

KAJIAN PENANGGULANGAN GIZI BURUK DI KALIMANTAN SELATAN

STUDY OF MANAGEMENT OF MALNUTRITION IN SOUTH KALIMANTAN

¹Maliani, ²Latifa Suhada Nisa, ³Dewi Siska, ⁴Gusti Syahrani Noor, ⁵Sajiman,
^{1,2,3,4}Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi Kalimantan Selatan
Jl. Dharma Praja I, Kawasan Perkantoran Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan, Banjarbaru,
Kalimantan Selatan, Indonesia

⁵Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Banjarmasin
Jalan Mistar Cokrokusumo, Sungai Besar, Banjarbaru, Kalimantan Selatan, Indonesia

e-mail: lianie.25@gmail.com

Diserahkan: 12/10/2021, Diperbaiki : 21/10/2021; Disetujui : 28/10/2021

DOI: 10.47441/jkp.v16i2.223

Abstrak

Kasus gizi buruk di Kalimantan Selatan tergolong tinggi. Tahun 2015 kasus gizi buruk mencapai 8,2%, dari seharusnya kurang dari 1%. Sepanjang 2015 Dinas Kesehatan Povinsi Kalimantan Selatan menangani sedikitnya 70 kasus penderita gizi buruk yang mayoritas adalah balita. Tahun 2016 meningkat menjadi 143 kasus, dan tahun 2017 sebanyak 144 kasus. Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan beserta pemerintah kabupaten/kota sesuai dengan kewenangannya menyusun dan melaksanakan kebijakan mengenai perbaikan gizi masyarakat. Tujuan dari penelitian ini yaitu mengidentifikasi faktor penyebab, upaya penanggulangan, dan merumuskan strategi penanggulangan gizi buruk di Kalimantan Selatan. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Analisis data dilakukan secara deskriptif dan SWOT. Hasil penelitian menunjukkan kasus gizi buruk disebabkan oleh kemiskinan, pola asuh kurang baik, dan sanitasi kurang. Upaya penanggulangan gizi buruk di Kalimantan Selatan dilakukan oleh Dinas Kesehatan dan lintas sektor, diantaranya dinas sosial melalui program PKH dan bantuan langsung non tunai (rastra, pembagian sembako, bantuan modal usaha, rehab rumah tidak layak huni) dan juga dinas ketahanan pangan melalui program KRPL dan CPP, dan lain-lain. Akan tetapi koordinasi antar dinas terkait dalam penanggulangan masalah gizi buruk terutama ditingkat kabupaten/kota masih belum maksimal. Diperlukan komitmen yang tinggi dari pimpinan daerah untuk integrasi semua sektor terkait.

Kata Kunci: Masalah Gizi, Penanggulangan Gizi Buruk, Koordinasi Lintas Sektor

Abstract

There are many malnutrition cases in South Kalimantan. In 2015 reached 8.2%. Throughout 2015 there were 70 cases, in 2016 there were 143 cases, and in 2017 there were 144 cases. The Provincial and the district/city government in cooperation must formulate and implement policies to improve community nutrition. This study aims to identify the causative factors, efforts to overcome and formulate strategies for controlling them. This research is a descriptive with qualitative and quantitative approaches, using descriptive and SWOT analysis. The results showed that malnutrition was caused by poverty, old age, and poor sanitation. Efforts to overcome malnutrition were carried out by the Health Office and various sectors, through the PKH, rastra, food distribution, business capital assistance, rehabilitation for the homeless, KRPL and CPP. However, coordination between related especially at the



district/city level, is still not optimal. It requires a high level commitment from local leaders of all relevant sectors.

Keywords: *Nutrition Problems, Prevention of Malnutrition, Cross-Sectoral Coordination*

PENDAHULUAN

Masa balita merupakan periode emas pertumbuhan anak. Menurut ahli gizi dari UGM, Dr. Toto Sudargo, SKM, M. Kes, balita di Indonesia mengalami permasalahan gizi ganda (*double burden*) yaitu gizi lebih dan gizi kurang. Sebagian anak mengalami obesitas, namun sebagian lainnya mengalami *stunting*, kurus, hingga gizi buruk. Masalah gizi jika tidak ditangani akan menimbulkan masalah yang lebih besar, bangsa Indonesia dapat mengalami *lost generation* (Laili dan Andriani 2019) (WHO 2018). Sedangkan gizi baik akan menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian balita, serta menekan pengeluaran pemerintah untuk menanggulangi kesakitan dan kecacatan akibat gangguan gizi (Judistiani, *et al.* 2015). 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 adalah bentuk terparah dari proses terjadinya kekurangan gizi menahun. Anak balita rentan untuk menjadi gizi buruk karena balita merupakan anak yang dalam masa tumbuh kembang. Penyebab gizi buruk sangat kompleks (Baihaki 2017), sehingga perlu dilakukan pendekatan secara terpadu dan menyeluruh (Wibowo 2018)

Pemantauan Status Gizi (PSG) di Indonesia tahun 2017 menunjukkan masih terdapat 15,2% balita yang memiliki gizi buruk-kurang. Prevalensi gizi buruk pada tahun 2017 sebesar 3,5% (Kemenkes RI, 2017). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, 2010 dan 2013 menunjukkan untuk kategori Gizi Kurang cenderung meningkat yaitu dari 13,0% (2007 dan 2010), menjadi 13,9% (2013). Sedangkan kategori Gizi Buruk dari 5,4% (2007) menjadi 4,9% (2010), tetapi pada 2013 meningkat menjadi 5,7% (Zulfianto and Rachmad 2017). Demikian juga halnya dengan Kalimantan Selatan, kasus gizi buruk masih tergolong tinggi. Pada tahun 2015 kasus gizi buruk mencapai 8,2%, dari seharusnya kurang dari 1%. Sepanjang 2015 Dinas Kesehatan Pov. Kalsel menangani sedikitnya 70 kasus penderita gizi buruk yang mayoritas adalah balita (Hanafi 2016). Tahun 2016 meningkat menjadi 143 kasus, dan tahun 2017 sebanyak 144 kasus (Dinas Kesehatan Provinsi Kalsel 2018).

Hasil PSG tahun 2017 di Kalimantan Selatan menunjukkan prevalensi gizi buruk dan gizi kurang anak balita umur 0-23 bulan sebesar 3,6% dan 12,9%. Angka ini melebihi angka nasional yaitu gizi buruk 3,5% dan gizi kurang 11,3%. Untuk balita umur 0-59 bulan prevalensi gizi buruk sebesar 4,6% dan dan gizi kurang sebesar 16,4%. Angka ini juga melebihi angka nasional yaitu gizi buruk sebesar 3,8% dan gizi kurang 14% (Kemenkes RI, 2018). Banyak faktor yang menyebabkan tingginya penderita gizi buruk dan gizi kurang di Kalimantan Selatan, salah satunya akibat kurangnya asupan makanan bergizi baik oleh Ibu maupun balita. Kekurangan gizi disebabkan berbagai faktor, baik di dalam maupun di luar masalah kesehatan (Pencawan 2016). Oleh karena itu, menurut Depkes RI (2007), penanganannya tidak dapat dilakukan dengan pendekatan medis dan pelayanan kesehatan saja, tapi harus melibatkan berbagai sektor terkait, karena masalah gizi tidak hanya masalah ahli gizi saja tetapi juga masalah lintas sektor (Akbar 2018).

Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan beserta pemerintah di tingkat kabupaten/kota sesuai dengan kewenangannya menyusun dan melaksanakan kebijakan mengenai perbaikan gizi masyarakat. Berbagai upaya telah dilakukan untuk perbaikan gizi, termasuk untuk menekan kasus gizi buruk, akan tetapi kasus gizi buruk masih terus ada. Oleh karena itu perlu dikaji mengenai bagaimana upaya penanggulangan masalah gizi buruk di Kalimantan Selatan dan strategi penanggulangan gizi buruk di Kalimantan Selatan. Tujuan dari penelitian ini yaitu mengidentifikasi faktor penyebab gizi buruk,

mengidentifikasi pelaksanaan upaya penanggulangan gizi buruk, serta merumuskan strategi penanggulangan masalah gizi buruk di Kalimantan Selatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Data yang digunakan pada kajian ini adalah data primer dan sekunder. Data primer bersumber dari kuesioner, dan wawancara. Data sekunder bersumber dari data dan informasi laporan dinas dan dokumen terkaitnya lainnya. Sumber informasi dan data dalam penelitian ini ditentukan secara *purposive sampling* di 13 kabupaten/kota pada Dinas Kesehatan, Dinas Sosial, Dinas Ketahanan Pangan, Puskesmas dan masyarakat, yang dilakukan pada tahun 2018 Analisis deskriptif digunakan untuk mengidentifikasi faktor penyebab gizi buruk dan pelaksanaan upaya penanggulangan gizi buruk di Kalimantan Selatan. Sedangkan analisis kualitatif digunakan untuk mendapatkan rumusan strategi penanggulangan masalah gizi buruk di Kalimantan Selatan, dalam hal ini menggunakan matriks SWOT.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Identifikasi Pelaksanaan Penanggulangan Gizi Buruk

Kementerian Kesehatan RI telah mengeluarkan standar, definisi operasional gizi buruk berdasarkan antropometri. Tapi masing-masing kabupaten menanggapi dan memahaminya berbeda-beda. Dari hasil wawancara dan observasi langsung ke lapangan diketahui bahwa terdapat beberapa perbedaan dalam hal definisi atau kriteria kasus gizi buruk yang dilaporkan, baik itu dari tingkat Puskesmas ke Kabupaten, maupun dari Kabupaten ke Provinsi (Tabel 1)

Tabel 1. Identifikasi Pelaksanaan Pelaporan Kasus Gizi Buruk di Kalimantan Selatan

No.	Temuan
1.	Dinas kesehatan di beberapa kabupaten/kota melaporkan kasus gizi buruk sesuai dengan standar <-3SD. Seluruh kasus dilaporkan, baik yang klinis maupun non klinis. Format laporan dari Puskemas ke dinas kesehatan kabupaten, hingga ke dinas kesehatan provinsi semuanya seragam.
2.	Dinas kesehatan di beberapa kabupaten/kota hanya melaporkan kasus gizi buruk klinis. Setelah dilakukan pengecekan ulang ternyata banyak kasus yang sebenarnya termasuk kriteria gizi buruk tetapi tidak tercatat dan dilaporkan, serta ditangani sebagai BGM. Masih terdapat tambahan kasus dari Puskesmas yang belum melaporkan.
3.	Terdapat dinas kesehatan kabupaten yang tidak melaporkan semua kasus dari Puskesmas ke dinas kesehatan provinsi karena alasan tertentu.
4.	Terdapat dinas kesehatan kabupaten yang sebenarnya memiliki kasus gizi buruk yang disebabkan karena penyakit, tetapi karena ada kebijakan yang berbeda di daerah mengatur tentang definisi gizi buruk maka kasus tersebut tidak dilaporkan.
5.	Masih ada dinas kesehatan kabupaten yang hanya melaporkan kasus gizi buruk dengan penyakit penyerta karena ada kecenderungan supaya kasus gizi buruk di kabupaten tersebut tidak tercatat tinggi.

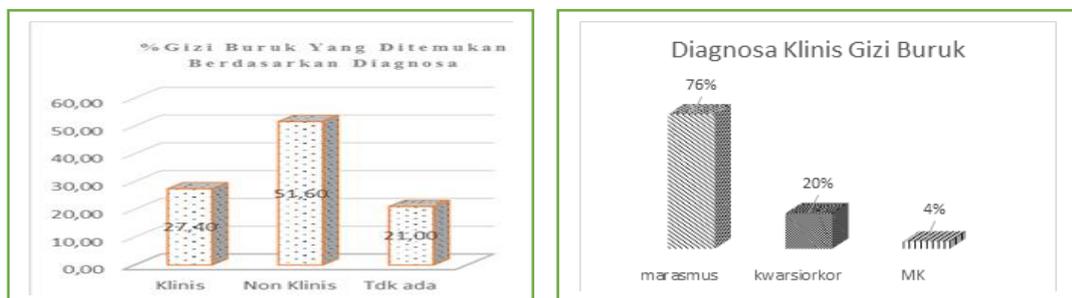
Sumber: data primer yang diolah (2018)

Berdasarkan standar dari Kementerian Kesehatan RI, Kasus gizi buruk yang dilaporkan harus sesuai dengan standar <-3SD. Seluruh kasus gizi buruk yang ditemukan harus dilaporkan, baik yang klinis maupun non klinis. Serta format laporan dari Puskemas ke dinas kesehatan kabupaten, hingga ke dinas kesehatan provinsi semuanya seragam untuk memudahkan dalam merekap hasil laporan. Akan tetapi, sesuai dengan hasil temuan yang dijelaskan pada Tabel 1, masih ada beberapa kabupaten /kota yang belum mengikuti hal tersebut.

Identifikasi Faktor Penyebab Gizi Buruk

Berdasarkan hasil wawancara dengan keluarga 13 orang penderita gizi buruk, sebanyak 20% penderita lahir sebagai bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), 30% kelahiran ditangani oleh bidan kampung, 60% penderita tidak mendapatkan imunisasi lengkap, dan 40% penderita tidak pernah dibawa orangtuanya ke Posyandu dengan berbagai alasan (sibuk bekerja, jarak Posyandu jauh dari rumah, malu karena penderita bertubuh kurus, dan dilarang oleh suami).

Menurut orang tua yang membawa anaknya ke Posyandu seluruhnya mengatakan bahwa pelayanan yang didapatkan di Posyandu adalah penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi/panjang badan. Ada sebagian Posyandu yang memberikan PMT berupa bubur kacang hijau ataupun bahan makanan lokal lainnya. Tidak semua Posyandu memberikan penyuluhan tentang gizi ataupun ASI eksklusif kepada orang tua, petugas hanya kadang-kadang saja memberikan penyuluhan.



Gambar 1. Gizi buruk yang ditemukan tahun 2018 berdasarkan diagnosa
(Sumber: data primer diolah 2018)

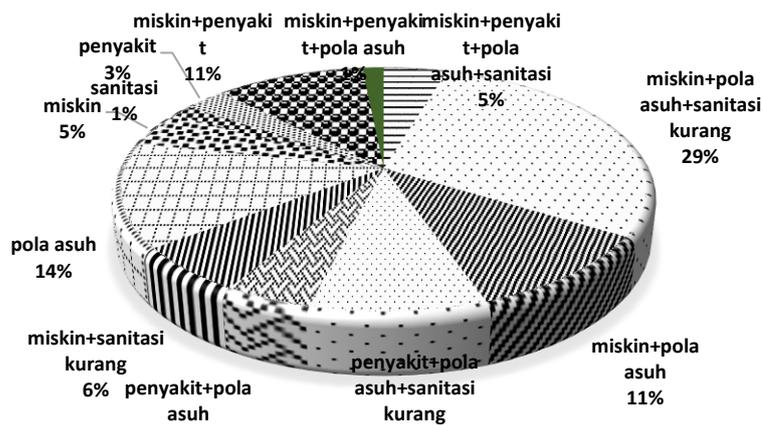
Berdasarkan Gambar 1, dari 95 kasus pada tahun 2018, kasus gizi buruk ditemukan dengan gejala klinis sebesar 27,4%, kasus gizi buruk non klinis sebesar 51,6%, sedangkan kasus gizi buruk yang tidak ada diagnosa dalam laporannya sebanyak 21%. Dari seluruh kasus gizi buruk yang ditemukan dengan gejala klinis, sebagian besar adalah marasmus sekitar 76%, kemudian kwarsiorkor 20%, dan ada juga yang didiagnosa marasmus-kwarsiorkor 4%.

Berdasarkan hasil wawancara, jarak antara rumah penderita gizi buruk dengan Puskesmas 60% jaraknya jauh dari Puskesmas. Penderita gizi buruk yang rumahnya jauh dari Puskesmas, sebesar 60% dari rumahnya menuju Puskesmas tidak dilalui trayek angkutan umum. Masalah jarak yang jauh dan tidak dilalui trayek angkutan umum ini menjadi pertimbangan orang tua untuk membawa anaknya ke Puskesmas. Berdasarkan ketersediaan pangan di wilayah tempat tinggal penderita gizi buruk, seluruhnya menyatakan mudah untuk mendapatkan bahan kebutuhan pokok, dan harganya pun terjangkau. Walaupun sebagian ada yang rumahnya jauh dari pasar, tetapi ada tukang sayur keliling yang datang, sehingga ibu-ibu tidak kesulitan untuk membeli kebutuhan pangan sehari-hari. Dari segi harga, semuanya menyatakan bahwa harga jual barang-barang kebutuhan pangan sehari-hari masih terjangkau oleh mereka. Disamping itu, ada juga sebagian orang tua penderita gizi buruk yang memiliki dan mengelola sawah atau kebun sendiri untuk mencukupi kebutuhan pangan sehari-hari.

Kasus gizi buruk per kasus yang terjadi di Kalimantan Selatan disebabkan oleh multi faktor. Sebagian besar kasus yang ada disebabkan oleh kombinasi dari kemiskinan, pola asuh kurang baik, dan sanitasi kurang (29%); pola asuh kurang baik (14%); kombinasi kemiskinan dan pola asuh kurang baik (10,8%); kemiskinan dan penyakit (10,8%) (Gambar 2). Kondisi ekonomi sebagai salah satu penyebab dasar masalah status gizi memberikan pengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan balita. Status gizi anak secara tidak langsung berkaitan dengan faktor sosial ekonomi keluarga. Jika status sosial ekonomi rendah maka kebutuhan makanan keluarga akan kurang terpenuhi sehingga anak akan

memiliki status gizi kurang (Sebataraja, Oenzil dan Asterina 2013). Selain itu, salah satu faktor yang berperan penting dalam status gizi balita adalah pola asuh, karena pola asuh mempengaruhi dalam terjadinya gangguan pertumbuhan pada anak (Pratiwi, Masrul dan Yerizel 2016). Semakin baik pola asuh yang diberikan maka semakin baik status gizi balita dan sebaliknya apabila ibu memberikan pola asuh yang kurang baik dalam pemberian makanan pada balita maka status gizi balita juga akan terganggu (Munawaroh 2016). Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rapar dkk (2014) yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara pola asuh ibu dengan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Ranotana. Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Putri (2018) bahwa ada hubungan pola asuh orangtua dengan status gizi balita di wilayah kerja Puskesmas Bulang.

Selain faktor ekonomi (kemiskinan) dan pola asuh, sanitasi lingkungan secara tidak langsung mempengaruhi kesehatan anak balita yang pada akhirnya dapat mempengaruhi kondisi status gizi anak balita. Sanitasi lingkungan yang buruk dapat menyebabkan balita lebih muda terserang penyakit infeksi, yang akhirnya dapat mempengaruhi status gizi anak. Ibu yang mempunyai balita gizi kurang dan gizi buruk mempunyai risiko 5,03 kali untuk menderita gizi kurang dan gizi buruk bila dibandingkan dengan ibu yang mempunyai balita gizi baik (Alamsyah, *et al.* 2017). Penelitian ini juga sejalan dengan Simbolan (2017) yang menunjukkan bahwa higiene sanitasi lingkungan berhubungan dengan status gizi balita, dengan tingkat keeratan hubungan adalah kuat positif.



Gambar 2. Faktor Penyebab Gizi Buruk di Kalimantan Selatan
(Sumber: Data primer diolah 2018)

Berdasarkan gambar 2, dari seluruh kasus gizi buruk yang ditemukan tahun 2018, setelah dilakukan analisis berdasarkan kasus per kasus, didapatkan bahwa gizi buruk yang terjadi di Kalimantan Selatan disebabkan oleh multi faktor. Sebagian besar kasus gizi buruk disebabkan oleh kemiskinan, pola asuh kurang baik dan sanitasi kurang secara bersamaan (29%), pola asuh kurang baik (14%), serta kemiskinan dan pola asuh kurang baik secara bersamaan (10,8%) secara dan kemiskinan + penyakit secara bersamaan (10,8%).

Upaya Penanggulangan Gizi Buruk oleh SKPD Terkait

Dinas Kesehatan se-Kalimantan Selatan

Upaya penanggulangan gizi buruk dilakukan melalui upaya kesehatan, yang meliputi upaya kesehatan kuratif dan rehabilitatif, serta upaya kesehatan promotif dan preventif. Kegiatan program perbaikan gizi masyarakat tahun 2015-2019, dengan sasaran program meningkatnya kesadaran keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat terutama pada ibu hamil, bayi dan balita serta usia produktif melalui kegiatan peningkatan surveilans gizi, peningkatan konsumsi makanan dan vitamin, serta penanggulangan masalah

gizi makro dan mikro. Kegiatan kegiatan tersebut dilakukan dalam bentuk Pemberian Makanan Tambahan (PMT) ibu hamil Kurang Energi Protein (KEK), Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) ibu hamil, promosi dan konseling Inisiasi Menyusui Dini (IMD), promosi dan konseling ASI eksklusif, pemantauan pertumbuhan, pemberian makanan bayi dan anak, tatalaksana gizi buruk dan pemberian vitamin A (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2015).

Secara garis besar upaya penanggulangan yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi beberapa komponen, yaitu (1) kebijakan; (2) tenaga gizi; (3) sarana dan prasarana; (4) anggaran; dan (5) kerjasama lintas sektor.

Tabel 2. Upaya Penanggulangan Gizi Buruk Oleh Dinas Kesehatan

No	Komponen	Temuan
1	Kebijakan	Hanya 23,08% dinas kesehatan kabupaten/kota menyatakan sudah memiliki kebijakan khusus, yaitu Kabupaten Kotabaru, Tanah Bumbu, Hulu Sungai Utara, dan Banjar.
2	Tenaga Gizi	Sebesar 53,85% dinas kesehatan kabupaten/kota menyatakan masih kekurangan tenaga tenaga gizi.
3	Sarana dan Prasarana	Sebanyak 38,46% dinas kesehatan kabupaten/kota menyatakan sarana dan prasarana yang dimiliki masih kurang, yaitu Kabupaten Tapin, Hulu Sungai Tengah, Tabalong, Tanah Laut dan Kotabaru.
4	Anggaran	- Sebanyak 53,85% dinas kesehatan kabupaten/kota menyatakan masih kekurangan anggaran. Sedangkan sisanya menyatakan cukup karena sudah ada dana bantuan dari pusat, dan beberapa mengalokasikan sendiri dana tambahan untuk program gizi di wilayahnya masing-masing. - Kabupaten/kota yang mengalokasikan anggaran khusus, yaitu Kota Banjarmasin, Kabupaten Balangan, Tanah Laut, dan Hulu Sungai Utara.
5	Kerjasama Lintas Sektor	Sebanyak 15,38% dinas kesehatan kab/kota menyatakan masih belum ada kerjasama dengan lintas sektor, yaitu Kabupaten Tapin, Balangan dan Kotabaru.

Sumber: Data primer yang diolah (2018)

Secara umum, penanggulangan gizi buruk yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan sudah cukup baik. Akan tetapi, dari segi kebijakan, hanya ada beberapa dinas kesehatan kabupaten/kota yang memiliki kebijakan khusus tentang gizi buruk. Selain itu, sebagian besar menyatakan masih kekurangan tenaga gizi. Dari segi anggaran, sebagian besar dinas kesehatan kabupaten/kota menyatakan masih kekurangan anggaran untuk penanggulangan gizi buruk.

Keberhasilan kegiatan program perbaikan gizi tergambar dalam 18 indikator program gizi. Beberapa masalah yang ditemukan dari pencapaian indikator tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3. Masalah Pencapaian Program Gizi Berdasarkan Indikator

No	Indikator	Masalah
1.	Balita gizi Buruk yang Mendapat Perawatan	- Penderita gizi buruk yang membutuhkan penanganan medis seringkali tidak dirawat di faskes karena keluarganya menolak dengan alasan karena faktor ekonomi, tidak ada yang dapat menunggu anak yang dirawat, tidak bisa meninggalkan anak-anak yang lain. - Menindaklanjuti kondisi tersebut, petugas kesehatan membuat surat pernyataan ketidakbersediaan untuk dirawat kepada keluarga dan diketahui oleh aparat desa.
2.	Balita yang ditimbang berat badannya (D/S)	- Rendahnya cakupan D/S disebabkan sebagian besar ibu hanya aktif membawa balitanya ke Posyandu untuk kepentingan mendapatkan imunisasi dan saat bulan pemberian vitamin A. Apabila imunisasi sudah lengkap ibu tidak lagi membawa anaknya ke Posyandu.

3.	Bayi 0-6 bulan mendapat ASI eksklusif	- Masih tingginya bayi usia 0-6 bulan yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif dengan alasan adanya budaya memberikan makanan pralaktal, memberikan tambahan susu formula karena ASI tidak keluar, menghentikan pemberian ASI karena bayi atau ibu sakit, ibu harus bekerja, serta ibu ingin mencoba susu formula, bidan tidak melakukan IMD. - Keberhasilan program pemberian ASI Eksklusif sebenarnya tidak hanya dibebankan pada ibu, tetapi juga dibutuhkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat dan pemerintah terhadap pemberian ASI Eksklusif dalam hal menyediakan waktu, fasilitas dan kebijakan yang menjamin hak bayi untuk mendapatkn ASI eksklusif.
4.	Ibu Hamil Mendapat 90 TTD (Tablet Fe)	- Program pemberian tablet besi pada wanita hamil yang menderita anemia kurang menunjukkan hasil yang nyata. Hal ini disebabkan Kepatuhan minum tablet besi yang tidak optimal; dan status besi Wanita Usia Subur (WUS) sebelum hamil sangat rendah, sehingga jumlah tablet besi yang dikonsumsi tidak cukup untuk meningkatkan <i>Hemoglobin</i> (Hb) dan simpanan besi.
5.	Balita kurus yang mendapat tambahan makanan	- Pemberian PMT sebagian besar tidak sesuai dengan Petunjuk Teknis (juknis). Hal ini disebabkan petugas tidak membaca juknis yang diberikan dan/atau karena ketersediaan PMT yang tidak sesuai dengan kebutuhan. - Pendistribusian PMT yang tidak merata, pengiriman PMT dari pusat langsung didistribusikan ke Puskesmas, di beberapa puskesmas jumlah yang dipasok berlebihan sementara di puskesmas yang lain mengalami kekurangan, ini menjadi salah satu kendala dalam pendistribusian PMT di wilayah tersebut. - Penyimpanan PMT menjadi masalah karena puskesmas yang mendapatkan pasokan berlebih tidak memiliki gudang khusus untuk penyimpanan, sehingga berpotensi mengalami kerusakan.

Sumber: Data primer diolah 2018

Dinas Sosial se-Kalimantan Selatan

Terdapat 2 program dan 7 kegiatan yang memiliki keterkaitan langsung dengan penanggulangan gizi buruk (tabel 4):

Tabel 4. Program Penanggulangan Gizi Buruk di Dinas Sosial

No.	Program	Uraian
1.	Program Pemberdayaan Kelembagaan Kesejahteraan Sosial	Kegiatan-kegiatan dalam program pemberdayaan kesejahteraan masyarakat sebagian besar dapat disinergikan dengan upaya penanggulangan gizi buruk. Potensi sumber daya yang terampil dimiliki pada kelembagaan kesejahteraan sosial diantaranya pada organisasi sosial, penyuluhan sosial, Pekerja Sosial Masyarakat (PSM), Tenaga Kesejahteraan Sosial Kecamatan (TKSK) dan Karang Taruna (KT);
2.	Pemberdayaan Fakir Miskin, Komunitas Adat Terpencil (KAT) dan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) lainnya	Dilakukan melalui kegiatan : - Program Keluarga Harapan (PKH). Petugas pendamping PKH dapat difungsikan untuk memantau, memberikan edukasi dan advokasi tentang pola asuh ibu terhadap balitanya, dan memberikan asupan gizi yang baik. - Pemenuhan kebutuhan pangan dan bantuan ekonomi melalui Kelompok Usaha Bersama (KUBE) - Perbaikan rumah bagi fakir miskin.

Sumber: Data primer diolah 2018

Indikator pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk oleh Dinas Sosial setiap kabupaten/kota yaitu dapat dilihat berdasarkan (1) kebijakan penanggulangan gizi; (2) SDM pelaksana program; (3) sarana dan prasarana pelaksana program; (4) anggaran; (5) keterlibatan dalam penanggulangan masalah gizi; dan (6) kendala Dinas Sosial (tabel 5).

Tabel 5. Indikator Pelaksanaan Program Penanggulangan Gizi Buruk oleh Dinas Sosial

No	Indikator	Uraian
1.	Kebijakan	<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat program dan kegiatan baik itu dari pemerintah pusat Program melalui Dinas Sosial (Program Pemberdayaan Fakir Miskin, Komunitas Adat Terpencil dan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial atau PMKS lainnya). Bentuk kegiatan dari program tersebut yaitu PKH dan Rastra. Dalam pelaksanaannya, tidak semua keluarga penderita gizi buruk dengan kondisi rentan pangan atau keluarga miskin yang menerima program dari Dinas Sosial. Hal tersebut dikarenakan mereka tidak terdata dalam Basis Data Terpadu (BDT) yang dikeluarkan oleh Kementerian Sosial. - Di Kabupaten Tapin dan Banjar, masyarakat miskin penderita gizi buruk yang bukan KPM dapat dibantu dengan menggunakan dana bantuan sosial (CSR). - Rata-rata kabupaten/kota tidak memiliki program atau kegiatan inovasi dalam penanggulangan gizi buruk, hal tersebut dikarenakan tidak terdapat secara khusus penanggulangan gizi buruk pada tugas pokok dan fungsi dinas.
2.	Sumber Daya Manusia (SDM)	<ul style="list-style-type: none"> - Pelaksanaan kegiatan PKH dan Rastra di setiap kabupaten/kota memiliki SDM yang cukup memadai. Selain bertugas memantau dan memastikan KPM mendapatkan program pemberdayaan, juga memberikan pembinaan kepada KPM. Pembinaan yang diberikan mengarah pada usaha untuk memberdayakan KPM agar keluar dari garis kemiskinan. Pembinaan belum mengarahkan pada pemberian edukasi yang berkaitan dengan upaya pentingnya asupan gizi yang baik kepada KPM. - SDM tersebut memiliki potensi yang sangat besar untuk membantu pada upaya penanggulangan gizi buruk, dikarenakan para pendamping tersebar hampir di seluruh desa dengan kualifikasi pendidikan dan pengetahuan yang baik. SDM pelaksana program memiliki peluang untuk dapat menambah materi khusus gizi buruk pada kegiatan pembinaan.
3.	Sarana dan Prasarana	<ul style="list-style-type: none"> - Pemenuhan sarana dan prasarana sebanyak 62%. Sarana dan prasarana yang masih kurang merupakan sarana operasional di lapangan diantaranya yaitu sarana transportasi berupa kendaraan operasional untuk tenaga pendamping PKH.
4.	Anggaran	<ul style="list-style-type: none"> - Anggaran pelaksanaan program di Dinas Sosial kabupaten/kota berasal dari Kementerian Sosial, Dinas Sosial Provinsi Kalimantan Selatan, dan dinas sosial kabupaten/kota, yaitu dengan adanya komitmen dana daerah 5%. - Anggaran dinas sosial dalam melaksanakan program dan kegiatan setiap kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan masih kurang, sebesar 54% masih kurang dalam hal anggaran.
5.	Keterlibatan dalam Penanggulangan Masalah Gizi	<ul style="list-style-type: none"> - Beberapa bentuk keterlibatan dinas sosial dalam upaya penanggulangan gizi buruk di antaranya keterlibatan dalam tim penanggulangan gizi buruk bersama dengan stakeholder lainnya, ikut serta dalam kegiatan berupa rapat atau pertemuan rutin, dan terlibat dalam membantu penderita gizi buruk pada kepesertaan jaminan kesehatan. - Keterlibatan dinas sosial dalam ikut serta atau terlibat upaya penanggulangan gizi buruk setiap kabupaten/kota masih kurang (46%). Keterlibatan tersebut yaitu menjadi bagian dari tim penanggulangan gizi buruk yang dibentuk oleh Dinas Kesehatan.

Adapun kegiatan dari tim tersebut berupa rapat dan koordinasi. Selain menjadi tim dalam penanggulaangan gizi buruk, terdapat kabupaten yang secara aktif terlibat dalam penanggulangan gizi buruk yaitu melakukan pendampingan serta memberikan bantuan dengan dana bantuan sosial untuk pengobatan.

Sumber: Data primer diolah 2018

Dinas Ketahanan Pangan se-Kalimantan Selatan

Kegiatan yang dilaksanakan pada aspek ketersediaan dan kerawanan pangan terdiri dari kegiatan penanganan kerawanan pangan provinsi; pengelolaan ketersediaan pangan masyarakat dan lumbung pangan; kawasan mandiri pangan; serta pemantauan ketersediaan, akses, dan kerawanan pangan. Kegiatan yang dilaksanakan pada aspek distribusi dan cadangan pangan terdiri atas kegiatan pengelolaan cadangan pangan pemerintah dan harga pangan; pemantauan distribusi dan akses pangan; pengembangan Usaha Pangan Masyarakat (PUPM); lembaga distribusi dan cadangan pangan masyarakat yang difasilitasi; serta hasil pemantauan pasokan dan harga pangan. Kegiatan yang dilaksanakan pada aspek penganekaragaman dan konsumsi pangan terdiri atas kegiatan pengelolaan konsumsi pangan masyarakat dan pengembangan pangan lokal; pengelolaan promosi dan penganekaragaman pangan; pemberdayaan pekarangan pangan; percepatan penganekaragaman konsumsi pangan. Kegiatan yang dilaksanakan pada aspek keamanan pangan yaitu penanganan mutu dan pengawasan keamanan pangan; pengelolaan lembaga dan informasi keamanan pangan; serta hasil pengawasan keamanan dan mutu pangan segar. Dinas Ketahanan Pangan Provinsi maupun dinas ketahanan pangan yang ada di Kabupaten/Kota, memiliki program yang sama untuk dilaksanakan dalam penanggulangan pangan dan gizi, yakni program Kawasan Rumah Pangan Lestari (KRPL) dan Mandiri Pangan. Program KRPL adalah program yang dikembangkan untuk penanggulangan pangan dan gizi termasuk gizi buruk dan stunting. KRPL didefinisikan sebagai kawasan di mana setiap unit rumah tangga memanfaatkan pekarangan secara intensif melalui pengelolaan sumberdaya alam lokal secara bijaksana, yang menjamin kesinambungan persediaannya dengan tetap memelihara dan meningkatkan kualitas, nilai dan keanekaragamannya.

Selain melaksanakan program KRPL, beberapa Dinas Ketahanan Pangan kabupaten/kota juga mendukung pelaksanaan program Posyandu. Dalam program Posyandu tersebut ada 5 meja/kegiatan yang harus diisi/dilaksanakan. Terdapat Posyandu yang memiliki tambahan meja, yaitu (1) peningkatan ekonomi keluarga; (2) ketahanan pangan; dan (3) informasi Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), data kemiskinan dan data Basis Data Terpadu (BDT), PAUD, serta BKB. Pengisian meja ketahanan pangan yang dilakukan oleh dinas ketahanan pangan tersebut merupakan salah satu kebijakan pemerintah provinsi Kalimantan Selatan dalam rangka mendukung kegiatan dinas kesehatan, namun kegiatan ini belum berjalan maksimal dan kegiatannya hanya berupa penyuluhan.

Dinas Ketahanan Pangan sudah berperan dalam upaya penanggulangan gizi buruk di Kalimantan Selatan. Dinas Ketahanan Pangan Kabupaten Tanah Bumbu, Hulu Sungai Selatan, Tapin, dan Barito Kuala sudah pernah dilibatkan dalam Tim Penanggulangan Gizi Buruk. Bentuk keterlibatannya adalah mengikuti rapat/FGD, penyusunan intervensi kegiatan dan bantuan pangan langsung. Hasil ini menunjukkan bahwa koordinasi antar dinas terkait di sebagian kabupaten/kota di Kalimantan Selatan dalam penanggulan gizi buruk belum berjalan maksimal, padahal koordinasi lintas sektor (mulai perumusan kebijakan, program, pemantauan dan evaluasi) di daerah merupakan keharusan dalam percepatan perbaikan gizi masyarakat.

Permasalahan dan Kendala dalam Pelaksanaan Upaya Penanggulangan Gizi Buruk di Kalimantan Selatan

Beberapa permasalahan dan kendala dalam pelaksanaan upaya penanggulangan gizi buruk di Kalimantan Selatan dapat dilihat pada tabel 6.

Tabel 6. Permasalahan dan Kendala Dalam Pelaksanaan Upaya Penanggulangan Gizi Buruk di Kalimantan Selatan

No	SKPD	Permasalahan dan Kendala
1.	Dinas Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Kurangnya kerjasama lintas program dan lintas sektor; - Keterbatasan anggaran/dana, tenaga dan sarana/prasarana; - Sistem Kewaspadaan Dini (SKD) belum berjalan optimal, surveilans gizi buruk belum berjalan optimal, pelacakan kasus gizi buruk masih terbatas; - Kurangnya partisipasi masyarakat terutama dalam hal kunjungan posyandu, masih kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat; - Orang tua penderita gizi buruk sulit untuk menyetujui anaknya dirawat di TFC atau pun dirujuk ke rumah sakit; - Keluarga penderita gizi buruk sering bergantung pada bantuan yang diberikan, dan kadang PMT yang diberikan ikut dikonsumsi anggota keluarga yang lain; - Pendistribusian stok suplemen gizi khusus PMT MP ASI ke puskesmas-puskesmas tidak sesuai dengan kebutuhan; - Kebutuhan sasaran dalam menjalankan program masih rendah khususnya kepatuhan ibu hamil dalam mengkonsumsi tablet tambah darah masih rendah; - Terdapat perbedaan definisi gizi buruk sehingga jumlah laporan gizi buruk tidak menggambarkan kondisi yang sebenarnya.
2.	Dinas Sosial	<ul style="list-style-type: none"> - Program yang ada di dinsos hanya fokus pada penanggulangan kemiskinan secara umum, belum fokus pada penanganan persoalan ketahanan pangan dan gizi; - Tidak semua keluarga penderita gizi buruk dengan kondisi rentan pangan (miskin) menerima program dari dinsos karena tidak terdata dalam BDT; - Pada umumnya SDM pendamping PKH, pembinaan hanya mengarah usaha untuk memberdayakan KPM agar keluar dari garis kemiskinan, belum kepada upaya untuk memberikan edukasi yang berkaitan dengan asupan gizi yang baik. Dikarenakan KPM merupakan kelompok masyarakat yang rentan masalah gizi terutama gizi buruk.
3.	Dinas Ketahanan Pangan	<ul style="list-style-type: none"> - Tim RAD-PG sudah terbentuk tetapi kurang koordinasi dan advokasi; - Kepedulian masyarakat terhadap pemanfaatan pekarangan masih rendah; - Peran dan fungsi Program KRPL belum optimal; - Masih kurangnya sosialisasi penganekargaman konsumsi pangan berbasis pangan lokal; - Intervensi bantuan pangan bagi perorangan tidak bisa dilaksanakan oleh dinas ketahanan pangan karena terbentur peraturan; - SKPG hanya sebatas laporan, belum ada tindak lanjut.

Sumber: Data primer yang diolah (2018)

Strategi Peningkatan Upaya Penanggulangan Gizi Buruk

Setelah didapatkan gambaran pelaksanaan upaya penanggulangan masalah gizi, khususnya gizi buruk di Kalimantan Selatan, selanjutnya disusun strategi upaya penanggulangan gizi buruk berdasarkan faktor internal (kekuatan dan kelemahan) serta faktor eksternal (peluang dan ancaman) (tabel 7).

Tabel 7. SWOT Strategi Peningkatan Upaya Penanggulangan Gizi Buruk

Faktor Internal	Kekuatan/Strength (S)	Kelemahan/Weakness (W)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat kebijakan pemerintah kabupaten/kota terkait penanggulangan masalah gizi 2. Sudah terbentuk tim penanggulangan gizi (Tim RAD PG, SKPG, Germas, dsb) 3. Masing-masing kabupaten/kota sudah mengalokasikan dana untuk kegiatan penanggulangan gizi buruk 4. Tenaga gizi sudah tersedia 5. Sudah tersedia program-program penanggulangan gizi buruk lintas sektor di daerah (PIS-PK, KRPL, PKH, dsb) 6. Tersedia sarana dan prasarana penunjang kegiatan program gizi 7. Adanya Posyandu Banua 8. Pencatatan dan pelaporan kasus gizi buruk telah dilaksanakan berjenjang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat beberapa kabupaten/kota yang belum memiliki kebijakan penanggulangan masalah gizi 2. Tim penanggulangan gizi tersebut belum bekerja secara optimal 3. Anggaran penanggulangan gizi di beberapa daerah tidak mencukupi 4. Jumlah dan kompetensi tenaga gizi untuk penanggulangan gizi buruk masih kurang dan penyebarannya tidak merata 5. Program yang ada tidak terintegrasi dan belum menyeluruh 6. Sarana dan prasarana masih kurang 7. Fungsi Posyandu belum optimal. Kader posyandu masih banyak yang belum terlatih 8. Tidak seragamnya definisi gizi buruk.
Faktor Eksternal	Strategi S-O	Strategi W-O
Peluang/Opportunities (O)		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemerintah provinsi menggagas kebijakan terkait penanggulangan masalah gizi 2. Tim penanggulangan gizi dapat mengkoordinir seluruh pihak terkait (ABGS) untuk bekerjasama 3. Terdapat sumber dana lainnya yang dapat dimanfaatkan (dana desa, CSR, Baznas dan organisasi kemasyarakatan lainnya) 4. Tersedia PTT tenaga gizi, pendamping PKH dan konsultan desa, yang dapat dimanfaatkan untuk mendukung pelaksanaan penanggulangan gizi buruk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sinkronisasi peraturan daerah dengan Pusat terkait penanggulangan masalah gizi, khususnya gizi buruk 2. Mengoptimalkan peran tim penanggulangan gizi dalam mengkoordinir seluruh pihak terkait untuk terlibat dalam penanggulangan gizi, khususnya gizi buruk. 3. Mengkolaborasi dana daerah dan dana lintas sektor. Membuat peraturan kebijakan pemanfaatan sumber dana dari sektor lainnya untuk optimalisasi penanggulangan gizi buruk 4. Melakukan kerjasama dan koordinasi dengan PTT tenaga gizi, pendamping PKH, konsultan desa dalam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendorong kabupaten/kota untuk membuat kebijakan berkaitan dengan penanggulan masalah gizi, khususnya gizi buruk disesuaikan dengan kebijakan pemerintah provinsi. 2. Aktualisasi peran masing-masing SKPD sesuai dengan rencana aksi penanggulangan gizi, khususnya gizi buruk. 3. Memanfaatkan sumber dana lintas sektor untuk mendukung kegiatan penanggulangan masalah gizi yang belum tercukupi oleh kab/kota. 4. Mengadakan diklat tenaga gizi untuk meningkatkan kompetensi, melatih pendamping PKH, konsultan desa agar memiliki kemampuan dalam mendukung pelaksanaan penanggulangan gizi buruk

<p>5. Adanya Perpres No. 42 tahun 2013 sebagai landasan integrasi kegiatan/program antar sektor</p> <p>6. Terdapat sumber dana dari sektor lainnya yang dapat dimanfaatkan untuk mencukupi kebutuhan sarana dan prasarana kegiatan program gizi</p> <p>7. Adanya Deklarasi Loksado sebagai upaya menurunkan gizi buruk melalui kegiatan Posyandu</p> <p>8. Adanya e-PPBGM, dan akan diterbitkan Permenkes tentang DO gizi buruk.</p>	<p>mendukung pelaksanaan penanggulangan gizi buruk,</p> <p>5. Membuat peraturan daerah sebagai turunan dari Perpres sebagai acuan kebijakan tentang integrasi program-program penanggulangan gizi buruk lintas sektor</p> <p>6. Mengoptimalkan pemanfaatan sarana dan prasarana yang tersedia, dan menambah sarana prasarana.</p> <p>7. Melakukan revitalisasi Posyandu,</p> <p>8. Pencatatan dan pelaporan kasus gizi buruk disesuaikan dengan peraturan kemnterian kesehatan</p>	<p>5. Melakukan integrasi program-program lintas sektor dengan menjadikan Perpres No 42 Tahun 2013 sebagai landasan kebijakan.</p> <p>6. Memanfaatkan sumber dana dari sektor lainnya untuk mencukupi kebutuhan sarana prasarana.</p> <p>7. Pelaksanaan deklarasi Lokasado untuk mengoptimalkan Posyandu.. Merencanakan pelatihan kader secara berkesinambungan</p> <p>8. Melaksanakan pelaporan melalui e-PPBGM.</p>
Ancaman/Threats (T)	Strategi S-T	Strategi W-T
<p>1. Kurangnya sosialisasi kebijakan terkait penanggulangan masalah gizi</p> <p>2. Ego sektoral masih tinggi</p> <p>3. Kurangnya sosialisasi terkait keberadaan dana yang bersumber dari sektor lain</p> <p>4. Kurangnya koodinasi, dan tidak ada bekal pengetahuan pendamping PKH, konsultan desa tentang penanggulangan gizi buruk</p> <p>5. Kurangnya sosialisasi dan adanya ego sektoral</p> <p>6. Masih kurangnya sosialisasi dan koordinasi kegiatan program gizi kepada lintas sektor terkait</p> <p>7. Partisipasi kunjungan Posyandu rendah.</p> <p>8. Kasus gizi buruk riil lebih besar dari yang dilaporkan, sebagian tidak tertangani sesuai SOP.</p>	<p>1. Melakukan sosialisasi terkait kebijakan penanggulangan gizi di setiap kabupaten/kota</p> <p>2. Menjadikan pimpinan daerah sebagai leader / koordinator tim</p> <p>3. Melakukan advokasii lintas sektor agar mendapat dukungan terkait penanggulangan gizi buruk</p> <p>4. Membuat komitmen kerjasama melalui azas saling menguntungkan (<i>win win solution</i>) dengan PTT gizi, pendamping PKH, konsultan desa. Melakukan sosialisasi program-program penanggulangan gizi buruk, dan mengadakan pelatihan gizi.</p> <p>5. Melakukan sosialisasi program-program penanggulangan gizi buruk</p> <p>6. Melakukan sosialisasi dan koordinasi kegiatan program gizi kepada lintas sektor terkait</p> <p>7. Meningkatkan peran dan kemampuan kader posyandu untuk melakukan inovasi kegiatan Posyandu untuk meningkatkan kunjungan.</p> <p>8. Melakukan monev pencatatan dan pelaporan kasus gizi buruk secara berjenjang, sesuai dengan kasus riil agar semua kasus dilaporkan dan ditangani sesuai SOP</p>	<p>1. Membuat dan mensosialisasikan kebijakan penanggulangan gizi di kabupaten/kota</p> <p>2. Mengkoordinasikan perencanaan kegiatan masing-masing sektor</p> <p>3. Melakukan sosialisasi adanya peluang sumber dana dari sektor lain untuk mendukung penanggulangan gizi buruk</p> <p>4. Melakukan rekrutmen tenaga gizi berdasarkan kebutuhan, melakukan koordinasi, membuat perencanaan anggaran untuk diklat gizi.</p> <p>5. Meningkatkan peran pimpinan daerah dalam upaya mensinergikan program-program penanggulangan gizi buruk lintas sektor.</p> <p>6. Meningkatkan sosialisasi kepada lintas sektor untuk mendapatkan dana guna mencukupi kebutuhan sarana dan prasarana</p> <p>7. Melatih kader, serta meningkatkan promosi posyandu agar masyarakat lebih tau dan mau untuk datang ke Posyandu.</p> <p>8. Membuat kesepakatan dan sosialisasi tentang keseragaman definisi gizi buruk agar semua kasus dilaporkan dan ditangani sesuai SOP</p>

Sumber: Data primer yang diolah 2018

Berikut adalah 8 rumusan strategi penanggulangan gizi buruk di Kalimantan Selatan:

- Strategi I : Membuat kebijakan terkait penanggulangan masalah gizi, khususnya gizi buruk dengan mengacu pada kebijakan pusat, serta mensosialisasikan kebijakan yang telah ada kepada seluruh instansi terkait.
Melakukan koordinasi perencanaan kegiatan masing-masing sektor dalam
- Strategi II : tim penanggulangan gizi buruk, kemudian aktualisasi peran masing2 SKPD sesuai dengan rencana aksi yang ditetapkan dengan dikoordinir oleh pimpinan daerah agar peran tim dapat menjadi optimal.
Melakukan sosialisasi adanya peluang sumber dana dari sektor lain untuk
- Strategi III : mendukung penanggulangan gizi buruk dan juga advokasi agar mendapatkan dukungan dari sektor lain terkait kolaborasi dan untuk optimalisasi penanggulangan gizi buruk.
Melakukan koordinasi dan kerjasama dengan membuat komitmen
- Strategi IV : kerjasama melalui azas saling menguntungkan (*win win solution*) dengan PTT gizi, pendamping PKH, konsultan desa. merencanakan pelatihan Melakukan rekrutmen tenaga gizi bila diperlukan.
Membuat peraturan daerah sebagai turunan dari Perpres sebagai acuan
- Strategi V : kebijakan tentang integrasi program-program penanggulangan gizi buruk lintas sektor serta melakukan sosialisasi program-program yang ada.
Meningkatkan sosialisasi kepada lintas sektor untuk mendapatkan dana. Memanfaatkan sumber dana dari sektor lainnya untuk mencukupi
- Strategi VI : kebutuhan sarana prasarana.
Melakukan revitalisasi Posyandu untk mengoptimalkan peran dan fungsi Posyandu, melatih kader, melakukan inovasi dan meningkatkan promosi
- Strategi VII : untuk meningkatkan kunjungan Posyandu
Membuat kesepakatan dan sosialisasi tentang keseragaman definisi gizi buruk sesuai dengan peraturan agar semua kasus dilaporkan dan
- Strategi VIII : ditangani sesuai SOP. Melakukan monev pencatatan dan pelaporan gizi buruk secara berjenjang. Melakukan pelaporan melalui e-PPBGM

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka beberapa hal yang dapat disimpulkan adalah sebagai berikut: (a) faktor utama penyebab kasus gizi buruk di Kalimantan Selatan adalah kombinasi antara kemiskinan, pola asuh yang kurang baik, dan minimnya sanitasi; (b) upaya penanggulaangan yang telah dilakukan oleh Pemerintah Prov. Kalsel bersama Pemerintah Kab/Kota adalah pelayanan PUS dan WUS, pelayanan bagi ibu hamil, nifas dan neonatal, Pelayanan bagi bayi dan balita, pelayanan bagi anak sekolah dan remaja yang termasuk ke dalam intervensi spesifik, program PKH dan bantuan langsung non tunai (rastra, pembagian sembako, bantuan modal usaha, rehab rumah tidak layak huni) dan program KRPL, CPP, dan lain-lain. Akan tetapi koordinasi antar dinas terkait dalam penanggulangan masalah gizi buruk terutama ditingkat kabupaten/kota masih belum maksimal; dan (c) strategi penganggulangan gizi buruk di Kalimantan Selatan selanjutnya adalah dengan membuat kebijakan terkait penanggulangan masalah gizi buruk dengan mengacu pada kebijakan pusat; sosialisasi kebijakan kepada seluruh SKPD terkait, koordinasi perencanaan dan mengaktualisasikan kegiatan masing-masing sektor dalam tim penanggulangan gizi buruk, melakukan advokasi untuk mendapatkan bantuan dana dari sektor non-pemerintah, membuat komitmen kerjasama dengan pelaksana teknis di lapangan (PTT Gizi, Pendamping PKH, dan Konsultan Desa), melakukan rekrutmen tenaga gizi bila dibutuhkan, melakukan revitalisasi dan optimalisasi peran serta fungsi Posyandu, membuat standar keseragaman definisi gizi buruk sesuai dengan peraturan agar

semua kasus melaporkan dan ditangani sesuai SOP, melakukan monitoring dan evaluasi pencatatan dan pelaporan gizi buruk secara berjenjang melalui e-PPBGM.

REKOMENDASI

Permasalahan utama yang ditemukan di lapangan terkait penanggulangan gizi buruk adalah tidak adanya payung hukum atau kebijakan kepala daerah mengenai penanggulangan gizi buruk, dan kurang optimalnya peran lintas sektor. Ketidakefektifan peran lintas sektor disebabkan karena masing-masing sektor di luar sektor kesehatan menganggap bahwa penanganan gizi buruk bukan merupakan tugas pokok dan fungsinya.

Kasus gizi buruk sudah ditangani oleh sektor kesehatan sesuai dengan tata laksana pelayanan gizi buruk baik di fasilitas kesehatan maupun masyarakat, namun pemulihan kondisi gizi buruk membutuhkan peran sektor terkait lainnya seperti Dinas Sosial dan Dinas Ketahanan Pangan. Oleh karena itu perlu dibuat suatu formulasi kebijakan yang mengatur peran masing-masing sektor tersebut dalam menanggulangi kasus gizi buruk. Sehingga ketika terjadi kasus gizi buruk, masing-masing SKPD, masyarakat maupun swasta dapat secara bersama-sama melakukan penanganan, yang menyentuh berbagai aspek baik dari aspek kesehatan, pangan, maupun sosial ekonomi penderita/keluarga.

Adanya PTT kesehatan dan para fasilitator/pendamping program lintas sektor dapat menjadi peluang sebagai ujung tombak penanggulangan gizi buruk di desa-desa, akan tetapi selama ini belum ada koordinasi. Sehingga perlu untuk menjadikan dinas kesehatan sebagai koordinator untuk membuat kerjasama dengan fasilitator atau pendamping program yang ada di lapangan, diantaranya PTT kesehatan, pendamping PKH, pendamping KRPL, pendamping desa untuk melakukan komunikasi, pemberian informasi dan edukasi tentang upaya perbaikan gizi di masyarakat, serta sebagai pengawas/pemantau adanya masalah gizi di masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, Fredy. 2018. "Faktor Determinan Yang Mempengaruhi Terjadinya Gizi Kurang Pada Balita di Kabupaten Polewali Mandar." *Jurnal Kesehatan Masyarakat Vol. 4* (2) (Jurna Kesehatan Masyarakat Vol.4 No.2, November 2018) 91-101.
- Alamsyah, Deddy, Maria Mexitalia, Ani Margawati, Suharyo Hadisaputro, dan Henry Setyawan. 2017. "Beberapa Faktor Risiko Gizi Kurang dan Gizi Buruk pada Balita 12-59 Bulan (Studi Kasus di Kota Pontianak)." *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Komunitas*.
- Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI. 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar 2013*. Laporan Hasil Riset, Jakarta: Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI.
- Baihaki, Egi Sukma. 2017. "Gizi Buruk dalam Perspektif Islam: Respon Teologis." *SHAHIH - Vol 2, Nomor 2, Juli - Desember 2017*.
- Dinkes Prov. Kalsel. 2018. "Laporan Tahunan Kasus Gizi di Kalimantan Selatan Tahun 2017 dan 2018."
- Judistiani, Tina Dewi, Annisa Fauziah, Sri Astuti, Anita Yuliani, dan Puspa Sari. 2015. "Gangguan Gizi Balita di Desa Mekargalih Kecamatan Jatinangor-Sumedang: Masalah Kesehatan Masyarakat." *Jurnal Sistem Kesehatan* 84-91.
- Laili, Uliyatul, dan Ratna Ariesta Dwi Andriani. 2019. "Pemberdayaan Masyarakat dalam Pencegahan Stunting." *Jurnal Pengabdian Masyarakat* 8-12.
- Maskuriah, Ulul, dan Imam Hanafi. 2016. *Dinkes : Kasus Gizi Buruk Kalsel Cukup Tinggi*. 11 January. Diakses October 2018, 14. <https://kalsel.antaranews.com/berita/32856/dinkes-kasus-gizi-buruk-kalsel-cukup-tinggi>.

- Masro, Adriswati, Edison Edison, dan Licy Gracediani. 2013. "Implementasi Penanggulangan Gizi Buruk di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Limau Kabupaten Padang Pariaman." *Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas Vol. 8 (1)* 21-26.
- Munawaroh. 2016. "Pola Asuh Mempengaruhi Gizi Balita." *Jurnal Keperawatan P-ISSN 2086-3071 E-ISSN 2443-0900*.
- Pal, Amitava, Kumal Amar Pari, Arunangshu Sinha, dan Prakash C Dara. 2017. "Prevalence of Undernutrition and Associated Factors: A cross-sectional study among rural adolescents in West Bengal, India." *Int J Pediatr Adolesc Med* 9-18.
- Pencawan, Yoseph. 2016. *Akibat Kemiskinan, Kasus Gizi Buruk di Kalsel masih Mencemaskan*. 08 January. Diakses October 10, 2018. <https://kalimantan.bisnis.com/read/20160108/407/508269/akibat-kemiskinan-kasus-gizi-buruk-di-kalsel-masih-mencemaskan>.
- Pratiwi, Tiara Dwi, Masrul Masrul, dan Eti Yerizel. 2016. "Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Belimbing Kota Padang." *Jurnal Kesehatan Andalas*.
- Putri, Rahayu Mona. 2018. "Hubungan Pola Asuh Orangtua Dengan Status Gizi Pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Bulang Kota Batam." *Jurnal Bidan Komunitas Vol. 11 No. 2 (Jurnal Bidan Komunitas Vol. 11 No. 2 Hal. 107-116)* 107-116.
- Rapar, Lourine Vicka, Septi Rompas, dan Yudi Amatus Ismanto. 2014. "Hubungan Pola Asuh Ibu dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Ranotana Weru Kecamatan Wanea Kota Manado." *Jurnal Keperawatan* 1-7.
- Saputra, Wiko, dan Rida Rahmah Nurizka. 2012. "Faktor Demografi dan Risiko Gizi Buruk dan Gizi Kurang." *Makara Kesehatan Vol.16 (2)* 95-101.
- Sebataraja, Rimelfhi Lisbet, Fadil Oenzil, dan Asterina. 2013. "Hubungan Status Gizi dengan Status Sosial Ekonomi Keluarga Murid Sekolah Dasar di Daerah Pusat dan Pinggiran Kota Padang." *Jurnal Kesehatan Andalas Vol. 3 (2)* 182-187.
- Simbolon, Rumida. 2017. "Hubungan Faktor Sosial Ekonomi dan Higien Sanitasi Lingkungan dengan Status Gizi Anak Balita di Desa Nifuboke Tahun 2016." *Jurnal INOHIM, Vol. 5 (2)* (Jurnal INOHIM, Volume 5 Nomor 2, Desember 2017 1) 96-102.
- WHO. 2018. *World Health Statistic*. Jenewa: World Health Organization.
- Wibowo, Kukuh S. 2018. "Gizi Buruk dan Campak di Asmat, Jokowi Minta Solusi Menyeluruh." <https://nasional.tempo.co>. 23 Januari. Diakses 10 26, 2021.
- Zulfianto, Aria Nils, dan Mochamad Rachmad. 2017. *Buku Ajar Surveilans Gizi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.