

SURVEILANS GIZI

**Satriani
Sulistyani Prabu
Yusma Indah Jayadi
Anjar Briliannita
Patemah
Wilma Florensia
Titis Sriyanti
Irna Agustiani
Aminah Toaha
Agus Putra Murdani
Icha Dian Nurcahyani**



SURVEILANS GIZI

**Satriani
Sulistyani Prabu
Yusma Indah Jayadi
Anjar Briliannita
Patemah
Wilma Florensia
Titis Sriyanti
Irna Agustiani
Aminah Toaha
Agus Putra Murdani
Icha Dian Nurcahyani**



GET PRESS INDONESIA

SURVEILANS GIZI

Penulis :

Satriani
Sulistiyani Prabu
Yusma Indah Jayadi
Anjar Briliannita
Patemah
Wilma Florensia
Titis Sriyanti
Irna Agustiani
Aminah Toaha
Agus Putra Murdani
Icha Dian Nurcahyani

ISBN : 978-623-8051-78-6

Editor : Oktavianis, S.ST., M.Biomed
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit: GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:

Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah, Padang, Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Desember 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Surveilans Gizi ini.

Buku ini membahas Perkembangan sejarah surveilans gizi di Indonesia, Kebijakan program gizi dan surveilans gizi, Faktor penyebab masalah gizi, Pemilihan indikator, Langkah praktis untuk mengidentifikasi dan memilih seperangkat indikator, Pengolahan data, Identifikasi faktor risiko masalah gizi, Analisis dan interpretasi hasil analisis situasi gizi, Mekanisme pencatatan dan pelaporan, Penyusunan laporan surveilans gizi kabupaten/kota.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Penulis, Desember 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	
DAFTAR TABEL	
DAFTAR GRAFIK.....	
BAB 1 PERKEMBANGAN SEJARAH SURVEILANS	
GIZI DI INDONESIA.....	1
1.1 Pendahuluan	1
1.2 Pengertian Surveilans Gizi.....	2
1.3 Fungsi Surveilans Gizi	2
1.4 Perkembangan Sejarah Surveilans Gizi di Indonesia	3
BAB 2 KEBIJAKAN PROGRAM GIZI DAN	
SURVEILANS GIZI.....	10
2.1 Pendahuluan	10
2.2 Kebijakan Program Gizi	11
2.3 Surveilans Gizi	16
BAB 3 FAKTOR PENYEBAB MASALAH GIZI.....	23
3.1 Pendahuluan	23
3.2 Faktor Penyebab Masalah Gizi.....	24
3.2.1 Kerangka Kausalitas Masalah Gizi 2020	24
3.2.2 Transformasi perubahan Kerangka Kausalitas	
Unicef dari Tahun 1990	27
3.2.3 Sinergisme antara penyebab langsung dan	
mendasarinya Black, 2008.....	29
3.2.4 Kerangka Kausalitas Masalah Gizi khusus	
Obesitas	30
3.2.5 Kerangka Kausalitas Indonesia	41
BAB 4 PEMILIHAN INDIKATOR.....	44
4.1 Pengertian Indikator.....	44
4.2 Persyaratan Memilih Indikator	44
4.3 Langkah-Langkah Memilih Indikator	45
4.4 Konsep SMART Sebagai Kriteria Pemilihan Indikator..	47
BAB 5 LANGKAH PRAKTIS UNTUK MENGIDENTIFIKASI	
DAN MEMILIH SEPERANGKAT INDIKATOR	50
5.1 Pendahuluan	50

5.2 Pengertian Langkah Praktis	50
5.3 Langkah Praktis Untuk Mengidentifikasi dan Memilih Seperangkat Indikator	50
5.3.1 Langkah 1 yaitu Bidang Program.....	50
5.3.2 Langkah 2 yaitu Sumber Data dan Indikator yang Relevan	51
5.3.3 Langkah 3 yaitu Review Indikator	53
5.3.4 Langkah 4 yaitu Pemilihan Indikator	53
5.3.5 Langkah 5 yaitu Pemilihan Indikator Tambahan Baru	55
5.3.6 Langkah 6 yaitu Akurasi dan Jadwal Waktu Pengumpulan Data	56
5.3.7 Langkah 7 yaitu Tinjau dan Identifikasi Kesenjangan	57
BAB 6 PENGOLAHAN DATA	60
6.1 Pendahuluan	60
6.2 Tahapan Pengolahan Data	60
6.3 Pengolahan Dan Penyajian Data	63
6.4 Analisis Statistik	69
BAB 7 ANALISIS DATA	76
7.1 Pendahuluan	76
7.2 Langkah Analisis Data	76
7.2.1 Pemeriksaan Data	76
7.2.2 Editing Data	77
7.2.3 Pemberian Kode Data	77
7.2.4 Tabulasi Data	77
7.2.5 Analisis Data	78
7.3 Penyajian Data	80
7.3.1 Narasi	80
7.3.2 Tabel Distribusi Frekuensi	80
7.3.3 Grafik	81
7.3.4 Diagram Baris	83
BAB 8 IDENTIFIKASI FAKTOR RESIKO MASALAH GIZI ..85	
8.1 Pendahuluan	85
8.2 Masalah Gizi	86
8.3 Dampak Masalah Gizi	89
8.4 Faktor Risiko Masalah Gizi	91

8.4.1 Faktor Keluarga dan Rumah tangga.....	92
8.4.2 Complementary Feeding yang Tidak Adekuat.....	92
8.4.3 Masalah dalam pemberian ASI.....	94
8.4.4 Infeksi.....	95
8.4.5 Kelainan Endokrin	96
8.5 Penutup.....	97
BAB 9 ANALISIS DAN INTERPRETASI HASIL ANALISIS	
SITUASI GIZI.....	99
9.1 Pendahuluan	99
9.2 Analisis Situasi Gizi	100
9.3 Jenis Analisis Situasi.....	102
9.4 Tujuan Analisis Situasi Gizi	103
9.5 Output Analisis Situasi Gizi	103
9.6 Tahapan Analisis Situasi Gizi	104
9.7 Interpretasi Hasil Analisis.....	114
9.8 Contoh Interpretasi Hasil Analisis Situasi Gizi.....	115
BAB 10 MEKANISME PENCATATAN DAN PELAPORAN ..	118
10.1 Pendahuluan.....	118
10.2 Pengertian Pencatatan dan Pelaporan.....	119
10.2.1 Pengertian Pencatatan	119
10.2.2 Pengertian Pelaporan	120
10.2.3 Pengertian Pencatatan dan Pelaporan.....	121
10.3 Tujuan dan manfaat pencatatan dan pelaporan.....	122
10.4 Prinsip pencatatan dan pelaporan.....	123
10.5 Mekanisme Pencatatan dan Pelaporan.....	125
BAB 11 PENYUSUNAN LAPORAN SURVAILANS GIZI	129
11.1 Pendahuluan.....	129
11.2 Jenis – Jenis Laporan	129
11.3 Pengimputan Aplikasi Pencatatan dan Pelaporan	
Gizi Berbasis Masyarakat (E-PPGM).....	136
11.3.1 Alur Pencatatan dan Pelaporan Gizi melalui	
ePPGBM	136
11.3.2 Format Ukur Pengisian ePPGBM.....	137
11.3.3 Penggunaan Aplikasi ePPGBM.....	138
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Pemerintah sedang bermusyawarah Menentukan Program Kebijakan Kesehatan ...	12
Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual UNICEF tentang Determinan Gizi Ibu dan Anak, 2020, Kerangka kerja untuk pencegahan malnutrisi dalam segala bentuknya	25
Gambar 3.2 : Kerangka kausalitas Tahun 1990 dan 1992	27
Gambar 3.3 : Presentasi kerangka hubungan antara kemiskinan, kerawanan pangan, dan penyebab dasar dan langsung lainnya untuk kekurangan gizi ibu dan anak.....	29
Gambar 3.4 : Penyebab: Kerangka Analitis Berdasarkan Proyek Foresight Inggris tentang Obesitas 2007.....	40
Gambar 3.5 : Kerangka Kausalitas Status Gizi dan Intervensi Spesifik dan Sensitif.....	41
Gambar 6.1 : Skema Alur Pengolahan dan Analisis Data	62
Gambar 6.2 : Distribusi Geografis Prevalensi Stunting menurut Provinsi.....	69
Gambar 7.1 : Diagram Batang	82
Gambar 7.2 : Diagram Batang.....	83
Gambar 7.3 : Diagram Baris.....	83
Gambar 8.1 : Kerangka Konsep Terjadinya Masalah Gizi.....	89
Gambar 8.2 : Dampak Gangguan Gizi Jangka Pendek dan Jangka Panjang	90
Gambar 11.1 : Alur Pelaporan dan Umpan Balik Serta Kordinasi Survailans Gizi.....	130
Gambar 11.2 : Alur Pencatatan dan Pelaporan Gizi melalui Eppgbm.....	136
Gambar 11.3 : Tampilan Awal login di laman Sistem Informasi Gizi Terpadu (Sigiziterpadu)	138
Gambar 11.4 : Tampilan Sigiziterpadu User Puskesmas.....	139

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Indikator Pembinaan Gizi Masyarakat tahun 2015 – 2019	12
Tabel 3.1 : Penjelasan rinci kerangka determinan gizi ibu dan anak	25
Tabel 6.1 : Distribusi Frekuensi Kategori umur Dewasa penderita Diabetes di Puskesmas Jaya.....	64
Tabel 6.2 : Distribusi Frekuensi relatif Kategori umur Dewasa penderita Diabetes di Puskesmas Jaya.....	64
Tabel 6.3 : Skor hasil belajar remaja tidak anemia dalam bentuk distribusi frekuensi kumulatif “kurang dari” dan “lebih dari”	64
Tabel 6.4 : Tabel Perubahan Usia dan Paritas terhadap tingkat stress kelompok ibu hamil anemia yang diberikan kapsul kelor royal jelly dan kelompok ibu hamil anemia yang diberikan kapsul kelor.....	65
Tabel 6.5 : Tabel Fungsi-fungsi diagram dalam analisis dan penyajian data.....	69
Tabel 7.1 : Frekuensi Status Gizi.....	80
Tabel 7.2 : Frekuensi Status Gizi (Kelompok Kelas)	81
Tabel 7.3 : Tabel Tabulasi.....	81
Tabel 8.1 : Katagori Masalah Gizi Berdasarkan kelompok Umur dan Penyakit Tidak Menular (PTM)	87
Tabel 11.1 : Format ukur pengisian data pada aplikasi pencatatan dan pelaporan gizi berbasis masyarakat.....	137

DAFTAR GRAFIK

- Grafik 6.1 :** Grafik Proporsi Balita sangat Pendek dan Pendek pada tahun 2007-2018..... 66
- Grafik 6.2 :** Grafik Proporsi Balita yang mendapat PMT tahun 2018..... 66
- Grafik 6.3 :** Proporsi anak umur 0-35 bulan BB rendah (BB/U), Pendek (TB/U) dan Kurus (BB/TB) 67
- Grafik 6.4 :** Grafik tingkat partisipasi ibu berkunjung ke posyandu dan persentase rumah tangga mengkonsumsi garam beryodium 68

BAB 1

PERKEMBANGAN SEJARAH SURVEILANS GIZI DI INDONESIA

Oleh Satriani

1.1 Pendahuluan

Peningkatan gizi individu serta masyarakat yang berkualitas berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 mengenai kesehatan dapat dilaksanakan dengan memperbaiki pola konsumsi pangan yang seimbang, meningkatkan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik, dan kesehatan, meningkatkan akses dan kualitas pelayanan gizi dengan menggunakan kemajuan ilmu dan teknologi, serta meningkatkan sistem kewaspadaan pangan dan gizi (Departemen Kesehatan RI, 2009).

Gizi yang bermasalah akan mempengaruhi sumber daya manusia menjadi tidak berkualitas dan tidak memiliki peran yang besar dalam pembangunan (Wirawan dkk, 2011). Data mengenai masalah gizi dalam Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013 dan 2018 memperlihatkan adanya kinerja gizi yang perlu untuk ditingkatkan seperti, penurunan prevalensi balita gizi kurang sebesar 1,9%, penurunan prevalensi balita stunting sebesar 6,4%, penurunan prevalensi balita gizi kurang (*wasting*) sebesar 1,9%, ibu hamil memperoleh tablet zat besi sebesar 73,2%, bayi berusia 0-6 bulan memperoleh ASI yang eksklusif sebesar 37,3% serta balita yang memperoleh kapsul vitamin A sebesar 82,4% (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Berdasarkan pemaparan data diatas, maka diperlukan kegiatan surveilans gizi untuk memantau serta mengevaluasi perbaikan gizi di masyarakat dengan perencanaan jangka panjang yang telah disusun menggunakan informasi dengan kualitas serta kuantitas yang memadai (Sumardilah, 2014), untuk memantau konsumsi dan status gizi secara terus-menerus supaya pengambilan keputusan yang diambil tepat (Zulfianto, 2017). Kegiatan ini juga memberikan peningkatan program

yang efektif dalam menanggulangi gizi yang bermasalah dengan waktu yang tepat, tempat, sasaran serta jenis tindakan (Zulfianto and Rachmat, 2017).

1.2 Pengertian Surveilans Gizi

Menurut FAO/UNICEF/WHO (1976) dalam Maire. B, dkk (2001) “surveilans gizi adalah suatu proses yang berkesinambungan yang bertujuan untuk memberikan informasi yang berkelanjutan tentang kondisi gizi kelompok populasi dan faktor-faktor yang mempengaruhi hal tersebut. Informasi ini akan memberikan dasar untuk keputusan yang harus dibuat oleh mereka yang bertanggung jawab atas kebijakan, perencanaan, dan pengelolaan program yang berkaitan dengan perbaikan pola konsumsi makanan dan status gizi.”

Surveilans gizi ialah salah satu dari kegiatan yang mampu memberi dukungan dalam mencapai tujuan Bina Gizi Masyarakat. Apabila kegiatan ini berjalan dengan baik, maka akan mampu memantau status gizi masyarakat secara berkala, akhirnya masalah gizi yang ada di masyarakat dapat dicegah dan diantisipasi (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

1.3 Fungsi Surveilans Gizi

Fungsi surveilans gizi menurut Maire. B, dkk (2001) adalah:

1. Peringatan tepat waktu untuk pencegahan kelaparan atau kerawanan pangan.
2. Dukungan dalam perencanaan dan pengembangan kebijakan untuk memantau dan mengkonsolidasikan dampak gizi pada penduduk.
3. Monitoring dan evaluasi program gizi.
4. Pemantauan tindakan kompensasi kebijakan penyesuaian ekonomi.
5. Identifikasi masalah untuk advokasi, mobilisasi opini publik dan pengambil keputusan.
6. Menanamkan surveilans dalam kerangka kerja berbasis komunitas untuk memobilisasi dan merangsang tindakan di tingkat lokal.
7. Studi penyebab masalah gizi.

Tiga aspek utama yang terkait erat dengan tidak berfungsinya surveilans gizi adalah inefisiensi, biaya tinggi dan tidak adanya keberlanjutan.

1. Inefisiensi: Informasi yang diperoleh dari surveilans tidak digunakan merumuskan kebijakan atau membuat keputusan. Informasi yang telah dipilih, sering tidak relevan, dan lambat disampaikan. Dengan konsekuensi yang bermacam-macam: hilangnya kredibilitas, kurangnya dukungan oleh pengambil keputusan, runtuhnya "sistem" pengawasan beberapa tahun setelahnya, dan keputusan dari data primer penyedia.
2. Biaya tinggi: Pengumpulan dan pemrosesan data pasti membutuhkan biaya. Biaya langsung menjadi kurang dapat diterima ketika menerapkan sistem pengawasan yang sebenarnya merupakan struktur paralel untuk pengumpulan data.
3. Tidak adanya keberlanjutan: Hilangnya dukungan dari pengambil keputusan dan penurunan motivasi secara bertahap di antara penyedia data utama pada akhirnya mempengaruhi kegiatan surveilans, yang hanya relevan bila dilakukan dalam jangka panjang.

1.4 Perkembangan Sejarah Surveilans Gizi di Indonesia

Pada Konferensi Dunia Gizi di Roma tahun 1974, surveilans gizi dikemukakan sebagai strategi kunci untuk mengurangi kelaparan. Konferensi ini mengikuti serangkaian peristiwa luar biasa di awal tahun tujuh puluhan: krisis minyak bumi, kelaparan besar di Etiopia, banjir di Bangladesh, dan surplus pangan yang terus-menerus di negara-negara industri. Konferensi ini menghasilkan dua perkembangan penting: pertama, mengarah pada penciptaan Program Pangan Dunia (WFP) dan *Global Information and Early Warning System for Food Security* di FAO Tahun 1996), dan kedua, untuk resolusi mengundang FAO, WHO, dan UNICEF untuk membentuk sistem pengawasan gizi di seluruh dunia. Setahun kemudian, pada Oktober 1975, tiga organisasi tersebut mengadakan Komite Ahli bersama di Jenewa untuk mempersiapkan cetak biru "metodologi surveilans gizi" untuk "mengawasi lebih nutrisi, untuk membuat keputusan yang akan mengarah pada perbaikan nutrisi dalam populasi" (OMS, 1976).

Di Indonesia, pada permulaan pengembangan surveilans gizi ditujukan untuk dapat memperkirakan keadaan pangan dan gizi secara teratur dan berkesinambungan agar mampu mendeteksi perubahan keadaan lebih dini sehingga tindakan untuk mencegah dapat segera dilaksanakan. Kegiatan ini dinamai “Sistem Isyarat Tepat Waktu untuk Intervensi, dalam bahasa Inggris disebut *Timely Warning Information and Intervention System* (TWIIS)”, selanjutnya lebih dikenal dengan “Sistem Isyarat Dini untuk Intervensi (SIDI)” (Zulfianto and Rachmat, 2017).

Pengembangan SIDI dilakukan di beberapa provinsi pada tahun 1986-1990 kemudian berkembang meliputi aspek yang lebih luas pada tahun 1990-1997, dengan alasan permasalahan gizi yang terjadi setiap saat bukan hanya disebabkan karena produksi pertanian yang gagal. Pengembangan tersebut dinamai Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG), didalamnya mencakup: SIDI, Pemantauan Status Gizi, serta Jejaring Informasi Pangan dan Gizi (Zulfianto and Rachmat, 2017).

SKGP telah dilaksanakan di semua provinsi pada tahun 1990-an, namun keberadaannya memudar. Pada tahun 1998 ketika Indonesia berada dalam krisis multidimensi usaha revitalisasi diupayakan, SKGP akhirnya mencakup: “(1) keadaan pangan dan gizi tingkat kabupaten/kota, provinsi dan nasional yang dipetakan, (2) memprediksi keadaan pangan dan gizi di tingkat kecamatan, (3) pemantauan status gizi kelompok rentan serta kegiatan Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Pemantauan Konsumsi Gizi (PKG), serta (4) Surveilans Gizi Buruk” (Zulfianto and Rachmat, 2017).

Kementerian Kesehatan melalui Direktorat Bina Gizi di awal millennium ketiga sekitar tahun 2000-an, lebih mengutamakan Surveilans Gizi agar lebih difokuskan dalam menangani permasalahan gizi buruk pada balita. Dimana pada saat ini permasalahan gizi (“*malnutrition*”) bukan hanya permasalahan kekurangan gizi (“*undernutrition*”) tetapi juga telah terjadi permasalahan kelebihan gizi (“*overnutrition*”) yang disebut dengan istilah masalah gizi ganda (“*double burden*”). Jika dalam surveilans gizi akar masalah maupun indikator-indikator yang berkaitan dengan penyebab masalah gizi dilakukan secara terus-menerus dan berkala, maka akan lebih cepat mengetahui potensi masalah, serta melakukan usaha lebih dini untuk

menanggulangi masalah gizi, sehingga mampu mencegah dampak yang lebih buruk (Zulfianto and Rachmat, 2017).

Surveilans gizi sangat bermanfaat dalam memperoleh informasi kondisi gizi masyarakat dengan cepat, akurat, teratur serta berkelanjutan, kemudian dapat dipakai dalam penetapan kebijakan gizi. Informasi tersebut meliputi indikator pencapaian gizi masyarakat dan informasi lain yang tidak tertulis dari laporan rutin. Keberadaan surveilans gizi mampu meningkatkan efektivitas kegiatan pembinaan gizi dan perbaikan masalah gizi masyarakat dengan tepat waktu, tepat sasaran, dan tepat jenis tindakannya (Zulfianto and Rachmat, 2017).

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 mengenai Pemerintahan Daerah yang dijabarkan dalam Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007 mengenai Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota menyampaikan bahwa Pemerintah Daerah Provinsi dan Kabupaten dan Kota memiliki kewajiban dalam melakukan surveilans. Oleh karenanya, Dinas Kesehatan kabupaten/Kota dan Puskesmas selaku Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) dan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) harus melakukan surveilans gizi (Zulfianto and Rachmat, 2017).

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 mengenai Kesehatan Pasal 141 menyampaikan bahwa upaya memperbaiki gizi masyarakat diharapkan untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan dan masyarakat dengan memperbaiki pola konsumsi makanan menyesuaikan gizi seimbang; memperbaiki perilaku sadar gizi, aktivitas fisik, dan kesehatan; meningkatkan akses dan mutu pelayanan gizi disesuaikan dengan kemajuan ilmu dan teknologi; dan meningkatkan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG) yang merupakan bagian dari surveilans gizi (Zulfianto and Rachmat, 2017).

Ir. Doddy Izwardy, MA diberi kepercayaan oleh Direktorat Bina Gizi pada tahun 2013. Mengupayakan penguatan dalam melaksanakan surveilans gizi dengan memanfaatkan pengembangan teknologi terutama agar memudahkan sistem pencatatan dan pelaporan. Sosialisasi Pemantauan Status Gizi sejak tahun 2014 dilakukan dengan survey bersama di semua provinsi dengan memilih 60 Kabupaten/Kota (Dirjen Kemas, 2019).

PSG dilaksanakan di seluruh Kabupaten/Kota pada tahun 2015 hingga 2017. Pemantauan Konsumsi Gizi (PKG) pada ibu hamil melengkapi PSG pada tahun 2016 dan PKG pada Balita pada tahun 2017. Susenas dan Riskesdas juga merupakan sumber data status gizi nasional lainnya. Setelah dilakukan pada tahun 2007 dan 2010, pada tahun 2013 kembali melaksanakan Riskesdas dan selanjutnya di tahun 2017. Studi Diet total (SDT) termasuk Survei Konsumsi Makanan Indonesia (SKMI) juga dilakukan pada tahun 2014. Selain dipakai oleh para pengelola program gizi guna perencanaan program tahun berikutnya, informasi yang didapatkan juga dipakai lintas sektor terkait gizi hingga level Kabupaten sebagai evaluasi program (Dirjen Kesmas, 2019).

Pada tahun 2013 meluncurkan Proyek Kesehatan dan Gizi Berbasis Masyarakat (PKGBM) yang merupakan upaya mendukung pemerintah dalam mengurangi prevalensi stunting. Sampai tahun 2018 proyek ini berjalan dengan mengedepankan kegiatan - kegiatan yang berorientasi pada perbaikan status gizi ibu hamil dan anak, meningkatkan peran serta masyarakat, memperbaiki asupan gizi, mengurangi kejadian diare, meningkatkan ketersediaan makanan bergizi yang terjangkau, serta meningkatkan koordinasi lintas sektor dan masyarakat mengenai isu anak stunting yang penting (Dirjen Kesmas, 2019).

Dalam melaksanakan surveilans gizi dapat menggunakan sistem informasi gizi berbasis teknologi informasi yang dikenal dengan sebutan Sistem Informasi Gizi Terpadu (Sigizi Terpadu). Sistem ini memberikan informasi status gizi serta kinerja program gizi yang mampu mengidentifikasi masalah gizi sebagai bahan pengambilan keputusan serta kebijakan program gizi masyarakat. (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Pelaporan yang pada mulanya dilaksanakan dengan cara manual seiring dengan teknologi yang berkembang, saat ini beralih menjadi laporan hasil pemantauan program intervensi gizi berbasis teknologi. Dimana teknologi yang digunakan berupa sistem pencatatan dan pelaporan berbasis masyarakat dengan teknologi elektronik yaitu aplikasi e-PPGBM (elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat). Aplikasi ini diterapkan dengan alasan data status gizi masyarakat menjadi kebutuhan daerah atau wilayah tertentu

untuk mengetahui besar masalah gizi yang ada sebagai dasar perencanaan kegiatan, evaluasi kinerja dan intervensi yang akan dilaksanakan oleh pemangku kepentingan (Widati dkk, 2021).

Sistem ini memiliki modul elektronik Pencatatan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPGBM), dimana mampu merekam informasi individu sasaran secara elektronik lengkap beserta nama dan alamat yang berasal dari Posyandu. Sistem informasi aplikasi e-PPGBM ini adalah jiwa dari manajemen perbaikan gizi masyarakat yang ideal untuk membantu proses mengambil keputusan dalam pelaksanaan pelayanan gizi harian, intervensi cepat untuk mengatasi permasalahan gizi, serta mendukung manajemen kesehatan khususnya dalam mempersiapkan rencana jangka pendek, jangka menengah serta jangka panjang di tingkat kabupaten/kota, provinsi maupun pusat (Meidiawani, 2021).

Sosialisasi *Electronic*-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (e-PPGBM) dilakukan pada pertengahan tahun 2018, bermanfaat sebagai alat pencatatan dan pelaporan gizi berbasis teknologi agar tanggung jawab kader dan pengurus posyandu terbantu untuk mengetahui keadaan dan status ibu dan anak di daerahnya. E-PPGBM perlu dipahami dan diaplikasikan oleh setiap kader dan pengurus posyandu sebagai perpanjangan tangan pemerintah untuk membangun kesehatan masyarakat dalam melakukan pencatatan dan pelaporan, sehingga data dapat terintegrasi di seluruh Indonesia (Widati dkk, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta. Available at: http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-849873-6.000017%0Ahttp://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_venes/article/view/1112.
- Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. 2019. *Sejarah Perkembangan Gizi di Indonesia (1951 – 2018)*. Jakarta : Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. *Pedoman Pelaksanaan Surveilans Gizi di Kabupaten/Kota*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2019. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 14 Tahun 2019 Tentang Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi*. Jakarta.
- Maire. B., Beghin, Delpeuch. F, Kolsteren.P & A.-M. Remaut de Winter. 2001. *Nutritional Surveillance: A Sustainable Operational Approach*. Series editors: W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere. ITGPress, Nationalestraat.
- Meidiawani, M. 2021. *Analisis Penggunaan Aplikasi Elektronik Pencatatan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (E-PPGBM) pada Puskesmas di Kota Palembang*. Palembang.
- OMS. 1976. *Méthodologie de la surveillance nutritionnelle*. Rapport d'un comité mixte FAO/UNICEF/OMS d'experts. (Séries de Rapports Techniques n° 593). Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Sumardilah, D.S. 2014. 'Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Hasil Pelaksanaan Surveilans Gizi di Puskesmas Se Kota Bandar Lampung', *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, 7(2), pp. 22–32. Available at: <file:///C:/Users/Tia/Downloads/551-1694-1-SM.pdf>.
- Zulfianto, N. 2017. *Ilmu Gizi Teori & Aplikasi: Surveilans Gizi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.

- Zulfianto, N. dan Rachmat, M. 2017. *Bahan Ajar Gizi Surveilans Gizi, Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan*.
- Widati, E., Zeinora, Hapsari, F. 2021. Pengenalan Literasi Komputer dan E-PPGBM pada Kader Posyandu. *Dharma Raflesia Jurnal Ilmiah Pengembangan dan Penerapan IPTEKS*, 19(01), pp. 101-110.
- Wirawan, S., Abdi, L.K. and Sulendri, N.K.S. 2011. 'Pemanfaatan Data dan Informasi Surveilans Gizi (www.sigizi.com) sebagai Bahan untuk Pengambilan Keputusan Program Gizi di Puskesmas se-Kabupaten Lombok Barat', *Jurnal Kesehatan Prima*, 5(2), pp. 1002-1013.

BAB 2

KEBIJAKAN PROGRAM GIZI DAN SURVEILANS GIZI

Oleh Sulistyani Prabu Aji

2.1 Pendahuluan

Surveilans Kesehatan Masyarakat dapat didefinisikan sebagai upaya rutin dalam pengumpulan, analisis dan diseminasi data yang relevan yang diperlukan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan masyarakat. (Hartono, Zulfianto, & Rachmat, 2017).

Surveilans kesehatan masyarakat adalah bentuk aplikasi dari epidemiologi deskriptik maupun analitik yang merupakan proses pengumpulan data kesehatan yang mencakup tidak saja pengumpulan informasi secara sistematis, tetapi juga melibatkan analisis, interpretasi, penyebaran, dan penggunaan informasi kesehatan. (Rasmaniar, *et al.*, 2020)

Surveilans gizi adalah proses pengamatan masalah dan program gizi secara terus menerus baik situasi normal maupun darurat, meliputi : pengumpulan, pengolahan, analisis dan pengkajian data secara sistematis serta penyebarluasan informasi untuk pengambilan tindakan sebagai respons segera dan terencana. Gizi baik merupakan fondasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas karena berkaitan erat dengan peningkatan kapasitas belajar, kemampuan kognitif dan intelektualitas seseorang. (Publichealth, 2022)

Gizi baik juga merupakan penanda keberhasilan pembangunan dan terpenuhinya hak azasi manusia terhadap pangan dan kesehatan. Perbaikan gizi masyarakat merupakan sarana untuk memutus rantai kemiskinan melalui meningkatkan pertumbuhan ekonomi sehingga berdampak pada kesejahteraan di tingkat masyarakat, keluarga dan individu.

Hasil riset nasional terakhir menunjukkan adanya perbaikan beberapa indikator gizi, namun demikian Indonesia masih termasuk

negara yang mengalami masalah beban gizi ganda (double burden of malnutrition/DBM) karena tingginya prevalensi kurang gizi dan kelebihan gizi pada saat yang bersamaan. Beban ganda gizi berdampak pada seluruh aspek kehidupan. Dampak yang paling buruk dan memiliki konsekuensi jangka panjang jika masalah gizi tersebut terjadi pada 1000 hari pertama kehidupan (HPK), mulai dari masa kehamilan sampai anak berusia 2 tahun dan masa remaja. (Kemenkes, 2020).

2.2 Kebijakan Program Gizi

Kebijakan adalah rangkaian konsep dan asas yang menjadi pedoman dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak. Istilah ini dapat diterapkan pada pemerintahan, organisasi dan kelompok sektor swasta, serta individu. (Marniati, 2021)

Kebijakan berbeda dengan peraturan dan hukum. Jika hukum dapat memaksakan atau melarang suatu perilaku (misalnya suatu hukum yang mengharuskan pembayaran pajak penghasilan), kebijakan hanya menjadi pedoman tindakan yang paling mungkin memperoleh hasil yang diinginkan. (KebijakanKesehatanIndonesia, 2014)

Kebijakan dapat pula merujuk pada proses pembuatan keputusan-keputusan penting organisasi, termasuk identifikasi dari masalah yang ditemukan dan berujung pada prioritas penetapan masalah dan alternative program penanggulangannya. Kebijakan juga dapat diartikan sebagai mekanisme politis, manajemen, finansial, atau administratif untuk mencapai suatu tujuan tertentu. (Ayuningtyas, 2022).

2.2.1 Dasar Kebijakan Program Gizi

Kebijakan program yang dikelola oleh pemerintah, selalu diambil dan ditetapkan mengacu kepada Undang-Undang atau peraturan yang lebih tinggi tingkatannya. (Republik Indonesia, 2015)



Gambar 2.1 : Pemerintah sedang bermusyawarah Menentukan Program Kebijakan Kesehatan.

Kebijakan Program Gizi secara nasional didasarkan kepada peraturan perundang - undangan yang berlaku. Dasar-dasar hukum tentang Kebijakan Program Gizi meliputi:

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan.
2. Peraturan Preseden Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2010 Tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010 – 2014.
3. Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 3 tahun 2010 Tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan; Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2014.
4. Rencana Aksi Pembinaan Gizi Masyarakat tahun 2010 – 2014; dan Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN-PG) 2010 – 2015.
5. Rencana Pembangunan di bidang kesehatan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat

Tabel 2.1 : Indikator Pembinaan Gizi Masyarakat tahun 2015 - 2019

Sasaran	Indikator	TARGET				
		2015 %	2016 %	2017 %	2018 %	2019 %
Meningkatnya Pelayanan Gizi Masyarakat	Persentase ibu hamil KEK yang mendapat makanan tambahan	13	50	65	80	95
	Persentase ibu hamil yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	82	85	90	95	98
	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif	39	42	44	47	50
	Persentase bayi baru lahir mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD)	38	41	44	47	50
	Persentase balita kurus yang mendapat makanan tambahan	70	75	80	85	90
	Persentase remaja putri yang mendapat Tablet Tambah Darah (TTD)	10	15	20	25	30

Dalam Tabel 2.1 tersebut, sasaran meningkatnya pelayanan gizi masyarakat, memiliki 6 indikator yang perlu selalu di pantau, agar segera dapat diketahui dalam perjalanan program, apakah targetnya tercapai atau tidak.

2.2.2 Kebijakan dan Strategi Program Gizi

Kebijakan dan strategi program gizi yang pernah dilaksanakan periode 2010-2014 adalah sebagai berikut :

a. Kebijakan

- a. Searah dengan kebijakan pembangunan kesehatan, kebijakan program gizi juga diarahkan pada peningkatan akses dan kualitas pelayanan dalam rangka pencapaian target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang Kesehatan tahun 2010-2014, yang berkontribusi pada percepatan pencapaian target dan sasaran *Millenium Development Goals* (MDGs), antara lain untuk menurunkan prevalensi balita gizi kurang menjadi setinggi-tingginya 15,5% pada tahun 2015.
- b. Untuk mewujudkan tercapainya target RPJMN tersebut, kebijakan pembangunan kesehatan antara lain diarahkan melalui peningkatan upaya perbaikan gizi masyarakat dengan pendekatan *continuum of care* yang dilakukan pada setiap siklus kehidupan terutama sejak 1000 hari pertama kehidupan, balita, anak usia sekolah dan remaja, ibu hamil, ibu nifas, usia kerja, dan lansia.
- c. Kebijakan perbaikan gizi masyarakat diarahkan untuk meningkatkan komitmen para pemangku kepentingan untuk memperkuat implementasi program gizi yang bersifat langsung dan tidak langsung berdasarkan konsep atau pola pikir penyebab masalah gizi.

Untuk menjalankan kebijakan yang telah disusun, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan, telah menetapkan Gerakan Nasional Sadar Gizi dengan strategi sebagai berikut:

- a. Penggalangan dukungan kepada lintas sektor, lintas program, dan legislatif.
- b. Kampanye nasional melalui media efektif terpilih, baik cetak maupun elektronik.
- c. Pemanfaatan kelompok masyarakat, kelompok agama, ormas, NGO/LSM.
- d. Penggerakan gizi seimbang melalui sekolah.
- e. Meningkatkan peran Yankes, Posyandu, dan Nakes.

- b. Kebijakan teknis
 - a. Memperkuat peran masyarakat dalam pembinaan gizi melalui posyandu
 - b. Memberlakukan standar pertumbuhan anak Indonesia.
 - c. Perawatan gizi buruk dilaksanakan dengan pendekatan rawat inap di Puskesmas Perawatan, Rumah Sakit dan TFC maupun rawat jalan di Puskesmas dan CFC.
 - d. Menerapkan standar pemberian makanan bagi bayi dan anak.
 - e. Meneruskan suplementasi gizi pada balita, remaja, ibu hamil, dan ibu nifas serta fortifikasi makanan.
 - f. Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pemulihan diberikan pada balita gizi kurang dan ibu hamil miskin dan KEK.
 - g. Memperkuat surveilans gizi nasional.
 - h. Menyediakan buffer stock MP-ASI.
- c. Strategi operasional Pembinaan gizi 2010–2014

Strategi operasional Pembinaan gizi 2010–2014 adalah sebagai berikut:

 - a. Meningkatkan pendidikan gizi masyarakat melalui penyediaan materi KIE dan Kampanye, bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, pemahaman dan keterampilan masyarakat untuk berperilaku sadar gizi.
 - b. Memenuhi kebutuhan obat program gizi terutama kapsul vitamin A, tablet Fe, mineral mix melalui optimalisasi sumber daya Pusat dan daerah. Pelayanan Gizi/Pencegahan Masalah Gizi. Kegiatan ini bertujuan untuk mencegah dan mengurangi timbulnya masalah gizi, baik masalah gizi makro maupun gizi mikro.
 - c. Meningkatkan kemampuan dan keterampilan petugas dalam pemantauan pertumbuhan, konseling menyusui dan MPASI, tata laksana gizi buruk, surveilan dan program gizi lainnya. Kegiatan ini ditujukan untuk menanggulangi masalah gizi buruk pada balita.
 - d. Memenuhi kebutuhan PMT Pemulihan bagi balita menderita gizi kurang (kurus) dan ibu hamil keluarga miskin KEK.

- e. Mengintegrasikan pelayanan gizi ibu hamil berupa pemberian tablet Fe dan skrining ibu hamil KEK dengan pelayanan antenatal (ANC).
- d. Kebijakan Surveilans Gizi

Pada perkembangan selanjutnya surveilans gizi mencakup beberapa aspek yang dipantau yaitu aspek input, proses, output dan outcome program gizi. Strategi operasional sureilans gizi adalah sebagai berikut:

- a. Melaksanakan surveilans gizi rutin.
- b. Melaksanakan surveilans gizi khusus.
- c. Melaksanakan surveilans gizi darurat/bencana
- d. Mengintegrasikan surveilen gizi dengan surveilans penyakit.

Dalam pelaksanaan surveilans gizi, beberapa hal yang perlu diperhatikan dengan seksama, sebagai berikut:

- a. Pengumpulan data gizi dan faktor terkait secara terus-menerus dan teratur.
- b. Analisis data tentang keadaan gizi masyarakat.
- c. Menyajikan hasil analisis data dalam forum lintas sektor terkait sesuai dengan kondisi dan situasi birokrasi wilayah.
- d. Diseminasi informasi.
- e. Masalah Pelaksanaan Surveilans Gizi di Indonesia

Berdasarkan hasil kajian yang merujuk kepada hasil monitoring pelaksanaan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi, masalah dalam pelaksanaan surveilans gizi dapat dikategorikan menjadi tiga kelompok masalah yaitu:

- a. Masalah yang terkait dengan pemangku kepentingan.
- b. Masalah yang terkait dengan kapasitas sumber daya manusia pelaksana, dan
- c. Masalah disiplin dan tertib pelaporan.

2.3 Surveilans Gizi

Surveilans gizi berfungsi untuk memberikan informasi keadaan gizi masyarakat dan faktor yang mempengaruhinya secara cepat, akurat, dan berkelanjutan sehingga dapat digunakan untuk menetapkan kebijakan gizi maupun penanggulangan masalah gizi. Surveilans dapat dilakukan melalui aplikasi elektronik pencatatan dan pelaporan gizi berbasis masyarakat (e-PPGBM).

Dengan adanya sistem surveilans yang kuat, anak yang kurang gizi maupun stunting dapat memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan dengan cepat. Termasuk jika membutuhkan perawatan lebih lanjut dengan dirujuk ke rumah sakit di tingkat Kabupaten/Kota.

2.3.1 Dasar Kebijakan Program Gizi

Menurut Permenkes No 14 Tahun 2019 (Permenkes, 2019)

1. Surveilans Gizi adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap masalah gizi masyarakat dan indikator pembinaan gizi.
2. Faktor Risiko adalah hal-hal yang mempengaruhi atau berkontribusi terhadap terjadinya masalah gizi di masyarakat.
3. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
4. Pengelola Program Gizi adalah unit kerja struktural atau fungsional yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan kegiatan surveilans gizi.

United Nations Children's Fund (UNICEF) telah mendorong Indonesia untuk melakukan perbaikan status gizi penduduknya. Sejak tahun 2015, Kementerian Kesehatan Indonesia menginisiasi program surveilans gizi yang dimulai dari fasilitas kesehatan tingkat pertama yaitu puskesmas. Program Pemantauan Status Gizi (PSG) ini dilakukan oleh unit struktural program gizi. (Perpres, 2013)

Kegiatan pemantauan itu disebut juga surveilans gizi/proses pengamatan masalah dan program gizi secara kontinyu pada situasi normal maupun situasi darurat. Surveilans gizi dilakukan dengan beragam tujuan sebagaimana tercantum dalam Permenkes RI No. 14 Tahun 2019 tentang Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi yaitu: peningkatan status kesehatan dan gizi ibu dan anak, kesuksesan pengendalian penyakit, peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, serta meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS).

Keempat tujuan tersebut kemudian diimplementasikan dalam berbagai indikator pembinaan gizi masyarakat. Kegiatan surveilans gizi

ini merupakan tanggung jawab dari pemerintah pusat dan daerah, sedangkan pelaksanaannya dilakukan oleh unit program gizi fasilitas pelayanan kesehatan pada masing-masing daerah.

Berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) pada tahun 2014-2019, meningkatnya pelayanan gizi masyarakat ditandai dengan turunnya persentase balita berat badan kurang, balita pendek, balita gizi kurang, remaja putri anemia, ibu hamil anemia, ibu hamil risiko Kurang Energi Kronik (KEK) dan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). Pencapaian tujuan dari RPJMN tersebut dijabarkan menjadi 14 indikator program gizi. Setiap indikator tersebut memiliki besaran target yang dapat menunjukkan keberhasilan program gizi di lingkup pelayanan kesehatan (yankes) tersebut. Apabila terdapat indikator program gizi yang masih belum memenuhi target, maka indikator tersebut dianggap sebagai permasalahan kesehatan pada populasi di yankes tersebut, sehingga perlu ditingkatkan performa dan perbaikan pada periode selanjutnya. (Permenkes, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi, 2014)

Empat belas indikator yang menjadi penjabaran dari RPJMN berfokus pada tiga kelompok yaitu ibu hamil, balita, remaja putri, serta ibu nifas. Melalui indikator tersebut dapat dipetakan apakah pada suatu populasi masih terdapat bayi yang belum memperoleh ASI eksklusif, balita kurus yang belum mendapatkan makanan tambahan, serta monitoring tinggi badan dan berat badan pada bayi dan balita untuk kemudian dicatat dalam buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Ibu hamil yang memiliki lingkaran lengan atas (LiLA) kurang dari 23,5 cm patut mendapatkan makanan tambahan sehingga terhindar dari kondisi Kurang Energi Kronis (KEK). Ibu hamil juga diberikan tablet tambah darah (TTD) selama masa kehamilan untuk menghindari terjadinya anemia. Sedangkan kapsul vitamin A diberikan kepada ibu nifas serta balita sebagai suplemen yang membantu kinerja perkembangan anggota tubuh. Balita dengan kondisi gizi buruk harus memperoleh perawatan yang adekuat. (Permenkes, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan, 2014)

2.3.2 Tupoksi dan penyelenggaraan Surveilans Gizi

Pasal 2 :

1. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab untuk menyelenggarakan Surveilans Gizi secara terpadu, berjenjang, dan berkesinambungan.
2. Penyelenggaraan Surveilans Gizi dilakukan oleh Pengelola Program Gizi di Puskesmas, dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, provinsi dan kementerian yang mempunyai tugas menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.
3. Penyelenggaraan Surveilans dilaksanakan untuk memberikan gambaran mengenai perubahan pencapaian indikator kinerja perbaikan gizi secara nasional dan regional.

Pasal 3 :

1. Penyelenggaraan Surveilans Gizi secara teknis dilaksanakan dengan berbasis indikator masalah gizi dan kinerja program gizi.
2. Selain indikator sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pelaksanaan teknis Surveilans Gizi juga membutuhkan indikator lain berupa Faktor Risiko yang mempengaruhi masalah gizi dan kinerja program gizi.

2.3.3 Indikator Surveilans Gizi

Pasal 4 :

Indikator masalah gizi meliputi:

1. persentase balita berat badan kurang;
2. persentase balita pendek;
3. persentase balita gizi kurang;
4. persentase remaja putri anemia;
5. persentase ibu hamil anemia;
6. persentase ibu hamil risiko Kurang Energi Kronik; dan
7. persentase Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah.

Indikator kinerja program gizi, meliputi:

1. cakupan bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif;
2. cakupan bayi usia 6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif;

3. cakupan ibu hamil yang mendapatkan Tablet Tambah Darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan;
4. cakupan ibu hamil Kurang Energi Kronik yang mendapat makanan tambahan;
5. cakupan balita kurus yang mendapat makanan tambahan;
6. cakupan remaja putri (Rematri) mendapat Tablet Tambah Darah;
7. cakupan bayi baru lahir yang mendapat Inisiasi Menyusu Dini (IMD);
8. cakupan balita yang ditimbang berat badannya;
9. cakupan balita mempunyai buku Kesehatan Ibu Anak (KIA)/Kartu Menuju Sehat (KMS);
10. cakupan balita ditimbang yang naik berat badannya;
11. cakupan balita ditimbang yang tidak naik berat badannya dua kali berturut-turut;
12. cakupan balita 6-59 bulan mendapat kapsul vitamin A;
13. cakupan ibu nifas mendapat kapsul vitamin A;
14. cakupan rumah tangga mengonsumsi garam beriodium; dan
15. cakupan kasus balita gizi buruk yang mendapat.

Indikator lain berupa Faktor Risiko yang mempengaruhi masalah gizi dan kinerja program gizi paling sedikit meliputi:

1. kemiskinan;
2. kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi;
3. praktik pengasuhan anak yang kurang tepat; dan/atau
4. konsumsi makanan bergizi yang rendah.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayuningtyas, D. 2022. *Analisis Kebijakan Kesehatan prinsip dan Aplikasinya*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Hartono, A. S., Zulfianto, N. A., & Rachmat, M. 2017. *Surveilans gizi*. Jakarta: Indo.Kemkes.BPPSDM.
- KebijakankesehatanIndonesia. 2014. *Kerangka Acuan kelompok Kerja Pengembangan Kebijakan Gizi di Indonesia*. Retrieved from kebijakankesehatanindonesia.net:
<https://kebijakankesehatanindonesia.net/component/content/article/1929.html>
- Kemenkes, D. 2020. *Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Gizi Masyarakat Tahun 2020 - 2025*. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat Kementerian Kesehatan.
- Marniati. 2021. *Pengantar Analisis Kebijakan Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Permenkes. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 23 Tahun 2014 tentang Upaya Perbaikan Gizi*. Jakarta: Peraturan Menteri Kesehatan.
- Permenkes. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Permenkes. 2019. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 14 tahun 2019 tentang Pelaksanaan teknis Surveilans Gizi di Indonesia*. Jakarta: Kementereian Kesehatan Republik Indonesia.
- Perpres. 2013. *Peraturan Presiden Nomor 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi*. Jakarta: Peraturan Presiden.
- Publichealth. 2022. *Pelaksanaan teknis Surveilans Gizi*. Retrieved from www.indonesian-publichealth.com: <https://www.indonesian-publichealth.com/pelaksanaan-teknis-surveilans-gizi/>
- Rasmaniar, Mahawati, E., Laksmi, P., Trisnadewi, N. W., Unsunnidhal, L., Siregar, D., . . . Sari, M. 2020. *Surveilans Kesehatan Masyarakat*. Medan: Yayasan Kita Menulis.

Republik Indonesia, K. 2015. *Pemantauan Status Gizi dilakukan di Seluruh Kabupaten/Kota di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

BAB 3

FAKTOR PENYEBAB MASALAH GIZI

Oleh Yusma Indah Jayadi

3.1 Pendahuluan

Masalah gizi, dalam segala bentuknya, termasuk kekurangan gizi (*wasting, stunting, underweight*), vitamin atau mineral yang tidak memadai, kelebihan berat badan, obesitas, dan penyakit tidak menular yang berhubungan dengan pola makan. 1,9 miliar orang dewasa kelebihan berat badan atau obesitas, sementara 462 juta kekurangan berat badan. Secara global pada tahun 2020, 149 juta anak balita diperkirakan mengalami *stunting* (terlalu pendek untuk usia), 45 juta diperkirakan kurus (terlalu kurus untuk tinggi badan), dan 38,9 juta mengalami kelebihan berat badan atau obesitas.

Sekitar 45% kematian pada anak di bawah usia 5 tahun terkait dengan kekurangan gizi. Ini sebagian besar terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Pada saat yang sama, di negara-negara yang sama, tingkat kelebihan berat badan dan obesitas pada masa kanak-kanak meningkat. Dampak pembangunan, ekonomi, sosial, dan medis dari beban global kekurangan gizi sangat serius dan bertahan lama, bagi individu dan keluarga mereka, bagi masyarakat dan bagi negara (WHO, 2021).

Masalah gizi adalah kondisi umum, kurang dikenali dan tidak diobati pada pasien rumah sakit. Masalah gizi terkait penyakit muncul karena berkurangnya asupan makanan, malabsorpsi, peningkatan kehilangan gizi atau perubahan kebutuhan metabolisme. Perubahan luas dalam fungsi fisiologis terjadi pada pasien masalah gizi yang menyebabkan peningkatan angka morbiditas dan mortalitas.

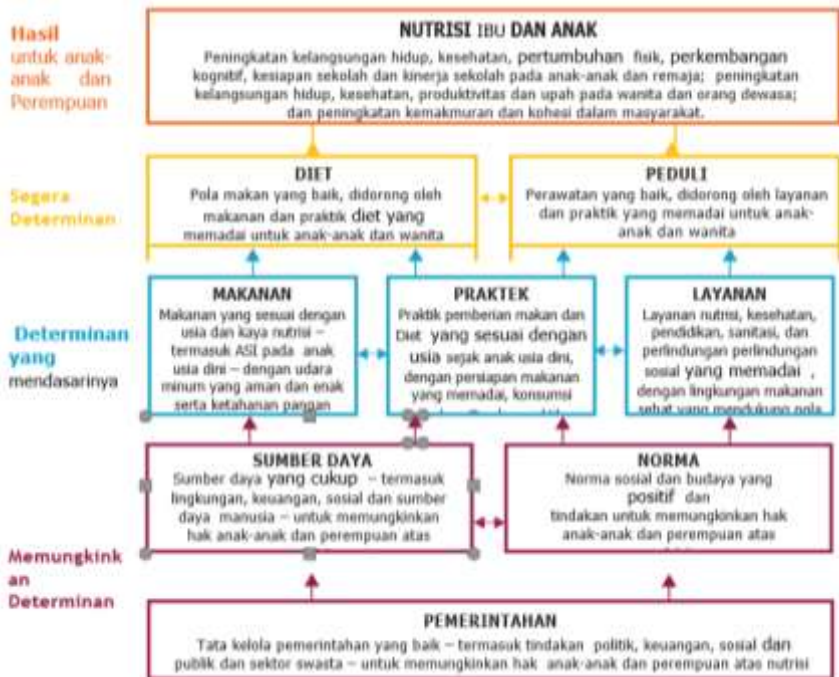
Skrining gizi rutin harus dilakukan pada semua pasien yang dirawat di rumah sakit menggunakan alat yang divalidasi seperti Alat Skrining Universal Masalah gizi. Biaya perawatan kesehatan meningkat secara signifikan pada pasien masalah gizi. Masalah gizi, yang sering diabaikan oleh dokter, adalah umum dan memiliki efek luas pada fungsi

fisiologis. Hal ini terkait dengan peningkatan angka morbiditas dan mortalitas pada pasien rumah sakit dan secara signifikan meningkatkan biaya perawatan kesehatan. Implementasi alat skrining sederhana mengidentifikasi pasien yang berisiko dan memungkinkan perawatan yang tepat untuk dilakukan; ini secara signifikan dapat meningkatkan hasil klinis dan mengurangi pengeluaran perawatan kesehatan (Saunders and Smith, 2010).

3.2 Faktor Penyebab Masalah Gizi

3.2.1 Kerangka Kausalitas Masalah Gizi 2020

Strategi Gizi UNICEF 2020–2030 dipandu oleh Kerangka Konseptual UNICEF tentang Determinan Gizi Ibu dan Anak, 2020. Kerangka Kerja 2020 dibangun di atas karya konseptual UNICEF tahun 1990, mengakui tiga beban masalah gizi yang tidak dapat diatasi kekurangan gizi, defisiensi mikronutrien, dan kelebihan berat badan – dan menyoroti peran asupan dan perawatan sebagai penentu langsung gizi ibu dan anak (UNICEF, 2021).



Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual UNICEF tentang Determinan Gizi Ibu dan Anak, 2020, Kerangka kerja untuk pencegahan malnutrisi dalam segala bentuknya.

Tabel 3.1 : Penjelasan rinci kerangka determinan gizi ibu dan anak

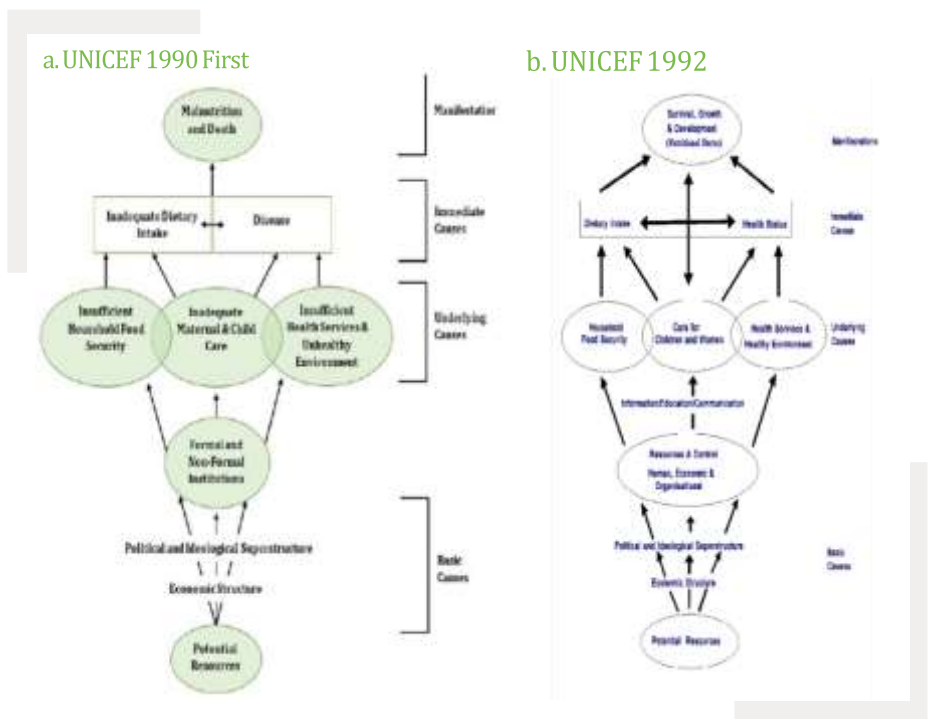
Hasil yang dihasilkan dari peningkatan gizi untuk anak-anak dan wanita bermanifestasi dalam jangka pendek dan panjang dan meliputi:	Hasil yang dihasilkan dari peningkatan gizi untuk anak-anak dan wanita bermanifestasi dalam jangka pendek dan panjang dan meliputi:
Penentu langsung gizi ibu dan anak adalah diet dan perawatan, yang saling mempengaruhi .	Penentu langsung gizi ibu dan anak adalah diet dan perawatan, yang saling mempengaruhi .
Determinan yang mendasarinya adalah makanan, praktik, dan layanan yang tersedia untuk anak-anak dan perempuan di rumah tangga, komunitas, dan lingkungan	Makanan, yang terdiri dari makanan yang sesuai dengan usia dan kaya gizi – termasuk ASI dan makanan pendamping untuk anak-anak

mereka untuk memungkinkan gizi yang baik.	dalam dua tahun pertama kehidupan – dengan air minum yang aman dan enak dan ketahanan pangan rumah tangga sepanjang tahun untuk semua anak dan wanita. • Praktik, yang terdiri dari praktik pemberian makanan dan diet yang sesuai dengan usia – termasuk menyusui, pemberian makanan pendamping yang responsif dan stimulasi pada anak usia dini – dengan persiapan makanan yang memadai, konsumsi makanan, dan praktik kebersihan untuk semua anak dan Perempuan. • Layanan, yang terdiri dari gizi, kesehatan, sanitasi, pendidikan yang memadai dan layanan perlindungan sosial, dengan lingkungan makanan sehat dan lingkungan hidup sehat yang mencegah penyakit dan mempromosikan diet dan aktivitas fisik yang memadai untuk semua anak dan wanita
Penentu yang memungkinkan adalah kondisi politik, keuangan, sosial, budaya dan lingkungan yang memungkinkan gizi yang baik untuk anak-anak dan perempuan. Dalam Kerangka Konseptual 2020, determinan yang memungkinkan diatur ke dalam tiga kategori:	Tata Kelola: Pemerintahan yang baik mengacu pada tindakan politik, keuangan, sosial dan publik dan sektor swasta untuk memungkinkan hak anak-anak dan perempuan atas gizi. • Sumber daya: Sumber daya yang cukup mengacu pada sumber daya lingkungan, keuangan, sosial dan manusia yang diperlukan untuk

	memungkinkan hak anak-anak dan perempuan atas gizi. • Norma: Norma positif mengacu pada gender, norma dan tindakan budaya dan sosial yang diperlukan untuk memungkinkan hak anak-anak dan perempuan atas gizi
--	---

(UNICEF, 2021)

3.2.2 Transformasi perubahan Kerangka Kausalitas Unicef dari Tahun 1990



Gambar 3.2 : Kerangka kausalitas Tahun 1990 dan 1992

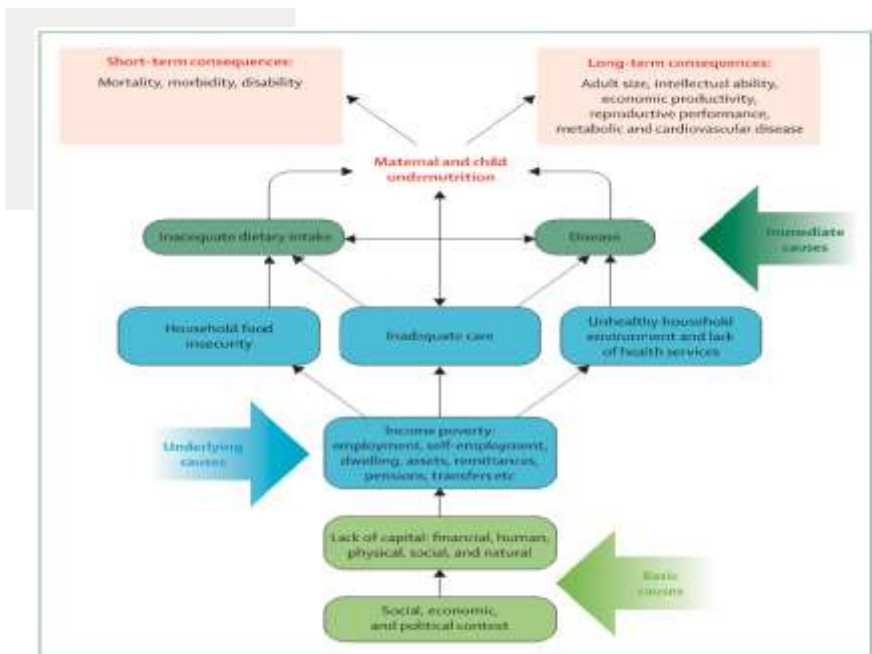
Kerangka teori penyebab malnutrisi UNICEF (Gambar 2) pertama kali dikembangkan selama Program Nutrisi Iringa dan direplikasi di tempat lain, sebelum ditampilkan sebagai bagian dari pendekatan global UNICEF

untuk kebijakan "Gizi di Tahun Sembilan Puluhan" mereka. Kerangka tersebut digunakan selama tiga dekade dalam pengawasan dan tetap menjadi titik awal untuk pemahaman penyebab kekurangan gizi. Kerangka kerja UNICEF mengakui perlunya memahami kausalitas di mikro (individu atau rumah tangga) dan tingkat makro (komunitas lokal dan masyarakat). Penyebab langsung malnutrisi yaitu alasan fisiologis mengapa seorang anak individu menjadi kekurangan gizi (terkait dengan asupan makanan dan penyakit), yang pada gilirannya disebabkan oleh penyebab yang mendasarinya (ketahanan pangan rumah tangga yang tidak memadai, perawatan ibu dan anak-anak, dan lingkungan kesehatan dan akses ke pelayanan kesehatan) seperti yang ditunjukkan pada Gambar 2, yang pada akhirnya ditentukan oleh penyebab dasar malnutrisi (UNICEF, 2021).

Dalam kerangka konseptual UNICEF yang asli, penyebab dasarnya terutama difokuskan pada "sumber daya" (manusia, keuangan, dan organisasi) sebagai penentu utama untuk mencapai kecukupan dalam determinan yang mendasarinya. Versi resmi UNICEF tahun 1990 (Gambar 2) disusun untuk menjelaskan bagaimana "sumber daya potensial" diubah menjadi "kerangka kerja pemberian hak" yang disebut "lembaga formal dan non-formal," yang menentukan bagaimana masing-masing keluarga dan komunitas dapat mengakses sumber daya yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan makanan, kesehatan, dan perawatan mereka. "Struktur ekonomi" dan "suprastruktur politik dan ideologis" mewakili penentu utama yang mengatur transformasi ini (UNICEF, 2021).

Dua tahun kemudian, UNICEF mengganti kerangka kerja ini. Penyebab langsung dan mendasarinya tetap sama, tetapi penyebab dasarnya diganti dengan versi baru (Gambar 2) yang menghilangkan lembaga formal dan informal diganti dengan sumber daya dan control masyarakat, ekonomi dan organisasi. Ketiga tingkatan tersebut—langsung, mendasari, dan mendasar—mencerminkan tingkat kelembagaan atau administrasi di mana penyebab malnutrisi terjadi, mulai dari individu anak, rumah tangga, dan masyarakat lokal, dan tingkat regional, nasional, atau bahkan internasional yang lebih luas. Oleh karena itu, kerangka kerja ini membantu mengidentifikasi tidak hanya perubahan atau tindakan yang tepat yang diperlukan tetapi juga tingkat kelembagaan atau administrasi di mana hal tersebut terjadi. Poin terakhir ini adalah kuncinya, menunjukkan

bahwa hal itu tidak cukup untuk mengidentifikasi tindakan tertentu; sebaliknya, setiap tindakan perlu tertanam dalam sistem dan institusi yang relevan untuk memastikan keberlanjutan. Kerangka kerja ini juga menyiratkan bahwa beberapa tindakan yang saling berhubungan diperlukan untuk mengatasi kekurangan gizi akut, tanpa menentukan masing-masing dan setiap tindakan tersebut sebelum analisis (UNICEF, 2021).



Gambar 3.3 : Presentasi kerangka hubungan antara kemiskinan, kerawanan pangan, dan penyebab dasar dan langsung lainnya untuk kekurangan gizi ibu dan anak.

3.2.3 Sinergisme antara penyebab langsung dan mendasarinya Black, 2008

Jalur penyebab menuju malnutrisi akut seringkali panjang dan kompleks, dengan banyak peluang interaksi, yang kontras dengan yang lebih pendek penyebabnya dan mempengaruhi jalur antara beberapa vektor penyakit dan penyakit itu sendiri (misalnya, patogen diare dalam air dan penyakit diare).

Potensi interaksi antara penyebab yang berbeda digambarkan dengan jelas dalam kelompok tumpang tindih penyebab yang mendasarinya dalam kerangka kerja UNICEF asli, yang menunjukkan bahwa jalur kausal tidak mungkin sederhana, linier, atau pendek. Sayangnya, interaksi ini hilang dalam kerangka kerja baru-baru ini oleh Black dkk.2008 (Gambar 3), yang sejak itu telah direplikasi oleh peneliti lain (UNICEF, 2021).

Selain itu, kegagalan gabungan dari dua atau lebih penyebab yang mendasarinya kemungkinan akan bersifat sinergis, yang akan meningkatkan dampak gabungannya dalam menyebabkan kekurangan gizi. Potensi efek sinergisme ini berpotensi menyebabkan lonjakan tiba-tiba malnutrisi akut yang kadang-kadang terlihat selama bencana. Sinergisme ini mungkin juga menjelaskan terjadinya "hot spot"—terlokalisasi yang sangat tinggi tingkat malnutrisi akut, karena beberapa kejadian bertepatan; misalnya, selama krisis yang berlarut-larut atau perpindahan penduduk yang cepat.

Hubungan antara tiga kelompok penyebab yang mendasarinya sangat dinamis dan berubah secara musiman. Dalam memahami musiman malnutrisi dan pendorongnya mewakili kesenjangan besar dalam kerangka kerja saat ini dan sangat penting untuk mengidentifikasi puncak musiman dari malnutrisi akut dan pemicu musiman, dan pada gilirannya untuk desain, waktu, dan penargetan intervensi (Young, 2020).

3.2.4 Kerangka Kausalitas Masalah Gizi khusus Obesitas

Kerangka konseptual yang diusulkan oleh UNICEF pada tahun 1990 untuk menganalisis kausalitas dari kekurangan gizi anak diterima secara luas dan digunakan secara global. Namun, tidak mudah beradaptasi untuk menganalisis kausalitas keduanya bentuk-bentuk malnutrisi sepanjang perjalanan hidup; terutama mengingat bahwa kekurangan gizi dini meningkatkan risiko kelebihan gizi di kemudian hari. Kesulitannya adalah memisahkan efek lingkungan bersama dari paparan orang tua dan keturunan, serta periode sensitif di kemudian hari dalam perjalanan hidup ketika beberapa tingkat mitigasi mungkin dilakukan.

Beberapa model telah diajukan untuk mencoba memahami kausalitas obesitas. Variabel-variabel ini dapat dikelompokkan ke

dalam empat tema lintas sektoral dan akan digunakan untuk memandu sisa makalah ini. Mereka termasuk:

1. Lingkungan Biologis/Kesehatan: titik awal individu, pengaruh genetika dan penyakit

Kesehatan/Lingkungan Biologis adalah titik awal individu, dan mencakup pengaruh pelayanan kesehatan dan beban penyakit, serta pengaruh metabolik dan genetik individu. Efek dari transisi nutrisi dan munculnya masalah beban ganda masalah gizi (BGMG) juga dapat dipengaruhi oleh disposisi genetik dari populasi yang bersangkutan. Dengan kata lain, faktor genetik dapat membuat individu mengumpulkan dan memproses makanan secara efisien dan menyimpan lemak selama periode kelimpahan makanan. Ini disebut hipotesis "*genotipe hemat*" (Neel 1962 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012). Genotipe adalah konstitusi genetik suatu organisme. Sifat genetik tidak hanya mempengaruhi kapasitas metabolisme untuk menyimpan energi, tetapi juga mempengaruhi persepsi orang tentang rasa lapar dan kenyang. Berbagai penelitian tentang keluarga, anak angkat, kembar, dan yang paling kuat, kembar yang diadopsi semuanya telah mengkonfirmasi bahwa faktor keturunan cenderung bertanggung jawab persen dari variasi antar individu dalam indeks massa tubuh (Farooqi dan O'Rahilly dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012).

Peningkatan tiba-tiba dari prevalensi obesitas selama beberapa dekade terakhir jelas tidak dapat dijelaskan oleh perubahan genetik populasi. Kontribusi epigenetik untuk obesitas perlu ditangani melalui minimalisasi pemicu lingkungan, daripada manipulasi senjata genetik (Swinburn et al 2011 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012). Hipotesis "*fenotipe hemat*" menyatakan bahwa pertumbuhan janin terhambat sangat terkait dengan sejumlah kondisi kronis, termasuk sindrom metabolik di kemudian hari (Hales dan Barker 1992 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012). Manusia hidup dalam lingkungan nutrisi yang sangat berbeda dari lingkungan di

mana konstitusi genetik kita dipilih. Khususnya untuk Asia, dan khususnya di antara populasi yang sangat terhambat yang bermigrasi dari daerah pedesaan ke perkotaan, risiko ketidaksesuaian seperti itu sangat meningkat. Sepertiga bayi yang lahir di Asia Selatan memiliki tingkat berat badan lahir rendah yang sangat tinggi (UNSCN 2010 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012), menjadikan Asia Selatan sebagai bom waktu yang potensial untuk PTM. Keterkaitan berat badan lahir yang buruk dengan status perempuan yang buruk, dan khususnya remaja putri, jarang cukup ditekankan. Defisiensi mikronutrien kualitatif dalam diet Asia selama kehamilan semakin meningkatkan risiko sindrom metabolik di kemudian hari. Nenek moyang kita hidup dari makanan campuran yang sebagian besar terdiri dari buah-buahan, kacang-kacangan, sayuran, dan hewan buruan yang dikumpulkan di hutan. Saat ini, “makanan praktis” dengan kepadatan energi tinggi lebih umum, dan sering dimakan sebagai camilan di antara waktu makan. Sejumlah kecil energi ekstra, sesedikit 100 kkal jika dikonsumsi setiap hari, dapat menyebabkan akumulasi lemak secara bertahap, yang akhirnya menjadi kelebihan berat badan, dan kemudian obesitas (Hall et al 2011 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012).

Setelah obesitas, kesulitannya bukan hanya menurunkan berat badan itu, tetapi mempertahankannya. Misalnya, sekitar enam ratus subjek Eropa yang kehilangan 12kg selama enam bulan diet mendapatkan kembali 10kg selama delapan belas bulan berikutnya, kecuali jika mereka menggunakan penekan nafsu makan (James et al 2000 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012). Namun, saat ini hanya ada sedikit bukti bahwa genom leluhur populasi asli Asia atau Afrika membawa gen risiko tertentu² untuk obesitas.

2. Lingkungan Ekonomi/Makanan, termasuk faktor-faktor yang mempengaruhi ketersediaan dan kualitas pangan di dekat rumah, serta akses ekonomi terhadap pangan yang mempengaruhi konsumsi;

Dunia telah mengalami pertumbuhan ekonomi selama satu abad terakhir yang tak terlihat sebelumnya dalam sejarah umat manusia. Peningkatan kekayaan telah disertai dengan peningkatan relatif per kapita dalam ketersediaan pangan global. Pasokan kalori untuk konsumsi manusia meningkat lebih dari 20 persen dari awal tahun enam puluhan hingga akhir tahun sembilan puluhan, sementara populasi hampir dua kali lipat (FAO 2002 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012).

Peningkatan luar biasa dalam produksi pangan global selama lima puluh tahun terakhir dimungkinkan terutama karena “Revolusi Hijau” di bidang pertanian. Selama tahun 1940-1970-an, adopsi rotasi tanaman, produksi massal dan penggunaan pupuk berbasis minyak bumi dan pestisida kimia, penggunaan mesin yang digerakkan oleh minyak bumi, irigasi yang diperluas, dan pengenalan kultivar yang unggul secara genetik dan tahan penyakit (tanaman budidaya) diperkenalkan. Bersama-sama, ini mengarah pada peningkatan produksi pangan yang belum pernah terjadi sebelumnya.

Supermarket berkembang melampaui ceruk aslinya. Mereka bergerak dari melayani negara-negara besar dan kaya ke negara-negara kecil dan miskin, dari daerah metropolitan ke kota-kota pedesaan, dan dari menargetkan kelas atas/ menengah ke kelas pekerja yang lebih miskin. Munculnya supermarket di negara berkembang merupakan perubahan radikal dalam sistem pemasaran dan distribusi makanan global (Reardon dan Berdegue 2002 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012).

“Supermarketisasi” dapat berkembang secara menguntungkan untuk mengatasi DBM. Proses “supermarketisasi” di negara berkembang serupa dengan yang terjadi di negara maju. Namun, karena jalurnya sudah

dipahami dengan baik sekarang, prosesnya jauh lebih cepat, yang mungkin merupakan keuntungan. Awalnya, supermarket fokus pada makanan olahan dan produk makanan. Namun, segera mereka bercita-cita untuk menjual produk segar, yang membawa margin tertinggi. Dengan demikian, mereka juga meningkatkan standar kualitas dan keamanan pangan. Sektor ritel modern dapat membantu mempercepat tren positif ini.

Permintaan perkotaan untuk makanan di pasar negara berkembang diperkirakan akan meningkat lebih dari dua kali lipat. Peningkatan jumlah waktu yang dihabiskan di luar rumah dan dalam sistem transportasi lokal, menyebabkan peningkatan konsumsi makanan dari luar rumah. Istilah "makanan gurun" diciptakan pada akhir 1990-an di Inggris untuk menggambarkan lingkungan berpenghasilan rendah dengan akses yang buruk ke makanan segar dan terjangkau (Wrigley 2002 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012). Perubahan besar dalam sistem ritel makanan di Inggris selama tahun enam puluhan menyebabkan pertumbuhan pesat supermarket di lokasi luar kota, yang pada gilirannya menyebabkan penurunan toko-toko lokal dan pasar tradisional. Mereka yang tidak memiliki mobil atau akses transportasi umum tidak dapat pergi ke supermarket dan karenanya dapat mengakses buah dan sayuran segar.

Penelitian di AS selama dekade terakhir tentang mengapa kelebihan berat badan dan obesitas lebih umum di antara orang miskin mengungkapkan bahwa lingkungan miskin memiliki sedikit atau tidak ada akses ke toko kelontong besar yang menawarkan makanan segar dan terjangkau yang dibutuhkan untuk mempertahankan pola makan yang sehat. Sebaliknya, mereka memiliki akses ke restoran cepat saji dan toko serba ada yang hanya menyediakan makanan yang tidak mudah rusak, banyak di antaranya adalah makanan olahan ultra dan kepadatan energi tinggi (Drewnowski dan Spectre 2004 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012). Kenaikan harga pangan dunia antara lain disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain kenaikan harga minyak dan persaingan

sereal untuk digunakan sebagai bahan bakar nabati dan pakan ternak. Kenaikan harga pangan selama dua tahun terakhir secara mendasar telah mengubah pemikiran tentang pertanian dan pembangunan pedesaan.

Konsumsi makanan

Perdagangan makanan global yang semakin besar dan industrialisasi rantai makanan selama dua dekade terakhir mengubah apa yang kita makan, cara kita makan, dan tempat kita makan, yang berkontribusi terhadap DBM dan meningkatnya gelombang PTM (Popkin 2006 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012). Sejak 1950-an, memperluas penjualan dan konsumsi roti dan makanan panggang lainnya telah menjadi pusat untuk mengadopsi diet "Barat". Tren ini diperkirakan akan terus berlanjut dan bahkan mungkin semakin cepat, didorong oleh meningkatnya internasionalisasi sistem distribusi pangan. Westernisasi pola makan global menghasilkan konsekuensi negatif bagi kesehatan manusia dan lingkungan (Kearney 2010, Woods et al 2006, Carlsson et al 2009 Shrimpton and Rokx, 2012). Bahan tambahan makanan kimia digunakan untuk membuat makanan olahan terlihat, berbau, dan terasa lebih enak, serta untuk meningkatkan umur simpannya. Ini termasuk berbagai macam pewarna, pengawet, antioksidan, pengemulsi, stabilisator, agen anti-caking, dan penambah rasa. Keragaman makanan menurun dengan 80 persen populasi hanya mengandalkan empat makanan pokok. Yaitu gandum, beras, jagung, dan kentang.

Salah satu perubahan penting adalah penurunan global pemberian ASI eksklusif dan pemberian ASI suboptimal. Sudah lama diketahui bahwa pemberian ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan memiliki manfaat yang sangat besar baik bagi ibu maupun anak. Saat bayi berubah menjadi balita dan mengembangkan selera dan preferensi lebih lanjut, memberi mereka pilihan yang sehat adalah kuncinya. Jenis karbohidrat dalam makanan telah berubah, dengan penurunan karbohidrat kompleks seperti makanan bertepung (misalnya, sereal gandum utuh dan kacang-kacangan) dan peningkatan gula rafinasi.

Konsumsi gula telah meningkat lima puluh kali lipat di negara-negara industri, dengan lebih dari 15 persen asupan energi sekarang berasal dari gula rafinasi. Mayoritas gula ini "tersembunyi" dalam makanan dan minuman olahan, bukan ditambahkan ke makanan oleh konsumen. Sirup jagung fruktosa tinggi (HFCS), sejenis gula, menjadi perhatian khusus. Sementara kandungan lemak telah meningkat selama beberapa abad terakhir, kualitas lemak makanan terus memburuk. Tidak hanya lemak tak jenuh yang digantikan oleh lemak jenuh, jenis *lemak tak jenuh* yang dikonsumsi pun berubah. Hampir semua makanan membutuhkan proses untuk bisa dimakan. Mengkategorikan makanan dalam hal tingkat pengolahannya adalah konsep baru dan penting dalam memahami potensi *obesogenisitas* makanan (Monteiro 2010 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012).

- Kelompok 1 - Makanan yang tidak diproses atau diproses minimal: Melibatkan penghilangan fraksi yang tidak dapat dimakan, pemarkan, pemerasan, pengeringan, pendidihan, fermentasi (non-alkohol), pasteurisasi, pembekuan, pembungkusan, dan pembotolan misalnya;
- Kelompok 2 - Bahan kuliner atau industri makanan olahan: Melibatkan ekstraksi dan pemurnian komponen makanan utuh tunggal untuk digunakan sebagai bahan kuliner atau industri makanan melalui pengepresan, penghancuran, penggilingan, pemurnian, hidrogenasi, *hidrolisis*, ekstrusi, dan penggunaan enzim dan aditif;
- Kelompok 3 - Makanan "kenyamanan" yang diproses dengan sangat baik: Melibatkan penggabungan bahan-bahan Kelompok 2 dengan bahan-bahan Kelompok 1 melalui pemanggangan, pemukulan, penggorengan, pengawetan, pengasapan, dan pengawetan untuk membuat minuman dan/atau minuman siap saji yang tahan lama, mudah diakses, nyaman, dan enak. produk makanan untuk dimakan atau siap untuk dipanaskan seperti: minyak nabati, margarin, mentega, whey, krim, lemak babi, gula, pemanis, garam, tepung, pasta dan mie mentah, sirup jagungfruktosa tinggi, dan permen karet.

Makanan ultra-olahan kelompok 3 membutuhkan sedikit usaha untuk mempersiapkan dan lebih sedikit energi oleh tubuh manusia untuk dicerna. Makanan ultra-olahan kelompok 3 memerlukan sedikit persiapan sebelum dimasak, dan dapat dimakan saat dibeli atau setelah dipanaskan kembali. Mereka paling cocok untuk ngemil karena *kepadatan energinya* yang tinggi dan *indeks glikemik tinggi*. Makanan *indeks glikemik* tinggi adalah makanan yang menyebabkan kadar *glukosa* tinggi dan berkepanjangan dalam aliran darah, dan diyakini dapat meningkatkan *resistensi insulin*, yang dapat menyebabkan diabetes . (Raj dkk 2009 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012). Lebih lanjut, Grup 3 menyajikan "*kejutan ganda*" karena *biaya metabolisme*, energi yang digunakan oleh tubuh manusia untuk mencerna makanan, hanya setengah dari seluruh makanan (Barr dan Wright 2010 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012).

Ultra-pemrosesan makanan bukanlah masalahnya; yaitu peningkatan konsumsi makanan ultra-olahan Kelompok 3 dibandingkan dengan kelompok makanan lainnya. Harga pangan dapat mengakibatkan peningkatan konsumsi makanan Kelompok 3 dengan mengorbankan makanan Kelompok 1. Kenaikan harga pangan global kemungkinan akan mengakibatkan makanan Kelompok 1 menjadi semakin mahal, sementara makanan ultra-olahan Kelompok 3, yang dibuat oleh sebagian besar rantai pasokan makanan bersubsidi, akan menjadi relatif lebih murah. Kecuali tindakan pencegahan diambil, makanan ultra-olahan Grup 3 akan lebih menarik, bahkan untuk segmen LMIC yang paling miskin. Ledakan tiba-tiba obesitas yang sekarang melanda sebagian besar negara di dunia dimulai hanya tiga puluh tahun yang lalu. Swinburn dan rekan mendalilkan bahwa titik balik keseimbangan energi hanya terjadi dalam abad terakhir di sebagian besar negara berpenghasilan tinggi (Swinburn et al 2011 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012). Makanan adalah komponen utama perdagangan internasional, menyumbang 10 persen dari semua perdagangan global (WTO 2010 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012). Liberalisasi perdagangan mempengaruhi ketersediaan dan konsumsi daging, produk susu, dan makanan olahan dengan menghilangkan hambatan investasi

asing dalam distribusi makanan dan jenis lain dari perdagangan ritel makanan (Thow dan Hawkes 2009 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012).

3. Lingkungan Fisik/Buatan, termasuk faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku aktivitas individu, serta jenis, frekuensi, dan intensitas aktivitas;

Lingkungan Fisik/Buatan mencakup faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku aktivitas individu. Dengan urbanisasi, risiko kelebihan berat badan dan obesitas meningkat karena banyak perubahan gaya hidup. Orang menjadi semakin menetap dan bergantung pada pembelian makanan mereka daripada menanamnya sendiri (Popkin 1998 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012). Di perkotaan, semakin sedikit orang yang memiliki tempat untuk berolahraga. Urbanisasi juga terkait dengan perubahan alokasi waktu dan aktivitas rekreasi. Kenyamanan semakin menjadi pasif, dengan orang-orang menonton TV atau bermain game komputer daripada melakukan aktivitas fisik dengan bermain game bola. WHO baru-baru ini memperkirakan bahwa secara global antara seperempat setengah orang dewasa tidak cukup berolahraga. Urbanisasi dan faktor lingkungan mempengaruhi pertumbuhan selama periode janin dan bayi juga. Urbanisasi memiliki pengaruh positif dan negatif pada pertumbuhan janin. Pengaruh negatif yang menyebabkan terhambatnya pertumbuhan dapat disebabkan oleh banyak faktor terkait non-pendapatan dan/atau ketahanan pangan seperti bahaya lingkungan.

4. Lingkungan Sosial Budaya, termasuk pengaruh media, pendidikan, tekanan teman sebaya atau budaya dan bagaimana ini mempengaruhi dorongan individu seseorang untuk makanan dan pola konsumsi tertentu, atau pola atau preferensi aktivitas fisik.

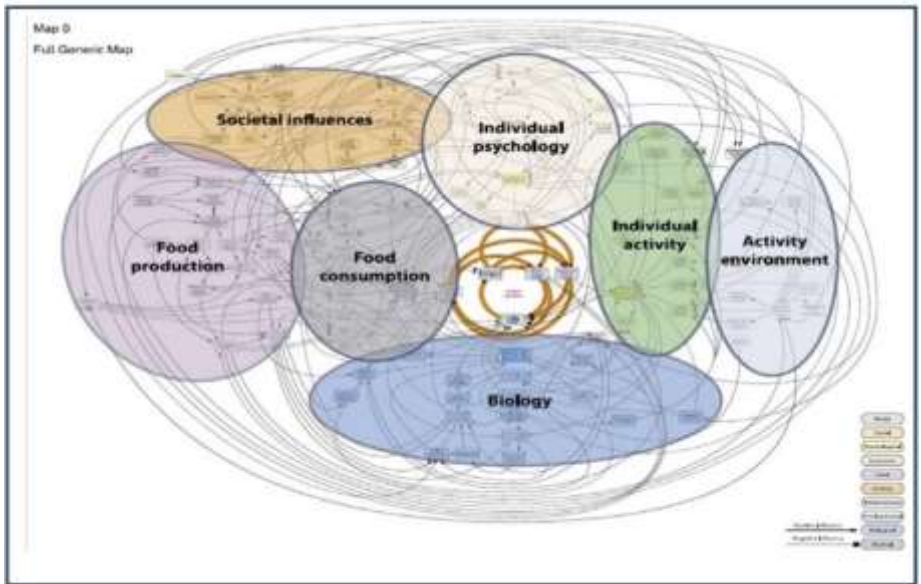
Lingkungan Sosial Budaya mempertimbangkan pengaruh media, pendidikan, tekanan teman sebaya atau budaya dan bagaimana ini mempengaruhi dorongan individu untuk

makanan tertentu, pola konsumsi, atau pola atau preferensi aktivitas fisik. Banyak pemerintah nasional telah mengembangkan rekomendasi diet yang dikomunikasikan kepada publik melalui kampanye pemasaran sosial yang bertujuan untuk memobilisasi perubahan perilaku. Banyak pemerintah nasional telah mengembangkan rekomendasi diet yang dikomunikasikan kepada publik melalui kampanye pemasaran sosial yang bertujuan untuk memobilisasi perubahan perilaku. Label makanan yang menggambarkan kandungan nutrisi makanan, secara teori, memungkinkan konsumen yang lebih cerdas untuk melakukan pembelian yang lebih tepat. Namun, untuk setiap 1 juta yang dihabiskan untuk pendidikan publik, industri makanan menghabiskan 1 miliar untuk iklan. Mendasari potensi dampak signifikan yang dimiliki pemasaran terhadap DBM, baik dalam arah positif maupun negatif, adalah proses alami perkembangan otak. Anak-anak rentan terhadap pesan pemasaran selama periode paling penting untuk membangun kebiasaan nutrisi yang positif. Sebelum usia 12 tahun, otak hanya mampu memproses fakta secara langsung tanpa penyaringan, yang disertai dengan kedewasaan. Pemikiran abstrak dimulai antara usia 12 dan 14 tahun (Dosenbach et al 2010 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012)), dengan kematangan penuh hanya dicapai sekitar usia 18 tahun. Oleh karena itu, anak-anak tidak memiliki kapasitas untuk membuat penilaian yang baik dan melawan pesan pemasaran (James 2011 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012).

Indonesia melaporkan bahwa 16 persen anak-anak menonton televisi lebih dari delapan jam per hari, dan untuk setiap jam program anak-anak, ada 15 menit iklan. Iklan makanan sangat dominan. Mayoritas anak-anak di Indonesia suka menonton iklan TV (61 persen), dan memperbarui mereka tentang produk baru (91 persen). Sementara 75 persen orang tua di Indonesia mendasarkan keputusan pembelian mereka pada penilaian mereka sendiri, dan hanya 33 persen yang mengatakan ini dipengaruhi oleh iklan, 58 persen mengatakan mereka dipengaruhi oleh anak-anak

mereka (Escalante de Cruz 2004 dikutip Shrimpton and Rokx, 2012). Kontrol periklanan di Indonesia hanya berdasarkan mekanisme “complaint feedback”. Tinjauan yang dilakukan di bawah kewenangan WHO menegaskan bahwa temuan survei Konsumen Internasional, seperti yang dilaporkan di Indonesia, berlaku dan relevan untuk sebagian besar negara di dunia.

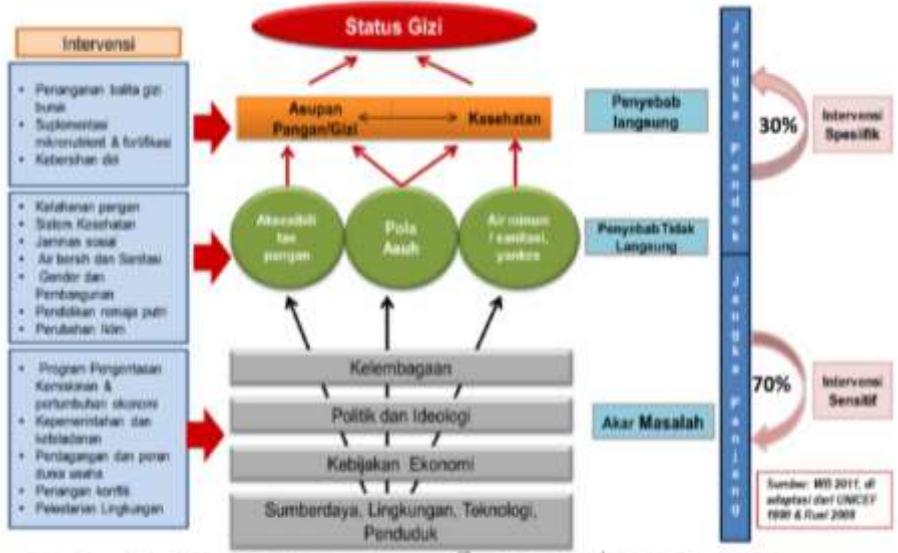
Tinjauan global yang dilakukan oleh WHO mengkonfirmasi bahwa pemasaran makanan dipraktikkan di sebagian besar negara, terutama melalui televisi (Cairns et al 2009 dikutip dalam Shrimpton and Rokx, 2012). Di mana media komunikasi modern belum sepenuhnya merambah, terutama di daerah pedesaan LMIC, praktik sosial budaya tradisional masih berlaku.



Gambar 3.4 : Penyebab: Kerangka Analitis Berdasarkan Proyek Foresight Inggris tentang Obesitas 2007

3.2.5 Kerangka Kausalitas Indonesia

Adapun Indonesia menggunakan kerangka kausalitas sebagai berikut :



Sumber: World Bank 2011, diadaptasi dari UNICEF 1990 & Ruel 2008

Gambar 3.5 : Kerangka Kausalitas Status Gizi dan Intervensi Spesifik dan Sensitif

Indonesia mengadopsi modifikasi kerangka kausalitas World Bank, 2011 yang diadaptasi dari UNICEF, dimana terdiri dari penyebab langsung, penyebab tidak langsung dan akar masalah (Shrimpton and Rokx, 2012b).

1. Penyebab langsung : asupan pangan'gizi dan status Kesehatan
2. Penyebab tidak langsung : Aksesibilitas pangan, pola asuh dan air minum atau sanitasi dan layanan Kesehatan
3. Akar masalah: kelembagaan, politik dan ideologi, kebijakan ekonomi, sumber daya, lingkungan, teknologi penduduk.

Intervensi jangka pendek atau spesifik dapat mengatasi penyebab langsung dan tidak langsung, sedangkan intervensi jangka Panjang dapat mengatasi akar masalah. Tujuan pembinaan gizi masyarakat adalah meningkatkan cakupan kualitas pelayanan

kesehatan dan gizi terpadu untuk mengatasi masalah kekurangan dan kelebihan gizi atau beban gizi ganda (double burden of malnutrition). Pendekatan yang dilakukan untuk melaksanakan kegiatan tersebut adalah pendekatan siklus hidup yang mencakup ibu hamil, ibu menyusui, bayi, balita, remaja, orang dewasa dan lansia. Dalam rangka mencapai tujuan tersebut maka disusun sasaran strategis sebagai berikut: 1. Meningkatkan status gizi wanita usia subur usia 15 – 49 tahun, termasuk ibu hamil dan ibu menyusui 2. Meningkatkan status gizi bayi dan balita 3. Mengatasi permasalahan kekurangan zat gizi mikro 4. Meningkatkan akses terhadap pelayanan manajemen terpadu tata laksana gizi buruk 5. Meningkatkan kapasitas fasyankes dan tenaga kesehatan untuk pelayanan gizi yang berkualitas 6. Meningkatkan kesadaran gizi masyarakat melalui pendidikan gizi, kampanye dan komunikasi perubahan perilaku 7. Meningkatkan respon cepat penanganan gizi pada situasi bencana 8. Meningkatkan sistem monitoring, evaluasi dan surveilans 9. Memperkuat penyusunan regulasi dan kebijakan gizi dengan dukungan buktibukti ilmiah terkini (evidence-based decision making) 10. Meningkatkan advokasi, koordinasi dan kerja sama dengan lintas program dan sektor terkait (Kemenkes RI, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. 2020. *Rencana aksi kegiatan Direktorat Gizi Masyarakat Tahun 2020-2025*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Saunders, J. and Smith, T. 2010. 'Malnutrition: causes and consequences', *Clinical medicine*, 10(6), p. 624.
- Shrimpton, R. and Rokx, C. 2012a. *The double burden of malnutrition: a review of global evidence*. World Bank.
- Shrimpton, R. and Rokx, C. 2012b. *The Double Burden of Malnutrition, Health, Nutrition and Population Discussion Papers*. World Bank. doi: doi:10.1596/27417.
- UNICEF. 2021. *Conceptual Framework on Maternal and Child Nutrition*. New York, USA: UNICEF. Available at: www.unicef.org/nutrition.
- WHO. 2021. *Malnutrition, World Health Organization*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition#:~:text=It is the result of, and care in early life>.
- Young, H. 2020. 'Nutrition in Africa's Drylands: A Conceptual Framework for Addressing Acute Malnutrition', *Feinstein International Center, Tufts University*.

BAB 4

PEMILIHAN INDIKATOR

Oleh Anjar Briliannita

4.1 Pengertian Indikator

Indikator digunakan untuk memberikan petunjuk tentang kondisi pada individu dan masyarakat tentang survei gizi. Indikator untuk memantau, mendiagnosa, mengevaluasi dan intervensi gizi pada individu dan masyarakat. Indikator digunakan sebagai penentu besaran, masalah gizi, lokasi, penyebab, dan mengevaluasi dampak program gizi dan kebijakan pada surveilans populasi. Indikator gizi mengidentifikasi mekanisme sosial terkait penelitian gizi. Kegiatan surveilans gizi termasuk pengukuran indikator gizi. Oleh karena itu, ketepatan indikator gizi, ukuran indikator gizi, tujuan dan analisisnya sesuai dengan situasi masing-masing. Indikator gizi dapat mengukur determinan gizi pada tingkat:

1. Individu (seperti : diagnosis pasien, skrining dan pemantauan);
2. Populasi (misalnya penetapan kebijakan, evaluasi program, dan pengawasan gizi).

4.2 Persyaratan Memilih Indikator

Persyaratan harus diperhatikan dalam memilih indikator. Menurut Menkes (2013), yaitu:

1. Dapat terukur secara kuantitatif dan kualitatif.
2. Mendeskripsikan masalah secara jelas
3. Masalah terukur secara akurat dan relevan
4. Dapat memberikan indikasi ketika ada perubahan setiap waktu (bersifat sensitif)
5. Sesuai tujuan pengamatan dan tepat waktu

Setiap indikator memperhatikan persyaratannya, agar memenuhi kaidah ilmiah secara kuantitatif dan kualitatif. Syarat-syarat indikator, yaitu :

1. Indikator terukur dengan mudah baik kualitatif maupun kuantitatif. Contoh berat badan, tinggi badan, konsumsi pangan.
2. Indikator memiliki kejelasan, dapat dipahami serta dapat mengukur keadaan secara langsung. Misalnya kenaikan berat badan secara 2 kali berturut-turut.
3. Indikator memiliki keakuratan dan relevan dengan masalah yang akan diukur. Seperti pemantauan status gizi balita menggunakan parameter BB/TB, TB/U . Indikator bersifat sensitive yang berarti kalau ada masalah dan terjadi perubahan, maka dapat dideteksi dengan baik oleh indikator tersebut.
4. Indikator menunjukkan hasil yang tepat waktu. Indikator yang diperlukan harus dikumpulkan tepat waktu dan singkat.

4.3 Langkah-Langkah Memilih Indikator

Dalam memilih indikator, ada beberapa karakteristik dalam memilih indikator yang perlu kita pahami , yaitu :

1. Karakteristik dasar
Menurut WHO, karakteristik dasar untuk memilih indikator yaitu :
 - a. Validitas
Artinya indikator mengukur sesuatu dengan benar dan tepat
 - b. Reliabilitas
Arti indikator memiliki reliabilitas apabila indikator menunjukkan hasil pengukuran yang sama dengan standar atau instrument yang digunakan walaupun pengukuran dilakukan berulang kali.
 - c. Sensitivitas dan spesifisitas
Sensitivitas merujuk hasil indentifikasi dengan benar pada kasus yang dicari berupa kasus positif). Sementara, spesifisitas merupakan ukuran kasus negatif yang diukur secara baik dan tepat, seperti melakukan identifikasi

individu yang tidak terpengaruh oleh kondisi. Umumnya pengukuran menggunakan referensi (*gold standard*) sebagai pembanding.

2. Karakteristik Operasional

Dalam penerapan indikator harus memiliki karakteristik operasional, yaitu :

- a. Ketersediaan indikator mengacu pada pengumpulan data yang diperlukan untuk sebuah indikator.
- b. Keteguhan (*dependability*)
Dalam menentukan *dependability* perlu memperhatikan keakuratan, perwakilan data dan kualitas sumber data. Sehingga indikator dapat memberikan informasi data berdasarkan fakta dan terpercaya.
- c. Keterwakilan
Keterwakilan memberikan gambaran indikator dalam menunjukkan populasi dan fenomena yang ingin dinilai seberapa baik
- d. Kesederhanaan
Merupakan bagian penting lainnya yang perlu diperhatikan dalam pengumpulan data karena berdampak signifikan pada waktu, frekuensi pengumpulan dan usaha yang dibutuhkan dalam pengumpulan indikator
- e. Biaya
Biaya dapat berperan apabila data tidak dikumpulkan secara rutin dan terpusat walaupun sulit untuk diukur,

Sebagai contoh yaitu : Menurut Kemenkes, 2019, indikator masalah gizi adalah indikator yang digunakan untuk menilai besaran masalah gizi yang terjadi di satu wilayah, seperti : persentase masalah gizi melihat berdasarkan latar belakang, definisi operasional, ukuran indikator, sumber data, data yang dikumpulkan, frekuensi pelaporan data setiap tahun, alat dan bahan pengukuran, mekanisme pelaporan.

4.4 Konsep SMART Sebagai Kriteria Pemilihan Indikator

Menurut WHO tahun 2013, pemilihan indicator tergantung pada sifat sistim survailans yang diinginkan dan mengacu pada beberapa kriteria pemilihan indikator, yaitu :

1. Spesifik
Indikator menjadi spesifik sesuai dengan kespesifikan indikator yang dinilai disebut "validitas", perbedaan bermakna terjadi ketika membuat skala pengukuran kualitatif.
2. Terukur (indikator yang hasilnya sebanding,sesuai konteks dan dapat diandalkan). Defenisi indikator disusun dengan tepat sehingga pengukurannya tidak ambigu, secara kuantitatif dan kualitatif. Indikator dapat diandalkan (reliabel). Hasilnya sama, tidak tergantung dari siapa pengumpul data atau kapan ukurannya diulang; Kriteria ini juga disebut "verifiability".
3. Relevan
Informasi dari indikator bermanfaat untuk tujuan program dan mengarahkan keputusan user utama. Indikator menjadi tidak relevan apabila dipilih tanpa mengacu kebutuhan para pengambil keputusan
4. Dibatasi waktu
Indikator menunjukkan waktu perubahan diharapkan dan dikumpulkan serta dilaporkan tepat waktu.
Menurut WHO tahun 2013, terdapat beberapa unsur utama yang akan memandu saat pemilihan indikator yaitu:
 - a. Merujuk pada kerangka konsep menunjukkan bahwa indikator fokus pada kerangka konsep. Antara lain, yaitu :
 - b. Validitas merupakan karakteristik pertama yang harus diperhatikan. Namun, sering tidak ada dan tidak mudah dikumpulkan
 - c. Reprodusibilitas/komparabilitas menggunakan indikator yang sama pada semua kondisi dan setiap saat untuk mendapatkan manfaat dari pengalaman yang sama dalam pengumpulan, analisis serta melakukan perbandingan langsung.
 - d. Sensitifitas menunjukkan bahwa indikator sebaiknya lebih dinamis dan tidak statis. Indikator harus sensitif terhadap

perubahan dan mampu merekam perubahan gejala yang terjadi.

- e. Kualitas operasional terkait dengan kesederhanaan dan biaya pengumpulan yang rendah. Hal ini sangat menentukan pilihan indikator.

Setelah data terkumpul maka data dapat dimanfaatkan sebagai indikator. Data dibandingkan dengan sumber pustaka atau nilai yang diakui merujuk pada WHO.

DAFTAR PUSTAKA

- Beal T, Tumilowicz A, Sutrisna A, Izwardy D, Neufeld LM. 2018. A review of child stunting determinants in Indonesia. *Matern Child Nutr.* 2018 Oct;14(4):e12617. doi: 10.1111/mcn.12617. Epub 2018 May 17. PMID: 29770565; PMCID: PMC6175423
- Menkes RI. 2019. Peraturan Menkes RI Tentang Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi. Jakarta; Menkes RI
- Nadiyah, 2021. Modul Implementasi Program Gizi. Jakarta ; Universitas Esa Unggul
- Supariasa, 2017. Ilmu Gizi dan Teori dan Aplikasi, Jakarta : EGC Penerbit Buku Kedokteran
- World Health Organization, 2013. Food And Nutrition Surveillance Systems: Technical Guide for The Development of a Food And Nutrition. Cairo, Egypt : WHO. Regional Office for the Eastern Mediterranean
- Zulfianto. A,, Nils., & Rachmat. Mochamad. 2017. Surveilans Gizi. Jakarta ; BPPSDMK Kemenkes RI

BAB 5

LANGKAH PRAKTIS UNTUK MENGIDENTIFIKASI DAN MEMILIH SEPERANGKAT INDIKATOR

Oleh Patemah

5.1 Pendahuluan

Bab 5 ini akan membahas tentang langkah praktis untuk mengidentifikasi dan memilih seperangkat indikator yang berkaitan dengan surveilans gizi. Bersemangatlah dalam mempelajari bab 5 ini karena di harapkan setelah mempelajari bab 5 ini anda diharapkan bisa mengidentifikasi dan memilih seperangkat indikator pada saat melakukan kegiatan surveilans gizi . (Zulfanto, Nils Aria, 2017)

5.2 Pengertian Langkah Praktis

Langkah adalah gerakan atau tahap atau bagian. Praktis adalah mudah dan senang memakainya. (Kamus Besar Bahasa Indonesia). Jadi langkah praktis adalah suatu tahapan atau gerakan atau tahapan yang mudah dan menyenangkan dalam memakainya. Jadi dari definisi langkah praktis itu akan membantu dan mempermudah dalam mengidentifikasi dan memilih seperangkat indikator suatu kegiatan atau aktifitas yang di lakukan. . (Zulfanto, Nils Aria, 2017).

5.3 Langkah Praktis Untuk Mengidentifikasi dan Memilih Seperangkat Indikator

Ada beberapa langkah dalam mengidentifikasi dan memilih seperangkat indikator yaitu :

5.3.1 Langkah 1 yaitu Bidang Program

Langkah 1 akan mudah di lakukan dengan membuat susunan kegiatan untuk mewujudkan tercapainya langkah ini. Lang Bidang Program yang bisa di lakukan yaitu ;

1. Membuat suatu daftar dari program yang termasuk dalam cakupan sistem dari surveilans pada saat ini. Dengan adanya daftar suatu program maka hal ini akan mempermudah untuk merencanakan cakupan dari sistem pada saat surveilans dilakukan.
2. Menguraikan area suatu program menjadi bagian dan sub bagian dari program. Kejelasan dari area program ini akan mempermudah untuk menjelaskan menjadi bagian dan menjadi turunan sub bagian dari area program yang menjadi unggulan yang sudah ditetapkan.
3. Meunjukkan area program apa saja pada saat ini yang aktif beroperasi. Dengan melihat keaktifan dari area program yang berjalan maka akan dapat di nilai sejauhmana area program itu berjalan lancar atau tidak berjalan aktif dalam aktifitas yang sudah di rencanakan dalam keberhasilan suatu area program.
4. Mengkomentari dari area program tentang kelengkapan subtransi isi misalkan kelengkapan tentang Populasi, cakupan dan sasaran dari bidang program dan jangka penetapan waktu yang sudah ditetapkan dalam setiap program yang sudah berjalan pada saat ini. Dalam hal kelengkapan suatu subtransi ini akan membantu adanya keberhasilan program yang sudah di tetapkan dalam cakupan. Kelengkapan populasi yang ada akan mengetahui seberapa banyak jumlah sasaran yang akan di cari dan dari populasi yang sudah jelas ini akan mempermudah dalam menetapkan waktu yang akan digunakan dalam menyelesaikan area program yang menjadi sasarannya.

5.3.2 Langkah 2 yaitu Sumber Data dan Indikator yang Relevan

Dalam langkah ini ada beberapa sumber data yang harus di gali dan ada indikator yang menjadi relevansi yaitu:

- a. Mengumpulkan semua laporan secara ringkas dan relevan berdasarkan formulir dari laporan yang di gunakan pada saat ini. Pengumpulan laporan yang jelas dan padat ini akan mempermudah mengetahui kegiatan dalam mengumpulkan suatu data dengan penggunaan suatu formulir yang sudah di rancang isi dari formulir yang relevan dalam pengumpulan data

dengan menggunakan indikator yang sudah ditetapkan sesuai kebutuhan surveilans.

- b. Mengkaji ulang dari semua sumber data dan informasi dari pengumpulan semua data dan pelaporan yang sudah relevan. pengkajian ulang ini sangat diperlukan agar terbentuk suatu kejelasan yang sangat jelas akan sumber data yang akan digunakan menjadi suatu informasi dalam mengumpulkan kebutuhan akan data yang akan digunakan sebagai suatu laporan yang relevansinya bisa dipertanggungjawabkan.
- c. Mengidentifikasi secara periodik dari sumber apa pun, yang terutama dalam pengumpulan suatu informasi yang berbasis dari masyarakat atau dari populasi (misalkan survei hasil rumah tangga, yang dapat berupa angka dalam memberikan dan menyebutkan untuk menjadi indikator utama misalkan jumlah anak balita dari kabupaten pada saat ini. Identifikasi secara periodik ini akan membantu kelengkapan dalam pengumpulan data suatu informasi. Dalam identifikasi ini keterlibatan dan kejelasan masyarakat sebagai populasi akan terus digunakan dalam sumber perolehan data. untuk mendapatkan keberhasilan ini maka pencari sumberdata di haruskan lebih aktif serta lebih teliti dalam mengidentifikasi kondisi masyarakat sebagai populasinya.
- d. Mengidentifikasi indikator yang sudah ditetapkan dan di gunakan dengan sistem surveilans yang relevan. Identifikasi indikator dari istem surveilans di butuhkan perencanaan dan persiapan serta pengumpulan data yang relevan untuk surveilans. Kejelasan indikator ini harus ditetapkan bersama dan diketahui bersama dengan melibatkan tim dam kegiatannya. dengan melibatkan semua tima maka akan meminimalisasi kesalahpahaman yang ditimbulkan sehingga akan membuat efisiensi dalam aktifitasnya.
- e. Membuat suatu daftar yang sesuai dengan data dari sumbernya. Pembuatan daftar untuk mencari sumber data akan memperjelas kebutuhan yang diperlukan dalam kegiatan. Keterlibatan tim sangat dibutuhkan untuk proses ini. Jadi daftar yang di buat akan diketahui oleh semua tim yang akan terlibat dalam pencarian data sehingga tidak akan terjadi kesalahan

dalam mencari sumber data yang relevan. Kerjasama tim akan menentukan keberhasilan dalam membuat daftar yang sesuai dengan kebutuhan pengumpulan data.

5.3.3 Langkah 3 yaitu Review Indikator

Langkah 3 ini akan berhubungan dengan indikator yang di gunakan. Dalam langkah ini maka Anda harus melihat dan meninjau kembali dari setiap di indikator yang di gunakan. Indikator yang sudah ditetapkan dan digunakan apakah sudah sesuai dengan suatu kriteria yang sudah menjadi keputusan. dari kriteria itu anda perlu mencatat dari sisi manfaat, kegunaan, dan aksesibilitas, serta etika, dan kekuatannya, dalam terwakilannya dari sumber data yang di butuhkan dan juga adanya kemudahan dalam mengerti dari penggunaan indikator yang sudah ditetapkan untuk penggalian sumber data. Penentuan indikator ini akan membantu dalam melakukan review. Pelaksanaan review indikator sangat di butuhkan, sehingga diperlukan suatu perencanaan untuk melakukannya. dengan suatu perencanaan yang sudah pasti maka review indikator akan tepat sasaran. Dalam perencanaan review indikator di perlukan koordinasi dengan tim yang berhubungan dengan area program yang akan dilakukan review. Tim yang terlibat dalam pelaksanaan review akan salinng koordinasi dalam menentukan perencanaan untuk keberhasilan review yang tepat sasaran sesuai dengan kebutuhan akan review indikator yang diperlukan. Sehingga kerjasama ini akan menghasilkan pengeluaran review indikator yang muthakhir. Keterlibatan semua anggota tim ini akan menghasilkan banyak jenis perencanaan tentang review yang di butuhkan dalam area program.

5.3.4 Langkah 4 yaitu Pemilihan Indikator

Pada langkah ini berupa pemilihan Indikator yang akan di gunakan dapat di lakukan dengan sebagai berikut :

1. Membuat semua daftar untuk indikator, yaitu dengan cara menggunakan sebuah formulir dalam setiap area dari masing-masing program yang sudah ada untuk setiap kegiatan. Daftar indikator ini di perlukan untuk mempermudah dalam pelaksanaan program. daftar indikator yang di buat dirumuskan dengan tim program yang berhubungan dengan

pelaksanaan program. Daftar indikator dibuat dalam kurun satu waktu misalkan persemester sehingga dengan pemberian jangka waktu itu akan dapat dilakukan evaluasi dari daftar indikator yang perlu ditambahkan atau di hilangkan untuk masa selanjutnya.

2. Dari setiap indikator yang sudah ada perhatikan untuk terpenuhinya dari masing-masing kriteria yang ada. Agar semua area program dapat terwujud maka setiap kriteria yang dibuat diperlukan penyusunan indikator yang sesuai. dengan penyusunan yang sesuai ini maka ketercapaian dari kriteria akan lebih maksimal. Dalam pembuatan indikator ini maka perlu ditetapkan dulu kriteria-kriteria yang dibutuhkan dalam area program. Penentuan kriteria ini akan mempermudah dalam merumuskan indikator yang tepat dari area program itu, sehingga diharapkan akan menghasilkan ketercapaian tujuan yang maksimal dari program itu.
3. Menentukan apakah dari kriteria yang ada, apa semuanya sama-sama pentingnya dan apakah memang dari berapa kriteria harus terpenuhi sebelum dipilih sebagai indikator. Dalam hal ini diperlukan pemetaan dahulu untuk jenis kreterian yang emergensi untuk diselesaikan terlebih dahulu atau boleh ditunda dahulu, tetapi tetap dirumuskan jenis kreterianya dengan memilah-milah penyelesaiannya. Dengan pemilahan ini akan dapat ditentukan mana kriteria yang akan diselesaikan dalam jangka waktu yang pendek atau perlu waktu yang panjang. Penetapan kebutuhan perlu diprioritas untuk mengambil keputusan dalam pemilihan kriteria ini.
4. Dalam langkah ini sangat di perlukan orang-orang yang kompeten dan bertanggungjawab dengan pendekatan yang akan digunakan. Dengan kompetensi yang mumpuni maka orang yang terpilih akan mampu menjelaskan dengan baik dalam diskusi dan bisa membenarkan hal-hal yang kurang tepat. Dalam pemilihan kompetensi dari setiap orang yang terlibat maka diperlukan pendataan dahulu dengan melihat kondisi sumberdaya manusia yang ada. Penetapan orang yang kompeten bisa dilakukan dengan penggunaan formulir pendataan riwayat hidup dan pengalaman dari sumberdaya

manuasianya. Bila sudah di temukan sumberdaya yang layak dan memenuhi maka untuk pencapaian kompetensi ini akan mendapatkan hasil yang maksimal.

5.3.5 Langkah 5 yaitu Pemilihan Indikator Tambahan Baru

Dalam langkah 5 ini ada beberapa tambahan baru untuk pemilihan sebuah indikator. Pada tahapan ini, dari kelompok akan menyediakan waktu yang akan di gunakan untuk meninjau kembali apa saja daftar dari indikator yang menjadi identifikasi. Ada beberapa hal yang menjadi suatu pertimbangan, diantaranya yaitu :

1. Adanya sumber yang akan memuat semua indikator yang akan di tetapkan sebagai indikator tambahan. Kondisi ini diperlukan kerjasama tim untuk menggali sumber-sumber yang bisa memuat semua indikator tambahan ini. Penetapan indikator tambahan ini bisa di lakukan dengan melihat kembali akan kebutuhan dari area program. Untuk menyaring kebutuhan indikator tambahan maka diperlukan peninjauan njuga pada indikator yang sudah ada.
2. Kemungkinan akan ada sumber-sumber yang hampir sama atau sama, yang akan dapat dipergunakan untuk menghasilkan sebuah indikator tambahan yang dapat memenuhi dari semua penetapan kriteria yang sudah di seleksi. Untuk kepentingan ini maka di perlukan penggalian sumber-sumber yang ada terlebih bdahulu. dari hasil penggalian ini akan mempermudah untuk menetapkan sumber data yang belum mempunyai indikator, sehingga akan dapat dengan mudah untuk merumuskan menjadi indikator tambahan.
3. Bagi Perencana ada kemungkinan Indikator ini akan dipilih dan disukai untuk mengisi adanya kesenjangan dari informasi yang ada. Perencana akan lebih kreatif dalam membuat suatu rencana indikator sehingga akan efektif dan efisien dalam menjalankan langkah ini. Untuk melihat apakah ada kesenjangan yang disukai atau tidak disukai maka harus dilihat indikator kembali yang sudah ada, apakah indikator itu sudah memenuhi kebutuhan kriteria. Kriteria yang ada akan menentukan jenis dan macam indikator yang diperlukan sehingga akan mudah untuk memilah dan memilih mana

indikator yang banyak menyukai atau yang tidak disukai. dari hasil ini bisa dilakukan refisi perbaikan akar terjadi keseimbangan sehingga tidak terbentuk adanya kesenjangan.

4. Buatlah indikator yang baru dengan tepat dengan mempertimbangkan terpenuhinya kriteria dengan seleksi dan pertimbangkan apakah mereka memenuhi kriteria seleksi yang disebutkan pada langkah 5.3. setelah terwujud indikator yang baru maka akan diterapkan suatu pendekatan yang akan memutuskan apakah indikator baru ini akan dipilih ataupun ditolak. Indikator yang di pilih akan menghasilkan suatu penilaian yang baru dalam kriteria seleksi.

5.3.6 Langkah 6 yaitu Akurasi dan Jadwal Waktu Pengumpulan Data

Dalam langkah ini akan dijelaskan tentang akurasi serta jadwal waktu untuk pengumpulan data yaitu :

1. Setelah terpilihnya indikator, maka kelompok harus melakukan penilaian sampai mana sistem dari pengumpulan sebuah data yang sudah ada pada saat ini memungkinkan adanya indikator yang menghasilkan akuratnya dalam laporan dan tepat waktunya laporan. Untuk ketepatan laporan maka sudah ditetapkan jadwal yang berhubungan dengan laporan dan untuk keakuratan data maka perlu dilihat kembali akan dokumen yang sudah ada sebelum dibuat laporan akhir. Kelengkapan isi dokumen akan membuat kemudahan dalam laporan yang akurat dan tepat waktu untuk akhir kegiatan program.
2. Melakukan kerja sama secara tim dari beberapa unit bagian yang terkait dengan administrasi kesehatan yang akan dapat menyebabkan perubahan proposal yang sudah ada, dimana akan mengubah sebuah sistem yang ada, dan juga dapat mengenalkan adanya data dan/atau hal yang baru berupa perubahan metode baru. contohnya metode yang baru akan menghasilkan penggunaan data yang berbasis komunitas dalam pemilihan untuk indikator yang dipilih menjadi kunci.
3. Membuat suatu kesimpulan dari suatu definisi dan suatu data dari masing-masing indikator yang sudah dipilih, bersama

dengan implikasi yang dihasilkan terhadap suatu sistem informasi kesehatan. Dari kesimpulan definisi dari indikator yang sudah terpilih maka akan dapat dilihat ketepatan dan kesahihan dari definisi indikator untuk menghasilkan ketepatan informasi kesehatan.

5.3.7 Langkah 7 yaitu Tinjau dan Identifikasi Kesenjangan

Pada langkah 7 ini akan di tinjau dan akan diidentifikasi adanya kesenjangan. hal ini bisa dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Melakukan penilaian dan keseimbangan suatu indikator yang sudah terpilih baik di dalam program ataupun di seluruh wilayah dari program. Kegiatan ini merupakan langkah yang terakhir yang akan menjadi suatu penilaian. Contohnya beberapa program yang dapat dilakukan penilaian yaitu :
 - a. Aspek masalah gizi. Dalam aspek ini apakah yang sudah tercakup di dalam suatu indikator yang sudah teridentifikasi ?
 - b. Indikator apa saja yang kurang mencukupi atau tidak mencukupi pada aspek masalah tentang gizi ?
2. Menentukan adanya ketidakseimbangan di dalam mendistribusikan suatu indikator. Misalkan masalah gizi mempunyai indikator yang besar dari pada program yang lain. Jadi perlu dilakukan identifikasi untuk adanya keseimbangan indikator di setiap program sesuai dengan kebutuhan yang menjadi masalah dalam program gizi. Peninjauan ulang perlu dilakukan agar tidak terjadi adanya kesenjangan dari tiap masalah gizi dalam melakukan penilain secara terstruktur. Dengan diketahuinya adanya ketidakseimbangan dalam pendistribusian indikator dapat di ketahui sedini mungkin, sehingga akan dapat secepatnya untuk memberikan solusinya. Untuk menghindari agar tidak terjadi suatu kesenjangan indikator maka diperlukan data tentang indikator yang ada.
3. Melakukan pemilihan beberapa dari indikator untuk dapat digunakan lebih dari satu untuk area program. Pemilihan satu indikator yang dapat di gunakan untuk lebih dari satu area program maka akan membuat efesiensi dan efektifitas dalam pengumpulan data dan analisa data untuk seluruh area wilayah

program. proses kegiatan ini akan mudah untuk memantau dari kegiatan suatu program yang pada saat ini mengalami kekurangan indikatornya.

4. Melakukan suatu pertimbangan bagaimana adanya kesenjangan ini akan bisa diisi, dengan memungkinkan terbentuknya suatu kelompok tim kerja kecil dalam mempelajari dan membuat suatu saran serta solusi yang sesuai dengan kondisi pada saat ini. Dalam hal ini partisipasi aktif dalam tim di kelompok akan sangat dibutuhkan untuk menyelesaikan adanya kesenjangan menjadi suatu keseimbangan yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Indonesia, Kementerian Kesehatan Republik. 2013. *Petunjuk Pelaksanaan Surveilans Gizi*. Jakarta : Direktorat Bina Gizi. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak, RI, Kementerian Kesehatan. 2014. *Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan bagi Pelatih (TOT) Surveilans Gizi di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI* . Jakarta : Direktorat Bina Gizi, Ditjen Bina Kesehatan Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.
- Zulfianto, Nils Aria. 2017. *Surveilans Gizi*. [pengar. buku] Hardinsyah dan I Dewa Nyoman Supariasa (editors). *Ilmu Gizi, Teori dan Aplikasi*. Jakarta : EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Masyarakat, Direktorat Gizi. 2017. *Pedoman Pemantaun Status Gizi 2017*. Jakarta : Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.
- Kesehatan, Kementerian. 2016. *Pedoman teknis Pemantauan Status Gizi 2016*. Jakarta : Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Direktorat Jenderal Gizi dan Kesehatan bu dan Anak.

BAB 6

PENGOLAHAN DATA

Oleh Wilma Florensia

6.1 Pendahuluan

Data merupakan serapan kata dari bahasa Latin yaitu *datum* yang maknanya tunggal dan data yang maknanya jamak. Data merupakan informasi faktual yang digunakan sebagai dasar penalaran, diskusi atau perhitungan. Sumber informasi data misalnya hasil pengukuran atau hasil statistik. Data juga merupakan kenyataan-kenyataan murni yang belum diubah, dimanipulasi dan ditafsirkan namun telah tersusun dalam suatu sistematika statistika tertentu (Komaruddin, 2016)

Jika tidak diproses maka data tidak diinformasikan. Data masih data mentah dan gambar yang harus diolah Setelah menjalani proses pengolahan data, pengolah data akan menerima informasi. Informasi adalah data yang telah diproses pada tahap yang ada sehingga berguna bagi penggunaanya dalam proses pengambilan keputusan. Data yang akurat sangat penting untuk pelaporan dan pengambilan keputusan penting di setiap pengaturan perawatan kesehatan Berbagai jenis data yang dapat digunakan untuk pengambilan keputusan dan dapat digunakan dalam bentuk statistik seperti tabel dan grafik (Kementerian Kesehatan, 2006).

6.2 Tahapan Pengolahan Data

Kegiatan yang dilakukan dalam pengolahan data sebelum analisis adalah pengecekan data (*editing*), pemberian kode (*coding*) dan pengolahan data (*tabulating*). Pengolahan dan analisis data merupakan bagian dari proses pengumpulan data. Selama pemrosesan data, data dikumpulkan, diatur, dan dianalisis. Pengolahan data dilakukan dengan dua cara yaitu secara manual atau menggunakan kalkulator dan alat pengolah data yang umum digunakan seperti MS Excel, SPSS, STATA, Epi info, SAS Data mining dan lain-lain (Imas Nasturoh, 2018).

a. Pemeriksaan Data (*editing*)

Evaluasi Data/Pengeditan Data (*Editing*) adalah kumpulan data yang mencakup beberapa proses dari pencapaian pertanyaan evaluasi dan pembedaan pertanyaan jawaban tunggal. Jika dalam proses analisis data menunjukkan beberapa data yang belum siap untuk dicapai jawabannya bisa sulit untuk mengumpulkan data secara tidak benar (Arifin, 2018). Setelah mencari data dengan mengumpulkan data yang dapat dijawab pertanyaan dan secara keseluruhan informasi dirancang untuk menganalisis data untuk rincian data-data yang dikumpulkan dan diperiksa silang di seluruh data sehingga proses pengkodean dapat ditentukan. Proses editing ini digunakan untuk meningkatkan keandalan data yang digunakan untuk analisis dan akurasi (Putu Agung & Anik Yuesti, 2006)

Hal-hal yang berfungsi dalam proses konversi data adalah: sebuah.

- a) Data siap dan aman dijawab untuk pertanyaan yang dijawab
- b) Tulisannya jelas
- c) Relevan yang artinya ada kesesuaian antara pertanyaan dan jawaban yang diberikan
- d) Jawaban konsisten dan bermakna (imas masturoh, 2006)

b. Pemberian Kode (*coding*)

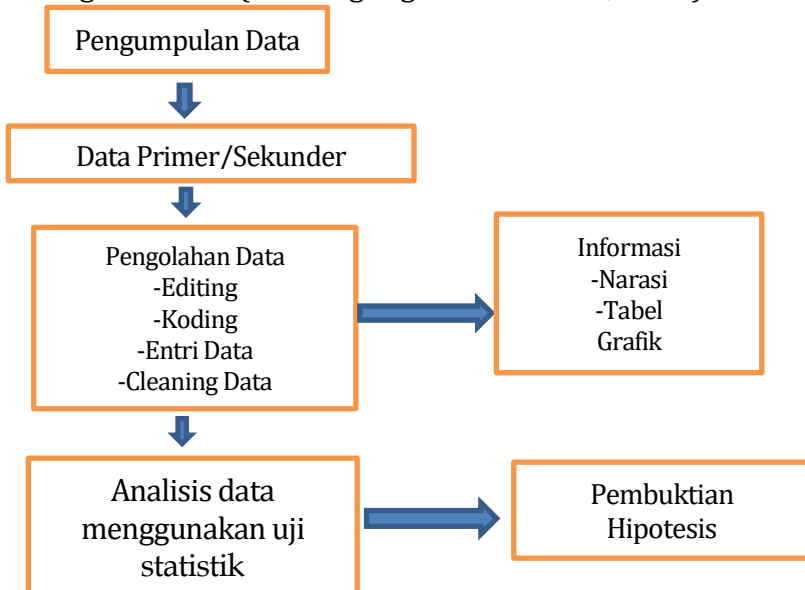
Saat proses pengeditan selesai maka pengolah data akan dapat membuat catatan daftar detail yang dapat diterima untuk menghapus data yang diinginkan. Untuk meningkatkan kualitas yang benar, data dapat diproses melalui pengkodean yang kompleks. Pemberian kode digunakan dalam klasifikasi jawaban untuk merespon menu nama. Kode Pemberian teratas adalah untuk mengklasifikasikan jawaban ke dalam kategori berdasarkan proses analisis. Proses Klasifikasi dilaksanakan dengan menandai setiap jawaban menggunakan kode angka. Ada dua kategori dalam kode yang mengidentifikasi dan merespon individu untuk setiap kategori (Putu Agung & Anik Yuesti, 2006). Pemberian kode dapat menyimpan data dari bentuk huruf ke dalam bentuk angka. Kode yang digunakan untuk menunjukkan data kuantitatif buatan atau untuk

menampilkan skor contoh analisis data yang mencakup menu analisis kuantitatif dengan tiga contoh SD=1, SLTP=2, SMA=3, Perguruan tinggi=4 (Arifin, 2018)

c. Penyusunan Data (*tabulating*)

Tabulasi atau proses menyusun data atau tabel memudahkan untuk menata dan mengorganisasikan agar data tidak berantakan, terkode, atau terbagi menjadi tabel yang tersusun. Contoh Tabel tersebut adalah data berita status tekanan darah, status tekanan darah anemia, indeks darah BB/TB(Hartono, Zulfianto and Rachmat, 2017)

Tabulasi adalah proses pencantuman rentang frekuensi di setiap kategori dalam tabel dan kemudian memperoleh rentang frekuensi di dalam tabel. Dalam hal ini, tabel sebagai diagram proses mengubah data dalam tabel. Tabel tersebut ditampilkan dalam proses analisis data sebelum pengolahan data yang diterima. Hasil tabulasi yang didapatkan antara lain data deskriptif, ukuran dan rentang dalam tabel yang dapat dibaca dengan mudah (Putu Agung & Anik Yuesti, 2006).



Gambar 6.1 : Skema Alur Pengolahan dan Analisis Data (Arifin, 2018)

6.3 Pengolahan Dan Penyajian Data

Selain data yang melibatkan banyak proses pengolahan, data juga dapat dimasukkan ke dalam tabel frekuensi distribusi, tabel silang, lingkaran, grafik batang, ogive, histogram, gambar, peta dan lainnya. Di sini kita akan membahas bentuk penyajian data

1) Tabel Distribusi Frekuensi

Frekuensi distribusi adalah data angka menurut kuantitas dan kualitas (kategori). Data kuantitatif berupa data persentase anak gizi buruk dan persentase remaja putri anemia sedangkan data kualitatif berupa jenis pekerjaan, jenis kelamin, status pernikahan dan tingkat pendidikan. Tabel tersebut menunjukkan data statistik kolom dan batang menurut tabel distribusi frekuensi, yang menunjukkan data kolom dan baris yang digunakan untuk menentukan frekuensi dan variabel yang bukan merupakan objek yang terpisah (Wahab, Syahid dan Junaedi, 2021) . Tabel distribusi frekuensi terbagi atas tiga jenis yaitu :

- a. Tabel distribusi frekuensi relatif adalah tabel yang berisi rekaman data data dan nilai-nilai yang diurutkan ke dalam kelas-kelas dan masing-masing kelas interval dalam bentuk persentase. Frekuensi relatif diperoleh dengan membagi frekuensi kelas dan frekuensi total
- b. Tabel distribusi frekuensi kumulatif adalah kumpulan tabel yang diturunkan dari tabel distribusi progresif dan kemudian ditambahkan secara berurutan. Ada dua jenis tabel distribusi frekuensi kumulatif, yang disebut tabel distribusi frekuensi kumulatif "lebih besar dari" dan tabel distribusi frekuensi kumulatif "kurang dari".
- c. Tabel distribusi frekuensi relatif kumulatif adalah tabel yang diperoleh dari dari tabel distribusi frekuensi relatif dengan bentuk persentase dijumlahkan selangkah demi selangkah. Ada dua jenis tabel distribusi frekuensi relatif kumulatif yaitu tabel distribusi frekuensi relative kumulatif "lebih dari " dan tabel distribusi frekuensi relatif kumulatif "kurang dari (Wahab, Syahid and Junaedi, 2021)

Contoh Tabel Distribusi Frekuensi;

Tabel 6.1 : Distribusi Frekuensi Kategori umur Dewasa penderita Diabetes di Puskesmas Jaya

Umur	Frekuensi
35-43	3
44-52	4
53-61	7
62-70	10
71-79	20
80-88	22
89-97	14
JUMLAH	80

Sumber: (Wahab, Syahid and Junaedi, 2021)

Contoh Tabel Distribusi Frekuensi Relatif

Tabel 6.2 : Distribusi Frekuensi relatif Kategori umur Dewasa penderita Diabetes di Puskesmas Jaya

Umur	% Relatif
35-43	3,8
44-52	5,0
53-61	8,7
62-70	12,5
71-79	25,0
80-88	27,5
89-97	17,5
JUMLAH	100

Sumber: (Wahab, Syahid and Junaedi, 2021)

Contoh Tabel Distribusi Frekuensi “Kurang dari” dan “Lebih dari”

Tabel 6.3 : Skor hasil belajar remaja tidak anemia dalam bentuk distribusi frekuensi kumulatif “kurang dari” dan “lebih dari”

Kurang dari		Lebih dari	
Skor	Frekuensi	Skor	Frekuensi
$\leq 42,24$	0	$\geq 42,25$	50
$< 44,85$	2	$\geq 44,85$	48
$\leq 47,45$	8	$\geq 47,45$	42
$\leq 50,05$	17	$\geq 50,05$	33
$\leq 52,65$	30	$\geq 52,65$	20
$\leq 55,25$	38	$\geq 55,25$	12
$\leq 57,85$	45	$\geq 57,85$	5
$\leq 60,45$	50	$\geq 60,45$	0

Sumber: (Wahab, Syahid and Junaedi, 2021)

2. Tabel Silang (*cross tabulation*)

Tabel silang adalah tabel yang memiliki setidaknya 2 variabel. Data yang disusun dalam bentuk tabel silang adalah untuk mencari hubungan antara satu variabel dengan variabel lainnya. Struktur tabel diringkas sebagai variabel yang berpengaruh atau variabel bebas (Hartono, Zulfianto and Rachmat, 2017).

Tabel 6.4 : Tabel Perubahan Usia dan Paritas terhadap tingkat stress kelompok ibu hamil anemia yang diberikan kapsul kelor royal jelly dan kelompok ibu hamil anemia yang diberikan kapsul kelor

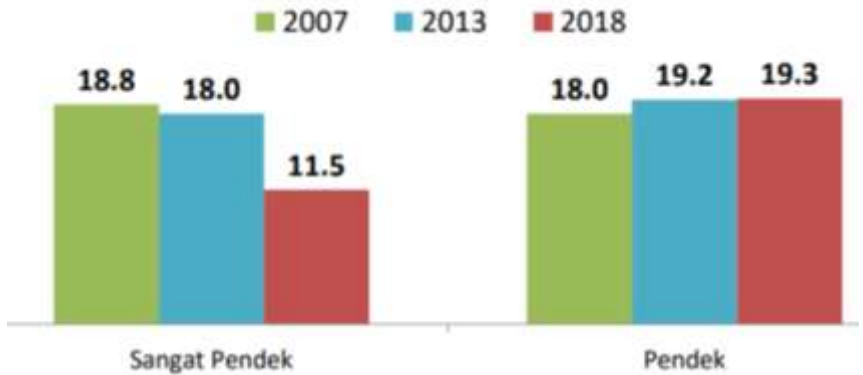
Variabel	Tingkat Stres Kelompok Kelor Royal Jelly				Tingkat stress Kelompok Kelor			
	Membaik	%	Tidak Membaik	%	Membaik	%	Tidak Membaik	%
Usia								
20-35 thn	9	41	9	41	8	36,3	8	36,3
< 20 & > 35 thn	2	9,0	2	9,0	4	18,2	2	9,0
JUMLAH	11	50	11	50	12	54,5	10	45,3
Paritas								
Primigravida	9	41	9	41	8	36,3	7	31,8
Mutigravida	2	9,0	2	9,0	5	22,7	2	9,0
JUMLAH	11	50	11	50	13	59	9	40,8

Sumber :(Florensia *et al*, 2020)

3. Grafik Batang

Grafik batang adalah bentuk representasi data untuk data kategorikal kualitatif. Grafik batang dapat digunakan untuk membandingkan beberapa variabel pada waktu yang sama atau di tempat yang berbeda. Grafik batang digambarkan secara vertikal maupun horizontal.

Grafik 6.1 : Grafik Proporsi Balita sangat Pendek dan Pendek pada tahun 2007-2018

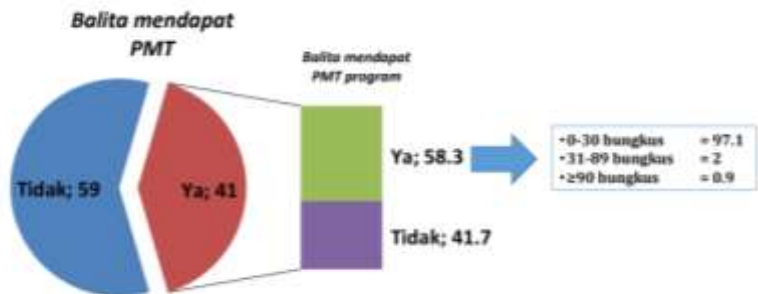


Sumber : (Riskesdas, 2018)

4. Grafik Lingkaran

Grafik lingkaran adalah cara mengolah data statistik dengan menyajikan diagram lingkaran untuk menggambarkan variabel.

Grafik 6.2 : Grafik Proporsi Balita yang mendapat PMT tahun 2018

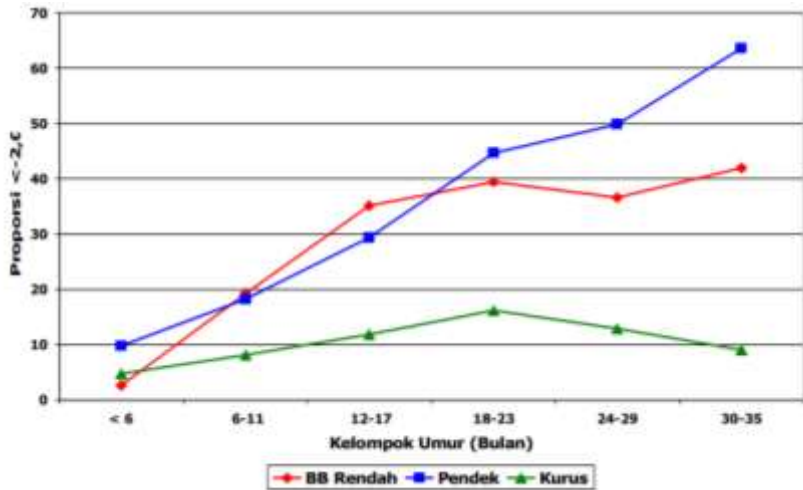


Sumber: (Riskesdas, 2018)

5. Grafik Garis

Grafik garis adalah grafik data berupa garis yang diperoleh dari beberapa ruas garis yang menghubungkan titik-titik pada bidang numerik. Grafik garis digunakan untuk menggambarkan kondisi kontinu, misalnya suhu tubuh per jam dan produksi biskuit PMT per tahun (Kementerian Kesehatan, 2006)

Grafik 6.3 : Proporsi anak umur 0-35 bulan BB rendah (BB/U), Pendek (TB/U) dan Kurus (BB/TB)

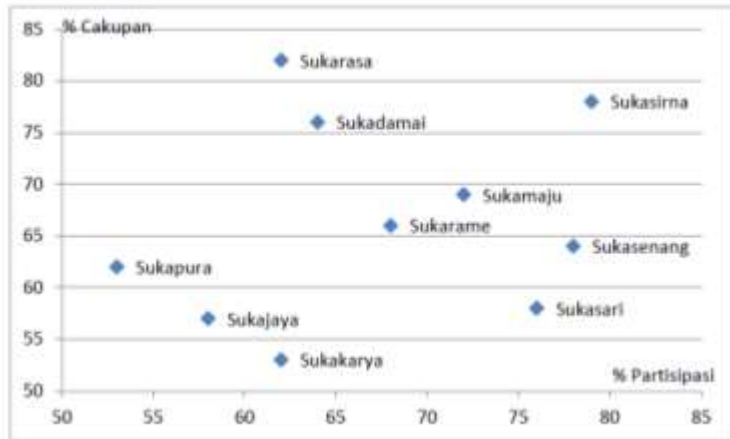


Sumber : (Jahari, 2014)

6. Grafik Kombinasi dua indikator

Grafik kombinasi dua indikator adalah grafik yang menunjukkan nilai antara untuk indikator. Masing-masing memiliki indikator target, berdasarkan skala realisasi. Contoh grafik kombinasi adalah pada grafik berikut yang menggambarkan tingkat partisipasi ibu di posyandu dalam kaitannya dengan persentase rumah tangga yang mengkonsumsi garam beryodium (Hartono, Zulfianto and Rachmat, 2017)

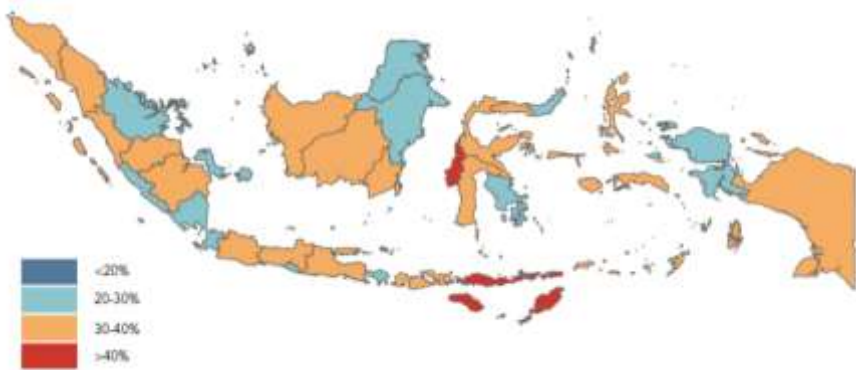
Grafik 6.4 : Grafik tingkat partisipasi ibu berkunjung ke posyandu dan persentase rumah tangga mengkonsumsi garam beryodium



Sumber: (Hartono, Zulfianto and Rachmat, 2017)

7. Peta Statistik

Peta statistik kesehatan memberikan informasi kesehatan secara umum dan capaian program kesehatan di Indonesia. Peta statistik juga memunculkan tren dalam beberapa tahun terakhir untuk menilai beberapa indikator. Peta statistik kesehatan juga sering menggambarkan keadaan kependudukan, derajat kesehatan, situasi lingkungan, situasi masalah gizi dan sumber daya kesehatan menurut suatu wilayah (Zamrodah, 2016). Pengolahan data yang akan dimasukkan dalam peta biasa diberikan warna yang berlainan untuk membedakan besaran masalah yang dihadapi. Contoh fungsi pemberian warna adalah misalnya kita ingin mengetahui prevalensi stunting pada balita dan kita membuat batasan prevalensi stunting dengan tinggi ($>40\%$), sedang ($30-40\%$) dan rendah bila ($20-30\%$) dan sangat rendah ($<20\%$) kemudian pada peta tersebut diberi warna merah bila tinggi, orange bila cakupan sedang, dan biru muda bila cakupan rendah, dan biru tua bila cakupan sangat rendah.



Gambar 6.2 : Distribusi Geografis Prevalensi Stunting menurut Provinsi
 Sumber : (PPN/Bappenas, 2018)

Tabel 6.5 : Tabel Fungsi-fungsi diagram dalam analisis dan penyajian data

No	Jenis Diagram	Variabel	Data/Fungsi
1	Bar <i>Diagram</i> (Horisontal/vertikal)	Kategorikal	Perbandingan frekuensi distribusi data
2	Pie <i>Chart/</i> bar Komponen	Kategorikal	Proporsi Data
3	Line Diagram	Numerikal	Trend Data
4	<i>Scatterpoint/dot</i> diagram	Numerikal	Korelasi Data
5	<i>Pictogram /</i> diagram gambar	Kategorikal	Perbandingan frekuensi distribusi data
6	<i>Curtogram/</i> diagram peta	Kategorikal	Perbandingan frekuensi data

Sumber : (Budiman Chandra, 1995)

6.4 Analisis Statistik

A. Analisis Deskriptif

Analisis statistik dibagi menjadi dua jenis, analisis data deskriptif dan analisis data inferensial. Tujuan analisis data deskriptif adalah untuk memberikan gambaran dan meringkas data populasi dan menjadi informasi yang sistematis dan jelas. Informasi yang dihasilkan dalam statistik deskriptif adalah distribusi frekuensi, tampilan grafik, ukuran tendensi sentral (nilai

mean-mean, nilai median-mean, nilai modus yang paling sering muncul, serta variabilitas atau deviasi tertinggi, terendah dan standar deviasi). Statistik deskriptif juga merupakan analisis univariat yang dilakukan menurut tipe data kategorikal dan numerik (Arifin, 2018). Data kategorik adalah data yang dikelompokkan berdasarkan ciri atau karakteristik tertentu. Misalnya, dalam survei kepuasan terhadap pelayanan klinik gizi di sebuah rumah sakit, 70% dari 45 pasien umum menyatakan puas, sedangkan 30% pasien BPJS puas yang termasuk dalam dua kategori yaitu kategori pasien BPJS dan kategori umum pasien puas dan tidak puas.

Dalam analisis deskriptif, data numerik juga dianalisis. Data numerik adalah data yang berupa angka dan kelompok atau klasifikasi berdasarkan ciri-ciri tertentu. Data numerik terdiri dari data skala interval dan skala rasio. Hasil akhir dari analisis data numerik adalah ukuran konsentrasi dan ukuran variasi. Urutan pemusatan data akan menunjukkan ukuran kecenderungan skor dalam kumpulan data. Kecenderungan pemusatan data yang dimaksud adalah mean (rata-rata), median (mean) dan modus (nilai yang paling sering muncul). Mean diperoleh dengan cara menjumlahkan semua data dalam satu kelompok kemudian dibagi dengan jumlah anggota kelompok, median diperoleh dengan mengurutkan data dari nilai terendah sampai tertinggi, dan caranya adalah dengan melihat data skor yang sering muncul (imas masturoh, 2006)

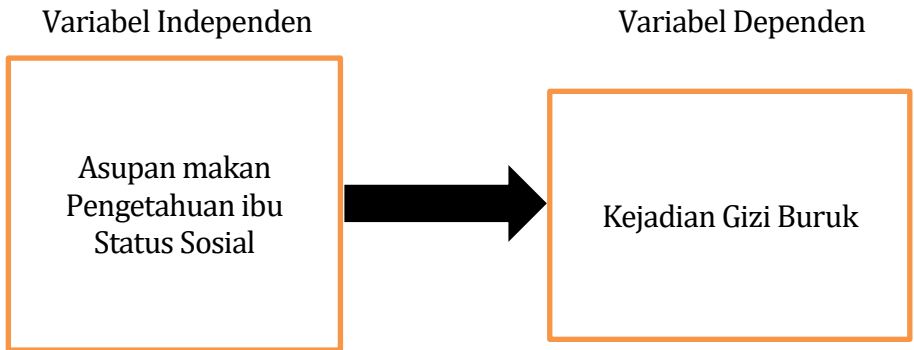
B. Analisis Statistik Inferensial

Analisis statistik inferensial merupakan upaya untuk menarik kesimpulan dan mengambil keputusan berdasarkan analisis yang telah dilakukan. Biasanya, analisis statistik inferensial memerlukan sampel tertentu dari sejumlah besar populasi dari hasil analisis untuk kemudian membuktikan hipotesis. Berdasarkan pembuktian hipotesis, analisis statistik inferensial dibagi menjadi dua, yaitu analisis hubungan dan analisis komparatif.

1. Analisis Hubungan

Analisis hubungan adalah analisis yang menguji hipotesis asosiatif atau dugaan hubungan antara variabel-variabel dalam penelitian. Variabel yang diukur dalam analisis hubungan adalah variabel bebas yang keberadaannya dipengaruhi oleh variabel lain dan variabel terikat yang keberadaannya dipengaruhi oleh variabel lain.

Contoh analisis korelasional adalah penelitian yang tertarik untuk mengetahui hubungan antara asupan makanan, pengetahuan ibu dan status sosial dengan prevalensi balita gizi buruk di Wilayah X, sistem hipotesis penelitian sebagai berikut:



Hipotesis penelitian asosiatif dari contoh penelitian diatas adalah :

- Ada hubungan antara asupan makan dengan kejadian gizi buruk pada balita di wilayah X
- Ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan kejadian gizi buruk pada balita di wilayah X
- Ada hubungan antara status sosial dengan kejadian gizi buruk pada balita diwilayah X

Pengujian asosiatif dapat dilakukan dengan menghitung nilai signifikansi dari koefisien korelasi dan kekuatan hubungan yang menjadi kunci dari sebuah koefisien korelasi. Nilai yang mendekati nol menunjukkan hubungan

yang lemah, nilai yang mendekati satu menunjukkan suatu kekuatan hubungan variabel

2. Analisis komparatif

Analisis komparatif adalah analisis data yang sebenarnya memiliki dua kelompok lebih banyak daripada perbandingan kelompok data lainnya. Analisis komparatif adalah uji beda yang dapat digunakan untuk menguji hipotesis komparatif. Analisis komparatif dilihat berdasarkan beberapa faktor di balik munculnya perbedaan. Ada berbagai macam analisis komparatif, yaitu:

a. Kelompok berpasangan

Kelompok berpasangan jika data kelompok yang dibandingkan saling terkait. Contoh: Sebuah penelitian yang ingin menguji efektivitas kapsul kelor pada kelompok ibu hamil yang anemia dan mengukur kadar hemoglobin sebelum mengonsumsi kapsul kelor (*pretest*) dan kadar hemoglobin setelah mengonsumsi kapsul kelor (*posttest*).

b. Kelompok tidak berpasangan

Kelompok tidak berpasangan adalah jika data kelompok yang satu tidak bergantung dari kelompok lainnya. Contoh: Suatu penelitian yang ingin melihat pemahaman remaja putri tentang anemia dengan membagi remaja putri menjadi dua kelompok dan masing-masing kelompok diberikan edukasi dengan metode yang berbeda. Kelompok pertama diberikan edukasi dengan metode penyuluhan dan kelompok kedua diberi edukasi dengan metode *role play* kemudian diukur tingkat pengetahuan dan pemahaman dari masing-masing kelompok

Selain kedua jenis analisis di atas, terdapat dua kelompok analisis statistik yang berbeda tergantung dari bentuk parameternya, yaitu statistik parametrik dan statistik non parametrik. Analisis statistik parametrik adalah analisis statistik di mana suatu pengujian menentukan beberapa kondisi yang berkaitan dengan bentuk suatu parameter atau distribusi populasi, seperti data berskala interval dan

distribusi normal. Analisis parametrik adalah analisis statistik yang tidak menentukan kondisi tertentu (imas masturoh, 2006)

Jenis Uji Analisis Data

Skala Pengukuran	Jenis Hipotesis				
	Komparatif atau membandingkan				Korelasi/ hubungan
	Tidak berpasangan		Berpasangan		
	2 kelompok	>2 kelompok	2 kelompok	>2 kelompok	
Numerik	Uji t tidak berpasangan	One Way Anova	Uji t berpasangan	Repeated Anova	Korelasi Pearson
Kategorik (ordinal)	Mann Whitney	Kruskal walls	Wilcoxon	Friedman	Korelasi Spearman
Kategorik (nominal/ordinal)	Chisquare		Wilcoxon		

Uji tersebut dipilih jika data terdistribusi normal.

Sumber: (imas masturoh, 2006)

DAFTAR PUSTAKA

- Anak Agung Putu Agung & Anik Yuesti. 2006. 'Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif', in *AB Publisher*, pp. 1–6.
- Arifin, M. B. U. B. 2018. *Buku Ajar Metodologi Penelitian Pendidikan, Buku Ajar Metodologi Penelitian Pendidikan*. doi: 10.21070/2018/978-602-5914-19-5.
- Budiman Chandra. 1995. *Pengantar Statistik Kesehatan*. JAKARTA: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Florensia, W. *et al.* 2020. 'The Effect of Moringa Oleifera Leaves Plus Royal Jelly Supplement on Cortisol Hormone and Stress Levels on Anemia of Pregnant Women in Takalar Regency', *Journal La Lifesci*, 1(3), pp. 30–36. doi: 10.37899/journallalifesci.v1i3.189.
- Hartono, A. S., Zulfianto, N. A. and Rachmat, M. 2017. 'Bahan Ajar Gizi : Surveilans Gizi', *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Edisi Tahun 2017*, 1(69), pp. 5–24.
- imas masturoh, naura anggita. 2006. 'Metodologi Penelitian Kesehatan', in *Bahan Ajar Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK)*, pp. 1–6.
- Imas Nasturoh, N. A. 2018. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Jahari, A. B. 2014. 'Masalah Gagal-Tumbuh Pada Anak Balita Masih Tinggi: Adakah Yang "Kurang" Dalam Kebijakan Program Gizi Di Indonesia?', *Gizi Indonesia*, 31(2), pp. 123–138. doi: 10.36457/gizindo.v31i2.53.
- Kementerian Kesehatan. 2006. 'Sistem Informasi Kesehatan 1: Biostatistik Deskriptif', in Hosizah Loli Andriani (ed.) *Kemenkes RI*. Jakarta, pp. 1–6.
- Komarudidn, D. Y. T. S. 2016. *Kamus Istilah Karya Tulis Ilmiah*. Edited by S. Grafika. PT Bumi Aksara.
- PPN/Bappenas, K. 2018. 'Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi', *Pedoman Pelaksanaan Penurunan Stunting Terintegrasi Di Kabupaten/Kota*, (November), pp. 04–10.
- Riskesdas. 2018. 'Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar', *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*, pp. 1–100. doi: 1 Desember 2013.

- Wahab, A., Syahid, A. and Junaedi, J. 2021. 'Penyajian Data Dalam Tabel Distribusi Frekuensi Dan Aplikasinya Pada Ilmu Pendidikan', *Education and Learning Journal*, 2(1), p. 40. doi: 10.33096/eljour.v2i1.91.
- Zamrodah, Y. 2016. 'Peta Kesehatan Indonesia Tahun 2012', 15(2), pp. 1-23.

BAB 7

ANALISIS DATA

Oleh Titis Sriyanti

7.1 Pendahuluan

Dalam topik tentang pengolahan data ini tujuannya adalah melakukan pengolahan data, khususnya dalam mengolah indikator dan menyajikannya dalam bentuk tabel, grafik dan peta. Disamping itu adalah untuk menjelaskan tentang beberapa jenis tabel, grafik dan peta sebagai bagian hasil pengolahan dan penyajian data. Data yang terkumpul seharusnya dalam bentuk data kuantitatif atau data yang dikuantifikasi.

7.2 Langkah Analisis Data

Proses analisis data dilakukan setelah data hasil surveilans gizi terkumpul dan kemudian dilakukan proses pengolahan data. Di dalam istilah statistik banyak disebutkan dengan proses pengolahan data. Dalam proses pengolahan atau analisis data terdapat beberapa langkah yang harus dilakukan yaitu:

7.2.1 Pemeriksaan Data

Proses pemeriksaan data adalah langkah yang dilakukan oleh surveior gizi mengecek, memilih dan menyeleksi terkait kelengkapan data yang diperoleh. Sehingga hanya data yang lengkap dan relevan saja yang digunakan dan dilakukan analisis selanjutnya. Adapun kegiatan yang dilakukan dalam tahapan ini adalah:

1. Memeriksa kembali kelengkapan identitas data yang diperlukan dalam analisis data.
2. Meneliti lengkap tidaknya data, yaitu apakah instrumen surveillance gizi terisi lengkap, jumlah lembaran instrumen tidak ada yang rusak atau sobek dan sebagainya.

7.2.2 Editing Data

Editing data adalah kegiatan yang dilakukan oleh surveior sesuai menghimpun data di lapangan. Proses editing data salah satu proses kegiatan analisis data yang sangat penting. Karena surveior gizi wajib melakukan pemeriksaan data hasil survei guna memenuhi tujuan survei. Pada proses pengambilan data tidak menutup kemungkinan terjadi kesalahan, diantaranya adalah terdapat data survei yang kurang atau terlewatkan, data yang tumpang tindih, atau terdapat data survei yang berlebihan. Sehingga semua kesalahan atau kekeliruan itu bisa diperbaiki saat proses editing data.

7.2.3 Pemberian Kode Data

Pemberian kode data hasil survei adalah kegiatan analisis data guna mempermudah dalam proses analisis. Pemberian kode dilakukan dengan memberikan kode atau inisial dari masing-masing data yang dihasilkan. Misalnya pada hasil pemeriksaan gizi buruk, Status Gizi kurang diberi kode 1, Status Gizi Normal diberi kode 2, status gizi berlebih diberikan kode 3 dan status gizi overweight diberi kode 4.

7.2.4 Tabulasi Data

Proses tabulasi data adalah proses pengorganisasian data dalam kelompok-kelompok data tertentu hasil survei. Data yang sudah benar setelah melalui proses pemeriksaan, dan diberikan kode pada masing-masing data, kemudian dilakukan proses pengorganisasian data. Proses tabulasi data pada umumnya dilakukan dengan mengelompokkan data pada tabel yang sudah disediakan. Banyak cara yang dapat digunakan dalam melakukan tabulasi, misalnya membuat mengelompokkan data berdasarkan status gizi berdasarkan indeks BB/TB, status anemia dan lain sebagainya.

Proses analisis data hasil survey gizi dilakukan dengan menggunakan perangkat lunak komputer. Sehingga hasil analisis data terkait dengan kesahihan dan kebenaran data sangat bergantung dari ketelitian petugas survey saat memasukkan data dalam aplikasi atau perangkat lunak komputer.

7.2.5 Analisis Data

Proses untuk menghasilkan rumusan masalah dan faktor-faktor yang berhubungan dengan data yang telah terkumpul. Dengan tujuan mengidentifikasi masalah program atau masalah kesehatan masyarakat, dan hasil analisis pada umumnya dibandingkan dengan target atau ukuran keberhasilan program yang telah ditetapkan sebelumnya namun tidak terlepas dari tujuan dan jenis data yang tersedia adalah tahapan dari analisis data (Muninjaya, 2004).

Saat proses analisis yang harus dilakukan adalah:

1. Memahami kualitas data dan mencari metode terbaik untuk menarik kesimpulan. Hal ini dilakukan karena setiap data mempunyai kelemahan yang harus dipahami benar sebelum seorang petugas surveilans memanfaatkan data tersebut.
2. Menarik kesimpulan dari suatu rangkaian data deskriptif. Kesimpulan yang dibuat dapat dilakukan dengan beberapa cara analisis berikut:
 - a. Kecenderungan
Analisis kecenderungan merupakan hubungan antara jumlah kejadian gizi atau kondisi populasi dengan waktu kejadian pada sekelompok populasi. Misalnya: data bulanan penimbangan (BB/U), data tahunan kasus gizi buruk (prevalensi KEP), dan data periodik lainnya.
 - b. Perbandingan
Analisis perbandingan merupakan upaya untuk membandingkan antara jumlah satu kejadian dengan kejadian yang lain pada satu populasi atau populasi berbeda. Langkah pertama yang dilakukan adalah menyamakan jumlah populasi yang diamati dengan mengubah data menjadi ukuran frekuensi yang sesuai. Misalnya prevalensi KEP menurut tingkatannya berdasarkan batas yang telah disepakati.
 - c. Perbandingan dari suatu kecenderungan dilakukan dengan cara membandingkan kecenderungan perubahan dari data kejadian berdasarkan waktu terhadap data kejadian lain berdasarkan waktu pada populasi yang sama atau berbeda. Misalnya frekuensi makan, ketersediaan pangan antar waktu (musim), grafik pertumbuhan individu

Menurut Analisa data program pelayanan kesehatan di lapangan dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu analisis dampak dan analisis cakupan (Muninjaya, 2004).

1. Analisis dampak

Analisis dampak biasanya diolah di tingkat nasional atau provinsi dengan memanfaatkan data umum, antara lain berupa angka kematian umum atau *Crude Death Rate* (CDR), Angka Kematian Bayi (AKB), angka kelahiran kasar atau *Crude Birth Rate* (CBR), dan angka kesakitan beberapa kejadian sakit yang dihitung dengan angka insidens dan prevalens

2. Analisis cakupan

Analisis cakupan biasanya dilakukan pada lingkup pelaksana program (Puskesmas) sesuai dengan program pelayanan yang dilaksanakan di tempat tersebut, misalnya cakupan imunisasi, KB, KIA, dan sebagainya. Analisis cakupan dilakukan dengan membandingkan antara cakupan suatu program kesehatan dengan standar keberhasilan program yang ditetapkan dalam bentuk target. Dari hasil perbandingan ini akan dapat ditentukan besarnya kesenjangan antara target yang diharapkan dengan hasil kegiatan program

Selanjutnya, untuk menyusun rencana operasional program penanggulangan terhadap masalah ini, masalah tersebut dapat dianalisis lagi menurut faktor-faktor yang diperkirakan menjadi resiko dengan distribusi masalah tersebut (Muninjaya, 2004). Selain beberapa cara analisis diatas hasil dari kegiatan surveilans gizi dapat juga dianalisis dengan mengaitkannya kepada surveilans kesehatan lainnya untuk dapat dilakukan analisis situasi dan identifikasi faktor-faktor yang berkaitan dengan masalah gizi, misalnya penggabungan grafik gizi dengan grafik diare, penggabungan grafik kemiskinan dan gizi kurang, atau penggabungan grafik kemiskinan, gizi kurang, dan kejadian diare (Depkes, 2006).

7.3 Penyajian Data

Penyajian data digunakan untuk menggambarkan informasi yang berhasil dikumpulkan dan dalam rangka mempermudah dalam menganalisis data, yaitu bentuk narasi, tabel, dan grafik. Beberapa bentuk penyajian data dijelaskan sebagai berikut:

7.3.1 Narasi

Penyajian secara narasi adalah penjelasan dengan menggunakan kalimat tertulis tentang informasi kesehatan. Kalimat yang dipakai singkat dan jelas serta mampu memberikan gambaran tentang apa yang disampaikan. Narasi biasanya digunakan untuk menjelaskan arti dari suatu tabel atau grafik.

7.3.2 Tabel Distribusi Frekuensi

Tabel distribusi frekuensi digunakan untuk penyajian data baik yang bersifat kuantitatif ataupun data kualitatif. Pada data yang bersifat kualitatif, perlu memperhatikan proses dan langkah analisis data seperti pemberian kode pada data dan pengelompokan data. Karena fungsi dari tabel ini adalah untuk mengetahui frekuensi dari masing-masing data.

Tabel 7.1 : Frekuensi Status Gizi

Status Gizi	Frekuensi	Persen (%)
Kurus	7	17.1
Normal	17	41.5
Gemuk	13	31.7
Overweight	4	9.8
Total	41	100.0

Penyajian tabel frekuensi pada data yang bersifat kuantitatif sedikit lebih sulit, karena pada pengelompokan data kuantitatif perlu diperhatikan kelas frekuensi pada data. Menurut Budiarto (2012), ada beberapa syarat yang harus diperhatikan dalam pengelompokan tersebut antara lain, sebaiknya distribusi frekuensi mempunyai lebar kelas yang sama.

Tabel 7.2 : Frekuensi Status Gizi (Kelompok Kelas)

Usia Pasien (th)	Frequency	Percent (%)
6-20	3	7.3
21-45	32	78.0
>45	6	14.6
Total	41	100.0

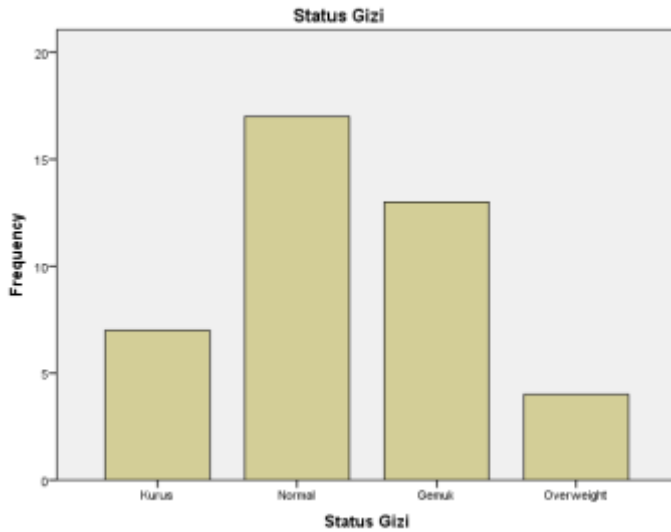
Tabel 7.3 : Tabel Tabulasi

Jenis Kelamin	Status Gizi				Total
	Kurus	Normal	Gemuk	Overweight	
Laki-laki	3	10	7	3	23
Perempuan	4	7	6	1	18
Total	7	17	13	4	41

Tabel 7.3 adalah jenis tabulasi silang antar 2 variabel hasil survei. Tabel tabulasi silang ini digunakan untuk menyajikan tabel frekuensi 2 variabel yang tercantum dalam kolom dan baris dan disajikan dalam 1 tabel yang sama.

7.3.3 Grafik

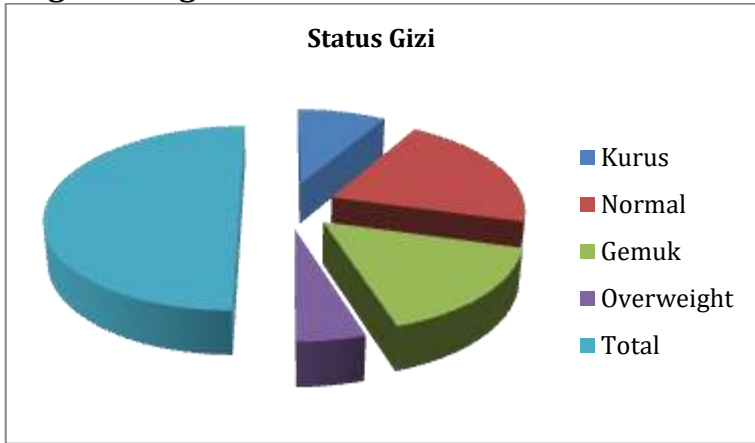
Grafik adalah suatu metode untuk menyajikan data kuantitatif menggunakan sistem koordinat x dan y. Sumbu x menggambarkan variabel independen (tidak tergantung), dan sumbu y menggambarkan variabel dependen (tergantung). Grafik dapat membantu pembaca mengerti dengan cepat perbedaan yang ada pada data yang disajikan. Beberapa macam bentuk grafik yang biasanya dipakai dalam menyajikan data diantaranya grafik garis, histogram, poligon, grafik balok/batang, grafik lingkaran, dan peta



Gambar 7.1 : Diagram Batang

Diagram batang banyak digunakan saat penyajian data hasil survey. karena dapat membandingkan antar variabel, kecenderungan, meramalkan perubahan dan lain-lain. Penggunaan diagram batang pada umumnya hanya bisa menampilkan data yang bersifat kualitatif. Begitu juga penggunaan diagram batang mampu membandingkan lebih dari satu variabel dalam satu diagram yang sama. Batangnya dapat digambarkan secara vertikal, bila nama variabel yang akan digambarkan pendek, dan bisa horizontal kalau nama variabelnya panjang.

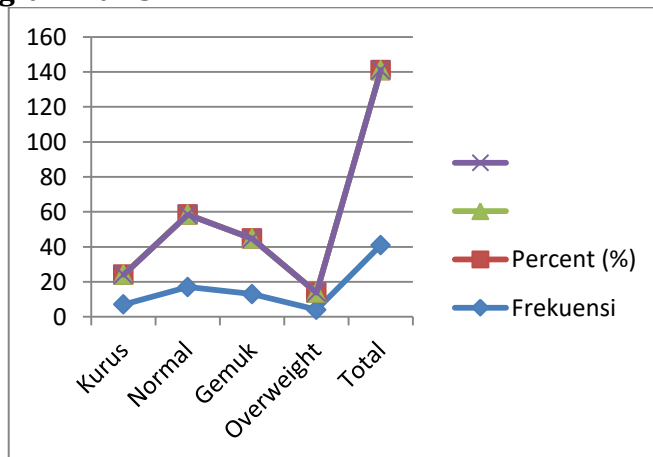
7.4.4 Diagram Lingkaran



Gambar 7.2 : Diagram Batang

Cara lain menyajikan data hasil survei yaitu menggunakan diagram lingkaran. Diagram lingkaran adalah bentuk penyajian data frekuensi dari data hasil survei. Hampir sama dengan diagram batang, namaun pada diagram ini bentuknya seperti irisan dalam sebuah lingkaran.

7.3.4 Diagram Baris



Gambar 7.3 : Diagram Baris

DAFTAR PUSTAKA

- Budiarto, Eko. 2002. *Biostatistika untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Muninjaya, A. A. Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan* Edisi 2. Jakarta: Penerbit, Buku Kedokteran, EGC
- Sofian Effendi, Chris Manning. 1989. *Prinsip-prinsip Analisis Data*. [pengar. buku] Sofian Effendi Masri Singarimbun. *Metode penelitian survai*. Jakarta: PT Pustaka LP3ES Indonesia,.
- Lyman Ott, Richard F. Larson, William Mendenhall. 1983. *Statistics: A Tool for the Social Sciences*. Boston, Massachusettes: Duxbury Press.
- RI, Kementerian Kesehatan. 2014. *Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan bagi Pelatih (TOT) Surveilans Gizi di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta: Direktorat Bina Gizi, Ditjen Bina Kesehatan Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak.

BAB 8

IDENTIFIKASI FAKTOR RESIKO MASALAH GIZI

Oleh Irna Agustiani

8.1 Pendahuluan

Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat gizi. Status gizi ini menjadi penting karena merupakan salah satu faktor risiko terjadinya kesakitan dan kematian. Status gizi yang baik bagi seseorang akan berkontribusi terhadap kesehatan dan juga terhadap kemampuan dalam proses pemulihannya. Status gizi masyarakat dapat diketahui melalui penilaian konsumsi pangannya berdasarkan data kuantitatif maupun kualitatif. Di negara berkembang, kesakitan dan kematian pada anak balita banyak dipengaruhi oleh status gizi. Status gizi balita perlu dipertahankan dalam status gizi baik, dengan cara memberikan makanan bergizi seimbang yang sangat penting untuk pertumbuhan.

Keadaan gizi yang baik merupakan salah satu faktor penting dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal. Namun, berbagai penyakit gangguan gizi akibat tidak baiknya mutu makanan maupun jumlah makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan tubuh masing-masing orang masih sering ditemukan di berbagai tempat di Indonesia. Rendahnya status gizi jelas berdampak pada kualitas sumber daya manusia. Masalah gizi di Indonesia yang terbanyak adalah gizi kurang. Anak balita (0-5 tahun) merupakan kelompok umur yang paling sering menderita akibat kekurangan gizi atau termasuk salah satu kelompok masyarakat yang rentan gizi. (Irianti, 2018)

Status gizi balita merupakan hal penting yang harus diketahui oleh setiap orang tua. Perlunya perhatian lebih terhadap tumbuh kembang anak di usia balita didasarkan fakta bahwa kurang gizi pada masa emas ini bersifat irreversible (tidak dapat pulih), sedangkan kekurangan gizi dapat mempengaruhi perkembangan otak anak. (Sholikah, 2017)

Balita dengan gizi buruk mempunyai dampak jangka pendek dan panjang, berupa gangguan tumbuh kembang, termasuk gangguan fungsi kognitif, kesakitan, risiko penyakit degeneratif di kemudian hari dan kematian. Situasi status gizi kurang (*wasting*) dan gizi buruk (*severe wasting*) pada balita di wilayah Asia Tenggara dan Pasifik pada tahun 2014 masih jauh dari harapan. Indonesia menempati urutan kedua tertinggi untuk prevalensi *wasting* di antara 17 negara di wilayah tersebut, yaitu 12,1%. Selain itu, cakupan penanganan kasus secara rerata di 9 negara di wilayah tersebut hanya mencapai 2%. (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2019)

8.2 Masalah Gizi

Permasalahan gizi terjadi di setiap siklus kehidupan, dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa, dan usia lanjut. Periode dua tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis dan pada masa ini terjadi pertumbuhan serta perkembangan yang sangat pesat. Dengan demikian, peran penimbangan balita secara teratur untuk dapat diikuti pertumbuhan berat badannya menjadi penting. Masalah gizi pada hakikatnya adalah masalah kesehatan masyarakat dan faktor penyebab timbulnya masalah gizi adalah multifaktorial, untuk itu pendekatan dan penanggulangannya harus melibatkan berbagai sektor yang terkait. (Istiono, 2009)

Gizi yang baik akan sejalan dengan kesehatan yang baik. Pada gejala klinis dari kekurangan gizi adalah pertumbuhan dan perkembangan tubuh yang tidak normal. Status gizi merupakan hasil akhir dari berbagai faktor yang dapat saling terkait antara satu dengan yang lain. Oleh karena itu memahami bagaimana terjadinya masalah gizi seharusnya menjadi dasar di dalam menetapkan strategi pencegahan dan penanggulangannya.

Status gizi secara langsung dipengaruhi oleh dua hal, yaitu kecukupan asupan gizi dalam memenuhi kebutuhan tubuh dan status infeksi seseorang, yang saling berpengaruh, sehingga memperbaiki salah satunya tidak akan memperbaiki keadaan yang lainnya. Kurangnya asupan zat gizi akan menyebabkan seseorang mengalami defisit dalam memenuhi kebutuhan tubuh, dan salah satu konsekuensinya adalah menjadi rentan terhadap serangan penyakit infeksi, yang apabila terjadi akan memperburuk status

gizinya. Sebaliknya seseorang yang menderita penyakit infeksi akan mengalami peningkatan metabolisme dan suhu tubuh, yang menyebabkan kebutuhan energi dan zat-zat gizinya meningkat. Sementara itu, seseorang yang menderita penyakit infeksi biasanya mengalami penurunan nafsu makan, sehingga asupan gizinya juga berkurang, yang jika berlangsung lama akan menurunkan status gizinya. (Laswati, 2017)

Cara menilai status gizi dapat dilakukan dengan pengukuran antropometrik, klinik, biokimia, dan biofisik. Pengukuran antropometrik dapat dilakukan dengan beberapa macam pengukuran yaitu pengukuran berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas, dan sebagainya. Dari beberapa pengukuran tersebut, pengukuran Berat Badan (BB) sesuai Tinggi Badan (TB) merupakan salah satu pengukuran antropometri yang baik dengan mengadopsi acuan Havard dan WHO-NCHS (*World Health Organization - National Center for Health Statistics*). (Alamsyah, 2017)

Dengan menggunakan tiga indikator antropometri, yakni indikator BB menurut Umur (BB/U), TB menurut Umur (TB/U) dan BB menurut TB (BB/TB) atau IMT (Indeks Massa Tubuh) maka akan diketahui karakteristik masalah gizi yang dihadapi, termasuk golongan gizi akut, kronis atau akut kronis. Selain itu juga dapat diketahui arah masalah gizi salah (*malnutrition*) termasuk *underweight* dan *overweight* atau keduanya. Masalah gizi yang sering terjadi pada berbagai kelompok umur dan penyakit tidak menular adalah sebagai berikut :

Tabel 8.1 : Katagori Masalah Gizi Berdasarkan kelompok Umur dan Penyakit Tidak Menular (PTM)

No	Kelompok	PTM
1	Remaja dan Pra hamil	➤ <i>Stunting</i> ➤ Kurang Energi Kronis (KEK) ➤ Anemia ➤ <i>Overweight dan Obese</i>
2	Ibu hami, Nifas dan Menyusui	➤ <i>Stunting</i> ➤ Kurang Energi Kronis (KEK) ➤ Anemia ➤ <i>Overweight dan Obese</i> ➤ Kurang Vitamin A ➤ Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY)

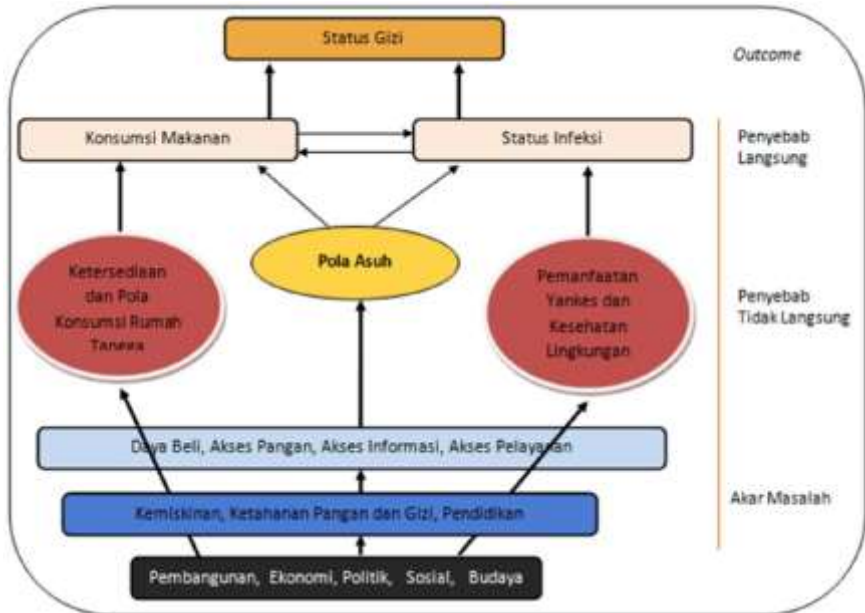
No	Kelompok	PTM
3	Bayi dan Anak Balita	➤ Bayi Berat lahir Rendah (BBLR) ➤ <i>Stunting</i> ➤ Anemia ➤ <i>Overweight dan Obese</i> ➤ <i>Underweight</i> ➤ Kurang Vitamin A ➤ Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY)
4	Anak Usia Sekolah	➤ <i>Wasting</i> ➤ <i>Stunting</i> ➤ Anemia ➤ Kurang Vitamin A ➤ Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) ➤ <i>Underweight</i> ➤ <i>Overweight dan Obese</i>
5	Dewasa dan Usia Lanjut	➤ <i>Overweight dan Obese</i> ➤ Anemia ➤ PTM terkait Gizi

Sumber : (Laswati, 2017)

Secara luas pengkajian penyakit bertujuan untuk memberi informasi tentang status gizi dan untuk mengetahui bahaya dari kekurangan gizi. Berbagai penelitian terkini semakin menguatkan bukti bahwa terdapat pengaruh kekurangan gizi pada masa dini dalam kehidupan, yaitu sejak janin sampai dua tahun pertama kehidupan yang disebut sebagai 1000 hari pertama kehidupan (masa emas).

Pengaruh gangguan gizi pada masa ini perlu mendapatkan perhatian serius karena pengaruhnya tidak hanya terhadap perkembangan fisik, tetapi juga yang lebih penting adalah pengaruh terhadap perkembangan kognitif yang nantinya berdampak pada kecerdasan dan ketangkasan berpikir serta terhadap produktivitas kerja. Kekurangan zat gizi pada masa ini juga seringkali dikaitkan dengan risiko terjadinya penyakit kronis pada usia dewasa, yaitu obesitas, hipertensi, penyakit jantung, stroke dan diabetes atau Penyakit Tidak Menular (PTM) lainnya.

Faktor-faktor penyebab terjadinya masalah gizi atau malnutrisi terlihat pada Gambar 10. 1 berikut :



Gambar 8.1 : Kerangka Konsep Terjadinya Masalah Gizi
(Sumber : Modifikasi Unicef, 1998)

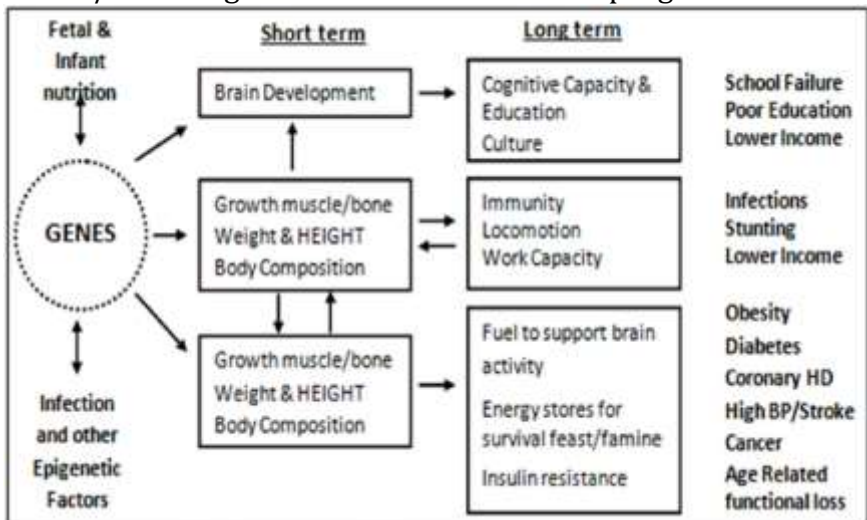
8.3 Dampak Masalah Gizi

Status gizi memiliki pengaruh yang sangat besar dalam mewujudkan sumber daya manusia yang berkualitas di masa yang akan datang. Status gizi berhubungan dengan kecerdasan anak. Pembentukan kecerdasan pada masa usia dini tergantung pada asupan zat gizi yang diterima. Semakin rendah asupan zat gizi yang diterima, semakin rendah pula status gizi dan kesehatan anak. Gizi kurang atau buruk pada masa bayi dan balita dapat mengakibatkan terganggunya pertumbuhan jasmani dan kecerdasan anak. (Manafe, 2019)

Kemajuan teknologi pangan yang diiringi dengan kemajuan yang pesat dalam bidang teknologi informasi dan komunikasi (*gadget*), telah menggiring masyarakat untuk mengonsumsi berbagai makanan instan secara tidak proporsional bahkan berlebih dikarenakan praktis dalam penyajiannya. Masalah dengan konsumsi makanan jadi atau setengah jadi yang diawetkan antara lain jumlah energi total, zat-zat gizi tertentu yang berlebihan/tidak proporsional, kandungan zat aditif yang tidak hanya satu jenis, sehingga dalam waktu lama akan

berpengaruh negatif terhadap kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung.

Akhir-akhir ini diketahui bahwa perkembangan ilmu dalam bidang pangan dan gizi sangatlah pesat, baik yang berdampak positif maupun negatif terhadap status gizi dan kesehatan masyarakat. Kemajuan ilmu telah membantu para pakar dan ahli gizi untuk lebih mengerti mengenai peran zat-zat gizi terhadap kesehatan manusia, serta mekanisme terjadinya suatu fenomena atau perubahan dalam tubuh seseorang. Berbagai temuan telah semakin mengokohkan peran gizi sebagai pencegah berbagai penyakit antara lain peran asam lemak omega 3 dan 6, serta antioksidan dan berbagai senyawa fitokimia/bahan organik sekunder dari tanaman pangan.



Gambar 8.2 : Dampak Gangguan Gizi Jangka Pendek dan Jangka Panjang.

Untuk menghadapi masalah gizi tersebut, diperlukan adanya upaya untuk mengubah pola konsumsi makanan di Indonesia agar konsumsi zat gizi sesuai dengan kebutuhan. Pada era tahun lima puluhan tepatnya 1952 slogan 4 sehat 5 sempurna diperkenalkan oleh Bapak Gizi Indonesia Prof. Poerwo Sudarmo, yakni makan dengan menu makanan yang terdiri dari makanan pokok, lauk pauk, sayur mayur dan buah serta minum susu untuk menyempurnakan menu tersebut. Dalam perkembangannya hasil kesepakatan Konferensi

Pangan Sedunia di Roma tahun 1992 menetapkan rekomendasi kepada semua negara terutama negara-negara sedang berkembang untuk mengganti slogan yang berbasis “*Basic Four*” menjadi “*Nutrition Guide for Balanced Diet*”. (Laswati, 2017)

Penekanan ini didasarkan atas kenyataan bahwa negara-negara berkembang telah menghadapi beban ganda masalah gizi (gizi kurang maupun gizi lebih). Di satu pihak masalah kekurangan gizi belum mampu teratasi dengan baik, di lain pihak terjadi peningkatan prevalensi kelebihan gizi yang diikuti meningkatnya prevalensi PTM.

8.4 Faktor Risiko Masalah Gizi

Stunting merefleksikan gangguan pertumbuhan sebagai dampak dari rendahnya status gizi dan kesehatan pada periode pre dan post-natal. UNICEF *framework* (sebagaimana yang terdapat pada Gambar 10.1) di atas menjelaskan tentang faktor penyebab terjadinya malnutrisi. Dua penyebab langsung stunting adalah faktor penyakit dan asupan zat gizi. Kedua faktor ini berhubungan dengan faktor pola asuh, akses terhadap makanan, akses terhadap layanan kesehatan dan sanitasi lingkungan. Namun, penyebab dasar dari semua ini adalah terdapat pada level individu dan rumah tangga tersebut, seperti tingkat pendidikan, pendapatan rumah tangga.

Selanjutnya WHO (2013) membagi penyebab terjadinya stunting pada anak menjadi 4 kategori besar yaitu faktor keluarga dan rumah tangga, makanan tambahan/komplemen yang tidak adekuat, menyusui, dan infeksi. Faktor keluarga dan rumah tangga dibagi lagi menjadi faktor maternal dan faktor lingkungan rumah. Faktor maternal berupa pemenuhan zat gizi yang kurang pada saat preconsepsi, kehamilan, dan laktasi, tinggi badan ibu yang rendah, infeksi, kehamilan pada usia remaja, kesehatan mental, *Intra Uterine Growth Restriction (IUGR)* dan kelahiran preterm, jarak kehamilan yang pendek, dan hipertensi. Faktor lingkungan rumah berupa stimulasi dan aktivitas anak yang tidak adekuat, perawatan yang kurang, sanitasi dan pasokan air yang tidak adekuat, akses dan ketersediaan pangan yang kurang, alokasi makanan dalam rumah tangga yang tidak sesuai, edukasi pengasuh yang rendah. (Rahayu, 2018)

8.4.1 Faktor Keluarga dan Rumah tangga

Faktor maternal, dapat disebabkan karena gizi yang buruk selama preconsepsi, kehamilan, dan laktasi. Selain itu juga dipengaruhi perawakan ibu yang pendek, infeksi, kehamilan muda, kesehatan jiwa, IUGR dan persalinan prematur, jarak persalinan yang dekat, dan hipertensi.

Lingkungan rumah, dapat disebabkan adanya stimulasi dan aktivitas yang tidak adekuat, penerapan asuhan yang buruk, ketidakamanan pangan, alokasi pangan yang tidak tepat, rendahnya edukasi pengasuh.

8.4.2 Complementary Feeding yang Tidak Adekuat

Setelah umur 6 bulan, setiap bayi membutuhkan makanan lunak yang bergizi yang sering disebut sebagai Makanan Pendamping ASI (MP-ASI). Pengenalan dan pemberian MP-ASI harus dilakukan secara bertahap baik bentuk maupun jumlahnya, sesuai dengan kemampuan pencernaan bayi/anak. Dalam keadaan darurat, bayi dan balita seharusnya mendapat MP-ASI untuk mencegah kekurangan gizi. Untuk memperolehnya perlu ditambahkan vitamin dan mineral (variasi bahan makanan) karena tidak ada makanan yang cukup untuk kebutuhan bayi.

Kualitas makanan yang buruk meliputi kualitas *micronutrient* yang buruk, kurangnya keragaman dan asupan pangan yang bersumber dari pangan hewani, kandungan tidak bergizi, dan rendahnya kandungan energi pada *complementary foods*. Praktik pemberian makanan yang tidak memadai, meliputi pemberian makan yang jarang, pemberian makan yang tidak adekuat selama dan setelah sakit, konsistensi pangan yang terlalu ringan, kuantitas pangan yang tidak mencukupi, pemberian makan yang tidak berespon. Makanan tambahan yang diberikan berupa makan lumat yang bisa dibuat sendiri berupa bubur tepung atau bubur beras ditambah lauk pauk, sayur, dan buah, sehingga perlu pengetahuan gizi yang baik (Dekkar, 2010).

Konsumsi makanan terutama balita umur 1-2 tahun harus selalu memenuhi kebutuhan. Konsumsi makanan yang kurang akan menyebabkan ketidakseimbangan proses metabolisme di dalam tubuh, dan apabila hal tersebut terjadi terus menerus maka akan menyebabkan terjadinya gangguan pertumbuhan dan perkembangan.

Bukti menunjukkan terdapatnya kaitan antara keragaman diet yang lebih bervariasi dengan perbaikan pertumbuhan linear. Analisis terbaru menunjukkan bahwa rumah tangga yang menerapkan diet yang beragam, termasuk diet yang diperkaya zat gizi pelengkap, akan meningkatkan asupan gizi dan mengurangi risiko stunting. Menurut (Persagi, 2009) pemberian tambahan makanan yang dikonsumsi sehari-hari bertujuan memulihkan keadaan gizi dan kesehatannya.

PMT dapat berupa makanan lokal atau makanan pabrikan yang tidak memberatkan fungsi pencernaan serta memiliki zat-zat gizi yang disesuaikan dengan kebutuhan anak untuk pertumbuhan dan kesehatan yang optimal. Program Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) diberikan kepada anak gizi buruk dan gizi kurang yang jumlah harinya tertentu dengan tujuan untuk meningkatkan status gizi anak. Ibu yang memiliki anak di bawah lima tahun yang menderita gizi kurang / gizi buruk diberikan satu paket PMT Pemulihan (Persagi, 2009)

Menurut Gibson et al (1998), *complementary foods* atau makanan tambahan yang diberikan pada anak khususnya di negara yang sedang berkembang sebaiknya difortifikasi dengan *micro nutrient* terutama zat besi, kalsium dan zinc. Sedangkan spesifikasi jenis makanan yang diberikan antara lain dengan persyaratan komposisi gizi mencukupi minimal 1/3 dari kebutuhan 1 hari, yaitu; energi 350-400 kalori dan protein 10-15 gram. Pemberian Makanan Tambahan Pemulihan (PMT-P) diberikan setiap hari kepada anak selama 3 bulan (90 hari). Sedangkan bentuk makanan PMT-P makanan yang diberikan berupa:

- a. Kudapan (makanan kecil) yang dibuat dari bahan makanan setempat/lokal.
- b. Bahan makanan mentah berupa tepung beras, atau tepung lainnya, tepung susu, gula minyak, kacang-kacangan, sayuran, telur dan lauk pauk lainnya.

Cara pemberian/pendistribusian PMT-P pada sasaran dilakukan di Posyandu atau tempat yang sudah disepakati. Kader dibantu oleh PKK desa akan memasak sesuai menu yang telah ditentukan dan setiap hari selama 3 bulan ibu balita akan membawa balita untuk mengambil PMT-P yang sudah disediakan. (Rahayu, 2018)

8.4.3 Masalah dalam pemberian ASI

Rendahnya kesadaran ibu terhadap arti pentingnya pemberian ASI pada balitanya dipengaruhi oleh pengetahuan ibu tentang kesehatan dan sosio-kultural serta terbatasnya petugas kesehatan dalam memberikan penyuluhan. Selain itu tradisi di daerah tertentu juga berpengaruh terhadap pemberian makanan pendamping ASI yang terlalu dini yang berakibat pada tidak lancarnya ASI setelah melahirkan.

Masalah-masalah terkait praktik pemberian ASI meliputi *delayed initiation*, tidak menerapkan ASI eksklusif, dan penghentian dini konsumsi ASI. Sebuah penelitian membuktikan bahwa menunda inisiasi menyusui (*delayed initiation*) akan meningkatkan kematian bayi. ASI eksklusif didefinisikan sebagai pemberian ASI tanpa suplementasi makanan maupun minuman lain, baik berupa air putih, jus, ataupun susu selain ASI.

IDAI merekomendasikan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan pertama untuk mencapai tumbuh kembang optimal. Setelah enam bulan, bayi mendapat makanan pendamping yang adekuat sedangkan ASI dilanjutkan hingga usia 24 bulan. Menyusui yang berkelanjutan selama dua tahun akan memberikan kontribusi yang signifikan terhadap asupan gizi penting pada bayi, walaupun terdapat pengecualian bahwa bayi diperbolehkan untuk mengkonsumsi obat-obatan, vitamin, dan mineral tetes atas saran dari dokter.

Selama 6 bulan pertama pemberian ASI secara eksklusif, yang berarti bahwa bayi tidak diberikan makanan dan minuman lain (susu formula, jeruk, madu, air, teh, dan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu, bubur nasi, biskuit, nasi tim). Sedangkan ASI predominan adalah memberikan ASI kepada bayi, tetapi pernah memberikan sedikit air atau minuman berbasis air, misalnya teh, sebagai makanan/minuman *pre-lakteal* sebelum ASI keluar. Bayi yang sudah berumur 6 bulan, kebutuhan gizinya akan meningkat, sehingga bayi memerlukan makanan tambahan yang tidak sepenuhnya dapat dipenuhi oleh ASI saja. (Rahayu, 2018)

Pemberian ASI memiliki berbagai manfaat terhadap kesehatan, terutama dalam hal perkembangan anak. Komposisi ASI banyak mengandung asam lemak tak jenuh dengan rantai karbon panjang atau *Long-Chain Polyunsaturated Fatty Acid* (LCPUFA) yang tidak hanya

sebagai sumber energi tapi juga penting untuk perkembangan otak karena molekul yang dominan ditemukan dalam selubung myelin. ASI juga memiliki manfaat lain, yaitu meningkatkan imunitas anak terhadap berbagai macam penyakit.

Berdasarkan penelitian yang telah banyak dilakukan ,menunjukkan bahwa pemberian ASI dapat menurunkan frekuensi diare, konstipasi kronis, penyakit gastrointestinal, infeksi *tractus respiratorius*, serta infeksi telinga. Secara tidak langsung, ASI juga memberikan efek terhadap perkembangan psikomotor anak, karena anak yang sakit akan sulit untuk mengeksplorasi dan belajar dari sekitarnya. Manfaat lain pemberian ASI adalah pembentukan ikatan yang lebih kuat dalam interaksi ibu dan anak, sehingga berefek positif bagi perkembangan dan perilaku anak (Rahayu, 2018).

8.4.4 Infeksi

Penyebab langsung malnutrisi adalah diet yang tidak adekuat dan penyakit. Manifestasi malnutrisi ini disebabkan oleh perbedaan antara jumlah zat gizi yang diserap dari makanan dan jumlah zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh. Hal ini terjadi sebagai konsekuensi dari terlalu sedikitnya mengkonsumsi makanan atau mengalami infeksi, yang meningkatkan kebutuhan tubuh akan zat gizi, mengurangi nafsu makan, atau mempengaruhi penyerapan zat gizi di usus.

Kenyataannya, malnutrisi dan infeksi sering terjadi pada saat bersamaan. Malnutrisi dapat meningkatkan risiko infeksi, sedangkan infeksi dapat menyebabkan malnutrisi yang mengarahkan ke lingkaran setan. Anak yang kurang gizi maka akan memiliki daya tahan yang rendah, mudah jatuh sakit serta akan menjadi semakin kurang gizi, sehingga mengurangi kapasitasnya untuk melawan penyakit dan sebagainya. Inilah yang biasa disebut juga sebagai *infection malnutrition*. (Rahayu, 2018)

Status kesehatan balita meliputi kejadian diare dan Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) pada balita. Diare adalah buang air besar dengan frekuensi yang meningkat dan dengan konsistensi tinja yang lebih lunak serta cair. Hal ini akan berlangsung dalam kurun waktu minimal 2 hari dan frekuensinya 3 kali dalam sehari. Bakteri penyebab utama diare pada bayi dan anak-anak adalah *Entero Pathogenic Escherichia Coli (EPEC)*.

Menurut Levine dan Edelman, bakteri EPEC juga diyakini menjadi penyebab kematian ratusan ribu anak di negara berkembang setiap tahunnya. Hal ini juga diungkapkan oleh Budiarti, bahwa di Indonesia 53% dari bayi dan anak penderita diare terinfeksi EPEC. Oleh karena itu, penyakit diare merupakan salah satu masalah kesehatan utama di banyak negara berkembang, termasuk Indonesia.

Sanitasi di daerah kumuh biasanya kurang baik dan keadaan tersebut dapat menyebabkan meningkatnya penularan penyakit infeksi. Di negara berkembang penyakit infeksi pada anak merupakan masalah yang kesehatan yang penting dan diketahui dapat mempengaruhi pertumbuhan anak. Beberapa contoh infeksi yang sering dialami yaitu infeksi enterik seperti diare, enteropati, dan cacing, dapat juga disebabkan oleh infeksi pernafasan (ISPA), malaria, berkurangnya nafsu makan akibat serangan infeksi, dan inflamasi. (Masitah, 2005)

8.4.5 Kelainan Endokrin

Terdapat beberapa penyebab perawakan pendek di antaranya dapat berupa variasi normal, penyakit endokrin, displasia skeletal, sindrom tertentu, penyakit kronis dan malnutrisi. Pada dasarnya perawakan pendek dibagi menjadi dua yaitu variasi normal dan keadaan patologis. Kelainan endokrin dalam faktor penyebab terjadinya stunting berhubungan dengan defisiensi GH, IGF-1, hipotiroidisme, kelebihan glukokortikoid, Diabetes Melitus, diabetes insipidus, Rickets hipopostamemia.

Pada referensi lain dikatakan bahwa tinggi badan merupakan hasil proses dari faktor genetik (biologik), kebiasaan makan (psikologik) dan terpenuhinya makanan yang bergizi pada anak (sosial). Stunting dapat disebabkan karena kelainan endokrin dan non endokrin. Penyebab terbanyak adalah kelainan non endokrin yaitu penyakit infeksi kronis, gangguan nutrisi, kelainan gastrointestinal, penyakit jantung bawaan dan faktor sosial ekonomi. Faktor kedua penyebab stunting adalah makanan komplementer yang tidak adekuat yang dibagi lagi menjadi tiga, yaitu kualitas makanan yang rendah, cara pemberian yang tidak adekuat, dan keamanan makanan dan minuman.

Kualitas makanan yang rendah dapat berupa kualitas mikronutrien yang rendah, keragaman jenis makanan yang dikonsumsi dan sumber makanan hewani yang rendah, makanan yang tidak mengandung zat gizi, dan makanan komplementer yang mengandung energi rendah. Cara pemberian yang tidak adekuat berupa frekuensi pemberian makanan yang rendah, pemberian makanan yang tidak adekuat ketika sakit dan setelah sakit, konsistensi makanan yang terlalu halus, pemberian makan yang rendah dalam kuantitas.

Keamanan makanan dan minuman dapat berupa makanan dan minuman yang terkontaminasi, kebersihan yang rendah, penyimpanan dan persiapan makanan yang tidak aman. Faktor ketiga yang dapat menyebabkan stunting adalah pemberian Air Susu Ibu (ASI) yang salah bisa karena inisiasi yang terlambat, tidak memberikan ASI secara eksklusif dan penghentian menyusui yang terlalu cepat. Faktor keempat adalah infeksi klinis dan subklinis seperti infeksi pada usus: diare, *environmental enteropathy*, infeksi cacing, infeksi pernafasan, malaria, nafsu makan yang kurang akibat infeksi dan inflamasi. (Rahayu, 2018)

8.5 Penutup

Komitmen nasional untuk mengatasi masalah gizi di Indonesia sudah cukup baik, karena sudah menjadi bagian dari misi nasional 'Mewujudkan bangsa yang berdaya saing' tertulis pada dokumen Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional/RPJPN 2005-2025 (UU 17/2007 tentang RPJPN 2005-2025). Jelas sekali untuk mewujudkan misi tersebut, perlu dilakukan upaya-upaya yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusianya.

Apa yang terjadi di Indonesia? Kejadian anak pendek merupakan gambaran yang jelas dari tidak berlangsungnya efektivitas pembangunan manusia yang terjadi di tingkat masyarakat sebagai target dari program. Seharusnya sudah banyak bentuk intervensi yang sebenarnya layak dan berhasil guna dapat meningkatkan status gizi ibu dan anak, akan tetapi pada kenyataannya belum berhasil merubah situasi kronis yang terjadi di Indonesia. (Atmarita, 2012)

DAFTAR PUSTAKA

- Alamsyah. 2017. 'Beberapa Faktor Risiko Gizi Kurang dan Gizi Buruk pada Balita 12-59 Bulan (Studi Kasus di Kota Pontianak).' Semarang: Jurnal Epidemiologi Kesehatan Komunitas No 2 Vol 1, pp. 54-62.
- Atmarita. 2012. 'Masalah Anak Pendek di Indonesia dan Implikasinya Terhadap Kemajuan Negara.' Jakarta: Jurnal Gizi Indonesia No 35 Vol 2, pp. 81-96.
- Dekkar. 2010. 'Stunting Associated with Poor Socio Economic and Maternal Nutrition Status and Respiratory Morbidity in Colombian school Children.' Columbia: Food and Nutrition Bulletin., p. 31.
- Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. 2019. 'Pencegahan dan Tatalaksana Gizi Buruk Pada Balita.' Jakarta: Kemenkes RI, p. 1.
- Irianti. 2018. 'Faktor-faktor yang Menyebabkan Status Gizi Kurang pada Balita di Wilayah kerja Puskesmas Sail Pekanbaru Tahun 2016.' Pekanbaru: Midwifery Journal, pp. 95-96.
- Istiono. 2009. 'Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Balita.' Yogyakarta: Berita Kedokteran Masyarakat Vol. 25, No. 3, pp. 150-155.
- Laswati. 2017. 'MASALAH GIZI DAN PERAN GIZI SEIMBANG.' Yogyakarta: AGROTECH, Vol 2, No. 1, p. 70.
- Manafe. 2019. 'Faktor Risiko Kejadian Gizi Buruk pada Anak Balita di Kota Kupang.' Kupang: Timorese Journal of Public Health Vol. 1 No. 4, p. 177.
- Masitah. 2005. 'Hubungan Pola Asuh Makan dan Kesehatan dengan Status Gizi Anak Balita di Desa Mulya Harja.' Jakarta: Jurnal Media Gizi dan Keluarga No 29 Vol 2, pp. 29-39.
- Persagi. 2009. 'Kamus Gizi Pelengkap Kesehatan Keluarga.' Jakarta: Kompas.
- Rahayu. 2018. 'Study Guide – Sunting dan Upaya Pencegahannya bagi mahasiswa Kesehatan Masyarakat.' Bantul: Mine, p. 29.
- Sholikah. 2017. 'Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Balita di Pedesaan dan Perkotaan.' Semarang: Public Health Perspective Journal No 2 vol 1, pp. 9-18.

BAB 9

ANALISIS DAN INTERPRETASI HASIL ANALISIS SITUASI GIZI

Oleh Aminah Toaha

9.1 Pendahuluan

Surveilans gizi merupakan salah satu bagian dari surveilans epidemiologi masalah kesehatan. Menurut (Departemen Kesehatan RI, 2008) surveilans gizi adalah proses pengamatan berbagai masalah yang berkaitan dengan upaya perbaikan gizi masyarakat secara terus-menerus baik pada situasi normal maupun darurat dan informasi yang dihasilkan dapat digunakan untuk pengambilan keputusan dalam rangka mencegah memburuknya status gizi masyarakat, menentukan intervensi yang diperlukan, manajemen program, dan evaluasi dari program yang sedang dan telah dilaksanakan.

Persyaratan pertama untuk kegiatan pemantauan adalah pengumpulan informasi secara teratur. Oleh karena itu, penilaian yang tidak didasarkan pada atau terkait dengan data yang dikumpulkan secara teratur tidak dianggap sebagai pemantauan. Persyaratan kedua adalah bahwa data yang dikumpulkan secara teratur dan analisis post-mortem harus digunakan untuk menginformasikan pengambilan keputusan dalam pengelolaan program perbaikan gizi masyarakat. Oleh karena itu, data yang dikumpulkan harus merupakan data yang bersifat tetap dan siap untuk digunakan sesuai tujuan tersebut. Disamping itu harus terdapat hubungan yang erat antara instansi-instansi yang bertanggung jawab dalam hal surveilans dan perencanaan atau penentu kebijakan (Adi dan Mukono, 2000)

Pada penilaian pendahuluan data yang telah dikumpulkan dapat dipergunakan untuk menggambarkan kelompok berisiko. Pada waktu yang bersamaan sumber data lain yang ada harus pula diidentifikasi sambil menentukan syarat-syarat sebuah sumber data. Setelah data dikumpulkan selanjutnya diolah, dianalisis, dan diinterpretasikan. Pengolahan data dimaksudkan untuk menyiapkan data agar dapat

dianalisis dengan mudah dan terbebas dari kesalahan (Adi dan Mukono, 2000)

Kegiatan analisis data dalam surveilans kesehatan dilakukan dengan menggunakan metode epidemiologi deskriptif dan/atau analitik untuk menghasilkan informasi yang sesuai dengan tujuan surveilans yang ditetapkan. Analisis dengan metode deskriptif dilakukan untuk mendapatkan gambaran tentang distribusi penyakit atau masalah kesehatan serta faktor-faktor yang dapat mempengaruhinya menurut waktu, tempat dan orang.

Sedangkan analisis data dengan metode epidemiologi analitik dilakukan untuk mengetahui hubungan antarvariabel yang dapat mempengaruhi peningkatan kejadian kesakitan atau masalah kesehatan. Untuk mempermudah melakukan analisis menggunakan metode epidemiologi analitik, dapat menggunakan alat bantu statistik. Hasil analisis memberikan petunjuk untuk menentukan besarnya masalah, kecenderungan situasi, sebab dan akibat peristiwa, dan menarik kesimpulan. Kesimpulan dari hasil analisis harus didukung oleh teori dan penelitian ilmiah yang ada (Kemenkes RI, n.d.)

Salah satu langkah yang penting dalam kegiatan surveilans gizi adalah analisis data dan interpretasi hasil analisis situasi gizi. Analisis data tidak terlepas dari kegiatan pengolahan data. Pengolahan data dapat dilakukan baik secara manual maupun menggunakan perangkat lunak komputer. Hasil pengolahan berupa pencapaian masing-masing indikator pembinaan gizi masyarakat. Pada bab ini penulis akan membahas mendetail mengenai Analisis dan Interpretasi Hasil Surveilans Gizi mulai dari pengertian, tujuan dan sebagainya.

9.2 Analisis Situasi Gizi

Analisis data merupakan suatu proses untuk menghasilkan rumusan masalah dan faktor-faktor yang berhubungan dengan data yang telah terkumpul. Untuk dapat mengidentifikasi masalah program atau masalah kesehatan masyarakat, hasil analisis pada umumnya dibandingkan dengan target atau ukuran keberhasilan program yang telah ditetapkan sebelumnya. Hal ini tergantung dari tujuan analisis dan data yang tersedia (A.A. Muninjaya, 2004)

Cara yang mudah untuk menyajikan hasil analisis situasi gizi adalah dengan membuat matriks situasi yang disusun menurut

wilayah. Contoh, jika analisis situasi dilakukan pada tingkat kabupaten maka matriks situasi disusun menurut kecamatan dan jika dilakukan pada tingkat provinsi maka matriks situasi disusun menurut kabupaten/kota. Penyusunan matriks situasi bertujuan agar dapat dipelajari berbagai masalah yang meliputi masalah gizi dan masalah yang terkait dengan faktor-faktor penyebabnya.

Selain itu analisis data dilakukan untuk melihat variabel-variabel yang dapat menggambarkan suatu permasalahan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya serta bagaimana data yang ada dapat menjelaskan tujuan dari suatu sistem surveilans gizi. Sejauh mana kemampuan dalam menganalisis data tergantung pada organisasi pelaksana yang bersangkutan serta keterampilan petugas yang menangani hal tersebut (Adi dan Mukono, 2000)

Menurut (A.A. Muninjaya, 2004) analisa data program pelayanan kesehatan di lapangan dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu analisis dampak dan analisis cakupan.

1. Analisis dampak

Analisis dampak biasanya diolah di tingkat nasional atau provinsi dengan memanfaatkan data umum, antara lain berupa angka kematian umum atau *Crude Death Rate* (CDR), Angka Kematian Bayi (AKB), angka kelahiran kasar atau *Crude Birth Rate* (CBR), dan angka kesakitan beberapa kejadian sakit yang dihitung dengan angka insidens dan prevalens.

2. Analisis cakupan

Analisis cakupan biasanya dilakukan pada lingkup pelaksana program (Puskesmas) sesuai dengan program pelayanan yang dilaksanakan di tempat tersebut, misalnya cakupan imunisasi, KB, KIA, dan sebagainya. Analisis cakupan dilakukan dengan membandingkan antara cakupan suatu program kesehatan dengan standar keberhasilan program yang ditetapkan dalam bentuk target. Dari hasil perbandingan ini akan dapat ditentukan besarnya kesenjangan antara target yang diharapkan dengan hasil kegiatan program.

Untuk mengetahui distribusi masalah, informasi cakupan program dapat dianalisis lebih lanjut menurut orang, tempat, dan waktu. Dengan cara ini dapat diketahui dimana, kapan, dan kelompok

penduduk mana yang menderita masalah kesehatan ini dan memerlukan perhatian pengelola program yang lebih besar. Selanjutnya, untuk menyusun rencana operasional program penanggulangan terhadap masalah ini, masalah tersebut dapat dianalisis lagi menurut faktor-faktor yang diperkirakan menjadi resiko dengan distribusi masalah tersebut (A.A. Muninjaya, 2004)

Selain beberapa cara analisis diatas hasil dari kegiatan surveilans gizi dapat juga dianalisis dengan mengaitkannya kepada surveilans kesehatan lainnya untuk dapat dilakukan analisis situasi dan identifikasi faktor-faktor yang berkaitan dengan masalah gizi, misalnya penggabungan grafik gizi dengan grafik diare, penggabungan grafik kemiskinan dan gizi kurang, atau penggabungan grafik kemiskinan, gizi kurang, dan kejadian diare (Depkes RI, 2006)

9.3 Jenis Analisis Situasi

1. Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif adalah statistik yang digunakan untuk menganalisis data dengan mendiskripsikan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi (Priyatno, 2016) Analisis deskriptif bertujuan untuk mengubah sekumpulan data yang masih berupa data mentah menjadi bentuk yang lebih mudah dipahami, yaitu berbentuk informasi yang lebih ringkas. Misalnya menggunakan diagram batang, diagram lingkaran, histogram, ogive, dan sebagainya.

Dalam surveilans gizi analisis deskriptif dilakukan untuk membandingkan antar wilayah dilakukan dengan membandingkan hasil cakupan antar wilayah dengan target yang harus dicapai. Wilayah yang cakupannya masih rendah harus mendapat prioritas untuk dibina. Analisis deskriptif dalam surveilans gizi dimanfaatkan untuk memberi gambaran umum tentang data cakupan kegiatan pembinaan gizi masyarakat. Dengan analisis deskriptif kita dapat menentukan daerah prioritas untuk melakukan pembinaan wilayah dan menentukan kecenderungan antar waktu. kebijakan (Adi dan Mukono, 2000)

2. Analisis Analitik

Analisis analitik dimaksudkan untuk memberi gambaran hubungan antar dua atau lebih indikator yang saling terkait, baik antar indikator gizi maupun antar indikator gizi dengan indikator program terkait lainnya. Tujuan analisis analitik bertujuan antara lain untuk menentukan upaya yang harus dilakukan jika terdapat kesenjangan cakupan antar dua indikator. kebijakan (Adi dan Mukono, 2000)

9.4 Tujuan Analisis Situasi Gizi

Tujuan Analisis Situasi adalah untuk membantu pemerintah dalam menentukan kegiatan yang diprioritaskan alokasinya dan menentukan upaya perbaikan manajemen layanan untuk meningkatkan akses rumah tangga 1.000 HPK terhadap intervensi gizi spesifik maupun sensitif. Analisis situasi diharapkan dapat memberikan informasi untuk pengambilan keputusan strategis dalam hal:

1. Mengutamakan pembagian sumber daya yang dikelola pemerintah bagi peningkatan cakupan layanan intervensi gizi terintegrasi.
 2. Mengutamakan upaya perbaikan manajemen layanan dan peningkatan akses rumah tangga 1.000 HPK terhadap intervensi gizi terintegrasi.
 3. Meningkatkan efektivitas sistem manajemen data dalam membuat usulan keputusan alokasi program dan lokasi fokus.
 4. Menentukan kegiatan pemberdayaan pemerintah dalam meningkatkan integrasi layanan di tingkat desa.
- (Dr.Mochammad Agus Krisno Budiyanto, 2011)

9.5 Output Analisis Situasi Gizi

1. Rekomendasi kebutuhan program/kegiatan yang masih perlu ditingkatkan kualitas pelaksanaannya.
2. Rekomendasi tindakan perbaikan layanan yang perlu diprioritaskan untuk memastikan akses rumah tangga 1.000 HPK.
3. Rekomendasi kebutuhan penguatan koordinasi, baik koordinasi antar OPD dalam sinkronisasi program/kegiatan

maupun koordinasi antara kabupaten/kota dan desa dengan dukungan kecamatan. (Antonius Sri Hartono, 2017)

9.6 Tahapan Analisis Situasi Gizi

Menurut Direktorat Jenderal Bina Pembangunan Daerah Kementrian Dalam Negeri tahun 2018, tahapan analisis situasi gizi sebagai berikut:

1. Merancang Tujuan Pelaksanaan Analisis Situasi

Bappeda membuat rancangan tujuan Analisis Situasi sesuai kebutuhan pada tahun pelaksanaan. Pada tahun pertama, tujuan Analisis Situasi lebih ditekankan untuk memberikan data dasar (baseline) permasalahan integrasi intervensi program pencegahan dan penurunan stunting kabupaten/kota. Pada tahun kedua dan selanjutnya, Analisis Situasi bertujuan untuk mengetahui ada/tidaknya perbaikan situasi pelaksanaan program pencegahan dan penurunan stunting sebagai dasar perumusan rekomendasi perencanaan tindakan perbaikan. Tujuan Pelaksanaan Analisis Situasi sekurang-kurangnya meliputi:

- a. Mengidentifikasi pola sebaran prevalensi stunting dalam wilayah kabupaten/kota
- b. Memahami situasi ketersediaan program/kegiatan dan cakupan intervensi gizi spesifik dan sensitif
- c. Memahami praktik manajemen layanan intervensi gizi spesifik dan sensitif
- d. Mengidentifikasi permasalahan pelaksanaan integrasi intervensi gizi pada sasaran prioritas rumah tangga 1000 HPK
- e. Merumuskan rekomendasi untuk:
 - 1) Memprioritaskan alokasi sumber daya untuk peningkatan cakupan dan kualitas layanan intervensi gizi.
 - 2) Memperbaiki manajemen layanan untuk peningkatan akses rumah tangga 1.000 HPK terhadap intervensi gizi spesifik dan sensitif.

- 3) Meningkatkan efektivitas sistem manajemen data untuk menunjang keputusan alokasi program dan lokasi fokus.
 - 4) Menentukan kegiatan untuk pemberdayaan kecamatan dan desa dalam meningkatkan integrasi layanan di tingkat desa.
2. **Reviu Hasil Analisis Sebelumnya yang Relevan**
- Bappeda sebagai penanggung jawab pelaksanaan Analisis Situasi diharapkan dapat mengidentifikasi hasil-hasil kajian/studi dan laporan-laporan yang dinilai relevan sebagai masukan dalam pelaksanaan Analisis Situasi. Hasil kajian atau laporan tersebut dapat berasal dari OPD atau institusi lain seperti perguruan tinggi, organisasi masyarakat sipil, maupun lembaga donor/ mitra pembangunan internasional. Hasil kajian/studi dan laporan yang relevan dimanfaatkan untuk memberikan informasi mengenai:
- a. Prevalensi (kasus dan jumlah) sebaran stunting
 - b. Rekomendasi program yang diperlukan untuk pencegahan/penurunan stunting, sumber pembiayaan, dan lokasi fokus
 - c. Permasalahan dalam pelaksanaan layanan tentang intervensi gizi spesifik dan sensitif serta rekomendasi tindakan untuk perbaikan manajemen layanan
 - d. Strategi komunikasi perubahan perilaku bagi rumah tangga 1.000 HPK
 - e. Kebijakan/dukungan regulasi yang diperlukan
- Bila tidak ada hasil-hasil analisis yang relevan, Bappeda melanjutkan ke persiapan Analisis Situasi.
3. **Pelaksanaan Analisis Situasi**
- a. **Pertemuan Awal**
- Dalam pelaksanaan Analisis Situasi, Bappeda memfasilitasi pertemuan awal lintas OPD dan pemangku kepentingan lainnya seperti perguruan tinggi dan organisasi masyarakat sipil untuk menyepakati hal-hal sebagai berikut:

- 1) Tujuan Analisis Situasi
 - 2) Jadwal dan rencana kerja untuk penyelesaian Analisis Situasi sesuai tahapan
 - 3) Pengumpulan data dan informasi termasuk menentukan tingkat kedalaman Analisis Situasi (contoh: skala kabupaten, kecamatan, atau desa)
 - 4) Proses dan cara Analisis Situasi yang melibatkan lintas OPD, mulai dari desk study, workshop, dan pertemuan konsultasi hasil Analisis Situasi.
- b. Analisis Sebaran Prevalensi Stunting
- 1) Mengetahui pola sebaran stunting dalam wilayah kabupaten/kota.
 - 2) Mengetahui wilayah-wilayah yang perlu menjadi fokus perhatian dalam pencegahan/penurunan stunting.
 - 3) Memutuskan tingkat kedalaman Analisis Situasi yang akan dilakukan kabupaten/kota, apakah cukup dilakukan secara umum pada skala kabupaten/kota atau perlu dilakukan secara khusus pada skala wilayah tertentu (kecamatan atau desa).

Berdasarkan hasil analisis pola sebaran stunting dalam wilayah kabupaten/kota, terdapat 3 (tiga) opsi keputusan, yaitu:

- 1) Analisis Situasi secara tersendiri (khusus) pada wilayah-wilayah tertentu
 - 2) Daftar wilayah yang memerlukan perhatian khusus dalam Analisis Situasi skala kabupaten/kota, namun tidak harus mendapat Analisis Situasi tersendiri
 - 3) Analisis Situasi skala kabupaten/kota secara umum
- c. Analisis Ketersediaan Program dan Kesenjangan Cakupan Layanan

Tujuan:

- 1) Memetakan ketersediaan dan lokasi program/kegiatan untuk penyediaan intervensi gizi spesifik dan sensitif
- 2) Mengidentifikasi kesenjangan cakupan layanan dari setiap intervensi gizi spesifik dan sensitif saat ini
- 3) Memutuskan program/kegiatan mana saja yang akan direkomendasikan perbaikan alokasinya, baik melalui realokasi ataupun penambahan alokasi program

Data yang diperlukan:

- 1) Data kegiatan beserta lokasinya untuk setiap intervensi gizi spesifik dan sensitif, Data sumber daya penyelenggaraan layanan, sekurang-kurangnya data jumlah dan distribusi dari:
 - Sarana/prasarana
 - Tenaga (sdm) inti pelaksanaan layanan
 - Logistik/peralatan pelaksanaan layanan
- 2) Data cakupan intervensi untuk setiap intervensi gizi spesifik dan sensitif, yang dirinci untuk tingkat desa/kecamatan/puskesmas.

Cara Analisis Ketersediaan Program dan Kesenjangan Layanan

- 1) Pemetaan Program dan Pendanaan

Tim pelaksana memetakan kegiatan yang tersedia di kabupaten/kota untuk setiap intervensi gizi spesifik dan sensitif beserta sumber dan besaran pendanaannya. Tujuannya adalah untuk mengetahui:

- Ketersediaan (ada/tidaknya) program/kegiatan untuk setiap intervensi gizi spesifik dan sensitif
- Ketersediaan (ada/tidaknya) program/kegiatan penyediaan intervensi gizi spesifik dan sensitif berdasarkan kecamatan dan desa
- Daftar kecamatan/desa berdasarkan kelengkapan program/kegiatan untuk intervensi gizi spesifik dan sensitif

Berikut ini adalah beberapa contoh program/kegiatan beserta pendanaannya yang termasuk dalam 5 program pokok untuk intervensi gizi prioritas. Nama/nomenklatur program/kegiatan pada contoh di bawah ini bisa saja berbeda-beda di masing-masing kabupaten/kota atau provinsi.

- Program Kesehatan Ibu dan Anak: pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) untuk intervensi kesehatan ibu hamil (intervensi gizi spesifik) yang didanai Bantuan Operasional Kesehatan (BOK).
- Program Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD): PAUD untuk intervensi penyediaan akses pendidikan dasar

untuk semua (intervensi gizi sensitif), yang didanai Bantuan Operasional Pendidikan (BOP) PAUD.

- Program Air Minum dan Sanitasi: program pengembangan jaringan air bersih untuk intervensi akses air minum yang aman (intervensi gizi sensitif), yang didanai APBD.
- Program Air Minum dan Sanitasi: program sanitasi untuk intervensi akses sanitasi yang layak (intervensi gizi sensitif), yang didanai DAK Fisik.

2) Identifikasi Kesenjangan Program untuk Integrasi Layanan
Tim pelaksana menggunakan hasil langkah pemetaan program dan pendanaan untuk mengidentifikasi program/kegiatan yang tidak tersedia di sebagian besar wilayah atau tidak tersedia di wilayah-wilayah yang memerlukan perhatian khusus (termasuk wilayah hotspot). Program yang akan diprioritaskan alokasinya mempertimbangkan kesenjangan cakupan layanan dari hasil identifikasi. Tim pelaksana menggunakan data cakupan layanan dan hasil identifikasi kesenjangan program untuk mengidentifikasi:

- Program/kegiatan yang perlu diprioritaskan pengalokasian/penyediaannya karena cakupan layanan yang relatif rendah
- Sumber daya penyelenggaraan layanan yang perlu disediakan/ditingkatkan dalam rangka peningkatan cakupan layanan

Setelah mengidentifikasi program/kegiatan yang akan diprioritaskan alokasinya, tim pelaksana akan menganalisis kecukupan sumber daya program/kegiatan untuk meningkatkan cakupan layanan. Hal ini untuk mengetahui jenis sumber daya yang perlu diprioritaskan penyediaannya atau penambahannya. Misalnya menyediakan Puskesmas Pembantu (Pustu), menambah Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM), atau menambah Posyandu. Tim pelaksana menggunakan data stunting untuk mengidentifikasi lokasi prioritas penyediaan atau penambahan alokasi sumber daya agar tepat sasaran. Wilayah konsentrasi kejadian stunting atau

wilayah hotspot harus menjadi prioritas dalam penentuan lokasi program/kegiatan.

d. Rekomendasi Lokasi Fokus dan Realokasi atau Penambahan Alokasi Program

Tim pelaksana merumuskan lokasi fokus dan rekomendasi perbaikan alokasi anggaran program/ kegiatan berdasarkan hasil-hasil analisis sebelumnya. Tim pelaksana memfasilitasi pembahasan rekomendasi perbaikan ini dengan sektor-sektor yang terlibat. Pembahasan dengan sektor-sektor tersebut bertujuan untuk mengonfirmasikan hasil analisis situasi dan menyepakati rekomendasi perbaikan alokasi program. Rekomendasi sekurang-kurangnya meliputi:

- 1) Lokasi prioritas (fokus penanganan); yaitu wilayah-wilayah yang menjadi lokasi prioritas pelaksanaan program/kegiatan 19 Petunjuk Teknis - Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi
- 2) Program/kegiatan prioritas; yaitu program/kegiatan yang alokasi anggarannya perlu diprioritaskan untuk meningkatkan integrasi dan cakupan intervensi gizi prioritas
- 3) Jenis sumber daya prioritas; yaitu sumber daya yang diprioritaskan penyediaan atau penambahannya
- 4) Program/kegiatan yang ada yang perlu direalokasi
- 5) Program/kegiatan yang perlu diprioritaskan pada perencanaan dan penganggaran tahun berikutnya

Rekomendasi lokasi fokus intervensi:

Berdasarkan hasil analisis sebaran prevalensi stunting dan analisis ketersediaan program dan kesenjangan cakupan layanan, tim pelaksana menyusun daftar lokasi fokus intervensi penurunan stunting terintegrasi. Integrasi dilakukan untuk memastikan adanya pemanfaatan layanan kesehatan dan intervensi gizi spesifik dan sensitif oleh target sasaran. Kondisi ideal akan tercapai jika semua layanan kesehatan dan dan intervensi gizi spesifik dan sensitif telah dimanfaatkan secara berkelanjutan sehingga indikator warna dalam table di atas berwarna hijau.

Rekomendasi realokasi dan penambahan alokasi program:

Tim pelaksana mengidentifikasi opsi tindakan untuk memperbaiki alokasi sumber daya agar cakupan layanan intervensi di lokasi fokus dapat meningkat. Informasi yang dibutuhkan adalah sumber-sumber pembiayaan dan potensi pembiayaan dari APBN, APBD termasuk Dana Alokasi Khusus (DAK), dan APBDes termasuk Dana Desa. Beberapa alternatif kegiatan untuk memperbaiki alokasi sumber daya dalam peningkatan cakupan layanan meliputi:

1) Realokasi program:

- Bappeda menata kembali lokasi program/kegiatan yang dibiayai APBN dan APBD provinsi
- Bappeda merealokasi anggaran program/kegiatan yang bersumber dari APBD
- OPD merealokasi anggaran dan lokasi kegiatan

2) Menambah alokasi program:

- Jika merupakan program/kegiatan APBN atau APBD provinsi, maka kabupaten/kota mengusulkan kabupaten/kota-nya atau wilayah tertentu sebagai lokasi program/kegiatan
- Jika merupakan program/kegiatan APBD, maka kabupaten/kota perlu memprioritaskan alokasi tersebut pada perencanaan dan penganggaran tahun berikutnya
- Jika merupakan program/kegiatan yang dapat didanai oleh DAK, maka kabupaten/kota mengusulkan pendanannya melalui proposal DAK sesuai bidangnya
- Jika dapat disediakan APBDes, maka kabupaten/kota perlu berkoordinasi dengan Camat dan Kepala Desa agar Dana Desa dapat disesuaikan penggunaannya untuk mengurangi kesenjangan pendanaan dari APBN, APBD provinsi, dan APBD kabupaten/kota

Tim pelaksana membahas mekanisme penentuan realokasi dan penambahan anggaran dengan OPD terkait di tingkat provinsi untuk memastikan lokasi program/kegiatan mencakup desa-desa yang menjadi lokasi fokus dan kebutuhan realokasi atau penambahan alokasi program/kegiatan dapat terpenuhi. Tim

pelaksana dapat meminta Pemerintah Provinsi memfasilitasi pembahasan dengan OPD terkait.

e. Analisis Situasi Penyampaian Layanan pada Rumah Tangga 1.000 HPK

Tujuan:

- 1) Analisis Situasi Penyampaian Layanan pada Rumah Tangga 1.000 HPK
- 2) Merumuskan rekomendasi tindakan perbaikan manajemen layanan agar dapat tersedia dan mampu diakses oleh rumah tangga 1.000 HPK
- 3) Memastikan penggunaan data rumah tangga 1.000 HPK dalam proses perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi, dan supervisi penyelenggaraan layanan d. Data 1.000 HPK akan dikelola oleh KPM

Dalam pelaksanaannya, tidak seluruh layanan intervensi gizi spesifik dan sensitif perlu dianalisis. Tim pelaksana memprioritaskan analisis pada penyampaian layanan kunci pada rumah tangga 1.000 HPK dan beberapa layanan lainnya berdasarkan kriteria yang disepakati bersama OPD.

Data yang di butuhkan:

- 1) Cakupan layanan
 - 2) Gambaran umum proses penyelenggaraan layanan
 - 3) Daftar OPD yang berkontribusi dalam penyediaan layanan
- Apabila diperlukan, tim pelaksana dapat melakukan observasi lapangan untuk melakukan Analisis Situasi secara khusus pada wilayah tertentu, dengan memperhatikan beberapa aspek sebagai berikut:

- 1) Karakteristik wilayah yang memicu faktor penyebab stunting
- 2) Karakteristik keluarga dengan anak stunting
- 3) Kendala bagi keluarga sasaran untuk mengakses layanan

Cara analisis situasi penyampaian layanan:

- 1) Diskusi identifikasi masalah dalam penyampaian layanan
Tim pelaksana melakukan diskusi/FGD (*Focus Group Discussion*) dengan OPD penanggung jawab layanan di tingkat kabupaten/kota untuk:

- Memahami proses penyelenggaraan layanan secara umum.
- Mengidentifikasi permasalahan serta perubahan/penyesuaian yang diperlukan dalam memastikan layanan dapat diakses oleh rumah tangga 1.000 HPK.

Beberapa contoh pertanyaan kunci yang dapat digunakan dalam FGD antara lain:

- Apakah OPD penanggung jawab layanan dapat mengakses data dan informasi rumah tangga 1.000 HPK?
- apakah proses penyelenggaraan layanan saat ini memiliki sistem untuk memastikan rumah tangga 1.000 HPK menjadi target penerima manfaat layanan?
- Jika sistemnya sudah ada, apakah sistem tersebut berjalan untuk memastikan rumah tangga 1.000 HPK menjadi target penerima manfaat layanan?

2) Diskusi identifikasi masalah penyampaian layanan di tingkat pelaksana/operasional

Beberapa contoh pertanyaan kunci yang dapat digunakan dalam FGD antara lain

- Apakah penyedia layanan paham tentang intervensi gizi spesifik dan sensitif yang harus diprioritaskan?
- Apakah mereka tahu siapa yang menjadi target utama intervensi gizi?
- Apakah mereka mendapatkan informasi tentang rumah tangga 1.000 HPK?
- Apakah mereka tahu cara mengakses informasi rumah tangga 1.000 HPK?
- Jika informasi rumah tangga 1.000 HPK tersedia, bagaimana informasi ini digunakan dalam proses perencanaan dan pelaksanaan di wilayah kerja masing-masing?

Rekomendasi Kebutuhan Perbaikan Layanan:

Tim pelaksana merumuskan rekomendasi perbaikan manajemen yang perlu diprioritaskan untuk memastikan rumah tangga 1.000 HPK menjadi target penerima manfaat layanan, baik melalui

proses manajemen layanan (perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi) maupun melalui penyampaian layanan oleh para petugas. Rekomendasi-rekomendasi ini harus fokus pada upaya perbaikan manajemen tahun ini dan/atau tahun depan. Tim teknis akan meninjau hasil analisis situasi dan memfasilitasi pembahasan rekomendasi perbaikan tersebut dengan sektor terkait untuk menyepakati rekomendasi perbaikan manajemen pelayanan.

f. Analisis Kebutuhan Penguatan Koordinasi Antar Program dan Antara Kabupaten/ Kota Dengan Kecamatan dan Desa

Tujuan : Identifikasi kebutuhan koordinasi dan rekomendasi untuk memperkuat koordinasi antar instansi kabupaten/kota atau tingkat pemerintahan untuk meningkatkan integrasi layanan bagi rumah tangga 1.000 HPK. Reviu kondisi koordinasi saat ini dilakukan untuk memahami praktik koordinasi yang telah berjalan dan untuk mengidentifikasi forum-forum koordinasi yang perlu diperkuat perannya. Cara reviu kondisi koordinasi saat ini adalah:

- 1) Tim pelaksana melakukan reviu terhadap koordinasi antar lintas sektor (OPD), penyedia layanan dan upaya komunikasi perubahan perilaku, serta antara kabupaten/kota dengan kecamatan dan desa.
- 2) Reviu terhadap koordinasi lintas sektor dilakukan untuk merekomendasikan forum koordinasi lintas sektor (OPD) yang perlu diperkuat untuk mendukung pelaksanaan integrasi intervensi gizi spesifik dan sensitif di tingkat program/kegiatan dan penyampaian layanan.
- 3) Reviu koordinasi di antara penyedia layanan dan upaya komunikasi perubahan perilaku untuk merekomendasikan forum koordinasi penyedia layanan di tingkat kabupaten/kota atau di tingkat kecamatan yang akan diperkuat untuk mendukung integrasi layanan bagi rumah tangga 1.000 HPK di tingkat desa/kelurahan.
- 4) Reviu koordinasi di antara kabupaten/kota dengan kecamatan dan desa adalah untuk merekomendasikan forum koordinasi lintas pemerintahan yang akan diperkuat

untuk mendukung integrasi layanan bagi rumah tangga 1.000 HPK di tingkat desa/kelurahan.

9.7 Interpretasi Hasil Analisis

Langkah surveilans gizi setelah analisis data adalah interpretasi hasil yang dapat dijadikan sebagai bahan untuk melakukan tindakan perbaikan terhadap masalah gizi yang ditemukan. Cara yang mudah untuk menyajikan hasil analisis situasi gizi adalah dengan membuat matriks situasi yang disusun menurut wilayah. Contoh, jika analisis situasi dilakukan pada tingkat kabupaten maka matriks situasi disusun menurut kecamatan dan jika dilakukan pada tingkat provinsi maka matriks situasi disusun menurut kabupaten/kota. Penyusunan matriks situasi bertujuan agar dapat dipelajari berbagai masalah yang meliputi masalah gizi dan masalah yang terkait dengan faktor-faktor penyebabnya. (Antonius Sri Hartono, 2017)

Berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data, dapat dibuat tanggapan tanggapan dan saran-saran dalam menentukan tindakan dalam menghadapi masalah yang ada. Selain itu juga dapat ditentukan apakah masalah gizi yang terjadi perlu mendapat prioritas untuk ditangani terlebih dahulu. Data yang dikumpulkan dalam surveilans gizi sebaiknya dimasukkan dalam program komputer. Penggunaan komputer memudahkan dalam melakukan analisis data yang bersifat kompleks. Program yang sering digunakan antara lain SPSS dan Epi-info (Adi dan Mukono, 2000)

Menurut (Adi dan Mukono, 2000) dalam melakukan analisis dan interpretasi data yang harus dilakukan adalah:

1. Memahami kualitas data dan mencari metode terbaik untuk menarik kesimpulan. Hal ini dilakukan karena setiap data mempunyai kelemahan yang harus dipahami benar sebelum seorang petugas surveilans memanfaatkan data tersebut.
2. Menarik kesimpulan dari suatu rangkaian data deskriptif. Kesimpulan yang dibuat dapat dilakukan dengan beberapa cara analisis berikut:
 - a. Kecenderungan Analisis kecenderungan merupakan hubungan antara jumlah kejadian gizi atau kondisi populasi dengan waktu kejadian pada sekelompok populasi. Misalnya: data bulanan penimbangan (BB/U),

data tahunan kasus gizi buruk (prevalensi KEP), dan data periodik lainnya.

- b. Perbandingan Analisis perbandingan merupakan upaya untuk membandingkan antara jumlah satu kejadian dengan kejadian yang lain pada satu populasi atau populasi berbeda. Langkah pertama yang dilakukan adalah menyamakan jumlah populasi yang diamati dengan mengubah data menjadi ukuran frekuensi yang sesuai. Misalnya prevalensi KEP menurut tingkatannya berdasarkan batas yang telah disepakati.
- c. Perbandingan dari suatu kecenderungan Dilakukan dengan cara membandingkan kecenderungan perubahan dari data kejadian berdasarkan waktu terhadap data kejadian lain berdasarkan waktu pada populasi yang sama atau berbeda. Misalnya frekuensi makan, ketersediaan pangan antar waktu (musim), grafik pertumbuhan individu.

9.8 Contoh Interpretasi Hasil Analisis Situasi Gizi

1. Interpretasi Tingkat Kecamatan

Keadaan kecamatan berdasarkan skor status gizi dapat dilihat dari jumlah skor. Makin kecil jumlah skor makin baik keadaan, sebaliknya makin besar jumlah skor makin buruk keadaannya. Jumlah skor status gizi dapat digunakan untuk membuat peringkat kecamatan menurut masalah gizi dari teringan hingga ke yang terberat tingkat masalahnya. Untuk mengetahui masalah gizi yang lebih spesifik dapat dilihat dari skor masing-masing indikator status gizi. Dengan memperhatikan variasi permasalahan ini maka dapat dirumuskan perencanaan penanggulangan sesuai dengan masalah dan kemampuan pemerintah daerah setempat. Untuk mengetahui faktor terkait dengan masalah yang dihadapi di masing-masing kecamatan dapat dilihat pada jumlah skor indikator faktor terkait gizi. Cara menginterpretasinya sama yakni makin kecil jumlah skor makin kecil masalah faktor terkait gizi, sebaliknya makin besar jumlah skor makin besar pula masalahnya. Namun untuk lebih rinci dapat dilihat pada skor masing-masing faktor terkait dengan gizi. Dengan

menganalisis permasalahan gizi dan faktor terkait yang dihadapi di masing-masing wilayah maka diperoleh informasi yang bermanfaat bagi pemerintah daerah untuk merumuskan kebijakan, merencanakan program, menentukan jenis intervensi, dan untuk evaluasi upaya penanggulangan masalah gizi. (Kemenkes RI, 2014)

2. Interpretasi Tingkat Kabupaten

Interpretasi situasi gizi dan faktor terkait di tingkat kabupaten dapat dilakukan dengan memperhatikan angka rata-rata skor. Berdasarkan rata-rata jumlah skor gizi dapat dicontohkan di Kabupaten “X” masih ada masalah gizi dan masalah yang terberat adalah masalah balita pendek (stunting), diikuti balita gizi kurang (underweight), masalah balita gemuk (overweight), dan yang terakhir yang paling rendah adalah masalah balita kurus (wasting). Sedangkan berdasarkan faktor yang terkait dengan gizi, indikator tertinggi adalah penduduk dengan pendidikan rendah, masalah kebersihan lingkungan rumah, kurangnya ketersediaan pangan dan masih tingginya penduduk miskin. Dengan memperhatikan hasil analisis situasi gizi dan faktor terkait gizi tersebut maka dapat diinterpretasikan bahwa masalah gizi di Kabupaten “X” masih tinggi dan kompleks karena tidak ada rata-rata skor bernilai 1. Masalah yang ada tidak hanya yang bersifat akut (kurus) namun juga masalah yang bersifat kronis (pendek dan gemuk). Dengan kata lain Kabupaten “X” memiliki masalah gizi ganda. Faktor-faktor yang terkait dengan gizi juga terlihat kompleks karena hampir semua faktor pada contoh dikabupaten “X” ini bermasalah. Berdasarkan informasi tersebut pemerintah kabupaten “X” dapat merumuskan kebijakan program pembangunan di daerahnya, menyusun perencanaan program pembangunan umum maupun yang terkait dengan bidang pangan dan gizi. Untuk menilai perkembangan pembangunan daerah termasuk perkembangan situasi pangan dan gizi masyarakat. (Kemenkes RI, 2014)

DAFTAR PUSTAKA

- A.A. Muninjaya. 2004. *Manajemen kesehatan*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Adi dan Mukono. 2000. *Surveilans Epidemiologi Bagian Proyek Pengembangan Kesehatan Dan Gizi Masyarakat, Dikti (Proyek CHN-III Kompilasi Dikti)*. Depdiknas.
- Antonius Sri Hartono, M. D. 2017. *Surveilans Gizi*. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Profil kesehatan Indonesia 2007*. Depkes RI Jakarta.
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia*. Depkes RI.
- Dr.Mochammad Agus Krisno Budiyanto, M. K. 2011. *Analisis Situasi Gizi Buruk Dan Upaya Mengatasinya*.
- Kemenkes RI. (n.d.). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. 2014. *Pedoman Surveilans Gizi*. Direktorat Gizi Masyarakat.
- Priyatno, D. 2016. *Belajar Alat Analisis Data Dan Cara Pengolahannya Dengan SPSS Praktis dan Mudah Dipahami untuk Tingkat Pemula dan Menengah*. Gava Media.

BAB 10

MEKANISME PENCATATAN DAN PELAPORAN

Oleh Agus Putra Murdani

10.1 Pendahuluan

Undang – undang no. 36 tahun 2009 tentang kesehatan menjelaskan bahwa suatu upaya kesehatan yang dilaksanakan akan dapat berjalan secara efektif dan efisien maka diperlukan suatu informasi atau laporan kesehatan. Informasi atau laporan yang diperoleh nantinya akan dapat dipergunakan sebagai pedoman dalam merumuskan suatu keputusan atau kebijakan, oleh karena itu informasi diperoleh tersebut haruslah berkualitas, akurat, tepat waktu dan efisien sehingga bermanfaat bagi yang memerlukan informasi tersebut. Sumber utama dalam perumusan keputusan atau kebijakan yang ditetapkan adalah informasi yang digali atau didapatkan secara akurat dan tepat dan dapat dipertanggung jawabkan kebenarannya.

Permasalahan yang sering ditemukan terkait informasi kesehatan saat ini antara lain : adanya peningkatan kebutuhan terhadap informasi atau laporan kesehatan tetapi data atau laporan yang akurat, tepat waktu dan juga lengkap belum diperoleh secara optimal, terjadi pengulangan data (*redundant*), rendahnya kualitas data, data yang dihimpun tidak sesuai kebutuhan, rendahnya ketepatan waktu pelaporan, belum optimalnya sistem umpan balik pelaporan, di tingkat kabupaten atau kota informasi yang diperoleh belum dimanfaatkan secara optimal dalam pengambilan keputusan seperti perencanaan program, manajemen, advokasi dan monitoring, serta sumber daya yang ada belum digunakan secara efisien.

Pada saat perumusan atau seleksi kebijakan intervensi yang tepat untuk program perbaikan gizi, pengambil keputusan atau perencana program tentu saja sangat membutuhkan informasi yang akurat dan benar tentang kondisi atau status gizi masyarakat beserta faktor determinan yang menyebabkan timbulnya kondisi status gizi di

masyarakat. Informasi yang diperoleh adalah berdasarkan laporan dan pengamatan langsung, dan mungkin berdasarkan temuan. Pengambilan keputusan di semua tingkatan dengan menggunakan informasi yang baik, tepat waktu dan berbasis data yang akurat yaitu berdasarkan bukti atau kenyataan yang ada di masyarakat (*evidence based*).

Saat ini, sistem surveilans belum terdokumentasi secara optimal di puskesmas. Catatan dan laporan bulanan sering terlambat. Pengisian formulir pendataan surveilans juga kurang efektif karena menggunakan formulir manual, sehingga membutuhkan waktu dalam pendataan. Pencatatan data surveilans gizi yang kurang optimal menyebabkan tertundanya proses pelaporan. Untuk menyiasatinya, pendataan dapat dilakukan melalui media online seperti *google forms*. Akurasi pelaporan menjadi perhatian dalam penyelidikan epidemiologi penyakit atau timbulnya masalah gizi di masyarakat.

Pencatatan dan pelaporan adalah kegiatan yang perlu dipertimbangkan oleh tenaga kesehatan (khususnya ahli gizi) agar dapat melayani individu, keluarga, dan juga masyarakat dengan lebih optimal. Keakuratan data atau informasi sangat diperlukan untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan yang tepat. Tanpa adanya data dan informasi yang akurat, bisa dipastikan program atau kebijakan yang ditetapkan tidak akan terlaksana secara efektif dan efisien. Hal tersebut dapat dikatakan bahwa keberhasilan suatu program gizi sangat dipengaruhi oleh pencatatan dan pelaporan yang akurat, lengkap dan benar sesuai kondisi sebenarnya serta tepat waktu.

10.2 Pengertian Pencatatan dan Pelaporan

10.2.1 Pengertian Pencatatan

Pencatatan adalah suatu kegiatan atau proses mendokumentasikan suatu kegiatan. Pendokumentasian dilakukan terhadap hasil pengamatan, pengukuran, dan juga penghitungan pada tahapan kegiatan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan pencatatan dapat di atas kertas, disket, kaset nama dan kaset film. Jenis pencatatan dapat berbentuk teks, grafik, gambar, dan suara. Sistem pencatatan umumnya dibagi menjadi dua jenis, yaitu : sistem pencatatan konvensional (tradisional) dan sistem pencatatan non-tradisional.

- 1) Sistem pencatatan tradisional adalah sistem yang berisi catatan untuk setiap profesional atau tenaga kesehatan, di mana setiap disiplin ilmu (dokter, ahli gizi, perawat, bidan, ahli epidemiologi, dll.) memiliki catatan tersendiri. Kelebihan dari sistem ini adalah pelaksanaan pencatatan dengan lebih mudah dilakukan. Kelemahan sistem ini adalah hasil pendataan kesehatan yang dikumpulkan tidak lengkap, tidak ada koordinasi antar tenaga medis, dan upaya kesehatan masyarakat yang komprehensif dan menyeluruh sulit dilakukan.
- 2) Sistem pencatatan non-tradisional adalah Problem Oriented Record (POR). Kegiatan pencatatan yang berorientasi pada permasalahan di masyarakat. Manfaat dari sistem ini adalah meningkatkan kolaborasi antar tim medis dan mendukung kualitas layanan medis secara keseluruhan. Semua petugas kesehatan wajib menyimpan catatan kesehatan sedapat mungkin.

10.2.2 Pengertian Pelaporan

Pelaporan kegiatan disusun atau dibuat setelah berakhirnya suatu kegiatan. Laporan adalah catatan mengenai suatu kegiatan yang berisikan informasi dan hasilnya disajikan kepada pihak berwenang atau pihak terkait yang berhubungan dengan pelaksanaan kegiatan. Pelaporan merupakan sarana komunikasi bagi tenaga kesehatan yang disusun dan disampaikan baik secara tertulis maupun lisan mengenai hasil pelaksanaan kegiatan tertentu atau suatu program yang telah dilakukan. Pelaporan adalah hasil pencatatan yang disampaikan kepada pihak terkait dalam bentuk data terpilah yang disesuaikan dengan kebutuhan dan tujuan yang telah ditentukan.

Laporan lisan lebih memiliki kecenderungan bersifat subyektif, kegiatan atau hal yang baik yang dilaporkan dan memiliki keuntungan hasil kegiatan yang terlaksana dan data yang terhimpun dapat segera ditindaklanjuti. Sedangkan laporan tertulis memiliki kelemahan membutuhkan waktu dan biaya yang cukup banyak dan keuntungannya bersifat obyektif, data lebih detail dan hasil laporan didapatkan hasil positif dan negatif.

10.2.3 Pengertian Pencatatan dan Pelaporan

Keberhasilan suatu program sangat dipengaruhi oleh pencatatan dan pelaporan yang akurat, lengkap dan riil sesuai kondisi sebenarnya serta tepat waktu. Pencatatan dan pelaporan merupakan indikator keberhasilan program. Tanpa adanya pencatatan dan pelaporan yang baik, bisa dipastikan program atau kebijakan yang ditetapkan tidak dapat berjalan secara efektif dan efisien. Hasil pencatatan dan pelaporan ini merupakan data dan informasi yang penting dan berharga apabila digunakan secara benar dan tepat. Dengan demikian, data dan informasi merupakan elemen penting dalam suatu organisasi karena data dan informasi yang menentukan kesuksesan atau pertumbuhan organisasi.

Berdasarkan wawasan tersebut di atas, dapat juga dikatakan bahwa pencatatan dan pelaporan adalah:

- Suatu kegiatan yang mencatat data kesehatan yang diperlukan dengan menggunakan alat atau media tertentu untuk sehingga terbentuk tulisan yang dapat dipahami dan dimengerti.
- Bagian dari kegiatan manajemen kesehatan yang harus dilakukan, diperhatikan dan dipertanggungjawabkan oleh tenaga medis.
- Kegiatan mengumpulkan informasi tentang upaya pelayanan kesehatan yang berguna sebagai media komunikasi yang penting di antara para profesional kesehatan.

Menurut Potter dan Perry pencatatan dan pelaporan adalah :

- Komunikasi
Sebagai media komunikasi yang efektif antar tenaga kesehatan untuk menjamin kelangsungan pelayanan kesehatan dan upaya informasi.
- Pendidikan
Berupa informasi mengenai gambaran status gizi atau kondisi kesehatan di masyarakat dan solusinya
- Pengalokasian dana
Perencanaan kegiatan atau intervensi yang akan dilakukan disesuaikan dengan anggaran yang ada.

- **Evaluasi**
Sebagai dasar untuk mengevaluasi pelaksanaan program yang telah dilakukan
- **Dokumen yang sah**
Alat bukti yang faktual dan sah yang dapat dipergunakan apabila ditemukan suatu penyimpangan dan bila dibutuhkan untuk tujuan hukum.
- **Jaminan mutu**
Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan dapat terjamin untuk masyarakat.
- **Penelitian**
Dipergunakan sebagai sumber data yang sangat penting dalam tujuan penelitian atau penyelidikan.
- **Analisis**
Sebagai dasar untuk menganalisis munculnya permasalahan kesehatan baik individu, keluarga dan masyarakat.
- **Feed back**
Dapat dijadikan umpan balik dalam peningkatan dan perbaikan kualitas pelayanan kesehatan terhadap masyarakat.

10.3 Tujuan dan manfaat pencatatan dan pelaporan

Pencatatan dan pelaporan bertujuan agar semua hasil pelaksanaan kegiatan atau program terutama surveilans gizi baik yang dilaksanakan di dalam maupun diluar gedung tercatat dan dilaporkan secara berjenjang atau kepada pihak terkait sesuai dengan permintaan dan kebutuhan secara tepat, berkelanjutan, dan teratur untuk menunjang pelaksanaan pelayanan kesehatan pada masyarakat.

Informasi yang dihasilkan dari kegiatan pencatatan dan pelaporan sangat bermanfaat bagi para pihak terkait atau pihak yang berkepentingan sebagai respon terhadap informasi yang diterima dalam membuat dan merumuskan kebijakan untuk segera dilakukan tindakan serta menyusun perencanaan program baik jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang.

10.4 Prinsip pencatatan dan pelaporan

Pencatatan surveilans gizi adalah pencatatan seluruh penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan, posyandu, masyarakat dan sumber data lainnya yang diperoleh dari kegiatan pemantauan pertumbuhan, pelaporan kasus, pelaporan data rutin, survey dan juga kegiatan lainnya. Untuk pencatatan yang sistematis, formulir standar disusun menjadi Sistem Pencatatan dan Pelaporan. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas atau disingkat SP2TP berdasar pada Permenkes RI Nomor 31 tahun 2019 tentang Sistem Informasi Puskesmas.

Puskesmas menjadi tumpuan sumber data kesehatan terutama bagi dinas kesehatan kabupaten/kota dan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) juga merupakan dasar dari data kesehatan. Oleh karena itu, nantinya dapat menghasilkan informasi yang akurat, dapat mewakili kondisi kesehatan di masyarakat, dan dapat dipercaya yang dapat menjadi acuan dalam merencanakan dan menyusun program kesehatan.

Setiap kegiatan surveilans gizi baik di posyandu, puskesmas, maupun pelayanan kesehatan lainnya akan menghasilkan data. Data yang dihasilkan dari kegiatan yang dilakukan (seperti penimbangan, pengukuran panjang badan atau tinggi badan, imunisasi, pemberian vitamin A, Inisiasi Menyusui Dini (IMD), Asi eksklusif, dan kegiatan pencatatan lainnya) perlu dicatat melalui format yang tersedia, pengumpulan data juga dapat dilakukan *entry data* ke dalam aplikasi ePPGBM, kemudian diolah dan dibuat laporan. Data yang disampaikan berisi informasi terkait pelaksanaan program dan perkembangan kondisi status gizi atau masalah kesehatan di masyarakat. Setelah kegiatan pencatatan dan pelaporan dilakukan pengolahan dan analisis data kemudian didiseminasikan.

Pelaksana kegiatan melakukan pencatatan hasil kegiatan pada buku register gizi atau register masing – masing kegiatan. Data yang telah dicatat direkap pada format laporan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas atau disingkat SP3. Pelaksana kegiatan menyampaikan hasil laporan SP3 kepada koordinator SP3 puskesmas yang nantinya disampaikan ke koordinator SP3 di dinas kesehatan kabupaten/kota. Setelah koordinator SP3 dinas kesehatan kabupaten

kabupaten/kota menerima laporan SP3 selanjutnya disampaikan kepada masing – masing pengelola program untuk dilakukan pengolahan dan analisis. Hasil pengolahan dan analisis disampaikan ke koordinator SP3 di dinas kesehatan provinsi dan Direktorat Bina Gizi Masyarakat selanjutnya diproses pemanfaatannya.

Setiap Kepala Puskesmas secara berkala berkewajiban memberikan laporan kegiatan berdasar pencatatan dan hasil kegiatan yang telah dilakukan puskesmas dan jaringannya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota. Laporan yang disampaikan meliputi : laporan data dasar dan laporan data program (dilakukan secara rutin dan tidak rutin). Laporan data dasar berisi tentang : a) identitas Puskesmas, b) wilayah kerja Puskesmas, c) sumber daya Puskesmas, d) sasaran program. Data program berisi tentang : upaya kesehatan masyarakat esensial, upaya kesehatan masyarakat pengembangan, upaya kesehatan perseorangan, dan program lainnya (manajemen puskesmas, kefarmasian, keperawatan, kesehatan masyarakat, laboratorium dan kunjungan keluarga). Untuk surveilans gizi informasi yang dibutuhkan antara lain : penimbangan bulanan, pemberian tablet Fe pada ibu hamil, pemberian vitamin A pada balita, monitoring dan pelaporan gizi buruk, pemberian ASI eksklusif. Data tersebut disampaikan secara rutin dalam : a) laporan mingguan, b) laporan bulanan, c) laporan tahunan. Sedangkan data program yang disampaikan secara tidak rutin meliputi : a) laporan kejadian luar biasa, b) laporan khusus. Laporan khusus meliputi : laporan surveilans sentinel dan laporan untuk kebutuhan tertentu (seperti konsumsi garam beryodium, pemberian MP-ASI dan PMT, monitoring status gizi anak dan ibu hamil, WUS risiko KEK, atau studi terkait permasalahan gizi).

Dinas kesehatan kabupaten / kota wajib memberikan umpan balik terhadap laporan kegiatan Puskesmas dan jaringannya. Umpan balik tersebut berupa surat pemberitahuan yang berisi : a) jenis laporan, b) kelengkapan isi laporan, c) ketepatan waktu penyampaian laporan, d) hasil validasi isi laporan, e) rekomendasi. Dalam pelaksanaan kegiatan pencatatan dan pelaporan apabila pelayanan kesehatan terutama puskesmas ada yang tidak menyampaikan laporan hasil kegiatan atau menyampaikan laporan tetapi tidak tepat waktu, atau data dan laporan yang disampaikan tidak akurat dan tidak lengkap

maka secara aktif akan diberikan tindakan pembinaan oleh tenaga kesehatan yang bertugas di Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota untuk melengkapi laporan tersebut.

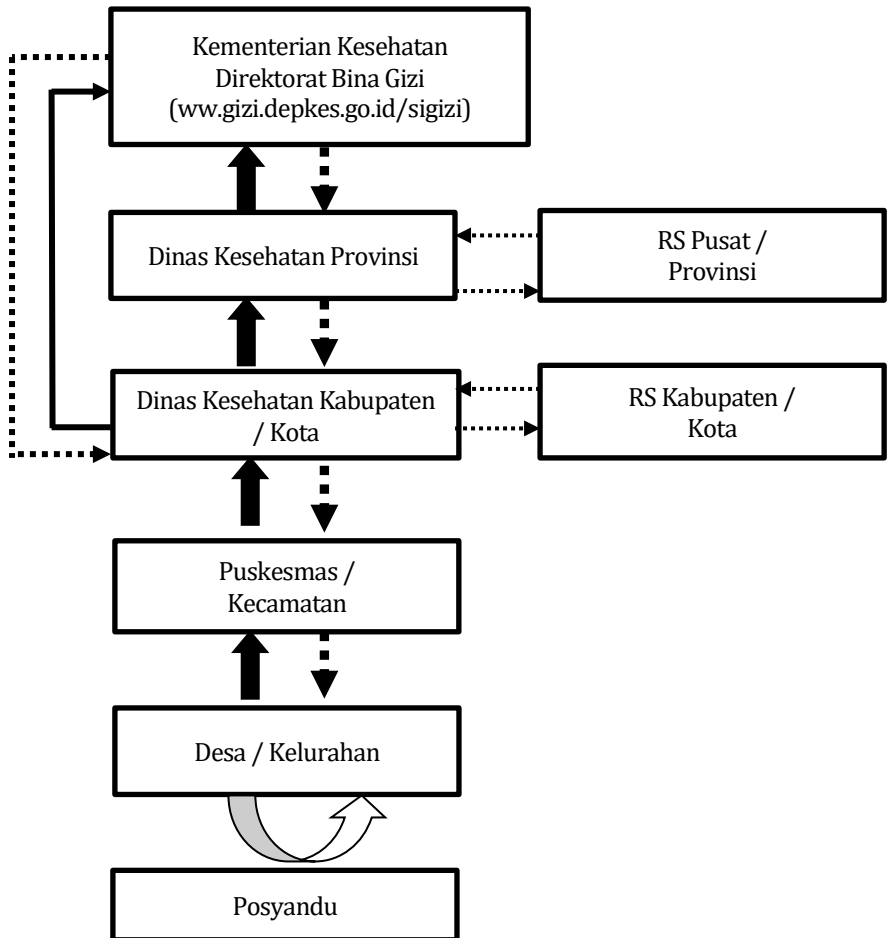
10.5 Mekanisme Pencatatan dan Pelaporan

Dalam rangka menunjang ketersediaan informasi pencapaian indikator kegiatan gizi secara akurat, cepat, berkala dan teratur Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak telah melakukan pengembangan dalam sistem pelaporan dengan membuat website <http://www.gizi.depkes.go.id/sigizi/>. Informasi status gizi di masyarakat didapatkan melalui kegiatan pencatatan dan pelaporan yang telah dilakukan, yaitu :

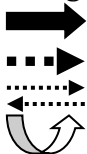
- 1) Hasil kegiatan pencatatan dan pelaporan surveilans gizi disampaikan secara berjenjang. Data yang diperoleh dijadikan sebagai sumber data yang menunjukkan kondisi atau status gizi di masyarakat. Pelaporan yang dilakukan dapat dimulai dari tingkatan pelayanan yang paling bawah yaitu Posyandu dan dapat juga dimulai dari Puskesmas.
- 2) Posyandu atau tingkat desa atau kelurahan secara berjenjang mengirimkan laporan surveilans gizi ke Puskesmas atau tingkat kecamatan selanjutnya berjenjang ke Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota dan selanjutnya ke Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan Direktorat Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak (www.gizi.depkes.go.id/sigizi/). Rekapitulasi laporan dikirimkan sesuai frekuensi pelaporan.
- 3) Terkait data surveilans gizi terlapor, Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota berkoordinasi dengan rumah sakit Kabupaten / Kota dan Dinas Kesehatan Provinsi berkoordinasi dengan rumah sakit Pusat / Provinsi, seperti adanya kasus gizi buruk yang perlu perawatan.
- 4) Penyampaian *feed back* dilakukan secara berjenjang. *Feed back* hasil kegiatan surveilans dari Pusat ke provinsi disampaikan setiap 3 bulan atau apabila ada perubahan kinerja disampaikan setiap saat., dari Provinsi ke Kabupaten/Kota, dari Kabupaten/Kota ke Kecamatan atau Puskesmas dan dari Kecamatan atau Puskesmas ke Desa/Kelurahan (posyandu)

sesuai dengan penyampaian pelaporan pada setiap bulan seterusnya.

Mekanisme pencatatan dan pelaporan, umpan balik serta koordinasi dapat ditunjukkan sebagai berikut :



Keterangan :



Alur Pelaporan

Umpan Balik

Koordinasi

Bidan di desa menjemput data ke posyandu

Sumber : Petunjuk pelaksanaan surveilans gizi khusus, Kemenkes RI, Ditjen Bina Gizi dan KIA

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin, R. 2012. *Surveilans Kesehatan Masyarakat*. Kampus IPB Pres TamanvKencana Bogor : PT Penerbit IPB Press.
- Barsasella D. 2012. *Sistem Informasi Kesehatan*. Jakarta : Mitra Wacana Medika.
- Handayuni, L. 2019. Analisis Pelaksanaan Sistem Pencatatan Dan Pelaporan Terpadu Puskesmas Nanggalo Padang. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), ISSN: 2337-6007 (online); 2337-585X (Printed), hlm. 147 - 151
- Kemenkes RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 45 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Surveilans Kesehatan.
- Kemenkes RI. 2017. *Bahan Ajar Gizi Surveilans Gizi*. Pusat Pendidikan SDM Kesehatan.
- Kemenkes RI. 2019. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2019 tentang Sistem Informasi Puskesmas.
- Kemenkes RI. 2019. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2019 tentang Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. Pedoman Pelaksanaan Surveilans Gizi di Kabupaten/Kota. Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Dirjen Binkesmas.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. Petunjuk Pelaksanaan Surveilans Gizi. Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Dirjen Binkesmas.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Pedoman Surveilans Gizi. Direktorat Bina Gizi Masyarakat. Dirjen Binkesmas.
- Rajab, Wahyudin. 2009. *Buku Ajaran Epidemiologi Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Riley, L., Guthold, R., Cowan, M., Savin, S., Bhatti, L., Armstrong, T., & Bonita, R. 2016. The World Health Organization Stepwise Approach To Noncommunicable Disease Risk-Factor Surveillance: Methods, Challenges, And Opportunities. *American Journal of Public Health*, 106(1): pp.74–78.

- Sari I.R., Nugraha F. 2016. Sistem Informasi Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas Program Kesehatan Ibu dan Anak Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus. *Jurnal Simetris*, 7 (1), ISSN: 2252-4983.
- Suryani, N.D.& Solikhah. 2013. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) di Wilayah Dinas Kesehatan Kabupaten Dompu Provinsi NTB. *Jurnal Kesmas*, 7(1), hlm. 1 – 54.
- Tiara. 2011. *Sistem Informasi Manajemen Puskesmas*. Jakarta : Rineka Cipta.

BAB 11

PENYUSUNAN LAPORAN SURVAILANS GIZI

Oleh Icha Dian Nurcahyani

11.1 Pendahuluan

Hasil pelaksanaan survailans gizi yang dilakukan di lapangan, merupakan bahan baku yang oleh pemangku kepentingan digunakan untuk menindaklanjuti juga merespon informasi yang diperoleh terkait masalah kesehatan di masyarakat.

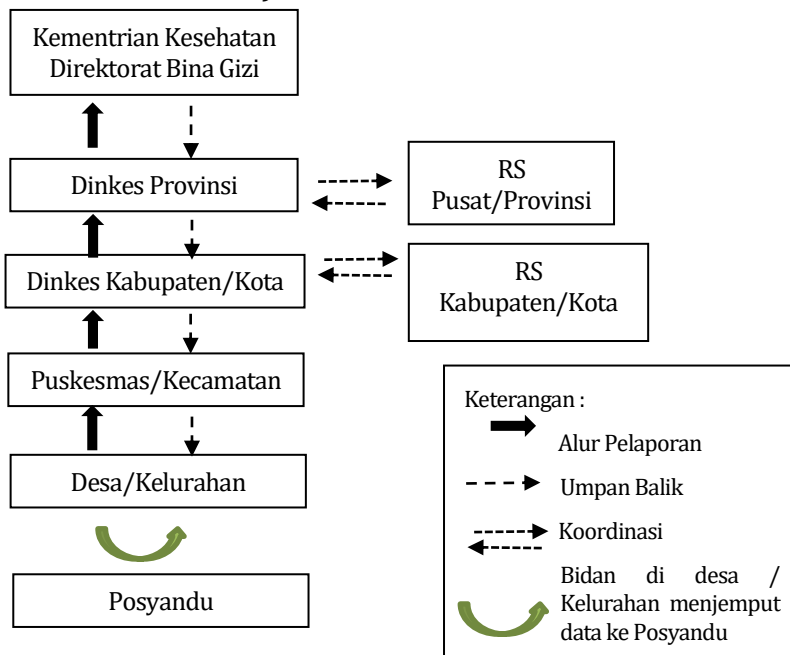
Perubahan pencapaian kinerja pembinaan gizi masyarakat dan indikator khusus lain dapat tergambar dari data survailans gizi. Untuk kemudian data tersebut diramu secara cepat, akurat, teratur dan berkelanjutan dalam membuat perencanaan kegiatan jangka pendek, menengah hingga merumuskan sebuah kebijakan pembinaan gizi masyarakat baik ditingkat kabupaten/kota, provinsi maupun pusat (Hartono, Zulfianto and Rachmat, 2017).

Di Tiap Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, pengelola program gizi atau petugas survailans gizi mengumpulkan data, membuat rekap data menjadi laporan lengkap. Kemudian melanjutkannya ke dinas kesehatan provinsi dan pusat dalam hal ini Direktorat Gizi Masyarakat Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Dalam hal ini pelaporan secara berjenjang merupakan alur kerja survailans gizi (Fitriyanti *et al.*, 2012).

11.2 Jenis – Jenis Laporan

Pelaporan kegiatan survailans umumnya dilakukan berjenjang, dimulai dari Posyandu atau puskesmas. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan Provinsi senantiasa berkoordinasi, contohnya saja dalam data kasus gizi buruk yang mendapat perawatan, juga mengirim rekapitulasi laporan ke Kementerian Kesehatan. Umpan balik hasil kegiatan survailans gizi disampaikan pula secara berjenjang dari Pusat Ke Provinsi hingga

kepada puskesmas bahkan desa (Fitriyanti *et al.*, 2012; Kementerian Kesehatan RI, 2012)



Gambar 11.1 : Alur Pelaporan dan Umpan Balik Serta Kordinasi Survailans Gizi

(Sumber : Rancangan sistem Informasi Laporan Gizi di Puskesmas Pinang Ranti Jakarta Timur 2012).

Ada beragam Laporan Survailans Gizi yang ada pada tingkat Puskesmas yang dibuat oleh Tenaga Gizi Puskesmas, yang merupakan laporan terpadu ditiap bulannya dilaporkan, diantaranya (Lompoe, 2022):

1. Formulir Pemantauan Ibu Hamil

Form laporan ini ditujukan untuk memantau kondisi Ibu Hamil di Area Kerja Puskesmas. Dengan memiliki master data tersebut diatas kita dapat memantau kondisi kesehatan ibu hamil.

FORMULIR PEMANTAUAN IBU HAMIL															
Kecamatan			Nama Puskesmas												
Kategori/Kode			Bulan												
Pelayanan/Kategori			Tahun												
Data Kehamilan															
No	No Kartu Keluarga	NK (Nomor Induk Kependudukan)	Nama Ibu Hamil	Berat Badan sebelum hamil	Janet	RT	RW	Tanggal Late	Tanggal persuku ran	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	Lingkar Lengan Atas (LLA)	Kehamilan ke	TTD (Tabel Tambahan dari) NVA 2-Tabel	Jika YA, Isip bulb TTD didapat
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

2. Daftar Ibu Hamil Yang Diberi Makanan Tambahan

Form ini digunakan untuk memantau jumlah Ibu Hamil yang mendapatkan Makanan Tambahan, Saat ini program pemerintah adalah pembagian makanan tambahan berupa biskuit Ibu hamil.

DAFTAR IBU HAMIL YANG DIBERI MAKANAN TAMBAHAN															
No	Identitas ibu hamil	Jenis	Pemeriksaan	Tahun											
				JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DES
1	NIK Nama Ibu Nama Suami Kehamilan ke Tanggal lahir Umur No HP	Janet	Tanggal lahir BB TB LLA PMT diukurkan (75% Toler)												
2	NIK Nama Ibu Nama Suami Kehamilan ke Tanggal lahir Umur No HP	Janet	Tanggal lahir BB TB LLA PMT diukurkan (75% Toler)												

3. Formulir Pemantauan Pertumbuhan Balita Di Posyandu

Form diatas digunakan untuk memantau pertumbuhan balita, umumnya data didapatkan dari hasil penimbangan di Posyandu.

FORMULIR PEMANTAUAN PERTUMBUHAN BALITA DI POSYANDU																			
Kecamatan			Nama Posyandu																
Kategori/Kode			Bulan																
Pelayanan/Kategori			Tahun																
Data Kehamilan																			
No	No Kartu Keluarga	NK (Nomor Induk Kependudukan)	Nama Balita	Berat lahir	Tanggal Lahir	Jenis Kelamin	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	BB (kg)	BB (kg)	BB (kg)	BB (kg)	BB (kg)	BB (kg)	BB (kg)	BB (kg)	BB (kg)	BB (kg)	BB (kg)
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

6. Formulir Rekapitulasi Bayi Mendapat IMD Dan Bayi BBLR

FORMULIR REKAPITULASI BAYI MENDAPAT IMD DAN BAYI BBLR								
Kode	Kecamatan	Jumlah Sarean Bayi Baru Lahir (griyeko)	JAK					
			Bayi baru lahir	Bayi Mendapat IMD	% Bayi Mendapat IMD	Jumlah bayi baru lahir meninggal	Jumlah bayi BBLR	% bayi BBLR
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1	Jarak	213	20	20	700	20	-	-
2	Jarak	117	9	9	100	9	1	11
Puskesmas		330	29	29	100.00	29	1	11
Keterangan:								
Kupiah (PDT) Puskesmas							Petugas Gizi	
Dit. oleh							Dit. oleh	

Form diatas merupakan rekap data bayi yang mendapatkan IMD dan bayi BBLR

7. Formulir Rekapitulasi Balita 6 - 59 Bulan Mendapat Vitamin A

Form diatas merupakan rekap Balita usia 6-59 bulan yang mendapatkan Vitamin A, pemantauan hanya dilakukan bulan februari dan bulan agustus, sesuai dengan jadwal pemberian vitamin A gratis dari pemerintah.

FORMULIR REKAPITULASI BALITA 6 - 59 BULAN MENDAPAT VITAMIN A														
Februari 2022														
No	Kecamatan	Subkota	Februari 2022			Agustus 2022			Jumlah Balita			Jumlah Balita		
			Balita	%	Balita	Balita	%	Balita	%	Balita	%	Balita	%	
1	Pangkajene-ene	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
2	Pangkajene-ene	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
3	Pangkajene-ene	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
4	Pangkajene-ene	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
5	Pangkajene-ene	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
6	Pangkajene-ene	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
7	Pangkajene-ene	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
8	Pangkajene-ene	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
9	Pangkajene-ene	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
10	Pangkajene-ene	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Jumlah			1000	100	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
Keterangan:														
Kupiah (PDT) Puskesmas												Petugas Gizi		
Dit. oleh												Dit. oleh		

8. Formulir Rekapitulasi Bayi Sampai Usia 6 Bulan Mendapat Asi Eksklusif.

Form diatas merupakan rekap bayi hingga usia 6 bulan yang mendapatkan ASI Eksklusif di area kerja Puskesmas.

FORMULIR REKAPITULASI BAYI SAMPAI USIA 6 BULAN MENDAPAT ASI EKSKLUSIF							
No	Kelurahan	Jumlah sasaran Bayi	JUNE			JULI	
			Jumlah bayi umur 6 bulan	Jumlah bayi ASI Eksklusif	%	Jumlah bayi umur 6	Jumlah bayi ASI
(1)	(2)	(3)	(19)	(20)	(21+20/19*100)	(22)	(23)
1	Meleati	212	28	21.00	75.20	38	31
2	Galmel	117	14	11	78.57	19	19
	Puskesmas	330	42	32	76.19	57	48
Mengetahui							
Kapten UPTD		08			Petugas Gizi		
Ibu Meleati					Ibu Gizi		
NIP.					NIP.		

9. Formulir Rekapitulasi Ibu Nifas Mendapat Vitamin A Puskesmas

Form diatas merupakan rekap data Ibu nifas yang mendapatkan Vitamin A di Puskesmas.

FORMULIR REKAPITULASI IBU NIFAS MENDAPAT VITAMIN A PUSKESMAS Meleati							
No	Kelurahan	Jumlah sasaran Ibu	JUNE			JULI	
			Jumlah Ibu	Jumlah Ibu nifas	%	Jumlah Ibu	Jumlah Ibu nifas dapat
(1)	(2)	(3)	(19)	(20)	(21+20/19*100)	(22)	(23)
1	Meleati	224	20	20	100.00	13	13
2	Galmel	123	10	10	100.00	8	8
		347	30	30	100.00	22	22
Mengetahui							
Kapten UPTD Puskesmas					Petugas Gizi		
Ibu Meleati					Ibu Gizi		
NIP. 18760818 201001 2					NIP. 19820805	011	
Petugas Gizi							
Ibu Gizi							
NIP. 19820805 201803 3							

Form diatas merupakan form hasil pantau balita dengan status gizi di bawah garis merah di KMS.

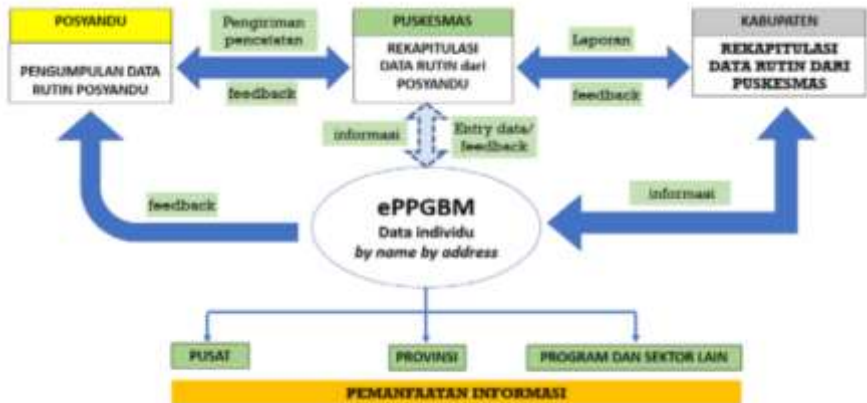
11. Ruang Menyusui Menurut Kelurahan

Form diatas merupakan data ruang menyusui yang tersedia di area kerja puskesmas untuk mempermudah Ibu menyusui dapat memberikan ASI dengan fasilitas yang layak.

Kalkulasi Biaya Pokok Produksi (KBP) - 2024												
Informasi Produk		Detail Biaya										
Nama Produk	Satuan	Bahan Baku Pokok (BBP)		Bahan Baku Tambahan (BBT)					Biaya Overhead (BO)			Total Biaya Pokok
		Material	Manpower	Material	Manpower	Energy	Transport	Overhead	Overhead	Overhead		
Produk A	1000	1000	2000	3000	4000	5000	6000	7000	8000	9000	10000	11000
	2000	2000	4000	6000	8000	10000	12000	14000	16000	18000	20000	22000
Produk B	2000	2000	4000	6000	8000	10000	12000	14000	16000	18000	20000	22000
	3000	3000	6000	9000	12000	15000	18000	21000	24000	27000	30000	33000
Produk C	3000	3000	6000	9000	12000	15000	18000	21000	24000	27000	30000	33000
	4000	4000	8000	12000	16000	20000	24000	28000	32000	36000	40000	44000
Produk D	4000	4000	8000	12000	16000	20000	24000	28000	32000	36000	40000	44000
	5000	5000	10000	15000	20000	25000	30000	35000	40000	45000	50000	55000
Produk E	5000	5000	10000	15000	20000	25000	30000	35000	40000	45000	50000	55000
	6000	6000	12000	18000	24000	30000	36000	42000	48000	54000	60000	66000
Produk F	6000	6000	12000	18000	24000	30000	36000	42000	48000	54000	60000	66000
	7000	7000	14000	21000	28000	35000	42000	49000	56000	63000	70000	77000
Produk G	7000	7000	14000	21000	28000	35000	42000	49000	56000	63000	70000	77000
	8000	8000	16000	24000	32000	40000	48000	56000	64000	72000	80000	88000
Produk H	8000	8000	16000	24000	32000	40000	48000	56000	64000	72000	80000	88000
	9000	9000	18000	27000	36000	45000	54000	63000	72000	81000	90000	99000
Produk I	9000	9000	18000	27000	36000	45000	54000	63000	72000	81000	90000	99000
	10000	10000	20000	30000	40000	50000	60000	70000	80000	90000	100000	110000
Produk J	10000	10000	20000	30000	40000	50000	60000	70000	80000	90000	100000	110000
	11000	11000	22000	33000	44000	55000	66000	77000	88000	99000	110000	121000
Produk K	11000	11000	22000	33000	44000	55000	66000	77000	88000	99000	110000	121000
	12000	12000	24000	36000	48000	60000	72000	84000	96000	108000	120000	132000
Produk L	12000	12000	24000	36000	48000	60000	72000	84000	96000	108000	120000	132000
	13000	13000	26000	39000	52000	64000	76000	88000	100000	112000	124000	136000
Produk M	13000	13000	26000	39000	52000	64000	76000	88000	100000	112000	124000	136000
	14000	14000	28000	42000	56000	70000	84000	98000	112000	126000	140000	154000
Produk N	14000	14000	28000	42000	56000	70000	84000	98000	112000	126000	140000	154000
	15000	15000	30000	45000	60000	75000	90000	105000	120000	135000	150000	165000
Produk O	15000	15000	30000	45000	60000	75000	90000	105000	120000	135000	150000	165000
	16000	16000	32000	48000	64000	80000	96000	112000	128000	144000	160000	176000
Produk P	16000	16000	32000	48000	64000	80000	96000	112000	128000	144000	160000	176000
	17000	17000	34000	51000	68000	85000	102000	119000	136000	153000	170000	187000
Produk Q	17000	17000	34000	51000	68000	85000	102000	119000	136000	153000	170000	187000
	18000	18000	36000	54000	72000	90000	108000	126000	144000	162000	180000	198000
Produk R	18000	18000	36000	54000	72000	90000	108000	126000	144000	162000	180000	198000
	19000	19000	38000	57000	76000	95000	114000	133000	152000	171000	190000	209000
Produk S	19000	19000	38000	57000	76000	95000	114000	133000	152000	171000	190000	209000
	20000	20000	40000	60000	80000	100000	120000	140000	160000	180000	200000	220000
Produk T	20000	20000	40000	60000	80000	100000	120000	140000	160000	180000	200000	220000
	21000	21000	42000	63000	84000	105000	126000	147000	168000	189000	210000	231000
Produk U	21000	21000	42000	63000	84000	105000	126000	147000	168000	189000	210000	231000
	22000	22000	44000	66000	88000	110000	132000	154000	176000	198000	220000	242000
Produk V	22000	22000	44000	66000	88000	110000	132000	154000	176000	198000	220000	242000
	23000	23000	46000	69000	92000	114000	136000	158000	180000	202000	224000	246000
Produk W	23000	23000	46000	69000	92000	114000	136000	158000	180000	202000	224000	246000
	24000	24000	48000	72000	96000	118000	140000	162000	184000	206000	228000	250000
Produk X	24000	24000	48000	72000	96000	118000	140000	162000	184000	206000	228000	250000
	25000	25000	50000	75000	100000	120000	142000	164000	186000	208000	230000	252000
Produk Y	25000	25000	50000	75000	100000	120000	142000	164000	186000	208000	230000	252000
	26000	26000	52000	78000	104000	124000	146000	168000	190000	212000	234000	256000
Produk Z	26000	26000	52000	78000	104000	124000	146000	168000	190000	212000	234000	256000
	27000	27000	54000	81000	108000	128000	150000	172000	194000	216000	238000	260000
Produk AA	27000	27000	54000	81000	108000	128000	150000	172000	194000	216000	238000	260000
	28000	28000	56000	84000	112000	132000	154000	176000	198000	220000	242000	264000
Produk AB	28000	28000	56000	84000	112000	132000	154000	176000	198000	220000	242000	264000
	29000	29000	58000	87000	116000	136000	158000	180000	202000	224000	246000	268000
Produk AC	29000	29000	58000	87000	116000	136000	158000	180000	202000	224000	246000	268000
	30000	30000	60000	90000	120000	140000	162000	184000	206000	228000	250000	272000
Produk AD	30000	30000	60000	90000	120000	140000	162000	184000	206000	228000	250000	272000
	31000	31000	62000	93000	124000	144000	166000	188000	210000	232000	254000	276000
Produk AE	31000	31000	62000	93000	124000	144000	166000	188000	210000	232000	254000	276000
	32000	32000	64000	96000	128000	148000	170000	192000	214000	236000	258000	280000
Produk AF	32000	32000	64000	96000	128000	148000	170000	192000	214000	236000	258000	280000
	33000	33000	66000	99000	132000	152000	174000	196000	218000	240000	262000	284000
Produk AG	33000	33000	66000	99000	132000	152000	174000	196000	218000	240000	262000	284000
	34000	34000	68000	102000	136000	156000	178000	200000	222000	244000	266000	288000
Produk AH	34000	34000	68000	102000	136000	156000	178000	200000	222000	244000	266000	288000
	35000	35000	70000	105000	140000	160000	182000	204000	226000	248000	270000	292000
Produk AI	35000	35000	70000	105000	140000	160000	182000	204000	226000	248000	270000	292000
	36000	36000	72000	108000	144000	164000	186000	208000	230000	252000	274000	296000
Produk AJ	36000	36000	72000	108000	144000	164000	186000	208000	230000	252000	274000	296000
	37000	37000	74000	111000	148000	168000	190000	212000	234000	256000	278000	300000
Produk AK	37000	37000	74000	111000	148000	168000	190000	212000	234000	256000	278000	300000
	38000	38000	76000	114000	152000	172000	194000	216000	238000	260000	282000	304000
Produk AL	38000	38000	76000	114000	152000	172000	194000	216000	238000	260000	282000	304000
	39000	39000	78000	117000	156000	176000	198000	220000	242000	264000	286000	308000
Produk AM	39000	39000	78000	117000	156000	176000	198000	220000	242000	264000	286000	308000
	40000	40000	80000	120000	160000	180000	202000	224000	246000	268000	290000	312000
Produk AN	40000	40000	80000	120000	160000	180000	202000	224000	246000	268000	290000	312000
	41000	41000	82000	123000	164000	184000	206000	228000	250000	272000	294000	316000
Produk AO	41000	41000	82000	123000	164000	184000	206000	228000	250000	272000	294000	316000
	42000	42000	84000	126000	168000	188000	210000	232000	254000	276000	298000	320000
Produk AP	42000	42000	84000	126000	168000	188000	210000	232000	254000	276000	298000	320000
	43000	43000	86000	129000	172000	192000	214000	236000	258000	280000	302000	324000
Produk AQ	43000	43000	86000	129000	172000	192000	214000	236000	258000	280000	302000	324000
	44000	44000	88000	132000	176000	196000	218000	240000	262000	284000	306000	328000
Produk AR	44000	44000	88000	132000	176000	196000	218000	240000	262000	284000	306000	328000
	45000	45000	90000	135000	180000	200000	222000	244000	266000	288000	310000	332000
Produk AS	45000	45000	90000	135000	180000	200000	222000	244000	266000	288000	310000	332000
	46000	46000	92000	138000	184000	204000	226000	248000	270000	292000	314000	336000
Produk AT	46000	46000	92000	138000	184000	204000	226000	248000				

11.3 Pengimputan Aplikasi Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat (E-PPGM)

11.3.1 Alur Pencatatan dan Pelaporan Gizi melalui ePPGBM



Gambar 11.2 : Alur Pencatatan dan Pelaporan Gizi melalui ePPGBM

(Sumber : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2019 Tentang Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi)

Modul Elektronik Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat digunakan untuk mencatat data individu yang sumbernya dari pengambilan data di posyandu secara elektronik. Adapun variabel yang dimasukkan kedalam data catatan adalah data identitas responden (pasien dan orang tua), Data Antropometri anak, juga data pencapaian program seperti Inisiasi Menyusui Dini, Pencapaian ASI Eksklusif, Pencapaian Vitamin A, Sebaran Tablet tambah darah dan konsumsi makanan tambahan. Secara terperinci yakni :

- Di Posyandu, Semua kegiatan gizi dicatat dan di rekap hasilnya oleh pengelola dan pelaksana program gizi, umumnya dilakukan oleh petugas gizi. Hasil catatan berupa data per nama per alamat responden setelah itu data di entry ke dalam sistem untuk menjadi bagian dari pelaporan Puskesmas ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- Kelengkapan dan kesesuaian hasil entry data yang dilakukan oleh puskesmas di cek secara berkala oleh Dinkes

Kabupaten/Kota. Data yang tidak lengkap akan dikonfirmasi ke pengelola program gizi di Puskesmas.

- c. Data Informasi hasil kegiatan program gizi pada aplikasi ePPGBM dapat dimanfaatkan oleh Puskesmas, Dinkes Kabupaten/Kota, Dinkes Provinsi, Pusat, lintas program dan sektor lain juga para peneliti bidang kesehatan.

11.3.2 Format Ukur Pengisian ePPGBM

Tabel 11.1 : Format ukur pengisian data pada aplikasi pencatatan dan pelaporan gizi berbasis masyarakat

No	1.	2.	3.
NIK	12312312312312 3	3213123123123 12	111111111133 333
nama_anak	BUDI (CONTOH)	BETI (CONTOH)	ANDI (CONTOH)
TANGGALUKUR	2019-01-23	2019-03-21	2019-02-01
BERAT	4	4.5	4.8
TINGGI	56	56.7	58.9
LILA	5.4	5.3	5.5
lingkar_kepala	34	34.5	35
CARAUKUR	berdiri	terlentang	terlentang
vita	ya	tidak	ya
asi_bulan_1	ya	tidak	1
asi_bulan_2	ya	tidak	1
asi_bulan_3	ya	tidak	1
asi_bulan_4	ya	tidak	2
asi_bulan_5	ya	tidak	2
asi_bulan_6	ya	tidak	2
pemberian_ke	2	3	1
sumber_pmt	1	2	3
pemberian_pus at	84		74
tahun_produksi	2018		2018
pemberian_dae rah		8000	7000

11.3.3 Penggunaan Aplikasi ePPGBM

Aplikasi ePPGBM merupakan aplikasi wajib survailans gizi bagi petugas GIZI di Puskesmas, berikut gambaran cara pengisian data pada Aplikasi ePPGBM(Direktorat Gizi Masyarakat, 2019)

1. Membuka laman Sistem Informasi Gizi Terpadu (Sigiziterpadu) Direktorat Gizi Masyarakat Kemenkes dengan mengakses www.sigiziterpadu.kemkes.go.id



Gambar 11.3 : Tampilan Awal login di laman Sistem Informasi Gizi Terpadu (Sigiziterpadu)
(Sumber : sigiziterpadu.kemkes.go.id)

2. Setelah Login, maka akan muncul tampilan seperti dibawah ini, untuk usher Puskesmas dan user telah mampu memasukkan atau entry data yang dibutuhkan sesuai dengan menu dalam Aplikasi



Gambar 11.4 : Tampilan Sigiziterpadu User Puskesmas
(Sumber : sigiziterpadu.kemkes.go.id)

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Gizi Masyarakat. 2019. 'Petunjuk Teknis Sistem Informasi Gizi Terpadu (Sigizi Terpadu)', p. 113. Available at: https://sigiziterpadu.kemkes.go.id/login_sisfo/assets/PANDUAN_SIGIZI_TERPADU.pdf.
- Fitriyanti, I.T.R.I. *et al.* 2012. 'Universitas Indonesia Rancangan Sistem Informasi Laporan Gizi Di Puskesmas Pinang Ranti Jakarta Timur Tahun 2012 Skripsi'.
- Hartono, A.S., Zulfianto, N.A. and Rachmat, M. 2017. *Bahan Ajar Gizi: Surveilans Gizi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Kementrian Kesehatan RI. 2012. *Petunjuk Pelaksanaan Surveilans Gizi*.
- Lompoe, P. 2022. *Laporan Gizi Terpadu Puskesmas Lompoe*.

BIODATA PENULIS



Satriani, SKM, M.Kes

Dosen Jurusan Gizi Poltekes Kemenkes Kaltim

Penulis kelahiran Balikpapan ini mendapat gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada tahun 2005 di Universitas Muslim Indonesia Makassar dan mendapat gelar Magister Kesehatan Masyarakat untuk Peminatan Gizi di Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2012. Saat ini penulis adalah Dosen Program Studi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika Jurusan Gizi di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Telah menulis beberapa buku kolaborasi antara lain: Dasar Ilmu Gizi (Zahir Publishing, 2022), Surveilans Kesehatan Masyarakat (PT. Global Eksekutif Teknologi, 2022), Prinsip Dasar Ilmu Gizi (Medsan, 2022).

BIODATA PENULIS



Sulistyani Prabu Aji, M.Kes
Staf Peneliti Pusat Kedokteran tropis UGM

Penulis adalah Peneliti di Pusat Kedokteran Tropis Universitas Gadjah Mada (UGM). Penulis merupakan lulusan S2 Kedokteran Keluarga UNS pada tahun 2015 dan saat ini penulis merupakan mahasiswa Beasiswa S3 Prodi Penyuluh Pembangunan peminatan Promosi Kesehatan di Universitas Sebelas Maret (UNS).

Selain Kuliah, Penulis juga aktif mengisi kegiatan ilmiah sebagai pembicara maupun moderator. Mengisi berbagai pelatihan yang berlisensi dalam beberapa bidang ilmu khususnya kesehatan . Penulis adalah Pendiri sekolah keluarga Komplementer yang diperuntukkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan terapi komplementer.

Karena kesempurnaan hanya milik Sang Maha Pencipta, maka penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun lewat email : prabuajisulistyani@gmail.com

BIODATA PENULIS



Yusma Indah Jayadi

Dosen tetap Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar

Yusma Indah Jayadi, lahir di Ujung Pandang, 19 Maret 1990, dari pasangan seorang ayah pekerja keras yang jarang mengambil cutinya Drs Jayadi Mahmud, MM dan ibu yang paling lincah mengatur urusan domestik Dra A Saderiah, sejak kecil sampai dewasa tinggal dan bersekolah hingga jenjang SMA di Kabupaten Gowa, menyelesaikan pendidikan Sarjana Gizi di Universitas Hasanuddin Makassar pada tahun 2012, dengan predikat cum laud. Semangat untuk terus belajar itu membuat penulis terpilih sebagai penerima Beasiswa Unggulan Kementerian Pendidikan dan kebudayaan RI pada Program Magister Gizi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar dan selesai Juni tahun 2014. Pernah bekerja sebagai dosen luar biasa di Stikes Baramuli Pinrang Tahun 2012, dosen tetap di AIGI Makassar tahun 2013, dosen tetap BLU di Universitas Tadulako Palu tahun 2014-2019, saat ini alhamdulillah menjadi dosen tetap Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar tahun 2019-sekarang. Pengajar muda ini pernah berpartisipasi dalam berbagai international confrence, dan pernah menjadi oral presenter terbaik pada Simposium Nasional Hari Gizi Nasional Universitas Tadulako dan Konfrensi Internasional Halal Issue UMI, selain itu penulis pernah mendapatkan predikat juara pertama dalam lomba mengajar terbaik se Universitas Tadulako. Penulis menerbitkan buku pertamanya kolaborasi dengan dosen di Universitas Tadulako: Buku Ajar Ilmu Pangan. Anggota Pergizi, Persagi dan IAKMI ini pernah menerbitkan tulisannya di berbagai jurnal, di

antaranya: Enfermeria Clinica, Indian Journal of Public Health Research and Development Jurnal Kesehatan Tadulako, GHIDZA: Jurnal Gizi dan Kesehatan, Media Gizi Masyarakat Indonesia, dan Al Gizzai: Public health Nutrition. Sekarang penulis sehari-hari sebagai Dosen Tetap Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Jurusan Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar. Penulis gemar berdiskusi seputar gizi dan pangan, serta integrasinya dengan islam, beberapa kali berdiskusi tentang gizi dalam sebuah forum diskusi maupun seminar pada organisasi himpunan mahasiswa, organisasi islam pada mahasiswa, komunitas literasi masyarakat timur (ESERDE) dan komunitas the happy parenthood (theHP). Email: yusmaindahji@gmail.com

BIODATA PENULIS



Anjar Briliannita, S,Gz, M.Sc

Dosen Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Sorong

Penulis lahir di Sorong tanggal 12 Juli 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Jurusan Gizi. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Ilmu Gizi Universitas Hasanuddin Makassar dan melanjutkan S2 pada Univeristas Gadjah Mada. Penulis menekuni bidang Menulis terkait ilmu gizi, kesehatan dan pangan.

Penulis merupakan staf dosen dan sekretaris jurusan gizi di Poltekkes Kemenkes Sorong serta aktif pada kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat bidang gizi, kesehatan dan pangan hingga sekarang.

BIODATA PENULIS



Patemah, S.SiT., M.Kes.

Dosen Program Studi D III Kebidanan dan SI Ilmu Keperawatan.
STIKES Widyagama Husada Malang.

Penulis lahir di Malang tanggal 17 Mei 1973. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Program Studi D III Kebidanan dan SI Ilmu Keperawatan. STIKES Widyagama Husada Malang.. Menyelesaikan pendidikan D IV Kebidanan pada Jurusan Bidan Pendidik dan melanjutkan S2 pada Jurusan. Penulis menekuni bidang Menulis di Kesehatan ibu dan anak serta kesehatan remaja. Selain menulis buku, penulis juga mengembangkan diri dan ilmu pengetahuan di bidang praktisi di ATMA HOME CARE.

Email Penulis: patemah@widyagamahusada.ac.id

BIODATA PENULIS



Titis Sriyanti, SKM., M.Kes

Dosen Program Studi DIII Farmasi STIKES Banyuwangi

Penulis lahir di Banyuwangi tanggal 6 Maret 1984. Penulis adalah seorang dosen tetap Prodi D III Farmasi STIKES Banyuwangi. dan sekarang menetap di Banyuwangi. Menyelesaikan pendidikan dasar di SD Kemiren I Kabupaten Banyuwangi pada tahun 1997, dan melanjutkan pendidikan di SMPN 1 Banyuwangi dan SMAN 1 Glagah Banyuwangi lulus tahun 2000 dan 2003. Pendidikan sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat ditempuh penulis pada tahun 2003 dan lulus 4 tahun berikutnya di Universitas Airlangga Surabaya. Serta berkesempatan mengambil Strata Dua di universitas dan Fakultas yang sama dengan peminatan Biostatistika. Sejak tahun 2009 penulis diberi kesempatan bekerja sebagai tenaga Pendidik di STIKES Banyuwangi sampai sekarang. Dimana sebelumnya penulis bekerja sebagai Petugas Lapangan di LSM Komisi Perlindungan HIV/AIDS (KPA) Kabupaten Banyuwangi.

BIODATA PENULIS



Irna Agustiani, S. Gz., MPH

Staf di Puskesmas Godean I, Sleman, Yogyakarta

Irna Agustiani, S.Gz, MPH lahir di Mataram, NTB tanggal 28 Agustus 1974 adalah petugas Gizi di Puskesmas Godean I, Kec Godean Kab Sleman Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan dasar dan menengah di Mataram, Nusa Tenggara Barat. Selanjutnya penulis mengikuti pendidikan tinggi mulai dari Pendidikan Ahli Madya (PAM) Gizi Mataram (1995), Sarjana S1 di Prodi Gizi dan Kesehatan di Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta (2009) dan menyelesaikan pendidikan magister pada Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas KKMKG UGM Yogyakarta (2016).

Pengalaman bekerja diawali bertugas sebagai petugas gizi di Puskesmas dan Rumah Sakit di Mataram, NTB (1996-2021) dan saat ini bertugas di Puskesmas Godean I, Kab Sleman DI Yogyakarta. Pengalaman dalam bidang penelitian di antaranya penulis ikut terlibat dalam berbagai riset tingkat regional maupun skala Nasional di antaranya sebagai Penanggung Jawab Teknis(PJT) pada riset Kemenkes RI tahun 2015 tentang Pembiayaan Kesehatan I di Kabupaten Batubara, Sumatera Utara, dan selanjutnya pada tahun 2016 menjadi PJT dalam riset Pembiayaan Kesehatan II di Kota Mataram, NTB.

BIODATA PENULIS



Agus Putra Murdani, S.KM., M.Kes
Dosen S1 Gizi STIKES Banyuwangi

Penulis lahir di Banyuwangi 15 Agustus 1983, merupakan anak pertama dari tiga bersaudara dari orang tua Kusniyah dan Drs. Murdiyanto, M.Pd. Penulis menempuh pendidikan kesehatan masyarakat diawali dari pendidikan S1 jurusan kesehatan masyarakat Universitas Airlangga Surabaya (*lulus tahun 2007*), kemudian melanjutkan di Strata 2 kesehatan masyarakat di Universitas Airlangga Surabaya (*lulus tahun 2015*).

Penulis memiliki ketertarikan pada bidang Gizi Masyarakat dan saat ini penulis memegang posisi sebagai Dosen STIKES Banyuwangi. Selain melaksanakan tugas pendidikan dan penelitian, penulis juga aktif melakukan pengabdian masyarakat dan menjadi pemateri di seminar nasional terkait kesehatan dan gizi.

Email Penulis: agusputramurdani@gmail.com

BIODATA PENULIS



Icha Dian Nurcahyani, S.Gz., M.Kes

Dosen Program Studi Gizi STIKes Salewangang Maros Sulawesi Selatan
Penerima Beasiswa Pendidikan Indonesia Kemdikbudristek 2021

Penulis lahir di Semarang tanggal 27 Maret 1990. Penulis adalah dosen tetap yayasan pada Program Studi Gizi STIKes Salewangang Maros, Kab. Maros, Prov. Sulawesi Selatan.

Menyelesaikan pendidikan S1 di tahun 2011 pada Program Studi Ilmu Gizi, dan menyelesaikan S2 di tahun 2015 pada Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Gizi Kesehatan Masyarakat, jenjang S1 dan S2 diselesaikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Saat ini, penulis tercatat sebagai Mahasiswa S3 Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin dan juga Penerima Beasiswa Pendidikan Indonesia Kemdikbudristek 2021.

Sejak tahun 2015, penulis mengajarkan mata kuliah Gizi Kuliner, Gizi Biomolekuler, Manajemen Pelayanan Makanan dan Kewirausahaan Bidang Gizi. Penulis saat ini menduduki posisi sebagai ketua bidang Kemitraan dan Entrepreneurship DPD Persagi Sulawesi Selatan periode 2021-2026. Penulis juga aktif menjadi volunteer di Yayasan lemINA Makassar dan Jenewa Institute serta berbagai kegiatan sosial terkait Kesehatan Ibu dan Anak.