).

Balita dikategorikan mengalami gizi kurang apabila berat badan menurut umur (BB/U) berada pada rentang Zscore ≥ -2.0 s/d Zscore ≤ -3.0 (Nasution, 2012).

Anak dengan status gizi kurang ditandai dengan tidak adanya kenaikan berat badan setiap bulannya atau mengalami penurunan berat badan sebanyak dua kali selama enam bulan (Depkes, 2005). Penurunan berat badan yang terjadi berkisar antara 20-30% dibawah berat badan ideal.

Gizi kurang dapat berkembang menjadi gizi buruk/ *severe malnutrition*, yaitu keadaan kurang gizi yang berlangsung lama sehingga pemecahan cadangan lemak berlangsung terus-menerus dan dampaknya terhadap kesehatan anak akan menjadi semakin kompleks, terlebih lagi status gizi yang buruk dapat menyebabkan kematian (Adiningsih, 2010).

2.2.2 Severe Acute Malnutrition (SAM)

Severe Acute Malnutrition atau biasa disebut dengan Gizi Buruk/ *Severe Wasting* didefinisikan sebagai berat badan yang sangat rendah menurut tinggi badan (di bawah skor -3 SD dari median standar pertumbuhan WHO), dengan pengecilan berat badan yang terlihat, atau dengan adanya edema gizi.

2.2.3 Moderate Acute Malnutrition (MAM)

Moderate Acute Malnutrition atau biasa disebut *wasting* merupakan kondisi dimana Berat Badan menurut Panjang Badan/ Tinggi Badan (BB/TB) ≤ -2 SD dari median Berat Badan menurut Tinggi Badan pada WHO *Child Growth Standards*. *Wasting* merupakan hasil dari kekurangan gizi akut. *Wasting* menjadi masalah kesehatan masyarakat yang penting karena memiliki dampak yang besar karena menyangkut kualitas modal sumber daya manusia di masa mendatang. Gangguan pertumbuhan yang diderita anak pada awal kehidupan, seperti halnya *wasting*, dapat menyebabkan kerusakan yang permanen.

2.3 Pelayanan Kesehatan

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan diatur dalam undang-undang nomer 32 tahun 2009 yang menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan merupakan setiap kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara perpadu, terintegrasi, dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan atau masyarakat.

Menurut Hodgetts dan Casio dalam Azwar, 1994: 43 menyatakan bentuk dan jenis pelayanan kesehatan terbagi atas dua, yaitu:

a. Pelayanan Kesehatan Kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kedokteran (*medical service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat berdiri sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi (*institution*). Tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat/ komunitas

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit dan sasaran utamanya adalah untuk kelompok dan masyarakat.

Sedangkan mengenai stratifikasi pelayanan kesehatan, secara umum dapat dikelompokkan menjadi tiga macam, yaitu (Azwar, 1994: 48- 49):

a. Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (*Primary Health Service*)

Merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat pokok (*Basic Health Service*) yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat serta mempunyai nilai strategis untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pada umumnya pelayanan kesehatan ini bersifat rawat jalan (*Ambulatory / out patient service*) dan bentuk pelayanannya antara lain: Puskesmas, pusling, pustu, bakesmas.

b. Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua (*Secondary Health Service*)

Merupakan pelayanan kesehatan yang lebih lanjut, telah bersifat rawat inap (*in patient service*) dan dibutuhkan tenaga-tenaga spesialis untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan ini.

c. Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga (*Tertiary Health Service*)

Merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat lebih kompleks dan dibutuhkan tenaga-tenaga subspecialis untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat ketiga ini.

2.4 Community Based Management of Acute Malnutrition (CMAM)

2.4.1 Pengertian *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM)

Manajemen Malnutrisi Akut Berbasis Komunitas / *Community Based Management of Acute Malnutrition (CMAM)* merupakan salah satu model proyeksi inti *World Vision* di bidang Gizi. CMAM merupakan sebuah pendekatan yang didukung secara global untuk mengatasi masalah gizi pada bayi dan anak (usia 0-59 bulan). Pendekatan ini memberdayakan keluarga untuk menangani masalah

gizi di rumah dan menerima perawatan di komunitas mereka, hal ini diimbangi dengan kunjungan mingguan ke fasilitas kesehatan local. Pendekatan CMAM dilakukan dengan gerakan relawan komunitas yang mengidentifikasi dan memulai pengobatan, merujuk pada anak-anak dengan malnutrisi akut sebelum menjadi semakin parah. Dalam program ini, pengasuh diarahkan untuk memberikan pengobatan di rumah menggunakan Makanan Terapeutik Siap Pakai / *Ready to Use Therapeutic Food* (RUTF) dan menerima perawatan medis rutin di fasilitas kesehatan setempat.

Apabila perlu, anak-anak gizi buruk yang mengalami komplikasi medis atau kurang nafsu makan dirujuk ke fasilitas rawat inap untuk perawatan yang lebih intensif. Program CMAM juga bekerja untuk mengintegrasikan pengobatan dengan berbagai intervensi jangka panjang lainnya seperti Pendidikan Gizi, Pemberian Makan Bayi dan Anak, dan Keamanan Pangan. Intervensi ini dirancang untuk mengurangi kejadian malnutrisi dan meningkatkan kesehatan masyarakat dan ketahanan pangan secara berkelanjutan (Bailey & Nightingale, 2020).

2.4.2 Tujuan *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM)

Tujuan dan prioritas dalam pelayanan gizi buruk akut berbasis masyarakat adalah untuk mencapai sebanyak mungkin dari mereka yang terkena dampak dan mengakses anak-anak yang mengalami malnutrisi akut pada tahap awal penyakit. Pencapaian tujuan ini akan memaksimalkan dampak dan kapasitas layanan untuk memenuhi kebutuhan yang ada (Bailey & Nightingale, 2020).

2.4.3 Komponen *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM)

Ada empat komponen kunci dalam pendekatan CMAM:

1. Mobilisasi Komunitas/ Jangkauan Masyarakat

Penjangkauan masyarakat sangat penting dalam pengelolaan malnutrisi akut yaitu berfokus kepada merangsang pemahaman, keterlibatan, dan partisipasi masyarakat dalam pencegahan, identifikasi, dan pengobatan malnutrisi akut.

2. Program Pemberian Makanan Tambahan (SFP)

SFP menyediakan platform untuk pengelolaan malnutrisi akut sedang/ *Moderate Acute Malnutrition* (MAM) melalui pemberian makanan campuran yang diperkaya, makanan kering, dan dibawa pulang.

3. Program Terapi Rawat Jalan (OTP),

Anak *Severe Acute Malnutrition* / SAM tanpa komplikasi medis dirawat secara rawat jalan menggunakan makanan terapeutik siap pakai (RUTF).

4. Pusat Stabilisasi / Perawatan Rawat Inap (SC).

Anak yang mengalami komplikasi medis dirawat dalam 24 jam di fasilitas perawatan rawat inap, seperti bangsal anak dan NRU. Sebagian besar, *World Vision* tidak mendirikan Pusat Stabilisasi tetapi bekerjasama dengan institusi kesehatan lokal atau LSM medis yang ada untuk menyediakan layanan ini (WHO, 2011).

2.4.4 Cakupan *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM)

Cakupan dapat didefinisikan sebagai proporsi dari semua orang yang membutuhkan atau memenuhi syarat untuk menerima layanan ini. Untuk manajemen malnutrisi akut (CMAM) berbasis komunitas 1 atau Manajemen Terpadu Malnutrisi Akut (IMAM), proporsi anak dengan Malnutrisi akut berat (SAM) yang akan mendapat perawatan terapeutik. Hal ini juga dikenal

sebagai cakupan perawatan. Cakupan perawatan/ pengobatan tidak disamakan dengan cakupan geografis. Tidak ada definisi standar cakupan geografis, hal ini paling sering didefinisikan sebagai rasio fasilitas kesehatan di daerah tangkapan memberikan layanan untuk pengelolaan SAM ke jumlah total fasilitas perawatan kesehatan (WHO, 2011).

2.4.5 Prinsip Pendekatan *Community Based Management of Acute Malnutrition (CMAM)*

Pendekatan CMAM didasarkan pada empat prinsip, yaitu:

1. Memaksimalkan akses ke pengobatan dan cakupan layanan perawatan.

Melalui CMAM, pengobatan tersedia di dalam atau di sekitar komunitas tempat tinggal anak-anak yang mengalami malnutrisi.

2. Ketepatan waktu.

Prinsip ini mengacu pada identifikasi kasus secara dini, sebelum menjadi parah dan sebelum komplikasi muncul. Dengan begitu, kebanyakan anak dengan malnutrisi bisa dirawat di rumah.

3. Perawatan yang tepat.

Menggunakan CMAM, medis dan asuhan gizi disesuaikan dengan kebutuhan anak, artinya kebanyakan anak dapat menerima pengobatan saat di rumah, dan hanya yang paling parah dan kasus rumit akan membutuhkan perawatan rawat inap di rumah Sakit.

4. Merawat selama dibutuhkan.

Dengan membangun kapasitas local dan mengintegrasikan layanan CMAM dalam kesehatan Sistem tujuannya adalah untuk memastikan bahwa layanan pengobatan tersedia secara rutin (Republic of South Sudan, 2017).

2.5 Produk Gizi yang digunakan untuk *Management of Acute Malnutrition*

1. *Ready to Use Therapeutic Food* (RUTF)

Merupakan makanan berbasis lemak, padat energy serta mineral dan vitamin yang dirancang khusus untuk mengobati Severe Acute Malnutrition pada anak berusia 6- 59 bulan. RUTF memiliki komposisi yang mirip dengan F100, tidak perlu dimasak dan aman untuk dikonsumsi di rumah.

RUTF dikhususkan untuk perawatan balita gizi buruk dengan berbagai tipenya dan dapat dibuat dalam bentuk komersial, yaitu bentuk padat (tepung, biskuit, permen) dan setengah padat (pasta dan krim). RUTF dengan jenis setengah padat memiliki tekstur yang lembut, diperkaya dengan mineral, serta tinggi energy dan protein serta mudah dikonsumsi dimanapun dan kapanpun karena tidak perlu dimasak. RUTF dapat pula dibuat dengan menggunakan bahan pangan dari daerah lokal, disesuaikan dengan daerahnya masing - masing (Latham et al., 2011).

2. *Ready to Use Supplementary Food* (RUSF)

RUSF memiliki sifat yang mirip dengan RUTF, namun satu formulasinya dirancang khusus untuk mengobati Moderate Acute Malnutrition pada anak usia 6-59 bulan.

3. *Fortified Blended Food* (FBF)

FBF merupakan campuran sereal, kedelai, kacang-kacangan diperkaya dengan vitamin dan mineral serta mengandung minyak sayur atau susu bubuk.

4. F75 dan F100

Merupakan susu terapeutik yang digunakan dalam perawatan rawat inap pada anak *Severe Acute Malnutrition*. F75 dan F100 mengandung 75 hingga 100 kkal untuk setiap 100 ml.

5. *Rehydration Solution for Malnutrition (ReSoMal)*

Larutan rehidrasi oral khusus untuk anak gizi buruk.

6. Kombinasi Mineral dan Vitamin Mix

Digunakan untuk membuat F75 dan F100 dari bahan local (susu, minyak dan gula) serta ReSoMal.

(USA ID, 2016).

2.6 Pertimbangan – pertimbangan untuk mendukung *Community Based Management of Acute Malnutrition (CMAM)*

1. Integrasi CMAM pada sistem kesehatan Nasional

Hampir di semua negara, layanan CMAM diberikan sebagai bagian dari layanan kesehatan reguler atau sebagai kombinasi layanan reguler dan darurat. Tidak semua elemen pemberian layanan CMAM sepenuhnya terintegrasi ke dalam sistem kesehatan nasional (UNICEF, 2013).

Kapasitas sistem kesehatan dan biaya produk gizi khusus merupakan tantangan utama untuk integrasi penuh ke dalam sistem kesehatan nasional. WHO dan Dana Anak-anak Perserikatan Bangsa-Bangsa (UNICEF) memimpin satuan tugas antarlembaga untuk mengembangkan

panduan tentang integrasi dan peningkatan pengelolaan SAM. Sumber daya untuk mengintegrasikan CMAM ke dalam sistem kesehatan nasional juga tersedia melalui publikasi dan laporan lokakarya besar (Emergency Nutrition Network, et al., 2008).

2. Elemen pemrograman berkualitas.

Kualitas dan efektivitas layanan CMAM tergantung pada sejumlah faktor.

Di sisi sistem kesehatan, perlu ada lingkungan kebijakan yang mendukung; pembiayaan berkelanjutan; tenaga kerja yang kompeten dan responsif; stok peralatan yang konsisten; ketersediaan pasokan tepat waktu; lingkungan yang mendukung di mana layanan berkualitas diberikan; dan sistem manajemen informasi untuk memantau implementasi dan melakukan evaluasi jika diperlukan. Selain itu, komponen masyarakat harus cukup kuat untuk memobilisasi, menyaring, merujuk, dan menindaklanjuti kasus, selain memberikan pendidikan dan konseling gizi dan kegiatan lain yang bertujuan untuk mengelola dan mencegah kekurangan gizi. Untuk memanfaatkan layanan, orang perlu memiliki akses fisik ke pusat kesehatan, cukup termotivasi untuk pergi ke kunjungan pertama, terus pergi ke kunjungan berikutnya, dan mengikuti rejimen di rumah sampai orang tersebut dipulangkan dan, idealnya, dirujuk ke program pelengkap seperti yang menangani kondisi yang menyebabkan malnutrisi. Pemrograman juga harus peka terhadap gender, memastikan bahwa peran dan tanggung jawab untuk mengelola dan mencegah malnutrisi didorong setara untuk laki-laki dan perempuan. Sumber daya yang tercantum di akhir ringkasan ini memberikan panduan dan alat untuk merencanakan dan memperkuat program yang berkualitas.

3. Keterkaitan layanan dan program pelengkap.

Menghubungkan CMAM dengan layanan dan program pelengkap – seperti yang menyuluhkan gizi ibu, bayi, dan anak; suplementasi mikronutrien; air, sanitasi, dan kebersihan (WASH); Perawatan dan pengobatan HIV; perkembangan anak usia dini (PAUD); dan mata pencaharian, pertanian,

dan ketahanan pangan – memiliki potensi untuk memperluas cakupan dan efektivitas. Anak-anak yang menghadiri layanan pemantauan dan promosi pertumbuhan, misalnya, dapat diskriminasi dan dirujuk untuk malnutrisi akut.

2.7 Faktor yang mempengaruhi keberhasilan mengatasi Gizi Buruk

Berdasarkan penelitian oleh (Luawo, IS, 2018), menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi keberhasilan penanganan Gizi Buruk antara lain:

1. Pengetahuan Orang Tua/ pengasuh
2. Kinerja tenaga kesehatan
3. Kepuasan pasien terhadap pelayanan

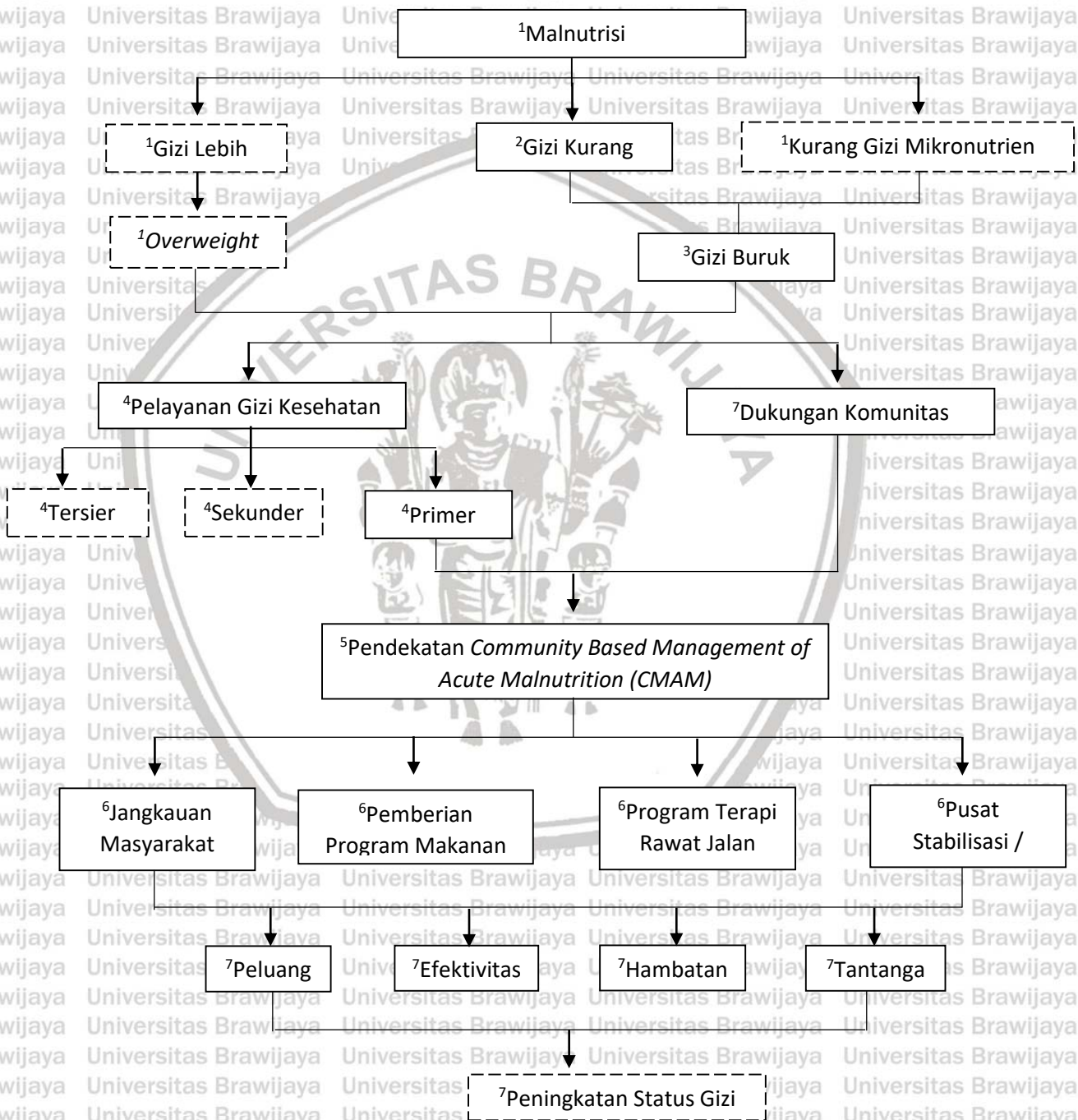
Sementara menurut (Kalundang, D dkk, 2017), faktor yang mempengaruhi sistem kesehatan dalam keberhasilan penanganan Gizi buruk antara lain:

1. Pengetahuan tenaga pelaksana Gizi
2. Motivasi tenaga Pelaksana Gizi
3. Supervisi pimpinan
4. Dukungan pimpinan
5. Kelengkapan Sarana dan Prasarana

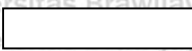
BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN NARASI

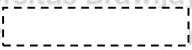
3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

Keterangan:

Diteliti



Tidak diteliti

1. Blossner, Monika, de Onis, Mercedes. 2005. *Malnutrition: quantifying the health impact at national and local levels*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Environmental Burden of Disease; (Suharidewi & Pinatih, 2017)
2. Adiningsih, 2010. *Waspada Gizi Balita Anda*. PT. Elex Media Komputindo
3. Amelia. 2011. *Kajian Penanganan anak Gizi Buruk dan Prospeknya (Management of Severe Malnutrition and it's Prospect: A Review)*
4. Varadina Ayu N. 2016. *Model Pelayanan Kesehatan (Studi Deskriptif tentang Model Pelayanan Program Antenatal care di Puskesmas Peterongan Kabupaten Jombang)*
5. Bailey and Nightingale, 2020. *Community Based Management of Acute Malnutrition in Niger*
6. WHO, 2011. *Action- Community Based Management of Acute Malnutrition (CMAM) Programme in Niger*. GINA.
7. USA.ID. 2016. *Community Based Management of Acute Malnutrition Technical Guidance Brief*.

3.2 Keterangan Kerangka Konsep

Dari kerangka konsep di atas, dapat diketahui bahwa Malnutrisi merupakan masalah gizi yang dapat mengakibatkan kondisi gizi buruk apabila tanpa adanya perbaikan gizi. Gizi buruk umumnya dikelola atau diatasi dengan Pelayanan Gizi Kesehatan, namun juga membutuhkan dukungan komunitas seperti pemerintah dan masyarakat sasaran. Pelayanan yang termasuk ke dalam pelayanan untuk orang/ masyarakat luas atau disebut juga dengan Pelayanan Primer dan juga Pelayanan Sekunder. Untuk mengelola malnutrisi pada pelayanan kesehatan primer, diadopsi pendekatan perawatan berbasis komunitas sesuai dengan World Vision yaitu disebut dengan *Community Based Management of Acute Malnutrition*.

Bertujuan untuk menjangkau lebih banyak lagi kasus malnutrisi pada kelompok masyarakat yang tidak terjangkau sistem kesehatan. Pendekatan *Community Based Management of Acute Malnutrition* ini memiliki 4 komponen utama, yaitu terkait jangkauan masyarakat, pemberian makanan tambahan, terapi rawat jalan serta pusat stabilisasi/ rawat inap. Dalam mengimplementasikan empat komponen tersebut, terdapat aspek yang berkontribusi dalam mempertimbangkan dukungan

terhadap CMAM antara lain yang dapat menghambat, tantangan, efektivitas dan juga peluang sehingga akhirnya program dapat dijalankan dengan baik dan sesuai tujuan yaitu untuk menjangkau anak malnutrisi dan mengatasi masalah malnutrisi.



BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Desain Penelitian menggunakan metode kajian pustaka secara naratif (*Narrative Literature Review*). *Narrative Literature Review* sendiri merupakan analisis terintegrasi (bukan hanya sebuah ringkasan) yang berkaitan langsung dengan pertanyaan penelitian. Kajian Pustaka secara naratif/ *Narrative Literature Review* merupakan metode untuk meninjau literature tentang topic tertentu, dan menjabarkan bagian penting dari sebagian besar temuan sesuai dengan pertanyaan penelitian (Baumeister & Leary, 1997). Tujuan akhir dari *Narrative Literature Review* ini adalah untuk menemukan gambaran terkait penelitian yang pernah dikerjakan orang lain sebelumnya dan berguna untuk menghindari duplikasi pelaksanaan penelitian agar mengetahui penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya (Suryanarayana and Mistry, 2016; Nursalam, dkk, 2020).

Narrative Literatur Review juga merupakan analisis berupa kritik dari penelitian yang sedang dilakukan ataupun berisi ulasan, rangkuman, dan pemikiran penulis tentang beberapa sumber pustaka terkait topik yang dibahas (O'connor, Sargeant and Wood, 2017). Dengan hal tersebut, *Narrative Literatur Review* ini dilakukan dengan mengumpulkan sumber yang berhubungan dengan implementasi CMAM (*Community Based Management of Acute Malnutrition*) di wilayah ASIA.

2.6 Kriteria Literature

Kriteria Literature yang digunakan dalam penelitian ini adalah literature dengan pendekatan SPIDER. Pendekatan SPIDER (*Sample, Phenomenon of interest, design, evaluation and research type*) difokuskan pada desain penilitan dan sampel daripada populasi (Has n.d, 2017).

2.6.1 Kriteria Inklusi dan Eksklusi Literatur

Tabel 4.1 Kriteria Inklusi dan Eksklusi Literatur

Kriteria	Inklusi	Eksklusi
Sample	Tenaga Kesehatan, Pembuat Kebijakan, Pengasuh, Penyumbang Dana.	Tenaga Kesehatan, pengasuh serta penyumbang dana yang tidak berhubungan dengan tata kelola gizi buruk/ malnutrisi.
Phenomenon of Interest	Pelaksanaan dan implementasi CMAM dalam system kesehatan	
Design	<i>In-Depth Interview, Focus Group Discussions, Direct Observations</i>	
Evaluation	<i>Pelaksanaan program CMAM</i>	
Research type	Kualitatif	Kuantitatif, <i>mixed-methods</i>
Publication Year	2010-2020	Sebelum tahun 2010
Language	Bahasa Inggris	Selain Bahasa Inggris
Place	ASIA	Selain ASIA

Reference Type	Jurnal	Buku, Disertasi, Tesis, Review Artikel dll.
-----------------------	--------	--

4.3 Topik Penelitian dan Strategi Pencarian Literatur

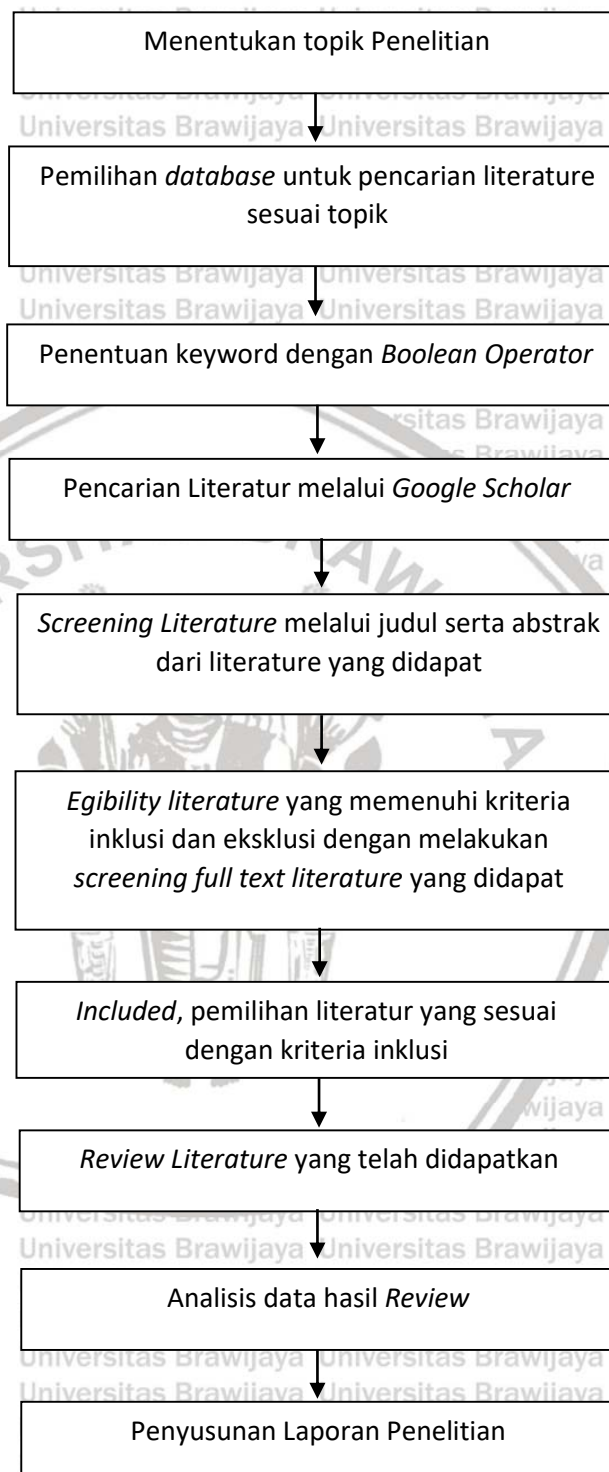
4.3.1 Topik Penelitian

Topik dalam penelitian ini berfokus pada pelaksanaan/ implementasi CMAM (*Community Based Management of Acute Malnutrition*) pada system kesehatan dan komunitas. Hal ini melihat dari segi peluang, efektivitas, hambatan, serta tantangan implementasi prinsip CMAM (*Community Based Management of Acute Malnutrition*) dalam system kesehatan untuk menangani anak dengan Malnutrisi akut.

4.3.2 Strategi Pencarian Literatur

Pencarian literatur ini dilakukan melalui pencarian data menggunakan *Google Scholar*. Dalam pencarian literatur, disesuaikan dengan topik yang sudah ditentukan, yaitu CMAM (*Community Based Management of Acute Malnutrition*). Untuk memudahkan pencarian jurnal yang sesuai dengan topik yang digunakan, diperlukan kata kunci dengan menggunakan teknik *Boolean Operator*. Strategi pencarian menggunakan *Boolean Operator* merupakan metode pencarian dokumen dengan menggunakan kata AND, OR atau NOT dalam kata kunci yang disusun sesuai dengan topik yang diteliti (Rahman I, 2016). Kata kunci yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Community Based Management of Acute Malnutrition AND CMAM AND Malnourished Children AND Qualitative Research AND ASIA*. Dalam pencarian literatur, informasi atau literature yang dipilih merupakan literature yang sesuai dengan kriteria inklusi.

4.4 Prosedur Penelitian/ Pengumpulan Data



Gambar 4.1 Prosedur Penelitian/ Pengumpulan Data

4.5 Analisis Data

Sebelum dilakukan analisis data, pada jurnal yang sudah sesuai dengan kriteria inklusi dilakukan pembuatan tabel ringkasan yang berisi nama peneliti, tahun terbit jurnal, tujuan penelitian, desain penelitian, karakteristik sampel, serta hasil dan temuan. Setelah tabel ringkasan telah sepenuhnya terisi, selanjutnya dilakukan analisis data. Metode analisis pada *Literature Review* secara umum terdiri dari 3 bagian, yaitu:

1. *Planning*

Pada tahap *Planning*, bagian awal adalah *Research Question* (RQ) untuk menuntun proses pencarian dan penyaringan literature. Analisis dan sintesis data merupakan jawaban dari *Research Question* yang telah ditentukan terlebih dahulu. *Research Question* yang baik merupakan RQ yang bermanfaat, terukur, dan mengarah pada pemahaman terhadap *state of the art* research dari topic penelitian (Wahono, 2015; Nursalam dkk, 2020)

Langkah berikutnya yaitu menyusun *protocol review*. Protokol *review* sendiri merupakan rencana prosedur dan metode yang dipilih dalam melakukan *review*. Secara garis besar, *protocol review* harus memuat elemen berikut: *Background, Research Questions, Search Terms, Selection Criteria, Quality Checklist and procedurs, Data Extraction strategy* dan *Data synthesis Strategy* (Zhu, Sari dan Lee, 2018; Nursalam dkk, 2020)

2. *Conducting*

Pada tahap ini, dilakukan pelaksanaan *review* sesuai dengan Protokol *Review* yang telah ditentukan sebelumnya. Tahapan ini dimulai dari penentuan *keywords*, penentuan sumber dan pencarian literature.

Setelah semua literature didapatkan, maka dilakukan pemilihan literatur yang sesuai. Untuk mempermudah proses ini, maka perlu membuat kriteria inklusi dan eksklusi untuk menyaring literatur. Langkah terakhir yang dilakukan yaitu mengekstraksi data, dan melakukan sintesis berbagai hal yang ditemukan dari literature yang telah dipilih. Tujuan utama dari sintesis data ini adalah untuk menganalisis dan mengevaluasi berbagai hasil penelitian serta untuk memilih metode yang paling tepat untuk menyusun penjelasan dan interpretasi dari berbagai temuan tersebut. Sintesis ini dapat berbentuk naratif dan langkah ini merupakan hal yang detail karena kualitas review ditentukan dari hasil sintesis dan analisis ini (Nursalam, dkk, 2020).

3. Reporting

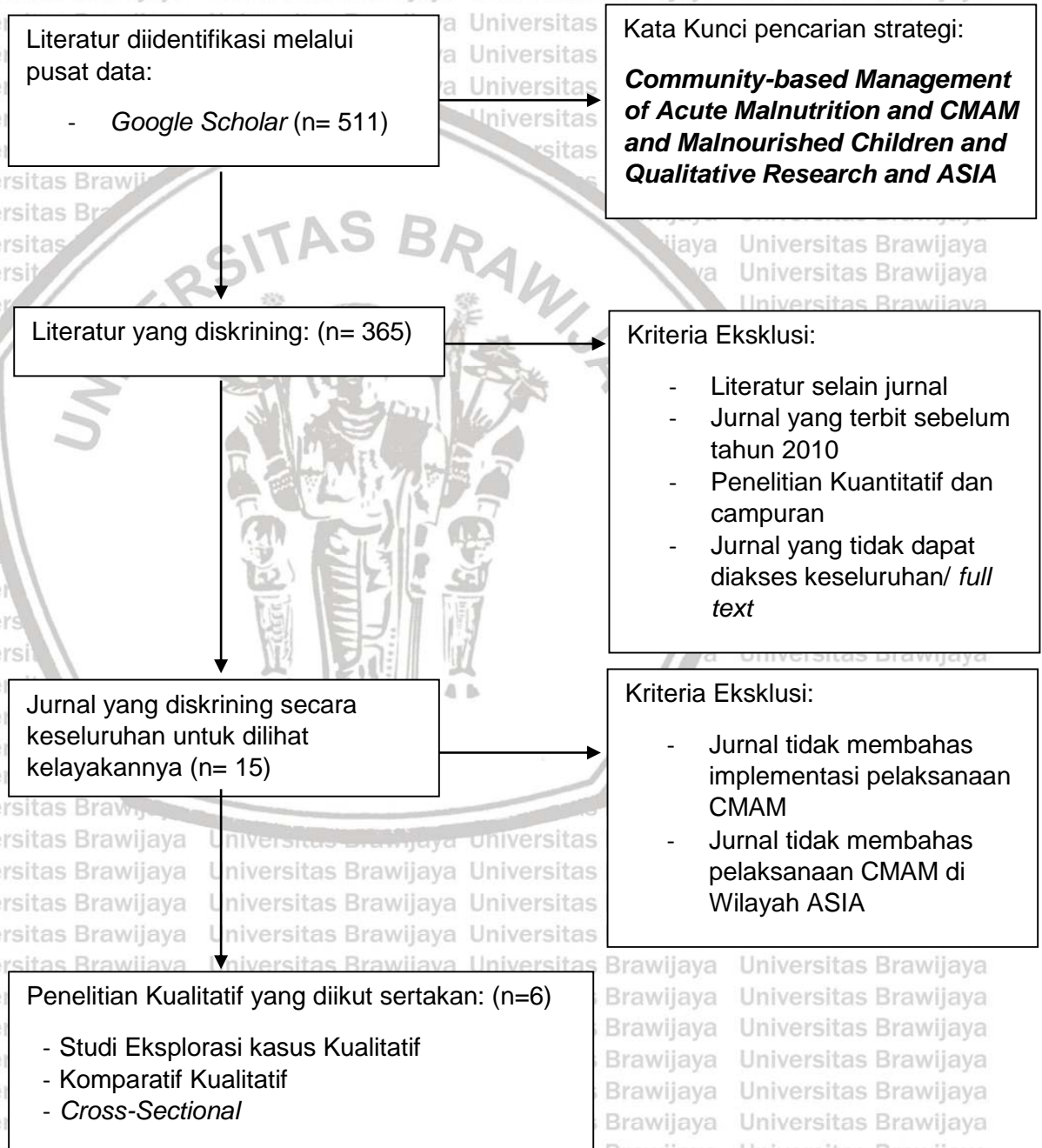
Tahapan ini berisikan penulisan hasil review dalam bentuk tulisan, baik untuk dipublikasikan bentuk paper atau jurnal ilmiah. Struktur penulisan review terdiri dari 3, yaitu Pendahuluan (*Introduction*), Utama (*Main Body*) dan Kesimpulan (*Conclusion*). Pendahuluan berisikan latar belakang dan landasan mengapa review dilakukan, sedangkan bagian utama berisikan hasil analisis dan temuan dan diakhiri dengan diskusi yang membahas implikasi hasil review. Bagian terakhir yaitu kesimpulan, berisikan rangkuman dari temuan sesuai dengan *Research Question* yang telah ditetapkan terlebih dahulu (Triandini et al, 2019; Nursalam dkk, 2020).

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Pencarian *Literature Review*

5.1.1 Hasil Pencarian *Literature Review*

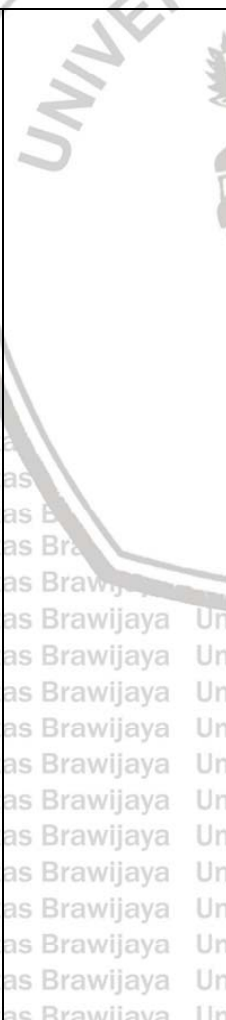


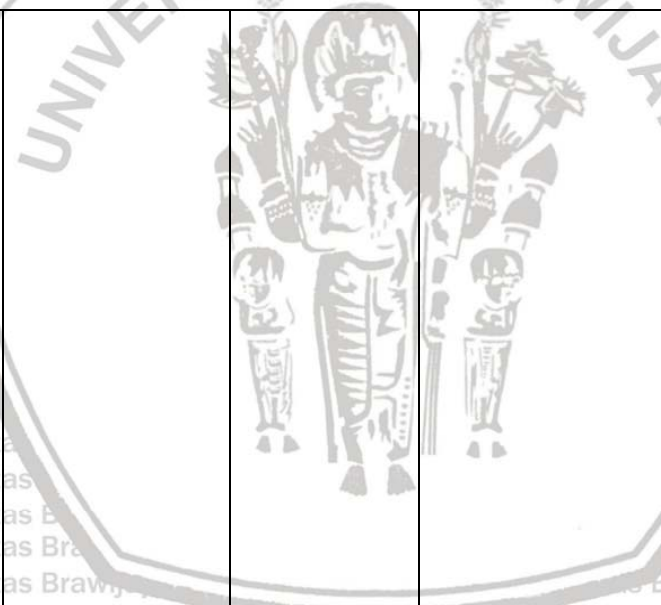
Gambar 5.1 Diagram Alir Pencarian *Literature Review*

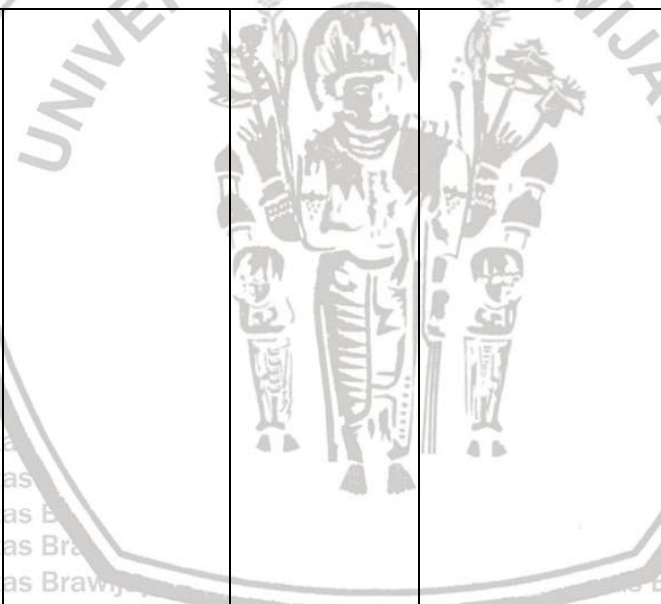
5.1.2 Ringkasan Literature Review


Tabel 5.1 Ringkasan Literature Review

No	Penulis/ Tahun Sitasi/ Negara	Tujuan (Disesuaikan dengan temuan utama)	Desain Penelitian	Karakteristik Sampel	Hasil (Tema)	Pengambilan Data dan Instrumen	Temuan Utama
1.	Kouam Camille, dkk (2014) Canada.	Untuk menilai kesiapansiaga an system kesehatan untuk menerapkan CMAM pada anak balita di 2 kecamatan (Ukhiya dan Teknaf) Bangladesh.	Penelitian Kualitatif, Eksplorasi Studi Kasus	<ul style="list-style-type: none"> • 7 Pembuat Kebijakan • 3 Penyumbang dana (Mitra pembangunan, termasuk lembaga bilateral ataupun multilateral dan Bank) 	<p>- <u>Nutrition Governance</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan Pemerintah terkait kesehatan dan Gizi anak 2. Pengembangan pedoman rawat inap dan rawat jalan CMAM 3. Mekanisme Koordinasi Gizi 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Interview</i> Individu dengan snowball sampling • Observasi langsung (menggunakan checklist) • Review data sekunder. 	<p>- <u>Nutrition Governance</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan Pemerintah terkait kesehatan dan Gizi Anak Program Gizi terintegrasi, bertujuan untuk mengurangi BBLR dan malnutrisi pada anak. Dilanjutkan sebagai Proyek Gizi Nasional yang didanai oleh Bank Dunia dan dioperasikan oleh NGO lokal. Pada tahun 2006, Proyek Gizi Nasional diintegrasikan kedalam HNPSP (Health, Nutrition, and Population sector programme), yaitu sebuah instrument kebijakan untuk meningkatkan status gizi

		<ul style="list-style-type: none"> • 4 mitra tenaga gizi • 29 Tenaga Gizi. 	<p>- <u>Nutrition Financing</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mekanisme dan kebijakan pendanaan kesehatan/ gizi. 2. Dana yang dialokasikan untuk Gizi dan CMAM 	<p>- <u>Health and Nutrition Delivery (Pemberian pelayanan kesehatan dan Gizi)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fungsi puskesmas 	<p>pada anak. Program tersebut dilakukan oleh NGO kontrak, dan hal tersebut menghadapi banyak tantangan. Oleh karena itu MOHFW merevisi kebijakan sehingga intervensi gizi dilakukan melalui Sistem kesehatan nasional. Sehingga, NNP dioperasikan sebagai NNS (National Nutrition Service) dan CMAM adalah salah satu Intervensi NNS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pengembangan pedoman rawat inap dan rawat jalan. Panduan merekomendasikan perawatan berbasis fasilitas dengan F75, F100 serta makanan lokal yaitu <i>Khichuri</i>, <i>milk suji</i>, dan <i>halwa</i>. Pelatihan CMAM tidak termasuk dalam kurikulum sekolah medis sehingga MOHFW (Kementerian Kesehatan) berkolaborasi mengadakan pelatihan untuk profesionalitas kesehatan (Masters trainer). Pedoman rawat jalan belum
--	--	--	--	--	---

				<p>2. Pelayanan Kesehatan Gizi Rawat Inap</p> <p>3. Pelayanan Kesehatan Gizi Rawat Jalan</p> <p>4. Jangkauan kesehatan dan layanan Gizi</p> <p>- <u>Human Resources</u> (Sumber Daya Manusia staff kesehatan)</p> <p>1. Pelatihan staff kesehatan terkait CMAM dan jumlah pekerja yang tersedia</p>	<p>dirumuskan. MOHFW mengadaptasi pendekatan CMAM pada konteks local, dengan merekomendasikan penggunaan RUTF yang dibuat berdasarkan bahan pangan local yang tersedia, untuk management anak</p> <p>3. Mekanisme koordinasi Gizi</p> <p>Grup pekerja Gizi Nasional berkoordinasi dengan semua pemangku kepentingan (pendana dan NGO) untuk mengimplementasikan aktivitas gizi di Negara tersebut. Dioperasikan mulai dari level nasional hingga distrik dan diketuai oleh UNICEF. Meskipun UNICEF dan anggota lain akan membutuhkan keterlibatan pemerintah, namun MOHFW tidak menjadi bagian penuh dari grup Gizi ini, yang mana dioperasikan pada HNPSP. Jadi, penguatan kolaborasi melalui</p>
--	--	---	--	---	--


				<p>2. Motivasi dan kondisi kerja tenaga kesehatan</p> <p>- <u>Equipment and Supply (Peralatan dan perlengkapan)</u></p> <p>1. Bangsal anak. Peralatan, fasilitas dan pengadaan obat-obatam dan therapeutic food di fasilitas rawat inap.</p> <p>2. Peralatan, fasilitas dan pengadaan obat-obatam dan therapeutic food</p>	<p>pemerintah dan partner merupakan suatu masalah yang ada.</p> <p>- <u>Nutrition Financing</u></p> <p>1. Mekanisme dan kebijakan pendanaan kesehatan/ gizi pada anak Terdapat pendekatan sector yang luas untuk pendanaan gizi, MOHFW didukung oleh pendana sebanyak 30-40% dari total pengeluaran HNPSF selama lebih dari 10 tahun terakhir. Kontributor terbesar merupakan bank dunia. 7% anggaran kesehatan pemerintah didedikasikan untuk gizi. Kebijakan kesehatan Bangladesh menyediakan pelayanan kesehatan primer gratis untuk anak dibawah 5 tahun, yang didanai tiap tahun oleh MOHFW.</p> <p>2. Dana yang dialokasikan untuk Gizi dan CMAM.</p>
--	--	---	--	--	---

			<p>di fasilitas rawat jalan.</p> <p>3. Mekanisme Pelaporan kesehatan dan gizi</p> <p>4. Pemantauan dan pengawasan lapangan</p>			<p>Dana untuk CMAM paling banyak disediakan oleh pendana, dan dibagikan ke berbeda partner untuk uji coba intervensi di distrik prioritas. Total dana untuk HNPSP adalah 7,7 million, yang didanai oleh MOHFW (74%) dan pendonor (26%).</p> <p>- <u>Health and Nutrition Delivery (Pemberian pelayanan kesehatan dan Gizi)</u></p> <p>1. Fungsi puskesmas</p> <p>Dari 44 pusat kesehatan di 2 distrik yang diteliti, 39 bersifat aktif selama periode. 5 klinik komunitas tidak berfungsi dikarenakan kekurangan staff. Pusat kesehatan menawarkan rawat inap, rawat jalan dan layanan jangkauan.</p> <p>2. Pelayanan Kesehatan Gizi Rawat Inap</p> <p>Diluar 39 pusat kesehatan yang aktif, 4 diantaranya menyediakan aktivitas rawat inap dan rawat jalan. Aktivitas yang</p>
--	--	---	--	--	--	---



berhubungan dengan gizi adalah program promosi dan monitoring pertumbuhan. Status Gizi di kaji setiap bulan, menggunakan berat badan menurut umur untuk mendeteksi kasus *underweight*. Ibu/pengasuh dinasihati terkait pemberian makan adekuat terhadap bayi dan anak serta praktik hygiene sanitasi. Tidak ada skrining ataupun perawatan untuk malnutrisi akut pada 2 Sistem kesehatan Upazila.

3. Pelayanan Kesehatan Gizi Rawat Jalan
 Total dari 35 pusat kesehatan menyediakan pelayanan rawat jalan pada dua sub distrik. Komplain utama yang ada yaitu pada pekerja kesehatan di sub area pusat yangmana memiliki beban kerja tinggi selama musim hujan dikarenakan peningkatan kasus diare dan infeksi




UNIVERSITAS BRAWIJAYA

pernapasan akut pada anak selama beberapa periode.


4. Jangkauan Kesehatan dan Layanan Gizi
- Diantara 39 pusat kesehatan yang aktif, 24 diantaranya menyediakan aktivitas penjangkauan, 22 Klinik Komunitas dan pusat kesehatan NGO. Pekerja kesehatan Klinik membuat kunjungan rumah selama tiga hari dalam seminggu untuk menawarkan pelayanan pencegahan termasuk imunisasi, edukasi metode kontrasepsi, dan control kelahiran, higinitas baik, praktek perawatan gizi dan kesehatan, serta distribusi pil kontrasepsi dan kondom. Namun, skrining dan pengaturan malnutrisi akut bukanlah bagian dari aktivitas kesehatan komunitas tersebut.

- Human Resources (Sumber Daya Manusia/ staff kesehatan)



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

1. Pelatihan staff kesehatan terkait CMAM dan jumlah pekerja yang tersedia
 Staff kesehatan tidak dapat membuat pengkajian antropometri yang layak sesuai panduan nasional, tidak juga bisa mengelola kasus malnutrisi secara adekuat dikarenakan kekurangan pelatihan.
 Pusat kesejahteraan keluarga menampilkan rasio kekosongan yang tinggi (70,8%) dan 46 pos kosong untuk union sub centres, pusat kesejahteraan keluarga dan klinik komunitas.
2. Motivasi dan kondisi kerja tenaga kesehatan
 Rasio tingkat kekosongan disebabkan oleh kurangnya staff yang diberi pelatihan, namun mengacu pada fakta bahwa pekerja kesehatan tidak bersedia untuk bekerja di area ini dikarenakan terpencil dan




UNIVERSITAS BRAWIJAYA

sedikitnya akomodasi yang seharusnya disediakan oleh pemerintah. Konsekuensinya, mereka memilih untuk tetap berada di kota besar atau bekerja dengan NGO yang menyediakan mereka gaji dan kondisi kerja lebih baik.

- Equipment and Supply (Peralatan dan perlengkapan)

1. Bangsal anak. Peralatan, fasilitas dan pengadaan obat-obatan dan *therapeutic food* di fasilitas rawat inap. Beberapa rumah sakit mempunyai sumber air yang berfungsi baik seperti jamban dan listrik yang baik. Terdapat ruang yang tersedia untuk digunakan sebagai area bermain anak. Tambahan, fasilitas dapur juga tersedia, namun tidak dengan peralatan yang baik. Rumah sakit tidak memiliki bangsal anak dan rawat inap anak berada di bangsal wanita, alat




UNIVERSITAS BRAWIJAYA

penimbang BB dan papan pengukur sudah tidak ada. Tidak ada mainan untuk stimulasi anak di rumah sakit. Pusat kesehatan upazila secara rutin menyuplai obat namun tidak ada F-75 atupun F100 serta RUTF, dan juga tidak ada obat cepat untuk management rawat inap anak SAM. Tidak ada satupun rumah sakit yang sanggup untuk menyediakan *Khicuri* dan *Halwa* yang dibuat dari bahan local sebagai panduan nasional untuk pengelolaan rawat inap pada anak SAM.


2. Peralatan, fasilitas dan pengadaan obat obatan dan *therapeutic food* di fasilitas rawat jalan.

Mereka kekurangan sumber air, listrik, jamban dan peralatan pengukuran antropometri yang dapat berfungsi dengan baik. Tidak ada fasilitas yang menyediakan alat Lila/ MUAC, meskipun



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

panduan nasional merekomendasikan pengukuran MUAC sebagai kriteria penerimaan anak malnutrisi akut. Klinik komunitas tidak mempunyai fasilitas penyimpanan yang baik. Obat disimpan pada lemari kayu yang lembab dan diinvasi oleh hewan pengerat. Banyak pekerja kesehatan membawa obat ke rumah pada akhir pekerjaan dan membawa kembali ke klinik pada hari berikutnya untuk mengatasi ketidaknyamanan tersebut. 86% fasilitas kesehatan rawat jalan disuplai dengan obat secara rutin namun hanya obat regular dan jumlah yang diterima tidak sebanding dengan permintaan. Hal ini dikarenakan pemerintah memberikan sejumlah uang tetap kepada tiap pusat kesehatan untuk persediaan obat namun tidak memperhatikan beban kasusnya.



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

3. Mekanisme rujukan.

Tidak ada mekanisme rujukan formal diantara pusat kesehatan, yangmana tidak memungkinkan untuk melacak perpindahan pasien antar puskesmas.

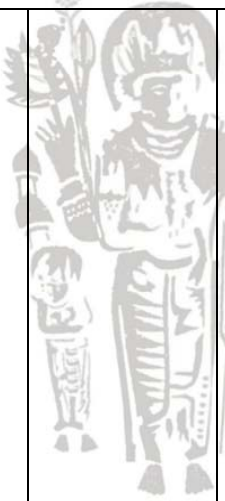
4. Mekanisme Pelaporan kesehatan dan gizi


Indikator gizi tidak termasuk kedalam system informasi kesehatan dan karena itu, hal itu tidak mungkin untuk menentukan berapa banyak anak yang terskrining dan dikelola untuk malnutrisi.

5. Pemantauan dan pengawasan lapangan

Petugas kesehatan diawasi setiap bulan oleh inspektur kesehatan upazila. Inspektur mengunjungi fasilitas kesehatan, mengobservasi pengiriman layanan, mendiskusikan dengan petugas kesehatan terkait kesulitan pengelolaan rutin dan menyediakan saran praktis serta instruksi.

2.	Santhia Ireen, dkk (2018) Banglades h	Mengakses kesiapan system kesehatan untuk mengimpleme ntasikan CMAM dibagian selatan dan utara Bangladesh berdasarkan pada kerangka kerja/ framework system kesehatan WHO.	Studi Kualitatif	38 Informan kunci - 4 Pembuat kebijakan dan manajer program - 2 Ahli Gizi - 2 mitra pelaksana kesehatan dan gizi - 1 Mitra pengembang an - 5 Staff system kesehatan pemerintah - 22 Pekerja lapangan pemerintah	<u>Broad Context:</u> - Program Gizi, kebijakan dan panduan Gizi Aplikasi Intervensi CMAM. <u>Karakter Sistem Kesehatan dalam implementasi CMAM</u> - Tenaga Kerja - Layanan - Informasi system kesehatan - Medical Logistics - Financing (Pembiayaan) - Governace (Pengelolaan)	Review Dokumen, Interview, dan Observasi langsung.	<u>Broad Context:</u> - Program Gizi, kebijakan dan panduan / pedoman Gizi Bangladesh menerapkan Proyek Integrasi Gizi Bangladesh dan Program gizi Nasional (NNP) pelayanan gizi diintegrasikan oleh Kementerian kesehatan dan kesejahteraan keluarga sebagai Pelayanan Gizi Nasional (NNS) sejak 2011. Institut kesehatan gizi public dibawah kementerian kesehatan dan kesejahteraan keluarga bertanggung jawab untuk melaksanakan NNS termasuk CMAM dan memastikan koordinasi antar kementerian untuk intervensi gizi. Institut kesehatan gizi public mengembangkan panduan nasional untuk Managemen SAM berbasis fasilitas pada tahun 2008. Sementara panduan nasional untuk pendekatan berbasis komunitas pada anak malnutrisi akut baru diterbitkan pada
----	---------------------------------------	--	------------------	---	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> - 2 Anggota komunitas 	<p><u>Adopting System</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Persepsi pembuat kebijakan dan manajer kesehatan - Persepsi penyedia layanan - Constraints 		<p>tahun 2011 untuk melengkapi panduan management rawat inap pada anak SAM.</p> <p><u>Fitur Intervensi CMAM</u></p> <p>Panduan nasional untuk CMAM di Bangladesh mengadopsi dari pendekatan CMAM secara global untuk konteks local. Panduan tersebut menekankan pada identifikasi anak dengan malnutrisi akut pada komunitas atau rumah tangga menggunakan pita Lila/ MUAC yang dilakukan oleh Pekerja lapangan komunitas (CHW) seperti HA, FWAM CPHP dan komunitas NGO atau pekerja gizi. Kasus yang tidak komplikasi dapat dikelola oleh CHW menggunakan perawatan gizi atau medis yang ada. Masalah komplikasi serius akan dirujuk pada fasilitas rawat jalan, yang mana para CHW yang telah terlatih akan mengkaji anak anak yang</p>
--	--	---	---	--	--	---



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

membutuhkan rawat inap dan dirujuk ke Pusat kesehatan Upazila.

Panduan CMAM Nasional menekankan pada pencegahan malnutrisi pada anak dengan cara komunikasi perubahan perilaku, serta *follow up* anak yang menerima perawatan malnutrisi akut pada level komunitas.

Karakter Sistem Kesehatan dalam implementasi CMAM

- Tenaga Kerja

Pekerja lapangan ditugaskan untuk bekerja penuh 6 hari/ minggu untuk melengkapi tugas domisili. Setelah pembentukan klinik komunitas, mereka ditugaskan bekerja 3 hari/ minggu di klinik tanpa adanya perubahan domisili dan target. Adanya kecemasan mengenai kendala waktu untuk kunjungan rumah dibawah jadwal kerja yang ada. Pekerja lapangan juga tidak



menerima pelatihan untuk mengidentifikasi atau manajemen malnutrisi akut.

- Layanan

Tidak ditemukan adanya pekerja pemerintah di area yang seharusnya turut serta aktif pada skrining untuk mengidentifikasi anak malnutrisi. Hal tersebut dikarenakan mereka tidak menerima pelatihan ataupun pita LILA untuk mengidentifikasi anak dengan malnutrisi akut.

Staff klinik hanya bisa mendeteksi malnutrisi melalui observasi namun tidak dapat memperhitungkan keparahannya.

- Informasi system kesehatan.


Semua klinik mempunyai laptop dan koneksi internet, serta adanya statistic pelayanan online. Pekerja kesehatan/ lapangan tidak menerima pelatihan untuk mengkaji status gizi, dan mengisi buku pendaftaran untuk



gizi. Selama interview, manager program dari NNS juga menyampaikan perhatiannya terhadap kualitas data gizi dari lapangan yang disebabkan kurangnya pelatihan terhadap pekerja lapangan. Diamati juga bahwa anak malnutrisi atau anak yang sakit tidak mempunyai nomor registrasi atau nomor identifikasi untuk melacak anak, memonitor perubahannya atau follow up kunjungan.

- Medical Logistics

Panduan CMAM nasional menekankan perawatan anak dengan malnutrisi akut tanpa komplikasi menggunakan Perawatan Gizi (Suplemen makanan), seperti contohnya RUTF. Panduan juga menyebutkan bahwa anak seharusnya menerima vitamin A, antibiotic, serta vaksin. RUTF tidak tersedia pada fasilitas yang dikunjungi pada penelitian ini. Tidak



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

tersedianya supply rumah sakit, sehingga obat tertentu orang tua beli dari luar melalui pembayaran langsung.


- Financing (Pembiayaan)

Total anggaran untuk program kesehatan, populasi dan sector gizi adalah 14,7 billion.

Untuk NNS, dialokasikan 92,88 million/ 6,58% dari total anggaran yang mana sekitar 3,08 million dialokasikan untuk management anak dengan MAM dan SAM (3,3% total NNS). Anggaran ini termasuk biaya panduan/ pengembangan modul pelatihan, pelatihan staff dan pembelian supply. 6,58% pembiayaan dari total untuk kesehatan.

- Governance (Pengelolaan)

Pada penelitian ini, pengelolaan merujuk pada mekanisme koordinasi gizi yang diterapkan. Dewan Gizi Nasional Bangladesh bertanggung jawab untuk



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

menyediakan panduan gizi dan koordinasi aktivitas gizi antar kementerian. Dewan ini belum sepenuhnya berfungsi pada July 2017. Grup pekerja CMAM, meskipun berada dibawah grup pekerja gizi sejak 2010, namun tidak berfungsi saat penelitian ini dilakukan.

Adopting System

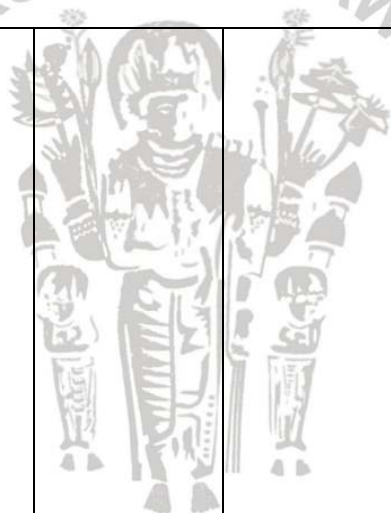
-Persepsi pembuat kebijakan dan manajer kesehatan

Faktor fasilitas: Struktur system kesehatan terkini sudah baik untuk

mengimplementasikan CMAM. Dokter dan perawat dilatih untuk Manajemen SAM berbasis fasilitas pada tingkatan fasilitas kesehatan (primer, sekunder dan tersier).

Untuk pelayanan komunitas, terdapat kader dari pekerja domisili (HA dan FWA) yang dapat dimanfaatkan untuk mengimplementasikan CMAM. Terdapat


UNIVERSITAS BRAWIJAYA



tenaga bantuan dari NGO yang bekerja pada gizi lapangan, terutama CMAM, pada area dengan tingkat tinggi anak malnutrisi. Kendala: Hanya manajemen berbasis fasilitas yang hadir di Bangladesh untuk anak SAM. Sistem rujukan yang berfungsi dengan baik tidak tersedia dimanapun. Meskipun pelatihan manajemen SAM sedang berlangsung, tetap terdapat kekurangan sumber tenaga terlatih (dokter dan perawat) untuk manajemen berbasis fasilitas untuk anak SAM.

Korner Gizi berfungsi, namun hanya anak dengan komplikasi yang diterima dan konseling gizi preventif tidak layak. Terdapat kekurangan koordinasi antar system kesehatan pemerintah. Disamping itu, tidak ada sumber daya manusia yang berdedikasi untuk mengimplementasikan intervensi gizi di NNS. Untuk anak dengan MAM, konseling





UNIVERSITAS BRAWIJAYA

merupakan satu satunya intervensi yang ada. Kendala paling mendasar dari implementasi CMAM di Bangladesh adalah tidak tersedianya RUTF.

-Persepsi penyedia layanan

Faktor pendukung: CHCP, kader baru di klinik komunitas bekerja 6 hari/ minggu. Mereka dapat dilatih untuk mendeteksi anak malnutrisi menggunakan pita Lila dan mengelola SAM tanpa komplikasi dengan menyediakan RUTF, konseling dan antibiotic. HA dan FWA dapat mengidentifikasi kasus malnutrisi akut selama kunjungan domisili mereka.

Kendala:

Pelatihan untuk CHCP, HA dan FWA tidak adekuat untuk mengimplementasikan CMAM. Pekerja sudah terbebani dengan tanggung jawab mereka saat ini. Pelayanan gizi sekarang pada klinik komunitas

							dirasakan sebagai pekerjaan tambahan. Terdapat ketidakpuasan dari HA dan FWA terkait tingginya skala gaji.
3.	Doris Burtscher, Sakib Burza (2015) India	Untuk memahami Persepsi komunitas terkait undernutrisi pada anak, program CMAM dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi perilaku pencarian kesehatan. Untuk mengembang	Qualitative Semi-structured Interviews	- Keluarga (Ibu, Ayah, serta Ibu mertua) dari anak yang dirawat karena manutrisi. - Keluarga dari anak yang tidak mengalami malnutrisi - Petugas pelayanan kesehatan (penyembuh tradisional, Iman hindu dan muslim, praktisi	- Konsep dan Perspektif komunitas terhadap gizi kurang - Perilaku pencarian kesehatan dan perspektif komunitas terhadap program CMAM. - Faktor yang mempengaruhi perilaku pencarian kesehatan berkenaan dengan program CMAM	Semi Structure dan Narrative Interviews serta Focus Group Discussions	- Perspektif komunitas terhadap undernutrisi/ gizi kurang <i>Mamarcha</i> , istilah local penyakit yang sesuai dengan malnutrisi sedang. Hal itu dianggap biasa dan umum pada anak kecil, serta dirawat sendiri. <i>Jallachatu</i> , istilah gejala yang cocok dengan malnutrisi akut. <i>Jallachatu</i> dipercaya terjadi jika burung nasar melintas saat Ibu sedang mengandung. Jallachatu dianggap sebagai sebuah serangan dari dukun yang mana hanya bisa dirawat oleh Imam Islam atau hindu. Beberapa responden mengerti terkait Kekurangan gizi dan familiar dengan program CMAM, berkata bahwa kekurangan gizi dan jallachatu merupakan hal yang

an bukti guna adaptasi CMAM (Improve outcomes dan penegmbangan strategi)



kesehatan tradisional, bidan, perawat rumah sakit, educator kesehatan dan dokter)
- Sekitar 150 orang terlibat dalam interview.

sama. Sementara lainnya yang tidak pernah terekspos CMAM mengatakan bahwa Jallachatu hanya bisa dirawat oleh praktisi kesehatan tradisional.

Konsep lain terkait pemberian makan dan gizi:


Chamaki (kejang), Ibu percaya bahwa chamaki disebabkan oleh penyihir dan hanya bisa dirawat oleh pendeta.

Hakarani (menangis terus menerus), ibu percaya hal itu dikarenakan kekurangan ASI, namun sebagian lainnya percaya bahwa hal itu disebabkan oleh penyihir/ guna guna karena anak terlalu cantik/ tampan. Imam Hindu menjelaskan kegunaan abu kotoran sapi untuk merawat anak dengan cara mengoleskan abu pada tubuh anak dan memberi mereka banyak makanan untuk dimakan.



Burung Nazar (evil eye), dipercaya dapat menyebabkan cedera atau nasib buruk, kepada orang karena alasan iri atau tidak suka. Hal itu biasanya dirasa berasal dari individu di komunitas (janda) yang bisa mengirimkan kutukan pada anak menyebabkan penyakit, wasting bahkan kematian. Satu teknik yang digunakan untuk melindungi anak adalah dengan meletakkan jelaga, dan membuat anak tampak jelek. Lebih dari setengah pengasuh menyatakan bahwa mereka tidak akan membawa bayi mereka yg dibawah 6 bulan ke tempat kerja mereka karena takut anak mereka terlihat oleh burung nazar, maka dari itu anak sering ditinggal dirumah dan tidak disusui saat mereka bekerja.

- Kebiasaan pencarian kesehatan dan persepsi komunitas terkait CMAM

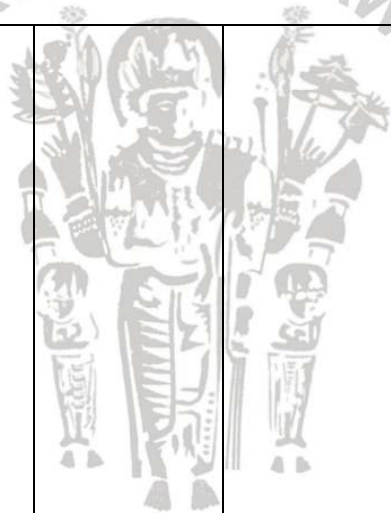


UNIVERSITAS BRAWIJAYA

Kekurangan gizi/ undernutrition umumnya tidak dianggap sebagai sebuah penyakit, mereka memahaminya dari sisi obat tradisional. Jadi, kebanyakan ibu tidak berkonsultasi dengan praktisi kesehatan tradisional ataupun mengunjungi puskesmas jika anak mereka hanya terlihat kurus. Ibu merawat anak mereka seorang diri berdasarkan masukan dari mertua ataupun orang lain yang lebih tua sebelum berkonsultasi dengan penyedia layanan kesehatan, ataupun juga membeli rekomendasi obat yang disarankan oleh penjaga toko local.

Pijatan dipercaya mampu membantu anak menaikkan BB, apabila sebelumnya mereka kurus. Kulit akan menyerap substansi yang menyembuhkan dan memijat tubuh akan membuat obat yang bercampur dengan oil

UNIVERSITAS BRAWIJAYA




akan meresap dalam tubuh, menyebar ke dalam lemak dan tulang.

- Persepsi terkait perawatan system kesehatan alofatik dan non alofatik

Perawatan kesehatan alofatik termasuk dokter bersertifikat dan perawat dijunjung mereka tinggi tinggi namun mahal, dan kualitas yang diberikan tidak selalu konsisten. Puskesmas biasanya berada di komunitas besar dan jauh dari desa. Banyak responden menyatakan, meskipun obat yang diberikan bebas biaya namun biasanya berkualitas jelek dan tidak tersedia, Jika obat tidak tersedia, maka responden akan diberikan resep obat secara mandiri, yangmana mereka diharuskan membayar.

- Tabib tradisional / praktisi kesehatan tradisional






UNIVERSITAS BRAWIJAYA

Menjadi tempat pertama untuk didatangi. Terdapat perasaan yang kuat terkait kepercayaan pada penyembuh tradisional. Pada umumnya, komunitas tampak bergantung pada tabib agama, sering bolak balik dan menganggap mereka sebagai dokter privat.

- *Baghats* adalah pendeta hindu yang terspesialisasi dalam menangkap ilmu hitam dan sihir, termasuk menangkap tenaga iblis. Pengasuh sering meminta pendeta/imam untuk menyediakan jimat yang berguna sebagai pelindung anak mereka dari “evil eye”.
- Faktor yang mempengaruhi Kegiatan/kebiasaan pencarian kesehatan dengan memperhatikan Program CMAM.
- Faktor sosial dan budaya Pengasuh mengungkapkan bahwa keluarga dan tetangga mempengaruhi




UNIVERSITAS BRAWIJAYA

atau bahkan menentukan keputusan perawatan terutama pada penyakit serius dan atau keadaan mengancam nyawa. Faktor tambahan disebutkan oleh mayoritas responden yang mempengaruhi kegiatan pencarian kesehatan adalah migrasi sementara. Selama periode ini, mereka tidak dapat menghadiri pusat kesehatan local, menyebabkan kesulitan menyelesaikan perawatan jangka panjang seperti CMAM.

- Faktor Logistik

Fasilitas kesehatan modern, seperti puskesmas tingkat blok, berlokasi hanya pada daerah dengan populasi lebih banyak dan responden menekankan bahwa tidak ada fasilitas kesehatan yang tepat yang tersedia di level desa. Pengasuh yang tinggal jauh dari fasilitas



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

CMAM menyatakan bahwa sulit bagi mereka untuk mencapai pusat therapeutic feeding, terutama selama hujan deras dimana transportasi merupakan tantangan sehubungan dengan banjir.

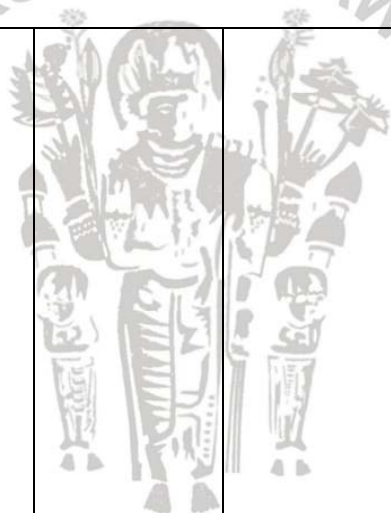
Banyak responden berbicara tentang sulitnya jarak panjang perjalanan untuk ke fasilitas CMAM sebagai hambatan utama bagi mereka untuk mengakses perawatan kesehatan.

- Faktor ekonomi

Pengasuh tidak dapat memenuhi biaya transportasi untuk datang setiap minggu pada program CMAM, yang mana menjadi pengaruh penting dalam keputusan untuk menghadiri atau melengapi perawatan.
- Faktor lainnya

							Berdasarkan dari tanggapan Ibu yang anaknya dirawat dengan program, secara keseluruhan menyatakan persepsi yang baik. Berat badan meningkat dan persepsi positif terhadap pelayanan juga diutarakan oleh ibu, anggota keluarga dan partisipan komunitas yang sadar terhadap program.
4.	Pati, Sanghamitra, dkk. (2018) India	Untuk melihat fungsi dan implementasi dari program CMAM untuk anak SAM di Odisha, India. Proses Implementasi program dan efektivitas serta mengkaji	Studi Cross Sectional, teknik Kualitatif	49 partisipan yaitu pemangku kepentingan level komunitas yang tergabung dalam program CMAM.	- <u>Rincian Program</u> - Deteksi selama sesi hari gizi Kesehatan Desa - Modalitas pengobatan - Respon anak terhadap perawatan - Peran staff NGO, Pekerja Anganwadi, dan	Observasi Langsung, In-depth Interview menggunakan panduan diskusi.	- <u>Rincian Program</u> - Deteksi selama sesi hari gizi Kesehatan Desa Kebanyakan staff program menyebutkan bahwa mereka puas dengan sifat kooperatif orang tua. - Modalitas pengobatan Kasus biasanya diobati dengan antibiotic, Albendazole, Vitamin A, sirup Asam folat, Fe, dengan rehabilitasi gizi. HCM Diet termasuk makanan yang disiapkan fresh di Anganwadi Centres (AWC), sesuai menu,

perspektif
berbagai
pemangku
kepentingan
kehatan
yang terlibat
dalam
implementasi
CMAM,
menilai faktor
pendukung
dan hambatan
serta saran
untuk
meningkatkan
proses
implementasi
CMAM.




aktivis sosial
terakreditasi
- Pemantauan dan
Pelaporan
Program
- Follow Up
setelah lepas
dari program
- Pasokan Gizi dan
Logistik lain
- Kendala yang
dihadapi oleh
pemangku
kepentingan
selama
implementasi
program
- Faktor Pendukung
suksesnya
program

yang mana untuk anak yang berada
dibawah perawatan, dibutuhkan untuk
mengunjungi AWC. Bagaimanapun di Blok
Daringibadi, kondisi hygiene selama
persiapan tidak dapat dipantau
dikarenakan tidak tersedianya pekerja
Anganwadi dan AWC. Ibu menolak
membawa anak mereka ke AWC untuk diet
4x/hari dikarenakan daerah yang luas dan
berbukit bukit.

- Respon anak terhadap perawatan
Banyak anak menghadapi diare setelah
perawatan awal karena gangguan
pencernaan. Kenaikan berat badan yang
lambat pada awal perawatan dapat terjadi
karena diare dan menurunnya nafsu
makan pada anak atau rendahnya
konsumsi pola makan.


- Peran staff NGO, Pekerja Anganwadi, dan
aktivis sosial terakreditasi



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

Staff NGO memeriksa lila dan berat badan anak. Mereka juga mengurus pasokan logistic di AWC. Semua AWW mengunjungi rumah anak secara teratur. Mereka juga menasihati para ibu dengan bantuan staff NGO terkait Pemberian Makan bayi dan anak, menyusui, pencucian tangan, personal care, dan praktik kebersihan.


- Pemantauan dan Pelaporan Program
 - Pegawai program Level distrik dan blok diawasi melalui kunjungan rumah, observasi langsung, memeriksa kembali laporan MUAC dan berbicara kepada para ibu selama Hari Kesehatan Gizi Desa.
- Follow Up setelah lepas dari program
 - Setelah lepas dari program, anak biasanya akan diikuti dengan kunjungan rutin oleh AWW dan ASHA, yangmana mereka akan diberi konsultasi dengan cek MUAC dan



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

BB mingguan. Selama pulang, semua ibu akan dinasehati untuk melaporkan pada AWW atau ASHA apabila terjadi masalah.


- Pasokan Gizi dan Logistik lain
Cek darah dan obat lain tersedia pada semua ASHAs dan pada kebanyakan AWW.
- Kendala yang dihadapi oleh pemangku kepentingan selama implementasi program
Masalah utama yang teridentifikasi pada implementasi program adalah kekosongan pekerja AWW dan tidak tersedianya bangunan AWC mereka sendiri. Pekerjaan mereka telah melebihi batas dan harus tetap tinggal di pusat hingga malam serta bekerja pada hari minggu. Sesuai panduan CMAM Bangladesh, anak tidak akan terdaftar di CMAM apabila MUAC tidak kurang dari 115 mm, meskipun terdapat garis merah pada diagram pertumbuhan. Ketidakdaftaran dari



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

							<p>anak tersebut menghalangi akses pelayanan terhadap banyak anak. Semua pekerja lapangan, ASHA, AWW dan pembantu menyampaikan bahwa mereka tidak menerima pembayaran upah tepat waktu.</p> <p><u>Faktor Pendukung suksesnya program</u></p> <p>Anak mencapai berat yang diinginkan setelah perawatan dan MUAC/ lila juga meningkat. Suplemen Gizi juga tersedia dan gratis. HCM disiapkan di AWC dan dicampur dengan sayur agar anak mendapatkan gizi yang seimbang di waktu bersamaan. Anak dengan SAM diidentifikasi pada waktu yang tepat sebelum komplikasi terjadi dan perawatan diberikan pada pengaturan domisili di tingkat keluarga.</p>
5.	Chloe Puett, Saul	Untuk memahami dan	Comparative	10 Rumah tangga yang	-Distance (jarak) -Biaya yang tinggi	<i>Focus Group Discussions</i>	- <u>Distance (jarak)</u> Cuaca menimbulkan masalah tertentu di provinsi Sindh Pakistan, yang mengalami

<p>Guerrero (2014) London</p>	<p>membandingkan hambatan utama rumah tangga dalam mengakses perawatan untuk anak malnutrisi (SAM) pada pengaturan budaya dan jenis lembaga pelaksana yang berbeda.</p>	<p>Qualitative Analysis Ethiopia dan Pakistan.</p>	<p>telah sembuh dari SAM</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pengetahuan terkait layanan - Pengetahuan terkait malnutrisi - Penolakan anak terhadap RUTF 	<p>banjir dan suhu tinggi. Berjalan ke OTP merupakan sebuah tantangan untuk pengasuh dan anak yang mereka bawa:</p> <p>Di Pakistan banyak wanita dilarang untuk meninggalkan rumah tanpa disertai ijin lelaki, yangmana juga akses mereka ke pelayanan dan kemampuan staff ke rumah mereka untuk skrining juga terbatas. Jarak dikatakan terlalu jauh dan terlalu lama memakan waktu. Dan juga pada musim hujan, jalanan lebih susah ditempuh karena rusak dan tergenang air.</p> <p>- <u>Biaya dan Peluang yang tinggi</u></p> <p>Anggota komunitas yang tinggal jauh akan bepergian secara grup dan berbagi becak, hal itu menambah extra biaya untuk kunjungan mereka. Banyak yang tidak mengantarkan anaknya untuk perawatan dikarenakan harus bekerja dan apabila meninggalkan pekerjaannya, maka tidak</p>
-------------------------------	---	--	------------------------------	---	--



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

akan cukup untuk mencukupi kebutuhan keluarganya. Untuk membawa anak ke fasilitas kesehatan juga terbatas pada biaya hingga harus menjual banyak harta mereka.

- Pengetahuan terkait layanan

Staff program merasa bahwa beberapa kelompok grup komunitas memiliki kesadaran yang terbatas, termasuk para pemigrasi ataupun yang tinggal di sekitar OTP.

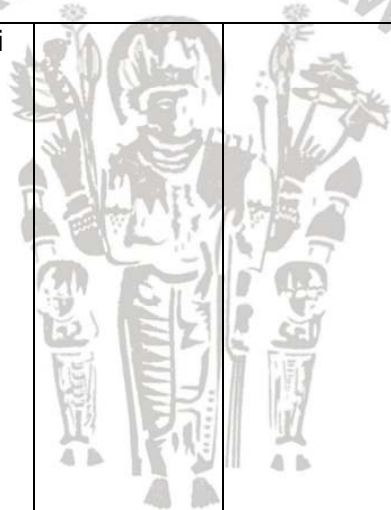
- Pengetahuan terkait malnutrisi

Kurangnya edukasi membuat kesadaran kecil terkait manfaat kesehatan, kebersihan dan gizi, serta pentingnya mengikuti protocol programme.

Adanya pendidikan yang lemah, menyebabkan kesadaran tentang manfaat kesehatan yang terbatas. Masyarakat tidak datang program karena tidak

							<p>menganggap malnutrisi adalah hal yang serius dan mengira program tersebut tidak ada manfaat.</p> <p>- <u>Penolakan anak terhadap RUTF</u></p> <p>Penolakan terhadap RUTF hanya terjadi di Ethiopia dan tidak di Pakistan.</p>
6.	Yasir Arafat, dkk (2018) Bangladesh	Untuk memahami persepsi pengasuh dan pemangku kepentingan terkait malnutrisi pada bayi, serta halangan dan fasilitas menuju perawatan berbasis	Studi Kualitatif	<ul style="list-style-type: none"> - 29 Pengasuh pada 5 FGD - 29 Petugas kesehatan di 4 FGD - 4 Pengawas kesehatan - 4 Pemimpin Komunitas 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi bayi SAM dan perilaku pencarian perawatan - Penyebab yang dirasakan bayi SAM/ Malnutrisi - Pandangan dan preferensi tentang perawatan - Manfaat dan resiko pengobatan berbasis 	Wawancara mendalam terstruktur dan <i>Focus Group Discussions</i> (FGD)	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi bayi SAM dan perilaku pencarian perawatan Pekerja lapangan dapat membedakan keparahan dari malnutrisi menggunakan MUAC/ Lila. Untuk anak dibawah 6 bulan, mereka tidak yakin terhadap MUAC dan mereka focus melihat tanda yang terlihat saja. Orang tua, tidak dapat mengenali anak dengan SAM. Kebanyakan kasus diidentifikasi oleh HCW sebagai penemu kedua. Responden mengunjungi tabib tradisional (kabiraj atau fakir) untuk perawatan cepat,

masyarakat di
masa
mendatang.



komunitas yang
dirasakan
- Jaringan
Komunitas untuk
mendukung bayi
SAM


disarankan oleh tetangga. Fasilitas perawatan tidak tersedia di daerah mereka, mereka tidak sadar terkait pilihan perawatan di rumah. Semuanya hanya sadar bahwa perawatan harusnya dilakukan di rumah sakit atau fasilitas rawat inap.

- Penyebab yang dirasakan bayi SAM/

Malnutrisi

Adanya penyakit mendasar, malnutrisi maternal, pernikahan dini dan mitos local. Buruknya kesadaran dari pemberian makan yang baik, kurangnya literasi dan kemiskinan adalah yang sering disebutkan sebagai penyebab anak SAM. Ibu memberikan nasi, formula bayi atau susu sapi dimana anak lapar. Sebagai hasil, anak biasanya sakit dan berakhir dengan SAM.

Beberapa menyebutkan takhayul, seperti makan sedikit akan mencegah bayi besar yang mana akan bisa menyebabkan



UNIVERSITAS BRAWIJAYA


kelahiran yang sakit, bisanya dinasihati oleh mertua dan anggota lebih tua. Pernikahan dini menyebabkan kurangnya kesadaran pada keluarga yang berhubungan dengan maternal malnutrition.

- Pandangan dan preferensi tentang perawatan anak SAM

Banyak responden merasa tidak terbantu saat mereka berpikir anak mereka tidak tumbuh dengan baik, sebagaimana mereka tidak mempunyai tempat untuk pergi di desa agar anak mereka diassess.

- Manfaat dan resiko pengobatan berbasis komunitas yang dirasakan


Pengasuh berpikir bahwa perawatan berbasis komunitas untuk SAM adalah pilihan bagus yang lebih murah dan mudah dibanding rawat inap. Mereka juga mengangkat beberapa kekhawatiran dan membuat saran. Untuk contoh, banyak yang



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

berkata bahwa HCW di klinik komunitas tidak dilatih dengan memadai untuk mendiagnosa atau menyediakan kualitas perawatan untuk kondisi kritis seperti SAM, klinik komunitas kadang kekurangan peralatan, seperti alat penimbang berat badan dan pita MUAC, namun hal tersebut dapat diadakan dengan mudah.

Rawat inap di rumah sakit dianggap sebagai kualitas tertinggi dalam pengobatan sebagaimana disediakan oleh dokter berkualitas. Namun, pelayanan dikatakan terlalu mahal, baik untuk transportasi (biaya menuju RS) dan juga untuk tinggal (obat, untuk konsultasi). Hal ini khususnya untuk orang miskin yang paling banyak beresiko malnutrisi. Karenanya, kebanyakan ibu dengan pengalaman rawat inap mendukung manajemen berbasis rumah setelah anak



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

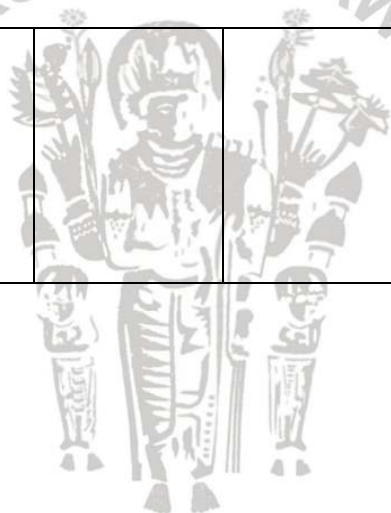
distabilkan dan membaik dari awal resiko tinggi penyakit.

Faktor lain terhadap rawat inap jangka panjang adalah ketidakmampuan ibu untuk melanjutkan pekerjaan rumah, kebutuhan untuk merawat anggota keluarga lain dan buruknya kondisi rumah sakit. Terdapat peningkatan beban kerja dikarenakan meningkatnya permintaan untuk malnutrisi menyebabkan kualitas perawatan. Staff tidak mumpuni untuk menyediakan layanan yang memadai, terlebih lagi para orang tua biasa membawa anak mereka pada fase sangat terlambat dari sebuah penyakit, sehingga SAM sudah dalam kondisi komplikasi.

-Jaringan Komunitas untuk mendukung bayi SAM

Beberapa menyebutkan bahwa imam dan guru dapat membantu untuk ceramah atau

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

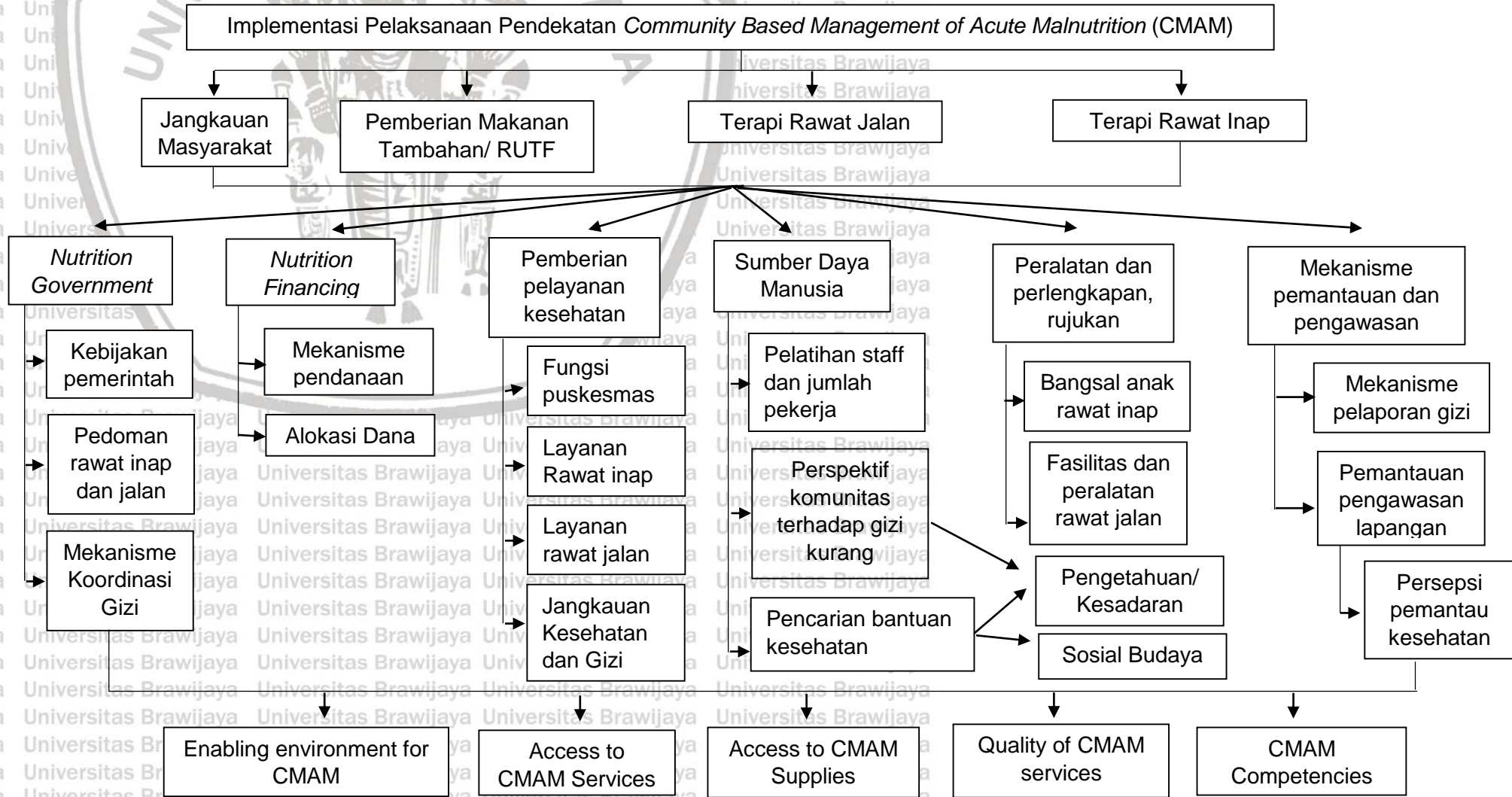


mengajari terkait pemberian makan dan kebersihan.

Mereka juga berharap pemerintah mengurangi pernikahan dini dan kemiskinan jadi tidak ada bayi malnutrisi.



5.1.3 Kerangka Temuan Literature Review



Gambar 5.1 Gambar Kerangka Temuan Literature Review

5.1.4 Narasi Literature Review

Berdasarkan hasil pengamatan dari 6 literatur yang didapatkan dengan topik terfokuskan pada penerapan *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) menunjukkan bahwa dalam penerapan/ implementasinya, ada banyak sekali komponen yang menghambat maupun juga mendukung penerapan CMAM.

Didapatkan total 6 jurnal yang tersebar di wilayah ASIA yaitu Bangladesh, dan juga Pakistan. Literatur ini kebanyakan ditemukan di wilayah Bangladesh dengan angka Malnutrisi tinggi dibandingkan dengan daerah lain. Hasil penelitian oleh (Kouam et al., 2014) yang dilakukan di Bangladesh melaporkan hasil perbandingan temuan lapangan dengan 6 *building block* dari system kesehatan, dari perbandingan tersebut ditemukan bahwa pemerintah, staff kesehatan, fasilitas kesehatan serta jangkauan akses ikut berperan dalam kesiapan penerapan CMAM. Dalam penelitian tersebut ditemukan bahwa pemerintah kurang ikut serta dalam program gizi dan tidak ikut andil penuh, fasilitas di beberapa tempat masih belum memadai, tidak adanya regulasi perawatan gizi, serta kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan yang kurang. Masih di tempat yang sama yaitu Bangladesh, (Ireen et al., 2018) menyebutkan bahwa adanya kekurangan tenaga kerja dan juga kualitas tenaga yang tidak memadai. Diperlukan banyak pelatihan untuk staff kesehatan terutama terkait gizi dan manajemen malnutrisi.

Pada tahun 2015 di India, Doris Burtsch melaporkan hasil penelitian terkait persepsi komunitas terkait gizi kurang dan CMAM yaitu banyaknya kepercayaan local terkait malnutrisi dan mitos sehingga anak malnutrisi tidak dirawat dengan benar Ibu/ pengasuh juga percaya bahwa obat tradisional lebih baik sehingga

tidak perlu perawatan medis, dimana hal itu menjadi alasan tersendiri bagi CMAM untuk dapat diterapkan (Burtscher & Burza, 2015). Pada tahun sebelumnya yaitu 2014, ditemukan penelitian terkait hambatan akses perawatan malnutrisi di Pakistan dan membandingkannya dengan Ethiopia, didapatkan bahwa jarak terlalu jauh dan memakan waktu lama sehingga mereka tidak bisa karena harus bekerja memenuhi kebutuhan sehari, biaya tidak mencukupi dan pengetahuan serta kesadaran yang lemah (Puett & Guerrero, 2014).

Pada tahun 2018 di Bangladesh terdapat penelitian terkait persepsi pengasuh dan didapatkan anak *Severe Acute Malnutrition* (SAM) diketahui setelah dibawa karena penyakit penyerta, persepsi buruk terkait pemberian makan menurut takhayul, namun tetap diimbangi dengan kepercayaan mereka pada kompetensi dokter dan tenaga kesehatan (Arafat et al., 2018). Pada tahun 2015, Pati Sanghmitt juga menemukan hal hal sejalan dengan hasil yang ada, bahwa terdapat banyak kekosongan pada staff kesehatan, dan juga para orang tua tidak rutin mengikuti rawat jalan dikarenakan kendala biaya. Namun pada penelitian oleh Sanghmitt tersebut menggambarkan efektivitas dan peluang penerapan CMAM, bahwa anak yang keluar dari rawat inap akan selalu di *follow-up* dan juga kepercayaan tinggi masyarakat terhadap system kesehatan alofatik, terutama apabila ada acara besar layaknya Hari Kesehatan Gizi Desa (Pati, Mahapatra, Sinha, Pati, & Turner, 2018).

5.2 Pembahasan

5.2.1 Implementasi *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM)

Penerapan / Implementasi *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) dari hasil analisis 6 jurnal yang ditemukan tersebar di wilayah ASIA, umumnya di wilayah India, yaitu Bangladesh. Daerah

Bangladesh masih memerlukan perawatan kesehatan berbasis komunitas dikarenakan faktor sosial dan ekonomi yang tidak mendukung untuk membawa anak ke pusat kesehatan yang umumnya mempunyai biaya tinggi. Namun, dalam penerapan *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) tidak sesuai yang diharapkan, masih banyak kendala yang ada, sebagai bentuk penghambat terkait peluang yang ada. *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) umumnya diperuntukkan untuk anak dengan malnutrisi tanpa komplikasi, contohnya *Moderate Acute Malnutrition* ataupun pasien rawat jalan. Dalam penerapannya, banyak hal yang berkontribusi seperti Persepsi pengasuh, kegiatan pencarian kesehatan, persepsi tenaga kesehatan, kebijakan, pembiayaan serta fasilitas dan sumber daya yang ada. Pendekatan CMAM telah dilakukan dengan usaha jangkauan untuk mengidentifikasi anak malnutrisi. Namun menurut Kuoam Camille pada tahun 2014, penilaian CMAM sesuai dengan 6 *Building Block* dari WHO yang dibandingkan dengan kondisi di lapang, adapun 6 *Building Block* tersebut yaitu, dan ditemukan tema tema yang mendasarinya:

1. *Nutrition Governance*

- Kebijakan Pemerintah terkait kesehatan dan Gizi anak
- Pengembangan pedoman rawat inap dan rawat jalan CMAM
- Mekanisme Koordinasi Gizi

2. *Nutrition Financing*

- Mekanisme dan kebijakan pendanaan kesehatan/ gizi.
- Dana yang dialokasikan untuk Gizi dan CMAM

3. *Health and Nutrition Delivery* (Pemberian pelayanan kesehatan dan Gizi)

- Fungsi puskesmas

- Pelayanan Kesehatan Gizi Rawat Inap
- Pelayanan Kesehatan Gizi Rawat Jalan
- Jangkauan kesehatan dan layanan Gizi
- 4. *Human Resources* (Sumber Daya Manusia staff kesehatan)
 - Pelatihan staff kesehatan terkait CMAM dan jumlah pekerja yang tersedia
 - Motivasi dan kondisi kerja tenaga kesehatan
- 5. *Equipment and Supply* (Peralatan dan pelengkapan)
 - Bangsal anak. Peralatan, fasilitas dan pengadaan obat obatan dan *therapeutic food* di fasilitas rawat inap.
 - Peralatan, fasilitas dan pengadaan obat obatan dan *therapeutic food* di fasilitas rawat jalan.
- 6. Mekanisme Pelaporan kesehatan dan gizi
 - Pemantauan dan pengawasan lapangan

Setelah dibandingkan dengan 6 *Building Block* tersebut, dapat diketahui bahwa implementasi / pelaksanaan CMAM di lapang memanglah mencakup semuanya, bahkan banyak aspek baru yang ditemukan dalam usaha menerapkan prinsip CMAM yang ada. Berdasarkan penerapan komponen dari CMAM di lapangan sendiri sesuai dengan 5 elemen kunci dalam mengintegrasikan *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) dalam hal hal yang berkontribusi didalamnya, yaitu *Enabling Environment for CMAM, Access to Services, Access to Supplies, dan CMAM Competencies* (Tenaga kesehatan dan Volunteer). Penerapan/ Implementasi CMAM diuraikan dalam pembahasan dengan mengacu pada topic 4 komponen dari CMAM sendiri yaitu terkait Jangkauan Masyarakat, Pemberian Makanan Tambahan, Rawat Jalan, dan rawat inap/ pusat

stabilisasi. Penjabaran terkait 4 sub topik tersebut akan dibahas mengenai Peluang, Efektivitas, Hambatan serta Tantangan yang ada pada 3 komponen yaitu Jangkauan Masyarakat, Rawat Jalan dan Rawat Inap.

5.2.2 Jangkauan Masyarakat

5.2.2.1 Peluang dan Efektifitas

Peluang yang ditemukan dalam analisis 6 jurnal, umumnya sama namun juga terdapat keberagaman. Peluang pertama yang ditemukan untuk dapat menerapkan CMAM, adalah menurut penelitian (Kouam et al., 2014) terkait CMAM yang menjadi salah satu kegiatan intervensi NNS. NNS merupakan Pelayanan Gizi Nasional di Bangladesh yang berada dibawah Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan Keluarga (MOHFW). Sejalan dengan penelitian tersebut, penelitian (Ireen et al., 2018) di daerah yang sama juga menyebutkan bahwa NNS menyediakan fasilitas untuk *Severe Acute Malnutrition*, dengan mengikutsertakan staff lapang untuk melakukan skrining menggunakan pita MUAC/ LILA.

Peluang yang sejalan juga dirasakan yaitu menurut (Pati et al., 2018) bahwa merupakan peluang yang baik untuk memanfaatkan hari gizi guna melakukan skrining pada anak, yaitu pada Sesi Hari Gizi Kesehatan Desa. Hal tersebut menambah antusias masyarakat, yang umumnya merasa kurang familiar dengan perawatan berbasis fasilitas. Efektivitas CMAM dalam menjangkau malnutrisi pada komunitas dijelaskan dalam beberapa penemuan penelitian. Yang pertama oleh (Kouam et al., 2014), yang menyebutkan bahwa Panduan Nasional untuk pendekatan berbasis komunitas telah berhasil diterbitkan pada tahun 2011.

Berdasarkan hal tersebut, diketahui bahwa Kementerian Kesehatan di Bangladesh telah melakukan dukungan penuh untuk mulai menerapkan CMAM guna menanggulangi malnutrisi di Bangladesh. Kebijakan kesehatan Bangladesh menyediakan pelayanan primer secara gratis untuk anak dibawah 5 tahun yang didanai langsung oleh MOHFW. Hal tersebut merupakan bukti nyata adanya dukungan pemerintah untuk menjangkau masyarakat sebagaimana sesuai dengan elemen kunci integrasi CMAM yaitu *enabling environment for CMAM* dimana pemerintahan dan sekitar yang mendukung akan membuka peluang dalam mengintegrasikan CMAM.



Gambar 5.2. 5 Domain Integrasi CMAM

Menurut USA ID terkait *Review Community Based Management of Acute Malnutrition*, menyatakan bahwa 5 elemen kunci tersebut memiliki lapisan terluar yaitu *Enabling Environment* dimana pemerintahan yang mendukung akan menjadi kunci dari kunci yang lainnya, yaitu mempengaruhi segi Akses terhadap pelayanan, akses terhadap supply, kualitas pelayanan dan kompetensi untuk CMAM sendiri. Dalam hal ini dapat diketahui bahwa

dukungan pemerintah yang penuh akan meluaskan jangkauan masyarakat yang ada dalam mengakses CMAM dan menjangkau anak malnutrisi. Dalam hal ini adalah dengan melakukan pengembangan kapasitas di tingkat kebijakan nasional dan implementasi di masing masing kabupaten.

Hampir semua responden menyebutkan kebutuhan untuk berkonsultasi dengan dokter atau tenaga kesehatan lain. Dokter dianggap menawarkan perawatan terbaik, begitu pula dengan tenaga kesehatan modern. Hampir semua pengasuh menyatakan bahwa perawatan berbasis komunitas adalah pilihan bagus untuk manajemen anak SAM (*Severe Acute Malnutrition*) dan mendukung manajemen komunitas setelah anak distabilkan dan membaik dari awal resiko tinggi penyakit. Rumah Sakit disebutkan oleh masyarakat sebagai pusat kesehatan tertinggi (Arafat et al., 2018).

. Dengan adanya hal tersebut, diharapkan CMAM dapat lebih diterima oleh masyarakat melalui pendekatan peluang segi kepercayaan. Sejalan dengan hasil penelitian di India yang menyiratkan pendekatan terhadap Imam dan Guru dapat membantu ceramah atau mengajari terkait pemberian makan dan kebersihan dikarenakan berkaitan dengan kepercayaan yang bersambung pada kegiatan pencarian kesehatan dan antusiasme masyarakat (Arafat et al., 2018). Hal peluang dalam segi persepsi masyarakat dan kepercayaan ini berpengaruh dan sesuai dengan penelitian menurut Luawo IS, bahwa salah satu factor yang mempengaruhi keberhasilan mengatasi gizi buruk adalah pengetahuan orang tua.

5.2.2.2 Hambatan dan Tantangan

Pertama, diungkapkan oleh penelitian oleh (Kouam et al., 2014), dari segi paling atas yaitu Proyek Gizi Nasional yang dilakukan oleh NGO / LSM kontrak dan diintegrasikan ke dalam HNPS, nyatanya menghadapi banyak tantangan. Diketahui hal tersebut menghadapi banyak tantangan sehubungan dengan program ini tidak menjadi bagian penuh oleh Kementerian Kesehatan (MOHFW). Kementerian Kesehatan tetap mengawasi program ini namun tetap adanya campur tangan dan kebijakan LSM sehingga adanya perbedaan dari pemerintah dan LSM Kontrak. Menurut (Kouam et al., 2014) dan juga (Ireen et al., 2018) menyebutkan bahwa pemerintah tidak terlalu ikut andil dalam pelaksanaan langsung program gizi, hal ini dikarenakan perawatan berbasis komunitas kebanyakan dilakukan oleh LSM kontrak dan tak bisa lepas dari LSM swasta. Salah satu responden pengambil keputusan dalam Kementerian Kesehatan menyatakan:

“Perlu diapresiasi bahwa aktivitas NGO dilaksanakan pada wilayah yang berbeda di Bangladesh. Namun saya ingin tahu apakah pemerintah Bangladesh telah memperkirakan bahwa NGO akan menjalankan programnya sejalan dengan kebijakan... NGO dan Pemerintah seharusnya duduk bersama dan menemukan cara yang baik untuk manajemen kesehatan dan situasi bencana yang lebih efektif dan berkelanjutan untuk sasaran...”

Ditambahkan oleh penelitian (Pati et al., 2018) yang menyebutkan bahwa akses pelayanan dihalangi oleh panduan CMAM Bangladesh itu sendiri, yaitu anak tidak akan terdaftar di CMAM apabila MUAC / Lingkar lengan atas tidak kurang dari 115 mm, meskipun terdapat indikator garis

merah pada diagram pertumbuhan. Hal ini sesuai dengan 6 *Building Block*

Sistem kesehatan yang menunjukkan bahwa koordinasi pemerintah juga diperlukan dan menjadi dasar/ pondasi yang kuat untuk implementasi CMAM, hal tersebut juga berkaitan dengan bagaimana pemerintah melakukan pengawasan dan pemantauan terhadap program yang dijalankan. Selain itu, hal ini dinilai sangat penting dalam mengintegrasikan CMAM dimana koordinasi pemerintah dan juga NGO sangat diperlukan dalam rangka dukungan untuk mengintegrasikan CMAM.

Hambatan lainnya dirasakan dari segi masyarakat/ komunitas. Masyarakat memiliki banyak persepsi serta sosial budaya yang berpengaruh dalam pengambilan keputusan mereka terhadap pencarian bantuan kesehatan. Menurut (Burtscher & Burza, 2015), persepsi masyarakat terkait pengobatan modern adalah mahal dan tidak selalu memberikan kualitas yang baik. Hal ini sehubungan dengan jarak pusat kesehatan yang jauh dari desa, juga beberapa responden menyatakan bahwa meskipun disediakan obat bebas biaya, namun nyatanya obat sering tidak tersedia dan berakhir dengan mereka harus menggunakan resep dokter yang membayar. Sesuai dengan hal tersebut, berkaitan dengan 5 elemen kunci dari integrasi CMAM yaitu terkait akses dimana akses masyarakat terbatas karena jauhnya pusat kesehatan dari desa sehingga sebagian dari mereka merasa kesulitan.

Akses terhadap CMAM ini juga nyatanya ditemukan dipengaruhi oleh kepercayaan yang berimbas pada kegiatan pencarian kesehatan mereka dan menurut Luwo IS, hal tersebut termasuk kedalam faktor

yang mempengaruhi keberhasilan mengatasi gizi buruk. Kepercayaan terhadap mitos didukung dan dibahas oleh (Burtscher & Burza, 2015) di India yang menyebutkan bahwa banyak kepercayaan lokal menjadi alasan ibu/ pengasuh enggan merawat anak mereka yang mengalami malnutrisi/ kurang gizi. Hal tersebut, antara lain *mamarcha* yaitu istilah local untuk penyakit yang serupa dengan malnutrisi dan sudah dianggap biasa oleh Ibu. Ada juga kepercayaan terkait *Jallachatu*, yaitu istilah yang digunakan untuk malnutrisi dan disebabkan oleh burung nasar yang melintas saat Ibu sedang mengandung. Banyak pengasuh menyatakan bahwa mereka akan pergi terlebih dahulu ke Imam muslim atau Hindu dan jika anak tidak membaik, barulah mereka membawa ke tabib tradisional ataupun pusat pemberian makan CMAM.

Selain hal tersebut, akses terhadap CMAM juga dipengaruhi oleh faktor ekonomi masyarakat sendiri, dikarenakan faktor ekonomi, (Burtscher & Burza, 2015) juga menyatakan bahwa pengasuh mengeluhkan biaya transportasi untuk datang setiap minggu pada program CMAM, yangmana menjadi pengaruh penting dalam keputusan pencarian kesehatan. Pengasuh kesulitan membayar untuk biaya transportasi. Mereka yang miskin, tidak mengantarkan anaknya untuk perawatan dikarenakan harus bekerja dan mencukupi kebutuhan keluarganya (Puett & Guerrero, 2014).

Ditambahkan oleh (Puett & Guerrero, 2014) di Pakistan bahwa kesadaran masyarakat terkait kesehatan, kebersihan dan gizi sangat kecil sehingga kurangnya mengikuti protocol program dan menganggap

malnutrisi bukanlah sesuatu yang serius dan menganggap program CMAM tidak penting.

Namun daripada itu, faktor sosial budaya juga sangat berkontribusi terhadap persepsi dan kegiatan pencarian bantuan kesehatan oleh Ibu / pengasuh. Hal ini didukung oleh hasil penelitian (Arafat et al., 2018) yang menyebutkan bahwa pengasuh biasanya mengunjungi tabib tradisional untuk perawatan cepat, karena disarankan oleh tetangga. Menurut penelitian ini pula, pengasuh yang tinggal jauh dari fasilitas CMAM menyatakan bahwa sulit bagi mereka mencapai pusat *therapeutic feeding*, terutama saat hujan yang deras. Hal ini merupakan tantangan nyata baik oleh masyarakat maupun tenaga kesehatan. Banyak responden pula menyatakan bahwa sulitnya jarak perjalanan untuk ke fasilitas CMAM merupakan hambatan utama, kunjungan sering memakan waktu satu hari penuh karena perjalanan dan waktu tunggu di pusat kesehatan. Hambatan lain menurut (Pati et al., 2018) menyebutkan bahwa Ibu menolak membawa anak mereka ke AWC untuk diet 4x/hari dikarenakan akses daerah yang luas dan berbukit bukit.

Ditambahkan menurut (Puett & Guerrero, 2014) di Pakistan, bahwa budaya juga mengantarkan pada kebiasaan wanita yang dilarang meninggalkan rumah tanpa didampingi lelaki sehingga untuk menuju pada pusat kesehatan, mereka diharuskan bersama dengan lelaki sehingga terhambat dikarenakan para lelaki umumnya sedang bekerja.

Hal tersebut juga tidak didukung dengan kemampuan staff kesehatan ke daerah mereka karena jarak yang terlalu jauh, memakan waktu lama serta terbatasnya staff kesehatan.

Kebanyakan ibu menyatakan bahwa mereka merawat anak sendiri berdasarkan saran dari mertua ataupun penjaga toko obat lokal. Semua responden menyatakan bahwa pijatan membantu menaikkan berat badan anak, dimana minyak pijat akan menyerap di kulit anak dan akan menyebar ke dalam tulang dan menjadi lemak untuk anak.

Berdasarkan hal tersebut didapatkan bahwa dalam implementasinya, pengambilan keputusan untuk mencari kesehatan juga telah sesuai dengan penelitian oleh Hasan 2014, yang menyebutkan bahwa situasi dan kondisi menentukan bagaimana seseorang berperilaku. Dalam hal ini adalah terkait kegiatan pencarian kesehatan.

Secara garis besar, pembahasan hambatan dari berbagai aspek tersebut sesuai dengan hasil penelitian oleh (Luwo IS, 2018) dan (Kalundang, S et, al 2017) terkait faktor yang mempengaruhi keberhasilan mengatasi gizi buruk/ kurang, yaitu pengetahuan orang tua/ pengasuh, kinerja tenaga kesehatan, kepuasan pasien terhadap pelayanan, dukungan pimpinan, serta kelengkapan sarana dan prasarana. Hanya saja pada pembahasan ini lebih dijabarkan terkait hal hal yang mendasarinya. Hasil yang ditemukan juga sejalan dengan 6 *Building Block* dari WHO dan juga 5 elemen kunci yang berperan penting dalam mengintegrasikan CMAM menurut USA ID.

5.2.3 Rawat Jalan

5.2.3.1 Peluang dan Efektivitas

Pada tingkat rawat jalan, CMAM juga telah mengikutsertakan staff tingkat lapang untuk melakukan skrining pada anak malnutrisi dengan menggunakan pita MUAC/ LiLA, dimana hal ini didukung oleh (Burtscher &

Burza, 2015), bahwa terdapat hal positif dalam tanggapan ibu terkait implementasi CMAM. Berat badan meningkat setelah mengikuti program dan mendapat perawatan jalan setelah keluar untuk pemantauan. Petugas kesehatan juga mengunjungi rumah anak secara teratur. Setelah keluar dari program, anak biasanya diikuti dengan kunjungan untuk cek rutin MUAC/LILA dan berat badan mingguan. Pemangku kebijakan setuju bahwa Anak SAM diidentifikasi pada waktu yang tepat sebelum terjadinya komplikasi, dan perawatan lanjutan diberikan pada tingkat rumah tangga. Salah satu ibu dari anak malnutrisi, menjelaskan kepuasannya terkait perawatan yang telah dilakukan:

“Anakku sangat lemah sehingga tidak dapat berjalan, namun setelah perawatan yang dirujuk ke pusat stabilisasi, dia mulai bisa berjalan kembali”

Berdasarkan penjelasan tersebut, diketahui bahwa penerapan CMAM telah efektif dikarenakan sesuai dengan komponen dan prinsip pendekatan CMAM menurut WHO yaitu dengan kunjungan rutin, menjangkau anak malnutrisi dengan skrining dan juga merujuk anak dengan komplikasi. Hal tersebut berkaitan dengan elemen kunci integrasi CMAM yaitu Kualitas layanan CMAM dimana tetap diperlukannya pemantauan dan evaluasi terkait layanan yang telah diberikan dalam hal ini adalah rawat jalan untuk terus memonitoring anak yang mengalami *Severe Acute Malnutrition* tanpa komplikasi.

5.2.3.2 Hambatan dan Tantangan

Pada sejumlah fasilitas kesehatan rawat jalan, obat sering kali tidak tersedia meskipun telah dipasok dengan rutin, hal ini dikarenakan pemerintah hanya memberikan sejumlah uang yang telah ditentukan

untuk persediaan obat namun tidak memperhatikan beban kasus daerahnya. Sehingga obat dan jumlah kebutuhan tidak sejalan.

Sementara ketersediaan obat merupakan faktor yang penting untuk menghadirkan orang yang berobat guna mendapatkannya secara gratis sebagaimana MOHFW memberikan pengobatan gratis untuk anak dibawah 5 tahun. Para tenaga kesehatan di klinik menyatakan:

“Kami menghadapi banyak masalah karena sedikitnya total obat yang tersedia jika dibandingkan dengan jumlah pasien... aku menyarankan pasien untuk membeli obat diluar, namun kebanyakan dari mereka tidak senang akan hal itu karena mereka datang untuk mendapatkan obat secara gratis...” (Arafat et al., 2018)

Dari penjelasan tersebut, dapat digambarkan bahwa ketidakterersediaan obat dikarenakan tidak tepatnya pembiayaan yang dianggarkan oleh pemerintah terhadap masing masing daerah. Masih terdapat suatu kesenjangan antar daerah yang memiliki beban kasus tinggi dan rendah, hal ini dapat membuktikan elemen kunci integrasi CMAM bahwasanya dukungan pemerintah (*enabling environment*) dapat berimbas pada elemen kunci lainnya yaitu terhadap akses persediaan CMAM. Dalam hal ini dibutuhkan peningkatan kapasitas oleh pemerintah secara keseluruhan, serta komitmen pemberi dana jangka panjang untuk menyediakan pasokan yang diperlukan.

Hambatan lain yaitu dari segi mekanisme rujukan, dinyatakan oleh (Kouam et al., 2014) bahwa tidak ada mekanisme rujukan formal antar pusat kesehatan sehingga tidak memungkinkan pelacakan perpindahan

pasien antar puskesmas. Menurut (Ireen et al., 2018), anak malnutrisi tidak mempunyai nomor registrasi atau nomor identifikasi untuk melacak keberadaan anak, memonitor perubahan, atau pun *follow up* kunjungan. Dalam mekanisme pelaporan, indikator gizi juga tidak termasuk kedalam system informasi kesehatan dan dikarenakan hal itu, tidak mungkin menentukan berapa banyak anak yang terskrining dan mengalami malnutrisi. Hal ini berkaitan dengan bagaimana kualitas layanan CMAM itu sendiri sesuai elemen kunci mengintegrasikan CMAM yaitu terkait sistem informasi kesehatan yang ada. Tidak adanya pelacakan membuat sulitnya identifikasi keberadaan anak, memonitor perubahan dan *follow up* pada rawat jalan.

5.2.4 Rawat Inap/ Pusat Stabilisasi

5.2.4.1 Peluang dan Efektivitas

Adapula Peluang dari segi fasilitas menurut (Ireen et al., 2018), bahwa banyak daerah di Bangladesh telah memiliki fasilitas kesehatan yang cukup mumpuni. Hal ini juga di dukung oleh (Kouam et al., 2014), dimana beberapa rumah sakit mempunyai sumber air, jamban dan listrik yang baik. Beberapa fasilitas kesehatan juga terdapat ruang yang dapat digunakan sebagai area bermain anak. Peralatan seperti stetoskop, thermometer, dan lainnya tersedia dan berfungsi dengan baik.

Menurut (Ireen et al., 2018), peluang dari pandangan pembuat kebijakan dan manajer sangatlah banyak. Dokter dan Perawat telah dilatih untuk manajemen CMAM tingkat fasilitas. Pada pelayanan komunitas, juga terdapat kader kesehatan yang dapat dimanfaatkan sebagai sarana implementasi CMAM, selain itu ada pula tenaga tambahan dari NGO yang

bekerja di lapang. Hal ini menggambarkan telah banyaknya bala bantuan dan eksekusi dari pemerintah. Sementara menurut persepsi penyedia layanan, kader dapat dilatih untuk mendeteksi anak malnutrisi menggunakan pita MUAC/ LILA dan mengelola anak SAM tanpa komplikasi dengan RUTF berbasis lokal.

Menurut (Kouam et al., 2014), pemantauan dan pengawasan lapangan diawasi dengan baik. Inspektur pusat mengunjungi fasilitas kesehatan komunitas untuk mengobservasi layanan, mendengarkan kesulitan kesulitan yang ada dari petugas yang bekerja serta memberi saran yang praktis serta instruksi yang tepat. Sementara (Pati et al., 2018), menyebutkan bahwa pekerja level distrik dan blok juga selalu diawasi, melalui kunjungan rumah, observasi langsung dan memeriksa kembali laporan MUAC serta berbicara pada ibu selama Hari Kesehatan Desa. Pekerja lapang juga menyatakan bahwa mereka dapat membedakan keparahan malnutrisi menggunakan pita MUAC/LiLA (Arafat et al., 2018).

(Ireen et al., 2018) menyebutkan peluang lain yang mendukung untuk mengimplementasikan CMAM yaitu semua klinik komunitas mempunyai fasilitas laptop dan koneksi internet sehingga data seharusnya dapat disimpan dengan baik serta dapat menjadi media komunikasi dengan klinik komunitas lain, maupun dengan pusat. Menurut (Pati et al., 2018), Staff NGO yang bekerja di lapang juga sebagian dapat memeriksa MUAC/LiLA dan berat badan anak serta mengunjungi rumah anak secara teratur. Berdasarkan temuan diatas, diketahui adanya peluang CMAM dari segi fasilitas yaitu terkait kualitas layanan dan juga dinilai dalam hal ini, fasilitas

telah mumpuni dan efektif untuk mulai dilakukan rawat inap pada anak gizi buruk.

5.2.4.2 Hambatan dan Tantangan

Terkait pemberian layanan kesehatan dan gizi pada fasilitas rawat inap, disebutkan pada (Kouam et al., 2014) bahwa terdapat setidaknya 5 klinik komunitas tidak berfungsi dikarenakan kekurangan staff, juga tidak adanya skrining ataupun perawatan malnutrisi pada 2 sistem kesehatan upazila (sub-kabupaten). Skrining dan pengukuran antropometri merupakan hal mendasar untuk mengidentifikasi malnutrisi pada anak, namun menurut penelitian ini masih ditemukan tenaga kesehatan yang tidak memiliki kompetensi terkait pengukuran antropometri dikarenakan kurangnya pelatihan. Selain hal tersebut, dari segi kuantitas sumber daya manusia, tenaga kesehatan juga ikut berperan dalam terhambatnya penerapan CMAM yaitu, kurangnya tenaga kesehatan dan pos pos kesehatan banyak mengalami kekosongan dengan rasio 70,8%. Hal tersebut dikarenakan tenaga/ staff kesehatan lebih memilih daerah kota dibanding pedesaan dikarenakan ketersediaan komoditi yang lebih mumpuni serta gaji yang lebih nyata. Hal ini juga sejalan dengan penelitian oleh Santhia Ireen pada tahun 2018 di tempat sama yaitu Bangladesh, bahwa tenaga kerja dinilai kurang untuk mencakup semua penduduk, tidak adanya pelatihan serta tidak adanya pekerja yang aktif terlibat dalam skrining untuk mengidentifikasi anak anak malnutrisi. Santhia juga menyebutkan bahwa tenaga kerja tidak memadai karena aspek gaji.

Selama observasi, tidak ditemukan adanya tenaga kesehatan pemerintah di area, berkaitan dengan tidak adanya pelatihan bagi tenaga

kesehatan untuk mengidentifikasi anak malnutrisi. Beberapa staff klinik komunitas menyatakan bahwa mereka hanya mampu menilai malnutrisi melalui fisik namun tidak dapat memperhitungkan keparahannya. Mereka tidak menerima pelatihan pengkajian status gizi dan pengisian buku gizi (Ireen et al., 2018).

Disebutkan pula dari sisi tenaga kesehatan, bahwa tenaga kesehatan yang bekerja di sub area ini memiliki beban kerja tinggi terutama saat musim hujan berkaitan dengan kasus diare dan infeksi pada anak. Pernyataan terkait beban kerja ini disebutkan oleh tenaga kesehatan klinik di komunitas, yang berbunyi:

“Tanggung jawabku adalah untuk mencakup 2 hingga 3 bangsal. Bangsal terdekat mencakup 200 hingga 250 rumah tangga. Juga terdapat sekitar 150 rumah tangga di bangsal lain... Aku harus mencakup semua bangsal dalam satu bulan untuk mencapai targetku”

Berdasarkan pernyataan tersebut tersirat bahwa beban kerja yang dirasakan oleh tenaga kesehatan telah cukup tinggi. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh (Pati et al., 2018) bahwa para pekerja kesehatan mengutarakan beban kerja mereka sudah melebihi batas dan harus tetap tinggal hingga malam serta tetap bekerja pada hari minggu. Mereka juga terkadang menerima pembayaran upah tidak tepat waktu.

Selain tingginya kekosongan staff serta beban kerja yang tinggi, kualitas pekerja lapangan juga masih belum mumpuni. Dijelaskan dalam (Arafat et al., 2018) bahwa pekerja lapangan disana mengungkapkan mereka tidak menerima pelatihan untuk mengidentifikasi ataupun

menghadapi anak malnutrisi. Staff tidak mampu untuk menyediakan layanan yang memadai, terlebih lagi orang tua/ pengasuh biasanya membawa anak mereka pada fase sangat terlambat dan komplikasi. Berdasarkan hal tersebut, diketahui bahwa dibutuhkannya skrining komunitas lebih awal sehingga menekan kasus krisis di fasilitas kesehatan. Pelatihan ini berkaitan dengan elemen kunci untuk mengintegrasikan CMAM yaitu terkait kompetensi, yaitu dari tenaga kesehatan sendiri dan juga volunteer kesehatan. Diperlukan pelatihan dan ditambah dengan praktik pengalaman, dukungan pendampingan pasca pelatihan dan membagikan pengalaman secara terbuka pada forum agar skill dan pengetahuan meningkat dalam mengatasi malnutrisi pada anak.

Selanjutnya, dari segi fasilitas, peralatan serta perlengkapan. Menurut (Kouam et al., 2014), masih ditemukan adanya puskesmas yang tidak berfungsi lagi dikarenakan kekurangan staff, rumah sakit juga tidak memiliki bangsal anak, tidak ada mainan anak dan alat timbang berat badan rusak. Puskesmas umumnya digunakan untuk fasilitas rawat jalan dan rawat inap pada identifikasi malnutrisi pendekatan CMAM sesuai dengan rujukan pada prinsip dan komponen CMAM. Obat telah tersedia di fasilitas kesehatan, namun jumlahnya terbatas dan juga obat lebih banyak dijual di luar rumah sakit. Sehubungan dengan itu, rumah sakit juga tidak memiliki F75 maupun F100 untuk anak malnutrisi, serta tidak menyanggupi untuk mengadakan pangan local yaitu *khichuri* dan *halwa* yang merupakan bagian dari pedoman kebijakan nasional Bangladesh dalam mengatasi Anak malnutrisi. Sejalan dengan hasil penelitian Santhia Ireen pada 2018, RUTF tidak tersedia pada

fasilitas kesehatan di daerah yang dikunjungi sehingga orang tua harus membeli dari luar dan mengeluarkan biaya untuk membayar.

Menurut (Arafat et al., 2018), klinik komunitas kadang kekurangan alat perawatan seperti alat penimbang Berat Badan dan pita MUAC/LILA.

Fasilitas kesehatan sudah tergolong bagus, namun masih ditemui kurangnya sumber air, listrik dan jamban yang merupakan komponen penting dalam dalam menunjang pemberian pelayanan kesehatan yang prima.

Selain itu, ditemukan bahwa fasilitas penyimpanan obat tidak sesuai / tidak layak. Obat diletakkan pada lemari kayu yang sudah mulai rapuh, dan juga lembab serta dapat dengan mudah diakses oleh hewan pengerat. Oleh sebab itu, obat biasanya dibawa pulang ke rumah oleh petugas kesehatan dan dibawa kembali ke klinik pada keesokan harinya. Tidak terdapat fasilitas pita LiLA/MUAC, meskipun panduan nasional merekomendasikan pengukuran MUAC sebagai kriteria penerimaan anak malnutrisi.

Berdasarkan penjabaran tersebut, supply obat baiknya ditingkatkan kapasitasnya dan dalam hal ini pemerintah merupakan pemegang peranan penting dalam pengadaan terapeutik food serta menarik komitmen para penyumbang dana untuk menyediakan pasokan yang diperlukan. Hal inilah yang dimaksud dengan keterkaitan bahwa *enabling environment* dalam 5 elemen kunci integrasi CMAM akan berimbas pada 4 faktor lainnya yaitu akses layanan, akses persediaan, kualitas layanan dan kompetensi CMAM.

5.3 Implikasi dalam Bidang Gizi

5.3.1 Implikasi Teoritis

Berdasarkan hasil analisis literatur yang telah didapatkan, diketahui bahwa dalam penerapan perawatan berbasis komunitas/ *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) di masyarakat, ada banyak aspek yang berkontribusi menurut komponen CMAM itu sendiri, yaitu sebagai berikut:

1. Dalam menjangkau malnutrisi pada masyarakat, hal yang utama perlu diperhatikan adalah peran dukungan pemerintah terhadap CMAM yaitu dengan mengatur kebijakan gizi, koordinasi serta pembagian pendanaan yang tepat untuk masing masing beban kasus. Lingkungan sekitar yang mendukung terutama pemerintah akan berimbas pada hal lain mengenai CMAM dan dapat memfasilitasi dengan baik pula.
2. Persediaan obat, alat, kelengkapan fasilitas merupakan hal nyata mendukung keberhasilan penerapan CMAM, adapun hal tersebut dipengaruhi oleh pemetaan biaya oleh pusat terhadap masing masing beban kasus daerah.
3. Tenaga kesehatan, beban tenaga kesehatan yang tinggi dan tidak diikuti oleh kuantitas, maka melahirkan kualitas pelayanan yang tidak baik pula. Hal tersebut dipengaruhi oleh pemetaan biaya dan juga hal regulasi dalam peningkatan Sumber Daya Manusia tenaga kesehatan dan volunteer.
4. Persepsi, pengetahuan, serta kesadaran masyarakat secara tidak langsung berkontribusi dalam pengambilan keputusan pencarian kesehatan sehingga mendukung keberhasilan program CMAM.

Adapun keputusan pencarian kesehatan tersebut juga dipengaruhi oleh faktor sosial budaya dan ekonomi yang ada.

Diharapkan dari hasil analisis literature ini, dapat memberikan informasi terkait implementasi/ penerapan yaitu Peluang, efektifitas, hambatan dan tantangan pelaksanaan *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) pada system kesehatan menurut komponen *Community Based Management of Acute Malnutrition* (CMAM) sehingga memberikan dampak peningkatan mutu pelayanan kesehatan untuk anak malnutrisi.

5.3.2 Implikasi Praktis

Berdasarkan hasil *literature review* yang didapatkan, dapat disimpulkan bahwa konteks implikasi praktis adalah:

1. Diperlukannya evaluasi dari pemerintah terkait Kebijakan CMAM dan pemetaan biaya untuk beban kasus masalah gizi tiap daerah. Hal ini diperlukan karena tiap daerah sasaran memiliki beban kasus yang berbeda sehingga pemetaan anggaran yang tepat harus sesuai agar dapat memenuhi kebutuhan target kasus dan CMAM dapat dijalankan secara optimal dalam segi fasilitas, alat, serta pelayanan dan kompetensi yang diberikan.
2. Menambah kualitas dan kuantitas staff kesehatan, kekosongan staff kesehatan diisi oleh tenaga kerja baru untuk mencakup seluruh daerah sasaran dan juga mengadakan pelatihan skrining malnutrisi untuk staff kesehatan agar kunjungan rumah yang dilakukan dapat lebih banyak menjangkau kasus malnutrisi di komunitas.

3. Melakukan pendekatan terhadap orang terkemuka Desa, seperti pendeta/ imam yang dipercaya sehingga kesadaran diri terhadap gizi kesehatan dan juga pemberian makan terhadap anak dapat lebih diterima oleh masyarakat setempat.

5.4 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam *Literature Review* ini yaitu terkait *search engine* pencarian literature yang hanya menggunakan *google scholar* sehingga referensi literature terbatas dan literatur dari *search engine* lain tidak dapat diketahui. Dalam proses pencarian literature, pembahasan terkait topik CMAM seringkali meluas sehingga sulit menjangkau informasi informasi yang memang berfokus pada implementasi CMAM. *Literature review* ini juga terbatas karena hanya mencakup jurnal yang berbahasa inggris, sehingga untuk literature yang menggunakan bahasa lain seperti bahasa India ataupun daerah ASIA lainnya tidak dapat dimasukkan.

BAB 6 PENUTUP

6.1 Kesimpulan

1. Didapati bahwa dalam Implementasi / penerapan komponen CMAM pada system kesehatan terhadap komunitas, banyak sekali aspek yang berkontribusi, antara lain *Nutrition Governant* oleh pemerintah, *Nutrition Financing*, layanan yang diberikan, sumber daya manusia yang ada, pemantauan dan pengawasan gizi serta peralatan dan perlengkapan yang ada. Hal tersebut menyimpulkan bahwa implementasi/ penerapan CMAM pada system kesehatan sendiri sudah cukup efektif dan sesuai dengan pedoman dalam menjangkau malnutrisi namun kurang dioptimalkan dikarenakan kurang tepatnya koordinasi kebijakan dan tenaga pelaksana sehingga timbul kesenjangan fasilitas dan tenaga kesehatan, kualitas sumber daya manusia yang kurang ter-*upgrade*, serta sulitnya akses pendekatan pada masyarakat. Kurang tepatnya dukungan pemerintah tersebut berimbas kepada pelaksanaan CMAM sendiri yaitu terkait akses layanan, akses persediaan, kualitas layanan, serta kompetensi CMAM.
2. Peluang dan efektivitas CMAM datang dari aspek pemerintah dan juga masyarakat. Pemerintah telah mencoba menciptakan peluang kebijakan yang mendukung implementasi CMAM, dan berlangsung baik apabila diimbangi dengan kebijakan dan eksekusi yang baik pula. Efektivitas dan Peluang pada masyarakat tercipta berkaitan dengan masyarakat yang menjunjung tinggi dan percaya terhadap pengobatan modern.
3. Hambatan dan tantangan yang muncul dalam implementasi CMAM pada system kesehatan ini adalah kurang tepatnya pelaksanaan kebijakan gizi

dan pemetaan anggaran gizi di berbagai hal. Berawal dari hal ini, maka hambatan akan terus berlanjut hingga ke level tenaga kesehatan serta fasilitas kesehatan yang ada. Sementara hambatan dan tantangan yang muncul dari masyarakat timbul karena faktor sosial budaya yang mempengaruhi kepercayaan, serta ekonomi yang berperan sangat penting dalam mempengaruhi pengambilan keputusan pengasuh untuk kegiatan pencarian bantuan kesehatan.

6.2 Saran

6.2.1 Saran untuk Pemerintah

Diharapkan bagi Pemerintah untuk dapat menentukan kebijakan dan pembagian anggaran Gizi yang tepat untuk mengatasi malnutrisi pada tiap daerah sesuai dengan beban kasusnya agar tidak adanya kesenjangan antara satu daerah dengan daerah lain. Hal ini berkontribusi agar implementasi CMAM dapat dilaksanakan lebih optimal dan tepat sasaran.

6.2.2 Saran untuk Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan diharapkan dapat melakukan pendekatan yang baik kepada masyarakat terkait penyampaian informasi kesehatan guna meningkatkan kesadaran masyarakat dan juga senantiasa *upgrade skill* terkait pengelolaan malnutrisi tingkat komunitas.

6.2.3 Saran untuk Masyarakat

Diharapkan masyarakat dapat dan sadar untuk menerima informasi baru terkait kesehatan, dapat mulai membuka pola pikir terkait kepercayaan dan budaya yang ada terhadap perkembangan ilmu pengetahuan.

Masyarakat juga diharapkan mampu mengambil keputusan sendiri sesuai dengan pengetahuan sehingga dapat memperbaiki perilaku pencarian kesehatan yang sesuai dengan ilmu pengetahuan kesehatan.

6.2.4 Saran untuk Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengeksplor lebih mendalam lagi terkait implementasi CMAM di berbagai belahan dunia dengan menggunakan kata kunci yang lebih sesuai agar memunculkan literature penerapan CMAM lebih spesifik. Sehingga dapat menjadi bahan bacaan untuk penelitian penelitian yang akan datang terkait penerapan perawatan gizi berbasis komunitas pada anak malnutrisi.



DAFTAR PUSTAKA

- Adiningsih, S. 2010. *Waspada Gizi Balita Anda*. Jakarta: PT. Elex Media Komputindo.
- Arafat, Y., Islam, M. M., Connell, N., Mothabbir, G., Mcgrath, M., Berkley, J. A., ... Kerac, M. *Perceptions of Acute Malnutrition and Its Management in Infants Under 6 Months of Age: A Qualitative Study in Rural Bangladesh*. 2018. <https://doi.org/10.1177/1179556518771698>
- Bailey, D. E., dan Nightingale, M. S. Navigating maternity service redesign in a global pandemic: A report from the field. *Midwifery*, 89. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102780>
- Baumeister, R. F., dan Leary, M. R. Writing narrative literature reviews. *Review of General Psychology*, 1(3), 311–320. 1997. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.3.311>
- Burtscher, D., dan Burza, S. *Health-seeking behaviour and community perceptions of childhood undernutrition and a community management of acute malnutrition (CMAM) programme in rural Bihar , India : a qualitative study*. 2015. 18(17), 3234–3243. <https://doi.org/10.1017/S1368980015000440>
- Hardani, M., dan Zuraida, R. “Penatalaksanaan Gizi Buruk Dan Stunting Pada Balita Usia 14 Bulan Dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga.” *Medula* 2019, 9(3): 565–75.
- Has, E. Mishbahatul. M. *PEDOMAN PENYUSUNAN LITERATURE REVIEW*. 2016. Universitas Airlangga.
- Ireen, S., Raihan, M. J., Choudhury, N., Islam, M. M., Hossain, I., dan Islam, Z. *Challenges and opportunities of integration of community based Management of Acute Malnutrition into the government health system in Bangladesh: a qualitative study*. 2018.
- Kalundang, D. Analisis Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Keberhasilan tenaga pelaksana Gizi dalam melaksanakan Tugas Program Gizi di Puskesmas Kota Manado. *IKMAS*. 2017. Vol 2(4)

Komari, dan Lamid, A. Komposisi Gizi dan Daya Terima Makanan Terapi: Ready To Use Therapeutic Food untuk anak Balita Gizi Buruk. *Panel Gizi Makanan*, 2012, 35(2): 159-167

Kouam, C. E., Delisle, H., Ebbing, H. J., Israël, A. D., Salpéteur, C., Aïssa, M. A., dan Ridde, V. *Perspectives for integration into the local health system of community-based management of acute malnutrition in children under 5 years : a qualitative study in Bangladesh*. 1–15. 2014.

Luawo, IS. 2018. *Faktor-Faktor yang mempengaruhi Keberhasilan Penanganan Kasus Gizi Buruk di Therapeutic Feeding Centre Kabupaten Bone Bolango*. Naskah Publikasi. Universitas Negeri Gorontalo, Gorontalo. 2018

Pati, S., Mahapatra, S., Sinha, R., Pati, S., dan Turner, J. S. *Community Management of Acute Malnutrition (CMAM) in Odisha , India : A Multi-Stakeholder Perspective*. 2018. 6(June), 1–7.

<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00158>

Perdana, H. M, Darmawansyih, dan Faradilla, A. "Gambaran Faktor Risiko Malnutrisi Pada Anak Balita Di Wilayah Kecamatan Tamalanrea Kota Makassar Tahun 2019." *UMI Medical Journal*. 2020. 5(1): 50–56.

Puett, C., dan Guerrero, S. *Barriers to access for severe acute malnutrition treatment services in Pakistan and Ethiopia: a comparative qualitative analysis*. 2014. 18(10), 1873–1882.

<https://doi.org/10.1017/S1368980014002444>

Republic of South Sudan. *Community Management of Acute Malnutrition CMAM Guidelines*. 2017. (December), 1–149. Retrieved from https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/cmam_guidelines_book.pdf

Suharidewi, I. G. A. T., dan Pinatih, G. I. Gambaran Status Gizi Pada Anak TK Di Wilayah Kerja UPT Kesmas Blahbatuh II Kabupaten Gianyar Tahun 2015. *E-Jurnal Medika*, 6(6), 1–6. 2017. Retrieved from <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/31484>

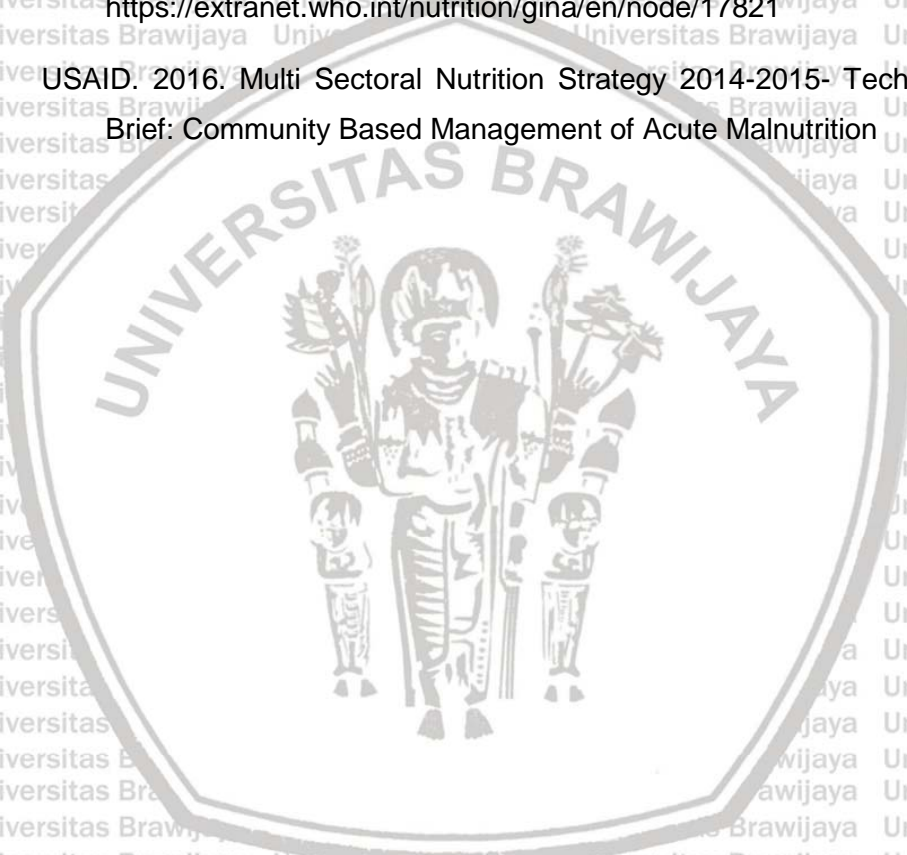
Susetyowati. 2017. *Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Penerbit Buku

Kedokteran EGC, 182-191.

Supariasa, I.D., Bakri, B., dan Fajar, I. 2016. Penilaian Status Gizi. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

WHO. 2011. *Action - Community-based Management of Acute Malnutrition (CMAM) Programme in Niger - Prevention or treatment of moderate malnutrition - MAM child | Global database on the Implementation of Nutrition Action (GINA)*. Retrieved from <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/node/17821>

USAID. 2016. Multi Sectoral Nutrition Strategy 2014-2015- Technical Guidance Brief: Community Based Management of Acute Malnutrition



LAMPIRAN

Kouam C, Helene D, Hans J, Anne D, dan Cecile S. Perspective for Integration into the local health system of Community Based Management of Acute Malnutrition in Children under 5 years: A Qualitative Study in Bangladesh. *Nutrition Journal*, 2014, 13:22.

Kouam et al. *Nutrition Journal* 2014, 13:22
<http://www.nutritionj.com/content/13/1/22>



RESEARCH

Open Access

Perspectives for integration into the local health system of community-based management of acute malnutrition in children under 5 years: a qualitative study in Bangladesh

Camille Eric Kouam^{1*}, Hélène Delisle¹, Hans J Ebbing², Anne Dominique Israël³, Cécile Salpéteur³, Myriam Ait Aissa³ and Valery Ridde⁴

Abstract

Background: Acute malnutrition is a major cause of death among under-five children in low- and middle-income countries. United Nations agencies recommend the integration of community-based management of acute malnutrition (CMAM) into the local health systems for sustainability. The objective of the study was to assess the preparedness of the health system to implement CMAM targeting children under-five years in two sub-districts of Bangladesh.

Methods: The assessment was performed through direct observation of 44 health centres, individual interviews of seven policy makers, three donors, four health and nutrition implementing partners, 29 health workers, and review of secondary data. Assessment themes, derived from the WHO six Building Blocks, were nutrition governance, nutrition financing, health service delivery, human resources, equipment and supply, referral, monitoring and supervision mechanism. They were subdivided into 16 criteria. Findings were compared with CMAM operational recommendations according to WHO, Valid International and Food and Nutrition Technical Assistance guidelines.

Results: The government of Bangladesh has developed inpatient and outpatient CMAM guidelines, and a policy offering free-of-charge health care for under-five children. Nutrition coordination was not under full government leadership. Most of funds (74%) dedicated to CMAM were provided by donors, for short-term interventions. Of the total 44 health centres assessed, 39 (88.6%) were active, among which 4 (10.2%) delivered inpatient services, 35 (89.8%) outpatient services, and 24 (61.5%) outreach services. These were regarded as opportunities to include CMAM activities. There were 48.9% vacant positions and the health workers were not trained for management of acute malnutrition. Equipment and supplies did not meet the operational recommendations for management of acute malnutrition.

Conclusion: Implementing CMAM through the health centres of both sub-districts would warrant progressive strengthening of the overall health system in the light of identified barriers. A short term strategy would consist of strengthening government coordination of nutrition interventions, exploring additional funding sources, equipping and supplying functional health centres, training health workers and actively involving community health workers to cope with health facility staff shortage. A mid-term strategy would consist of securing permanent funding for CMAM, rehabilitating non-functional health centres, attracting and retaining health workers in rural areas.

Keywords: Acute malnutrition, Under-5 children, Community-based management of acute malnutrition, Preparedness, Health system, Bangladesh

* Correspondence: camille-eric.kouam.koutso@umontreal.ca

¹TRANSLUT - WHO Collaborating Centre on Nutrition Changes and Development, Department of Nutrition, Faculty of Medicine, University of Montreal, 2405 Chemin de la Côte Sainte-Catherine, Montreal, Quebec H3T 1A8, Canada

Full list of author information is available at the end of the article



© 2014 Kouam et al.; licensee BioMed Central Ltd. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.



Ireen S, Mohammad J, Nuzhat C, M. Munirul, Iqbal H, Ziaul I, et al. Challenges and Opportunities of Integration of Community Based Management of Acute Malnutrition into the government health system in Bangladesh: A Qualitative Study. *BMC Health Services Research*, 2018, 18: 256

Ireen et al. *BMC Health Services Research* (2018) 18:256
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3087-9>

BMC Health Services Research

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Challenges and opportunities of integration of community based Management of Acute Malnutrition into the government health system in Bangladesh: a qualitative study

Santhia Ireen^{1*}, Mohammad Jyoti Raihan¹, Nuzhat Choudhury¹, M. Munirul Islam¹, Md Iqbal Hossain¹, Ziaul Islam², S. M. Mustafizur Rahman³ and Tahmeed Ahmed¹

Abstract

Background: Severe acute malnutrition (SAM) in children is the most serious form of malnutrition and is associated with very high rates of morbidity and mortality. For sustainable SAM management, United Nations recommends integration of community based management of acute malnutrition (CMAM) into the health system. The objective of the study was to assess the preparedness of the health system to implement CMAM in Bangladesh.

Methods: The assessment was undertaken during January to May 2014 by conducting document review, key informant interviews, and direct observation. A total of 38 key informant interviews were conducted among government policy makers and program managers ($n = 4$), nutrition experts ($n = 2$), health and nutrition implementing partners ($n = 2$), development partner ($n = 1$), government health system staff ($n = 5$), government front line field workers ($n = 22$), and community members ($n = 2$). The assessment was based on: workforce, service delivery, financing, governance, information system, medical supplies, and the broad socio-political context.

Results: The government of Bangladesh has developed inpatient and outpatient guidelines for the management of SAM. There are cadres of community health workers of government and non-government actors who can be adequately trained to conduct CMAM. Inpatient management of SAM is available in 288 facilities across the country. However, only 2.7% doctors and 3.3% auxiliary staff are trained on facility based management of SAM. In functional facilities, uninterrupted supply of medicines and therapeutic diet are not available. There is resistance and disagreement among nutrition stakeholders regarding import or local production of ready-to-use therapeutic food (RUTF). Nutrition coordination is fragile and there is no functional supra-ministerial coordination platform for multi-sectoral and multi-stakeholder nutrition.

Conclusion: There is an enabling environment for CMAM intervention in Bangladesh although health system strengthening is needed considering the barriers that have been identified. Training of facility based health staff, government community workers, and ensuring uninterrupted supply of medicines and logistics to the functional facilities should be the immediate priorities. Availability of ready-to-use therapeutic food (RUTF) is a critical component of CMAM and government should promote in-country production of RUTF for effective integration of CMAM into the health system in Bangladesh.

Keywords: Bangladesh, Community based management of acute malnutrition, Health systems, Ready-to-use therapeutic foods, Severe acute malnutrition

* Correspondence: santhia.ireen@gmail.com

¹Nutrition and Clinical Services Division, International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh, Dhaka, Bangladesh

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2018 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Lampiran 2. Literature 2



Doris Burtcher dan Sakib Burza. Health Seeking Behaviour and Community Perceptions of childhood undernutrition and a Community management of Acute Malnutrition (CMAM) programme in rural Bihar, India: A Qualitative Study. *Public Health Nutrition*, 2015, 18(17): 3234-3243. <https://doi.org/10.1017/S1368980015000440>

Public Health Nutrition: 18(17), 3234–3243

doi:10.1017/S1368980015000440

Health-seeking behaviour and community perceptions of childhood undernutrition and a community management of acute malnutrition (CMAM) programme in rural Bihar, India: a qualitative study

Doris Burtcher¹ and Sakib Burza^{2,*}

¹Médecins Sans Frontières (MSF), Vienna, Austria; ²Médecins Sans Frontières (MSF), C203 Defence Colony, New Delhi 110024, India

Submitted 10 March 2014; Final revision received 16 December 2014; Accepted 16 January 2015; First published online 10 March 2015

Abstract

Objective: Since 2009, Médecins Sans Frontières has implemented a community management of acute malnutrition (CMAM) programme in rural Biraul block, Bihar State, India that has admitted over 10 000 severely malnourished children but has struggled with poor coverage and default rates. With the aim of improving programme outcomes we undertook a qualitative study to understand community perceptions of childhood undernutrition, the CMAM programme and how these affected health-seeking behaviour.

Design: Semi-structured and narrative interviews were undertaken with families of severely malnourished children, non-undernourished children and traditional and allopathic health-care workers. Analysis of transcripts was by qualitative content analysis.

Setting: Biraul, Bihar State, India, 2010.

Subjects: One hundred and fifty people were interviewed in individual or group discussions during fifty-eight interviews.

Results: Undernutrition was not viewed as a disease; instead, local disease concepts were identified that described the clinical spectrum of undernutrition. These concepts informed perception, so caregivers were unlikely to consult health workers if children were 'only skinny'. Hindu and Muslim priests and other traditional health practitioners were more regularly consulted and perceived as easier to access than allopathic health facilities. Senior family members and village elders had significant influence on the health-seeking behaviour of parents of severely malnourished children.

Conclusions: The results reaffirm how health education and CMAM programmes should encompass local disease concepts, beliefs and motivations to improve awareness that undernutrition is a disease and one that can be treated. CMAM is well accepted by the community; however, programmes must do better to engage communities, including traditional healers, to enable development of a holistic approach within existing social structures.

Keywords

Malnutrition

India

Traditional disease concepts

Health-seeking behaviour

Community management of malnutrition

In 2006, the National Family Health Survey-3 estimated that in India eight million children younger than 5 years suffer from severe acute malnutrition (SAM)⁽¹⁾. In the Indian context, where malnutrition levels are considered to be much higher than in other countries⁽²⁾, it is estimated that 67% of deaths occurring in children under 5 years of age are attributable to the potentiating effects of undernutrition⁽³⁾. Childhood undernutrition is known to be multifactorial, with maternal undernutrition and resultant low birth weight^(4,5), poor diet, economic inequalities⁽⁶⁾, lack of health services and diseases such as diarrhoea⁽⁶⁾ all


being major contributors to a vicious cycle that has proved very challenging to break.

As in many resource-poor settings, the provision of health care in rural India is often challenged by a shortage of health centres and health workers. This issue is compounded by poor transport networks making it difficult to travel to the few centres that exist⁽⁷⁾, lack of faith in the public health sector and other practical factors such as whether patients can afford to pay for treatment. Darbhanga is one of the most disadvantaged districts in Bihar, which itself is one of the India's poorest states.


*Corresponding author: Email sakiburza@gmail.com



Pati S, Sandeep M, Rajeshwari S, Sandipana P, dan Satya N. Community Management of Acute Malnutrition (CMAM) in Odisha, India: A Multi-Stakeholder Perspective. *Frontiers in Public Health*. 2018, Vol 6: 159-162. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00158>



ORIGINAL RESEARCH
published: 19 June 2018
doi: 10.3389/fpubh.2018.00158



Community Management of Acute Malnutrition (CMAM) in Odisha, India: A Multi-Stakeholder Perspective

Sanghamitra Pati^{1*}, Sandeep Mahapatra², Rajeshwari Sinha³, Sandipana Pati⁴ and Satya N. Samal⁵

¹ Department of Health Research, ICMR Regional Medical Research Centre, Bhubaneswar, India, ² Indian Institute of Public Health, Public Health Foundation of India, Bhubaneswar, India, ³ Independent Researcher, New Delhi, India, ⁴ Department of Health and Family Welfare, Government of Odisha, Bhubaneswar, India, ⁵ Department of Health and Family Welfare, Directorate of Health Services, Government of Odisha, Bhubaneswar, India

India remains home to nearly one-third of the world's children with severe and acute malnutrition (SAM). The present study looks at the function and implementation of a Community Management of Severe Acute Malnutrition (CMAM) programme for treatment of children with SAM in Odisha, an Indian state. A cross-sectional study design using qualitative techniques with direct observation of process and infrastructure was adopted to explore the views of stakeholders on the programme implementation. The study focuses on Kandhamal, a district in Odisha, and was conducted during June–August, 2015. Of the district and community level stakeholders involved in CMAM programme, 49 were selected as study participants using purposive sampling. In-depth interviews were conducted to obtain relevant information. Data was analyzed using data analysis software, atlas.ti version 7. The analysis demonstrated the overall acceptability, feasibility and economic viability of the programme. Additionally, the study identified several enablers (such as good response from child, village leadership involvement, multisectoral participation etc.) and barriers (such as limited awareness, increased work load, irregular staff payment etc.) linked to programme implementation. Interactions with beneficiaries and stakeholders also provided the real picture on the ground. The study emphasizes the need for stakeholders to work responsibly and in unison, and need for beneficiaries to accept, participate and contribute to the programme. In view of maximum impact, the study recommends that CMAM programmes be implemented with existing primary healthcare facilities. The study also outlines future scope for policy-level interventions and support to ensure sustainability of this healthcare delivery model.

OPEN ACCESS

Edited by:
Jason Scott Turner,
University of Cincinnati College of
Medicine, United States

Reviewed by:
Georgi Iskrov,
Plovdiv Medical University, Bulgaria
Janya McCalman,
Central Queensland University,
Australia

***Correspondence:**
Sanghamitra Pati
orsanghamitra12@gmail.com

Specialty section:
This article was submitted to
Public Health Policy,
a section of the journal
Frontiers in Public Health

Received: 05 March 2018
Accepted: 10 May 2018
Published: 19 June 2018

Citation:
Pati S, Mahapatra S, Sinha R, Pati S
and Samal SN (2018) Community
Management of Acute Malnutrition
(CMAM) in Odisha, India: A
Multi-Stakeholder Perspective.
Front. Public Health 6:158.
doi: 10.3389/fpubh.2018.00158

Keywords: community management, severe acute malnutrition, CMAM, nutrition interventions, malnutrition, public health, primary care

INTRODUCTION

Nutrition for children has been a global priority for many years now. However, most countries regularly track only limited nutrition indicators while even fewer pay attention to the range of manifestations of malnutrition. As a result, nutrition policies and strategies are either only instruments, inadequately tailored to address multiple forms of malnutrition or too broadly devised, to offer concrete guidance on programme levers that could be organized to address nutrition problems.

Frontiers in Public Health | www.frontiersin.org

1

June 2018 | Volume 6 | Article 158

Lampiran 4. Literature 4



Chloe Puett dan Saul Guerrero. Barriers to access for severe acute Malnutrition Treatment Services in Pakistan and Ethiopia: A Comparative Qualitative Analysis. *Public Health Nutrition*, 2014, 18(10): 1873-1882.

<https://doi.org/10.1017/S1368980014002444>

Public Health Nutrition: 18(10), 1873–1882

doi:10.1017/S1368980014002444

Barriers to access for severe acute malnutrition treatment services in Pakistan and Ethiopia: a comparative qualitative analysis

Chloe Puett^{1,*} and Saul Guerrero²

¹Action Against Hunger (ACF-USA), 247 West 37th Street, New York, NY 10018, USA; ²Action Against Hunger (ACF-UK), London, UK

Submitted 17 April 2014; Final revision received 26 September 2014; Accepted 1 October 2014; First published online 13 November 2014

Abstract

Objective: To understand and compare the primary barriers households face when accessing treatment for cases of childhood severe acute malnutrition (SAM) in different cultural settings with different types of implementing agencies.

Design: The study presents a comparative qualitative analysis of two SAM treatment services, selected to include: (i) one programme implemented by a non-governmental organization and one by a Ministry of Health; and (ii) programmes considered to be successful, defined as either coverage level achieved or extent of integration within government infrastructure. Results from individual interviews and group discussions were recorded and analysed for themes in barriers to access.

Setting: Sindh Province, Pakistan; Tigray Region, Ethiopia.

Subjects: Beneficiary communities and staff of SAM treatment services in two countries.

Results: Common barriers were related to distance, high opportunity costs, knowledge of services, knowledge of malnutrition and child's refusal of ready-to-use foods. While community sensitization mechanisms were generally strong in these well-performing programmes, in remote areas with less programme exposure, beneficiaries experienced barriers to remaining in the programme until their children recovered.

Conclusions: Households experienced a number of barriers when accessing SAM treatment services. Integration of SAM treatment with other community-based interventions, as the UN recommends, can improve access to life-saving services. Efforts to integrate SAM treatment into national health systems should not neglect the community component of health systems and dedicated funding for the community component is needed to ensure access. Further research and policy efforts should investigate feasible mechanisms to effectively reduce barriers to access and ensure equitable service delivery.

Keywords
Severe acute malnutrition
Barriers to access
Community-based treatment
Coverage
Qualitative analysis

Access to effective health care is a significant problem in developing countries. While millions die from preventable diseases, large health gains could be achieved if access and utilization of existing effective interventions were improved^(1,2). This situation persists due to the existence of numerous interrelated barriers on both the demand and supply side, which limit access to services. Supply-side barriers are those related to service provision and include location of services, availability of personnel and supplies, technology used and cost of services. Demand-side barriers are those affecting a household or community's ability to utilize services and include distance to services, cultural preferences, education and household resources⁽³⁻⁵⁾. Demand-side constraints are as influential as supply-related factors in preventing households from accessing services⁽⁶⁾.

Severe acute malnutrition (SAM) has gained recognition as an important public health concern. In recent years, effective community-based protocols known as the community-based management of acute malnutrition (CMAM)^(7,8), including use of ready-to-use therapeutic foods (RUTF), have improved access to treatment, and there is an increasing focus on integrating treatment into national health services delivered by ministries of health (MoH)^(9,10).

Although CMAM programmes are implemented in many countries, there remain large gaps in coverage⁽¹¹⁾. Information on the barriers to access to SAM treatment is limited; however, there is a growing body of evidence. One previous study provided evidence on barriers experienced by households in five African countries when accessing vertical services delivered primarily by non-governmental

*Corresponding author: Email cpuett@actionagainsthunger.org



Arafat Y, Munirul I, Nicki C, Golam M, Marie M, James A, et al. Perceptions of Acute Malnutrition and its Management in infants Under 6 Months of Age: A Qualitative Study in Rural Bangladesh. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 2018, vol 12: 1-10. <https://doi.org/10.1177/1179556518771698>



Clinical Medicine Insights: Pediatrics
Volume 12: 1-10
© The Author(s) 2018
Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1179556518771698



Perceptions of Acute Malnutrition and Its Management in Infants Under 6 Months of Age: A Qualitative Study in Rural Bangladesh

Yasir Arafat¹, M Munirul Islam², Nicki Connell³, Golam Mothabbir¹, Marie McGrath⁴, James A Berkley^{5,6}, Tahmeed Ahmed² and Marko Kerac^{7,8}

¹Department of Health and Nutrition, Save the Children (Bangladesh), Dhaka, Bangladesh. ²Nutrition and Clinical Services Division, International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (icddr), Dhaka, Bangladesh. ³Department of Global Health, Save the Children USA, Washington, DC, USA. ⁴Technical Department, Emergency Nutrition Network, Oxford, UK. ⁵Clinical Research Department, KEMRI-Wellcome Trust Research Programme, Kilifi, Kenya. ⁶Technical Department, The Childhood Acute Illness & Nutrition Network (CHAIN), Nairobi, Kenya. ⁷Department of Population Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK. ⁸Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre and Department of Epidemiology & Public Health, University College London, London, UK.

ABSTRACT

BACKGROUND: World Health Organization guidelines advise community-based care (CBC) for “uncomplicated” severe acute malnutrition (SAM) infants <6 months old (u6m), whereas current national protocols refer to inpatient care. Our aim was to inform and shape future management strategies by understanding caregivers’ and different stakeholders’ perceptions on malnutrition among infants u6m on barriers/facilitators to future CBC.

METHODS: The methods used in this study are as follows: in-depth interviews and focus group discussions (FGDs) in southern Bangladesh, thematic analysis of transcripts, and sample size by data saturation.

RESULTS: We conducted 5 FGDs with 29 caregivers, 4 with 29 health care workers, 4 key informant interviews each with community leaders and health supervisors. Five themes emerged. 1) *Identification of SAM infants and care-seeking behavior:* malnutrition was not noticed until severe, caregivers focused on clinical symptoms. Both allopathic and traditional healers were consulted. 2) *Perceived causes of infant malnutrition:* underlying illness, poor feeding practices, poverty, and local superstitions. 3) *Views and preferences on treatment:* hospitals and doctors were perceived as offering the best treatment, health care workers were also important, and respondents highlighted the need care of the caregiver/mother along with the infant. 4) *Perceived benefits and risks of CBC:* lower cost and greater accessibility were appreciated but worried about quality. 5) *Community networks:* wider family and social support networks were considered important aspects of care.

CONCLUSIONS: There is considerable potential for CBC but needs to be better and earlier identification of at-risk infants, strengthening of health systems to avoid community options being perceived as “second best,” engagement with families and communities to tackle “upstream” determinants of SAM, and care for mother-infant pairs.

KEYWORDS: Malnutrition, severe acute malnutrition, infants under 6 months

RECEIVED: December 19, 2017. **ACCEPTED:** February 19, 2018.

TYPE: Original Research

FUNDING: The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

DECLARATION OF CONFLICTING INTERESTS: The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

CORRESPONDING AUTHOR: M Munirul Islam, Nutrition and Clinical Services Division, International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (icddr), Dhaka 1212, Bangladesh.
Email: mislam@icddr.org

Introduction

Acute malnutrition threatens the lives of 7.7% (52 million) children under 5 years old worldwide, more than two-thirds of whom (36 million) live in Asia.¹ Malnutrition not only increases their risk of death or disability from common pediatric illnesses, such as respiratory tract infections and diarrhea, but also causes deficits in intellectual development and long-term health.²⁻⁴ Severe acute malnutrition (SAM) affects some 19 million under fives, causing 500 000 deaths per year.³ Nutrition thus features strongly in the sustainable development goals, with SDG Target 2.2 aiming to “End all forms of malnutrition” by 2030.⁵

Treatment programs for acute malnutrition have traditionally focused on children aged 6 to 59 months of age. Recently, there has been increasing awareness that infants aged under 6 months (u6m) are also affected.^{6,7} Globally, 4.7 million wasted, u6m are moderately wasted and 3.8 million are severely weak, with prevalence varying by country.⁸ Bangladesh is among the countries with the highest burden; in the latest

 Creative Commons Non Commercial CC BY-NC: This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 License (<http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits non-commercial use, reproduction and distribution of the work without further permission provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access pages (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

Lampiran 6. Literature 6