

Implementasi program penanggulangan gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Medan Deli

The implementation of malnutrition prevention programs in the work area of Medan Deli Public Health Center

Gayatri Tunggadewi^{1*}, Juanita², Zulhaida Lubis³

¹Puskesmas Bandar Hulan, Simalungun, Indonesia

²Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan, Indonesia

³Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara, Medan, Indonesia

^{1*}gayegayatritunggadewi@gmail.com, ²emailpenulis2@domain, ³emailpenulis3@domain

Abstrak

Permasalahan gizi pada bayi dan balita di Puskesmas Medan Deli adalah kasus gizi buruk terbanyak di Kota Medan sebanyak 8 orang. Program penanggulangan gizi buruk merupakan kegiatan untuk meminimalkan masalah gizi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi program penanggulangan gizi buruk yang terdiri dari *input*, proses, *output*, dan *outcome* di Wilayah Kerja Puskesmas Medan Deli. Jenis penelitian adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi terhadap 10 informan. Penelitian menemukan bahwa dari segi *input*, kurangnya Tenaga Pelaksana Gizi (TPG). Segi sarana dan prasarana tergolong minim. Biaya operasional terbatas, biaya operasional berasal dari BOK dalam bentuk insentif kader dan dana transportasi. Pelaksanaan program gizi buruk rutin dilakukan setiap bulan di Posyandu. Pemberian vitamin A dua kali setahun pada balita gizi buruk, Pemberian tablet Fe pada ibu hamil selama 3 bulan berturut-turut dilakukan di posyandu dan puskesmas. Pelaksanaan PMT Pemulihan sudah diberikan tepat sasaran tetapi kekurangan tenaga kesehatan untuk pemantauan konsumsi. Pusat Pemulihan Gizi (PPG) sebagai wadah dalam penanganan gizi buruk pada balita melalui rawat inap belum dimanfaatkan. Cakupan program penanggulangan balita gizi buruk belum mencapai target dalam pemberian vitamin A, tablet Fe dan PPG sehingga kasus gizi buruk masih tinggi. Kesimpulan dari penelitian bahwa masih belum terlaksana dengan baik program penanggulangan gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Medan Deli sehingga Kepala Dinas Kesehatan Kota Medan dan puskesmas diharapkan meningkatkan komitmen dalam pelaksanaan kegiatan penanggulangan gizi buruk.

Kata kunci: Implementasi, program penanggulangan, gizi buruk

Abstract

The problem of nutrition in infants and toddlers in Medan Deli Public Health Center is the most cases of malnutrition in Medan with 8 people. Malnutrition improvement program is a form of activity to minimize nutritional problems. The objective of the research was to find out the implementation of malnutrition improvement program of input, process, output and outcome in the working area of Deli Puskesmas. The research used qualitative research with a phenomenological approach for 10 informants. The research found that the input, lack of nutritionist. Facility and infrastructure were inadequate. Operational costs are limited, operational costs come from the BOK in the form of cadre incentives and transportation funds. The implementation of the malnutrition program was routinely carried out every month at Posyandu. Giving vitamin A twice a year to malnourished toddlers, giving iron tablets to pregnant women for 3 consecutive months at the posyandu and puskesmas. Implementation of PMT Recovery has been given on target but there is a shortage of health workers to monitor. The Nutrition Recovery Center (PPG) as a forum for handling malnutrition in toddlers through inpatient care has not been utilized. The coverage of malnutrition in toddlers have not reached the target in providing vitamin A, Fe tablets and PPG so the cases of malnutrition are still high. The research concludes that the malnutrition control program has not been implemented properly in the work area of the Medan Deli Health Center so that the Head of the Medan City Health Office and the Puskesmas are expected to increase their commitment to implementing malnutrition prevention activities.

Keywords: Implementation, prevention program, malnutrition

Pendahuluan

Gizi buruk pada balita terjadi apabila berat badan (BB) dan tinggi badan (TB) dengan Z-score <-3 SD yang menyebabkan permasalahan gizi buruk secara klinis yaitu

marasmus, kwasiorkor dan marasmus-kwasiorkor (Supriasa, 2016). Permasalahan Gizi berdampak pada pembangunan berkelanjutan di suatu negara. Hal tersebut sesuai dengan tujuan *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu mengakhiri kelaparan,

mencapai keamanan pangan dan gizi yang baik serta meningkatkan pertanian berkelanjutan (Osborn, 2015).

Pada tahun 2018, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia menunjukkan bahwa 3,9% proporsi status gizi buruk dan 13,8% proporsi gizi kurang. Kasus gizi buruk yang masih tinggi tersebut membuat pemerintah Indonesia berupaya menerapkan berbagai program kesehatan ibu dan anak (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi pasal 7 bahwa pemerintah daerah kabupaten/kota bertugas dan bertanggung jawab dalam penyelenggaraan dan fasilitasi gizi, penyelenggaraan penanggulangan gizi buruk skala kabupaten/kota, perbaikan gizi keluarga dan masyarakat, menyelenggarakan pelayanan upaya perbaikan gizi di fasilitas pelayanan kesehatan wilayah setempat dan melaksanakan fasilitasi, perizinan, koordinasi, monitoring dan evaluasi.

Data dari Profil Kesehatan Sumatera Utara yaitu jumlah kasus balita gizi buruk pada tahun 2018 sebanyak 835 kasus dan sebanyak 518 kasus pada tahun 2019 yang tersebar di 26 kabupaten/kota (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara, 2018). Kota Medan memiliki cakupan kasus gizi buruk sebanyak 85 kasus yang tersebar dari 21 kecamatan di Kota Medan pada tahun 2018. Lokasi kasus yang terbanyak (± 10 kasus) yaitu Kecamatan Medan Sunggal, Medan Tembung, Medan Deli dan Medan Belawan (Dinas Kesehatan Kota Medan, 2019).

Salah satu puskesmas dengan kasus gizi buruk terbanyak di Kota Medan adalah Puskesmas Medan Deli. Laporan Gizi Puskesmas Medan Deli Tahun 2018 yaitu jumlah balita gizi buruk sebanyak 11 orang dan mengalami penurunan pada tahun 2019 menjadi 8 orang. Namun gizi buruk juga mulai mengalami penurunan pada tahun 2019 karena 6 orang menjadi status gizi kurang dan hanya 2 orang berstatus gizi buruk.

Hasil survei pendahuluan di Puskesmas Medan Deli yaitu jumlah petugas tenaga pelaksana gizi berjumlah satu orang dan kader posyandu berjumlah 390 orang dengan penyebaran kader 5 orang setiap posyandu. Alur pelaksanaan program gizi buruk dimulai dengan penjarangan ketika balita datang ke posyandu, kemudian dilakukan pengukuran dan penimbangan. Jika balita tersebut menderita gizi buruk maka orangtua harus mengikutkan balita pada program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dengan memberikan susu dan biskuit yang mengandung energi tinggi. Balita gizi buruk juga dapat dirawat di Pusat

Pemulihan Gizi (PPG) apabila tidak ada penyakit penyerta.

Kendala pelaksanaan program gizi buruk balita saat ini disebabkan partisipasi masyarakat masih rendah untuk membawa anaknya ke posyandu, mobilitas dan sarana prasana kurang memadai. Data Laporan Program Gizi Puskesmas Medan Deli yaitu capaian program pemberian tablet Fe ibu hamil hanya 80% (target 90%). Presentase balita kurus mendapat makanan tambahan hanya 65% (target 75%). Persentase bayi 6 bulan mendapat ASI Eksklusif hanya 31% (target 50%).

Perumusan masalah dalam penelitian ini berdasarkan latar belakang yaitu bagaimana implementasi program penanggulangan gizi buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Medan Deli tahun 2018. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui implementasi program penanggulangan gizi buruk yang terdiri dari *input* (masukan), proses (pelaksanaan program gizi buruk) *output* (target program gizi) dan *outcome* (capaian program gizi).

Metode

Jenis penelitian yaitu kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif untuk mengeksplorasi penerapan program penanggulangan gizi buruk berdasarkan pengembangan Teori oleh Edward III melalui model input, proses, output. Lokasi pelaksanaan penelitian berada di wilayah kerja Puskesmas Medan Deli yang dilakukan pada bulan Maret 2020 sampai dengan selesai penelitian.

Subjek atau informan penelitian ditetapkan secara *purposive* berdasarkan pertimbangan bahwa informan dianggap memberikan data dan informasi tentang penanganan gizi buruk di wilayah kerja puskesmas. Informan berjumlah 10 orang yang terdiri dari 1 orang kepala puskesmas, 1 orang tenaga pelaksana gizi, 5 orang kader posyandu, 1 orang petugas Bidang Gizi Dinas Kesehatan Kota Medan dan 2 orang ibu balita gizi buruk. Objek penelitian adalah balita gizi buruk dan ibu hamil.

Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam (*indepth interview*). Data sekunder dikumpulkan dari Profil Dinas Kesehatan Kota Medan dan Profil Puskesmas Medan Deli 2019, serta catatan laporan puskesmas. Peneliti bertindak sebagai instrumen penelitian dalam pengumpulan data dengan menggunakan pedoman observasi dan wawancara mendalam serta alat bantu berupa alat tulis, buku catatan dan alat perekam. Data penelitian dianalisis dengan menggunakan metode interaktif melalui tahapan pengumpulan data, interpretasi dan disajikan dalam matriks.

Hasil dan Pembahasan

Karakteristik Informan

Informan terdiri dari 1 orang kepala puskesmas, 1 orang tenaga pelaksana gizi, 5 orang kader posyandu, 1 orang petugas bidang gizi Dinas Kesehatan Kota Medan dan 2 orang ibu balita gizi buruk. Tabel 1 memperlihatkan gambaran karakteristik informan dalam penelitian.

Tabel 1
Karakteristik Informan

Informan	Umur (Thn)	Jenis Kelamin	Pendi dikan	Lama Kerja (Thn)	Alamat
Kepala Puskesmas	55	Perempuan	S 1	10	Medan
Petugas gizi	45	Perempuan	D IV	6	Medan
Kader posyandu 1	50	Perempuan	SMA	8	Medan
Kader posyandu 2	37	Perempuan	SMA	8	Medan
Kader posyandu 3	39	Perempuan	SMP	9	Medan
Kader posyandu 4	40	Perempuan	SMA	5	Medan
Kader posyandu 5	35	Perempuan	SMP	7	Medan
Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi	42	Perempuan	S 1	3	Medan
Ibu Balita I	33	Perempuan	SMP	-	Medan
Ibu Balita II	36	Perempuan	SMP	-	Medan

Input

Pelaksanaan kegiatan program penanggulangan gizi buruk terdiri dari aspek tenaga pelaksana, kerjasama, biaya operasional dan sarana serta prasarana.

Tenaga pelaksana program. Tenaga Gizi di puskesmas Medan Deli belum memenuhi kecukupan jumlah dan kualifikasi. Hasil wawancara dengan informan 1 dan 2 yaitu:

“...setiap puskesmas rawat inap minimal memiliki 1 petugas gizi dibantu oleh bidan atau perawat tamatan D3. Kemudian dibantu oleh petugs gizi dari Pustu.” (Informan 1 dan 2)

Latar belakang pendidikan dari petugas gizi di Puskesmas Medan Deli adalah tamatan Diploma IV yang sudah sesuai dengan peraturan yang ada. Program gizi yang berhasil di Puskesmas Medan Deli sangat tergantung dari kompetensi para penanggungjawab program gizi. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43

Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat bahwa jumlah tenaga kesehatan di puskesmas kawasan perkotaan rawat inap berjumlah 2 orang. Jika dibandingkan ketersediaan tenaga gizi di Puskesmas Medan Deli maka memerlukan seorang petugas gizi lagi untuk mendukung penanggulangan gizi dan program kesehatan lainnya.

Petugas gizi di Puskesmas Medan Deli dibantu oleh seorang bidan yang memiliki tanggung jawab pelaksanaan program gizi dari Puskesmas Pembantu (Pustu) Medan Deli berjumlah 1 orang. Sesuai ungkapan informans 3 bahwa:

“...yang rutin datang dalam melakukan pemantauan adalah petugas gizi dari Pustu.” (Informan 3)

Petugas gizi dari Pustu melaksanakan tugas memantau kegiatan pemberian MP-ASI, dan pemberian F75 serta F100 kepada balita gizi buruk saat kegiatan Posyandu. Petugas gizi juga melakukan kunjungan rumah untuk memastikan pemberian F75 dan F100 telah sampai pada sasaran.

Kerjasama. Kerjasama tenaga pelaksana gizi dengan program lintas sektoral seperti lurah, camat, dinas, kader dalam mensukseskan program gizi buruk sudah berjalan dengan baik. Sesuai dengan ungkapan informan 1 dan 2 menyatakan:

“Peran lurah dalam mendukung program gizi dimana dalam hal pengurusan surat-surat bila ditemukan gizi buruk pada balita dan mengurus surat merujuk ke rumah sakit. Mereka tidak aktif dalam pemantauan.” (Informan 1 dan 2)

Peran lurah dalam penanggulangan gizi buruk sebatas mengurus administrasi untuk perawatan atau pengobatan ke rumah sakit disebabkan lurah memiliki pekerjaan lainya seperti mengurus pelayanan administrasi bagi masyarakat di sekitarnya. Lurah jarang memantau kegiatan program penanggulangan gizi buruk di Posyandu. Penelitian Sihombing (2016) menjelaskan bahwa kegiatan di posyandu didukung oleh, tetapi lurah tidak bisa secara rutin datang untuk memantau kegiatan posyandu, melainkan mengutus PKK maupun stafnya.

Kerjasama lintas sektoral program gizi buruk sudah dimulai sejak 2017, sebagaimana ungkapan informan 1 mengatakan:

“Secara lintas sektor, penanganan gizi buruk dilakukan Bappeda Kota Medan

sebagai koordinator untuk penyusunan dokumen rencana aksi daerah pangan dan gizi serta sebagai koordinator dalam perencanaan dan penganggaran program gizi buruk.” (Informan 1)

Program penanganan gizi buruk pada balita secara lintas sektor telah dilaksanakan Pemerintah Kota Medan. Masro et al. (2014) menyatakan penggalangan kerjasama lintas sektor bisa melahirkan suatu komitmen bersama atau kebijakan secara tertulis (SK) yang dikeluarkan oleh pemerintah setempat tentang penanggulangan gizi buruk di suatu kecamatan. Selanjutnya kebijakan pelaksanaan terkait penanggulangan gizi buruk yang pernah dilakukan di Puskesmas Medan Deli, sebagaimana diungkapkan informan 1 dan 2, yaitu:

“... kegiatan upaya penanganan gizi buruk yang dilakukan puskesmas yaitu pelacakan kasus balita gizi buruk, pemberian F75 dan F100, pusat pemulihan gizi, monitoring dan evaluasi PMT.” (Informan 1 dan 2)

Pelaksanaan penanggulangan gizi buruk sudah berjalan sesuai dengan kebijakan yang ada di Puskesmas Medan Deli. Pelacakan kasus gizi buruk adalah pelaporan dan penanganan segera kasus gizi buruk dalam waktu 1x24 jam sehingga kasus gizi buruk harus dianggap sebagai kejadian luar biasa.

Biaya operasional. Dana program penanggulangan gizi buruk berasal dari dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK). Pernyataan Informan 1 tentang biaya operasional sebagai berikut:

“...pendanaan penanggulangan gizi buruk berasal dari dana BOK... setiap ada program gizi buruk kami mendapat insentif Rp. 50.000 setiap bulan selama 3 bulan berturut-turut. Untuk total biaya saya lupa, tapi ratusan jutaan.” (Informan 1)

Pemberian PMT ataupun MP-ASI merupakan bentuk pendanaan dari puskesmas untuk program penanggulangan gizi buruk. Program pemberian PMT ataupun MP-ASI diberikan selama 3 bulan. Insentif juga akan diberikan kepada Para kader sebesar Rp.50.000,- per bulan.

Biaya penanggulangan gizi buruk tidak dapat diungkapkan oleh informan tetapi jumlahnya ratusan jutaan untuk mendukung atau mengurangi kasus gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Medan Deli. Namun setiap tahun dana anggaran penanggulangan gizi

buruk balita tergantung dari kasus yang ada pada saat itu.

Sarana dan prasarana. Hasil pengamatan bahwa posyandu di wilayah kerja Puskesmas Medan Deli berjalan dengan aktif setiap bulan. Jadwal kegiatan posyandu berlangsung pada minggu kedua. Apabila jadwal bertepatan pada hari libur atau hari minggu, maka jadwal posyandu akan dimajukan atau dimundurkan. Semua posyandu di wilayah kerja Puskesmas Medan Deli belum optimal melakukan layanan sistem 5 meja dan pelaksanaan posyandu memakai pengukuran berat badan yang belum sesuai dengan standar. Sesuai ungkapan informan 2 yaitu:

“...sarana yang paling dibutuhkan di Posyandu adalah alat pengukuran berat badan/tinggi badan dan media. Saat ini sebagian Posyandu menggunakan meteran biasa. Kami butuh antropometri kit di setiap posyandu.” (Informasi 2, 4 dan 6).

Sarana yang belum tersedia dalam program penanggulangan gizi buruk antara lain alat pengukuran tinggi badan dan media penyuluhan. Alat pengukur tinggi badan bagi bayi yang dianjurkan adalah infatometer dengan ketelitian 0,1 cm atau 1 mm dan microtoise. Alat pengukuran berat badan adalah dacin yang mudah didapat dan harganya terjangkau. Hal ini sesuai dengan ungkapan informan 8 sebagai berikut:

“...alat pengukuran tinggi badan dan media penyuluhan belum lengkap di setiap puskesmas karena masih ada fasilitas yang lama, sedangkan mengganti yang rusak belum ada anggarannya, tetapi anggaran diupayakan tercapai tahun 2020.” (Informan 8)

Alat pengukuran tinggi badan menggunakan pita (meteran) untuk menentukan tinggi badan bayi atau balita saat ini dapat memengaruhi pengukuran IMT. Sesuai survei awal yang dilakukan oleh Rusdiarti (2019) bahwa prosedur pengukuran panjang badan yang dilakukan kurang tepat. Alat pengukuran *length board* seharusnya digunakan untuk mengukur panjang badan, namun pengukuran dilakukan dengan alat ukur meteran dan tidak memperhatikan posisi kaki anak

Sarana seperti PMT-P dan MP-ASI, Kapsul Vitamin A, dan Tablet Fe sudah terpenuhi dengan baik serta prasarana lainnya yaitu tempat penyimpanan PMT-P dan MP-ASI dalam kondisi baik. Sarana dan prasarana sudah

terpenuhi sesuai ungkapan informan 1 dan 2 mengatakan:

“....PMT , MP-ASI, Kapsul Vitamin A, Tablet Fe cukup karena setiap triwulan kami mengirimkan permintaan ke Dinas Kesehatan sesuai data jumlah balita sehat dan jumlah balita gizi buruk, jumlah ibu hamil jadi tidak kekurangan. Pembagiannya juga bertahap kami berikan untuk menghindari kekosongan stok.” (Informan 2)

“....tempat penyimpanan PMT-P dan MP-ASI sudah tersedia ruangan khusus sehingga memudahkan dalam pendistribusian ke masyarakat yang memerlukannya. Angkutan khusus pendistribusian kepada balita tidak ada tetapi menggunakan motor miliki bidan.” (Informan 1)

Sarana PMT-P dan MP-ASI, Kapsul Vitamin A, dan Tablet Fe telah tersedia sesuai dengan permintaan berdasarkan data jumlah balita dan ibu hamil yang di usulkan oleh TPG di Puskesmas Medan Deli kepada Dinas Kesehatan. Prasarana di Puskemas Medan Deli telah mempunyai dua gudang sesuai standar tempat penyimpanan PMT dan MP-ASI. Distribusi bahan PMT-P dari Dinas Kesehatan Kota Medan ke puskesmas menggunakan mobil puskesmas Selanjutnya bahan PMT-P dari puskesmas diangkut menggunakan kendaraan roda dua milik bidan dan disimpan terlebih dahulu di Pustu sebelum dibagikan ke ibu balita sasaran.

Proses

Pemantauan pertumbuhan. Para kader memiliki tugas untuk melakukan penimbangan pada bayi dan balita kemudian melakukan pencatatan penimbangan ke dalam buku catatan atau pada KMS, sedangkan petugas puskesmas melakukan imunisasi atau disebut dengan juru imunisasi. Sesuai dengan ungkapan informan 1 dan 2 mengatakan:

“..penimbangan balita dilakukan oleh kader yang bertugas melaksanakan kegiatan posyandu rutin setiap bulan. Jumlah Posyandu aktif sebanyak 45 unit posyandu” (Informan 1 dan 2)

Tugas kader dalam kegiatan Posyandu adalah mempersiapkan alat penimbangan bayi, alat pengukur, alat peraga, obat-obat yang dibutuhkan dan melakukan penyuluhan. Kader menggerakkan masyarakat dengan memberitahu ibu hamil dan ibu memiliki balita

untuk datang ke posyandu. Sesuai penelitian Sari & Hartati (2019), kader aktif menyelenggarakan kegiatan Posyandu (penimbangan balita, pemberian PMT, pemeriksaan kesehatan, imunisasi, pemeriksaan tensi, konsultasi kesehatan) melainkan memiliki fungsi yang sangat besar bagi peningkatan kualitas kehidupan masyarakat, terutama yang menyangkut masalah kesehatan di Tanjung Batang Kapas Inderapura Barat.

Pada penelitian ini, ibu tidak tidak membawa balita gizi buruk ke Posyandu setiap bulan. Hal ini sesuai ungkapan informan 6 dan 7 mengatakan:

“Kalo tidak ada halangan ibu datang bersama balita, memang yang datang tidak berbeda jauh dengan yang datang bulan lalu karena tidak sempat, jauh dan malas, Banyak juga yang datang.” (Informan 6, 7, dan 9)

Ibaya dan balita gizi buruk ada yang tidak rutin menimbang ke posyandu setiap bulan. Hal ini dikarenakan ibu tidak memiliki waktu luang untuk pergi ke posyandu, ibu bekerja dan terdapat anak yang lain sedang sakit serta jarak tempuh ke posyandu jauh. Para ibu rajin ke posyandu karena terdapat program penanggulangan gizi buruk yaitu bantuan pemberian makanan tambahan kepada masyarakat khususnya ibu yang memiliki balita.

Ibu balita gizi buruk membawa anaknya untuk ditimbang dengan membawa Kartu Menuju Sehat (KMS). Sesuai ungkapan informan 2 mengatakan:

“Setiap bayi atau balita yang datang ke Posyandu didaftar di Meja 1 untuk ditulis identitaskan dan diberikan KMS sebagai bahan evaluasi dalam memantau status gizinya. Tidak membawa tetap dilayani dan dicatat berat badan dan tingginya di buku” (Informan 2).

Pengisian KMS dilakukan oleh kader kesehatan. Kegiatan posyandu menggunakan sistem 5 Meja, di mana Meja 1 tempat mencatat identifikasi bayi setelah dilakukan penimbangan. Ibu tidak membawa KMS tetap dilayani dengan baik. Penelitian Didah (2020) menyatakan bahwa sistem 5 meja di posyandu belum berjalan secara optimal di Desa Banyurejo Sleman Yogyakarta tahun 2012.

Hasil pengamatan dari laporan penimbangan balita pada bulan Mei dan Juni diketahui bahwa masih ada balita yang tidak naik berat badannya. Seperti ungkapan

informan 2 mengatakan:

“...Balita tidak naik berat badan ada 3 orang karena menu makanan keluarga, PMT kadang anak kurang suka. Ditambah ekonomi rendah dan karena penyakit.” (Informan 2)

Balita yang tidak naik berat badannya setelah diberikan PMT Pemulihan masih ditemukan sebanyak 3 orang. Hal ini dapat disebabkan pendapatan keluarga yang rendah karena kurang mampu menyediakan kualitas makanan yang mengandung gizi baik, ketersediaan keragaman makanan seperti susu dan buah yang mengandung gizi baik untuk meningkatkan berat badannya. Keluarga miskin (gakin) dengan pendapatan yang rendah mengalami keterbatasan pangan di rumah tangga yang berlanjut pada jumlah dan mutu MP-ASI yang rendah.

Sesuai pendapat Ciptaningtyas et al. (2012) mengatakan adalah mutu MP-ASI yang rendah dan pola asuh pemberian makan yang tidak tepat mengakibatkan zat gizi yang dibutuhkan tidak terpenuhi khususnya energi dan zat gizi mikro yang menjadi penyebab gangguan tumbuh kembang bayi usia 6-11 bulan dan anak usia 12-24 bulan serta bayi di bawah dua tahun (baduta).

Pemberian vitamin A. Kekurangan vitamin A akibat asupan zat gizi yang kurang biasanya dialami oleh anak dengan gizi buruk. Balita gizi buruk mendapatkan vitamin A dua kali setahun. Pernyataan informan 2 yaitu:

“...pemberian Vitamin A diberikan kepada balita pada bulan Februari dan Agustus 2020.” (Informan 2)

Pendistribusian vitamin A kepada balita seyoginya balita gizi buruk mendapat vitamin A secara serentak. Namun kenyataannya di lapangan pelaksanaan belum dilakukan serentak. Sesuai ungkapan informan 2 yaitu :

“...pemberian vitamin A belum mencapai target karena kondisi pandemi saat ini, dan biaya transportasi kader belum mendukung.” (Informan 2)

Kapsul vitamin A diberikan 2 kali dalam satu tahun, yaitu pada bulan Februari dan bulan Agustus. Informan menyebutnya dengan istilah bulan vitamin A. 85% cakupan balita diberi kapsul vitamin A pada bulan Februari tahun 2020, sedangkan pada bulan Agustus meningkat menjadi 87%. Pemberian kapsul bulan Februari dan Agustus belum sesuai dengan target yaitu 100%. Sesuai penelitian

Sulastris (2020) mengatakan bahwa Cakupan pemberian vitamin A secara keseluruhan di wilayah kerja puskesmas ”S” sebesar 81,6% belum mencapai target 90%.

Pemberian tablet Fe. Pemberian tablet besi kepada ibu hamil adalah bidan dari Pustu. Jika ibu hamil atau menyusui tidak hadir maka bidan desa dan kader bekerjasama memberikan tablet Fe secara *door to door* ke rumahnya atau bisa juga dengan mengambil di puskesmas jika tidak ke posyandu. Menurut ungkapan informan 2 yaitu :

“...pemberian dilakukan oleh bidan di pustu, puskesmas. Petugas gizi biasa kami memberikan tablet Fe ke Remaja di sekolah-sekolah. Didistribusikan kepada ibu hamil mencapai 90 tablet” (Informan 2)

Pendistribusian tablet besi yang telah sampai ke puskesmas akan didistribusikan kepada petugas kesehatan di Pustu dan kader. Kader maupun tenaga kesehatan mendistribusikan tablet Fe kepada ibu hamil saat datang berkunjung ke posyandu dan pemeriksaan kesehatan di puskesmas. Menurut Khoiriah (2020) bahwa distribusi tablet besi itu sendiri sebenarnya dapat dilakukan melalui beberapa cara yakni saat bumil melakukan kunjungan ANC, kelas bumil, bidan berkunjung *door to door*, ataupun dapat diperoleh di Posyandu.

Tidak adanya monitoring pemberian tablet zat besi dapat menyebabkan perhitungan target yang ingin dicapai belum valid. Perhitungan target yang dicapai dapat dihitung dengan membandingkan jumlah tablet zat besi yang di distribusikan kepada ibu hamil dengan jumlah ibu hamil tahun berjalan. Sesuai ungkapan informan 2 dan 7 mengatakan:

“...masih di bawah target ya karena ibu hamil kadang sudah diberi tablet Fe, tidak di minumnya. Ibu tidak mau minum tablet zat besi karena mual dan baunya tidak enak” (Informan 2 dan 7)

Pelaksanaan pemberian tablet zat besi belum sesuai target yang diharapkan. Hal ini disebabkan oleh faktor dari ibu yang tidak bersedia mengkonsumsi tablet tersebut karena dapat menimbulkan rasa mual dan muntah. Peran petugas kesehatan atau bidan, sangat memengaruhi ibu mengkonsumsi tablet Fe. Menurut penelitian Septiani (2017) bahwa pelaksanaan program gizi tentang tablet Fe mengalami kekosongan dan kekurangan dikarenakan keterbatasan distribusi tablet Fe dari Dinas Kesehatan sehingga masih banyak

ibu hamil yang belum menerima tablet Fe.

Pemberian PMT pemulihan.

Pemulihan gizi balita dilakukan melalui pemberian makanan dengan kandungan gizi cukup sehingga kebutuhan gizi pada balita dapat dipenuhi. Kegiatan tersebut merupakan Program PMT-P. Standar pelayanan perawatan gizi buruk di Puskesmas Medan Deli, seperti ungkapan informan 2 yaitu:

“...pasien rawat jalan diberikan PMT dan Pemberian Formula F75 dan F100. selama ini kami sudah melakukan pelayanan perawatan dengan sesuai standar pelayanan namun sering kali masyarakat tidak berpartisipasi mengikuti perawatan (Informan 2)

Perawatan balita gizi buruk di rawat inap puskesmas akan lebih baik daripada perawatan di rumah karena kondisi balita dapat dikontrol setiap hari dan jika ada gangguan kesehatan dapat segera diobati dan dapat dirujuk segera ke rumah sakit jika terdiagnosa penyakit akut. Namun keinginan keluarga lebih memilih perawatan rumah karena lebih mudah memantau anaknya sendiri di rumah oleh anggota keluarga lainnya.

Pelaksanaan pusat pemulihan gizi.

Therapeutic Feeding Center (TFC) adalah tempat perawatan balita gizi buruk melalui rawat inap di puskesmas dengan cara memberi makanan secara intensif dan terlaksana dengan adanya bangunan khusus di puskesmas untuk menyelenggarakan makanan bagi pasien balita gizi buruk. Menurut ungkapan informan 2 mengatakan:

“...ibu balita gizi buruk tidak mau anaknya untuk dilakukan rawat inap di puskesmas dengan alasan tidak bisa menjaga anaknya di puskesmas. Para ibu biasanya mengambil formula F75 dan formula F100 ke puskesmas untuk diberikan kepada anaknya.” (Informan 2)

Pemberian makanan pada anak gizi buruk sebaiknya sesuai dengan formula diet WHO, yaitu formula 75 (F75) dan formula 100 (F100). Energi 75 kkal untuk tiap 100 ml larutan dikandung dalam formula 75, sedangkan energi 100 kkal untuk tiap 100 ml larutan dikandung dalam formula 100.

PMT Formula 100 signifikan memperbaiki status gizi, tetapi tidak semua anak mengkonsumsi Formula 100 sesuai pernyataan Informan 4 berikut:

“...tidak semua anak gizi buruk mau minum susu. Formula 100 merupakan

formula dari susu, minyak, gula dan mineral mix....” (Informan 4)

Beberapa kendala dalam pelaksanaan program PMT-P seperti penelitian Adiyasa (2010) yang menemukan masalah terbatasnya pengalokasian bahan dari pusat, pendataan riil balita pada keluarga miskin, adanya penolakan PMT-P, pemantauan petugas yang kurang dalam menentukan ketepatan konsumsi sasaran, adanya keterlambatan formulir pencatatan dan pelaporan dan pelaksanaan program yang selalu di akhir tahun. Selain itu, sumber daya yang kurang, sarana dan prasarana juga merupakan kendala (Lubis, 2012),

Kebanyakan anak penderita gizi buruk berasal dari keluarga menengah ke bawah dan umumnya juga disertai penyakit bawaan lahir seperti jantung bawaan, TB paru, *down syndrome*, dan *cerebral palsy* (Safitri, 2018).

Output

Capaian penanggulangan gizi buruk. Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah dalam penanggulangan gizi buruk antara lain pelayanan gizi kepada ibu dan balita mulai dari pemberian vitamin A, tablet Fe, PMT, dan pelaksanaan PPG. Sesuai ungkapan informan 1 dan 2 mengatakan:

“...pemberian PMT Pemulihan tahun 2020 mencapai target. Untuk pelaksanaan vitamin A, Tablet Fe dan, PPG belum mencapai target.” (Informan 1 dan 2)

Prevalensi gizi buruk balita.

Prevalensi gizi buruk balita berhubungan dengan pendidikan orangtua sesuai pernyataan informan 2 yaitu:

“...prevalensi gizi buruk bulan Oktober tahun 2019 terdapat 4 orang. Tahun 2020 sampai saat ini 3 orang. Biasanya pada keluarga yang kurang mampu dan punya latar belakang pendidikan rendah.” (Informan 2)

Berdasarkan laporan Puskesmas Medan Deli tahun 2019 diketahui bahwa pencapaian program penanggulangan gizi meliputi capaian pelaksanaan konsultasi pada ibu balita 75,3% (target 80%), capaian pemberian vitamin A pada bayi dan balita 85,3% (target 90%), capaian pemberian tablet Fe pada ibu hamil 93,6% (target 100%), capaian pemberian PMT Pemulihan 100% (100%), capaian Pusat Pemulihan Gizi (PPG) mencapai 56,3% (100%). Bila dicermati terlihat bahwa pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk melalui pemberian PMT Pemulihan

telah mencapai target dan pelaksanaan lainnya tidak mencapai target sesuai yang diharapkan.

Senada penelitian Pratiwi (2015), menyatakan program penanggulangan gizi buruk pada balita dan ibu hamil terlihat belum maksimal di Kecamatan Mempawah Hilir Kabupaten Pontianak. Penelitian Syahputra (2016) juga menjelaskan kekurangan sumber daya manusia, dana pada program penanggulangan gizi kurang hanya berupa PMT, sarana dan prasarana masih belum mendukung. Demikian juga pelaksanaan penyuluhan atau konseling gizi balita dinilai masih belum berjalan dengan baik.

Kasus gizi buruk belum mencapai tidak ada kasus seperti target yang diharapkan. Hal ini disebabkan upaya penanggulangan gizi buruk oleh pemerintah belum terselenggara secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan, tidak didukung fasilitas yang memadai, serta biaya kesehatan yang tinggi. Oleh karena itu, perlu kolaborasi yang kuat antar lintas sektoral dalam penanganan gizi buruk agar tidak ada kasus gizi buruk lagi pada tahun berikutnya.

Kesimpulan

Puskesmas Medan Deli belum meningkatkan penanganan gizi buruk. Hal ini dikarenakan dari segi input yaitu kurangnya Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) dan sarana serta prasarana tergolong minim. Sarana yang belum tersedia yaitu antropometri kit. Sarana PMT, MP-ASI, kapsul vitamin A, dan tablet Fe sudah tersedia. Prasarana gedung penyimpanan PMT dan MP-ASI sudah terpenuhi. Biaya operasional terbatas, biaya operasional berasal dari BOK Dinas Kesehatan dalam bentuk insentif kader dan dana transportasi. Dinas Kesehatan mengalokasikan dana untuk program penanggulangan gizi buruk dalam bentuk PMT-P dan MP-ASI ke puskesmas.

Program penanggulangan gizi buruk melalui penimbangan BB dan pengukuran TB, konsultasi gizi kepada keluarga balita gizi buruk rutin dilakukan setiap bulan di Posyandu dan melalui kunjungan rumah. Pemberian vitamin A dua kali setahun pada balita gizi buruk, Pemberian tablet Fe selama 3 bulan berturut-turut pada ibu hamil di posyandu dan puskesmas. Pemberian tablet Fe pada ibu hamil belum mencapai target sehingga perlu pedoman khusus dalam melakukan monitoring kepatuhan mengkonsumsi tablet tersebut. Pelaksanaan PMT Pemulihan sudah diberikan tepat sasaran tetapi kekurangan tenaga kesehatan untuk pemantauan konsumsi PMT berupa F75 dan F100 untuk mengetahui kepatuhan dalam mengkonsumsi formulas tersebut di lapangan.

Pusat Pemulihan Gizi (PPG) sebagai wadah dalam penanganan gizi buruk pada balita melalui rawat inap belum dimanfaatkan sepenuhnya oleh keluarga.

Cakupan program penanggulangan balita gizi buruk cenderung belum mencapai target dalam pemberian vitamin A, Tablet Fe dan, PPG belum mencapai target dan pemberian PMT pemulihan mencapai target. Prevalensi balita gizi buruk mengalami penurunan tetapi tidak signifikan hanya satu orang balita gizi buruk mengalami peningkatan berat badan menjadi normal.

Daftar Pustaka

- Adiyasa, I.N., Hadi, H., Gunawan, I. M. . (2010). Evaluasi program pemberian mp-asi bubuk instan dan biskuit di Kota Mataram, Kabupaten Lombok Barat, Lombok Timur, dan Bengkulu Utara. *Indonesia, Jurnal Gizi Klinik*, 6(3), 145–155.
- Ciptaningtyas, R., Sumantri, A., & Ramadhan, M. A. (2012). Evaluasi berat badan tidak naik pada bayi di bawah dua tahun warga miskin setelah pemberian MP-ASI. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7(5), 227–232.
- Didah. (2020). Pengetahuan kader tentang sistem 5 meja di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Jatinangor Kabupaten Sumedang. *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 6(1), 95–98. <https://doi.org/10.33024/jkm.v6i1.2303>
- Dinas Kesehatan Kota Medan. (2019). *Profil Dinas Kesehatan Kota Medan tahun 2019*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. (2018). *Rapat Kerja Kesehatan Daerah Provinsi Sumatera Utara Tahun 2018*.
- Ernawati, A. (2019). Analisis implementasi program penanggulangan gizi buruk pada anak balita di Puskesmas Jakenan Kabupaten Pati. *Jurnal Litbang: Media Informasi Penelitian, Pengembangan Dan IPTEK*, 15(1), 39–50. <https://doi.org/10.33658/jl.v15i1.131>
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Buku saku pemantauan status gizi balita tahun 2017*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Kemenkes tingkat status gizi masyarakat*. <https://www.kemkes.go.id/article/view/19081600004/kemenkes-tingkatkan-status-gizi-masyarakat.html>
- Khoiriah, A., L. (2020). Pemberian tablet zat besi (fe) pada ibu hamil di Posyandu Mawar Berduri Rt 05 Kelurahan Tuan Kentang Kecamatan Jakabaring Kota Palembang. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kebidanan*, 2(1), 1–8.

- <http://103.97.100.145/index.php/JPMK/article/view/5360/4698>
- Lubis, Z., Tampubolon, E., J. (2012). Analisis implementasi program penanggulangan gizi buruk pada anak balita di wilayah kerja Puskesmas Medan Labuhan, Kota medan Tahun 2008. *Penel Gizi Makan*, 53(1), 70–77.
- Masro, A., Edison, & Gracediani, L. (2014). Implementasi penanggulangan gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Sungai Limau Kabupaten Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(1), 21–26.
- Osborn, D., Cutter A., Ullah, F. (2015). *Universal sustainable trend goal's*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 21 Tahun 2015 tentang Standar Kapsul Vitamin A.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 23 tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi.
- Pratiwi, K. (2015). Implementasi program penanggulangan gizi buruk pada balita dan ibu hamil di Kecamatan Mempawah Hilir Kabupaten Pontianak. *Ublika, Jurnal S-1 Ilmu Administrasi Negara*, 4(2), 1–19.
- Rusdiarti. (2019). Analisis pengukuran ketepatan antropometri tinggi badan balita pada pelatihan kader posyandu di Panduman Kecamatan Jelbuk. *Health Information Jurnal Penelitian*, 11(2), 173–181.
- Safitri, W. (2018). *Hubungan penyakit jantung bawaan dengan status gizi anak di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan*. Universitas Sumatera Utara.
- Sari, V.Y., Hartati, S. (2019). Pelaksanaan kegiatan posyandu dalam meningkatkan kesehatan batita di Tanjung Batang, Kapas, Inderapura Barat. *Golden Age: Jurnal Ilmiah Tumbuh Kembang Anak Usia Dini*, 4(3), 1–8. <https://doi.org/10.14421/jga.2019.43-01>
- Septiani, W. (2017). Pelaksanaan Program Pemberian Tablet Zat Besi (Fe) pada Ibu Hamil. *Journal of Midwifery Science*, 1(2), 86–92.
- Sihombing, K., Kandarina, B.J. I., S. (2016). Peran lurah, petugas kesehatan, dan kader dalam partisipasi ibu balita ke posyandu di wilayah cakupan D/S terendah dan tertinggi di Kota Jambi. *Jurnal Gizi Dan Dietetik Indonesia (Indonesian Journal of Nutrition and Dietetics)*, 3(2), 87. [https://doi.org/10.21927/ijnd.2015.3\(2\).87-97](https://doi.org/10.21927/ijnd.2015.3(2).87-97)
- Sulastris, M., Suryani, I.S., Lutfi, B. (2020). Gambaran pengetahuan kader posyandu tentang vitamin a dan cakupan pemberian vitamin a pada balita di Posyandu “S.” *Jurnal Keperawatan & Kebidanan*, 4(1), 17–23.
- Syahputra, R. (2016). Evaluasi program penanggulangan gizi kurang di wilayah kerja Puskesmas Bugangan Kecamatan Semarang Timur Kota Semarang. In *Skripsi*. Universitas Negeri Semarang.