

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN LUMAJANG
TANGGAL 15 FEBRUARI – 12 MARET 2010**

**ANALISIS KEBERHASILAN PROGRAM PMT-PEMULIHAN PADA
BALITA GIZI BURUK DI KABUPATEN LUMAJANG
(STUDI KASUS DI PUSKESMAS ROGOTRUNAN)**



**Oleh :
FITRIA HASTUTIK IS HARTONO
NIM. 100610012**

**DEPARTEMEN GIZI KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010**

KATA PENGANTAR

Segala puji tercurah kepada Allah SWT atas limpahan rahmat dan karuniaNya, pada kesempatan ini saya dapat menyelesaikan laporan magang yang berjudul “Analisis Keberhasilan Program PMT-Pemulihan Pada Balita Gizi Buruk Di Kabupaten Lumajang” dalam wilayah kerja Dinas Kesehatan dan Puskesmas Rogotruman di Kabupaten Lumajang sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka pelaksanaan program magang yang diadakan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga tahun 2010.

Tersusunnya laporan magang ini tidak terlepas dari bimbingan dan saran yang diberikan kepada saya, untuk itu saya ucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. H. J. Mukono,dr., M.S., M.PH, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Ibu Dr. Hj. Sri Adiningsih,dr., M.S., M.CN., selaku Ketua Departemen Gizi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
3. Ibu Sri Sumarmi, S.KM, M.Si selaku pembimbing departemen yang saya hormati dan sabar memberikan petunjuk, saran, dan koreksi.
4. Bapak Arif Zulkarnain, S.KM selaku Kepala Sie Gizi di Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang dan selaku pembimbing instansi yang saya hormati yang telah memberi saran dan kritik yang sifatnya membangun dan bermanfaat.
5. Bapak dr. Bayu Wibowo, Ign. selaku Kepala Puskesmas Rogotruman dan pembimbing instansi yang saya hormati yang telah memberi saran dan kritik yang sifatnya membangun dan bermanfaat.

6. Ibu Ainul Khuriyah, Amd.Gizi selaku pembimbing di lapangan yang telah banyak membantu memperlancar pelaksanaan magang dan mengajarkan banyak hal mengenai fenomena kesehatan yang terjadi di masyarakat.
7. Para staff Tenaga Kesehatan di Dinas Kesehatan dan Puskesmas Rogotrunan yang telah membantu dan memberikan banyak pengalaman didunia kerja, serta memberikan data-data untuk keperluan laporan magang ini.
8. Ayah-bunda dan saudaraku semua atas segala kasih sayang yang diberikan selama ini dan tiada henti berdo'a untuk kesejahteraan keluarga ini terlebih orang tuaku yang selalu mendukung aku agar tegar dan sabar dalam menjalani hidup ini.
9. Sahabat dan teman aku semuanya terima kasih buat diskusi dan masukannya selama ini.

Semoga Allah SWT selalu meridhoi segala amal baik kita dan semoga laporan magang ini dapat berguna untuk penulis sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan.Amiin...

Lumajang, Juni 2010

Penulis

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
2.1	Indikator Pertumbuhan Menurut Z-Score	11
3.1	Rincian Kegiatan Magang di Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang	28
4.1	Program, Kegiatan, dan Indikator Pencapaian Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang Tahun 2008	38
4.2	Distribusi Jumlah Penduduk Kecamatan Lumajang	48
4.3	Distribusi Jumlah Kader dan Dukun Bayi	49
4.4	Perubahan Status Gizi Buruk tahun 2009/2010	67
4.5	Perubahan Status Gizi Buruk tahun 2009/2010	68
4.6	Distribusi Riwayat ASI-Eksklusif Balita Sasaran PMT-P	69
4.7	Distribusi Umur Pemberian MP-ASI Pada Balita Sasaran PMT-P	70
4.8	Distribusi Frekuensi Sakit Balita Pada Saat Menerima PMT-P	70
4.9	Distribusi Penyakit yang Sering Diderita Balita Sasaran PMT-P	71
4.10	Distribusi Pendidikan Ayah Balita Sasaran PMT-P	72
4.11	Distribusi Pendidikan Ibu Balita Sasaran PMT-P	72
4.12	Distribusi Pendapatan Keluarga Balita Sasaran PMT-P	73
4.13	Distribusi Jumlah Anggota Keluarga Balita Sasaran PMT-P	73
4.14	Distribusi Pengetahuan Gizi Ibu Balita Sasaran PMT-P	74

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
2.1	Faktor-faktor Penyebab Terjadinya Gizi Buruk	12
4.1	Struktur Organisasi Tim Gerbangmas Kabupaten Lumajang	55
4.2	Struktur Organisasi Sekretariat Tetap Gerbangmas	56
4.3	Alur Pikir Gerbangmas	57
4.4	Siklus Kegiatan Gerbangmas	57

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran
1	Lembar Catatan Kegiatan dan Absensi Magang
2	Surat Ijin Magang
3	Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang
4	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Lumajang “Urusan Kesehatan”
5	Struktur Organisasi Puskesmas Rogotruman
6	Struktur Organisasi Puskesmas Rogotruman ISO 9001:2000
7	Alur Kerja Puskesmas Rogotruman
8	Lembar Penelitian Karakteristik Balita Sasaran PMT-P

HALAMAN PENGESAHAN

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI DINAS KESEHATAN KABUPATEN LUMAJANG**

Disusun Oleh :
FITRIA HASTUTIK IS HARTONO
NIM. 100610012

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen

Tanggal, April 2010

Sri Sumarmi, S.KM, M. Si
NIP. 132 014 886

Pembimbing Instansi I di Dinas Kesehatan Lumajang

Tanggal, April 2010

Arif Zulkarnain, S.KM
NIP. 19680225 198903 1 007

Mengetahui
Ketua Departemen Gizi Kesehatan,

Tanggal, April 2010

Dr. dr. Hj. Sri Adiningsih, M.S.,M.CN
NIP. 130 687 611

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan	4
1.3 Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Gizi Buruk.....	6
2.1.1 Pengertian Gizi Buruk.....	6
2.1.2 Klasifikasi dan Gejala Klinis Gizi Buruk.....	7
2.1.3 Indikator Pertumbuhan Menurut Z-Scores	10
2.1.4 Penyebab Adanya Balita Kurang Gizi	12
2.2 Penemuan Kasus balita Gizi Buruk	18
2.3 Pemantauan Pertumbuhan Balita	18
2.4 Program Pemberian Makanan Tambahan	21
2.5 Tujuan Pemberian Makanan tambahan.....	21
2.5.1 Tujuan Umum PMT	21
2.5.2 Tujuan Khusus PMT	22
2.6 Sasaran Pemberian Makanan Tambahan	22
2.7 Syarat Makanan Balita.....	23
2.8 PMT-Pemulihan	24
2.8.1 Pengertian PMT-Pemulihan.....	24
2.8.2 Tujuan PMT-Pemulihan.....	24
2.9 Ketentuan PMT	24
2.10 Model Penyelenggara.....	26
2.11 Indikator Keberhasilan Program	27
BAB III METODE KEGIATAN MAGANG	28
3.1 Lokasi Magang.....	28
3.2 Waktu Pelaksanaan Magang	28
3.3 Metode Kegiatan	29
3.4 Teknik Pengumpulan data	29

BAB IV HASIL KEGIATAN	30
4.1 Gambaran Umum Kabupaten Lumajang	30
4.1.1 Keadaan Geografis	30
4.1.2 Keadaan Demografi	30
4.2 Gambaran Umum Dinas Kesehatan	31
4.2.1 Visi dan Misi Dinas kesehatan.....	31
4.2.1.1 Visi Dinas Kesehatan	31
4.2.1.2 Misi Dinas Kesehatan	32
4.2.2 Tujuan Dinas Kesehatan	32
4.2.3 Struktur Organisasi	33
4.2.4 Tenaga Kesehatan	34
4.2.5 Sasaran Pembangunan Kesehatan Dinas Kesehatan	35
4.2.6 Program dan Kegiatan.....	37
4.2.7 Bidang Kesehatan keluarga.....	41
4.2.7.1 Sie Kesehatan Keluarga	41
4.2.7.2 Uraian Tugas Pokok dan Fungsi	42
4.2.8 Alur Kerja Sie Gizi	43
4.2.9 Program Kesehatan Keluarga	44
4.2.10 Program PMT-Pemulihan di Dinas Kesehatan	45
4.3 Gambaran Umum Puskesmas Rogotrungan	47
4.3.1 Keadaan Geografi	47
4.3.2 Keadaan Demografis.....	48
4.3.3 Profil Puskesmas Rogotrungan	49
4.3.3.1 Visi Puskesmas Rogotrungan	49
4.3.3.2 Misi Puskesmas Rogotrungan.....	49
4.3.3.3 Kebijakan Mutu	49
4.3.3.4 Tujuan Puskesmas Rogotrungan.....	50
4.3.3.5 Struktur Organisasi Puskesmas Rogotrungan	51
4.3.3.6 Susunan Program dan Alur Kerja	51
4.3.3.7 Upaya Perbaikan Gizi	51
4.4 Gerbangmas	54
4.4.1 Pengertian Gerbangmas	54
4.4.2 Latar Belakang Gerbangmas.....	55
4.4.3 Struktur Organisasi Gerbangmas	56
4.4.4 Uraian Pengorganisasian Gerbangmas	56
4.4.4.1 Alur Pikir Gerbangmas	57
4.4.4.2 Siklus Kegiatan	57
4.4.4.3 Pelaksanaan Kegiatan Lapangan.....	57
4.4.5 Tujuan dan Sasaran Gerbangmas.....	61
4.4.6 Indikator Gerbangmas.....	62
4.4.7 Fungsi Posyandu Gerbangmas.....	62
4.5 Program PMT-Pemulihan di Puskesmas Rogotrungan....	65
4.5.1 Penemuan Balita Gizi Buruk.....	65

4.5.2 Pelaksanaan PMT-P di Puskesmas Rogotrunan	66
4.5.3 Data Balita Penerima PMT-P.....	66
4.5.4 Pemanfaatan PMT-P oleh Keluarga Balita Gizi Buruk ..	74
4.6 Hasil Kegiatan Monev Bulan Intensifikasi Penimbangan Bulan Februari 2010	75
4.7 Hasil Kegiatan di Posyandu	76
BAB V PEMBAHASAN	78
5.1 Analisis Keberhasilan PMT-P Balita Gizi Buruk	78
5.1.1 Karakteristik Balita Penerima PMT-P	78
5.1.2 Karakteristik Keluarga Balita Sasaran PMT-P	81
5.1.3 Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu Balita.....	84
5.2 Rekomendasi Untuk Kegiatan PMT-P.....	85
BAB VI PENUTUP	88
6.1 Kesimpulan	88
6.2 Saran	89
DAFTAR PUSTAKA	90
LAMPIRAN	

DAFTAR SINGKATAN

AKG	: Angka Kecukupan Gizi
ASI	: Air Susu Ibu
BB	: Berat Badan
BGM	: Balita di bawah Garis Merah
BMC	: Bahan Makanan Campuran
BP	: Balai Pengobatan
BB/U	: Berat Badan/Umur
GAKY	: Gangguan Akibat Kurang Yodium
IMT	: Indeks Massa Tubuh
IU	: International Unit
KB	: Keluarga Berencana
KEK	: Kurang Energi Kronis
KEP	: Kurang Energi Protein
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KMS	: Kartu Menuju Sehat
KVA	: Kurang Vitamin A
LILA	: Lingkar Lengan Atas
MP-ASI	: Makanan Pendamping ASI
PMT-P	: Pemberian Makanan Tambahan-Pemulihan
PPG	: Panti Pemulihan Gizi
POZI	: Pojok Gizi
PUGS	: Pedoman Gizi Seimbang
SDM	: Sumber Daya Manusia
TB	: Tinggi Badan
TB/U	: Tinggi Badan/Umur
UPGK	: Usaha Perbaikan Gizi Keluarga
WHO-NCHS	: World Health Organization-Nasional Center for Health Statistic

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perkembangan dunia kerja yang semakin pesat seiring dengan perkembangan dunia pendidikan. Untuk mengikuti perkembangan dunia kerja yang semakin global, dibutuhkan lulusan yang siap terutama dalam hal ketrampilan dilapangan. Salah satu program yang bertujuan untuk meningkatkan ketrampilan mahasiswa sebelum memasuki dunia kerja yang sesungguhnya adalah program magang.

Pengertian magang adalah kegiatan mandiri mahasiswa yang dilaksanakan di luar lingkungan kampus untuk mendapatkan pengalaman kerja praktis yang sesuai dengan bidang peminatannya melalui metode observasi dan partisipasi. Kegiatan magang dilaksanakan sesuai dengan formasi struktural dan fungsional pada instansi tempat magang baik pada lembaga pemerintah atau lembaga swadaya (FKM, 2010).

Pelaksanaan kegiatan magang khususnya bagi mahasiswa peminatan Gizi Kesehatan Masyarakat adalah di Sub Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang. Dengan kegiatan magang diharapkan mahasiswa dapat mengetahui seluruh aktivitas dan prosedur kerja yang ada di Dinas Kesehatan dan Puskesmas serta mampu menerapkan teori bidang gizi kesehatan masyarakat dan mampu mensosialisasikannya. Selain itu mahasiswa sebagai calon Sarjana Kesehatan Masyarakat (S.KM) diharapkan mampu mengatasi setiap hambatan dan memanfaatkan sumber daya yang ada untuk memecahkan masalah kesehatan yang dihadapi.

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Daerah yang melaksanakan pelayanan upaya kesehatan secara paripurna pada masyarakat di wilayah kerja tertentu. Puskesmas tidak lain adalah pusat pembangunan kesehatan yang berfungsi untuk mengembangkan dan membina kesehatan masyarakat serta menyelenggarakan pelayanan kesehatan terdepan dan terdekat dengan masyarakat dalam bentuk kegiatan pokok yang menyeluruh dan terpadu di wilayah kerjanya (Wijono, 1997).

Salah satu fungsi Puskesmas adalah memberikan pelayanan dalam upaya perbaikan gizi masyarakat. Masalah – masalah gizi masyarakat yang ada di Indonesia yang masih menjadi perhatian bagi tenaga kesehatan antara lain : Kurang Energi Protein (KEP), Kekurangan Vitamin A (KVA), Anemia Defisiensi Gizi, Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), dan masalah Gizi Lebih (Obesitas).

Salah satu kegiatan yang harus dilakukan dalam kegiatan magang adalah melakukan pengkajian terhadap salah satu kasus pada instansi tempat magang dilaksanakan. Salah satu masalah gizi yang ada di Kabupaten Lumajang adalah masih adanya Balita Gizi Buruk, walaupun Dinas Kesehatan telah melaksanakan program PMT (Pemberian Makanan Tambahan) Pemulihan. Program tersebut bertujuan untuk memperbaiki dan memulihkan status gizi bayi dan balita gizi buruk di wilayah kerja Dinas Kabupaten Lumajang. Program PMT-Pemulihan merupakan program pemerintah dalam upaya memenuhi kewajibannya untuk menanggulangi masalah kesehatan dan gizi pada keluarga miskin. Intervensi gizi melalui pemberian makanan tambahan (*food based intervention*) khusus kepada keluarga rawan gizi akan menjadi intervensi utama. Sasaran program PMT-Pemulihan adalah bayi dan balita yang kurva berat badan menurut umur berada di bawah garis merah (BGM) pada Kartu Menuju Sehat (KMS) atau bayi dan balita yang mengalami status gizi buruk. Sasaran tersebut dikhususkan pada bayi dan balita yang berasal dari keluarga miskin. Gizi Buruk menunjukkan bahwa bayi dan balita mengalami Kekurangan Energi Protein (KEP) tingkat sedang dan berat.

Berdasarkan data statistik kesehatan Departemen Kesehatan (Depkes) Republik Indonesia tahun 2005 dari 241.973.879 penduduk Indonesia, enam persen atau sekitar 14,5 juta orang menderita gizi buruk. Penderita gizi buruk pada umumnya anak-anak di bawah usia lima tahun (balita). Depkes juga telah melakukan pemetaan dan hasilnya menunjukkan bahwa penderita gizi kurang di temukan 72% diseluruh kabupaten di Indonesia. Indikasinya 2-4 dari 10 balita menderita gizi kurang (Nurlianti, 2006).

Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Jawa Timur tahun 2007, prevalensi gizi kurang dan buruk di Provinsi Jawa Timur adalah 17,4%

dan sudah mencapai target nasional perbaikan gizi tahun 2015 (20%) dan MDGs 2015 (18,5%). Sedangkan di Kabupaten Lumajang kategori status gizi berat badan menurut umur (BB/U) adalah gizi buruk sebesar 3,1%, gizi kurang sebesar 15,0%, gizi normal atau baik adalah 78,8%, dan gizi lebih 3,1%. Untuk prevalensi balita pendek dan sangat pendek di propinsi Jawa Timur adalah 34,8%. Dan kabupaten Lumajang termasuk 14 kabupaten yang mempunyai balita sangat pendek sebesar 21,1% dan 16,7% pendek untuk indikator pertumbuhan tinggi badan menurut umur.

Kabupaten Lumajang sampai dengan Bulan Agustus 2009 memiliki total 0,62% atau 477 balita yang mengalami gizi buruk. Kabupaten Lumajang memiliki 25 puskesmas yang tersebar di 21 kecamatan. Berdasarkan Hasil Intensifikasi Penimbangan Agustus 2009 di Kabupaten Lumajang diperoleh angka status balita gizi buruk tahun 2009 per wilayah kerja puskesmas yang memiliki angka gizi buruk tertinggi adalah di wilayah kerja Puskesmas Tunjung yaitu 1,15%, sedangkan wilayah kerja yang paling sedikit memiliki bayi dan balita gizi buruk yaitu Puskesmas Tempursari yang memiliki angka gizi buruk sebesar 0,23%.

Lokasi yang dipilih dalam kegiatan ini adalah Puskesmas Rogotruran Kecamatan Lumajang, berdasarkan Hasil Intensifikasi Penimbangan Bulan Agustus tahun 2009 di Kabupaten Lumajang bahwa di wilayah kerja Puskesmas Rogotruran tersebut mempunyai angka bayi dan balita yang mempunyai status gizi buruk sebesar 0,53% atau 35 anak. Kecamatan Lumajang terletak dipusat pemerintahan Kabupaten Lumajang, tetapi di Kecamatan Lumajang sendiri masih ada balita yang menderita status gizi buruk.

Keberhasilan PMT-Pemulihan bukan hanya menjadi tanggung jawab pihak Puskesmas Rogotruran, melainkan semua pihak terutama keluarga bayi dan balita yang berstatus gizi buruk. Peran keluarga sangat besar dalam ketepatan pemanfaatan PMT-Pemulihan yang diterima karena keluarga merupakan tempat bayi atau balita memenuhi kebutuhan gizi untuk tumbuh dan berkembang. Oleh karena itu, pada kegiatan magang di Puskesmas Rogotruran ini difokuskan untuk menganalisis karakteristik keluarga bayi atau

balita berstatus gizi buruk yang telah menerima PMT-Pemulihan di Kecamatan Lumajang.

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum

Mempelajari program perbaikan gizi yang ada di Dinas Kesehatan dan Puskesmas Rogotrunan di Kabupaten Lumajang.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mempelajari alur kerja, susunan organisasi, struktur organisasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang.
2. Mempelajari perencanaan program penanggulangan masalah gizi, analisis situasi permasalahan gizi, prioritas masalah gizi, alternatif pemecahan masalah gizi di tingkat Dinas Kesehatan.
3. Mempelajari alur kerja, susunan organisasi, dan struktur organisasi di Puskesmas.
4. Mempelajari dan menganalisa keberhasilan program PMT-Pemulihan pada balita gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan.
5. Membantu dalam *problem solving* masalah gizi yaitu penanggulangan balita berstatus gizi buruk melalui program PMT-Pemulihan di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan.

1.3 Manfaat Magang

1.3.1 Bagi Mahasiswa

Mahasiswa mampu mengaplikasikan ilmu pengetahuan dibidang gizi yang telah diperoleh selama kuliah, sehingga pengalaman, pengetahuan, dan ketrampilan kerja, penyesuain sikap, dan rasa di dunia kerja nyata dapat bertambah.

1.3.2 Bagi Sie Kesehatan Keluarga (Sub Sie Gizi) Dinas Kesehatan Di Kabupaten Lumajang

Memperoleh informasi dari hasil pengamatan langsung di lapangan tentang kegiatan yang telah dilaksanakan oleh Puskesmas.

1.3.3 Bagi Puskesmas

Memperoleh informasi dan masukan sebagai bahan pertimbangan menentukan kebijakan yang akan datang.

1.3.4 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Memperoleh gambaran atau informasi pelaksanaan program untuk mengatasi masalah gizi buruk yang ada di Dinas Kesehatan dan Puskesmas sebagai bahan acuan pengembangan proses belajar mahasiswa.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gizi Buruk

2.1.1 Pengertian Gizi Buruk

Gizi buruk disebut juga *severe malnutrition*. Keadaan kurang zat gizi tingkat berat yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energy dan protein dalam waktu cukup lama yang ditandai dengan berat badan menurut umur BB/U yang berada pada $< -3SD$ tabel baku WHO-MGRS (Departemen Kesehatan, 2007).

Gizi buruk adalah suatu kondisi dimana seseorang dinyatakan kekurangan nutrisi, atau dengan ungkapan lain status nutrisinya berada di bawah standar rata-rata. Nutrisi yang dimaksud bisa berupa protein, karbohidrat dan kalori. Di Indonesia, kasus KEP (Kurang Energi Protein) adalah salah satu masalah gizi utama yang banyak dijumpai pada balita.

Status Gizi adalah ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variable tertentu, atau perwujudan dari *nutriture* dalam bentuk variabel tertentu (Supariasa,2001). Sedangkan menurut Almatsier (2001), status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Dibedakan antara status gizi buruk, kurang, baik dan lebih.

Status gizi balita dapat dikatakan dalam keadaan baik dan dalam keadaan buruk. Status gizi baik merupakan gambaran dari keadaan seimbang antara kebutuhan seseorang akan pangan dan gizi dengan jumlah asupan pangan yang diserap oleh tubuh. Keadaan ini sangat mendukung kondisi kesehatan seseorang yang terkait dengan kekebalan tubuhnya. Sedangkan gizi buruk merupakan kebalikan dari situasi gizi seimbang.

Kurang Energi Protein (KEP) disebabkan oleh kekurangan makan sumber energi secara umum dan kekurangan sumber protein. Pada anak-anak, KEP dapat menghambat pertumbuhan, rentan terhadap penyakit terutama penyakit infeksi dan mengakibatkan rendahnya tingkat kecerdasan (Almatsier, 2001). Sedangkan pada orang dewasa, KEP menurunkan produktivitas kerja dan derajat kesehatan sehingga rentan terhadap penyakit.

2.1.2 Klasifikasi dan Gejala Klinis Balita KEP Berat/Gizi Buruk

Berdasarkan tanda-tanda klinisnya, Kurang Energi Protein (KEP) pada balita dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Marasmus

1. Penampilan

Muka seorang penderita marasmus menunjukkan wajah seorang tua. Anak terlihat sangat kurus (*vel over been*) karena hilangnya sebagian besar lemak dan otot-ototnya.

2. Perubahan Mental

Anak menangis, juga setelah mendapat makan oleh sebab masih merasa lapar. Kesadaran yang menurun (apati) terdapat pada penderita marasmus yang berat.

3. Kelainan pada kulit tubuh

Kulit biasanya kering, dingin, dan mengendor disebabkan hilangnya banyak lemak di bawah kulit serta otot-ototnya.

4. Kelainan pada rambut kepala

Walaupun tidak sering seperti pada penderita kwashiorkor, adakalanya tampak rambut yang kering, tipis dan mudah rontok.

5. Lemak di bawah kulit

Lemak subkutan menghilang hingga turgor kulit mengurang.

6. Otot-otot

Otot-otot atrofis, hingga tulang-tulang terlihat lebih jelas.

7. Saluran pencernaan

Penderita marasmus lebih sering menderita diare atau konstipasi.

8. Jantung

Tidak jarang terdapat bradikardi.

9. Tekanan darah

Pada umumnya tekanan darah penderita lebih rendah dibandingkan dengan anak sehat seumur.

10. Saluran nafas

Terdapat pula frekuensi pernafasan yang mengurang.

11. Sistem darah

Pada umumnya ditemukan kadar hemoglobin yang agak rendah.

(Pudjiadi, 2000)

b. Kwashiorkor

1. Penampilan

Penampilannya seperti anak yang gemuk (*suger baby*) bilamana dietnya mengandung cukup energi disamping kekurangan protein, walaupun dibagian tubuh lainnya, terutama di pantatnya terlihat adanya atrofi.

2. Gangguan pertumbuhan

Pertumbuhan terganggu, berat badan di bawah 80% dari baku havard persentil 50 walaupun terdapat edema, begitu pula tinggi badannya terutama jika KEP sudah berlangsung lama.

3. Perubahan mental

Perubahan mental sangat mencolok. Pada umumnya mereka banyak menangis, dan pada stadium lanjut bahkan sangat apatis.

4. Edema

Edema baik yang ringan maupun yang berat ditemukan pada sebagian besar penderita kwashiorkor. Walaupun jarang, asites dapat mengiringi edema.

5. Atrofi otot

Atrofi otot selalu ada hingga penderita tampak lemah dan berbaring terus menerus, walaupun sebelum menderita penyakit demikian sudah dapat berjalan-jalan.

6. Sistem Gastro-intestinum

Gejala saluran pencernaan merupakan gejala penting. Pada anoreksia yang berat penderita menolak segala macam makanan, hingga adakalanya makanan hanya dapat diberikan melalui sonde lambung. Diare tampak pada sebagian besar penderita, dengan feses yang cair dan mengandung banyak asam laktat karena mengurangnya produksi laktase dan enzim disaharidase lain. Adakalanya diare demikian disebabkan pula oleh cacing dan parasit lain.

7. Perubahan rambut

Perubahan rambut sering dijumpai, baik mengenai bangunnya (*texture*) maupun warnanya. Sangat khas bagi penderita kwashiorkor ialah rambut yang mudah dicabut. Misalnya tarikan ringan di daerah temporal menghasilkan tercabutnya seberkas rambut tanpa reaksi si penderita. Pada penyakit kwashiorkor yang lanjut dapat terlihat rambut kepala yang kusam, kering, halus, jarang dan berubah warnanya. Warna rambut yang hitam menjadi merah, coklat, kelabu, maupun putih. Rambut alispun menunjukkan perubahan demikian, akan tetapi tidak demikian dengan rambut matanya yang justru memanjang.

8. Perubahan kulit

Kelainan kulit tersebut dimulai dengan titik-titik merah menyerupai *petehia*, berpadu menjadi bercak yang lambat laun menghitam. Setelah bercak hitam mengelupas, maka terdapat bagian-bagian yang merah dikelilingi oleh batas-batas yang masih hitam. Perubahan kulit lainpun dapat ditemui, seperti kulit yang kering dengan garis kulit yang mendalam tanpa tanda-tanda inflamasi. Kadang-kadang pada kasus yang sangat lanjut ditemui *petehia* tanpa trombositopenia dengan prognosis yang buruk bagi si penderita.

9. Pembesaran hati

Hati yang membesar merupakan gejala yang sering ditemukan. Kadang-kadang batas hati terdapat setinggi pusar. Hati yang membesar dengan mudah dapat diraba dan terasa kenyal pada rabahan dengan permukaan yang licin dan pinggir yang tajam. Sediaan hati demikian jika dilihat dibawah mikroskop menunjukkan, bahwa banyak sel hati yang terisi dengan lemak.

10. Anemia

Anemia ringan selalu ditemukan pada penderita. Bilamana kwashiorkor disertai oleh penyakit lain, terutama *ankylostomiasis*, maka dapat dijumpai anemia yang berat. Jenis anemia pada kwashiorkor bermacam-macam, seperti normositik normokrom,

mikrositik hipokrom, makrositik hiperkrom dan sebagainya. Perbedaan macam anemia pada kwashiorkor dapat dijelaskan oleh kekurangan berbagai faktor yang mengiringi kekurangan protein, seperti zat besi, asam folik, vitamin B12, vitamin C, tembaga, insufisiensi hormon, dan sebagainya. Macam anemia yang terjadi menunjukkan faktor mana yang lebih dominan. Pada pemeriksaan sumsum tulang sering ditemukan mengurangnya sel sistem eripoitik. Hipoplasia atau aplasia sumsum tulang demikian disebabkan terutama oleh kekurangan protein dan infeksi menahun.

(Pudjiadi, 2000: 109)

c. Marasmus Kwarshiorkor

Menurut Pudjiadi (2000) penyakit kwashiorkor marasmik memperlihatkan gejala campuran antara penyakit marasmus dan kwarshiorkor. Makanan sehari-harinya tidak cukup mengandung protein dan juga energi untuk pertumbuhan yang normal. Pada penderita demikian disamping menurunnya berat badan di bawah 60% dari normal memperlihatkan tanda-tanda kwashiorkor, seperti edema, kelainan rambut, kelainan kulit, sedangkan kelainan biokimiawi terlihat pula.

2.1.3 Indikator Pertumbuhan menurut Z-Scores

Tabel dibawah ini memberikan satu rnkasan definisi masalah pertumbuhan berdasarkan z-scores. Perhatikan bahwa suatu indikator dimasukkan dalam definisi tertentu dengan cara diplotkan di atas atau di bawah garis z-scores tertentu. Jika hasil plot tepat pada garis z-score, maka dianggap masuk kategori yang lebih ringan. Nilai titik pada yang diplot pada grafik pertumbuhan dengan menggunakan tabel dibawah ini untuk menentukan apakah ada masalah pertumbuhan. Hasil pengukuran pada kotak yang diblok termasuk dalam kategori normal.

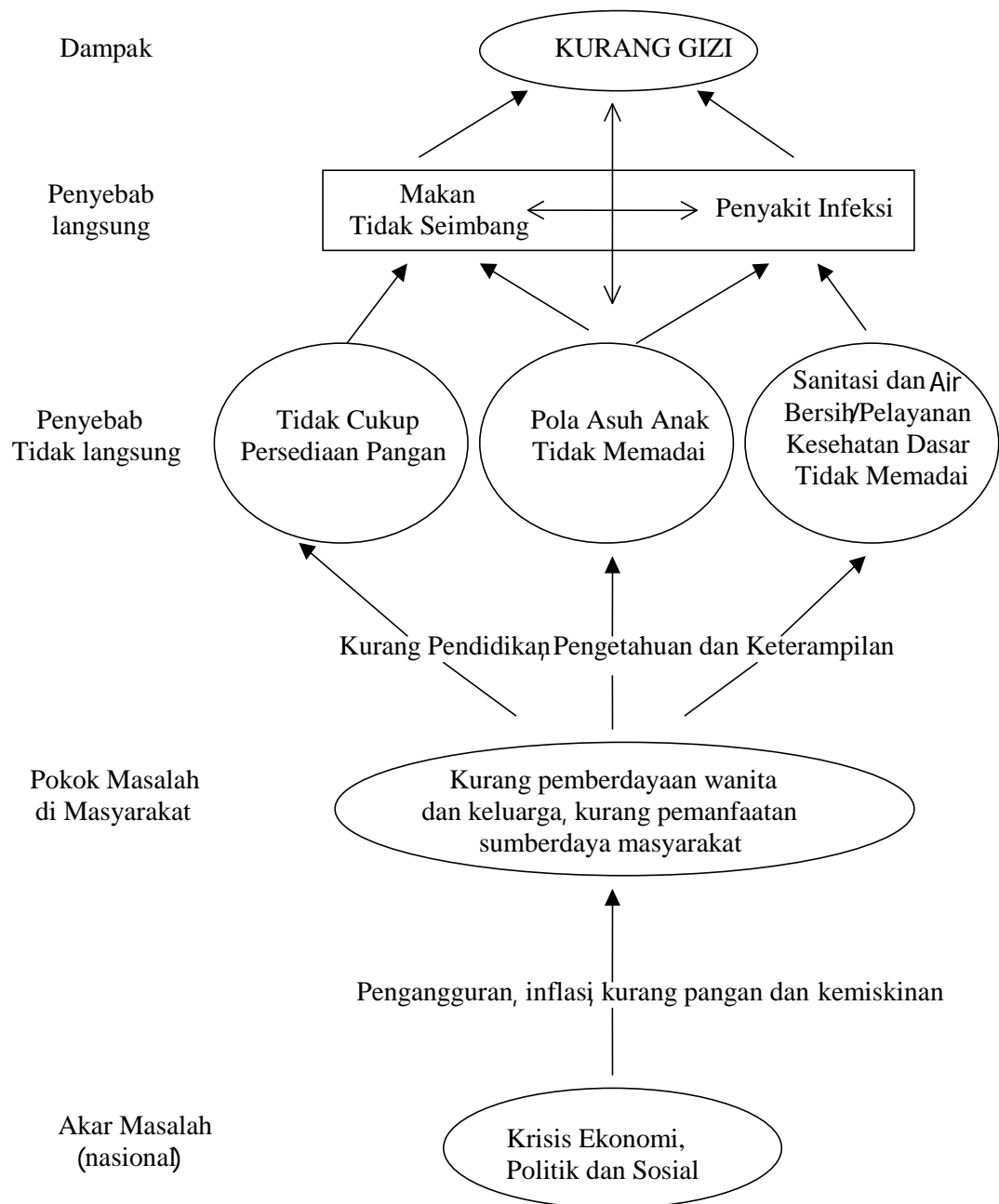
Tabel 2.1 Indikator Pertumbuhan Menurut Z-Score

Z-Score	Indikator Pertumbuhan			
	PB/U atau TB/U	BB/U	BB/PB atau BB/TB	IMT/U
Di atas 3	Lihat catatan 1	Lihat catatan 2	Sangat gemuk (obesitas)	Sangat gemuk (obesitas)
Di atas 2			Gemuk (overweight)	Gemuk (overweight)
Di atas 1			Risiko gemuk (lihat catatan 3)	Risiko gemuk (lihat catatan 3)
0 (angka median)				
Di bawah -1				
Di bawah -2	Pendek atau stunted (Lihat catatan no. 4)	BB Kurang (Underweight)	Kurus (Wasted)	Kurus (Wasted)
Di bawah -3	Sangat pendek atau Severe stunted (Lihat catatan no. 4)	BB Sangat Kurang (Severe Underweight)	Sangat Kurus (Severe Wasted)	Sangat Kurus (Severe Wasted)

Catatan:

1. Seorang anak pada kategori ini termasuk sangat tinggi dan biasanya tidak menjadi masalah kecuali anak yang sangat tinggi mungkin mengalami gangguan endokrin seperti adanya tumor yang memproduksi hormon pertumbuhan. Rujuklah anak tersebut jika diduga mengalami gangguan endokrin (misalnya anak yang tinggi sekali menurut umurnya, sedangkan tinggi orang tua normal).
2. Seorang anak berdasarkan BB/U pada kategori ini, kemungkinan mempunyai masalah pertumbuhan, tetapi akan lebih baik bila anak ini dinilai berdasarkan indikator BB/PB atau BB/TB atau IMT/U.
3. Hasil plotting di atas 1 menunjukkan kemungkinan resiko. Bila kecenderungannya menuju garis z-scores 2 berarti resiko lebih pasti.
4. Anak yang pendek atau sangat pendek, kemungkinan akan menjadi gemuk bila mendapat intervensi gizi yang salah.

2.1.4 Penyebab Adanya Balita Kurang Gizi



Bagan 2.1 Faktor-faktor penyebab adanya balita kurang gizi

Sumber: Unicef 1998

Krisis ekonomi, politik dan sosial merupakan akar permasalahan dari timbulnya masalah gizi. Krisis ini akan menimbulkan berbagai persoalan di masyarakat antara lain pengangguran, kemiskinan karena rendahnya

pendapatan dan harga bahan pangan yang tinggi. Dapat dilihat pada bagan 2.1 Faktor-faktor penyebab adanya balita gizi buruk.

Faktor-faktor penyebab terjadinya gizi buruk:

1) Pengangguran dan Pendapatan Rendah

Pengangguran ataupun pendapatan yang rendah menyebabkan kemiskinan. Kemiskinan menyebabkan akses masyarakat terhadap pendidikan dan sarana informasi rendah, sehingga pengetahuan tentang gizi juga rendah. Sebaliknya pendidikan dan keterampilan yang rendah menyebabkan kecilnya kesempatan untuk memperoleh pekerjaan dengan upah yang besar. Sehingga pendapatan yang diperoleh sangat kecil, dan mengakibatkan terjadinya kemiskinan.

2) Kemiskinan

Distribusi pangan banyak ditentukan oleh kelompok-kelompok masyarakat menurut taraf ekonominya. Golongan masyarakat ekonomi kuat mempunyai kebiasaan makan yang cenderung beras, dengan konsumsi rata-rata melebihi angka kecukupannya. Sebaliknya golongan masyarakat ekonomi lemah, yang justru pada umumnya produsen pangan (bekerja dibidang pertanian), mereka mempunyai kebiasaan makan yang memberikan nilai gizi dibawah kecukupan jumlah maupun mutunya. (Khumaidi, 1989: 30)

3) Harga Pangan Tinggi

Krisis ekonomi juga berdampak pada harga bahan pangan yang biasanya cenderung terus meningkat. Ketetapan harga bahan pangan yang tinggi membuat tidak terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Karena daya beli yang rendah, akan menyebabkan jumlah pangan yang dikonsumsi oleh masyarakat jauh lebih sedikit. Kebijakan harga juga mempengaruhi jenis dan variasi makanan yang dikonsumsi oleh masyarakat. Sehingga makanan yang dikonsumsi masyarakat kurang mencukupi kebutuhan gizi. Akibatnya masalah gizi di Indonesia bukannya terselesaikan akan tetapi semakin buruk terutama masalah gizi seperti Kurang Energi Protein (KEP) pada balita.

4) Daya Beli Masyarakat Rendah

Kemiskinan selanjutnya akan berdampak pada ketidakberdayaan masyarakat untuk membeli bahan pangan sesuai kebutuhannya. Sementara itu, harga pangan semakin lama bukan semakin menurun namun semakin tinggi. Sehingga ibu-ibu hanya bisa membeli bahan pangan semampunya dan secukupnya bahkan kurang. Hal ini juga didukung oleh kebiasaan ibu-ibu dari golongan ekonomi lemah (miskin) yang biasa membeli bahan pangan tanpa memperhatikan nilai gizinya. Akibatnya makanan yang dikonsumsi oleh seluruh anggota keluarga termasuk balita tidak mencapai standar gizi yang dibutuhkan oleh tubuh masing-masing anggota keluarga. Padahal balita lebih banyak membutuhkan zat gizi untuk perkembangan dan pertumbuhannya.

5) Budaya Masyarakat

Kebiasaan makan merupakan suatu pola perilaku konsumsi yang diperoleh karena terjadi berulang-ulang. Atau tindakan manusia terhadap makan dan makanan yang dipengaruhi oleh pengetahuan, perasaan dan persepsi.

Guthe dan Mead (1945) mendefinisikan kebiasaan makan sebagai cara-cara individu atau kelompok individu memilih, mengonsumsi dan menggunakan makanan-makanan yang tersedia, yang didasarkan pada faktor-faktor sosial dan budaya dimana mereka hidup.

Makanan dapat memberikan identitas suatu kelompok individu, perorangan, dan masyarakat. Sebagai contoh individu atau kelompok Individu yang beragama hindu tidak makan daging sapi. Kebiasaan makan dalam hal ini dipengaruhi oleh budaya atau agama yang dianut.

Pola makan juga tergantung pada kesenangan seseorang akan makanan-makanan tertentu. Karena makanan yang dikonsumsi hanya jenis tertentu saja, maka seseorang akan mengalami defisiensi terhadap zat-zat gizi dari makanan lain. Misalnya seorang vegetarian, ia hanya mengonsumsi bahan pangan jenis nabati (sayuran dan kacang-kacangan) saja. Akibatnya zat-zat gizi yang hanya ada dalam bahan pangan jenis hewani tidak terpenuhi.

6) Jumlah Pangan Yang Dikonsumsi Kurang

Selain itu, faktor yang juga penting adalah jumlah bahan pangan yang dikonsumsi oleh masyarakat dari ekonomi lemah sangat terbatas dan tidak bervariasi. Hal ini menyebabkan konsumsi zat-zat gizi oleh tubuh tidak memenuhi angka kecukupan gizi balita, sehingga menyebabkan KEP. Selain menyebabkan KEP kekurangan jumlah asupan zat-zat gizi juga dapat menyebabkan terjadinya penurunan mekanisme pertahanan tubuh. Akibatnya akan terjadi kecenderungan untuk terinfeksi oleh mikroorganisme penyebab penyakit.

7) Kurangnya Penganekaragaman Makanan

Variasi makanan sangat mendukung pemenuhan zat gizi. Namun akibat pola konsumsi dan kebiasaan makan masyarakat yang berbeda dan didukung pula oleh daya beli yang rendah membuat masyarakat kurang bisa memvariasikan makanan yang dikonsumsinya. Akibatnya ada salah satu zat gizi yang dibutuhkan tidak dapat terpenuhi. Misalnya, satu keluarga hanya menyukai beberapa masakan saja dengan bahan makanan yang sama setiap hari maka keluarga tersebut akan memasak makanan tersebut dalam satu pekan bahkan setiap hari.

8) Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan Rendah

Dampak dari rendahnya pendapatan yang juga berpengaruh terhadap kejadian KEP adalah rendahnya akses masyarakat ekonomi lemah terhadap pelayanan kesehatan. Sehingga apabila terjadi suatu gangguan kesehatan, misalnya infeksi atau kelainan dalam penyerapan zat gizi yang dapat menghambat terpenuhinya kebutuhan gizi tubuh, masyarakat tersebut tidak dapat segera mengatasinya. Akibatnya semakin lama gangguan tersebut tidak diatasi, maka tubuh akan semakin banyak kekurangan zat-zat gizi yang dibutuhkan. Rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan ini juga dapat dipengaruhi oleh jarak antara pelayanan kesehatan dengan rumah.

9) Pendidikan Rendah

Pendidikan akan mempengaruhi pengetahuan ibu tentang kesehatan. Dalam hal ini pengetahuan rendah yang mempengaruhi terjadinya gizi buruk ataupun gizi kurang adalah pengetahuan tentang sanitasi lingkungan dan pengetahuan tentang gizi balita, misalnya tentang ASI eksklusif, MP-ASI dan pentingnya Posyandu. Tingkat pengetahuan ibu juga akan berdampak terhadap pola asuh balita.

10) Pola Asuh Balita

Pada umumnya ibu-ibu menuruti kemauan balita dalam mengkonsumsi makanan. Misalnya balita yang cenderung menyukai makanan ringan dan mie goreng. Ibu akan menyiapkan makanan-makanan tersebut setiap saat untuk sang balita. Akibatnya balita mengalami kekurangan asupan protein. Fenomena lain dari kesalahan pola asuh balita yaitu keyakinan ibu tentang pemberian ikan yang akan menyebabkan balita cacangan. Hal ini memang benar, apabila proses pengolahan ikan tidak higienis. Ikan merupakan sumber protein hewani yang sangat penting untuk pertumbuhan. Karena itu, sangat disayangkan apabila ibu tidak pernah memberikan ikan kepada balitanya.

Pola asuh balita mempengaruhi mekanisme pertahanan tubuh balita sehingga mempengaruhi kejadian penyakit infeksi. Balita sangat rentan terserang penyakit infeksi karena tingkah lakunya dalam bermain. Hygiene balita menjadi tanggung jawab ibu. Adanya perilaku balita yang rentan kontak dengan bakteri penyebab infeksi harus meningkatkan kewaspadaan ibu dalam menjaga kebersihan tubuh dan pakaian balitanya. Penyakit infeksi cacing akan menghambat absorpsi tubuh balita pada zat-zat gizi.

Penelitian yang lebih mendalam mengenai infeksi bakteri dalam usus pada anak umur 0-3 tahun telah dilakukan di daerah pedesaan di Guatemala. Diare "*shigella*" ditemukan paling sedikit pada umur 9 bulan pertama, kemudian meningkat setelah umur 1 tahun dimana anak telah menerima makanan selain ASI dalam jumlah yang cukup. Kasus

ini mencapai maksimum pada tahun ketiga pada saat anak telah benar-benar disapih. (Khumaidi, 1989: 123)

11) Sanitasi Lingkungan Buruk

Pengetahuan yang rendah akan menyebabkan kesalahan persepsi masyarakat terhadap kesehatan. Misalnya saja dalam hal penggunaan air bersih. Umumnya masyarakat dengan pengetahuan rendah mengkonsumsi air sumur atau yang berasal dari sumber air tanpa memasaknya terlebih dahulu. Persepsi mereka tentang air bersih yaitu air yang dilihat dari kondisi fisik terlihat bersih tanpa memikirkan kemungkinan adanya mikroorganisme yang dapat menyebabkan gangguan kesehatan. Begitu juga penggunaan air sungai untuk kegiatan sehari-hari seperti mandi dan mencuci. Mereka mungkin tidak tahu bahwasannya sungai merupakan media untuk penularan beberapa penyakit infeksi yang menular.

12) Penyakit Infeksi

Adanya parasit dapat menimbulkan hambatan dalam penyerapan-penyerapan. (Marsetyo, 1991). Infeksi cacing dan beberapa mikroorganisme dapat menyebabkan gangguan fungsi pencernaan. Baik berupa penyakit diare, yang menyebabkan hilangnya cairan dan mungkin beberapa zat-zat gizi di dalam pencernaan sehingga penderita akan mengalami kekurangan zat gizi. Selain itu terdapat manifestasi beberapa mikroorganisme yang dapat menyebabkan penderita menjadi KEP karena zat-zat gizi yang diperlukan tubuh diserap oleh tubuh mikroorganisme.

13) Faktor Sosial Budaya Masyarakat

Kebiasaan makan: suatu pola perilaku konsumsi yang diperoleh karena terjadi berulang-ulang. Atau tindakan manusia terhadap makan dan makanan yang dipengaruhi oleh pengetahuan, perasaan dan persepsi.

Makanan dapat memberikan identitas suatu kelompok individu, perorangan dan masyarakat. Sebagai contoh: individu atau kelompok Individu yang beragama hindu tidak makan daging sapi. Kebiasaan makan dalam hal ini dipengaruhi oleh budaya atau agama yang dianut.

Pola makan juga tergantung pada kesenangan seseorang akan makanan-makanan tertentu. Karena makanan yang dikonsumsi hanya jenis tertentu saja, maka seseorang akan mengalami defisiensi terhadap zat-zat gizi dari makanan lain.

2.2 Penemuan Kasus Balita Gizi Buruk

Penemuan kasus balita KEP berdasarkan Pedoman Tatalaksana Balita Gizi Buruk (2003) dapat dimulai dari:

1. Posyandu/Pusat Pemulihan Gizi

Pada penimbangan bulanan di posyandu dapat diketahui apakah anak balita berada pada daerah pita warna hijau, kuning, atau dibawah garis merah (BGM).

Bila hasil penimbangan BB balita dibandingkan dengan umur di KMS terletak pada pita kuning, dapat dilakukan perawatan di rumah, tetapi bila anak dikategorikan dalam KEP sedang-berat atau BGM, harus segera dirujuk ke Puskesmas.

2. Puskesmas

Semua balita yang datang ke Puskesmas harus ditentukan status gizinya. Apabila ditemukan BB anak pada KMS berada di bawah garis merah (BGM) segera lakukan penimbangan ulang dan kaji secara teliti. Bila KEP Berat/Gizi buruk ($BB < 60\%$ Standart WHO-MGRs) lakukan pemeriksaan klinis dan bila tanpa penyakit penyerta dapat dilakukan rawat inap di puskesmas. Bila KEP berat/Gizi buruk dengan penyakit penyerta harus dirujuk ke rumah sakit umum.

2.3 Pemantauan Pertumbuhan Balita

Program gizi, khususnya UPGK telah meluas ke berbagai pedesaan di Indonesia. Dalam program ini telah dikembangkan program penimbangan berat badan anak balita dan penggunaan kartu menuju sehat (KMS) untuk memantau keadaan kesehatan dan gizi melalui pertumbuhan atas dasar kenaikan berat badan (Supriasa, 2001).

Menurut Sediaoetama (1993), di Indonesia dan negara-negara lain, pemantauan berat badan kelompok balita dilakukan dengan timbangan bersahaja (dacin) dan dicatat dalam suatu sistem kartu yang disebut “Kartu Menuju Sehat” (KMS).

KMS adalah alat untuk mencatat dan mengamati perkembangan kesehatan anak yang mudah dilakukan oleh para ibu. Dengan membaca garis perkembangan berat badan anak dari bulan ke bulan pada KMS, seorang ibu dapat menilai dan berbuat sesuatu untuk berusaha memperbaiki dan meningkatkan perkembangan kesehatan anaknya (IKAPI, 1992)

Hambatan kemajuan pertumbuhan berat badan anak yang dipantau dapat segera terlihat pada grafik pertumbuhan hasil pengukuran periodik yang dicatat dan tertera pada KMS tersebut.

Kondisi kesehatan masyarakat secara umum dapat dipantau melalui kondisi pertumbuhan anak balita melalui KMS, yang penimbangannya dilakukan di Posyandu (Sediaoetama, 1992).

Dalam pelaksanaan Posyandu, pemantauan pertumbuhan balita meliputi:

1. Balita yang Datang dan Ditimbang (D/S), menyatakan partisipasi masyarakat.

a. Pengertian

Balita yang datang dan ditimbang (D) adalah semua balita yang datang dan ditimbang berat badannya.

b. Definisi Operasional

Balita yang datang dan ditimbang (D) adalah semua balita yang datang dan ditimbang berat badannya (D) di posyandu maupun di luar posyandu satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus:

$$\text{Balita yang datang dan ditimbang berat badannya} = \frac{\text{Jumlah balita yang datang dan ditimbang berat badannya di posyandu maupun diluar posyandu (D)}}{\text{Jumlah balita yang ada di wilayah posyandu (S) dalam kurun waktu tertentu (waktu yang sama)}} \times 100 \%$$

2. Balita yang Naik Berat Badannya (N/D), menyatakan pencapaian program.

a. Pengertian

Balita yang naik berat badannya (N) adalah balita yang ditimbang lalu melihat kenaikan badan minimal (KBM) yang telah ditentukan sesuai dengan umur balita dan mengikuti garis pertumbuhan pada KMS.

b. Definisi Operasional

Balita yang naik berat badannya (N) adalah Balita yang ditimbang (D) di Posyandu maupun di luar Posyandu yang berat badannya naik dan mengikuti garis pertumbuhan pada KMS di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

c. Cara Perhitungan/Rumus

$$\text{Balita yang naik berat badannya} = \frac{\text{Jumlah balita yang ditimbang di posyandu maupun diluar posyandu yang berat badannya naik (N)}}{\text{Jumlah balita yang datang dan ditimbang di posyandu maupun diluar posyandu (D)}} \times 100\%$$

3. Balita yang Tidak Naik Berat Badannya

a. Pengertian

Balita yang tidak naik berat badannya (T) adalah balita yang ditimbang lalu melihat kenaikan badan minimal (KBM) yang telah ditetapkan tidak sesuai dengan KMS dan tidak sesuai dengan garis pertumbuhan pada KMS. Jika Balita tersebut pada 2 bulan berturut – turut melakukan penimbangan dan berat badannya tidak naik atau turun maka disebut 2T.

b. Definisi Operasional

Balita yang tidak naik atau turun berat badannya (T) adalah Balita yang ditimbang (T) di Posyandu maupun di luar posyandu yang berat badanya tidak naik atau turun dan tidak sesuai dengan garis

pertumbuhan pada KMS di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

2.4 Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

PMT merupakan salah satu bentuk kegiatan pemberian zat gizi berupa makanan dari luar keluarga dalam rangka program Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK). PMT ada dua yaitu: PMT-Pemulihan dan PMT-Penyuluhan. PMT-Pemulihan diberikan setiap hari sampai penunjukan perbaikan status gizi balita penerima makanan tambahan, dimana pelaksanaannya bersamaan dengan kegiatan motivasi untuk peningkatan keadaan gizi secara swadaya oleh masyarakat dan keluarga. PMT-Pemulihan harus sebagai penambah dan tidak mengurangi jumlah makanan yang dimakan setiap hari di rumah dan mengutamakan penggunaan bahan makanan setempat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat. Sedangkan PMT-Penyuluhan merupakan salah satu bentuk penyuluhan gizi untuk meningkatkan status gizi balita, ibu hamil, dan ibu menyusui. PMT-Pemulihan tidak diberikan setiap hari, tetapi diberikan secara periodik agar dapat mencapai tujuan PMT yang telah direncanakan. (WHO, 2004)

PMT (Pemberian Makanan Tambahan) yang disebut juga *supplementary feeding*. PMT adalah makanan yang diberikan bagi kelompok golongan rawan yang telah di perhitungkan nilai gizinya sesuai dengan kebutuhannya agar dapat terpenuhi kebutuhan gizi untuk menambah asupan zat gizi guna memenuhi zat gizi yang kurang dalam tubuhnya (Depkes, 2005)

PMT Pemulihan adalah salah satu kegiatan pemberian makanan pemulihan yang diberikan setiap hari untuk memperbaiki status gizi.

2.5 Tujuan Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

2.5.1 Tujuan Umum:

Pemberian makanan tambahan bertujuan untuk memperbaiki status gizi pada golongan rawan gizi yang menderita kurang gizi yaitu balita, ibu hamil, dan ibu menyusui.

PMT penyuluhan bertujuan untuk memberikan pengetahuan agar dapat menimbulkan kesadaran masyarakat kearah perbaikan tentang cara pemberian makanan pada balita, ibu hamil, ibu menyusui. Selain itu juga, bertujuan untuk memperluas jangkauan UPGK dan menumbuhkan kesadaran masyarakat untuk menggunakan bahan makanan secara swadaya (WHO, 2004)

2.5.2 Tujuan Khusus:

- a. Tersedianya data sasaran penerima makanan tambahan pemulihan
- b. Tersedianya rencana kebutuhan pemberian makanan tambahan
- c. Disepakatinya model penyelenggaraan pemberian makanan tambahan
- d. Tersusunnya jenis dan resep pemberian makanan tambahan
- e. Tersusunnya rencana pelaksanaan pemberian makanan tambahan
- f. Terlaksananya penyelenggaraan pemberian makanan tambahan
- g. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan pemberian makanan tambahan
- h. Terlaksananya pemantauan pemberian makanan tambahan
- i. Tercapainya kenaikan berat badan pada 80%
(Depkes, 1998).

2.6 Sasaran Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Menurut WHO (2004), PMT-Pemulihan diberikan pada keluarga miskin yang memiliki balita KEP dengan kriteria:

- a. Keluarga Pra KS/KS1 yang memiliki bayi 6-11 bulan
- b. Keluarga Pra KS/KS1 yang memiliki anak 12-24 bulan
- c. Ibu trimester III dengan kriteria masih perlu dikembangkan artinya apabila berat badan ibu selama hamil dalam trimester III sangat kurang maka dibutuhkan unsure gizi jauh lebih banyak.
- d. Ibu yang menyusui yang kriteria masih perlu dikembangkan, dalam hal ini ibu menyusui yang keliatan pucat, lesu, dan kurus merupakan tanda bahwa makanannya tidak cukup.

Sedangkan PMT-Penyuluhan diberikan kepada :

- a. Semua anak balita
- b. Ibu hamil trimester III
- c. Ibu menyusui yang anaknya berumur dibawah 150 hari

2.7 Syarat Makanan Balita

Makanan sebagai sumber gizi, didalam makanan terdapat enam jenis zat gizi, yaitu karbohidrat, lemak, protein, vitamin, mineral, dan air. Zat gizi diperlukan bagi balita sebagai zat tenaga, zat pembangun, dan zat pengatur (Jhon, 2008) :

1. Zat tenaga

Zat gizi yang dihasilkan tenaga atau energi adalah karbohidrat, lemak, protein. Bagi balita, tenaga diperlukan untuk melakukan aktivitasnya serta pertumbuhan dan perkembangannya. Oleh karena itu, kebutuhan zat gizi sebagai sumber tenaga balita relatif lebih besar daripada orang dewasa.

2. Zat pembangun

Protein sebagai zat pembangun bukan hanya untuk pertumbuhan fisik dan perkembangan organ, tetapi juga menggantikan jaringan yang rusak atau aus.

3. Zat pengatur

Zat pengatur berfungsi agar organ dan jaringan tubuh termasuk otak dapat berjalan seperti yang diharapkan. Berikut ini zat yang berperan sebagai zat pengatur :

- a. Vitamin, baik yang larut air (vitamin B kompleks dan vitamin C) maupun vitamin yang larut dapat lemak (vitamin A,D, E, dan K)
- b. Mineral seperti kalsium, zat besi, iodium, dan flour.
- c. Air, sebagai alat pengatur vital kehidupan sel tubuh.

2.8 PMT-Pemulihan

2.8.1 Pengertian PMT-Pemulihan

Sebagai sarana pemulihan keadaan gizi dalam arti kuratif dan rehabilitative merupakan salah bentuk kegiatan pemberian zat gizi berupa makanan dari luar keluarga dalam rangka program UPGK (Depkes, 1998).

2.8.2 Tujuan PMT-Pemulihan

Secara umum PMT-pemulihan bertujuan untuk memberikan makanan tambahan kepada bayi (6-11bulan) dan anak (12-24 bulan) dari keluarga miskin sebagai upaya untuk mempertahankan atau meningkatkan status gizi (Depkes, 2004).

Tujuan PMT-Pemulihan secara khusus sebagai berikut:

1. Memberikan pengetahuan dan menumbuhkan kesadaran masyarakat kearah perbaikan cara pemberian makanan tambahan anak balita
2. Memperluas jangkauan pelayanan program UPGK. Menumbuhkan kesadaran masyarakat untuk menggunakan bahan makanan setempat dan dapat diupayakan secara swadaya.
3. Mendorong perkembangan ekonomi rakyat melalui pemanfaatan produk pertanian setempat untuk dipergunakan dalam PMT-Pemulihan.

2.9 Ketentuan Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Ketentuan pemberian makanan tambahan dikelompokkan menurut sasaran pemberian sebagai berikut:

1) Umur 6-11 bulan

a. Bentuk makan

Makanan campuran dalam bentuk tepung yang terbuat dari bahan makan lokal atau setempat (BMC lokal). Komposisi bahan makanan campuran yang terdiri dari beras atau pengganti kacang-kacangan dan gula.

b. Komposisi zat gizi atau 100 gr bahan:

Energi : 60-430 Kkal, Protein : 10-15 gr

- c. Cara pemberian
Setiap anak mendapat tepung makanan campuran 100 gram/hari.
Makanan dapat diberikan 3-4 kali sehari, atau 25-30 gram (\pm 3 sendok makan) setiap makan.
 - d. Cara penyiapan
 - 1) persiapkan alat-alat yang bersih
 - 2) masukkan bahan makanan campuran kedalam panci dan tambahkan air matang dengan perbandingan 1:4 yaitu setiap 30gr BMC atau \pm 3 sendok makanan dicampur dengan 120 ml air (\pm $\frac{1}{2}$ gelas)
 - 3) aduk hingga rata dan dimasak sampai matang (5 menit)
 - 4) siap dihidangkan untuk satu kali makan
 - 5) berikan segera pada bayi atau anak
 - e. Lama pemberian:
Makanan diberikan setiap hari berturut-turut maksimal 90 hari
- 2) Umur 12 – 24
- a. Komposisi zat gizi: Energi : 360 – 430 kalori, Protein : 9 – 11 gram
 - b. Bentuk makanan: kudapan (jajanan) yang dibuat dari bahan makanan setempat
 - c. Cara Pemberian:
 1. Kudapan diberikan 3 – 4 kali sehari dalam porsi kecil.
 2. Lama pemberian: Makanan diberikan setiap hari berturut-turut maksimal 90 hari.
- 3) Ibu hamil dan Ibu nifas
- a. Bentuk makanan: kudapan atau makanan penuh
 - b. Komposisi zat gizi: Energi: 600 – 700 kalori, Protein: 15 – 20 gram
 - c. Cara penyiapan atau pemberian makanan:
 1. Kudapan atau makanan diberikan untuk satu satu kali makan sehari.
 2. Lama pemberian: makanan diberikan diberikan berturut-turut setiap hari selama 90 hari.
- (Depkes, 1998)

2.10 Model Penyelenggaraan

TPG membeikan penjelasan tentang berbagai model penyelenggaraan PMT kepada tim desa bersama bidan di desa. Selanjutnya tim desa menentukan model penyelenggaraan PMT berdasarkan jumlah sasaran dan penyebaran sasaran. Bila jumlah sasaran cukup banyak dan terkumpul, maka model yang dianjurkan adalah pola PPG (posyandu, polindes, dll), sedangkan bila sasaran terpencar diupayakan menggunakan model ibu asuh atau penjaja makanan.

Dalam penyelenggaran PMT-P terdapat beberapa model yaitu:

1. Penyelenggaraan Pemberian Makanan Tambahan dengan model PPG
 - a) Kader menerima uang dari bidan di desa untuk membeli bahan makanan pembuatan MP-ASI bagi anak umur 6 – 11 bulan dan umur 12 – 23 bulan sesuai dengan jumlah sasaran.
 - b) Kader memberikan informasi kepada ibu sasaran penerima PMT tentang jadwal pembeian PMT pemulihan minimal 1 kali seminggu.
 - c) Kader merencanakan kebutuhan bahan makanan sesuai resep yang disusun bersama bidan di desa.
 - d) Kader membeli bahan makanan untuk kebutuhan 1 minggu.
 - e) Kader melakukan demonstrasi pembuatan MP-ASI untuk satu hari (3 kali makan), dan memberikan kepada sasaran.
 - f) Kader membagikan paket bahan makanan untuk pembuatan MP-ASI dirumah untuk kebutuhan selama enam hari.
 - g) Kader mencatat pemberian MP-ASI kedalam register pemberian makanan sesuai dengan lampiran 4a dan 4b.
 - h) Kader melakukan penimbangan setiap bulan dan mencatat hasil penimbangan pada register pemberian makanan.
 - i) Kader mencatat hasil penimbangan pada register pemberian makanan sesuai dengan lampiran 4a dan 4b.
 - j) Kader memberikan penyuluhan mengenai: manfaat PMT, cara membuat MP ASI dari bahan lokal (BMC), dan berbagai jenis MP ASI lainnya, nasehat agar pemberian asi tetap diberikan, dll.

2. Penyelenggaraan pemberian makanan tambahan dengan model Ibu asuh atau penjaja makanan
 - a) Ibu asuh atau penjaja makanan menerima uang untuk PMT-P untuk bayi, anak, ibu hamil dan ibu nifas KEK.
 - b) Ibu asuh dibantu oleh bidan desa menyusun resep makanan untuk anak, ibu hamil dan ibu nifas KEK.
 - c) Ibu asuh/penjaga makanan membeli bahan makanan dan memasak makanan setiap hari untuk bayi 6 – 11 bulan, anak 12 – 23 bulan, ibu hamil dan ibu nifas KEK.
 - d) Ibu sasaran, Ibu hamil KEK dan ibu nifas mengambil makanan di rumah ibu asuh atau penjaga makanan setiap hari.
 - e) Ibu asuh atau penjaga makanan mengantar makanan bagi ibu sasaran yang tidak hadir atau menitipkannya kepada ibu balita yang rumahnya berdekatan.
 - f) Ibu mencatat pemberian PMT-P pada register pemberian makanan tambahan sesuai dengan formulir 4a, 4b dan 4c.
 - g) Ibu asuh/penjaja makanan menganjurkan setiap bulan hadir pada kegiatan posyandu, untuk diperiksa kesehatan dan status gizinya.
- (Depkes, 1998: 6)

2. 11 Indikator Keberhasilan Program

Indikator Keberhasilan Program PMT-Pemulihan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (1998) adalah sebagai berikut:

- 1) Semua bayi (6-11 bulan) dan anak (12-23 bulan) pada keluarga miskin memperoleh PMT pemulihan.
- 2) Ibu hamil dan nifas KEK pada keluarga miskin memperoleh PMT-Pemulihan.
- 3) 80% sasaran penerima PMT-P naik berat badannya.

BAB III METODE KEGIATAN

3.1 Lokasi Magang

Instansi tempat magang dilaksanakan di Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang yang berlokasi di Jln Jend. S. Parman No. 13 Lumajang 67316 dan Puskesmas Rogotrunan yang berlokasi di Jln Brantas no.5 kabupaten Lumajang.

3.2 Waktu Magang

Waktu kegiatan magang dilaksanakan selama enam minggu, tanggal 15 Februari sampai dengan 26 Maret 2010 dengan rician sebagai berikut :

1. Persiapan, meliputi pembekalan dan penyusunan proposal selama satu minggu.
2. Pelaksanaan kerja magang selama empat minggu efektif di lapangan, termasuk orientasi lapangan dan seminar hasil kegiatan magang di instansi tempat magang dilaksanakan.
3. Pembuatan laporan dan seminar hasil laporan selama satu minggu

Untuk lebih jelasnya tentang jadwal kegiatan magang di Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang akan dijelaskan pada tabel 3.1 sebagai berikut :

Tabel 3.1 Rincian Kegiatan Magang di Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang

Kegiatan	Minggu					
	I	II	III	IV	V	VI
Persiapan (pembekalan dan penyusunan proposal)						
Orientasi lapangan, pelaksanaan magang, dan seminar hasil magang di Intasi						
Supervisi pembimbing						
Pembuatan laporan						
Seminar						

3.3 Metode Pelaksanaan Kegiatan Magang

Kegiatan magang dilaksanakan dengan menggunakan metode observasi, *indept interview*, dan partisipasi. Observasi merupakan pengamatan terhadap pelaksanaan pemberian makanan tambahan (PMT-Pemulihan), *indept interview* terhadap petugas gizi di Puskesmas Rogotrunan dan keluarga penerima PMT-Pemulihan di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan merupakan partisipasi dan bentuk sikap mahasiswa yang turut bekerja aktif membantu pekerjaan yang berkaitan dengan pelaksanaan program untuk penanggulangan gizi buruk di Kabupaten Lumajang.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

1. Data Primer

Data primer di dapat dari cara *indept interview* kepada petugas pelaksana gizi dan tenaga kesehatan dari unit lain serta dengan cara observasi langsung ke posyandu-posyandu.

2. Data sekunder

Data sekunder didapat dari laporan hasil pemulihan balita yang menerima PMT-Pemulihan tahun 2009/2010, laporan hasil bulan intensifikasi penimbangan bulan Agustus tahun 2009, profil Dinas Kesehatan Lumajang, profil Puskesmas Rogotrunan serta data-data laporan yang berkaitan dengan laporan magang.

BAB IV

HASIL KEGIATAN

4.1 Gambaran Umum Kabupaten Lumajang

4.1.1 Keadaan Geografis

Kabupaten Lumajang terletak 7° 54" – 8° LS dan 112° 53 – 113° 23 BT dengan luas wilayah ± 1709,90 Km² terbagi dalam 21 kecamatan, 7 kelurahan, dan 198 desa. Adapun batas – batas wilayah Kabupaten Lumajang sebagai berikut:

Sebelah Utara	: Kabupaten Probolinggo
Sebelah Selatan	: Samudra Indonesia
Sebelah Timur	: Kabupaten Jember
Sebelah Barat	: Kabupaten Malang

4.1.2 Keadaan Demografi

Data mengenai kependudukan sangat penting dan mempunyai arti strategi dalam pembangunan khususnya dibidang kesehatan karena hampir semua sasaran program kesehatan adalah masyarakat atau kependudukan.

Dari indikator kependudukan yang dimuat dalam pembuatan profil ini antara lain :

1. Pertumbuhan Penduduk

Dari data proyeksi Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur jumlah penduduk proyeksi Kabupaten Lumajang pada tahun 2007 sebanyak 1.029.665 jiwa sedang pada akhir tahun 2008 sebanyak 1.038.358 jiwa. Sedangkan perkiraan penduduk sasaran program kesehatan di Kabupaten Lumajang menurut Badan Pusat Statistik Propinsi Jawa Timur tahun 2010, Kabupaten Lumajang mempunyai jumlah penduduk sebesar 1.053.425 jiwa.

2. Kepadatan

Luas Kabupaten Lumajang adalah 1.790,90 Km² dengan jumlah penduduk 1.053.425 jiwa yang tersebar pada 21 kecamatan, 7 kelurahan, 198 desa sehingga rata – rata kepadatan penduduk sebesar 589 jiwa/Km².

4.2 Gambaran Umum Dinas Kesehatan

Menurut Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang No. 34 Tahun 2007 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Lumajang, Kedudukan Dinas Kesehatan adalah sebagai unsur pelaksana Pemerintahan Kabupaten di Bidang Kesehatan, mempunyai tugas pokok menyelenggarakan urusan rumah tangga Kabupaten dan tugas konsultatif serta koordinasi di Bidang Kesehatan.

Untuk melaksanakan tugas pokok tersebut Dinas kesehatan mempunyai fungsi:

1. Pelaksanaan pembinaan umum Bidang Kesehatan meliputi pendekatan peningkatan Promotif, Preventif, Kuratif, dan Rehabilitatif.
2. Pelaksanaan pembinaan teknis dibidang upaya pelayanan kesehatan dasar dan upaya kesehatan rujukan berdasarkan kebijaksanaan teknis yang ditetapkan oleh Menteri yang mengatur Bidang Kesehatan.
3. Pelaksanaan pembinaan operasional Bidang Kesehatan sesuai dengan pedoman dan kebijakan yang ditetapkan oleh Kepala Daerah.

4.2.1 Visi Dan Misi Dinas Kesehatan

4.2.1.1 Visi

Gambaran keadaan masyarakat Kabupaten Lumajang dimasa depan yang akan dicapai melalui pembangunan kesehatan untuk mendukung Visi Indonesia Sehat tahun 2010 dan menyebarkan Visi Pemerintah Kabupaten Lumajang mewujudkan masyarakat Lumajang yang sejahtera dan bermartabat serta tugas pokok dan fungsi yang diemban oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang, maka ditetapkanlah Visi Dinas

Kesehatan Kabupaten Lumajang yaitu : ” Terwujudnya Masyarakat Lumajang Yang Sehat dan Mandiri”.

Sesuai dengan Visi tersebut maka yang ingin dicapai dimasa datang, yaitu suatu gambaran masyarakat Kabupaten Lumajang yang ditandai dengan penduduknya yang hidup dalam lingkungan dan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

4.2.1.2 Misi

Untuk mewujudkan visi yang telah ditetapkan, maka Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang menetapkan Misi sebagai berikut :

1. Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Yang Bermutu dan Terjangkau Oleh Seluruh Lapisan Masyarakat

Peningkatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP), dengan meningkatnya upaya tersebut diharapkan dapat terselenggara dengan baik dan dapat dicapai serta dapat dijangkau oleh masyarakat serta terjamin mutunya.

2. Meningkatkan Peran Aktif Masyarakat Dalam Pembangunan Berwawasan Kesehatan

Peran aktif masyarakat sangat penting dan akan menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan, peran masyarakat diharapkan dapat berpartisipasi aktif dalam melayani, melaksanakan advokasi serta mengkritisi pembangunan kesehatan baik secara individu maupun kelompok.

4.2.2 Tujuan Dinas Kesehatan

Untuk mencapai Visi dan Misi pada rencana strategik tahun 2010-2014 Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang telah ditetapkan beberapa tujuan yaitu:

- A. Dalam rangka mencapai Misi Pertama, yaitu: Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, ditetapkan Tujuan :
1. Menurunkan angka mortalitas, dengan indikator kinerja:
 - a) Menurunkan Angka Kematian Bayi
 - b) Menurunkan Angka Kematian Balita
 - c) Menurunkan Angka Kematian Ibu
- B. Dalam rangka mencapai Misi Kedua, yaitu: Meningkatkan peran serta aktif masyarakat dalam pembangunan berwawasan kesehatan, ditetapkan Tujuan:
1. Menurunkan Angka Morbiditas, dengan indikator kinerja:
 - a) Menurunkan Angka Kesakitan *Dengue* (DBD)
 - b) Meningkatkan Angka Kesembuhan *Tuberculosis* (TB)
 - c) Menurunkan Angka Kesakitan Kusta
 - d) Meningkatkan AFP rate per 100.000 penduduk < 15 tahun
 2. Meningkatkan Status Gizi Masyarakat, dengan indikator kinerja:
 - a) Menurunnya Persentase Balita Gizi Buruk
 - b) Meningkatnya Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi

4.2.3 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan

Menurut Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang No. 34 Tahun 2007 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kabupaten Lumajang. Struktur organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang adalah sebagai berikut:

1. Kepala Dinas Kesehatan langsung membawahi 4 bidang dimana masing-masing bidang dikepalai satu kepala bidang, antara lain:
 - a. Bidang Kesehatan Kelurga yang terdiri dari:
 1. Sie Kesehatan Ibu dan Balita
 2. Sie Gizi
 3. Sie Anak Remaja dan Usia Lanjut (Usila)
 - b. Bidang Pemberantasan Penyakit Menular (P2M) dan Penyehatan Sanitasi Dasar (PSD) yang terdiri dari:

1. Sie Pemberantasan Penyakit Menular (P2M)
2. Sie Penyehatan Sanitasi Dasar (PSD)
3. Sie Pencegahan dan Pengamatan Penyakit
- c. Bidang Pelayanan Kesehatan yang terdiri dari:
 1. Sie Farmasi makanan dan minuman
 2. Sie Pelayanan Kesehatan Khusus dan Rujukan
 3. Sie Pelayanan Kesehatan Dasar
- d. Bidang Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat (PKM) yang terdiri dari:
 1. Sie Promosi Kesehatan
 2. Sie Peran Serta Masyarakat
 3. Sie Pengembangan Sumber Daya
2. Kepala Dinas Kesehatan membawahi Kelompok Jabatan Fungsional dan Bagian Tata Usaha secara langsung. Bagian Tata Usaha juga dikepalai yang disebut Kepala Bagian Tata Usaha, bagian tata usaha membawahi antara lain:
 - a. Subbagian Kepegawaian
 - b. Subbagian Umum
 - c. Subbagian Keuangan
3. Kepala Dinas Kesehatan juga langsung membawahi Unit Pelayanan Teknis Daerah (UPTD).

4.2.4 Tenaga Kesehatan

Struktur Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang menurut Peraturan Pemerintah No. 41 Tahun 2006 mempunyai 4 Kepala Bidang dan 1 Sekretaris dan masing – masing mempunyai 3 Kepala Sie/Subbag, untuk melaksanakan itu semua di dukung karyawan sejumlah 90 orang termasuk honorer daerah, serta di dukung dengan 839 orang karyawan dan karyawan yang tersebar pada unit – unit pelaksana teknis.

4.2.5 Sasaran Pembangunan Kesehatan Dinas Kesehatan

Kabupaten Lumajang

Agar tujuan tersebut di atas bisa tercapai ditetapkan beberapa sasaran agar pembangunan bidang kesehatan bisa tercapai adapun sasaran pembangunan bidang kesehatan adalah sebagai berikut:

A. Dalam rangka mencapai Tujuan Pertama "Menurunkan Angka Mortalitas" ditetapkan sasaran sebagai berikut:

1. Meningkatkan Cakupan Pelayanan Ibu, dengan indikator kinerja:
Peningkatan cakupan K4, Linakes, Komplikasi Kebidanan yang ditangan, dan ibu Nifas.
2. Meningkatkan Cakupan Pelayanan Bayi, dengan indikator kinerja:
Peningkatan cakupan Kunjungan Bayi, dan Neonatus dengan komplikasi yang ditangani.
3. Meningkatkan Cakupan Pelayanan Balita, dengan indikator kinerja:
Peningkatan cakupan anak Balita.
4. Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar, rujukan dan *save comunity* bidang kesehatan, dengan indikator kinerja:
Meningkatkan cakupan kunjungan rawat jalan dan rawat inap di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

B. Dalam rangka mencapai Tujuan Kedua "Menurunkan Angka Morbiditas" dengan indikator kerja:

1. Menurunnya angka kesakitan DBD
2. Meningkatnya angka kesembuhan penderita TB Paru
3. Menurunnya angka kesakitan kusta
4. Meningkatnya AFP rate per 100.000 penduduk < 15 tahun

Dari ke empat indikator tersebut di atas ditetapkan sasaran sebagai berikut :

1. Melindungi Masyarakat dari ancaman penyakit penular, dengan indikator kinerja:
 - a) Penderita DBD yang tertangani
 - b) Penderita TB paru BTA positif yang ditangani
 - c) Meningkatkan Cakupan penemuan dan penanganan penderita kusta

- d) Meningkatkan cakupan penemuan dan penanganan penderita AFP
 2. Desa/kelurahan *Universal Child Immunisation* (UCI), dengan indikator kinerja:
 - Meningkatkan cakupan desa/kelurahan UCI
 3. Desa/kelurahan mengalami KLB, dengan indikator kinerja:
 - Penanganan desa/kelurahan mengalami Kejadian Luar Biasa (KLB) yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam
 4. Menurunkan angka kesakitan diare, dengan indikator kinerja:
 - Penderita diare yang ditangani
 5. Desa Siaga dan Posyandu, dengan indikator Kinerja:
 - Meningkatkan cakupan desa siaga aktif serta Posyandu Puri
 6. Rumah Tangga Sehat, Sekolah Sehat, dan Pondok Pesantren (Ponpes) sehat, dengan indikator kinerja:
 - Meningkatkan capaian Rumah Tangga Sehat, Sekolah Sehat, Ponpes sehat.
- C. Dalam rangka mencapai Tujuan Kedua "Meningkatkan Status Gizi Masyarakat" dengan indikator:
1. Menurunnya Persentase Balita Gizi Buruk, ditetapkan sasaran dengan mencegah dan menanggulangi gizi buruk, dengan indikator kinerja:
 - Meningkatkan cakupan gizi buruk mendapatkan perawatan
 2. Meningkatkan persentase Kecamatan bebas rawan gizi, ditetapkan sasaran dengan mencegah dan menanggulangi kurang gizi, dengan indikator kinerja:
 - a) Menurunkan prevalensi kekurangan energi protein (KEP)
 - b) Meningkatkan cakupan balita dapat vitamin A
 - c) Meningkatkan cakupan pemberian makanan pempdampingan ASI(MP ASI) bagi bayi dan anak usia 6-24 bulan dari keluarga miskin (Gakin).

Dalam mencapai sasaran diperlukan beberapa kebijakan yang mendukung agar supaya sasaran tersebut dapat tercapai, adapun kebijakan diperlukan antara lain:

1. Meningkatkan mutu dan memperluas jangkauan pelayanan kesehatan.
2. Menambah dan meningkatkan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan berikut tenaga medisnya.
3. Mencegah penyebaran dan memberantasan penyakit menular.
4. Mensosialisasikan pemenuhan gizi standart.
5. Memasyarakatkan pola hidup hidup bersih dan sehat.
6. Menanggulangi masalah keracunan dan penyalahgunaan obat.
7. Meningkatkan sistem informasi dan manajemen pelayanan kesehatan.
8. Meningkatkan fungsi dan peran pos pelayanan kesehatan.

4.2.6 Program dan Kegiatan

Berdasarkan kebijakan yang telah ditetapkan diatas dalam implementasinya diperlukan program – program dan kegiatan yang mendukung untuk mengukur keberhasilan pencapaian program dan kegiatan tahun 2008 Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang menggunakan indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM) dan indikator Indonesia Sehat sebagai instrumennya sedangkan untuk SPM Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang telah menerbitkan Surat Keputusan (SK) Bupati tentang SPM yaitu SK Bupati Nomor: 74 tahun 2004, untuk lebih jelasnya dalam pelaksanaan program, kegiatan serta indikator dapat digambarkan sebagai berikut:

Tabel 4.1 Program, Kegiatan, dan Indikator Pencapaian Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang Tahun 2008

No	Program	Kegiatan	Indikator	Target
1.	Peran Serta Masyarakat (SPM)	1. Pengembangan Posyandu dan Peran Serta Masyarakat	1. Posyandu Purnama 2. Pelayanan Kesehatan Pra Usia Lanjut	35% 55%
		2. Pemberdayaan Masyarakat dan PHBS	1. Pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat 2. Pelayanan Kesehatan Remaja	90% 65%
		3. Pengembangan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat	1. Cakupan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan prabayar	60%
2.	Promosi Kesehatan (Promkes)	Penyebarluasan Informasi Kesehatan	Upaya Penyuluhan P3 Napza	15%
3.	Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan Keluarga Berencana (KIB)	1. Penanggulangan Gizi dan PMT-Pemulihan	1. Balita yang naik berat badannya	80%
			2. Balita BGM	<5%
			3. Balita yang mendapat kapsul vitamin A	85%
			4. Ibu hamil mendapat 90 Fe	90%
			5. Pemberian MP-ASI pada bayi BGM keluarga miskin	100%
			6. Balita gizi buruk mendapat perawatan	100%
			7. Kecamatan bebas rawan gizi	80%
4.	Pelayanan Kesehatan (Yankes)	1. Peningkatan Pelayanan KIA dan KB	1. Kunjungan ibu hamil K4	90%
			2. Pertolongan persalinan nifas	90%

Lanjutan Tabel 4.1 Program, Kegiatan, dan Indikator Pencapaian Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang Tahun 2008				
No	Program	Kegiatan	Indikator	Target
			3. Ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk	90%
			4. Kunjungan neonatus	90%
			5. Kunjungan Bayi	90%
			6. BBLR yang ditangani	100%
			7. Ibu hamil resiko tinggi/komplikasi yang ditangani	80%
			8. Neonatal resti komplikasi yang ditangani	80%
			9. Deteksi dini Tumbang Apras	90%
			10. Peserta KB aktif	60%
			11. Wanita usia subur dapat kapsul Yodium	75%
			12. Bayi dapat yang dapat ASI-eksklusif	65%
			13. Desa dengan garam yodium baik	90%
		2. Peningkatan Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan	1. Rawat jalan	15%
			2. Rawat Inap	1,5%
			3. Pelayanan gangguan jiwa	15%
			4. Sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat	70%
			5. Cakupan JPKM Gakin	95%
			6. Donor terhadap HIV/AIDS darah diskriming	100%

Lanjutan Tabel 4.1 Program, Kegiatan, dan Indikator Pencapaian Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang Tahun 2008				
No	Program	Kegiatan	Indikator	Target
5.	Pemberantasan Penyakit Menular (P2M)	Pemberantasan dan Pencegahan Penyakit Menular	1. Desa/kelurahan UCI 2. Desa/Kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam 3. AFP Rate per 100.000 4. Kesembuhan penderita TBC BTA positif 5. Balita dengan Pneumonia yang ditangani 6. Klien yang dapat penanganan HIV/AIDS 7. Infeksi Menular Seksual yang diobati 8. Penderita DBD yang ditangani 9. Balita dengan diare yang ditangani 10. Penderita malaria yang diobati 11. Penderita kusta yang selesai berobat (RFT rate) 12. Kasus Filariasis yang ditangani	90% 100% ≥ 1% ≥ 85% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 90% 90%
6.	Penyehatan Sanitasi dasar	Pengawasan dan Peningkatan Kualitas lingkungan	1. Institusi yang dibina 2. Rumah/bangunan bebas jentik 3. Tempat Umum yang memenuhi syarat 4. Rumah Tangga sehat	70% 90% 60% 50%

Lanjutan Tabel 4.1 Program, Kegiatan, dan Indikator Pencapaian Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang Tahun 2008				
No	Program	Kegiatan	Indikator	target
7.	Pembinaan dan Pengawasan Farmakmim	Pembinaan dan Pengendalian Farmakmim dan bahan berbahaya lainnya	1. Ketersediaan obat sesuai kebutuhan 2. Pengadaan Obat esensial 3. Pengadaan obat generik 4. Penulisan resep obat generik	100% 100% 100% 75%
8.	Perencanaan dan Evaluasi	Pengembangan sistem Informasi kesehatan dan pematapan manajemen	1. Mempunyai dokumen sistem kesehatan 2. Mempunyai contingency plan masalah kesehatan bencana 3. Mampuat profil kesehatan	Ya Ya Ya

Sumber : Data Sekunder Dinas kesehatan Kabupaten Lumajang 2008

Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang pada tahun 2009 belum membuat profil Dinas Kesehatan Lumajang yang terbaru dikarenakan peralihan masa jabatan Bupati kabupaten Lumajang dari tahun 2008 ke tahun 2009 sehingga untuk program, indikator kesehatan, serta target Dinas Kesehatan Lumajang tahun 2009 sama dengan program-program tahun 2008. Tetapi pada tahun 2010 Dinas Kesehatan dan Pemerintah Kabupaten membuat Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah tahun 2010-2014 dengan program dan indikator *terlampir*.

4.2.7 Bidang Kesehatan keluarga

4.2.7.1 Bidang kesehatan Kekuarga terdiri dari:

1. Sie Kesehatan Ibu dan Balita
2. Sie Gizi
3. Sie Anak Remaja dan Usia Lanjut (USILA)

4.2.7.2 Uraian Tugas Pokok Dan Fungsi Bidang Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang

A. Tupoksi Kabid Kesehan Keluarga

1. Membagi tugas pada bawahan dan memantau penyelesaian tugas tepat waktu.
2. Memberi arahan arahan dan motivasi kepada bawahan agar tercapai hasil kerja yang optimal.
3. Menyusun konsep manajemen dan operasional pelayanan KIB, KB, gizi, dan ARU.
4. Menyusun konsep rencana kegiatan program KIB, KB, gizi, dan ARU.
5. Menyusun konsep bahan pembinaan dan penyuluhan program KIB, KB, gizi, dan ARU.
6. Menyusun konsep dan melaksanakan bimbingan teknis program KIB, KB, gizi, dan ARU.
7. Melaksanakan koordinasi lintas program maupun lintas sektor yang berkaitan dengan program KIB, KB, gizi, dan ARU.
8. Menyusun konsep dan melaksanakan monitoring dan evaluasi program KIB, KB, gizi, dan ARU.
9. Bersama lintas sektor terkait menyusun konsep dan melaksanakan kegiatan SKPG.
10. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan langsung.
11. Mempertanggung jawabkan pelaksanaan kegiatan kepada atasan langsung.

B. Tupoksi Kasie Gizi

1. Membagi tugas pada bawahan dan memantau penyelesaian tugas tepat waktu.
2. Memberi arahan dan motivasi kepada bawahan agar tercapai hasil kerja yang optimal.
3. Menyusun protap operasional pelayanan program gizi.
4. Menyusun rencana kegiatan program gizi.
5. Menyusun bahan pembinaan dan penyuluhan program gizi.

6. Melaksanakan bimbingan teknis program gizi.
 7. Melaksanakan koordinasi lintas program maupun lintas sektor yang terkait dengan program gizi.
 8. Melaksanakan monitoring dan evaluasi program gizi.
 9. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan langsung maupun Kepala Dinas Kesehatan.
- Mempertanggung jawabkan pelaksanaan kegiatan kepada atasan.

4.2.8 Alur Kerja Sie Gizi

1. Program Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Lumajang tahun 2010-2014 dilaksanakan oleh semua tenaga kesehatan diseluruh Kabupaten Lumajang.
2. Dalam melaksanakan tugasnya, Kepala Dinas berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Daerah, melalui Sekretaris Daerah.
3. Kepala Dinas memberikan program kerja kepada setiap bidang di Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang sesuai dengan bidang masing-masing. Setiap Bidang dipimpin oleh seorang Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugas berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Kesehatan.
4. Kepala Bidang Kesehatan Keluarga memberikan program kerja kepada setiap tiga sie yang ada dibidang Kesehatan Keluarga yaitu KIB (Kesehatan Ibu dan Balita), Remaja dan Usila (usia lanjut), dan Gizi. Setiap Sie dipimpin oleh seorang Kepala Sie yang dalam melaksanakan tugas berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bidang Kesehatan Keluarga.
5. Kepala Sie Gizi memberikan pekerjaan kepada staf- staf gizi untuk tercapainya setiap program kerja jangka pendek (SPM) yang dikeluarkan oleh Kepala Sie Gizi ataupun program jangka menengah yang dikeluarkan oleh Pemerintah Kabupaten Lumajang.

4.2.9 Program Kesehatan Keluarga terdiri dari:

1. Kesehatan ibu dan Anak

Kegiatan program KIA antara lain kegiatan pemeriksaan ibu hamil di Puskesmas, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, kunjungan bayi, kunjungan anak usia pra sekolah dan lain-lain.

2. Kesehatan Reproduksi

Kegiatan program ini antara lain kegiatan pelayanan akseptor KB, pembinaan keluarga berencana dan deteksi dini kelainan kesehatan reproduksi.

3. Kesehatan Anak, Remaja dan Usila

- a. Kesehatan anak dan Remaja

Kegiatan program ini antara lain pelayanan kesehatan anak usia sekolah melalui program penjangkaran kesehatan di sekolah-sekolah (skrining), pelaksanaan kegiatan imunisasi untuk anak SD, pelayanan kesehatan remaja untuk siswa SMP/SMU dan pembinaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).

- b. Kesehatan Usia Lanjut (Usila)

Kegiatan dalam program ini antara lain pembentukan karang werdha, pembinaan usila dan pemeriksaan serta penyuluhan kesehatan usila.

4. Gizi

Kegiatan program gizi antara lain:

- a. Peningkatan cakupan distribusi kapsul vitamin A dosis tinggi
- b. Peningkatan cakupan distribusi tablet besi (FE)
- c. Pemantauan status gizi balita
- d. Pemberian makanan tambahan (PMT) balita
- e. Monitoring garam beryodium
- f. Penyuluhan gizi di tingkat Puskesmas
- g. Penimbangan bulanan balita

4.2.10 Program PMT-Pemulihan di Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang

Untuk pemulihan status balita yang mengalami gizi buruk maka Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang khususnya Sie Gizi membuat program PMT-Pemulihan kepada balita sasaran diseluruh Kabupaten Lumajang yang terdiri dari biskuit dan susu yang diberikan selama 3 bulan dengan 10 hari sekali pengambilan agar pemantauan berat badan dan tinggi badan balita sasaran PMT-Pemulihan ini mudah dipantau. Pembagian biskuit dan susu untuk masing-masing balita sasaran PMT-P menerima dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Dancow 1⁺ dengan berat 200 gr diberikan sebanyak 22 kotak dan biskuit roma dengan berat 22 gr diberikan sebanyak 29 kotak pada balita berumur 12 bulan sampai dengan balita umur 35 bulan.
2. Dancow 3 dengan berat 220 gr diberikan sebanyak 27 kotak dan biskuit roma dengan berat 150 gr diberikan sebanyak 29 bungkus pada balita berumur 36 bulan sampai dengan balita umur 60 bulan.
3. Bendera 123 dengan berat 300 gr diberikan sebanyak 15 kotak dan biskuit susu dengan berat 60 gr diberikan sebanyak 12 bungkus pada balita berumur 6 bulan sampai dengan balita umur 24 bulan.
4. Lactogen 2 dengan berat 180 gr diberikan sebanyak 20 kotak dan biskuit susu beratnya 60 gr diberikan sebanyak 12 bungkus pada balita berumur 6 bulan sampai dengan balita umur 36 bulan.
5. SGM 3 dengan berat 300 gr diberikan sebanyak 17 kotak dan biskuit energi dengan berat 23,5 gr diberikan sebanyak 17 bungkus pada balita berumur 36 bulan sampai dengan balita usia 60 bulan.
6. SGM 2 dengan berat 300 gr diberikan sebanyak 36 kotak dan biskuit energi dengan berat 23,5 gr diberikan sebanyak 17 bungkus pada balita berumur 24 bulan sampai dengan balita usia 35 bulan.
7. Nutrilon Soya dengan berat 400 gr diberikan sebanyak 5 bungkus dan malkist roma dengan berat 150 gr sebanyak 10 bungkus pada balita berumur 6 bulan sampai dengan balita umur 36 bulan.

8. Entrasol dengan berat 150 gr diberikan sebanyak 12 kotak dan malkist roma dengan berat 150 gr sebanyak 10 bungkus pada balita berusia 12 bulan sampai dengan balita usia 36 bulan.

Setiap balita sasaran PMT-Pemulihan menerima susu dan biskuit dengan jumlah yang berbeda ini dikarenakan kandungan gizi yang ada pada masing-masing susu dan biskuit berbeda.

Program PMT-Pemulihan ini mempunyai dana yang terbatas untuk membeli susu dan biskuit dan oleh karena itu Dinkes Kabupaten Lumajang mempunyai kriteria-kriteria balita yang menerima bantuan PMT-Pemulihan ini. Kriteria balita penerima PMT-Pemulihan sebagai berikut:

1. Semua balita yang menderita gizi buruk dari keluarga miskin (dengan melihat indikator BB/U)
2. Jika ada sisa susu dan biskuit maka akan diberikan kepada balita yang menderita gizi buruk dari non keluarga miskin (dengan melihat indikator BB/U dan $BB/TB \leq -3 SD$)
3. Sisa susu dan biskuit dari poin 2 maka akan diberikan pada balita yang menderita gizi buruk dari non keluarga miskin (dengan melihat indikator BB/U dan $BB/TB \leq -2 SD - \leq -1 SD$).

Indikator dari keberhasilan pemberian makanan tambahan (PMT-P) adalah 70% yang ditargetkan oleh Dinkes Kabupaten Lumajang. Indikator keberhasilan ini dilihat dari:

1. Zat gizi yang terkandung dalam susu dan biskuit yang diberikan harus sesuai dengan yang ditentukan yaitu energi sebesar 350 kkal dan protein sebesar 12-15 gr.
2. Bisa diterima oleh balita sasaran PMT-Pemulihan (ibu balita langsung ditanya susu yang disukai dan cocok sehingga tidak menyebabkan diare untuk balita tersebut).

4.3 Gambaran Umum Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan

4.3.1 Keadaan Geografi

Puskesmas Rogotrunan merupakan salah satu Puskesmas di Kabupaten Lumajang ini dibangun pada tahun 1999 dan mulai digunakan tahun 2000. Dengan luas tanah 2338 m² dan luas bangunan 446 m². Puskesmas Rogotrunan, berada di Jalan Brantas No. 5 Kabupaten Lumajang.

Luas wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan seluas 30,313 km². Wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan terdiri dari 7 Kelurahan dengan 5 desa, yaitu :

1. Kelurahan Tompokersan
2. Kelurahan Citrodiwangsan
3. Kelurahan Rogotrunan
4. Kelurahan Kepuharjo
5. Kelurahan Jogoyudan
6. Kelurahan Jogotrunan
7. Kelurahan Ditotrunan
8. Desa Labruk Lor
9. Desa Denok
10. Desa Boreng
11. Desa Banjarwaru
12. Desa Blukon

Jarak desa yang terjauh ke puskesmas \pm 6 Kilometer.

Batas-batas wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan

1. Sebelah Utara : Kecamatan Sukodono
2. Sebelah Timur : Kecamatan Tekung
3. Sebelah Selatan : Kecamatan Sumpersuko
4. Sebelah Barat : Kecamatan Sukodono

4.3.2 Keadaan Demografis

1. Jumlah penduduk : 89357 jiwa (Tahun 2009)

Tabel 4.2 Distribusi Jumlah Penduduk Kecamatan Lumajang

Kelurahan/Desa	Jumlah warga
Banjarwaru	2077
Citrodiwangsan	14138
Labruk Lor	3387
Rogotrunan	9963
Jogotrunan	9982
Ditotrunan	7400
Jogoyudan	7515
Tompokersan	16411
Boreng	5253
Blukon	2006
Denok	4159
Kepuharjo	7066
Total	89357

Sumber: Profil Puskesmas Rogotrunan, 2009

2. Data penduduk sasaran KB/kesehatan

Jumlah Bayi 0-1 tahun	: 1314 jiwa
Jumlah anak 1-4 tahun	: 5260 jiwa
Jumlah WUS	: 23.896 jiwa
Jumlah Bumil	: 1.445 jiwa
Jumlah Bulin	: 1.445 jiwa

3. Data penduduk usia sekolah

Jumlah SD/MI	: 7.812 jiwa
Jumlah SLTP/MTs	: 3.940 jiwa
Jumlah kls 1 SLTA/MAN	: 5.454 jiwa

4. Peran serta masyarakat

Tabel 4.3 Distribusi Jumlah Kader dan Dukun Bayi

Desa / Kelurahan	Jumlah Posyandu	Jumlah Kader	Jumlah Dukun Bayi	
			Terlatih	Tidak terlatih
Tompokersan	23	115	3	-
Rogotrunan	11	55	5	-
Jogoyudan	7	35	-	-
Jogotrunan	14	70	-	-
Ditotrunan	7	35	1	-
Kepuharjo	6	30	-	-
Citrodiwangsan	18	90	-	-
Boreng	5	25	6	-
Denok	5	25	2	-
Blukon	4	20	2	-
Banjarwaru	4	20	3	-
Labruk Lor	4	20	-	-
Total	108	540	22	-

Sumber : data Sekunder Puskesmas Rogotrunan, 2009

4.3.3 Profil Puskesmas Rogotrunan

4.3.3.1 Visi Puskesmas Rogotrunan

Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010

4.3.3.2 Misi Puskesmas Rogotrunan

1. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara professional.
2. Meningkatkan peran serta keluarga dan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan.
3. Meningkatkan kerja sama lintas program dan lintas sektor.
4. Meningkatkan profesionalisme dan kompetensi karyawan.

4.3.3.3 Kebijakan Mutu

Untuk mencapai visi dan misi tersebut, Puskesmas Rogotrunan menerapkan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2000 dengan kebijakan sebagai berikut:

1. Meningkatkan kepuasan pelanggan.
2. Memberikan pelayanan kesehatan secara profesional.

3. Meningkatkan kerja sama lintas sektor.
4. Meningkatkan kompetensi dan kepuasan karyawan

Kebijakan Mutu tersebut ditunjang dengan komitmen penuh dari seluruh karyawan untuk melakukan peningkatan berkesinambungan di semua bidang.

4.3.3.4 Tujuan Puskesmas Rogotruran

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yaitu meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Indonesia Sehat 2010 (Depkes RI, 2004).

A. Fungsi

Puskesmas mampu dan dapat berfungsi sebagai :

- 1) Pusat Penggerak Pembangunan berwawasan Kesehatan.

Dimana Puskesmas selalu berupaya secara aktif menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, disamping itu Puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program khususnya Program Pembangunan Kesehatan.

- 2) Pusat Pemberdayaan Masyarakat.

Puskesmas selalu berupaya aktif agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat.

- 3) Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pratama

Artinya Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan Kesehatan tingkat Pratama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan yang menjadi tanggung jawabnya meliputi :

a. Pelayanan Kesehatan Perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan kesehatan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.

b. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain adalah promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat, serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya.

4.3.3.5 Struktur Organisasi Puskesmas Rogotruman

Struktur Organisasi Puskesmas Rogotruman dan Struktur Organisasi ISO 9001:2000 Puskesmas Rogotruman *terlampir*.

4.3.3.6 Susunan Program dan Alur Kerja Puskesmas Rogotruman

a. Susunan Program Puskesmas Rogotruman

Berdasarkan Struktur organisasi *terlampir*, program di Puskesmas Rogotruman meliputi beberapa bidang berikut ini:

- 1) Kesehatan Lingkungan
- 2) KIA/KB
- 3) Perbaikan Gizi
- 4) Pemberantasan Penyakit Menular
- 5) Pengobatan
- 6) Usila

7) Kesehatan gigi dan mulut

b. Alur Kerja Puskesmas Rogotrungan

Bagan alur kerja Puskesmas Rogotrungan *terlampir*.

Sedangkan kegiatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Rogotrungan berdasarkan struktur organisasi ISO 9001:2000 meliputi:

1. Layanan Loker/Pendaftaran
2. Layanan Kamar Obat
3. Layanan Poli Umum (BP)
4. Layanan Poli Gigi dan Mulut
5. Layanan Poli KIA/KB
6. Layanan 24 jam (UGD)
7. Layanan Pojok Gizi
8. Rawat Inap Umum
9. Laboratorium
10. Layanan Persalinan

Pasien yang datang untuk berobat, langsung menuju layanan loket atau pendaftaran. Pendaftaran di loket disesuaikan dengan nomor urut pasien. Selanjutnya pasien ditanyakan akan melakukan pengobatan ke poli umum (BP), Gigi atau Mulut, KIA atau KB. Setelah melakukan pendaftaran, list atau *form* rekam medik pasien akan diserahkan ke masing-masing bagian poli yang akan dikunjungi. Alur ini berlaku selama loket pendaftaran buka, yaitu jam 07.00-14.00 pada hari Senin sampai Kamis, jam 07.00-11.00 pada hari Jum'at dan jam 07.00-12.00 pada hari Sabtu.

Untuk masing-masing poli, pemeriksaan dan pengobatan pasien dilakukan sesuai nomor urut. Jika pasien dalam keadaan darurat dan harus segera mendapat pertolongan, maka pasien tidak perlu menunggu giliran, tapi langsung menuju UGD. Pasien yang telah melalui pemeriksaan, langsung menuju loket obat (apotik) jika sudah mendapat resep dari masing-masing poli. Apabila satu list pasien akan digunakan oleh 2 atau 3 orang pada poli yang berbeda, maka list tersebut akan diantarkan ke salah satu poli. Maka, setelah dilakukan pemeriksaan dan dilakukan pencatatan

pada register, list tersebut akan diserahkan pada poli lain sesuai tujuan pasien.

Pasien dari poli umum, KIA/KB, Gigi/Mulut atau UGD dapat dirujuk ke poli gizi jika diperkirakan mempunyai masalah gizi atau memerlukan konsultasi gizi ataupun dirujuk ke laboratorium jika perlu pemeriksaan spesimen darah atau dahak. Dari masing-masing poli ataupun UGD, pasien dapat dirujuk ke bagian rawat inap untuk persalinan jika akan melahirkan di Puskesmas Rogotrunan.

Jika pasien tidak mampu ditangani oleh dokter yang ada di Puskesmas Rogotrunan maka pasien tersebut akan diberi rujukan ke rumah sakit untuk diperiksa lebih lanjut. Hal ini disebabkan karena keterbatasan alat medis yang terdapat di Puskesmas Rogotrunan.

4.3.3.7 Upaya Perbaikan Gizi :

1. Cakupan upaya penyuluhan perilaku Asi Eksklusif di masyarakat masih kurang dari target SPM yang ditentukan pada tahun 2008. dengan upaya pada tahun 2009 akan lebih ditingkatkan penyuluhan Asi Eksklusif di Masyarakat pada sasaran Formal atau non formal.
2. Cakupan Balita dengan Vitamin A 2 kali juga masih kurang 5,2% dari target SPM tahun 2008 sehingga dibutuhkan cekatan petugas dan kader untuk meningkatkan kegiatan tersebut diatas yang dilewatkan pada kegiatan Posyandu rutin
3. Cakupan penyuluhan Desa dengan garam beryodium juga masih kurang hal ini juga ditingkat kegiatan penyuluhan tersebut oleh petugas gizi dalam wilayah/desa yang rawan penggunaan garam yang beryodium.

4.4 GERBANGMAS (Gerakan Membangun Masyarakat Sehat)

4.4.1 Pengertian Gerbangmas

Gerbangmas (Gerakan Membangun Masyarakat Sehat) adalah suatu gerakan atau tindakan bersama yang dilakukan oleh semua komponen yang terprogram dan terencana dalam rangka membangkitkan kemauan dan semangat dari, oleh, dan untuk masyarakat agar terjadi perubahan kearah yang lebih baik dan sehat.

4.4.2 Latar Belakang Berdirinya Gerbangmas

Melalui *brain storming* yang panjang bersama Badan Pembangunan Kabupaten Lumajang (Bapekab), Dinas Kesehatan (Dinkes), Dispenduk KB & CAPIL, serta bersama Instansi terkait dan TP PKK Kabupaten Lumajang, maka tanggal 10 Januari 2005 dihasilkan komitmen bersama untuk mewujudkan lumajang sehat 2007 dan keluarga berkualitas 2012 sebagai wujud keselarasan dengan program Nasional Indonesia Sehat 2010 dan Keluarga Berkualitas 2015, beberapa posyandu dijadikan Posyandu GerbangMas. Sebagai upaya mempercepat pencapaian Lumajang Sehat 2007 maka sejak dicanangkan oleh Bapak Imam Utomo Gubernur Jawa Timur tanggal 23 Maret 2005 sasaran awal pelaksanaan “Gerbangmas” adalah 34 Posyandu yang tersebar di 21 kecamatan di Kabupaten Lumajang.

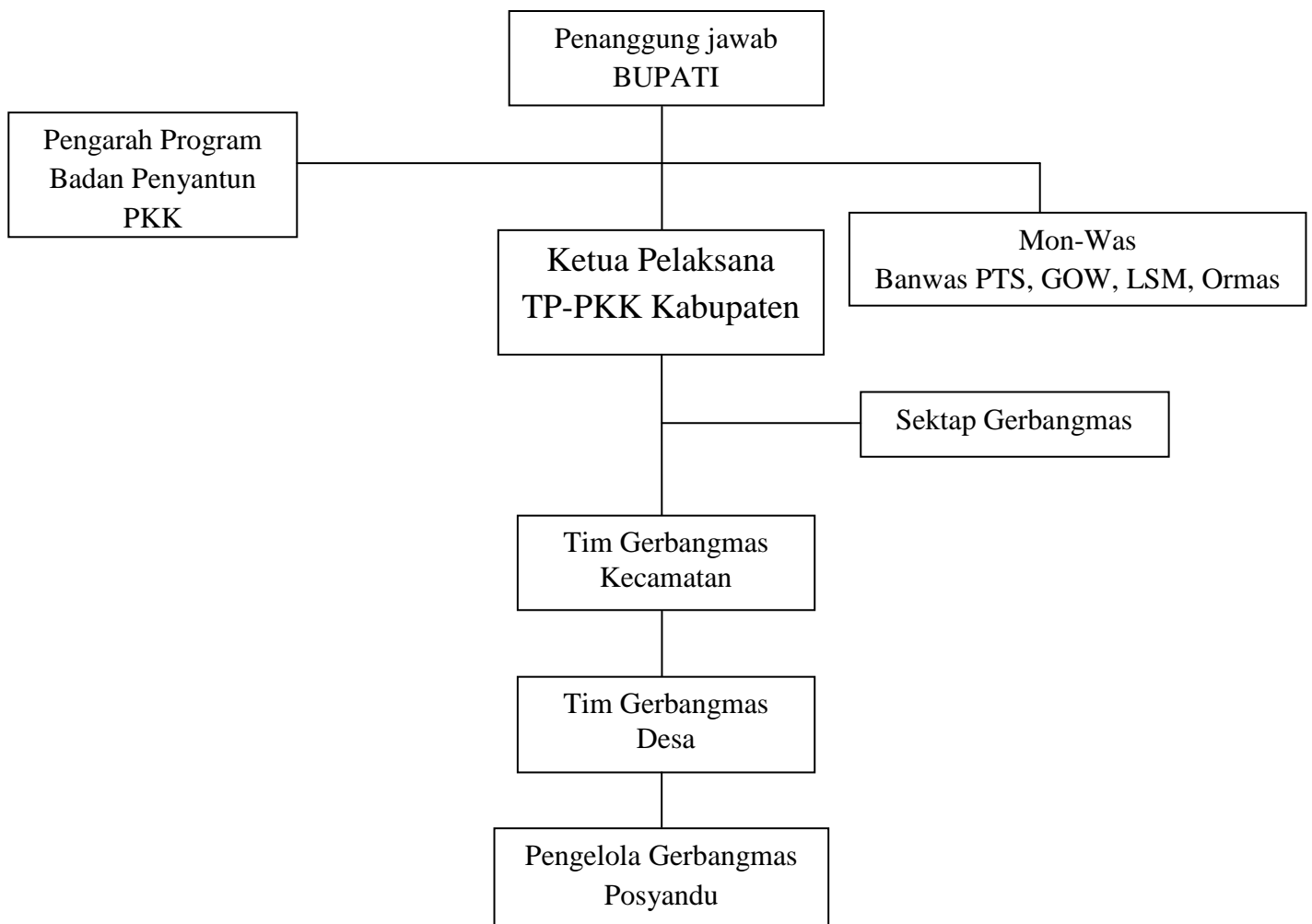
Perkembangan yang signifikan dari 34 Posyandu Gerbangmas tadi, guna lebih mempercepat suksesnya Lumajang Sehat, maka tahun 2006 Posyandu Gerbangmas berjumlah 500 Posyandu. Sehingga praktis di setiap desa dalam setiap kecamatan muncul Posyandu Gerbangmas. Dari total jumlah Posyandu Gerbangmas itu di Dana APBD teranggarkan sekurang-kurangnya Lima Milyar Rupiah. Ternyata dengan berkembangnya jumlah Posyandu Gerbangmas bukan hanya menambah kuantitas, akan tetapi kualitas Posyandu Gerbangmas mulai meningkatkan usahanya dari tahun ke tahun.

Tahun 2007 sebagai tahun yang sangat menentukan bagi keberhasilan langkah Lumajang Sehat melalui Posyandu Gerbangmas ini semakin dikembangkan kuantitasnya menjadi 750 buah posyandu. Ini berarti dana Posyandu Gerbangmas melejit menjadi Tujuh Setengah Milyar Rupiah.

Memasuki tahun 2008, Posyandu Gerbangmas kembali jumlahnya ditingkatkan menjadi 1.259 Posyandu.

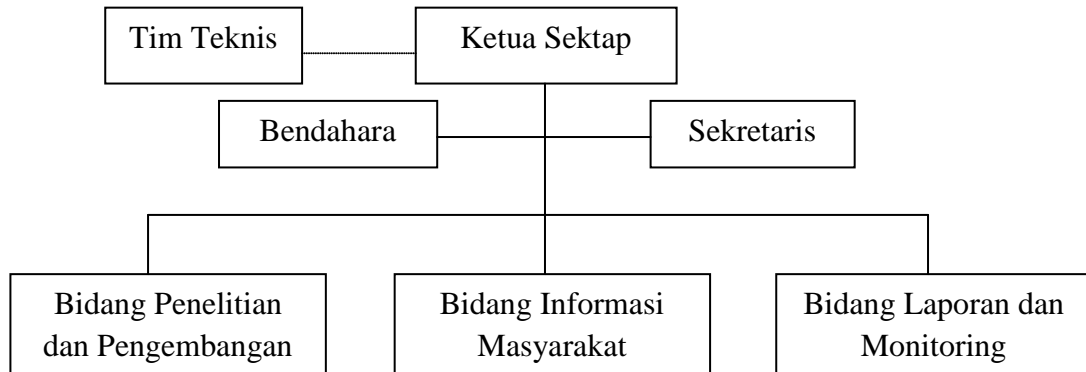
Dipilihnya posyandu karena dapat digunakan sebagai Pusat pelayanan yang dapat dijangkau seluruh lapisan masyarakat, sudah terorganisir, lingkungannya kecil dan kader sudah terbina, namun masih belum tergarap secara maksimal.

4.4.3 Struktur Organisasi Tim Gerbangmas Kabupaten Lumajang



4.1 Bagan Struktur Organisasi Tim Gerbangmas kabupaten Lumajang

Struktur Organisasi Sekretariat Tetap (Sektap) Gerbangmas Kabupaten Lumajang



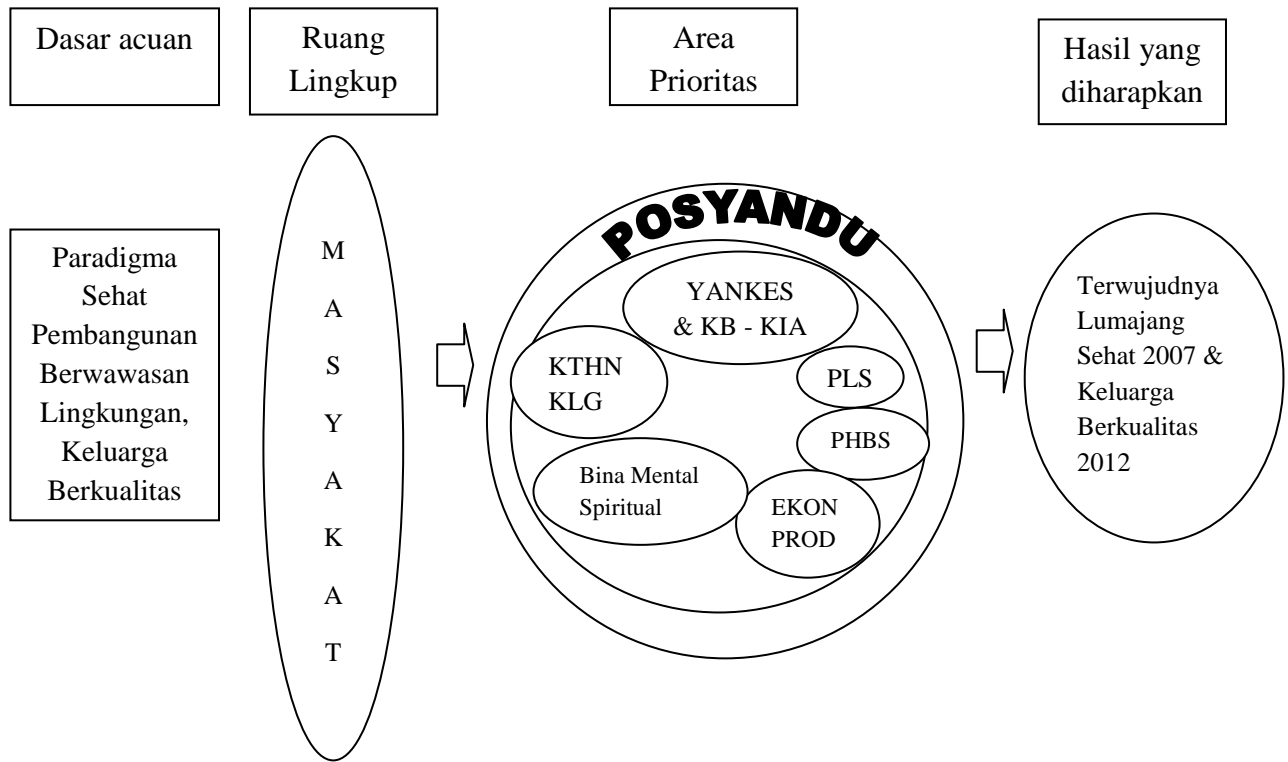
4.2 Bagan Struktur Organisasi Sekretariat tetap (Sektap) Gerbangmas

4.4.4 Uraian Pengorganisasian Gerbangmas Kabupaten Lumajang

Agar Gerbangmas dapat berjalan sesuai dengan yang diinginkan, maka di lakukan pengorganisasian sebagai berikut :

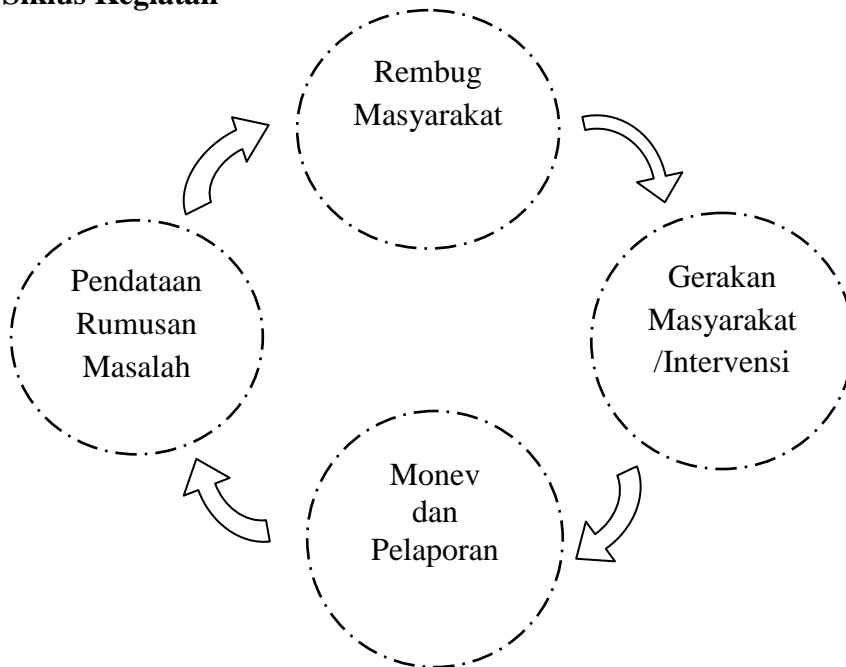
1. Di Tingkat Kabupaten di bentuk Tim Kabupaten, yang terdiri dari Tim pengarah, Tim Pengawas, dan Tim Pelaksana Gerbangmas.
2. Di Tingkat Kecamatan di bentuk Tim Kecamatan, yang di ketuai oleh Ketua TP-PKK kecamatan, sedangkan Camat sebagai Penasehat dan Penanggungjawab.
3. Di Tingkat Desa di bentuk Tim Desa yang di ketuai oleh Ketua TP-PKK Desa, sedangkan Kepala Desa sebagai Penanggungjawab.
4. Di Tingkat Posyandu, maka Kader adalah unsure pelaksana yang di bantu oleh tokoh masyarakat, tokoh agama, pemuda, dan komponen yang lain.

4.4.4.1 Alur Pikir Gerbangmas



4.3 Gambar Alur Pikir Gerbangmas

4.4.4.2 Siklus Kegiatan



4.4 Gambar Siklus Kegiatan Gerbangmas

4.4.4.3 Pelaksanaan Kegiatan Lapangan

1. Pendataan

Pendataan adalah hal yang sangat penting agar kita bias menilai hasil kinerja. Pada tahun 2009, pendataan dilakukan dengan diawali kegiatan pada bulan Februari tahun 2009 dalam rangka memperoleh data dasar dan untuk menentukan langkah – langkah gerakan penyehatan masyarakat. Untuk tahun-tahun selanjutnya pendataan dilakukan di akhir tahun berikutnya. Instrumen pendataan dan panduan pengisian serta evaluasi.

2. Pendidikan dan Pelatihan Kesehatan Masyarakat/Rembug Masyarakat
Hasil pendataan berupa daftar masalah, yang selanjutnya di komunikasikan kepada masyarakat terutama tokoh – tokoh kunci untuk menetapkan prioritas dan menyusun Rencana Kegiatan. Agar rencana kegiatan dapat berjalan sesuai dengan harapan dan memberikan hasil yang optimal, ketersediaan sumberdaya harus dipertimbangkan dengan baik, yang meliputi:

- a. Sumber Dana

Dana operasional untuk mengembangkan Posyandu Gerbangmas adalah dana APBD Kabupaten Lumajng. Dalam program Gerbangmas disediakan dana stimulan yang harus pula di imbangi dengan dana swadaya masyarakat yang besarnya minimal 35% jika ketersediaan dana kurang memadai dana kurang memadai, Pengelola dapat menjalin kemitraan dengan pihak swasta, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) ataupun pihak lain yang bersedia bermitra.

- b. Tenaga

Pelaksana gerakan penyehatan masyarakat melibatkan peran masyarakat secara luas. Jika terkait dengan bantuan untuk perorangan, maka yang bersangkutan harus turut memberikan kontribusi. Untuk mempermudah dalam menyusun Rencana tindak lanjut (RTL), dapat menggunakan format RTL. Komponen RTL minimal memuat pokok-pokok kegiatan sebagai berikut:

1. Gerakan bersih lingkungan
2. Gerakan pembangunan sarana sanitasi
3. Gerakan peningkatan pelayanan pokok di posyandu (KIB, KB, Gizi, Imunisasi, dan Diare)
4. Gerakan peningkatan pelayanan pengembangan di posyandu (Padu, Dana Sehat, BKB, dll)
5. Gerakan peningkatan ekonomi produktif
6. Gerakan peningkatan mental spiritual.

3. Gerakan Penyehatan Masyarakat

Gerakan penyehatan masyarakat adalah inti dari Gerbangmas. Pada dasarnya Gerakan Penyehatan Masyarakat ini dapat di kelompokkan dalam beberapa gerakan sebagai berikut :

a. Gerakan kerja bakti masal

Hendaknya setiap desa melakukan gerakan kerja bakti masal untuk membersihkan lingkungan setiap minggu ke I dan minggu III setiap bulan.

b. Gerakan pembangunan Sarana Sanitasi Dasar dan Rumah Sehat

Gerakan ini dilakukan sesuai dengan rencana yang telah di susun dalam rembug masyarakat. Hendaknya pada saat rembug masyarakat sudah di tetapkan, akan membangun jamban berapa buah, plesterisasi berapa rumah, perbaikan sarana air minum berapa buah, dan lain-lain.

c. Gerakan Pelayanan Program Pokok di Posyandu dan Gerakan pelayanan program pengembangan lain dilaksanakan sesuai rencana harus diupayakan agar kualitas pelayanannya meningkat.

d. Gerakan peningkatan ekonomi produktif, dilaksanakan ileh berbagai lintas sektor dan masyarakat sesuai dengan rencana.

e. Gerakan peningkatan mental spiritual, hendaknya dilaksanakan dengan mengajak bersama masyarakat agar terwujud perikehidupan yang lebih rukun, damai, dan terpuji.

4. Pelaporan

Pelaporan dilakukan secara berjenjang, yaitu :

a. Tingkat posyandu

Laporan hasil kegiatan tribulan. Isi laporan meliputi hasil-hasil kegiatan untuk suatu periode kegiatan. Laporan ini ditanda tangani ketua kader posyandu dan diketahui ketua TP PKK desa serta dilaporkan kepada Ketua Tim Gerbangmas tingkat kecamatan.

b. Tingkat Desa

Laporan hasil pencapaian lingkungan pemukiman sehat. Isi laporan merupakan pencapaian indikator lingkungan pemukiman sehat sehingga bias menilai tingkat proporsi potensi lingkungan pemukiman sehat. Laporan ini ditanda tangani ketua kader posyandu dan diketahui ketua TP PKK desa untuk selanjutnya dilaporkan kepada ketua Tim Gerbangmas tingkat kecamatan. Laporan ini menggunakan format LP3S dan merupakan laporan tribulan dan tahunan.

c. Tingkat Kecamatan

Isi laporan tingkat kecamatan ini meliputi rekap laporan tingkat posyandu yang dilaporkan setiap tribulan dari Ketua Tim Gerbangmas Tingkat kecamatan ke Ketua Tim Gerbangmas Tingkat kabupaten, yang terdiri dari format laporan P3S (Proporsi Potensi Pemukiman Sehat) dan format Rencana Tindak Lanjut (RTL). Laporan ini ditanda tangani oleh Ketua Tim Gerbangmas Kecamatan dan diketahui oleh camat. Dengan dasar laporan tingkat ini bias ditindaklanjuti oleh Dinas terkait untuk melakukan intervensi. Tim kecamatan juga membuat laporan tribulan dan tahunan yang merupakan rekap laporan tahunan Posyandu sasaran di wilayah kerjanya.

d. Tingkat Kabupaten

Isi laporan tingkat Kabupaten meliputi rekap laporan tingkat kecamatan yang dilaporkan setiap tribulan dari Tim Gerbangmas Tingkat Kabupaten kepada bapak bupati Lumajang. Laporan ini ditanda tangani oleh Ketua tim Pelaksana Operasional dan diketahui oleh Koordinator Tim pengarah Tingkat Kabupaten. Tim

Kabupaten ini juga membuat laporan tribulan dan tahunan tingkat kecamatan.

5. Monitoring dan Evaluasi (Monev)

Mencatat kesesuaian kegiatan dengan Rencana serta perkembangannya.

4.4.5 Tujuan dan Sasaran Gerbangmas

1. Tujuan

Terwujudnya Lumajang sehat 2010 untuk menyongsong Indonesia Sehat tahun 2010 dan Keluarga berkualitas tahun 2012.

2. Sasaran

a. Masyarakat

Meningkatkan proporsi Potensi Pemukiman Sehat (P3-S) pada semua lingkungan pemukiman di wilayah kerja Posyandu sasaran, dalam rangka mendukung terwujudnya Lumajang Sehat 2010 dan Keluarga Berkualitas tahun 2012.

b. Posyandu

Meningkatkan peran Posyandu sebagai pusat pendidikan dan pelatihan kesehatan masyarakat, pusat pemberdayaan dan pusat pelayanan masyarakat sehingga menjadi Posyandu yang mandiri.

c. Pemerintah

Meningkatkan koordinasi dan keterpaduan program atau kegiatan sehingga mampu memberikan percepatan dalam pembangunan menuju kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

d. Swasta

Meningkatkan sinergitas Pemerintah, Masyarakat, dan Swasta dalam pembangunan kesejahteraan Masyarakat dengan menumbuh kembangkan kemitraan.

4.4.6 Indikator Gerbangmas

A. Manusia

1. Ketaatan beribadah
2. Buta huruf
3. Wajar Diknas
4. Gakin
5. Penggunaan garam beryodium
6. Balita bawah garis merah
7. LINAKES (persalinan oleh tenaga kesehatan)
8. Cakupan D/S
9. PUS yang menjadi akseptor KB
10. BKB (Bina Keluarga Balita)
11. BKR (Bina Keluarga Remaja)
12. BKL (Bina Keluarga Lanjut Usia)
13. PA desa/kelurahan
14. Strata Posyandu Purnama/Mandiri

B. Usaha

15. Kelompok Ekonomi Produktif

C. Lingkungan

16. Ruas jalan bersih indah dengan paraling
17. Pemanfaatan lahan perkarangan
18. Penggunaan jamban sehat
19. Penggunaan air bersih
20. Pengelolaan sampah
21. Rumah sehat

4.4.7 Fungsi Posyandu Gerbangmas

A. Pusat Pelayanan

1. Pelayanan Kesehatan Dasar (YAKENDAS)
 - a. Kesehatan Dasar
 - b. Pemberantasan Penyakit Menular
 - c. Warung Obat Desa (WOD)

2. Keluarga Berencana kesehatan Ibu dan Anak
 - a. Pelayanan Keluarga Berencana (KB)
 - b. Pelayanan kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
 3. PLS
 - a. Padu/Paud/KF
 4. Ketahanan Keluarga
 - a. Program KB
 - b. BKB, BKR, dan BKL
 5. PHBS
 - a. Penyediaan sarana dan prasarana kesehatan
 - b. Dana sehat
- B. Pusat Pendidikan
6. Ekonomi Produktif
 - a. Unit simpan pinjam
 - b. Usaha peningkatan pendapatan keluarga sejahtera (UPPKS)

Hubungan antara Posyandu Gerbangmas dengan balita gizi buruk yang ada di daerah Kabupaten Lumajang adalah meningkatkan kualitas dan kuantitas dari posyandu, karena posyandu gerbangmas adalah pos pelayanan yang paling dekat dengan masyarakat di Lumajang sehingga balita yang menderita gizi buruk dapat dilacak dengan cepat oleh kader posyandu gerbangmas dan dapat segera dilaporkan kepada petugas gizi di puskesmas terdekat atau langsung kepada Dinkes Kabupaten Lumajang.

4.5 Program PMT-Pemulihan di Puskesmas Rogotruran

4.5.1 Penemuan Balita Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran

Penemuan kasus balita BGM di wilayah kerja Puskesmas Rogotruran melalui beberapa cara antara lain:

- a. Posyandu

Penimbangan bayi dan balita di Posyandu merupakan cara memantau pertumbuhan balita yang dilakukan secara rutin setiap bulan. Hasil penimbangan tersebut dimasukkan ke dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) yang dimiliki masing-masing bayi dan balita. Melalui KMS

tersebut dapat diketahui apakah balita mengalami pertumbuhan yang optimal.

Cara menafsirkan pertumbuhan balita dengan memakai KMS adalah sebagai berikut:

- 1) Pertumbuhan balita naik bila grafik berat badan (BB) mengikuti garis bertumbuhan atau kenaikan berat badan sama dengan kenaikan berat badan minimal (KBM) atau lebih.
- 2) Pertumbuhan balita tidak naik bila grafik berat badan (BB) mendatar atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau kenaikan berat badan (BB) kurang dari kenaikan berat badan minimal (KMB).

Jika BB/U balita ada di bawah Garis Merah (BGM) atau mengalami 2T (dua kali tidak naik atau turun), maka akan segera dilaporkan ke Bagian Gizi Puskesmas untuk mendapat penanganan yang tepat dan cepat.

b. Puskesmas

Setiap Pasien yang datang berobat ke Puskesmas Rogotrnan, terutama anak dan balita diukur Berat dan Tinggi Badannya. Dari hasil pengukuran ini juga akan diketahui status gizi pasien. Apabila ada pasien bayi atau balita yang BB/U berada di bawah Garis Merah atau pada pengukuran BB/PB dan PB/U atau TB/U mempunyai status gizi KEP sedang dan berat akan dirujuk ke Pojok Gizi Puskesmas untuk mendapat penanganan yang tepat.

c. Bidan (Pustu)

Penemuan bayi dan balita BGM juga diperoleh dari Bidan atau Posyandu. Ketika ada pasien bayi dan balita yang datang untuk berobat ke Bidan ataupun Pustu akan ditimbang berat dan panjang badannya. Jika ada bayi atau balita yang BB/U berada di bawah Garis Merah (BGM) atau mempunyai status gizi KEP sedang atau berat akan mendapat penanganan untuk masalah gizinya juga. Kasus tersebut segera dilaporkan ke Bagian Gizi Puskesmas Rogotrnan.

d. Masyarakat

Penemuan kasus BGM ataupun KEP sedang dan berat juga diperoleh dari laporan masyarakat yang menemukan balita yang sangat kurus. Masyarakat datang ke kader, bidan, ataupun puskesmas melaporkan bahwa ada balita di sekitar rumahnya yang mengalami kurang gizi. Dari laporan tersebut, puskesmas akan meninjau lebih lanjut untuk memastikan kondisi balita dan melakukan penanganan yang tepat.

e. Institusi lain

Institusi lain yang berperan dalam penemuan kasus bayi dan balita BGM adalah Rumah sakit. Ketika ada bayi atau balita BGM yang kondisi kesehatannya sangat buruk dan tidak terdeteksi karena tidak aktif dalam kegiatan Posyandu, maka Rumah Sakit akan melaporkan kasus tersebut ke Puskesmas Rogotruran.

4.5.2 Pelaksanaan PMT-Pemulihan di Puskesmas Rogotruran

Bentuk PMT-Pemulihan di Puskesmas Rogotruran tidak jauh berbeda dengan Dinkes Kabupaten Lumajang karena Puskesmas Rogotruran menjadi perantara atau pelaksana dari pemberian PMT-Pemulihan ini. Di Puskesmas Rogotruran biasanya hanya menyediakan susu dan biskuit yang diminta oleh balita sasaran program PMT-Pemulihan ini. Macam-macam dari PMT-Pemulihan di Puskesmas Rogotruran adalah:

1. Dancow 1⁺ dengan berat 200 gr diberikan sebanyak 22 kotak pada balita yang berusia 12 bulan sampai dengan balita usia 35 bulan.
2. Dancow 3 dengan berat 200 gr diberikan sebanyak 27 kotak pada balita yang berusia 6 bulan sampai dengan 24 bulan.
3. Lactogen 2 dengan berat 180 gr diberikan sebanyak 20 kotak pada balita berusia 6 bulan sampai dengan balita usia 36 bulan.
4. SGM 3 dengan berat 150 gr diberikan sebanyak 36 kotak pada balita usia 36 bulan sampai dengan balita usia 60 bulan.
5. SGM 2 dengan berat 15 gr diberikan sebanyak 36 kotak pada balita usia 12 bulan sampai dengan balita usia 35 bulan.

6. Nutrilon Soya dengan berat 400 gr diberikan sebanyak 5 kotak pada balita usia 6 bulan sampai dengan balita usia 24 bulan.
7. Entrasol dengan berat 150 gr diberikan sebanyak 12 kotak pada balita usia 12 bulan sampai dengan balita usia 36 bulan.
8. Biskuit Roma dengan berat 22 gr diberikan sebanyak 29 bungkus.
9. Malkist Roma dengan berat 150 gr diberikan sebanyak 12 bungkus.
10. Biskuit Energi dengan berat 23,5 gr diberikan sebanyak 17 bungkus.
11. Biskuit Susu dengan berat 60 gr diberikan sebanyak 12 bungkus.

Puskesmas Rogotrungan mempunyai indikator keberhasilan untuk PMT-Pemulihan ini yaitu dihitung dari jumlah balita yang mengalami gizi buruk yang menerima PMT-Pemulihan dengan berat badan naik dibagi dengan jumlah seluruh balita gizi buruk yang ada di kabupaten Lumajang, dengan penilaian sebagai berikut:

1. $\geq 81,77$ = sangat berhasil
2. $58,49 - 81,77$ = berhasil
3. $\leq 58,49$ = tidak berhasil

4.5.3 Data Balita Penerima PMT-Pemulihan di Puskesmas Rogotrungan

a. Karakteristik Balita

Penilaian Status gizi berdasarkan WHO-MGRS 2005 yaitu: berat badan dan tinggi badan sebelum dan setelah menerima PMT-Pemulihan dapat dilihat pada tabel 4.4 Perubahan Status Balita Gizi buruk tahun 2009/2010.

Tabel 4.4 Perubahan Status Balita Gizi Buruk tahun 2009/2010 Bulan ke-1

no	nama	L/P	Awal						Perkembangan Berat Badan Bulan I					
			umur (Bln)	BB (Kg)	TB (cm)	Indikator Pertumbuhan			umur (Bln)	BB (Kg)	TB (cm)	Indikator Pertumbuhan		
						BB/U	BB/TB	TB/U atau PB/U				BB/U	BB/TB	TB/U atau PB/U
1	Kayyisa	P	21	7,5	75	sangat kurang	normal	pendek	22	8,2	68	kurang	normal	pendek
2	Salsadini	P	44	8,7	87	sangat kurang	Sangat kurus	pendek	45	9,2	87	sangat kurang	kurus	pendek
3	Ifandi	L	24	8,2	76	sangat kurang	kurus	sangat pendek	25	8,6	76	sangat kurang	kurus	sangat pendek
4	Rianti	P	49	8,6	85	sangat kurang	Sangat kurus	pendek	50	9	85	sangat kurang	kurus	pendek
5	Mirna	P	52	10,3	90	sangat kurang	kurus	pendek	53	10,3	90	sangat kurang	kurus	pendek
6	Miranda	P	52	10,7	90	sangat kurang	kurus	pendek	53	10,7	90	sangat kurang	kurus	pendek
7	Santi	P	17	7	69	sangat kurang	kurus	pendek	18	7,3	69	sangat kurang	kurus	pendek
8	Maulana	L	29	8,8	80	sangat kurang	kurus	sangat pendek	30	9,3	80	sangat kurang	kurus	sangat pendek
9	Romi	L	33	8,1	76	sangat kurang	Sangat kurus	sangat pendek	34	9	77	sangat kurang	kurus	sangat pendek
10	Calista	P	39	8,6	82	sangat kurang	kurus	pendek	40	9,1	82	sangat kurang	kurus	pendek
11	Hania	P	51	11	95	sangat kurang	kurus	pendek	52	11,5	95	kurang	kurus	pendek
12	Septi	P	27	8,3	80	sangat kurang	kurus	pendek	28	8,3	80	sangat kurang	kurus	pendek
13	M. Luay	L	41	9,5	87	sangat kurang	Sangat kurus	sangat pendek	42	9,7	87	sangat kurang	sangat kurus	sangat pendek
14	Sintia	P	16	6,7	67	sangat kurang	normal	pendek	17	7,1	67	sangat kurang	normal	pendek
15	Vanes	P	25	7,8	74	sangat kurang	kurus	pendek	26	7,8	74	sangat kurang	kurus	pendek

Sumber: Data Sekunder Puskesmas Rogotrunan, 2010

Tabel 4.5 Perubahan Status Balita Gizi Buruk tahun 2009/2010 Bulan ke-2

no	nama	L/P	Awal						Perkembangan Berat Badan Bulan II					
			umur (Bln)	BB (Kg)	TB (cm)	Indikator Pertumbuhan			umur (Bln)	BB (Kg)	TB (cm)	Indikator Pertumbuhan		
						BB/U	BB/TB	TB/U atau PB/U				BB/U	BB/TB	TB/U atau PB/U
1	Kayyisa	P	21	7,5	75	sangat kurang	normal	pendek	23	8,2	70	Kurang	normal	pendek
2	Salsadini	P	44	8,7	87	sangat kurang	Sangat kurus	pendek	46	9,9	88	sangat kurang	kurus	pendek
3	Ifandi	L	24	8,2	76	sangat kurang	kurus	sangat pendek	26	8,8	77	sangat kurang	kurus	sangat pendek
4	Rianti	P	49	8,6	85	sangat kurang	Sangat kurus	pendek	51	9,4	88	sangat kurang	kurus	pendek
5	Mirna	P	52	10,3	90	sangat kurang	kurus	pendek	54	11,5	93	sangat kurang	kurus	pendek
6	Miranda	P	52	10,7	90	sangat kurang	kurus	pendek	54	10,8	90	sangat kurang	kurus	pendek
7	Santi	P	17	7	69	sangat kurang	kurus	pendek	19	7,6	70	kurang	normal	pendek
8	Maulana	L	29	8,8	80	sangat kurang	kurus	sangat pendek	31	9,6	82	kurang	kurus	sangat pendek
9	Romi	L	33	8,1	76	sangat kurang	Sangat kurus	sangat pendek	35	9,3	78	sangat kurang	kurus	sangat pendek
10	Calista	P	39	8,6	82	sangat kurang	kurus	pendek	41	9,7	83	sangat kurang	normal	pendek
11	Hania	P	51	11	95	sangat kurang	kurus	pendek	53	11,5	96	kurang	kurus	pendek
12	Septi	P	27	8,3	80	sangat kurang	kurus	pendek	29	8,8	80	kurang	kurus	pendek
13	M. Luay	L	41	9,5	87	sangat kurang	Sangat kurus	sangat pendek	43	10,2	88	sangat kurang	kurus	sangat pendek
14	Sintia	P	16	6,7	67	sangat kurang	normal	pendek	18	7,4	67	kurang	normal	pendek
15	Vanes	P	25	7,8	74	sangat kurang	kurus	pendek	27	8,4	74	sangat kurang	normal	pendek

Sumber: Data Sekunder Puskesmas Rogotrunan, 2010

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Analisis Keberhasilan Pemberian Makanan Tambahan (PMT-Pemulihan) Pada Balita Gizi Buruk

5.1.1 Karakteristik Balita Penerima PMT-Pemulihan di Wilayah Puskesmas Rogotrunan Kecamatan Lumajang

a. Status Gizi Balita

Status gizi balita sebelum menerima PMT-P sebagian besar (15 balita) adalah gizi buruk (KEP Berat). Setelah menerima PMT-P berat badan seluruh balita sasaran naik. Namun kenaikan berat badan balita tidak seluruhnya mencapai gizi normal (pita warna hijau) pada KMS.

Dari hasil observasi pada KMS menunjukkan bahwa 7 dari 15 balita (46,67%) sudah mengalami perubahan status gizi buruk menjadi status gizi kurang. Sedangkan yang sisanya (53,33%) walaupun sudah mengalami kenaikan berat badan yang hasilnya sangat bagus tetapi karena seiring dengan bertambahnya umur mereka yang banyak membutuhkan nutrisi dan asupan yang sehat, sehingga pertumbuhan mereka juga terlambat.

b. Pola Konsumsi ASI dan MP-ASI

ASI eksklusif mengandung pengertian pemberian hanya ASI saja tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, biskuit, bubur nasi, dan tim untuk bayi dengan usia < 6 bulan. Selain memberikan nutrisi bagi bayi, peningkatan daya tahan tubuh bayi, peningkatan kecerdasan bayi, ASI eksklusif juga meningkatkan jalinan kasih sayang antara ibu dan bayi (Roesli, 2004). Oleh sebab itu bayi yang mempunyai diberi ASI eksklusif mempunyai status gizi yang baik, tumbuh dan berkembang dengan optimal.

Berdasarkan penelitian diketahui bahwa proporsi balita sasaran PMT-Pemulihan, hanya terdapat 13,33% (2 dari 15 balita) yang mempunyai

riwayat ASI eksklusif. Sedangkan sisanya dari balita yang berstatus gizi kurang maupun berstatus gizi buruk sebesar 86,67% (13 dari 15 balita) mempunyai riwayat tidak diberikan ASI eksklusif. Gambaran ini menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif akan mempengaruhi pertumbuhan bayi. ASI mengandung makanan sehat yang dibutuhkan bayi yaitu energi dan zat gizi yang cocok dengan kebutuhan dan kemampuan bayi mencerna makanan. Kolostrum atau ASI pertama yang berwarna kekuning-kuningan mengandung zat bermutu tinggi dan zat kekebalan tubuh yang sangat diperlukan bayi (Depkes RI, 2006: 76). Zat tersebut akan melindungi bayi dari penyakit infeksi tertentu yang akan mempengaruhi pertumbuhannya. Sehingga bayi yang mendapat ASI eksklusif tidak mudah terserang penyakit infeksi. Banyak sekali yang mempengaruhi faktor-faktor yang mempengaruhi tidak diberikan ASI Eksklusif pada bayi, seperti: jika bayi menangis maka itu tanda bayi tersebut lapar padahal jika bayi menangis bukan karena dia kelaparan karena memang bayi tidak dapat bicara.

Pemberian MP-ASI pada saat bayi berumur kurang dari 6 bulan merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya gizi kurang pada balita. Hal ini disebabkan karena pemberian MP-ASI terlalu dini akan menyebabkan terjadinya gangguan pada fungsi pencernaan karena bayi belum siap untuk mencerna makanan atau minuman selain ASI. Bahkan menurut Roesli (2004) pemberian makanan tambahan yang terlalu dini tidak lebih menguntungkan karena keadaan ini justru dapat menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan bayi, seperti menurunnya daya tahan tubuh, rentan diare, sakit telinga atau infeksi saluran pernapasan, dan tidak berdampak positif terhadap tumbuh kembangnya.

Dari kegiatan yang telah dilakukan diketahui bahwa proporsi seluruh balita yang sasaran PMT-Pemulihan baik yang berstatus gizi kurang dan berstatus gizi buruk sebesar 86,67% menerima MP-ASI sebelum umur 6 bulan dan sisanya sebesar 13,33% menerima ASI Eksklusif. Menurut

Departemen Kesehatan RI (2006) Bayi hanya diberi ASI saja dengan alasan karena kemampuan usus atau pencernaan bayi masih terbatas, akibatnya makan atau minum selain ASI belum dapat dicerna dengan baik. Makanan selain ASI dapat menyebabkan diare dan alergi (tidak tahan). Apabila bayi diberikan MP-ASI terlalu dini bayi akan mudah mengalami diare karena alergi terhadap makanan tertentu. Sehingga pada saat pemberian PMT-P untuk memulihkan status gizinya balitapun cenderung mengalami diare yang berakibat zat-zat gizi dari makanan tidak sempat diserap oleh tubuh.

c. Penyakit Infeksi

Peningkatan berat badan balita sasaran PMT-P juga dipengaruhi oleh seringnya balita menderita penyakit infeksi, misalnya diare dan batuk. Infeksi cacing dan beberapa mikroorganisme dapat menyebabkan gangguan fungsi pencernaan. Baik berupa penyakit diare, yang menyebabkan hilangnya cairan dan mungkin beberapa zat-zat gizi di dalam pencernaan sehingga penderita akan mengalami kekurangan zat gizi. Selain itu terdapat manifestasi beberapa mikroorganisme yang dapat menyebabkan penderita menjadi KEP karena zat-zat gizi yang diperlukan tubuh diserap oleh tubuh mikroorganisme.

Berdasarkan hasil observasi, balita sasaran PMT-Pemulihan yang sudah berstatus gizi kurang (7 dari 15 balita sasaran PMT-Pemulihan) jarang menderita sakit pada saat menerima PMT-Pemulihan. Sedangkan balita sasaran PMT-Pemulihan yang tetap berstatus gizi buruk sebesar 26,67% (4 dari 8 balita berstatus gizi kurang) masih sering menderita sakit dan sisanya sebesar 26,67% (4 dari 8 balita berstatus gizi buruk) sudah mulai jarang menderita sakit.

Penyakit yang sering diderita oleh balita yang berstatus gizi buruk adalah diare (20%), sedangkan balita yang berstatus gizi kurang hanya 6,67% (1 dari 7 balita yang berstatus gizi kurang) yang menderita sakit diare. Gizi kurang (KEP) mempunyai hubungan sinergistik dengan keberadaan infeksi. Kondisi anak yang menerima PMT-Pemulihan sangat

rentan terhadap penyakit infeksi karena respon imunologinya lemah. Oleh karena itu, balita yang sakit (terinfeksi) harus segera mendapat pengobatan agar sistem kekebalan tubuh meningkat dan infeksi tidak sampai menyebabkan balita kehilangan zat-zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhannya. Penyakit infeksi mengakibatkan penderita kehilangan bahan makanan melalui muntah-muntah dan diare. Sehingga zat-zat gizi yang seharusnya berfungsi untuk memulihkan status gizi dan mendukung pertumbuhan balita tidak dapat diserap oleh tubuh.

Secara umum, defisiensi gizi sering merupakan awal dari gangguan sistem kekebalan. Gizi kurang dan infeksi, kedua-duanya dapat bermula dari kemiskinan dan lingkungan yang tidak sehat dengan sanitasi buruk. Selama itu juga diketahui bahwa infeksi menghambat reaksi imunologis yang normal dengan menghabiskan sumber-sumber energi di tubuh (Santoso dan Anne, 1999: 82).

Menurut Santoso dan Anne (1999), gangguan gizi dan infeksi sering saling bekerjasama, dan bila bekerja bersama-sama akan memberikan prognosis yang lebih buruk dibandingkan dengan bila kedua faktor tersebut masing-masing bekerja sendiri-sendiri. Infeksi memperburuk taraf gizi dan sebaliknya, gangguan gizi memperburuk kemampuan anak untuk mengatasi penyakit infeksi.

5.1.2 Karakteristik Keluarga Balita Sasaran PMT-Pemulihan

a. Pendidikan Orangtua

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 mengenai sistem pendidikan nasional, pendidikan adalah suatu proses berjalan berkesinambungan, mulai dari usia anak sampai dewasa karena itu memerlukan beraneka ragam cara dan sumber. Sistem pendidikan dibedakan menjadi pendidikan formal, pendidikan informal dan pendidikan nonformal. Pendidikan formal yaitu jalur pendidikan yang terstruktur dan berjenjang yang terdiri dari pendidikan dasar, menengah dan tinggi. Pendidikan

informal yaitu pendidikan yang diperoleh lewat berbagai jalan atau program yang dikenal dengan istilah penyuluhan. Sedangkan pendidikan nonformal adalah jalur pendidikan diluar jalur pendidikan formal yang dapat dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang.

Dari hasil observasi, diperoleh proporsi pendidikan orangtua balita sasaran PMT-Pemulihan ayah (86,67%) dan ibu (66,67%) berpendidikan terakhir tingkat dasar (SD). Keadaan ini tidak mendukung keberhasilan PMT-Pemulihan karena pendidikan orangtua akan berpengaruh terhadap pemahaman terhadap pola asuh anak dan terlebih lagi tentang gizi balita. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Nancy dan Arifin (2005) yang menyatakan bahwa anak yang diasuh ibunya sendiri dengan kasih sayang, apalagi ibunya berpendidikan, mengerti soal kecukupan gizi untuk anak meskipun dalam keadaan miskin ternyata anaknya lebih baik. Tingkat pendidikan ibu yang tinggi, akan mempengaruhi kemampuan ibu dalam mencari dan menerima informasi tentang gizi balita dan keluarga, sehingga akan meningkatkan pengetahuan ibu. Tingkat pengetahuan ibu yang baik memungkinkan ibu dapat memilih dan mengolah berbagai macam variasi menu makanan untuk keluarga terutama untuk anak. Variasi menu sangat membantu meningkatkan nafsu makan pada anak, sehingga asupan gizi anak tercukupi yang akan berpengaruh pada status gizinya.

b. Pendapatan Keluarga

Menurut Soetjiningsih (1995) pendapatan digunakan untuk memenuhi kebutuhan keluarga terutama untuk pemenuhan konsumsi keluarga yang merupakan kebutuhan primer. Pendapatan keluarga yang memadai akan menunjang tumbuh kembang anak karena orangtua dapat menyediakan semua kebutuhan anak baik yang primer maupun yang sekunder. Sosial ekonomi keluarga secara tidak langsung dapat mempengaruhi status gizi anak, hal ini dikarenakan sosial ekonomi keluarga akan mempengaruhi ketersediaan pangan dalam keluarga. Adanya

ketersediaan pangan dalam keluarga akan mempengaruhi keadaan gizi anggota keluarga.

Pendapatan keluarga balita sasaran PMT-Pemulihan sebesar 93,33% termasuk kedalam kategori sangat rendah yaitu Rp.150.000-300.000 per bulan. Pendapatan merupakan faktor yang cukup menentukan kuantitas dan kualitas makanan. Hal inilah yang juga menghambat tercapainya keberhasilan program PMT-Pemulihan, sebab dalam upaya pemulihan gizi balita keluarga tidak boleh hanya bertumpu pada PMT-Pemulihan yang diterima. Balita juga harus tetap mendapatkan asupan makanan bergizi lain, selain susu atau biskuit dari PMT-Pemulihan.

Menurut Baliwati (2004) anak dari keluarga berpendapatan sedang dan tinggi, angka kecukupan gizi (AKG) karbohidrat, protein dan lemaknya lebih baik dibandingkan dengan anak dari keluarga berpendapatan rendah. Hal ini dikarenakan keluarga yang mempunyai pendapatan tinggi dapat memenuhi bahan makanan dengan nilai gizi cukup untuk anak dan anggota keluarganya. Jadi, perubahan pendapatan secara langsung dapat mempengaruhi perubahan konsumsi pangan keluarga. Meningkatnya pendapatan berarti memperbesar peluang untuk membeli pangan dengan kualitas dan kuantitas yang lebih baik. Sebaliknya, penurunan pendapatan akan menyebabkan penurunan dalam hal kualitas dan kuantitas pangan yang dibeli.

c. Jumlah Anggota Keluarga

Keluarga dapat dibedakan menjadi dua yaitu keluarga besar dan keluarga kecil. Keluarga kecil adalah keluarga yang memiliki anggota 4 orang sedangkan keluarga besar adalah keluarga yang memiliki anggota > 4 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar balita sasaran PMT-Pemulihan (46,67%) berasal dari keluarga besar. Hal ini menunjukkan bahwa keberhasilan PMT-Pemulihan juga dipengaruhi oleh jumlah anggota keluarga. Hal ini disebabkan jika balita sasaran PMT-P berasal dari keluarga kecil, maka asupan zat-zat gizi lain selain PMT-P masih bisa terpenuhi

karena proporsi makan anggota keluarga akan tercukupi. Berbeda halnya dengan keluarga besar, yang tentunya mempunyai kebutuhan yang besar pula untuk pemenuhan pangan keluarga. Selain itu, adanya balita lain selain sasaran atau banyak anak dalam keluarga memungkinkan PMT-P tidak hanya dikonsumsi oleh sasaran.

Keluarga kecil memungkinkan konsumsi pangan untuk keluarga cukup dan pola makan tiga kali sehari dapat teratur dilakukan dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS). Keluarga kecil memungkinkan pengeluaran untuk makan makin kecil dan proporsi makan anggota keluarga akan tercukupi, tidak seperti keluarga besar yang mengalami kesulitan dalam pemenuhan konsumsi pangan keluarga. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Apriadi (1986) bahwa makin besar jumlah keluarga maka pengeluaran untuk makan makin besar pula dan proporsi makan per individu keluarga akan berkurang. Keluarga dengan banyak anak apalagi yang selalu ribut akan berpengaruh pada ketenangan jiwa dan secara tidak langsung akan menurunkan nafsu makan. Selain itu, menurut Baliwati (2004) situasi kelangkaan pangan dalam keluarga dapat dijelaskan melalui hubungan antara laju kelahiran yang tinggi dan kurang gizi. Bagi rumah tangga yang miskin, akan lebih mudah memenuhi kebutuhan makannya jika yang harus diberi makan jumlahnya sedikit.

5.1.3 Tingkat Pengetahuan Gizi Ibu Balita

Menurut Notoatmodjo (2003) pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap terbentuknya tindakan seseorang. Dari penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran.

Ibu dari balita sasaran PMT-Pemulihan memiliki pengetahuan rendah sebesar 80%. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan ibu akan mempengaruhi keberhasilan PMT-P dalam memulihkan status gizi balita.

Karena ibu sangat berperan dalam pemilihan dan penyediaan makanan untuk balita ketika menerima PMT-P. Menurut Sediaoetama (2000), pengetahuan gizi yang baik sangat mempengaruhi pemilihan pangan keluarga oleh ibu, dimana ibu yang mempunyai pengetahuan gizi baik akan memilih pangan yang mempunyai nilai gizi tinggi untuk keluarganya sehingga nantinya akan berpengaruh pada status gizi keluarga.

Selain itu menurut Sediaoetama (2000) pengetahuan gizi ibu tentang bahan makanan yang diperlukan sebagai dasar untuk menyusun hidangan dan dengan mengetahui komposisi makanan maka seseorang dapat memilih jenis bahan makanan untuk memenuhi kebutuhan suatu zat gizi tertentu. Pengetahuan yang diperoleh melalui pengalaman, media-media massa, pengaruh kebudayaan, atau pendidikan baik formal maupun informal ataupun melalui program penyuluhan, akan mempengaruhi sikap ibu dalam pemilihan bahan makanan untuk memenuhi kebutuhan gizi keluarga terutama balita.

5.2 Rekomendasi Untuk Kegiatan PMT-Pemulihan di Puskesmas Rogotruran

Program PMT-Pemulihan merupakan program yang bertujuan untuk memperbaiki keadaan gizi bayi ataupun balita yang mengalami gizi kurang. Hal tersebut dilaksanakan sebagai upaya untuk mencapai pertumbuhan bayi dan balita yang optimal. Keberhasilan program ini tidak lepas dari adanya peran serta yang saling mendukung antara Puskesmas, orangtua balita dan masyarakat. Berdasarkan hasil penelitian selama kegiatan magang berlangsung diperoleh data bahwa seluruh balita sasaran PMT-Pemulihan 2009/2010 yang ada di Kecamatan Lumajang mengalami kenaikan berat badan walaupun tidak semua balita sasaran PMT-Pemulihan mengalami kenaikan berat badannya sampai di atas garis merah atau mengalami perubahan status gizi dari berstatus gizi buruk menjadi berstatus gizi kurang. Balita yang berat badannya mengalami perubahan dari berstatus gizi buruk menjadi berstatus gizi kurang sebesar 46,67% (7 dari 15 balita). Sisanya 53,33% (8 dari 15 balita sasaran) mengalami kenaikan berat badan tetapi tidak mengalami perubahan status gizi.

Adanya kenyataan tersebut menjadi alasan perlunya dilakukan pengkajian ulang terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan gizi balita. Berdasarkan hasil wawancara dengan ibu balita diketahui bahwa seluruh balita sasaran PMT-Pemulihan merupakan balita yang berasal dari keluarga ekonomi lemah. Hal inilah yang berakibat pada rendahnya asupan gizi untuk balita. Sebab setelah masa program PMT-Pemulihan berakhir yaitu setelah 90 hari pemberian, disaat kondisi gizi balita belum begitu stabil, keluarga dituntut untuk memenuhi kebutuhan gizi balita sendiri. Keterbatasan ekonomi menyebabkan asupan gizi balita yang berat badannya berangsur naik kembali seperti sebelumnya, sehingga pertumbuhan balita relatif lambat dan sulit untuk mencapai berat badan di atas Garis Merah pada kurva pertumbuhannya.

Faktor lain yang juga mempengaruhi keadaan tersebut adalah rendahnya tingkat pengetahuan ibu tentang gizi balita, yang meliputi pengetahuan sumber protein, karbohidrat, ASI eksklusif, umur pemberian MP-ASI, BGM, pentingnya Posyandu dan Imunisasi. Rendahnya pengetahuan ini menyebabkan ibu balita sasaran PMT-Pemulihan kurang memperhatikan kandungan gizi makanan dan minuman yang dikonsumsi oleh balitanya. Hal tersebut juga mempengaruhi kesadaran ibu untuk rutin membawa balita sasaran PMT-Pemulihan untuk aktif dalam kegiatan pemantauan berat badan balita berkala di posyandu. Sehingga akan menyulitkan dalam upaya penanggulangan dini masalah gizi kurang pada balita. Program PMT-Pemulihan sebaiknya dilakukan bersamaan dengan upaya peningkatan pengetahuan ibu tentang gizi balita, sehingga ketika program tersebut selesai ibu balita dapat melakukan upaya perbaikan gizi secara mandiri untuk terus meningkatkan pertumbuhan berat badan balitanya. Selain itu diperlukan keaktifan kader untuk memantau pertumbuhan balita sasaran PMT-Pemulihan yang tidak aktif ke posyandu. Sehingga laju kenaikan atau pertumbuhan berat badan balita dapat diketahui dan dapat diambil suatu upaya intensif terhadap balita sasaran yang pertumbuhannya lamban.

Upaya perbaikan gizi melalui program PMT-Pemulihan ini juga harus bersamaan dengan upaya pengobatan dan pencegahan terhadap penyakit infeksi yang sering diderita oleh balita. Sehingga asupan gizi dari makanan tambahan yang diberikan dapat diserap penuh oleh tubuh balita.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Dari hasil kegiatan magang yang telah dilakukan maka dapat diambil beberapa kesimpulan, antara lain:

- 1) Pelaksanaan Program Perbaikan Gizi di Puskesmas Rogotrungan
 - a. Program-program perbaikan gizi yang telah dilakukan oleh Puskesmas Rogotrungan pada tahun 2009 meliputi penanggulangan vitamin A (terdiri dari pemberian kapsul biru dan kapsul merah), penanggulangan GAKY (terdiri dari pemberian Iodium bayi dan survei garam ber-Iodium), penanggulangan anemia (terdiri dari pemberian Fe tablet dan Fe sirup), penanggulangan KEP (terdiri dari pemantauan pertumbuhan balita dan pemberian makanan tambahan).
 - b. Faktor yang mungkin berperan besar terhadap kegagalan memenuhi target pada semua kegiatan yang dilakukan adalah kurangnya kesadaran masyarakat dalam meningkatkan derajat kesehatannya, serta perbedaan target sasaran program yang berbeda setiap tahunnya.
- 2) Pelaksanaan Pelayanan Gizi Puskesmas Rogotrungan

Konsultasi Gizi di Pojok Gizi untuk Pasien rawat jalan. Di Puskesmas Rogotrungan, Pojok Gizi ditangani oleh seorang ahli gizi yang sekaligus menjabat sebagai koordinator gizi Puskesmas. Konsultasi gizi biasanya berjalan minimal dua kali dalam satu minggu. Kegiatan di pojok gizi adalah konsultasi gizi pasien rawat jalan, mengenai diet yang harus dijalani pasien di rumah sesuai dengan penyakit yang dideritanya serta status gizinya. Pelaksanaan konsultasi di Puskesmas Rogotrungan sudah cukup baik dan berjalan sebagaimana mestinya, meskipun terdapat hambatan yaitu kurangnya tenaga gizi yang harus menangani banyaknya pasien serta harus menambah ruangan untuk unit pelayanan gizi agar tidak campur dengan unit KIB.

3) Penanggulangan balita gizi buruk dengan program PMT-P di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan

Puskesmas Rogotrunan melaksanakan program pemberian makanan tambahan (PMT) pemulihan untuk bayi dan balita yang mempunyai status gizi buruk atau BB/U di bawah garis merah pada kurva berat badan di Kartu menuju Sehat (KMS). Pelaksanaan program PMT-P dilakukan dengan berbagai model penyelenggaraan sesuai petunjuk teknis PMT-P yang dikeluarkan oleh Depkes RI tahun 1998.

- 4) Pencapaian kenaikan berat badan balita sasaran PMT-Pemulihan di atas garis merah belum 100% tercapai karena belum didukung oleh tingkat pengetahuan ibu yang cukup dan kondisi ekonomi keluarga belum dapat memenuhi kebutuhan pangan keluarga. Sehingga perlu adanya upaya meningkatkan penyuluhan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran ibu balita tentang gizi dan pentingnya aktif dalam kegiatan Posyandu.
- 5) Di Puskesmas Rogotrunan untuk PMT-Pemulihan sudah mencapai target dan sudah mencapai indikator keberhasilan yaitu sebesar 70% yang sudah ditargetkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang.

6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan oleh penulis kepada Puskesmas Rogotrunan antara lain:

- a. Diharapkan kepada Puskesmas Rogotrunan untuk terus mempertahankan kinerja sesuai dengan sistem manajemen mutu agar predikat sebagai Puskesmas ISO 9001:2000 dapat dipertahankan.
- b. Untuk penanggulangan balita gizi buruk atau gizi kurang diharapkan lebih meningkatkan kegiatan penyuluhan kepada ibu balita sasaran PMT-Pemulihan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan tentang gizi balita dan pola asuh yang tepat agar tercapai berat badan balita sesuai harapan. Selain itu, penanganan penyakit infeksi yang merupakan salah satu penyebab adanya kurang gizi lebih ditingkatkan. Penyuluhan ini bisa dapat

berupa bermain-main dengan pengetahuan gizi seperti permainan giant momogi, kantong pintar, dll. Penyuluhan tidak hanya oleh petugas gizi tetapi juga oleh kader-kader posyandu gerbangmas.

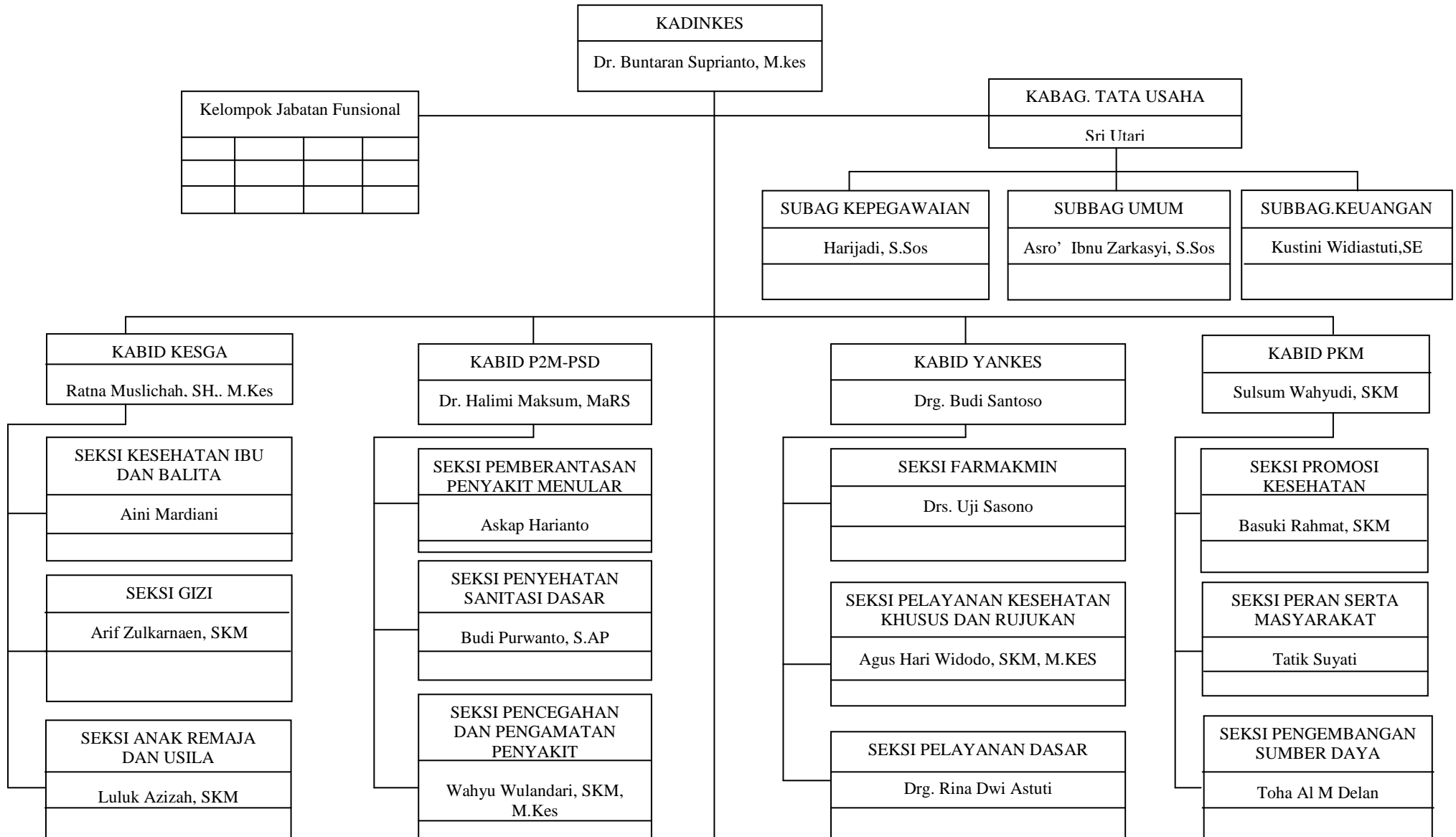
- c. Pemberian makanan tambahan tidak hanya berupa susu dan biskuit pada balita penderita gizi buruk tetapi juga bisa dalam bentuk bubur kacang ijo atau makanan yang bergizi lainnya yang dapat meningkatkan gizi pada balita yang mengalami status gizi buruk.

DAFTAR PUSTAKA

- Alan Berg. 1998. *Peran Gizi dalam Pembangunan Nasional*. Jakarta: CV.Rajawali.
- Almatsier, S. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Apriadi, W.H.,1986. *Gizi Keluarga*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Baliwati, Yayuk F dkk. 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia dan DIT. Bina Gizi Masyarakat, 1997. *Pedoman Pelaksanaan Pojok Gizi (POZI) di Puskesmas*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 1998. *Gizi Menuju Peningkatan Sumber Daya Manusia*. Jakarta. Direktorat Bina gizi kesehatan masyarakat.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1998. *Petunjuk Teknis PMT-P dengan Menggunakan Bahan Pangan Lokal*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2000. *Pedoman Tata Laksana Kurang Energi Protein pada Anak di Puskesmas dan di Rumah Tangga*. Jakarta: Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang. 2008. *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang*. Lumajang: Dinkes Lumajang.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Rencana Aksi Nasional. *Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005-2009*. Jakarta. <http://www.gizi.net> (sitasi 14 Maret 2010).
- Fakultas Kesehatan Masyarakat. 2010. *Buku Panduan Magang FKM*. Surabaya: FKM
- IKAPI. 1992. *Pemberian Makanan Pada Bayi dan Anak*. Yogyakarta: Kanisius
- Jhon, A. 2008. *Pemenuhan Gizi Pada Balita*. www.jhon-solution.blogspot.com/2008/06/pemenuhan-gizi-pada-balita.html (sitasi 14 Maret 2010)

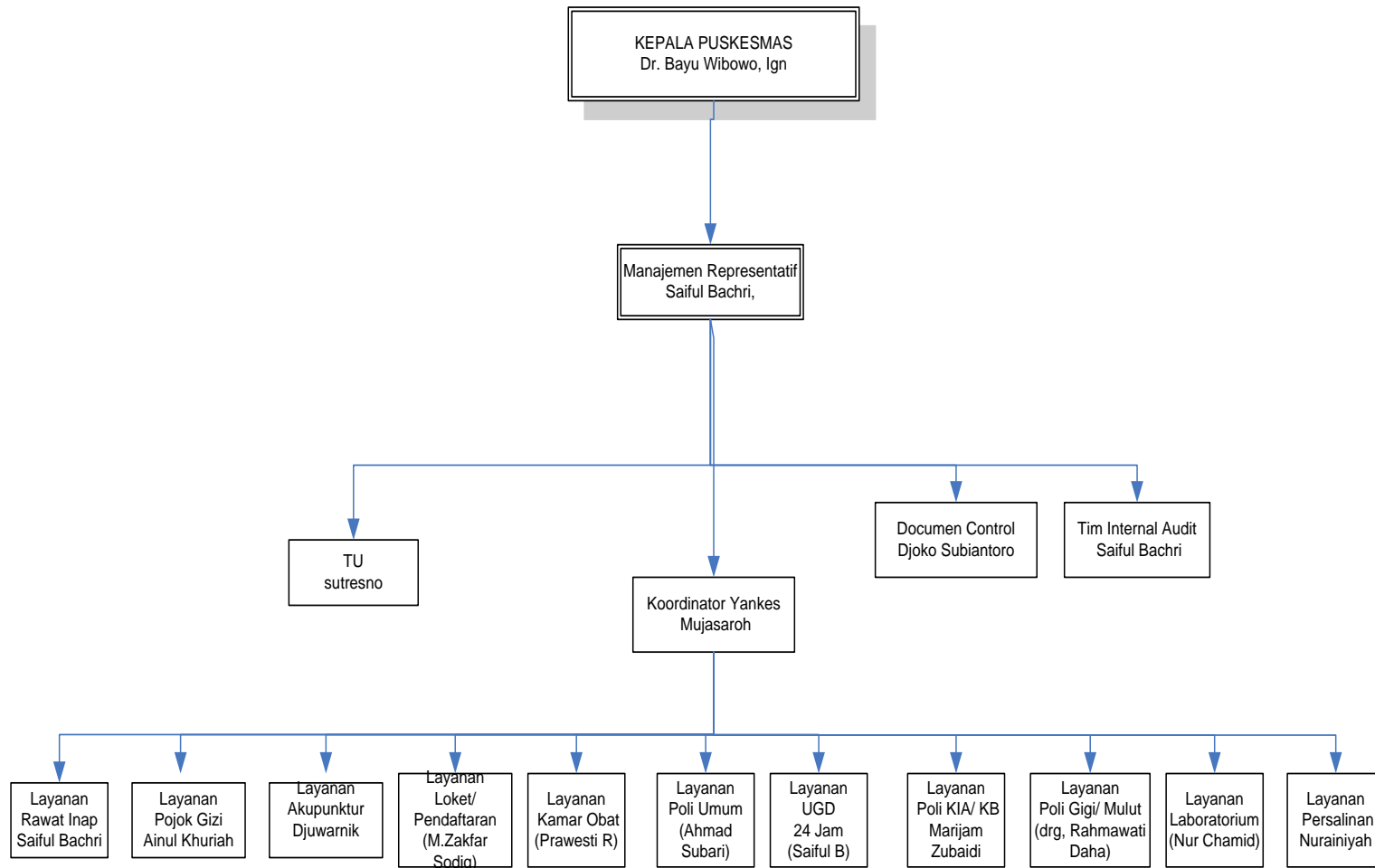
- Khumaidi, M. 1994. *Gizi Masyarakat*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Lina, Handayani., Surahma, asti, dan Nani, Nurdianis, 2008. Evaluasi program PMT anak balita. Yogyakarta. *Jurnal manajemen Pelayanan kesehatan*: 11(01): 21-26.<http://www.jmpk-online.net/files/03-3.APlinahandayani.pdf+makanan+tambahan+balita>. (sitasi 14 Maret 2010)
- Nency dan Arifin. 2003. *Gizi Buruk Ancaman Generasi yang Hilang*. <http://www.io.ppi.jepang.org/>. [21 Maret 2010]
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurlianti. 2006. *Kurang Energi Protein*. <http://www.pikiranrakyat.com/cetak/2006032006290203.htm> - 19k - Cached.htm (14 Maret 2010)
- Pudjiadi, Solihin. 2000. *Ilmu Gizi Klinis Pada Anak (Edisi Keempat)*. Jakarta: Gaya Baru.
- Roesli, Utami. 2004. *Mengenal ASI Eksklusif Seri 1*. Jakarta: Trubus Agriwidya.
- Santoso, Soegeng dan Anne Lies Ranti. 1999. *Kesehatan dan Gizi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sediaoetama, Achamd Djaeni. 1992. *Ilmu Gizi untuk Mahasiswa dan Profesi di Indonesia (jilid II)*. Jakarta: Dian Rakyat.
- Sjahmien, Moehdji. 1992. *Ilmu Gizi*. Jakarta: Bhratara.
- Soetjiningsih. 1995. *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Supariasa, I Dewa Nyoman. 2001. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC
- Ufi. 26 Maret 2007. *Keluarga Sehat Keluarga Bahagia*. <http://Kantovi.Multiply.Com> / Journal/Item/3. (4 Maret 2010)
- UU RI No.20 Tahun 2003. 2003. *Sistem Pendidikan Nasional*. Jakarta:Cemerlang.

Bagan Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang



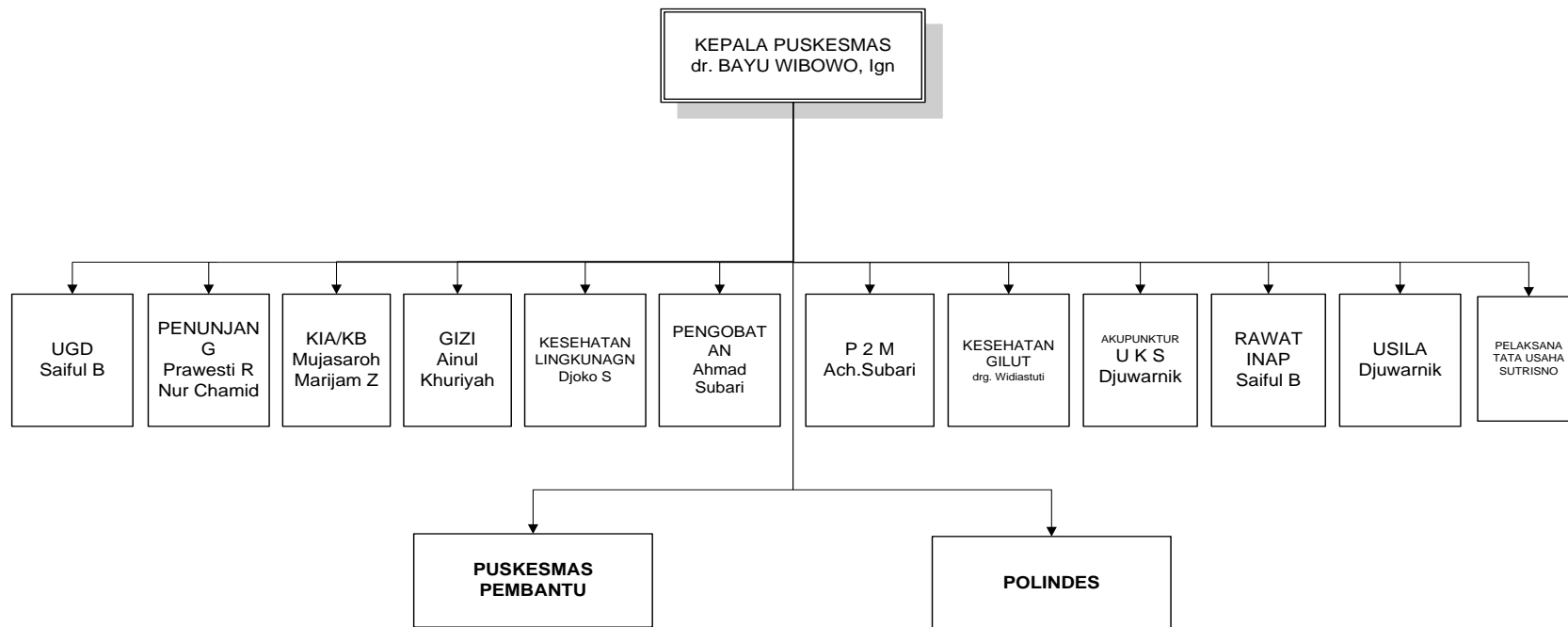
Lampiran

Struktur Organisasi ISO 9001 : 2000



Lampiran

Struktur Organisasi Puskesmas Rogotrunan



INFORM CONSENT

Kami yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subjek atau informan penelitian dalam kegiatan magang yang dilakukan oleh:

Nama : Fitria Hastutik

Judul : Analisis Keberhasilan Program PMT-P pada Balita Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan

Prosedur penelitian ini tidak akan memberi dampak dan risiko apapun pada saya. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Lumajang, ____Maret 2010

(_____)

PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah
Tahun 2010-2014

Tujuan	Indikator Kinerja	Sasaran		Strategi Mencapai Tujuan dan Sasaran		Program Satuan Kinerja
		Uraian	Indikator kinerja	Kebijakan	Program	
Meningkatnya Kualitas Hidup Masyarakat	Indeks Pembangunan Manusia	urusan kesehatan				
		Meningkatnya Derajat Kesehatan Masyarakat	1.1 Angka Kematian Bayi 1.2 Angka Kematian Balita 1.3 Angka Kematian Ibu Melahirkan 1.4 Angka Kesembuhan TB 1.5 Angka Kesakitan DBD 1.6 Angka Kesakitan Kusta 1.7 Angka Kesakitan AFP 1.8 Persentase Balita Gizi Buruk 1.9 Persentase Kecamatan Bebas Rawan Gizi	1. Peningkatan Kinerja Bidan dan Tenaga Medis 2. Peningkatan Kuantitas dan Kualitas Sarana Prasarana dan Pelayanan Kesehatan 3. Meningkatkan Peran Serta dan Revitalisasi Posyandu 4. Meningkatkan Kesadaran dan Kepedulian Masyarakat Atas Perilaku Hidup Sehat	Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan	1. Program obat dan pembekalan Kesehatan 2. Program Upaya Kesehatan Masyarakat 3. Program Pengawasan Obat dan Makanan 4. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat 5. Program Perbaikan Gizi Masyarakat 6. Program Pengembangan Lingkungan Sehat 7. Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular 8. Program Standarisasi Pelayanan Kesehatan 9. Program Pelayanan Kesehatan Penduduk Miskin 10. Program Pengadaan Peningkatan dan Perbaikan Sarana dan Prasarana Puskesmas/Puskesmas pembantu dan Jaringannya 11. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit/ Rumah Sakit Jiwa/ Rumah Sakit Paru-paru/ Rumah Sakit Mata
LAPORAN MAGANG		ANALISIS KEBERHASILAN PROGRAM PMT-PEMULIHAN...				FITRIA HASTUTIK IS HARTONO