

# HEALTH QUALITY

## Jurnal Kesehatan

Hubungan Kepuasan Pasien dengan Perilaku Caring Perawat yang Mendapat & Tidak Mendapat Paparan tentang Caring di RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009

Keberhasilan Tambalan Fissure Sealant Dalam Mencegah Karies Gigi Pada Anak Kelas IV SDN 04 Pagi Cilandak

Analisis Kebijakan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) Gizi Buruk dan Busung Lapar di Provinsi NTT

Efektifitas Senam Jantung Terhadap Kenyamanan Biopsikososial Klien Beresiko Serangan Jantung di Lebak Bulus dan kebayoran Baru Jakarta Selatan

Pengalaman dan Pemahaman Remaja Usia Awal (*Preteen*) Tentang Seksualitas di Bekasi, Jawa Barat

Hubungan Paparan Seks Media Televisi dan Internet Dengan Perilaku Seksual Remaja di SMA 47 Jakarta Selatan

HEALTH QUALITY	Vol 2	Nomor 2	Halaman 47-112	Jakarta Mei 2011	ISSN 1978-4325
-------------------	-------	---------	-------------------	---------------------	-------------------

Diterbitkan oleh :  
Politeknik Kesehatan Jakarta I  
Kementerian Kesehatan RI

# ANALISIS KEBIJAKAN PENANGGULANGAN KEJADIAN LUAR BIASA (KLB) GIZI BURUK DAN BUSUNG LAPAR DI PROVINSI NTT

Tri Riana Lestari<sup>1</sup>, Didit Damayanti<sup>2</sup>, Kristina Ragu<sup>3</sup>, Taufigurrachman<sup>1</sup>, Heni Nurhaeni<sup>1</sup>,  
Bara Miradwiyana<sup>1</sup>, Reni Chairani<sup>1</sup>, Suryati<sup>1</sup>, Lindawati<sup>1</sup>, Katherina Paulina<sup>1</sup>, Rospa  
Hetharia<sup>1</sup>

1. Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jakarta I
2. Jurusan Gizi Politeknik Kesehatan Kemenkes Jakarta II
3. Jurusan Kesehatan Lingkungan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

## ABSTRACT

The phenomenon of inadequate nutrient, bad nutrient, which is known as malnutrition basically is a health problem in the most of the community in East Nusa Tenggara Province which often related to inadequate food whether as calorie/carbohydrate source. The problem of bad nutrient in NTT Province is included in Extraordinary Incident of Bad Nutrient in National level. To handle Extraordinary Incident of Bad Nutrient, government has undertaken various endeavors by applying the strategy and policy and the activity of programs of various development sectors. Intervention by the government of NTT Province, is undertaken based on central direction and policy and is implemented since June 2005.

To better understand the effectiveness of the policy and correctness of attainment of program intervention target in NTT, so, research needs to be undertaken, with the basic assumptions so research is formulated with title: POLICY ANALYSIS ON MANAGEMENT OF EXTRAORDINARY INCIDENT OF BAD NUTRIENT AND MALNUTRITION IN NTT PROVINCE

The purpose of this research is to illustrate the condition of malnutrition in NTT province and analyze the government performance in the management of the incidence of malnutrition to determine the right policy. The type of this research is 'Qualitative Research model : Retrospective Evaluative with samples number is 385 samples. Number of samples is proportionally spread in 8 investigated kabupatens. Technique in sampling using *Purposive Sampling* method (puskesmas taken is puskesmas with many cases). The samples are taken from 8 locations, which are: Kupang, TTU, Alor, Manggarai, Sumba Barat, Flores Timur, Belu and TTS. Data collection method is obtained from primary data, secondary data and analyze by double linear regression, bivariate and multivariate.

The result of this research shows that the number of bad nutrient suffered after giving the extra food/ PMT intervention has an increase of 4,5% (from 61,5% to 66%) and the number of inadequate nutrient suffered has a decrease of 4,5% (from 38% to 34%).

Status of under-five children's nutrient after PMT intervention of 66% is still in the level of inadequate nutrient and bad nutrient status, while the children with good nutrient is only 34%. Cadre Training Implementation reaches 88%, 52% posyandu has operational fund, 62% cadres have reward, 64% posyandu have 5 cadres, 72% of existing cadre have had the training. The model of government policy in handling Extraordinary Incident of Bad Nutrient and Malnutrition in NTT Province after policy intervention both inadequate and bad nutrient status is affected by 3 aspects, which are : social-cultural, social-economy and education.

Endeavor in bad nutrient and malnutrition control in NTT Province shall be undertaken collectively and more toward preventive effort by moving the community's economic sector and improvement in education and health service.

Key Words: bad nutrient, malnutrition, cadres, government policy

## PENDAHULUAN

Pembangunan yang dilaksanakan pemerintah dan rakyat di provinsi Nusa Tenggara Timur saat ini pada hakekatnya bertujuan untuk menciptakan rakyat Nusa Tenggara Timur yang lebih maju dan lebih sejahtera baik jasmani maupun rohani di alam wadah NKRI. Pelaksanaan Pembangunan di Provinsi Nusa Tenggara Timur masih diperhadapkan dengan berbagai masalah, salah satunya adalah rendahnya derajat kesehatan masyarakat. Indikatornya adalah tingginya angka kematian ibu hamil, anak dan balita, masyarakat yang masih rentan terhadap berbagai jenis penyakit menular, sering diserang wabah demam berdarah, muntaber, sanitasi lingkungan yang tidak sehat sampai kepada keadaan masyarakat yang kekurangan gizi dan gizi buruk yang menyebabkan terjadinya busung lapar, marasmus, kwashiorkor dan marasmus kwashiorkor pada anak dan balita.

Fenomena kurang gizi, gizi buruk yang dikenal dengan istilah busung lapar pada dasarnya adalah masalah kesehatan masyarakat di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang sering berkaitan dengan masalah kekurangan pangan pokok baik sebagai sumber kalori/karbohidrat antara lain; jagung, beras, ubi-ubian dan kacang-kacangan maupun protein; daging, telur, susu sebagai protein hewani dan tahu, tempe sebagai protein nabati. Masalah gizi di Provinsi Nusa Tenggara Timur di dominasi masalah Kurang Energi Protein (KEP), masalah anemia karena kekurangan zat besi, masalah Gangguan Keluarga Akibat Kekurangan Yodium ( GAKY) dan masalah Kurang Vitamin A.

Secara empiris diyakini bahwa masalah kurang gizi, gizi buruk dan busung lapar yang melanda anak dan balita di Provinsi Nusa Tenggara Timur diakibatkan karena kurangnya atau ketiadaan bahan pangan pokok untuk memenuhi kebutuhan hidup setiap hari di tingkat rumah tangga secara cukup baik mutu maupun jumlahnya. Keterbatasan persediaan pangan pokok masyarakat di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang akhirnya mengalami kurang gizi, gizi

buruk sampai pada terjadinya busung lapar juga diakibatkan bencana kekeringan yang berkepanjangan, krisis ekonomi yang belum pulih, serta lambatnya intervensi pemerintah dalam mendeteksi secara cepat dan tepat perkembangan kesehatan masyarakat dan ketersediaan pangan masyarakat terutama di daerah rawan pangan. Faktor penyebab lain diperkirakan karena perubahan pola konsumsi makanan, asupan zat-zat gizi makanan, adanya penyakit infeksi yang di derita ibu hamil, anak dan balita, kondisi sosial budaya, antara lain; rendahnya tingkat pendidikan dan lemahnya etos kerja masyarakat.

Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan Indonesia, pada tahun 2004, kasus gizi kurang dan gizi buruk sebanyak 5,1 juta. Kemudian pada tahun 2005 turun menjadi 4,42 juta. Tahun 2006 turun menjadi 4,2 juta (944.246 di antaranya kasus gizi buruk) dan tahun 2007 turun lagi menjadi 4,1 juta (755.397 di antaranya kasus gizi buruk). Rendahnya ketahanan pangan di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang telah menimbulkan Kejadian Luar Biasa gizi buruk marasmus, kwashiorkor dan marasmus, kwashiorkor masuk dalam kategori masalah nasional. Sampai dengan 31 Juli 2006, di Provinsi NTT kasus marasmus berjumlah 529 kasus, kwashiorkor 12 kasus, marasmus, kwashiorkor 18 kasus dan yang meninggal dunia sebanyak 72 orang balita atau meningkat 5 orang (175 %) sejak Agustus 2005 (*Dinkes Provinsi NTT, 2006*).

Data penderita gizi buruk hampir terjadi merata diseluruh wilayah Provinsi Nusa Tenggara Timur, diperkirakan penderitanya akan terus bertambah, maka upaya penanggulangannya harus cepat, tepat, komprehensif dan berkelanjutan. Penyebab gizi buruk, Marasmus dan kwashiorkor adalah multi faktor, sehingga pendekatan penanggulangannya mutlak melibatkan sektor pemerintah terkait baik pusat maupun daerah, LSM, Perguruan Tinggi, organisasi profesi dan organisasi keagamaan serta partisipasi masyarakat.

Masalah Gizi Buruk di Provinsi NTT sudah masuk dalam kategori Kejadian Luar Biasa (KLB) Gizi Buruk secara nasional. Untuk menanggulangi KLB Gizi Buruk yang terjadi pemerintah telah melakukan berbagai upaya dengan menerapkan Strategi dan Kebijakan serta Program-program kegiatan dari berbagai sektor pembangunan. Intervensi yang dilakukan Pemerintah provinsi NTT, dilakukan berdasarkan arah dan kebijakan pusat dan dilaksanakan sejak bulan Juni tahun 2005 .

Program pemerintah dalam penanggulangan KLB Gizi buruk secara nasional meliputi ; 1) Pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) pada balita gizi kurang dan gizi buruk ; 2). Revitalisasi posyandu ; 3). Kegiatan penunjang : Surveilans gizi, advokasi, bimtek dan evaluasi, distribusi barang. Sedangkan Pelaksanaan kegiatan programnya melalui 1) tahap penyelamatan 11 butir kegiatan ; 2). Tahap pemutihan (7 butir kegiatan) dan tahap pengembangan (8 butir kegiatan). Di Provinsi NTT, strategi penanggulangan gizi buruk meliputi ; 1). Pemberian Makanan Tambahan-Pemulihan (PMT-P); 2) Pemberian suplementasi tablet vitamin/mineral sasaran anak usia dibawah 3 tahun, WUS, ibu hamil, dan anak usia sekolah dari gol. ekonomi lemah; 3) menyelenggarakan pendidikan gizi/promosi gizi untuk merubah perilaku masyarakat ke arah sadar gizi; 4) Melaksanakan perawatan khusus marasmus, kwashiorkor, dan campuran marasmus kwashiorkor di TFC (*Therapeutic Feeding Centre*) dibiayai NGO internasional dan domestik.

Walaupun sampai saat ini upaya penanggulangan secara jangka pendek (tanggap darurat) di Provinsi NTT dapat menekan terjadinya kasus baru gizi buruk, namun dari data laporan kasus, intervensi yang dilakukan belum memberikan hasil yang menggembirakan. Hal ini ditunjukkan dengan adanya peningkatan kasus gizi buruk dan peningkatan angka kematian kasus walaupun dalam skala kecil. Laporan kasus pada bulan Desember tahun 2005 menunjukkan jumlah penderita gizi buruk di Provinsi NTT meningkat sebanyak 845 orang (6%) dari data awal bulan Mei 2005 dan angka kematian kasus meningkat dari 37 balita menjadi 58 balita pada akhir tahun 2005 (*Dinkes Provinsi NTT, Desember 2005*).

Tujuan penelitian yang ingin dicapai pada penelitian ini adalah menggambarkan situasi dan kondisi Kejadian Luar Biasa Gizi Buruk dan Busung Lapar di provinsi NTT dengan mengetahui faktor-faktor penyebabnya dan menganalisis kinerja pemerintah dalam penanganan KLB Gizi Buruk dan Busung Lapar di provinsi NTT untuk menentukan

model kebijakan yang tepat dalam menangani Kejadian Luar Biasa Gizi buruk dan Busung Lapar di provinsi NTT.

## METODE

Jenis penelitian ini adalah 'Penelitian kualitatif dengan model : Evaluatif Retrospektif, karena menganalisis atau mengkaji program-program kegiatan yang sudah dilaksanakan untuk menilai apakah strategi atau kebijakan yang diambil sudah tepat atau belum. Rancangan penelitian yang digunakan adalah *Cross Sectional Study* untuk menganalisis kebijakan/strategi penanggulangan gizi buruk yang diterapkan dan *Post Test Only Design* (evaluasi pada akhir) untuk menilai program penanggulangan gizi buruk apakah tepat pada sasaran, biaya terpakai, tercapai indikator dan sebagainya.

Penelitian ini dilaksanakan pada 8 kabupaten/kota di seluruh provinsi Nusa Tenggara Timur dengan pertimbangan besar sample yang dipilih. Adapun lokasi kabupaten/kota adalah : Kabupaten Kupang, Kabupaten TTU, Kabupaten Alor, Kabupaten Manggarai, Kabupaten Sumba Barat, Kabupaten Flores Timur, Kabupaten Belu, Kabupaten TTS. 8 kabupaten ini juga mempunyai jumlah populasi gizi buruknya paling banyak dan jumlah kematian tertinggi. Penelitian dilakukan dari bulan Januari sampai dengan September 2006

Subyek penelitian ini adalah penanggung jawab program penanggulangan gizi buruk di instansi kesehatan dari tingkat dinas sampai puskesmas dan posyandu, serta instansi terkait di kabupaten/kota (seperti Dinas Sosial, Dinas pertanian), kepala keluarga yang memiliki anak balita gizi buruk, tokoh masyarakat, tokoh agama dan LSM, serta anak balita gizi buruk di bawah usia 5 tahun di kabupaten/kota. Jumlah sample untuk balita gizi buruk adalah 385 sampe dan jumlah untuk pengelola program gizi terdiri dari Kepala Dinas Kesehatan kabupaten 8 orang, 16 orang kepala PUSKESMAS, 22 orang pengelola gizi puskesmas, 22 orang kader Posyandu. Sample ini tersebar secara proporsional pada 8 kabupaten yang diteliti.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara yang direkam pada tape recorder dan pengisian kuesioner dengan penanggung jawab program, pengelola program, instansi lintas sektoral, keluarga dengan anak gizi buruk dan tokoh masyarakat/ agama. Analisis data dengan

cara hasil wawancara ditranskripkan dalam catatan tertulis dan dikelompokkan sesuai dengan bidang-bidang yang akan dianalisis kemudian dilakukan penafsiran data secara narasi dan interpretasi kemudian dibandingkan dengan standar Depkes yang telah ditetapkan dan teori dari beberapa pustaka. Data yang digunakan adalah data primer dan sekunder.

Prosedur analisis data dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan analisis deskriptif untuk mendapatkan gambaran situasi KLB gizi buruk di provinsi NTT, analisis SWOT untuk menilai Kekuatan-Kelemahan-Peluang-Ancaman dari kebijakan pemerintah terhadap penganggulangan KLB gizi buruk dan busung lapar, uji statistik dengan menggunakan software komputer Untuk menggambarkan tentang beragam faktor yang mempengaruhi KLB gizi buruk dan busung lapar di provinsi NTT. Untuk menentukan model kebijakan yang tepat tentang penanggulangan KLB Gizi Buruk dan busung lapar di Provinsi NTT dengan menggunakan analisis kebijakan yang berorientasi pada penyempurnaan suatu kebijakan yang disebut dengan model kebijakan incremental yang dianalisis melalui analisis kinerja, pelaksanaan kebijakan atau evaluasi kebijakan. Analisis tersebut dipadukan lagi dengan analisis pada masing-masing variabel khusus yaitu : Analisis kondisi ekonomi masyarakat dengan menggunakan analisis deskriptif/kuantitatif, Analisis komparasi konsumsi dan pendapatan untuk mengukur kemampuan ekonomi masyarakat, analisis potensi untuk mengukur potensi ekonomi dan analisis kebijakan yang berorientasi pada penyempurnaan suatu kebijakan yang disebut dengan model kebijakan incremental yang dianalisis melalui analisis kinerja, pelaksanaan kebijakan atau evaluasi kebijakan.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **A. Gambaran Kasus Gizi Buruk Secara Keseluruhan Di Provinsi NTT**

1. Jumlah kasus gizi buruk yang terjadi di provinsi NTT keadaan Juli 2006 adalah sebagai berikut :
  - a. Kasus gizi buruk dengan kelainan klinis terdapat 627

Kasus dengan perincian : Marasmus 529 kasus, Kwashiorkor 12 kasus, Marasmus-Kwashiorkor 18 kasus dan 68 kasus menyebabkan meninggal dunia.

- b. Kasus gizi buruk tanpa kelainan klinis adalah 1). Sasaran - PMT-P Juknis Propinsi 13.405 kasus, - Realisasi PMT-P 17.161 kasus, - Dilaporkan 16.426 kasus atau 95,7%, 2). BB naik 11.605 kasus atau 70,7%, BB Tetap 4.257 kasus atau 25,9%, - BB Turun 527 kasus atau 3,2%
  - c. Kasus Gizi kurang adalah 1). Sasaran - PMT-P Juknis Propinsi 85.604 kasus, - Realisasi PMT-P 89.251 kasus, - Yang Dilaporkan 87.433 kasus atau 98,0%, 2). BB naik 60.952 kasus atau 69,7%, BB Tetap 23.121 kasus atau 26,4%, - BB Turun 3.360 kasus atau 3,8%
  - d. Perkembangan Balita gizi buruk dengan kelainan klinis adalah 1). Sasaran - PMT-P Juknis Propinsi 85.604 kasus, Realisasi PMT-P 89.251 kasus, Dilaporkan 87.433 kasus atau 98,0%, 2). BB naik 60.952 kasus atau 69,7%, BB Tetap 23.121 kasus atau 26,4%, BB Turun 3.360 kasus atau 3,8%
2. Perkembangan kasus Gizi Buruk di provinsi NTT adalah lebih dari 8.000 kasus pada bulan Mei tahun 2005 menjadi 18.000 kasus pada bulan Juli tahun 2006.
  3. Angkat kematian balita karena kasus Gizi buruk di Provinsi NTT dari bulan Mei 2005 sampai dengan bulan Juli tahun 2006 adalah sebesar 68 kasus dimana tertinggi terjadi pada bulan Juni tahun 2005.
  4. Kematian Balita akibat kasus gizi berdasarkan penyakit penyerta di Provinsi NTT selama tahun 2005 - 2006 adalah; TB (29%), ISPA (21%), Malaria (6%), Anemia dll (10%), Diare (30%), BBLR (4%).

### **B. Gambaran Kasus Gizi Buruk Di Wilayah Penelitian.**

1. Kasus Gizi Buruk Sebelum Intervensi Dan Setelah Intervensi PMT-Pemulihan. Dari hasil penelitian yang dilakukan untuk menilai kondisi status gizi balita sebelum mendapat intervensi PMT-Pemulihan dan

setelah mendapat intervensi PMT-Pemulihan adalah :

Distribusi jumlah sampel berdasarkan jenis kelamin pada kabupaten wilayah penelitian adalah sebesar 164 laki-laki dan 221 perempuan.

Jumlah penderita gizi buruk pada awal sebelum intervensi PMT-Pemulihan adalah 237 balita (61,50%) dan balita gizi kurang sebanyak 148 balita (38,5%).

Selanjutnya setelah dilakukan intervensi PMT-Pemulihan selama kurun waktu satu tahun kondisi status gizi balita ternyata kondisi status gizi balita sebagian besar masih berada pada level status gizi kurang dan status gizi buruk. Hal ini terlihat dari jumlah status gizi kurang 187 balita, status gizi buruk 61 balita. Total jumlah balita yang masih berada pada level status gizi buruk dan gizi kurang adalah 66% dan yang gizi baik 34%.

Apabila hal ini dikaitkan dengan analisis statistik, dengan menggunakan uji- t (paired t test), maka hasil yang didapat adalah tidak ada korelasi yang positif antara pemberian makanan tambahan dengan kenaikan status gizi pada anak balita dengan gizi kurang maupun gizi buruk

2. Analisis Dampak Pemberian Makanan Tambahan pada status Gizi Balita.

Uji yang digunakan adalah Uji t (paired T-test). dari hasil uji yang dilakukan diperoleh hasil yang menunjukkan bahwa anak balita gizi buruk dan gizi kurang yang mengalami kenaikan berat badan ke arah gizi Baik: 131 orang (34%), Gizi kurang sebanyak 187 orang (49%), tetap berstatus gizi buruk 67 orang (17%).

C. Kinerja Pemerintah Dalam Penanggulangan KLB Gizi Buruk

1. Anggaran Biaya

a. Jumlah Alokasi Dana KLB Gizi Buruk di provinsi NTT 2005-2006.

Anggaran penanggulangan KLB Gizi buruk dan busung lapar di provinsi NTT berjumlah Rp.64.027.047.000 yang bersumber dari dana APBN 51.735.725.000 bersumber APBD provinsi NTT sebesar Rp. 3.000.000.000 serta dana yang bersumber dari APBD Kabupaten/kota sebesar Rp. 9.291.295.000. Besarnya anggaran ini sesuai dengan petunjuk teknis (Juknis) penggunaan dana penanggulangan KLB Gizi di Provinsi NTT No: BU.444/01/Dinkes/2005 tanggal 23 Juli 2005. Alokasi pengelolaannya adalah sebagai berikut :

- 1). Dana APBN Pusat T.A. 2005 : Rp 51.735.725.000,
  - a). Dikelola Kabupaten sebesar Rp. 44.114.045.626 (85,3%)
  - b). Dikelola provinsi sebesar Rp. 7.621.706.374 (14,7%)
- 2). Dana APBD Provinsi NTT
  - a). Dikelola Kabupaten sebesar Rp. 3.000.000.000 (100%)
  - b). Dikelola provinsi sebesar Rp. 0 (0%)

b. Realisasi Penggunaan Dana Tahun 2005-2006

1). Aliran realisasi dana APBN Tahap I sebesar Rp. 24.621.264.378 adalah sebagai berikut :

- a). Di distribusikan oleh SATKORLAK PBP NTT pada bulan Agustus 2005 ke Rekening Gubernur Propinsi NTT.
- b). Di alirkan ke SAT-LAK Kab/Kota ke rekening Bupati/Walikota. Melaporkan realisasi penggunaan dana ke Gubernur.
- c). Dialirkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan lama pencairan bervariasi yaitu 8 hari s/d 38 hari. Melaporkan realisasi

- penggunaan dana ke Bupati/Walikota.
- d). Dialirkan ke PUSKESMAS / PUSTU untuk Operasional PMT-P, Revitalisasi Posyandu dan Unsur Penunjang. Melaporkan realisasi penggunaan dana ke Dinas Kesehatan Kab/Kota.
- 2). Aliran realisasi dana APBN Tahap II sebesar Rp. 19.992.781.248 adalah sebagai berikut :
- a). Di distribusikan oleh SATKORLAK PBP NTT ke Rekening Gubernur Propinsi NTT.
- b). Di alirkan ke SAT-LAK Kab/Kota ke rekening Bupati/Walikota. Melaporkan realisasi penggunaan dana ke Gubernur.
- c). Dialirkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan lama pencairan bervariasi yaitu 8 hari s/d 38 hari. Melaporkan realisasi penggunaan dana ke Bupati/Walikota.
- d). Dialirkan ke PUSKESMAS / PUSTU untuk Operasional PMT-P, Revitalisasi Posyandu dan Unsur Penunjang. Melaporkan realisasi penggunaan dana ke Dinas Kesehatan Kab/Kota.
- 3). Aliran realisasi dana APBD sebesar Rp. 3.000.000.000 adalah sebagai berikut :
- a). Di distribusikan oleh SATKORLAK PBP NTT pada bulan Desember 2005.
- b). Di alirkan ke SAT-LAK Kab/Kota ke rekening Bupati/Walikota. Melaporkan realisasi penggunaan dana ke Gubernur.
- c). Dialirkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan lama pencairan bervariasi yaitu 8 hari s/d 38 hari. Melaporkan realisasi penggunaan dana ke Bupati/Walikota.
- d). Dialirkan ke PUSKESMAS / PUSTU untuk Operasional PMT-P, Revitalisasi Posyandu dan Unsur Penunjang. Melaporkan realisasi penggunaan dana ke Dinas Kesehatan Kab/Kota.
- c. **Masalah Dan Hambatan Dalam Distribusi Dana KLB Gizi Buruk Di Provinsi NTT**
- 1). Dalam pencairan dana Tahap I dan Tahap II, waktu yang dibutuhkan cukup lama. Rentang waktu pencairan dana (APBN) tahap I 8 hari s/d 38 hari (1 bulan); tahap II 11 s/d 181 hari (6 bulan). Rentang waktu pencairan dana APBD 7 hari s/d 179 hari (6 bulan).
- 2). Terdapat 5 (lima) kabupaten yang mencairkan dana Tahap II lebih dari 30 hari (> 1 bulan) yaitu : Kabupaten Kupang, Belu, Alor, Flores Timur dan Sumba Barat.
- 3). Tidak adanya keseragaman waktu dalam pemberian PMT di Kabupaten/Kota oleh karena pencairan dana Tahap II.
- 4). Keterlambatan pencairan dana terletak di kabupaten.
- 5). Semua kabupaten melaporkan bahwa :di dalam pelaksanaan

KLB, pengelolaan dana terlalu birokrasi, tidak simpel, dengan istilah lain : kegiatan boleh KLB, tapi dana-nya tidak emergency.

## 2. Strategi Penanggulangan Gizi Buruk Di Provinsi NTT

Strategi penanggulangan KLB gizi buruk yang dilakukan pemerintah di propinsi NTT meliputi 3 (tiga) kegiatan utama, yaitu:

### a. Pemberian Makanan Tambahan (PMT-P)

pemberian Makanan Tambahan (PMT-P) PMT-Pemulihan terbagi menjadi 3 bagian yaitu :

1). PMT- Pemulihan paket 90 hari untuk menanggulangi balita Gizi Buruk dengan Kelainan Klinik (Marasmus, Kwarshiokor, Campuran Marasmus dan Kwarshiokor). Ini dilaksanakan 2 tahap (tahap I dan Tahap II).

a). Sasaran program pemberian PMT-P, adanya ketepatan sasaran pemberian PMT-P pada anak balita gizi buruk dengan kelainan klinis.

b). Standar Prosedur untuk pengadaan bahan makanan PMT-P harus sesuai prosedur artinya harus sesuai dengan juknis yang ditetapkan gubernur.

c). Anggaran /Alokasi biaya, alokasi dana PMT-P yang sesuai juknis adalah sebesar Rp. 10.000 per anak. 44 (87%) sesuai Juknis, 6 (13%) tidak sesuai Juknis, 36 (71%) tepat sasaran

dan 14 (29%) tidak tepat sasaran.

d). Penyelenggara / Implementasi. Pada tahapan penyelenggaraan yang sesuai dengan juknis adalah penyelenggara PMT-P di rumah sakit, posyandu, dan rumah tangga.

2). PMT-Pemulihan paket 90 hari, untuk balita gizi buruk saja tanpa kelainan klinis.

a). Sasaran program pemberian PMT-P. ketepatan sasaran pemberian PMT-P pada anak balita buruk tanpa kelainan klinis. untuk ketepatan sasaran 100 % akan tetapi komposisi makanan sesuai juknis 30 (60%) dan tidak sesuai juknis 20 (40%).

b). Standar Prosedur. pengadaan bahan makanan untuk PMT-P harus sesuai dengan juknis yang ditetapkan Gubernur.

c). Anggaran / Alokasi Biaya. sesuai juknis 44 (87%), tidak sesuai juknis 6 (13%), tepat sasaran 44 (88%) dan tidak tepat sasaran 6 (12%).

d). Penyelenggara / Implementasi. Pada tahapan penyelenggaraan yang sesuai dengan juknis adalah penyelenggara PMT-P di rumah sakit, posyandu, dan rumah tangga

3). PMT-Pemulihan paket 30 hari untuk balita gizi kurang.

a). Sasaran program pemberian PMT-P. ketepatan sasaran pemberian PMT-P pada anak balita gizi kurang. untuk ketepatan sasaran 100 % akan tetapi komposisi makanan sesuai juknis 30 (60%) dan tidak sesuai juknis 20 (40%).

- b). Standar Prosedur. pengadaan bahan makanan untuk PMT-P harus sesuai dengan juknis yang ditetapkan Gubernur. sesuai juknis 35 (70%), 15 (30%), untuk lokasi penyelenggara (RS, Posyandu dan Rumah Tangga adalah sesuai juknis 100% dan tidak sesuai jenis 0%.
  - c). Anggaran / Alokasi Biaya. sesuai juknis 50 (100%), tidak sesuai juknis 0 (0%), tepat sasaran 50 (100%) dan tidak tepat sasaran 0 (0%).
  - d). Penyelenggara / Implementasi. Pada tahapan penyelenggaraan yang sesuai dengan juknis adalah penyelenggara PMT-P di rumah sakit, posyandu, dan rumah tangga. sesuai juknis 20 (40%) dan tidak sesuai juknis 30 (60%)
- b. Revitalisasi Posyandu  
Kegiatan Revitalisasi Posyandu meliputi :
- 1). Pelatihan kader posyandu.
  - 2). Tersedia dana operasional posyandu.
  - 3). Tersedia dana fasilitas posyandu.
  - 4). Ada dana reward untuk kader posyandu.
  - 5). Ada sistem pencatatan dan pelaporan kasus.
  - 6). Pengadaan buku register posyandu.
  - 7). Pengadaan kartu KMS di posyandu
- 8). Pengadaan sarana timbangan,
  - 9). Pembentukan Tim POKJANAL posyandu.
- c. Unsur Penunjang  
Kegiatan unsur penunjang meliputi:
- 1). Surveilans gizi aktif (sistem pencatatan, pengolahan, analisis, dan pengiriman laporan).
  - 2). Melaksanakan bimbingan teknis/supervisi ke kabupaten.
  - 3). Distribusi barang dan obat.
  - 4). Ada jejaring pembentukan tim pangan dan gizi di kabupaten/kota.
  - 5). pelatihan staf.
  - 6). investigasi dan penanganan kasus baru (pelacakan gizi buruk berkala).
3. **Beragam Faktor Penyebab KLB Gizi Buruk Dan Busung Lapar Di Provinsi NTT**  
Dari hasil penelitian faktor-faktor penyebab terjadinya KLB Gizi Buruk pada anak balita adalah sebagai berikut :
- a. Riwayat Penyakit Kronis/Bawaan.  
Hubungan antara riwayat penyakit kronis/bawaan dengan Gizi Buruk adalah : 189 (49%) ya dan 196 (51%) tidak.
  - b. Pola Makan Keluarga  
Hubungan antara pola makan keluarga dengan gizi buruk adalah 119 (31%) memenuhi zat gizi dan 266 (69%) tidak memenuhi zat gizi.
  - c. Frekuensi Makan  
Hubungan antara frekuensi makan dengan gizi buruk adalah 316 (82%) teratur makan 3 kali sehari dan 69 (18%) tidak teratur makan kurang dari 3 kali sehari.
  - d. Ketersediaan bahan pangan keluarga
    - 1). Hubungan antara ketersediaan bahan pangan keluarga (beras) dengan gizi buruk adalah 339 (88%) tersedia dan 46 (12%) tidak tersedia.
    - 2). Hubungan antara ketersediaan bahan pangan Non beras(ubi dan jagung) keluarga dengan gizi buruk adalah 323 (84%) tersedia dan 62 (16%) tidak tersedia.

- 3). Hubungan antara kecukupan bahan pangan beras, non beras (ubi dan jagung) keluarga dengan gizi buruk adalah 185 (48%) cukup untuk 1 bulan dan 200 (52%) tidak cukup untuk 1 bulan.
  - e. Sosial budaya setempat  
Hubungan antara sosial budaya setempat dengan gizi buruk adalah 31 (8%) pantang makanan tertentu dan 354 (92%) tidak pantang makanan tertentu.
  - f. Tingkat pendidikan/pengetahuan orang tua  
Hubungan antara tingkat pendidikan/pengetahuan orang tua dengan gizi buruk adalah 308 (80%) rendah, 75 (19,5%) sedang dan 2 (0,5%) tinggi.
  - g. Pekerjaan orang tua  
Hubungan antara pekerjaan orang tua dengan gizi buruk adalah 325 (84,4%) sebagai tani/tukang, 18 (4,7%) sebagai PNS dan 42 (10,9%) sebagai wiraswasta.
  - h. Penghasilan (tingkat ekonomi rumah tangga/kemiskinan)  
Hubungan antara penghasilan (tingkat ekonomi rumah tangga) dengan gizi buruk adalah 367 (95,3%) dibawah UMR dan 18 (4,7%) diatas UMR.
  - i. Tanggungan keluarga  
Hubungan antara tanggungan keluarga dengan gizi buruk adalah 158 (41%) besar atau lebih dari 5 orang dan 227 (59%) kecil atau dibawah 5 orang.
- 4. Analisis Pelaksanaan PMT-P**
- a. Sasaran program (tepat sasaran & efektivitas Program)  
Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa PMT yang diberikan kepada balita tepat sasaran dan cukup efektif.
  - b. Standar prosedur  
Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa prosedur pemberian makanan tambahan memenuhi standar (sesuai juknis).
  - c. Anggaran biaya  
Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa anggaran biaya tepat diberikan pada sasaran dan jumlahnya sesuai juknis.
  - d. Cara penyelenggaraan PMT-P sesuai juknis (di RS/PUSKESMAS, POSYANDU, Rumah Tangga)  
Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa cara penyelenggaraan MT sesuai dengan juknis yaitu dilakukan di rumah sakit/puskesmas untuk GBKK, Posyandu dan rumah tangga untuk gizi buruk dan gizi kurang.
- 5. Analisis Untuk Revitalisasi Posvandu**  
Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kegiatan Revitalisasi di Posyandu berjalan baik dan sesuai juknis yang ditetapkan.
- 6. Analisis Untuk Kegiatan Unsur Penunjang**  
Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kegiatan unsur penunjang dalam penanggulangan gizi buruk cukup aktif atau berjalan dengan baik.
- D. Analisis SWOT (Strength, Weakness, Opportunity, Threats)**  
Dalam bidang penelitian ini hasil analisis I, analisis II, dan analisis III kemudian digabungkan dalam analisis SWOT untuk mengetahui faktor-faktor kekuatan, kelemahan peluang dengan acuan pada program kebijakan penanggulangan gizi buruk yang sudah berjalan.  
Pada akhir analisa SWOT akan ditentukan prioritas - prioritas strategi atau pilihan-pilihan strategi yang menjadi acuan dalam menentukan "KEBIJAKAN SELANJUTNYA".
- Analisis : Kondisi Status Gizi Anak Balita Pasca Intervensi.
- Tujuan I : PMT-P Di Propinsi NTT
- Hasil : Sebagian Besar Anak Balita (66%) Masih Berada Pada Level Status Gizi Kurang Dan Status Gizi Buruk(66%)

masyarakat NTT dan UMR). Tingkat pendidikan rendah, pekerjaan rendah merupakan proyeksi Tingkat Kemiskinan Rumah Tangga/Masyarakat.

4. Persediaan Bahan pangan/kecukupan bahan pangan untuk persediaan 1 bulan rata-rata tidak mencukupi. Hal ini merupakan proyeksi dari Kemiskinan Rumah Tangga.
5. Secara kualitas asupan makanan (In take) yang masuk atau dimakan oleh anak tidak memenuhi unsur gizi. Bila dikaitkan dengan persediaan makanan yang pada poin 4 maka secara kuantitas tidak cukup, juga secara kualitas tidak memenuhi unsur zat gizi. Pola makan yang bervariasi antara beras, jagung dan ubi serta tidak diimbangi dengan frekuensi makanan yang cukup dan zat gizi yang cukup maka kualitas makanan tidak akan memenuhi zat gizi.

#### 1. LANGKAH I:

Identifikasi variabel-variabel internal kebijakan (Kekuatan dan Kelemahan Program):

#### a. Strength (Kekuatan) :

- 1). Pemberian PMT yang diberikan pada anak gizi buruk dapat meningkatkan BB anak walau pun belum dapat merubah status gizi anak tersebut.
- 2). Alokasi dana/dukungan dana cukup banyak untuk semua kegiatan dalam penanggulangan KLB Gizi buruk baik dana APBN Tahap I dan Tahap II, APBD, Bantuan LSM, NGO.
- 3). Tersedia dana untuk operasional Posyandu, pengadaan fasilitas posyandu, kegiatan penunjang seperti : monitoring, evaluasi, indentifikasi kasus dan surveilans.
- 4). Revitalisasi posyandu mulai berjalan dengan baik (pelatihan kader, pengadaan buku, alat timbang, dan lain-lain).
- 5). Penyelenggaraan PMT secara keseluruhan tepat sasaran/efektif dan memenuhi standar prosedur sesuai juknis.
- 6). Aktifitas kegiatan posyandu (Revitalisasi posyandu) berjalan dengan baik.
- 7). Kegiatan unsur penunjang Monitoring, Evaluasi, Identifikasi Kasus, Surveilans mulai dilaksanakan.
- 8). Dukungan sarana dan prasarana puskesmas dan posyandu mulai dipenuhi. Terbentuknya tim jejaring advokasi untuk penanggulangan gizi di kabupaten.

#### b. Weaknees (Kelemahan)

- 1). Status gizi anak balita 66% masih berada pada level status gizi kurang dan status gizi buruk.
- 2). Faktor penyebab gizi buruk di Propinsi NTT disebabkan banyak faktor. (Multyfactor).
- 3). Riwayat penyakit kronis pada anak cukup tinggi (49% balita gizi buruk terkena penyakit kronis, TBC, ISPA & Diare, Malaria Falcifarum).

masyarakat NTT dan UMR). Tingkat pendidikan rendah, pekerjaan rendah merupakan proyeksi Tingkat Kemiskinan Rumah Tangga/Masyarakat.

4. Persediaan Bahan pangan/kecukupan bahan pangan untuk persediaan 1 bulan rata-rata tidak mencukupi. Hal ini merupakan proyeksi dari Kemiskinan Rumah Tangga.
5. Secara kualitas asupan makanan (In take) yang masuk atau dimakan oleh anak tidak memenuhi unsur gizi. Bila dikaitkan dengan persediaan makanan yang pada poin 4 maka secara kuantitas tidak cukup, juga secara kualitas tidak memenuhi unsur zat gizi. Pola makan yang bervariasi antara beras, jagung dan ubi serta tidak diimbangi dengan frekuensi makanan yang cukup dan zat gizi yang cukup maka kualitas makanan tidak akan memenuhi zat gizi.

#### 1. LANGKAH I:

Identifikasi variabel-variabel internal kebijakan (Kekuatan dan Kelemahan Program):

#### a. Strength (Kekuatan) :

- 1). Pemberian PMT yang diberikan pada anak gizi buruk dapat meningkatkan BB anak walau pun belum dapat merubah status gizi anak tersebut.
- 2). Alokasi dana/dukungan dana cukup banyak untuk semua kegiatan dalam penanggulangan KLB Gizi buruk baik dana APBN Tahap I dan Tahap II, APBD, Bantuan LSM, NGO.
- 3). Tersedia dana untuk operasional Posyandu, pengadaan fasilitas posyandu, kegiatan penunjang seperti : monitoring, evaluasi, indentifikasi kasus dan surveilans.
- 4). Revitalisasi posyandu mulai berjalan dengan baik (pelatihan kader, pengadaan buku, alat timbang, dan lain-lain).
- 5). Penyelenggaraan PMT secara keseluruhan tepat sasaran/efektif dan memenuhi standar prosedur sesuai juknis.
- 6). Aktifitas kegiatan posyandu (Revitalisasi posyandu) berjalan dengan baik.
- 7). Kegiatan unsur penunjang Monitoring, Evaluasi, Identifikasi Kasus, Surveilans mulai dilaksanakan.
- 8). Dukungan sarana dan prasarana puskesmas dan posyandu mulai dipenuhi. Terbentuknya tim jejaring advokasi untuk penanggulangan gizi di kabupaten.

#### b. Weaknees (Kelemahan)

- 1). Status gizi anak balita 66% masih berada pada level status gizi kurang dan status gizi buruk.
- 2). Faktor penyebab gizi buruk di Propinsi NTT disebabkan banyak faktor. (Multyfactor).
- 3). Riwayat penyakit kronis pada anak cukup tinggi (49% balita gizi buruk terkena penyakit kronis, TBC, ISPA & Diare, Malaria Falcifarum).

- 4). Masih tingginya angka kematian anak balita gizi buruk sampai dengan Juni 2006 terdapat 68 balita meninggal dunia : CFR = 0,4%.
  - 5). Keterlambatan dalam pencairan dana pada beberapa kabupaten menyebabkan PMT terhambat dan pemberian paket tidak berkesinambungan.
  - 6). Proses pertanggungjawaban keuangan yang rumit menyebabkan kesulitan dalam penanggulangan KLB (Dapat disimpulkan bahwa kegiatan yang bersifat KLB namun proses pencairan dana dan pertanggungjawabannya tidak emergency).
  - 7). Beberapa Kabupaten tidak mengalokasikan dana untuk KLB Gizi yang bersumber dari APBD II : Manggarai, TTS, Belu, Flotim, Sumba Barat.
  - 8). Cara penyelenggaraan PMT yang dilakukan di rumah tangga tidak efektif diberikan pada sasaran.
  - 9). Alur distribusi barang terhambat karena faktor topografi yang sulit.
  - 10). Sulit mendapat susu skim di desa-desa.
  - 11). Aktifitas Posyandu Belum dinilai hasil kegiatannya (out put).
  - 12). Kegiatan unsur penunjang Belum dilakukan eveluasi pada hasil (output).
  - 13). Tim jejaring advokasi, Tim Pokjanal Posyandu, dan Forum pangan dan Gizi sudah terbentuk di kabupaten tetapi Belum aktif.
  - 14). Rasio tenaga Gizi dipuskesmas masih Sangat kecil (3/100.000 penduduk bila dibandingkan dengan standar 22/100.000 penduduk).
- c. Opportunity (Peluang)**
- 1). Status gizi anak balita 66% masih berada pada level status gizi kurang dan status gizi buruk.
  - 2). Faktor penyebab gizi buruk di Propinsi NTT disebabkan banyak faktor. (Multifactor).
  - 3). Riwayat penyakit kronis pada anak cukup tinggi (49% balita gizi buruk terkena penyakit kronis, TBC, ISPA, Diare, Malaria Falciparum).
  - 4). Masih tingginya angka kematian anak balita gizi buruk sampai dengan Juni 2006 terdapat 68 balita meninggal dunia : CFR= 0,4%.
  - 5). Keterlambatan dalam pencairan dana pada beberapa kabupaten menyebabkan PMT terlambat dan pemberian paket tidak berkesinambungan.
  - 6). Proses pertanggungjawaban keuangan yang rumit menyebabkan kesulitan dalam penanggulangan KLB (Dapat disimpulkan bahwa kegiatannya bersifat KLB namun proses pencairan dana dan pertanggungjawabannya tidak emergency).
  - 7). Beberapa Kabupaten tidak mengalokasikan dana untuk KLB Gizi yang bersumber dari APBD II : Manggarai, TTS, Belu, Flotim, Sumba Barat.
  - 8). Cara penyelenggaraan PMT yang dilakukan di rumah tangga tidak efektif diberikan pada sasaran.
  - 9). Alur distribusi barang terhambat karena faktor topografi yang sulit.
  - 10). Sulit mendapat susu skim di desa-desa.
  - 11). Aktivitas Posyandu belum di nilai hasil kegiatannya (out put).

- 12). Kegiatan unsur penunjang belum dilakukan evaluasi pada hasil (Output).
  - 13). Tim jejaring advokasi, Tim Pokjanal Posyandu dan Forum pangan dan Gizi sudah terbentuk di kabupaten tetapi belum aktif.
  - 14). Rasio tenaga gizi di puskesmas masih sangat kecil (3/100.000 penduduk bila dibandingkan dengan standar 22/100.000 penduduk).
  - 15). Indeks potensi ekonomi unggul dalam sektor primer. Ini merupakan potensi dalam pemberdayaan ekonomi masyarakat.
- d. Treaths (Ancaman)
- 1). Kemiskinan pada masyarakat masih tergolong kriteria sangat miskin (rata-rata penghasilan keluarga : Rp.261.416,-). Hal ini menyebabkan rendahnya daya beli masyarakat, persediaan makanan keluarga kurang, kualitas makanan tidak bernilai gizi sehingga dapat menimbulkan gizi buruk (Marasmus, Kwashiorkor dan Marasmus-Kwashiorkor).
  - 2). Masih tingginya prosentase jumlah penduduk miskin di propinsi NTT yaitu sebanyak 30,74%.
  - 3). Tingkat pendidikan yang rendah (rata-rata SD dan tidak tamat SD) sebanyak 80%.
  - 4). SDM bidang kesehatan khusus untuk tenaga gizi, tenaga surveilans dan investigasi KLB sangat kurang.
- 5). Peta daerah rawan gizi buruk di NTT cukup tinggi. Hampir semua daerah wilayah penelitian masuk dalam daerah rawan gizi.
  - 6). Propinsi NTT merupakan daerah yang rawan terhadap bencana alam dan kekeringan.
  - 7). Tingginya angka kematian bayi (IMR : 62/1000 kelahiran hidup jika dibandingkan dengan standar nasional 52/1000 kelahiran hidup dan angka kematian balita 82/1000 balita).
  - 8). Tingginya angka kematian ibu 554/100.000 dibanding standar nasional 334/100.000.
  - 9). Aktifitas ekonomi masyarakat sangat rendah rata-rata skornya 16 - 30 (Sumber Pemda NTT 2006) disertai rendahnya sarana dan prasarana perekonomian.
  - 10). Mata pencaharian penduduk sebagian besar adalah petani (84,4%).
  - 11). Tingginya ketergantungan masyarakat terhadap bantuan pemerintah untuk menanggulangi masalah gizi di Propinsi NTT.
  - 12). Indeks potensi ekonomi lemah dalam sektor sekunder menyebabkan transaksi produk yang dihasilkan dalam bentuk bahan mentah tanpa pengolahan lebih lanjut. Hal demikian memberikan nilai tambah yang kecil pada sektor ekonomi Masyarakat.
2. LANGKAH II :  
PENENTUAN PRIORITAS PEMILIHAN STRATEGI PENANGGULANGAN GIZI BURUK.
- Berdasarkan hasil rekapitan analisis penentuan prioritas pemilihan strategi penanggulangan gizi buruk maka strategi penanggulangan gizi buruk secara berurutan adalah sebagai berikut :
- a. Untuk jangka pendek dan jangka menengah pemberian PMT-P tetap diberikan pada anak balita gizi kurang dan gizi buruk. Diusahakan Sejak dini intervensi PMT diberikan pada anak

- gizi kurang untuk mencegah jatuh ke gizi buruk.
- b. Pemberdayaan makanan lokal melalui upaya modifikasi dan verifikasi bahan makanan lokal sehingga bergizi dan kaya protein. (Contoh: Ubi kayu dibuat getuk bahan dasar ubi + mentega + gula + susu akan menghasilkan protein yang tinggi), Bubur kacang ijo + susu, dll.
  - c. Pemberdayaan ekonomi masyarakat melalui berbagai strategi untuk meningkatkan pendapatan berkapita melalui : model/pola dana bergulir, dana bantuan, Usaha Kecil Menengah, koperasi dan lain-lain, sehingga masyarakat yang tergolong **sangat miskin** bisa di naikan statusnya menjadi lebih baik.
  - d. Tingkatkan Pendidikan non formal bagi masyarakat berupa :
    - 1). Penyuluhan keluarga sadar gizi + budayakan ASI Eksklusif pada anak balita
    - 2). Pengetahuan pengelolaan makanan bergizi,
    - 3). Perawatan anak usia dini,
    - 4). Penyuluhan tentang perilaku hidup bersih sehat dan sanitasi.
      - a). Sasaran utama : ibu-ibu, kader kesehatan dan tim PKK.
      - b). Tanggung jawab lintas sektoral.
  - e. Investigasi kasus atau pelacakan kasus terus dilakukan secara intensif agar kasus-kasus baru dapat diketahui sejak dini. Sistem surveilans gizi buruk dipantau secara terus-menerus dan berkesinambungan.
  - f. Aktivitas kegiatan posyandu atau revitalisasi posyandu perlu dipantau secara terus-menerus dan berkesinambungan.
  - g. Perlu mengoptimalkan program penanggulangan gizi buruk secara lintas sektoral (Dinas Perkebunan, Dinas Pertanian, Dinas Peternakan, Dinas Koperasi, Tim Penggerak PKK, oleh karena belum nampak kinerja/hasil kegiatan dari sektor lain di luar sektor kesehatan.
  - h. Pemberdayaan masyarakat yang miskin secara optimal melalui usaha sampingan keluarga, kredit lunak dengan bunga rendah, dan lain-lain (sektor non kesehatan).
  - i. Mengurangi sistem birokrasi dalam pertanggung jawaban keuangan bila terjadi KLB gizi. Perbaiki sistem pertanggungjawaban keuangan lebih simpel dan cepat dalam menanggulangi KLB gizi.
  - j. Perlu dipikirkan langkah strategis untukantisipasi daerah-daerah rawan gizi buruk secara lintas sektor dan lintas program dengan titik berat pada : sektor pertanian, perkebunan, peternakan, koperasi, kehutanan.
  - k. Pemerintah perlu mengalokasikan anggaran untuk pemberdayaan peran dan fungsi Tim PKK di tingkat Kabupaten, Kecamatan dan Desa untuk memodifikasi makanan lokal bekerja sama dengan ahli gizi dan masyarakat setempat (Pembentukan Tim).
  - l. Penyelenggaraan PMT-P di rumah tangga perlu untuk diawasi secara ketat oleh kader (sektor kesehatan).
  - m. Mengaktifkan kembali tim jejaring advokasi dan tim pokjanel gizi dan pemantauan hasil kegiatannya.
  - n. Mengaktifkan tim-tim yang telah terbentuk yaitu tim pangan dan gizi, Tim jejaring advokasi, tim pokjanel gizi pada tingkatan kecamatan dan kabupaten.
  - o. Penempatan atau alokasi tenaga gizi (minimal D1 Gizi) di posyandu atau Puskesmas, serta pemenuhan tenaga/kader posyandu minimal 5 orang/posyandu serta

mengalokasikan anggaran untuk kader.

- p. Pemenuhan tenaga kesehatan/tenaga gizi pada setiap puskesmas (minimal Di gizi kesehatan) untuk investigasi dan surveilans gizi.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

### **A. KESIMPULAN**

Status KLB Gizi Buruk dan Busung Lapar di Provinsi NTT menunjukkan bahwa jumlah penderita gizi buruk setelah intervensi PMT mengalami peningkatan sebesar 4,5% dan jumlah penderita gizi kurang mengalami penurunan sebesar 4,5%. Status gizi balita pasca intervensi PMT sebanyak 66% masih tetap berada pada level status gizi kurang dan status gizi buruk, sedangkan yang gizi baik hanya 34%.

Beragam faktor yang mempengaruhi kejadian luar biasa Gizi buruk dan Busung Lapar di Provinsi NTT. Faktor ekonomi seperti kurangnya ketersediaan pangan dalam keluarga diakibatkan karena sebagian besar orang tua bekerja sebagai petani pengolah tanah yang menyebabkan balita mengkonsumsi makanan yang tidak memenuhi zat gizi, dan a makan tidak teratur. Faktor sosial budaya, seperti adanya pantangan terhadap makanan tertentu. Faktor pendidikan dimana sebagian besar tingkat pendidikan/pengetahuan orangtua yang mengalami kelainan gizi rendah dan hanya sedikit yang mempunyai pendidikan yang sedang dan tinggi.

Kinerja pemerintah dalam penanganan KLB Gizi Buruk dan

Busung Lapar di Provinsi NTT yang berbentuk kegiatan PMT dan upaya revitalisasi posyandu sudah baik. Pada pelaksanaan PMT masih ada sedikit kinerja yang tidak sesuai dengan juknis dan tidak tepat sasaran.

Model kebijakan pemerintah dalam menangani KLB gizi Buruk dan Busung Lapar di Provinsi NTT setelah intervensi kebijakan baik status gizi kurang ataupun status gizi buruk di pengaruhi oleh 3 aspek yaitu : sosial budaya, soasial ekonomi dan pendidikan.

### **B. SARAN**

1. Upaya penanggulangan gizi buruk dan busung lapar di Provinsi NTT handaknya dilakukan secara bersama-sama dan lebih mengarah pada upaya preventif dengan menggerakkan sektor ekonomi masyarakat dan peningkatan pendidikan masyarakat serta pelayanan kesehatan.
2. Perlu dirumuskan kebijakan pengelolaan keuangan khusus dalam situasi KLB sehingga dana penanggulangan KLB tidak tersendat-sendat.
3. Penanganan penderita Gizi Buruk dan Busung lapar di Provinsi NTT oleh sektor kesehatan handaknya dilaksanakan secara berkelanjutan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Agusty T. Ferdinand, 2000, *Structural Equation Dalam Penelitian Manajemen*, Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang.
- Aritonang I, 1997, *Penilaian Status Gizi Masyarakat*, Penerbit Akademi Gizi Yogyakarta, Indonesia.
- Budyanto Moch, Agus Krisno, 2004, *Dasar-Dasar Ilmu Gizi*, Penerbit Universitas Muhammadiyah Malang.
- Cooten, V. D., 1996, *Wanita dan Balita*, Penerbit Yayasan Bina Mandiri, Kupang.
- Departemen Kesehatan RI, 2000, *Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG)*, Jakarta, Indonesia.
- Duncan W, 2003, *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*, Gajah Mada University Press, Jogjakarta.
- Kartasapoetra G, H. Marsetyo dan Med, 2003, *Ilmu Gizi : korelasi Gizi, Kesehatan dan Kesempatan Kerja*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.
- Karmas E & Harris S. R., 1989, *Evaluasi Gizi Pada Pengolahan Bahan Pangan*, ITB, Bandung.
- Kusharto M. C, Suhardjo, 1987, *Prinsip-Prinsip Ilmu Gizi*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta.
- Laporan Biro Bina Sosial Setda Provinsi Nusa Tenggara Timur tentang KLB Gizi Buruk, Agustus, 2005.
- Makalah Simposium : Untoro R. Dr, MPh, 2005, *Rencana Aksi Nasional (RAN) Pencegahan dan Penanggulangan Gizi Buruk*, Badan Litbangkes, Kepkes RI, Jakarta.
- Notoadmojo S, 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, cetakan 3, Penerbit PT. Rineka Cipta, Jakarta.
- Paun Rafael, dkk, 2002, *Survey Pangan dan Gizi Balita di Provinsi Nusa Tenggara Timur*, Lapen-Poltekkes Kupang.
- Setyawati, 2000, *Resposibilitas Kebijakan Publik* Wonderfull Publishing Company, Penerbit Pustaka Pelajar, Jogjakarta. Indonesia.
- Singarimbun, 1989, *Metode Penelitian Survey*, Penerbit LP3ES, Jakarta.
- Soekirman, 2005, *Gizi Buruk, Kemiskinan Dan Kkn*, <http://www.gizi.net>.
- Suharsono, 2005, *Analisis Kebijakan Publik : Konsep Teori Dan Aplikasi*, Penerbit Pustaka Pelajar, Jogjakarta.
- Suharto E, PhD, 2005, *Analisis Kebijakan Publik*, Penerbit Alfabeta, Bandung.
- Supariasa I Dewa Nyoman, Bactyar Bakri dan Ibnu Fajar, 2002, *Penilaian Status Gizi*, Penerbit Buku kedokteran, Jakarta.
- Sutrisno H, 1993, *Metodologi Riset Jilid I*, Penerbit Andi Offset, Yogyakarta.