

TESIS
STUDI EVALUASI PROGRAM PENDAMPINGAN GIZI
DI KABUPATEN BARRU
TAHUN 2007



D A L I
P 180 320 6007

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2008

TESIS
STUDI EVALUASI PROGRAM PENDAMPINGAN GIZI
DI KABUPATEN BARRU PROPINSI SULAWESI SELATAN
TAHUN 2007

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai
Derajat Magister

Program Magister
Kesehatan Masyarakat

Disusun dan Diajukan Oleh

D A L I

Kepada

PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2008

KATA PENGANTAR

Bismillaahirrahmaanirrahim.....

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini sebagai salah satu syarat penyelesaian pendidikan pada program studi Gizi Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tanpa bantuan, motivasi, dan semangat dari semua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung dengan penulisan tesis ini, maka tesis ini tidak akan terselesaikan sebagaimana adanya sekarang.

Penyusunan tesis ini tidak dapat diselesaikan dengan baik, tanpa bimbingan dan arahan dari penasehat kami. Oleh karena itu, pada kesempatan ini izinkanlah kami menyampaikan ucapan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada Ibu Prof.Dr.dr.Suryani Armyn,M.Sc,Sp.GK selaku Ketua Komisi Penasihat dan Bapak Dr. Ridwan Thaha, M.Sc selaku Anggota Komisi Penasihat atas bantuan dan bimbingan yang telah dicurahkan, mulai dari pengembangan ide awal sampai selesainya penulisan tesis ini.

Pada kesempatan ini penulis juga ingin menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada :

1. Rektor dan Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Hassanuddin yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk bisa melanjutkan pendidikan sampai ke jenjang Pascasarjana.

2. Bapak Dr.drg.A. Zulkifli Abdullah,MS, selaku Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat serta staffnya yang telah banyak memberikan bantuan bagi penulis demi kelancaran penelitian ini.
3. Bapak Dr.dr. Burhanuddin Bahar,MS, selaku Ketua Konsentrasi Gizi dan seluruh dosen Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan begitu banyak ilmu kepada penulis selama penulis dalam proses perkuliahan.
4. Tim Penguji Tesis : Prof.Dr.dr.H.Muh.Rusli Ngatimin, MPH, Dr.Saifuddin Sirajuddin, MS dan Prof.Dr.dr.Nurpudji A.Taslim,MPH, Sp.GK atas segala masukan dan saran yang diberikan kepada penulis.
5. Direktur Poltekkes Depkes Kendari atas izin dan dukungannya sehingga penulis dapat melanjutkan pendidikan ke Program Pascasarjana.
6. Bupati Barru beserta jajarannya yang telah memberikan izin penelitian.
7. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Barru dan seluruh stafnya atas izin dan dukungannya dalam pelaksanaan penelitian hingga selesai.
8. Kepala Wilayah Kecamatan Tanete Rilau dan Kepala Puskesmas Pekkae bersama seluruh staf serta warganya yang telah memberikan waktu, tempat, kelancaran dan kemudahan selama penulis melakukan penelitian.
9. Teman-teman, sahabat Pak Ahmad, Ibu Tia, Devi, Manti, Pak Nasruddin, Nining, Asriani, Surniah, Dian dan Riswani, atas segala bantuan secara ikhlas dan berbagi pengalaman.
10. Teman-teman seperjuangan dalam menuntut ilmu di Konsentrasi Gizi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Pascasarjana Unhas yang

tidak sempat penulis sebutkan satu persatu, atas kerjasamanya dalam suka maupun duka.

11. Semua pihak yang tidak sempat disebutkan satu persatu, atas segala bantuannya sejak penulis mulai menuntut ilmu hingga menyelesaikan penyusunan hasil penelitian ini, semoga segala yang telah berikan bernilai ibadah dan mendapatkan balasan dari Allah SWT.

Akhirnya ucapan terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan khusus kepada kedua orang tua saya (almarhum) yang telah memelihara saya sejak kecil dengan penuh kasih sayang sehingga saya tumbuh seperti sekarang ini. Ucapan terima kasih yang tak terhingga pula penulis sampaikan khusus kepada suami tercinta Mashar, dan anak-anakku yang sangat saya banggakan Muthma'innah, Hardiansyah, Faathir dan Luthfiah, atas kebersamaan, kesabaran, keikhlasan, pengertian dan dukungannya selama ini. Demikian pula halnya ucapan terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan kepada kedua mertuaku, kakakku, ipar dan ponakanku sekeluarga yang tidak sempat disebutkan satu persatu yang telah mendukung perjuangan selama ini. Semoga amal kebaikan mereka dilipatgandakan oleh Allah SWT.

Walaupun tesis ini disusun dengan mencurahkan segala pikiran dan tenaga yang penulis miliki secara maksimal, namun penulis tetap menyadari akan adanya keterbatasan sebagai manusia biasa sehingga penulisan tesis ini tentunya masih sangat jauh dari kesempurnaan baik materi maupun penyajiannya. Oleh karena itu, dengan penuh kerendahan hati penulis sangat mengharapkan masukan dan saran demi penyempurnaan tesis ini.

Mudah-mudahan tesis ini dapat bermanfaat bagi kepentingan ilmu pengetahuan, dan semua pihak yang berkepentingan serta masukan bagi Pemerintah Daerah Kabupaten Barru dalam pengembangan Program Pendampingan Gizi di masa mendatang.

Semoga Allah SWT senantiasa membuka pintu rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua, Amin.

Makassar, 14 Agustus 2008

Penulis,

Dali

ABSTRAK

DALI, Studi Evaluasi Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru Tahun 2007 (dibimbing oleh Suryani A.Armyn dan Ridwan Thaha).

Pendampingan gizi dapat membantu mengatasi masalah gizi kurang dan buruk. Program pendampingan gizi dengan strategi pendekatan pemberdayaan masyarakat melalui Tenaga Gizi Pendamping diharapkan dapat menurunkan jumlah gizi kurang dan buruk pada balita. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang keberhasilan pelaksanaan program pendampingan gizi di Kabupaten Barru tahun 2007.

Penelitian ini menggunakan data kualitatif dan kuantitatif. Informan penelitian berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten Barru, Puskesmas Pekkae, Kepala Desa, Kader, keluarga sasaran dan Tenaga Gizi Pendamping. Pengumpulan data input dan proses pendampingan dilakukan dengan cara wawancara mendalam, pengumpulan data output dan outcome pedampingan menggunakan telaah dokumen dan analisa data sekunder.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendampingan gizi mulai tahap input hingga outcome sudah dilaksanakan sesuai dengan petunjuk pedoman pendampingan gizi. Ditemukan peningkatan partisipasi kunjungan sasaran ke Posyandu, cakupan kapsul vitamin A, keaktifan kader, adanya cakupan pemberian ASI eksklusif dan garam beryodium, serta peningkatan status gizi balita berdasarkan indikator BB/U, TB/U, dan BB/TB baku rujukan WHO-NCHS.

Disimpulkan bahwa program pendampingan gizi perlu ditinjau kembali agar dapat dicapai hasil yang maksimal. Disamping itu pentingnya kesadaran keluarga balita untuk tetap menerapkan pola asuh yang benar pada balitanya seperti penerapan pola asuh pada program pendampingan gizi.

Kata kunci: Pendampingan gizi, partisipasi masyarakat, status gizi

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENEKSAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Evaluasi	10
B. Program Pendampingan Gizi.....	27
C. Status Gizi	40
BAB III KERANGKA KONSEP	
A. Kerangka Teori	60
B. Kerangka Konsep	62
C. Variabel Penelitian	63
D. Defenisi Operasional.....	63
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	69
B. Unit Analisis.....	69

C. Lokasi Penelitian	70
D. Sumber dan Jenis Data	71
E. Teknik Pengumpulan Data	77
F. Pengolahan dan Analisa Data	82
G. Penyajian Data	82
H. Keabsahaan Data	83

BAB V HASIL PENELITIAN

A. Input Program Pendampingan Gizi	87
B. Proses Pendampingan Gizi	118
C. Output Program Pendampingan Gizi	141
D. Outcome Program Pendampingan Gizi	159

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	164
B. Saran	166

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Pedoman Wawancara
- Lampiran 2. Matriks Proposisi Evaluasi Program Pendampingan Gizi Kabupaten Barru Tahun 2007
- Lampiran 3. Materi Pelatihan Tenaga Gizi Pendamping Tahun 2007
- Lampiran 4. Bukti Tanda Terima Insentif TGP Tahun 2007
- Lampiran 5. Data Status Gizi Balita (BB/U) Perdesa Sebelum Pendampingan di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007
- Lampiran 6. POA Desa Garessi Kecamatan Tanete Rilau Tahun 2007
- Lampiran 7. Siklus Menu dan Jenus Bahan Makanan PMT-Penyuluhan selama 10 Bulan untuk 10 Kali Pemberian di Wilayah Puskesmas Pekkae Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007-2008
- Lampiran 8. Data Balita yang Pernah di Rujuk di Rumah Sakit Barru
- Lampiran 9. Cakupan dan Prosentase ASI Eksklusif di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007
- Lampiran 10. Prosentase Cakupan Vitamin A Sebelum dan Sesudah Pendampingan Gizi di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007-2008
- Lampiran 11. Data Jumlah KK (Sampel) yang Menggunakan Garam Beryodium Sesudah Pelaksanaan Pendampingan di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2008
- Lampiran 12. Data Posyandu dan Prosentase Keaktifan Kader Sebelum dan Sesudah Pendampingan Gizi di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007-2008
- Lampiran 13. Data Status Gizi Balita (BB/U, TB /U dan BB/TB) Perdesa Sebelum dan Sesudah Pendampingan di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007
- Lampiran 14. Dokumentasi Kegiatan TGP Selama Pelaksanaan Pendampingan di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007-2008

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Indeks Ambang Batas Penentuan Status Gizi Balita berdasarkan Standar WHO-NCHS	59
Tabel 2. Lokasi dan Pihak yang Terlibat Dalam Proses Penyelenggaraan Program Pendampingan Gizi.....	70
Tabel 3. Matriks Jenis Data Penelitian	73
Tabel 4. Matriks Instrumen Data Kualitatif	81

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masa balita sering dinyatakan sebagai masa kritis dalam rangka mendapatkan sumber daya manusia yang berkualitas, terlebih pada periode 2 tahun pertama merupakan masa emas untuk pertumbuhan dan perkembangan otak yang optimal.

Kekurangan gizi pada masa bayi dan anak-anak selain meningkatkan risiko penyakit infeksi dan kematian juga dapat terjadi gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Menurut Barker DJP (1996) bahwa kekurangan gizi pada masa bayi dapat menimbulkan risiko jangka panjang terjadinya penyakit kronis. Lebih lanjut Karjati (1994) mengatakan gangguan pertumbuhan dapat terjadi sejak dalam kandungan. Masa kritis terjadinya gangguan pertumbuhan adalah mulai umur 4 bulan sampai dengan 36 bulan (Martorel dan Habich 1986).

Pada wilayah Pasifik Barat anak balita yang menderita status gizi buruk cukup tinggi, misalnya Kamboja dan Laos mencapai 40%, Vietnam dengan prevalensi stunting dan wasting -2 SD sebanyak 30-39% Kamboja 15% sedang Vietnam 10-14% (-2 SD). (Depkes, 2006)

Menurut Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan Laporan Survei Departemen Kesehatan-Unicef tahun 2005, bahwa jumlah balita penderita gizi buruk mengalami

lonjakan dari 1,8 juta (2005) menjadi 2,3 juta (tahun 2006). Jumlah penderita gizi buruk dan gizi kurang ini sekitar 28% dari total balita di seluruh Indonesia. Dari jumlah balita penderita gizi buruk dan kurang, sekitar 10% berakhir dengan kematian dan masyarakat dunia menyebut Indonesia sebagai negara busung lapar. (Depkes, 2007)

Berdasarkan hasil Survei Gizi Mikro Tingkat Propinsi Sulawesi Selatan Tahun 2006, jumlah balita yang menderita kekurangan gizi terdiri dari gizi kurang 24,4% dan gizi buruk 9,6%. Hasil pengumpulan data dasar kegiatan Tenaga Pendamping Gizi (TPG) tahun 2006 menemukan balita yang menderita gizi kurang sebanyak 18,8% dan gizi buruk 9,7 % (Dinkes , 2006).

Prevalensi gizi buruk dan kurang menurut kabupaten di Sulawesi Selatan tahun 2007 menempatkan Kabupaten Barru berada pada urutan ke lima dari sepuluh kabupaten dengan status gizi kurang tertinggi (<-2 SD NCHS-WHO) berdasarkan BB/U yaitu status gizi kurang 21,7 % dengan gizi buruk 11,9% dari 1301 balita (Dinkes, 2007).

Peningkatan jumlah anak balita penderita gizi buruk patut diwaspadai karena hal itu dapat menyebabkan hilangnya satu generasi. Kurang energi, protein dan zat gizi mikro pada anak mengakibatkan kegagalan tumbuh kembang, mudah terinfeksi penyakit, sehingga berisiko terjadinya kesakitan dan kematian yang tinggi (Depkes, 2007).

Selama ini telah dilakukan berbagai upaya program penanggulangan dan perbaikan gizi mencakup promosi gizi seimbang seperti penyuluhan gizi di Posyandu, fortifikasi garam, pemberian makanan pendamping air susu ibu

(MP-ASI), pemberian suplemen gizi, pemantauan dan penanggulangan gizi buruk serta pendampingan gizi. Namun demikian kasus gizi kurang dan buruk yang terjadi masih tinggi, hal ini menunjukkan bahwa asuhan gizi tingkat keluarga belum memadai. Sayangnya, hingga saat ini penanganan gizi buruk belum tuntas dilakukan sehingga secara sporadik penyakit malnutrisi yang menggerogoti kualitas kecerdasan anak ini masih terjadi walaupun berbagai upaya sudah dilakukan oleh pemerintah untuk mencegah bertambahnya jumlah kasus gizi buruk. Oleh karena itu perlu dilakukan upaya evaluasi program untuk mengetahui keberhasilan atau kegagalan, mengetahui mengapa keberhasilan atau kegagalan itu terjadi dan apa yang perlu dilakukan terhadap hasil tersebut agar program selanjutnya lebih efektif menurunkan kasus gizi kurang dan buruk.

Penelitian tentang pendampingan gizi yang dilakukan oleh Sri Muljati, dkk (2005) pada 300 balita gizi kurang dan 415 balita gizi buruk yang mengikuti pemulihan di Klinik Gizi Bogor pada tahun 2000 s/d 2005; menemukan bahwa pada balita gizi kurang yang telah mengikuti selama dua bulan di Klinik Gizi memiliki peluang untuk mencapai jalur pertumbuhan normal sebesar 22%. Sedangkan pada balita gizi buruk, setelah enam bulan mengikuti pemulihan memiliki peluang untuk mencapai jalur pertumbuhan normal sebesar 20%. Setelah dilakukan analisis secara bersama-sama; ternyata faktor umur, tanda-tanda klinik gizi buruk pada awal pemulihan dan keluhan pilek selama satu bulan pertama mengikuti pemulihan berpengaruh terhadap pencapaian pertumbuhan normal pada balita gizi buruk yang

mengikuti pemulihan secara rawat jalan. Oleh karena itu pemantauan pertumbuhan secara berkala dan promosi tentang praktek pemberian MP-ASI di Posyandu sangat penting dilakukan agar terjadinya penyimpangan pertumbuhan dapat dikendalikan secara dini.

Hasil penelitian Sirajuddin (2006) tentang penerapan model tungku dalam pedampingan gizi di Kabupaten Selayar Sulawesi Selatan, bahwa penerapan model tungku mampu meningkatkan status gizi kelompok intervensi sebesar 28,6% walaupun peningkatannya tidak mampu menyamai status gizi kelompok pembandingan sebesar 42,4%; program ini mampu meningkatkan asupan zat gizi balita yang sekaligus menggambarkan adanya perbaikan pola pengasuhan gizi pada kelompok intervensi setelah pendampingan selama 3 bulan.

Evaluasi (penilaian) adalah suatu cara yang sistematis dalam upaya belajar berdasarkan pengalaman untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan dimasa yang akan datang (WHO dalam Wijono, 1999). Menurut Azwar (1996), bahwa evaluasi program yang menyeluruh adalah evaluasi yang dilakukan terhadap empat komponen yaitu: input — proses — output — outcome. Bila tidak ada evaluasi dalam siklus manajemen program, maka kecenderungan untuk tidak berhasil akan semakin besar dan pengalaman-pengalaman tidak akan begitu bermanfaat untuk tujuan perbaikan dan penyempurnaan suatu rencana kembali.

Program Pendampingan gizi di Sulsel dimulai tahun 2005 melalui kegiatan penempatan Tenaga Gizi Pendamping (TGP) di tingkat desa yang berada di Kecamatan Gerakan Pembangunan dan Pengentasan Kemiskinan (Gerbang Taskin). Kegiatan tersebut bertujuan untuk menekan angka gizi kurang dan gizi buruk, melalui upaya pemberdayaan keluarga dan masyarakat, khususnya keluarga yang memiliki anak balita penderita KEP.

Pada tahun 2005 program pendampingan gizi di Sulawesi Selatan mulai berlangsung sampai sekarang dan semakin berkembang. Awalnya program ini hanya meliputi 5 kabupaten, kemudian pada tahun 2006 dikembangkan menjadi 10 kabupaten, dan tahun 2007 program gizi pendamping meliputi semua kabupaten kecuali Selayar dan Makassar.

Berdasarkan hasil evaluasi dampak kegiatan pendampingan gizi terhadap status gizi balita di 10 kecamatan pada 10 kabupaten gerbang taskin Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2006 menyimpulkan bahwa kegiatan pendampingan gizi dapat menurunkan prevalensi balita yang kekurangan gizi dari 28,5% menjadi 21,1%. Penurunan prevalensi gizi buruk lebih nyata dibandingkan dengan penurunan prevalensi gizi kurang. Prevalensi gizi kurang menurun dari 18,8% menjadi 16,1%, sedangkan gizi buruk menurun dari 9,7% menurun menjadi 5,0%. (Dinkes, 2007)

Kabupaten Barru merupakan salah satu kabupaten yang sudah 2 kali (2 tahun) melaksanakan program pendampingan gizi. Pertama pada tahun 2006, Kabupaten Barru mendapat alokasi TGP sebanyak 8 orang yang ditempatkan 8 desa dan ke dua pada tahun 2007 dengan alokasi TGP sebanyak 10 orang

untuk ditempatkan pada 10 desa yang berada pada desa dan kecamatan yang sama yaitu Kecamatan Tanete Rilau sebagai Gerbang Taskin dengan kasus KEP tertinggi di Kabupaten Barru. Berdasarkan pengumpulan data TGP tahun 2006 di 8 Desa/Kelurahan Kecamatan Tanete Rilau, terdapat 1428 balita dengan jumlah balita menderita KEP mencapai 443 balita (31,02%) terdiri dari gizi kurang 334 balita (23,39%) dan buruk 109 balita (7,63%).(Dinkes, 2006).

Pada umumnya, evaluasi yang dilakukan pada program kesehatan hanya melihat hasil kegiatan dalam bentuk cakupan dan pencapaian target saja, begitu pula pada pelaksanaan program Pendampingan Gizi. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang evaluasi pelaksanaan Program Pendampingan Gizi mulai dari tahap input, proses, output dan outcome di Kabupaten Barru agar menjadi bahan kajian ilmiah dan menjadi bahan pengembangan program perbaikan gizi di Kabupaten Barru pada khususnya dan Provinsi Sulawesi Selatan pada umumnya untuk tahun-tahun berikutnya.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dikemukakan diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana input (rekrutmen dan diklat tenaga pendamping, insentif tenaga pendamping, sosialisai program dan sarana/prasarana) Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru tahun 2007 ?

2. Bagaimana proses (perencanaan, pelaksanaan pendampingan gizi, pemantauan/monitoring, pencatatan dan pelaporan) Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru tahun 2007?
3. Bagaimana output (meningkatnya jumlah sasaran ke Posyandu, balita yang memperoleh ASI eksklusif, cakupan balita yang memperoleh vitamin A, jumlah KK yang menggunakan garam beryodium dan meningkatnya keaktifan kader) dalam Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru tahun 2007 ?
4. Bagaimana outcome atau dampak Program Pendampingan Gizi (peningkatan status gizi balita) di Kabupaten Barru tahun 2007 ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang keberhasilan pelaksanaan program pendampingan gizi di Kabupaten Barru tahun 2007.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang fakta pelaksanaan pada tahap input (rekrutmen dan diklat tenaga pendamping, insentif tenaga pendamping, sosialisai program dan sarana/prasarana) pada Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru tahun 2007.
- b. Untuk memperoleh informasi secara mendalam tentang fakta pelaksanaan pada tahap proses (perencanaan program, pelaksanaan

pendampingan gizi, pemantauan/monitoring, pencatatan dan pelaporan) pada Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru tahun 2007.

- c. Untuk mengetahui output pelaksanaan program pendampingan gizi (meningkatnya jumlah sasaran ke Posyandu, balita yang memperoleh ASI eksklusif, cakupan balita yang memperoleh vitamin A, jumlah KK yang menggunakan garam beryodium dan meningkatnya keaktifan kader) di Kabupaten Barru tahun 2007.
- d. Untuk mengetahui outcome atau dampak program pendampingan gizi (peningkatan status gizi balita) di Kabupaten Barru tahun 2007.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat sebagai berikut :

- a. Sebagai salah satu bahan informasi bagi pihak yang terkait dalam kepentingan pengembangan program gizi, antara lain pemerintah Kabupaten Barru Provinsi Sulawesi Selatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Barru, Tim Gerakan Terpadu Nasional (GERDUNAS) tingkat kabupaten/kota dan propinsi terutama dalam penyusunan langkah-langkah kebijakan program.
- b. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Barru, akan memberikan gambaran tentang proses perencanaan dan evaluasi dalam Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru, sehingga dapat merumuskan langkah-langkah perbaikan dimasa mendatang.

- c. Merupakan bahan informasi ilmiah bagi pengembangan model tenaga pendamping gizi di Sulawesi Selatan khususnya dan di Indonesia pada umumnya.
- d. Khusus bagi peneliti, sebagai penerapan ilmu yang telah dipelajari dan merupakan pengalaman yang sangat berharga dalam kegiatan-kegiatan penelitian sehingga dapat memperluas wawasan dan menabuh pengetahuan, baik terhadap Program penanggulangan KEP maupun terhadap proses perencanaan dan evaluasi program Pendampingan Gizi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses untuk menyediakan informasi tentang sejauhmana suatu kegiatan tertentu telah dicapai, bagaimana perbedaan pencapaian itu dengan standar tertentu untuk mengetahui apakah ada selisih diantara keduanya, serta bagaimana manfaat yang telah dikerjakan itu bila dibandingkan dengan harapan-harapan yang ingin diperoleh (Umar H, 2003).

1. Pengertian Evaluasi

Evaluasi (penilaian) adalah suatu cara yang sistematis dalam upaya belajar berdasarkan pengalaman untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan dimasa yang akan datang. (WHO dalam Wijono, 1999).

Menurut kamus istilah manajemen, evaluasi adalah “proses bersistem dan obyektif yang menganalisa sifat dan ciri pekerjaan di dalam suatu organisasi atau pekerjaan” Levey (1973) mengatakan : *“To evaluated is to make a value judgment, it involves comparing, something with another and then making either choice or action decision”*.

Bila tidak ada evaluasi dalam siklus manajemen proyek, kecenderungan untuk tidak berhasil akan semakin besar dan pengalaman-

pengalaman tidak akan begitu bermanfaat untuk tujuan perbaikan dan penyempurnaan suatu rencana kembali.

Evaluasi menurut perkumpulan ahli kesehatan masyarakat Amerika (*American Public Health Association*) dalam Depkes (1997) bahwa "Evaluasi ialah suatu proses menentukan nilai atau besarnya sukses dalam mencapai tujuan yang sudah ditetapkan sebelumnya". Proses ini paling sedikit mencakup langkah-langkah berikut: memformulasikan tujuan, mengidentifikasi kriteria yang tepat yang akan dipakai mengukur sukses, menentukan dan menjelaskan besarnya sukses, dan rekomendasi untuk kegiatan program selanjutnya. Jadi dua unsur konseptual penting dalam definisi ini ialah "nilai atau besarnya sukses" dan "tujuan yang sudah ditetapkan sebelumnya", sedangkan secara *operational* yang penting dalam definisi ini adalah "tujuan", "kriteria" dan "menentukan serta menjelaskan besarnya sukses".

Klineberg (dalam Depkes, 1997) mendefinisikan evaluasi sebagai "suatu proses yang memungkinkan administrator mengetahui hasil programnya, dan berdasarkan itu mengadakan penyesuaian-penyesuaian untuk mencapai tujuan secara efektif ". Menurut definisi Klineberg ini, maka evaluasi itu tidak sekedar menentukan keberhasilan atau kegagalan, tetapi juga mengetahui mengapa keberhasilan atau kegagalan itu terjadi dan apa yang bisa dilakukan terhadap hasil-hasil tersebut. Hal ini tercermin dalam pertanyaan yang diusulkan oleh Klineberg yaitu :

a. Perubahan macam apa yang diinginkan ?

- b. Cara apa yang dipakai untuk menciptakan perubahan tersebut ?
- c. Apa buktinya bahwa perubahan yang terjadi disebabkan oleh cara yang dipakai?
- d. Apa arti dari perubahan yang terjadi ?
- e. Adakah pengaruh-pengaruh yang tidak diharapkan yang terjadi akibat adanya perubahan tersebut ?

Dalam pembahasan ini evaluasi didefinisikan sebagai penentuan (apakah berdasarkan pendapat, catatan atau data obyektif atau subyektif) hasil (apakah diharapkan atau tidak; sementara atau permanen; hasil langsung atau hasil yang dilihat beberapa waktu kemudian) yang diperoleh sebagai hasil suatu kegiatan, yang didisain untuk mencapai suatu tujuan tertentu (apakah tujuan jangka panjang, jangka menengah atau jangka pendek). Definisi ini mengandung empat dimensi penting yaitu:

- a. Proses, yaitu "penentuan"
- b. Kriteria, yaitu "hasil"
- c. Stimulus atau rangsangan, yaitu "kegiatan"
- d. Nilai, yaitu "tujuan"

2. Tahap Evaluasi

Menurut Aji. FB, Sirait, SM (1990) bahwa secara eksplisit pengertian evaluasi yang digunakan untuk menunjukkan tahap-tahap di dalam suatu system manajemen, secara umum dapat dibagi dalam tiga kategori, yaitu:

Pertama, evaluasi pada tahap perencanaan (*input*). Evaluasi pada tahap ini dimaksudkan untuk memilih dan menentukan skala prioritas terhadap berbagai alternatif dan kemungkinan terhadap cara mencapai tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya. Untuk itu diperlukan berbagai teknik yang dapat dipakai oleh para perencana. Suatu hal yang patut dipertimbangan dalam kaitan itu adalah metode yang ditempuh dalam pemilihan prioritas. Hal itu tidak selalu sama untuk setiap keadaan, melainkan berbeda-beda menurut hakikat dan permasalahannya.

Kedua, evaluasi pada tahap pelaksanaan (*process*). Evaluasi pada tahap ini adalah suatu kegiatan melakukan analisis untuk menentukan tingkat kemajuan pelaksanaan dibandingkan dengan rencana. Terdapat perbedaan antara evaluasi menurut pengertian ini dengan *monitoring* atau pengendalian. *Monitoring* menganggap bahwa tujuan yang ingin dicapai sudah tepat dan bahwa proyek tersebut direncanakan untuk dapat mencapai tujuan tertentu. *Monitoring* melihat apakah pelaksanaan proyek sudah sesuai dengan rencana dan rencana tersebut sudah tepat untuk mencapai tujuan. Sebaliknya evaluasi melihat sejauh mana proyek masih tepat dapat mencapai tujuannya, apakah tujuan tersebut sudah berubah, atau dengan kata lain apakah pencapaian hasil proyek tersebut akan memecahkan masalah pembangunan yang ingin diselesaikan mempengaruhi keberhasilan proyek, baik yang mendukung ataupun yang menghambat.

Ketiga, evaluasi pada tahap akhir pelaksanaan (*output*). Evaluasi pada tahap ini hampir sama dengan evaluasi pada tahap pelaksanaan, hanya perbedaannya yang dinilai dan dianalisis bukan lagi tingkat kemajuan pelaksanaan dibandingkan dengan rencana, tetapi hasil pelaksanaan dibandingkan dengan rencana, yakni apakah dampak yang dihasilkan oleh pelaksanaan kegiatan tersebut sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

Hubungan antara perencanaan dengan evaluasi dapat digambarkan dengan sangat tepat yang pertanyaannya sebagai berikut: "Evaluasi yang baik dapat dilaksanakan hanya didasarkan pada rencana yang baik. Sebaliknya rencana yang baik tidak akan dapat dicapai apabila tidak didasarkan atas umpan balik yang dihasilkan oleh evaluasi yang baik" (Aji. FB, Sirait, SM: 1990).

Menurut SP Siagian (1990), evaluasi (panilaian) merupakan fungsi dan langkah terakhir dalam proses administrasi dan manajemen yang harus diselenggarakan oleh setiap eksekutif, yaitu mengukur dan membandingkan hasil pekerjaan yang nyata dicapai dengan hasil yang seharusnya dicapai.

Jika melalui penelitian yang objektif ternyata ditemukan adanya kesenjangan antara hasil yang seharusnya dicapai dengan hasil yang nyatanya dicapai, maka penemuan itu akan sangat berguna dalam melakukan langkah-langkah perbaikan.

Hampir pada semua organisasi, kenyataan yang ditemukan adalah adanya kesenjangan antara sasaran yang telah ditetapkan untuk dicapai dengan hasil nyata yang diperoleh sebagai akibat dari terselenggaranya

kegiatan-kegiatan tertentu. Dapat dikatakan bahwa sangat sukar untuk menemukan suatu organisasi yang selalu mencapai sasaran 100% memuaskan. Harus diakui bahwa adakalanya sasaran yang telah ditetapkan bahkan terlampaui. Keadaan demikian sangat jarang ditemukan, oleh karena itu merupakan pengecualian. Namun jika ditemukan yang demikian, maka keberhasilan yang dicapai digunakan sebagai bahan untuk dua kepentingan utama, yaitu:

- a. Sebagai bahan motivasi yang sangat penting artinya dalam menyelenggarakan berbagai kegiatan pada saat mendatang.
- b. Meneliti kembali akan ketepatan sasaran yang telah ditentukan sebelumnya.

Hal-hal yang menjadi objek penelitian adalah seluruh segi kegiatan yang telah selesai dilaksanakan, antara lain:

- a. Hasil yang dicapai dalam kurun waktu tertentu.
- b. Jumlah biaya yang dikeluarkan dibandingkan dengan jumlah biaya yang dialokasikan.
- c. Produktivitas kerja para anggota organisasi.
- d. Efektifitas mekanisme dan prosedur kerja yang telah ditetapkan.

Langkah penting yang merupakan bagian integral dari penilaian adalah adanya umpan balik kepada pihak-pihak yang berkepentingan. Umpan balik yang handal sangat bermanfaat dalam meningkatkan kemampuan suatu organisasi untuk dapat bekerja lebih efisien dan efektif serta lebih produktif. Umpan balik dari hasil penilaian dapat digunakan:

- a. Menganalisis dan merumuskan kebijakan serta strategi baru, baik dalam hal sekesar sebagai penyempurnaan dari kebijakan dan strategi lama sesuai dengan tuntutan perkembangan keadaan yang dihadapi, maupun dalam bentuk kebijakan dan strategi yang sifatnya baru.
- b. Penyempurnaan proses dan teknik pengambilan keputusan, jika ternyata proses dan teknik yang lama kurang efektif.
- c. Penyusunan rencana baru terutama setelah dirasakan adanya kebutuhan yang mendesak untuk menentukan skala prioritas baru, baik sebagai akibat telah terpenuhinya skala prioritas lama maupun karena menghadapi situasi yang baru.
- d. Penyusunan program kerja yang baru sesuai dengan skala prioritas baru yang ditetapkan dalam perencanaan.
- e. Merubah struktur organisasi lama yang mungkin diperlukan dalam melaksanakan refungsionalisasi dengan memberikan penekanan-penekanan baru bagi unit kerja yang ada, baik yang menyangkut tugas pokok maupun tugas penunjang.
- f. Pencarian dan penggunaan teknik serta metode motivasi baru, jika dirasakan bahwa teknik dan metode yang digunakan pada waktu yang lalu tidak efektif lagi, baik karena sudah kadaluwarsa maupun karena terjadinya pergeseran nilai-nilai organisasi dan individu yang pada gilirannya akan berperan sebagai faktor motivasi.
- g. Penyempurnaan prosedur kerja dalam penyelenggaraan berbagai kegiatan, yang bisa saja terjadi karena perubahan situasi dalam suatu

organisasi, misalnya dengan adanya mekanisme otomatisasi atau komputerisasi berbagai kegiatan.

- h. Peningkatan efektifitas pengawasan yang seyogianya selalu terbuka untuk kemungkinan adanya penyempurnaan.
- i. Penyempurnaan sistem penilaian dari hasil pekerjaan yang memang harus diusahakan terus-menerus.
- j. Pemafaatan yang semakin efektif dari semua jalur penyampaian umpan balik. (Siagian SP., 1990).

Evaluasi program menurut Azwar (1996) dapat dilakukan seperti tahap berikut :

- a. Input, adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.
- b. Proses, adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran sesuai dengan apa yang direncanakan.

Perencanaan merupakan salah satu fungsi dari siklus manajemen program. Dapat disimpulkan bahwa perencanaan adalah usaha untuk mencapai tujuan dengan segala macam metode yang sedetail mungkin diformulasikan sebelumnya tentang apa yang akan dicapai, berapa, bilamana dan oleh siapa (Aji FB, dan Sirait SM, 1990).

Perencanaan merupakan kegiatan pemikiran, penelitian, perhitungan dan perumusan tindakan-tindakan yang akan dilakukan dimasa yang akan datang, baik berkaitan dengan kegiatan-kegiatan

operasional dalam pengelolaan logistik, pengorganisasian, maupun pengendalian logistik (Dwiantara L, Sumarto RH, 2004).

Menurut Newman (dalam Manullang M, 2004) bahwa perencanaan adalah penentuan terlebih dahulu apa yang akan dikerjakan. Pada umumnya suatu rencana yang baik memuat enam unsur yaitu : *the what, the why, the where, the when, the who, the how*. Jadi suatu rencana yang baik memuat seperti berikut:

- 1) Tindakan apa yang harus dikerjakan
 - 2). Apakah sebabnya tindakan itu harus dikerjakan
 - 3). Dimanakah tindakan itu harus dikerjakan
 - 4). Kapankah tindakan itu dilaksanakan
 - 5). Siapakah yang akan mengerjakan
 - 6). Bagaimanakah caranya melaksanakan tindakan itu.
- c. Output, adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.
- d. Outcome, meliputi perubahan yang lebih luas yang terjadi lebih lambat sebagai akibat langsung dari adanya hasil program dan kegiatannya.

3. Pendekatan dan Tipe Evaluasi

Pendekatan pokok dalam evaluasi program menurut Mantra (dalam Depkes 1999), ada 2 yaitu:

a. Evaluasi formatif (*Formative Evaluation*)

Evaluasi formatif (*Formative Evaluation*) membantu

pengembangan program di waktu program tersebut masih dalam tahap perencanaan, untuk dipergunakan sebagai dasar mengembangkan program.

Maksud mengadakan evaluasi formatif adalah untuk memaksimalkan kemungkinan intervensi akan berhasil. Evaluasi formatif ini dilaksanakan sebelum memulai kegiatan program dan merupakan dasar untuk menentukan tujuan perilaku, menentukan intervensi dan juga evaluasi. Ia memberikan informasi yang sangat berharga untuk mengembangkan strategi dan menyempurnakan rencana pelaksanaan program. Sesudah perencanaan, materi dan strateginya direncanakan, maka semua itu harus diujicoba untuk menjamin efektifitasnya.

Evaluasi formatif mencakup:

- a) Penjajagan kebutuhan target sasaran
- b) Penjajagan mengenai pengetahuan, ketrampilan, sikap, kepercayaan dan perilaku target sasaran.

Bentuk evaluasi formatif bisa bermacam-macam, misalnya:

- a) Analisa data epidemiologis
- b) Tinjauan kepustakaan
- c) Analisa data demografis dan psikografis
- d) *Focus Group Discussion (FGD)*, pertemuan, survei untuk menentukan isu pokok, kesempatan dan hambatan yang ada.

- e) Analisa data marketing
- f) Uji coba konselor, pesan dan salu komunikasi dengan konsumen.
- g) Mencoba strategi untuk sekelompok kecil sasaran sebelum diterapkan secara lebih luas.

Jadi evaluasi formatif ini penting sekali dan tidak selalu mahal. Banyak informasi yang anda perlukan mungkin bisa didapat dari Dinas Kesehatan, Pendidikan dan Kebudayaan serta lain-lain departemen. Mungkin bisa juga dari perpustakaan setempat, *provider* (sektor) lain, atau bisa juga dari pihak swasta. Sesudah rencana disusun berdasar data dari evaluasi formatif, maka diadakan ujicoba dulu sebelum masuk tahap pelaksanaan.

b. Evaluasi Sumatif (*Summative Evaluation*)

Evaluasi Sumatif (*Summative Evaluation*) digunakan untuk menilai program sesudah program tersebut berjalan.

Selain pendekatan evaluasi formatif dan evaluasi sumatif di atas, ada empat tipe pokok evaluasi program, yaitu:

1. Evaluasi input (*input evaluation*)
2. Evaluasi proses (*proces evaluation*)
3. Evaluasi hasil (*outcome evaluation*)
4. Evaluasi dampak (*impac evaluation*)

Tipe-tipe pokok evaluasi tersebut di atas, dapat dilukiskan dengan pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab dan kapan sebaiknya data yang diperlukan di kumpulkan dengan uraian:

1. Evaluasi Input (input evaluation), mencakup, misalnya:

- a) Jumlah petugas kesehatan yang telah menerima pelatihan.
- b) Jumlah bahan cetak untuk topik tertentu yang sudah dibuat.
- c) Jumlah ceramah kesehatan yang diberikan kepada sasaran tertentu.

Evaluasi input dilaksanakan sesudah program selesai atau sesudah tahap program selesai.

2. Evaluasi Proses (*Proces Evaluation*)

Sesudah tahap perencanaan, maka program bergeser ke tahap pelaksanaan (proses) . Dalam tahap pelaksanaan ini perlu evaluasi proses yang akan menjawab pertanyaan-pertanyaan seperti:

- a) Apa yang sudah dilakukan?
- b) Apakah sudah sesuai dengan rencana dan strategi yang dikembangkan yaitu:
 - 1) Kepada siapa ?
 - 2) Oleh siapa ?
 - 3) Kepada berapa banyak target sasaran ?
 - 4) Berapa kali ?

- 5) Untuk berapa lama ?
- 6) Bagaimana caranya ?
- 7) Kapan ?
- 8) Dimana ?

Evaluasi proses memberikan informasi apakah program menjangkau target sasaran, juga memberikan informasi tentang keputusan-keputusan yang sudah dibuat hingga masih memberikan kesempatan untuk memperbaiki kekeliruan-kekeliruan kecil yang dibuat, sebelum kesalahan tersebut menjadi kesalahan yang lebih besar. Evaluasi proses juga memberikan informasi tentang cara yang paling efektif dan efisien melancarkan intervensi. Kebanyakan program pencegahan berhenti sampai pada evaluasi proses. Tetapi sebenarnya evaluasi hasil dan dampak menjawab seluruh pertanyaan yang paling penting, yaitu: "Perubahan-perubahan apa yang sudah terjadi sebagai hasil dari program ?

3. Evaluasi Hasil (*Outcome Evaluation*)

Evaluasi hasil menunjukkan apakah suatu program telah memberikan pengaruh seperti yang diharapkan terhadap perilaku. Pengaruh program yang diharapkan bisa juga mencakup perubahan pengetahuan, sikap, kepercayaan, yang semuanya akan berpengaruh terhadap perilaku. Evaluasi hasil berfokus pada tujuan perilaku yang

sudah dirumuskan, dan sedapat mungkin harus bisa menunjukkan bahwa intervensi tersebutlah (bukan intervensi lain) yang menyebabkan perubahan tersebut.

Seringkali hal ini amat sulit, terutama dengan adanya upaya-upaya pemasaran sosial yang bertumpu pada media, dimana banyak hal-hal lain yang mungkin mempengaruhi target sasaran, seperti iklan di TV, internet, pelayanan lain yang diterima oleh target sasaran, dll.

Evaluasi hasil mencatat hasil-hasil jangka pendek dari intervensi yang menggambarkan hasil-hasil jangka pendek secara kuantitatif, misalnya berapa banyak pertanyaan yang anda peroleh semenjak poster diedarkan dan dipasang. Selain itu, juga menggambarkan hasil-hasil kualitatif seperti perubahan sikap (*attitudes*).

Perlu diingat bahwa semua elemen-elemen kualitatif tersebut harus dapat dilukiskan secara kuantitatif. Perencana program harus bisa melukiskan besarnya perubahan dalam persen. Mengevaluasi hasil memang tidak mudah tetapi penting.

Indikator-indikator yang bisa dipakai untuk mengevaluasi hasil dapat dikelompokkan dalam 3 kategori:

- a. Hasil akhir, yaitu diterapkannya perilaku yang disarankan dalam jangka panjang.
- b. Hasil antara
- c. Input, yaitu jumlah *resources* yang dipergunakan untuk kegiatan

penyuluhan.

Pada evaluasi hasil akan menjawab 5 pertanyaan berikut:

- a. Apa yang berubah sebagai hasil intervensi? Mengapa berubah?
Aspek mana dari intervensi yang menyebabkan perubahan tsb.?
- b. Di kelompok sasaran mana perubahan tersebut terjadi? Kapan dan bagaimana terjadinya perubahan tersebut ?
- c. Di kelompok mana tidak terjadi perubahan ?
- d. Apa yang menyebabkan perbedaan ini ?
- e. Bagaimana efisiensi perubahan tersebut ?

Evaluasi seringkali merupakan studi berskala besar yang memberikan data kuantitatif. Namun, evaluasi penyuluhan dalam suatu program, dapat dilakukan dengan mengintegrasikan pertanyaan-pertanyaan penyuluhan tersebut kedalam kegiatan evaluasi program yang sedang berjalan seperti: pelaporan rutin, kunjungan supervisi, survei rumah tangga, ataupun dilakukan oleh institusi penelitian, baik pemerintah maupun swasta, review program yang komprehensif. Bila sumber daya memungkinkan, evaluasi dapat pula dilakukan oleh institusi penelitian, baik pemerintah maupun swasta.

Evaluasi merupakan studi yang berskala besar dengan biaya tinggi, suatu perubahan perilaku dengan menggunakan waktu yang cukup lama, oleh karena itu evaluasi cukup dilakukan satu kali setahun.

Adapun cara mengevaluasi hasil dapat dilakukan melalui:

1. Observasi.
2. Wawancara.
3. Diskusi kelompok terarah (*Focus Group Discussion = FGD*)
4. Kunjungan secara teratur atau kunjungan mendadak ke tempat-tempat distribusi media.
5. Mencegat orang lewat (termasuk target sasaran, menanyakan apakah mereka masih ingat dan apa persepsi mereka tentang pesan yang kita sebarkan). Dan lain-lain.

Evaluasi dapat dilakukan oleh: staf sendiri, pihak luar, unit evaluasi yang independent, program lain atau relawan; yang dilaksanakan:

? Sesudah intervensi saja ?

Kapan: _____

? Pada saat-saat tertentu (*specified intervals*) ?

Kapan: _____

? Sebelum dan sesudah intervensi?

Kapan: _____

? Kombinasi, yaitu pertanyaan-pertanyaan tertentu hanya ditanyakan sesudah intervensi, sedangkan pertanyaan-pertanyaan lain ditanyakan pada saat tertentu di antaranya (*specified intervals*)?

Kapan: _____

d. Evaluasi dampak (*impac evaluation*)

Evaluasi dampak merupakan penilaian jangka panjang. Evaluasi dampak ini memberi gambaran atau informasi tentang perubahan penyakit, angka kematian, penurunan atau peningkatan produktivitas, dsb. Evaluasi dampak melibatkan komitmen jangka panjang. Evaluasi dampak ini mungkin saja mahal, dan kita harus memahami semua faktor yang mempengaruhi perilaku perorangan seperti kebijaksanaan pemerintah, peraturan perundangan dan lain-lain. Oleh sebab itu evaluasi dampak tidak dilakukan untuk intervensi yang spesifik, tetapi biasanya bersifat umum.

Disamping pelaksanaan evaluasi tersebut di atas, juga dilakukan kegiatan monitoring atau pemantauan pada kegiatan program. Kegiatan monitoring dilaksanakan secara sistematis dan terus menerus, untuk dapat segera mendeteksi bila ada masalah dalam pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan, supaya dapat dilakukan tindakan perbaikan segera.

Monitoring sering juga disebut evaluasi proses. Monitoring merupakan upaya untuk mengamati pelayanan dan cakupan program. Mengamati cakupan program berarti seberapa banyak target sasaran yang direncanakan sudah terjangkau. Sedangkan mengamati pelayanan program ialah menentukan apakah program sudah dilaksanakan seperti yang diharapkan.

Maksud monitoring, agar seawal mungkin bisa menemukan dan memperbaiki masalah dalam pelaksanaan program.

Monitoring bukan pengujian pihak luar terhadap pelaksanaan program, tetapi merupakan alat yang dipergunakan oleh pelaksana program untuk mengungkapkan hal-hal yang tidak diperkirakan waktu perencanaan dan memerlukan perbaikan. Oleh karena itu monitoring dan evaluasi merupakan komponen penting dalam pelaksanaan program. (Depkes, 1997)

B. Program Pendampingan Gizi

1. Pengertian

Pendampingan gizi adalah kegiatan dukungan dan layanan bagi keluarga agar dapat mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi (gizi kurang dan gizi buruk) anggota keluarganya. Pendampingan dilakukan dengan cara memberikan perhatian, menyampaikan pesan, menyemangati, mengajak, memberikan solusi, menyampaikan bantuan, memberikan nasihat, merujuk, menggerakkan dan bekerjasama.

Pendampingan gizi dilaksanakan dengan prinsip-prinsip: (1) pemberdayaan keluarga atau pendamping berperan sebagai bagian dari keluarga dan masyarakat yang didampingi; (2) melibatkan keluarga atau masyarakat secara aktif, dan (3) tenaga pendamping hanya berperan sebagai fasilitator (Depkes, 2007).

Asuhan gizi balita adalah tindakan ibu, keluarga atau pengasuh

anak dalam memberi makan, mengasuh, merawat, dan menilai pertumbuhan dan perkembangan balita.

Pendampingan asuhan gizi balita adalah kegiatan pendampingan tentang cara memberi makan, cara mengasuh, cara merawat, cara menilai pertumbuhan dan perkembangan anak yang dilakukan oleh seorang Tenaga Gizi Pendamping (TGP) kepada ibu atau pengasuh balita dalam bentuk kunjungan rumah, konseling, kelompok diskusi terarah yang dilakukan terhadap setiap individu atau kelompok dalam wilayah binaan yang telah ditentukan (Dinkes, 2007).

2. Tujuan

Secara umum program pendampingan gizi bertujuan untuk meningkatkan status gizi bayi dan anak balita di wilayah kecamatan Gerbang Taskin melalui kegiatan pendampingan. Adapun tujuan khusus program pendampingan gizi adalah (1) menurunkan prevalensi gizi kurang dan gizi buruk pada balita; (2) meningkatkan pengetahuan gizi keluarga; (3) meningkatkan pola pengasuhan; (4) meningkatkan keluarga sadar gizi; dan (5) meningkatkan partisipasi masyarakat pada kegiatan posyandu (D/S) dan jumlah kader aktif pada setiap kegiatan posyandu (Dinkes, 2007).

3. Sasaran

Sasaran pendampingan gizi terdiri atas:

- a. Keluarga yang mempunyai balita gizi buruk dan kurang (BBU<-2 SD).

- b. Keluarga yang mempunyai balita yang tidak naik berat badannya 2 kali berturut-turut.
- c. Keluarga yang mempunyai balita
- d. Kader posyandu.

4. Tenaga Gizi Pendamping (TGP)

Tenaga Gizi Pendamping (TGP) adalah petugas yang berlatar belakang pendidikan gizi dan pernah mengikuti pelatihan pendampingan yang diberikan tugas untuk melakukan kegiatan pendampingan di bidang gizi bagi keluarga dan masyarakat di desa miskin, dengan persyaratan sebagai berikut:

- a. Lulusan D3 Gizi, Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) Jurusan Gizi atau Sarjana Gizi (S.Gz).
- b. Umur maksimal 40 tahun
- c. Dinyatakan lulus seleksi
- d. Bersedia ditempatkan dan tinggal di desa miskin atau terpencil di Sulawesi Selatan, dimana tenaga lulus pelatihan pendampingan gizi.
- e. Menandatangani kontrak yang telah disepakati (Dinkes, 2007).

5. Langkah-Langkah Pendampingan Gizi

a. Persiapan Pendampingan

Tenaga yang terlibat dalam persiapan pendampingan keluarga adalah Tim Puskesmas yang terdiri dari: Kepala Puskesmas, Bidan

koordinator, dan Tenaga Pelaksana Gizi (TPG); Bidan Poskesdes; Kader Poskesdes; dan Kepala Kelurahan/Desa).

1) Persiapan Tingkat Puskesmas :

- a. Menyelenggarakan pertemuan dengan bidan Poskesdes untuk persiapan penyelenggaraan pendampingan yang meliputi: pendataan sasaran, penetapan jumlah kader pendamping, tata cara pemilihan kader pendamping.
- b. Merencanakan dan menyiapkan pelatihan kader pendamping (peserta, tempat dan peralatan/perlengkapan pelatihan, dll). Pelatihan akan dilaksanakan setelah kegiatan persiapan tingkat desa selesai.

2) Persiapan Tingkat Desa

Berdasarkan hasil Survei Mawas Diri (SMD), kader Poskesdes membuat daftar keluarga sasaran yang dibuat berdasarkan hasil kegiatan pada setiap kegiatan Posyandu 3 bulan terakhir (SKDN).

Bidan Poskesdes merekapitulasi daftar keluarga sasaran dan menetapkan jumlah kader pendamping yang dibutuhkan (satu kader pendamping melayani 10-20 keluarga sasaran) dan disampaikan kepada Kepala Desa/Lurah.

Kepala Desa/Lurah menyelenggarakan pertemuan untuk memilih kader pendamping dengan kriteria:

- a) Mempunyai kepedulian terhadap masalah gizi dan kesehatan masyarakat.

- b) Bersedia mengikuti pelatihan kader pendamping.
- c) Mampu baca tulis dan berkomunikasi dengan baik
- d) Mempunyai waktu yang cukup dan bersedia menjadi menjadi kader pendamping.
- e) Mampu bekerjasama dengan berbagai pihak yang terkait.
- f) Diutamakan dari kader posyandu yang aktif.

Kepala Desa/Lurah menerbitkan “surat tugas” bagi kader pendamping untuk masing-masing Posyandu. Dan peningkatan kapasitas kader pendamping, dilaksanakan selama 2 hari efektif oleh Tim Puskesmas.

b. Pelaksanaan Pendampingan Gizi

Setelah memperoleh pelatihan, kader pendamping melaksanakan tugas-tugas sebagai berikut:

1. Membuat jadwal kunjungan rumah keluarga sasaran.

Kader pendamping membuat jadwal kunjungan dengan mengisi formulir berdasarkan kesepakatan dengan keluarga sasaran. Formulir diisi dengan cara mengelompokkan sasaran berdasarkan jarak terdekat antara masing-masing keluarga sasaran. Kunjungan direncanakan sesuai dengan berat ringannya masalah gizi yang dihadapi keluarga.

2. Melakukan kunjungan ke keluarga sasaran secara berkelanjutan.

Kader pendamping melakukan kunjungan ke keluarga sasaran

yang berjumlah 10-20 keluarga. Masing-masing keluarga sasaran akan didampingi secara berkelanjutan sebanyak rata-rata 10 kali kunjungan disesuaikan dengan berat ringannya masalah sampai keluarga tersebut mampu mengatasi masalah gizi yang dihadapi. Oleh karena itu kunjungan hendaknya sesuai dengan rencana yang telah dibuat sehingga pendampingan dapat dilaksanakan secara optimal.

Dalam melakukan pendampingan, kader pendamping dibekali buku saku dan formulir pencatatan pendampingan. Kader pendamping hendaknya bersikap ramah, sopan dan menjaga agar terjalin hubungan baik sehingga keluarga sasaran mau menerima dan menceritakan masalah yang dihadapi. Setelah selesai melakukan kunjungan ke setiap keluarga hendaknya membuat kesepakatan dengan keluarga sasaran untuk kunjungan berikutnya. Hal ini dimaksudkan agar setiap kolom jadwal kunjungan selanjutnya pada formulir dapat diisi.

3. Mengidentifikasi dan mencatat masalah gizi yang terjadi pada sasaran. Meskipun pada saat pendataan telah diketahui masalah gizi keluarga sasaran, namun kader pendamping masih perlu melakukan identifikasi secara teliti masalah gizi yang dihadapi pada saat kunjungan. Identifikasi masalah gizi dilakukan dengan mengajukan beberapa pertanyaan yang terkait dengan 5 perilaku KADARZI yang dapat dicatat pada formulir. Di samping itu dilakukan pengamatan terhadap balita atau anggota keluarga lain yang menderita

sakit, kebersihan diri dan lingkungan rumah serta pemanfaatan air bersih. Semua hasil identifikasi tersebut harus dicatat untuk setiap sasaran agar dapat diberikan nasehat sesuai dengan masalahnya. Masalah gizi keluarga sasaran dicatat pada kolom masalah pada formulir, yang disesuaikan dengan kunjungan yang ke berapa kali dan tanggal/bulan/tahun.

4. Memberikan nasihat gizi sesuai permasalahannya

Setelah diketahui masalah gizi yang dihadapi keluarga sasaran, maka kader pendamping memberikan nasehat yang sesuai dengan masalahnya. Nasehat yang disampaikan berisi anjuran atau cara-cara untuk mengatasi dan mencegah terulangnya masalah yang dihadapi. Nasehat hendaknya dilakukan secara bertahap sesuai dengan kesediaan/kesanggupan keluarga untuk melakukan anjuran yang disampaikan dan kemajuannya akan dilihat pada kunjungan berikutnya.

Dalam memberikan nasehat hendaknya Kader Pendamping selalu menggunakan alat peraga dan media penyuluhan sesuai dengan masalahnya. Nasehat yang disampaikan dicatat pada kolom nasehat yang diisi sesuai dengan masalah dan tanggal kunjungan.

Nasehat gizi dapat berupa:

a. Mengajak sasaran setiap bulan datang ke Posyandu.

Dalam setiap kunjungan, kader pendamping hendaknya selalu menghimbau dan mengajak keluarga sasaran agar mau membawa

anaknya ditimbang setiap bulan di Posyandu. Untuk meyakinkan keluarga sasaran, perlu disampaikan manfaat menimbang berat badan balita setiap bulan terhadap pertumbuhannya.

- b. Mengusahakan agar seluruh anak balita di wilayah tugasnya memiliki KMS. Setiap balita harus mempunyai KMS sebagai alat monitoring pertumbuhan. Oleh karena itu kader pendamping harus mengusahakan agar seluruh anak balita dari keluarga sasaran yang didampingi dapat memperoleh KMS, dengan cara mengajukan usulan permintaan KMS kepada Bidan Poskesdes atau TPG Puskesmas.
- c. Menganjurkan keluarga yang mempunyai bayi 0-6 bulan untuk memberikan ASI saja (ASI eksklusif) dan memberikan makanan pendamping ASI kepada bayinya sejak usia 6 bulan-24 bulan.
- d. Menganjurkan balita atau keluarga untuk mengkonsumsi aneka ragam makanan sesuai anjuran.
- e. Menganjurkan agar keluarga selalu mengkonsumsi garam beryodium. Pada umumnya, garam beryodium sudah tersedia di pasaran. Kader pendamping menjelaskan pentingnya zat yodium untuk mencegah dan menanggulangi GAKY, serta menganjurkan agar keluarga menggunakan hanya garam beryodium dalam hidangan sehari-hari. Dijelaskan juga cara mengenali garam beryodium dari kemasan dan mereknya. Lakukan pemeriksaan garam yang ada di rumah apakah beryodium atau tidak dengan menggunakan tes yodina atau tes amilum.

- f. Menganjurkan ibu hamil untuk datang memeriksakan kehamilannya secara rutin kepada Bidan Poskesdes minimal 4 kali selama hamil.
- g. Membantu sasaran untuk mendapatkan suplemen gizi.

Untuk membantu sasaran mendapatkan suplemen gizi, kader pendamping perlu memberikan informasi tentang gejala kekurangan gizi (Kurang vitamin A, kurang darah/anemia dan Gangguan Akibat Kekurangan Yodium) dan cara penanggulangannya serta memberikan anjuran tentang kapan dan dimana dapat memperoleh suplemen gizi. Anjuran yang disampaikan yaitu sebagai berikut:

- 1) Ibu hamil perlu mendapatkan dan minum tablet besi minimal 90 tablet selama hamil untuk mencegah dan menanggulangi anemia.
- 2) Ibu nifas perlu mendapatkan dan minum 2 kapsul vitamin A dosis tinggi 200.000 SI (kapsul merah), 1 kapsul setelah bayi lahir dan 1 kapsul hari berikutnya atau paling lama 28 hari setelah melahirkan, dapat diperoleh di Posyandu atau sarana kesehatan lain untuk mencegah dan menanggulangi kekurangan vitamin A pada bayi yang disusui.
- 3) Bayi umur 6-11 bulan perlu mendapatkan dan minum 1 kapsul vitamin A dosis tinggi 100.000 SI (kapsul biru) setiap bulan Februari atau Agustus dapat diperoleh di Posyandu atau Puskesmas untuk mencegah dan menanggulangi kekurangan vitamin A.
- 4) Balita 12-59 bulan perlu mendapatkan dan minum kapsul vitamin A

dosis tinggi 200.000 SI (kapsul merah) setiap bulan Februari dan Agustus dapat diperoleh di Posyandu atau Puskesmas untuk mencegah dan menanggulangi kekurangan vitamin A.

5. Mengantarkan kasus rujukan dan menindaklanjuti masa pasca rujukan

Peran kader pendamping sangat penting untuk memfasilitasi supaya keluarga yang mempunyai balita yang berat badannya tidak naik 2 kali berturut-turut, BGM dan balita gizi buruk bersedia, dirujuk. Rujukan dilaksanakan oleh Kader Pendamping ke Poskesdes/ Puskesmas. Bagi keluarga miskin biaya perawatan gizi buruk di Puskesmas atau Rumah Sakit ditanggung pemerintah melalui Asuransi Kesehatan Keluarga, Miskin (Askeskin). Di samping itu, kader pendamping agar menindaklanjuti pelayanan pasca rujukan, misalnya: memberikan konseling sesuai dengan masalahnya.

6. Menyelenggarakan Diskusi Kelompok Terarah (DKT) untuk membahas masalah gizi yang ditemukan selama kegiatan pendampingan. DKT dilakukan sesuai masalah yang dihadapi oleh keluarga, sasaran yang difasilitasi oleh kader pendamping dan dihadiri oleh petugas Poskesdes. Untuk lebih memotivasi keluarga sasaran, DKT dapat menghadirkan keluarga, yang berhasil menerapkan KADARZI.

7. Kader pendamping menjalin kerjasama dengan tokoh masyarakat, tokoh agama, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dan donatur untuk membantu memecahkan masalah gizi keluarga, melalui pertemuan Pokja KADARZI Desa.

8. Mencatat perubahan perilaku KADARZI

9. Kader pendamping mencatat setiap perubahan perilaku keluarga. setiap 4 kali kunjungan (kunjungan ke 4,8,12). Perubahan perilaku dapat diukur dengan membandingkan pencatatan sebelumnya, meliputi: balita dengan berat badan naik, Bawah Garis Merah (BGM), Suplementasi kapsul Vitamin A, pemberian ASI eksklusif 0-6 bln, Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) 6-24 bulan, Beraneka Ragam Makanan Keluarga, dan Garam Beryodium untuk selanjutnya disampaikan secara tertulis ke pelaksana program secara berkala. Dan kader merekap hasil perubahan perilaku dari kegiatan pendampingan setiap bulan.

c. Indikator Kinerja Pendampingan Gizi

Indikator kinerja ini mencerminkan kinerja kader pendamping terhadap kegiatan pendampingan yang dilaksanakan. Pemantauan kinerja pendampingan dilakukan secara berjenjang dan terus menerus. Pemantauan dari tingkat kecamatan/puskesmas ke desa/kelurahan dilakukan setiap bulan. Pemantauan dari kabupaten/kota ke Kecamatan/Puskesmas dan dari Propinsi ke Kabupaten/Kota dilakukan setiap 3 bulan. Menurut Depkes (2007), indikator sebagai berikut:

1. Indikator Input:

Setiap pendamping gizi memiliki:

- a. Buku pedoman pendampingan
- b. Buku saku

- c. Formulir pencatatan pendampingan
- d. Alat bantu penyuluhan dan nasehat gizi (lembar balik)
- e. Data jumlah sasaran
- f. Informasi masalah gizi kurang dan buruk (KEP)
- g. Rencana kunjungan rumah dan nasehat gizi.

2. Indikator Proses:

- a. Adanya Survei Mawas Diri (SMD), Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) dan Diskusi Kelompok Terarah (DKT).
- b. Frekuensi nasehat gizi pada keluarga sasaran.
- c. Adanya rujukan dan tindak lanjut kasus balita gizi buruk, 2T dan BGM.

3. Indikator Output:

- a. Meningkatnya kunjungan sasaran datang ke Posyandu.
- b. Meningkatnya jumlah ibu yang memberikan ASI Eksklusif.
- c. Meningkatnya cakupan bayi 6-11 bulan yang mendapat kapsul vitamin A satu kali setiap tahun.
- d. Meningkatnya cakupan anak balita (12-59 bulan) yang mendapat kapsul vitamin A, dua kali setiap tahun.
- e. Meningkatnya cakupan ibu hamil minum TTD minimal 90 tablet
- f. Meningkatnya cakupan pemberian ASI bagi bayi 6-11 bulan dan anak 12-24 bulan dari keluarga miskin.
- g. Semua anak gizi buruk pasca rawat inap yang didampingi, berat badannya naik mengikuti jalur pertumbuhan normal pada KMS.

- h. Meningkatnya jumlah keluarga yang menggunakan garam beryodium yang memenuhi syarat.
- i. Tidak adanya balita 2 T dan BGM.

d. Pemantauan Kegiatan Pendampingan

Langkah-langkah pemantauan kegiatan pendampingan, yaitu:

1. Kader pendamping menyampaikan formulir hasil perubahan perilaku formulir kesimpulan hasil dan formulir hasil kegiatan pendampingan kepada bidan Poskesdes.
2. Tenaga Pelaksana Gizi Poskesdes melakukan validasi kepada beberapa KK yang didampingi (5-6 KK per posyandu) melalui pemantauan langsung. Hasil validasi dibuktikan dengan paraf dan catatan dari Bidan Poskesdes pada formulir 4, 5 dan 6.
3. Poskesdes merekap hasil pemantauan keluarga sasaran di desa yang bersangkutan dan melaporkan hasilnya kepada Kepala desa dan tim Puskesmas. Bila ditemukan masalah dalam pemantauan, bidan Poskesdes memberikan umpan balik kepada kader pendamping. Demikian juga tim Puskesmas dapat memberikan umpan balik kepada Kepala desa bila ditemukan masalah, atau memberikan penghargaan atas kinerja yang baik kepada kader.
4. Pemantauan dilakukan setiap bulan selama proses pendampingan berlangsung.

C. Status Gizi

1. Pengertian Status Gizi

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi dan penggunaan zat-zat gizi yang dibedakan antara status gizi baik, status gizi kurang, status gizi buruk dan status gizi lebih. (Almatsier, 2001).

Pendapat tersebut di atas sejalan dengan pendapat Riyadi (2001) bahwa status gizi merupakan keadaan kesehatan tubuh seseorang atau kelompok orang yang diakibatkan oleh konsumsi, penyerapan (absorpsi) dan menggunakan zat gizi makanan (utilisasi).

Status gizi merupakan tanda-tanda atau penampilan seseorang sebagai akibat keseimbangan antara pemasukan dan pengolahan zat gizi yang berasal dari makanan yang dikonsumsi. Dapat pula disebutkan bahwa status gizi seseorang pada dasarnya merupakan gambaran kesehatan sebagai refleksi dari konsumsi pangan dan penggunaannya oleh tubuh. Status gizi merupakan indeks yang statis dan agregatif sifatnya kurang peka untuk melihat terjadinya perubahan dalam waktu pendek misalnya bulanan (Soekirman, 2002).

Status gizi kurang selain ditegakkan melalui pemeriksaan antropometri (penghitungan berat badan menurut umur /panjang badan) dapat melalui temuan klinis dijumpainya keadaan klinis gizi buruk yang dapat dibagi menjadi kondisi marasmus, kwasiorkor dan bentuk campuran (marasmus kwasiorkor). Tanda tanda marasmus adalah anak kurus,

kulitnya kering, didapatkan pengurusan otot (atrophy) sedangkan kwasiorkor jika didapatkan edema (bengkak) terutama pada punggung kaki yang tidak kembali setelah dilakukan pemijitan (pitting edema), marasmus kwasiorkor adalah bentuk klinis campuran keduanya.

Pengertian di masyarakat tentang "Busung Lapar" adalah tidak tepat. Sebutan "Busung Lapar" yang sebenarnya adalah keadaan yang terjadi akibat kekurangan pangan dalam kurun waktu tertentu pada satu wilayah, sehingga mengakibatkan kurangnya asupan zat gizi yang diperlukan, yang pada akhirnya berdampak pada kondisi status gizi menjadi kurang atau buruk dan keadaan ini terjadi pada semua golongan umur. Tanda-tanda klinis pada "Busung Lapar" pada umumnya sama dengan tanda-tanda pada marasmus dan kwashiorkor.

2. Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Status Kurang pada Balita

Secara langsung status gizi dipengaruhi oleh dua faktor yaitu asupan makanan dan penyakit infeksi, selain itu juga dipengaruhi oleh faktor tidak langsung yang meliputi: ekonomi, pertanian, budaya, pendidikan, pekerjaan dan pelayanan kesehatan.(Jellive, 1992).

Pendapat yang sama dikemukakan oleh Soekirman dalam Depkes RI (2001) bahwa status gizi dipengaruhi oleh faktor langsung dan faktor tidak langsung.

a. Faktor langsung

Faktor langsung yang mempengaruhi status gizi anak balita yaitu

konsumsi makanan dan penyakit infeksi yang diderita anak. Timbulnya gizi kurang tidak hanya karena makanan yang dikonsumsi kurang, tetapi juga karena penyakit infeksi. Anak balita yang mendapat makanan yang cukup tetapi sering terserang penyakit infeksi, akan menyebabkan nafsu makan berkurang dan akhirnya akan menderita kurang gizi, demikian juga sebaliknya bila makanan yang dikonsumsi tidak cukup maka daya tubuh akan lemah sehingga mudah terserang penyakit infeksi.

b. Faktor tidak langsung

Faktor tidak langsung yang mempengaruhi status gizi anak balita yaitu: keterdesiaan pangan keluarga, pola pengasuhan anak, pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan.

Timbulnya masalah gizi pada anak disebabkan berbagai faktor yang berkaitan antara satu dengan yang lainnya, baik secara langsung maupun tidak langsung. Penyebab langsung yaitu adanya penyakit infeksi dan kurangnya konsumsi makanan dalam keluarga sedangkan penyebab tidak langsung adalah tidak cukup tersedianya pangan di rumah tangga, kurang baiknya pola pengasuhan anak terutama dalam pola pemberian makan pada balita, kurang memadainya sanitasi dan kesehatan lingkungan serta kurang baiknya pelayanan kesehatan. Semua keadaan ini berkaitan erat dengan rendahnya tingkat pendidikan, tingkat pendapatan dan kemiskinan. Dimana akar masalah gizi adalah terjadinya krisis ekonomi, politik dan sosial termasuk kejadian bencana alam, yang mempengaruhi ketidak

seimbangan antara asupan makanan dan adanya penyakit infeksi, yang pada akhirnya mempengaruhi status gizi balita (Depkes,2005).

Menurut Rachmi (2005), gizi bukan semata-mata masalah kesehatan. Banyak hal yang melatarbelakanginya. Penyebab gizi kurang dan gizi buruk dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait. Secara garis besar penyebab anak kekurangan gizi disebabkan karena asupan makanan yang kurang atau anak sering sakit / terkena infeksi. Asupan yang kurang disebabkan oleh banyak faktor antara lain:

- 1) Tidak tersedianya makanan secara adekuat terkait langsung dengan kondisi sosial ekonomi (kemiskinan). Kadang kadang bencana alam, perang, maupun kebijaksanaan politik maupun ekonomi yang memberatkan rakyat akan menyebabkan hal ini.
- 2) Anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang Makanan alamiah terbaik bagi bayi yaitu Air Susu Ibu, dan sesudah usia 6 bulan anak tidak mendapat Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat, baik jumlah dan kualitasnya akan berkonsekuensi terhadap status gizi bayi. MP-ASI yang baik tidak hanya cukup mengandung energi dan protein, tetapi juga mengandung zat besi, vitamin A, asam folat, vitamin B serta vitamin dan mineral lainnya. MP-ASI yang tepat dan baik dapat disiapkan sendiri di rumah.
- 3) Pola makan yang salah Suatu studi “positive deviance” mempelajari mengapa dari sekian banyak bayi dan balita di suatu desa miskin hanya sebagian kecil yang gizi buruk, padahal orang tua mereka semuanya

petani miskin. Dari hasil studi diketahui bahwa pola asuh sangat berperan terhadap status gizi anak. Anak yang diasuh oleh ibunya sendiri dengan penuh kasih sayang, mengerti tentang pentingnya ASI, posyandu dan kebersihan anaknya lebih sehat.

Dari hasil beberapa penelitian menyatakan bahwa keadaan kurang gizi pada bayi dan anak disebabkan karena kebiasaan pemberian MP-ASI yang tidak tepat. Keadaan ini memerlukan penanganan tidak hanya dengan penyediaan pangan, tetapi dengan pendekatan yang lebih komunikatif sesuai dengan tingkat pendidikan dan kemampuan masyarakat. Selain itu ibu-ibu kurang menyadari bahwa setelah bayi berumur 4-6 bulan memerlukan MP-ASI dalam jumlah dan mutu yang semakin bertambah, sesuai dengan penambahan umur bayi dan kemampuan alat cernanya.

Menurut Azwar (2000) ada beberapa permasalahan dalam pemberian makanan bayi/anak umur 0-24 bulan yaitu: Faktor ekonomi yang rendah menjadi salah satu penyebab dominan yang mempengaruhi terjadinya gizi buruk atau marasmus kwashiorkor di Sulawesi Selatan dan Barat. Data Dinkes Sulsel diketahui, sekitar 16,1% lebih dari 574.462 bayi dan anak balita berstatus gizi buruk. Penyebabnya selain faktor ekonomi, juga masih adanya pemahaman dan pola makan yang salah dari suatu keluarga, karena faktor budaya. Diprediksi masih ada sekitar 19 ribu lebih bayi dan anak balita di Sulawesi Selatan yang mengalami gejala gizi buruk sesuai hasil pemantauan di 28 kabupaten/kota di Sulselbar. Sementara

yang dicurigai berstatus gizi buruk sekitar 16 ribu lebih bayi dari anak balita. (Razak Thaha, 2007)

Kelompok ekonomi rendah (miskin) adalah kelompok yang sangat rawan yang hidup dalam suatu lingkaran setan kemiskinan yang tak berujung, kemiskinan struktural. Lingkaran setan berputar dari kemiskinan, pendapatan rendah, produktivitas rendah, produksi rendah dan bertambah miskin. Bertambah miskin, maka konsumsi makanan rendah, terjadi kekurangan gizi, daya tahan tubuh menurun, frekuensi dan durasi sakit meningkat, kapasitas terbatas, produksi rendah, makin menjadi miskin.

3. Pengaruh Adanya Gizi Kurang dan Buruk

Bayi yang menderita kurang gizi rawan terserang penyakit infeksi seperti TBC dan diare. Penyakit penyerta itu yang membuat kondisi kesehatan bayi menurun drastis. Akibatnya bayi itu menderita gizi buruk. Balita yang berat badannya berada dibawah garis merah pada kartu menuju sehat selalu dikatakan menderita gizi buruk. "Padahal bisa saja dia hanya kekurangan gizi.

Berat badan rendah pada bayi tidak bisa jadi indikator utama bayi itu menderita gizi buruk penderita bayi kurang gizi dengan bobot rendah yang terkena penyakit susulan, seperti TBC dan gangguan pencernaan dan akan lebih parah jika kesadaran kebersihan lingkungan dan personal hygiene sangat rendah (Salim 2007)

Kondisi gizi buruk akan mempengaruhi banyak organ dan system, karena kondisi gizi buruk ini juga sering disertai dengan defisiensi (kekurangan) asupan mikro/ makro nutien lain yang sangat diperlukan bagi tubuh. Gizi buruk akan memporak porandakan system pertahanan tubuh terhadap microorganisme maupun pertahanan mekanik sehingga mudah sekali terkena infeksi.

Secara garis besar, dalam kondisi akut, gizi buruk bisa mengancam jiwa karena berberbagai disfungsi yang di alami, ancaman yang timbul antara lain hipotermi (mudah kedinginan) karena jaringan lemaknya tipis, hipoglikemia (kadar gula dalam darah yang dibawah kadar normal) dan kekurangan elektrolit penting serta cairan tubuh. Jika fase akut tertangani dan namun tidak di follow up dengan baik akibatnya anak tidak dapat mengejar ketinggalannya maka dalam jangka panjang kondisi ini berdampak buruk terhadap pertumbuhan maupun perkembangannya.

Akibat gizi buruk terhadap pertumbuhan sangat merugikan performance anak, akibat kondisi 'stunting' (postur tubuh kecil pendek) yang diakibatkannya. Yang lebih memprihatinkan lagi, perkembangan anakpun terganggu. Efek malnutrisi terhadap perkembangan mental dan otak tergantung dengan derajat beratnya, lamanya dan waktu pertumbuhan otak itu sendiri. Jika kondisi gizi buruk terjadi pada masa golden period perkembangan otak (0-3 tahun) , dapat dibayangkan jika otak tidak dapat berkembang sebagaimana anak yang sehat, dan kondisi ini akan irreversible (sulit untuk dapat pulih kembali).

Dampak terhadap pertumbuhan otak ini menjadi vital karena otak adalah salah satu 'aset' yang vital bagi anak untuk dapat menjadi manusia yang berkualitas di kemudian hari. Beberapa penelitian menjelaskan, dampak jangka pendek gizi buruk terhadap perkembangan anak adalah anak menjadi apatis, mengalami gangguan bicara dan gangguan perkembangan yang lain. Sedangkan dampak jangka panjang adalah penurunan skor tes IQ, penurunan perkembangan kognitif, penurunan integrasi sensori, gangguan pemusatan perhatian, gangguan penurunan rasa percaya diri dan tentu saja merosotnya prestasi akademik di sekolah. Kurang Gizi berpotensi menjadi penyebab kemiskinan melalui rendahnya kualitas sumber daya manusia dan produktivitas. Tidak heran jika gizi buruk yang tidak dikelola dengan baik, pada fase akutnya akan mengancam jiwa dan pada jangka panjang akan menjadi ancaman hilangnya sebuah generasi penerus bangsa, (Soekirman, 2006).

Kasus gizi buruk yang terus meningkat di Indonesia akan mempengaruhi kualitas sumber daya manusia bangsa ini ke depan. Gizi buruk di negara berkembang ibarat dua sisi mata uang yang tidak bisa terpisah. Saat negara sedang berkembang, kemiskinan masih tetap ada, malah angkanya terus meningkat, kasus gizi burukpun akan terus terjadi. Beginilah sekarang kondisi yang sedang terjadi di Indonesia. Meski kita sudah berusia 63 tahun, kemiskinan masih terus membayangi, yang berarti kasus gizi buruk masih menghantui. (Khomson, 2006)

4. Upaya Penanggulangan Gizi Kurang dan Buruk

Pentingnya Deteksi dan Intervensi Dini Mengingat penyebabnya sangat kompleks, pengelolaan gizi buruk memerlukan kerjasama yang komprehensif dari semua pihak. Bukan hanya dari dokter maupun tenaga medis, namun juga pihak orang tua, keluarga, pemuka masyarakat maupun agama dan pemerintah. Langkah awal pengelolaan gizi buruk adalah mengatasi kegawatan yang ditimbulkannya, dilanjutkan dengan “frekuensi feeding” (pemberian makan yang sering), pemantauan akseptabilitas diet (penerimaan tubuh terhadap diet yang diberikan), pengelolaan infeksi dan pemberian stimulasi. Perlunya pemberian diet seimbang, cukup kalori dan protein serta pentingnya edukasi pemberian makan yang benar sesuai umur anak, Pada daerah endemis gizi buruk perlu distribusi makanan yang memadai. (Atmarita, 2007)

Penggunaan Air Susu Ibu (ASI) di Indonesia perlu ditingkatkan dan dilestarikan. Dalam "pelestarian penggunaan ASI", yang terutama perlu ditingkatkan adalah pemberian ASI eksklusif, yaitu pemberian ASI segera (kurang lebih 30 menit setelah lahir) sampai bayi berumur 4 bulan dan memberikan kolostrum pada bayi (Depkes RI; 1992:15). Bila kesehatan ibu setelah melahirkan baik, menyusui merupakan cara memberi makan yang paling ideal untuk 4-6 bulan pertama sejak dilahirkan, karena ASI dapat memenuhi kebutuhan gizi bayi. Setelah ASI tidak lagi cukup mengandung protein dan kalori, seorang bayi mulai memerlukan minuman/makanan pendamping ASI (Anwar, 1992).

Upaya menanggulangi masalah Kurang Energi Protein (KEP) Puslitbang Gizi dan Makanan Depkes, menguji coba konsep enam tahap dalam sebuah penelitian di Kabupaten Pandeglang, Banten. Pertama, pengorganisasian masyarakat. Kedua, pelatihan. Ketiga, penimbangan balita. Keempat, penyuluhan gizi. Kelima, pemberian makanan tambahan. dan keenam, penggalangan dana. Dari hasil ujicoba diperoleh bahwa konsep tersebut cukup ampuh untuk menurunkan prevalensi gizi KEP di daerah penelitian. (Depkes RI, 2007)

Posyandu dan puskesmas sebagai ujung tombak dalam melakukan skrining/deteksi dini dan pelayanan pertama menjadi vital dalam pencegahan kasus gizi buruk saat ini. Penggunaan kartu menuju sehat dan pemberian makanan tambahan di posyandu perlu digalakkan lagi. Tindakan cepat pada balita yang 2x berturut-turut tidak naik timbangan berat badan untuk segera mendapat akses pelayanan dan edukasi lebih lanjut, dapat menjadi sarana deteksi dan intervensi yang efektif. Termasuk juga peningkatan cakupan imunisasi untuk menghindari penyakit yang dapat dicegah, serta propaganda kebersihan personal maupun lingkungan. Pemuka masyarakat maupun agama akan sangat efektif jika mau membantu dalam pemberian edukasi pada masyarakat, terutama dalam menanggulangi kebiasaan atau mitos-mitos yang salah pada pemberian makan pada anak. Kasus gizi buruk mengajak semua komponen bangsa untuk peduli, bersama kita selamatkan generasi penerus ini untuk menjadi Indonesia yang lebih baik. (Warta Posy, 1997)

Dalam keadaan darurat penanggulangan KEP lebih difokuskan pada intervensi Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan selama 90 hari makan anak yang diluncurkan pemerintah kepada mereka yang menderita gizi kurang dan gizi buruk. Tetapi dalam jangka panjang PMT ini tidak dapat menjadi pilihan utama, karena akan menimbulkan ketergantungan yang hebat diantara penerima bantuan. Jika bukan dalam keadaan darurat pencegahan gizi kurang harus dilakukan dengan konsep pemberdayaan keluarga, namun konsep pemberdayaan keluarga sampai saat ini masih jarang dilakukan dalam mengatasi masalah KEP karena sulitnya merumuskan bentuk intervensi yang melibatkan keluarga (Sirajuddin, 2005)

The Theory of constraint (TOC) yang dikembangkan Eliyahu Goldrat menuntun kita untuk mengatasi masalah mulai dari rantai yang paling lemah, dan setiap saat hanya ada satu rantai yang paling lemah lalu kemudian kita akan keluar dengan hasil yang cukup signifikan mengatasi masalah (Poli, WIM , 2000). Jika variabel ekonomi adalah mata rantai yang paling lemah, maka dapatkah kita keluar dari masalah gizi dengan segera. (UNICEF, 1998)

Hipotesa yang menarik untuk kita bandingkan dengan modelnya Unicef yaitu bahwa perbaikan status gizi dapat saja dilakukan tanpa harus menunggu variabel ekonomi yang mapan dan meskipun masalah gizi terkait dengan masalah biomedik tetapi pengentasannya tidak hanya memerlukan ilmu-ilmu biomedik saja. Sangat diperlukan analisis yang

sistematis dan terukur dari aspek manajemen pengentasan kasus kurang gizi, untuk keluar dari lingkaran kemiskinan maka gizi harus menjadi prioritas utama sejak dini. (Soekirman, 2001)

Kemiskinan adalah penyebab kronis terjadinya KEP, namun bukan berarti bahwa masalah gizi tidak bisa diatasi tanpa ada perbaikan ekonomi terlebih dahulu. Untuk itu dalam melakukan hal yang tepat diperlukan cara yang benar. Ada empat azas yang harus diikuti untuk mengatasi masalah dengan cerdas yaitu: (1) Tepat masalah (2) Tepat akar penyebab (3) Tepat intervensi (4) Tepat implementasi. Ketidakberhasilan dari program perbaikan gizi karena mental model (*Project Oriented*) dari para enentu kebijakan. (AR. Thaha, 2004)

Mental Model Project Oriented. Teori hambatan dengan jelas menyebutkan bahwa mengatasi masalah dimulai harus dari mata rantai paling lemah menuntun kita untuk mulai memikirkan fakta pada level *grass root* (akar rumput) yaitu masyarakat sebagai subjek bukan sebagai objek. Jika kita analisis secara sederhana dimana letak mata rantai paling lemah ini, maka kemungkinan ada pada tiga domain (1) masyarakat (2) pemerintah (3) metodenya. Hukum pertama dalam Sistem Thinking and Learning Organization (STLO) menyebutkan masalah hari ini adalah akibat sukses masa lalu dan sukses masa kini merupakan masalah pada masa yang akan datang. Melihat masalah secara terpisah ibarat membelah gajah menjadi dua tidak akan melahirkan dua gajah kecil (Peter Senge, 2000)

Untuk menurunkan prevalensi gizi buruk perlu segera dilakukan langkah-langkah sebagai berikut: (1) segera melakukan pembentukan pos pemulihan gizi. (2) merubah paradigma Posyandu selama ini dari paradigma lama yang memprioritaskan kepada balita ke paradigma baru yakni proses menjadi kekurangan gizi terkonsentrasi pada fokus kegiatan pada anak bawah dua tahun atau Balita ke Baduta (anak Bawah Dua tahun). (3) memberi speeding dalam bentuk springkel, dan untuk mempercepat penurunan maka masyarakat ditempatkan sebagai subyek perubahan bukan obyek karena dalam teori constrain masyarakat miskin merupakan faktor dominan terjadinya gizi buruk sehingga dianggap sebagai mata rantai terlemah dari seluruh mata rantai sistem. (AR. Thaha, 2007)

Penelitian yang dilakukan oleh Sri Muljati, dkk (2005) pada 300 balita gizi kurang dan 415 balita gizi buruk yang mengikuti pemulihan di Klinik Gizi Bogor pada tahun 2000 s/d 2005. Menemukan bahwa pada balita gizi kurang yang telah mengikuti selama dua bulan di Klinik Gizi memiliki peluang untuk mencapai jalur pertumbuhan normal sebesar 22%. Sedangkan pada balita gizi buruk, setelah enam bulan mengikuti pemulihan memiliki peluang untuk mencapai jalur pertumbuhan normal sebesar 20%. Oleh karena itu pemantauan pertumbuhan secara berkala dan promosi tentang praktek pemberian MP-ASI di Posyandu sangat penting dilakukan agar terjadinya penyimpangan pertumbuhan dapat dikendalikan secara dini.

Demikian pula halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Salimar (2005) di dua kecamatan yaitu Kecamatan Sukaraja dan Kecamatan Bogor Selatan pada 176 ibu (umur 18-45 tahun) yang mempunyai balita gizi kurang dengan tujuan untuk mempelajari perubahan pengetahuan dan sikap ibu yang mempunyai balita gizi kurang setelah mendapat intervensi penyuluhan selama 3 bulan antara dua kelompok yang mendapat leaflet (kelompok perlakuan) dengan yang tidak mendapat leaflet (kelompok kontrol). Oleh karena itu, penelitian perlu dilanjutkan untuk mengetahui dampak penyuluhan terhadap perubahan perilaku ibu dalam perawatan anak. Penyuluhan terhadap suami perlu dilakukan agar terlibat dalam proses pengasuhan dan perawatan anak agar mempercepat upaya perbaikan gizi balita.

Santos, I Cesar G Victoria, Jose Martiones, Helen Goncalves, Denise PGinate, Neive J Valle dan Gretel Peltó (2001), melakukan penelitian tentang pengaruh konseling gizi terhadap peningkatan berat badan anak di Brasil. Sebanyak 33 konselor dilatih yang akan melayani 1213 klien anak umur < 18 bulan. Kunjungan rumah dilakukan pada hari ke 4, 45 dan 180 hari setelah pelatihan konselor berlangsung. Total sampel sebanyak 424 anak dengan perbandingan 218 kelompok intervensi dan 206 kelompok pembandingan. Keseragaman materi konseling dan latihan gizi fokus kepada pengetahuan yang terkait dengan penilaian status gizi, pengukuran antropometri, cara memberi MP-ASI, ASI Eksklusif dan cara mengatasi hambatan yang terkait dengan pemberian makan

anak. Output utama penelitian ini adalah peningkatan berat badan yang diukur setelah 180 hari.

Hasil penelitian Bandari *at.all* (2004) menemukan bahwa peningkatan pemberian Makanan Pendamping ASI dapat ditingkatkan melalui intervensi pendidikan praktis kepada kelompok ibu tetapi efeknya masih sangat terbatas terhadap pertumbuhan anak. Faktor yang membatasi pertumbuhan hendaknya didisain sedemikian rupa dalam bentuk intervensi sehingga pengaruhnya menjadi lebih nyata dalam intervensi program gizi. Hasil penelitian Sirajuddin (2006) tentang penerapan model tungku dalam pedampingan gizi di Kabupaten Selayar Sulawesi Selatan, bahwa penerapan model tungku mampu meningkatkan status gizi kelompok intervensi sebesar 28,6% walaupun peningkatannya tidak mampu menyamai status gizi kelompok pembanding sebesar 42,4%; program ini mampu meningkatkan asupan zat gizi balita yang sekaligus menggambarkan adanya perbaikan pola pengasuhan gizi pada kelompok intervensi setelah pendampingan selama 3 bulan.

Arnelia (2006) melakukan penelitian tentang Studi Aplikasi Penatalaksanaan dan Pengembangan Sistem Pelayanan Gizi Buruk Secara Rawat Jalan. Penelitian ini dilakukan pada anak gizi buruk usia di bawah tiga tahun di Laboratorium Gizi Masyarakat P3GM dengan cara pemulihan gizi secara rawat jalan. Sedangkan pengembangan sistem layanan dilakukan di Puskesmas Lebak Wangi Kabupaten Bogor. Hasilnya

terjadi perubahan status gizi menjadi lebih baik sudah mulai terlihat setelah 1 bulan pemulihan dimana proporsi marasmus turun dari 45.8% pada awal menjadi 20.8% pada kelompok sampel dan pada pembanding turun dari 45.5% menjadi 31.6%. Setelah 6 bulan pemulihan sebanyak 26.1 % sampel menjadi gizi baik meskipun masih tersisa 1 anak yang termasuk gizi buruk. Pada kelompok pembanding tidak terdapat anak dengan kategori gizi baik dan 1 anak masih didiagnosa marasmus. Bila dilihat status gizi berdasarkan indeks BB/TB ternyata setelah mengikuti pemulihan secara komprehensif selama 6 bulan, sebanyak 73.9% sampel dapat mencapai status gizi normal dan tidak terdapat lagi anak dengan kategori kurus sekali. Sedangkan pada kelompok pembanding, 1 anak pada akhir dalam kategori kurus sekali dan 30.8% mencapai kategori normal. Pengaruh program penanggulangan secara komprehensif termasuk bimbingan pengasuhan di rumah, terbukti dapat meningkatkan kualitas pengasuhan terhadap anak meliputi pengasuhan makan dan psikososial.

5. Penilaian Status Gizi

Penilaian status gizi pada dasarnya merupakan proses pemeriksaan keadaan gizi seseorang dengan cara mengumpulkan data penting yang dapat diukur oleh tim penilai. Metode penilaian atau penentuan status gizi anak dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu konsumsi makanan, biokimia, pemeriksaan klinik dan antropometri. (Riyadi, 2001).

Menurut Jelliffe D.B. dan Jelliffe E.F. Patrice dengan bukunya yang berjudul *Community Nutrition Assessment* (1989) dalam Supariasa (2002), bahwa pada dasarnya penilaian status gizi dapat dibagi dua yaitu :

- a. Penilaian status gizi secara langsung, meliputi: Antropometri, klinis, biokimia dan biofisik.
- b. Penilaian tatus gizi secara tidak langsung, meliputi: survei konsumsi makanan, statistik vital, dan faktor ekologi.

Penggunaan metode antropometri diakui sebagai indeks yang baik dan dapat diandalkan bagi penentuan status gizi untuk negara-negara berkembang. Antropometri merupakan salah satu indikator sederhana penilaian status gizi perorangan maupun masyarakat melalui pengukuran tubuh antara lain berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) (Riyadi, 2001).

Pengukuran antropometri adalah pengukuran dari berbagai dimensi fisik tubuh secara kasar dari berbagai tingkat umur dan tingkat gizi. Dalam praktek, ukuran antropometri yang paling sering digunakan adalah berat badan (BB) dan tinggi badan (TB). Sebagai indikator status gizi ukuran tersebut disajikan dalam bentuk indeks yang berkaitan dengan ukuran tubuh lainnya. Indeks antropometri terbagi antara lain berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U), lingkar lengan atas (LILA), tebal lipatan kulit pada berbagai tempat pada anggota gerak (Hadju, 1999).

Penentuan status gizi dengan menggunakan antropometri mempunyai beberapa keuntungan, antara lain :

- a. Prosedur pengukurannya sederhana, aman, sehingga dapat dilakukan dilapangan dan cocok dengan jumlah sampel banyak.
- b. Alat yang dibutuhkan tidak mahal, mudah dibawa dan tahan (durable) serta dapat dibuat atau dibeli disetiap wilayah.
- c. Tidak membutuhkan tenaga khusus dalam pelaksanaannya.
- d. Metodenya tepat dan akurat, sehingga standarisasi pengukuran terjamin.
- e. Hasil yang diperoleh menggambarkan keadaan gizi dalam jangka waktu lama dimana tidak dapat diperoleh dengan tingkat kepercayaan yang sama dengan tehnik lain.
- f. Proses ini dapat membantu mengidentifikasi tingkat malnutrisi (ringan sampai berat).
- g. Metode ini dapat digunakan untuk mengevaluasi terjadinya perubahan yang terjadi dari satu generasi kegenerasi berikutnya.
- h. Dapat digunakan sebagai skrining test untuk mengidentifikasi individu yang mempunyai resiko tiinggi terjadinya malnutrisi.

Dalam program gizi masyarakat dewasa ini, cara pengukuran yang paling sering digunakan adalah antropometri sebagai cara terbaik untuk menilai status gizi terutama pemantauan status gizi anak balita secara rutin. (Supariasa, 2002).

Pada kegiatan pemantauan status gizi, jarak waktu yang cukup lama (dua tahun atau lebih) pilihan utama adalah indeks TB/U. Indeks ini cukup

sensitif untuk mengukur perubahan status gizi dalam jangka panjang, stabil, tidak terpengaruh oleh fluktuasi perubahan status gizi yang sifatnya musiman. Perubahan-perubahan yang disebabkan oleh keadaan secara musiman yang dapat mempengaruhi status gizi adalah indeks BB/U. Apabila tujuan penilaian status gizi adalah untuk "*assessment*" seperti dalam evaluasi suatu kegiatan program gizi, gabungan indeks BB/U, TB/U dan BB/TB dapat memberikan informasi yang rinci tentang status gizi, baik gambaran masa lalu maupun masa kini atau keduanya (kronis dan akut).

Menurut Soekirman (2000) dalam Punduh (2003) bahwa menentukan status gizi anak balita ditentukan melalui suatu perhitungan statistik dengan menghitung angka nilai hasil penimbangan dibandingkan dengan rata-rata atau median dan standar deviasi (SD) dari suatu angka satuan standar WHO dengan merekomendasikan penggunaan baku rujukan WHO-NCHS (*National Center for Health Statistic*) sebagai standar atau rujukan dalam penentuan status gizi secara antropometri untuk indeks BB/U, TB/U dan BB/TB (lihat tabel 1).

Tabel 1. Indeks Ambang Batas Penentuan Status Gizi Balita berdasarkan Standar WHO-NCHS

INDEKS	STATUS GIZI	AMBANG BATAS
Berat Badan menurut umur (BB/U)	Gizi Lebih	>+2 Standar Deviasi (SD)
	Gizi Baik	≥ -2 SD sampai $+ 2$ SD
	Gizi Kurang	< -2 SD sampai ≥ -3 SD
	Gizi Buruk	< -3 SD
Tinggi Badan menurut Umur (TB/U)	Normal	≥ -2 SD
	Pendek (Stunting)	< -2 SD
Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)	Gemuk	$> +2$ SD
	Normal	≥ -2 SD sampai $+ 2$ SD
	Kurus (Wasting)	< -2 SD sampai ≥ -3 SD
	Kurus Sekali	< -3 SD

Sumber :Punduh , 2003

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Teori

Evaluasi digunakan untuk menunjukkan tahap-tahap di dalam suatu system manajemen yang secara umum dapat dibagi dalam empat kategori yaitu: input, proses, output dan outcome.

Evaluasi program menurut Azwar (1996) dapat dilakukan seperti tahap berikut :

- a. Input, adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut.
- b. Proses, adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran sesuai dengan apa yang direncanakan.
- c. Output, adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.
- d. Outcome, meliputi perubahan yang lebih luas yang terjadi lebih lambat sebagai akibat langsung dari adanya hasil program dan kegiatannya .

Mantra (dalam Depkes, 1999), menjelaskan bahwa dalam evaluasi ada beberapa istilah yang sering digunakan antara lain: Evaluasi input mencakup jumlah petugas kesehatan yang telah menerima pelatihan, jumlah bahan cetak untuk topik tertentu yang sudah dibuat dan jumlah

ceramah kesehatan yang telah diberikan kepada sasaran. Evaluasi proses (evaluasi pelaksanaan) yang akan menjawab pertanyaan: apa yang sudah dilakukan, apakah sudah sesuai dengan rencana dan strategi yang dikembangkan yaitu: kepada siapa, oleh siapa, berapa sasaran, berapa kali, kapan, dimana dan bagaimana caranya ? Evaluasi hasil (*outcome evaluation*) mencatat hasil jangka pendek secara kuantitatif dari intervensi. Elemen kualitatif harus dapat dilukiskan secara kuantitatif. Evaluasi dampak merupakan penilaian jangka panjang, memberi gambaran atau informasi tentang perubahan penyakit, angka kematian, penurunan atau peningkatan produktifitas, dan sebagainya yang bersifat umum.

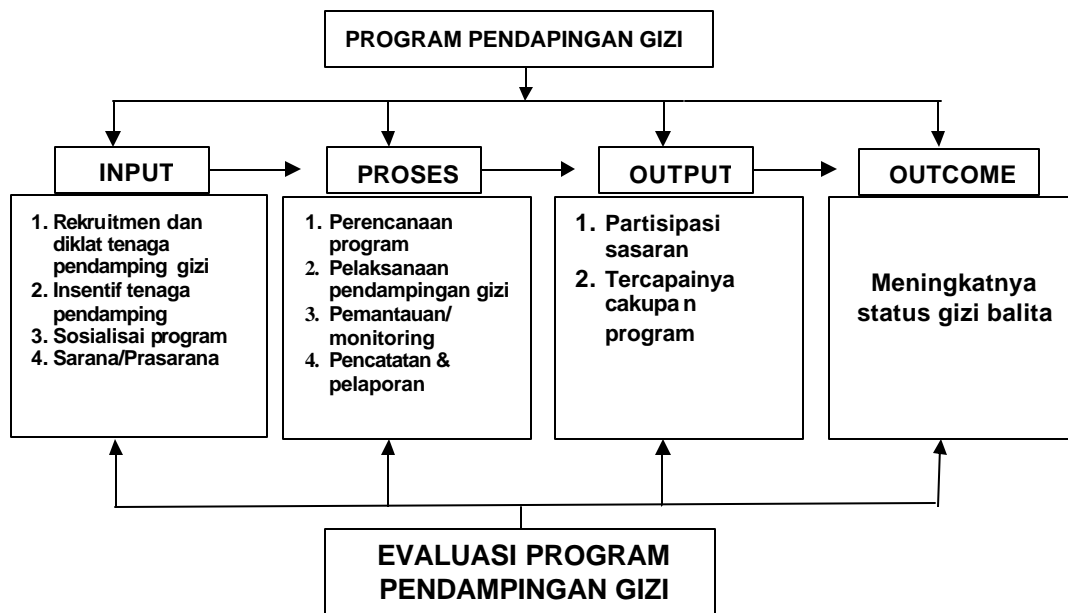
Oleh karena itu kerangka konsep yang dikembangkan dalam penulisan ini akan menjelaskan sejauh mana program pendampingan gizi yang sudah dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Barru Propinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2007, khususnya studi evaluasi program pendampingan gizi. Hal ini akan dilihat berdasarkan konsep teori secara berurut-turut: Pertama, sistem input berupa rekrutmen dan diklat tenaga pendamping gizi, insentif tenaga pendamping, dan sosialisasi program pendampingan gizi, serta sarana/prasarana pendampingan. Kedua, sistem proses : perencanaan program, mekanisme pelaksanaan pendampingan gizi, pemantauan/monitoring, pencatatan dan pelaporan baik pada Dinas Kesehatan, Puskesmas maupun Desa. Ketiga, sistem output :Meningkatnya sasaran ke Posyandu, balita yang memperoleh ASI eksklusif, cakupan balita yang mendapat vitamin A, jumlah KK yang

menggunakan garam beryodium, dan keaktifan kader. Keempat sistem outcome akan tercapai apabila semua kegiatan dilakukan dengan baik mulai dari tahap input, proses, output untuk mencapai tujuan akhir program yaitu meningkatnya status gizi balita.

B. Kerangka Konsep

Adapun kerangka konsep pada penelitian ini, dibuat berdasarkan kerangka teori yang telah diuraikan di atas. Kerangka konsep yang dikembangkan dalam penelitian ini akan menjelaskan bagaimana evaluasi Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru Propinsi Sulawesi Selatan tahun 2007. Untuk jelasnya kerangka konsep penelitian digambarkan sebagai berikut :

KERANGKA KONSEP EVALUASI PROGRAM PENDAMPINGAN GIZI



C. Variabel Penelitian

Variabel yang diteliti meliputi:

Input : Rekrutmen, pendidikan dan latihan (diklat) tenaga pendamping, insentif tenaga pendamping, sosialisasi program pendampingan dan sarana/prasarana pendampingan.

Proses : Perencanaan program, pelaksanaan pendampingan, pemantauan /monitoring, pencatatan dan pelaporan

Output : Partisipasi sasaran ke Posyandu, balita yang memperoleh ASI eksklusif, cakupan balita yang mendapat vitamin A, jumlah KK yang menggunakan garam beryodium, dan keaktifan kader

Outcome: Perubahan status gizi balita.

D. Definisi Operasional

Upaya dalam memberikan batasan atau pengertian yang lebih jelas, maka perlu dibuat suatu definisi operasional dari variabel penelitian atau hal yang terkait dari tujuan penelitian :

1. Evaluasi Program Pendampingan Gizi adalah usaha atau kegiatan untuk mengukur dan memberi nilai secara obyektif terhadap pencapaian hasil-hasil yang telah direncanakan sebelumnya, terdiri dari evaluasi input, proses, output dan outcome.
2. Evaluasi Input adalah segala sesuatu yang dibutuhkan untuk dapat melaksanakan Program Pendampingan Gizi kepada keluarga yang mempunyai balita gizi kurang, terdiri dari :

- a. Rekrutmen, pendidikan dan latihan tenaga pendamping gizi adalah proses penerimaan tenaga gizi pendamping yang dilanjutkan dengan kegiatan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan terhadap tenaga gizi pendamping (TGP) yang bertugas mendampingi keluarga sasaran (balita gizi kurang dan buruk dari keluarga miskin) dan tinggal di desa/kelurahan.
- b. Insentif tenaga pendamping adalah biaya yang diberikan kepada tenaga gizi pendamping berupa biaya transport, biaya hidup dan biaya operasional tenaga pendamping selama melaksanakan tugas pendampingan.
- c. Sosialisasi program pendampingan adalah upaya yang dilakukan oleh pengelola program pendampingan gizi untuk memperkenalkan pelaksanaan program pendampingan gizi kepada masyarakat.
- d. Sarana/prasarana adalah segala sesuatu yang dipakai sebagai peralatan, wadah dan tempat dalam pelaksanaan program pendampingan gizi, seperti: buku pedoman pendampingan, buku saku, formulir pencatatan pendampingan, alat ukur antropometri, alat bantu penyuluhan dan nasehat gizi (lembar balik).

Indikator Input:

Adanya Tenaga Pendamping Gizi (TPG) terlatih tinggal di desa/kelurahan lokasi sasaran yang memperoleh biaya insentif dengan memiliki:

- Buku pedoman pendampingan

- Formulir pencatatan pendampingan
- Alat bantu penyuluhan dan nasehat gizi (lembar balik)
- Tenaga gizi pendamping yang sudah pendidikan dan latihan tenaga pendamping gizi
- Biaya insentif yang diberikan kepada TGP

3. Evaluasi proses adalah evaluasi yang dilakukan pada proses pelaksanaan program pendampingan gizi, terdiri atas:

- a. Perencanaan program adalah serangkaian kegiatan mempersiapkan secara sistematis sesuatu yang akan dilakukan agar program pendampingan gizi terlaksana dengan baik.
- b. Pelaksanaan pendampingan adalah kegiatan operasional segala sesuatu berdasarkan prosedur dan aturan yang telah ditetapkan dalam program pendampingan gizi. Tahap pelaksanaan semua kegiatan pendampingan:
 - Membuat rencana kegiatan.
 - Melakukan kunjungan ke keluarga sasaran secara berkelanjutan.
 - Mengidentifikasi dan mencatat masalah dalam penanganan KEP balita pada keluarga sasaran.
 - Memberikan nasihat gizi sesuai dengan permasalahannya
 - Mengantarkan kasus rujukan dan menindaklanjuti masalah pasca rujukan/perawatan.
 - Menyelenggarakan Diskusi Kelompok Terarah (DKT) untuk membahas masalah gizi yang ditemukan selama kegiatan

pendampingan yang difasilitasi oleh pendamping gizi dan dihadiri oleh kader.

-Menjalin kerja sama dengan tokoh masyarakat untuk membantu memecahkan masalah gizi keluarga melalui pertemuan di Desa.

c. Pemantauan/monitoring adalah suatu proses pengawasan dan pembinaan yang dilakukan oleh pelaksana program (Dinas Kesehatan dan Puskesmas) terhadap pelaksanaan program yang bertujuan untuk mengetahui apakah program yang dilaksanakan telah berjalan sesuai dengan rencana sebelumnya, dan memberikan pemecahan masalah jika ditemukan kendala dalam pelaksanaan program pendampingan gizi.

d. Pencatatan dan pelaporan adalah segala kegiatan mendokumentasikan perubahan perilaku keluarga, perkembangan kesehatan dan status gizi balita sasaran pendampingan, yaitu: balita dengan berat badan naik, Bawah Garis Merah (BGM), Suplementasi kapsul Vitamin A, pemberian ASI eksklusif 0-6 bln, Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) 6-24 bulan, dan Garam Beryodium untuk selanjutnya disampaikan secara tertulis ke pelaksana program secara berkala dan berjenjang

Indikator proses:

- Adanya Survei Mawas Diri (SMD): Data balita gizi kurang dan buruk.
- Musyawarah Masyarakat Desa (MMD): Data nama kader posyandu yang telah mengikuti pelatihan kader posyandu
- Diskusi Kelompok Terarah (DKT): Rencana kegiatan pendampingan

- Frekuensi nasehat gizi pada keluarga sasaran: Adanya laporan kegiatan harian dan bulanan secara rutin.
- Adanya rujukan dan tindak lanjut kasus balita gizi buruk, 2T dan BGM.

4. Output adalah evaluasi yang dilakukan terhadap hasil-hasil pencapaian pelaksanaan program pendampingan, yang terdiri dari :

- a. Partisipasi sasaran adalah Partisipasi balita gizi kurang dan buruk dalam memanfaatkan posyandu secara rutin setiap bulan.
- b. Tercapainya cakupan program adalah tercapainya target yang telah ditetapkan dalam pelaksanaan program pendampingan gizi yaitu: Meningkatnya sasaran ke Posyandu, balita yang memperoleh ASI eksklusif, cakupan balita yang mendapat vitamin A, jumlah KK yang menggunakan garam beryodium, dan keaktifan kader. .

Indikator output :

- a. Meningkatnya jumlah kunjungan sasaran datang ke Posyandu.
- b. Adanya data balita yang memperoleh ASI Eksklusif.
- c. Meningkatnya cakupan balita yang mendapat kapsul vitamin A.
- d. Jumlah KK yang menggunakan garam beryodium
- e. Keaktifan kader.

5. Evaluasi outcome adalah evaluasi dampak positif yaitu meningkatnya status gizi balita sebagai akibat dari kegiatan pelaksanaan program pendampingan gizi yang dilaksanakan di Tingkat Desa dalam hal ini adalah Posyandu. Status gizi balita dinilai dari hasil pengukuran

antropometri (BB/U, TB/U dan BB/TB) berdasarkan standar baku rujukan WHO-NCHS dengan kriteria :

c. Berat Badan menurut umur (BB/U):

Status Gizi lebih : $>+2$ Standar Deviasi (SD)

Gizi Baik : ≥ -2 SD sampai $+2$ SD

Gizi Kurang : < -2 SD sampai > -3 SD

Gizi Buruk : < -3 SD

b. Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) :

Normal : ≥ -2 SD

Pendek (Stunting) : < -2 SD

c. Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB)

Gemuk : $> +2$ SD

Normal : ≥ -2 SD sampai $+2$ SD

Kurus (Wasting) : < -2 SD sampai ≥ -3 SD

Kurus Sekali : < -3 SD

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain Penelitian dalam evaluasi pelaksanaan Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2007 menggunakan design penelitian kualitatif dengan menggunakan data kualitatif dan kuantitatif.

Pengumpulan data untuk menggali informasi yang mendalam dari informan, dilakukan dengan wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara, telaah dokumen, catatan harian, dan pengamatan melalui paradigma naturalistik Mantra IB (dalam Depkes, 1997) .

Akhir dari penelitian ini akan melihat secara keseluruhan dari point pada setiap tahap yaitu input, proses, output dan outcome yaitu meningkatnya status gizi balita yang dievaluasi pada setiap tahap.

B. Unit Analisis

Pada penelitian kualitatif bertolak dari fenomena yang bersifat kompleks dan penuh dengan variasi (keragaman), sehingga data atau informasi harus ditelusuri seluas-luasnya dan sedalam mungkin sesuai dengan variasi yang ada. Hanya dengan cara demikian, peneliti mampu mendeskripsikan fenomena yang diteliti secara utuh.

Unit analisis dalam penelitian ini terdiri dari 2 unsur; pertama adalah pihak-pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan pelaksanaan Program mulai

dari input sampai outcome dengan lokasi penyelenggaraan dari Tingkat Kabupaten sampai Tingkat Desa; kedua adalah pihak-pihak yang terlibat dalam proses pelaksanaan mulai dari proses sampai output mulai dari tingkat kabupaten sampai tingkat desa . Evaluasi outcome sebagai dampak dari kegiatan pelaksanaan program yang telah dilaksanakan terutama di Tingkat Desa dalam hal ini adalah Posyandu melalui TGP dan Kader Posyandu dengan pengecekan langsung pada sasaran. Lokasi dan pihak-pihak yang terlibat dalam penyelenggaraan dan pelaksanaan dapat terlihat pada Tabel 2:

Tabel 2.Lokasi dan Pihak yang Terlibat Dalam Proses Penyelenggaraan Program Pendampingan Gizi

Unit Analisis	Lokasi		
	Kabupaten	Kecamatan	Pustu/Desa
Input	Kasubdin Kesra dan Kasie Gizi	Ka. Puskesmas, dan TPG	Kepala Desa, TGP, Kader, Ibu sasaran
Proses	Kasubdin Kesra dan Kasie Gizi	Ka. Puskesmas, dan TPG	Kepala Desa, TGP, Kader, Ibu sasaran
Output	Kasubdin Kesra dan Kasie Gizi	Ka. Puskesmas, dan TPG	TGP, Kader, Ibu sasaran
Outcome		Ka. Puskesmas dan TPG	Kader dan TGP

C. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru yang terletak disebelah utara Ibu Kota Provinsi Sulawesi Selatan dengan jarak 102 km dari kota Makassar. Kabupaten Barru memiliki luas wilayah 1.174,72 km² dengan jumlah desa/kelurahan 54 dari 7 Kecamatan.

Kecamatan Tanete Rilau adalah salah satu dari 7 Kecamatan (pada 10 wilayah Puskesmas) yang ada di Kabupaten Barru dan merupakan Kecamatan Gerbang Taskin (Gerakan Pembangunan Pengentasan Kemiskinan) dengan jumlah gizi kurang dan buruk yang tertinggi. Kecamatan Tanete Rilau terdiri atas 10 desa/kelurahan; yaitu: Desa Garessi, Desa Lipukasi, Desa Tellumpanua, Desa Pao-Pao, Desa Corawali, Desa Lalabata, Desa Pancana, Desa Lasitae, Kelurahan Tanete, dan Kelurahan Lalolang.

Luas wilayah Kecamatan Tanete Rilau 79,17 km² dengan satu wilayah Puskesmas yaitu Puskesmas Pekkae. Jumlah penduduk 33.550 jiwa terdiri dari 2203 balita dengan Bawah Garis Merah (BGM) sebanyak 442 balita (20,06%) yang terdiri dari gizi kurang sebanyak 391 balita (17,75%) dan gizi buruk sebanyak 29 balita (1,32%). Jumlah posyandu sebanyak 35 dengan 147 kader.

D. Sumber dan Jenis Data

Menurut Lofland (1984:47) dalam Moleong, LJ (2005) bahwa sumber data utama dalam penelitian kualitatif ialah kata-kata dan tindakan, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Jenis data yang digunakan bersumber dari kata-kata dan tindakan, bersumber dari data tertulis (pencatatan), foto dan statistik.

1. Kata-kata. Kata-kata dari informan yang diwawancarai merupakan sumber data utama yang digunakan dalam penelitian ini. Wawancara dilakukan secara terpisah agar jawaban dari informan yang diwawancarai betul-betul

sesuai dengan kenyataan yang ada dan bukan pengaruh dari luar atau pengaruh informan yang telah diwawancarai sebelumnya. Kata-kata yang diperoleh dari informan merupakan jawaban dari pertanyaan yang diajukan secara sistematis kepada informan dengan menggunakan pedoman wawancara seperti pada lampiran 1. Jawaban informan dicatat melalui lembaran jawaban yang sudah disiapkan sebelumnya.

2. Sumber tertulis. Sumber data kedua sebagai bahan tambahan, berasal dari sumber data tertulis yang berasal dari buku register balita di Posyandu, laporan triwulan dan laporan bulanan TGP. Data tertulis yang diperoleh pada penelitian ini disamping sebagai data tambahan juga dijadikan sebagai bahan untuk mengecek informasi yang diperoleh melalui wawancara.
3. Foto. Foto dalam penelitian ini diperoleh dari dokumentasi TGP pada setiap pelaksanaan kegiatan pendampingan gizi. Foto tersebut menghasilkan data deskriptif yang cukup berharga dan digunakan untuk menelaah segi-segi subjektif dari penelitian ini apakah betul-betul sesuai dengan informasi dari hasil wawancara dan data tertulis.
4. Data statistik. Data statistik diambil dari Kantor Camat Tanete Rilau dan Puskesmas sebagai sumber data tambahan yang dapat mendukung informasi yang diperoleh dan dapat memberi gambaran tentang kecenderungan subjek pada latar penelitian. Data statistik akan memberikan gambaran tentang kecenderungan bertambah atau berkurangnya balita gizi kurang disuatu desa dikaitkan dengan program pendampingan gizi.

Keseluruhan sumber dan jenis data yang diuraikan di atas pada dasarnya kebanyakan diperoleh dari informan sebagai hasil dari wawancara baik dari TGP, kader, keluarga balita, Kepala Desa, TPG dan Koordinator Gizi Kabupaten Barru. Peranan informan tersebut sebagai sumber utama informasi pada penelitian kualitatif ini sangat besar.

Berdasarkan variabel yang ada dalam penelitian ini, maka secara umum jenis data yang digunakan terdiri dari data kualitatif. Uraian dari matriks jenis data yang digunakan pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Matriks Jenis Data Penelitian

Variabel	Jenis Data	
	Kuantitatif	Kualitatif
A. Input	-	+
1. Rekrutmen dan diklat TGP	-	+
2. Insentif tenaga pendamping gizi	-	+
3. Sosialisasi program	-	+
4. Sarana dan prasarana	+	+
B. Proses		
1. Perencanaan program	-	+
2. Pelaksanaan pendampingan gizi	-	+
3. Pemantauan/monitoring	-	+
4. Pencatatan dan pelaporan	-	+
Output		
1. Meningkatnya sasaran ke Posyandu	+	-
2. Cakupan ASI eksklusif	+	-
3. Cakupan vitamin A	+	-
4. Cakupan garam beryodium	+	-
5. Keaktifan kader	+	-
Outcome		
Peningkatan Status Gizi Balita	+	-

Data kualitatif digunakan pada semua variabel yang ada pada input dan proses; sedangkan data kuantitatif digunakan pada sebagian pada variabel input (sarana dan prasarana) dan semua variabel pada output dan outcome.

Data kualitatif diperoleh melalui wawancara mendalam pada informan penelitian. Informan penelitian terdiri atas unsur-unsur yang terlibat dalam program pendampingan gizi pada Dinas Kesehatan yaitu Kepala Sub Dinas Kesehatan Keluarga (Kesga) dan Kepala Seksi Gizi yang diwakili oleh Koordinator Gizi Tingkat Kabupaten; pada Tingkat Puskesmas adalah Kepala Puskesmas dan Tenaga Pelaksana Gizi (TPG); pada Tingkat Desa adalah Kepala Desa, kader, keluarga sasaran dan Tenaga Gizi Pendamping (TGP).

Menurut Bungin B (2007) bahwa pemilihan sampel secara acak (seperti yang lazim digunakan pada penelitian kuantitatif) tidak relevan untuk digunakan pada penelitian kualitatif. Untuk memilih sampel (dalam hal ini informan kunci) lebih tepat dilakukan secara sengaja (*purposive sampling*). Selanjutnya, bilamana dalam proses pengumpulan data sudah tidak lagi ditemukan variasi informasi, maka peneliti tidak perlu lagi untuk mencari informan baru dan proses pengumpulan informasi dianggap sudah selesai. Dengan demikian, penelitian kualitatif tidak dipersoalkan jumlah sampel, jumlah sampel bisa sedikit tetapi bisa juga banyak terutama tergantung dari: tepat tidaknya pemilihan informan kunci dan kompleksnya atau keragaman sosial yang diteliti.

Pemilihan sampel dalam penelitian kualitatif ini adalah menggunakan

teknik *purposive sampling* yaitu memilih informan kunci (*key informan*) yang mengetahui permasalahan secara mendalam tentang proses pelaksanaan program pendampingan gizi yang terdiri dari unsur-unsur yang terlibat di dalam program pendampingan gizi; terdiri dari Tingkat Kabupaten yaitu Koordinator Gizi, pada Tingkat Puskesmas adalah Tenaga Pelaksana Gizi Puskesmas, pada Tingkat Desa yaitu Kepala Desa, Kader Posyandu, TGP dan keluarga sasaran. Namun demikian lokasi informan, siapa dan berapa jumlahnya yang dijadikan sebagai informan ditentukan secara sengaja (*purposive*) dan bola salju (*snowball*).

Pada penelitian kualitatif (Bungin B, 2007), umumnya terdapat tiga tahap pemilihan sampel, yaitu:

1. Pemilihan sampel awal, baik informan (untuk diwawancarai) maupun suatu situasi sosial (untuk diobservasi) yang terkait dengan program pendampingan gizi.
2. Pemilihan sampel lanjutan guna memperluas deskripsi informasi dan melacak variasi informasi yang mungkin ada.
3. Menghentikan pemilihan sampel lanjutan bilamana dianggap sudah tidak ditemukan lagi variasi informasi (sudah terjadi replikasi perolehan informasi).

Dalam menempuh tiga tahapan tersebut di atas, prosedur pemilihan sampel yang lazim digunakan dalam penelitian ini adalah melalui teknik

purposive sampling, yaitu informan yang diwawancarai ditentukan secara sengaja oleh peneliti karena informan tersebut selain terlibat langsung dalam Program Pendampingan Gizi, yang bersangkutan juga memiliki pengetahuan yang luas berkenaan dengan pelaksanaan Program Pendampingan Gizi. Sementara tehnik *snowball sampling* adalah proses penentuan informan yang didasarkan atas petunjuk informan yang telah diwawancarai sebelumnya. Tehnik ini digunakan terutama pada saat memilih informan di tingkat Desa yaitu Kepala Desa, Kader Posyandu, TGP dan keluarga atau ibu balita gizi kurang dan buruk sebagai sasaran program karena terlibat langsung pada proses pelaksanaan pendampingan gizi sehingga tentunya lebih banyak mengetahui tentang segala hal yang berkaitan dengan pelaksanaan program pendampingan gizi.

Spradley dalam Bungin B (2007) mengusulkan lima kriteria untuk pemilihan sampel informan awal dan merupakan informan kunci, yaitu:

1. Subjek yang telah cukup lama dan intensif menyatu dengan kegiatan yang menjadi informasi, melainkan menghayati dengan sungguh-sungguh sebagai keterlibatannya yang cukup lama dengan kegiatan tersebut.
2. Subjek yang masih terlibat secara penuh/aktif pada kegiatan yang menjadi perhatian peneliti. Mereka yang sudah tidak aktif, biasanya informasinya terbatas dan kurang akurat, kecuali jika peneliti ingin menggali informasi tentang pengalaman mereka.

3. Subjek yang mempunyai cukup banyak waktu atau kesempatan untuk diwawancarai.
4. Subjek yang dalam memberikan informasi tidak cenderung diolah atau dipersiapkan terlebih dahulu (tergolong lugu atau apa adanya dalam memberikan informasi).
5. Subjek yang sebelumnya tergolong masih asing dengan penelitian, sehingga peneliti merasa lebih tertantang untuk belajar sebanyak mungkin dari subjek yang berfungsi sebagai guru baru bagi peneliti.

Lima kriteria untuk pemilihan sampel tersebut di atas, yang digunakan sebagai informan awal dan merupakan informan kunci yang digunakan pada penelitian ini. Subjek yang dipilih sebagai informan awal dan informan berikutnya adalah informan yang benar-benar sarat akan informasi yang dibutuhkan sesuai dengan tujuan penelitian.

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini yaitu:

1. Wawancara mendalam.

Pengumpulan data melalui wawancara mendalam dilakukan untuk lebih memahami makna dari pada variabel yang diteliti, hal ini merupakan inti dari kegiatan yang sangat penting dilakukan dalam penelitian kualitatif. Sebab tujuan akhir dari penelitian kualitatif adalah untuk memahami fenomena yang tengah diteliti sehingga kata kuncinya adalah memahami

(*understanding*) bukan menjelaskan, karena diutamakan bukanlah faktor penyebab atau kualitas dari sesuatu fenomena melainkan alasan-alasan maknawi (*reasons*) dari para pelaku itu sendiri. Oleh karena itu, fokus perhatian pada penelitian kualitatif tertuju kepada upaya pemahaman, sehingga Geertz (dalam Bungin B, 2007) mengistilahkan dengan upaya *understanding of understanding* yaitu upaya untuk memahami suatu fenomena sesuai dengan dunia pemahaman para pelakunya itu sendiri.

Wawancara mendalam terhadap informan pada evaluasi program pendampingan gizi dilakukan disetiap jenjang yaitu: Kabupaten yaitu Koordinator Gizi Kabupaten karena terlibat langsung pada proses pendampingan gizi, Tingkat Puskesmas (Tenaga Pelaksana Gizi) dan Tingkat Desa (Kepala Desa, Kader, TGP dan keluarga sasaran sebagai informan utama sambil melakukan pelacakan (*probling*) guna memperkaya dan memperdalam informasi yang dibutuhkan berdasarkan variabel yang diteliti. Berdasarkan petunjuk TGP dan TPG, maka dipilih Kepala Desa dan kader sebagai informan awal yang betul-betul terlibat langsung pada semua proses kegiatan pendampingan gizi. Selanjutnya informan berikutnya dipilih berdasarkan petunjuk dari informan yang telah diwawancarai begitu seterusnya termasuk informan sasaran pendampingan (keluarga balita gizi kurang dan buruk) juga dipilih berdasarkan informan yang telah diwawancarai sebelumnya. Pemilihan informan selanjutnya dihentikan setelah diperoleh jawaban yang sama dari informan dan semua informasi yang dibutuhkan sudah cukup sesuai dengan tujuan penelitian.

Pemilihan informan dilakukan secara *snowball* yang dianggap memiliki pengetahuan yang mendalam berkenaan dengan proses pelaksanaan Program Pendampingan Gizi. Sedangkan wawancara mendalam dilakukan kepada keluarga balita terutama untuk menggali informasi mengenai partisipasi masyarakat.

Melalui wawancara tersebut akan dikumpulkan data di lapangan berkenaan dengan pertanyaan yang diajukan peneliti, yaitu:

- a. Sistem input : Informasi yang akan diperoleh adalah pemahaman Program Pendampingan Gizi meliputi: rekrutmen dan diklat TPG, insentif tenaga pendamping, sosialisasi program, sarana dan prasaran
- b. Sistem proses: Informasi yang akan diperoleh adalah perencanaan program, pelaksanaan pendampingan gizi, pemantauan/monitoring, pencatatan dan pelaporan.
- c. Sistem output : Informasi yang akan diperoleh adalah Meningkatnya sasaran ke Posyandu, balita yang memperoleh ASI eksklusif, cakupan balita yang mendapat vitamin A, jumlah KK yang menggunakan garam beryodium, dan keaktifan kader.

Proses pengumpulan data tersebut di atas dilakukan dengan menggunakan alat bantu berupa pedoman wawancara (lihat lampiran 1).

2. Pengamatan (Observasi)

Kegiatan dan penggunaan metode observasi menjadi amat penting dalam penelitian kualitatif. Melalui observasi diketahui berbagai kejadian,

peristiwa, keadaan dan tindakan yang terjadi di tengah masyarakat sehingga dapat dikenali mana yang umum terjadi dan atau mana yang jarang/kadang-kadang terjadi, bagi siapa, kapan, dimana dan sebagainya. Kegiatan observasi (pengamatan) tidak hanya dilakukan terhadap kenyataan yang terlihat, tetapi juga terhadap hal-hal yang terdengar melalui percakapan guna lebih memahami fenomena yang tengah diteliti.

Data yang dikumpulkan dengan menggunakan tehnik pengamatan adalah mengenai peralatan penunjang seperti pelengkapan berupa alat ukur antropometri, buku pedoman, buku saku, lembar balik dan sasaran berupa balita gizi kurang dan gizi buruk. Metode pengamatan dilakukan sebagai bentuk triangulasi metode guna memvalidasi data yang diperoleh melalui wawancara. Hal tersebut dilakukan untuk mengetahui kesesuaian antara prosedur baku yang telah ditetapkan dengan pelaksanaan program mulai dari input sampai dengan outcome.

3. Telaah dokumen dan arsip

Telaah dokumen dan arsip dilakukan terutama untuk mendapatkan informasi mengenai *outcome* dari kegiatan program pendampingan gizi berdasarkan pencatatan dan pelaporan. Informasi sistem *outcome* adalah perubahan status gizi balita sebelum dan sesudah program pendampingan gizi.

Informasi outcome tersebut diperoleh pada setiap tingkat manajemen program, mulai dari Tk Kabupaten sampai Tk Desa. Di Tk Desa,

kedua informasi tersebut dapat diperoleh pada hasil pencatatan dan pelaporan masing-masing TGP dan kader posyandu. Informasi perubahan status gizi balita diperoleh secara langsung dari laporan TGP dan kader posyandu pada data registrasi yang ada di Posyandu. Sedangkan telaah dokumen dan arsip yang dilakukan pada tingkat input, proses dan output untuk mengecek kesesuaian antara informasi yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam dan hasil survei yang telah dilakukan. Adapun penggunaan ketiga metode dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. Matriks Instrumen Data Kualitatif

VARIABEL	INSTRUMEN		
	Wawancara Mendalam	Obeservasi	Telaah Dokumen
A. Input			
1. Rekrutmen dan diklat Tenaga Pendamping Gizi	+	-	+
2. Insentif tenaga pendamping gizi	+	-	+
3. Sosialisasi program	+	-	+
4. Sarana dan prasarana	+	+	+
B. Proses			
1. Perencanaan program	+	-	+
2. Pelaksanaan pendampingan gizi	+	-	+
3. Pemantauan/monitoring	+	-	+
4. Pencatatan dan pelaporan	+	-	+
C. Output			
a. Meningkatnya sasaran ke Posyandu	-	-	+
b. Cakupan ASI eksklusif	-	-	+
c. Cakupan vitamin A	-	-	+
d. Cakupan garam beryodium	-	-	+
e. Keaktifan kader	-	-	+
D. Outcome			
Peningkatan Status Gizi Balita	-	-	+

F. Pengolahan dan Analisa Data

Teknik pengolahan dan analisa data yang digunakan dalam penelitian ini mengikuti petunjuk Miles dan Huberman (1992) yaitu dilakukan melalui tiga langkah yaitu: reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

Langkah pertama yaitu reduksi data; analisa pada tahap ini 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 data berdasarkan variabel pada masing-masing tahap, mulai dari tahap input sampai outcome dengan menyesuaikan sumber data mulai Tingkat Kabupaten sampai Desa. Data dengan informasi yang sama dan data yang tidak diperlukan dibuang. Selanjutnya mengarahkan dan mengorganisasikan data berdasarkan tiap tahap proses program menurut variabelnya masing-masing, mulai dari tahap input sampai outcome untuk selanjutnya langkah kedua yaitu penyajian data.

G. Penyajian Data

Penyajian data dilakukan setelah dianalisis pada alur pertama yang disajikan dalam bentuk teks, gambar dan narasi. Data hasil wawancara sesuai fakta kegiatan program dari informan menurut masing-masing variabel

berdasarkan tahap kegiatan pendampingan yang terpilih dan hasil reduksi inilah yang disajikan dalam bentuk teks.

Selanjutnya langkah ketiga yaitu menganalisa penarikan kesimpulan dari jawaban informan dari hasil reduksi pada tahap kedua dengan mencari makna berdasarkan benda dan peristiwa, pola-pola dan alur sebab akibat untuk membangun proposisi. Sedangkan pada variabel output dan outcome yaitu perubahan yang terjadi sebagai hasil dari kegiatan proses pelaksanaan pendampingan dan peningkatan status gizi balita disajikan dalam bentuk gambar dan dinarasikan yang dikelompokkan berdasarkan hasil pelaksanaan sebelum dan sesudah pendampingan, demikian pula halnya dengan status gizi sebelum dan sesudah pendampingan gizi.

H. Keabsahan Data

Jika dalam penelitian masih perlu penelusuran informasi lain untuk menjamin keabsahan data yang dikumpul dengan menggunakan wawancara mendalam, maka perlu memiliki kriteria utama untuk menjamin keabsahan hasil penelitian kualitatif. Kriteria utama yang digunakan pada penelitian ini berpedoman dari pendapat Lincoln dan Guba dalam Bungin B (2007).

Menurut Lincoln dan Guba dalam Bungin B (2007) bahwa kriteria utama untuk menjamin keabsahan hasil penelitian kualitatif ada empat, yaitu:

1. Standar Kredibilitas

Agar hasil penelitian kualitatif mempunyai tingkat kepercayaan yang

tinggi sesuai dengan fakta di lapangan (informasi yang digali dari subjek atau partisipan yang diteliti, perlu dilakukan upaya:

- a. Melakukan trigulasi, baik trigulasi metode (menggunakan lintas metode pengumpulan data), trigulasi sumber data (memilih berbagai sumber data yang sesuai), dan trigulasi pengumpul data (beberapa peneliti yang mengumpulkan data secara terpisah). Dengan teknik trigulasi ini memungkinkan diperoleh variasi informasi seluas-luasnya atau selengkap-lengkapya.
- b. Melibatkan teman sejawat (yang tidak ikut melakukan penelitian) untuk berdiskusi, memberikan masukan, bahkan kritik mulai awal kegiatan proses penelitian sampai tersusunnya hasil penelitian (*peer debriefing*). Hal ini memang perlu dilakukan, mengingat keterbatasan kemampuan peneliti yang dihadapkan pada kompleksnya fenomena yang diteliti.
- c. Melacak kesesuaian dan kelengkapan hasil analisa data.
- d. Mengecek bersama dengan anggota penelitian yang terlibat dalam proses pengumpulan data, baik data yang dikumpulkan, dikategori, penafsiran dan kesimpulan hasil penelitian.

2. Standar Transferabilitas

Pada prinsipnya, standar transferabilitas ini merupakan pertanyaan empirik yang tidak dapat dijawab oleh peneliti kualitatif itu sendiri, tetapi dijawab dan dinilai oleh para pembaca laporan penelitian. Hasil

penelitian kualitatif memiliki standar transferabilitas yang tinggi bilamana para pembaca penelitian ini memperoleh gambaran dan pemahaman yang jelas tentang konteks dan fokus penelitian.

3. Standar Dependabilitas

Standar dependabilitas ini boleh dikatakan mirip dengan standar reliabilitas. Adanya pengecekan atau penilaian akan ketepatan peneliti dalam mengkonseptualisasikan apa yang diteliti merupakan cerminan dari kemantapan dan ketepatan menurut standar reliabilitas penelitian. Makin konsisten peneliti dalam keseluruhan proses penelitian, baik dalam kegiatan pengumpulan data, interpretasi temuan maupun dalam melaporkan hasil penelitian, akan semakin memenuhi standar dependabilitas. Salah satu upaya untuk menilai dependabilitas adalah dengan melakukan audit (pemeriksaan) dependabilitas itu sendiri. Ini dapat dilakukan oleh auditor yang independen, dengan melakukan review terhadap seluruh hasil penelitian.

4. Standar Konfirmabilitas

Standar konfirmabilitas ini lebih terfokus pada audit (pemeriksaan) kualitas dan kepastian hasil penelitian, apa benar berasal dari pengumpulan data di lapangan. Audit konfirmabilitas ini biasanya dilakukan bersamaan dengan audit dependabilitas.

Selain keempat standar pokok di atas, ada sejumlah standar pelengkap yang patut diperhatikan dalam penelitian kualitatif ini, yaitu:

- a. Dilaksanakan dalam kondisi sewajar atau se alamiah mungkin.
- b. Memperlakukan orang-orang yang diteliti semanusiawi mungkin.
- c. Menjunjung tinggi perspektif partisipan.
- d. Pembahasan hasil penelitian selain bersifat deskriptif juga sintesis.
- e. Kelemahan dan keterbatasan penelitian tidak disembunyikan, bahkan dikemukakan secara transparan.

Standar-standar validitas dan reliabilitas khususnya yang spesifik untuk penelitian kualitatif sebagaimana disajikan di atas, inilah yang digunakan sebagai acuan dalam melaksanakan penelitian kualitatif di Kabupaten Barru Propinsi Sulawesi Selatan; sebab dengan memperhatikan standar-standar tersebut maka tidak diragukan lagi eksistensi penelitian kualitatif sebagai salah satu jenis penelitian yang berpredikat penelitian ilmiah.

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Input Program Pendampingan Gizi

Input adalah segala sesuatu yang dibutuhkan bagi terlaksananya sebuah kegiatan atau program tertentu. Dalam kaitannya dengan pelaksanaan Program Pendampingan Gizi kepada keluarga yang mempunyai balita gizi kurang dan buruk, maka diperlukan input tertentu yang menjadi prasyarat atau bahan dasar yang diperlukan bagi berjalan dan berhasilnya perogram tersebut.

Pada pelaksanaan Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru tahun 2007, input terdiri dari: rekrutmen TGP, diklat TGP , insentif TGP, sosialisasi program pendampingan gizi dan sarana/prasarana yang digunakan oleh TGP.

1. Rekrutmen Tenaga Gizi Pendamping

Proses rekrutmen atau penerimaan dan cara menyeleksi tenaga gizi pendamping diketahui dari Koordinator Gizi Kabupaten Barru sebagai informan dalam penelitian ini, mengatakan bahwa:

“Proses penerimaan dan seleksi tenaga gizi pendamping dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan. Pihak kami hanya menerima surat tentang penerimaan TGP kemudian memasang pengumuman dan menyampaikan kepada masing-masing Puskesmas. Kami hanya menyampaikan kepada warga masyarakat asal Kabupaten Barru alumni DIII dan SKM (Gizi) untuk

mendaftar sebagai TGP di Dinas Kesehatan Barru, berkas pendaftar itulah kami kirim ke Dinkes Provinsi. Proses seleksinya pihak kami sama sekali tidak tau. Kami hanya mengetahui bahwa ada test tertulis dan wawancara. Jadi berdasarkan hasil seleksi tersebut, kami menerima nama-nama tenaga gizi pendamping Kabupaten Barru untuk selanjutnya ditempatkan” (RMT, 32 thn)

Fakta tersebut sesuai dengan pengakuan tenaga pelaksana gizi

Puskesmas Pekkae (FTR, 35 thn) sebagai berikut :

“Informasi tentang penerimaan TGP kami ketahui dari Dinkes Kabupaten Barru untuk diinformasikan kepada alumni DIII dan SKM (Gizi) yang berminat. Kami tidak tau tentang proses seleksi penerimaan TGP, kami hanya menerima nama-nama TGP seperti yang ada sekarang. Proses penerimaan dan seleksi dilaksanakan di Dinkes Provinsi dan Puskesmas hanya menerima hasil seleksi sejumlah 10 nama TGP yang telah ditempatkan pada 10 desa di Wilayah Puskesmas Pekkae”.

Selanjutnya diperjelas pula dari pengakuan salah seorang Tenaga Gizi

Pendamping (TGP) Kabupaten Barru (SN, 23 thn) bahwa:

“Proses penerimaan dan seleksi TGP dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi. Syarat TGP yang mengikuti seleksi terutama minimal berijazah DIII dan atau SI gizi. Pelaksanaan test selama 2 hari, kami dihadapkan pada 2 (dua) test. Test pertama secara tertulis dengan jumlah soal 100 nomor pilihan ganda yang dilaksanakan di Kampus Poltekkes Jurusan Gizi Makassar dan test wawancara juga pada tempat yang sama”

Berdasarkan fakta dari hasil wawancara di atas bahwa proses rekrutmen atau seleksi penerimaan TGP tahun 2007 dilakukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi dengan baik dengan syarat TGP antara lain; minimal berijazah DIII atau SI gizi dan dinyatakan lulus seleksi oleh panitia Provinsi Sulawesi Selatan. Pihak Kabupaten hanya mengirim berkas calon untuk didaftarkan pada pengelola program pendampingan gizi Dinkes Propinsi

Sulawesi Selatan. Selanjutnya dilakukan seleksi tertulis dan wawancara. Penerimaan dan seleksi dilakukan dengan baik dan ketat akan menghasilkan kinerja pendamping yang bagus.

Hal ini sesuai dengan konsep bahwa penerimaan TGP dilakukan dengan syarat tertentu yaitu minimal berijazah DIII Gizi atau S1 Gizi dan dinyatakan lulus berdasarkan hasil seleksi untuk menjaring tenaga gizi yang profesional dan siap pakai dengan penuh rasa tanggung jawab guna mengentaskan masalah gizi terutama gizi kurang dan buruk.

Penerimaan dan seleksi tersebut telah dilakukan dengan baik karena sudah berdasarkan syarat tertentu dengan proses seleksi yang ketat sebelum ditetapkan sebagai TGP.

Hasil seleksi inilah kemudian dilanjutkan dengan pendidikan dan latihan.

2. Pendidikan dan Latihan (diklat) Tenaga Gizi Pendamping

Pendidikan dan latihan bagi Tenaga Gizi Pendamping (TGP) dilakukan untuk menyegarkan kembali ilmu yang telah diperoleh pada saat masih dalam pendidikan dan meningkatkan pengetahuan serta keterampilan sebagai bekal persiapan sebelum bertugas di Desa Gerakan Pembangunan dan Pengentasan Kemiskinan (Gerbang Taskin). Upaya pendidikan dan latihan bagi TGP penting dilakukan dalam rangka memperoleh TGP yang handal sesuai dengan kebutuhan penyelenggara/pelaksana program demi keberhasilan program peningkatan gizi dan menurunkan prevalensi gizi buruk di Sulawesi Selatan.

Tenaga Gizi Pendamping yang telah diterima melalui proses seleksi tertulis dan lisan, selanjutnya dididik dan dilatih di Propinsi oleh Tim dari Panitia Provinsi selama 5 hari (mulai 11-15 Juni 2007) bertempat di Hotel Transit Makassar dengan berbagai materi (lampiran 3) yang berhubungan dengan upaya peningkatan dan penanganan masalah gizi di masyarakat. Gambaran mengenai pelatihan dan diklat TGP terungkap pada pengakuan informan TGP, sebagai berikut:

“Sebelum kami bertugas di Desa, terlebih dahulu mengikuti diklat yang diberikan materi pelatihan selama 5 hari di Hotel Transit, ada juga praktek lapangannya yaitu: cara pengumpulan data dasar, recall 24 jam, menyusun menu dan penanganan gizi kurang. Saya senang dengan pelatihan yang diberikan karena disamping materinya menyegarkan kembali pengetahuan juga lumayan bagus karena semuanya berkaitan dengan tugas kami di Desa, diberikan juga kesempatan untuk berdiskusi” (AMN, 25 thn)

Wawancara tersebut di atas diperkuat pula oleh wawancara dari TGP Desa Pao-Pao (ASR, 23 tahun) yang mengatakan bahwa:

“Walaupun untuk keduanya saya mengikuti pelatihan, saya bukannya bosan tetapi juteru senang pengetahuan saya tentang gizi dan kesehatan bisa bertambah dan bisa kenal dengan teman dari kabupaten lain. Pelatihan pertama saya ikuti pada tahap pertama adanya program TGP di Kabupaten Barru tahun 2006, setelah program itu berakhir kami masih diberikan kesempatan untuk mendaftar kembali dan syukurlah diterima sebagai TGP tahap kedua sehingga mengikuti pelatihan kedua pada tanggal 11-15 Juni 2007(selama 5 hari di Hotel Transit). Kami mengikuti pelatihan dengan berbagai materi seperti pada lampiran 3, juga ada praktek pengumpulan data dasar, pengukuran BB dan TB, menyusun menu, recall, dan penanganan gizi kurang.

Gambaran pelatihan dan diklat TGP didukung pula dengan hasil wawancara pengelola program Dinas Kesehatan Propinsi yang secara

kebetulan bertemu di Perpustakaan Propinsi. Hasil wawancaranya sebagai berikut:

“Bagi TGP yang telah lulus seleksi, selanjutnya dilatih di Hotel Transir Makassar selama 5 hari termasuk praktek pelaksanaan program posyandu sampai bagaimana menangani kasus gizi. Pada pelatihan kali ini berjalan cukup lancar karena hanya sebahagian kecil saja TGP yang baru pertama kali mengikuti pelatihan, sebahagian besar sudah 2 kali mengikuti pelatihan. Bagi TGP yang telah selesai bertugas pada tahap pertama masih diberikan kesempatan mengikuti seleksi penerimaan TGP pada tahap kedua, ternyata semua TGP yang telah selesai masa tugasnya mendaftar kembali pada tahap kedua ini, termasuk TGP dari Kabupaten Barru. Dan jika dibandingkan dengan semua TGP di Sulawesi Selatan, Kabupaten Barru merupakan TGP terbaik dari segi kelengkapan administrasi, pelaksanaan kegiatan sampai pelaporan. (AMD, 32 thn)

Selanjutnya pengelola program TGP Kabupaten Barru berkomentar lain mengenai pendidikan dan pelatihan tersebut karena komentarnya bukan mengenai proses pendidikan dan latihan TGP melainkan dampak yang diperoleh dengan dilaksanakannya pelatihan yang hasil wawancaranya sebagai berikut:

“Kami kurang mengetahui tentang proses pendidikan dan latihan TGP yang katanya selama 5 hari dibekali materi dan ada juga prakteknya, kami hanya mengetahui bahwa dengan adanya TGP terlatih ini sangat membantu karena mereka mampu mengolah data, membuat laporan yang betul-betul lengkap dan rapi sehingga tidak ada lagi yang perlu dipertanyakan bahkan dilengkapi dengan laporan kegiatan harian. Pelaporan mereka secara rutin setiap triwulan dan tepat waktu. Cara berkomunikasi pasih dan lancar, mampu bekerjasama dengan Puskesmas Pekkae dan aparat desa” (RMT, 32 thn)

Dampak pendidikan dan latihan TGP diketahui pula dari hasil wawancara Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas Pekkae dan Kader.

Adapun hasil wawancara dengan Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas Pekkae seperti berikut ini:

“Semua TGP sejumlah 10 orang betul-betul terampil melaksanakan tugasnya, mulai dari persiapan awal, pelaksanaan kegiatan sampai pelaporannya sangat lengkap dan bagus. Mereka mampu melaksanakan program bersama-sama dengan kami, jadi tugas kami sebagai TPG menjadi ringan” (FTR, 35 thn)

Wawancara dengan kader:

Kami senang sekali dengan adanya TGP, apa lagi mereka tinggal menetap di Desa sehingga kami mudah memperoleh arahan dan petunjuk bila ada yang sakit. Banyak pengalaman dan ilmu kami dapatkan dari mereka soalnya selalu bersama-sama di Posyandu, mengolah makanan untuk balita gizi kurang dan buruk, mengadakan lomba balita sehat juga cerdas cermat, bahkan kami sebagai kader pernah dilatih kembali sehingga menjadikan otak lebih segar” (HWT, 28 thn)

Berdasarkan fakta dari hasil wawancara di atas diperoleh informasi bahwa setelah TGP diterima, selanjutnya dididik dan dilatih di Provinsi oleh Tim dari Panitia Propinsi dengan materi pelatihan (lampiran 3) selama 5 hari di Hotel Transit. Disamping itu dilatih praktek lapangan yaitu: cara pengumpulan data dasar, recal 24 jam, menyusun menu dan penanganan gizi kurang. Semua materi yang telah diberikan berhubungan dengan upaya peningkatan dan penanganan masalah gizi di masyarakat. Peningkatan pengetahuan dan keterampilan TGP dapat diketahui dari hasil wawancara informan tersebut yang mengatakan bahwa adanya keterampilan dasar yang dimiliki sebelumnya, ditunjang dengan diklat sehingga TGP mampu melaksanakan segala kegiatan sebagai tugas dan tanggungjawabnya dengan baik. Efek positif dari pendidikan dan latihan TGP yang dikemukakan oleh

Pengelola Program Propinsi, dan informan Kabupaten Barru, dibuktikan dengan adanya laporan tertulis secara rutin pertriwulan dan tepat waktu yang disampaikan ke penanggungjawab program. Kemampuan berkoordinasi dengan Puskesmas dan keterlibatannya secara langsung pada kegiatan program gizi di Puskesmas membuktikan bahwa TGP terampil dan mampu melaksanakan kegiatan program sebagai dampak dari adanya pendidikan dan pelatihan yang baik pula.

Hal tersebut diatas sesuai dengan pendapat Soemarno (2005) bahwa Salah satu bentuk kegiatan penunjang dalam rangka implementasi program ialah penyiapan tenaga pendamping dengan dukungan bentuk-bentuk program khusus yang dapat dilakukan melalui diklat dan program aksi pendampingan dengan tujuan meningkatkan akses dan kualitas sumberdaya yang mampu bersama-sama dengan masyarakat luas mengembangkan kegiatan; sehingga dengan demikian dampak positif daripada program diklat ini akan semakin besar yang pada akhirnya kemiskinan dan keterbelakangan secara berangsur-angsur pasti dapat ditanggulangi. Sebagai suatu program yang strategis dan koordinatif, dalam pelaksanaan program, maka program ini harus dipupuk dan dibina semangat kebersamaan yang tinggi di antara berbagai pihak yang terkait baik berkedudukan "membantu" maupun "dibantu", termasuk masyarakat di sekitarnya.

Diklat dilaksanakan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan TGP agar mampu melakukan pendampingan dengan optimal dan diharapkan dapat diteruskan kepada kader. Upaya yang dapat dilakukan dalam rangka

meningkatkan peran kader adalah dengan pelatihan kader baru, penyegaran kader serta pendampingan baik kepada kader maupun kepada ibu balita yang ada di suatu wilayah (dokumentasinya dapat dilihat pada lampiran 14).

Diharapkan dengan adanya pendampingan, kader mempunyai rasa percaya diri yang tinggi yang selama ini menjadi kendala dalam melaksanakan tugas dan perannya sebagai penyuluh. Disamping itu kader mampu mendeteksi masalah gizi secara dini dan dapat memberikan konseling bagi ibu balita yang bermasalah. Dalam mengatasi masalah gizi tidak cukup dari pengetahuan gizi , sosial ekonomi tetapi juga dari sisi masalah psikologis dalam hal pola asuh anak. (Marisulis, 2007)

3. Insentif Tenaga Gizi Pendamping

Insentif bagi Tenaga Gizi Pendamping (TGP) di terima langsung dari Bendahara Pengelola Program Propinsi yang diserahkan secara bertahap pada setiap triwulan. Adapun total insentif yang diberikan kepada TGP selama 10 bulan masa program pendampingan, komponen biayanya yaitu:

1) Biaya hidup	Rp 700.000,-/bulan	= Rp 7.000.000,-
2) Biaya pondokan	Rp 500.000,-/10 bulan	= Rp 500.000,-
3) Intervensi kasus	Rp 100.000,-/bulan	= Rp 1.000.000,-
4) Dokumentasi	Rp 50.000,-/bulan	= Rp 500.000,-
5) Laporan bulanan	Rp 50.000,-/bulan	= Rp 500.000,-
6) Transfort lokal	Rp 15.000,-/bulan	= Rp 150.000,-
7) Laporan akhir	Rp 100.000,-/1 paket	= Rp 100.000,-

Sejumlah biaya tersebut diangsur setiap tiga bulan, jadi untuk jangka waktu 10 bulan dibayarkan dalam tiga tahap yaitu: tahap pertama dibayarkan empat bulan untuk triwulan pertama, tahap ke-dua dibayarkan untuk triwulan ke-dua dan tahap ke-tiga dibayarkan untuk triwulan ke-tiga.

Adapun penerimaan insentif oleh TGP diketahui dari hasil wawancara dengan informan berikut ini:

“Insentif kami terima langsung dari Bendahara Pengelola Program Propinsi yang diserahkan secara bertahap setiap tiga bulan dengan total Rp 10.250.000,-. Pertama saya terima pada bulan Juni 2007, lupa tanggal berapa untuk triwulan I sebesar Rp 4.360.000,- dan selebihnya sebesar Rp 5.890.000,- diterima pada triwulan II dan III sambil memperlihatkan daftar uraian insentif seperti pada uraian di atas yang telah dibubuhi tandatangan bendahara pengelola program Provinsi (lampiran 4). Jumlah yang saya terima pada setiap triwulan semuanya sama dengan kwitansi yang kami tandatangani. Dan tidak ada bedanya dengan daftar uraian komponen insentif yang diberikan kepada masing-masing TGP (ASR, 23 Tahun, TGP Desa Pao-Pao)”

“Saya menerima insentif semuanya sesuai dengan daftar uraian komponen insentif yang diberikan oleh Bendahara Provinsi, kwitansi yang ditandatangani persis jumlahnya dengan uang yang saya terima langsung dari Dinas Kesehatan Propinsi dan tidak pernah ada pemotongan. Jadi setiap tiga bulan kami menerima lagi. Saya hanya ingat total yang diterima selama jadi pendamping di Desa Lasitae sebanyak Rp 10.250.000,- dan penerimaan pertama pada bulan Juni 2007 sejumlah Rp 4.360.000,- . Saya sudah lupa berapa yang saya terima pada triwulan II, lupa juga yang triwulan III yang jelas persis semuanya dengan daftar dan kwitansi yang ditandatangani” (AMN, 25 tahun, TGP Desa Lasitae)

“Insentif yang saya terima sudah lupa berapa jumlah semuanya, tapi saya masih ingat pada bulan Juni 2007 saya terima pertama sebesar Rp 4.360.000,-. Tiga kali saya menerima, penerimaan kedua dan ketiga sudah lupa tanggal dan berapa jumlahnya. Setiap saya menerima insentif selalu sama yang diuraikan dengan daftar dari Dinas Propinsi dan jumlahnya juga selalu sama yang ditandatangani. Saya selalu bersama-sama dengan

semua teman TGP menerima di Dinas Kesehatan Propinsi (DN, 25 tahun, TGP Desa Tellumpanua)”

Berdasarkan pengakuan informan dan telaah dokumen, menunjukkan bahwa insentif yang diberikan oleh Bendahara Program kepada masing-masing TGP diserahkan secara bertahap setiap tiga bulan dengan total Rp 10.250.000,-. Pertama diserahkan untuk triwulan I sebesar Rp 4.360.000,- dan selebihnya sebesar Rp 5.890.000,- diterima pada triwulan II dan III seperti pada uraian di atas yang telah dibubuhi tandatangan bendahara pengelola program Propinsi (lampiran 4).

Insentif tersebut diserahkan langsung oleh Bendahara Program Propinsi kepada masing-masing TGP secara utuh dengan harapan agar dapat dipergunakan dengan sebaik-baiknya menurut uraian komponen yang telah ditandatangani dengan penuh rasa tanggung jawab sehingga tujuan program pendampingan gizi dapat tercapai.

Jumlah yang terima oleh TGP pada setiap triwulan semuanya sama dengan kwitansi yang tandatangani. Hal ini sudah sesuai dengan ketentuan dan jumlah biaya yang diuraikan pada komponen insentif TGP. Namun demikian, dari sejumlah komponen biaya yang telah diuraikan tersebut jumlah biaya transfort lokal sebesar Rp15.000,-/bulan tentunya masih sangat jauh dari kebutuhan biaya transfort lokal di Kabupaten Barru.

Biaya transfort lokal di Kabupaten Barru untuk satu kali perjalanan belum termasuk pulangnya dengan menggunakan mikrolet sebesar Rp 2.000,- dan ojek minimal Rp 5.000,-. Walaupun semua desa lokasi program

pendampingan gizi berada pada jalur mikrolet, akan tetapi wilayah setiap desa umumnya tidak terjangkau mikrolet terutama pada dusun yang terletak di daerah pantai dan daerah pegunungan dengan jarak terdekat minimal 4 kilo meter dari jalur mikrolet, sehingga harus dilanjutkan dengan ojek untuk bisa sampai didusun lainnya. Jarak dari dusun kedusun lainnya dalam satu desa setiap harinya hanya dapat dijangkau dengan menggunakan ojek sehingga kebutuhan biaya transfort lokal perhari rata-rata Rp 10.000,-. Belum termasuk biaya transfort untuk mengikuti pertemuan rutin dan arisan Persagi setiap bulan di Dinas Kesehatan Barru minimal sebesar Rp 12.000,-. Dan belum termasuk biaya transfort ke Dinas Kesehatan Propinsi setiap triwulan untuk menerima biaya insentif dan pelaporan perkembangan kegiatan yang membutuhkan biaya minimal Rp 50.000,-.

Sejumlah biaya transfort tersebut diatas yang digunakan oleh masing-masing TGP dalam melaksanakan kegiatan program pendampingan gizi untuk setiap bulannya membutuhkan biaya transfort minimal sebesar Rp 350.000,-. Biaya transfort yang tersedia dari pengelola program pendampingan gizi sebesar Rp 15.000,- perbulan hanya dapat digunakan oleh TGP untuk biaya transfort pertemuan rutin setiap bulan yang dirangkaian dengan Arisan Persagi di Dinas Kesehatan Barru. Oleh karena itu, biaya transfort lokal setiap bulan perlu dipertimbangkan dengan baik dan membutuhkan peninjauan kembali yang tentunya harus disesuaikan dengan kondisi lokasi di Kabupaten Barru.

4. Sosialisasi Program Pendampingan Gizi

Sosialisasi program pendampingan gizi mutlak diperlukan untuk memberikan kesamaan pandangan tentang tujuan yang ingin dicapai dari program pendampingan gizi tersebut.

Proses sosialisasi program pendampingan gizi yang dilakukan di Daerah Kabupaten Barru tahun 2007, sebagai lanjutan dari sosialisasi yang telah dilaksanakan di Tingkat Provinsi. Sosialisasi program pendampingan gizi di Kabupaten Barru dilaksanakan mulai dari tingkat Kabupaten, Kecamatan sampai pada tingkat Desa.

a. Sosialisasi Tingkat Kabupaten

Sosialisasi Tenaga Pendamping Gizi (TPG) di Tingkat Kabupaten Barru merupakan lanjutan dari hasil sosialisasi di Tingkat Propinsi Sulawesi Selatan. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara dengan pengelola program pendampingan gizi Provinsi, sebagai berikut:

“Pada waktu program pendampingan gizi disampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Propinsi, beliau sangat mendukung adanya program ini dan mengharapkan agar dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya guna menurunkan kasus gizi kurang yang sampai sekarang masih juga tinggi. Sebenarnya sejak tahun 2002 pelaksanaan program pendampingan gizi telah diuji coba pada empat kabupaten di Sulawesi Selatan yaitu Gowa, Bantaeng, Pare-Pare dan Mamuju; kemudian tahun 2005 dan 2006 dikembangkan pada 10 kabupaten. Selanjutnya pada tahun 2007 masih dilanjutkan pengembangannya pada 21 kabupaten termasuk Kabupaten Barru” (AMD, 32 tahun)

Bukti lain yang dapat dikemukakan dengan adanya pelaksanaan

sosialisasi program pendampingan gizi di Provinsi Sulawesi Selatan, terungkap dari hasil wawancara dengan TGP berikut:

“Setelah dinyatakan lulus sebagai TGP, semua konselor atau istilahnya Tenaga Gizi Pendamping (TGP) perkabupaten berkumpul di Dinkes Propinsi untuk pertemuan pertama sebagai proses penerimaan resmi sekaligus perkenalan yang dihadiri oleh Kepala Dinas, Kepala Seksi Gizi, dan Staf yang berada di dalam lingkup kerja Gizi Kesmas Dinas Kesehatan Propinsi” (DN, 25 thn)

“Kepala Dinas Kesehatan Propinsi dalam sambutan tertulisnya pada saat pembukaan pelatihan dan diklat TGP di Hotel Transit Makassar menyampaikan tujuan dan harapannya dengan adanya program pendampingan gizi pada hampir seluruh kabupaten di Sulawesi Selatan (katanya hanya Kota Makassar dan Kabupaten Selayar yang tidak masuk)” (AMN, 25 thn)

Berdasarkan hasil wawancara dengan pengelola program dan wawancara TGP diketahui bahwa sosialisasi di Tingkat Propinsi sudah dilakukan dengan baik oleh pengelola program. Keterlibatan Kepala Dinas Kesehatan Propinsi pada pertemuan pertama dan adanya sambutan tertulis pada pembukaan diklat TGP menunjukkan dukungannya yang positif dan mengetahui keberadaan TGP di semua Kelurahan/Desa pada 21 wilayah kabupaten di Sulawesi Selatan.

Sosialisasi yang telah dilaksanakan di Propinsi oleh pengelola program pendampingan penting dilakukan agar dapat berdampak positif terhadap kelanjutan program di Tingkat Kabupaten.

Penguatan atas dilaksanakannya sosialisasi program oleh pengelola program pendampingan gizi, bukan hanya dilaksanakan di Propinsi tetapi juga dilaksanakan di Tingkat Kabupaten. Hal ini diketahui dari hasil

wawancara TGP sebagai berikut:

“Setelah mengikuti peroses diklat di Hotel Transit, saya bersama teman TGP diantar oleh tiga orang Pengelola Propinsi dari Kantor Dinas dengan mengendarai mobil kantor menuju Dinas Kesehatan Kabupaten Barru”(ASR, 23 thn)

“Kami diantar ke Kabupaten Barru oleh Kasi Gizi Dinkes Propinsi bersama dua orang temannya. Penerimaan di Kabupaten sangat baik karena langsung diterima oleh Kepala Dinkes Kabupaten Barru, Kasi Gizi Kabupaten, dan beberapa stafnya. Kami langsung diperkenalkan satu persatu pada pertemuan itu walaupun tidak resmi penerimaannya; setelah itu selanjutnya diantar ke Kecamatan” (DN, 25 thn)

Sosialisasi TGP di Kabupaten Barru dilakukan dengan sederhana dan tidak resmi. Fakta telah dilakukannya sosialisasi di Kabupaten terungkap dalam wawancara dengan koordinator gizi Kabupaten Barru yang turut dalam penerimaan TGP dan pengelola program propinsi, menuturkan:

“Rombongan TGP dan pengelola Program Propinsi kami terima di Dinas Kesehatan Barru. Dan selesainya perkenalan dengan TGP, semua yang terlibat dalam penerimaan saat itu mengantar langsung mereka ke Kecamatan Tanete Rilau” (RMT, 32 thn)

Fakta lain dilakukannya sosialisasi secara tidak resmi di Kabupaten Barru diungkapkan juga oleh salah seorang TGP asal Barru yang hasil wawancaranya sebagai berikut:

“Setelah melihat pengumuman hasil test di Dinkes Propinsi, saya langsung ke Dinkes Barru dan bertemu dengan koordinator gizi Kabupaten. Saya diterima sangat ramah, kemudian dibuatkan SK untuk ditugaskan pada 10 desa di Kecamatan Tanete Rilau, katanya kecamatannya sudah ditentukan oleh Propinsi. Jadi pada waktu kami (10 orang TGP) akan bertugas di Desa, saya dan tiga orang teman asal Barru langsung menunggu di Kantor Dinkes Barru (selesai diklat saya bertiga dengan teman asal Barru langsung pulang). Teman TGP bersama pengelola Propinsi disambut baik oleh kepala Dinkes dan stafnya dan selesai perkenalan, kami langsung diantar ke Kecamatan dengan mobil

Puskesmas Keliling” (SRN, 23 thn).

Hasil wawancara dengan informan Kabupaten Barru dan TGP diketahui bahwa sosialisasi di Kabupaten Barru dilakukan setelah pelaksanaan sosialisasi di Tingkat Propinsi. TGP diantar oleh tiga orang Pengelola Provinsi dari Kantor Dinas Kesehatan Provinsi menuju Dinas Kesehatan Kabupaten Barru. Penerimaan di Kabupaten sangat baik walaupun tidak secara resmi karena langsung diterima oleh Kepala Dinkes Kabupaten Barru, Kasi Gizi Kabupaten, dan beberapa stafnya. TGP langsung diperkenalkan satu persatu pada pertemuan itu; setelah itu selanjutnya diantar ke Kecamatan.

Hasil wawancara tersebut menandakan bahwa sosialisasi baik di Tingkat Propinsi maupun di Tingkat Kabupaten sudah dilaksanakan pada setiap jenjang walaupun penerimaan di Kabupaten Barru tidak dilaksanakan secara resmi. Hal ini menandakan bahwa pihak pengelola program pendampingan gizi propinsi menyadari betapa pentingnya sosialisai untuk dilaksanakan, baik di Tingkat Propinsi maupun di Tingkat Kabupaten.

Sosialisasi telah dilakukan dengan baik karena telah dilakukan pada setiap jenjang pemerintahan, baik di Tingkat Propinsi maupun Kabupaten. Maksud dilakukannya sosialisasi di Tingkat Propinsi dan Kabupaten untuk memberi kesepahaman pada level pimpinan akan maksud dan tujuan pelaksanaan TGP. Pentingnya sosialisasi dilakukan di Kabupaten agar dapat berdampak positif terhadap kelanjutan program.

b. Sosialisasi Tingkat Kecamatan

Fakta dilakukannya sosialisasi tingkat kecamatan terungkap dalam wawancara dengan informan di Kabupaten Barru yang turut menghadiri sosialisasi di Tingkat Kecamatan sampai di Tingkat Desa.

“TGP diterima secara resmi di Kantor Camat Tanete Rilau. Waktu itu pak Sekda Barru yang memberikan sambutan, juga hadir Tim dari Propinsi, Kepala Dinkes Kabupaten, Kepala Puskesmas, Koordinator Gizi, TPG dan semua kepala desa. Kecamatan Tanete Rilau ditunjuk langsung oleh Dinkes Propinsi sebagai lokasi ditempatkannya program pendampingan gizi pada semua desa di Wilayah Kecamatan Tanete Rilau yaitu 10 Kelurahan/Desa jadi TGP juga ada 10 orang. Pertimbangannya jelas karena Kecamatan Tanete Rilau adalah kecamatan dengan jumlah gizi kurang dan buruk tertinggi di Kabupaten Barru. Saya pake mobil Puskesmas Keliling ini antar TGP ke Kantor Camat dan setelah itu langsung ke Desa masing-masing” (RMT, 32 thn)

Sosialisasi di Tingkat Kecamatan diperjelas dengan adanya hasil wawancara TPG Puskesmas Pekkae, Lurah Lalolang dan Kepala Desa Corawali sebagai berikut:

“Pertama datangnya TGP diterima dengan resmi di Kantor Camat. Diterima oleh pak Sekda Barru. Banyak yang hadir waktu itu; ada dari Dinkes Propinsi, Kepala Dinkes Barru, Koordinator Gizi, Kepala Puskesmas dan semua Kepala Desa. Saya bersama koordinator gizi kabupaten yang mengantar TGP langsung di Desa tempat tugasnya masing-masing” (FTR, 35 thn)

“Wah, penerimaan di Kecamatan pada waktu pertama TGP datang ramai karena dihadiri oleh pak Sekda, Kepala Dinkes sama stafnya, Kepala Puskesmas dan stafnya dan semua Kepala Desa/Lurah lengkap hadir bahkan ada juga dari Propinsi” (AKM, 38 thn)

“..... karena saya sebagai Kepala Desa Corawali diundang, jadi saya juga ikut hadir pada acara penerimaan TGP di Kecamatan. Awalnya diterima secara kolektif oleh pak Camat, dimana semua kepala desa hadir bersama pak dusun dan diperkenalkan semua TGP kepada masing-masing kepala desa selanjutnya diserahkan secara resmi dengan harapan TGP ini bisa diterima dan menjalin kerjasama, baik lintas sektor maupun lintas program” (NSR, 41 tahun)

Fakta dilaksanakannya sosialisasi di Tingkat Kecamatan diketahui dari hasil informan tersebut di atas bahwa sosialisasi telah dilaksanakan di Tingkat Kabupaten dan pada hari yang sama penerimaan secara resmi dipusatkan di Aula Kantor Kecamatan dengan menghadirkan semua sektor terkait yaitu Pengelola program dari Provinsi, Sekda Kabupaten Barru, Kepala Dinkes Kabupaten Barru dan stafnya, Camat Tanete Rilau dan stafnya, Kepala Puskesmas Pekkae dan stafnya, dan semua Kepala Desa/Lurah yang menjadi lokasi program pendampingan.

Bentuk sosialisasi dan penerimaan TGP seperti ini adalah salah satu bentuk kegiatan yang praktis dan efektif oleh pengelola program propinsi dalam menyampaikan program secara berjejang sampai pada tingkat bawah, dalam hal ini sampai Tingkat Desa sekaligus pada saat yang bersamaan. Sosialisasi seperti ini menunjukkan betapa penting dan efektifnya sosialisasi dilakukan pada semua jajaran dilingkungan penerima program pada saat yang bersamaan guna membangkitkan semangat kebersamaan antara sektor terkait dalam memperoleh dukungan terutama kesamaan persepsi sehingga mobilisasi sumber daya akan saling melengkapi antara sektor yang hadir pada saat sosialisasi.

Sosialisasi secara resmi sudah dilaksanakan di Kecamatan bersama semua sektor terkait. Kesamaan persepsi yang terbentuk dengan cara sosialisasi bersama sektor terkait ini, dapat memudahkan terjadinya proses koordinasi yang berkelanjutan pada pelaksanaan kegiatan program pendampingan gizi yang akhirnya kemudahan dalam mencapai tujuan utama program akan lebih mudah diperoleh.

c. Sosialisasi Tingkat Desa

Pelaksanaan sosialisasi di Tingkat Desa sebagai kelanjutan dari sosialisasi di Tingkat Kecamatan diketahui dari hasil wawancara informan

Kepala Desa berikut ini:

“..... dari Kantor Camat TGP ini, atau yang lebih akrabnya dipanggil konselor gizi kemudian dibawa masing-masing ke Desa sesuai dengan penempatannya; seperti Hasmiar dulu saya langsung boncengmi ke Kantor Desa Corawali untuk ketemu dengan staf desa lalu saya jelaskan tujuannya datang utamanya apa-apa yang akan dilakukan selama bertugas. Lalu saya suruh saja tinggal di rumahku karena waktu penyerahan di Kantor Camat kan diberitahukan supaya TGP ini betul-betul tetap tinggal di Desa masing-masing hingga selesai masa tugasnya” (NSR, 41 tahun)

“Setelah penerimaan di Kantor Camat, saya ke Desa Pao-Pao diantar oleh Koordinator Gizi Barru dan petugas gizi Puskesmas Pekkae langsung di rumah Kepala Desa dan diperkenalkan sama ibu desa dengan keluarganya karena Pak Desa sudah dikenalkan di Kantor Camat. Maksud dan tujuan kehadiran saya dijelaskan secara rinci dengan harapan agar saya diterima baik yang nantinya akan terjalin kerjasama yang baik pula “ (ASR, 23 Tahun)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan di atas, jelas bahwa

sosialisasi pendampingan di Desa dihadiri langsung oleh para kepala desa.

Hal ini diperkuat pula dengan adanya pengakuan dari Kepala Desa Garessi:

“Selesainya penyerahan kepada kami sebagai kepala desa, kami lanjutkan penerimaan TGP (Nining) secara resmi melalui pertemuan umum di Desa untuk diperkenalkan kepada tokoh masyarakat termasuk kepala dusun dan masyarakat. Pada kesempatan itu TGP memaparkan maksud dan tujuannya berada di Desa kami. Kelihatan antusias semua masyarakat yang hadir menerimanya dengan senang hati” (ZKR, 65 thn)

Hasil ungkapan informan di atas, bahwa setelah pelaksanaan serah terima di Kantor Camat selanjutnya TGP ke Desa tempat tugasnya langsung bersama dengan kepala desanya masing-masing khususnya bagi kepala Desa yang membawa kendaraan sendiri dan sebagian TGP diantar oleh Koordinator Gizi Kabupaten bersama TPG Puskesmas. Di Desa dilanjutkan dengan pertemuan resmi untuk memperkenalkan diri dan tujuan adanya TGP di Desa tersebut.

Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan sosialisasi telah dilakukan dengan baik di Kecamatan sampai di Desa. Penyerahan TGP secara langsung di Tingkat Kecamatan dari pengelola program kepada para kepala desa sebagai bentuk pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kepada kepala desa telah diterima dengan baik oleh semua kepala desa.

Hakekat sosialisasi sebagai bentuk penyampaian informasi awal tentang maksud dan tujuan dilakukannya kegiatan pendampingan gizi telah dipahami oleh kepala desa. Mereka menyadari betapa pentingnya

kehadiran TGP dalam upaya pengentasan dan penurunan prevalensi masalah gizi kurang dan buruk yang ada di Desa.

5. Sarana/Prasarana Pendampingan

Sarana/prasarana pendampingan berupa peralatan yang diperlukan dalam pelaksanaan program pendampingan gizi, seperti: buku pedoman pendampingan, buku saku, formulir pencatatan pendampingan, alat bantu penyuluhan dan nasehat gizi (lembar balik), dan alat ukur antropometri; harus disiapkan sebelum proses pelaksanaan program pendampingan gizi dimulai.

a. Buku Pedoman Pendampingan

Buku pedoman pendampingan yang digunakan pada pelaksanaan Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru pada tahun 2007, adalah buku pedoman yang disusun sejak tahun 2005 oleh Tim Dinkes Propinsi Sulsel bersama Tim Dosen Jurusan Gizi Poltekkes Makassar. Buku pedoman ini mulai digunakan tahun 2005 sejak pertama dilaksakannya Program Pendampingan Gizi di Sulawesi Selatan sebagai langkah awal uji coba program TGP pada lima kabupaten. Kemudian buku pedoman ini digunakan kembali tahun 2006 pada program yang sama di 10 Kabupaten Gerbang Taskin, selanjutnya pada tahun 2007 digunakan pada Program lanjutan TGP di 21 Kabupaten/Kota Propinsi Sulawesi Selatan, kecuali Kabupaten Selayar dan Kota Makassar.

Berdasarkan penggunaan buku pedoman tersebut di atas, yang telah digunakan selama tiga tahun (mulai tahun 2005 sampai 2007) pelaksanaan program pendampingan, maka buku pedoman sebagai buku pegangan di lapangan masih layak untuk dipergunakan pada tahun 2007 oleh TGP di Barru.

Tanggapan TGP sebagai pemakai buku pedoman pendampingan gizi di lapangan, hasil wawancaranya:

*“Adanya buku pedoman yang diberikan sebelum bertugas di Desa, menjadi panduan saya dalam melaksanakan asuhan gizi balita. Saya lebih mudah melakukan deteksi dini balita yang mengalami kekurangan gizi karena ada buku sebagai pedoman pelaksanaan pendampingan. Isinya sudah dijelaskan saat diklat, tapi biasa saya lupa. Jadi saya baca kembali untuk mengingatkan, ini bagusnya kalau ada buku yang diberikan sebagai pegangan TGP”
(SN, 23 thn)*

Berdasarkan tanggapan TGP yang diperoleh melalui wawancara di atas, diketahui bahwa buku pedoman sebagai petunjuk pelaksanaan pendampingan sudah dijelaskan pada waktu diklat dan telah diberikan kepada TGP sebelum bertugas di Desa dapat memudahkan TGP dalam melaksanakan tugasnya di lapangan.

Adanya buku pedoman yang diberikan kepada TGP sebelum melaksanakan pendampingan sejalan dengan pernyataan dalam buku pedoman pendampingan bahwa setiap pendamping gizi memiliki buku pedoman pendampingan. Topik inti dari isi buku pedoman yakni teknik pelaksanaan pendampingan dan penanganan masalah gizi pada balita, telah dibahas selama diklat sebagai acuan pelaksanaan pendampingan.

Buku pedoman pendampingan sudah diberikan kepada TGP, merupakan pegangan bagi TGP untuk bisa dibaca setiap saat guna mengingatkan kembali ketika ada yang terlupakan. Buku pedoman ini akan memberikan bekal dan pemahaman pandangan yang sama terhadap pelaksanaan penanganan pendampingan khususnya gizi kurang dan buruk, sehingga dengan demikian akan memudahkan pelaksanaan pendampingan bagi TGP dalam upaya menurunkan kasus gizi kurang dan buruk di Wilayah Gerbang Gakin.

b. Buku saku

Buku saku adalah buku pegangan bagi TGP dengan uraian yang singkat, padat dan jelas sehingga mudah difahami. Buku saku disusun pada tahun 2006 oleh Tim Dinas Kesehatan Propinsi Sulawesi Selatan. Buku saku ini mulai digunakan tahun 2006 pada tahap kedua pelaksanaan Program Pendampingan Gizi di Sulawesi Selatan di 10 Kabupaten Gerbang Taskin. Kemudian buku saku ini digunakan kembali tahun 2007 pada program lanjutan TGP di 21 Kabupaten/Kota Propinsi Sulawesi Selatan (tidak termasuk Kabupaten Selayar dan Kota Makassar).

Buku saku terdiri dari beberapa buku berukuran sedang yang diuraikan secara terpisah pada setiap topik pembahasannya, terdiri dari : masalah kehamilan, ASI dan perawatan bayi, MP-ASI dan perawatan anak, diare dan pencegahannya, imunisasi pada bayi, tumbuh kembang bayi dan anak, gizi umum, iodium, zat besi dan vitamin A.

Adapun tanggapan TGP Desa Pao-Pao sebagai pemakai buku saku yang dipergunakan sebagai pegangan pelaksanaan pendampingan gizi di lapangan, hasil wawancaranya:

“Buku saku ini sebagai rangkuman semua materi yang dijelaskan waktu diklat, terdiri dari beberapa buku berukuran sedang. Isinya sudah cukup bagus karena materi yang dipaparkan jelas sekali dan berkaitan dengan semua masalah kesehatan di masyarakat, apalagi dilengkapi dengan Daftar Komposisi Bahan Makanan, ada juga Buku Rujukan WHO dan Daftar Bahan Makanan Penukar”. Saya membawanya jika berkunjung ke rumah sasaran supaya sewaktu-waktu bisa kubaca” (ASR, 23 thn).

Adanya buku saku diperjelas dari wawancara kader, sebagai berikut:

“Seandainya ada khusus untuk kader, pasti bagus di’..... karena adami yang selalu dipelajari supaya ditauki banyak mengenai bagaimana mappiara balita dan adami juga dikasitaukan ibu-ibu balita di Posyandu. Sayang sekali tidak ada untuk kader, jadi selalujika’ pinjam-pinjam bukunya sakunya TGP nabelumpi dibaca betulan, baru separuhnya di baca-baca dimintami lagi kembali kodong.....”(SHN, 30 thn)

Berdasarkan tanggapan TGP dan kader di atas, diketahui bahwa buku saku yang terdiri dari beberapa buku sudah diberikan kepada TGP sebelum bertugas di Desa. Isi materinya sudah cukup bagus, singkat, padat dan mudah dipahami serta praktis dibawa. Merupakan rangkuman semua materi yang sudah dijelaskan saat diklat dan dapat membantu TGP dan kader dalam melaksanakan tugasnya. Adanya buku saku akan menyegarkan pengetahuan TGP dan kader dalam penanganan masalah kesehatan, namun sayang sekali belum tersedia khusus untuk kader.

Buku saku yang telah diberikan kepada TGP, sejalan dengan buku

pedoman pendampingan gizi bahwa setiap pendamping memiliki buku saku pendampingan. Buku saku terdiri dari beberapa buku yang isinya sudah bagus, singkat dan padat serta mudah dipahami sehingga memudahkan dalam penanganan masalah gizi pada balita.

Buku pedoman pendampingan sudah dibagikan kepada TGP sebelum bertugas di Desa, merupakan pegangan bagi TGP untuk bisa dibaca setiap saat guna mengingatkan kembali ketika ada yang terlupakan. Buku pedoman ini akan memberikan pemahaman pandangan yang sama terhadap pelaksanaan pendampingan khususnya gizi kurang dan buruk, sehingga dengan demikian akan memudahkan upaya menurunkan jumlah kasus gizi kurang dan buruk.

c. Formulir Pencatatan Pendampingan

Formulir pencatatan pendampingan merupakan bahagian dari kelengkapan alat kebutuhan untuk mendukung pelaksanaan kegiatan pendampingan gizi. Adapun formulir pencatatan pendampingan yang digunakan selama pelaksanaan pendampingan gizi tahun 2007 di Wilayah Kecamatan Tanete Rilau, terungkap dari hasil wawancara Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas berikut ini:

“Ada banyak formulir yang sudah disiapkan dari Provinsi seperti: Formulir daftar sasaran, identifikasi sasaran, formulir pengukuran antropometri, jadwal pendampingan asuhan gizi balita, jurnal harian, laporan bulanan dan sistematika laporan triwulan dan akhir (FTR, 35 thn)

Selanjutnya untuk membuktikan adanya formulir, berikut hasil

wawancara dengan Tenaga Gizi Pendamping (TGP) Desa Garessi:

“Formulir pengisian data dibagikan di Kantor Camat sesudah penerimaan TGP, sebagai acuan kami dalam

pengambilan data. Formulirnya sudah bagus, mengisinya mudah dan sangat membantu kami karena sudah tertentu data yang akan diambil di lapangan” (SRN, 23 thn).

Tersedianya formulir sebagai acuan dan pegangan TGP dalam pengambilan data diperkuat dari hasil wawancara kader Desa Corawali:

“Formulir yang ada sudah bagus, walaupun banyak data yang harus diisi tapi dengan adanya formulir seperti itu pasti membuat kita (kader) bisa mencatat semua data yang sewaktu-waktu dibutuhkan utamanya data balita di Posyandu” (HTJ, 46 thn)

Berdasarkan hasil wawancara dari tiga sumber di atas yaitu TPG, TGP dan Kader diketahui bahwa formulir telah disediakan oleh Pengelola Program Pendampingan Gizi Provinsi dan sudah diserahkan kepada masing-masing TGP sebelum bertugas di lapangan. Formulir yang diberikan yaitu: Formulir daftar sasaran, identifikasi sasaran, formulir pengukuran antropometri, jadwal pendampingan asuhan gizi balita, jurnal harian, laporan bulanan dan sistematika laporan triwulan dan akhir. Semua formulir tersebut sudah bagus, mengisinya mudah dan sangat membantu karena sudah tertentu data yang akan diambil di lapangan.

Formulir yang telah disiapkan oleh pengelola Provinsi diserahkan kepada masing-masing TGP sebelum bertugas di Desa lokasi penugasannya. Hal ini sesuai dengan pelaksanaan pendampingan berdasarkan pedoman pendampingan keluarga menuju kadarsi (Depkes, 2007) yang menyatakan bahwa dalam melakukan pendampingan, pendamping dibekali formulir pencatatan pendampingan.

Tersedianya formulir yang sudah sesuai dengan pedoman

pendampingan dan sangat penting bagi pelaksana program di lapangan yang dalam hal ini adalah TGP. Penyediaan formulir dilakukan guna memudahkan TGP dalam pengumpulan data-data yang dibutuhkan dan menghindari tidak tercakupnya data yang dibutuhkan oleh pihak pengelola, juga tidak menutup kemungkinan bagi pihak lain yang berkepentingan dapat memanfaatkan data tersebut.

d. Alat Bantu Penyuluhan dan Nasihat Gizi (Lembar Balik)

Alat bantu penyuluhan dan nasehat gizi (lembar balik) merupakan salah satu sarana yang dapat dipergunakan untuk menyampaikan pesan dalam upaya meningkatkan pengetahuan keluarga sasaran agar dapat merubah pengetahuan dan sikapnya.

Alat bantu penyuluhan dan nasihat gizi (lembar balik) yang digunakan oleh TGP di Kecamatan Tanete Rilau pada waktu melakukan penyuluhan kepada sasaran diketahui dari hasil wawancara Tenaga Pelaksana Gizi (TPG) Puskesmas Pekkae, berikut ini:

“Lembar balik ini sering dipinjam oleh Aminah TGP Desa Lasitae, katanya untuk digunakan penyuluhan. Biasa juga saya sama-sama dengan TGP menyuluh dengan menggunakan lembar balik ini. Banyak juga poster saya bagikan kepada setiap TGP untuk ditempel di Posyandu” (FTR, 35 thn).

Penggunaan alat bantu penyuluhan berupa lembar balik, gambar atau poster diperkuat dari hasil wawancara dengan TGP Desa Lipukasi, sebagai berikut:

“Alat bantu yang digunakan penyuluhan yaitu lembar balik saya pinjam dari Puskesmas, kalau poster dibagikan dari Dinkes Kabupaten Barru (Koordinator Gizi) dan ada juga dari Puskesmas. Adanya lembar balik dan poster memudahkan saya untuk mengingat apa yang disampaikan saat penyuluhan. Ibu dan anaknya terkesan lebih senang bila ada gambar dan lebih tertarik memperhatikan” (SN, 34 thn).

Penyuluhan menggunakan lembar balik, gambar atau poster diketahui pula dari hasil wawancara dengan Kepala Desa Garessi, berikut:

“Saya sangat senang dan bangga dengan adanya TGP karena sebelum mereka datang, Posyandu kelihatan tidak meriah dan sederhana sekali. Semenjak TGP ada di Desa kami, ibu-ibu rajin antar anaknya ke Posyandu karena selalu ada penyuluhan gizi dan berbagai poster penyuluhan seperti: gizi anak balita, contoh sumber makanan bergizi, pemantauan pertumbuhan balita, pemberian ASI eksklusif, dan masih banyak lagi..... yang sudah tertempel di Posyandu. Jadi ibu-ibu yang tidak sempat hadir waktu penyuluhan, dapat langsung singgah melihat poster bila lewat” (ZKR, 65 thn)

Berdasarkan hasil wawancara dari tiga informan di atas yaitu Tenaga Pelaksana Gizi (TPG), Tenaga Gizi Pendamping (TGP) dan Kepala Desa Garessi diketahui bahwa; pada pelaksanaan penyuluhan di Wilayah Kecamatan Tanete Rilau sudah menggunakan alat bantu lembar balik dan poster. Alat bantu penyuluhan berupa lembar balik dan poster tidak disiapkan oleh Dinkes Propinsi sebagai pengelola program, melainkan disiapkan oleh Dinkes Kabupaten dan Puskesmas Pekkae.

Tersedianya media yang digunakan untuk penyuluhan berupa alat bantu penyuluhan dan nasehat gizi dalam bentuk lembar balik atau poster sesuai dengan pernyataan dalam buku pedoman pendampingan keluarga

menuju kadarsi (Depkes, 2007) bahwa dalam melakukan pendampingan, TGP memiliki alat bantu penyuluhan dan nasihat gizi (lembar balik) tanpa menjelaskan dari mana sumber alat bantu yang digunakan.

Penggunaan alat bantu penyuluhan berupa lembar balik atau poster yang disertai cara menyampaikan media secara tepat dan berhasil guna akan meningkatkan minat keluarga sasaran untuk melakukan monitoring pertumbuhan balitanya di Posyandu, sehingga dapat meningkatkan pengetahuannya terutama pola asuh balitanya. Adanya pelaksanaan penyuluhan, diharapkan ibu balita memahami, mau dan mampu melaksanakan apa yang dinasehatkan sehingga mampu mengasuh dan merawat balitanya yang gizi kurang menjadi lebih baik.

Hal tersebut di atas sesuai dengan konsep yang dikemukakan oleh Tarwotjo dan Soekirman (1986) bahwa penyuluhan merupakan salah satu upaya pendekatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan sehingga menghasilkan perubahan perilaku yang lebih baik.

Konsep teori tersebut terbukti dengan adanya penelitian yang dilakukan oleh Salimar (Puslitbang Bogor, 2005). Dalam penelitian yang dilakukan selama 3 bulan pada ibu (umur 18-45 tahun) yang mempunyai anak balita gizi kurang sejumlah 176 orang di dua kecamatan (Kecamatan Sukaraja dan Kecamatan Bogor Selatan). Kesimpulan yang diperoleh bahwa lembar balik merupakan salah satu sarana yang dapat digunakan untuk merubah pengetahuan dan sikap ibu ke arah yang lebih baik untuk meningkatkan status gizi balitanya yang kurang menjadi status gizi baik.

e. Alat Ukur Antropometri

Alat ukur antropometri penting digunakan untuk menilai status gizi balita, sehingga pada pelaksanaan kegiatan TGP di Kabupaten Barru alat ukur antropometri ini perlu disiapkan.

Alat ukur antropometri yang diberikan langsung oleh pengelola program provinsi kepada TGP setelah penerimaan secara resmi di Kantor Kecamatan Tanete Rilau berupa: alat ukur berat badan (BB) dalam bentuk timbangan elektrik (disikai salter), dan alat ukur panjang badan (PB) dalam bentuk microtoice untuk anak balita dan papan pixasi untuk bayi serta pita LILA untuk untuk bumil. Hal ini diungkapkan oleh TGP dan kader Desa Pao-Pao sebagai berikut:

“Ada empat alat ukur yang diberikan waktu penerimaan di Kantor Camat oleh Dinkes Propinsi kepada kami TGP yaitu: papan pixasi untuk mengukur panjang badan bayi, microtoice untuk mengukur panjang badan anak balita dan timbangan elektrik disikai salter untuk menimbang berat badan bayi serta pita LILA untuk ibu hamil. Untuk mengetahui berat badan balita saya sering gunakan dacin (sudah tersedia di Posyandu) karena lebih mudah digunakan” (ASR, 23 thn).

“Alat pangukkuru mikrotis kapang asenna yaro biasa ta’pakewe di’ mangukkuru tanrena anak-anak’e itu yang ditarik-tarik turun, yang dipaku setinggi dua metere baru diukurmi tinggi badannya anak balita’e. Idi’ biasa di’.....? yang bawaki itu dari Makassar, baruka juga mmitaki pada yaro. Bagus dipake karena praktis dan tidak capekki mangukuru kalau banyak anak-anak mau diukur, kan ditarik bawanni turun sampai dikepalanya dan ditaumi tanrena. Kalau beratnya anak, paling bagus kita ukuru pake dacin. Mungkin karena seringmaka pakeki tiap bulan” (MAR, 22 thn).

Ada empat alat ukur yang diberikan waktu penerimaan di Kantor

Camat oleh Dinkes Propinsi kepada TGP yaitu: papan pixasi untuk mengukur panjang badan bayi, mikrotois untuk mengukur panjang badan anak balita dan timbangan elektrik disikai salter untuk menimbang berat badan bayi serta pita LILA untuk ibu hamil. Menurut kader alat ukur mikrotois bagus digunakan, praktis dan tidak merepotkan jika banyak anak balita yang akan diukur karena ditarik saja hingga diatas kepala anak untuk mengetahui tingginya. Untuk mengetahui berat badan anak, kadang digunakan alat timbangan elektrik; tetapi lebih baik menggunakan dacin karena paraktis dan aman digunakan walaupun anak goyang dan sudah terbiasa menggunakan alat tersebut.

Alat ukur timbangan elektrik sikai salter sangat sensitif digunakan jika bayi goyang karena sulit sekali untuk membaca dan menentukan berat badan bayi. Walaupun bayi hanya goyang sedikit sudah sulit untuk membaca nilai hasil timbangannya karena sedikitpun goyangan bayi, maka angka hasil timbangannyapun ikut bergoyang sehingga sangat sulit untuk menentukan berat badan bayi. Demikian pula halnya dengan papan pixasi untuk mengukur panjang badan bayi juga sulit digunakan apabila bayi goyang sebab sulit untuk menentukan panjang badan bayi. Bayi yang diukur dalam keadaan tidak tidur akan senantiasa goyang sehingga sulit untuk mengukur baik panjang maupun beratnya. Papan pixasi hanya aman digunakan jika bayi diukur dalam keadaan tidur, sedangkan timbangan elektrik sikai salter sulit untuk digunakan jika bayi tidur sebab bagaimanapun juga bayi tetap harus diangkat ke atas timbangan dan

akhirnya akan terbangun juga serta goyang. Oleh karena itu perlu rancangan alat ukur panjang badan dan berat badan bayi yang sesuai dengan kondisi bayi yang selalu goyang.

Pada dasarnya penyediaan alat ukur antropometri (untuk mengukur BB dan TB atau PB) sangat dibutuhkan dalam melaksanakan tugas sebagai Tenaga Gizi Pendamping (TGP). Hasil pengukuran berat badan dan panjang badan inilah yang digunakan untuk menilai status gizi balita, sehingga pada kegiatan TGP di Kabupaten Barru alat antropometri ini sudah disiapkan terlebih dahulu sebelum TGP bertugas. Alat ukur antropometri yang praktis dan layak digunakan perlu dipertimbangkan dalam menyediakan alat ukur seperti microtoice dan dacin.

Pengukuran yang telah dilakukan oleh TGP dan kader dengan menggunakan alat ukur yang praktis dan layak digunakan, sejalan dengan teori bahwa penilaian pertumbuhan anak dapat dilakukan dengan mengukur berat badan dan tinggi badan anak menggunakan alat ukur antropometri dengan prosedur penimbangan yang benar. Pemantauan pertumbuhan secara berkala di Posyandu sangat penting dilakukan agar terjadinya penyimpangan pertumbuhan seperti gizi kurang dan buruk dapat diketahui serta dikendalikan secara dini (Sri Mulyati, 2005).

B. Proses Pendampingan Gizi

Kegiatan proses pendampingan gizi di Kabupaten Barru terdiri dari: perencanaan, pelaksanaan, pemantauan/monitoring, pencatatan dan pelaporan program pendampingan gizi.

1. Perencanaan

Perencanaan program pendampingan gizi merupakan serangkaian kegiatan mempersiapkan secara sistematis sesuatu yang akan dilakukan agar program pendampingan gizi terlaksana dengan baik. Adapun rangkaian kegiatan persiapan secara sistematis terdiri dari: Survei Mawas Diri (SMD) dan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD).

a. Survei Mawas Diri (SMD)

Persiapan awal pendampingan di Desa dilakukan oleh masing-masing TGP bersama dengan kepala dusun dan kader desa tempat tugasnya masing-masing yang diawali dengan pengumpulan data awal (baseline data). Berdasarkan hasil telaah dokumen diperoleh informasi bahwa setiap TGP telah melakukan pengumpulan data dasar yang meliputi: data status gizi balita, data keluarga balita, dan data hasil penimbangan di Posyandu (SKDN).

Informasi tentang adanya kegiatan pengumpulan data dasar juga disampaikan oleh informan Kepala Desa Corawali, seperti berikut

“Pada awal datangnya Konselor atau TGP langsung melakukan

pengambilan data di Kantor Desa, terus observasi lapangan bersama kepala dusun untuk melihat potensi di lapangan/pemetaan wilayah disetiap dusun/RT. Data yang diambil seperti jumlah penduduk, KK, dan ada lagi yang lainnya..... saya lupa tapi kayaknya ada beberapa. TGP turun disetiap dusun untuk memperoleh data balita perdesun dengan menimbang dan mengukur langsung anak balita bersama kader” (NSR, 41 thn)

Informasi pelaksanaan SMD disampaikan juga oleh informan

Tenaga Gizi Pendamping, sebagai berikut:

“Data awal yang dikumpulkan yaitu data orang tua, dan pendidikan orang tua, jumlah keluarga, berat badan dan tinggi badan balita, garam beryodium, SKDN, cakupan Fe, cakupan vitamin A dan kader Posyandu” (SRN, 23 thn)

“Waktu pendataan awal kami langsung menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan semua balita, lalu ditentukan status gizinya (apakah baik, kurang, buruk atau lebih). Sasaran pendampingan yang diambil cuma balita gizi kurang dan gizi buruk” (YL, 23 thn)

Pelaksanaan pengumpulan data dasar disampaikan pula oleh Kader

yang hasil wawancaranya, berikut ini:

“Saya mengantar TGP kerumah ibu-ibu yang mempunyai balita, semua balita ditimbang dan diukur tingginya. Waktu selesaimi semua diukur lalu dicocokkanmi dibuku saku beratnya dan langsung ditau status gizinya” HAS, 34 thn).

“TGP Nining yang ukur semua balita, saya mencatat tinggi dan berat badannya. Data orang tuanya juga balita dicatat semuanya” (RAS, 38 thn).

“Banyak sekali data yang diambil oleh TGP waktu baru datang, saya hanya temani mencatat didusunku, kalau didusun lainnya kader lain lagi temani (kader temani mencatat didusunnya masing-masing) TGP sendiri yang wawancarai semua rumah yang ada didusunku. Data yang dicatat tentang jumlah keluarga, data-datanya orang tua balita, berat badan dan tinggi badan balita, garam beryodium yang digunakan, tablet besi, dan

vitamin A” (IRA, 28 thn).

Berdasarkan hasil wawancara yang didukung dengan telaah dokumen dari hasil Survei Mawas Diri (SMD) di Wilayah pendampingan gizi Kabupaten Barru tahun 2007 maka diperoleh data SMD meliputi: data keluarga balita, pengukuran berat badan dan tinggi badan balita, kader posyandu, hasil kegiatan posyandu (SKDN), penggunaan garam beryodium, cakupan kapsul vitamin A dan tablet Fe serta jumlah balita yang menjadi sasaran pendampingan di Kecamatan Tanete Rilau sebagai gerbang taskin untuk Kabupaten Barru tahun 2007 sejumlah 2203 balita dengan uraian ; status gizi baik 1761 balita (79,94%), gizi kurang 391 balita (17,75%), gizi buruk 29 balita (1,31%) dan gizi lebih 22 balita (1%).

Informasi yang di peroleh seperti tersebut di atas, menunjukkan bahwa langkah awal persiapan pendampingan gizi di Tingkat Desa sudah dilaksanakan oleh masing-masing TGP dengan baik sesuai dengan pedoman pendampingan. Kegiatan pengumpulan data dasar atau Survei Mawas Diri (SMD) dilakukan bersama dengan kader posyandu meskipun keterlibatan kader hanya membantu TGP seperti mencatat, mengumpulkan sasaran untuk ditimbang, dan bagi sasaran yang tidak sempat berkumpul, maka kader bersama TGP berkunjung ke rumah keluarga balita agar semua sasaran terjangkau pengukuran.

Pengumpulan data dasar SMD sudah dilakukan dengan baik oleh masing-masing TGP berdasarkan pedoman pendampingan bahwa apabila masih ada data yang belum tercakup pada saat SMD maka dilakukan

dengan mendatangi keluarga sasaran sehingga diperoleh sasaran sejumlah 2203 balita dengan uraian ; status gizi baik 1761 balita (79,94%), gizi kurang 391 balita (17,75%), gizi buruk 29 balita (1,31%) dan gizi lebih 22 balita (1%). Hal ini dilakukan disamping untuk menjangkau semua kelompok sasaran, juga diperlukan untuk mengevaluasi kemajuan hasil intervensi pada setiap waktu tertentu dan menilai keberhasilan program di setiap lokasi.

b. Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)

Informasi data masalah gizi (status gizi kurang dan buruk) yang diperoleh melalui SMD dijadikan dasar untuk membuat rencana kegiatan bersama kader dan tokoh masyarakat. Rencana kegiatan yang telah disepakati bersama kader dan tokoh masyarakat dengan persetujuan kepala desa, disampaikan kepada masyarakat setempat oleh masing-masing TGP melalui Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) untuk menghimpun berbagai sumber daya dalam meningkatkan status Gizi masyarakat. Pelaksanaan MMD di Desa diketahui dari hasil wawancara informan TGP Desa Garessi:

“Setelah pengukuran antropometri kemudian dilakukan interviu untuk mengetahui masalah gizi yang ada dilingkungan keluarga sasaran dan analisis hasil pengukuran, maka diperoleh data status gizi balita. Balita dengan status gizi kurang dan buruk itulah yang dijadikan sasaran. Berdasarkan masalah yang ada, maka saya, TPG dan kader membuat rencana kegiatan (POA) sambil didiskusikan bersama Pak Desa dan tokoh masyarakat . POA yang tersusun disampaikan kepada masyarakat melalui pertemuan Desa Garessi” (SRN, 23 thn).

Hal tersebut di atas, juga sesuai dengan pengakuan Kepala Desa

Tellupanua yang petikan wawancaranya berikut ini:

“.....karena saya selalu sakit-sakit, maka saya hanya hadir penerimaan di Kecamatan dan sejak awal kedatangan TGP di Desa saya serahkan langsung sama pak Dusun jika ada program kerja yang perlu didiskusikan atau mau dilaksanakan. Jadi waktu sudah mengukur balita, lalu di rumah salah seorang pak dudun bersama para kepala dusun dan kader menyusun rencana kegiatan pendampingan untuk memperbaiki status gizi balita” (MAH, 56 thn).

Pengakuan informan Kepala Desa Tellupanua di atas bahwa telah melakukan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) bersama kepala dusun dan kader, walaupun tidak hadir karena sakit-sakit sebab mereka menyadari pentingnya MMD dilaksanakan agar keterlibatan mereka sejak awal berlanjut seterusnya hingga selesainya pendampingan di Desa Tellupanua. Informasi tersebut diakui juga oleh Kepala Desa Corawali dengan hasil wawancaranya berikut ini:

“Sebelum pelaksanaan pendampingan ada rencana-rencana atau program-program gizi kurang dan gizi buruk yang akan dilakukan di tiga dusun. Itu dilakukan sewaktu hasil pengukuran status gizi kurang dan buruk ditemukan, lalu dimusyawarahkan di Kantor Desa dan semua kepala dusun senang sekali dengan kehadiran TGP katanya mereka dibantu perbaiki keadaan gizi balitanya supaya tidak selalu sakit kalau gizi balita di dusunnya sudah bagus” (NSR, 41 thn).

Berdasarkan pengakuan informan di atas, jelas sudah dilakukan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) bersama kader dan tokoh masyarakat atas persetujuan kepala desa sehingga tersusunlah rencana pelaksanaan kegiatan (POA) selama berlangsung proses pendampingan gizi yang disampaikan oleh TGP kepada masyarakat setempat melalui

MMD (salah satu contohnya lihat lampiran 6).

Informasi di atas menunjukkan bahwa TGP dan Kepala Desa sudah memahami dengan baik tentang prinsip dan pentingnya MMD sebelum pelaksanaan kegiatan pendampingan. Hal ini menunjukkan bahwa materi tentang pentingnya pelaksanaan MMD yang disampaikan waktu diklat telah dilaksanakan dengan baik di lapangan dan sudah sesuai dengan buku pedoman pendampingan gizi bahwa MMD dilaksanakan setelah mengadakan SMD. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan di atas, diketahui bahwa hasil Survei Mawas Diri (SMD) sudah disampaikan oleh TGP secara formal melalui Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) sehingga tersusunlah perencanaan kegiatan pendampingan (POA) pada masing-masing desa.

Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) adalah kegiatan pertemuan antara aparat desa, tokoh masyarakat dan masyarakat untuk membahas segala permasalahan yang terdapat di Desa dan cara mengatasinya. MMD dalam kegiatan pendampingan gizi sangat penting terutama untuk mensosialisasikan program pendampingan gizi di Tingkat Desa, disamping itu membahas SMD dan upaya penanggulangan masalah gizi, juga merupakan wahana untuk mendapatkan dukungan dari masyarakat dan pemerintah desa setempat dalam pelaksanaan pendampingan gizi.

Pelaksanaan MMD di Kabupaten Barru sesuai dengan dengan konsep yang mengatakan bahwa pelaksanaan MMD merupakan salah satu tugas yang harus dilaksanakan oleh setiap TGP dalam tahap persiapan

pendampingan untuk memaparkan program pendampingan dihadapan aparat desa dan tokoh masyarakat. (Dinkes, 2007)

2. Pelaksanaan

Pelaksanaan pendampingan merupakan kegiatan operasional berdasarkan prosedur dan aturan yang telah ditetapkan dalam program pendampingan gizi. Adapun tahap pelaksanaan semua kegiatan pendampingan terdiri dari:

a. Membuat Jadwal Kunjungan Rumah Keluarga Sasaran

Kunjungan ke rumah sasaran pendampingan gizi adalah salah satu pendekatan yang dilakukan pada pelaksanaan program pendamping gizi, sehingga sebelum melaksanakan kunjungan rumah TGP sebaiknya membuat jadwal rencana kunjungan rumah keluarga sasaran.

Gambaran jadwal rencana kunjungan rumah dalam pelaksanaan pendampingan gizi diketahui dari hasil wawancara TGP seperti berikut:

“Ada jadwal kunjungan ke rumah sasaran dan ditentukan harinya: untuk gizi kurang jadwal kunjungannya digilir/minggu, dikelompokkan sesuai jarak rumahnya (rata-rata 9 balita/kelompok) dan dikunjungi (diberikan contoh makanan dan cara mengolahnya) setiap hari selama seminggu, minggu berikutnya giliran kelompok yang lain. Pada balita gizi buruk (semuanya) dijadwalkan setiap hari kunjungan dan pemberian makanan selama 50 hari. Selanjutnya (gizi kurang dan buruk) dilakukan pendampingan rata-rata tiga balita/minggu yang harinya ditentukan ibu balita” (SRN, 23 thn).

“Jadwal kunjungan kami buat dan jamnya tergantung kesepakatan ibu atau keluarga balita. Pada balita gizi buruk dikunjungi tiap hari selama 50 hari dan selanjutnya rata-rata tiga kali/minggu, sedangkan gizi kurang

dikunjungi rata-rata 6 balita setiap hari/minggu dan minggu berikutnya giliran kelompok balita yang lainnya. Balita yang telah didampingi tetap dikontrol rata-rata dua balita/minggu” (AMN, 25 thn).

Informasi tentang adanya jadwal rencana kunjungan rumah keluarga sasaran juga diketahui dari hasil wawancara dengan Kepala Desa Pancana, bahwa:

“Kunjungan TGP ke rumah sasaran dibantu oleh kader sesuai jadwal ditentukan bersama ibunya anak balita secara rutin pada setiap dusun dan kadang-kadang dilakukan penimbangan “ (RM, 32 thn).

Dilakukannya kunjungan ke rumah sasaran sesuai dengan jadwal diketahui pula dari hasil wawancara dengan keluarga sasaran Kelurahan Tanete, seperti berikut:

“TGP sama kader selalu datang dirumahku karena katanya anakku gizi buruk jadi mau didampingi supaya gizinya bisa menjadi baik. Ada kapang dua bulan tiap hari datang bikinkanki makanan, mengajarika memasak makanan yang bagus dikasikanki anakku. “ (SMR, 25 thn).

“Dikasitauka’ dulu kalau anakku gizi kurang jadi mauki katanya dijadikan balita binaan. TGP dan kader selalu datang di rumahku setiap hari selama seminggu dan pernah dua kali seminggu dan setiap mau datang nakasitaukanka dulu. Na’ajarika cara memasak yang betul na’makan anakku supaya naikki beratnya” (TINA, 30 thn).

Fakta di atas menunjukkan bahwa pada pelaksanaan kegiatan pendampingan gizi di Kabupaten Barru dilakukan kunjungan kerumah sasaran sesuai pengelompokan jarak rumah dan jadwal tertentu tergantung kesepakatan keluarga sasaran. Hal ini ditunjang dengan hasil telaah dokumen laporan kegiatan pendampingan yang masing-masing di buat

oleh TGP ditemukan adanya jadwal pendampingan yang dibuat oleh TGP, dan susunan menu/minggu (lampiran 7) yang dibuat oleh TPG Puskesmas Pekkae. Hal ini menunjukkan bahwa proses pendampingan dengan cara kunjungan ke rumah sasaran dilakukan secara teratur dan terencana.

Pelaksanaan kunjungan ke rumah sasaran yang dilakukan dengan kelompok jarak rumah dan jadwal yang telah direncanakan adalah sesuai dengan pelaksanaan pendampingan berdasarkan pedoman pendampingan keluarga menuju kadarsi (Depkes, 2007) yang menyatakan bahwa jadwal kunjungan dibuat berdasarkan kesepakatan keluarga sasaran dengan cara mengelompokkan sasaran berdasarkan jarak terdekat antara masing-masing keluarga sasaran. Kunjungan direncanakan sesuai dengan berat ringannya masalah gizi yang dihadapi keluarga.

Kunjungan kerumah sasaran yang telah dilakukan berdasarkan pengelompokan jarak rumah dan berat ringannya kasus sasaran yang waktunya disesuaikan dengan kesepakatan keluarga sasaran guna memudahkan pelaksanaan kegiatan kunjungan dan sudah sesuai dengan pedoman pendampingan gizi tentang pelaksanaan kunjungan rumah dengan harapan agar upaya yang maksimal ini secara efektif dapat menurunkan kasus gizi kurang dan buruk.

2. Melakukan Kunjungan ke Keluarga Sasaran Secara Berkelanjutan

TGP melakukan kunjungan ke keluarga sasaran secara berkelanjutan dengan frekuensi kunjungan ditentukan oleh berat ringannya

masalah gizi dari sasaran. Balita dengan status gizi kurang, frekuensi kunjungannya lebih rendah sedangkan balita dengan status gizi buruk frekuensi kunjungannya lebih tinggi.

Gambaran pelaksanaan kunjungan ke keluarga sasaran secara berkelanjutan dalam kegiatan pendampingan gizi di Kabupaten Barru diungkapkan oleh beberapa informan berikut:

“Setelah intervensi rutin setiap hari selesai, maka dilakukanlah kunjungan ke keluarga sasaran dua kali seminggu dalam rangka penguatan terhadap intervensi yang telah dilakukan tanpa pemberitahuan sebelumnya. Kunjungan terakhir pada akhir minggu ke empat dilakukan penimbangan untuk mengevaluasi hasilnya”(ASR, 23 thn).

“Setelah melakukan kunjungan rumah setiap hari selama seminggu, maka dilanjutkan dengan kunjungan tiga kali seminggu dalam rangka proses penguatan untuk melihat kemandirian keluarga balita” AMN, 25 thn).

“TGP sama kader dulu selaluki datang biasa satu minggu berturut-turut tiap hari nalihatki anakku, na’ajarika’ banyak hal seperti memasak makanan untuk anakku. Kadang juga dua kali seminggu datangki lihat-lihat lagi dan ditimbangki kalau akhir bulan” (KAS, 39 thn).

“Dulu TGP rajin selalu datang di rumahku, ada waktu yang ditentukan jadi jarangka’ pergi-pergi kalau mauki lagi datang nalihatki anakku keadaannya. Biasa juga jarangki datang dan nakasiki anakku biskui’ kesukaannya” (NUR, 22 thn).

Kunjungan berkelanjutan kerumah sasaran diketahui dari pengakuan informan diatas, bahwa setelah kunjungan rutin setiap hari selesai dilakukan, maka dilanjutkan dengan kunjungan berkelanjutan untuk penguatan yang dilakukan dua sampai tiga kali seminggu bagi setiap sasaran untuk melihat realisasi dari intervensi rutin yang telah dilakukan,

juga melihat perkembangan kemandirian keluarga sasaran. Jadwal kunjungan berkelanjutan ini tidak ditentukan dan tergantung dari kondisi TGP ketika itu misalnya melewatinya saat kekelompok sasaran lainnya.

Informasi tersebut menunjukkan bahwa TGP telah melakukan kunjungan ke keluarga sasaran secara berkelanjutan sesuai dengan pedoman pendampingan keluarga menuju kadarsi (Depkes, 2007) bahwa pendamping melakukan kunjungan ke keluarga sasaran yang berjumlah 10-20 keluarga. Masing-masing keluarga sasaran akan didampingi secara berkelanjutan sebanyak rata-rata 10 kali kunjungan disesuaikan dengan berat ringannya masalah yang dihadapi sampai keluarga tersebut mampu mengatasi masalah gizinya.

Kunjungan keluarga secara berkelanjutan telah dilakukan oleh TGP dengan baik. Jumlah keluarga dan jumlah kunjungan persasaran, tidak ditentukan tergantung cepat lambatnya kemandirian dari keluarga sasaran. Hal ini memungkinkan terjadinya jumlah kunjungan lebih dari 10 keluarga dengan rata-rata kunjungan lebih dari 10 kali perkeluarga sasaran tergantung cepat lambatnya kemandirian keluarga sasaran hingga keluarga tersebut mampu mengatasi masalahnya sendiri.

3. Mengidentifikasi dan Mencatat Masalah Dalam Penanganan Sasaran

Upaya identifikasi dan mencatat masalah dalam penanganan sasaran pada pendampingan gizi di Kabupaten Barru diungkapkan oleh informan berikut:

“Dari hasil pengukuran antropometri diketahui adanya masalah gizi kurang dan buruk pada sasaran, kemudian dilakukan survei lingkungan rumahnya dan wawancara langsung dengan keluarga balita tersebut untuk mengetahui makanan anaknya dan pola asuhnya, keadaan imunisasinya dan vitamin A, keadaan penyakit yang dialami sehingga terjadi masalah gizi kurang atau buruk. Hasil survei dan wawancara diidentifikasi untuk diprioritaskan. Prioritas masalah itulah yang akan diintervensi” (YUL, 23 tahun).

“Waktunya sudahki diukur anakku, besoknya datangki lagi tanya-tanyaka’ tentang kanrena anakku. Kita catatki semua apa pembicaanku dan dilihatki juga diluar rumahku. Begitu kulihat dulu waktu datangki kedua kalinya dirumahku” (TIA, 39 thn)

“Katanya anakku gizi kurang, jadi selaluki datang perhatikanki dan ada yang dicatat karena katanya perluki diperhatikan supaya gizinya jadi baik” (NUR, 22 thn).

“Biasaji kulihat itu konselor ada nacatat-catat tapi tidak kuperhatikanki, masalahnya saya juga orangnya jarang tanya-tanyaki. Cuma dia bilang kalau anakku gizi buruk, perlu diperhatikan dan ditangani baik” (ERNI, 34 thn).

Adanya informasi yang diperoleh di atas menunjukkan bahwa walaupun sudah diketahui adanya masalah gizi kurang atau buruk yang terjadi pada sasaran, namun sebelum melakukan intervensi tetap dilakukan identifikasi masalah terutama faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya masalah gizi pada keluarga sasaran. Pengamatan dilakukan terhadap balita dan anggota keluarganya yang lain tentang kebersihan diri dan lingkungannya, semua hasilnya dicatat untuk setiap sasaran agar dapat diberikan nasehat sesuai dengan masalahnya

Berdasarkan uraian tersebut diketahui bahwa TGP di Kabupaten Barru telah mengidentifikasi dan mencatat faktor-faktor terjadinya

masalah gizi kurang dan buruk sebelum melakukan intervensi pada sasaran. Hal ini penting dilakukan dan sudah sesuai dengan yang tercantum dalam pedoman pendampingan gizi yang menyatakan bahwa meskipun telah diketahui masalah gizi keluarga sasaran saat pendataan, namun pendamping masih perlu melakukan identifikasi secara teliti masalah yang dihadapi dan faktor penyebabnya saat kunjungan agar intervensi yang dilakukan tepat sesuai dengan penyebabnya terjadinya masalah gizi tersebut.

Upaya identifikasi dan mencatat masalah gizi sasaran merupakan suatu hal yang sangat penting dilakukan sebelum menentukan jenis intervensi atau nasehat gizi yang akan diberikan pada sasaran dan keluarganya dalam penanganan masalahnya. Berdasarkan prioritas masalah yang terjadi pada sasaran, maka dapat ditentukan materi pendampingan yang akan diberikan. Sebab berdasarkan hasil identifikasi tersebut dilanjutkan dengan intervensi secara sistematis secara tepat.

e. Memberikan Nasihat Gizi Sesuai dengan Permasalahannya

Nasihat gizi yang diberikan disesuaikan dengan permasalahan gizi dan faktor penyebab terjadinya masalah pada sasaran.

Adapun nasihat gizi yang diberikan secara bertahap pada saat pendampingan diketahui dari hasil wawancara beberapa informan berikut :

1) Mengajak sasaran ke Posyandu

“Setiap bulan yaitu sehari sebelum pelaksanaan posyandu, saya anjurkan kepada kader untuk mengingatkan melalui

mengumumkan di Mesjid agar semua keluarga yang mempunyai balita membawa anaknya di Posyandu demikian pula dengan ibu hamil supaya tiap bulan mengontrol kehamilannya” (AMN, 25 thn).

“Saya sebagai TGP di Desa Tellupanua, jadi setiap melakukan kunjungan kesasaran saya selalu mengingatkan betapa pentingnya membawa anaknya ke Posyandu setiap bulan untuk mengetahui perkembangan BB balitanya, pentingnya pemberian vitamin A pada balitanya, imunisasi, ASI eksklusif, MP-ASI, garam beryodium dan jika tidak diberikan seperti itu akan berdampak negatif pada anaknya” (SRN, 23 thn).

“Selaluka’ kodong dikasitau bawa anakku di Posyandu, rajinna’ memang bawa anakku ke Posyandu tiap tanggal 25 dan pernah tidak kubawaki waktu bulan Pebruari karena sakitki anakku’ na datangki itu TGP di rumahku timbangki, nakasikanka’ kapsul vitamin A” (KAS, 39 thn).

2) Mengusahakan sasaran memiliki KMS

“Ada dulu KMS-nya anakku, tapi hilangki dan tidak mintaka’ lagi. Kukasi taukanki bahwa jarangka’ juga bawa anakku ke Posyandu karena jauhki. Kucobaki bulan depannya membawa anakku’ langsung dikasikanki oleh kader KMS baru yang sudah diisi datanya anakku” (ROS, 30 thn).

“Selalu natanyakan KMS-nya anakku dan nalihatki juga. Nasuruhka’ selalu membawa KMS itu kalau pergiki lagi menimbang tiap bulanna supaya irissengi beratnya juga perkembangannya tiap bulan” (KDR, 28 thn).

3) Menganjurkan sasaran memberikan ASI eksklusif

“Ibu sasaran sering dijelaskan tentang pentingnya ASI eksklusif. Agar balitanya nanti betul-betul sehat, maka ibu yang baru melahirkan memberikan ASI saja tanpa pemberian makanan atau minuman kepada bayinya hingga berusia 6 bulan. Termasuk juga menjelaskan betapa pentingnya pemberian kolustrum dan cara menyusui yang baik dan benar” (SN, 34 thn).

“Itu ASI eksklusif tidak kukasikanki anakku waktu baru lahirki soalnya tidak kutauki kasian....., pada hal itu

bagus sekali katanya dikasikan ASI murni saja sejak baru lahir sampai umurnya 6 bulan” (RIA,28 thn)

4) Menganjurkan memberi makanan beranekaragam pada balita

“Saya menjelaskan dengan menggunakan lembar balik beraneka ragam bahan makanan yang bernilai gizi tinggi dan cara memilih serta mengolahnya agar nilai gizinya tetap utuh bertepatan saat intervensi selama seminggu, juga diperkenalkan MP-ASI lokal kepada keluarga sasaran” (DN, 25 thn).

“Pada hal makanan untuk balita jangan hanya nasi, ikan dan sayur saja ya....., semakin banyak jenis bahan makanannya semakin banyak juga gizinya. Apalagi kalau cara memasaknya betul, sayurnya dicampur-campur dan buah juga ada lebih bagus lagi” (IDA, 37 thn).

5) Menganjurkan keluarga menggunakan garam beryodium

“Saya memperlihatkan contoh garam beryodium yang baik dan memberitahukan fungsi zat yodium bagi pertumbuhan dan perkembangan serta kecerdasan balita” (SRN, 23 thn).

“TGP tanyakanka garam yang kupake di rumah lalu kukasilhatkanki yang masih ada bungkusnya dan dibilangkan garam beryodiumjisudah bagus, kalau begitu terus yang dipake nantinya tidak gondokmi yang besar dileher, anak dapat tumbuh dengan baik de’na cebol, dan jadi pintar juga katanya anak-anak. Ternyata banyak sekali gunanya pale.....” RID, 30 thn).

6) Menganjurkan bumil memeriksakan kehamilannya secara rutin

“Kami sampaikan bahwa keadaan kesehatan ibu dan janin yang dikandung hanya dapat dipantau jika ibu hamil memeriksakan kehamilannya dengan rutin setiap bulan di Posyandu atau Puskesmas dan diberikan juga tablet tambah darah” (DN, 25 thn).

“Nasuroka yaro petugas tuli mappressa ko bidan Wati wattunna mattampuka. Mankanja tongangnge’ akko tuli mapparessaki” (WN, 28 thn).

7) Membantu sasaran memperoleh suplemen zat gizi

“Kebetulan ada suplemen gizi yang dibagi ke kepada TGP dari Dinkes Provinsi berupa multivitamin, dan calsidol dari Dinkes Barru untuk didistribusikan kepada sasaran “ (ASR, 23 thn).

“Adaji dulu kita kasikanki Fadilla obat mabbotolo-botolo supaya magalai manrena wallupai asenna, napojima lfadilla. Makanja’ toni manre wita, gara-gara yaro biasaro nafsu makan talengi kasi’!! Agapesiro asenna.....? ya..... xanvit sirup makanja’ manre anakku kasi’ purana waleng nainungi” (FAT, 27 thn).

8) Mengantarkan kasus rujukan gizi buruk dan menindaklanjuti masalah pasca rujukan

“Pernah ada di Dusun Tajari Desa Garessi yang menderita gizi buruk dan sudah disertai dengan gejala klinik bernama Sukriadi berumur 6 bulan dengan BB 2,7 kg awal pendampingan (uraian datanya lihat lampiran 8). Saat baru ditemukan, saya langsung laporkan ke Puskesmas dan Dinkes Barru, lalu kami antar ke RS Umum Barru untuk ditangani dengan baik karena di Puskesmas tidak ada susu entrasol. Susu entrasol dihabiskannya 1 bungkus untuk 2 hari. Karena sudah agak baik, lalu keluarganya membawa ke Pulau untuk ikut acara keluarga dan setelah 2 hari disana kena ISPA akhirnya meninggal” (SRN, 23 thn).

“Tidak pernah gizi buruk dirujuk ke Rumah Sakit di Desa Corawali dan Desa lainnya, hanya di Desa Garessi saja ada yang pernah dirujuk. Kasehatji hulihat walaupun gizi buruk. Kubawaki saja berobat di Puskesmas kalau demamki, tapi kalau hanya batuk tidakki. Kalau demam biasanya kubelikan saja obat dan jika tidak sembuhki baru kubawaki di Puskesmas berobat” (NUR, 22 thn).

9) Menyelenggarakan Diskusi Kelompok Terarah (DKT) untuk membahas masalah gizi yang ditemukan selama kegiatan pendampingan

“Biasa kami laksanakan DKT bersama dengan kader, jika ada hal-hal penting yang perlu dimusyawarahkan seperti waktu sasaran sudah ditentukan lalu bersama kader

merancang menu satu minggu bagi balita gizi kurang untuk dimasak bersama di suatu tempat secara bergilir berdasarkan pengelompokan terdekat” (SRN, 23 thn).

“Biasanya kami diskusi dengan TGP dalam penanganan gizi buruk dan gizi kurang, pernah diskusi waktu mau pelatihan penyegaran kader juga waktu mau lomba posyandu dan balita sehat” (HAT, 46 thn).

Berdasarkan uraian tersebut di atas menunjukkan bahwa proses pelaksanaan pendampingan yang telah dilaksanakan oleh TGP dalam memberikan nasihat gizi disesuaikan dengan permasalahan yang ada pada sasaran dan dilaksanakan secara bertahap pada setiap kali melakukan kunjungan ke keluarga sasaran tergantung kemampuan sasaran untuk melaksanakannya.

Semua nasihat gizi yang telah diberikan kepada sasaran di Kabupaten Barru sudah sesuai dengan isi pedoman pendampingan gizi (Depkes RI, 2007). Hal ini menunjukkan bahwa TGP di Kabupaten Barru telah melaksanakan kegiatan pendampingan gizi dengan baik. Nasihat yang diberikan oleh TGP berisi anjuran cara mengatasi dan mencegah terjadinya masalah secara berulang. Nasihat sebaiknya dilakukan secara bertahap sesuai dengan kesanggupan keluarga untuk melakukannya dan kemajuan akan dilihat pada kunjungan berikutnya.

Pada dasarnya TGP sudah memberikan nasihat gizi sesuai dengan permasalahan yang ada pada masing-masing sasaran berdasarkan petunjuk pada pedoman pendampingan gizi, akan tetapi khususnya dalam menangani kasus rujukan gizi buruk yang sudah disertai gejala klinik masih

kurang tegas dan belum tuntas dalam penangannya. Kurang tegas dan lemahnya kemampuan TGP dalam menangani maupun memberikan nasihat gizi dibuktikan dengan membiarkan kasus rujukan yang sudah mengalami kemajuan setelah ditangani intensif di Rumah Sakit Barru untuk pulang walaupun kondisinya belum sepenuhnya pulih. Seharusnya TGP tetap berusaha meyakinkan keluarga sasaran untuk tetap bersabar selama perawatan anaknya di Rumah Sakit, sebab kondisi gizi buruk seperti yang dialami anaknya sangat rentan terhadap berbagai penyakit infeksi sehingga harus tetap di rawat insentif sampai pulih total meskipun status gizinya belum berada pada kategori baik. Bahkan TGP tidak sempat lagi memantau dan menindaklanjuti kasus rujukan tersebut setelah pulang ke rumahnya sebab keluarganya langsung membawa anaknya ke Pulau yang terletak di luar wilayah Kabupaten Barru, akhirnya anaknya pun menderita ISPA dan meninggal dunia.

3. Pemantauan/Monitoring Kegiatan Pendampingan Gizi

Pemantauan/monitoring merupakan proses pengumpulan dan analisis *informasi* secara sistematis dan kontinu tentang program pendampingan gizi sehingga dapat dilakukan tindakan koreksi untuk penyempurnaan program pendampingan itu selanjutnya. Pemantauan/monitoring adalah komponen penting dalam pelaksanaan program pendampingan gizi sehingga dalam pelaksanaannya diperlukan suatu sistem pencatatan dan pelaporan secara sistematis dan kontinu.

Pelaksanaan pemantauan/monitoring program pendampingan gizi di Kabupaten Barru dalam bentuk pencatatan dan pelaporan secara sistematis dan kontinu diketahui gambaran pelaksanaannya dari hasil wawancara informan Pengelola program Kabupaten dan Kecamatan, sebagai berikut:

“Kami melakukan pemantauan langsung ke masing-masing TGP setiap bulan pada tanggal 4 melalui pertemuan rutin dirangkaikan dengan arisan. Pada kesempatan itu pula kami bersama TPG Pekkae mendiskusikan hal penting misalnya ada masalah yang TGP temui dilapangan dan pemecahanya didiskusikan bersama-sama. Kadang-kadang juga dilakukan pemantauan secara tidak resmi dengan kunjungan langsung kelapangan tanpa pemberitahuan sebelumnya kepada TGP. Kami juga pernah terlibat langsung bersama TPG melakukan penilaian lomba balita sehat dan cerdas cermat kader/desa serta pelatihan/penyegaran kader di Puskesmas Pekkae yang disponsori oleh TGP” (RMT, 32 thn).

“Setiap bulan secara rutin kami ke Desa dalam pelaksanaan posyandu sekaligus melihat langsung kegiatan yang dilakukan oleh masing-masing TGP. Pengecekan dilakukan dengan menanyakan langsung pada keluarga sasaran tentang kegiatan yang telah dilakukan oleh TGP pada sasaran, disamping itu dengan melihat catatan kegiatan harian serta laporan bulanan dari masing-masing TGP” (FTR, 35 thn).

Informasi tentang adanya pemantauan oleh pihak Pengelola Provinsi, Kabupaten dan pihak Puskesmas di Lapangan diperkuat oleh pernyataan berikut ini:

“Ibu Astuti Made dan stafnya dari Tim Pengelola Provinsi pernah melakukan pemantauan dan pembinaan langsung pada sasaran di Desa Pancana. Pada kesempatan itu pula dilakukan tanya jawab antara keluarga sasaran

dengan Tim Pengelola Propinsi, Kabupaten dan Puskesmas” (SN,34 thn).

“Biasaji kulihat ada petugas datang satu mobil tapi tidak kuperhatikanki bikin apaki di Posyandu. Tidak kuperhatikanki karena anakku rewel sekali kalau ada orang baru dia lihat” (NMN, 22 thn).

“Petugas Puskesmas, kader dan TGP setiap bulan melakukan berbagai macam kegiatan di Posyandu” (IDA, 37 thn).

Pemantauan dilakukan pula oleh Kepala Desa di Lapangan diketahui dari pernyataan berikut ini:

“Pak Desaku sering datang melihat kegiatan di Posyandu, terutama melihat balita yang gizi kurang dan gizi buruk” (SRN, 23thn).

Wawancara di atas dan hasil telaah dokumen menunjukkan bahwa pemantauan telah dilakukan baik oleh Tim Pengelola Propinsi, pihak Kabupaten maupun Puskesmas bahkan juga dilakukan oleh Kepala Desa secara langsung ke sasaran dan kadang-kadang pula tidak langsung ke sasaran, misalnya memantau laporan bulanan dan triwulan. Pemantauan yang dilakukan oleh pihak Kabupaten dan Puskesmas dilaksanakan secara rutin setiap bulan melalui pertemuan TGP, diskusi bersama semua TGP dan pemecahan masalahnya dibahas pada saat itu juga. Disamping itu pemantauan secara langsung ke sasaran sering pula dilakukan pada pelaksanaan posyandu rutin setiap bulan, sedangkan pemantauan secara tidak langsung dilakukan melalui laporan rutin/triwulan yang diterima oleh pihak Kabupaten dan Puskesmas.

Pemantauan kegiatan pendampingan di Kabupaten Barru sudah dilakukan secara rutin setiap bulan selama proses pendampingan berlangsung. Pelaksanaan pemantauan ini sudah sesuai dengan pedoman pendampingan (Depkes, 2007) bahwa pemantauan kegiatan pendampingan dilakukan setiap bulan selama proses pendampingan berlangsung.

Pemantauan kegiatan pendampingan gizi di Kabupaten Barru sudah dilakukan secara rutin dan paling sering dilakukan oleh pihak Kabupaten dan Puskesmas. Hal ini terjadi karena pihak Kabupaten dan Puskesmas merasa bertanggung jawab penuh dilapangan, pihaknya adalah jenjang yang terdekat dengan sasaran pendampingan gizi di Desa. Pelaksanaan pemantauan kegiatan pendampingan di Kabupaten Barru sesuai pula dengan pendapat yang dikemukakan oleh Sumarto (2004) bahwa teknik-teknik pemantauan sifatnya saling melengkapi dan saling mendukung serta harus diterapkan secara bersama-sama guna memperoleh informasi yang objektif dan akurat sehingga mampu meminimalkan penyimpangan untuk pengambilan kebijakan yang tepat.

4. Pencatatan dan Pelaporan Pendampingan Gizi

Pencatatan dan pelaporan untuk mendokumentasikan perubahan perilaku keluarga, perkembangan kesehatan dan status gizi balita sasaran pendampingan yang dilakukan di Kabupaten Barru, yaitu: balita dengan berat badan naik, SKDN, Bawah Garis Merah (BGM),

Suplementasi kapsul Vitamin A, keaktifan kader, pemberian ASI eksklusif 0-6 bln, Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) 6-24 bulan, dan Garam Beryodium untuk selanjutnya disampaikan oleh TGP secara tertulis ke pelaksana program secara rutin/triwulan.

Pencatatan dan pelaporan yang dilakukan pada program pendampingan gizi diketahui dari wawancara informan berikut

“Tim Pengelola Provinsi, Kabupaten dan Puskesmas pernah meninjau langsung pada sasaran di setiap Desa, menanyakan kegiatan apa saja yang dilakukan TGP pada sasaran sekaligus melihat catatan kegiatan harian, laporan bulanan, laporan triwulan dan dokumentasi lainnya pada masing-masing TGP di Desa” (DN, 25 thn).

“Setiap kami membuat laporan triwulan secara berkelompok selalu diperhatikan dan dibimbing oleh TPG dan Koordinator Gizi Kabupaten Barru, makanya laporan kami lengkap sekali” (AMN, 25 thn).

“Laporan triwulan dan laporan akhir kami buat di Desa masing-masing dan setelah rampung semuanya, selanjutnya kami kumpulkan dan dihas besama-sama kelompok besar untuk dijadikan satu laporan yang dibuat rangkap empat untuk masing-masing dikirim langsung ke Puskesmas, Kabupaten dan Propinsi serta satu rangkapnya disimpan sebagai arsip” (SRN, 23 thn).

Berdasarkan Informasi di atas dan telaah dokumen, menunjukkan bahwa laporan dibuat oleh TGP ada empat macam, yaitu: laporan harian, bulanan, triwulan dan laporan akhir. Laporan tersebut dibuat secara individu dan kelompok. Laporan individu dibuat oleh masing-masing TGP berupa laporan harian, laporan bulanan, dan triwulan; sedangkan laporan kelompok dibuat bersama-sama oleh semua TGP berupa laporan triwulan dan laporan akhir yang dibuat empat rangkap untuk dilaporkan langsung

ke Puskesmas, Kabupaten dan Propinsi (melalui Kabupaten) masing-masing satu rangkap serta arsip.

Laporan bulanan dibuat setiap bulan oleh masing-masing TGP secara rutin dalam rangkap satu untuk dilaporkan langsung ke Puskesmas, sedangkan laporan triwulan tercakup di dalamnya catatan kegiatann harian dibuat setiap tiga bulan serta laporan akhir dibuat pada akhir program pendampingan yang dibuat oleh masing-masing TGP secara rutin dalam rangkap empat. Setiap rangkap dari laporan triwulan tadi dikumpulkan dalam bentuk satu laporan Kabupaten tanpa merangkumnya; selanjutnya dilaporkan masing-masing satu rangkap untuk Tingkat Puskesmas dan Tingkat Kabupaten diserahkan langsung oleh TGP, untuk Tingkat Propinsi diserahkan melalui Tingkat Kabupaten dan satu rangkap sebagai arsip.

Pembuatan laporan akhir program dilaksanakan pada saat pendampingan gizi berakhir. Pembuatan laporan akhir hampir sama halnya dengan laporan triwulan; perbedaannya hanya karena laporan akhir ini berisi rangkuman perdesa hasil dari seluruh kegiatan pendampingan, cakupan program pendampingan dan status gizi awal dan akhir pendampingan yang dibuat oleh masing-masing TGP kemudian diolah bersama-sama oleh semua TGP dengan cara merangkum laporan individu menjadi satu laporan yang dibuat empat rangkap untuk selanjutnya diserahkan seperti halnya pada laporan triwulan.

Pada dasarnya bahwa laporan pelaksanaan kegiatan pendampingan gizi yang dilakukan di Kabupaten Barru seperti yang

diuraikan di atas, sudah sesuai dengan pedoman pendampingan (Depkes, 2007) bahwa pada akhir proses pendampingan, pendamping mencatat perubahan yang terjadi pada sasaran dan merekap hasil pelaksanaan pendampingan dari seluruh keluarga sasaran. Tidak ada ketentuan pada pedoman pendampingan mengenai pelaksanaan pelaporan pendampingan gizi.

Pencatatan dan pelaporan program pendampingan gizi di Kabupaten Barru sudah dilakukan dengan baik sesuai dengan pedoman pendampingan gizi. Pencatatan dan pelaporan baik catatan harian, laporan bulanan, laporan triwulan dan laporan akhir sebagai bukti atau dokumen yang mendukung telah dilakukannya kegiatan program lagi pula sering diperlukan informasinya oleh pihak lain yang berkepentingan oleh karena itu penting untuk diperhatikan dan dilaksanakan sebaik-baiknya.

C. Output Program Pendampingan Gizi

Output program pendampingan gizi merupakan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses pendampingan gizi. Elemen yang dihasilkan tersebut harus menggambarkan hasil-hasil jangka pendek yang dilukiskan secara kuantitatif (Mantra dalam Depkes, 1999).

Output program pendampingan gizi merupakan indikator keberhasilan dalam suatu proses pendampingan gizi. Output dari pelaksanaan program pendampingan gizi yaitu tercapainya target cakupan program yang telah ditetapkan dalam pelaksanaan program pendampingan gizi yaitu semua balita

gizi kurang dan gizi buruk dengan indikator output sesuai yang tercantum dalam pedoman pendampingan gizi yaitu:

1. Meningkatnya kunjungan sasaran datang ke Posyandu.
2. Meningkatnya jumlah ibu yang memberikan ASI Eksklusif.
3. Meningkatnya cakupan balita yang mendapat kapsul vitamin A.
4. Meningkatnya cakupan ibu hamil minum TTD minimal 90 tablet
5. Semua anak gizi buruk pasca rawat inap yang didampingi, berat badannya naik mengikuti jalur pertumbuhan normal pada KMS.
6. Meningkatnya jumlah keluarga yang menggunakan garam beryodium yang memenuhi syarat.
7. Tidak adanya balita 2 T dan BGM.

Adapun output dari program pendampingan gizi di Kabupaten Barru yaitu: meningkatnya jumlah kunjungan sasaran ke Posyandu, adanya data jumlah ibu yang memberikan ASI Eksklusif, meningkatnya cakupan balita yang mendapat kapsul vitamin A, adanya data Posyandu dan keaktifan kader serta meningkatnya jumlah keluarga yang menggunakan garam beryodium.

1. Meningkatnya Jumlah Kunjungan Sasaran Datang ke Posyandu

Posyandu merupakan sarana pemantauan tumbuh kembang balita yang dilakukan dengan menimbang berat badannya secara rutin setiap bulan. Saat ini semakin banyak masalah kesehatan yang dapat dideteksi dan ditanggulangi dengan cepat dan tepat pada tingkat paling bawah (*grass root*) dengan memanfaatkan Posyandu yang rutin.

Peran serta aktif masyarakat dalam mendeteksi secara dini masalah kesehatan balitanya masih perlu ditingkatkan melalui pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat agar mampu menumbuhkan perilaku hidup sehat. Deteksi dini pertumbuhan balita biasanya dilakukan dengan KMS melalui kegiatan posyandu. KMS merupakan alat yang paling sederhana untuk mengetahui secara dini adanya penyimpangan terhadap tumbuh kembang balita. Inti dari system pemantauan tumbuh kembang balita yakni menimbang secara rutin.

Kunjungan sasaran ke Posyandu untuk memantau tumbuh balita pada program pendampingan gizi di Kabupaten Barru dapat dilihat berdasarkan pemantauan jumlah kunjungan sasaran ke Posyandu melalui: balok SKDN, *tren lam D/S*, *tren lam N/S*, dan *tren lam N/D*).

a. Balok SKDN

Balok SKDN merupakan salah satu indikator untuk mengetahui tingkat pencapaian kegiatan posyandu.

Berdasarkan data balok SKDN yang diperoleh dari laporan akhir TGP tahun 2008, bahwa pendampingan gizi di Kabupaten Barru dimulai pada bulan Juli 2007 sampai Maret 2008. Pada bulan Juli 2007 dilakukan pendataan awal dengan jumlah sasaran (S) sebesar 2199 orang kemudian mengalami peningkatan pada akhir pelaksanaan pendampingan bulan Maret 2008 yaitu sebesar 2334 orang. Sasaran yang datang ke Posyandu

(D) juga mengalami peningkatan dari bulan juli 2007 sebesar 1043 orang menjadi 1515 orang pada bulan Maret 2008, hal ini menunjukkan adanya peningkatan partisipasi dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya posyandu untuk memantau tumbuh kembang dan kesehatan balitanya.

b. *Tren LAM D/S*

Tren LAM D/S merupakan jumlah balita yang datang di Posyandu dari seluruh balita yang ada. *Tren LAM D/S* menunjukkan tingkat partisipasi sasaran dalam memanfaatkan posyandu.

Tingkat partisipasi sasaran dalam memanfaatkan posyandu selama pendampingan gizi di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru yang diperoleh dari laporan akhir TGP tahun 2008, diketahui bahwa partisipasi masyarakat dalam memanfaatkan Posyandu (*Tren Lam D/S*) pada bulan Agustus 2007 dan Februari 2008 mengalami peningkatan karena pada bulan ini adalah bulan pemberian kapsul vitamin A.

Sebelum memulai kegiatan pendampingan gizi dilakukan pendataan awal sasaran yaitu pada bulan July 2007 dan menunjukkan persentase terendah dari kunjungan sasaran yaitu sebesar 47,4%. Hal ini disebabkan karena pendampingan gizi baru mulai dilaksanakan. Pada saat TGP mulai melakukan kegiatan program pendampingan gizi, maka partisipasi sasaran dalam memanfaatkan Posyandu mengalami peningkatan dari bulan kebulan hingga akhir pelaksanaan program pendampingan bulan Maret 2008 kunjungan sasaran ke Posyandu

mengalami peningkatan sebesar 64,9%. Jumlah ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kesadaran keluarga sasaran akan pentingnya melakukan pemantauan tumbuh kembang balita secara rutin setiap bulan di Posyandu sebagai dampak kehadiran TGP dalam melaksanakan program pendampingan gizi di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru.

c. *Tren LAM N/S*

Tren LAM N/S adalah jumlah balita yang berat badannya naik dari seluruh balita yang ada. *Tren LAM N/S* menunjukkan tingkat pencapaian sasaran dalam memanfaatkan kegiatan program pendampingan gizi termasuk memanfaatkan posyandu.

Tingkat pencapaian sasaran dalam memanfaatkan program pendampingan gizi termasuk posyandu selama pelaksanaan program pendampingan gizi di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru, sesuai dengan laporan akhir TGP, didapatkan bahwa *Tren LAM N/S* pada bulan Agustus 2007 dan Februari 2008 mengalami peningkatan. Hal ini disebabkan karena pada bulan tersebut adalah bulan pemberian kapsul vitamin A. Sedangkan sejak adanya TGP mulai bulan July 2007 sampai Maret 2008 *Tren LAM N/S* berfluktuasi karena adanya pergantian musim hujan yang tidak menentu dan selalu berubah-ubah. Biasanya setiap tahun pada bulan September terjadi puncak musim kemarau, tetapi pada bulan September 2007 sudah terjadi musim hujan. Selanjutnya pada bulan Desember 2007 musim hujan semakin lebat diiringi dengan tiupan angin

kencang yang arahnya tidak menentu sehingga berpengaruh besar pada tingkat kesehatan balita yang juga mengalami penurunan. Hal inilah yang menyebabkan terjadinya *Tren LAM N/S* berfluktuasi; pengaruh tersebut terlihat nyata pada bulan bulan Oktober dan Januari 2007 dengan *Tren LAM N/S* yang menurun secara tajam jika dibandingkan dengan bulan sebelumnya.

Walaupun terjadi *Tren LAM N/S* yang berfluktuasi selama adanya TGP, tetapi secara umum terjadi peningkatan dan perbaikan status gizi balita. Pada awal pendampingan yaitu pada bulan July 2007 menunjukkan kenaikan berat badan balita yang terendah dari seluruh sasaran sebesar 33,8%, hal ini disebabkan karena pendampingan baru mulai dilaksanakan. Dan pada saat TGP mulai melakukan kegiatan program pendampingan gizi, maka jumlah sasaran yang berat badannya mengalami peningkatan dari bulan kebulan hingga akhir pelaksanaan program pendampingan pada bulan Maret 2008 sebesar 53,9%. Jumlah ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kesadaran keluarga sasaran akan pentingnya pemberian kolustrum dan ASI eksklusif pada bayi, pemberian Makanan Pendamping ASI (MP-ASI) sejak bayi berumur 6 bulan dan tetap memberikan ASI hingga minimal balita berumur 2 tahun. Disamping itu balita perlu pemberian aneka ragam makanan alami dari bahan lokal yang bernilai gizi tinggi setiap harinya untuk kecerdasan, kesehatan dan tumbuh kembang balita yang maksimal. Adapun dokumentasi kegiatan TGP pada pemberian contoh makanan tambahan dari aneka ragam makanan lokal dapat dilihat

pada lampiran 9 D. Meningkatnya jumlah balita yang berat badannya naik setiap bulan dari seluruh balita yang ada sebagai dampak dari upaya TGP dalam meningkatkan peran serta masyarakat untuk memanfaatkan posyandu seiring dengan penyuluhan pola asuh balita, cara mengolah bahan makanan dan pemberian contoh makanan tambahan dari bahan makanan lokal sebagai makanan terbaik bagi balita.

d. Tren LAM N/D

Tren LAM N/D adalah jumlah balita yang datang dan berat badannya naik dari semua balita yang datang di Posyandu. *Tren LAM N/D* menunjukkan tingkat pencapaian sasaran dalam memanfaatkan posyandu.

Tingkat pencapaian sasaran dalam memanfaatkan posyandu selama pelaksanaan program pendampingan gizi di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru yang diperoleh dari laporan akhir TGP tahun 2008, diketahui bahwa pada awal pendampingan menunjukkan, jumlah balita yang naik berat badannya dari seluruh balita yang datang di Posyandu sebesar 71,3%, selanjutnya jumlah balita tersebut berubah-ubah dan mengalami peningkatan yang sangat tajam beberapa bulan sebelum intervensi pendampingan berakhir hingga mencapai 82,9%. Jumlah ini menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kesadaran keluarga sasaran akan pentingnya pemberian berbagai macam makanan dengan nilai gizi yang tinggi seiring dengan dilakukannya pemantauan berat badan rutin setiap bulan di Posyandu. Terjadinya peningkatan *Tren LAM N/D* secara tajam

pada bulan September 2007 sebagai dampak dari peningkatan partisipasi kehadiran sasaran pada pemberian kapsul vitamin A pada bulan sebelumnya yaitu Agustus yang diiringi dengan penyuluhan cara mengasuh balita dan pemberian makanan tambahan lokal sebagai contoh makanan terbaik bagi balita. Sedangkan pada bulan Desember 2007 terjadi penurunan *Tren LAM N/D* tajam, disebabkan karena adanya puncak musim hujan yang lebat dengan tiupan angin kencang yang arahnya tidak menentu menyebabkan menurunnya tingkat kesehatan dan kehadiran balita di Posyandu berpengaruh pula pada penurunan berat badan balita.

Berdasarkan data pemantauan jumlah kunjungan sasaran yang datang di Posyandu melalui Balok SKDN, *Tren LAM D/S*, *Tren LAM N/S*, dan *Tren LAM N/D*) di Kabupaten Barru selama pelaksanaan program pendampingan gizi secara keseluruhan mengalami peningkatan.

Meningkatnya jumlah kunjungan sasaran yang datang ke Posyandu berdampak pula pada meningkatnya jumlah balita yang mengalami kenaikan berat badan. Terjadinya peningkatan kunjungan ke Posyandu yang seiring dengan meningkatnya berat badan balita menunjukkan adanya dampak positif dengan dilakukannya penyuluhan pola asuh balita, cara mengolaha bahan makanan dan pemberian contoh makanan tambahan yang bersumber dari bahan makanan lokal sebagai makanan pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) terbaik bagi balita yang dilaksanakan setiap bulan selama pelaksanaan pendampingan gizi di Kabupaten Barru (lampiran 14 C dan D).

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Maryani, dkk (2006) tentang peran serta masyarakat, lintas sektor dan swasta dalam rangka revitalisasi posyandu tahun 2005. Hasil penelitian secara umum adalah: Terjadi peningkatan dalam kegiatan posyandu seperti: telah melakukan pengembangan kegiatan pelayanan posyandu yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat di daerah, peran serta kader dan masyarakat berpengaruh terhadap meningkatnya balita yang datang, peran serta lintas sektor kecamatan berperan dalam penyuluhan, dan peran swasta yaitu memberikan kontribusi berupa uang tunai, susu, telur, gedung pelayanan posyandu serta PMT juga dirasakan sangat mendukung terutama meningkatnya status gizi balita.

Balitbangda Provinsi Sulawesi Selatan bekerja sama dengan Unhas (2006) pada penelitian tentang pendampingan dan pemberian MP-ASI lokal (kuning telur) yang dilakukan terhadap bayi gizi buruk di Kabupaten Gowa Provinsi Sulawesi Selatan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keluarga sasaran dengan nilai $p=0,000$, sedangkan besar perubahan status gizi pada sasaran juga menunjukkan hasil yang bermakna dengan nilai $p = 0,001$. Hal ini dapat disimpulkan bahwa pendampingan dan pemberian kuning telur dapat menjadi alternatif MP-ASI lokal di Wilayah Sulawesi Selatan.

2. Adanya Data Balita yang Memperoleh ASI Eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI saja kepada bayi tanpa pemberian makanan atau minuman apapun sampai bayi beumur 6 bulan. Pemberian ASI saja dapat mencukupi semua kebutuhan tubuh bayi hingga bayi berumur 6 bulan, oleh karena itu sangat dianjurkan (Utami Rusli, 2004).

ASI (Air Susu Ibu) merupakan makanan yang terbaik untuk bayi. ASI mengandung nutrisi yang tinggi dan mudah dicerna, meningkatkan kekebalan tubuh, meningkatkan kecerdasan dan pertumbuhan fisik bayi serta mampu mempererat hubungan emosional ibu dengan bayinya. Disamping itu pemberian ASI saja sampai bayi beumur 6 bulan (ASI eksklusif) dilanjutkan dengan pemberian makanan keluarga merupakan penghematan yang besar.

Salah satu tugas TGP di lapangan adalah menganjurkan keluarga yang mempunyai bayi 0-6 bulan agar memberikan ASI saja kepada bayi tanpa pemberian makanan atau minuman apapun sampai bayi beumur 6 bulan (ASI eksklusif). Sayangnya sulit untuk mengetahui bagaimana dampak pendampingan terhadap pemberian ASI eksklusif di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru, walaupun pada dasarnya TGP senantiasa memberikan motivasi kepada keluarga sasaran betapa pentingnya pemberian ASI eksklusif. Hal ini disebabkan karena pengambilan data ASI eksklusif ini hanya dilakukan di Posyandu sebelum pendampingan atas inisiatif pengelola program Dinkes Barru. Adapun hasil pengambilan data

perdesa berdasarkan laporan akhir TGP tahun 2008, didapatkan bahwa cakupan pemberian ASI eksklusif masih sangat rendah yaitu sebesar 190 (8,62%) jika dibandingkan dengan sasaran sebesar 2203 (lampiran 9).

Rendahnya pemberian ASI Eksklusif disebabkan karena adanya perilaku dan budaya kebiasaan masyarakat yang sudah terbiasa memberikan langsung air putih ataupun madu pada waktu bayi baru lahir, hal ini menunjukkan betapa sulitnya merubah kebiasaan masyarakat.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sugiyantoro (Yayasan KAKAK) di Surakarta, Boyolali, Sukoharjo, Karanganyar, Wonogiri, Sragen dan Klaten (2002) pada sejumlah 700 orangtua yang memiliki anak usia 4 – 24 bulan. Hasil penelitiannya menunjukkan pemberian ASI saja pada bayi usia 0 – 4 bulan masih tergolong rendah, yaitu hanya 37 % saja. Bahkan untuk responden yang berasal dari daerah perkotaan dan ibu bekerja jauh lebih sedikit. Ada banyak faktor yang mempengaruhi masih rendahnya pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0 – 4 bulan, tetapi yang paling besar jumlahnya karena alasan ibu bekerja. Selain itu keberhasilan menyusui secara eksklusif juga dipengaruhi oleh faktor misalnya peran tempat pelayanan kesehatan serta kebijakan rumah sakit itu sendiri untuk mendukung pemberian ASI secara eksklusif.

Selanjutnya Sugiyantoro (2002) melanjutkan penelitiannya berupa pendampingan dan memberikan support terhadap ibu bekerja yang menyusui anaknya hingga menyusui eksklusif 6 bulan. Kemudian

memberikan pendampingan dalam memerah dan menyimpan ASI, memberikan informasi menyusun menu seimbang, Setelah masa menyusui eksklusif 6 bulan kemudian dilanjutkan dengan memberikan makanan pendamping lokal. Hasilnya bayi dapat tumbuh dengan sehat dan sangat jarang menderita sakit.

3. Meningkatnya Cakupan Balita yang Mendapat Vitamin A

Upaya untuk mencegah dan menanggulangi kekurangan vitamin A pada balita dengan memberikan suplemen vitamin A dalam bentuk kapsul pada bayi umur 6-11 bulan harus diberi minum 1 kapsul vitamin A 100.000 SI (kapsul biru) dan balita umur 12-59 bulan harus diberi minum 2 kapsul vitamin A 200.000 SI (kapsul merah) setiap bulan Pebruari dan Agustus.

TGP berperan memberikan informasi tentang gejala kekurangan vitamin A dan cara penanggulangannya serta memberikan anjuran kapan dan dimana dapat memperoleh kapsul vitamin A.

Dampak pendampingan terhadap peningkatan cakupan kapsul vitamin A sesuai dengan data laporan akhir TGP tahun 2008, diketahui bahwa cakupan Vit A pada bulan Agustus 2007 sebanyak 2050 balita (315 bayi dan 1735 anak balita) dan mengalami peningkatan pada bulan Pebruari 2008 sebanyak 2223 balita (283 bayi dan 1940 anak balita). Prosentase cakupan vitamin A meningkat dari 93,05% menjadi 100% sesudah pendampingan (Lampiran 10).

Hal ini menunjukkan bahwa peranan TGP dalam pelaksanaan program pendampingan gizi dapat meningkatkan cakupan pemberian kapsul vitamin A pada balita. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Hadju, dkk (2001) tentang dampak program pendampingan kader terhadap kinerja kader posyandu dan status gizi balita di Kabupaten Takalar . Hasil penelitian tersebut dapat meningkatkan cakupan kapsul vitamin A dari 32% menjadi 78%.

d. Adanya Data Cakupan Keluarga yang Menggunakan Garam Beryodium

Penggunaan garam beryodium setiap hari untuk memasak sangat penting bagi keluarga, karena yodium merupakan elemen yang sangat diperlukan untuk pembentukan hormon tiroid yang sangat dibutuhkan untuk pertumbuhan normal, perkembangan mental dan fisik, serta kecerdasan.

Konsekuensi gangguan akibat kekurangan iodium (GAKI) adalah retardasi mental, gangguan perkembangan sistem syaraf, gangguan pertumbuhan fisik, kegagalan reproduksi dan atau kematian janin. Yang amat mengkhawatirkan bagi pengembangan SDM adalah akibat negatif terhadap sistem syaraf pusat yang berdampak negatif pada kecerdasan.

Data cakupan garam beryodium yang diambil berdasarkan sampel pada akhir pelaksanaan pendampingan yang diketahui dari laporan akhir TGP tahun 2008, bahwa dari 100 KK sebagai sampel yang diambil pada 10 desa (masing-masing 10 KK/desa) yang ada di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru; ditemukan 89 KK (89%) menggunakan garam beryodium

dan 11 KK (11%) tidak menggunakan garam beryodium (lampiran 11). Walaupun masih ditemukan penggunaan garam yang tidak beryodium sesudah pendampingan gizi, namun demikian prosentase penggunaan garam beryodium sudah dapat melebihi target penggunaan garam beryodium yaitu 80%. Rendahnya prosentase penggunaan garam beryodium yang terjadi di masyarakat khususnya di daerah pendampingan gizi Kabupaten Barru, antara lain karena masih rendahnya kemampuan daya beli masyarakat dan adanya selisih antara garam beryodium dengan tidak beryodium serta rendahnya pemantauan pemerintah setempat tentang larangan pendistribusian garam yang tidak beryodium walaupun kebijakan sudah ditetapkan.

e. Adanya Data Posyandu dan Keaktifan Kader

Posyandu adalah salah satu tempat pelayanan kesehatan masyarakat yang terdepan, pengelolaannya menjadi tanggung jawab langsung masyarakat yang ada di tempat tersebut. Posyandu dibentuk oleh dan untuk masyarakat dalam membantu pemeliharaan kesehatan masyarakat. Peran posyandu dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat sangat besar terutama Balita, Ibu hamil dan ibu menyusui.

Data jumlah Posyandu (lampiran 12) yang diperoleh dari laporan akhir TGP tahun 2008, bahwa jumlah posyandu yang ada sebanyak 35 tersebar pada setiap desa sekitar 2 sampai 6 atau rata-rata terdapat 3

posyandu/desa. Jumlah tersebut didasarkan pada jarak dan luas jangkauan serta jumlah sasaran yang ada di wilayah posyandu tersebut.

Pengelolaan posyandu adalah menjadi tanggung jawab langsung masyarakat yang ada di wilayah tersebut yang dalam hal ini adalah kader. Adapun data keaktifan kader selama pelaksanaan program pendampingan gizi di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru, berdasarkan data dari laporan akhir TGP tahun 2008, terlihat bahwa jumlah kader yang ada pada awal adanya pendampingan gizi mulai bulan Juli 2007 sebanyak 147 orang dan mengalami peningkatan menjadi 150 orang pada bulan September 2007. Kader yang aktif setiap bulannya mengalami peningkatan sampai pelaksanaan pendampingan selesai. Kader yang aktif mulai pendampingan sebanyak 131 orang (89,12%) dan meningkat menjadi 142 orang (94,04%) saat pendampingan berakhir (lampiran 12). Peningkatan jumlah kader yang ada dan keaktifan kader selama pelaksanaan pendampingan, tentunya karena kehadiran TGP yang senantiasa memberikan dukungan positif terhadap kader sehingga jumlah kader yang ada mengalami peningkatan disertai dengan partisipasi kader menjadi lebih baik. Bentuk dukungan TGP pada kader selama pendampingan dapat dilihat pada dokumentasi pelaksanaan pelatihan/penyegaran kader posyandu (lampiran 14 A), lomba cerdas cermat bagi kader yang dirangkaikan dengan lomba balita sehat se-Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Propinsi Sulawesi Selatan (lampiran 14 F dan G).

D. Outcome Program Pendampingan Gizi

Outcome merupakan gambaran atau informasi dampak perubahan jangka panjang tentang penyakit, angka kematian, penurunan atau peningkatan produktivitas, dsb. Dan kita harus memahami semua faktor yang mempengaruhi terjadinya perubahan perilaku seperti kebijaksanaan pemerintah, peraturan perundangan dan lain-lain. Outcome tidak dilakukan untuk intervensi yang spesifik, tetapi biasanya bersifat umum (Depkes, 1999). Disamping itu menurut Azwar (1996) bahwa outcome meliputi perubahan yang lebih luas yang terjadi lebih lambat sebagai akibat langsung dari adanya hasil program dan kegiatannya.

Outcome program pendampingan gizi adalah dampak positif dari pendampingan gizi berupa meningkatnya status gizi balita (BB/U, TB/U dan BB/TB) sebagai akibat dari pelaksanaan kegiatan program pendampingan gizi. Sebagai dampak positif terhadap status gizi balita dengan dilaksanakannya pendampingan gizi di Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Takalar dapat dilihat seperti berikut :

1. Status Gizi Balita Berdasarkan Indikator BB/U

Keadaan status gizi berdasarkan indikator BB/U adalah menggambarkan keadaan status kesehatan saat ini. Adapun gambaran keadaan status gizi balita berdasarkan indikator BB/U sebelum dan sesudah pelaksanaan pendampingan yang diperoleh dari TGP tahun 2008, memperlihatkan bahwa berdasarkan indikator BB/U baku rujukan WHO-

NCHS terjadi perbaikan status gizi balita sebelum dan sesudah pelaksanaan pendampingan gizi di Kabupaten Barru, status gizi baik mengalami peningkatan sedangkan status gizi kurang, buruk dan lebih mengalami penurunan. Adapun uraian status gizi sasaran berdasarkan indikator BB/U sebelum dan sesudah pendampingan dapat dilihat pada lampiran 13.

Pada lampiran tersebut terlihat prosentase balita dengan status gizi baik (BB/U) meningkat dari 79,94% menjadi 92,26%. Angka gizi kurang, buruk dan lebih turun dari 20,06% menjadi 7,74% (lihat lampiran 13). Hal ini berarti setelah pelaksanaan pendampingan gizi selama 10 bulan dapat menekan angka gizi kurang, buruk dan lebih sebesar 12,32% sebagai hasil dari adanya intervensi gizi yang berbasis pemberdayaan masyarakat dan pendidikan gizi berupa penyuluhan tentang pola asuh balita yang seiring dengan pemberian MP-ASI lokal secara rutin setiap bulan di Posyandu sebagai contoh untuk diterapkan oleh keluarga sasaran pada balitanya.

Intervensi gizi berbasis pemberdayaan masyarakat dan pendidikan gizi yang diterapkan melalui program pendampingan gizi seperti telah dilaksanakan pada program pendampingan gizi di Kabupaten Barru Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2007 efektif menurunkan angka gizi kurang dan buruk .

Pada hasil penelitian ini sejalan dengan program penanggulangan secara komprehensif melalui pendampingan dan bimbingan pengasuhan di rumah yang dilakukan oleh Puslitbang Bogor di Lebak Wangi Kabupaten Bogor selama 6 bulan pada tahun 2006, terbukti dapat menurunkan

prevalensi gizi kurang. Hampir separuh anak didiagnosis sebagai marasmus pada awal pemulihan dan sisanya sebagai gizi buruk. Setelah 6 bulan mengikuti pemulihan secara komprehensif sebanyak 73.9% sampel dapat mencapai status gizi normal dan tidak terdapat lagi anak dengan kategori kurus sekali. Sedangkan pada kelompok pembanding, 1 anak dalam kategori kurus sekali dan 30.8% mencapai kategori normal. (Arnelia, dkk, 2006)

2. Status Gizi Berdasarkan Indikator TB/U

Keadaan status gizi berdasarkan indikator TB/U, menggambarkan keadaan status kesehatan masa lampau. Gambaran keadaan status balita berdasarkan indikator TB/U baku rujukan WHO-NCHS sebelum dan sesudah pelaksanaan pendampingan yang diperoleh dari laporan akhir TGP tahun 2008, memperlihatkan bahwa berdasarkan indikator TB/U terjadi perbaikan gizi balita sebelum dan sesudah pelaksanaan pendampingan gizi di Kabupaten Barru, status gizi normal mengalami peningkatan sedangkan jumlah balita yang pendek mengalami penurunan. Adapun data uraian jumlah status gizi sasaran (TB/U) sebelum dan sesudah pendampingan dapat dilihat pada lampiran 13.

Prosentase balita dengan status gizi normal (TB/U) meningkat dari 81,25% menjadi 89,89%. Jumlah balita yang pendek mengalami penurunan dari 18,75% menjadi 10,11% (lampiran 13). Hal ini berarti setelah

pelaksanaan pendampingan gizi selama 10 bulan dapat menekan jumlah balita yang pendek sebesar 5,8%.

3. Status Gizi Berdasarkan Indikator BB/TB

Keadaan status gizi berdasarkan indikator BB/TB, menggambarkan keadaan status kesehatan masa lampau.

Gambaran keadaan status gizi balita berdasarkan indikator BB/TB baku rujukan WHO-NCHS sebelum dan sesudah pelaksanaan pendampingan yang diperoleh dari TGP tahun 2008, memperlihatkan bahwa berdasarkan indikator BB/TB terjadi perbaikan status gizi balita. Status gizi normal mengalami peningkatan sedangkan status kurus, sangat kurus dan gemuk mengalami penurunan. Data uraian jumlah status gizi sasaran (BB/TB) sebelum dan sesudah pendampingan dapat dilihat pada lampiran 13.

Prosentase balita dengan status gizi normal (BB/TB) meningkat dari 87,38% menjadi 93,61%. Angka status kurus, sangat kurus dan gemuk mengalami penurunan dari 12,62% menjadi 6,39% pada akhir pendampingan (lampiran 13). Hal ini berarti setelah pelaksanaan pendampingan selama 10 bulan dapat menekan angka status kurus, sangat kurus dan gemuk 6,23%.

Data status gizi balita berdasarkan indikator BB/U, TB/U, dan BB/TB baku rujukan WHO-NCHS di atas menunjukkan bahwa program

pendampingan gizi yang dilaksanakan di Kabupaten Barru tahun 2007-2008 selama 10 bulan dapat meningkatkan status gizi balita.

Terjadinya peningkatan status gizi balita menunjukkan adanya dampak positif dengan dilakukannya pemberian contoh makanan tambahan yang bersumber dari bahan makanan lokal sebagai makanan pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) terbaik bagi balita yang dilaksanakan secara rutin setiap bulan selama pelaksanaan pendampingan gizi di Kabupaten Barru.

Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) lokal adalah MP-ASI yang dibuat atau diolah dengan menggunakan bahan pangan setempat, mudah diperoleh dengan harga terjangkau oleh masyarakat. MP-ASI lokal bertujuan untuk mempertahankan dan memperbaiki status gizi bayi dan anak usia 6-24 bulan, dapat memenuhi kebutuhan zat gizi makro dan zat gizi mikro tertentu apabila diberikan dengan tepat dan seimbang.

Menurut Menteri Kesehatan Meutia Hatta bahwa balita yang tidak diberi ASI dan MP-ASI yang teratur dan seimbang, dapat menimbulkan kekurangan gizi. Karena itu, pemberian ASI secara baik dan benar, disamping makanan pendamping yang mudah didapat di lingkungan sekitar atau makanan pendamping ASI lokal (MP-ASI lokal), merupakan upaya pencegahan yang utama dari masalah kekurangan gizi pada bayi dan anak. Artinya, kekurangan gizi pada bayi dan anak bukan karena tidak minum susu formula, akan tetapi tidak diberikannya ASI dan makanan pendamping secara tepat dan benar (Depkes, 2005).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Muljati, dkk (2005) pada 300 balita gizi kurang dan 415 balita gizi buruk yang mengikuti pemulihan di Klinik Gizi Bogor pada tahun 2005. Hasil analisis menemukan bahwa pada balita gizi kurang yang telah mengikuti pendampingan selama dua bulan di Klinik Gizi memiliki peluang untuk mencapai jalur pertumbuhan normal sebesar 22%, sedangkan pada balita gizi buruk, setelah enam bulan mengikuti pemulihan memiliki peluang untuk mencapai jalur pertumbuhan normal sebesar 20%. Oleh karena itu pemantauan pertumbuhan secara berkala dan promosi pemberian MP-ASI di Posyandu sangat penting dilakukan agar penyimpangan pertumbuhan dapat dikendalikan secara dini.

Hasil penelitian yang sama pula dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Arnelia, dkk (2005) tentang studi aplikasi penatalaksanaan dan pengembangan sistem pelayanan gizi buruk secara rawat jalan. Penelitian ini dilakukan pada anak gizi buruk usia di bawah tiga tahun di Laboratorium Gizi Masyarakat P3GM Bogor dengan cara pemulihan gizi secara rawat jalan. Sedangkan pengembangan sistem layanan dilakukan di Puskesmas Lebak Wangi Kabupaten Bogor. Penelitian dilakukan pada 24 anak sebagai sampel yang mendapat pemulihan secara lengkap dan 22 anak sebagai pembanding. Hampir separuh anak didiagnosis sebagai marasmus pada awal pemulihan dan sisanya sebagai gizi buruk. Bila dilihat status gizi berdasarkan indikator BB/TB ternyata setelah mengikuti pemulihan secara komprehensif selama 6 bulan, sebanyak 73.9% sampel

dapat mencapai status gizi normal dan tidak terdapat lagi anak dengan kategori kurus sekali. Sedangkan pada kelompok pembanding, 1 anak pada akhir dalam kategori kurus sekali dan 30.8% mencapai kategori normal. Pengaruh program penanggulangan secara komprehensif termasuk bimbingan pengasuhan di rumah, terbukti dapat meningkatkan kualitas pengasuhan meliputi pengasuhan makan dan psikososial.

Penelitian ini di dukung pula oleh penelitian yang dilakukan oleh Balitbangda Provinsi Sulawesi Selatan bekerja sama dengan Universitas Hasanuddin (2006) tentang penanggulangan gizi kurang melalui pendampingan dan pemberian MP-ASI lokal berupa kuning telur dilakukan di Kabupaten Gowa dengan membandingkan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasilnya menunjukkan, terjadi perubahan pengetahuan dan keterampilan ibu pada kelompok intervensi secara bermakna. Sedangkan besar perubahan status gizi pada kelompok intervensi juga menunjukkan hasil yang bermakna. Rekomendasi dari penelitian ini bahwa pendampingan gizi dan pemberian kuning telur dapat meningkatkan asupan gizi seiring dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan pengasuh bayi, sehingga kuning telur dapat menjadi alternatif MP-ASI lokal di Wilayah Sulawesi Selatan.

Berdasarkan hasil beberapa penelitian di atas, diketahui bahwa balita gizi kurang dan buruk memiliki peluang untuk mencapai jalur pertumbuhan normal melalui pendampingan dan pengasuhan yang

intensif (Muljati, 2005) termasuk bimbingan pengasuhan di rumah (Arnelia, 2005) disertai pemberian kuning telur sebagai salah satu alternatif MP-ASI lokal yang dapat meningkatkan asupan gizi sehingga berpeluang meningkatkan status gizi kurang dan buruk mencapai jalur pertumbuhan normal. (Balitbangda Provinsi Sulawesi Selatan bekerja sama dengan Universitas Hasanuddin, 2006)

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan dari hasil pengumpulan data pelaksanaan program pendampingan gizi di Kabupaten Barru tahun 2007-2008, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pelaksanaan pada tahap input (rekrutmen, diklat tenaga pendamping, insentif tenaga pendamping dan sarana/prasarana), sudah dilaksanakan sesuai dengan petunjuk pedoman pendampingan gizi. Biaya transportasi yang disediakan oleh Pengelola Provinsi masih sangat rendah dari kebutuhan transportasi lokal. Demikian pula halnya dengan sarana berupa alat ukur antropometri timbangan elektrik dan papan pixasi kurang efektif digunakan untuk bayi.
2. Pelaksanaan pada tahap proses (perencanaan program, pelaksanaan, pemantauan/monitoring, pencatatan dan pelaporan pendampingan gizi) telah dilaksanakan sesuai dengan pedoman pendampingan gizi yang dibuktikan dengan adanya: data balita gizi kurang dan buruk yang menjadi sasaran sebagai hasil dari SMD; kader posyandu yang telah mengikuti pelatihan sebagai hasil MMD; rencana kegiatan pendampingan gizi sebagai hasil DKT; dan laporan kegiatan harian, bulanan dan triwulan yang dilaksanakan secara rutin. Namun demikian pada penanganan kasus rujukan gizi buruk, TGP belum mampu menanganinya secara maksimal.

3. Output pelaksanaan program pendampingan gizi mengalami peningkatan sebelum dan sesudah pendampingan, yaitu: Partisipasi kunjungan sasaran ke Posyandu (D/S) meningkat dari 47,4 % menjadi 64,9%; pemberian ASI eksklusif sebesar 190 balita (8,62%) dari 2203 balita; cakupan kapsul vitamin A meningkat dari 93,05% menjadi 100%; cakupan garam beryodium 89% dan keaktifan kader meningkat dari (89,12%) menjadi (94,04%).
4. Outcome atau dampak pisiitif program pendampingan gizi yaitu meningkatnya status gizi balita setelah pelaksanaan pendampingan, berdasarkan standar baku rujukan WHO-NCHS dengan indikator:
 - a. BB/U, prosentase balita dengan status gizi baik meningkat dari 79,94% menjadi 92,26%. Angka gizi kurang, buruk dan lebih turun dari 20,06% menjadi 7,74% yang berarti dapat menekan angka gizi kurang, buruk dan lebih sebesar 12,32%
 - b. TB/U, prosentase balita dengan status gizi normal meningkat dari 81,25% menjadi 89,89%. Jumlah balita yang pendek mengalami penurunan dari 18,75% menjadi 10,11% yang berarti dapat menekan jumlah balita yang pendek sebesar 5,8%.
 - c. BB/TB, prosentase balita dengan status gizi normal meningkat dari 87,38% menjadi 93,61%. Angka status kurus, sangat kurus dan gemuk mengalami penurunan dari 12,62% menjadi 6,39%, berarti dapat menekan angka status kurus, sangat kurus dan gemuk 6,23%.

Terjadinya peningkatan status gizi balita menunjukkan adanya dampak positif dengan dilakukannya pemberian contoh MP-ASI lokal sebagai MP-ASI terbaik bagi balita yang dilaksanakan secara rutin setiap bulan selama pelaksanaan pendampingan gizi di Kabupaten Barru.

B.Saran

1. Perlu peningkatan proses perencanaan dan evaluasi Program Pendampingan Gizi di Kabupaten Barru yang lebih matang, mulai dari tahapan input, proses hingga outcome; termasuk penyediaan biaya transportasi lokal yang mencukupi dan alat ukur antropometri yang sesuai dengan kondisi bayi; agar program tersebut dapat berjalan seefektif mungkin guna mengentaskan kasus gizi kurang dan buruk yang maksimal.
2. Pengembangan program pendampingan gizi perlu dilaksanakan pada kecamatan lain di Wilayah Kabupaten Barru yang belum memperoleh pendampingan gizi terutama kecamatan dengan kasus gizi kurang dan buruk yang masih tinggi, guna mengentaskan seluruh kasus gizi kurang dan buruk yang masih ada.
3. Dibutuhkan kesadaran bagi semua keluarga yang mempunyai balita agar tetap meneruskan penerapan pola asuh yang benar pada balitanya seperti yang telah diterapkan selama adanya pendampingan gizi di Kabupaten Barru dalam upaya meningkatkan kecerdasan dan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

4. Penelitian tentang evaluasi program pendampingan gizi perlu dilanjutkan pada beberapa lokasi atau kabupaten sebagai perbandingan dari segi kelebihan dan kekurangan masing-masing, untuk dijadikan bahan masukan dalam rangka perbaikan dan penyempurnaan strategi pelaksanaan program pendampingan gizi di masa yang akan datang.

DAFTAR PUSTAKA

- Arnelian, dkk. 2006. **Study Aplikasi Penatalaksanaan dan Pengembangan Sistem Pelayanan Gizi Buruk Secara Rawat Jalan**. Dalam <http://www.google.co.id>. Diakses tanggal 28 September 2007
- Atmarita & Fallah. S.T. 2004. **Analisa Situasi Gizi dan Kesehatan Masyarakat. Prosiding Widya Karya Pangan dan Gizi VIII**. Jakarta.
- Almatsier S. 2001. **Penuntun Diet**. PT. Gramedia Cipta. Jakarta.
- Assaad. 2002. **Evaluasi Program Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jeneponto di Era Desentralisasi (Studi Kasus Program Pemberantasan Penyakit Diare)**. Tesis Pasca Sarjana Tida diterbitkan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Makassar.
- Albar, Husein. 2004. **Makanan Pendamping ASI**. Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Unhas/RSUP, dr. Wahidin Sudrohusodo makassar, cermin Dunia Kedokteran No. 145, dalam <http://www.google.co.id>. diakses pada tanggal 07 Januari 2008
- Amiruddin, Nuraeni. 2007 **Studi Evaluasi Dampak Pemberian Mp-ASI Lokal Terhadap Peningkatan Status Balita Di Kecamatan Tinggi Moncong Dan Kecamatan Bontoarannu Kabupaten Gowa Tahun 2006**. Thesis Konsentrasi Gizi Pascasarjana Unhas
- Azwar, .Azrul. 2004. **Kecenderungan Masalah Gizi Dan Tantangan Di Masa Datang**. Dirjen Binkesmas Depkes RI. Jakarta
- Aji, FB, Sirait. 1990. **Perencanaan dan Evaluasi Suatu System untuk Proyek Pembangunan**. Bumi Aksara. Jakarta
- Azwar, A. 1996. **Pengantar Administrasi Kesehatan**. Binarupa Aksara, Jakarta.
- Balitbangda Provinsi Sulewesi Selatan dan Universitas Hasanuddin. 2006. **Penanggulangan Gizi Buruk pada Bayi Melalui Pendampingan dan Pemberian MP-ASI Lokal di Sulawesi Selatan**. Dalam <http://www.google.co.id>. Diakses tanggal 27 April 2008
- Bungin Burhan. 2007. **Metodologi Penelitian Kualitatif**. Ed.I PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta.

- 2007. **Analisis Data Penelitian Kualitatif**. Ed.I PT. Raja Grafindo Persada. Jakarta.
- Chamim, Mardiyah. 2007. **Memerangi Gizi Buruk, Tempatkan Masyarakat Sebagai Subyek Perubahan**. Makalah Seminar Kemitraan dalam Mengatasi Masalah Gizi, Jakarta, dalam <http://www.google.co.id> diakses pada tanggal 07 Januari 2008
- Depkes dan WHO. 2000. **Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional Tahun 2001-2010**. Jakarta.
- Depkes RI. 2007. **Pedoman Pendampingan Keluarga Menuju Kadarzi**. Direktorat BGM Dirjen Binkesmas Depkes. Jakarta.
- 1997. Dalam Mantra, IB. **Monitoring dan Evaluasi**. Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat. Jakarta.
- 1997. **Warta Posyandu**. Dirjen Binkesmas Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- 2001. **Pedoman Pelaksanaan Pendekatan Partisipasi Masyarakat dalam Meningkatkan Kinerja Posyandu**. Depkes RI. Jakarta
- 2005. **Pedoman Pemantauan Garam Beryodium**. Depkes RI. Jakarta
- Dewey, Kathryn G. and Kenneth H. Brown. **Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs**. Food and Nutrition Bulletin. Vol. 24, No. 1 © 2003. The United Nations University.
- Dewi Novirianti. 2005. **Pemberdayaan Hukum Perempuan Untuk Melawan Kemiskinan**, Journal Perempuan No. 42 dalam <http://www.gizinet.co.id> diakses tanggal 27 April 2008
- Dinas Kesehatan Propinsi DKI, 2004, **Pedoman Upaya Penanggulangan Gizi Buruk di DKI**, Jakarta, dalam <http://www.google.co.id>. Diakses tanggal 27 April 2008
- Dinkes Sulsel. 2007. **Buku Pedoman Pelaksanaan Pendampingan Gizi Di Provinsi Sulawesi Selatan**. Dinkes Sulsel, Makassar.
- RI. 2001. **Pedoman Pelaksanaan Pendekatan Partisipasi Masyarakat dalam Meningkatkan Kinerja Posyandu**. Depkes RI. Jakarta

- Dewi Novirianti. 2005. **Pemberdayaan Hukum Perempuan Untuk Melawan Kemiskinan**. Journal Perempuan No. 42 dalam <http://www.gizinet.co.id> diakses tanggal 07 April 2008
- Dinas Kesehatan Propinsi DKI, 2004, **Pedoman Upaya Penanggulangan Gizi Buruk di DKI**. Jakarta. Dalam <http://www.google.co.id>. Diakses tanggal 5 April 2008
- Hadi, Hamam, 2005, **Beban Ganda Masalah Gizi Dan Implikasinya Terhadap Kebijakan Pembangunan Kesehatan Nasional**, Fakultas Kedokteran UGM. Dalam <http://www.Google.co.id>. Diakses tanggal 27 April 2008
- Hadju, Veni. 1998. **Penentuan Status Gizi**. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar
- Hamzah A. 2000. **Pola Asuh Anak pada Etnik Jawa Migran dan Etnik Mandar**. Disertasi. Program Pascasarjana Universitas Airlangga. Surabaya.
- Isdiany, Nitta. 2007. **Peran Poltekkes Dalam Penyediaan Sumber Data Manusia Kesehatan Untuk Desa Siaga**. Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan. Dalam <http://www.google.co.id>. Diakses pada tanggal 07 Maret 2008
- Manullang M. 2004. **Dasar-Dasar Manajemen**. Gajahmada University Press. Yogyakarta.
- Marisulis, Setiyani S. 2007. TOR Pendampingan Keluarga Balita Kurang Gizi Tahun 2007. Kasi Kesga Surabaya. Dalam <http://www.google.co.id>. Diakses pada tanggal 21 Maret 2008
- Miranda, S.T, Tunggal A. W, 2003. **Manajemen Logistik dan Supply Chain Manajemen**. Harvindo. Jakarta.
- Muhadjir. Noeng ., 2002. **Metodologi Penelitian Kualitatif** , Edisi keempat ,Rake Sarasin.
- Muyadi dan Setyawan J . 2001. **Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen**. Edisi Kedua, Salemba Empat, Jakarta.
- Muljati,S dan Arnelia.1989. **Pemulihan Gizi Buruk Pada Anak Balita Melalui Suatu Paket Pendidikan Gizi dan Kesehatan**. Penelitian Gizi dan Makan. Jilid 12. Puslitbang Gizi, Bogor.

- Miles, B. Matthew and A. Michael Huberman. 1992. ***Analisis Data Kualitatif***. Terjemahan Tjetje Rohidi. UI-Press. Jakarta.
- Moleong, Lexi. J. 2005. ***Metodologi Penelitian Kualitatif***. Cet. 21. PT. Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Mua, Naomi. 2003. ***Studi Evaluasi Pelaksanaan Program MP-ASI Kabupaten Malinau Tahun 2003***. Tesis Pasca Sarjana tidak diterbitkan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
- Nahid, Al Battah, 2005. ***46% Balita Jalur Gaza Menderita Gizi Buruk***, [http://www.infopalestina.com/viewal .asp.id](http://www.infopalestina.com/viewal.asp.id), diakses 17 Maret 2008
- Nency, yetty. 2005. ***Gizi buruk Ancaman Generasi yang Hlang, Inovasi Vol.. 5/XVII***. Dalam <http://www.google.co.id>. Diakses pada tanggal 17 Maret 2008
- Nuryanti, Sri, 2005, ***Penberdayaan Petani Dengan Model Cooperative Farming, Analisis*** Kebijakan Pertanian Vol. 3 nomor 2 dalam <http://www.google.co.id>. diakses pada tanggal 17 Maret 2008
- Rahmatiah, Sitti. ***Pendampingan Gizi Diedarah Taskin Sebagai Upaya Meningkatkan Status Gizi Balita***. Journal Kongres PDGMI. Makassar. 2007
- Salimar. 2005. ***Peranan Penyuluhan dengan Menggunakan Alat Bantu Leaflet Terhadap Pertumbuhan Pengetahuan dan Sikap Ibu Balita Gizi Kurang***. Puslitbang Gizi dan Makanan. Dalam <http://www.gizinet.co.id>. Diakses pada tanggal 03 Mei 2008
- Sirajuddin, 2005. ***Model Tungku (Hearth) Terbukti Mampu Mengeliminasi Kasus Kurang Gizi Secara Berkelanjutan***. Dalam <http://www.gizinet.co.id>. Diakses tanggal 17 Maret 2008
- Soekirman, 2007, ***Best Practice in Infant & Child Feeding Requires National Development with Explicit Nutrition Policy, Nutrition***, Faculty of Human Ecology, Bogor Agriculture University (IPB), Bogor, dalam <http://www.google.co.id>. Diakses pada tanggal 17 Maret 2008
- Soemarno. 2005. ***Model Pemberdayaan Pondok Pesantren Sebagai Pusat Pengembangan Sapi Potong***. Dalam <http://www.google.co.id>. diakses pada tanggal 15 Maret 2008
- Sri Mulyati, dkk. 2005. ***Pencapaian Pertumbuhan pada Balita Gizi Buruk dan Kurang Selama Mengikuti Pemulihan di Gizi Klinik***

- Bogor.** Puslitbang gizi dan makanan dalam <http://www.google.co.id>. diakses pada tanggal 10 April 2008
- Siregar, M. Arifin. 2004. ***Pengaruh Pengetahuan Ibu Terhadap Kurang Kalori Protein Pada Balita***. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Dalam <http://www.google.co.id>. Diakses pada tanggal 27 Maret 2008
- Siahaan Jerry. 2004. ***Studi Evaluasi Program Penanggulangan Tuberkulosis dengan Strategi Dots di Kota Kendari***. Tesis Pasca Sarjana tak diterbitkan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar
- Siswono. 2001. ***43 Persen Balita di Sulsel Kurang Gizi Tingkat Berat***. <http://www.google.co.id>. Diakses pada tanggal 07 April 2008
- Suhardjo. 1996. ***Pemberian Makanan Pada Bayi dan Anak***. Kanisius. Jakarta
- Sugiyantoro Dinding. 2005. ***Menghemat dengan Asi dan Makanan Keluarga***. Artikel, disampaikan pada Pekan ASI Sedunia tanggal 1 – 7 Agustus 2005. Yayasan KAKAK Solo. <http://www.pdprsi.co.id>. Diakses 10 Januari 2008
- Sumarmo, 2006. ***Penyembuhan Gizi Buruk Lebih Efektif Melalui Rawat Jalan***. <http://www.pdprsi.co.id>. Diakses 17 Maret 2008
- Susilowati, dkk. 2007. ***Perhatian Khusus pada Kekurangan Vitamin A (KVA), Anemia dan Seng***. <http://www.google.co.id>. Diakses pada tanggal 03 Maret 2008
- Supariasa, I.D.N. Bakri. dan Fajar I. 2002. ***Penilaian Status Gizi***. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta
- Suparmanto, S. A. 2006. Masyarakat Perlu Ditempatkan Sebagai Subjek. <http://www.google.co.id>. Diakses pada tanggal 07 April 2008
- Tammu. Mariana. 2003. ***Studi Evaluasi Pelaksanaan Program MP-ASI di Kota Tarakan Malinau Tahun 2003***. Tesis Pasca Sarjana tak diterbitkan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
- Taslim, Nurpudji A. 2005, ***Kontroversi Seputar Gizi Buruk : Apakah Ketidakberhasilan Departemen Kesehatan***. Bagian Gizi Fakultas Kedokteran dan Pusat Study Gizi dan Pangan Universitas Hasanuddin Makassar

- Thaha, A. Razak. 2003. **Gizi dan Lingkaran Setan Kemiskinan Struktural**. Dalam <http://www.Gizinet.co.id>. Diakses pada tanggal 27 Maret 2008
- 2000. **Lost Generation dari Presfektif Gizi Masyarakat**. Makalah dibawakan pada Lokakarya di Makassar
- Thaha A.R. Suwandono.A.Kuntoro. 2001. **Pedoman Evaluasi Kualitatif Studi Longitudinal Evaluasi Pelaksanaan Program JPS-BK Tahun II**. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Depkes RI. Jakarta.
- Trintrin Tjukarni, dkk. 2007. **Studi Model Pemberdayaan Masyarakat Dalam Menanggulangi Kurang Gizi Pada Balita**. Puslitbang Gizi dan Makanan. Dalam <http://www.Gizinet.co.id>. Diakses pada tanggal 27 Januari 2008
- Unicef dan Pemerintah RI. 1999. **Pemberdayaan Masyarakat**. Jakarta. Dalam <http://www.Detik.com>. Diakses tanggal 17 Maret 2008
- Yatmo, Mardi Hutomo. 2003. **Pemberdayaan Masyarakat dalam Bidang Ekonomi: Tinjauan Teoritik dan Implementasi**. Bappenas. Jakarta. Dalam <http://www.google.co.id>. Diakses tanggal 17 Maret 2008

**MATRIKS PROPOSISI EVALUASI PROGRAM TENAGA GIZI PENDAMPING
KABUPATEN BARRU TAHUN 2007**

NO.	FAKTA	REDUKSI	KONSEP	PROPOSISI
1.	<p>“Proses regruitmen atau penerimaan dan seleksi tenaga gizi pendamping dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan. Pihak kami hanya menerima surat tentang penerimaan TGP kemudian memasang pengumuman dan menyampaikan kepada masing-masing Puskesmas. Kami hanya menyampaikan kepada warga masyarakat asal Kabupaten Barru alumni DIII dan SKM (Gizi) untuk mendaftar sebagai TGP di Dinas Kesehatan Barru, berkas pendaftar itulah kami kirim ke Dinkes Provinsi. Proses seleksinya pihak kami sama sekali tidak tau. Kami hanya mengetahui bahwa ada test tertulis dan wawancara. Jadi berdasarkan hasil seleksi tersebut, kami menerima nama-nama tenaga gizi pendamping Kabupaten Barru untuk selanjutnya ditempatkan” (RMT, 32 thn)</p> <p>“Informasi tentang penerimaan TGP kami ketahui dari Dinkes Kabupaten Barru untuk diinformasikan kepada alumni DIII dan SKM (Gizi) yang berminat. Kami tidak tau tentang proses seleksi penerimaan TGP, kami hanya menerima nama-nama TGP seperti yang ada sekarang. Proses penerimaan dan seleksi dilaksanakan di Dinkes Provinsi dan Puskesmas hanya menerima hasil seleksi sejumlah 10 nama TGP yang telah ditempatkan pada 10 desa di Wilayah Puskesmas Pekkae”.</p> <p>“Proses penerimaan dan seleksi TGP dilakukan oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Syarat TGP yang mengikuti seleksi terutama minimal berijazah DIII dan atau SI gizi. Pelaksanaan test selama 2 hari, kami dihadapkan pada</p>	<p>Berdasarkan hasil wawancara bahwa Proses seleksi penerimaan TGP dilakukan dengan baik oleh Dinas Kesehatan Propinsi dengan persyaratan TGP antara lain: minimal berijazah DIII Gizi atau S1 Gizi dan dinyatakan lulus melalui seleksi ketat oleh tim seleksi Provinsi Sulawesi Selatan.</p>	<p>Bahwa penerimaan dan seleksi dilakukan dengan baik dan ketat akan menghasilkan kinerja pendamping yang bagus. Hal ini sesuai dengan konsep bahwa penerimaan TGP dilakukan dengan syarat tertentu yaitu minimal berijazah DIII Gizi atau S1 Gizi dan dinyatakan lulus berdasarkan hasil seleksi untuk menjaring tenaga gizi yang profesional dan siap pakai dengan penuh rasa tanggung jawab guna mengentaskan masalah gizi terutama gizi kurang dan buruk</p>	<p>Penerimaan dan seleksi telah dilakukan dengan baik karena sudah berdasarkan syarat tertentu dengan proses seleksi yang ketat sebelum ditetapkan sebagai TGP</p>

	2 (dua) test. Test pertama secara tertulis dengan jumlah soal 100 nomor pilihan ganda yang dilaksanakan di Kampus Poltekkes Jurusan Gizi Makassar dan test wawancara juga pada tempat yang sama”			
2.	<p>“Sebelum kami bertugas di Desa, terlebih dahulu mengikuti diklat yang diberikan materi pelatihan selama 5 hari di Hotel Transit, ada juga praktek lapangannya yaitu: cara pengumpulan data dasar, recal 24 jam, menyusun menu dan penanganan gizi kurang. Saya senang dengan pelatihan yang diberikan karena disamping materinya menyegarkan kembali pengetahuan juga lumayan bagus karena semuanya berkaitan dengan tugas kami di Desa, diberikan juga kesempatan untuk berdiskusi” (AMN, 25 thn)</p> <p>“Walaupun untuk keduanya saya mengikuti pelatihan, saya bukannya bosan tetapi justru senang pengetahuan saya tentang gizi dan kesehatan bisa bertambah dan bisa kenal dengan teman dari kabupaten lain. Pelatihan pertama saya ikuti pada tahap pertama adanya program TGP di Kabupaten Barru tahun 2006, setelah program itu berakhir kami masih diberikan kesempatan untuk mendaftar kembali dan syukurlah diterima sebagai TGP tahap kedua sehingga mengikuti pelatihan kedua pada tanggal 11-15 Juni 2007(selama 5 hari di Hotel Transit). Kami mengikuti pelatihan dengan berbagai materi juga ada praktek pengumpulan data dasar, pengukuran BB dan TB, menyusun menu, recall, dan penanganan gizi kurang” (ASR, 23 thn)</p> <p>“Bagi TGP yang telah lulus seleksi, selanjutnya dilatih di Hotel Transir Makassar selama 5 hari termasuk praktek pelaksanaan program posyandu sampai bagaimana menangani kasus gizi. Pada pelatihan kali ini berjalan cukup lancar karena hanya sebahagian kecil saja TGP yang baru pertama kali mengikuti pelatihan, sebahagian besar sudah 2 kali mengikuti</p>	Bukti telah dilakukannya pendidikan dan latihan diperoleh dari hasil wawancara di atas bahwa setelah TGP diterima, selanjutnya dididik dan dilatih di Provinsi oleh Tim dari Panitia Provinsi dengan materi pelatihan (lampiran 3) selama 5 hari di Hotel Transit. Disamping itu dilatih praktek lapangan yaitu: cara pengumpulan data dasar, recal 24 jam, menyusun menu dan penanganan gizi kurang. Semua materi yang telah diberikan berhubungan dengan upaya peningkatan dan penanganan masalah gizi di masyarakat.	Diklat yang diberikan kepada TGP telah dilaksanakan dengan baik secara matang karena telah dilaksanakan selama 5 hari, semua materi dan paraktikum yang diberikan berhubungan dengan upaya peningkatan dan penanganan masalah gizi pada balita. Hal ini sejalan dengan pendapat Soemarno (2005) bahwa Salah satu bentuk kegiatan penunjang dalam rangka implementasi program ialah penyiapan tenaga pendamping dengan dukungan bentuk-bentuk program khusus yang dapat dilakukan melalui diklat dan program aksi pendampingan	Adanya diklat yang baik bagi TGP ditunjukkan dengan kemampuan dan keterampilan TGP menyusun laporan, kemampuan berkoordinasi dengan Puskesmas dan keterlibatannya secara langsung pada kegiatan program gizi di Puskesmas. Hal ini membuktikan bahwa TGP terampil dan mampu melaksanakan kegiatan program sebagai dampak dari adanya diklat yang baik pula.

<p>pelatihan. Bagi TGP yang telah selesai bertugas pada tahap pertama masih diberikan kesempatan mengikuti seleksi penerimaan TGP pada tahap kedua, ternyata semua TGP yang telah selesai masa tugasnya mendaftar kembali pada tahap kedua ini, termasuk TGP dari Kabupaten Barru. Dan jika dibandingkan dengan semua TGP di Sulawesi Selatan, Kabupaten Barru merupakan TGP terbaik dari segi kelengkapan administrasi, pelaksanaan kegiatan sampai pelaporan. (AMD, 32 thn)</p> <p>“Kami kurang mengetahui tentang proses pendidikan dan latihan TGP yang katanya selama 5 hari dibekali materi dan ada juga prakteknya, kami hanya mengetahui bahwa dengan adanya TGP terlatih ini sangat membantu karena mereka mampu mengolah data, membuat laporan yang betul-betul lengkap dan rapi sehingga tidak ada lagi yang perlu dipertanyakan bahkan dilengkapi dengan laporan kegiatan harian. Pelaporan mereka secara rutin setiap triwulan dan tepat waktu. Cara berkomunikasi pasih dan lancar, mampu bekerjasama dengan Puskesmas Pekkae dan aparat desa” (RMT, 32 thn)</p> <p>“Semua TGP sejumlah 10 orang betul-betul terampil melaksanakan tugasnya, mulai dari persiapan awal, pelaksanaan kegiatan sampai pelaporannya sangat lengkap dan bagus. Mereka mampu melaksanakan program bersama-sama dengan kami, jadi tugas kami sebagai TPG menjadi ringan” (FTR, 35 thn)</p> <p>Kami senang sekali dengan adanya TGP, apa lagi mereka tinggal menetap di Desa sehingga kami mudah memperoleh arahan dan petunjuk bila ada yang sakit. Banyak pengalaman dan ilmu kami dapatkan dari mereka soalnya selalu bersama-sama di Posyandu, mengolah makanan untuk balita gizi kurang dan buruk, mengadakan lomba balita sehat juga cerdas cermat, bahkan kami sebagai kader</p>			
--	--	--	--

	pernah dilatih kembali sehingga menjadikan otak lebih segar” (HWT, 28 thn)			
3.	<p>“Insentif kami terima langsung dari Bendahara Pengelola Program Provinsi yang diserahkan secara bertahap setiap tiga bulan dengan total Rp 10.250.000,-. Pertama saya terima pada bulan Juni 2007, lupa tanggal berapa untuk triwulan I sebesar Rp 4.360.000,- dan selebihnya sebesar Rp 5.890.000,- diterima pada triwulan II dan III sambil memperlihatkan daftar uraian insentif seperti pada uraian di atas yang telah dibubuhi tandatangan bendahara pengelola program Provinsi (lampiran 4). Jumlah yang saya terima pada setiap triwulan semuanya sama dengan kwitansi yang kami tandatangi. Dan tidak ada bedanya dengan daftar uraian komponen insentif yang diberikan kepada masing-masing TGP (ASR, 23 Tahun, TGP Desa Pao-Pao)”</p> <p>“Saya menerima insentif semuanya sesuai dengan daftar uraian komponen insentif yang diberikan oleh Bendahara Provinsi, kwitansi yang ditandatangani persis jumlahnya dengan uang yang saya terima langsung dari Dinas Kesehatan Profinsi dan tidak pernah ada pemotongan. Jadi setiap tiga bulan kami menerima lagi. Saya hanya ingat total yang diterima selama jadi pendamping di Desa Lasitae sebanyak Rp 10.250.000,- dan penerimaan pertama pada bulan Juni 2007 sejumlah Rp 4.360.000,- . Saya sudah lupa berapa yang saya terima pada triwulan II, lupa juga yang triwulan III yang jelas persis semuanya dengan daftar dan kwitansi yang ditandatangani” (AMN, 25 tahun, TGP Desa Lasitae)</p> <p>“Insentif yang saya terima sudah lupa berapa jumlah semuanya, tapi saya masih ingat pada bulan Juni 2007 saya terima pertama sebesar Rp 4.360.000,-. Tiga kali saya menerima, penerimaan kedua dan ketiga sudah lupa tanggal dan berapa jumlahnya.</p>	Berdasarkan hasil wawancara dengan TGP diketahui bahwa insentif yang diberikan oleh Bendahara Program TGP Provinsi Sulawesi Selatan kepada masing-masing TGP sudah diserahkan secara bertahap setiap tiga bulan dengan total Rp 10.250.000,-. Pertama diterima untuk triwulan I sebesar Rp 4.360.000,- dan selebihnya sebesar Rp 5.890.000,- diterima pada triwulan II dan III (lihat lampiran 4). Jumlah yang diterima pada setiap triwulan semuanya sama dengan kwitansi yang tandatangi dan tidak ada bedanya dengan daftar uraian komponen insentif yang diberikan kepada masing-masing TGP	Pemberian insentif yang rutin telah dilaksanakan sesuai dengan komponen yang terurai dengan jumlah yang sesuai dengan ketentuan diserahkan secara langsung kepada TGP setiap triwulan. Hal ini telah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan karena dilaksanakan secara langsung sesuai jadwal tertentu secara rutin tanpa ada pemotongan.	Insentif diberikan setiap triwulan secara rutin yang diserahkan langsung kepada TGP tanpa pemotongan dengan harapan agar dapat dipergunakan dengan sebaik-baiknya berdasarkan uraian yang ada dengan penuh rasa tanggung jawab

	<p>Setiap saya menerima insentif selalu sama yang diuraikan dengan daftar dari Dinas Provinsi dan jumlahnya juga selalu sama yang ditandatangani. Saya selalu bersama-sama dengan semua teman TGP menerima di Dinas Kesehatan Provinsi (DN, 25 tahun, TGP Desa Tellumpanua)”</p>			
4.	<p>“Pada waktu program pendampingan gizi disampaikan kepada Kepala Dinas Kesehatan Provinsi, beliau sangat mendukung adanya program ini dan mengharapkan agar dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya guna menurunkan kasus gizi kurang yang sampai sekarang masih juga tinggi. Sebenarnya sejak tahun 2002 pelaksanaan program pendampingan gizi telah diuji coba pada empat kabupaten di Sulawesi Selatan yaitu Gowa, Bantaeng, Pare-Pare dan Mamuju; kemudian tahun 2005 dan 2006 dikembangkan pada 10 kabupaten. Selanjutnya pada tahun 2007 masih dilanjutkan pengembangannya pada 21 kabupaten termasuk Kabupaten Barru” (AMD, 32 tahun)</p> <p>“Setelah dinyatakan lulus sebagai TGP, semua konselor atau istilahnya Tenaga Gizi Pendamping (TGP) perkabupaten berkumpul di Dinkes Provinsi untuk pertemuan pertama sebagai proses penerimaan resmi sekaligus perkenalan yang dihadiri oleh Kepala Dinas, Kepala Seksi Gizi, dan Staf yang berada di dalam lingkup kerja Gizi Kesmas Dinas Kesehatan Provinsi” (DN, 25 thn)</p> <p>“Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dalam sambutan tertulisnya pada saat pembukaan pelatihan dan diklat TGP di Hotel Transit Makassar menyampaikan tujuan dan harapannya dengan adanya program pendampingan gizi pada hampir seluruh kabupaten di Sulawesi Selatan (katanya hanya Kota Makassar dan Kabupaten Selayar yang tidak masuk)” (AMN, 25 thn)</p>	<p>Hasil wawancara dengan informan Kabupaten Barru dan TGP diketahui bahwa sosialisasi di Kabupaten Barru dilakukan setelah pelaksanaan sosialisasi di Tingkat Provinsi. TGP diantar oleh tiga orang Pengelola Provinsi dari Kantor Dinas Kesehatan Provinsi menuju Dinas Kesehatan Kabupaten Barru. Penerimaan di Kabupaten sangat baik walaupun tidak secara resmi karena langsung diterima oleh Kepala Dinkes Kabupaten Barru, Kasi Gizi Kabupaten, dan beberapa stafnya. TGP langsung diperkenalkan satu persatu pada pertemuan itu; setelah itu selanjutnya diantar ke Kecamatan.</p>	<p>Hal tersebut menunjukkan bahwa sosialisasi baik di Tingkat Provinsi maupun di Tingkat Kabupaten sudah dilaksanakan pada setiap jenjang walaupun penerimaan di Kabupaten Barru tidak dilaksanakan secara resmi. Hal ini menandakan bahwa pihak pengelola program pendampingan gizi provinsi menyadari betapa pentingnya sosialisai untuk dilaksanakan, baik di Tingkat Provinsi maupun di Tingkat Kabupaten.</p>	<p>Maksud dilakukannya sosialisasi di Tingkat Provinsi dan Kabupaten untuk memberi kesepahaman pada level pimpinan akan maksud dan tujuan pelaksanaan TGP di Kabupaten. Pentingnya sosialisasi dilakukan di Provinsi agar dapat berdampak positif terhadap kelanjutan program di tingkat Kabupaten.</p>

5.	<p>“Setelah mengikuti proses diklat di Hotel Transit, saya bersama teman TGP diantar oleh tiga orang Pengelola Provinsi dari Kantor Dinas dengan mengendarai mobil kantor menuju Dinas Kesehatan Kabupaten Barru”(ASR, 23 thn)</p> <p>“Kami diantar ke Kabupaten Barru oleh Kasi Gizi Dinkes Provinsi bersama dua orang temannya. Penerimaan di Kabupaten sangat baik karena langsung diterima oleh Kepala Dinkes Kabupaten Barru, Kasi Gizi Kabupaten, dan beberapa stafnya. Kami langsung diperkenalkan satu persatu pada pertemuan itu walaupun tidak resmi penerimaannya; setelah itu selanjutnya diantar ke Kecamatan” (DN, 25 thn)</p> <p>“Rombongan TGP dan pengelola Program Provinsi kami terima di Dinas Kesehatan Barru. Dan selesainya perkenalan dengan TGP, semua yang terlibat dalam penerimaan saat itu mengantar langsung mereka ke Kecamatan Tanete Rilau” (RMT, 32 thn)</p> <p>“Setelah melihat pengumuman hasil test di Dinkes Provinsi, saya langsung ke Dinkes Barru dan bertemu dengan koordinator gizi Kabupaten. Saya diterima sangat ramah, kemudian dibuatkan SK untuk ditugaskan pada 10 desa di Kecamatan Tanete Rilau, katanya kecamatannya sudah ditentukan oleh Provinsi. Jadi pada waktu kami (10 orang TGP) akan bertugas di Desa, saya dan tiga orang teman asal Barru langsung menunggu di Kantor Dinkes Barru (selesai diklat saya bertiga dengan teman asal Barru langsung pulang). Teman TGP bersama pengelola Provinsi disambut baik oleh kepala Dinkes dan stafnya dan selesai perkenalan, kami langsung diantar ke Kecamatan dengan mobil Puskesmas Keliling” (SRN, 23 thn).</p>	<p>Hasil wawancara dengan informan Kabupaten Barru dan TGP diketahui bahwa sosialisasi di Kabupaten Barru dilakukan setelah pelaksanaan sosialisasi di Tingkat Provinsi. TGP diantar oleh tiga orang Pengelola Provinsi dari Kantor Dinas Kesehatan Provinsi menuju Dinas Kesehatan Kabupaten Barru. Penerimaan di Kabupaten sangat baik walaupun tidak secara resmi karena langsung diterima oleh Kepala Dinkes Kabupaten Barru, Kasi Gizi Kabupaten, dan beberapa stafnya. TGP langsung diperkenalkan satu persatu pada pertemuan itu; setelah itu selanjutnya diantar ke Kecamatan.</p>	<p>Hasil wawancara tersebut menandakan bahwa sosialisasi baik di Tingkat Provinsi maupun di Tingkat Kabupaten sudah dilaksanakan pada setiap jenjang walaupun penerimaan di Kabupaten Barru tidak dilaksanakan secara resmi. Hal ini menandakan bahwa pihak pengelola program pendampingan gizi provinsi menyadari betapa pentingnya sosialisai untuk dilaksanakan, baik di Tingkat Provinsi maupun di Tingkat Kabupaten</p>	<p>Sosialisasi telah dilakukan dengan baik karena telah dilakukan pada setiap jenjang pemerintahan baik di Tingkat Provinsi maupun Kabupaten. Sosialisasi ini dimaksudkan untuk memberikan kesepahaman pada level pimpinan akan maksud dan tujuan pelaksanaan TGP. Pentingnya sosialisasi dilakukan di Kabupaten agar dapat berdampak positif terhadap kelanjutan program di tingkat Kecamatan dan Desa.</p>
----	--	--	--	--

6.	<p>“TGP diterima secara resmi di Kantor Camat Tanete Rilau. Waktu itu pak Sekda Barru yang memberikan sambutan, juga hadir Tim dari Provinsi, Kepala Dinkes Kabupaten, Kepala Puskesmas, Koordinator Gizi, TPG dan semua kepala desa. Kecamatan Tanete Rilau ditunjuk langsung oleh Dinkes Provinsi sebagai lokasi ditematkannya program pendampingan gizi pada semua desa di Wilayah Kecamatan Tanete Rilau yaitu 10 Kelurahan/Desa jadi TGP juga ada 10 orang. Pertimbangannya jelas karena Kecamatan Tanete Rilau adalah kecamatan dengan jumlah gizi kurang dan buruk tertinggi di Kabupaten Barru. Saya pake mobil Puskesmas Keliling ini antar TGP ke Kantor Camat dan setelah itu langsung ke Desa masing-masing” (RMT, 32 thn)</p> <p>“Pertama datangnya TGP diterima dengan resmi di Kantor Camat. Diterima oleh pak Sekda Barru. Banyak yang hadir waktu itu; ada dari Dinkes Provinsi, Kepala Dinkes Barru, Koordinator Gizi, Kepala Puskesmas dan semua Kepala Desa. Saya bersama koordinator gizi kabupaten yang mengantar TGP langsung di Desa tempat tugasnya masing-masing” (FTR, 35 thn)</p> <p>“Wah, penerimaan di Kecamatan pada waktu pertama TGP datang ramai karena dihadiri oleh pak Sekda, Kepala Dinkes sama stafnya, Kepala Puskesmas dan stafnya dan semua Kepala Desa/Lurah lengkap hadir bahkan ada juga dari Provinsi” (AKM, 38 thn)</p> <p>“..... karena saya sebagai Kepala Desa Corawali diundang, jadi saya juga ikut hadir pada acara penerimaan TGP di Kecamatan. Awalnya diterima secara kolektif oleh pak Camat, dimana semua kepala desa hadir bersama pak dusun dan diperkenalkan semua TGP kepada masing-masing kepala desa selanjutnya diserahkan secara resmi dengan harapan TGP ini bisa diterima dan menjalin kerjasama, baik</p>	<p>Bahwa pelaksanaan sosialisasi untuk Kabupaten Barru secara resmi dipusatkan di Kantor Camat Tanete Rilau dengan melibatkan unsur Bupati, unsur camat, unsur Puskesmas dan kepala desa. Betapa pentingnya sosialisasi dilakukan pada semua jajaran dilingkungan penerima program guna menyamakan persepsi agar dukungan yang diberikan dapat berdampak positif terhadap pelaksanaan kegiatan program di Kabupaten dan jajarannya kebawah sampai di Desa. Kegiatan sosialisai seperti ini penting artinya guna membangkitkan semangat kebersamaan antara sektor terkait dalam memperoleh dukungan terutama kesamaan persepsi sehingga mobilisasi sumber daya akan saling melengkapi antara sektor yang hadir pada saat sosialisasi.</p>	<p>Penerimaan resmi dipusatkan di Aula Kantor Kecamatan Bentuk penerimaan dengan menghadirkan semua sektor terkait adalah salah satu bentuk kegiatan yang praktis dan efektif dari pengelola program provinsi dalam menyampaikan program secara berjejang kepada tingkat bawah sampai tingkat Desa sekaligus pada saat yang bersamaan.</p>	<p>Sosialisasi secara resmi sudah dilaksanakan di Kecamatan bersama semua sektor terkait. Kesamaan persepsi yang terbentuk dengan cara sosialisasi secara bersama sektor terkait ini, dapat memudahkan terjadinya proses koordinasi selanjutnya dalam pelaksanaan kegiatan program pendampingan gizi yang akhirnya kemudahan dalam mencapai tujuan utama program akan lebih mudah diperoleh.</p>
----	--	--	--	--

	lintas sektor maupun lintas program” (NSR, 41 tahun)			
7.	<p>“..... dari Kantor Camat TGP ini, atau yang lebih akrabnya dipanggil konselor gizi kemudian dibawa masing-masing ke Desa sesuai dengan penempatannya; seperti Hasmiar dulu saya langsung boncengmi ke Kantor Desa Corawali untuk ketemu dengan staf desa lalu saya jelaskan tujuannya datang utamanya apa-apa yang akan dilakukan selama bertugas. Lalu saya suruh saja tinggal di rumahku karena waktu penyerahan di Kantor Camat kan diberitahukan supaya TGP ini betul-betul tetap tinggal di Desa hingga selesai masa tugasnya” (NSR, 41 thn).</p> <p>“Setelah penerimaan di Kantor camat, saya ke Desa Pao-Pao diantar oleh Koordinator Gizi Barru dan petugas gizi Puskesmas Pekkae langsung di rumah Kepala Desa dan diperkenalkan sama ibu desa dengan keluarganya karena Pak Desa sudah dikenalkan di Kantor Camat. Maksud dan tujuan kehadiran saya dijelaskan secara rinci dengan harapan agar saya diterima baik yang nantinya akan terjalin kerjasama yang baik pula “ (ASR, 23 Tahun)</p> <p>“Selesainya penyerahan kepada kami sebagai kepala desa, kami lanjutkan penerimaan TGP (Nining) secara resmi melalui pertemuan umum di Desa untuk diperkenalkan kepada tokoh masyarakat termasuk kepala dusun dan masyarakat. Pada kesempatan itu TGP memaparkan maksud dan tujuannya berada di Desa kami. Kelihatan antusias semua masyarakat yang hadir menerimanya dengan senang hati” (ZKR, 65 thn)</p>	<p>Hasil ungkapan informan di atas, bahwa setelah pelaksanaan serah terima di Kantor Camat selanjutnya TGP ke Desa tempat tugasnya langsung bersama dengan kepala desanya masing-masing dan sebagian TGP diantar oleh Koordinator Gizi Kabupaten bersama TPG Puskesmas Pekkae. Di Desa dilanjutkan dengan pertemuan resmi untuk memperkenalkan diri dan tujuan adanya TGP di Desa tersebut.</p>	<p>Hal ini menunjukkan bahwa pelaksanaan sosialisasi telah dilakukan dengan baik di Kecamatan sampai di Desa. Penyerahan TGP secara langsung di Tingkat Kecamatan dari pengelola program kepada para kepala desa sebagai bentuk pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kepada kepala desa telah diterima dengan baik oleh semua kepala desa.</p>	<p>Hakekat sosialisasi sebagai bentuk penyampaian informasi awal tentang maksud dan tujuan dilakukannya kegiatan pendampingan gizi telah dipahami oleh kepala desa. Mereka menyadari betapa pentingnya kehadiran TGP dalam upaya pengentasan dan penurunan prevalensi masalah gizi kurang dan buruk yang ada di Desa.</p>

8.	<p>“Adanya buku pedoman yang diberikan sebelum bertugas di Desa, menjadi panduan saya dalam melaksanakan asuhan gizi balita. Saya lebih mudah melakukan deteksi dini balita yang mengalami kekurangan gizi karena ada buku sebagai pedoman pelaksanaan pendampingan. Isinya sudah dijelaskan saat diklat, tapi biasa saya lupa. Jadi saya baca kembali untuk mengingatkan, ini bagusya kalau ada buku yang diberikan sebagai pegangan TGP” (SN, 23 thn)</p>	<p>Berdasarkan tanggapan TGP dan kader di atas, diketahui bahwa buku saku yang terdiri dari beberapa buku sudah diberikan kepada TGP sebelum bertugas di Desa. Isi materinya sudah cukup bagus, singkat, padat dan mudah dipahami serta praktis dibawa. Merupakan rangkuman semua materi yang sudah dijelaskan saat diklat dan dapat membantu TGP dan kader dalam melaksanakan tugasnya. Adanya buku saku akan menyegarkan pengetahuan TGP dan kader dalam penanganan masalah kesehatan, namun sayang sekali belum tersedia khusus untuk kader.</p>	<p>Buku saku yang telah diberikan kepada TGP, sejalan dengan buku pedoman pendampingan gizi bahwa setiap pendamping memiliki buku saku pendampingan. Buku saku terdiri dari beberapa buku yang isinya sudah bagus, singkat dan padat serta mudah dipahami sehingga memudahkan dalam penanganan masalah gizi pada balita.</p>	<p>Buku pedoman pendampingan sudah diberikan kepada TGP sebelum bertugas di Desa, merupakan pegangan bagi TGP untuk bisa dibaca setiap saat guna mengingatkan kembali ketika ada yang terlupakan. Buku pedoman ini akan memberikan pemahaman pandangan yang sama terhadap pelaksanaan pendampingan khususnya gizi kurang dan buruk, sehingga dengan demikian akan memudahkan upaya menurunkan jumlah kasus gizi kurang dan buruk.</p>
----	---	---	--	---

9.	<p>“Buku saku ini sebagai rangkuman semua materi yang dijelaskan waktu diklat, terdiri dari beberapa buku berukuran sedang. Isinya sudah cukup bagus karena materi yang dipaparkan jelas sekali dan berkaitan dengan semua masalah kesehatan di masyarakat, apalagi dilengkapi dengan Daftar Komposisi Bahan Makanan, ada juga Baku Rujukan WHO dan Daftar Bahan Makanan Penukar”. Saya senang membawanya jika berkunjung ke rumah sasaran supaya sewaktu-waktu bisa kubaca” (ASR, 23 thn).</p> <p>Seandainya ada khusus untuk kader, pasti bagus di'..... karena adami yang selalu dipelajari supaya ditauki banyak mengenai bagaimana mappiara balita dan adami juga dikasitaukan ibu-ibu balita di Posyandu. Sayang sekali tidak ada untuk kader, jadi selalujika' pinjam-pinjam bukunya sakunya TGP nabelumpi dibaca betulan, baru separuhnya di baca-baca dimintami lagi kembali kodong.....”(SHN, 30 thn)</p>	<p>Berdasarkan tanggapan TGP dan kader di atas, diketahui bahwa buku saku yang terdiri dari beberapa buku sudah diberikan kepada TGP sebelum bertugas di Desa. Isi materinya sudah cukup bagus, singkat, padat dan mudah dipahami serta praktis dibawa. Merupakan rangkuman semua materi yang sudah dijelaskan saat diklat dan dapat membantu TGP dan kader dalam melaksanakan tugasnya. Adanya buku saku akan menyegarkan pengetahuan TGP dan kader dalam penanganan masalah kesehatan, namun sayang sekali belum tersedia khusus untuk kader.</p>	<p>Buku saku yang telah diberikan kepada TGP, sejalan dengan buku pedoman pendampingan gizi bahwa setiap pendamping memiliki buku saku pendampingan. Buku saku terdiri dari beberapa buku yang isinya sudah bagus, singkat dan padat serta mudah dipahami sehingga memudahkan dalam penanganan masalah gizi pada balita.</p>	<p>Buku saku yang diberikan kepada TGP, sangat membantu bagi TGP dan kader dalam melaksanakan tugasnya. Adanya buku saku yang dipelajari oleh TGP dan kader akan menyegarkan pengetahuan kader di Desa. Apa bila TGP dan Kader mengaplikasikan pengetahuan yang telah diperoleh dari buku saku tersebut terutama kepada sasaran (balita gizi kurang dan buruk), maka tentunya akan meningkatkan status gizi balita dari status gizi kurang atau buruk ke arah yang lebih baik sehingga dapat menuntaskan kasus gizi yang ada.</p>
----	---	---	--	---

10.	<p>“Ada banyak formulir yang sudah disiapkan dari Provinsi seperti: Formulir daftar sasaran, identifikasi sasaran, formulir pengukuran antropometri, jadwal pendampingan asuhan gizi balita, jurnal harian, laporan bulanan dan sistematika laporan triwulan dan akhir (FTR, 35 thn)</p> <p>“Formulir pengisian data dibagikan di Kantor Camat sesudah penerimaan TGP, sebagai acuan kami dalam pengambilan data. Formulirnya sudah bagus, mengisinya mudah dan sangat membantu kami karena sudah tertentu data yang akan diambil di lapangan” (SRN, 23 thn).</p> <p>“Formulir yang ada sudah bagus, walaupun banyak data yang harus diisikan tapi dengan adanya formulir seperti itu pasti membuat kita (kader) bisa mencatat semua data yang sewaktu-waktu dibutuhkan utamanya data balita di Posyandu” (HTJ, 46 thn)</p>	<p>Berdasarkan hasil wawancara dari tiga sumber di atas yaitu TPG, TGP dan Kader diketahui bahwa formulir telah disediakan oleh Pengelola Program Pendampingan Gizi Provinsi dan sudah diserahkan kepada masing-masing TGP sebelum bertugas di lapangan. Formulir yang diberikan yaitu: Formulir daftar sasaran, identifikasi sasaran, formulir pengukuran antropometri, jadwal pendampingan asuhan gizi balita, jurnal harian, laporan bulanan dan sistematika laporan triwulan dan akhir. Semua formulir tersebut sudah bagus, mengisinya mudah dan sangat membantu karena sudah tertentu data yang akan diambil di lapangan.</p>	<p>Formulir yang telah disiapkan oleh pengelola Provinsi diserahkan kepada masing-masing TGP sebelum bertugas di Desa lokasi penugasannya. Hal ini sesuai dengan pelaksanaan pendampingan berdasarkan pedoman pendampingan keluarga menuju kadarsi (Depkes, 2007) yang menyatakan bahwa Sdalam melakukan pendampingan, pendamping dibekali formulir pencatatan pendampingan.</p>	<p>Tersedianya formulir yang sudah sesuai dengan pedoman pendampingan dan sangat penting bagi pelaksana program di lapangan yang dalam hal ini adalah TGP. Penyediaan formulir dilakukan guna memudahkan TGP dalam pengumpulan data-data yang dibutuhkan dan menghindari tidak tercakupnya data yang dibutuhkan oleh pihak pengelola, juga tidak menutup kemungkinan bagi pihak lain yang berkepentingan bisa memanfaatkan data tersebut.</p>
11.	<p>“Lembar balik ini sering dipinjam oleh Aminah TGP Desa Lasitae, katanya untuk digunakan penyuluhan. Biasa juga saya sama-sama dengan TGP menyuluh dengan menggunakan lembar balik ini. Banyak juga poster saya bagikan kepada setiap TGP untuk ditempel di Posyandu” (FTR, 35 thn).</p> <p>“Alat bantu yang digunakan penyuluhan yaitu lembar balik saya pinjam dari Puskesmas, kalau poster dibagikan dari Dinkes Kabupaten Barru (Koordinator Gizi) dan ada juga dari Puskesmas. Adanya lembar balik dan poster memudahkan saya untuk mengingat apa yang disampaikan saat penyuluhan. Ibu dan</p>	<p>Berdasarkan hasil wawancara dari tiga informan di atas yaitu Tenaga Pelaksana Gizi (TPG), Tenaga Gizi Pendamping (TGP) dan Kepala Desa Garessi diketahui bahwa; pada pelaksanaan penyuluhan di Wilayah Kecamatan Tanete Rilau sudah menggunakan alat bantu lembar balik dan poster. Alat bantu penyuluhan berupa lembar balik dan poster tidak disiapkan oleh Dinkes Provinsi</p>	<p>Tersedianya media yang digunakan untuk penyuluhan berupa alat bantu penyuluhan dan nasehat gizi dalam bentuk lembar balik atau poster sesuai dengan pernyataan dalam buku pedoman pendampingan keluarga menuju kadarsi (Depkes,</p>	<p>Penggunaan alat bantu penyuluhan berupa lembar balik atau poster yang disertai cara menyampaikan media secara tepat dan berhasil guna akan meningkatkan minat keluarga sasaran untuk melakukan monitoring</p>

	<p>anaknya terkesan lebih senang bila ada gambar dan lebih tertarik memperhatikan” (SN, 34 thn).</p> <p>“Saya sangat senang dan bangga dengan adanya TGP karena sebelum mereka datang, Posyandu kelihatan tidak meriah dan sederhana sekali. Semenjak TGP ada di Desa kami, ibu-ibu rajin antar anaknya ke Posyandu karena selalu ada penyuluhan gizi dan berbagai poster penyuluhan seperti: gizi anak balita, contoh sumber makanan bergizi, pemantauan pertumbuhan balita, pemberian ASI eksklusif, dan masih banyak lagi..... yang sudah tertempel di Posyandu. Jadi ibu-ibu yang tidak sempat hadir waktu penyuluhan, dapat langsung singgah melihat poster bila lewat” (ZKR, 65 thn)</p>	<p>sebagai pengelola program, melainkan disiapkan oleh Dinkes Kabupaten dan Puskesmas Pekkae Kecamatan Tanete Rilau.</p>	<p>2007) bahwa dalam melakukan pendampingan, TGP memiliki alat bantu penyuluhan dan nasihat gizi (lembar balik) tanpa menjelaskan dari mana sumber alat bantu yang digunakan</p>	<p>pertumbuhan balitanya di Posyandu, sehingga dapat meningkatkan pengetahuannya terutama dalam pola asuh balitanya. Adanya pelaksanaan penyuluhan, diharapkan ibu balita mengerti dan memahami serta mau dan mampu melaksanakan apa yang dinasehatkan sehingga mampu mengasuh dan merawat balitanya yang gizi kurang menjadi lebih baik.</p>
12.	<p>“Ada empat alat ukur yang diberikan waktu penerimaan di Kantor Camat oleh Dinkes Provinsi kepada kami TGP yaitu: papan pixasi untuk mengukur panjang badan bayi, microtoice untuk mengukur panjang badan anak balita dan timbangan elektrik disikai salter untuk menimbang berat badan bayi serta pita LILA untuk ibu hamil. Untuk mengetahui berat badan balita saya sering gunakan dacin (tersedia di Posyandu) karena lebih mudah digunakan” (ASR, 23 thn).</p> <p>“Alat pangukuru mikrotis kapang asenna yaro biasa ta'pakewe di'mangukkuru tanrena anak-anak'e itu yang ditarik-tarik turun, yang dipaku setinggi dua metere baru diukurmi tinggi badannya anak balita'e. Idi' biasa di'.....? yang bawaki itu dari Makassar, baruka juga mmitaki pada yaro. Bagus</p>	<p>Ada empat alat ukur yang diberikan waktu penerimaan di Kantor Camat oleh Dinkes Provinsi kepada TGP yaitu: papan pixasi untuk mengukur panjang badan bayi, microtoice untuk mengukur panjang badan anak balita dan timbangan elektrik disikai salter untuk menimbang berat badan bayi serta pita LILA untuk ibu hamil. Menurut kader alat ukur microtoice bagus digunakan, praktis dan tidak merepotkan jika banyak anak balita yang akan diukur karena ditarik saja hingga diatas kepala anak</p>	<p>Pada dasarnya penyediaan alat ukur antropometri (untuk mengukur BB dan TB atau PB) sangat dibutuhkan dalam melaksanakan tugas sebagai Tenaga Gizi Pendamping (TGP). Hasil pengukuran berat badan dan panjang badan inilah yang digunakan untuk menilai status gizi balita, sehingga pada kegiatan TGP di Kabupaten Barru alat</p>	<p>Pengukuran yang telah dilakukan oleh TGP dan kader dengan menggunakan alat ukur yang praktis dan valid yang sudah disiapkan sebelumnya, sejalan dengan teori bahwa penilaian pertumbuhan anak dapat dilakukan dengan mengukur berat badan dan tinggi badan anak menggunakan alat</p>

	<p>..... dipake karena praktis dan tidak capekki mangukuru kalau banyak anak-anak mau diukuru, kan ditarik bawanni turun sampai dikepalanya dan ditaumi tanrena. Kalau beratnya anak, paling bagus kita ukuru pake dacin. Mungkin karena seringmaka pakeki tiap bulan” (MAR, 22 thn).</p>	<p>untuk mengetahui tingginya. Untuk mengetahui berat badan anak, kadang digunakan alat timbangan elektrik; tetapi lebih baik menggunakan dacin karena paraktis dan aman digunakan walaupun anak goyang dan sudah terbiasa menggunakan alat tersebut.</p>	<p>antropometri ini sudah disiapkan terlebih dahulu sebelum TGP bertugas. Alat ukur antorpometri yang praktis dan layak digunakan perlu dipertimbangkan dalam menyediakan alat ukur seperti microtoice dan dacin.</p>	<p>ukur antropometri dengan prosedur penimbangan yang benar. Pemantauan pertumbuhan secara berkala di Posyandu sangat penting dilakukan agar terjadinya penyimpangan pertumbuhan seperti gizi kurang dan buruk dapat diketahui serta dikendalikan secara dini.</p>
13.	<p>“Pada awal datangnya Konselor atau TGP langsung melakukan pengambilan data di Kantor Desa, terus observasi lapangan bersama kepala dusun untuk melihat potensi di lapangan/pemetaan wilayah disetiap dusun/RT. Data yang diambil seperti jumlah penduduk, KK, dan ada lagi yang lainnya..... saya lupa tapi kayaknya ada beberapa. TGP turun disetiap dusun untuk memperoleh data balita per dusun dengan menimbang dan mengukur langsung anak balita” (NSR, 41 thn)</p> <p>“Data awal yang dikumpulkan yaitu data orang tua, pendapatan dan pendidikan orang tua, jumlah keluarga, berat badan dan tinggi badan balita, garam beryodium, SKDN, cakupan Fe, cakupan vitamin A dan kader Posyandu” (SRN, 23 thn)</p> <p>“Waktu pendataan awal kami langsung menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan semua balita, lalu ditentukan status gizinya (apakah baik, kurang, buruk atau lebih). Sasaran pendampingan yang diambil cuma balita gizi kurang dan gizi buruk” (YL, 23 thn)</p>	<p>Berdasarkan hasil wawancara yang didukung dengan telaah dokumen dari hasil Survei Mawas Diri (SMD) di Wilayah pendampingan gizi Kabupaten Barru tahun 2007 maka diperoleh data SMD meliputi: data keluarga balita, pengukuran berat badan dan tinggi badan balita, kader posyandu, hasil kegiatan posyandu (SKDN), penggunaan garam beryodium, cakupan kapsul vitamin A dan tablet Fe serta jumlah balita yang menjadi sasaran pendampingan di Kecamatan Tanete Rilau sebagai gerbang taskin untuk Kabupaten Barru tahun 2007 sejumlah 2203 balita dengan uraian ; status gizi baik 1761 balita (79,94%), gizi kurang</p>	<p>Informasi yang di peroleh seperti tersebut di atas, menunjukkan bahwa langkah awal persiapan pendampingan gizi di Tingkat Desa sudah dilaksanakan oleh masing-masing TGP dengan baik sesuai dengan pedoman pendampingan. Kegiatan pengumpulan data dasar atau Survei Mawas Diri (SMD) dilakukan bersama dengan kader posyandu meskipun keterlibatan kader hanya membantu TGP seperti</p>	<p>Pengumpulan data dasar (SMD) sudah dilakukan dengan baik oleh masing-masing TGP berdasarkan pedoman pendampingan bahwa apabila masih ada data yang belum tercakup pada saat SMD maka dilakukan dengan mendatangi keluarga sasaran sehingga diperoleh sasaran sejumlah 2203 balita dengan uraian ; status gizi baik 1761 balita (79,94%), gizi kurang 391 balita</p>

	<p>“Saya mengantar TGP kerumah ibu-ibu yang mempunyai balita, semua balita ditimbang dan diukur tingginya. Waktu selesaimi semua diukur lalu dicocokkanmi dibuku beratnya dan langsung ditau status gizinya” HAS, 34 thn).</p> <p>“TGP Nining yang ukur semua balita, saya mencatat tinggi dan berat badannya. Data orang tuanya juga balita dicatat semuanya” (RAS, 38 thn).</p> <p>“Banyak sekali data yang diambil oleh TGP waktu baru datang, saya hanya temani mencatat didusunku, kalau didusun lainnya kader lain lagi temani (kader temani mencatat didusunnya masing-masing) TGP sendiri yang wawancarai semua rumah yang ada didusunku. Data yang dicatat tentang jumlah keluarga, data-datanya orang tua balita, berat badan dan tinggi badan balita, garam beryodium yang digunakan, tablet besi, dan vitamin A” (IRA, 28 thn).</p>	391 balita (17,75%), gizi buruk 29 balita (1,31%) dan gizi lebih 22 balita (1%).	mencatat, mengumpulkan sasaran untuk ditimbang, dan bagi sasaran yang tidak sempat berkumpul, maka kader bersama TGP berkunjung ke rumah keluarga balita agar semua sasaran terjangkau pengukuran.	(17,75%), gizi buruk 29 balita (1,31%) dan gizi lebih 22 balita (1%). Hal ini dilakukan disamping untuk menjangir semua kelompok sasaran, juga diperlukan untuk mengevaluasi kemajuan hasil intervensi pada setiap waktu tertentu dan menilai keberhasilan program disetiap lokasi.
14.	<p>“Setelah pengukuran antropometri kemudian dilakukan interviu untuk mengetahui masalah gizi yang ada dilingkungan keluarga sasaran dan analisis hasil pengukuran, maka diperoleh data status gizi balita. Balita dengan status gizi kurang dan buruk itulah yang dijadikan sasaran. Berdasarkan masalah yang ada, maka saya, TPG dan kader membuat rencana kegiatan (POA) sambil didiskusikan bersama Pak Desa dan tokoh masyarakat serta TPG. POA yang tersusun disampaikan kepada masyarakat melalui pertemuan Desa Garessi” (SRN, 23 thn).</p> <p>“.....karena saya selalu sakit-sakit, maka saya hanya hadir penerimaan di Kecamatan dan sejak awal kedatangan TGP di Desa saya serahkan langsung sama pak Dusun jika ada program kerja yang perlu didiskusikan atau mau dilaksanakan.Jadi waktu sudah mengukur balita didapatkan sekitar 40 orang yang gizi kurang dan buruk, lalu di rumah salah seorang pak</p>	Berdasarkan pengakuan informan di atas, jelas sudah dilakukan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) bersama kader dan tokoh masyarakat atas persetujuan kepala desa sehingga tersusunlah rencana pelaksanaan kegiatan (POA) selama berlangsungnya proses pendampingan gizi yang disampaikan oleh TGP kepada masyarakat setempat melalui MMD (salah satu contohnya lihat lampiran 6).	Informasi di atas menunjukkan bahwa TGP dan Kepala Desa sudah memahami dengan baik tentang prinsip dan pentingnya MMD sebelum pelaksanaan kegiatan pendampingan. Hal ini menunjukkan bahwa materi tentang pentingnya pelaksanaan MMD yang disampaikan waktu diklat telah dilaksanakan dengan baik di lapangan dan	Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) adalah kegiatan pertemuan antara aparat desa, tokoh masyarakat dan masyarakat untuk membahas segala permasalahan yang terdapat di Desa dan cara mengatasinya. MMD dalam kegiatan pendampingan gizi sangat penting terutama untuk mensosialisasikan

	<p>dudun bersama para kepala dusun dan kader menyusun rencana kegiatan pendampingan untuk memperbaiki satatus gizi balita” (MAH, 56 thn).</p> <p>“Sebelum pelaksanaan pendampingan ada rencana-rencana atau program-program gizi kurang dan gizi buruk yang akan dilakukan di tiga dusun. Itu dilakukan sewaktu hasil pengukuran status gizi kurang dan buruk ditemukan, lalu dimusyawarahkan di Kantor Desa dan semua kepala dusun senang sekali dibantu perbaiki balitanya yang katanya supaya tidak selalu sakit kalau gizi balita di dusunnya sudah bagus” (NSR, 41 thn).</p>		<p>sudah sesuai dengan buku pedoman pendampingan gizi bahwa MMD dilaksanakan setelah mengadakan SMD. Hasil Survei Mawas Diri (SMD) sudah disampaikan oleh TGP secara formal melalui MMD sehingga tersusunlah perencanaan kegiatan pendampingan (POA) pada masing-masing desa.</p>	<p>program pendampingan gizi di Tingkat Desa, disamping itu membahas SMD dan upaya penanggulangan masalah gizi, juga merupakan wahana untuk mendapatkan dukungan dari masyarakat dan pemerintah desa setempat dalam pelaksanaan pendampingan gizi.</p>
15.	<p>“Ada jadwal kunjungan ke rumah sasaran dan ditentukan harinya: untuk gizi kurang jadwal kunjungannya digilir/minggu, dikelompokkan sesuai jarak rumahnya (rata-rata 9 balita/kelompok) dan dikunjungi (diberikan contoh makanan dan cara mengolahnya) setiap hari selama seminggu, minggu berikutnya giliran kelompok yang lain. Pada balita gizi buruk (semuanya) dijadwalkan setiap hari kunjungan dan pemberian makanan selama 50 hari. Selanjutnya (gizi kurang dan buruk) dilakukan pendampingan rata-rata tiga balita/minggu yang harinya ditentukan ibu balita” (SRN, 23 thn).</p> <p>“Jadwal kunjungan kami buat dan jamnya tergantung kesepakatan ibu atau keluarga balita. Pada balita gizi buruk dikunjungi tiap hari selama 50 hari dan selanjutnya rata-rata tiga kali/minggu, sedangkan gizi kurang dikunjungi rata-rata 6 balita setiap hari/minggu dan minggu berikutnya giliran kelompok balita yang lainnya. Balita yang telah didampingi tetap dikontrol rata-rata dua balita/minggu” (AMN, 25 thn).</p>	<p>Fakta di atas menunjukkan bahwa pada pelaksanaan kegiatan pendampingan gizi di Kabupaten Barru dilakukan kunjungan kerumah sasaran sesuai pengelompokan jarak rumah dan jadwal tertentu tergantung kesepakatan keluarga sasaran. Hal ini ditunjang dengan hasil telaah dokumen laporan kegiatan pendampingan yang masing-masing di buat oleh TGP ditemukan adanya jadwal pendampingan yang dibuat oleh TGP, dan susunan menu/minggu (lampiran 7) yang dibuat oleh TPG Puskesmas Pekkae. Hal ini menunjukkan bahwa proses pendampingan dengan cara kunjungan ke rumah sasaran</p>	<p>Pelaksanaan kunjungan ke rumah sasaran yang dilakukan dengan kelompok jarak rumah dan jadwal yang telah direncanakan adalah sesuai dengan pelaksanaan pendampingan berdasarkan pedoman pendampingan keluarga menuju kadarsi (Depkes, 2007) yang menyatakan bahwa jadwal kunjungan dibuat berdasarkan kesepakatan keluarga sasaran</p>	<p>Kunjungan kerumah sasaran yang telah dilakukan berdasarkan berdasarakan pengelompokan jarak rumah dan berat ringannya kasus sasaran yang waktunya disesuaikan dengan kesepakatan keluarga sasaran guna memudahkan pelaksanaan kegiatan kunjungan dan sudah sesuai dengan pedoman pendampingan gizi tentang pelaksanaan kunjungan rumah dengan harapan</p>

	<p>“Kunjungan TGP ke rumah sasaran dibantu oleh kader sesuai jadwal ditentukan bersama ibunya anak balita secara rutin pada setiap dusun dan kadang-kadang dilakukan penimbangan “ (RM, 32 thn).</p> <p>“TGP sama kader selalu datang dirumahku karena katanya anakku gizi buruk jadi mau didampingi supaya gizinya bisa menjadi baik. Ada kapang dua bulan tiap hari datang bikinkanki makanan, mengajarka memasak makanan yang bagus dikasikanki anakku. “ (SMR, 25 thn).</p> <p>“Dikasitauka’ dulu kalau anakku gizi kurang jadi mauki katanya dijadikan balita binaan. TGP dan kader selalu datang di rumahku setiap hari selama seminggu dan pernah dua kali seminggu dan setiap mau datang nakasitaukanka dulu. Na’ajarika cara memasak yang betul na’makan anakku supaya bisa naik beratnya” (TINA, 30 thn).</p>	dilakukan secara teratur dan terencana.	dengan cara mengelompokkan sasaran berdasarkan jarak terdekat antara masing-masing keluarga sasaran. Kunjungan direncanakan sesuai dengan berat ringannya masalah gizi yang dihadapi keluarga.	agar upaya yang maksimal ini secara efektif dapat menurunkan kasus gizi kurang dan buruk.
16.	<p>“Setelah intervensi rutin setiap hari selesai, maka dilakukanlah kunjungan ke keluarga sasaran dua kali seminggu dalam rangka penguatan terhadap intervensi yang telah dilakukan tanpa pemberitahuan sebelumnya. Kunjungan terakhir pada akhir minggu ke empat dilakukan penimbangan untuk mengevaluasi hasilnya”(ASR, 23 thn).</p> <p>“Setelah melakukan kunjungan rumah setiap hari selama seminggu, maka dilanjutkan dengan kunjungan tiga kali seminggu dalam rangka proses penguatan untuk melihat kemandirian keluarga balita” AMN, 25 thn).</p> <p>“TGP sama kader dulu selaluki datang biasa satu minggu berturut-turut tiap hari nalihatki anakku, na’ajarika’ banyak hal seperti memasak makanan untuk anakku. Kadang juga dua kali seminggu datangki lihat-lihat lagi dan ditimbangki kalau akhir bulan” (KAS, 39 thn).</p>	Kunjungan berkelanjutan kerumah sasaran diketahui dari pengakuan informan diatas, bahwa setelah kunjungan rutin setiap hari selesai dilakukan, maka dilanjutkan dengan kunjungan berkelanjutan untuk penguatan yang dilakukan dua sampai tiga kali seminggu bagi setiap sasaran untuk melihat realisasi dari intervensi rutin yang telah dilakukan, juga melihat perkembangan kemandirian keluarga sasaran. Jadwal kunjungan berkelanjutan ini tidak ditentukan dan tergantung dari kondisi TGP ketika itu misalnya melewatinya saat kekelompok	Informasi tersebut menunjukkan bahwa TGP telah melakukan kunjungan ke keluarga sasaran secara berkelanjutan sesuai dengan pedoman pendampingan keluarga menuju kadarsi (Depkes, 2007) bahwa pendamping melakukan kunjungan ke keluarga sasaran yang berjumlah 10-20 keluarga. Masing-masing keluarga sasaran akan	Kunjungan keluarga secara berkelanjutan telah dilakukan oleh TGP dengan baik. Jumlah keluarga dan jumlah kunjungan persasaran, tidak ditentukan tergantung cepat lambatnya kemandirian dari keluarga sasaran. Hal ini memungkinkan terjadinya jumlah kunjungan lebih dari 10 keluarga dengan rata-rata kunjungan

	<p>“Dulu TGP rajin selalu datang di rumahku, ada waktu yang ditentukan jadi jarangka’ pergi-pergi kalau mauki lagi datang nalihatki anakku keadaannya. Biasa juga jarangki datang dan nakasiki anakku biskui’ kesukaannya” (NUR, 22 thn).</p>	<p>sasaran lainnya.</p>	<p>didampingi secara berkelanjutan sebanyak rata-rata 10 kali kunjungan disesuaikan dengan berat ringannya masalah yang dihadapi sampai keluarga tersebut mampu mengatasi masalah gizinya.</p>	<p>lebih dari 10 kali perkeluarga sasaran tergantung cepat lambatnya kemandirian keluarga sasaran hingga keluarga tersebut mampu mengatasi masalahnya sendiri.</p>
17.	<p>“Dari hasil pengukuran antropometri diketahui adanya masalah gizi kurang dan buruk pada sasaran, kemudian dilakukan survei lingkungan rumahnya dan wawancara langsung dengan keluarga balita tersebut untuk mengetahui makanan anaknya dan pola asunya, keadaan imunisasinya dan vitamin A, keadaan penyakit yang dialami sehingga terjadi masalah gizi kurang atau buruk. Hasil survei dan wawancara diidentifikasi untuk diprioritaskan. Prioritas masalah itulah yang akan diintervensi” (YUL, 23 tahun).</p> <p>“Waktunya sudahki diukur anakku, besoknya datangki lagi tanya-tanyaka’ tentang kanrena anakku. Kita catatki semua apa pembicaanku dan dilihatki juga diluar rumahku. Begitu kulihat dulu waktu datangki kedua kalinya dirumahku” (TIA, 39 thn)</p> <p>“Katanya anakku gizi kurang, jadi selaluki datang perhatikanki dan ada yang dicatat karena katanya perluki diperhatikan supaya gizinya jadi bai” (NUR, 22 thn).</p> <p>“Biasaji kulihat itu TGP ada nacatat-catat tapi tidak kuperhatikanki, masalahnya saya juga orangnya jarang suka tanya-tanyaki. Cuma dia bilang kalau anakku gizi buruk, perlu diperhatikan dan ditangani</p>	<p>Adanya informasi yang diperoleh di atas menunjukkan bahwa walaupun sudah diketahui adanya masalah gizi kurang atau buruk yang terjadi pada sasaran, namun sebelum melakukan intervensi tetap dilakukan identifikasi masalah terutama faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya masalah gizi pada keluarga sasaran. Pengamatan dilakukan terhadap balita dan anggota keluarganya yang lain tentang kebersihan diri dan lingkungannya, semua hasilnya dicatat untuk setiap sasaran agar dapat diberikan nasehat sesuai dengan masalahnya.</p>	<p>Berdasarkan uraian tersebut diketahui bahwa TGP telah mengidentifikasi dan mencatat faktor-faktor terjadinya masalah gizi kurang dan buruk sebelum melakukan intervensi pada sasaran. Hal ini penting dilakukan dan sudah sesuai dengan pedoman pendampingan gizi bahwa meskipun telah diketahui masalah gizi keluarga sasaran saat pendataan, namun pendamping masih perlu melakukan identifikasi secara teliti masalah yang dihadapi dan faktor penyebabnya saat kunjungan agar intervensi yang</p>	<p>Upaya identifikasi dan mencatat masalah gizi sasaran merupakan suatu hal yang sangat penting dilakukan sebelum menentukan jenis intervensi atau nasehat gizi yang akan diberikan pada sasaran dan keluarganya dalam penanganan masalahnya. Berdasarkan prioritas masalah yang terjadi pada sasaran, maka dapat ditentukan materi pendampingan yang akan diberikan. Sebab berdasarkan hasil identifikasi tersebut dilanjutkan dengan</p>

	dengan baik” (ERNI, 34 thn).		dilakukan tepat sesuai dengan penyebabnya terjadinya masalah gizi tersebut.	intervensi secara sistematis secara tepat.
18.	<p>“Setiap bulan yaitu sehari sebelum pelaksanaan posyandu , saya anjurkan kepada kader untuk mengingatkan melalui mengumumkan di Mesjid agar semua keluarga yang mempunyai balita membawa balitanya di Posyandu demikian pula dengan ibu hamil supaya tiap bulan mengontrol kehamilannya” (AMN, 25 thn)</p> <p>“Saya sebagai TGP di Desa Tellupanua, jadi setiap melakukan kunjungan kesasaran saya selalu mengingatkan betapa pentingnya membawa anaknya ke Posyandu setiap bulan untuk mengetahui perkembangan BB balitanya, pentingnya pemberian vitamin A pada balitanya, imunisasi, ASI eksklusif, MP-ASI, garam beryodium dan jika tidak diberikan seperti itu akan berdampak negatif pada anaknya” (SRN, 23 thn).</p> <p>“Selaluka’ kodong dikasitau bawa anakku di Posyandu, rajinna’ memang bawa anakku ke Posyandu tiap tanggal 25 dan pernah tidak kubawaki waktu bulan Pebruari karena sakitki anakku’ na datangki itu TGP di rumahku timbangki, nakasikanka’ kapsul vitamin A” (KAS, 39 thn).</p> <p>“Ada dulu KMS-nya anakku, tapi hilangki dan tidak mintaka’ lagi. Kukasi taukanki bahwa jarangka’ juga bawa anakku ke Posyandu karena jauhki. Kucobaki bulan depannya membawa anakku’ langsung dikasikanki oleh kader KMS baru yang sudah diisi datanya anakku” (ROS, 30 thn).</p> <p>“Selalu natanyakan KMS-nya anakku dan nalihatki juga. Nasuruhka’ selalu membawa KMS itu kalau</p>	Berdasarkan uraian tersebut di atas menunjukkan bahwa proses pelaksanaan pendampingan yang telah dilaksanakan oleh TGP dalam memberikan nasihat gizi disesuaikan dengan permasalahan yang ada pada sasaran dan sudah dilaksanakan secara bertahap pada setiap kali melakukan kunjungan ke keluarga sasaran tergantung kemampuan sasaran untuk melaksanakannya.	Semua nasihat gizi yang telah diberikan kepada sasaran di Kabupaten Barru sudah sesuai dengan isi pedoman pendampingan gizi (Depkes RI, 2007). Hal ini menunjukkan bahwa TGP di Kabupaten Barru telah melaksanakan kegiatan pendampingan gizi dengan baik yaitu memberikan nasihat gizi sesuai dengan permasalahan sasaran secara bertahap pada setiap kali melakukan kunjungan ke rumah sasaran.	Nasihat yang diberikan oleh TGP berisi anjuran cara mengatasi dan mencegah terjadinya masalah secara berulang. Nasihat sebaiknya dilakukan secara bertahap sesuai dengan kesanggupan keluarga untuk melakukannya dan kemajuan akan dilihat pada kunjungan berikutnya.

<p>pergiki lagi menimbang tiap bulanna supaya irissengi beratnya juga perkembangannya tiap bulan” (KDR, 28 thn).</p> <p>“Ibu sasaran sering dijelaskan tentang pentingnya ASI eksklusif. Agar balitanya nanti betul-betul sehat, maka ibu yang baru melahirkan memberikan ASI saja tanpa pemberian makanan atau minuman kepada bayinya hingga berusia 6 bulan. Termasuk juga menjelaskan betapa pentingnya pemberian kolustrum dan cara menyusui yang baik dan benar” (SN, 34 thn).</p> <p>“Itu ASI eksklusif tidak kukasikanki anakku waktu baru lahirki soalnya tidak kutauki kasian....., pada hal itu bagus sekali katanya dikasikan ASI murni saja sejak baru lahir sampai umurnya 6 bulan” (RIA,28 thn)</p> <p>“Saya menjelaskan dengan menggunakan lembar balik beraneka ragam bahan makanan yang bernilai gizi tinggi dan cara memilih serta mengolahnya agar nilai gizinya tetap utuh bertepatan saat intervensi selama seminggu, juga diperkenalkan MP-ASI lokal kepada keluarga sasaran” (DN, 25 thn).</p> <p>“Pada hal makanan untuk balita jangan hanya nasi, ikan dan sayur saja ya....., semakin banyak jenis bahan makanannya semakin banyak juga gizinya. Apalagi kalau cara memasaknya betul, sayurnya dicampur-campur dan buah juga ada lebih bagus lagi” (IDA, 37 thn).</p> <p>“Saya memperlihatkan contoh garam beryodium yang baik dan memberitahukan fungsi zat yodium bagi pertumbuhan dan perkembangan serta kecerdasan balita” (SRN, 23 thn).</p> <p>“TGP tanyakanka garam yang kupake di rumah lalu kukasilihatkanki yang masih ada bungkusnya dan dibilangkan garam beryodiumjisudah bagus,</p>			
---	--	--	--

<p>kalau begitu terus yang dipake nantinya tidak gondokmi yang besar dileher, anak dapat tumbuh dengan baik de'na cebol, dan jadi pintar juga katanya anak-anak. Ternyata banyak sekali gunanya pale....." (RID, 30 thn).</p> <p>"Kami sampaikan bahwa keadaan kesehatan ibu dan janin yang dikandung hanya dapat dipantau jika ibu hamil memeriksakan kehamilannya dengan rutin setiap bulan di Posyandu atau Puskesmas dan diberikan juga tablet tambah darah" (DN, 25 thn).</p> <p>"Nasuroka yaro petugas tuli mappressa ko bidan Wati wattunna mattampuka'. Makanja tongangnge' akko tuli mappressaki" (WN, 28 thn).</p> <p>"Kebetulan ada suplemen gizi yang dibagiakn kepada TGP dari Dinkes Provinsi berupa multivitamin, dan calsidol dari Dinkes Barru untuk didistribusikan kepada sasaran " (ASR, 23 thn).</p> <p>"Adaji dulu kita kasikanki Fadilla obat mabbotolobotolo supaya magalai manrena wallupai asenna, napojima Ifadilla. Makanja' toni manre wita, gara-gara yaro biasaro nafsu makan talengi kasi'!! Agapesiro asenna.....? ya..... xanvit sirup makanja' manre anakku kasi' purana waleng nainungi" (FAT, 27 thn).</p> <p>"Biasa kami laksanakan DKT bersama dengan kader, jika ada hal-hal penting yang perlu dimusyawarahkan seperti waktu sasaran sudah ditentukan lalu bersama kader merancang menu satu minggu bagi balita gizi kurang untuk dimasak bersama di suatu tempat secara bergilir berdasarkan pengelompokan terdekat" (SRN, 23 thn).</p> <p>"Biasanya kami diskusi dengan TGP dalam penanganan gizi buruk dan gizi kurang, pernah diskusi waktu mau</p>			
--	--	--	--

	pelatihan penyegaran kader juga waktu mau lomba posyandu dan balita sehat” (HAT, 46 thn).			
19.	<p>“Pernah ada di Dusun Tajari Desa Garesi yang menderita gizi buruk dan sudah disertai dengan gejala klinik bernama Sukriadi berumur 6 bulan dengan BB 3,7 kg awal pendampingan (uraian datanya lihat lampiran 8). Saat baru ditemukan, saya langsung laporkan ke Puskesmas dan Dinkes Barru, lalu kami antar ke RS Umum Barru untuk ditangani dengan baik karena di Puskesmas tidak ada susu entrasol. Susu entrasol dihabiskannya 1 bungkus untuk 2 hari. Karena sudah agak baik, lalu keluarganya membawa ke Pulau untuk ikut acara keluarga dan setelah 2 hari disana kena ISPA akhirnya meninggal” (SRN, 23 thn).</p> <p>“Tidak pernah gizi buruk dirujuk ke Rumah Sakit di Desa Corawali dan Desa lainnya, hanya di Desa Garesi saja ada yang pernah dirujuk. Kasehatji hulihat walaupun gizi buruk. Kubawaki saja berobat di Puskesmas kalau demamki, tapi kalau hanya batuk tidakki. Kalau demam biasanya kubelikan saja obat dan jika tidak sembuhki baru kubawaki di Puskesmas berobat” (NUR, 22 thn).</p>	TGP Kabupaten Barru telah merujuk satu orang sasaran ke Rumah Sakit Kabupaten Barru. Kasus yang telah dirujuk oleh Tenaga Gizi Pendamping Desa Garesi Kecamatan Tanete Rilau adalah hanya balita yang mengalami gizi buruk berat yang disertai gejala klinis marasmus	Kasus rujukan dilakukan jika ada temuan gizi buruk yang disertai dengan gejala klinik, hal ini dilakukan mengingat gizi buruk tidak dapat ditangani sendiri di rumah dan harus dirujuk ke Puskesmas atau Rumah Sakit	TGP Kabupaten Barru telah merujuk satu orang kasus gizi buruk yang sudah disertai dengan gejala klinik marasmus
20.	<p>“Kami melakukan pemantauan langsung ke masing-masing TGP setiap bulan pada tanggal 4 melalui pertemuan rutin dirangkaikan dengan arisan. Pada kesempatan itu pula kami bersama TPG Pekkae mendiskusikan hal penting misalnya ada masalah yang TGP temui dilapangan dan pemecahannya didiskusikan bersama-sama. Kadang-kadang juga dilakukan pemantauan secara tidak resmi dengan kunjungan langsung kelapangan tanpa pemberitahuan sebelumnya kepada TGP. Kami juga pernah terlibat langsung bersama TPG melakukan penilaian lomba balita sehat dan cerdas cermat kader/desa serta pelatihan/penyegaran kader di Puskesmas Pekkae yang disponsori oleh TGP” (RMT, 32 thn).</p> <p>“Setiap bulan secara rutin kami ke Desa dalam</p>	Wawancara di atas dan hasil telaah dokumen menunjukkan bahwa pemantauan telah dilakukan baik oleh Tim Pengelola Provinsi, pihak Kabupaten maupun Puskesmas bahkan juga dilakukan oleh Kepala Desa secara langsung ke sasaran dan kadang-kadang pula tidak langsung ke sasaran, misalnya memantau laporan bulanan dan triwulan. Pemantauan yang dilakukan oleh pihak Kabupaten dan Puskesmas	Pemantauan kegiatan pendampingan di Kabupaten Barru sudah dilakukan secara rutin setiap bulan selama proses pendampingan berlangsung. Pelaksanaan pemantauan ini sudah sesuai dengan pedoman pendampingan (Depkes, 2007)	Pemantauan kegiatan pendampingan gizi di Kabupaten Barru sudah dilakukan secara rutin dan paling sering dilakukan oleh pihak Kabupaten dan Puskesmas. Hal ini terjadi karena pihak Kabupaten dan Puskesmas merasa bertanggung jawab penuh dilapangan,

<p>pelaksanaan posyandu sekaligus melihat langsung kegiatan yang dilakukan oleh masing-masing TGP. Pengecekan dilakukan dengan menanyakan langsung pada keluarga sasaran tentang kegiatan yang telah dilakukan oleh TGP pada sasaran, disamping itu dengan melihat catatan kegiatan harian serta laporan bulanan dari masing-masing TGP” (FTR, 35 thn).</p> <p>“Ibu Astuti Made dan stafnya dari Tim Pengelola Provinsi pernah melakukan pemantauan dan pembinaan langsung pada sasaran di Desa Pancana. Pada kesempatan itu pula dilakukan tanya jawab antara keluarga sasaran dengan Tim Pengelola Provinsi, Kabupaten dan Puskemas” (SN,34 thn).</p> <p>“Tim Pengelola Provinsi, Kabupaten dan Puskemas pernah meninjau langsung pada sasaran di setiap Desa, menanyakan kegiatan apa saja yang dilakukan TGP pada sasaran. Sempat juga melihat catatan kegiatan harian kami, laporan bulanan, laporan triwulan dan dokumentasi lainnya” (DN, 25 thn).</p> <p>“Setiap kami membuat laporan triwulan selalu diperhatikan dan dibimbing oleh TPG dan Koordinator Gizi Kabupaten Barru, makanya laporan kami lengkap betul” (AMN, 25 thn).</p> <p>“Biasaji kulihat ada petugas datang satu mobil tapi tidak kuperhatikanki bikin apaki di Posyandu. Tidak kuperhatikanki karena anakku ewel sekali kalau ada orang baru dia lihat” (NMN, 22 thn).</p> <p>“Petugas Puskesmas, kader dan TGP setiap bulan melakukan berbagai macam kegiatan di Posyandu” (IDA, 37 thn).</p> <p>“Pak Desaku sering datang melihat kegiatan di Posyandu, terutama melihat balita yang gizi kurang dan gizi buruk” (SR, 23thn).</p>	<p>dilaksanakan secara rutin setiap bulan melalui pertemuan TGP, diskusi bersama semua TGP dan pemecahan masalahnya dibahas pada saat itu juga. Disamping itu pemantauan secara langsung ke sasaran sering pula dilakukan pada pelaksanaan posyandu rutin setiap bulan, sedangkan pemantauan secara tidak langsung dilakukan melalui laporan rutin/triwulan yang diterima oleh pihak Kabupaten dan Puskesmas.</p>	<p>bahwa pemantauan kegiatan pendampingan dilakukan setiap bulan selama proses pendampingan berlangsung.</p>	<p>pihaknya adalah jenjang yang terdekat dengan sasaran pendampingan gizi di Desa. Pelaksanaan pemantauan kegiatan pendampingan di Kabupaten Barru sifatnya saling melengkapi dan saling mendukung serta harus diterapkan secara bersama-sama guna memperoleh informasi yang objektif dan akurat sehingga mampu meminimalkan penyimpangan untuk pengambilan kebijakan yang tepat.</p>
--	---	--	---

21.	<p>“Tim Pengelola Provinsi, Kabupaten dan Puskesmas pernah meninjau langsung pada sasaran di setiap Desa, menanyakan kegiatan apa saja yang dilakukan TGP pada sasaran sekaligus melihat catatan kegiatan harian, laporan bulanan, laporan triwulan dan dokumentasi lainnya pada masing-masing TGP di Desa” (DN, 25 thn).</p> <p>“Setiap kami membuat laporan triwulan secara berkelompok selalu diperhatikan dan dibimbing oleh TPG dan Koordinator Gizi Kabupaten Barru, makanya laporan kami lengkap sekali” (AMN, 25 thn).</p> <p>“Laporan triwulan dan laporan akhir kami buat di Desa masing-masing dan setelah rampung semuanya, selanjutnya kami kumpulkan dan dihas besama-sama kelompok besar untuk dijadikan satu laporan yang dibuat rangkap empat untuk masing-masing dikirim langsung ke Puskesmas, Kabupaten dan Provinsi serta satu rangkapnya disimpan sebagai arsip” ” (SRN, 23 thn).</p>	<p>Informasi di atas, menunjukkan bahwa laporan dibuat oleh TGP ada empat macam, yaitu: laporan harian, bulanan, triwulan dan laporan akhir. Laporan tersebut dibuat secara individu dan kelompok. Laporan individu dibuat oleh masing-masing TGP berupa laporan harian, laporan bulanan, dan triwulan; sedangkan laporan kelompok dibuat bersama-sama oleh semua TGP berupa laporan triwulan dan laporan akhir yang dibuat empat rangkap untuk dilaporkan langsung ke Puskesmas, Kabupaten dan Provinsi (melalui Kabupaten) masing-masing satu rangkap serta arsip.</p>	<p>Pada dasarnya bahwa laporan pelaksanaan kegiatan pendampingan gizi yang dilakukan di Kabupaten Barru seperti yang diuraikan di atas, sudah sesuai dengan pedoman pendampingan (Depkes, 2007) bahwa pada akhir proses pendampingan, pendamping mencatat perubahan yang terjadi pada sasaran dan merekap hasil pelaksanaan pendampingan dari seluruh keluarga sasaran. Tidak ada ketentuan pada pedoman pendampingan mengenai pelaksanaan pelaporan pendampingan gizi.</p>	<p>Pencatatan dan pelaporan program pendampingan gizi di Kabupaten Barru sudah dilakukan dengan baik sesuai dengan pedoman pendampingan gizi. Pencatatan dan pelaporan berupa: catatan harian, laporan bulanan, laporan triwulan dan laporan akhir sebagai bukti atau dokumen yang mendukung telah dilakukannya kegiatan program lagi pula sering diperlukan informasinya oleh pihak lain yang berkepentingan oleh karena itu penting untuk diperhatikan dan dilaksanakan sebaik-baiknya.</p>
-----	---	--	---	---

**MATERI PELATIHAN
TENAGA GIZI PENDAMPING TAHUN 2007**

1. Filosofi Pendampingan Dalam Rangka Penurunan Prevalensi Gizi Kurang dan Gizi Buruk.
2. Peran Tenaga Gizi Pendamping Dalam Menanggulangi Masalah Gizi.
3. Tumbuh Kembang Bayi dan Balita.
4. Permasalahan Pemberian ASI dan MP-ASI.
5. Pengukuran Antropometri dan KMS.
6. Perhitungan Umur dan Status Gizi.
7. Upaya Peningkatan Kesehatan Balita.
8. Deteksi Dini Masalah Gizi (KEP, KVA, GAKI, dan Anemia).
9. Teknik Pengisian Format Asuhan Gizi.
10. Revitalisasi Posyandu.
11. Pergerakan dan Pemberdayaan Masyarakat.
12. Teknik Konseling.
13. Praktik Lapangan tentang Cara Pengumpulan Data Dasar, Penimbangan Balita, Recall 24 jam, Penyusunan Menu, dan Penanganan Kasus Gizi Kurang.

LAMPIRAN 7

**SIKLUS MENU DAN JENIS BAHAN MAKANAN PMT-PENYULUHAN SELAMA 10
BULAN UNTUK 10 KALI PEMBERIAN DI WILAYAH PUSKESMAS PEKKA
KEC.TANETE RILAU KAB.BARRU TAHUN 2007-2008**

NO	NAMA MENU	BAHAN MAKANAN	JUMLAH SATUAN	HARGA SATUAN (Rp)	TOTAL HARGA (Rp)
1.	BUBUR KACANG IJO	Kacang Hijau Beras Ketan Hitam Gula Merah Kelapa Beras Putih	3 1/2 Liter 2 Liter 4 biji 4 biji 2 1/2 liter	8.500.- 10.000.- 6.500.- 3.250.- 4.500.-	29.750.- 20.000.- 26.000.- 13.000.- 11.250.-
	JUMLAH				100.000.-
2.	BUBUR AYAM	Beras Putih Ayam Labu Kacang Panjang Bayam Kangkung Daun Seledri Daun Bawang Garam	5 liter 2 ekor 1 biji 4 ikat 3 ikat 4 ikat 3 ikat 2 ikat 1 bungkus	4.500.- 25.000.- 5.000.- 2.000.- 1.500.- 1.000.- 1.000.- 1.000.- 1.000.-	22.500.- 50.000.- 5.000.- 8.000.- 4.500.- 4.000.- 3.000.- 2.000.- 1.000.-
	JUMLAH				100.000.-
3.	BAROBBC	Jagung Beras putih Ayam Udang Telur Labu Kacang Panjang Bayam Kangkung Daun Seledri Daun Bawang Garam	6 ikat 3 liter 1 ekor 3 gantang 5 butir 1 buah 3 ikat 4 ikat 3 ikat 2 ikat 2 ikat 1 bungkus	3.000.- 4.500.- 25.000.- 5.000.- 700.- 5.000.- 2.000.- 1.500.- 1.000.- 1.000.- 1.000.- 1.000.-	18.000.- 13.500.- 25.000.- 15.000.- 3.500.- 5.000.- 6.000.- 6.000.- 3.000.- 2.000.- 2.000.- 1.000.-
	JUMLAH				100.000.-
4.	BUBUR MENADO	Beras putih Daging Telur Labu Kacang Panjang Bayam Kangkung Ikan segar Minyak goreng Garam	3 liter 1 kg 5 butir 1 biji 3 ikat 2 ikat 3 ikat 1 tusuk 1 kg 1 bungkus	4.500.- 40.000.- 700.- 5.000.- 2.000.- 1.500.- 1.000.- 10.000.- 15.000.- 1.000.-	13.500.- 40.000.- 3.500.- 5.000.- 6.000.- 3.000.- 3.000.- 10.000.- 15.000.- 1.000.-
	JUMLAH				100.000.-
5.	BUBUR KACANG IJO	Kacang Ijo Beras Ketan Hitam Gula Merah Kelapa Beras putih	3 1/2 Liter 2 Liter 4 biji 4 biji 2 1/2 liter	8.500.- 10.000.- 6.500.- 3.250.- 4.500.-	29.750.- 20.000.- 26.000.- 13.000.- 11.250.-
	JUMLAH				100.000.-
6.	PALLU BUTUNG	Tepung Terigu Pisang Raja Gula Pasir Kelapa Kacang Tanah	3 kg 9 sisir 2 kg 2 biji 2 liter	4.000.- 4.500.- 7.000.- 3.250.- 6.500.-	12.000.- 40.500.- 14.000.- 6.500.- 13.000.-
	JUMLAH				100.000.-

**DATA BALITA YANG PERNAH DIRUJUK
(ADA 1 ORANG)**

I. IDENTITAS BALITA

Nama : **SUKRIADI**
Tanggal lahir (umur) : 04 Januari 2007 (6 bln)
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Berat Badan : 2,7 kg
Tinggi Badan : 75 Cm
Status Gizi :
 a. BB/U : Buruk
 b. TB/U : Normal
 c. BB/TB : Kurus sekali
Anak ke : 2 (dua)
Jumlah saudara : 2 (dua)

II. IDENTITAS ORANG TUA

A. Bapak

Nama : ABBAS
Umur : 38 tahun
Pendidikan : SD (tidak tamat)
Pekerjaan : Pemulung plastik bekas
Alamat : Dusun Lajari Desa Garessi

B. Ibu

Umur : PUJIATI
Pendidikan : -
Pekerjaan : URT
Alamat : Dusun Lajari Desa Garessi

III. TANDA-TANDA KLINIK

Marasmus kuasiorkor, oedema pada perut, oto-otot mngecil, muka orangtua, dan kulit keriput.

IV. RIWAYAT GIZI BURUK DAN PENANGANANNYA

Anak tersebut dilahirkan melalui pertolongan dukun di Pulau daerah Pangkep. Sejak pemberian makanan pertama sampai adanya TGP setiap harinya hanya diberikan air tajin karena ASI tidak mencukupi. Penghasilan orangtuanya hanya sebagai pemulung tidak

mencukupi kebutuhan keluarga, belum ada tempat tinggal menetap (sementara menumpang di rumah kosong).

Sebelum kehadiran TGP sudah ditangani oleh pihak Puskesmas dan Dinkes Barru selama dua bulan. Dan mulai ditangani TGP tanggal 09 Agustus 2007 dengan BB 2,7 kg. Setiap hari diberikan susu entrasol dan biskuit MP-ASI, setelah tiga minggu perawatan BB 3,7 kg dan dirujuk ke RS. Namun setelah empat hari perawatan di RS orang tuanya memaksakan untuk mengeluarkan tanpa alasan yang jelas, selanjutnya dibawa ke Pulau untuk acara keluarga yang akhirnya menderita ISPA kemudian meninggal dunia. Pada gambar di bawah ini dapat dilihat perbedaan antara sebelum ditangani (gambar a) dan sesudah ditangani oleh TGP (gambar b)

a. Sebelum Ditangani TGP



b. Sesudah ditangani TGP



**Data Cakupan ASI Eksklusif di Kecamatan Tanete Rilau
Kabupaten Barru Tahun 2007**

NO	NAMA DESA/KELURAHAN	SASARAN	ASI EKSLUSIF		
			0-6 BLN	7-24 BLN	25-60 BLN
1	DESA GARESSI	170	3	12	12
2	DESA LIPUKASI	321	1	14	0
3	KEL. TANETE	183	5	22	0
4	KEL. LALOLANG	349	3	20	0
5	DESA TELLUMPANUA	188	5	17	12
6	DESA PAO-PAO	310	1	18	23
7	DESA COROWALI	128	0	1	0
8	DESA LALABATA	207	0	3	1
9	DESA PANCANA	202	3	12	2
10	DESA LASITAE	125	0	0	0
	TOTAL	2203	21	119	50

Sumber: Base Line Data Awal TGP Kabupaten Barru, 2007

**Prosentase Cakupan ASI Eksklusif di Kecamatan
Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007**

NO.	UMUR (BULAN)	N	%	KETERANGAN Cakupan ASI Eksklusif adalah 8,62% dari 2203 sasaran
1.	0-6	21	11,05	
2.	7-24	119	62,63	
3.	25-60	50	26,32	
JUMLAH		190	100	

Sumber: Base Line Data Awal TGP Kabupaten Barru, 2007

**Prosentase Cakupan Vitamin A Sebelum dan Sesudah
Pendampingan Gizi di Kecamatan Tanete Rilau
Kabupaten Barru Tahun 2007-2008**

KELOMPOK	AGUSTUS 2007		PEBRUARI 2008	
	N	%	N	%
BAYI (6-11 BULAN)	315	88,87	283	100
ANAK BALITA (12-60 BULAN)	1735	97,23	1940	100
BAYI+ANAK BALITA	2050	93,05	2223	100

Sumber: Laporan Akhir TGP Kabupaten Barru, 2008

**Data Jumlah KK (Sampel) yang Menggunakan Garam Beryodium
Sesudah Pelaksanaan Pendampingan di Kecamatan Tanete
Rilau Kabupaten Barru Tahun 2008**

NO.	NAMA DESA/ KELURAHAN	JUMLAH KK (SAMPEL)	GARAM BERYODIUM	
			YA	TDK
1.	GARESSI	10	10	0
2.	LIPUKASI	10	10	0
3.	TANETE	10	9	1
4.	LALOLANG	10	8	2
5.	TELLUMPANUA	10	9	1
6.	PAO-PAO	10	7	3
7.	CORAWALI	10	10	0
8.	LALABATA	10	6	4
9.	PANCANA	10	10	0
10.	LASITAE	10	10	0
JUMLAH		100	89	11

Sumber: Dinas Kesehatan Barru, 2008

**Data Jumlah Posyandu di Kecamatan Tanete Rilau
Kabupaten Barru Tahun 2008**

NO	NAMA DESA/KELURAHAN	JUMLAH POSYANDU
1	DESA GARESSI	2
2	DESA LIPUKASI	6
3	KEL. TANETE	4
4	KEL. LALOLANG	3
5	DESA TELLUMPANUA	3
6	DESA PAO-PAO	4
7	DESA COROWALI	3
8	DESA LALABATA	3
9	DESA PANCANA	4
10	DESA LASITAE	3
TOTAL		35

Sumber: Laporan Akhir TGP Kabupaten Barru, 2008

**Prosentase Keaktifan Kader Sebelum dan Sesudah
Pendampingan Gizi di Kecamatan Tanete Rilau
Kabupaten Barru Tahun 2007-2008**

KADER POSYANDU	SEBELUM PENDAMPINGAN		SESUDAH PEMDAMPINGAN	
	N	%	N	%
Keaktifan Kader	131	89,12	142	94,04

Sumber: Laporan Akhir TGP Kabupaten Barru, 2008

**DATA STATUS GIZI BALITA (BB/U) PERDESA SEBELUM DAN SESUDAH PENDAMPINGAN
DI KECAMATAN TANETE RILAU KABUPATEN TAKALAR TAHUN 2007-2008**

NO	DESA/KELURAHAN	STATUS GIZI BB / U SEBELUM				STATUS GIZI BB / U SESUDAH			
		BRK	KRG	BAIK	LEBIH	BRK	KRG	BAIK	LEBIH
1	DESA GARESSI	3	36	147	2	1	12	179	1
2	DESA LIPUKASI	3	46	269	0	1	15	355	0
3	KEL. TANETE	4	46	113	3	0	20	175	1
4	KEL. LALOLANG	3	53	241	3	2	25	332	3
5	DESA TELLUMPANUA	4	40	143	0	0	15	186	0
6	DESA PAO-PAO	2	39	275	4	0	8	314	1
7	DESA COROWALI	2	21	146	4	1	5	133	0
8	DESA LALABATA	3	35	151	5	2	14	202	1
9	DESA PANCANA	2	42	178	0	2	27	194	0
10	DESA LASITAE	3	33	98	1	2	23	111	1
JUMLAH		29	391	1761	22	11	164	2181	8

Sumber: Laporan Akhir TGP Kabupaten Barru, 2008

**DATA STATUS GIZI BALITA (TB/U) PERDESA SEBELUM DAN SESUDAH PENDAMPINGAN
DI KECAMATAN TANETE RILAU KABUPATEN TAKALAR TAHUN 2007-2008**

NO.	DESA/KELURAHAN	STATUS GIZI TB/U SEBELUM		STATUS GIZI TB/U SESUDAH	
		NORMAL	PENDEK	NORMAL	PENDEK
1	DESA GARESSI	159	27	182	14
2	DESA LIPUKASI	279	39	324	23
3	KEL. TANETE	118	48	170	28
4	KEL. LALOLANG	232	68	319	45
5	DESA TELLUMPANUA	149	38	189	14
6	DESA PAO-PAO	277	43	310	15
7	DESA COROWALI	162	11	140	4
8	DESA LALABATA	121	73	173	48
9	DESA PANCANA	184	40	199	27
10	DESA LASITAE	109	26	118	21
JUMLAH		1790	413	2125	239

Sumber: Laporan Akhir TGP Kabupaten Barru, 2008

**DATA STATUS GIZI BALITA (BB/TB) PERDESA SEBELUM DAN SESUDAH PENDAMPINGAN
DI KECAMATAN TANETE RILAU KABUPATEN TAKALAR TAHUN 2007-2008**

NO.	DESA/KEL URAHAN	STATUS GIZI BB / TB SEBELUM				STATUS GIZI BB / TB SESUDAH			
		SGT KRS	KRS	NORMAL	GMK	SGT KRS	KRS	NORMAL	GMK
1	DESA GARESSI	47	15	121	4	15	27	153	1
2	DESA LIPUKASI	4	27	287	9	1	14	330	1
3	KEL. TANETE	1	19	141	5	0	16	177	6
4	KEL. LALOLANG	7	31	257	7	3	12	348	2
5	DESA TELLUMPANUA	3	21	161	1	0	13	190	0
6	DESA PAO-PAO	1	15	296	7	0	3	321	1
7	DESA COROWALI	1	4	160	2	0	2	141	1
8	DESA LALABATA	0	7	174	13	0	6	207	8
9	DESA PANCANA	0	16	206	0	0	11	215	0
10	DESA LASITAE	0	11	122	1	0	7	131	1
JUMLAH		64	165	1925	49	19	111	2213	21

Sumber: Laporan Akhir TGP Kabupaten Barru, 2008

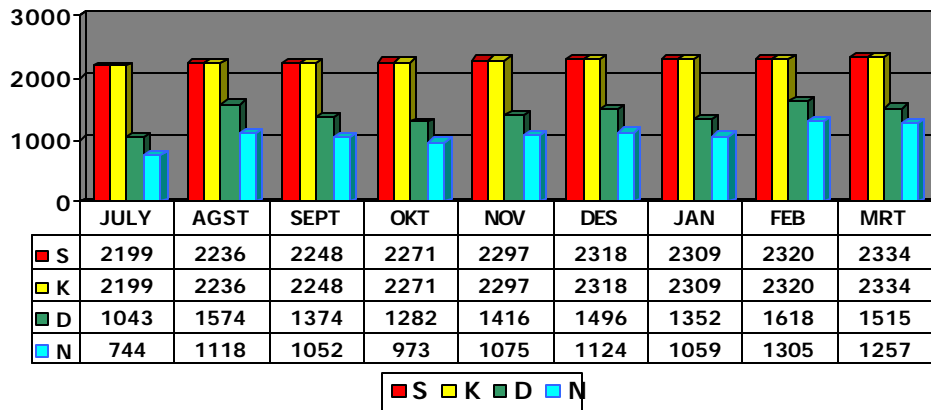
**PROSENTASE STATUS GIZI BALITA (BB/U, TB/U DAN BB/TB) SEBELUM DAN SESUDAH
PENDAMPINGAN DI KECAMATAN TANETE RILAU KABUPATEN TAKALAR
TAHUN 2007-2008**

STATUS GIZI	SEBELUM		SESUDAH	
	N	%	N	%
BB/U				
Gizi Baik	1761	79,94	2181	92,26
Gizi Kurang	391	17,75	164	6,94
Buruk	29	1,31	11	0,46
Gizi Lebih	22	1,00	8	0,34
JUMLAH	2203	100,00	2364	100,00
TB/U				
Normal	1790	81,25	2125	89,89
Pendek	413	18,75	239	10,11
JUMLAH	2203	100,00	2364	100,00
BB/TB				
Normal	1925	87,38	2213	93,61
Kurus	165	2,91	111	4,70
Sangat Kurus	64	7,49	19	0,80
Gemuk	49	2,22	21	0,89
JUMLAH	2203	100,00	2364	100,00

Sumber: Laporan Akhir TGP Kabupaten Barru, 2008

Sumber : Laporan Akhir TGP Kabupaten Barru, 2008

Gambar 1. Pemantauan Pertumbuhan Balita Melalui Balok SKDN Kecamatan Tanete Rilau Kabupaten Barru Tahun 2007-2008



**Data Status Gizi Balita (BB/U) Perdesa Sebelum
Pendampingan di Kecamatan Tanete Rilau
Kabupaten Barru Tahun 2007**

NO	DESA/KEL URAHAN	STATUS GIZI BB / U			
		BRK	KRG	BAIK	LEBIH
1	DESA GARESSI	3	36	147	2
2	DESA LIPUKASI	3	46	269	0
3	KEL. TANETE	4	46	113	3
4	KEL. LALOLANG	3	53	241	3
5	DESA TELLUMPANUA	4	40	143	0
6	DESA PAO-PA O	2	39	275	4
7	DESA COROWALI	2	21	146	4
8	DESA LALABATA	3	35	151	5
9	DESA PANCANA	2	42	178	0
10	DESA LASITAE	3	33	98	1
JUMLAH		29	391	1761	22

Sumber : Base Line Data Awal TGP Kabupaten Barru, Juli 2007

**PROSENTASE STATUS GIZI BALITA (BB/U) SEBELUM PENDAMPINGAN
DI KECAMATAN TANETE RILAU KABUPATEN TAKALAR TAHUN 2007**

STATUS GIZI	SEBELUM	
	N	%
BBU		
Gizi Baik	1761	79,94
Gizi Kurang	391	17,75
Buruk	29	1,31
Gizi Lebih	22	1,00
JUMLAH	2203	100,00

Sumber: Laporan Akhir TGP Kabupaten Barru, 2008