

**PENGARUH KOMPETENSI BIDAN DI DESA DALAM
MANAJEMEN PENATALAKSANAAN KASUS GIZI BURUK PADA
ANAK BALITA TERHADAP PEMULIHAN KASUS GIZI BURUK
TAHUN 2008
(Studi Kasus di Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan)**



PROPOSAL

**Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S-2**

**Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Minat
Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak**

Oleh :

Pujiati Setyaningsih

NIM E4A007047

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2009**

PENGESAHAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :

**PENGARUH KOMPETENSI BIDAN DI DESA DALAM MANAJEMEN KASUS
GIZI BURUK ANAK BALITA TERHADAP PEMULIHAN KASUS
DI KABUPATEN PEKALONGAN
TAHUN 2008**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Pujiati Setyaningsih

NIM : E4A007047

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 14 November 2009
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

dr. Martha Irene Kartasurya, M.Sc., Ph.D
NIP.196407261991032003

Cahya Tri Purnami, SKM., M.Kes
NIP.196807201994122001

Penguji

Penguji

Ir. Purwanti, M.Kes
NIP.196005281986032005

Dra. Ayun Sriatmi, M.Kes
NIP.196705021991032002

Semarang, 30 November 2009
Universitas Diponegoro
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua Program

dr. Martha Irene Kartasurya, M.Sc., Ph.D
NIP. 196407261991032003

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Pujiati Setyaningsih

NIM : E4A007047

Menyatakan bahwa tesis judul: **“PENGARUH KOMPETENSI BIDAN DI DESA DALAM MANAJEMEN KASUS GIZI BURUK ANAK BALITA TERHADAP PEMULIHAN KASUS DI KABUPATEN PEKALONGAN TAHUN 2008”** merupakan :

1. Hasil karya yang disusun, dipersiapkan dan ditulis sendiri.
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat ataupun pada program lainnya.

Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri penulis.

Demikian pernyataan ini penulis buat dengan sebenar-benarnya.

Semarang, November 2009

Penulis,

Pujiati Setyaningsih

NIM : E4A007047

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama Lengkap : Pujiati Setyaningsih
Jenis Kelamin : Perempuan
Tempat, Tanggal Lahir : Kendal, 17 Desember 1974
Alamat : Jl. Masjid No 11 RT 03/RW 02,
Gemuhblanten, Gemuh, Kendal

Riwayat Pendidikan :

1. SD N Gemuhblanten 2, Gemuh, Kendal, Lulus tahun 1987
2. SMP N Gemuh, Kendal, Lulus tahun 1990
3. SPK Aisyiyah/PKU Muhammadiyah Pekajangan, Pekalongan, Lulus tahun 1993
4. Program Pendidikan Bidan A di SPK Aisyiyah/PKU Muhammadiyah Pekajangan, Pekalongan, Lulus tahun 1994
5. Akademi Kebidanan Depkes Bandung, Lulus tahun 2001
6. DIV Kebidanan Bidan Pendidik Ngudi Waluyo, Ungaran, Lulus 2003
7. Masuk MIKM UNDIP Semarang, tahun 2007

Riwayat Pekerjaan :

1. Bidan di Desa PTT, Desa Bangunrejo, Patebon, Kendal, dari tahun 1994 sampai dengan 1997
2. Bidan di Rumah Bersalin Aisyiyah Truko, Kendal, dari tahun 1997 sampai dengan 1998
3. Staf Pengajar di Akademi Kebidanan Aisyiyah/PKU Muhammadiyah Pekajangan, Pekalongan, dari tahun 2002 sampai dengan 2005
4. Staf Pengajar di Prodi D III Kebidanan STIKes Muhammadiyah Pekajangan, Pekalongan, dari tahun 2005 sampai dengan sekarang

KATA PENGANTAR

Segala Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah WST, Shalawat dan Salam semoga senantiasa tercurah kepada Rasullullah Muhammad SAW. Dengan selesainya penyusunan tesis yang berjudul “Pengaruh Kompetensi Bidan Di Desa Dalam Manajemen Kasus Gizi Buruk Anak Balita Terhadap Pemulihan Kasus Di Kabupaten Pekalongan Tahun 2008”, merupakan pengalaman yang sangat berharga dan membahagiakan.

Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis mengucapkan banyak terima kasih dan penghargaan yang tinggi, penulis sampaikan kepada :

1. dr. H.M. Achjad, Sp.OG., selaku Ketua STIKes Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti tugas belajar.
2. Ir. Teguh Isdaryanto, MM., selaku kepala BAPPEDA Kabupaten Pekalongan yang telah memberikan ijin mengadakan penelitian di wilayah Kab. Pekalongan
3. dr. M. Hasyim Purwadi, selaku kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan, yang telah memberikan ijin untuk mendapatkan data tentang anak balita gizi buruk.
4. dr. Martha Irene Kartasurya, MSc.,PhD., selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dan sebagai pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan tenaga, serta memberikan ilmu untuk membimbing dan memberikan arahan dalam penyusunan tesis ini.
5. Cahya Tri Purnami, SKM., MKes., selaku pembimbing II, yang telah meluangkan waktu dan tenaga, serta memberikan bekal ilmu, untuk membimbing dan memberikan arahan dalam penyusunan tesis ini.

6. Ir. Purwanti, MKes., dan Dra. Ayun Sariatmi, MKes., selaku penguji yang telah memberikan banyak masukan demi kesempurnaan tesis ini.
7. Suami tercinta Anang Hadi Sunarno, ST, anak-anakku tercinta M. Rizqi Setyohadi dan Dyah Ayu Khoirunnisa, serta Ibu dan Bapak, yang telah memberikan pengertian, dukungan dan pengorbanan yang begitu besar.
8. Teman-teman seperjuangan di MIKM, khususnya MKIA, terima kasih atas persahabatan, persaudaraan serta kerjasamanya.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan masukan berupa kritik dan saran demi kesempurnaan tesis ini. Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi orang lain.

Semarang, November 2009

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR DIAGRAM	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN.....	xv
ABSTRAK.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Pertanyaan Penelitian	8
D. Tujuan Penelitian.....	8
E. Manfaat Penelitian.....	10
F. Keaslian Penelitian	10
G. Ruang Lingkup Penelitian.....	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Teori Manajemen	13
1. Pengertian Manajemen.....	13
2. Unsur Manajemen	13

3. Fungsi Manajemen	13
4. Manajemen Asuhan Kebidanan	16
B. Kompetensi Bidan Dalam Asuhan Anak Balita	17
C. Gizi Buruk Pada Anak Balita.....	22
1. Pengertian Gizi Buruk.....	22
2. Kriteria Gizi Buruk.....	22
D. Program Penanggulangan Masalah Gizi Buruk	25
E. Penatalaksanaan Gizi Buruk Pada Anak Balita	28
F. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Penatalaksanaan Kasus Gizi Buruk Pada Anak Balita.....	34
G. Kerangka Teori.....	38

BAB III METODE PENELITIAN

A. Variabel Penelitian	39
B. Hipotesis Penelitian	39
C. Kerangka Konsep Penelitian	40
D. Rancangan Penelitian	41
1. Jenis Penelitian	41
2. Pendekatan Waktu Penelitian.....	41
3. Metode Pengumpulan Data	41
4. Populasi Penelitian	42
5. Prosedur Sampel dan Sampel Penelitian.....	43
6. Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran	43
7. Definisi Operasional Variabel Intervening	46
8. Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian	46
9. Tehnik Pengolahan Data Analisa Data	48

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	52
B. Karakteristik Responden	54
C. Analisis.....	62
1. Analisis Univariat	62
2. Analisis Bivariat	72
3. Analisis Multivariat.....	79

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	85
B. Saran	86

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
1. Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Anak Balita Gizi Buruk di Kabupaten Pekalongan tahun 2008.....	54
2. Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Usia Ibu Anak Balita Gizi Buruk di Kabupaten Pekalongan tahun2008.....	57
3. Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Ibu dan Ayah Anak Balita Gizi Buruk di Kabupaten Pekalongan tahun2008.....	57
4. Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Ayah dan Ibu Anak Balita Gizi Buruk di Kabupaten Pekalongan tahun2008.....	58
5. Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden tentang Manajemen Penatalaksanaan Kasus Gizi Buruk Anak Balita.....	62
6. Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Jawaban Benar Tentang Manajemen Penatalaksanaan Kasus Gizi Buruk	63
7. Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Ketrampilan Bidan Di Desa dalam Manajemen Penatalaksanaan Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang.....	65
8. Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Jawaban Bidan Di Desa yang Melakukan Penatalaksanaan Deteksi Dini.....	66
9. Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Ketrampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Stabilisasi.....	67
10. Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden yang Melakukan Penatalaksanaan Perawatan Fase Stabilisasi	69
11. Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Ketrampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Tindak Lanjut....	70

12. Tabel 4.12 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden yang Melakukan Penatalaksanaan Perawatan Fase Tindak Lanjut	71
13. Tabel 4.13 Distribusi Frekuensi Pemulihan Kasus Gizi Buruk Anak Balita....	72
14. Tabel 4.14 Tabel Silang Pengetahuan Responden tentang Manajemen Kasus Gizi Buruk Anak Balita dengan Pemulihan Kasus	73
15. Tabel 4.15 Tabel Silang Keterampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Deteksi Dini dengan Pemulihan Kasus	75
16. Tabel 4.16 Tabel Silang Keterampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Stabilisasi Anak Balita Gizi Buruk dengan Pemulihan Kasus.....	76
17. Tabel 4.17 Tabel Silang Keterampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Tindak Lanjut dengan Pemulihan Kasus.....	79
18. Tabel 4.18 Pengaruh Manajemen Penatalaksanaan Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang terhadap Pemulihan Kasus ..	80
19. Tabel 4.19 Pengaruh Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Tindak Lanjut Anak Balita Gizi Buruk terhadap Pemulihan Kasus	81
19. Tabel 4.20 Pengaruh Manajemen Penatalaksanaan Deteksi Dini dan Perawatan Fase Tindak Lanjut terhadap Pemulihan Kasus	83

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
1.	Gambar 2-1 Kerangka Teori	38
2.	Gambar 3-1 Kerangka Konsep Penelitian	40

DAFTAR DIAGRAM

Nomor	Halaman
1. Diagram 4.1 Gambaran Penyakit yang Diderita Responden Anak Balita Gizi Buruk	55
2. Diagram 4.2 Tingkat Pendidikan Responden	62

DAFTAR LAMPIRAN

1. Kuesioner Penelitian
2. Hasil Uji Validitas
3. Hasil Uji Frekuensi
4. Hasil Uji Tabulasi Silang
5. Hasil Uji Analisis Regresi Bivariat
6. Hasil Uji Analisis Regresi Multivariat
7. Surat Ijin Penelitian

DAFTAR SINGKATAN

1. ASI : Air Susu Ibu
2. BB : Berat Badan
3. Buku KIA : Buku Kesehatan Ibu dan Anak
4. KIE : Komunikasi Informasi Edukasi
5. KLB : Kejadian Luar Biasa
6. KMS : Kartu Menuju Sehat
7. MP-ASI : Makanan Pengganti Air Susu Ibu
8. PMT : Pemberian Makanan Tambahan
9. PMT-P : Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan
10. Poskesdes : Pos Kesehatan Desa
11. Posyandu : Pos Pelayanan Terpadu
12. PSG : Pemantauan Status Gizi
13. PWS-Gizi : Pemantauan Wilayah Setempat - Gizi
14. RPJMN : Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
15. SKPD : Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi
16. TB : Tinggi Badan

ABSTRAK

Pujiati Setyaningsih

Pengaruh Kompetensi Bidan Di Desa Dalam Manajemen Kasus Gizi Buruk Anak Balita Terhadap Pemulihan Kasus di Kabupaten Pekalongan Tahun 2008

Kasus gizi buruk di kabupaten Pekalongan sudah mengalami penurunan dari tahun ke tahun, tetapi pada tahun 2008 pemulihan kasus hanya mencapai kurang dari 50%. Mengingat penyebabnya sangat kompleks, pengelolaan gizi buruk memerlukan kerjasama yang komprehensif dari semua pihak. Bidan di desa merupakan pemberi pelayanan di tingkat dasar, sehingga sangat dibutuhkan kompetensinya dalam mengatasi masalah gizi buruk. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui apakah kompetensi bidan yang meliputi pengetahuan dan ketrampilan dalam manajemen kasus gizi buruk anak balita berpengaruh terhadap pemulihan kasus.

Jenis penelitian studi kuantitatif, desain penelitian non *experimental*, dengan metode *survey analitik*. Pendekatan waktu menggunakan *cross sectional*. Pengumpulan data primer dilakukan melalui wawancara menggunakan kuesioner kepada bidan dan orang tua anak balita. Data sekunder diperoleh dari dokumentasi di Dinas Kesehatan Kabupaten, Rumah Sakit dan puskesmas. Subjek penelitian adalah 31 bidan di desa yang melaksanakan manajemen kasus gizi buruk dan 31 ibu anak balita yang di rawat di rumah sakit/puskesmas perawatan pada tahun 2008.

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa 87,1% bidan di desa mempunyai pengetahuan baik tentang manajemen kasus gizi buruk, 71% penatalaksanaan deteksi dini dilakukan lengkap, 80,6% penatalaksanaan fase stabilisasi dilakukan tidak lengkap, serta 67,7% penatalaksanaan fase tindak lanjut dilakukan dengan lengkap. Hasil analisis dengan uji *chi square* menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan pemulihan kasus adalah penatalaksanaan deteksi dini ($p=0,005$) dan penatalaksanaan fase tindak lanjut ($p=0,0001$). Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa penatalaksanaan deteksi dini ($p=0,004$) dan penatalaksanaan fase tindak lanjut ($p=0,0001$) berpengaruh terhadap pemulihan kasus. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa penatalaksanaan fase tindak lanjut ($p=0,010$) paling berpengaruh terhadap pemulihan kasus.

Disarankan adanya advokasi dari Dinas kesehatan kepada pemerintah daerah untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program pemulihan kasus gizi buruk. Bagi bidan di desa diharapkan dapat melakukan penatalaksanaan deteksi dini, perawatan fase stabilisasi, serta perawatan fase tindak lanjut secara lengkap. Dapat menggerakkan peran serta orang tua dalam penatalaksanaan kasus gizi buruk, khususnya fase tindak lanjut karena sangat berpengaruh dalam pemulihan kasus gizi buruk.

Kata kunci :Gizi buruk,manajemen penatalaksanaan,pemulihan gizi buruk.
Kepustakaan :55 (1999 - 2008)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kasus gizi buruk masih menjadi masalah di beberapa negara. Tercatat satu dari tiga anak di dunia meninggal setiap tahun akibat buruknya kualitas gizi. Salah satu riset menunjukkan setidaknya 3,5 juta anak meninggal tiap tahun karena masalah kekurangan gizi dan buruknya kualitas makanan, didukung pula oleh kekurangan gizi selama masih di dalam kandungan. Hal ini dapat berakibat kerusakan yang tidak dapat diperbaiki pada saat anak beranjak dewasa. Dr. Bruce Cogill, seorang ahli gizi dari Badan PBB UNICEF mengatakan bahwa isu global tentang gizi buruk saat ini merupakan problem yang harus segera diatasi.¹

Penyebab gizi buruk dipengaruhi oleh beberapa faktor yang saling terkait, antara lain asupan yang kurang disebabkan karena tidak tersedianya makanan secara adekuat, anak tidak cukup mendapat makanan bergizi seimbang, pola makan yang salah, serta anak sering menderita sakit. Kekurangan konsumsi makanan yang berlangsung lama, kurangnya pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan gizi anak, serta rendahnya kondisi kesehatan lingkungan telah berdampak pada meningkatnya jumlah balita dengan status gizi buruk.^{2,3,4}

Beberapa penelitian menjelaskan dampak jangka pendek dari kasus gizi buruk adalah anak menjadi apatis, mengalami gangguan bicara serta gangguan perkembangan yang lain. Sedangkan dampak jangka panjang dari kasus gizi buruk adalah penurunan skor IQ, penurunan perkembangan kognitif, gangguan pemusatan perhatian, serta gangguan

penurunan rasa percaya diri. Oleh karena itu kasus gizi buruk apabila tidak dikelola dengan baik akan mengancam jiwa dan pada jangka panjang akan mengancam hilangnya generasi penerus bangsa.⁴

Mengingat penyebabnya sangat kompleks, pengelolaan gizi buruk memerlukan kerjasama yang komprehensif dari semua pihak. Bukan hanya dari dokter maupun tenaga medis saja, tetapi juga dari pihak orang tua, keluarga, pemuka masyarakat, pemuka agama maupun pemerintah. Pemuka masyarakat maupun pemuka agama sangat dibutuhkan dalam membantu pemberian edukasi pada masyarakat, terutama dalam menanggulangi kebiasaan atau mitos yang salah pada pemberian makanan pada anak. Demikian juga posyandu dan puskesmas sebagai ujung tombak dalam melakukan skrining atau deteksi dini dan pelayanan pertama dalam pencegahan kasus gizi buruk.⁴

Kasus balita dengan gizi buruk setelah dilakukan pendataan dan pelaporan oleh kabupaten/kota di Indonesia menunjukkan jumlah yang cukup besar, sehingga pemerintah melakukan berbagai program penanggulangan untuk mengatasi gizi buruk.² Salah satu program pemerintah adalah menurunkan angka gizi buruk dari 8,5% menjadi 5% pada akhir tahun 2009.⁵

Program pemerintah untuk menurunkan kasus gizi buruk tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2005-2009. Kegiatan yang dilakukan antara lain meningkatkan cakupan deteksi dini gizi buruk melalui penimbangan balita di posyandu, meningkatkan cakupan dan kualitas tatalaksana gizi buruk di tingkat puskesmas/rumah sakit dan rumah tangga. Menyediakan PMT-Pemulihan kepada balita kurang gizi dari keluarga miskin, meningkatkan pengetahuan

dan ketrampilan ibu dalam memberikan asupan gizi pada anak (ASI/MP-ASI) serta memberikan kapsul vitamin A.^{5,6}

Pada tanggal 24 sampai dengan 28 Juli 2006, pemerintah telah mengadakan Pelatihan Tatalaksana Anak Gizi Buruk Regional II, dengan peserta dari Daerah Khusus Ibukota Jakarta, Daerah Istimewa Jogjakarta, Jawa Tengah, Jawa Barat, Jawa Timur, Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan, Kalimantan Timur, Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur. Materi pelatihan antara lain tentang kebijakan tatalaksana anak dengan gizi buruk, deteksi dini penyimpangan pertumbuhan, serta sepuluh langkah tatalaksana anak dengan gizi buruk.⁷

Disamping upaya tersebut diatas, Pemerintah juga melakukan sosialisasi perbaikan pola asuh pemeliharaan balita, seperti promosi pemberian ASI secara eksklusif pada bayi sampai usia 6 bulan dan rujukan dini kasus gizi kurang. Karena sampai saat ini perilaku ibu dalam menyusui secara eksklusif masih rendah yaitu baru mencapai 39% dari seluruh ibu yang menyusui bayi 0 – 6 bulan. Hal tersebut merupakan penyebab tak langsung dari masalah gizi pada anak balita.^{8,9,10}

Menurut WHO, cara pemulihan gizi buruk yang paling ideal adalah dengan rawat inap di rumah sakit, tetapi pada kenyataannya hanya sedikit anak dengan gizi buruk yang di rawat di rumah sakit, karena berbagai alasan. Salah satu contohnya dari keluarga yang tidak mampu, karena rawat inap memerlukan biaya yang besar dan dapat mengganggu sosial ekonomi sehari-hari. Alternatif untuk memecahkan masalah tersebut dengan melakukan penatalaksanaan balita gizi buruk di posyandu dengan koordinasi penuh dari puskesmas.^{11,12}

Oleh karena itu Pemerintah membentuk Tim Asuhan Gizi yang terdiri dari dokter, perawat, bidan, ahli gizi, serta dibantu oleh tenaga kesehatan

yang lain. Diharapkan dapat memberikan penanganan yang cepat dan tepat pada kasus gizi buruk baik di tingkat puskesmas maupun di rumah sakit, untuk membantu pemulihan kasus gizi buruk pada anak balita.¹³

Sesuai dengan rencana strategis Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah tahun 2005-2009, bahwa salah satu kegiatan program perbaikan gizi masyarakat adalah meningkatkan upaya penanggulangan gizi buruk. Salah satu indikator sasarannya adalah 100% puskesmas di seluruh kabupaten/kotamadya dapat melakukan penjangkaran dan penatalaksanaan gizi buruk.¹⁴

Hasil PSG (pemantauan status gizi) balita di Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah menunjukkan kasus gizi buruk dari tahun ke tahun mengalami penurunan, yaitu 1,3% pada tahun 2002 dan 1,15% pada tahun 2003. Akan tetapi kasus gizi buruk meningkat kembali pada tahun 2004 menjadi 1,76%.¹⁴

Kendala yang dihadapi dalam penanggulangan gizi buruk antara lain masalah kemiskinan, dan anak yang menderita infeksi. Selain itu pengetahuan orang tua yang kurang tentang pola asuh anak, sehingga asupan gizi yang cukup tidak terpenuhi.¹⁵

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan pada tahun 2007 terdapat 159 kasus gizi buruk pada anak balita, dengan perincian 67 kasus lama sisa tahun 2006 dan 92 merupakan kasus baru tahun 2007. Melihat data tersebut menunjukkan bahwa masih banyak kasus gizi buruk yang belum pulih, karena lebih dari 50% merupakan kasus lama. Pada akhir tahun 2007, menunjukkan bahwa dari seluruh kasus gizi buruk, 119 kasus balita gizi buruk sembuh, 1 kasus meninggal serta 39 kasus gizi buruk belum sembuh.¹⁶

Pada tahun 2008 kasus gizi buruk menunjukkan penurunan yaitu dari 159 kasus pada tahun 2007 menjadi 95 kasus, dengan perincian 39 kasus lama dan 56 kasus baru. Sampai dengan akhir bulan Desember 2008 menunjukkan 43 kasus sembuh dan 52 kasus belum sembuh. Hal tersebut menunjukkan bahwa meskipun kasus gizi buruk sudah mengalami penurunan, akan tetapi kasus yang belum pulih masih diatas 50%.¹⁷

Berdasarkan keterangan dari Kepala seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan bahwa di Kabupaten Pekalongan sudah dilakukan berbagai kegiatan untuk menanggulangi masalah gizi buruk pada anak balita. Kegiatan tersebut adalah pelatihan bagi petugas kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan petugas kesehatan dalam penatalaksanaan kasus gizi buruk. Pemberian biaya bagi balita dengan gizi buruk yang dirawat di rumah sakit atau puskesmas, pemberian makanan tambahan bagi anak balita, serta upaya deteksi dini kasus gizi buruk dan gizi kurang yang dilaksanakan melalui kegiatan posyandu.

Kegiatan pelatihan tentang penatalaksanaan kasus gizi buruk diikuti oleh tenaga kesehatan, salah satu peserta adalah bidan di desa dan bidan pos kesehatan desa (poskesdes), karena bidan merupakan pemberi pelayanan kesehatan di tingkat dasar. Pelatihan penatalaksanaan gizi buruk bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan bidan dalam penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita. Diharapkan bidan di desa dapat memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas di masyarakat khususnya pada anak balita, sehingga dapat menanggulangi masalah gizi buruk di masyarakat.

Pelayanan yang dilakukan oleh bidan di desa dan bidan di poskesdes meliputi upaya promotif, preventif dan kuratif. Adapun kegiatan yang dilakukan bidan dalam kegiatan gizi di poskesdes antara lain

menentukan status gizi secara antropometri dan klinis yang dirujuk posyandu untuk menentukan tindak lanjut sesuai dengan tatalaksana gizi buruk. Penanganan balita Bawah Garis Merah dan gizi kurang, konseling gizi, serta rujukan kasus baik kasus dari posyandu maupun dari keluarga/masyarakat. Disamping itu bidan juga bertanggung jawab dalam membina, memantau kegiatan posyandu serta kegiatan pendampingan keluarga.^{11,18}

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 900/MENKES/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan, dalam pasal 15 ayat 3 yaitu pelayanan kebidanan yang ditujukan kepada anak, diberikan pada masa bayi baru lahir, masa bayi, masa anak balita dan masa pra sekolah. Pelayanan yang diberikan diantaranya pemantauan tumbuh kembang, pemberian imunisasi dan pemberian penyuluhan.¹⁹

Selain itu, pelayanan kebidanan pada anak balita berkaitan dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan dan Kompetensi Bidan Indonesia, yang terdiri dari 9 kompetensi. Pada kompetensi ke 7 disebutkan bahwa seorang bidan harus dapat melakukan identifikasi penyakit pada anak balita, melakukan pengobatan sesuai kewenangannya sampai dengan merujuk dengan tepat. Dalam melakukan tindakan kebidanan, bidan berpedoman pada manajemen kebidanan, yang dimulai dari melakukan pengkajian data sampai dengan melakukan evaluasi.^{20,21,28}

Oleh karena itu, bidan di desa dalam memberikan pelayanan kebidanan harus sesuai dengan kewenangannya. Demikian juga dalam melakukan penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita, bidan di desa harus berpedoman pada standar profesi dan kompetensi bidan di Indonesia.

B. Rumusan Masalah

Kasus gizi buruk pada anak balita masih ditemukan di wilayah Kabupaten Pekalongan, meskipun sudah mengalami penurunan dari tahun sebelumnya. Pada tahun 2007 terdapat 159 kasus menjadi 95 kasus pada tahun 2008, dengan perincian 43 kasus sudah sembuh/pulih dan 52 kasus belum pulih sampai akhir bulan Desember 2008. Hal ini menunjukkan bahwa masih ditemukan lebih dari 50% kasus gizi buruk yang belum pulih, meskipun berbagai upaya sudah dilakukan.

Kebijakan yang sudah dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan antara lain pelatihan penatalaksanaan gizi buruk pada anak balita, pemberian biaya perawatan bagi anak balita gizi buruk, pemberian makanan tambahan, serta deteksi dini kasus gizi buruk melalui penimbangan balita di posyandu. Kebijakan tersebut dilakukan untuk menanggulangi masalah gizi buruk pada anak balita sehingga diharapkan dapat mempercepat proses pemulihan.

Salah satu peserta dalam pelatihan penatalaksanaan gizi buruk pada anak balita adalah bidan di desa dan bidan poskesdes. Pelatihan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan bidan dalam penatalaksanaan gizi buruk pada anak balita, sehingga kasus gizi buruk dapat diatasi.

Hal tersebut sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 900/MENKES/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan serta Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 369/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan dan Kompetensi Bidan Indonesia. Seorang bidan harus dapat melakukan identifikasi penyakit pada anak balita, melakukan pengobatan sesuai kewenangannya sampai dengan merujuk dengan tepat, sesuai dengan manajemen kebidanan.

Selain upaya tersebut diatas, dibentuk tim asuhan gizi dengan salah satu pelaksana adalah bidan, sebagai pemberi pelayanan di tingkat paling dasar. Diharapkan dapat memberikan penanganan sedini mungkin pada kasus gizi buruk sehingga dapat mempercepat proses pemulihan kasus gizi buruk di wilayah kerjanya. Adapun peran dan tugas bidan dalam tim asuhan gizi adalah melakukan tindakan dan perawatan atas instruksi dokter. Membantu distribusi makanan, membantu pemantauan, evaluasi pemberian makanan serta bertanggung jawab terhadap asuhan yang diberikan.

Sesuai pernyataan diatas, ingin diketahui apakah kompetensi bidan yang meliputi pengetahuan dan ketrampilan bidan di desa dalam memberikan asuhan kepada anak balita, khususnya dalam manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita, berpengaruh terhadap pemulihan kasus di Kabupaten Pekalongan.

C. Pertanyaan Penelitian

Apakah kompetensi bidan yang meliputi pengetahuan dan ketrampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita berpengaruh terhadap pemulihan kasus di wilayah Kabupaten Pekalongan?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum :

Mengetahui pengaruh kompetensi bidan yang meliputi pengetahuan dan ketrampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk anak balita terhadap pemulihan kasus di Kabupaten Pekalongan pada tahun 2008.

2. Tujuan Khusus

- a. Menggambarkan pengetahuan bidan di desa tentang manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk anak balita di Kabupaten Pekalongan tahun 2008
- b. Menggambarkan ketrampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk anak balita yang meliputi penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang, penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi serta penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut di Kabupaten Pekalongan tahun 2008.
- c. Menganalisis pengaruh pengetahuan bidan di desa tentang manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk anak balita terhadap pemulihan kasus di Kabupaten Pekalongan tahun 2008.
- d. Menganalisis pengaruh ketrampilan bidan di desa dalam penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang terhadap pemulihan kasus di Kabupaten Pekalongan tahun 2008.
- e. Menganalisis pengaruh ketrampilan bidan di desa dalam penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi terhadap pemulihan kasus di Kabupaten Pekalongan tahun 2008.
- f. Menganalisis pengaruh ketrampilan bidan di desa dalam penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut terhadap pemulihan kasus di Kabupaten Pekalongan tahun 2008.
- g. Menganalisis pengaruh ketrampilan bidan di desa dalam penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang, penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi, dan penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut terhadap pemulihan kasus di Kabupaten Pekalongan tahun 2008.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Dinas Kesehatan

Dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam program penatalaksanaan kasus gizi buruk terutama yang dilakukan oleh bidan di desa pada anak balita.

2. Bagi Pemerintah Daerah

Dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan kebijakan yang berkaitan dengan masalah penanggulangan kasus gizi buruk pada anak balita.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat memberikan gambaran tentang manajemen penatalaksanaan gizi buruk pada anak balita, sehingga peneliti lain dapat mengembangkan penelitian yang berkaitan dengan masalah gizi buruk pada anak balita.

F. Keaslian Penelitian

Penelitian yang berkaitan dengan masalah gizi buruk sudah banyak dilakukan di berbagai tempat, tetapi dengan topik yang berbeda-beda. Sebagai pertimbangan keaslian penelitian dan berdasarkan penelusuran kepustakaan, penelitian sejenis yang membahas tentang gizi buruk antara lain :

No	Nama Peneliti	Th	Judul	Hasil
1	Djoko Kartono, dkk	2000	Uji Coba Efektivitas Metode Pemulihan Gizi Buruk "Baku P3Gizi" Pada Balita di Pos-yandu	Sebagian anak balita mengalami Peningkatan gizi setelah 3 bulan dilakukan perlakuan

No	Nama Peneliti	Th	Judul	Hasil
2	Febria Indriawati	2003	Hubungan Aspek Proses Manajemen Penanggung Jawab PMT-P Pada Anak Bawah 2 Tahun Sasaran Program JPSBK dengan Tingkat Keberhasilan Kegiatan PMT-P di Puskesmas Se-Kabupaten Sleman Propinsi DIY	Ada hubungan antara aspek proses manajemen PMT-P dengan Tingkat keberhasilan kegiatan PMT-P
3	S.Suwarti, dkk	2003	Pemulihan Gizi Buruk Secara Rawat Jalan di Puskesmas	Status gizi anak meningkat setelah 4 bulan dilakukan intervensi
4	Sri Muljati	2006	Pencapaian Pertumbuhan pada Balita Gizi Buruk Selama Mengikuti Pemulihan di Klinik Gizi Bogor	20% anak penderita gizi buruk mencapai pertumbuhan setelah 6 intervensi
5	Setya Fatmaningrum	2006	Analisis Hubungan Fungsi Manajemen oleh Tenaga Pelaksana Gizi dg Tingkat Keberhasilan Program PMT pada Balita Gizi Buruk di Puskesmas Kab. Tegal	Tidak ada hubungan antara fungsi manajemen dengan keberhasilan program PMT
6	Gesman	2007	Keterlibatan Antara Puskesmas Dan Ninik Mamak Alim Ulama Cerdik Pandai Dalam Penanggulangan Gizi Buruk Di Nagari Sungai Dareh Kec. Pulau Punjung Kab. Dharmasraya	Keterlibatan ninik mamak, alim ulama dan cerdik pandai dalam penanggulangan gizi buruk belum ada

G. Ruang Lingkup Penelitian

1. Ruang Lingkup Waktu

Waktu penelitian dimulai pada bulan Desember 2008 sampai dengan Agustus 2009

2. Ruang Lingkup Tempat

Tempat penelitian dilakukan di wilayah Kabupaten Pekalongan

3. Ruang Lingkup Materi

Penelitian ini termasuk dalam lingkup penelitian kesehatan masyarakat, khususnya lingkup materi kesehatan anak. Penelitian ini hanya membahas tentang penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita, yang dilakukan oleh bidan di desa sesuai dengan manajemen kebidanan di wilayah kerjanya.

4. Ruang Lingkup Variabel

Variabel dalam penelitian ini adalah kompetensi bidan yang meliputi pengetahuan dan ketrampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita sebagai variabel bebas, dan pemulihan kasus gizi buruk sebagai variabel terikat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Manajemen

1. Pengertian Manajemen^{22,23,24,25}

Manajemen adalah suatu proses yang sistematis, dilakukan oleh satu atau lebih individu untuk menjalankan suatu pekerjaan yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pelaksanaan, serta pengendalian untuk mencapai tujuan organisasi.

2. Unsur Manajemen^{26,27}

Unsur manajemen terdiri dari 6 M, yang merupakan singkatan dari *Man* (manusia), *Money* (dana), *Materials* (sarana/bahan), *Machines* (peralatan/prasarana), *Methode* (metode) dan *Markets* (pasar/ masyarakat). Keenam unsur-unsur manajemen harus dimanfaatkan secara efektif dan efisien melalui penyelenggaraan fungsi-fungsi manajemen.

Salah satu unsur manajemen adalah manusia. Manusia merupakan kunci keberhasilan suatu organisasi, karena sebagai sumber daya yang utama dalam suatu organisasi. Peran manusia sangat besar dalam kegiatan manajemen, sehingga manusia dikatakan sebagai “titik sentral” dari manajemen

3. Fungsi Manajemen^{23,24,25,26,27}

a. *Planning* (perencanaan)

Perencanaan adalah suatu proses yang dimulai dengan merumuskan tujuan organisasi, sampai dengan menetapkan alternatif kegiatan untuk mencapai tujuan. Melalui perencanaan

akan dapat ditetapkan tugas-tugas pokok, pedoman supervisi dan menetapkan sumber daya yang dibutuhkan. Perencanaan merupakan fungsi terpenting dalam manajemen, karena fungsi ini akan menentukan fungsi-fungsi yang lain. Fungsi perencanaan merupakan landasan dari fungsi manajemen secara keseluruhan.

b. *Organizing* (pengorganisasian)

Fungsi pengorganisasian merupakan alat untuk mengatur semua kegiatan yang berkaitan dengan personil, finansial, material dan tatacara untuk mencapai tujuan. Pengorganisasian adalah langkah untuk menetapkan, menggolongkan dan mengatur berbagai macam kegiatan, menetapkan tugas-tugas pokok dan wewenang, serta pendelegasian dari pimpinan ke staf untuk mencapai tujuan organisasi.

Melalui fungsi pengorganisasian, seluruh sumber daya yang dimiliki oleh organisasi baik sumber daya manusia maupun bukan manusia, akan diatur penggunaannya secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Karena pengorganisasian merupakan rangkaian kegiatan manajemen untuk menghimpun semua sumber daya atau potensi yang dimiliki, dan dapat memanfaatkan secara efisien untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai. mengorganisasikan sumber daya manusia serta sumber daya lain yang dibutuhkan.

c. *Actuating* (penggerakan, pelaksanaan)

Penggerakan adalah proses bimbingan yang dilakukan oleh seorang manajer kepada staf agar mereka mampu bekerja secara optimal menjalankan tugasnya dengan dukungan sumber daya

yang ada. Merupakan fungsi penggerak semua kegiatan program untuk mencapai tujuan program.

Oleh karena itu, fungsi manajemen ini lebih menekankan tentang bagaimana seorang manajer mengarahkan dan menggerakkan sumber daya baik manusia maupun bukan manusia untuk mencapai tujuan yang ada di organisasi. Didalam buku manajemen sering dijumpai istilah yang berkaitan dengan dengan fungsi penggerakan dan pelaksanaan yaitu :

- 1) *actuating* yaitu memberi bimbingan
- 2) *motivating* yaitu membangkitkan motivasi
- 3) *directing* yaitu memberikan arahan
- 4) *influencing* yaitu mempengaruhi
- 5) *commanding* yaitu memberikan perintah

d. *Controlling* (monitoring, pengawasan atau pengendalian)

Fungsi pengawasan dan pengendalian merupakan fungsi yang terakhir dari proses manajemen, adalah proses untuk mengawasi secara terus menerus pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana kerja yang sudah disusun. Fungsi ini mempunyai kaitan dengan fungsi manajemen yang lain terutama fungsi perencanaan. Melalui fungsi ini standar keberhasilan program yang ditetapkan dibandingkan dengan hasil yang telah dicapai. Apabila ada penyimpangan dan kesenjangan yang terjadi harus segera diatasi.

Fungsi manajemen yang digunakan oleh Departemen Kesehatan RI diambil dari fungsi manajemen menurut George Terry yang terdiri dari *planning, organizing, actuating dan contolling*.

a. Fungsi Perencanaan (*planning*)

Perencanaan kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang dimiliki, menetapkan tujuan program dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan. Adapun langkah-langkah dalam perencanaan kesehatan meliputi :

- 1) Analisis situasi
- 2) Mengidentifikasi masalah dan prioritas
- 3) Menentukan tujuan program
- 4) Mengkaji hambatan dan kelemahan program

b. Fungsi Pengorganisasian (*organizing*)

c. Fungsi Penggerakan dan Pelaksanaan (*actuating dan controlling*)

d. Fungsi Pengawasan dan Pengendalian

4. Manajemen Asuhan Kebidanan^{20,21,28}

a. Pengertian

Manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis dimulai dari melakukan pengumpulan data, analisa data, membuat diagnosa kebidanan, membuat perencanaan, tindakan pelaksanaan dan melakukan evaluasi.

b. Langkah-langkah manajemen asuhan kebidanan

Menurut *Helen Varney* langkah-langkah manajemen asuhan kebidanan meliputi:

- 1) pengkajian data

- 2) interpretasi data meliputi membuat diagnosa, menentukan masalah dan kebutuhan
- 3) menentukan masalah potensial
- 4) menentukan tindakan segera
- 5) membuat rencana tindakan
- 6) melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana
- 7) melakukan evaluasi terhadap tindakan yang dilakukan

B. Kompetensi Bidan Dalam Asuhan Anak Balita

Kompetensi adalah kemampuan kerja setiap individu yang mencakup sikap, pengetahuan dan ketrampilan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Kompetensi adalah kewenangan (kekuasaan) untuk menentukan atau memutuskan suatu hal.^{29,30,31}

Kompetensi bidan meliputi pengetahuan, ketrampilan dan perilaku yang harus dimiliki oleh seorang bidan dalam melaksanakan praktik kebidanan secara aman dan bertanggung jawab pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan.^{20,21,28}

Pengetahuan adalah informasi yang diketahui atau disadari oleh seseorang, dan merupakan hasil “tahu” yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap obyek tertentu atau berbagai gejala yang ditemui. Pengindraan melalui panca indra manusia. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.^{30,31}

Ketrampilan adalah berasal dari kata “terampil” yaitu cakap, mampu dan cekatan dalam menyelesaikan tugas, sehingga dapat diartikan bahwa ketrampilan adalah kecakapan seseorang untuk menyelesaikan tugas.

Perilaku adalah sekumpulan perilaku yang dimiliki oleh manusia dan dipengaruhi oleh adat, sikap, emosi, nilai, etika, kekuasaan, persuasi, dan/atau genetika. Perilaku sosial adalah perilaku yang secara khusus ditujukan kepada orang lain.³¹

Kompetensi yang harus dikuasai oleh bidan di Indonesia meliputi 9 kompetensi yaitu :^{20,21,28}

1. Kompetensi ke-1 : bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan ketrampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat, dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.
2. Kompetensi ke-2 : bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.
3. Kompetensi ke-3 : bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.
4. Kompetensi ke-4 : bidan memberi asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.
5. Kompetensi ke-5 : bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

6. Kompetensi ke-6 : bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.
7. Kompetensi ke-7 : bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir dan anak balita sehat.
8. Kompetensi ke-8 : bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat
9. Kompetensi ke-9 : bidan memberikan asuhan kebidanan pada ibu / wanita dengan gangguan system reproduksi.

Bidan dalam penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita berpedoman pada kompetensi bidan ke-7, yaitu bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir dan anak balita sehat usia 1 bulan - 5 tahun. Pengetahuan dan ketrampilan dalam kompetensi ke-7 meliputi :

1. Pengetahuan Dasar, meliputi :
 - a. Keadaan kesehatan bayi dan anak Indonesia, meliputi angka kesakitan, angka kematian, penyebab kesakitan dan kematian
 - b. Peran dan tanggung jawab orang tua dalam pemeliharaan bayi dan anak
 - c. Pertumbuhan dan perkembangan bayi dan anak normal serta faktor-faktor yang mempengaruhinya
 - d. Kebutuhan fisik dan psikososial anak
 - e. Prinsip dan standar nutrisi pada bayi dan anak
 - f. Prinsip keselamatan untuk bayi dan anak
 - g. Upaya pencegahan penyakit pada bayi dan anak
 - h. Masalah-masalah yang lazim terjadi pada bayi dan anak serta penatalaksanaannya, seperti gumoh, ruam popok, dll

- i. Penyakit-penyakit yang sering terjadi pada bayi dan anak
 - j. Penyimpangan tumbuh kembang bayi dan anak serta penatalaksanaannya
 - k. Bahaya-bahaya yang sering terjadi pada bayi dan anak di dalam dan diluar rumah serta upaya pencegahannya
 - l. Kegawatdaruratan pada bayi dan anak serta penatalaksanaannya
2. Ketrampilan Dasar, meliputi :
- a. Melaksanakan pemantauan dan stimulasi tumbuh kembang bayi dan anak
 - b. Melaksanakan penyuluhan pada orangtua tentang pencegahan bahaya-bahaya pada bayi dan anak sesuai dengan usia
 - c. Melaksanakan pemberian imunisasi pada bayi dan anak
 - d. Mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan pada bayi dan anak yang berfokus pada gejala
 - e. Melakukan pemeriksaan fisik yang berfokus
 - f. Mengidentifikasi penyakit berdasarkan data dan pemeriksaan fisik
 - g. Melakukan pengobatan sesuai kewenangan, kolaborasi atau merujuk dengan cepat dan tepat sesuai dengan keadaan bayi dan anak
 - h. Menjelaskan kepada orang tua tentang tindakan yang dilakukan
 - i. Melakukan pemeriksaan secara berkala pada bayi dan anak sesuai dengan standar yang berlaku
 - j. Melaksanakan penyuluhan kepada orang tua tentang pemeliharaan bayi dan anak
 - k. Tepat sesuai dengan keadaan bayi dan anak yang mengalami cedera dari kecelakaan

- I. Mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang dilakukan.

Pada saat melakukan manajemen kebidanan dalam penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita, bidan melibatkan keluarga sehingga dibutuhkan ketrampilan dalam pengambilan keputusan, yang meliputi :

1. Langkah I

Mengumpulkan data dari ibu, catatan/status ibu dan anak dan atau pemeriksaan laboratorium dengan cara sistematis untuk melengkapi pengkajian

2. Langkah II

Identifikasi masalah-masalah yang actual atau nyata dan potensial berdasarkan interpretasi/penafsiran yang benar dari informasi data yang dikumpulkan pada langkah I

3. Langkah III

Mengembangkan rencana asuhan pada ibu dan keluarganya secara komprehensif, berdasarkan kebutuhan

4. Langkah IV

Melaksanakan dan menyesuaikan rencana asuhan terus menerus dalam jadwal/susunan waktu yang tepat

5. Langkah V

Mengevaluasi efektifitas pemberian asuhan terhadap ibu dan keluarga, mempertimbangkan beberapa alternative/pilihan, apabila gagal kembali pada langkah I untuk mengumpulkan data lebih banyak atau mengembangkan rencana baru.^{21,29}

C. Gizi Buruk Pada Anak Balita

1. Pengertian Gizi Buruk^{4,32,33,34,35,36}

Gizi buruk adalah keadaan kekurangan gizi menahun yang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dari makanan sehari-hari, sehingga anak mengalami *marasmus*, *kwasiorkhor* atau *marasmic kwasiorkhor*.

2. Kriteria Gizi buruk^{4,32,33,34,36}

a. *Marasmus*

Anak yang menderita *marasmus* secara fisik mudah dikenali karena wajahnya terlihat seperti orang tua, sangat kurus karena kehilangan sebagian lemak dan otot-ototnya, pada anak dengan *marasmus* berat akan menunjukkan perubahan mental, bahkan hilang kesadaran. Adapun ciri-ciri yang lainnya adalah :

- 1) berat badan kurang dari 60% berat badan anak usia
- 2) kulit terlihat kering, mengendur dan dingin
- 3) tulang-tulang terlihat jelas menonjol karena pelisutan tubuh
- 4) tubuh penderita terlihat hanya kulit dan tulang
- 5) sering menderita diare dan konstipasi
- 6) tekanan darah cenderung rendah dibanding anak normal
- 7) kadar hemoglobin lebih rendah dibanding anak normal
- 8) anak cengeng dan rewel
- 9) perut tampak cekung

b. *Kwasiorkhor*

Anak yang menderita *kwasiorkhor* dengan penampilan yang khas yaitu perut yang menonjol, dengan berat badan jauh dibawah berat badan normal. Beberapa ciri yang menyolok antara lain :

- 1) adanya edema yang menyertai, yaitu edema diseluruh tubuh terutama pada kaki
- 2) perubahan mental, yaitu cengeng, rewel kadang apatis
- 3) banyak menangis, pada stadium lanjut terlihat sangat pasif
- 4) tampak lemah dan selalu ingin berbaring
- 5) wajah membulat dan sembab
- 6) otot – otot mengecil, lebih nyata apabila diperiksa dengan berdiri dan duduk
- 7) kelainan pada kulit, dimulai dengan adanya *petechia* yang lambat laun akan menghitam setelah mengelupas terlihat kemerahan yang biasanya dijumpai disekitar punggung dan pantat
- 8) pembesaran hati, bahkan pada saat rebahan pembesaran dapat diraba dari luar tubuh, teraba licin dan kenyal
- 9) sering disertai infeksi, anemia, dan diare atau mencret
- 10) anak sering menolak segala jenis makanan (*anoreksia*)
- 11) rambut berwarna kusam dan mudah dicabut
- 12) pandangan mata anak nampak sayu

c. *Marasmic Kwashiorkhor*

Penyakit ini merupakan gabungan dari marasmus dan kwashiorkhor dengan gabungan gejala yang menyertai.

Tanda-tanda *Marasmic Kwashiorkhor* :

- 1) berat badan hanya berkisar 60% dari berat normal, disertai edema, kelainan rambut dan kelainan kulit
- 2) tubuh mengandung lebih banyak cairan, karena berkurangnya lemak dan otot

- 3) kalium dalam tubuh menurun drastis sehingga menyebabkan gangguan metabolik, seperti gangguan ginjal dan pankreas
- 4) mineral lain dalam tubuh mengalami gangguan, seperti meningkatnya kadar natrium dan fosfor inorganik serta menurunnya kadar magnesium

4. Penyebab Gizi Buruk^{2,3,4,8,15}

Gizi buruk dipengaruhi oleh banyak faktor yang saling terkait. Secara langsung gizi buruk dipengaruhi oleh 3 faktor penyebab, yaitu:

a. Anak tidak cukup mendapatkan makanan bergizi seimbang

Bayi dan anak balita tidak mendapatkan makanan yang bergizi, yaitu ASI Eksklusif, dan setelah usia 6 bulan anak tidak mendapat makanan pendamping ASI (MP-ASI) yang tepat. Pada keluarga dengan tingkat pendidikan rendah dan pengetahuan yang rendah seringkali anak mendapatkan makanan seadanya karena faktor ketidaktahuan.

b. Anak tidak mendapatkan asuhan gizi yang memadai

Pola pengasuhan anak berpengaruh pada timbulnya gizi buruk. Pengetahuan orang tua yang kurang tentang pola asuh anak sehingga asupan gizi yang cukup tidak terpenuhi. Salah satu contohnya adalah anak yang tidak diasuh oleh ibunya sendiri, pengasuh kurang mengerti pentingnya ASI dan makanan bergizi sehingga anak kurang mendapatkan gizi yang cukup.

c. Anak menderita penyakit infeksi

Terjadi hubungan timbal balik antara kejadian penyakit infeksi dan gizi buruk. Anak yang menderita gizi buruk akan mengalami penurunan daya tahan, sehingga anak mudah terkena penyakit

infeksi. Demikian juga anak yang menderita infeksi akan cenderung menderita gizi buruk.

D. Program Penanggulangan Masalah Gizi Buruk^{5,6,8}

1. Latar Belakang

Latar belakang program penanggulangan masalah gizi buruk di Indonesia antara lain:

- a. Terjadinya ledakan kasus gizi buruk di beberapa daerah seperti Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Lampung dan Banten
- b. Prevalensi gizi kurang dan gizi buruk tinggi dan selama beberapa tahun terakhir penurunannya sangat lambat
- c. Penyebab kejadian gizi buruk adalah kemiskinan, pola asuh yang tidak baik dan adanya penyakit kronis
- d. Kejadian gizi buruk tidak terjadi secara akut tetapi ditandai dengan kenaikan berat badan anak yang tidak cukup selama beberapa bulan sebelumnya yang bias diukur dengan melakukan penimbangan secara bulanan
- e. Sebagian besar kasus gizi kurang dan gizi buruk dengan tatalaksana gizi buruk dapat dipulihkan di Puskesmas/Rumah Sakit

2. Tujuan Program

Tujuan program penanggulangan masalah gizi buruk adalah menurunkan angka gizi buruk dari 8,5% menjadi 5% pada akhir 2009 sesuai dengan target RPJM 2005 – 2009 sebagai tujuan umum, dan tujuan khususnya meliputi :

- a. Meningkatkan cakupan deteksi dini gizi buruk melalui penimbangan setiap bulan di posyandu

- b. Meningkatkan cakupan dan kualitas tatalaksana kasus gizi buruk di puskesmas/rumah sakit dan rumah tangga
- c. Menyediakan pemberian makanan tambahan pemulihan (PMT-P) kepada balita kurang gizi dari keluarga miskin
- d. Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan ibu dalam memberikan asuhan gizi kepada anak (ASI/MP-ASI)
- e. Memberikan suplementasi gizi (kapsul Vitamin A) kepada semua balita

3. Strategi

Strategi yang dilakukan untuk penanggulangan masalah gizi buruk antara lain :

- a. Revitalisasi posyandu untuk mendukung pemantauan pertumbuhan
- b. Melibatkan peran aktif tokoh masyarakat, tokoh agama, pemuka adat dan kelompok potensial lainnya
- c. Meningkatkan cakupan dan kualitas melalui peningkatan ketrampilan tatalaksana gizi buruk
- d. Menyediakan sarana pendukung (sarana prasarana)
- e. Menyediakan dan melakukan KIE
- f. Meningkatkan kewaspadaan dini KLB gizi buruk

4. Kegiatan

Kegiatan yang dilakukan untuk penanggulangan masalah gizi buruk melalui :

- a. Deteksi dini gizi buruk melalui bulan penimbangan balita di posyandu, meliputi : melengkapi kebutuhan sarana di posyandu (dacin, KMS/Buku KIA), orientasi kader, menyediakan biaya

- operasional, menyediakan materi KIE (Komunikasi Informasi Edukasi), serta menyediakan suplementasi kapsul Vitamin A
- b. Tatalaksana kasus gizi buruk dalam rangka penanggulangan masalah gizi buruk melalui :menyediakan biaya rujukan khusus untuk gizi buruk keluarga miskin baik di puskesmas/RS, kunjungan rumah untuk tindak lanjut setelah perawatan di puskesmas/RS, menyediakan paket PMT (modisko, MP-ASI) bagi pasien pasca perawatan, meningkatkan ketrampilan petugas puskesmas/RS dalam tatalaksana gizi buruk
 - c. Pencegahan gizi buruk, melalui kegiatan pemberian makanan tambahan pemulihan (MP-ASI) kepada balita keluarga miskin yang berat badannya tidak naik atau gizi kurang, penyelenggaraan PMT penyuluhan setiap bulan di posyandu, konseling kepada ibu-ibu yang anaknya mempunyai gangguan pertumbuhan
 - d. Surveilen gizi buruk, meliputi : pelaksanaan pemantauan wilayah setempat gizi (PWS-Gizi), pelaksanaan system kewaspadaan dini kejadian luar biasa gizi buruk, serta pemantauan status gizi (PSG)
 - e. Advokasi, sosialisasi dan kampanye penanggulangan gizi buruk, meliputi advokasi kepada pengambil keputusan (DPR, DPRD, Pemda, LSM, dunia usaha dan masyarakat) dan kampanye penanggulangan gizi buruk melalui media efektif
 - f. Manajemen program dengan pelatihan petugas dan bimbingan teknis.

E. Penatalaksanaan Gizi Buruk

1. Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang Anak ^{37,38,39,40}

Pedoman dalam deteksi pertumbuhan anak balita adalah dengan menggunakan berat badan (BB) terhadap tinggi badan (TB). Deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak dapat dilakukan melalui :

- a. Menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan anak di posyandu atau puskesmas
- b. Mencatat berat badan anak dalam KMS
- c. Membaca kecenderungan berat badan anak pada KMS, meliputi :
 - 1) jika berat badan naik dibanding bulan lalu lebih cepat dari garis baku disebut N 1 (tumbuh kejar)
 - 2) jika berat badan naik dibanding bulan lalu sesuai dengan garis baku disebut N 2 (tumbuh normal)
 - 3) jika berat badan naik dibanding bulan lalu lebih lambat dibanding garis baku disebut T 1 (tumbuh tidak memadai)
 - 4) jika berat badan tetap dibanding bulan lalu sehingga garis pertumbuhan mendatar disebut T 2 (tidak tumbuh)
 - 5) jika berat badan dibanding bulan lalu turun sehingga garis pertumbuhan turun disebut T 3 (tumbuh negatif)
- d. Melakukan pemeriksaan adanya tanda bahaya, yang meliputi :

adanya renjatan atau syok, keadaan tidak sadar atau letargis serta adanya muntah/diare/dehidrasi
- e. Melakukan pemeriksaan fisik
- f. Merujuk anak apabila
 - 1) ditemukan 2 kali T berturut-turut meskipun BB di KMS masih diatas garis merah
 - 2) BB dibawah garis merah di KMS

2. Pengobatan dan Perawatan Anak Gizi Buruk^{34,37,39}

a. Pengobatan dan perawatan fase stabilisasi

Prosedur tindakan pengobatan dan perawatan terhadap anak balita gizi buruk sebelum dirujuk, meliputi :

- 1) Pengobatan atau pencegahan hipoglikemia
- 2) Pengobatan dan pencegahan hipotermia
- 3) Pengobatan dan pencegahan dehidrasi
- 4) Pemulihan gangguan keseimbangan elektrolit
- 5) Pengobatan atau pencegahan infeksi
- 6) Pemberian makanan yang sesuai dengan kondisi anak balita
- 7) Pemberian multivitamin
- 8) Pemantauan masa tumbuh kejar³⁴

Pengobatan dan perawatan fase stabilisasi dibagi dalam :

- 1) Perawatan Awal pada Fase Stabilisasi, yang meliputi:
 - a) pemeriksaan berat badan dan suhu tubuh (aksila)
 - b) memberikan oksigen apabila disertai renjatan atau syok
 - c) menghangatkan tubuh
 - d) memberikan cairan dan makanan sesuai dengan rencana
 - e) memberikan antibiotic sesuai umur
- 2) Perawatan Lanjutan pada Fase Stabilisasi, yang meliputi:
 - a) melakukan anamnesa untuk konfirmasi kejadian campak dan TB paru
 - b) melakukan pemeriksaan umum, meliputi tinggi badan, thorax, abdomen, otot dan jaringan lemak
 - c) melakukan pemeriksaan khusus, meliputi mata, kulit, telinga, hidung, tenggorokan

- d) melakukan pemeriksaan laboratorium, meliputi kadar gula darah dan Hemoglobin
 - e) memberikan tindakan meliputi Vitamin A, asam folat, multi vitamin tanpa Fe, pengobatan penyakit penyulit
 - f) melakukan stimulasi
- b. Perawatan Lanjutan pada Fase Transisi
- 1) melakukan pemeriksaan berat badan
 - 2) memberikan makanan untuk tumbuh kejar
 - 3) memberikan multivitamin tanpa Fe
 - 4) melakukan stimulasi
 - 5) pengobatan penyakit penyulit
- c. Perawatan lanjutan pada Fase Rehabilitasi
- 1) melakukan monitoring tumbuh kembang
 - 2) memberikan multivitamin dengan Fe
 - 3) pengobatan penyakit penyulit
 - 4) melakukan persiapan pada ibu
 - 5) melakukan stimulasi

Prosedur tetap penatalaksanaan fase rehabilitasi di puskesmas meliputi ³⁴ :

- 1) mengkaji berat badan
- 2) observasi keadaan kesehatan
- 3) memberikan makanan secara bertahap
- 4) menentukan kebutuhan energi dan protein pada anak
- 5) memberikan makanan porsi kecil dan sering
- 6) menganjurkan ASI sampai 2 tahun
- 7) menimbang berat badan anak setiap 2 minggu
- 8) penyuluhan pada orangtua

- 9) menganjurkan keluarga untuk memantau kesehatan secara teratur ke posyandu

d. Perawatan Tindak Lanjut di Rumah Bagi Anak Gizi Buruk

Setelah anak pulang dari tempat perawatan, harus dilakukan³⁴:

- 1) pemberian makan yang baik,
- 2) stimulasi tumbuh kembang,
- 3) penyuluhan kepada orang tua untuk kunjungan ulang, pemberian makanan, terapi bermain, serta imunisasi
- 4) pemberian vitamin A
- 5) pemantauan anak di rumah

Perawatan fase tindak lanjut bagi anak gizi buruk meliputi³⁷:

- 1) Melanjutkan pola pemberian makan yang baik dan stimulasi dilanjutkan di rumah setelah pulang dari rumah sakit
- 2) Memberikan contoh kepada orang tua cara membuat menu dan makanan dengan kandungan energi dan zat gizi yang padat sesuai dengan umur dan berat badan anak
- 3) Memberikan contoh pada orang tua cara terapi bermain
- 4) Menyarankan kepada orang tua untuk memberikan makanan dengan porsi kecil tapi sering sesuai dengan umur anak
- 5) Menyarankan kepada orang tua untuk membawa control secara teratur yaitu :
 - a) bulan I : 1 x setiap minggu
 - b) bulan II : 1x setiap 2 minggu
 - c) bulan III - IV : 1x setiap bulan
- 6) Memberikan imunisasi dasar dan ulangan (booster)
- 7) Memberikan vitamin A dosis tinggi setiap 6 bulan sekali

3. Cara Memberikan Stimulasi Sensorik Dan Dukungan Emosional Pada anak Gizi Buruk.^{37,39}

Pada anak gizi buruk terjadi keterlambatan perkembangan mental dan perilaku, oleh karena itu harus diberikan :

- a. Kasih sayang
- b. Lingkungan yang ceria
- c. Terapi bermain selama 15-30 menit setiap hari, contohnya bermain cilukba
- d. Aktifitas fisik segera setelah sembuh
- e. Keterlibatan ibu dalam memberi makan, memandikan, bermain dan lain-lain.

4. Pemulangan Anak Gizi Buruk dari Ruang Rawat Inap^{37,39}

- a. Kriteria pada anak
 - 1) selera makan sudah bagus, makanan yang diberikan dapat dihabiskan
 - 2) ada perbaikan kondisi mental
 - 3) anak sudah dapat tersenyum, duduk, merangkak, berdiri atau berjalan sesuai dengan umurnya
 - 4) suhu tubuh antara 36,5 – 37,5
 - 5) tidak ada muntah atau diare
 - 6) tidak ada edema
 - 7) terdapat kenaikan berat badan lebih dari atau sama dengan 5g/kg BB/hari selama 3 hari berturut-turut atau kenaikan sekitar lebih dari atau sama dengan 50g/kg BB/minggu selama 2 minggu berturut-turut sudah berada di kondisi gizi kurang (BB/TB)

- b. Kriteria pada Ibu / pengasuh
 - 1) sudah dapat membuat makanan yang diperlukan untuk tumbuh kejar di rumah
 - 2) ibu sudah mampu merawat serta memberikan makan dengan benar kepada anak
 - c. Kriteria pada Institusi Lapangan
Bagi puskesmas / Pos Pemulihan Gizi telah siap untuk menerima rujukan pasca perawatan
5. Pedoman Pemberian Makanan Balita Gizi Buruk⁴¹
- Pemberian makanan bagi anak dengan gizi buruk antara lain :
- a. Apabila anak belum mencapai umur 2 tahun maka ASI tetap diberikan. Bila selama dirawat anak tidak diberi ASI, maka setelah kembali dari rawat inap anak harus tetap diberi ASI.
 - b. Balita gizi buruk setelah kembali dari rawat inap di Puskesmas / Rumah Sakit, perlu diikuti dengan pengamatan dan perhatian terus menerus terhadap kesehatan dan gizi, antara lain dengan pemberian makanan yang sesuai dengan kebutuhannya.
 - c. Pemberian makanan sedapat mungkin dibuat dari bahan makanan yang tersedia di rumah tangga, harga murah dan pembuatannya mudah. Disamping itu anak gizi buruk setelah kembali dari rawat inap harus tetap mendapat vitamin A di posyandu dua kali setahun dan sirup besi.
 - d. Anak yang menderita gizi buruk biasanya mempunyai masalah pada fungsi alat pencernaan, sehingga dalam pemberian makanannya memerlukan perhatian khusus. Sebagai patokan yang digunakan dalam pemberian makanan kepada anak gizi buruk adalah berat badan, bukan umur.

- e. Karena sebagian alat pencernaan tubuh anak yang menderita gizi buruk belum berfungsi dengan baik, maka bentuk makanan sampai anak mencapai berat badan 7kg mengikuti bentuk makanan pendamping ASI (MP ASI), berupa makanan cair, lembik dan lunak
- f. Petugas harus selalu memantau dan membina melalui konseling dengan cara kunjungan ke rumah tangga paling sedikit sekali dalam seminggu
- g. Jika anak sudah diberi makan sesuai ketentuan, tetapi dalam satu bulan berat badan tidak naik, anak harus segera dirujuk ke puskesmas
- h. Jika anak sudah mencapai berat badan 7 kg dan telah diberi makanan orang dewasa, akan tetapi berat badannya tidak naik, maka anak harus kembali diberi makanan formula seperti semula
- i. Dalam mempersiapkan dan memberikan makanan formula, harus selalu dijaga kebersihannya, antara lain : mencuci tangan sebelum memasak, alat makan harus selalu dicuci terlebih dahulu, bahan makanan harus dimasak, harus selalu menggunakan air yang sudah dimasak
- j. Bila menggunakan produk hasil industri, gunakan jenis produk makanan bayi untuk umur 4 bulan keatas, dan untuk anak dibawah 4 bulan bila ada indikasi medis anak diberi susu formula.

F. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keberhasilan Penatalaksanaan Kasus Gizi Buruk Pada Anak Balita

Perkembangan masalah gizi di Indonesia, berdasarkan hasil surveilans dari seluruh Dinas Kesehatan Propinsi sejak tahun 2005 didapatkan bahwa setiap bulan kasus gizi buruk mengalami penurunan.

Hal tersebut disebabkan karena anak yang menderita gizi buruk mendapatkan perawatan baik di puskesmas maupun rumah sakit. Dilanjutkan perawatan tindak lanjut pasca perawatan yang berupa rawat jalan dan melalui posyandu, untuk memantau kenaikan berat badan serta mendapatkan makanan tambahan.⁴²

Oleh karena itu dapat diketahui bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan penatalaksanaan gizi buruk antara lain :

1. Faktor Tenaga Kesehatan

Pemerintah meningkatkan akses pelayanan kesehatan gizi yang bermutu, melalui penempatan bidan di desa dan peningkatan kemampuan tenaga kesehatan dalam mendeteksi, menemukan dan menangani kasus gizi buruk sedini mungkin. Selain itu pemerintah juga membentuk Tim Asuhan Gizi yang terdiri dari dokter, perawat, bidan, ahli gizi, serta dibantu oleh tenaga kesehatan lain. Diharapkan dapat memberikan penanganan yang cepat dan tepat pada kasus gizi buruk baik di puskesmas maupun di rumah sakit.⁴³

2. Faktor Ibu

Pengetahuan ibu dalam pemberian gizi yang baik pada anaknya merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh bagi keberhasilan pemulihan gizi buruk pada anak balita, sehingga diharapkan tidak terjadi kesalahan dalam pola asuh anaknya. Pada saat pemulihan selain intervensi dari medis, seharusnya orang tua mendapatkan pembinaan yang berkelanjutan, agar anak tidak jatuh dalam kondisi gizi buruk lagi.^{18,44} Melalui kegiatan antara lain memberikan ASI secara eksklusif, menimbang berat badan balita secara teratur di posyandu, mengkonsumsi makanan beraneka ragam, garam yodium serta zat besi.^{9,10}

3. Faktor Program Kesehatan

Intervensi yang dilakukan oleh pemerintah melalui upaya promotif dan preventif, untuk melakukan pemantauan pertumbuhan anak melalui kegiatan posyandu, pemberian makanan tambahan, pendidikan dan konseling gizi serta pendampingan keluarga sadar gizi. Pemerintah juga membentuk SKPD (system kewaspadaan pangan dan gizi) dalam rangka mendeteksi, menemukan dan menangani kasus gizi buruk sedini mungkin. Untuk meningkatkan status gizi anak dilakukan upaya melalui pemberian perawatan di puskesmas dan rumah sakit.⁴⁴

4. Faktor Kerjasama Lintas Sektor

Mengingat penyebabnya sangat kompleks, penatalaksanaan gizi buruk memerlukan kerjasama yang komprehensif dari semua pihak, tidak hanya dokter dan tenaga kesehatan saja tetapi juga dari pihak orang tua, keluarga, pemuka masyarakat, pemuka agama dan pemerintah. Oleh karena itu penanggulangan masalah gizi buruk merupakan tanggung jawab bersama, yang melibatkan masyarakat dan banyak sektor yang terkait dalam pelayanan kesehatan. Meliputi sektor ekonomi, pendidikan, sosial, budaya, pemberdayaan perempuan, PKK dan pertanian yang menyangkut ketersediaan pangan dalam rumah tangga.^{44,45}

5. Faktor Ekonomi

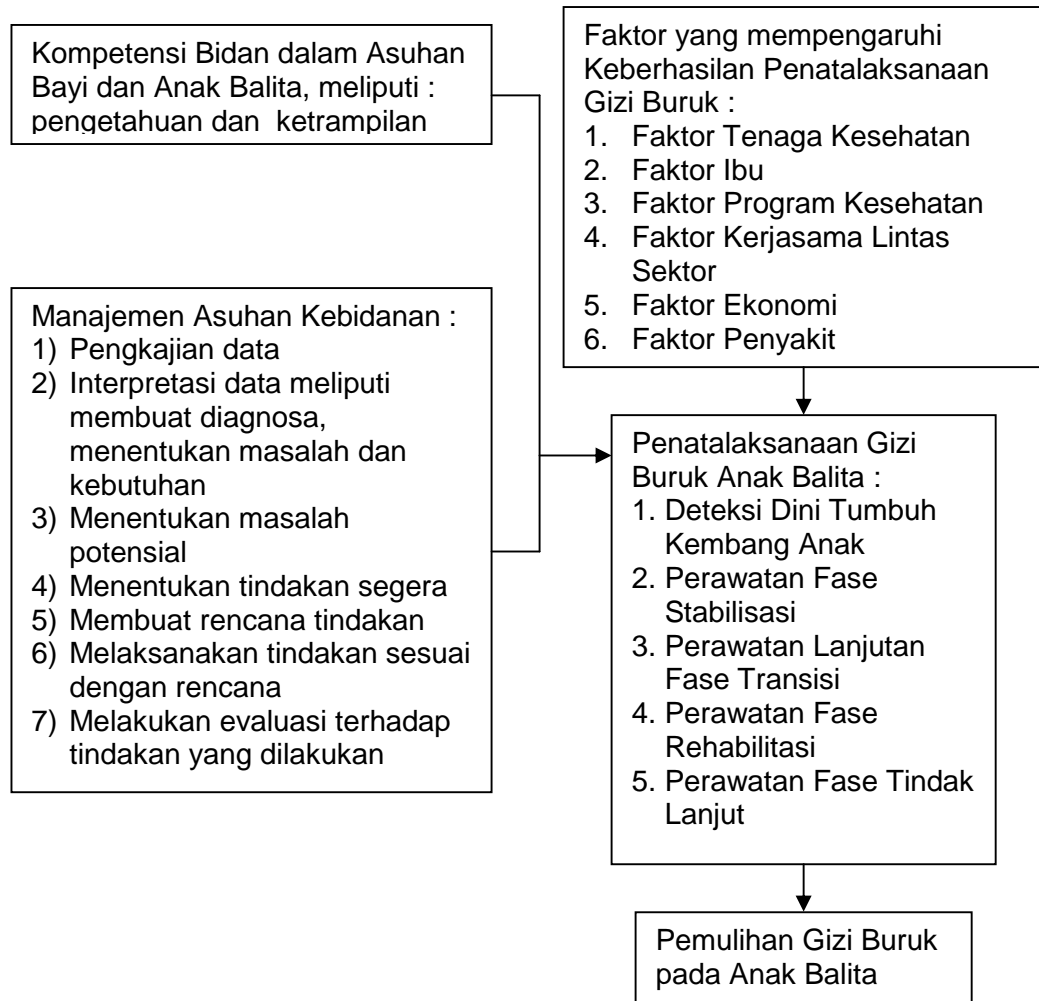
Adanya krisis ekonomi menyebabkan penurunan pendapatan masyarakat dan peningkatan harga pangan. Dalam kehidupan sehari-hari pengaruh tersebut sangat dirasakan oleh masyarakat dalam bentuk pengurangan jumlah dan mutu konsumsi makanan sehari-hari.² Pada tahun 2000 jaringan pengaman sosial bidang kesehatan

(JPSBK) telah berhasil meningkatkan akses keluarga miskin terhadap pelayanan kesehatan. Sehingga derajat kesehatan masyarakat miskin cenderung meningkat dan status gizi buruk mulai menurun.⁴⁶

6. Faktor Penyakit

Salah satu faktor penyebab gizi buruk pada anak balita adalah faktor penyakit yang diderita anak, baik penyakit bawaan seperti penyakit jantung, penyakit infeksi seperti saluran pernafasan dan diare. Upaya mengatasi masalah tersebut pemerintah melakukan berbagai upaya untuk mencegah dan mengatasi masalah penyakit pada anak, misalnya memberikan imunisasi kepada ibu hamil dan bayi, untuk mencegah terjadinya penyakit. Selain upaya tersebut diatas peran posyandu sangat diperlukan guna memeriksa kesehatan bayi dan anak balita, memberikan makanan tambahan yang bergizi dan sosialisasi pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif, sehingga bayi akan mendapatkan kekebalan tubuh.⁴⁷

G. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori
(modifikasi 2,9,10,18,20,21,28,42,43,44,45,46,47)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah kompetensi bidan di desa dalam manajemen kasus gizi buruk pada anak balita, meliputi :

- a. Pengetahuan bidan di desa tentang manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk anak balita.
- b. Keterampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak balita gizi buruk.
- c. Keterampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi pada anak balita gizi buruk.
- d. Keterampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut pada anak balita gizi buruk.

2. Variabel terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah pemulihan kasus gizi buruk.

3. Variabel Intervening

Merupakan variabel yang secara teoritis mempengaruhi hubungan antara variabel independen dan variabel dependen, tetapi tidak diukur.⁴⁸ Variabel intervening dalam penelitian ini adalah faktor ibu dan faktor penyakit yang diderita anak balita.

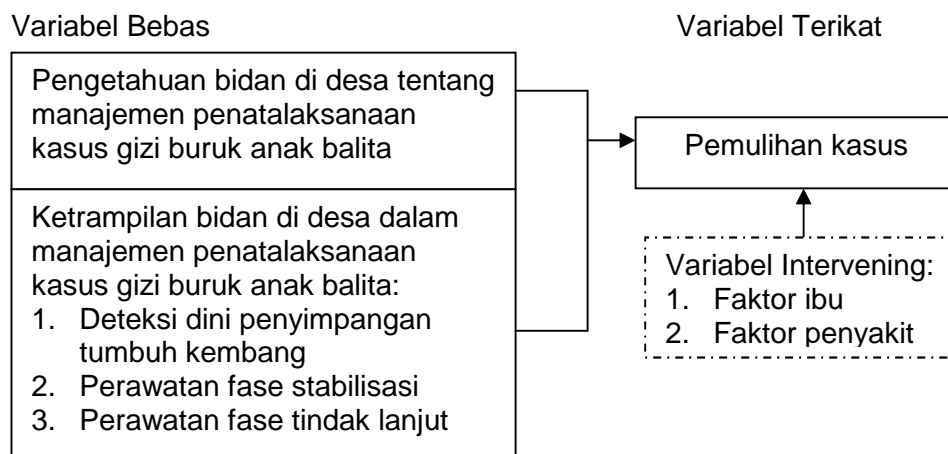
B. Hipotesis Penelitian

1. Ada pengaruh pengetahuan bidan di desa tentang manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk anak balita terhadap pemulihan kasus.

2. Ada pengaruh ketrampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang kasus gizi buruk anak balita terhadap pemulihan kasus.
3. Ada pengaruh ketrampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi kasus gizi buruk anak balita terhadap pemulihan kasus.
4. Ada pengaruh ketrampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut kasus gizi buruk anak balita terhadap pemulihan kasus.
5. Ada pengaruh ketrampilan bidan di desa dalam manajemen kasus gizi buruk, meliputi penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang, penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi dan penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut terhadap pemulihan kasus.

C. Kerangka Konsep Penelitian

Berdasarkan kerangka teori yang ada dalam BAB II, maka kerangka konsep penelitian yang digunakan adalah sebagai berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan _____ : di analisis secara statistik inferensial

----- : di analisis secara statistik deskriptif

D. Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian^{49,50,51}

Jenis penelitian yang dilakukan adalah studi kuantitatif dengan desain penelitian *non experimental*, dan tergolong dalam penelitian *observasional survey* yang dilakukan untuk menjelaskan hubungan dan pengaruh antara variabel bebas dan variabel terikat. Pada penelitian ini adalah kompetensi bidan yang meliputi pengetahuan dan ketrampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk anak balita terhadap pemulihan kasus.

2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data^{49,50,51}

Penelitian ini bersifat *retrospektif* yaitu penelitian dengan berusaha melihat ke belakang, yang artinya pengumpulan data dimulai dari efek yang terjadi. Pendekatan waktu yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu tiap subyek hanya diobservasi satu kali saja dan pengukuran variabel subyek dilakukan pada saat pengamatan, untuk mempelajari korelasi antara faktor resiko dengan efek. Pada penelitian ini pengumpulan data dilakukan sekaligus pada suatu saat (*point time approach*).

3. Metode Pengumpulan Data

a. Cara Pengumpulan Data

1) Data Primer

Data primer pada bidan di desa dikumpulkan berdasarkan hasil wawancara dengan menggunakan kuesioner, yang berisi pernyataan dan pertanyaan tentang pengetahuan bidan di desa tentang penatalaksanaan gizi buruk pada anak balita dan penatalaksanaan gizi buruk anak balita yang dilakukan bidan di desa, meliputi deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang,

penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi dan perawatan fase tindak lanjut.

Data primer dari orang tua anak balita diperoleh melalui wawancara mendalam tentang identitas, pengetahuan tentang gizi, praktek dalam pemberian ASI eksklusif dan praktek pemenuhan gizi pada anak balita.

2) Data Sekunder

- a) melihat dokumentasi laporan pada bagian gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan tentang jumlah kasus gizi buruk dan tempat kejadian kasus gizi buruk,
- b) melihat dokumentasi tentang penatalaksanaan kasus gizi buruk yang di rawat di rumah sakit /puskesmas perawatan,
- c) melihat dokumentasi tentang penatalaksanaan kasus gizi buruk anak balita oleh bidan di desa.

b. Alat/instrument

Alat/instrument yang dipakai dalam penelitian ini adalah kuesioner dan pedoman wawancara.

4. Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah seluruh bidan di desa yang mempunyai kasus gizi buruk anak balita dengan kategori BB/TB (berat badan/tinggi badan) yang berada di wilayah kabupaten Pekalongan, pada bulan Januari – Desember tahun 2008. Sebanyak 78 kasus yang menjadi tanggung jawab bidan di desa. Serta seluruh ibu dari anak balita yang mengalami gizi buruk pada tahun 2008 yang ada di wilayah kabupaten Pekalongan.

5. Prosedur Sampel dan Sampel Penelitian^{50,51,52}

Prosedur pengambilan sampel pada penelitian ini dengan menggunakan tehnik *Purposive Sampling*, yaitu tehnik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu, karena penelitian ini dilakukan untuk mengetahui kompetensi bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan deteksi dini, perawatan fase stabilisasi sebelum dilakukan rujukan serta perawatan fase tindak lanjut setelah dilakukan perawatan di rumah sakit maupun puskesmas perawatan. Maka sampel penelitian ini adalah :

- a. Bidan di desa yang sudah melakukan manajemen kasus gizi buruk pada anak balita di wilayah kerjanya, dan sudah dilakukan perawatan baik di rumah sakit atau puskesmas perawatan selama tahun 2008, sebanyak 31 orang.
- b. Ibu dari anak balita gizi buruk yang sudah dilakukan perawatan di rumah sakit atau puskesmas perawatan, sebanyak 31 orang.

6. Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran

- a. Kompetensi bidan di desa dalam manajemen kasus gizi buruk anak balita.

Adalah kemampuan yang dimiliki oleh bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita, meliputi pengetahuan dan ketrampilan dalam penatalaksanaan kasus gizi buruk.

- b. Pengetahuan bidan di desa tentang manajemen penatalaksanaan gizi buruk anak balita.

Adalah kemampuan yang dimiliki oleh bidan dalam menjawab pertanyaan tentang penatalaksanaan gizi buruk pada anak balita, meliputi pengertian gizi buruk, tanda-tanda balita dengan gizi

buruk, deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang, perawatan fase stabilisasi awal dan lanjut, perawatan fase transisi, perawatan fase rehabilitasi dan perawatan fase tindak lanjut.

Dengan memberikan 10 item pertanyaan dalam bentuk pilihan ganda, penilaian dilakukan dengan memberikan nilai 1 apabila jawaban benar dan nilai 0 apabila jawaban salah.

Kategori : Pengetahuan baik : skor 76 – 100%

Pengetahuan cukup : skor 56 – 75%

Pengetahuan kurang : skor kurang 56%⁴⁸

Skala pengukuran : ordinal

- c. Ketrampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak balita.

Adalah kegiatan yang dilakukan bidan di desa dalam melaksanakan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak balita gizi buruk, meliputi menimbang berat badan, mengukur tinggi badan, mencatat dalam KMS, membaca hasil penimbangan dalam KMS, memeriksa tanda bahaya serta melakukan pemeriksaan fisik. Memberikan 6 item pertanyaan tentang deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang. Apabila dilakukan diberi nilai 1 dan apabila tidak dilakukan diberi nilai 0.

Kategori : Dilakukan dengan lengkap : skor 6

Dilakukan dengan tidak lengkap : skor 1 - 5

Tidak dilakukan : skor 0

Skala pengukuran : ordinal

- d. Ketrampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi kasus gizi buruk anak balita.

Adalah kegiatan yang dilakukan bidan di desa dalam melaksanakan perawatan fase stabilisasi penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita, meliputi mencegah hipoglikemia, mencegah hipotermia, mencegah dehidrasi, memberikan makanan, melakukan pemeriksaan fisik serta stimulasi tumbuh kembang. Memberikan 6 item pertanyaan tentang perawatan fase stabilisasi penatalaksanaan gizi buruk pada anak balita. Apabila dilakukan diberi nilai 1 dan apabila tidak dilakukan diberi nilai 0.

Kategori : Dilakukan dengan lengkap : skor 6

Dilakukan tidak lengkap : skor 1 - 5

Tidak dilakukan : skor 0

Skala pengukuran : ordinal

- e. Ketrampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut kasus gizi buruk anak balita.

Adalah kegiatan yang dilakukan bidan dalam melaksanakan perawatan fase tindak lanjut, meliputi pemberian PMT, stimulasi tumbuh kembang, penyuluhan pada orang tua, pemberian vitamin A dan anjuran untuk kontrol. Memberikan 5 item pertanyaan tentang perawatan fase tindak lanjut. Apabila dilakukan diberi nilai 1 dan apabila tidak dilakukan diberi nilai 0.

Kategori : Dilakukan dengan lengkap : skor 5

Dilakukan tidak lengkap : skor 1 – 4

Tidak dilakukan : skor 0

Skala pengukuran : ordinal

f. Pemulihan kasus gizi buruk.

Adalah keadaan kesehatan anak balita kasus gizi buruk setelah dilakukan penatalaksanaan kasus gizi buruk. Data diambil dari data sekunder yang ada di bidan desa dan puskesmas, dengan kriteria pulih yaitu adanya kenaikan berat badan, skor Z BB/TB > -3 SD dan tidak terdapat tanda klinis maupun tanda bahaya gizi buruk.

Kategori : Kode 1 : sembuh/pulih

Kode 0 : belum sembuh/belum pulih.

Skala pengukuran : nominal

7. Definisi Operasional Variabel Intervening

a. Faktor Ibu,

- 1) bagaimana pengetahuan ibu tentang gizi pada anak balita yang meliputi ASI Eksklusif dan makanan yang mengandung zat gizi
- 2) bagaimana praktek yang dilakukan ibu dalam pemberian ASI Eksklusif dan praktek pemenuhan gizi pada anak balita.

b. Faktor Penyakit,

adalah penyakit bawaan atau penyakit yang dialami atau yang sering dialami oleh anak balita yang mengalami gizi buruk, misalnya : penyakit jantung, campak, diare, penyakit infeksi saluran pernafasan serta penyakit infeksi yang lain.

8. Instrument Penelitian dan Cara Penelitian^{50,51,52,53}

a. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar *kuesioner*, yang berisi tentang pernyataan dan pertanyaan yang berhubungan dengan variabel penelitian, yang harus dijawab oleh responden. Instrumen penelitian ini berisi tentang pernyataan yang

berhubungan dengan penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita,

Sebelum digunakan untuk pengumpulan data, dilakukan uji coba terhadap instrumen yang dilakukan kepada 20 bidan yang sudah melakukan penatalaksanaan kasus gizi buruk di wilayah kabupaten Kendal. Kemudian dilakukan uji *validitas* dan *realibilitas*.

1) *Uji Validitas*

Adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar dapat mengukur apa yang diukur. Pengukuran dilakukan dengan menghitung korelasi antara nilai masing-masing item. dengan menggunakan rumus korelasi "*Product Moment*."

Hasil analisis validitas dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan computer program *Windows* dengan program analisis validitas butir seri program SPSS (*Statistic Program for Social Sciense*) versi 12.0. Hasil uji analisis variabel pengetahuan diketahui bahwa dari 15 item pertanyaan terdapat 5 item pertanyaan yang tidak valid, sehingga 5 item yang tidak valid dikeluarkan dari variabel penelitian (hasil terlampir).

2) *Uji Reliabilitas*

Adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau diandalkan. Uji reliabilitas dengan menggunakan uji *Alfa Cronbach*.

Berdasarkan hasil uji reliabilitas terhadap pertanyaan dalam variabel pengetahuan, terbukti dari 15 item pertanyaan yang valid 10 item pertanyaan. Setelah dilakukan uji reliabilitas dengan menggunakan uji *Alfa Cronbach*, dengan hasil 0,769

yang berarti 10 item pertanyaan adalah reliabel (hasil terlampir).

b. Cara Penelitian

1) Tahap awal

- a) menyelesaikan proses perijinan
- b) melakukan studi pendahuluan
- c) menyelesaikan usulan penelitian
- d) melakukan uji coba kuesioner
- e) melakukan uji validitas dan reliabilitas

2) Tahap pelaksanaan

melakukan pengumpulan data melalui wawancara dengan responden

3) Tahap akhir

- a) melakukan *editing, coding, tabulating* dan *entry data*
- b) melakukan analisa data dengan menggunakan SPSS, meliputi analisis univariat, bivariat dan multivariat.

9. Tehnik Pengolahan dan Analisa Data

a. Langkah Pengolahan Data

1) *Editing*

Yaitu meneliti kembali kelengkapan pengisian data, tulisan, dan kejelasan jawaban

2) *Coding*

Yaitu memberi kode-kode tertentu pada jawaban masing-masing kelompok kuesioner

3) *Tabulating*

Yaitu memasukkan data dalam suatu tabel untuk mempermudah dalam analisa dan pengelompokan data. Pada tahap ini dilakukan kegiatan memasukkan data kedalam tabel-tabel yang telah ditentukan, kemudian mengatur skor atau

angka-angka dari masing-masing faktor sehingga dapat ditentukan nilai atau kategori secara tepat.

4) Penyajian data

Yaitu menyajikan data dalam bentuk tabel dan narasi.

b. Analisis Data^{51,53,54,55}

Analisa data merupakan kegiatan yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh antara variabel bebas dan variabel terikat.

Tehnik analisa data yang digunakan adalah :

1) Analisis Univariat

Analisis ini digunakan untuk memperoleh gambaran tentang masing-masing variabel bebas dan variabel terikat. Variabel bebas meliputi pengetahuan bidan tentang penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita, penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang, penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi serta penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut.

Menggunakan persentase untuk menganalisis data dari seluruh responden yang diambil pada saat penelitian. Disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan diagram.

2) Analisis Bivariat

Analisis bivariat dengan menggunakan analisis tabulasi silang (*crosstab*) yaitu menyajikan data dalam bentuk tabulasi yang meliputi kolom dan baris untuk mendapatkan analisis univariat secara deskriptif. Secara inferensial menggunakan uji *Chi square* untuk mengetahui adanya hubungan terlebih dahulu antara variabel bebas dan variabel terikat. Apabila hasil uji *chi square* didapatkan nilai $p < 0,05$ maka dapat diartikan ada

hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat. Selanjutnya variabel bebas yang mempunyai hubungan dengan variabel terikat dilakukan analisis bivariat untuk mengetahui adanya pengaruh antara variabel bebas terhadap variabel terikat.

3) Analisis Multivariat

Untuk menganalisis pengaruh antara variabel bebas yaitu manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk yang meliputi deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang, perawatan fase stabilisasi dan perawatan tindak lanjut kasus gizi buruk pada anak balita, terhadap variabel terikat yaitu pemulihan kasus gizi buruk, menggunakan uji statistic *regresi logistic*. Apabila didapatkan nilai $p < 0,05$ maka H_0 ditolak yang berarti ada pengaruh antara variabel bebas dan variabel terikat, dan apabila nilai $p \geq 0,05$ maka H_0 diterima berarti tidak ada pengaruh antara variabel bebas dengan variabel terikat.

Langkah-langkah yang harus diperhatikan dalam analisis *regresi logistic* adalah sebagai berikut :

- a) Menentukan terlebih dahulu adanya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, dengan menggunakan *uji chi square*, yaitu variabel bebas yang mempunyai nilai $p < 0,05$.
- b) Variabel bebas yang mempunyai hubungan dengan variabel terikat kemudian dimasukkan kedalam analisis bivariat dengan uji *regresi logistic*, untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh masing-masing variabel bebas dengan

variabel terikat. Variabel bebas yang mempunyai nilai $p < 0,05$ berarti ada pengaruh dengan variabel terikat.

- c) Variabel bebas yang mempunyai pengaruh dengan variabel terikat kemudian dimasukkan kedalam uji regresi logistic multivariat, untuk mengetahui adanya pengaruh bersama-sama antara variabel-variabel bebas terhadap variabel terikat. Variabel yang berpengaruh mempunyai nilai *significancy* (sig) / jika nilai $p < 0,05$ maka H_0 ditolak.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Kabupaten Pekalongan merupakan bagian barat dari wilayah Provinsi Jawa Tengah. Kabupaten ini mempunyai wilayah geografis yang strategis, meliputi daerah dengan dataran rendah di jalur Pantai Utara, daerah tengah antara pantai dan pegunungan, serta dataran tinggi pegunungan yang berbatasan dengan Kabupaten Banjarnegara.

Penduduk Kabupaten Pekalongan tersebar di seluruh wilayah baik di daerah dataran rendah dan pantai, tengah dan dataran tinggi. Mata pencaharian penduduk di daerah pantai sebagian besar nelayan dan perajin batik, penduduk di daerah tengah pedagang dan perajin batik, sedangkan di daerah dataran tinggi sebagian besar sebagai petani.

Fasilitas pelayanan kesehatan yang ada meliputi 2 rumah sakit pemerintah, 1 rumah sakit swasta dan 6 pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) perawatan yang melayani rujukan bagi anak balita dengan gizi buruk, serta 26 Puskesmas tersebar di seluruh wilayah kabupaten Pekalongan. Puskesmas tersebut membina kegiatan posyandu, pos kesehatan desa dan bidan di desa yang mendukung penatalaksanaan kasus gizi buruk, sehingga seluruh penduduk dapat menjangkau fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

Jumlah balita yang ada di kabupaten Pekalongan berdasarkan laporan F3 Gizi sampai bulan Oktober 2008 adalah 72.550 anak. Balita yang mempunyai KMS sebanyak 70.774 anak (97,55%), dan yang dilakukan penimbangan di posyandu 56.017 anak (77,21%). Balita

dengan gizi kurang sebanyak 2058 anak (2,84%) serta balita dengan BGM 638 anak (0,88%). Anak balita dengan BGM tersebar di seluruh wilayah baik dataran tinggi, tengah dan rendah.

Kasus anak balita dengan BGM berdasarkan laporan F3 Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan bulan Nopember 2008 paling banyak terjadi di wilayah puskesmas Karanganyar yaitu 83 kasus (13%) yang merupakan daerah di dataran tinggi.

Berdasarkan data pada bulan Desember 2008, dari 78 kasus gizi buruk pada anak balita dengan kategori BB/TB, terbanyak berada di wilayah puskesmas Kandangserang dan puskesmas Kajen I masing-masing 14 kasus (17,95%). Kasus gizi buruk pada anak balita tersebar di seluruh wilayah Kabupaten Pekalongan baik di daerah dataran tinggi, dataran tengah dan dataran rendah.

Kasus gizi buruk pada anak balita di kabupaten Pekalongan dari tahun ke tahun mengalami penurunan. Pada tahun 2007 sebanyak 159 kasus dan tahun 2008 sebanyak 95 kasus. Hal ini berkaitan dengan program yang dilakukan untuk menanggulangi masalah gizi buruk pada anak balita, antara lain pelatihan penatalaksanaan kasus gizi buruk bagi petugas kesehatan, pemberian biaya bagi balita gizi buruk yang dirawat di rumah sakit atau puskesmas, pemberian makanan tambahan bagi anak balita, serta kegiatan posyandu untuk deteksi dini kasus gizi buruk. Tetapi dari beberapa kasus yang ditemukan merupakan kasus lama, yaitu kasus gizi buruk yang belum pulih dan terjadi pada tahun sebelumnya.

B. Karakteristik Responden

1. Karakteristik Anak Balita Gizi Buruk

Anak balita yang dijadikan sebagai sampel dalam penelitian sebanyak 31 anak balita gizi buruk yang pernah di rawat di rumah sakit dan puskesmas perawatan pada tahun 2008. Kondisi gizi buruk pada anak balita dengan berbagai kriteria yaitu marasmus, kwasiorkhor dan marasmus kwasiorkhor. Ciri-ciri anak balita dengan marasmus antara lain badannya sangat kurus, perut cekung, kulit kering, sering menderita diare, serta anak cengeng. Ciri-ciri anak balita dengan kwasiorkhor antara lain adanya edema, wajah sembab, perut menonjol, rambut kusam, pandangan mata sayu dan sering rewel, sedangkan anak marasmus kwasiorkhor ditandai gabungan dari tanda marasmus dan kwasiorkhor.^{4, 32,33,34,36}

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Anak Balita Gizi Buruk di Kabupaten Pekalongan tahun 2008

No	Karakteristik	(f)	%
1	Usia Anak a. Kurang 1 tahun b. 1 sampai 5 tahun	2 29	6,45 93,55
2	Jenis Kelamin a. Laki-laki b. Perempuan	17 14	54,84 45,16
3	Berat badan lahir a. Berat badan lahir rendah (kurang dari 2500g) b. Berat badan lahir normal (2500-4000g) c. Tidak diketahui	12 16 3	38,71 51,61 9,68
4	Status Imunisasi a. Belum lengkap b. Lengkap c. Tidak Lengkap	1 22 8	3,22 70,97 25,81
5	Pemberian Vitamin A a. Diberi vitamin A b. Tidak diberi	30 1	96,77 3,23
6	Pemberian ASI Eksklusif a. ASI Eksklusif b. Tidak ASI Eksklusif	5 26	16,13 83,87

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa berdasarkan usia anak balita gizi buruk, paling banyak (93,55%) berusia antara 1–5 tahun dan jenis kelamin responden anak balita terbanyak laki-laki (54,84%), riwayat berat badan waktu lahir normal (51,61%), sedangkan (9,68%) tidak diketahui berat badan waktu lahirnya, karena ibu lupa dan tidak tercatat dalam KMS. Berdasarkan status imunisasi (70,97%) sudah diberikan imunisasi lengkap dan anak balita yang tidak diberikan ASI Eksklusif (83,87%).

Hasil penelitian yang menggambarkan karakteristik anak balita menunjukkan adanya kaitan antara keadaan anak sejak dilahirkan dengan penyebab gizi buruk, salah satunya adalah pola asuh yang salah^{6,7} yaitu sampai saat ini perilaku ibu dalam menyusui secara eksklusif masih rendah, karena seharusnya bayi harus diberikan ASI sejak dilahirkan sampai berusia 6 bulan tanpa diberikan makanan atau minuman selain ASI. Perilaku ibu yang tidak menyusui secara eksklusif merupakan penyebab tak langsung dari masalah gizi pada anak balita.^{8,9,10}

Diagram 4.1 Gambaran Penyakit yang Diderita Anak Balita Gizi Buruk

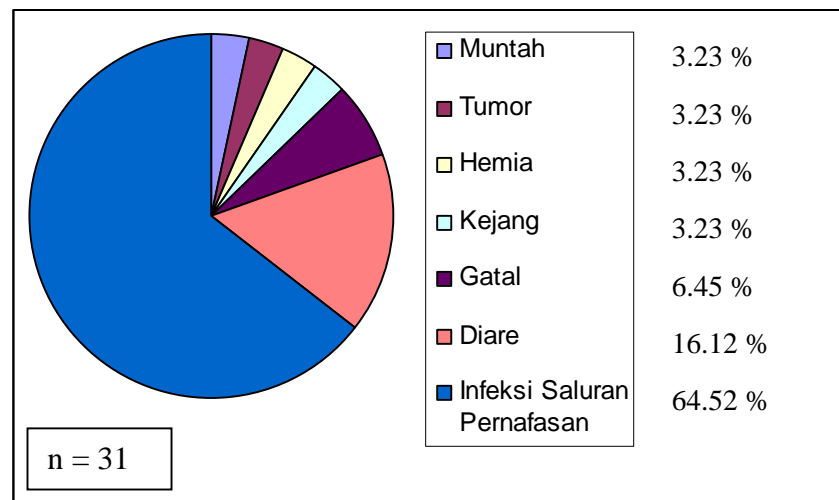


Diagram 4.1 menunjukkan bahwa penyakit yang paling banyak diderita responden adalah infeksi saluran pernafasan (64,52%) yang ditandai panas, batuk dan pilek. Hasil penelitian tersebut berkaitan dengan salah satu penyebab gizi buruk yaitu adanya penyakit yang diderita oleh anak. Faktor penyakit yang diderita anak baik penyakit bawaan, penyakit jantung, penyakit infeksi dan diare.⁴⁷

Upaya untuk mengatasi masalah tersebut pemerintah melakukan berbagai upaya untuk mencegah dan mengatasi masalah tersebut, dengan memberikan imunisasi kepada ibu hamil dan bayi, untuk mencegah terjadinya penyakit. Selain upaya tersebut diatas peran posyandu sangat diperlukan guna memeriksa kesehatan bayi dan anak balita, memberikan makanan tambahan yang bergizi dan sosialisasi pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif sehingga bayi akan mendapatkan kekebalan tubuh.⁴⁷

2. Karakteristik Orang Tua Anak Balita

Karakteristik orang tua anak balita gizi buruk yang diteliti meliputi usia ibu untuk mengetahui kesiapan ibu dalam merawat dan mengasuh anaknya, tingkat pendidikan ibu dan ayah untuk mengetahui pengetahuan orang tua, terutama dalam pola asuh anak balita. Pekerjaan ayah untuk melihat bagaimana keadaan ekonomi keluarga dalam mencukupi kebutuhan makanan sehari-hari.

a. Usia Ibu

Ibu anak balita gizi buruk yang menjadi responden berusia antara 19 sampai dengan 43 tahun. Data selengkapnya tentang usia ibu dapat dilihat pada Tabel 4.2

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Usia Ibu Anak Balita Gizi Buruk di Kabupaten Pekalongan tahun 2008

No	Usia Ibu	(f)	%
1	Usia < 20 tahun	1	3,2
2	Usia 20–35 tahun	21	67,7
3	Usia > 35 tahun	9	29,0
	Total	31	100,0

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa ibu dari anak balita gizi buruk paling banyak berusia antara 20–35 tahun (67,7%). Usia 20–35 tahun merupakan usia reproduksi sehat bagi seorang ibu, yang diharapkan seorang ibu mempunyai kesiapan dalam merawat dan mengasuh anak-anaknya.

b. Tingkat Pendidikan

Responden ibu dan ayah dari anak balita gizi buruk sebagian besar berpendidikan SD, data selengkapnya tingkat pendidikan dapat dilihat pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Distribusi Tingkat Pendidikan Ibu dan Ayah Anak Balita Gizi Buruk di Kabupaten Pekalongan tahun 2008

No	Pekerjaan	Ibu		Ayah	
		(f)	%	(f)	%
1	SD	21	67,7	23	74,2
2	SLTP	4	12,9	5	16,1
3	SLTA	6	19,4	3	9,7
	Total	31	100,0	31	100,0

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebagian besar (>60%) ayah dan ibu anak balita gizi buruk dengan tingkat pendidikan SD. Hal tersebut berkaitan dengan pengetahuan yang dimiliki oleh orang tua anak balita, karena dengan pendidikan yang rendah akan kesulitan dalam menerima informasi, sehingga pengetahuan yang dimiliki akan terbatas. Didukung oleh teori bahwa pengetahuan merupakan informasi yang diketahui atau

disadari oleh seseorang setelah melakukan penginderaan terhadap suatu obyek.^{30,31}

c. Jenis Pekerjaan

Pekerjaan ayah sebagian besar sebagai buruh, terdiri dari buruh pabrik, buruh tani dan buruh jahit, sedangkan ibu sebagian besar sebagai ibu rumah tangga.

Tabel 4.4 Distribusi Pekerjaan Ibu dan Ayah Anak Balita Gizi Buruk di Kabupaten Pekalongan tahun 2008

No	Pekerjaan	Ibu		Ayah	
		(f)	%	(f)	%
1	Buruh	4	12,9	20	64,5
2	Petani	3	9,7	5	16,1
3	Pedagang	4	12,9	5	16,1
4	PNS/TNI/Polri	1	3,2	1	3,2
5	Ibu Rumah Tangga/ Tidak Bekerja	19	61,3	-	0,0
	Total	31	100,0	31	100,0

Tabel 4.4 menunjukkan bahwa dari responden ayah sebagian besar (>60%) bekerja sebagai buruh, sedangkan ibu sebagian besar (>60%) sebagai ibu rumah tangga. Hal tersebut berkaitan dengan pendapatan keluarga, karena pada umumnya penghasilan sebagai buruh kurang mencukupi untuk memenuhi kebutuhan hidup setiap hari. Penghasilan tersebut dapat mempengaruhi pengurangan jumlah dan mutu makanan sehari-hari, mengakibatkan kurangnya zat gizi yang diperoleh oleh anggota keluarga, terutama pada anak balita sehingga menyebabkan gizi buruk.²

d. Pengetahuan Ibu Tentang Gizi Pada Anak Balita

Setelah dilakukan wawancara terhadap 31 responden ibu dari anak balita gizi buruk, didapatkan informasi bagaimana pengetahuan ibu tentang gizi pada anak balita yang meliputi

ASI eksklusif dan makanan yang mengandung zat gizi. Kotak 1 – 2 merupakan petikan wawancara dengan informan.

Kotak 1
 “ASI eksklusif diberikan pada bayi usia sampai 6 bulan tidak diberikan apa-apa “ (14 informan)
 “ASI eksklusif diberikan pada bayi usia sampai 4 bulan dan tidak diberikan makanan apa-apa” (7 informan)
 “ASI eksklusif diberikan pada bayi sampai usia 3 bulan” (4 informan)
 “ASI eksklusif diberikan sampai bayi usia 40 hari.” (2 informan)
 “ASI eksklusif diberikan sampai bayi usia seminggu.” (1 responden)
 “Saya pernah diberitahu bu bidan tapi saya lupa” (3 informan)

Pernyataan pada kotak 1 menegaskan bahwa sebagian ibu yang mempunyai anak balita sudah menjawab dengan benar tentang ASI eksklusif dari tenaga kesehatan. 3 informan yang menyatakan lupa tentang ASI eksklusif, dan masih ada yang salah dalam menjawab tentang ASI eksklusif, karena ASI eksklusif merupakan pemberian ASI sejak bayi berusia 0 – 6 bulan tanpa diberikan makanan tambahan apapun selain ASI.^{8,9,10}

Kotak 2
 Semua informan mengatakan “makanan yang mengandung gizi yaitu nasi, sayur-sayuran, buah-buahan, ikan, tahu, tempe, daging dan telur”

Pernyataan pada kotak 2, menegaskan bahwa seluruh informan mempunyai pengetahuan yang benar tentang makanan yang banyak mengandung zat gizi.

e. Praktek Ibu dalam Pemenuhan Gizi Anak Balita

Kotak 3 dan 4 merupakan petikan wawancara dengan 31 informan tentang bagaimana ibu memberikan kebutuhan gizi pada anak balitanya, yang meliputi waktu memberikan

makanan atau minuman selain ASI dan cara memberikan makanan pada anak balita.

<p>Kotak 3</p> <p>“Anak saya beri makanan selain ASI setelah usia 6 bulan.” (5 informan)</p> <p>“Anak saya beri makanan selain ASI pada usia 4 bulan.” (5 informan)</p> <p>“Anak saya beri makanan selain ASI pada usia 3 bulan.” (2 informan)</p> <p>“Anak saya beri makanan selain ASI pada usia 2 bulan.” (2 informan)</p> <p>“Anak saya beri makanan selain ASI pada usia 40 hari setelah lahir.” (9 responden)</p> <p>“Anak saya beri makanan selain ASI pada usia 10 hari.” (1 informan)</p> <p>“Anak saya beri pisang pada umur seminggu.” (3 informan)</p> <p>“Anak sudah saya beri pisang pada usia antara 2-4 hari.” (3 informan)</p> <p>“Sejak hari pertama lahir langsung diberi PASI.” (1 informan)</p>

Kotak 3 menunjukkan bahwa dari seluruh informan, mempunyai praktek yang berbeda-beda dalam memberikan makanan tambahan selain ASI, bahkan ada yang memberikan makanan tambahan langsung setelah lahir dengan alasan bayi menangis tetapi ASI belum keluar, sehingga keluarga tidak tega melihat bayi menangis. Berkaitan dengan pemberian ASI eksklusif, dapat diketahui bahwa salah satu faktor penyebab gizi buruk adalah perilaku ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif, sehingga anak tidak memperoleh kekebalan sejak dini.^{8,9,10}

<p>Kotak 4</p> <p>“Anak saya saya beri makanan seperti semua keluarga.”</p> <p>“Anak saya, saya beri nasi dan sayur seadanya saja, tidak pernah makan daging karena tidak ada uang.”</p> <p>“Saya memberi makan anak kalo mereka mau makan, kalo tidak mau ya jajan.”</p> <p>“Anak saya makan bubur, tidak mau nasi, kadang-kadang sehari sampai 4 kali”</p> <p>“Anak saya makannya kalo saya selo saya suapi, kalo saya lagi ada kerja ya tidak saya beri makan, nanti setelah selo.” (2 informan)</p>

Pernyataan pada kotak 4 menegaskan bahwa ibu-ibu yang mempunyai anak balita mempunyai bermacam-macam cara dalam memberikan makanan pada anak-anaknya. Tetapi masih ada juga ibu yang kurang memperhatikan anaknya, seperti pada 2 informan yang menyatakan kalau memberikan makanan pada anak balitanya apabila ada waktu luang. Hal tersebut berkaitan dengan perilaku ibu yang salah dalam mengasuh anak, yang merupakan salah satu penyebab gizi buruk pada anak balita.^{8,9,10,43}

3. Karakteristik Bidan Di desa

Responden bidan dalam penelitian ini sebanyak 31 bidan di desa, yang di wilayah kerjanya terdapat kasus balita gizi buruk yang dirawat di rumah sakit maupun puskesmas perawatan selama tahun 2008. Berdasarkan data di rumah sakit dan puskesmas perawatan terdapat 32 kasus balita gizi buruk yang berasal dari 32 desa di Kabupaten Pekalongan, yang ada bidan di desanya. Tetapi dari hasil pelacakan terdapat satu kasus anak balita gizi buruk yang tidak terdeteksi, karena bidan penanggungjawab sedang sakit di Jakarta, sedangkan bidan pengganti tidak mengetahui kasus anak balita tersebut.

Diagram 4.2 Tingkat Pendidikan Responden Bidan Di Desa

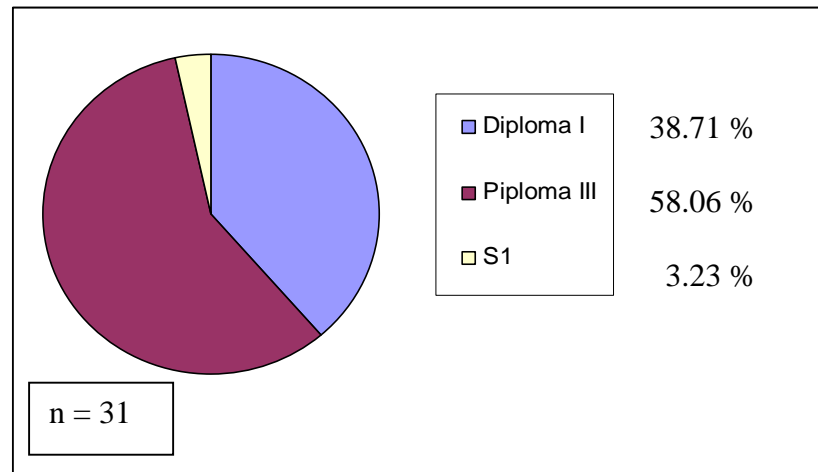


Diagram 4.2 menunjukkan bahwa sebagian besar (58,06%) responden bidan di desa berpendidikan Diploma I tahun.

C. Analisis

1. Analisis Univariat

a. Pengetahuan Responden tentang Manajemen Kasus Gizi Buruk Anak Balita

Pengetahuan responden bidan di desa tentang manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita dapat dilihat pada Tabel 4.5

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden tentang Manajemen Penatalaksanaan Kasus Gizi Buruk Anak Balita

No	Pengetahuan Penatalaksanaan Gizi Buruk	(f)	%
1	Pengetahuan baik	27	87,1
2	Pengetahuan cukup	4	12,9
	Total	31	100,0

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa responden yang mempunyai pengetahuan baik tentang manajemen penatalaksanaan gizi buruk pada anak balita lebih besar (87,1%) daripada responden dengan pengetahuan cukup.

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Jawaban Benar Tentang Manajemen Penatalaksanaan Kasus Gizi Buruk

No	Pertanyaan	(f)	%
1	Pengertian gizi buruk adalah keadaan kekurangan zat gizi yang menahun	31	100,00
2	Anak dengan keadaan perut yang menonjol, dengan berat badan jauh dibawah berat badan normal, termasuk kategori kwashiorkor	20	64,52
3	Adanya odema di seluruh tubuh adalah salah satu tanda anak dengan gizi buruk	28	90,32
4	Apabila menemukan anak dengan gizi buruk, tindakan bidan adalah merujuk	31	100,00
5	Apabila ditemukan berat badan anak balita 2 bulan berturut-turut tidak naik, maka harus dirujuk	19	61,29
6	Anak balita dengan hasil penimbangan berat badan bulan ini tetap sama dibandingkan bulan lalu, sehingga garis pertumbuhan mendatar, termasuk anak dengan kategori tidak tumbuh	26	83,87
7	Untuk mengetahui status gizi anak dalam keadaan baik atau buruk, dengan menggunakan berat badan/tinggi badan	26	83,87
8	Selain dengan menimbang berat badan, dilakukan pemeriksaan adanya tanda bahaya, salah satu diantaranya adalah dehidrasi	27	87,10
9	Bentuk makanan yang tepat untuk anak balita gizi buruk berat badan < 7 kg adalah makanan cair, lembik dan lunak	27	87,10
10	Saran yang kita sampaikan kepada orang tua dalam pemberian makanan pada anak porsi kecil dan sering	31	100,00

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa hampir semua pertanyaan dapat dijawab dengan benar oleh lebih dari 70% responden. Meskipun masih ada pertanyaan yang dijawab benar oleh kurang dari 70% responden, yaitu tentang kategori gizi buruk dan tindakan untuk kasus gizi buruk. Hal tersebut dapat mengakibatkan proses rujukan yang terlambat, disebabkan kurang mengetahui tanda gizi buruk dan tindakan yang harus dilakukan apabila ditemukan kasus gizi buruk.

Beberapa hal yang berpengaruh terhadap pengetahuan bidan dalam penatalaksanaan kasus gizi buruk adalah pengetahuan dasar dan ketrampilan dasar yang dimiliki oleh bidan dalam memberikan asuhan kepada anak balita, yang terdapat dalam kompetensi bidan ke 7.^{20,21,28} Didukung pula oleh pelatihan penatalaksanaan kasus gizi buruk yang diselenggarakan Dinas Kesehatan Kabupaten Pekalongan.

Berkaitan dengan hal tersebut diatas, pengetahuan yang harus dimiliki oleh bidan merupakan bagian dari kompetensi bidan. Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI No 369/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Bidan dan Kompetensi Bidan Indonesia. Kompetensi bidan ke 7 menyebutkan bahwa seorang bidan harus dapat melakukan identifikasi penyakit pada anak balita, melakukan pengobatan sesuai kewenangannya sampai dengan merujuk dengan tepat.^{20,21,28}

Salah satu unsur dalam kompetensi bidan adalah pengetahuan, karena dalam melaksanakan praktik kebidanan dibutuhkan pengetahuan yang baik. Pengetahuan tersebut meliputi pengetahuan dasar maupun tambahan, agar dapat memberikan asuhan secara aman dan bertanggung jawab pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan.^{20,21,28}

Demikian juga dalam melaksanakan tindakan kebidanan pada anak balita, bahwa pengetahuan seorang bidan dalam penatalaksanaan kasus gizi buruk sangat diperlukan untuk menunjang ketrampilan yang dilakukan. Sesuai dengan

pernyataan bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang.^{230,31}

b. Ketrampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang

Gambaran tentang manajemen penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak balita oleh bidan di desa dapat dilihat pada Tabel 4.7

Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Ketrampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang

No	Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Tembng	(f)	%
1	Dilakukan dengan lengkap	9	29,0
2	Dilakukan tidak lengkap	22	71,0
	Total	31	100,0

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa kurang dari 30% responden yang melakukan deteksi dini secara lengkap. Dari hasil penelitian ini menunjukkan masih adanya responden yang belum melakukan deteksi dini dengan lengkap.

Deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang pada anak balita seharusnya dilakukan dengan lengkap, agar dapat mengetahui secara dini kondisi anak balita tersebut, sehingga dapat dilakukan penatalaksanaan secara cepat dan tepat. Hal tersebut berkaitan dengan program pemerintah, yaitu salah satu program penanggulangan kasus gizi buruk melalui upaya deteksi dini tumbuh kembang di posyandu dan puskesmas, yang bertujuan untuk menurunkan kasus gizi buruk pada anak balita.^{5,6,7}

Sebelum dilakukan perawatan dan pengobatan, penatalaksanaan kasus gizi buruk dimulai dari deteksi dini.

Tujuan dari deteksi dini untuk mengetahui adanya penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan anak balita, serta mendeteksi adanya tanda bahaya yang mungkin terjadi. Deteksi dini dilakukan dengan cara menimbang berat badan anak di posyandu atau puskesmas, mencatat berat badan anak dalam KMS, membaca hasil penimbangan melalui KMS, melakukan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan secara klinis adanya tanda bahaya.^{37,38,40}

Deteksi dini seharusnya dilakukan secara lengkap dan benar untuk mengetahui kondisi anak yang sesungguhnya, karena deteksi dini merupakan salah satu tindakan dalam pengkajian data. Untuk melihat dan mengkaji kondisi anak, sehingga dapat menentukan tindakan berikutnya. Pengkajian data merupakan langkah awal dalam manajemen kebidanan, sehingga bidan dalam melakukan penatalaksanaan kasus gizi buruk harus sesuai manajemen asuhan kebidanan.^{20,21,28}

Tabel 4.8 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden yang Melakukan Penatalaksanaan Deteksi Dini

No	Pertanyaan	(f)	%
1	Menimbang BB	31	100,00
2	Mengukur TB	15	48,38
3	Mencatat dalam KMS	31	100,00
4	Membaca hasil penimbangan melalui KMS	31	100,00
5	Memeriksa tanda bahaya, seperti syok, tidak sadar, muntah, diare	10	32,26
6	Melakukan pemeriksaan fisik, seperti odema, kelainan rambut	11	35,48

Tabel 4.8 menunjukkan tindakan yang dilakukan oleh seluruh bidan adalah menimbang BB, mencatat dalam KMS dan membaca hasil penimbangan melalui KMS. Tindakan

mengukur tinggi badan, memeriksa adanya tanda bahaya, dan melakukan pemeriksaan fisik dilakukan oleh kurang dari 50% responden.

Penatalaksanaan deteksi dini penting dilakukan, misalnya pada kasus kwashiorkor, terdapat odema di seluruh tubuh terutama pada kaki, maka berat badan anak akan naik, sehingga kesulitan menentukan kasus gizi buruk. Oleh karena itu perlu dilakukan pemeriksaan yang lain untuk menegakkan diagnosa gizi buruk.^{4,32,33,34,37,38,}

c. Ketrampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Stabilisasi Anak Balita Gizi Buruk

Pada Tabel 4.9 dapat dilihat tentang ketrampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi.

Tabel 4.9 Distribusi Frekuensi Ketrampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Stabilisasi

No	Perawatan Fase Stabilisasi	(f)	%
1	Dilakukan tidak lengkap	25	80,6
2	Tidak dilakukan	6	19,4
	Total	31	100,0

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa lebih dari 80% responden tidak melakukan penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi secara lengkap, bahkan ada 19,40 % yang tidak melakukan sama sekali.

Penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi merupakan salah satu langkah yang harus dilakukan dalam penatalaksanaan kasus gizi buruk. Namun demikian, pada kenyataan di lapangan, masih ada bidan yang belum

melakukan perawatan fase stabilisasi secara lengkap, bahkan masih ada yang tidak melakukan sama sekali. Hal ini berkaitan dengan banyak kendala yang di hadapi oleh bidan di desa pada saat melakukan perawatan fase stabilisasi.

Dari hasil wawancara dengan bidan, kendala yang dihadapi pada saat perawatan fase stabilisasi antara lain anak rewel sehingga sulit menerima makanan yang diberikan, ibu kurang telaten dalam memberikan makanan pada anaknya, ibu kurang patuh terhadap nasehat yang diberikan, ibu kurang memahami nasehat yang diberikan oleh bidan, serta masalah biaya yang harus dikeluarkan, karena keterbatasan ekonomi untuk dilakukan tindakan rujukan.

Perawatan dan pengobatan fase ini dilakukan sebelum anak dirujuk ke tempat perawatan dan dilanjutkan di tempat perawatan. Pengobatan pada fase ini meliputi pemulihan gangguan keseimbangan elektrolit yang memerlukan waktu 2 minggu sehingga dilakukan di tempat perawatan dengan kolaborasi dokter untuk mendapatkan antibiotik dan multivitamin untuk tumbuh kejar.^{34,37}

Perawatan fase stabilisasi meliputi pencegahan hipoglikemia dengan memberikan minum manis atau makanan cair/saring apabila anak sadar atau memberikan cairan lewat infus, sedangkan pencegahan hipotermia dengan cara mendekap anak serta menyelimuti. Pencegahan dehidrasi dilakukan dengan cara meneruskan pemberian ASI atau memberikan minum, pemberian makanan yang sesuai dengan

kondisi anak balita, serta dilakukan pemantauan pertumbuhan anak.^{34,37}

Penatalaksanaan fase stabilisasi kasus gizi buruk seharusnya dilakukan sebelum dilakukan rujukan, sehingga kondisi anak akan stabil dan tidak jatuh dalam kondisi yang lebih berat, sehingga diharapkan penatalaksanaan akan berhasil dengan baik.

Tabel 4.10 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden yang Melakukan Penatalaksanaan Perawatan Fase Stabilisasi

No	Pertanyaan	(f)	%
1	Mencegah hipoglikemia, misalnya memberikan minum manis	5	16,13
2	Mencegah hipotermia, misalnya Menganjurkan ibu untuk mendekap	2	6,45
3	Mencegah dehidrasi, misalnya tetap diberikan ASI	3	9,68
4	Memberi makan minum sesuai kondisi	24	77,42
5	Melakukan pemeriksaan, seperti suhu badan, mata, kulit	8	25,81
6	Melakukan observasi berat badan	9	29,03

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa dari tindakan perawatan fase stabilisasi lebih dari 70% responden hanya memberikan makan dan minum, sedangkan mencegah hipoglikemia kurang dari 20%. Bahkan perawatan untuk mencegah hipotermia, dan mencegah dehidrasi dilakukan kurang dari 10% responden.

Tindakan perawatan fase stabilisasi sangat diperlukan, karena untuk menjaga keseimbangan tubuh anak agar tidak jatuh dalam kondisi hipoglikemia, hipotermia, dan dehidrasi, karena kondisi tersebut akan memperburuk keadaan anak.³⁴

d. Ketrampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Tindak Lanjut Anak Balita Gizi Buruk

Ketrampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut dapat dilihat pada Tabel 4.11

Tabel 4.11 Distribusi Frekuensi Ketrampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Tindak Lanjut

No	Perawatan Fase Tindak Lanjut	(f)	%
1	Dilakukan lengkap	21	67,7
2	Dilakukan tidak lengkap	10	32,3
	Total	31	100

Pada Tabel 4.11 menunjukkan bahwa sebagian besar dari responden (67,7%) sudah melakukan penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut secara lengkap. Dari hasil penelitian didapatkan bahwa bidan di desa sebagian besar sudah melakukan perawatan fase tindak lanjut pada kasus gizi buruk, sehingga diharapkan dapat mempercepat proses pemulihan kasus gizi buruk.

Sesuai dengan teori, bahwa penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut diperlukan peran dari orang tua dan keluarga anak balita, yang diharapkan dapat mempercepat proses pemulihan. Salah satu kegiatan yang harus dilakukan oleh bidan di desa adalah memberikan penyuluhan kepada orang tua tentang masalah dan kebutuhan gizi bagi anak balita, terapi bermain, imunisasi, serta kunjungan ulang setelah anak kembali dari perawatan.

Setelah dilakukan perawatan sesuai dengan langkah-langkah yang harus dilakukan, yaitu deteksi dini, perawatan

fase stabilisasi, perawatan fase transisi dan rehabilitasi di rumah sakit atau puskesmas perawatan, dilakukan langkah perawatan berikutnya yaitu perawatan fase tindak lanjut. Perawatan ini menunjang keberhasilan penatalaksanaan gizi buruk. Perawatan tindak lanjut meliputi pemberian makan yang baik, stimulasi tumbuh kembang, penyuluhan kepada orang tua untuk kunjungan ulang, pemberian makanan, terapi bermain, imunisasi, pemberian vitamin A, serta pemantauan anak di rumah^{34,37}

Tabel 4.12 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden yang Melakukan Penatalaksanaan Perawatan Fase Tindak Lanjut

No	Pertanyaan	(f)	%
1	Memberikan makanan tambahan	28	90,32
2	Melakukan observasi tumbuh kembang	23	74,19
3	Memberikan penyuluhan	31	100,00
4	Memberikan Vitamin A	30	96,77
5	Menganjurkan control	28	90,32

Tabel 4.12 menggambarkan bahwa semua responden sudah memberikan penyuluhan kepada orang tua anak balita gizi buruk, sedangkan tindakan memberikan makanan tambahan, observasi tumbuh kembang, memberikan vitamin A dan menganjurkan control sudah dilakukan oleh lebih dari 70% responden.

e. Pemulihan Kasus Gizi Buruk Anak Balita

Kasus gizi buruk anak balita yang mengalami sembuh/pulih dan belum sembuh/belum pulih dapat dilihat pada Tabel 4.13.

Tabel 4.13 Distribusi Frekuensi Pemulihan Kasus Gizi Buruk Anak Balita

No	Pemulihan Kasus	(f)	%
1	Pulih	19	61,3
2	Belum pulih	12	38,7
	Total	31	100,0

Tabel 4.13 menunjukkan bahwa sebagian besar (61,3%) kasus gizi buruk pada anak balita yang dijadikan responden sudah pulih. Dari hasil penelitian di lapangan, didapatkan bahwa dari seluruh anak balita yang sudah dilakukan perawatan di rumah sakit dan puskesmas perawatan lebih banyak yang pulih daripada yang belum. Hal ini disebabkan karena anak balita gizi buruk tersebut sudah mendapatkan perawatan dan pengobatan sesuai dengan kondisi

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, dengan menggunakan tabulasi silang. Hal ini dilakukan terlebih dahulu sebelum melakukan analisis multivariat untuk mengetahui adanya pengaruh dari variabel bebas terhadap variabel terikat.

a. Hubungan Pengetahuan Responden tentang Manajemen Kasus Gizi Buruk Anak Balita dengan Pemulihan Kasus

Tabel 4.14 menunjukkan tabulasi silang antara pengetahuan bidan di desa tentang penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita dengan pemulihan kasus gizi buruk.

Tabel 4.14 Tabel Silang Pengetahuan Responden tentang Manajemen Kasus Gizi Buruk Anak Balita dengan Pemulihan Kasus

Pengetahuan		Pemulihan Kasus Gizi Buruk		Total
		Belum Pulih	Pulih	
Cukup	(f)	1	3	4
	%	25,0	75,0	100,0
Baik	(f)	11	16	27
	%	40,7	59,3	100,0

Nilai $p = 1,000$ Ho = diterima

Tabel 4.14 menunjukkan bahwa prosentase kasus gizi buruk yang belum pulih lebih banyak (40,7%) pada bidan dengan pengetahuan yang baik tentang penatalaksanaan kasus gizi buruk, sedangkan pada bidan yang berpengetahuan cukup hanya (25%) yang belum pulih. Hasil uji statistik didapatkan $p=1,000$ yang berarti tidak ada hubungan antara pengetahuan bidan dalam penatalaksanaan gizi buruk pada anak balita dengan pemulihan kasus gizi buruk.

Hal ini disebabkan karena proses pemulihan gizi buruk tidak hanya berfokus pada pengetahuan bidan saja, tetapi faktor yang lain juga berperan, misalnya peran dari orang tua dan keluarga sangat sangat dibutuhkan. Salah satu contohnya adalah masih ada ibu yang kurang memperhatikan anaknya dalam hal makanan.

Seperti pernyataan pada kotak 3 menegaskan bahwa ibu-ibu yang mempunyai anak balita bermacam-macam cara dalam memberikan makanan pada anak-anaknya. Tetapi masih juga ada ibu yang menyatakan kalau memberikan makanan bila ada waktu luang. Selain itu masih ada seorang informan yang menyatakan bahwa memberikan makan pada anak pada saat anak mau makan saja.

Hal tersebut diperkuat oleh pernyataan dalam program penanggulangan gizi buruk, bahwa kondisi kemiskinan juga berperan dalam menyebabkan gizi buruk. Oleh karena itu kondisi ekonomi keluarga juga berperan dalam pemulihan kasus gizi buruk.^{5,6} Seperti dijelaskan dalam tabel sebelumnya, bahwa dari hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar orang tua anak balita bekerja sebagai buruh, yang kemungkinan juga mengalami permasalahan dalam pemenuhan kebutuhan gizi.

Disamping itu peran serta keluarga dan masyarakat sangat mendukung upaya penanggulangan masalah gizi pada anak balita. Dari tabel sebelumnya juga didapatkan bahwa sebagian besar anak balita tidak diberikan ASI eksklusif sejak masih bayi, yang berakibat anak tidak mendapatkan zat gizi yang paling baik serta tidak mendapatkan zat kekebalan yang sempurna, sehingga anak mudah terserang berbagai macam penyakit.

b. Hubungan Keterampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang dengan Pemulihan Kasus

Tabel 4.15 menunjukkan tabulasi silang antara keterampilan bidan di desa dalam manajemen penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang pada anak balita gizi buruk dengan pemulihan kasus gizi buruk.

Tabel 4.15 Tabel Silang Keterampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Deteksi Dini dengan Pemulihan Kasus

Penatalaksanaan Deteksi dini		Pemulihan Kasus Gizi Buruk		Total
		Belum Pulih	Pulih	
Dilakukan tidak lengkap	(f)	12	10	22
	%	54,5	45,5	100,0
Dilakukan dengan lengkap	(f)	0	9	9
	%	0,0	100,0	100,0

Nilai $p = 0,005$ H_0 : ditolak

Tabel 4.15 menunjukkan bahwa prosentase kasus gizi buruk, yang belum pulih lebih banyak (54,5%) karena deteksi dini dilakukan dengan tidak lengkap, sedangkan pada deteksi dini yang dilakukan dengan lengkap tidak ada (0,0%) yang belum pulih. Hasil uji statistik didapatkan $p=0,005$ yang berarti ada hubungan antara penatalaksanaan deteksi dini kasus gizi buruk dengan pemulihan kasus gizi buruk.

Hasil penelitian ini dipertegas oleh program pemerintah, bahwa salah satu upaya penanggulangan gizi buruk adalah dengan deteksi dini penyimpangan pertumbuhan dan perkembangan pada anak balita.^{5,6,10} Diharapkan dengan deteksi dini yang tepat dan cepat dapat mempermudah menentukan tindakan yang harus dilakukan. Sehingga akan mempercepat proses pemulihan.

Oleh karena itu penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang pada anak balita sangat diperlukan, untuk menentukan kondisi kesehatan seorang anak. Disamping itu deteksi secara dini sangat membantu dalam menentukan langkah tindakan yang harus dilakukan.

- c. Hubungan Keterampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Stabilisasi dengan Pemulihan kasus

Tabel 4.16 menunjukkan hasil tabulasi silang antara penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi yang dilakukan oleh bidan di desa dengan pemulihan kasus gizi buruk.

Tabel 4.16 Tabel Silang Keterampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Stabilisasi dengan Pemulihan Kasus

Penatalaksanaan Fase Stabilisasi		Pemulihan Kasus Gizi Buruk		Total
		Belum Pulih	Pulih	
Tidak dilakukan	(f)	2	4	6
	%	33,3	66,7	100,0
Dilakukan tidak lengkap	(f)	10	15	25
	%	40,0	60,0	100,0

Nilai $p = 1,000$ Ho : diterima

Tabel 4.16 menunjukkan bahwa prosentase kasus gizi buruk yang belum pulih lebih banyak (40,00%) terjadi setelah dilakukan penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi meskipun tidak lengkap, tetapi pada kasus yang tidak dilakukan perawatan fase stabilisasi sama sekali justru lebih rendah (33,3%) kasus yang belum pulih. Hasil uji statistik didapatkan $p=1,000$ yang berarti tidak ada hubungan antara penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi dengan pemulihan kasus gizi buruk.

Hal ini disebabkan karena adanya beberapa kendala yang dihadapi oleh bidan pada saat melakukan tindakan perawatan fase stabilisasi, misalnya anak rewel sehingga sulit menerima makanan, anak sakit sehingga tidak mau makan, ibu kurang telaten dalam memberikan makan pada anaknya, ibu kurang

patuh terhadap nasehat yang diberikan, bahkan masalah biaya yang harus dikeluarkan karena keterbatasan ekonomi.

Perawatan fase stabilisasi seharusnya dilakukan untuk menstabilkan keadaan anak balita dengan gizi buruk agar tidak jatuh dalam kondisi yang lebih parah. Perawatan ini dilakukan sebelum anak dirujuk ke tempat perawatan dan dilanjutkan di tempat perawatan.

d. Hubungan Keterampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Tindak Lanjut dengan Pemulihan Kasus

Tabel 4.17 menunjukkan hasil tabulasi silang antara penatalaksanaan fase tindak lanjut oleh bidan di desa dengan pemulihan kasus gizi buruk.

Tabel 4.17 Tabel Silang Keterampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Tindak Lanjut dengan Pemulihan Kasus

Penatalaksanaan Fase Tindak Lanjut		Pemulihan Kasus Gizi Buruk		Total
		Belum Pulih	Pulih	
Dilakukan tidak lengkap	(f)	9	1	10
	%	90,0	10,0	100,0
Dilakukan dengan lengkap	(f)	3	18	21
	%	14,3	85,7	100,0

Nilai $p = 0,0001$ (nilai $p < 0,05$) H_0 : ditolak

Tabel 4.17 menunjukkan bahwa dari kasus gizi buruk yang belum pulih lebih banyak (90%) terjadi karena dilakukan penatalaksanaan fase tindak lanjut dengan tidak lengkap, dan pada penatalaksanaan fase tindak lanjut yang dilakukan dengan lengkap hanya (14,3%) yang belum pulih. Hasil uji statistik didapatkan $p=0,0001$ yang berarti ada hubungan

antara penatalaksanaan fase tindak lanjut kasus gizi buruk dengan pemulihan kasus gizi buruk.

Perawatan tindak lanjut pada pemulihan kasus gizi buruk sangat diperlukan, agar kondisi anak yang sudah membaik karena sudah dilakukan perawatan dan pengobatan baik di rumah sakit maupun puskesmas perawatan tidak memburuk lagi. Perawatan fase tindak lanjut ini dilakukan setelah anak pulang dari perawatan, dimana dalam fase ini peran bidan sangat dibutuhkan untuk membantu proses pemulihan.

Perawatan tindak lanjut meliputi, melanjutkan pemberian makan yang baik, melakukan stimulasi tumbuh kembang, memberikan penyuluhan kepada orang tua tentang terapi bermain dan pemberian makanan. Menyarankan kepada orang tua untuk membawa kontrol secara teratur, memberikan imunisasi dasar, serta memberikan dukungan emosional.^{34,37}

Dari hasil penelitian ini sebagian besar bidan di desa sudah melakukan tindakan tersebut, sehingga proses pemulihan sebagian besar sudah berhasil. Bidan di desa dalam melakukan tindakan perawatan tersebut tidak terlepas dari manajemen kebidanan. Pada langkah terakhir manajemen kebidanan bidan harus melakukan evaluasi, dan setelah dilakukan evaluasi kemudian bidan melakukan tindak lanjut terhadap kasus.^{19,20,21,28}

Demikian juga dapat dikatakan bahwa dengan melakukan perawatan tindak lanjut, bidan sudah melakukan fungsi manajemen ke-4 yaitu melakukan *controlling*, dengan melakukan monitoring, pengawasan dan pengendalian.^{23,26,27}

3. Analisis Multivariat

Sebelum dilakukan analisis multivariat untuk mengetahui adanya pengaruh bersama-sama antara variabel bebas terhadap variabel terikat, terlebih dahulu dilakukan analisis bivariat untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Dari hasil analisis bivariat untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat, diketahui bahwa variabel bebas yang berhubungan adalah ketrampilan penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang dan penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut anak balita gizi buruk.

Kemudian dilakukan analisis bivariat untuk mengetahui adanya pengaruh variabel bebas terhadap variabel terikat. Hasil yang didapatkan adalah adanya pengaruh antara ketrampilan dalam manajemen penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang dan penatalaksanaan fase tindak lanjut terhadap pemulihan kasus gizi buruk pada anak balita.

a. Pengaruh Ketrampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang terhadap Pemulihan Kasus

Pada Tabel 4.18 dapat dilihat pengaruh manajemen penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang yang dilakukan bidan di desa terhadap pemulihan kasus gizi buruk.

Tabel 4.18 Pengaruh Manajemen Penatalaksanaan Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang terhadap Pemulihan Kasus

	B	S.E	Beta	T	Sig.
Constant	0,455	0,092		4,916	0,0001
Deteksi Dini	0,545	0,172	0,508	3,179	0,004

Tabel 4.18 menunjukkan bahwa dari hasil uji statistik penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang pada anak balita gizi buruk didapatkan nilai $p=0,004$ lebih kecil dari $p=0,005$ sehingga H_0 ditolak, yang berarti ada pengaruh penatalaksanaan deteksi dini terhadap pemulihan kasus gizi buruk.

Penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang sangat penting dalam program penanggulangan kasus gizi buruk. Sesuai dengan salah satu tujuan khusus program penanggulangan gizi buruk adalah meningkatkan cakupan deteksi dini gizi buruk melalui penimbangan setiap bulan di posyandu.^{5,6,10}

Didukung pula oleh teori dalam manajemen asuhan kebidanan, bahwa dalam memecahkan masalah yang dihadapi bidan harus melakukan tindakan secara sistematis. Dimulai dari mengumpulkan data, melakukan analisa data, membuat diagnosa, membuat rencana serta melakukan evaluasi.^{20,21,22,28}

Tindakan pengumpulan data dalam kasus gizi buruk, misalnya dengan menimbang BB dan mengukur TB, melihat catatan dalam KMS untuk menilai keadaan anak, melakukan pemeriksaan fisik, serta memeriksa adanya tanda bahaya yang menyertai. Tindakan tersebut untuk mengumpulkan data

tentang keadaan anak balita tersebut , yang sekaligus untuk melakukan deteksi dini adanya penyimpangan tumbuh kembang pada anak balita gizi buruk.

Pengumpulan data secara lengkap untuk melakukan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang pada kasus gizi buruk sangat diperlukan, karena merupakan langkah awal dalam manajemen kebidanan untuk menilai bagaimana kondisi anak yang sebenarnya, sehingga akan mempermudah tindakan pengobatan dan perawatan selanjutnya.

b. Pengaruh Ketrampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Tindak Lanjut terhadap Pemulihan Kasus

Pengaruh penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut yang dilakukan bidan di desa terhadap pemulihan kasus dapat dilihat pada Tabel 4.19.

Tabel 4.19 Pengaruh Manajemen Penatalaksanaan Perawatan Fase Tindak Lanjut Anak Balita Gizi Buruk terhadap Pemulihan Kasus

	B	S.E	Beta	T	Sig.
Constant	0,100	0,109		0,914	0,368
Tindak lanjut	0,757	0,133	0,727	5,696	0,0001

Tabel 4.19 dapat dilihat bahwa ketrampilan bidan dalam penatalaksanaan fase tindak lanjut mempunyai nilai $p=0,0001$ yang jauh lebih kecil dari $p=0,05$, maka H_0 ditolak, yang berarti ada pengaruh antara penatalaksanaan fase tindak lanjut terhadap pemulihan kasus gizi buruk.

Hal ini disebabkan karena perawatan fase tindak lanjut dilakukan setelah anak balita pulang dari perawatan di rumah

sakit maupun puskesmas. Adapun kriteria anak dipulangkan dari rumah sakit antara lain nafsu makan sudah membaik, kondisi mental membaik, dapat beraktifitas, suhu badan stabil, tidak muntah atau diare, tidak odema dan adanya kenaikan berat badan, sehingga kondisinya sudah membaik.³⁷ Hal tersebut akan mempermudah proses pemulihan.

Saat pemulihan selain intervensi dari medis, seharusnya orang tua anak balita mendapatkan pembinaan yang berkelanjutan, agar dalam mengasuh anak tidak jatuh dalam kondisi gizi buruk lagi.⁴⁴ Pernyataan tersebut juga menegaskan bahwa perawatan fase tindak lanjut juga melibatkan peran dan partisipasi dari berbagai pihak, antara lain bidan, orang tua, keluarga juga masyarakat. Karena apabila tidak didukung oleh berbagai pihak, perawatan fase tindak lanjut tidak akan berjalan dengan baik.

Hal tersebut didukung oleh teori manajemen yang terdapat dalam fungsi manajemen ke-4 yaitu melakukan monitoring dan pengawasan, karena fungsi ini berkaitan dengan fungsi-fungsi yang lain.^{22,23,24,25,26,27} Bidan di desa menjalankan fungsi ke-4 dari manajemen dalam penatalaksanaan kasus kasus gizi buruk adalah dengan penatalaksanaan fase tindak lanjut. Tindakan perawatan dalam fase ini meliputi monitoring terhadap kenaikan berat badan anak balita gizi buruk, monitoring dalam pemberian makanan tambahan, memberikan bimbingan dan arahan pada ibu balita, meningkatkan motivasi ibu untuk merawat anaknya, serta menganjurkan untuk control secara rutin.^{34,37}

c. Pengaruh Keterampilan Responden dalam Manajemen Penatalaksanaan Deteksi Dini Penyimpangan Tumbuh Kembang dan Perawatan Fase Tindak Lanjut Kasus Gizi Buruk Anak Balita terhadap Pemulihan Kasus

Hasil analisis multivariat antara pengaruh keterampilan dalam penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang dan penatalaksanaan fase tindak lanjut kasus gizi buruk pada anak balita yang dilakukan oleh bidan di desa, dapat dilihat pada Tabel 4.20

Tabel 4.20 Pengaruh Manajemen Penatalaksanaan Deteksi Dini dan Perawatan Fase Tindak Lanjut terhadap Pemulihan Kasus

	B	S.E	Wald	df	Sig.	Exp.(B)
Deteksi Dini	0,405	0,485	0,697	1	0,404	1,499
Tindak Lanjut	3,042	1,180	6,649	1	0,010	20,938
Constant	-15,091	5, 663	7,102	1	0,008	0,0001

Tabel 4.20 menunjukkan bahwa dari hasil analisis multivariat dengan uji *regresi logistic* antara penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang dan penatalaksanaan fase tindak lanjut pada kasus gizi buruk pada anak balita, didapatkan hasil bahwa penatalaksanaan deteksi dini nilai $p=0,404$ dan penatalaksanaan fase tindak lanjut nilai $p=0,010$. Setelah dilakukan analisis secara bersama-sama antara penatalaksanaan deteksi dini dan perawatan fase tindak lanjut menunjukkan bahwa perawatan fase tindak lanjut masih berpengaruh terhadap pemulihan kasus gizi buruk, daripada penatalaksanaan deteksi dini.

Hasil penelitian tersebut mempertegas bahwa untuk mendapatkan proses pemulihan yang optimal, sangat dibutuhkan penatalaksanaan tindak lanjut. Penatalaksanaan fase ini dilakukan setelah anak pulang dari perawatan di rumah sakit maupun puskesmas, karena anak yang dipulangkan dari rawat inap setelah kondisinya membaik. Oleh karena itu anak yang kondisinya sudah membaik diperlukan upaya pencegahan agar tidak kembali jatuh dalam kondisi gizi buruk lagi.⁸

Maka dari itu persiapan untuk ibu yang akan merawat anak di rumah sangat dibutuhkan, misalnya ibu sudah dapat membuat makanan untuk pertumbuhan anak dan ibu mampu memberikan makanan dengan benar.^{34,37} Maka dalam penatalaksanaan fase tindak lanjut sangat dibutuhkan kerjasama yang baik antara bidan dan orang tua untuk mendapatkan hasil pemulihan yang optimal.

Hasil penelitian tersebut juga dipertegas dengan salah satu fungsi manajemen yaitu *controlling*, yang meliputi monitoring, pengawasan atau pengendalian. Fungsi ini merupakan fungsi terakhir dari proses manajemen, bertujuan untuk mengawasi secara terus menerus pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana.^{26,27} Dalam perawatan fase tindak lanjut, kegiatan yang harus dilakukan meliputi monitoring pertumbuhan berat badan, stimulasi perkembangan anak, pengawasan dalam pemberian makanan tambahan, pemberian vitamin A dan imunisasi, serta penyuluhan pada orang tua tentang gizi dan anjuran control ke tenaga kesehatan. Kegiatan tersebut merupakan upaya untuk mengendalikan agar anak tetap dalam kondisi baik dan tidak jatuh dalam keadaan gizi buruk lagi.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa:

1. Pengetahuan bidan tentang manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita sebagian besar (87,1%) sudah baik.
2. Keterampilan bidan dalam manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita, sebagian besar (71%) belum melakukan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang secara lengkap, (80,6%) belum melakukan penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi secara lengkap, serta (67,7%) sudah melakukan penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut secara lengkap.
3. Tidak ada pengaruh pengetahuan bidan tentang manajemen penatalaksanaan kasus gizi buruk pada anak balita terhadap pemulihan kasus gizi buruk.
4. Ada pengaruh manajemen penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang anak balita gizi buruk terhadap pemulihan kasus gizi buruk.
5. Tidak ada pengaruh manajemen penatalaksanaan perawatan fase stabilisasi pada anak balita gizi buruk terhadap pemulihan kasus gizi buruk.
6. Ada pengaruh manajemen penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut pada anak balita gizi buruk terhadap pemulihan kasus gizi buruk.

7. Setelah dilakukan analisis secara bersama-sama antara manajemen penatalaksanaan deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang dan perawatan fase tindak lanjut terhadap pemulihan kasus didapatkan hasil bahwa penatalaksanaan perawatan fase tindak lanjut mempunyai pengaruh paling besar terhadap pemulihan kasus gizi buruk.

B. SARAN

1. Bagi Dinas Kesehatan

Perlu advokasi untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program pemulihan kasus gizi buruk, karena pemulihan kasus gizi buruk tidak hanya berfokus pada bidan dan tenaga kesehatan saja, tetapi juga peran serta keluarga dan masyarakat sangat diperlukan.

2. Bagi Bidan

- a. Menggerakkan peran serta masyarakat khususnya orang tua dalam mendukung pemulihan gizi buruk, karena peran orang tua sangat dibutuhkan.
- b. Memberikan penyuluhan pada orangtua anak balita dalam pemberian ASI eksklusif dan pemenuhan gizi pada anak balita.
- c. Melakukan deteksi dini kasus gizi buruk, perawatan fase stabilisasi sebelum dirujuk ke tempat perawatan serta perawatan fase tindak lanjut pada anak balita gizi buruk sebaiknya dilakukan secara lengkap.
- d. Meningkatkan penatalaksanaan deteksi dini dan perawatan fase tindak lanjut bagi kasus balita gizi buruk, karena kedua perawatan ini berpengaruh terhadap pemulihan kasus.

DAFTAR PUSTAKA

1. Litbang Depkes. *Gizi Buruk Sebabkan 3,5 juta Kematian Anak per Tahun*. www.litbang.depkes.go.id/aktual/anak/giziburuk_170108, tanggal 17 Januari 2008
2. Depkes dan Kessos. *Panduan Pemberian Makanan Balita Gizi Buruk Pasca Rawat Inap Di Rumah Tangga*. Jakarta. 2000
3. Almatsier Sunita. *Prinsip Dasar ILMU GIZI*. Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta. 2002
4. Nancy dan Arifin. *Gizi Buruk, Ancaman Generasi yang Hilang*. <http://io.ppi-jepang.org>. Tanggal 23 April 2008
5. Litbang Depkes. *Penanggulangan Masalah Gizi Buruk*. (panganuntuksemua.files.wordpress.com/2007/04/rencana-penanggulangan-masalah-gizi-buruk.doc)
6. Soekirman. *Kebijakan Gizi Negara Miskin*. <http://www.sinarharapan.co.id/berta/0604/19/opi02.html>, 19 April 2006
7. Gizi.net. *Pelatihan Tatalaksana Anak Gizi Buruk Regional*. http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid_1154418017,5848, 2 Agustus 2006
8. Depkes RI. *Rencana Aksi Nasional, Pencegahan Dan Penanggulangan Gizi Buruk, 2005-2009*. Jakarta. 2005
9. Depkes RI. Dirjen BinKesMas. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 747/MenKes/SK/VI/2007 Tentang Pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi*. Jakarta. 2007
10. Rencana Kerja Program Gizi. *Penanggulangan Gizi Kurang dan Buruk*. Tahun 2009
11. Suwanti, dkk. *Pemulihan Gizi Buruk Secara Rawat Jalan di Puskesmas*, 2003
12. Kartono, dkk. *Efektifitas Metode Pemulihan Gizi Buruk "Baku P3Gizi" pada Balita di Posyandu*, 2000
13. Gizi.net. *Kasus Gizi Buruk Mulai Menurun*. <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1167710551>. 2 Januari 2007
14. Dinkes.Prop. Jawa Tengah. *Rencana Strategik Dinas Kesehatan 2005 – 2009*. Semarang. 2005
15. Gizi.net. *BBM Naik, Gizi Buruk Meningkat*. http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid_1212550988

16. Dinkes Kabupaten Pekalongan. *Jumlah Kasus Balita Gizi Buruk*. Tahun 2007 dan 2008
17. Dinkes Prop. Jawa Tengah. *Perkembangan Kasus Gizi Buruk (BB/TB) Setiap Kabupaten/Kota. Kumulatif Januari s/d Desember 2008*
18. Depkes RI. *Buku Saku Bidan Poskesdes*. Jakarta. 2006
19. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 900/MENKES/SK/VII/2002. *Registrasi dan Praktik Bidan*
20. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 369/MENKES/SK/III/2007. *Standar Profesi Bidan dan Kompetensi Bidan Indonesia*
21. PP IBI. *Kompetensi Bidan Indonesia*. Jakarta. 2003
22. Siswanto. *Pengantar Manajemen*. PT Bumi Aksara. Jakarta. 2008
23. Muninjaya. *Manajemen Kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta. 2004
24. Ratminto dan Winarsih. *Manajemen Pelayanan*. Penerbit Pustaka Pelajar. Yogyakarta. 2008
25. Purwanto. *Manajemen Strategi*. CV Yrama Widya. Bandung. 2008
26. Siagian, *Fungsi-Fungsi Manajerial*. Bumi Aksara. Jakarta. 2002
27. Wuryanano. *Fungsi-Fungsi Manajemen Sumber Daya Manusia*. [file:///F:/MSDM/Fungsi-Fungsi](file:///F:/MSDM/Fungsi-Fungsi%20Manajemen%20Sumber%20Daya%20Manusia/WURY...) Manajemen Sumber Daya Manusia<< WURY... 23/02/2009
28. PP IBI. *50 Tahun IBI*. Jakarta. 2003
29. Meliono, dkk. *Pengetahuan*. [http://id.wikipedia.org/wiki/](http://id.wikipedia.org/wiki/Pengetahuan) Pengetahuan. 2007
30. Kamus Besar Bahasa Indonesia. Edisi ke 3. 2007
31. Notoatmodjo. *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta. Jakarta. 2007
32. Supriasa, dkk. *Penilaian Status Gizi*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta 2002
33. Gibney, dkk. *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta. 2009
34. Depkes RI. *Pedoman Tata Laksana Kurang Energi Protein Pada Anak Di Puskesmas dan di Rumah Tangga*. Jakarta. 1999
35. Aritonang. *Pemantauan Pertumbuhan Balita. Petunjuk Praktis Menilai Status Gizi dan Kesehatan*. Penerbit Kanisius. 2003

36. Moehji. *ILMU GIZI Penanggulangan Gizi Buruk*. Jakarta. 2003
37. Depkes RI. *Buku Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk, Buku I*. Jakarta. 2007
38. Depkes RI. *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi. Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Jakarta. 2007
39. Depkes RI. *Buku Bagan Tatalaksana Anak Gizi Buruk, Buku II*. Jakarta. 2007
40. Nursalam. dkk. *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Untuk Perawat dan Bidan. Penerbit Salemba Medika. Jakarta. 2005
41. Depkes RI. *Panduan Pemberian Makanan Balita Gizi Buruk Pasca Rawat Inap Di Rumah Tangga*. Jakarta. 2000
42. Gizi.net. *Laporan Penanggulangan Gizi Buruk di Indonesia Tahun 2005*. <http://www.gizi.net/busung-lapar/lapgiziburuk%2025feb2006.pdf>
43. Gizi.net. *Pelatihan Master of Training Tatalaksana Anak Gizi Buruk*. <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1151996388>. 5 Juli 2006.
44. Depkes RI. *Rencana Strategis Departemen Kesehatan tahun 2005-2009*. Jakarta. 2006
45. Chamim Mardiyah, *Kemitraan dalam Mengatasi Masalah Gizi di Indonesia*. Seminar Sehari. Jakarta. 2007
46. Media Indonesia. *Penanganan Gizi Buruk Jangan Kesehatan Sentris*. 16 Desember 2008
47. IDAI. *Tiga Faktor Penyebab Gizi Buruk Pada Anak*. <http://www.antara.co.id/arc/2008/6/15/idai-tiga-faktor-penyebab-gizi>
48. Nursalam. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi 2. Penerbit Salemba Medika. Jakarta. 2008
49. Sastroasmoro dan Ismael. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Edisi ke-2. CV Sagung Seto. 2006
50. Notoatmodjo. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta. 2005
51. Sugiono. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Penerbit Alfabeta. Bandung. 2008
52. Arikunto. *Prosedur Penelitian. Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi V. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta. 2005

53. Sugiono. *Statistika untuk Penelitian*. Penerbit Alfabeta. Bandung. 2007
54. Sabri dan Hastono. *Statistik Kesehatan*. PT Raja Grafindo Persada. Jakarta. 2006
55. Budiarto. *BIOSTATISTIKA untuk Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta. 2001

Lampiran

HASIL UJI VALIDITAS KUESIONER

No	Butir Pertanyaan Pengetahuan	Angka Signifikan	Keterangan
1	Pengetahuan 1	0,459	Valid
2	Pengetahuan 2	0,834	Valid
3	Pengetahuan 3	0,445	Valid
4	Pengetahuan 4	0,561	Valid
5	Pengetahuan 5	0,486	Valid
6	Pengetahuan 6	0,559	Valid
7	Pengetahuan 7	0,534	Valid
8	Pengetahuan 8	0,490	Valid
9	Pengetahuan 9	0,026	Tidak valid
10	Pengetahuan 10	0	Tidak valid
11	Pengetahuan 11	0,559	Valid
12	Pengetahuan 12	0,097	Tidak valid
13	Pengetahuan 13	-0,049	Tidak valid
14	Pengetahuan 14	0,667	Valid
15	Pengetahuan 15	0,000	Tidak valid