

Analisis Program Taman Pemulihan Gizi (TPG) dalam Upaya Penanggulangan Balita Gizi Buruk dan Gizi Kurang di Kabupaten Jombang

Analysis on Nutrition Replacement Therapy Program for Undernourished Children in Jombang District

Miftahul Mu'alimah¹, Apoina Kartini², Ayun Sriatmi³

¹ *Stikes Bahrul Ulum, Tambakberas, Jombang, Desa Sidomlangean RT 02/ RW 06, Kecamatan Kedungpring, Kabupaten Lamongan, 085736922980, e-mail: miftahulmualimah@gmail.com*

² *Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang*

ABSTRAK

Prevalensi status gizi balita di Kabupaten Jombang (2008-2011) yang dinilai dari BB/U, TB/U dan BB/TB cenderung turun. Pada tahun 2009 PemKab Jombang membuat suatu kebijakan dalam penanggulangan masalah gizi dengan tema “BERTABUR BINTANG”. Salah satunya dibentuk TPG, dalam 2 tahun TPG yang sudah terbentuk 102 TPG. Survey pendahuluan menunjukkan bahwa kurangnya pengetahuan kader terkait TPG sehingga kader kurang aktif, sikap cenderung positif tetapi partisipasi masyarakat masih kurang, dukungan dari keluarga sebagian besar hanya mengingatkan saja, tidak ada anggaran lebih dari desa, supervisi dari puskesmas belum rutin. Tujuan penelitian ini adalah menganalisa bagaimana pelaksanaan TPG yang ditinjau dari variabel pengetahuan, sikap, persepsi tentang supervisi, ketersediaan sumber daya dan dukungan serta dari aspek pelaksana maupun pembina.

Jenis penelitian deskriptif kualitatif. Populasi terbagi menjadi 2 yaitu bidan desa sebagai pembina dan kader kesehatan sebagai pelaksana. Informan utama 8 bidan desa dan 8 kader dari 4 puskesmas terpilih dengan kriteria puskesmas yang mempunyai angka prevalensi gizi kurang yang tinggi dan rendah dan juga berdasarkan wilayah geografis. Informan triangulasi tingkat pembina yaitu 8 perangkat desa, 4 petugas gizi puskesmas dan Kasie Gizi Dinas Kesehatan, sedangkan informan triangulasi tingkat pelaksana yaitu 8 ibu balita. Pengumpulan data melalui wawancara mendalam dan observasi sedangkan analisisnya dengan *content-analysis*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pengetahuan kader terkait TPG masih kurang karena belum ada pelatihan bagi kader terkait TPG, pelatihan terkait *positif deviance* hanya untuk bidan itupun belum semua bidan dan juga petugas gizi. Sikap kader positif dalam mendukung TPG karena dapat membantu menanggulangi balita dengan masalah gizi, tidak ada juknis dan juklak untuk TPG. Dana untuk program TPG sudah berasal dari swadaya masyarakat yang berupa donatur, jimpitan dan ADD tetapi dalam pelaksanaannya dana masih menjadi kendala utama. Sarana prasarana dari Dinas Kesehatan hanya berupa peralatan masak, makan dan minum serta papan TPG selebihnya memakai peralatan posyandu. Pelaksanaan supervisi selama ini tidak terjadwal begitu juga dengan materi tidak terstruktur serta lebih bersifat insidental, dukungan baik dari keluarga maupun masyarakat lebih berupa informasi verbal dan masyarakat masih kurang berpartisipasi.

Kata kunci : Program TPG, Gizi Buruk, Gizi Kurang, Kader kesehatan

ABSTRACT

Prevalence of under-five nutritional status in Jombang district (2008-2011), measured by BB/U, TB/U, and BB/TB tended to decrease. In 2009, Jombang district government developed a policy for

controlling nutritional problems with the theme: Bertabur Bintang (scattered stars). One of activities for controlling nutritional problems was to build therapeutic feeding center (TPG); in the last two years, 102 TPGs have been established. Preliminary survey indicated that cadres knowledge related to TPG were insufficient; as a consequence, cadres were non active. Attitude of the cadres was positive, however, community participation was low; supports from members of the family were mostly only reminding the people; no village spare funding was available; routine supervision from a primary healthcare center (puskesmas) was not available. Objective of this study was to analyze the implementation of TPG viewed from knowledge, attitude, perception on supervision, availability of resources, support variables; and also viewed from executor and supervisor aspects.

This was a descriptive-qualitative study. Study population was divided into two: village midwives as supervisors and health cadres as executors. Main informants were eight village midwives and eight cadres from four selected puskesmas. These Puskesmas were selected based on selection criteria: puskesmas with high and low prevalence of moderate malnutrition, and based on geographical area. Triangulation informants from supervisor level were eight village government office staffs, four puskesmas nutrition workers, and a head of nutrition section of district health office. Triangulation informants from the executor level were eight mothers of under-five children. Data were collected through in-depth interview and observation. Content analysis was applied for data analysis.

Results of the study showed that cadres knowledge related to TPG were insufficient due to no TPG related trainings for cadres; training related to positive deviance was only for midwives, and not all midwives and nutrition workers received the training. Cadres attitude were positive in supporting TPG, they believed that what they did would help controlling nutritional problems for under-five children. No technical and implementation guidelines for TPG. Funding for TPG program was from the community, it was in the form of donation, 'jimpitan', and ADD. However, in the implementation of TPG funding was still a main problem. Facilities from district health office were in the form of cooking and eating wares and TPG notification board; the rest of facilities for TPG was using posyandu facilities. Supervision was not scheduled or incidental and materials for supervision were not structured. Supports from family members and community were mostly in the form of verbal information; community participation was low.

Keywords : *TPG program, severe malnutrition, moderate malnutrition, health cadres*

PENDAHULUAN

Masalah gizi terjadi pada setiap siklus kehidupan dimulai sejak dalam kandungan (janin), bayi, anak, dewasa dan lanjut usia. Periode dua tahun pertama kehidupan balita merupakan masa kritis dalam proses tumbuh kembangnya. Gangguan gizi yang terjadi pada periode ini cenderung bersifat permanen walaupun kebutuhan gizi pada masa selanjutnya terpenuhi.¹ Masalah kekurangan gizi secara langsung maupun tidak langsung dapat berakibat menurunnya tingkat kecerdasan anak, terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan anak serta dapat menurunkan produktifitas di masa selanjutnya.²⁻³

Hasil pemantauan Direktorat Bina Gizi Kementrian Kesehatan pada tahun 2010, dalam 5 tahun berturut – turut (2005 - 2010) Propinsi

Jawa Timur menduduki posisi teratas untuk angka kejadian gizi buruk pada balita yaitu sebanyak 14.000 kasus (17,1%) meskipun sudah mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu sebanyak 14.735 kasus (17,5%).⁴⁻⁵

Beberapa program untuk menanggulangi masalah gizi, baik yang diarahkan dari pusat maupun program inovasi lokal terus dilakukan antara lain dalam bentuk revitalisasi posyandu, stimulasi deteksi dan intervensi dini tumbuh kembang bagi balita yang dilakukan di posyandu dan bekerjasama dengan sekolah, kegiatan Bina Keluarga Balita (BKB) bagi keluarga yang mempunyai anak balita dengan memberikan penyuluhan dan melakukan pendampingan, pemberian makanan tambahan (PMT) dan pemberian makanan pendamping ASI (MP-ASI) bagi balita kurang gizi dan pemberdayaan

masyarakat melalui keluarga sadar gizi (Kadarzi).⁶⁻⁷

Prevalensi status gizi balita di Kabupaten Jombang dari tahun ke tahun (2008 – 2011) yang dinilai dari Berat Badan menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan menurut Umur (TB/U) dan Berat Badan menurut Tinggi Badan (BB/TB) seperti tampak pada tabel 1.1 pada lampiran, cenderung mengalami penurunan meskipun terdapat peningkatan pada kategori TB/U pada tahun 2009 dan kategori BB/TB pada tahun 2009 dan 2010. Gizi buruk dan gizi kurang yang ada di Kabupaten Jombang akan menjadi suatu masalah yang serius dan akan berdampak pada kualitas SDM (Sumber Daya Masyarakat) nya jika tidak ditangani secara komprehensif.^{8,9}

Pada tahun 2009 Pemerintah Kabupaten Jombang membuat suatu kebijakan dalam penanggulangan masalah gizi balita melalui pencanangan Program Penanggulangan Gizi Buruk dan Gizi Kurang dengan tema “BERTABUR BINTANG” yang merupakan akronim dari “Bersama Tanggulang Balita Gizi Buruk Melalui Bina Keluarga, Timbang Anak, Beri Gizi Seimbang” dimana program tersebut merujuk pada Surat Keputusan Bupati Kepala Daerah Tingkat II Jombang No. 29 tahun 1999 tentang Pembentukan Tim Pangan dan Gizi Kabupaten Daerah Tingkat II Jombang.⁸

Tahun 2009 dikeluarkan Surat Keputusan Bupati Jombang No. 188.4.45/ 156/ 415.10.10/ 2009 tentang Pusat Layanan Gizi Kabupaten Jombang dan kemudian ditindaklanjuti oleh Dinas Kesehatan dengan dikeluarkannya Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan No. 188/ 9357/415.25/2010 tentang Pendirian *Therapeutic Feeding Center* (TFC) untuk pemulihan gizi buruk. Pada tahun 2011 Bupati Jombang mengeluarkan Surat Keputusan No. 188.4.45/59/ 415.10.10/2011 tentang Penetapan Tim Pembina Pusat Pemulihan Gizi yaitu TFC (*Therapeutic Feeding Center*) dan TPG (Taman Pemulihan Gizi), sedangkan untuk petunjuk pelaksanaan (juklak), petunjuk teknis (juknis) dan Standar Operasional Prosedur (SOP) dari TPG sendiri sampai saat ini belum disusun.¹⁰⁻¹²

Taman Pemulihan Gizi (TPG) merupakan program inovasi sebagai upaya terobosan dari Pemerintah Kabupaten Jombang dan masyarakat

dalam penanggulangan masalah gizi,⁹ dimana TPG adalah program yang identik dengan Pos Pemulihan Gizi berbasis masyarakat (*Community Feeding Center/ CFC*) dengan menerapkan pendekatan *Positif Deviance* (PD).^{9,13} Taman Pemulihan Gizi di Kabupaten Jombang khususnya berfokus dalam menangani balita gizi buruk dan gizi kurang dengan menggunakan kriteria BB/U tanpa disertai dengan penyakit dan komplikasi lain yang ditemukan saat penimbangan di Posyandu.⁹

Taman Pemulihan Gizi (TPG) dilaksanakan di desa selama 1 periode (3 bulan) dan hari pelaksanaan efektif TPG selama 12 hari. Taman Pemulihan Gizi dilaksanakan satu minggu setelah posyandu dan bertempat di Balai Desa, rumah kader dan atau rumah perangkat desa. Kegiatan yang dilaksanakan di TPG meliputi pengumpulan balita sasaran, penyusunan menu sesuai dengan kesukaan balita, pengukuran antropometri, pemeriksaan medis oleh dokter (pada hari pertama), mengolah bahan makanan, permainan dengan Alat Permainan Edukatif (APE) dan penyuluhan kesehatan oleh Bidan.⁹

Tercatat sudah terbentuk 102 TPG dalam 2 tahun terakhir ini, TPG yang terbentuk sudah tersebar hampir di seluruh wilayah puskesmas. Kabupaten Jombang terdiri dari 34 Puskesmas, dari 34 puskesmas tersebut masih terdapat enam (6) puskesmas yang prevalensi gizi kurangnya tergolong tinggi yaitu Puskesmas Mojoagung 20,2%, Puskesmas Cukir 24,3%, Puskesmas Perak 17,6%, Puskesmas Kesamben 20,9%, Puskesmas Kabuh 20% dan Puskesmas Mayangan 19,9%. Standar prevalensi gizi kurang yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang pada semua puskesmas yang ada adalah prevalensi gizi kurang tidak boleh lebih dari 15% dari jumlah balita yang ada, sehingga ke enam Puskesmas tersebut memerlukan perhatian khusus dalam penanganannya.⁸⁻⁹

Melalui studi pendahuluan terhadap 20 orang informan yang terdiri dari 13 kader kesehatan, 5 perangkat desa dan 2 orang bidan desa, sebanyak 8 dari 13 kader kesehatan diantaranya menyatakan bahwa mereka sendiri kurang mengetahui dan memahami tujuan dan manfaat dari TPG sehingga dalam pelaksanaannya kurang optimal dan itu tercermin dari tingkat kehadiran kader yang masih

kurang, begitu juga dengan kehadiran balita peserta TPG tidak 100%. Kader pun menambahkan bahwa dalam penyusunan menu makanan saat pelaksanaan TPG, menu disesuaikan dengan makanan kesukaan balita tidak disesuaikan dengan kebutuhan kalori dari balita tersebut karena berhubungan dengan jumlah dan ketersediaan dana.

Keterangan selanjutnya bahwa pemberian makanan kepada balita tidak dihitung menurut kebutuhan sesuai umur dan berat badan, tetapi semua balita peserta TPG mendapatkan makanan yang sama baik dalam jumlah maupun jenisnya. Terkait dukungan keluarga balita sebagian besar keluarga mendukung terlaksananya TPG, dukungan yang diberikan berupa teguran atau mengingatkan untuk datang ke kegiatan TPG. Sedangkan dukungan dalam hal memberikan bantuan fisik dan bahan makanan, baik dari keluarga maupun masyarakat belum semua mempunyai kesadaran untuk memberikan bantuannya.

Selanjutnya 3 orang informan dari perangkat desa mengatakan bahwa dalam pelaksanaan TPG perangkat desa lebih bersifat pasif dalam artian menunggu komando dan usulan dari bidan, begitu juga dalam hal ketersediaan dana, desa tidak mempunyai anggaran lebih, sehingga para perangkat desa hanya membantu menyediakan tempat dan memberikan fasilitas seadanya untuk pelaksanaan TPG. Selanjutnya informan juga mengatakan bahwa sangat mendukung adanya program TPG, hanya saja masyarakat setempat kurang tanggap dalam mendukung pelaksanaan TPG sepenuhnya begitu juga dengan keluarga balita, kurang ada respon dengan alasan pelaksanaan TPG cenderung biasa saja.

Studi pendahuluan pun dilakukan kepada bidan desa, didapatkan informasi bahwa supervisi yang dilakukan baik dari Puskesmas maupun dari Dinas Kesehatan belum rutin bahkan kadang dalam 1 periode pelaksanaan TPG belum ada supervisi sama sekali, begitu juga dengan pemantauan menu makanan balita kurang ada kontrol dari staf gizi Puskesmas. Untuk kenaikan berat badan balita dalam 1 periode (3 bulan) pelaksanaan TPG kurang lebih antara 100 – 500 gram.

Hasil wawancara dengan Kepala Seksi Gizi Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang,

didapatkan informasi bahwa Program TPG dilaksanakan atas prakarsa Pemerintah Kabupaten Jombang dan Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang dengan merujuk pada Surat Keputusan Bupati dan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan. Pemerintah Kabupaten juga mengadakan pelatihan tentang pelacakan gizi buruk dan pembentukan TPG di desa pada petugas diantaranya petugas gizi Puskesmas, bidan desa dan kader kesehatan, tetapi pelatihan yang dilaksanakan belum menyeluruh.

Lebih lanjut Kasie Gizi menambahkan bahwa selama ini memang tidak tersedia dana khusus untuk pelaksanaan TPG, karena tujuan utama program TPG adalah upaya untuk memberikan kewenangan kepada pemerintah desa untuk menyelesaikan permasalahan gizi yang ada di tingkat desa melalui peningkatan peran serta masyarakat.

Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk meneliti lebih lanjut mengenai “Bagaimana Pelaksanaan Program Taman Pemulihan Gizi (TPG) Dalam Upaya Penanggulangan Balita Gizi Buruk dan Gizi Kurang”

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif observasional dengan metode kualitatif dan menggunakan pendekatan *cross sectional*.

Populasi dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu kader sebagai pelaksana dan bidan desa sebagai pembina. Subyek penelitian ditentukan berdasarkan tinggi rendahnya angka prevalensi kejadian gizi kurang yang ada di Puskesmas, berdasarkan wilayah geografis yaitu pegunungan dan daratan serta berdasarkan kriteria pelaksanaan TPG berhasil atau tidak berhasil, sehingga terpilih 4 wilayah Puskesmas yaitu Puskesmas Wonosalam, Puskesmas Kabuh, Puskesmas Perak dan Puskesmas Jatiwates serta 8 desa yang diambil dari Puskesmas tersebut. Tiap Puskesmas diambil 2 desa dengan kriteria TPG berhasil dan tidak berhasil.

Subyek penelitian terdiri dari informan utama dan informan triangulasi yang dibagi menjadi dua tingkat yaitu tingkat pelaksana dan tingkat pembina. Informan utama tingkat pelaksana yaitu

8 kader dan tingkat pembina 8 bidan desa. Sedangkan informan triangulasi tingkat pelaksana yaitu 8 ibu balita peserta TPG dan informan triangulasi tingkat pembina yaitu 8 perangkat desa, 4 petugas gizi dan 1 Kasie Gizi DKK.

HASIL

Informan utama tingkat pelaksana dalam penelitian ini berjumlah 8 (delapan) orang kader yang berusia antara 32 – 42 tahun dengan rata – rata usia kader 37 tahun. Sebagian besar kader berpendidikan SMP, hanya 3 orang kader yang berpendidikan SMA. Pekerjaan kader bervariasi, tetapi sebagian besar sebagai ibu rumah tangga diikuti dengan pekerjaan sebagai petani dan pedagang. Masa kerja informan utama sebagai kader rata – rata 10 tahun dengan kisaran masa kerja terpendek 4 tahun dan masa kerja terlama 22 tahun.

Informan utama tingkat pembina (bidan desa) berusia mulai 27 – 45 tahun dengan rata – rata usianya 34 tahun. Sebagian besar informan berpendidikan D III Kebidanan dan hanya 3 bidan yang berpendidikan D IV Kebidanan

sehingga dapat dikatakan sudah memenuhi persyaratan minimal menjadi seorang bidan. Masa kerja informan utama berkisar antara 1,5 – 18 tahun dengan rata rata masa kerja 6 tahun. Semua informan berstatus menikah.

Informan triangulasi tingkat pelaksana ibu balita mempunyai kisaran usia antara 25 – 35 tahun dengan rata rata usia informan adalah 30 tahun. Tingkat pendidikan informan bervariasi, yaitu SD – SMA. Pekerjaan ibu balita pun bervariasi, terbanyak pekerjaan mereka adalah sebagai ibu rumah tangga, diikuti dengan pekerjaan sebagai petani dan pedagang.

Usia informan triangulasi perangkat desa berkisar antara 38 – 47 tahun, dengan rata rata usianya 41 tahun. Sebagian besar informan berpendidikan SMA, diikuti dengan pendidikan SMP dan hanya 1 orang yang berpendidikan perguruan tinggi yaitu S1 pendidikan. Sebagian besar informan triangulasi menjabat sebagai kepala dusun dan selebihnya menjabat sebagai kepala desa. Sedangkan masa kerja informan triangulasi terpendek selama 7 tahun dan terlama 15 tahun dengan rata rata lama menjabat sebagai

Tabel 1. Karakteristik Informan Utama Tingkat Pelaksana (Kader)

No	Kode Informan	Umur (Tahun)	Pendidikan	Lama Menjadi Kader (Tahun)	Pekerjaan
1	IU K-1	35	SMA	8	IRT
2	IU K-2	41	SMA	4	IRT
3	IU K-3	42	SMP	22	Pedagang
4	IU K-4	38	SMP	12	Petani
5	IU K-5	38	SMP	15	IRT
6	IU K-6	35	SMP	10	Petani
7	IU K-7	32	SMP	8	IRT
8	IU K-8	40	SMA	9	IRT

Tabel 2. Karakteristik informan Utama Tingkat Pembina (Bidan Desa)

No	Kode Informan	Umur (Tahun)	Pendidikan	Masa Kerja (Tahun)	Status Marital
1	IU B-1	28	D4 Kebidanan	4	Menikah
2	IU B-2	45	D4 Kebidanan	4	Menikah
3	IU B-3	28	D3 Kebidanan	1,5	Menikah
4	IU B-4	37	D3 Kebidanan	4,5	Menikah
5	IU B-5	45	D3 Kebidanan	18	Menikah
6	IU B-6	27	D4 Kebidanan	2	Menikah
7	IU B-7	33	D3 Kebidanan	7	Menikah
8	IU B-8	34	D3 Kebidanan	8	Menikah

perangkat desa selama 9 tahun.

Usia informan triangulasi petugas gizi puskesmas termuda 23 tahun dan tertua berusia 47 tahun dengan rata-rata usia informan 33 tahun, sedangkan untuk informan triangulasi DKK berusia 45 tahun. Tingkat pendidikan informan triangulasi bervariasi yaitu sebagian berpendidikan D3 Gizi, selanjutnya berpendidikan S1 Gizi dan D3 Kebidanan. Pendidikan Informan triangulasi DKK yaitu pasca sarjana sosial politik. Masa kerja informan triangulasi paling singkat kurang dari 1 tahun dan paling lama 17 tahun dengan rata-rata masa kerja selama 6 tahun. Sedangkan untuk informan triangulasi DKK mempunyai masa kerja 8 tahun. Pelatihan yang pernah diikuti oleh informan triangulasi meliputi pelatihan tentang penanganan balita gizi buruk dan gizi kurang dan pelatihan tentang *positive deviance* dalam pembentukan TPG dan hanya 1 informan yang belum pernah mengikuti pelatihan.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan adanya persamaan keterangan antara informan utama dan

informan triangulasi terkait pelaksanaan TPG terkecuali informan triangulasi dari Kasie Gizi DKK karena memang melihatnya secara keseluruhan (tingkat Kabupaten). Pelaksanaan TPG dikatakan baik jika dalam pelaksanaannya kader dan balitanya aktif, perangkat desanya tanggap dan peduli. Sedangkan TPG dikatakan kurang baik karena kurangnya partisipasi dari kader dan juga balitanya, kurang adanya dukungan dari perangkat desa dan bahkan dari bidan desanya. Jika dilihat dari hasil pelaksanaan TPG secara keseluruhan pada umumnya mereka menilai pelaksanaan TPG hanya dari beberapa aspek saja, sehingga sebenarnya pelaksanaan TPG dan juga hasil yang dicapai pun belum sesuai dengan tujuan dari TPG itu sendiri yaitu merupakan kegiatan dari dan untuk masyarakat serta mengedepankan prinsip pemberdayaan. desa dengan kriteria berhasil maupun tidak berhasil dalam pelaksanaan TPG, dana sudah berasal dari swadaya masyarakat. Tetapi dalam pelaksanaannya dana masih menjadikan kendala utama.

Terkait pengetahuan secara umum menunjukkan bahwa ada ketidaksesuaian dalam hal pengetahuan, yaitu antara tingkat

Tabel 3. Karakteristik Informan Triangulasi Tingkat Pelaksana (Ibu Balita)

No	Kode Informan	Umur (Tahun)	Pendidikan	Pekerjaan
1	IT IB-1	31	SD	IRT
2	IT IB-2	35	SD	Petani
3	IT IB-3	28	SMA	IRT
4	IT IB-4	33	SMP	IRT
5	IT IB-5	25	SMA	IRT
6	IT IB-6	31	SMA	Pedagang
7	IT IB-7	30	SMP	Petani
8	IT IB-8	29	SMP	Petani

Tabel 4. Karakteristik Informan Triangulasi Tingkat Pembina (Perangkat Desa)

No	Kode Informan	Umur (Tahun)	Pendidikan	Lama kerja (Tahun)	Jabatan
1	IT PD-1	38	SMA	8	Kepala Dusun
2	IT PD-2	34	SMA	12	Kepala Dusun
3	IT PD-3	48	SMA	7	Kepala Desa
4	IT PD-4	36	SMP	7	Kepala Dusun
5	IT PD-5	45	SMP	15	Kepala Dusun
6	IT PD-6	44	S1 Pendidikan	8	Kepala Desa
7	IT PD-7	47	SMA	10	Kepala Dusun
8	IT PD-8	38	SMA	8	Kepala Dusun

Tabel 5. Karakteristik Informan Triangulasi Tingkat Pembina (Petugas Gizi Puskesmas dan Kasi Gizi DKK)

No	Kode Informan	Umur (Tahun)	Pendidikan	Lama kerja (Tahun)	Jabatan
1	IT PD-1	38	SMA	8	Kepala Dusun
2	IT PD-2	34	SMA	12	Kepala Dusun
3	IT PD-3	48	SMA	7	Kepala Desa
4	IT PD-4	36	SMP	7	Kepala Dusun
5	IT PD-5	45	SMP	15	Kepala Dusun
6	IT PD-6	44	S1 Pendidikan	8	Kepala Desa
7	IT PD-7	47	SMA	10	Kepala Dusun
8	IT PD-8	38	SMA	8	Kepala Dusun

pengetahuan informan utama tingkat pelaksana dengan informan utama tingkat pembina. Tingkat pengetahuan informan utama tingkat pelaksana yang berasal dari kriteria TPG tidak berhasil terkait TPG masih kurang sedangkan tingkat pengetahuan informan utama tingkat pembina sudah baik. Begitu juga dengan informan utama tingkat pelaksana dan tingkat pembina yang berasal dari kriteria TPG berhasil bahwa sebagian besar tingkat pengetahuan informan utama tingkat pelaksana terkait TPG cukup sedangkan tingkat pengetahuan informan utama tingkat pembina terkait TPG sudah baik. Pengetahuan yang diperoleh kader terkait TPG hanya dari sosialisasi yang disampaikan oleh petugas gizi dan juga dari kegiatan pembinaan yang dilakukan oleh bidan desa. hal itu kemungkinan menjadi penyebab ketidaksesuaian antara pengetahuan informan utama dan informan triangulasi.

Secara umum mengenai sikap terhadap pelaksanaan TPG yang ditinjau dari aspek pelaksana dan aspek pembina bahwa semua informan baik informan utama maupun informan triangulasi sudah memberikan respon positif tetapi respon yang diberikan secara umum belum dibarengi dengan tindakan nyata. Sikap merupakan respon yang masih tertutup dari diri seseorang dan sikap juga merupakan cerminan dari tingkat pengetahuan seseorang. Jika dilihat dari tingkat pelaksana sikap mereka sudah positif terhadap pelaksanaan TPG tetapi dalam hal pengetahuan masih cukup bahkan kurang sehingga hal ini berpengaruh terhadap pelaksanaan secara umum.

Hasil penelitian terkait ketersediaan sumber daya menunjukkan adanya persamaan informasi

yang menyatakan bahwa dana untuk pelaksanaan TPG berupa swadaya masyarakat yang berasal dari PNPM, jimpitan peduli gizi buruk, donatur, bantuan, iuran dari kader dan masyarakat, bahkan di salah satu desa yang berada di dataran dengan tingkat prevalensi gizi kurang yang tergolong tinggi sudah tersedia dan memanfaatkan dana sehat yang ada di desa meskipun jumlahnya tidak banyak. Terkait penyediaan fasilitas juga terdapat persamaan keterangan antara informan utama dan triangulasi bahwa fasilitas berasal dari posyandu dan kadang meminjam peralatan dari kader maupun ibu perangkat desa jika terdapat kekurangan meskipun sebagian informan utama kader mengatakan telah mendapatkan bantuan dari Dinas Kesehatan yang berupa peralatan masak, makan, minum dan papan nama untuk TPG.

Sehubungan dengan persepsi tentang supervisi, hasil penelitian menunjukkan diperoleh kesamaan informasi tentang pelaksanaan supervisi baik dari kriteria TPG berhasil maupun tidak berhasil bahwa supervisi baik dari Dinas Kesehatan, Kecamatan dan juga Puskesmas tetapi waktunya tidak menentu. Hal tersebut sesuai dengan keterangan dari informan triangulasi Dinas Kesehatan bahwa supervisi dilakukan sewaktu waktu karena menyesuaikan dengan jadwal dan kegiatan yang ada di Dinas Kesehatan begitu juga dengan jumlah tenaga yang minim sehingga untuk supervisi hanya diupayakan datang sekali tiap pelaksanaan TPG. Begitu juga dengan supervisi dari puskesmas tetapi sebagian besar informan mengatakan bahwa supervisi dilakukan 2 – 3 kali dalam satu periode pelaksanaan TPG. untuk kegiatan yang dilakukan sebatas melihat administrasi dan buku

buku dokumen terkait TPG dan juga memberikan penyuluhan kepada ibu balita.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat kesamaan informasi yang menyatakan bahwa dukungan yang diperoleh selama ini lebih dalam bentuk support, baik dari kriteria TPG berhasil maupun tidak berhasil untuk dukungan dalam hal sumber dana dan juga fasilitas masyarakat masih belum bersedia secara sukarela memberikan bantuannya. Hal tersebut kemungkinan juga karena kurangnya sosialisasi kepada masyarakat terkait program TPG sehingga kesadaran masyarakatpun kurang.

KESIMPULAN

1. Tingkat Pelaksana

Dari beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan TPG, faktor yang masih kurang dan perlu banyak perbaikan adalah faktor pengetahuan, ketersediaan sumber daya dan dukungan. Kurangnya pengetahuan dari pelaksana karena selain karena faktor pendidikan dan pengalaman (lama menjadi kader) juga karena kurangnya informasi yang diperoleh terkait TPG sehingga dalam melaksanakan TPG kader melaksanakan sebatas yang diketahui dan sesuai dengan kemampuannya meskipun sudah ada kegiatan pendampingan dari bidan desa, seperti halnya penyusunan menu makan yang ada di TPG, menu makan lebih disesuaikan dengan menu kesukaan balitanya begitu juga dengan pemberian makanan tidak disesuaikan dengan umur dan berat badan.

Sehubungan dengan sikap informan terhadap pelaksanaan TPG, hampir semua informan memberikan respon positif, tetapi dalam implementasi suatu program tidak hanya sikap yang dibutuhkan melainkan perlu ada tindakan konkrit. Suatu tindakan bisa terwujud dengan didasari pengetahuan yang cukup serta dukungan dari masyarakat sekitar. Dukungan terhadap pelaksanaan TPG selama ini masih kurang khususnya dukungan dari masyarakat. Hal ini kemungkinan disebabkan karena kurangnya informasi yang didapatkan oleh masyarakat terkait program TPG sehingga yang terjadi dukungan dari masyarakat khususnya dalam bentuk bantuan fisik pun kurang serta kurangnya kesadaran masyarakat untuk

memanfaatkan sumber daya alam di sekitar. Kurangnya dukungan tersebut juga berpengaruh terhadap ketersediaan sumber daya dalam pelaksanaan TPG. Selama ini donatur atau penyedia anggaran cenderung bersifat tetap. Keadaan tersebut memberikan pengaruh terhadap pelaksanaan dan kelanjutan TPG.

Dukungan dari keluarga sebagian besar sudah baik, bentuk dukungannya yaitu dengan memberikan informasi verbal maupun non verbal, partisipasi dan juga bantuan fisik. Terkait pelaksanaan supervisi oleh puskesmas, DKK dan juga kecamatan bahwa pelaksanaannya selama ini tidak terjadwal.

2. Tingkat Pembina

Dari beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan TPG, faktor pengetahuan dan sikap sudah baik. Sedangkan faktor yang masih kurang dan perlu perbaikan serta tindak lanjut adalah faktor supervisi dan umpan baliknya terhadap pelaksanaan TPG serta dukungan dari masyarakat. Dalam pelaksanaan supervisi kegiatan TPG di desa, jadwal pelaksanaan tidak ada dan supervisi disesuaikan dengan kesibukan petugas gizi begitu juga dari dinas kesehatan bahwa pelaksanaan lebih bersifat insidental. Materi serta penilaian yang dilakukan saat supervisi tidak ada karena memang tidak ada juknis, juklak dan juga protap dalam pelaksanaan TPG sehingga pelaksanaan supervisi lebih mengarah pada kegiatan kunjungan. Begitu juga dengan fungsi pembinaan oleh bidan desa, tidak ada batasan dan panduan tentang kegiatan pembinaan sehingga selama ini yang dilakukan hanya memberikan arahan saja.

Umpan balik pelaksanaan TPG pun belum dilakukan, salah satu desa yang telah membentuk kelompok pendukung itupun usulannya berasal dari inovasi petugas gizi sendiri sehingga dalam pelaksanaan monitoring kepada keluarga balita tidak ada daftar atau formulir yang digunakan sebagai panduan untuk penilaian. Dalam hal dukungan, disampaikan bahwa belum semua perangkat desa memberikan dukungannya untuk pelaksanaan TPG hal ini erat kaitannya dengan informasi yang mereka peroleh terkait program TPG. begitu juga dengan dukungan dari masyarakatnya, hanya sebagian kecil dari

masyarakat yang selama ini berpartisipasi dalam pelaksanaan TPG.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*, Jakarta, 2007.
2. Departemen Kesehatan RI. *Pedoman Respon Cepat Penanggulangan Gizi Buruk*, Jakarta, 2008.
3. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Bina Gizi Masyarakat. *KepMenKes RI Tentang pedoman Operasional Keluarga Sadar Gizi di Desa Siaga*, Jakarta, 2007.
4. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Bina Gizi Masyarakat. *Laporan Kasus Gizi Buruk Tahun 2010*. Gizinet <http://gizidepkesgoid/artikel/laporan-kasus-gizi-buruk-2010-menurun/>. 2011.[Diakses, 4 Juni 2012]
5. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur. *Profil Kesehatan Provisi Jawa Timur*, Surabaya, 2009.
6. Departemen Kesehatan RI, Direktorat Bina Gizi Masyarakat. *Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB) Gizi Buruk*, Jakarta, 2008.
7. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak. *Seluruh Pihak Bertanggungjawab dalam Perbaikan Status Gizi guna Pencapaian Target MDGs* <http://menegppgoid/V2/indexphp/component/content/article/12-anak/127-seluruh-pihak-bertanggungjawab-dalam-perbaikan-status-gizi-guna-pencapaian-target-mdgs>. 2011.[diakses, 31 Mei 2012]
8. Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang. *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang*, Jombang, 2011.
9. Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang. *Profil penanggulangan Gizi Buruk Dengan Bertabur Bintang*, Jombang, 2011.
10. Kepbup, No 188.4.45/ 156/ 415.10.10/2009 *Tentang Pembentukan Pusat Layanan Gizi Kabupaten Jombang*
11. KepKaDin, No 188/ 9357/ 415.25/ 2010 *Tentang pendirian Therapeutic Feeding Center (TFC) Untuk Pemulihan Gizi Buruk*
12. Kepbup, No 188.4.45/59/415.10.10/2011 *Tentang Penetapan Tim Pembina Pusat Pemulihan Gizi/TFC Puskesmas dan Taman Pemulihan Gizi (TPG)*
13. M Jundi. *Pos gizi LKC Dompot Dhuafa Upaya Penanggulangan Gizi Buruk di Lombok Utara*. 2012. (diunduh dari <http://www.lkc.or.id/2012/10/11/pos-gizi-lkc-dompot-dhuafa-upaya-penanggulangan-gizi-buruk-di-lombok-utara/html>.) (diakses pada 08 Februari 2013)