

TESIS

**ANALISIS KEMAJUAN DALAM MENURUNKAN ANGKA
KASUS GIZI KURANG PADA BALITA DI KABUPATEN
BONE, SULAWESI SELATAN**

**ANALYSIS OF PROGRESS IN LOWERING THE NUMBER
OF CASES OF MALNUTRITION IN TODDLERS IN BONE
REGENCY, SOUTH SULAWESI**

Disusun dan diajukan oleh

**ZHERY MULYATI
K012191064**



**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

TESIS

**ANALISIS KEMAJUAN DALAM MENURUNKAN ANGKA
KASUS GIZI KURANG PADA BALITA DI KABUPATEN
BONE, SULAWESI SELATAN**

**Tesis
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister**

**Program Studi
Ilmu Kesehatan Masyarakat**

**Disusun dan diajukan oleh:
ZHERY MULYATI**

Kepada

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS KEMAJUAN DALAM MENURUNKAN ANGKA
KASUS GIZI KURANG PADA BALITA DI KABUPATEN
BONE, SULAWESI SELATAN**

Disusun dan diajukan oleh

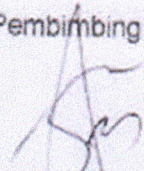
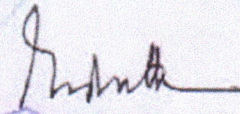


**ZHERY MULYATI
K012191064**

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 29 November 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,


Sudirman Nasir, S.Ked., M.W.H., Ph.D.
NIP. 19731231 200801 037
Dr. Ridwan Mochtar Thaha, M.Sc.
NIP. 19740520 200212 2 001
Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat
Ketua Program Studi S2
Ilmu kesehatan Masyarakat
Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes, M.Med.Ed
NIP. 19670617 199903 1 001
Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.
NIP. 19590605 198601 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Zhery Mulyati
NIM : K012191064
Program studi : Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

ANALISIS KEMAJUAN DALAM MENURUNKAN ANGKA KASUS GIZI KURANG PADA BALITA DI KABUPATEN BONE, SULAWESI SELATAN

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 29 November 2021

Yang menyatakan



Zhery Mulyati

PRAKATA

Puji syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, untuk limpahan kasih, berkat serta izinNya yang dianugerahkan sehingga penulis mampu menyelesaikan Tesis "*Analisis Kemajuan Dalam Menurunkan Angka Kasus Gizi Kurang pada BALITA di Kabupaten Bone, Sulawesi Selatan*".

Selama dalam proses dan penyusunan tesis, penulis menyadari masih jauh dari kesempurnaan, serta masih banyaknya kekurangan dan keterbatasan yang penulis lakukan. Namun sebagai hasil dari kerja keras dan usaha yang penulis lakukan, dengan tulus dan kerendahan hati penulis mempersembahkan tesis ini.

Selama penyusunan tesis, banyak bantuan dan dukungan yang penulis dapatkan, untuk keluarga kecilku my beloved husband SYAFRUDDIN dan my dear MICHELLE DEY NATALIA dan SYIKAL KHIRSTEN NATALIE, thank you for the patience, loved, support, and all the prayer for mom, bahagianya punya keluarga seperti kalian. Untuk my big familys, yang sangat penulis cintai PAPA yang akan selalu tetap "hidup" di hati, MAMA dan KAKAK-KAKAK, serta semua keponakan untuk semua doa, bantuan moral dan materi yang tulus diberikan, penulis ucapkan terima kasih.

Terima kasih yang tulus penulis ucapkan dari hati yang paling dalam dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada **Sudirman Nasir, S.Ked., MWH, Ph.D** selaku Ketua Komisi Penasihat atas bimbingan,

dorongan, arahan dan kesabaran, serta waktu kepada penulis yang awal tidak tahu apa-apa sampai akhirnya bisa berhasil, thank you Sir for everthing. Dan Bapak **Dr. Ridwan Mochtar Thaha, M. Sc.** sebagai Anggota Komisi Penasihat yang selalu membimbing, mendorong, dan mengarahkan dengan sabar, serta waktu selama penulis menyusun tesis. Sebagai penulis tidak dapat membalas apa yang telah Bapak berikan, semoga Tuhan yang Maha Kuasa membalas semua kebaikan yang telah Bapak berikan, Amin dan sekali lagi penulis ucapkan terima kasih dengan hati yang sangat tulus atas semua yang telah diberikan.

Rasa hormat dan terima kasih penulis ucapkan kepada dewan penguji, untuk arahan, masukan serta sarannya yang sangat baik manfaatnya bagi penulis, serta koreksinya yang sangat besar manfaatnya selama penulis mengerjakan tesis yaitu, **Dr. Suriah, SKM, M.Kes., Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH., dan Prof. Dr. drg. A. Zulkifli, M. Kes.** Semoga Tuhan yang Maha Kuasa melimpahkan rahmat dan karuniaNya untuk semua kebaikan yang telah Bapak dan Ibu berikan, Amin.

Selanjutnya penulis menuturkan terima kasih serta penghormatan kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA. Rektor Universitas Hasanuddin Makassar
2. Dr. Aminuddin Syam, SKM, M.Kes., M.Med.Ed. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat.

3. Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH. Ketua Program Studi S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat.
4. Sudirman Nasir, S.Ked., MWH, Ph.D sebagai Pembimbing Akademik.
5. Seluruh Dosen FKM, khususnya kepada seluruh dosen Departemen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, yang sudah mendidik dan juga mengajarkan pengetahuan dan pengalaman, yang bagi penulis merupakan hal yang sangat berharga.
6. Kepada para pegawai dan staff FKM Unhas yang telah memberikan petunjuk, arahan, dan semua bantuannya dalam pengurusan administrasi untuk penulis selama menjalani pendidikan, khususnya Bapak Rahman ST, Ibu Venni, dan Ibu Ati.
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Bone khususnya Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat dr. Eko Nugroho, MARS, dan Kepala Seksi Kesehatan Masyarakat, beserta staf yang telah bekerja sama dan membantu selama penulis melakukan penelitian.
8. Kepala Puskesmas Watampone, Kepala Puskesmas Biru, Kepala Puskesmas Ajangale, Kepala Puskesmas Barebbo, Kepala Puskesmas Tana Batue, beserta staf, juga tokoh masyarakat dan kader Posyandu, yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dan telah banyak membantu selama penulis mengerjakan penelitian.
9. Teman-teman magister Angkatan 2019 UNHAS, yang bersama-sama berjuang dalam menempuh pendidikan dan meraih cita-cita, yaitu

teman-teman yang terkeren “C Class”, dan yang hebat “Promkes Class”, untuk semua canda, tawa, informasi dan juga masukannya, terima kasih ya. Walau waktu kebersamaan kita hanya sebentar 1 semester saja, karena Pandemi Covid-19 harus “daring” sampai hari Wisuda. Dan untuk Handini Saraswati, Nurhikmah, Lorida, Mega, Rahmayanti, cici dan Jullen, kapan jalan-jalan lagi, u are the best, miss you all.

10. Serta semua pihak ataupun orang yang sudah membantu penulis dari awal penyusunan tesis hingga selesai.

Akhir kata, semoga berkat dan rahmat Tuhan Yang maha Esa menyertai kita semua, dan tesis ini dapat menjadi berkat dan manfaat bagi kita semua, Amin.

Makassar, November 2021

Penulis

ABSTRACT

ZHERY MULYATI. *Kemajuan Dalam Menurunkan Angka Kasus Gizi Kurang Pada BALITA di Kabupaten Bone.* (Dibimbing oleh **Sudirman Nasir dan Ridwan M. Thaha**)

Gizi kurang menyebabkan anak kerdil (tubuh pendek), kelebihan berat badan, dan berat badan kurang. Bentuk kurang gizi BALITA paling umum adalah tubuh pendek atau kerdil. Berbagai upaya dilakukan Pemerintah untuk menurunkan dan mencegah gizi kurang, salah satunya dengan pelayanan kesehatan pada BALITA secara terintegrasi di PUSKESMAS. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang menjadi kemajuan Kabupaten Bone dalam menurunkan kasus gizi kurang pada BALITA.

Penelitian ini penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Data diperoleh dengan wawancara mendalam dan observasi tidak terstruktur pada 22 informan, terdiri dari petugas kesehatan, penentu kebijakan (stakeholder), tokoh masyarakat, dan kader.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, semua PUSKESMAS melaksanakan program kerja PSG, petugas kesehatan menjalankan tugas dan kewajiban dengan sikap positif dan kesadaran yang baik. Ketersediaan SDM petugas kesehatan untuk pelayanan BALITA gizi kurang berjumlah 2-4 orang, dan di POSYANDU dibantu 2-5 kader. Serta adanya dukungan dari stakeholder, dan partisipasi yang baik dari masyarakat. Namun pengetahuan tokoh masyarakat dan kader tentang program PSG masih kurang, dan untuk ketersediaan petugas kesehatan di pelayanan BALITA gizi kurang dirasakan masih kurang, juga masih rendahnya kesadaran sebagian petugas kesehatan dalam kerja sama tim. Kesimpulan program kerja, sikap dan kesadaran petugas kesehatan, ketersediaan SDM, dukungan stakeholder, dan partisipasi masyarakat, terbukti berperan dalam kemajuan menurunkan angka kasus gizi kurang di Kabupaten Bone. Kepada stakeholder diharapkan membuat adaptasi baru atau inovasi menyesuaikan situasi dimasa pandemi Covid-19, memperbaiki sistem kerjasama tim, menambah tenaga kesehatan yang bertugas di pelayanan BALITA gizi kurang, dan meningkatkan sosialisasi lebih masif dan aktif lagi tentang program PSG.

Kata kunci: Gizi kurang, BALITA, kemajuan



ABSTRACT

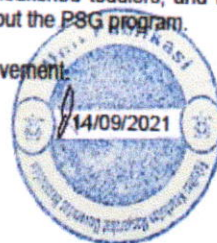
ZHERY MULYATI. *Analysis Progress in Lowering the Number of Cases of Malnutrition Cases in Toddlers in Bone Regency, South Sulawesi* (Adviser by Sudirman Nasir dan Ridwan M. Thaha)

Malnutrition leads a child have an imperfect growth (dwarfism), overweight, and underweight. The most common form of malnutrition on Toddler is dwarfism. Various attempt made by government to decrease and prevent malnutrition, which is a health services for Toddler with integrity at PUSKESMAS. This study aims to analyze the factors, thus advancement Kab. Bone in lowering malnutrition case in Toddler.

This research uses qualitative research with a case study approach. Data were obtained by in-depth interviews and unstructured observations to 22 resource persons consisting of health workers, policy makers (stake holder), community leaders and cadres.

Study results shows that all PUSKESMAS carry out the PSG program, moreover the health worker perform the duties with positive attitude and good awareness. Availability of human resources for health care services for malnourished toddlers is 2-4 people, therefore at POSYANDU helped by 2-5 cadres. As well as support from stakeholder, and good participation from the community. However, there still a lack of knowledge from the community leaders, and cadres about PSG work program. Moreover, there is a shortfall for the availability of health worker in undernourished toddler, also the lack of awareness by some health workers towards teamwork. In conclusion, the work program, attitude and health worker awareness, human resource availability, stake holder support, and community participation is proven to play a role in progress to reduce the number of cases of malnutrition at Kab. Bone. Stakeholders are expected to make new adaptations or innovations to adjust to the situation during the Covid-19 pandemic, improve the teamwork system, add health workers who serve in undernourished toddlers, and increase more massive and active socialization about the PSG program.

Keywords: Malnourished, Toddler, Improvement.



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR MATRIKS	xv
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	11
C. Pertanyaan Penelitian	14
D. Tujuan Penelitian	14
1. Tujuan Umum	14
2. Tujuan Khusus	14
E. Manfaat Penelitian	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kemajuan Dalam Menurunkan Kasus Gizi Kurang	17
B. Gizi Kurang	20
1. Timbunya Masalah Gizi	22
2. Akibat Gizi Kurang	24
3. Deteksi Dini Dan Penatalaksanaan Gizi Kurang	26
C. Tinjauan Tentang Variabel Yang Diteliti	27
1. Program Kerja	27
2. Dukungan Stakeholder	29

3. Sikap Petugas Kesehatan	29
4. Kesadaran Petugas Kesehatan	31
5. Ketersediaan Sumber Daya Tenaga Kesehatan	31
6. Partisipasi Masyarakat	32
D. Landasan Teori Lawrence Green (1991) dan WHO (1984)	35
E. Kerangka Teori Modifikasi	37
F. Kerangka Konsep berdasarkan teori	38
G. Definisi Konseptual	38
1. Program Kerja	38
2. Dukungan Stakeholder	38
3. Sikap Petugas Kesehatan	39
4. Kesadaran Petugas Kesehatan	39
5. Ketersediaan Sumber Daya Tenaga Kesehatan	39
6. Partisipasi Masyarakat	39
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis Penelitian dan Pendekatan	40
B. Lokasi Waktu Tempat Penelitian	41
C. Instrumen Digunakan	41
D. Informan Penelitian	41
E. Tehnik Pengumpulan Data Penelitian	42
F. Tehnik Pengolahan Data Penelitian	43
G. Tehnik Analisis Data Penelitian	44
H. Keabsahan Data Penelitian	45
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	46
B. Pembahasan	82
C. Keterbatasan Penelitian	133
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	134
1. Program Kerja	134

2	Peran Sikap Petugas Kesehatan	134
3	Peran Kesadaran Petugas Kesehatan	134
4	Peran Ketersediaan Sumber Daya Manusia	134
5	Peran dukungan Stakeholder	135
6	Peran Partisipasi Manusia	135
	B. Saran	136
	DAFTAR PUSTAKA	137
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Prevelensi Data Status Gizi Kurang BALITA Di Kabupaten Bone	11
Tabel 2	Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak	24

DAFTAR MATRIKS

Matriks 1	Sintesis Penelitian Keberhasilan Menurunkan Gizi Kurang	37
Matriks 2	Kriteria Informan Penelitian	47
Matriks 3	Metode Pengumpulan Data Kualitatif	48
Matriks 4	Karakteristik informan	52
Matriks 5	Penilaian Petugas Kesehatan Tentang Program Kerja	94
Matriks 6	Penilaian Stakeholder Tentang Program Kerja	94
Matriks 7	Penilaian Tokoh Masyarakat Tentang Program Kerja	95
Matriks 8	Penilaian Kader POSYANDU Tentang Program Kerja	96
Matriks 9	Sikap Petugas Kesehatan	101
Matriks 10	Penilaian Stakeholder terhadap Sikap Petugas Kesehatan	103
Matriks 11	Penilaian Tokoh Masyarakat terhadap Sikap Petugas Kesehatan	104
Matriks 12	Penilaian Kader POSYANDU terhadap Sikap Petugas Kesehatan	104
Matriks 7	Kesadaran Petugas Kesehatan	109
Matriks 8	Penilaian Stakeholder terhadap Kesadaran Petugas Kesehatan	110
Matriks 9	Penilaian Tokoh Masyarakat terhadap Kesadaran Petugas Kesehatan	111
Matriks 10	Penilaian Kader POSYANDU terhadap Kesadaran Petugas Kesehatan	112
Matriks 11	Penilaian Petugas Kesehatan terhadap Ketersediaan SDM	117
Matriks 12	Penilaian Stakeholder terhadap Ketersediaan SDM	118

Matriks 13	Penilaian Tokoh Masyarakat terhadap Ketersediaan Sumber Daya Manusia	118
Matriks 14	Penilaian Kader POSYANDU terhadap Ketersediaan Sumber Daya Manusia	119
Matriks 15	Penilaian Petugas Kesehatan terhadap Dukungan Stakeholder	123
Matriks 16	Bentuk Dukungan Stakeholder	125
Matriks 17	Penilaian Tokoh Masyarakat terhadap Dukungan Stakeholder	127
Matriks 18	Penilaian Kader POSYANDU terhadap Dukungan Stakeholder	128
Matriks 19	Penilaian Petugas Kesehatan terhadap Partisipasi Masyarakat	131
Matriks 20	Penilaian stakeholder terhadap Partisipasi Masyarakat	133
Matriks 21	Penilaian Tokoh Masyarakat terhadap Partisipasi Masyarakat	134
Matriks 22	Penilaian Kader POSYANDU terhadap Partisipasi Masyarakat	136

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Teori Lawrence Green	39
Gambar 2	Teori WHO	41
Gambar 3	Kerangka Teori Penelitian	42
Gambar 4	Kerangka Konsep Penelitian	43
Gambar 5	Skema Hasil Wawancara Tentang Program Kerja	97
Gambar 6	Skema Hasil Wawancara Tentang Sikap Petugas Kesehatan	106
Gambar 7	Skema Hasil Wawancara Tentang Kesadaran Petugas Kesehatan	113
Gambar 8	Skema Hasil Wawancara Tentang Ketersediaan Sumber Daya Manusia	120
Gambar 9	Skema Hasil Wawancara Tentang Dukungan Stakeholder	129
Gambar 10	Skema Hasil Wawancara Tentang Partisipasi Masyarakat	138
Gambar 11	Skema Hasil Analisis Kemajuan Dalam Menurunkan Kasus Gizi Kurang di Kabupaten Bone	140

DAFTAR SINGKATAN

Istilah/ Singkatan	Kepanjangan/ Pengertian
ADD	Anggaran Dana Desa
ASI	Air Susu Ibu
BALITA	Bawah Lima Tahun
BAPPENAS	Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional
BB	Berat Badan
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BIMTEK	Bimbingan Teknis
DAK	Dana Alokasi Khusus
DINKES	Dinas Kesehatan
ePPGBM	Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat
HPK	Hari Pertama Kehidupan
IMD	Inisiasi Menyui Dini
IMT	Indeks Massa Tubuh
JK	Jenis Kelamin
KADARZI	Keluarga Sadar Gizi
KEK	Kekurangan Energi Kronis
KIA	Kesehatan Ibu Dan Anak
KBBI	Kamus Besar Bahasa Indonesia
KMS	Kartu Menuju Sehat
LILA	Lingkar Lengan Atas
MONEV	Monitoring Dan Evaluasi
OPD	Organisasi Perangkat Daerah
PB	Panjang Badan
PMT	Pemberian Makanan Tambahan
PNS	Pegawai Negeri Sipil
POSYANDU	Pos Pelayanan Terpadu
PP	Peraturan Presiden

RI	Republik Indonesia
RPJM	Rencana Pembangunan Jangka Menengah
RS	Rumah Sakit
SD	Standar Deviasi
SDM	Sumber Daya Manusia
SK	Standar Deviasi
SOP	Standar Operasional Prosedur
SSGBI	Survei Status Gizi Balita Indonesia
SUN	Scaling Up Nutrition
TB	Tinggi Badan
TUPOKSI	Tugas Pokok dan Fungsi
TTD	Tablet Tambah Darah
UKBM	Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
USG	Ultrasonografi
WHO	World Health Organization
WUS	Wanita Usia Subur

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Permintaan Menjadi Responden
- Lampiran 2 Informed Consent
- Lampiran 3 Formulir Persetujuan Responden
- Lampiran 4 Pedoman Wawancara
- Lampiran 5 Surat Rekomendasi Etik
- Lampiran 6 Surat Keputusan Komisi Penasehat Tesis
- Lampiran 7 Surat Keputusan Panitia Penilai Seminar Usul,
Hasil, Dan Ujian Akhir Magister
- Lampiran 8 Surat Pengambilan Data Awal
- Lampiran 9 Surat Izin Penelitian
- Lampiran 10 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian
- Lampiran 11 Dokumentasi
- Lampiran 12 Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gizi kurang adalah penyebab hampir setengah dari semua kematian pada anak di bawah 5 tahun (UNICEF, Malnutrition, 2020). Secara global kekurangan gizi pada anak dikaitkan dengan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) yang tinggi (Dicker D dkk, 2018; Olofin I dkk, 2013), sehingga masalah ini masih menjadi perhatian utama di berbagai negara termasuk Indonesia. Terutama pada kelompok BALITA, sebab BALITA merupakan kelompok yang paling rentan karena kebutuhan nutrisi yang tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangannya (Blossner M dan de Onis M, 2005).

Pemerintah Indonesia berkomitmen menjalankan program supaya tidak ada lagi anak-anak kekurangan gizi pada tahun 2030 (Kementerian P3A dan BPS, 2019), sejalan dengan salah satu target dari program Sustainable Development Goals (SDG's) yang menyatakan bahwa pada tahun 2030 akhiri semua bentuk kekurangan gizi (United Nations, 2015). Secara global, satu dari sembilan anak kekurangan gizi (UNICEF, 2018), dan satu dari tiga anak-anak di dunia tidak tumbuh dengan baik karena kekurangan gizi. Makanan dan nutrisi yang baik bukan hanya fondasi kesehatan anak-anak dan perkembangan masyarakat luas, tetapi juga merupakan hak asasi dasar anak (UNICEF, 2019). Kekurangan gizi adalah penyebab sekitar setengahnya semua kematian anak di negara

berkembang (Blossner M dan de Onis M, 2005). Penyebab dari 3,1 juta kematian anak setiap tahun atau berkontribusi hampir setengah (45 persen) dari kematian pada anak dibawah lima tahun (Black RE dkk, 2013; International Food Policy Research Institute, *From Promise to Impact: Ending Malnutrition by 2030.*, 2016).

Satu dari tiga anak BALITA di Indonesia mengalami gizi kurang kronik, dan satu dari sepuluh anak mengalami gizi kurang akut (Bappenas dan United Nations Children's Fund, 2017). Penyebab utama dari 3,5 juta kematian, 11 persen dari total global disability adjusted life year (DALYs; merupakan jumlah tahun yang hilang untuk hidup sehat karena kematian dini, penyakit atau disabilitas), dan 35 persen dari beban penyakit anak-anak BALITA di Indonesia (Black RE dkk, 2008). Temuan Analisis Beban Penyakit Nasional dan Sub Nasional Indonesia tahun 2017, gizi kurang adalah salah satu yang menjadi faktor risiko DAYLs di 34 Provinsi di Indonesia (Balitbangkes RI, 2019).

Prevelensi kurang gizi di Indonesia pada tahun 2018 sebesar 17,7 persen (Riskesdas, 2018), dan di tahun 2019 sebesar 16,29 persen (Laporan hasil SSGBI, 2020). Di dunia, prevelensi gizi kurang tertinggi berada di Asia Selatan dengan 49.9 persen, kemudian Afrika Barat dan Tengah 39.4 persen, Afrika Timur dan Selatan 39,4 persen. Selanjutnya Timur Tengah dan Afrika Utara 32,4 persen, Asia Timur dan Pasifik 17,2 persen, Eropa Timur dan Asia Tengah 22.5 persen, Amerika Latin dan Karibia 16.5 persen, serta Amerika Utara 11.6 persen (UNICEF, 2019).

Nutrisi memiliki efek mendalam pada kesehatan di kehidupan manusia, dan terkait erat dengan perkembangan kognitif dan sosial terutama pada anak usia dini. Kurang gizi 2 tahun pertama kehidupan, penentu utama dari pengerdilan, pertumbuhan linier dan obesitas. Berkontribusi terhadap defisit dalam perkembangan dan kesehatan anak-anak, serta produktivitas di masa dewasa (Black RE dkk, 2013).

Bentuk kekurangan gizi dapat menyebabkan anak kerdil (tubuh pendek), kelebihan berat badan, dan berat badan kurang. Namun beberapa anak menderita lebih dari satu bentuk kekurangan gizi, seperti pengerdilan (tubuh pendek) dan kelebihan berat badan, atau pengerdilan (tubuh pendek) dan berat badan kurang (UNICEF/WHO/World Bank Group, 2019). Pengerdilan atau pendek adalah bentuk kekurangan gizi anak yang paling umum (de Onis M dan Branca F, 2016).

Anak BALITA dengan gizi kurang lebih beresiko besar meninggal akibat infeksi umum, meningkatnya frekuensi dan keparahan infeksi tersebut, dan masa pemulihan yang lama. Interaksi antara gizi kurang dan infeksi dapat menciptakan siklus mematikan yang berpotensi memburuknya penyakit dan memburuknya status gizi. Nutrisi yang buruk atau kekurangan gizi dalam 1.000 hari pertama kehidupan seorang anak dapat menyebabkan pertumbuhan terhambat, yang terkait dengan gangguan kemampuan kognitif dan berkurangnya kinerja sekolah dan pekerjaan disaat dewasa (UNICEF, Malnutrition, 2020).

Kekurangan gizi juga dapat mengakibatkan gangguan pada saluran pencernaan, seperti penyakit diare dan infeksi saluran pernapasan bawah (Blossner M dan de Onis M, 2005). Selain itu juga, kekurangan gizi dapat menghambat perkembangan metabolisme yang menyebabkan penyakit kardiovaskular dikemudian hari, berkurangnya kemampuan intelektual dan pencapaian sekolah, serta berkurangnya ekonomi produktivitas di masa dewasa (Victora CG dkk, 2008). Masalah kurang gizi dapat menghambat perkembangan otak dan fisik anak-anak, serta menempatkan mereka pada risiko kematian, penyakit, serta kurangnya keberhasilan yang lebih besar saat dewasa (UNICEF, Progress For Every Child in The SDG Era, 2018). Dan juga dapat menyebabkan kurangnya perhatian dan kurang kemampuan sosial, dan menjadikan penampilan fisik yang lebih buruk, dan ketidakstabilan pada emosi (Galler JR dkk, 1983).

Masalah gizi kurang merupakan sumber lingkaran permasalahan kesehatan yang dapat menciptakan dan menyebabkan kemiskinan diusia dewasanya, yang memicu terhambatnya siklus pembangunan ekonomi dan sosial, serta berkontribusi pada penggunaan sumber daya yang tidak berkelanjutan dan degradasi lingkungan (WEHAB, 2002, dalam Blossner dan Onis, 2005). Beban masyarakat dan status ekonomi yang tinggi, buruknya kesehatan, dan naiknya risiko terpapar penyakit yang tidak menular, merupakan faktor utama dari kesakitan dan juga kematian di Dunia (Bappenas dan United Nations Children's Fund, 2017).

Anak-anak yang kekurangan gizi lebih cenderung menjadi orang dewasa yang pendek, cenderung untuk melahirkan bayi yang lebih kecil, akibatnya prestasi pendidikan yang lebih rendah dan akhirnya mempunyai status ekonomi yang rendah di masa dewasa (Lahariya C, 2008). Beban biaya kesehatan masyarakat yang meningkat, hingga penurunan kemampuan membaca/kognitif sebesar 20 persen pada malnutrisi berat (Blossner dan de Onis, 2005 dalam Puspo EG dan Stefanus I, 2015).

Kategori BALITA mengalami gizi kurang adalah jika z-score dari indikator berat badan menurut tinggi badan atau panjang badan (BB/TB atau PB) $-3,0 \text{ SD} \leq z < -2,0 \text{ SD}$. Z-score merupakan nilai simpangan BB/TB dari nilai BB/TB normal sesuai baku pertumbuhan WHO (WHO dan UNICEF, child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children, 2009; WHO, Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, Weight-for-age, Weight-for-length, Weight-for-height and Body mass index-for-age: Methods and Development., 2006; PMK RI., 2020).

Banyak faktor yang berkontribusi terhadap tingginya kasus gizi kurang, mulai dari tempat tinggal, pendidikan orang tua, pekerjaan orang tua, jumlah anak, pola asuh ibu, status gizi anak BALITA (Rona F dkk, 2015). Kelahiran prematur, penyakit infeksi, berat badan lahir rendah, status pemberian ASI eksklusif (Kurnia P dkk, 2017). Perilaku menyusui ibu (Suciati N dkk, 2015). Tingkat pengetahuan Ibu, pendapatan keluarga, pola makan (Wa Ode N dkk, 2017). Kunjungan antenatal ibu, usia ibu saat

melahirkan, indeks massa tubuh (IMT) ibu (Siddiqi NR dkk, 2011). Status ekonomi rendah, anak BALITA yang tinggal di perdesaan mempunyai persentase indeks kurang gizi lebih tinggi dibandingkan dengan BALITA yang tinggal di perkotaan (Sri Poedji HD dkk, 2018).

Data menunjukkan terjadi penurunan kasus gizi kurang pada BALITA sebesar 1,5 persen pada tahun 2019 jika dibandingkan tahun 2018, namun merujuk kembali data yang ada gizi kurang masih menjadi masalah yang sangat serius, karena anak merupakan agen perubahan dan penerus bagi pembangunan yang berkelanjutan dewasa (Bappenas dan United Nations Children's Fund, 2017). Serta anak BALITA sebagai generasi penerus bangsa diharapkan menjadi sumber daya berkualitas di masa depan memerlukan perhatian khusus seperti status gizi (Kurnia P dkk, 2017). Dengan begitu investasi jangka panjang akan menguntungkan generasi masa kini serta membawa kesehatan yang penting, pendidikan, dan manfaat ekonomi (Victoria CG dkk, 2008). Oleh karena itu masalah gizi kurang harus segera ditangani dan dilakukan pencegahan.

Sejauh ini, bermacam kebijakan penting dan upaya secara Nasional sudah dibuat oleh Pemerintah sebagai upaya dilakukan yang bertujuan untuk meningkatkan gizi, serta untuk menanggapi dan mencegah agar masalah gizi kurang dapat teratasi dan tidak terjadi lagi. SUN (Scaling Up Nutrition) Movement sebuah usaha dari berbagai Negara untuk rencana memperkuat komitmen dan gerakan percepatan perbaikan gizi, khusus dalam menangani gizi di 1.000 hari pertama masa

kehamilan sampai pada usia 2 tahun, dan di Indonesia disebut dengan Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam Rangka 1000 Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK), (Kementerian Kesejahteraan Rakyat, Pedoman Perencanaan Program Gerakan 1000 HPK, 2013). Dan juga salah satu program Pemerintah, yaitu pemantauan status gizi (PSG) yang dilaksanakan diseluruh Indonesia.

Diharapkan strategi dan penetapan perencanaan program yang tepat dapat mengatasi dan mencegah gizi kurang pada anak di Indonesia. Untuk mencapai itu, diperlukan peran dan tanggung jawab khususnya petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang tepat sasaran, dan dengan tindakan yang berfokus pada perencanaan program yang ada untuk mencapai kemajuan. Serta dibutuhkan kerja sama dari berbagai lintas sector, dan peran serta masyarakat, juga diharapkan keseriusan pemerintah dalam menentukan dan mendukung kebijakan yang ada, sehingga masalah gizi kurang dapat teratasi.

Provinsi Sulawesi Selatan memiliki kasus gizi kurang sebesar 17,9 persen. Dengan 10 kabupaten/kota yang memiliki prevelensi kasus gizi kurang tertinggi di tahun 2017, yaitu Pangkep (30,9 persen), Gowa (28,8 persen), Takalar (26 persen), Jeneponto (24 persen), Pinrang (24,9 persen). Kemudian Kabupaten Maros (24,7 persen), Bone (23,8 persen), Luwu (23,6 persen), Wajo (23,5 persen), dan Pare-pare (23.2 persen); (Pemantauan Status Gizi, 2018).

Kabupaten Bone merupakan kabupaten yang berada di urutan ke tujuh dengan kasus gizi kurang di Sulawesi Selatan. Namun berdasarkan hasil laporan tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten Bone, jumlah kasus gizi kurang yang sebesar 6,33 persen di tahun 2018, terjadi penurunan di tahun 2019 menjadi 1,71 persen. Hal ini menunjukkan keberhasilan Kabupaten Bone yang signifikan dalam menurunkan angka kasus gizi kurang, yaitu dibawah target gizi kurang nasional dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) 2019 sebesar 17 persen. Penelitian awal yang didapatkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bone, berdasarkan data menyatakan, dari 53003 jumlah BALITA di Kabupaten Bone (2019) sebanyak 11373 BALITA mengalami masalah gizi (21.45 persen), dan BALITA dengan gizi kurang sebanyak 907 (1,71 persen). Seluruh PUSKESMAS di wilayah Kabupaten Bone berjumlah 38 puskesmas, semua mempunyai data BALITA dengan kasus gizi kurang.

Walaupun tercatat bahwa seluruh PUSKESMAS di wilayah kerja Kabupaten Bone melaporkan adanya BALITA dengan gizi kurang, namun hampir semua PUSKESMAS atau sebesar 89,48 persen menunjukkan tingkat kemajuan dalam menurunkan angka kasus gizi kurang pada BALITA dalam kurung waktu 2018-2019, seperti PUSKESMAS yang letaknya mewakili wilayah sebelah Utara Kabupaten Bone, yaitu PUSKESMAS Ajangale terjadi penurunan sebesar 8,63 persen, dan mewakili di wilayah sebelah Selatan, yaitu PUSKESMAS Barrebo terjadi penurunan sebesar 9,94 persen, juga mewakili di wilayah sebelah Barat,

yaitu PUSKESMAS Tana Batue terjadi penurunan sebesar 11,37 persen, serta PUSKESMAS Watampone mewakili Kecamatan Tanete Riatang Barat terjadi penurunan sebesar 13,56 persen, dan PUSKESMAS Biru yang letaknya mewakili Kecamatan Tanete Riatang terjadi penurunan sebesar 11,19 persen.

PUSKESMAS Ajangale berada di Desa Pompanua, Kecamatan Ajangale, dengan jumlah BALITA 1578, dan 17.542 Kepala Keluarga, memiliki 31 POSYANDU, serta wilayah kerja di 10 Desa, merupakan PUSKESMAS yang berhasil menurunkan angka kasus gizi kurang pada BALITA, dari 13 persen (2018) menjadi menjadi 4,37 persen (2019). Pada tahun 2018, PUSKESMAS Ajangale telah ter-Akreditas dengan predikat Paripurna, dan mewajibkan dalam setiap program kerja harus mempunyai inovasi, sedangkan untuk menurunkan angka kasus gizi kurang, PUSKESMAS Ajangale mempunyai inovasi khusus dalam menjalankan program yaitu ALIS Mantap (advokasi lintas sector). ALIS Mantap dijalankan setiap bulan di 31 POSYANDU.

PUSKESMAS Barebbo berada di Desa Appala, Kecamatan Barebbo, dengan jumlah BALITA 1073, dan 16.723 KK, memiliki 21 POSYANDU, serta wilayah kerja di 12 Desa, merupakan PUSKESMAS yang berhasil menurunkan angka kasus gizi kurang pada BALITA, dari 14,41 persen (2018) menjadi 4,47 persen (2019). Pada tahun 2019, PUSKESMAS Barebbo telah ter-Akreditas dengan predikat Madya.

PUSKESMAS Tana Batue berada di Kelurahan Tana Batu, Kecamatan Libureng, dengan jumlah BALITA 623, dan 10.134 KK, memiliki 24 POSYANDU, serta wilayah kerja di 7 Desa, merupakan PUSKESMAS yang berhasil menurunkan kasus gizi kurang pada BALITA, dari 13,30 persen (2018) menjadi 1,93 persen (2019). PUSKESMAS Tana Batue telah ter-Akreditasi Madya.

PUSKESMAS Watampone berada di Kecamatan Tanete Riattang Barat, dengan jumlah BALITA 3038, dan 12.397 KK, memiliki 22 POSYANDU, serta wilayah kerja di 8 Desa, merupakan PUSKESMAS yang berhasil menurunkan angka kasus gizi kurang pada BALITA, dari 13,7 persen (2018) menjadi 2,14 persen (2019). Pada tahun 2020, PUSKESMAS Watampone telah ter-Akreditasi dengan predikat Paripurna.

PUSKESMAS Biru berada di Kecamatan Tanete Riattang, dengan jumlah BALITA 4213, dan 13.561 KK, memiliki 26 POSYANDU, serta wilayah kerja di 8 Desa, merupakan PUSKESMAS yang berhasil menurunkan angka kasus gizi kurang pada BALITA, dari 12,9 persen (2018) menjadi 1,71 persen (2019). PUSKESMAS Biru pernah menjadi juara dua sebagai PUSKESMAS yang berprestasi, dan telah menerima akreditasi Madya, pada tahun 2019 PUSKESMAS Biru telah dinilai kembali oleh tim surveyor untuk bisa memperoleh akreditasi Paripurna

Prevelensi Data Status Gizi Kurang BALITA Di Kabupaten Bone

No	PUSKESMAS	2018	2019
1	BONTOCANI	3.22%	1.61%
2	KAHU	11%	2.93%
3	PALAKKA KAHU	4.41%	1.33%
4	KAJUARA	5.07%	1.47%
5	SALOMEKKO	4.07%	0.17%
6	TONRA	5%	0.19%
7	PATIMPENG	1.42%	0.73%
8	LIBURENG	5.6%	2.40%
9	TANA BATUE	13.30%	1.93%
10	MARE	11.7%	2.29%
11	SUMALING	11.42%	0.34%
12	SIBULUE	2%	1.75%
13	TUNRENG TELLUE	18.5%	2.79%
14	CINA	2.5%	0.29%
15	BAREBBO	14.41%	4.47%
16	KADING	6.5%	1.48%
17	PONRE/BAKUNGE	4.38%	1.28%
18	LONRONG	1.6%	0.92%
19	LAPPARIAJA	5%	3.16%
20	LAMURU	17.22%	1.40%
21	GAYA BARU	3.59%	2.31%
22	KOPPE	5.6%	1.66%
23	ULAWENG	5%	1.09%
24	PALAKKA	1.42	0.00%
25	USA	2.7%	0.60%
26	AWARU/AWANGPO	2.29%	2.21%
27	PANCING	5.44%	1.17%
28	LAMURUKUNG	1.1%	3.71%
29	TELLU SIATTINGE	1.1%	3.38%
30	TARETTA	6%	0.69%
31	AJANGALE	13%	4.37%
32	TIMURUNG	2.6%	2.22%
33	PATTIRO MAMPU	1%	1.33%
34	DUABOCCOE	6.17%	1.64%
35	CENRANA	11%	0.52%
36	WATAMPONE	13.7%	2.14%
37	BIRU	12.9%	1.71%
38	BAJOE	0%	0.32%

Sumber: Dinas Kesehatan Kab. Bone tahun 2018 dan 2019

B. Rumusan Masalah

Berbagai data menunjukkan bahwa prevalensi BALITA dengan gizi kurang umumnya masih tinggi dan masih menjadi masalah serius, baik secara lokal maupun nasional bahkan sampai global. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa banyak faktor yang menyebabkan terjadi gizi kurang pada anak BALITA, serta Pemerintah telah menyusun strategi dan

rencana aksi nasional, dengan menetapkan program yang bertujuan untuk keberhasilan dalam menurunkan angka kasus gizi kurang pada BALITA, yang dijalankan di seluruh wilayah Indonesia.

Walaupun strategi dan rencana aksi nasional melalui program dilakukan sama di seluruh wilayah Indonesia, namun tidak semua dapat berhasil dalam menurunkan dan mencegah gizi kurang pada BALITA. Sehingga sangat perlu untuk menganalisis keberhasilan dalam menurunkan dan mencegah terjadinya gizi kurang BALITA. Berbagai data menunjukkan bahwa anak BALITA dengan gizi kurang merupakan permasalahan yang signifikan, dan berdampak terhadap pertumbuhan jangka pendek serta jangka panjang, sehingga harus segera ditangani dan dicegah agar tidak terjadi kembali.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan, terjadi penurunan kasus gizi kurang sebanyak 4,62 persen selama periode tahun 2018-2019 di Kabupaten Bone, data menunjukkan dari jumlah 38 PUSKESMAS yang ada di wilayah kerja Kabupaten Bone, sebanyak 34 (89,48 persen) PUSKESMAS yang berhasil dalam menurunkan angka kasus gizi kurang, dan hanya 4 (10,52 persen) PUSKESMAS yang belum berhasil.

Tercatat kemajuan Kabupaten Bone menurunkan kasus gizi kurang dari 53003 BALITA tercatat hanya 907 (1,17 persen) BALITA dengan gizi kurang, dan di antaranya 12 (1,93 persen) BALITA di PUSKESMAS Tana Batue, 69 (4,37 persen) BALITA di PUSKESMAS Ajangale, 48 (4,47

persen) BALITA di PUSKESMAS Barebbo, serta 65 (2,14 persen) di PUSKESMAS Watampone, dan 72 (1,71) BALITA di PUSKESMAS Biru.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa penerapan program kampanye dan advokasi dengan pendekatan budaya dan agama serta penguatan dan pemberdayaan perempuan (Tri Hastuti Nur dkk, 2020), intervensi metode pemberian makan, pemberantasan cacing, sanitasi lingkungan, promosi sayuran rumahan dan penguatan program pemantauan pertumbuhan (Malekafzali H dkk, 2000), program kesehatan meningkatkan pendidikan ibu dan kesehatan ibu, serta cara pendekatan berbiaya rendah seperti vaksinasi (Kasirye I, 2010), program pendekatan Positive Deviance /Pos Gizi (Bullen PAB, 2011), program gizi (Caulfield LE, dkk, 2006., Becker S dkk, 1991), dan strategi gizi (Acosta AM dkk, 2014), berpengaruh dalam keberhasilan menurunkan gizi kurang.

Namun kemajuan dalam menurunkan angka kasus gizi kurang, tidak hanya karena penerapan program dan strategi gizi saja, tetapi upaya tersebut tidak terlepas dari peran serta petugas kesehatan dan stakeholder. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengkaji lebih dalam mengenai manajemen operasional yang diberikan petugas kesehatan, sehingga berhasil dalam menurunkan angka kasus gizi kurang pada BALITA. Penting diketahui hasil penelitian ini, agar dapat menjadi contoh untuk Kabupaten lain yang berada di Sulawesi Selatan, dalam keberhasilan penanganan dan pencegahan masalah gizi kurang, serta

dapat menjawab permasalahan yang terjadi mengenai gizi kurang, khususnya di kabupaten Bone.

C. Pertanyaan Penelitian

Uraian pertanyaan dalam penelitian adalah:

1. Apakah program kerja yang mendukung kemajuan dalam menurunkan angka kasus gizi kurang?
2. Bagaimana peran dukungan stakeholder dalam kemajuan menurunkan angka kasus gizi kurang?
3. Bagaimana peran sikap petugas kesehatan dalam operasional program kerja untuk kemajuan menurunkan angka kasus gizi kurang?
4. Bagaimana peran kesadaran petugas kesehatan dalam operasional program kerja untuk kemajuan menurunkan angka kasus gizi kurang?
5. Bagaimana peran ketersediaan sumber daya manusia dalam kemajuan menurunkan angka kasus gizi kurang?
6. Bagaimana peran partisipasi masyarakat dalam mendukung kemajuan menurunkan angka kasus gizi kurang?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Menganalisis kemajuan dalam menurunkan angka kasus gizi kurang di Kabupaten Bone.

2. Tujuan khusus

Tujuan khususnya adalah sebagai berikut :

- a. Menganalisis program kerja apa dalam mendukung kemajuan menurunkan angka kasus gizi kurang di Kabupaten Bone.
- b. Menganalisis peran dukungan stakeholder dalam kemajuan menurunkan angka kasus gizi kurang di Kabupaten Bone.
- c. Menganalisis peran sikap petugas kesehatan dalam operasional program kerja untuk kemajuan menurunkan angka kasus gizi kurang di Kabupaten Bone.
- d. Menganalisis peran kesadaran petugas kesehatan dalam operasional program kerja, untuk kemajuan menurunkan angka kasus gizi kurang di Kabupaten Bone.
- e. Menganalisis peran ketersediaan sumber daya manusia, untuk kemajuan menurunkan angka kasus gizi kurang.
- f. Menganalisis peran partisipasi masyarakat dalam mendukung kemajuan menurunkan angka kasus gizi kurang di Kabupaten Bone.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat berdasarkan praktik

Mampu menjadi pengetahuan, informasi, sumber, dan masukan khususnya Dinas Kesehatan Kabupaten Bone, sehingga menjadi rujukan untuk digunakan sebagai perencanaan intervensi serta kebijakan dalam menurunkan dan mencegah gizi kurang.

2. Manfaat bagi ilmu pengetahuan

Hasil penelitian diharap bisa sebagai bahan pengetahuan juga informasi untuk semuanya, tanpa terkecuali dan khususnya untuk peneliti yang berhubungan dengan BALITA gizi kurang.

3. Manfaat bagi Peneliti

Khusus bagi peneliti sendiri, adalah sebuah pengalaman berharga, serta menambah, memperluas dan mengasah kemampuan juga pengetahuan. Dapat mengetahui masalah kesehatan di masyarakat, dan juga dapat dijadikan sumber acuan menyusun rencana intervensi di bidang promosi kesehatan, khususnya dalam menurunkan angka kasus gizi kurang pada BALITA.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kemajuan dalam Menurunkan Kasus Gizi Kurang

Dalam menurunkan masalah gizi kurang, berbagai upaya kesehatan secara aktual dilakukan oleh pemerintah sejak lama. Beberapa kebijakan dan program rujukan yang digunakan untuk mencapai keberhasilan, yaitu Undang-Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, Peraturan Presiden nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi (Gernas PPG), Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2015-2019, Gernas PPG 1000 HPK, dan Pemantauan Status Gizi (PSG).

Komitmen untuk mengurangi kekurangan gizi sekaligus mencegah kelebihan gizi sangat penting melalui program kesehatan anak terintegrasi yang mencakup pencegahan infeksi, kualitas makanan, dan aktivitas fisik (Tzioumis E dan Adair LS, 2014). Dengan menekan dan menghilangkan kekurangan gizi dapat mencegah 53 persen kematian pada anak kecil (Caulfield LE dkk, 2006). Dibutuhkan strategi tepat untuk mencapai kemajuan menurunkan gizi kurang, misalnya revitalisasi PUSKESMAS dan POSYANDU, menempatkan promotif dan preventif sebagai pilar utama kegiatan, dan upaya perbaikan gizi menjadi tanggungjawab bersama dan sektor lain, yang terkait dalam peningkatan keadaan sosial ekonomi masyarakat (Kalsum U dan Jahari AB, 2015).

SUN (Scaling Up Nutrition) Movement upaya globa berbagai negara dalam memperkuat komitmen dan rencana aksi percepatan perbaikan gizi, khususnya penanganan gizi sejak 1.000 hari dari masa kehamilan hingga anak usia 2 tahun. SUN movement upaya mengatasi segala bentuk malnutrisi dengan prinsip setiap individu memiliki hak yang sama mendapatkan gizi dan pangan yang baik. Di Indonesia Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam Rangka 1000 Hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK) (Kementerian Kesejahteraan Rakyat, 2013).

Pemantauan status gizi (PSG) merupakan salah satu program pemerintah, pelaksanaannya secara Nasional di Kabupaten/Kota seluruh Provinsi di Indonesia. Dilaksanakan setiap tahun untuk memantau dan memberikan gambaran mengenai kondisi status gizi BALITA, dan sebagai upaya perbaikan gizi masyarakat agar lebih efektif dan efisien. Aplikasi Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (ePPGBM), merupakan bagian dari Sistem informasi gizi terpadu (Sigizi Terpadu) untuk mencatat data sasaran individu dan penimbangan atau pengukuran.

Blum (1974) mengatakan ada empat determinan utama yang mempengaruhi derajat kesehatan individu, kelompok dan masyarakat, dan untuk kesehatan individu faktor internal sangat berperan, misalnya umur, gender, pendidikan, dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012):

1. Lingkungan, dibedakan menjadi dua kelompok, Lingkungan fisik: cuaca, iklim, sarana dan prasarana, dan Lingkungan nonfisik: lingkungan sosial, budaya, ekonomi, politik.

2. Perilaku
3. Pelayanan Kesehatan
4. Keturunan atau Herediter

Strategi keberhasilan mewujudkan perubahan/ perbaikan derajat kesehatan masyarakat secara efektif dan efisien (Notoatmodjo, 2012):

1. Strategi Global, menurut WHO (1984).

- a. Advokasi (Advocacy)

Kepada pembuat keputusan (Decision Makers) atau penentu kebijakan (Policy Makers), agar keputusan yang dibuat dalam bentuk peraturan, Undang-Undang, instruksi, dan sebagainya dapat menguntungkan publik.

- b. Dukungan Sosial (Sosial Support)

Kepada tokoh masyarakat (Toma) dan tokoh agama (Toga) baik formal dan non formal, agar kegiatan/ program kesehatan mendapat dukungan dan menjadi jembatan dengan masyarakat.

- c. Pemberdayaan Masyarakat (Empowerment)

Masyarakat sebagai sasaran utama memiliki dan mampu dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan sendiri.

2. Strategi Piagam Ottawa (Ottawa Charter).

- a. Kebijakan Berwawasan Kesehatan (Healthy Public Policy)

Kepada pembuat keputusan atau penentu kebijakan, dalam mengeluarkan atau mengembangkan kebijakan pembangunan berwawasan kesehatan.

b. Lingkungan Mendukung (Supportive Environment)

Kepada pemimpin organisasi dalam lingkup masyarakat agar memperhatikan dampak lingkungan dalam bentuk jasmani dan mental, yang kesemuanya menunjang kesehatan.

c. Tujuan Pelayanan Kesehatan (Reorient Health Service)

Pihak provider atau yang memberikan pelayanan bersama dengan consumer atau yang menerima, merupakan pihak yang bertanggung jawab dalam menyelenggarakan layanan kesehatan.

d. Keterampilan Individu (Personal Skill)

Meningkatkan kemampuan dan keterampilan anggota keluarga untuk bisa memelihara kesehatan diri sendiri dan keluarga (personal skill), sehingga mempunyai pengetahuan dan mampu memelihara kesehatan dalam mencari pengobatan yang layak, serta mengenal penyebab dan mencegah penyakitnya.

e. Gerakan Masyarakat (Community Action)

Wujud dari gerakan masyarakat (Community Action), yaitu bersama-sama saling mendukung dalam kegiatan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

B. Gizi Kurang

Zat gizi yang berasal dari bahan makanan sangat dibutuhkan tubuh untuk menghasilkan energi, membangun dan memelihara jaringan, serta mengatur proses kehidupan (Almatsier S, 2011). Pemenuhan nutrisi sejak

1000 hari pertama kehidupan sangat penting untuk proses pertumbuhan dibandingkan saat dewasa. Proses pertumbuhan terdiri fase pertumbuhan cepat (*growth spur*), dan fase pertumbuhan lambat (*growth plateau*), yaitu periode prasekolah dan bagian akhir dewasa (*Adult Life*), dan berhenti saat mencapai umur dewasa (Adriani M dan Wirjatmadi B, 2016).

Kategori BALITA gizi kurang dapat membandingkan BB atau TB/PB anak pada usia dan jenis kelamin tertentu, dengan distribusi bobot atau tinggi anak dengan usia dan JK yang sama. Kemudian hitung z skor yaitu, perbedaan antara BB atau TB anak dengan nilai median pada usia dan JK, dibagi dengan standar deviasi (SD), (Caulfield LE dkk, 2006).

Antropometri metode menilai pertumbuhan dan perkembangan anak, wajib digunakan di Indonesia sebagai standar penilaian status gizi anak. Standar antropometri mengacu pada WHO Child Growth Standards untuk anak usia 0-5 tahun, dan The WHO Reference 2007, untuk anak 5-18 tahun. Empat indeks standar antropometri anak (PMK RI, 2020):

1. Berat Badan menurut Umur (Indeks BB/U), menentukan BB anak yang *underweight* atau kurang dan BB anak *severely underweight* atau sangat kurang, jika BB/U rendah harus ditegaskan dengan daftar BB menurut Panjang/ Tinggi badan, atau Umur atau, Berat Badan menurut Umur atau BB/TB atau IMT/U.
2. Panjang/Tinggi Badan menurut Umur (Indeks PB/U atau TB/U); Menilai anak bertubuh pendek/ *stunted*, dan bertubuh sangat pendek/ *severely stunted*, dan untuk anak tergolong tinggi menurut umur.

3. Berat Badan menurut Panjang/ Tinggi (Indeks BB/PB atau BB/TB);
Menilai anak gizi kurang (wasted) dan gizi buruk (severely wasted).
4. Masa Tubuh menurut Umur (Indeks IMT/U), menentukan kelebihan gizi pada anak dan obesitas.

Cara dan umur saat menilai status gizi, dihitung sebulan penuh:

1. Indeks PB berumur 0-24 bulan pada anak, cara mengukur dengan tidur telentang, jika dalam posisi berdiri, hasil ditambahkan 0,7 cm.
2. Indeks Tinggi Badan (TB) untuk anak umur di atas 24 bulan, diukur dengan posisi berdiri, jika posisi telentang, hasil dikurangkan 0,7 cm

Kategori dan Ambang Batas Status Gizi Anak

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-Score)
Berat Badan Menurut Umur (BB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Berat badan sangat kurang (severely underweight)	<-3 SD
	Berat badan kurang (underweight)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Berat badan normal	-2 SD sd +1 SD
	Risiko Berat badan lebih ¹	> +1 SD
Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U) anak usia 0 - 60 bulan	Sangat pendek (severely stunted)	<-3 SD
	Pendek (stunted)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Normal	-2 SD sd +3 SD
	Tinggi ²	> +3 SD
Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (severely wasted)	<-3 SD
	Gizi kurang (wasted)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi bagus/ baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (possible risk of overweight)	> +1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (overweight)	> + 2 SD sd +3 SD
	Obesitas (obese)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 0 - 60 bulan	Gizi buruk (severely wasted) ³	<-3 SD
	Gizi kurang (wasted) ³	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi bagus/ baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Berisiko gizi lebih (possible risk of overweight)	> +1 SD sd + 2 SD
	Gizi lebih (overweight)	> + 2 SD sd +3 SD
	Obesitas (obese)	> + 3 SD
Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U) anak usia 5 - 18 tahun	Gizi buruk (severely thinness)	<-3 SD
	Gizi kurang (thinness)	- 3 SD sd <- 2 SD
	Gizi baik (normal)	-2 SD sd +1 SD
	Gizi lebih (overweight)	+ 1 SD sd +2 SD
	Obesitas (obese)	> + 2 SD

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan, tahun 2020.

1. Timbulnya masalah gizi

Banyak faktor penyebab gizi kurang bukan hanya kurangnya asupan zat gizi saja, tetapi Infeksi dan variasi iklim menjadi penyebab

utama malnutrisi (Kinyoki D dkk, 2015), faktor pemberian ASI dan makana pendamping ASI (Lutter CK, 2011), dan terbukti bahwa ada hubungan timbal balik antara diare dan malnutrisi, dimana diare dapat menyebabkan malnutrisi, dan malnutrisi predisposisi diare (Black RE dkk, 1984).

Pertumbuhan goyah dimulai sekitar usia enam bulan, karena anak-anak beralih ke makanan yang sering kali tidak memadai dalam jumlah dan kualitas, dan peningkatan keterpaparan terhadap lingkungan sehingga meningkatnya kemungkinan untuk sakit (Caulfield LE dkk, 2006). Kekurangan gizi pada masa kanak-kanak bisa berasal dari periode kehamilan atau saat masih janin (Christian P dkk, 2013).

Konsep yang dikembangkan Unicef, tahun 1990 (UNICEF; Nutrition Conceptual Framework) masalah kekurangan gizi dipengaruhi oleh dua faktor utama, yaitu langsung dan tidak langsung (BPN dan Kemenkes RI, Analisis Lanskap: Kajian Negara Indonesia Laporan Final, 2010).

a. Faktor langsung

Kurangnya asupan makanan dan penyakit merupakan penyebab langsung dari gizi kurang, apabila asupan gizi kurang kapasitas kekebalan tubuh akan berkurang untuk bertahan melawan penyakit. Sebaliknya jika sakit, penyakit akan menghabiskan dan menghilangkan nutrisi penting dari tubuh (Caulfield LE dkk, 2006).

b. Faktor Tidak Langsung

Kurang masuknya makanan atau asupan, dikarenakan tidak tersedia makanan pada keluarga, sehingga tidak ada yang bisa

dikomsumsi. Serta perilaku dan pola asuh yang kurang baik dari orang tua membuat anak kurang asupan makanan.

Paparan penyakit disebabkan tidak sehatnya lingkungan, dan layanan kesehatan yang kurang seperti kepadatan dan sanitasi yang tidak memadai, juga akibat kurang baiknya perilaku dan pola asuh orang tua, seperti anak dibiarkan bermain ditempat kotor. Paparan penyakit menular dapat diakibatkan karna anak dan wanita usia subur mengalami konsekuensi kesehatan pengaruh budaya, sumber daya terbatas, kerentanan biologis (Thamaria, 2017., Caulfield LE dkk, 2006)

2. Akibat Gizi Kurang

Jutaan anak di Indonesia masih terancam dengan tingginya kasus gizi kurang, yaitu bertubuh pendek (gizi kurang), bertubuh kurus (wasting), serta beban ganda malnutrisi (UNICEF Indonesia, 2019). Gizi kurang diakibatkan oleh kekurangan gizi kronis yang menghambat pertumbuhan linier, sedangkan wasting akibat gizi yang tidak memadai dalam waktu yang lebih singkat (Caulfield LE dkk, 2006). Sepertiga dari 114 Negara menunjukkan anak-anak memiliki beban ganda malnutrisi, yaitu obesitas terjadi bersamaan dengan gizi kurang (Lerm BR dkk, 2020), beban ganda malnutrisi adalah ancaman bagi kesehatan anak-anak di negara berpenghasilan rendah dan menengah (Tzioumis E dan Adair LS, 2014).

Kurang gizi bertanggung jawab atas 44 hingga 60 persen kematian yang disebabkan oleh campak, malaria, dan pneumonia (Caulfield LE dkk, 2004., Caulfield LE dkk, 2006., Rice AL dkk, 2000), dan faktor penentu

penyakit diare pada anak (Black RE dkk, 1984), serta penyebab utama kematian dan kecacatan pada anak kecil (Caulfield LE dkk, 2006).

Kurang gizi mempunyai peran tidak hanya terhadap bertambahnya angka kesakitan dan kematian, juga mengakibatkan terganggunya aspek psikososial dan perkembangan intelektual (Djaiman SPH dkk, 2018). Penyakit yang diakibatkan karena kekurangan dan kelebihan zat gizi, menurut epidemiologis dapat mempengaruhi dan menyebabkan beban ganda masalah kesehatan gizi di masyarakat, sehingga pembangunan bangsa terhambat dan kualitas SDM juga akan terpengaruh. Sulitnya masalah tersebut disebabkan saling berhubungan antara genetic factors, sarana kesehatan, lingkungan, dan perilaku sehat masyarakat (Zulfianto NA dan Rachmat M, 2017), serta dapat menghambat kemajuan ekonomi di semua negara berkembang (Caulfield LE dkk, 2006).

Menurut Thamarin N (2017), jika kurang gizi tubuh mengalami:

a. Pertumbuhan

Pertumbuhan anak tidak optimal, terhambat pembentukan otot, rambut mudah rontok, serta menyebabkan anak kerdil (tubuh pendek), kelebihan berat badan, dan berat badan kurang.

b. Produksi Tenaga

Kurang tenaga untuk bergerak, bekerja dan melakukan aktivitas karena tidak ada sumber tenaga, malas, mudah lelah, dan produktivitas menurun.

c. Pertahanan tubuh

Mudah terserang penyakit, karena kekurangan protein yang berguna dalam pembentukan antibodi.

d. Struktur dan fungsi otak

Gizi kurang disaat janin dan BALITA mempengaruhi pertumbuhan dan sel-sel otak bisa tidak berkembang, menyebabkan fungsi otak terganggu secara permanen, yang membuat kemampuan berpikir saat masuk sekolah dan saat dewasa menjadi kurang.

e. Perilaku

Pada anak-anak menjadi mudah menangis, gelisah atau tidak tenang, dan pada tingkat masa anak akan menjadi apatis. Sedangkan usia dewasa perilakunya resah, cepat marah, dan mudah tersakiti.

3. Deteksi Dini dan Penatalaksanaan Gizi Kurang

Tatalaksana mencegah masalah gizi anak di Indonesia, adalah melakukan deteksi dini lewat UKBM atau Upaya/ usaha Kesehatan yang Bersumberdayakan Masyarakat, dilakukan pada fasilitas kesehatan seperti poskesdes dan juga POSYANDU. Apabila didapati balita dengan risiko gagal tumbuh, kelebihan berat badan secara dini dan mengalami risiko perawakan pendek, petugas kesehatan yang berkompeten wajib melakukan UKBM. Dan jika ditemukan kriteria anak, sebagai berikut:

- a. Nilai Z score BB/U dibawah min 2 atau diatas 1 SD (<-2 SD atau $>+1$ SD), penentuan nilai status gizi sesuai indeks: 1). BB/ Umur., 2). PB/ TB menurut umur., 3). BB menurut PB/ TB., 4). IMT/ Umur.

- b. Apabila Nilai Z scorenya BB/ Umur diantara min 2 s/d \leq sama dengan 1 SD ($-2 \leq$ BB/ Umur \leq +1 SD) kategori anak yang normal. Anak dianjurkan datang pada bulan berikutnya di POSYANDU untuk diawasi tumbangnya jika tren garis pertumbuhan naik, tetapi apabila tren garis pertumbuhan tidak naik atau pada bulan lalu atau sebelumnya tidak ditimbang.
- c. PB/U atau TB/U ada diantara min 2 dua s/d 3 SD, masuk dalam anak dengan TBnya normal. Anak dianjurkan datang pada bulan berikutnya di POSYANDU untuk diawasi tumbangnya jika tren garis pertumbuhan naik, tetapi apabila tren garis pertumbuhan tidak naik atau pada bulan lalu atau sebelumnya tidak ditimbang.
- d. Untuk Z score Panjang / Tinggi Badan menurut Umur di bawah min 2 atau diatas 3 SD (<-2 SD / $>+3$ SD), menentukan nilai dari keadaan gizinya, berdasar Berat Badan menurut Umurnya, PB atau TB/ U, BB menurut PB/ TBnya dan, IMT menurut Umurnya.

C. Tinjauan Tentang Variabel Yang Diteliti

1. Program Kerja

Pemantauan status gizi (PSG) adalah program pemerintah, yang bertujuan memantau dan menjaga perkembangan status gizi BALITA, melalui monitoring keadaan gizi dan kemampuan kerja program. Indikator kinerja yang harus dicapai (Kemenkes Direktorat Gizi Masyarakat, 2018):

- a. Inisiasi menyusui dini (IMD): \geq 1 Jam dan $<$ 1 Jam;

Proses menyusui segera setelah lahir, melalui kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya dan berlangsung minimal selama 1 jam.

- b. ASI dalam 24 jam terakhir;

Pada kelompok usia 0 bulan sampai 5 bulan, dengan cara yang digunakan adalah mengingat 24 jam terakhir

- c. ASI eksklusif;

Bayi hanya diberikan ASI saja kecuali obat, vitamin dan mineral sampai usia 6 bulan.

- d. BALITA memiliki kartu menuju sehat (KMS)/ buku kesehatan Ibu dan Anak (KIA);

KMS dan KIA memiliki gambar atau garis naik turun, untuk mengamati atau mengawasi tumbuh kembang BALITA setiap bulan.

- e. Vitamin A usia 6-59 bulan;

Bayi umur 6-11 bulan mendapat kapsul vitamin A biru, dan anak BALITA usia 12 – 59 bulan mendapat kapsul vitamin A merah.

- f. BALITA kurus dapat pemberian makanan tambahan (PMT);

Sasaran PMT yaitu BALITA yang status gizinya ada pada indeks BB/TB berada pada Z skor -3 SD sampai <-2 SD.

- g. Timbang ≥ 4 kali;

Penimbangan balita dikategorikan baik jika menimbang sebanyak 4 kali atau lebih dalam 6 bulan terakhir. Penimbangan BALITA dilakukan setiap bulan untuk memantau pertumbuhannya.

- h. Bumil risiko Kekurangan Energi Kronik (KEK);

Ibu hamil risiko KEK jika Lingkar Lengan Atas (LiLA) <23,5cm.

- i. Wanita usia subur (WUS) risiko Kekurangan Energi Kronik (KEK);

Remaja Puteri Umur 12 – 18 Tahun.

- j. Bumil risiko KEK dapat PMT;

Ibu hamil risiko KEK jika Lingkar Lengan Atas (LiLA) <23,5cm.

- k. Bumil dapat tablet tambah darah (TTD): ≥ 90 Tablet dan < 90 Tablet;

- l. Ibu nifas dapat kapsul Vit A ≥ 2 ;

- m. Konsumsi Garam Beriodium.

Rumah tangga akan masuk kategori memakai garam beryodium jika dilakukan pemeriksaan pada alat iodine tes akan berubah warna menjadi ungu pucat atau pekat.

2. Dukungan stakeholder

Menurut kamus besar Bahasa Indonesia, merupakan pemangku kepentingan atau juga pihak yang berkepentingan. Biset (1998) mengatakan bahwa stakeholder, yaitu individu/ kelompok masyarakat yang mempunyai kepentingan permasalahan yang jelas. Sedangkan Freeman (1984) mengartikan sebagai individu ataupun sebuah kelompok yang bisa saling mempengaruhi atau sebaliknya hanya karena suatu tujuan atau maksud tertentu.

3. Sikap Petugas Kesehatan

Menurut kamus besar bahasa Indonesia (KBBI) sikap adalah perbuatan dan sebagainya, yang berdasarkan pada pendirian, keyakinan.

Secord dan Backman menyatakan sikap adalah keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitar.

Candra IW dkk (2017) mengutip pengertian sikap beberapa ahli:

- a. Notoatmodjo (1997). Sikap adalah reaksi atau respons tertutup seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek.
- b. Walgito (2010). Sikap adalah pendapat atau keyakinan seseorang tentang objek atau situasi dan relative tidak berubah, disertai perasaan tertentu hingga memberi respons/ perilaku sesuai dengan pilihannya.
- c. Ahmadi (1999). Sikap adalah respons secara konsisten terhadap objek atau situasi, yang bersifat positif atau negative.
- d. Gerungan (1996). Sikap adalah sebagai sikap terhadap objek tertentu berupa sikap pandangan atau sikap perasaan, tetapi sikap tersebut disertai kecenderungan untuk bertindak sesuai objek tadi.
- e. Fishbein dan Ajzen (1975). Sikap adalah organisasi yang relative menetap dari suatu perasaan, keyakinan, dan kecenderungan perilaku terhadap orang lain, kelompok, ide-ide, atau obyek tertentu.

Terdapat tiga hal penting terkandung didalam sikap, yaitu Aspek Afeksi (perasaan), Aspek Kognisi (keyakinan), dan Aspek Perilaku (dalam bentuk nyata ataupun kecenderungan); (Candra IW dkk, 2017).

Berbagai tingkatan dari sikap (Irwan, 2017):

- a. Menerima atau receiving, dapat diartikan orang/subjek mau dan melihat reseptor atau rangsangan yang diberikan/objek.

- b. Merespon atau responding, misalnya apabila bertanya akan diberi jawaban, melaksanakan/ membereskan pekerjaan dan kewajibannya.
- c. Menghargai atau valuing, meminta orang lain untuk melakukan atau berdiskusi mengenai suatu persoalan atau masalah.
- d. Bertanggung jawab atau responsibility, adalah bentuk sikap yang tertinggi, dapat diartikan bertanggung jawab apapun resiko yang diterima untuk semua pilihannya.

4. Kesadaran Petugas Kesehatan

Dalam kamus besar bahasa Indonesia (KBBI) kesadaran adalah keinsafan, merasa tahu dan mengerti atau keadaan mengerti seseorang atas dirinya sendiri, serta hal yang dirasakan atau dialami seseorang.

Kihlstrom mengatakan kesadaran melibatkan pemantauan diri sendiri dan lingkungan, sehingga persepsi, memori, dan proses berpikir ditampilkan dalam kesadaran dan pengendalian diri sendiri dari lingkungan, sehingga mampu memulai dan mengakhiri aktivitas perilaku dan kongnitif. Freud (1964) mengatakan jika seseorang terdiri dari dua tingkat mental, yang pertama alam sadar dan yang kedua alam tidak sadar (Candra IW, 2017).

5. Ketersediaan Sumber Daya Tenaga Kesehatan

Menurut kamus besar bahasa Indonesia (KBBI) adalah kesiapan suatu sarana (tenaga, barang, modal, anggaran) yang dapat digunakan atau dioperasikan dalam waktu tertentu, dapat diartikan keadaan tersedia.

Sumber daya di bidang kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, pembekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan dilakukan pemerintah daerah dan masyarakat (Undang-Undang RI no 36, 2009). Tenaga kesehatan adalah orang yang mengabdikan diri di bidang kesehatan, memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (Undang-Undang RI no 36, tahun 2009., PP RI no 32, tahun 1996).

6. Partisipasi Masyarakat

Partisipasi dalam kamus besar Bahasa Indonesia (KBBI), adalah perihal turut berperan serta dalam suatu kegiatan, atau keikutsertaan.

Partisipasi masyarakat di bidang kesehatan adalah ikut sertanya seluruh anggota masyarakat dalam memecahkan masalah mereka sendiri, mulai dari perencanaan sampai evaluasi proses dan hasil kegiatan, institusi kesehatan hanya membimbing. Dua metode dalam meminta atau mengajak masyarakat untuk berpartisipasi, yaitu (Notoatmodjo, 2012):

a. Partisipasi Dengan Paksaan atau Enforcement Participation

Dapat diartikan mengajak secara paksa masyarakat untuk ikut dalam rancangan atau program, melalui perundangan, aturan tertulis seperti peraturan ataupun secara perintah/ aturan lisan. Dengan metode ini hasil yang didapat lebih mudah dan akan lebih cepat, tetapi akan menyebabkan masyarakat kaget, merasa takut dan dipaksakan,

karena berasal dari ketakutan masyarakat, bukan dari pada intinya yaitu dari kesadaran (Awarenees).

- b. Partisipasi Dengan Mengajak secara baik atau halus (Persuasi), dan memberikan pendidikan atau Edukasi

Didasari pada kesadaran, sukar ditumbuhkan dan butuh waktu lama, tetapi bila tercapai akan mempunyai rasa memiliki, dan rasa memelihara, dengan penyuluhan, pendidikan, dan sebagainya, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Matrix 2. 1: Sintesis Penelitian Keberhasilan Menurunkan Gizi Kurang

No	Nama/ Tahun/ Judul	Tujuan Penelitian	Hasil Penelitian
1	Malekafzali H dkk, (2000). Community-based nutritional intervention for reducing malnutrition among children under 5 years of age in the Islamic Republic of Iran. Metode: Kuantitatif	Mengurangi kejadian malnutrisi energi protein pada anak di bawah 5 tahun.	Keberhasilan intervensi metode pemberian makan, pemberantasan cacing, sanitasi lingkungan, promosi sayuran rumahan dan penguatan program pemantauan pertumbuhan, dalam menurunkan kejadian malnutrisi
2	Acosta AM dkk, (2014). The politics of success in the fight against malnutrition in Peru. Metode: Penelitian Literatur	Melihat keberhasilan penerapan tiga dimensi strategi gizi untuk menurunkan gizi kurang.	Keberhasilan pemerintah mengurangi malnutrisi, dengan(1). Kebijakan sosial mempercepat penyediaan makanan dan koordinasi efektif lintas sektor, desentralisasi implementasi di tingkat lokal dan desain di tingkat pusat, fokus pendanaan, serta keterlibatan aktif dan koordinasi dari masyarakat, (2). Memperkuat komitmen politik, dan (3). Implementasi efektif program Strategi Penanggulangan Kemiskinan Nasional Mengutamakan Intervensi Gizi (CRECE) dan Transfer Tunai Bersyarat (JUNTOS)
3	Kasirye I, (2010). What are the successful strategies for reducing malnutrition among young children in East Africa? Metode: Survey Demografi kesehatan	Menganalisis peran program kesehatan selama diterapkan periode kebijakan kesehatan untuk mengurangi malnutrisi.	Dengan meningkatkan pendidikan ibu dan kesehatan ibu, serta cara pendekatan berbiaya rendah seperti vaksinasi, berhasil menurunkan tingkat malnutrisi secara substansial.
4	Bullen PAB, (2011). The positive deviance/hearth approach to reducing child malnutrition: systematic review Metode: Review Literatur	Mencegah malnutrisi dan menilai keefektifan program pendekatan Positive Deviance /Pos Gizi.	Hasil menunjukkan bahwa program Pendekatan Positive Deviance /Pos Gizi berhasil dalam mencegah malnutrisi.
5	Caulfield LE, dkk (2006). Gizi kurang, wasting, and micronutrient deficiency disorders. Metode: Review literatur	Merangkum masalah malnutrisi, vitamin A, zat besi, seng, yodium dan cara untuk mencegah dan mengobatinya	Hasil menunjukkan bahwa program gizi efektif dalam mengatasi masalah kurang gizi pada anak kecil
6	Becker S dkk, (1991). Relative Effects of Diarrhea, Fever, and Dietary Energy Intake on Weight Gain in Rural Bangladeshi Children. Metode: Kuantitatif	Membandingkan asupan makanan dengan program pengendalian infeksi dalam meningkatkan gizi dan pertumbuhan anak di negara berkembang yang miskin.	Hasil menunjukan bahwa program intervensi gizi peningkatan asupan makan yang direkomendasikan oleh WHO efektif dalam mengurangi kekurangan gizi

Berdasarkan tabel sintesis, kemajuan dalam menurunkan kasus gizi kurang dipengaruhi berbagai faktor diantaranya, Tingkat pendidikan dan kesehatan ibu, vaksinasi, Strategi kebijakan sosial, memperkuat komitmen politik, implementasi program Strategi Penanggulangan Kemiskinan Nasional Mengutamakan Intervensi Gizi (CRECER) dan Transfer Tunai Bersyarat (JUNTOS). Program intervensi gizi, Program Pendekatan Positive Deviance /Pos Gizi, Intervensi pemberian makan, pemberantasan cacing, sanitasi lingkungan, promosi sayur rumahan dan penguatan pemantauan pertumbuhan, dan Program pendamping gizi. Penelitian ini dilakukan untuk melihat kemajuan dalam menurunkan gizi kurang pada BALITA, peneliti menggunakan variabel program kerja, dukungan stakeholder, sikap dan kesadaran petugas kesehatan, ketersediaan SDM tenaga kesehatan, dan partisipasi masyarakat.

D. Landasan Teori

1. Teori “Precede-Proceed Model” Lawrence Green (1991)

Teori ini dikembangkan oleh Lawrence Green dari teorinya tahun 1980, dengan menganalisa perilaku manusia dari tingkat kesehatan, dimana kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi dua faktor, yaitu faktor perilaku (Behavior Causes) dan faktor diluar perilaku (Non-Behavior Causes).

a. Faktor Predisposisi (Predisposing factors)

Faktor predisposisi merupakan faktor anteseden terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi perilaku.

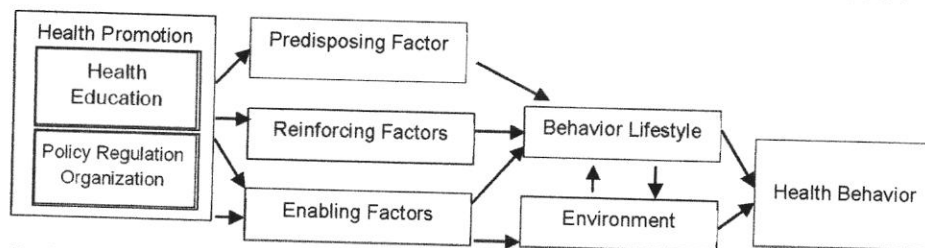
b. Faktor pemungkin atau pendukung (Enabling factors)

Merupakan faktor anteseden terhadap perilaku, memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Terwujud dalam lingkungan fisik, ketersediaan sumber daya kesehatan dan sebagainya, yang semuanya mendukung/ memfasilitasi terjadinya perilaku sehat.

c. Faktor penguat (Reinforcing factors)

Faktor penyerta atau datang sesudah perilaku ada, dan penentu apakah memperoleh dukungan atau tidak tindakan kesehatan

Gambar 2. 1. Teori Precede-Proceed Model Lawrence Green 1991



Sumber: Lawrence Green (1980)

2. Teori WHO (1984)

Empat alasan pokok penyebab seorang berperilaku tertentu, yaitu:

a. Pemahaman dan pertimbangan (Thoughts and Feeling). Dalam bentuk pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, dan penilaian seseorang terhadap objek (objek kesehatan).

- 1) Pengetahuan, diperoleh dari pengalaman sendiri atau orang lain.
- 2) Persepsi, proses pemahaman ataupun pemberian makna atas informasi terhadap stimulus. Stimulus didapat dari proses

penginderaan terhadap objek, peristiwa, atau hubungan-hubungan antara gejala yang selanjutnya diproses oleh otak.

- 3) Kepercayaan, sering diperoleh dari orang tua, kakek atau nenek. Seseorang menerima kepercayaan itu berdasarkan keyakinan dan tanpa adanya pembuktian terlebih dahulu.
 - 4) Sikap, menggambarkan suka atau tidak suka seseorang terhadap objek. Sikap diperoleh dari pengalaman sendiri atau dari orang lain yang paling dekat, dan membuat orang mendekati atau menjauhi orang/ objek lain. Sikap positif terhadap nilai-nilai kesehatan tidak selalu terwujud dalam tindakan nyata, karena:
 - a) Sikap akan terwujud didalam suatu tindakan tergantung pada situasi saat itu.
 - b) Sikap akan diikuti atau tidak diikuti oleh tindakan yang mengacu kepada pengalaman orang lain.
 - c) Sikap diikuti atau tidak diikuti oleh suatu tindakan berdasarkan pada banyak atau sedikitnya pengalaman seseorang.
 - 5) Nilai, disuatu masyarakat selalu berlaku nilai-nilai yang dipegang setiap orang dalam menyelenggarakan hidup bermasyarakat.
- b. Orang Penting Sebagai Referensi (Personal Reference). Perilaku orang, utamanya anak kecil lebih banyak dipengaruhi oleh orang-orang yang dianggap penting. Apabila seseorang itu dipercaya, maka apa yang dikatakan atau perbuat cenderung untuk dicontoh.

- c. Sumber Daya (Resources). Sumber daya disini mencakup fasilitas, uang, waktu, tenaga, dan sebagainya, yang mempengaruhi perilaku seseorang atau masyarakat, pengaruh bersifat positif maupun negatif.
- d. Kebudayaan (Culture), Kebiasaan, Nilai-Nilai, Tradisi-Tradisi. Kebudayaan adalah sumber yang terdapat dalam masyarakat, yang menghasilkan pola hidup dan terbentuk dalam waktu lama sebagai akibat dari kehidupan masyarakat. Kebudayaan selalu berubah secara lambat ataupun cepat, sesuai dengan perkembangan zaman.

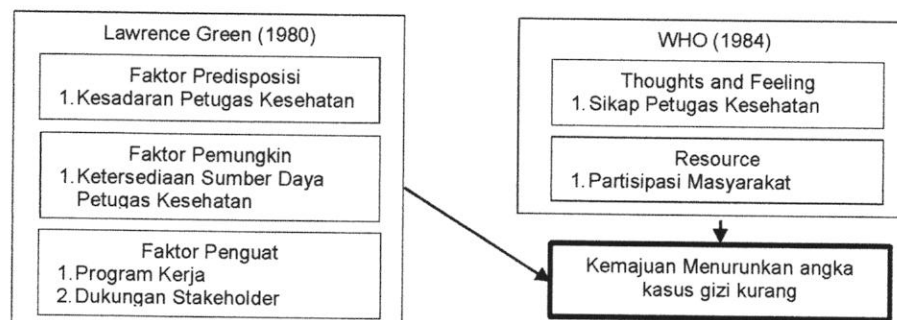
Gambar 2. 2. Teori WHO



E. Kerangka Teori Penelitian

Menurut teori Lawrence Green (1991) dan WHO (1984), dan dengan hasil modifikasi dua teori dasar, maka kerangka teori adalah:

Gambar 2. 3. Kerangka Teori Modifikasi 2 teori

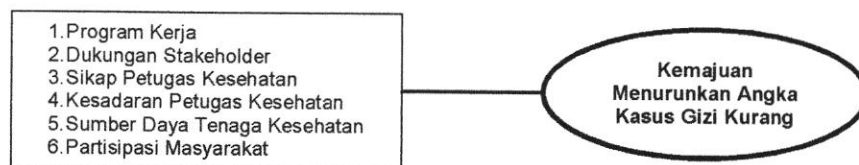


F. Kerangka Konsep

Kemajuan PUSKESMAS dalam menurunkan angka kasus gizi kurang didukung oleh berbagai faktor, dan menurut peneliti berdasar teori Lawrence Green dan WHO, maka determinan perilaku yang mendasari kemajuan PUSKESMAS dalam menurunkan angka kasus gizi kurang, yaitu program kerja, peran dukungan stakeholder, peran sikap petugas kesehatan, peran kesadaran petugas kesehatan, peran sumber daya tenaga kesehatan, dan peran partisipasi masyarakat.

Berdasarkan gambaran dan teori yang telah diuraikan sebelumnya, peneliti menggabungkan teori Lawrence Green dan Kurt Lewin untuk menjawab tujuan penelitian ini, maka kerangka konsep penelitian digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2. 4. Kerangka Konsep Penelitian



G. Defenisi Konseptual

1. Program Kerja

Program kerja yang dimaksud adalah program PSG, dengan melihat indikator-indikator kinerja yang harus dicapai.

2. Peran Dukungan Stakeholder

Dukungan stakeholder yang dimaksud adalah dukungan yang diberikan oleh pemangku kepentingan seperti Kepala Dinas Kabupaten, Kepala Bidang, Kepala Seksi, dan Kepala PUSKESMAS. Dukungan

tersebut dapat berupa dukungan kebijakan, sumber daya (SDM, materi/pembiayaan, sarana dan prasarana), berupa pikiran, peningkatan SDM, bimbingan teknis, dan sebagainya.

3. Peran Sikap Petugas Kesehatan

Sikap petugas kesehatan yang dimaksud adalah reaksi atau respon yang diberikan petugas kesehatan dalam menjalankan dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai tugas dan tanggung jawab masing-masing

4. Peran Kesadaran Petugas Kesehatan

Kesadaran petugas kesehatan yang dimaksud adalah merasa tahu dan mengerti atas dirinya sendiri, serta hal yang dirasakan atau dialami oleh petugas kesehatan dalam menjalankan tugas dan tanggung jawab.

5. Peran Ketersediaan Sumber Daya Petugas Kesehatan

Ketersediaan sumber daya petugas kesehatan yang dimaksud adalah ketersediaan sumber daya manusia pada pelayanan kesehatan, dan juga ketersediaan petugas kesehatan yang khususnya di pelayanan BALITA dengan gizi kurang di PUSKESMAS, mencakup jumlah tenaga kesehatan dengan kompetensi yang sesuai dengan bidangnya.

6. Peran Partisipasi Masyarakat

Partisipasi masyarakat yang dimaksud adalah peran serta atau keterlibatan masyarakat dalam mendukung atau membantu kegiatan program kerja di POSYANDU, melalui pemberdayaan masyarakat, baik berupa tenaga, uang, material atau ide dan gagasan dan sebagainya.