

ANALISIS IMPLEMENTASI PROGRAM PENANGGULANGAN GIZI BURUK PADA ANAK BALITA DI PUSKESMAS JAKENAN KABUPATEN PATI

ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION OF CHILDREN UNDERNUTRITION IMPROVEMENT PROGRAM IN JAKENAN HEALTH CENTRE PATI REGENCY

Aeda Ernawati
Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Pati
Jl. Raya Pati-Kudus Km. 4 Pati. 59163. Jawa Tengah
Email: aeda.ernawati@yahoo.com

Naskah Masuk: 6 Maret 2019

Naskah Revisi: 25 Maret 2019

Naskah Diterima: 6 April 2019

ABSTRACT

Community Health Center in Jakenan has implemented a malnutrition prevention program but the number of malnutrition cases is still high. The purpose of the study was to describe the implementation of a malnutrition prevention program at the Community Health Center (Puskesmas) of Jakenan, Pati Regency. The research used qualitative approach. The focus of this research was on the aspects of input, process and output of the program. Data collection was conducted by using interview, field event observation and document-observation. Informants were selected through purposive sampling. This study results showed: Regarding the input aspect, Puskesmas Jakenan had lack of the number of nutrition officers. Meanwhile, the facilities, and infrastructures were sufficient. However, the funding for recovery program has not been sufficient yet. The program has been running but there were several obstacles, namely: 1) the lack of nutrition workers, 2) inadequate knowledge and skills of Integrated Health Care (Posyandu) cadres, 3) low awareness of the community regarding nutrition issues. The program output showed that many toddlers have not yet to improve their nutrition status due to congenital defect. The intervention of malnutrition can be focused on: (1) the addition of nutrition officers; (2) the quality improvement of Posyandu cadres through training; and (3) Intensification of the first 1000-day program.

Keywords: *implementation, program, toddlers malnutrition*

ABSTRAK

Puskesmas Jakenan sudah melaksanakan program penanggulangan gizi buruk tetapi kasus gizi buruk masih tinggi. Tujuan penelitian untuk menggambarkan implementasi program penanggulangan gizi buruk di Puskesmas Jakenan Kabupaten Pati. Penelitian menggunakan metode kualitatif. Fokus penelitian pada aspek input, proses dan output pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk. Data dikumpulkan dengan wawancara, observasi kejadian lapangan, dan observasi dokumen. Penentuan informan menggunakan teknik sampling purposif. Hasil penelitian terkait input menunjukkan jumlah petugas gizi di Puskesmas Jakenan masih kurang. Sarana dan prasarana secara umum cukup, namun belum tersedia dana yang cukup untuk program pemulihan. Program penanggulangan gizi buruk sudah berjalan, tetapi masih ada kendala yaitu: 1) petugas gizi yang kurang, 2) pengetahuan dan keterampilan kader Posyandu yang belum memadai, 3) kesadaran masyarakat tentang masalah gizi rendah. Output program menunjukkan masih banyak Balita yang belum meningkat status gizinya karena adanya penyakit bawaan. Upaya perbaikan penanganan gizi buruk dapat dilakukan melalui: 1) penambahan petugas gizi; 2) peningkatan kualitas kader Posyandu melalui pelatihan; 3) penanganan gizi buruk melalui program 1000 hari pertama kehidupan dimulai sejak bayi dalam kandungan.

Kata kunci: *implementasi, program balita, gizi buruk*

PENDAHULUAN

Gizi buruk sebagai bagian dari malnutrisi merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama di seluruh dunia, terutama di Asia Tenggara dan Afrika Sub-Sahara (Pal, et al., 2017). Gizi buruk masih menjadi masalah di Indonesia. Riskesdas tahun 2014 menunjukkan bahwa di Indonesia masih terdapat 32.521 (14%) Balita menderita gizi buruk dan 17% Balita kekurangan gizi (Sholikhah, dkk., 2017). Profil kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2017 menunjukkan jumlah kasus gizi buruk di Jawa Tengah tahun 2017 dengan indikator berat badan menurut tinggi badan sebanyak 1.352 kasus. Kabupaten Pati menduduki posisi keempat terbanyak dengan 78 kasus gizi buruk (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2018). Puskesmas Jakenan adalah Puskesmas dengan jumlah kasus gizi buruk terbanyak ketiga di Kabupaten Pati.

Penyebabnya gizi buruk sangat kompleks, sehingga penanganan masalah gizi buruk memerlukan pendekatan yang menyeluruh (Masro, 2013). Masalah gizi tidak dapat ditangani dengan kebijakan dan program jangka pendek serta sektoral, apalagi hanya ditinjau dari aspek pangan saja. Masalah gizi harus segera ditangani melalui implementasi kebijakan gizi yang tepat secara menyeluruh. Banyak negara berkembang yang berhasil mengatasi masalah gizi seperti Thailand, Tiongkok, dan Malaysia. Mereka dapat mengatasi masalah gizi secara tuntas dan lestari dengan membuat seperti peta jalan kebijakan jangka pendek dan jangka panjang (Hariyadi & Ekayanti, 2011).

Penelitian ini merupakan replikasi penelitian terdahulu di luar Pulau Jawa yang dilakukan oleh: 1) Ismail, dkk. (2016) di Puskesmas Kota Sorong, Provinsi Papua Barat; 2) Masro, dkk. (2013) di Puskesmas Sungai Lima Kabupaten Padang Pariaman Provinsi Sumatera Barat; 3) Lubis, dkk., (2012) di Puskesmas Medan Labukan Kota Medan Provinsi Sumatera Utara. Kondisi geografis dan sarana prasarana di Jawa dan luar Jawa berbeda. Puskesmas di Jawa umumnya mudah dijangkau dan memiliki sarana dan prasana yang lengkap. Meskipun demikian, kasus gizi buruk ada yang masih tinggi juga.

Pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk memerlukan pengelolaan atau ma-

najemen operasional yang baik untuk menurunkan prevalensi gizi buruk. Penelitian bertujuan untuk menggambarkan implementasi program penanggulangan gizi buruk di Puskesmas Jakenan Kabupaten Pati.

TINJAUAN PUSTAKA

Gizi Buruk

Gizi kurang dan gizi buruk merupakan status kondisi seseorang yang kekurangan nutrisi, atau nutrisinya di bawah rata-rata. Gizi kurang adalah kekurangan bahan-bahan nutrisi seperti protein, karbohidrat, lemak, dan vitamin yang dibutuhkan oleh tubuh (Alamsyah, dkk., 2015). Balita disebut menderita gizi buruk apabila indeks berat badan menurut umur (BB/U) < -3 SD (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Gizi buruk sebagai salah satu indikator malnutrisi di masyarakat memiliki konsekuensi besar pada kesehatan manusia serta perkembangan sosial dan ekonomi suatu populasi. Gizi buruk merupakan penyebab paling umum morbiditas dan mortalitas di antara anak-anak dan remaja di seluruh dunia. Setiap tahun, lebih dari 5 juta anak di seluruh dunia meninggal karena kekurangan gizi (Pal, et al., 2017).

Gizi buruk yang berkepanjangan pada anak-anak dapat menurunkan produktifitas, pertumbuhan fisik, kapasitas kerja, dan kinerja reproduksi pada saat dewasa. Selain itu, gizi buruk dapat meningkatkan angka kesakitan, risiko gangguan penyakit kronis pada saat dewasa, dan angka kelahiran bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). BBLR meningkatkan risiko bayi mengalami gangguan fisik, mental, dan kecerdasan (Harianto, dkk., 2014; Pal, et al., 2017). Orang tua perlu lebih memperhatikan tumbuh kembang anak di usia Balita mengingat akibat kurang gizi pada Balita bersifat *irreversible* atau tidak dapat pulih kembali normal (Sholikhah, dkk., 2017).

Secara umum, faktor penyebab gizi buruk dibagi menjadi 2 yaitu penyebab langsung dan penyebab tidak langsung. Penyebab langsung gizi buruk antara lain kurangnya jumlah dan kualitas makanan yang dikonsumsi serta adanya penyakit infeksi. Konsumsi makanan yang tidak memenuhi jumlah dan komposisi zat gizi yang memenuhi syarat gizi seimbang (beragam, sesuai kebutuhan, bersih dan aman)

akan berakibat secara langsung terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. Penyakit infeksi yang berkaitan dengan gizi buruk antara lain diare, cacingan, dan penyakit pernapasan akut (Oktavia, dkk., 2017).

Adapun penyebab tidak langsung gizi buruk yaitu kurangnya ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga, kemiskinan, pola asuh yang kurang memadai, dan rendahnya tingkat pendidikan. Faktor kemiskinan sering disebut sebagai akar masalah gizi karena berkaitan dengan daya beli pangan rumah tangga sehingga berdampak terhadap pemenuhan zat gizi anggota keluarga. Faktor lain yang dapat berpengaruh terhadap kejadian gizi buruk adalah riwayat Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Bayi yang mengalami BBLR dapat mengalami komplikasi penyakit. Kondisi ini dapat terjadi karena kurang matangnya organ tubuh yang dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan fisik dan gangguan gizi pada saat Balita (Oktavia, dkk., 2017)

Prevalensi anak dengan gizi kurang, lebih banyak ditemukan pada anak-anak dari orang tua yang tidak berpendidikan. Orang tua yang kurang berpendidikan lebih mungkin memiliki anak dengan berat badan kurang dibandingkan dengan anak-anak dari orang tua yang berpendidikan tinggi. Anak-anak dari orang tua yang kurang berpendidikan jarang makan pagi dan asupan makanan mereka lebih rendah dibandingkan dengan anak-anak dari orang tua yang berpendidikan tinggi. Tingkat pendidikan yang rendah mempengaruhi kemampuan orang tua dalam memberikan pengasuhan pada anak-anaknya termasuk memberikan makan pagi dan menyediakan makanan yang seimbang. Selain itu, orang tua yang memiliki tingkat pendidikan rendah cenderung memiliki pendapatan rendah. Kondisi ini dapat menyebabkan ketahanan pangan di tingkat rumah tangga yang rendah juga. Kerawanan pangan di rumah tangga dapat mengakibatkan kurang gizi anak-anak (Syahrul, et al., 2016).

Faktor penting lain yang berkaitan dengan gizi buruk adalah pola asuh orang tua yang kurang memadai. Pola asuh memegang peranan penting dalam terjadinya gangguan pertumbuhan pada anak. Orang tua perlu menaruh perhatian pada aspek pertumbuhan anak bila ingin mengetahui keadaan gizi mereka. Keluarga yang memiliki faktor

pengasuhan Balita yang baik, akan mampu mengoptimalkan kualitas status gizi Balita (Pratiwi, dkk, 2016).

Pengukuran Gizi Buruk

Cara untuk mendeteksi gizi buruk pada Balita diantaranya dengan pengukuran klinis atau antropometri. Pengukuran klinis merupakan metode yang penting untuk mengetahui status gizi Balita berdasarkan perubahan-perubahan yang terjadi pada tubuh anak. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, rambut, atau mata. Adapun antropometri didasarkan pada ukuran tubuh manusia dan dilakukan sesuai dengan usia anak (Supariasa, dkk., 2012). Antropometri secara umum digunakan untuk melihat ketidakseimbangan asupan protein dan energi. Ketidakseimbangan terlihat pada pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot, dan jumlah air dalam tubuh. Beberapa indeks pengukuran yang digunakan dalam penentuan status gizi yaitu indeks berat badan menurut umur (BB/U), indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) dan indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB).

Berat badan memberikan gambaran tentang massa tubuh (otot dan lemak). Massa tubuh sangat sensitif terhadap perubahan keadaan yang mendadak, seperti terserang infeksi, kurang nafsu makan, dan menurunnya jumlah makanan yang dikonsumsi. Oleh karena itu indeks BB/U lebih menggambarkan status gizi sekarang.

Tinggi badan merupakan ukuran antropometri yang menggambarkan keadaan pertumbuhan *skeletal*. Tinggi badan pada keadaan normal tumbuh seiring dengan pertambahan umur. Pertumbuhan tinggi badan tidak seperti berat badan, relatif kurang sensitif terhadap masalah kekurangan gizi dalam waktu pendek. Pengaruh defisiensi zat gizi terhadap tinggi badan tampak dalam waktu yang relatif lama. Oleh karena hal tersebut, indeks TB/U menggambarkan status masa lampau. Berat badan mempunyai hubungan yang linear dengan tinggi badan. Perkembangan berat badan dalam keadaan normal cenderung searah dengan pertumbuhan berat badan dengan kecepatan tertentu (Supariasa, dkk., 2012). Klasifikasi status gizi anak berdasarkan indeks BB/U, TB/U, dan BB/TB disajikan dalam Tabel 1.

Tabel 1.
Klasifikasi Status Gizi Menggunakan Z-score

Indeks	Kategori Status Gizi	Ambang Batas (Z-score)
Berat Badan menurut Umur (BB/U) anak umur 0-60 bulan	Gizi buruk	< -3 SD
	Gizi kurang	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Gizi baik	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gizi lebih	> 2 SD
Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) anak umur 0-60 bulan	Sangat pendek	< -3 SD
	Pendek	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Tinggi	> 2 SD
Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) anak umur 0-60 bulan	Sangat Kurus	< -3 SD
	Kurus	-3 SD sampai dengan < -2 SD
	Normal	-2 SD sampai dengan 2 SD
	Gemuk	> 2 SD

Sumber: Kementerian Kesehatan RI (2011)

Kebijakan dan Strategi Penanggulangan Gizi Buruk

Gizi buruk disebabkan berbagai faktor sehingga pemerintah mengambil kebijakan yang komprehensif. Kebijakan yang diambil oleh pemerintah dalam penanggulangan masalah gizi termasuk gizi buruk sesuai dengan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 83 Tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi. Kebijakan tersebut meliputi kebijakan strategis sehubungan dengan ketersediaan pangan, keterjangkauan pangan, pemanfaatan pangan, perbaikan gizi masyarakat, serta penguatan kelembagaan pangan dan gizi.

Program Penanggulangan Gizi Buruk

Intervensi gizi dan kesehatan bertujuan memberikan pelayanan langsung kepada Balita. Terdapat dua bentuk pelayanan gizi dan kesehatan yaitu pelayanan perorangan dan pelayanan masyarakat. Pelayanan perorangan bertujuan menyembuhkan dan memulihkan anak dari kondisi gizi buruk. Pelayanan masyarakat bertujuan untuk mencegah timbulnya gizi buruk di masyarakat. Program perbaikan gizi masyarakat dalam penanggulangan gizi buruk sesuai dengan rencana aksi daerah pangan dan gizi Kabupaten Pati tahun 2017-2022 meliputi kegiatan koordinasi pelayanan gizi masyarakat dan koordinasi pelayanan kesehatan ibu dan anak.

METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Jakenan Kabupaten Pati pada bulan Mei hingga Oktober tahun 2018. Informan utama dalam penelitian ini terdiri dari petugas gizi Puskesmas Jakenan (I1), petugas Promkes Puskesmas Jakenan (I2), kader Posyandu (I3, I4). Selanjutnya, Informan triangulasi adalah Kepala Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Pati (I5), Ibu Balita gizi buruk (I6, I7, I8).

Penentuan Informan dalam penelitian ini menggunakan teknik sampling purposif yaitu pengambilan informan didasarkan atas adanya tujuan tertentu (Arikunto, 2010). Pemilihan metode sampling purposif berdasarkan pertimbangan bahwa informan utama dalam penelitian adalah pihak yang dianggap paling tahu tentang sesuatu yang diteliti dalam hal ini program penanggulangan gizi buruk. Fokus penelitian adalah aspek pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk di Puskesmas Jakenan Kabupaten Pati, meliputi aspek input, proses, dan output.

Data penelitian terdiri atas data primer dan data sekunder. Peneliti berfungsi sebagai instrumen utama penelitian dalam proses pengumpulan data. Instrumen pengumpulan data berupa panduan wawancara untuk mengetahui gambaran pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk. Teknik pengambilan data yang digunakan adalah wawancara,

observasi, dan dokumentasi. Teknik keabsahan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi. Proses analisis data dalam penelitian ini menggunakan model *analysis interactive* dari Miles dan Huberman (Sugiyono, 2012). Aktivitas dalam analisis data berdasarkan Model Miles dan Huberman terdiri dari pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan atau verifikasi data.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Variabel Input

Sumber Daya Manusia (SDM)

Sumber daya manusia (SDM) yang sangat dibutuhkan terkait penanganan gizi buruk adalah petugas gizi Puskesmas yang terlatih dan kader Posyandu yang terampil (Lubis, 2012). Puskesmas Jakenan adalah Puskesmas rawat inap. Berdasarkan Permenkes RI Nomor 75 Tahun 2014, setiap Puskesmas rawat inap seharusnya memiliki dua orang petugas gizi. Berdasarkan Permenkes RI Nomor 26 Tahun 2013, petugas gizi yang dapat bekerja di pelayanan kesehatan minimal lulusan D3 Gizi.

Puskesmas Jakenan sudah memiliki seorang petugas gizi lulusan D3 gizi dan dibantu oleh satu bidan PTT (Pegawai Tidak Tetap). Kondisi tersebut menunjukkan SDM khususnya tenaga gizi di Puskesmas Jakenan belum memenuhi standar kualifikasi. Hal tersebut juga menunjukkan adanya kekurangan SDM khususnya tenaga gizi sebagaimana disampaikan oleh Informan triangulasi yaitu Informan 5.

“...salah satu SDM yang sangat dibutuhkan dalam penanggulangan gizi buruk adalah petugas gizi. Sekarang ini, petugas gizi di Kabupaten Pati masih kurang. Baru ada 19 petugas gizi, padahal ada 29 Puskesmas, terdiri dari 19 Puskesmas nonrawat inap dan 10 Puskesmas rawat inap. Dengan Puskesmas sebanyak itu seharusnya ada 39 orang petugas gizi karena setiap Puskesmas rawat inap minimal memiliki 2 petugas gizi. Untuk penambahan sudah diusulkan tetapi sampai saat ini belum dipenuhi. Puskesmas Jakenan petugas gizi yang sesuai kualifikasi baru 1 orang, dibantu oleh seorang bidan PTT. Jadi SDM khususnya petugas gizi di Puskesmas Jakenan ya, masih kurang jumlahnya” (I5)

Kurangnya SDM juga dirasakan oleh Informan utama 1, sebagaimana ungkapannya berikut ini:

“...petugas gizi di sini memang kurang...yang lulusan D3 gizi baru saya. Kemarin pernah dihitung kebutuhan petugas gizi di Puskesmas Jakenan seharusnya memiliki petugas gizi 3 orang...” (I1)

SDM lain yang juga berperan dalam identifikasi penemuan gizi buruk adalah kader Posyandu. Kader Posyandu melakukan pemantauan status gizi Balita utamanya melalui kegiatan penimbangan Balita setiap satu bulan sekali. Jika ada Balita yang timbangan berat badannya tidak naik sampai 2 kali, maka dilaporkan kepada petugas Puskesmas.

“...adanya gizi buruk dimulai dari data kegiatan Posyandu yang dilaksanakan oleh kader. Jika ada Balita yang tidak naik timbangannya 2 kali atau berat badannya di bawah garis merah (BGM), kader akan mendata Balita tersebut dan dilaporkan kepada petugas gizi Puskesmas....” (I3)

Hasil penelitian menunjukkan jumlah kader di wilayah kerja Puskesmas Jakenan sebanyak 327 kader, tersebar di 65 Posyandu. Berdasarkan data tersebut, jumlah kader di setiap Posyandu rata-rata 5 orang kader. Data tersebut menunjukkan jumlah kader Posyandu dari segi kuantitas sudah memenuhi syarat yaitu minimal 5 orang untuk setiap Posyandu. Syarat ini sesuai dengan konsep Posyandu 5 meja, mencakup pendaftaran, penimbangan, penilaian hasil penimbangan di buku Kartu Menuju Sehat (KMS), konseling/ penyuluhan/ rujukan dan pelayanan gizi oleh petugas seperti kader, bidan, petugas gizi (Lubis, dkk., 2012). Hasil penelitian ini sama dengan penelitian Susanti, dkk. (2017) di Puskesmas Cilacap Utara 1 yang menunjukkan jumlah kader Posyandu secara kuantitas sudah cukup untuk Posyandu dengan sistem 5 meja

Meskipun kuantitas kader Posyandu sudah mencukupi, akan tetapi pengetahuan serta keterampilan para kader Posyandu di wilayah Puskesmas Jakenan masih kurang. Hal tersebut diungkapkan oleh Informan 1 sebagai berikut.

“... jumlah kader sudah cukup, tetapi pengetahuan dan keterampilannya masih kurang. Pernah saya evaluasi tentang materi yang pernah saya berikan saat pelatihan....mereka lupa. Terkait keterampilan penggunaan timbangan dacin ada yang masih kurang pas. Seharusnya ada bandul penyeimbang. Kadang ada yang masih lupa....” (I1)

Pernyataan Informan I selaras dengan pernyataan Informan 4 sebagai berikut.

“...sebagai kader Posyandu, saya sudah ikut pelatihan. Tetapi materinya masih sering lupa...apalagi mempraktekannya... jadi tidak cukup sekali pelatihan....” (I4)

Kader Posyandu di Puskesmas Jakenan menunjukkan 72,5% termasuk dalam kategori aktif. Kader melaksanakan kegiatan sejak sebelum hari buka Posyandu yaitu melakukan pendataan sasaran, mengumumkan kegiatan kepada masyarakat, serta menyiapkan tempat dan peralatan kegiatan Posyandu. Saat pelaksanaan Posyandu, kader melaksanakan kegiatan sistem 5 meja yang meliputi pendaftaran, penimbangan balita, pencatatan/pengisian Kartu Menuju Sehat (KMS), penyuluhan, dan pelayanan kesehatan lainnya (seperti memberikan vitamin A). Kegiatan kader setelah selesai Posyandu dilaksanakan antara lain mengunjungi balita yang tidak hadir di Posyandu.

Sementara itu, persentase kader yang tidak aktif adalah 27,5%. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa masih ada kader yang belum melaksanakan kegiatan yang seharusnya dikerjakan kader sebelum hari buka Posyandu, saat Posyandu dilaksanakan, maupun setelah Posyandu dilaksanakan. Kegiatan yang jarang dilakukan oleh kader yang tidak aktif adalah melakukan kunjungan Balita yang tidak hadir di Posyandu. Kegiatan ini sangat penting karena pemantauan pertumbuhan Balita dapat dilakukan jika Balita melakukan penimbangan secara rutin. Jika Balita tidak hadir di Posyandu maka kader perlu melakukan pengukuran berat badan dan tinggi badan melalui kunjungan rumah.

Penelitian Maryanti & Kusumawati (2015) menyatakan bahwa upaya peningkatan mutu pendidikan tenaga kesehatan melalui pelatihan berdasarkan kompetensi profesi akan menghasilkan tenaga kesehatan yang memiliki kinerja sesuai dengan pelayanan

kesehatan. Kinerja petugas kesehatan akan dapat memuaskan pasien/masyarakat. Petugas gizi di Puskesmas Jakenan sudah memiliki kompetensi pendidikan yang sesuai. Adapun kader Posyandu sudah dilatih oleh Puskesmas Jakenan yang dilaksanakan setiap satu bulan sekali selama 5 bulan sebagaimana disampaikan oleh Informan 2

“... tahun 2018 ini ada pelatihan untuk semua kader Posyandu. Pelatihan dibagi dalam 2 periode. Setiap periode diperlukan waktu lima bulan. Pertemuan dilakukan setiap satu bulan sekali...” (I2)

Dana Kegiatan

Dana terkait upaya penanganan gizi buruk tersedia dari dana APBD (Anggaran Pendapatan Belanja Daerah) I dan APBD II, serta dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan). Jika ada balita gizi buruk yang dirawat dan punya BPJS maka perawatan menggunakan BPJS juga.

“Untuk pendanaan penanggulangan gizi buruk berasal dari dana APBD I, APBD II dan BOK. Untuk yang sakit, dana perawatan juga bisa dari BPJS juga bagi memiliki Kartu BPJS...” (I1)

Hal ini sejalan dengan penelitian Apriyanti, dkk. (2013) yang menyatakan bahwa semakin besar dana yang dikeluarkan untuk memperbaiki sebuah program, maka hasilnya pun akan semakin efektif bila digunakan seefisien mungkin. Semakin kecil dana yang digunakan untuk sebuah program, maka program hanya berjalan lambat dan tidak efektif. Suatu perbaikan program tergantung seberapa cepat dana yang dikeluarkan oleh pemerintah.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Masro, dkk. (2013) yang menunjukkan sumber dana penanggulangan gizi di Puskesmas Sungai Lima Kabupaten Padang Pariaman berasal dari APBN, APBD, dan BOK.

Sarana dan Prasarana

Hasil wawancara dengan petugas gizi Puskesmas Jakenan menyebutkan bahwa sarana dan prasarana yang diperlukan dalam penanganan gizi buruk berupa formulir-formulir, buku pedoman pelayanan anak gizi buruk dan formulir pencatatan dan pelaporan. Selain itu ada Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

pemulihan (makanan lokal, makanan untuk pemulihan gizi, dan F-100). Sarana promosi terdiri atas media Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) seperti poster, *leaflet*, lembar balik, *booklet*, *food model*. Adapun obat dan gizi seperti kapsul vitamin A, tablet tambah darah, serta obat-obatan lain misalnya obat cacicung, rubella. Ada juga peralatan lain seperti: Alat Tulis Kantor (ATK), Alat Peraga Edukatif (APE), alat masak, dll.

Sarana dan prasarana program penanggulangan gizi tersedia di Puskesmas Jakenan dalam kondisi baik. Sarana dan prasarana yang cukup memudahkan pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk. Meskipun kegiatan mudah dijalankan, tetapi kasus gizi buruk masih tinggi. Hal ini disebabkan karena sebagian besar kasus gizi buruk di Puskesmas Jakenan karena faktor penyakit bawaan. Oleh karenanya, kondisi ini tidak dapat diperbaiki.

Selain itu, program pemberian makanan tambahan (PMT) yang paling signifikan memperbaiki status gizi adalah pemberian PMT Formula 100. Kendala yang dihadapi adalah tidak semua anak mau mengonsumsi Formula 100. Hal ini diungkapkan oleh Informan 1 sebagai berikut:

"...tidak semua anak gizi buruk mau minum susu, sementara PMT yang signifikan menaikkan status gizi Formula 100. Formula ini merupakan formula dari susu, minyak, gula dan mineral mix...." (I1)

Informasi tersebut dikuatkan oleh ungkapan Informan 7 berikut:

"Anak-anak kadang bosan makan PMT yang diberikan petugas..." (I7)

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Masro, dkk. (2013) yang menyatakan bahwa media komunikasi, informasi dan edukasi tentang gizi buruk kurang tersedia di Puskesmas Sungai Limau Kabupaten Padang Pariaman. Sebagai akibatnya kegiatan untuk meningkatkan pemahaman tentang gizi buruk pada Balita terhambat.

Variabel Proses

Secara umum, Pemerintah Kabupaten Pati telah melaksanakan program penanganan gizi buruk secara lintas sektor. Kegiatan tersebut dikoordinasikan oleh Bidang Ekonomi Bappeda melalui kegiatan: (1) Penyusunan

dokumen Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RAD-PG) Kabupaten Pati tahun 2017; (2). Penyusunan Peraturan Bupati No. 66 Tahun 2018 dokumen Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi (RAD-PG) Kabupaten Pati Tahun 2017-2022; (3) Mengkoordinasikan perencanaan dan penganggaran program kegiatan Organisasi Perangkat Daerah (OPD) dalam rangka penurunan prevalensi gizi buruk dan gizi kurang anak Balita.

Puskesmas adalah ujung tombak pelaksanaan penanggulangan gizi buruk. Puskesmas melaksanakan beberapa program diantaranya: (1) Pelacakan kasus balita gizi buruk dan *screening* GAKY, (2) Pemberian PMT pemulihan untuk Balita gizi kurang dan gizi buruk, (3) Pemantauan garam beryodium, (4) Pemantauan status gizi, (5) Pembentukan CFC (*Community Feeding Center*/Pos Pemulihan Gizi), (6) Pemantauan dan pemeriksaan CFC, (7) Kelas balita, (8) *Refreshing* kader; dan (9) Penimbangan serentak (*screening* status gizi tahunan).

"... kegiatan dalam upaya penanganan gizi buruk yang dikerjakan oleh Puskesmas antara lain: 1). Pelacakan kasus balita gizi buruk dan screening GAKY, 2). Pemberian PMT gizi buruk termasuk CFC (Community Feeding Center /Pos Pemulihan Gizi), 3). Monitoring dan evaluasi PMT, 4) Penimbangan serentak (screening status gizi tahunan), 5) transport rujukan bagi orang tua gizi buruk" (I1)

Pelacakan kasus gizi buruk menurut Kemenkes (2010) adalah upaya memperlakukan setiap kasus gizi buruk sebagai kejadian luar biasa oleh karenanya harus segera dilaporkan dalam waktu 1 x 24 jam dan harus segera ditangani. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pelacakan gizi buruk di Puskesmas Jakenan telah dilaksanakan dengan baik. Langkah pelacakan Balita gizi buruk di Puskesmas Jakenan dimulai dari klarifikasi atas laporan adanya gizi buruk dari fasilitas pelayanan kesehatan, hasil penimbangan masyarakat di Posyandu atau dari laporan masyarakat melalui media masyarakat atau lembaga swadaya masyarakat. Jika hasil konfirmasi menunjukkan Balita benar menderita gizi buruk maka harus ada penanganan segera. Hal ini bertujuan mencegah kematian dan komplikasi lanjutan serta memperbaiki tumbuh kembang anak.

Pelaksana pelacakan petugas gizi di Puskesmas bersama bidan koordinator, petugas kesehatan lingkungan, dan bagian promosi kesehatan.

Kendala pelacakan gizi buruk oleh Puskesmas Jakenan adalah adanya sebagian anggota masyarakat yang tidak suka didatangi petugas kesehatan untuk mengecek berat badan anak yang kurang. Masyarakat belum menyadari bahwa gizi buruk merupakan masalah kesehatan yang harus ditangani segera. Oleh karena itu, perlu upaya untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya mengatasi masalah gizi buruk.

Langkah selanjutnya adalah pemberian PMT bagi Balita gizi buruk. Berdasarkan informasi petugas gizi Puskesmas Jakenan, pemberian PMT dilakukan selama 3 bulan. Pemberian PMT biasanya diantar ke rumah. PMT biasanya berbentuk biskuit. Kendala yang dihadapi terkait pemberian PMT adalah anak Balita gizi buruk bosan terhadap biskuit yang diberikan sehingga kadang tidak habis.

“...iya... anak saya dapat bantuan PMT yaitu biskuit... tapi kadang anak bosan, jadi tidak habis” (I6)

Upaya mengatasi kebosanan biskuit pada Balita gizi buruk sudah dilakukan oleh petugas gizi melalui kegiatan *Community Feeding Center* (CFC) atau pos pemulihan gizi. Ibu Balita gizi buruk dan gizi kurang berkumpul bersama untuk diberi penyuluhan tentang cara membuat makanan sehat untuk Balita dengan bahan yang mudah didapatkan atau memodifikasi biskuit yang ada agar tidak bosan. Kegiatan CFC diisi praktik pembuatan makanan untuk Balita. Tujuannya agar ibu bisa melanjutkan kegiatan di rumahnya sendiri dalam penyediaan makanan tambahan.

Pemberian PMT pada Balita gizi buruk perlu dilakukan pemantauan secara berkala yaitu dilakukan pengukuran berat badan setiap satu bulan sekali. Harapannya penderita gizi buruk meningkat berat badannya setiap bulan. Adanya pemantauan ini menyebabkan petugas gizi merencanakan kegiatan pemberian PMT sesuai dengan kemampuannya.

“...untuk dana PMT berasal dari APBD. Kami mengajukan sesuai dengan kemampuan petugas di lapangan karena tidak sekedar memberi PMT tapi harus dipantau setiap bulan...” (I1)

Salah satu kegiatan untuk memperoleh data gambaran status gizi Balita di wilayah Puskesmas Jakenan adalah penimbangan serentak secara berkala. Kegiatan tersebut secara rutin dilakukan 1 tahun sekali. Data yang dihasilkan adalah data berat badan, tinggi badan, dan lingkaran lengan Balita. Pada kegiatan penimbangan serentak ini, jika didapatkan Balita gizi buruk, akan dilakukan penanganan segera. Balita gizi buruk yang mengalami komplikasi, akan ditangani segera untuk mendapatkan rujukan perawatan. Terkait rujukan Balita gizi buruk, Dinas Kesehatan menyediakan dana untuk transportasi bagi orang tua yang Balitanya dirujuk ke pelayanan kesehatan.

“Bagi Balita gizi buruk yang dirujuk pelayanan kesehatan disediakan dana untuk transportasi orang tuanya...” (I5)

Kegiatan penanggulangan gizi lainnya di Puskesmas adalah kelas Balita dan pemantauan garam beryodium. Kelas Balita adalah kelas untuk para ibu yang mempunyai anak usia 0-5 tahun. Kegiatan yang dilakukan meliputi diskusi, tukar pendapat, tukar pengalaman dalam pemenuhan pelayanan kesehatan, gizi, dan stimulasi tumbuh kembang anak dengan bimbingan petugas gizi Puskesmas sebagai fasilitator. Selain itu, para ibu juga saling dapat memberikan semangat kepada ibu lainnya dalam perawatan Balita

“... ada juga kelas Balita dan pemantauan garam beryodium ...” (I1)

Adapun program lainnya adalah pemantauan garam beryodium. Kegiatan yang dilakukan secara berkala setiap tahun sekali melalui pemeriksaan garam (NaCl) baik jenis maupun mutu yang dikonsumsi oleh rumah tangga. Garam yang diperiksa adalah garam dari rumah tangga yang mengikuti Posyandu. Garam yang diperiksa hanya garam dari sasaran Posyandu terpilih. Kegiatan pemantauan garam beryodium bertujuan untuk menjamin bahwa garam yang dikonsumsi keluarga khususnya Balita memiliki kandungan yodium sesuai standar yaitu minimal 30 ppm. Yodium merupakan salah satu mineral mikro yang berhubungan dengan pertumbuhan. Jika kebutuhan yodium terpenuhi, maka salah satu penyebab masalah gangguan pertumbuhan sudah teratasi

Selain kelas Balita dan pemantauan garam beryodium terdapat kegiatan lain untuk peningkatan kualitas gizi Balita. Kegiatan tersebut adalah *refreshing* kader. Kader Posyandu sebagai ujung tombak kegiatan pemantauan pertumbuhan Balita perlu mendapatkan penyegaran terkait tugas yang dilakukan di Posyandu. Penyegaran kader tersebut biasanya berkaitan dengan segala hal tentang Posyandu, seperti cara pengukuran tinggi badan dan berat badan serta cara pembuatan laporan hasil kegiatan Posyandu.

“...ada refreshing kader setiap bulan sekali... tujuannya untuk mengingatkan kembali tentang peran kader Posyandu.” (I2)

Refreshing kader bertujuan meningkatkan semangat kader dalam melaksanakan kegiatan di Posyandu. Kader juga semakin terampil dalam mengelola Posyandu. Selain itu, data atau laporan kegiatan Posyandu semakin valid. Puskesmas Jakenan mengemas *refreshing* kader menjadi pertemuan bulanan sekaligus sebagai sarana pengumpulan data hasil penimbangan Balita. Kegiatan *refreshing* kader juga diisi dengan kegiatan arisan untuk mengikat kader supaya selalu hadir dalam pertemuan. Kader bersemangat untuk mengikuti *refreshing* sebagaimana disampaikan oleh salah satu kader Posyandu.

“...senang bisa mengikuti pertemuan kader seperti ini...karena menambah keterampilan dan kenal dengan kader yang lain...”. (I3)

Terkait program penanggulangan gizi buruk yang beragam, terdapat ibu Balita yang tidak mengetahui nama kegiatannya. Ibu Balita mengetahui ada kegiatan penimbangan di Posyandu dan biasanya diberi PMT. Hal ini disampaikan oleh Informan 6.

“...ada kegiatan di Posyandu dan biasanya diberi PMT kalo kita datang...”. (I6).

Apabila terdapat Balita gizi buruk yang tidak datang ke Posyandu, kader akan melakukan kunjungan ke rumah. Hal ini disampaikan oleh Informan 8.

“...kalo saya pas tidak bisa datang ke Posyandu, maka ibu kader yang akan datang ke rumah balita gizi buruk...” (I8)

Variabel Output

Laporan perkembangan balita gizi buruk di Puskesmas Jakenan pada saat penelitian (Bulan Mei 2018) menunjukkan pada awal tahun 2018 terdapat 25 Balita penderita gizi buruk. Terjadi peningkatan status gizi anak dari buruk ke gizi kurang (28%) tetapi lebih banyak yang sulit meningkat (72%). Penyebab utamanya adalah penyakit atau kelainan bawaan. Kondisi ini sesuai dengan tujuan dari program pelayanan gizi buruk adalah tercapainya peningkatan status gizi anak dan menurunkan angka kematian anak gizi buruk (Kemenkes, 2010).

Kelainan bawaan adalah suatu kelainan pada struktur, fungsi maupun tubuh yang ditemukan pada bayi ketika dilahirkan (Muslihatun, 2010). Hasil penelitian Maryanti & Kusumawati (2015) menunjukkan bahwa riwayat kesehatan ibu merupakan risiko kejadian kelainan kongenital bayi. Ibu yang memiliki riwayat penyakit mempunyai berisiko 40,25 kali lebih besar untuk melahirkan bayi dengan kelainan kongenital. Oleh karena itu skrining terhadap penyakit Diabetes Melitus, *Rubella*, Sitomegalovirus, Herpes Simplek dan Sifilis penting untuk dilakukan. Melalui pemeriksaan lebih awal, penyakit tersebut dapat diketahui dan segera diatasi sehingga ketika kehamilan tiba, ibu dalam kondisi yang telah sembuh dari penyakit tersebut dan risiko terhadap kejadian kelainan kongenital dapat dihilangkan.

Observasi dan wawancara dengan ibu Balita gizi buruk di wilayah kerja Puskesmas Jakenan menunjukkan adanya Balita gizi buruk dengan BBLR ketika dilahirkan. Berat bayi lahir menunjukkan kondisi kesehatan bayi. Bayi dikategorikan memiliki berat badan normal jika berat pada saat lahir sama dengan atau lebih dari 2500 gram. Kondisi kesehatan ibu hamil berpengaruh terhadap kesehatan bayi yang dikandung (Ernawati, 2015). Selain itu, terdapat Balita gizi buruk dari ibu yang menderita KEK (Kekurangan Energi Kronis) saat hamil, Balita gizi buruk yang tidak mendapatkan ASI eksklusif serta Balita gizi buruk dengan kelainan bawaan. Hasil observasi lapangan terhadap empat Balita gizi buruk ditampilkan pada Tabel 2.

Tabel 2.
Hasil Observasi Balita Gizi Buruk

No	Berat Badan Lahir	Ibu Hamil KEK	ASI eksklusif	Cacat Bawaan
1	BBLN	KEK	Diberi ASI eksklusif	Tidak ada cacat bawaan
2	BBLN	Tidak KEK	Diberi ASI eksklusif	Ada cacat bawaan
3	BBLR	KEK	Diberi ASI eksklusif	Tidak ada cacat bawaan
4	BBLR	Tidak KEK	Tidak diberi ASI eksklusif	Ada cacat bawaan

Masalah kesehatan yang sering dialami ibu hamil adalah Kurang Energi Kronis (KEK). KEK pada ibu hamil diukur berdasarkan ukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA). Jika ukuran LiLA kurang dari 23,5 cm berarti ibu hamil tersebut mengalami KEK. Hasil observasi pada beberapa Balita gizi buruk menunjukkan kondisi ibu Balita gizi buruk pada saat hamil mengalami KEK (Ernawati, 2017).

Adanya penyakit tertentu yang diderita Balita dapat menyebabkan status gizi Balita menurun. Zat gizi yang konsumsi Balita yang sakit digunakan untuk penulihan kesehatan. Hasil obsevasi menunjukkan bahwa terdapat Balita yang menderita gizi buruk karena mengalami penyakit penyerta sejak lahir.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan input untuk program penanggulangan gizi buruk khususnya sumber daya manusia di Puskesmas Jakenan Kabupaten Pati masih kurang karena baru tersedia satu petugas gizi dengan latar belakang pendidikan gizi yang seharusnya diperlukan 2 petugas gizi karena Puskesmas Jakenan termasuk Puskesmas rawat inap. Dana untuk program penanganan gizi buruk secara umum masih kurang terutama untuk dana PMT pemulihan. Sarana dan prasarana pada program penanggulangan gizi buruk di Puskesmas Jakenan Kabupaten Pati dinilai sudah cukup lengkap. Perlengkapan alat untuk promosi gizi sebagian besar dari pemerintah pusat. Pelaksanaan kegiatan pelayanan gizi masyarakat yang dilaksanakan Puskesmas Jakenan dalam menangani dan mencegah gizi buruk antara lain: (1) Pelacakan kasus balita gizi buruk dan *screening* GAKY, (2) Pemberian PMT pemulihan untuk Balita gizi kurang dan gizi buruk, (3) Pemantauan Garam

beryodium; (4) pemantauan status gizi, (5) pembentukan CFC (*Community Feeding Center/Pos pemulihan gizi*), (6) Pemantauan dan pemeriksaan CFC, (7) Kelas balita, (8) *Refreッシング* kader; (9) Penimbangan serentak (*screening* status gizi tahunan). Selanjutnya, output program penanggulangan gizi buruk di Puskesmas Jakenan Kabupaten Pati menunjukkan adanya peningkatan status gizi pada sebagian Balita gizi buruk menjadi status gizi kurang. Namun demikian, masih terdapat Balita yang belum meningkat status gizinya karena adanya penyakit bawaan.

Kendala yang dihadapi dalam penanggulangan gizi buruk di Puskesmas Jakenan adalah 1) SDM petugas gizi yang kurang, 2) pengetahuan dan keterampilan kader Posyandu yang belum memadai, 3) kesadaran masyarakat tentang masalah gizi kurang yang rendah.

Saran

Upaya penanganan Balita gizi buruk di Puskesmas Jakenan sebaiknya ditingkatkan melalui: 1) Penambahan petugas gizi berdasarkan kompetensi yang diperlukan, 2) Peningkatan kualitas kader Posyandu melalui pelatihan sesuai dengan kebutuhan para kader, 3) Penanganan gizi buruk melalui program 1000 hari pertama kehidupan dimulai sejak bayi dalam kandungan melalui kegiatan seperti implementasi besi folat pada ibu hamil, pemberian makanan tambahan pada ibu hamil KEK, promosi pemberian ASI eksklusif, promosi perbaikan MP-ASI, serta fortifikasi zat besi dan zink untuk Balita.

DAFTAR PUSTAKA

Alamsyah, D., Mexitalia, M., Margawati, A. (2015). Beberapa Faktor Risiko Gizi Kurang. *Jurnal Vokasi Kesehatan*, 1 (5), 131-135.

- Aprilyanti, I., Dachlan, D., Salam, A. 2013. *Studi Pelaksanaan Program Penatalaksanaan Balita Gizi Buruk di Puskesmas Dahlia Kecamatan Mariso Kota Makassar*. Makassar: Prodi Ilmu Gizi FKM Universitas Hasanudin.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktis*. Jakarta: Rineka Cipta
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2018). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017*. Semarang: DKP Jawa Tengah.
- Ernawati, A. (2015). Faktor Risiko Bayi Berat Lahir Rendah di Puskesmas Juwana dan Puskesmas Margorejo Ditinjau dari Faktor Ibu. *Jurnal Litbang: Media informasi Penelitian, Pengembangan dan IPTEK*, XI (2), 124-132.
- Ernawati, A. (2017). Masalah Gizi pada Ibu Hamil. *Jurnal Litbang: Media informasi Penelitian, Pengembangan dan IPTEK*, XIII (1), 60-69.
- Hariato, M.N.S., Wardani, A.K., Sutrisno. (2014). Penanggulangan Malnutrisi Anak Melalui Pembuatan Stiff Oorid Mango dengan Bahan Baku Lokal Kenya. *Jurnal Pangan dan Agroindustri*, 2 (4), 268-277.
- Hariyadi, D., Ekayanti, I. (2011). Analisis Pengaruh Perilaku Keluarga Sadar Gizi Terhadap Stunting di Provinsi Kalimantan Barat. *Jurnal Teknologi dan Kejuruan*, 34 (1), 71-80.
- Ismail, Z., Kartasurya, M.I., Mawarni, A. 2016. Analisis Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong Provinsi Papua Barat. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 4 (01), 21-26.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Pedoman Pelaksanaan Surveilans Gizi di Kabupaten/Kota*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometris Penilaian Status Gizi Anak. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Kemenkes RI.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Penilaian Status Gizi Anak.
- Lubis, Z. Tampubolon, E. Jumirah. (2012). Analisis Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk pada Anak Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Medan Labuhan, Kota Medan Tahun 2008. *Penelitian Gizi Makanan*, 35 (1), 70-77.
- Maryanti, D., Kusumawati, D. (2015). Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Kelainan Kongenital. *Jurnal Kesehatan Al-Irsyad (JKA)*, VII (1), 36-455.
- Masro, A., Edison, Gracediani. (2013). Implementasi Penanggulan Gizi di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Limau Kabupaten Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8 (1), 21-26
- Muslihatun. (2010). *Asuhan Neonatus Bayi dan Balita*. Jogjakarta: Fitramaya.
- Oktavia, S., Widajanti, L., Aruben, R. (2017). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Buruk pada Balita di Kota Semarang Tahun 2017 (Studi di Rumah Pemulihan Gizi Banyumanik Kota Semarang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 5 (3), 186-192.
- Pal, A., Pari, A. K., Sinha, A., Dhara, P.A., (2017). Prevalence of Undernutrition and Associated Factors: A Cross-Sectional Study among Rural Adolescents in West Bengal, India. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 4 (1), 9-18.
- Peraturan Bupati Pati No. 66 Tahun 2018 tentang Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi Kabupaten Pati Tahun 2017-2022.

- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktek Tenaga Gizi.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI, Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 83 Tahun 2017 tentang Kebijakan Strategis Pangan dan Gizi.
- Pratiwi, T.D., Masrul, M., Yerizel, E. (2016). Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 5 (3): 661-665.
- Sholikah, A., Rustiana E.F., Yuniastuti, A. (2017). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita di Pedesaan dan Perkotaan. *Public Health Perspective Journal*, 2 (1), 9-18.
- Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Supriasa, I.D.N., Bakri, B., Fajar. I. (2012). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC
- Susanti, E.M., Handayani, O.W.K., Raharjo, B.B. (2017). Implementasi Penatalaksanaan Kasus Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Cilacap I. *Unnes Journal of Public Health*, 6 (1), 47-52.
- Syahrul, S., Kimurac, R., Tsuda, A., Susanto, T., Saito, R., Ahmade, F. (2016). Prevalence of Underweight and Overweight among School Aged Children and It's Association with Children's Socio Demographic and Lifestyle in Indonesia. *Journal of Nursing Sciences*, 3 (2), 169-177.

BIODATA PENULIS

Aeda Ernawati, lahir di Purworejo pada tanggal 22 November 1976. Alumni S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro dan S2 Magister Gizi Masyarakat Universitas Diponegoro. Saat ini bekerja sebagai Peneliti di Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Pati.