

Analisis Implementasi Program Penanggulangan Gizi Buruk Di Puskesmas Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong Provinsi Papua Barat

Analysis on the Implementation of Malnutrition Alleviation Program at Primary Healthcare Centers in Sorong, Papua Barat

Zaenab Ismail¹, Martha Irene Kartasurya², Atik Mawarni²

¹) Poltekkes Kemenkes Sorong Prodi D3 Kebidanan Sorong

Jl. Basuki Rachmat Km XI Klawalu Sorong

Email: enab_iscon@yahoo.com

²) Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Semarang

Abstrak

Prevalensi balita gizi buruk di kota Sorong pada tahun 2008, 2009 dan 2010 berturut-turut adalah 3,59%;1.1%;1,9%. Implementasi suatu program dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain faktor komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui implementasi program penanggulangan gizi buruk di puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan kota Sorong Papua Barat Tahun 2011.

Jenis penelitian adalah kualitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara mendalam, menggunakan pedoman wawancara. Ada 5 puskesmas yang diteliti, informan utama adalah pelaksana program gizi di Puskesmas. Informan triangulasinya adalah keluarga/orang tua balita gizi buruk, Kepala puskesmas dan Kepala.seksi.Gizi Dinas Kesehatan Kota Sorong Provinsi Papua Barat. Hasil Penelitian menunjukkan implementasi program belum berjalan sesuai standar pelaksanaan dari Depkes, dikarenakan komunikasi yang dilakukan Dinas Kesehatan kota Sorong melalui sosialisasi program belum optimal. Ketersediaan sumber daya yang meliputi sumber daya tenaga pelaksana belum memadai karena hanya petugas dengan latar belakang pendidikan gizi yang menjalankan program sedangkan tenaga lain tidak terlibat. Belum ada tim asuhan gizi di semua puskesmas, selain itu sebagian besar tenaga belum mendapatkan pelatihan. Pengelolaan dana program tidak sesuai dengan unit *cost*. Sarana dan prasarana tidak memadai dan masih ada puskesmas yang tidak layak. Petugas pelaksana sangat mendukung program namun kurangnya transparansi dan sosialisasi mengakibatkan kurangnya komitmen. Tidak ada kewenangan maupun SOP yang diberikan dari Dinas Kesehatan Kota Sorong kepada Puskesmas. Selain itu tidak ada supervisi terhadap pelaksana program gizi.

Disimpulkan bahwa implementasi program penanggulangan gizi buruk di Puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong tahun 2011 belum optimal. Disarankan kepada Dinas Kesehatan Kota Sorong untuk meningkatkan sosialisasi program penanggulangan gizi buruk keseluruh pelaksana program termasuk kepala Puskesmas yang berada di wilayah kerja DKK Sorong, membentuk tim asuhan gizi dan pelatihan untuk tim tersebut. Pengalokasian dana dilakukan tepat sasaran dan sarana prasarana untuk kemudahan pelayanan dilengkapi. Supervisi, monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkesinambungan.

Kata kunci : Penanggulangan Gizi Buruk, Puskesmas, Implementasi Program

Abstract

The prevalence of under-five children with severe malnutrition in Sorong city West Papua in 2008, 2009 and 2010 consecutively was 3.59%, 1.1% and 1.9%. Implementation of a program could be influenced by many factors such as communication, resources, disposition and bureaucracy factors.

The objective of this study was to know the implementation of severe malnutrition control program at primary healthcare centers (puskesmas) in the working area of Sorong city health office West Papua in 2010.

This was a qualitative study with cross sectional approach. Data was collected through in-depth interview using interview guideline. There were 5 primary healthcare centers studied with program executors as main informants. Triangulation informants were family or parents of under-five children with severe malnutrition, head of puskesmas and head of nutrition section of Sorong city health office West Papua province.

Results of the study showed implementation of the program had not run according to the standard of implementation from the Ministry of Health. It was caused by not optimal communication that was done by Sorong city health office through program socialization. The availability of resources such as human resource to implement the program was insufficient. Only those who had nutrition educational background implemented the program and other workers were not involved in the program. There was no nutrition care team in all puskesmas. Additionally, the majority of the workers had not received training yet. Management of program funding was not according to the unit cost. Facilities were inappropriate and there was still improper puskesmas. The executor workers were needed for implementing the program; unfortunately due to less transparency and socialization, commitment was also low. No authority or standard operating procedure (SOP) given by Sorong city health office to puskesmas. In addition there was no supervision to the nutrition program workers.

It was concluded that the implementation of severe malnutrition control program in Puskesmas in the working area of Sorong city health office West Papua province was not optimal. It was suggested to Sorong city health office to improve socialization about severe malnutrition control program to all program executors including heads of puskesmas in the working area of Sorong city health office; to create nutrition care and training teams. Funding allocation should be given to the right target and facilities should be completed. Supervision, monitoring and evaluation were done continuously.

Keywords : Severe Malnutrition, Puskesmas, Program Implementation

PENDAHULUAN

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa dipengaruhi oleh kualitas sumber daya manusia dan secara esensial ditentukan oleh status gizi, yang merupakan masalah kesehatan masyarakat yang sangat penting. Indonesia masih dihadapkan dengan empat masalah gizi utama yang meliputi kekurangan energi dan protein, kekurangan vitamin A, anemia gizi besi dan kekurangan yodium. Kekurangan energi dan protein mendapat perhatian serius karena berhubungan erat dengan masalah kekurangan pangan dan kemiskinan, namun di beberapa kota besar masih ditemukan masalah gizi yang berlebihan (obesitas), sehingga Indonesia dihadapkan dengan “Beban Ganda Masalah Gizi”. jika gizi kurang banyak dianggap dengan berbagai penyakit infeksi, gizi lebih dianggap sebagai pertanda awal penampilan penyakit kelompok non infeksi.^{4,5}

Salah satu program pemerintah untuk menurunkan kasus gizi buruk yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional

(RPJMN) tahun 2005-2009 yaitu menurunkan angka gizi buruk dari 8,5% menjadi 5%, dan gizi buruk perlu mendapat perawatan 100% merupakan salah satu indikator keluaran Rencana strategi Kementerian Kesehatan 2010-2014.^{6,7}

Ruang lingkup penanggulangan balita gizi buruk dari tingkat Kabupaten, Kota dan Kecamatan sampai tingkat rumah tangga meliputi prosedur penjarangan kasus balita gizi buruk, prosedur pelayanan balita gizi buruk puskesmas, prosedur pelacakan balita gizi buruk dengan cara investigasi, prosedur pelayanan balita gizi buruk di rumah tangga, prosedur koordinasi lintas sektoral dalam upaya penanggulangan gizi buruk. Sebagai unit pelaksana penanggulangan gizi buruk di Puskesmas dilakukan oleh petugas gizi yang ditetapkan oleh dinas kesehatan kota/kabupaten dan pelatihan.^{6,8}

Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007 jumlah gizi buruk cenderung menurun yaitu menjadi 5,4% sedangkan gizi kurang sebesar 13%, dan pada tahun 2010 prevalensi gizi buruk

4,9% atau turun sebesar 0,5%, sedangkan prevalensi gizi kurang masih tetap yaitu sebesar 13%. Secara umum penurunannya belum merata di semua Provinsi di Indonesia yaitu dari 33 Provinsi terdapat 18 Provinsi masih memiliki prevalensi gizi buruk diatas angka prevalensi nasional yaitu 5%, termasuk propinsi Papua Barat pada tahun 2007 prevalensi gizi buruk sebanyak 6,8%, Provinsi Papua 6,6% sedangkan pada tahun 2010 Provinsi Papua Barat prevalensi gizi buruk meningkat menjadi 9,1% dan Provinsi Papua sebanyak 6,3%.^{9,10}

Laporan Dinas Kesehatan Kota Sorong, menunjukkan prevalensi balita gizi buruk Kota Sorong pada tahun 2008 adalah 3,59 % dan menurun pada tahun 2009 yaitu 1,1%, sementara pada tahun 2010 terjadi peningkatan sebesar 1,9%. Angka tersebut masih diatas prevalensi gizi buruk kota Sorong yaitu 1%. Angka prevalensi ini tampak pada 5 puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong seperti pada tabel dibawah ini :¹¹

Profil Dinas Kesehatan 2008-2010

Berdasarkan gambar 1.1 menunjukkan adanya perbedaan data yang sangat signifikan antara Puskesmas Dom, Tangkas dan Klasaman dengan puskesmas Remu dan Malawei tentang prevalensi balita gizi buruk. Oleh karena adanya perbedaan penentuan status balita gizi buruk dimana untuk tiga puskesmas (Dom, Tangkas dan Klasaman) menggunakan rumus BB/U sedangkan dua puskesmas lainnya (Malawei dan Remu) menggunakan BB/TB. Hal ini menunjukkan adanya ketidakseragaman dalam menentukan status gizi buruk di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong. Salah satu penyebabnya adalah sosialisasi program yang belum maksimal.

Hal ini didukung dengan hasil wawancara pada lima petugas gizi puskesmas wilayah kerja DKK Sorong diperoleh informasi bahwa keseluruhannya tidak mengetahui target pencapaian kasus gizi buruk, sehingga bila menemukan kasus gizi buruk di Posyandu, hanya memberikan penyuluhan dan dirujuk ke Puskesmas, sedangkan bila kasusnya ditemukan di Puskesmas dengan tanda klinis kwashiorkor atau marasmus maka penderita dirujuk ke Rumah Sakit, tetapi sebagian besar ibu penderita menolak untuk anaknya di rujuk, dengan alasan tidak ada dana. Petugas pun ragu untuk meyakinkan keluarga penderita tentang biaya pengobatan dan

perawatan, karena petugas juga tidak mengetahui tentang dana rujukan penderita gizi buruk.

Sejalan dengan hal tersebut dalam pemberian makanan tambahan, 5 dari 7 petugas mengatakan bahwa tidak tersedianya makanan tambahan untuk balita secara rutin setiap bulan tetapi setiap 3-4 bulan. Di lain pihak persediaan makanan tambahan yang ada sudah mendekati kadaluarsa sehingga pemberiannya tidak tepat sasaran. Petugas belum memahami betul tentang penentuan/mendiagnosis kasus, pengisian buku register yang sesuai dengan temuan kasus serta sistem rujukan maupun pendanaannya. Lebih lanjut 2 dari 5 orang petugas mengeluh adanya konflik internal antara petugas dengan kepala puskesmas sehingga terjadi miskomunikasi, oleh karena itu laporan hasil program gizi buruk pun menjadi berbeda yaitu laporan dari petugas pelaksana dengan laporan dari kepala puskesmas, bahkan salah satu puskesmas tidak memiliki laporan \pm 5 bulan pada tahun 2010.

METODE PENELITIAN

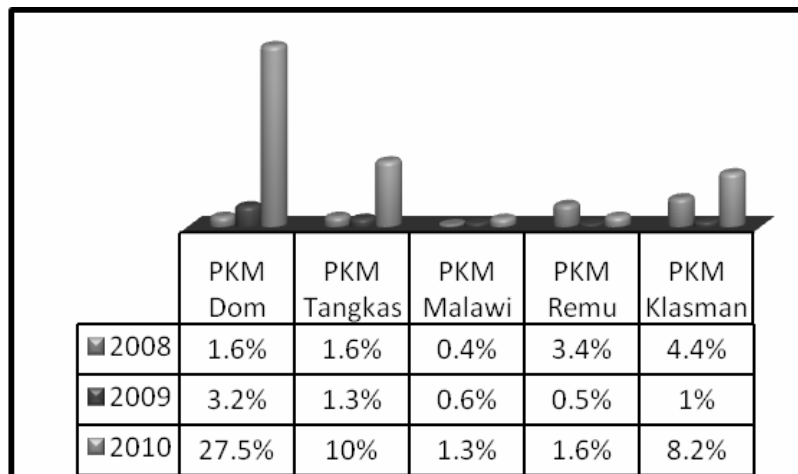
Jenis penelitian menggunakan rancangan kualitatif yang disajikan secara deskriptif eksploratif dengan jenis penelitian studi kasus melalui observasi dan wawancara mendalam.^{26,27} Pendekatan Waktu Pengumpulan data dilakukan secara *crosssectional*.²⁸ Pengumpulan terhadap data antara lain petugas gizi di Puskesmas sebagai informan utama dan Kepala Puskesmas dan Kepala Seksi Gizi sebagai informan triangulasi.

Metode Pengumpulan Data. Wawancara Mendalam (*indepth interview*) dan Observasi dilakukan dalam bentuk *checklist* tentang sarana prasarana dan tatalaksana anak balita gizi buruk, seperti yang terdapat pada lampiran.

HASIL

Sosialisasi

Sosialisasi program penanggulangan gizi buruk yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan kepada pelaksana gizi di Puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong belum optimal karena, Penyajian materi tidak secara mendetail dan sosialisasi pun tidak dilakukan secara merata terhadap seluruh petugas pelaksana di lima PKM termasuk dokter, petugas yang berlatarbelakang pendidikan bidan dan perawat. Ka.PKM, tidak dilibatkan. Sebagian Informasi didapatkan dari



Gambar 1.1 Prevalensi Gizi Buruk DKK Kota Sorong

kegiatan *mobile clinic* Ka. PKM dalam merasa kesulitan untuk mengevaluasi maupun memberikan petunjuk kepada petugas gizi saat membutuhkan informasi terkait dengan penanggulangan gizi buruk.

Sumber daya. Mengenai ketersediaan tenaga, adanya keterbatasan tenaga Hal ini dibuktikan dengan belum merata terutama yang berlatarbelakang pendidikan gizi. Disamping itu ada PKM yang belum memiliki tenaga gizi tetapi PKM yang lain tersedia tenaga gizi lebih dari 2 orang. Pada umumnya tenaga pelaksana belum mengikuti pelatihan termasuk yang berlatarbelakang pendidikan Bidan dan Perawat. Hal tersebut tidak sesuai dengan standar Depkes. Ketersediaan dana tampak mencukupi dalam implementasi program penanggulangan gizi buruk di Puskesmas wilayah kerja DKK Sorong karena dana diperoleh dari Otsus, Bansos, Jamkesmas dan dana BOK, namun dalam pengelolaan dana tersebut belum sesuai dengan unit *cost*, karena masing-masing petugas maupun masyarakat tidak merasakan adanya bantuan dana dalam pelaksanaan program penanggulangan gizi buruk.

Disposisi.

Tanggapan yang positif dari informan terhadap program ini, namun kurangnya transparan dan sosialisasi program menyebabkan petugas masih kurang memahami sehingga menimbulkan sikap acuh dalam menjalankan program serta beranggapan bahwa tugas yang dijalankan selama ini hanya sekedar suatu rutinitas dengan alasan yang penting program bisa jalan.

Semua petugas gizi di PKM berkomitmen bahwa semua balita gizi buruk yang berada di wilayah kerja DKK Sorong harus mendapat perawatan secara baik dan terarah. Diperlukan upaya sosialisasi dan pelatihan secara berkesinambungan tentang program penanggulangan gizi buruk bersama-sama dengan pimpinan Puskesmas.

Struktur Birokrasi.

Petugas yang berlatarbelakang pendidikan Gizi, memperoleh SK penempatan sebagai pegawai pelaksana gizi PKM sejak diangkat menjadi PNS. Sedangkan petugas yang berlatarbelakang Pendidikan kebidanan dan keperawatan hanya penunjukkan secara langsung oleh Ka. PKM.

Kegiatan supervisi yang diadakan oleh DKK Sorong belum di jalankan sebagaimana mestinya, oleh karena kegiatan supervisi yang dilaksanakan oleh DKK Sorong tidak diketahui oleh pihak PKM baik petugas gizi maupun Ka. PKM. Karena tidak terencana, tidak terkoordinasi serta tidak terjadwal maka kegiatan tersebut dianggap petugas gizi maupun Ka. PKM hanya kunjungan biasa.

Petugas gizi hanya menjalankan tugas sebagaimana mestinya, karena tidak memiliki SOP untuk menjalankan tugas. Pernyataan yang sama Ka. PKM bahwa tidak ada SOP dari pusat maupun Dinas Kesehatan Kota sehingga tidak dapat mengetahui pelaksanaan sesuai dengan prosedur. Terkait dengan penanganan kasus balita gizi buruk di PKM Sorong, hasil penelitian menunjukkan bahwa kegiatan pelaksanaan cenderung dilakukan di posyandu dengan memantau perkembangan balita

gizi buruk hanya melalui Kartu Menuju Sehat (KMS) balita. Kondisi ini terjadi karena tidak mengetahui prosedur pelaksanaan sehingga tidak memiliki status pasien atau rekam medis pasien. Sebagian besar petugas gizi menyatakan bahwa PKM menerima rujukan dari Posyandu, dengan menyeleksi kembali kasus. Caranya dengan menimbang dan mengukur kembali BB dan PB, diberikan pengobatan dan perawatan. Bila ditemukan gizi buruk dengan penyakit ringan diberikan makanan tambahan kemudian dikembalikan ke Posyandu. Tetapi bila penyakitnya berat atau dengan komplikasi maka balita tersebut dirujuk ke Rumah Sakit. Untuk kunjungan rumah dijadwalkan sebulan sekali dengan memantau perkembangan balita. Pernyataan diatas tidak dilaksanakan oleh semua PKM, oleh karena tidak semua balita bersedia dirujuk ke PKM maupun Rumah sakit dengan alasan tidak mempunyai dana.

Menurut Depkes, tindakan yang harus dilakukan di puskesmas yaitu pemberian penyuluhan dan konseling tentang diet KEP, pemeriksaan fisik dan pengobatan minimal 1 kali setiap minggu. Evaluasi BB setiap minggu, peragaan cara menyiapkan makanan, melakukan pencatatan dan pelaporan perkembangan BB dan kemajuan asupan makanan. Laporkan segera balita gizi buruk ke DKK tembusan ke Propinsi dalam 24 jam.¹⁵

Sesuai hasil pengamatan di Posyandu maupun PKM, hampir semua temuan dari petugas gizi melalui anamnesa maupun pemeriksaan fisik tidak didokumentasikan. Hanya hasil penimbangan BB dan pengukuran TB serta penentuan status gizi balita berdasarkan BB/TB atau BB/U dicatat dalam buku register. Penentuan status gizi balita yang beragam dibuktikan dengan 3 Puskesmas menggunakan BB/U dan 2 Puskesmas memakai BB/TB. Ketidakteragaman dalam pelaporan tiap Puskesmas, mengakibatkan Dinas Kesehatan Kota

Sorong mengalami kesulitan dalam merekapitulasi laporan tahunan yang dapat mempengaruhi hasil akhir program dalam hal ini angka prevalensi gizi buruk. Dibuktikan dengan pelaporan dari Dinas Kesehatan menggabungkan antara penentuan status gizi berdasarkan BB/U dan BB/TB. Terkait dengan rujukan dan persiapan tindak lanjut, petugas gizi tidak melakukan pemeriksaan ulang terhadap balita gizi buruk. Balita dirujuk langsung ke poliklinik umum untuk mendapat perawatan dan pengobatan dan bila ditemukan gejala klinik yang berat maka dirujuk ke Rumah Sakit. Tidak ditemukan bukti pendokumentasian tentang pasien yang dirujuk maupun rujukan balik dari Puskesmas atau rumah sakit. Tidak ada jadwal kunjungan rumah. Keluarga atau orang tua balita hanya diberikan penyuluhan di posyandu dalam suasana gaduh. Seharusnya diberikan penyuluhan disertai dengan konseling disaat balita berkunjung ke Puskesmas dalam suasana yang tenang, agar ibu balita atau keluarga sadar akan masalah gizi buruk anaknya serta dapat membimbing dan berpartisipasi dalam hal memperbaiki status gizi anaknya.

Konseling adalah usaha membantu klien secara tatap muka dengan tujuan agar klien dapat mengambil tanggung jawab sendiri terhadap masalahnya sehingga masalah dapat teratasi.⁴⁰ Sesuai dengan penelitian Demianus 2003, bahwa konseling gizi disaat kunjungan rumah lebih baik dalam meningkatkan status gizi balita gizi buruk daripada konseling kelompok. Kegiatan monitoring dan evaluasi yang dilakukan petugas gizi yaitu dilakukan hanya pada kenaikan berat badan balita setiap bulan dan hal ini dilakukan di Posyandu. Sedangkan pemberian bahan makanan PMT-P tidak sesuai dengan kebutuhan dan tidak sesuai dengan juknis, karena bahan makanan yang diberikan hanya berupa susu bubuk instan yakni SGM kemasan 150

Prevalensi Balita Gizi Buruk Di Puskesmas wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong tahun 2010

Indikator Prevalensi Gizi Buruk	PKM Tangkas	PKM Dom	PKM Malawei	PKM Remu	PKM Klasaman
Prevalensi Gizi buruk 5 %	10%	27,5%	1,3%	1.6%	8,2%
Gizi Buruk Mendapat Perawatan 100%	Tidak terdeteksi	Tidak terdeteksi	Tidak terdeteksi	Tidak terdeteksi	tidak terdeteksi

gram sebanyak 4 bungkus, bubur kacang hijau dicampur dengan beras yang telah dimasak dan dibagikan langsung pada balita gizi buruk tanpa ada penjelasan. Sesuai buku petunjuk tatalaksana gizi buruk monitoring BB setiap minggu atau setiap bulan dengan pakaian yang minim dan pemberian makanan tambahan pemulihan secara berkala selama 90 hari.¹⁵ Pemberian makanan tambahan bukan sekedar balita menjadi kenyang tetapi harus mencermati kandungan gizi serta kecukupannya sehingga kebutuhan gizi penderita dapat terpenuhi.¹⁵ Pencatatan dan pelaporan tentang balita gizi buruk yang dirujuk, yang menolak untuk dirujuk, yang sembuh atau yang meninggal tidak tersedia. Hal ini mengakibatkan petugas tidak mengetahui jumlah balita gizi buruk yang mendapat perawatan. Berdasarkan uraian di atas tampak bahwa pelaksanaan program yang tidak terstruktur ini menyebabkan program tidak dapat berjalan dengan baik. Pelaksanaan sebuah program membutuhkan *Standar Operating Procedures* (SOP) agar kinerja dan pencapaian program tersebut jelas indikator-indikatornya untuk dapat dievaluasi secara terukur dan dengan parameter yang dapat dipertanggungjawabkan. Hal ini bermanfaat bagi pembuat kebijakan dan pengambil keputusan untuk menentukan apakah program tersebut akan bersifat “*on going*” atau “*terminated*” dan digantikan dengan program baru yang benar-benar dibutuhkan oleh masyarakat Berdasarkan hasil pengamatan ternyata di setiap PKM maupun di DKK Sorong tidak ditemukan adanya SOP tatalaksana gizi buruk sehingga pelaksanaan kegiatan yang ada di puskesmas hanya didasarkan pengalaman. setiap puskesmas melakukan kegiatan pelaksanaan penanggulangan gizi buruk penanganannya belum sempurna karena belum sesuai dengan standar penatalaksanaan gizi buruk yang dikeluarkan oleh Depkes.

PEMBAHASAN

Keberhasilan implementasi suatu kebijakan publik dapat diukur dari proses pencapaian hasil (*outcome*) yang dapat dilihat dari dua hal yaitu kesesuaian implementasi kebijakan dengan SOP yang telah ditentukan dan tercapai tujuan kebijakan.²¹

Berdasarkan uraian di atas perlu ditekankan bahwa prevalensi gizi buruk antara Puskesmas yang satu berbeda dengan Puskesmas yang lain. Hal ini

nampak pada kedua Puskesmas yakni Remu dan Malawai yang menunjukkan angka prevalensi lebih rendah dari Puskesmas lain. Hal ini disebabkan karena hanya ke dua Puskesmas tersebut memiliki petugas gizi yang telah mengikuti pelatihan dan pernah mengikuti sosialisasi program. Dalam mendeteksi balita gizi buruk menggunakan perhitungan BB/TB sedangkan ketiga Puskesmas lainnya belum pernah ada sosialisasi program maupun pelatihan bagi petugas gizi serta perhitungan deteksi balita gizi buruk masih menggunakan BB/U. Hasil penelitian menemukan adanya perbedaan ini oleh karena berbagai faktor yang berpengaruh diantaranya karena komunikasi terutama sosialisasi program yang belum optimal, adanya keterbatasan sumberdaya antara lain belum terbentuknya tim asuhan gizi, pengelolaan dana tidak sesuai unit cost, sarana dan prasarana masih terbatas, pelimpahan wewenang terhadap petugas gizi hanya berdasarkan SK pengangkatan kepegawaian bagi petugas dengan latar belakang pendidikan gizi, sementara petugas lain hanya dengan penunjukkan dari Kepala Puskesmas.

KESIMPULAN

1. Sosialisasi
 - a. Implementasi program penanggulangan gizi buruk di Kota Sorong belum berjalan sesuai dengan standar dari Depkes, oleh karena beberapa hal seperti :
 - b. Secara umum sosialisasi Program Penanggulangan Gizi Buruk oleh Dinas Kesehatan Kota Sorong belum dikatakan optimal, karena sosialisasinya belum merata ke seluruh petugas gizi maupun Kepala Puskesmas yang berada di Puskesmas wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Sorong Propinsi Papua Barat.
2. Sumberdaya
 - a. Petugas gizi dengan latar belakang pendidikan gizi, Bidan, Perawat maupun dokter. belum mengikuti pelatihan tatalaksana gizi buruk.
 - b. Pendanaan untuk menunjang keberhasilan program penanggulangan gizi buruk belum dikelola dengan baik sesuai unit cost dalam juknis pemantauan tatalaksana anak gizi buruk.
 - c. Sarana dan prasarana yang tersedia belum

memadai untuk memantau dan menangani masalah gizi buruk karena belum ada klinik gizi atau laktasi, dan peralatan yang belum lengkap bahkan beberapa PKM tidak layak digunakan dan dalam kondisi rusak sedangkan pendistribusian bahan makanan dan obat-obatan belum dilakukan secara merata sesuai sasaran yang ditetapkan.

3. Disposisi.
 - a. Adanya tanggapan yang positif dari pelaksana terhadap program meskipun belum memperoleh sosialisasi program secara menyeluruh.
 - b. Petugas gizi berkomitmen untuk semua balita harus mendapat perawatan secara komprehensif tetapi perlu didukung dengan sosialisasi dan pelatihan.
4. Struktur birokrasi.
 - a. Pelimpahan wewenang kepada pelaksana gizi dengan surat keputusan dari DKK hanya kepada pelaksana yang berlatar belakang pendidikan Gizi, untuk pendidikan Kebidanan maupun Keperawatan hanya mendapat penunjukan secara lisan oleh pimpinan Puskesmas.
 - b. Kegiatan supervisi oleh DKK Sorong belum optimal, karena tidak terencana, terkoordinasi dan tidak terjadwal dengan baik.
 - c. SOP tidak tersedia, pada umumnya pelaksana program melaksanakan tugas di lapangan tidak sesuai SOP.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hartanto, R.Jarot, Kodim. *Pengaruh Status Gizi Anak Usia Bawah Lima Tahun Terhadap Nilai Belajar Verbal Dan Nmerik*. Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional. 2009; Vol.3 No 4.
2. Mulia M. *Gizi Masyarakat Berkualitas dan Pencapaian Tujuan MDGs*, 2007. Download 22 Juni 2008 www.icrp-online.org
3. Depkes. RI. *Rencana Aksi Nasional Pencegahan Dan Penanggulangan Gizi Buruk 2005-2009*. Jakarta: 2005.
4. Kementerian Kesehatan. *Rencana Aksi Pembinaan Gizi Masyarakat*. Jakarta: 2010.
5. Depkes. RI. *Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan Tatalaksana Anak Gizi Buruk Bagi Tenaga Kesehatan*. Jakarta: 2007
6. ----- . *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia*. Jakarta: 2007
7. Kementrian Kesehatan RI. *Riset Kesehatan Dasar*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2010.
8. Dinas Kesehatan Kota Sorong. *Profil Dinas Kesehatan Kota Sorong*. Provinsi Papua Barat; 2008.
9. Depkes. RI. *Buku Pemantauan Tatalaksana Anak Gizi Buruk*. Jakarta: 2009
10. ----- . *Buku Bagan Tatalaksana Gizi Buruk, Buku I*. Jakarta: 2006
11. ----- . *Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan Tatalaksana Anak Gizi Buruk Bagi Tenaga Kesehatan*. Jakarta: 2007.
12. Agustino,L. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: Alfabeta;2008