

**ANALISIS KEJADIAN PASIEN PULANG PAKSA
DI *THERAPEUTIC FEEDING CENTER* (*TFC*)
KABUPATEN BONE BOLANGO GORONTALO**

***ANALYSIS OF FORCED-WITHDRAWAL PATIENTS IN
THE THERAPEUTIC FEEDING CENTER (TFC) OF
BONE BOLANGO REGENCY, GORONTALO***

TRINIL JULIASTUTI



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2011**

**ANALISIS KEJADIAN PASIEN PULANG PAKSA
DI *THERAPEUTIC FEEDING CENTER (TFC)*
KABUPATEN BONE BOLANGO GORONTALO**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

**Program Studi
Kesehatan Masyarakat**

Disusun dan diajukan oleh:

TRINIL JULIASTUTI

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2011**

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : TRINIL JULIASTUTI
Nomor Mahasiswa : P18002935
Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Gorontalo, Desember 2011

Yang menyatakan

Trinil Juliastuti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PRAKATA	iii
ABSTRAK	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN	xii
I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
II. TINJAUAN PUSTAKA	
A.	Tinjau
an Tentang Gizi Buruk.....	11
B.	Tinjau
an Tentang <i>Therapeutic Feeding Center (TFC)</i>	19
C.	Tinjau
an Tentang Pulang Paksa.....	33
D.	Tinjau
an Tentang Evaluasi.....	34
E.	Tinjau
an Tentang Evaluasi Program.....	36
F.	Teor
i Sistem.....	39
G.	
Dasar Pemikiran Variabel yang diteliti.....	45

H.	Definisi Operasional.....	50
----	---------------------------	----

III. METODOLOGI PENELITIAN

A.	.....
	Pendekatan dan Jenis Penelitian	56
B.	.....
	Pengelolaan Peran sebagai Peneliti.....	56
C.	.....
	Lokasi Penelitian	57
D.	.....
	Sumber dan Teknik Pengumpulan Data.....	58
E.	.....
	Informan Penelitian.....	59
F.	.....	Teknik
	Pengolahan dan Analisa Data	61
G.	.....
	Keabsahan Data.....	64
H.	.....
	Tahap-tahap Penelitian	65

IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A.	.....
	Gambaran Umum Lokasi Penelitian	67
B.	.....	Hasil
	Penelitian	73
C.	.....
	Pembahasan	101
D.	.....
	Keterbatasan Penelitian	120

V. PENUTUP

A.	.....	Kesim
	pulan.....	121

B.	Saran
.....	122

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor	halaman
1. Kategori dan Ambang batas Status Gizi Anak berdasarkan Indeks.....	12
2. Indikator Penilaian.....	52
3. Lokasi dan Pihak yang terlibat dalam proses pelaksanaan di TFC Kabupaten Bone Bolango Tahun 2011	61
4. Jumlah Pasien yang dirawat di TFC tahun 2007 – 2010	68
5. Karakteristik Informan Pengelola Program TFC dan Petugas Puskesmas Tahun 2011.....	69
6. Karakteristik Informan Ibu Pasien Pulang Paksa di TFC Kabupaten	

Bone Bolango Tahun 2011.....	72
7. Jumlah Ketenagaan berdasarkan fakta dan petunjuk teknis Tata Laksana Anak Gizi Buruk di TFC Kabupaten Bone Bolango Tahun 2011	73
8. Ketenagaan Terlatih Tata Laksana Anak Gizi Buruk di TFC Kabupaten Bone Bolango Tahun 2011.....	75
9. Jumlah Alokasi Dana TFC Kabupaten Bone Bolango Tahun 2010 dan 2011.....	74
10. Perencanaan Anggaran Pasien dan Pendamping Pasien TFC Kabupaten Bone Bolango Tahun 2010 dan 2011	81
11. Cakupan capaian Program sesuai SPM Kabupaten Bone Bolango Tahun 2010.....	94
12. Distribusi Pasien Pulang Paksa berdasarkan Status Gizi sebelum Dan Sesudah Perawatan TFC Kabupaten Bone Bolango Tahun 2010.....	96
13. Distribusi Pasien Pulang Paksa berdasarkan Status Gizi Sesudah Perawatan Saat Penelitian di TFC Kabupaten Bone Bolango Tahun 2011.....	92

DAFTAR GAMBAR

Nomor	halaman
1. Pendekatan Sistem.....	35
2. Tahap Siklus Pengembangan Perangkat Lunak	40
3. Penanggulangan Masalah Gizi.....	46
4. Alur Pelayanan anak Gizi Buruk di RS/Puskesmas Perawatan	47
5. Kerangka Teori.....	48
6. Kerangka Pikir.....	49

DAFTAR ISTILAH DAN SINGKATAN

ISTILAH/SINGKATAN	ARTI DAN KETERANGAN
Therapeutic Feeding Center/TFC	: Pusat Pemulihan Anak Gizi Buruk atau rawat inap
Community Therapeutic Center/CTC	: Pemulihan Anak Gizi Buruk di Masyarakat atau rawat jalan
KEP	: Kurang Energi Protein
KVA	: Kurang Vitamin A
AGB	: Anemia Gizi Besi
GAKY	: Gangguan Akibat Kekurangan Yodium

Zn	: Zink
HDI	: Human Development Indeks/Indeks Pembangunan Manusia
MDG's	: Millenium Development Goal's
BBLR	: Berat Badan Lahir Rendah
IMR	: Infant Mortality Rate / Angka Kematian Bayi
MMR	: Maternal Mortality Rate/ Angka Kematian Ibu
WUS	: Wanita Usia Subur
Stunting	: Indikator Status Gizi berdasarkan Berat Badan menurut Tinggi Badan
Wasting	: Indikator Status Gizi berdasarkan Tinggi Badan Menurut Umur
BB/TB-PB	: Berat Badan Menurut Tinggi Badan-Panjang Badan
TB/U	: Tinggi badan Menurut Umur
Marasmus	: Tipe anak gizi buruk dengan ciri-ciri tampak sangat kurus, muka seperti orang tua, kulit keriput, tulang rusuk menonjol
Food recall	: Kuantitas asupan makanan

ISTILAH/SINGKATAN	ARTI DAN KETERANGAN
Kwashiorkor	: Tipe anak gizi buruk dengan ciri-ciri wajah membulat dan sebab, edema, rambut tipis seperti rambut jagung dan mudah dicabut
Maramus-kwashiorkor	: Tipe anak gizi buruk dengan ciri-ciri gabungan antara marasmus dan kwashiorkor
Hipoglikemia	: Suatu keadaan dimana kadar glukosa darah sangat rendah yaitu gula < 3 mmol/liter atau < 54 mg/dl

Hipotermia	: Suatu keadaan tubuh dimana suhu aksiler <math><36,5^{\circ}\text{C}</math>
Food frequency	: Kualitas asupan makanan
Riskesdas	: Riset Kesehatan dasar
Mulok	: Muatan Lokal biasa digunakan pada kurikulum pendidikan
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Dinas
GAM	: Global Acute Malnutrition
ReSoMal	: Rehydration Solution for Malnutrition (Cairan pengganti untuk anak gizi buruk yang dehidrasi)

CURICULUM VITAE

A.

Data Pribadi

1. Nama : Trinil Juliastuti, SKM
2. Tempat/Tgl Lahir : Ujung Pandang/ 22 Juli 1979
3. Alamat : - Jl.Tuvolep 2/13 Komp.AURI
Mandai,
Maros
- Jl.Kasmat Lahay Desa Posso
Kec.Kwandang Kab.Gorontalo Utara

4. Status Sipil : Kawin
 a. Nama Suami : Eddy Refriandy,
 SKM,MAP
 b. Nama Anak : Alifah Meidina Lahay

B.**Riwayat Pendidikan****a.****Pendidikan Formal:**

- Tamat SD tahun 1991 di SD 2 Angkasa
Mandai, Maros
- Tamat SMP tahun 1994 di SMP Angkasa
Mandai, Maros
- Tamat SMA tahun 1997 di SMA Negeri 6
Makassar
- Sarjana (S1) tahun 2002 di FKM
Universitas Hasanuddin
- Magister (S2) tahun 2011 di
Pascasarjana Universitas Hasanuddin

b.**Pendidikan Non Formal:**

- -

C.**Pekerjaan dan Riwayat Pekerjaan**

- Pekerjaan : PNS di Kantor BKB & PP
Kab Gorontalo
Utara, Gorontalo
- NIP : 19790722 200501 2 012
- Peningkatan Kualitas
Pangkat/jabatan : III.C/Kasubid
Hidup Perempuan & Perlindungan
Perempuan

ABSTRAK

TRINIL JULIASTUTI. *Analisis Kejadian Pasien Pulang Paksa di Therapeutic Feeding Center (TFC) Kabupaten Bone Bolango Gorontalo* (dibimbing oleh Nurhaedar Jafar dan A. Zulkiifli Abdullah)

Penelitian ini bertujuan menganalisis pelaksanaan input, proses, output, dan faktor individu keluarga terhadap kejadian pasien pulang paksa di Therapeutic Feeding Center (TFC) Kabupaten Bone Bolango Gorontalo.

Penelitian ini bersifat fenomenologis. Informan yang diambil sebanyak 22 orang terdiri atas Kepala Seksi Gizi, petugas TFC, petugas Puskesmas, dan ibu pasien pulang paksa. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi, wawancara, diskusi, dan dokumentasi. Data dianalisis dengan analisis kualitatif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa alasan pasien pulang paksa dari TFC berkaitan dengan masih kurangnya tenaga dokter dan perawat di TFC yang bertugas selama 24 jam. Letak gedung TFC yang tidak strategis jauh dari pemukiman sehingga menimbulkan perasaan tidak nyaman pada pasien karena sunyi. Tidak ada pembagian tugas yang berjaga 24 jam. Persepsi ibu yang menganggap anaknya sudah ada perubahan dan tidak perlu dirawat lagi. Kenaikan berat badan anak dan perubahan perkembangannya walaupun baru dirawat beberapa hari menjadi indikator ibu untuk meminta pulang padahal perubahan tersebut belum dikategorikan sudah sembuh. Faktor individu dan keluarga yang mempengaruhi ibu untuk minta pulang karena sudah lama di TFC. Kejadian pasien pulang paksa belum menjadi perhatian TFC karena dianggap dapat dilanjutkan dengan rawat jalan oleh puskesmas setempat.

Kata kunci : therapeutic feending center, pulang paksa, TFC, gizi buruk

ABSTRACT

TRINIL JULIASTUTI. *The Analysis of Forced-Withdrawal Patients in the Therapeutic Feeding Center (TFC) of Bone Bolango Regency, Gorontalo* (Supervised by Nurhaedar Jafar and A. Zulkifli Abdullah)

This study aims to analyze the implementation of Input, Process, Output, Outcome stages, and individual/family factors of the incidence of forced-withdrawal patients in the Therapeutic Feeding Center (TFC), Bone Bolango Regency, Gorontalo.

The research was conducted at the TFC of Bone Bolango Regency, Gorontalo as a qualitative reserach with a phenomenological approach. The data were collected through in-depth interviews, Focus Group Discussion, observations, and document study. There were 22 informants, including the Head of Nutrition Section, TFC officers, Public Health Center officers, and the mothers of the forced-withdrawal patients.

The results reveal that the reason why patients do forced-withdrawal is partly related to the input stage. The number of doctors and nurses who can work for 24 hours at the TFC is limited, and the building of the TFC is not strategic. It is far from settlement area, creating uncomfortable feeling among patients due to the very quiet situation. In terms of the process stage, there is no division of duties so that no one works for 24 hours because of the limited resource availability. In the output stage, there is a perception among mothers that their children are already improved, so they do not need further treatment; whereas actually the treatment is expected to be in accordance with the standard. In the outcome stage, the increase of children weight and children's inprovement in few days of treatment become an indicator for mothers to withdraw their children, whereas the change has not actually been in accordance with the standards (the children has not been categorized as recovered). There are also individualffamily factors, such as the desire of the patients to withdraw because of family or children left at home, or because their family think that they have been treated for a long time and ask them to go home. The incidence of forced-withdrawal patients has not been an issue of serious attention because it is assumed that the treatment can be continued in the nearest public health centers

Keywords: Therapeutic Feeding Center, forced-withdrawal, malnutrition

PRAKATA

Assalamu Alaikum Wr. Wb.

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala Rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Berbagai bantuan yang penulis dapatkan yang tak terhingga harganya dari berbagai pihak. Dengan segala rasa hormat dan terima kasih penulis sampaikan atas segala kebijaksanaannya selama ini kepada Ibu Dr.Nurhaedar Jafar,Dra.,Apt.M.Kes selaku Ketua Komisi Penasehat dan Bapak Dr.drg.A.Zulkifli Abdullah, M.Kes selaku Anggota Penasehat yang telah memberikan pengarahan dan bimbingannya kepada penulis.

Pada kesempatan ini juga rasa terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. Prof.Dr.Ir.Mursalim selaku Direktur Pascasarjana Universitas

Hasanuddin dan Prof.Dr.dr.H.M.Alimin Maidin, MPH selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin

2. Dr.dr.Noer Bahry Noor,M.Sc selaku Ketua Program Studi Kesehatan Masyarakat dan seluruh dosen pengajar yang telah memberikan ilmu dan bimbingannya selama penulis mengikuti perkuliahan.

3. Dr.dr.Citrakesumasari, M.Kes dan Prof.Dr.dr.H.M.Alimin Maidin, MPH serta Dr.dr.H.M.Tahir Abdullah,M.Sc.MSPH selaku tim penguji atas saran dan masukannya untuk perbaikan tesis ini.

4. Dewi S. Poha, SKM selaku Kepala TFC Kab.Bone Bolango Gorontalo beserta pengelola TFC dan seluruh Informan yang telah menerima penulis dengan baik untuk meneliti dan mengumpulkan data.
5. Kepala Dinas Kesehatan Kab.Gorontalo Utara beserta staf dan Kepala BKB & PP beserta staf atas segala kebijaksanaan dan kesempatan yang diberikan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan S2.
6. Rekan-rekan Mahasiswa S2 Kesmas kelas Gorontalo dan staf pengelola Prodi Kesmas Pak Abd.Rahman K. yang telah banyak memberikan bantuan, masukan dalam penulisan tesis ini. Semoga persaudaraan ini senantiasa tetap terjalin.
7. Sembah sujud kepada kedua orang tua tercinta Bapak Mugiman dan Ibu Hj.Sofiah Du'a atas segala cinta, kasih sayang dan do'a yang selalu mengiringi setiap langkah penulis. Kepada Mertua, Saudaraku, Kakak Ipar, Adik Ipar serta keponakanku tersayang terima kasih atas segalanya.
8. Teruntuk suamiku tercinta Eddy Refriandy, SKM, MAP terima kasih atas segala dukungan,pengertian dan kesabarannya. Ananda Alifah Meidina Lahay keceriaanmu selalu membuat kehidupan ini lebih indah. Semuanya kupersembahkan untuk keluarga kecilku.
9. Semua pihak yang secara langsung maupun tidak langsung telah memberikan bantuan baik secara moril maupun materil yang sangat berharga dan tidak dapat disebutkan satu persatu.

Akhirnya penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, saran dan masukan yang membangun sangat penulis harapkan untuk

menyempurnakannya sebagai bahan pengembangan ilmu pengetahuan di masa akan datang.

Gorontalo, November 2011

Trinil Juliastuti

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Indonesia sebagai negara berkembang masih diperhadapkan dengan berbagai masalah kesehatan, salah satunya adalah masalah kurang gizi. Saat ini Indonesia mengalami masalah gizi ganda (*double burden*) yang artinya sementara masalah gizi kurang belum teratasi secara menyeluruh kini sudah muncul masalah gizi baru yaitu gizi lebih (*obesitas*). Masalah gizi kurang antara lain Kurang Energi Protein (KEP), Kurang Vitamin A (KVA), Anemia Gizi Besi (AGB), Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) dan Gangguan zat gizi mikro lainnya seperti Zink (Zn). Namun, saat ini penanganan masalah gizi masih banyak menekankan pada keadaan gizi makro padahal masalah gizi mikro mengalami perkembangan dan pengaruh yang sangat besar pada masyarakat (Soekirman, 2001).

Pada tahun 2000 tidak kurang dari 189 pemimpin dunia pada sidang PBB di New York sepakat untuk menerima prioritas pembangunan dalam lima belas tahun ke depan menganut sasaran dan target MDGs. Target MDGs ini menganut delapan sasaran utama yang perlu dipahami secara luas yaitu menanggulangi kemiskinan dan kelaparan, mencapai pendidikan dasar untuk semua, mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, menurunkan angka kematian anak,

meningkatkan kesehatan ibu, memerangi HIV / AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya, memastikan kelestarian lingkungan hidup dan membangun kemitraan global untuk pembangunan (Suyono, 2008)

Masalah kemiskinan dan kelaparan pada target pencapaian MDGs sangat erat kaitannya dengan masalah kurang gizi. Masalah kurang gizi disebabkan berbagai faktor seperti tingkat ekonomi , pendidikan dan pengetahuan, status kesehatan dan perilaku masyarakat. Adapun penyebab langsung masalah kurang gizi adalah kurangnya konsumsi makanan dan penyakit infeksi (Unicef, 1998 dalam Kemenkes 2010).

Upaya terpenting untuk mencapai sasaran MDGs adalah memperbaiki status gizi masyarakat terutama masyarakat miskin yang harus menjadi salah satu prioritas pembangunan kesehatan. Penanggulangan masalah gizi berfokus pada kelompok miskin yang harus dilakukan secara sinergis meliputi berbagai bidang seperti pertanian, pendidikan dan ekonomi. Walaupun saat ini kasus gizi buruk tidak hanya terjadi pada kelompok miskin tidak sedikit mereka dari keluarga yang mampu secara ekonomi juga mengalami hal tersebut (Wrihatnolo, 2008).

Selain itu masalah kemiskinan dan gizi sangat erat kaitannya dengan pencapaian HDI. Nilai HDI Indonesia pada tahun 2005 menempatkan Indonesia rangking ke 108 dari 177 negara, tahun 2006 rangking 107, tahun 2007-2008 merosot rangking 109 dan di tahun 2009 rangking 111. Peringkat ini lebih buruk ketimbang Palestina (di peringkat

110) dan Srilanka (di peringkat 102), negara yang masih dilanda konflik bersenjata. Hal ini menunjukkan peranan gizi untuk mencapai manusia yang berkualitas perlu kita tingkatkan (Suara Pembaharuan, 2009)

Seperti dikemukakan dari sumber *Nutrition Throughout of Life Cycle* tahun 1999, masalah kurang gizi dapat terjadi di siklus kehidupan manusia. Dimulai dari balita yang mengalami KEP dapat mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangannya terhambat sehingga pada masa remajanya atau usia sekolah selain mengalami gangguan pertumbuhan juga menurunkan produktivitas dan prestasinya. Pada masa remaja dan usia sekolah mereka kurang gizi akan berdampak pada saat mereka hamil akan menjadi KEK yang secara langsung dapat mengakibatkan meningkatnya MMR dan melahirkan bayi BBLR. Bayi BBLR akan berdampak pada meningkatnya IMR, gangguan mental dan risiko penyakit kronis di usia dewasa. Selain itu masa remaja dan usia sekolah kurang gizi akan menjadi WUS yang KEK yang berdampak pada kurang gizi di usia lanjut (Kemenkes, 2010).

Dari data WHO tahun 2002 sebanyak 54 % faktor penyebab kematian bayi dan anak disebabkan gizi kurang dan gizi buruk, 19 % diare dan ISPA, 18 % kematian perinatal, 7 % campak, 5 % malaria dan 32 % karena faktor lainnya (Kemenkes, 2010). Hal ini terlihat bahwa masalah kurang gizi merupakan faktor penyebab terbesar kematian pada bayi dan anak. Padahal sebagaimana kita ketahui menurunkan angka kematian

anak dua pertiganya atau 19 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2015 merupakan target MDGs.

Dari hasil Susenas tahun 1989 – 2005 terlihat angka kekurangan gizi pada balita mengalami tren penurunan pada periode 1989 – 2000 dari 31 % turun hingga 21,6 %. Namun tren sebaliknya ditunjukkan pada periode tahun 2000 -2005 dimana terjadi peningkatan kurang gizi pada balita dari 21,6 % naik menjadi 24,5 % meskipun peningkatannya tidak terlalu signifikan tiap tahunnya. Adapun dari hasil Riskesdas tahun 2007 angka kekurangan gizi pada balita sebesar 18,4 % menunjukkan penurunan pada hasil Riskesdas tahun 2010 yakni sebesar 17,9 % (Bappenas, 2010).

Untuk Provinsi Gorontalo dari hasil Riskesdas 2007 angka kekurangan gizi sebesar 32,6 % dan mengalami penurunan dari hasil Riskesdas 2010 dimana angka kurang gizi pada balita sebesar 26,5 %, namun angka tersebut masih di atas angka Nasional dan menempatkan Provinsi Gorontalo sebagai salah satu Provinsi dari 3 Provinsi lainnya yaitu Jawa Tengah, Jawa Timur dan Nusa Tenggara Timur yang berdasarkan hasil pemantauan Direktorat Bina Gizi Masyarakat selalu masuk dalam 10 Provinsi dengan kasus gizi buruk tertinggi selama 5 tahun berturut-turut 2005 - 2009 (Siswono, 2010).

Prevalensi *Stunting* dari hasil Riskesdas 2007 pada anak balita dengan indikator TB / U secara Nasional sebesar 36,8 %, *Wasting* BB /

TB sebesar 13,6% dan untuk Provinsi Gorontalo prevalensi *Stunting* sebesar 39,3 % dan *Wasting* sebesar 16,6% telah melampaui target Nasional. Adapun untuk hasil Riskesdas 2010 secara Nasional prevalensi *Stunting* dan *Wasting* pada anak balita mengalami penurunan dari tahun 2007 yakni masing-masing sebesar 35,6 % dan 13,3 %. Untuk Provinsi Gorontalo prevalensi *Stunting* mengalami peningkatan sebesar 40,3 % dan *Wasting* mengalami penurunan sebesar 11,9 % dibawah target Nasional (Bappenas, 2010).

Berbagai upaya yang telah ditempuh Provinsi Gorontalo untuk menanggulangi masalah gizi buruk diantaranya untuk jangka panjang dengan melaksanakan Mulok Berbasis Makanan Khas Gorontalo yang diselenggarakan di sekolah dari tingkat Sekolah Dasar (SD) sampai Sekolah Menengah Atas (SMA) dan jangka pendek dengan melaksanakan *Therapeutic Feeding Center (TFC)* di 4 Kabupaten, bahkan saat ini selain TFC balita juga terdapat TFC Bumil KEK (Dikes Provinsi, 2009).

TFC di Provinsi Gorontalo dilaksanakan tahun 2007 di 4 Kabupaten salah satunya Kabupaten Bone Bolango. Namun karena minimnya anggaran operasional yang ada sehingga berjalan kurang maksimal. Dari hasil Riskesdas 2007 prevalensi balita kurang gizi di Kabupaten Bone Bolango sebesar 27,2 % melampaui angka nasional yang sebesar 17,4 % dan jumlah anak yang sangat pendek lebih banyak di temukan sebesar 21,8 % (Bappeda, 2008).

Untuk angka prevalensi gizi buruk di Kabupaten Bone Bolango menunjukkan penurunan pada tahun 2007 – 2010. Angka gizi buruk masing-masing sebesar 1.84%, 4.61%, 1.09% dan 0.7% (Profil Dikes Bone Bolango, 2010).

Namun, dari data yang diperoleh di Dinas Kesehatan Provinsi Gorontalo menunjukkan masih tingginya jumlah pasien gizi buruk yang dirawat meminta pulang paksa yang menyebabkan proses penyembuhan pasien tidak maksimal terlebih lagi bila tidak mendapat penanganan lanjutan di rumah. Pulang paksa merupakan adanya perasaan ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien (Thenie, 2002)

Menurut Thenie (2002) bahwa umumnya kasus pasien pulang paksa di RSUD Kerawang disebabkan oleh faktor biaya, pelayanan dan kebersihan. Faktor biaya dikeluhkan pada pasien kelas II dan III sedangkan pasien kelas I dan VIP lebih disebabkan faktor pelayanan dan ketidaktahuan pasien. Faktor biaya karena disebabkan tingginya biaya obat dan sering terjadi pergantian obat. Sedangkan faktor pelayanan karena ketidakramahan dan kekurangtanggapan dari pemberi pelayanan.

Kasus pasien pulang paksa merupakan kasus umum yang biasa terjadi di fasilitas perawatan kesehatan yang merupakan hak dari pasien. Namun bila ditelaah lebih jauh meningkatnya kasus pasien pulang paksa merupakan suatu masalah bagi penyedia jasa pelayanan yang merupakan

pertanda adanya ketidakpuasan pasien terhadap penyedia jasa pelayanan.

Pada tahun 2007 jumlah balita yang dirawat di TFC Bone Bolango sebanyak 21 orang, membaik 17 orang dan pulang paksa 3 orang. Tahun 2008 jumlah balita yang dirawat di TFC sebanyak 19 orang membaik 17 orang dan pulang paksa 3 orang, tahun 2009 15 orang dirawat membaik 5 orang dan pulang paksa 10 orang dan tahun 2010 jumlah balita yang dirawat sebanyak 24 orang, membaik 4 orang, sembuh 5 orang, pulang paksa 13 orang dan dirujuk 2 orang (Dikes Provinsi dan RS.Toto Kabila,2011)

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas maka dirasa perlu untuk menganalisis kejadian pasien pulang paksa di TFC Kabupaten Bone Bolango . Hal ini dapat menjadi bahan kajian ilmiah dan masukan untuk perbaikan kualitas pelayanan di TFC dan pengembangan program perbaikan gizi masyarakat di Provinsi Gorontalo untuk tahun-tahun berikutnya.

B. Rumusan Masalah

Pelaksanaan program TFC yang dilakukan Pemerintah Kabupaten Bone Bolango sebagai upaya penanggulangan gizi buruk, namun masih banyak menemui masalah terutama pada aspek manajemen yang terlihat pada masih banyaknya pasien gizi buruk yang pulang paksa. Sebagai Unit Pelaksana Teknis Dinas (UPTD) dan satu-satunya di Provinsi Gorontalo

TFC Kabupaten Bone Bolango yang sudah mandiri sehingga masih memerlukan monitoring serta evaluasi program untuk melihat tingkat keberhasilan program TFC.

Berdasarkan permasalahan tersebut maka dapat diuraikan rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana *Input* pada program TFC di Kabupaten Bone Bolango Gorontalo terkait dengan kejadian pasien pulang paksa.
2. Bagaimana *Proses* pada program TFC di Kabupaten Bone Bolango Gorontalo terkait dengan kejadian pasien pulang paksa.
3. Bagaimana *Output* pada program TFC di Kabupaten Bone Bolango Gorontalo terkait dengan kejadian pasien pulang paksa.
4. Bagaimana *Outcome* pada program TFC di Kabupaten Bone Bolango Gorontalo terkait dengan kejadian pasien pulang paksa.
5. Bagaimana faktor individu dan keluarga terkait dengan kejadian pasien pulang paksa di TFC Kabupaten Bone Bolango Gorontalo.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Secara umum penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kejadian pasien gizi buruk pulang paksa di *Therapeutic Feeding Center (TFC)* Kabupaten Bone Bolango Gorontalo.

2. Tujuan Khusus
 - a) Untuk menganalisis *Input* pada program TFC di Kabupaten Bone Bolango Gorontalo terkait dengan kejadian pasien pulang paksa.
 - b) Untuk menganalisis *Proses* pada program TFC di Kabupaten Bone Bolango Gorontalo terkait dengan kejadian pasien pulang paksa
 - c) Untuk menganalisis *Output* pada program TFC di Kabupaten Bone Bolango Gorontalo terkait dengan kejadian pasien pulang paksa
 - d) Untuk menganalisis *Outcome* pada program TFC di Kabupaten Bone Bolango Gorontalo terkait dengan kejadian pasien pulang paksa
 - e) Untuk menganalisis faktor individu dan keluarga yang menyebabkan pasien meminta pulang paksa dari TFC di Kabupaten Bone Bolango Gorontalo.

D. Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian ini diharapkan menjadi bahan masukan bagi Pemerintah Daerah khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Bone Bolango dalam menentukan kebijakan dan perencanaan program penanggulangan gizi buruk pada balita.
2. Sebagai informasi dalam bidang kesehatan khususnya kesehatan masyarakat bagi peneliti selanjutnya.

3. Merupakan pengalaman berharga bagi penulis khususnya di bidang hal penelitian serta memperkaya pengetahuan dan wawasan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Gizi Buruk

Seseorang menderita atau di diagnosis gizi buruk apabila secara klinis dan atau antropometris terlihat sangat kurus dan atau edema dan atau BB/TB atau BB/PB < -3 SD (Depkes, 2006).

Pemeriksaan klinis adalah metode yang sangat penting untuk menilai status gizi masyarakat. Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidakcukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel (*superficial epithelial tissues*) seperti kulit, mata, rambut dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid. Sedangkan antropometri adalah berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi (Supriasa et.al, 2001).

Untuk menentukan kategori dan ambang batas status gizi anak berdasarkan indeks dapat dilihat dengan menggunakan standar WHO 2005 sesuai SK Menkes RI Nomor:1995/MENKES/SK/XII/2010 tertanggal 30 Desember 2010 dengan ketentuan seperti pada Tabel 1 di berikut ini:

Tabel.1
Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak Berdasarkan Indeks
Kemenkes , 2011

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas Z-Score
Berat Badan Menurut Umur (BB/U) Anak umur 0-60 bulan	Gizi Buruk	<-3 SD
	Gizi Kurang	-3 SD s/d <-2 SD
	Gizi Baik	-2 SD s/d 2 SD
	Gizi Lebih	> 2 SD
Panjang Badan Menurut Umur (PB/U) atau Tinggi Badan Menurut Umur Anak umur 0-60 bulan	Sangat Pendek	<-3 SD
	Pendek	-3 SD s/d <-2 SD
	Normal	-2 SD s/d 2 SD
	Tinggi	> 2 SD
Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB) atau Berat Badan Menurut Panjang Badan (BB/PB) Anak umur 0-60 bulan	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD s/d <-2 SD
	Normal	-2 SD s/d 2 SD
	Gemuk	> 2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut umur (IMT/U) anak umur 0-60 bulan	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD s/d <-2 SD
	Normal	-2 SD s/d 2 SD
	Gemuk	> 2 SD
Indeks Massa Tubuh menurut umur (IMT/U) anak umur 5 – 18 tahun	Sangat Kurus	<-3 SD
	Kurus	-3 SD s/d <-2 SD
	Normal	-2 SD s/d 1 SD
	Gemuk	> 1 SD s/d 2 SD
	Obesitas	> 2 SD

Gizi buruk merupakan bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan energi dan protein menahun pada balita. KEP disebabkan oleh kekurangan makanan sumber energi secara umum dan kekurangan sumber protein (Supariasa et.al,2001). Pada anak-anak, KEP dapat menghambat pertumbuhan, rentan terhadap penyakit terutama penyakit infeksi dan mengakibatkan rendahnya tingkat kecerdasan. Pada orang

dewasa, KEP menurunkan produktivitas kerja dan derajat kesehatan sehingga menyebabkan rentan terhadap penyakit.

Adapun tipe anak gizi buruk terdiri dari *kwashiorkor*, *marasmus* dan *marasmus-kwashiorkor*.

2.1. Tanda anak *kwashiorkor* meliputi :

1. Perubahan status mental: apatis & rewel
2. Rambut tipis, kemerahan seperti warna rambut jagung, mudah dicabut tanpa sakit, rontok
3. Wajah membulat dan sembab
4. Pandangan mata sayu
5. Pembesaran hati
6. Edema,
 - a. Minimal pada kedua punggung kaki, bersifat pitting edema
 - b. Derajat edema:
 - + → Kedua punggung kaki
 - ++ → Tungkai & lengan bawah
 - +++ → Seluruh tubuh (wajah & perut)
7. Otot mengecil (hipotrofi)

8. Kelainan kulit berupa bercak merah muda yg meluas & berubah warna menjadi coklat kehitaman dan terkelupas (*crazy pavement dermatosis*)
9. Sering disertai: penyakit infeksi (umumnya akut) → anemia dan diare

2.2.Tanda anak *marasmus* meliputi :

1. Tampak sangat kurus, hingga seperti tulang terbungkus kulit
2. Wajah seperti orang tua
3. Cengeng, rewel
4. Kulit keriput, jaringan lemak subkutis sangat sedikit sampai tidak ada (~pakai celana longgar- *baggy pants*)
5. Perut umumnya cekung
6. Tulang rusuk menonjol (Iga gambang, "*piano sign*")
7. Sering disertai penyakit infeksi (umumnya kronis berulang) → diare persisten

2.3.Tanda anak *marasmus-kwashiorkor* meliputi :

Adanya gambaran klinik yang merupakan campuran beberapa gejala klinik *Kwashiorkor* dan *Marasmus* dengan BB/TB-PB <-3 SD disertai *edema* yang tidak mencolok

Status gizi buruk dapat mengakibatkan dampak yang dapat mengganggu proses dalam tubuh secara keseluruhan. Seperti yang dikemukakan Almatsier, 2009 antara lain :

1. Mengganggu proses pertumbuhan anak sehingga anak tidak tumbuh neurut potensialnya.
2. Menghambat aktivitas sehari-hari karena kekurangan tenaga sehingga produktivitas kerja menurun.
3. Sistem imunitas dan antibodi berkurang sehingga daya tahan tubuh menurun dan anak mudah terserang penyakit.
4. Terganggunya perkembangan otak yang dapat mempengaruhi tingkat kecerdasan dan perkembangan mental anak.
5. Anak menunjukkan perilaku tidak tenang, rewel dan apatis.

2.4. Faktor yang mempengaruhi status gizi

Menurut Unicef 1998 dalam Depkes 2010, faktor yang mempengaruhi status gizi terbagi atas penyebab langsung, penyebab tidak langsung, penyebab utama dan akar masalah. Penyebab langsung meliputi kurangnya asupan gizi dan penyakit infeksi.

Konsumsi makanan berpengaruh terhadap status gizi seseorang. Anak dengan konsumsi makannya cukup sesuai dengan kebutuhannya namun sering menderita sakit seperti diare akan mengakibatkan anak

kurang gizi. Begitu pula anak yang tidak cukup asupan makanannya akan menyebabkan daya tahan tubuhnya menurun sehingga mudah terkena infeksi yang dapat mengurangi nafsu makannya dan akhirnya menderita kurang gizi.

Menurut Gordon et.al,1968 dalam Brown, 2003 hubungan antara infeksi dan malnutrisi adalah dua arah. Infeksi dapat mempengaruhi status gizi melalui penurunan asupan makanan dan penyerapan usus, katabolisme meningkat dan penyerapan zat gizi yang diperlukan untuk sintesis jaringan dan pertumbuhan. Disisi lain kekurangan gizi dapat menyebabkan rentan terhadap infeksi. Kebutuhan energi pada saat infeksi bisa mencapai dua kali kebutuhan normal karena meningkatnya metabolisme basal. Hal ini mengakibatkan deplesi otot dan glikogen hati (Thaha, 1995 dalam Ayu, 2008).

Adapun penyebab tidak langsung masalah kurang gizi adalah ketersediaan pangan tingkat rumah tangga, pola pengasuhan, pelayanan kesehatan dan sanitasi (Unicef, 1998).

Ketersediaan pangan tingkat rumah tangga merupakan kemampuan suatu keluarga untuk memenuhi kebutuhan pangan seluruh anggota keluarganya baik dari segi jumlah yang cukup baik dan cukup gizinya. Pola pengasuhan adalah kemampuan keluarga dan masyarakat untuk menyediakan waktu, perhatian dan dukungan terhadap anak terutama

dapat tumbuh dan berkembang sesuai dengan umur dan keadaan anak secara fisik, mental dan sosial.

Pelayanan kesehatan dan sanitasi meliputi tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan dasar yang terjangkau oleh keluarga dan masyarakat yang membutuhkan serta tersedianya air bersih sesuai kebutuhan. Ketiga faktor ini saling berhubungan dan sangat erat kaitannya dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan keterampilan keluarga.

Berbagai faktor langsung dan tidak langsung masalah kurang gizi berkaitan dengan pokok masalah yang ada di masyarakat dan akar masalah yang bersifat nasional. Pokok masalah di masyarakat antara lain berupa ketidakberdayaan masyarakat dan keluarga mengatasi masalah kerawanan pangan di tingkat keluarga, ketidaktahuan dalam pengasuhan anak, serta ketidakmampuan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia (Thaha, 1995 dalam Ayu, 2008).

Berbagai upaya telah dilakukan Pemerintah dalam menanggulangi masalah kurang gizi seperti tercantum dalam Kebijakan Teknis Pembinaan Gizi Masyarakat 2010 – 2014 Kemenkes RI antara lain:

1. Memperkuat peran masyarakat dlm pembinaan gizi masyarakat melalui Posyandu.
2. Memberlakukan standar pertumbuhan anak Indonesia.
3. Menerapkan standar pemberian makanan bagi bayi & anak.

4. Meneruskan suplementasi gizi pada balita, remaja, ibu hamil dan ibu nifas serta fortifikasi makanan.
5. PMT pemulihan diberikan pada anak gizi kurang dan ibu hamil miskin dan KEK.
6. Perawatan gizi buruk dilaksanakan dengan pendekatan rawat inap di Puskesmas perawatan, RS & TFC maupun rawat jalan di Puskesmas & Pos Pemulihan Gizi atau CTC.
7. Memperkuat surveilans gizi nasional.

Saat ini penanggulangan gizi buruk yang sedang di laksanakan di Provinsi Gorontalo meliputi Perawatan gizi buruk yang dilaksanakan di TFC seperti pada lokasi penelitian ini yaitu Kabupaten Bone Bolango. Di TFC diharapkan balita gizi buruk dapat ditangani dengan malaksanakan tatalaksana gizi buruk dengan memenuhi asupan makanan pasien yang menggunakan Formula WHO dan makanan bergizi lainnya. Bila mengalami penyakit infeksi segera ditangani dengan pengobatan yang sesuai dengan penyakitnya. Selain itu pendidikan gizi dan kesehatan diberikan kepada ibu atau pengasuh yang merawatnya dengan harapan adanya perubahan perilaku ibu dalam hal peningkatan pengetahuan tentang kesehatan saat kembali pulang ke rumahnya dan terdapat perbaikan status gizi pada balita gizi buruk.

B. Tinjauan Tentang *Therapeutic Feeding Center (TFC)*

Menurut WHO penanggulangan gizi buruk terdiri dari *Fasility Based* dan *Community Based* (Kemenkes, 2010). *Fasility Based* adalah penanggulangan balita gizi buruk dengan komplikasi di rawat inap pada fasilitas kesehatan dimana perawatan dan pengobatannya dilakukan sesuai dengan Tatalaksana Gizi Buruk sedangkan *Community Based* adalah penanggulangan balita gizi buruk tanpa komplikasi di rawat tanpa rawat inap hanya rawat jalan saja.

Fasility Based dilakukan melalui TFC dan *Community Based* dapat dilakukan dengan melalui Pos Pemulihan Gizi atau *Community-based Therapeutic Care (CTC)*. Dari hasil penelitian di Melawi pelaksanaan TFC

dan CTC dapat dipadukan dalam menanggulangi gizi buruk dan program CTC lebih efektif dalam menangani gizi buruk di masyarakat di banding TFC (Sadler, 2006)

Sasaran balita gizi buruk yang dirawat di TFC adalah balita gizi buruk berdasarkan BB/TB – PB < -3 SD sesuai baku standar WHO 2005 dengan atau tanpa gejala klinis dan balita gizi kurang berdasarkan BB/TB – PB < -2 SD sesuai baku standar WHO 2005 dengan penyakit.

Balita yang di rawat di TFC dilakukan tatalaksana gizi buruk yang meliputi kegiatan pelayanan medis, keperawatan serta konseling gizi yang sesuai dengan penyakit penyerta atau penyulit. Selain itu asuhan nutrisi yang diberikan dengan membuat formula dan makanan yang sesuai dengan fase yaitu fase transisi, stabilisasi, rehabilitasi dan tindak lanjut. Lamanya waktu yang perawatan pada fase tansisi, stabilisasi dan rehabilitasi maksimal 21 hari tergantung kondisi pasien.

Balita gizi kurang tanpa komplikasi dilakukan perawatan secara rawat jalan dengan kegiatan antara lain pengukuran antropometri, pemeriksaan klinis, pemberian konseling gizi, pemberian paket obat dan PMT pemulihan, kunjungan rumah serta melakukan rujukan bila ada komplikasi, jika berat badan 3 kali tidak naik dan timbulnya edema baru. Untuk balita gizi kurang diberikan PMT padat gizi dengan kandungan energi 350 kkal dan protein 15 gram. PMT diberikan selama 90 hari.

TFC dikembangkan untuk melakukan pelayanan anak gizi buruk yang dikelola oleh tenaga kesehatan dengan melibatkan peran serta masyarakat, dimana tempat ini lebih dilihat dari fungsinya sebagai tempat perawatan dan pengobatan anak gizi buruk disuatu tempat/ruangan khusus dimana ibu atau orang tua terlibat langsung merawat anaknya secara intensif.

TFC ini juga dapat dibuatkan bangunan khusus atau memanfaatkan Rumah Sakit dan Puskesmas perawatan. Dalam hal tenaga, sarana, prasarana dan biaya operasional menjadi tanggung jawab pemerintah daerah setempat. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota bertanggung jawab pada peningkatan kualitas pelayanan dalam hal perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi.

1. Prasyarat pembentukan TFC

1) *Global Acute Malnutrition (GAM)*

Jumlah balita gizi kurang dengan BB/TB < - 2 SD : ≥ 20 %

2) *GAM > 10 – 19,9 % + accurating factors*

$$\text{GAM} = \frac{\text{Balita gizi kurang} < - 2 \text{ SD BB/TB}}{\text{Total Balita}}$$

Total Balita

2. Tenaga Pelaksana

Dalam hal ketenagaan dengan kapasitas tempat tidur 10 – 20 pasien dibutuhkan antara lain :

- 1) Dokter : 1 orang
- 2) Perawat : 4 orang
- 3) Nutrisionis : 1 orang
- 4) Juru masak : 1 orang

Dapat pula menambahkan tenaga kebersihan yang bertanggung jawab atas kebersihan ruangan dan sekitarnya disamping itu ibu yang anaknya di rawat dimana dia ikut bertanggung jawab untuk kebersihan tempat perawatan.

3. Sarana dan prasarana di TFC

Untuk sarana dan prasarana seperti fasilitas ruangan dan sarana penunjang yang dibutuhkan antara lain :

- a. Ruang perawatan terpisah dari ruang perawatan yang lain
- b. Tempat tidur dan kelengkapannya (bantal, spre, selimut, dll) yang letaknya jauh dari jendela dan pintu masuk.
- c. Ruang administrasi
- d. Ruang konseling kesehatan dan gizi

- e. Ruang bermain anak-anak
- f. Ruang penyimpanan obat
- g. Dapur dan gudang penyimpanan bahan makanan
- h. Sumur, kamar mandi, WC, tempat mencuci dan menjemur
- i. Ventilasi dan pencahayaan cukup
- j. Luas ruangan ditentukan berdasarkan jumlah tempat tidur. Untuk 10 tempat tidur dibutuhkan luas ruangan sebesar 10 m x 6 m.

4. Peralatan

Untuk kelengkapan fasilitas ruangan dan sarana penunjang lainnya dibutuhkan peralatan antara lain :

- a. Peralatan medis dan obat-obatan
- b. Antropometri set (alat ukur tinggi badan / panjang badan, berat badan)
- c. Media KIE (food model, leaflet, poster, buku-buku pedoman)
- d. Alat permainan edukasi
- e. Peralatan dapur, bahan pembuat formula dan bahan makanan lainnya
- f. Peralatan kebersihan

g. Peralatan mandi dan mencuci.

a). Tinjauan Tentang Tatalaksana Anak Gizi Buruk

Balita gizi buruk yang di rawat di TFC dilakukan perawatan dan pengobatan sesuai dengan Tatalaksana Anak Gizi Buruk. Pedoman ini terdiri dari 10 langkah tatalaksana, 4 fase dalam perawatan dan pengobatan (Depkes, 2006). Kegiatan yang dilakukan di TFC diawali dengan :

1) Tata cara pemeriksaan anak gizi buruk yang melalui penegakkan Diagnosis yang terdiri dari :

a. Anamnesis penyakit dan gizi, meliputi :

Anamnesis awal untuk mengetahui adanya tanda bahaya dan tanda penting seperti syok / renjatan, letargis, muntah dan atau diare atau dehidrasi.

Anamnesis lanjutan untuk mengetahui faktor terjadinya gizi buruk seperti riwayat kehamilan dan kelahiran (*prematum*, BBLR), riwayat pemberian makanan (ASI / MP-ASI), riwayat imunisasi dan pemberian Vitamin A dosis tinggi, riwayat penyakit penyerta / penyulit (diare, cacing, TB, malaria, ISPA/pneumonia, HIV/AIDS),

riwayat tumbuh kembang (motorik apakah rutin menimbang di posyandu dan punya KMS), penyebab kematian saudara kandung, status sosial , ekonomi dan budaya keluarga.

b. Pemeriksaan fisik secara klinis dan antropometri, meliputi :

Tanda – tanda gangguan sirkulasi (tensi, nadi, frekuensi pernafasan), *dehidrasi* (mata cekung, kehausan, kering pada bibir dan mulut, turgor menurun), *hipoglikemi* dan *hipotermi*, infeksi, anemia, organ tubuh lain (kepala, mata, telinga, hidung, tenggorokan, leher, dada, perut, ekstremitas kulit) dan seluruh tubuh, Antropometri (BB, TB/PB dibandingkan dengan standar penentuan status gizi)

c. Pemeriksaan laboratorium dan radiologi, meliputi :

Pemeriksaan Hemoglobin, gula darah, urine rutin, Albumin, elektrolit (K, Na, Cl), serum zinc , thorax foto dan USG.

d. Analisis diet dan makanan, meliputi :

Kuantitas asupan makanan (*food recall*), kualitas asupan makanan (*food frequency*).

2). 4 fase perawatan dan pengobatan di TFC, terdiri dari :

1. Fase Stabilisasi

Fase stabilisasi adalah fase awal yang merupakan tindakan segera untuk mengatasi dan mencegah hipoglikemia, hipotermia dan dehidrasi. Keterlambatan pada fase ini dapat menyebabkan kematian. Pemberian cairan, energi dan protein ditingkatkan secara bertahap untuk menghindari *overload* atau gagal jantung. Fase ini berlangsung 1 – 2 hari bahkan sampai 1 minggu tergantung kondisi klinis anak.

2. Fase Transisi

Fase transisi merupakan fase peralihan dimana peningkatan jumlah cairan dan konsistensi formula dilakukan perlahan-lahan agar sel-sel usus beradaptasi. Fase ini umumnya berlangsung selama 1 minggu.

3. Fase Rehabilitasi

Pada fase rehabilitasi pemberian makanan dilakukan untuk tumbuh kejar dimana Energi dan Protein ditingkatkan sesuai kemampuan. Fase ini umumnya berlangsung selama 2 – 4 minggu.

4. Fase Tindak lanjut

Fase tindak lanjut dilakukan setelah anak keluar dari TFC. Makanan yang diberikan adalah makanan tumbuh kejar berupa

PMT pemulihan dan makanan keluarga. Fase ini umumnya berlangsung 4 – 5 bulan.

Adapun 10 langkah tatalaksana anak gizi buruk yang dilaksanakan di TFC terdiri dari:

1) Mencegah dan mengatasi *Hipoglikemia*

Hipoglikemia adalah suatu keadaan dimana kadar glukosa darah sangat rendah dimana < 3 mmol / liter atau < 54 mg/dl. Keadaan ini biasa terjadi dengan *hipotermia*. Tanda lain *Hipoglikemia* seperti letargis, nadi lemah dan kehilangan kesadaran. Gejala *Hipoglikemia* biasa berupa berkeringat dan pucat namun sangat jarang terjadi pada anak gizi buruk. Kematian karena hipoglikemia pada anak gizi kadang hanya didahului dengan tanda seperti mengantuk. Bila tidak ada fasilitas pemeriksaan kadar glukosa darah di unit pelayanan kesehatan maka setiap anak gizi buruk yang datang dianggap mengalami hipoglikemia sehingga harus mendapat perawatan dan penanganan sebagai penderita *Hipoglikemia*.

2) Mencegah dan mengatasi *Hipotermia*

Hipotermia adalah suatu keadaan tubuh dimana suhu aksiler $< 36,5^{\circ}\text{C}$ (ukur selama 5 menit). Biasanya terjadi bersama-sama dgn *Hipoglikemia*. *Hipotermia* dan *Hipoglikemia* merupakan tanda dari adanya infeksi sistemik serius sehingga terapi yang dilakukan

mencakup pengobatan *Hipoglikemia*, *Hipotermia* dan infeksi. Cadangan energi anak gizi buruk sangat terbatas sehingga tidak mampu memproduksi panas untuk mempertahankan suhu tubuh. Tindakan dengan menutup tubuh dengan penutup yang memadai adalah usaha untuk menghemat penggunaan cadangan energi pada anak gizi buruk.

3) Mencegah dan mengatasi dehidrasi

Yang harus menjadi perhatian adalah bagaimana kita melihat tanda-tanda anak dehidrasi atau kehilangan cairan. Tanda anak dehidrasi adalah :

- a. Letargis, anak tidak bisa bangun dan apatis. Tampak mengantuk dan tidak menunjukkan ketertarikan terhadap kejadian disekelilingnya.
- b. Anak gelisah dan rewel
- c. Tidak ada air mata saat menangis
- d. Mata cekung
- e. Mulut dan lidah kering
- f. Haus
- g. Turgor kulit lambat

4). Memperbaiki gangguan keseimbangan Elektrolit

Pada anak gizi buruk terjadi ketidakseimbangan elektrolit di dalam tubuh sehingga perlu diberikan mineral mix/larutan elektrolit untuk menambah kekurangan elektrolit (K, Mg, Cu, zinc) dalam bentuk *ReSoMal* (bila diare) dan Formula WHO sesuai dengan fasenya. Selain itu dapat diberikan oralit yang diencerkan 2 x untuk menurunkan kadar Na agar tidak terjadi hipervolemia, edema paru, gagal jantung. Gula juga dibutuhkan untuk menambah energi dan mencegah *Hipoglikemia*.

5). Mengobati infeksi

Bila tidak ada komplikasi/infeksi yang jelas anak diberikan Kotrimoksazol/oral/12 jam selama 5 hari . Bila ada komplikasi diberikan Gentamisin iv atau im selama 7 hari, ditambah Ampisilin iv atau im/6 jam selama 2 hari, diikuti Amoksisilin/8 jam selama 5 hari. Dalam 48 jam tidak membaik maka diberikan Kloramfenikol iv atau im/8 jam selama 5 hari . Bila ada infeksi khusus diberikan Antibiotika khusus sesuai dengan penyakitnya .

6). Memperbaiki kekurangan zat gizi mikro

1. Bentuk Formula Fe:

- a. Tablet Besi / Folat (Sulfas Ferosus 200 mg atau 60 mg Besi elemental + 0,25 mg Asam Folat) , dengan dosis :

Bayi usia 6 – < 12 bln → 1 x sehari $\frac{1}{4}$ tab

Anak usia 1–5thn → 1 x sehari $\frac{1}{2}$ tablet

- b. Sirup Besi (Sulfas Ferosus 150 ml), setiap 5 ml mengandung 30 mg Besi elemental 10 mg Ferosulfat setara dengan 3 mg Besi elemental, dengan dosis :

Bayi 6 – < 12 bulan → 1 x sehari 2 ,5 ml ($\frac{1}{2}$ sendok teh)

Anak usia 1–5 thn → 1 x sehari 5 ml (1 sendok teh)

- c. Fe diberikan setelah minggu ke2 (pada fase rehabilitasi)

2. Bentuk Vitamin A dosis tinggi :

a. Umur < 6 bulan, dosis 50.000 SI ($\frac{1}{2}$ kapsul biru)

b. Umur 6 – 11 bulan, dosis 100.000 SI (1 kapsul biru)

c. Umur 1 – 5 tahun , dosis 200.000 SI (1 kapsul merah)

d. Vitamin C, dosis untuk BB < 5 kg: 50 mg/hari (1 tablet), BB \geq 5 kg: 100 mg/hari (2 tablet)

3. Asam Folat dosisnya diberikan pada hari I: 5 mg/hari, selanjutnya 1 mg/hari

4. Vitamin B Kompleks diberikan 1 tablet / hari

5. MineralMix

7). Memberikan makanan untuk Stabilisasi dan Transisi

a. Kebutuhan gizi pada Fase Stabilisasi:

Energi : 80 – 100 Kkal/kgBB/hari

Protein : 1 – 1,5 g/kgBB/hari

Cairan : 130 ml/kgBB/hari atau

100 /kgBB/hari (bila edema berat +++)

Formula 75/modifikasi/modisco ½

b. Kebutuhan gizi pada Fase Tansisi:

Energi: 100 – 150 Kkal/kgBB/hari

Protein: 2 – 3 g/kgBB/hari

Cairan: 150 ml/kgBB/hari

Formula 100/modifikasi/modisco I/II

8). Memberikan makanan untuk tumbuh kejar

a. Kebutuhan gizi pada Fase Rehabilitasi:

Energi : 200 – 220 Kkal/kgBB/hari

Protein : 3 – 4 g/kgBB/hari

Cairan : 150 – 200 ml/kgBB/hari

Formula 100/135/modifikasi/modisco III

Ditambah makanan untuk BB < 7 kg diberikan makanan

bayi/lembik, $BB \geq 7\text{kg}$ diberikan makanan anak/lunak

b. Kebutuhan gizi pada Fase tindak lanjut

Kebutuhan energi dan protein sesuai dengan BB dan umur anak dimana PMT- Pemulihan untuk Energi 350 Kkal/hr & Prot. 15 g/hr ditambah makanan keluarga .

9). Memberikan stimulasi untuk tumbuh kembang

Anak gizi buruk mengalami keterlambatan perkembangan mental dan perilaku sehingga perlu diberikan :

- a. Kasih sayang
- b. Lingkungan yang ceria
- c. Terapi bermain terstruktur selama 15 – 30 menit/hari (Misalnya: permainan ci luk ba atau menggunakan Alat Permainan Edukatif)
- d. Aktifitas fisik segera setelah sembuh
- e. Keterlibatan ibu (memberi makan, memandikan, bermain dan sebagainya)

10). Mempersiapkan untuk tindak lanjut di rumah

Bila gejala klinis sudah tidak ada dan $BB/TB-PB \geq - 2 \text{ SD} \rightarrow$ "anak sembuh". Pola pemberian makan yang baik dan stimulasi harus tetap dilanjutkan di rumah. Berikan contoh kepada orang tua:

- a. Menu dan cara membuat makanan dengan kandungan tinggi energi dan padat gizi sesuai umur dan berat badan anak.
- b. Terapi bermain terstruktur

Untuk kriteria pemulangan anak gizi buruk antara lain:

1. Anak :

- a. Selera makan baik, makanan yang diberikan dihabiskan
- b. Ada perbaikan kondisi mental
- c. Sudah tersenyum, duduk, merangkak, berdiri, berjalan, sesuai umurnya
- d. Suhu tubuh berkisar antara 36,5 – 37,5 °C
- e. Tidak ada muntah atau diare
- f. Tidak ada edema
- g. Kenaikan berat badan ≥ 5 g/kgBB/hari, 3 hari berturut-turut atau kenaikan 50 g/kgBB/minggu, 2 minggu berturut-turut
- h. Sudah berada di kondisi BB/TB-PB $> - 3$ SD (dan sudah tidak ada tanda dan gejala klinis gizi buruk)

2. Ibu / Pengasuh

- a. Sudah dapat membuat makanan yang diperlukan untuk tumbuh kejar di rumah
 - b. Sudah mampu merawat serta memberikan makan dengan benar kepada anaknya
3. Institusi lapangan

Puskesmas/Pos Pemulihan Gizi/Posyandu telah siap menerima rujukan paska perawatan. Saran yang dapat diberikan kepada orang tua :

- a. Makanan dengan porsi kecil dan sering sesuai dengan umur anak
- b. Kontrol secara teratur:

Bulan I : 1 x/ minggu

Bulan II : 1 x/ 2 minggu

Bulan III - VI : 1 x/ bulan

Suntikan/imunisasi dasar BCG, Polio, DPT, Campak, Hepatitis

B dan ulangan (booster) . Anak gizi buruk tidak dianjurkan

imunisasi campak, tetapi pada semua anak gizi buruk harus

diberikan imunisasi campak sebelum anak pulang, setelah fase rehabilitasi

- c. Vit.A dosis tinggi setiap 6 bulan (dosis sesuai umur)

C. Tinjauan Tentang Pulang Paksa

Pulang paksa menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia yaitu :

Pulang, berarti :

Pergi ke rumah atau tempat asalnya ; kembali (ke); balik (ke).

Paksa, berarti :

- a. Mengerjakan sesuatu yang diharuskan walaupun tidak mau
- b. Kekerasan
- c. Memperlakukan, berbuat dengan kekerasan

Dalam bidang kesehatan istilah pulang paksa biasa kita temui di Rumah Sakit ataupun Pusat Pelayanan Kesehatan lainnya. Pulang paksa ini dapat didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana pasien yang memaksa pulang sesuai kehendaknya sebelum selesainya proses perawatan atau pengobatannya sehingga pasien pulang belum dalam keadaan sembuh dari sakitnya.

Meningkatnya kasus pasien pulang paksa merupakan salah satu faktor ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan. Kepuasan pasien tergantung pada kualitas pelayanan. Pelayanan adalah semua upaya yang dilakukan karyawan untuk memenuhi keinginan pelanggannya dengan jasa yang akan diberikan. Suatu pelayanan dikatakan baik oleh pasien, ditentukan oleh kenyataan apakah jasa yang

diberikan bisa memenuhi kebutuhan pasien, dengan menggunakan persepsi pasien tentang pelayanan yang diterima (memuaskan atau mengecewakan, juga termasuk lamanya waktu pelayanan) (Anjaryani, 2009).

D. Tinjauan Tentang Evaluasi

Evaluasi adalah membandingkan antara hasil yang telah dicapai oleh suatu program dengan tujuan yang direncanakan. Evaluasi merupakan bagian yang penting dari proses manajemen karena dengan evaluasi akan diperoleh umpan balik (*feed back*) terhadap program atau pelaksanaan kegiatan. Tanpa adanya evaluasi, sulit rasanya untuk mengetahui sejauh mana tujuan-tujuan yang direncanakan itu telah mencapai tujuan atau belum. Banyak batasan tentang evaluasi secara umum dapat dikatakan bahwa evaluasi adalah suatu proses untuk menilai atau menetapkan sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan tercapai (Notoatmodjo, 2010).

Menurut Perhimpunan Kesehatan Masyarakat Amerika, evaluasi adalah suatu proses untuk menentukan nilai atau jumlah keberhasilan dan usaha pencapaian suatu tujuan yang telah ditetapkan. Proses tersebut mencakup kegiatan-kegiatan memformulasikan tujuan, identifikasi kriteria yang tepat untuk digunakan mengukur keberhasilan, menentukan dan menjelaskan derajat keberhasilan dan rekomendasi untuk kelanjutan aktivitas program. Dari batasan-batasan tersebut dapat disimpulkan

bahwa proses atau kegiatan dan dalam kegiatan evaluasi itu mencakup langkah-langkah:

- a. Menetapkan atau memformulasikan tujuan evaluasi, yakni tentang apa yang akan dievaluasi terhadap program yang dievaluasi.
- b. Menetapkan kriteria yang akan digunakan dalam menentukan keberhasilan program yang akan dievaluasi.
- c. Menetapkan cara atau metode evaluasi yang akan digunakan.
- d. Melaksanakan evaluasi, mengolah dan menganalisa data atau hasil pelaksanaan evaluasi tersebut.
- e. Menentukan keberhasilan program yang dievaluasi berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan tersebut serta memberikan penjelasan-penjelasan.
- f. Menyusun rekomendasi atau saran-saran tindakan lebih lanjut terhadap program berikutnya yang berdasarkan hasil evaluasi tersebut.

Salah satu pendekatan yang paling populer dalam penelitian evaluasi adalah pendekatan sistem. Pendekatan sistem dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1. Pendekatan Sistem

(Azwar, 1996)

E. Tinjauan Tentang Evaluasi Program

Evaluasi program merupakan suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan dengan sengaja untuk melihat tingkat keberhasilan program (Sujarwo dan Basrowi, 2009). Untuk melihat tercapai atau tidaknya suatu program yang sudah berjalan diperlukan kegiatan evaluasi. Evaluasi program pada dasarnya ditujukan untuk melihat kualitas suatu program sesuai dengan kebutuhan pihak yang dilayani.

Penerapan evaluasi ditujukan untuk menilai program tetapi lebih jauh difungsikan untuk memperbaiki dan mengembangkan program. Evaluasi program dilakukan untuk kepentingan pengambilan kebijakan dalam menentukan kebijakan selanjutnya. Tugas evaluasi adalah mengumpulkan, menganalisa dan memaknai serta menyajikan informasi untuk dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan sehingga evaluasi program harus memenuhi keobyekan, kecermatan dan keabsahan.

Menurut Aswar, 1996 jenis evaluasi atau penilaian dapat kita bagi menjadi 3 jenis yaitu:

1. Penilaian pada tahap awal program

Penilaian yang dilakukan disini adalah pada saat merencanakan suatu program (*formative evaluation*) tujuan utamanya adalah untuk menyakinkan bahwa rencana yang akan disusun benar-benar telah sesuai dengan masalah yang ditemukan dalam arti dapat menyelesaikan masalah tersebut. Penilaian yang bermaksud mengukur kesesuaian program dengan masalah dan atau kebutuhan masyarakat ini sering disebut pula studi peninjauan kebutuhan (*need assesment study*)

2. Penilaian pada tahap pelaksanaan program

Penilaian yang dilakukan disini adalah pada saat program sedang dilaksanakan (*promotive evaluation*). Tujuan utamanya adalah untuk mengukur apakah program yang akan dilaksanakan tersebut telah sesuai dengan rencana atau tidak atau apakah terjadi penyimpangan-penyimpangan yang dapat merugikan pencapaian tujuan dari program tersebut. Pada umumnya ada 2 bentuk penilaian pada tahap pelaksanaan program ini ialah pemantauan (*monitoring*) dan penilaian berkala (*periodic evaluation*).

3. Penilaian pada tahap akhir program

Penilaian yang dilakukan disini adalah pada saat program telah selesai dilaksanakan (*summative evaluation*). Tujuan utamanya secara umum dapat dibedakan atas 2 macam yaitu untuk mengukur keluaran (*output*) serta untuk mengukur dampak (*impact*) yang

dihasilkan. Dari kedua macam penilaian akhir ini diketahui bahwa penilaian keluaran lebih mudah daripada penilaian dampak karena pada penilaian dampak diperlukan waktu yang lama.

Evaluasi suatu program kesehatan masyarakat dilakukan terhadap tiga hal yaitu evaluasi terhadap proses pelaksanaan program, evaluasi terhadap hasil program dan evaluasi terhadap dampak program.

- a. Evaluasi proses ditujukan terhadap pelaksanaan program yang menyangkut sumber daya seperti tenaga, dana dan fasilitas lain.
- b. Evaluasi hasil program ditujukan untuk menilai sejauh mana program tersebut berhasil yakni sejauh mana tujuan-tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Misalnya meningkatkan cakupan imunisasi, meningkatnya ibu-ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya dan sebagainya.
- c. Evaluasi dampak program ditujukan untuk menilai sejauh mana program itu mempunyai dampak terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Dampak program-program ini tercermin dari membaiknya atau meningkatnya indikator-indikator kesehatan masyarakat. Misalnya menurunnya angka kematian bayi (IMR), meningkatnya status gizi anak balita, menurunnya angka kematian ibu dan sebagainya.

Program TFC dapat kita lihat dan nilai melalui empat komponen sistem yaitu sistem *input*, *proses*, *output* dan *outcome* (Azwar, 1996)

1. *Input*

Pada tahap input termasuk didalamnya menyangkut pemanfaatan berbagai sumber daya baik sumber dana, tenaga dan sarana.

2. *Proses*

Proses disini lebih dititik beratkan pada pelaksanaan program apakah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan atau tidak. Proses mencakup semua tahap administrasi mulai pada tahap perencanaan, pelaksanaan, monitoring evaluasi dan pencatatan pelaporan.

3. *Output*

Output mencakup penilaian terhadap hasil yang dicapai dari pelaksanaan suatu kegiatan

4. *Outcome*

Outcome mencakup pengaruh yang ditimbulkan dari pelaksanaan suatu kegiatan.

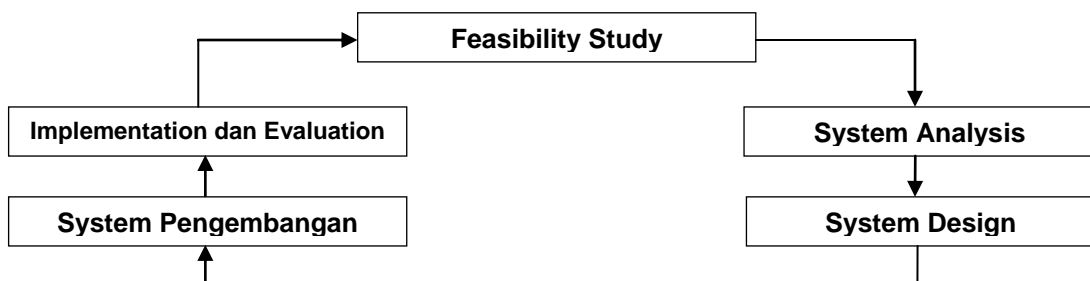
F. Teori Sistem

1. Definisi

Sistem adalah kombinasi atas beberapa komponen yang bekerja bersama-sama dan melakukan suatu pekerjaan tertentu. Komponen ini dapat berdiri sendiri maupun berupa komponen yang saling berkesinambungan antara satu dengan yang lain.

2. Analisis Sistem dan Desain

System Life Style adalah proses terorganisasi dari pengembangan dan pemeliharaan suatu sistem. Siklus ini membantu dalam menetapkan rencana proyek pengembangan sistem, karena siklus ini akan memberikan keseluruhan daftar proses dan sub proses yang diperlukan bagi pengembangan sistem. Sistem development *life cycle* mempunyai arti kombinasi dari bermacam-macam aktifitas dan dalam *terminology*. Adapun System Analysis and Design mempunyai arti software development life cycle, seperti terlihat pada gambar 1 dibawah ini :



Gambar 2. Tahap Siklus Pengembangan Perangkat Lunak
 Sumber : Hedwig

a. *Feasibility Study*

Studi kelayakan adalah tahap pertama dari siklus pengembangan sistem dan akan memberikan gambaran yang jelas mengenai seperti apa sistem yang ada saat ini. Keadaan dan lingkup persoalan yang dipelajari untuk menentukan apakah bermanfaat untuk melanjutkan proyek pengembangan lebih jauh lagi. Lingkup dari proyek ini adalah fungsi dari tipe persoalan, berapa lama waktu dan besarnya biaya yang digunakan serta besar perubahan yang diinginkan oleh pasien dan pimpinan.

Setelah keadaan dan lingkup persoalan sudah ditentukan, sejumlah penyelesaian dapat diusulkan. Jika pihak manajemen menyetujui laporan ini, studi kelayakan dapat dijadikan model dari pandangan seorang sistem analisis mengenai proyek yang akan dilakukan berikutnya.

b. System Analysis

Pada tahap ini akan ditentukan secara tepat tentang apa yang harus dilakukan untuk menyelesaikan persoalan. Proses analisis sistem dibagi menjadi 2 klasifikasi utama yaitu :

1) Pengumpulan Data

Agar sistem yang ada dapat dimengerti, fakta tentang sistem ini harus dikumpulkan. Sistem analisis harus menentukan *input*, operasi dan *output* dari sistem dengan benar. Apa yang sedang dikerjakan, siapa yang mengerjakannya, bagaimana dikerjakan,

dan mengapa dikerjakan semua harus ditentukan dengan benar. Meskipun keadaan data yang harus dikumpulkan dan bagaimana data diperoleh berbeda dari sistem ke sistem, sistem analisis menggunakan 4 sumber yaitu dokumen tertulis, kuesioner, interview, dan observasi.

a) Dokumen tertulis

Dokumen tertulis seperti formulir, manual, chart, diagram, surat dan lain-lain. Dokumen tertulis dapat memberikan informasi mengenai kebijakan, prosedur dan hubungan diantara manusia yang ada di dalam suatu organisasi.

b) Kuesioner

Sistem analisis dapat menyiapkan kuesioner untuk dibagikan ke anggota sebagai alat bantu yang tepat dan tidak mahal dalam mengumpulkan informasi.

c) Interview

Interview dapat memberikan sifat fleksibel mengenai pertanyaan yang diajukan dibandingkan hanya melalui kalimat pada kuesioner. Interview mempunyai kelemahan dimana seseorang mungkin tidak merasa enak diwawancarai dan kadang kebenaran tidak berani mengungkap serta bukan fakta yang diperoleh tetapi pendapat.

d) Observasi

Observasi adalah proses mengamati operasi hari perhari dari suatu organisasi. Dengan mencatat bagaimana data mengalir melalui sistem, bagaimana manusia dan mesin berinteraksi dan mendengarkan apa yang orang katakan.

2) Analisis Data

Setelah data mengenai sistem kerja yang ada, analisis data dilaksanakan dengan tujuan untuk mendapatkan pengertian yang lengkap tentang fungsi sistem yang akan diusulkan. Sistem analisis akan menghasilkan data sebagai berikut :

a) *Data Flow Diagram*

Dalam menganalisa data, sistem analis menaruh perhatian pada meringkas sistem yang akan diusulkan dengan menekankan pada fungsi daripada pelaksanaan secara fisik. Dengan kata lain sistem analis akan mempertimbangkan apa yang perlu dilaksanakan dari pada bagaimana melaksanakannya.

b) *Data Dictionaries*

Data dictionaries adalah sekumpulan informasi tentang elemen-elemen data dari suatu sistem. Biasanya terdiri dari nama, deskripsi, sumber, format dan kegunaan dari setiap kategori data. Data ini akan membantu sistem analisis dalam

mengorganisasi data dan juga sangat berguna sesudah tahapan analisa selesai dilaksanakan.

c) *Data Black Box Process*

Adalah cara mendokumentasikan proses-proses yang sistem lakukan. Dengan memandang dan melukiskan proses-proses sistem sebagai black box seorang analisis dapat menunjukkan apa yang harus dilakukan dan bukan pada bagaimana hal itu dilakukan.

c. System Design

Jika analisa sistem telah selesai dilaksanakan, maka apa yang harus dilakukan untuk memecahkan persoalan biasanya telah diketahui. Sistem desain terdiri dari peninjauan kembali tujuan proyek, mengembangkan persyaratan sistem dan memberikan presentasi ke pihak atasan.

1) Peninjauan kembali tujuan proyek

Untuk itu seorang analis bertanggung jawab menjamin bahwa produk akhir nantinya sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh pasien.

2) Pengembangan persyaratan sistem

Tujuan dari sistem desain adalah mendokumentasi dengan benar bagaimana sistem yang baru harus bekerja.

3) Presentase ke pihak atasan

Sampai tahap ini sistem analis telah membuat sistem yang diusulkan tetapi belum mendapat persetujuan dari pihak atasan. Pertimbangan dan rencana desain harus diringkas dalam laporan sistem desain ke manajemen sebelum proyek dapat dilanjutkan. Laporan ini biasanya berisi problem, manfaat, desain, biaya dan skedul.

d. Pengembangan Sistem

Pada tahap ini dimulai dengan spesifikasi desain dan berakhir ketika sistem sudah siap untuk diimplementasikan, ada empat kegiatan yang dilakukan yaitu:

1) *Schedulling*

Membuat scedulling pada saat mau turun ke lapangan untuk wawancara, observasi, telaah dokumen.

2) *Programming*

Programming merupakan bagian yang paling penting dalam pengembangan suatu sistem.

3) *Testing*

Kesalahan yang ditemukan pada tahap pengujian akan memerlukan biaya yang kecil untuk memperbaiki dibandingkan kesalahan yang ditemukan pada saat sistem digunakan.

4) *Dokumentasi*

Sepanjang pelaksanaan proyek sistem, dokumentasi harus selalu dibuat dalam bentuk laporan.

e. *Implementation dan Evaluation*

Setelah pengembangan sistem selesai, sistem yang baru harus diimplementasikan dan harus dievaluasi.



G. Dasar Pemikiran Variabel yang diteliti

Gizi buruk adalah suatu kondisi dimana anak secara klinis dan atau antropometri terlihat sangat kurus dan atau edema, dan atau BB/TB-PB < -3 SD. Tipe gizi buruk meliputi kondisi *marasmus*, *kwashiorkor* dan *marasmus-kwashiorkor*.

Berbagai upaya dalam penanggulangan gizi dapat dilakukan meliputi kegiatan *Primary Prevention* adalah upaya penanggulangan gizi tingkat pertama yang biasa dilakukan di Posyandu, *Secondary Prevention* merupakan penanggulangan tingkat kedua dengan menangani gizi kurang dan *Tertiary Prevention* merupakan penanganan tingkat tiga dengan menangani balita yang sudah menderita gizi buruk. Seperti terlihat pada gambar 3 berikut ini :

Primary Prevention	Secondary Prevention Penanganan Gizi Kurang 1. PMT Pemulihan	Tertiary Prevention Penanganan Gizi Buruk 1. Rawat Inap
--------------------	---	--

(Keg. bulanan di Posyandu)

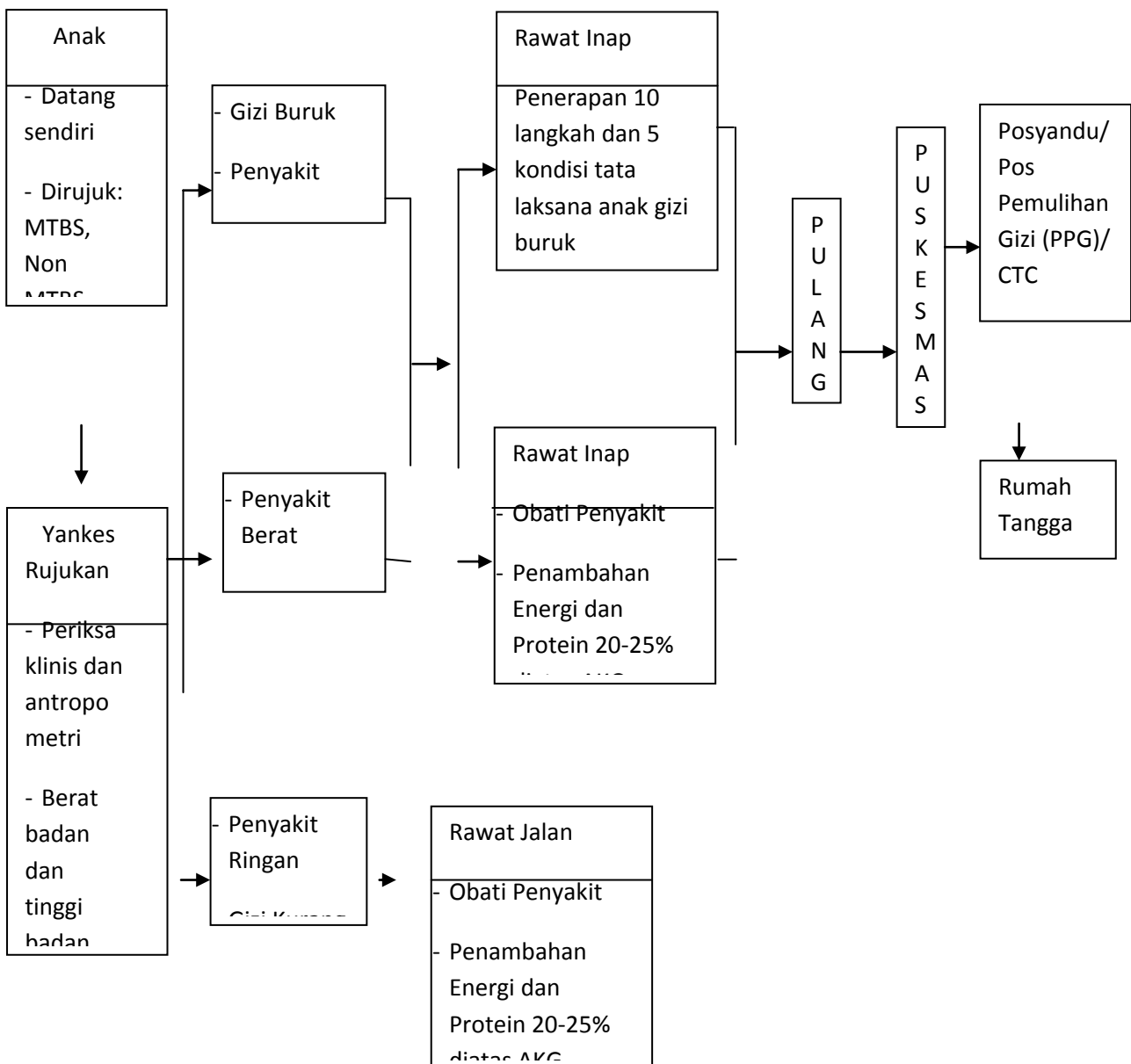
1. Pemantauan berat badan di Posyandu
2. Penyuluhan dan konseling ASI eksklusif dan MP-ASI  
3. Mendapat kapsul vit A
4. Balita GAKIN mendapat MPASI Lokal
5. Bumil mendapat tablet Fe
6. Keluarga menggunakan garam beryodium
7. PMT Penyuluhan
8. Balita BGM, 2 T dirujuk untuk dikonfirmasi

Gambar 3. Penanggulangan Masalah Gizi (Depkes, 2010)

Di Provinsi Gorontalo upaya penanganan gizi buruk pada tingkat *Tertiary Prevention* dilakukan melalui program inovasi yang telah dilaksanakan di seluruh Kabupaten/Kota dengan melaksanakan program TFC . Program TFC tersebut sudah menjadi komitmen Pemerintah Provinsi dan Daerah untuk dilaksanakan dimana semua itu menjadi tanggung jawab Pemerintah dalam hal pendanaan maupun fasilitas yang dibutuhkan mengingat masih tingginya angka prevalensi Gizi Buruk dan Gizi Kurang di Provinsi Gorontalo. Adapun alur pelayanan gizi buruk di

Rumah Sakit atau Puskesmas Perawatan dapat dilihat pada gambar 4 sebagai berikut :

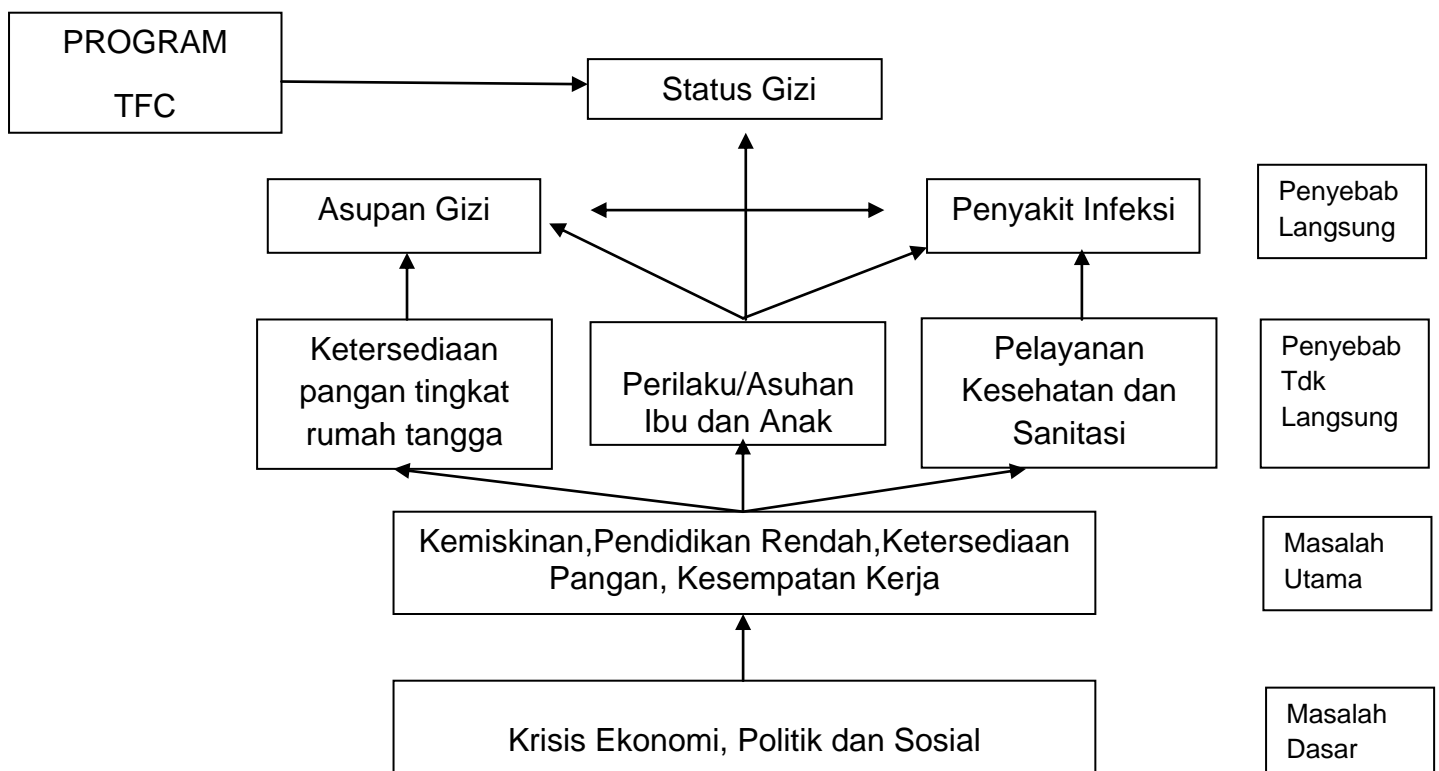
Alur Pelayanan Anak Gizi Buruk



Gambar 4. Alur Pelayanan Anak Gizi Buruk di RS / Puskesmas Perawatan (Depkes, 2006)

Dari uraian kepustakaan diatas dapat disimpulkan bahwa status gizi dipengaruhi oleh asupan zat gizi dan penyakit infeksi sebagai penyebab langsung dan penyebab tidak langsung adalah ketersediaan pangan tingkat rumah tangga, pola asuh, pelayanan kesehatan dan sanitasi. Secara singkat dapat digambarkan seperti Gambar 5. Dibawah ini:

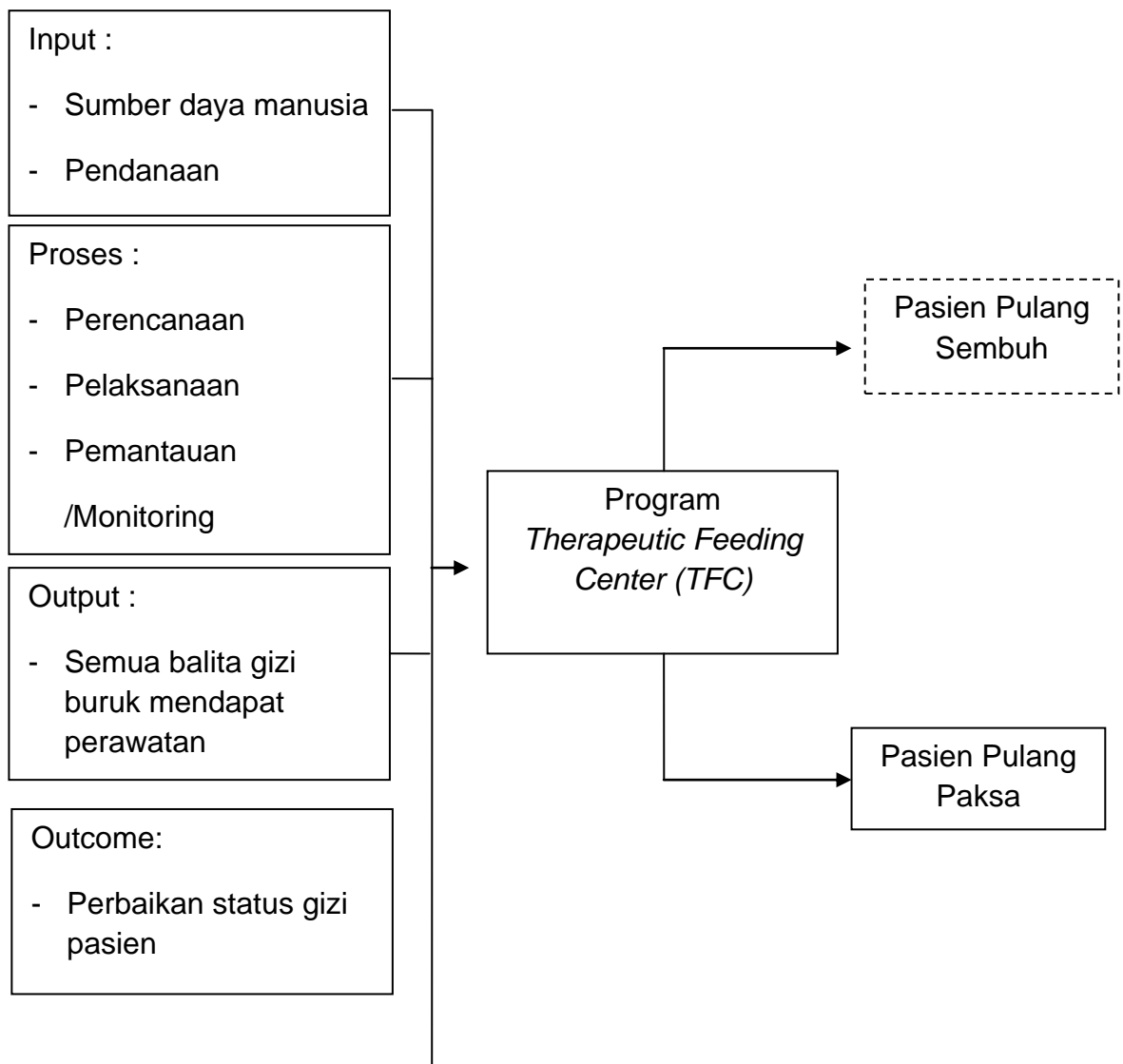
KERANGKA TEORI

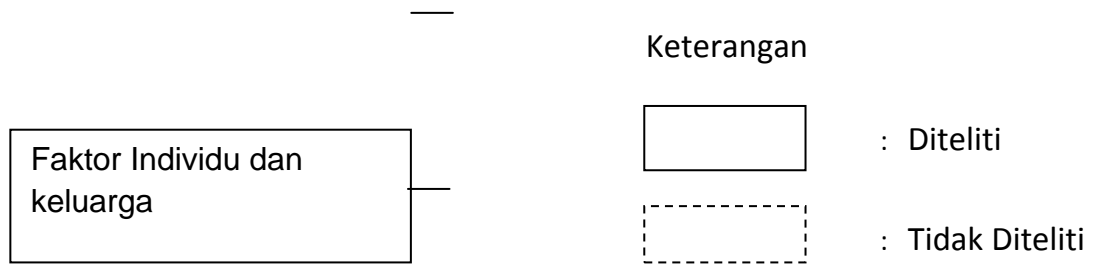


Gambar 5. Kerangka Teori (Unicef,1998 dalam Kemenkes,2010 dimodifikasi)

Berdasarkan kerangka teori diatas maka alur pikir penelitian ini adalah untuk menganalisis pelaksanaan program TFC sebagai bentuk upaya penanggulangan gizi buruk dan kejadian pasien pulang paksa di TFC dapat digambarkan dengan menggunakan pendekatan sistem sebagai berikut :

KERANGKA PIKIR





Gambar 6. Kerangka pikir

H. Definisi Operasional

1. *Therapeutic Feeding Center (TFC)* adalah fasilitas kesehatan yang digunakan untuk merawat pasien gizi buruk dengan menerapkan langkah Tatalaksana Anak Gizi Buruk.
2. *Input* adalah segala sesuatu yang dibutuhkan untuk melaksanakan program TFC yang terdiri dari:
 - a. Sumber daya manusia adalah sumber daya yang melaksanakan pengelolaan program yang terdiri dari dokter, perawat, ahli gizi dan juru masak.
 - b. Pendanaan adalah biaya yang dikeluarkan untuk operasional kegiatan

- c. Sarana dan prasarana adalah semua kelengkapan peralatan yang menunjang kegiatan
3. *Proses* adalah kegiatan yang dilakukan pada proses pelaksanaan program TFC terdiri dari:
- a. Perencanaan adalah suatu proses untuk menyusun, menganalisa dan mempersiapkan secara sistematis segala kebutuhan agar program dapat terlaksana dalam hal ini perencanaan anggarannya.
 - b. Pelaksanaan adalah rangkaian kegiatan atau program yang dilaksanakan berdasarkan rencana yang telah dibuat meliputi sistem rujukan pasien gizi buruk, tindakan pelayanan yang dilakukan kepada pasien gizi buruk yang meliputi pelayanan medis, pelayanan keperawatan dan pelayanan nutrisi yang dilaksanakan.
 - c. Monitoring adalah kegiatan yang dilakukan untuk memantau pelaksanaan pelayanan di TFC dan perkembangan pasien yang pulang dari TFC.
 - d. Pencatatan dan pelaporan adalah suatu kegiatan pencatatan secara tertulis yang dilakukan pada setiap kegiatan yang berlangsung dan ditulis dalam bentuk laporan bulanan dan kartu pasien.

4. *Output* adalah hasil yang diharapkan pada suatu kegiatan meliputi semua balita gizi buruk di suatu wilayah mendapat perawatan sesuai tatalaksana gizi buruk.
5. *Outcome* adalah melihat adanya pengaruh yang ditimbulkan pada pelaksanaan suatu kegiatan meliputi, perbaikan status gizi balita adalah perbaikan status gizi balita sebelum perawatan dibandingkan sesudah perawatan.
6. Faktor individu dan keluarga adalah keinginan dari individu sendiri dan keluarga pasien yang meminta untuk pulang paksa dari TFC.
7. Pasien Pulang Paksa adalah pasien yang memaksa pulang dan menandatangani surat pernyataan pulang paksa padahal proses perawatan dan pengobatannya belum selesai dan pasien belum dinyatakan sembuh oleh dokter.

Tabel 2. Indikator Penilaian

Indikator Penilaian				
Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Informan
Input: 1. Sumber Daya Manusia	Sumber daya yang melaksanakan pengelolaan Program TFC	a. Sudah dilatih tatalaksana gizi buruk b. Untuk 10-20 tempat tidur terdapat: Dokter 1 orang, perawat 4 orang, ahli gizi 1 orang dan juru masak c. Tersedianya dana operasional TFC	Wawancara mendalam,observasi, Telaah dokumen	Kasie Gizi, Kepala TFC, Petugas TFC,ibu pasien pulang paksa
2. Pendanaan	Biaya yang dikeluarkan untuk operasional kegiatan	Tersedianya dana operasional TFC	Wawancara mendalam,Observasi, Telaah dokumen	Kasie Gizi, Kepala TFC, Petugas TFC,ibu pasien pulang paksa
3. Sarana dan Prasarana	Semua kelengkapan peralatan yang menunjang pelaksanaan kegiatan	a. Bangunan/ruangan terpisah dari ruang perawatan lain atau bangunan tersendiri b. Ruang Perawatan, obat, bermain anak c. Ruang Konseling dan administrasi	Wawancara mendalam,Observasi, Telaah dokumen	Kasie Gizi, Kepala TFC, Petugas TFC,ibu pasien pulang paksa

<u>Proses</u>				
1. Perencanaan	Suatu proses untuk menyusun, menganalisa dan mempersiapkan secara sistematis segala kebutuhan agar program TFC dapat terlaksana.	d. Ruang Dapur, penyimpanan bahan makanan Uraian kegiatan dan perencanaan anggaran kebutuhan TFC	Wawancara mendalam, Observasi, Telaah dokumen	Kasie Gizi, Kepala TFC
2. Pelaksanaan	Suatu rangkaian kegiatan yang dilaksanakan berdasarkan rencana yang telah dibuat	a. Rujukan pasien gizi buruk b. Terisnya Kartu status pasien dengan tindakan pelayanan	Wawancara mendalam, Observasi, Telaah dokumen	Kasie Gizi, Kepala TFC, Petugas TFC, ibu pasien pulang paksa
3. Monitoring	Tindakan pemantauan atau pengawasan yang dilakukan terhadap pelayanan yang diberikan dan pasien pasca perawatan	a. Terisnya Kartu monitoring status pasien b. Register balita di PKM	Wawancara mendalam, Observasi, Telaah dokumen	Kasie Gizi, Kepala TFC, Petugas TFC, Petugas PKM, ibu pasien pulang paksa
4. Pencatatan dan pelaporan	Kegiatan pencatatan secara tertulis yang	a. Terisnya Kartu status pasien	Wawancara mendalam, Observasi,	Kasie Gizi, Kepala TFC, Petugas TFC

<p><u>Output:</u> Semua pasien gizi buruk mendapat perawatan</p> <p><u>Outcome:</u> Perbaikan Status Gizi</p> <p><u>Faktor individu dan keluarga</u></p>	<p>dilakukan pada setiap kegiatan yang berlangsung dan ditulis dalam bentuk laporan untuk pertanggungjawaban</p> <p>Hasil yang dicapai pada suatu pelaksanaan program</p> <p>Perbaikan status gizi balita adalah perbaikan status gizi balita sebelum perawatan dibandingkan sesudah perawatan.</p> <p>Keluarga meminta pulang paksa atas keinginannya sendiri karena faktor keluarga yang ditinggalkan</p>	<p>b. Adanya Laporan TFC</p> <p>Laporan bulanan TFC</p> <p>a. Register Pasien TFC b. Laporan Bulanan TFC</p> <p>Pernyataan hasil wawancara</p>	<p>Telaah dokumen</p> <p>Wawancara mendalam, Observasi, Telaah dokumen</p> <p>Wawancara mendalam, Observasi, Telaah dokumen</p> <p>Wawancara mendalam, Observasi, Telaah dokumen</p>	<p>Kasie Gizi, Kepala TFC, Petugas Gizi, Ibu Pasien Pulang Paksa</p> <p>Kasie Gizi, Kepala TFC, Petugas Gizi, Ibu Pasien Pulang Paksa</p> <p>Kasie Gizi, Kepala TFC, Petugas Gizi, Ibu Pasien Pulang Paksa</p>
---	---	--	--	--

Pasien Pulang Paksa	Pasien TFC yang pulang atas kehendaknya sendiri dan kondisinya belum sembuh	Surat Pernyataan Pulang Paksa	Wawancara mendalam, Observasi, Telaah dokumen	Kasie Gizi, Kepala TFC, Petugas Gizi, Ibu Pasien Pulang Paksa
----------------------------	---	-------------------------------	---	---

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Pendekatan dan Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian Kualitatif dengan pendekatan *fenomenologis* yang bertujuan untuk memahami makna dari suatu pengalaman dan pengetahuan seseorang dalam kehidupannya termasuk interaksi dengan orang lain dalam hal ini menganalisis kejadian pasien pulang paksa di TFC dilihat dari *Input, Proses, Output dan Outcome* program TFC dengan menggali informasi yang mendalam dari informan dan menggunakan pedoman wawancara, telaah dokumen serta pengamatan (*observasi*) pada sampai dengan melakukan triangulasi meliputi metode dan sumber data.

B. Pengelolaan Peran sebagai Peneliti

Dalam penelitian ini yang menjadi instrumen penelitian atau alat penelitian adalah peneliti sendiri. Oleh karena itu peneliti sebagai instrumen juga harus “divalidasi” seberapa jauh peneliti kualitatif siap melakukan penelitian yang selanjutnya terjun ke lapangan. Validasi terhadap peneliti sebagai instrument meliputi validasi terhadap pemahaman metode penelitian kualitatif, penguasaan wawasan terhadap bidang yang diteliti, kesiapan peneliti untuk memasuki obyek penelitian, baik secara akademik maupun logistiknya.

Peneliti kualitatif sebagai *human instrument*, berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya. Kehadiran peneliti disini juga diketahui informan karena sebelum melakukan wawancara mendalam terlebih dahulu memberikan *informed consent* kepada informan.

Dalam penelitian kualitatif segala sesuatu yang akan dicari dari obyek penelitian belum jelas dan belum pasti permasalahannya. Dengan demikian yang menjadi instrumen adalah peneliti sendiri. Tetapi setelah menjadi jelas maka dikembangkan suatu instrument penelitian yang diharapkan dapat melengkapi data berupa checklist, pedoman wawancara mendalam (Indepth Interview), pedoman diskusi kelompok terarah (FGD), kamera, tape recorder dan buku catatan peneliti.

C. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di TFC Kabupaten Bone Bolango Provinsi Gorontalo. Alasan penentuan lokasi adalah karena TFC ini adalah satu-satunya TFC yang sudah berdiri sendiri dengan status UPTD dan masih tingginya jumlah balita yang dirawat dengan kondisi pulang paksa serta masih rendahnya cakupan balita yang dirawat dengan kondisi sembuh atau membaik sesuai kriteria.

D. Sumber dan Teknik Pengumpulan Data

a. Sumber Data

1. Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung oleh peneliti kepada para informan dengan menggunakan pedoman wawancara.
2. Data sekunder adalah data yang dikumpulkan dari laporan atau dokumen tertulis lainnya yang tersedia baik di Dinas Kesehatan, TFC, maupun data lain yang relevan dengan topik penelitian.

b. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara mendalam (*Indepth Interview*)

Wawancara dilakukan secara langsung antara pewawancara (interviewer) dengan yang terwawancara (interviewee). Sebagai pewawancara dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri dan terwawancara adalah informan.

Informan yang diwawancarai dalam penelitian ini sebanyak 22 orang terdiri dari Kepala Seksi Gizi Dikes Bone Bolango 1 orang, Kepala TFC 1 orang, Dokter TFC 1 orang, Perawat TFC 1 orang, Petugas Gizi TFC 3 orang, dan pelaksanaan wawancara untuk triangulasi sumber dilakukan kepada Petugas Gizi Puskesmas 5 orang dan ibu pasien pulang paksa dari TFC sebanyak 10 orang untuk memperoleh informasi yang adekuat dari

13 orang pasien pulang paksa. 3 orang tidak dilakukan wawancara karena sudah pindah dari tempat tinggalnya.

2. Diskusi Kelompok Terarah (*Focus Group Discussion*)

Pelaksanaan FGD dilakukan setelah selesai pelaksanaan wawancara mendalam dan sebagai subyek penelitian adalah Kepala Seksi Gizi Dikes Bone Bolango, Kepala TFC, Dokter TFC, Perawat TFC dan Petugas Gizi TFC 3 orang. Pelaksanaan FGD digunakan untuk mengevaluasi input, proses, hasil dan dampak program TFC dan kaitannya dengan kejadian pasien pulang paksa. FGD dilakukan dengan seorang fasilitator merangkap moderator yang akan mencatat semua pendapat dan hasil-hasil FGD.

3. Pengamatan / observasi

Data dikumpulkan dengan menggunakan teknik observasi atau pengamatan mengenai *input, proses, output* di TFC. Pengamatan atau observasi dilakukan sebagai bentuk triangulasi metode untuk memvalidasi data yang didapatkan dengan cara wawancara.

4. Telaah dokumen dan arsip

Dilakukan untuk dapat menganalisis informasi mengenai kegiatan di TFC berdasarkan pencatatan dan pelaporan yang baku berupa laporan bulanan, kartu status pasien dan dokumen lain yang berhubungan dengan TFC.

E. Informan Penelitian

a. Indikator yang akan diteliti meliputi :

1. Input : Sumber daya manusia, pendanaan dan sarana prasarana.
2. Proses : Perencanaan, pelaksanaan, monitoring, pencatatan dan pelaporan
3. Output : Capaian cakupan program
4. Outcome : Perbaikan status gizi balita
5. Faktor Individu : Keinginan Keluarga yang meminta pulang paksa
6. Alasan pasien pulang paksa dilihat dari *input, proses, output* dan *outcome*

b. Informan Penelitian

Informan penelitian terdiri pihak – pihak yang terlibat pada pelaksanaan program TFC pada tingkat Dinas Kesehatan adalah Kepala Seksi Gizi, tingkat TFC adalah pengelola TFC, tingkat Puskesmas Petugas Gizi serta tingkat desa adalah Ibu balita pasca perawatan.

Lokasi dan pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan dan proses pelaksanaan dapat terlihat pada pada Tabel 3 berikut ini:

Tabel 3
Lokasi dan Pihak yang terlibat dalam proses pelaksanaan
Di TFC Kabupaten Bone Bolango
Tahun 2011

Unit Analisis	Lokasi			
	Kabupaten	TFC	Puskesmas	Desa
Input	Kasie Gizi	Kepala TFC / Petugas TFC	Petugas Gizi	Ibu Balita pasca perawatan
Proses	Kasie Gizi	Kepala TFC/ Petugas TFC	Petugas Gizi	Ibu Balita pasca perawatan
Output	Kasie Gizi	Kepala TFC/ Petugas TFC	Petugas Gizi	Ibu Balita pasca perawatan
Out come	Kasie Gizi	Kepala TFC/Petugas TFC	Petugas Gizi	Ibu Balita pasca perawatan
Faktor Individu dan keluarga	Kasie Gizi	Kepala TFC/Petugas TFC	Petugas Gizi	Ibu Balita pasca perawatan

F. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

a. Pengolahan Data

Teknik pengolahan data diolah secara manual dengan tahap sebagai berikut :

1. Mengumpulkan data dari hasil wawancara, observasi dan telaah dokumen, selanjutnya diklasifikasikan berdasarkan sumber data yang digunakan.

2. Editing yaitu data yang sudah diklasifikasikan, masing-masing diteliti kembali, dirangkum, dicatat, kemudian diberi penjelasan dan uraian berdasarkan pemikiran logis serta argumentasi dan ditarik kesimpulan, sehingga memudahkan menganalisa data selanjutnya. Untuk memudahkan pengolahan data digunakan matriks hasil pernyataan informan dengan variable sebagai berikut :
 - a) Data Emik merupakan hasil pernyataan informan
 - b) Reduksi Data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya.
 - c) Konsep Emik mengacu pada pandangan informan yang dikaji berdasarkan hasil wawancara.
 - d) Konsep Etik adalah deskripsi dan analisa yang dilakukan dalam konteks dan kategori konseptual yang dianggap bermakna oleh komunitas penganut ilmiah yang mengacu pada pandangan peneliti.Secara sederhana dapat dikatakan bahwa pengolahan data dilakukan secara manual dengan mengelompokkan hasil wawancara

sesuai tujuan penelitian dan selanjutnya dilakukan analisis isi (*Content Analysis*) kemudian diinterpretasikan dan disajikan dalam bentuk narasi.

b. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan teknik analisis kualitatif yaitu melalui proses berpikir induktif yang dimulai dari keputusan-keputusan khusus (data yang terkumpul) kemudian diambil kesimpulan secara umum.

Teknik analisa data yang digunakan dalam penelitian kualitatif yang dikemukakan Miles dan Huberman melalui tiga jalur yaitu :

- a). Reduksi data adalah analisis yang merupakan proses pemilihan, pemusatan, penyederhanaan, pengabstrakan dan transformasi data kasar yang ditemukan di lapangan. Dengan kata lain pada tahap ini dilakukan analisis untuk menggolong-golongkan, membuang data yang tidak perlu, mengerahkan dan mengorganisasikan data.
- b) Verifikasi data adalah analisis yang merupakan proses kesimpulan dan penilaian atau interpretasi peneliti terhadap fakta lapangan yang berupa data yang mengacu pada masalah dan tujuan penelitian.

- c) Penyajian data adalah penyajian data yang telah dianalisis pada alur pertama dan kemudian disajikan dalam bentuk teks naratif.

G. Keabsahan Data

Untuk menjamin keabsahan data dilapangan maka dilakukan pengumpulan data dengan menggunakan teknik Triangulasi (Bungin,2003) yaitu melalui :

1. Triangulasi Sumber , triangulasi sumber dilakukan dengan cara :
 - a. Mencek data dengan fakta dari sumber lain, misalnya dari sumber yang berbeda atau yang berlawanan secara ekstrim, atau hasil dari studi dengan tujuan sama.
 - b. Membandingkan dan melakukan kontras data, ketika menginvestasi dengan informan lain.
 - c. Menginvestasi dengan menggunakan kelompok informan yang sangat berbeda.
2. Triangulasi Metode
 - a. Menggunakan berbagai cara pengumpulan data/informasi, misalnya wawancara mendalam. Observasi dan telaah dokumen.

- b. Dalam studi kasus berbagai metode pengumpulan data adalah keharusan.
3. Triangulasi Data
 - a. Analisis data dilakukan dengan membandingkan dengan hasil penelitian yang lain.
 - b. Interpretasi data yang sama oleh pakar yang lain.
 - c. Umpan balik hasil analisis dengan informan dalam rangka etika dan pengecekan validasi informasi yang dihasilkan.

H. Tahap-Tahap Penelitian

1. Tahap Pra Lapangan (Mei- Juni 2011)

Tahap persiapan dimulai dengan melakukan kegiatan meliputi:

- a. Menyusun proposal penelitian dan konsultasi
 - b. Ujian Proposal dan perbaikan
 - c. Melaksanakan survey awal ke TFC Bone Bolango
 - d. Mengurus perijinan dan perlengkapan untuk penelitian
- ##### 2. Tahap Penelitian Lapangan (Juli-Agustus 2011)
- a. Menentukan jadwal pelaksanaan pengumpulan data
 - b. Pelaksanaan Pengumpulan data
 - c. Tahap Analisis Data (Agustus-September 2011)
 - c.1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil kuesioner yang disebar dan wawancara mendalam. Hasil wawancara mendalam ditulis

dalam bentuk catatan lapangan dan disalin dalam bentuk transkrip.

c.2. Reduksi data dengan pembuatan koding dan kategori

Koding dimaksudkan untuk dapat mengorganisasikan dan mensistematisasi data secara lengkap dan mendetail sehingga dapat memunculkan gambaran tentang topik yang sedang dipelajari.

c.3. Penyajian data

Penyajian data yang digunakan dalam penelitian ini dalam bentuk teks, naratif, tabel, gambar, atau bagan.

c.4. Pemilihan kesimpulan atau verifikasi

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lokasi Penelitian adalah TFC Kabupaten Bone Bolango dengan pertimbangan sudah mandiri dengan status UPTD dibanding dengan TFC di Kabupaten/Kota lainnya di Provinsi Gorontalo. Gedungnya terletak di Desa Bongoime Kecamatan Tilongkabila Kabupaten Bone Bolango dan berada di Pusat Pemerintahan Kecamatan namun letaknya cukup jauh dari pemukiman dan jangkauan transportasi umum.

TFC Bone Bolango berdiri tahun 2007 dimana pada awalnya masih bergabung di Rumah Sakit Toto Kabila dengan meminjam Ruang Perawatan Anak. Akhirnya di tahun 2010 melalui Perda Bupati Bone Bolango Nomor 9 tahun 2010 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah telah menjadi UPTD yang bertanggung jawab langsung kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bone Bolango. Selain itu melalui dana DHS berhasil memiliki Gedung sendiri yang letaknya bersebelahan dengan Puskesmas Tilongkabila.

Adapun tugas dan fungsi TFC seperti tercantum dalam Peraturan Bupati Nomor 4 tahun 2011 tentang Pembentukan dan Penjabaran Tugas dan Fungsi Unit dan Sub Bagian UPTD di Lingkungan Dinas Kesehatan Bone Bolango antara lain sebagai berikut:

- (1). Unit Pelaksana Teknis Dinas Panti Pemulihan Gizi (PPG/TFC) mempunyai tugas melaksanakan sebagian tugas dinas di bidang kesehatan berdasarkan azas otonomi dan tugas perbantuan.
- (2). Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1). Unit Pelaksana Teknis Dinas Panti Pemulihan Gizi (PPG/TFC) mempunyai fungsi:
- a. Merencanakan dan merumuskan perawatan, pengobatan dan terapi gizi bagi anak kurang gizi.
 - b. Melaksanakan pelayanan dan konseling gizi.
 - c. Memberikan pendidikan penyuluhan kesehatan gizi.
 - d. Memberikan pelayanan stimulasi pertumbuhan.
 - e. Melaksanakan pemantauan/monitoring kegiatan pelayanan dan penanggulangan gizi di panti pemulihan gizi.
 - f. Melaksanakan penataan sistem informasi kesehatan (SIK), pelaporan dan administrasi.

Jumlah pasien gizi buruk yang dirawat di TFC di tahun 2007 sampai dengan Agustus 2011 dapat terlihat pada tabel 4 berikut ini:

Tabel 4
Jumlah Pasien yang dirawat di TFC tahun 2007 - 2010

No	Tahun	Dirawat	Dirujuk	Membaik	Pulang Paksa	Persentase (%)
1	2007	21	0	18	3	14,28
2	2008	19	0	16	3	15,79
3	2009	15	0	5	10	66,67
4	2010	24	2	9	13	54,17

Sumber: Dikes Provinsi Gorontalo dan RS Toto Kabila

Dari tabel 4 diatas terlihat bahwa pada tahun 2007-2008 pasien TFC yang meminta pulang paksa dibandingkan dengan yang dirawat dari persentase mengalami peningkatan dari 14,25% tahun 2007 dan 15,79% tahun 2008 namun dari segi jumlah tidak. Hanya pada tahun 2009 mengalami peningkatan sebesar 10 orang atau 66,67% dibandingkan tahun 2008 berarti peningkatannya sebanyak 3 kali lipat. Adapun alasan pasien pulang paksa di tahun 2009 tidak berhasil penulis dapatkan karena pada saat itu pengelolaan TFC berada di Rumah Sakit Toto dan sistem pencatatan dan pelaporan yang tidak lengkap.

Pada tahun 2010 dibandingkan dengan 2009 pasien pulang paksa mengalami penurunan dari persentase pasien yang pulang paksa di bandingkan dengan yang dirawat tahun 2009 menjadi 54,17% tahun 2010 namun bila dilihat dari jumlah pasien pulang paksa mengalami peningkatan. Dari hasil wawancara dengan pasien diperoleh bahwa memang terdapat perbedaan pelayanan dalam hal ini keberadaan petugas seperti dokter dimana kalau di di Rumah Sakit petugas ada 24 jam dan dokter datang memeriksa pasien setiap hari sedangkan di TFC saat ini tidak ada petugas pada malam hari dan dokter tidak datang setiap hari ke TFC. Selain itu di tahun 2007-2008 TFC masih berjalan maksimal karena adanya dana bantuan dari Provinsi untuk kebutuhan pasien sedangkan di tahun 2009 pelaksanaan program TFC istilahnya “ *hidup segan , matipun tak mau* “ (Administrator,2010) karena minimnya

bantuan dana dari propinsi sehingga pengelolaannya belum berjalan maksimal.

Gedung TFC Bone Bolango dilengkapi dengan Ruang Kantor, Observasi, Perawatan, Dapur, Gudang, Ruang Bermain dan Apotik. Adapun jumlah ketenagaan di TFC meliputi Kepala TFC 1 orang, Perawat 1 orang, Petugas Gizi 3 orang yang merupakan pegawai tetap di TFC dan Dokter 1 orang yang dikontrak dari Rumah Sakit Toto Kabila, *Cleaning Service* merangkap Juru Masak terdiri dari 1 orang yang bertugas memasak jika terdapat pasien dan tugas membersihkan di TFC setiap hari.

a). Gambaran Karakteristik Informan

Informan pada wawancara mendalam pada penelitian ini 22 orang terdiri dari Kepala Seksi Gizi 1 orang, Kepala TFC 1 orang, Dokter TFC 1 orang, Perawat TFC 1 orang, Petugas Gizi TFC 3 orang, Petugas Gizi Puskesmas 5 orang dan ibu pasien pulang paksa dari TFC sebanyak 10 orang. Bila dilihat dari rata-rata umur Informan Pengelola Program TFC dalam penelitian ini berumur 34 tahun. Untuk informan yang paling muda berumur 25 tahun sedangkan yang paling tua berumur 40 tahun. Jika dilihat dari latar belakang pendidikan terakhir pengelola program TFC yang terdiri dari 5 orang Pegawai Negeri Sipil sudah sesuai dengan tupoksi masing-masing namun masih ada 2 orang yang belum dilatih dengan Tata Laksana Gizi Buruk.

Adapun rata-rata umur Informan Petugas Gizi Puskesmas dalam penelitian ini berumur 29 tahun. Untuk informan yang paling muda berumur 24 tahun sedangkan yang paling tua berumur 34 tahun. Jika dilihat dari latar belakang pendidikan terakhir pengelola program TFC yang terdiri dari 5 orang Pegawai Negeri Sipil sudah sesuai dengan tupoksi masing-masing. Walaupun salah satunya sudah menempuh pendidikan sarjana strata satu namun dari latar belakang pendidikan diplomasnya adalah D3 Gizi, sebagaimana terlihat pada tabel 5 berikut ini:

Tabel 5
Karakteristik Informan Pengelola Program TFC dan
Petugas Puskesmas

N o	Informan (Inisial)	Jenis Kelamin	Umur (thn)	Pendidikan Terakhir	Jabatan
Pengelola TFC					
1.	DM	Laki-laki	40	S2 Kesmas	Kepala Seksi Gizi
2.	DSP	Perempuan	38	S1 Kesmas	Kepala TFC
3.	MK	Perempuan	40	Kedokteran	Dokter TFC
4.	RL	Perempuan	28	D3 Gizi	Petugas Gizi TFC
5.	HU	Laki-laki	26	D3 Gizi	Petugas Gizi TFC
6.	NS	Laki-laki	27	D3 Gizi	Petugas Gizi TFC
7.	NJ	Perempuan	25	D3 Keperawatan	Perawat TFC
Petugas PKM					
1.	FU	Perempuan	28	D3 Gizi	Petugas Gizi PKM
2.	YJ	Perempuan	34	S1 Kesmas	Petugas Gizi PKM
3.	DA	Perempuan	25	D3 Gizi	Petugas Gizi PKM
4.	LH	Perempuan	34	D3 Gizi	Petugas Gizi PKM
5.	SG	Perempuan	24	D3 Gizi	Petugas Gizi PKM

Berdasarkan tabel 5 dapat dilihat bahwa rata-rata umur Informan Pengelola Program TFC dalam penelitian ini berumur 34 tahun. Untuk informan yang paling muda berumur 25 tahun sedangkan yang paling tua berumur 40 tahun. Jika dilihat dari latar belakang pendidikan terakhir

pengelola program TFC yang terdiri dari 5 orang Pegawai Negeri Sipil sudah sesuai dengan tupoksi masing-masing namun masih ada 2 orang yang belum dilatih dengan Tata Laksana Gizi Buruk.

Adapun rata-rata umur Informan Petugas Gizi Puskesmas dalam penelitian ini berumur 29 tahun. Untuk informan yang paling muda berumur 24 tahun sedangkan yang paling tua berumur 34 tahun. Jika dilihat dari latar belakang pendidikan terakhir pengelola program TFC yang terdiri dari 5 orang Pegawai Negeri Sipil sudah sesuai dengan tupoksi masing-masing. Walaupun salah satunya sudah menempuh pendidikan sarjana strata satu namun dari latar belakang pendidikan diplomasnya adalah D3 Gizi.

Untuk karakteristik informan ibu pasien pulang paksa diperoleh bahwa bahwa rata-rata umur Informan Ibu Pasien Pulang Paksa dari TFC adalah 28 tahun. Dari 8 orang informan dilihat dari pendidikan terakhirnya terdapat 3 orang tamat SMP, 6 orang tamat SD dan 1 orang Tidak Sekolah. Adapun untuk informan yang termuda adalah 20 tahun dan yang tertua adalah 35 tahun sedangkan untuk pekerjaan sebagian besar mereka adalah ibu rumah tangga jadi jika dilihat dari pekerjaannya ibu mempunyai banyak waktu dirumah mengurus anak namun dari tingkat pendidikan masih rendah dimana sebagian besar tamat SD hal ini dapat mempengaruhi pola asuh ibu dalam perawatan kepada anaknya, seperti terlihat pada tabel 6 dibawah ini:

Tabel 6
Karakteristik Informan Ibu Pasien Pulang Paksa di TFC
Kabupaten Bone Bolango
Tahun 2011

No	Informan (Inisial)	Umur (tahun)	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan
1	OS	26	SD	Ibu Rumah Tangga
2	JK	20	SMP	Ibu Rumah Tangga
3	FK	29	SMP	Ibu Rumah Tangga
4	EP	26	SMP	Ibu Rumah Tangga
5	AU	21	SD	Ibu Rumah Tangga
6	RY	34	SD	Ibu Rumah Tangga
7	SY	31	SD	Ibu Rumah Tangga
8	YM	35	Tdk Sekolah	Ibu Rumah Tangga
9	SS	28	SD	Ibu Rumah Tangga
10	NM	27	SD	Ibu Rumah Tangga

Sumber: Data Primer

B. Hasil Penelitian

1. *Input (Masukan)*

a. Sumber Daya Manusia

Dalam hal ketenagaan di TFC sesuai Juknis untuk kapasitas tempat tidur 10 – 20 pasien dibutuhkan Dokter 1 orang, Perawat 4 orang, Petugas Gizi 1 orang dan Juru Masak 1 dapat pula ditambahkan dengan *Cleaning Services* serta sudah dilatih Tata Laksana Gizi Buruk. Namun hasil yang diperoleh adalah ketenagaan yang ada untuk Dokter 1 orang dengan status kontrak, Perawat 1 orang, Petugas Gizi 4 orang termasuk Kepala TFC dan Juru Masak merangkap *Cleaning Service* 1 orang. Seperti yang terlihat dalam tabel 7 dibawah ini:

Tabel 7
Jumlah Ketenagaan berdasarkan Fakta dan Petunjuk Teknis
Tata Laksana Anak Gizi Buruk Di TFC

**Kabupaten Bone Bolango
Tahun 2011**

No	Ketenagaan	Jumlah tenaga		Ket
		Juknis	Fakta	
1	Dokter umum	1	1	Claning Service merangkap juru masak
2	Perawat	4	1	
3	Petugas Gizi	1	4	
4	Juru Masak	1	1	
5	Cleaning Service	1	-	

Sumber : TFC Bone Bolango

Tenaga juga kadang mendapat bantuan dari Puskesmas lain yang tempatnya bersebelahan dengan TFC dan dokter dihubungi lewat telpon karena hanya merupakan dokter kontrak dari Rumah Sakit Toto, sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara terhadap pertanyaan jumlah pengelola di TFC adalah sebagai berikut :

“Ada 5 perawat 1, gizi 3 tambah saya 1 Lima semua ” (DSP, 38 tahun,Kepala TFC).

“Ada tenaga bantuan ada dari Puskesmas ini, disamping ini yang didepan ini ” (DSP, 38 tahun,Kepala TFC).

“ Dokternya hanya kita telpon saja, kalau misalnya dokter kan tidak disini hanya pinjam dari rumah sakit, jadi kalau ada pasien kita datangkan kesini dia periksa setiap hari dia kontrol cuma kontrak ya, kerjasama .” (DSP, 38 tahun,Kepala TFC).

Keberadaan dokter yang tidak selalu ada setiap hari di TFC juga sejalan dengan pernyataan yang dikemukakan pasien

sebagaimana yang diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“Tidak ada cuma petugas di TFC itu ,tidak tiap hari cuma pas dia ada sakit batuk ada dokter ” (OS,26 tahun,IRT)

“ Cuma saya masuk itu ada,baru habis itu tidak ada ” (AU, 21 tahun, IRT)

Adapun untuk ketenagaan TFC yang sudah mendapat Pelatihan Tata Laksana Gizi Buruk seperti terlihat pada tabel 8 di bawah ini:

Tabel 8
Ketenagaan Terlatih Tata Laksana Anak Gizi Buruk Di TFC
Kabupaten Bone Bolango
Tahun 2011

No	Ketenagaan	Tata Laksana Gizi Buruk		Ket
		Dilatih	Belum Dilatih	
1	Dokter umum	1	-	Petugas Gz 1 org termasuk Kepala TFC
2	Perawat	1	-	
3	Petugas Gizi (4 org)	1	3	
4	Juru Masak/Cleaning Service	-	-	

Sumber : TFC Bone Bolango

Dari tabel 8 diatas terlihat bahwa untuk tenaga TFC belum semua mendapat pelatihan Tata Laksana Gizi Buruk hanya Kepala TFC, Dokter TFC dan Perawat TFC , sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara adalah sebagai berikut :

“ Belum, belum semua, baru yang dilatih perawat satu, gizinya satu, gizinya itu saya satu, dokternya satu, dokternya kita pinjam dari, saya kan ada kerjasama dengan Rumah Sakit juga kan, jadi dokternya dari situ itu yang dilatih ” (DSP, 38 tahun, Kepala TFC)

“Ada pelatihan waktu itu dengan dokter, kepala Puskesmas eh kepala TFC kan ada cuma waktu itu kan perawat dengan kepala TFC juga ada ” (NJ, 25 tahun, Perawat TFC)

Adapun untuk proses perekrutan Tenaga di TFC diatur oleh pihak Kabupaten dalam hal ini Dinas Kesehatan kecuali dalam hal tenaga honor yang ingin di rekrut di serahkan di TFC namun tetap koordinasi dengan Dinas Kesehatan sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara adalah sebagai berikut:

“Perekrutan tenaga diatur oleh dinas jadi tinggal kepala TFC bagaimana melakukan pengusulan ke dinas kesehatan ada berapa tenaga yang dibutuhkan sesuai dengan kebutuhan yang mereka inginkan sehingga kita mengupayakan untuk bisa untuk apa namanya, menyiapkan tenaga yang sesuai apa yang mereka usulkan, itupun kita lihat dari apa namanya ,pendidikan yang dibutuhkan, kebanyakan yang selama ini adalah perawat sama petugas gizi. Kalau yang untuk nonprofesi yang hanya untuk administrasi itu biasanya kita serahkan ke TFC ” (DM, 40 Tahun, Kepala Seksi Gizi)

“ Kerjasama dengan dinas, tetap dinas yang menentukan. Kita saja waktu lalu mau menerima honor konsultasi lebih dulu ke Dinas ” (DSP, 38 tahun, Kepala TFC).

b. Pendanaan

Untuk pembangunan Gedung TFC pihak Pemda Kabupaten Bone Bolango bekerjasama dengan Bank Dunia melalui DHS membangun gedung di Kecamatan Tilongkabila bersebelahan dengan Puskesmas Tilongkabila. Sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“Alhamdulillah 1 tahun kita sudah punya gedung baru dianggarkan Pemda melalui Pemda APBD bersama DHS “ (DM, 40 Tahun, Kepala Seksi Gizi)

Sedangkan untuk operasional Program TFC bersumber pada APBD Kabupaten Bone Bolango satuan kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Bone Bolango seperti setiap tahunnya anggaran yang di alokasikan di TFC mengalami peningkatan dimana di tahun 2010 sebesar Rp. 87.912.000 dan tahun 2011 sebesar Rp.92.200.000 sebagaimana terlihat pada tabel 9 dibawah ini:

Tabel 9
Jumlah Alokasi Dana TFC Kabupaten Bone Bolango
Tahun 2010 dan 2011

No	TAHUN	Jumlah Dana (Rp)	Sumber dana
1	2010	87.912.000	APBD
2	2011	92.200.000	APBD

Sumber: TFC Bone Bolango

Adapun alokasi dana tersebut diperuntukkan untuk biaya pembelian makanan untuk pasien dan pendamping pasien, biaya pembelian obat-obatan, susu serta keperluan sehari-hari seperti sabun, detergen dan lain sebagainya termasuk insentif bagi petugas TFC. Sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“ Biaya operasionalnya itu memang ada dari APBD, tapi kita amprah ke Dinas. Kita misalkan ajukan kan biasanya pertriwulan ya..belanja bahan makanan itu ” (DSP, 38 tahun, Kepala TFC).

“ Pembelian susunya, obat-obatan, makanan..makanan pasien maupun penjaga pasien, keperluan hari-hari seperti sabun apa semuanya ” (DSP, 38 tahun, Kepala TFC).

Hal ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh semua pasien yang menyatakan bahwa selama di TFC mereka tidak di pungut biaya apapun dan ditanggung makannya baik untuk pasien maupun penjaga pasien sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“Tidak ada, gratis ” (OS, 26 tahun, IRT)

“ Tidak dorang yang ba biaya ” (YM, 35 tahun, IRT)

“ Tidak ada makan ba cuci gratis ” (FK,29 tahun,IRT)

c. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana TFC dapat mengacu pada Juknis Tata Laksana anak Gizi Buruk yang meliputi Ruang perawatan terpisah dari ruang perawatan yang lain

- 1) Tempat tidur dan kelengkapannya (bantal, sprei, selimut, dll) yang letaknya jauh dari jendela dan pintu masuk.
- 2) Ruang administrasi, Ruang konseling kesehatan dan gizi
- 3) Ruang bermain anak-anak
- 4) Ruang penyimpanan obat
- 5) Dapur dan gudang penyimpanan bahan makanan
- 6) Sumur, kamar mandi, WC, tempat mencuci dan menjemur
- 7) Ventilasi dan pencahayaan cukup
- 8) Luas ruangan ditentukan berdasarkan jumlah tempat tidur.
Untuk 10 tempat tidur dibutuhkan luas ruangan sebesar 10 m x 6 m.

Dari hasil observasi peneliti sarana dan prasarana TFC terdapat tempat tidur 4 buah dan kelengkapannya, ruang

administrasi yang meliputi ruang kantor kepala TFC serta konseling kesehatan dan gizi, ruang bermain anak, dapur, gudang penyimpanan bahan makanan belum ada hanya gudang untuk alat-alat, penyimpanan makanan seperti MP-ASI masih gabung dengan ruang penyimpanan obat, ruang observasi dan kamar mandi.

Adapun untuk pengadaan sarana dan prasarana TFC ada yang menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan dan ada pula yang diusulkan oleh TFC untuk pengadaannya. Kesulitan mereka disini adalah saat akan merujuk pasien ke Rumah Sakit mereka tidak memiliki mobil operasional sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“ Kalau sarana dan prasarana dari dinas kesehatan dari ada kerjasama dengan Pemda dan luar negeri dana DHS kemudian insyaallah kita tahun depan ada Meubelair dan Mobil khusus untuk pasien. Untuk menjemput dan mengantar pasien yang dirawat demikian pula untuk alat-alat kesehatannya.” (DM, 40 Tahun, Kepala Seksi Gizi).

“Untuk sarana dan prasarana tetap kita bekeng sesuai kebutuhan, kalau e..seperti alat-alat dinas yang adakan selain itu torang yang adakan. Dari dinas, biasanya kan kita mengajukan SPJ, ya kita ajukan dulu ke dinas nanti dinas kasih kita dalam bentuk uang, sudah kita perincikan semua...dia lihat sekian dia kasih uang, hanya saja kita kesulitan untuk merujuk pasien karena belum punya mobil operasional ” (DSP, 38 tahun, Kepala TFC).

Untuk sarana prasarana di TFC pasien sudah merasa puas sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“ *Semua bagus.....*” (JK, 20 tahun, IRT)

“ *Bagus...persediaan-persediaan ada...*” (EP, 26 tahun, IRT)

2. Proses

a. Perencanaan

Dari berbagai fungsi administrasi yang dikenal, yang terpenting diantaranya adalah fungsi perencanaan (*planning*). Dari hasil temuan peneliti proses perencanaan anggaran TFC melalui koordinasi antara Seksi Bina Gizi Masyarakat Dinas Kesehatan dengan Pihak TFC dimana walaupun terpisah mata anggarannya namun tetap ada koordinasi sehingga nantinya tidak tumpang tindih dimana anggaran yang sudah dianggarkan Pihak TFC berarti sudah tidak dianggarkan oleh Seksi Gizi Dikes,

sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“Terpisah, tetap ada koordinasi. Memang ada yang sudah diadakan TFC itu kami sudah tidak mengadakan lagi. Tapi ada yang perlu kami bantu ke TFC itu kami adakan di Dinas Kesehatan dan kami serahkan ke TFC. Jadi sudah terpisah kebutuhan anggarannya sesuai yang mereka butuhkan keperluan selama untuk mengopersikan TFC ”. (DM, 40 Tahun, Kepala Seksi Gizi).

Telah terlihat sebelumnya bahwa 2 tahun terakhir anggaran untuk TFC mengalami peningkatan yang dialokasikan antara lain untuk biaya makan pasien dan pendamping pasien dimana untuk 1 pasien per hari sebesar Rp.60.000. Untuk perencanaan anggaran pasien per kasus seperti terlihat pada tabel 10 berikut ini:

Tabel 10
Perencanaan Anggaran Pasien dan Pendamping Pasien
TFC Kabupaten Bone Bolango
Tahun 2010 dan 2011

No	Uraian	Tahun	
		2010	2011
1.	Total anggaran pasien dan pendamping kasus	Rp. 31.662.000,-	Rp. 22.400.00,-
2.	Jumlah kasus gizi buruk	40 kasus	24 kasus
3.	Jumlah hari rawat	13 hari	14 hari

Sumber: TFC Bone Bolango

Hal ini dapat kita lihat dari uraian hasil wawancara sebagaimana berikut:

“ Alhamdulillah, torang tahun ini ada dapat penambahan anggaran dari tahun lalu untuk keperluan e e permainan edukasi anak juga untuk keperluan lainnya ”

b. Pelaksanaan

Pelaksanaan dalam hal ini dimulai dari sistem rujukan pasien gizi buruk dimana kelengkapan administrasi yang harus mereka bawa adalah surat rujukan dari Puskesmas setempat asal pasien gizi buruk tersebut dan bila tidak memiliki kartu Jamkesmas ataupun Jamkesda pasien diminta untuk mengurus Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) dari aparat desa setempat yang selanjutnya di verifikasi di Dinas Kesehatan. Pasien gizi buruk dirujuk dengan menggunakan fasilitas Puskesmas dalam hal ini Ambulans dan diantar oleh petugas Puskesmas

Sedangkan untuk kriteria pasien gizi buruk yang akan dirawat sesuai SOP yang disusun oleh TFC antara lain:

1. Kriteria pasien yang dirujuk:
 - a. Marasmus
 - b. Kwashiorkor
 - c. Marasmus-Kwashiorkor

- d. Gizi Buruk (60-70%)
 - e. Gizi Buruk dengan komplikasi penyakit yang tidak terlalu berat dan tidak menular.
2. Persyaratan pasien yang dirujuk:
- a. Membawa rujukan dari Puskesmas
 - b. Melampirkan Fotocopy Kartu Jaminan Kesehatan (Jamkesmas dan Jamkesda) sebanyak 2 (dua) lembar.
 - c. Kepala Keluarga bersedia menandatangani Surat pernyataan bersedia di rawat di TFC dengan mematuhi aturan prosedur yang ada.
 - d. Setiap pasien gizi burk yang akan dirujuk harus didampingi oleh petugas kesehatan puskesmas bersangkutan
 - e. 2 hari sebelum dirujuk, petugas gizi puskesmas memberitahukan ke TFC dengan melengkapi berkas yang telah ditetapkan.

Untuk proses rujukan tersebut seperti terlihat pada hasil wawancara mendalam di bawah ini:

“ Kita menggunakan sistem Puskesmas, memanfaatkan sarana puskesmas. Jadi semua Puskesmas di Bone Bolango sudah

punya ambulans jadi kita sudah membuat kesepakatan bahwa setiap ada gizi buruk yang membuat rujukan adalah Puskesmas pake oto Puskesmas dengan membawa rujukan Puskesmas ” (DM,40 tahun, Kepala Seksi Gizi)

“ Seperti rujukan mau ke ini ke Rumah Sakit tapi ditunjukan ke TFC. Rujukannya kita hanya menerima yang dari Puskesmas-puskesmas kita tidak menerima yang kita cari, itu berarti kita melangkahi Puskesmas yah jadi Puskesmas yang merujuk ke sin ” (DSP,38 tahun,Kepala TFC)

“ Proses rujukannya itu apabila pasien tidak mempunyai kartu miskin itu bisa ditunjang dengan permintaan SKTM ke Dinas Kesehatan nanti apabila mau di bawa ke TFC petugas sama-sama pasien mau sama-sama ke TFC untuk melakukan rujukan” (FU,28 tahun, Petugas PKM).

“ Puskesmas yang mengantar ” (AU, 21 tahun, IRT)

“ Dia ada antar di oto, oto Puskesmas.” (SY,35 tahun, IRT)

Demikian halnya dengan kriteria pasien yang akan dirawat seperti terlihat pada hasil wawancara di bawah ini:

“Ya kita sudah melakukan SOP ya SOP Standar Operating Prosedur untuk penanganan gizi buruk di TFC. Yang pertama kita melihat bahwa yang gizi buruk dirawat itu yang sudah kategori Marasmus Kwashiorkor yang sudah gizi buruk berdasarkan pengukuran antropometri dan berdasarkan diagnosa Dokter di Puskesmas, jadi kalau memenuhi kriteria seperti itu wajib dirujuk harus mendapat perawatan karena gizi buruk yang sudah mengalami marasmus kwashiorkor itu tidak boleh hanya dirawat jalan di Puskesmas, itu kita lakukan setiap yang ditemukan gizi buruk marasmus kwashiorkor itu yang akan menangani di Puskesmas Tim dokter sama petugas gizi sama perawatnya kemudian mereka langsung antar ke TFC untuk dilakukan perawatan kemudian sama-sama dikontrol pihak Puskesmas sampai sembuh dan pulang kembali ke rumahnya ” (DM, 40 tahun, Kepala Seksi Gizi)

“ Ada ada kita punya kriteria kalau yang masuk misal 60 sampai 70% ,berat badannya ya dari standar deviasi dia sudah boleh pulang pada 80% standar deviasi .” (DSP,38 tahun, Kepala TFC)

“ Tentu ada karena kalau kita lihat dari fisiknya sudah kurus,baru ciri utama yang harus saya rujuk itu e e anu pipinya sudah mulai bengkak oedem ” (YJ,34 tahun, Petugas PKM)

Adapun untuk pelayanan medis maupun nonmedis yang diberikan petugas antara lain Dokter, perawat dan petugas gizi kepada pasien sesuai dengan Tata Laksana Anak Gizi Buruk. Tenaga Medis dalam hal ini Dokter harus mampu mengenali 5 kondisi klinis anak gizi buruk dan 10 langkah tata laksana anak gizi buruk termasuk tugas pokok dan fungsinya di TFC.

Hasil temuan peneliti di lapangan bahwa Dokter yang bertugas di TFC adalah dokter umum yang di kontrak dimana tugas utamanya adalah di Rumah Sakit Toto Kabila. Dokter TFC sudah dilatih Tata Laksana Anak Gizi Buruk. Tugas rangkaplah yang kadang menjadi kendala sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“ Kebanyakan pasien yang kami tangani masuk pada kondisi 3 dan kondisi 5 yaitu e e hanya mengalami muntah atau diare atau dehidrasi atau yang hanya murni gizi buruk tanpa adanya komplikasi,untuk 10 langkah tata laksana gizi buruk e e sebagian merupakan tugas kami dan sebagian adalah tugas perawat ataupun petugas gizi namun penerapannya saya agak sulit karena harus rangkap tugas di Rumah Sakit Toto” (MK,40 tahun,Dokter TFC)

Hal ini pula yang menyebabkan dokter tidak bertugas setiap harinya saat ada pasien di TFC, namun berbeda dengan yang diungkapkan kepala TFC yang menyatakan dokter datang setiap harinya kontrol sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“Dokternya hanya kita telpon saja, kalau misalnya dokter kan tidak disini hanya pinjam dari rumah saki jadi kalau ada pasien kita datangkan kesini dia periksa setiap hari dia kontrol” (DSP, 38 tahun, Kepala TFC).

Saat pasien ditanyakan juga menjawab hal yang serupa dimana menyatakan dokter tidak datang setiap harinya sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“Tidak tiap hari cuma pas dia ada sakit batuk ada dokter, cuman sekali itu” (OS, 26 tahun, IRT).

“Tidak setiap hari, mungkin cuma senin kamis tidak tiap hari, dua minggu dua kali” (FK, 29 tahun, IRT).

“Tidak ada cuma ses Dewi, tiap hari datang, tiap hari ba periksa” (EP, 26 tahun, IRT).

“Cuma saya masuk itu ada, baru habis itu tidak ada” (AU, 21 tahun, IRT).

Untuk tenaga perawat secara umum telah memahami 5 kondisi dan 10 langkah tata laksana anak gizi buruk hal ini terlihat dari telaah dokumen, tindakan seperti pemeriksaan pernafasan, denyut nadi dan suhu badan dilakukan perawat setiap harinya selain itu tetap memperhatikan tugas dan fungsinya sebagai Perawat TFC. Perawat TFC mempunyai tugas dan fungsi antara lain sebagai berikut:

Sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“ Biasanya dia untuk ini, biasanya untuk tindakan keperawatan pas dia datang kemari e e biasanya kitorang anamnesa misalnya depe keluhan apa, depe riwayat penyakitnya apa e, apakah dia ada penyakit yang menular atau tidak,terus biasanya riwayat penyakit depe keluarga yang dahulu misalnya kalau depe keluarga yang dahulu itu misalnya depe keluarga dahulu itu keluarganya sakit menular kemungkinan anaknya terjangkit,kemudian setelah itu torang langsung berkomunikasi pa dokter dalam pemberian obat, dokter datang kamari ba periksa berdasarkan torang pe anamnesa pertama pada pasien” (NJ,25 tahun,Perawat TFC)

“e e tindakan keperawatan biasanya torang,kita kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat baru nutrisi kita kolaborasi dengan gizi itu, saya lalu adakalanya e e mo lihat no depe perkembangan, observasi perkembangan pasien apakah itu bisa dirawat disini...” (NJ,25 tahun,Perawat TFC)

Hal ini sejalan dengan pernyataan yang diungkapkan pasien TFC sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“ Perawat ada,siang,malam,tapi kalau shif malam cuma sampai jam 8 ” (OS, 26 tahun, IRT)

“Perawat setiap hari,ada ba periksa pa torang” (FK,29 tahun,IRT)

Untuk petugas gizi di TFC terdapat 4 orang termasuk Kepala TFC. Tiga orang petugas lainnya selain sebagai petugas yang memberikan pelayanan di bidang asupan makanan juga merangkap di bagian administrasi maupun keuangan. Pemahaman Tentang Tata Laksana Gizi Buruk mereka hanya berpedoman pada Juknis karena mereka belum dilatih Tata Laksana Anak Gizi Buruk dan hanya mendapat petunjuk dari Kepala TFC yang sudah mendapat pelatihan sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“Kami kebetulan belum dilatih Tata Laksana Gizi Buruk e e, pelatihan yang lalu yang ikut Kepala TFC, jadi kami bekerja merujuk pada Buku Tata Laksana Anak Gizi Buruk” (HU, 26 tahun, Petugas Gizi TFC)

“Belum karena kemarin tahun lalu ada pelatihan saya masih cuti” (RL, 28 tahun, Petugas Gizi TFC)

“Waktu Pelatihan yang diminta perwakilan untuk gizi cuma satu orang jadi cuma Kepala TFC yang ikut.” (NS,27 tahun, Petugas Gizi TFC)

Adapun pelayanan Gizi yang diberikan kepada pasien Gizi Buruk meliputi pemberian Formula F-75, F-100 maupun pemberian makanan berupa susu, bubur sesuai dengan siklus menu yang sudah dibuat. Pemberian formula tersebut diberikan dengan melihat penerimaan atau kondisi pasien sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“ Tergantung biasa ada balita yang dehidrasi itu biasa kita berikan mineral mix dicampur kita buat diaduk nama cairan tersebut kita kontrol 2 jam tergantung apa sisa dia terima kalau isapannya banyak kita langsung ke susu ” (HU, 26 tahun, Petugas Gizi TFC)

“Kita membuat formulanya F75, F100 terus e e sesuai dengan berat badan, pagi,siang,sore setiap dua jam disesuaikan dengan berat badan dan umur ” (RL, 28 tahun, Petugas Gizi TFC)

“ Fase yang pertama F75,Fase kedua mendapat F100 tapi kita lihat dulu kondisi bayi anak itu kalau dia bisa menerima F75nya kita lanjutkan tapi biasa juga tergantung kondisi bayi ada yang langsung bisa terima ada yang tidak ” (NS,27 tahun, Petugas Gizi TFC)

Sebagaimana pernyataan yang dikemukakan oleh pasien sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“Bubur cuma itu dengan susu,pagi,siang,malam, iya makanan cuma pagi itu bubur baru dari siang sampai malam itu susu,cuma makan dulu baru siangnya minum susu sampai

malam selang dua-dua jam susu cuma pagi itu dapat makan untuk anak” (JK,20 tahun,IRT)

“ Dua dua jam tapi so kase duluan itu susu tinggal ba siram, tapi so dikase tau cara ba siram susu susu dengan makanan macam ini SUN ada bubur saring so dapa lupa,beras merah” (FK,29 tahun,IRT)

“ Dia kasih susu Entrasol, dia masak dengan minya ada telur,kacang ijo ” (EP, 26 tahun, IRT)

“ SUN e apa, dikase makan sup ini e kayak bubur tim cuma itu baru cuma susu itu kayak dimasak itu ” (AU, 21 tahun,IRT)

Selain itu petugas gizi dibantu oleh juru masak yang bertugas memasak kebutuhan makanan pasien dan pendamping pasien namun untuk formula dimasak oleh petugas gizi sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“ Petugas gizi dulu yang masak nanti sudah berapa lama mereka disini baru kita kasih penyuluhan contoh pada ibu-ibu, tapi tetap kita yang kontrol ” (RL, 28 tahun, Petugas Gizi TFC)

Demikian pula yang dikemukakan oleh pasien sebagaimana diuraikan oleh informan hasil wawancara sebagai berikut:

“ e e makanan ada susu, ada makanan ada yang jaga ba masak itu pembantunya ” (FK,29 tahun,IRT)

“ cuma sekalian masak sendiri dorang so ukur baru masak sendiri biasa kalau adek menangis petugas yang masak ” (AU, 21 tahun,IRT)

Untuk pemberian pelayanan langsung kepada pasien peneliti tidak melakukan observasi atau pengamatan karena pada saat penelitian pasien TFC tidak ada.

Yang harus diperhatikan pula adalah pemberian pelayanan untuk tumbuh kembang atau stimulasi pada anak serta pendidikan kepada ibu dalam hal pengolahan makanan anak agar setelah kembali ke rumah ibu dapat mempraktekan apa yang sudah diperoleh di TFC. Dari hasil penelitian diperoleh bahwa tidak semua ibu mendapatkan pengetahuan ataupun stimulasi perkembangan anak dari petugas ataupun cara memasak dan menyiapkan makanan untuk anaknya, sebagaimana hasil wawancara sebagai berikut:

“Ada, tapi cuman diperbanyak makan makan dan minum, waktu minum dikasih minum “ (OS,26 tahun,IRT)

“Dorang yang masak,tidak ada di kasih tau” (JK,20 tahun, IRT)

“ Pernah, masak sayur-sayuran “ (AU, 21 tahun, IRT)

c. Monitoring

Monitoring dilakukan untuk melihat apakah suatu kegiatan sudah dijalankan sesuai dengan rencana. Kegiatan ini dilaksanakan meliputi monitoring berat badan, pernafasan, denyut nadi, frekuensi BAB, frekuensi muntah, Tanda rehidrasi, Asupan RESOMAL, Asupan F-75 dan F-100.

Adapun tugas rutin yang biasa dilakukan petugas gizi setiap harinya dengan menimbang berat badan pasien dan diisi di kartu monitoring berat badan seperti yang terlihat pada telaah dokumen dimana kartu monitoring berat badan pasien terisi setiap harinya hal ini sejalan dengan hasil wawancara dengan sebagaimana diuraikan sebagai berikut:

“ Pasien kita timbang tugasnya di bagi karena kita bertiga jadi ada yang memantau berat badan pasien setiap hari ” (HU, 26 tahun, Petugas Gizi TFC)

“ Pengukuran Tinggi Berat, Berat Badan, Suhu, Nadi bagian perawat Tinggi badan, Berat badan kita yang ukur ” (RL,28 tahun,Petugas Gizi TFC)

“ Setiap hari kita melakukan pengukuran Berat badan untuk memantau apakah ada kenaikan berat badan pada pasien karena pemberian makanan juga disesuaikan dengan berat badannya ” (NS,28 tahun, Petugas Gizi TFC)

“ Iya setiap tindakan misalnya pemberian obat melakukan e cool vitalsign,suhu badan,berat badan semua ditulis di status pasien supaya kan ada bukti ” (NJ,25 tahun,Perawat TFC)

Selain itu kegiatan yang dilakukan dengan menimbang berat badan setiap harinya dan pengukuran suhu badan, denyut nadi serta pernafasan sesuai dengan hasil wawancara dengan pasien TFC sebagaimana diuraikan sebagai berikut:

“Ditimbang itu baru dikasih minum susu, ya diukur semua pokoknya setiap saat itu ditimbang, ditelit, mengukur suhu badan setiap hari” (OS, 26 tahun, IRT)

“ Ada ditimbang, setiap hari, ada ukur tinggi, suhu badan” (SY, 31 tahun, IRT)

Namun yang terlihat pada observasi dan telaah dokumen pada kartu status pasien ada beberapa bagian yang tidak terisi. Hanya kegiatan rutin saja yang tercatat di kartu monitoring seperti berat badan, pernafasan dan denyut nadi. Pemantauan dan monitoring sulit dilakukan mengingat petugas tidak 24 jam berada di TFC. sesuai dengan hasil wawancara dengan pasien TFC sebagaimana diuraikan sebagai berikut:

“ Tidak ada, kadang cuma sampai jam 6 dorang ada yang cuma sampai jam 8 baru cuman so kasih sedia itu persiapan minum sampai pagi cuman itu, tidak ada petugas kalau sendiri, cuman sendiri, petugas tidak ada sama sekali kalau malam” (OS, 26 tahun, IRT)

“ Kalau malam tidak ada, cuma sampai sore jam 5, kalau so malam kurang saya “ (JK, 20 tahun, IRT)

“ Sampai jam 8 begitu dorang so mo pulang, malam” (YM, 35 tahun, IRT)

Monitoring dan pemantauan kerap juga dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan dalam hal ini seksi gizi masyarakat pada pasien gizi buruk pasca perawatan serta petugas gizi di Puskesmas setempat dimana pasien gizi buruk tinggal sebagaimana hasil wawancara seperti diuraikan sebagai berikut :

“ Kita Dinas Kesehatan ada,kita sudah anggarkan itu, Setelah dikembalikan di rumah kita ada namanya program pemantauan hasil intervensi ” (DM,40 tahun,Kepala Seksi Gizi)

“Kita dari sini mereka pulang kan kita biasanya memantau juga tapi itupun kalau pasien datang kesini kalau yang memantau itu biasanya yang dari puskesmas kan kita juga kalau pasien pulang kita kasih rujukan balik kan ke puskesmas ini bu antar ke Puskesmas setelah dua hari atau sehari setelah pulang dari TFC tolong antar ke Puskesmas supaya Puskesmas tau pasien ini sudah pulang, jadi puskesmas puskesmas yang memantau ” (DSP,38 tahun, Kepala TFC)

“Adakalanya torang yang kontrol itu selain kerjasama dengan Puskes ” (NJ,25 tahun,Perawat TFC)

“Ada kalau dekat sini tiap minggu yang jauh di Puskesmas, diukur berat badan naik atau tidak ” (RL,28 tahun,Petugas Gizi TFC)

“Iya, nantinyakan petugas dari TFC merujuk balik jadi diintervensi lagi melalui e e melalui puskesmas dipantau melalui jadi diintervensi lagi tiap bulan atau kalau mamamng sudah ada ini sudah ada dananya itu dilanjutkan lagi itu kalau pasien pulang paksa tanggung jawab dari puskesmas lagi ” (FU,20 tahun,Petugas Gizi PKM)

Hal ini dapat kita lihat dari pernyataan Ibu pasien pulang paksa sesuai dengan hasil wawancara berikut ini:

“Ada memang dari TFC cuma satu kali ” (JK,20 tahun,IRT)

“Ada dari Puskes, Puskes Swawa. Dorang datang kamari sekalian ba antar itu susu, kacang ijo ” (EP,26 tahun,IRT)

d. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan merupakan kegiatan pencatatan secara tertulis yang dilakukan pada setiap kegiatan yang berlangsung dan ditulis dalam bentuk laporan untuk pertanggungjawaban. Setiap kegiatan pelayanan yang dilakukan di TFC dilakukan pencatatan di kartu status pasien, dari hasil telaah dokumen dan observasi di kartu pasien masih terdapat bagian yang belum terisi walaupun dari hasil wawancara dengan perawat yang mengatakan bahwa setiap tindakan yang dilakukan dicatat di kartu pasien, sebagaimana hasil wawancara yang diuraikan sebagai berikut:

“ Iya,setiap tindakan misalnya pemberian obat melakukan e cool vitalsign,suhu badan,berat badan semua ditulis di status pasien supaya kan ada bukti ” (NJ,25 tahun, IRT)

“ Sekalian kita wawancara pada ibu dan kita catat bagaimana pola makanya,intake makanannya kita lihat apa dia suka makan, minum apa, sudah tidak menetek”(RL,28 tahun,IRT).

Untuk pelaporan bulanan TFC dilakukan dengan mengirim ke Dinas Kesehatan Kabupaten Bone Bolang melalui Seksi Bina Gizi Masyarakat yang selanjutnya diteruskan ke Provinsi sebagaimana hasil wawancara yang diuraikan sebagai berikut:

“ Untuk TFC laporan ke Dinas Kesehatan kemudian kita teruskan ke Provinsi ” (DM,40 tahun,Kepala seksi Gizi)

“ Kita di TFC ada e kartu pasien yang dorang..petugas harus isi sesuai dengan dorang pe tindakan pelayanan.Kalau laporan bulanan tetap kita kirim ke Dinas Kesehatan (DSP,38 tahun,Kepala TFC)

3. Output

Pada tahap ini kita mengharapkan bahwa semua balita gizi buruk mendapat perawatan sesuai dengan Tata Laksana Anak Gizi Buruk. Adapun target sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dimana dapat kita lihat hasilnya melalui uraian wawancara sebagaimana berikut ini:

“ Fungsi dari TFC ini bagaimana tingkat keberhasilan daripada penanggulangan gizi buruk setelah ada TFC ini selama kita ada TFC ini alhamdulillah kita tidak mendengar lagi ada gizi buruk yang tidak mendapat perawatan karena dalam SPM itu Standar Pelayanan Minimal itu 100% anak gizi buruk harus dirawat ” (DM,40 tahun,Kepala Seksi Gizi)

Berdasarkan data Profil Kabupaten Bone Bolango tahun 2010 diperoleh bahwa jumlah kasus balita gizi buruk tahun 2010 sebanyak 56 kasus dan yang mendapat perawatan sebanyak 24 orang jadi hanya sekitar 43 % balita gizi buruk yang mendapat perawatan dari target SPM 100%. Jadi masih sekitar 32 orang anak gizi buruk yang belum mendapatkan perawatan atau sebanyak 57% seperti terlihat pada tabel 11 berikut ini:

Tabel 11
Cakupan Capaian Program sesuai SPM
Kabupaten Bone Bolango
Tahun 2010

No	Kegiatan	Standar Pelayanan Minimal	
		Target	Capaian
1.	Balita Gizi Buruk yang mendapat perawatan	100%	43%

Sumber: Profil Dikes Bone Bolango, 2010

Adapula pasien gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas walaupun sudah di anjurkan petugas untuk dirawat namun mereka menolak dengan berbagai alasan, sebagaimana hasil wawancara yang diuraikan sebagai berikut:

“Kadang pasien gizi buruk yang torang temukan sudah kami anjurkan dirawat pokoknya sudah berbagai cara kami bujuk mereka kan tidak bayar di TFC jadi cuma e e torang rawat jalan saja ” (DA,25 tahun,Petugas PKM)

“ Iya alasan mereka tidak mau dirawat soalnya...tidak ada orang yang menjaga anaknya yang lain dirumah” (LH,34 tahun,Petugas PKM)

Hal ini perlu mendapat perhatian dengan melihat capaian program balita gizi buruk yang belum mendapat perawatan masih tinggi lebih dari setengah. Persepsi ibu yang menganggap anaknya sehat-sehat saja dan tidak perlu dirawat sehingga meminta pulang paksa, sebagaimana hasil wawancara yang diuraikan sebagai berikut:

“ kan disana cuma duduk-duduk biasa kan dirumah ada kerja ti ade ada bermain kan, ti ade sudah bermain so tidak perlu disini lagi dirawat, ada pekerjaan juga dirumah ” (SY,31 tahun, IRT)

4. Outcome

Pada tahap ini hal yang menjadi tujuan penelitian adalah untuk melihat adanya perubahan status gizi balita dari sebelum perawatan dibanding sesudah perawatan bahkan sampai dengan kondisinya saat ini. Hal ini sebagai bahan evaluasi dalam pelaksanaan program apakah dengan TFC ini akan terdapat perubahan status gizi balita dari gizi buruk menjadi gizi kurang atau normal apalagi pada pasien pulang paksa yang harus menjadi perhatian karena proses penyembuhannya belum selesai karena sudah memaksa pulang.

Sesuai dengan tujuan dari program TFC ini sebagaimana diuraikan dari hasil wawancara sebagaimana berikut ini:

“ Yang pertama merupakan Pusat rujukan untuk pemulihan gizi buruk, alhamdulillah sekarang setiap kita ada gizi buruk pasti kita akan rawat karena TFC ini fungsinya untuk membantu masyarakat agar semua permasalahan gizi itu bisa teratasi ” (DM,40 tahun, Kepala Seksi Gizi)

“ Tujuannya merawat anak gizi buruk yang ada di Bone Bolango, di wilayah kerja Bone Bolango ” (DSP,38 tahun, Kepala TFC)

“ Ada naek sadiki depe badan, dia sakit kasana 8 kilo lebih..baru dia ada naek 3 hari itu ada naek ” (SY,31 tahun,IRT)

Dari karakteristik pasien menurut jenis kelamin terdapat 4 orang berjenis kelamin laki-laki dan 6 orang berjenis kelamin perempuan. 6 orang diantaranya masih bayi dan 4 orang lainnya berumur diatas 1 tahun. Untuk status gizi balita yang masuk dibandingkan dengan saat mereka keluar 5 orang masih dengan status gizi buruk dan 5 orang dengan status gizi kurang namun belum sesuai dengan standar pemulangan pasien di TFC (SOP) yaitu -2 SD s/d $+2$ SD. Adapun hasilnya dapat kita lihat seperti tabel 12 berikut ini:

Tabel 12
Distribusi Pasien Pulang Paksa berdasarkan Status Gizi
Sebelum dan Sesudah Perawatan TFC
Kabupaten Bone Bolango
Tahun 2010

NO	Pasien	Karakteristik Pasien		Lama Hari rawat	Sebelum Perawatan			Sesudah Perawatan		
		Jenis Kelamin	Umur (bln)		BB (kg)	TB (cm)	Status Gizi	BB (kg)	TB (cm)	Status Gizi
1	RD *	LK	9	23	4,5	62	Gz. Buruk (Marasmus)	5,35	63	Gz.Kurang
2	TW *	PR	18	4	8,3	70	Gz. Buruk (Kwashiorkor)	8	70	Gz.Buruk
3	TA	PR	6	23	4,1	59,1	Gz.Buruk (Marasmus)	4,5	59.1	Gz.Kurang
4	RK	LK	16	2	6,05	67,5	Gz.Buruk	6,2	67,5	Gz.Kurang
5	RA	LK	8	2	5,5	65,5	Gz.Buruk	5,52	65,5	Gz.Buruk
6	RL *	LK	10	3	5,9	66	Gz.Buruk	6,3	66	Gz.Buruk
7	RS	PR	14	5	6,9	75	Gz.Buruk (Marasmus)	7,15	75	Gz.Kurang
8	UY	PR	39	7	8	88.5	Gz.Buruk	8,5	88,5	Gz.Buruk
9	SW	PR	5	12	3	55	Gz.Buruk	3,5	55	Gz.Kurang
10	DS	PR	7	11	3,9	67	Gz.Buruk (Kwashiorkor)	4,3	62	Gz.Buruk

Sumber : TFC Bone Bolango

*Ket = (*) adalah pasien yang sudah mendapat intervensi sebelumnya saat TFC di Rumah sakit*

Adapun dari hasil pengukuran berat badan dan tinggi badan kepada pasien pulang paksa untuk melihat status gizinya terlihat bahwa terdapat 1 orang yang meninggal dunia karena menderita penyakit 1 orang yang saat pulang paksa masih gizi buruk demikian pula keadaannya saat ini, 5 orang dengan status gizi kurang, dan 3 orang dengan status gizi normal, seperti terlihat dalam tabel 13 di bawah ini:

Tabel 13
Distribusi Pasien Pulang Paksa berdasarkan Status Gizi
Sesudah perawatan dan saat penelitian di TFC
Kabupaten Bone Bolango
Tahun 2011

NO	Pasien	Jenis Kelamin	Umur (Bln)	Sesudah Perawatan			Saat Penelitian		
				BB (kg)	TB (cm)	Status Gizi	BB (kg)	TB (cm)	Status Gizi
1	RD	LK	23	5.35	63	Gz.Buruk	9,5	80	Normal
2	TW	PR	24	8	70	Gz.Buruk	13	85	Normal
3	TA	PR	26	5.35	63	Gz.Buruk	8	78	Gz.Kurang
4	RK	LK	29	6.2	67.5	Gz.Buruk	9	80	Gz.Kurang
5	RA	LK	23	5.35	63	Gz.Buruk	7,6	73	Gz.Kurang
6	RL	LK	-	6,3	66	Gz.Buruk	-	-	-
7	RS	PR	39	7,15	75	Gz.Buruk	9	84	Gz.Kurang
8	UY	PR	52	8,5	88,5	Gz.Buruk	10,5	98	Gz.Buruk
9	SW	PR	18	3,5	55	Gz.Buruk	6,35	70	Gz.Kurang

1 0	DS	PR	19	4,3	62	Gz.Buruk	8	74	Normal
--------	----	----	----	-----	----	----------	---	----	--------

Saat pasien pulang dari TFC apalagi pasien pulang paksa pihak TFC selalu memberikan rujukan balik kepada Puskesmas setempat dimana pasien tinggal untuk melakukan pemantauan terhadap perkembangan pasien, hal ini dimaksudkan agar pasien yang pulang dan masih gizi buruk perkembangannya dapat dipantau sehingga tidak membuat kondisinya lebih parah dibandingkan saat sebelum masuk TFC atau bahkan akan masuk kembali di TFC sebagaimana diuraikan dari hasil wawancara sebagaimana berikut ini:

“Iya nantinyakan petugas dari TFC merujuk balik jadi diintervensi lagi melalui e e melalui puskesmas dipantau.

e e untuk sekarang yang 2010 kan 2011 perkembangannya itu dia dari status gizi buruk dia beralih pada status gizi kurang, status gizi kurang” (FU,28 tahun,Petugas PKM)

“ Ada kalau biasanya keluar dari TFC , petugas TFC langsung menelpon petugas puskesmas disitu saya langsung memantau pertumbuhan e e yang setelah dirawat. (YJ,34 tahun,Petugas PKM)

Untuk penurunan prevalensi gizi buruk di Kabupaten Bone Bolango. Dari data Profil Kesehatan Kabupaten Bone Bolango Tahun 2010 terlihat bahwa terjadi penurunan prevalensi gizi buruk 3 tahun terakhir dimana di tahun 2008 gizi buruk sebesar 4,61%, tahun 2009

sebesar 1,09% dan di tahun 2010 sebesar 0,7%. Hal ini sejalan dengan hasil wawancara sebagaimana diuraikan dibawah ini :

“ Ya alhamdulillah kemarin kita kasus gizi buruk itu kalau dipersenkan dibawah 3 ya 1 koma sekian dan tahun ini hampir tidak ada. Karena begitu kita temukan kita rawat dia gizi kurang, setelah gizi kurang kita usahan menjadi gizi baik. Hampir tidak ada tahun ini saya melihat bahwa ada gizi buruk , pokoknya setelah kita temukan kita rawat dia beralih status menjadi gizi kurang tidak ada lagi gizi buruk ” (DM,40 tahun,Kepala Seksi Gizi)

5. Faktor Individu dan keluarga

Faktor individu merupakan faktor keinginan dari keluarga pasien yang meminta pulang paksa dan dari hasil temuan dilapangan sebagian besar informan mengatakan bahwa keinginan mereka pulang paksa karena mengingat keluarga yang mereka tinggalkan dan tidak ada yang mengurus anak atau suaminya seperti yang diungkapkan petugas sebagaimana hasil wawancara yang diuraikan sebagai berikut :

“ Pulang paksa itu pertama itu karena orangtua, keinginan orang tua, bila anaknya sementara dirawat orangtuanya dengan alasan karena tidak ada keluarga yang menjaga ,apanamanya mengurus suaminya kalau isterinya menjaga tidak ada yang mengurus suaminya ditinggal dirumah ” (DM,40 tahun,Kepala Seksi Gizi)

“Yang pertama biasanya kan dorang ada anak lain kan dorang biasanya dorang itu ini mo ingat dorang pe anak dirumah,dorang pe laki kage tidak ada yang urus itu yang pertama terus yang

kedua adakalanya dorang bosan biasanya banyak dorang pe urusan dirumah anaknya tidak ta urus yang satu baru tambah lagi yang satu bagaimana pokoknya depe laki, keluarga jadi dorang ba pikir cepat mo pulang begitu ” (NJ,25 tahun, Perawat TFC)

“Lebih banyak disini orang tua bayi paling banyak disini mereka punya keluarga dan meninggalkan anak-anak mereka yang disana jadi mereka tidak bisa tahan lama-lama” (RL,28 tahun,Petugas Gizi TFC)

“Mereka pulang paksa kendalanya adalah suami tidak ada yang rawat, tidak ada yang urus atau anaknya yang tua tidak ada yang urus biasanya anaknya itukan dikasih tinggal sama orangtuanya yang sudah tua” (LH,34 tahun,Petugas Gizi PKM)

Adapun dari hasil wawancara dengan ibu dapat dilihat pada uraian hasil wawancara berikut ini dimana mereka mengingat anak mereka yang lain dirumah yang sedang sekolah dan suaminya yang ditinggalkan, sebagaimana hasil wawancara yang diuraikan sebagai berikut:

“ So ba paksa ada ba ingat depe kakak ada sekolah tidak ada yang ba urus, cuma ingat depe kakak ini “ (YM, 35 tahun,IRT)

“ Kasihan suami saya dirumah, ada ba kerja dia tidak ada yang ba urus kalau saya di sana “ (NM,27 tahun, IRT)

Selain itu timbulnya perasaan bosan ibu pasien karena harus berada di TFC ,sebagaimana hasil wawancara yang diuraikan sebagai berikut:

“ Biasanya perawatannya yang terlalu lama karena mereka meninggalkan keluarganya kan lama-lama, karena kita mengejar berat badannya kan agar naik, biasa kita tahan sampai dua minggu mereka mengeluh disitu tidak bisa tidak bisa mengurus keluarganya, mengurus yang disini jadi mereka memaksa pulang ” (DSP,38 tahun, Kepala TFC)

“ Adakalanya dorang bosan biasanya banyak dorang pe urusan dirumah anaknya tidak ta urus yang satu baru tambah lagi yang satu ” (NJ,25 tahun, Perawat TFC).

C. Pembahasan

1. Input

a. Sumber Daya Manusia

Menurut hasil penelitian sumber daya manusia sangat berperan dalam memberikan pelayanan kesehatan baik dari segi kuantitasnya maupun kualitasnya. Faktor manusia sebagai pemberi pelayanan terhadap publik dalam organisasi dianggap sangat menentukan didalam memberikan pelayanan berkualitas.

Pada saat ini organisasi pelayanan kesehatan menghadapi dua tuntutan secara stimulan, yakni pertama; tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan harga yang dapat dijangkau. Yang kedua; adalah sulitnya mendapatkan sumber daya manusia yang semakin terbatas untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu tersebut. Dalam kondisi seperti ini organisasi dituntut untuk mampu mengoptimalkan SDM dan khususnya dengan lebih efektif dalam menjalankan tugas dan fungsinya (Azwar, 1996)

Teori organisasi modern berorientasi pada konsep sistem. Pada pendekatan sistem, sebuah organisasi dipandang sebagai sebuah kumpulan bagian yang berinteraksi dan saling tergantung satu sama lain (Notoadmodjo, 2001).

Pelaksanaan TFC membutuhkan sumber daya manusia yang memiliki kemampuan dan keterampilan yang sesuai dengan kualifikasi pendidikan untuk dapat menghasilkan pelayanan yang berkualitas. Sumber daya manusia atau tenaga di TFC di Kabupaten Bone Bolango sudah memadai dari segi kualitas pendidikannya. Dari segi jumlah perawat yang ada hanya 1 orang dengan kapasitas tempat tidur 4 orang sedangkan tenaga gizi terdapat 4 orang termasuk Kepala TFC. Disini terlihat bahwa TFC masih cukup memadai dalam hal jumlah tenaga jika dibandingkan dengan Juknis yang ada. Namun untuk tenaga perawat perlu

mengadakan penambahan agar dapat bergantian tugas bila salah seorang tidak hadir atau berhalangan demikian hanya dengan tenaga dokter. Penambahan tersebut juga diharapkan agar di TFC ada petugas yang jaga selama 24 jam.

Hasil penelitian di lapangan juga termasuk hasil wawancara dengan ibu pasien pulang paksa dari TFC ternyata petugas TFC tidak bertugas selama 24 jam di sana, mereka bertugas dari pagi sampai jam 8 malam selanjutnya hanya pasien yang ada di TFC. Hal ini sangat mempengaruhi terhadap tahap proses dalam hal ini pelaksanaan pelayanan yang diberikan kepada pasien karena bukan tidak mungkin pasien di malam hari membutuhkan pelayanan petugas namun petugas tidak ada ataupun terjadi hal-hal yang tidak diinginkan pada pasien di malam hari itu merupakan tanggung jawab petugas TFC. Minimnya tenaga yang ada menjadi alasan mereka untuk tidak bertugas 24 jam karena tidak ada pergantian shift jaga.

Selain itu tenaga dokter yang ada hanya merupakan tenaga kontrak dari Rumah Sakit sehingga terjadi tugas rangkap yang menyebabkan kehadiran dokter tidak setiap hari untuk memeriksa pasien seperti yang diungkapkan ibu pasien pulang paksa yang pernah dirawat di TFC. Walaupun dari beberapa pernyataan petugas TFC bila terdapat kasus gizi buruk yang berat dimana

biasa disertai penyakit infeksi lainnya yang tidak dapat ditangani di TFC akan mereka rujuk ke Rumah Sakit.

Dalam hal pengetahuan dan keterampilan Petugas TFC yang ada belum semua mendapat pelatihan Tata Laksana Gizi Buruk padahal untuk memberikan pelayanan kepada anak gizi buruk terdapat tahapan-tahapan yang harus dilaksanakan untuk merawat anak gizi buruk. Dari 6 orang Petugas TFC termasuk Kepala TFC baru 3 orang mendapat pelatihan Tata Laksana Anak Gizi Buruk antara lain Kepala TFC, Dokter dan Perawat. Apalagi adanya insentif yang diberikan untuk petugas dibandingkan dengan petugas TFC di kabupaten/kota di Provinsi Gorontalo ada yang tidak diberikan insentif.

b. Pendanaan

Masukan pada sebuah organisasi terdiri atas dua sumber daya yaitu SDM dan Sumber Daya lainnya. Adapun yang dimaksud dengan SDM antara lain; tenaga professional, non professional dan tenaga administrasi. Sedangkan yang dimaksud dengan sumber daya lain adalah uang, metode, peralatan dan bahan-bahan.

Di banyak negara terutama negara berkembang dana yang disediakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan tidaklah memadai (Azwar, 1996).

Dari hasil penelitian dilapangan untuk pendanaan atau anggaran yang dibutuhkan untuk operasional TFC tidak menjadi masalah bahkan cukup memadai untuk menunjang operasional TFC. Pendanaan operasional TFC dianggarkan melalui APBD Pemda Kabupaten Bone Bolangon bahkan terkadang mendapat bantuan dari APBN Provinsi Gorontalo dalam hal ini melalui Dinas Kesehatan Provinsi yang biasanya berupa bantuan makanan tambahan ataupun mineral. Hal serupa juga diungkapkan semua pasien dimana mereka tidak dikenakan biaya sama sekali selama di rawat di TFC.

Bila dilihat untuk dana operasional TFC yang dianggarkan mengalami peningkatan dimana tahun 2010 sebesar Rp. 87.912.000 di tahun 2011 sebesar Rp. 92.200.000 bahkan terkadang sulit untuk digunakan atau direalisasikan karena mengingat pasien TFC tidak selalu ada, berarti akan ada sisa anggaran yang tidak dapat digunakan. Karena biasanya dalam perencanaan anggaran kita sudah menetapkan jumlah pasien yang akan kita rawat dengan biaya makan pasien dan pendamping pasien namun kenyataannya pasien yang dirawat tidak sejumlah itu bahkan biasanya kurang walaupun ada tidak sesuai dengan hari yang telah ditetapkan .

c. Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana terdiri dari gedung maupun fasilitas dan peralatan yang menunjang operasional TFC. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara untuk sarana dan prasarana TFC sudah cukup lengkap dan bagus serta memadai sehingga tidak ada permasalahan yang berarti yang dirasakan sebagaimana hasil wawancara dengan ibu pasien pulang paksa yang pernah di rawat di TFC.

Menurut pengamatan peneliti yang menjadi masalah adalah letak Gedung TFC tersebut. Gedung TFC terletak di Kecamatan Tilongkabila yang berada dekat dengan Pusat Pemerintahan Kecamatan. Namun letaknya masuk ke dalam cukup jauh dari jalan umum dan transportasi yang kurang sehingga sangat sulit bagi mereka yang tidak memiliki kendaraan sendiri ditambah lagi tidak adanya petugas yang menjaga selama 24 jam disana menyebabkan suasananya sunyi dan menimbulkan perasaan tidak nyaman pada pasien sehingga mereka meminta pulang paksa dari TFC.

Gedung TFC juga dibangun dekat Puskesmas Tilongkabila yang statusnya hanya sebagai Puskesmas rawat jalan sehingga untuk bantuan petugas seperti yang dikemukakan Kepala TFC agak sulit karena jam kerja mereka hanya sampai jam 14.00 sehingga petugas TFC saat ada pasien juga tidak berada 24 jam di TFC. Apabila gedung TFC dibangun berdekatan dengan Puskesmas Rawat Inap tentunya petugas selalu ada 24 jam sehingga petugas

TFC juga harus berada 24 jam di TFC, jadi masalah tenaga dapat saling membantu untuk memberi pelayanan kepada pasien gizi buruk.

2. Proses

a. Perencanaan

Menurut Levey dan Loomba perencanaan adalah suatu proses menganalisis dan memahami sistem yang dianut, merumuskan tujuan umum dan tujuan khusus yang ingin dicapai, memperkirakan segala kemampuan yang dimiliki, menguraikan segala kemungkinan yang dapat dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, menganalisis efektivitas dari berbagai kemungkinan tersebut, menyusun perincian selengkapnya dari kemungkinan yang terpilih serta mengikatnya dalam suatu sistem pengawasan yang terus menerus sehingga dapat dicapai hubungan yang optimal antara rencana yang dihasilkan dengan sistem yang dianut (Azwar, 1996).

Perencanaan adalah fungsi manajemen yang berupa penetapan tujuan, sasaran dan target organisasi dan kegiatan yang diperlukan beserta sumber daya yang diperlukan dalam jangka waktu tertentu sesuai visi misi organisasi (Wijono, 2008)

Seperti halnya di TFC Kabupaten Bone Bolango perencanaan anggaran berdasarkan usulan yang diberikan melalui TFC itu sendiri karena statusnya yang sudah menjadi UPTD (Unit Pelaksana Teknis Dinas) yang dimasukkan melalui Dinas Kesehatan. Untuk perencanaan anggarannya tetap ada koordinasi dengan Seksi Bina Gizi Masyarakat di Dinas Kesehatan untuk alokasi anggaran yang direncanakan. Kebutuhan operasional TFC yang sedianya tidak dapat dianggarkan oleh TFC namun bisa dianggarkan melalui Seksi Gizi itu mereka laksanakan.

b. Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan program ini dimulai dengan sistem rujukan dimana pasien gizi buruk dirujuk ke TFC melalui Puskesmas. Sistem rujukan merupakan mekanisme hubungan kerja yang memadukan satu strata pelayanan dengan strata pelayanan kesehatan lainnya (Azwar, 1996).

Macam rujukan yang berlaku di Indonesia terbagi dua macam yaitu Rujukan Kesehatan dan Rujukan Medik. Rujukan balita gizi buruk termasuk ke dalam rujukan medik dimana rujukan tersebut terkait dengan upaya penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan.

Rujukan balita gizi buruk ke TFC tidak membutuhkan sistem birokrasi yang menyulitkan pasien. Mereka tinggal meminta rujukan dari Puskesmas setempat agar anak dapat di rujuk ke TFC dan petugas Puskesmas yang membantu proses rujukannya sampai dengan mengantar pasien ke TFC. Bagi mereka yang tidak memiliki kartu Jamkesmas atau Jamkesda diminta untuk mengurus Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) yang berguna pada saat mereka akan membutuhkan pelayanan lanjutan di rumah sakit nantinya mereka akan mendapat keringanan biaya namun bila pasien hanya berada di TFC saja baik yang ada kartu maupun tidak mereka tidak dipungut biaya sama sekali.

Pelayanan pada tahap proses adalah semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat dan tenaga profesi lainnya) dan interaksinya dengan pasien. Dalam pengertian proses ini mencakup pula diagnosa, rencana pengobatan, indikasi tindakan, prosedur dan penanganan kasus (Wijono, 2008).

Dari hasil penelitian melalui observasi dan telaah dokumen pelayanan yang diberikan kepada pasien belum sesuai dengan standar yang ada mengingat belum semua petugas TFC mendapat pelatihan Tata Laksana Gizi Buruk. Pelayanan yang diberikan masih berpedoman pada juknis yang ada.

Seperti halnya pelayanan yang diberikan dokter dimana dokter tidak berada setiap hari di TFC pada saat pasien di TFC sehingga pada status pasien tidak semua terisi oleh dokter pemeriksa. Padahal pada Tata laksana Gizi buruk langkah awal yang harus dilaksanakan adalah anamnesa awal yang dilakukan oleh dokter untuk untuk melaksanakan rencana pengobatan berdasarkan diagnosa yang ada. Peran dokter disini lebih banyak dilakukan oleh perawat.

Tenaga perawat disini juga memberikan pengaruh besar untuk menentukan suatu kualitas pelayanan kesehatan. Perawat sebagai ujung tombak pelayanan terhadap pasien dan keluarganya di tempat pelayanan kesehatan, karena frekuensi pertemuannya dengan pasien yang paling sering. Perawat diharapkan mampu memahami karakteristik pasien berdasarkan hal-hal yang bersifat pribadi sampai pada jenis penyakit yang diderita pasien, sebagai suatu referensi perawat dalam melakukan pendekatan kepada pasien (Anjaryani, 2009)

Seperti halnya peran perawat di TFC sangat berpengaruh besar terhadap pelayanan balita gizi buruk. Karena di TFC selain pelayanan medis yang diberikan adapula pelayanan non medis seperti pemberian pendidikan kepada ibu, stimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak gizi buruk serta konseling.

Dari hasil observasi dan telaah dokumen serta wawancara dapat terlihat bahwa peran perawat masih sebatas pelayanan medis yang diberikan secara rutin seperti menegakkan diagnosa, mengukur suhu badan, pernafasan dan nadi seperti yang tertulis pada kartu pasien. Namun dari segi kuantitas masih dirasa kurang dimana perawat yang ada hanya 1 orang karena apabila tenaga perawat pada saat itu berhalangan hadir tentunya tidak ada tenaga sebagai penggantinya kecuali dengan meminjam tenaga Puskesmas yang terletak berdekatan dengan TFC.

Dalam Peraturan Pemerintah No 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan dijelaskan bahwa Tenaga Kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan wewenang untuk melakukan upaya kesehatan termasuk didalamnya adalah Tenaga Gizi yang meliputi Nutrisisionis dan Dietisien.

Pada pelayanan di TFC petugas gizi juga sangat memberikan peranan penting dalam pelaksanaannya. Tugas tenaga gizi dapat meliputi pengaturan makanan dan minuman pasien untuk memenuhi kebutuhannya atau dengan melakukan terapi diet. Selain itu mereka harus melakukan pemeriksaan fisik dalam hal ini antropometri dengan mengukur berat badan dan tinggi badan dan

mencatat hal-hal yang menyebabkan terjadinya gizi buruk pada pasien yang meliputi pencatatan pada anamnesa lanjutan.

Dari hasil penelitian dilapangan tenaga gizi yang ada di TFC sebanyak 4 orang termasuk Kepala TFC. Jadi terdapat pembagian tugas sesuai yang tercantum pada struktur organisasi TFC. Dari hasil observasi dan telaah dokumen pada kartu status pasien hanya bagian tugas rutin saja yang mereka laksanakan dan mereka catat seperti penimbangan berat badan dan monitoringnya, pemberian makanan seperti formula. namun tidak melihat dan mengevaluasi apakah makanan yang diberikan dihabiskan, dimuntahkan atau ada sisa karena kondisi makan pasien di malam hari tidak dapat dipantau karena petugas tidak ada di malam hari. Karena bila makanan yang sudah diatur untuk dihabiskan namun tidak dihabiskan tentunya akan mengurangi asupan makanan balita sehingga pencapaian berat badan yang diinginkan tidak terpenuhi.

c. Monitoring

Kegiatan pemantauan dan monitoring pada pelayanan anak gizi buruk awal masuk ke TFC terutama dengan kondisi yang cukup parah harus dilakukan setiap 4 jam dan selanjutnya dilakukan setiap harinya pada pagi hari sesuai kondisi pasien. Adapun kegiatan pemantauan meliputi pemantauan perkembangan berat

badan, pernafasan dan nadi maupun pemantauan asupan makanan pasien.

Namun, hasil yang diperoleh di lapangan pemantauan dan monitoring sulit dilakukan mengingat petugas tidak berada 24 jam di TFC. Kalaupun terdapat pasien gizi buruk yang cukup parah seperti disertai penyakit penyerta atau penyakit infeksi yang tidak dapat ditangani mereka langsung dirujuk ke Rumah Sakit menurut petunjuk dokter.

Selain pemantauan dan monitoring pelayanan di TFC kegiatan tersebut hendaknya dilakukan pada pasien yang telah pulang terutama mereka yang pulang paksa karena pada saat pulang kondisi mereka belum sembuh karena kemungkinan keadaan mereka bertambah buruk sangat besar.

Pemantauan dan monitoring tersebut selain dari pihak Kabupaten dalam hal ini Dinas Kesehatan juga dilakukan bersama dengan Puskesmas setempat asal pasien gizi buruk tersebut. Dari hasil wawancara dengan petugas Puskesmas kegiatan pemantauan yang dilakukan terhadap pasien gizi buruk yang pulang dari TFC terutama pasien yang pulang paksa mereka lakukan karena ada rujukan balik ke Puskesmas dari TFC. Awal pasien pulang pemantauan dilakukan pihak TFC namun hanya pada pasien yang

tempat tinggalnya dekat dengan TFC itupun tidak rutin dilakukan seperti hasil wawancara pada ibu pasien gizi buruk.

Selain itu pemantauan yang dilakukan masih bersifat pasif dimana dengan hanya melihat pasien tersebut berkunjung ke posyandu jika mereka tidak ke posyandu tentu tidak dapat terpantau. perkembangannya.

d. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan adalah salah satu indikator keberhasilan suatu kegiatan. Tanpa ada pencatatan dan pelaporan kegiatan atau program apapun yang dilaksanakan tidak akan terlihat wujudnya. Hasil pencatatan dan pelaporan ini adalah sebuah informasi dan data yang berharga dan bernilai bila menggunakan metode yang tepat dan benar karena data dan informasi yang berbicara tentang keberhasilan atau perkembangan organisasi tersebut.

Menurut Siagian (2002) yang paling penting dan otentik untuk membantu melakukan pengawasan efektif adalah melalui komponen pencatatan dan pelaporan komponen ini merupakan bagian dari sistem informasi intern.

Akan tetapi di dalam prakteknya tidak jarang komponen ini hanya sebagai pelengkap saja. Sehingga dalam pengisiannya lebih bertumpu hanya kepada demi memenuhi tugas kewajiban saja,

tanpa harus memperhitungkan akurasi, ketepatan dan validitas kesahihan isi laporannya. Kondisi yang demikian jelas tidak menguntungkan organisasi, bahkan sebaliknya sangat merugikan, karena menimbulkan pemborosan biaya, tenaga dan waktu. Lebih parah lagi jika laporan yang demikian itu dijadikan sebagai bahan pengambilan keputusan

Setiap tindakan pelayanan terutama pelayanan kesehatan yang dilaksanakan harus dicatat pada kartu status pasien sebagai bukti dan pertanggungjawaban tindakan yang dilakukan. Namun kelemahan kita biasanya terdapat pada sistem pencatatan dan pelaporan yang tidak lengkap sesuai petunjuk yang ada. Seperti halnya pada kartu status pasien TFC yang belum terisi lengkap. Terlihat pula pada kuesioner TFC seperti pertanyaan pada anamnesa lanjutan, keadaan umum dan penyakit penyulit, fase tindak lanjut ada yang tertulis lengkap adapula yang tidak. Bisa jadi karena pemahaman petugas yang belum memahami sepenuhnya format yang ada karena belum semua petugas di TFC memperoleh pelatihan.

Untuk pelaporan, setiap bulannya petugas TFC membuat laporan bulanan yang memuat daftar pasien yang dirawat di TFC dan mengirimnya ke Dinas Kesehatan Kabupaten melalui Seksi Bina Gizi Masyarakat yang selanjutnya diteruskan ke Dinas

Kesehatan Provinsi Gorontalo. Pengiriman laporan tersebut rutin dilakukan dengan format sesuai kebutuhan.

3. Output

Pada tahap *output* diharapkan semua balita gizi buruk sudah mendapatkan perawatan tata laksana anak gizi buruk agar target dapat tercapai sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal. Namun terlihat bahwa capaian masih jauh dari target yakni 100%. Di tahun 2010 dari 56 kasus balita gizi buruk hanya 24 orang yang dirawat di TFC jadi masih ada sebanyak 32 orang yang tidak dirawat di TFC.

Menurut petugas berbagai alasan yang mereka kemukakan sehingga mereka tidak mau anaknya di rawat di TFC seperti harus meninggalkan keluarga dirumah dan tidak ada yang mengurus, jarak rumah yang cukup jauh dari TFC, tidak ada keluarga lain yang ikut menjaga. Hal inilah yang menyebabkan masih rendahnya capaian program sesuai SPM dimana Balita gizi buruk yang mendapat perawatan 100%. Untuk itu petugas senantiasa harus mengadakan pendekatan kepada pihak keluarga agar anaknya yang gizi buruk mau dirawat. Kita bisa melibatkan aparat setempat seperti Camat, Kepala Desa, Kader untuk memberikan pemahaman kepada pihak keluarga.

Selain itu mereka menganggap anaknya sudah pulih dan tidak perlu di rawat lagi sehingga mereka meminta pulang paksa dari TFC.

4. Outcome

Pada tahap outcome dimana kita dapat melihat hasil atau dampak yang dicapai dari pelaksanaan suatu program. Seperti halnya program TFC ini dimana hasil yang kita inginkan adalah perubahan status gizi balita dari status gizi buruk menjadi status gizi kurang sampai dengan status gizi yang normal terutama pada mereka yang pulang paksa dimana saat pulang tersebut pasien kondisinya belum sembuh sehingga diharapkan adanya perubahan status gizi pasien menjadi lebih baik walaupun sudah pulang ke rumah. Selain itu adanya perubahan keadaan pasien dan kenaikan berat badan anak yang baru dirawat beberapa hari saja menjadi alasan mereka untuk pulang, padahal perubahan atau kenaikan berat badan belum sesuai dengan standar ataupun kriteria yang ada. Untuk itu peran Puskesmas di wilayah tempat mereka tinggal dalam melakukan pemantauan sangat diharapkan.

Adapun hasil yang diperoleh bahwa sebanyak 13 orang pasien yang pulang paksa terdapat 1 orang yang meninggal dunia karena menderita penyakit Hidrocephalus dan 12 orang lainnya yang saat pulang paksa masih gizi buruk keadaannya saat ini terdapat 8 orang

dengan status gizi kurang, 3 orang masih tetap status gizinya buruk dan 1 orang dengan status gizi normal. Walaupun sebagian besar pasien gizi buruk yang pulang paksa status gizinya sudah menjadi gizi kurang namun mereka harus tetap di pantau perkembangannya jangan sampai status gizinya akan kembali menjadi buruk dan kita harus berusaha agar status gizinya menjadi normal dengan melalui pendekatan kepada keluarga dengan memberikan penyuluhan ataupun konseling.

Untuk mereka yang status gizinya normal tetap memerlukan pemantauan dengan menganjurkan mereka untuk rajin ke posyandu agar berat badannya dapat terkontrol dan status gizinya tidak menjadi buruk.

Kejadian pasien pulang paksa dari tempat pelayanan kesehatan seolah-olah menjadi hal yang dianggap biasa dan merupakan hak pasien sehingga kasus ini jarang dipermasalahkan bahkan dicari penyebabnya. Tetapi apabila di telaah lebih jauh hal ini merupakan suatu masalah dimana dengan meningkatnya kasus pasien pulang paksa merupakan pertanda adanya faktor ketidak puasan pasien terhadap pemberi jasa pelayanan (Thenie, 2002)

Di lain pihak bagi keluarga dan lingkungannya hal ini memberikan pengaruh yang besar karena penyakit yang dideritanya belum tuntas atau sembuh sehingga kemungkinan dapat mengakibatkan keadaannya semakin buruk bahkan bisa mengakibatkan kematian.

5. Faktor individu dan keluarga

Faktor individu dan keluarga dimana dinyatakan bahwa alasan mereka meminta pulang paksa adalah karena tidak ada yang mengurus keluarga di rumah seperti suami dan anak mereka yang lain. Sedangkan pasien yang dirawat di TFC membutuhkan waktu kurang lebih 13 hari sesuai dengan kondisi pasien untuk memulihkan keadaannya terlebih bila mereka masuk dalam keadaan yang cukup parah dimana dari hasil telaah dokumen tidak terdapat catatan pada fase apa mereka masuk di TFC namun bila dilihat dari status gizi pasien dimana mereka masuk dengan berat badan <-3 SD Z-score dengan kondisi marasmus dan kwashiorkor maka mereka harus dirawat dengan melalui fase pertama dalam Tata laksana gizi buruk yaitu fase Stabilisasi.

Untuk itu kita harus dapat memberikan pengertian dan pemahaman kepada ibu pasien bahwa tujuan anaknya dirawat agar kedepannya kesehatannya dapat pulih dan bila tidak segera ditangani akan memperburuk keadaannya yang nantinya membuat keluarga akan kesulitan merawatnya bila kondisinya sudah parah.

Selain itu tidak adanya teman atau keluarga yang menjaga disana ditambah lagi keadaan TFC yang sunyi saat malam hari karena petugas TFC tidak ada di malam hari selama berada di TFC. Disinilah

kita lihat bagaimana peran seorang petugas TFC. Seorang petugas TFC harus bersikap lebih *Care* atau perhatian kepada pasien karena merawat anak gizi buruk harus memberikan perhatian yang lebih selain dari kedua orang tua.

Badan Dunia Unicef menyatakan bahwa sangat penting suatu perhatian diberikan kepada anak yang kurang gizi (Engle et.al, 2000). Di TFC mereka harus dibuat seperti berada di rumah sendiri. Karena merawat mereka membutuhkan waktu yang lama. Selain merawat pasien gizi buruk itu sendiri ibu pasien atau pengasuhnya diberikan pengetahuan dan pemahaman tentang pengasuhan anak dan tumbuh kembangnya kesehatan seperti bagaimana memberikan makan kepada anak dan makanan apa yang harus diberikan, bagaimana cara memasaknya sehingga setelah pulang kerumah ibu bisa mempraktekan semua yang diberikan selama di TFC hal ini dapat menghilangkan perasaan bosan ibu bila berada di TFC sesuai tahap perawatan anaknya.

Bila ibu tidak ada teman yang bergantian menjaga petugas harus berperan untuk menjaga anaknya sementara ibu mandi atau melakukan kegiatan lainnya seperti mencuci dan lain sebagainya dan menganjurkan kepada ibu kalau ada yang bisa menemaninya di TFC silahkan datang saja tanpa harus memikirkan biaya dan makannya karena semua ditanggung pihak TFC. Hal ini masih terkait dengan

pelaksanaan pada tahap *Proses* yaitu bagaimana petugas memberikan pelayanan kepada pasien.

Letak Gedung TFC yang tidak strategis dimana jauh dari pemukiman warga dan sulit untuk mendapatkan transportasi umum. Selain itu bila letaknya ingin didekatkan dengan pusat pelayanan kesehatan lainnya dalam hal ini Puskesmas sebaiknya pada Puskesmas Rawat Inap agar petugas ada 24 jam sehingga petugas TFC juga harus ada 24 jam, bila memungkinkan ditempatkan di Pusat Kabupaten sehingga akses ke berbagai tempat mudah. Kondisi saat ini membuat pasien merasa sunyi dan takut bila malam hari.

Kasus pasien pulang paksa dari TFC dari hasil penelitian di lapangan belum menjadi masalah yang perlu menjadi perhatian bagi TFC di Kabupaten Bone Bolango. Dampak bagi TFC sendiri dari segi keuangan tidak mempunyai pengaruh dalam pendapatan karena balita gizi buruk dirawat dengan gratis, namun dari untuk TFC sendiri akan berdampak pada *image* yang buruk di masyarakat terutama dalam hal pelayanan karena banyaknya pasien pulang paksa. Selain itu terlihat dari program yang ada dimana seperti pemantauan ataupun intervensi pasien pasca perawatan maupun yang pulang paksa seluruhnya diserahkan kepada pihak Puskesmas. Adapun monitoring yang dilakukan tidak secara rutin. Petugas TFC menganggap bahwa kalau mereka pulang paksa dan tidak mau dirawat inap mereka bisa untuk dirawat jalan melalui Puskesmas, sedangkan Puskesmas sendiri tidak

dapat memberikan intervensi seperti pemberian makanan tambahan atau PMT Pemulihan karena keterbatasan anggaran, terlebih lagi bila kondisi ekonomi pasien yang kekurangan akhirnya kondisi balita gizi buruk yang kita harapkan menjadi baik tidak dapat terwujud konsekuensinya hanya pada keadaan daerah yang tidak akan terlepas dari kasus gizi buruk.

D. Keterbatasan Penelitian

1. Bias informasi informan, yaitu keterbatasan dalam mengingat kembali kejadian yang lalu sehingga jawaban terkadang kurang akurat.
2. Data primer berupa arsip dokumen untuk keperluan telaah dokumen tidak lengkap.
3. Respon dari informan yang kurang mendukung karena harus melakukan wawancara sehingga menimbulkan perasaan yang tidak nyaman karena merupakan hal yang baru dilakukan terutama pada ibu pasien pulang paksa.
4. Peneliti tidak dapat mencari informan yang sudah pindah atau berada di luar wilayah asalnya.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pada tahap *Input* yang terkait dengan kejadian pasien pulang paksa adalah masih kurangnya tenaga dokter dan perawat agar dapat bertugas 24 jam disana. Dari sarana prasarana adalah karena letak gedung TFC yang kurang strategis dan jauh dari pemukiman yang menimbulkan perasaan tidak nyaman pada pasien.
2. Pada tahap *Proses* yang terkait dengan kejadian pasien pulang paksa adalah keberadaan petugas di TFC yang tidak ada 24 jam terutama di malam hari karena kurangnya tenaga sehingga sulit dalam pembagian tugasnya, apabila terdapat kebutuhan pasien di malam hari baru akan disampaikan pada keesokan harinya. Demikian pula dengan sikap petugas yang tidak peduli kepada pasien.
3. Pada tahap *Output* yang terkait dengan kejadian pasien pulang paksa adalah persepsi ibu yang menganggap anaknya sudah ada perubahan dengan sembuhnya penyakit penyerta sehingga tidak perlu dirawat lagi.
4. Pada tahap *Outcome* yang terkait dengan kejadian pasien pulang paksa adalah kenaikan berat badan anak selama dirawat dibandingkan dengan sebelum perawatan menjadi tolak ukur keadaan anak sudah sembuh sehingga mereka meminta pulang paksa, padahal kenaikan berat badan tersebut disesuaikan dengan standar yang ada.
5. Faktor individu dan keluarga yang terkait dengan kejadian pasien pulang paksa adalah perasaan bosan berada di TFC karena mengingat keluarga dan anaknya yang ditinggalkan dirumah dan tidak

ada yang mengurus sehingga keluarga yang ditinggalkan meminta mereka untuk pulang.

6. Bagi TFC kejadian pasien pulang paksa belum menjadi perhatian mereka menganggap bahwa perawatan pasien dapat dilanjutkan dengan rawat jalan di Puskesmas dan itu sudah menjadi tanggung jawab Puskesmas setempat.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan yang ada maka dapat disampaikan saran sebagai berikut:

1. Untuk ketenagaan disarankan untuk melakukan penambahan tenaga perawat dan dokter agar petugas TFC dapat secara bergantian bertugas di TFC selama 24 jam dan mereka semua harus sudah dilatih dengan Tata Laksana Anak Gizi Buruk. Adapun sarana dan prasarana disarankan agar dapat meningkatkan status Puskesmas rawat jalan yang berdekatan dengan TFC menjadi Puskesmas rawat inap agar terdapat petugas yang bekerja 24 jam di TFC. Selain itu TFC masih membutuhkan mobil operasional untuk digunakan menjemput, merujuk dan mengantar pasien serta memantau pasien pasca perawatan.

2. Bila belum melakukan penambahan tenaga dapat mengambil tenaga di Puskesmas yang letaknya berdekatan dengan TFC. Agar pasien tidak bosan berada di TFC petugas harus melibatkan mereka dalam kegiatan di TFC seperti memasak dan mengolah makanan untuk anaknya atau memberikan stimulasi perkembangan pada anak. Petugas dalam memberikan pelayanan harus bersikap empati dan *Care* mengingat perawatan anak gizi buruk membutuhkan perhatian yang lebih.
3. Memberikan pemahaman kepada ibu yang memiliki balita gizi buruk tentang program TFC agar anaknya dapat diberikan perawatan sesuai standar.
4. Agar ibu senantiasa memantau perkembangan berat badan anak di Posyandu atau Puskesmas secara rutin.
5. Agar pasien tidak bosan berada di TFC petugas harus melibatkan ibu dalam kegiatan di TFC seperti memasak dan mengolah makanan untuk anaknya atau memberikan stimulasi perkembangan pada anak
6. TFC dan Puskesmas setempat senantiasa melakukan pemantauan pasien pasca perawatan dengan memadukan program TFC dengan program CTC .

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul, K. 2003. *Model Evaluasi Program Kesehatan Pada Era Desentralisasi di Dinas Kesehatan Kabupaten Gorontalo*. Tesis tidak diterbitkan, Makassar: Program Pascasarjana Unhas
- Almatsier. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Anjaryani,W.D.2009. *Kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan Perawat di RSUD Tugurejo Semarang*.Tesis tidak diterbitkan, Semarang : Program Pasacasarjana Prodi Magister Promosi Kesehatan Kajian Sumber Daya Manusia,Universitas Diponegoro
- Anonimous.2011.*Hungry Season*. http://www.unicef.org/ethopia/ET_real_therapeuticfeeding.pdf, diakses tanggal 20 April 2011
- Arisman,MB.2009. *Gizi dalam Daur Kehidupan*.EGC.Jakarta
- Administrator, 2010. *Penatalaksanaan Gizi Buruk di Teherapeutic Feeding Center (TFC)*, (online),(<http://dinkesbonebolango.org> , diakses tanggal 16 April 2011)
- _____,2011.*CFC penatalaksanaan Gizi Buruk di Masyarakat*,(online),(www.gizikia.depkes.go.id/archives/816, diakses tanggal 20 April 2011)
- Ayu,S.D.2008. *Pengaruh program pendampingan Gizi terhadap Pola Asuh,kejadian infeksi dan status gizi balita Kurang Energi Protein*.Tesis tidak diterbitkan,Semarang : Program Pascasarjana Undip
- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Binarupa Aksara. Jakarta
- Bappeda. 2008 .*Master Plan Kesehatan Provinsi Gorontalo*. Gorontalo
- Bappenas. 2010. *Buku Data Base Pembangunan Bidang Kesehatan dan Gizi Masyarakat*,(online),(<http://kgm.bappenas.go.id>,diakses 18 April 2011)

- Bungin,B.2003.*Analisis Data Penelitian Kualitatif : Pemahaman Filosofis dan Metodologis ke arah Penguasaan Model Aplikasi*. Raya Grafindo Persada.Jakarta
- Chaiken,M.2006.*The promise of a community based approach to managing severe malnutrition: A case study from Ethiopia*. Food and Nutrition Bulletin. 27 (2) : 95-104. (online),(<http://fex.enonline.net/30/communitybasedapproaches.aspx>, diakses tanggal 15 Juli 2011)
- Collins,S,et.al.2002.*Therapeutic Feeding Center for Severe Malnutrition*.The Lancet 359 : 260-261,(online), (www.thelancet.com, diakses tanggal 25 Agustus 2011)
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bone Bolango. 2010.*Profil Kesehatan Kabupaten Bone Bolango*.Gorontalo
- Depkes, RI. 2006. *Petunjuk Teknis Tata Laksana Anak Gizi Buruk Buku I*. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Jakarta
- _____. 2006. *Petunjuk Teknis Tata Laksana Anak Gizi Buruk Buku II*. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Jakarta
- Engle.P.et.al.2000. *The role of care in nutrition programmes:current research and a research agenda*.Proceedings of the Nutrition Society, 59: 25-35
- Siagian.P. 2002. *Fungsi-Fungsi Manajerial*. Jakarta. Bina Aksara
- Suara Pembaharuan. 18 Oktober,2010. *Perlu Kebijakan Konkrit Untuk Percepatan Pencapaian MDGs*. Statement INFID untuk Hari Pemiskinan Sedunia 17 Oktober 2010
- Suyono, H. 2008. *Memahami Salah Satu Indikator MDGs*,(online),(www.gizi.net, diakses tanggal 15 April 2011)
- Kemenkes. 2010.*Kebijakan Pelaksanaan Program Pembinaan Gizi Masyarakat*.Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Jakarta
- _____. 2011. *Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Direktorat Jenderal Bina Gizi Kesehatan Ibu dan Anak. Direktorat Bina Gizi. Jakarta
- Kurniawan,A. 2002. *Policies Alleviating Micronutrient Deficiencies : Indonesian's Experience*.Asia Pasific J Clin Nutr.11(3):S360-S370

- Khomsan A. 2004. *Peranan Pangan dan Gizi Untuk Kualitas Hidup*. Jakarta: PT Gramedia Widayarsana Indonesia.
- Makmur. 2009. *Teori Manajemen Strategik dalam Pemerintahan dan Pembangunan*. PT Refika Aditama. Bandung
- Maksum, D. 2009. *Evaluasi Pelaksanaan Program Makanan Pendamping ASI (Air Susu Ibu) di Kabupaten Bone Bolango*. Tesis yang Tidak Dipublikasikan, PPS Unhas, Makassar.
- Mulyadi, M. 2011. *Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif Serta Praktek Kombinasinya dalam Penelitian Sosial*. Publica Institute. Jakarta
- Notoatmodjo, S. 2001. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*, PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- _____. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. PT Rineka Cipta. Jakarta.
- Sadler, K. et al. 2006. *A Comparison of the programme coverage of two therapeutic feeding interventions implemented in neighbouring district of Malawi*. Public Health Nutrition. 10 (9): 907-913
- Savage, A. 2007. *Therapeutic Feeding improve child Nutrition in Sierra Leone*, (online), (www.unicef.org, diakses tanggal 21 Agustus 2011)
- Siswono, 2010. *Kasus Gizi Buruk : 4 Provinsi Tidak Pernah Absen*. (online), (<http://gizi.net/2010/07/kasus-gizi-buruk-empat-provinsi-tidak-pernah-absen>, diakses tanggal 6 April 2011)
- Suara Pembaharuan, 18 Oktober 2009. *Perlu Kebijakan Konkrit Untuk Percepatan MDGs*, (online), (www.suarapembaharuan.com, diakses ditanggal 10 April 2011)
- Sudjarwo dan Basrowi, 2009. *Manajemen Penelitian Sosial*. CV. Mandar Maju
- Sutrisno, E . 2010 . *Managemen Sumber Daya Manusia*. Kencana. Jakarta
- Soekirman. 2001. *Perlu Paradigma Baru Untuk Menanggulangi Masalah Gizi Makro di Indonesia*, (online), (www.gizi.net, diakses tanggal 12 April 2011)
- Tim Pascasarjana Universitas Hasanuddin, 2006. *Pedoman Penulisan Tesis dan Disertasi Edisi 4*. Makassar

- Tanner,et.al.2004.*Community Therapeutic Care (CTC) :A New Approach to managing acute malnutrition in emergencies and beyond*.Food and Nutrition Technical Assistance Project.Academy for Educational Development, (online),(www.fantaproject.org/downloads/pdfs/TN8-CTC.pdf, diakses tanggal 5 September 2011)
- Wijono, D.2008. *Manajemen Puskesmas Kebijakan dan Starategi TQM*. CV.Duta Prima Airlangga. Surabaya
- _____.2007. *Evaluasi Program Kesehatan dan Rumah Sakit*.CV.Duta Prima Airlangga.Surabaya
- Wrihatnolo, R. *Review Status MDGs 2007 di Indonesia*. Presentation Transcript,(online), (www.slideshare.net/wrihatnolo/status-mdgs-2007-di-indonesia-presentasi,diakses tanggal 26 April 2011)
- WHO,et.al.2007. *Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition*,(online),(www.who.inf,diakses tanggal 15 Agustus 2011)

PEDOMAN WAWANCARA PENELITIAN
ANALISIS KEJADIAN PASIEN PULANG PAKSA
DI THERAPEUTIC FEEDING CENTER (TFC)
KABUPATEN BONE BOLANGO

I. KARAKTERISTIK INFORMAN

Nomor Urut :
Nama Lengkap :
Umur :
Pendidikan terakhir :
Pekerjaan :
Alamat :

II. PERTANYAAN TFC

1. Apakah program *Therapeutic Feeding Center* (TFC) itu?
2. Bagaimana kriteria pasien gizi buruk yang akan dirawat di TFC?
3. Kapan TFC Bone Bolango didirikan?
4. Apakah di TFC terdapat SOP? Bila ada, siapa yang menyusunnya?
5. Apa saja yang mendukung pelaksanaan program TFC?
6. Apa saja yang menghambat pelaksanaan program TFC?

III. PERTANYAAN PETUGAS

Pertanyaan Input:

1. Bagaimanakah proses perekrutan tenaga di TFC, Jelaskan!
2. Apakah Petugas TFC sudah dilatih Tatalaksana Gizi Buruk?
3. Darimana dana operasional pelaksanaan TFC?
4. Darimana pengadaan sarana dan prasarana TFC diperoleh?

Pertanyaan Proses

1. Bagaimana proses perencanaan anggaran untuk operasional di TFC?
2. Bagaimana sistem rujukan pasien gizi buruk ke TFC?
3. Bagaimana dengan tindakan pelayanan medis yang dilakukan bila terdapat pasien gizi buruk?
4. Bagaimana tindakan pelayanan keperawatan yang dilakukan bila terdapat pasien gizi buruk?
5. Bagaimana tindakan pelayanan nutrisi yang dilakukan bila terdapat pasien gizi buruk?
6. Bagaimana tindakan pemantauan dan monitoring yang dilakukan di TFC?
7. Apakah setiap tindakan yang Saudara lakukan dalam memberikan pelayanan saudara catat di kartu status pasien?
8. Apakah setiap bulan Saudara membuat laporan TFC dan dikirim ke Dinas Kesehatan?

Pertanyaan Output:

1. Bagaimana anda menilai pasien gizi buruk sudah dapat pulang atau sembuh?
2. Bagaimana prosedur pemulangan pasien dari TFC?
3. Tindakan apa yang Saudara lakukan kepada pasien pasca perawatan di TFC?

IV. PERTANYAAN KE IBU PASIEN PULANG PAKSA

1. Bagaimana proses masuknya pasien ke TFC?
2. Tindakan apa yang dilakukan petugas saat pertama anak ibu masuk di TFC?
3. Tindakan apa saja yang dilakukan petugas selama anak ibu dirawat di TFC?

4. Apakah ada petugas yang menjaga setiap saat anak ibu di rawat?
5. Apakah petugas pernah memberikan informasi tentang penyakit anak ibu?
6. Apakah petugas pernah memberikan informasi tentang gizi dan kesehatan?
7. Menu apa saja yang pernah anak ibu dapat selama di rawat di TFC?
8. Bagaimana sikap petugas kepada anak ibu selama di rawat di TFC?
9. Bagaimana dengan sarana dan prasarana yang ibu gunakan di TFC?
10. Apakah selama di rawat di TFC ibu mengeluarkan biaya perawatan?
11. Apa alasan ibu meminta pulang paksa?
12. Bagaimana perkembangan kesehatan anak setelah di rawat di TFC?
13. Apa tindakan petugas di Puskesmas setelah anak ibu di rawat di TFC?

CHECK LIST
ALAT BANTU OBSERVASI

A. Kelengkapan Organisasi Uraian	Ada	Jelas	Tidak jelas	Tidak ada
1. Struktur Organisasi	V	V		
2. SK Pengelola	V	V		
3. Visi dan Misi TFC				V
4. Rencana Kerja Operasional	V	V		
5. Tujuan Organisasi	V	V		
6. Peraturan Daerah	V	V		
7. Dokumen SOP	V	V		
B. Ketersediaan Protap Jenis Protap	Ada	Jelas	Tidak jelas	Tidak ada
1. Rujukan Balita	V	V		
2. Pemeriksaan balita dan Anamnesa	V	V		
3. Terapi Gizi	V	V		
4. Terapi Medis	V	V		
5. Stimulasi Tumbuh Kembang	V	V		
6. Edukasi bagi Ibu balita	V	V		
7. Pemulangan pasien	V	V		
C. Kelengkapan Tupoksi Pengelola TFC	Ada	Jelas	Tidak jelas	Tidak ada
1. Dokter	V			
2. Perawat	V			
3. Nutrisionis	V			
4. Juru Masak				V
5. Cleaning Service				V

DOKUMENTASI PENELITIAN



Gedung Kantor TFC Kab.Bone Bolango



Alat Kesehatan yang berada di Ruang Observasi



Tempat Tidur di Ruang Perawatan



Ruang dan Alat Dapur TFC



Ruang Bermain Anak



Obat dan MP-ASI



Wawancara dengan Kepala Seksi Gizi



Wawancara dengan Kepala TFC



Wawancara dengan Petugas Gizi



Wawancara dengan Ibu Pasien Pulang Paksa Informan



Keadaan pasien saat masuk dan keluar dengan Pulang paksa



Keadaan pasien Saat ini



Keadaan pasien saat masuk dan keluar dengan Pulang paksa



Keadaan pasien Saat ini

ABSTRAK

Trinil Juliastuti. *Analisis Kejadian Pasien Pulang Paksa di Therapeutic Feeding Center (TFC) Kabupaten Bone Bolango Gorontalo.* (dibimbing oleh Nurhaedar Jafar dan A.Zulkifli Abdullah)

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisa bagaimana Pelaksanaan *Input,Proses,Output,Outcome* dan faktor individu keluarga terhadap kejadian Pasien Pulang Paksa di *Therapeutic Feeding Center (TFC)* Kabupaten Bone Bolango Gorontalo.

Penelitian ini dilaksanakan di TFC Kabupaten Bone Bolango Gorontalo.Jenis Penelitian yang digunakan adalah Penelitian Kualitatif dengan pendekatan fenomenologis . Teknik pengumpulan data dengan melalui wawancara mendalam (*indepth interview*),*Focus Group Discussion*,pengamatan atau observasi dan telaah dokumen.Adapun jumlah informan berjumlah 22 orang terdiri dari Kepala Seksi Gizi, Petugas TFC,Petugas Puskesmas dan Ibu Pasien Pulang Paksa.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa alasan pasien pulang paksa dari TFC terkait pada tahap *Input* karena masih kurangnya tenaga dokter dan perawat di TFC untuk bertugas selama 24 jam dan sarana prasarana dalam hal ini letak gedung TFC yang tidak strategis jauh dari pemukiman yang menimbulkan perasaan tidak nyaman pada pasien karena sunyi. Pada tahap *Proses* adalah karena tidak adanya pembagian tugas sehingga tidak ada yang bertugas 24 jam terkait dengan kurangnya tenaga. Pada tahap *Output* adalah persepsi ibu yang menganggap anaknya sudah ada perubahan dan tidak perlu dirawat lagi padahal perawatan yang diharapkan adalah sesuai dengan standar.Pada tahap *Outcome* kenaikan berat badan anak dan perubahan perkembangannya walau baru dirawat beberapa hari menjadi indikator ibu untuk meminta pulang padahal perubahan tersebut belum sesuai dengan standar yang ada atau dikategorikan sembuh. Faktor individu dan keluarga seperti keinginan pasien sendiri yang mengingat keluarga atau anak yang ditinggalkan dirumah dan keluarga yang meminta mereka pulang karena sudah lama di TFC. Bagi TFC kejadian pasien pulang paksa belum menjadi perhatian karena dianggap dapat dilanjutkan dengan rawat jalan oleh Puskesmas setempat.

Kata Kunci: *Therapeutic Feeding Center*, pulang paksa, TFC,gizi buruk

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Trinil Juliastuti

Nomor Mahasiswa : P18002935

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar,

Yang Menyatakan

Trinil Juliasuti

**DAFTAR PASIEN PULANG PAKSA
DI TFC KABUPATEN BONE BOLANGO
TAHUN 2010**

NO	NAMA PASIEN	Jenis Kelamin	NAMA ORANG TUA	UMUR (BLN)	Masuk				Keluar				Saat Penelitian					LAMA HR RWT	KET
					BB (kg)	TB (cm)	STATUS GIZI	Z-Score	BB (kg)	TB (kg)	STATUS GIZI	Z-Score	BB (kg)	TB (kg)	Umur	STATUS GIZI	Z-Score		
1	RD	LK	OS	9	4.5	62	Gz Brk Marasmus	< -3 SD	5.35	63	Gizi Kurang	-3 SD	9.5	80	23	Normal	<-1 SD	23	Pulang paksa
2	TW	PR	JK	18	8.3	70	Gz Brk Kwashiorkor	<-3 SD	8	70	Gizi Buruk	< -3 SD	13	85	24	Normal	2 SD	4	Pulang paksa
3	TA	PR	FK	6	4.1	59.1	Gz Brk Marasmus	<-3 SD	4.5	59.1	Gizi Kurang	-3 SD	8	78	26	Gizi Kurang	-3 SD	23	Pulang paksa
4	RK	LK	EP	16	6.8	72.5	Gz Brk	<-3 SD	7.3	75	Gizi Kurang	-3 SD	9	80	29	Gizi Kurang	-2 SD	8	Pulang paksa
5	RA	LK	AU	8	6.05	67.5	Gz Buruk	<-3 SD	6.2	67.5	Gizi Buruk	< -3 SD	7.6	73	23	Gizi Kurang	< - 2 SD	2	Pulang paksa
6	RL	LK	RY	10	5.50	65.5	Gz.Buruk	<-3 SD	5.52	65.5	Gizi Buruk	< -2 SD	-	-	-	-	-	2	Pulang paksa

NO	NAMA PASIEN	JENIS KELAMIN	NAMA ORANG TUA	TGL LAHIR/UMUR	Masuk				Keluar				Saat Penelitian				LAMA HARI RAWA	KET	
					BB (kg)	TB (cm)	STATUS GIZI	Z-SCORE	BB (kg)	TB (cm)	STATUS GIZI	Z-SCORE	BB (kg)	TB (cm)	Umur	STATUS GIZI			Z-Score
7	RS	PR	SY	14	5.9	66	Gz Buruk	-3 SD	6.3	66	Gizi Kurang	< -2 SD	9	84	39	Gizi Kurang	< - 2 SD	3	Pulang paksa
8	UY	PR	YM	39	6.9	75	Gz Brk Marasmus	<-3 SD	7.15	75	Gizi Buruk	< -3 SD	10.5	98	52	Gizi Buruk	< - 3 SD	5	Pulang paksa
9	SW	PR	SS	5	8	88.5	Gz Buruk	<-3 SD	8.5	88.5	Gizi Kurang	-3 SD	6.35	70	18	Gizi Kurang	-3 SD	7	Pulang paksa
10	DS	PR	NM	7	3	55	Gz Buruk	<-3 SD	3.5	55	Gizi Buruk	< -3 SD	8	74	19	Gizi Kurang	< - 1 SD	12	Pulang paksa

		NJ,25 tahun,Perawat TFC	E, iya penanggung jawab disini cuma satu cuma adakalanya ada untuk tenaga honor kan torang kan PNS ada honor juga yang diperbantukan disini dari Puskesmas soalnya kurang tenaga kan disini kalau dalam pembagian pagi,sore,malam kalau perawat cuma satu orang ini harus tugas 1 x 24 jam tugas juga 1x 24 jam kan tidak mungkin jadi kita pe bekerja kan tidak maksimal kan kalau begitu jadi ada ambil dari honor		
		RL,28 tahun,Petugas Gizi TFC	Tenaga Gizi TFC ada 4 dengan Kepala TFCnya		
		OS,26 tahun IRT	Tidak tiap hari cuma pas dia ada sakit batuk ada dokter Perawat ada siang malam tapi kalau shif malam Cuma sampai jam 8		
		FK,29 tahun,IRT	Perawat setiap hari Dokter tidak setiap hari mungkin cuma senin kamis tidak tiap hari, dua minggu dua kali		

	2) Pendanaan	<p>DM,40 tahun,Kasie Gizi</p> <p>DSP,38 tahun,Kepala TFC</p> <p>NJ,25 tahun,Perawat TFC</p> <p>OS,26 tahun,IRT</p> <p>YM,35 tahun,IRT</p> <p>FK,29 tahun,IRT</p>	<p>Alhamdulillah 1 tahun kita sudah punya gedung baru dianggarkan Pemda melalui Pemda APBD bersama DHS</p> <p>Biaya operasionalnya itu memang ada dari APBD, tapi kita amprah ke Dinas. Kita misalkan ajukan kan biasanya pertriwulan ya belanja bahan makanan itu Pembelian susunya, obat-obatan, makanan..makanan pasien maupun penjaga pasien, keperluan hari-hari seperti sabun apa semuanya</p> <p>Tidak ada kartu atau ada kartu ditanggung disini semuanya makanan orang tua satu kali dengan depe anak-anak, depe anak yang dirawat itu ditanggung semuanya orang tua pe keperluan dan pokoknya semua pepsodent, sabun semua ditanggung pasien dengan yang menjaga ditanggung makanannya</p> <p>Tidak ada, gratis</p> <p>Tidak, dorang yang ba biaya</p> <p>Tidak ada,makan ba cuci gratis</p>	<p>Gedung TFC dibangun atas bantuan dana DHS dan untuk operasional dari dana APBD</p>	<p>Pemda Kabupaten/Kota bertanggung jawab atas tenaga,sarana prasarana dan operasional TFC</p>
--	--------------	--	--	---	--

	3) Sarana Prasarana	DM,40 tahun,Kasie Gizi	Kalau sarana dan prasarana dari dinas kesehatan dari ada kerjasama dengan Pemda dan luar negeri dana DHS kemudian insyaallah kita tahun depan ada Meubelair dan Mobil khusus untuk pasien. Untuk menjemput dan mengantar pasien yang dirawat demikian pula untuk alat-alat kesehatannya	Sarana dan Prasarana di TFC sudah cukup bagus	Pemda Kabupaten/Kota bertanggung jawab atas tenaga,sarana prasarana dan operasional TFC.Memiliki beberapa ruang dan ruang perawatan terpisah dengan ruang lainnya
		DSP,38 tahun,Kepala TFC	Untuk sarana dan prasarana tetap kita bekeng sesuai kebutuhan,kalau e, seperti alat-alat dinas yang adakan selain itu torang yang adakan. Dari dinas biasanya kan kita mengajukan SPJ ya kita ajukan dulu ke dinas nanti dinas kasih kita dalam bentuk uang, sudah kita perincikan semua dia lihat sekian dia kasih uang hanya saja kita kesulitan untuk merujuk pasien karena belum punya mobil operasional		
		JK,20 tahun,IRT	Semua bagus		
		EP,26 tahun,IRT	Bagus persediaan-persediaan ada		

2.	PROCES				
	1) Perencanaan	DM,40 tahun,Kasie Gizi	Terpisah tetap ada koordinasi. Memang ada yang sudah diadakan TFC itu kami sudah tidak mengadakan lagi. Tapi ada yang perlu kami bantu ke TFC itu kami adakan di Dinas Kesehatan dan kami serahkan ke TFC. Jadi sudah terpisah kebutuhan anggarannya sesuai yang mereka butuhkan keperluan selama untuk mengoperasikan TFC	Perencanaan anggaran TFC diusulkan dari pihak TFC yang selanjutnya dikoordinasikan ke Dinas Kesehatan dalam hal ini Seksi Bina Gizi Masyarakat	Perencanaan yang baik akan mendukung suatu pelaksanaan upaya kesehatan untuk mencapai tujuannya
		DSP,38 tahun,Kepala TFC	Alhamdulillah torang tahun ini ada dapat penambahan anggaran dari tahun lalu untuk keperluan e e permainan edukasi anak juga untuk keperluan lainnya		
	2) Pelaksanaan a. Rujukan	DM,40 tahun,Kasie Gizi	Kita menggunakan sistem Puskesmas, memanfaatkan sarana puskesmas. Jadi semua Puskesmas di Bone Bolango sudah punya ambulans jadi kita sudah membuat kesepakatan bahwa setiap ada gizi buruk yang membuat rujukan adalah Puskesmas pake oto Puskesmas	Rujukan pasien gizi buruk ke TFC dari PKM diantar Petugas PKM dengan membawa kelengkapan adminstrasinya seperti Kartu Jamkesda atau	Rujukan pasien TFC berdasarkan kriteria sesuai dengan SOP yang telah disusun

			<p>dengan membawa rujukan Puskesmas</p> <p>Ya,kita sudah melakukan SOP ya SOP Standar Operating Prosedur untuk penanganan gizi buruk di TFC. Yang pertama kita melihat bahwa yang gizi buruk dirawat itu yang sudah kategori Marasmus Kwashiorkor yang sudah gizi buruk berdasarkan pengukuran antropometri dan berdasarkan diagnosa Dokter di Puskesmas, jadi kalau memenuhi kriteria seperti itu wajib dirujuk harus mendapat perawatan karena gizi buruk yang sudah mengalami marasmus kwashiorkor itu tidak boleh hanya dirawat jalan di Puskesmas, itu kita lakukan setiap yang ditemukan gizi buruk marasmus kwashiorkor itu yang akan menangani di Puskesmas Tim dokter sama petugas gizi sama perawatnya kemudian mereka langsung antar ke TFC untuk dilakukan perawatan kemudian sama-sama dikontor pihak Puskesmas sampai sembuh dan pulang kembali ke rumahnya</p>	<p>Jamkesmas bila tidak ada Kartu dapat mengurus SKTM serta melihat kondisi pasien sesuai dengan kriteria</p>	
--	--	--	---	---	--

		DSP,38 tahun,Kepala TFC	<p>Seperti rujukan mau ke ini ke Rumah Sakit tapi ditunjukan ke TFC. Rujukannya kita hanya menerima yang dari Puskesmas-puskesmas kita tidak menerima yang kita cari, itu berarti kita melangkahi Puskesmas yah jadi Puskesmas yang merujuk ke sini</p> <p>Ada ada kita punya kriteria kalau yang masuk misal 60 sampai 70% berat badannya ya dari standar deviasi dia sudah boleh pulang pada 80% standar deviasi</p>		
		FU,28 tahun, Petugas PKM	<p>Proses rujukannya itu apabila pasien tidak mempunyai kartu miskin itu bisa ditunjang dengan permintaan SKTM ke Dinas Kesehatan nanti apabila mau di bawa ke TFC petugas sama-sama pasien mau sama-sama ke TFC untuk melakukan rujukan</p>		
		AU, 21 tahun, IRT	<p>Puskes yang mengantar</p>		
		SY,35 tahun, IRT	<p>Dia ada antar di oto, oto Puskes</p>		

		NJ,25 tahun,Perawat TFC	Kriteria itu dia berdasarkan ini e e dia ukur depe tinggi berat badan terus itu ada dibilang e e untuk status gizi kan itu dia ada depe buku apakah dia termasuk gizi buruk atau tidak kalau dia kebanyakan kalau umpama dia termasuk umpama berapa persen kriterianya itu dirawat jalan dirawat inap tapi kalau hanya berapa hanya sekitar 10 persen itu dirawat jalan tapi dikasih susu dan biskuit biasa dorang gizi yang jaga ba atur itu kalau saya cuma perawatan saja kalau pasien sakit atau gizi buruk ada sakit saya yang menghitung kalau meracik sama dokter soal dorang pe asupan nutrisi itu gizi yang kelola		
	b. Pelayanan	YJ,34 tahun, Petugas PKM	Tentu ada karena kalau kita lihat dari fisiknya sudah kurus baru ciri utama yang harus saya rujuk itu e e anu pipinya sudah mulai bengkak oedem	Pelayanan yang diberikan Petugas TFC merujuk pada Juknis Tata Laksana Anak Gizi Buruk namun belum semua petugas mendapat Pelatihan. Petugas juga tidak berada di TFC selama 24 jam	Pelayanan Petugas TFC sesuai dengan 10 Langkah Tata Laksana Anak Gizi Buruk dan 5 Kondisi Anak Gizi Buruk
		DSP,38 tahun,Kepala TFC	Dokternya hanya kita telpon saja, kalau misalnya dokter kan tidak disini hanya pinjam dari rumah sakit jadi kalau ada pasien kita datangkan kesini dia periksa setiap hari dia kontrol		

		<p>MK,40 tahun,Dokter TFC</p>	<p>Kebanyakan pasien yang kami tangani masuk pada kondisi 3 dan kondisi 5 yaitu e e hanya mengalami muntah atau diare atau dehidrasi atau yang hanya murni gizi buruk tanpa adanya komplikasi,untuk 10 langkah tata laksana gizi buruk e e sebagian merupakan tugas kami dan sebagian adalah tugas perawat ataupun petugas gizi namun penerapannya saya agak sulit karena harus rangkap tugas di Rumah Sakit Toto</p>		
		<p>NJ,25 tahun,Perawat TFC</p>	<p>Biasanya dia untuk ini biasanya untuk tindakan keperawatan pas dia datang kemari e e biasanya kitorang anamnesa misalnya depe keluhan apa, depe riwayat penyakitnya apa e apakah dia ada penyakit yang menular atau tidak terus biasanya riwayat penyakit depe keluarga yang dahulu misalnya kalau depe keluarga yang dahulu itu misalnya depe keluarga dahulu itu keluarganya sakit menular kemungkinan anaknya terjangkit kemudian setelah itu torang langsung berkomunikasi pa dokter dalam pemberian obat dokter datang kamari ba periksa</p>		

			<p>berdasarkan torang pe anamnesa pertama pada pasien E e tindakan keperawatan biasanya torang kita kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat baru nutrisi kita kolaborasi dengan gizi itu saya lalu adakalanya e e mo lihat no depe perkembangan, observasi perkembangan pasien apakah itu bisa dirawat disini</p>		
		<p>HU,26 tahun,Petugas Gizi TFC</p>	<p>Tergantung biasa ada balita yang dehidrasi itu biasa kita berikan mineral mix dicampur kita buat diaduk nama cairan tersebut kita kontrol 2 jam tergantung apa sisa dia terima kalau isapannya banyak kita langsung ke susu</p>		
		<p>RL,28 tahun,Petugas Gizi TFC</p>	<p>Belum karena kemarin tahun lalu ada pelatihan saya masih cuti</p> <p>Kita membuat formulanya...F75, F100 terus e e sesuai dengan berat badan pagi,siang,sore setiap dua jam disesuaikan dengan berat badan dan umur</p>		
		<p>NS,27 tahun,Petugas Gizi TFC</p>	<p>Fase yang pertama F75, Fase kedua mendapat F100 tapi kita lihat dulu kondisi bayi anak itu kalau dia bisa menerima F75nya</p>		

			<p>kita lanjutkan tapi biasa juga tergantung kondisi bayi ada yang langsung bisa terima ada yang tidak</p>		
		OS,26 tahun,IRT	<p>Tidak tiap hari cuma pas dia ada sakit batuk ada dokter,cuman sekali itu</p> <p>Perawat ada, siang, malam tapi kalau shif malam cuma sampai jam 8</p>		
		FK,29 tahun,IRT	<p>Tidak setiap hari, mungkin cuma senin kamis tidak tiap hari, dua minggu dua kali</p> <p>Perawat setiap hari da ba periksa pa torang</p>		
		AU,21 tahun,IRT	<p>Dua,dua jam tapi so kase duluan itu susu,tinggal ba siram, tapi so dikase tau cara ba siram susu,susu dengan makanan macam ini,SUN ada bubur saring,so dapa lupa beras merah</p> <p>Cuma saya masuk itu ada baru habis itu tidak ada SUN e apa dikase makan sup ini e kayak bubur tim cuma itu baru</p>		

	<p>c. Monitoring</p>	<p>DM,40 tahun,Kepala Seksi Gizi</p> <p>DSP,38 thn,Kepala TFC</p> <p>NJ,25 tahun,Perawat TFC</p>	<p>cuma susu itu kayak dimasak itu</p> <p>Kita Dinas Kesehatan ada kita sudah anggarkan itu, Setelah dikembalikan di rumah kita ada namanya program pemantauan hasil intervensi</p> <p>Kita dari sini mereka pulang kan,kita biasanya memantau juga tapi itupun kalau pasien datang kesini,kalau yang memantau itu biasanya yang dari puskesmas kan kita juga kalau pasien pulang kita kasih rujukan balik kan ke puskesmas ini bu antar ke Puskesmas setelah dua hari atau sehari setelah pulang dari TFC tolong antar ke Puskesmas supaya Puskesmas tau pasien ini sudah pulang, jadi puskesmas, puskesmas yang memantau</p> <p>Iya setiap tindakan misalnya pemberian obat melakukan e cool vitalsign,suhu badan,berat badan semua ditulis di status pasien supaya kan ada bukti</p> <p>Adakalanya torang yang kontrol itu selain kerjasama dengan Puskes</p>	<p>Kegiatan yang dilakukan secara rutin seperti menimbang berat badan,ukur suhu badan,pernafasan dan denyut nadi pada kegiatan pelayanan dan setelah pasien pulang menjadi tanggung jawab Puskesmas asal untuk memantau perkembangannya</p>	<p>Kegiatan yang dilakukan untuk melihat apakah pelaksanaannya sesuai dengan Juknis atau rencana yang telah dibuat</p>
--	----------------------	--	--	---	--

		<p>RL,28 tahun,Petugas Gizi</p>	<p>Pengukuran Tinggi Berat, Berat Badan, Suhu, Nadi bagian perawat, Tinggi badan, Berat badan kita yang ukur.</p> <p>Ada, kalau dekat sini tiap minggu yang jauh di Puskesmas,diukur berat badan naik atau tidak</p>		
		<p>FU,20 tahun, Petugas PKM</p>	<p>Iya,nantinyakan petugas dari TFC merujuk balik,jadi diintervensi lagi melalui e e melalui puskesmas dipantau melalui jadi diintervensi lagi tiap bulan atau kalau memang sudah ada ini sudah ada dananya itu dilanjutkan lagi itu kalau pasien pulang paksa tanggung jawab dari puskesmas lagi</p>		
		<p>OS,26 tahun,IRT</p>	<p>Ditimbang itu, baru dikasih minum susu ya diukur semua pokoknya setiap saat itu ditimbang, diteliti, mengukur suhu badan setiap hari</p> <p>Tidak ada kadang cuma sampai jam 6 dorang ada yang cuma sampai jam 8 baru cuman so kasih sedia itu persiapan minum sampai pagi cuman itu tidak ada petugas kalau sendiri,cuman sendiri petugas tidak ada sama sekali</p>		

			kalau malam		
		SY,31 tahun,IRT	Ada ditimbang,setiap hari, ada ukur tinggi, suhu badan		
		JK,20 tahun,IRT	Ada memang dari TFC cuma satu kali		
		EP,26 tahun,IRT	Ada dari Puskes,Puskes swawa. Dorang datang kamari sekalian ba antar itu susu, kacang ijo		
	d. Pencatatan dan Pelaporan	DM,40 tahun,Kepala Seksi Gizi	Untuk TFC laporan ke Dinas Kesehatan kemudian kita teruskan ke Provinsi	Tindakan pencatatan ditulis di kartu pasien sebagai bukti dan laporan bulanan TFC dikirimkan ke Dinas Kesehatan setiap bulannya	Hasil pencatatan dan pelaporan menjadi sumber data yang baik bila diisi secara akurat,tepat waktu dan valid
		DSP,38 tahun,Kepala TFC	Kita di TFC ada e kartu pasien yang dorang petugas harus isi sesuai dengan dorang pe tindakan pelayanan.Kalau laporan bulanan tetap kita kirim ke Dinas Kesehatan		
		NJ,25 tahun,Perawat TFC	Iya, setiap tindakan misalnya pemberian obat melakukan e cool vitalsign,suhu badan,berat badan semua ditulis di status pasien supaya kan ada bukti		
		RL,28 tahun,Petugas Gizi	Sekalian kita wawancara pada ibu dan kita catat bagaimana pola makanya,intake makanannya kita lihat apa dia suka makan, minum		

3	<p>OUTPUT</p> <p>Semua balita gizi buruk mendapat perawatan</p>	<p>DM,40 tahun,Kepala Seksi Gizi</p> <p>DA,25 tahun,Petugas PKM</p> <p>LH,34 tahun,Petugas PKM</p> <p>SY,31 tahun,IRT</p>	<p>apa, sudah tidak menetek</p> <p>Fungsi dari TFC ini bagaimana tingkat keberhasilan daripada penanggulangan gizi buruk setelah ada TFC ini selama kita ada TFC ini alhamdulillah kita tidak mendengar lagi ada gizi buruk yang tidak mendapat perawatan karena dalam SPM itu Standar Pelayanan Minimal itu 100% anak gizi buruk harus dirawat</p> <p>Kadang pasien gizi buruk yang torang temukan sudah kami anjurkan dirawat pokoknya sudah berbagai cara kami bujuk mereka kan tidak bayar di TFC jadi cuma e e torang rawat jalan saja</p> <p>Iya alasan mereka tidak mau dirawat soalnya tidak ada orang yang menjaga anaknya yang lain dirumah</p> <p>Kan disana cuma duduk-duduk biasa kan dirumah ada kerja ti ade ada bermain kan, ti ade sudah bermain so tidak perlu disini lagi dirawat, ada pekerjaan juga di</p>	<p>Menjelaskan bahwa setiap gizi buruk harus dirawat di TFC namun pihak keluarga tidak mau dengan berbagai alasan dan yang sudah dirawat meminta pulang paksa sehingga perawatan yang diberikan belum sesuai standar</p>	<p>Cakupan pasien gizi buruk yang mendapat perawatan 100% sesuai standar tata laksana anak gizi buruk</p>
---	--	---	---	--	---

5.	Faktor individu dan keluarga	tahun, Petugas PKM	merujuk balik .jadi diintervensi lagi melalui e e melalui puskesmas dipantau e e untuk sekarang yang 2010 kan 2011 perkembangannya itu dia dari status gizi buruk dia beralih pada status gizi kurang status gizi kurang	Pasien pulang paksa disebabkan oleh faktor keluarga dan petugas	Alasan pasien pulang paksa disebabkan oleh adanya ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan....
		YJ,34 tahun, Petugas PKM	Ada, kalau biasanya keluar dari TFC petugas TFC langsung menelpon petugas puskesmas disitu saya langsung memantau pertumbuhan e e yang setelah dirawat		
		SY,31 tahun, IRT	Ada naek sadiki depe badan, dia sakit kasana 8 kilo lebih baru dia ada naek 3 hari itu ada naek		
		DM,40 tahun, Kepala Seksi Gizi	Pulang paksa itu pertama itu karena orangtua keinginan orangtua bila anaknya sementara dirawat orangtuanya dengan alasan karena tidak ada keluarga yang menjaga, apanamanya mengurus suaminya kalau isterinya menjaga tidak ada yang mengurus suaminya ditinggal dirumah		
		DSP,38 tahun, Kepala	Biasanya perawatannya yang terlalu lama karena mereka		

		TFC	<p>meninggalkan keluarganya kan lama-lama karena kita mengejar berat badannya kan agar naik biasa kita tahan sampai dua minggu mereka mengeluh disitu tidak bisa tidak bisa mengurus keluarganya, mengurus yang disini jadi mereka memaksa pulang</p>		
		NJ,25 tahun,Perawat TFC	<p>Yang pertama biasanya kan dorang ada anak lain kan dorang biasanya dorang itu ini mo ingat dorang pe anak dirumah, dorang pe laki kage tidak ada yang urus itu yang pertama terus yang kedua adakalanya dorang bosan biasanya banyak dorang pe urusan dirumah anaknya tidak ta urus yang satu baru tambah lagi yang satu bagaimana pokoknya depe laki, keluarga jadi dorang ba pikir cepat mo pulang begitu.</p> <p>Adakalanya dorang bosan biasanya banyak dorang pe urusan dirumah anaknya tidak ta urus yang satu baru tambah lagi yang satu</p>		
		RL,28 tahun,Petugas Gizi	<p>Lebih banyak disini orang tua bayi paling banyak disini mereka punya keluarga dan meninggalkan anak-anak mereka yang disana jadi</p>		

		LH,34 tahun,Petugas PKM	mereka tidak bisa tahan lama-lama Mereka pulang paksa kendalanya adalah suami tidak ada yang rawat, tidak ada yang urus atau anaknya yang tua tidak ada yang urus biasanya anaknya itukan dikasih tinggal sama orangtuanya yang sudah tua		
		YM,35 tahun,IRT	So ba paksa ada ba ingat depe kagak ada sekolah tidak ada yang ba urus,cuma ingat depe kakak ini		
		NM,27 tahun,IRT	Kasihannya suami saya dirumah,ada ba kerja dia tidak ada yang ba urus kalau saya disana		